

FACTS AND FIGURES:

ILLEGAL SUBSTANCES IN THAILAND 2017-2020

ข้อเท็จจริงและตัวเลข:

สารเสพติดผิดกฎหมายในประเทศไทยปี 2560-2563



รัศมน กัลยาศิริ
บรรณาธิการ



FACTS AND FIGURES:

ILLEGAL SUBSTANCES IN THAILAND 2017-2020

ข้อเท็จจริงและตัวเลข:

สารเสพติดผิดกฎหมายในประเทศไทยปี 2560-2563



FACTS AND FIGURES:

ILLEGAL SUBSTANCES IN THAILAND 2017-2020

ข้อเท็จจริงและตัวเลข:
สารเสพติดผิดกฎหมายในประเทศไทยปี 2560-2563



ข้อมูลทางบรรณานุกรมของสำนักหอสมุดแห่งชาติ

National Library of Thailand Cataloging in Publication Data

ข้อเท็จจริงและตัวเลข : สารเสพติดผิดกฎหมายในประเทศไทย ปี 2560-2563 = Facts and figures :
illegal substances in Thailand 2017-2020.-- สงขลา : ศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด
หน่วยระบาศติวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2563.
144 หน้า.

1. การใช้สารเสพติด 2. ยาเสพติด I. ชื่อเรื่อง.

616.86

ISBN 978-616-217-608-9

- บรรณาธิการ** : รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงรัศมีน กัลยาศิริ
รูปเล่ม : หน่วยผลิตตำรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
(พัชรินทร์ โพธิ์ทอง)
ปก : หน่วยผลิตตำรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
(วิธวีช แดงอ่อน)
พิมพ์ที่ : บริษัท สหมิตรพัฒนาการพิมพ์ (1992) จำกัด, กทม.
พิมพ์ครั้งที่ 1 : พฤศจิกายน 2563 (จำนวน 500 เล่ม)

จัดพิมพ์และเผยแพร่โดย

ศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด (ศศก.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
หน่วยระบาศติวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
15 ถนนกาญจนวนิช ตำบลคอหงส์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110
โทร. 0-7445-1165

 <https://cads.in.th/cads/>  <https://www.facebook.com/cads.in.th/>

เอกสารนี้เผยแพร่เป็นเอกสารสาธารณะ สามารถจัดเก็บหรือพิมพ์ซ้ำในรูปแบบใดก็ได้ โดยไม่ต้องขออนุญาต
หากทำไปเพื่อการศึกษาโดยไม่แสวงหาผลกำไรและได้ใส่ข้อมูลอ้างอิง
อย่างไรก็ตาม ไม่อนุญาตให้จัดเก็บ ถ้ายทอด ไม่ว่าจะด้วยรูปแบบหรือวิธีการใด ๆ เพื่อวัตถุประสงค์ทางการค้า

(สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติลิขสิทธิ์ พ.ศ. 2537)

ถ้อยแถลงจาก สำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลัก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

เป็นที่ทราบกันดีว่าปัญหาสารเสพติดถือเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญอันดับต้นด้านสุขภาพ และปัญหาสังคมทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศทั่วโลก ซึ่งสารเสพติดจะมีกลไกการออกฤทธิ์ที่สมอง เมื่อถูกนำเข้าสู่ร่างกายทำให้สมองและระบบความพึงพอใจเกิดการเปลี่ยนแปลงนำไปสู่ภาวะการติดได้ในที่สุด สารเสพติดถูกกฎหมาย เช่น เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่ หรือสารผิดกฎหมาย เป็นสาเหตุก่อให้เกิดโรคทางกายและจิต รวมถึงอุบัติเหตุและความรุนแรง อีกทั้งยังเป็นสารตั้งต้นที่เยาวชนอาจใช้ก่อนจะนำไปสู่การเสพยาเสพติดชนิดอื่นที่มีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น การเฝ้าระวังและการทำวิจัยเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงวิชาการด้านสารเสพติดจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในปัจจุบัน

หนังสือ ข้อเท็จจริงและตัวเลข : สารเสพติดผิดกฎหมายในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560-2563 เล่มนี้ เป็นการรวบรวมและสังเคราะห์ ข้อเท็จจริงและตัวเลขที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ด้านสารเสพติดของประเทศไทย ในช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมา เพื่อเป็นหลักฐานทางวิชาการที่ทันสมัยและถูกต้อง เพื่อให้ทันวิชาการ รวมทั้งผู้ที่สนใจนำไปใช้อ้างอิงหรือศึกษาได้ด้วยตนเอง

ซึ่งเนื้อหาสำคัญของหนังสือเล่มนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 สถานการณ์อุปสงค์ อุปทานสารเสพติดในประเทศไทย ส่วนที่ 2 สถานการณ์สารเสพติดโลกกับนโยบายในประเทศ และการใช้สารเฉพาะกลุ่ม ส่วนที่ 3 มาตรการใหม่ในการแก้ไขปัญหาสารเสพติด ซึ่งได้รวบรวมมิติสำคัญขององค์ความรู้ด้านสารเสพติดผิดกฎหมายของไทยไว้อย่างครบถ้วน เหมาะสำหรับทั้งนักวิชาการหน้าใหม่ที่ต้องการเข้าใจเรื่องนี้อย่างรอบด้าน และนักวิชาการที่เกาะติดประเด็นนี้ สามารถอัปเดตข้อมูลให้เป็นปัจจุบันและใช้อ้างอิงได้ตลอดจนผู้พัฒนาและผู้มีอำนาจตัดสินใจด้านนโยบายสาธารณะ เพื่อพัฒนางานด้านการป้องกันแก้ไขปัญหาสารเสพติดผิดกฎหมายของไทยต่อไป

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ขอขอบคุณศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด (ศศก.) ขอขอบคุณ ศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ดร.สาวิตรี อึ้งนางค์กรชัย ผู้อำนวยการศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงรัศมีน กัลยาศิริ ผู้จัดการศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด ซึ่งเป็นผู้นิพนธ์และบรรณาธิการหนังสือเล่มนี้ด้วย รวมทั้งผู้นิพนธ์ทุกท่านที่ได้ร่วมกันเพื่อผลิตงานทางวิชาการสารเสพติดเล่มนี้ขึ้นมาอย่างดี จนได้หนังสือที่มีคุณภาพและเป็นประโยชน์ต่อผู้อ่านยิ่ง

ทั้งนี้ สสส. หวังเป็นอย่างยิ่งว่า หนังสือ ข้อเท็จจริงและตัวเลข : สารเสพติดผิดกฎหมายในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560-2563 เล่มนี้ จะเป็นข้อมูลเชิงวิชาการที่ทันต่อสถานการณ์ในปัจจุบันและเป็นองค์ความรู้ที่สำคัญเกี่ยวกับการป้องกัน และดูแลผู้มีปัญหาจากการใช้สารเสพติด เพื่อนำองค์ความรู้นั้นไปกระตุ้นให้เกิดวงจรรการพัฒนาที่มีประสิทธิภาพในด้านการจัดการกับปัญหาจากการใช้สารเสพติดในสังคมไทยต่อไป

นางสาวรุ่งอรุณ ลิ้มพิทะภักดิ์

รักษาการผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลัก

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

วันที่ 20 ตุลาคม พ.ศ. 2563



ด้อยแคลงจาก ศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด (ศศก.)

ผลกระทบทางสุขภาพและสังคมจากการใช้สารเสพติด ไม่ว่าจะเป็น การตาย อุบัติเหตุบนท้องถนน การฆ่าตัวตาย การติดเชื้อเอชไอวี หรือไวรัสตับอักเสบบ และ การเจ็บป่วยอื่น ๆ เป็นปัญหาสาธารณสุขและสังคมสำคัญที่เกิดขึ้นทั่วโลก การใช้สารเสพติด รวมทั้งปัญหาที่เกี่ยวข้องไม่เพียงแต่จะก่อให้เกิดภาวะต่อระบบสุขภาพและระบบสวัสดิการ สังคมอย่างมาก แต่ยังทำให้เกิดความเสียหายและทำลายสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของ บุคคลคนนั้น ครอบครัว และชุมชนอีกด้วย ซึ่งเป็นที่น่ากังวลว่า ปัญหาเหล่านี้มีผลกระทบต่อเด็กและเยาวชนมากกว่าต่อผู้ใหญ่ จากการคาดการณ์การของเครือข่ายองค์กร วิชาการสารเสพติด สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวง ยุติธรรม ในปี พ.ศ. 2562 คนไทย 3.75 ล้านคน หรือร้อยละ 7.46 ของคนไทย อายุ 12-65 ปี เคยใช้สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่ง (ไม่รวมสุรา ยาสูบ ยาากล่อมประสาท และยานอนหลับ) ในช่วงชีวิต และ 1.97 ล้านคนหรือร้อยละ 3.91 ใช้สารเสพติดใน หนึ่งปีที่ผ่านมา สารเสพติดที่คนไทยนิยมใช้มากที่สุดในปี พ.ศ. 2562 นี้ ได้แก่ กัญชา เมทแอมเฟตามีน (ยาบ้าและไอซ์) และพืชกระท่อม (ใบกระท่อมและน้ำต้มกระท่อม) เรียง ตามลำดับ การลดความชุกของการใช้สารเสพติดและปัญหาที่เกี่ยวข้องเป็นหนึ่งในภารกิจ หลักของการพัฒนาสังคมและสาธารณสุขทั่วโลก รวมทั้งในประเทศไทย

ศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด เป็นแผนงานวิชาการที่มีพันธกิจในการพัฒนาองค์ ความรู้ เพื่อเป็นหลักฐานทางวิชาการสำหรับการสนับสนุนและผลักดันนโยบายสาธารณะ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการปัญหาการเสพติดในประเทศไทย รวมไปถึงการจัดเวทีและจัดทำ สื่อเผยแพร่องค์ความรู้ในรูปแบบต่าง ๆ ด้วย ข้อมูล ข้อเท็จจริงที่ได้สังเคราะห์และนำเสนอ

ในหนังสือเล่มนี้เกิดจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้ทำงานในด้านการเสพติดในประเทศไทยได้ร่วมกันจัดทำขึ้นมา จึงมีประโยชน์สำหรับผู้ที่มีความสนใจงานสาธารณสุขด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับปัญหาการเสพติดของประเทศไทย

หนังสือ ข้อเท็จจริงและตัวเลข : สารเสพติดผิดกฎหมายในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560-2563 ฉบับนี้ เกิดขึ้นในช่วงเวลาที่ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงในด้านนโยบายสารเสพติดหลายประเด็น นโยบายที่ได้รับความสนใจมากที่สุดน่าจะเป็น การอนุญาตให้ใช้กัญชาเพื่อรักษาโรค ตามที่ระบุไว้ในพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 ซึ่งปรับปรุงโดยการอนุญาตให้ใช้กัญชา และพืชกระท่อม ซึ่งจัดเป็นยาเสพติดประเภทที่ห้าตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ให้นำมาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์และการศึกษาวิจัยได้ นอกจากนี้ ในช่วงปี พ.ศ. 2563 ที่ผ่านมา ประเทศไทยและทั่วโลกยังประสบปัญหาจากการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของการดำเนินชีวิต ความเป็นอยู่ของประชาชนทั่วไป รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงนโยบายและการดำเนินงานของระบบบริการทางสุขภาพและสังคมทุกรูปแบบ ซึ่งแน่นอนว่าย่อมมีผลต่อพฤติกรรมการใช้สารเสพติด และพฤติกรรมเสพติดอื่น ๆ รวมทั้งการดูแลช่วยเหลือและบำบัดรักษาผู้มีปัญหาดังกล่าวด้วย

หนังสือเล่มนี้ได้พยายามรวบรวมและสังเคราะห์ข้อเท็จจริงและตัวเลขที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ด้านการเสพติดในประเทศไทยในช่วงสองสามปีที่ผ่านมา เพื่อเป็นหลักฐานทางวิชาการที่ทันสมัย ถูกต้อง เพื่อให้ให้นักวิชาการและผู้สนใจนำไปใช้อ้างอิงหรือศึกษาได้ด้วยตนเอง

ศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติดขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงรัศมี กัลยาศิริ ผู้นิพนธ์และบรรณาธิการ รวมทั้งผู้นิพนธ์ทุกคนที่ได้ร่วมกันทำงานชิ้นนี้มาอย่างดี จนได้หนังสือที่มีคุณภาพสูงและเป็นประโยชน์ต่อผู้อ่านและสังคมไทยเป็นอย่างยิ่ง

ศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ดร.สาวิตรี อัมณาจักรชัย

ผู้อำนวยการศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด

หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

คำนำ

ปี พ.ศ. 2563 นี้ จัดเป็นปีแห่งการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ของโลกจากการระบาดของโรคติดเชื้อที่ทำให้เกิดโรคโควิด-19 (COVID-19) ที่เริ่มเกิดขึ้นตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 ที่ผ่านมา ส่งผลต่อวิถีชีวิตความเป็นอยู่ การปฏิสัมพันธ์ การเดินทาง และการติดต่อสื่อสารของผู้คนจากทั่วทุกมุมโลก การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตดังกล่าวครั้งใหญ่ในปีนี้ ย่อมส่งผลต่อการอุปโภคบริโภคของมนุษย์ซึ่งรวมไปถึงการใช้สารเสพติดทั้งแบบผิดกฎหมาย และถูกกฎหมายทั้งด้านบวกและด้านลบจากเดิมที่เคยมีการประมาณการไว้

หนังสือข้อเท็จจริงและตัวเลข : สารเสพติดผิดกฎหมายในประเทศไทย ปี 2560-2563 นี้ ใช้เวลาห่างจากฉบับแรกซึ่งจัดทำโดยแผนงานภาควิชาการสารเสพติด (ภวส.) ในปี 2559 ซึ่งเป็นระยะเวลาที่อาจมีการเปลี่ยนแปลงธรรมชาติของการใช้สารเสพติดตามระยะเวลาที่เปลี่ยนไปในบริบทของประเทศ และเปลี่ยนแปลงตามผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อ หนังสือเล่มนี้จึงได้มีการปรับเนื้อหา และบทต่าง ๆ ให้สอดคล้องกับบริบทที่เป็นอยู่ให้เป็นปัจจุบันมากยิ่งขึ้น โดยมีบทที่กล่าวถึงการสำรวจสถานการณ์การใช้สารเสพติดทั้งในช่วงที่เกิดการระบาดโควิด-19 เอง และการสำรวจเกี่ยวกับประเด็นกัญชา ซึ่งมีการปรับเปลี่ยนกฎหมายให้สามารถนำกัญชาและพืชกระท่อมมาใช้ทางการแพทย์และการวิจัยได้ในปี พ.ศ. 2562 ที่ผ่านมา โดยการปรับปรุงกฎหมายดังกล่าวในระยะเวลาหนึ่งปีที่ผ่านมา อาจส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของประชาชน และหนังสือข้อเท็จจริงและตัวเลข ๆ เล่มนี้ จะได้นับถึงข้อเท็จจริงดังกล่าว เพื่อติดตามความเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการใช้สารเสพติดในระยะเบื้องต้น

อย่างไรก็ตาม ยังคงต้องติดตามดูผลจากการปรับเปลี่ยนดังกล่าวที่อาจเกิดขึ้นในระยะยาว รวมไปถึงการดำเนินการมาตรการที่จำเป็นในการป้องกันการเกิดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น โดยสามารถใช้ประโยชน์จากการปรับเปลี่ยนดังกล่าวให้มากที่สุดต่อไป โดยหนังสือยังได้รวบรวมการติดตามประเด็นกัญชาและพืชกระท่อมที่เกิดขึ้นในช่วงปีที่ผ่านมา เพื่อให้การนำสารที่มีฤทธิ์เสพติดและออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทนี้ เกิดการนำมาใช้ได้อย่างมีประโยชน์โดยไม่ก่อให้เกิดโทษต่อร่างกาย ชุมชน สังคม และประเทศ ทั้งนี้ หนังสือเล่มนี้ได้กล่าวถึงสารเสพติดชนิดอื่นที่เป็นปัญหาของประเทศมาอย่างรุนแรงและยาวนาน ได้แก่ เมทแอมเฟตามีน โอปิออยด์ รวมถึงการนำยาที่สั่งจ่ายโดยแพทย์ไปใช้โดยไม่มีข้อบ่งชี้ โดยอาจนำไปใช้ร่วมกับสารอื่น ๆ ที่กล่าวมาข้างต้น โดยมีบทที่กล่าวถึงสถานการณ์สารเสพติดในส่วนอื่น ๆ ของโลกอีกด้วย และมีกรกล่าวถึงการนำสารบางชนิดมาใช้ในข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ใหม่ ๆ เช่น การนำยาเคตามีนที่เริ่มมีการนำมาใช้ในข้อบ่งชี้ทางการแพทย์รักษาโรคทางจิตเวชที่รุนแรง เช่น การฆ่าตัวตาย และภาวะซึมเศร้าที่ต่อต้านการรักษา เป็นต้น รวมไปถึงบทที่กล่าวถึงการใช้สารเพื่อกิจกรรมเฉพาะที่ไม่เกี่ยวข้องกับทางการแพทย์ เช่น การใช้ Chemssex เป็นต้น และสุดท้ายเป็นการติดตามดูความก้าวหน้าทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์ที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหาคาการเสพติด และการอบรมผู้เชี่ยวชาญด้านการเสพติด รวมไปถึงการมีส่วนร่วมของชุมชนที่สามารถนำมาช่วยแก้ไขปัญหาคาการใช้สารเสพติดในส่วนที่เกี่ยวข้องได้

ทั้งนี้ คณะผู้จัดทำขอขอบคุณ ศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด (ศศก.) ภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และผู้นิพนธ์ทุกท่านที่สนับสนุนการจัดทำหนังสือเล่มนี้เป็นอย่างยิ่ง และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าหนังสือเล่มนี้ จะเป็นประโยชน์แก่นักเรียน นิสิต นักศึกษา นักวิจัย เพื่อเป็นฐานความรู้การเข้าใจปัญหาการเสพติดของประเทศ และสำหรับนักนโยบาย เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจให้กับประเทศได้ต่อไป

รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงรัศมีน กัลยาศิริ

ผู้จัดการศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



รายนามผู้นิพนธ์

แพทย์หญิงรัศมน กัลยาศิริ

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

นายแพทย์दनัย อินทรกำแหง

คลินิกจิตรักษา โรงพยาบาลกรุงเทพเชียงใหม่

นายแพทย์อภิศักดิ์ วิทยานุกุลลักษณ์

โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

นางสาวธิดิตมา ดวงสนิท

ศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด

แพทย์หญิงภัทราภรณ์ กิณร

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

นายแพทย์ปิยะวัฒน์ เต๋นดำรงกุล

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี

นายแพทย์อวิรุทธ์ อุ๋นอารมย์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

นายแพทย์ธีรยุทธ รุ่งนิรันดร

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

พล.ต. นายแพทย์พิชัย แสงชาญชัย

ผู้ทรงคุณวุฒิกองทัพบก และที่ปรึกษากองจิตเวชและประสาทวิทยา
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

แพทย์หญิงปองขวัญ ยิ้มสอาด

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

นายวัชรพงศ์ พุ่มชื่น

ศูนย์วิชาการสารเสพติดภาคเหนือ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

พ.ต. แพทย์หญิงวนิดา รัตนสุขมาวงศ์

กองจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

	หน้า
ถ้อยแถลงจาก สำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลัก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)	(1)
ถ้อยแถลงจาก ศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด (ศศก.)	(3)
คำนำ	(5)
รายนามผู้นิพนธ์	(7)
ส่วนที่ I สถานการณ์อุปสงค์ อุปทานสารเสพติดในประเทศไทย	1
บทที่ 1 การสำรวจสถานการณ์สารเสพติดในช่วงการระบาดของ ของโรคโควิด-19 ของประชากรไทย : รัศมน กัลยาศิริ	3
บทที่ 2 สถานการณ์ของยาบ้า ไอซ์ และสารเสพติดโดยรวมในประเทศไทย : ดนัย อินทรกำแหง	13
บทที่ 3 สถานการณ์ของสารโอปิออยด์ในประเทศไทย : อภิศักดิ์ วิทยานุกุลลักษณ์ รัศมน กัลยาศิริ	21
บทที่ 4 การสำรวจสถานการณ์กัญชา และการดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง ในประเทศไทย : รัศมน กัลยาศิริ ธิติมา ดวงสนิท	29
บทที่ 5 การนำยาทางการแพทย์มาใช้ในทางที่ผิด (ترامาดอล โพร ลีน กระท่อม สี่คูณร้อย) : ภัทธาภรณ์ กิณร รัศมน กัลยาศิริ	37

	หน้า
ส่วนที่ II สถานการณ์สารเสพติดโลก กับนโยบายในประเทศไทย และการใช้สารเฉพาะกลุ่ม	49
บทที่ 6 สถานการณ์สารเสพติดของโลกในทศวรรษ และในช่วง การระบาดของโรคโควิด-19 : อภิศักดิ์ วิทยานุกูลลักษณ์ รัศมน กัลยาศิริ	51
บทที่ 7 กฎหมายยาเสพติดประเทศไทยที่กำลังเปลี่ยนแปลง : ปิยะวัฒน์ เด่นดำรงกุล	59
บทที่ 8 สถานการณ์ “Chemsex” และผลกระทบที่เกี่ยวข้อง : อวิรุทธ์ อุ่นอารมย์	73
บทที่ 9 การใช้เคตามีนทางการแพทย์ และข้อควรระวังในการใช้ ในทางที่ผิด : ธีรยุทธ รุ่งนิรันดร	83
ส่วนที่ III มาตรการใหม่ในการแก้ไขปัญหายาเสพติด	93
บทที่ 10 หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางสาขาจิตเวชศาสตร์ การเสพติด : พิรัชต์ แสงชาญชัย	95
บทที่ 11 ยาที่อยู่ระหว่างการศึกษาในการบำบัดความผิดปกติจากการใช้ เมทแอมเฟตามีน : ปองขวัญ ยิ้มสอาด	103
บทที่ 12 จิต สังคม และชุมชน กับการแก้ไขปัญหายาเสพติด : วัชรพงศ์ พุ่มชื่น วนิดา รัตนสุมาวงศ์ ริติมา ดวงสนิท รัศมน กัลยาศิริ	115

ส่วนที่ 1

สถานการณ์อุปสงค์ อุปทาน
สารเสพติดในประเทศไทย



การสำรวจสถานการณ์สารเสพติด ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ของประชากรไทย

โดย รัชมน กัลยาศิริ

▶ บทนำ

จากการระบาดของโรคโควิด-19 (COVID-19, Coronavirus disease 2019 pandemic) ที่เกิดจากเชื้อโคโรนาไวรัส SARS-CoV-2 ในช่วงต้นปี พ.ศ. 2563 ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมทั่วโลกและการปรับตัวการใช้ชีวิตของประชากรในประเทศไทยเองได้มีการสำรวจสถานการณ์การใช้สารเสพติดในช่วงการแพร่ระบาดของโรคดังกล่าวเพื่อประมาณการทิศทางของการใช้สารเสพติด โดยศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด (ศศก.) ร่วมกับศูนย์วิจัยเพื่อพัฒนาสังคมและธุรกิจ ได้ร่วมกันจัดทำแบบสำรวจในกลุ่มประชากรไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป ในช่วงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2563 ถึงการรับรู้อันตรายของสารเสพติดที่อาจมีผลต่อการเกิดโรคโควิด-19 รวมถึงพฤติกรรมการใช้สารเสพติดในหนึ่งปีที่ผ่านมา^[1]

ทั้งนี้ ประเทศไทยเป็นประเทศแรกของโลกที่มีรายงานการติดเชื้อภายนอกประเทศต้นกำเนิดของการเกิดเชื้อ โดยมีรายงานครั้งแรกในวันที่ 13 มกราคม พ.ศ. 2563 ก่อให้เกิดการตื่นตัวและเฝ้าระวังการติดเชื้อภายในประเทศมาอย่างต่อเนื่อง โดยในระยะแรกยังไม่สามารถป้องกันการแพร่ระบาดในประเทศได้และพบการติดเชื้อแบบเป็นกลุ่มก้อนนำไปสู่มาตรการเข้มงวดในการป้องกันการติดเชื้อในประเทศ โดยในวันที่ 21 มีนาคม พ.ศ.

2563 กรุงเทพมหานครได้ออกคำสั่งให้กิจการชนิดต่าง ๆ ที่อาจก่อให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคนั้น ปิดทำการ และในวันที่ 25 มีนาคม พ.ศ. 2563 รัฐบาลได้ประกาศพระราชกำหนดการบริหารราชการ ในสถานการณ์ฉุกเฉินทั่วทั้งประเทศ นอกจากนี้ มาตรการที่นำมาใช้โดยทั่วไปเพื่อการป้องกันโรค เช่น การขอความร่วมมือในการเว้นระยะห่าง การสวมใส่หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า การล้างและทำความสะอาดมือบ่อยครั้ง และการให้ทำงานจากที่บ้าน (work from home; WFH) รวมไปถึงการเรียน หรือการประชุมระยะไกลทางออนไลน์ (online learning, teleconference) จัดเป็นมาตรการที่เกือบ ทุกประเทศทั่วโลกและองค์การอนามัยโลกได้แนะนำให้ใช้ในช่วงการแพร่ระบาดของโรค

การใช้สารเสพติดส่งผลต่อโรคโควิด-19 อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ และเป็นหนึ่งในมาตรการหลักที่ ประเทศไทยใช้ในการควบคุมการแพร่กระจายโรค เช่น การห้ามจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การห้าม ชุมนุมสังสรรค์ ในช่วงที่เกิดการแพร่ระบาดครั้งแรกในประเทศ และการใช้สารเสพติดเองอาจทำให้เกิด ผลแทรกซ้อนในผู้ที่เป็นโรคโควิด-19 ได้สูงกว่าเมื่อเทียบกับการไม่ใช้สารเสพติด เช่น ผลกระทบต่อปอด ทำให้ผู้ที่สูบบุหรี่หรือสูบบุหรี่ รวมถึงผู้ที่ติดโอปิออยด์ (opioids) และกลุ่มผู้ใช้สารเมทแอมเฟตามีน (methamphetamine) เช่น ไอซ์ ยาบ้า แบบสูบควัน เกิดอันตรายได้มากขึ้น

นอกจากนี้ ผู้ใช้สารเสพติดยังมีแนวโน้มจะอยู่ในภาวะไร้ที่อยู่อาศัย หรือการถูกจำคุกได้มากกว่า บุคคลทั่วไป ทำให้มีการแพร่ของเชื้อโรคโควิด-19 ได้ง่ายขึ้นอีกด้วย^[2] ทั้งนี้ การตายและการเจ็บป่วยจาก โรคโควิด-19 มักพบในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพเดิมอยู่แล้ว เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่อาจเกิดจาก การสูบบุหรี่ รวมถึงโรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคทางระบบทางเดินหายใจอื่น ๆ โดยทำให้การพยากรณ์ โรคแย่ลง ข้อมูลจากศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคของจีน^[3] พบว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโควิด-19 อยู่ที่ร้อยละ 6.3 ในผู้ที่มีโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรังร่วมด้วย ซึ่งสูงกว่าเกือบสามเท่าของอัตราการ เสียชีวิตโดยรวมในผู้ติดเชื้อไวรัส^[3] ซึ่งมีเพียงร้อยละ 2.3

นอกจากการใช้บุหรี่แล้ว การใช้สารโอปิออยด์ในขนาดสูงสามารถทำให้ได้รับผลกระทบจากเชื้อ โรคทางระบบทางเดินหายใจได้ เนื่องจากโอปิออยด์จะมีฤทธิ์กดการทำงานของก้านสมองทำให้เกิดอาการ หายใจช้า ซึ่งอาจทำให้ระดับออกซิเจนในเลือดลดลงจนเป็นอันตรายต่อสมองได้ ผู้ป่วยที่มีความจุปอด ที่ลดลงจากโรคโควิด-19 นี้ จึงอาจได้รับอันตรายอย่างยิ่งจากการใช้สารโอปิออยด์ สำหรับผู้เป็นโรค โควิด-19 ที่มีการใช้สารเมทแอมเฟตามีน อาจทำให้เสี่ยงต่อหลอดเลือดหดตัวจากการใช้สารซึ่งเป็นหนึ่งใน สิ่งที่อาจก่อให้เกิดความเสียหายต่อปอดและทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นไป การศึกษาที่เพิ่งตีพิมพ์ พบผู้ที่มีปัญหาการใช้โอปิออยด์และบุหรี่จะเสี่ยงต่อการติดเชื้อของโรคโควิด-19 สูงที่สุด และมีอัตราการ ตายและนอนโรงพยาบาลจากการเป็นโรคโควิด-19 สูงกว่าผู้ที่ไม่มีปัญหาการใช้สารเสพติด^[4] โดย ในบทแรกของหนังสือเล่มนี้ จะขอกล่าวถึงผลการสำรวจสถานการณ์สารเสพติดของไทยในช่วงการแพร่ ระบาดของโรคโควิด-19 ในช่วงกลางปี พ.ศ. 2563 และการใช้สารเสพติดของประชากรไทยใน 12 เดือน ที่ผ่านมาก่อนช่วงการแพร่ระบาดของโรค



▶ ผลการสำรวจสถานการณ์สารเสพติดในช่วงการระบาดโรคโควิด-19 ในประเทศไทย

จากการสำรวจประชากรไทยในช่วงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2563 จำนวน 1,825 ตัวอย่างทางโทรศัพท์ใน 15 จังหวัดทั่วทุกภูมิภาคของประเทศ^[1] พบว่า ประมาณ 2 ใน 3 ของประชากรไทยที่ทำการสำรวจ ระบุว่าการใช้สารเสพติดสามารถเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19 ได้ และราว 4 ใน 5 ของประชากร ทราบว่าการใช้สารเสพติดจัดเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคโควิด-19 โดยหากเกิดการติดเชื้อแล้วอาจทำให้มีผลแทรกซ้อนและอาการที่รุนแรงกว่าการไม่ใช้สารเสพติดได้ อย่างไรก็ตาม ในช่วงของการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 นั้น กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 12.8 ยังพบเห็นหรือทราบว่ามีการใช้สารเสพติดผิดกฎหมายอยู่ในชุมชนหรือละแวกที่ตนอยู่อาศัย โดยชนิดสารเสพติดที่พบการใช้ในชุมชนมากเรียงตามลำดับ ได้แก่ น้ำต้มใบกระท่อมผสมสารอื่น (ร้อยละ 55.6) ยาบ้า (ร้อยละ 52.6) ใบกระท่อมแบบเคี้ยวสด (ร้อยละ 49.6) กัญชา (ร้อยละ 23.1) โอปิอ์ (ร้อยละ 12.4) สารระเหย (ร้อยละ 3.8) มอร์ฟีน (ร้อยละ 0.9) ฝิ่น (ร้อยละ 0.4) ยาเค (ร้อยละ 0.4) ของผู้ที่พบการใช้สารเสพติดในชุมชนของตน

นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 7.6 ได้พบเห็นหรือทราบว่ามีการซื้อขายสารเสพติดผิดกฎหมายในชุมชนที่ตนอาศัยอยู่ โดยร้อยละ 37.7 ของผู้ที่รับรู้ถึงการซื้อขายในชุมชนของตนเองเหล่านี้รายงานว่ามีการซื้อขายสารเสพติดผิดกฎหมาย “ลดลง” และระบุว่าพบเท่าเดิมหรือไม่แน่ใจประมาณร้อยละ 47.1 อย่างไรก็ตาม มีราวร้อยละ 15.2 ที่ระบุว่าพบการซื้อขายมากขึ้นในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19

ผลดังกล่าวพบได้เช่นเดียวกับการรายงานโดยผู้ใช้สารเสพติดเอง โดยส่วนใหญ่ของผู้ที่ใช้สารจะตอบว่าตนได้ใช้สาร “ลดลง” หรือ “ไม่ได้ใช้เลย” ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2563 เทียบกับก่อนการแพร่ระบาดของโรคใน 12 เดือนก่อนหน้าการสำรวจ เช่น พิษกระท่อมมีการระบุว่าตนได้ใช้ลดลงหรือไม่ใช้เลยอยู่ที่ร้อยละ 46.3 โดยมีการใช้เท่าเดิมร้อยละ 46.3 เช่นเดียวกัน และมีการใช้มากขึ้นเพียงร้อยละ 4.9 รวมถึงเครื่องตีมแอลกอฮอล์ที่มีการใช้ลดลงหรือไม่ใช้เลยถึงร้อยละ 74.1 ของผู้ที่ใช้มาก่อนหน้าการระบาดของโรค ซึ่งมีผู้ตีมปริมาณและความถี่เท่าเดิมเพียงร้อยละ 25.6 และมีจำนวนน้อยมากเพียงร้อยละ 0.3 ที่มีการตีมมากขึ้นในช่วงดังกล่าว ส่วนสารที่พบว่ามีการใช้ลดลงแต่ไม่มากนัก ได้แก่ บุหรี่ ที่พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 70.7 ยังคงสูบบุหรี่ โดยมีการสูบบุหรี่ลดลงหรือหยุดสูบบุหรี่เลย ส่วนจำนวนผู้ที่ตอบว่าสูบบุหรี่มากขึ้นนั้นมีจำนวนที่น้อยมากเพียงร้อยละ 0.6

ทั้งนี้ สารเสพติดที่มีการใช้ลดลงบ้างแต่ไม่มากนักในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โดยกลับพบว่ามีการใช้เพิ่มขึ้นด้วยในสัดส่วนที่สูงพอกัน ได้แก่ กัญชาแบบสันหนากา โดยพบการใช้ลดลงร้อยละ 17.0 เท่ากันกับการใช้ที่มากขึ้น คือร้อยละ 17.0 เช่นเดียวกัน และส่วนใหญ่ร้อยละ 62.3 ของผู้ใช้กัญชายังคงใช้สารอยู่ในปริมาณและความถี่ที่คงเดิมในช่วงการระบาดของโรค ดังรูปที่ 1





รูปที่ 1 ๑ ดัดแปลงและผลิตซ้ำโดยได้รับอนุญาตจากศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด : โครงการสำรวจการรับรู้ถึงความเสี่ยงและพฤติกรรมการใช้สารเสพติดในช่วงการแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19^[1]

ผลการสำรวจสถานการณ์สารเสพติดในช่วงก่อนการระบาดโรคโควิด-19 ในประเทศไทย

จากการสำรวจข้างต้นในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2563 พบว่า ใน 12 เดือนที่ผ่านมา ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ประมาณร้อยละ 4.6 มีการใช้สารเสพติดผิดกฎหมาย ได้แก่ การใช้กัญชาโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์โดยพบร้อยละ 2.9 การใช้ใบกระท่อมแบบเดี่ยวใบพบร้อยละ 2.3 น้ำดื่มใบกระท่อมผสมสารอื่นพบร้อยละ 0.1 และพบการใช้ยาบ้าร้อยละ 0.1 ของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างที่ทำการสำรวจได้ระบุว่าตนมีการใช้กัญชาเป็นยารักษาโรคอยู่ที่ร้อยละ 1.3 สูบบุหรี่ร้อยละ 17.8 และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 35.6 ในช่วงที่ผ่านมา

อย่างไรก็ตาม ผลที่ได้มีความแตกต่างกับการสำรวจเมื่อหกเดือนก่อนหน้า ซึ่งทำการสำรวจในช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2562 เพื่อสำรวจความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้กัญชาของประชากรไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป โดยได้มีการถามถึงการใช้สารเสพติดชนิดอื่น โดยพบว่า มีการใช้สารเสพติดผิดกฎหมายในช่วงดังกล่าว ได้แก่ การใช้กัญชาโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์เพียงร้อยละ 0.8 และมีการระบุว่าใช้กัญชาเพื่อรักษาโรคอยู่ที่ร้อยละ 3.0 ทำให้อาจเทียบเคียงได้ว่ามีการใช้กัญชาเพื่อรักษาโรคลดลงแต่ไปใช้เพื่อการสันหนนาการมากขึ้นในช่วงเกิดการระบาดของโรคโควิด-19 อย่างไรก็ตาม การเปรียบเทียบการใช้สารเสพติดอื่น ๆ ในการสำรวจช่วงเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2562 ก่อนการกำเนิดของโรคโควิด-19 พบการใช้สารเสพติดโดยส่วนใหญ่ลดลงหลังการเกิดโรค โดยการสำรวจก่อนการระบาดนั้นพบการใช้



ใบกระท่อมแบบเคี้ยวใบร้อยละ 2.5 น้ำต้มใบกระท่อมผสมสารอื่นร้อยละ 0.8 และการใช้ยาบ้าร้อยละ 0.1 โดยพบผู้สูบบุหรี่สูงถึงร้อยละ 26.4 และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 47.6 บ่งว่าการใช้สารเสพติด ทั้งที่ถูกกฎหมายและผิดกฎหมาย ยกเว้นกัญชา มีการใช้ลดลงในช่วงการใช้นโยบายต่าง ๆ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคที่ก่อให้เกิดโรคโควิด-19

สำหรับเหตุผลที่ใช้สารเสพติด “ลดลง หรือ หยุดการใช้สาร” ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 นั้น กลุ่มผู้ใช้สารตอบว่าที่ใช้ลดลงเพราะไม่ได้ไปพบปะสังสรรค์ราวร้อยละ 29.8 เพราะกลัวติดเชื้อโรคโควิด-19 ราวร้อยละ 15.5 และที่ไม่ใช้หรือใช้ลดลงเพราะไม่มีสารให้ใช้อยู่ที่ร้อยละ 11.9 อย่างไรก็ตาม ส่วนใหญ่ร้อยละ 52.4 ตอบว่าใช้ลดลงโดยไม่มีเหตุผลใดที่เฉพาะเจาะจง ส่วนเหตุผลที่ผู้ใช้สารเสพติดใช้ “มากขึ้น” นั้น เนื่องจากเกิดความเครียด เบื่อหน่าย เซ็ง (ร้อยละ 6.0) และมีเวลาว่างมากขึ้นในช่วงการแพร่ระบาดของโรค (ร้อยละ 2.4)

▶ การดำเนินงานด้านอุปสงค์และอุปทานสารเสพติด

ในด้านอุปทานสารเสพติดในช่วงการเกิดโรคโควิด-19 นั้น ประชากรกลุ่มผู้ตอบแบบสำรวจทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็นผู้ใช้หรือไม่ได้ใช้สารเสพติดที่พบเห็นการซื้อขายในชุมชนของตน พบว่ามีสัดส่วนร้อยละ 32.6 ที่มองว่าสารเสพติด “หาได้ง่ายขึ้น” ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โดยพบว่าหาได้เท่าเดิมราวร้อยละ 15.9 และราวร้อยละ 18.1 ที่ตอบว่าหาสารเสพติดได้ยากขึ้น โดยขอไม่ตอบข้อคำถามนี้หรือไม่ทราบอยู่ที่ราวร้อยละ 33.4

ผลการศึกษาสอดคล้องกับภาพรวมของประเทศในช่วงการประกาศใช้พระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉินเพื่อควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อโรคโควิด-19 ตามข่าวที่ปรากฏจากหน่วยงานของรัฐ โดยมีความกังวลจากรัฐบาลเกี่ยวกับสถานการณ์สารเสพติดผิดกฎหมายของประเทศที่ยังพบการลักลอบขนสารเสพติดทั้งจากทางอากาศ ทางบก และทางน้ำเข้าประเทศ และยังพบการลักลอบขมุนมสังสรรค์ในหลายพื้นที่ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 โดยในช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมา รายงานจากสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) พบการระบาดของสารเสพติดค่อนข้างหนัก ซึ่งประเทศไทยยังเป็นประเทศทางผ่านในการขนส่งสารเสพติดผิดกฎหมายไปยังประเทศที่สาม จึงเป็นเหตุให้มีการแพร่ระบาดของสารเสพติดไปตามชุมชนต่าง ๆ อย่างไรก็ตาม จากมาตรการต่าง ๆ ที่ใช้เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด-19 เช่น การจัดตั้งจุดคัดกรองระหว่างจังหวัด การห้ามเดินทางเข้าออก การประกาศเคอร์ฟิว ส่งผลให้การลักลอบนำเข้าการลำเลียงสารเสพติดรวมถึงการแพร่ระบาดในชุมชน “...ลดลงจากเดิม (จากเดิมที่) แพร่ระบาดร้อยละ 40-50 แต่ปัจจุบันเหลือร้อยละ 20 หรือกว่า 2 หมื่นชุมชนหมู่บ้าน ที่ยังมีปัญหา...” โดยการศึกษาก่อนหน้าของ ป.ป.ส. พบว่า ร้อยละ 30 ของชุมชนในประเทศไทยมีความเกี่ยวข้องกับสารเสพติดผิดกฎหมาย ซึ่งมีร้อยละ 10 ที่มีความรุนแรงระดับ



ปานกลางและระดับสูง ทั้งนี้ ได้มีการป้องกันปราบปรามในสื่อสังคมออนไลน์มากขึ้น และมุ่งเน้นที่การยึดทรัพย์ตัดวงจรสารเสพติดโดยใช้ธุรกรรมทางการเงินเข้ามาช่วยเพื่อตัดวงจรสารเสพติดผิดกฎหมายร่วมด้วย

อย่างไรก็ตาม ราคาของสารเสพติดในตลาดมืดยังมีราคาต่ำลงมาก ซึ่งอาจสืบเนื่องมาจากหลายสาเหตุ ตั้งแต่ผู้ซื้อที่อาจลดจำนวนลงจากการใช้สารลดลงในช่วงที่ผ่านมา หรือผู้ซื้ออาจมีกำลังซื้อลดลง หรืออาจเป็นจากการปราบปรามที่มากขึ้นทำให้ของล้นตลาด โดยการที่สารเสพติดในตลาดมืดมีราคาต่ำลงเช่นนี้ อาจนำไปสู่การแพร่ระบาดของการใช้สารเสพติดตามมาได้เมื่อการระบาดของโรคโควิด-19 บรรเทาลง นอกจากนี้ ประชาชนอาจยังคงได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ซึ่งส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่และสุขภาพจิตของตนในระยะยาวได้ จึงยังคงจำเป็นในการเตรียมความพร้อมและเฝ้าระวังปัญหาการเสพติดอย่างต่อเนื่อง และหาวิธีที่ได้รับการพิสูจน์แล้วว่าใช้ได้ผลมาเพื่อแก้ไขปัญหาสารเสพติดอย่างต่อเนื่องต่อไป

สำหรับในปีที่ผ่านมา สถิติการจับกุมผู้เกี่ยวข้องกับสารเสพติดผิดกฎหมายที่ถูกดำเนินการตามกระบวนการยุติธรรม ปีงบประมาณ 2563 (จนถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2563)⁵⁾ ในแต่ละเดือนพบว่าสถิติการจับกุมทั้งในครั้งแรกและครั้งหลังของปีงบประมาณมีการลดลงเมื่อเทียบกับปีก่อนหน้า ดังแสดงในรูปที่ 2 สอดคล้องกับผลการสำรวจพฤติกรรมในช่วงการระบาดของโรคที่พบว่ามีการใช้สารเสพติดลดลง อย่างไรก็ตาม ในปีก่อนหน้านั้น คือปี พ.ศ. 2562 มีสถิติการจับกุมสารเสพติดผิดกฎหมายที่สูงขึ้นอย่างก้าวกระโดด ซึ่งเป็นช่วงเดียวกับที่มีการปรับปรุงกฎหมาย พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2562 ในการอนุญาตให้มีการใช้กัญชาทางการแพทย์และการวิจัย

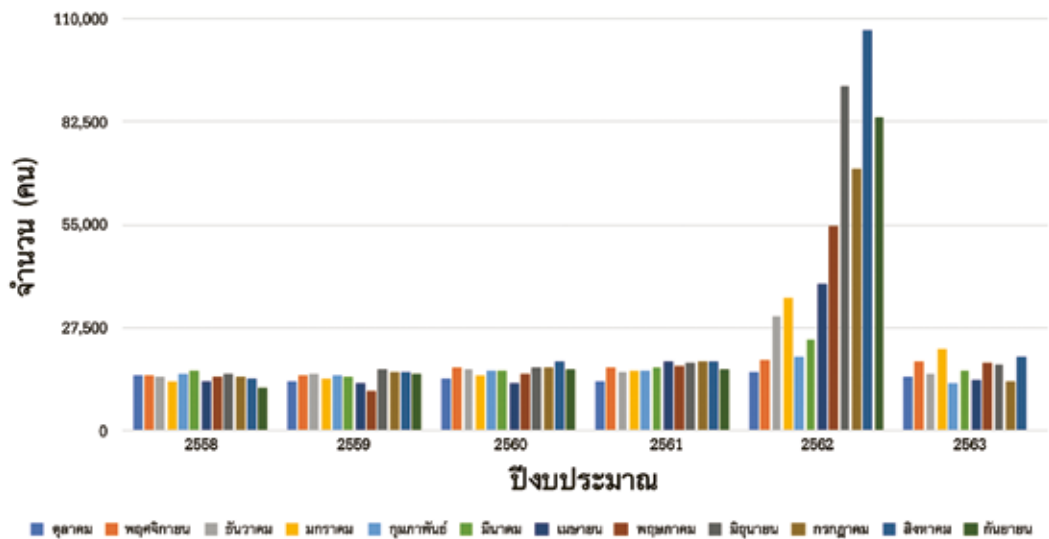
ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้มีการเผาทำลายสารเสพติดผิดกฎหมายของกลางที่ดำเนินการต่อเนื่องเป็นประจำเนื่องในวันต่อต้านยาเสพติดโลกซึ่งตรงกับวันที่ 26 มิถุนายน ของทุกปี ดำเนินการมาเป็นครั้งที่ 50 โดยปี พ.ศ. 2563 มีของกลางจากคลังเก็บรักษายาเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เพื่อเผาทำลายจำนวน 25,301 กิโลกรัม จาก 2,751 คดี

สำหรับการดำเนินงานเพื่อลดอุปสงค์สารเสพติด ตัวเลขจากระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.)⁶⁾ พบการเปลี่ยนแปลงจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดรักษามาตลอด ดังรูปที่ 3 โดยในปี พ.ศ. 2546 ได้มีการประกาศสงครามยาเสพติด และให้ผู้ใช้สารได้เข้าสู่การรักษาเพื่อไม่ต้องรับโทษ ซึ่งในช่วงหลังการประกาศสงคราม ปรากฏจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดสารเสพติดในระบบมีจำนวนลดลงอย่างมาก อย่างไรก็ตาม เมื่อเวลาผ่านไปประมาณ 4-5 ปี จำนวนผู้รับการบำบัดรักษาได้มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น แสดงให้เห็นส่วนหนึ่งได้ว่าการประกาศสงครามดังกล่าวไม่สามารถทำให้ปัญหาสารเสพติดลดลงไปได้ตลอด กระทั่งในปี พ.ศ. 2557 ได้มีประกาศ คสช. 108 เพื่อให้ผู้ใช้สารเสพติดที่ถูกจับกุมและอาจต้องเข้าระบบการบังคับบำบัดให้สามารถเลือกเข้ารับการบำบัดแบบสมัครใจได้นอกเหนือการบังคับบำบัด นอกจากนี้ กระทรวงยุติธรรมยังได้มีการพัฒนาคลินิกให้คำปรึกษาทางจิตสังคม



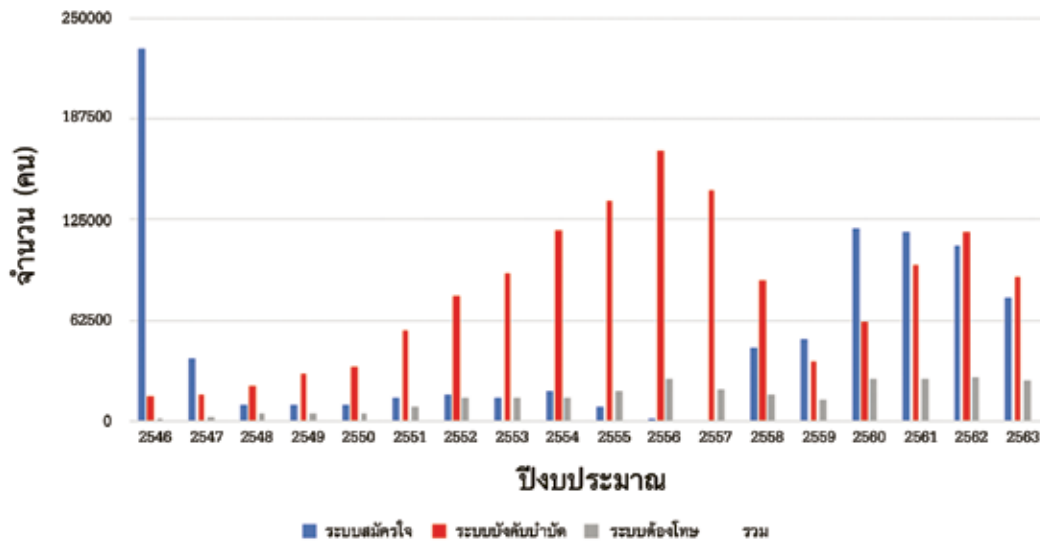
โดยให้คำปรึกษาแก่ผู้มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับยาเสพติด โดยผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรด้านจิตวิทยาในการให้คำปรึกษาและมีการช่วยทำการประสานส่งต่อในการช่วยเหลือฟื้นฟูบูรณาการ มีการฝึกฝนพัฒนาทักษะทางด้านอาชีพและการศึกษา อันเป็นการพัฒนาเครือข่ายในการช่วยเหลือผู้ใช้สารเสพติดที่ถูกจับกุมและดำเนินคดี

ในปีงบประมาณ 2563 นี้ กระทรวงสาธารณสุขได้ตั้งเป้าที่จะให้การบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติดทั้งหมด 210,982 คน แบ่งเป็นระบบสมัครใจ 113,382 คน ระบบบังคับบำบัด 56,600 คน ระบบต้องโทษ 26,000 คน และระบบคุมประพฤติ 15,000 คน โดยตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2562 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2563 ข้อมูลจากระบบ บสต. ได้มีการบำบัดรักษาการใช้สารเสพติดทั้งหมด 192,789 คน จากระบบสมัครใจ 77,248 คน ระบบบังคับบำบัด 89,870 คน และระบบต้องโทษ 25,671 คน ดังรูปที่ 3 ซึ่งผลที่ได้สอดคล้องกับผลการสำรวจที่พบว่าผู้ใช้ส่วนหนึ่งมีการใช้สารเสพติดบางชนิดลดลงในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 จึงอาจทำให้จำนวนผู้เข้ารับการบำบัดมีจำนวนต่ำกว่าเป้าที่ตั้งไว้ อีกทั้งในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่ผ่านมา ในฝั่งผู้ให้บริการทุกภาคส่วนได้พยายามชะลอการเข้ารับการบำบัดและการส่งต่อเพื่อรับการบำบัดรักษาเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 และลดความแออัดในสถานที่ให้การบำบัดรักษา และมีการขยายเวลาการนัดหมายเพื่อตรวจติดตาม รวมถึงการขยายการรับยาโอปิออยด์แบบกลับบ้านให้ได้ระยะเวลานานขึ้น และมีการลดจำนวนการจับกุมผู้ใช้สารที่นำเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาอีกด้วย



รูปที่ 2 สถิติการจับกุมและดำเนินคดีผู้ที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติดผิดกฎหมายแยกตามปีงบประมาณ 2558 ถึง 2563 (ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2563) และจำแนกตามรายเดือน ข้อมูลจาก https://www.oncb.go.th/Home/Pages/DOC_narcotic_2563.aspx เข้าถึงออนไลน์เมื่อ 13 ตุลาคม พ.ศ. 2563^[5]





รูปที่ 3 จำนวนผู้เข้ารับการบำบัดรักษาการใช้สารเสพติดในประเทศไทย จำแนกตามรายปีงบประมาณ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 ถึง 2563 (ที่มาของข้อมูล : ข้อมูลเผยแพร่ - ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต) <https://antidrugnew.moph.go.th/Runtime/Runtime/Form/FrmPublicReport/> เข้าถึงออนไลน์เมื่อ 13 ตุลาคม 2563)

อย่างไรก็ตาม ยังคงต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากผลกระทบหลังจากการระบาดของโรคโควิด-19 จะทำให้จำนวนผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิตมากขึ้น ดังเช่นการศึกษาในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาทั้งในและต่างประเทศ ในช่วงเดือนพฤษภาคม - มิถุนายน พ.ศ.2563 ทางออนไลน์ พบว่า มีนักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 58.7) และภาวะวิตกกังวล (ร้อยละ 40.3) ในสัดส่วนที่สูงมาก^[7] นอกจากนี้ การหาสารเสพติดมาใช้ได้ง่ายขึ้นเนื่องจากสารเสพติดมีราคาการซื้อขายที่ลดลงอย่างต่อเนื่องในช่วงที่ผ่านมา อาจเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการใช้สารเสพติดที่เพิ่มมากขึ้นและอาจนำไปสู่การมีผู้มีปัญหาการเสพติดจำนวนที่สูงขึ้นได้ในอนาคต ภายหลังจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสที่ก่อให้เกิดโรคโควิด-19 ได้คลี่คลายลง



สรุป

สถานการณ์สารเสพติดของประเทศไทยในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในปี พ.ศ. 2563 พบว่ามีการใช้สารเสพติดโดยรวมทั้งแบบผิดและถูกกฎหมายที่ลดลง อันเนื่องมาจากการลดการพบปะสังสรรค์ กลัวการติดโรค และการใช้มาตรการต่าง ๆ เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อโรค อย่างไรก็ตาม ยังคงต้องมีการศึกษาผลกระทบระยะยาว เนื่องจากราคาสารเสพติดมีแนวโน้มต่ำลงมากกว่าเดิม รวมถึงการศึกษาถึงผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิตด้านอื่นของประชาชนจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงการใช้สารเสพติดที่เพิ่มขึ้นของประชาชนได้ในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. สุริยัน บุญแท้, ศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจ, “รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการสำรวจการรับรู้ถึงความเสี่ยงและพฤติกรรมการใช้สารเสพติด ในช่วงการแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19: กรณีศึกษาประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ใน 15 จังหวัดทั่วทุกภูมิภาคของประเทศ,” ศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด, กรุงเทพมหานคร, 2563.
2. Volkow, N.D. "www.drugabuse.gov," National Institute on Drug Abuse, 6 April 2020. [Online]. Available: <https://www.drugabuse.gov/about-nida/noras-blog/2020/04/covid-19-potential-implications-individuals-substance-use-disorders>. [Accessed 13 October 2020].
3. Wu, Z. & McGoogan, J.M. "Characteristics of and important lessons from the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: Summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention," *JAMA*, vol. 323, no. 13, pp. 1239-1242, 2020.
4. Wang, Q.Q., Kaelber, D.C., Xu, R., & Volkow, N.D. "COVID-19 risk and outcomes in patients with substance use disorders: analyses from electronic health records in the United States," *Molecular Psychiatry*, <https://doi.org/10.1038/s41380-020-00880-7>, 2020.
5. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, “สถิติการจับกุมและดำเนินคดีผู้ที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติดผิดกฎหมาย,” สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2558-2563. [ออนไลน์]. Available: https://www.oncb.go.th/Home/Pages/DOC_narcotic_2563.aspx. [วันที่เข้าถึง 13 ตุลาคม 2563].
6. ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข, “ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศไทย,” กระทรวงสาธารณสุข, 2546-2563. [ออนไลน์]. Available: <https://antidrugnew.moph.go.th/Runtime/Runtime/Form/FmPublicReport/>. [วันที่เข้าถึง 13 ตุลาคม 2563].



7. Pungpapong, G., & Kalayasiri, R. "High prevalence of depression, anxiety and stress among secondary school students during COVID-19 lockdown and social distancing and its associated factors: An online cross-sectional survey," In submission.
8. World Drug Report 2020 (United Nations publication, Sales No. E.20.XI.6).



สถานการณ์ของยาบ้า ไอซ์ และสารเสพติดโดยรวมในประเทศไทย

โดย ดนัย อินทรกำแหง

▶ บทนำ

ยาบ้า ไอซ์ หรือเมทแอมเฟตามีน เป็นสารเสพติดชนิดกระตุ้นประสาท ที่ระบาดแพร่หลายอยู่ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รวมถึงประเทศไทย ซึ่งยาบ้า ไอซ์ ก่อให้เกิดปัญหาและผลกระทบที่ตามมาอย่างมากมายในหลาย ๆ ด้านมาเป็นระยะเวลายาวนาน ได้แก่ ปัญหาสุขภาพทางกายและจิตใจ ปัญหาทางด้านสังคม อาชญากรรม และผลกระทบด้านเศรษฐกิจ เป็นต้น การเพิ่มขึ้นของการเสพติดเมทแอมเฟตามีนส่งผลกระทบต่อทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ต่อระดับบุคคล ครอบครัว สังคม และระดับประเทศ เพิ่มมากขึ้นจากสถานการณ์โลกที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละปี ส่งผลให้สถานการณ์การแพร่ระบาดของเมทแอมเฟตามีนเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย ซึ่งในบทนี้จะทำการทบทวนและวิเคราะห์สถานการณ์การแพร่ระบาดของเมทแอมเฟตามีนและสารเสพติดในประเทศไทยที่ส่งผลกระทบต่อการบำบัดรักษาในช่วงที่ผ่านมา

ในสถานการณ์ของโลกพบว่า สารเสพติดสังเคราะห์ที่มีส่วนผสมของแอมเฟตามีนพบมีการใช้มากเป็นอันดับที่สามของสารเสพติดผิดกฎหมายทั่วโลก ตลาดสารเสพติดสังเคราะห์ขยายตัวเพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะสารเสพติดสังเคราะห์ที่มีส่วนผสมของแอมเฟตามีน

หรือ Amphetamine-Type Stimulants (ATS) ได้แก่ ยาบ้า ไอซ์ และ Ecstasy (MDMA) ที่มีการเติบโตอย่างรวดเร็ว ซึ่งผลิตจากแหล่งผลิตสามเหลี่ยมทองคำ ส่งออกไปยังตลาดทั้งในและนอกภูมิภาคได้อย่างต่อเนื่อง โดยยาบ้ามีตลาดหลักอยู่ที่ประเทศไทยและบังกลาเทศ ไอซ์มีแนวโน้มการส่งออกไปยังประเทศนอกภูมิภาคลุ่มน้ำโขงมากขึ้น โดยประเทศไทยเป็นเส้นทางลำเลียงผ่าน^[1]

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 เป็นต้นมา การจับกุมเมทแอมเฟตามีนในภูมิภาคนี้เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่การจับกุมเฮโรอีนมีแนวโน้มลดลง นอกจากนี้ความต้องการใช้เมทแอมเฟตามีนก็เพิ่มสูงขึ้นในหลายประเทศ ได้ส่งผลกระทบต่อประเทศไทยในฐานะประเทศทางผ่าน ทำให้มีการลำเลียงสารเสพติดผิดกฎหมายผ่านประเทศไทยสูงมากขึ้น^[2]

การแพร่ระบาดของสารเสพติดในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบผู้เข้าบำบัดเมทแอมเฟตามีนสูงที่สุด สูงถึงร้อยละ 80 รองลงมา คือ เฮโรอีน กัญชา และฝิ่น^[1] โดยสถานการณ์ดังกล่าวเกิดจากปัจจัยหลัก 4 ประการ^[2] ได้แก่

- 1) การลักลอบนำสารตั้งต้นและเคมีภัณฑ์เข้าสู่พื้นที่ผลิตอย่างต่อเนื่อง
- 2) การลงทุนของกลุ่มนายทุนจากต่างชาติมากขึ้น
- 3) เสถียรภาพทางการเมืองภายในประเทศเมียนมา
- 4) กลุ่มการค้ารายสำคัญในประเทศไทยมีความเชื่อมโยงกับผู้ผลิตในพื้นที่ผลิตนอกประเทศบริเวณสามเหลี่ยมทองคำ

▶ สถานการณ์การลักลอบนำเข้าและจับกุมคดียาบ้า ไอซ์ ในประเทศไทย

ในประเทศไทย พบว่า มีการลักลอบนำยาบ้าและไอซ์จากแหล่งผลิตในพื้นที่สามเหลี่ยมทองคำเข้ามาในประเทศผ่านพื้นที่ทางภาคเหนือเป็นจำนวนมาก รองลงมาจะลำเลียงผ่านทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน โดยยาบ้ายังคงเป็นสารเสพติดผิดกฎหมายที่แพร่ระบาดหลักในประเทศ ส่วน Ecstasy หรือ ยาอี จะติดต่อซื้อขายผ่านทางเว็บไซต์ที่ผิดกฎหมายหรือสื่อสังคมออนไลน์ และถูกจัดส่งทางไปรษณีย์มาจากทวีปยุโรป^[1] ยาบ้ามีส่วนของการแพร่ระบาดอยู่ที่ร้อยละ 75 รองลงมาคือ ไอซ์ ร้อยละ 7 และกัญชา ร้อยละ 5 สำหรับสารเสพติดที่ต้องมีการเฝ้าระวังการแพร่ระบาด ได้แก่ เฮโรอีนและเคตามีน เนื่องจากพบการแพร่ระบาดในกลุ่มเยาวชนเพิ่มสูงขึ้น^[3] ด้านข้อมูลการจับกุมยาบ้าในภูมิภาคเฉลี่ยแล้วเพิ่มสูงขึ้น 15 เท่า จากปี พ.ศ. 2552 - 2560 ซึ่งพบว่าประเทศไทยเพิ่มขึ้นถึง 12 เท่า ส่วนการจับกุมไอซ์ในภูมิภาคเพิ่มขึ้น 5 เท่า แต่ในประเทศไทยพบว่าเพิ่มขึ้นถึง 112 เท่า^[2]

สถานการณ์การจับกุมและดำเนินคดีสารเสพติดผิดกฎหมายมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ในสิบปีที่ผ่านมา โดยประเภทสารที่ขึ้นสู่ศาลมากที่สุด ได้แก่ เมทแอมเฟตามีน (ร้อยละ 78) พิษกระท่อม (ร้อยละ



16) และกัญชา (ร้อยละ 5) ตามลำดับ ทั้งนี้ เมทแอมเฟตามีนเป็นสารเสพติดที่มีการกระทำผิดมากที่สุด ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 และเป็นปัจจัยสำคัญของการเพิ่มขึ้นหรือลดลงของจำนวนข้อหาทั้งหมดที่ขึ้นสู่ศาล^[4] จังหวัดที่มีข้อหาเมทแอมเฟตามีนมากที่สุด ได้แก่ กรุงเทพมหานคร นครศรีธรรมราช อุบลราชธานี นครราชสีมา และสงขลา ร้อยละ 40 มีฐานความผิดในฐานะผู้เสพ ร้อยละ 27 มีฐานความผิดในฐานะผู้ครอบครอง และร้อยละ 24 มีฐานความผิดในฐานะผู้ครอบครองเพื่อจำหน่าย^[4]

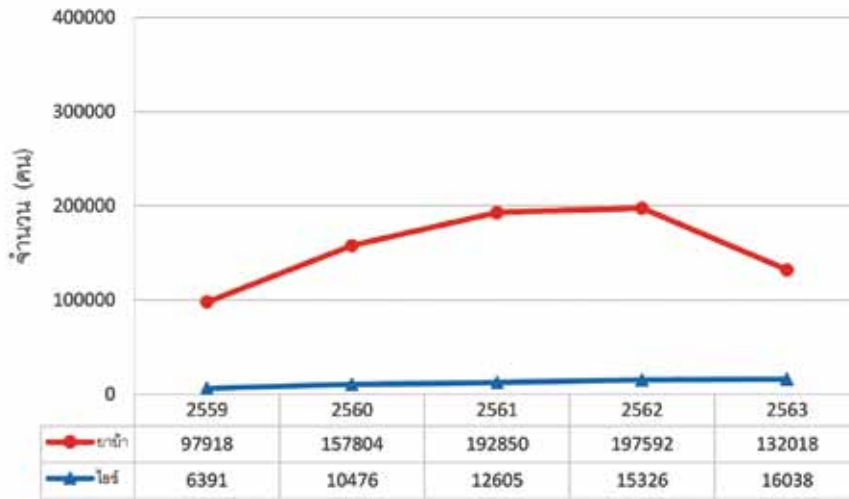
▶ สถานการณ์การบำบัดรักษาผู้ใช้นายา ไอซ์ ปี พ.ศ. 2559 - 2563

สถิติผู้ใช้นายาเมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดรักษาในทุกระบบจากข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด (บสต.) ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 - 2563^[5] แสดงดังรูปที่ 1 โดยจำนวนผู้ใช้นายาเมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดรักษามีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์การลักลอบนำสารเสพติดผิดกฎหมายเข้ามาในประเทศไทยจากแหล่งผลิตที่สามเหลี่ยมทองคำและสถานการณ์การจับกุมฐานความผิดด้านยาเสพติดที่สูงขึ้นทุกปี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงปี พ.ศ. 2560 - 2561 ที่มีการเพิ่มขึ้นอย่างมากของการแพร่ระบาดของเมทแอมเฟตามีนเมื่อเปรียบเทียบกับในช่วงปี พ.ศ. 2558 - 2560^[6] ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากการผลิตที่เกินความต้องการหรือมีปริมาณมากกว่าความต้องการใช้ในช่วงปี พ.ศ. 2559 จากการดำเนินมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 ทำให้ความต้องการสารเสพติดลดลง เห็นได้จากจำนวนผู้รับการบำบัดรักษาและผู้ถูกจับกุมในความผิดฐานเสพยาเสพติดถึงร้อยละ 50 ประกอบกับนักค้ามีการลดราคาให้ถูกลงเพื่อกระตุ้นให้เกิดการใช้ (ราคาขายปลีกให้ผู้เสพจากเดิมเม็ดละ 200 บาทเหลือเม็ดละไม่เกิน 100 บาท เป็นต้น)^[2] ทำให้การแพร่ระบาดและการหาสารมาใช้ได้ง่ายขึ้นส่งผลให้จำนวนผู้มีปัญหาจากการใช้นายาเมทแอมเฟตามีนเพิ่มสูงขึ้นอีกครั้ง

สำหรับจำนวนผู้ใช้อิซซ์ที่เข้ารับการบำบัด มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ปัจจุบันพบว่าผู้ใช้อิซซ์แบบฉีด มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้การแพร่ระบาดของโรคติดต่อทางเลือดผ่านการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน ได้แก่ การติดเชื้อเอชไอวี และไวรัสตับอักเสบบี อาจเพิ่มสูงขึ้นตามมาด้วยในอนาคต นอกจากนี้ในกลุ่มผู้ใช้นายาบางราย ยังใช้อิซซ์เป็นสิ่งกระตุ้นในขณะมีเพศสัมพันธ์ (chemical sex หรือ chemsex) ซึ่งแพร่หลายในกลุ่มชายรักชาย การใช้สารเสพติดในรูปแบบดังกล่าว นอกจากจะมีความเสี่ยงในการใช้เข็มฉีดยาร่วมกันแล้ว ยังพบความเสี่ยงของการมีเพศสัมพันธ์อย่างไม่ปลอดภัยตามมาด้วย ปัญหาที่พบตามมา ได้แก่ ปัญหาการเสพติด และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งมีแนวโน้มผู้ใช้นายาในกลุ่มนี้เข้ารับการบำบัดเพิ่มสูงขึ้น ส่วนการใช้นายา Ecstasy ในประเทศไทยยังมีอัตราเพิ่มขึ้นที่จำกัด แต่พบว่าสัดส่วนของเพศหญิงที่ใช้อิซซ์ ในช่วงปีที่ผ่านมา มีแนวโน้มสูงขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับสารเสพติดชนิดอื่น^[6]



สถิติผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดรักษา



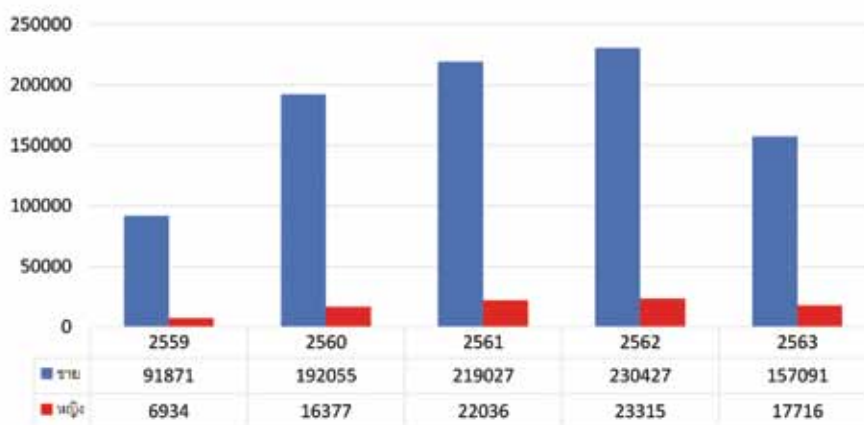
รูปที่ 1 จำนวนผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดรักษาในทุกระบบจากข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด (บสต.) สถิติปีงบประมาณ (1 ตุลาคม - 30 กันยายน) ตั้งแต่ พ.ศ. 2559 - พ.ศ. 2563 (ข้อมูลถึง วันที่ 31 สิงหาคม พ.ศ. 2563)

สถานการณ์การบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติดโดยรวม ปี พ.ศ. 2559-2563

จากข้อมูล บสต. พบว่าผู้ที่เข้ารับการบำบัดรักษาสารเสพติดทุกระบบ ส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าร้อยละ 90 อย่างไรก็ตาม พบว่ามีผู้หญิงเข้ารับการบำบัดรักษาในสัดส่วนที่เพิ่มสูงขึ้นทุกปี ดังแสดงในรูปที่ 2 ในปี พ.ศ. 2559 เพศหญิงเข้ารับการบำบัดคิดเป็นร้อยละ 7.02 จากผู้เข้ารับการบำบัดรักษาทั้งหมด แต่ในปี พ.ศ. 2563 พบว่ามีสัดส่วนของเพศหญิงที่เข้ารับการบำบัดมากขึ้นจากเดิมเป็นร้อยละ 10.13 ของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาทั้งหมด^[5] แสดงให้เห็นว่าเพศหญิงมีปัญหาการใช้สารเสพติดมากขึ้นหรืออาจเพราะสามารถเข้าถึงบริการบำบัดรักษาได้มากขึ้น ปัญหาสารเสพติดในเพศหญิงมีความจำเพาะและมีลักษณะที่แตกต่างจากเพศชาย เช่น ประเด็นปัญหาด้านสัมพันธภาพ สาเหตุ และตัวกระตุ้นการกลับไปติดยา ปัจจัยด้านการดูแลบุตร ตราบาปทางสังคม (social stigma) เป็นต้น นอกจากนี้ ในกลุ่มหญิงขายบริการ บางครั้งมีการใช้เมทแอมเฟตามีนเพื่อช่วยให้สามารถมีกิจกรรมทางเพศกับผู้ซื้อบริการได้ ดังนั้นการจัดโปรแกรมการบำบัดรักษาเฉพาะสำหรับเพศหญิงจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อตอบสนองความต้องการการบำบัดรักษาและจำนวนผู้หญิงที่เข้ารับการบำบัดรักษาที่เพิ่มมากขึ้น และเพื่อให้ผู้ใช้สารเสพติดเพศหญิงได้รับการบำบัดรักษาที่เฉพาะเจาะจงตรงกับความต้องการที่แตกต่างจากเพศชาย ซึ่งจะช่วยลดปัญหาการกลับไปใช้หรือติดสารซ้ำและลดผลกระทบจากการใช้สารเสพติดในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดเพศหญิง



ผู้ใช้สารเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษา แยกตามเพศ



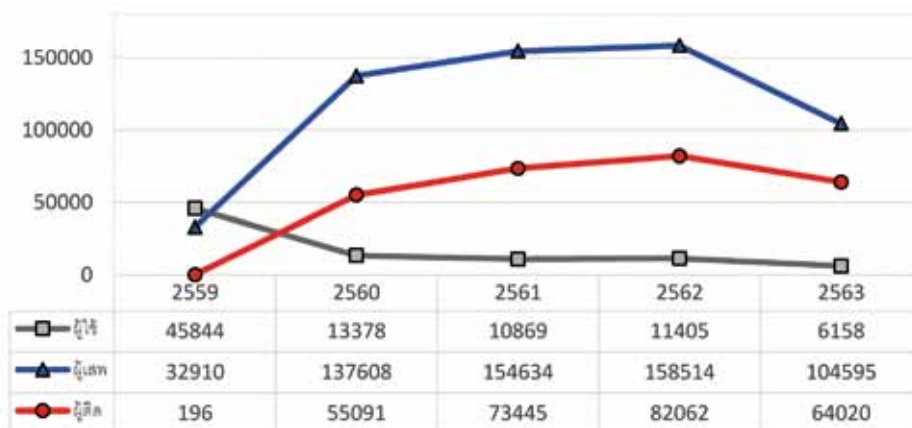
รูปที่ 2 จำนวนผู้ใช้สารเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาทุกระบบจากข้อมูล บสต. แยกตามเพศ สถิติ ปีงบประมาณ (1 ตุลาคม - 30 กันยายน) พ.ศ. 2559 - พ.ศ. 2563 (ข้อมูลถึง วันที่ 31 สิงหาคม พ.ศ. 2563)

นอกจากนี้ผู้ใช้สารที่เข้ารับการบำบัดรักษา พบว่าร้อยละ 7.5 เป็นเด็กและเยาวชน (อายุน้อยกว่า 18 ปี) และอยู่ในช่วงอายุ 18-24 ปีมากที่สุด โดยพบประมาณร้อยละ 31^[5] ทั้งนี้ ผู้เข้ารับการบำบัดรักษา ร้อยละ 78 มีงานทำ ในขณะที่ร้อยละ 14ว่างงาน^[3]

จากรูปที่ 3 แสดงจำนวนผู้ใช้สารเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาในทุกระบบจากข้อมูล บสต. แบ่งตามระดับความรุนแรงของการใช้ พบว่าจำนวนผู้เสพและผู้ติดยาเสพติดมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ในขณะที่กลุ่มผู้ใช้มีแนวโน้มลดลง ในกลุ่มผู้ติดยาซึ่งเป็นระดับรุนแรงที่สุดของปัญหาจากการใช้สารเสพติดพบว่ามีสัดส่วนมากขึ้น จากเดิมในปี พ.ศ. 2559 พบร้อยละ 14.9 ของผู้ที่เข้ารับการบำบัดทั้งหมด แต่ในปี พ.ศ. 2563 (ข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2562 - 31 สิงหาคม พ.ศ. 2563) พบสัดส่วนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 36.6 ของผู้ที่เข้ารับการบำบัดทั้งหมด^[5] แสดงให้เห็นว่าระดับความรุนแรงของการติดยาเสพติด รวมถึงเมทแอมเฟตามีนและผลกระทบต่อผู้ป่วยมีแนวโน้มรุนแรงขึ้น ซึ่งอาจเป็นผลมาจากสถานการณ์แพร่ระบาดของสารเสพติดที่มากขึ้น ทำให้อัตราการกลับไปเสพซ้ำและผลกระทบจากการใช้สารเสพติดมากยิ่งขึ้น ได้แก่ ผลกระทบจากการเสพที่รุนแรง การกลับไปเสพซ้ำบ่อย ๆ และยังพบว่าในรายที่มีการติดยาอย่างรุนแรง อาการอยาก (craving) เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยกลับไปเสพซ้ำได้บ่อยๆ



ผู้ใช้สารเสพติดที่เข้ารับการรักษา แยกตามความรุนแรงการใช้สาร



รูปที่ 3 จำนวนผู้ใช้สารเสพติดที่เข้ารับการรักษาทุกระบบจากข้อมูล บสต. แยกตามความรุนแรงของระดับการใช้ สถิติปีงบประมาณ (1 ตุลาคม - 30 กันยายน) ตั้งแต่ พ.ศ. 2559 - พ.ศ. 2563 (ข้อมูลถึง วันที่ 31 สิงหาคม พ.ศ. 2563)

แนวโน้มของการเกิดโรคร่วมที่พบในผู้ใช้สารเสพติดมีมากขึ้น เช่น เมทแอมเฟตามีน พบโรคจิตจากการใช้เมทแอมเฟตามีน อารมณ์แปรปรวนหรือภาวะซึมเศร้าหลังจากหยุดใช้เมทแอมเฟตามีน ปัญหาด้านสมาธิและความจำจากผลกระทบต่อระบบประสาทและสมอง เป็นต้น ซึ่งผลของโรคร่วมดังกล่าวทำให้ความยุ่งยากซับซ้อนในการบำบัดรักษาเพิ่มมากขึ้น ปัญหาการใช้เมทแอมเฟตามีนที่เพิ่มขึ้น ทำให้โรคร่วมทางจิตเวชมีอาการแย่ลง ในขณะที่ตัวกันอาการของโรคร่วมทางจิตเวชที่เป็นมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยใช้เมทแอมเฟตามีนมากขึ้นตามไปด้วย เพื่อลดอาการซึมเศร้า หงุดหงิด หรือความรู้สึกที่ไม่สุขสบายที่เกิดขึ้น การดูแลผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีนที่มีโรคร่วมทางจิตเวชควรได้รับการบำบัดรักษาทั้งสองภาวะควบคู่กันไปแบบบูรณาการร่วมกันจะได้ผลในการรักษาที่ดีที่สุด (integrated treatment of co-occurring disorders)

ปัญหาความยุ่งยากซับซ้อนในการบำบัดรักษาปัญหาจากการเสพยาเมทแอมเฟตามีนนอกจากการมีโรคร่วมทางจิตเวชแล้ว ปัจจุบันยังพบว่าแนวโน้มของผู้ที่เสพยาเมทแอมเฟตามีนมักจะใช้สารเสพติดหลายชนิดร่วมกัน ที่พบบ่อยได้แก่ กัญชา แอลกอฮอล์ บุหรี่ไฟฟ้า พิษกระท่อม ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ เป็นต้น ซึ่งการใช้สารเสพติดหลายชนิดร่วมกัน อาจส่งผลให้รูปแบบอาการเมาสารหรืออาการถอนหลังจากหยุดใช้สารมีได้หลากหลาย สารเสพติดบางชนิดจำเป็นต้องได้รับยาเฉพาะในการบำบัดรักษาอาการถอนเพื่อ



ลดอาการของผู้ป่วย เช่น แอลกอฮอล์ สารเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ เป็นต้น การประเมินอาการในช่วงที่มีอาการเมาสารหรือสงสัยว่ามีการใช้สารเสพติดเกินขนาด หรือการบำบัดอาการถอนจากการหยุดใช้สารเสพติด ควรทำการประเมินอย่างรอบด้านถึงสาเหตุที่เป็นไปได้ของผลจากสารเสพติดแต่ละชนิด นอกจากนี้การจัดรูปแบบการบำบัดรักษาเฉพาะสำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดหลายชนิด ร่วมกันหรือกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคร่วมทางจิตเวช จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการบำบัดรักษาผู้ป่วยในกลุ่มดังกล่าวและลดอัตราการกลับไปเสพซ้ำได้

▷ สรุป

ประเทศไทยยังคงเผชิญอยู่กับปัญหาสารเสพติดผิดกฎหมายที่มาจากแหล่งผลิตในพื้นที่สามเหลี่ยมทองคำ และในขณะเดียวกันประเทศไทยก็ถูกใช้เป็นที่ผลิตและเส้นทางลำเลียงผ่านเพื่อส่งยาบ้า ไอซ์ และสารเสพติดอื่นไปยังประเทศที่สาม ยาบ้ายังเป็นยาตัวหลักที่มีการแพร่ระบาดในประเทศไทย โดยสารเสพติดที่อยู่ในประเทศไทยมีปริมาณมากและราคาถูก ส่งผลให้เกิดผู้เสพรายใหม่ และในขณะเดียวกันผู้ใช้สารเสพติดเดิมอาจใช้สารในปริมาณที่มากขึ้น ส่งผลให้มีการเสพติดที่รุนแรงมากยิ่งขึ้น^[2] จากสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาพบว่ายาบ้ายังคงเป็นสารเสพติดที่เข้ารับการรักษาที่มากที่สุด ขณะที่ไอซ์มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ผู้ป่วยเพศหญิงและผู้ติดสารเสพติดระดับรุนแรงมีอัตราส่วนเพิ่มขึ้นทุกปี การจัดการบำบัดรักษาเฉพาะกลุ่มจะช่วยตอบสนองความต้องการของผู้เข้ารับการรักษาได้มากขึ้น รวมไปถึงการส่งเสริมนโยบายการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติดที่มีบทบาทมากขึ้นในแผนยุทธศาสตร์ด้านสารเสพติดระดับชาติ จะช่วยลดอันตรายและผลกระทบด้านลบจากการใช้สารเสพติด โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้สารเสพติดแบบฉีดซึ่งเสี่ยงต่อการแพร่กระจายของเชื้อเอชไอวี และไวรัสตับอักเสบบีได้

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.). (2562). แผนปฏิบัติการป้องกัน ปราบปราม และบำบัดรักษายาเสพติด ปี 2562. (น. 1-4).
2. นายวิชัย ไชยมงคล. (2561). แนวโน้มสภาพปัญหายาเสพติดไทย (Trend of Drug Situation of Thailand).
3. Office of the Narcotics Control Board (ONCB). (2019). Thailand Country Report In 2nd Meeting of the AIPA Advisory Council on Dangerous Drugs (AIPACODD). 12-15 March 2019, Chiang Mai, Thailand.



4. ศูนย์ข้อมูลคดี สำนักแผนงานและงบประมาณ สำนักงานศาลยุติธรรม. (2562). บทวิเคราะห์สถิติที่น่าสนใจ สำนักงานศาลยุติธรรม.
5. ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. (2559-2563). สืบค้น 8 กันยายน 2563, จาก <https://antidrugnew.moph.go.th/Runtime/Runtime/Form/FrmPublicReport/>
6. United Nations Office on Drugs and Crime. (2019). Synthetic Drugs in East and South-East Asia: Trends and Patterns of Amphetamine-type Stimulants and New Psychoactive Substances: A Report from the Global SMART Programme. March 2019.



สถานการณ์ของสารไอปออยด์ ในประเทศไทย

โดย อภิศักดิ์ วิทยานุกุลลักษณ์
รัศเมน กัลยาศิริ

▶ บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด-19 (COVID-19) ได้ผลักดันโลกเข้าสู่วิกฤต ทำให้การบริการสุขภาพโดยรวมหยุดชะงักในหลายประเทศ และรัฐบาลหลายประเทศได้กำหนดข้อบังคับซึ่งทำให้เศรษฐกิจโลกเปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก เป็นการยากที่จะคาดเดาผลกระทบของโรคโควิด-19 ต่อตลาดค้ายาที่ส่งผลกระทบเป็นวงกว้าง ผู้ผลิตสารเสพติดบางส่วนต้องหาหนทางในการผลิตใหม่เนื่องจากข้อกำหนดที่จำกัดการเข้าถึงสารตั้งต้นและเคมีภัณฑ์ที่ใช้ในการผลิตสารเสพติด ผู้ลักลอบค้ายาอาจหาเส้นทางและวิธีการใหม่ เพราะไม่สามารถเดินทางข้ามแดนได้ นอกจากนี้ รูปแบบการใช้และการเข้าถึงสารอาจเปลี่ยนแปลงไป โดยความสามารถในการรับมือของรัฐบาลต่าง ๆ ทั่วโลกอาจมีข้อจำกัด

จากรายงานของ United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) ในปี ค.ศ. 2020 ได้กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากโรคโควิด-19 ที่แม้ว่าเป็นสิ่งที่ไม่เคยมีมาก่อน แต่บางอย่างก็สามารถเรียนรู้ได้จากวิกฤตครั้งที่ผ่านมา^[1] โดยในวิกฤตเศรษฐกิจปี ค.ศ. 2008 ผู้ใช้สารเสพติดผิดกฎหมายบางส่วนเริ่มมองหาสารสังเคราะห์ที่ราคาถูกลง และเปลี่ยนรูปแบบไปใช้สารเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น ขณะที่รัฐบาลตัดลดงบประมาณที่เกี่ยวข้อง

กับสารเสพติดเพื่อรับมือกับเศรษฐกิจที่ตกต่ำลง เช่น งบประมาณในการป้องกันการใช้สารและพฤติกรรมเสี่ยง และการบริการรักษาผู้ใช้สาร นอกจากนี้ การสกัดกั้นและความร่วมมือระหว่างประเทศอาจถูกลดความสำคัญ ซึ่งจะทำให้ผู้ลักลอบค้ายาปฏิบัติการณ์ได้ง่ายขึ้น อย่างไรก็ตาม ผลกระทบในทันทีจากการระบาดของโรคโควิด-19 จะมีต่อประเทศที่มีผู้ทำการลักลอบขนยาเสพติดโดยสายการบินพาณิชย์มากที่สุด เช่น เมทแอมเฟตามีนที่บางครั้งได้มีการขนส่งในปริมาณมากโดยใช้วิธีซุกซ่อนตามร่างกายหรือกระเป๋าเดินทาง ทำให้อุปทานสารเสพติดที่ใช้สายการบินพาณิชย์อาจหยุดชะงักโดยสิ้นเชิงจากมาตรการปิดประเทศ โดยการลักลอบค้าผ่านเน็ตมืด (darknet) และการขนส่งทางไปรษณีย์อาจเพิ่มมากขึ้น

ทั้งนี้ การว่างงานที่เพิ่มสูงขึ้นและการขาดโอกาสอาจทำให้คนยากจนใช้สารในรูปแบบที่เป็นอันตราย และทนทุกข์กับความผิดปกติจากการใช้สารจนหันไปสู่อุบัติกรรมผิดกฎหมายทั้งการผลิตและการขนส่ง นอกจากนี้ องค์กรลักลอบค้ายาที่มีแนวโน้มที่จะใช้ประโยชน์จากสถานการณ์ โดยการส่งเสริมให้กลุ่มเปราะบางเข้าเป็นสมาชิกใหม่ ขณะที่รัฐบาลมีข้อจำกัดในการจัดการกับปัญหา การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้จะหยั่งรากอย่างรวดเร็ว และกลายเป็นความจริงใหม่ในหลายชุมชนได้

โดยในบทนี้ จะขอกล่าวถึงสถานการณ์ที่เกี่ยวกับการใช้สารกลุ่มโอปิออยด์ในส่วนของจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดรักษาการใช้หรือติดโอปิออยด์ในประเทศไทย

▶ การเปลี่ยนแปลงการเข้ารับการบำบัดสารโอปิออยด์ในระบบบริการสุขภาพในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19

ในเดือนกันยายน พ.ศ. 2563 ได้มีการสำรวจสถานการณ์การบำบัดด้วยยาเมธาโดนสำหรับผู้ที่ใช้สารโอปิออยด์เพื่อศึกษาผลกระทบด้านการบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติดจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในประเทศไทย²¹ โดยเป็นการสำรวจสถานการณ์การให้บริการและการบำบัดรักษาแบบเบื้องต้นจากผู้ให้บริการหลักในคลินิกเมธาโดนของแต่ละสถานพยาบาล พบว่ามีสถานพยาบาลที่ตอบแบบสอบถามในเบื้องต้นจำนวน 51 แห่ง ในภาคเหนือตอนบนและตอนล่างของประเทศไทย ซึ่งเป็นแหล่งที่มีความชุกสูงของผู้ใช้สารโอปิออยด์ และสารเสพติดชนิดอื่น ๆ เนื่องจากอยู่ในบริเวณรอยต่อประเทศ และใกล้แหล่งผลิตลำเลียงสารเสพติดผิดกฎหมายโดยเฉพาะโอปิออยด์ทั้งฝิ่นและเฮโรอีน

ในระดับประเทศ พบว่าผู้ใช้สารทั้งหมดที่เข้ารับการบำบัดรักษามีจำนวน 241,124 ราย ในปี พ.ศ. 2561 โดยพบ 254,256 ราย ในปี พ.ศ. 2562 และ 198,599 ราย ในปี พ.ศ. 2563 ที่ผ่านมาตามลำดับ โดยมีผู้ป่วยกลุ่มโอปิออยด์เท่ากับ 9,136 ราย 8,942 ราย และ 9,267 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 3.79 ร้อยละ 3.52 และร้อยละ 4.66 ตามลำดับ แต่หากพิจารณาเฉพาะเพียงจังหวัดในเขตภาคเหนือ อาทิ เชียงใหม่ เชียงราย ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีผู้ป่วยเป็นลำดับต้น ๆ ของประเทศ พบว่าสัดส่วนของผู้ป่วยโอปิออยด์ของภาคเหนือเมื่อเทียบกับระดับประเทศในแต่ละปีมีมากถึงร้อยละ 70.3



(6,426 ราย จากทั้งสิ้น 9,136 ราย ในปี พ.ศ. 2561) ร้อยละ 69.67 (6,228 ราย จากทั้งสิ้น 8,942 ราย ในปี พ.ศ. 2562) และร้อยละ 67.2 (6,221 ราย จากทั้งสิ้น 9,267 ราย ในปี พ.ศ. 2563) ทั้งนี้ ข้อสังเกตจากระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด (บสต.)⁽³⁾ พบว่า ถึงแม้ในช่วงการระบาดของโควิด-19 ในช่วงต้นปี พ.ศ. 2563 ที่ผ่านมา ได้ส่งผลกระทบต่อภาพรวมของผู้ใช้สารเสพติดที่เข้ารับการรักษา โดยพบจำนวนผู้ใช้สารเสพติดโดยรวมทุกชนิดเข้ารับการบำบัดที่ลดลง อย่างไรก็ตาม กลับพบแนวโน้มว่ามีผู้ใช้สารกลุ่มโอปิออยด์มีจำนวนสูงขึ้น

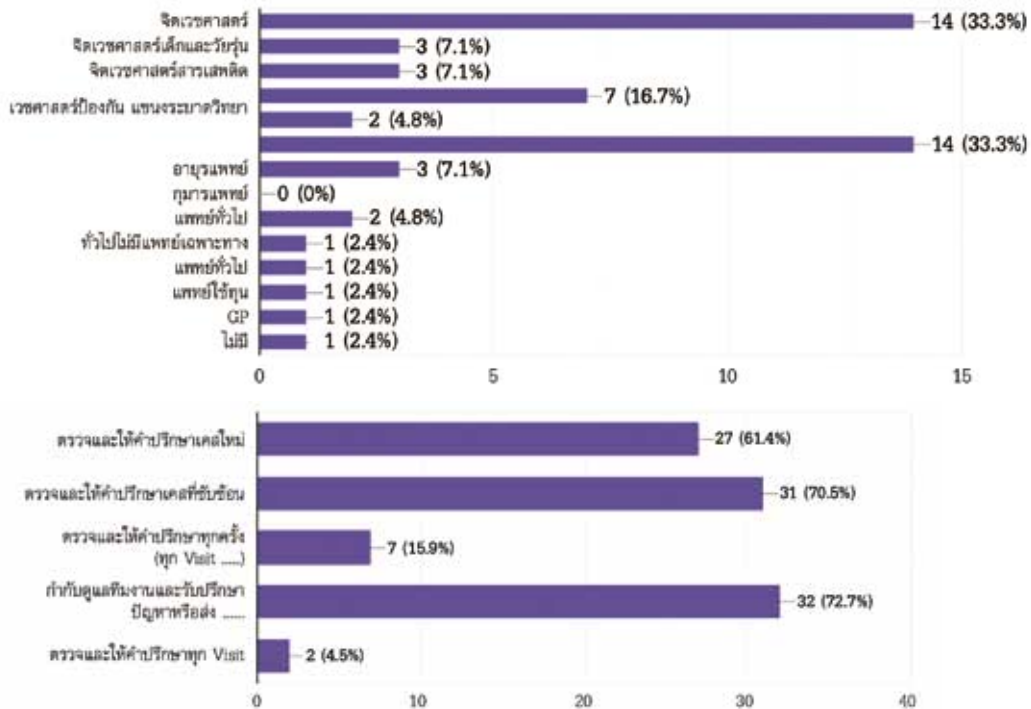
ลักษณะสถานที่และบุคลากรที่ให้การบำบัดรักษาโอปิออยด์

จากผลการสำรวจผู้ตอบส่วนมากเป็นผู้ให้บริการในสถานพยาบาลระดับโรงพยาบาลอำเภอ ร้อยละ 60 โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลที่ให้บริการเมธาโดนภายใต้การกำกับดูแลของโรงพยาบาลอำเภอด้วยในเงื่อนไขตามกฎหมายจำนวน 2 แห่ง โดยคลินิกที่จ่ายยาเมธาโดนอยู่ภายใต้กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดร้อยละ 58.62 และมีสหวิชาชีพมาร่วมให้บริการในวันที่เปิดให้บริการ ซึ่งส่วนมากเปิดให้บริการยาเมธาโดน 1 วันต่อสัปดาห์ (ร้อยละ 48) และ 2 วันต่อสัปดาห์ (ร้อยละ 30) ของหน่วยบริการที่ตอบแบบสอบถาม พื้นฐานหลักการของการรักษาส่วนใหญ่เป็นเป้าหมายเพื่อลดอันตรายและการเน้นการฟื้นฟูสภาพการกลับไปทำหน้าที่ (recovery-based and harm reduction) ถึงร้อยละ 96 โดยมีเพียงร้อยละ 1-4 ที่ยึดเป้าหมายเพื่อหยุดสารทุกชนิดรวมถึงยาที่ใช้รักษาหรือสารทดแทน (abstinence-based) ทั้งนี้ ผู้ตอบมาจากหน่วยงานที่สามารถให้บริการดูแลผู้ป่วยสารเสพติดและโรคร่วมทางจิตเวชได้ถึงร้อยละ 54 โดยในรายละเอียดส่วนมากเป็นการดูแลแบบผู้ป่วยนอก หรือมีการดูแลร่วมในหอผู้ป่วยทั่วไปในช่วงระยะเวลาไม่เกิน 30 วัน สูงถึงร้อยละ 80

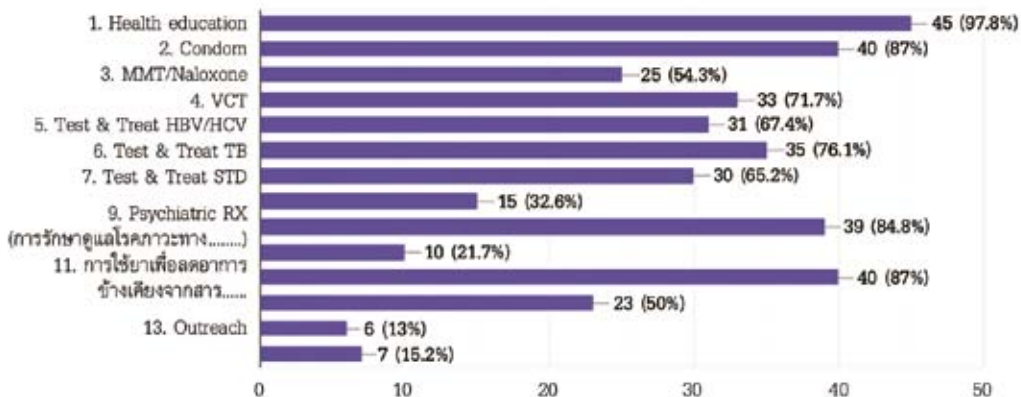
ในด้านบุคลากร พบว่าในสถานบำบัดรักษาผู้ใช้โอปิออยด์ที่ตอบแบบสอบถามมีแพทย์เฉพาะทางเพียง 16 จาก 51 แห่ง (ร้อยละ 31.37) รายละเอียดดังรูปที่ 1 โดยบริการของแพทย์ที่ดูแลคลินิกเมธาโดนมีรูปแบบการให้บริการตรวจรักษาที่หลากหลาย ทั้งนี้ พบว่ามีแพทย์ที่ผ่านการอบรมเกี่ยวกับการใช้เมธาโดนราวร้อยละ 29 โดยเป็นการอบรมระยะสั้น ไม่เกิน 3 วัน และส่วนมากใช้กระบวนการปรึกษาแพทย์หรือจิตแพทย์ที่เลี้ยงในจังหวัด หรือจากกรมการแพทย์ โดยทุกแห่งมีแผนให้แพทย์เข้ารับการอบรมอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากในระดับพื้นที่มีการหมุนเวียนแพทย์บ่อยครั้ง

โดยผู้ให้การบำบัดส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 41-50 ปี (เฉลี่ย 45 ปี) มีประสบการณ์การดูแลผู้ใช้สารเสพติดทุกกลุ่มสารเฉลี่ย 2.66 ปี และมีประสบการณ์การดูแลเฉพาะผู้ใช้โอปิออยด์ด้วยเมธาโดนเฉลี่ย 2.88 ปี พบว่าสหวิชาชีพอื่น ๆ นอกเหนือจากแพทย์นั้น มีประสบการณ์การดูแลในระยะเวลาที่นานกว่าแพทย์อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะพยาบาลที่ดูแลคลินิกเมธาโดน และสารเสพติดชนิดอื่น ได้รับการอบรมที่หลากหลายตั้งแต่การศึกษาระดับหลังปริญญา การศึกษาอบรมเฉพาะทางระยะกลาง 4 เดือน การอบรมระยะสั้น ทั้งด้านการใช้ยาเมธาโดน การลดอันตราย การบำบัดในรูปแบบต่าง ๆ หลังการคัดกรอง รายละเอียดตัวอย่างการจัดบริการลดอันตราย มีดังรูปที่ 2





รูปที่ 1 ● ตัวอย่างสัดส่วนแพทย์ที่ให้บริการในคลินิกเมธาโดนและรูปแบบการให้บริการการตรวจรักษา โดยแพทย์



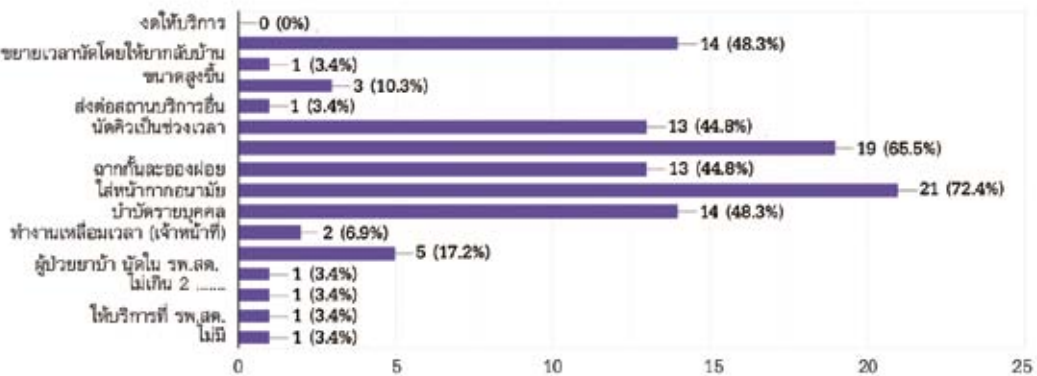
รูปที่ 2 ● ตัวอย่างรูปแบบการให้บริการด้านสารเสพติดโดยสหวิชาชีพในสถานพยาบาลบำบัดรักษาการเสพติด (MMT = methadone maintenance treatment (การรักษาโดยใช้ยาเมธาโดนต่อเนื่อง), VCT = voluntary counselling and testing (การตรวจหาสารและรับคำปรึกษาโดยสมัครใจ), HBV = hepatitis B virus (ไวรัสตับอักเสบบี), HCV = hepatitis C virus (ไวรัสตับอักเสบบี), TB = tuberculosis (โรควัณโรค), STD = sexual transmitted disease (โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์))



ลักษณะการให้บริการยาเมธาโดน

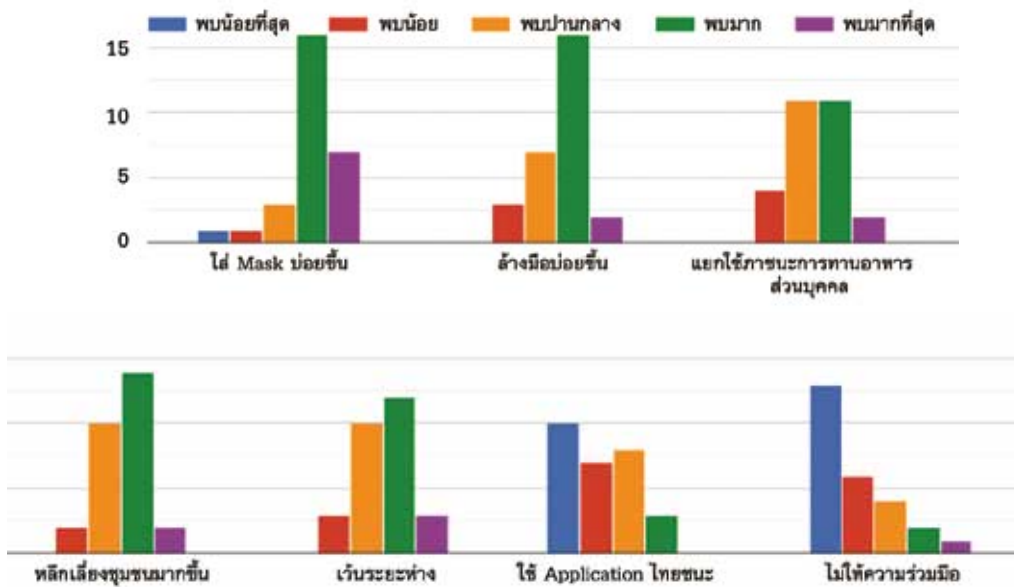
ก่อนการระบาดของโรคโควิด-19 พบว่า ในวันที่เปิดบริการเมธาโดนมีผู้มารับบริการ 1-10 คน ต่อสถานบริการ (เฉลี่ย 5.6 คน) ต่อวันที่เปิดให้บริการ เป็นผู้ใช้เฮโรอีนร้อยละ 40 ของผู้ใช้โอปิออยด์ ทั้งหมด โดยใช้ด้วยวิธีการฉีดประมาณร้อยละ 50 ซึ่งส่วนใหญ่ขนาดเริ่มต้นของเมธาโดนที่ให้ต่ำกว่า 20 มิลลิกรัมต่อวัน (ร้อยละ 70) และมีขนาดเฉลี่ยอยู่ที่ 35-40 มิลลิกรัมต่อวัน โดยมีขนาดต่ำสุดคือ 2-5 มิลลิกรัมต่อวัน และสูงสุดคือ 120-200 มิลลิกรัมต่อวัน มีการจ่ายยากลับบ้านภายใต้เงื่อนไขกฎหมาย (ไม่ควรเกิน 420 มิลลิกรัมต่อครั้ง) มีระยะเวลาเฉลี่ยที่ให้นายากลับบ้านคือ 7 วัน

สำหรับในช่วงระบายนักของโรคโควิด-19 ในช่วงปี พ.ศ. 2563 นั้น พบว่าจำนวนผู้ป่วยต่อวันลดลงไปมากที่สุดถึงร้อยละ 80 โดยมีค่าเฉลี่ยลดลงไปร้อยละ 60 ต่อวันที่เปิดบริการ เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในคลินิกเมธาโดนมีจำนวนลดลงไปร้อยละ 40 ทั้งนี้ มีมาตรการที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยในช่วงระบายนัก ดังรูปที่ 3 โดยมีการใช้ระบบการสื่อสารทางไกล เช่น telepharmacy/counselling ร้อยละ 9 มีการขยายระยะเวลาในการให้ยากลับบ้านเพื่อลดการมาโรงพยาบาลเพิ่มจากเดิมอีกประมาณ 7 วันโดยเฉลี่ย ในขนาดยาเท่าเดิมภายใต้เงื่อนไขกฎหมาย ผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 90 ยังคงอยู่ในระบบบริการ เนื่องจากกลัวการขาดยาหรืออาการถอน ทั้งนี้ บุคลากรได้สังเกตเห็นผู้ป่วยมีการทำตามมาตรการป้องกันแพร่กระจายเชื้อด้วยตนเอง ดังรูปที่ 4



รูปที่ 3 ◉ มาตรการที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยสารเสพติดในช่วงการระบาดโรคโควิด-19



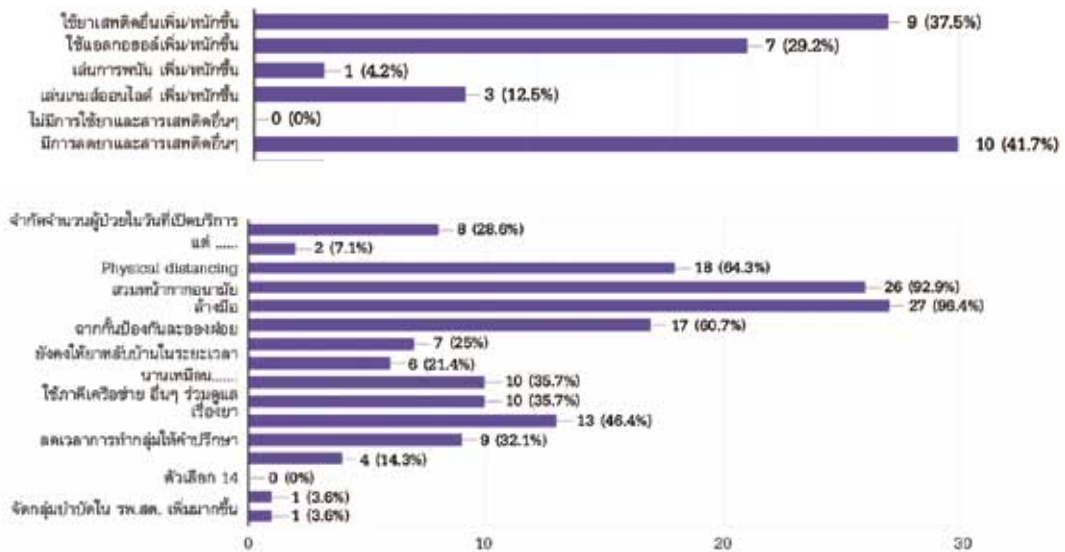


รูปที่ 4 © พฤติกรรมเท่าที่สังเกต/ทราบ จากผู้ป่วยสารเสพติดที่มาใช้บริการ

▶ ผลกระทบที่สังเกตเห็นในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ผ่อนคลาย

บุคลากรที่ให้บริการ สังเกตพบผลกระทบด้านอื่น ๆ ในช่วงการระบาดโควิด-19 โดยมีการปรึกษาปัญหาด้านอื่นโดยครอบครัว หรือชุมชน หรือปรึกษาปัญหาความเครียด และได้รับรายงานมีการก่อความรุนแรง อย่างไรก็ตาม รวบรวมแล้ว 17 ตอบว่าไม่พบผลกระทบใด ๆ ทั้งนี้ ผู้ป่วยเริ่มกลับมาใช้บริการในระดับที่ใกล้เคียงกับก่อนการระบาดตั้งแต่ช่วงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2563 และคลินิกเมธาโดนส่วนมากยังให้บริการอย่างต่อเนื่อง การให้ยากลับบ้านยังคงให้นานกว่าก่อนการระบาด คือให้ยากลับบ้านนานกว่าเดิม 7 วัน หรือตามแผนการรักษาของแพทย์ ผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 80 ยังคงอยู่ในระบบการรักษาด้วยยา โดยพบว่ามีการใช้สารและพฤติกรรมการเสพติดเพิ่มขึ้นหรือลดลงในสัดส่วนดังรูปที่ 5 โดยมีมาตรการการดูแลหลังภาวะการระบาดของโรคโควิด-19 มีการคลี่คลาย ดังแสดงในรูป





รูปที่ 5 แสดงตัวอย่างสัดส่วนผลกระทบด้านการใช้สารเสพติดอื่นและพฤติกรรมกาเสพติด และมาตรการที่ใช้ในช่วงหลังการแพร่ระบาดของโควิด-19 ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2563

สรุป

การใช้สารโอปิออยด์พบมากในพื้นที่ภาคเหนือ โดยพบว่าในช่วงปี พ.ศ. 2563 ที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ผู้ใช้สารโอปิออยด์ซึ่งใช้การบำบัดรักษาหลักด้วยยาเมธาโดนในรูปแบบรับประทานต่อเนื่อง โดยมีจำนวนผู้มาเข้ารับบริการต่อวันลดลง มาตรการทางสาธารณสุขที่ใช้เป็นหลักคือการเว้นระยะห่าง และการลดความแออัดในสถานพยาบาล เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 การขยายระยะเวลาให้ยา และนัดเวลามารับยาที่นานขึ้น โดยผลกระทบที่เกิดหลังการระบาดของโรคโควิด-19 ในช่วงต้น พบทั้งผู้ใช้สารเสพติดลดลงและเพิ่มขึ้นซึ่งไม่แตกต่างกับสารเสพติดอื่นที่ไม่มีการใช้ยาในการรักษา ทั้งนี้ โอกาสในการพัฒนาการดูแลผู้ใช้สารโอปิออยด์สำหรับประเทศไทยนั้น อาจเพิ่มทางเลือกใช้ยาที่มีความปลอดภัย มีระยะเวลาการออกฤทธิ์ที่นานขึ้น ลดความเสี่ยงในการทานยาเกินขนาดและการนำไปใช้ในทางที่ผิดหรือการลักลอบนำไปจำหน่าย อาทียา Buprenorphine plus naloxone เป็นต้น ทั้งนี้ การใช้เทคโนโลยีในการช่วยติดตามการรับประทานยา เช่น การดูความสม่ำเสมอในการทานยา การสอบถามความถูกต้องในการทานยา การให้คำปรึกษาการทานยา จะเป็นส่วนช่วยที่สำคัญ โดยใช้ชุมชน เครือข่าย หรือประชาสังคมในการสนับสนุนการดูแลทั้งด้านการนำเข้าสู่ระบบ การคงอยู่ในระบบ การทานยาอย่างปลอดภัย และจัดให้มีการสร้างความรอบรู้ที่ถูกต้อง (health literacy) ทั้งด้านโรคโควิด-19 และอันตรายที่เกิดจากการใช้สารเสพติด ตลอดจนระบบการช่วยเหลือสนับสนุนทางสุขภาพและทางสังคม



เอกสารอ้างอิง

1. World Drug Report 2020 (United Nations publication, Sales No. E.20.XI.6).
2. อภิศักดิ์ วิทยานุกุลลักษณ์. แบบสำรวจสถานการณ์การบำบัดรักษาผู้ใช้ยาเสพติดกลุ่ม opioid ด้วยเมธาโดนในสถานบริการสุขภาพ ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19. ตุลาคม 2563.
3. ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้น 15 ตุลาคม 2563, จาก <https://antidrugnew.moph.go.th/Runtime/Runtime/Form/FrmPublicReport/>



การสำรวจสถานการณ์กัญชา และการดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง ในประเทศไทย

โดย รัศเมน กัลยาศิริ
ริติมา ดวงสนิท

▶ บทนำ

ในช่วงต้นปี พ.ศ. 2562 มีการปรับปรุงนโยบายที่มีความสำคัญเกี่ยวกับสารเสพติดของประเทศ โดยการออกกฎหมายพระราชบัญญัติ (พ.ร.บ.) ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2562 (ฉบับที่ 7)^[1] เพื่อนำกัญชาและพืชกระท่อมมาใช้ประโยชน์ ทั้งนี้ ในเดือนพฤศจิกายน ปีเดียวกัน ทางศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด (ศศก.) ร่วมกับศูนย์วิจัยเพื่อพัฒนาสังคมและธุรกิจ ได้จัดทำการศึกษาสำรวจประชากรไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป จำนวน 5,439 ราย ผ่านการสัมภาษณ์ด้วยตนเอง จาก 20 จังหวัดครอบคลุมทั่วทุกภูมิภาคของประเทศ^[2] เพื่อคาดประมาณจำนวนผู้ใช้กัญชาและเหตุผลที่ใช้กัญชาเพื่อการสันตนาการหรือเพื่อการรักษาโรคในกลุ่มประชากรไทย ภายหลังจากปรับปรุงกฎหมายดังกล่าว

กระแสความสนใจด้านกัญชาในประเทศไทยมีมากขึ้นตั้งแต่ 1-2 ปี ก่อนการปรับแก้กฎหมาย โดยมีองค์ความรู้ด้านกัญชามีเป็นจำนวนมากในต่างประเทศ หลังการปรับแก้กฎหมายกระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งสถาบันกัญชาทางการแพทย์ เพื่ออำนวยความสะดวกให้ประชาชนได้เข้าถึงการรักษาโดยใช้กัญชาได้อย่างปลอดภัย และจัดให้มีคลินิกกัญชาในโรงพยาบาลของรัฐทั้งการแพทย์แผนไทยและหมอพื้นบ้าน โดยในปี พ.ศ. 2562 องค์กร

และหน่วยงานทางการแพทย์ต่าง ๆ ได้ออกมาให้ความรู้กับประชาชนถึงข้อบ่งชี้และข้อควรระวังในการใช้กัญชาเพื่อรักษาโรค เช่น แพทย์สภา ร่วมกับราชวิทยาลัยทางการแพทย์สาขาต่าง ๆ ได้จัดทำองค์ความรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ในแต่ละสาขาทางการแพทย์^[3] และกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำคู่มือและการอบรมในการใช้กัญชาทางการแพทย์^[4] นอกจากนี้ ศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด ภายใต้การสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำสื่อเพื่อการสื่อสารให้กับประชาชนเพื่อป้องกันการใช้กัญชาอย่างผิดวิธี และให้รู้เท่าทันอันตรายของกัญชาหากใช้ผิดวิธีในช่องทางการสื่อสารรูปแบบต่าง ๆ อีกทั้งยังมีหน่วยงานทางการแพทย์และการสาธารณสุขอีกหลากหลายหน่วยงานได้จัดประชุมวิชาการที่มีเนื้อหาในเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ร่วมอยู่ด้วย เช่น แพทย์สมาคม สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ สำนักวิชาการกระทรวงสาธารณสุข สำนักวิชาการกรุงเทพมหานคร องค์การวิชาชีพแพทย์ในสาขาต่าง ๆ และมหาวิทยาลัยทั่วประเทศ ภูมิภาคของประเทศ เป็นต้น

ทั้งนี้ คำแนะนำที่สำคัญที่เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ในประเทศไทยนั้น ได้มาจากคำแนะนำจากกระทรวงสาธารณสุข และจากแพทย์สภา โดยกระทรวงสาธารณสุข ได้รับรองประโยชน์จากสาร delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) และ cannabidiol (CBD) ที่สกัดได้จากพืชกัญชาว่ามีประโยชน์สำหรับการเจ็บป่วยในเบื้องต้นจำนวน 4 ภาวะ ได้แก่ ภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากเคมีบำบัด โรคลมชักที่รักษายาก และโรคลมชักที่ต้องอยู่ยารักษา ภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็งในผู้ป่วยโรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง และภาวะปวดปลายประสาท โดยภาวะการเจ็บป่วยหรืออาการอื่น ๆ ยังคงต้องรอการศึกษาเพิ่มเติมทางการแพทย์^[4] แต่หากจำเป็นต้องใช้ สามารถใช้ในระบบ “Special Access Scheme” (SAS) หรือการวิจัยได้โดยจำเป็นต้องรายงานและติดตามผลการใช้อย่างต่อเนื่องให้กับกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งข้อแนะนำเกี่ยวกับภาวะอาการเจ็บป่วยทั้ง 4 ภาวะดังกล่าวสอดคล้องกับข้อแนะนำที่ได้จากคณะกรรมการพิจารณาข้อมูลเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ของแพทย์สภา ที่ทำออกมาร่วมกับราชวิทยาลัยทางการแพทย์สาขาต่าง ๆ ในช่วงปลายของปี พ.ศ. 2562^[3] เพื่อลดความลับสนของแพทย์และประชาชนเกี่ยวกับการนำกัญชามาใช้ทางการแพทย์ ซึ่งอาจมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่ไม่ทราบถึงอันตรายที่ตนเองโดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์และเกิดอาการข้างเคียงตามมา เนื่องจากไม่ทราบส่วนประกอบของผลิตภัณฑ์และอาจยังไม่ทราบถึงข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ที่แนะนำให้ใช้ รวมไปถึงจนถึงวิธีการใช้ที่ถูกต้องในการรักษาภาวะอาการเจ็บป่วยของตน

▶ สรุปประเด็นการปรับปรุงกฎหมาย พ.ร.บ. ยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2522^[1]

เดิมพืชกัญชาและพืชกระท่อมจัดเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ที่ห้ามใช้และมีการกำหนดโทษทั้งผู้ใช้และผู้ครอบครอง โดยกฎหมายใหม่ซึ่งมีผลบังคับใช้ในวันที่ 19 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 ได้มีการ



ปรับแก้ให้ใช้พืชเหล่านี้ได้ในกรณีจำเป็นเพื่อประโยชน์ของทางราชการ การแพทย์ การรักษาผู้ป่วย หรือการศึกษาวิจัยและพัฒนา โดยมีติดตัวไม่เกินปริมาณที่จำเป็นสำหรับใช้รักษาโรคเฉพาะตัว ซึ่งต้องมี ใบสั่งยาหรือหนังสือรับรองจากผู้ให้การรักษา

โดยกฎหมายที่ปรับแก้นี้ หากมีปริมาณพืชตั้งแต่ 10 กิโลกรัมขึ้นไป ให้สันนิษฐานว่าเป็นการผลิต นำเข้า หรือส่งออกเพื่อจำหน่าย ซึ่งต้องได้รับใบอนุญาตการกระทำดังกล่าว ซึ่งผู้ขออนุญาตอาจเป็น

- 1) หน่วยงานของรัฐที่มีหน้าที่ศึกษาวิจัยหรือจัดการเรียนการสอน หรือให้บริการทางเกษตรกรรม เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์หรือเภสัชกรรม หรือที่มีหน้าที่ในการป้องกัน ปราบปราม และ แก้ไขปัญหา ยาเสพติด หรือสภากาชาดไทย
- 2) ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม เภสัชกรรม ทันตกรรม การสัตวแพทย์ชั้นหนึ่ง การแพทย์แผนไทย การแพทย์แผนไทยประยุกต์ หรือหมอพื้นบ้านตามกฎหมาย
- 3) สถาบันอุดมศึกษาเอกชนเกี่ยวกับทางการแพทย์หรือเภสัชศาสตร์
- 4) วิสาหกิจชุมชนซึ่งจดทะเบียนตามกฎหมายและดำเนินการภายใต้ความร่วมมือและกำกับดูแล ของผู้ขออนุญาตที่เป็นหน่วยงานของรัฐและสถาบันอุดมศึกษาเอกชน
- 5) ผู้ประกอบการขนส่งสาธารณะระหว่างประเทศ
- 6) ผู้ป่วยเดินทางระหว่างประเทศที่มีความจำเป็นเพื่อใช้รักษาโรคเฉพาะตัว เป็นต้น

สำหรับคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ ได้มีการเพิ่มปลัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ อธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก อธิบดีกรมโรงงานอุตสาหกรรม อธิบดีกรมสนับสนุน บริการสุขภาพ อธิบดีกรมสุขภาพจิต นายกแพทย์สภา นายกสภาการแพทย์แผนไทย และนายกสภา เภสัชกรรม เป็นกรรมการเพิ่ม เฉพาะในวาระที่เกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 (กัญชา พืชกระท่อม พืชฝิ่น เห็ดขี้ควาย) โดยคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด อาจมีมติให้รัฐมนตรีโดย ความเห็นชอบของคณะกรรมการกำหนดเขตพื้นที่เพื่อทดลองเพาะปลูก ผลิต และทดสอบ เสพ หรือ ครอบครองในปริมาณที่กำหนด โดยให้ตราเป็นพระราชกฤษฎีกา ทั้งนี้ ผู้ที่ได้รับอนุญาตผลิต นำเข้าหรือ ส่งออก ต้องปฏิบัติตามหลักเกณฑ์อย่างเคร่งครัด ในการจัดให้มีป้ายเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษประเภท 5 การวิเคราะห์คุณภาพผลิตภัณฑ์ การทำฉลาก เอกสารค่าเตือน ข้อควรระวังกำกับผลิตภัณฑ์ การแยก เก็บรักษา และลักษณะสถานที่เก็บและการป้องกัน ข้อกำหนดสำหรับการโฆษณา การทำบัญชีรับจ่ายยา เสพติดให้โทษและเสนอรายงานต่อเลขาธิการฯ เป็นรายเดือนและรายปี ผู้ฝ่าฝืนต้องระวางโทษปรับ ไม่เกิน 40,000 บาท

ผู้ที่ฝ่าฝืนในการผลิต นำเข้า หรือส่งออกซึ่งพืชกัญชาตามกฎหมายฉบับนี้ ต้องระวางโทษจำคุก ไม่เกิน 5 ปี และปรับไม่เกิน 500,000 บาท ถ้าเป็นการกระทำเพื่อจำหน่าย ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่ 1-15 ปี และปรับตั้งแต่ 100,000-1,500,000 บาท ถ้าเป็นพืชกระท่อม ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปี



และปรับไม่เกิน 200,000 บาท สำหรับผู้ที่มีไว้ในครอบครองพืชกัญชาโดยมีปริมาณไม่ถึง 10 กิโลกรัม ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 5 ปี หรือปรับไม่เกิน 100,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ ถ้ามีปริมาณตั้งแต่ 10 กิโลกรัมขึ้นไป ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่ 1-15 ปี และปรับตั้งแต่ 100,000-1,500,000 บาท ถ้าครอบครองพืชกระท่อม ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปี และปรับไม่เกิน 200,000 บาท ในส่วนของผู้ฝ่าฝืนในการ “ใช้” ยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 1 ปี หรือปรับไม่เกิน 20,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ ถ้าเป็นพืชกระท่อม ต้องระวางโทษปรับไม่เกิน 2,000 บาท โดยได้ให้ผู้ใช้และผู้ที่มีไว้ในครอบครองกัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ หรือการศึกษาวินิจฉัย อยู่ก่อนวันที่ พ.ร.บ. นี้ใช้บังคับ ไม่ต้องรับโทษ เมื่อยื่นคำขอรับใบอนุญาตต่อเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยาภายใน 90 วัน นับแต่วันที่ พ.ร.บ. นี้มีผลใช้บังคับ และให้ของกลางตกเป็นของกระทรวงสาธารณสุขหรือให้ทำลาย

▶ ผลสำรวจความคิดเห็นและพฤติกรรมการใช้กัญชา พ.ศ. 2562

ในเดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2562 หลังจาก พ.ร.บ. ยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 ดังกล่าว มีผลบังคับใช้ คณะพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ (นิด้า) ได้ทำการสำรวจประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 1,257 ราย เกี่ยวกับความคิดเห็นต่อการใช้กัญชา โดยเก็บข้อมูลทางโทรศัพท์^[5] ผลเบื้องต้นพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีการติดตามข่าวสารเกี่ยวกับกัญชาที่เพิ่งมีการปรับแก้กฎหมายไป โดยผู้ที่ติดตามส่วนใหญ่ร้อยละ 71 ค่อนข้างเชื่อหรือเชื่อมากกว่ากัญชาสามารถรักษาโรคร้ายแรงให้หายได้ ซึ่งไม่สอดคล้องกับคำแนะนำการใช้กัญชาทางการแพทย์ที่ออกโดยกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และแพทยสภา ตามที่ได้กล่าวข้างต้น อย่างไรก็ตาม ส่วนใหญ่ระบุวัตถุประสงค์ที่รัฐบาลควรกำหนดเกี่ยวกับนโยบายกัญชานั้นควรเป็นไปเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ และการรักษาโรคเท่านั้น โดยมีประชาชนเพียงร้อยละ 3.4 เท่านั้น ที่สนับสนุนการใช้เพื่อความบันเทิง และส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยที่จะให้ปลูกกัญชาทางการแพทย์ได้เสรีตามบ้าน

ต่อมา ได้มีการสำรวจซึ่งจัดทำโดยศูนย์วิจัยเพื่อพัฒนาสังคมและธุรกิจ ดำเนินการร่วมกับศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด โดยทำการสำรวจในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2562 เก็บข้อมูลแบบตัวต่อตัวในประชากรไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป จำนวน 5,439 คน จาก 20 จังหวัด ครอบคลุมทั่วทุกภูมิภาคของประเทศ^[2] พบผลที่ใกล้เคียงกันกับการสำรวจข้างต้น โดยการนำกัญชามาใช้ในทางการแพทย์เป็นประเด็นที่มีการกล่าวถึงและได้รับการยอมรับกันค่อนข้างกว้างขวาง ผลการศึกษาพบว่า ข่าวสารเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ได้แพร่กระจายในวงกว้าง โดยประมาณการว่าประชากรไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป กว่า 44 ล้านคน ได้รับข่าวสารเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ ซึ่งมักเป็นการให้ข้อมูลเชิงสนับสนุนการใช้ โดยได้ข้อมูลมาจากบุคคลอื่นที่ไม่ใช่แหล่งการให้ความรู้ที่เป็นหน่วยงานหรือนักวิชาการ



อย่างไรก็ตาม พบว่าประชากรส่วนใหญ่ยังเข้าใจไม่ถูกต้องในข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ของกัญชาทางการแพทย์บางอย่าง เช่น เชื่อว่า “กัญชารักษาโรคมะเร็งให้หายได้” เป็นต้น โดยมีผู้ที่เคยได้ยินข้อความดังกล่าวที่เชื่อว่าเป็นข้อมูลที่ถูกต้องแล้วสูงถึงร้อยละ 39 ดังรูปที่ 1 นอกจากนี้ ยังมีข้อมูลเกี่ยวกับผลข้างเคียง หรืออันตรายจากการใช้กัญชา ที่ประชาชนไทยส่วนใหญ่ยังเข้าใจไม่ถูกต้องอีกด้วย อย่างไรก็ตาม ร้อยละ 72 ของประชากรที่เคยได้ยินว่า “กัญชาอาจส่งผลทำให้เสพติดได้” มีความเข้าใจที่ถูกต้องว่าข้อความดังกล่าวเป็นข้อมูลที่ถูกต้อง ทั้งนี้ ประชากรส่วนใหญ่มีแนวโน้มเห็นด้วยต่อการนำกัญชามาใช้ทางการแพทย์ แต่ต้องอยู่ภายใต้การกำกับดูแล และไม่สนับสนุนการนำมาใช้เพื่อสันหนนาการ รวมไปถึงการปลูก-ซื้อ-ขายกัญชาโดยเสรี



รูปที่ 1 ๑ ดัดแปลงและผลิตซ้ำโดยได้รับอนุญาตจากศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด : โครงการสำรวจความรู้ ความเข้าใจ และความคิดเห็นของประชาชนต่อเรื่องกัญชาทางการแพทย์ และการใช้แบบสันหนนาการ: กรณีศึกษาประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปทั่วประเทศ เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2562

สำหรับตัวเลขประมาณการโดยศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจ พบประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป 5.7 ล้านคน หรือร้อยละ 10.6 เคยใช้กัญชา “เพื่อสันหนนาการ” ในช่วงตลอดชีวิตที่ผ่านมา โดยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และราวสองในสามอยู่ในกลุ่มอายุ 30-59 ปี ทั้งนี้ ผลสำรวจในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา พบว่ายังมีผู้ใช้กัญชาเพื่อสันหนนาการอยู่กว่า 1 ล้านคน และกว่าสามในสี่อยู่ในช่วงอายุ 20-49 ปี โดยมีเยาวชนอายุ 15-19 ปี กว่า 1 แสนคน เคยใช้กัญชาในช่วงชีวิตที่ผ่านมา ซึ่งทั้งหมดของเยาวชนที่ใช้กัญชานั้นใช้เพื่อการสันหนนาการ และกว่า 5 หมื่นคน ยังคงใช้ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา โดยแทบทุกรายทราบถึงผลเสียที่อาจเกิดกับตัวเอง เช่น ผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจ แต่ยังคงใช้อยู่



สำหรับการใช้กัญชาเพื่อรักษาโรคนั้น ผลประมาณการโดยศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจ พบว่ามีประชากรไทยอยู่ 1.6 ล้านคน ที่ใช้กัญชาเพื่อรักษาภาวะเจ็บป่วยของตน ได้แก่ โรคมะเร็ง ความเครียด นอนไม่หลับ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง อาการปวดเมื่อย และปวดศีรษะไมเกรน เป็นต้น ซึ่งส่วนใหญ่รายงานว่ามียาต้านอาการดีซัน อย่างไรก็ตาม โรคดังกล่าวไม่ได้อยู่ในกลุ่มโรคหรือภาวะที่มีหลักฐานทางการแพทย์ว่าได้ประโยชน์จากกัญชาตามคำแนะนำจากกระทรวงสาธารณสุขและแพทยสภา โดยเป็นภาวะที่ยังต้องมีการศึกษาเพิ่มเติม และบางภาวะจัดเป็นโรคร้ายแรงซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยบางรายเสียโอกาสในการได้รับการรักษาที่จัดเป็นการรักษาตามมาตรฐาน

ทั้งนี้ จากการสำรวจพบว่าผู้ที่ได้แจ้งลงทะเบียนเป็นผู้ใช้กัญชากับทางกระทรวงสาธารณสุข ประมาณการรวมกันน่าจะต่ำกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมดที่ใช้กัญชาเพื่อรักษาโรคของตน บ่งได้ว่ามีประชาชนจำนวนมากที่ยังหากัญชาแบบผิดกฎหมายมาใช้เองอยู่ แม้ว่าจะได้ปรับแก้กฎหมายอนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ได้แล้ว โดยรายงานจากกระทรวงสาธารณสุข พบว่าได้มีผู้มาลงทะเบียนเป็นผู้ใช้กัญชาทางการแพทย์ภายใน 90 วันหลังจากกฎหมายใหม่มีผลบังคับใช้ เพียงประมาณ 21,000 คน เท่านั้น โดยมีเพียงประมาณ 100 คนในจำนวนผู้ที่มาลงทะเบียนที่มีการเจ็บป่วยตามภาวะการเจ็บป่วยที่อยู่ในคำแนะนำให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ได้ ตัวเลขดังกล่าวจึงสอดคล้องกับผลการสำรวจและประมาณการที่ได้

▶ การติดตามการดำเนินงานเกี่ยวกับนโยบายกัญชา

หลายภาคส่วนได้มีการศึกษาและติดตามการดำเนินงานการใช้กัญชาทางการแพทย์ ทั้งในด้านการวิจัยการนำกัญชามาใช้ประโยชน์ซึ่งมีการดำเนินการในหลากหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามข้อกำหนดตามกฎหมาย มีการศึกษาถึงปัญหาการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยา และปัญหาด้านผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาในรูปแบบต่าง ๆ โดยมีการมองถึงปัญหาการไม่สามารถเข้าถึงกัญชาทางการแพทย์ได้ อาจเนื่องจากผู้ป่วยไม่เข้าใจเงื่อนไขการครอบครอง อีกทั้งกลุ่มโรคที่ได้ประโยชน์จริงในปัจจุบันนั้นมีอยู่จำกัด และประชาชนยังมาใช้บริการน้อยอาจเพราะไม่ทราบว่าโรงพยาบาลใดจ่ายกัญชาทางการแพทย์บ้าง โดยทางสถานพยาบาลเองก็ไม่ทราบว่า จะจัดหาผลิตภัณฑ์ได้จากที่ใดเนื่องจากมีการกระจายผลิตภัณฑ์ไปตามสถานพยาบาลไม่เท่ากัน นอกจากนี้ แพทย์มีการสั่งจ่ายน้อยเนื่องจากข้อมูลจากหลากหลายแหล่งยังมีการถกเถียงกันถึงประโยชน์และโทษซึ่งยังต้องอาศัยข้อมูลการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม รวมไปถึงเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรทางการแพทย์ยังไม่เข้าใจแนวทางในการปฏิบัติ โดยตัวพืชกัญชาแบบถูกกฎหมายในประเทศยังมีการปลูกน้อยเนื่องจากเพ็งมีนโยบายให้สามารถขออนุญาตปลูกได้ และนโยบายที่ตั้งไว้มีความรัดกุมจึงทำให้ผู้ผลิตที่ไม่มีความสามารถเพียงพอไม่อาจปฏิบัติตามได้ รวมไปถึงการที่ผู้ผลิตไม่มีความพร้อมในการปลูกกัญชา โดยไม่มีความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาสูตรตำรับ และไม่มี



ความรู้ความเข้าใจขั้นตอนในการปลูกตามกฎหมาย เป็นต้น

สำหรับโจทย์วิจัยเพื่อประเมินนโยบายกัญชาทางการแพทย์ต่อไป ในการหาคำถามเชิงนโยบาย และคำถามการวิจัย และเสนอแนวทางการหาคำตอบ ให้ได้ตามกรอบที่วางไว้ มีตัวอย่าง เช่น การศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น การศึกษาวิจัยด้านอุปทานอย่างเป็นระบบ การมีการให้ความรู้ที่ถูกต้อง การวิจัยพิสูจน์ประสิทธิผลของกัญชาให้เป็นที่ประจักษ์ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยที่เป็นที่ยอมรับและมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย การวิจัยว่าประเทศไทยควรจะมีระบบที่มีแนวปฏิบัติ โครงสร้าง และการควบคุมอย่างไร และการศึกษาประสิทธิภาพและประสิทธิผลจากระบบปฏิบัติการที่เกิดขึ้นจริง ทั้งนี้ เพื่อให้ได้ข้อมูลป้อนกลับสู่การตัดสินใจเชิงนโยบายในรอบถัดไปได้ โดยศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติดเองรวมถึงหน่วยงานด้านวิชาการจากสถาบันต่าง ๆ กำลังเร่งผลิตและกำลังดำเนินงานวิจัยที่เกี่ยวกับประเด็นกัญชาที่สำคัญ อย่างไรก็ตาม ได้เริ่มมีการจัดให้มีการประชาสัมพันธ์เพื่อรับฟังความคิดเห็นต่อ (ร่าง) พ.ร.บ. ยาเสพติดให้โทษ สำหรับปี พ.ศ. 2563 ซึ่งเกี่ยวข้องกับเรื่องของการอนุญาตปลูกกัญชา โดยมีประเด็นหลักในการขอปรับปรุง คือ การให้ผู้ป่วยสามารถขออนุญาตปลูกกัญชาเพื่อรักษาโรคของตนเองได้ และให้เกษตรกรสามารถขออนุญาตในการผลิตและจำหน่ายได้ ซึ่งจะเห็นได้ว่าการดำเนินการด้านนโยบายที่เกี่ยวกับกัญชา กำลังเป็นไปอย่างรวดเร็ว ดังตารางที่ 1 แสดงตัวอย่างข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับประเด็นกัญชาซึ่งพบได้ในช่วงปี พ.ศ. 2562 - 2563

จากสถานการณ์ข้างต้น สะท้อนให้เห็นถึงการดำเนินการเกี่ยวกับกัญชาที่ได้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในช่วงปี พ.ศ. 2562 - 2563 รวมถึงการตอบสนองจากสังคมต่อนโยบายที่อาจเปลี่ยนไป ซึ่งจำเป็นต้องมีการติดตามความเคลื่อนไหวอย่างใกล้ชิดสำหรับการปรับเปลี่ยนนโยบายที่เกี่ยวข้อง โดยทุกภาคส่วนจำเป็นต้องอาศัยข้อมูลจากหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อใช้ในการออกแบบนโยบายที่ได้ผลให้เกิดความปลอดภัยต่อเด็กและเยาวชน ผู้ใหญ่ และผู้ป่วยที่ใช้กัญชาเพื่อการรักษาโรคของตน

▷ สรุป

หลังการเปลี่ยนแปลงกฎหมายให้มีการนำกัญชามาใช้ประโยชน์ เช่น ทางการแพทย์ และการวิจัย นั้น ในปีแรกที่ปรับเปลี่ยนกฎหมาย ในปี พ.ศ. 2562 ประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่มีความรู้ ความเข้าใจ ที่ถูกต้องเกี่ยวกับประโยชน์และโทษของกัญชา ซึ่งกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานต่าง ๆ ได้พยายามสื่อสารความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องให้กับประชาชน ทั้งนี้ ประชาชนได้มีการปฏิบัติตามข้อกำหนดตามกฎหมายที่วางขึ้นใหม่เป็นจำนวนที่น้อย เช่น จำนวนการเข้ารายงานตัวว่าเป็นผู้ใช้กัญชาเพื่อรักษาโรค ยังมีจำนวน และสัดส่วนไม่สูงนัก เมื่อเทียบกับจำนวนตัวเลขประมาณการ และยังมีเยาวชนและผู้ใหญ่จำนวนมากที่มีการสูบและใช้กัญชาเพื่อการันทนาการซึ่งอาจมีแนวโน้มสูงขึ้นได้ภายหลังการอนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์



ตารางที่ 1 ตัวอย่างพาดหัวข่าวกฎหมายกัญชาในช่วงปี พ.ศ. 2562 - 2563

วัน/เดือน/ปี	พาดหัวข่าว	ที่มา
19/2/62	กัญชา: กฎหมายใช้กัญชา-กระท่อมทางการแพทย์มีผลบังคับใช้แล้ว	BBC NEWS
31/8/62	ปลดล็อก ใช้ประโยชน์จากสารสำคัญใน ‘กัญชา-กัญชง’ ได้ ยกเว้นไม่เป็นยาเสพติด	Hfocus
19/12/62	‘สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ’ เปิดเวทีระดมสมอง เฝ้าระวังผลกระทบ นโยบายใช้กัญชาทางการแพทย์	ผู้จัดการออนไลน์
20/12/62	สธ. เปิดคลินิกกัญชาทางการแพทย์	ไทยรัฐออนไลน์
25/12/62	“สมศักดิ์” ประธานสภาสุขภาพปนเปื้อน 10 ตัน ป.ป.ส.ยัน พร้อมสนับสนุนของกลางใช้ทางการแพทย์	ผู้จัดการออนไลน์
04/01/63	เผย คลินิกกัญชา 6 ม.ค.นี้ ครั้งแรกของไทย นำ “แพทย์แผนไทย-หมอพื้นบ้าน-แพทย์แผนปัจจุบัน”	ผู้จัดการออนไลน์
22/2/63	อย. ย้ำกฎหมายไม่อนุญาตเอกชนปลูกกัญชา ฝ่าฝืนมีโทษ!	PPTV Online
01/03/63	มทร. จัปมือ สธ.มทร. เปิดโรงปลูกกัญชา เพื่อการแพทย์แห่งแรก ใน กทม.	ผู้จัดการออนไลน์
05/06/63	ลุยประชาพิจารณ์ กม.กัญชา ดันเกษตรกร-ผู้ป่วยปลูกเอง	ผู้จัดการออนไลน์
08/06/63	กัญชายังผิดกฎหมาย ห้ามชวนปลูก ผลิต เสพ	7HD ร้อนออนไลน์

เอกสารอ้างอิง

1. พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562, [ออนไลน์]. Available: http://www.ratchakit-cha.soc.go.th/DATA/PDF/2562/A/019/T_0001.PDF. [วันที่เข้าถึง 13 ตุลาคม 2563].
2. สุริยัน บุญแท้, ศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจ, “รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการสำรวจความรู้ความเข้าใจ และความคิดเห็นของประชาชนต่อเรื่องกัญชาทางการแพทย์ และการใช้แบบสันถนาการ:กรณีศึกษาประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปทั่วประเทศ,” ศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด, กรุงเทพมหานคร, 2562.
3. คณะอนุกรรมการพิจารณาข้อมูลเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์, “คำแนะนำสำหรับแพทย์ การใช้กัญชาทางการแพทย์ ฉบับที่ 1,” แพทยสภา, กรุงเทพมหานคร, 2562.
4. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, “คำแนะนำการใช้กัญชาทางการแพทย์ ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1,” กรุงเทพมหานคร, 2562.
5. นิด้าโพล, “ผลสำรวจความคิดเห็นของประชาชน เรื่อง “นโยบายกัญชา,” 2562. [ออนไลน์]. Available: https://nidapoll.nida.ac.th/survey_detail?survey_id=96. [วันที่เข้าถึง 13 ตุลาคม 2563].



การนำยาทางการแพทย์มาใช้ในทางที่ผิด (ترامาดอล โปร ลีน กระเทียม สี่คุณร้อย)

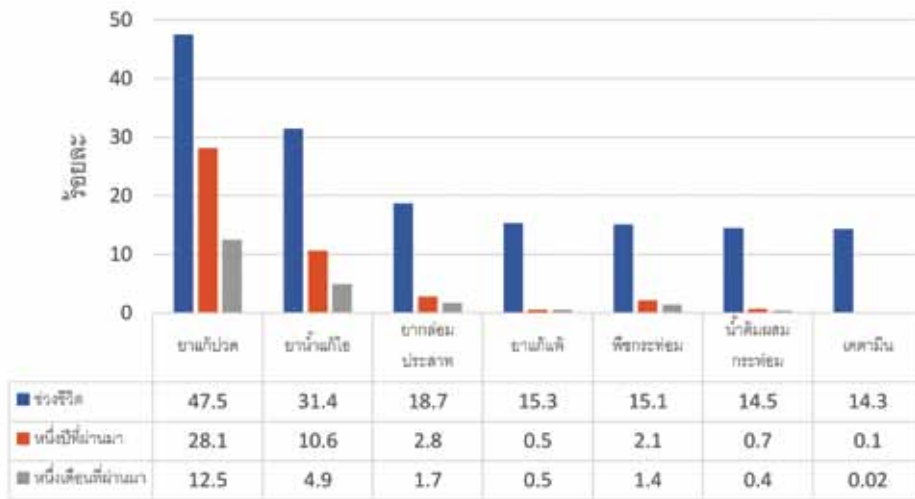
โดย ภักธารณิ กิณ
รัศเมน กัลยาศิริ

▶ บทนำ

ในปัจจุบันรูปแบบและชนิดของการเสพยาและสารเสพติดมีการเปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะในกลุ่มเด็ก และเยาวชน การใช้ยาและสารเสพติดไม่จำกัดเฉพาะสารเสพติดให้โทษตามกฎหมายเท่านั้น แต่ได้มีการนำยาทางการแพทย์ที่เป็นประโยชน์ในการรักษาผู้ป่วย เช่น กลุ่มยาแก้ปวด ยาแก้ไอ ยาแก้แพ้ หรือแม้กระทั่งยาทางจิตเวชมาใช้ผิดแผน ไม่ตรงตามข้อบ่งชี้ของยา รับประทานในปริมาณที่เกินขนาด หรือใช้ร่วมกันหลายชนิด รวมถึงมีการสร้างสูตรสารเสพติดซึ่งเป็นการผสมยาทางการแพทย์ และเครื่องดื่มต่าง ๆ เช่น น้ำอัดลม น้ำชา หรือนำสารเสพติดพืชกระท่อมมาต้มผสมกับยาทางการแพทย์ เช่น ยาแก้ไอ ترامาดอล สารเคมีบางชนิด เกิดเป็นสูตรสารเสพติดเฉพาะกลุ่มที่มีชื่อเรียกแตกต่างกันไปไม่ว่าจะเป็น โปร ลีน 4x100, 5x100, 6x100 เป็นต้น มักใช้โดยการรับประทาน โดยส่งผลให้การออกฤทธิ์ของยาไม่เป็นไปตามที่กำหนดไว้ และเกิดอันตรายต่อร่างกายผู้ใช้ไม่ว่าจะเป็นการกวดการหายใจ ส่งผลต่อการทำงานของระบบประสาท และภาวะการรู้สึกตัว เกิดอาการชัก โคม่า หรืออาจรุนแรงถึงแก่ชีวิตได้ นอกจากนั้นแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อพัฒนาการด้านการเรียนรู้ ปัญหาด้านจิตเวช และด้านสังคมตามมาได้ด้วย

๑ ความชุกการใช้อยาแบบผิดแผน

จากประมาณการ ปี พ.ศ. 2559 ประชากรไทยอายุ 15-64 ปี ใช้อยารักษาโรคแบบผิดแผน และสารออกฤทธิ์ทางจิตประสาทใหม่ (New Psychoactive Substance; NPS) คิดเป็น ร้อยละ 49.7 โดยมีผู้ใช้ใน 1 ปี คิดเป็น ร้อยละ 31.3 และผู้ใช้ในเดือนที่ผ่านมาจำนวนร้อยละ 15.0 ดังรูปที่ 1^[1] ส่วนหนึ่งในผลการศึกษาจากโครงการเฝ้าระวังพฤติกรรมการใช้สุรา ยาสูบ สารเสพติด และพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพในนักเรียนมัธยมศึกษาของประเทศไทย ครั้งที่ 4 ปีการศึกษา 2561 ดำเนินการโดยศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.)^[2] พบว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1, 3, 5 และ ปวช. ปี 2 รวมทั้งสิ้น 21,847 คน พบนักเรียนชายที่เคยใช้อยาแบบผิดแผนซึ่งไม่ได้ใช้เพื่อการรักษาโรคมากที่สุดในชีวิต คือ ยาแก้ไอ รองลงมา ได้แก่ ยาแก้ปวด และยาแก้แพ้ ส่วนการใช้อยาแบบผิดแผนในนักเรียนหญิงพบมากที่สุดคือ ยาแก้ปวด รองลงมา ได้แก่ ยาแก้ไอ และยาแก้แพ้ อายุที่เริ่มใช้สารเสพติดของนักเรียนโดยเฉลี่ยประมาณ 12-15 ปี ดังรูปที่ 2

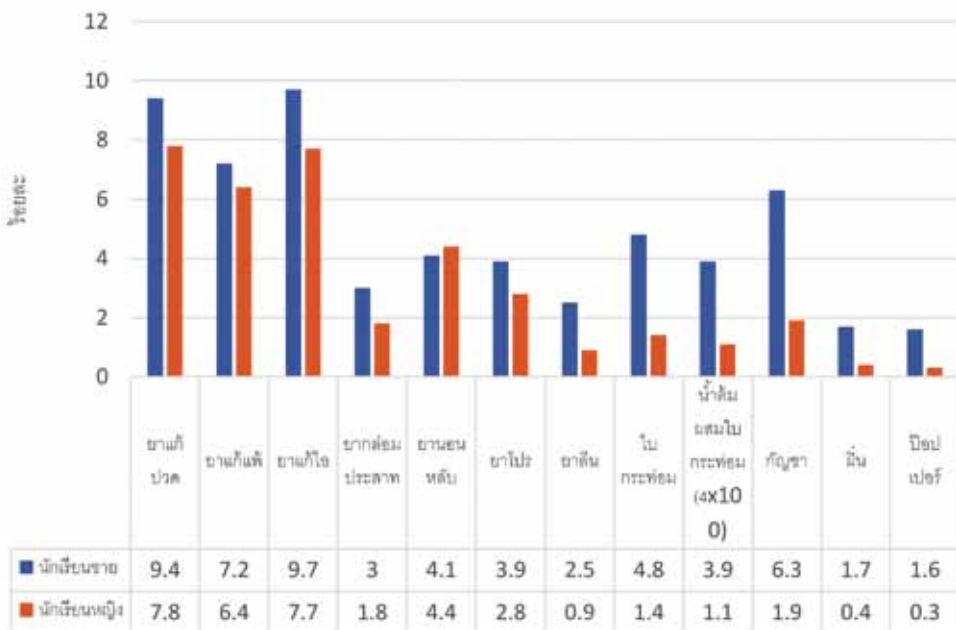


รูปที่ 1 ๑ ความชุกของการใช้อยาแบบผิดแผนปี พ.ศ. 2559 ในประชากรไทยอายุ 15-64 ปี^[1]

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เด็ก และเยาวชนที่มาใช้บริการในการบำบัดรักษาอาการติดยาและสารเสพติดในช่วงปีที่ผ่านมาที่สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี พบว่า สาเหตุจูงใจในการเริ่มต้นนำยาทางการแพทย์มาใช้โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ เนื่องจากอยากรู้ อยากลอง มีเพื่อน รุ่นพี่ชักชวน เห็นข้อมูลจากสื่อออนไลน์ ตัดใจในการออกฤทธิ์ รสชาติ รู้สึกเมา เคลิ้มสุข เข้าใจว่าไม่น่าจะเกิดอันตรายต่อร่างกายที่รุนแรงเหมือนสารเสพติดอื่น และมีการส่งต่อข้อมูล



ในกลุ่มว่าเป็นยาทางการแพทย์ใช้ได้ไม่ผิดกฎหมาย อย่างไรก็ตาม เมื่อใช้แล้วมีเด็กและเยาวชนพึงทราบผลกระทบโดยตรงต่อตนเอง มีวัยรุ่นหลายคนเคยเกิดอาการชักก่อนมาบำบัดรักษาสารเสพติด รวมถึงให้ข้อมูลว่าเกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกาย และสภาพอารมณ์ โดยช่วงเวลาที่หยุดการใช้จะมีอาการปวดเมื่อย อ่อนเพลีย อารมณ์หงุดหงิด แปรปรวน ส่วนขณะที่ใช้นั้นก็เกิดผลกระทบด้านร่างกาย ความคิด ความจำ ต้องเพิ่มขนาดในการใช้ อารมณ์หงุดหงิดง่าย บางรายมีประสบการณ์ของอาการทางจิตเวช หูแว่ว ภาพหลอน หวาดระแวง ส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ในการใช้ชีวิต การงาน การเรียน รวมถึงปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว



รูปที่ 2 ความชุกของการใช้ยาแบบผิดแผน ที่เคยใช้ในชีวิตของนักเรียนมัธยมศึกษา ปีการศึกษา 2561 จำแนกตามเพศ^[2]

▷ สูตรสารเสพติดที่เกิดจากการนำยาทางการแพทย์มาใช้ในทางที่ผิด^[3-7]

สูตรผสมยาทางการแพทย์ที่นำมาใช้ในทางที่ผิดนี้ วัยรุ่นมักได้ข้อมูลจากการส่งต่อกันมารวมถึงการสืบค้นในช่องทางออนไลน์ โซเชียลมีเดียต่าง ๆ โดยในบางกลุ่มมีการดัดแปลงเป็นสูตรต่าง ๆ แตกต่างกันไป เช่น โปโรโคติลผสมชา/กาแฟ/น้ำอัดลม ทรามาดอลผสมกับเครื่องดื่มน้ำตาลที่มีกาเฟอีน หรือสูตรวันทูคอล กระท่อม+ยาแก้ไอ+กาแฟสำเร็จรูป+นมเปรี้ยว+ยาจุดกันยุง+เครื่องตีหมูกำลัง เป็นต้น สำหรับสูตรที่มักใช้กันโดยทั่วไป มีดังต่อไปนี้



- สูตรยาโปร โดยส่วนมากมีส่วนประกอบหลักของยาแก้แพ้ชนิดน้ำโปรโคดีล ซึ่งประกอบด้วยตัวยาสำคัญคือ Promethazine hydrochloride มีข้อบ่งใช้ คือ บรรเทาอาการแพ้ ป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียน วิงเวียนศีรษะ วัยรุ่นผู้ใช้นักนำยาโปรโคดีลผสมกับเครื่องดื่มต่าง ๆ เช่น น้ำอัดลม น้ำชา น้ำผลไม้ และยาแก้ปวดชนิดเม็ด เช่น ทรามาดอล ปริมาณของแต่ละส่วนประกอบอาจแตกต่างกันไปตามความต้องการ
- สูตรยาลิน (LEAN) เป็นเครื่องดื่มสูตรผสมที่มีต้นกำเนิดในกลุ่มนักท่องเที่ยวกลางคืนฝั่งตะวันตกบางกลุ่มเรียก purple drank ส่วนประกอบหลักเป็นยาน้ำแก้ไอที่มีส่วนผสมของยาโคเดอีนผสมกับน้ำอัดลม เช่น สไปร์ท เมทาเนดิว เด็กและวัยรุ่นบางกลุ่มในประเทศไทยมีการผสมยาแก้ปวดทรามาดอลร่วมด้วย
- 4x100 (สี่คูณร้อย) มีส่วนผสมของน้ำกระเทียมเป็นหลักร่วมกับยาแก้ไอที่มีส่วนผสมของโคเดอีน น้ำอัดลมนิยมเป็นเครื่องดื่มน้ำดำ เช่น โค้ก เป๊ปซี่ และยากลุ่ม Benzodiazepines บางสูตรมีการปรับส่วนผสมไป เช่น ใช้ยากันขุ่นชนิดขด ยาน้ำแก้ไออื่น ๆ แทนยาแก้ไอที่มีส่วนผสมของโคเดอีน หรือบางสูตรมีการเพิ่มส่วนผสมสารฟลูออเรสเซนต์ในหลอดไฟ ซึ่งสารฟลูออเรสเซนต์ในหลอดไฟ สารในยากันขุ่น สารกัมม็อกโซนที่เพิ่มไปนอกจากจะทำให้เกิดภาวะมินเมาแล้ว ยังมีคุณสมบัติเป็นตัวเร่งให้สารเสฟติดเข้าสู่กระแสเลือดและเม็ดเลือดได้เร็วขึ้นเป็นสูตร 5x100, 6x100 หรืออาจมีการเพิ่มเติมในส่วนประกอบของสูตรตามเฉพาะกลุ่มไป

▶ กลไกการออกฤทธิ์ของส่วนประกอบในสูตรสารเสฟติดที่วัยรุ่นนิยมนำมาใช้

จากตารางที่ 1 แสดงชนิดยาทางการแพทย์ที่นิยมนำมาใช้ เช่น ทรามาดอล โปรเมทาซีน โคเดอีน เซทิริซีน เด็กซ์โตรเมโทรฟาน และอัลปราโซแลม ซึ่งแต่ละสารมีกลไกการออกฤทธิ์ที่แตกต่างกัน ดังนี้

1. ทรามาดอล (Tramadol HCl)^[8-13]

ทรามาดอล หรือที่กลุ่มวัยรุ่นเรียกว่ายาเขียวเหลือง ยาแท็กซี่ เป็นยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ ใช้บรรเทาอาการปวดระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง เช่น บรรเทาปวดจากโรคมะเร็ง และบรรเทาอาการปวดกระดูก และกล้ามเนื้อระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง^[8,12,13] มีกลไกการออกฤทธิ์ 2 ประการที่สำคัญได้แก่ การเพิ่มการทำงานของสารสื่อประสาท serotonin และ norepinephrine ซึ่งสารสองตัวนี้เมื่อมีปริมาณเพิ่มขึ้นที่ไขสันหลังจะลดอาการปวดได้^[9] และการกระตุ้น μ (mu) receptors (ตัวรับมิว) ซึ่งเมื่อกระตุ้นแล้วจะมีฤทธิ์ลดความปวด รวมทั้งมีฤทธิ์กดการทำงานของระบบประสาท และมีผลทำให้เกิด อาการเคลิ้มสุข (euphoria) ได้ด้วย การออกฤทธิ์นี้เหมือนกับการออกฤทธิ์ของยามอร์ฟิน แต่ทรามาดอลจะมีความแรงน้อยกว่ามอร์ฟินประมาณ 10 เท่า ทำให้นี้ไม่จัดเป็นยาเสฟติดให้โทษเหมือนกับมอร์ฟิน (ตามกฎหมายนั้นยาทรามาดอลจัดเป็นยาอันตรายและสามารถจำหน่ายได้ในร้านยา)



ตารางที่ 1 ชนิดของยาทางการแพทย์ที่นำมาใช้ในทางที่ผิดร่วมกับน้ำต้มกระท่อม และเครื่องดื่มที่มีกาเฟอีน

ชื่อยา	กลุ่มยา	รูปแบบยา	ข้อบ่งใช้ทางการแพทย์
ترامาดอล (Tramadol HCl)	ยาระงับปวด (Analgesic)	ยาเม็ด ยาฉีดยา	ลดอาการปวดระดับปานกลาง จนถึงระดับรุนแรง
โพรเมทาซีน (Promethazine HCl)	ยาแก้แพ้	ยารับประทาน ยาฉีดยา ยาเหน็บ	รักษาอาการเมารถ เมาเรือ อาการแพ้ คลื่นไส้ อาเจียน อาการปวดหลัง การผ่าตัด อาการนอนไม่หลับ
โคเดอีน (Codeine)	ยาแก้ไอ และ บรรเทาอาการปวด	ยารับประทาน และสารละลาย	ระวังอาการไอ อาการปวด
เซทิริซีน (Cetirizine dihydrochloride)	ยาต้านฮีสตามีน (Antihistamine)	ยารับประทาน ยาเม็ด ยาน้ำ	ลดอาการแพ้ และอาการหวัด
เด็กซ์โตรเมโทรฟาน (Dextromethorphan)	ยาระงับการไอ (Antitussives)	ยารับประทาน ยาเม็ด ยาน้ำ	บรรเทาอาการไอแบบ ไม่มีเสมหะ
อัลปราโซแลม (Alprazolam)	Benzodiazepines	ยารับประทาน ยาเม็ด	คลายความกังวล ตื่นตระหนก

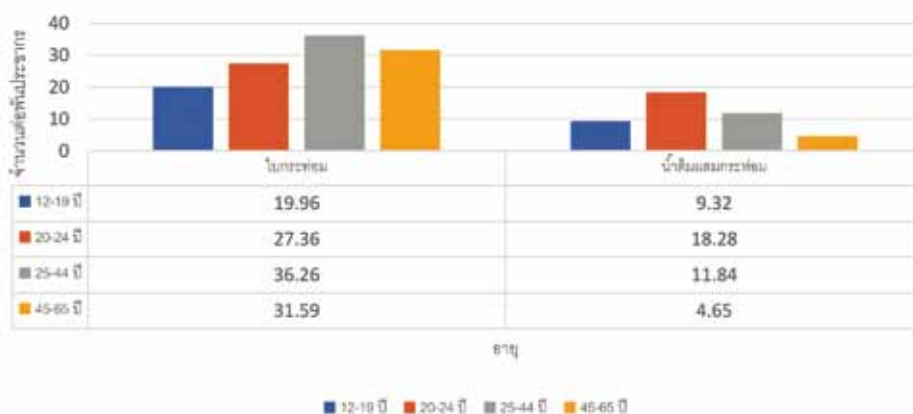
2. โพรเมทาซีน (Promethazine HCl)^[7,14,15]

โพรเมทาซีน หรือยาโปรโคดีลมีลักษณะเป็นยาน้ำเชื่อมใส สีน้ำตาล จัดเป็นยาอันตรายตาม พ.ร.บ. ยา พ.ศ. 2510 เป็นยาแก้แพ้ที่ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งสารฮีสตามีน (histamine) ที่ร่างกายสร้างขึ้นเพื่อกำจัดสารก่อภูมิแพ้ ใช้บรรเทาอาการจากการแพ้ เช่น คัน น้ำมูกไหล จาม ลมพิษ และ ผื่น อีกทั้งมีฤทธิ์ช่วยเปลี่ยนแปลงปฏิกิริยาของสารเคมีในสมอง จึงนำมาใช้รักษาอาการเมารถ เมาเรือ คลื่นไส้ อาเจียน บรรเทาอาการปวดจากการผ่าตัด ใช้เป็นยาระงับประสาทหรือรักษาอาการนอนไม่หลับ นอกจากนี้ อาจใช้รักษาโรคอื่น ๆ ตามดุลยพินิจของแพทย์ ออกฤทธิ์โดยขัดขวาง postsynaptic meso-limbic dopaminergic receptors ในสมอง มี alpha-adrenergic blocking effect และกดการหลั่ง hypothalamic และ hypophyseal hormones แย่งกับฮีสตามีน ในการจับ H1 receptors ลดการกระตุ้น brainstem reticular system ยาถูกดูดซึมได้ดีในทางเดินอาหาร ระยะเวลาการออกฤทธิ์ 4-6 ชั่วโมง ยาถูกแปลงสภาพที่ตับ มีค่าครึ่งชีวิต (half-life) ประมาณ 7-14 ชั่วโมง และถูกกำจัดออกทางไต



3. กระเทียม *Mitragyna speciosa* (Korth.) Havil.

กระเทียม *Mitragyna speciosa* (Korth.) Havil. เป็นพืชที่มีถิ่นกำเนิดในเขตร้อนชื้นแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ กระเทียมมีอัลคาลอยด์ (alkaloid) เป็นส่วนประกอบมากกว่า 25 ชนิด ซึ่ง Mitragynine เป็นสารอัลคาลอยด์ที่พบมากที่สุดถึงร้อยละ 66 และยังมีอัลคาลอยด์อื่น ๆ เช่น 7- hydroxymitragynine, speciogynine, paynantheine, speciociliatine ใบกระเทียมสด 1 ใบ มีน้ำหนักเฉลี่ย 1.7 กรัม (ใบแห้งหนัก 0.43 กรัม) ใบสด 20 ใบ จะได้อัลคาลอยด์ Mitragynine ประมาณ 17 มิลลิกรัม หรือประมาณ 850 ไมโครกรัมต่อ 1 ใบ^[16]ฤทธิ์ของกระเทียมเมื่อใช้ในขนาดต่ำมีฤทธิ์กระตุ้นประสาทคล้ายโคเคน ('cocaine like' stimulant) ทำให้ผู้ใช้รู้สึกทำงานได้มาก ไม่เหนื่อย ตากแดดได้ทน การใช้ในขนาดสูงมีฤทธิ์กดประสาทคล้ายมอร์ฟีน ('morphine like' sedation)^[16,17] Mitragynine ออกฤทธิ์คล้ายมอร์ฟีนแต่มีความแรงน้อยกว่า 10 เท่า^[16,18] ทั้งนี้ จากรูปที่ 3 ความชุกของกระเทียม (ต่อพันประชากร) ตามช่วงอายุ โดยพบผู้ใช้กระเทียมและน้ำต้มกระเทียมในทุกภูมิภาค แต่จะแพร่ระบาดมากในทางภาคใต้ โดยเฉพาะการใช้พืชกระเทียมแบบดั้งเดิม จะพบการแพร่ระบาดมากในผู้ใหญ่ แต่น้ำต้มผสมกระเทียมจะพบการแพร่ระบาดในเด็กและเยาวชนมากกว่าดังแสดงในรูป^[1]



รูปที่ 3 ◉ ความชุกของกระเทียม (ต่อพันประชากร) แสดงตามช่วงอายุ^[1]

4. เด็กซ์โตรเมโทรฟาน (Dextromethorphan)^[19-21]

เด็กซ์โตรเมโทรฟาน คือ ยาสำหรับบรรเทาอาการไอแบบไม่มีเสมหะ ที่อาจเกิดจากการติดเชื้อในอากาศ เช่น ไข้หวัด หรือไซนัสอักเสบ จัดเป็นยาระงับการไอ ออกฤทธิ์ที่ระบบประสาทส่วนกลาง ช่วยลดการไอ แต่ไม่สามารถใช้รักษาอาการไอเรื้อรังหรืออาการที่เกิดขึ้นจากปัญหาในระบบทางเดินหายใจในระยะยาว เช่น การสูบบุหรี่ โรคถุงลมโป่งพอง โรคหอบหืด หรือโรคหลอดลมอักเสบ เว้นแต่มีการแนะนำ



จากแพทย์เท่านั้นจัดเป็นยาที่มีความปลอดภัย สามารถลดอาการไออย่างได้ผล และมีผลข้างเคียงน้อย กลไกการออกฤทธิ์เป็น dextro isomer ของ levorphanol ซึ่งเป็น analog ของโคเดอีน สามารถลดอาการไอโดยออกฤทธิ์ที่ศูนย์ควบคุมการไอในสมองส่วนเมดัลลา (medulla) โดยเพิ่ม threshold ศูนย์ควบคุมการไอ แต่ไม่มีฤทธิ์อื่น ๆ ของอนุพันธ์อื่น ยาถูกดูดซึมจากทางเดินอาหารได้ดี ระยะเวลาที่เริ่มออกฤทธิ์ประมาณ 15-30 นาที ขนาดยาปกติ คือ 15-30 มิลลิกรัม ทุก 6-8 ชั่วโมง และขนาดยาต่อวันสูงสุด คือ 120 มิลลิกรัม ซึ่งในขนาดยาปกติจะไม่เป็นพิษ และไม่มีผลทำให้เกิดอาการติด เคลิ้มสุข หรือ แก้วปวดได้ แต่ถ้าได้รับยาในปริมาณสูง สามารถก่อให้เกิดอาการเคลิ้มเป็นสุขได้ (euphoric effects) ผู้ที่ใช้ในทางที่ผิด มักใช้ในปริมาณที่สูง โดยมักใช้มากกว่า 360 มก. อาจทำให้เกิดอาการประสาทหลอน เป็นอันตรายแก่ตนเองและผู้อื่นได้ นอกจากนั้นแล้วพิษเฉียบพลันจากการได้รับยาเกินขนาด ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ ง่วงซึม กล้ามเนื้อทำงานไม่ประสานกัน พูดไม่ชัด ม่านตาขยาย เคลิบเคลิ้ม หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง ปัสสาวะไม่ออก มึนงง ประสาทหลอน กระวนกระวาย ลึน ชัก ปวดศีรษะ เซลล์สมองถูกทำลาย หมดสติ และอาจถึงแก่ชีวิตได้

5. โคเดอีน (Codeine)^[5,6,22]

โคเดอีน คือ ยาที่ใช้ระงับอาการไอและบรรเทาอาการปวดเรื้อรังระดับปานกลางขึ้นไป จัดอยู่ในกลุ่ม opioid agonist ยาโอปิออยด์ออกฤทธิ์โดยจับกับ mu (μ) receptors ซึ่งกระจายอยู่ในบริเวณสมองและไขสันหลัง ทำหน้าที่ลดอาการปวด มักใช้ร่วมกับพาราเซตามอล หรือยาแก้ปวดอื่น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบรรเทาอาการปวด ผู้ป่วยอาจมีอาการง่วงซึม หรือหายใจช้าลงเนื่องจากฤทธิ์ของยา ได้หากได้รับยาเกินขนาด ยาถูกดูดซึมได้ในทางเดินอาหาร ระยะเวลาที่ยาเริ่มออกฤทธิ์ประมาณ 30-45 นาทีและช่วงเวลาที่ยาออกฤทธิ์สูงสุดประมาณ 1-2 ชั่วโมง ระยะเวลาที่ยาออกฤทธิ์แก้ไอ 4-6 ชั่วโมง มีค่า half-life ประมาณ 2.5-4 ชั่วโมง ยาถูกแปลงสภาพที่ตับโดย enzyme CYP2D6 ผ่านกระบวนการ demethylation ได้ metabolite คือ morphine ซึ่งมีฤทธิ์บรรเทาอาการปวด และยาถูกขับออกทางไต ในรูป codeine, codeine-6-glucuronide, morphine และ morphine-6-glucuronide

6. อัลปราโซแลม (Alprazolam)^[5,23]

อัลปราโซแลม หรือยาโซแรม (Xoram) เป็นยากลุ่ม Benzodiazepines ที่ออกฤทธิ์สั้นหรือนานปานกลาง มีชื่อทางการค้า เช่น Zolam[®], Xanax[®] เป็นต้น ใช้สำหรับรักษาอาการวิตกกังวล ทำให้สงบ และช่วยให้นอนหลับ ยานี้จัดเป็นวัตถุออกฤทธิ์ในประเภทที่ 4 ตาม พ.ร.บ. วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518 การขายต้องขายในร้านขายยาที่มีใบอนุญาต และต้องขายตามใบสั่งแพทย์ โดยมีเภสัชกรควบคุมการจำหน่าย ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาคล้ายกับแอลกอฮอล์ ด้านอาการชัก อาจทำให้สูญเสียความทรงจำชั่วคราว ความสามารถในการเรียนรู้ และความจำลดลง สมรรถภาพในการทำงานที่ต้องใช้ความชำนาญ หรือการตัดสินใจฉับพลันเสื่อมลง เนื่องจากยานี้มีผลต่อระบบประสาทส่วนกลางมีผลทำให้ง่วง หลับ คลายกังวล กล้ามเนื้อคลายตัว และแก้ช้ำ ขนาดสูงทำให้สับสนหรือถึงโคม่า เมื่อระบบ



ประสาทส่วนกลางถูกกด จะมีผลเสียต่อการทำงานและจิตใจ ขนาดที่ทำให้หลับทำให้มีอาการเหมือนคนเมา บังคับอารมณ์ไม่อยู่หรือตื่นตื่นในบางคน การทำงานร่วมกันของกล้ามเนื้อเสียไป คือเดินเซในคนแก่อาจทำให้รู้สึกสับสน โดยมีผลกด REM sleep การใช้ยากลุ่ม Benzodiazepines ในขนาดสูงติดต่อกันเป็นเวลานาน จะทำให้เกิดการติดยาทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งถ้าหยุดยาทันทีจะเกิดอาการขาดยาหรือถอนยา เช่น คลื่นไส้ นอนไม่หลับ มือสั่น หัวใจเต้นเร็ว ซึมเศร้า ประสาทหลอน ชัก ถ้าใช้ยามานานควรค่อย ๆ ลดขนาดยาลง

เมื่อพิจารณารูปแบบสูตรสารเสพติดของเด็กและวัยรุ่น เช่น โปร ลีน ดังกล่าวจะเห็นได้ว่าก่อให้เกิดอันตรายอย่างยิ่งเพราะเป็นการนำยาต่าง ๆ มาใช้ในปริมาณที่เกินขนาด และรับประทานร่วมกันหลายขนาน การใช้ยาแก้ปวดร่วมกับยาแก้ไอ แก้แพ้ ทำให้ได้รับผลข้างเคียงของยาร่วมกัน ส่วนกลุ่มสูตรสี่คูณร้อยนั้น เป็นการผสมผสานของยาที่ออกฤทธิ์กดประสาทกลุ่มยาแก้ไอ ยากลุ่ม Benzodiazepines กับน้ำกระเทียมที่มีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง สูตรสารเสพติดเหล่านี้ เมื่อนำมารับประทานร่วมกับน้ำอัดลม น้ำหวานที่มีส่วนผสมของกาเฟอีนที่กระตุ้นการหลั่งอะดรีนาลีนและโดปามีนในสมอง ทำให้เกิดการรับประทานอย่างต่อเนื่องได้เรื่อย ๆ จึงเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการได้รับผลข้างเคียงจากยาและการได้รับยาเกินขนาดที่มากขึ้น นอกจากนั้น บางสูตรได้ผสมสารฟลูออเรสเซนต์ เป็นสารพิษที่อาจก่อให้เกิดอันตรายถึงชีวิต และเกิดความเสียหายเป็นโรคมะเร็งในเม็ดเลือด ซึ่งอาการของผู้ที่ได้รับยาเกินขนาดมีการสูญเสียความสามารถในการควบคุมการทรงตัว การประสานงานของกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ ผิดปกติไป และอาจเกิดภาวะชัก สมองหยุดทำงานเนื่องจากขาดออกซิเจน นำไปสู่การเสียชีวิตในเวลาต่อมาได้ ถึงแม้ว่าสูตรสารเสพติดต่าง ๆ ที่วัยรุ่นนิยมใช้จะประกอบด้วยยาทางการแพทย์ แม้ไม่ได้เป็นสารเสพติดโดยตรง แต่การออกฤทธิ์ของยาเมื่อนำมาใช้แบบผิดแบบแผน ผสมหลายขนาน เกินขนาด หรือใช้ต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน จะส่งผลเกิดอันตรายต่อสภาพร่างกาย จิตใจ เกิดการพึ่งพิงยา จนอาจเกิดผลกระทบต่อการพัฒนาการทางสมอง ความสัมพันธ์ในครอบครัว การใช้ชีวิตในสังคม ซึ่งเป็นผลทางลบเช่นเดียวกับการใช้และติดสารเสพติด

▶ **มาตรการที่นำมาใช้เพื่อการป้องกันการนำยามาใช้ในทางที่ผิด**

ปัจจุบันมีมาตรการป้องกันการนำยาทางการแพทย์มาใช้ในทางที่ผิด การซื้อยาแก้แพ้ หรือยาแก้ไอ ร้านขายยาถูกกำหนดว่าสามารถจำหน่ายได้ เดือนละไม่เกิน 300 ขวดต่อร้าน โดยขายได้ไม่เกิน 3 ขวดต่อคน และต้องควบคุมการขายพร้อมให้คำแนะนำที่ถูกต้องโดยเภสัชกร ขายให้เฉพาะคนที่จำเป็นต้องใช้ หรือผู้ที่มีอาการ เช่น น้ำมูกไหล แพ้อากาศ เมารถ หรือเมาเรือ ได้เท่านั้น ส่วนยาแก้ปวดจะกำหนดให้ร้านขายยาสามารถซื้อขายได้ไม่เกิน 1,000 แคปซูลต่อเดือน ห้ามขายให้แก่เด็กอายุ



ต่ำกว่า 17 ปี ชายได้ครึ่งละไม่เกิน 20 เม็ด และจะต้องไม่จำหน่ายให้กับเด็กที่จะนำไปใช้ในทางที่ผิด รวมถึงจะต้องทำบัญชีทุกครั้งที่มีการซื้อและการขายด้วย ทั้งนี้ ผู้ใดฝ่าฝืนหรือลักลอบขายยาอันตราย ในระหว่างที่เภสัชกรไม่อยู่ปฏิบัติหน้าที่ มีโทษปรับตั้งแต่ 1,000 - 5,000 บาท ไม่จัดทำบัญชียาที่ซื้อและขาย ตามที่กำหนดไว้ในกฎกระทรวงมีโทษปรับตั้งแต่ 2,000 - 10,000 บาท ขายยาแผนปัจจุบันนอกเวลา ทำการมีโทษปรับตั้งแต่ 2,000 - 10,000 บาท^[3]

สำนักงานยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งองค์การสหประชาชาติกำหนดให้กระท่อมอยู่ในกลุ่ม NPS^[24] พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 (แก้ไขเพิ่มเติมฉบับที่ 7 พ.ศ. 2562) กระท่อมรวมอยู่ในยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 แต่เนื่องจากได้มีการพิจารณาเกี่ยวกับประโยชน์ที่จะได้รับจากกระท่อม รวมถึงกฎหมายเกี่ยวกับพืชกระท่อมในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก ปัจจุบัน จึงได้ปรับแก้เป็น พ.ร.บ. ยาเสพติดให้โทษ ฉบับที่ 7 พ.ศ. 2562 สาระสำคัญตามพระราชบัญญัตินี้ คือ การกำหนดมาตรการในการควบคุมยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน และสอดคล้องตามหลักสากล ซึ่งได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา วันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2562 ที่ผ่านมา โดยที่ได้อนุญาตให้ใช้ประโยชน์จาก กัญชาและกระท่อมเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ การรักษาผู้ป่วย หรือการศึกษาวิจัยและพัฒนา^[3,25-27] ตารางที่ 2 เป็นสรุปข่าวกฎหมายพืชกระท่อมในช่วงปี พ.ศ. 2562 - 2563

ตารางที่ 2 ตัวอย่างรายงานพาดหัวข่าวกฎหมายพืชกระท่อมในช่วงปี พ.ศ. 2562 - 2563

วัน/เดือน/ปี	พาดหัวข่าว	ที่มา
19/2/62	ประกาศแล้ว! พ.ร.บ. ยาเสพติดฉบับใหม่ ไฟเขียว “กัญชา-กระท่อม” เพื่อการแพทย์ แต่ลอบเสพ-ขาย คุกเหมือนเดิม	ผู้จัดการออนไลน์
21/12/62	บ้านนาสาร ปลุกกระท่อมได้ไม่ผิดกม. นำร่องบ้านละ 3 ต้น ติดคิวอาร์โค้ดควบคุม	บางกอกโพสต์ทูเดย์
28/12/62	สธ.-ยธ.ลงนาม ปลดล็อก ‘กัญชา-กระท่อม’ พันบัญชียาเสพติดให้โทษ	แนวหน้า
15/01/63	“สมศักดิ์” คัดกฎหมายปลด “กระท่อม” พันบัญชียาเสพติดผ่านสภา มิ.ย.นี้	บางกอกโพสต์ทูเดย์
24/02/63	ปรับสถานะพืชกระท่อม จากบัญชียาเสพติด เตรียมประกาศพื้นที่ครอบครอง-เสพ โดยไม่ผิดกฎหมาย	ข่าวสดออนไลน์
10/03/63	กรม. ยกเลิก “กระท่อม” ออกจากการเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 5	ธรรมนิติ
30/05/63	“สมศักดิ์” แจงคืบหน้าปลดล็อกกระท่อม รอ “กฤษฎีกา” ปรับแก้	บางกอกโพสต์ทูเดย์
07/07/63	ป.ป.ส. ย้ำ “พืชกระท่อม” ยังผิดกฎหมาย ห้ามแปรรูปครอบครอง	ผู้จัดการออนไลน์



นอกจากการใช้กระบวนการทางกฎหมายในการป้องกันการนำยาทางการแพทย์มาใช้ในทางที่ผิดแล้ว สิ่งสำคัญที่ควรคำนึงถึงภายใต้พฤติกรรมการใช้ยาในทางที่ผิด ในความเป็นจริงแล้วมีสาเหตุใดที่ทำให้เด็กและวัยรุ่น และผู้เสพต้องไปใช้สิ่งเหล่านั้น โดยควรหาสาเหตุให้พบ และให้การช่วยเหลือหาแนวทางแก้ไขปัญหาในแต่ละราย การป้องกันถือเป็นเรื่องสำคัญสำหรับปัญหาสารเสพติดโดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและวัยรุ่น การเลี้ยงดูเด็กให้เหมาะสมตามพัฒนาการตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวัยรุ่น เลี้ยงดูด้วยความรัก สัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว สนับสนุนเด็กให้เกิดการเรียนรู้ ค้นหาตนเอง มีความภาคภูมิใจในตัวเอง รวมทั้งฝึกทักษะการคิด วิเคราะห์ คัดเลือกข้อมูลจากสื่อต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโทษและพิษภัยของการใช้ยาและสารเสพติด มีการปลูกฝังวินัยให้เรียนรู้กับการรู้จักหน้าที่ การควบคุมตนเองให้เหมาะสมในสถานการณ์ต่าง ๆ รวมถึงผู้ปกครองควรเปิดโอกาสในการเรียนรู้ข้อมูลข่าวสารตามยุคสมัยที่เปลี่ยนแปลงไป มีเวลาดูแลพฤติกรรมต่าง ๆ ของวัยรุ่น รับฟังปัญหา ทำความเข้าใจร่วมพูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับวัยรุ่น มีการสื่อสารด้วยบรรยากาศแห่งความเข้าใจในครอบครัว ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ถือเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในการป้องกันปัญหาการใช้สารเสพติดในยุคปัจจุบัน

เอกสารอ้างอิง

1. มานพ คณะโต. (2561). ยาและสารเสพติด (Drugs and Addictive Substances). ใน สมภพ แสงกิตติไพบูลย์, สุกิจ ทศนสุนทรวงศ์ (บ.ก.), *หนังสือการแพทย์ไทย 2558 -2561 (Thailand Medical Services profile: TMSP 2.0) Volume 1*. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
2. สาวิตรี อึ้งนางค์กรชัย และคณะ. (2561). การเฝ้าระวังพฤติกรรมการใช้สุรา ยาสูบ สารเสพติด และพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพในนักเรียนมัธยมศึกษาของประเทศไทย ครั้งที่ 4 ปีการศึกษา 2561. *ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.)*
3. รู้ทันปัญหาการใช้ยาของวัยรุ่น หนึ่งในปัญหาของการใช้ยาในทางที่ผิด. *วารสารวงการแพทย์*. สืบค้น 1 กันยายน 2563, จาก <http://www.wongkampat.com/viewya.php?id=1717#.X2Wmr2gzbIV>
4. สารเสพติดอันตรายโดยเภสัชกรอุทัย. LEAN เครื่องดื่มผสมยาแก้ไอสารเสพติดยอดนิยมของวัยรุ่นไทย. สืบค้น 1 กันยายน 2563, จาก <https://www.facebook.com/216848761792023/photos/lean>
5. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. *ผลเสีย 4x100 (ยาโปร)*. สืบค้น 1 กันยายน 2563, จาก https://oryor.com/oryor_miniweb/knowledge_detail.php?cat=2&id=7
6. National Institute on Drug Abuse. (2014). Cough and Cold Medicine Abuse. Retrieved 1 September 2019 from www.drugabuse.gov
7. Purple drank, Prescription cough syrup key in drug abuse trend. Retrieved 1 September 2019 from <http://www.lareecarucker.com/pages/purpledrank2.htm>



8. กองควบคุมวัตถุเสพติด คณะกรรมการอาหารและยา. ข้อมูลวิชาการและการนำมาใช้ในทางที่ผิดของ *Tramadol*. สืบค้น 1 กันยายน 2563, จาก <https://www.fda.moph.go.th/sites/Narcotics/SitePages/ViewAcademic.aspx?IDitem=41>
9. จุฑามณี สุทธิสิริสังข์. ترامาดอล (tramadol) เทียบของการนำไปใช้ในทางที่ผิด. สืบค้น 1 กันยายน 2563, จาก <https://pharmacy.mahidol.ac.th/th/knowledge/article/161/%B8%A5-Tramadol>
10. อีระภัทร ตั้งพูนทรัพย์. *Tramadol* ภัยร้ายที่คุณไม่รู้. สืบค้น 1 กันยายน 2563, จาก http://www.pharmacy.mahidol.ac.th/dic/knowledge_full.php?id=20
11. พบแพทย์. ข้อมูลยา ترامาดอล. สืบค้น 1 กันยายน 2563, จาก <https://www.pobpad.com/ ترامาดอล>
12. Drug Enforcement. (2013). *Administration TRAMADOL*. Retrieved 1 September 2019 from <https://www.fda.moph.go.th/sites/Narcotics/SitePages/ViewAcademic.aspx?IDitem>
13. Drug Enforcement. (2020). *Administration TRAMADOL*. Retrieved 1 September 2019 from https://www.deadiversion.usdoj.gov/drug_chem_info/tramadol.pdf
14. พบแพทย์. ข้อมูลยา ไพรโคดิล. สืบค้น 1 กันยายน 2563, จาก <https://www.pobpad.com/ไพรโคดิล>
15. Sinha, S. (2018). Promethazine. Retrieved 1 September 2019 from <https://www.drugs.com/promethazine.html>
16. วิโรจน์ วีระชัย, สำเนา นิลบรรพ์. (2557). กระเทียม: ยาเสพติดจริงหรือ, วารสารวิชาการการแพทย์, 2(1), 48-55.
17. Babu, K.M., McCurdy, C.R., & Boyer, E.M. (2008). Opioid receptors and legal highs: Salvia divinorum and Kratom. *Clinical Toxicology*, (Philadelphia) 46 (2), 146-152.
18. Watanabe, K., Yano, S., Horie, S., & Yamamoto, L.T. (1997). Inhibitory effect of mitragynine, an alkaloid with analgesic effect from Thai medicinal plant *Mitragyna specinosa*, on electrically stimulated contracteion of isolated guinea-pig ileum through the opioid receptor. *Life science*, 60(12):933-942
19. พบแพทย์. ข้อมูลยา เด็กโตเมโทรฟาน. สืบค้น 1 กันยายน 2563, จาก <https://www.pobpad.com/เด็กโตเมโทรฟาน>
20. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. *Dextromethorphan* กับการนำไปใช้ทางที่ผิด อาจถึงตาย. สืบค้น 1 กันยายน 2563, จาก https://oryor.com/อย/detail/media_printing/1715
21. Kaci Durbin. (2019). Dextromethorphan. Retrieved 1 September 2019 from <https://www.drugs.com/dextromethorphan.html>
22. พบแพทย์. ข้อมูลยา โคเดอีน. สืบค้น 1 กันยายน 2563, จาก <https://www.pobpad.com/โคเดอีน>
23. พบแพทย์. ข้อมูลยา อัลปราโซแลม. สืบค้น 1 กันยายน 2563, จาก <https://www.pobpad.com/อัลปราโซแลม>



24. มานพ คณะโต. (2561). ยาและสารเสพติด (Drugs and Addictive Substances). ใน สมภพ แสงกิตติ ไพบูลย์, สุกิจ ทัศนสุนทรวงค์ (บ.ก.), *หนังสือการแพทย์ไทย 2558-2561 (Thailand Medical Services profile: TMSP 2.0) Volume 1*. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
25. กรมสุขภาพจิต. บทความสุขภาพจิต กัญชาเพื่อการแพทย์. สืบค้น 1 กันยายน 2563, จาก <https://www.dmh.go.th/news/view.asp?id=2262>
26. พิสิทธิ์ ศรีวรรณันท์. (2562). สถานะของกัญชาและพืชกระท่อมตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ปัจจุบัน. *จุลนิติ*. สืบค้น 1 กันยายน 2563, จาก https://www.senate.go.th/assets/portals/93/files-ups/272/files/S%E0%B9%88ub_Jun/3journal/b211.pdf
27. สาวิตรี อึ้งฉางค์กรชัย. (2548). การใช้การเสพติด และผลกระทบต่อสุขภาพ ใน สาวิตรี อึ้งฉางค์กรชัย, อาภา ศิริวงศ์ ณ อยุธยา บรรณาธิการ. *พืชกระท่อมในสังคมไทย วัฒนธรรม พฤติกรรม สุขภาพ วิทยาศาสตร์ กฎหมาย*. สำนักงานงบประมาณความช่วยเหลือด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (NAS) สถานเอกอัครราชทูตสหรัฐอเมริกาประจำประเทศไทย สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม



ส่วนที่ II

สถานการณ์सारเสพติดโลก
กับนโยบายในประเทศไทย
และการใช้สารเฉพาะกลุ่ม



สถานการณ์สารเสพติดของโลก ในทศวรรษ และในช่วงการระบาด ของโรคโควิด-19

โดย อภิศักดิ์ วิทยานุกุลลักษณ์
รัศเมน กัลยาศิริ

▶ บทนำ

ในบทนี้ จะขอสรุปสถานการณ์สารเสพติดทั่วโลกที่ได้จากรายงานสถานการณ์ยาเสพติดโลกโดย The United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) ปี ค.ศ. 2020^[1] จากรายงาน พบการใช้สารเสพติดผิดกฎหมายทั่วโลกเพิ่มสูงขึ้นทั้งในเชิงจำนวนและสัดส่วนของประชากรโลก จากที่เคยมีการประมาณในปี ค.ศ. 2009 ว่าประชากรโลกที่มีอายุระหว่าง 15-64 ปี ใช้สารเสพติดผิดกฎหมายเป็นจำนวน 210 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 4.8 ได้เพิ่มขึ้นเป็น 269 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2018 หรือร้อยละ 5.3 ของประชากร โดยในปี ค.ศ. 2018 ประชากร 35.6 ล้านคน มีความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด

โดยปัจจัยที่อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด และก่อให้เกิดผลกระทบอื่น ๆ ตามมา ได้แก่ ความยากจน การศึกษาที่จำกัด และการเป็นคนชายขอบ ซึ่งความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดนี้ จะยิ่งส่งเสริมวงจรให้เกิดผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และเพิ่มความเสี่ยงต่อการว่างงาน ความยากจน และการไร้บ้าน ซึ่งผลลัพธ์เหล่านี้ อาจเกี่ยวข้องกับทัศนคติเรื่องการตีตรา และผลจากระบบยุติธรรมทางอาญา โดยสตรีชนกลุ่มน้อย กลุ่มชาติพันธุ์ ผู้อพยพ กลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ ผู้ที่ต้องย้ายถิ่นเนื่องจากความขัดแย้งทางการทหารหรือภัยพิบัติ หรือชาวบ้านในชนบทอาจได้รับผลกระทบจากความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดที่มากกว่า หรือพบปัญหาได้มากกว่าในการเข้ารับ

การบำบัดรักษา โดยในแต่ละปีนั้น มีประชาชนที่มีปัญหาจากการใช้สารเสพติดเพียงหนึ่งในแปดเท่านั้นที่ได้รับการบำบัดรักษา และขณะที่หนึ่งในสามของผู้ใช้สารเสพติดเป็นผู้หญิง แต่ผู้หญิงยังเป็นสัดส่วนแค่หนึ่งในห้าของผู้ที่ได้รับการบำบัด ซึ่งบ่งชี้ จะกล่าวถึงสถานการณ์และปัจจัยที่สำคัญทั้งทางด้านอุปสงค์และอุปทานของสารเสพติดทั่วโลก^[1]

▶ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงในช่วงทศวรรษ และในช่วงโควิด-19

ในช่วงกว่า 2 ทศวรรษที่ผ่านมา การใช้สารในประเทศกำลังพัฒนาเพิ่มสูงขึ้นกว่าประเทศพัฒนาแล้วอย่างรวดเร็ว ซึ่งส่วนหนึ่งสะท้อนถึงความแตกต่างระหว่างจำนวนประชากรที่เพิ่มขึ้น เช่น ในปี ค.ศ. 2000-2018 จำนวนเด็กและเยาวชนซึ่งถือเป็นกลุ่มผู้ใช้สารที่มีสัดส่วนมากที่สุดในได้มีการเพิ่มขึ้นในอัตราที่รวดเร็วในประเทศที่กำลังพัฒนา (ร้อยละ 16) ซึ่งมากกว่าประเทศพัฒนา (ร้อยละ 10)

นอกจากนี้ การใช้สารเสพติดในเขตเมืองสูงกว่าในเขตชนบท ทำให้การใช้สารเสพติดที่เพิ่มขึ้นในภาพรวมนั้นส่วนหนึ่งสามารถอธิบายได้จากการเคลื่อนย้ายเข้าเมืองของประชากรจากชนบท โดยประชากรโลกในปัจจุบันมากกว่าครึ่งหนึ่งอาศัยอยู่ในเมือง เทียบกับในปี ค.ศ. 1960 มีประชากรโลกเพียงร้อยละ 34 เท่านั้นที่อาศัยอยู่ในเมือง อีกทั้งความมั่งคั่งที่เพิ่มขึ้นมีความเชื่อมโยงกับการใช้สารเสพติดที่เพิ่มขึ้น โดยในประเทศที่พัฒนาแล้วมีสารเสพติดแพร่ระบาดมากกว่าประเทศกำลังพัฒนา แต่การใช้สารแบบที่นำไปสู่ความผิดปกติกลับพบได้แพร่หลายกว่าในคนที่มีสถานะทางเศรษฐกิจสังคมที่ต่ำกว่า ทั้งนี้ ข้อจำกัดทางเศรษฐกิจอันเนื่องมาจากการระบาดของโรคโควิด-19 จะทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อผู้อยู่ในกลุ่มเปราะบางซึ่งรวมถึงผู้ใช้สารเสพติด เช่น การว่างงานที่เพิ่มสูงขึ้นจะมีความเชื่อมโยงกับการใช้สารเสพติดที่เพิ่มขึ้นได้ และการระบาดของโรคโควิด-19 เป็นเหตุให้คนหลายล้านคนทั่วโลกตกงาน ทั้งนี้ โรคโควิด-19 อาจทำให้ตลาดยาเสพติดขยายตัวมากขึ้น เนื่องจากทำให้เกษตรกรปลูกพืชเสพติดผิดกฎหมายมากขึ้น และหน่วยงานรัฐสามารถควบคุมได้น้อยลง รวมถึงประชาชนอาจหันไปพึ่งกิจกรรมผิดกฎหมายเนื่องจากวิกฤตเศรษฐกิจ โดยผลจากมาตรการข้อบังคับที่เกิดขึ้นเพื่อลดการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งส่งผลให้การเดินทางทางอากาศและทางบกลดลง อาจทำให้การขนส่งทางทะเลเพิ่มมากขึ้นโดยสามารถขนในปริมาณที่มากกว่าทางอากาศและทางบกด้วย ดังเช่นที่มีรายงานการขนส่งโคเคนทางทะเลจากอเมริกาใต้ตรงไปยังยุโรป เป็นต้น อย่างไรก็ตาม การระบาดของโรคโควิด-19 อาจทำให้การใช้สารเสพติดบางชนิดลดลง เนื่องด้วยข้อจำกัดเกี่ยวกับการเคลื่อนย้ายและการลดการรวมตัวกันในสังคม รวมไปถึงมาตรการการรักษาระยะห่างทางสังคมที่นำมาใช้แม้ว่าจะจะเป็นเพียงระยะเวลาช่วงสั้น ๆ มาตรการเหล่านี้ย่อมมีผลกระทบต่อสารเสพติดที่ใช้กันในบาร์และคลับต่าง ๆ หรือในงานเทศกาลดนตรี นอกจากนี้ ในบางประเทศยังมีการรายงานเกี่ยวกับการขาดแคลนสารเสพติดจึงส่งผลให้สารเสพติดมีราคาสูงมากขึ้นในบางประเทศ



▶ สถานการณ์สารกลุ่มโอปิออยด์

สำหรับสถานการณ์สารกลุ่มโอปิออยด์นั้น การใช้ยาเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดและรักษาผู้ป่วยในระยะสุดท้ายมีการใช้มากในประเทศรายได้สูง โดยในปี ค.ศ. 2018 พบว่า มากกว่าร้อยละ 90 ของยาในกลุ่มโอปิออยด์มีพร้อมใช้ในทางการแพทย์ในประเทศรายได้สูง เช่น ในอเมริกาเหนือ (ร้อยละ 50) ในยุโรป (ร้อยละ 40) และในเอเชียเนียบ (ร้อยละ 2) ซึ่งมีประชากรเพียงประมาณร้อยละ 12 ของประชากรโลก ส่วนประเทศรายได้ปานกลางและต่ำ ซึ่งมีประชากรประมาณร้อยละ 88 ของประชากรโลก มีการประมาณการว่า ใช้ยาล้างเคราะห์กลุ่มโอปิออยด์น้อยกว่าร้อยละ 10 โดยอุปสรรคในการเข้าถึงยาเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดนี้เกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย ซึ่งรวมถึง การออกกฎหมาย วัฒนธรรม ระบบสุขภาพ และความรู้ในการใช้ยาเพื่อรักษาโรค

ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ผลกระทบของอันตรายจากการใช้สารเสพติดในสังคมกว้างได้เพิ่มสูงขึ้นจาก DALY metric ที่ระบุถึงการสูญเสียปีสุขภาวะ (disability-adjusted life years; DALYs) ซึ่งเป็นการประมาณการจำนวนปีที่เสียไปเพราะโรคหรือความพิการและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร พบว่าระหว่างปี ค.ศ. 2007-2018 จำนวน DALYs ทั่วโลก ที่เกิดจากการใช้สารเสพติดผิดกฎหมายเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 17 ซึ่งการเพิ่มขึ้นนี้เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ ซึ่งเป็นผลจากไวรัสตับอักเสบบี (hepatitis C) ที่ไม่ได้รับการรักษา และพบได้บ่อยในผู้ใช้สารเสพติดโดยวิธีการฉีดเข้าเส้นซึ่งพบมากในผู้ใช้เฮโรอีน อย่างไรก็ตาม แม้จะดูเหมือนว่าเครื่องตีแอลกอฮอล์ซึ่งเป็นสารเสพติดถูกกฎหมายจะเป็นสาเหตุของความรุนแรงและการสูญเสียปีสุขภาวะได้มากกว่าสารเสพติดผิดกฎหมายดังกล่าว แต่ความเกี่ยวข้องระหว่างการลักลอบค้ายาเสพติดและความรุนแรงมีหลายแง่มุมและเกิดจากหลากหลายปัจจัยตั้งแต่การเปลี่ยนแปลงขนาดของตลาดผิดกฎหมาย การเสียชีวิต หรือการกักขังนักค้าที่ทรงอิทธิพล และมาตรการบังคับใช้กฎหมายที่อาจทำให้บางกลุ่มอ่อนแอลงเมื่อเทียบกับกลุ่มอื่น

ในปี ค.ศ. 2018 มีผู้ใช้กัญชาประมาณ 192 ล้านคน ในขณะที่มีผู้ใช้โอปิออยด์ 58 ล้านคน กัญชาจึงเป็นสารเสพติดผิดกฎหมายที่มีผู้ใช้มากที่สุดในโลก ขณะที่สารโอปิออยด์เป็นสารที่ก่อให้เกิดอันตรายได้มากกว่า ในปี ค.ศ. 2017 มีผู้เสียชีวิตเนื่องจากความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดผิดกฎหมายประมาณ 167,000 คน โดยร้อยละ 66 เป็นผู้ใช้โอปิออยด์ และพบวิกฤตการใช้โอปิออยด์เกินขนาดในหลายทวีปทั่วโลก เช่น แอฟริกาเหนือ แอฟริกากลาง และแอฟริกาตะวันตกมีการใช้ยาทรามาดอล (tramadol) ในขณะที่ในอเมริกาเหนือใช้เฟนทานิล (fentanyl) ซึ่งได้ทำให้เกิดการเสียชีวิตได้และเป็นปัญหาต่อเนื่องมานานถึงสองทศวรรษ ในปี ค.ศ. 2018 ผู้เสียชีวิตจำนวนสองในสามจากทั้งหมด 67,367 ราย ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีสาเหตุการตายหลักมาจากการใช้ยาเฟนทานิลเกินขนาด โดยประเทศแคนาดาก็มีรายงานที่คล้ายคลึงกัน ส่วนตลาดของยาทรามาดอลแบบที่ไม่ใช้ในทางการแพทย์ในแอฟริกาเหนือ แอฟริกากลาง และแอฟริกาตะวันตกก็เติบโตขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ ยังมีจำนวนผู้ที่ต้องเข้ารับการรักษาอันเนื่องมาจากความผิดปกติของการใช้ยาทรามาดอลเพิ่มมากขึ้นด้วย ยิ่งไปกว่านั้น ปริมาณทรามาดอลที่ยึดได้



ก็เพิ่มมากขึ้นอย่างโดดเด่นโดยมีการจับกุมได้มากกว่า 125 ดันในปี ค.ศ. 2017 อย่างไรก็ตาม ในปี ค.ศ. 2018 มีการตรวจยึดปริมาณมาดอลจากทั่วโลกลดลงเหลือเพียง 32 ดัน เนื่องจากมีการออกกฎหมายควบคุมปริมาณมาดอลภายในประเทศอินเดีย

สำหรับการระบาดของโรคโควิด-19 อาจทำให้เพิ่มความเสี่ยงแก่ผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด โดยก่อนหน้าการระบาดนั้น ในปี ค.ศ. 2018 มีผู้ใช้สารชนิดฉีดประมาณ 11.3 ล้านคน เทียบเป็นประมาณร้อยละ 10 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลก โดยมีผู้ใช้สารชนิดฉีดมากกว่า 1 ล้านคนที่ติดเชื้อเอชไอวี และในปี ค.ศ. 2017 มีผู้ใช้สารชนิดฉีดประมาณ 5.5 ล้านคนที่ป่วยเป็นโรคไวรัสตับอักเสบบี เมื่อเกิดการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 จะทำให้เกิดการขาดแคลนสารอื่นเนื่องมาจากมาตรการระงับการแพร่กระจายโรค ซึ่งนอกจากจะทำให้ผู้ใช้สารเปลี่ยนไปใช้สารทดแทนที่สามารถหาได้ง่ายและมีอยู่ในตลาดแล้ว เช่น เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือยาเบนโซโอดอะซีปีน หรือนำไปผสมกับสารสังเคราะห์อื่น ๆ ผู้ใช้สารยังอาจจะเปลี่ยนรูปแบบการใช้สารของตนไปใช้ในแบบที่เป็นอันตรายมากขึ้น เช่น การฉีดสารนี้ใต้ ทั้งนี้ นอกเหนือจากความเสี่ยงที่ผู้ใช้สารเสพติดจะติดโรคโควิด-19 ได้ง่าย และเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนมากขึ้น อันเนื่องจากภูมิคุ้มกันร่างกายต่ำแล้ว ผู้ที่ใช้สารชนิดฉีดยังต้องเผชิญปัญหาในแง่ของการประเมินการรักษาและการให้บริการอื่น ๆ จากผู้ให้บริการทางการแพทย์ที่อยู่ภายใต้แรงกดดันในช่วงการระบาดของโรคด้วย

▶ สถานการณ์สาร NPS (New Psychoactive Substance)

แม้ว่าจะพบว่าสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่ไม่ได้อยู่ภายใต้การควบคุมระหว่างประเทศที่มีการนำมาใช้กันใหม่ (new psychoactive substances; NPS) จะมีจำนวนชนิดที่คงที่ แต่สารกลุ่มโอปิออยด์แบบใหม่ที่มีผลเป็นอันตรายได้พบในสัดส่วนที่เพิ่มสูงขึ้น เช่น ได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9 ในปี ค.ศ. 2018 สูงกว่าที่พบเพียงร้อยละ 2 ในปี ค.ศ. 2014 และได้มีการนำสารจากพืช เช่น กัญชา โคเคน และเฮโรอีน มาผสมกับสารเสพติดสังเคราะห์ที่กว่าร้อยละ 10 นอกจากนี้ ยังพบการใช้ยาทางเภสัชกรรมที่ไม่ได้เป็นไปเพื่อประโยชน์ในทางการแพทย์เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยการออกข้อกำหนดควบคุม NPS นั้นมีผลที่จำกัด และผลในระดับประเทศยังคงยากที่จะประเมิน ประเทศที่มีระบบข้อกำหนดควบคุม NPS ที่แตกต่างกัน จะพบระดับการแพร่หลายของการใช้ NPS ที่หลากหลาย ในขณะที่บางประเทศ พบการใช้ NPS ลดลงหลังจากผ่านกฎหมายควบคุมในประเทศ เป็นต้น โดยในแต่ละปี พบ NPS ประมาณ 500 ชนิดในประเทศสมาชิก ส่วนใหญ่เป็นสารกลุ่มกระตุ้นประสาท ตามด้วยยาที่ออกฤทธิ์ในกลุ่มแคนาบินอยด์สังเคราะห์ (synthetic cannabinoid receptor agonist) และสารกลุ่มโอปิออยด์ ดังที่พบในแต่ละภูมิภาค ดังนี้



- ทวีปอเมริกาเหนือ โอปิออยด์จำนวนมากเป็นสารสังเคราะห์ในกลุ่มเฟนทานิลที่มีความร้ายแรง และเป็นอันตรายถึงชีวิตได้หากนำมาใช้เองเกินขนาด โดยมีการใช้เป็นสิ่งเจือปนในเฮโรอีน และในสารเสพติดอื่น เช่น โคเคน และเมทแอมเฟตามีน หรือใช้ทำยาปลอม
- ทวีปยุโรป มีการศึกษาสิ่งตกค้างในเข็มฉีดยาที่ทิ้งแล้วใน 6 เมืองในทวีปยุโรป พบว่า มีจำนวนมากที่ปนเปื้อนด้วย NPS ชนิดกระตุ้นประสาท โดยแคนนาบินอยด์สังเคราะห์เป็นปัญหาสำคัญ พบมากในกลุ่มคนชายขอบ เช่น คนจรจัด และผู้ถูกกักกันในเรือนจำในทวีปดังกล่าว
- ทวีปอเมริกาใต้ เคมีภัณฑ์ที่ถูกใช้เป็นสารตั้งต้นในการผลิตสารเสพติดผิดกฎหมาย อาทิ เมทแอมเฟตามีน และยาไอ ได้ถูกผู้ลักลอบค้าและผู้ผลิตใช้ตัวเลือกเคมีภัณฑ์ที่ ออกแบบมาเพื่อหลีกเลี่ยงการควบคุม หรือที่รู้จักในชื่อ "designer precursors" นอกจากนี้ มาตรการที่ใช้เพื่อยับยั้งการระบาดของโรคโควิด-19 ได้ทำให้เกิดการขาดแคลนสารตั้งต้นที่ใช้ในการผลิตเมทแอมเฟตามีนที่มักถูกนำเข้ามาจากเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ส่งผลให้ราคาเมทแอมเฟตามีนในเม็กซิโกและสหรัฐฯ เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในเดือนมีนาคม ค.ศ. 2020
- ทวีปเอเชียกลางและสหพันธรัฐรัสเซีย ได้มีสารสังเคราะห์ใหม่เข้ามาแทนที่โอปิเอท ในช่วงปี ค.ศ. 2008-2018 โดยจำนวนโอปิเอทที่ถูกเจ้าหน้าที่จับกุมได้ในสหพันธรัฐรัสเซียลดลงประมาณ ร้อยละ 80 ขณะที่จำนวนผู้เข้ารับการรักษาบำบัดจากการใช้โอปิออยด์ก็ลดลงเช่นกัน และพบว่าตลาดสารกระตุ้นมีการขยายตัว โดยพบเมทแอมเฟตามีน และสารคาธิโนน (cathinones) หลายชนิด เช่น เมฟโดรอน (mephedrone) และ alpha-PVP มีการแพร่หลายในรัสเซีย ทั้งนี้ หน่วยงานรัสเซียรายงานการตรวจพบห้องปฏิบัติการที่ใช้ผลิตสารเสพติดหลายชนิดเพิ่มขึ้นถึง ร้อยละ 70 ในห้วง 3 ปี โดยพบจำนวน 68 แห่ง ในปี ค.ศ. 2018

▶ อุปทานสารเสพติด

สำหรับในส่วนของอุปทานของสารเสพติดผิดกฎหมายนั้น ยังคงอยู่ในระดับสูงในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา แม้ว่า จะลดลงบ้างใน ปี ค.ศ. 2019 โดยพบพื้นที่ปลูกฝิ่นในอัฟกานิสถานและเมียนมาลดลง เป็นปีที่สองติดต่อกัน แต่นับว่าจำนวนยังคงสูงกว่าในช่วงหนึ่งทศวรรษที่ผ่านมา ในปี ค.ศ. 2018 ปริมาณการจับกุมสารโอปิเอทลดลงจากปีก่อนอย่างชัดเจน แต่ยังคงสูงที่สุดเป็นอันดับสามของสารเสพติดที่ถูกจับกุมทั้งหมด โดยเกือบร้อยละ 80 ของการจับกุมสารโอปิเอททั่วโลกเกิดขึ้นในเอเชีย ซึ่งเป็นแหล่งผลิตฝิ่นมากกว่าร้อยละ 90 ของอุปทานฝิ่นทั่วโลก

เส้นทางการค้าเฮโรอีนที่ใหญ่ที่สุดในโลกยังคงเป็นเส้นทางบอลข่าน เดินทางจากอัฟกานิสถานไปยังตลาดยุโรปตะวันตกและยุโรปกลางผ่านประเทศอิหร่าน ตุรกี และคาบสมุทรบอลข่าน โดยในปี ค.ศ.



2018 การจับกุมเฮโรอีนในเส้นทางนี้คิดเป็นร้อยละ 58 ของการจับกุมเฮโรอีนนอกประเทศอัฟกานิสถาน ขณะที่การค้าเฮโรอีนผ่านเอเชียกลางไปทางสหพันธรัฐรัสเซียมีความสำคัญน้อย แม้มีข้อมูลแสดงให้เห็นว่าภูมิภาคเอเชียกลางอาจกลายเป็นทางผ่านของเฮโรอีนไปขายในยุโรปตะวันตกและยุโรปกลางได้ โดยในปี ค.ศ. 2018 การจับกุมเฮโรอีนทั่วโลกคิดเป็นร้อยละ 10 ของการจับกุมยาเสพติดทั้งหมด ซึ่งเส้นทางตอนเหนือนี้พบได้ราวร้อยละ 1 ของการจับกุมเฮโรอีนทั่วโลก ทั้งนี้ มาตรการการตรวจตราพื้นที่ชายแดนทำให้การลักลอบลำเลียงอนุพันธ์ฝิ่นได้ยากลำบากขึ้น เช่น เกิดความยากลำบากในการลักลอบลำเลียงเฮโรอีนจากเม็กซิโกเข้าสู่สหรัฐอเมริกา รวมถึงความยากลำบากในการลำเลียงจากเมียนมาไปยังเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยพบว่าราคาของฝิ่นลดลงอย่างรวดเร็ว ซึ่งน่าจะเป็นผลจากที่ผู้ซื้อไม่สามารถเข้าถึงพื้นที่การผลิตได้ และสถานการณ์เช่นนี้อาจเป็นผลจากการปฏิบัติการต่อต้านยาเสพติดอย่างเข้มข้นในอีกทางหนึ่ง

ยังคงพบการเพาะปลูกพืชโคคาอยู่ในระดับสูงและคงที่ จากปี ค.ศ. 2017 ถึง ปี ค.ศ. 2018 แม้ในโบลิเวียและโคลอมเบียจะลดลงเล็กน้อยก็ตาม โดยประมาณการผลิตโคคาเคนที่ได้จากพืชโคคาโดยรวมยังอยู่ในระดับสูง และการจับกุมทั่วโลกนับว่าเป็นปริมาณมากที่สุดเท่าที่เคยมีการรายงานมา ผู้ลักลอบค้ายาได้ใช้เส้นทางที่หลากหลายและพัฒนาารูปแบบการค้าใหม่ ตัวอย่างเช่น เดิมในประเทศสหรัฐอเมริกาจะผลิตเมทแอมเฟตามีนในท้องปฏิบัติการขนาดเล็กเพื่อขายภายในประเทศ แต่ในปัจจุบัน รูปแบบการผลิตดังกล่าวถูกแทนที่โดยการผลิตในท้องปฏิบัติการขนาดใหญ่ในประเทศเม็กซิโก ซึ่งในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา ประเทศสหรัฐอเมริกาสามารถตรวจยึดเมทแอมเฟตามีนจากการนำเข้าได้เพิ่มมากขึ้น ส่วนผู้ลักลอบขนโคคาเคนก็มีการใช้เส้นทางลำเลียงที่หลากหลายเช่นกัน โดยเดิมสาธารณรัฐเวเนซุเอลาเคยเป็นจุดส่งออกหลักแห่งหนึ่งของโคคาเคน แต่ตอนนี้ได้ลดความสำคัญลงซึ่งเป็นผลมาจากความผันผวนทางการเมือง ในขณะที่ประเทศบราซิลยังคงเป็นประเทศทางผ่านหลักและอาจจะมียุทธศาสตร์เพิ่มขึ้น รวมทั้งประเทศอูรุกวัย ก็กำลังมีความสำคัญเพิ่มขึ้นเช่นกัน ในช่วงปลายปี ค.ศ. 2019 เจ้าหน้าที่ของประเทศอูรุกวัยได้ยึดโคคาเคนมากกว่า 9 ตัน ซึ่งมีจุดหมายไปยังแอฟริกาตะวันตก โดยการขนส่งทางเรือ ทั้งนี้ มาตรการข้อจำกัดต่าง ๆ ที่ถูกนำมาบังคับใช้เพื่อรับมือกับปัญหาการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ได้ส่งผลกระทบต่อเส้นทางการค้ายาเสพติด ตัวอย่างเช่น การตรวจยึดสารโอปิเอท ในมหาสมุทรอินเดียได้เพิ่มมากขึ้น อาจจะเป็นตัวบ่งชี้ว่าผู้ค้ายากำลังหันมาใช้เส้นทางทางทะเลเพิ่มขึ้น โดยผ่านแอฟริกาเพื่อหลีกเลี่ยงการควบคุมตามเส้นทางคาบสมุทรบอลข่าน

อุปทานยาเสพติดบนเว็บมืด (darknet) มีการหยุดชะงัก โดยตลาดเว็บมืดหลายตัวได้ปิดตัวลงตั้งแต่กลางปี ค.ศ. 2017 ซึ่งเป็นผลมาจากการถูกปราบปรามหรือบางกรณีก็เป็นส่วนหนึ่งของกลไกบนเว็บเทรดสกุลเงินดิจิทัล สิ่งเหล่านี้ได้ทำให้การค้ายาบนเว็บมืดลดลงชั่วคราว อย่างไรก็ตาม ในปี ค.ศ. 2020 พบว่ามีจำนวนผู้ที่ซื้อขายยาเสพติดบนเว็บมืดเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจเกิดจากข้อจำกัดในช่วงโรคโควิด-19 จึงไปส่งผลให้การค้ายาบนเว็บมืดเพิ่มสูงขึ้นโดยการสั่งซื้อจากผู้ให้บริการที่ไม่สามารถหาซื้อได้ตามท้องถนน



โดยในช่วงไตรมาสแรกของปี ค.ศ. 2020 พบการซื้อขายสารเสพติดเพิ่มขึ้นบนเว็บมืดของยุโรป ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการขายปลีกของกัญชา

► ความครอบคลุมในการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติด และการพัฒนาทางเลือก

สำหรับความครอบคลุมของการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดซึ่งเป็นเป้าหมายของการพัฒนาอย่างยั่งยืนข้อ 3.5.1 นั้น ยังพบได้น้อย โดยข้อมูลจาก 30 ประเทศทั่วโลก พบว่าแนวทางการบำบัดรักษายังมีความแตกต่างหลากหลาย อีกทั้งในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 อาจส่งผลกระทบต่อผู้ติดสารเสพติดจำนวนมากไม่สามารถเข้าถึงการบำบัดรักษาได้มากขึ้น

นอกจากนี้ ยังมีความเข้าใจเพียงเล็กน้อยเกี่ยวกับโครงการพัฒนาทางเลือก โดยแนวทางที่ออกแบบอย่างดีสามารถปราบปรามการปลูกพืชเสพติดได้ และลดจำนวนพื้นที่เพาะปลูกได้อย่างยั่งยืนโดยใช้การพัฒนาชนบทแบบบูรณาการ แต่หลักฐานที่ได้ยังน้อยเกินไป โดยพบข้อมูลระหว่างปี ค.ศ. 2017-2018 แสดงให้เห็นว่าทั่วโลกมีจำนวนคร้วเรือนอยู่ถึง 605,000-970,000 ครัวเรือนที่เพาะปลูกพืชเสพติด ทั้งนี้จากการศึกษาในช่วงระหว่างปี ค.ศ. 2013-2017 ของหน่วยงานสหประชาชาติที่ดูแลงานยาเสพติด พบว่าการใช้จ่ายในโครงการพัฒนาทางเลือกทั่วโลกเพิ่มขึ้นแต่มีจำนวนโครงการที่ค่อนข้างคงที่ โดยประเทศโคลอมเบียได้เพิ่มงบประมาณประจำปีในด้านนี้มากขึ้นเป็นสองเท่า จาก 75 ล้านดอลลาร์สหรัฐฯ ในปี ค.ศ. 2013 เป็น 153 ล้านดอลลาร์สหรัฐฯ ในปี ค.ศ. 2017 ซึ่งเป็นจำนวนที่มากกว่าครึ่งหนึ่งของทั้งโลกในปีนั้น อย่างไรก็ตาม มีการลดงบประมาณและการใช้จ่ายเพื่อควบคุมสารเสพติด เช่น ข้อตกลงร่วมกันเกี่ยวกับการควบคุมยาเสพติดที่รัฐบาลหลายประเทศให้สัญญาว่าจะให้การสนับสนุน ได้ลดลงจากร้อยละ 3 ในปี ค.ศ. 2000 เป็นร้อยละ 0.02 ในปี ค.ศ. 2017 ส่วนจำนวนเงินที่ใช้เพื่อการควบคุมยาเสพติดทั้งหมด ลดลงจากร้อยละ 1.9 ในปี ค.ศ. 2003 เหลือเพียงร้อยละ 0.04 ในปี ค.ศ. 2017 ซึ่งตัวเลขการลดลงของงบประมาณและค่าใช้จ่ายดังกล่าวอาจเกิดจากวิธีปฏิบัติทางบัญชีที่เปลี่ยนแปลงได้ เช่น ประเทศสมาชิกบางประเทศอาจใช้งบประมาณประเภทอื่น ๆ ที่ไม่ยุ่งยากเพื่อให้การสนับสนุนด้านการพัฒนานี้

► ทิศทางการศึกษาวิจัยในอนาคต

จำเป็นต้องมีการวิจัยเพิ่มเติมเพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับสารเสพติดรวมถึงผลกระทบของโควิด-19 ต่อปัญหาสารเสพติด เพราะรูปแบบดั้งเดิมมีแนวโน้มที่จะมุ่งเน้นในมิติที่จำกัดเฉพาะการใช้และอุปทานสารเสพติด ซึ่งประเมินความเชื่อมโยงระหว่างตลาดค้ายา ยาที่ไม่ได้นำไปใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในทางการแพทย์ และวัตถุประสงค์ต่อจิตและประสาทอื่น ๆ ต่ำเกินไป โดยการปรับปรุงคุณภาพและ



ความครอบคลุมของข้อมูลเกี่ยวกับตัวชี้วัดการใช้สารและผลกระทบด้านสุขภาพเพิ่มเติม จะช่วยเสริมสร้างประสิทธิภาพในการวิเคราะห์และเป็นการให้ข้อมูลที่เป็นหลักฐานสนับสนุนได้อีกด้วย ตัวอย่างงานวิจัยเพิ่มเติม เช่น การพัฒนาวิธีการประหยัดต้นทุนสำหรับการประเมินการใช้และโรคที่เกิดจากการใช้สารตลอดจนผลกระทบด้านสุขภาพ ข้อมูลเชิงลึกด้านเชิงพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการใช้สาร การใช้กรอบเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนเพื่อสนับสนุนการติดตามโครงการพัฒนาทางเลือก การวิจัยด้านความไม่เท่าเทียมทางเศรษฐกิจและสังคมและการใช้ยาเสพติดในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง การวิจัยเกี่ยวกับเขตพื้นที่ที่กฎหมายอนุญาตให้ปลูกพืชเสพติดนอกเหนือจากการติดตามฝักระวังขอบเขตและแนวโน้มในการลักลอบปลูกพืชเสพติด และพัฒนาความเข้าใจแบบบูรณาการเกี่ยวกับปัจจัยพลวัตของตลาดค้ายาและการพัฒนาทางเลือก การพัฒนาระบบการตรวจสอบเทียบเคียงและครอบคลุมในเขตพื้นที่ที่กฎหมายอนุญาตให้ใช้กัญชาที่ไม่ใช่ในทางการแพทย์ การรวบรวมและการแบ่งปันข้อมูลในระดับชาติและระหว่างประเทศเกี่ยวกับตัวชี้วัดที่ขี้งถึงพลวัตของตลาดค้ายา เช่น ราคา ความบริสุทธิ์ และรูปแบบการบริโภค และตัวชี้วัดอื่น ๆ ที่ช่วยให้เกิดความเข้าใจในวิธีการปฏิบัติของกลุ่มผู้ค้าและเส้นทางการค้ายา รวมถึงการพัฒนากฎการประเมินการลักลอบค้าสารตั้งต้นและเคมีภัณฑ์ในระดับอนุภูมิภาค และระดับพื้นที่ในภูมิภาคเป้าหมาย อย่างไรก็ตาม การระบาดของใหญ่ของโควิด-19 และมาตรการรับมือกับการระบาดดังกล่าว มีผลกระทบต่อห่วงโซ่อุปทานตั้งแต่การผลิตและการค้าจนถึงการบริโภคในระดับที่แตกต่างกัน

สรุป

จากรายงานของหน่วยงานสหประชาชาติด้านยาเสพติด คาดว่าผลกระทบระยะสั้นจากโรคโควิด-19 อาจทำให้ใช้สารลดลง อย่างไรก็ตาม ต้องมีการศึกษาผลกระทบระยะยาว การติดตามฝักระวังห่วงโซ่อุปทานและรูปแบบการใช้สารตลอดจนผลที่ตามมาอย่างใกล้ชิด เพื่อประเมินว่าการเปลี่ยนแปลงที่สังเกตได้นั้นเป็นเพียงการเปลี่ยนแปลงชั่วคราวหรือนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงต่อไปในอนาคตซึ่งคาดการณ์ว่าน่าจะพบการใช้สารมากขึ้น โดยเป็นผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงการใช้สารเอง และการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ ที่มีความเชื่อมโยงกันในระดับนานาชาติ

เอกสารอ้างอิง

1. World Drug Report 2020 (United Nations publication, Sales No. E.20.XI.6).



กฎหมายยาเสพติดประเทศไทย ที่กำลังเปลี่ยนแปลง

โดย ปิยะวัฒน์ เด่นดำรงกุล

▶ บทนำ

การใช้วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทจนกระทบปัญหาสุขภาพร่างกายของผู้ที่ใช้นั้นเป็นประเด็นที่เกิดขึ้นมาช้านาน นอกจากส่งผลต่อตนเองแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อระบบครอบครัว จนถึงสังคม โดยสังเกตได้ว่าชาวปัญหาอาชญากรรมจำนวนมากมักมีประเด็นของสารเสพติดร่วมด้วย^[1-3] ทำให้เกิดข้อสงสัยว่าวิถีทางควบคุมทางสังคมและกฎหมายสามารถนำมาบรรเทาปัญหาจากการใช้สารเสพติดได้เพียงใด

แม้แต่สารเสพติดที่ถูกกฎหมาย เช่น เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีการศึกษาพบว่าผู้ที่ก่ออาชญากรรมเกี่ยวกับร่างกายและทรัพย์สินต่างมักใช้แอลกอฮอล์เป็นประจำ หรือมีความผิดปกติในการใช้สาร และมักใช้ก่อนเกิดเหตุอย่างมีนัยสำคัญ รวมทั้งยังมักใช้อาวุธ กระทั่งได้รับบาดเจ็บสาหัสหรือเสียชีวิต โดยผู้ใช้สารเองก็ตกเป็นผู้ถูกกระทำได้เช่นกัน และยังมีตัวแปรมากมายที่ทำให้บุคคลกระทำผิด^[4-6] จึงยังไม่สามารถสรุปได้ว่าสารเสพติดทำให้คนก่ออาชญากรรมขึ้น เพราะยังมีผู้ใช้สารที่มีได้ก่อคดีหรือปัญหาสังคมรุนแรง โดยสารเสพติดอาจเป็นเพียงชนวนให้กระทำผิดกฎหมาย แต่ตัวสาเหตุคือจิตใจผู้ก่ออาชญากรรมร้ายแรงดังกล่าว (mens rea) หรือเป็นปัญหาเฉพาะตัวบุคคล

บุคคลทั่วไปเมื่อใช้สารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในปริมาณหนึ่งและระยะเวลาหนึ่ง อาจเกิดปัญหาการเสพติดและเกิดโรคจิตเวช กระทั่งหยุดสารแล้วก็ยังคงพบโรคทางจิตเวชได้ เพราะเกิดความเปลี่ยนแปลงต่อสมองและสารสื่อประสาทของผู้ใช้สาร รวมทั้งผู้ที่ใช้สารก็อาจมีโรคร่วม (comorbidity) ทางจิตเวชหรือปัญหาส่วนตัวมาก่อน ทำให้นำสารมาใช้บรรเทาอาการของตนจนเกิดภาวะเสพติดขึ้น^[7] การเปลี่ยนแปลงทางสมองดังกล่าวอาจกระทบต่อความยับยั้งชั่งใจ การรับรู้เหตุผล หรืออยู่ในภาวะไม่รู้ตัวขณะอยู่ในภาวะเป็นพิษจึงเสี่ยงต่อการกระทำที่ละเมิดกฎหมายได้ และอาจจดจำเหตุการณ์ไม่ได้หลังจากพ้นจากพิษของสารนั้น สารเสพติดจึงสามารถเปลี่ยนบุคคลในแง่ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมได้ กฎหมายจึงห้ามการใช้รวมถึงไม่ผ่อนปรนบทลงโทษให้หากไปกระทำความผิด ซึ่งแตกต่างจากผู้ป่วยจิตเวชที่อาจยับยั้งตนเองไม่ได้เนื่องด้วยความเจ็บป่วยทางจิต เช่น ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 66 ที่มีให้ศาลบรรเทาโทษจากภาวะจิตบกพร่อง จิตฟั่นเฟือน โรคจิต ที่กล่าวไว้ในมาตรา 65 ที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติด จนกระทั่งไปถึงในอดีตที่มีนโยบายประกาศทำสงครามกับยาเสพติด เมื่อวันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2546 จนเกิดปรากฏการณ์ฆ่าตัดตอน (extra-judicial killing) ผู้ที่สงสัยว่ากระทำความผิดฐานยาเสพติด แสดงให้เห็นถึงกระบวนการที่มองว่าสารเสพติดเป็นตัวหลักของปัญหาอาชญากรรม มิใช่เพียงปัญหาเฉพาะตัวเท่านั้น

▶ ตัวอย่างวิถีทางควบคุมด้วยกฎหมายยาเสพติดจากอดีตถึงปัจจุบัน

ความพยายามควบคุมสารเสพติดในยุคปัจจุบันเริ่มต้นในประเทศไทยเมื่อประเทศไทยหรือสยามในสมัยนั้นได้ให้สัตยาบันต่ออนุสัญญาฝิ่นใน พ.ศ. 2458 แต่ได้เกิดสงครามโลกครั้งที่หนึ่งขึ้นจึงหยุดชะงักไป จากนั้นจึงมีความพยายามควบคุมสารเสพติดขึ้นใหม่ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พุทธศักราช (พ.ศ.) 2465^[8] โดยให้ความหมายของสารเสพติดเป็น “ยาต่าง ๆ ที่รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขประกาศให้เป็นยาเสพติดให้โทษตามราชกิจจานุเบกษา โดยเห็นว่า อาจทำให้ผู้เสพติดแล้วให้โทษแก่ผู้บริโภครทำให้เกิดความต้องการอย่างแรงกล้าทั้งร่างกายและจิตใจ ผู้เสพต้องตกเป็นทาสของยาเสพติดจะหยุดเสพมิได้ และผู้เสพต้องเพิ่มปริมาณยาเสพติดเรื่อย ๆ จนเป็นอันตรายต่อร่างกาย” โดยจะสังเกตว่านิยามนั้นสอดคล้องกับส่วนหนึ่งของเกณฑ์วินิจฉัยของโรคเสพติดสารในระบบของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) เช่น มีความต้องการสารอย่างต่อเนื่อง (persistent desire) และมีภาวะทนต่อสาร (tolerance) แต่ยังไม่ครอบคลุมเกณฑ์การวินิจฉัยทั้งหมดนัก กฎหมายขณะนั้นมุ่งเน้นควบคุมฝิ่น อัลคาลอยด์ของฝิ่น ใบโคคา และอนุพันธ์ที่ปรุงขึ้นมาเป็นยาเท่านั้น เมื่อแก้ไขนิยามในพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ได้เพิ่มประเด็น “เมื่อหยุดเสพสารนั้นจะเกิดอาการถอนยา” และเปลี่ยนจาก “อันตรายต่อร่างกาย” เป็น “สุขภาพของผู้เสพสารนั้นเป็นเวลานานจะทรุดโทรมลง” ซึ่งครอบคลุมอาการถอนหรือขาดสาร (withdrawal) และอาการที่เกี่ยวกับสุขภาพทางจิตใจเพิ่มขึ้น



ต่อมารัฐได้มีความพยายามควบคุมสารเสพติดตามบริบทที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น แก้ไขเป็นพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2479 ประกาศพระราชบัญญัติกันชา พ.ศ. 2477 และพระราชบัญญัติพืชกระท่อม พ.ศ. 2486 ในลำดับต่อมา หากกล่าวถึงตัวอย่างบริบททางสังคมที่ขับเคลื่อนกฎหมายจากการศึกษาในรายงานเกี่ยวกับพืชกระท่อม^[9] ที่กล่าวว่า เนื่องด้วยยุคสมัยของจอมพล ป. พิบูลสงคราม มีชาวไทยใช้พืชกระท่อมกันแพร่หลายมาก ทำให้กรรมการกฤษฎีกาผลักดันกฎหมายที่มีความเด็ดขาด โดยผู้ใช้ใบกระท่อมอาจได้รับโทษทางอาญาเท่ากับการซื้อขาย แลกเปลี่ยน หรือลักลอบนำพืชกระท่อมเข้ามาในประเทศ ซึ่งมีลักษณะความผิดแตกต่างจากการกำหนดโทษทางอาญาทั่วไปที่ผู้เสพได้รับโทษน้อยกว่าหรือมีวิธีการควบคุมที่เบากว่าผู้ที่ครอบครอง จำหน่าย ทว่าผู้ใช้พืชกระท่อมในยุคสมัยนั้นลดลงอย่างมากแล้วกลับไปใช้ฝิ่นมากขึ้น เนื่องด้วย “พระราชบัญญัติฝิ่น พ.ศ. 2472” เปิดโอกาสให้บุคคลใช้ฝิ่นได้อย่างถูกกฎหมาย โดยขึ้นทะเบียนกับเจ้าพนักงานเป็นผู้ใช้ฝิ่น รวมทั้งฝิ่นมีอัตราภาษีจากการขออนุญาตต่าง ๆ ทำให้ส่งผลดีกับรัฐมากกว่าปล่อยให้ประชาชนใช้พืชกระท่อม สอดคล้องกับทฤษฎีของ Rodolf Von Ihering นักนิติศาสตร์ชาวเยอรมันที่กล่าวถึงกฎหมายว่าเป็นเพียงวิธีการที่จะนำไปสู่เป้าหมายที่ต้องการซึ่งเปลี่ยนไปตามบริบทของสังคมโดยเฉพาะอำนาจทางการเมืองที่มีอิทธิพลต่อทั้งการกำหนดกฎหมายและนิยามของอาชญากรรม ทำให้เกิดผลกระทบต่อพฤติกรรมของคนในสังคมตามนิยามดังกล่าวโดยเป็นไปตามกลไกที่สอดคล้องกับทฤษฎีของ Richard Quinney (1964) เช่น เมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจากฝิ่น ความตระหนักรู้ร่วมกับกระแสสังคมโลก จึงเกิดพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษในเวลาต่อมา และแนวคิด “ผู้เสพเป็นผู้ป่วย” ตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 ร่วมกับระบบจัดการผู้กระทำผิดโดยเน้นระบบการแก้ไขและฟื้นฟูมากขึ้น เช่น ระบบการบังคับบำบัด (ต้องโทษ) ในสถานบำบัดต่าง ๆ หรือการให้ไปปฏิบัติสาธารณประโยชน์ เป็นต้น กระนั้นต่อมาพืชกระท่อมยังคงถูกจัดเป็นยาเสพติดประเภทที่ 5 โดยตลอด และกรณีการศึกษาดังกล่าวจึงสรุปข้อเสนอแนะให้ทบทวนกฎหมายเพื่อนำมาใช้ประโยชน์ และให้กำหนดกลไกที่ชัดเจนขึ้นสำหรับผู้ที่นำมาใช้อย่างผิดวิธี [9] นำไปสู่การปรับปรุงเป็นพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 ที่เริ่มปลดล็อกกัญชาและกระท่อมให้นำมาใช้ประโยชน์ได้สะดวกขึ้น และเป็นการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญที่ผู้ปฏิบัติงานด้านสารเสพติดผิดกฎหมายรวมถึงผู้ให้การดูแลปัญหาจากการใช้สารเสพติดอาจต้องปรับตัว

หากพิจารณาวิถีกฎหมายที่พยายามควบคุมสารเสพติดจะพบว่า เป็นมิติที่ซับซ้อนแตกต่างจากความผิดอาญาแบบอื่น เนื่องจากยังเป็นข้อถกเถียงว่าการใช้สารจัดเป็นการกระทำอันตรายต่อผู้อื่นหรือไม่ เมื่อเปรียบเทียบกับกรณีชิงวิ่งราวที่เกิดภัยอันตรายต่อผู้อื่น แม้ผลเสียจะเกิดเฉพาะตัวผู้ใช้สารก่อนแต่ยังขยายออกไปสู่สังคมในทางอ้อม จึงทำให้กฎหมายห้ามการใช้ไว้ (mala prohibita) และจัดกลุ่มของสารเสพติดผิดกฎหมายไว้แตกต่างกัน ในระดับโทษที่แตกต่างกันในแต่ละประเภทของสารอีกด้วย นอกเหนือการพิสูจน์เจตนากระทำผิด เช่น เป็นผู้เสพ ครอบครอง จำหน่าย นำเข้า เป็นต้น ซึ่งในความอาญาโดยทั่วไปแล้วพิจารณาปัจจัยภายนอก (ผลร้ายที่เกิดขึ้น) ปัจจัยภายใน (เจตนา) ก็เพียงพอ ด้วยความแตกต่าง



ดังกล่าวจึงพบว่าเป็นลักษณะคดีที่ใช้กระบวนการยุติธรรมทางเลือก (alternative dispute resolution; ADR) ร่วมด้วยจำนวนมาก ดังเช่นการให้ไปทำงานบริการสังคมตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 มาตรา 23(4) ซึ่งมีตัวอย่างคำพิพากษาศาลฎีกา 15049/2558 สรุปความว่า^[10] จำเลยใช้สารเสพติดแล้วขับขี้นยานพาหนะจึงลงโทษโดยรอจำคุก 2 ปี รายงานตัวต่อพนักงานคุมประพฤติ 3 เดือนต่อครั้ง และให้จำเลยทำงานบริการสังคมหรือสาธารณประโยชน์ตามที่พนักงานคุมประพฤติและจำเลยเห็นสมควรเป็นเวลา 12 ชั่วโมง แตกต่างจากการลงโทษเพียงปรับและจำคุกก่อนมีพระราชบัญญัติฯ นอกจากนี้ในระดับสากล การยอมรับสารเสพติดก็แตกต่างกันในแต่ละประเทศ แม้จะเป็นสารเสพติดชนิดเดียวกันก็ตาม ทางทฤษฎีแล้วจำแนกมาตรการได้เป็น 5 ประเภท^[11] ได้แก่

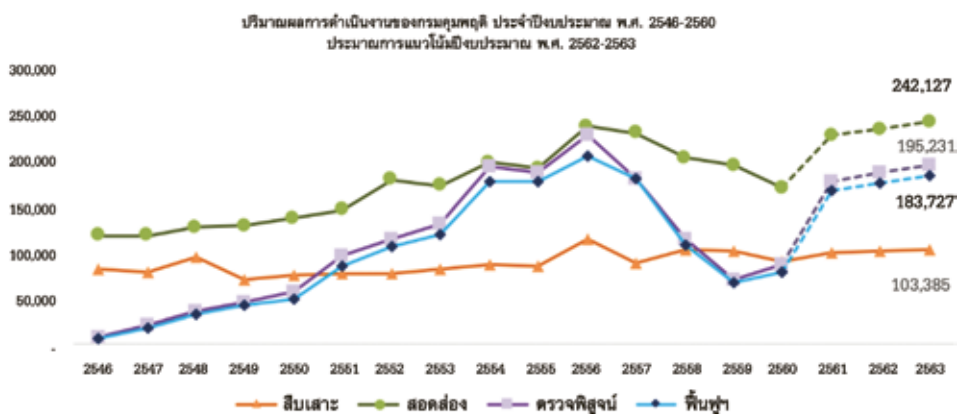
1. Prohibition เป็นการห้ามโดยเด็ดขาด ซึ่งรวมทั้งการใช้โดยทั่วไป ถือว่าเป็นโทษทางอาญา (criminal sanction) เช่น การเสพยาในประเทศมุสลิมบางประเทศ การจำหน่ายยาไอในไทย เป็นต้น
2. Depenalization รวมถึง Decriminalization เป็นลักษณะการห้ามที่ผ่อนปรนลงไปถึงการเอาโทษทางอาญาออกไป โดยอาจลงโทษทางเลือก หรือโทษเกี่ยวกับค่าปรับ คล้ายชดเชยทางแพ่ง (civil sanction) เช่น การใช้กัญชาในยุโรปบางประเทศ การสูบบุหรี่ไฟฟ้าในที่สาธารณะในประเทศไทย เป็นต้น
3. Prescription เป็นการอนุญาตทางการแพทย์เฉพาะบุคคลและสถานที่ตามกฎหมาย นอกเหนือนั้นอาจอยู่ในข้อ 1 หรือ 2 เช่น การฉีดมอร์ฟินในโรงพยาบาล การปลูกกัญชาในหน่วยงานที่ได้รับอนุญาต เป็นต้น
4. Regulation เป็นการควบคุมให้ปฏิบัติตามกฎระเบียบ นอกเหนือจากใช้ทางการแพทย์ เช่น การรวบอำนาจผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในรัฐบาลสวีเดน ควบคุมโฆษณาแอลกอฮอล์ในไทย การจำกัดสถานที่และเวลาในการซื้อขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ เป็นต้น
5. Free market เป็นการเปิดเสรีโดยบุคคลยอมรับผิดชอบต่อผลเสียหรือปัญหาจากการใช้สารเสพติดของตน และใช้กลไกตลาดควบคุมแทน เช่น การจำหน่ายกาแฟทั่วโลก การซื้อขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในบางประเทศ เป็นต้น

นอกเหนือจากบริบทที่ยกมาแล้ว หากศึกษาการพัฒนาการของกฎหมายในแต่ละยุคสมัย โดยเฉพาะความพยายามใช้เป็นเครื่องมือควบคุมสารเสพติดนั้นจะพบว่ายังมีปัจจัยด้านสังคมวิทยา รัฐศาสตร์การบริหารประเทศ ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ การแพทย์ เศรษฐศาสตร์ และการบริหารทรัพยากรอีกด้วย เนื่องจากสารเสพติดนั้นนอกจากจะก่อปัญหาสังคมและสุขภาพได้อย่างมาก แต่ก็ยังมีประโยชน์ปะปนอยู่ การแก้ปัญหาหาคดีสารเสพติดและอาชญากรรมที่เกี่ยวข้องด้วยกฎหมายเพียงอย่างเดียวจึงยากลำบาก ดังจะสังเกตจากสถานการณ์ในหัวข้อถัดไป



๑ สถานการณ์ทางกฎหมายและการจัดการในประเทศไทย

หลังจากสถานการณ์ประกาศสงครามกับยาเสพติดผ่านไปถึง 2 ทศวรรษ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 กรมคุมประพฤติยังพบว่ามีความโน้มเอียงของภารกิจเพื่อจัดการด้านสารเสพติดผิดกฎหมายที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง แสดงถึงปัญหาสารเสพติดที่ยังคงเรื้อรังอยู่ถึงปัจจุบัน ดังแสดงในรูปที่ 1



รูปที่ 1 ผลการดำเนินงานของกรมคุมประพฤติ ประจำปี พ.ศ. 2560 แบ่งเป็นคดีสืบเสาะและฟื้นฟู คดีควบคุมและสอดส่อง ภารกิจงานด้านการตรวจพิสูจน์ และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด^[12]

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดถือเป็นเป้าหมายสำคัญกว่าการลงโทษ ทำให้เกิดองค์การของรัฐ เช่น สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) คณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ที่ประกอบด้วย แพทย์ (สรรหากจากจิตแพทย์) นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อเป็นผู้พิจารณาทิศทางการบังคับบำบัด ซึ่งปัจจุบันการบำบัดสารเสพติดยังคงแบ่งออกได้เป็น 3 ระบบ^[12] ดังนี้

1. ระบบสมัครใจ (voluntary system) เมื่อศาลมิได้กำหนดให้เข้าสู่กระบวนการบังคับบำบัด แต่อาจต้องคดีที่เกิดปัญหาจากการใช้สารเสพติด เช่น ตึ้มแล้วขับ ซึ่งสามารถเข้ารับการบำบัดด้วยความยินยอมของตนเอง กระบวนการนี้มีทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน หรือมิได้ต้องคดีใด ๆ ก็ได้

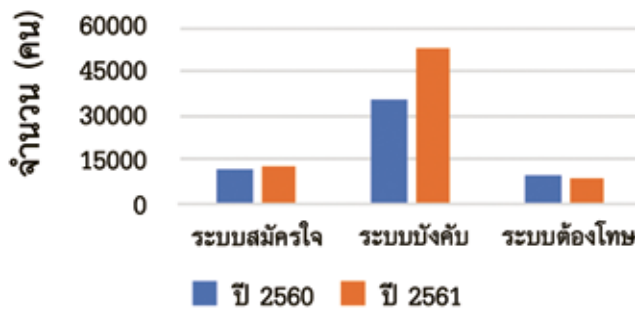
2. ระบบบังคับบำบัด (compulsory system) เป็นกระบวนการที่ส่งเข้าสู่คณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด เพื่อพิจารณาว่าส่งตัวคืนกับเจ้าพนักงานสอบสวนเพื่อเข้าสู่กระบวนการทางอาญาโดยปกติ หรือกำหนดแผนว่าสมควรรับการฟื้นฟูลักษณะใด ขณะที่ชะลอการฟ้องคดีไว้ก่อน เช่น นอกสถานบำบัด โดยรายงานตัวต่อเจ้าพนักงานคุมประพฤติเป็นระยะ หรือในสถานบำบัด เช่น สถานบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี รวมถึงผู้ป่วยที่ไม่มีคดีความ แต่มีอาการ



จิตเวชรุนแรงจากการเสพยาเสพติด ไม่มีญาติเป็นผู้ให้ความยินยอม ก็อาจบังคับโดยใช้กฎหมายตาม พ.ร.บ. สุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ได้เช่นกัน

3. ระบบต้องโทษ (correctional system) ส่วนมากรับการรักษาในสถานบำบัดทัณฑสถาน โรงพยาบาลราชทัณฑ์ สถานพินิจคุ้มครองเด็กและเยาวชน หรือโรงพยาบาลตุลาการเฉลิมพระเกียรติ เนื่องด้วยต้องคดีมากกว่าการเสพยาโดยทั่วไป แต่มีผู้ต้องหาบางรายที่ตกอยู่ในสภาวะจิตประสาทผิดปกติ จนไม่สามารถต่อสู้คดีได้ อาจส่งตัวไปรับการรักษาในสถานบำบัดจิตเวช เช่น สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ (นิติจิตเวช) ตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 14 ประกอบกับพระราชบัญญัติ สุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ส่วนที่ 2 เกี่ยวกับผู้ป่วยคดี ทั้งนี้จนกว่าจะต่อสู้คดีได้ และอาจย้ายไปรับการรักษา ในระบบบังคับบำบัด

ตัวอย่างจำนวนผู้เข้ารับการรักษาในแต่ละระบบ ดังแสดงในรูปที่ 2 พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีความก้าวร้าวจะอยู่ในระบบบังคับบำบัดสูงกว่าระบบสมัครใจ ลักษณะนี้เป็นตัวชี้วัดที่มุ่งเน้นนำผู้ใช้สารที่จำเป็นต้องรักษาเพราะมีความก้าวร้าวหรือเสี่ยงเข้าสู่ระบบการบำบัดมากกว่าในอดีตที่จะคอยติดตามมาบำบัดเมื่อกลับไปใช้สารซ้ำ (เสพยาใน 3 เดือน) จึงทำให้ผู้ที่ถูกบังคับมีจำนวนมากขึ้น แต่เมื่อรวมผู้ที่มาบำบัดเพราะเกิดปัญหา ต้องการเลิกด้วยตนเอง หรือญาติต้องการให้เลิกใช้ จะพบว่าระบบสมัครใจกลับมีสัดส่วนที่สูงที่สุดแทน^[11] และดังสังเกตได้จากการวางแผนเป้าหมายการบำบัดของกระทรวงสาธารณสุข ที่รองรับการบำบัดรักษาในกลุ่มสมัครใจมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ^[12]



รูปที่ 2 การดำเนินงานกระทรวงสาธารณสุขด้านการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด เฉพาะกลุ่มผู้มีความเสี่ยงก้าวร้าวสูง (Serious Mental Illness with High Risk Violence) ปีงบประมาณ 2560 - 2561 (ข้อมูล บสต. ณ วันที่ 23 มีนาคม 2562, ระบบสมัครใจ ประกอบด้วยตามแบบ คสช.108, พ.ร.บ. สุขภาพจิต, ม.56, Walk-in และรอกาลเยาวชนพิจารณา; ระบบบังคับบำบัด ประกอบด้วยตามแบบควบคุมตัว และไม่ควบคุมตัว^[13])



ส่วนหนึ่งของการมีระบบสมัครใจก็อาจสะท้อนให้เห็นได้ว่าการแก้ปัญหาสารเสพติดมิใช่เพียงบังคับใช้กฎหมาย เมื่อจูงใจให้ผู้เสพเข้าสู่กระบวนการบำบัดก็อาจช่วยลดปัญหาที่ตามมาจากสารเสพติดและการกระทำผิดต่าง ๆ ที่ตามมาลงได้ การจูงใจให้สมัครใจรักษาจึงเป็นสิ่งสำคัญ สังเกตได้ว่าตามสถิติฐานความผิดทางอาญา (คดี 4 กลุ่ม) ทั่วประเทศของข้อมูลเผยแพร่จากสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2562 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2562 มีคดีความผิดที่รัฐเป็นผู้เสียหาย จำนวน 588,886 ราย เป็นคดียาเสพติดโดยตรงที่ดำเนินการ 460,575 ราย (ร้อยละ 78 ของคดีทั้งหมด) ซึ่งเป็นคดีเสพยาเสพติด 252,512 ราย (ร้อยละ 43 ของคดีทั้งหมด) เมื่อเปรียบเทียบกับคดีเกี่ยวกับทรัพย์สินทั้งหมด (ลักทรัพย์ ชิงทรัพย์ ปล้นทรัพย์ รังราว ฯลฯ) ที่ตำรวจรับแจ้ง พบว่ามีเพียง 51,564 ราย (รวมทั้งที่จับกุมได้และไม่ได้)¹⁴ ยิ่งไปกว่านั้น คดีดังกล่าวก็อาจมีปัญหาระบาดเข้าไปเกี่ยวข้องได้อีก

จากนโยบายของสารเสพติดที่เปลี่ยนแปลงไป การนำผู้ใช้สารมาสู่การบำบัดมากขึ้นอาจช่วยลดปัญหาลังคม โดยการเปลี่ยนแปลงเพื่อเปิดโอกาสให้ใช้ยาเสพติดในประเภทที่ 5 ได้แก่ กัญชา พืชกระท่อม มาใช้ประโยชน์เชิงวิทยาศาสตร์และเศรษฐกิจมากขึ้น การควบคุมจึงกำลังเปลี่ยนแปลงเช่นกัน และในช่วงก่อนปลายปี พ.ศ. 2563 นี้ คณะรัฐมนตรีได้เห็นชอบให้เกิด (ร่าง) พระราชบัญญัติ (พ.ร.บ.) ยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่...) พ.ศ.... แทนการแก้ไข พรบ.ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ฉบับที่ 7 ที่ประกาศเมื่อ พ.ศ. 2562¹⁵ โดยคาดว่าจะยังคงสอดคล้องกับหลักการของคณะกรรมการสิทธิการสากลว่าด้วยนโยบายยาเสพติด¹⁶ (Global Commission on Drug Policy) ที่ยังไม่เปลี่ยนแปลงจาก “ผู้เสปคือผู้ป่วย” ประกอบกับการแก้ปัญหาหนักโทษปริมาณมาก ด้วยกระบวนการยุติธรรมทางเลือกมากกว่าการสร้างผู้ต้องขังมากขึ้น รวมถึงอาจเพื่อลดทอนความเหลื่อมล้ำกันของกฎหมายที่ตราในเวลาที่แตกต่างกัน ดังสังเกตจากตัวอย่างกฎหมายที่มีศักดิ์ระดับพระราชบัญญัติ (พ.ร.บ.) เกี่ยวกับยาเสพติด¹⁷ ยังมีจำนวนมากในขณะนี้

1. พ.ร.บ. ป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. 2519 เป็นการกำหนดมาตรการและให้อำนาจในการดำเนินการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดต่าง ๆ โดยจัดตั้งคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดและจัดตั้งระเบียบที่ทำให้เจ้าพนักงานปฏิบัติงาน เช่น การประสานงานคดียาเสพติด การปราบปรามในสถานประกอบการและแบ่งประเภท การขออนุญาตสถานประกอบการดังกล่าว การปฏิบัติหน้าที่ของเจ้าพนักงานสำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) การจับ ยึดและตรวจพิสูจน์ยาเสพติดของเจ้าพนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจ ฯลฯ

2. พ.ร.บ. มาตรการในการปราบปรามผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด พ.ศ. 2534 เพิ่มเติมขึ้นจาก พ.ร.บ. ป้องกันและปราบปรามยาเสพติดฯ เพื่อกำหนดมาตรการเฉพาะ เช่น การตั้งคณะกรรมการเกี่ยวกับทรัพย์สิน การกำหนดยึดทรัพย์ การตั้งกองทุนป้องกันและปราบปรามยาเสพติด เป็นต้น และเพิ่มเติมระเบียบการกำหนดรายละเอียดอื่น ๆ เช่น คุณสมบัติหรือการแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายในการปราบปรามผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด ฯลฯ



3. พ.ร.บ. วิธีพิจารณาคดียาเสพติด พ.ศ. 2550 เน้นเกี่ยวกับการทำงานของศาลที่กำหนดหลักเกณฑ์การสอบสวน สืบสวนโดยใช้เทคนิคการสืบสวนสอบสวนพิเศษ แตกต่างจากคดีกระทำผิดทางอาญาทั่วไป และกำหนดบทบัญญัติเกี่ยวกับวิธีพิจารณาคดีความในศาลชั้นต้น การอุทธรณ์ ฎีกา และอายุความ รวมทั้งกำหนดบทบัญญัติเกี่ยวกับการบังคับชำระ ค่าปรับตามคำพิพากษา ตลอดจนทำให้เกิดอำนาจในการออกกฎกระทรวง เช่น การกำหนดประเภท ปริมาณ การขออนุญาต การครอบครองและให้มีการครอบครองยาเสพติดภายใต้การควบคุม ฯลฯ

4. พ.ร.บ. ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 และแก้ไขฉบับที่ 7 พ.ศ. 2562 เป็นกฎหมายดั้งเดิมที่ตราเพื่อควบคุมยาเสพติดต่าง ๆ โดยจัดตั้งคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ กำหนดประเภท การขออนุญาตครอบครอง การห้ามโฆษณายาเสพติดให้โทษ การอุทธรณ์และกำหนดโทษต่าง ๆ รวมทั้งให้อำนาจให้ตรากฎกระทรวง ประกาศ ที่เกี่ยวข้องกับการระบุนุ ตรวจพิสูจน์ ครอบครอง และการนำยาเสพติดไปใช้ทางการแพทย์ เช่น การปรุงยาตำรับกัญชาของแพทย์แผนไทยและแพทย์พื้นบ้าน โดยมีประเด็นสำคัญที่ควรทราบตาม พ.ร.บ.นี้ คือ การแบ่งยาเสพติดออกเป็น 5 ประเภท ได้แก่

- ประเภทที่ 1 ยาเสพติดให้โทษชนิดร้ายแรง เช่น เฮโรอีน
- ประเภทที่ 2 ยาเสพติดให้โทษทั่วไป เช่น มอร์ฟิน โคคาอิน โคดีอีน และฝิ่น
- ประเภทที่ 3 ยาเสพติดให้โทษที่มีลักษณะเป็นตำรับยา และมียาเสพติดให้โทษประเภทที่ 2 ผสมอยู่
- ประเภทที่ 4 สารเคมีที่ใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 1 หรือ 2
- ประเภทที่ 5 ยาเสพติดให้โทษที่มีได้เข้าอยู่ในประเภทที่ 1 ถึง 4 เช่น กัญชา พืชกระท่อม เป็นต้น

5. พ.ร.บ. วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2559 เป็น พ.ร.บ. ที่คล้ายคลึงกับ พ.ร.บ. ยาเสพติดให้โทษ คือมีการตั้งคณะกรรมการ กำหนดประเภทและประเด็นอื่น ๆ เช่นกัน แต่สารที่เกี่ยวข้องกับ พ.ร.บ. นี้ ยังไม่จัดเป็นยาเสพติดชัดเจน แต่อาจนำไปใช้ในอุตสาหกรรม วิทยาศาสตร์ หรือการแพทย์ และ พ.ร.บ. นี้ ได้แก้ไขจากฉบับแรกในปี พ.ศ. 2518 ประเด็นสำคัญที่ควรทราบตาม พ.ร.บ. นี้ ได้แบ่งวัตถุออกฤทธิ์ฯ ออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่

- ประเภทที่ 1 วัตถุออกฤทธิ์ที่ไม่ใช้ในทางการแพทย์ และอาจก่อให้เกิดการนำไปใช้ หรือมีแนวโน้มในการนำไปใช้ในทางที่ผิดสูง เช่น จีเอชบี (Gamma-Hydroxybutyrate) ไฮบูทรามิน ฯลฯ
- ประเภทที่ 2 วัตถุออกฤทธิ์ที่ใช้ในทางการแพทย์ และอาจก่อให้เกิดการนำไปใช้ หรือมีแนวโน้มในการนำไปใช้ในทางที่ผิดสูง เช่น อัลปราโซแลม ฟลูโนตราซิแพม คีตามิน ฯลฯ
- ประเภทที่ 3 วัตถุออกฤทธิ์ที่ใช้ในทางการแพทย์ และอาจก่อให้เกิดการนำไปใช้ หรือมีแนวโน้มในการนำไปใช้ในทางที่ผิด เช่น อะไมบารีบิทัล เพนตาไซซิน ฯลฯ



ประเภทที่ 4 วัตถุออกฤทธิ์ที่ใช้ในทางการแพทย์ และอาจก่อให้เกิดการนำไปใช้หรือมีแนวโน้มในการนำไปใช้ในทางที่ผิดน้อยกว่าประเภท 3 เช่น โคลบาแซม ไดอะซีแพม ลอราซีแพม ฯลฯ

6. พ.ร.บ. **ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545** เน้นระบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติด ขยายสถานที่เพื่อตรวจพิสูจน์การใช้หรือติดยาเสพติด และเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ดังเช่น ที่กล่าวข้างต้น การจัดตั้งคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดจากผู้เชี่ยวชาญเพื่อกำหนด ทิศทางการบังคับรักษา และชะลอการฟ้องของอัยการในช่วงที่อยู่ระหว่างฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นต้น

7. พ.ร.บ. **กฎหมายอื่น ๆ** เช่น พ.ร.บ. วัตถุอันตราย พ.ศ. 2535 พ.ร.บ. ขนส่งทางบก พ.ศ. 2522 พ.ร.บ. จราจรทางบก พ.ศ. 2522 พ.ร.ก. ป้องกันการใช้สารระเหย พ.ศ. 2533 และมีประกาศอีกหลาย ฉบับ

สังเกตได้ว่ามีกฎหมายมากมายที่กำหนดโทษและวิธีการเพื่อกำกับควบคุมยาเสพติดอยู่เดิม โดย จากการศึกษาได้มีการเสนอแนะรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูเปรียบเทียบกับนานาชาติ^[18] ได้แก่ โปรตุเกสที่มี นโยบายผู้เสพเป็นผู้ป่วยอย่างแท้จริง อังกฤษมีนโยบายการบำบัดรักษาในมาตรฐานเดียว สหรัฐอเมริกา มีนโยบายศาลยาเสพติดและการสร้างกลุ่มเครือข่าย เป็นต้น ซึ่งอาจช่วยเพิ่มเติมเครือข่ายการควบคุม สารเสพติดในปัจจุบันได้ ซึ่งมีการสรุปเปรียบเทียบแนวทางบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดเชิงกฎหมายไว้^[18] ดังตารางที่ 1 ข้างต้น

จึงเห็นได้ว่าการรวบรวมกฎหมายเพื่อนำเสนอเป็นร่างกฎหมายฉบับใหม่นั้นยังมีข้อจำกัด โดยเฉพาะ กลไกบังคับบำบัดและมาตรฐานการคัดกรองที่ยังไม่ชัดเจน อาจเพราะมีหลักฐานว่าระบบสมัครใจเป็น วิธีที่มีประสิทธิภาพและช่วยลดปัญหาเรื่องทรัพยากร เช่น พนักงานเจ้าหน้าที่ งบประมาณ ความแออัด ลงได้บางส่วน แต่ด้วยธรรมชาติของความเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตและพฤติกรรมก็อาจเป็นอุปสรรคที่ จะให้ผู้ใช้สารสามารถมองเห็นถึงปัญหาของตนเอง เป็นเหตุให้ไม่เข้าสู่กระบวนการสมัครใจบำบัด โดย อาจเกิดภาวะประสาทหลอน โรคทางอารมณ์ที่ไม่ได้รับการรักษา หรือเกิดจากการกระตุ้นจากสารนั้น ส่งผลให้สติการยับยั้งชั่งใจลดลง หลงลืม และบันดาลโทษได้ง่าย หรืออาจมาจากปัจจัยแวดล้อมของ ผู้ใช้สารเสพติดผิดกฎหมาย เช่น การก่ออาชญากรรมพื้นฐาน (street crime) ซึ่งเป็นการกระทำความผิด ในสังคมแบบทั่วไป เพื่อหาทุนทรัพย์ไปใช้สารเสพติด ความผิดตาม พ.ร.บ. จราจร หรือความผิดเชิงซื้อ ขายโดยตรง เป็นต้น ดังนั้นการพัฒนามาตรฐานกฎหมายในทิศทางนี้จึงเกิดข้อเสนอแนะว่าควรมีนโยบายสาธารณะ สร้างแรงจูงใจให้ผู้ใช้สารเข้ารับการรักษาบำบัดมากขึ้น และการบริหารระบบหลายรูปแบบร่วมด้วย เช่น การ คงผู้เชี่ยวชาญไว้เพื่อกำหนดทิศทางบำบัดในแต่ละราย (เช่น คณะอนุกรรมการฟื้นฟู) และการลดความ เสี่ยงการเกิดโรคหรืออันตรายเมื่อยังคงใช้สาร (harm reduction)^[11] เป็นต้น รวมถึงการกำหนดงบประมาณที่เหมาะสมเพื่อผลักดันให้เจตนาของกฎหมายสามารถดำเนินต่อไปในอนาคต



ตารางที่ 1 ตารางเปรียบเทียบการควบคุมสารเสพติดผิดกฎหมาย และข้อดีข้อจำกัดของแต่ละฉบับ^[18]

กระบวนการ	พรบ. ยาเสพติดให้โทษฯ พรก.สารระเหยฯ	พรบ.ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดฯ	กฎหมายยาเสพติดฯ	(ร่าง) ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. ...
นำเข้า/ค้นหา	สมัครใจ พันผิด และกึ่งสมัครใจ ข้อดี: ส่งเสริมการบำบัด ข้อจำกัด: แนวปฏิบัติไม่สอดคล้องความเป็นจริง	ดำเนินการแจ้งข้อกล่าวหา สั่งตรวจพิสูจน์ ข้อดี: บังคับผู้เสพยาเข้าบำบัด ข้อจำกัด: เปิดช่องให้เจ้าหน้าที่ใช้ดุลยพินิจในการสั่งฟ้องชะลอฟ้อง	ดำเนินคดี ไม่เข้าเงื่อนไขบำบัดภายนอก กำหนดคุณสมบัติผู้รับการบำบัด ข้อดี: แยกผู้เสพยาจากสังคม ข้อจำกัด: กฎหมายตีเส้นผู้กระทำความผิด	สมัครใจ กึ่งบังคับ โดยเจ้าหน้าที่สั่งฟ้องและศาลใช้ดุลยพินิจลงโทษ ข้อดี: มุ่งเน้นการบำบัดฟื้นฟู ข้อจำกัด: ไม่มีกลไกบังคับผู้สมัครใจ
คัดกรอง	สถานพยาบาล รับการคัดกรองที่ศูนย์คัดกรอง ข้อจำกัด: มาตรฐานการคัดกรอง	ส่วนหนึ่งของขั้นตอนการตรวจพิสูจน์ ตามมาตรา 17 ข้อจำกัด: ไม่กำหนดกระบวนการชัดเจน	คณะกรรมการจำแนกของเรือนจำและทัณฑสถานร่วมกับทีมสนับสนุนเพื่อดำเนินการจำแนกและคัดกรอง	สถานพยาบาล ศูนย์คัดกรอง ข้อจำกัด: มาตรฐานการคัดกรอง
บำบัดฟื้นฟู	การเข้ารับการบำบัดในสถานพยาบาล เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการ ข้อจำกัด: ทรัพยากร	ม.23 กำหนดแนวทางการทำแผนฟื้นฟู ไม่คุมตัว คุมตัว เข้มงวด ไม่เข้มงวด ข้อจำกัด: ใช้กฎหมายเป็นที่ตั้ง	หลักเกณฑ์การคัดเลือก นักโทษเด็ดขาดเข้าโครงการพักการลงโทษ ข้อจำกัด: บำบัดเฉพาะกลุ่ม	นิยามสถานพยาบาล ยาเสพติดและสร้างมาตรฐานบำบัดฟื้นฟูที่กำกับโดยสาธารณสุข ข้อจำกัด: ทรัพยากร
ติดตามผล	กลไกการติดตามดูแลผู้ผ่านการบำบัด การสุ่มตรวจปัสสาวะ โดยเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจ	ไม่มีกำหนด ใช้กลไกตามระบบสมัครใจ	พ.ร.บ. ราชทัณฑ์ ประเมินผลการบำบัดและติดตาม ข้อจำกัด: จำกัดการติดตามภายนอก เรือนจำ	ประเมินผลตามมาตรา 116 และการดูแลตามมาตรา 119 เกิดบูรณาการหน่วยงานภาคประชาสังคม



วิธีการควบคุมสารเสพติดทางด้านกฎหมายมีโอกาสพัฒนา ดังที่จะเห็นจากการพยายามรวบรวมกฎหมายหลายฉบับมาเป็นร่างประมวลกฎหมายใหม่ โดยหากใช้กฎหมายเปรียบเทียบ (comparative laws) จะนำข้อดีข้อเสียของนานาชาติมาพิจารณาร่วมด้วย รวมถึงสนับสนุนให้กฎหมายขับเคลื่อนได้ด้วยทรัพยากร และกระจายความสำคัญของระบบการควบคุมยาเสพติดให้ครอบคลุมการทั้งปราบปราม ป้องกัน บำบัดฟื้นฟู และติดตาม โดยไม่เน้นหนักไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่งอย่างเดียว อาจช่วยให้การบังคับใช้กฎหมายสอดคล้องกับสภาพสังคมมากขึ้น เพราะแม้จะเปิดโอกาสให้สมัครใจบำบัด แต่ยังคงมีปัญหาตีความจากสารเสพติด และพบหลักฐานว่าปริมาณผู้ที่ถูกบังคับบำบัดมีมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง จึงเกิดข้อสงสัยว่ามาตรการควบคุมทางกฎหมายอาจต้องปรับความรุนแรง (severity) ให้เพียงพอจนเกิดความเกรงกลัว เพื่อให้ผู้กระทำผิดมีความรู้สึกไม่คุ้มค่ากับการกระทำผิดดังกล่าว หรือส่งเสริมการบังคับใช้กฎหมายที่มีอยู่ให้มีความรวดเร็ว (swiftness) และความแน่นอนของบทลงโทษ (certainty) เพื่อให้ผู้กระทำผิดนั้นนึกเสมอว่าเมื่อถูกลงโทษจะได้รับโทษแน่นอน ไม่ว่าจะลักษณะโทษทั่วไปหรือโทษทางเลือก เช่น ต้องสละเวลาคุมประพฤติ ต้องสละแรงทำกิจกรรมสาธารณประโยชน์ ระแวดระวังเมื่อรอลงอาญา เป็นต้น สอดคล้องกับทฤษฎีการข่มขู่ยับยั้ง (deterrence theory) ของ Cesare Beccaria (1986) ในสำนักคลาสสิกทางอาชญาวิทยา^[19] โดยเฉพาะกลุ่มที่ผลิตและจำหน่ายที่มีเจตนาร้าย (mens rea) มากกว่าผู้เสพ แต่ต้องไม่รุนแรงหรือตีตราให้ผู้กระทำผิดแล้วไปตระหนกว่าเมื่อเข้าสู่กระบวนการยุติธรรมจะไม่คุ้มค่าเท่าการหลบหนีเอาตัวรอด โดยยังเชื่อว่าสังคมให้โอกาสกลับมาสู่ชีวิตปกติ และยังคงได้รับการยอมรับอยู่หากปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือ reintegrative shaming^[20] ตามทฤษฎีของ J. Braithwaite (1989) ที่จะนำไปสู่กระบวนการยุติธรรมเชิงสมานฉันท์ (restorative justice) โดยเฉพาะกลุ่มผู้ใช้สาร

นอกจากศาสตร์ทางกฎหมายและอาชญาวิทยาแล้ว ยังควรประยุกต์จากองค์ความรู้หลายสาขาอย่างรอบด้านเพื่อขับเคลื่อนอำนาจการควบคุม นอกจากการปราบปรามป้องกันการปกครอง หากให้อำนาจแก่คณะผู้เชี่ยวชาญการเสพติด เช่น จิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ฯลฯ ที่มีประสบการณ์ ได้มีโอกาสกำหนดทิศทางการบำบัด ตั้งแต่รายบุคคล (case management) กระทั่งถึงระบบการบำบัดฟื้นฟูอาจส่งเสริมการแก้ปัญหาการเสพติดได้ เนื่องจากผู้มีความผิดปกติกจากการใช้สารเสพติดอาจตระหนักถึงผลเสียของสารเสพติดน้อยกว่าความเป็นจริง (minimalization) และปฏิเสธปัญหา (denial) แม้ว่าจะมีหลักฐานหรือทราบที่สารเสพติดสามารถก่อให้เกิดผลกระทบในทางลบก็ตาม รวมทั้งมีโครงการจิตเวชอยู่หลายโรค^[21] ทำให้แนวทางกฎหมายที่เน้นให้สมัครใจบำบัดในกรณีไม่ต้องการโทษอาจไม่ได้ผลลัพธ์ที่ดีเท่าที่ควร นอกจากนี้ การสร้างแรงจูงใจเชิงบวกให้เข้าสู่กระบวนการบำบัด ในนโยบายสาธารณะนอกจากการกำหนดกฎหมายที่เอื้อต่อระบบสมัครใจเพียงอย่างเดียว อาจช่วยให้ผู้เสพเข้าสู่ระบบการบำบัดด้วยความสมัครใจมากขึ้น อีกทั้งการบูรณาการเพื่อให้เกิดการบังคับใช้ที่มี



ประสิทธิภาพ ทั้งนิติศาสตร์ สังคมวิทยา อาชีววิทยา วิทยาศาสตร์ แพทยศาสตร์ และรัฐประศาสนศาสตร์ นั้นเป็นสิ่งจำเป็น และท้ายสุด การมีกฎหมายใหม่ที่มีแนวโน้มให้นำสารเสพติดบางประเภท เพื่อใช้ประโยชน์ทางวิทยาศาสตร์และการแพทย์ได้เพิ่มขึ้น จำเป็นต้องมีระบบขับเคลื่อนให้บังคับใช้ได้จริงตามเจตนารมณ์ โดยการสร้างความร่วมมือของหน่วยงานเพื่อตรวจสอบ และกำหนดบทลงโทษผู้นำไปใช้ในทางที่ผิดให้พอเพียง จะทำให้เกิดการสนับสนุนประสิทธิภาพการควบคุมอาชญากรรมสารเสพติดให้สมดุลกับความก้าวหน้าและประโยชน์ทางวิทยาศาสตร์ เศรษฐศาสตร์ ได้เช่นกัน

▷ สรุป

โดยสรุปแล้วการควบคุมสารเสพติดผิดกฎหมายอาจเป็นหนึ่งในคำตอบ แต่อาจไม่ใช่คำตอบทั้งหมดในการจัดการปัญหาการเสพติด แม้การใช้สารเสพติดจะถูกกำหนดว่าเป็นอาชญากรรมโดยกฎหมาย แต่ศาสตร์อื่นที่สนับสนุนระบบและขับเคลื่อนให้กฎหมายบังคับใช้ และทางเลือกให้มียุทธศาสตร์การลงโทษ เพื่อลดความขัดแย้งในสังคมนั้นมีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนกว่ากัน

เอกสารอ้างอิง

1. BBC News Thailand. (2563, 13 สิงหาคม). บอส อยู่วิทยา: ตร.เตรียมสั่งให้ อสส. รื้อคดี หลังพบข้อมูลใหม่เกี่ยวกับความเร็วและการเสฟโคเคน. <https://www.bbc.com/thai/thailand-53762550/>
2. สำนักข่าวบ้านเมือง. (2563, 30 สิงหาคม). ผัวคลั่ง ชี้จยย.ไล่ชนเมียชกัก ฉุนถูกโทรตามให้มาทำงาน. <https://www.banmuang.co.th/news/crime/204310/>
3. ข่าวเช้าไทยรัฐ เสาร์-อาทิตย์. (2563, 23 สิงหาคม). ผากชังลูกเมายา คลั่งทำร้ายแม่ <https://www.thairath.co.th/clip/444336/>
4. สุนททิพย์ จิตสว่าง. (2553) ความสัมพันธ์ของการเสฟสุรากับอาชญากรรม. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: กรุงเทพฯ.
5. Håkansson, A., & Jesionowska, V. (2018). Associations between substance use and type of crime in prisoners with substance use problems - a focus on violence and fatal violence. Substance abuse and rehabilitation, 9, 1-9. <https://doi.org/10.2147/SAR.S143251>
6. นัทธี จิตสว่าง. (2555, 24 มิถุนายน). ยาเสพติดกับอาชญากรรม : บทบททวนวรรณกรรม. <https://www.gotoknow.org/posts/410958/>
7. Sadock, B.J., Sadock, V.A., & Ruiz, P. (2015). Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry (Eleventh edition.). Philadelphia: Wolters Kluwer.



8. สำนักข่าว คม-ชัด-ลึก. (2562, 1 กุมภาพันธ์). 1 ก.พ. 2546 "ไม่คู่ก็วัด" ทักษิณ ระเบิดสงครามกับยาเสพติด. <https://www.komchadluek.net/news/today-in-history/360964/>
9. ไพศาล ลิ้มสถิต. (2560). แนวทางการปฏิรูปกฎหมายยาเสพติด: กรณีศึกษาเปรียบเทียบการจัดการพิชิตกระท่อมของไทยและต่างประเทศ. หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
10. ศูนย์วิชาการงานคดี. (2559). สืบค้นฎีกา 2015 - คำพิพากษาศาลฎีกา. <https://deka.supremecourt.or.th/search/index/108>
11. Saunders J., et al. (2016). *Addiction Medicine: Oxford Specialist Handbooks* (2nd ed). Oxford University Press.
12. กลุ่มติดตามประเมินผล กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. (2560). สรุปรายงานผลการดำเนินงานกรมคุมประพฤติ ประจำปีงบประมาณ 2560. กรมคุมประพฤติ. http://164.115.41.115/doc_dop/file/categories1/20181228085834-0026112203.pdf
13. กระทรวงสาธารณสุข. (2560, 11 สิงหาคม). ทิศทางการดำเนินงานกระทรวงสาธารณสุข. การประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน ด้านการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติด ผ่านระบบ Tele Conference [Symposium], ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร.
14. ระบบสารสนเทศสถานีตำรวจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ. (2562, 4 ตุลาคม). สถิติฐานความผิดทางอาญา (คดี 4 กลุ่ม). <http://pitc.police.go.th/dirlist/dirlist.php?dir=/crimes/>
15. สำนักข่าวไทยพีบีเอส. (2563, 5 สิงหาคม). ครม.เห็นชอบร่าง พ.ร.บ.ยาเสพติดให้โทษ ฉบับใหม่. <https://news.thaipbs.or.th/content/295180/>
16. คณะกรรมการสิทธิการสากลว่าด้วยยาเสพติด. (2559). การขับเคลื่อนการปฏิรูปนโยบายยาเสพติด: แนวทางใหม่สู่การลดทอนความเป็นอาชญากรรมทางคดียาเสพติด รายงานปี ค.ศ. 2016. http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2017/03/GCDP-Report-2016_THAI.pdf
17. กองกฎหมาย สำนักงาน ป.ป.ส. (2563, มีนาคม). รวมกฎหมายยาเสพติด พร้อมด้วยกฎกระทรวง ระเบียบ ข้อบังคับ ที่เกี่ยวข้อง. ห้างหุ้นส่วนจำกัดบางกอกบล็อท.
18. ศรีสมบัติ โชคประจักษ์ชัด และคณะ. (2563, 10 กันยายน) โครงการศึกษามาตรการลดจำนวนผู้กระทำความผิดที่เข้าสู่การบังคับโทษจำคุก และประสิทธิผลของมาตรการที่ใช้หันเหคดีออกจากกระบวนการยุติธรรมทางอาญา: กรณีศึกษากระบวนการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด. [Symposium] โรงแรมเอสดี อเวนิว. กรุงเทพมหานคร.
19. Beccaria, C. (1986). *On crimes and punishments*. Indianapolis: Hackett Pub.
20. Braithwaite, J. (1989) *Crime Shame and Reintegration*, Cambridge University Press, Cambridge.
21. Maxwell, S. (2001) Care of people with dual disabilities in the mental health system: Education vs. attitude rehabilitation. *Psychiatric Rehabilitation Skills* 5:1, pages 197-215.



FACTS AND FIGURES:

ILLEGAL SUBSTANCES IN THAILAND 2017-2020

ข้อเท็จจริงและตัวเลข:
สารเสพติดผิดกฎหมายในประเทศไทยปี 2560-2563

สถานการณ์ “Chemsex” และผลกระทบที่เกี่ยวข้อง

โดย อวีรุทธ์ อุ่นอารมย์

▶ บทนำ

Chemsex หรือ sexualized drug use หมายถึง การตั้งใจใช้สารทั้งที่มีผลและไม่มีผลต่อจิตประสาท ร่วมกับการมีเพศสัมพันธ์ โดยมีจุดประสงค์ในการใช้เพื่อเพิ่มสมรรถภาพทางเพศ หรือเพื่อให้สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้อย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน ซึ่งเป็นผลจากการเพิ่มแรงขับทางเพศ (sexual desire) และลดการยับยั้งหรือควบคุมตนเองลง การใช้ chemsex นั้นอาจเกิดขึ้นได้ในรูปแบบเพศสัมพันธ์ทั้งในเพศชายหรือหญิงกลุ่ม heterosexual^[1] และในกลุ่มผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ โดยเฉพาะกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (Males who have sex with males; MSM) ซึ่งการรวบรวมผลจากหลายการศึกษาพบว่ามีความชุกของการใช้ Chemsex อยู่ในช่วงร้อยละ 3-29 ในกลุ่มชายรักชาย^[2] โดยในสถานการณ์โลก chemsex นั้น มิได้จำกัดอยู่ในเพียงกลุ่มที่มีความหลากหลายทางเพศเท่านั้น แต่พบในทุกเพศกำเนิด (sex) เพศสภาพ (gender identity) และรสนิยมทางเพศ (sexual orientation)

► ความแตกต่างของการใช้ Chemsex ของโลกและในประเทศไทย

ในอังกฤษและในยุโรปเรียกการรวมตัว เพื่อใช้สารเสพติดร่วมกับการมีเพศสัมพันธ์เช่นนี้ว่า chemsex, chemfun หรือ party and play (PnP) สำหรับประเทศไทยมักจะเรียกว่าปาร์ตี้พญา ปาร์ตี้ เซ็กซ์ หรือปาร์ตี้ยา สารเสพติดที่นิยมใช้ใน chemsex ทั่วโลก ได้แก่ gamma-hydroxybutyrate/ gamma-butyrolactone (GHB/GBL, G หรือ Gina), mephrodone (meph หรือ meow) และ crystalized methamphetamine หรือยาไอซ์ ส่วนการศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับการใช้ chemsex โดยตรงนั้นยังมีจำกัด โดยส่วนมากมักจะรายงานความสัมพันธ์เกี่ยวกับการใช้สารเสพติดกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ โดยการศึกษาที่พูดถึง chemsex มักจะระบุถึงการใส่สารกระตุ้นกลุ่ม amphetamine ได้แก่ crystalized methamphetamine หรือยาไอซ์, 3,4-methylenedioxy-methamphetamine (MDMA) หรือ ยาอี เป็นต้น

จากรายงาน Global school-based student health survey, Thailand ปี ค.ศ. 2015 โดย World Health Organization (WHO)^[3] สำรวจนักเรียนไทยในระดับมัธยมศึกษา พบว่ากว่าร้อยละ 73.5 มีการทดลองใช้สารเสพติดก่อนอายุ 14 ปี และร้อยละ 40 มีเพศสัมพันธ์ก่อนอายุ 14 ปี และพบว่าวัยรุ่นชายมีแนวโน้มที่จะใช้สารเสพติดมากกว่าวัยรุ่นหญิง ซึ่งหากเชื่อมโยงกับผลการศึกษาหนึ่งซึ่งพบว่าพฤติกรรมการใช้สารเสพติดในวัยรุ่นไทยกับการเริ่มมีเพศสัมพันธ์เมื่อมีอายุน้อยล้วนมีความสัมพันธ์ต่อกัน^[4-6] อาจกล่าวได้ว่าวัยรุ่นไทยนั้นมีความเสี่ยงในการที่จะใช้สารเสพติดที่เกี่ยวกับความเสี่ยงในการมีเพศสัมพันธ์ค่อนข้างสูง

นอกจากนี้เพศสภาพ และรสนิยมทางเพศ ก็เป็นความเสี่ยงหนึ่งในการพบการใช้สารเสพติด โดยการศึกษาในวัยรุ่นไทย อายุ 13-20 ปี พบว่ามีการใช้สารเสพติดที่ผิดกฎหมายในกลุ่มวัยรุ่นเพศหลากหลาย (sexual and gender minority; SGM) พบมากกว่ากลุ่ม non-SGM โดยพบในกลุ่มวัยรุ่นเพศหลากหลายถึงร้อยละ 10.3 ในขณะที่กลุ่ม non-SGM มีเพียงร้อยละ 5.3 โดยทั้งสองกลุ่มมีปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดผิดกฎหมายร่วมกัน คือ การถูกตีตราทางสังคม นอกจากนี้ยังพบว่าประสบการณ์มีเพศสัมพันธ์ และการโดดเรียนในวัยรุ่นกลุ่ม non-SGM สัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดในช่วงชีวิต ส่วนทางด้านกลุ่ม SGM นั้น การใช้สารเสพติดในช่วงชีวิตมีความสัมพันธ์กับอาการของอารมณ์ซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย^[7]

มีการศึกษาในประเทศไทยจำนวนหนึ่งที่พบสอดคล้องกัน โดยพบว่าในกลุ่มชายรักชายกว่าร้อยละ 73 ใช้แอปพลิเคชันเพื่อหาคู่บนและชักชวนผู้อื่นมาใช้สารเสพติด ซึ่งมีอัตราการชักชวนใช้สารเสพติดได้สำเร็จผ่านแอปพลิเคชันเหล่านี้สูงถึงร้อยละ 77 ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่อาจนำไปสู่การใช้แอมเฟตามีนในกลุ่มชายรักชาย คือ กลุ่มอายุน้อย มีการหาคู่บน (casual sex partners) ผ่านอินเทอร์เน็ต และการได้รับเงินหลังจากมีเพศสัมพันธ์^[8] ดังนั้นพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดในกลุ่มชายรักชาย โดยเฉพาะการใช้สารกลุ่มเมทแอมเฟตามีนมักสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกัน และการมีเพศสัมพันธ์แบบ



มีคู่นอนหลายคนหรือเซ็กส์หมู่ ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้เชื่อมโยงกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกันและมีแนวโน้มในการเพิ่มความเสี่ยงในการส่งผ่านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์^[9] และเป็นส่วนหนึ่งที่ยังคงทำให้การระบาดของเชื้อเอชไอวียังคงดำเนินต่อไป

▶ เหตุผลในการใช้ Chemsex ที่แตกต่างกัน

การใช้สารเสพติดในการมีเพศสัมพันธ์นั้น เป็นไปเพื่อตอบสนองลักษณะของการมีเพศสัมพันธ์ที่หลากหลายตามเพศ คู่นอน และลักษณะกิจกรรมที่กระตุ้นเร้าทางเพศ การศึกษาเชิงคุณภาพหนึ่งได้สัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับมุมมองการใช้สารเสพติดและพฤติกรรมทางเพศ ทั้งในเพศชาย เพศหญิง และในหญิงข้ามเพศที่มาเข้ารับการรักษาโรคเสพติด พบว่าทั้งกลุ่มตัวอย่างเพศชายและเพศหญิงกล่าวถึงการมีเพศสัมพันธ์ระหว่างใช้สารเสพติดว่าสามารถทำให้กล้าแสดงออกความต้องการทางเพศ สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ระยะเวลาานาน กับคู่อีกหลายคน และสามารถทนที่จะมีเพศสัมพันธ์กับคู่อีกที่มีลักษณะไม่น่าพึงพอใจได้ นอกจากนี้ในหญิงข้ามเพศ ยังต้องใช้สารเสพติดเป็นเครื่องมือชักชวนผู้ชายให้เข้ามา หรือใช้เป็นเครื่องผูกมัดผู้ชายที่ตนเองพอใจ ใช้เป็นอำนาจสำหรับการต่อรองกับผู้ชาย^[10] สำหรับในกลุ่มหญิงผู้ให้บริการทางเพศ พบว่ามีการให้บริการในขณะที่มีฤทธิ์ของสารเสพติด ได้แก่ กลุ่มหญิงผู้ให้บริการในบาร์หรือคลับ จะให้บริการระหว่างที่มีฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ ในขณะที่หญิงบริการในอาบอบนวดและที่รับแขกจากข้างถนน จะมีการให้บริการภายใต้ฤทธิ์ของยาอี มากกว่าหญิงผู้ให้บริการทางเพศในลักษณะการทำงานอื่น ๆ โดยให้เหตุผลในการใช้สารเสพติดเพื่อลดความเครียดในระหว่างทำงาน จากการทำงานเป็นเวลานานและการต้องรับลูกค้าจำนวนมาก^[11] ซึ่งกลุ่มหญิงผู้ให้บริการยังได้ให้ข้อมูลในการศึกษาตรงกันว่าผลกระทบของการใช้สารเสพติด คือ ทำให้การต่อรองลูกค้าเพื่อให้ใช้ถุงยางอนามัยทำได้ยากขึ้น และนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย

ลักษณะการใช้สารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีนในรูปแบบของ Chemsex ที่นิยมในกลุ่มชายรักชาย คือ ปาร์ตี้ยาไอซ์ (Ice parties) ซึ่งจากการสำรวจในกลุ่มตัวอย่างชายรักชายอายุ 18-29 ปี ที่มีพฤติกรรมการใช้ยาไอซ์ร่วมกับการมีเพศสัมพันธ์ในช่วงเวลา 6 เดือน พบว่ามีมุมมองต่อปาร์ตี้ยาไอซ์ในรูปแบบของการให้ความสุข ทันสมัย ซึ่งลักษณะการจัดปาร์ตี้นี้มีกิมเจ้าของงานหรือผู้จัดการหายา มักเป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า และมีเงินมากพอที่จะจัดหาในปริมาณมากเพื่อดึงดูดคนที่จะมาเข้าร่วมปาร์ตี้ ซึ่งการมีอำนาจทางการเงินและการเป็นเจ้าของยานี้ นำไปสู่เพศสัมพันธ์แลกยา การข่มขืน หรือเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยด้วย ทั้งนี้ การใช้ club drugs การขายบริการทางเพศ (selling sex) และการถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์ (forced sex) นี้ สัมพันธ์กับความชุกของการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี^[12,13] นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างบางรายยังรายงานว่าการเข้าร่วมปาร์ตี้ยาไอซ์เป็นเสมือนพิธีกรรมในการรับเข้าร่วมกลุ่ม และเป็นเหมือนกิจวัตรประจำวัน^[13]



นอกจากนี้ การมีจุดมุ่งหมายที่แตกต่างกันในการเข้าร่วมกิจกรรมเสี่ยงนี้ อาจมีจุดเริ่มต้นที่คล้ายคลึงกัน เช่น การมีภาวะเสี่ยงทางสุขภาพจิตมาก่อนไม่ว่าจะเป็นความเครียดจากงานหรืออาการซึมเศร้าที่สามารถส่งผลกระทบต่ออย่างมากทั้งทางด้านร่างกายหรือจิตใจ หรือแม้กระทั่งการถูกตีตราทางสังคมต่อผู้มีพฤติกรรมดังกล่าว อีกทั้งการใช้พฤติกรรม chemsex นี้ยังมีหลักฐานว่าส่งผลให้ผู้ใช้ไม่สามารถมีความสุขกับเพศสัมพันธ์แบบปกติในภายหลังได้¹⁴⁾

▶ ผลกระทบของ chemsex ต่อร่างกาย

เนื่องจาก chemsex นั้น มีผลให้เพิ่มความต้องการทางเพศ ลดการยับยั้งหรือควบคุมตนเองลง มีการเปลี่ยนแปลงของระบบการรู้คิด และมีฤทธิ์ในการทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว ฤทธิ์ของสารเสพติดเหล่านี้ มีผลทำให้ความเสี่ยงในการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งได้แก่ เอชไอวี ไวรัสตับอักเสบบีชนิดซีมีมากขึ้น เนื่องจากสารเสพติด ทำให้เกิดความเสียหายระหว่างมีเพศสัมพันธ์ ดังนี้¹⁵⁾

- การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน แม้ว่าจะมีความตั้งใจในการเตรียมตัวล่วงหน้าแล้ว เนื่องจากการใช้สารเสพติด อาจทำให้ไม่สามารถจำเหตุการณ์ในระหว่างมีเพศสัมพันธ์ได้
- ระหว่างมีเพศสัมพันธ์ที่มีระยะเวลาาน อาจทำให้ลืมการใช้ยาเพื่อป้องกันโรค (Pre-exposure prophylaxis; PrEP) หรือหากเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี อยู่แล้วอาจทำให้ลืมกินยาต้านไวรัสตามเวลาได้ รวมถึงการเข้าถึงการใช้ยาป้องกันเชื้อเอชไอวีแบบฉุกเฉิน (post-exposure prophylaxis treatment; PEP) ซึ่งจะมีประสิทธิภาพสูงสุดเมื่อได้รับภายใน 72 ชั่วโมง หลังการสัมผัสเชื้อเท่านั้น
- เพิ่มความเสี่ยงในการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนหลายคน หรือคู่นอนที่ไม่รู้จักมาก่อน ผ่านการใช้สื่อสังคมออนไลน์หรือแอปพลิเคชันเพื่อหาคู่นอน⁹⁾
- เพิ่มความเสี่ยงในการมีเพศสัมพันธ์ในลักษณะที่รุนแรงกว่าปกติ จากการมีคุณสมบัติลดความรู้สึกเจ็บที่พบในสารเสพติดบางชนิด เช่น GHB ซึ่งทำให้เกิดการบาดเจ็บได้มากขึ้น โดยเฉพาะการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักที่มีได้มีการใช้สารหล่อลื่น⁸⁾
- การใช้สารเสพติดผ่านการฉีด หรือ slam เช่น การฉีดไอซ์ หรือ mephrodone ในระหว่างที่สารออกฤทธิ์ จะทำให้มีโอกาสการใช้เข็มฉีดยาร่วมกันมากขึ้น ซึ่งเป็นความเสี่ยงในการติดเชื้อ
- เนื่องจากการใช้สารเสพติดบางตัวในปริมาณมาก เช่น GHB โดยเฉพาะหากใช้ร่วมกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้เกิดการหมดสติได้ และเพิ่มโอกาสเสี่ยงในการถูกคุกคามทางเพศ



- สารเสพติดหลายตัวมีปฏิกริยาต่อกัน (drug interaction) กับการใช้ยาต้านเชื้อเอชไอวี
- การใช้สารเสพติด และการมีเพศสัมพันธ์หมู่ สัมพันธ์กับการผิมนัดติดตามการรักษาเกี่ยวกับโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งอาจเป็นเหตุหนึ่งให้ควบคุมโรคติดเชื้อโดยเฉพาะการติดเชื้อเอชไอวีได้น้อยลง^[16]
- อีกหนึ่งสารที่มักถูกใช้โดยเฉพาะในกลุ่มชายรักชาย คือ ป๊อปเปอร์ (poppers หรือ volatile akylnitrites) แม้ว่าจะยังไม่มีการศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับการใช้สาร แต่จากข้อมูลทั่วโลก พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกันและเพศสัมพันธ์หมู่ ซึ่งสัมพันธ์กับการเพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ นอกจากนี้ ยังมีผลข้างเคียงต่อการมองเห็นและมีหลักฐานว่าเกิดความเป็นพิษต่อระบบประสาท ส่งผลต่อการเรียนรู้ ความจำ และการประสานงานของกล้ามเนื้อและสมองอีกด้วย^[17-19]

▶ ผลกระทบของ Chemsex ต่อสุขภาพจิต

เนื่องจากรายงานในประเทศไทยแม้ไม่มีรายงานเฉพาะเกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพจิตจากพฤติกรรม chemsex โดยรวม จึงยกผลที่มีจากการศึกษาในต่างประเทศของ ENGAGE Study^[20] พบว่าในกลุ่มผู้ที่มีพฤติกรรม chemsex พบอาการซึมเศร้าและวิตกกังวลได้มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้มีการใช้ chemsex และอาการกลุ่มวิตกกังวล ยังสัมพันธ์กับการใช้แอลกอฮอล์ด้วย ผลกระทบที่รุนแรงมากขึ้นคือ อาการโรคจิต เช่น อาการสับสน หวาดระแวง ประสาทหลอน ที่เกิดจากการใช้แอมเฟตามีน ข้อมูลทั่วโลกพบว่า อัตราการเกิดโรคจิตจากการใช้แอมเฟตามีนอย่างน้อย 1 ครั้ง อยู่ที่ร้อยละ 21-46^[21] และในกลุ่มดังกล่าวสามารถเปลี่ยนแปลงไปเป็นโรคจิตในระยะยาว (primary psychotic disorder) ได้ถึงร้อยละ 30^[22] โดยพบว่าส่งผลให้เกิดอาการถอนสารและอาการซึมเศร้าได้เมื่อหยุดใช้สาร นอกจากนี้ การใช้แอมเฟตามีนในช่วงชีวิต สัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และอาการซึมเศร้าที่มากขึ้น^[23]

แม้ว่าผลการศึกษาในประเทศไทยจะพบว่าการใช้สารเสพติดที่ไม่ได้เป็นรูปแบบฉีด (non-injection substance use) เช่น การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบเมทแอมเฟตามีน และการสูบกัญชา จะไม่ได้มีผลต่อความสามารถในการใช้ยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องและการตรวจไม่พบของเชื้อไวรัสเอชไอวี (viral load undetectability) แต่การใช้สารเสพติดดังกล่าว มีผลทำให้พบอาการซึมเศร้าในผู้ใช้ได้มากขึ้นทั้งในกลุ่มชาย heterosexual และกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย



๑ การบริการทางสุขภาพในกลุ่มผู้ที่มีพฤติกรรม chemsex ในประเทศไทย

แม้ว่าจะมีการศึกษาพบ chemsex ว่าเป็นพฤติกรรมที่พบได้บ่อยโดยเฉพาะในวัยรุ่นและกลุ่มชายรักรชาย แต่การศึกษาในภาพรวมในประเทศไทยยังคงมีอยู่จำกัด และการศึกษาเกี่ยวกับบริการทางสุขภาพยังคงมีน้อย โดยพบเพียงการให้ความรู้แบบออนไลน์ในการป้องกันตัวจากการติดเชื้อและแพร่เชื้อเอชไอวี^[24] ซึ่งอาจสามารถเพิ่มความรู้และการปฏิบัติตัวในการลดความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีได้ แต่ก็ยังไม่สามารถลดพฤติกรรมการเปลี่ยนคู่นอน หรือพฤติกรรมการรับเงินเพื่อให้มีเพศสัมพันธ์แบบไม่ปลอดภัย หรือทำให้เกิดพฤติกรรมการเปลี่ยนคู่นอนยามเมื่อเปลี่ยนคู่นอนได้ ทั้งนี้ การลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด และการป้องกันทางด้านชีวเวชศาสตร์การแพทย์ เช่นยา PrEP ที่มีการติดตามทั้งทางด้านการป้องกัน (preventive) และการรักษา (therapeutic) อาจช่วยลดการระบาดของเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยได้^[25] อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะมีวิธีทางชีวเวชศาสตร์การแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ แต่ตัวแปรที่สำคัญที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยง คือ การใช้สารเสพติด โดยพบว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีผลทำให้การตัดสินใจในเรื่องทั่วไป และการตัดสินใจที่เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ แยก มีความสนใจผู้อื่นน้อยลง ซึ่งนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกัน^[26]

๑ สรุป

พฤติกรรม chemsex สามารถพบได้ในทุกเพศ และรสนิยมทางเพศ แต่พบได้มากอย่างเด่นชัดในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับเพศชาย ซึ่งในประเทศไทยยังมีการศึกษาที่จำกัด ในภาพรวมพบการศึกษาเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดประเภทไอซ์มากที่สุด ซึ่งส่งผลต่อการมีพฤติกรรมเสี่ยงอื่น ๆ ได้แก่ พฤติกรรม การใช้สารเสพติดชนิดอื่น และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ โดยเฉพาะการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่มีการป้องกัน และการมีเพศสัมพันธ์หมู่ ซึ่งพฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าวเพิ่มโอกาสในการสัมผัสและส่งผ่านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยเฉพาะเชื้อเอชไอวีแม้จะมีการให้บริการเพิ่มเติมทั้งด้านการป้องกันทางชีวเวชศาสตร์ เช่น การใช้ยา PrEP หรือ PEP การให้ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของ chemsex หรือการลดอันตรายจากพฤติกรรมการใช้สารเสพติดก็ตาม ก็ยังคงมีผลต่อการลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้น้อย และอาจส่งผลให้ความสามารถในการป้องกันโดยใช้ยานั้นด้อยประสิทธิภาพลง การปรับระบบบริการที่เกี่ยวข้องทั้งด้านการป้องกันและรักษา จึงเป็นเรื่องที่ทำนายในระบบการให้บริการของประเทศไทย



เอกสารอ้างอิง

1. Calsyn, D.A., Cousins, S.J., Hatch-Maillette, M.A., Forcehimes, A., Mandler, R., Doyle, S.R., & Woody, G. (2010). Sex Under the Influence of Drugs or Alcohol: Common for Men in Substance Abuse Treatment and Associated with High Risk Sexual Behavior. *The American Journal on Addictions / American Academy of Psychiatrists in Alcoholism and Addictions*, 19(2), 119-127.
2. Maxwell, S., Shahmanesh, M., & Gafos, M. (2019). Chemsex behaviours among men who have sex with men: A systematic review of the literature. *The International Journal on Drug Policy*, 63, 74-89.
3. World Health Organization (Ed.). (2015). *Global school-based student health survey, Thailand 2015*. World Health Organization, Thailand Country Office.
4. Assanangkornchai, S., Li, J., McNeil, E., & Saingam, D. (2018). Clusters of alcohol and drug use and other health-risk behaviors among Thai secondary school students: A latent class analysis. *BMC Public Health*, 18(1), 1272.
5. Aурpibul, L., Tangmunkongvorakul, A., Musumari, P.M., Srithanaviboonchai, K., & Tarnkehard, S. (2016). Patterns of Sexual Behavior in Lowland Thai Youth and Ethnic Minorities Attending High School in Rural Chiang Mai, Thailand. *PLOS ONE*, 11(12), e0165866.
6. Thepthien, B., Altaf, L., Chuchareon, P., & Srivanichakron, S. (2016). Substance abuse in early adolescents and HIV preventive behaviors: Findings from a school-based cross-sectional survey for the period from 2009 to 2013, Bangkok Thailand. *AIDS Care*, 28(10), 1327-1331.
7. Guadamuz, T.E., Cheung, D.H., Boonmongkon, P., Ojanen, T.T., Damri, T., Samoh, N., Cholratana, M., Ratchadapunnathikul, C., & Sass, J. (2019). Illicit Drug Use and Social Victimization among Thai Sexual and Gender Minority Adolescents. *Substance Use & Misuse*, 54(13), 2198-2206.
8. Piyaraj, P., van Griensven, F., Holtz, T.H., Mock, P.A., Varangrat, A., Wimonsate, W., Thienkrua, W., Tongtoyai, J., McNamara, A., Chonwattana, W., & Nelson, K.E. (2018). The finding of casual sex partners on the internet, methamphetamine use for sexual pleasure, and incidence of HIV infection among men who have sex with men in Bangkok, Thailand: An observational cohort study. *The Lancet. HIV*, 5(7), e379-e389.
9. Boonchutima, S., & Kongchan, W. (2017). Utilization of dating apps by men who have sex with men for persuading other men toward substance use. *Psychology Research and Behavior Management*, 10, 31-38.



10. Chirawatkul, S., Saito, A.S., Boonreong, P., Srirahut, J., & Kongkird, T. (2013). Being a Male Drug User and Female Drug User: Meaning of Drugs Use. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 58(4), 407-420.
11. Nemoto, T., Iwamoto, M., Sakata, M., Perngparn, U., & Areesantichai, C. (2013). Social and cultural contexts of HIV risk behaviors among Thai female sex workers in Bangkok, Thailand. *AIDS Care*, 25(5), 613-618.
12. Guadamuz, T.E., McCarthy, K., Wimonasate, W., Thienkrua, W., Varangrat, A., Chaikummao, S., Sangiamkittikul, A., Stall, R.D., & van Griensven, F. (2014). Psychosocial health conditions and HIV prevalence and incidence in a cohort of men who have sex with men in Bangkok, Thailand: Evidence of a syndemic effect. *AIDS and Behavior*, 18(11), 2089-2096.
13. Guadamuz, T.E., & Boonmongkon, P. (2018). Ice parties among young men who have sex with men in Thailand: Pleasures, secrecy and risks. *The International Journal on Drug Policy*, 55, 249-255.
14. Giorgetti, R., Tagliabracci, A., Schifano, F., Zaami, S., Marinelli, E., & Busardò, F.P. (2017). When “Chems” Meet Sex: A Rising Phenomenon Called “ChemSex.” *Current Neuropharmacology*, 15(5), 762-770.
15. Avert. (2017, August 25). Chemsex & HIV. Chemsex Can Be Fun, but Taking Drugs to Enhance Sex Can Lead to Increased Sexual Health Risks.
16. Pattanasin, S., Wimonasate, W., Chonwattana, W., Tongtoyai, J., Chaikummao, S., Sriporn, A., Sukwicha, W., Mock, P.A., & Holtz, T.H. (2016). Loss to follow-up and bias assessment among a cohort of Thai men who have sex with men in Bangkok, Thailand. *International Journal of STD & AIDS*, 27(3), 196-206.
17. Cha, H.J., Kim, Y.J., Jeon, S.Y., Kim, Y.H., Shin, J., Yun, J., Han, K., Park, H.K., & Kim, H.S. (2016). Neurotoxicity induced by alkyl nitrites: Impairment in learning/memory and motor coordination. *Neuroscience Letters*, 619, 79-85.
18. Chu, Z., Xu, J., Zhang, Y., Zhang, J., Hu, Q., Yun, K., Wang, H., Jiang, Y., Geng, W., & Shang, H. (2018). Poppers use and Sexual Partner Concurrency Increase the HIV Incidence of MSM: A 24-month Prospective Cohort Survey in Shenyang, China. *Scientific Reports*, 8.
19. Davies, A.J., Borschmann, R., Kelly, S.P., Ramsey, J., Ferris, J., & Winstock, A.R. (2017). The prevalence of visual symptoms in poppers users: A global survey. *BMJ Open Ophthalmology*, 1(1).



20. Conil, C., Girard, G., Flores-Aranda, J., Apelian, H., Messier-Peet, M., Grace, D., Hart, T., Lambert, G., & Cox, J. (2020). Chemsex and symptoms of anxiety and depression among gay, bisexual, and other men who have sex with men (GBM) in Montréal: Results from the ENGAGE study.
21. Alharbi, F.F., & el-Guebaly, N. (2016). Cannabis and Amphetamine-type Stimulant-induced Psychoses: A Systematic Overview. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 15(4), 190-200.
22. Mullen, J.M., Richards, J.R., & Crawford, A.T. (2020). Amphetamine Related Psychiatric Disorders. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
23. Galai, N., Sirojorn, B., Aramrattana, A., Srichan, K., Thomson, N., Golozar, A., Flores, J.M., Willard, N., Ellen, J.M., Sherman, S.G., & Celentano, D.D. (2018). A cluster randomized trial of community mobilization to reduce methamphetamine use and HIV risk among youth in Thailand: Design, implementation and results. *Social Science & Medicine* (1982), 211, 216-223.
24. Kasatpibal, N., Viseskul, N., Srikantha, W., Fongkaew, W., Surapagdee, N., & Grimes, R.M. (2014). Effects of Internet-based instruction on HIV-prevention knowledge and practices among men who have sex with men. *Nursing & Health Sciences*, 16(4), 514-520.
25. van Griensven, F., Guadamuz, T.E., de Lind van Wijngaarden, J.W., Phanuphak, N., Solomon, S.S., & Lo, Y.R. (2017). Challenges and emerging opportunities for the HIV prevention, treatment and care cascade in men who have sex with men in Asia Pacific. *Sexually Transmitted Infections*, 93(5), 356-362.
26. Rogers, B.G., Mendez, N.A., Mimiaga, M.J., Sherman, S.G., Closson, E.F., Tangmunkongvorakul, A., Friedman, R.K., Limbada, M., Moore, A.T., Srithanaviboonchai, K., Mayer, K.H., Safren, S.A., & HPTN 063 Study Team. (2019). "I Wasn't in My Right Mind": Qualitative Findings on the Impact of Alcohol on Condom Use in Patients Living with HIV/AIDS in Brazil, Thailand, and Zambia (HPTN 063). *International Journal of Behavioral Medicine*, 26(1), 17-27.



FACTS AND FIGURES:

ILLEGAL SUBSTANCES IN THAILAND 2017-2020

ข้อมูลจริงและตัวเลข:
สารเสพติดผิดกฎหมายในประเทศไทยปี 2560-2563

การใช้เคตามีนทางการแพทย์ และ ข้อควรระวังในการใช้ในทางที่ผิด

โดย ธีรยุทธ รุ่งนิรันดร

▶ บทนำ

เคตามีน (ketamine) เป็นสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่จัดอยู่ในกลุ่ม dissociative ซึ่งออกฤทธิ์ทำให้ความรู้สึกตัวลดลง มีการรับรู้ตัวตนและสิ่งแวดล้อมต่างไปจากเดิม ในทางการแพทย์เคตามีนมักถูกนำมาใช้ทางวิสัญญีวิทยาในกรณีที่วิสัญญีแพทย์ต้องการให้เกิดการระงับความรู้สึกทั่วทั้งตัวอย่างรวดเร็ว โดยทำให้เกิดภาวะปราศจากการรับรู้ (unconsciousness) แบบไม่รู้สึกลเจ็บปวดและไม่กระทบต่อระบบการหายใจ เช่น ในกรณีที่ต้องผ่าตัดอย่างเร่งด่วน หรือให้ยาในช่วงการคลอดหรือผ่าตัดทำคลอด นอกจากนี้ ยังอาจใช้ในกรณีที่มีอาการปวดเรื้อรังโดยมักให้ยาเคตามีนร่วมกับยาแก้ปวดชนิดอื่น เพื่อเสริมฤทธิ์แก้ปวด^[1]

ในทางเภสัชจลนศาสตร์ เคตามีนมักให้ด้วยการฉีดเข้าหลอดเลือดดำ โดยยาจะเริ่มออกฤทธิ์หลังผ่านไป 30 วินาที และสามารถออกฤทธิ์เป็นระยะเวลา 5-10 นาที แต่หากฉีดเข้ากล้ามเนื้อ จะเริ่มออกฤทธิ์ที่ 3-4 นาที และมีผลระงับประสาทอยู่ได้นานประมาณ 12-25 นาที โดยยามีค่าครึ่งชีวิตของการกำจัดยาออกจากร่างกาย (elimination half-life) ค่อนข้างสั้นที่ 2.5 ชั่วโมง และจะถูกเปลี่ยนสภาพที่ตับโดยได้อนุพันธ์คือ norketamine ที่ยังคงออกฤทธิ์ได้ และจะถูกกำจัดออกจากร่างกายผ่านทางเดินปัสสาวะ^[2]

ในระบบประสาทส่วนกลาง โดยเฉพาะในสมอง เคตامينสามารถออกฤทธิ์ต่อหลายระบบ โดยระบบหลักที่ยาออกฤทธิ์ คือ ระบบการทำงานของสารสื่อประสาทกลูตาเมต (glutamate) โดยเคตامينออกฤทธิ์เป็นตัวต้านการทำงานของตัวรับสัญญาณ (receptor) กลูตาเมตที่ชื่อว่า N-methyl-D-aspartate (NMDA) หรือเรียกโดยรวมว่า NMDAr นอกจากนี้ เคตامينยังสามารถออกฤทธิ์ต่อระบบอื่น ๆ อีก เช่น ระบบโอปิออยด์ (opioid), ระบบ acetylcholine, ระบบ monoamine และระบบที่ส่งผลต่อการสร้างโปรตีนอื่น ๆ ในสมอง เช่น ระบบการสร้าง brain-derived neurotrophic factor (BDNF) และระบบของ mammalian target of rapamycin (mTOR system)^[3,4]

▶ โรคซึมเศร้าที่ต่อการรักษาและการนำเคตامينมาใช้ในทางจิตเวชศาสตร์

โรคซึมเศร้าที่ต่อการรักษา (treatment-resistant depression; TRD) คือ ภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรงที่ไม่ตอบสนองต่อการได้ยาต้านเศร้าที่มีกลไกต่างกันตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไปในขนาดที่ใช้รักษา และระยะเวลาที่ได้มาตรฐานในการประเมินผลการรักษา (4-6 สัปดาห์)^[5] ซึ่งโดยทั่วไป การรักษาที่มักนำมาใช้ในการรักษา TRD ได้แก่ การเพิ่มยาในกลุ่ม dopamine receptor partial agonist^[6] การทำการรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy; ECT)^[7] การรักษาด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (repetitive transcranial magnetic stimulation; rTMS)^[8] หรือการทำจิตบำบัดในรูปแบบต่าง ๆ^[9,10]

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ได้มีความสนใจในการนำกลุ่มยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทรุ่นเก่ามารักษาความผิดปกติทางจิตเวชรวมถึงภาวะซึมเศร้ามากขึ้น ซึ่งยาเคตامينจัดเป็นยาชนิดหนึ่งที่ได้รับ ความสนใจในการใช้รักษา TRD เนื่องจากกลไกของเคตامينจะไปออกฤทธิ์ต่อระบบ mTOR และเพิ่ม BDNF ในสมองซึ่งทำให้เกิดผลการต้านเศร้าอย่างรวดเร็วได้ (rapid antidepressant effect)^[4,11] โดยจากการศึกษาทางคลินิกพบว่า การให้เคตامينในขนาดต่ำกว่าขนาดที่ใช้ระงับความรู้สึกตัวทางวิสัญญี (subanesthetic dose) สามารถลดความรุนแรงของอาการซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทั้งในโรคซึมเศร้า (unipolar depression) และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีโรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar depression) นอกจากนี้ เคตامينยังสามารถลดความรู้สึกอยากฆ่าตัวตายได้อย่างรวดเร็ว โดยเฉลี่ยแล้ว ผลของเคตامينในการลดความรู้สึกอยากฆ่าตัวตายจะเริ่มออกฤทธิ์ตั้งแต่ 1-24 ชั่วโมง และผลในการลดความรุนแรงของอาการซึมเศร้าจะออกฤทธิ์ภายใน 1-7 วัน หลังได้รับยา^[12-15]

▶ การใช้เคตامينในต่างประเทศและในประเทศไทยเพื่อรักษาภาวะซึมเศร้าที่ต่อการรักษา

การใช้เคตامينเพื่อรักษาภาวะ TRD เริ่มมีการศึกษาตั้งแต่ปี ค.ศ. 2000 โดยในช่วงต้น ได้มีการทดลองให้ยาเฉพาะในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ต่อมาเมื่อ



พิสูจน์แล้วว่ายาามีประสิทธิภาพจริง จึงได้ขยายเปิดให้บริการในสถานพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชนในสหรัฐอเมริกาและในยุโรป อย่างไรก็ตาม ในระยะหลัง ได้มีความกังวลเกี่ยวกับการให้เคตามีนใน TRD จากการวิพากษ์ว่าลักษณะการศึกษาวิจัยอาจมีความไม่ชัดเจนนักในการพิสูจน์ประสิทธิภาพที่แท้จริงของยา รวมทั้งความกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นในระยะยาว หรือการที่ยายังไม่ได้รับการรับรองให้ใช้จากองค์การอาหารและยา โดยจัดเป็นการใช้แบบ off-label และการให้เคตามีนในคลินิกที่ไม่มี การควบคุมจนอาจมีการให้ยาเกินกว่าความจำเป็นทางการแพทย์จนเพิ่มโอกาสเกิดการเสพติดในผู้ป่วย ที่มีแนวโน้มติดสารได้ง่าย^[16-18]

ในประเทศไทย เคตามีนจัดเป็นวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภทที่ 2 นั่นคือ สารที่มีศักยภาพ ในการก่อให้เกิดการใช้ในทางที่ผิด (abuse) ในระดับที่สูง ซึ่งมีประโยชน์ในทางการแพทย์แต่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพหากใช้ไม่เหมาะสมหรือไม่อยู่ในการดูแลของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม^[19] โดยในปัจจุบัน สาขาวิชาทางการแพทย์ที่สามารถใช้เคตามีนเพื่อประโยชน์ในการเป็นรักษา ได้แก่ วิชาวิสัญญีวิทยา และสูติศาสตร์

ในปีที่ผ่านมา การนำเคตามีนมาใช้ในการรักษาภาวะ TRD ในประเทศไทยได้มีการริเริ่มนำมาใช้เป็นครั้งแรกในฝ่ายจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เมื่อปลายปี พ.ศ. 2562 โดยเริ่มจากกรณีผู้ป่วยนำร่องหนึ่งรายที่เป็น TRD ซึ่งไม่ตอบสนองต่อการรักษาทั้งการให้ยาด้านเศร้า หลายขนาน การทำจิตบำบัดและการทำ ECT และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงมากโดยเคยพยายาม ฆ่าตัวตายมาแล้วหลายครั้ง จนจิตแพทย์ลงความเห็น ว่า ควรลองใช้การรักษาแบบใหม่เพื่อลดโอกาส การพยายามฆ่าตัวตายซ้ำและเพื่อทำให้อาการซึมเศร้าดีขึ้น ทั้งนี้ ผลการรักษาโดยรวมออกมาค่อนข้างดี โดยผู้ป่วยมีความคิดอยากฆ่าตัวตายลดลงมาก และมีคะแนนของภาวะซึมเศร้าจากการประเมินโดยใช้ แบบสอบถาม Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) ฉบับภาษาไทยลดลง จาก 42 แต้ม (ซึมเศร้าขั้นรุนแรง) เหลือ 30 แต้มในการให้ยาครั้งที่หนึ่ง และเหลือ 6 แต้มหลังให้ยา ครั้งที่สองในสัปดาห์ถัดมา

หลังจากนั้น ได้มีการทดลองให้ยาเคตามีนในผู้ป่วยที่มีภาวะ TRD อีกหลายราย โดยมีการ ใช้ยามากขึ้นในช่วงที่มีการระบาดของเชื้อที่ก่อให้เกิดโรคโควิด-19 เนื่องจากหัตถการในโรงพยาบาลที่มี โอกาสจะมีการฟุ้งกระจายของสารคัดหลั่งในช่องปาก เช่น การทำ ECT จะถูกระงับไว้ หรือลดจำนวน การทำลง จึงมีการให้ยาเคตามีนเพื่อรักษา TRD มากขึ้นเพื่อเป็นการทดแทนในช่วงปลายเดือนมีนาคม ถึงมิถุนายน พ.ศ. 2563 ทั้งนี้ เมื่อสิ้นสุดเดือนกรกฎาคมที่ผ่านมา จำนวนผู้ป่วยที่เคยได้รับหรือกำลังได้รับ ยาเคตามีนเพื่อรักษา TRD ในโรงพยาบาลจุฬาฯ มีจำนวนรวมทั้งสิ้น 25 ราย ผลการรักษาโดยรวม พบว่า มีผู้ป่วยที่หายจากภาวะซึมเศร้าจนไม่ต้องรับยาเคตามีนต่อประมาณร้อยละ 20 มีผู้ป่วยที่ตอบสนอง ดีต่อการให้ยาโดยต้องให้ยาต่อเนื่องประมาณร้อยละ 55 และมีผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการให้ยาหรือ มีผลข้างเคียงรุนแรงจนต้องหยุดให้ประมาณร้อยละ 25 ทั้งนี้ จึงมีแผนจะเปิดคลินิกการให้ยาเคตามีน ในสถานพยาบาลเพื่อรักษาภาวะซึมเศร้าที่ต่อเนื่องการรักษาต่อไป



▶ ขั้นตอนการใช้เคตามีนเพื่อรักษาภาวะซึมเศร้าที่ต่อเนื่องการรักษา

ในการประเมินผู้ป่วยก่อนพิจารณาให้การรักษาด้วยยาเคตามีนนั้น ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีเกณฑ์การคัดเข้าครบทุกข้อ และไม่มีข้อใดที่เข้ากับเกณฑ์การคัดออกซึ่งดัดแปลงมาจากเกณฑ์ของคลินิกเคตามีนของ National Health Service (NHS) ในเมืองอ็อกซ์ฟอร์ด ประเทศสหราชอาณาจักร^[20] ตามตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 ตัวอย่างเกณฑ์การคัดเข้าสำหรับการพิจารณาให้ยาเคตามีนเพื่อรักษาภาวะ TRD

เกณฑ์คัดเข้า (ทุกข้อต้องตอบ “ใช่”)	ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง	
1. ผู้ป่วยกำลังมีภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรงในขณะที่ประเมิน*	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
2. ผู้ป่วยเคยได้รับยาต้านเศร้าอย่างน้อยสองกลุ่มที่มีกลไกออกฤทธิ์แตกต่างกันในขนาดที่เหมาะสมในการรักษาภาวะซึมเศร้าอย่างน้อยชนิดละหกสัปดาห์	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
3. ผู้ป่วยเคยผ่านการบำบัดหรือพฤติกรรมบำบัดสำหรับภาวะซึมเศร้ามาแล้ว	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่

* อาจประเมินจากคะแนน MADRS ได้มากกว่าหรือเท่ากับ 35 คะแนน หรือมีความเสี่ยงสูงในการฆ่าตัวตายจากการประเมินทางคลินิก

โดยสรุป จะเห็นว่าตัวอย่างเกณฑ์ที่กำหนดขึ้นเป็นไปเพื่อให้เกิดความรัดกุมต่อการเลือกผู้ป่วยเข้ามาทำการรักษา โดยได้มีการคัดแยกผู้ป่วยออกหากมีโรคหรือความผิดปกติที่อาจเกิดอันตรายทั้งทางร่างกายและจิตใจหากได้รับยาเคตามีน และเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดการเสพติดเคตามีนสำหรับผู้ที่เคยมีปัญหากลไกการเสพติดสารอื่น ๆ มาก่อน สำหรับภาวะ TRD ในโรคอารมณ์สองขั้วนั้น เป็นข้อห้ามที่ไม่ตายตัว (relative contraindication) โดยสามารถให้ยาเคตามีนได้ แต่ต้องเฝ้าระวังการเกิดอาการเมเนีย (mania) ทั้งนี้ ก่อนพิจารณาให้ยา แพทย์จะทำการตรวจทางห้องปฏิบัติการเท่าที่จำเป็น เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการใช้ยา การให้ยาเคตามีนนั้นได้อยู่ภายใต้การดูแลของวิสัญญีแพทย์ และใช้ขนาดต่ำเท่ากับ 0.5 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม ให้ยาผสมกับน้ำเกลือ 25 มิลลิลิตรผ่านทางหลอดเลือดดำที่แขนโดยใช้เครื่องให้ยา (infusion pump) นำยาเข้าสู่ร่างกายจนหมดภายใน 40 นาที ระหว่างการให้ยาจะมีแพทย์คอยเฝ้าผู้ป่วยที่ตื่นอยู่ตลอดเพื่อป้องกันและลดการเกิดผลข้างเคียง



ที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การตื่นตระหนกเวลารู้สึกว่าร่างกายตัวเองลอยกระเพื่อม หรือเป็นจากการรับรู้ว่าสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนไปจากเดิม ผู้ป่วยบางรายอาจเห็นภาพซ้อน หรือรู้สึกถึงความไม่สบายในร่างกายบางส่วน และบางคนอาจมีอาการที่ดีเกินกว่าปกติอย่างฉับพลัน โดยมีการตรวจสัญญาณชีพทุก 10 นาที และมีการถามถึงผลข้างเคียงจากยาอยู่เสมอ หลังจากยาหมดให้นอนพักอีก 1-2 ชั่วโมง จนอาการรู้สึกตัวลอย เห็นภาพซ้อน หรือเดินเซหายไป จึงสามารถกลับไปพักที่บ้านหรือที่หอผู้ป่วยได้ โดยทั่วไปสามารถให้ยาได้สัปดาห์ละครั้ง เป็นเวลา 3 สัปดาห์ติดกันแล้วจึงประเมินผลการรักษา โดยปรับขนาดยาเพิ่มได้ถึง 1.0 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม หรือให้ถี่ขึ้นเป็นสัปดาห์ละ 2 ครั้งตามแต่อาการของผู้ป่วย

ตารางที่ 2 ตัวอย่างเกณฑ์การคัดออกสำหรับการพิจารณาให้ยาเคตามีนเพื่อรักษาภาวะ TRD

เกณฑ์คัดออก (ทุกข้อต้องตอบ “ไม่ใช่”)	ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง	
ผู้ป่วยมีประวัติดังต่อไปนี้หรือไม่		
1. มีความดันในกะโหลกศีรษะสูงกว่าปกติ (increased intracranial pressure)	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
2. มีความดันโลหิตสูงมาก (severe high blood pressure)	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
3. มีต่อหินที่ยังคงมีอาการอยู่	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
4. มีประวัติการเป็นโรคลมชัก	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
5. มีประวัติใช้สารเสพติดผิดกฎหมายภายในสองปีที่ผ่านมา	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
6. กำลังตั้งครรภ์ ให้นมลูก หรืออยู่ในระหว่างการพยายามมีบุตรด้วยวิธีการใด ๆ	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
7. ยังดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในสามวันที่ผ่านมา	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
8. มีประวัติมีอาการโรคจิต (psychosis) เป็นภาวะซึมเศร้าที่มีอาการโรคจิตร่วมด้วย (depression with psychotic feature) หรือเป็นภาวะซึมเศร้าแบบมีการเคลื่อนไหวผิดปกติ (depression with catatonic feature)	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่



▶ แนวโน้มการนำเคตามีนมาใช้ในการรักษา TRD ในประเทศ และข้อควรระวัง

เนื่องจากปัจจุบัน ได้มีการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและโรคอารมณ์สองขั้ว ที่มักพบภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยมากขึ้นในประเทศไทย จึงมีจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าที่เข้ามารับการรักษาทางจิตเวชมากขึ้น^[21] ซึ่งทำให้สามารถพบภาวะ TRD ได้มากขึ้นด้วย ขณะที่บริการการรักษาภาวะ TRD ยังเพิ่มตามไม่ทันโดยเฉพาะการทำ ECT การทำ rTMS และการทำจิตบำบัด จึงมีโอกาสมากที่การใช้เคตามีนจะมีบทบาทมากขึ้นในการรักษาภาวะ TRD ทั้งในสถานพยาบาลของรัฐและเอกชนตามอย่างในต่างประเทศ นอกจากนี้ ยังมียาที่ได้จากอนุพันธ์ของเคตามีนอย่าง esketamine ในรูปแบบยาพ่นจมูก (nasal spray) ที่มีประสิทธิภาพในการรักษาภาวะ TRD^[22] เช่นกันที่อาจได้รับการนำมาใช้ในประเทศไทย

แม้เคตามีนจะมีประโยชน์ในทางการแพทย์ แต่การให้เคตามีนก็มีข้อควรระวังในหลายประการ ประการแรก การให้เคตามีนในข้อบ่งชี้ TRD ยังเป็นการรักษาแบบใหม่ที่ยังไม่ทราบผลกระทบระยะยาวที่ชัดเจน ดังนั้น การเลือกผู้ป่วยเพื่อพิจารณาให้ยาเคตามีนจำเป็นต้องมีเกณฑ์ที่รัดกุมเพื่อลดโอกาสให้ยาโดยไม่จำเป็น

ประการที่สอง ผู้ป่วยที่สามารถพิจารณาให้การรักษาด้วยเคตามีนควรเป็นผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดการติดสารเสพติดต่ำ เนื่องจากเคตามีนมีฤทธิ์ทำให้อารมณ์ดี จึงสามารถเกิดการเสพติดขึ้นได้^[23,24] โดยเคตามีนเป็นสารหนึ่งที่ถูกใช้อย่างผิดวัตถุประสงค์เพื่อการันทนาการในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดอยู่แล้ว ซึ่งโดยส่วนใหญ่มักใช้วิธีสูดดมทางจมูกและใช้ในปริมาณที่มากกว่าทางการแพทย์ ทั้งนี้ผู้ป่วย TRD ที่พิจารณาให้ได้รับยาเคตามีนในการรักษานั้น ไม่ควรมีประวัติการใช้หรือติดสารเสพติดมาก่อน รวมทั้งไม่ควรมีลักษณะที่บ่งชี้ว่ามีโอกาสติดสารได้สูง เช่น มีความหุนหันพลันแล่นสูง (high impulsivity)^[25,26] ชอบความแปลกใหม่ (novelty-seeking)^[27] หรือมีบุคลิกภาพผิดปกติแบบต่อต้านสังคม (antisocial personality disorder)^[28] เป็นต้น โดยในผู้ป่วยที่มีลักษณะดังกล่าวข้างต้น ควรพิจารณาให้การรักษา TRD ในรูปแบบอื่น ๆ เช่น การเพิ่มยาที่ใช้ใน TRD การทำ ECT การทำ rTMS หรือการทำจิตบำบัดแทน

ประการที่สาม ควรเฝ้าระวังผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากยาเคตามีนในระหว่างช่วงการรักษา โดยนอกจากผลข้างเคียงทั่วไปที่พบได้บ่อย อย่างเช่น ภาวะหลุดลอย (dissociative state) หรือการที่มีความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นและมีอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นแล้ว ยังมีรายงานว่าการใช้เคตามีนในขนาดสูงสามารถทำให้เกิดภาวะปัสสาวะอักเสบ^[29] และตับอักเสบ^[30,31] ในมนุษย์ และเป็นพิษต่อหัวใจในสัตว์ทดลองได้^[32,33]

ประการสุดท้าย การใช้เคตามีนเพื่อการรักษา TRD ควรใช้เฉพาะภายในสถานพยาบาลที่มีการควบคุมการสั่งจ่ายโดยแพทย์และมีระบบการดูแลอย่างใกล้ชิดเท่านั้น เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการใช้ยาแบบผิดวัตถุประสงค์ภายนอกการรักษา



สรุป

มีแนวโน้มมากขึ้นที่จะมีการใช้ยาเคตามีนในการรักษา TRD ในประเทศไทย เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าที่เข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขมีเพิ่มขึ้น จึงน่าจะพบภาวะ TRD มากขึ้นตามไปด้วย ประกอบกับข้อจำกัดของการรักษา TRD รูปแบบอื่น ๆ และการมียาเคตามีนในประเทศไทยให้สามารถใช้ในการทางการแพทย์ได้ ร่วมกับประสิทธิภาพในการรักษา TRD ที่ได้รับการทดสอบและทดลองแล้วว่าค่อนข้างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม การให้ยาเคตามีนเพื่อรักษาภาวะนี้ยังมีข้อควรระวังที่ต้องพิจารณาหลายประการ ทั้งในส่วนของ การคัดกรองลักษณะของผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาเพื่อลดการให้ยาเคตามีนโดยไม่จำเป็น การพิจารณาทางเลือกอื่น ๆ ในการรักษา การเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยาในระยะยาว และควรให้ยาเฉพาะสถานพยาบาลที่มีการควบคุมการสั่งจ่ายยาโดยแพทย์ และมีระบบการดูแลอย่างใกล้ชิดเท่านั้น เพื่อการลดโอกาสเกิดภาวะเสพติดหรือได้รับผลกระทบจากเคตามีน และลดโอกาสการนำไปใช้แบบผิดวัตถุประสงค์ทางการแพทย์

เอกสารอ้างอิง

1. Gao, M., Rejaei, D., & Liu, H. (2016). Ketamine use in current clinical practice. *Acta Pharmacologica Sinica*, 865-872.
2. องค์การอาหารและยา (2011) เอกสารกำกับวัตถุออกฤทธิ์ ketamine). Retrieved August 17, 2020 www.fda.moph.go.th
3. Sleight, J., Harvey, M., Voss, L., & Denny, B. (2014). Ketamine-More mechanisms of action than just NMDA blockade. *Trends in Anaesthesia and Critical Care*, 76-81.
4. Zhou, W., Wang, N., Yang, C., Li, X.M., Zhou, Z.Q., & Yang, J.J. (2014). Ketamine-induced antidepressant effects are associated with AMPA receptors-mediated upregulation of mTOR and BDNF in rat hippocampus and prefrontal cortex. *European Psychiatry*, 419-423.
5. Berlim, M.T., & Turecki, G. (2007). What is the meaning of treatment resistant/refractory major depression (TRD)? A systematic review of current randomized trials. *European Neuropsychopharmacology*, 696-707.
6. Zhou, X., Keitner, G.I., Qin, B., Ravindran, A.V., Bauer, M., Del Giovane, C., & Zhang, Y. (2015). Atypical antipsychotic augmentation for treatment-resistant depression: a systematic review and network meta-analysis. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 1-10.
7. Rapinesi, C., Kotzalidis, G.D., Curto, M., Serata, D., Ferri, V.R., Scatena, P., Scaccianoce, S. (2015). Electroconvulsive therapy improves clinical manifestations of treatment-resistant depression without changing serum BDNF levels. *Psychiatry Research*, 171-178.



8. Gaynes, B.N., Lloyd, S.W., Lux, L., Gartlehner, G., Hansen, R.A., Brode, S., & Lohr, K.N. (2014). Repetitive transcranial magnetic stimulation for treatment-resistant depression: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 477-489.
9. Eisendrath, S.J., Gillung, E., Delucchi, K.L., Segal, Z.V., Nelson, J.C., McInnes, L.A., Feldman, M.D. (2016). A randomized controlled trial of mindfulness-based cognitive therapy for treatment-resistant depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 99-110.
10. McPherson, S., Cairns, P., Carlyle, J., Shapiro, D. A., Richardson, P., & Taylor, D. (2005). The effectiveness of psychological treatments for treatment-resistant depression: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 331-340.
11. Yang, C., Hu, Y.-M., Zhou, Z.-Q., Zhang, G.-F., & Yang, J.-J. (2013). Acute administration of ketamine in rats increases hippocampal BDNF and mTOR levels during forced swimming test. *Uppsala Journal of Medical Sciences*, 3-8.
12. Fond, G., Loundou, A., Rabu, C., Macgregor, A., Lançon, C., Brittner, M., & Abbar, M. (2014). Ketamine administration in depressive disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychopharmacology*, 3663-3676.
13. Han, Y., Chen, J., Zou, D., Zheng, P., Li, Q., Wang, H., & Liu, Y. (2016). Efficacy of ketamine in the rapid treatment of major depressive disorder: a meta-analysis of randomized, double-blind, placebo-controlled studies. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 2859.
14. Lee, E.E., Della Selva, M.P., Liu, A., & Himelhoch, S. (2015). Ketamine as a novel treatment for major depressive disorder and bipolar depression: a systematic review and quantitative meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*, 178-184.
15. McGirr, A., Berlim, M.T., Bond, D.J., Fleck, M.P., Yatham, L.N., & Lam, R.W. (2015). A systematic review and meta-analysis of randomized, double-blind, placebo-controlled trials of ketamine in the rapid treatment of major depressive episodes. *Psychological Medicine*, 693-704.
16. Schatzberg, A.F. (2014). A word to the wise about ketamine. *American Journal of Psychiatry*, 262-264.
17. Sisti, D., Segal, A.G., & Thase, M.E. (2014). Proceed with caution: off-label ketamine treatment for major depressive disorder. *Current Psychiatry Reports*, 527.
18. Zhang, M.W., Harris, K.M., & Ho, R.C. (2016). Is off-label repeat prescription of ketamine as a rapid antidepressant safe? Controversies, ethical concerns, and legal implications. *BMC Medical Ethics*, 17-8.



19. กองควบคุมวัตถุเสพติด. (2016). สารระสำคัญการควบคุมตามกฎหมายของวัตถุออกฤทธิ์. Retrieved August 26, 2020, from สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา http://www.fda.moph.go.th/sites/Narcotics/SitePages/Main_law.aspx
20. NHS (2018). Ketamine treatment service: Find out about paid-for ketamine treatment service for depression. Retrieved from <https://www.oxfordhealth.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/11/Ketamine-Service-PIL15112018.pdf>
21. ศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า (2020). รายงานการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. Retrieved August 26, 2020), กรมสุขภาพจิต https://www.thaidepression.com/www/report/main_report/
22. Kim, J., Farchione, T., Potter, A., Chen, Q., & Temple, R. (2019). Esketamine for treatment-resistant depression-first FDA-approved antidepressant in a new class. *NEJM*, 1-4.
23. Liu, Y., Lin, D., Wu, B., & Zhou, W. (2016). Ketamine abuse potential and use disorder. *Brain Research Bulletin*, 126, 68-73.
24. Sassano-Higgins, S., Baron, D., Juarez, G., Esmaili, N., & Gold, M. (2016). A review of ketamine abuse and diversion. *Depression and Anxiety*, 718-727.
25. Verdejo-García, A., Lawrence, A.J., & Clark, L. (2008). Impulsivity as a vulnerability marker for substance-use disorders: review of findings from high-risk research, problem gamblers and genetic association studies. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 777-810.
26. Zeng, H., Su, D., Jiang, X., Zhu, L., & Ye, H. (2016). The similarities and differences in impulsivity and cognitive ability among ketamine, methadone, and non-drug users. *Psychiatry Research*, 243, 109-114.
27. Wingo, T., Nesil, T., Choi, J.S., & Li, M.D. (2016). Novelty seeking and drug addiction in humans and animals: from behavior to molecules. *Journal of Neuroimmune Pharmacology*, 456-470.
28. Compton, W.M., Conway, K.P., Stinson, F.S., Colliver, J.D., & Grant, B.F. (2005). Prevalence, correlates, and comorbidity of DSM-IV antisocial personality syndromes and alcohol and specific drug use disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66(6), 677-685.
29. Middela, S., & Pearce, I. (2011). Ketamine-induced vesicopathy: a literature review. *International Journal of Clinical Practice*, 27-30.
30. Noppers, I.M., Niesters, M., Aarts, L.P.H. J., Bauer, M.C.R., Drewes, A.M., Dahan, A., & Sarton, E.Y. (2011). Drug-induced liver injury following a repeated course of ketamine treatment for chronic pain in CRPS type 1 patients: a report of 3 cases. *Pain*, 2173-2178.



31. Wong, G.L.H., Tam, Y.H., Ng, C.F., Chan, A.W.H., Choi, P.C.L., Chu, W. C.W., Wong, V.W.S. (2014). Liver injury is common among chronic abusers of ketamine. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 1759-1762.
32. Chan, W.M., Liang, Y., Wai, M.S.M., Hung, A.S. M., & Yew, D.T. (2011). Cardiotoxicity induced in mice by long term ketamine and ketamine plus alcohol treatment. *Toxicology Letters*, 191-196.
33. Li, Y., Shi, J., Yang, B.F., Liu, L., Han, C.L., Li, W.M., Geng, J.Q. (2012). Ketamine-induced ventricular structural, sympathetic and electrophysiological remodelling: pathological consequences and protective effects of metoprolol. *British Journal of Pharmacology*, 1748-1756.



ส่วนที่ III

มาตรการใหม่ในการแก้ไข
ปัญหาสารเสพติด
ในประเทศและต่างประเทศ



หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ เฉพาะทางสาขาจิตเวชศาสตร์ การเสพติด

โดย พิชัย แสงชาญชัย

▶ บทนำ

จากการสำรวจระดับชาติของสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2556^[1] พบความชุกของความผิดปกติของพฤติกรรมจากสารเสพติด (substance use disorder) ซึ่งรวมทั้งสุรา บุหรี่ และยาเสพติดให้โทษ มีมากเป็นอันดับหนึ่ง โดยมีความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalence) คิดเป็นร้อยละ 26.5 ประเมินการเป็นประชากร จำนวน 13,692,967 คน และความชุก 12 เดือน (12-month prevalence) คิดเป็นร้อยละ 10.9 ประเมินการเป็นประชากรจำนวน 5,619,178 คน นับได้ว่าปัญหาการเสพติดทั้งสารเสพติดและพฤติกรรมเสพติด (behavioral addiction) นั้น เป็นปัญหาที่มีมากในสังคมไทย

โดยความผิดปกติที่พบที่เกี่ยวข้องกับการเสพติด ได้แก่

- 1) ความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรา (alcohol use disorder) มีความชุกชั่วชีวิต คิดเป็นร้อยละ 18.0 ประเมินการเป็นประชากร จำนวน 9,308,625 คน และความชุก 12 เดือน คิดเป็นร้อยละ 5.3 ประเมินการเป็นประชากรจำนวน 2,749,024 คน

- 2) ความผิดปกติของพฤติกรรมสูบบุหรี่ (nicotine use disorder) มีความชุกชั่วชีวิต คิดเป็นร้อยละ 14.9 ประเมินการเป็นประชากร จำนวน 7,709,532 คน และความชุก 12 เดือน คิดเป็นร้อยละ 6.2 ประเมินการเป็นประชากรจำนวน 3,201,702 คน
- 3) ความผิดปกติของพฤติกรรมจากยาเสพติดให้โทษ (drug use disorder) มีความชุกชั่วชีวิต คิดเป็นร้อยละ 4.1 ประเมินการเป็นประชากร จำนวน 2,106,345 คน และความชุก 12 เดือน คิดเป็นร้อยละ 0.6 ประเมินการเป็นประชากรจำนวน 301,220 คน
- 4) ความผิดปกติของพฤติกรรมพนัน (pathological gambling) มีความชุกชั่วชีวิต คิดเป็นร้อยละ 0.9 ประเมินการเป็นประชากร จำนวน 462,645 คน และความชุก 12 เดือน คิดเป็นร้อยละ 0.3 ประเมินการเป็นประชากรจำนวน 143,065 คน

▶ ทำไมประเทศไทยจึงต้องมีหลักสูตรจิตเวชศาสตร์การเสพติด

ผู้ที่มีความผิดปกติของพฤติกรรมติ่มสุราเข้าถึงบริการเพื่อช่วยเหลือเพียงร้อยละ 6.6 โดยได้รับบริการจากบุคลากรในระบบสุขภาพเพียงร้อยละ 1.6 ส่วนผู้ที่มีความผิดปกติของพฤติกรรมจากยาเสพติดให้โทษเข้าถึงบริการเพื่อช่วยเหลือเพียงร้อยละ 24.5 โดยได้รับบริการจากบุคลากรในระบบสุขภาพร้อยละ 23.6 ดังนั้น ผู้ที่มีปัญหาจากสารเสพติดให้โทษที่ไม่ได้รับความช่วยเหลือจากระบบสุขภาพยังมีอีกเป็นจำนวนมาก เนื่องจากการขาดงบประมาณ การประชาสัมพันธ์ และสถานบริการที่ให้การบำบัดสารเสพติดให้โทษที่เพียงพอ

จากรายงานสถานการณ์ยาเสพติดให้โทษของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2559 ของเครือข่ายพัฒนาวิชาการและข้อมูลสารเสพติด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น^[2] ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา มีผู้เสพยาชนิดใดชนิดหนึ่งประมาณ 1.42 ล้านคน และผู้เสพยาชนิดใดชนิดหนึ่งในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาประมาณ 1.01 ล้านคน สารเสพติดให้โทษที่ใช้สูงสุด เช่น กระท่อม ยาบ้า กัญชา ยาไอซ์ สารระเหย ผีน เอโรอิน เป็นต้น กลุ่มช่วงอายุที่พบว่ามีภาวะการแพร่ระบาดของยาเสพติดให้โทษมาก คือ ช่วงวัยรุ่นและวัยทำงานในช่วงอายุ 12-44 ปี ซึ่งเป็นกำลังสำคัญของชาติในอนาคต ในปี พ.ศ. 2558 มีนักโทษคดียาเสพติดให้โทษทั้งสิ้น 230,074 คน คิดเป็นร้อยละ 70.7 ของนักโทษทั้งหมด

รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2557 ของสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ^[3] พบว่า สำหรับประชากรชายไทย การเสพติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-Adjusted Life Years; DALYs) มากเป็นอันดับ 5 คิดเป็นร้อยละ 4.5 หากแจกแจงตามกลุ่มช่วงอายุ พบว่า สำหรับกลุ่มประชากรชายไทยอายุ 15-29 ปี การเสพติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีค่า DALYs มากเป็นอันดับ 2 คิดเป็นร้อยละ 11.7 และการติดสารเสพติดให้โทษมีค่า



DALYs มากเป็นอันดับ 7 คิดเป็นร้อยละ 2.0 สำหรับประชากรชายไทยอายุ 30-59 ปี การเสพติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีค่า DALYs มากเป็นอันดับ 7 คิดเป็นร้อยละ 5.2 นับได้ว่า การเสพติดแอลกอฮอล์และติดสารเสพติดให้โทษ ก่อให้เกิดการสูญเสียทางสุขภาพแก่ประชากรชายไทย

ในปี พ.ศ. 2557 รัฐบาลไทยโดยการนำของคณะกรรมการรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.) ได้ออกประกาศ คสช. ฉบับที่ 108^[4] เพื่อแก้ไขปัญหาเสพติดให้โทษที่กำลังทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้นในช่วงที่ผ่านมา เพื่อนำผู้เสพและผู้ติดยาเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษาให้เพิ่มมากขึ้น ในทางปฏิบัติมีการจัดตั้งศูนย์เพื่อการคัดกรองผู้เข้ารับการรักษาบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพยาเสพติด และศูนย์เพื่อประสานการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพยาเสพติดในระดับอำเภอและจังหวัดทั่วประเทศ นับได้ว่าคำสั่งดังกล่าวมีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ในการแก้ปัญหาเสพติดให้โทษของโลก รัฐบาลไทยยังได้บรรจุแผนยุทธศาสตร์การป้องกัน และแก้ไขปัญหายาเสพติดให้โทษ อยู่ในยุทธศาสตร์ด้านมั่นคงของยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579) และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2561 รัฐบาลได้จัดสรรงบประมาณจำนวน 4,930 ล้านบาท สำหรับแผนงานบูรณาการป้องกัน ปราบปราม และบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดให้โทษ^[5]

จากความเคลื่อนไหวที่สำคัญขององค์กรโลก ในการประชุมสมัยพิเศษของสมัชชาแห่งสหประชาชาติ ว่าด้วยยาเสพติดให้โทษในปี ค.ศ. 2016 (United Nations General Assembly Special Session on Drugs; UNGASS 2016)^[6] ร่วมกับแบบอย่างของความสำเร็จในการแก้ปัญหาเสพติดให้โทษในต่างประเทศ เช่น รูปแบบของประเทศโปรตุเกส (Portugal model) เป็นต้น ได้มีการนำเสนอยุทธศาสตร์ใหม่ในการแก้ปัญหาเสพติดให้โทษ โดยเปลี่ยนกรอบความคิดจากโลกที่ปลอดจากยาเสพติดให้โทษ (drug free world) มาเป็น สังคมที่ปลอดจากการใช้ยาแบบผิดแผน (A society free of drug abuse) โดยการใช้มาตรการสาธารณสุขเป็นส่วนนำ (Health-Centered Approach) องค์กรประกอบที่สำคัญ ได้แก่ การลดโทษ รวมไปถึงการเอาโทษทางอาญาออกไป (depenalization, decriminalization) การบำบัดรักษา (addiction treatment) และการลดอันตรายจากพฤติกรรมการใช้ยา (harm reduction) ซึ่งเป็นมาตรการที่ต้องกระทำควบคู่กันไป เปลี่ยนจากวิธีการปราบปรามและลงโทษรุนแรง ไปสู่การแยกผู้เสพผู้ติดยาออกจากผู้ค้ารายใหญ่ เพื่อนำผู้ป่วยเข้าสู่การบำบัดรักษาให้เพิ่มมากขึ้น

ในปี พ.ศ. 2559 พลเอก ไพบูลย์ คุ้มฉายา รัฐมนตรีว่าการกระทรวงยุติธรรมในขณะนั้น^[7] ได้นำยุทธศาสตร์ดังกล่าวข้างต้นมาสู่การปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหาเสพติดให้โทษของประเทศไทย ทำให้กระทรวงต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องต้องปรับเปลี่ยนแนวการดำเนินงานให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ข้างต้น กระทรวงยุติธรรมได้รับเปลี่ยนกฎหมายเพื่อลดโทษยาเสพติดลง (depenalization) เพื่อให้การลงโทษได้สัดส่วนกับความผิดทางอาญา ผู้ค้ายาเสพติดให้โทษรายใหญ่จะถูกลงโทษทางอาญา ส่วนผู้เสพผู้ติดยาจะถูกนำเข้าสู่ระบบการบำบัดของกระทรวงสาธารณสุขแทน มีการประมาณการผู้เสพผู้ติดยาเสพติดมากกว่า 200,000 ราย



ต่อไปที่จะเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษา ทำให้กระทรวงสาธารณสุขต้องเร่งจัดระบบการบำบัดเพื่อรองรับและสนับสนุนหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยการจัดสรรงบประมาณประจำปี พัฒนาแนวทางการบำบัดให้มีประสิทธิภาพ และเพิ่มขีดความสามารถของสถานพยาบาลในระดับต่าง ๆ ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้มีข้อสั่งการให้จัดตั้งหน่วยงานบำบัดยาเสพติดให้โทษในทุกระดับของระบบบริการสุขภาพ อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลทะเบียนของราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทยในปัจจุบัน ปัจจุบันประเทศไทยมีจิตแพทย์ที่ยังคงทำงานในระบบสาธารณสุขประมาณ 1,000 คน ซึ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยจิตเวชทั่วไป และผู้ป่วยจิตเวชเด็ก ดังนั้นประเทศไทยยังขาดแพทย์ที่เชี่ยวชาญในการบำบัดรักษาสารเสพติดอยู่อีกมาก

ผู้ป่วยยาเสพติดให้โทษมีโรคทางจิตเวชและปัญหาอื่น ๆ ร่วมด้วยมาก ดังนั้น การบำบัดที่มีประสิทธิภาพ จึงต้องบูรณาการการบำบัดทางกาย จิตใจ และสังคมเข้าด้วยกัน และยังต้องมีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาวิธีการให้มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยให้มากยิ่งขึ้น ปัญหาการเสพติด นอกจากยาเสพติดให้โทษแล้ว ยังรวมไปถึงพฤติกรรมเสพติดด้วย เช่น ดินพ่น ดินเกมส์ ดินเพคัลมพันธ์ เป็นต้น นอกจากการบำบัดรักษาและวิจัยองค์ความรู้ใหม่ จิตแพทย์ยังต้องทำการศึกษาและหาวิธีป้องกันโรคเสพติดด้วยวิธีการที่มีประสิทธิภาพควบคู่กันไปด้วย

เนื่องจากขณะนี้ประเทศไทยยังขาดแคลนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาการเสพติดทางราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย เล็งเห็นความสำคัญจึงได้จัดทำหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านเพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาจิตเวชศาสตร์การเสพติด เพื่อผลิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญตอบสนองต่อยุทธศาสตร์ชาติในการแก้ปัญหายาเสพติดให้โทษของประเทศต่อไป^[6] แพทยสภาได้รับรองหลักสูตรฯ เมื่อปี พ.ศ. 2562 แพทยสภายังได้แต่งตั้งคณะกรรมการฝึกอบรมและสอบฯ สาขาจิตเวชศาสตร์การเสพติดเพื่อดูแลคุณภาพของการฝึกอบรมและสอบต่อไป

▶ กลุ่มผู้เรียนในหลักสูตร

กลุ่มผู้เรียนในหลักสูตรคือแพทย์ที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามพระราชบัญญัติประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ของแพทยสภาในการเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขาจิตเวชศาสตร์การเสพติด โดยเข้ารับการฝึกอบรมเป็นเวลา 4 ปี หรือจิตแพทย์ได้รับวุฒิบัตร/หนังสืออนุมัติมาแล้วในสาขาใดสาขาหนึ่ง ดังต่อไปนี้ สาขาจิตเวชศาสตร์ทั่วไป สาขาจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น สามารถเข้ารับการฝึกอบรมเป็นแพทย์ประจำบ้านสาขาจิตเวชศาสตร์การเสพติดชั้นปีที่ 3 และ 4 ใช้เวลาในการศึกษารวม 2 ปี



สถาบันที่จะเปิดฝึกอบรมเป็นสถาบันแรก คือ กองจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า คาดว่าสามารถเปิดการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านรุ่นแรกได้ในปี พ.ศ. 2565 สถาบันฝึกอบรมที่คาดว่าจะมีความพร้อมในการเปิดฝึกอบรมตามมาทั้งในเขต กทม. และต่างจังหวัด เช่น ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

▶ วัตถุประสงค์ของหลักสูตรจิตเวชศาสตร์การเสพติด

การฝึกอบรมมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างผู้มีความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาจิตเวชศาสตร์การเสพติดที่มีความรู้ความสามารถและคุณสมบัติ ดังนี้

1. มีความรู้พื้นฐานทางด้านร่างกาย สุขภาพจิต การแพทย์ การฟื้นฟู และสังคมที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานจิตเวชศาสตร์การเสพติด
2. มีความรู้เกี่ยวกับโรค ภาวะผิดปกติอันเนื่องมาจากการเสพยาเสพติดให้โทษชนิดต่าง ๆ ภาวะโรคร่วมทางจิตเวช และภาวะพฤติกรรมเสพติด (behavioral addiction)
3. สามารถให้การวินิจฉัย บำบัดรักษา รวมทั้งป้องกันโรคหรือผลกระทบที่เกิดจากการใช้สารเสพติดให้โทษชนิดต่าง ๆ ภาวะโรคร่วมทางจิตเวช และภาวะพฤติกรรมเสพติด (behavioral addiction)
4. ให้คำปรึกษา และคำแนะนำแก่แพทย์ผู้ส่งปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาการเสพติด
5. มีความรู้ในการดำเนินการวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุขได้
6. สามารถเรียนรู้ ค้นคว้า และเพิ่มประสบการณ์ได้ด้วยตนเองด้วยวิธีต่างๆ
7. เข้าใจเรื่องต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ สังคม และระบบสาธารณสุข ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานด้านจิตเวชศาสตร์การเสพติด
8. มีความรู้ความเข้าใจในกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับยาและสารเสพติดให้โทษ
9. สามารถให้ความรู้ คำแนะนำ เกี่ยวกับปัญหาการเสพติดให้โทษ แก่ผู้ป่วย ญาติ และชุมชนได้
10. มีทักษะในการถ่ายทอดความรู้ แก่บุคลากรวิชาชีพ และประชาชนทั่วไป
11. สามารถแสวงหาความรู้และพัฒนาตนเองให้ก้าวทันวิทยาการอันทันสมัย สถานการณ์สังคม และนโยบายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องับจิตเวชศาสตร์การเสพติดทั้งในระดับชาติและนานาชาติได้



▶ เนื้อหาและสาระสำคัญของหลักสูตรจิตเวชศาสตร์การเสพติด

เป็นหลักสูตรฝึกอบรมสาขาจิตเวชศาสตร์การเสพติด ซึ่งอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของ ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย โดยใช้ระยะเวลาในการฝึกอบรมเป็นระยะเวลา 4 ปี โดย เนื้อหาจะเน้นความรู้พื้นฐานในศาสตร์ต่าง ๆ เกี่ยวกับการเสพติด โรคและปัญหาทางจิตเวชที่เกิดร่วม ทัศนคติต่าง ๆ ในการดูแลปัญหาทางจิตเวชในผู้ติดสารเสพติดให้โทษ ความรู้ทางด้านบูรณาการในการ ดูแลผู้มีปัญหาการเสพติด การวิจัย กฎหมายที่เกี่ยวข้อง แผนนโยบายระดับชาติในการดูแลผู้ติดสาร เสพติดให้โทษ เวชสารสนเทศต่าง ๆ เป็นต้น โดยการฝึกอบรมจะจัดให้มีการฝึกอบรมดูงานในศาสตร์ ที่เกี่ยวข้องกับจิตเวชศาสตร์การเสพติด เช่น พิษวิทยา เวชศาสตร์ฉุกเฉิน โดยผู้ฝึกอบรมต้องทำวิจัย ทางจิตเวชศาสตร์การเสพติดอย่างน้อยหนึ่งเรื่อง และมีทักษะในการบำบัดทางจิตสังคมให้กับผู้มีปัญหา การเสพติด

▶ ผลสัมฤทธิ์ที่คาดหวังจากการเปิดหลักสูตรจิตเวชศาสตร์การเสพติด

ภายหลังจากการเปิดการฝึกอบรมในระยะแรกคาดว่าจะสามารถผลิตจิตแพทย์สาขาจิตเวชศาสตร์ การเสพติด ปีละ 4-6 คน ในระยะ 5 ปีแรก หลังจากนั้นจะสามารถผลิตได้ปีละ 6-10 คน หลังจาก 5 ปี ไปแล้ว ซึ่งจะทำให้เกิดมีจิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ติดสารเสพติดให้โทษได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถค้นคว้าวิจัยองค์ความรู้ใหม่ เป็นที่ปรึกษาของหน่วยงานแก้ไขปัญหายาเสพติดให้โทษทั้งในและ นอกกระทรวงสาธารณสุข อีกทั้งสามารถให้การดูแลด้านส่งเสริมป้องกัน และฟื้นฟูผู้ป่วยติดสารเสพติด ให้โทษอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยแก้ไขปัญหายาเสพติดให้โทษของประเทศชาติอย่างยั่งยืนต่อไป

▶ สรุป

การติดสารเสพติดและพฤติกรรมเสพติด เป็นปัญหาองค์รวม มีเหตุปัจจัยหลากหลาย ก่อให้เกิด ผลกระทบมากมายในหลายระดับ จัดเป็นปัญหาสาธารณสุขในลำดับต้น ๆ ที่มีผลกระทบต่อความมั่นคง ของชาติ ประเทศไทยยังขาดแคลนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในสาขานี้ ดังนั้น ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่ง ประเทศไทยจึงได้จัดทำหลักสูตรอบรมสำหรับผลิตแพทย์เฉพาะทางสาขาจิตเวชศาสตร์การเสพติดเป็น ครั้งแรกและได้รับอนุมัติในปี พ.ศ. 2562 ที่ผ่านมา เพื่อมาเข้าร่วมกับสหวิชาชีพในการแก้ปัญหาผู้เสพ ผู้ติด ทำให้การแก้ไขปัญหและบำบัดรักษามีประสิทธิผลและประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น ร่วมกับการทำ วิจัยเพื่อหาคำตอบความรู้ใหม่ ๆ ในสาขานี้ เป็นการตอบสนองต่อยุทธศาสตร์ของชาติในการใช้มาตรการ ทางสาธารณสุขเป็นส่วนนำในการแก้ปัญหาการเสพติดอย่างยั่งยืน



เอกสารอ้างอิง

1. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, นพพร ตันติรังสี, วรวรรณ จุฑา, อธิป ตันอารีย์, ปทานนท์ ขวัญสนิท, สาวิตรี อัมภางค์กรชัย, สุทธา สุปัญญา. (2559). รายงานการศึกษาเรื่องความชุกของโรคจิตเวช และปัญหาสุขภาพจิต: การสำรวจระดับวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556. บริษัท บียอนด์พับลิชชิง จำกัด.
2. มานพ คณะโต, พูนรัตน์ ลียติกุล, ชวนพิศ ชุ่มวัฒนะ. (2560). รายงานเฝ้าระวังสถานการณ์ยาเสพติด อาเซียน ประจำปี 2559. กรุงเทพฯ: ศูนย์ประสานงานความร่วมมือด้านยาเสพติดอาเซียน.
3. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2560). รายงานภาวะโรคและการบาดเจ็บของประชากร ไทย พ.ศ. 2557. นนทบุรี: บริษัท เดอะ การพีโก ซิสเต็มส์ จำกัด.
4. คณะรักษาความสงบแห่งชาติ. (30 กรกฎาคม 2557). ประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ 108/2557. ราชกิจจานุเบกษา, 131(143ง), หน้า 18-19.
5. กระทรวงสาธารณสุข. (2560). ผลการดำเนินงานการปรับระบบบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดของกระทรวง สาธารณสุข (1 ตุลาคม 2559 ถึง 31 พฤษภาคม 2560). นนทบุรี: สำนักบริหารการสาธารณสุข.
6. United Nations. (2016). Outcome document of the 2016 United Nations General Assembly Special Session on the world drug problem (UNGASS 2016). Vienna: Publishing and library section, United Nations Office.
7. ศูนย์อำนวยการประสานงานป้องกันและแก้ปัญหายาเสพติด (ศอ.ปส.). (2559). สรุปการประชุมคณะกรรมการอำนวยการ ศอ.ปส. ครั้งที่ 2/2559. ห้องประชุมกระทรวงยุติธรรม 2 ชั้น 8 อาคารราชบุรีดิเรกฤทธิ์ ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติฯ.
8. ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. (2560). หลักสูตรและเกณฑ์การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน เพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.



FACTS AND FIGURES:

ILLEGAL SUBSTANCES IN THAILAND 2017-2020

ข้อมูลจริงและตัวเลข:
สารเสพติดผิดกฎหมายในประเทศไทยปี 2560-2563

ยาที่อยู่ระหว่างการศึกษา ในการบำบัดความผิดปกติ จากการใช้เมทแอมเฟตามีน

โดย ปองขวัญ ยิ้มสอาด

▶ บทนำ

ในปัจจุบันปัญหาการเสพติดถือว่าเป็นปัญหาการสาธารณสุขปัญหาหนึ่ง โดยจากการศึกษา Global Burden of Disease พบว่าการใช้สารเสพติดนั้นทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะคิดเป็นร้อยละ 1.3 ของปีสุขภาวะทั้งหมด^[1] โดยภาระโรคที่เกิดขึ้นกับการใช้สารนั้นส่วนมากจะเกิดจากผลกระทบของการใช้สารเสพติดต่อสุขภาพของผู้ใช้ จากความสำคัญของปัญหาการเสพติดทำให้ในปัจจุบันมีการวิจัยเกี่ยวกับทั้งการป้องกันและการรักษาภาวะการติดสารเสพติดกันอย่างกว้างขวาง โดยมุ่งหวังว่าการพัฒนาเทคโนโลยีทั้งในด้าน การป้องกันและรักษาจะสามารถช่วยบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากปัญหาการเสพติดได้

สารกลุ่มกระตุ้นประสาท (psychostimulants) โดยเฉพาะเมทแอมเฟตามีน (methamphetamine) นั้นเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่ง ในปัจจุบันการรักษาผู้มีปัญหาจากการใช้สารเมทแอมเฟตามีน (methamphetamine use disorder) นั้นใช้การรักษาทางจิตสังคมเป็นหลัก เนื่องจากในปัจจุบันยังไม่มีวิธีการรักษาด้วยยาหรือการรักษาทางชีวภาพอื่น ๆ ที่ได้รับการรับรองจากองค์การอาหารและยาว่าสามารถช่วยให้ผู้เสพติดเมทแอมเฟตามีนสามารถหยุดใช้สารในระยะยาว (prolong abstinence) หรือ

ลดปริมาณการใช้สารลงได้ ต่างกับสารเสพติดชนิดอื่น ๆ เช่น เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นิโคตินจากบุหรี่ และสารโอปิออยด์ ที่มียาที่ผ่านการรับรองว่ามีประสิทธิภาพในการลดการเสพติดดังกล่าวได้ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากความซับซ้อนของการออกฤทธิ์ของเมทแอมเฟตามีน และข้อจำกัดในการทำการวิจัยในกลุ่มผู้ใช้สาร โดยในบทความนี้จะยกตัวอย่างความก้าวหน้าของงานวิจัยต่าง ๆ ที่พยายามศึกษาวิธีการรักษาภาวะการติดยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน ทั้งในด้านของเภสัชวิทยา และอื่น ๆ โดยจะเน้นไปที่งานวิจัยที่ได้ทำการศึกษาในมนุษย์แล้วเป็นหลัก

▶ ยาที่อยู่ระหว่างการศึกษา

ในกระบวนการพัฒนายาเพื่อรักษาภาวะการติดยาเสพติดนั้น โดยหลักการทั่วไป นักวิจัยจะเลือกศึกษาโดยพิจารณาถึงคุณสมบัติของการออกฤทธิ์ต่อระบบประสาท (neurobiological effects) ของยาหรือสารดังกล่าวว่าสามารถจัดการกับผลของสารเสพติดที่มีต่อระบบประสาทได้หรือไม่ นอกจากนี้ ยาต่าง ๆ ที่เคยได้รับการรับรองให้ใช้ในการรักษาภาวะการเสพติดสารอื่น ๆ ตลอดจนภาวะโรคทางจิตเวช ก็เป็นกลุ่มยาเป้าหมายที่นักวิจัยจะนำมาทดสอบว่าสามารถนำมาใช้ในกรณีของเมทแอมเฟตามีนได้หรือไม่ ด้วยเหตุผลที่ว่ากลไกและพยาธิสภาพจากการใช้สารอื่น ๆ หรือการเกิดโรคทางจิตเวชอื่น อาจจะมีส่วนคล้ายคลึงกัน เช่น ยานาลเทร็กซ์โซน (Naltrexone) ที่ได้รับการรับรองจากองค์การอาหารและยาของสหรัฐอเมริกา ให้ใช้รักษาผู้ป่วยในกลุ่มติดแอลกอฮอล์ และสารกลุ่มโอปิออยด์ ก็ได้ถูกนำมาวิจัยสำหรับรักษาภาวะการติดยาเสพติดเมทแอมเฟตามีนด้วย โดยในบทความนี้จะแสดงตัวอย่างของงานวิจัยที่ศึกษาถึงความเป็นไปได้ในการพัฒนายาเพื่อนำมาใช้ในการบำบัดรักษาการเสพติดเมทแอมเฟตามีน ตามหลักการดังกล่าวข้างต้น

กลไกเกี่ยวกับการอักเสบในระบบประสาท (Neuroinflammation)

การศึกษาทางพรีคลินิก (ก่อนนำมาใช้ได้ ในมนุษย์) พบว่าการเสพติดเมทแอมเฟตามีนติดต่อกันเป็นเวลานานนั้นสัมพันธ์กับการเกิดการอักเสบในระบบประสาท และการกระตุ้นไมโครเกลีย (microglia activation) ซึ่งเป็นเซลล์ที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบในสมอง^[2] ด้วยเหตุผลดังกล่าวทำให้ยาที่สามารถออกฤทธิ์ต้านการอักเสบ (anti-inflammation) ผ่านการยับยั้งการทำงานของไมโครเกลียในระบบประสาทส่วนกลางได้นั้นเป็นที่สนใจของนักวิจัย ตัวอย่างเช่น ยา Ibudilast ซึ่งออกฤทธิ์เป็น non-selective phosphodiesterase inhibitor นั้นมีการศึกษาทางพรีคลินิกพบว่าการให้ Ibudilast ในสัตว์ทดลองสามารถลด methamphetamine self-administration ได้^[3] ต่อมา Ibudilast ได้ถูกนำมาศึกษาในมนุษย์ในกลุ่มผู้ที่มีปัญหาการใช้เมทแอมเฟตามีน โดยผู้วิจัยศึกษาเปรียบเทียบปริมาณ pro-inflammatory



markers ก่อนและหลังการได้รับเมทแอมเฟตามีน ผลการศึกษาพบว่าเมื่อเปรียบเทียบกลุ่มที่ได้ยา Ibudilast กับกลุ่มที่ได้รับยาหลอกแล้ว กลุ่มผู้ใช้สารที่ได้รับยา Ibudilast นั้น สามารถลดการเกิด pro-inflammatory marker ภายหลังการได้รับเมทแอมเฟตามีนได้มากกว่ากลุ่มที่ได้รับยาหลอกอย่างมีนัยสำคัญ^[4] อย่างไรก็ตาม จากอีกหนึ่งการศึกษาเปรียบเทียบที่มีการควบคุมแบบสุ่ม (randomized control trial; RCT) ที่ศึกษาเปรียบเทียบอัตราการหยุดใช้สาร (abstinence) ในกลุ่มที่ได้รับยา Ibudilast และกลุ่มที่ได้รับยาหลอก พบว่าไม่มีความแตกต่างของอัตราการหยุดใช้สารของทั้งสองกลุ่ม^[5] จากข้อมูลนี้ ทำให้ยังคงต้องมีการศึกษาต่อไปว่า ฤทธิ์ของ Ibudilast ในการลดการอักเสบของประสาทที่เกิดจากสารเมทแอมเฟตามีนนั้น จะสัมพันธ์กับการรักษาอาการหรือการหยุดใช้สารได้หรือไม่

ฮอร์โมน (Hormone)

Oxytocin เป็น hypothalamic neuropeptide ชนิดหนึ่งที่มีสำหรับคุณสมบัติเด่นในด้าน social bonding และมีบทบาทสำคัญในกระบวนการของ reward, stress, learning และ memory process ทำให้ในปัจจุบัน oxytocin เป็นที่สนใจสำหรับการวิจัยพัฒนาวิธีการรักษาผู้ติดสารเสพติด^[6] สำหรับเมทแอมเฟตามีนนั้น การศึกษาทางพรีคลินิกพบว่า exogenous oxytocin สามารถลด methamphetamine related reward และ methamphetamine seeking behaviour ในสัตว์ทดลองได้^[7,8] ส่วนการศึกษาในมนุษย์ในกลุ่มผู้ที่มีปัญหาการใช้สารเมทแอมเฟตามีนนั้น จนถึงปัจจุบันนี้ มีเพียงการศึกษาเดียวซึ่งทำการศึกษาในกลุ่มชายรักชาย ที่เข้ารับการบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing group therapy) โดยพบว่ากลุ่มที่ได้รับ intranasal exogenous oxytocin ร่วมกับการบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ มีอัตราการเข้าร่วมกลุ่มบำบัด (therapy session attendance) มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ oxytocin ร่วมด้วย^[9]

มีหลักฐานที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่ผู้เสพคงอยู่ในกระบวนการรักษา (duration of retention in addiction treatment) ได้นาน กับผลการรักษาที่พึงประสงค์ (positive outcomes) ในกลุ่มผู้ที่มีปัญหาการใช้สารเสพติด^[10] ดังนั้นหาก oxytocin สามารถช่วยเพิ่มอัตราการเข้าร่วมการบำบัดได้ oxytocin ก็อาจจะเป็นการรักษาที่มีแนวโน้มที่ดีอย่างหนึ่งที่สามารถนำมาใช้ร่วมกับการรักษาทางจิตสังคม อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการศึกษาเกี่ยวกับผลของ oxytocin ในกลุ่มผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนนั้น ยังมีจำกัด ดังนั้นการศึกษาเพิ่มเติมจึงจำเป็น เพราะในขณะนี้มีการศึกษาเดี่ยวและศึกษาในกลุ่มชายรักชายเท่านั้น อีกทั้งหลักฐานจากการศึกษาทางพรีคลินิกพบว่าเพศที่ต่างกันนั้นมีผลต่อการออกฤทธิ์ของ oxytocin ที่แตกต่างกัน^[11] ดังนั้นการศึกษาถึงผลของ oxytocin ในกลุ่มผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนที่มีเพศสภาพอื่น ๆ จึงมีความสำคัญ



ระบบโอปิออยด์ (Opioid system)

หลักฐานของงานวิจัยทางพรีคลินิกพบว่า endogenous opioid system นั้นมีบทบาทต่อ methamphetamine seeking behaviour และ behavioural sensitization ในสัตว์ทดลอง^[12] มากไปกว่านั้น ยา naltrexone ซึ่งออกฤทธิ์เป็น opioid receptor antagonist นั้นได้รับรองจากองค์การอาหารและยาของประเทศสหรัฐอเมริกาว่าสามารถนำไปใช้ในการรักษาผู้ที่มีปัญหาการใช้แอลกอฮอล์และผู้มีปัญหาการใช้โอปิออยด์ได้ ด้วยเหตุนี้ทำให้ในปัจจุบันมีงานวิจัยที่ศึกษาถึงบทบาทของ naltrexone ในกลุ่มผู้ใช้เมทแอมเฟตามีน โดยมีการศึกษาพบว่าทำให้ naltrexone ในผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนนั้นสามารถลด cue-Induce craving และความรู้สึกถึงผลในทางบวกของสารเมทแอมเฟตามีนได้^[13] แต่เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ในแง่การหยุดหรือลดใช้สารแล้ว ปรากฏว่าผลการศึกษายังไม่แน่นอน โดยพบว่าการศึกษาแบบ RCT ในกลุ่มผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนที่เป็นชายรักชายนั้นไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่ได้รับ naltrexone กับกลุ่มที่ได้รับยาหลอกในแง่ของการลดการใช้สารซึ่งวัดจากการตรวจสารในปัสสาวะเมื่อสิ้นสุดการวิจัย^[14] ในขณะที่อีกหนึ่งการศึกษาแบบทางคลินิกพบว่ากลุ่มผู้ที่มีปัญหาการติดเมทแอมเฟตามีนที่ได้รับ naltrexone เมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ติดที่ได้รับยาหลอกแล้ว กลุ่มที่ได้รับ naltrexone นั้นมีการรายงานว่าใช้สารลดลงอย่างมีนัยสำคัญ^[15] โดยสาเหตุที่ผลการศึกษาทางคลินิกของการใช้ naltrexone ในกลุ่มผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนมีความไม่แน่นอนนั้นอาจจะเป็นจากเรื่องของระเบียบวิธีการวิจัยที่ต่างกันของแต่ละการศึกษาไม่ว่าจะเป็นเรื่องของกลุ่มตัวอย่าง ขนาดของยาที่ใช้ ตลอดจนวิธีการวัดผลลัพธ์ การวิจัย ดังนั้นการศึกษาถึงผลของ naltrexone ต่อการใช้สารในกลุ่มผู้ใช้เมทแอมเฟตามีน ยังคงจำเป็นต้องมีการศึกษาต่อไป โดยใน ปี ค.ศ. 2020 กำลังมีการทดลองทางคลินิกที่ศึกษาถึงประสิทธิภาพของ extended naltrexone ร่วมกับ bupropion โดยทำการศึกษาในกลุ่มผู้ที่มีปัญหาาระดับปานกลางหรือรุนแรง ทำการศึกษาเป็นเวลา 12 สัปดาห์ โดยจะทำการวัดผลหลักของการวิจัยเป็นการลดลงของการใช้สารเมทแอมเฟตามีนจากการตรวจปัสสาวะ^[16]

ยาด้านโรคซึมเศร้า (Antidepressants)

ยาด้านเศร้าหลายขนานได้ถูกนำมาวิจัยเพื่อรักษาภาวะการเสพติดสารเมทแอมเฟตามีน โดยการศึกษาส่วนใหญ่ศึกษาผลลัพธ์หลักในด้านของการลดลงหรือหยุดใช้สาร ตัวอย่างของยาด้านเศร้าที่ถูกนำมาวิจัยได้แก่ bupropion, mirtazapine, sertraline และ atomoxetine โดยจากการศึกษาแบบทบทวนวรรณกรรมแบบเป็นระบบพบว่าในขณะนี้ยังไม่มีหลักฐานเพียงพอที่จะรับรองว่า bupropion และ mirtazapine นั้นมีผลต่อการลดการเสพติดหรือเพิ่มการหยุดใช้เมทแอมเฟตามีนในผู้เสพติดทั่วไป^[17] โดยมีเพียงการศึกษาที่พบว่าการใช้ bupropion นั้นสามารถเพิ่มวันที่ไม่ใช้สารได้เฉพาะในบางกลุ่มผู้ใช้ เช่น กลุ่มผู้เสพติดชายที่มีประวัติใช้สารเมทแอมเฟตามีนในปริมาณน้อย^[18] ส่วน mirtazapine นั้นพบว่าสามารถลดการใช้เมทแอมเฟตามีน และลดพฤติกรรมกรรมมีเพศสัมพันธ์แบบเสี่ยงได้ในการศึกษาในกลุ่มชาย



รักชาย^[19] และอีกหนึ่งการศึกษาแบบคลินิกในกลุ่ม cisgender men และ transgender women ที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย พบว่ากลุ่มผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนที่ได้รับ mirtazapine ร่วมกับการให้คำปรึกษา มีการลดลงของการตรวจพบสารในปัสสาวะและลดพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์แบบเสี่ยงบางชนิดเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้ยาหลอก^[20] อย่างไรก็ตาม การศึกษาวิจัยผลของ bupropion และ mirtazapine ต่อการรักษาภาวะเสพติดสารเมทแอมเฟตามีนนั้นอาจจำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไปเนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่จะมีอัตราการคงอยู่ในการศึกษาค่อนข้างต่ำและการศึกษามักทำในกลุ่มประชากรเฉพาะ ดังนั้นการศึกษาที่สามารถจัดการกับข้อจำกัดข้างต้นได้จึงยังจำเป็น ส่วน sertraline นั้นจากการศึกษาไม่พบว่ามีส่วนช่วยในการลดการเสพสารหรือลดอาการอยากยาได้^[21,22]

ยากันชัก (Anticonvulsants)

ยา topiramate เป็นยากลุ่มยากันชักที่ได้มีการนำมาศึกษาถึงผลการรักษาภาวะติดเมทแอมเฟตามีน โดยมีการศึกษาแบบ RCT จากประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าสามารถลดการเสพได้แต่ไม่มีผลต่อการหยุดใช้สารในกลุ่มผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนที่ได้รับการรักษาทางจิตสังคมร่วมด้วย^[23] ส่วนการศึกษาแบบ RCT จากประเทศอิหร่านพบว่ากลุ่มที่ได้รับ topiramate นั้นมีโอกาสตรวจไม่พบสารเสพติดในปัสสาวะได้มากกว่า และมีอาการอยากสารน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับยาหลอก^[24]

ยากระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง (CNS stimulants)

การให้สารทดแทน นั้นเป็นวิธีการรักษาแบบลดอันตราย (harm reduction) วิธีหนึ่งที่ได้รับการรับรองให้เป็นวิธีการรักษาสารเสพติดหลายชนิด เช่น การให้ยาเมธาโดนใน methadone maintenance therapy สำหรับกลุ่มผู้ติดสารกลุ่มโอปิออยด์ และการให้หมากฝรั่ง ลูกอม หรือสเปรย์นิโคตินใน nicotine replacement therapy สำหรับกลุ่มผู้ติดบุหรี่ ส่วนในกลุ่มสารเมทแอมเฟตามีนนั้นก็ได้มีการวิจัยถึงการนำสารกลุ่ม stimulant agonist เช่น dexamphetamine และ methylphenidate มาใช้ในการรักษาภาวะติดสารด้วย โดยมีการศึกษาพบว่า dexamphetamine สามารถลดอาการถอนและอาการอยากยาในกลุ่มผู้เสพที่ได้รับยา dexamphetamine ได้มากกว่ากลุ่มที่ได้รับยาหลอก^[25] และสามารถมีอัตราการคงอยู่ในการทดลอง (retention) ได้มากกว่ากลุ่มที่ได้รับยาหลอก^[26] แต่ไม่พบว่าสามารถลดการเสพสารอย่างมีนัยสำคัญ ส่วน methylphenidate นั้นมีการศึกษาพบว่าทำให้ methylphenidate ร่วมกับการให้การรักษาทางจิตสังคมนั้นสามารถลดอาการอยากสาร (craving)^[27,28] ลดการใช้สารจากการรายงานแบบ self-report^[27] และลดการใช้สารจากการตรวจสารในปัสสาวะ^[28] ได้มากกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับยาหลอก อย่างไรก็ตาม เนื่องจากในแต่ละการศึกษานั้นยังมีความแตกต่างในระเบียบวิธีการวิจัยไม่ว่าจะเป็นขนาดยาที่ใช้ ระยะเวลาที่ทำการรักษา และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ทำการวิจัย ดังนั้นการศึกษาเพิ่มเติมที่สามารถควบคุมปัจจัยดังกล่าวข้างต้นได้จึงมีความจำเป็น โดยในปัจจุบันพบว่า



การศึกษาแบบ RCT ที่กำลังศึกษาถึงประสิทธิผลของ Lisdexamfetamine ซึ่งเป็นอนุพันธ์ของสารแอมเฟตามีน โดยทำการศึกษาในกลุ่มผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีนที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาอื่น ๆ และวัดผลเป็นจำนวนวันที่ใช้สารที่ลดลง^[29]

สำหรับยากลุ่มอื่น ๆ นั้นจากงานวิจัยแบบทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่ามีการศึกษาถึงประสิทธิผลของยา ondansetron, varenicline, aripiprazole, baclofen และ gabapentin ต่อการรักษาความผิดปกติจากการใช้เมทแอมเฟตามีน แต่ยังมีจำนวนการศึกษาน้อยและยังไม่พบว่ามีหลักฐานว่าจะช่วยในการรักษาภาวะนี้ได้ ส่วน pexacerfont ซึ่งออกฤทธิ์เป็น corticotropin-releasing hormone receptor 1 antagonist นั้นมีเพียงการศึกษาแบบ RCT การศึกษาเดียวที่พบว่าสามารถลดอาการอยากสาร (craving) ได้มากกว่ายาหลอก แต่ไม่มีผลต่อการหยุดเสพยา^[17] สำหรับสาร N-acetyl cysteine (NAC) ซึ่งอยู่ในกลุ่ม glutamatergic agents นั้น ในปี ค.ศ. 2019 มีการศึกษาแบบทดลองทางคลินิกที่กำลังดำเนินการศึกษาถึงประสิทธิผล (efficacy) และความปลอดภัย (safety) ของ N-acetylcysteine (NAC) ในการลดจำนวนวันเสพยาในกลุ่มผู้ป่วย methamphetamine dependence^[30]

การรักษาโดยกลยุทธ์อื่น ๆ

สำหรับการรักษาโดยไม่ใช้ยา มีการศึกษาถึงความเป็นไปได้ในการนำมารักษาการเสพติด เช่น

1) ทางชีวภาพ เช่น วัคซีน การให้ภูมิคุ้มกันที่ไม่ต้องสร้างเอง (เช่น monoclonal antibodies) และการบำบัดยีนส์ (gene therapy)

2) การกระตุ้นประสาท เช่น transcranial magnetic stimulation (TMS), transcranial direct current stimulation (tDCS), deep-brain stimulation, peripheral stimulation

3) การบำบัดทางพฤติกรรม โดยจะกล่าวถึงงานวิจัยเกี่ยวกับการให้ภูมิคุ้มกันที่ไม่ต้องสร้างเอง (passive immunization) และ TMS ที่ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ใช้เมทแอมเฟตามีน เนื่องจากเป็นงานวิจัยที่ยังมีการศึกษาวิจัยอย่างต่อเนื่อง และเริ่มมีการทำวิจัยทางคลินิกในกลุ่มผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนแล้ว

- **Passive Immunization (anti-methamphetamine monoclonal antibody)**

หลักการทั่วไปของ passive immunization ที่ใช้ในการรักษาภาวะการเสพติด คือ การให้ monoclonal antibody (mAb) ที่จำเพาะกับสารเสพติดเข้าไปในร่างกายเพื่อไปจับกับสารเสพติดในกระแสเลือด เพื่อทำให้โมเลกุลของสารเสพติดที่จับกับ mAb นั้นมีขนาดใหญ่ขึ้นจนไม่สามารถผ่าน blood-brain barrier เพื่อเข้าสู่ระบบประสาทได้ และเมื่อสารเสพติดไม่สามารถเข้าสู่ระบบประสาทได้ก็ย่อมไม่สามารถทำให้เกิดฤทธิ์ต่อจิตประสาทได้ โดยจะยกตัวอย่างงานวิจัยจากประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งทางผู้วิจัยได้ผลิต mAb ที่มีชื่อว่า IXT-m200 ที่สามารถจับกับโมเลกุลเป้าหมายซึ่งในกรณีนี้คือเมทแอมเฟตามีนในกระแสเลือด เพื่อทำให้ความสามารถในการเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลางของเมทแอมเฟตามีนลดลง เพราะโมเลกุลของ mAb ที่ไปจับกับเมทแอมเฟตามีนนั้นมีขนาดใหญ่เกินไป



ที่จะผ่าน blood-brain barrier เข้าสู่สมองได้ ดังนั้นเมื่อใช้สารเมทแอมเฟตามีน ตัว antibody นั้น จะเข้าไปจับกับสาร และจะทำให้ความสามารถของสารเสพติดในการเข้าสู่ระบบประสาทลดลง โดยผู้วิจัย มีสมมติฐานว่าปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นน่าจะสามารถลดผลที่ทำให้รู้สึกพึงพอใจ (pleasurable reinforcing effects) ของสารได้ และเมื่อผู้เสพสารได้ฤทธิ์ที่พึงประสงค์จากสารเสพติดลดลงแล้ว แรงจูงใจในการใช้ สารก็น่าจะลดลง โดยเฉพาะเมื่อให้การรักษาควบคู่ไปกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioural therapy)^[31] โดยในปี ค.ศ. 2017 IXT-m200 ผ่านการทดสอบในการวิจัยเฟสที่หนึ่งแล้ว^[32,33]

- **Non-invasive Brain Stimulation (Transcranial magnetic stimulation; TMS)**

หลักการของ TMS คือการใช้คลื่นแม่เหล็กที่เกิดจากการปล่อยกระแสไฟฟ้าจากเครื่องกำเนิด ไฟฟ้าไปที่ขดลวด เมื่อกระแสไฟฟ้าผ่านขดลวด ขดลวดจะเหนี่ยวนำทำให้เกิดสนามแม่เหล็กขึ้น เมื่อนำ ขดลวดไปวางที่ตำแหน่งที่ต้องการการเปลี่ยนแปลงของสมอง สนามแม่เหล็กจะเหนี่ยวนำให้เกิด การเปลี่ยนแปลงของเซลล์ประสาทในบริเวณนั้น (neuroplasticity) โดยกลไกการออกฤทธิ์ของ TMS นั้นยังไม่แน่ชัด แต่จากการศึกษาพบว่า TMS สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวได้ผ่านการ เปลี่ยนแปลงของ corticospinal excitability และผลคือสามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้าน อารมณ์ ความคิดและพฤติกรรม โดยในปัจจุบัน TMS ได้รับการรับรองโดยองค์การอาหารและยา ของประเทศสหรัฐอเมริกาให้ใช้ในการรักษาโรคซึมเศร้า และโรคย้ำคิดย้ำทำ^[34] ด้วยคุณสมบัติของ TMS ที่สามารถทำให้เกิด neuroplasticity ทำให้ TMS ได้กลายเป็นจุดสนใจสำหรับการวิจัยเพื่อหา วิธีรักษาภาวะการเสพติด โดยการศึกษาของ TMS ที่เกี่ยวกับการเสติดนั้นมักจะให้ความสำคัญกับสมอง บริเวณ prefrontal cortex และ limbic pathway เนื่องจากการศึกษาพบว่าภายหลังการใช้สารเสพติด ประเภทเมทแอมเฟตามีนเป็นระยะเวลาสั้นจะเกิดความผิดปกติของ mesocorticolimbic system ซึ่ง เกี่ยวข้องกับ dopaminergic pathway เป็นหลัก^[34] มีการศึกษาแบบ RCT จากสาธารณรัฐประชาชนจีน พบว่ากลุ่มผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนที่ได้รับ repetitive TMS (rTMS) ที่ dorsolateral prefrontal cortex ร่วมกับ การบำบัดรักษาที่ใช้ยู่ประจำ มีการลดลงของคะแนนความอยากสารที่ได้รับการกระตุ้น เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ^[35-37] และมีความยับยั้งชั่งใจดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อ เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับ rTMS (Yuan et al., 2020) และการศึกษาทางภาพถ่ายสมองในผู้ใช้ เมทแอมเฟตามีน พบว่า rTMS ทำให้เกิดกลไก neuroplasticity ขึ้นโดยมีการเพิ่มขึ้นของ frontoparietal functional connectivity ซึ่งสัมพันธ์กับการลดลงของอาการอยากยา^[38] อย่างไรก็ตาม พบว่าการ ศึกษาถึงประสิทธิภาพของ rTMS ต่อความผิดปกติที่เกิดจากการใช้เมทแอมเฟตามีนนั้น ยังมีการศึกษา ไม่มาก และในแต่ละการศึกษานั้นยังค่อนข้างมีความแตกต่างในระเบียบวิธีการวิจัยไม่ว่าจะเป็นตำแหน่ง ของสมองที่ทำ rTMS ผลลัพธ์หลักที่แต่ละการศึกษาวัด ตลอดจนเทคนิคที่ใช้ เช่น จำนวนครั้ง จำนวน การกระตุ้น และความแรงที่ใช้ ดังนั้นการศึกษาถึงประสิทธิภาพของ rTMS ต่อภาวะความผิดปกติจาก การใช้สารเมทแอมเฟตามีนนั้นยังมีความจำเป็นต้องทำการศึกษาต่อไปเพื่อหาข้อสรุปที่ชัดเจน^[39]



สรุป

ถึงแม้ว่าในปัจจุบันจะยังไม่มีการรักษาด้วยยาหรือการรักษาชีวภาพอื่น ๆ ที่ได้รับการรับรองสำหรับกลุ่มผู้ใช้สารเมทแอมเฟตามีน แต่ในปัจจุบันการวิจัยและพัฒนาเพื่อหาและวิธีการที่จะช่วยในการรักษา กลุ่มผู้ใช้สารเมทแอมเฟตามีนก็ยังคงดำเนินต่อไป โดยมีทั้งการพัฒนาหาเพื่อที่จะนำมาจัดการกับผลของเมทแอมเฟตามีนที่มีต่อระบบประสาท เช่น การอักเสบของประสาท การทดสอบยาที่เคยได้รับการรับรองจากการรักษาสารเสพติดตัวอื่น เช่น naltrexone รวมไปถึงการวิจัยและพัฒนาวิธีการรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ยา เช่น วิธีการทางภูมิคุ้มกันวิทยาที่สามารถจับสารเสพติดในเลือดเพื่อลดโอกาสการเข้าสู่ระบบประสาท ตลอดจนวิธีการกระตุ้นสมองด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า เพื่อหวังว่าจะช่วยลดอาการอยากสารได้ โดยสรุปจะเห็นได้ว่าในปัจจุบันมีการพยายามออกแบบวิจัยและศึกษาวิธีการรักษาใหม่ ๆ เพื่อที่จะใช้รักษาภาวะการติดเมทแอมเฟตามีน โดยการประยุกต์ใช้ความรู้ทางประสาทวิทยาศาสตร์หลายด้าน มาพัฒนาวิธีการรักษาผู้มีปัญหาการใช้สารเสพติด

เอกสารอ้างอิง

1. Degenhardt, L., Charlson, F., Ferrari, A., Santomauro, D., Erskine, H., Mantilla-Herrera, A., & Kopec, J. (2018). The global burden of disease attributable to alcohol and drug use in 195 countries and territories, 1990-2016. *The Lancet Psychiatry*, 5(12), 987-1012.
2. Shaerzadeh, F., Streit, W.J., Heysieattalab, S., & Khoshbouei, H. (2018). Methamphetamine neurotoxicity, microglia, and neuroinflammation. *Journal of neuroinflammation*, 15(1), 341-341.
3. Snider, S.E., Hendrick, E.S., & Beardsley, P.M. (2013). Glial cell modulators attenuate methamphetamine self-administration in therat. *European journal of pharmacology*, 701, 124-130.
4. Li, M.J., Briones, M.S., Heinzerling, K.G., Kalmin, M.M., & Shoptaw, S.J. (2020). Ibudilast attenuates peripheral inflammatory effects of methamphetamine in patients with methamphetamine use disorder. *Drug and alcohol dependence*, 206.
5. Heinzerling, K.G., Briones, M., Thames, A.D., Hinkin, C.H., Zhu, T., Wu, Y.N., & Shoptaw, S.J. (2020). Randomized, Placebo-Controlled Trial of Targeting Neuroinflammation with Ibudilast to Treat Methamphetamine Use Disorder. *Journal of neuroimmune pharmacology: the official journal of the Society on NeuroImmune Pharmacology*, 15(2), 238-248.
6. Lee, M.R., & Weerts, E.M. (2016). Oxytocin for the treatment of drug and alcohol use disorders. *Behavioural pharmacology*, 27(8), 640-648.



7. Baracz, S.J., Everett, N.A., McGregor, I.S., & Cornish, J.L. (2016). Oxytocin in the nucleus accumbens core reduces reinstatement of methamphetamine-seeking behaviour in rats. *Addiction Biology*, 21(2), 316-325.
8. Cox, B.M., Bentzley, B.S., Regen-Tuero, H., See, R.E., Reichel, C.M., & Aston-Jones, G. (2017). Oxytocin Acts in Nucleus Accumbens to Attenuate Methamphetamine Seeking and Demand. *Biological psychiatry (1969)*, 81(11), 949-958.
9. Stauffer, C.S., Moschetto, J.M., McKernan, S., Meinzer, N., Chiang, C., Rapier, R., & Woolley, J.D. (2020). Oxytocin-enhanced group therapy for methamphetamine use disorder: *Journal of Substance Abuse Treatment*, 116.
10. Brecht, M.L., & Herbeck, D. (2014). Time to relapse following treatment for methamphetamine use: A long-term perspective on patterns and predictors. *Drug and Alcohol Dependence*, 139, 18-25.
11. Hoge, E.A., Anderson, E., Lawson, E.A., Bui, E., Fischer, L.E., Khadge, S.D., & Simon, N.M. (2014). Gender moderates the effect of oxytocin on social judgments. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 29(3), 299-304.
12. Chiu, C.T., Ma, T., & Ho, I.K. (2005). Attenuation of methamphetamine-induced behavioral sensitization in mice by systemic administration of naltrexone. *Brain Research Bulletin*, 67(1-2), 100-9.
13. Courtney, K.E., Ghahremani, D.G., & Ray, L.A. (2016). The Effects of Pharmacological Opioid Blockade on Neural Measures of Drug Cue-Reactivity in Humans. *Neuropsychopharmacology: official publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 41(12), 2872-2881.
14. Coffin, P.O., Santos, G.M., Hern, J., Vittinghoff, E., Santos, D., Matheson, T., & Batki, S.L. (2018). Extended-release naltrexone for methamphetamine dependence among men who have sex with men: a randomized placebo-controlled trial. *Addiction*, 113(2), 268-278.
15. Kohno, M., Dennis, L.E., McCready, H., Schwartz, D.L., Hoffman, W.F., & Korthis, P.T. (2018). A preliminary randomized clinical trial of naltrexone reduces striatal resting state functional connectivity in people with methamphetamine use disorder. *Drug Alcohol Depend*, 192, 186-192.
16. Trivedi, M.H. (2020). Accelerated Development of Additive Pharmacotherapy Treatment for Methamphetamine Use Disorder. Retrieved from www.clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT03078075



17. Siefried, K.J., Acheson, L.S., Lintzeris, N., & Ezard, N. (2020). Pharmacological Treatment of Methamphetamine/Amphetamine Dependence: A Systematic Review. *CNS Drugs*, 34(4), 337-365.
18. Elkashef, A.M., Rawson, R.A., Anderson, A.L., Li, S.H., Holmes, T., Smith, E.V., & Weis, D. (2008). Bupropion for the treatment of methamphetamine dependence. *Neuropharmacology*, 33, 1162-70.
19. Colfax, G.N., Santos, G.M., Das, M., Santos, D.M., Matheson, T., Gasper, J., & Vittinghoff, E. (2011). Mirtazapine to reduce methamphetamine use. *Archives of General Psychiatry*, 68(11), 1168-1175.
20. Coffin, P.O., Santos, G.M., Hern, J., Vittinghoff, E., Walker, J.E., Matheson, T., & Batki, S. L. (2020). Effects of Mirtazapine for Methamphetamine Use Disorder Among Cisgender Men and Transgender Women Who Have Sex With Men. *JAMA Psychiatry*, 77(3), 246-255.
21. Shoptaw, S., Huber, A., Peck, J., Yang, X., Liu, J., Dang, D.J., & Ling, W. (2006). Randomized, placebo-controlled trial of sertraline and contingency management for the treatment of methamphetamine dependence. *Drug Alcohol Dependence*, 85(1), 12-18.
22. Zorick, T., Sugar, C.A., Hellemann, G., Shoptaw, S., & London, E.D. (2011). Poor response to sertraline in methamphetamine dependence is associated with sustained craving for methamphetamine. *Drug Alcohol Dependence*, 118(2-3), 500-503.
23. Elkashef, A., Kahn, R., Yu, E., Iturriaga, E., Li, S.H., Anderson, A., & Johnson, B.A. (2012). Topiramate for the treatment of methamphetamine addiction. *Addiction*, 107(7), 1297-1306.
24. Rezaei, F., Ghaderi, E., Mardani, R., Hamidi, S., & Hassanzadeh, K. (2016). Topiramate for the management of methamphetamine dependence: a pilot randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Fundamental & Clinical Pharmacology*, 30(3), 282-289.
25. Galloway, G.P., Buscemi, R., Coyle, J.R., Flower, K., Siegrist, J.D., Fiske, L.A., & Mendelson, J. (2011). A randomized, placebo-controlled trial of sustained-release dextroamphetamine for treatment of methamphetamine addiction. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 89(2), 276-282.
26. Longo, M., Wickes, W., Smout, M., Harrison, S., Cahill, S., & White, J.M. (2010). Randomized controlled trial of dexamphetamine maintenance for the treatment of methamphetamine dependence. *Addiction*, 105(1), 146-154.



27. Ling, W., Chang, L., Hillhouse, M., Ang, A., Striebel, J., Jenkins, J., & Esagoff, A. (2014). Sustained-release methylphenidate in a randomized trial of treatment of methamphetamine use disorder. *Addiction*, *109*(9), 1489-1500.
28. Rezaei, F., Emami, M., Zahed, S., Morabbi, M.J., Farahzadi, M., & Akhondzadeh, S. (2015). Sustained-release methylphenidate in methamphetamine dependence treatment. *Daru*, *23*, 2.
29. Ezard, N., Dunlop, A., Hall, M., Ali, R., McKetin, R., Bruno, R., & Lintzeris, N. (2018). LiMA: a study protocol for a randomised, double-blind, placebo controlled trial of lisdexamfetamine for the treatment of methamphetamine dependence. *BMJ Open*, *8*(7).
30. McKetin, R., Dean, O.M., Turner, A., Kelly, P.J., Quinn, B., Lubman, D.I., & Berk, M. (2019). A study protocol for the N-ICE trial: A randomised double-blind placebo-controlled study of the safety and efficacy of N-acetyl-cysteine (NAC) as a pharmacotherapy for methamphetamine ("ice") dependence.(Clinical report). *Trials*, *20*(1).
31. Stevens, M.W., Tawney, R.L., West, C.M., Kight, A.D., Henry, R.L., Owens, S.M., & Gentry, W.B. (2014). Preclinical characterization of an anti-methamphetamine monoclonal antibody for human use. *mAbs*, *6*(2), 547-555.
32. Stevens, M.W., Henry, R.L., Owens, S.M., Schutz, R., & Gentry, W.B. (2014). First human study of a chimeric anti-methamphetamine monoclonal antibody in healthy volunteers. *mAbs*, *6*(6), 1649-56.
33. Stevens, M. (2017). InterveXion Therapeutics. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, *13*, 740.
34. Moretti, J., Poh, E.Z., & Rodger, J. (2020). rTMS-Induced Changes in Glutamatergic and Dopaminergic Systems: Relevance to Cocaine and Methamphetamine Use Disorders. *Frontiers in neuroscience*, *14*, 137.
35. Liu, T., Li, Y., Shen, Y., Liu, X., & Yuan, T.F. (2019). Gender does not matter: Add-on repetitive transcranial magnetic stimulation treatment for female methamphetamine dependents. *Progress in Neuro-psychopharmacology & Biological Psychiatry*, *92*, 70-75.
36. Su, H., Zhong, N., Gan, H., Wang, J., Han, H., Chen, T., Zhao, M. (2017). High frequency repetitive transcranial magnetic stimulation of the left dorsolateral prefrontal cortex for methamphetamine use disorders: A randomised clinical trial. *Drug and Alcohol Dependence*, *175*, 84-91.



37. Yuan, J., Liu, W., Liang, Q., Cao, X., Lucas, M.V., & Yuan, T.F. (2020). Effect of Low-Frequency Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation on Impulse Inhibition in Abstinent Patients With Methamphetamine Addiction A Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open*, 3(3).
38. Su, H., Liu, Y., Yin, D., Chen, T., Li, X., Zhong, N., & Zhao, M. (2020). Neuroplastic changes in resting-state functional connectivity after rTMS intervention for methamphetamine craving. *Neuropharmacology*, 175.
39. Ma, T., Sun, Y., & Ku, Y. (2019). Effects of Non-invasive Brain Stimulation on Stimulant Craving in Users of Cocaine, Amphetamine, or Methamphetamine. *Frontiers in Neuroscience*, 13.



จิต สังคม และชุมชน กับการแก้ไข ปัญหาสารเสพติด

โดย วัชรพงศ์ พุ่มชื่น
วนิดา รัตนสุมาวงศ์
ริติมา ดวงสนิห
รัศเมน กัลยาศิริ

▶ บทนำ

ปัญหาการแพร่ระบาดของสารเสพติดเป็นปรากฏการณ์ที่เกี่ยวกับตัวบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสมอง จิตใจและเป็นปัญหาทางสังคมอย่างต่อเนื่องและยาวนาน วงจรของปัญหายังคงหมุนเวียนไปอย่างต่อเนื่อง โดยเป็นที่ยอมรับกันว่า การรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาการเสพติดนั้น จิตสังคมบำบัดมีส่วนสำคัญอย่างมาก ในปัจจุบันรูปแบบจิตสังคมบำบัดมีการศึกษาวิจัยในวงกว้างและแพร่หลายมากขึ้น^[1] ในตอนต้นของบทนี้จะเป็นการทบทวนรูปแบบการทำจิตสังคมบำบัดโดยผู้ให้การบำบัดตามสถานบริการทางการแพทย์พยาบาล และในตอนท้ายจะกล่าวถึงปัญหาทางสังคม และการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการแก้ไขปัญหาการเสพติด

▶ การรักษาด้วยจิตสังคมบำบัดในผู้มีปัญหาการเสพติด

จิตสังคมบำบัดที่ได้รับการยอมรับว่ามีส่วนช่วยให้ผู้มีปัญหาการเสพติดห่างไกลจากการใช้สารเสพติดมากขึ้น เช่น การบำบัดแบบสั้น (brief intervention; BI) การบำบัดเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจ (motivation enhancement therapy; MET) การบำบัด โดยให้รางวัลหรือการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมบำบัด (contingency management; CM)

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมและการป้องกันการกลับไปใช้ซ้ำ (cognitive behavior therapy; CBT และ relapse prevention; RP) การบำบัดแบบวิภาษวิธี (dialectical behavior therapy; DBT) และการบำบัดเพื่อเสริมให้พัฒนาตามหลักสิบสองขั้นตอนของกลุ่มเอเอ (twelve-step facilitation therapy; TSF)

การรักษาด้วยจิตสังคมบำบัดในผู้ป่วยที่มีปัญหาการเสพติดนั้น นำมาจากพื้นฐานทฤษฎีการเรียนรู้ทางพฤติกรรมศาสตร์ (behavior theory) ทฤษฎีการเรียนรู้แนวปัญญานิยม (cognitive theory) ทฤษฎีทางสังคมศาสตร์ (social learning theory) รวมทั้งยังมาจากพื้นฐานแนวคิดทางด้านจิตวิญญาณ (spirituality)^[1] โดยส่วนใหญ่ บุคลากรทางการแพทย์สามารถแบ่งระดับการบำบัดให้คำปรึกษาออกเป็นสองระดับ^[2] ตามตารางที่ 1 ได้แก่ ระดับการให้คำปรึกษาแบบไม่เข้มข้น (low intensity) ในระดับการให้คำปรึกษา มีประโยชน์คือ บุคลากรทั่วไปสามารถฝึกรูปแบบการให้คำปรึกษาได้ ไม่จำเป็นต้องผ่านการฝึกอบรมอย่างเข้มข้นก่อน ส่วนใหญ่การบำบัดในระดับนี้มักใช้ได้ดีในกลุ่มผู้ที่มีปัญหาสารเสพติดแบบไม่รุนแรง เช่น ให้คำแนะนำแบบสั้นกับผู้ที่เริ่มมีปัญหาการใช้บุหรี่ในกลุ่มงานอายุรกรรม เป็นต้น การให้คำปรึกษาแบบไม่เข้มข้น มีความคุ้มค่า (cost effective) คุ้มค่า เพราะไม่ต้องลงทุน ลงแรง และลงเวลาในการฝึกมากนัก นอกจากนี้รูปแบบการให้การบำบัดในผู้ป่วยแต่ละรายยังใช้เวลาไม่นาน ส่วนระดับที่สองนั้น จัดเป็นระดับการให้คำปรึกษาที่มีความเข้มข้น (high intensity) การให้คำปรึกษาในระดับความเข้มข้นสูง จำเป็นต้องมีรูปแบบการให้คำปรึกษาที่ชัดเจน ผู้ที่ทำการบำบัด มักเป็นผู้ที่มีความรู้ และผ่านการอบรมในการให้คำปรึกษามาก่อน มักอยู่ในสถานพยาบาลเฉพาะทาง เช่น คลินิกเลิกสารเสพติด การบำบัดในระดับนี้มีข้อดีคือสามารถช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาการเสพติดที่มีความรุนแรงได้อย่างดี^[3]

ตารางที่ 1 ชนิดของจิตสังคมบำบัดและระดับในการให้คำปรึกษา

ชนิดการบำบัด	ระดับความเข้มข้น
การบำบัดแบบสั้น (brief intervention; BI)	ไม่เข้มข้น
การบำบัดเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจ (motivation enhancement therapy; MET)	ไม่เข้มข้น
การบำบัดโดยการให้รางวัล หรือการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมบำบัด (contingency management; CM)	ไม่เข้มข้น
การบำบัดความคิดและพฤติกรรมและการป้องกันการใช้ซ้ำ (cognitive behavior therapy (CBT), relapse prevention (RP))	เข้มข้น
การบำบัดแบบวิภาษวิธี (dialectical behavior therapy; DBT)	เข้มข้น
การบำบัดเพื่อเสริมให้พัฒนาตามหลักสิบสองขั้นตอนของกลุ่มเอเอ (twelve-step facilitation therapy; TSF)	ไม่ระบุ



▶ หลักพื้นฐานของการให้คำปรึกษา

การให้คำปรึกษาผู้ที่มีปัญหาการเสพติดนั้น มีความแตกต่างจากการให้คำปรึกษาทั่วไป อาจเนื่องจากผู้ที่เข้ามารับคำปรึกษาในเรื่องการเสพติดแต่ละรายมีความตระหนักในปัญหาการติดสารเสพติดของตนหลายระดับ ปัญหาการติดสารเสพติดมักมีการติดร่ายอย่างมาจากสังคม รวมทั้งผู้ที่มีปัญหาในกลุ่มการเสพติดบางกลุ่มเป็นผู้ที่มีความเปราะบางในบุคลิกภาพ^[4] โดยทั่วไปแล้ว มีข้อแนะนำ^[1] ที่สามารถใช้เป็นพื้นฐานของการให้คำปรึกษาในผู้ที่ใช้สารซึ่งบางข้อเป็นไปตามหลักการเสริมสร้างแรงจูงใจให้เกิดการเปลี่ยนแปลง คือ

- ให้ผู้รับคำปรึกษาเป็นศูนย์กลาง (client centered approach)
- มีทัศนคติที่ดี มองเห็นส่วนที่ดี และศักยภาพในตัวผู้รับคำปรึกษา
- มีความเข้าใจ เห็นใจในมุมมองและความรู้สึก (empathy)
- ยอมรับในตัวผู้มารับบริการ (acceptance)
- ไม่ใช้การเผชิญหน้า (no confrontation)
- หมุนตามแรงต้านของผู้รับคำปรึกษาได้ (rolling with resistance)
- ไม่ตัดสิน (non-judgmental)
- ชื่นชมและสะท้อนพฤติกรรมอย่างเหมาะสม

ทั้งนี้ ควรเลือกรูปแบบและวิธีการบำบัดที่เหมาะสม โดยส่วนใหญ่แนะนำให้เลือกวิธีการบำบัดที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าสามารถช่วยผู้ที่ใช้สารให้ได้ตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

- ทำให้เกิดแรงจูงใจที่ดีในการบำบัด และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทิศทางที่สามารถลด ละ เลิก จากการใช้สารได้
- ทำให้มีความตระหนักในปัญหาการเสพติดของตน
- ทำให้มีทักษะในการป้องกันตนเองไม่ให้กลับไปใช้สารเสพติดได้อย่างเหมาะสม
- ทำให้ระบุพฤติกรรม สถานการณ์ ที่ทำให้เกิดความเสี่ยงในการกลับไปใช้สารเสพติด และเฝ้าระวังได้อย่างเหมาะสม
- ให้ผู้ป่วยและญาติมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความเข้าใจ และช่วยเหลือซึ่งกันและกันได้อย่างมั่นคง เพื่อการ ลด ละ เลิกสาร

สำหรับตัวอย่างรูปแบบการบำบัดต่าง ๆ ตามตารางที่ 2 ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายว่ามีประสิทธิภาพในการช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาสารเสพติด ให้สามารถ ลด ละ เลิก ได้ยาวนานมากขึ้น โดยสามารถทำอยู่ในรูปแบบของการบำบัดรายบุคคล และสามารถนำมาจัดเป็นการบำบัดรายกลุ่ม นอกจากนี้ ยังมีการจัดเป็นรูปแบบของโปรแกรมรูปแบบการบำบัดรายกลุ่มที่มีเป้าหมายเพื่อช่วยส่งเสริมฟื้นฟู



และบำบัดผู้ป่วยที่มีปัญหาการเสพติด เช่น รูปแบบการบำบัดตามโปรแกรมพระมงกุฎเกล้าโมเดล (Phramongkutklo Model; PMK model)^[5] รูปแบบการบำบัดแบบ matrix program ที่เป็นโมเดลที่นำมาจากต่างประเทศ เป็นต้น

กล่าวโดยสรุป การทำจิตสังคัมบำบัดเป็นการบำบัดที่ได้รับการยอมรับว่าสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหาการเสพติดได้ โดยสามารถใช้จิตสังคัมบำบัดเพียงอย่างเดียว หรือร่วมกับการใช้ยารักษาในผู้ป่วยที่ไม่ได้มีความรุนแรงมาก ผู้ให้การบำบัดสามารถเลือกรูปแบบการบำบัดที่ทำได้รวดเร็ว และมีความคุ้มค่า (low intensity) แต่หากผู้ป่วยที่มีความรุนแรงผู้ให้การบำบัดอาจจะเลือกการบำบัดที่มีหลักฐานทางวิชาการว่าสามารถช่วยเหลือได้มากขึ้น (high intensity) ผู้ให้การบำบัดควรเลือกชนิดของการบำบัดให้เหมาะสมกับศักยภาพและความเชื่อพื้นฐานของผู้เข้ารับการบำบัดแต่ละคน มีการติดตามความคืบหน้าของการทำจิตบำบัดอย่างเหมาะสม เพื่อให้การทำจิตสังคัมบำบัดเกิดประโยชน์สูงสุดในการช่วยให้ผู้ที่มีปัญหาการเสพติดห่างไกลสารเสพติดได้ยาวนานที่สุด

ทั้งนี้ การบำบัดบางรูปแบบสามารถนำไปปรับใช้ในชุมชนได้ เช่น การบำบัดโดยการให้รางวัล ซึ่งเป็นรูปแบบที่มีความเข้มข้นไม่มาก จึงเหมาะกับการนำไปปรับใช้ในสิ่งแวดล้อมและสถานการณ์ที่อยู่ในชุมชนได้เป็นอย่างดี ในส่วนถัดไป จะกล่าวถึงบทบาทของชุมชนและภาคประชาสังคมที่สามารถเข้ามามีส่วนในการแก้ไขปัญหาสารเสพติดได้

ตารางที่ 2 จิตสังคัมบำบัดที่ได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพในผู้ป่วยที่มีปัญหาการเสพติด

	รายละเอียดของการบำบัด
การบำบัดแบบสั้น	เป็นวิธีการในระดับความเข้มข้นน้อยในการให้คำปรึกษาเชิงใจให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ใช้ในกลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงสูงหรือแบบอันตราย (hazardous drinker / harmful drinker) บำบัดประมาณ 1-3 ครั้ง ใช้เวลา 5-15 นาที เพื่อเน้นให้เกิดค่าน้ำหนักในการปรับเปลี่ยน และเน้นการเสริมสร้างศักยภาพ ^[6] ให้มั่นใจว่าสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ หลักการปฏิบัติจะใช้ตัวย่อว่า FRAMES คือ Feedback / Responsibility / Advice / Menu of Strategies / Empathy / Self-efficacy
การบำบัดเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจ	เป็นวิธีการบำบัดที่มีพื้นฐานจากการสัมภาษณ์แบบสร้างเสริมแรงจูงใจ (motivation interviewing; MI) ^[3] เน้นในเรื่องการให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้ผู้ป่วยเห็นภาวะสองจิตสองใจ (ambivalence) ระหว่างสิ่งที่ตนเองต้องการที่แท้จริงกับการใช้สารเสพติด เรียนรู้และมีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนเพื่อไปในทิศทางที่จะลดละเลิก และมีพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น การบำบัดนี้จะใช้หลักการให้ผู้ป่วยพูดข้อความที่ดิงามจูงใจตนเอง โดยเชื่อว่าทุกคนมีสิ่งที่ดิงามอยู่ในตน พบว่ามีประสิทธิภาพดี โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่น หรือคนวัยทำงาน ^[7]



ตารางที่ 2 จิตสังคมบำบัดที่ได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพในผู้ป่วยที่มีปัญหาการเสพติด (ต่อ)

รายละเอียดของการบำบัด	
การบำบัดโดยให้รางวัล / การประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมบำบัด	เป็นการบำบัดที่มีพื้นฐานจากหลักการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (behavior modification) การบำบัดมุ่งเน้นให้มีการตอบสนองที่ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมบวกซ้ำ โดยการเสริมแรงในทางบวก (positive reinforcement) มีหลักฐานเชิงประจักษ์ ^[6] ว่าการบำบัดโดยการให้รางวัลสามารถลดการกลับไปติดซ้ำของผู้ใช้สารเสพติด การบำบัดโดยการให้รางวัลได้รับการประยุกต์ใช้อย่างแพร่หลาย ส่วนใหญ่มักเริ่มใช้ในผู้ที่ยังไม่มีแรงจูงใจที่ตึงในการเลิกพฤติกรรมเสพติด หรือช่วงแรกของการบำบัด แต่เมื่อผู้ป่วยเริ่มมีแรงจูงใจจากสิ่งที่ตนเองต้องการมากขึ้น ผู้ให้การบำบัดจำนวนมากก็นิยมใช้หลักการบำบัดนี้ ควบคู่กับการบำบัดอื่น ๆ เช่น การบำบัดเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจ เป็นต้น
การบำบัดความคิดและพฤติกรรมและป้องกันการใช้ซ้ำ	เป็นวิธีการบำบัดที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีความคิดและพฤติกรรมศาสตร์ รูปแบบมาตรฐานของการบำบัดนี้มีโครงสร้างที่ชัดเจน และมีระยะเวลาการบำบัดที่แน่นอน ผู้ให้การบำบัดมุ่งเน้นให้ผู้ช่วยตระหนักและสามารถจัดการความคิดที่เบี่ยงเบน จัดการอารมณ์ในทางลบ อันเป็นเหตุผลที่นำไปสู่การกลับไปใช้สารซ้ำ ^[2] หลักการ relapse prevention นี้ ช่วยเหลือให้ผู้ช่วยมีทักษะในการป้องกันตนเองสู่การกลับไปใช้ซ้ำ สามารถรู้เท่าทันสถานการณ์เสี่ยง สามารถจัดการอารมณ์ในทางลบได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีทักษะในการปฏิเสธเมื่อมีคนชักชวนให้กลับไปใช้ซ้ำ
พฤติกรรมบำบัดวิภาษวิธี	เป็นการบำบัดที่ใช้ได้ดีกับผู้ป่วยที่มีปัญหาการจัดการอารมณ์ ^[4] นำไปสู่พฤติกรรมของการใช้สารเสพติด เช่น ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางบุคลิกภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง Borderline Personality Disorder ^[8] การบำบัดมุ่งเน้นให้เกิดการเรียนรู้และฝึกฝนและจัดการกับสถานการณ์กระตุ้นเร็ว โดยมีการประยุกต์ใช้หลักการทางตะวันออก เช่น การฝึกสติ การยอมรับและอดทนต่ออารมณ์ในทางลบ ผสมผสานกับหลักการทางตะวันตก ^[6] เช่น การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม การฝึกทักษะเชิงการปฏิสัมพันธ์
การบำบัดเสริมการพัฒนาตามหลัก 12 ขั้นตอน	กลุ่มเอเอ (AA) ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายในต่างประเทศ ^[1] แต่ในประเทศไทยยังไม่แพร่หลายมากนัก ทั้งนี้ เนื่องจากอุปสรรคในเรื่องของภาษา ขาดการรวมตัวของภาคประชาชน และวัฒนธรรมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพและหลักการของศรัทธา/ปัญญาที่ไม่เหมือนกัน อีกทั้ง ผู้ส่งต่อเองอาจยังขาดความเข้าใจในหลักการดำเนินงานของกลุ่มเอเอ ทำให้เกิดเป็นการบำบัดเพื่อเสริมให้พัฒนาตามหลัก 12 ขั้นตอนนี้ โดยมีวัตถุประสงค์หลักคือ ส่งเสริมให้เข้าร่วมกลุ่มเอเอ และส่งเสริมการพัฒนาตนเองตามหลัก 12 ขั้นตอน โดยเน้นให้เกิดความเข้าใจ และให้เห็นประโยชน์จาก 12 ขั้นตอนของกลุ่มเอเอนี้ โดยมุ่งเน้นเพื่อประคับประคอง ให้ผู้เข้าร่วมกลุ่มสามารถผ่าน 12 ขั้นตอน เพื่อการบำบัดฟื้นฟู โดยเน้นหลักการพึ่งพาตนเองได้สำเร็จ



▶ ลักษณะสังคมและชุมชนที่ทำให้เกิดปัญหาการเสพติด

เด็กเยาวชนหลายชีวิตที่เข้าไปสู่วงจรปัญหาสารเสพติด และต้องเสียนาคตจากการเป็นผู้เสี้ยง กลายเป็นผู้เสพ จากการเสพยากระดับพฤติกรรมเป็นผู้ค้า จากคำรายย่อยก็กลายมาเป็นรายสำคัญ และมีเครือข่ายการค้ายาเสพติดกระจายไปอย่างไม่มีที่สิ้นสุด ซึ่งผู้ที่ได้รับผลกระทบก็คือครอบครัวและชุมชน โดยหลายชุมชนยอมจำนนต่อปัญหา และรอเพียงความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่รัฐ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยไม่ได้แก้ไขปัญหา และทำได้แค่เพียงดูแลลูกหลานของตัวเอง อีกทั้งยังมี “มายาคติ” (mythology) ต่อความน่ากลัวของสารเสพติด ทำให้ต้องพึ่งพารัฐเพียงอย่างเดียว และทำให้ไม่เห็นความเป็นไปได้ของทางออกจากปัญหา

ปัญหาสารเสพติดเป็นปัญหาที่สลับซับซ้อนและเชื่อมโยงไปสู่อีกหลายปัญหา หากแต่ยังมีหลายชุมชนในสังคมไทยที่ตื่นตัวลุกขึ้นมาป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยความร่วมมือกัน หลายพื้นที่ยกระดับการทำงานแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยการรวมตัวกันเป็นเครือข่ายความร่วมมือ แลกเปลี่ยนสถานการณ์ แบ่งปันบทเรียนและประสบการณ์ในการทำงาน ใช้วิธีคิดใหม่จนเกิดเป็นความคิดเพื่อหาทางออกจากปัญหา ละบมายาคติเสียได้โดยไม่รอพึ่งพารัฐจากบทรเรียนและประสบการณ์ที่ชาวบ้านลงมือปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาก่อให้เกิดเป็นกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน (community participation paradigm) ประสบการณ์จากหลายชุมชนที่มุ่งมั่นทำงานป้องกันและแก้ไขก่อรูปเป็นองค์ความรู้และสามารถใช้เป็นทางออกจากปัญหาโดยใช้พลังชุมชน (community empowerment) เพื่อให้สังคมไทยปลอดภัยจากปัญหาสารเสพติด และสร้างความสุขให้กลับมาสู่ชุมชน^[9]

ผลกระทบจากวิกฤตโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อผู้คนในสังคมไทย โดยเฉพาะผู้ที่มีรายได้น้อยหรือคนในชุมชนที่มีฐานะยากจน และส่งผลทำให้ทำให้ปัญหาความเหลื่อมล้ำทางสังคมที่เป็นอยู่นั้นเพิ่มขึ้น ช่องว่างที่อันตรายของวิกฤตโควิด-19 เป็นช่องว่างที่อาจก่อให้เกิดวงจรใหม่ของปัญหาสารเสพติด แนวโน้มของปัญหาจะเพิ่มความซับซ้อนขึ้น ประชาชนในชุมชนที่ได้รับผลกระทบจากเศรษฐกิจที่มีส่วนมาจากวิกฤตโควิด-19 อาจตัดสินใจผิดโดยก้าวไปสู่วงจรและผลประโยชน์จากสารเสพติดได้ ถึงแม้ว่าภาครัฐจะมีมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวที่เข้มข้นและจริงจัง ดังนั้นภาคประชาชน ชุมชนจะเป็นฐานพลังที่สำคัญในการเติมเต็มช่องว่างเหล่านั้นเพราะอยู่กับปัญหาและต้องใช้ชีวิตอยู่ในพื้นที่ในชุมชน พลังความร่วมมือจะนำไปสู่การหาทางออกจากวิกฤตอย่างสร้างสรรค์ โดยบทเรียนจากอดีตที่เกิดขึ้นและที่ส่งผลกระทบต่อคนในชุมชนจะก่อให้เกิดเป็นโอกาสในการเรียนรู้ของผู้นำชุมชน คณะทำงานในชุมชน และประชาชนในชุมชนได้ ที่ต้องปรับตัวและปรับวิถีชีวิตใหม่ และใช้หัวใจจิตอาสาภายใต้สถานการณ์ปัญหาที่ซับซ้อนและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในสังคม ดังตัวอย่างคำพูดที่ถอดมาจากคนทำงานสารเสพติดที่อยู่ในพื้นที่



“ที่ฉันลุกขึ้นมาเป็นประธานชุมชน และมุ่งมั่นที่จะป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน ฉันชวนคนในชุมชนลุกขึ้นมาต่อสู้กับยาเสพติด เพราะฉันมีเบื้องหลังชีวิตที่แสนเจ็บปวด พี่ชายต้องมาตายจากการใช้ยาเสพติด เราต้องเห็นพี่ชายเสียชีวิตต่อหน้าต่อตา สมัยก่อนมีการแพร่ระบาดของผงขาว หรือเฮโรอีนแพร่ระบาดรุนแรงมาก เด็กวัยรุ่น คนทำงานหลายคนติดยา และติดเอดส์ เป็นจำนวนมาก หลายครอบครัวต้องสูญเสียคนอันเป็นที่รัก และส่งผลกระทบต่อเรื่องอื่น ๆ ตามมาอีกมากมาย”

--ความในใจของพี่เพ็ญ ประธานชุมชนแห่งหนึ่งของกรุงเทพมหานคร--

“มีผู้คนหนึ่งมาปรึกษากับพ่อหลวงว่าหลานชายของแก น่าจะเป็นคนขโมยเงินของอยู่ไป เงินหายไปหลายครั้ง จากหลักร้อยไปถึงหลักพัน กว่าอายุจะเก็บเงินได้ต้องทำงานหนักมาเป็นปี เงินที่เก็บไว้ก็เพื่อจะส่งหลานเรียน และเป็นค่ารักษาตัวเมื่อเจ็บป่วย พ่อหลวงนำทุกข์ของผู้อาวุโสมาปรึกษากัน พบข้อเท็จจริงว่าหลานผู้คนนั้นขโมยเงินไปเพื่อซื้อยาบ้า และกำนันได้พบความจริงอีกว่าเยาวชนในตำบลเขื่อนผากที่เสพยาบ้าหรือที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดมีถึง 47 คน”

--กำนันสุทัศน์ เชื้อนาม กำนันตำบลเขื่อนผาก--

๑) สถานการณ์ปัญหาสารเสพติดในมุมมองเครือข่ายภาคประชาชน^[10]

สารเสพติดกับความจริงที่ว่า “เมื่อสิ่งนี้มี สิ่งนี้ย่อมมี” สังกเกตได้จากการเปลี่ยนแปลงของสังคมไทย ในช่วง 30 ปีที่ผ่านมา ที่ส่งผลให้ประชาชนทั้งในเขตหมู่บ้านในชนบทและชุมชนในเขตเมืองปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำรงชีวิตจากสังคมชาวนาชาวไร้มาเป็นสังคมผู้ประกอบการเกษตร เกิดวิถีชีวิตที่มุ่งหารายได้ ประกอบอาชีพทางการเกษตรเชิงเดี่ยว หรือเป็นการผลิตแบบเกษตรพันธสัญญา (contract farming) ชีวิตที่เปลี่ยนไปส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลต่อวิถีวัฒนธรรมการใช้ชีวิตของประชาชนในระดับชุมชน ดังตัวอย่างคำพูดที่กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เช่น “การเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิต เชื่อมโยงไปที่การหาอยู่หากิน ปากท้องและรายได้” “พ่อ แม่เลิกกัน แยกทางกันอยู่ ลูกถูกโยนไปให้กับผู้อาวุโส ชีวิตและทัศนคติของคนที่ต้องรับภาระต่อแตกต่างกับคนที่ถูกโยนให้มาดูแล” “ความจน ที่เป็นผลผลิตของความเหลื่อมล้ำ ชีวิตที่มีทางเลือกไม่มาก ส่งผลต่อการเข้าไปเกี่ยวข้องการยาเสพติดหรือไม่” และ “เมื่อสิ่งนี้เกิดขึ้นและเป็นอยู่ ต่างเชื่อมโยงและส่งผลให้เกิดสิ่งนี้ที่ย่อมมี”



ปรากฏการณ์ที่เห็นได้ชัดเจน คือ ปัญหาด้านสุขภาพเกิดภาวะการเจ็บป่วยสูงขึ้น มีอัตราการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นอย่างน่าวิตกโดยเฉพาะในกลุ่มคนทำงาน พ่อบ้านรุ่นใหม่มีอายุน้อย และผลกระทบในกลุ่มเด็กและเยาวชนในชุมชน อีกปรากฏการณ์การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในห่วงโซ่ที่ผ่านมา คือ การเปลี่ยนโครงสร้างของครอบครัว โดยเปลี่ยนจากครอบครัวขยายมาเป็นครอบครัวเดี่ยวที่มีขนาดเล็กลง ต่างคนต่างทำมาหากิน หลายครอบครัวย้ายถิ่นเพื่อประกอบอาชีพและศึกษาต่อในเขตเมือง และมีหลายครอบครัวที่มีพื้นฐานจากสังคมชนบทแล้วเข้ามาทำงานในเมืองต้องเจอกับปัญหาการหย่าร้าง แยกทาง พ่อแม่หลายคนส่งลูกให้ไปอยู่กับตายายในชนบท ส่งผลให้สถาบันครอบครัวลดความเข้มแข็งลง ทำให้ครอบครัวไม่สามารถทำหน้าที่ในการปลูกฝังจริยธรรมให้กับสมาชิกในครอบครัวได้ดังในอดีตที่เคยเป็นมา โดยจุดเริ่มต้นของวงจรการใช้สารเสพติดของเด็กและเยาวชนต่างมาจากปัญหาครอบครัวที่มาพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงของสังคม และเป็นเหตุและผลอันเชื่อมโยงมาจากการเปลี่ยนแปลงของสังคมการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัวในหมู่บ้าน/ชุมชน

ทั้งนี้ ประชาชนในพื้นที่ชุมชนยังพูดถึง “ยาบ้า” หรือเมทแอมเฟตามีน (methamphetamine) ที่ยังคงเป็นสารเสพติดตัวหลักที่กลุ่มผู้เสพยาอย่างแพร่หลาย ข้อมูลจากสำนักงาน ป.ป.ส. (ระหว่างปี 2540-2560) ระบุว่า ยาบ้าเป็นตัวยามีการจับกุมมากที่สุด ถึงร้อยละ 80 และเป็นสารเสพติดที่คุกคามเด็กและเยาวชนในพื้นที่ โดยพบอัตราการใช้สารเสพติดมากกว่าหนึ่งชนิดมีแนวโน้มมากขึ้น เด็กเยาวชนหลายชุมชนเข้าไปเกี่ยวข้องกับสารเสพติดและมีพฤติกรรมเสพยาแบบผสมผสาน ทดลองการเสพยาเสพติดหลายรูปแบบ และมีวิธีการเสพยาที่หลากหลาย ซึ่งเหล่านี้เกิดจากเหตุหลายปัจจัยตั้งแต่การเปลี่ยนแปลงของสังคมและชุมชนดังกล่าวข้างต้น

▶ วิฤตโควิด-19 ที่ส่งผลต่อวงจรปัญหาสารเสพติดที่เกิดขึ้นในสังคมไทย

จากการสำรวจสถานการณ์และความคิดเห็นของแกนนำเครือข่ายภาคประชาชน ที่ขับเคลื่อนงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในระดับพื้นที่ มีมุมมองที่น่าพิจารณาถึงวิฤตโควิด-19 ที่ส่งผลต่อวงจรปัญหายาเสพติดที่เกิดขึ้นในสังคมไทย ดังนี้

มุมมองที่ 1 : ในช่วงที่สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 รัฐบาลได้กำหนดใช้ พรก.ฉุกเฉิน เพื่อควบคุมสถานการณ์การระบาดของโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 หรือโควิด-19 ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 26 มีนาคม 2563 (ครั้งที่ 1) เจ้าหน้าที่ฝ่ายความมั่นคงและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่างจริงจังกับการเฝ้าระวังปัญหา แต่ก็ยังมีช่องว่าง และปัญหาสารเสพติดยังคงมีอยู่ ผู้เสพยายังคงเข้าถึงสารเสพติดได้ คนขายก็เพียงปรับรูปแบบการขาย คนที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติดยังคงเดินหน้า ปรับรูปแบบวิธีการใช้กลไกการขายผ่านเครือข่ายสังคมออนไลน์เข้ามาช่วย และยังคงรักษาลูกค้าที่เป็นผู้เสพยาไว้ได้



มุมมองที่ 2 : คนที่ได้รับผลกระทบจากโควิด-19 ส่วนใหญ่ คือ ผู้น้อยที่มีพื้นเพมาจากชุมชนชนบทเข้ามาทำงานในเมืองใหญ่เป็นลูกจ้างรายวัน รับจ้างทั่วไป ขับวินมอเตอร์ไซด์ ขับรถรับจ้าง หรือเป็นแม่ค้ารายย่อย รวมไปถึงแรงงานจากประเทศเพื่อนบ้านที่เข้ามาทำงานอีกเป็นจำนวนมาก ผู้คนที่ไม่ได้รับความเดือดร้อนและลำบากในช่วงการระบาดของโรค และผลจากการใช้ พรก. ฉุกเฉินนั้น เป็นผู้ที่มียาได้น้อยอยู่แล้ว และวิกฤตที่เกิดขึ้นยิ่งมาตอกย้ำความเดือนร้อนของหลายชีวิตที่เลือกไม่ได้ เสี่ยงสะท้อนที่อ่อนแอของประชาชนที่ได้รับผลกระทบต่างตถึงผู้นำชุมชน โดยเฉพาะในเขตพื้นที่เมืองหลวง กรุงเทพมหานคร และในเขตปริมณฑล เช่น “หลายคนที่เดือดร้อน เช่น กลุ่มพ่อค้าแม่ค้าที่ค้าขายในช่วงเวลากลางวัน กลุ่มแรงงานทั้งต่างดาวและคนในพื้นที่ บางคนถูกเลิกจ้างแต่ยังต้องพักอาศัยอยู่ในพื้นที่ชุมชน บางคนถูกลดเวลาทำงานลงเหลือแค่ครึ่งวัน ซึ่งส่งผลต่อรายได้ กระทบต่อการดำเนินชีวิต” เป็นคำกล่าวของคุณสมาน อาดำ ซึ่งเป็นแกนนำภาคประชาชนพื้นที่ จังหวัดปทุมธานี ได้สะท้อนภาพที่เกิดขึ้นในชุมชน ส่วนในพื้นที่ชนบทก็ได้รับผลกระทบเช่นกัน เช่น “ลูกหลานตงงาน ไม่มีเงินส่งให้ผู้สูงอายุ เป็นปัญหาที่กระทบอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ในพื้นที่ชัชวาทไม่พบผู้ติดเชื้อโควิด-19 ทำให้เกิดมาตรฐานที่ต้องเข้มงวดมากเพื่อไม่ให้เกิดผู้ติดเชื้อ ส่งผลต่อมาตรการคุมเข้มหลาย ๆ ด้าน แต่กลับพบว่าคุมเข้มแต่กับประชาชนคนทั่วไป แต่เอื้อกับนายทุน อาทิเช่น ตลาดสด มีการคัดกรองคนเข้าอย่างเข้มงวดมาก แต่กับห้างสรรพสินค้าชื่อดังของนายทุนกลับไม่มีการคุมเข้มทำให้ประชาชนเลือกที่จะไปซื้อของในแหล่งเหล่านี้มากกว่า ส่งผลให้พ่อค้าแม่ค้าในตลาดไม่สามารถขายสินค้าได้” ซึ่งเป็นมุมมองจากสิ่งที่ได้พบเห็นที่แกนนำภาคประชาชนในพื้นที่จังหวัดชัชวาทได้เล่าให้ฟัง

มุมมองที่ 3 : มุมที่ไม่ค่อยมีใครพูดถึง หากแต่แกนนำภาคประชาชนที่ทำงานป้องกันและแก้ไขปัญหาระบาดในพื้นที่กลับมองว่าเป็นเรื่องสำคัญและเป็นบทเรียนที่ทุกภาคส่วนต้องพิจารณาและปรับตัว คือ เสี่ยงสะท้อนที่ตั้งมาจากคนในพื้นที่ที่มีทั้งปัญหาโควิด-19 และปัญหาระบาด เช่น “จากการนำ พรก. ฉุกเฉินออกมาใช้ในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19 มุมมองของเจ้าหน้าที่รัฐที่ติดในอำนาจนิยม การวิตรอนสิทธิเสรีภาพของประชาชนแต่เอื้อเฉพาะกลุ่มพวกพ้องเดียวกัน มันจะเป็นรากที่หยั่งลึกและส่งผลกระทบต่อรูปแบบในการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า รวมถึงปัญหาต่าง ๆ ในอนาคต ที่คิดเพียงว่ากลไกภาครัฐเท่านั้นที่จะแก้ไขปัญหาได้ แต่จริง ๆ แล้วเป็นความคิดที่ผิด อีกทั้งการที่รัฐไม่มีมาตรการช่วยเหลือผู้ที่ได้รับผลกระทบอย่างจริงจัง จริงใจ ทำให้มีผู้ที่ตงงานและมีโอกาสเข้าสู่วงจรการค้ายาเสพติดได้ในอนาคต เพราะไม่มีทางเลือกอื่นในการทำมาหากิน”

จากทั้งสามมุมมองที่เชื่อมโยงและส่งผลกระทบต่อสถานการณ์ปัญหาระบาดในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ต่างสะท้อนให้เห็นภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นในระดับพื้นที่ในชุมชนที่เกิดขึ้นกับคนข้างล่าง โดยเสียงจากประชาชนในพื้นที่ชุมชนในช่วงที่เกิดโควิด-19 และมีการใช้ พรก. ฉุกเฉิน มีดังนี้



มิติด้านตัวยา

1. ยาบ้าราคาถูกลง เม็ดละประมาณ 40-60 บาท ผู้เสพในชุมชนบอกว่ายาบ้าที่นั่นตกยุค
2. กลุ่มวัยรุ่นและผู้ใช้แรงงานเปลี่ยนมาเสพยาไอซ์กันมากขึ้น หาซื้อง่ายขึ้น ราคาถูกลง
3. ในบางชุมชนเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร มีการแพร่ระบาดของเฮโรอีน
4. กลุ่มวัยรุ่นที่เป็นผู้เสพหน้าใหม่ นิยมนำยาแผนปัจจุบันบางชนิดมาผสมกับสารเมาและใช้เสพยา มีการคิดทดลองสูตรผสมใหม่ ๆ

มิติด้านตัวคน (ผู้ใช้สาร)

1. กลุ่มผู้เสพในพื้นที่ชุมชนยังคงเป็นคนกลุ่มเดิม หลายคนผ่านกระบวนการบำบัดฟื้นฟูจากหน่วยงานภาครัฐมาแล้ว แต่ก็ยังคงเข้าไปเกี่ยวข้องกับสารเสพติดเหมือนเดิม
2. ถึงแม้ว่าการที่ภาครัฐใช้ พรก. ฉุกเฉินควบคุมสถานการณ์ และส่งผลให้การมีวสุ่มในชุมชนลดลง แต่ก็ยังมีการแอบใช้สารเสพติดเหมือนเดิม เพียงแต่ผู้เสพยาปรับเปลี่ยนรูปแบบการใช้ปรับพฤติกรรมตัวเองให้ได้มีความแนบเนียนกว่าเดิม

มิติด้านตัวคน (ผู้ค้า)

1. เครือข่ายผู้ค้ายาปรับเปลี่ยนรูปแบบการขาย โดยใช้เครื่องมือสื่อสารและโซเชียลมีเดีย (social media) ในการซื้อ-ขายสารเสพติด ปรับรูปแบบการขายโดยตั้งกลุ่มไลน์ลับ กลุ่ม Facebook เฉพาะบุคคล ทำให้ตรวจสอบได้ยากขึ้น
2. ยังคงมีเจ้าหน้าที่รัฐที่เลือกใช้วิธีการที่ผิด และหาประโยชน์จากผู้เสพที่ถูกควบคุมตัว เสี่ยงจากชาวบ้านในหลายพื้นที่โดยเฉพาะภาคอีสานต่างบอกว่าเจ้าหน้าที่รัฐใช้เด็กที่เสพยาเป็นสายลับ ใช้ทั้งปล่อยยาและล่อซื้อยา
3. ถึงแม้ว่าจะมีการใช้เคอร์ฟิวทั่วประเทศเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โดยห้ามประชาชนออกนอกบ้านตั้งแต่สี่ทุ่มถึงตีสี่ แต่ในพื้นที่ที่ยังพบผู้เสพยารายใหม่ และผู้เสพยา ยังคงเข้าถึงตัวยาได้อย่างง่ายดาย แต่การกระทำผิดทั้งค้าและเสพยาจะมีวิธีการที่ระวังมากขึ้น แนบเนียนมากขึ้น ส่งผลให้ผู้นำชุมชน และคณะกรรมการในพื้นที่ชุมชนทำงานป้องกันได้ยากขึ้นไปด้วย

ปรากฏการณ์ตามมุมมองที่เกิดขึ้น ที่แกนนำภาคประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ ได้เห็นวงจรปัญหาได้สะท้อนมุมมองของปัญหาขึ้นมา อาจกล่าวได้ว่าแม้จะเกิดโรคโควิด-19 ที่คนในสังคมไทยและทั่วโลกต่างตื่นกลัว แต่ก็ยังมีคนในสังคมอีกหลายคนที่อยู่ในวงจรและผลประโยชน์ของสารเสพติดที่ยังคงมีพฤติกรรมเหมือนเดิม สิ่งที่เกิดขึ้นต่างยืนยันได้ว่า ปัญหาสารเสพติดเป็นปัญหาที่ซับซ้อน มิใช่เป็นเพียงปัญหาเชิงปัจเจก แต่เป็นปัญหาเชิงโครงสร้าง มิใช่เป็นปัญหาจากการติดสารเสพติดแต่ลึกกว่านั้น คือ เป็นภาวะการติดจากทั้งติดสารและติดผลประโยชน์จากสาร หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นการเสพติดสาร และการเสพติดพฤติกรรมที่ยากจะแก้ไขในระยะเวลานั้นสั้น หรือใช้เฉพาะอำนาจทางกฎหมายในการจัดการปัญหา^[11]



▶ ทางออกของภาคประชาชนต่อการป้องกันปัญหาในวิถีชีวิตที่เปลี่ยนใหม่ให้ปลอดภัยกว่าเดิม

ถึงแม้จะมีความยากในการป้องกันและแก้ไขปัญหาระบาด การทำงานของหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง และพลังของภาคประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ที่ต้องเพิ่มขึ้น แต่ปมเงื่อนไขที่ยากของการทำลายวงจรระบาดก็คือ แรงจูงใจเกี่ยวกับรายได้ (incentive inducement) จากผู้เผยแพร่ระดับพฤติกรรมเป็นผู้ค้าเพราะเป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถสร้างรายได้ภายในระยะเวลาอันรวดเร็ว แรงจูงใจที่อยากร่ำรวยแบบก้าวกระโดดได้ทำให้เกิดกระบวนการผลิต การค้า การนำเข้า การส่งออก เกิดเป็นการแพร่ระบาดของสารเสพติดอย่างรวดเร็ว และกว้างขวาง การลักลอบค้าสารเสพติดได้กลายเป็นช่องทางให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งทางตรงและทางอ้อมมีโอกาสสร้างฐานะทางสังคมและเศรษฐกิจ แต่ด้วยใจอาสาก็เกิดขึ้นของภาคประชาชน หลายชุมชนต่างคิดหาวิธีการในการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยวิธีคิด คือ “มุ่งแก้ไขปัญหาค่าตัวคน ไม่ใช่ที่ตัวยา” เป็นผลมาจากการเปลี่ยนกระบวนการทัศน์ของผู้นำภาคประชาชนที่เกิดจากการทบทวนบทเรียนและประสบการณ์ที่ลองผิดลองถูกกันมา การใช้ความรุนแรงและการใช้มาตรการทางอำนาจไม่สามารถแก้ไขปัญหาระบาดได้อย่างเป็นรูปธรรม จากการสรุปบทเรียนของแกนนำเครือข่ายภาคประชาชนจากทุกภูมิภาคจึงเกิดเป็นหลักคิดสำคัญ 6 ประการที่เป็นเสมือนเข็มทิศแนวทางที่นำไปสู่การป้องกันและแก้ไขปัญหาระบาดภายใต้เงื่อนไขทางสังคมที่เปลี่ยนไป ดังนี้

- หลักคิดที่ 1 : มุ่งเน้นการขับเคลื่อนงานที่ผลักดันให้เกิดสิทธิและอำนาจของภาคประชาชนในการเลือกวิธีการ โดยจัดการปัญหาระบาดโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลางแก้ไขปัญหาค่าตัวคน
- หลักคิดที่ 2 : ขับเคลื่อนงานความคิดที่ชวนสังคมปรับทัศนคติต่อผู้เสพ-ผู้ติดในชุมชนเป็นลูกหลานของคนในชุมชนที่ต้องช่วยกันดูแล ฟื้นฟู และให้โอกาส
- หลักคิดที่ 3 : ปฏิเสธวิธีการแก้ไขปัญหาค่าตัวคนโดยใช้ความรุนแรง ให้ใช้การทำงานแบบสันติวิธี ไม่กีดกันคนที่ผิดพลาดออกจากชุมชนมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาค่าตัวคนและพัฒนาที่ตัวคน
- หลักคิดที่ 4 : มุ่งเน้นการขับเคลื่อนงานป้องกันและการสร้างภูมิคุ้มกันปัญหาระบาด โดยให้ความสำคัญกับการสร้างคนรุ่นใหม่
- หลักคิดที่ 5 : ไม่เลือกวิธีการแก้ไขปัญหาค่าตัวคนสร้างปัญหาใหม่ โดยต้องมุ่งให้ความสำคัญกับสร้างสถาบัน ครอบครัว/ชุมชนเข้มแข็ง
- หลักคิดที่ 6 : แก้ไขปัญหาค่าตัวคนด้วยวิธีการที่สร้างสรรคชุมชนเป็นศูนย์กลาง องค์กร/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีบทบาทในการสนับสนุนและให้คำปรึกษา



หลักคิดของภาคประชาชนเป็นทางนำที่ให้ชุมชนที่สนใจในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสามารถนำไปใช้โดยสามารถปรับเป็นกระบวนการที่เหมาะสมกับบริบทภูมิสังคมในแต่ละพื้นที่ ที่สำคัญไม่ใช่เพียงการแก้ไขปัญหาสารเสพติดเท่านั้น หากแต่เป็นการสร้างและฟื้นฟูเส้นความสัมพันธ์ของผู้คนในชุมชน เปิดใจ เปิดโอกาสให้กับทุกคน และให้ทุกคนมาเป็นพลังในการสร้างชุมชนเข้มแข็ง ปลอดภัยจากปัญหาสารเสพติด โดยมีแกนนำชุมชนหลายคน ได้สะท้อนให้เห็นถึงทัศนคติ ๓ ดังนี้¹²¹

1. “ใช้วิกฤตโควิด-19 เป็นเครื่องมือร้อยความหวังโยของคนในชุมชน ใช้เวลาภายใต้ความกลัวโควิดของผู้คนในชุมชน เป็นการสร้างความเข้าใจว่าทำไมเราถึงต้องช่วยกัน ผู้นำต้องทำให้เห็นว่าเราเป็นห่วงเด็กเยาวชน ใช้หน้ากากอนามัย ตู้ปันสุข และของเยี่ยมบ้านผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโควิด-19 สำหรับเป็นสะพานเชื่อมและสร้างความเข้าใจให้คนในชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกันยาเสพติด”

2. “เราภาคประชาชน เราต้องเริ่มที่ใช้กระบวนการทางชุมชน ใช้ความใกล้ชิดความที่เรเป็นคนในชุมชนเป็นแนวทางการแก้ไขปัญหาทั้งโควิด-19 และปัญหายาเสพติด เริ่มจากพูดคุย ให้กำลังใจให้คำแนะนำ และต้องพร้อมที่จะเข้าไปช่วยเหลือครอบครัวที่ได้รับผลกระทบ ช่วยคนที่ตกงาน หรือคนในชุมชนที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจรายได้อัน ผู้ผู้นำต้องสร้างความเข้าใจให้กับครอบครัวเพื่อเชื่อมโยงการป้องกันปัญหาเสพติด ใช้ปัญญาของคนในชุมชน การช่วยเหลือที่สำคัญที่ภาคประชาชนต้องทำคือการช่วยเหลือทางความคิดและกำลังใจ”

3. ภายใต้สถานการณ์วิกฤตแบบนี้ ต้องให้ความสำคัญกับสถาบันครอบครัวให้มากขึ้น ผู้นำและคณะทำงานในชุมชนต้องใช้ประสบการณ์และความรู้ นำ ไม่ควรใช้อำนาจหน้าที่นำ ลดการใช้อำนาจลง เพราะคนที่ได้รับผลกระทบจากปัญหามากแล้ว ใช้ความเป็นเครือญาติ ความเป็นผู้ใหญ่ที่ห่วงใยลูกหลานในชุมชนเป็นเครื่องมือในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเป็นสำคัญ

ทัศนคติที่ดีและความคิดที่ก้าวหน้าจากภาคประชาชนเป็นกระบวนการลดปัญหาที่ติดตามมาของการปราบปราม (side effect of war on drugs) โดยให้เกิดการไม่การติตราเด็กเยาวชน หรือคนที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดให้ไม่กลายเป็นจำเลยของสังคม เพื่อให้ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากความสูญเสียทั้งจากโรคโควิด-19 และจากปัญหาเสพติดให้ไม่น้อยที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

มีหลายพื้นที่ชุมชนในเครือข่ายภาคประชาชนที่ทำงานป้องกันและแก้ไขปัญหาสารเสพติดได้เดินหน้านำหลักคิดไปปฏิบัติการในชุมชนอย่างจริงจังอย่างเข้าใจ นับได้ว่าหลักคิดสำคัญที่เกิดจากการปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์ใหม่เป็นความท้าทายต่อภาคประชาชนต่อคนชุมชนที่ต้องร่วมมือกันเพื่อสร้างพื้นที่ปลอดภัยจากปัญหาสารเสพติด อีกทั้งในชุมชนไม่ได้เจอปัญหาแค่เรื่องสารเสพติด หากแต่ผลกระทบที่เกิดจากโควิด-19 ส่งผลให้คนในชุมชนสูญเสียโอกาส และใช้ชีวิตในระบบสังคมปัจจุบันได้ยากขึ้น ช่องว่างทางความคิดในการหาเงินหรือหาความสุขในรูปแบบผิด ๆ มีมากมาย แต่ชุมชนที่ตื่นตัวจะเคลื่อนไหวไม่เพียงแต่เฝ้าระวังแค่สารเสพติด แต่ยังเฝ้าระวังการกลับมาของโควิด-19 และเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมของสมาชิกชุมชนที่ได้รับผลกระทบจากเศรษฐกิจที่ติดลบซึ่งเป็นผลมาจากสถานการณ์โควิด-19



องค์ประกอบที่ทรงพลังที่ส่งผลให้ภาคประชาชนที่มีประสบการณ์ทำงานป้องกันและแก้ไขปัญหาสารเสพติดสามารถพัฒนากระบวนการที่สร้างพื้นที่ปลอดภัยจากสารเสพติดและโควิด-19 ได้ประกอบไปด้วยกลไก 4 ส่วนสำคัญ เปรียบได้กับหัวใจที่มี 4 ห้องที่ขับเคลื่อนงานไปสู่เป้าหมายได้อย่างดี ได้แก่

- หัวใจห้องที่ 1 : ผู้นำ นับได้ว่าเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนงานป้องกัน เฝ้าระวังปัญหาสารเสพติดและปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชุมชน
- หัวใจห้องที่ 2 : คณะทำงานหรือคณะกรรมการชุมชน เป็นกลไกหลักที่จะดำเนินการแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่ หลายชุมชนมีต้นทุนคณะทำงานที่เข้มแข็ง มีคนที่มีประสบการณ์ มีองค์ความรู้ที่หลากหลายมาช่วยกันมีทั้งผู้อาวุโส ปราชญ์ชาวบ้าน หรือกลุ่มอาสาสมัครที่ภาครัฐแต่งตั้งขึ้น
- หัวใจห้องที่ 3 : วิธีการแก้ไขปัญหาที่สร้างสรรค์และเหมาะสมกับบริบท กลไกการทำงานป้องกันและแก้ไขปัญหาสารเสพติดในระดับพื้นที่ชุมชน ต้องเริ่มต้นจากการวิเคราะห์สถานการณ์ และการวิเคราะห์ต้นทุนทางสังคม รวมถึงพิจารณาศักยภาพของคณะทำงานและผู้นำ การเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมจะเป็นการลดการใช้อำนาจและลดความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นในชุมชน เพราะคนที่เข้าไปเกี่ยวข้องกับสารเสพติดนั้นก็มีความซับซ้อน หากผู้นำและคณะทำงานเลือกใช้วิธีการที่รุนแรง ไม่คำนึงถึงผลกระทบจากการแก้ไขปัญหาอาจนำไปสู่ความขัดแย้งในชุมชนได้
- หัวใจห้องที่ 4 : การเสริมพลัง เป็นกลไกและหัวใจห้องที่สำคัญ เพราะคนทำงานอาสาที่ขับเคลื่อนงานในชุมชนต่างเสียสละเวลา ความคิด และจิตใจ เพื่อเข้ามาทำงานให้กับสังคม การเสริมพลังในมิติต่าง ๆ ทั้งภายในชุมชนและการสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐ ภาควิชาการ จึงเป็นส่วนสำคัญที่จะสร้างกำลังใจให้กับคนทำงานในชุมชน ภาคประชาชนที่เคลื่อนไหวเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน เป็นส่วนสำคัญที่เติมเต็มการสร้างสังคมปลอดภัย หัวใจที่อาสาของภาคประชาชนจะเป็นส่วนให้การขับเคลื่อนประเทศในมิติต่าง ๆ เป็นไปได้อย่างดี

▶ สิ่งที่ภาคประชาชนได้เคลื่อนไหวในการทำงานสารเสพติดและโควิด-19

วันเวลาที่ผ่านมามีแกนนำภาคประชาชนได้เรียนรู้ว่าชาวบ้านต้องอยู่กับปัญหา ต้องช่วยกันป้องกันและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น การขับเคลื่อนกิจกรรมที่หลากหลายตามความเหมาะสมกับวิถีชีวิตและบริบทพื้นที่อย่างเต็มศักยภาพที่มี ถึงแม้ว่าปัญหาจะยังไม่ได้ลดลงแต่ก็สามารถควบคุมปัจจัยที่เอื้อต่อการขยายตัวของปัญหาไว้ได้ เช่น การให้ความสำคัญกับกิจกรรมในครอบครัว การเยี่ยมบ้าน การจัดกิจกรรมสร้างสรรค์ให้กับกลุ่มเด็กเยาวชน หรือการนำเด็กวัยรุ่นที่เริ่มเสี่ยงและเข้าไปสู่การเสพยาเสพติดไปทัศนศึกษา



การติดตามช่วยเหลือและให้คำปรึกษากับเยาวชนที่เข้าสู่ค่ายบำบัดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเยี่ยมบ้านครอบครัวกลุ่มที่เสี่ยง เป็นต้น ต้นทุนทางสังคมในทุกมิตินั้นต้องอาศัยผู้นำชุมชนทำการคัดสรรเลือกออกมาใช้เพื่อการแก้ไขปัญหา

ชีวิตที่อาจต้องปรับเปลี่ยนไป และเกิดเงื่อนไขใหม่จากสถานการณ์โควิด-19 ทำให้ผู้นำและคณะทำงานในชุมชนต้องมีความละเอียดและใช้ความรักความเข้าใจกับชุมชนให้มากขึ้น รอยแผลจากผลกระทบของโควิด-19 ทำให้ชาวบ้านในชุมชนอาจตั้งตัวไม่ทัน ดังนั้นการเริ่มต้นด้วยการสร้างความเข้าใจ เข้าถึงปัญหาที่เชื่อมโยง และใช้หลักคิด 6 ประการพร้อมใช้หัวใจ 4 ห้องเป็นกระบวนการป้องกันและแก้ไข ปัญหา จะเป็นการหาทางออกจากปัญหาสารเสพติดและปัญหาอื่นที่เกิดขึ้นในชุมชนได้บ้าง การขับเคลื่อนงานของภาคประชาชนในชุมชนเป็นเส้นทางแห่งการเรียนรู้ (mile stone) ที่อาจไม่มีสูตรสำเร็จ แต่พลังกายใจของภาคประชาชนที่เกิดขึ้นล้วนมาจากคุณค่าและอุดมการณ์ที่อยากเห็นความอยู่เย็นเป็นสุขของคนในชุมชน ซึ่งจะเป็นเครื่องนำทางให้การสร้างชุมชนเข้มแข็งปลอดภัยจากปัญหาสารเสพติด และอันตรายที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของคนในชุมชนให้เป็นไปได้อย่างแท้จริง ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาสารเสพติดโดยเครือข่ายภาคประชาชน มีดังนี้

- ยุทธศาสตร์ที่ 1 : การพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพผู้นำชุมชน (ผู้นำทางการและผู้นำธรรมชาติ)
- ยุทธศาสตร์ที่ 2 : การสร้างพื้นที่ปลอดภัยและสร้างภูมิคุ้มกันเด็กเยาวชนและครอบครัว
- ยุทธศาสตร์ที่ 3 : การแก้ไขปัญหาผู้เสพและผู้ติดยาเสพติดด้วยวิธีการที่สร้างสรรค์
- ยุทธศาสตร์ที่ 4 : การพัฒนาระบบการดูแลสร้างโอกาสให้ผู้ผ่านระบบยุติธรรมที่กลับสู่ชุมชน
- ยุทธศาสตร์ที่ 5 : การประสานพลังความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายอย่างมีส่วนร่วม
- ยุทธศาสตร์ที่ 6 : การขับเคลื่อนกฎหมายระบบการสนับสนุนเครือข่ายภาคประชาชน และการผลักดันมาตรการต่อเจ้าหน้าที่ที่กระทำผิด

▶ ก้าวต่อไปของความร่วมมือเพื่อชีวิตที่ปลอดภัยจากปัญหาสารเสพติด

เครือข่ายภาคประชาชนฯ ได้มีความมุ่งหวังให้เกิดสิ่งต่าง ๆ ขึ้น เพื่อให้เกิดความปลอดภัยจากปัญหาสารเสพติด ดังต่อไปนี้

1. หวังว่า วิธีคิด กระบวนการ และผลลัพธ์ จากการทำงานของเครือข่ายภาคประชาชนป้องกันและแก้ไขปัญหาสารเสพติด จะได้รับการยอมรับจากหน่วยงานภาครัฐ และภาคีที่เกี่ยวข้อง
2. หวังเห็นการสนับสนุนที่เข้าใจ และเชื่อมั่นการทำงานของเครือข่าย บนฐานคิดการเป็นเพื่อนภาคี เป็นหุ้นส่วนยุทธศาสตร์ที่จะร่วมกันแก้ไขปัญหาสารเสพติด และสร้างชุมชนสังคมให้ปลอดภัยจากสารเสพติด



3. ต้องการแรงสนับสนุนจากนักวิชาการ ให้เข้ามาช่วยเสริมสร้างทักษะการพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายฯ และการสนับสนุนงานวิจัยเพื่อยืนยันผลงานของเครือข่ายภาคประชาชนฯ ให้เป็นที่ยอมรับ

4. หวังให้เกิด “พ.ร.บ. กองทุนการป้องกันการเข้าถึงสารเสพติดโดยชุมชน” มุ่งเน้นการทำงานเชิงสร้างสรรค์ สนับสนุนการทำงานให้กับเครือข่ายภาคประชาชนฯ ชุมชนในระดับพื้นที่เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสารเสพติดอย่างต่อเนื่อง และเครือข่ายภาคประชาชนฯ พร้อมทั้งจะร่วมกันผลักดัน พ.ร.บ. หรือ กฎหมายที่รับรองสถานะของเครือข่ายภาคประชาชนฯ

5. คาดหวังการสนับสนุนการปฏิบัติการสร้างองค์ความรู้ในการแก้ไขปัญหา โดยเริ่มจากการร่วมกันคิด ร่วมพัฒนานวัตกรรมที่สร้างสรรค์ สร้างนวัตกรรมงานป้องกันปัญหาสารเสพติด ในรูปแบบใหม่ ๆ พร้อมทั้งให้การสนับสนุนการปฏิบัติการแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่ เพื่อร่วมกันสร้างพื้นที่ต้นแบบในทุกภูมิภาค

แนวทางการป้องกันต้องเริ่มจากการให้โอกาสและรับฟังปัญหาของเด็กในชุมชนที่มีปัญหาทางครอบครัวให้มากขึ้นเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลให้เด็กเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับสารเสพติดภายในชุมชน จัดตั้งกลุ่มเยาวชนคนรุ่นใหม่ขึ้นเพื่อเป็นแกนนำให้เด็กได้ทำกิจกรรมที่ชื่นชอบแล้วส่งเสริมโดยมีผู้ใหญ่สอนและให้ข้อมูลเพิ่มเติม จัดตั้งจุดนัดพบให้ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และปัญหาสำหรับกลุ่มวัยรุ่นด้วยกันเอง เพื่อลดปัญหาด้านสารเสพติด หากเด็กได้เข้าไปเกี่ยวข้องกับสารเสพติดก็มีแนวทางการแก้ไขปัญหาให้เยาวชนที่พันโทษคดียาเสพติดได้ โดยเห็นได้ว่าปัญหาหลักคือภายหลังพันโทษเด็กเหล่านั้นไม่ได้รับการยอมรับจากสถานประกอบการ ทำให้เด็กไม่มีงานทำ จึงต้องกลับไปพึ่งพุนายงานหรือศูนย์รวมคนทำงานเพื่อสังคมเพื่อเด็กด้อยโอกาสที่ติดสารเสพติด โดยอาศัยกลไกของรัฐเพื่อช่วยเหลือคนกลุ่มนี้ที่ไม่มีงานทำ ภาคประชาชนสร้างความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาเรื่องนี้อย่างจริงจังเพื่อแก้ปัญหาให้ตรงจุด

เงื่อนไขและข้อจำกัดต่าง ๆ เหล่านี้ ขึ้นอยู่กับท้องถิ่น ตลอดจนนิสัยทัศนคติของผู้นำชุมชน โดยต้องหาทางแก้ไขที่สามารถตอบโจทย์ในแต่ละพื้นที่ ต้องมีการวางแผนในนามภาคประชาชนเพื่อนำไปสู่หน่วยงานที่ใหญ่กว่าเพื่อให้การสนับสนุนภาคประชาชนในการแก้ไขปัญหาสารเสพติดต่อไป โดยดำเนินการตามยุทธศาสตร์ที่ได้ร่างไว้

▶ ตัวอย่างกิจกรรมโดยภาคประชาชนเพื่อการสร้างสุขในชุมชน

โครงการเสริมสร้างพื้นที่ปลอดภัยจากยาเสพติดโดยกลไกเครือข่ายภาคประชาชนร่วมป้องกันปัญหายาเสพติด และสร้างชุมชนสุขภาวะ เป็นโครงการเน้นพื้นที่ปลอดภัยโดยใช้กลไกประชาสังคมซึ่งเชื่อมโยงกับการสร้างเสริมสุขภาวะ โดยระยะแรกเน้นเรื่องการประสานเครือข่ายภาคประชาสังคมทั่วประเทศทำให้สามารถรื้อฟื้นเครือข่ายภาคประชาสังคมที่ช่วยกันดำเนินงานเรื่องสารเสพติดในพื้นที่ต่าง ๆ ทั่วประเทศให้เข้าใจตรงกันและช่วยกันพัฒนาทิศทางในการแก้ปัญหา ซึ่งจากการดำเนินงานได้



ข้อสรุปยุทธศาสตร์ ทิศทาง เป็นพื้นฐานให้เห็นว่าการทำงานด้านที่สำคัญคือการ สร้างพื้นที่ปลอดภัย ลดผลกระทบต่าง ๆ รวมถึงลดผู้เสพหน้าใหม่ ดังนั้นการทำงานร่วมกันจะสามารถยกระดับการสร้างพื้นที่ ปลอดภัยให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของหน่วยงานที่มีความเกี่ยวข้อง โดยมีการจัดทำยุทธศาสตร์แจกจ่าย ให้กับแกนนำเครือข่ายในแต่ละภาค การสรุปบทเรียนของการทำงานของเครือข่ายภาคประชาชน การ ผลิตคู่มือปฏิบัติการค้นหาทางออกจากปัญหาเสพติดอย่างสร้างสรรค์ พื้นที่ปลอดภัยทุกคนสร้างได้ เป็นต้น และวิดีโอรวบรวมพื้นที่ต้นแบบต่าง ๆ ที่เกิดจากฝีมือชาวบ้าน และเครือข่ายภาคประชาสังคม

สอดคล้องกับการดำเนินการในปีที่ผ่านมา ได้มีการดำเนินการเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตตสสาร เสพติดในเด็กและเยาวชน เช่น กิจกรรมการเรียนรู้และพัฒนาตนเองเผยแพร่ผ่านทางสื่อสังคมออนไลน์ จัดโดย ป.ป.ส. โดยให้ส่งกิจกรรมประกวดภายใต้โครงการ “YouthTubers” ทางเว็บไซต์ www.save-zonenonewface.com เป็นต้น และมีการใช้สื่อรณรงค์ ชุด “SAVE ZONE, NO NEW FACE” ร่วมกับผู้มีชื่อเสียงในสังคมออนไลน์ เนื่องจากพบเช่นกันว่าชุมชนและสังคมมีอิทธิพลสูงทำให้เด็กเข้าไปยุ่ง เกี่ยวกับสารเสพติด ดังนั้นแผนการดำเนินงานด้านการป้องกันยาเสพติดในกลุ่มเยาวชน ได้ถูกแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

- 1) เน้นการสร้างเสริมความรู้ ทักษะจิต เจตคติ ภูมิคุ้มกันให้กับตัวบุคคลทั้งที่เป็นกลุ่มเสี่ยง และ ไม่ใช่กลุ่มเสี่ยง
- 2) ต้องสร้างพื้นที่โดยรอบให้เป็นพื้นที่ปลอดภัยมากขึ้น เพราะเชื่อว่าหากเด็กและเยาวชนเห็นวาทสารเสพติดเป็นสิ่งไม่ดี บวกกับการได้อยู่ในชุมชนที่ดี โอกาสที่เค้าจะเติบโตเป็นผู้ที่ไม่ยุ่งเกี่ยวกับสารเสพติดก็มีโอกาสสูงเช่นกัน

นอกจากนี้ เครือข่าย ยังร่วมกันจัดนิทรรศการ Safe Zone for All พื้นที่ปลอดภัยทุกคนสร้างได้ มีวัตถุประสงค์

- 1) เพื่อถ่ายทอดให้สังคมมีความรู้เท่าทันสภาพการณ์/สถานการณ์การเสพติดทั้งสารและพฤติกรรม
- 2) เพื่อเชื่อมโยง/สร้างความรู้จัก/สร้างเครือข่ายองค์กรและบุคคลเพื่อขับเคลื่อนสู่สังคมฐานความรู้
- 3) เพื่อรวบรวมบริการสนับสนุนช่วยเหลือที่เกี่ยวข้องกับการเสพติด (สาร/พฤติกรรม) ให้สังคมเข้าถึงได้

โดยการสร้างพื้นที่ปลอดภัยเป็นการปฏิบัติการด้านการป้องกันในแนวคิดพื้นที่ปลอดภัยทุกคนสร้างได้ และได้มีการแชร์ประสบการณ์การสร้างสรรค์พื้นที่ปลอดภัยที่ทุกคนมีส่วนร่วม ได้สร้างเครือข่าย องค์กรและบุคคลเพื่อขับเคลื่อนงานด้านปัญหาสารเสพติดในภาคประชาชน อีกทั้งร่วมคิดและออกแบบ การปฏิบัติการสู่นโยบาย “พื้นที่ปลอดภัย ทุกคนสร้างได้” สู่งานวันยาเสพติดสากล ในวันที่ 26 มิถุนายน พ.ศ. 2563 ที่ผ่านมา



โดยประสบการณ์จากเยาวชนที่เคยมีประสบการณ์คนในครอบครัวเกี่ยวข้องกับสารเสพติด พบว่า หากตนซึ่งเป็นคนในชุมชนได้ใช้เหตุการณ์ที่ผ่านมาให้กลายเป็นแรงกระตุ้นที่สอนให้ตนเองเริ่มรู้จักปฏิเสธ และได้มีโอกาสได้ทำกิจกรรมรณรงค์เกี่ยวกับสารเสพติด จะทำให้มีภูมิคุ้มกันหนักแน่น และพร้อมที่จะทำกิจกรรมเพื่อสังคมและชุมชนของตนต่อเนื่องได้ เช่น การชักจูงเด็กในชุมชนมาทำกิจกรรมยามว่าง เพื่อป้องกันไม่ให้เด็กกลุ่มเสี่ยงเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับสาร และยังเป็นการช่วยให้ชุมชน ครอบครัวเข้มแข็ง มีความสุขได้อีกด้วย

▷ สรุป

กล่าวโดยสรุป จิต สังคม และชุมชน จัดเป็นองค์ประกอบสำคัญในการแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยการใช้จิตสังคมบำบัดในระดับตัวบุคคลสำหรับผู้ที่ปัญหาการใช้สารเสพติดซึ่งมีให้เลือกได้หลากหลายตามปัญหาและประสบการณ์ของผู้ให้การบำบัดเอง ทั้งนี้ จากสถานการณ์ปัญหายาเสพติดในมุมมองของผู้ทำงานด้านสารเสพติดจากภาคประชาสังคม พบว่าสารเสพติดนอกจากจะต้องอาศัยการบำบัดทางจิตสังคมแล้ว การเสพติดยังเป็นปัญหาทางสังคมที่เชื่อมโยงกับปัญหาอื่น และปัญหายาเสพติดไม่ได้มีเพียงแค่ปัญหาอาชญากรรมที่จะใช้มาตรการปราบปรามหรือการบำบัดรักษาเพียงอย่างเดียวในการแก้ไข จึงต้องสร้างกลไกการเชื่อมต่อขับเคลื่อนงานการป้องกันปัญหายาเสพติดของภาครัฐและภาคประชาชน โดยกำหนดวิธีคิด เป้าหมาย ตัวชี้วัดที่ชัดเจน มีกลไกการประสานงานและระบบสนับสนุน มีกฎหมายที่เอื้อต่อการทำงาน และมีการประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ เพื่อเป็นการสร้างเครือข่ายป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดให้เข้มแข็งมากขึ้นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Brown, A.R. (2018). A Systematic Review of Psychosocial Interventions in Treatment of Opioid Addiction. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 18(3), 249-269.
2. Shanmugam, P.K., & Winslow, R.M. (2012). Integrated Psychosocial Treatment Programme for Substance Abusers: Relapse Prevention and Social Anxiety Diminution: A systematic Review of Published Literature. *Journal of Addiction Research & Therapy*, 57.
3. Jhanjee, S. (2014). Evidence based psychosocial interventions in substance use. *Indian journal of psychological medicine*, 36(2), 112-118.
4. Dimeff, L.A., & Linehan, M.M. (2008). Dialectical behavior therapy for substance abusers. *Addiction science & clinical practice*, 4(2), 39-47.



5. Kaewkham, N., Leelahanaj, T., Yingwiwattanapong, J., & Rattanasumawong, W. (2019). The effectiveness of military hospital-based drug treatment program (PMK) when compared with the traditional community-based drug treatment program (FAST). *BMC health services research*, 19(1), 656-656.
6. Kelleher, E. (2014). Is there more to psychosocial treatments in addiction than brief interventions? *Irish Journal of Psychological Medicine*, 31(1), 61-68.
7. Klimas, J., Fairgrieve, C., Tobin, H., Field, C.A., O'Gorman, C.S.M., Glynn, L.G., et al. (2018). Psychosocial interventions to reduce alcohol consumption in concurrent problem alcohol and illicit drug users. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(12).
8. Stotts, A.L., & Northrup, T.F. (2015). The Promise of Third-Wave Behavioral Therapies in the Treatment of Substance Use Disorders. *Current opinion in psychology*, 2, 75-81.
9. กรมคุมประพฤติ กระทรวงยุติธรรม. ค้นเส้นทาง สร้างความรู้ ก้าวสู่ยุติธรรมชุมชน (2549) ถอดบทเรียน โครงการพลังเครือข่ายยุติธรรมแก้ไขปัญหายาเสพติด
10. ศูนย์วิชาการสารเสพติดภาคเหนือ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. รายงานโครงการพัฒนากลไกเครือข่ายภาคประชาสังคมร่วมป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด (2560)
11. สตีฟ ชัสแมน. (2560) การเสพติดสารและการเสพติดพฤติกรรม : แนวคิด สาเหตุ และการรักษา, ชุดงานแปลเอกสารวิชาการโครงการกำลังใจ
12. ข้อมูลจากการสัมภาษณ์แกนนำเครือข่ายภาคประชาชนป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด 5 ภูมิภาค (2563)





FACTS AND FIGURES:

ILLEGAL SUBSTANCES IN THAILAND 2017-2020

ข้อเท็จจริงและตัวเลข:

สารเสพติดผิดกฎหมายในประเทศไทยปี 2560-2563

หน่วยระบาดวิทยา

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

