

FACTS AND FIGURES : ILLEGAL SUBSTANCES IN THAILAND 2021-2022



ข้อเท็จจริงและตัวเลข :

สารเสพติดผิดกฎหมายในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564-2565



รัศมน กัลยาศิริ
บรรณาธิการ

ส่วนที่ I สถานการณ์อุปสงค์ อุปทานสารเสพติด ในประเทศไทย: กรณีศึกษา และอื่น ๆ

บทที่ 1 การเปลี่ยนแปลงสถานการณ์สารเสพติด กระทั่ง กัญชา ยาบ้า ไอซ์

โดย แพทย์หญิง รัศมน กัลยาศิริ

บทนำ

เนื่องด้วยสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 อาจทำให้การใช้สารเสพติด เช่น กัญชา กระทั่งรวมไปถึง ยาบ้า ไอซ์ และสารเสพติดผิดกฎหมายชนิดอื่น ๆ มีความแตกต่างและไม่เหมือนกับช่วงที่อยู่ในภาวะปกติที่ไม่มีการระบาดของโรค ทำให้จำเป็นต้องระมัดระวังการแปลผลข้อมูลเกี่ยวกับสารเสพติดในช่วงตั้งแต่การเริ่มระบาดของโรคติดเชื้อนี้ตั้งแต่ต้นปี พ.ศ. 2563 เป็นต้นมา หากย้อนหลังดูรายงานการสำรวจประชากรไทยของศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติดในช่วงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2563 อันเป็นการระบาดของโรคโควิด-19 ระลอกแรก โดยส่วนใหญ่ของผู้ที่ใช้สารแทบทุกชนิด เช่น กระทั่ง ยาบ้า ไอซ์ รวมไปถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จะตอบว่าตนได้ใช้สาร “ลดลง” หรือ “ไม่ได้ใช้เลย” ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ยกเว้น พืชกัญชาที่มีการตอบว่าใช้เพิ่มขึ้นและลดลงในสัดส่วนที่เท่ากัน นอกจากนี้ ส่วนใหญ่ร้อยละ 62.3 ของผู้ใช้กัญชายังตอบว่ายังคงใช้สารอยู่ในปริมาณและความถี่ที่คงเดิมแม้ว่าจะอยู่ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ และคนทั่วไปยังมองว่าสารเสพติด “หาได้ง่ายขึ้น” โดยสถานการณ์ที่ยังพบการลักลอบขนสารเสพติดทั้งจากทางอากาศ ทางบก และทางน้ำเข้าประเทศ โดยมีประเทศไทยเป็นทางผ่านในการส่งสารเสพติดผิดกฎหมาย และราคาของสารเสพติดผิดกฎหมายภายในประเทศมีราคาที่ต่ำลง ส่งผลให้มีโอกาสที่สถานการณ์การใช้สารเสพติดจะทวีความรุนแรงขึ้นได้ (1)

การเปลี่ยนแปลงด้านกฎหมายที่สำคัญ

การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของสถานการณ์สารเสพติดในประเทศไทยสำหรับปี พ.ศ. 2564 และ พ.ศ. 2565 เป็นการเปลี่ยนแปลงประมวลกฎหมายยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2564 ที่เน้นผู้ติดสารเสพติดว่าเป็นผู้ป่วยซึ่งเป็นแนวคิดเดียวกับพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษและประกาศต่าง ๆ ที่มีมาก่อนหน้าประมวลฯ นี้แล้ว โดยสนับสนุนให้ผู้ใช้สารเสพติดที่ถูกจับกุมให้ไปได้รับการรักษาแบบสมัครใจก่อน ยกเว้นว่ามีการกระทำผิดกฎหมายอื่นร่วมด้วย เช่น ค้ายาเสพติด ที่จัดว่าการกระทำผิดกฎหมาย นอกจากนี้ ข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับกัญชา กระทั่ง ก็ได้มีการเปลี่ยนแปลงไปมากเช่นกัน โดยทำให้เกิดความสะดวกรวดเร็วในการนำกัญชาและกระทั่งไปใช้ทั้งการบริโภคและทางการแพทย์ เช่น การอนุญาตบางส่วนของกัญชา เช่น ใบ มาใช้ประกอบอาหารได้ในปี พ.ศ. 2564 หรือการถอดพืชกระทั่งและกัญชาออกจากบัญชียาเสพติดให้โทษประเภท 5 ในปีไล่เลี่ยกัน ในด้านการจัดการปัญหาการเสพติดนั้นการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวย่อมก่อให้เกิดเป็นประเด็นความห่วงใยว่ากฎหมายในการควบคุมกระทั่งและกัญชานั้นจะไม่สามารถควบคุมการใช้แบบสันตนาการ (นันทนาการ) ดังในอดีตได้อย่างเพียงพอ อันเนื่องจากการเกิดปรากฏการณ์การวางขายทั้งพืชกระทั่งและกัญชากันตามท้องถนนในปี พ.ศ. 2564 สำหรับพืชกระทั่ง และในปี พ.ศ. 2565 สำหรับพืชกัญชา ซึ่งเป็นการทำให้เด็ก เยาวชน และคนทั่วไปมองว่าพืชทั้งสองชนิดนี้ว่าไม่มีอันตรายในการนำมาบริโภค เกิดการมีเมมาและเจ็บป่วยจากการใช้สารดังกล่าวได้ และมีรายงานพบเด็กและเยาวชนได้รับพิษจากกัญชาทั้งจากไปใช้เองหรือได้รับจากนมโดย

ไม่ได้ตั้งใจเป็นจำนวนหนึ่งหลังวันที่ 9 มิถุนายน พ.ศ. 2565 ที่เป็นวันที่ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 พ.ศ. 2565 (2) มีผลบังคับใช้ในการให้พืชกัญชาไม่อยู่ในบัญชียาเสพติดให้โทษประเภท 5 ยกเว้นสารสกัดที่มีเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (tetrahydrocannabinol, THC) เกินร้อยละ 0.2 โดยน้ำหนัก โดยที่กฎหมายเฉพาะในการควบคุมการปลูก การครอบครอง การจำหน่าย และการใช้กัญชา เช่น พระราชบัญญัติกัญชา กัญชง ยังไม่แล้วเสร็จ

ทั้งนี้ ระหว่างรอกฎหมายเฉพาะสำหรับพืชกัญชานั้น กระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สมุนไพรควบคุม (กัญชา) พ.ศ. 2565 (3) เมื่อวันที่ 16 มิถุนายน ให้พืชกัญชาเป็นสมุนไพรควบคุม ส่งผลทำให้การจำหน่าย และการแปรรูป เช่น การสับ/หั่น สกัดน้ำมัน รวมไปถึงการแปรรูปนำกัญชาไปใส่ในอาหารนั้นถือว่าการทำผิดกฎหมายต้องขออนุญาตจากหน่วยงานภาครัฐก่อน อย่างไรก็ตาม ข้อกำหนดดังกล่าวไม่สามารถนำมาบังคับใช้ทางกฎหมายได้จริงมากนักในทางปฏิบัติ ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะมีการนำกัญชามาแปรรูปในรูปแบบอาหารมาก่อนหน้านี้ และมีการจำหน่ายอาหารที่มีใบกัญชาในรูปแบบร้านอาหารหรือเครื่องดื่มได้โดยทั่วไป นอกจากนี้ ยังเกิดความสับสนของผู้บังคับใช้กฎหมายว่าสิ่งใดทำได้หรือไม่ได้ตามพระราชบัญญัติสมุนไพรควบคุมนี้ ทั้งนี้ ในขั้นตอนของการออกประกาศฯ ดังกล่าว ต้องการป้องกันการขายกัญชาแก่กลุ่มเปราะบางได้แก่ เด็กและเยาวชน สตรีมีครรภ์และให้นมบุตร เท่านั้น โดยก่อนหน้านี้ กระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดให้การกระทำให้เกิดกลิ่น หรือควัน กัญชา กัญชง หรือพืชอื่นใด เป็นเหตุรำคาญ พ.ศ. 2565 (4) เมื่อวันที่ 14 มิถุนายน อันเป็นการห้ามสูบกัญชาในที่สาธารณะ มีความผิดตามกฎหมาย

การดำเนินงานด้านอุปสงค์และอุปทานสารเสพติด

สถิติการจับกุมผู้เกี่ยวข้องกับสารเสพติดผิดกฎหมายที่ถูกดำเนินการตามกระบวนการยุติธรรมลดลงในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เป็นต้นมา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 (5) สอดคล้องกับสถิติการบำบัดรักษาทั้งสามรูปแบบ กล่าวคือ แบบสมัครใจ แบบบังคับบำบัด และระบบต้องโทษ ซึ่งหากดูตัวเลขจากระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.) (6) พบการเปลี่ยนแปลงจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดรักษามาตลอดเกือบ 20 ปีที่ผ่านมา ดังรูปที่ 1 แบ่งได้เป็นสี่ช่วงเวลา กล่าวคือ

1. ช่วงระยะที่หนึ่ง : การเข้ารับการบำบัดเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2546 และการเข้ารับการบำบัดทุกประเภทลดลง หลังปี พ.ศ. 2546-2550 จากการที่นโยบายเน้นการปราบปรามผู้เกี่ยวข้องกับสารเสพติดผิดกฎหมาย ทำให้จำนวนผู้เข้ามารับการรักษามีจำนวนที่น้อยในแต่ละปี และภายหลังจากนั้นแม้ว่าจะเน้นการมองผู้เสพเป็นผู้ป่วยและเน้นด้านการบำบัดรักษาแต่ก็มักเป็นการเข้าสู่ระบบการ “บังคับ” ให้บำบัดรักษาเสียมากกว่าการให้ผู้เสพติดยาเสพติดได้สมัครใจรับการรักษาเอง ส่งผลให้จำนวนผู้เข้ารับการรักษาแบบบังคับบำบัดโดยรวมมากขึ้นเรื่อย ๆ ในช่วงระยะถัดมา

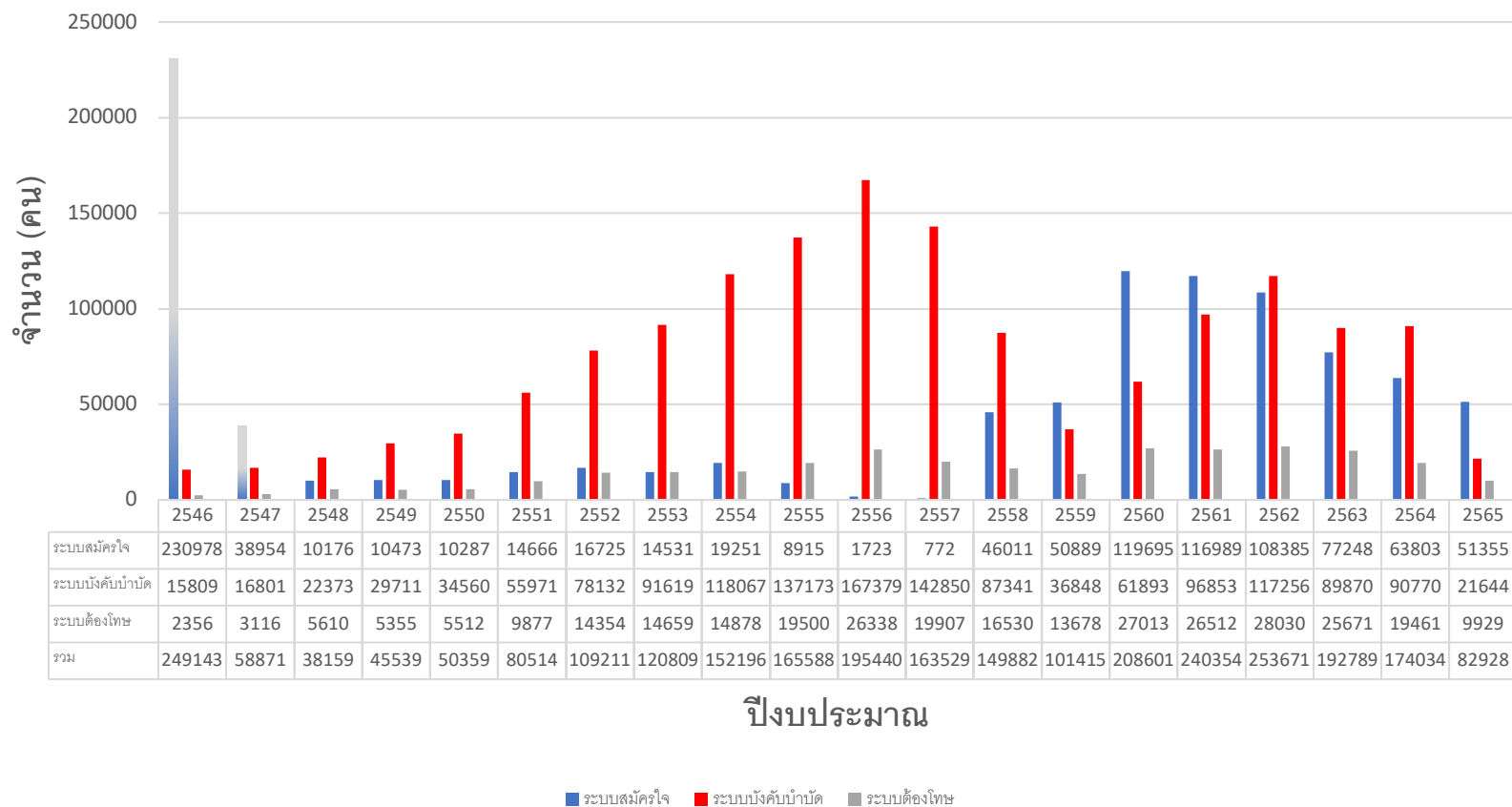
2. ช่วงระยะที่สอง : การเข้ารับการบำบัดแบบ “บังคับบำบัด” เริ่มเพิ่มสูงขึ้น โดยราวปี พ.ศ. 2551-2556 มีจำนวนผู้รับการบำบัดรักษาในรูปแบบการบังคับบำบัดรักษามีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นในแต่ละปีอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากการตั้งเป้าหมายและงบประมาณในแต่ละปี จนมีจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดรักษาอยู่ในระดับสูงสุดในปี พ.ศ. 2556

3. ช่วงระยะที่สาม : การเข้ารับการบำบัดแบบ “สมัครใจ” เพิ่มสูงขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2557 ซึ่งได้มีประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ 108/2557 เรื่อง การปฏิบัติต่อผู้ต้องสงสัยว่ากระทำความผิดตามกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดเพื่อเข้าสู่การบำบัดฟื้นฟูและการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู ลงวันที่ 30 กรกฎาคม พ.ศ. 2557 (คสช. 108/57) (7) เพื่อให้ผู้ใช้สารเสพติดที่ถูกจับกุมสามารถเลือกเข้ารับการบำบัดในระบบแบบสมัครใจได้โดยไม่ต้องเข้าระบบการบังคับบำบัด ร่วมกับทัศนคติในการอยู่ร่วมกับสารเสพติดมากกว่าที่จะเป็นทัศนคติในการกำจัดให้ยาเสพติดหมดสิ้นไปเพื่อให้ตรงตามแนวทางของสหประชาชาติ แต่กระนั้นก็ตามจำนวนผู้เข้ารับการรักษาแบบบังคับบำบัดเริ่มมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในปี พ.ศ. 2562 อย่างไรก็ตาม การเข้ารับการบำบัดแบบสมัครใจยังไม่ได้มีจำนวนที่ลดลงในช่วงดังกล่าว

4. ช่วงระยะที่สี่ : ช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในปี พ.ศ. 2563 จนถึง พ.ศ. 2565 ซึ่งเป็นปีปัจจุบัน การเข้ารับการบำบัดทุกประเภทลดลงสอดคล้องกับสถิติการจับกุมผู้เกี่ยวข้องกับสารเสพติดตีพิมพ์กฎหมายที่มีจำนวนลดลงในช่วงนี้เช่นกัน สำหรับจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดที่ลดลงในช่วงนี้นั้น สามารถตั้งสมมติฐานได้ประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

- 1) จากนโยบายที่เน้นการใช้ทรัพยากรทางสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ทำให้จำนวนเตียงและทรัพยากรอื่นไม่สามารถรองรับผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดได้เท่ากับที่ผ่านมา จนนำไปสู่การงดหรือลดจำนวนการรับผู้ป่วยสารเสพติดลง
- 2) มาตรการในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ที่ไม่ต้องการให้เกิดการรวมกลุ่มโดยเฉพาะในสถานบำบัดที่อาจมีความแออัดหากมีจำนวนผู้ป่วยเข้ารับบริการจำนวนมาก จึงต้องลดการรับผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดลง
- 3) ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ที่เน้นให้ผู้ใช้สารเสพติดไปรับการรักษาแบบสมัครใจโดยไม่ต้องมีประวัติในคดีอาญา และเป็นช่วงการเปลี่ยนผ่านวิธีการดำเนินการในช่วงประมวลกฎหมายยาเสพติดให้โทษฉบับใหม่เริ่มมีผลบังคับใช้ ทำให้จำนวนผู้ใช้สารที่ส่งมาเพื่อรับการบำบัดมีจำนวนลดลงไปด้วย
- 4) จากการลดการใช้สารเสพติด “บางชนิด” ในหมู่ประชากรเองในบางช่วงของการระบาดของโรคโควิด-19

5



รูปที่ 1 จำนวนผู้เข้ารับการรักษาการใช้สารเสพติดในประเทศไทย จำแนกตามรายปีงบประมาณ ตั้งแต่ปี 2546 ถึง 2565 (ข้อมูลปีสุดท้ายถึงเดือนกรกฎาคม 2565)
(ที่มาของข้อมูล : ข้อมูลเผยแพร่ - ระบบข้อมูลการรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศไทย (บสต)

<https://antidrugnew.moph.go.th/Runtime/Runtime/Form/FrmPublicReport/> เข้าถึงออนไลน์เมื่อ 25 กรกฎาคม 2565) (6)

ข้อเท็จจริงและตัวเลข : สารเสพติดผิดกฎหมายในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564-2565

อย่างไรก็ตาม จากการสำรวจพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของประชากรทั่วประเทศประจำปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 จนถึง พ.ศ. 2564 พบประเด็นที่น่าสนใจว่า ความชุกช่วงชีวิตในประชากรไทยอายุ 18-65 ปี ในการใช้สารเมทแอมเฟตามีน เช่น ยาบ้า ไอซ์มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.5 ในปี พ.ศ. 2562 จนเป็นร้อยละ 2.4 ในปี พ.ศ. 2564 โดยมีความชุกของสารเสพติดผิดกฎหมายอื่น ๆ ประมาณต่ำกว่าร้อยละ 0.1 จนถึงร้อยละ 0.3 เช่น โอปิออยด์ (ร้อยละ 0.1) ยาเค (ร้อยละ 0.1) ยาอี (ร้อยละ 0.1) และสารระเหย (ร้อยละ 0.3) ในปี พ.ศ. 2564 อย่างไรก็ตาม ความชุกช่วงชีวิตของการใช้กระท่อมและกัญชานั้น จัดเป็นสารเสพติดที่มีผู้ใช้ในสัดส่วนที่สูงที่สุด โดยในปี พ.ศ. 2564 คาดประมาณสัดส่วนประชากรไทยอายุ 18-65 ปี ที่เป็นผู้ใช้กัญชาอยู่ที่ร้อยละ 6.4 และผู้ใช้กระท่อมอยู่ที่ร้อยละ 4.6 (แบบน้ำกระท่อม) ถึงร้อยละ 12.9 (แบบเคี้ยวใบกระท่อมสด) เป็นที่น่าสังเกตว่าใบกระท่อมแบบเคี้ยวสดนั้นมีจำนวนผู้ใช้เพิ่มขึ้นสองเท่าในช่วง 1-2 ปีที่ผ่านมา โดยในปี พ.ศ. 2562 และ 2563 มีผู้ตอบว่าเคยใช้ใบกระท่อมแบบเคี้ยวสดในช่วงชีวิตอยู่เพียงร้อยละ 6.1 และ ร้อยละ 5.0 ตามลำดับ (8) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความชุกช่วงชีวิตของการใช้สารเสพติดของประชากรไทยอายุ 18-65 ปี ระหว่างปี พ.ศ. 2562 – 2564 (7)

	2019 (N = 5,002)		2020 (N = 5,389)		2021 (N = 5,669)		
	n	%	n	%	n	%	
Cannabis	496	(9.9)	334	(6.2)	361	(6.4)	***
Kratom fresh leaves	303	(6.1)	267	(5.0)	729	(12.9)	***
Kratom cocktail	178	(3.6)	66	(1.2)	263	(4.6)	***
Methamphetamine	75	(1.5)	97	(1.8)	134	(2.4)	**
Inhalants	10	(0.2)	15	(0.3)	16	(0.3)	-
Opium	8	(0.2)	3	(0.1)	3	(0.1)	-
Morphine	6	(0.1)	0	(0.0)	0	(0.0)	**
Heroin	4	(0.1)	1	(0.0)	3	(0.1)	-
Ecstasy	5	(0.1)	5	(0.1)	8	(0.1)	-
Ketamine	5	(0.1)	5	(0.1)	5	(0.1)	-
Cocaine	3	(0.1)	0	(0.0)	0	(0.0)	*

Lifetime prevalence of substance use of the Thai population aged 18-65 between the years 2019 and 2021.

ผลสำรวจพฤติกรรมการใช้สารเสพติดประจำปี
ศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด (ศศก.)

สำหรับความชุกการใช้สารเสพติดในปีที่ผ่านมา อันจัดได้ว่าเป็นผู้ใช้สารในปัจจุบันนั้น พบแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงที่ใกล้เคียงกันกับความชุกช่วงชีวิต กล่าวคือ ในปี พ.ศ. 2564 พบสัดส่วนผู้ใช้กระท่อมแบบเคี้ยวใบสูงสุดอยู่ที่ร้อยละ 11.3 (เพิ่มขึ้นเกือบ 4 เท่าจากปีก่อนหน้า) โดยมีการใช้น้ำกระท่อมอยู่ที่ร้อยละ 3.5 ส่วนสัดส่วนการใช้สารเมทแอมเฟตามีนในปีที่ผ่านมาอยู่ที่ ร้อยละ 0.1 สำหรับการใช้กัญชาในปัจจุบันแบบสันหนากการมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างมากเช่นกัน โดยพบร้อยละ 4.2 ในปี พ.ศ. 2564 เพิ่มจากร้อยละ 2.2 และร้อยละ 2.5 ในปี พ.ศ. 2562 และ พ.ศ. 2563 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ของผู้ใช้กัญชาแบบสันหนากการในปี พ.ศ. 2564 เป็นแบบกินต้ม (ร้อยละ 61.3 ของผู้ใช้กัญชา) แต่ยังใช้กัญชาในรูปแบบสูบถึงหนึ่งในสี่ (ร้อยละ 26.7 ของผู้ใช้

กัญชา) ทั้งนี้ พบสัดส่วนเยาวชนคนไทยอายุ 18-19 ปี มีการสูบกัญชาเพิ่มขึ้นราวสองเท่าจากประมาณร้อยละ 0.9 ในปี พ.ศ. 2563 เป็นร้อยละ 2.2 ในปี พ.ศ. 2564 (8)

นอกจากนี้ จากการศึกษาย้อนหลังเกี่ยวกับโรคที่มีการลงในระบบการวินิจฉัยโดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยจากองค์การอนามัยโลก International Classification of Diseases (ICD-10) (9) พบว่าประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติที่เกี่ยวกับสารเสพติด (ยกเว้นแอลกอฮอล์และบุหรี่ย) เช่น ความผิดปกติจากการใช้สารกระตุ้นประสาท กัญชา หรือโอปิออยด์ “เพิ่มขึ้น” ประมาณร้อยละ 29.56 และ ร้อยละ 21.21 ในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2563 – 2564 ตามลำดับ เมื่อเทียบกับปีก่อนหน้าในปี พ.ศ. 2562 ทั้งนี้ ผู้ป่วยในที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติที่เกี่ยวกับสารเสพติด (ยกเว้นแอลกอฮอล์และบุหรี่ย) มีจำนวน “เพิ่มขึ้น” ประมาณร้อยละ 44.33 และ ร้อยละ 15.78 ในปี พ.ศ. 2563 – 2564 ตามลำดับ เช่นกัน (9)

สรุป

สถานการณ์สารเสพติดของประเทศไทยในช่วงปี พ.ศ. 2563 -2564 ที่ผ่านมามีการเปลี่ยนแปลงด้านกฎหมายที่สำคัญโดยเฉพาะการออกประมวลกฎหมายยาเสพติดให้โทษฉบับใหม่ การเปลี่ยนแปลงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับพืชกัญชา และพืชกระท่อม ทั้งนี้ พบว่ามีการใช้สารเสพติด เช่น กระท่อมและกัญชาในปีที่ผ่านมาของประชากรไทยสูงมากขึ้น สอดคล้องกับการแก้ไขกฎหมายให้สามารถนำกระท่อมและกัญชามาใช้ได้ในช่วงที่ผ่านมา อย่างไรก็ตาม แม้พบความชุกการใช้ยาบ้า ไอซ์ ในช่วงชีวิตสูงชันเช่นกัน แต่การใช้ยาบ้า ไอซ์ ในปีที่ผ่านมา มีแนวโน้มลดลง อันน่าจะมาจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 สำหรับการวินิจฉัยโรคในระบบการวินิจฉัยทั้งแบบผู้ป่วยในและแบบผู้ป่วยนอกที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด (ยกเว้นแอลกอฮอล์และบุหรี่ย) กลับมีแนวโน้มสูงขึ้นมากในปี พ.ศ. 2563 – 2564 เมื่อเทียบกับปีก่อนหน้าที่ยังไม่มีมีการปรับเปลี่ยนกฎหมายให้นำกัญชาและกระท่อมมาใช้ได้ทั้งที่เป็นช่วงเวลาที่อยู่ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 อย่างไรก็ตาม ยังคงต้องมีการศึกษาผลกระทบระยะยาวจากการปรับเปลี่ยนกฎหมายและนโยบายในช่วงนี้ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. รัศมน กัลยาศิริ. การสำรวจสถานการณ์สารเสพติดในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ของประชากรไทย. ใน รัศมน กัลยาศิริ (บ.ก.), ข้อเท็จจริงและตัวเลข : สารเสพติดผิดกฎหมายในประเทศไทย ปี 2560-2563, หน้า 3-12. ศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด (ศศก). 2563
2. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภทห้า พ.ศ. 2565. (9 กุมภาพันธ์ 2565). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 139 ตอนพิเศษ 35 ง หน้า 8
3. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สมุนไพรควบคุม (กัญชา) พ.ศ. 2565. (16 มิถุนายน 2565). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 139 ตอนพิเศษ 137 ง หน้า 9

4. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดให้การกระทำให้เกิดกลิ่น หรือควันกัญชา กัญชง หรือพืชอื่นใด เป็นเหตุรำคาญ พ.ศ. 2565. (14 มิถุนายน 2565). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 139 ตอนพิเศษ 134 ง หน้า 2
 5. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, “สถิติการจับกุมและดำเนินคดีผู้ที่เกี่ยวข้องกับ สารเสพติดผิดกฎหมาย,” สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2558-2563. (ออนไลน์). Available: https://www.oncb.go.th/Home/Pages/DOC_narcotic_2563.aspx. (วันที่ เข้าถึง 25 กรกฎาคม 2565).
 6. ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข, “ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและ ฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ,” กระทรวงสาธารณสุข, 2546-2563. (ออนไลน์). Available: <https://antidrugnew.moph.go.th/Runtime/Runtime/Form/FrmPublicReport/>. (วันที่เข้าถึง 25 กรกฎาคม 2565).
 7. ประกาศคณะกรรมการรักษาความสงบแห่งชาติ เรื่อง การปฏิบัติต่อผู้ต้องสงสัยว่ากระทำผิดตามกฎหมายเกี่ยวกับยา เสพติดเพื่อเข้าสู่การบำบัดฟื้นฟูและการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู พ.ศ. 2557. (30 กรกฎาคม 2557). ราช กิจจานุเบกษา. เล่ม 131 ตอนพิเศษ 143 ง หน้า 18-19
 8. Kalayasiri, R., Boonthae, S. Trend of cannabis use and related harms before and after the allowance for medical use and legalization for recreational purpose in Thailand. In submission.
 9. Preechawit, S., Kalayasiri, R. Medical cannabis legalization and trends of mental health problems in Thailand 2013-2021. In preparation.
-

บทที่ 2 กัญชาทางการแพทย์ และความเชื่อเกี่ยวกับการใช้กัญชาเพื่อรักษาโรค

โดย แพทย์หญิงรัศมี กัลยาศิริ

นางสาว กนกวรรณ ตัดวัตร

และ ดร.นายแพทย์มุฮัมมัดฟาห์มี ตาละ

บทนำ

สถานการณ์การใช้กัญชามีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างมากเกิดจากกระแสสังคมและนโยบายที่เปลี่ยนแปลงไป มีกระแสในการทำให้กัญชาถูกกฎหมายและนำกัญชามาใช้ประโยชน์ในการรักษาบางอาการของโรคบางโรคได้ ในประเทศไทยหลังจากมีการเปลี่ยนแปลงพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 ซึ่งอนุญาตให้สามารถนำกัญชามาใช้ทางการแพทย์ และสามารถนำกัญชาไปศึกษาวิจัยและพัฒนาเพื่อใช้ประโยชน์อื่น ๆ ปัจจุบันมี 4 กลุ่มโรคที่สามารถนำกัญชามาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ คือ โรคลมชักในเด็กบางชนิด อาการกล้ามเนื้อหดเกร็ง (spasticity) ในบางโรค อาการปวดประสาท (neuropathic pain) และอาการคลื่นไส้ อาเจียนจากการได้รับยาเคมีบำบัด ดังตารางที่ 1 (1-11) โดยปัจจุบันยังไม่มียาที่ผ่านมาตรฐานทางยาเหมือนยาจากต่างประเทศ มีเพียงการนำสารสกัดกัญชาที่ผลิตในประเทศมาใช้ได้โดยสั่งจ่ายผ่านระบบพิเศษสำหรับยาที่ยังไม่มีการรับรองมาตรฐาน (special access scheme) และมีตำรับยาทางการแพทย์แผนไทยที่ผสมกัญชาที่ได้ผ่านการรับรองตามหลักการแพทย์ทางเลือกและได้รับการรับรองจากกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 16 ตำรับ

กัญชากับการรักษาโรคโควิด-19

กัญชาได้ถูกโยงเข้ามากับโรคโควิด-19 อันเป็นโรคติดเชื้อสำคัญในปัจจุบันอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ทั้งในแง่ความเสี่ยงจากการใช้กัญชาหรือสารเสพติดอื่นมากขึ้นในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 หรือในแง่การศึกษาวิจัยการนำกัญชาทางการแพทย์มาใช้กับผู้ป่วยที่เป็นโรคโควิด-19 โดยจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม (12) พบว่าหลักฐานวิชาการยังมีจำกัดในการนำกัญชามาใช้ป้องกันและรักษาโรค การศึกษาที่ผ่านมาเป็นเพียงการศึกษาทางวิทยาศาสตร์พื้นฐาน อีกทั้งยังต้องระมัดระวังการเกิดปฏิกิริยาของสารจากกัญชากับยาบางชนิดที่ใช้รักษาในผู้ป่วยโรคโควิด-19 นอกจากนี้ การศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการใช้กัญชาแบบสันถนาการ (นันทนาการ) กับการติดเชื้อหรือความรุนแรงของโรคโควิด-19 ยังมีจำกัด แต่ก็พอสรุปได้ว่าผู้ที่ใช้กัญชาแนวโน้มที่จะไม่รักษาสุขภาพส่วนบุคคล และไม่ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันโรค และพบว่าการใช้กัญชาสัมพันธ์กับการลดลงของความตั้งใจรับวัคซีน อีกทั้งการสูบกัญชาโดยเครื่องสูบบุหรี่ไฟฟ้าจะทำให้มีอาการปอดอักเสบที่มีลักษณะทางปอดคล้ายกับอาการจากโรคโควิด-19 ได้ อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจที่พบว่าผู้มีประวัติใช้กัญชาในเดือนที่ผ่านมาจะมีการติดเชื้อได้น้อยกว่าผู้ที่ไม่ใช้กัญชา แต่เป็นผลการศึกษาจากงานวิจัยเพียงหนึ่งการวิจัยที่ไม่ได้ควบคุมความแตกต่างด้านความรุนแรงการระบาดของโรคโควิด-19 ในแต่ละประเทศที่นำเข้าสู่การวิเคราะห์ (12) และหลายงานวิจัยกลับพบว่าการใช้กัญชาเพิ่มขึ้นในวงกว้างในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ในทุกกลุ่มวัยตั้งแต่เด็กนักเรียนระดับมัธยมศึกษาจนถึงกลุ่มผู้ใหญ่ที่มีความเสี่ยงได้

ตารางที่ 1 ตัวอย่างงานวิชาการที่เกี่ยวข้องกับกัญชาทางการแพทย์ในทางคลินิกและพรีคลินิก

ผู้วิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	ผลการศึกษา	ความเห็น
Zolotov Y, et al. (1) 2021	ผู้ป่วยมะเร็งเข้ารวม 190 คน	การศึกษานี้เพื่อประเมินแรงจูงใจในการใช้กัญชาทางการแพทย์ รูปแบบการใช้กัญชา และผลข้างเคียงของการใช้กัญชาในผู้ป่วยมะเร็ง ผลการศึกษาพบว่าสาเหตุหลักของผู้ป่วยมะเร็งที่ใช้กัญชาในการรักษา คือ อาการเจ็บปวด และอาการนอนไม่หลับ รูปแบบการใช้กัญชาส่วนใหญ่เป็นแบบสูบ ส่วนผลข้างเคียงของการใช้กัญชาพบร้อยละ 10.5 โดยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ความจำ ทนาวสั้น และปากแห้ง และพบว่าส่วนใหญ่จะพบผลกระทบทางเชิงลบมากกว่าผลทางเชิงบวก	เนื่องจากกัญชาทางการแพทย์กำลังเป็นที่นิยมมากขึ้น แพทย์และผู้เชี่ยวชาญควรให้ความสำคัญให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชา แนะนำแนวทางการรักษาอย่างถูกต้อง เพื่อป้องกันผลกระทบที่เกิดจากการใช้กัญชาที่ผิดวิธี
Yang KH, et al. (2) 2020	ผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 61 ปี เข้าร่วม 83 คน	การศึกษานี้เพื่อสำรวจความต้องการในการใช้กัญชาในประชากรผู้สูงอายุ การศึกษาพบว่าร้อยละ 78 ของผู้สูงอายุที่ทำแบบสอบถามใช้กัญชาเพื่อจุดประสงค์ทางการแพทย์ ซึ่งสาเหตุหลักในการใช้กัญชาทางการแพทย์ในผู้สูงอายุ คือ เพื่อรักษาอาการเจ็บปวด การนอนไม่หลับ อาการวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ซึ่งส่วนใหญ่พบว่าการใช้กัญชาสามารถบรรเทารักษาอาการได้ดีขึ้น และมีผู้สูงอายุส่วนหนึ่งที่มีอาการไม่พึงประสงค์ ได้แก่ อาการวิงเวียนศีรษะ วิตกกังวล ปากแห้ง หวาระแหง ตาแห้ง กระสับกระส่าย และหลงลืม	การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดถึงขนาดกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดเล็ก และการศึกษานี้เป็นเพียงการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการใช้กัญชาในผู้สูงอายุ
Schep L J, et al. (3) 2020	ทบทวนวรรณกรรม	delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) สามารถก่อให้เกิดอาการทางจิตได้ รวมไปถึงการสูญเสียความสามารถในการขับชี่ ยานพาหนะซึ่งเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุได้ และการใช้ความเข้มข้น THC ที่สูงสามารถเกิดผลข้างเคียงที่รุนแรง เช่น อาการหวาดกลัว เห็นภาพหลอน และอาการชัก ยิ่งการใช้กัญชาเป็นระยะเวลานานจะส่งผลต่อความเสี่ยงในความเป็นพิษต่อระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด สูญเสียความทรงจำ และยังส่งผลต่อภาวะทางจิตเวชได้สูง	สาร THC มีฤทธิ์เป็นสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท อาจส่งผลต่อการควบคุมร่างกาย และภาวะจิตใจ ดังนั้นการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาควรอยู่ในความดูแลของผู้เชี่ยวชาญ และควรวิเคราะห์ถึงความเสี่ยงของผลข้างเคียงที่จะเกิดขึ้น
Becker W, et al. (4) 2020	หนูทดลองที่กระตุ้นให้เกิดมะเร็งลำไส้ 7-9 ตัว	การศึกษานี้แบ่งหนูทดลองเป็นหนูที่รักษาด้วยกัญชา และยาหลอก (vehicle) เพื่อวิจัยศึกษาว่า THC สามารถป้องกันการเกิดการอักเสบในลำไส้ที่นำไปสู่การเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำการศึกษาโดยทำให้หนูทดลองที่กระตุ้นด้วยสารเคมีให้มีอาการลำไส้อักเสบเรื้อรัง ซึ่งเป็นสาเหตุที่นำไปสู่การเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ เปรียบเทียบการทดลองใน 2 กลุ่มคือ ให้อาบกัญชาในหนูกลุ่มหนึ่ง และให้อาหลอกกับหนูอีกกลุ่ม จากผลการศึกษาพบว่า หนูกลุ่มที่ได้รับ THC ตรวจไม่พบเนื้องอก แต่หนูอีกกลุ่มที่ใช้ยาหลอกมีลำไส้อักเสบเล็กน้อย	งานวิจัยนี้เป็นเพียงการศึกษาทดลองในสัตว์ทดลอง ดังนั้นมีความจำเป็นต้องศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในคนถึงประสิทธิผลของกัญชาในการรักษาอย่างละเอียด เพื่อความปลอดภัย และวิเคราะห์ถึงความเสี่ยงในการรักษา
Sznitman SR, et al (5) 2020	ผู้ป่วยเจ็บปวดเรื้อรัง อายุมากกว่า 50 ปี 128 คน	การศึกษานี้เปรียบเทียบระหว่างผู้สูงอายุที่มีอาการเจ็บปวดเรื้อรังที่รักษาโดยใช้กัญชา 62 คน กับไม่ใช้กัญชา 66 คน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ใช้กัญชารักษามีการนอนหลับตอนกลางคืนมีประสิทธิภาพดีขึ้น มีการตื่นกลางคืนน้อยลง แต่ในขณะเดียวกันการใช้กัญชาบ่อยครั้งจะส่งผลทำให้ระยะการนอนหลับได้ในแต่ละคืนลดลง เนื่องจากเกิดภาวะดื้อยา	งานวิจัยนี้เป็นเพียงการศึกษาเบื้องต้น ไม่ได้แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มข้นของกัญชาที่ใช้ในการรักษากับการนอนหลับ มีเพียงแคข้อมูลปริมาณของกัญชาที่ใช้ ยังคงต้องทำการศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมในระยะยาว
Gobbi G, et al. (6) 2019	ทบทวนวรรณกรรม	วัยรุ่นที่ใช้กัญชาในปริมาณมากส่งผลให้เกิดปัจจัยเสี่ยงในการเป็นโรคภาวะซึมเศร้า การวิตกกังวล และการฆ่าตัวตาย นอกจากนั้นความเสี่ยงการใช้กัญชาในวัยรุ่น อาจส่งผลกับการเรียนที่แย่ลง ความบกพร่องในระบบความจำ และส่งผลต่อการพัฒนาของสมอง	การให้ความสำคัญในการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับกัญชาในช่วงวัยรุ่นเป็นสิ่งที่สำคัญ เช่น ประโยชน์ โทษ ความเสี่ยงของการใช้กัญชาในวัยรุ่นและแนวทางในการหลีกเลี่ยงอันตรายจากการใช้กัญชา

ตารางที่ 1 (ต่อ) ตัวอย่างงานวิชาการที่เกี่ยวข้องกับปัญหาทางการแพทย์ในทางคลินิกและพรีคลินิก

Kafil TS, et al. (7) 2018	ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้ออักเสบเข้าร่วม 60 คน	เปรียบเทียบการรักษาโดยใช้กัญชา 29 คน กับการใช้ยาหลอก 31 คน ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้ออักเสบ ระยะเวลา 10 สัปดาห์ พบว่าผลการบรรเทาอาการของโรค การตอบสนอง และค่า C-Reactive Protein (CRP) ที่บ่งบอกการอักเสบในร่างกาย ในทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยที่ใกล้เคียงกัน ส่วนอาการไม่พึงประสงค์จากกัญชาที่เกิดขึ้น ได้แก่ อาการมึนเวียนศีรษะ ปวดหัว คลื่นไส้ อ่อนเพลีย พบในผู้ป่วยที่รักษาด้วยกัญชามากกว่าผู้ป่วยที่ใช้ยาหลอก	การศึกษานี้ยังไม่ได้ข้อสรุปที่ชัดเจนว่าผลการรักษาด้วยกัญชาสามารถบรรเทาอาการโรคกล้ามเนื้ออักเสบได้ ยังคงต้องศึกษาเพิ่มเติมในระยะยาวและประเมินถึงประโยชน์ โทษ ความปลอดภัย และผลข้างเคียงที่จะเกิดขึ้นในการรักษา
Schleider LB, et al. (8) 2018	ผู้ป่วยมะเร็งเข้าร่วม 1,211 คน	ผลการศึกษาพบว่าจากการใช้กัญชาในการรักษาแบบประคับประคองอาการในผู้ป่วยมะเร็ง หลังจาก 6 เดือน พบว่าอาการที่เป็นไปในทิศทางดีขึ้น ได้แก่ คลื่นไส้ และอาเจียน ปัญหาการนอนหลับ กระสับกระส่าย ความวิตกกังวล และอาการปวดศีรษะ ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จในการรักษาอาการเหล่านี้อาจมาจากประสบการณ์ก่อนหน้าในการใช้กัญชา ระดับความเจ็บปวดอายุน้อย และไร้ความกังวลเกี่ยวกับผลเสียของการรักษาด้วยกัญชา และพบว่าร้อยละ 70 ของผู้ป่วยที่ใช้กัญชาในการรักษามีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ในส่วนของผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นพบในส่วน้อย และอาการไม่รุนแรง เช่น มีอาการวิงเวียนศีรษะ ปากแห้ง ความอยากอาหารเพิ่มขึ้น ง่วงนอน และผลทางจิตประสาท อย่างไรก็ตามผู้ป่วยมะเร็งแต่ละคนมีอาการ และการรักษาที่แตกต่างกัน กัญชาอาจเป็นเพียงอีกหนึ่งในทางเลือกการรักษาแบบประคับประคองอาการในผู้ป่วยมะเร็ง	งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงสังเกตจึงไม่ได้ควบคุมชนิดมะเร็งของผู้ป่วยที่เข้าร่วม รูปแบบกัญชาที่ใช้รักษา สายพันธุ์กัญชา และความเข้มข้นที่ใช้ในการรักษา จึงไม่สามารถระบุความสัมพันธ์ระหว่างการใช้กัญชารักษากับอาการที่ดีขึ้นของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน
Scherm a M, et al. (9) 2018	ทบทวนวรรณกรรม	การใช้กัญชาเพื่อการรักษาอาการทางจิตนั้นยังไม่มีหลักฐานชัดเจน เนื่องจากในกัญชามี phytocannabinoid ที่มีส่วนประกอบหลัก 2 ตัวคือ $\Delta 9$ -THC และ CBD โดยที่ $\Delta 9$ -THC ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท และทำให้เสพติดได้ แต่ใน CBD ไม่มีฤทธิ์เสพติด มีการศึกษาพบว่า CBD สามารถเพิ่มระดับ anandamide (AEA) ที่ช่วยทำให้ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตแบบเฉียบพลันมีอาการทางจิตที่ดีขึ้น และเมื่อใช้ CBD ร่วมกับ THC จะสามารถลดอาการไม่พึงประสงค์จาก THC ได้ นอกจากนี้การใช้กัญชาในอัตราส่วนของสารประกอบ THC:CBD ที่แตกต่างกันจะส่งผลต่อสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน เช่น การใช้กัญชาที่มีความเข้มข้นของ THC สูงกว่า CBD จะมีความเสี่ยงที่สูงที่จะเกิดอาการทางจิตมากยิ่งขึ้น แต่ในทางตรงกันข้าม หากใช้กัญชาที่มีความเข้มข้นของ CBD สูงกว่า จะช่วยบรรเทาอาการทางจิตได้ และมีความปลอดภัยมากกว่า	การใช้ CBD ในการรักษาความผิดปกติทางอาการทางจิต ยังไม่มีงานวิจัยชี้ชัดถึงผลการศึกษา เนื่องจากงานวิจัยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาระยะสั้น และยังคงต้องศึกษาถึงความปลอดภัย ความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นในการใช้ในระยะยาวต่อไป
Volkow ND, et al. (10) 2014	บทความ	ผลกระทบในการใช้กัญชาอย่างหนักในระยะสั้น พบว่ามีความจำระยะสั้นบกพร่อง การเรียนรู้และความจำไม่ดี เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุในการขับขี่ มีอาการหวาดระแวง และอาการทางจิต และผลกระทบในการใช้กัญชาระยะยาว คือ ส่งผลกระทบต่อพัฒนาการของสมอง โรคหลอดเลือดสมองเรื้อรัง เพิ่มโอกาสในการเป็นโรคจิตเภทเรื้อรัง นอกจากนี้ผู้ที่มีการถอนกัญชา จะมีอาการหงุดหงิดฉุนเฉียว การนอนหลับผิดปกติ วิตกกังวล เป็นต้น	การใช้กัญชายังคงมีอย่างแพร่หลายทั้งใช้ทางการแพทย์ และเพื่อสันทนาการ (นันทนาการ) ซึ่งกัญชาที่มีโทษมากมาย หากใช้กัญชาเกินขนาดอาจส่งผลร้ายแรงต่อการทำงานของอวัยวะส่วนอื่น ๆ ในร่างกายได้
Duran M, et al. (11) 2010	ผู้ป่วยจากการใช้เคมีบำบัด อายุมากกว่า 18 ปี	ผลการศึกษาพบว่าเปรียบเทียบกลุ่มที่ใช้กัญชาแบบสativex (Sativex) 7 คน กับใช้ยาหลอก 9 คน ในการรักษาผู้ป่วยจากการใช้เคมีบำบัด ผลการวิจัยพบว่า ร้อยละ 71.4 ของผู้ป่วยเคมีบำบัดที่ใช้กัญชา พบว่าลดอาการคลื่นไส้ และอาเจียนได้ดีกว่ากลุ่มที่ใช้ยาหลอก แต่ในผู้ป่วยที่ใช้กัญชารักษายังพบอาการข้างเคียงมากกว่าในกลุ่มที่ใช้ยาหลอก อาการข้างเคียงส่วนใหญ่ที่พบคืออาการมึนเวียนศีรษะ ปากแห้ง เหนื่อยล้า และอาการง่วงซึม	งานวิจัยนี้ไม่ได้ควบคุมชนิดของมะเร็งในผู้ป่วยที่เข้าร่วม การศึกษานี้เป็นการให้ข้อมูลในระดับเบื้องต้นของประสิทธิภาพในการใช้กัญชาเพื่อลดอาการคลื่นไส้ในผู้ป่วยเคมีบำบัดเท่านั้น

กัญชาทางการแพทย์ในประเทศไทย (13)

สำหรับการผลักดันนโยบายให้ประชาชนที่มีความเจ็บป่วยบางโรคไปใช้กัญชาทางการแพทย์ จัดเป็นหนึ่งในนโยบายสำคัญของรัฐบาล โดยต้องการให้ประชาชนที่ประสงค์จะใช้กัญชาสามารถเข้าถึงกัญชาได้อย่างปลอดภัย มีการอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ให้บริการกัญชา รวมถึงแพทย์แผนไทยและแพทย์แผนปัจจุบัน ให้มีความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ และมีหนังสือภาษาไทยเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข รวมไปถึงมีการแจกจ่ายน้ำมันกัญชาทางการแพทย์ในจำนวนหลักแสนขวด โดยยากัญชาได้ถูกบรรจุอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติในปีที่ผ่านมา และมีการเปิดให้สถานพยาบาลของรัฐทุกระดับที่กระจายอยู่ทั่วประเทศมีการให้บริการกัญชาทางการแพทย์รวมประมาณกว่า 300 แห่ง เพื่อให้ประชาชนที่ต้องการสามารถใช้กัญชาทางการแพทย์ได้อย่างปลอดภัย อย่างไรก็ตามจากค่าประมาณการพบว่าผู้ที่สามารถเข้าถึงกัญชาทางการแพทย์ได้อย่างถูกกฎหมายมีเพียงแค่ร้อยละ 10 ของผู้ที่มีการใช้กัญชาเพื่อบรรเทาอาการบางอย่างของตนเท่านั้น (13) และมีความเป็นไปได้ว่าที่เหลือนอกจากนั้นอาจต้องการใช้ทั้งที่ไม่ได้มีความจำเป็นต้องใช้ จึงอาจไม่ได้เข้าระบบเพราะเกรงว่าจะไม่ได้รับกัญชาตามที่ตนต้องการ หรืออาจเป็นไปได้ว่ามีความสะดวกกว่าในการหากัญชามาใช้เองมากกว่าที่จะเข้ามาใช้บริการจากคลินิกกัญชาอย่างถูกต้องตามระบบ ผลดังกล่าวสอดคล้องกับผลประมาณการโดยศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจ โดยการสนับสนุนจากศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด พบว่ามีประชากรไทยอยู่ 1.6 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2562 ที่รายงานว่าจะใช้กัญชาเพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยของตน โดยส่วนใหญ่เป็นอาการเล็ก ๆ น้อย ๆ เช่น นอนไม่หลับ ปวดเมื่อย และปวดศีรษะ ซึ่งอาการทั้งหมดไม่ได้อยู่ในกลุ่มโรคสีโรครหลักที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างชัดเจนที่สนับสนุนการใช้กัญชารักษา (14)

การศึกษาสถานการณ์การใช้กัญชาทางการแพทย์ในประเทศไทย พ.ศ. 2563-2564

ในปี พ.ศ. 2564 ได้มีการศึกษาลักษณะวิธีการใช้ และข้อมูลประชากรในผู้ที่ใช้กัญชา รวมไปถึงรูปแบบการใช้กัญชา และอาการของโรคที่ทำให้ต้องใช้กัญชา และศึกษาความสามารถในการเข้าถึงกัญชาทางการแพทย์ และความพึงพอใจในการรักษา โดยรวมถึงศึกษาการเปลี่ยนแปลงวิธีการใช้ และอาการของโรคหลังจากการใช้กัญชาในการแพทย์ (13) ในกลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ในภาคเหนือและภาคใต้ โดยส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 56.5 เริ่มใช้กัญชาที่อายุประมาณ 52 ปี ซึ่งมีประมาณหนึ่งในสี่คน (ร้อยละ 27.9) ที่การใช้กัญชาครั้งแรกของเขานั้นไม่ได้ใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์ แต่ใช้เพื่อผ่อนคลาย เพราะอยากรู้ อยากทดลอง หรือเพื่อเข้าสังคม (ตารางที่ 2) ส่วนใหญ่ได้ใช้กัญชาเพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์เฉลี่ยประมาณ 200 วันจากทั้งหมด 365 วันในปีที่ผ่านมา (ตารางที่ 3)

จากการศึกษาเดียวกันยังพบว่าผู้ใช้กัญชาทางการแพทย์ส่วนใหญ่สูงถึงร้อยละ 84 ไม่ได้ใช้กัญชาเพื่อบรรเทาหรือรักษาอาการที่จัดอยู่ในกลุ่มที่ให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ได้ที่ประกาศจากกระทรวงสาธารณสุข ทั้งกลุ่มที่เป็นประโยชน์โดยตรง กลุ่มที่น่าจะได้ประโยชน์ หรือกลุ่มที่อาจจะได้ประโยชน์ โดยพบผู้ใช้กัญชา

ดังกล่าวใช้เพื่อรักษาโรคมะเร็งร้อยละ 18.3 รักษาโรคกล้ามเนื้อกระดูกร้อยละ 30.7 รักษาโรคทางจิตและระบบประสาทร้อยละ 39.8 และรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังร้อยละ 19.5 เป็นต้น (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 2 ประวัติการใช้กัญชาครั้งแรก และเหตุผลที่ใช้กัญชา (13)

ประวัติการใช้กัญชา	เหนือ % (95% CI)	ใต้% (95% CI)	รวม % (95% CI)
เริ่มใช้กัญชาครั้งแรก (ด้วยวัตถุประสงค์ใดๆ ก็ตาม) เมื่ออายุ Mean (Min, Max)	52.2 (19,84)	51.7 (12,90)	51.9 (12,90)
เหตุผลที่ใช้กัญชาในครั้งแรก			
เพื่อผ่อนคลาย	8.1 (2.4, 13.7)	10.2 (5, 15.5)	9 (4, 14)
ความอยากรู้อยากเห็น	5.1 (1.8, 8.2)	11.2 (5.6, 16.9)	7.8 (4.1, 11.6)
เพื่อการเข้าถึงสังคม	11.1 (0, 42.6)	8.4 (3.8, 12.9)	10 (1.9, 18.2)
เหตุผลทางการแพทย์	75.8 (47.5, 104.1)	68 (59, 77)	72.1 (62.6, 81.5)
อื่น ๆ (ประกอบอาหาร, เจริญอาหาร)		2.2 (0.8, 3.5)	1.1 (1, 1.1)

ตารางที่ 3 ประวัติการใช้กัญชาในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา และวัตถุประสงค์การใช้กัญชาในหนึ่งปีที่ผ่านมา (13)

ประวัติการใช้กัญชา	เหนือ % (95% CI)	ใต้% (95% CI)	รวม % (95% CI)
ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา			
จำนวนวันที่ใช้ Mean (Min, Max)	178.3 (1, 365)	221.1 (4, 365)	199.7 (1, 365)
ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา ใช้กัญชาด้วยวัตถุประสงค์ใดบ้าง			
เพื่อผ่อนคลาย	11.5 (0.2, 22.7)	15.5 (8, 22.9)	13.1 (4.1, 22)
เพื่อการเข้าถึงสังคม	0.1 (0.1, 0.1)	1.6 (0.1, 3)	0.9 (0.3, 1.5)
เหตุผลทางการแพทย์	99.1 (98.7, 99.6)	96.6 (92.6, 100.6)	98.1 (97.8, 98.3)
อื่น ๆ (ประกอบอาหาร, เจริญอาหาร)		4.4 (1.1, 7.7)	1.8 (1.7, 2)

ตารางที่ 4 วัตถุประสงค์ในการใช้กัญชาเพื่อรักษาโรค และภาวะที่ใช้กัญชารักษาตามประกาศจากกระทรวงสาธารณสุข (13)

วัตถุประสงค์ของการใช้กัญชาเพื่อรักษาโรค	เหนือ % (95% CI)	ใต้% (95% CI)	รวม % (95% CI)
โรคภาวะที่ใช้กัญชาเพื่อรักษา*			
มะเร็ง	20.8 (12.2, 29.4)	16.4 (9.6, 23.2)	18.3 (12.5, 24.1)
โรคของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก	34.5 (26.6, 42.4)	25.8 (17.7, 33.9)	30.7 (25.1, 36.4)
โรคทางจิตและระบบประสาท	30.5 (20.3, 40.6)	51.8 (43.2, 60.4)	39.8 (33.1, 46.5)
โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	13.4 (4.6, 22.2)	27.4 (20.5, 34.5)	19.5 (13.6, 25.4)
อื่น ๆ	18.8 (12.5, 25)	45.2 (36.9, 53.4)	30.2 (24.5, 35.9)
ภาวะที่ใช้กัญชารักษานอกตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข**			
ก. กัญชาเป็นประโยชน์โดยตรง	1 (0, 5.1)	1 (-0.4, 2.4)	1 (0, 3)
ข. กัญชาน่าจะได้ประโยชน์	2.6 (1.6, 3.6)	5.6 (1.3, 9.8)	3.8 (1.6, 6)
ค. กัญชาอาจจะได้ประโยชน์	20.8 (12.5, 29.2)	16.4 (9.1, 23.6)	18.3 (12.3, 24.3)
ง. อื่นๆ	79.7 (70.9, 88.5)	89.2 (82.7, 95.7)	84 (79.1, 89)

ข้อเท็จจริงและตัวเลข : สารสนเทศตีพิมพ์กฎหมายในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564-2565

เหตุผลที่กลุ่มตัวอย่างใช้กัญชาในการรักษาโรค เนื่องจากส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเดิม จึงนำกัญชามาใช้เพื่อ “เสริม” การรักษาทั้งที่มีและไม่มีหลักฐานทางวิชาการรองรับมากถึงร้อยละ 44.5 และบางคนรักษาด้วยวิธีการอื่นแล้วอาการยังไม่ดีขึ้นจึงหันมาใช้กัญชาประมาณร้อยละ 23.7 ที่น่าเป็นห่วงคือผลการสำรวจที่ภาคเหนือพบว่า ร้อยละ 41.1 เลิกใช้ยาแผนปัจจุบันและหันมาใช้กัญชาในการรักษาอย่างเดียว ส่วนทางภาคใต้พบว่าร้อยละ 68.7 ยังคงใช้ยาแผนปัจจุบันเหมือนเดิม (ตารางที่ 5) รูปแบบของการใช้กัญชาส่วนใหญ่ร้อยละ 53.1 จะเป็นการใช้น้ำมันกัญชاهدัดได้ลิ้น โดยมีความถี่การใช้ทุกวันจำนวนหลายครั้งต่อวันมากถึงร้อยละ 47.4 (ตารางที่ 6) ทั้งนี้ คนที่ใช้กัญชาส่วนใหญ่เข้าถึงกัญชานอกกระบบจึงมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูงอยู่ที่ 1015.75 บาท/เดือน (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 5 แสดงเหตุผลในการใช้กัญชาเพื่อรักษาโรค และการลด/เลิกการใช้ยาแผนปัจจุบัน (13)

เหตุผลที่ใช้กัญชาเพื่อรักษาโรค

เหตุผลที่ใช้กัญชาเพื่อรักษาโรค	เหนือ % (95% CI)	ใต้% (95% CI)	รวม % (95% CI)
รักษาคำวิธีอื่นแล้วไม่ได้ผล	29.7 (21.6, 37.8)	14.1 (7.9, 20.3)	23.7 (19, 28.4)
ต้องการใช้กัญชาเพื่อไปเสริมกับการรักษาวิธีอื่น	45.5 (35.7, 55.3)	44.6 (35.9, 53.4)	44.5 (37.9, 51.1)
คิดว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาถูกกว่า	4.6 (0, 10.2)	6.7 (1, 12.4)	5.4 (0.7, 10.1)
แพทย์พื้นบ้านรักษาให้ฟรี	1 (0.6, 1.5)	5 (0.1, 9.9)	2.5 (0, 7.5)
อื่น ๆ	25.7 (17.3, 34.1)	39.7 (30.1, 49.4)	31.9 (25.3, 38.5)

การลดหรือเลิกการใช้ยาแผนปัจจุบัน หลังจากที่ได้รับกัญชาทางการแพทย์

การลดหรือเลิกการใช้ยาแผนปัจจุบันหลังจากที่ได้รับกัญชาทางการแพทย์	เหนือ % (95% CI)	ใต้% (95% CI)	รวม % (95% CI)
ลดยาแผนปัจจุบัน	34.2 (24.6, 43.9)	14.9 (9, 20.9)	26.3 (19.5, 33.2)
เลิกใช้ยาแผนปัจจุบัน	41.1 (32.1, 50.1)	16.3 (10, 22.7)	31.7 (26.4, 36.9)
ยังคงใช้ยาแผนปัจจุบันเหมือนเดิม	24.7 (17.6, 31.8)	68.7 (59.9, 77.6)	42 (35, 49)

ตารางที่ 6 รูปแบบของผลิตภัณฑ์กัญชา วิธีการใช้ และความถี่ของการใช้เพื่อรักษาโรค (13)

ลักษณะการใช้กัญชาทางการแพทย์	เหนือ % (95% CI)	ใต้% (95% CI)	รวม % (95% CI)
รูปแบบผลิตภัณฑ์			
ดอก/ใบ/คัม/รากสด/แห้ง/คั้นสด	23.8 (15.1, 32.4)	40.2 (28.9, 51.5)	31.5 (24.5, 38.5)
น้ำมันสกัดสด หารับกิน/ หวดได้ลิ้น	44.3 (34.3, 54.3)	66.5 (55.8, 77.1)	53.1 (46, 60.2)
น้ำมัน/ครีม/สเปรย์/สมุนไพรภายนอก	1.7 (0, 3.9)	5 (1.1, 8.9)	3 (0.1, 5.9)
ยาสำหรับแพทย์แผนไทย	38 (23.1, 52.9)		21.7 (11.9, 31.7)
อื่น ๆ	7 (3.3, 10.6)	2.4 (0.2, 4.5)	5.4 (3.1, 7.6)
วิธีการใช้			
สูบ มวน/ บ้อง	8.5 (0, 33.9)	11.2 (6.2, 16.3)	9.8 (2.3, 17.2)
กิน/ หวด/ เคี้ยว/ผสม/ ใส่เตปซูล	72.5 (63.6, 81.6)	59.9 (50.5, 69.1)	66.4 (60, 72.9)
พ่น/ ทา/ อาน้ำมัน/ นวด	7.8 (3.6, 12)	16.1 (9, 23.3)	11.6 (8.4, 14.9)
ดื่ม/ ชงเป็นชา	16.3 (9.9, 22.7)	32 (22.8, 41.3)	23.7 (18.2, 29.2)
ความถี่ของการใช้			
หลายครั้งต่อวัน	68.7 (60.9, 76.5)	18 (10.2, 25.8)	47.4 (38.8, 55.9)
6-7 วันต่อสัปดาห์	5.2 (1.3, 9.1)	28.8 (20, 37.8)	15.2 (5.9, 24.5)
3-5 วันต่อสัปดาห์	8.7 (3.3, 14.2)	16.6 (10.2, 23)	12.4 (8.4, 16.4)
1-2 วันต่อสัปดาห์	14.6 (10.4, 18.7)	24.6 (15.3, 33.9)	18.6 (13.8, 23.5)
น้อยกว่าสัปดาห์ละครั้ง	2.8 (0, 6.3)	11.9 (5, 18.9)	6.5 (3.6, 9.4)

ตารางที่ 7 ค่าใช้จ่ายในการซื้อัญชา และการเข้าถึงัญชา (13)

ค่าใช้จ่าย (บาท)	เหนือ	ใต้	รวม Mean (Min, Max)
รวมค่าใช้จ่ายในการซื้อหากัญชาต่อเดือน Mean (Min, Max)	1,042.72 (100-20,000)	980.48 (50-20,000)	1,015.75 (50-20,000)
ค่าจัดหาัญชาแต่ละครั้ง	845.29 (100-20,000)	824.31 (20-5,800)	836.61 (20-20,000)
ค่ายาผลิตกัญชาต่อครั้ง	594.96 (100-20,000)	789.81 (33-5,800)	677.88 (33-20,000)
ค่าเดินทางที่พกค่าใช้จ่ายอื่น	787.27 (20-6,360)	151.58 (10-1,000)	562.91 (10-6360)
จำนวนครั้งในการเสียค่าใช้จ่ายต่อเดือน	1.94 (1-20)	1.8 (1-30)	1.88 (1-30)
ปลูกัญชาไว้ห้องหรือขาย % (95% CI)	14.8 (6.5, 23.2)	10.5 (5.8, 15.2)	14.1 (8.2, 20)
จำนวนครั้งที่ปลูก Mean (Min, Max)			
จำนวนครั้งที่ปลูกไว้ห้องหรือขาย	3.8 (1-20)	2.27 (1-10)	3.12 (1-20)
ปลูกไว้ห้อง	3.8 (1-20)	2.1 (1-10)	2.98 (1-20)
ปลูกไว้ขาย		4.5 (3-6)	4.5 (3-6)
ผลผลิตที่ได้ต่อเดือน (กรัม) (Mean (Min, Max)			
ปลูกไว้ห้องหรือขาย	3,075.21 (200-20,000)	4,667.33 (2-10,000)	3,191.71 (2-20,000)
ปลูกไว้ห้อง Mean (Min, Max)	3,075.21 (200-20,000)	5,001 (2-10,000)	3,171.5 (2-20,000)
ปลูกไว้ขาย Mean (Min, Max)		7,000 (4,000-10,000)	7,000 (4,000-10,000)

สำหรับวิธีการได้รับยาัญชา พบว่าได้รับยาัญชาจากทางโรงพยาบาลหรือคลินิกัญชาเพียงร้อยละ 0.9 เท่านั้น นอกจากนั้นได้กัญชาจากหมอแผนไทยร้อยละ 4.7 หมอพื้นบ้านร้อยละ 24.3 โดยส่วนใหญ่จะได้กัญชามาจากตลาดมืดร้อยละ 19 และจากเพื่อนหรือญาติร้อยละ 33.6 (ตารางที่ 8) แสดงให้เห็นว่าตัวเลขในการได้รับยาในระบอบจริง ๆ รวมกันแล้วอยู่ที่ประมาณร้อยละ 16 เท่านั้น ที่เหลือจะอยู่ในเครือข่ายที่ไม่เป็นทางการ เช่น ญาติ ตลาดมืด และที่ไม่สามารถระบุที่มาของกัญชาได้

ตารางที่ 8 วิธีการซื้อ หรือได้รับยาัญชา (13)

วิธีการซื้อ/ได้รับยาัญชา	เหนือ % (95% CI)	ใต้% (95% CI)	รวม % (95% CI)
รพ.คลินิกกัญชาแผนปัจจุบันในสังกัดกระทรวง . รวม รพ (รักษาแบบแผนปัจจุบัน)	1.3 (-3.4, 6)	0.3 (-0.2, 0.7)	0.9 (-0.8, 2.6)
รพ.คลินิกแพทย์แผนไทยในระบบสาธารณสุขรวม รพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร (ให้การรักษาระบบแผนไทย)	4.7 (2.8, 6.5)	5.9 (0.5, 11.3)	4.7 (4, 5.5)
แพทย์พื้นบ้านนอกระบบสาธารณสุข (หมายถึงหมอพื้นบ้าน) พระที่เปิดรักษาที่วัด ที่มีทะเบียนแพทย์พื้นบ้าน	39.9 (24.4, 55.5)	2.1 (-0.2, 4.4)	24.3 (15.3, 33.3)
แพทย์พื้นบ้านนอกระบบสาธารณสุข (หมายถึงหมอพื้นบ้าน) พระที่เปิดรักษาที่วัด ที่ไม่มีทะเบียนแพทย์พื้นบ้าน	0.5 (0.2, 0.7)	17.8 (11.2, 24.3)	8 (5.5, 10.6)
ชมรมที่แจกผลิตภัณฑ์หรือให้บริการเครือข่าย /แบบไม่ค้ากำไร ทั้งแบบรับค่าน้ำหรือออนไลน์	1.2 (0.2, 2.1)	4.8 (-1, 10.6)	3 (1.1, 4.9)
ผู้ค้าในตลาดมืด โซเชียลมีเดีย /รวมทั้งที่ส่งออนไลน์หรือซื้อค่อหน้าเป็นผู้ขายแบบแสวงหากำไร	27 (16.4, 37.7)	9 (3.2, 14.8)	19 (10.3, 27.7)
ปลูกผลิตเอง	11.8 (-9, 32.6)	10.3 (5.2, 15.4)	12 (5.3, 18.8)
เพื่อน ญาติ คนรู้จัก	17.9 (9.8, 26.2)	55.7 (46.4, 65.1)	33.6 (26.8, 40.3)
อื่นๆ เช่น สั่งซื้อหรือไปซื้อจากต่างประเทศ หรือแหล่งอื่นนอกจากนี้		1.8 (0.1, 3.5)	0.8 (0.7, 0.8)

ข้อเท็จจริงและตัวเลข : สารสนเทศผิดกฎหมายในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564-2565

ส่วนการเปลี่ยนแปลงหลังการใช้พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 90 ให้ความเห็นว่าอาการดีขึ้นถึงดีขึ้นมาก และส่วนใหญ่ใช้ปริมาณกัญชาเท่าเดิมจากที่ใช้ครั้งแรกโดยไม่ต้องเพิ่มปริมาณ (ตารางที่ 9) โดยพบอาการมีเมามากจากการใช้กัญชาในการรักษาโรคได้สูงถึงร้อยละ 9.3 (ตารางที่ 10) ส่วนใหญ่ร้อยละ 66.7 ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับกัญชาหรือสารสกัดกัญชามาจากเพื่อนหรือญาติ (ตารางที่ 11) และส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ แต่มีผู้ใช้กัญชาร้อยละ 6.2 ที่เห็นว่ากัญชายังควรมองเป็นสารเสพติดให้โทษเช่นเดียวกับสารเสพติดชนิดอื่น ส่วนผลกระทบในการใช้กัญชาในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 พบว่าไม่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ส่วนใหญ่ยังสามารถเข้าถึงหรือหาซื้อกัญชาได้เหมือนเดิม (ตารางที่ 12)

ตารางที่ 9 การเปลี่ยนแปลงของโรค และปริมาณหลังจากการใช้กัญชาเพื่อรักษา (13)

การเปลี่ยนแปลง	เหนือ % (95% CI)	ใต้% (95% CI)	รวม % (95% CI)
การเปลี่ยนแปลงของโรคหลังจากใช้กัญชาเพื่อรักษา			
ดีขึ้นมาก	42.8 (33.1, 52.5)	30.9 (21.6, 40.1)	38.6 (31.9, 45.2)
ดีขึ้น	54.9 (45.1, 64.5)	55.6 (46.4, 64.9)	54.8 (48.1, 61.4)
เหมือนเดิม	2.4 (0.6, 4.1)	13.6 (6.2, 21)	6.7 (4.1, 9.3)
ปริมาณกัญชาที่ใช้ เปลี่ยนแปลงไปหลังจากเริ่มใช้ครั้งแรก			
ใช้เพิ่มขึ้นมาก	0.2 (0.2, 0.2)	1.5 (-3.8, 6.7)	0.8 (0, 1.7)
ใช้เพิ่มขึ้น	2.1 (-2.3, 6.5)	10.1 (4.1, 16)	5.5 (1.4, 9.6)
ใช้เท่าเดิม	93.2 (85.4, 100.9)	81 (72.7, 89.4)	87.8 (82, 93.5)
ใช้น้อยลง	2.7 (0, 7.9)	5.2 (1.3, 9.1)	3.9 (0.7, 7.1)
ใช้น้อยลงมาก	1.9 (0, 4.2)	2.2 (-0.8, 5.3)	2 (0.1, 4)

ตารางที่ 10 ผลกระทบที่ได้จากกัญชาเพื่อใช้ในการรักษาโรค (13)

เคยได้รับผลกระทบ	เหนือ % (95% CI)	ใต้% (95% CI)	รวม % (95% CI)
ไม่เคยมี	87.8 (82.7, 92.9)	84.9 (78.3, 91.6)	86.4 (82.7, 90.1)
อาการแพ้	1.1 (0, 5.3)	3.2 (0, 7.3)	2 (0, 5.7)
อาการเมา	8.7 (4.3, 13.2)	9.7 (4.5, 15)	9.3 (6.3, 12.3)
อาการเป็นพิษ (สะเก็ด ผื่นขึ้น ล าสีอัสเสบ)	0.2 (0.2, 0.2)		0.2 (0.2, 0.2)
ใช้เกินขนาด	0.1 (0, 0.3)		0.1 (0.1, 0.1)
ปัญหาการเงิน (ราคาแพง)		2.2 (-0.7, 5.1)	1 (0.9, 1.1)
ปัญหาทางสังคม (ส่วนมากอ้างว่าเป็นยาเสพติด, เป็นยาเสพติดผิดกฎหมาย)	2 (1, 3)		1.1 (0.9, 1.3)

ตารางที่ 11 การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับกัญชาหรือสารสกัดของกัญชา (13)

การได้รับข้อมูลข่าวสาร	เหนือ % (95% CI)	ใต้% (95% CI)	รวม % (95% CI)
ชมรม สมาคม กลุ่มผู้ใช้กัญชา สมาพันธ์	5.4 (2.1, 8.7)	8.4 (3.8, 13.1)	7.6 (4.2, 11)
โรงพยาบาล หน่วยงานรัฐบาล		10.7 (5.1, 16.2)	4.3 (3.7, 4.8)
ผู้เชี่ยวชาญ/ออนไลน์	3.6 (0.2, 6.9)	6.1 (1.7, 10.5)	4.8 (2.6, 7)
โซเชียลมีเดีย เช่น เฟซบุ๊ก line อินสตาแกรม	31.1 (21.7, 40.6)	27.1 (19.1, 35.2)	29.2 (22.1, 36.4)
เพื่อน ญาติ	66.1 (57.4, 74.8)	69.5 (60.7, 78.2)	66.7 (60.6, 72.9)
อื่นๆ	1.4 (-2.2, 5)	6.6 (2.3, 10.9)	3.7 (-0.4, 7.8)

ตารางที่ 12 ผลการใช้กัญชาในช่วงสถานการณ์โควิด การหาซื้อหรือการได้มาของกัญชาทางการแพทย์ และวิธีการแสวงหากัญชาในช่วงสถานการณ์โควิด

การใช้กัญชาในช่วงสถานการณ์โควิด	เหนือ % (95% CI)	ใต้% (95% CI)	รวม % (95% CI)
การใช้กัญชาในช่วงสถานการณ์โควิดระยะออกแรก			
เพิ่งเข้ารับการรักษาหลังการระบาดระลอกแรก	33.3 (18, 48.6)	17.8 (9.9, 25.6)	25.8 (18.3, 33.3)
ไม่เปลี่ยนแปลง	63.6 (47.3, 79.9)	69.4 (60.8, 78)	67.2 (60.6, 73.8)
เปลี่ยนแปลง	3.1 (-5.4, 11.6)	12.8 (6.4, 19.3)	7 (0.2, 13.8)
การหาซื้อ หรือการได้มาของกัญชาที่นำมาใช้เพื่อการรักษา หรือทางการแพทย์			
เพิ่งเข้ารับการรักษาหลังการระบาดระลอกแรก	33.2 (17, 49.5)	17.8 (9.6, 25.9)	25.8 (18.8, 32.8)
ไม่เปลี่ยนแปลง	63.4 (46.4, 80.5)	68.7 (59.5, 77.9)	66.7 (60.2, 73.2)
เปลี่ยนแปลง	3.4 (-5.1, 11.8)	13.5 (7.4, 19.7)	7.5 (0.8, 14.2)
วิธีการแสวงหากัญชาในช่วงสถานการณ์โควิด			
รพ. คลินิกกัญชาแผนปัจจุบันในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	2 (-11.2, 15.1)	1 (-0.3, 2.3)	1.5 (-2.3, 5.2)
รพ. คลินิกแพทย์แผนไทยในระบบสาธารณสุข	5.7 (-0.3, 11.8)	4.5 (0, 9)	4.6 (3.6, 6)
แพทย์พื้นบ้านในระบบสาธารณสุข	12.5 (5.6, 19)	1.1 (-0.2, 2.5)	6.9 (3.9, 9.8)
แพทย์พื้นบ้านนอกระบบสาธารณสุข	0.4 (0, 0.5)	16.1 (9.3, 22.8)	8.7 (5, 11.9)
ชมรมเครือข่าย ไม่แสวงหากำไร	2.6 (-2.1, 6.9)	5.8 (1.7, 9.8)	4.5 (-0.2, 8.8)
ผู้ค้าในตลาดมืด	40.2 (25, 56.4)	3.5 (0.5, 6.6)	21 (12.3, 30.6)
ปลูก/ผลิตเอง	15 (3.7, 25.7)	11.4 (5.9, 16.9)	14.6 (7.7, 20.4)
เพื่อนญาติ คนรู้จัก	27.5 (14.8, 40.1)	40.9 (32, 49.9)	34.9 (27.2, 42)
อื่นๆ เช่น สั่งซื้อหรือไปซื้อจากต่างประเทศ		1 (-0.4, 2.4)	0.5 (0.4, 0.6)

สรุป

คนที่ใช้กัญชาส่วนใหญ่ในประเทศไทยยังมีความเข้าใจที่ผิด โดยมองว่ากัญชาสามารถรักษาโรคได้ ตั้งแต่อาการนอนไม่หลับ จนถึงโรคมะเร็งให้หายได้ แม้มีข้อแนะนำจากกระทรวงสาธารณสุขถึงข้อบ่งชี้ว่า กัญชาสามารถนำมารักษาอาการอะไรได้บ้าง แต่คนที่มีอาการเพียงเล็กน้อยที่ไม่ได้อยู่ในกลุ่มโรคที่กัญชาสามารถใช้บรรเทาได้กลับมีการใช้กัญชาเพิ่มขึ้นและหาซื้อมาใช้เอง โดยมองกัญชาว่าเป็นยาวิเศษ ไม่มีพิษภัย นอกจากนี้ มีการใช้คำเช่นว่า “กัญชาเป็นภูมิปัญญาพื้นบ้านของไทย” ส่วนหนึ่งเพื่อลบภาพกัญชาที่ยังมีฤทธิ์ในการเสพติดออกไป ปัจจุบันมีผลิตภัณฑ์มากมาย เช่น น้ำกัญชง น้ำกัญชา อาหารที่มีส่วนผสมของกัญชง กัญชา หาซื้อได้ง่ายมากขึ้นกว่าแต่ก่อนมาก และในอนาคตคนไทยอาจมองว่าการนำใช้กัญชาและกัญชงมาใช้เป็นเรื่องปกติ เป็นสิ่งที่ควรทำในชีวิตประจำวัน และหันมาใช้กัญชาโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์มากขึ้นจนเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดผลกระทบเช่น การมึนเมา การเสพติด และอาการทางจิตเวชได้

การให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการใช้กัญชาทางการแพทย์จึงเป็นเรื่องที่จำเป็น โดยเฉพาะด้านประสิทธิผลในการรักษาโรคตามหลักฐานทางวิชาการ และโอกาสเกิดอาการข้างเคียงที่จะเกิดขึ้น โดยให้ผู้ใช้อีกุชชานอกกระบบสามารถเข้าถึงกัญชาทางการแพทย์ในระบบสาธารณสุขโดยเฉพาะจากคลินิกกัญชาทางการแพทย์ทั้งแผนไทยและแผนปัจจุบันได้มากขึ้น แต่ไม่ควรเป็นการส่งเสริมให้เกิดการใช้กัญชาทางการแพทย์โดยไม่สมเหตุผลและไม่จำเป็น ควรมีการเก็บบันทึกข้อมูลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ และสามารถติดตามผลการรักษา เพื่อแยกกลุ่มที่มีการใช้กัญชาเพื่อการสันหนนาการ ร่วมด้วยอันจะเป็นการใช้ที่ผิดวัตถุประสงค์ ซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายตามมาได้หากใช้ในขนาดสูง แบบผิดวิธี หรือใช้ติดต่อกันเป็นเวลานาน

เอกสารอ้างอิง

1. Zolotov Y, Eshet L and Morag O. Preliminary assessment of medical cannabis consumption by cancer survivors. *Complementary Therapies in Medicine* 2021. Volume 56 :102592
2. Yang KH, Kaufmann CN, Nafsu R, Lifset ET, Nguyen K, Sexton M, Han BH, Kim A, Moore AA. Cannabis: An Emerging Treatment for Common Symptoms in Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society* 2020. 69(1)
3. Schep LJ, Slaughter RJ, Glue and Gee P. The clinical toxicology of cannabis. *The New Zealand medical journal* 2020. 133 (1523):96-103
4. Becker W, Alrafas HR, Wilson K, Miranda K, Culpepper C, Chatzistamou L, Cai G, Nagarkatti M and Nagarkatti PS. Activation of Cannabinoid Receptor 2 Prevents Colitis-Associated Colon Cancer through Myeloid Cell De-activation Upstream of IL-22 Production. 2020 *iScience* 23(9) :101504
5. Sznitman SR, Vulfsons S, Meiri D and Weinstein G. Medical cannabis and insomnia in older adults with chronic pain: a cross-sectional study. *Supportive and Palliative Care* 2020. 10(4): bmjspcare-2019-001938
6. Gobbi G, Atkin T, Zytynski T, Wang S, Askari S, Boruff J, Ware, M, Marmorstein N, Cipriani A, Dendukur N and Mayo N. Association of Cannabis Use in Adolescence and Risk of Depression, Anxiety, and Suicidality in Young Adulthood: A Systematic Review and Meta-analysis. 2019. *JAMA Psychiatry* 76(4)
7. Kafil TS, Nguyen TM, MacDonald JK, Chande N. Cannabis for the treatment of ulcerative colitis. 2018 *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 Nov 8;11(11)
8. Schleider LB, Mechoulam R, Lederman V, Hilou M, Lencovsky O, Betzalel O, Shbiro L and Novack V. Prospective analysis of safety and efficacy of medical cannabis in large unselected population of patients with cancer. 2018 *European Journal of Internal Medicine* 49:37-43
9. Scherma M, Masia P, Deidda M , Fratta W, Tanda G and Fadda P. New Perspectives on the Use of Cannabis in the Treatment of Psychiatric Disorders. 2018. *Medicines (Basel)*. 2018 Dec; 5(4): 107
10. Volkow ND, Baler RD, Compton WM and Weiss SRB. Adverse Health Effects of Marijuana Use. *New England Journal of Medicine* 370 (23):2219-2227. 2014.

11. Duran M, Pérez E, Abanades S, Vidal X, Saura C, Majem M, Arriola E, Rabanal M, Pastor A, Farré M, Rams N, Laporte JR, and Capellà D. Preliminary efficacy and safety of an oromucosal standardized cannabis extract in chemotherapy-induced nausea and vomiting. 2010. British Journal of Clinical Pharmacology 70(5):656-63
 12. ชีระ วรธนรัตน์. การทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับกัญชาและสารประกอบของกัญชา และโรคโควิด-19. ศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด (ศศก). 2565.
 13. สาวิตรี อัจฉางค์กรชัย และคณะ. การศึกษาติดตามสถานการณ์การใช้และการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ระยะที่สอง. ศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด (ศศก). 2565
 14. สุริยัน บุญแท้. พฤติกรรมการใช้กัญชาทางการแพทย์ และการใช้แบบสันทนาการ. ใน รัชมน กัลยาศิริ (บ.ก.), โครงการสำรวจความรู้ ความเข้าใจ และความคิดเห็นของประชาชนต่อเรื่องกัญชาทางการแพทย์ และการใช้แบบสันทนาการ : กรณีศึกษาประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปทั่วประเทศ, หน้า 65-88. ศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด (ศศก.) 2564.
-

บทที่ 3 แนวทางสื่อสารเพื่อความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบจากกัญชา

โดย แพทย์หญิงรัศมี กัลยาศิริ

และ ดร.นิษฐา หรุ่นเกษม

บทนำ

ทุกสิ่งทุกอย่างในโลกนี้สามารถเป็น “สื่อ” ได้ ถ้าสิ่ง ๆ นั้นกำลังทำหน้าที่ในการสื่อสารความหมาย ดังนั้น เมื่อพูดถึงสื่อ (media) จึงมีความหมายครอบคลุมถึงสื่อในรูปแบบดั้งเดิม (traditional media) เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ และนิตยสาร สื่อสังคมออนไลน์ (social media) ที่เกิดขึ้นในสังคมปัจจุบันไม่ว่าจะเป็นเฟซบุ๊ก ทวิตเตอร์ อินสตาแกรม ยูทูบ หรือติ๊กต็อก ในขณะเดียวกัน ในการติดต่อสื่อสารระหว่างกันนี้ บุคคลทั่วไปก็สามารถทำหน้าที่เป็นสื่อได้ โดยเรียกว่า “สื่อบุคคล” ซึ่งทำหน้าที่ให้การถ่ายทอดข้อมูลข่าวสาร และให้ความรู้ความเข้าใจในเรื่องต่าง ๆ

เมื่อพูดถึงบทบาทของสื่อบุคคล แทบทุกคนจะนึกถึงบทบาทของผู้สื่อข่าว ผู้ดำเนินรายการ ผู้ประกาศข่าว อย่างไรก็ตาม สื่อบุคคลที่มีความสำคัญมากในโลกปัจจุบัน คือ “ผู้ทรงอิทธิพล” หรือที่มักเรียกทับศัพท์ว่า “อินฟลูเอนเซอร์” (influencer) ซึ่งอาจเป็นดารา นักร้อง บล็อกเกอร์ แอดมินเพจ เน็ตไอดอล หรือแม้แต่นักกิจกรรม ดาราโลกปัจจุบันที่เทคโนโลยีเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว คนเข้าถึงในโลกออนไลน์มากขึ้น อินฟลูเอนเซอร์ในโลกออนไลน์จึงมีบทบาทและมีความสำคัญอย่างมากในการเป็นทั้งผู้สร้างเนื้อหา เป็นผู้กระตุ้น สร้างแรงบันดาลใจ แพร่กระจายและขยายความคิดเกี่ยวกับประเด็นเนื้อหาต่าง ๆ และเมื่ออินฟลูเอนเซอร์เหล่านี้มีบทบาทในโลกออนไลน์มากยิ่งขึ้น สิ่งที่เขาก่อให้เกิดขึ้น คือ การกำหนดวาระทางสังคม แม้แต่สื่อมวลชนเองก็อาจนำเนื้อหาจากอินฟลูเอนเซอร์เหล่านั้นไปทำการสื่อสารต่อ ฉะนั้นการศึกษาแนวทางของสื่อในเรื่องใดก็ตาม เช่น ข่าวกัญชา หรือเนื้อหาเกี่ยวกับกัญชา จึงไม่ควรจะหมายถึงเพียงแค่สื่อดั้งเดิม (traditional media) เช่น หนังสือพิมพ์ โทรทัศน์ วิทยุ ป้ายบิลบอร์ด แต่ควรหมายรวมถึงสื่อออนไลน์ เช่น เฟซบุ๊ก ทวิตเตอร์ อินสตาแกรม และอินฟลูเอนเซอร์ที่เป็นผู้ทรงอิทธิพลในโลกออนไลน์ร่วมด้วย

บทบาทของสื่อ กับการกำหนดวาระทางสังคม (Agenda setting)

ในปี ค.ศ. 1922 นักวิชาการชาวอเมริกา Walter Lippmann (1) ได้กล่าวถึงการทำหน้าที่ของสื่อมวลชน โดยเฉพาะในโลกสมัยดั้งเดิมที่ผู้รับสารจะเชื่อมั่นในอิทธิพลของสื่อมาก เขาอธิบายว่าในโลกที่เราอยู่นั้น มีทั้งโลกจริงที่เกิดขึ้นภายนอก (the world outside) กับโลกที่อยู่ในความคิดของเรา (the picture in our heads) เมื่อคนเราไม่สามารถรู้ทุกอย่าง เห็นทุกอย่าง และเข้าถึงทุกอย่างได้ สื่อมวลชนจึงเข้ามามีส่วนสำคัญในการสร้างภาพต่าง ๆ ในความคิดของผู้รับสาร สื่อมวลชนจึงมีบทบาทสำคัญที่ทำให้คนเราเรียนรู้ และรับทราบถึงสถานการณ์ภายนอก และยังทำให้การรับรู้ของคนเป็นไปตามที่สื่อชี้แนะอีกด้วย อย่างไรก็ตาม แม้ว่าพฤติกรรมของผู้รับสารในปัจจุบันจะเปลี่ยนแปลงไปตามการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยี แต่อิทธิพลของสื่อยังคงมีอยู่ในระดับหนึ่ง โดยเฉพาะเมื่อสื่อออนไลน์ได้รับความนิยมเชื่อถืออย่างมากจากผู้รับสาร เช่น อินฟลูเอนเซอร์ในโลกออนไลน์ เป็นต้น

การกำหนดวาระทางสังคมของสื่อเรื่องกัญชาทางการแพทย์ในช่วงปี พ.ศ. 2562 (3)

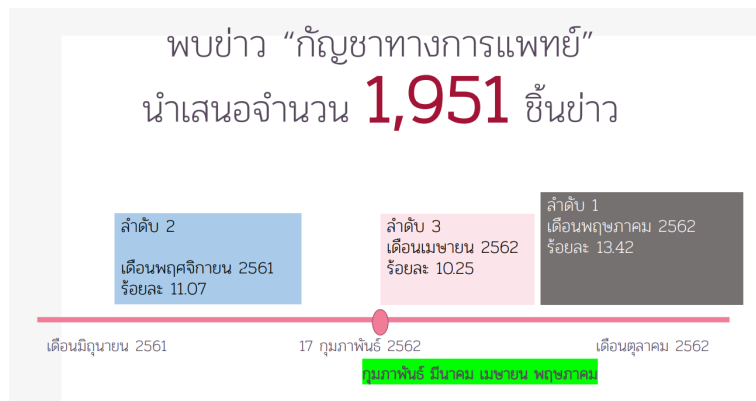
ในช่วงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2561 ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2562 การศึกษาเพื่อวิเคราะห์การกำหนดวาระทางสังคมเรื่องกัญชาทางการแพทย์ของสื่อมวลชน และวิเคราะห์ท่าทีของสาธารณชนจากการกำหนดวาระทางสังคมของสื่อมวลชนเรื่องกัญชาทางการแพทย์ ของ นิษฐา หรุ่นเกษม (3) โดยกำหนดเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการกำหนดจุดช่วงเวลาในการศึกษา คือ วันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2562 เมื่อพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 ได้ประกาศใช้ให้เป็นกฎหมายเมื่อให้สามารถนำกัญชาและใบกระท่อมมาใช้ประโยชน์ได้อย่างถูกกฎหมาย โดยศึกษาเริ่มต้นจากเดือนมิถุนายน 2561 (ก่อนประกาศ 8 เดือน) และ เดือน ตุลาคม 2562 (หลังประกาศ 8 เดือน) การเลือกช่วงเวลาดังกล่าว เนื่องจาก มีงานวิจัยที่พบข้อมูลว่า โดยภาพรวมแล้ววาระข่าวสารของสื่อจะใช้เวลาพักตัวโดยเฉลี่ย 3 สัปดาห์ และมีผลอยู่ในความสนใจของคนในช่วง 6 เดือน (4) ทั้งนี้ งานวิจัยของนิษฐาเริ่มกำหนด 8 เดือนก่อนหน้าและ 8 เดือนหลังจากการประกาศ เพื่อให้ครอบคลุมช่วงเวลาการกำหนดวาระทางสังคมของสื่อมวลชนให้มากที่สุด

การเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแหล่งข้อมูลสื่อมวลชนประเภทสิ่งพิมพ์ โดยใช้วิธีการเก็บรวบรวมกฤตภาคข่าวหรือคลิปป๊ิงข่าว (หมายถึงข่าวสารที่ตัดจากสื่อสิ่งพิมพ์หรือสิ่งพิมพ์ออนไลน์) จากหนังสือพิมพ์ทุกชื่อฉบับต่าง ๆ ที่ได้รับการรวบรวมโดยห้องสมุดข่าวมติชน (www.matichonelibrary.com) ใช้คำค้นหลักคือ “กัญชา” “สารเสพติด” “กัญชาถูกกฎหมาย” “กัญชาทางการแพทย์” และคำค้นอื่น ๆ ที่มีความหมายคล้ายคลึงกัน รวมถึงชื่อของบุคคลและหน่วยงานที่พบจากการเก็บรวบรวมข้อมูลเบื้องต้น จำนวน 27 ชื่อฉบับ และแหล่งข้อมูลประเภทผู้ใช้สื่อ หรือเนื้อหาที่ผู้ใช้สื่อออนไลน์สร้างขึ้น (หรือเรียกว่า UGC – User Generated Content) เพื่อศึกษาท่าทีของสาธารณชนจากการกำหนดวาระทางสังคมของสื่อที่เกิดจากเฟซบุ๊กที่ได้รับการสำรวจความนิยมจากเว็บไซต์ฐานข้อมูล โดยเลือกจาก 20 อันดับแรก ที่ปรากฏชื่อสื่อมวลชนประเภทสื่อดั้งเดิม หรือสื่อดั้งเดิมในโลกออนไลน์ที่มีเฟซบุ๊ก ได้แก่ เพจ Thairath - ไทยรัฐออนไลน์ เพจ Khaosod - ข่าวสด เพจ Ch7HD - ช่องเจ็ด นอกจากนี้ ยังรวมถึงเฟซบุ๊กเพจของสำนักข่าวออนไลน์ที่มีจำนวนผู้ติดตามมากกว่าหลักล้านขึ้นไป ได้แก่ เพจอีจัน เพจอีเจ็บบเลียบด่วน เพจ Drama-addict และเพจที่เกี่ยวข้องกับนักการเมือง ได้แก่ เพจอนุทิน ชาญวีรกูล เพจคนภูมิใจไทย รวมไปถึงเพจของกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เพจกระทรวงสาธารณสุข เพจ Fda Thai และเพจ Hfocus เป็นต้น

การเจาะจงเก็บข้อมูลเฉพาะจากเฟซบุ๊กเพจเพื่อศึกษาและวิเคราะห์ท่าทีของสาธารณชนจากแหล่งข้อมูลข้างต้นนี้ รวมทั้งหมด 11 เพจนี้ เนื่องจาก การทบทวนงานวิจัยทำให้ได้พบว่า การกำหนดวาระข่าวสารในปัจจุบันจะมีลักษณะของการกำหนดวาระข่าวสารแบบผกผันกลับ (Reverse Agenda-Setting) ในความหมายถึง สื่อสังคมออนไลน์ได้กลายมาเป็นช่องทางหลักในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร สภาพการณ์นี้เอื้อให้ประชาชนสร้างและเผยแพร่เนื้อหาได้ด้วยตนเอง ส่งผลให้หลายครั้งที่วาระสื่อเกิดมาจากสิ่งที่ประชาชนสนใจ เรียกได้ว่า สาธารณชนเป็นผู้กำหนดวาระสื่อ (4) ดังนั้น การกำหนดวาระทางสังคมในสื่อจึงมีความเชื่อมโยงกับการกำหนดวาระข่าวสารแบบผกผันกลับด้วย

โดยการวิเคราะห์ข้อมูลจากการนับจำนวนการนำเสนอข่าวที่เกี่ยวข้องกับ “กัญชา” ประเภทของแหล่งข่าวหรือแหล่งข้อมูลที่ใช้ในการนำเสนอข่าวเกี่ยวกับเรื่องกัญชาทางการแพทย์ เพื่อทำความเข้าใจต่อวิธีการกำหนดวาระทางสังคม เหตุผล ท่าที และจุดยืนของสื่อมวลชน และแหล่งข่าวหรือแหล่งข้อมูลที่ใช้ในการนำเสนอข่าว และวิเคราะห์ท่าทีของสาธารณชนจากการกำหนดวาระทางสังคมของสื่อมวลชนเรื่องกัญชาทางการแพทย์ เพื่อทำความเข้าใจต่อวิธีการกำหนดวาระทางสังคม เหตุผล ท่าที และจุดยืนของผู้ใช้สื่อหรือผู้ติดตามเพจนั้น ๆ ว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยหรือเป็นกลางในเรื่องกัญชาทางการแพทย์

ผลการศึกษาพบว่า จากข้อมูลที่ศึกษาตลอดระยะเวลาเดือน มิถุนายน 2561 - ตุลาคม 2562 พบข่าวที่เกี่ยวข้องกับ “กัญชาทางการแพทย์” จำนวน 1,951 ชิ้นข่าว พบข่าวที่เกี่ยวข้องกับกัญชาทางการแพทย์เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2560 ที่มีเพียง 481 ชิ้นข่าว และในปี พ.ศ. 2561 มีจำนวน 1,085 ชิ้นข่าว โดยมีจำนวนข่าวที่พูดถึงกัญชาทางการแพทย์ในสื่อมวลชนเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้ เดือนที่มีการนำเสนอข่าวกัญชาทางการแพทย์อันดับหนึ่งคือ ในเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2562 อันดับสองคือเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2561 และอันดับสาม คือเดือนเมษายน พ.ศ. 2562 (ภาพที่ 2) ซึ่งเป็นไปตามงานวิจัยที่พบข้อมูลว่า โดยภาพรวมแล้วการกำหนดวาระทางสังคม หรือ Agenda-setting ของสื่อจะมีผลอยู่ในความสนใจของคนในช่วง 6 เดือนจากระยะเวลาพักตัวของประเด็นข่าวสารนั้น ๆ



ภาพที่ 2 ลำดับเดือน 3 ลำดับแรก ที่มีจำนวนข่าวที่สื่อนำเสนอเกี่ยวกับ “กัญชาทางการแพทย์” มากที่สุด

จากการนำเสนอข่าว “กัญชาทางการแพทย์” ของสื่อตามปริมาณข่าวดังกล่าวข้างต้น สะท้อนให้เห็นว่า มีการกำหนดวาระข่าวสารทางสังคมผ่านสื่อมวลชน เนื่องจากปริมาณในการนำเสนอจะมีความเชื่อมโยงกับวิธีการนำเสนอ เพื่อให้สาธารณชนต้องคิดถึง (Think about) ต้องพูดถึง (Talk about) ตามข่าวที่สื่อมวลชนกำหนดวาระไว้ (5) อันจะนำไปสู่กระบวนการคิดว่าสาธารณชนหรือผู้รับสารว่าจะ “เลือก” หรือ “ไม่เลือก” หรือจะ “เกาะประเด็นบางอย่าง” ผ่านสื่อมวลชนหรือไม่ เช่น ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 - เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2562 พบว่ามติชนนำเสนอเรื่องกัญชาทางการแพทย์มากที่สุด ส่วนในหนังสือพิมพ์ที่นำเสนอเรื่องกัญชาทางการแพทย์มากจะเป็นหนังสือพิมพ์ไทยรัฐ และกรุงเทพธุรกิจ โดยแหล่งข้อมูลข่าวสารส่วนใหญ่ได้มาจากรัฐบาล และท่าทีในการนำเสนอข่าวสารส่วนใหญ่ยังมีท่าทีที่เป็นกลาง (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลเดือน/พ.ศ. หนังสือพิมพ์ แหล่งข้อมูลข่าว และท่าทีในการนำเสนอของสื่อเรื่องกัญชาทางการแพทย์

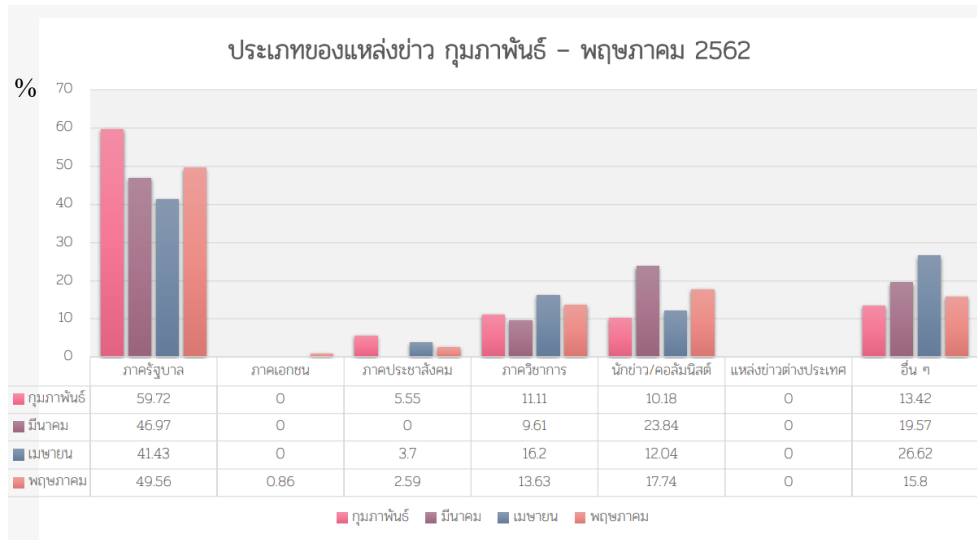
เดือน	หนังสือพิมพ์	แหล่งข้อมูลข่าวสาร	ท่าทีในการนำเสนอข่าวสาร
กุมภาพันธ์ 2562	มติชน ร้อยละ 26.72	รัฐบาล ร้อยละ 59.72	ท่าที่เป็นกลาง/ให้ข่าวสาร ร้อยละ 75.57
มีนาคม 2562	มติชน ร้อยละ 22.10	รัฐบาล ร้อยละ 46.97	ท่าที่เป็นกลาง/ให้ข่าวสาร ร้อยละ 53.16
เมษายน 2562	มติชน ร้อยละ 18.50	รัฐบาล ร้อยละ 41.43	ท่าที่เป็นกลาง/ให้ข่าวสาร ร้อยละ 71.50
พฤษภาคม 2562	มติชน ร้อยละ 19.84	รัฐบาล ร้อยละ 49.56	ท่าที่เป็นกลาง/ให้ข่าวสาร ร้อยละ 70.99

แหล่งข่าวที่สื่อใช้ในการกำหนดวาระทางสังคม และการให้ข่าวจากแหล่งข่าว

วิธีการกำหนดวาระทางสังคมของสื่อผ่านการเลือก “แหล่งข่าว” ว่าเลือกนำเสนอข่าวที่เกี่ยวข้องกับกัญชาทางการแพทย์โดยเลือกข้อมูลจากแหล่งข่าวประเภทใดบ้างมานำเสนอนั้น พบว่า ภายในระยะเวลา 4 เดือนแรกมีแหล่งข่าวที่ได้จากภาครัฐมากที่สุด ส่วนแหล่งข่าวประเภทอื่น ๆ จะเป็นกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับภาคประชาสังคมในจังหวัดต่าง ๆ และกลุ่มภาควิชาการ นอกจากนี้ ยังมีแหล่งข่าวที่นำเสนอข้อมูลโดยตัวของนักข่าวหรือคอลัมนิสต์เองอีกด้วย (กราฟที่ 1)

ทั้งนี้ แหล่งข่าวภาครัฐบาลพบว่ามีที่มาหลากหลาย (ภาพที่ 2) เช่น กรมสุขภาพจิต กรมการแพทย์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ สถาบันโรคผิวหนัง สถาบันมะเร็ง องค์การเภสัชกรรม กรมการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก แสดงว่าในกระทรวงสาธารณสุขแม้มีหลายหน่วยงานแต่มีบางส่วนเท่านั้นที่เกี่ยวข้องกับเรื่องของกัญชา และได้มีบางกรมเท่านั้นที่เข้ามาเป็นแหล่งข่าวสำคัญในหน้าสื่อ จนกระทั่งสื่อให้ความสนใจ

ในส่วนของแหล่งข่าวที่เป็นนักข่าว/คอลัมนิสต์ (ภาพที่ 3) ความรับผิดชอบในการเขียนแต่ละประเด็นจะเป็นจากความสนใจของสื่อเอง เช่น การเขียนเรื่องของเม็ดเงินจากกัญชา แปลว่าข้อมูลที่นำเสนอจะเป็นมุมมองของกัญชาทางการแพทย์กับเรื่องของเศรษฐกิจ หรือการเขียนในมุมที่เป็นเรื่องของ X-ray สุขภาพ ก็จะเป็นมุมมองของกัญชาทางการแพทย์กับสุขภาพ เป็นต้น เพราะฉะนั้นการรายงานของสื่อในแง่ที่เป็นความรับผิดชอบ จะเน้นประเด็นไหนนั้นจะปรับเปลี่ยนไปตามประเด็นที่สนใจและตามหน้าที่ความรับผิดชอบหรือเรียกว่า “สายข่าว” นั้น ๆ เช่น เศรษฐกิจ สุขภาพ การเกษตร เป็นต้น ในส่วนภาควิชาการจะมีนักวิชาการสองคนที่เป็นผู้ให้ข้อมูล “กัญชาทางการแพทย์” มากที่สุด คือ ศ.นพ.ธีรวัฒน์ เหมะจุฑา และ นายปานเทพ พัวพงษ์พันธ์ ซึ่งแสดงท่าทีอย่างชัดเจนว่าสนับสนุนกัญชาทางการแพทย์รวมถึงการเป็นแพทย์แผนไทย โดยได้ให้ข้อมูลเล็กน้อยถึงฤทธิ์ที่เป็นผลกระทบด้านลบของกัญชาต่อสุขภาพ



กราฟที่ 1 ประเภทของแหล่งข่าวเกี่ยวกับ “กัญชาทางการแพทย์” ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ - พฤษภาคม พ.ศ. 2562

แหล่งข่าว ภาครัฐบาล พค.62

- นพ.ปิยะสกล สดียาทร รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
- นายแพทย์เกียรติภูมิ วงศ์รจิต อธิบดีกรมสุขภาพจิต
- นายแพทย์สมศักดิ์ อรรฆศิลป์ อธิบดีกรมการแพทย์
- นายแพทย์ธเรศ กรัษนัยรวิวงศ์ เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา
- นายแพทย์สุรโชค ต่างวิวัฒน์ รองเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา
- นายแพทย์อรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติ ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์
- แพทย์หญิงมิ่งขวัญ วิชัยดิษฐ ผู้อำนวยการสถาบันโรคผิวหนัง กรมการแพทย์
- นายแพทย์วีรวุฒิ อิมสำราญ ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ
- นายแพทย์โสภณ เมฆธน ประธานกรรมการองค์การเภสัชกรรม
- นายแพทย์วิฑูรย์ ด่านวิบูลย์ ผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม
- นายแพทย์ขวัญชัย วิศิษฐานนท์ ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย
- นายแพทย์มรุต จิรเศรษฐสิริ อธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
- นายแพทย์ปราโมทย์ เลิศยรัตน์ รองอธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ภาพที่ 2 แสดงแหล่งข่าวเกี่ยวกับ “กัญชาทางการแพทย์” จากภาครัฐบาล

แหล่งข่าว นักข่าว/ คอลัมนิสต์ พค.62

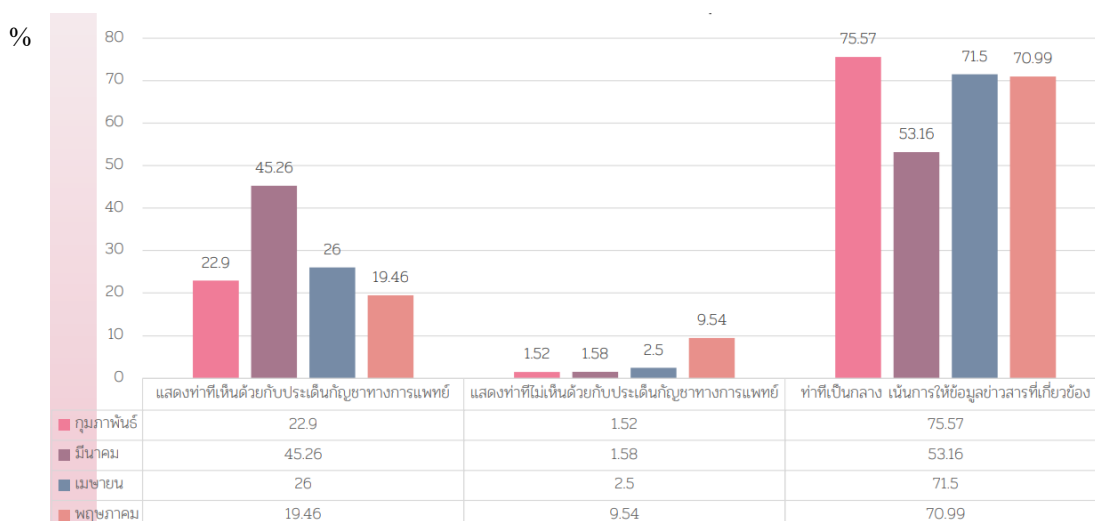
- เมื่อดเงิน โดยแสงไทย คำภู่ไทย หนังสือพิมพ์ดอกเบ็ญจรงค์
- ปรับจากรากเปลี่ยนจากราคา โดยเสรี พงศ์พิศ หนังสือพิมพ์สยามรัฐ
- X-RAY สุขภาพ โดยอภิวรรณ เสาวเรือง หนังสือพิมพ์เดลินิวส์
- ทีมข่าวเฉพาะกิจ หนังสือพิมพ์เดลินิวส์
- ก๊ากก็ช่วยเกา โดยก๊ากก็ก หนังสือพิมพ์ไทยรัฐ
- มายาประเทศ โดยนิตี หนังสือพิมพ์คมชัดลึก
- วนิดา คู่มอญวงศ์ หนังสือพิมพ์ผู้จัดการสุดสัปดาห์
- จ๊ะจิงค์ เต็มเปี่ยม หนังสือพิมพ์แนวหน้า
- บ้านเกิดเมืองนอน โดย สิริอัญญา หนังสือพิมพ์แนวหน้า
- ทีมข่าวคุณภาพชีวิต หนังสือพิมพ์กรุงเทพธุรกิจ
- จับกระแส โดยกนกนภา เพิ่มบุญภา หนังสือพิมพ์กรุงเทพธุรกิจ
- ชุมทางบางนา โดยประยา บุรพาวดี หนังสือพิมพ์กรุงเทพธุรกิจ
- จับกระแส โดยหทัยรัตน์ ดีประเสริฐ หนังสือพิมพ์กรุงเทพธุรกิจ
- หลากเรื่องหลายรส โดยยอดทอง หนังสือพิมพ์สยามกีฬา
- โฟกัสเกษตร หนังสือพิมพ์สยามธุรกิจ
- คนตามข่าว หนังสือพิมพ์มติชน

ภาพที่ 3 แสดงแหล่งข่าวเกี่ยวกับ “กัญชาทางการแพทย์” จากนักข่าว/คอลัมนิสต์

ท่าทีและการวางตัวของสื่อในการรายงานข้อมูลเกี่ยวกับ “กัญชาทางการแพทย์”

ท่าทีที่สื่อรายงานเกี่ยวกับ “กัญชาทางการแพทย์” จะเน้นการให้ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้อง เช่น น้ำมันกัญชาล็อตแรกออกมาแล้ว กฎหมายนิรโทษกรรมกัญชา การอบรมแพทย์และเภสัชกรในการให้ยากัญชา การวิจัยของมหาวิทยาลัยต่าง ๆ หรือองค์การเภสัชกรรม โดยการแสดงท่าทีที่เห็นด้วยกับประเด็นกัญชาทางการแพทย์นั้นมีจำนวนมาก ส่วนการแสดงท่าทีที่ไม่เห็นด้วยนั้นจะมีเป็นส่วนน้อย (กราฟที่ 2)

ทั้งนี้ บทบาทและท่าทีของสื่อที่แสดงออกมานั้นมีความสอดคล้องกับท่าทีต่อการกำหนดวาระทางสังคมของสื่อมวลชนในเรื่องกัญชาทางการแพทย์ โดย Maxwell McComb (1) ได้เสนอว่า หากสื่อมวลชนเลือกนำเสนอข่าวใดหรือให้ความสนใจกับประเด็นใดมาก สาธารณชนหรือผู้รับสารก็จะตระหนักว่าประเด็นดังกล่าวนี้มีความสำคัญที่จะต้องให้ความสนใจ ดังจะสังเกตได้จากจำนวนข่าวของกัญชาทางการแพทย์ในแต่ละเดือนที่ศึกษา ที่ได้พบว่า แม้สื่อมวลชนจะมีพื้นที่ในการเสนอข่าวอย่างจำกัด แต่กลับมีการเลือกนำเสนอข่าวที่เกี่ยวข้องกับกัญชาทางการแพทย์กว่า 200 ชิ้น ย่อมแสดงให้เห็นว่าสื่อมวลชนมีแนวทางในการตัดสินใจเลือกคุณค่าข่าวของตนเอง และขององค์กรว่าจะเลือกเรื่องใดมาเป็นข่าว และเมื่อเลือกมาแล้วจะสร้างความโดดเด่นหรือสร้างความสำคัญให้กับข่าวในประเด็นนั้น ๆ มากน้อยอย่างไร



กราฟที่ 2 ท่าทีของแหล่งข่าวเกี่ยวกับเรื่องของกัญชาทางการแพทย์ช่วงเดือนกุมภาพันธ์ - พฤษภาคม พ.ศ. 2562

ข้อค้นพบอื่นจากการศึกษาการสื่อสารในเรื่อง “กัญชาทางการแพทย์”

นอกจากท่าทีของสื่อ การกำหนดวาระทางสังคม และแหล่งข่าวที่สื่อมวลชนใช้ในการสื่อสารเกี่ยวกับ “กัญชาทางการแพทย์” แล้ว สิ่งอื่นที่พบจากการศึกษาครั้งนี้เกี่ยวกับการเสนอวาทกรรมกัญชาทางการแพทย์ในมุมมองของสื่อ ได้แก่ วาทกรรมจากการกำหนดวาระทางสังคมในทางบวก และทางลบ ซึ่งเกิดจากการ “เลาะเล็ม” ข้อสรุปบางเรื่องมานำเสนอและตัดบางเรื่องออกไป ดังนี้

- วาทกรรมจากการกำหนดวาระทางสังคมในทางบวก : “กัญชาคือยารักษาโรค” “กัญชาคือภูมิปัญญาพื้นบ้าน” “กัญชาคือพืชเศรษฐกิจ” “คุณภาพกัญชาไทย”
- วาทกรรมจากการกำหนดวาระทางสังคมในทางลบ : “กัญชาคือตาบสองคม” “นักเสพกัญชาหน้าใหม่” “กัญชาเป็นเรื่องการเมือง”

ตัวอย่างการพูดถึงกัญชาในมุมต่าง ๆ เช่น

1. “กัญชาเป็นยารักษาโรค” ชื่อน่าสังเกตประเด็นสำคัญ คือ ไม่ควรมองเฉพาะคำที่ใช้ในการพาดหัวข่าวหรือเนื้อหาข่าวที่สื่อมวลชนรายงาน แต่ควรต้องมองถึงแหล่งข่าวผู้ให้ข้อมูลในมุมมองดังกล่าวด้วย ตัวอย่างสิ่งที่พูดถึงในลักษณะนี้ เช่น

- กัญชาเป็นทางเลือกในการรักษาผู้ป่วยที่มีผลข้างเคียงน้อยกว่ายาเคมี สารสกัดจากกัญชาใช้แล้ว “เห็นผลจริง” ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น เป็น “พืชมหัศจรรย์” ที่มีความมหัศจรรย์ในการช่วยชีวิตผู้ป่วยได้และยังมีราคาถูกที่ชาวบ้านสามารถเข้าถึงได้
- กัญชาเมืองไทยเป็น “พืชแห่งความเมตตาเพื่อผู้ป่วยทุกคน” จึงมีความจำเป็นที่ต้องปลดล็อกกัญชาออกจากการเป็นยาเสพติด ตลอดจนการถูกรอบงำโดยอิทธิพลทางเศรษฐกิจและการเมืองให้กลายเป็นยาเสพติด และ “แก้กฎหมายเต่าล้านปี” เพื่อให้เป็นเรื่องของ “การสร้างความมั่นคงทางยา” ก่อนจะสายเกินไป

การกำหนดวาระทางสังคมแบบนี้ แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนถึงการใช้ประดิษฐกรรม (Invention) เพื่อสร้าง “วาทกรรม” หรือชุดความคิดของสังคมเพื่อบอกให้สาธารณะว่าจะต้องคิดถึงเรื่องของกัญชาทางการแพทย์อย่างไร และมีอะไรบ้างที่จะต้องคิดถึง โดยเฉพาะการสร้างชุดความคิดว่า เมื่อกัญชาไม่ใช่สารเสพติดแล้ว กัญชาทางการแพทย์จะเป็นยารักษา เป็นพืชมหัศจรรย์ในการช่วยชีวิตผู้ป่วยที่ทุกคนสามารถเข้าถึงได้

2. “กัญชาเป็นพืชเศรษฐกิจ”

- กัญชาเป็นพืชเศรษฐกิจที่มี “แคลิฟอร์เนียโมเดล” เป็นต้นแบบในการพัฒนา สร้างรายได้ให้กับเกษตรกรและสามารถแก้ไขปัญหาความยากจนได้
- กัญชาเป็น “อัศวินม้าขาวช่วยกระตุ้นเศรษฐกิจให้เดินหน้า”
- อื่น ๆ อาทิ “พืชทองคำแห่งประเทศไทย” “กัญชาคือซูเปอร์ไฮเวย์” “กัญชาเป็นทองคำเขียว” รวมถึงธุรกิจกัญชาเป็นธุรกิจที่สามารถเพิ่มมูลค่าได้ในระดับสูง คำต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนเกิดจากประดิษฐกรรมทางสังคมผ่านการเลือกใช้คำต่าง ๆ ที่สะท้อนภาพให้เห็นว่า ในเรื่องของกัญชานั้นเรื่องใดเป็นเรื่องสำคัญ และเรื่องนั้นสำคัญอย่างไร

บทบาทของสื่อในการตัดแต่งเลาะเล็มประเด็น และความเกี่ยวข้องของผู้รับสาร

ในการกำหนดวาระข่าวสารของสื่อออนไลน์นั้นอุปมาอุปไมยได้ตั้งการปกปิดเปลือกหัวหอม ที่ภายในใจกลางของหัวหอมหรือข่าวที่ได้รับการนำเสนอผ่านทางสื่อมวลชนประจำวันได้ถูกกำหนดหรือได้รับอิทธิพลมาจากหลายชั้นด้วยกัน หรือเรียกกระบวนการนี้ว่า “Behind the Scene Process” โดยเฉพาะที่เปลือกนอกสุดหรือองค์ประกอบหลักในการประกอบสร้างวาระของข่าวในแต่ละวัน ผู้สร้างข่าวหรือครึ่งหนึ่งของวัตถุดิบสำหรับการเขียนข่าวของสื่อมวลชนนั้นจะมาจากการทำงานของนักประชาสัมพันธ์ของหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐบาล เอกชน และกลุ่มผลประโยชน์ต่าง ๆ และเมื่อปกปิดเปลือกหัวหอมในลำดับถัดมาจะพบว่าสิ่งที่เข้ามากำหนดวาระข่าวสารก็คือ การให้คุณค่าความเป็นข่าว ธรรมเนียมปฏิบัติทางวิชาชีพสื่อสารมวลชน และความเป็นนายทวารข่าวสาร (Gatekeeper) ดังจะเห็นได้จากตัวอย่างข่าวการทำวิจัยกัญชาของ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล (มทร.) ธัญบุรี ที่แสดงให้เห็นว่า สื่อมวลชนแต่ละฉบับรายงานข่าวเดียวกันด้วยท่าทีที่แตกต่างกัน กล่าวคือ เดลินิวส์จะพูดถึงกัญชาในมุมมองทางเศรษฐกิจเมื่อวิจัยกัญชาเพื่อเป็นยารักษาโรคแล้วจะสามารถส่งออกขายนอกประเทศได้ ในขณะที่กรุงเทพธุรกิจจะพูดถึงกัญชาในมุมมองของการวิจัยกัญชาที่จะเกิดประโยชน์ทางการแพทย์ เป็นสมุนไพรเพิ่มทางเลือกให้กับผู้ป่วย (ภาพที่ 4)



ภาพที่ 4 การตัดแต่งเลาะเล็มประเด็นเปรียบเทียบใน เดลินิวส์ และกรุงเทพธุรกิจ จากแหล่งข่าวเดียวกันในประเด็นการทำวิจัยกัญชา

ความเกี่ยวข้องของผู้รับสารในสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับ “กัญชา” ก็เป็นประเด็นสำคัญอีกด้านหนึ่งในแง่ของการเป็น “เครื่องกรองทางจิตใจ” ที่จะส่งผลให้ผู้รับข่าวสารแต่ละคนมีปฏิกิริยาต่อข่าวสารที่สื่อมวลชนนำเสนอแตกต่างกันไปตัวอย่างเช่น ความเกี่ยวพันมากน้อยกับประเด็น (การเป็นผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย) หรือการให้ความหมายกับกัญชาที่แตกต่างกันไป (การเคยใช้ เคยเห็นผล) เมื่อฝากความหวังไว้กับกัญชาทางการแพทย์ การกำหนดวาระทางสังคมในใจของผู้รับสารในเรื่องกัญชาทางการแพทย์จะขึ้นมาเป็นอันดับหนึ่ง (ภาพที่ 5)



ภาพที่ 5 ความเกี่ยวข้องของผู้รับสารที่มีความเชื่อมโยงต่อแหล่งข่าวที่มาจากกลุ่มเดียวกัน เช่น ผู้มีอาการป่วย

การสื่อสารและผลกระทบต่อการใช้กัญชาของสังคมไทย

การกำหนดวาระทางสังคมในเรื่องกัญชาทางการแพทย์ พบว่า เกิดขึ้นทั้งกับสื่อมวลชนและสาธารณชน โดยเฉพาะเมื่อข้อมูลจากผลการวิจัยได้แสดงให้เห็นว่า ประเด็นข่าวสารที่เกิดขึ้นในเรื่องของกัญชานั้นมีมากมายและหลากหลายแต่ทั้งสื่อมวลชนและสาธารณชนได้ “เลือกให้ความสนใจ” “เลือกรับรู้” และ “เลือกมีปฏิกริยา” ต่อประเด็นข่าวสารบางเรื่องเท่านั้น ทั้งนี้ เมื่อการกำหนดวาระของสื่อมุ่งเน้นไปในมุมที่เป็น “คุณ” หรือ “ความมหัศจรรย์” ของกัญชา โดยที่ไม่ได้มีข้อมูลผลกระทบอีกด้านเข้ามานำเสนอ อาจส่งผลต่อการรับแจ้งใช้ ต้องการใช้ ขาดการใช้อย่างระมัดระวัง และขาดความรู้ความเข้าใจในการใช้ที่ถูกต้อง และสิ่ง que การศึกษาขึ้นนี้ได้นำเสนอคือ ควรกำหนดให้มีการ “ชี้แนะประเด็น” หรือกำหนดวาระทางสังคมในเรื่องกัญชาทางการแพทย์ผ่านสื่อมวลชนเพื่อป้องกันการใช้กัญชาในทางที่ผิด หรือสร้างความรอบรู้ในเรื่องสุขภาพของสังคม และเพื่อสร้างความมั่นใจของสังคมในการใช้กัญชาทางการแพทย์

สรุป

กฎหมายไทยได้อนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ได้ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 เป็นต้นมา ผลจากการอนุญาตดังกล่าวนั้นได้ถูกกำหนดเป็นวาระทางสังคมผ่านแหล่งข่าวซึ่งส่วนใหญ่มีท่าทีเห็นด้วยกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ ผ่านมุมมองว่ากัญชาเปรียบเหมือนพืชมหัศจรรย์ที่วิเศษ ในขณะที่การนำเสนอด้านลบหรือผลกระทบจากกัญชายังมีน้อย ชื่อน่ากังวลอย่างยิ่ง คือ หากพื้นที่สื่อยังให้ความสำคัญกับแหล่งข่าวบางประเภท แม้จะเป็นข้อมูลที่เป็นกลางตามธรรมเนียมปฏิบัติของสื่อ แต่ข้อมูลจากแหล่งข่าวบางประเภทนั้นจะเป็นตัวแปรที่ส่งผลกระทบต่อพลังในการกำหนดวาระทางสังคมของสาธารณชนได้ โดยเฉพาะการเลือกให้ความสนใจ การเลือกรับรู้ การเลือกจดจำ และการเลือกมีปฏิกริยาต่อข้อมูลที่ได้รับ

เอกสารอ้างอิง

1. McCombs, M., Valenzuela, S. Setting the Agenda. UK: Polity Press. 2021.
 2. นิษฐา หรุ่นเกษม. ความขัดแย้งในพื้นที่สาธารณะ: ศึกษากรณีการกำหนดวาระข่าวมาตรการห้ามขายเหล้าช่วงสงกรานต์ พ.ศ. 2552. สืบค้นข้อมูลเมื่อ 18 กรกฎาคม 2562 สืบค้นจาก <http://www.tja.or.th/old/images/stories/doc2552/nisata/1nisata.doc> 2552.
 3. นิษฐา หรุ่นเกษม. การกำหนดวาระทางสังคมของสื่อเรื่องกัญชาทางการแพทย์. ศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด (ศศก) 2564.
 4. อภิภู กิติกำธร. การกำหนดวาระข่าวสารในบริบทสื่อดิจิทัล: สถานภาพองค์ความรู้และทิศทางการวิจัยในอนาคต. วารสารการสื่อสารมวลชน: 2562;7(1):99-123.
 5. กาญจนา แก้วเทพ. สื่อสารมวลชน ทฤษฎีและแนวทางการศึกษา. กรุงเทพฯ: คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2541.
-

บทที่ 4 ผลิตภัณฑ์กัญชาในโลกออนไลน์: ความเคลื่อนไหวของผลิตภัณฑ์กัญชา 3 ระลอก

โดย ดร.ศรัทธา ลากใหญ่

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงที่อาจกล่าวได้ว่าสำคัญในประเด็นกัญชาในช่วงตั้งแต่ปี พ.ศ.2564-2565 คือ การปลดพิษกัญชาออกจากบัญชียาเสพติดให้โทษในประเภทที่ 5 ตามหลังพิธีกระท่อมในเวลาไม่นาน ก่อนที่จะมีการปลดพิษกระท่อมออกจากบัญชียาเสพติดให้โทษเป็นผลสำเร็จในปี พ.ศ. 2565 นั้น การปลดกัญชาออกจากบัญชียาเสพติดให้โทษได้กลายเป็นกระแสสังคมมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 แล้ว สังคมเริ่มกล่าวขวัญถึงกัญชา และเริ่มมีผลิตภัณฑ์กัญชาขึ้นมาในสังคมไทย บทความฉบับนี้ จะกล่าวถึงความเคลื่อนไหวของผลิตภัณฑ์กัญชาในพื้นที่ออนไลน์ โดยแบ่งความเคลื่อนไหวเป็น 3 ระลอก

ความเคลื่อนไหวระลอกที่ 1

ก่อนการปลดกัญชาออกจากบัญชียาเสพติด ไตรมาสที่ 1-2 ปี 2564

ข่าวการปลดพิษกัญชา กัญชงและกระท่อมออกจากบัญชียาเสพติดให้โทษ ซึ่งมีมาตั้งแต่ปี 2564 ได้กลายเป็นกระแสข่าวใหญ่ที่สื่อทุกสำนักหยิบยกมาตีพิมพ์ ถกเถียงและอภิปราย และคาดหวังว่าการปลดออกจากบัญชีจะเป็นผลสำเร็จจริงจึงในปี 2565 สังคมไทยเริ่มพูดถึงกัญชาในหลายแง่มุม โดยเฉพาะในแง่คุณสมบัติการรักษาโรคต่าง ๆ ผนวกกับการปลดพิษกระท่อมออกจากบัญชียาเสพติดไปแล้วก่อนหน้านี้ ส่งผลให้มีการค้าขายใบกระท่อมกันอย่างเสรี ทั้งในตลาดกายภาพ เร่ขาย ในตลาดสด และในพื้นที่ออนไลน์ ติดตามมาด้วยวาทกรรมอย่าง “สายเขียว” และ “ปลั่งใบ” มีผู้มีชื่อเสียงในสังคม ดารา นักแสดง เปิดตัวว่าบริโภครกระท่อมยิ่งทำให้ปี 2564 กลายเป็นปีที่สังคมไทยตื่นตัวกับพืชทั้งสองชนิดนี้อย่างสูงสุด ผลิตภัณฑ์กัญชาที่พบในช่วงปี 2564 ก่อนการปลดกัญชาออกจากบัญชียาเสพติด พบว่า มี 2 ประเภท คือ 1) ผลิตภัณฑ์น้ำมันกัญชา เป็นผลิตภัณฑ์ประเภทแรกที่พบว่ามีผลผลิตออกสู่ตลาด การสื่อสารผลิตภัณฑ์ในกลุ่มนี้คือสื่อสารในด้านการรักษาโรค และ 2) การจำหน่ายกัญชาสด กัญชาแห้ง ภายหลังจากการปลดใบกระท่อมออกจากบัญชียาเสพติดและการอนุญาตให้จำหน่ายใบกระท่อมได้ ทำให้พื้นที่ออนไลน์ ไม่ว่าจะเป็น Facebook, Twitter และ Instagram เริ่มกลายเป็นพื้นที่ขายทั้งใบกระท่อมและกัญชา โดยการจำหน่ายผลิตภัณฑ์กัญชาในรูปแบบนี้ คือ การจำหน่ายในรูปแบบใบสด ช่อดอกสด และแบบแห้งอัดแพค จำหน่ายเป็นกิโลกรัม ชีด ก้อน หรือแบ่งขายแบบแพคบรรจุถุงเล็กสำหรับการใช้ต่อครั้ง การสื่อสารในลักษณะการจำหน่ายในแบบนี้ คือ เพื่อสันทนากการ (นันทนาการ) แต่ผู้ค้าจะสื่อสารโดยนัยแฝงไปกับการโฆษณาคุณสมบัติของสินค้ามากกว่า เช่น “เขียว ๆ หอม ๆ” “งานดีสายเขียวสมุนไพร เคลิ้ม ๆ” “สายเขียวฟินยันลอย” เป็นต้น วาทกรรมโฆษณาที่พบมากในการสื่อสารในระลอกนี้ คือ คำว่า สายเขียว และ สายสมุนไพร ในด้านราคา พบว่า ผลิตภัณฑ์ในระลอกแรกนี้มีการตั้งราคาไว้สูงมาก

ความเคลื่อนไหวระลอกที่ 2 ก่อนการปลดกัญชาออกจากบัญชียาเสพติด ณ ไตรมาสที่ 3-4 ปี 2564
และหลังการปลดกัญชาออกจากบัญชียาเสพติด ปี 2565

ความเคลื่อนไหวระลอกที่ 2 นี้ มาพร้อมกับการที่คณะกรรมการควบคุมยาเสพติดแห่งชาติ ได้มีมติปลดล็อกกัญชาจากบัญชียาเสพติดประเภท 5 ในเดือนมกราคม ปี 2565 ทำให้เกิดกระแสตื่นตัวในกลุ่มผู้ประกอบการธุรกิจเครื่องดื่ม อาหาร ร้านอาหาร แฟรนไชส์ ผู้ทำอาชีพเซฟ ฯลฯ ในการนำเสนอสูตรอาหารหรือเครื่องดื่มที่ประกอบด้วยกัญชา ปรากฏเป็นข่าวกันอย่างมากมาย เป็นช่วงที่สังคมไทยตื่นตัวกับกระแสกัญชาสูงที่สุด ความเคลื่อนไหวผลิตภัณฑ์ในระลอกนี้ ซึ่งคาบเกี่ยวระหว่างปลายปี 2564 - 2565 เป็นช่วงที่มีความเคลื่อนไหวของผลิตภัณฑ์สูงมากเช่นกัน และมีผลิตภัณฑ์ใหม่เข้าสู่ตลาดเป็นจำนวนมาก ส่วนใหญ่นั้นพบในออนไลน์ ผลิตภัณฑ์ในระลอกที่ 2 นี้ พบ 11 ประเภท

- 1) ผลิตภัณฑ์ขนมอบจากกัญชา เช่น บราวนี่กัญชา พบว่าเป็นประเภทขนมอบกัญชาที่มีผู้นิยมทำจำหน่ายมากที่สุด นอกจากนี้ยังพบกลุ่มขนมอบที่ผสมกัญชาด้วยเช่นกัน และกลุ่มผลิตภัณฑ์เนยกัญชา
- 2) กลุ่มบุหรี่และยาสูบ น้ำยาบุหรี่ไฟฟ้ารสกัญชา กัญชามวนสำเร็จรูปหรือ “พินลำ” และเริ่มพบกัญชาไฟฟ้า พบใน Twitter มากที่สุด
- 3) ผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มกัญชา ผลิตภัณฑ์นี้มีทุกประเภทและเป็นผลิตภัณฑ์กลุ่มที่พบมากที่สุด ทั้งในรูปแบบเครื่องดื่มขงสด เครื่องดื่มบรรจุขวดสำเร็จรูป เครื่องดื่มผง น้ำกัญชา
- 4) ผลิตภัณฑ์กลุ่มเครื่องสำอาง ครีม บาล์ม น้ำมันใช้ภายนอก รวมทั้งครีมกัญชา
- 5) ผลิตภัณฑ์กลุ่มยา และกลุ่มน้ำมันบริโภคในฐานะยา
- 6) ผลิตภัณฑ์ประเภทกัญชาอัดแท่ง กัญชาสดและแห้ง
- 7) กลุ่มขนมดัดแปลง เช่น เยลลี่ ลูกอม อมยิ้มกัญชา ช็อคโกแลต รวมไปถึง เยลลี่ที่โฆษณาว่าผสมสารเทอร์พีน และเยลลี่กัญชา มีทั้งสินค้าผลิตในประเทศและนำเข้าจากต่างประเทศ
- 8) กลุ่มเครื่องดื่มดัดแปลง เช่น กาแฟกัญชา ชากัญชา น้ำหวานกัญชา ชากัญชา เบียร์กัญชา
- 9) กลุ่มยาพื้นบ้านผสมกัญชา เช่น ยาดอกกัญชา แต่นำมาบริโภคแบบสันหนาการ
- 10) กลุ่มอาหารผสมกัญชา
- 11) กลุ่มข้าวของเครื่องใช้ เช่น เสื้อผ้าใยกัญชา กระดาษใยกัญชา

รวมไปถึงกระแสนิยมการนำส่วนใดส่วนหนึ่งของกัญชาหรือกระท่อม ไปผสมในเครื่องดื่มด้วยตนเอง เช่น นำไปแช่ในเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น กลุ่มที่พบมากที่สุด คือ กลุ่มน้ำมันกัญชา และ อาหาร ขนมและเครื่องดื่มผสมกัญชา

ความเคลื่อนไหวระลอกที่ 3

หลังการปลดกัญชาออกจากบัญชียาเสพติด ณ ไตรมาสที่ 3 ปี2565

ความเคลื่อนไหวระลอกที่ 3 นี้ มาพร้อมกับการปลดล็อกกัญชาจากบัญชียาเสพติดประเภท 5 อย่างเป็นทางการในเดือนมิถุนายน ปี 2565 ติดตามมาด้วยการเปิดแอปพลิเคชัน “ปลูกกัญ” สำหรับผู้ต้องการปลูก กระแสการแจกต้นกล้ากัญชา ขายต้นกล้ากัญชา และมีรายงานข่าวว่ามีผู้เข้าไปใช้แอปพลิเคชัน “ปลูกกัญ” นี้ ถึง 34 ล้านครั้งหลังจากการปลดกัญชาออกจากบัญชียาเสพติดได้ 4 วัน ย่อมแสดงให้เห็นว่าความสนใจและความตื่นตัวของสังคมไทยที่มีต่อกัญชานั้นสูงมาก ซึ่งส่งผลให้ความเคลื่อนไหวในตลาดด้านผลิตภัณฑ์ที่มีความเคลื่อนไหวมากที่สุด แดกยอตผลิตภัณฑ์ออกไปมากที่สุด เมื่อเทียบกับระลอกที่ 1-2 ด้วยเช่นกัน วาทกรรมที่มาพร้อมผลิตภัณฑ์ในระลอกนี้คือ สินค้าคลายเครียด ผลิตภัณฑ์ในระลอกที่ 3 นี้ แบ่งเป็น 3 กลุ่มใหญ่ ดังนี้

กลุ่มที่1 ธุรกิจขนาดใหญ่ หันมาผลิต ผลิตภัณฑ์กัญชาในแบรนด์ของตนเองหรือแบรนด์ใหม่ โดยอาจไม่เกี่ยวข้องกับธุรกิจเดิม เช่น ธุรกิจโรงพยาบาล ธุรกิจเครื่องปรุงรส ผลิตน้ำกัญชาบรรจุขวดสำเร็จรูปขาย หรือผลิตขนมผสมกัญชาอบกรอบบรรจุถุง ธุรกิจตู้กดน้ำหวานกัญชาอัตโนมัติ เป็นต้น ผลิตภัณฑ์ในกลุ่มนี้เป็นผลิตภัณฑ์ที่วางจำหน่ายในตลาดกายภาพ มักมาพร้อมวาทกรรมสินค้าอารมณ์ดี สินค้าคลายเครียด

กลุ่มที่ 2 ธุรกิจชุมชน SMEs หรือธุรกิจขนาดเล็ก ผลิตภัณฑ์ในกลุ่มนี้เป็นผลิตภัณฑ์ที่วางจำหน่ายในตลาดกายภาพและออนไลน์ มักพบในรูปแบบผลิตภัณฑ์ยา สมุนไพร ครีม น้ำมัน ยาต้ม ยาหม่อง

กลุ่มที่ 3 ผู้ค้ารายย่อย อาจเป็นเจ้าของเดิมที่ค้าขายผลิตภัณฑ์กัญชามาแต่เดิมแล้วหรือหน้าใหม่ในตลาด ผู้ค้ากลุ่มนี้ต่างจากกลุ่มที่1 ตรงที่ ค้าขายในตลาดออนไลน์มากกว่า ผลิตภัณฑ์กลุ่มนี้เน้นขายกัญชาสด แห้ง และอัดแพค

ผลิตภัณฑ์ในระลอกที่ 3 นี้มีการแตกยอดออกไปมากมายจากผลิตภัณฑ์เดิม ดังนี้

- 1) ผลิตภัณฑ์ขนมอบ ขนม ของขบเคี้ยวจากกัญชา ซึ่งพบว่ามีการพัฒนาผลิตภัณฑ์ให้มีความหลากหลายยิ่งขึ้น เช่น ป๊อปคอร์นกัญชา คาราเมลกัญชา ไอศกรีมกัญชา ปัจจุบัน พบว่าการเปิดร้านกายภาพค้าขายผลิตภัณฑ์กลุ่มนี้หรือที่เรียกว่า Cannabis edible store กัน อย่างเป็นล่ำเป็นสันตามแหล่งเที่ยวต่าง ๆ
- 2) กลุ่มบุหรี่และยาสูบ พบการจำหน่ายกัญชามวนสำเร็จรูปหรือ “พันลำ” มากขึ้น พบทั้งในทางออนไลน์และการ “มวนสด” จำหน่ายตามแหล่งท่องเที่ยวหรือจุดชุมชนชุมชน กัญชาไฟฟ้าและ e-disposable cannabis พบมากขึ้นและมาในหลายรูปแบบ หลายรสชาติมากขึ้น พร้อมอุปกรณ์กลุ่มกระดากมวน

- 3) ผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มกัญชา ผลิตภัณฑ์กลุ่มนี้ยังคงเป็นผลิตภัณฑ์กลุ่มที่พบมากที่สุด
- 4) ผลิตภัณฑ์กลุ่มเครื่องสำอาง ขยายตัวมากขึ้นไปจนครอบคลุมกลุ่มสกินแคร์เกือบทุกประเภท ยา สีฟัน แป้งทาผิว มาสคาร่ากัญชา ผลิตภัณฑ์ทำความสะอาด ครีมรักษาสิวฝ้า น้ำหอม เป็นต้น
- 5) ผลิตภัณฑ์กลุ่มยา และกลุ่มน้ำมันบริโภคในฐานะยา ผลิตภัณฑ์กลุ่มนี้เป็นอีกกลุ่มที่ขยายตัวรวดเร็วเช่นกัน และพบว่าในช่องทางออนไลน์รวมทั้งใน e-commerce platform มีการขาย และโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาที่ผสมกัญชา หรือน้ำกัญชาเพื่อรักษาโรคอยู่เป็นจำนวนมาก โดยมีการระบุโรคอย่างชัดเจนว่าสามารถรักษาโรคใดบ้าง ส่วนใหญ่ที่พบคือเน้นการรักษาโรคเรื้อรัง และโรครักษายาก และมีไปจนถึงผลิตภัณฑ์ยากัญชาสำหรับดวงตา ผลิตภัณฑ์ยากัญชาสำหรับผู้สูงอายุ และสัตว์เลี้ยง
- 6) ผลิตภัณฑ์ประเภทกัญชาอัดแท่ง กัญชาสดและแห้ง ช่อดอก ผลิตภัณฑ์กลุ่มนี้พบมากในช่องทางออนไลน์ มักพบพร้อมคำโฆษณาตรงว่า เม้า เนื่อ หรือคำโฆษณาโดยอ้อม เช่น ลอยเคลิ้ม เยิ้ม ยิ้ม
- 7) ขายต้นกล้า รากกัญชา
- 8) กลุ่มขนมดัดแปลง เช่น เยลลี่ ลูกอม อมยิ้มกัญชา ช็อคโกแลต รวมไปถึงเยลลี่ที่โฆษณาว่าผสมสารเทอร์พีน และเยลลี่กัญชง มีทั้งสินค้าผลิตในประเทศและนำเข้าจากต่างประเทศ สินค้าผลิตในประเทศพบว่ามีหลายแบรนด์เพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มเยลลี่
- 9) กลุ่มเครื่องดื่มดัดแปลง เช่น กาแฟกัญชา ชากัญชา น้ำหวานกัญชา น้ำหวานเข้มข้น
- 10) กลุ่มยาพื้นบ้านผสมกัญชา ยาต้ม ยาหม่อง
- 11) กลุ่มอาหารผสมกัญชา
- 12) กลุ่มข้าวของเครื่องใช้ เช่น เสื้อผ้า หมอน
- 13) กลุ่มเครื่องดื่มให้พลังงาน (energy drink)
- 14) กลุ่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กัญชา โขจูกัญชา
- 15) กลุ่มผลิตภัณฑ์สำหรับบ้าน เช่น home spray
- 16) กลุ่มผลิตภัณฑ์ประเภทวิตามิน อาหารเสริม
- 17) กลุ่มผลิตภัณฑ์เครื่องปรุงรส เช่น น้ำปลาร้าผสมกัญชา ผงนัวกัญชา ซุปก้อนกัญชา เป็นต้น
- 18) กลุ่มผลิตภัณฑ์สำหรับสัตว์เลี้ยง

สรุป

ความเคลื่อนไหวของตลาด ภายหลังจากปลดกัญชาออกจากบัญชียาเสพติดอย่างเป็นทางการและมีการส่งเสริมการปลูก ส่งเสริมภาคเกษตรและการผลิตสินค้าแปรรูปต่าง ๆ ยิ่งทำให้ผลิตภัณฑ์กัญชามีมากขึ้น แยกยอดแตกแขนงมากขึ้น โดยเฉพาะผลิตภัณฑ์กลุ่มที่ใช้รับประทาน ผลิตภัณฑ์กัญชาแห้งที่สื่อสารอย่างชัดเจนในออนไลน์ว่าจำหน่ายเพื่อสันตนาการก็ยังมีให้เห็นมากยิ่งขึ้นจนไปถึงขั้นสามารถระบุการขายเป็นพื้นที่หรือย่านได้ รวมทั้งผลิตภัณฑ์เพื่อการสูบ การควบคุมการจำหน่าย การโฆษณาและการสื่อสารในทุกช่องทางจึงมีความจำเป็นเร่งด่วนอย่างยิ่งในการควบคุมผลิตภัณฑ์กัญชา

เอกสารอ้างอิง

ศรียรัช ลาภใหญ่. “Happy jelly” และผลิตภัณฑ์อื่น: การศึกษาสถานการณ์ทางการตลาดผลิตภัณฑ์เสพติดสมัยใหม่ในโซเชียลมีเดีย. ศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด (ศศก). 2565.

Fortune Business Insight, 2022. Marijuana market size and share. Retrieved 5 November 2021. Available from <https://www.fortunebusinessinsights.com/industry-reports/cannabis-marijuana-market-100219>.

Global cannabis market-growth, trends, Covid-19 impact and forecasts (2021-2026). Retrieved 5 November 2021. Available from www.Mordorintelligence.com/industry-reports/cannabis-market.

บทที่ 5 ระดับ delta-9-THC ในเครื่องดื่มผสมกัญชาในเขตกรุงเทพมหานคร

โดย ดร.เกื้อการุณย์ คุรุสง
นายสรอรรถ อัมพัน
และ แพทย์หญิงรัศมีน กัลยาศิริ

บทนำ

Tetrahydrocannabinol (THC) เป็นสารที่พบได้ในกัญชาและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากมีฤทธิ์ต่อระบบประสาท การได้รับสาร THC ติดต่อกันยาวนานหรือช่วงเวลาหนึ่งอาจก่อให้เกิดผลข้างเคียงต่อสุขภาพของผู้ได้รับ (1, 2) ด้วยเหตุนี้องค์การที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยจากอาหาร เช่น German Federal Institute for Risk Assessment (BfR) และ European Food Safety Authority (EFSA) จึงได้ออกข้อแนะนำสำหรับปริมาณสาร THC ที่ปลอดภัยในสินค้าบริโภค เช่น ในอาหารที่มีกัญชาเป็นองค์ประกอบ (ตารางที่ 1) อย่างไรก็ตาม จากการสำรวจพบว่าสินค้าจากกัญชาในหลายประเทศที่กัญชาถูกกฎหมาย ยังคงมีสินค้าที่ปนเปื้อนสาร THC มากกว่าที่ BfR และ EFSA แนะนำ แม้แต่ผลิตภัณฑ์จาก “พืชกัญชา” ที่ไม่ควรตรวจพบปริมาณ THC หรือหากมีก็ควรอยู่ในปริมาณที่น้อยมากจนแทบตรวจไม่พบ ก็พบสาร THC ปนเปื้อนในผลิตภัณฑ์ได้เช่นกัน (3-5)

ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่เริ่มดำเนินนโยบายกัญชาเสรี ส่งผลให้ปริมาณการผลิต จำหน่าย และบริโภคสินค้ากัญชาเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว การขยายตัวเป็นวงกว้างของการบริโภคกัญชา ประกอบกับข้อบังคับเกี่ยวกับปริมาณ THC ที่ใช้ต่อผลิตภัณฑ์ใช้ได้กับผลิตภัณฑ์ที่บรรจุหีบห่อเท่านั้น โดยไม่มีผลบังคับใช้กับร้านอาหาร ร้านขนม และเครื่องดื่มโดยทั่วไป จึงยังขาดความรัดกุมในความปลอดภัยของอาหารกัญชาที่อนุญาตให้มีการจำหน่ายให้ประชาชนบริโภคโดยทั่วไปโดยเฉพาะด้านการปนเปื้อนของสาร THC จากกัญชา ด้วยเหตุนี้การสำรวจปริมาณ THC ในสินค้ากัญชา เช่น เครื่องดื่มกัญชา ซึ่งเป็นสินค้ากัญชาที่เป็นที่นิยมในหมู่ประชาชนที่ปรุงจำหน่ายตามร้านเครื่องดื่มกัญชาจึงเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อให้ทราบถึงปริมาณแท้จริงของ THC ในเครื่องดื่มกัญชาตามร้าน และยังเป็น การควบคุมคุณภาพการผลิตของผู้ประกอบการที่ยังไม่มีมาตรฐานการตรวจสอบปริมาณ THC ที่ผลิตในเครื่องดื่มของตนที่จำหน่ายตามร้านอาหาร ขนม และเครื่องดื่ม ได้อีกทางหนึ่ง โดยเลือกการสำรวจในจังหวัดกรุงเทพมหานคร ในช่วงต้นปี พ.ศ. 2565 หลังจากรัฐบาลได้มีการอนุญาตให้ใช้บางส่วนของต้นกัญชา เช่น ใบ มาประกอบในอาหารและเครื่องดื่มเพื่อจำหน่ายแก่ประชาชนโดยทั่วไปได้ และก่อนที่จะมีการถอดพืชกัญชาออกจากบัญชียาเสพติดให้โทษในประเภท 5

ตารางที่ 1 ปริมาณความเข้มข้นของสาร delta-9-Tetrahydrocannabinol (THC) ที่ปลอดภัยในอาหาร

องค์การ	คำแนะนำ
German Federal Institute for Risk Assessment (BfR)	ต่ำกว่า 1-2 ไมโครกรัมต่อน้ำหนักบริโภค
European Food Safety Authority (EFSA)	ต่ำกว่า 1 ไมโครกรัมต่อน้ำหนักบริโภค

การควบคุมปริมาณสาร THC ในอาหารและเครื่องดื่ม

ในต้นปี พ.ศ. 2565 ปริมาณสาร THC ในอาหารและเครื่องดื่มจากกัญชาแบบบรรจุภัณฑ์ที่วางขาย จะต้องมีการขออนุญาตการผลิตและจำหน่ายและถูกควบคุมโดยประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 427 และ 429 (6-7) ซึ่งมีความแตกต่างกันในเรื่องของนิยามและความเข้มข้น ประกาศฉบับที่ 427 เรื่องผลิตภัณฑ์อาหารที่มีส่วนประกอบของส่วนของกัญชาหรือกัญชง ระบุให้สาร THC เป็นสารที่พบได้ในผลิตภัณฑ์อาหารที่มีส่วนประกอบของส่วนของกัญชาและกัญชง โดยนิยามเฉพาะเจาะจงต่อ delta-9-tetrahydrocannabinol (delta-9-THC) ซึ่งมีฤทธิ์ต่อระบบประสาท โดยกำหนดให้มี delta-9-THC ไม่เกิน 1.6 มิลลิกรัมต่อหน่วยบรรจุ ประกาศฉบับที่ 429 เรื่อง ผลิตภัณฑ์อาหารที่มีสารสกัดแคนนาบิไดโอดเป็นส่วนประกอบ กำหนดให้มี THC ในอาหารและเครื่องดื่มไม่เกิน 0.15 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม ซึ่งจะเห็นได้ว่า ประกาศทั้ง 2 ฉบับมีข้อกำหนดที่เกี่ยวข้องกับปริมาณ delta-9-THC และ total THC ที่แตกต่างกัน tetrahydrocannabinolic acid (THCA) สามารถเปลี่ยนเป็น delta-9-THC เมื่อได้รับความร้อน แสง หรือเวลาผ่านไป การคำนวณหา total THC จะคิดจาก THCA ซึ่งเป็นสารตั้งต้นที่ไม่เสถียร คูณกับสัมประสิทธิ์การเปลี่ยนแปลง 0.877 ซึ่งมาจากความสามารถในการเปลี่ยนเป็น delta-9-THC ของ THCA และบวกด้วยที่ delta-9-THC ที่พบในตัวอย่างขณะนั้น (total THC = (0.877*%THCA) + %THC) (8) ทั้งนี้ ดังที่กล่าวข้างต้นว่าการกำหนดค่าต่ำสุดของระดับ THC ในสินค้าเพื่อการบริโภคนั้น ยังไม่ได้ครอบคลุมถึงอาหาร เครื่องดื่มที่จำหน่ายตามร้านอาหาร ร้านขนม ร้านเครื่องดื่มที่มีการปรุงประกอบอาหาร ณ จุดจำหน่าย แต่ใช้ครอบคลุมได้เพียงสินค้าที่มีการบรรจุภัณฑ์เท่านั้น

หลักการและแนวทางการสำรวจปริมาณสาร THC ในเครื่องดื่ม

เครื่องดื่มผสมกัญชาตามร้านขนม เครื่องดื่ม และร้านอาหารเพิ่มขึ้นและแพร่กระจายอย่างรวดเร็วหลังการประกาศเสรีกัญชา ด้วยความหลากหลายของผลิตภัณฑ์ ทั้งแบบพร้อมดื่มหรือตามสั่ง และการพัฒนาเป็นสูตรใหม่โดยการผสมสารอื่น ๆ ทำให้ผู้บริโภคทุกเพศทุกวัยสามารถเข้าถึงได้ง่ายโดยปราศจากคำเตือนที่สำคัญ เช่น ปริมาณที่ควรบริโภค หรือข้อควรระวังเกี่ยวกับสุขภาพของผู้บริโภค มีเพียงคำแนะนำให้เด็ก สตรีมีครรภ์ หรือให้นมบุตรว่าไม่ควรบริโภค และผู้ประกอบอาหารหรือเครื่องดื่มควรใส่ใบกัญชาไม่เกิน 1-2 ใบต่อเมนู นอกจากนี้ มีกฎหมายอาหารที่ห้ามใส่ช่อดอกกัญชาในอาหารเครื่องดื่มเพื่อบริโภค อย่างไรก็ตาม เนื่องจากผู้บริโภคหลายคนมองว่ากัญชาเป็นสมุนไพรจึงอาจละเลยในจุดนี้ ด้วยเหตุนี้การสำรวจปริมาณสาร THC ที่ปนเปื้อนในเครื่องดื่มจึงนับเป็นจุดเริ่มต้นที่ดี ทั้งป้องกันอันตรายจากการบริโภค ควบคุมมาตรฐานการผลิตของผู้ประกอบการร้านอาหารหรือเครื่องดื่ม และใช้เป็นข้อมูลเพื่อออกแบบมาตรการควบคุมอื่น ๆ ต่อไป

แนวทางการสำรวจเครื่องดื่มผสมกัญชาในตลาด เริ่มจากสุ่มเก็บเครื่องดื่มจากร้านขายอาหาร เครื่องดื่มทั่วไปที่ระบุว่ามีการผสมกัญชา ส่วนของกัญชา หรือสารสกัดจากกัญชา โดยเก็บร้านละ 2 ตัวอย่าง จากนั้นเตรียมตัวอย่างด้วยการระเหยแห้ง (lyophilization) ก่อนวัดปริมาณ THC ด้วยเทคนิค High performance liquid chromatography (HPLC) และทำการยืนยันด้วย Gas chromatography - Mass Spectrometry (GC-MS)

ผลการสำรวจปริมาณ THC จากเครื่องดื่มที่วางขายในท้องตลาด

จากตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยปริมาณ THC ที่ปลอดภัยของชายและหญิงไทยตามมาตรฐานหน่วยงานความปลอดภัยด้านอาหารแห่งสหภาพยุโรปอยู่ที่ 0.0689 และ 0.0547 มิลลิกรัมต่อวัน ตามลำดับ เมื่อเทียบค่าเฉลี่ยดังกล่าวกับปริมาณสาร delta-9-THC ในเครื่องดื่มที่สุ่มเก็บ (ตารางที่ 3) พบว่าเครื่องดื่ม 14 ตัวอย่าง จาก 32 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 43.75 ตรวจพบปริมาณ delta-9-THC โดยมี 3 จาก 32 ตัวอย่างที่มีปริมาณ THC เกินกว่าที่ BfR และ EFSA แนะนำ แม้จะบริโภคเพียงหนึ่งหน่วย (เครื่องหมาย *** ในตารางที่ 3) เมื่อคิดเป็นสัดส่วนพบว่าเครื่องดื่มกัญชาที่วางขายตามร้านขายเครื่องดื่มทั่วไปแบบไม่ใช่บรรจุภัณฑ์ มีค่า THC เกินค่าแนะนำมีสูงถึง ร้อยละ 9.38 อีกทั้งเครื่องดื่มหลายตัวยังมีปริมาณ THC ค่อนข้างสูง และอาจเกินข้อแนะนำเมื่อบริโภคมากกว่าสองหน่วยต่อวัน จากข้อมูลจะเห็นได้ว่ามาตรฐานการผลิตและพฤติกรรมการบริโภคล้วนเป็นสิ่งที่ต้องศึกษาเพื่อควบคุมให้สินค้าจากกัญชากัญชงมีความปลอดภัยต่อผู้บริโภคมากยิ่งขึ้น

ตารางที่ 2 ค่าประมาณ delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) ที่ไม่ควรได้รับเกินในแต่ละวัน อ้างอิงจาก BfR และ EFSA

ปัจจัย	เพศ	
	ชาย	หญิง
น้ำหนักเฉลี่ยของคนไทย	68.9 กิโลกรัม	54.7 กิโลกรัม
หน่วยงานความปลอดภัยด้านอาหารแห่งสหภาพยุโรป	1 ไมโครกรัม / น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม	1 ไมโครกรัม / น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม
ปริมาณ delta-9-THC ที่ไม่ควรได้รับเกินในแต่ละวัน	0.0689 มิลลิกรัม	0.0547 มิลลิกรัม

FACTS AND FIGURES : ILLEGAL SUBSTANCES IN THAILAND 2021-2022

ตารางที่ 3 ปริมาณ delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) ในเครื่องดื่มน้ำมันที่มีกัญชาผสมจำนวน 1 แก้ว

เครื่องดื่ม	ราคา	ปริมาณ delta-9-THC (กรัม/ลิตร)	ปริมาณ delta-9-THC (มิลลิกรัม) ต่อแก้ว
1***	89	0.000477	0.107317
2	29	0.000331	0.041360
3	79	-	-
4	119	-	-
5	79	-	-
6	143	-	-
7	143	0.000104	0.023363
8	170	0.00015	0.030497
9	204	-	-
10	99	-	-
11	69	-	-
12***	69	0.000508	0.088926
13	130	0.000117	0.023464
14	130	-	-
15***	145	0.000471	0.111944
16	135	-	-
17	178	-	-
18	109	-	-
19	120	-	-
20	165	0.000260	0.051969
21	60	0.000391	0.039084
22	60	0.000093	0.009347
23	60	0.000184	0.018448
24	135	-	-
25	145	-	-
26	85	0.000127	0.025398
27	85	-	-
28	79	-	-
29	79	0.000309	0.030901
30	79	0.000397	0.039733
31	100	-	-
32	52	-	-

สรุป

เครื่องดื่มกัญชาที่วางขายตามร้านขนมเครื่องดื่มโดยทั่วไปในเขตกรุงเทพมหานคร ราวครึ่งหนึ่ง ตรวจพบว่ามีปริมาณสาร delta-9-THC โดยพบเครื่องดื่มในสัดส่วนที่สูงถึงหนึ่งในสิบที่มีระดับการปนเปื้อนเกินกว่าระดับที่ไม่ควรบริโภคเพื่อความปลอดภัยตามที่กำหนดค่าไว้ในต่างประเทศ แต่หากประชาชนบริโภคเครื่องดื่มเหล่านี้จากร้านจำหน่ายเป็นจำนวนสองแก้วต่อวัน จะมีร้านจำหน่ายเครื่องดื่มกัญชาสูงถึงเกือบร้อยละ 40 ที่มีปริมาณสาร delta-9-THC ในปริมาณที่เกินกว่าที่ควรได้รับต่อวัน จึงมีความจำเป็นที่ประชาชนควรระมัดระวังการบริโภคเครื่องดื่มประเภทนี้ เพื่อความปลอดภัยต่อสุขภาพหากได้รับปริมาณสาร THC จากการบริโภคเครื่องดื่มกัญชาปริมาณมากต่อวัน หรือบริโภคต่อเนื่องเป็นระยะเวลาานาน

เอกสารอ้างอิง

1. Vandrey, Ryan, et al. "The dose effects of short-term dronabinol (oral THC) maintenance in daily cannabis users." *Drug and alcohol dependence* 128.1-2 (2013): 64-70.
2. Szkudlarek, Hanna J., et al. "THC and CBD produce divergent effects on perception and panic behaviours via distinct cortical molecular pathways." *Progress in neuro-psychopharmacology and biological psychiatry* 104 (2021): 110029.
3. Survey: Regulatory Issues with Hemp-based Food and Food Supplements on the Irish Market. Food Safety and Authority of Ireland
4. Pisciotto, Ilaria Di Marco, et al. "A survey of Δ^9 -THC and relevant cannabinoids in products from the Italian market: A study by LC-MS/MS of food, beverages and feed." *Food Chemistry* 346 (2021): 128898.
5. Kladar, Nebojša, et al. "European hemp-based food products—Health concerning cannabinoids exposure assessment." *Food Control* 129 (2021): 108233.
6. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 427) พ.ศ. 2564 ออกตามความในพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. ๒๕๒๒ เรื่อง ผลิตภัณฑ์อาหารที่มีส่วนประกอบของส่วนของกัญชาหรือกัญชง
7. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 429) พ.ศ. 2564 ออกตามความในพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. ๒๕๒๒ เรื่อง ผลิตภัณฑ์อาหารที่มีส่วนประกอบของส่วนของกัญชาหรือกัญชง
8. Dussy, et al. "Isolation of delta9-THCA-A from hemp and analytical aspects concerning the determination of delta9-THC in cannabis products." *Forensic Science International* 149 (2005): 3-10.

บทที่ 6 ผลของฉลากคำเตือนทางสุขภาพบนผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของสารเสพติดถูกกฎหมายในกลุ่มเยาวชน

โดย นายแพทย์ธีรยุทธ รุ่งนิรันดร

บทนำ

ในปัจจุบัน มีสารเสพติดจำนวนหนึ่งที่ถูกกฎหมายแต่ต้องอยู่ภายใต้การควบคุมของรัฐ ได้แก่ นิโคตินในบุหรี่หรือผลิตภัณฑ์จากใบยาสูบ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ชนิดต่าง ๆ เนื่องจากอาจมีอันตรายต่อผู้ใช้หากผลิตภัณฑ์นั้นมีส่วนผสมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ มีการใช้ที่ถี่หรือนานเกินไป ใช้ในสถานที่หรือสถานการณ์ที่ไม่เหมาะสม หรือมีการใช้ในกลุ่มประชากรที่มีโอกาสสูงที่จะเกิดอันตรายต่าง ๆ โดยเฉพาะกลุ่มเยาวชนซึ่งเป็ วัยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการริเริ่มใช้สารเสพติด หนึ่งในวิธีการเพื่อลดอันตรายของสารเสพติดจากผู้กำหนดนโยบาย คือ การออกฉลากคำเตือนทางสุขภาพ (health warning labels) ซึ่งได้มีการดำเนินการทางกฎหมายแล้วทั่วโลก โดยกำหนดให้มีฉลากคำเตือนแบบรูปภาพบนซองบุหรี่หรือซองใบยาสูบ รวมทั้งให้มีข้อความเตือนบนบรรจุภัณฑ์ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ทั้งนี้ สารประกอบในกัญชาเป็นสารเสพติดล่าสุดที่เริ่มทำให้ถูกกฎหมายในการใช้เพื่อสันทนาการในบางประเทศ โดยในประเทศไทยยังอยู่ในระดับที่ถูกกฎหมายเฉพาะทางการแพทย์ แต่อย่างไรก็ตาม ในอนาคตก็มีโอกาสที่ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของกัญชาจะถูกกฎหมายในทางสันทนาการ (นันทนาการ) ได้ บทความนี้จึงต้องการทบทวนประสิทธิภาพของการใช้ฉลากคำเตือนทางสุขภาพบนบรรจุภัณฑ์เพื่อลดอันตรายจากการใช้สารโดยอ้างอิงจากสารเสพติดที่เคยใช้นโยบายนี้มาก่อน ได้แก่ บุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อนำไปสู่ข้อเสนอแนะในการใช้ฉลากคำเตือนทางสุขภาพกับผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของกัญชาต่อไปในอนาคต

ผลของฉลากคำเตือนทางสุขภาพบนซองบุหรี่หรือซองยาเส้นในกลุ่มเยาวชน

ในปี ค.ศ. 2017 องค์การอนามัยโลกได้ออกนโยบายให้แต่ละรัฐมีมาตรการต่าง ๆ ในการควบคุมการซื้อหรือขายผลิตภัณฑ์จากใบยาสูบเพื่อเป็นการลดอัตราการสูบบุหรี่ เช่น การขึ้นภาษีบุหรี่และยาเส้น การจัดสถานที่สาธารณะให้ปลอดจากการสูบบุหรี่ การลดหรือหยุดการโฆษณาบุหรี่ รวมถึงการออกฉลากคำเตือนทางสุขภาพบนซองบุหรี่ (1) ซึ่งในส่วนของฉลากคำเตือนนั้นได้มีการออกแนวทางคำแนะนำลักษณะรวมถึงรูปแบบของฉลากโดยระบุว่า ฉลากคำเตือนเป็นมาตรการที่มี cost-effective สูงในการลดการสูบบุหรี่และทำให้เกิดความตระหนักถึงพิษภัยทางสุขภาพที่เกิดจากบุหรี่ได้ ทั้งนี้ แนวทางคำแนะนำได้ระบุให้บริเวณของฉลากคำเตือนทางสุขภาพต้องมีไม่ต่ำกว่าร้อยละ 50 ของบริเวณพื้นที่ของซองบุหรี่รวมถึงซองยาเส้น โดยควรใช้เป็นภาพประกอบข้อความ (graphic, pictorial warning labels) มากกว่าเพียงข้อความคำเตือนเพียงอย่างเดียว (text-only warning labels) เนื่องจากพบว่าการใช้ภาพประกอบมีประสิทธิภาพมากกว่าข้อความในการลดอัตราการสูบบุหรี่ (2) ซึ่งปัจจุบันในประเทศไทย รัฐบาลได้มีการออกฉลากคำเตือนทางสุขภาพบนซองบุหรี่และยาเส้นโดยมีการเพิ่มพื้นที่ของฉลากครอบคลุมกว่าร้อยละ 85 ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2014 โดยมีภาพคำเตือนและ

ข้อความประกอบสองด้านบนของด้านหน้าและหลัง รวมถึงข้อความคำเตือนบริเวณด้านข้างของซอง (3) ตามภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ฉลากคำเตือนบนซองบุหรี่และยาเส้นของประเทศไทยในปัจจุบัน (3)

การศึกษาเรื่องผลของฉลากคำเตือนทางสุขภาพบนซองบุหรี่ต่อการสูบบุหรี่ในประเทศไทยยังมีอยู่จำกัดและส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาในประชากรวัยผู้ใหญ่ที่สูบบุหรี่ โดยผลการศึกษาโดยรวมพบว่า การใช้ฉลากคำเตือนแบบภาพประกอบข้อความนั้นมีผลทำให้เกิดทัศนคติทางลบต่อการสูบบุหรี่ และสามารถลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้มากกว่าการใช้ฉลากคำเตือนแบบข้อความเพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญ (4-6)

สำหรับการศึกษาในกลุ่มเยาวชน ได้มีการสำรวจของ Sirirassamee และคณะ (2013) ในประชากรอายุ 13-17 ปีในประเทศไทยทั้งที่ยังสูบ เคยสูบและไม่สูบบุหรี่ถึงผลของฉลากคำเตือนทางสุขภาพบนซองบุหรี่ในช่วงปี 2005-2008 โดยเก็บข้อมูลใน 3 จุดเวลา ผลการศึกษาพบว่าหลังจากที่รัฐเริ่มมีการใช้ฉลากคำเตือนแบบภาพประกอบข้อความและมีการเพิ่มขนาดของฉลากคำเตือนจากร้อยละ 33 ของพื้นที่เป็นร้อยละ 50 ของพื้นที่ทั้งด้านหน้าและหลังของนั้น เยาวชนไทยได้สังเกตเห็นฉลากคำเตือนมากขึ้นจากร้อยละ 32.3 เพิ่มเป็นร้อยละ 46.5 และอัตราการคิดไตร่ตรองถึงผลกระทบทางลบต่อสุขภาพจากการสูบบุหรี่ได้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 38.9 เป็นร้อยละ 51 รวมทั้งความเชื่อต่อคำเตือนบนซองบุหรี่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 73 เป็นร้อยละ 78.2 อย่างไรก็ตามสัดส่วนของเยาวชนที่คิดว่าฉลากคำเตือนบนซองบุหรี่จะช่วยให้เกิดความรู้สึกไม่อยากสูบบุหรี่ยังคงที่อยู่ใกล้เคียงเดิมโดยร้อยละ 20.6 เพิ่มขึ้นเป็นเพียงร้อยละ 21 เมื่อสิ้นสุดการสำรวจ (7)

ผลการศึกษาล่าสุดที่สำรวจในกลุ่มประชากรเยาวชนกลุ่มเดิมในประเทศไทยโดย Rungnirundorn และ Hitchman (2017) พบว่า การเพิ่มฉลากข้อความคำเตือนด้านข้างของซองบุหรี่ให้ครอบคลุมร้อยละ 60 ของพื้นที่และการนำฉลากคำเตือนทางสุขภาพไปใช้ครั้งแรกบนซองยาเส้นให้ครอบคลุมร้อยละ 55 ของพื้นที่ของในปี 2012 นั้นไม่ส่งผลต่อสัดส่วนของการที่สังเกตเห็นฉลากคำเตือนมากขึ้นหรือส่งผลต่อสัดส่วนของผู้ที่คิดไตร่ตรองถึงผลกระทบทางลบต่อสุขภาพจากการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญ โดยผู้วิจัยได้อภิปรายว่าอาจเกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่ การที่ขนาดพื้นที่หรือลักษณะของภาพคำเตือนบนด้านหน้าและหลังของซองยังคงขนาดเท่าเดิมและเหมือนเดิม การที่กลุ่มประชากรมีทั้งเยาวชนที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ซึ่งในกลุ่มหลังอาจไม่ได้สังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงของฉลากคำเตือนทางสุขภาพเนื่องจากโอกาสที่เข้าถึงซองบุหรี่มีน้อย หรือการที่

เยาวชนที่สูบบุหรี่หรืออาจมีบางส่วนที่ซื้อบุหรี่แบบแยกขายรายมวนมากกว่าซื้อแบบเป็นซอง และการที่เป็นผลจากความเคยชิน (wear-out effect) ต่อภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ที่ไม่มีการเปลี่ยน (8) ซึ่งในคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกได้เคยระบุว่า ควรมีการเปลี่ยนภาพหรือข้อความบนฉลากคำเตือนบนซองเป็นระยะ ๆ เพื่อหลีกเลี่ยงผลจากความเคยชินนี้ (2) ทั้งนี้ ยังไม่เคยมีการศึกษาผลของการเปลี่ยนภาพคำเตือนในขนาดที่ใหญ่ขึ้นเป็นร้อยละ 85 ของพื้นที่บนซองบุหรี่ในปี 2014 ในกลุ่มเยาวชนของประเทศไทย

ผลของฉลากคำเตือนทางสุขภาพบนบรรจุภัณฑ์ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มเยาวชน

ในปีค.ศ. 2010 องค์การอนามัยโลกได้ออกคำแนะนำเชิงนโยบายเพื่อการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น การควบคุมราคา มาตรการดูแลการขับรถหลังจากดื่ม การควบคุมการทำตลาด รวมไปถึงการลดผลกระทบทางลบจากการดื่มซึ่งมีการระบุไว้ว่า ควรมีการให้ข้อมูลแก่ผู้บริโภคผ่านฉลากคำเตือนถึงอันตรายที่อาจเกิดจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (9) ทั้งนี้ฉลากคำเตือนอาจแบ่งได้เป็น 4 ประเภท ได้แก่ คำเตือนเกี่ยวกับผลกระทบทางลบต่อสุขภาพ (health risks) คำเตือนเกี่ยวกับผลกระทบทางสังคม ความสามารถหรือหน้าที่การงาน (social, functional or occupational impacts) คำเตือนเกี่ยวกับปริมาณการดื่ม (amount of consumption) และคำเตือนทางกฎหมาย (law regulation) (10) โดยในส่วนของประเทศไทย มีเพียงคำเตือนที่เกี่ยวกับผลกระทบทางสังคม ความสามารถหรือหน้าที่การงาน เช่น “การดื่มสุราก็ทำให้ความสามารถในการขับขี่ยานพาหนะลดลง” และคำเตือนทางกฎหมาย เช่น “ห้ามจำหน่ายสุราแก่เด็กอายุต่ำกว่า 20 ปี” หรือ “บุคคลซึ่งมีอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์ไม่ควรดื่ม” เท่านั้น ทั้งนี้ ฉลากคำเตือนบนบรรจุภัณฑ์ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้รับการสนับสนุนจากความเห็นของประชาชนทั่วไปเป็นส่วนใหญ่จากการสำรวจในระดับนานาชาติ (11-14) แต่ในส่วนของประสิทธิภาพในการลดการดื่มนั้น ได้มีการสำรวจในประชากรวัยผู้ใหญ่ของประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าถึงแม้จะมีการพบเห็นฉลากคำเตือนมากขึ้น แต่การพบเห็นฉลากนั้นไม่ได้ส่งผลต่อการคิดไตร่ตรองเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพอันเนื่องมาจากแอลกอฮอล์แต่อย่างใด แต่อาจจะทำให้ผู้ที่ดื่มแล้วขับระมัดระวังที่จะไม่ขับรถหลังดื่มมากขึ้น (15)

สำหรับในกลุ่มเยาวชนนั้น ได้มีการสำรวจความเห็นของนักเรียนในสหรัฐอเมริกาพบว่า มีการพบเห็นฉลากคำเตือนมากขึ้นเช่นเดียวกัน แต่การคิดถึงคำเตือนบนฉลากไม่ได้ส่งผลต่อการดื่ม หรือส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงในการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์รวมถึงการดื่มแล้วขับ (16) และระยะเวลาที่เห็นฉลากคำเตือนไม่มีความสัมพันธ์กับอัตราการดื่มในเยาวชน (17)

ในประเทศไทยในปี 2017 ได้มีรายงานการสำรวจความเห็นของประชาชนทั่วไปตั้งแต่อายุ 12-65 ปีทั่วประเทศเกี่ยวกับฉลากคำเตือนบนบรรจุภัณฑ์ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย โดยผลการศึกษาพบว่า มีเพียงร้อยละ 43.8 ที่ทราบว่าประเทศไทยมีกฎหมายควบคุมเกี่ยวกับฉลากและบรรจุภัณฑ์ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แต่มีประชาชนจำนวนถึงร้อยละ 97.6 ทั้งที่เคยมดื่มและไม่เคยมดื่มแอลกอฮอล์ที่เห็นด้วยกับการมีข้อความคำเตือนบนฉลากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อย่างไรก็ตาม มีเพียงร้อยละ 33.6 ของผู้ที่เคยมดื่มที่

คิดว่าการพบเห็นข้อความบนฉลากคำเตือนทำให้การดื่มแอลกอฮอล์ลดลง ขณะที่ร้อยละ 65.7 ของผู้ที่เคยดื่มคิดว่าฉลากคำเตือนในปัจจุบันไม่มีผลต่อการดื่ม นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 45.8 เสนอให้มีการระบุโทษหรือพิษภัยของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้ชัดเจนบนฉลาก ทั้งในรูปแบบรูปภาพและตัวอักษร โดยอาจมีภาพอุบัติเหตุหรืออวัยวะถูกทำลายซึ่งเป็นผลจากการดื่ม มีตัวอักษรขนาดใหญ่ที่อ่านง่าย โดยร้อยละ 93.8 เห็นด้วยหากจะมีภาพและข้อความคำเตือนเหมือนฉลากบนซองบุหรี่ (18)

สำหรับการศึกษาในกลุ่มเยาวชนในประเทศไทย ได้มีรายงานการศึกษาในปี 2018 เกี่ยวกับการรับรู้และความคิดเห็นต่อรูปแบบฉลากคำเตือนบนบรรจุภัณฑ์ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มประชากรที่มีอายุระหว่าง 15-25 ปี ผลการศึกษาพบว่า ฉลากคำเตือนที่มีทั้งรูปภาพและข้อความคำเตือนทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกไม่ดีต่อการดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าฉลากคำเตือนที่มีแต่ข้อความคำเตือนเพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) ทั้งในเหล่า เบียร์ และไวน์ นอกจากนี้ ขนาดของฉลากคำเตือนยังแปรผันตรงกับความรูสึกทางลบต่อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งผู้วิจัยแนะนำว่าควรมีขนาดมากกว่าร้อยละ 50 ของพื้นที่ขวด โดยควรเน้นคำว่า ตาย พิการ และใช้รูปประกอบจริงที่ดูน่ากลัวตามตัวอย่างภาพที่ 2 (19)



ภาพที่ 2 ตัวอย่างฉลากคำเตือนบนเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ใช้ในการศึกษา (19)

ผลของฉลากคำเตือนทางสุขภาพบนผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของกัญชาในกลุ่มเยาวชน

ในปัจจุบัน ยังไม่มีคำแนะนำเชิงนโยบายออกมาจากองค์การอนามัยโลกเพื่อควบคุมผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของกัญชา แต่อย่างไรก็ตามได้มีบางองค์กรได้จัดทำข้อเสนอเพื่อควบคุมผลิตภัณฑ์ดังกล่าวในระดับประเทศ เช่น California Department of Public Health (CDPH) (20) ที่ได้เสนอการควบคุมผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของกัญชาเพื่อปกป้องสาธารณสุขส่วนรวมโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเด็กและเยาวชน ซึ่งมีการใช้นโยบายรูปแบบเดียวกับนโยบายการควบคุมผลิตภัณฑ์จากใบยาสูบ เช่น การแนะนำให้ใช้บรรจุภัณฑ์ที่เรียบง่าย (plain packaging) ที่ไม่มีรูปการ์ตูน สีฉูดฉาดหรือสิ่งอื่นใดที่จะดึงดูดใจเยาวชนได้ หรือการห้ามมีสารเสพติดอื่นเจือปนในผลิตภัณฑ์ รวมทั้งจำกัดปริมาณ THC ในผลิตภัณฑ์ที่ทั้งบริโภคได้และผลิตภัณฑ์ที่ใช้ภายนอก นอกจากนี้ ยังมีการเสนอให้มีฉลากคำเตือนบนบรรจุภัณฑ์ที่ระบุข้อความเตือนว่าห้ามไม่ให้ใช้ในเด็กในผู้ตั้งครรภ์หรือผู้ให้นมบุตร รวมทั้งระบุอาการจากการเมาสารในกัญชาว่าส่งผลต่อเนื่องได้ประมาณ 2 ชั่วโมง

และมีคำเตือนว่าไม่ควรขับขี่ยานพาหนะหรือใช้เครื่องจักรขณะมีนเมาสาร โดยแนะนำให้ใช้ตัวอักษรที่มีขนาดใหญ่พอสมควรและมีสัญลักษณ์คำเตือนว่ามีส่วนผสมของกัญชาอยู่ในผลิตภัณฑ์ตามภาพที่ 3



ภาพที่ 3 ตัวอย่างสัญลักษณ์คำเตือนว่ามีส่วนผสมของกัญชาในผลิตภัณฑ์จาก CDPH (20)

ในส่วนของฉลากคำเตือนทางสุขภาพ องค์การ Health Canada (21) ของรัฐบาลประเทศแคนาดาซึ่งเป็นประเทศที่มีกัญชาถูกกฎหมายในทางสันหนการ ได้ออกข้อกำหนดว่าผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของกัญชาที่ไม่ใช่ผลิตภัณฑ์ที่ใช้ภายนอก จะต้องฉลากคำเตือนทางสุขภาพดังต่อไปนี้

- (1) การสูบกัญชาเป็นอันตราย
- (2) ห้ามใช้ในผู้ตั้งครรภ์หรือผู้ให้นมบุตร
- (3) ห้ามขับรถหรือใช้เครื่องจักรหลังจากใช้กัญชา
- (4) การใช้กัญชาที่มีส่วนผสมของ THC อย่างเป็นประจำและยาวนานจะสามารถส่งผลให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตได้
- (5) วัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้นเป็นกลุ่มที่จะมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดอันตรายจากการใช้กัญชา
- (6) ความเข้มข้นของ THC ยิ่งมาก โอกาสเกิดผลข้างเคียงและปัญหาจะมากตาม
- (7) การรับประทานหรือดื่มผลิตภัณฑ์จากกัญชาจะสามารถส่งผลเต็มที่ได้ใน 4 ชั่วโมง และ
- (8) ผลจากการรับประทานหรือการดื่มผลิตภัณฑ์จากกัญชาสามารถอยู่ได้นานถึง 6-12 ชั่วโมง

ในส่วนของผลิตภัณฑ์ที่ใช้ภายนอกได้มีข้อคำเตือนเดียว ได้แก่ ห้ามกลืนหรือใช้ทาภายในร่างกายหรือบริเวณที่มีรอยแตกหรือการอักเสบของผิวหนัง นอกจากนี้ ยังมีคำเตือนอื่น ๆ อีก ได้แก่ กัญชาสามารถเสพติดได้ หรือการใช้กัญชาเป็นประจำสามารถเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอาการโรคจิตและโรคจิตเภทได้โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยรุ่น

ในช่วง 3-4 ปีที่ผ่านมา ได้เริ่มมีงานวิจัยในต่างประเทศที่ศึกษาประสิทธิภาพของฉลากคำเตือนทางสุขภาพบนผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของกัญชา โดย Leos-Toro และคณะ (2019) ได้ศึกษาการรับรู้และความน่าเชื่อถือของฉลากคำเตือนทั้งแบบข้อความอย่างเดียวหรือแบบรูปภาพบนบรรจุภัณฑ์ที่มีกัญชาในประเทศแคนาดา โดยทำการศึกษาแบบสำรวจออนไลน์ในประชากรอายุ 16-30 ปี จำนวน 870 คน ผลการศึกษาพบว่า ฉลากคำเตือนแบบรูปภาพมีความน่าเชื่อถือและมีประสิทธิภาพในการเตือนมากกว่าแบบ

ข้อความอย่างเดียว ทั้งในส่วนของคำเตือนเกี่ยวกับอันตรายจากขนาดของสาร คำเตือนเกี่ยวกับอันตรายจากการใช้ร่วมกับสารเสพติดชนิดอื่น และคำเตือนเกี่ยวกับอันตรายในการใช้ในผู้ตั้งครรภ์ ซึ่งผู้ตอบแบบสอบถามร้อยละ 87.7 สนับสนุนให้มีคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพบนผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของกัญชา และร้อยละ 84 สนับสนุนให้มีเบอร์โทรสายด่วนสำหรับช่วยเหลือกัญชาบนฉลากคำเตือน (22) นอกจากนี้ ในปี 2021 Leos-Toro และคณะยังรายงานผลของการมีฉลากคำเตือนทางสุขภาพบนผลิตภัณฑ์ว่าช่วยให้ผลิตภัณฑ์มีความน่าดึงดูดใจน้อยลงเมื่อเทียบกับการไม่มีฉลากคำเตือน (23) ซึ่งสอดคล้องกับผลจากงานวิจัยของ Goodman และคณะในปี 2019 ที่ทำการศึกษแบบทดลองในประชากรอายุ 16-65 ปี จำนวน 27,045 คน ทั้งจากประเทศแคนาดาและสหรัฐอเมริกาในรัฐที่กัญชาถูกและผิดกฎหมายแล้วพบว่า การมีฉลากคำเตือนทางสุขภาพทำให้ผลิตภัณฑ์มีความน่าดึงดูดใจในกลุ่มเยาวชนน้อยลงเมื่อเทียบกับการที่ไม่มีฉลากคำเตือน (24)

ในส่วนของการพบเห็นฉลากคำเตือนทางสุขภาพ Goodman และคณะ (2021) ได้ทำการสำรวจออนไลน์ 2 ครั้งในปี 2018 และ 2019 ในประชากรอายุ 16-65 ปี จำนวน 72,549 คน ที่อาศัยอยู่ในประเทศแคนาดาหรือสหรัฐอเมริกาทั้งในรัฐที่กัญชาถูกและผิดกฎหมาย ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในประเทศแคนาดามีจำนวนการพบเห็นฉลากคำเตือนเพิ่มขึ้นในช่วงหนึ่งปีถึงร้อยละ 8.9 (จากร้อยละ 5.8 เพิ่มขึ้นร้อยละ 14.7) โดยมากกว่าชัดเจนเมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในสหรัฐอเมริกาซึ่งพบว่าการพบเห็นฉลากคำเตือนในหนึ่งปีเพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ 2.8 ในรัฐที่กัญชาผิดกฎหมายและเพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ 3.2 ในรัฐที่กัญชาถูกกฎหมาย นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างที่ซื้อผลิตภัณฑ์กัญชาจากแหล่งที่ถูกกฎหมายจะมีสัดส่วนการพบเห็นฉลากคำเตือนมากกว่าผู้ที่ซื้อจากแหล่งที่ผิดกฎหมาย (ในแคนาดาคิดเป็นร้อยละ 40.4 เทียบกับร้อยละ 15.3 และในสหรัฐอเมริกาคิดเป็นร้อยละ 35.3 เทียบกับร้อยละ 17.0) และผู้ใช้กัญชาเป็นประจำมีโอกาสมากกว่าที่จะพบเห็นฉลากคำเตือนมากกว่าผู้ใช้กัญชาเป็นครั้งคราว (25)

ในส่วนประสิทธิภาพของฉลากคำเตือนทางสุขภาพในกลุ่มเยาวชน มีการทดลองโดย Mutti-Packer และคณะ (2018) ที่ทำการศึกษาในนักเรียนของประเทศแคนาดาจำนวน 656 คน ผลการศึกษาพบว่า บรรลุภัณฑ์ที่มีฉลากคำเตือนทางสุขภาพสามารถลดความน่าดึงดูดใจในการใช้ผลิตภัณฑ์ได้ โดยข้อความเตือนทางสุขภาพสามารถเพิ่มความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับผลของกัญชา ซึ่งข้อความเตือนเกี่ยวกับปัญหาทางพัฒนาการของการรู้คิด (cognitive development) และประสิทธิภาพในการขับขี่ยานพาหนะที่ลดลง (impaired driving) มีความน่าเชื่อถือและน่ากลัวมากที่สุด ในขณะที่คำเตือนเกี่ยวกับการเสพติด (addiction) มีความน่าเชื่อถือและน่ากลัวน้อยที่สุด (26) ซึ่งเป็นผลการศึกษาที่ใกล้เคียงกับ Pepper และคณะ (2020) ที่ทำการศึกษาในประชากรของประเทศสหรัฐอเมริกาอายุตั้งแต่ 21 ปีขึ้นไปโดยผลการศึกษาพบว่า คำเตือนเกี่ยวกับการเสพติดและการเกิดอาการโรคจิต (psychosis) มีความน่าเชื่อถือน้อยกว่าคำเตือนเกี่ยวกับประสิทธิภาพการขับขี่ที่ลดลง อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างมองว่าคำเตือนเกี่ยวกับอาการโรคจิตเป็นคำเตือนที่ดีที่สุดในกลุ่มเยาวชนในการที่จะทำให้ลดโอกาสในการใช้กัญชาได้ (27)

สรุป

ฉลากคำเตือนทางสุขภาพบนบรรจุภัณฑ์เป็นหนึ่งในวิธีที่สามารถเพิ่มการตระหนักรู้ถึงอันตรายของสารเสพติดถูกกฎหมาย เช่น เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่ รวมถึงกัญชา ในกลุ่มประชากรต่าง ๆ รวมทั้งในกลุ่มเยาวชน ซึ่งเสียงส่วนใหญ่มักเห็นด้วยที่ให้มีฉลากคำเตือนทางสุขภาพบนบรรจุภัณฑ์ โดยการมีฉลากคำเตือนจะสามารถลดความดึงดูดใจในการใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของสารเสพติดได้ ในส่วนของผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของกัญชา ฉลากคำเตือนทางสุขภาพควรมีขนาดใหญ่บนพื้นที่ของบรรจุภัณฑ์ที่เรียบและไม่มีสีสัน โดยมีตัวอักษรข้อความเตือนที่เห็นได้ชัดร่วมกับมีภาพประกอบถึงพิษภัยอันตรายต่าง ๆ จากการใช้กัญชาโดยเฉพาะประสิทธิภาพที่ลดลงของการขับชี่ และโอกาสเกิดอาการโรคจิตเพื่อลดโอกาสที่เยาวชนจะใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของกัญชา

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. 'Best Buys' and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases. 2017.
2. Framework Convention on Tobacco Control. Guidelines for implementation of Article 11, Packaging and labelling of tobacco products. 2008.
3. Jaiwang N. Health Warning Labels on Cigarette packages. Post Today. 2016.
4. Fathelrahman AI, Li L, Borland R, Yong H-H, Omar M, Awang R, et al. Stronger pack warnings predict quitting more than weaker ones: finding from the ITC Malaysia and Thailand surveys. Tobacco induced diseases. 2013;11(1):20.
5. Yong H-H, Fong GT, Driezen P, Borland R, Quah ACK, Sirirassamee B, et al. Adult smokers' reactions to pictorial health warning labels on cigarette packs in Thailand and moderating effects of type of cigarette smoked: findings from the international tobacco control southeast Asia survey. nicotine & tobacco research. 2013;15(8):1339-47.
6. Li L, Fathelrahman AI, Borland R, Omar M, Fong GT, Quah ACK, et al. Impact of graphic pack warnings on adult smokers' quitting activities: findings from the ITC Southeast Asia Survey (2005–2014). Journal of smoking cessation. 2016;11(2):124-34.
7. Sirirassamee B et al. Short- and long-term impact of new graphic health warning labels on adolescent attitude toward smoking: findings from ITC Thailand survey. The World Conference on Tobacco on Health (WCTOH); Singapore 2013.
8. Rungnirundorn T. The impact of changing health warning labels (HWLs) on noticing warning labels and thinking about the health risks of cigarette smoking among youths in Thailand: Findings from 2011-2012 International Tobacco Control (ITC) Survey.: King's College London; 2017.

9. World Health Organization. Global strategy to reduce the harmful use of alcohol.; 2010.
10. European Alcohol Policy Alliance E. A brief summary of health warning labels on alcoholic beverages. 2009.
11. Mongan D. Attitudes towards alcohol: Special Eurobarometer. Drugnet Ireland. 2010:24-5.
12. Greenfield TK, Ye Y, Giesbrecht NA. Views of alcohol control policies in the 2000 National Alcohol Survey: What news for alcohol policy development in the US and its States? Journal of Substance Use. 2007;12(6):429-45.
13. Tobin C, Moodie AR, Livingstone C. A review of public opinion towards alcohol controls in Australia. BMC Public Health. 2011;11(1):58.
14. Weiss S. Israeli Arab and Jewish youth knowledge and opinion about alcohol warning labels: Pre-intervention data. Alcohol and alcoholism. 1997;32(3):251-7.
15. Greenfield TK, Graves KL, Kaskutas LA. Long-term effects of alcohol warning labels: Findings from a comparison of the United States and Ontario, Canada. Psychology & marketing. 1999;16(3):261-82.
16. MacKinnon DP, Nohre L, Pentz MA, Stacy AW. The alcohol warning and adolescents: 5-year effects. American journal of public health. 2000;90(10):1589.
17. MacKinnon DP, Nohre L, Cheong J, Stacy AW, Pentz MA. Longitudinal relationship between the alcohol warning label and alcohol consumption. Journal of Studies on Alcohol. 2001;62(2):221-7.
18. ศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจ. การสำรวจการรับรู้ ความคิดเห็นต่อฉลากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์: กรณีศึกษาตัวอย่างประชาชนใน 16 จังหวัดทุกภูมิภาคทั่วประเทศ. 2017.
19. กนิษฐา ไทยกกล้า และคณะ. การรับรู้และความคิดเห็นต่อรูปแบบฉลากคำเตือนเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2018.
20. Orenstein DG, Glantz SA. Regulating cannabis manufacturing: applying public health best practices from tobacco control. Journal of psychoactive drugs. 2018;50(1):19-32.
21. Health Canada. Cannabis health warning messages. (2019).
22. Leos-Toro C, Fong GT, Meyer SB, Hammond D. Perceptions of effectiveness and believability of pictorial and text-only health warning labels for cannabis products among Canadian youth. International Journal of Drug Policy. 2019;73:24-31.
23. Leos-Toro C, Fong GT, Hammond D. The efficacy of health warnings and package branding on perceptions of cannabis products among youth and young adults. Drug and alcohol review. 2021;40(4):637-46.

24. Goodman S, Leos-Toro C, Hammond D. The impact of plain packaging and health warnings on consumer appeal of cannabis products. *Drug and alcohol dependence*. 2019;205:107633.
 25. Goodman S, Hammond D. Noticing of cannabis health warning labels in Canada and the US. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada: Research, Policy and Practice*. 2021;41(7-8):201.
 26. Mutti-Packer S, Collyer B, Hodgins DC. Perceptions of plain packaging and health warning labels for cannabis among young adults: findings from an experimental study. *BMC public health*. 2018;18(1):1-10.
 27. Pepper JK, Lee YO, Eggers ME, Allen JA, Thompson J, Nonnemaker JM. Perceptions of US and Canadian cannabis package warnings among US adults. *Drug and alcohol dependence*. 2020;217:108275.
-

ส่วนที่ II สถานการณ์สารเสพติดโลก กับ นโยบายในประเทศ และการใช้สารเฉพาะกลุ่ม: กรณีโรคโควิด-19 และโรคติดเชื้ออื่น ๆ

บทที่ 7 การใช้สารเสพติดและผลกระทบในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ในต่างประเทศ

โดย แพทย์หญิงปองขวัญ ยิ้มสอาด

บทนำ

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ได้เริ่มต้นขึ้นในเดือนธันวาคม ค.ศ. 2019 โดยพบครั้งแรกในนครอู่ฮั่น สาธารณรัฐประชาชนจีน การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ได้แพร่กระจายจากสาธารณรัฐประชาชนจีน ไปสู่ประเทศอื่น ๆ ทั่วโลก ส่งผลให้ต่อมาทางองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประกาศให้การระบาดนี้เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern, PHEIC) เมื่อวันที่ 30 มกราคม ค.ศ. 2020 และต่อมาในเดือนมีนาคม ค.ศ. 2020 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศโรค COVID-19 ระบาดใหญ่ (Coronavirus Pandemic) หลังจากมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทั่วโลกอย่างรวดเร็ว

ในช่วงต้นของการระบาดใหญ่นั้นทางรัฐบาลของประเทศต่าง ๆ ได้มีการออกมาตรการควบคุมการระบาดเพื่อควบคุมการแพร่กระจายของโรค เช่น มาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม มาตรการการระงับการเดินทาง มาตรการปิดเมือง ตลอดจนคำสั่งห้ามออกจากที่พักอาศัย ผลจากมาตรการควบคุมการระบาดและผลกระทบทางตรงจากตัวโรค COVID-19 ย่อมทำให้เกิดผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของประชากรโลกในทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นผลกระทบทางด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ ตลอดจนด้านการศึกษา

กลุ่มผู้ใช้สุราและสารเสพติดก็เป็นกลุ่มประชากรกลุ่มหนึ่งที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดนี้เช่นเดียวกัน โดยกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดนี้ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรค COVID-19 ทั้งทางตรงจากตัวโรคระบาดเองและทางอ้อมจากผลกระทบของมาตรการการควบคุมโรคต่าง ๆ ในบทความนี้จะกล่าวถึงสถานการณ์การใช้สารของประชากรทั่วโลกในช่วงที่มีการบังคับใช้มาตรการควบคุมการระบาดในช่วงต้นของการระบาด สถานการณ์การใช้สารเสพติดของประชากรทั่วโลกในช่วงที่มีการระบาดของ COVID-19 และความสัมพันธ์ของการใช้สารเสพติดกับความรุนแรงของโรค COVID-19

มาตรการควบคุมการระบาดของโรค COVID-19 กับบริโภคนิสัย

ในช่วงต้นของการระบาดของโรค COVID-19 รัฐบาลหลายประเทศทั่วโลกได้นำมาตรการควบคุมการระบาดเข้ามาใช้เพื่อจัดการกับการแพร่กระจายของโรค โดยมาตรการที่หลายประเทศได้บังคับใช้ในช่วงต้นของการระบาดคือการปิดสถานที่เสี่ยงแพร่เชื้อ ห้ามจำหน่ายสุราและการจำกัดการรวมกลุ่ม ซึ่งแน่นอนว่ามาตรการควบคุมการระบาดนั้นนอกจากจะมีส่วนช่วยลดการระบาดแล้ว ย่อมทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งสุขภาพจิตและในส่วนของพฤติกรรมการใช้สารเสพติดนั้นย่อมได้รับผลกระทบอย่างแน่นอน โดยรายงานการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคนิสัยของประชากรในทวีปยุโรป 21 ประเทศ (European Alcohol and COVID-19 survey) พบว่าในช่วงต้นของการระบาด (เมษายน 2020 - กรกฎาคม

2020) นั้น กลุ่มผู้ใช้สุรา (past-year drinker) ส่วนใหญ่มีการบริโภคสุราโดยรวมลดลงและมีพฤติกรรมการดื่มสุราแบบหนัก (heavy episodic drinking) ลดลง โดยคาดว่าเกิดจากการจำกัดการเข้าถึงสุราในช่วงที่มีมาตรการควบคุมการระบาด (1) ส่วนรายงานการสำรวจพฤติกรรมกรรมการบริโภคสุราในกลุ่มผู้ดื่มสุราจากประเทศอังกฤษในช่วงที่มีการบังคับใช้มาตรการควบคุมการระบาดนั้น (มิถุนายน - สิงหาคม ค.ศ. 2020) พบว่าแม้ว่าร้อยละหกสิบของกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคสุราลดลงเมื่อเทียบกับในช่วงที่ไม่มีมาตรการควบคุมโรค แต่กลับพบว่าประมาณหนึ่งในสี่ของกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมการบริโภคสุราที่มากขึ้น โดยพบว่าในกลุ่มที่มีการบริโภคสุราที่เพิ่มขึ้นนั้นมีความสัมพันธ์กับการมีภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล (2) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาจากประเทศฝรั่งเศสที่พบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับการเพิ่มขึ้นของการดื่มสุราเช่นกัน (3) ส่วนการศึกษาจากประเทศออสเตรเลียซึ่งทำการสำรวจพฤติกรรมกรรมการบริโภคสุราในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดื่มสุราในช่วงที่รัฐบาลประเทศออสเตรเลียได้มีการบังคับใช้มาตรการเว้นระยะห่างทางสังคมและมีการปิดสถานที่จำหน่ายสุรา (เมษายน 2020 - พฤษภาคม 2020) นั้น ผลการสำรวจพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคสุราแบบอันตราย (harmful drinking) ลดลง แต่เป็นที่น่าสนใจว่าในกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความเครียดสูงนั้นกลับพบว่าการบริโภคสุราเพิ่มขึ้น (4) ส่วนในประเทศที่ไม่ได้มีมาตรการปิดสถานที่จำหน่ายสุราทั่วประเทศ อย่างในประเทศสหรัฐอเมริกาที่รายงานการศึกษาพบว่าในกลุ่มประชากรวัยผู้ใหญ่ (อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 21 ปี) มีการเพิ่มขึ้นของการดื่มสุราทั้งปริมาณการดื่มต่อวันและสัดส่วนของการดื่มแบบหนักในช่วงที่มีการใช้มาตรการ stay-at-home order เมื่อเทียบกับช่วงก่อนบังคับใช้มาตรการ (5, 6) โดยพบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มสุราที่มากขึ้นและความเครียดจากโรคระบาดเช่นกัน (6)

สำหรับประเทศไทยซึ่งเป็นประเทศแรกในโลกที่มีการรายงานพบการติดเชื้อของโรค COVID-19 นอกสาธารณรัฐประชาชนจีน ในช่วงต้นของการระบาดนั้นประเทศไทยได้มีการนำมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม มาตรการปิดเมือง ตลอดจนมีคำสั่งปิดกิจการร้านอาหารและสถานบันเทิง และห้ามจำหน่ายสุราในร้านอาหารติดต่อกันหลายเดือน โดยจากการสำรวจเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มสุราของประชากรไทยทั่วประเทศในช่วงระหว่างเดือนเมษายน - สิงหาคม ค.ศ. 2020 ซึ่งเป็นช่วงที่รัฐบาลไทยบังคับใช้มาตรการห้ามจำหน่ายสุรานี้ การศึกษาพบว่าประมาณร้อยละห้าสิบของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดื่มสุรายังไม่ได้ดื่มสุราเลยในช่วงที่มีการห้ามจำหน่ายสุรา และหนึ่งในสามของผู้ดื่มรายงานว่าดื่มน้อยลงกว่าช่วงปกติ (7) โดยแน่นอนว่าผลกระทบของการจำกัดการเข้าถึงสุราอย่างกระทันหันนั้นก็ย่อมจะส่งผลกระทบต่อผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราหรือผู้ติดสุราอย่างแน่นอน (8) โดยในประเทศไทยนั้นมียางานว่าในระหว่างช่วงที่มีมาตรการควบคุมการระบาดโรค COVID-19 นั้นพบว่าการเพิ่มขึ้นของการเกิดภาวะ complicated alcohol withdrawal seizure และ delirium tremens ในกลุ่มผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (9)

โดยสรุปจะเห็นว่ามาตรการควบคุมการระบาดโรค COVID-19 ในระยะแรกของการระบาดนั้นอาจจะทำให้มีการลดลงของการดื่มสุราลงในบางประเทศเนื่องจากการเข้าถึงสุราทำได้ยากขึ้น แต่ในกลุ่มผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต เช่น มีภาวะเครียด ภาวะวิตกกังวล หรือภาวะซึมเศร้านั้นพบว่าจะมีการเพิ่มขึ้นของการดื่มสุรา ส่วน

ในกลุ่มผู้ที่มีปัญหา alcohol use disorder ที่ต้องหยุดการดื่มลงกะทันหันเนื่องจากมาตรการห้ามจำหน่ายสุรานั้น หากพวกเขาไม่สามารถเข้าถึงการดูแลรักษาที่เหมาะสมได้ก็อาจจะทำให้ภาวะแทรกซ้อนจากการถอนสุราได้มากขึ้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้แสดงให้เห็นถึงผลกระทบของการระบาดและมาตรการควบคุมการระบาดนั้น ไม่ได้ส่งผลกระทบเท่ากันในทุกกลุ่มประชากร ดังนั้นมาตรการต่าง ๆ ที่ใช้ในการดูแลสุขภาพจิตก็ควรที่จะให้ความสำคัญกับความหลากหลายของกลุ่มประชากรด้วย

การระบาดของ COVID-19 กับการใช้สารเสพติด

สำหรับสารเสพติดชนิดอื่นนอกเหนือจากสุรานั้นพบว่าในช่วงการแพร่ระบาดของ COVID-19 นั้นมีแนวโน้มของการใช้สารเสพติดโดยรวมคงเดิมหรือเพิ่มขึ้นในต่างประเทศ โดยจากการศึกษาแบบ systematic review พบว่าในช่วงของการแพร่ระบาดนั้น สัดส่วนของผู้ใช้สารเสพติดใด ๆ อยู่ที่ระหว่างร้อยละ 3.6 ถึง ร้อยละ 17.5 ในกลุ่มประชากรทั่วไป ร้อยละ 13.8 ในกลุ่มเยาวชนอายุ 14-18 ปี และสูงถึงร้อยละ 75 ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดที่เพิ่มขึ้นได้แก่ เพศชาย ระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า อายุ น้อย ปัญหาทางสุขภาพจิต ปัญหาสุขภาพกาย ความกังวล ความโดดเดี่ยว และการขาดการสนับสนุนทางสังคม (10)

ปัญหาทางสุขภาพจิตนั้นเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่การศึกษาจากหลายประเทศพบว่าสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดที่เพิ่มขึ้น ตัวอย่างเช่น การศึกษาจากประเทศเนเธอร์แลนด์พบว่าในกลุ่มผู้ใช้กัญชาเป็นประจำ (regular user) นั้นมีการใช้กัญชาเพิ่มขึ้นทั้งปริมาณและความถี่ในช่วงที่มีมาตรการ COVID-19 lockdown (11, 12) โดยพบว่าความเบื่อหน่ายโดดเดี่ยว ความเครียดและปัญหาสุขภาพจิตเป็นสาเหตุที่ผู้ใช้กัญชาจากประเทศเนเธอร์แลนด์ระบุว่า เป็นเหตุผลที่ทำให้ใช้กัญชามากขึ้น (12) สอดคล้องกับรายงานจากประเทศแคนาดาที่พบว่าผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตมีแนวโน้มที่จะใช้กัญชาเพิ่มขึ้นในช่วงที่มีการระบาดมากกว่าผู้ที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต (13) นอกจากนี้จากการศึกษาถึงปัญหาสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดในประเทศอิตาลีในช่วงที่มีมาตรการ lockdown (มีนาคม 2020 - พฤษภาคม 2020) นั้นพบว่าพบความชุกของภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดนั้นสูงถึงร้อยละ 20 และร้อยละ 30 ตามลำดับ (14)

สำหรับในกลุ่มเยาวชนนั้น ข้อมูลจากการศึกษา Adolescent Brain Cognitive Development (ABCD) Study Cohort พบว่าในช่วงที่มีการออกนโยบาย stay-at-home orders ในประเทศสหรัฐอเมริกา นั้น เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนที่จะมีการระบาดนั้น กลุ่มเยาวชนมีการใช้บุหรี่และใช้ยาในทางที่ผิด (misusing prescribing drug) เพิ่มขึ้น โดยปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้สารที่มากขึ้นนั้นคือ ความเครียดจากความไม่แน่นอนของการระบาดของโรค ปัญหาทางเศรษฐกิจของครอบครัว การใช้สารเสพติดของพ่อแม่ และการมีภาวะซึมเศร้าวิตกกังวล (17) ส่วนในประเทศอินโดนีเซียนั้นมีการศึกษาแบบ cross-sectional online survey

สำรวจในระหว่างเดือนเมษายน 2020 - มิถุนายน 2020 ผลการศึกษาพบว่าร้อยละสี่สิบของกลุ่มเด็กและเยาวชนที่เป็นผู้ใช้สารเสพติดมีการใช้สารเพิ่มขึ้นในช่วงที่มีการระบาด (18)

นอกจากนี้ยังมีรายงานการศึกษาถึงอัตราการเสียชีวิตจากการใช้ยาเกินขนาดที่สูงขึ้นในช่วงการระบาดของ COVID-19 โดยผลการศึกษาจากประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าอัตราการเสียชีวิตจากการใช้ยาเกินขนาด (drug overdose death) ในช่วงแรกของการระบาด (เดือนมกราคม - เดือนสิงหาคม ค.ศ. 2020) นั้นสูงกว่าอัตราการเสียชีวิตด้วยสาเหตุเดียวกันในช่วงที่ยังไม่มีการระบาดถึงร้อยละ 28 นอกจากนี้ยังพบว่าในกลุ่มผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตนั้นมีอัตราการเสียชีวิตจากการใช้ยาเกินขนาดเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนที่จะมีการระบาด (15) โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตจากการใช้ยาเกินขนาด (drug overdose death) ได้แก่ การว่างงาน ความเครียด ปัญหาสุขภาพจิต การแยกตัวจากสังคม และการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่เปลี่ยนไปในช่วงของการระบาด (16)

โดยสรุปในช่วงการระบาดของ COVID-19 การศึกษาส่วนใหญ่พบการเพิ่มขึ้นของการใช้สารเสพติด โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต โดยปัจจัยที่เกี่ยวกับสุขภาพจิตเช่น ความวิตกกังวล ความเครียด และภาวะซึมเศร้านั้นมีผลอย่างมากต่อการใช้สารเสพติดที่เพิ่มขึ้น กลุ่มเยาวชนก็เป็นกลุ่มเสี่ยงอีกกลุ่มหนึ่งที่มีรายงานว่ามีการใช้สารเสพติดเพิ่มขึ้น และอีกหนึ่งสิ่งที่น่ากังวลคือในช่วงที่มีการระบาดนั้นคืออัตราการเสียชีวิตจากการใช้ยาเกินขนาดที่เพิ่มมากขึ้น ข้อมูลเหล่านี้อาจจะสะท้อนถึงผลกระทบของการระบาดที่ว่านอกจากจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายจากการติดเชื้อ COVID-19 แล้ว มิติทางสุขภาพอื่น ๆ เช่น สุขภาพจิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ใช้สารเสพติดก็ได้รับผลกระทบเช่นกัน ดังนั้นการเข้าถึงบริการทางสุขภาพจิตและบริการสำหรับผู้ใช้สารเสพติดทั้งในด้านป้องกันและรักษาในช่วงที่มีการระบาดก็ไม่ควรถูกละเลย

การติดเชื้อ COVID-19 ในผู้ใช้สารเสพติด

กลุ่มผู้ใช้สารเสพติดนั้นนับเป็นกลุ่มเสี่ยงกลุ่มหนึ่งที่จะรับผลกระทบจากการติดเชื้อ COVID-19 โดยปัจจัยเสี่ยงนั้นอาจจะมาจากปัญหาสุขภาพที่เป็นผลกระทบจากการใช้สารเสพติด ปัญหาการเข้าถึงระบบสาธารณสุขหรือปัญหาทางสังคมเศรษฐกิจ โดยข้อมูลจากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า กลุ่มผู้ที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดนั้นมีโอกาสติดเชื้อ COVID-19 มากกว่ากลุ่มประชากรทั่วไปถึง 1.5 เท่า โดยพบว่าผู้ที่มีความผิดปกติของการใช้สารกลุ่มโอปิออยด์ (opioid use disorder) มีความเสี่ยงสูงสุดในการติดเชื้อ COVID-19 ตามมาด้วยกลุ่มผู้ที่มีความผิดปกติของการใช้บุหรี่ (nicotine use disorder) และกลุ่มผู้ที่มีความผิดปกติของการใช้สุรา (alcohol use disorder) ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มผู้ใช้สารเสพติดนั้นมีโอกาสที่จะมีอาการรุนแรงจากการติดเชื้อ COVID-19 มากกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป และมีโอกาสที่จะต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเสียชีวิตจากโรคโควิด-19 ได้มากกว่ากลุ่มประชากรทั่วไปอีกด้วย (19) สอดคล้องกับการศึกษาจากประเทศแคนาดาที่ศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล (hospitalization) ของผู้ติดเชื้อ COVID-19 ผลการศึกษาพบว่า นอกเหนือจากการมีโรคประจำตัวทางกายเช่น

โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิต และโรคของระบบทางเดินหายใจแล้ว การใช้สารเสพติดและการดื่มสุราแบบมีปัญหา (Problematic alcohol use) ก็สัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรค COVID-19 ด้วยเช่นกัน (20) โดยมีสมมติฐานของสาเหตุที่ทำให้ผู้ใช้สารเสพติดมีความเสี่ยงในการติดเชื้อที่มากกว่าและมีการพยากรณ์โรคที่แยกว่านั้นคือ 1) การใช้สารเสพติดต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานอาจจะมีผลต่อการทำงานของระบบทางเดินหายใจและระบบภูมิคุ้มกันซึ่งอาจจะทำให้เกิดการติดเชื้อ COVID-19 ง่ายขึ้น รวมไปถึงการใช้สุราและบุหรี่ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น ความดันโลหิตสูง หรือเบาหวาน ซึ่งโรคเหล่านี้ก็จะสัมพันธ์กับการดำเนินโรคที่รุนแรงของโควิด-19 ด้วยเช่นกัน 2) พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด เช่น การมีปฏิสัมพันธ์กันโดยไม่คำนึงถึงการเว้นระยะห่างทางสังคมก็อาจจะเพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อได้ หรือการใช้อุปกรณ์การเสพยาเสพติดร่วมกันก็อาจจะเพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อได้ และ 3) ผู้ใช้สารเสพติดเองก็มักจะมียุโรปรรคในการเข้าถึงการให้บริการทางสุขภาพ ซึ่งสาเหตุเหล่านี้เองก็จะเป็นเหตุให้เกิดการดำเนินของโรคโควิด-19 ที่แยกว่า (20)

กล่าวโดยสรุปพบว่ากลุ่มผู้ใช้สารเสพติดนั้นมีโอกาสติดเชื้อ COVID-19 มากกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป และถ้าหากติดเชื้อแล้วก็มักจะมีอาการที่รุนแรงกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป ดังนั้นเพื่อให้การบริการทางสุขภาพสำหรับผู้บริโภคดีขึ้น ควรมีการเพิ่มบริการการตรวจคัดกรองโรค COVID-19 ให้เข้าถึงกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดมากขึ้น เช่น ในสถานบำบัดยาเสพติดรวมถึงสถานที่ให้บริการแลกเปลี่ยนเข็มสะอาด (21) เพื่อทำให้เกิดการเข้าถึงบริการที่ง่ายขึ้นและเข้าสู่การรักษาได้เร็วขึ้น รวมถึงการป้องกันการติดเชื้อ เช่น การฉีดวัคซีนป้องกันโรค COVID-19 ก็ควรที่จะจัดการให้บริการที่ทำให้กลุ่มผู้ใช้สารเสพติดเข้าถึงบริการให้ง่ายขึ้นด้วย

สรุป

การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ในช่วงที่ผ่านมา ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการใช้สุราและสารเสพติดของประชากรทั่วโลกอย่างมาก โดยพบว่ามีรายงานการใช้สุราและสารเสพติดที่สูงขึ้นโดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่มีปัญหาสุขภาพจิตและกลุ่มเยาวชน โดยสาเหตุหลักที่ผู้ใช้สุราและสารเสพติดระบุว่าเป็นเหตุผลของการเพิ่มการใช้คือเพื่อจัดการกับผลกระทบจากปัญหาสุขภาพจิต ความโดดเดี่ยว และปัญหาความวิตกกังวลจากสถานการณ์โรคระบาด นอกจากนี้ยังพบว่าการใช้สารเสพติดยังเป็นปัจจัยเสี่ยงในการติดเชื้อ COVID-19 และมีความสัมพันธ์กับการดำเนินโรคและการพยากรณ์โรคที่แยกลง

อย่างไรก็ตามการศึกษาถึงการบริโภคสารเสพติดกับโรค COVID-19 นั้นส่วนใหญ่เป็นการศึกษาจากประเทศกลุ่มที่มีรายได้สูง (high income countries) เป็นส่วนใหญ่ การศึกษาจากประเทศกลุ่มรายได้ปานกลางหรือต่ำ (low-and-middle income countries) ยังมีค่อนข้างน้อย ดังนั้นการศึกษาเพิ่มเติมในบริบทของประเทศที่มีรายได้ปานกลางอย่างประเทศไทยซึ่งอาจจะมีข้อจำกัดในด้านทรัพยากรต่าง ๆ มากกว่ากลุ่มประเทศรายได้สูงจึงยังคงมีความจำเป็น

เอกสารอ้างอิง

1. Kilian C, Rehm J, Allebeck P, Braddick F, Gual A, Barták M, et al. Alcohol consumption during the COVID-19 pandemic in Europe: a large-scale cross-sectional study in 21 countries. *Addiction* (Abingdon, England). 2021;116(12):3369-80.
2. Palmer EOC, Trender W, Tyacke RJ, Hampshire A, Lingford-Hughes A. Impact of COVID-19 restrictions on alcohol consumption behaviours. *BJPsych Open*. 2021;7(5):e167.
3. Guignard R, Andler R, Quatremère G, Pasquereau A, du Roscoät E, Arwidson P, et al. Changes in smoking and alcohol consumption during COVID-19-related lockdown: a cross-sectional study in France. *Eur J Public Health*. 2021;31(5):1076-83.
4. Callinan S, Smit K, Mojica-Perez Y, D'Aquino S, Moore D, Kuntsche EN. Shifts in alcohol consumption during the COVID-19 pandemic: Early indications from Australia. *Addiction* (Abingdon, England). 2021;116(6):1381-8.
5. Barbosa C, Cowell AJ, Dowd WN. Alcohol Consumption in Response to the COVID-19 Pandemic in the United States. *J Addict Med*. 2021;15(4):341-4.
6. Grossman ER, Benjamin-Neelon SE, Sonnenschein S. Alcohol Consumption during the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Survey of US Adults. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(24).
7. Wichaidit W, Sittisombut M, Assanangkornchai S, Vichitkunakorn P. Self-reported drinking behaviors and observed violation of state-mandated social restriction and alcohol control measures during the COVID-19 pandemic: Findings from nationally-representative surveys in Thailand. *Drug Alcohol Depend*. 2021;221:108607.
8. Narasimha VL, Shukla L, Mukherjee D, Menon J, Huddar S, Panda UK, et al. Complicated Alcohol Withdrawal-An Unintended Consequence of COVID-19 Lockdown. *Alcohol Alcohol*. 2020;55(4):350-3.
9. Calvey T, Scheibein F, Saad NA, Shirasaka T, Dannatt L, Stowe MJ, et al. The Changing Landscape of Alcohol Use and Alcohol Use Disorder During the COVID-19 Pandemic - Perspectives of Early Career Professionals in 16 Countries. *J Addict Med*. 2020;14(6):e284-e6.

10. Roberts A, Rogers J, Mason R, Siriwardena AN, Hogue T, Whitley GA, et al. Alcohol and other substance use during the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Drug and alcohol dependence*. 2021;229(Pt A):109150-.
11. Cousijn J, Kuhns L, Larsen H, Kroon E. For better or for worse? A pre-post exploration of the impact of the COVID-19 lockdown on cannabis users. *Addiction*. 2021;116(8):2104-15.
12. van Laar MW, Oomen PE, van Miltenburg CJA, Vercoulen E, Freeman TP, Hall WD. Cannabis and COVID-19: Reasons for Concern. *Front Psychiatry*. 2020;11:601653.
13. Findlay LC, Arim R, Kohen D. Understanding the Perceived Mental Health of Canadians During the COVID-19 Pandemic. *Health reports*. 2020;31(4):22-7.
14. Martinotti G, Alessi MC, Di Natale C, Sociali A, Ceci F, Lucidi L, et al. Psychopathological Burden and Quality of Life in Substance Users During the COVID-19 Lockdown Period in Italy. *Front Psychiatry*. 2020;11:572245.
15. Macmadu A, Batthala S, Correia Gabel AM, Rosenberg M, Ganguly R, Yedinak JL, et al. Comparison of Characteristics of Deaths From Drug Overdose Before vs During the COVID-19 Pandemic in Rhode Island. *JAMA Netw Open*. 2021;4(9):e2125538.
16. Faust JS, Du C, Mayes KD, Li S-X, Lin Z, Barnett ML, et al. Mortality From Drug Overdoses, Homicides, Unintentional Injuries, Motor Vehicle Crashes, and Suicides During the Pandemic, March-August 2020. *JAMA : the journal of the American Medical Association*. 2021;326(1):84-6.
17. Pelham WE, Tapert SF, Gonzalez MR, McCabe CJ, Lisdahl KM, Alzueta E, et al. Early Adolescent Substance Use Before and During the COVID-19 Pandemic: A Longitudinal Survey in the ABCD Study Cohort. *J Adolesc Health*. 2021;69(3):390-7.
18. Sen LT, Siste K, Hanafi E, Murtani BJ, Christian H, Limawan AP, et al. Insights Into Adolescents' Substance Use in a Low-Middle-Income Country During the COVID-19 Pandemic. *Front Psychiatry*. 2021;12:739698.
19. Velásquez García HA, Wilton J, Smolina K, Chong M, Rasali D, Otterstatter M, et al. Mental Health and Substance Use Associated with Hospitalization among People with COVID-19: A Population-Based Cohort Study. *Viruses*. 2021;13(11).

20. Wang QQ, Kaelber DC, Xu R, Volkow ND. COVID-19 risk and outcomes in patients with substance use disorders: analyses from electronic health records in the United States. *Molecular psychiatry*. 2021;26(1):30-9.
 21. Factors Associated with COVID-19 Testing among People who Inject Drugs: Missed Opportunities for Reaching those Most at Risk. *Medical Letter on the CDC & FDA*. 2022:64.
-

บทที่ 8 ภาวะทางจิตใจและการใช้สารเสพติดในช่วงการระบาดโรคโควิด-19

โดย นายแพทย์ชุมพล สุรพันธ์ไพโรจน์

และ แพทย์หญิงรัศมี กัลยาศิริ

บทนำ

ตั้งแต่มีการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาที่ก่อให้เกิดโรคโควิด-19 ที่ประเทศจีน เมื่อ ปี ค.ศ. 2019 ซึ่งได้ส่งผลกระทบต่อประชากรในทุกภูมิภาคของโลกรวมถึงประเทศไทย โดยตั้งแต่เริ่มมีการระบาดถึงช่วงเดือนมกราคม ค.ศ. 2022 มียอดผู้ติดเชื้อสะสมในประเทศไทยสูงถึง 2,261,039 คน (1) โควิดได้ส่งผลกระทบต่อมนุษย์ทั้งทางสุขภาพกายและจิตใจทั้งทางตรงและทางอ้อมและได้เปลี่ยนแปลงสภาพสังคมไปอย่างมาก (2, 3) การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเชื้อที่ก่อให้เกิดโรคโควิด-19 นั้นจำเป็นต้องใช้การจัดการในรูปแบบใหม่ที่องค์กรสาธารณสุขทั่วโลกไม่เคยประสบมาก่อน และจำเป็นต้องใช้ทรัพยากรมหาศาล (4) ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งที่ติดเชื้อและไม่ติดเชื้อโควิด-19 และบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล การระบาดของไวรัสโควิด-19 มีแนวโน้มที่จะไม่สิ้นสุดและอาจคงอยู่กับวิถีชีวิตรูปแบบใหม่ของมนุษยชาติ (5) จึงมีความจำเป็นเป็นอย่างยิ่งที่เราจะรวบรวมข้อมูลและพยายามทำความเข้าใจโรคระบาดในครั้งนี้ เพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพและเป็นองค์รวมทั้งผู้ติดเชื้อไวรัสโรคโควิด-19 และผู้ป่วยโรคอื่น

การระบาดของโรคโควิด-19 กับภาวะทางจิตใจ

การระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อปัญหาทางจิตเวช ทั้งในการทำให้เกิดอาการของโรคทางจิตเวชขึ้นมาใหม่ และในการเป็นปัจจัยกระตุ้นให้โรคทางจิตเวชเดิมที่มีอยู่นั้นแย่ลง ยกตัวอย่างปัจจัยที่อาจเป็นสาเหตุได้ เช่น ข้อมูลที่มีมากและไม่แน่นอนเกี่ยวกับโรคอุบัติใหม่ มาตรการที่ใช้ในการจัดการโรคเช่น การเว้นระยะห่างทางสังคม ความยากลำบากในการมารับบริการด้านสาธารณสุขในช่วงการระบาด และภาวะถดถอยทางเศรษฐกิจ เป็นต้น ปัญหาทางจิตเวชไม่ว่าจะเป็นโรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล รวมไปถึงการใช้สารเสพติดต่าง ๆ ล้วนส่งผลย้อนกลับให้การระบาดของโรคโควิด-19 แย่ลงได้อีกด้วย (3)

เนื่องจากการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยเฉพาะวิธีการให้กักตัวที่บ้าน (home isolation) นั้นจำเป็นต้องใช้ความร่วมมือและความเข้าใจจากผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ที่มีปัญหาทางจิตเวชข้างต้นรวมไปถึงมีปัญหาการเสพติดสาร อาจมีความเสี่ยงที่จะทำ home isolation ได้ไม่สำเร็จ และไปเพิ่มการแพร่เชื้อให้กับสังคมและสิ่งแวดล้อมรอบตัวของเขาได้ (6) ดังนั้น ปัญหาทางจิตเวชและปัญหาเรื่องสารเสพติดไม่ควรถูกมองข้ามแม้จะอยู่ในสถานการณ์ของโรคระบาด การจัดการทรัพยากรที่ดีจะช่วยลดความเสียหายจากปัญหาทางจิตเวชได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม

การระบาดของโรคโควิด-19 กับการใช้สารเสพติด

การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และการใช้สารเสพติดอื่น ๆ เป็นประเด็นที่มีความสำคัญ เพราะมีผลต่อการระบาดของโรคทั้งในแง่ของสุขภาพตัวบุคคลและการควบคุมการระบาดในสังคมที่ยากยิ่งขึ้น ในทางกลับกันสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 เองกลับทำให้ปัญหาการใช้สารเสพติดแย่ลงไปอีกด้วย โดยพบว่าการดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ หรือการใช้สารเสพติดอื่น ๆ ที่เพิ่มมากขึ้นในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 นั้น สัมพันธ์กับภาวะทางจิตใจ เช่น ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจากการระบาดของโรคโควิด 19 (7)

โดยภาพรวมแล้วภาวะติดสารเสพติดทำให้การระบาดของโรคเพิ่มมากขึ้น และการติดเชื้อรุนแรงได้มากขึ้น ทั้งนี้เป็นเพราะตัวสารเสพติดบางชนิดที่ออกฤทธิ์ต่อระบบหายใจโดยตรง เช่น สารโอปิออยด์กดการหายใจ ควันบุหรี่มีผลต่อหลอดเลือด โดยพฤติกรรมทางสังคมของผู้เสพติดสารหรือมีการใช้สารเสพติดนั้น มักพบในผู้ป่วยที่มีโรคทางกายบางอย่างร่วมด้วย ไม่ว่าจะเป็นโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคระบบทางเดินหายใจ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น (8) ยกตัวอย่างเช่น การเสพติดสารเมทแอมเฟตามีน (methamphetamine) เป็นระยะเวลานานส่งผลต่อการเกิดความดันเลือดในปอดสูง (9) การเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว (10) ซึ่งล้วนนำไปสู่การติดเชื้อทางเดินหายใจที่รุนแรงมากยิ่งขึ้น ปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อกันและกัน ยิ่งทำให้ความรุนแรงของสถานการณ์โรคระบาดรุนแรงและยากแก่การควบคุม (7) ตารางที่ 1 แสดงผลการศึกษาบางส่วนที่เกี่ยวกับการใช้สารเสพติดภายในช่วงสองปีหลังการอุบัติของโรคโควิด-19

สรุป

การระบาดของโรคโควิด 19 ในครั้งนี้ได้สร้างปัญหาให้กับสังคมของเราเป็นอย่างมากในหลาย ๆ แง่มุม โดยในแง่มุมมองของเรื่องสารเสพติดนั้น พบว่า โรคระบาดเปลี่ยนแปลงสภาพสังคมของเราไป และสร้างความวิตกกังวลได้สูงต่อโรคอุบัติใหม่นี้ การใช้สารเสพติดเป็นวิธีหนึ่งในการลดความเครียด ความวิตกกังวลลงไป จึงไม่น่าแปลกใจที่เราจะเห็นปัญหาการใช้สารเสพติดต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็น เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ ไวน์ บุหรี่ สารโอปิออยด์ และสารเสพติดอื่น ๆ มีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นในประชากรที่มีภาวะทางจิตใจดังกล่าว และการใช้สารเสพติดที่เพิ่มขึ้นในช่วงของการระบาดของโรคโควิด-19 นี้ ย่อมทำให้การดูแลสถานการณ์โรคนั้นมีความยากและซับซ้อนยิ่งขึ้นไปอีก

ปัญหาการใช้สารเสพติดนั้นจึงไม่ควรที่จะถูกละเลยหรือถูกมองข้ามไปในสถานการณ์การแพร่ระบาดนี้เอง ด้วยเหตุผลสำคัญคือตัวผู้ใช้สารเองเป็นกลุ่มประชากรที่เปราะบางต่อการติดเชื้อ ซึ่งมีโอกาสที่จะเจ็บป่วยรุนแรงได้มากกว่าและในแง่ของการจัดการทรัพยากรจะช่วยให้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างเป็นองค์รวมมากขึ้น สามารถลดการแพร่กระจายของโรคลงได้ นอกจากนี้ ปัญหาของการใช้สารเสพติดจะดำเนินอยู่ต่อเนื่องและไม่อาจบรรเทาไปได้พร้อมกับการลดการระบาดของโรคโควิด-19 ดังนั้น การมีความรู้ ความเข้าใจ

และการเตรียมพร้อมรับมือกับสถานการณ์การใช้สารเสพติดที่จะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จึงเป็นสิ่งสำคัญ
ทั้งในปัจจุบันและอนาคต

ตารางที่ 1 ตัวอย่างผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติดภายในช่วงสองปีหลังการอุบัติของโรคโควิด-19

ปี ค.ศ.	ประเทศ	รูปแบบการศึกษา	วิธีการศึกษา	ผลการศึกษา
2020 (8)	สหรัฐ-อเมริกา	Retro-spective case-control study	ทบทวนข้อมูลจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคภาวะติดสาร(substance use disorder) เพื่อหาปัจจัยเสี่ยงและผลกระทบของการติดสารเสพติดต่อการติดเชื้อโควิด-19	1. ผู้ที่มีภาวะติดสารมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคโควิด-19 มากกว่าประชากรทั่วไปที่ไม่มีภาวะเสพติดสาร โดยภาวะเสพติดสารโอปิออยด์ มีผลมากที่สุด (AOR = 10.244 (9.107–11.524)) รองลงมาคือภาวะติดบุหรี่ยาสูบ (AOR = 8.222 (7.925–8.530)) 2. การติดเชื้อโควิด-19 ในผู้ที่ติดสารมีแนวโน้มความรุนแรงมากกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่ไม่ได้มีภาวะติดสาร (ในผู้ที่เสพติดสารมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 9.6 และอัตราการนอนโรงพยาบาลร้อยละ 41.0 ส่วนในกลุ่มประชากรทั่วไปมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 6.6 และอัตราการนอนโรงพยาบาลร้อยละ 30.1)
2020 (11)	เคนทักกี สหรัฐ-อเมริกา	-	-	อัตราจำนวนการมาห้องฉุกเฉินด้วยภาวะใช้สารโอปิออยด์เกินขนาดมีจำนวนสูงขึ้น หลังการประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในเดือนมีนาคม แสดงให้เห็นถึงสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปนั้นไปกระตุ้นให้มีการใช้สารเสพติดมากขึ้น ยังมีโอกาสเกิดอันตรายต่อสุขภาพได้มากขึ้น
2020 (12)	ชาวเบลเยียม ที่มีอายุ > 18 ปี ขึ้นไป จำนวน 3,632 คน	Cross-sectional study	เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงการใช้สารในช่วงที่มีการ lockdown โดยส่งแบบสอบถามทาง facebook และ Twitter	แบบสอบถามเน้นไปที่ความถี่ ความเปลี่ยนแปลง และปัจจัยที่ส่งผลต่อความเปลี่ยนแปลงของการใช้สาร (สอบถามวันที่ 9–29 เมษายน) ผลการศึกษาสรุปว่า การระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้มีการใช้แอลกอฮอล์และบุหรี่ยาสูบเพิ่มขึ้น (d = 0.13 และ 0.21) สรุปได้ว่ามีการใช้แอลกอฮอล์และบุหรี่ยาสูบมากขึ้น ในช่วงการระบาดของโควิด-19 ซึ่งผู้วิจัยมองว่าเป็นข้อมูลที่สำคัญในการนำมาวางแผนรับมือกับผลที่อาจตามมาหลังหมดการระบาดของโรค
2021 (13)	-	Systematic review	รวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์และสารเสพติดอื่น ๆ ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ตั้งแต่ ธันวาคม 2019 - พฤศจิกายน 2020 ได้มาทั้งสิ้น 45 งานวิจัย	ข้อมูลการดื่มแอลกอฮอล์มีความหลากหลาย พบการใช้ในประชากรตั้งแต่ร้อยละ 21.7 - ร้อยละ 72.9 แต่ทุกงานวิจัยไปในทิศทางที่พบการดื่มแอลกอฮอล์ที่เพิ่มขึ้น และข้อมูลการใช้สารเสพติดอื่น ๆ พบในลักษณะเดียวกันคือเพิ่มขึ้น โดยพบในสัดส่วนประชากรได้ตั้งแต่ร้อยละ 3.6 - ร้อยละ 17.5 ทั้งนี้ งานวิจัยมีความหลากหลาย ทั้งในแง่ข้อมูลประชากร และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยได้สรุปว่าการระบาดของโควิด-19 นั้นเพิ่มขนาดของปัญหาสารเสพติดเหล่านี้ จึงจำเป็นที่จะต้องจัดการกับปัญหาเหล่านี้ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและคนในสังคม ทั้งก่อนและหลังจบการระบาดของโรคโควิด-19 และบริหารจัดการทรัพยากรทางสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Disease Control Thailand D. Corona Virus Disease (COVID-19) in Thailand (updated 9 January 2022. Available from: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/eng/index.php>.
2. Osofsky JD, Osofsky HJ, Mamon LY. Psychological and Social Impact of COVID-19. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy 2020, Vol. 12, No. 5, 468–469
3. Chang AY, Cullen MR, Harrington RA, Barry M. The impact of novel coronavirus COVID-19 on noncommunicable disease patients and health systems: a review. Journal of Internal Medicine 2021, 289; 450–462
4. Toner E, Waldhorn R. What US Hospitals Should Do Now to Prepare for a COVID-19 Pandemic. Baltimore, MD, USA: Johns Hopkins Center for Health Security 2020
5. World Health organization. COVID-19 Weekly Epidemiological Update. Edition 74, published 11 January 2022
6. Lei H, Xu X, Xiao S, Wu X, Shu Y. Household transmission of COVID-19-a systematic review and meta-analysis. Letters to the Editor/Journal of Infection 81 (2020) 979–997
7. Kumar N, Janmohamed K, Nyhan K, Martins SS, Cerda M, Hasin D, Scott J, Frimpong AS, Pates R, Ghandour LA, Wazaify M, Khoshnood K. Substance, use in relation to COVID-19: A scoping review. Addictive Behaviors 127 (2022) 107213
8. Wang QQ, Kaelber DC, Xu R, Volkow ND. COVID-19 risk and outcomes in patients with substance use disorders: analyses from electronic health records in the United States. Molecular Psychiatry (2021) 26:30–39
9. Ramirez RL, Perez VDJ, Zamanian RT. Methamphetamine and the risk of pulmonary arterial hypertension. Curr Opin Pulm Med 2018; 24: 416–24
10. Schwarzbach V, Lenk K, Laufs U. Methamphetamine-related cardiovascular diseases. ESC Heart Failure 2020; 7: 407–14.
11. Slavova S, Rock P, Bush HM, Quesinberry D, Walsh SL. Signal of increased opioid overdose during COVID-19 from emergency medical services data. Drug and Alcohol Dependence Volume 214, 1 September 2020, 108176
12. Vanderbruggen N, Matthys F, Laere SV, Zeeuws D, Santermans L, Van den Aemele S, Crunelle CL. Self-Reported Alcohol, Tobacco, and Cannabis Use during COVID-19 Lockdown Measures: Results from a Web-Based Survey. European Addiction Research 2020; 26:309–315

13. Roberts A, Rogers J, Mason R, Siriwardena AN, Hogue T, Whitley GA, Law GR. Alcohol and other substance use during the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Drug and Alcohol Dependence* 229 (2021) 109150
-

บทที่ 9 สถานการณ์การบำบัดรักษาสารเสพติดในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19

โดย นายแพทย์วรภัทร รัตอาภา

บทนำ

การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (หรือ โควิด - 19) ส่งผลกระทบต่อและสร้างความท้าทายต่อระบบสาธารณสุข และการบำบัดรักษา ซึ่งต้องปรับเปลี่ยนการให้บริการในรูปแบบปกติสู่การรับมือต่อภาวะเร่งด่วนและปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ภายใต้บริบทของโรคโควิด - 19 เช่น การให้ความสำคัญกับการควบคุมการระบาด การคัดกรองผู้ป่วยหรือผู้สงสัยว่ามีการติดเชื้อโรคโควิด-19 เป็นสำคัญ และยังมีส่วนช่วยให้ประชาชนทั่วไปทั้งที่ได้รับและไม่ได้รับเชื่อมีการป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้น ทั้งนี้ระบบสาธารณสุขที่เปลี่ยนแปลงไปย่อมส่งผลกระทบต่อระบบการบำบัดรักษาโรค รวมถึงการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดด้วยเช่นกัน บทนี้จะมีเนื้อหาบททวนเรื่องที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) สถานการณ์ปัญหาสารเสพติดในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 2) เหตุผลสนับสนุนการให้ความสำคัญกับการบำบัดรักษากลุ่มผู้ติดยาเสพติดในช่วงการระบาดของโรคโควิด - 19 3) สิ่งท้าทายในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด - 19 และ 4) แนวทางการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในช่วงการระบาดของโรคโควิด -19 เพื่อให้ผู้อ่านเข้าใจสถานการณ์ แนวคิด และนำไปปรับใช้ตามบริบทที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยติดยาเสพติดภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ต่อไป

สถานการณ์ปัญหาสารเสพติดในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19

จากการศึกษาทางระบาดวิทยา ประเมินการว่าปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีการสูญเสียปีสุขภาวะ (disability-adjusted life years) ร้อยละ 4.2 ของทั้งหมด และปัญหาจากสารเสพติดอื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ 1.3 ของทั้งหมด ในกลุ่มผู้ป่วยติดยาเสพติดแบบฉีดยังพบว่ามีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 17.2 มีการติดเชื้อไวรัสเชไอวี (HIV) ร่วมด้วย และประมาณร้อยละ 52.3 มีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบนชนิดซี (HCV) ซึ่งถ้าเปรียบเทียบกับประชากรทั่วไปแล้ว ผู้ติดยาเสพติดมีแนวโน้มมีโรคร่วมทั้งทางกายและทางจิต รวมถึงอาจมีปัญหาทางด้านสังคม เศรษฐฐานะ เป็นต้น ซึ่งทำให้ผู้ติดยาเสพติดมีความต้องการบริการทางสาธารณสุขมากกว่าและบ่อยกว่าประชาชนทั่วไป เช่น การกำเริบของโรคร่วมทางกาย ปัญหาเนื่องจากพฤติกรรมเสพติด การถอนจากยา (withdrawal) การเป็นพิษจากยา (intoxication) เป็นต้น (1, 2)

หลังจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด -19 มีหลายการศึกษาในต่างประเทศ ที่แสดงความชุกของการติดยาเสพติดและพฤติกรรมเสพติด บทความนี้ได้คัดเลือกการศึกษาขนาดใหญ่ที่ได้รายงานสถานการณ์และได้อ้างอิงการศึกษาอื่น ๆ จำนวนมาก ดังต่อไปนี้

1. Schmidh RA และคณะ (ปี พ.ศ. 2564) ได้ศึกษาผลกระทบของโรคโควิด - 19 ต่อการใช้สารเสพติด และระบบการรักษา โดยการสังเคราะห์วรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ทบทวนวรรณกรรมที่เผยแพร่

ตั้งแต่ช่วงเริ่มมีการระบาดของโควิด - 19 จนถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2564 จำนวน 53 บทความ โดยการศึกษาส่วนใหญ่ได้รายงานการเปลี่ยนแปลงของปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยอาศัยแบบประเมินตนเอง (self-report) พบว่า เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการระบาดของโรคโควิด -19 การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีปริมาณเพิ่มขึ้นในช่วงแรก และพบปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดื่มปริมาณที่เพิ่มขึ้น ได้แก่ การมีพฤติกรรมดื่มแบบเสียว ความเครียด ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล การได้รับการรักษาทางจิตเวชอยู่ในปัจจุบัน (3) คณะผู้วิจัยให้ข้อสังเกตว่า ผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เหล่านี้อาจมีความต้องการการดูแลสุขภาพและการใช้ระบบบริการสุขภาพเพิ่มมากขึ้น

2. Samuel F Acuff และคณะ (ปี พ.ศ. 2565) ได้ศึกษาปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยการสังเคราะห์วรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิमान ทบทวนวรรณกรรมจำนวน 128 บทความจาก 58 ประเทศ พบว่า ประมาณร้อยละ 23 ของประชากรที่ศึกษารายงานว่าได้เพิ่มปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แต่ประมาณร้อยละ 23 ได้รายงานว่าได้ลดปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการระบาดของโรคโควิด -19 และพบปัจจัยทำนายของการเพิ่มปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (เช่น เพศหญิงอายุน้อย การมีโรคซึมเศร้า) และปัจจัยสิ่งแวดล้อม (เช่น การมีเด็กในบ้าน รายได้ที่ลดลง การทำงานที่บ้าน) (4) คณะผู้วิจัยให้ข้อสังเกตว่า ขนาดของปัญหาและปัจจัยต่าง ๆ ที่กล่าวถึง จะช่วยให้ระบบสาธารณสุขวางแผนรองรับการให้บริการผู้ติดสารเสพติดในช่วงการระบาดของโรคโควิด -19 ได้ดียิ่งขึ้น
3. Killan C และคณะ (ปี พ.ศ. 2565) ได้ศึกษาการเปลี่ยนแปลงของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยการสังเคราะห์วรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่ มกราคม พ.ศ. 2563 - กันยายน พ.ศ. 2564 ทบทวนวรรณกรรมจำนวน 646 เรื่อง จากกลุ่มประชากรศึกษาที่แตกต่างกัน 56 กลุ่ม พบรายงานการลดลงของปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่ารายงานการเพิ่มขึ้น ประมาณร้อยละ 3.8 และพบรายงานความถี่การดื่มลดลง ประมาณร้อยละ 8.0 ปริมาณการดื่มลดลงร้อยละ 12.2 และช่วงการดื่มอย่างหนัก พบร้อยละ 17.7 จากกลุ่มตัวอย่างที่รายงานว่ามีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณสูง (5) การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าควรมีการติดตามการเปลี่ยนแปลงในช่วงก่อนและหลังสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด -19 เพื่อการวางแผนที่เหมาะสมต่อไป

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาวิจัยอีกจำนวนมาก ที่ศึกษาในกลุ่มประชากรในบริบทที่แตกต่างกันในประเทศต่าง ๆ เพื่อสะท้อนถึงสถานการณ์ของปัญหาการเสพติดในบริบทของสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด - 19 ตัวอย่างเช่น

1. การศึกษาด้วยการตอบแบบสอบถามแบบออนไลน์ในประเทศจีน โดย Sun Y. ในประชากรจำนวน 6,416 คน พบว่ามีการกลับไปดื่มหรือสูบบุหรี่ซ้ำ คิดเป็นร้อยละ 19 และ 25 ตามลำดับ และพบว่า ประมาณร้อยละ 32 ของผู้ดื่มสุราเป็นประจำและร้อยละ 20 ของผู้สูบบุหรี่ประจำ ใช้ในปริมาณเพิ่มขึ้นในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด -19 (6)
2. การศึกษาในประเทศสหราชอาณาจักร โดย Jackson SE. ในช่วงเดือนเมษายน พ.ศ. 2564 ซึ่งตรงกับช่วงการ lockdown ของประเทศ ในอาสาสมัครจำนวน 20,558 คน พบว่าผู้สูบบุหรี่และผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบมีความเสี่ยงสูงมีแนวโน้มปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดการใช้บุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และมีผู้ใช้บริการระบบสาธารณสุขเพื่อช่วยสนับสนุนการเลิกใช้สารเสพติดเพิ่มมากขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด (7)

จากการศึกษาข้างต้น จะเห็นว่าแนวโน้มของสถานการณ์การใช้สารเสพติดมีความแตกต่างกัน ขึ้นกับช่วงเวลาการศึกษา กลุ่มประชากรที่ศึกษา และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินพฤติกรรมการใช้สารเสพติดด้วย สำหรับในประเทศไทยได้มีรายงานสถานการณ์ทางระบาดวิทยาของการใช้สารเสพติดในช่วงหลังการแพร่ระบาดของโรคโควิด -19 ได้แก่ ศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจ โดยการสนับสนุนจากศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด ได้ร่วมสำรวจการรับรู้ความเสี่ยงและพฤติกรรมการใช้สารเสพติดในช่วงการระบาดของโควิด-19 จากกลุ่มตัวอย่าง 1,825 คน ในพื้นที่ 15 จังหวัดทั่วประเทศ โดยเก็บข้อมูลในกลุ่มเยาวชนและผู้ใหญ่ (อายุ 15 ปีขึ้นไป) พบว่า ในช่วงที่มีการระบาดโควิด-19 กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 61.2 ทราบว่าการใช้สารเสพติดเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 ขณะที่ร้อยละ 79.3 ทราบว่าสารเสพติดทำลายภูมิคุ้มกันของร่างกาย ติดเชื้อง่าย ร้อยละ 12.8 พบเห็นหรือรับรู้ว่ามีการใช้สารเสพติดในชุมชน โดยบุคคลที่ใช้สารเสพติดส่วนใหญ่เป็นเพื่อนบ้าน รองลงมาคือ คนในชุมชน ร้อยละ 7.6 ยังพบเห็น/รับรู้ว่ามี การซื้อขายสารเสพติดในชุมชน โดยผู้ขายครึ่งหนึ่งเป็นคนในชุมชน การสำรวจได้ถามถึงพฤติกรรมการใช้สารเสพติดในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา โดยกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 4.6 มีการใช้สารเสพติด เช่น กัญชา ใบกระท่อม รวมถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และบุหรี่ แต่ในช่วงการระบาดโควิด-19 มีแนวโน้มการใช้สารเสพติดน้อยลง ร้อยละ 29.8 หรือบางรายไม่ใช้เลย (8, 9) คาดว่าสาเหตุหลักที่ทำให้รายงานการใช้สารเสพติดลดลงอาจมาจากมาตรการต่าง ๆ ที่รณรงค์ให้ปฏิบัติในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ได้แก่ การเว้นระยะห่าง (social distancing) การมีมาตรการควบคุมเวลาการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การจำกัดเวลาการเปิดของร้านอาหาร สถานบันเทิง รวมถึงการประกาศภาวะฉุกเฉิน การจำกัดเวลาเดินทาง การให้กักตัวอยู่บ้านเป็นช่วง ๆ ทำให้จำกัดกิจกรรมพบปะสังสรรค์ รวมทั้งการซื้อขายมีความยากขึ้น ขณะที่กลุ่มที่ใช้ยาเสพติดมากขึ้น อยู่ที่ร้อยละ 6 โดยรายงานว่าเกิดจากความเครียด เบื่อหน่าย และมีเวลาว่างมาก อย่างไรก็ตามหลังจากที่สถานการณ์คลี่คลาย หรือมีการผ่อนคลายมากขึ้นอาจต้องเฝ้าระวังเนื่องจากอาจมีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการใช้สารเสพติดได้

เหตุผลสนับสนุนการให้ความสำคัญกับการบำบัดรักษากลุ่มผู้ติดสารเสพติด
ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19

จากข้อมูลทางระบาดวิทยาที่สะท้อนถึงสถานการณ์ปัญหาการติดสารเสพติดข้างต้น แม้ระบบสาธารณสุขจะให้ความสำคัญกับการควบคุมการระบาดของโรคโควิด - 19 เป็นประเด็นสำคัญ แต่ในด้านการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติด นั้นมีเหตุผลสำคัญและข้อสังเกตหลายประการที่สนับสนุนความจำเป็นของการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดแม้ในช่วงการระบาดของโรคโควิด - 19 เพื่อการวางแผนรองรับการให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (10, 11)

- ฤทธิ์ของสุราและยาเสพติดไม่ว่าชนิดใด ๆ ทำให้ความสามารถในการควบคุมตนเองน้อยลง ผู้ที่ใช้สารเสพติดจะควบคุมพฤติกรรมตนเองในการป้องกันโรคโควิด - 19 ลดลง มีโอกาสติดเชื้อและแพร่เชื้อโควิด - 19 ได้มากกว่าคนทั่วไป
- ผู้ติดสารเสพติดมีปัญหาซับซ้อนทั้งทางกาย จิต สังคม ถ้าเป็นผู้ติดเชื้อแล้วจะมีความรุนแรงซับซ้อนมากขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มที่มีโรคร่วมทางจิตเวช หรือมีภาวะถอนพิษจากสารเสพติด เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ โดยมีความเสี่ยงสูงต่อพฤติกรรมรุนแรง ก้าวร้าว รวมถึงพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ฆ่าตัวตายได้
- ผู้เสพยาชอบรวมกลุ่ม สังสรรค์ หรือใช้อุปกรณ์การเสพร่วมกัน เช่น ดมสุราจากแก้วเดียวกัน สูบบุหรี่ร่วมกัน หากเป็นผู้ป่วยโรคโควิด - 19 ก็มีโอกาสในการแพร่กระจายเชื้อสู่คนอื่นมากกว่าคนทั่วไป
- การใช้สารเสพติดมีผลโดยตรงต่อกลไกการทำงานของร่างกายที่เอื้อต่อการติดเชื้อหรือทำให้โรคมีอาการรุนแรงขึ้น เช่น การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เรื้อรังส่งผลกระทบต่อการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ทำให้ภูมิคุ้มกันลดลง การจัดการต่อเชื้อโรคไม่ดี ส่งผลให้มีอาการรุนแรงได้ การใช้สารโอปิออยด์ปริมาณมากจะมีฤทธิ์กดการทำงานของสมองโดยเฉพาะบริเวณก้านสมอง ทำให้การหายใจลดลง ระดับออกซิเจนในเลือดลดลงจนอาจเป็นอันตรายต่อสมองได้ ผู้ที่มีความจุของปอดลดลงจากการติดเชื้อและใช้สารโอปิออยด์ร่วมด้วยอาจทำให้เกิดผลกระทบมากขึ้นได้ ผู้ที่ใช้สารเสพติดจำพวกสารกระตุ้น เช่น ยาบ้า (methamphetamine) อาจมีผลโดยตรงต่อการหดตัวของหลอดเลือด ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นและมีผลต่อการทำงานของร่างกาย

การศึกษาของ Wang QQ และคณะ จากฐานข้อมูลเวชระเบียนขนาดใหญ่ ประมาณ 73 ล้านคน พบว่า ผู้ที่เคยได้รับการวินิจฉัยการติดสารเสพติดใด ๆ (substance use disorder) ในช่วงระยะเวลา 1 ปีที่

ผ่านมา มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 คิดเป็นประมาณ 8-9 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัย โดยพบว่า การติดเชื้อโอปิออยด์และบุหรี่ยังมีความเสี่ยงสูงกว่าการติดเชื้ออื่น ๆ โดยคิดเป็น 10.2 และ 8.2 เท่าตามลำดับ และผู้ติดเชื้อที่เป็นโรคโควิด -19 มีผลการรักษาไม่ดีเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป ทั้งอัตราการเสียชีวิตและอัตราการนอนโรงพยาบาล โดยผู้ติดเชื้อที่เป็นโรคโควิด -19 ร่วมด้วยนั้น พบอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 9.6 และอัตราการนอนโรงพยาบาลร้อยละ 41.0 ในขณะที่ประชากรทั่วไป มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 6.6 และอัตราการนอนโรงพยาบาลร้อยละ 30.1 (12) และการศึกษาของ Sörberg Wallin A และคณะ ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงของผู้ที่ติดเชื้อโควิด - 19 ที่ได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในและที่หอผู้ป่วยอภิบาล (ICU) และการเสียชีวิตจากโรคโควิด -19 ในฐานข้อมูลของผู้ป่วยในสวีเดน จำนวนประมาณ 1 ล้าน 5 แสนราย พบว่า ผู้ที่มีโรคทางจิตเวชรุนแรงและการติดเชื้อจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการรุนแรงและเสียชีวิตจากโรคโควิด -19 (13) ซึ่งแสดงว่าผู้ที่มีอาการทางจิตและการติดเชื้อเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ความรุนแรงอาการของโรคโควิด - 19 เพิ่มขึ้น

สิ่งท้าทายในการบำบัดรักษาผู้ติดเชื้อ

ในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด - 19

สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโควิด - 19 นั้นนอกจากมีผลต่อพฤติกรรมของผู้เสพและผู้ติดเชื้อสารเสพติดดังที่กล่าวไปเบื้องต้นแล้ว ยังมีความท้าทายต่อระบบบริการสาธารณสุขสำหรับการบำบัดรักษาผู้ติดเชื้อสารเสพติดด้วย (14, 15) ดังต่อไปนี้

- การบริการตามปกติ เช่น การตรวจ หรือบำบัดรักษาบุคคล (in-person หรือ face-to-face) อาจไม่สามารถให้บริการได้ตามรูปแบบปกติ เนื่องจากมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังการลดการระบาดของโรคโควิด -19 หรือมีการปรับรูปแบบการบริการให้สอดคล้องกับมาตรการดังกล่าว เช่น การบริการภายใต้มาตรการเว้นระยะห่าง การจำกัดจำนวนผู้ป่วยที่สถานบริการสามารถรองรับได้ในแต่ละช่วงเวลา
- การปรับระบบบริการเพื่อลดความถี่การมาสถานพยาบาล เช่น การเลื่อนนัดหมายผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ให้อายวขึ้น การรับส่งยาหรือเวชภัณฑ์ทางไปรษณีย์หรือสถานพยาบาลที่ใกล้บ้าน
- สถานพยาบาลหรือสถานบำบัดมีการวางแผนการสงวนทรัพยากรเพื่อรองรับการระบาดของโรคโควิด - 19 เช่น การลดจำนวนผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในเพื่อสำรองเตียงหรือทรัพยากรอื่น ๆ สำหรับรองรับผู้ติดเชื้อโควิด -19

- บริการบริการเป็นแบบการรักษาทางไกล (remote platform) หรือการรักษาแบบโทรเวชกรรม (telemedicine) มากขึ้น เช่น การพบแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ผ่านระบบสื่อสารต่าง ๆ ที่แต่ละสถานพยาบาลอำนวยความสะดวก ได้แก่ การใช้โทรศัพท์ การใช้ช่องทางสื่อสารออนไลน์ต่าง ๆ เช่น วิดีโอคอล (video call)
- กิจกรรมกลุ่มต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาอาจจำกัดในการจัดกิจกรรมในช่วงระยะเวลาการระบาดของโรคโควิด - 19 ได้แก่ กิจกรรมกลุ่มเพื่อการฟื้นฟูบำบัดผู้ติดสารเสพติด กิจกรรมอาชีวบำบัด กิจกรรมกลุ่ม mutual health groups (MHGs) เช่น Alcoholic Anonymous (AA) Narcotics Anonymous (NA) การไม่สามารถจัดกิจกรรมได้อาจทำให้ผู้ติดสารเสพติดรู้สึกขาดแรงสนับสนุน (support) จากผู้บำบัดรักษา หรือระหว่างสมาชิกด้วยกัน

แนวทางการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติด

ในช่วงการระบาดของโรคโควิด -19

จากสิ่งท้าทายในการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดในหัวข้อที่ผ่านมา สิ่งท้าทายเหล่านั้นสอดคล้องกับสถานการณ์วิกฤตทางสุขภาพที่ต้องการการปรับระบบการบำบัดรักษาตามบริบทของสถานการณ์ (14, 15) โดยมีแนวคิดหลัก ได้แก่

- แม้ว่าการระบาดของโรคโควิด - 19 จะเป็นประเด็นเร่งด่วนและสำคัญ แต่การบริการผู้ติดสารเสพติดก็ยังคงต้องจัดสรรให้สามารถมีบริการได้แม้ในช่วงวิกฤต
- การให้บริการจะอาศัยความรับผิดชอบของภาครัฐเพียงอย่างเดียวอาจไม่ประสบความสำเร็จหรือบรรลุวัตถุประสงค์เท่าที่ควร เนื่องด้วยข้อจำกัดทางด้านทรัพยากร ควรให้ภาคส่วนอื่น ๆ เข้ามาร่วมรับผิดชอบการบริการด้วย โดยเฉพาะส่วนชุมชนซึ่งเข้าใจบริบทและช่วยสนับสนุนมาตรการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการระบาดของโรคโควิด - 19 ได้เป็นอย่างดี และการมีอาสาสมัครเพื่อขับเคลื่อนหรือเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการเสริมนี้จะช่วยให้ระบบบริการคงอยู่อย่างมีประสิทธิภาพได้
- การฝึกอบรม (training) บุคลากรที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่องในทักษะเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาที่ปรับเปลี่ยนไป หรือทักษะเชิงการบริหารจัดการ จะช่วยเพื่อให้มีการบริการอย่างต่อเนื่อง ดังตัวอย่างการให้บริการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดของต่างประเทศ ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19

- การปรับเปลี่ยนแผนการรักษาแบบ face-to-face ไปเป็นการรักษาแบบทางไกลและให้เป็นช่องทางที่สามารถให้ผู้รับบริการเข้าถึงได้จำนวนมากขึ้น เช่น การใช้โทรศัพท์ การบริการ hot line service
- การระดมภาคส่วนต่าง ๆ ตามบริบทแต่ละชุมชนในแต่ละประเทศ ช่วยวางแผนการบริการให้มากที่สุด
- การระดมอาสาสมัคร (volunteer) ที่ต้องการมีส่วนร่วมในการบริการเฉพาะบุคคลในแต่ละชุมชน
- การเตรียมแผนพร้อมสำหรับรับมือกับภาวะวิกฤตก่อนที่จะเกิดขึ้น (ในระยะต่อไป)

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด – 19 ทำให้หลายประเทศมีการปรับเปลี่ยนแนวทางการบำบัดรักษาผู้ติดเชื้อสารเสพติด ขอยกตัวอย่างแนวทางที่ปรับเปลี่ยนไปในบางประเทศเพื่อให้ผู้อ่านได้เห็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนในประเทศต่าง ๆ โดยหน่วยงานที่รับผิดชอบด้านการบำบัดรักษาหรือนโยบายทางสาธารณสุขในประเทศนั้น ๆ ตัวอย่าง เช่น การปรับรูปแบบการรักษาโดยให้ opioid agonist maintenance treatment (OAMT) ที่บ้าน การพิจารณาระบบสนับสนุนอื่น ๆ เช่น การใช้โทรเวชกรรม (telemedicine) การออกแนวเวชปฏิบัติ (guideline) เพื่อให้บุคลากรมีแนวทางในการปฏิบัติในช่วงสถานการณ์นี้ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

แนวทางการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศไทย มีคำแนะนำเพื่อให้เป็นแนวปฏิบัติดังต่อไปนี้

1. แนวทางป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID – 19) สำหรับสถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

จัดทำโดยสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (17) ประกอบด้วยขั้นตอนและคำแนะนำโดยสังเขป ต่อไปนี้

ขั้นตอนการรับผู้ป่วย

- คัดกรอง ประเมินความเสี่ยงของการติดเชื้อ COVID-19 ทั้งผู้ป่วย ญาติ และผู้มาส่ง ควบคู่กับการคัดกรองเรื่องการติดยาเสพติด หากพบความเสี่ยงต่อการติดเชื้อหรือสัมผัสเชื้อโรคจะส่งผู้ป่วยไปที่คลินิก Acute Respiratory Infection ของสถานพยาบาล

- ประเมินอาการโดยแนะนำให้ทั้งผู้ประเมิน ผู้ป่วย ญาติ และผู้นำส่ง สวมหน้ากากอนามัย และเว้นระยะห่างระหว่างผู้ป่วยและผู้ประเมิน โดยให้สวมหน้ากากอนามัย และ/หรือ face shield ด้วย
- ชักประวัติโดยใช้เวลาน้อยที่สุด และเพิ่มช่องทางการติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ในการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม
- ให้ความรู้ ความเข้าใจกับผู้ป่วยและญาติเรื่องการป้องกันการติดและแพร่กระจายเชื้อโควิด - 19 เพื่อหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ

ตารางที่ 1 ตารางแสดงการปรับเปลี่ยนแนวทางการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด -19 ของประเทศต่าง ๆ ในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก (16)

ประเทศ	หน่วยงานที่ออกคำแนะนำ	เรื่องคำแนะนำ
อินเดีย	All India Institute of Medical Science, New Delhi	การให้ opioid agonist maintenance treatment (OAMT) แบบให้การรักษาที่บ้าน (take home dosage) โดยพิจารณาให้ยา buprenorphine และ methadone ในระยะหลายวันหรือ 2 ครั้ง/สัปดาห์ โดยประเมินความสามารถของผู้รับยา
	Indian Psychiatric Society and National Institute of Mental Health and Neurosciences	การพิจารณาลดการรักษาเป็นผู้ป่วยใน (admission) การพิจารณาใช้โทรเวชกรรม (telemedicine) ในการติดตามอาการ การคำนึงถึงมาตรการการเว้นระยะห่าง (physical distancing)
อินโดนีเซีย	Ministry of Health	การให้ opioid agonist maintenance treatment (OAMT) แบบให้การรักษาที่บ้าน การพิจารณาใช้โทรเวชกรรมในการติดตามอาการ
ญี่ปุ่น	Ministry of Health, Labor, and Welfare	การให้ opioid agonist maintenance treatment (OAMT) แบบให้การรักษาที่บ้าน การคำนึงถึงมาตรการการเว้นระยะห่าง (physical distancing)
	Japanese Medical Society of Alcohol and Addiction Studies	แนวเวชปฏิบัติในการใช้อินเทอร์เน็ต การเล่นเกม และการพนัน
	Japanese Society of Psychiatric and Neurology	แนวเวชปฏิบัติเกี่ยวกับกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองแบบออนไลน์ (online-based self-help group)
มาเลเซีย	Ministry of Health	การให้ opioid agonist maintenance treatment (OAMT) แบบให้การรักษาที่บ้าน แนวเวชปฏิบัติในการดูแลสุขภาพจิตและการสนับสนุนในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด - 19 ของแต่ละกลุ่ม ได้แก่ ประชาชนทั่วไป บุคลากรทางสาธารณสุข หัวหน้าสถานพยาบาล ผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วย เด็ก และ ผู้สูงอายุและผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ

ประเทศ	หน่วยงานที่ออกคำแนะนำ	เรื่องที่แนะนำ
นิวซีแลนด์	Ministry of Health	แนวเวชปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยทางจิตและการเสพติด ในประเด็นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ หน่วยงานที่ให้บริการ ที่พักพิง การลดอันตรายจากยาเสพติด (harm reduction) การพิจารณาโทษเวชกรรม การสนับสนุนให้เข้าถึงคำแนะนำในการช่วยเหลือตนเอง (self-help tools)
	The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists	แนวเวชปฏิบัติการให้ opioid agonist maintenance treatment (OAMT) แบบให้การรักษที่บ้าน การให้การรักษาด้วยยาและการแยกผู้ป่วย

ขั้นตอนการบำบัดฟื้นฟู

- งดเว้นการบำบัดฟื้นฟูในรูปแบบกลุ่มบำบัดหรือรูปแบบที่เป็นความร่วมมือกลุ่มผู้ป่วย
- เว้น/ยืดหยุ่นระยะเวลาการนัดผู้ป่วยมาสถานพยาบาล และใช้วิธีการบำบัดผ่านช่องทางการสื่อสารอื่นแทน
- แนะนำให้ใช้ระบบจัดส่งยาสำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องรับยาต่อเนื่อง
- กรณีผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องรับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน ให้ใช้ระบบการป้องกัน ควบคุมการติดเชื้อ เช่นเดียวกับกลุ่มเสี่ยง/สัมผัสโรคโควิด - 19

โดยสามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้โดยดาวนโหลดเอกสารจากตารางที่ 2

2. แนวทางการดูแลป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด - 19 ในกลุ่มผู้ติดสุรา ยาเสพติด

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี และกรมการแพทย์ ได้แนะนำแนวปฏิบัติทั่วไปในการป้องกันตนเองสำหรับผู้ติดสุรา ยาเสพติด โดยวิธีการ D-M-H-T-T ซึ่งมีรายละเอียดคำแนะนำจากอักษรย่อข้างต้น (18) ได้แก่

- D: Distancing เว้นระยะห่าง
- M: Mask wearing สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าทุกครั้งที่ออกจากบ้าน
- H: Hand washing ล้างมือบ่อย ๆ ด้วยน้ำและสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์

- T: Testing ประเมินตนเองหากมีไข้หรือสัมผัสกลุ่มเสี่ยง ควรมีการตรวจเพิ่มเติม
- T: Thai Chana ใช้แอปพลิเคชัน (application) ไทยชนะเพื่อการลงทะเบียนเมื่อไปในที่สาธารณะ

ทั้งนี้ผู้อ่านสามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้โดยดาวน์โหลดเอกสารจากตารางที่ 2

นอกจากนี้ทางสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ยังมีข้อเสนอแนะสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และทีมปฏิบัติการชุมชนซึ่งถือเป็นบุคลากรด่านหน้าที่ทำงานใกล้ชิดคนในชุมชน (19) ซึ่งมีความจำเป็นต้องเข้าใจในการป้องกันโรคโควิด -19 และการดูแลช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดในชุมชน ด้วยวิธีการดังนี้

- ค้นหา คัดกรอง บุคคลที่มีความเสี่ยงในชุมชน
- ให้ความรู้ ความเข้าใจแก่คนในชุมชน โดยเฉพาะบุคคลกลุ่มเสี่ยง
- ประสานความร่วมมือทุกภาคส่วนในชุมชน โดยเฉพาะบุคลากรสาธารณสุข ผู้นำชุมชน บุคคลในครอบครัว
- สังเกตอาการ ให้ความช่วยเหลือและส่งต่ออย่างเหมาะสม
- เยี่ยมยามตามไถ่ตามความเหมาะสมโดยเฉพาะผู้ที่ต้องกักตัวอยู่บ้าน (home quarantine)

ทั้งนี้ผู้อ่านสามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้โดยดาวน์โหลดเอกสารจากตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ตารางสรุปแนวเวชปฏิบัติการดูแลผู้ติดยาเสพติดของประเทศไทยในช่วงสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

สรุปแนวเวชปฏิบัติการดูแลผู้ติดยาเสพติดในช่วงสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

1. แนวทางป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) สำหรับสถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข
https://covid19.dms.go.th/Content/Select_Landding_page?contentId=50
2. แนวทางการดูแลป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด - 19 ในกลุ่มผู้ติดยาเสพติด
https://covid19.dms.go.th/Content/Select_Landding_page?contentId=96
3. ข้อเสนอแนะสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และทีมปฏิบัติการชุมชนในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัส COVID - 19 และการดูแลช่วยเหลือ ผู้ติดยาเสพติด บุหรี่ สุรา และยาเสพติดในชุมชน
https://covid19.dms.go.th/Content/Select_Landding_page?contentId=62

นอกจากนี้เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 ทางราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทยได้มีคำแนะนำการใช้ระบบโทรเวชกรรม (telemedicine) มาเป็นทางเลือกหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยในสถานพยาบาลหรือสถานบำบัด เพื่อช่วยในการลดจำนวนผู้ป่วยที่ต้องเดินทางมาโรงพยาบาลและสามารถติดตามการรักษาผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่อง ซึ่งทางราชวิทยาลัย ฯ ได้ให้คำจำกัดความของ โทรเวชกรรม ว่าหมายถึงการใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในทางการแพทย์ ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย หรือบุคลากรทางการแพทย์ด้วยกันเอง ที่ทั้งสองฝ่ายแยกจากกันทางกายภาพ (อยู่ไกลกัน) หรือเวลาไม่ตรงกัน (ว่างไม่พร้อมกัน) ได้แก่ การสื่อสารด้วย video call, voice call, chat ไม่ว่าจะเป็นการสื่อสารแบบ real-time หรือมีการบันทึกไว้แล้วส่งให้อีกฝ่ายในภายหลัง โดยมีข้อควรพึงระวังในการใช้ ได้แก่ ความเสี่ยงของผู้ป่วย (patients risk) ความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety) และการรักษาความลับของผู้ป่วย (confidentiality) ซึ่งรายละเอียด ผู้อ่านสามารถดาวน์โหลดได้จากเอกสารอ้างอิงท้ายบท (20)

นอกจากนี้ทางราชวิทยาลัย ฯ ยังได้เผยแพร่คำแนะนำต่าง ๆ ที่สำคัญสำหรับการดูแลจิตใจประชาชนทั่วไปในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด -19 และเฉพาะสำหรับกลุ่มผู้ป่วยติดสารเสพติด ได้แก่ คำแนะนำเรื่องสุขภาพจิตและประเด็นทางจิตสังคมในช่วงการระบาดของไวรัสโควิด -19 คำแนะนำการรักษาภาวะถอนแอลกอฮอล์สำหรับแพทย์ พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น เพื่อให้เป็นแนวทางในการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลได้มีประสิทธิภาพขึ้น

สรุป

สถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด - 19) มีผลต่อปัญหาสารเสพติดแตกต่างกันตามช่วงระยะเวลาการระบาดและบริบทของแต่ละประเทศ ซึ่งมีความสำคัญและท้าทายในการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดในช่วงสถานการณ์การระบาดเช่นนี้ ทั้งมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่มขึ้นและมีอาการรุนแรงมากกว่าปกติได้ แนวทางการบำบัดรักษาในช่วงนี้เน้นผสมผสานการรักษาแบบอื่นร่วมด้วย เช่น การใช้โทรเวชกรรม การให้ภาคส่วนต่าง ๆ และอาสาสมัครมีส่วนร่วมรับผิดชอบในกระบวนการบำบัดรักษา โดยคาดหวังว่าจะช่วยให้ผู้ติดสารเสพติดมีการบริการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพใกล้เคียงกับภาวะปกติ

เอกสารอ้างอิง

1. Degenhardt L, Charlson F, Ferrari A, Santomauro D, Erskine H, MantillaHerrera A, et al. The global burden of disease attributable to alcohol and drug use in 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Psychiatry*. 2018; 5(12):987–1012.
2. Degenhardt L, Peacock A, Colledge S, Leung J, Grebely J, Vickerman P, et al. Global prevalence of injecting drug use and sociodemographic characteristics and prevalence of

- HIV, HBV, and HCV in people who inject drugs: a multistage systematic review. *The Lancet Global Health*. 2017;5(12): e1192–e207.
3. Schmidt RA, Genois R, Jin J, Vigo D, Rehm J, Rush B. The early impact of COVID-19 on the incidence, prevalence, and severity of alcohol use and other drugs: A systematic review. *Drug Alcohol Depend*. 2021 Nov 1;228:109065.
 4. Acuff SF, Strickland JC, Tucker JA, Murphy JG. Changes in alcohol use during COVID-19 and associations with contextual and individual difference variables: A systematic review and meta-analysis. *Psychol Addict Behav*. 2022 Feb;36(1):1-19.
 5. Kilian C, O'Donnell A, Potapova N, López-Pelayo H, Schulte B, Miquel L, Paniello Castillo B, Schmidt CS, Gual A, Rehm J, Manthey J. Changes in alcohol use during the COVID-19 pandemic in Europe: A meta-analysis of observational studies. *Drug Alcohol Rev*. 2022. doi: 10.1111/dar.13446.
 6. Sun Y, Li Y, Bao Y, Meng S, Sun Y, Schumann G, et al. Brief Report: Increased Addictive Internet and Substance Use Behavior During the COVID-19 Pandemic in China. *Am J Addict*. 2020; 29(4): 268-70.
 7. Jackson SE, Garnett C, Shahab L, Oldham M, Brown J. Association of the COVID-19 lockdown with smoking, drinking and attempts to quit in England: an analysis of 2019-20 data. *Addiction*. 2021 May;116(5):1233-1244.
 8. รัฐิพร โยทาพันธ์. สถานการณ์ยาเสพติด ช่วงโควิด - 19 (อินเทอร์เน็ต). กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส); 2563 (เข้าถึงเมื่อ 1 เม.ย. 2565). เข้าถึงได้จาก <https://www.thaihealth.or.th/Content/52589->
 9. รัฐิพร โยทาพันธ์. ส่องสถานการณ์ยาเสพติดช่วงโควิด - 19 ใช้ลดลง วยรุ่นยังน่าห่วง (อินเทอร์เน็ต). กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส); 2563 (เข้าถึงเมื่อ 1 เม.ย. 2565). เข้าถึงได้จาก <https://www.thaihealth.or.th/Content/52601->
 10. Dubey MJ, Ghosh R, Chatterjee S, Biswas P, Chatterjee S, Dubey S. COVID-19 and addiction. *Diabetes Metab Syndr*. 2020;14(5):817-23.
 11. Saengow U, Assanangkornchai S, Casswell S. Alcohol: a probable risk factor of COVID-19 severity. *Addiction*. 2021 Jan;116(1):204-205
 12. Wang QQ, Kaelber DC, Xu R, Volkow ND. COVID-19 risk and outcomes in patients with substance use disorders: analyses from electronic health records in the United States. *Mol Psychiatry*. 2021 Jan;26(1):30-39.

13. Sörberg Wallin A, Ohlis A, Dalman C, Ahlen J. Risk of severe COVID-19 infection in individuals with severe mental disorders, substance use disorders, and common mental disorders. *Gen Hosp Psychiatry*. 2022 Feb 22;75:75-82.
 14. Melamed OC, Zawertailo L, Schwartz R, Buckley L, Selby P. Protecting vulnerable groups from tobacco-related harm during and following the COVID-19 pandemic. *Health Promot Chronic Dis Prev Can*. 2021;41(10):282-7.
 15. Columb D, Hussain R, O'Gara C. Addiction psychiatry and COVID-19: impact on patients and service provision. *Ir J Psychol Med*. 2020;37(3):164-8.
 16. Scheibein F, Stowe MJ, Arya S, Morgan N, Shirasaka T, Grandinetti P, et al. Responding to COVID-19: Emerging Practices in Addiction Medicine in 17 Countries. *Front Psychiatry*. 2021 Mar 12; 12: 634309
 17. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. แนวทางป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID – 19) สำหรับสถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (อินเทอร์เน็ต). กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์; 2563 (เข้าถึงเมื่อ 9 มี.ค. 2565). เข้าถึงได้จาก https://covid19.dms.go.th/Content/Select_Landding_page?contentId=50
 18. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. แนวทางการดูแลป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด – 19 ในกลุ่มผู้ติดยาเสพติด (อินเทอร์เน็ต). กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์; 2563 (เข้าถึงเมื่อ 9 มี.ค. 2565). เข้าถึงได้จาก https://covid19.dms.go.th/Content/Select_Landding_page?contentId=96
 19. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. ข้อเสนอแนะสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และทีมปฏิบัติการชุมชนในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัส COVID – 19 และการดูแลช่วยเหลือ ผู้ติดบุหรี่ สุรา และยาเสพติดในชุมชน (อินเทอร์เน็ต). กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์; 2563 (เข้าถึงเมื่อ 9 มี.ค. 2565). เข้าถึงได้จาก https://covid19.dms.go.th/Content/Select_Landding_page?contentId=62
 20. ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. การใช้ระบบ telemedicine ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในช่วงการแพร่ระบาดของไวรัสโควิด – 19 (อินเทอร์เน็ต). กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย; 2563 (เข้าถึงเมื่อ 4 เม.ย. 2565). เข้าถึงได้จาก <https://www.rcpsycht.org/th/organization/laws-regulations>
-

บทที่ 10 สถานการณ์โรคติดเชื้อในผู้ใช้สารเสพติดในประเทศไทย

โดย ดร.แพทย์หญิงนิตยา ภาณุภาค พึ่งพาพงศ์

บทนำ

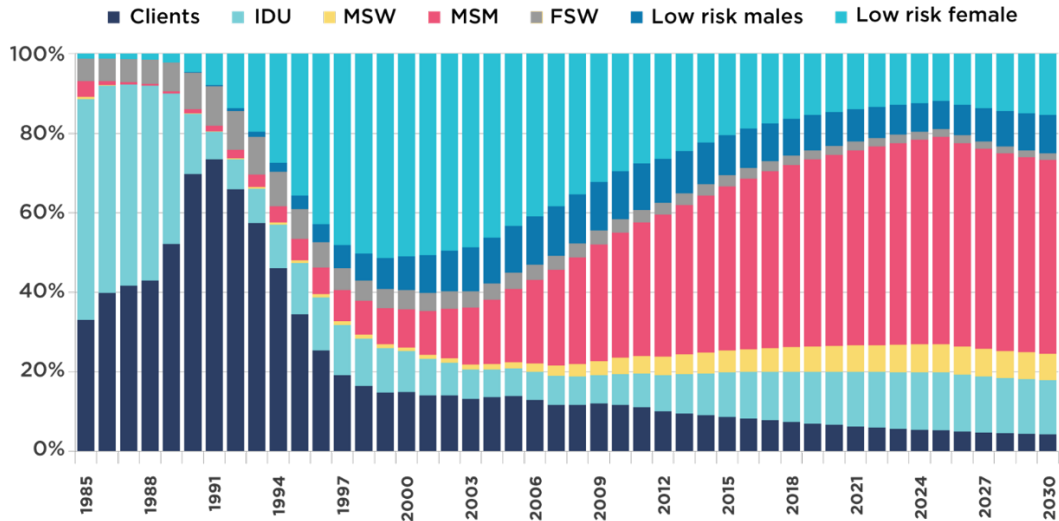
ตั้งแต่ในช่วงเวลา 3 ทศวรรษที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน กลุ่มประชากรหลักที่มีการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในแต่ละปีสำหรับประเทศไทย ค่อย ๆ เปลี่ยนจากการติดเชื้อรายใหม่ที่เกือบครึ่งหนึ่งเกิดในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดในช่วงเริ่มต้นของการแพร่ระบาด มาเป็นการติดเชื้อรายใหม่ที่มากกว่าครึ่งหนึ่งเกิดในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และหญิงข้ามเพศ ในขณะเดียวกัน ประชากรกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และหญิงข้ามเพศ ก็เริ่มมีการใช้สารเสพติดทั้งแบบฉีดและแบบอื่นเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยส่วนหนึ่งเป็นการใช้แบบ sexualized substance use ซึ่งมีชื่อเรียกหลายแบบ อันรวมถึง chemsex ด้วย

นอกจากโรคติดเชื้อที่ติดต่อทางเลือดเป็นหลัก ได้แก่ เอชไอวี และตับอักเสบซี ที่เป็นอันตรายทางสุขภาพในผู้ใช้สารเสพติดแบบฉีด การใช้สารเสพติดโดยเฉพาะในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ยังคงเกี่ยวข้องกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ด้วย เช่น ซิฟิลิส หนองใน และหนองในเทียม เป็นต้น นอกจากนี้ ผู้ใช้สารเสพติดกลุ่มนี้ยังมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดโรคติดเชื้อที่เดิมติดต่อทางเลือดเป็นหลักในผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด เช่น เอชไอวี และตับอักเสบซี แต่กลายเป็นความเสี่ยงที่จะติดเชื้อเหล่านี้จากทางเพศสัมพันธ์ด้วย

ในบทนี้จะกล่าวถึง กลุ่มประชากรหลักในแง่ระบาดวิทยาของเอชไอวี สถานการณ์การใช้สารเสพติดในกลุ่มประชากรชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และหญิงข้ามเพศ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และทางเลือด และการจัดบริการที่เชื่อมโยงบริการสำหรับโรคติดเชื้อทุกอย่างเข้าไว้ด้วยกันโดยยึดกลุ่มประชากรเป็นศูนย์กลางของการออกแบบบริการ และให้บริการ

กลุ่มประชากรหลักในการทำงานด้านเอชไอวีของประเทศไทย

จากการคาดประมาณ ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่อยู่ที่ 6,186 รายในปี พ.ศ. 2563 (1) โดยสัดส่วนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในปี พ.ศ. 2563 แบ่งเป็นกลุ่มประชากรชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (ซึ่งรวมหญิงข้ามเพศด้วย) สูงสุดอยู่ที่ร้อยละ 54 ตามมาด้วยกลุ่มประชากรผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดที่ร้อยละ 13 ทั้งนี้ แนวโน้มของสัดส่วนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ของประเทศไทยได้มีการเปลี่ยนแปลงชัดเจนในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา จากส่วนใหญ่ที่เกิดการติดเชื้อในระหว่างคู่อภิเษกสมรสอยู่ที่ร้อยละ 57 และในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเพียงร้อยละ 10 เมื่อปี พ.ศ. 2543 ค่อย ๆ กลายมาเป็นร้อยละ 38 ในคู่อภิเษกสมรส และร้อยละ 35 ในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในปีพ.ศ. 2553 จนมาเป็นการติดเชื้อหลักในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในปัจจุบัน (รูปที่ 1)



รูปที่ 1 การเปลี่ยนแปลงของสัดส่วนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ตามกลุ่มประชากรในแต่ละปีของประเทศไทย

(Source: AIDS Epidemic Model Projections for HIV/AIDS in Thailand 2010-2030 Summary Report) Abbreviations: IDU, intravenous drug users; MSW, male sex workers; MSM, men who have sex with men; FSW, female sex workers

ความเข้าใจเกี่ยวกับกลุ่มประชากรหลักที่มีการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่เป็นสัดส่วนที่สูงในแต่ละปี จะทำให้สามารถวางแผนการทำงานร่วมกับชุมชนของกลุ่มประชากรเหล่านั้น เพื่อจัดรูปแบบบริการทางสุขภาพให้เหมาะสมที่สุดสำหรับแต่ละกลุ่มประชากร อันจะนำพากลุ่มประชากรเข้าสู่บริการให้ได้มากที่สุด ในขณะที่ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้คุ้มค่าที่สุด

สถานการณ์การใช้สารเสพติดในกลุ่มประชากรหลัก โดยเฉพาะชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และหญิงข้ามเพศ และในผู้ที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา พบความชุกของการใช้สารเสพติด โดยเฉพาะกลุ่ม amphetamine-type stimulants เพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจนในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย โดยเฉพาะในผู้ที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีด้วย จากข้อมูลของการติดตาม cohort ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีระยะเฉียบพลัน (acute HIV infection) ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อตั้งแต่วันที่ในช่วงเดือนแรกของการรับเชื้อ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 จนถึง พ.ศ. 2562 จำนวนทั้งหมด 604 ราย อายุเฉลี่ย 26 ปี โดยเป็นเพศชายโดยกำเนิดร้อยละ 97.7 ซึ่งเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 95.8) เป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย พบสัดส่วนการใช้ amphetamine-type stimulants ในผู้ที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีเหล่านี้ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 20.6 ช่วงปีพ.ศ. 2552 – 2559 เป็นร้อยละ 32.8 ในช่วงปีพ.ศ. 2560 – 2562 ในจำนวนนี้ สัดส่วนผู้ใช้ methamphetamine เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 18.8 เป็นร้อยละ 29.9 และสัดส่วนผู้ใช้ methamphetamine แบบฉีด ก็เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.9 เป็นร้อยละ 20.4 ด้วย (2)

ในศูนย์สุขภาพชุมชนที่จัดให้บริการทางด้าน sexual health ให้กับกลุ่มประชากรชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และหญิงข้ามเพศ โดยเจ้าหน้าที่ของศูนย์สุขภาพชุมชนที่ออกแบบบริการและให้บริการ เป็นผู้ที่อยู่ในกลุ่มประชากรหลักด้วยตนเอง ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร เชียงใหม่ ชลบุรี และสงขลา นั้น พบว่าในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย 1,467 ราย และหญิงข้ามเพศ 230 ราย ที่ไม่ได้ติดเชื้อเอชไอวี และเลือกรับบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้วยยา pre-exposure prophylaxis (PrEP) ในช่วงปี พ.ศ. 2559 – 2560 มีสัดส่วนการใช้ amphetamine-type stimulants อยู่ที่ร้อยละ 6.6 และร้อยละ 3.5 ตามลำดับ (3) ทั้งนี้ ในปี พ.ศ. 2562 ได้มีการศึกษาสัดส่วนการใช้ amphetamine-type stimulants ในศูนย์สุขภาพชุมชนเหล่านี้ โดยรวมทั้งผู้ที่รับและไม่รับบริการ PrEP เข้าด้วยกัน และพบว่า ในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย 3,863 ราย มีผู้ใช้ amphetamine-type stimulants ร้อยละ 1.9 และในหญิงข้ามเพศ 528 ราย การใช้ amphetamine-type stimulants อยู่ที่ร้อยละ 0.6 (4)

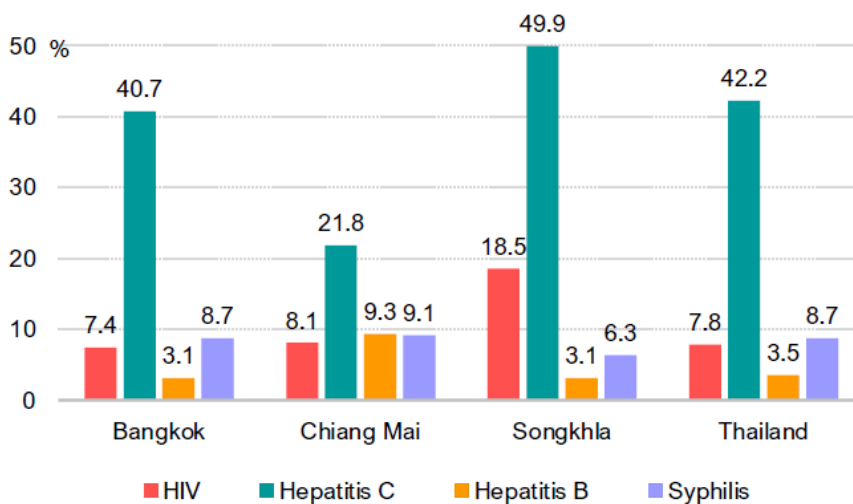
Chemsex เป็นคำที่เริ่มรู้จักกันมากขึ้นในการจัดบริการทางด้าน sexual health สำหรับกลุ่มประชากรหลัก การใช้คำว่า chemsex ในประเทศไทยยังไม่มีคำนิยามที่ตายตัว แต่น่าจะรวมถึงการใช้สารเสพติดในบริบทของการมีเพศสัมพันธ์ อาจจะเป็นก่อนมีเพศสัมพันธ์ หรือในระหว่างการมีเพศสัมพันธ์ บางคนอาจใช้สารเสพติดเป็นบางครั้งบางคราวเวลาไปปาร์ตี้ หรือใช้กับคู่อ้อมเพื่อมีเพศสัมพันธ์ และอาจใช้ติดต่อกันนานหลายวัน สอดคล้องกับการให้คำนิยาม chemsex ในต่างประเทศ แต่สำหรับประเทศไทย อาจเพิ่มบริบทของการใช้สารเสพติดในการประกอบอาชีพพนักงานบริการทางเพศด้วย ผู้ใช้ chemsex ในประเทศไทยมีหลากหลายตัวตน รสนิยม และอัตลักษณ์ทางเพศ และไม่ใช้เพียงกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายแบบที่ให้คำนิยามกันในประเทศเท่านั้น แต่มีกลุ่มคู่ชายหญิง และกลุ่มคนข้ามเพศ ที่ใช้ chemsex ด้วยเช่นเดียวกัน

เนื่องด้วยคำนิยามที่ยังไม่ตายตัวจึงทำให้การศึกษาวิจัยที่ทำในประเทศไทยยังคงไม่สามารถบอกถึงความชุกของการเกี่ยวข้องกับ chemsex ในกลุ่มประชากรต่าง ๆ ได้อย่างชัดเจนนัก อย่างไรก็ตาม อาจพอประมาณการได้จากสัดส่วนของผู้ที่มีเพศสัมพันธ์แบบกลุ่ม (group sex) และผู้ใช้สารเสพติดในกลุ่มประชากรเหล่านี้ โดยในการศึกษาชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจำนวน 1,610 ราย (เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี 303 ราย และไม่ติดเชื้อเอชไอวี 1,307 ราย) ที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนในช่วงปี พ.ศ. 2558 – 2559 (5) เมื่อถามถึงการมีเพศสัมพันธ์แบบกลุ่มในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาแล้วพบว่า มีสัดส่วนอยู่ที่ร้อยละ 13.6 โดยไม่มี ความแตกต่างกันทางสถิติระหว่างกลุ่มที่ติดเชื้อเอชไอวีและไม่ติดเชื้อเอชไอวี (ร้อยละ 16.4 vs. ร้อยละ 13.0) ในขณะที่มีการใช้สารเสพติดในช่วงเวลา 6 เดือนที่ผ่านมาที่ร้อยละ 39.2 ซึ่งก็ไม่ต่างกันทางสถิติระหว่างกลุ่มที่ติดเชื้อและไม่ติดเชื้อเอชไอวี (ร้อยละ 36.0 vs. ร้อยละ 39.9) สำหรับในหญิงข้ามเพศ 764 ราย (68 รายติดเชื้อเอชไอวี และ 696 รายไม่ติดเชื้อเอชไอวี) (6) ที่มารับบริการยังศูนย์สุขภาพชุมชนเดียวกันนั้นร้อยละ 10.3 มีเพศสัมพันธ์แบบกลุ่มในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งไม่ต่างกันทางสถิติระหว่างผู้ติดเชื้อและไม่ติดเชื้อเอชไอวี (ร้อยละ 10.9 vs. ร้อยละ 10.2) ส่วนการใช้สารเสพติดในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาขึ้นอยู่กับร้อยละ 38.7 และไม่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างผู้ติดเชื้อและไม่ติดเชื้อเอชไอวี (ร้อยละ 47.1 vs. ร้อยละ 37.8) ทั้งนี้ ใน

cohort ที่ติดตามผู้ติดเชื้อเอชไอวีระยะเฉียบพลัน (acute HIV infection) ตามที่ได้กล่าวถึงข้างต้น พบว่าการใช้สารเสพติดจะเพิ่มโอกาสการมีเพศสัมพันธ์แบบกลุ่มขึ้นถึง 7.7 เท่า และหากเป็นการใช้ methamphetamine แบบฉีด ก็ยังเพิ่มโอกาสการมีเพศสัมพันธ์แบบกลุ่มขึ้นไปเป็น 28.4 เท่า (2)

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคติดต่อทางเลือดในผู้ใช้สารเสพติด

จาก Integrated Biological and Behavioral Survey ในกลุ่มประชากรที่เป็นผู้ใช้สารเสพติดแบบฉีดในประเทศไทย เมื่อปี พ.ศ. 2562 – 2563 (7) โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 261 คนในกรุงเทพมหานคร 300 คนในเชียงใหม่ และ 282 คนในสงขลา ที่มีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 30.4 ปี พบความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 7.8 ตับอักเสบบีร้อยละ 42.2 ตับอักเสบบีร้อยละ 3.5 และซิฟิลิสร้อยละ 8.7 (รูปที่ 2)



รูปที่ 2 ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ตับอักเสบบี ตับอักเสบบี และซิฟิลิส ในผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562 – 2563 (Source: Integrated Biological and Behavioral Survey among people who inject drugs in Thailand, 2019-2020)

สำหรับในกลุ่มประชากรชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และหญิงข้ามเพศนั้น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่พบได้บ่อยที่สุดสามอันดับแรก ได้แก่ หนองในเทียม หนองใน และซิฟิลิส โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ส่วนใหญ่ในกลุ่มประชากรนี้มักไม่มีอาการ จึงมักจะรู้ได้ว่าการติดเชื้อด้วยการตรวจคัดกรองโดยใช้ nucleic acid testing อย่างสม่ำเสมอโดยไม่คำนึงถึงอาการเท่านั้น เพื่อให้สามารถรักษาหลังได้รับการวินิจฉัยอันจะเป็นการหยุดการส่งต่อเชื้อไปยังผู้อื่นอีกด้วย

จากการศึกษากลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจำนวน 1,610 ราย ที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนที่ดำเนินงานโดยกลุ่มประชากรหลัก ในกรุงเทพมหานคร เชียงใหม่ ชลบุรี และสงขลา ในช่วงปี พ.ศ. 2558 –

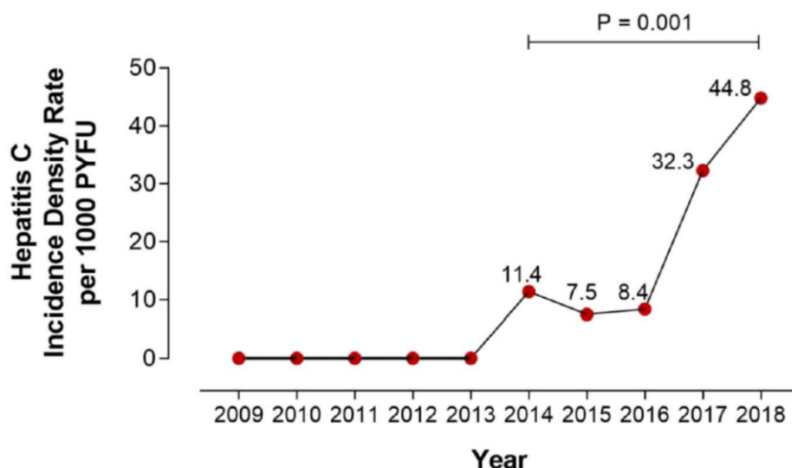
2559 พบการติดเชื้อหนองในเทียมร้อยละ 21.7 ในช่องทางใดช่องทางหนึ่ง จากการเก็บสิ่งส่งตรวจ 3 ช่องทาง ได้แก่ ลำคอ ทวารหนัก และท่อปัสสาวะ โดยพบความชุกในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ติดเชื้อเอชไอวีสูงกว่าผู้ที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี (ร้อยละ 36.6 vs. ร้อยละ 18.2) ส่วนหนองในนั้น พบอยู่ที่ร้อยละ 15.5 และก็พบในผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีสูงกว่าผู้ที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวีเช่นกัน (ร้อยละ 30.0 vs. ร้อยละ 12.1) ช่องทวารหนักเป็นช่องทางที่ตรวจพบหนองในเทียม (ร้อยละ 15.0) มากที่สุด ตามมาด้วยท่อปัสสาวะ (ร้อยละ 7.0) และในลำคอ (ร้อยละ 3.0) สำหรับหนองในก็พบมากที่สุดในช่วงทวารหนักเช่นเดียวกัน (ร้อยละ 9.3) ตามมาด้วยในลำคอ (ร้อยละ 6.8) และท่อปัสสาวะ (ร้อยละ 3.5) (5)

ในหญิงข้ามเพศจำนวน 764 ราย ที่มาใช้บริการในศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งเดียวกันกับข้างต้น และในช่วงเวลาเดียวกัน พบการติดเชื้อหนองในเทียมร้อยละ 23.0 ในช่องทางใดช่องทางหนึ่ง โดยพบความชุกในหญิงข้ามเพศที่ติดเชื้อเอชไอวีสูงกว่าผู้ที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี (ร้อยละ 44.1 vs. ร้อยละ 21.3) และพบหนองในอยู่ที่ร้อยละ 14.5 ซึ่งพบในผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีสูงกว่าผู้ที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวีเช่นกัน (ร้อยละ 29.4 vs. ร้อยละ 13.1) ตรวจพบหนองในเทียมในช่วงทวารหนักมากที่สุด (ร้อยละ 19.5) ตามมาด้วยในลำคอ (ร้อยละ 5.6) และท่อปัสสาวะ (ร้อยละ 1.6) ส่วนหนองในก็พบมากที่สุดในช่วงทวารหนักเช่นเดียวกัน (ร้อยละ 9.6) ตามมาด้วยในลำคอ (ร้อยละ 8.1) และท่อปัสสาวะ (ร้อยละ 0.1) (6)

เมื่อดูข้อมูลจาก cohort ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีระยะเฉียบพลัน (acute HIV infection) ข้างต้น ที่ส่วนใหญ่เป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย การใช้สารเสพติดมีผลเพิ่มโอกาสการติดเชื้อตับอักเสบบี 3.4 เท่า ซีฟิลิส 2.7 เท่า หนองใน 1.7 เท่า และหนองในเทียม 1.6 เท่า หากสารเสพติดที่ใช้เป็น methamphetamine แบบฉีด จะพบว่าโอกาสการติดเชื้อตับอักเสบบียิ่งเพิ่มสูงขึ้นเป็น 4.4 เท่า ซีฟิลิส 2.0 เท่า หนองใน 2.2 เท่า และหนองในเทียม 1.8 เท่า (Camilla C, IAS 2021)

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ความชุกและอุบัติการณ์ของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีพุ่งสูงขึ้นมากในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย โดยเฉพาะผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีด้วย จากการติดตาม cohort ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีระยะเฉียบพลัน (acute HIV infection) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 – 2561 พบอุบัติการณ์การติดเชื้อตับอักเสบบีเพิ่มขึ้นจากไม่มีการติดเชื้อเลยในช่วงปี พ.ศ. 2552 – 2556 มาเริ่มมีการติดเชื้อในอัตรา 11.4 ต่อ 1,000 คน-ปี ในปี พ.ศ. 2557 และเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ จนเป็น 44.5 ต่อ 1,000 คน-ปี ในปี พ.ศ. 2561 (8) ปัจจัยที่พบว่ามี ความเกี่ยวข้องกับการติดเชื้อตับอักเสบบีรายใหม่ ได้แก่ การใช้ crystal methamphetamine ซึ่งจะเพิ่มโอกาสติดเชื้อตับอักเสบบี 3.3 เท่า การมีเพศสัมพันธ์แบบกลุ่ม 1.8 เท่า และซีฟิลิส 1.98 เท่า โดยร้อยละ 79 ของผู้ที่มีการติดเชื้อตับอักเสบบีรายใหม่เหล่านี้ไม่เคยใช้สารเสพติดชนิดฉีดเลย ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในกลุ่มประชากรชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายทั่วโลกที่พบว่าเป็นการระบาดผ่านทางกรมีเพศสัมพันธ์ ทั้งนี้ มักมีความเกี่ยวข้องกันกับ chemsex ซึ่งอาจนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ที่

ยาวนาน และ/หรือรุนแรง เมื่อเทียบกับเพศสัมพันธ์ที่ไม่มีการใช้สารเสพติดเข้ามาเกี่ยวข้อง จึงอาจทำให้มีการสัมผัสของเลือดและเยื่อต่าง ๆ ได้ในระหว่างการมีเพศสัมพันธ์



รูปที่ 3 อุบัติการณ์ของการติดเชื้อตับอักเสบบีในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการวินิจฉัยในระยะเฉียบพลัน และมีการติดตามแบบ cohort (Source: Wansom T, et al. J Acquir Immune Defic Syndr 2020)

Abbreviation: PYFU, person-year of follow-up

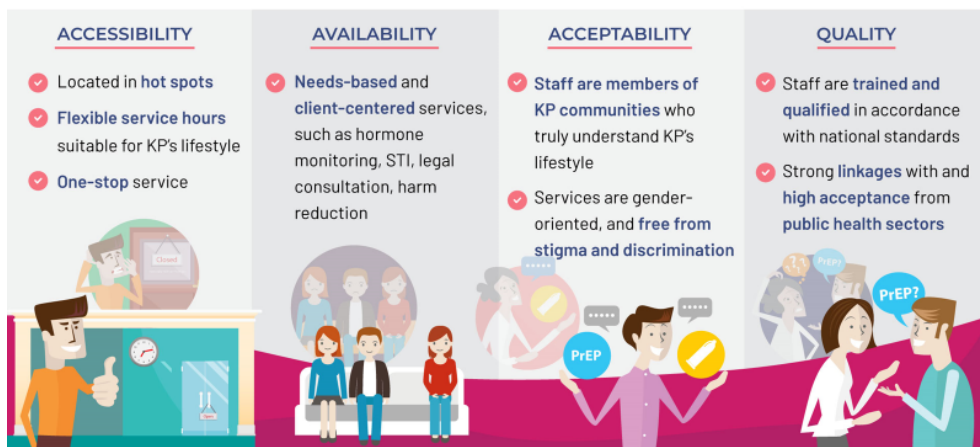
การจัดบริการที่เชื่อมโยงบริการสำหรับโรคติดเชื้อทุกอย่างเข้าไว้ด้วยกัน

การจัดบริการ sexual health สำหรับกลุ่มประชากรหลักในประเทศไทย มีทั้งรูปแบบการจัดบริการโดยภาครัฐซึ่งอิงตามความสนใจ และความเชี่ยวชาญของบุคลากร และงบประมาณที่ถูกจัดสรรมาแบบเฉพาะโครงการ กับรูปแบบการจัดบริการโดยองค์กรภาคประชาสังคม ที่เริ่มต้นจากการจัดบริการด้านเอชไอวี และขยายมาสู่บริการโรคต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับ sexual health โดยใช้หลักการยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ที่มีการออกแบบโดยกลุ่มประชากรหลักเอง และร่วมให้บริการโดยเจ้าหน้าที่องค์กรภาคประชาสังคมที่เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มประชากรหลักนั้น ๆ ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ ผ่านการประเมินคุณภาพ และได้รับการรับรองการขึ้นทะเบียนโดยกระทรวงสาธารณสุขแล้ว เรียกรูปแบบบริการนี้ว่า key population-led health service หรือ KPLHS (9, 10) โดยสามารถให้บริการตามบทบาทที่ระบุโดยกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2562 ระบุไว้ภายใต้การกำกับดูแลของผู้ประกอบวิชาชีพ อันได้แก่ การให้คำปรึกษา การเก็บตัวอย่างส่งตรวจทั้งทางเลือดและสารคัดหลั่งสำหรับการตรวจเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การนำตัวอย่างไปตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการโดยใช้ชุดตรวจแบบรู้ผลเร็วและรู้ผล ณ จุดตรวจ การอ่านผล แปลผล รายงานผล เพื่อแจ้งกับผู้รับบริการ และการจ่ายยาเกี่ยวกับโรคต่าง ๆ นี้ตามใบสั่งแพทย์

การจัดบริการด้านเอชไอวี และโรคต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับ sexual health โดยองค์กรภาคประชาสังคมนี้ สามารถเพิ่มการเข้าถึงการบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลัก โดยเฉพาะชายที่มี

เพศสัมพันธ์กับชาย หญิงข้ามเพศ และพนักงานบริการทางเพศ ในประเทศไทยได้ถึงเท่าตัว และในปัจจุบันเป็นช่องทางในการให้บริการ PrEP สำหรับผู้รับบริการเกินครึ่งหนึ่งของผู้รับบริการ PrEP ทั้งหมดในประเทศไทย ทำให้เห็นได้ว่า บริการด้านเอชไอวี และ sexual health อื่น ๆ ในศูนย์สุขภาพชุมชนเหล่านี้ จะเป็นทางเข้ารับบริการสำหรับผู้ที่ถูกตรวจพบว่าติดเชื้อเอชไอวี รวมถึงผู้รับบริการ PrEP ซึ่งตามที่กล่าวมาแล้วข้างต้น เป็นกลุ่มประชากรที่จะมีโอกาสพบว่ามีการใช้สารเสพติดในสัดส่วนที่สูง และมีความซุกและอุปติการณ์ของการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่าง ๆ รวมถึง เอชไอวี และตับอักเสบบี ได้สูงมาก นอกจากนี้ โครงสร้างพื้นฐานบริการที่ได้รับการออกแบบ และร่วมให้บริการโดยคนซึ่งเป็นตัวแทนกลุ่มประชากรหลักเอง ก็ทำให้มั่นใจได้ถึง accessibility ของบริการ เพราะเปิดในช่วงบ่ายถึงค่ำซึ่งสะดวกในการเข้ารับบริการของกลุ่มประชากร ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่เข้าถึงได้ง่าย สะดวกในการเดินทาง มั่นใจใน availability ของบริการ ที่ไม่ใช่เฉพาะเรื่องเอชไอวี และ sexual health แต่ผสานบริการที่เป็น health priority ของกลุ่มประชากรหลักแต่ละกลุ่ม เช่น บริการ gender-affirming care สำหรับหญิงข้ามเพศ บริการ legal consultation สำหรับพนักงานบริการทางเพศ เป็นต้น มั่นใจใน acceptability ของบริการ เนื่องจากผู้ให้บริการอยู่ในกลุ่มประชากรเดียวกัน เข้าใจถึงบริบทการใช้ชีวิตและเพศวิถี เข้าใจในภาษาที่สื่อสารเฉพาะกลุ่ม จึงทำให้ผู้รับบริการรู้สึกถึงความเป็นมิตร ไม่ถูกตัดสินด้วยบริบทของชีวิต ไม่ถูกตีตราและเลือกปฏิบัติ และสุดท้าย คือ มั่นใจใน “quality” ของบริการ เนื่องจากผู้ให้บริการได้รับการพัฒนาศักยภาพ ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ และได้รับการรับรองการขึ้นทะเบียนโดยกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงมีระบบการประเมินและพัฒนาคุณภาพทั้งในระดับบุคคลและระดับองค์กรอย่างสม่ำเสมอ ทุก 6-12 เดือน (รูปที่ 4)

KEY POPULATION-LED HEALTH SERVICES (KPLHS):
filling service gaps for key populations



รูปที่ 4 Key population-led health services หรือ KPLHS ซึ่งเป็นรูปแบบบริการที่ออกแบบโดยกลุ่มประชากรหลักเอง และร่วมให้บริการโดยเจ้าหน้าที่องค์กรภาคประชาสังคม (Source: Institute of HIV Research and Innovation)

นอกจากนี้ บริการขององค์กรภาคประชาสังคม ยังมีความยืดหยุ่นพร้อมปรับตัวสูง ทั้งในส่วนผู้ให้บริการ รูปแบบการให้บริการ และอุปกรณ์เครื่องมือทางห้องปฏิบัติการที่ใช้ ยกตัวอย่างเช่น การมีเครื่อง Xpert ที่สามารถให้บริการ molecular testing ได้สำหรับทั้งเอชไอวี หนองใน หนองในเทียม ตับอักเสบบี เอชพีวี และโควิด-19 เป็นต้น โดยปรับเปลี่ยนสัดส่วนการให้บริการได้ตามสถานการณ์ของโรคต่าง ๆ ที่กำลังมีการแพร่ระบาดในกลุ่มประชากรแต่ละกลุ่มในบางช่วงเวลา หรือเพื่อปิดช่องว่างในการให้บริการตามแนวทางปกติของภาครัฐ เช่น การตรวจหาการติดเชื้อตับอักเสบบีที่สามารถทำได้โดย rapid anti-HCV test ในศูนย์สุขภาพชุมชน ทำให้ค้นพบผู้ติดเชื้อได้อย่างรวดเร็ว แต่ไม่มีช่องทางการเข้ารับการตรวจยืนยัน HCV RNA ได้ตามช่องทางของรัฐอย่างทันท่วงที เพื่อที่จะได้รับให้การรักษาเพื่อหยุดยั้งการแพร่ระบาดของโรคในกลุ่มประชากรหนึ่ง ๆ ในพื้นที่หนึ่ง ๆ (microelimination) ก็สามารถใช้พื้นฐานโครงสร้างบริการที่เครื่อง Xpert สามารถถูกปรับมาให้บริการตรวจยืนยัน HCV RNA ในวันเดียวกับที่ตรวจพบ anti-HCV positive ได้เลย เพื่อนำไปสู่การรักษาในวันเดียวกันหรือโดยเร็วที่สุดหลังจากนั้น

สรุป

การใช้สารเสพติดชนิด amphetamine-type stimulants ทั้งแบบฉีดและแบบอื่น ๆ กำลังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจนในกลุ่มประชากรชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และหญิงข้ามเพศ โดยการใช้สารเสพติดในกลุ่มประชากรเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์แบบกลุ่ม และส่วนหนึ่งน่าจะเป็น sexualized substance use หรือ chemsex ซึ่งส่งผลให้กลุ่มประชากรนี้มีความชุกและอุบัติการณ์ของโรคที่ติดต่อทางเพศสัมพันธ์และทางเลือด อันได้แก่ เอชไอวี หนองในเทียม หนองใน ซิฟิลิส และตับอักเสบบี เพิ่มขึ้นมาก ในขณะเดียวกัน กลุ่มประชากรผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดก็ยังคงพบความชุกของเอชไอวี ตับอักเสบบี ตับอักเสบบี และซิฟิลิส สูงอยู่เช่นเดียวกัน การจัดบริการที่คำนึงถึงผู้รับบริการที่เป็นกลุ่มประชากรหลักเหล่านี้เป็นศูนย์กลาง โดยให้กลุ่มประชากรหลักเองเป็นผู้ออกแบบบริการ และร่วมให้บริการ เพื่อผสมผสานเชื่อมโยง การตรวจ รักษา และป้องกันโรคติดต่อเหล่านี้เข้าไว้ด้วยกัน เพื่อให้บริการเกิดได้อย่างรวดเร็ว จนถึงกระทั่งจบในครั้งเดียว โดยปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติ เป็นรูปแบบบริการหลักอย่างหนึ่งที่พิสูจน์แล้วว่าสามารถเพิ่มการเข้ารับบริการทางการแพทย์เหล่านี้โดยกลุ่มประชากรหลักได้อย่างมีประสิทธิภาพในประเทศไทย

เอกสารอ้างอิง

1. Thailand Working Group on HIV/AIDS Projection. AIDS Epidemic Model Projection for HIV/AIDS in Thailand 2010 -2030 Summary Report. Available at: <https://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/resource/projection-hiv-aids-thailand-2010-2030.pdf>. Accessed on 28 February 2022.
2. Muccini C, et al. *Rising substance use linked to STI and HCV in Thai MSM after acute HIV infection*. 11th IAS Conference on HIV Science, abstract OAB0102, 2021.

3. Phanuphak N, Sungsing T, Jantarapakde J, et al. Princess PrEP program: the first key population-led model to deliver pre-exposure prophylaxis to key populations by key populations in Thailand. *Sex Health*. 2018; 15(6): 542-55.
 4. Ramautarsing RA, Meksen R, Sungsing T, Chinbunchorn T, Sangprasert T, Fungfoosri O, Meekrua D, Sumalu S, Pasansai T, Bunainso W, Wongsri T, Mainoy N, Colby D, Avery M, Mills S, Vannakit R, Phanuphak P, Phanuphak N. Evaluation of a pre-exposure prophylaxis programme for men who have sex with men and transgender women in Thailand: learning through the HIV prevention cascade lens. *J Int AIDS Soc* 2020; 23 Suppl 3: e25540.
 5. Hirsansuthikul A, Sungsing T, Jantarapakde J, Trachunthong D, Mills S, Vannakit R, Phanuphak P, Phanuphak N. Correlations of chlamydia and gonorrhoea among pharyngeal, rectal and urethral sites among Thai men who have sex with men: multicentre community-led test and treat cohort in Thailand. *BMJ open* 2019; 9(6): e028162.
 6. Hirsansuthikul A, Janamnuaysook R, Sungsing T, Jantarapakde J, Trachunthong D, Mills S, Vannakit R, Phanuphak P, Phanuphak N. High burden of chlamydia and gonorrhoea in pharyngeal, rectal and urethral sites among Thai transgender women: implications for anatomical site selection for the screening of STI. *Sex Transm Infect* 2019;95(7):534-9.
 7. Country Thailand AIDS Commission. HIV, syphilis, hepatitis B and C surveys among people who inject drugs. Bangkok, Chiang Mai, and Songkhla, Thailand – 2019-2020.
 8. Wansom T, Pinyakorn S, Kolsteeg CJ, Kroon ED, Sacdalan CP, Chomchey N, Ananworanich J, Vasan S, Phanuphak N, Colby DJ. Group sex and methamphetamine use fuel an explosive epidemic of Hepatitis C among HIV-infected men who have sex with men in Bangkok, Thailand. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2020.
 9. Vannakit R, Andreeva V, Mills S, Cassell MM, Jones MA, Murphy E, Ishikawa N, Boyd MA, Phanuphak N. Fast-tracking the end of HIV in the Asia Pacific region: domestic funding of key population-led and civil society organisations. *Lancet HIV* 2020; 7(5): e366-e72.
 10. Vannakit R, Janyam S, Linjongrat D, Chanlearn P, Sittikarn S, Pengnonyang S, Janamnuaysook R, Termvanich K, Ramautarsing R, Phanuphak N, Phanuphak P. Give the community the tools and they will help finish the job: key population-led health services for ending AIDS in Thailand. *J Int AIDS Soc* 2020; 23(6): e25535.
-

ส่วนที่ III ทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับสารเสพติด ที่น่าสนใจ และมาตรการใหม่ในการแก้ไขปัญห สารเสพติด

บทที่ 11 เกล็ดชิวทียา พิษวิทยา และอาการทางคลินิกของการใช้ใบกระท่อม

โดย แพทย์หญิงรัศมีน กัลยาศิริ

นางสาว กนกวรรณ ตัดวัตร์

และ แพทย์หญิงสาทรียา ตระกูลศรีชัย

บทนำ

กระท่อม (Kratom) มีชื่อวิทยาศาสตร์ว่า *Mitragyna speciosa Korth* อยู่ในวงศ์ Rubiaceae โดยมีชื่อท้องถิ่น เช่น Ketum, Kakuam, Kraton, Biak, Biak-Biak และ Maeng Da กระท่อมเป็นพืชท้องถิ่นของเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบมากในประเทศอินโดนีเซีย มาเลเซีย และประเทศไทย กระท่อมมีลักษณะเป็นไม้ยืนต้นสูง ก้านมีทั้งสีแดงและเขียว ขอบใบหยัก มีดอก และผล

การใช้กระท่อมในประเทศไทย และในต่างประเทศ

สมัยก่อนผู้ใช้กระท่อมในประเทศไทยและประเทศมาเลเซียใช้กระท่อมเพื่อกระตุ้นให้มีแรงทำงาน ทนแดด และทำให้ทำงานได้นานขึ้น จึงนิยมใช้ในกลุ่มที่ใช้แรงงาน รวมทั้งใช้เป็นสมุนไพรในภาคใต้ของไทยที่ใช้กันมายาวนาน แต่ในปัจจุบันประเทศมาเลเซียใช้กระท่อมเพื่อทดแทนสารเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ (opioids) เช่น เฮโรอีน มากขึ้น ส่วนในประเทศไทยผู้ใช้กระท่อมนิยมนำกระท่อมมาใช้เป็นสารเสพติดโดยนำมาผสมกับเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น โคคา โคล่า และยาแก้ไอประเภทโคเดอีน (codeine) ที่เป็นสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภทโอปิออยด์เช่นกัน หรือนำไปผสมสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทอื่น ๆ ในรูปแบบเครื่องดื่มสี่คูณร้อย (4x100) ซึ่งเปลี่ยนวัตถุดิบจากแต่เดิมที่ใช้เพื่อกระตุ้นการทำงานเป็นการใช้เพื่อการสันทนาการ (นันทนาการ) ในบางประเทศมีการใช้กระท่อมเพื่อทดแทนสารโอปิออยด์ หรือใช้บรรเทาอาการปวด และภาวะทางอารมณ์ การใช้กระท่อมในประเทศไทยจึงมีความแตกต่างจากประเทศอื่นทั้งในด้านของการใช้ผสมมากกว่าสารเดี่ยว ที่ในประเทศสหรัฐอเมริกาจะนิยมใช้กระท่อมเป็นสารเดี่ยวมากกว่า และชนิดของสารที่นำมาผสมนั้นมีความแตกต่างกัน โดยทางสหรัฐอเมริกาจะมีการผสมกระท่อมกับสารที่ออกฤทธิ์ระงับประสาท (sedative) อื่น ๆ นอกเหนือจากโอปิออยด์และเบนโซไดอะซีปีน และมีอาการที่รุนแรงรวมถึงมีโอกาสในการเสียชีวิต เนื่องจากเกิดการเสริมฤทธิ์กันของสารได้สูงกว่าที่พบในประเทศไทย (1)

ในปี ค.ศ. 2008 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) ได้มีการสำรวจทางออนไลน์พบว่ากระท่อมมีการซื้อขายในร้านค้าออนไลน์ในกลุ่มประเทศในยุโรปมากถึงร้อยละ 44 และในปี ค.ศ. 2011 กระท่อมถูกนำส่งเข้าไปในกลุ่มประเทศอียู (EU) จากการซื้อขายรายย่อยทางออนไลน์ โดยพบสูงถึงร้อยละ 20 และจัดอยู่ในห้าอันดับแรกของตลาดสารเสพติดที่ซื้อขายรายย่อยทางออนไลน์ในประเทศอังกฤษ แสดงว่าค่อนข้างเป็นที่นิยมในแถบต่างประเศทางยุโรป

สำหรับการใช้กระท่อมในทวีปเอเชียจะนิยมเคี้ยวใบสด สูบ และชงเป็นชา ในไทยมีการใช้มากที่สุดที่จังหวัดทางภาคใต้ ส่วนในประเทศทางทวีปยุโรปและอเมริกาใช้หลากหลายรูปแบบทั้ง ใบสด แคปซูล เม็ด แท่ง เรซิน ทิงเจอร์ และมีขายตามร้านค้าพิเศษ และทางอินเทอร์เน็ต ทางกฎหมายในเอเชียพบว่ายังผิดกฎหมายในบางประเทศ เช่น ประเทศมาเลเซีย สิงคโปร์ และประเทศไทย (ก่อนปี พ.ศ. 2564) ส่วนในประเทศอินโดนีเซียสามารถปลูกและส่งออกได้ ซึ่งพบว่ากระท่อมที่ขายในยุโรป และอเมริกาส่วนใหญ่มาจากประเทศอินโดนีเซีย และพบว่าร้อยละ 95 ของกระท่อมทั่วโลกอยู่ในประเทศอินโดนีเซีย ส่วนในประเทศทางทวีปยุโรปและอเมริกาทาง UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime) จัดกระท่อมเป็น New Psychoactive Substances (NPS) ซึ่งหมายถึงสารที่ไม่ได้อยู่ภายใต้การควบคุมทางกฎหมายระหว่างประเทศจึงมีการนำมาใช้เพื่อการสันทนการแบบไม่ผิดกฎหมาย อย่างไรก็ตาม กระท่อมยังคงเป็นสารเสพติดผิดกฎหมายในประเทศออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ หลายประเทศในทวีปยุโรป และในประเทศสหรัฐอเมริกาบางรัฐที่กำหนดให้การใช้กระท่อมเป็นสารเสพติดผิดกฎหมาย โดยรัฐต่าง ๆ ส่วนใหญ่ในประเทศสหรัฐอเมริกายังไม่ได้กำหนดมีกฎหมายควบคุมการใช้กระท่อม

เภสัชวิทยาของกระท่อม

กระท่อมประกอบด้วยสารอัลคาลอยด์ (alkaloids) มากกว่า 40 ชนิด สารที่พบมากที่สุดคือไมทราไกนีน (mitragynine หรือ MG) ส่วนสาร 7-hydroxymitragynine (7-OH-MG) ซึ่งมีฤทธิ์ที่แรงมากกว่า MG 46 เท่า (และแรงมากกว่ามอร์ฟีน 13 เท่า) พบเพียงประมาณร้อยละ 2 กระท่อมที่สกัดจากใบที่ปลูกในประเทศไทยพบ MG ถึงร้อยละ 66 ในขณะที่กระท่อมที่ปลูกในประเทศมาเลเซียพบ MG เพียงร้อยละ 12 มีการศึกษาพบว่ากระท่อมที่สกัดแต่ละพื้นที่พบสาร alkaloids แตกต่างกัน ซึ่งเปอร์เซ็นต์สาร MG พบมากสุดในกระท่อมที่ปลูกบริเวณประเทศอินโดนีเซีย ไทย และมาเลเซีย ตามลำดับ ขณะที่กระท่อมที่ปลูกในประเทศสหรัฐอเมริกาพบปริมาณสาร MG และ 7-OH-MG น้อยกว่ากระท่อมที่ปลูกในประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้นี้มาก แสดงว่าทางด้านพฤกษศาสตร์นั้น สภาพภูมิศาสตร์มีผลต่อสาร alkaloids ที่อยู่ในกระท่อม

การออกฤทธิ์ของกระท่อม (เภสัชพลศาสตร์)

กระท่อมมีสาร alkaloids หลายตัวจึงมีการออกฤทธิ์ที่ค่อนข้างมีความซับซ้อน กระท่อมออกฤทธิ์ที่ตัวรับโอปิออยด์ (opioid receptor) ชนิด มิว (mu หรือ μ) แคปป่า (kappa หรือ κ) และ เดลต้า (delta หรือ δ) ที่ระบบประสาทส่วนกลาง แต่กระท่อมมีความแตกต่างจากสารกลุ่มโอปิออยด์ (opioids) ทั้งด้านโครงสร้างทางเคมีและลักษณะสมบัติ กระท่อมจึงจัดเป็น atypical opioids

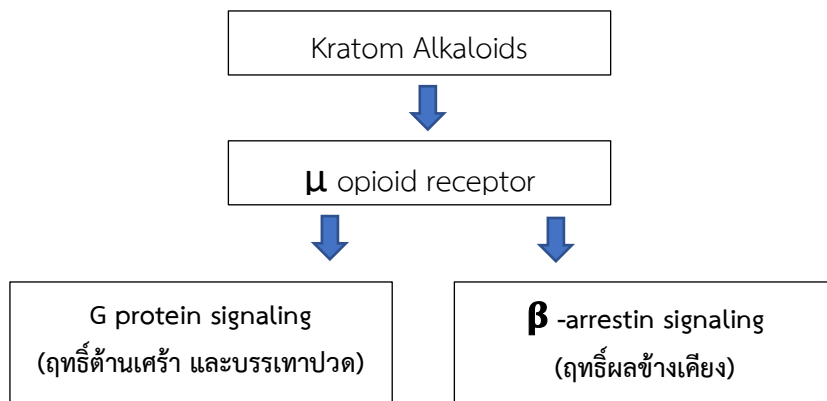
ในส่วนของการออกฤทธิ์อื่นที่ไม่เกี่ยวกับตัวรับโอปิออยด์ (non-opioid pathways) จะมีตัวรับอื่น เช่น อัลฟา-2-อะดรีเนอร์จิก (alpha-2-adrenergic) อะดีโนซีน (adenosine) โดปามีน (dopamine) และซีโร

โทนิน (serotonin) ดังนั้นกระท่อมจึงจัดเป็นพืชที่ออกฤทธิ์หลายตำแหน่ง (multi-target) โดยการออกฤทธิ์ noradrenergic และ serotonergic ที่บริเวณไขสันหลังทำให้บรรเทาความรู้สึกปวด การออกฤทธิ์กระตุ้นตัวรับ alpha-2 adrenergic ซึ่งเป็นฤทธิ์ที่คล้ายกับยา clonidine ที่ใช้บรรเทาอาการถอนโอปิออยด์ นอกจากนี้กระท่อมยังมีฤทธิ์ยับยั้งการกระตุ้นของ 5-HT_{2A} receptors

สารไมทราโกลิน หรือ MG อันเป็นสารหลักในกระท่อมนั้น หากออกฤทธิ์ที่ mu opioid receptor จะออกฤทธิ์เป็นแบบกระตุ้นตัวรับบางส่วน (partial agonists) ทำให้ลดความรุนแรงของผลข้างเคียง ในขณะที่หากออกฤทธิ์ที่ kappa- กับ delta-opioid receptors จะเป็นแบบทั้งยับยั้งตัวรับ (antagonists) หรือแบบกระตุ้นตัวรับ (agonists) ส่วนสาร 7-OH-MG ออกฤทธิ์ที่ mu-opioid receptor ในแบบ partial agonists เช่นกันแต่มีความแรงสูงกว่าเดิม และการออกฤทธิ์ของสาร 7-OH-MG ที่ kappa- กับ delta-opioid receptors จะเป็นแบบยับยั้งตัวรับ

ทั้งนี้ การออกฤทธิ์กระตุ้นที่ mu-opioid receptor เป็นกลไกการออกฤทธิ์หลักที่สำคัญที่ทำให้กระท่อมมีฤทธิ์บรรเทาอาการปวดเหมือนสารโอปิออยด์ ส่วนการออกฤทธิ์ยับยั้งที่ kappa-opioid receptor อาจทำให้กระท่อมมีฤทธิ์ต้านเศร้า (antidepressant) แต่ยังเป็นการศึกษาในระดับสัตว์ทดลองเท่านั้น เช่น มีการศึกษาในระดับสัตว์ทดลองที่พบว่าสัญญาณคลื่นไฟฟ้าที่บันทึกได้จากสมองส่วนหน้า (frontal cortex) ของหนูที่ได้รับกระท่อมจะมีลักษณะคล้ายกับหนูที่ได้รับยาต้านเศร้า และการทดสอบฤทธิ์ต้านซึมเศร้าในโมเดลหนูว่ายน้ำ (forced swimming test) พบว่าหนูที่ได้รับอัลคาลอยด์จากพืชกระท่อมจะมีการลอยตัวแบบไม่กระฉับกระเฉง (not active) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นว่ากระท่อมอาจมีฤทธิ์ต้านเศร้า (2) แต่ยังเป็นการศึกษาในระดับสัตว์ทดลองเท่านั้นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไปอีกมาก

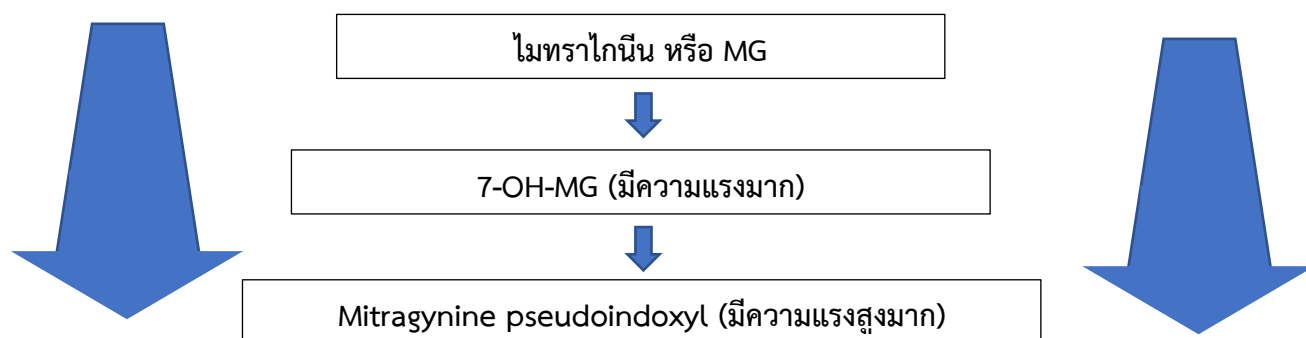
ส่วนสารอื่น ๆ ในกระท่อมนอกจาก MG และ 7-OH-MG พบว่ามีฤทธิ์เป็น antagonists ต่อตัวรับโอปิออยด์แบบอ่อน จึงเห็นได้ว่าฤทธิ์ทางด้านเภสัชวิทยาของสารในกระท่อมมีทั้งแบบที่เป็น agonists และ antagonists กระท่อมจึงเป็นสารมีกลไกการออกฤทธิ์ที่มีความหลากหลาย และซับซ้อน โดยการออกฤทธิ์ของสารอัลคาลอยด์ในกระท่อมที่ mu-opioid receptor จะไปกระตุ้นตัวรับได้สองช่องทางดังรูปที่ 1 (3) คือ “G protein signaling” ให้ฤทธิ์ต้านอารมณ์เศร้าในสัตว์ทดลอง (antidepressant) และบรรเทาปวด (analgesic effect) และ “ β -arrestin signaling” ซึ่งทำให้เกิดผลข้างเคียง ทั้งนี้ สาร MG และ 7-OH-MG ที่เป็นสารออกฤทธิ์สำคัญที่พบในกระท่อมนั้น เมื่อกระตุ้น G protein signaling แล้วจะไม่กระตุ้น β -arrestin signaling ทำให้กระท่อมมีผลข้างเคียงน้อยกว่าสารโอปิออยด์ (3)



รูปที่ 1 การออกฤทธิ์ของกระท่อมที่ตัวรับโอปิออยด์ชนิดมิว

เภสัชจลนศาสตร์ของกระท่อม

เมื่อบริโภคกระท่อม จากสัตว์ทดลองพบว่า สาร MG อันเป็นสารออกฤทธิ์หลักของกระท่อม นั้น มีความสามารถต่ำในการเข้าสู่ระบบไหลเวียนโลหิต (low bioavailability) เมื่อเข้าสู่ระบบไหลเวียนแล้วจะถูก ลำเลียงเข้าสมองผ่านทางตัวกั้นระหว่างเลือดและสมอง (blood brain barrier) และถูกเผาผลาญที่ตับเป็นหลัก โดยเอนไซม์ตับชนิด CYP3A4, CYP2D6 และ CYP2C9 โดยมีงานวิจัยพบว่าคนที่ใช้กระท่อมแบบเรื้อรัง จะมีค่าครึ่งชีวิต (half life) ของสาร MG ประมาณ 1 วัน โดยสาร MG จะถูกเปลี่ยนเป็น 7-OH-MG ซึ่งจะถูก เปลี่ยนไปเป็น mitragynine pseudoindoxyl (รูปที่ 2) ซึ่งเป็นตัวที่มีความแรงสูงในการออกฤทธิ์ที่ตัวรับโอปิ ออยด์ โดยการเปลี่ยนแปลงนี้ไม่พบในสัตว์สปีชีส์อื่น เช่น หนู หรือลิง (4) จึงอาจเป็นเหตุผลที่ทำให้การทดลอง บางชิ้นในสัตว์ทดลองไม่พบว่ากระท่อมมีฤทธิ์ข้างเคียงบางประการดังเช่นที่พบในมนุษย์ และจำเป็นต้อง ระวังการแปลผลและการนำผลการศึกษากะท่อมในสัตว์ทดลองไปใช้ในมนุษย์ต่อไปโดยเฉพาะในด้าน ผลข้างเคียง



รูปที่ 2 เมตาโบไลต์ของสารไมทราโกนินที่อยู่ในใบกระท่อม (4)
โดย mitragynine pseudoindoxyl พบเฉพาะในมนุษย์ ไม่พบในสัตว์ทดลอง

ผลทางคลินิกของกระท่อม

ฤทธิ์ทางคลินิกของกระท่อมคือ มีฤทธิ์ลดไข้ เคลิ้มสุข ฤทธิ์ต้านซึมเศร้า คลายกังวล ระบุความต้องการอาหาร ฤทธิ์ระงับปวด ลดอาการอักเสบ ลดอาการท้องร่วง ลดอาการไอ และลดความดันโลหิต เป็นต้น ผลการออกฤทธิ์หลังบริโภคอยู่ที่ประมาณ 5-10 นาที กระท่อมจะออกฤทธิ์เป็นแบบตามขนาดสารที่ได้รับ (dose dependent) กล่าวคือ ถ้าความเข้มข้นที่ต่ำจะออกฤทธิ์เป็นแบบกระตุ้นระบบประสาท แต่ถ้าความเข้มข้นสูง จะมีฤทธิ์กดประสาทแบบโอปิออยด์ (ตารางที่ 1) (5) ทั้งนี้ ผลของกระท่อมในระยะสั้น จะทำให้มีอาการคลื่นไส้ ท้องผูก ปัญหาการนอนหลับ หย่อนสมรรถภาพทางเพศ อาการคัน และเหงื่อออก ส่วนผลในระยะยาวเมื่อใช้เป็นระยะเวลานาน จะมีอาการปากแห้ง ผิวดำ ผมหงอก น้ำหนักลด เบื่ออาหาร ปัญหาการขับปัสสาวะ ปัสสาวะบ่อย ท้องอืด การเสพติด และอาการถอนยาซึ่งประกอบไปด้วยอาการกระสับกระส่าย น้ำมูก น้ำตาไหล กล้ามเนื้อกระตุก หงุดหงิด หาว ปวดกล้ามเนื้อ ท้องเสีย ปวดข้อ นอนไม่หลับ อ่อนล้า เจ็บหน้าอก คล้ายภาวะถอนโอปิออยด์ โดยอาการเริ่มตั้งแต่ 12 ชั่วโมงหลังการบริโภคครั้งสุดท้าย และมีอาการติดต่อกันได้จนถึงหลายวัน

ตารางที่ 1 ผลของกระท่อมตามขนาดปริมาณที่ใช้

ระดับสารสกัดกระท่อมที่ใช้	ปริมาณสารสกัดกระท่อม	ผลที่เกิดขึ้น
ต่ำถึงปานกลาง	1-5 กรัม	กระตุ้นประสาทอ่อน ๆ บรรเทาความอ่อนเพลีย
ปานกลางถึงสูง	5-15 กรัม	ฤทธิ์คล้ายโอปิออยด์ เช่น แก้วปวดท้องผูก เคลิ้มสุข อาการถอนยา
สูงมาก	สูงกว่า 15 กรัม	ฤทธิ์ระงับประสาท (sedating)

ที่มา : Is Kratom the New ‘Legal High’ on the Block?: The Case of an Emerging Opioid Receptor Agonist with Substance Abuse Potential. Chien GCC. Pain Physician., 2017

ตัวอย่างงานวิจัยในมนุษย์ที่เป็นการทดลองแบบสุ่มชนิดมีกลุ่มควบคุมแบบปกปิดสองทาง (Randomized Controlled Trial: RCT double-blinded) เกี่ยวกับการทนความเจ็บปวด โดยทำทดลองด้วยการทดสอบการทนต่อความเจ็บปวด (pain tolerance) จากการตอบสนองต่อความเย็น (cold pressor test, CPT) ผลการศึกษาพบว่ากระท่อมเพิ่ม pain tolerance ได้อย่างมีนัยสำคัญใน 1 ชั่วโมง สอดคล้องกับการใช้ในอดีตในกลุ่มแรงงานเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด นอกจากนี้ มีงานวิจัยในสัตว์ทดลองที่พบว่ากระท่อมสามารถลดอาการถอนสารโอปิออยด์ในสัตว์ทดลอง (6) และมีอีกงานวิจัยในสัตว์ทดลองที่ทดสอบฤทธิ์การลดอาการถอนสารเมทแอมเฟตามีนด้วยกระท่อม โดยหนูทดลองที่มีอาการถอนสารเมทแอมเฟตามีนแต่ได้กระท่อมจะมีเส้นทางการเดินไปตำแหน่งที่ได้รับสารเมทแอมเฟตามีนลดลงเมื่อเทียบกับหนูที่ไม่ได้กระท่อม แสดงว่า

กระท่อมอาจช่วยลดความอยาก (craving) สารเมทแอมเฟตามีนได้ (7) นอกจากนี้ มีการศึกษาในระดับสัตว์ทดลองเช่นกันเกี่ยวกับผลของสารสกัดจากพืชกระท่อมในการบรรเทาอาการถอนแอลกอฮอล์ โดยพบว่าช่วงถอนแอลกอฮอล์ซึ่งจะทำให้หนูมีการเคลื่อนไหวมากขึ้น แต่ผลการเคลื่อนไหวในกลุ่มหนูที่ได้รับสารสกัดอัลคาลอยด์จากพืชกระท่อมจะมีการเคลื่อนไหวลดลง (8) ทั้งนี้ มีการทดลองในสัตว์ทดลองเกี่ยวกับการใช้กระท่อมในภาวะอื่น ๆ เช่น โรคพาร์กินสัน โรคอ้วน และการลดระดับน้ำตาลในเลือดและระดับไตรกลีเซอไรด์ (triglyceride) อย่างไรก็ตาม ยังจำเป็นต้องทำการศึกษาทดลองในรูปแบบ RCT double-blinded ต่อไปในอนาคต รวมถึงเทียบเคียงกับฤทธิ์เสพติดที่อาจได้รับจากกระท่อมก่อนที่จะสามารถสรุปได้ว่าสามารถนำกระท่อมมาใช้ในทางคลินิกได้จริงหรือไม่

พิษวิทยา (Toxicology) ของกระท่อม

มีรายงานการใช้กระท่อมแล้วเกิดอาการชักกระตุก อาการตากระตุก อาการมึนงง อาการเวียนศีรษะ อาการสั่นที่ใบหน้า แขน ขา และลิ้น พิษต่อตับ อาการถอนยาในเด็กแรกคลอด (neonatal abstinence syndrome ในหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้กระท่อม) ภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (hypothyroidism) อาการคลื่นไส้ อาเจียน ภาวะเลือดออกในสมอง และ โรคปอด ส่วนในการรายงานเรื่องการกวดการหายใจซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตสำคัญในผู้ที่ใช้สารโอปิออยด์เกินขนาดนั้น ในปัจจุบันยังไม่มีรายงานที่ยืนยันว่าเกิดผลข้างเคียงนี้ในผู้ที่ใช้กระท่อม ทั้งนี้ มีรายงานว่า การเสียชีวิตส่วนใหญ่มักพบในผู้ที่ใช้กระท่อมมาจากความเสี่ยงในการใช้ยาหลายตัว (poly-drug use) และโรคประจำตัวทางกายที่เป็นอยู่เดิม (9) นอกจากนี้การใช้สารกลุ่มโอปิออยด์มีโอกาสเกิดความเสี่ยงในการเสียชีวิตจากการใช้สารเกินขนาด (risk overdose death) มากกว่ากระท่อม 1000 เท่า (10) มีการศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระท่อมในประเทศไทยกับประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้ใช้กระท่อมในประเทศไทยนิยมใช้กระท่อมเป็นสารผสมมากกว่าสารเดี่ยว แต่ในประเทศสหรัฐอเมริกานิยมใช้กระท่อมเป็นสารเดี่ยวมากกว่า (1) อย่างไรก็ตาม กระท่อมในประเทศสหรัฐอเมริกาอาจจะมีการใช้ร่วมกับกับสารระงับประสาท (sedative) อื่นนอกเหนือจากโอปิออยด์หรือเบนโซไดอะซีปีนที่ไม่เหมือนในประเทศไทยทำให้เพิ่มโอกาสในการเสียชีวิตเนื่องจากการเสริมฤทธิ์กันของสารที่นำมาผสม สำหรับในประเทศไทยในพื้นที่ที่มีการใช้กระท่อมแบบวิถีชุมชนแบบเคี้ยวใบสดที่ไม่ได้ผสมสารอื่นเป็นประจำ ยังไม่พบว่ามีการทำงานของสมองที่มีความแตกต่างกับคนทั่วไปที่ไม่ใช้กระท่อม (11) แต่มีการศึกษาแบบแผนการใช้และผลกระทบต่อสุขภาพในผู้ใช้พืชกระท่อมแบบพื้นบ้านเป็นประจำ พบว่าจะมีอาการท้องผูก กลั้วฝน และอาการถอนยามากกว่าผู้ใช้เป็นครั้งคราว (12) ส่วนลักษณะการใช้ในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดพบว่าการใช้กระท่อมเป็นสารผสมจะมีการใช้กระท่อมในปริมาณที่มากกว่าและเกิดปัญหาจากการใช้กระท่อมได้มากกว่าผู้ใช้แบบเคี้ยวใบสด (13)

สำหรับผลิตภัณฑ์กระท่อมที่มีการนำมาใช้ในต่างประเทศ พบว่ามีสาร MG อยู่ประมาณร้อยละ 2 โดยอาจมีหรือไม่มี 7-OH-MG (ร้อยละ 0.01-0.02) ในต่างประเทศมีการใช้ “Krypton” ซึ่งเป็นใบกระท่อมผสม O-desmethyltramadol พบว่ามีคนเสียชีวิตจากการใช้สารดังกล่าว นอกจากนี้ ยังพบว่ามีกรณีปนเปื้อนของ

เชื้อแบคทีเรีย เช่น ซาลโมเนลล่า (Salmonella) และโลหะหนัก เช่น ตะกั่ว นิกเกิล ในผลิตภัณฑ์กระท่อมที่มีการนำมาบริโภค

ส่วนการรักษาอาการเป็นพิษที่เกิดจากการบริโภคกระท่อมที่เป็นการรักษาหลัก ได้แก่การดูแลรักษาแบบประคับประคอง และรักษาตามอาการที่เกิดขึ้น

สรุป

กระท่อมเป็นพืชพื้นถิ่นซึ่งกระจายไปทั่วทั้งในแถบเอเชีย และประเทศแถบยุโรป และสหรัฐอเมริกา ซึ่งมีความแตกต่างในการใช้ในแต่ละภูมิภาค เช่น จุดประสงค์การใช้ รูปแบบการใช้ และ ตัวผลิตภัณฑ์ที่นำมาใช้ และมีอีกหลากหลายปัจจัย โดยออกฤทธิ์เป็นได้ทั้งสารกระตุ้นประสาทเมื่อใช้ปริมาณน้อย และกดประสาทได้เหมือนสารโอปิออยด์เมื่อใช้ปริมาณสูง กระท่อมมีทั้งประโยชน์ ความเป็นพิษ การเสพติด และอาการถอนหากใช้เป็นระยะเวลานานจากการศึกษาในมนุษย์ และยังคงต้องการศึกษาในสัตว์ทดลองเชิงลึกในระดับโมเลกุลต่อไปเพื่อศึกษาผลกระทบดังกล่าวดังที่พบในมนุษย์ โดยกระท่อมมีโอกาสพัฒนาเป็นยาในแง่เภสัชวิทยาแบบโอปิออยด์ เช่น แก้วปวด และอาจสามารถนำมาใช้ทดแทนสารโอปิออยด์เพื่อบรรเทาอาการถอน โดยหากใช้แบบเดี่ยวจะมีผลข้างเคียงและความเป็นพิษน้อยกว่าโอปิออยด์ อย่างไรก็ตาม กระท่อมยังต้องมีการศึกษาวิจัยในมนุษย์ทางวิทยาศาสตร์แบบ RCT double-blinded และการควบคุมทางคลินิกเพิ่มเติมว่าสามารถพัฒนาเป็นยาเพื่อนำมาใช้บำบัดรักษาผู้ติดโอปิออยด์หรือสารเสพติดอื่นที่เป็นปัญหาหลักของในประเทศไทยได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความปลอดภัยเพียงใดเมื่อเทียบกับการรักษาที่มีอยู่ในปัจจุบัน พืชกระท่อมเป็นที่รู้จักกันมาอย่างยาวนานโดยเฉพาะทางภาคใต้ของประเทศไทย โดยมีการใช้ในชุมชนพอสมควร นักวิจัยจึงต้องศึกษาหาข้อมูลเพิ่มเติมและทำการทดลองให้มากขึ้น เพื่อให้เกิดความมั่นใจ และพัฒนาไปในทิศทางที่ถูกต้อง และเกิดความปลอดภัยต่อส่วนรวม

เอกสารอ้างอิง

1. Davidson C, Cao D, King T, Weiss ST, Wongvisavakorn S, Ratprasert N, Trakulsrichai S, Srisuma S. A comparative analysis of kratom exposure cases in Thailand and the United States from 2010-2017. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2021; 47:74-83.
2. Idayu NF, Hidayat MT, Moklas MA, Sharida F, Raudzah AR, Shamima AR, Apryani E. Antidepressant-like effect of mitragynine isolated from *Mitragyna speciosa* Korth in mice model of depression. *Phytomedicine*. 2011;18:402-7.
3. Kruegel AC, Gassaway MM, Kapoor A, Váradi A, Majumdar S, Filizola M, Javitch JA, Sames D. Synthetic and Receptor Signaling Explorations of the *Mitragyna* Alkaloids: Mitragynine as an Atypical Molecular Framework for Opioid Receptor Modulators. *J Am Chem Soc*. 2016;138:6754-64.

4. Kamble SH, León F, King TI, Berthold EC, Lopera-Londoño C, Siva Rama Raju K, Hampson AJ, Sharma A, Avery BA, McMahon LR, McCurdy CR. Metabolism of a Kratom Alkaloid Metabolite in Human Plasma Increases Its Opioid Potency and Efficacy. *ACS Pharmacol Transl Sci.* 2020;3:1063-1068.
 5. Chang-Chien GC, Odonkor CA, Amorapanth P. Is Kratom the New 'Legal High' on the Block?: The Case of an Emerging Opioid Receptor Agonist with Substance Abuse Potential. *Pain Physician.* 2017;20:E195-E198.
 6. You CY, Hassan Z, Müller CP, Suhaimi FW. Mitragynine improves cognitive performance in morphine-withdrawn rats. *Psychopharmacology (Berl).* 2021, in print.
 7. Nukitram J, Cheaha D, Sengnon N, Wungsintaweekul J, Limsuwanchote S, Kumarnsit E. Ameliorative effects of alkaloid extract from *Mitragyna speciosa* (Korth.) Havil. Leaves on methamphetamine conditioned place preference in mice. *J Ethnopharmacol.* 2022;284:114824.
 8. Cheaha D, Keawpradub N, Sawangjaroen K, Phukpattaranont P, Kumarnsit E. Effects of an alkaloid-rich extract from *Mitragyna speciosa* leaves and fluoxetine on sleep profiles, EEG spectral frequency and ethanol withdrawal symptoms in rats. *Phytomedicine.* 2015;22:1000-8.
 9. Corkery JM, Streete P, Claridge H, Goodair C, Papanti D, Orsolini L, Schifano F, Sikka K, Körber S, Hendricks A. Characteristics of deaths associated with kratom use. *J Psychopharmacol.* 2019; 33:1102-1123.
 10. Henningfield JE, Grundmann O, Babin JK, Fant RV, Wang DW, Cone EJ. Risk of death associated with kratom use compared to opioids. *Prev Med.* 2019;128:105851
 11. สมชาย ศรีวิริยะจันทร์ และคณะ. รายงานการวิจัยศึกษาความสัมพันธ์ของระดับ mitragynine ในเลือดกับผลกระทบต่อสมรรถภาพสมองของผู้ใช้กระท่อมเป็นประจำ. สนับสนุนโดย สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ปปส) และ ศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด (ศศก) <https://cads.in.th/cads/media/upload/1615775931-รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการพืชกระท่อม ผศ.ดร.สมชาย%20ศรีวิริยะจันทร์.pdf>
 12. ศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด (ศศก). บทสรุปพืชกระท่อม. 2563. หน้า 105. <https://cads.in.th/cads/media/upload/1594881548-Kratom%20Final.pdf>
 13. Eaimchaloay S, Kalayasiri R, Prechawit S. Characteristics and physical outcomes of kratom users at a substance abuse treatment center. *Chula Med J.* 2019; 63:179-185.
-

บทที่ 12 การปลดล๊อคพืชกระท่อมในประเทศไทย พ.ศ. 2564

โดย แพทย์หญิงรัศมี กัลยาศิริ

บทนำ

เมื่อวันที่ 27 สิงหาคม 2564 รัฐบาลได้ทำการปลดพืชกระท่อมออกจากบัญชียาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 พืชกระท่อมจัดเป็นพืชที่มีการใช้บริโภคตามวิถีชาวบ้านมาอย่างยาวนานทางพื้นที่ภาคใต้ของประเทศไทย และถูกมองว่าก่อให้เกิดอันตรายได้น้อยกว่ากัญชาหรือยาเสพติดให้โทษอื่น อีกทั้งกฎหมายระหว่างประเทศก็ไม่ได้มีการกำหนดพืชกระท่อมให้เป็นยาเสพติด อย่างไรก็ตาม การใช้พืชกระท่อมในปัจจุบันได้เปลี่ยนแปลงไปจากแต่ก่อนที่ใช้กันแบบวิถีชาวบ้านค่อนข้างมาก โดยมีการนำมาใช้ในรูปแบบน้ำต้มใบกระท่อมผสมสารอื่น ๆ ที่มีฤทธิ์ใกล้เคียงกัน เช่น ยาแก้ไอ ยาแก้ปวด อันเป็นที่นิยมในหมู่วัยรุ่นทางภาคใต้ ทำให้ยังเพิ่มการมีฤทธิ์เสพติดรวมถึงการเกิดพิษจากการใช้ได้มากกว่าการใช้ตามวิถีชาวบ้าน ส่วนการเคี้ยวใบกระท่อมในรูปแบบเดิมตามวิถีชาวบ้านนั้นพบได้น้อยกว่า มักพบเฉพาะพื้นที่ และหากมีการใช้ก็มักเป็นการใช้ในผู้ที่อายุต่ำกว่าผู้ที่นิยมใช้กระท่อมแบบต้มผสมสารอื่น ๆ (1)

กฎหมายเกี่ยวกับการผลิต จำหน่าย และการใช้พืชกระท่อม

ในปี พ.ศ. 2565 กฎหมายที่จะใช้สำหรับการควบคุมพืชกระท่อมอยู่ระหว่างการพิจารณา อย่างไรก็ตาม กฎหมายยังกำหนดให้การใช้น้ำต้มกระท่อมแบบผสมสารอื่นยังเป็นสิ่งที่ผิดกฎหมายตามชนิดของสารอื่นที่นำมาใช้ผสม นอกจากนี้ กฎหมายยังห้ามการบรรจุน้ำต้มกระท่อมในขวดเพื่อขาย โดยต้องขออนุญาตการผลิตและจำหน่ายก่อนจากกองอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) จึงจะสามารถกระทำได้ (2)

เนื่องจากกระท่อมไม่เคยมีการนำมาใช้ในการประกอบอาหารมาก่อน การขออนุญาตในการผลิตอาหารหรือเครื่องดื่มกระท่อมเพื่อจำหน่ายจึงมีขั้นตอนที่รัดกุมกว่าการขออนุญาตผลิตและจำหน่ายอาหารที่เคยมีการนำมาใช้ในทางอาหารมาก่อน เช่น อาหารผสมกัญชา เช่น หากจะนำพืชกระท่อมมาใส่อาหารเพื่อการจำหน่ายจำเป็นต้องทำการทดลองผลิตภัณฑ์ให้สามารถผ่านการประเมินความปลอดภัยอาหารใหม่ (novel food) เสียก่อน โดยมีหน่วยงานที่สามารถประเมินความปลอดภัยอาหารใหม่ ได้แก่ (2)

1. สำนักคุณภาพและความปลอดภัยอาหาร กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
2. สถาบันอาหาร กระทรวงอุตสาหกรรม
3. ศูนย์ประเมินความเสี่ยงประเทศไทย มูลนิธิส่งเสริมโภชนาการในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

นอกจากนี้ หากจะผลิตและจำหน่ายกระท่อมเพื่อใช้เป็นยาสมุนไพรจำเป็นต้องขออนุญาตการผลิตตามพระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2562 ซึ่งจะมีขั้นตอนการขออนุญาตที่มีความรัดกุมมากยิ่งขึ้นกว่าการขออนุญาตการผลิตอาหารหรือเครื่องดื่มผสมกระท่อม อย่างไรก็ตาม เนื่องจากพืชกระท่อมไม่ได้จัดเป็นยาเสพติดตามกฎหมายระหว่างประเทศ จึงมีหลายประเทศที่ไม่ได้มีข้อห้ามในการนำผลิตภัณฑ์กระท่อมเข้าประเทศ จึงเป็นไปได้ที่พืชกระท่อมจะเป็นสินค้าสำหรับการส่งออกจากประเทศไทยไปสู่ต่างประเทศ

พฤติกรรมประชาชนไทยหลังการปลดล็อกพืชกระท่อม

ในช่วงปีที่ผ่านมา เกิดการปรับตัวของประชาชนเกี่ยวกับกระท่อมอย่างมากตามการปลดล็อกพืชกระท่อมออกจากบัญชียาเสพติดให้โทษ ที่แต่ก่อนไม่สามารถปลูก จำหน่าย หรือใช้บริโภคได้ แต่ปัจจุบันสามารถทำได้โดยเสรี กลายเป็นภาพที่คุ้นตาเมื่อเห็นดารานักแสดงโชว์การเคี้ยวใบกระท่อมออกรายการสดหรือการให้ความรู้จากหน่วยงานเพื่อให้เกิดการใช้ใบกระท่อมอย่างถูกวิธี รวมถึงการเห็นการวางขายตามท้องถนนโดยทั่วไป แม้กระทั่งสามารถเห็นการซื้อขายใบกระท่อมได้อย่างเสรีผ่านช่องทางออนไลน์ นอกจากนี้ ตามจังหวัดต่าง ๆ จะเห็นป้ายแจกต้นกระท่อมหรือการส่งเสริมให้มีการปลูกต้นกระท่อมกันโดยทั่วไป

“...มีรถกระบะชนใบกระท่อมมาเต็มคัน วางขายกันกิโลละ 300-400 บาท ไม่ได้เจอแค่ที่เดียว รอบเมืองที่ได้เห็นในวันเดียวกันนั้นไม่ต่ำกว่าสามจุด มีผู้คนแวะเวียนมาซื้อใบกระท่อมสด ราวกับว่าสินค้าชนิดนี้เป็นสินค้าทั่วไปที่มีการซื้อขายอย่างปกติมาอย่างยาวนานประมาณหนึ่งแล้ว แน่แน่นอนว่าปริมาณการขายแต่ละคันที่ชนมานั้นไม่ใช่ข้อย่อย ๆ หากไม่เชื่อมั่นว่ามีลูกค้ารอซื้ออยู่มากมาย ผู้ขายคงไม่กล้าไปเหมาสวนมาวางขายในเมืองอย่างแน่นอน...” เป็นข้อสังเกตเพียงไม่กี่สัปดาห์หลังการปลดล็อกพืชกระท่อมในปี พ.ศ. 2564 จาก ดร. นายแพทย์ มูฮัมหมัดฟาห์มี ตาละ ซึ่งทำงานในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ (3) โดยสถิติจากการสำรวจโดยสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ปปส.) พบว่าการสำรวจในปี 2562 คนไทยอายุ 12-65 ปี ใช้พืชกระท่อมทั้งในรูปแบบกินใบสดและต้มผสมยาแก้ไอประมาณร้อยละ 1.0 หรือประมาณ 7 แสนคน (4) และคาดประมาณว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นหลายเท่าตัวหลังการผ่อนคลายทางกฎหมาย

ส่วนการสำรวจโดยศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด (ศศก.) ในคนไทยอายุ 18-65 ปี ในปีเดียวกันคือ ปี พ.ศ. 2562 พบการใช้พืชกระท่อมอยู่ที่ร้อยละ 2.5 และเพิ่มขึ้นมาเป็นร้อยละ 2.8 ในปี พ.ศ. 2563 ก่อนจะเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดดในปีที่มีการปลดล็อกพืชกระท่อม พ.ศ. 2564 โดยพบประชาชนไทยใช้พืชกระท่อมในปีที่ผ่านมาสูงถึงประมาณร้อยละ 11.3 (5) คล้ายกับกรณีพืชกัญชา ที่ในการสำรวจของ ปปส. ปี พ.ศ. 2559 ประชาชนไทยใช้กัญชาอยู่ที่ประมาณร้อยละ 0.4 เท่านั้น แต่ในปี พ.ศ. 2562 ที่มีการอนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ ความชุกของผู้ใช้กัญชาเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 1.3 โดยเมื่อมีการอนุญาตให้ใช้บางส่วนของกัญชาได้ เช่น ใบ ในปี พ.ศ. 2564 พบตัวเลขผู้ใช้กัญชาในประชากรไทยจากการสำรวจโดย ศศก. สูงขึ้นกว่าปีก่อนหน้าราวสองเท่า โดยมีข้อสันนิษฐานว่าการใช้กระท่อมรวมถึงกัญชาดังกล่าวในประชากรไทยที่มากขึ้นน่าจะเป็นเพียง

การอยากลองด้วยความที่มิถุหมายควบคุมมาเป็นระยะเวลายาวนานโดยผู้ที่ทดลองใช้อาจไม่ได้ตั้งใจจะใช้จนเป็นประจํา อย่างไรก็ตาม ด้วยความที่ทั้งกระท่อมและกัญชามีสารที่ทำให้มีฤทธิ์ในการเสพติดได้ จึงมีโอกาสมากขึ้นที่ผู้ที่ทดลองใช้อาจจะใช้จนกระทั่งเสพติดได้ในที่สุดเนื่องจากสามารถหาสารเหล่านี้มาใช้ได้โดยง่ายกว่าแต่ก่อนมาก

กระท่อมกับการขับเคลื่อนทางเศรษฐกิจ (3)

การใช้กระท่อมในทางอุตสาหกรรม โดยนำมาเป็นยา อาหาร และ เครื่องสำอาง เป็นแรงขับเคลื่อนหนึ่งที่ทำให้เกิดการปลดล๊อคพืชกระท่อมโดยรัฐบาล โดยมีบริษัทใหญ่หลายบริษัทที่พร้อมลงทุนในการสร้างผลิตภัณฑ์จากกระท่อมในระดับอุตสาหกรรม นอกจากนี้ ยังมีบริษัทที่สนใจธุรกิจกัญชงกัญชวยุ่แล้วที่อาจจะมาเข้าร่วมในอุตสาหกรรมกระท่อมร่วมด้วย และบริษัทอื่น ๆ ที่อาจนำสารสกัดมาใช้ในผลิตภัณฑ์ของตน หรือแม้แต่ด้านสถาบันการศึกษาบางสถาบันเอง เช่น มหาวิทยาลัยบางแห่ง ก็มีความสนใจในการพัฒนาและผลิตอาหารเครื่องดื่มจากกระท่อมเพื่อจำหน่าย เป็นต้น

ทั้งนี้ ลักษณะภูมิอากาศทางภาคใต้ของประเทศไทยมีความเหมาะสมต่อการปลูกพืชกระท่อมให้ได้สารสำคัญสูงกว่าบริเวณอื่นของประเทศและของโลก โดยปัจจุบันมีเพียงกระท่อมจากอินโดนีเซียเท่านั้นที่มีการทำเป็นอุตสาหกรรมและมีมูลค่าการส่งออกหลายพันล้านบาท โดยเป็นประเทศที่ครองส่วนแบ่งการตลาดของกระท่อมทั่วโลกอยู่ที่ร้อยละ 90 อย่างไรก็ตาม มีการกล่าวกันว่ากระท่อมที่ปลูกในประเทศอินโดนีเซียมีสารสำคัญไม่สูงเท่ากับที่ปลูกทางภาคใต้ของประเทศไทย โดยที่ อำเภอนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่มีการนำร่องเป็นพื้นที่ทดลองการปลูกกระท่อมตามวิธีชุมชนมาก่อนที่จะปลดล๊อคพืชกระท่อมแบบทั้งประเทศนี้ ได้เริ่มมีการลงทุนของกลุ่มเกษตรกรในการทำโรงงานแปรรูปขนาดเล็ก และอาจมีการขยายตัวมากขึ้นเพื่อผลิตทางด้านเศรษฐกิจ จึงมีความเป็นไปได้ที่พืชกระท่อมอาจกลายเป็นพืชส่งออกของภาคใต้ขึ้นกับกำลังซื้อและความต้องการจากตลาดต่างประเทศ เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา (6) ซึ่งเป็นประเทศที่มีการใช้สารโอปิออยด์สูง และมีการอ้างถึงการใช้กระท่อมเพื่อทดแทนการใช้สารโอปิออยด์เหล่านั้น อย่างไรก็ตาม แม้ว่าพืชกระท่อมอาจจะมีผลดีทางเศรษฐกิจอยู่บ้าง แต่ผลกระทบที่จะตามมาในชุมชนบางชุมชนที่ไม่ใช่ชุมชนต้นแบบอย่างอำเภอนาสาร ก็มีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากัน

ผลกระทบต่อแต่ละชุมชนหลังการปลดล๊อคพืชกระท่อม

สืบเนื่องจากการใช้พืชกระท่อมในบริบทสังคมปัจจุบันโดยเฉพาะในคนอายุน้อยมักใช้แบบน้ำต้มใบกระท่อมผสมยาแก้ไอ ยาแก้ปวด และใส่น้ำหวาน เช่น น้ำไค้ก (kratom cocktail หรือ 4x100) เพื่อให้ไม่มีรสขมนั้น ทำให้เด็กที่เคยใช้น้ำกระท่อมอยู่สามารถหามาใช้ได้ง่าย ทำให้การปลดล๊อคพืชกระท่อมเกิดการต่อต้าน

ทางสังคม และอาจเพิ่มปัญหาสังคมให้กับพื้นที่ที่ไม่ได้มีการเตรียมความพร้อมอย่างดีดังเช่นการเตรียมความพร้อมที่ตำบลน้ำพุ อำเภอนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่ส่วนใหญ่เป็นการใช้กระท่อมตามบริบทของวิถีชาวบ้านมากกว่า ทางกระทรวงสาธารณสุขเอง เช่น กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้พยายามที่จะให้ความรู้ประชาชนในการใช้พืชกระท่อมอย่างถูกวิธีในการนำมาใช้เป็นยา อย่างไรก็ตาม บริบทการใช้พืชกระท่อมได้เปลี่ยนไปจากวิถีชาวบ้านแต่ก่อนค่อนข้างมากในพื้นที่ส่วนใหญ่ของประเทศที่มีการใช้พืชกระท่อมในช่วงที่ใช้กระท่อมยังเป็นสิ่งผิดกฎหมาย จึงมีความเป็นไปได้ที่ภาพจำเกี่ยวกับการใช้น้ำกระท่อมในเด็กและเยาวชนที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตการเรียนและการทำงานจะไม่สามารถจางหายหรือเลือนหายไป กฎหมายที่จะนำมาใช้ควบคุมเฉพาะในอนาคตจึงมีความจำเป็นและสำคัญอย่างยิ่งที่จะป้องกันปัญหาที่อาจบานปลายต่อไป โดยเฉพาะการใช้น้ำต้มใบกระท่อมในเด็กและเยาวชนเมื่อตัวใบกระท่อมเองไม่ได้อยู่ในบัญชียาเสพติดให้โทษของประเทศไทยอีกต่อไป

สรุป

การปลดล็อกพืชกระท่อมในปี พ.ศ. 2564 ของประเทศไทย ได้ดำเนินการโดยยังไม่มีกฎหมายควบคุมเฉพาะมารองรับ แต่ยังมีพระราชบัญญัติอาหารที่สามารถทำให้ควบคุมการผลิตอาหารและจำหน่ายอาหารที่มีกระท่อมผสมได้ระดับหนึ่งเนื่องจากถือเป็นอาหารใหม่ (novel food) ที่ต้องผ่านกระบวนการทดสอบผลิตภัณฑ์และทำการทดลองให้แน่ใจว่าเกิดความปลอดภัยก่อน โดยถือว่าเป็นพืชที่โอกาสเติบโตได้ทางเศรษฐกิจ อย่างไรก็ตาม การใช้กระท่อมแบบผิดวิธี เช่น การผสมยาแก้ปวด ยาแก้ไอ ยาแก้แพ้ ยังคงจำเป็นต้องรอการศึกษาและสำรวจต่อเนื่องต่อไปว่าจะเกิดผลกระทบทำให้เด็กและเยาวชนไทยยังใช้กระท่อมในรูปแบบผิดกฎหมายดังกล่าวมากขึ้นหรือไม่ นอกจากนี้ การใช้ตามวิธีพื้นบ้าน เช่น นำมาเคี้ยวใบสด หรือชงชา นั้น ก็ยังอาจเกิดผลกระทบต่อร่างกายได้หากใช้ระยะยาว เช่น การเป็นพิษต่อตับ จึงจำเป็นต้องติดตามศึกษาถึงผลกระทบจากการปลดล็อกพืชกระท่อมนี้ด้วยต่อไปในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. สมสมร ชิตตระการ. บทสรุปของพืชกระท่อม. ศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรกฎาคม 2563.
2. กองอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. ประเด็นถาม-ตอบ ผลิตภัณฑ์อาหารที่มีส่วนประกอบของพืชกระท่อม. เข้าถึงเมื่อ 20 กรกฎาคม พ.ศ. 2565
<https://www.fda.moph.go.th/sites/food/SitePages/View.aspx?T=FAQ&TF=1&IDdata=32>.
3. มูฮัมมัดฟาห์มี ตาเล. พืชกระท่อมกับแนวโน้มการเติบโตทางเศรษฐกิจ. ศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด. เข้าถึงเมื่อ 20 กรกฎาคม พ.ศ. 2565
<https://www.facebook.com/cads.in.th/posts/622696485763104>

4. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ปปส.) รายงานผลการสำรวจครัวเรือนเพื่อคาด
จำนวนประชากรผู้ใช้สารเสพติดของประเทศไทยปี 2562.
 5. Kalayasiri R, Boonthae, S. Trends of cannabis use and related harms before and after the
allowance for medical use and legalization for recreational purpose in Thailand. In
submission.
 6. Schimmel J, Amioka E, Rockhill K, Haynes CM, Black JC, Dart RC, et al. Prevalence and
description of kratom (*Mitragyna speciosa*) use in the United States: a cross-sectional study.
Addict Abingdon Engl. 2021 Jan;116(1):176–81.
-

บทที่ 13 รูปแบบการบำบัดผู้ติดสารเสพติด และการป้องกันการกลับไปติดซ้ำ

โดย นางสาววรรณจรี มณีแสง

บทนำ

สารเสพติด เป็นปัญหาที่สำคัญของหลายประเทศทั่วโลกในขณะนี้ เพราะส่งผลกระทบต่อปัญหาหลายมิติทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาต่อตัวผู้ใช้สารเองซึ่งนับว่าเป็นทรัพยากรที่สำคัญในการขับเคลื่อนประเทศ ประเทศไทยโดยกรมสุขภาพจิตได้มีการสำรวจความชุกและปัญหาสารเสพติดไว้ทุก 5 ปี และจากรายงานเมื่อปี พ.ศ. 2556 ที่สำรวจกลุ่มตัวอย่างอายุ 18 ปีขึ้นไปทั่วประเทศไทยที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนอย่างน้อย 3 เดือน จำนวน 4,727 คน พบความชุกของพฤติกรรมกาเสพติดสาร (Substance use disorders) ชั่วชีวิต สูงถึงร้อยละ 30.8 ซึ่งนับว่าเป็นจำนวนที่สูงมากเมื่อเทียบกับนานาชาติ และจากรายงานข้อมูลทางสถิติของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ซึ่งเป็นสถานบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดที่ใหญ่ที่สุดในประเทศไทย พบว่า แนวโน้มของจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดสูงขึ้นทุกปีจาก 5,589 ราย ในปี พ.ศ. 2560 เป็น 6,200 ราย ในปี พ.ศ. 2561 และแม้ว่าในปัจจุบันจะมีสถานการณ์โรคระบาดโควิด (COVID-19) เกิดขึ้น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 ก็ยังคงพบจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดมากถึง 5,638 ราย และพบจำนวน 5,188 ราย ในปี พ.ศ. 2563 นอกจากนี้ยังพบจำนวนผู้ที่มีการกลับมาใช้ซ้ำเพิ่มขึ้นจากจำนวน 804 ราย ในปี พ.ศ. 2560 เป็น 962 ราย ในปี พ.ศ. 2563 โดยพบว่าประเภทของสารเสพติดที่มีผู้เข้ารับการบำบัดในแผนกผู้ป่วยในจำนวนมากที่สุด คือ สารเมทแอมเฟตามีน ซึ่งพบจำนวน 1,539 ราย ในปี พ.ศ. 2560 และ 1,174 ราย ในปี พ.ศ. 2563

ปัจจัยสนับสนุนที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการใช้สารเสพติด

สามารถแบ่งออกได้เป็นสามด้านดังนี้

ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ ทักษะการเผชิญปัญหาและความเครียดไม่เหมาะสม ขาดความภาคภูมิใจหรือการรับรู้ความสามารถในตนเองบกพร่อง พื้นฐานทางอารมณ์ไม่มั่นคง มีประสบการณ์หรือได้เรียนรู้การใช้สารเสพติดที่ไม่เหมาะสม มีความเชื่อหรือทัศนคติต่อการใช้สารเสพติดที่ไม่ถูกต้อง

ปัจจัยด้านพฤติกรรม ได้แก่ การใช้สารเสพติดเพื่อเป็นพฤติกรรมเรียกร้องความสนใจ การใช้สารเสพติดในการหารายได้ การขาดทักษะเชิงพฤติกรรมในการปฏิเสธสารเสพติด การใช้สารเสพติดเพื่อเบี่ยงเบนความเจ็บปวดของโรคทางกายและการมีพฤติกรรมเลียนแบบจากบุคคลใกล้ชิด

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ครอบครัว ชุมชน เพื่อน และสังคม เมื่อผู้ป่วยสารเสพติดหยุดใช้สารเสพติดแล้ว แต่ต้องไปเผชิญกับสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงจึงมักจะถูกระตุ้นให้เกิดความคิดเดิมว่า เมื่อตนใช้สารเสพติดแล้วตนจะสามารถมีความสุขคลายความทุกข์ลงได้จนเกิดเป็นความคิดอัตโนมัติซ้ำ ๆ จนไม่สามารถยับยั้งพฤติกรรมการเสพยาได้ ส่งผลให้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (self - efficacy) ลดลง และคิดว่าไม่มีประโยชน์ที่จะหักห้ามใจตนเองอีกต่อไป ประกอบกับความรู้สึกละอายใจที่ตนเองเคยพลาดพลั้งใช้สารเสพติด ภายใต้สถานการณ์ดังกล่าวจึงทำให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มจะกลับไปเสพยาอยู่เสมอ หากผู้ป่วยยังคงไม่สามารถที่จะพัฒนาทักษะในการแก้ไขปัญหาแบบใหม่ได้

สำหรับสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง คือ สถานการณ์ที่เกิดขึ้นพร้อมกับการใช้สารจนทำให้เกิดความรู้สึกลอยกลับไปเสพยา อาจจำแนกออกเป็น 2 ประเภท คือ สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องระหว่างบุคคล เช่น ความขัดแย้งระหว่างบุคคล การต่อสู้ ความหึงหวง การทะเลาะเบาะแว้ง ความละอายใจต่อคนอื่น และสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับตัวบุคคลเอง เช่น อารมณ์ต่าง ๆ ได้แก่ อารมณ์โกรธ อารมณ์กังวล อารมณ์กลัว หรือความรู้สึกละอายใจต่าง ๆ ได้แก่ ความรู้สึกอยากเสพยา ความรู้สึกเหนื่อย ความรู้สึกเครียด ความรู้สึกเศร้า หรืออาจกล่าวได้ว่า สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความอยากเสพยา ประกอบด้วยสิ่งกระตุ้นภายใน (internal stimuli) และสิ่งกระตุ้นภายนอก (external stimuli) นั้นเอง

การบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติด

มีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้และพฤติกรรมบำบัดสำหรับผู้ติดสารเสพติด (cognitive - behavioral therapies (CBT) of substance abuse) ที่เริ่มขึ้นเมื่อประมาณกลางปี ค.ศ. 1980 และยังคงพบผลงานวิจัยอย่างต่อเนื่องที่สนับสนุนประสิทธิผลหลักการของ CBT ว่าสามารถช่วยลดจำนวนการใช้สารของผู้ติดสารเสพติดต่าง ๆ ได้ ดังเช่น Nicole K lee พบว่า โปรแกรม CBT เป็นโปรแกรมพื้นฐานสำคัญในการช่วยลดจำนวนการเสพยาเมทแอมเฟตามีนของผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีน Bran D. Kiluk, Tammy Chung และ Kathleen M. Carroll พบผลการศึกษาในทิศทางที่สอดคล้องกันว่า การบำบัดด้วยโปรแกรม CBT จะช่วยปรับกระบวนการคิดอัตโนมัติในสมองแล้วนำไปสู่การควบคุมพฤติกรรมกลับไปเสพยาของผู้ติดสารเสพติดได้ ส่วน Sarah B. Hunter พบว่า นอกจากโปรแกรม CBT จะสามารถช่วยลดการกลับมาดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำภายใน 3 เดือนหลังการบำบัดได้แล้ว ยังจะสามารถช่วยลดความซึมเศร้าซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของการกลับไปดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำได้อีกด้วย แต่อย่างไรก็ตามหลักการบำบัดด้วยโปรแกรม CBT อาจยังไม่มีประสิทธิผลเพียงพอที่จะป้องกันการกลับมาเสพยาได้มากนัก เพราะพฤติกรรมติดสารเสพติดได้กลายเป็นปัญหาที่สำคัญมากขึ้นเรื่อย ๆ ต่อมานักทฤษฎีด้านการเรียนรู้พฤติกรรมและด้านพลวัตทางจิตจึงได้นำหลักการของจิตบำบัดมาพัฒนาเพื่อใช้ในการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งทฤษฎีหลักในการกำหนดกลยุทธ์การบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดอย่างสากล คือ ทฤษฎีการเรียนรู้ในการใช้สารเสพติดและการป้องกันการเสพยา ซึ่งมีแนวคิดในการบำบัดผู้ติดสารเสพติด ดังนี้

1. การติตสารเสพติดเป็นผลมาจากกระบวนการเรียนรู้และพฤติกรรมที่สลับซับซ้อน
2. กระบวนการเรียนรู้พฤติกรรมติตสารเสพติดกำลังได้รับการเรียนรู้อย่างกว้างขวาง
3. กระบวนการเรียนรู้และพฤติกรรมบำบัดสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมติตสารเสพติดได้
4. เป้าหมายหลักของการบำบัดผู้ติตสารเสพติด คือ การเรียนรู้และศึกษาพฤติกรรมเพื่อให้ผู้เข้ารับการบำบัดเกิดทักษะปฏิเสธในการใช้สารเสพติด
5. การเรียนรู้และพฤติกรรมบำบัด ต้องทำการรวบรวมข้อมูลอย่างมากเพื่อให้ได้แนวคิดพฤติกรรมของผู้ติตสารเสพติดเพื่อเลือกเทคนิคในการบำบัดให้เหมาะสม
6. การเรียนรู้และพฤติกรรมบำบัดที่มีประสิทธิภาพ ผู้บำบัดควรสร้างสัมพันธภาพที่ดี เพื่อให้เกิดความอบอุ่นและเกิดกำลังใจกับผู้ป่วย

ปัจจุบันการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติตยาเสพติดในไทยได้ใช้แนวทางในการบำบัดตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูการติตสารเสพติด พ.ศ. 2545 ซึ่งมีการกำหนดแนวทางไว้ 4 ขั้นตอน ได้แก่

- ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการก่อนรักษา
- ขั้นตอนที่ 2 การบำบัดรักษาด้วยยา
- ขั้นตอนที่ 3 การฟื้นฟูสมรรถภาพ
- ขั้นตอนที่ 4 คือการติดตามการรักษาไปอีก 1 ปี

ประเทศไทยได้มีการพัฒนารูปแบบการบำบัดในขั้นตอนการฟื้นฟูสมรรถภาพให้เป็นรูปแบบใหม่เรียกว่า FAST Model ซึ่งมาจากการนำแนวคิดของการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพติดแบบผู้ป่วยนอกคือ Matrix program ซึ่งพัฒนาโดย University of California ประเทศสหรัฐอเมริกา มาผสมผสานกับการบำบัดฟื้นฟูรูปแบบชุมชนบำบัด (Therapeutic Community) นับเป็นกระบวนการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสารเสพติดโดยใช้สังคมจำลอง ด้วยการให้ผู้ติตสารเสพติดเข้ามาอยู่ร่วมกันเสมือนเป็นบุคคลในครอบครัวเดียวกัน ดำเนินชีวิตอยู่ภายใต้กฎเกณฑ์ที่กำหนดขึ้นร่วมกัน ซึ่งในโปรแกรมมีองค์ประกอบที่สำคัญ 4 องค์ประกอบ ได้แก่ F = family คือ ครอบครัว เป็นการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มต้นการบำบัดด้วยการให้ความรู้แก่ครอบครัว เทคนิคการอยู่ร่วมกันในครอบครัวและสังคม การให้คำปรึกษาครอบครัว และกิจกรรมครอบครัวบำบัด, A = Alternative treatment คือ กิจกรรมทางเลือก เป็นการจัดกิจกรรมทางเลือกที่

เหมาะสมให้แก่ผู้เสพติด ได้แก่ ชมรมที่ชอบ และกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิต, S = Self - help คือ การเรียนรู้เพื่อช่วยเหลือตนเองด้วยการจัดกิจกรรม เพื่อช่วยให้ผู้เสพติดเกิดการเรียนรู้ เสริมสร้างความฉลาดทางอารมณ์ สามารถสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นได้ ปรับเปลี่ยนเจตคติ ความรู้สึกและพฤติกรรมของตนเองด้วยตนเอง สร้างพลังใจที่เข้มแข็งจนสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างปกติโดยไม่พึ่งยาเสพติด และ T =Therapeutic Community คือ ชุมชนบำบัด เป็นการจัดสังคมจำลองจากแนวคิดการช่วยเหลือตนเองมาเป็นการช่วยเหลือดูแลซึ่งกันและกันในสิ่งแวดล้อมที่อบอุ่น ปลอดภัย โดยแต่ละบุคคลเสมือนเป็นครอบครัวเดียวกัน

แต่จากการพบจำนวนผู้ที่มีการกลับมาเสพยาซ้ำยังคงสูงขึ้นต่อเนื่อง จึงอาจสะท้อนให้เห็นอีกมุมหนึ่งว่า แนวทางการบำบัดที่ใช้อยู่ในปัจจุบันอาจยังมีช่องว่างหรือจุดอ่อนที่ไม่สามารถป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำได้ อันที่จริงแล้วการติดสารเสพติดเสมือนเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่ง การกลับไปเสพยาซ้ำก็เหมือนกับการมีอาการกำเริบของโรคเรื้อรังหรือโรคทางจิตเวช ซึ่งส่วนใหญ่จะพบอัตราการกลับไปเสพยาซ้ำของผู้ติดสารเสพติดภายใน 1 ปี แรก ได้มากถึงร้อยละ 96.7 และพบอัตราการกลับไปเสพยาซ้ำภายในเดือนแรกประมาณร้อยละ 54.6 พบอัตราการกลับไปเสพยาซ้ำในช่วงเวลา 1 ถึง 3 เดือนได้ประมาณร้อยละ 31.8 นอกจากนี้ยังพบอัตราการกลับไปเสพยาซ้ำภายใน 6 เดือนประมาณร้อยละ 93.3 ซึ่งเป็นอัตราที่ใกล้เคียงกับอัตราการกลับไปเสพยาซ้ำในระยะเวลา 1 ปี และนับเป็นอัตราที่มีการการกลับไปเสพยาซ้ำสูงมาก

หลักการป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำ (relapse prevention)

เป็นการผสมผสานการฝึกทักษะการควบคุมตนเอง (self-control) กับหลักการปรับความคิดและพฤติกรรม (cognitive- behavioral model) ซึ่งเป็นรูปแบบที่นำมาใช้ในการดูแลผู้ที่มีปัญหาทางพฤติกรรมอย่างแพร่หลายโดยเฉพาะผู้ติดสารเสพติดซึ่งได้กล่าวมาข้างต้น แต่ผู้ติดสารเสพติดนับเป็นกลุ่มที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองได้ยากแม้ว่าจะเคยได้รับการบำบัดรักษาแล้วก็ตาม ซึ่งตามแนวคิดของการป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำนั้นจะใช้วิธีการยับยั้งพฤติกรรม (inhibition) จากสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง เพื่อนำไปสู่พฤติกรรมที่เหมาะสมตามเป้าหมาย เป็นวิธีการรักษาที่สอนให้ผู้ป่วยได้ค้นหาความคิด ความรู้สึก บุคคล และสถานการณ์ที่กระตุ้นเตือนให้ตนเองไม่กลับไปใช้สารเสพติดอีก ดังนั้นผู้บำบัดต้องแนะนำให้ผู้ป่วยหาวิธีการจัดการกับสถานการณ์เหล่านี้อย่างเหมาะสมโดยไม่ต้องใช้สารเสพติด โดย

1. ฝึกการเผชิญปัญหาให้กับผู้ป่วย เพื่อรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้นในระยะแรก ๆ ของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น การเผชิญกับการเรียกร้องและความรู้สึกอยากสารเสพติด

2. เตรียมพร้อมเมื่อต้องเจอกับสถานการณ์ที่เป็นตัวกระตุ้น ผู้ป่วยจะต้องสามารถหลีกเลี่ยงสถานการณ์ความเสี่ยงให้ได้ โดยผู้บำบัดต้องให้ข้อมูลในการหลีกเลี่ยงสถานการณ์ความเสี่ยงที่เป็นไปได้และช่วยให้ผู้ป่วยฝึกทักษะในการรับมือกับความท้าทายในการเปลี่ยนนิสัยเดิมของตนเองให้ได้โดยสิ้นเชิง

3. ฝึกรับมือกับความคิดและพฤติกรรม (cognitive and behavioral) ในการจัดการกับสัญญาณเตือนของการกลับไปเสพซ้ำและสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง บางครั้งผู้ป่วยมักมีข้อสงสัยในทัศนคติและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองในขณะที่บำบัดฟื้นฟู มักมีการปฏิเสธและการหาเหตุผลเข้าข้างตนเองซึ่งเป็นความเสี่ยงอย่างมากในการกลับไปเสพซ้ำ ผู้บำบัดจึงควรสอนผู้ป่วยเกี่ยวกับวิธีการระบุปัญหาที่เกิดขึ้นและรับมือกับความวิตกกังวลของกระบวนการด้านความคิดตนเองให้ได้

4. การทำกิจกรรมเสริมที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต เพราะผู้ป่วยมีวิถีชีวิตเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้สารเสพติดเป็นส่วนใหญ่ จึงควรสอนผู้ป่วยเกี่ยวกับวิธีการรับมือกับการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตใหม่เพื่อลดความต้องการใช้สารเสพติด

5. ฝึกการเรียนรู้วิธีการแก้ไขปัญหาจากประสบการณ์จริงที่ผ่านมาและการคิดเพื่อเป้าหมายใหม่ในอนาคต ความคาดหวังและการเตรียมความพร้อมล่วงหน้าเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความล้มเหลวในระหว่างทางของการฟื้นฟูสภาพ เพราะผู้ป่วยมักมีความคาดหวังและความต้องการสูงที่จะทำหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์โดยไม่เกิดข้อผิดพลาด หากมีปัญหาเกิดขึ้นผู้ป่วยมักคิดว่าตนเองทำไม่ได้ ความคาดหวังในความสำเร็จแบบอาจทำให้เกิดความล้มเหลวในการฟื้นฟูสภาพได้ จึงควรมีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยเรียนรู้วิธีการแก้ไขปัญหาจากประสบการณ์จริงที่ผ่านมาและมีเป้าหมายใหม่ในการเดินต่อไปข้างหน้า

โปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC : Mindfulness – Based Therapy and Counseling)

เนื่องจากในปัจจุบันประเทศทางฝั่งตะวันตกได้ให้ความสนใจในเรื่องของวิปัสสนามากขึ้น และทางการแพทย์เองก็ได้นำแนวคิดของ “สติบำบัด” มาพัฒนาเป็นโปรแกรม Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) สำหรับการบำบัดดูแลผู้ป่วยที่มีความเครียดจากโรคเรื้อรัง และโปรแกรม Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) สำหรับบำบัดดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวช ควบคู่ไปกับการใช้ยาเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ส่วนในประเทศไทยได้มีการใช้หลักพุทธธรรม หรือที่เรียกว่า จิตวิทยาแนวพุทธ (Buddhist psychotherapy) ซึ่งเป็นการนำหลักของ “สมาธิและสติ” มาใช้ในการบำบัดผู้ป่วยเช่นกัน โดยในปี พ.ศ. 2559 กรมสุขภาพจิตได้นำแนวคิดการบำบัดจิตวิทยาแนวพุทธ (Buddhist psychotherapy) และโปรแกรมการฝึกสติบำบัดของต่างประเทศที่มีหลักการของ CBT เป็นพื้นฐานมาผสมผสานเข้าด้วยกัน แล้วพัฒนาขึ้นเป็นโปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC : Mindfulness – Based Therapy and Counseling program) สำหรับการบำบัดผู้ป่วยที่มีโรคทางจิตเวชและผู้ติดสารเสพติดเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยหัวใจสำคัญของโปรแกรมการฝึกสติบำบัด MBTC คือ การมีสติ (mindfulness) และใช้สติเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้ผู้ป่วยไม่กลับไปเสพซ้ำอีก โดยเน้นที่การจัดการอารมณ์ ความทุกข์ และความเครียดด้วยสติ พัฒนาจิตของตนเองให้สามารถปล่อยวาง เกิดความคิดในเชิงบวกและตระหนักรู้คิด รู้ทันกับสิ่งที่ควรทำและไม่ควรทำมากกว่าการปรับวิธีคิดและพฤติกรรมด้วยหลักการของ CBT เพียงอย่างเดียว โดยผู้ที่สามารถเข้ารับโปรแกรม

การฝึกสติบำบัด (MBTC) ได้ คือ ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตไม่ว่าจะเป็นความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า และพฤติกรรมกรมการเสพติด ตลอดจนปัญหาความไม่สุขสบายจากโรคทางกายเรื้อรัง โดยใช้ได้ทั้งกับผู้ป่วยและญาติ สามารถทำได้ในรูปแบบของการฝึกรายบุคคล (individual) การฝึกแบบกลุ่ม (group) และการฝึกแบบห้องเรียน (classroom) โดยโปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC) จะครอบคลุมการฝึกสติทั้ง 8 ด้าน คือ สติในการรับรู้ สติในความคิด สติในการปล่อยวาง สติในการควบคุมอารมณ์ สติในการใคร่ครวญ สติในการสื่อสาร สติในการเมตตาให้อภัย และสติเป็นวิถี ซึ่งสติเหล่านี้สามารถเกิดขึ้นได้โดยการหมั่นฝึกสมาธิ ฝึกการจับความรู้สึกของร่างกายและติดตามความคิด ฝึกการใช้ชีวิตอย่างมีสติระหว่างวันเป็นประจำทุกวัน เพราะการทำซ้ำ ๆ อย่างต่อเนื่องจะทำให้เกิดวงจรการเรียนรู้ของสมองจนกลายเป็นความชำนาญ และเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่าง ๆ จะสามารถเรียก “สติ” ออกมาใช้ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งการนำโปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC) มาใช้ในการบำบัดเพื่อลดพฤติกรรมกรมการเสพติดนั้นควรได้รับการบำบัด 8 ด้านดังนี้

ด้านที่ 1 การจัดการกับความว้าวุ่นใจ เป็นการฝึกสมาธิใช้การรับรู้ลมหายใจ เพื่อให้รู้ทันความไม่สบายใจ และความอยากเสพสาร ช่วยลดความว้าวุ่นใจ

ด้านที่ 2 การดำเนินชีวิตอย่างมีสติ เป็นการฝึกสติพื้นฐาน เน้นการรับรู้ถึงสิ่งที่กำลังทำ หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงหรือตัวกระตุ้น เพื่อช่วยให้สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย

ด้านที่ 3 การปล่อยวางอารมณ์และความรู้สึกอยากเสพที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ (focusing) และบนร่างกาย (body scan) เน้นการมีสติในการรับรู้สิ่งที่เกิดขึ้นบนร่างกายและในจิตใจ

ด้านที่ 4 การรู้ทันความคิดและปล่อยวาง เป็นการฝึกให้มีสติรู้ทันความคิดที่เกิดขึ้นอัตโนมัติโดยเฉพาะความคิดด้านลบ (Negative thought) และฝึกปล่อยวางความคิดที่เกิดขึ้นได้

ด้านที่ 5 การทบทวนสัมพันธภาพใหม่ เป็นการฝึกสติให้รู้ทันความคิดและใคร่ครวญว่า ได้อะไรจากวิกฤติหรือปัญหาเพื่อเปลี่ยนความคิดเชิงลบให้เป็นความคิดเชิงบวก (Positive thought)

ด้านที่ 6 การสื่อสาร เน้นการฝึกให้มีสติในการฟังและพูด สร้างความตระหนักให้เห็นถึงปัญหาจากการสื่อสารทางลบที่เกิดขึ้นโดยไม่รู้ตัว และช่วยให้สื่อสารได้แบบใจถึงใจกับคนใกล้ชิดได้

ด้านที่ 7 การเมตตาและให้อภัย ฝึกให้เข้าใจที่สงบเพื่อแผ่ความรักความปรารถนาดีให้กับตนเองและผู้อื่น การเมตตาตนเองจะช่วยให้รู้สึกมั่นคงและเพิ่มความมั่นใจพร้อมที่จะยอมรับความทุกข์ที่เกิดขึ้นได้ และการ

เมตตาผู้อื่นจะช่วยลดความขุ่นเคืองใจและเปิดใจกว้างยอมรับผู้อื่นได้ ซึ่งจะสามารถช่วยลดภาวะเครียดแม้ในยามวิกฤติได้

ด้านที่ 8 สติเป็นวิถี เน้นการฝึกสติอย่างต่อเนื่องเพื่อสร้างความเข้มแข็งในจิตใจของเรา และสร้างพลังบวกให้สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้

จะเห็นว่าหลักการป้องกันการกลับมาเสพติด (relapse prevention) ที่ใช้ในโปรแกรมสติบำบัด (MBTC) คือ การจัดการอารมณ์หรือความรู้สึกที่รุนแรงและความเครียดที่เกิดขึ้น โดยมีกลไกที่ใช้การควบคุมสิ่งกระตุ้นเพื่อการป้องกันการกลับมาเสพติด 4 กลไก คือ

- 1) หยุด ให้สงบหยุดอยู่ที่ลมหายใจของตนเอง
- 2) ดู โดยการสังเกตความรู้สึกชัดเจนที่เกิดขึ้นบนร่างกายขณะมีความรู้สึกอยากเสพยาเข้ามากกระทบจิตใจ
- 3) รู้ ให้อธิบายความคิดลบที่เกิดขึ้นอัตโนมัติ การเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจที่เกิดจากความรู้สึกดังกล่าวและปล่อยวางความคิดลบ
- 4) วาง คือ การยอมรับและปล่อยวางความรู้สึกอยากเสพยาด้วยการทำกิจกรรมอื่นและสร้างสัมพันธ์ภาพใหม่ๆ กับคนรอบข้างอย่างมีสติ

กลไกดังกล่าวทำได้ด้วยการฝึกสติ หรือที่เรียกว่า “สติบำบัด” ซึ่งสามารถช่วยพัฒนาสติได้ดังนี้

- 1) พัฒนาสมาธิซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของการฝึกสติ
- 2) พัฒนาสติทางกาย/สติในการใช้ชีวิตประจำวัน
- 3) พัฒนาสติทางใจ
- 4) พัฒนาสติรู้คิด
- 5) พัฒนาสติเพื่อปล่อยวางความคิดลบและมองหาความคิดบวกในแง่มุมใหม่
- 6) พัฒนาสติในการสื่อสาร
- 7) พัฒนาสติเมตตาตนเองและผู้อื่น และ
- 8) วางแผนการปรับตัวในระยะยาวเพื่อให้ดำเนินชีวิตได้ต่อไปโดยไม่พึ่งสารเสพติด

เมื่อฝึกสติอย่างต่อเนื่องจะทำให้เกิดทักษะและความชำนาญในการพัฒนาจิตของตนให้สามารถจัดการกับอารมณ์และความเครียดที่เกิดจากปัจจัยกระตุ้นทั้งภายในและภายนอกได้ นำไปสู่การขจัดความคิดทางลบที่เกิดขึ้นอัตโนมัติในใจ ทำให้รู้ทันความคิดของตน สามารถปล่อยวาง ปรับตัวได้ดีขึ้น สร้าง

สัมพันธภาพและมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับคนในสังคม ส่งผลให้ความเครียดและความซึมเศร้าลดลงจนสามารถจัดความรู้สึกลอยากเสพสารลงได้ด้วย

ผลของโปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC) ต่อการกลับมาเสพซ้ำ

เมื่อปี พ.ศ. 2560 กรมสุขภาพจิตโดยนายแพทย์ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์และคณะ ได้นำโปรแกรมการฝึกสติบำบัด MBTC ไปทดลองใช้ในผู้ที่ติดสุราในชุมชนทั่วประเทศไทยจำนวน 26 พื้นที่ พบว่า มีผู้เข้ารับการบำบัดเป็นผู้ติดสุราจำนวน 548 ราย เป็นผู้ติดสุราจำนวน 206 ราย หลังการบำบัดเสร็จสิ้น 1 เดือน พบจำนวนผู้ที่สามารถงดดื่มสุราได้จำนวน 420 ราย (คิดเป็นร้อยละ 76.6) และหลังการบำบัดเสร็จสิ้น 3 เดือนพบจำนวนผู้ที่สามารถงดดื่มสุราได้จำนวน 433 ราย (คิดเป็นร้อยละ 79.0) นอกจากนี้ยังพบจำนวนผู้ที่ตั้งใจจะงดดื่มสุราตลอดชีวิต 156 ราย (คิดเป็นร้อยละ 28.5)

เมื่อปี พ.ศ. 2563 ผู้เขียนได้ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการฝึกสติบำบัด MBTC ต่อการลดจำนวนการกลับมาเสพซ้ำของผู้เข้ารับการบำบัดการติดสารเมทแอมเฟตามีน พบว่า เมื่อทำการติดตามผลในกลุ่มที่ได้รับการฝึกสติ MBTC จำนวน 35 คน เป็นเวลา 6 เดือน พบผู้ที่มีคะแนนเฉลี่ยของการมีสติเพิ่มขึ้นจำนวน 32 คน (ร้อยละ 91.4) มีคะแนนเฉลี่ยของความเครียดลดลงจำนวน 29 คน (ร้อยละ 82.9) มีคะแนนเฉลี่ยของความซึมเศร้าลดลงจำนวน 25 คน (ร้อยละ 71.5) มีคะแนนเฉลี่ยของความอยากเสพสารเมทแอมเฟตามีนลดลงจำนวน 25 คน (ร้อยละ 71.5) และตรวจไม่พบสารเสพติดในปัสสาวะจำนวน 30 คน (ร้อยละ 85.7) รวมถึงมีผลการประเมินอาการติดสารเสพติดร่วมกับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าไม่พบแนวโน้มในการกลับมาเสพซ้ำจำนวน 30 คน (ร้อยละ 85.7) เช่นกัน ทั้งนี้อาจเกิดจากผู้ที่ได้รับการฝึกสติจะมีสติทำให้รู้จักและเข้าใจตนเองมากขึ้น จนทำให้สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองในการกลับไปเสพซ้ำได้

ทั้งนี้จากผลงานวิจัยของผู้เขียนและคณะ ที่พบว่าภาพรวมของคะแนนเฉลี่ยความเครียด ความซึมเศร้า ความอยากเสพสารจะลดลงในช่วงระยะเวลา 6 เดือนของการติดตามผล แต่ผลการตรวจพบสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะร่วมกับการวินิจฉัยของจิตแพทย์ยังคงพบผู้ที่มีแนวโน้มกลับไปเสพซ้ำอยู่บ้างจำนวนประมาณ 3 – 7 คนจาก 35 คน ในช่วงการติดตาม 2 สัปดาห์ 1 เดือน 2 เดือน และ 3 เดือนหลังจำหน่ายกลับบ้าน แต่เมื่อสิ้นสุดการติดตามที่เวลา 6 เดือน พบว่ามีเพียง 5 คน จาก 35 คนที่มีแนวโน้มการกลับไปเสพซ้ำ ทั้งนี้สาเหตุอาจเกิดจากผู้ป่วยไม่ได้ทำการฝึกสติอย่างต่อเนื่องตั้งแต่จำหน่ายกลับบ้าน หรือได้ทำการฝึกสติแต่ไม่ครบทั้ง 8 ขั้นตอน ทำให้ขาดทักษะในการจัดการอารมณ์และสิ่งกระตุ้นภายใน/นอกที่เข้ามากระทบจิตใจ ไม่สามารถปรับตัวได้ ทำให้เกิดความเครียดและหันกลับไปเสพสารอีกครั้ง

ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้นี้ยังพบว่าสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเครียดอันเป็นสาเหตุให้กลับไปเสพซ้ำได้แก่ การมีปัญหากับคนใกล้ชิด การเกิดความท้อแท้ไม่มีกำลังใจ การไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้เมื่อ

เกิดอารมณ์รุนแรงหรือความอยากเสพยาสูงขึ้น การมีโอกาสได้อยู่คนเดียวบ่อย การขาดความกระตือรือร้น การไม่มีงานไม่มีอาชีพ การไม่สามารถปรับตัวและยอมรับปัญหาได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาหลายการศึกษาที่พบว่า สติบำบัดเป็นเกราะป้องกันที่สำคัญของการกลับมาเสพยา และจะมีประสิทธิผลเพิ่มขึ้นเมื่อหมั่นพัฒนาสติอย่างต่อเนื่องเป็นประจำ ซึ่งกระบวนการติดตามผลอย่างต่อเนื่องหลาย ๆ ครั้งนี้เอง จะเป็นกลไกหนึ่งที่จะช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ เกิดความรู้สึกมั่นใจ เชื่อมมั่นและเห็นคุณค่าในตนเอง สามารถปรับตัวและดำเนินชีวิตประจำวันได้โดยห่างไกลจากการใช้สารเสพติดมากขึ้น

ซึ่งทฤษฎีของการกลับมาเสพยา กล่าวไว้ว่า ระยะเวลาในการติดตามผลที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดใน การประเมินผลการกลับมาเสพยา คือ ช่วงระยะเวลา 6 เดือน – 1 ปีหลังได้รับการบำบัด แต่งานวิจัยที่ ทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสติบำบัดด้วยรูปแบบต่าง ๆ ต่อการลดจำนวนการใช้สารเสพติดนั้น มัก มีการติดตามผลหลังสิ้นสุดโปรแกรมในระยะเวลาที่ไม่ยาวนานนัก เช่น 1 เดือน 2 เดือน 3 เดือน 4 เดือน และ 5 เดือน ทั้งนี้มีรายงานว่าในช่วงระยะเวลา 6 เดือน ถึง 1 ปีหลังเข้ารับการบำบัดจะพบการกลับมาเสพยาได้มาก ถึงร้อยละ 80-95 แต่ในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้ทำการติดตามประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกสติบำบัด MBTC นานถึง 6 เดือน และมีการติดตามประเมินผลเกือบทุกช่วงเวลาตามรูปแบบการติดตามของงานวิจัยอื่น ๆ ได้แก่ ช่วงเวลา 2 สัปดาห์ 1 เดือน 2 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือนหลังสิ้นสุดโปรแกรมการบำบัด ทั้งนี้เพื่อเพิ่มความ น่าเชื่อถือของผลการศึกษาและเป็นการพิสูจน์ประสิทธิผลของโปรแกรมให้เห็นชัดเจนตามกลไกของการกลับมา เสพยา และยังเป็นการป้องกันความผิดพลาดของข้อมูลที่อาจเกิดขึ้นได้จากภาวะสมองติดยาในผู้ป่วยที่มี ประวัติการเสพยามานานกว่า 10 ปี เนื่องจากภาวะสมองติดยานี้จะทำให้พบคะแนนความอยากเสพยาหรือ จำนวนการกลับไปเสพยาสูงกว่าความเป็นจริงได้ ในช่วงเวลา 2 - 3 เดือนหลังเข้ารับการบำบัด

ความสอดคล้องของโปรแกรมการฝึกสติบำบัด MBTC กับการศึกษาก่อนหน้า

ผลของโปรแกรมการฝึกสติบำบัด MBTC ต่อการป้องกันการใช้สารเสพติดซ้ำข้างต้นนั้น สอดคล้องกับ หลายการศึกษาก่อนหน้า เช่น การศึกษาของ Marianne T. Marcus ที่เชื่อว่าความเครียดเป็นตัวกระตุ้นที่ สำคัญในการทำให้กลับไปเสพยาซ้ำ แต่เมื่อทำการฝึกสติด้วยรูปแบบ MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction) จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีสติรู้จักและเข้าใจตนเอง สามารถควบคุมและลดความเครียดที่เกิดขึ้น ในชีวิตประจำวันได้ส่งผลให้พบจำนวนการกลับไปใช้สารเสพติดลดลง Katie Witkiewitz พบว่าการฝึกสติด้วย รูปแบบ MBRP (Mindfulness Based Relapse Prevention) ที่เน้นการฝึกสติให้รู้ทันความคิดและอารมณ์ ของตนเองจะสามารถช่วยควบคุมความคิดลบและความรู้สึกอยากเสพยาของตนเองได้ส่งผลให้พบพฤติกรรม การกลับมาเสพยาลดลง การศึกษาของ Saeed Imani พบว่า การฝึกสติด้วยรูปแบบกลุ่ม MBGT (Mindfulness-Based Group Therapy) จะทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ที่ดีขึ้นภายในกลุ่มสามารถช่วยเสริมสร้าง ความมั่นใจ การให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ทำให้ช่วยลดการตัดสินใจที่จะกลับมาเสพยาได้ ส่วน Caroline Vrana และ Sarah E Priddy พบว่า การฝึกสติด้วยการทำสมาธิ (Mindfulness meditation: MM) จะส่งผล

โดยตรงต่อระบบสมองส่วนความคิดและการตัดสินใจ ทำให้จิตสงบหยุดนิ่ง เข้าใจเป้าหมายและความต้องการของตนเอง รวมถึงเข้าใจว่าวิธีการกลับไปเสพสารซ้ำไม่ใช่วิธีการที่สามารถนำตนเองไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมายได้

งานวิจัยที่ได้ทำการศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกสติในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำนั้นไม่ว่าจะเป็นรูปแบบใดก็ตาม ส่วนมากนั้นจะมีวัตถุประสงค์ที่คล้ายคลึงกัน คือ ต้องการลดสิ่งกระตุ้นทั้งภายในและภายนอกที่เป็นสาเหตุที่ทำให้กลับไปเสพซ้ำ ซึ่งเห็นได้จากงานวิจัยของ Marianne T. Marcus ที่กล่าวว่าโปรแกรมการฝึกสติด้วยรูปแบบ Mindfulness Based Stress Reduction : MBSR จะสามารถช่วยให้ผู้เสพยาเสพติดรู้จักและเข้าใจตนเอง ส่งผลให้ความเครียดลดลงและพบปริมาณการใช้สารเสพติดลดลง โดยมีหลักแนวคิดที่ว่า ความเครียดเป็นตัวกระตุ้นที่สำคัญในการทำให้เกิดพฤติกรรมกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำได้ ซึ่งสอดคล้องกับขั้นตอนที่ 1 และขั้นตอนที่ 2 ของโปรแกรมการฝึกสติบำบัด MBTC ที่เน้นการฝึกสติให้จัดการกับความเครียดและความว้าวุ่นใจที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน โดยฝึกให้มีสติเข้าใจและรู้ทันการดำเนินกิจวัตรประจำวันด้วยกิจกรรมภายนอก (กิจกรรมทางกาย) และกิจกรรมภายใน (สภาวะจิต) ของตนเองในทุกขณะ

งานวิจัยของ Katie Witkiewitz พบว่า โปรแกรมการฝึกสติรูปแบบ Mindfulness Based Relapse Prevention : MBRP สามารถช่วยลดการกลับมาเสพสารเสพติดซ้ำได้ โดยมีหลักคิดสำคัญ คือ การฝึกให้มีสติรู้ทันความคิดและอารมณ์ของตนเองจะสามารถช่วยควบคุมความคิดลบและอารมณ์ความรู้สึกอยากเสพยาเสพติดของตนเองได้ ซึ่งสอดคล้องกับการฝึกสติของโปรแกรม MBTC ในขั้นตอนที่ 3 ที่ฝึกให้มีสติในการรู้จักปล่อยวางความคิดลบและอารมณ์ความอยากเสพยาเสพติด และขั้นตอนที่ 4 ที่มีการฝึกให้มีสติรู้ทันและปล่อยวางความคิดลบเพื่อลดความคิดฟุ้งซ่านที่จะกลับไปเสพซ้ำอีก

การศึกษาของ Saeed Imani พบว่า โปรแกรมการฝึกสติในรูปแบบกลุ่ม Mindfulness-Based Group Therapy : MBGT ช่วยลดการกลับมาเสพซ้ำของผู้ที่เข้ารับการรักษา โดยมีหลักคิดสำคัญ คือ แรงผลักดันภายในกลุ่มช่วยเสริมความมั่นใจและให้กำลังใจซึ่งกันและกันภายในกลุ่ม ซึ่งสอดคล้องกับการฝึกสติของโปรแกรม MBTC ในขั้นตอนที่ 5 การทบทวนสัมพันธภาพใหม่ และขั้นตอนที่ 6 การปรับการสื่อสารให้ดีขึ้นที่มีการจัดกิจกรรมบำบัดแบบกลุ่มให้ระบายความรู้สึกให้กำลังใจกัน การแลกเปลี่ยนประสบการณ์เพิ่มความมั่นใจซึ่งกันและกัน การฝึกใช้สติในการใคร่ครวญสัมพันธภาพและการสื่อสารของตนเองกับคนใกล้ชิดโดยมีสมาชิกกลุ่มร่วมกันแสดงบทบาทสมมติ (role play) เพื่อให้เกิดความเข้าใจในสัมพันธภาพตามความเป็นจริง และมีสติรู้เท่าทันการสื่อสารทางลบของตนเองที่เคยผิดพลาดในการพูดหรือการแสดงท่าทางที่ไม่เหมาะสมออกไป

ส่วนการศึกษาของ Caroline Vrana และ Sarah E Priddy พบว่า โปรแกรมการฝึกสติด้วยรูปแบบการทำสมาธิ (Mindfulness meditation: MM) จะช่วยให้เข้าใจเป้าหมายและความต้องการของตนเองแล้วสามารถนำมาพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาด้วยวิธีแบบใหม่ ซึ่งสอดคล้องกับขั้นตอนที่ 7 และขั้นตอนที่ 8 ของ

โปรแกรมการฝึกสติบำบัด MBTC ที่ช่วยฝึกให้มีสติรู้จักเป้าหมายในชีวิตและยอมรับในตนเองเกิดการปล่อยวาง ให้อภัยตนเองและเมตตาผู้อื่น ทำให้มีการตัดสินใจในการเผชิญปัญหาแบบใหม่ที่ไม่ใช้การประชด การโทษตนเองหรือผู้อื่นด้วยวิธีการกลับไปเสพซ้ำ ซึ่งจะเห็นว่าโปรแกรมการฝึกสติบำบัด MBTC ได้นำหลักแนวคิดที่สำคัญของโปรแกรมการฝึกสติรูปแบบต่าง ๆ มาบูรณาการไว้ในทุกขั้นตอนของการฝึกสติ ซึ่งนับว่าเป็นจุดเด่นของโปรแกรมฯ ที่อาจกล่าวได้ว่าโปรแกรมการฝึกสติบำบัด MBTC เป็นอีกโปรแกรมที่จะสามารถช่วยลดสิ่งกระตุ้นทั้งภายในและภายนอกที่มีผลต่อการกลับมาเสพซ้ำได้อย่างครอบคลุม

สรุป

จากที่กล่าวมาข้างต้น แม้ว่าจะมีผลการศึกษาจำนวนมากที่แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกสติต่อการลดการกลับมาเสพสารเสพติดซ้ำแล้ว แต่ในปัจจุบันก็ยังไม่ค่อยพบการนำโปรแกรมการฝึกสติบำบัดเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดผู้ที่ติดสารเสพติดอย่างจริงจังเท่าไรนัก ทั้งนี้ผู้เขียนเห็นว่ารูปแบบการบำบัดผู้ติดสารเสพติดในปัจจุบันยังไม่ได้เน้นการฝึกใช้สติในการดำเนินชีวิตประจำวันเท่าที่ควร ซึ่งอาจทำให้ผู้เข้ารับการบำบัดยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการเผชิญปัญหากับความคิดอัตโนมัติด้านลบ ปัญหาทางอารมณ์และความอยากเสพสารที่เกิดขึ้น และเมื่อผู้เข้ารับการบำบัดได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งต้องไปเผชิญกับปัจจัยแวดล้อมที่สามารถกระตุ้นจนก่อให้เกิดความเครียด ความซึมเศร้าได้นั้น ก็นับเป็นความเสี่ยงอย่างมากในการนำไปสู่การกลับไปเสพซ้ำ หากไม่ได้รับการฝึกให้เรียนรู้ในการเกิดทักษะควบคุมความคิดหรือปล่อยวางความรู้สึกเหล่านั้นได้อย่างมีสติ

เอกสารอ้างอิง

1. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, นพพร ตันติรังสี, วรวรรณ จุฑา, อธิป ตันอารีย์, ปทานนท์ ขวัญสนิท, สาวิตรี อัมภางค์กรชัย. รายงานการศึกษาเรื่องความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต: การสำรวจระดับ วิทยาลัยสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติปีพ.ศ. 2556. สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
2. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. รายงานการป่วยของผู้ป่วยใน:10 อันดับโรคแรก สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยในและนอกยาเสพติด ปีงบประมาณ 2558. 2559.
3. พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.2545.ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 119/ ตอนที่ 96ก/ หน้า26/ (30 กันยายน 2545.).
4. กลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต. คู่มือสติบำบัดสำหรับการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติด (Mindfulness – Based Therapy and Counseling for Relapse Prevention): กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
5. กลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. การพัฒนารูปแบบการให้บริการบำบัดผู้เสพและผู้ติดเหล้าด้วยสติบำบัดในช่วงเข้าพรรษา โดยเครือข่ายเชิงพื้นที่ในระดับอำเภอ. โรงแรมอมารี ดอนเมือง แอร์พอร์ต. กรุงเทพมหานคร2560.

6. ฉวีวรรณ ปัญญาบุศย์, สุกุม่า แสงเดือนฉาย. ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพื่อป้องกันการติดยาของผู้ป่วยติดยาเสพติดแอมเฟตามีน. วารสารกองการพยาบาล2556;1:24-38.
7. กลุ่มงานวิชาการพยาบาล โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี. การป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยยาเสพติด (relapse prevention). 2560.
8. วุฒิไกร ศักดิ์สุรกันต์. ประสิทธิภาพการประยุกต์โปรแกรมทักษะชีวิตเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการเสพสารเสพติดของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 ในอำเภอเมืองชลบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2558;24:612-20.
9. พะยอม ศรีกิ่งพลี, วริสรา ลุวีระ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการป้องกันยาเสพติดสำหรับเยาวชน : การทบทวนวรรณกรรม. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น2558;-:169-89.
10. Conrod PJ, Castellanos-Ryan N, Strang J. Brief, personality-targeted coping skills interventions and survival as a non-drug user over a 2-year period during adolescence. . Arch Gen Psychiatry2010;67:85-93.
11. ชาตรี ชัยนาคิน, ชาตรี ประชาพิพัฒน์, อารี พุ่มประไพไทย์. การเลิกเสพยาบ้าซ้ำ: กรณีศึกษาผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยวิธีชุมชนบำบัด. วารสารกิจการรณรงค์ 2559;23:248-62.
12. ศิริลักษณ์ ปัญญา. ปัจจัยเสี่ยงของการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำของผู้เข้ารับการรักษาเสพยาเสพติดในศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. . การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ราชธานีวิชาการ ครั้งที่22560.
13. วิโรจน์ วีระชัย. ตำราเวชศาสตร์การเสพติด. ปทุมธานี: สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2548.
14. Bowen S, Chawla N, Collins SE, Witkiewitz K, Hsu S, Grow J, et al. Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: a pilot efficacy trial. Subst Abus2009;30:295-305.
15. Biegel GM, Brown KW, Shapiro SL, Schubert CM. Mindfulness-based stress reduction for the treatment of adolescent psychiatric outpatients: A randomized clinical trial. J Consult Clin Psychol2009;77:855-66.
16. Glasner-Edwards S, Mooney LJ, Ang A, Garneau HC, Hartwell E, Brecht ML, et al. Mindfulness Based Relapse Prevention for Stimulant Dependent Adults: A Pilot Randomized Clinical Trial. Mindfulness (N Y)2017;8:126-35.
17. Imani S, Atef Vahid MK, Gharraee B, Noroozi A, Habibi M, S. B. Effectiveness of mindfulness-Based group therapy compared to the usual opioid dependence treatment. Iran J Psychiatry2015;10:175-84.

18. Kiluk BD, Carroll KM. New developments in behavioral treatments for substance use disorders. *Curr Psychiatry Rep*2013;15:420.
19. Carrico AW, Gomicronmez W, Jain J, Shoptaw S, Discepola MV, Olem D, et al. Randomized controlled trial of a positive affect intervention for methamphetamine users. *Drug Alcohol Depend*2018;192:8-15.
20. Witkiewitz K, Stein ER, Votaw VR, Wilson AD, Roos CR, Gallegos SJ, et al. Mindfulness-Based Relapse Prevention and Transcranial Direct Current Stimulation to Reduce Heavy Drinking: A Double-Blind Sham-Controlled Randomized Trial. *Alcohol Clin Exp Res*2019;43:1296-307.
21. Witkiewitz K, Lustyk MKB, Bowen S. Retraining the addicted brain: a review of hypothesized neurobiological mechanisms of mindfulness-based relapse prevention. *Psychol Addict Behav*2013;27:351-65.
22. Vrana C, Killeen T, Brant V, Mastrogiovanni J, Baker NL. Rationale, design, and implementation of a clinical trial of a mindfulness-based relapse prevention protocol for the treatment of women with comorbid post traumatic stress disorder and substance use disorder. *Contemp Clin Trials*2017;61:108-14.
23. Priddy SE, Howard MO, Hanley AW, Riquino MR, Friberg-Felsted K, Garland EL. Mindfulness meditation in the treatment of substance use disorders and preventing future relapse: neurocognitive mechanisms and clinical implications. *Subst Abuse Rehabil*2018;9:103-14.
24. Marcus MT, Zgierska A. Mindfulness-based therapies for substance use disorders: part 1. *Subst Abuse*2009;30:263-5.
25. May AC, Aupperle RL, Stewart JL. Dark Times: The Role of Negative Reinforcement in Methamphetamine Addiction. *Frontiers in Psychiatry*2020;11.
26. Hunter SB, Witkiewitz K, Watkins KE, Paddock SM, Hepner KA. The moderating effects of group cognitive-behavioral therapy for depression among substance users. *Psychol Addict Behav*2012;26:906-16.
27. Black DS, Amaro H. Moment-by-Moment in Women's Recovery (MMWR): Mindfulness-based intervention effects on residential substance use disorder treatment retention in a randomized controlled trial. *Behav Res Ther*2019;120:103437.
28. Lee NK, Rawson RA. A systematic review of cognitive and behavioural therapies for methamphetamine dependence. *Drug Alcohol Rev*2008;27:309-17.

29. Chung T, Noronha A, Carroll KM, Potenza MN, Hutchison K, Calhoun VD, et al. Brain mechanisms of Change in Addictions Treatment: Models, Methods, and Emerging Findings. *Curr Addict Rep*2016;3:332-42.
 30. Carroll KM, Kiluk BD. Cognitive behavioral interventions for alcohol and drug use disorders: Through the stage model and back again. *Psychol Addict Behav*2017;31:847-61.
 31. Maneesang W, Hengpraprom S, Kalayasiri R. Effectiveness of Mindfulness – Based Therapy and Counseling programs (MBTC) on relapses to methamphetamine dependence at a substance dependency treatment center. (in submission)
-

บทที่ 14 บุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคม และภาคประชาสังคม กับการจัดการปัญหาสารเสพติด

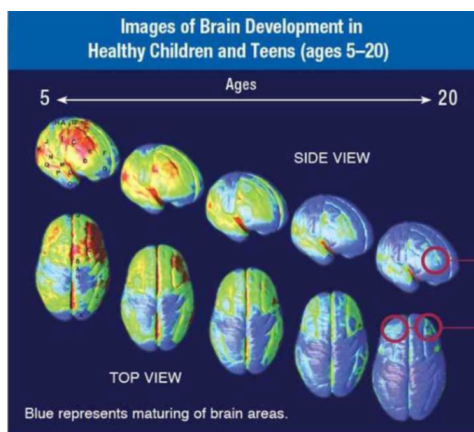
โดย แพทย์หญิงรัศมน กัลยาศิริ

นางสาว กนกวรรณ ดัตต์วัตร์

และ นางสาว ธิติมา ดวงสนิท

บทนำ

บุคคลกลุ่มเสี่ยงต่อการเริ่มใช้สารเสพติดที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบได้สูงตามมา คือ เด็กและเยาวชนที่อยู่ในช่วงวัยรุ่น องค์การอนามัยโลก ให้คำนิยามว่าวัยรุ่น คือผู้ที่อยู่ในช่วงอายุ 10-19 ปี โดยวัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงพัฒนาการทางร่างกาย เพศ จิตใจ สังคม เป็นวัยกึ่งกลางระหว่างเด็กที่ยังต้องพึ่งพาครอบครัวกับวัยผู้ใหญ่ที่ใช้ชีวิตอย่างอิสระ เป็นช่วงที่สมองส่วนหน้า (prefrontal cortex) ที่ทำหน้าที่คิดวิเคราะห์ แยกแยะ และยับยั้งชั่งใจนั้น ยังพัฒนาได้ไม่เต็มที่ ต่างกับสมองส่วนอารมณ์ (ภาพที่ 1) (1) ทำให้เมื่อวัยรุ่นต้องเผชิญกับสถานการณ์ยากลำบาก วัยรุ่นจึงมักจะตัดสินใจด้วยอารมณ์มากกว่าเหตุผล ทั้งนี้ พฤติกรรมการใช้สารเสพติดจัดเป็นพฤติกรรมเสี่ยงอันดับต้นที่สามารถส่งผลกระทบทำให้เกิดปัญหาอื่น ๆ ได้อีกมาก เช่น เพิ่มความเสี่ยงของปัญหาสุขภาพจิต พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ อุบัติเหตุทางถนน การเจ็บป่วย การเรียนไม่จบ หรือการเสพยาเสพติดจนเกิดการใช้สารต่อเนื่องจนไปถึงวัยผู้ใหญ่ และปัญหาทางจิตใจ การทำร้ายตัวเอง ปัญหาการเสพติดนั้นมักจะเริ่มต้นตั้งแต่ช่วงวัยรุ่น และช่วงอายุที่ “เริ่ม” มีการติดบุหรี่ สุรา ภัยคุกคาม ครั้งแรกจะมีสัดส่วนที่สูงที่สุดในช่วงเด็กวัยรุ่นนั่นเอง วัยรุ่นจึงเป็นช่วงวัยที่สำคัญที่หากวัยรุ่นไม่ได้รับการดูแลที่ดีเพียงพอจากครอบครัว โรงเรียน ตลอดจนชุมชนและสังคม ก็อาจจะทำให้เกิดการทำพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น เช่น การขับขี่ยานพาหนะ การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน การทะเลาะวิวาท การกระทำความผิดกฎหมาย การลักขโมย และการใช้สารเสพติด ตามมา



ภาพที่ 1 แสดงการพัฒนาของสมองมนุษย์ตั้งแต่อายุ 5 ปี ถึงอายุ 20 ปี : สีน้ำเงินบ่งถึงบริเวณที่สมองมีการพัฒนา จะเห็นได้ว่าเมื่ออายุ 20 ปี สมองส่วนหน้ายังมีบริเวณที่ยังพัฒนาได้ไม่เต็มที่ (พื้นที่ในวงกลม) (1)

บทบาทและผลกระทบของครอบครัวต่อปัญหาสารเสพติดและแนวทางการจัดการ

จากการสำรวจภาวะสุขภาพนักเรียนในประเทศไทย พ.ศ. 2558 ซึ่งได้ทำการสำรวจนักเรียนชั้น ม.1-ม.6 อายุ 13-17 ปี พบว่า 1 ใน 5 หรือร้อยละ 22 มีการดื่มสุราในเดือนที่ผ่านมา โดยมีถึงกว่าครึ่งหนึ่ง หรือร้อยละ 54.8 ของนักเรียนที่เริ่มดื่มก่อนอายุ 14 ปี ทั้งนี้ ร้อยละ 6.6 เคยใช้กัญชา และร้อยละ 4.4 เคยใช้เมทแอมเฟตามีน (2) โดยในประเทศสหรัฐอเมริกา ได้ทำการสำรวจ The 2019 US National Survey on Drug Use and Health (NSDUH) ในวัยรุ่น อายุ 12-17 ปี พบว่า ประมาณร้อยละ 4.9 มีการดื่มสุราหนัก (binge drinking) และร้อยละ 8.7 มีการใช้สารเสพติดผิดกฎหมาย (3) โดยกัญชาเป็นสารเสพติดผิดกฎหมายที่มีการใช้มากที่สุด ซึ่งเหตุผลหลักของการใช้สารเสพติดในวัยรุ่น มีได้ตั้งแต่ เพื่อเข้ากลุ่ม เพื่อให้รู้สึกดี เพื่อให้คลายเครียด/เครียด เพื่อเพิ่มการทำงานให้ดีขึ้น หรือ เพื่อทดลอง เนื่องจากวัยรุ่นอยู่ในวัยอยากรู้อยากทดลอง ดังเช่น การศึกษาเพื่อหาสาเหตุการใช้กระท่อมในกลุ่มวัยรุ่นอายุ 13-19 ปี ในต่างประเทศ พบว่าร้อยละ 41.3 ใช้เพราะเพื่อนชวน ร้อยละ 16.4 ใช้เพราะคิดว่าจะสุขภาพดี ร้อยละ 14.8 ใช้เพราะช่วยเรื่องอาการปวด และ ร้อยละ 11.5 ใช้เพราะอยากได้รับการยอมรับจากเพื่อน เป็นต้น (4)

ซึ่งหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงในการเกิดปัญหาจากการใช้สารเสพติดในวัยรุ่นนั้น นอกจากจะเป็นด้านพัฒนาการของสมอง รวมถึงโรคทางจิตเวช ปัญหาการศึกษา การเข้าถึงสารเสพติดได้ง่าย และการคบเพื่อนแล้ว ปัญหาครอบครัวและประวัติการใช้สารเสพติดของคนในครอบครัว ก็เป็นปัจจัยหลักที่สำคัญเนื่องจากครอบครัวเป็นหน่วยทางสังคมหน่วยแรก ดังนั้น สิ่งแวดล้อมในครอบครัวนับตั้งแต่เกิดมาย่อมมีความสำคัญกับการสร้างบุคคลให้เป็นไปตามแบบฉบับของครอบครัว หากครอบครัวสามารถทำหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์แบบ ก็จะสามารถสร้างปัจจัยป้องกันการใช้สารเสพติดของวัยรุ่นได้ โดยหน้าที่หลักของครอบครัว ประกอบด้วย การแก้ปัญหา การสื่อสาร บทบาท การตอบสนองทางอารมณ์ การควบคุมพฤติกรรม และการมีส่วนร่วมทางอารมณ์ ซึ่งมีการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวที่มากกว่าจะทำให้เด็กมีปัญหาพฤติกรรมน้อยกว่า ดังนั้นการเลี้ยงดูที่ดีของครอบครัวก็จะสามารถเป็นเกราะป้องกันการใช้สารเสพติดและปัญหาพฤติกรรมอื่น ๆ ได้ (5)

โดยหลักการทั่วไปในการจัดการปัญหาสารเสพติดในวัยรุ่นนั้น ประกอบด้วย การได้รับการดูแลอย่างรวดเร็วที่สุด และถึงแม้ว่าการใช้สารของวัยรุ่นจะยังไม่ถึงขั้นติดสารแต่ก็ควรให้กระบวนการวิธีการดูแลจัดการปัญหาตามมาตรฐานสากล เช่น การทำการบำบัดทางพฤติกรรม (behavioral therapies) ร่วมด้วยโดยไม่ควรปล่อยทิ้งปัญหาไว้ เพราะอาจจะนำมาซึ่งปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงและการติดสารต่อไปได้ในอนาคต ทั้งนี้ ทุกครั้งที่มิได้เด็กวัยรุ่นมาใช้บริการทางด้านสุขภาพควรมีการคัดกรองเรื่องการใช้สารเสพติดเสมอ นอกจากนี้กระบวนการทางกฎหมาย หรือแรงผลักดันจากครอบครัว ก็จัดเป็นบทบาทสำคัญต่อการเข้าสู่กระบวนการรักษาและรับความช่วยเหลือ เนื่องจากเด็กวัยรุ่นส่วนมากมักไม่อยากจะรับการบำบัดด้วยตนเอง ครอบครัวและชุมชนย่อมมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อการรักษา และเมื่อเด็กวัยรุ่นได้เข้าสู่กระบวนการบำบัดแล้ว ควรให้การบำบัดรักษาที่ออกแบบมาให้เหมาะสมที่มีลักษณะเฉพาะกับแต่ละบุคคล และครอบคลุมทุกด้านของชีวิตวัยรุ่น

เช่น การเรียน เพื่อน ที่พักอาศัย สุขภาพกายสุขภาพจิต โดยไม่ได้มุ่งแต่เรื่องการหยุดใช้สารแต่เพียงอย่างเดียว อีกทั้งการให้ความสำคัญกับปัญหาทางสุขภาพจิต และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น เอชไอวี ไวรัสตับอักเสบบ ก็เป็นสิ่งสำคัญ และควรมีการติดตามการดูแลต่อเนื่องในระยะยาว

นอกจากการเลี้ยงดูของพ่อแม่จะมีผลต่อพฤติกรรมของคนในครอบครัวแล้ว พฤติกรรมการใช้สารเสพติดของวัยรุ่นย่อมส่งผลกระทบต่อพ่อแม่ได้ด้วย โดยผลกระทบต่อพ่อแม่/ผู้ปกครองที่อาจเกิดขึ้น เช่น ความเครียด ปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิต ความรู้สึกเป็นตราบาปจากการมีคนในครอบครัวใช้สารเสพติด การแยกตัวออกจากสังคม คุณภาพชีวิตที่ลดลง และมีการเพิ่มภาระทางเศรษฐกิจและสังคมในผู้ปกครองที่ต้องดูแลเด็กที่มีการใช้สารเสพติดในครอบครัว ดังนั้น พ่อแม่หรือผู้ดูแลก็ควรได้รับการประเมินถึงผลกระทบเหล่านี้ ด้วยจากผู้ให้บริการการบำบัดรักษา ไม่ว่าจะเป็นในด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต หรือสังคม รวมถึงอาจเสนอให้ความช่วยเหลือ เช่น จัดอบรมให้ความรู้ในเรื่องที่พ่อแม่มีปัญหา การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการทำกลุ่ม หรืออาจจำเป็นต้องใช้การบำบัดแบบครอบครัวซึ่งเป็นวิธีการที่เข้มข้นขึ้นไป

ซึ่งการบำบัดแบบครอบครัวเป็นการปรับปฏิสัมพันธ์และความสัมพันธ์ภายในครอบครัว เช่น การมุ่งเน้นไปที่การดูแลสภาพจิตใจของผู้ดูแลเป็นหลัก การมุ่งเน้นไปที่การเพิ่มโอกาสการเข้ามารับการรักษาของผู้มีปัญหาการเสพติดโดยเน้นที่พ่อแม่ผู้ปกครองที่จะสอนทักษะการสื่อสาร ทักษะการปรับพฤติกรรม และการชักชวนให้บุตรเข้ามาสู่การรักษา และการที่พ่อแม่ผู้ปกครองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของการรักษาในรูปแบบครอบครัวบำบัด ได้แก่ Multisystematic therapy (MST), Multidimensional family therapy (MDFT), Brief strategic family therapy (BSFT) เป็นต้น ซึ่งการบำบัดเหล่านี้จะได้ผลลัพธ์ที่ดีกว่าการไม่ได้ให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม เช่น สามารถเพิ่มการมีส่วนร่วมและการคงอยู่ในการรักษาได้มากกว่า มีการลดลงของการใช้สารที่สิบสองเดือนหลังรับการรักษาได้มากกว่า และมีการลดลงของพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ได้มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัดที่ให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม (6)

ภาคชุมชน และประชาสังคมกับการใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลางในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

ปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาที่ซับซ้อนเชื่อมโยงกับปัญหาอื่นอย่างแยกไม่ออก ต้องอาศัยความเข้าใจปัญหาโครงสร้างพื้นฐานของแต่ละบุคคลที่เข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติด และคนในครอบครัวและชุมชน ดังนั้น การแก้ไขปัญหายาจึงต้องอาศัยภาคีความร่วมมือจากทุกภาคส่วนเข้ามาช่วยกันอย่างจริงจังและต่อเนื่อง ดังสถานการณ์และข้อเท็จจริงที่ค้นพบจากการปฏิบัติงานในระดับพื้นที่ ดังนี้ (7)

- ปัญหายาเสพติดในกลุ่มเด็กและเยาวชน โดยพบว่าเด็กที่เข้าสู่วงจรปัญหายาเสพติดมีอายุน้อยลง มักเป็นเด็กที่มีปัญหาครอบครัวพ่อแม่แยกทางกันหรือต้องไปทำงานในเมืองใหญ่ทำให้เด็กถูกทิ้งไว้ให้ผู้สูงอายุเลี้ยงอาจเกิดช่องว่างระหว่างวัยที่เข้าไม่ถึงกันได้จนนำไปสู่การเกิดปัญหาความสัมพันธ์ใน

ครอบครัว เมื่อเด็กเข้าเรียนบางคนก็อาจไปตกอยู่ในสถานะ “เด็กหลังห้อง” ซึ่งไม่ได้รับความสนใจ และให้ความสำคัญจากระบบการศึกษามากนัก เมื่อเด็กมาอยู่ในชุมชนก็อาจกลายเป็นเด็กที่ถูกกลั่นแกล้ง ไม่ มีบทบาทหรือไม่สามารถส่งเสียงให้ใครได้ยินว่าเขามีปัญหา รวมถึงไม่มีพื้นที่สำหรับเขา และสุดท้าย สถานการณ์ก็จะผลักดันให้เด็กบางคนเข้าไปสู่วงจรสารเสพติดโดยเริ่มจากไม่ยอมเรียน จับกลุ่ม สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า แต่งรถ ชีรลซึ่ง ออกเที่ยวตอนกลางคืนเจอเพื่อนรุ่นพี่ และเข้าไปเกี่ยวข้องกับสารเสพติดผิด กฎหมายในที่สุด พร้อมทั้งยกระดับพฤติกรรมในการทำผิดจากเสียงการเพียงการใช้สาร ไปเป็นการ ขยายรายย่อย จนบางคนผันตัวไปเป็นผู้ครอบครองและจำหน่ายสารเสพติดผิดกฎหมายในที่สุด

- ปัญหาสารเสพติดเป็นปัญหาเชิงโครงสร้าง ซึ่งในหลายชุมชนมีครอบครัวที่มีต้นทุนต่ำและสถานะทาง เศรษฐกิจที่ติดลบ จากปัญหาการลงทุนทำการเกษตรหรือการประกอบอาชีพแล้วขาดทุน เกิดหนี้สิน เป็นจำนวนมากและจำเป็นต้องมีค่าใช้จ่ายหนี้ธนาคาร หนี้นอกระบบ หนี้ไฟแนนซ์ ตลอดจนไปถึง ค่าใช้จ่ายให้ลูกที่กำลังศึกษา ส่งผลให้เกิดการตัดสินใจที่ผิดพลาดเข้าไปเกี่ยวข้องกับวงจรสารเสพติด ในหลายรูปแบบพฤติกรรม โดยส่วนมากที่พบ คือ การใช้สารเพื่อการทำงาน และพบอีกหลายคน ยกระดับพฤติกรรมไปสู่การรับจ้างขนยา และค้ายาเสพติดได้
- การเข้าถึงสารเสพติดที่ง่ายขึ้น ราคาถูกลง และการซื้อขายออนไลน์รูปแบบใหม่ โดยยาบ้าและไอซ์ ซึ่งเป็นสารเสพติดในกลุ่มเมทแอมเฟตามีนจัดเป็นสารที่เด็กเยาวชนในระดับพื้นที่ชุมชนเข้าไปเกี่ยวข้อง มากที่สุดและสร้างความหนักใจให้กับคนในชุมชน ราคาขายปลีกของยาบ้าเฉลี่ยเม็ดละไม่ถึง 100 บาท (ในบางพื้นที่มีราคาที่ถูกมากเพียงไม่กี่สิบบาท) ราคาไอซ์มีแนวโน้มลดลงกรัมละไม่ถึง 1,000 บาท ส่งผลให้เยาวชน และกลุ่มผู้เสพเข้าถึงสารเหล่านี้ได้ง่ายยิ่งขึ้น และมีพฤติกรรมเพิ่มปริมาณการเสพต่อ ครั้งมากขึ้น ในกลุ่มที่มีการใช้สารเสพติดติดต่อยาวนานมีการส่งผลทำให้เกิดอาการทางจิต เวช ทำให้หลายชุมชนมีความหนักใจเพราะยังไม่มี การดูแล รักษา และการติดตามที่เป็นระบบที่อยู่ใน พื้นที่ นอกจากนี้ ยังมีความเสี่ยงที่จะมีระบบการซื้อขายสารเสพติดออนไลน์ที่อาจเข้ามาแทนที่ การซื้อขายแบบดั้งเดิม เช่น เทคโนโลยีทางการเงินรูปแบบใหม่ เมื่อคนเข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้มากขึ้น สัดส่วนการเริ่มซื้อสารเสพติดทางโลกออนไลน์ก็เพิ่มขึ้นด้วยเป็นสิบเท่าระหว่างปี ค.ศ.2009 ถึงปี ค.ศ. 2017 จากข้อมูลในต่างประเทศ และอาจมีการใช้ระบบการเงินที่ไม่รวบอำนาจแต่ตรวจสอบที่มาและ ที่ไปยาก เช่น เหรียญดิจิทัล (cryptocurrency) อย่าง "bitcoin" (บิตคอยน์) ซึ่งทำให้เกิด ธุรกรรมทางการเงินระหว่างปัจเจกบุคคลได้โดยตรง โดยเก็บข้อมูลใน blockchain ซึ่งเป็นเสมือนตัว กล่องข้อมูลที่บันทึกธุรกรรม และสามารถเปิดบัญชีได้โดยไม่ต้องระบุตัวตนแต่จะมีรหัสของสกุลเงินที่ ถือไว้ จึงเป็นระบบที่ทำให้เกิดความเป็นส่วนตัว และเป็นช่องทางปกปิดของธุรกรรมทางการเงินที่มี การนำมาใช้ในการค้ายาได้ (8)

- ความอึดอัดใจของภาคประชาชนต่อรูปแบบวิธีการแก้ไขปัญหาของเจ้าหน้าที่รัฐ โดยผู้นำชุมชนและภาคประชาชนหลายพื้นที่ที่มีความตั้งใจ อยากร่วมแก้ไขปัญหามีเจตนาทำงานป้องกันและแก้ไขปัญหาระบบสุขภาพแต่อาจมีความรู้สึกหนักใจ จากการที่เจ้าหน้าที่ใช้อำนาจหน้าที่และช่องว่างทางกฎหมายไปในทางที่ผิด เช่น การสุ่มตรวจปัสสาวะเยาวชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงแต่เมื่อพบว่ามีสารเสพติดแล้ว แทนที่จะส่งตัวเพื่อเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาหรือแจ้งผู้ปกครองเพื่อหาทางออกร่วมกัน แต่กลับเรียกปรับเงิน และมีหลายพื้นที่ประสบปัญหาเจ้าหน้าที่จับกุมเด็กและเยาวชนที่มีพฤติกรรมค้ายาเสพติดรายย่อย แต่ได้ใช้อำนาจของความเป็นเจ้าหน้าที่รัฐขอความร่วมมือ (บังคับ) ให้เด็กเป็นสายของเจ้าหน้าที่เพื่อล่อซื้อจากผู้ค้ายาโดยไม่คำนึงถึงความปลอดภัยและสิทธิของเด็กเยาวชน เป็นต้น (7) นอกจากนี้ พบว่าปัจจัยที่ทำให้ไม่ประสบความสำเร็จในการจัดการปัญหาระบบสุขภาพที่ผู้ใช้สารเองก็ไม่อยากเลิก หรือครอบครัวไม่ให้ความร่วมมือแล้ว บางหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่ได้ให้ความร่วมมือกับภาคประชาสังคม โดยอาจปล่อยให้เจ้าหน้าที่ของชุมชน ทำให้ทีมงานเสี่ยงอันตรายกับผู้ค้ารายใหญ่และรายย่อย และผู้ใช้สารส่วนใหญ่เองก็กังวลเรื่องความปลอดภัย อีกทั้ง คนในชุมชนมีการมองการใช้สารเสพติดว่าเป็นเรื่องปกติแม้เจ้าหน้าที่เองก็ไม่สามารถจัดการปัญหา โดยไม่มีแรงจูงใจให้คนใช้สารมาเข้าร่วมกระบวนการรับความช่วยเหลือ อย่างไรก็ตาม แม้เมื่อพบผู้ใช้สารที่ต้องการรับการบำบัดรักษาแล้ว แต่ก็ยังขาดระบบการส่งต่อไปรักษาที่มีการดำเนินการที่ชัดเจน เป็นต้น

อย่างไรก็ดี การแก้ไขปัญหาระบบสุขภาพต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากครอบครัวและชุมชนจึงจะสำเร็จ ผู้คนในสังคมส่วนใหญ่คิดว่า การแก้ไขปัญหาล่าช้าเป็นบทบาทหน้าที่ของภาครัฐเพียงฝ่ายเดียว มิได้เห็นว่าเป็นปัญหาของตน (7) อีกทั้งการที่สารเสพติดมีความเกี่ยวข้องกับผู้มีอิทธิพลอาจทำให้ประชาชนในสังคมเกิดความหวาดกลัวไม่กล้าเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาคิดเป็นความท้าทายในการดำเนินการแก้ปัญหาระบบสุขภาพในพื้นที่ ความท้าทายอีกประการของการแก้ไขปัญหาระบบสุขภาพก็คือการปรับทัศนคติของคนในชุมชน-สังคม ซึ่งส่วนใหญ่ยังตีตราและมองผิดต่อผู้ใช้สารเสพติดว่าเป็นคนไม่ดี อย่างไรก็ตาม การพยายามลดมายาคติดังกล่าวก็ต้องประกอบกับการสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับสารเสพติดอย่างมีหลักฐานและมีเหตุผลผลในการทำให้เกิดทัศนคติว่าสารเสพติดเป็นสิ่งที่มีความเสี่ยงและก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ใช้สารเองและครอบครัวได้ การมีทัศนคติดังกล่าวโดยไม่ให้เกิดการมีอคติต่อผู้ใช้สาร จะทำให้ป้องกันการใช้สารเสพติดในวงกว้าง ป้องกันการเกิดผลกระทบตามมาทั้งทางด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมและอื่น ๆ ตั้งแต่ครอบครัว ชุมชน และสังคม และสามารถใช้เป็นทางออกให้กับสังคมในระยะยาวได้ ทั้งนี้ การแก้ปัญหาคควรที่จะมุ่งเน้นไปที่ตัวคนไม่ใช่ที่ตัวยา โดยใช้บทเรียนจากพื้นที่-ชุมชน-แกนนำ เป็นข้อมูลตัวอย่างต้นทาง เนื่องจากปัญหาระบบสุขภาพเป็นปัญหาทางสังคมและโครงสร้างที่เชื่อมโยงกับปัญหาอื่น โดยไม่ได้เป็นเพียงเฉพาะปัญหาอาชญากรรมที่จะใช้มาตรการปราบปรามหรือการบังคับใช้กฎหมายเพียงอย่างเดียวเท่านั้น จำเป็นต้องอาศัยมาตรการเชิงสังคมและโครงสร้างอื่น ๆ ประกอบไปด้วยกัน

สรุป

ปัญหาการเสพติดไม่ใช่เป็นเพียงปัญหาเฉพาะตัวของคนที่ใช้สาร แต่เป็นปัญหาของครอบครัวด้วย และบางครั้งในทางกลับกันปัญหาของครอบครัวก็ส่งผลต่อปัญหาการเสพติดของคนที่ใช้สารด้วย ดังนั้นผู้ให้บริการทางสาธารณสุขควรประเมินครอบครัวอย่างรอบด้านและให้การช่วยเหลือครอบครัวร่วมด้วย โดยมีหลักฐานทางวิชาการสนับสนุนว่าการดูแลครอบครัวร่วมไปกับการให้การบำบัดรักษานั้นสามารถทำให้ผลการรักษาดีขึ้นกว่าการดูแลเพียงผู้ที่ใช้สารเพียงอย่างเดียว ทั้งนี้ วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในหลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นร่างกาย สมอง สังคม จิตใจ โดยการเข้าใจถึงพัฒนาการของวัยรุ่นจะช่วยให้เข้าใจปัญหาของวัยรุ่นได้ดีขึ้น สำหรับการดูแลปัญหาสารเสพติดในภาคประชาสังคม พบปัญหาสารเสพติดเป็นปัญหาที่ขยายตัวโดยเกิดมาจากปัญหาพื้นฐานทางสังคม เศรษฐกิจ เทคโนโลยี ปัจเจกบุคคล รวมไปถึงปัญหาในระดับครอบครัว โดยทางรัฐควรให้บทบาทในภาคประชาชนมากขึ้นในการร่วมแก้ไขปัญหานี้ โลกเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว จึงอาจพบข้อจำกัดทั้งในด้านการป้องกัน ปราบปราม เช่น การซื้อขายสารเสพติดในบางพื้นที่ที่มีความแยบยลมากขึ้นและมีการซื้อขายทางออนไลน์มากขึ้น ทั้งนี้ ปัจจัยโดยรวมที่เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้งานภาคประชาสังคมเกิดความสำเร็จได้คือการที่ผู้นำลงมือทำเองและมีผู้นำและชุมชนที่มีความเข้มแข็งนั่นเอง

เอกสารอ้างอิง

1. National Institute on Drug Abuse (NIDA). Principles of adolescent substance use disorder treatment: A research-based guide. 2014. NIH Publication Number 14-7953.
2. World Health Organization, Thailand Country Office. Thailand 2015 global school-based student health survey. Bangkok, 2017. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
3. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). The 2019 National Survey on Drug Use and Health (NSDUH).
4. University of Michigan. Monitoring the Future (MTF). National Institute on Drug Abuse (NIDA). 2020.
5. ปองขวัญ ยิ้มสอาด. ปัญหายาเสพติดในวัยรุ่นและผลกระทบต่อครอบครัว. งานประชุมรับฟังความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานในผู้ปฏิบัติงานด้านยาเสพติดในพื้นที่. ศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. พฤษภาคม พ.ศ. 2564
6. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Substance use disorder treatment and family therapy: The Treatment Improvement Protocol (TIP39). 2020.
7. ศูนย์วิชาการสารเสพติดภาคเหนือ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ข้อค้นพบและอุปสรรคจากการปฏิบัติงานการจัดการปัญหาสารเสพติดรวบรวมจากประสบการณ์และบทเรียนการใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลางในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสารเสพติด. งานประชุมรับฟังความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการ

ปฏิบัติงานในผู้ปฏิบัติงานด้านยาเสพติดในพื้นที่. ศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. พฤษภาคม พ.ศ. 2564

8. มูฮัมมัดฟาห์มี ตาละ. งานวิจัยด้านเสพติดในยุค Digital Disruption. งานประชุมรับฟังความคิดเห็น
เกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานในผู้ปฏิบัติงานด้านยาเสพติดในพื้นที่. ศูนย์ศึกษา
ปัญหาการเสพติด คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. พฤษภาคม พ.ศ. 2564
-

บทที่ 15 กฎหมายใหม่ จุดเปลี่ยนทิศทางการเสพติดฝิ่นกฎหมายของประเทศไทย

โดย ดร.นายแพทย์มุฮัมมัดฟาห์มี ตาละ

บทนำ

เดิมทีนโยบายยาเสพติดในยุคก่อนรัฐชาตินั้นไม่เคยมีมาก่อน ในอดีตกาลนั้นระเบียบสังคมที่พูดถึงสิ่งเสพติดนั้นมักจะเป็นระเบียบสังคมที่มีรากฐานจากศาสนา และประเด็นสำคัญที่ศาสนาเข้ามามีบทบาทในการจัดการสิ่งเสพติด ณ สมัยอดีตนั้นเป็นเพราะฤทธิ์มึนเมาของมันมากกว่าฤทธิ์เสพติด ไม่ว่าจะเป็ศาสนาพุทธ อิสลาม หรือ คริสต์ ซึ่งเป็นศาสนาสำคัญของโลกที่มีอายุมากกว่า 1,000 ปีขึ้นไป ทั้งสามศาสนาได้สั่งห้ามสิ่งเสพติด (ตามนิยามปัจจุบัน) ด้วยเหตุผลเพราะความมึนเมา (1) ไม่ใช่เพราะมันเป็นสิ่งที่ใช้แล้วต้องให้ใช้ในปริมาณมากขึ้น คำว่าเสพติดนั้นแทบไม่มีการกล่าวถึงมาก่อนเลยในประวัติศาสตร์จนถึงยุคสมัยหนึ่งที่มีการค้าและคมนาคมทางเรือที่ดีขึ้น ส่งผลให้เกิดการแลกเปลี่ยนสินค้ากันหลากหลายขึ้น ประเทศต่าง ๆ ต่างส่งของดีของตัวเองออกไปล่ากำไรจากประเทศอื่น (2) การได้กำไรของประเทศหนึ่งก็นำมาซึ่งการขาดดุลของอีกประเทศหนึ่ง และเป็นที่มาของปฐมบทการมองเรื่องสินค้าบางชนิดให้เป็นสิ่งต้องห้ามตามกฎหมายแห่งรัฐ (3)

พัฒนาการของนโยบายยาเสพติดของรัฐต่าง ๆ ในโลก

ในช่วงปี ค.ศ. 1800-1820 อังกฤษกับจีนเป็นคู่ค้าที่ไม่เท่าเทียมกันอย่างมหาศาล จีนซึ่งเป็นผู้ผลิตและส่งออกใบชาที่ใหญ่ที่สุดในโลกตอนนั้นผลิตใบชาคุณภาพดีจำนวนมากส่งไปยังโลกตะวันตก แต่สินค้าประเภทเดียวทำให้ตะวันตกขาดดุลการค้าอย่างรุนแรง ในช่วงปี ค.ศ. 1830s อังกฤษมองหาสินค้าที่จะพลิกกลับภาวะขาดดุลการค้า และพบว่าฝิ่นซึ่งเป็นพืชที่สามารถปลูกได้ในแถบชมพูทวีปซึ่งเป็นหนึ่งในอาณานิคมของตนน่าจะเป็นหนึ่งในสินค้าที่ขายไปยังทั่วโลกได้ และได้ผลอย่างนั้นจริง ๆ ในช่วงปี ค.ศ. 1800-1826 จีนได้ดุลการค้าจากอังกฤษมากถึง 26 ล้านดอลลาร์สหรัฐ ต่อมาเมื่ออังกฤษส่งออกฝิ่นในช่วงปี 1828-1836 จีนกลับเป็นฝ่ายเสียดุลการค้ามากถึง 38 ล้านเหรียญสหรัฐ (4, 5)

จากอดีตที่จีนมองเพียงแคฝิ่นเป็นสินค้าทั่วไป นำเข้าได้หากได้รับอนุญาต ไป ๆ มา ๆ การปล่อยให้นำเข้าอย่างเสรีกลายเป็นปัญหาทางเศรษฐกิจของจีน เงินทองของชาวจีนหมดไปกับสินค้านำเข้าแพงให้ประโยชน์น้อยอย่างฝิ่น จีนจึงยกเลิกการนำเข้าฝิ่นจากอังกฤษ จะเห็นได้ว่า กฎหมายฉบับแรก ๆ ที่ให้สารเสพติดฝิ่นกฎหมาย ไม่ได้ร่างขึ้นด้วยเจตนารมณ์ของการป้องกันประชาชนจากการเป็นทาสสารเสพติดเสียทีเดียว แต่เป็นเหตุผลร่วมกันระหว่างปัญหาทางการค้าและปัญหาทางสังคม ซึ่งการเสียเปรียบเช่นนี้ทำให้อำนาจของรัฐบาลจีนอ่อนแอ กระนั้นก็ตามแม้จีนจะประกาศให้ฝิ่นเป็นสิ่งผิดกฎหมาย แต่เนื่องจากความต้องการของประชาชนจีนยังคงสูงมาก และมีคนพร้อมเสี่ยงลักลอบนำเข้าอยู่เสมอ จึงทำให้การปราบปรามการลักลอบนำเข้าฝิ่นของพ่อค้าอังกฤษและพ่อค้าชาวจีนไม่เป็นผล ท้ายที่สุดแล้วในปี ค.ศ. 1838 รัฐบาลจีนทำการยึดเรือ

บรรทุกฝิ่นของพ่อค้าชาวอังกฤษ (5) และขอให้อังกฤษลงนามไม่ค้าขายฝิ่นกับจีน หากพบมีพ่อค้าชาวอังกฤษคนใดค้าขายจะทำการประหารชีวิต ทูตจีนได้เสนอจดหมายไปยังพระราชินีแห่งอังกฤษ เพื่อสอบถามถึงเหตุผลที่อังกฤษไม่อนุญาตให้ขายฝิ่นในเกาะของตัวเอง แต่กลับปล่อยให้พ่อค้ามาค้าขายกับประเทศอื่นจนสร้างกำไรมหาศาล (6) กระนั้นก็ตามพระราชสาส์นจากอังกฤษไม่ได้กล่าวถึงเรื่องนี้ และขอให้จีนปล่อยเรือสินค้าพร้อมคนของตัวเองออกโดยเร็ว แต่จีนไม่ปฏิบัติตาม จนท้ายที่สุดแล้วก็เกิดสงครามฝิ่นครั้งที่ 1 ขึ้น ในยุคก่อนรัฐชาติ (ค.ศ. 1840)

กฎหมายเพื่อควบคุมยาเสพติดในช่วงก่อนจะเกิดการปกครองแบบรัฐชาตินั้นมีเป้าหมายในเรื่องการรักษาผลประโยชน์ของการนำเข้า-ส่งออกสินค้า เข้ามาในอาณาจักรรวมถึงในประเทศสยาม ณ เวลานั้นด้วย ซึ่งมีการนำเข้าทั้งฝิ่นและสุราเข้ามาอย่างดาษดื่น มีนายอากรต่าง ๆ ทำหน้าที่เก็บภาษีจากสินค้าเหล่านี้ (7) โดยในยุคสมัยนั้นไม่ได้มีมุมมองทางการเมือง เศรษฐกิจขององค์กรอาชญากรรม หรือ เรื่องทางสาธารณสุข และสุขภาพเข้ามาเกี่ยวข้องในการพิจารณาร่างกฎหมาย จุดนี้เอง (สงครามฝิ่น) เป็นจุดเริ่มต้นที่ความหมายของยาเสพติดเริ่มเปลี่ยนแปลงไป จากสินค้าที่ความเสียหายไม่มากหากใช้ในวงแคบ แต่เมื่อมีการผลิตเป็นสินค้าส่งออกระดับประเทศและเป็นอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ในยุคสมัยนั้น มันทวีความเสียหายเพิ่มมากขึ้นจนนำไปสู่ความเสียหายระดับสงครามระหว่างประเทศ

ความรู้ด้านสารเสพติดในการแพทย์ปัจจุบัน

วิทยาการการแพทย์ และ สาธารณสุขที่ก้าวหน้าขึ้น ทำให้เกิดการรวบรวมข้อมูลมากขึ้น มีข้อค้นพบเรื่องผลกระทบทางสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด การศึกษาแบบ cohort study ซึ่งเป็นการศึกษาแบบติดตามผู้เข้าร่วมในการวิจัยต่อไปเรื่อย ๆ และแยกเปรียบเทียบระหว่างผู้ใช้สารเสพติดที่ตนสนใจกับผู้ที่ไม่ได้ใช้ การเปรียบเทียบในรูปแบบดังกล่าวได้พบผลกระทบทางสุขภาพมากมายจากการใช้สารเสพติด เช่น การพบว่าบุหรี่เป็นสาเหตุของมะเร็งปอดเมื่อไม่ถึง 100 ปี ที่ผ่านมานี้เองในช่วงปี ค.ศ. 1940-1950 โดยเริ่มมีการศึกษาแบบ case control study ของผู้ป่วยโรคมะเร็งและสอบถามประวัติการสูบบุหรี่ของผู้ป่วย และพบว่าผู้สูบบุหรี่มีโอกาสเป็นมะเร็งปอดมากกว่าไม่สูบบุหรี่ (8) นอกจากนี้วิธีการศึกษาแบบเดียวกันได้ใช้กับผู้มีอาการผิดปกติทางสุขภาพกายและจิตกับการบริโภคแอลกอฮอล์ และพบความสัมพันธ์กับผลกระทบทางสุขภาพมากมายเช่นกัน (9) ณ จุดเริ่มต้นของการศึกษาความสัมพันธ์ของสารเสพติดกับผลกระทบทางสุขภาพนั้นเริ่มจากบุหรี่และแอลกอฮอล์ เนื่องจากเป็นสิ่งเสพติดที่มีการใช้อย่างแพร่หลายที่สุด ณ สมัยนั้น อย่างไรก็ตามวิธีการศึกษาในรูปแบบดังกล่าวทำให้เราพบความสัมพันธ์ระหว่างผลกระทบทางสุขภาพจากการใช้สารเสพติดประเภทอื่น ๆ ด้วย

ดังนั้นเมื่อเราทราบแล้วว่าเราจะวัดผลกระทบทางสุขภาพจากการใช้สารเสพติดเช่นไร ความรู้ดังกล่าวทำให้วิทยาการในการจำแนกสิ่งเสพติดกับสิ่งที่ไม่เสพติด สิ่งเสพติดที่มีประโยชน์ สิ่งเสพติดที่มีโทษ

มากกว่าประโยชน์ เราใช้องค์ความรู้เหล่านี้ในการพิจารณาว่ากฎหมายที่ในแต่ละรัฐจะใช้ควบคุมยาเสพติดนั้น เป็นเช่นไร สิ่งที่สำคัญที่โลกวิทยาศาสตร์ได้มอบให้กับกระบวนการออกแบบนโยบายคือ นิยามความเป็นสิ่งเสพติดที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น ทำให้รัฐชาติ เริ่มจำแนกสิ่งเสพติดออกจากสิ่งไม่เสพติด และในกลุ่มสิ่งเสพติดก็มีการจำแนกสิ่งเสพติดที่มีระดับความรุนแรง (อันตราย) ต่อผู้ใช้ และสังคมในระดับที่แตกต่างกัน ความรู้ชุดดังกล่าวทำให้เกิดนโยบายยาเสพติดในยุครัฐชาติสมัยใหม่ที่ใกล้เคียงกับปัจจุบัน (10)

นโยบายยาเสพติดในยุครัฐชาติสมัยใหม่ยุคแรก ได้รับอิทธิพลจากนโยบายของยุโรปและอเมริกา ซึ่งพิจารณาจากจำนวนผู้ใช้สารเสพติดที่เพิ่มมากขึ้น และการสูญเสียผลผลิตจากการเสียหายที่การทำงาน (function) ของผู้ติดยา ทำให้มีมุมมองพิจารณาเสพติดที่เข้มงวดรุนแรง ในประเทศสหรัฐอเมริกา นโยบายควบคุมสิ่งเสพติดในช่วงสมัย ค.ศ. 1920-1933 ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ยุโรปได้รับอิทธิพลของความเชื่อทางศาสนาคริสต์ และนับเป็นนโยบายลำดับแรก ๆ ที่เกี่ยวข้องกับห้ามการใช้อยาเสพติดอย่างสิ้นเชิงในโลกตะวันตก กระนั้นก็ตามผลกระทบที่ตามมาจากการใช้นโยบายดังกล่าวทำให้เกิดการค้าสุราเถื่อนทั่วประเทศ และมีเจ้าพ่อมาเฟียที่มีแหล่งรายได้จากการค้าสุราเถื่อนเกิดขึ้นมากมาย อันนำมาซึ่งการจัดการปัญหาที่ยุ่งยาก และทำให้กฎหมายนี้ยุติลงในเวลา 13 ปี (11) ในยุคดังกล่าวการใช้ยาเสพติดชนิดอื่นยังไม่แพร่หลาย รวมไปถึงกระบวนการผลิตยาเสพติดชนิดอื่นนั้นไม่ได้เป็นกระบวนการทางอุตสาหกรรม ทำให้สินค้ามีน้อย ผู้บริโภคน้อย และผลกระทบต่อสังคมไม่ได้มากมาย ดังนั้นจึงไม่มีความสนใจจากประชาชนในประเด็นนี้ รวมไปถึงรัฐใด ๆ ก็ตามในโลกไม่ต้องสนใจที่จะสร้างกฎหมายมาควบคุมยาเสพติดชนิดอื่น

การเปลี่ยนผ่านของยุคยาเสพติดสำคัญคือ ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ และ การใช้กระบวนการทางอุตสาหกรรมในการผลิตยาเสพติด ซึ่งทำให้ยาเสพติดหลายชนิดสามารถสังเคราะห์ได้ และผลิตปริมาณมากได้ จากเดิมที่ฝิ่น มาจากยางดอกฝิ่น มาเป็นการผลิตเฮโรอีนซึ่งสกัดจากมอร์ฟีนสามารถออกฤทธิ์ได้ดีกว่าฝิ่น 30 เท่า และผลิตได้ปริมาณมาก ขนส่งได้ง่าย เนื่องจากส่งแค่ปริมาณน้อย ๆ ได้มูลค่าสูง เช่นเดียวกับโคเคน ซึ่งกระบวนการทางเคมีสามารถทำให้สกัดสารโคเคนจากใบโคคา และมาสกัดให้บริสุทธิ์มีความรุนแรงมากขึ้น กระบวนการอุตสาหกรรมสามารถทำให้ผลิตได้ครั้งละจำนวนมาก มี economy of scale (ความต้องการตลาด) สูงขึ้น ผลิตปริมาณมากขึ้นจนทำให้ลดต้นทุนการผลิตต่อหน่วยไปได้มาก) เมื่อความบริสุทธิ์ของสารออกฤทธิ์สูงขึ้น ผู้ใช้ก็ใช้ด้วยปริมาณน้อย ๆ แต่ความต้องการใช้ยาสูง ราคาต่อน้ำหนักจึงสูงขึ้นมาก ทำให้สินค้าชนิดนี้เป็นสินค้าที่มีมูลค่าสูงเมื่อเทียบกับปริมาณ และเป็นสินค้าที่มอบกำไรให้ผู้เกี่ยวข้องสูง สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยที่ทำให้ยาเสพติดขยายตัวเป็นวงกว้าง แรงจูงใจที่ทำให้คนเข้ามาในตลาดของยาเสพติดดึงดูดให้คนที่รับความเสี่ยงจากการถูกจับกุมแต่มอบกำไรมหาศาลให้เข้ามาอยู่ในวงจรได้เสมอ ผลกระทบต่อระบบทางสังคมเริ่มมากขึ้น เมื่อผู้ใช้เพิ่มขึ้นเงินที่อยู่ในวงจรรยาเสพติดก็เพิ่มขึ้น เงินเหล่านี้ไม่อยู่ในระบบการเงินถูกกฎหมายของประเทศ มันจะไม่เข้าไปในระบบภาษีของรัฐแต่จะไปอยู่ในกระเป๋าของขบวนการค้ายาเสพติดที่นำกำไรที่ได้ไปทำนุบำรุงองค์กรหรือไม่ก็ใช้ในการจ่ายสินบนกับเจ้าหน้าที่รัฐ ทั้งหมดทั้งหมดมวลของมูลค่าที่สูญเสียไปเริ่ม

ส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจของประเทศ จากเดิมที่ยาเสพติดเป็นเรื่องของคนกลุ่มน้อย แต่เมื่อมีผู้ใช้มากขึ้น ขนาดความเสียหายต่อเศรษฐกิจและสังคมก็เพิ่มขึ้น (12)

นอกจากนั้นมีการแพร่ระบาดของโรค HIV และโรคกลุ่ม blood borne diseases ในช่วงปี 1981 จากกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดแบบฉีดเข้าเส้นเลือด ซึ่งได้แก่ผู้ฉีดยา เฮโรอีนและโคเคน ทำให้ผลกระทบทางสาธารณสุขเริ่มเห็นเป็นวงกว้าง ผลกระทบจากโรคติดต่อทางเลือดในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นเลือดนับเป็นผลกระทบทางสาธารณสุขที่รุนแรง และเริ่มทำให้ประเด็นทางยาเสพติดนั้นต้องไข่มุมมองทางสาธารณสุขเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงนโยบายด้วย การควบคุมปัญหาโรค AIDS ระบาดจากการติดเชื้อ HIV เป็นการควบคุมโรคที่ซับซ้อน เนื่องจากผู้ใช้ยาเสพติด ผู้ขายบริการทางเพศและกลุ่มรักร่วมเพศซึ่งเป็นกลุ่มประชากรจำเพาะที่เป็นผู้ติดเชื้อ HIV สูงที่สุด เป็นกลุ่มซ่อนเร้นอันเนื่องจากพฤติกรรมไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม (stigmatized) ดังนั้นการค้นหากลุ่มคนเหล่านี้เป็นเรื่องลำบาก และหากมีการแพร่ระบาดของโรคในกลุ่มคนดังกล่าวจะทำให้โรคระบาดที่ติดต่อทางเลือดนั้นควบคุมได้ยากยิ่งขึ้น

ด้วยผลกระทบทางสุขภาพกาย สุขภาพจิต ของผู้ใช้ ผลกระทบทางสาธารณสุขต่อผู้ใกล้ชิดกับผู้ใช้ และผลกระทบทางสังคม อาชญากรรม และเศรษฐกิจต่อประเทศชาติ จึงทำให้รัฐทุกรัฐทั่วโลกต้องบัญญัติกฎหมายควบคุมยาเสพติดขึ้น และมีผลทำให้สถานภาพของยาเสพติดนั้นกลายเป็นสิ่งผิดกฎหมายด้วยเพราะคุณสมบัติทางเคมีของมัน ทำให้รัฐในยุคสมัยใหม่ต้องเข้ามาควบคุม ปรามปราม และ จำกัดวงความเสียหายที่เกิดขึ้นจากยาเสพติด จากเดิมที่ยาเสพติดผิดกฎหมายจากการพิจารณาว่ามันคือสินค้าที่นำเข้ามาในรัฐอย่างถูกต้องผ่านการชำระภาษีสรรพสามิตหรือไม่ ผิดกฎหมายคือฝิ่นที่ผ่านการชำระอากรแล้ว และฝิ่นเถื่อนคือฝิ่นไม่ชำระอากร เป็นต้น มาเป็น เฮโรอีน หรือ โคเคน นั้นผิดกฎหมายเพราะเป็นสารที่ออกฤทธิ์ต่อร่างกายและจิตใจและสร้างผลกระทบตามที่กล่าวไว้

การปรามปรามสารเสพติดผิดกฎหมาย

เมื่อสิ่งเสพติดเป็นสิ่งผิดกฎหมาย ผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการทั้งหมดจึงเป็นอาชญากรไปด้วย สถานการณ์ที่ยาเสพติดเป็นสิ่งผิดกฎหมายและผู้เกี่ยวข้องเป็นอาชญากรนั้นทำให้ทิศทางของการพิจารณาปัญหาเสพติดเปลี่ยนไป เมื่อผู้เกี่ยวข้องเป็นอาชญากร จุดมุ่งหมายของรัฐจึงมุ่งไปยังการปรามปราม จับกุม หรือ ประหารประหาร ในหลายประเทศทั่วโลกเกิดมาตรการกวาดล้างยาเสพติดที่รุนแรงเช่น รัฐบาลสหรัฐอเมริกา ประกาศใช้นโยบายสงครามยาเสพติดในช่วงปี ค.ศ. 1971 โดยใช้มาตรการทางกฎหมายที่รุนแรงในการจัดการขบวนการค้ายาเสพติดในประเทศ ผู้เสพ ผู้ค้า ถูกจับกวาดล้างดำเนินคดีจำนวนมาก รวมไปถึงการเข้าไปมีส่วนแทรกแซงทางการเมืองของประเทศทางอเมริกาใต้ เนื่องจากประเทศดังกล่าวเป็นผู้ผลิตหรือผู้ขนส่งยาเสพติดรายใหญ่เข้าสู่ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยรัฐบาลสหรัฐสนับสนุนอาวุธ งบประมาณทางทหาร และ ปฏิบัติการทางทหารในการปรามปรามขบวนการค้ายาเสพติด การใช้มาตรการสงครามยาเสพติดทำให้

เกิดความรุนแรงจนทำให้มีผู้เสียชีวิตจำนวนมากในประเทศลาตินอเมริกา (13) ประมาณการจำนวนผู้เสียชีวิตจากความรุนแรงในช่วงดังกล่าวในเม็กซิโกมากถึง 80,000 ราย (14) นอกจากนั้นภายในประเทศสหรัฐอเมริกาทำให้เกิดภาวะนักโทษล้นคุก โดยจำนวนนักโทษเพิ่มขึ้นจาก 300,000 คนไปเป็น 1.6 ล้านคน โดยที่มากกว่า 21% ของนักโทษในเรือนจำ ณ ช่วงเวลานั้นเป็นนักโทษคดียาเสพติด

การปรับเข้าสู่ยุค Decriminalization and legalization

ความรุนแรงของการปราบปรามยาเสพติด ทำให้ผู้ใช้ยาเสพติดกลายเป็นอาชญากร และ การใช้ยาเสพติดเป็นพฤติกรรมซ่อนเร้นทำให้เกิดผลกระทบทางสุขภาพที่ควบคุมไม่ได้ เช่น โรคติดต่อทางระบบเลือดที่ควบคุมได้ยาก ซึ่งกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดเป็นกลุ่มที่ซ่อนเร้นอยู่แล้ว การหาต้นกำเนิดของการระบาดจึงเป็นไปได้ยาก และหลายประเทศพบกับความล้มเหลวในการควบคุมความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาเสพติดเช่นนี้ เช่นเดียวกับระบบยุติธรรมและเรือนจำของหลายประเทศที่ดำเนินการแก้ปัญหายาเสพติดด้วยกระบวนการทางอาญา ทำให้จำนวนนักโทษในเรือนจำส่วนใหญ่เป็นคดียาเสพติด ซึ่งเป็นคดีที่มีค่าดำเนินการทางกระบวนการยุติธรรมสูง โทษจำคุกนาน กลายเป็นภาระค่าใช้จ่ายในการบำบัดผู้ต้องหาจำนวนมาก และเมื่อปล่อยกลับมาในสังคมก็ไม่สามารถหลุดออกจากวงจรยาเสพติดได้ ปัญหาเหล่านี้คือผลลัพธ์จากการใช้มาตรการที่เข้มงวดรุนแรงในการควบคุมปัญหายาเสพติด สหรัฐอเมริกาใช้งบประมาณในการแก้ไขปัญหายาเสพติดแบบสงครามยาเสพติดนับล้านล้านดอลลาร์ แต่ดูเหมือนทั้งตัวเลขของผู้ใช้ยาเสพติดและความเสียหายด้านอื่น ๆ โกลเกินจะควบคุมได้

เมื่อเป็นเช่นนั้นดูเหมือนว่าการทำให้ยาเสพติดเป็นอาชญากรรมรุนแรงอาจจะไม่ใช่วิธีการที่ดีที่สุด จึงเกิดความคิดที่เรียกว่า decriminalization and legalization ซึ่งเป็นกระบวนการที่เกิดควบคู่กัน - Decriminalization หรือการลดโทษทางอาญา ซึ่งเชื่อว่า เมื่อผลการศึกษาด้านวิทยาศาสตร์ได้แสดงผลการใช้ยาเสพติดที่ไม่รุนแรงว่าไม่ได้ส่งผลร้ายทั้งต่อตัวผู้ใช้และสังคมอย่างควบคุมไม่ได้ ดังนั้นผู้ใช้ยาเสพติดกลุ่มนี้จึงไม่ใช่อาชญากร เราไม่ควรพิจารณาโทษของผู้ใช้ยาเสพติดที่ไม่รุนแรง ประหนึ่งเขาได้ทำอาชญากรรมร้ายแรง ส่วนสำคัญอีกประการหนึ่งของคำนี้คือ แยกพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดออกจากอาชญากรรมอื่น ๆ หากผู้ใช้ยาเสพติดไม่ได้กระทำอาชญากรรมอื่น ๆ การใช้ยาเสพติดนั้นไม่ได้มีโทษทางอาชญากรรม แต่หากผู้ใช้ยาเสพติดได้ก่ออาชญากรรมใด ๆ ก็ตาม ไม่ว่าจะเป็นการใช้ความรุนแรง ลักทรัพย์ ฆ่า ช่มชู้ ก็พิจารณาโทษตามอาชญากรรมนั้น ๆ โดยไม่ได้เกี่ยวข้องกับผู้ใช้ยาเสพติดด้วย เมื่อเป็นเช่นนี้แล้วพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดจะจัดอยู่ในหมวดของการเป็นผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาจากภาวะติดยาเสพติด แทนที่จะใช้มาตรการทางกฎหมายมาทำลายอนาคตของผู้ใช้ยาเสพติดที่ไม่ได้ก่ออาชญากรรมอื่น ๆ ไปด้วย

Legalization หรือการทำให้ถูกกฎหมาย ซึ่งเบื้องหลังของแนวคิดนี้มาจากความคิดที่ว่า เมื่อยาเสพติดชนิดไม่รุนแรงอันตรายทั้งต่อตัวผู้ใช้และสังคมไม่มากแล้ว ทำไมเราถึงต้องทำให้มันผิดกฎหมาย และ ผลักให้

มันไปอยู่ในตลาดมืดทำให้รัฐบาลสูญเสียรายได้และควบคุมปัญหาได้ยาก การที่ทำให้ถูกกฎหมาย ก็เพื่อควบคุมตลาด ควบคุมผลกระทบที่จะตามมาจากการใช้ได้ เอาขึ้นจากที่ลับมาที่แจ้ง คงเป็นผลดีกว่า การพิจารณาว่ายาเสพติดใดจะเปลี่ยนจากสิ่งผิดกฎหมายมาเป็นสิ่งที่ไม่ผิดกฎหมายจำเป็นต้องผ่านการพิจารณาอย่างถี่ถ้วน ทั้งประโยชน์และโทษของการเปลี่ยนแปลงกฎหมายควบคุมนั้น

ทั้งกระบวนการ Decriminalization และ legalization เป็นกระบวนการที่ UNODC สนับสนุนนโยบายเช่นนี้ในการแก้ไขปัญหายาเสพติด อย่างไรก็ตามไม่มีคำแนะนำใดที่เกินเลยไปจนถึงการใช้ยาเสพติดเป็นสิ่งที่กระทำโดยเสรี (liberalization) ซึ่งมีความหมายแตกต่างอย่างสิ้นเชิงกับสองคำข้างบน การทำให้เสรีนั้นเป็นการปล่อยให้ยาเสพติดบริโภคได้อย่างไม่มีขีดจำกัด ซึ่งเป็นไปไม่ได้ที่สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทเหล่านี้จะไม่สร้างผลกระทบด้านลบหากมีผู้ใช้จำนวนมากขึ้น ดังนั้นจึงไม่มีการสนับสนุนให้ใช้ยาเสพติดอย่างเสรีจากองค์การทางการแพทย์หรือองค์การระหว่างประเทศระดับโลก

ยุคสมัย Decriminalization and legalization ในประเทศไทย

ปัจจุบันประเทศไทยได้ปรับนโยบายควบคุมดูแลยาเสพติดจากสงครามยาเสพติดในช่วง พ.ศ. 2547 ซึ่งใช้มาตรการรุนแรงปราบปราม จนปัจจุบันรัฐบาลได้เปลี่ยนนโยบายมาเป็นการเปิดให้ใช้ยาเสพติดที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและสังคมเล็กน้อย ให้ประชาชนได้เข้าถึงประโยชน์ทางการแพทย์จากยาเสพติดเหล่านี้มากขึ้น โดยในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา ยาเสพติด 2 ชนิดที่เปลี่ยนจากสถานะสิ่งผิดกฎหมายมาเป็นสิ่งที่สามารถบริโภค เสพ หรือ สูบได้ นั่นคือ กระท่อมและกัญชา

Legalization and emerging of addictive industrial

ผลกระทบที่เกิดขึ้นแล้ว ณ ปัจจุบันในปี พ.ศ. 2565 คือ กระแสของการ legalization ยาเสพติดที่ความรุนแรงน้อย ทำให้มีการเข้ามาทำธุรกิจของอุตสาหกรรมใหญ่ ๆ ในโลก ในประเทศไทยบริษัทมหาชนในตลาดหลักทรัพย์ ซึ่งถือเป็นกลุ่มทุนอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ ได้วางแผนในการลงทุนในกิจการที่เกี่ยวข้องกับกระท่อม กัญชง และกัญชา เกิดวิสาหกิจชุมชนมากมายที่ร่วมพัฒนาการปลูกและเพาะพันธุ์ กระท่อม กัญชง และกัญชา นั่นคือผลในทางที่ดีที่เกิดจากการขยายตัวของธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับพืชเสพติดเหล่านี้ (15, 16)

กระนั้นก็ตามผลกระทบทางลบที่เกิดขึ้นต่อสังคมก็มีปรากฏให้เห็นเช่นกัน การเข้าถึงกระท่อมอย่างง่ายดายโดยไม่มีกฎหมายควบคุม ทำให้กระท่อมสามารถวางขายทุกพื้นที่ ขายได้ทุกเวลา และผู้ซื้อสามารถสั่งซื้อได้โดยไม่มีข้อจำกัด กระท่อมที่วางขายตามท้องตลาดขายพ่วงพร้อมกับสารเสพติดอื่น ๆ ที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท เช่น ยาแก้ไอกลุ่มที่มีโคเดอีน เป็นต้น เช่นเดียวกับกัญชา ซึ่งไม่มีข้อจำกัดในด้านสถานที่ เวลา และ ผู้ซื้อ ทำให้การขายแพร่หลาย ผู้ใช้ทั้งแบบสั้นทางการ (นันทนาการ) และแบบการแพทย์สามารถเข้าถึงกัญชาได้

อย่างเท่าเทียมกัน แม้ว่าตามนิติบัญญัติจะอนุญาตให้ใช้กัญชาเพื่อการแพทย์เท่านั้น แต่กระนั้นก็ตามในทางปฏิบัติประชาชนทั่วไปสามารถเสพกัญชาเพื่อความรื่นเริงโดยไม่ผิดกฎหมายใด ๆ ควบคุมไม่ให้เกิดอันตราย จนทำให้เกิดเหตุการณ์ผู้ใช้กัญชาเกินขนาดจนเสียชีวิต เยาวชนใช้กัญชาจนเมา เป็นต้น (17, 18)

สรุป

พัฒนาการทางกฎหมายควบคุมยาเสพติดของไทยมีแนวโน้มจะเป็นในทางเสรีต่อยาเสพติดมากขึ้น สังคมไทยต้องเตรียมพบกับผลกระทบจากการประกาศนโยบายดังกล่าวในอนาคตอันใกล้ ไม่มีใครอยากพบเจอกับสิ่งที่เลวร้าย แต่การปล่อยให้นโยบายมีช่องให้เกิดผลกระทบด้านลบมากมายเช่นนี้ บุคลากรที่เกี่ยวข้องคงต้องเตรียมพร้อมรับมือเต็มที่ และผู้มีส่วนร่วมในการออกแบบนโยบายต้องเร่งรัดในการสร้างกฎหมายควบคุมความเสียหายที่จะเกิดขึ้นจากการใช้ยาเสพติดเหล่านี้อย่างแพร่หลายมากขึ้นในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. Putzu V. INTOXICATING RELIGIONS: WINE & BEER IN JUDAISM, CHRISTIANITY, AND ISLAM Graduate Seminar in the History of Judaism and Christianity. (cited 2022 Jul 19); Available from:
https://www.academia.edu/34968422/INTOXICATING_RELIGIONS_WINE_and_BEER_IN_JUDAISM_CHRISTIANITY_AND_ISLAM_Graduate_Seminar_in_the_History_of_Judaism_and_Christianity
2. Tammy L. Anderson, Martin, S, Robbins, C. CHAPTER 2. A HISTORY OF DRUG AND ALCOHOL ABUSE IN AMERICA. In: Drug and Alcohol Use in Social Context. Wadsworth Publishing;
3. Liebenson B. A Long American History With Drugs and Alcohol. The New York Times (Internet). 1998 Oct 25 (cited 2022 Jul 19); Available from:
<https://www.nytimes.com/1998/10/25/nyregion/a-long-american-history-with-drugs-and-alcohol.html>
4. Canada APF of. The Opium Wars in China (Internet). Asia Pacific Curriculum. (cited 2022 Jul 19). Available from: <https://asiapacificcurriculum.ca/learning-module/opium-wars-china>
5. Opium War | National Army Museum (Internet). (cited 2022 Jul 19). Available from: <https://www.nam.ac.uk/explore/opium-war-1839-1842>
6. Digital china/harvard: Letter of Advice to Queen Victoria (Internet). (cited 2022 Jul 19). Available from: https://cyber.harvard.edu/ChinaDragon/lin_xexu.html
7. ภาษีฝิ่นกับนโยบายด้านการคลังของรัฐบาลไทย พ.ศ.2367-2468 / สุภาภรณ์ จรัสพัฒน์ = Opium revenue and fiscal policy of Thailand, 1824-1925 / Supaporn Jarunpattana (Internet). (cited 2022 Jul 19). Available from: <https://www.car.chula.ac.th/display7.php?bib=b1019467>

8. Proctor RN. The history of the discovery of the cigarette–lung cancer link: evidentiary traditions, corporate denial, global toll. *Tob Control*. 2012 Mar 1;21(2):87–91.
9. Berridge V, Mars S. History of addictions. *J Epidemiol Community Health*. 2004 Sep 1;58(9):747–50.
10. Policy on Drugs (Internet). United Nations : Office on Drugs and Crime. (cited 2022 Jul 20). Available from: [//www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/Mandate_Functions/policy-on-drugs.html](http://www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/Mandate_Functions/policy-on-drugs.html)
11. "A great social experiment": a brief guide to prohibition (Internet). *HistoryExtra*. (cited 2022 Jul 20). Available from: <https://www.historyextra.com/period/20th-century/prohibition-history-facts-what-when-start-why-passed-america-ban-alcohol/>
12. Drug Trafficking: a \$32 billion business affecting communities globally (Internet). (cited 2022 Jul 20). Available from: <https://www.unodc.org/southasia/frontpage/2012/August/drug-trafficking-a-business-affecting-communities-globally.html>
13. Ending the War on Drugs: A Solution for America | Office of Justice Programs (Internet). (cited 2022 Jul 20). Available from: <https://www.ojp.gov/ncjrs/virtual-library/abstracts/ending-war-drugs-solution-america>
14. Lopez G. How the war on drugs perpetuates violence in Latin America (Internet). *Vox*. 2014 (cited 2022 Jul 20). Available from: <https://www.vox.com/2014/11/14/7189219/drug-war-mexico-colombia>
15. กัญชง: พืชเศรษฐกิจใหม่ โอกาสและความท้าทาย (Internet). *krungsri.com*. (cited 2022 Jul 21). Available from: <https://www.krungsri.com/th/research/research-intelligence/hemp-2021>
16. อนาคต... (Internet). ศูนย์วิจัยกสิกรไทย. (cited 2022 Jul 21). Available from: <https://www.kasikornresearch.com/th/analysis/k-social-media/Pages/https://www.kasikornresearch.com/th/analysis/k-social-media/Pages/Kra-Tom-FB-06-10-21.aspx>
17. หนึ่ง. ตร.ห่วงชายกัญชาเถื่อนถนนข้าวสาร เชื่ออาจเกิดภัยคุกคามในอนาคต (Internet). 2022 (cited 2022 Jul 21). Available from: <https://www.thaipost.net/general-news/172019/>
18. น้ำกระท่อมดิบขายเถื่อนริมถนน คนขายอ้างเป็นน้ำสมุนไพรไม่ผิดกฎหมาย (Internet). *สยามรัฐ*. 2022 (cited 2022 Jul 21). Available from: <https://siamrath.co.th/n/341759>

ดัชนี

กระท่อม	2, 6-7, 22, 31-32, 66, 87-93, 95-98, 115,	ยาบ้า	2, 6-7, 67, 117
กัญชง	3, 17, 32, 34, 36-40, 97, 126	โอปิออยด์	6-7, 54, 60-61, 67-68, 87-93, 97
กัญชา	2, 3, 6, 7, 9, 10-15, 20-41, 44-47, 53, 66, 95-97, 114, 115, 126- 127	ไอซ์	2, 6-7, 117
เมทแอมเฟตามีน	6, 60, 91-92, 101, 107, 115, 117	เฮโรอีน	87, 123-124

Index

A		Body scan	105
Acceptability	83	Brief strategic family therapy (BSFT)	116
Accessibility	83	Buddhist psychotherapy	104
Acute HIV infection	78, 80, 81	Buprenorphine	71
Addiction	46	C	
Adenosine	88	C-Reactive Protein (CRP)	11
Adolescent Brain Cognitive Development (ABCD)	53	California Department of Public Health (CDPH)	44
Agenda setting	20	Cannabis edible store	33
Agonists	89	Case control study	122
AIDs	124	CBD	11
Alcohol use disorder	54	Chemsex	77
Alcoholic Anonymous (AA)	69	Classroom	105
Alkaloids	88	Clonidine	89
Alpha-2-adrenergic	88	Codeine	87
Alternative treatment	102	Cognitive-behavioral therapies (CBT)	101
Amphetamine-type stimulants	78-79, 84	Cognitive-behavioral model	103
Antagonists	89	Cognitive and behavioral	104
Atypical opioids	88	Cognitive development	46
Availability	83	Cohort	78
B		Cold pressor test (CPT)	91
Behavioral therapies	115	Complicated alcohol	52
Behind the Scene Process	124	Cost-effective	41
Biak	87	COVID-19	51
Biak-Biak	87	Craving	92
Binge drinking	115	Cross-sectional online survey	53
Bitcoin	117	Cryptocurrency	117
Blockchain	117	Crystal methamphetamine	81
Blood borne diseases	124		
Blood brain barrier	90		

FACTS AND FIGURES : ILLEGAL SUBSTANCES IN THAILAND 2021-2022

D		G	
Decriminalization and legalization	125	Gas chromatography -	38
Delta-9-tetrahydrocannabinol (THC)	10	Mass Spectrometry (GC-MS)	
Delta-opioid receptors	89	Gatekeeper	43
Digital Disruption	120	Gender-affirming care	83
Disability-adjusted life years	64	German Federal Institute for Risk	36
Dose dependent	91	Assessment (BfR)	
Drama-addict	21	Group sex	79
		Guideline	70
E		H	
E-commerce platform	34	Half life	90
E-disposable cannabis	21	Hand washing	72
Energy drink	34	Harmful drinking	52
European Food Safety	36	HCV	64
Authority (EFSA)		Health priority	83
European Monitoring Centre for	87	Health risks	43
Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)		Health warning labels	41
External stimuli	101	Heavy episodic drinking	52
		High income countries	55
F		HIV	64
Face shield	71	Home isolation	59
Face-to-face	68, 70	Home quarantine	73
Facebook	31	Home spray	34
Family	102	Hospitalization	54
FAST Model	102	Hot line service	70
Focusing	105	Hypothyroidism	92
Forced swimming test	89		
Frontal cortex	89	I	
Function	123	ICU	68
Functional	43	Impaired driving	46
		In-person	68
		Individual	105

Influencer	20	Mindfulness Based Stress	104
Inhibition	103	Reduction (MBSR)	
Instagram	27	Mindfulness meditation (MM)	108
Internal stimuli	101	Mitragynine	88
International Classification	7	Mitragynine pseudoindoxyl	90
of Diseases (ICD-10)		Molecular testing	84
Intoxication	64	Mu-opioid receptor	89
Invention	27	Multidimensional family	116
		therapy (MDFT)	
K		Multisystematic therapy (MST)	116
Kappa	88-89	Mutual health groups (MHGs)	69
Key population-led health service	82		
Kratom	90, 87, 97	N	
Krypton	92	Neonatal abstinence syndrome	92
		Neuropathic pain	9
L		Nicotine use disorder	54
Law regulation	43	Non-opioid pathways	88
Legalization	125-126	Novel food	95, 98
Lockdown	61	Nucleic acid testing	80
Low bioavailability	90		
Low-and-middle income countries	55	O	
Lyophilization	27	Opioid receptor	88
		Opioid use disorder	54
M			
Mask wearing	72	P	
Matrix program	102	Past-year drinker	52
Media	20	Patient safety	74
Methamphetamine	60, 67	Patients risk	74
Mindfulness – Based Therapy and	104	Phytocannabinoid	11
Counseling (MBTC)		Plain packaging	44
Mindfulness Based Cognitive	104	Positive thought	105
Therapy (MBCT)		Pre-exposure prophylaxis (PrEP)	79
		Prefrontal cortex	114

FACTS AND FIGURES : ILLEGAL SUBSTANCES IN THAILAND 2021-2022

Problematic alcohol use	55	Systematic review	53
Psychosis	46		
Public Health Emergency of International Concern (PHEIC)	51	T	
		Telemedicine	70, 74
		Testing	73
Q		Tetrahydrocannabinol (THC)	36-40
Quality	83	Text-only warning labels	41
		The picture in our heads	20
R		The world outside	20
RCT double-blinded	93	Think about	23
Real-time	74	Traditional media	20
Relapse prevention	103, 106	Twitter	31
Risk overdose death	92		
S		U	
Salmonella	93	United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC)	88, 126
Sativex	11	User Generated Content (UGC)	22
Sedative	87		
Self - control	103	V	
Self - efficacy	101	Vehicle	10
Self – help	103		
Serotonergic	89	W	
Serotonin	89	Wear-out effect	43
Sexual health	83	WHO	51
Sexualized substance use	77, 84	Withdrawal	64
SMEs	33		
Social distancing	66	X	
Social media	20	X-ray	24
Spasticity	9		
Special access scheme	9		
Stay-at-home order	52-53		
Stigmatized	124		
Substance use disorder	67, 100		
Support	69		



ศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด (ศศก.)
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

