

ยาและสารเสพติด (Drugs and Addictive Substances)

นพ.สรายุทธ์ บุญชัยพานิชวัฒนา* นพ.อัคร ภัทรกร* นพ.ลำชา อัครณภิกษนชัย* นพ.อภิชาติ เรณูวัฒนานนท์*
 พญ.ภัทรภรณ์ กิณร* พญ.วรางคณา รักษ์งาน* พญ.ธณูรช ทิเทพยวงษ์* มานพ คณะโต** พูนรัตน์ ลียติกุล**
 รังสิยา วาศุุฒา** รศ.พญ.รัศมีน กัลป์ยาภิร*** พุทธิพงษ์ ประสาทพรศิริโชค***

ยาและสารเสพติดเป็นปัญหาที่สำคัญระดับชาติที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม ที่ผ่านมารัฐบาลได้กำหนดให้เป็นวาระแห่งชาติที่ต้องระดมกำลังทุกภาคส่วนให้มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาอย่างจริงจังและต่อเนื่อง จากข้อมูลสำนักพัฒนานโยบายเพื่อความร่วมมือระหว่างประเทศ ปี 2560 พบว่าสาเหตุหลักที่เป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years: DALYs) จากการบกพร่องทางสุขภาพในเพศชายของประเทศไทยอันดับที่ 1 คือการเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 13.1) และในเพศหญิงเป็นอันดับที่ 12 (ร้อยละ 1.7) โดยเฉพาะช่วงอายุ 15-29 ปี พบมากที่สุด

ในปัจจุบันมีการใช้เทคโนโลยีมากขึ้น ประชาชนก็สามารถใช้เครื่องมือเหล่านี้เป็นช่องทางในการเข้าถึงข้อมูลการซื้อขายยาเสพติดได้มากขึ้นเช่นกัน โดยเฉพาะ social media ได้ประมาณการว่าผู้ที่เข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติดมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยจำนวนผู้ใช้สารเสพติดในปี 2559 พบว่ามีประชากรเคยใช้สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่ง (ไม่นับบุหรี่ยาเสพติด) เป็นจำนวนประมาณ 2,964,444 คนหรือคิดเป็น 58.16 ต่อ 1,000 ของประชากรอายุ 12-65 ปี (มานพ คณะโต และคณะ 2559) ในขณะที่ประมาณการผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาในปี 2560 มีจำนวนเพียง 171,772 คน (ที่มา: บสต. มิถุนายน 2561)

นอกจากนั้นปัญหายาเสพติดยังเป็นปัญหาระดับภูมิภาคอาเซียน ซึ่งลักษณะการแพร่ระบาดของยาเสพติดมีความคล้ายคลึงกับประเทศไทย โดยพบว่าสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว (สปป. ลาว) และกัมพูชา มีการแพร่ระบาดมากของยาบ้าและไอซ์ ส่วนประเทศสาธารณรัฐสหภาพเมียนมาร์ เวียดนาม มาเลเซียและอินโดนีเซีย มีการใช้เฮโรอีนมากที่สุด โดยในระดับภูมิภาคอาเซียนได้มีคณะกรรมการอาวุโสอาเซียน (ASEAN Senior Officials on Drug Matters: ASOD) เป็นคณะกรรมการกลางที่มีการประชุมและสร้างความร่วมมือกันอย่างต่อเนื่องในภูมิภาค ได้กำหนดเป้าหมายร่วมกันให้อาเซียนปลอดยาเสพติดในปี 2558 (Drug Free ASEAN in 2015) โดยกำหนดให้แต่ละประเทศเป็นศูนย์กลางในด้านต่างๆ คือ ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางด้านการปราบปราม ประเทศสิงคโปร์เป็นศูนย์กลางด้านการศึกษาวิจัย ประเทศมาเลเซียเป็นศูนย์กลางด้านการบำบัดฟื้นฟู อย่างไรก็ตามในการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรมด้านความร่วมมือระหว่างประเทศในด้านวิชาการการบำบัดรักษานั้น ถือว่าประเทศไทยเป็นประเทศแรกที่มีการริเริ่มในเรื่องการประชุมวิชาการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับภูมิภาค โดยเริ่มจัดประชุมวิชาการร่วมกันครั้งแรกในปี 2556 รวมทั้งประเทศไทยเป็นประเทศศูนย์กลางด้านการฝึกอบรมความรู้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งที่ผ่านมาการอบรมให้กับบุคลากรจาก สปป.ลาว กัมพูชา และสาธารณรัฐสหภาพเมียนมาร์ ทางสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) ได้จัดประชุม จัดตั้งเครือข่ายเฝ้าระวังปัญหายาเสพติดอาเซียน (ASEAN Drug Monitoring Network-ADMN) ในปี 2558 ภายใต้กรอบปฏิบัติงานของศูนย์ประสานงานด้านความร่วมมือด้านยาเสพติดอาเซียน (ASEAN Narcotics Operation Center) จัดทำ ASEAN Drug Monitoring Report ล่าสุดปี 2559 สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้แถลงมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 10 พ.ศ. 2560 เน้นส่งเสริมชุมชนเป็นศูนย์กลางในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด ปรับทัศนคติของชุมชนต่อการเสพติดเป็นผู้ป่วยควรได้รับการบำบัดรักษาเพื่อใช้ชีวิตในสังคมและชุมชนได้ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ต้องเป็นหน่วยงานหลักในการประสานงานกับชุมชน องค์กรศาสนา สถาบันครอบครัว องค์กรสตรี เด็กและเยาวชน รวมถึงสถาบันการศึกษาที่ต้องทำงานร่วมกัน

*สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

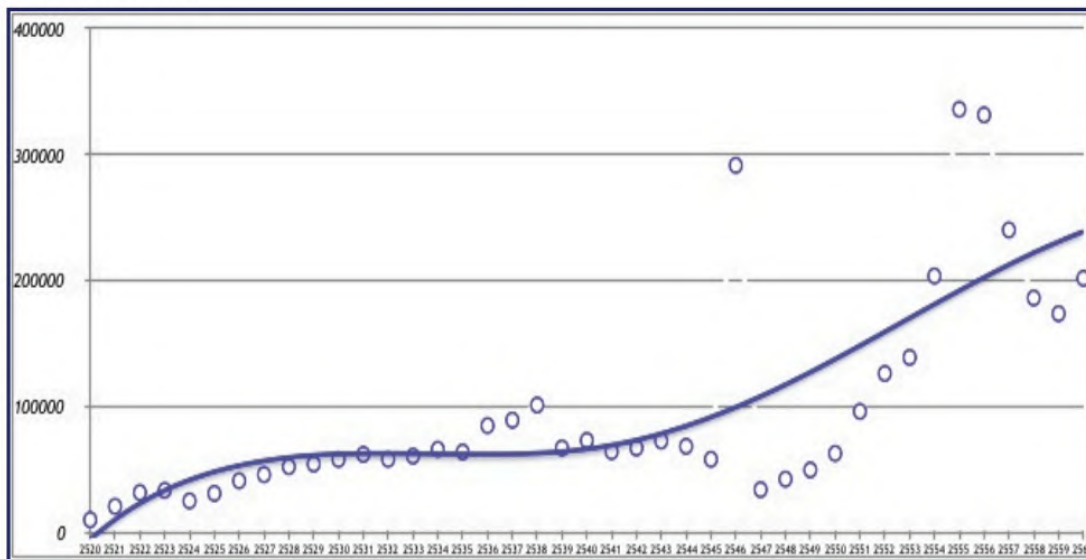
**คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ระบาดวิทยา (Epidemiology)

สันนิษฐานว่าฝิ่นเริ่มแพร่หลายเข้ามาในสังคมไทยตั้งแต่สมัยสุโขทัย สมัยกรุงศรีอยุธยาเริ่มปรากฏปัญหาเนื่องจากผู้เสพฝิ่นไม่เป็นอันทำมาหากิน สมเด็จพระรามาธิบดีที่ 1 จึงทรงบัญญัติบทลงโทษผู้กระทำความผิดเอาไว้ในพระไอยการลักษณะโทษ เมื่อปี พ.ศ. 1609 มีใจความสำคัญตอนหนึ่งว่า “..81 มาตราหนึ่งผู้เสพฝิ่นกินฝิ่นขายฝิ่นนั้นให้ลงพระอาญาจงหนักหนาริบราชบาตให้สิ้นเชิงทะเลเวนบก 3 วัน เรือ 3 วัน ให้จำใส่คุกซึ่งไว้กว่าจะอดได้ถ้าอดได้แล้วให้เรียกเอาทนายคนแก่อวดญาตีฟ้นองไว้แล้วจึงให้ปล่อยผู้เสพฝิ่นขายฝิ่นกินฝิ่นออกจากโทษ...” (กรมศิลปากร, 2521) หลังจากนั้นมาพระมหากษัตริย์ได้ทรงตรากฎหมายขึ้นอีกหลายฉบับ อาทิ พระราชบัญญัติห้ามไม่ให้ซื้อฝิ่นสูบฝิ่น จ.ศ. 1173 (พ.ศ. 2354) พระราชกำหนดห้ามสูบฝิ่น จ.ศ. 1181 (พ.ศ. 2362) และประกาศเพิ่มเติมห้ามมิให้ลักจำหน่ายฝิ่นและสูบฝิ่น จ.ศ. 1182 (พ.ศ. 2363) พระราชบัญญัติเรื่องฝิ่นและลักเลข จ.ศ. 1186 (พ.ศ. 2367) พระราชบัญญัติภาษีฝิ่น พ.ศ. 2414 พระราชบัญญัติมอร์ฟินและโคเคอิน พ.ศ. 2456 พระราชบัญญัติฝิ่น พ.ศ. 2464 พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2465 หลังประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงการปกครองในปี 2475 รัฐบาลยังคงอาศัยมาตรการทางกฎหมายเป็นหลักด้วยการออกพระราชบัญญัติกัญชา พ.ศ. 2477 พระราชบัญญัติพืชกระท่อม พ.ศ. 2486 พระราชบัญญัติการขายยา พ.ศ. 2493 ประกาศคณะปฏิวัติฉบับที่ 37 พ.ศ. 2501 พระราชบัญญัติวัตถุออกฤทธิ์ พ.ศ. 2518 และพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 จากนั้นมาปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติดก็ไม่ได้ลดลงแต่กลับเพิ่มมากขึ้น (ภาพที่ 10.1) เปลี่ยนผ่านจากพืชเสพติดมาสู่สารเสพติดสังเคราะห์และการใช้ยารักษาโรคผิดแบบแผน



ภาพที่ 10.1 แนวโน้มผู้เข้าบำบัดรักษาเสพติดช่วงปี 2520-2560

ปัจจุบันคำว่าสารเสพติด (substances) หมายรวมถึงยาหรือสารเคมีหรือวัตถุชนิดใดๆ เมื่อเสพเข้าสู่ร่างกายแล้วทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจ ซึ่งครอบคลุมด้วยกฎหมายหลัก 4 ฉบับ คือ พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 (สอดคล้องกับ UN The Single Convention on Narcotic Drugs, 1961) พระราชบัญญัติวัตถุออกฤทธิ์ พ.ศ. 2559 (สอดคล้องกับ UN Convention on Psychotropic substances, 1971) พระราชกำหนดป้องกันการใช้สารระเหย พ.ศ. 2533 และพระราชบัญญัติควบคุมโคเคน พ.ศ. 2495 ทั้งนี้ ไม่นับรวมสารถูกกฎหมายทั้งเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่ และเครื่องดื่มผสมคาเฟอีน



สำนักงานยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งองค์การสหประชาชาติ (United Nations Office on Drugs and Crime: UNODC) รายงานว่าในปี 2016 มีประชากรโลกที่มีอายุ 15-64 ปี ที่ใช้สารเสพติดอย่างใดอย่างหนึ่งในรอบปีที่ผ่านมาประมาณ 275 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 5.6 ของประชากรโลกที่มีอายุ 15-64 ปี ในจำนวนนี้ 31 ล้านคนเป็นผู้ชายที่จำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา (UNODC, 2018) ในช่วงเวลาเดียวกันรายงานการเฝ้าระวังปัญหาเสพติดในกลุ่มประเทศอาเซียน (ASEAN Drug Monitoring Report 2016) ระบุว่าในปี 2016 มีประชากรในกลุ่มประเทศอาเซียนเข้ารับการบำบัดรักษาเสพติดถึง 193,704 คนหรือคิดเป็นอัตรา 27.8 ต่อ 100,000 ประชากร ในจำนวนนี้กว่าร้อยละ 80 เข้ารับการบำบัดรักษาเสพติดในกลุ่ม Amphetamine Type Stimulant (ATS) ส่วนที่เหลือเป็นกลุ่มกัญชาฝิ่น/ เฮโรอีนและอื่นๆ (Manop Kanato et.al. (Eds.) 2017) คณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติดดำเนินการสำรวจครัวเรือนระดับประเทศเพื่อคาดประมาณจำนวนผู้ใช้สารเสพติดในปี 2559 (ตารางที่ 10.1) พบว่า มีประชากรเคยใช้สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่ง (ไม่นับบุหรี่ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์) จำนวนประมาณ 2,964,444 คนหรือคิดเป็น 58.16 ต่อ 1,000 ของประชากรอายุ 12-65 ปี ผู้ที่ใช้สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่ง 1 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มที่ควรเฝ้าระวังมีจำนวนประมาณ 1,425,342 คนหรือคิดเป็น 27.97 ต่อ 1,000 คนและผู้ที่ใช้สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่ง 30 วันมีจำนวนประมาณ 1,012,848 คนหรือคิดเป็น 19.87 ต่อ 1,000 คน และจำนวนผู้ใช้ยาเสพติดจนติดเป็นนิสัย คือ ใช้มากกว่า 20 วันใน 30 วัน มีจำนวน 326,229 คนหรือคิดเป็น 6.40 ต่อ 1,000 คน สารเสพติดที่นิยมใช้ คือ กระบอง รองลงมาเป็นยาบ้า น้ำต้มกระบอง กัญชา ไอซ์ สารระเหย ฝิ่น เฮโรอีน ยาไอซ์ ยาเค และโคเคน ตามลำดับ (มานพ คณะโตและคณะ 2559)

ในรายงานของสำนักงานยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งองค์การสหประชาชาติระบุชัดเจนว่ามีการแพร่ระบาดของสารออกฤทธิ์ทางจิตใหม่ (New Psychoactive Substance: NPS) เพิ่มขึ้นอย่างมากทั้งในด้านอุปสงค์และอุปทานจำนวนของ NPS เพิ่มขึ้นจาก 269 สาร ในปี 2012 เป็น 479 สาร ในปี 2016 (UNODC, 2018) สารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทใหม่เป็นสารที่ถูกนำมาใช้ในทางที่ไม่ใช่วัตถุประสงค์ทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์และไม่อยู่ภายใต้การควบคุมของอนุสัญญาเดี่ยวของสหประชาชาติว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ค.ศ. 1961 (United Nations Single Convention on Narcotic Drug 1961) และอนุสัญญาแห่งสหประชาชาติว่าด้วยยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ค.ศ. 1971 (United Nations Convention on Psychotropic Drug 1971) UNODC จำแนก NPS ออกเป็น 7 ประเภท ได้แก่ synthetic cannabinoids, synthetic cathinones, ketamine, phenethylamines, piperazines, plantbased substances, และ miscellaneous substances (UNODC, 2013) ประเทศไทยมีการศึกษาในปี 2559 ในประชากรอายุ 15-64 ปี 27 จังหวัดทั่วประเทศ พบว่า มีประชากรเคยใช้ยาเสพติดแบบแผนและ NPS คิดเป็นร้อยละ 49.7 ผู้ที่ใช้ใน 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.3 และผู้ที่ใช้ในเดือนที่ผ่านมาร้อยละ 15.0 (Wonguppa & Kanato 2018)

ในการศึกษานี้ยังพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้ NPS ประกอบด้วยเพศชาย (AOR 1.145 95% CI: 1.075-1.221) กลุ่มผู้ใหญ่ (AOR 1.126 95% CI: 1.090-1.358) จบประถมศึกษา (AOR 1.634 95% CI: 1.529-1.747) และมีงานทำ (AOR 1.842 95% CI: 1.683-2.016) นอกจากนี้ยังพบว่าเพศชายอยู่ในชนบทและมีงานทำมีความสัมพันธ์กับการใช้ NPS เป็นประจำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สถานการณ์ปัญหาเสพติดภายในประเทศในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา พบว่า ยังอยู่ในระดับที่รุนแรง ภาคเหนือตอนบนยังคงเป็นพื้นที่ที่ลักลอบนำเข้าสำคัญของยาบ้า ไอซ์ และเฮโรอีน กัญชาจะมาจากชายแดนภาคตะวันออกเฉียงเหนือขณะที่ตัวอื่นๆ มีการลักลอบนำเข้าไม่มากนัก พบกลุ่มชนเผ่าและเครือข่ายยาเสพติดข้ามชาติเข้ามาเกี่ยวข้องกับขบวนการค้ายาเสพติด ข้อมูลกรมราชทัณฑ์ในปี 2561 มีผู้ต้องขังทั่วประเทศทั้งสิ้น 355,543 คน ในจำนวนนี้เป็นนักโทษเด็ดขาด (คดีถึงที่สุดแล้ว) 287,601 คน ในจำนวนนี้เป็นคดียาเสพติด 221,437 คนคิดเป็นร้อยละ 62.3 โดยเป็นนักโทษหญิงร้อยละ 14.7 และเป็นเยาวชนอายุไม่เกิน 25 ปีประมาณ 1 ใน 4 (ในจำนวนนี้ประมาณ 8,000 คนเป็นคดีเสพติดโดยไม่มีคดีอาญาอื่นๆ ร่วมด้วย)

จากระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหาเสพติดในปี 2560 กลุ่มผู้เสพและผู้ติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพจากหน่วยงานต่างๆ ทั่วประเทศมีจำนวนสองแสนคนเศษการเข้าสู่ระบบบำบัดรักษาโดยสมัครใจ (รวมมาตรการ 108) มีสัดส่วนสูงเป็นร้อยละ 56.3 ระบบบังคับบำบัดร้อยละ 31.8 และระบบต้องโทษร้อยละ 11.9 สำหรับกลุ่มผู้เสพรายใหม่มีสัดส่วนเพิ่มมากขึ้นเป็นร้อยละ 85 จากเดิมเมื่อ 10 ปีที่ผ่านมาที่มีอยู่ประมาณ 4 ใน 5



ตารางที่ 10.1 จำนวนประชากรที่ใช้สารเสพติดและความชุก (ต่อ 1,000 ประชากร)

	เคยเสพ		ใช้ใน 1 ปี		ใช้ใน 30 วัน		ใช้ 20 ใน 30 วัน	
	จำนวน	อัตราต่อพัน	จำนวน	อัตราต่อพัน	จำนวน	อัตราต่อพัน	จำนวน	อัตราต่อพัน
สารฯ ชนิดใดชนิดหนึ่ง	2,964,444	58.16	1,425,342	27.97	1,012,848	19.87	326,229	6.40
กัญชา	1,113,002	21.84	188,496	3.70	48,253	0.95	13,162	0.26
กระท่อม	1,602,753	31.45	843,861	16.56	701,080	13.76	223,126	4.38
น้ำดื่มกระท่อม	485,855	9.53	233,191	4.58	179,508	3.52	41,629	0.82
สารระเหย	154,676	3.03	27,575	0.54	9,501	0.19	4,815	0.09
ฝิ่น	87,510	1.72	34,490	0.68	3,602	0.07	3,258	0.06
เฮโรอีน	63,021	1.24	6,460	0.13	3,518	0.07	3,258	0.06
ยาบ้า	1,061,007	20.82	442,916	8.69	243,699	4.78	60,582	1.19
ไอซ์	173,503	3.40	42,361	0.83	24,727	0.49	4,695	0.09
ยาอี	53,576	1.05	15,578	0.31	3,258	0.06	3,258	0.06
ยาเค	22,218	0.44	3,258	0.06	3,258	0.06	3,258	0.06
โคเคน	10,192	0.20	3,258	0.06	3,258	0.06	3,258	0.06

สถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดของประเทศไทยในช่วงหลังปี 2556 พบว่า ผู้เกี่ยวข้องกับยาเสพติดในระบบทะเบียนลดลงทั้งผู้ที่ถูกจับกุมในคดีเสพยาเสพติดและผู้เข้ารับการรักษาเป็นที่น่าสนใจว่าในช่วงนี้แม้ผู้ต้องหาลดลงแต่ของกลางเพิ่มมากขึ้นดังภาพที่ 10.2



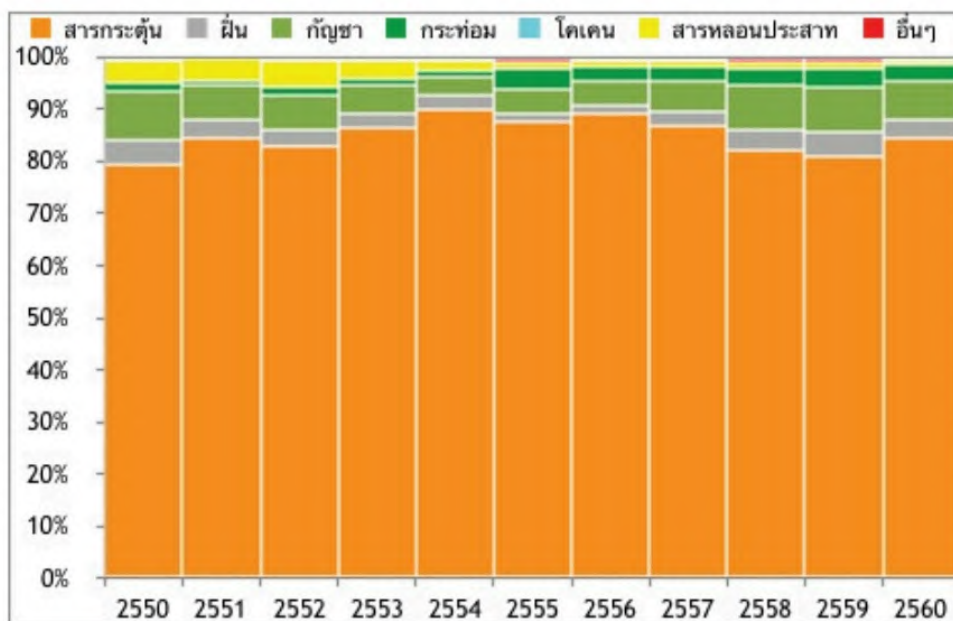
ภาพที่ 10.2 อุปสงค์และอุปทานยาเสพติดช่วงปี 2550-2560



ตารางที่ 10.2 ความชุกของการใช้ยาเสพติดแบบแผนและ NPS

	Lifetime prevalence % (95% CI)			Past year prevalence % (95% CI)			Past month prevalence % (95% CI)		
	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
NPS	50.7 (49.9, 51.5)	48.8 (48.0, 49.6)	49.7 (49.1, 50.3)	32.9 (32.2, 33.6)	29.8 (29.1, 30.5)	31.3 (30.8, 31.8)	15.8 (15.2, 16.4)	14.1 (13.5, 14.7)	15.0 (14.6, 15.4)
ยาแก้ปวด	47.9 (47.3, 48.5)	48.3 (47.5, 49.1)	47.5 (46.7, 48.3)	28.1 (27.4, 28.8)	28.2 (27.5, 28.9)	28.1 (27.6, 28.6)	12.2 (11.7, 12.7)	12.9 (12.4, 13.4)	12.5 (12.1, 12.9)
ยาน้ำแก้ไอ	31.6 (30.9, 32.3)	31.2 (30.5, 31.9)	31.4 (30.9, 31.9)	10.4 (9.9, 10.9)	10.8 (10.3, 11.3)	10.6 (10.3, 10.9)	4.8 (4.5, 5.1)	5.1 (4.8, 5.4)	4.9 (4.7, 5.1)
ยากล่อม ประสาท	18.0 (17.4, 18.6)	19.3 (18.7, 19.9)	18.7 (18.3, 19.1)	2.3 (2.1, 2.5)	3.3 (3.0, 3.6)	2.8 (2.6, 3.0)	1.3 (1.1, 1.5)	2.1 (1.9, 2.3)	1.7 (1.6, 1.8)
ยาแก้แพ้	15.1 (14.5, 15.7)	15.4 (14.8, 16.0)	15.3 (14.9, 15.7)	0.3 (0.2, 0.4)	0.7 (0.6, 0.8)	0.5 (0.4, 0.6)	0.3 (0.2, 0.4)	0.7 (0.6, 0.8)	0.5 (0.4, 0.6)
ยาแก้แพ้ ผสม	15.1 (14.5, 15.7)	15.4 (14.8, 16.0)	15.3 (14.9, 15.7)	0.4 (0.3, 0.5)	0.7 (0.6, 0.8)	0.4 (0.3, 0.5)	0.4 (0.3, 0.5)	0.7 (0.6, 0.8)	0.5 (0.4, 0.6)
พืช กระท่อม	16.0 (15.4, 16.6)	14.3 (13.7, 14.9)	15.1 (14.7, 15.5)	3.9 (3.6, 4.2)	0.4 (0.3, 0.5)	2.1 (1.9, 2.3)	2.6 (2.3, 2.9)	0.2 (0.1, 0.3)	1.4 (1.3, 1.5)
น้ำดื่ม กระท่อม	14.8 (14.2, 15.4)	14.2 (13.6, 14.8)	14.5 (14.1, 14.9)	1.2 (1.0, 1.4)	0.1 (0.0, 0.2)	0.7 (0.6, 0.8)	0.7 (0.6, 0.8)	0.0 (0.0, 0.1)	0.4 (0.3, 0.5)
ยาอี	14.6 (14.0, 15.2)	14.2 (13.6, 14.8)	14.4 (14.0, 14.8)	0.3 (0.2, 0.4)	0.1 (0.0, 0.2)	0.2 (0.1, 0.3)	0.1 (0.06, 0.17)	0.0 (0.0, 0.0)	0.06 (0.03, 0.08)
เคตามีน	14.4 (13.8, 15.0)	14.2 (13.6, 14.8)	14.3 (13.9, 14.7)	0.1 (0.0, 0.2)	0.1 (0.0, 0.2)	0.1 (0.1, 0.1)	0.02 (0.00, 0.04)	0.03 (0.00, 0.05)	0.02 (0.00, 0.04)

ชนิดยาและสารเสพติดที่แพร่ระบาด



ภาพที่ 10.3 ชนิดยาเสพติดที่แพร่ระบาดช่วงปี 2550-2560



กัญชาเป็นยาเสพติดที่แพร่ระบาดในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มานานกว่า 3,000 ปี ผิ่นเป็นยาเสพติดที่แพร่ระบาดและก่อปัญหาทั้งสังคมไทยมาตั้งแต่สมัยกรุงศรีอยุธยา เฮโรอีนเริ่มแพร่ระบาดในประเทศไทยก่อนปี 2500 พบสารสังเคราะห์ในกลุ่มสารกระตุ้นแอมเฟตามีนระบาดมากขึ้นหลังปี 2500 ปัญหาสารระเหยปรากฏมากขึ้นราวปี 2510 สารสังเคราะห์ประเภทยาอี เคตามีน ไอซ์ โคเคนและยาเริ่มแพร่ระบาดมากขึ้นหลังปี 2530 ในปัจจุบันปัญหาการใช้ยาเสพติดโรคจิตแบบแผนและการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทใหม่ (NPS) ก็เริ่มปรากฏชัดขึ้น

หากจะพิจารณาชนิดของยาเสพติดที่แพร่ระบาดในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาพบว่ายาเสพติดที่แพร่ระบาดในประเทศไทยมีอยู่ 7 กลุ่มด้วยกัน ประกอบด้วยกลุ่มสารกระตุ้นแอมเฟตามีน (amphetamine type stimulants) กลุ่มฝิ่น กัญชา กระท่อม โคคา กลุ่มสารหลอนประสาทและกลุ่มอื่นๆ

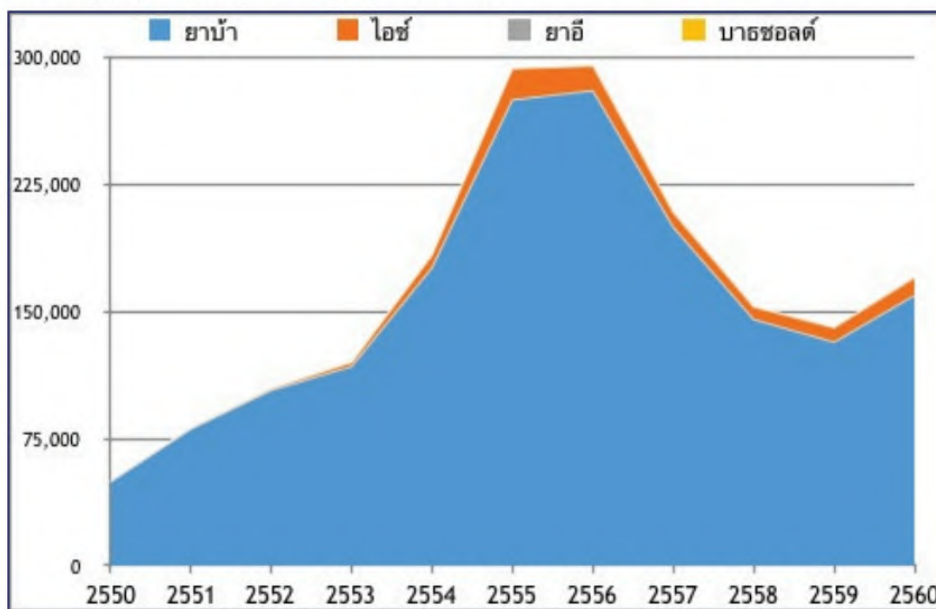
1 กลุ่มสารกระตุ้นแอมเฟตามีน (amphetamine type stimulants)

สารกลุ่มนี้มีโครงสร้างหลักทางเคมี คือ phenethylamine ที่แพร่ระบาดในประเทศไทยประกอบไปด้วย

1.1 สาร amphetamine และ methamphetamine

1.2 สารกลุ่ม ecstasy (MDMA, MDA, MDE)

1.3 สารสังเคราะห์ที่ออกฤทธิ์กระตุ้นประสาทส่วนกลาง (synthetic CNS stimulants) ได้แก่ กลุ่มอนุพันธ์ของ amphetamine, อนุพันธ์ของ phentermine, อนุพันธ์ของ ephedrine, อนุพันธ์ของ methylenedioxy amphetamine, อนุพันธ์ของ methoxy amphetamine, และสารสังเคราะห์ cathinone



ภาพที่ 10.4 ATS ที่แพร่ระบาดช่วงปี 2550-2560

สำนักงานยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งองค์การสหประชาชาติคาดประมาณว่า ทั่วโลกมีผู้ใช้สารกระตุ้นในกลุ่ม amphetamine ประมาณ 55 ล้านคนเป็น amphetamine (รวมถึง methamphetamine) ประมาณ 34 ล้านคน และกลุ่ม ecstasy ประมาณ 21 ล้านคนในปี 2016 (UNODC, 2018) ในขณะที่ประเทศในกลุ่ม ASEAN พบการแพร่ระบาดของสารกลุ่มนี้ในทุกประเทศโดยเฉพาะไอซ์ (crystal methamphetamine) ส่วนยาบ้าพบในประเทศไทย เมียนมาร์ สปป.ลาว กัมพูชา เวียดนาม มาเลเซีย และสิงคโปร์เท่านั้น

ตัวยาที่แพร่ระบาดมากในประเทศไทยพบยาบ้ามากที่สุด มีผู้เข้ารับการบำบัดมากกว่า 100,000 รายในแต่ละปี (ในเมื่อยาประกอบด้วย methamphetamine ประมาณร้อยละ 15-25 ที่เหลือเป็น ephedrine, caffeine, และอื่นๆ) รองลงมาเป็นไอซ์ (ตัวยามีลักษณะเป็นผลึกของ methamphetamine มีความบริสุทธิ์มากกว่าร้อยละ 90) มีผู้เข้ารับการบำบัดประมาณ 10,000 รายในแต่ละปี ยาอี (ecstasy) มีผู้เข้ารับการบำบัดน้อยกว่า 500 รายในแต่ละปีและในปี 2560 เริ่มพบ NPS ที่เป็น synthetic cathinone หรือ bath salts รายแรก



สาร amphetamine เป็นที่รู้จักกันในเมืองไทยในชื่อยามามากกว่า 50 ปี ระยะแรกการแพร่ระบาดจำกัดอยู่ในกลุ่มเล็กๆ โดยเฉพาะผู้ใช้แรงงานและคนขับรถบรรทุก การวิเคราะห์สารประกอบในเม็ดยาของกลางที่จับกุมได้ในประเทศไทย พบสาร methamphetamine ครั้งแรกตั้งแต่ปี 2517 ในปี 2523 พบยาม้าปลอม (การตรวจวิเคราะห์เม็ดยาทางห้องปฏิบัติการ ไม่พบสารกลุ่มนี้เป็นส่วนประกอบในเม็ดยาของกลางที่จับกุมได้) ต่อมาพบจำนวนยาม้าปลอมบ่อยขึ้นเรื่อยๆ สะท้อนว่ายานในกลุ่ม amphetamine และ methamphetamine เป็นที่ต้องการของกลุ่มผู้เสพ ข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องกับปริมาณของกลางที่จับกุมได้มีปริมาณเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในระยะต่อมาสถิติกลุ่มผู้เข้ารับการรักษาของกระทรวงสาธารณสุขมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นซึ่งแสดงให้เห็นชัดเจนว่ายาม้าระบาดอย่างหนักในกลุ่มคนไทยทุกเพศ ทุกวัย ทุกกลุ่มอาชีพ และทุกภูมิภาค จนกระทั่งปี 2539 รัฐบาลจึงเปลี่ยนชื่อเรียกจากยาม้าเป็นยาบ้า

ตารางที่ 10.3 ความชุกของสารกระตุ้น (ต่อ 1,000 ประชากร) ตามช่วงอายุ

ภูมิภาค	ชนิด	12-19 ปี	20-24 ปี	25-44 ปี	45-65 ปี
กลาง	ยาบ้า	4.57	14.35	28.14	13.61
	ไอซ์	0.00	4.05	5.21	1.11
	ยาอี	0.00	0.00	1.35	0.21
เหนือ	ยาบ้า	12.53	32.64	36.93	16.89
	ไอซ์	6.51	20.08	3.48	0.95
	ยาอี	0.00	1.55	3.51	1.76
ตะวันออกเฉียงเหนือ	ยาบ้า	5.84	6.60	13.69	5.48
	ไอซ์	0.11	0.00	1.08	0.00
	ยาอี	0.95	0.00	1.17	0.08
ใต้	ยาบ้า	1.80	27.78	42.71	8.47
	ไอซ์	1.80	13.35	20.37	1.13
	ยาอี	1.60	1.08	3.32	0.25
กทม.	ยาบ้า	66.65	45.12	66.25	53.71
	ไอซ์	1.55	2.12	3.74	0.00
	ยาอี	0.00	0.71	0.17	0.00
ประเทศไทย	ยาบ้า	10.72	19.69	30.01	14.70
	ไอซ์	1.61	6.92	5.50	0.62
	ยาอี	0.57	0.50	1.86	0.48

ในตารางที่ 10.3 จะเห็นว่ายาในกลุ่มนี้แพร่ระบาดมากในกลุ่มวัยรุ่นตอนปลายและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

การวิจัยเรื่องระยะเวลาในการเสพ methamphetamine กับ การเกิดโรคจิตเวช โดยทำการศึกษาย้อนหลังแบบมีกลุ่มควบคุม (case control study) ในผู้ป่วย 294 คน พบว่า ผู้ที่เสพ methamphetamine มานานกว่า 5 ปี เป็นสาเหตุของการเกิดโรคทางจิตเวชเป็น 2.1 เท่า ปริมาณการเสพ 20 เม็ดต่อสัปดาห์ขึ้นไป เสี่ยงต่อการเกิดโรคทางจิตเวช 9.4 เท่า ความถี่ในการเสพ 7 ครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไป เสี่ยงต่อการเกิดโรคทางจิตเวช 7.4 เท่า นอกจากนี้ยังพบว่าคนโสดและคนที่ไม่มีรายได้ต่ำ (ต่ำกว่า 10,000 บาท ต่อเดือน) เป็นปัจจัยหนุนให้เกิดโรคทางจิตเวชซึ่งเป็นความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Manop Kanato et al. 2018)

2. ผีน เฮโรอีน (opioids) กลุ่มผีนประกอบไปด้วย

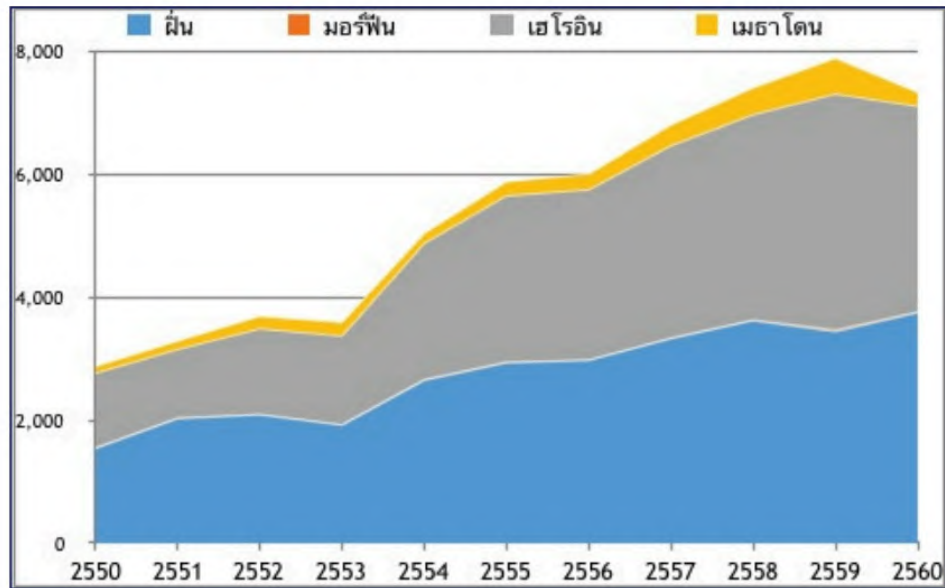
2.1 ผลกระทบจากพิษฝิ่น

2.2 สารสกัด opiates ได้แก่ มอร์ฟิน เฮโรอีน และโคเดอีน

2.3 สารสังเคราะห์ opioids ได้แก่ fentanyl, methadone, buprenorphine และ oxycodone

ผลของฝิ่นเมื่อถูกกรดจะให้น้ำยางสีขาวสีจะคล้ำลงกลายเป็นยางเหนียวสีน้ำตาลไหม้ เมื่อถูกอากาศในยางฝิ่นจะพบ alkaloids สำคัญได้แก่ morphine, codeine, thebaine, papaverine และ noscapine.





ภาพที่ 10.5 กลุ่มฝิ่นที่แพร่ระบาดช่วงปี 2550-2560

แม้ว่าการแพร่ระบาดของ morphine (สาร morphine ที่เป็น alkaloids ของฝิ่นจะถูกสกัดออกมาจากฝิ่นดิบ) จะมีไม่มากนักในประเทศไทยแต่การแพร่ระบาดของเฮโรอีน (morphine เข้าสู่กระบวนการเปลี่ยนสภาพเป็นเฮโรอีน) กลับเพิ่มมากขึ้นเฮโรอีนที่แพร่ระบาดในประเทศไทยแบ่งเป็น 2 ชนิด คือ เฮโรอีนบริสุทธิ์ (เบอร์ 4) มีลักษณะเป็นผงละเอียดสีขาว ความบริสุทธิ์ร้อยละ 90-95 นิยมเรียกว่า “ผงขาว” และเฮโรอีนผสม (เบอร์ 3) มีลักษณะเป็นเกล็ดความบริสุทธิ์ ร้อยละ 5-20 และมีการผสมสารอย่างอื่นลงไป เช่น สารหนูสตริกนิน กรดประสานทอง น้ำกัญชาต้ม ยานอนหลับและเจือสีต่างๆ เช่น สีม่วงอ่อน สีชมพูอ่อนนิยมเรียกว่า “ไอระเหย” ปัจจุบันผู้เสพเฮโรอีนที่บำบัดรักษาอยู่ในระบบยังคงเพิ่มมากขึ้น 2.8 เท่าในช่วงเวลา 10 ปีที่ผ่านมา

แม้ว่าการใช้สารสังเคราะห์ opioids จะถูกใช้ในการบำบัดรักษา เช่น methadone (ถูกนำมาใช้เป็นยาแก้ปวด และใช้บำบัดผู้ติดเฮโรอีนถูกพัฒนาขึ้นในประเทศเยอรมันตั้งแต่ปี 2480), fentanyl (สังเคราะห์ได้ครั้งแรกประมาณ ปี 2493 มีฤทธิ์บรรเทาปวดมากกว่ามอร์ฟีน 80 เท่า ถูกนำมาใช้ทางการแพทย์ในปี 2503), buprenorphine (ออกสู่ตลาดครั้งแรกประมาณปี 2523 มีฤทธิ์บรรเทาปวดชนิดปานกลางและรุนแรงช่วงเวลาออกฤทธิ์นานกว่ามอร์ฟีน), และ oxycodone (เป็นสารกึ่งสังเคราะห์จาก thebaine ถูกพัฒนาขึ้นในปี 2460 มีฤทธิ์บรรเทาปวดชนิดปานกลางและรุนแรง) ในต่างประเทศมีรายงานว่ามีผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากการใช้ methadone ผิดแบบแผนทุกปี เริ่มพบการนำสารกลุ่มนี้ไปใช้ในทางที่ผิดอย่างมากในกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และเริ่มปรากฏปัญหาดังกล่าวในสังคมไทย



ตารางที่ 10.4 ความชุกของกลุ่มฝิ่น (ต่อ 1,000 ประชากร) ตามช่วงอายุ

ภูมิภาค	ชนิด	12-19 ปี	20-24 ปี	25-44 ปี	45-65 ปี
กลาง	ฝิ่น	0.00	0.00	0.57	4.54
	เฮโรอีน	0.00	0.00	2.09	0.73
เหนือ	ฝิ่น	1.76	1.55	6.37	3.95
	เฮโรอีน	0.00	3.70	3.43	2.21
ตะวันออกเฉียงเหนือ	ฝิ่น	0.00	0.00	1.19	0.29
	เฮโรอีน	0.00	0.00	0.54	1.09
ใต้	ฝิ่น	0.00	0.00	1.83	0.00
	เฮโรอีน	1.60	0.54	1.13	1.34
กทม.	ฝิ่น	8.52	0.00	0.00	0.22
	เฮโรอีน	0.00	7.33	0.17	1.15
ประเทศไทย	ฝิ่น	0.96	0.29	1.96	2.12
	เฮโรอีน	0.25	1.37	1.52	1.26

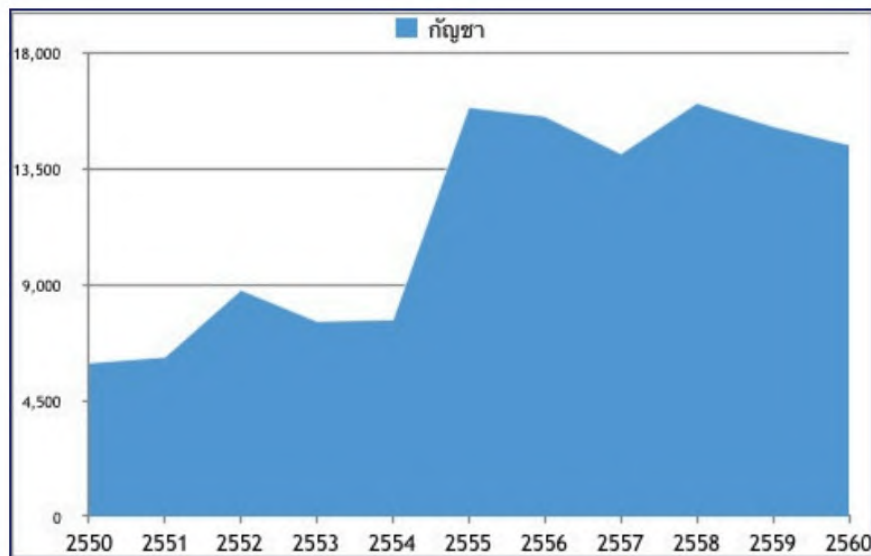
จากภาพที่ 10.5 แม้ไม่ปรากฏผู้เข้ารับการรักษาโคเดอีนแต่การใช้โคเดอีนที่เป็นยารักษาโรคผิดแบบแผนก็ยังมีอยู่อย่างแพร่หลายเช่นเดียวกับการใช้ tramadol (เป็นยาสังเคราะห์ที่มีฤทธิ์ยับยั้งอาการปวดในประเทศไทยมีจำหน่ายภายใต้ชื่อทางการค้ามากกว่า 30 ชื่อ) สำนักงานยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งองค์การสหประชาชาติวิเคราะห์ว่าทั่วโลกมีการแพร่ระบาดของการใช้ยาในกลุ่มนี้มากขึ้นอย่างรวดเร็วโดยเฉพาะ tramadol ในแอฟริกาและตะวันออกเฉียงเหนือ fentanyl ในอเมริกาเหนือ (UNODC, 2018)

3 กัญชา กลุ่มกัญชาประกอบไปด้วย

- 3.1 กัญชาสด กัญชาแห้ง
- 3.2 ยางกัญชา
- 3.3 น้ำมันกัญชา
- 3.4 สารสังเคราะห์กัญชา

กัญชา (cannabis) เป็นพืชล้มลุกให้ดอกจัดอยู่ในตระกูล cannabaceae มีถิ่นกำเนิดอยู่ในเอเชียกลางและเอเชียใต้มีส่วนเส้นใยที่นำมาใช้ประโยชน์ในขณะที่ก้าน ใบ ช่อดอก จะถูกนำมาใช้เสพทั้งในรูปกัญชาสด กัญชาแห้ง กัญชาน้ำ (cannabis oil) ส่วนเรซิน (resin) จะถูกแปรรูปเพื่อนำมาเสพในรูปของยางกัญชา (hashish) น้ำมันกัญชา (hashish oil) และผลิตภัณฑ์แปรรูปของเรซินชนิดอื่นๆ





ภาพที่ 10.6 กลุ่มกัญชาที่แพร่ระบาดช่วงปี 2550-2560

บางประเทศมีความเชื่อว่ากัญชาไม่ร้ายแรงเหมือนยาเสพติดชนิดอื่นๆ กฎหมายได้อนุญาตให้ใช้กัญชาได้ เช่น สเปน เนเธอร์แลนด์ สวิตเซอร์แลนด์ โปรตุเกส เลบานอน ปากีสถาน อียิปต์ ตุรกี ฟินแลนด์ เยอรมนี อิสราเอล อิตาลี โคลัมเบีย อิหร่าน อัฟกานิสถาน อุรูกวัย และบางมลรัฐของสหรัฐอเมริกา เป็นต้น ในขณะที่หลายประเทศที่กัญชายังคงเป็นพืชเสพติด ผิดกฎหมาย เช่น อินโดนีเซีย ญี่ปุ่น เกาหลี มาเลเซีย และไทย เป็นต้น และมีบางประเทศที่กฎหมายอนุญาตเฉพาะกรณี เช่น อังกฤษ รัฐวิกตอเรียในออสเตรเลีย มีกฎหมายอนุญาตให้ใช้กัญชาในทางการแพทย์และการวิจัยแต่ผู้เสพก็ยังคงมีโทษเป็นความผิดอาญา (มานพ คณะโต และคณะ 2558)

สำนักงานยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งองค์การสหประชาชาติคาดประมาณว่าทั่วโลกมีผู้ใช้กัญชากลุ่มนี้ 192 ล้านคนในปี 2016 (UNODC, 2018)

ในประเทศไทยมีการใช้กัญชาเป็นเครื่องประกอบอาหารมาอย่างยาวนานและปลูกในระดับครัวเรือนในลักษณะเป็นพืชผักสวนครัวและมีการใช้ประกอบเครื่องยาสมุนไพร ต่อมารัฐบาลได้เล็งเห็นโทษของกัญชาจึงได้ออกพระราชบัญญัติ กัญชามาตั้งแต่ปี 2477 ห้ามการเสพและมีไว้ในครอบครอง แต่พื้นที่ปลูกกัญชาก็ไม่ได้ลดลงกลับขยายเพิ่มขึ้นอย่างมากจนถึงปี 2509 พื้นที่ปลูกกัญชาของประเทศไทยครอบคลุมถึง 63 จังหวัดทั่วประเทศ การแพร่ระบาดของกัญชาเพิ่มมาตั้งแต่ปี 2510 ต่อเนื่องเรื่อยมา (มานพ คณะโต และคณะ 2557)

ในประเทศไทยช่วง 10 ปีที่ผ่านมาได้มีการจับกุมพันธุ์กัญชา กัญชาแห้ง กัญชาสด และยางกัญชา แต่ในมิติของการบำบัดรักษามีเพียงกัญชาเท่านั้น จากภาพที่ 10.6 จำนวนผู้เข้ารับการบำบัดกัญชาในปี 2555 เพิ่มขึ้นจากปี 2554 กว่าเท่าตัว และยังคงอยู่ที่ประมาณ 15,000 คนต่อปี มาจนถึงปัจจุบัน

ตารางที่ 10.5 ความชุกของกัญชา (ต่อ 1,000 ประชากร) ตามช่วงอายุ

ภูมิภาค	12-19 ปี	20-24 ปี	25-44 ปี	45-65 ปี
กลาง	7.18	11.49	26.86	23.95
เหนือ	7.89	13.93	41.07	31.68
ตะวันออกเฉียงเหนือ	5.05	3.78	13.06	11.12
ใต้	11.75	35.05	48.55	56.06
กทม.	10.33	8.12	19.59	8.12
ประเทศไทย	7.54	12.58	27.23	23.82



ข้อมูลจากการสำรวจทั่วประเทศแสดงให้เห็นว่าคนไทยกว่า 1 ใน 5 เคยใช้กัญชาและเมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุเห็นว่ากลุ่มอายุ 25-44 ปี มีความชุกสูงสุดและภาคใต้เป็นภาคที่นิยมเสพยาเสพติดมากที่สุด รองลงมาเป็นภาคเหนือและภาคกลาง

อนึ่งข้อมูลการจับกุมในกลุ่มประเทศ ASEAN เริ่มพบสาร synthetic cannabinoid ในปี 2559 และแม้ยังไม่พบรายงานผู้เข้ารับการบำบัดรักษาแต่น่าจะพออนุมานได้ว่าสารนี้อาจจะแพร่ระบาดในประเทศไทยในระยะเวลาอันใกล้

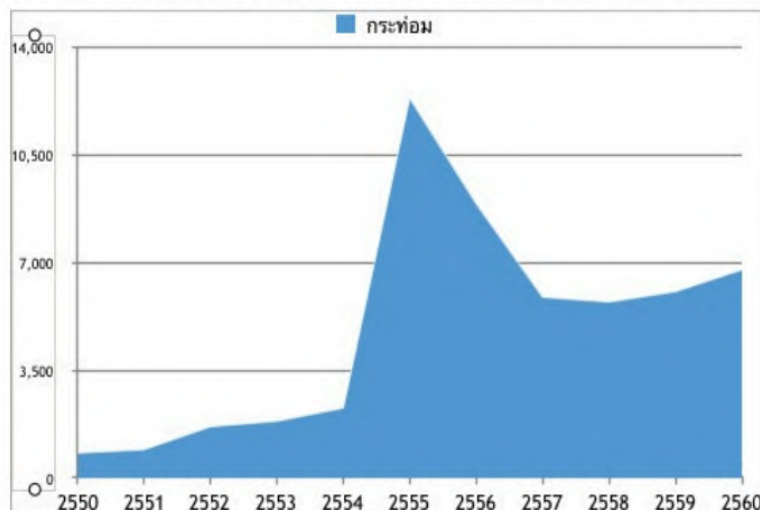
4. กระชอม กลุ่มกระชอมประกอบไปด้วย

4.1 พืชกระชอม

4.2 น้ำต้มกระชอม

พืชกระชอม (*Mitragyna speciosa* Korth) เป็นไม้ยืนต้นที่เป็นพืชถิ่นพบในบริเวณแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ชอบขึ้นในบริเวณป่าดิบชื้นริมลำธาร ในประเทศไทยพบมากในภาคใต้ โดยชาวบ้านปลูกภายในบริเวณบ้านในร่องสวนหรือทุ่งนา นอกจากนี้ยังพบได้ในภาคกลาง เช่น จังหวัดปทุมธานี จังหวัดนนทบุรี และจังหวัดฉะเชิงเทรา เป็นต้น ใบกระชอมมีชื่อเรียกตามภาษาถิ่นหลายชื่อ เช่น อีถ่างท่อม กระชอม โคมกอยโค่น เป็นต้น

จากการศึกษาในประเทศไทยและต่างประเทศ พบว่า ในพืชกระชอมมี alkaloids อยู่มากกว่า 25 ชนิด สารหลักได้แก่ mitragynine ซึ่งออกฤทธิ์กระตุ้นประสาทและ 7-hydroxymitragynine ออกฤทธิ์กดประสาทเมื่อใช้ในปริมาณมากจะมีฤทธิ์เหมือนฝิ่นแต่ถ้าใช้ในปริมาณน้อยจะมีฤทธิ์คล้ายใบโคคา เมื่อเคี้ยวกระชอม 2-3 ใบ จะทำให้เส้นเลือดขยายตัวและช่วยให้ทำงานได้มากขึ้น สำนักงานยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งองค์การสหประชาชาติกำหนดให้กระชอมอยู่ในกลุ่ม NPS



ภาพที่ 10.7 กระชอมที่แพร่ระบาดช่วงปี 2550-2560

จากภาพที่ 10.7 สังเกตว่าผู้เข้าบำบัดกระชอมจากปี 2550-2554 ยังคงอยู่ในระดับต่ำแต่กลับสูงขึ้นมากในปี 2555 เป็น 6 เท่าตัวของปี 2554 และลดลงมากในปี 2557 หลังจากปี 2557 เป็นต้นมาผู้เข้าบำบัดกระชอมเริ่มเพิ่มมากขึ้น

การเสพยากระชอมแต่เดิมใช้วิธีเคี้ยวใบต่อมาช่วงสงครามยาเสพติดในปี 2546 ยาเสพติดหายากและราคาแพง ทั้งเฮโรइनและสารกระตุ้น ผู้เสพยาจึงเปลี่ยนมาใช้ใบกระชอมต้มน้ำผสมกับยาแก้ไอ (นิยมน้ำแก้ไอน้ำเชื่อมเด็ก เช่น ตราไก่เอนาดริลซีเฟนดริล เป็นต้น) เคี้ยว และยังอาจใส่สารอื่นเพิ่มเติม เช่น ยาในกลุ่ม benzodiazepine ยาแก้ปวด เป็นต้น เรียกเครื่องดื่มชนิดใหม่นี้ว่า “4x100”

ผู้ที่เข้ารับการบำบัดรักษากระชอมอาจมาจากผู้ที่ใช้กระชอมแบบเคี้ยวใบดั้งเดิมหรือจากน้ำต้มกระชอมที่อาจได้รับฤทธิ์จาก mitragynine หรือจากวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทอื่นที่นำมาผสมในน้ำต้มกระชอมก็ได้



ตารางที่ 10.6 ความชุกของกระตอม (ต่อ 1,000 ประชากร) ตามช่วงอายุ

ภูมิภาค	ชนิด	12-19 ปี	20-24 ปี	25-44 ปี	45-65 ปี
กลาง	กระตอม	7.16	4.74	25.54	34.93
	น้ำตมกระตอม	0.25	7.35	6.08	4.91
เหนือ	กระตอม	4.03	9.21	13.50	5.79
	น้ำตมกระตอม	1.76	4.47	0.70	0.13
ตะวันออกเฉียงเหนือ	กระตอม	0.11	7.03	8.74	11.29
	น้ำตมกระตอม	4.50	0.00	5.22	6.18
ใต้	กระตอม	108.78	149.38	159.17	133.68
	น้ำตมกระตอม	46.58	105.75	56.79	10.50
กทม.	กระตอม	6.11	2.12	24.19	19.00
	น้ำตมกระตอม	2.28	0.71	5.26	1.20
ประเทศไทย	กระตอม	19.96	27.36	36.26	31.59
	น้ำตมกระตอม	9.32	18.28	11.84	4.65

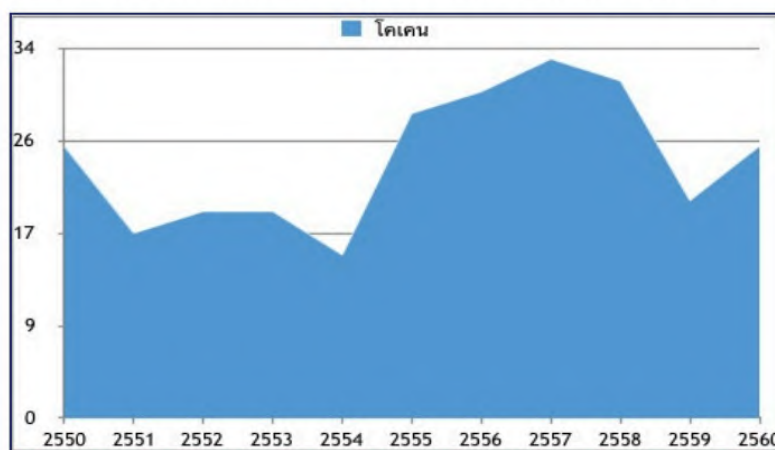
ข้อมูลในตารางที่ 10. 6 เห็นได้ชัดเลยว่าแม้จะพบผู้เสพยาและน้ำตมกระตอมในทุกภูมิภาค แต่แพร่ระบาดมากในทางภาคใต้ โดยเฉพาะการเสพยากระตอมแบบดั้งเดิมจะพบการแพร่ระบาดมากในผู้ใหญ่ แต่น้ำตมกระตอมพบการแพร่ระบาดในเด็กและเยาวชนมากกว่า

5. โคคา โคเคน กลุ่มโคคาที่แพร่ระบาดในประเทศไทยประกอบไปด้วยโคเคน

โคเคนเป็นสารออกฤทธิ์กระตุ้นและมีผลต่อระบบประสาทส่วนกลางได้จากการสกัดจากใบของต้นโคคา (coca) ซึ่งพบมากในละตินอเมริกาประมาณศตวรรษที่ 19 สารที่สกัดจากต้นโคคาได้ถูกใช้เป็นยารักษาโรคทางจิตเวชและอาการซึมเศร้า ต่อมามีการใช้โคเคนในทางการแพทย์โดยใช้เป็นยาชาเฉพาะที่

เริ่มมีการนำโคเคนมาใช้ในทางที่ผิดโดยนำมาใช้เป็นสารกระตุ้นประสาทตั้งแต่ปี 1920 และแพร่ระบาดมากตั้งแต่ปี 1970 เป็นต้นมา โคเคนสามารถเสกได้ทั้งวิธีฉีด (สูดดมเข้าจมูก) สูบและผสมน้ำฉีดเข้าหลอดเลือดดำ

โคเคนที่ถูกดูดซึมเข้าทางระบบทางเดินหายใจออกฤทธิ์ได้ภายใน 20 นาที โคเคนจะทำให้ผู้เสพยามีอาการของ euphoria ซึ่งถือว่าเกิดฤทธิ์ที่ผู้เสพยาต้องการแต่บ่อยครั้งจะพบอาการที่ไม่พึงประสงค์อื่นตามมา เช่น มีภาพหลอน อาเจียน ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็วหรือผิดจังหวะ ภาวะแทรกซ้อนจากการเสพยาโคเคนที่สำคัญคือ ภาวะแทรกซ้อนของระบบหัวใจและหลอดเลือด และในระบบประสาทในต่างประเทศมีรายงานการเสียชีวิตจากการเสพยาโคเคนเกินขนาด



ภาพที่ 10.8 โคเคนที่แพร่ระบาดช่วงปี 2550-2560



ตารางที่ 10.7 ความชุกของโคเคน (ต่อ 1,000 ประชากร) ตามช่วงอายุ

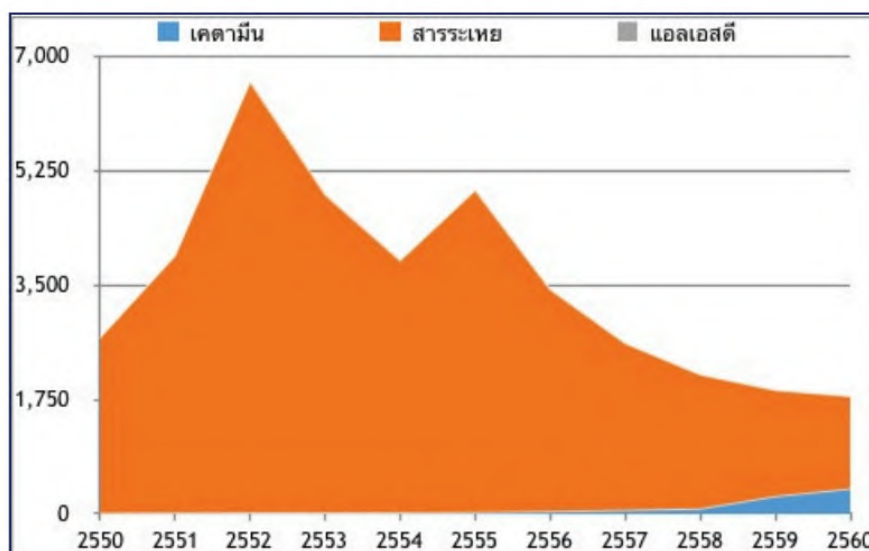
ภูมิภาค	12-19 ปี	20-24 ปี	25-44 ปี	45-65 ปี
กลาง	0.00	0.00	0.18	0.00
เหนือ	0.00	1.55	0.87	0.17
ตะวันออกเฉียงเหนือ	0.00	0.00	0.52	0.00
ใต้	0.00	0.00	0.00	0.00
กทม.	0.00	0.00	0.17	0.00
ประเทศไทย	0.00	0.29	0.39	0.04

สำนักงานยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งองค์การสหประชาชาติคาดว่าทั่วโลกมีผู้ใช้โคเคน 18 ล้านคน ในปี 2016 (UNODC, 2018) จากตารางที่ 10.7 จะเห็นว่าโคเคนแพร่ระบาดในกลุ่มเยาวชนไปจนถึงผู้ใหญ่และพบน้อยมาก เช่นเดียวกับผู้เข้ารับการบำบัดในภาพที่ 10.8 ทั่วประเทศที่มีผู้เข้ารับการบำบัดในแต่ละปีน้อยกว่า 50 คน แต่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น หลังปี 2554

6. กลุ่มสารหลอนประสาท กลุ่มสารหลอนประสาทประกอบไปด้วย

- 6.1 LSD
- 6.2 ketamine
- 6.3 สารระเหย
- 6.4 เห็ดขี้ควาย

6.1 แอลเอสดี (lysergic acid diethylamide) เป็นสารกึ่งสังเคราะห์ที่มีลักษณะเป็นผลึกสีขาว ไม่มีกลิ่น ไม่มีรส มีความรุนแรงในการออกฤทธิ์ต่อสมองสูง ส่วนใหญ่ที่พบจะนำเอาแอลเอสดีไปหยอดบนแผ่นกระดาษสีเหลืองที่มีคุณสมบัติในการดูดซับเรียกว่า blotter paper ที่มีลวดลายและสีสันต่างๆ แล้วแบ่งเป็นสีเหลืองชิ้นเล็กๆ คล้ายแอสแตมบี้ นิยมเรียกกันในหมู่ผู้เสพยาว่ากระดาษเมาหรือแอสแตมบี้เมา เริ่มพบการแพร่ระบาดในประเทศ ASEAN เช่น สิงคโปร์ กัมพูชา ในประเทศไทยพบบ้างแต่ไม่มากนัก เริ่มพบผู้เข้าบำบัดรักษาในปี 2560



ภาพที่ 10.9 สารหลอนประสาทที่แพร่ระบาดช่วงปี 2550-2560



6.2 เคตามีน (ketamine) หรือยาเคถูกค้นพบในปี 1962 เป็นยาในกลุ่มยาสลบที่ใช้ทางการแพทย์ ผู้รับยานี้จะไม่สลบแต่จะมีอาการไร้ความรู้สึกและอยู่ในภาวะกึ่งมีฤทธิ์ระงับปวด ระงับประสาท และทำให้สูญเสียความทรงจำ ยานี้สามารถใช้รักษาอาการปวดเรื้อรังและยังอาจถูกใช้เป็นยาระงับประสาทในผู้ป่วยเฉียบพลันได้ทั้งวิธีฉีด กินทางปาก สูดดม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ผลข้างเคียงจากการใช้ยา ได้แก่ ปฏิกริยาทางจิตเมื่อยาหมดฤทธิ์ปฏิกริยาเหล่านี้ ได้แก่ ภาวะอยู่ไม่สุข สับสนหรืออาการประสาทหลอน นอกจากนี้ยังส่งผลให้ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลง (เพิ่มขึ้น) และกล้ามเนื้อสั่นและยังอาจก่อให้เกิดอาการหลอดลมหดตัวเฉียบพลัน ยานี้ยังก่อให้เกิดการเสพติดหากใช้ติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน อาจทำให้ผู้รับยาเป็นโรคจิตเภท สำนักงานยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งองค์การสหประชาชาติกำหนดให้ยานี้ อยู่ในกลุ่ม NPS พบการแพร่ระบาดในกลุ่ม ASEAN (ยกเว้น สปป.ลาว เวียดนาม พิลิปปินส์และบรูไน) ในประเทศไทย พบการแพร่ระบาดมากขึ้น โดยเฉพาะในเยาวชนและวัยแรงงานพบผู้เข้าบำบัดรักษาตลอดช่วง 10 ปีที่ผ่านมา และเริ่มมากขึ้น เป็นปีละหลายร้อยรายตั้งแต่ปี 2559 เป็นต้นมา

6.3 สารระเหย (inhalance) การสูดดมควันจากสารเคมี เช่น ฐูปน้ำมัน เเรซิน เครื่องเทศและน้ำหอม ที่จะมีผลต่อสติในการรับรู้เป็นส่วนหนึ่งของพิธีกรรมทางศาสนาตั้งแต่อดีต ก๊าซไนตรัสออกไซด์มีราคาถูกกว่าเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์และได้รับความนิยมเป็น “แก๊สหัวเราะ” แม้จะมีข้อสรุปว่าแก๊สดังกล่าวมีผลต่อร่างกายที่สามารถนำมาใช้เป็นยาสลบได้ ต่อมาไนตรัสออกไซด์ (nitrous oxide) อีเทอร์ (ethers) คลอโรฟอร์ม (chloroform) จึงถูกใช้ในวงการ วิสัญญีวิทยา สารระเหยมีลักษณะเป็นไอระเหยได้รวดเร็วในอากาศ มีฤทธิ์ในการกระตุ้นและกดประสาทส่วนกลาง สารระเหย จะพบเห็นอยู่ในรูปผลิตภัณฑ์สำเร็จรูปต่างๆ เช่น ทินเนอร์ แลคเกอร์ สีพ่น กาวน้ำ กาวยางน้ำ ยาล้างเล็บ เป็นต้น นิยมนำมาเสพ โดยวิธีการสูดดมเข้าสู่ร่างกาย สารระเหยที่แพร่ระบาดอยู่ในปัจจุบันมีสารพิษที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพร่างกาย เช่น สารโทลูอิน อาซิโตน เป็นต้น เป็นส่วนผสมอยู่เมื่อสูดดมสารระเหยสารพิษต่างๆ จะผ่านทางเดินหายใจเข้าสู่กระแสโลหิตและแพร่กระจายอย่างรวดเร็วเข้าสู่อวัยวะต่างๆ (มานพ คณะโต และคณะ 2554) ในประเทศไทยพบการแพร่ระบาดในทุกช่วงอายุ โดยเฉพาะ ในช่วงวัยแรงงานตอนต้น แม้การแพร่ระบาดจะมีแนวโน้มลดลงแต่ก็ยังคงอยู่ในระดับรุนแรง

ตารางที่ 10.8 ความชุกของสารหลอนประสาท (ต่อ 1,000 ประชากร) ตามช่วงอายุ

ภูมิภาค	ชนิด	12-19 ปี	20-24 ปี	25-44 ปี	45-65 ปี
กลาง	สารระเหย	3.31	0.52	2.67	3.31
	เคตามีน	0.00	1.14	0.36	0.47
เหนือ	สารระเหย	0.00	0.00	7.20	0.00
	เคตามีน	0.00	1.55	1.11	0.32
ตะวันออกเฉียงเหนือ	สารระเหย	0.55	0.72	11.19	0.55
	เคตามีน	0.00	0.00	1.29	0.00
ใต้	สารระเหย	1.60	3.86	0.00	1.60
	เคตามีน	0.00	0.00	0.18	0.00
กทม.	สารระเหย	0.00	0.00	2.34	0.00
	เคตามีน	0.00	0.71	0.00	0.00
ประเทศไทย	สารระเหย	1.26	0.94	5.96	1.26
	เคตามีน	0.00	0.64	0.76	0.19

6.4 เห็ดขี้ควาย (magic mushroom) เป็นเห็ดที่มีฤทธิ์กับระบบประสาทมีขึ้นอยู่ทั่วไปแทบทุกภาค ของประเทศไทย ผู้ที่รับประทานเห็ดนี้จะมีอาการมึนเมา ประสาทหลอน ไม่สามารถลำดับทิศทาง เห็นภาพแสงสีต่างๆ ลงตามีความคิดและอารมณ์เปลี่ยนแปลงคล้าย LSD ถ้ากินมากเกินไปอาจจะทำให้ควบคุมสติไม่อยู่เกิดประสาทหลอนอย่างรุนแรง คลื่นไส้ อาเจียน อาจเสียชีวิตได้แม้จะเป็นพืชประจำถิ่น แต่ไม่พบการแพร่ระบาดมากนักในประเทศไทย

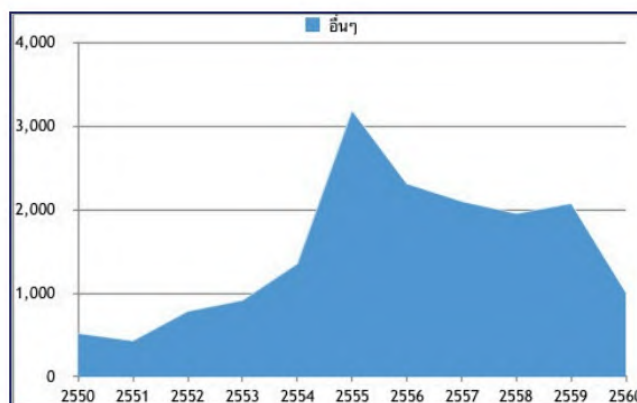
7. สารอื่นๆ

สารอื่นๆ ที่แพร่ระบาดในประเทศไทยเป็นวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่เป็นยารักษาโรคแต่ถูกนำมาใช้ผิดแบบแผนที่สำคัญ ได้แก่ สารในกลุ่ม barbiturate และ benzodiazepine



barbiturate เป็นกลุ่มสารอนุพันธ์ของ barbituric acid ถูกสังเคราะห์ขึ้นในช่วงปี 1864 ถูกนำมาใช้กับวงการแพทย์ใช้เป็นยาสงบประสาท (ยาคลายเครียด) ช่วยให้นอนหลับ (ยานอนหลับ) จนถึงขั้นใช้เป็นยาสลบ ใช้รักษาโรคลมชัก โรคมะเร็ง และบรรเทาอาการโรคจิตกึ่งจิต เป็นต้น ปัจจุบันทางการแพทย์นิยมน้อยลงเพราะมีผลข้างเคียงมากกว่ายาในกลุ่มอื่นที่มีฤทธิ์ของการรักษาใกล้เคียงกัน

benzodiazepine เป็นกลุ่มยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทถูกค้นพบครั้งแรกในปี 1955 และใช้ในการแพทย์มาก ในปัจจุบันฤทธิ์ของยาในกลุ่มนี้จะส่งผลให้ผู้ได้รับยามีอาการง่วงนอน คลายความวิตกกังวล สงบประสาท ทำให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย ช่วยยับยั้งอาการของโรคลมชัก ใช้รักษาอาการพิษสุราเรื้อรัง รวมไปถึงใช้เป็นยาเตรียมสำหรับผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับหัตถการทางทันตกรรมในทางคลินิก

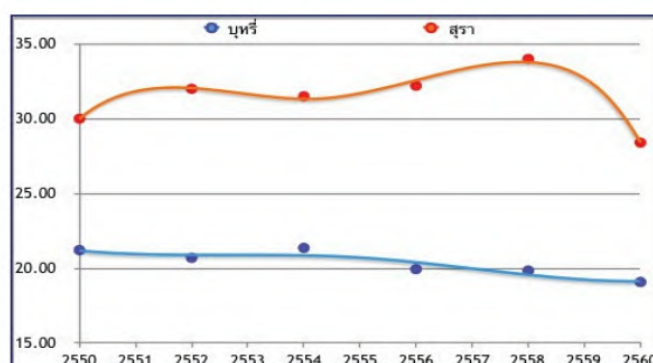


ภาพที่ 10.10 สารกลุ่มอื่นๆ ที่แพร่ระบาดช่วงปี 2550-2560

จากภาพที่ 10.10 เห็นได้ว่ายาในกลุ่มนี้แพร่ระบาดมาก ตั้งแต่ปี 2554 เป็นต้นมา

นอกจากสาร 2 กลุ่มนี้แล้ว ยังพบการใช้ยารักษาโรคจิตแบบแผนในกลุ่มยาแก้แพ้ แม้ยังไม่มีรายงานผู้เข้าบำบัดรักษา แต่การศึกษาในระดับพื้นที่จำนวนหนึ่งสะท้อนถึงการแพร่ระบาดอย่างกว้างขวางในกลุ่มเด็กและเยาวชนทั่วทุกภาคของประเทศไทย

ยังมีสิ่งเสพติดที่ถูกกฎหมายแพร่ระบาดอย่างมากในสังคมไทยอีก 2 กลุ่ม คือ บุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผลการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากรปี 2560 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีความชุกของการสูบบุหรี่ร้อยละ 19 มีทิศทางลดลงเล็กน้อยในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาแต่เมื่อพิจารณาในประชากรกลุ่มย่อยแล้วพบว่า เพศชายลดลงมากกว่าเพศหญิง (เพศชายจากร้อยละ 41.7 เป็นร้อยละ 37.2 เพศหญิงจากร้อยละ 1.9 เป็นร้อยละ 1.7) แต่เป็นที่น่าสังเกตว่ากลุ่มอายุ 15-18 ปี กลับเพิ่มมากขึ้น (จากร้อยละ 7.3 เป็นร้อยละ 7.8) เช่นเดียวกับกลุ่มมัธยมศึกษาตอนต้น (จากร้อยละ 19.2 เป็นร้อยละ 21.5) โดยเฉพาะพื้นที่กรุงเทพมหานคร (จากร้อยละ 13.1 เป็นร้อยละ 15.4)



ภาพที่ 10.11 ความชุกของบุหรืและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ช่วงปี 2550-2560



ส่วนเครื่องตีแอลกอฮอล์ พบว่า คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีความชุกของการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ร้อยละ 28.4 ในปี 2560 ต่ำกว่าปี 2550 แต่เป็นที่น่าสนใจเกี่ยวกับความชุกเพิ่มขึ้นหลังปี 2550 ต่อเนื่องเรื่อยมา แต่กลับลดลงอย่างมากในปี 2560

การสำรวจพฤติกรรมการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ในปี 2557 พบว่า ผู้ชายมีอัตราการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์สูงกว่าผู้หญิงประมาณ 4 เท่าในกลุ่มผู้ตีพบว่าเป็นผู้ที่ตีประจำถึงร้อยละ 42.4 และมีผู้ที่เคยตีหนักหรือตีปริมาณมากในครั้งเดียวคิดเป็นร้อยละ 43.2

แบบแผนการใช้ยาเสพติด

พฤติกรรมการใช้ยาเสพติดของผู้เข้ารับการรักษา พบว่า การใช้ยาเสพติดมากกว่า 1 ชนิด ในลักษณะใช้ร่วมหรือใช้สลับกันมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 7.2 ในปี 2553 เป็นร้อยละ 12.9 ในปี 2557 (สำนักกิจการในพระตำริพระเจ้าหลานเธอพระองค์เจ้าพัชรกิติยาภา, 2557) และจากการศึกษาพฤติกรรมการใช้สารเสพติดเพื่อความบันเทิงในเขตเมืองเชียงใหม่ พบว่า ประสพการณ์การเคยใช้สารเสพติดชนิดใดๆ ในชีวิตส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการเคยใช้สารเสพติดมากกว่า 1 ชนิดร้อยละ 70.2 เคยใช้เพียงชนิดเดียวร้อยละ 29.8 การใช้สารเสพติดในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาสูงถึงร้อยละ 99.0 การใช้สารเสพติดมากกว่า 1 ชนิดร้อยละ 69.2 ใช้เพียงชนิดเดียวร้อยละ 29.8 (กนิษฐา ไทยกล้า, 2553)

การศึกษาผู้เข้ารับการรักษาเสพติดในระบบบังคับบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดในสังกัดกรมการแพทย์ พบว่า ร้อยละ 31.3 เป็นผู้ใช้ methamphetamine ร่วมกับยาเสพติดชนิดอื่นๆ (Yangyuen et.al. 2018) ข้อมูลจากการสำรวจครัวเรือนระดับประเทศเพื่อคาดประมาณจำนวนผู้ใช้สารเสพติดในปี 2554 โดยเลือกวิเคราะห์เฉพาะผู้ที่เคยใช้กระท่อม พบว่าผู้ที่เคยเสพกระท่อมเคยตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ร้อยละ 85.5 เคยสูบบุหรี่ร้อยละ 83.3 เคยเสพยาบ้าร้อยละ 46.4 เคยเสพยาบ้าร้อยละ 23.2 ยาไอซ์ร้อยละ 4.8 ยาอีร้อยละ 3.5 เคยเสพยาบ้าร้อยละ 5.0 เฮโรอีนร้อยละ 5.5 และเคยเสพยาบ้าร้อยละ 8.5 (Surinporn Likhitsathian et.al. 2018)

จากสถิติข้อมูลของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติฯ ในปี 2559 (1 ต.ค. 2558-30 ต.ค. 2559) พบว่า มีผู้ใช้ยาเสพติดมากกว่า 1 ชนิดทั้งหมด 2,553 คนจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทั้งหมด 3,491 คนคิดเป็นร้อยละ 73.13

การศึกษาในกลุ่มผู้มารับการบำบัดรักษาพบว่า สัดส่วนการใช้ยาและสารเสพติดหลายชนิดในรอบ 12 เดือน 6 เดือน และ 1 เดือน ที่ผ่านมามีผู้เข้ารับการบำบัดรักษาเสพติดที่เคยใช้ยาและสารเสพติดหลายชนิดคิดเป็นร้อยละ 16.55 ร้อยละ 5.17 และร้อยละ 3.10 ตามลำดับ แบบแผนการใช้ยาและสารเสพติดหลายชนิดพบว่าผู้เข้ารับการบำบัดรักษาเสพติดมีแบบแผนการใช้ยาและสารเสพติดหลายชนิดประกอบด้วย แบบแผนการใช้ยาและสารเสพติดคู่กัน ได้แก่ ยาบ้าคู่กับยาไอซ์ ยาบ้าคู่กับกัญชา กัญชาคู่กับไอซ์ แบบแผนการใช้ยาและสารเสพติดก่อน-หลัง ได้แก่ การใช้กัญชาก่อนตามด้วยยาบ้า การใช้ยาบ้าก่อนตามด้วยสารระเหย แบบแผนการใช้ยาและสารเสพติดทดแทนชั่วคราว ได้แก่ การใช้ใบกระท่อมทดแทนยาบ้า เป็นต้น (สวัสดิ์ อุณโณ และคณะ 2560)

จากการคาดประมาณจำนวนผู้ติดยาเสพติดในปี 2557 โดยใช้วิธี network scale up พบว่า ประชากรไทยประมาณ 70,000 คน (ร้อยละ 0.11 ของประชากร) เป็นผู้ใช้สารเสพติดแบบฉีดในปัจจุบัน (Manop Kanato 2015) จากการศึกษาแบบแผนการใช้ยาเสพติดโดยวิธีฉีดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า มีการใช้ยาเสพติดโดยวิธีฉีดนานที่สุดถึง 30 ปี ประเภทของยาเสพติดที่ฉีดมี 3 ประเภทมากที่สุด คือ ยาบ้า ยาไอซ์ และเฮโรอีน (มานพ คณะโต และคณะ 2561)

กลุ่มผู้ใช้ยา

ปัญหาสารเสพติดยังคงมีแนวโน้มแพร่ระบาดในประชากรกลุ่มต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นเด็กและเยาวชน กลุ่มแรงงาน นักโทษ และเยาวชนที่กระทำความผิดในความดูแลของกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

กลุ่มเด็กและเยาวชน

กลุ่มผู้ใช้สารเสพติดที่เข้ารับการรักษา พบว่า มีสัดส่วนของเยาวชนอายุต่ำกว่า 25 ปี ลดลงจากร้อยละ 51.2 เป็นร้อยละ 44.9 ขณะที่เด็กที่อายุต่ำกว่า 15 ปี ยังคงปรากฏการเข้ามาบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าจะมีสัดส่วนเพียงประมาณร้อยละ 1 ก็ตาม การใช้สารเสพติดในเยาวชนมีเงื่อนไขหรือปัจจัยต่างๆ ทั้งที่เกิดจากตนเอง เช่น อยากรู้อยากลอง ต้องการเป็นที่ยอมรับของกลุ่มเพื่อน ไม่มีความรู้เรื่องสารเสพติด ประสบความล้มเหลวในชีวิต หรือเกิดจากการเจ็บป่วย ปัจจัยจากครอบครัว เช่น บุคคลในครอบครัวติดยาเสพติด/ ค้ายา ครอบครัวไม่มีความอบอุ่นมีการทะเลาะเบาะแว้งกัน การหย่าร้าง และแต่งงานใหม่ของหัวหน้าครอบครัว พ่อแม่ไม่เข้าใจลูก รักลูกไม่เท่ากัน พ่อแม่ไม่มีเวลาดูแลและมีการเปรียบเทียบระหว่างลูกแต่ละคน หรือเปรียบเทียบกับลูกเพื่อนบ้าน ปัจจัยจากสิ่งแวดล้อม เช่น มีแหล่งผลิตหรือแหล่งระบาดของสารเสพติดที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย มีตัวอย่างจากสื่อประเภทต่างๆ สังคมไม่เปิดโอกาสหรือไม่ยอมรับผู้ติดยาได้กลับตัวเข้ามาสู่สังคมปกติ



อาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการติดสารเสพติดและปัจจัยจากปัญหาเศรษฐกิจ เช่น เศรษฐกิจตกต่ำ ว่างงาน มีหนี้สินล้นพ้นตัว (ปราณี สุทธิสุนทร 2551) ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ ทำให้เยาวชนทั้งในและนอกระบบการศึกษามีพฤติกรรมการใช้สารเสพติด

สถานการณ์ปัญหาสารเสพติดในเยาวชนกลุ่มเด็กและเยาวชนเหล่านี้มีถึงประมาณ 4 ใน 5 ที่อยู่นอกระบบการศึกษา กลุ่มที่อยู่ในระบบการศึกษามีอยู่ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ซึ่งมีถึงร้อยละ 48 รองลงมาคือระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนปลายตามลำดับ พื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราการเพิ่มของเยาวชนที่เข้าบำบัดรักษาสารเสพติดมากที่สุดจากร้อยละ 51.3 ในปี 2550 เป็นร้อยละ 54.5 ในปี 2560 ภาคใต้มีอัตราการเพิ่มของเยาวชนที่เข้าบำบัดรักษาค่อนข้างคงที่ร้อยละ 55.6-55.9 ส่วนภาคอื่นๆ มีอัตราลดลง

การใช้สารเสพติดของนักเรียนนักศึกษาที่อยู่ในสถานศึกษาเริ่มจากการใช้สารเสพติดที่ถูกกฎหมาย เช่น บุหรี่ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อายุของการเริ่มเสพยาเสพติดมีแนวโน้มลดลง ที่ผ่านมามีการสำรวจพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของนักเรียน นักศึกษา ดังนี้

1. การเฝ้าระวังพฤติกรรมการใช้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในประเทศไทย ปีการศึกษา 2553 (สาวิตรี อธิณางค์กรชัย 2553) พบว่า นักเรียนชายร้อยละ 11.1 และนักเรียนหญิงร้อยละ 2.0 เคยใช้สารเสพติดตัวใดตัวหนึ่งในชีวิต (ไม่รวมบุหรี่ แอลกอฮอล์ ยาแก้ไอ ยานอนหลับ และยากล่อมประสาท) สารเสพติด 3 อันดับแรกที่นักเรียนชายเคยใช้มากที่สุด ได้แก่ กัญชา กระเทียม และยาบ้าคิดเป็นร้อยละ 8.7, 5.0 และ 3.8 ตามลำดับ ส่วนสารเสพติด 3 อันดับแรกที่นักเรียนหญิงเคยใช้ ได้แก่ ยานอนหลับ ยาแก้ไอผสมน้ำอัดลม และยากล่อมประสาท/ คลายเครียด คิดเป็นร้อยละ 4.6, 1.9 และ 1.2 ตามลำดับ นักเรียนชายร้อยละ 8.6 และ 3.2 นักเรียนหญิงร้อยละ 1.5 และ 0.6 เคยใช้สารเสพติดตัวใดตัวหนึ่งในชีวิต (ไม่รวมบุหรี่ แอลกอฮอล์ และยารักษาโรค) ในหนึ่งปี และใน 30 วันก่อนการสำรวจ นักเรียนประมาณครึ่งหนึ่งที่รายงานว่าเคยมีประสบการณ์ใช้สารเสพติดแต่ละตัวในหนึ่งปียังคงใช้สารตัวนั้นอยู่ใน 30 วันก่อนการสำรวจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งนักเรียนชายที่ใช้บุหรี่และผงขาว หรือเฮโรอีนร้อยละ 67 และร้อยละ 61 ยังคงใช้สารนี้อยู่ในปัจจุบันอัตราการเคยใช้สารเสพติดสูงมากขึ้นตามชั้นปี

2. การเฝ้าระวังพฤติกรรมการใช้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในภาคเหนือ ปีการศึกษา 2558 (ณิษฐา ไทยกล้า และคณะ 2558) สำนวนักเรียนจำนวน 9,953 ราย พบว่ามีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดชนิดใดๆ ในชีวิตร้อยละ 4.43 (นักเรียนชายร้อยละ 4.19 นักเรียนหญิงร้อยละ 4.67) โดยเสพยาร้อยละ 3.77 รองมาคือกระเทียม หรือน้ำต้มใบกระเทียมผสมสารอื่นร้อยละ 1.27 ยาบ้าร้อยละ 1.17 ไอซ์ร้อยละ 0.95 สารระเหยร้อยละ 0.92 ใช้สารเสพติดในช่วง 12 เดือนก่อนการสัมภาษณ์ร้อยละ 1.78 (นักเรียนชายร้อยละ 1.74 นักเรียนหญิงร้อยละ 1.83) นักเรียนเหล่านี้ยังมีพฤติกรรมการใช้ยารักษาโรคในทางที่ผิดด้วย โดยพบอัตราการใช้ยารักษาโรคเหล่านี้ในชีวิต ดังนี้ ประเภทยาแก้ปวดร้อยละ 21.75 ยาแก้ไอร้อยละ 21.02 ยาแก้แพ้ร้อยละ 16.69 ยานอนหลับร้อยละ 4.16 และยากล่อมประสาท/ ยากล่อมประสาทร้อยละ 2.04

3. การเฝ้าระวังพฤติกรรมการใช้บริโภคสารเสพติดของนักเรียนมัธยมศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปีการศึกษา 2559 (Somdet Kuapitaket.al. 2018) พบว่า มีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดชนิดใดๆ ในชีวิตรวมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ยังร้อยละ 54.6 ในจำนวนนี้เป็นนักเรียนชายร้อยละ 59.5) ความชุกในการใช้สารต่างๆ แสดงในตารางที่ 10.9 การศึกษาดังกล่าว ยังพบว่าเพศชายมีความเสี่ยงมากกว่าเพศหญิงมัธยมปลายมีความเสี่ยงมากกว่ามัธยมต้น

ตารางที่ 10.9 พฤติกรรมการใช้บริโภคสารเสพติดของนักเรียนมัธยมศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือปีการศึกษา 2559

สาร	ใช้ในช่วงชีวิต	ใช้ใน 3 เดือนที่ผ่านมา	เสี่ยงน้อย	เสี่ยงปานกลาง	เสี่ยงสูงมาก
บุหรี่	16.81	9.75	5.6	77.2	17.2
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์	30.10	19.00	13.4	81.9	4.7
กัญชา	3.89	2.31	13.8	82.4	3.8
ยาบ้า ยาไอซ์ ยาอี	2.19	1.24	25.6	69.8	4.7
สารระเหย	3.60	1.93	37.3	61.2	1.5
ยากล่อมประสาท tramadol	1.53	1.04	22.2	75.0	2.8
ยาหลอนประสาท	1.41	0.69	37.5	58.3	4.2
ฝิ่น เฮโรอีน	2.85	1.50	36.5	61.5	2.0



4. การเฝ้าระวังพฤติกรรมการใช้สุรา ยาสูบ สารเสพติดและพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพในนักเรียนมัธยมศึกษาในภาคใต้ ปีการศึกษา 2558 จากการเก็บข้อมูลในส่วนเขตพื้นที่ภาคใต้ จำนวน 5,820 ราย (นักเรียนชายร้อยละ 45 นักเรียนหญิงร้อยละ 55) พบความชุกของการใช้สารเสพติดชนิดต่างๆ ดังตารางที่ 10.10

ตารางที่ 10.10 พฤติกรรมการใช้สุรายาสูบสารเสพติดและพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพในนักเรียนมัธยมศึกษาในภาคใต้ปี 2558

สาร	ใช้ในช่วงชีวิต		อายุเริ่มใช้ mean(sd)		รอบ 12 เดือน		รอบ 3 เดือน	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
1. ยาแก้ปวด (ไม่ได้กินเป็นยารักษา)	22.9	13.9	10.9 (3)	10.8 (2.8)	10.1	7.2	5.3	4.2
2. ยาแก้แพ้ (ไม่ได้กินเป็นยารักษา)	11.7	7.4	10.6 (3.2)	10.5 (3.3)	4.3	3.5	2.5	2.1
3. ยาแก้ไอ (ไม่ได้กินเป็นยารักษา)	22.0	11.9	11.2 (3.7)	10.5 (3.7)	9.9	5.3	6.2	2.9
4. ยาแก้ลมประสาท/ยากลายเครียด	3.5	1.9	13.7 (2.4)	13.6 (2.3)	1.4	0.9	0.9	0.5
5. ยานอนหลับ	5.1	3.6	13 (2.1)	13.4 (2.3)	1.7	1.1	0.9	0.4
6. กระเทียม หรือน้ำต้มใบกระเทียมผสมสารอื่น	11.4	3.0	13.8 (2.1)	14.1 (0.7)	6.7	1.8	4.8	1.0
7. กัญชา	7.7	1.0	14.2 (2.2)	14.2 (1.7)	4.1	0.6	2.6	0.4
8. พิ้น	1.1	0.2	10.1 (1.1)	13 (0)	0.4	0.1	0.2	0.0
9. ยาอี/ยาเลิฟ	1.4	0.2	11.8 (2.4)	13 (0)	0.6	0.0	0.4	0.0
10. ยาเค	1.3	0.2	11 (2.9)	na	0.3	0.0	0.2	0.0
11. ผงขาว/ เฮโรอีน	1.4	0.3	10.6 (1.8)	13.7 (2.1)	0.5	0.0	0.4	0.0
12. สารระเหย (ทินเนอร์ กาว เบนซิน)	1.8	0.4	11.6 (2.8)	12.6 (0.5)	0.8	0.1	0.5	0.1
13. ยาบ้า	3.9	0.4	13.6 (2.4)	13 (3.1)	2.1	0.2	0.2	0
14. ยาไอซ์	3.0	0.7	13.8 (2.2)	14.8 (1.6)	1.2	0.2	0.1	0.0

5. การสำรวจของเยาวชนในระดับการศึกษาชั้นพื้นฐานอายุระหว่าง 11-15 ปี (สถาบันรามจิตติ) คิดเป็นร้อยละ 52.8 ซึ่งเป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 41 และส่วนใหญ่ร้อยละ 72.2 สารเสพติดที่ผู้เรียนเสพมากเป็นอันดับ 1 ได้แก่ เหล้า คิดเป็นร้อยละ 25.4 อันดับสอง ได้แก่ บุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 14.6 อันดับสาม ได้แก่ กัญชา คิดเป็นร้อยละ 4 ตามลำดับ โดยมีความถี่ในการเสพยาเสพติดประเภทเหล้าและบุหรี่ เป็นครั้งคราวมากกว่าเสพยาเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 21.2 และ 8.5 ตามลำดับ ผู้เรียนที่มีอายุ 21 ขึ้นไป มีพฤติกรรมการเสพยาเสพติด ทุกชนิดมากกว่าผู้เรียนในช่วงอายุอื่นๆ เมื่อพิจารณาระดับการศึกษาผู้เรียน พบว่า ในระดับอาชีวศึกษามีพฤติกรรมการเสพยาเสพติดทุกชนิดมากที่สุด โดยมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ร้อยละ 30.9 เสพกัญชาร้อยละ 11.4 ตมกาว/ ทินเนอร์ร้อยละ 2.9 และเสพยาบ้าร้อยละ 5.2 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาผู้เรียนในสถานศึกษาสังกัดรัฐและเอกชนมีพฤติกรรมการตมกาว/ ทินเนอร์ ไม่แตกต่างกัน คิดเป็นร้อยละ 1.3 ส่วนการเสพยาเสพติดประเภทอื่นๆ นั้น พบว่า ผู้เรียนในสถานศึกษาสังกัดเอกชนมีพฤติกรรมการตมเหล้า ร้อยละ 26.4 เสพกัญชาร้อยละ 4.1 เสพยาบ้า ร้อยละ 2.3 สาเหตุที่เสพยาเสพติดเนื่องจากอยากลองสิ่งใหม่ๆ คือ ลองให้แรงขึ้น เพื่อนๆ แนะนำชักจูงให้ลองสารเสพติดตัวใหม่ๆ ซึ่งทำลายดี สำหรับยาบ้า ยาอี บางแห่งหาซื้อไม่ยากนัก สารเสพติดที่ผลิตขึ้นใหม่ หรือเกิดขึ้นตามท้องถิ่น เช่น ยาโซเลม เป็นยาเม็ดสีม่วงบรรจุในหลอดกาแฟ คล้ายยาอี แต่ถูกกว่า 1 หลอด เท่ากับ 1 เม็ด ราคา 10 บาท กินแล้วเคลิ้ม อยากถอดเสื้อผ้า บาระกู่ ซึ่งชาวมุสลิมจะชอบสูบบามาก ลักษณะคล้ายบุหรี่เป็นหลอด ในหลอดเป็นเนื้อผลไม้แห้งวิธีการดูดคล้ายดูดกัญชา และน้ำใบกระเทียมที่มีการผสมสารต่างๆ เพื่อให้ตมง่าย เรียกว่า 3X100 ที่ประกอบด้วย ยาแก้ไอ โค้ก น้ำใบกระเทียม และ 4X100 โดยการเอายากันยุงบดผสมลงไปอีก 1 อย่าง สถานที่ที่เยาวชนนิยมมั่วสุมเสพยาเสพติด แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ 1) ในสถานศึกษาที่เป็นจุดอับหรือจุดลับตาในโรงเรียน เช่น ห้องน้ำ หรือ ปลายะมาะข้างโรงเรียนบ้าง ส่วนสถานที่ที่เยาวชนระดับอุดมศึกษานิยมมั่วสุม คือ ตามชมรม เช่น ชมรมดนตรี ชมรมกีฬา เป็นต้น 2) นอกสถานศึกษา ซึ่งเป็นแหล่งที่วัยรุ่นได้รวมตัวกันหรือพบปะกัน ซึ่งเป็นแหล่งที่ยังขาดการควบคุม เช่น หอพักนอกสถานศึกษา ร้านอาหาร ร้านคาราโอเกะ โรงแรม ได้สะพาน สวนสาธารณะ เป็นต้น

การศึกษาพฤติกรรมการใช้สารเสพติด พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพและเครือข่ายทางสังคมของเยาวชนนอกสถานศึกษาในปี 2557-2558 (กนิษฐา ไทยกล้า 2559) พบว่า เยาวชนนอกสถานศึกษาร้อยละ 43.3 เคยเสพยาเสพติดอย่างน้อยหนึ่งชนิดในชีวิต ร้อยละ 21.3 เสพยาเสพติดในช่วง 3 เดือนก่อนการสัมภาษณ์ สารเสพติดที่นิยมเสพยาได้แก่ ยาบ้า กัญชา น้ำต้มใบกระเทียมผสมสารอื่นๆ สารระเหย ใบกระเทียม เฮโรอีน ยานอนหลับ ยาแก้ลมประสาท ยาหลอนประสาท



และโคเคนตามลำดับ และเยาวชนร้อยละ 14.0 จัดได้ว่าเป็นผู้มีความเสี่ยงสูงจากการใช้สารเสพติด นอกจากนี้ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การเล่นเกม การเล่นพนันและการซิงเกอร์ยานยนต์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสพติดชนิดใดๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าเยาวชนที่สูบบุหรี่มีโอกาสมีความเสี่ยงสูงจากการใช้สารเสพติด 25.3 เท่า เล่นพนันมีโอกาสมีความเสี่ยงสูงจากการใช้สารเสพติด 2.3 เท่า ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ 2.8 เท่า และซิงเกอร์ยานยนต์ 3.7 เท่า

นักโทษและเยาวชนในสถานพินิจ

1. เยาวชนในความดูแลของกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน (กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน 2558) ในปี 2557 มีเยาวชนถูกดำเนินคดี 36,537 คดี เป็นเยาวชนอายุ 15-18 ปี ร้อยละ 70.5 อายุ 10-14 ปี ร้อยละ 29.5 เยาวชนส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 43) และมัธยมศึกษาตอนปลายหรือสูงกว่า (ร้อยละ 37) ร้อยละ 45.1 ถูกจับกุมในคดีสารเสพติดให้โทษ ร้อยละ 19.7 เป็นคดีเกี่ยวกับทรัพย์สิน ร้อยละ 18.5 เป็นคดีชีวิตและร่างกาย ในจำนวนคดีสารเสพติด 16,508 คดี เป็นยาบ้าร้อยละ 60.7 รองมาคือกระท่อมร้อยละ 18.5 และกัญชาร้อยละ 14.8 เป็นเยาวชนที่มีการกระทำความผิดซ้ำในคดีสารเสพติดให้โทษร้อยละ 47.8 เมื่อเปรียบเทียบกับคดีสารเสพติดระหว่างปี 2556 กับปี 2557 มีจำนวนคดีเพิ่มขึ้นร้อยละ 6.3 ความผิดเกี่ยวกับกระท่อมเพิ่มขึ้นมากที่สุดคือ ร้อยละ 6.7 กัญชาร้อยละ 5.5 สารระเหยร้อยละ 1.1 ส่วนยาบ้า ยาไอซ์ ยาแกล์ไอ ผีนุ เอโรอินและยาอื่นมีจำนวนคดีลดลง

2. การศึกษารูปแบบการกระทำความผิดที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติดและการได้รับบำบัดรักษาสารเสพติดของผู้ต้องขัง (กนิษฐา ไทยกล้า 2556) เป็นการศึกษาในผู้ต้องขังที่ถูกควบคุมตัวในเรือนจำ/ทัณฑสถาน/ศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน จำนวน 7 แห่ง จากจังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดขอนแก่น และจังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 238 คน ซึ่งเป็นผู้ต้องขังที่ตัดสินเด็ดขาดคดีสารเสพติดทุกราย เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 15 เมษายน-14 กรกฎาคม 2556 ร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึกเจ้าหน้าที่ในเรือนจำ ทัณฑสถาน ศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน 28 คน และเยาวชนอีก 47 คน ในเยาวชนที่เก็บข้อมูลทั้งหมด 238 คน เป็นเยาวชนชายร้อยละ 91.5 เป็นเยาวชนหญิงร้อยละ 8.5 อายุระหว่าง 16-18 ปีร้อยละ 59.4 อายุระหว่าง 19-24 ปีร้อยละ 40.1 เยาวชน 1 ใน 3 เป็นนักเรียน/นักศึกษา ประมาณ 1 ใน 5 เป็นพวกที่ไม่มีงานทำ ประมาณกว่าครึ่งมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ส่วนใหญ่ถูกดำเนินคดีในฐานความผิดตามพระราชบัญญัติสารเสพติดให้โทษด้วยข้อหา “ครอบครองเพื่อจำหน่าย” ประมาณ 1 ใน 3 ของเยาวชนที่เป็นตัวอย่าง และข้อหา “ครอบครองเพื่อเสพและจำหน่าย” ร้อยละ 23.4 โดยนำสารเสพติดไปจำหน่ายเพื่อให้ได้เงินมาซื้อสารเสพติดมาเสพอีกมากถึงร้อยละ 27.7 และนำสารเสพติดไปจำหน่ายเพื่อได้เงินมาใช้จួយมีร้อยละ 23.4 ถึงแม้เยาวชนจะถูกดำเนินคดีในฐานความผิดว่าเป็นผู้จำหน่าย แต่เหตุผลที่แท้จริงของการนำสารเสพติดไปจำหน่ายก็เพื่อตนเองจะมีสารเสพติดไว้เสพนั่นเอง ดังนั้นเยาวชนเหล่านี้ส่วนใหญ่ร้อยละ 95 จึงเข้าไปเกี่ยวข้องกับสารเสพติดในฐานะผู้เสพและผู้ค้าในเวลาเดียวกัน เยาวชนเริ่มเข้ามาเกี่ยวข้องกับสารเสพติดอายุเฉลี่ย 14 ปี “เริ่มใช้” ส่วนใหญ่ในช่วง 11-15 ปี และช่วงอายุเยาวชนที่เริ่ม “ค้ายา” เฉลี่ยเพียง 16 ปีเท่านั้น ดังนั้นปัญหาสารเสพติดกำลังจะเข้าไปอยู่ในกลุ่มประชากรอายุน้อยลงมากขึ้น

ส่วนการศึกษาในผู้ต้องขังในเรือนจำ จำนวนทั้งสิ้น 191 คน เป็นผู้ต้องขังชายร้อยละ 71.7 ผู้ต้องขังหญิงร้อยละ 28.3 ผู้ต้องขังร้อยละ 27.2 ถูกดำเนินคดีในฐานความผิดตามพระราชบัญญัติสารเสพติดให้โทษ โดยร้อยละ 42.6 เป็นข้อหา “ครอบครองเพื่อจำหน่าย” และร้อยละ 36.1 เป็นข้อหา “ครอบครองเพื่อจำหน่ายและจำหน่าย” ผู้ต้องขังอ้างว่าสาเหตุที่เข้าไปเกี่ยวข้องกับสารเสพติดเพราะมีปัญหาเศรษฐกิจไม่มีเงินใช้ร้อยละ 35.6 ต้องการนำเงินไปซื้อยาไปเสพร้อยละ 29.8 ซึ่งแสดงว่าผู้ต้องขังส่วนใหญ่ก็คือผู้เสพยาเสพติดนั่นเอง โดยเข้าไปเกี่ยวข้องกับสารเสพติดทั้งในฐานะผู้เสพและผู้ค้าในเวลาเดียวกัน ผู้ต้องขังเหล่านี้เริ่มเข้ามาเกี่ยวข้องกับสารเสพติดตั้งแต่อายุเฉลี่ยเพียง 18 ปี อายุที่ “เริ่มใช้” สารเสพติดส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 16-20 ปี และช่วงอายุที่เริ่มเข้ามา “ค้ายา” เฉลี่ย 22 ปี สำหรับเครือข่ายการค้า รูปแบบ และสถานะของผู้ค้าสารเสพติด มีกระบวนการเริ่มตั้งแต่การสรรหาสารตั้งต้น การผลิตสารเสพติดที่มีโรงงานอยู่ในเขตประเทศเพื่อนบ้าน การนำเข้าสารเสพติดจากต่างประเทศของผู้ค้ารายใหญ่ แล้วกระจายสารเสพติดส่งให้ผู้ค้ารายใหญ่ระดับรองลงมาเพื่อทำหน้าที่กระจายสารเสพติดแบบค้าส่งไปยังผู้ค้าปลีกซึ่งเมื่อรับสารเสพติดมาแล้วจะทำการแบ่งขายให้ผู้เสพ แบ่งใช้ แบ่งขาย พยายามทำตัวเป็นผู้ค้ารายย่อยที่ได้กำไรจากการแบ่งเสพยา รวมถึงผู้ค้ารวมเงินไปซื้อแล้วนำสารเสพติดมาแบ่งกันภายในกลุ่ม

กลุ่มผู้ใช้แรงงาน

การศึกษาสถานการณ์การใช้ยาเสพติดในกลุ่มแรงงานพบว่า ความชุกของแรงงานไทยที่ใช้สารกระตุ้น (methamphetamine) เพื่อเสริมการทำงานในอัตรา 17.7 ต่อ 1,000 ประชากร โดยกลุ่มที่มีการใช้สารในอัตราสูงมาก ได้แก่ กลุ่มบันเทิง (132.5 ต่อ 1,000 ประชากร) และกลุ่มขนส่ง (40.5 ต่อ 1,000 ประชากร) รองลงมาเป็นกลุ่มก่อสร้าง (18.9 ต่อ 1,000 ประชากร) กลุ่มเกษตร (9.0 ต่อ 1,000 ประชากร) และกลุ่มประมง (8.7 ต่อ 1,000 ประชากร) ซึ่งอัตราดังกล่าวสูงกว่า



อัตราการเสียชีวิตในกลุ่มเดียวกันในประชากรทั่วไป 3 เท่า กลุ่มบันเทิงใช้ methamphetamine เพื่อด้านฤทธิ์แอลกอฮอล์ ในขณะที่กลุ่มอื่นๆ ใช้เพื่อให้ตื่นตัวและทำงานได้ต่อเนื่องยาวนานขึ้น โดยกลุ่มขนส่งมีการใช้ทั้งคนงานจัดสินค้า เติกรร และขับรถ เพื่อเร่งการทำงานเพิ่มปริมาณงาน กลุ่มก่อสร้างใช้ในพื้นที่ก่อสร้างโดยเฉพาะงานกลางคืน กลุ่มเกษตรใช้ทั้งในทุ่นต้นตอนและในพืชผลทางการเกษตรหลายชนิดโดยเฉพาะงานที่มีการจ้างเหมา (จ้างเหมาไถ/ ฉีดยา/ เก็บเกี่ยว/ นำส่งตลาดและโรงงาน) ส่วนกลุ่มประมงใช้ช่วงซ่อมแซมเรือ ออกจับปลา และนำส่งตลาด นอกจากนี้ยังพบว่ามีผู้ใช้สารอื่นๆ เพื่อผ่อนคลายและวัตถุประสงค์อื่น ทั้งกัญชา กระท่อม เคตามีน ยาคลายเครียด ฯลฯ อีกเป็นจำนวนมาก ผลการศึกษาพบว่า ยาเสพติดแพร่ระบาดในกลุ่มแรงงานมีอัตราสูงกว่าในประชากรทั่วไป โดยเฉพาะการใช้สารกระตุ้น (methamphetamine) เพื่อเสริมการทำงาน โดยกลุ่มบันเทิงสูงเป็น 22 เท่าของประชากรทั่วไป กลุ่มขนส่ง 7 เท่า กลุ่มก่อสร้าง 3 เท่า กลุ่มเกษตรและกลุ่มประมง 2 เท่า (มานพ คณะโต และคณะ 2560)

ระบาดวิทยาของยาเสพติดนี้เป็นข้อมูลที่ได้จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง โดยสืบค้นจากสถิติของสำนักงาน ป.ป.ส. สถาบันธัญญารักษ์ และสถิติจากระบบรายงาน ระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหาเสพติด (บสต.) นับเป็นข้อมูลภาพรวมของประเทศที่สามารถเข้าถึงได้ในขณะนี้ ซึ่งจากข้อเท็จจริงพบว่ามีผู้ผลิตอีกส่วนหนึ่งที่ไม่ได้เข้าสู่ระบบการบำบัดรักษา หรือรักษาในภาคเอกชน วัด หรือหน่วยงานต่างๆ อีกจำนวนมาก ทั้งนี้ข้อมูลที่น่าเสนอเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อใช้ในการอ้างอิง และใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์แนวโน้มการแพร่ระบาดของปัญหาเสพติดของประเทศ เพื่อวางยุทธศาสตร์การดูแลปัญหานี้ต่อไป

เครื่องชี้วัดภาระโรค (Burden of Disease)

ปัญหาเสพติดมีความรุนแรง และมีการแพร่ระบาดไปทั่วประเทศ ซึ่งภาครัฐและเอกชนร่วมกับเครือข่ายต่างๆ ได้ร่วมกันใช้มาตรการ แนวทางที่หลากหลายรูปแบบ ใช้ความร่วมมือและการสนับสนุนจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมให้กระบวนการดำเนินงานป้องกัน แก้ไขปัญหาที่เกิดจากการเสพติด การบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสติดมาโดยตลอด แต่ปัญหานี้ก็ยังไม่ลดลง จึงมีความจำเป็นที่จะต้องสังเคราะห์ให้เห็นถึงขนาดของภาระโรคจากการติดยาเสพติด เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการดำเนินการปรับและพัฒนาโยบายให้เหมาะสมกับปัญหาต่อไป

สำหรับสาเหตุการตายของประชากรไทยที่ระบุมาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสารเสพติดชนิดต่างๆ นั้น ยังไม่มีการศึกษา แต่ในการศึกษาของ WHO และ GHE พบอุบัติการณ์ดังนี้

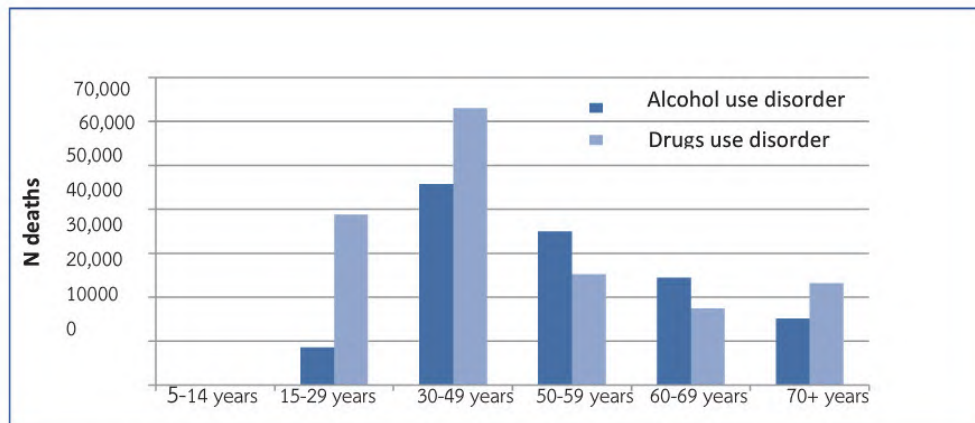
ตารางที่ 10.11 Mortality: Death cause by alcohol and drug use disorder by sex, all age 2000 and 2015

	2000			2015		
	Death in 1000 (uncertainty ranges)	% Of all deaths	CDR*	Death in 1000 (uncertainty ranges)	% Of all deaths	CDR*
Alcohol use disorders						
Men	119 (114-124)	0.4	3.9	108 (102-114)	0.4	2.9
Women	24 (23-25)	0.1	0.8	21 (20-22)	0.1	0.6
Both	143(137-149)	0.3	2.3	129 (121-136)	0.2	1.8
Drug use disorders						
Men	79 (74-82)	0.3	2.6	117 (108-122)	0.4	3.1
Women	26 (24-27)	0.1	0.8	51 (47-56)	0.2	1.4
Both	105 (98-109)	0.2	1.7	168 (155-176)	0.3	2.3

*CDR-Crude Death Rate (per 100,000)

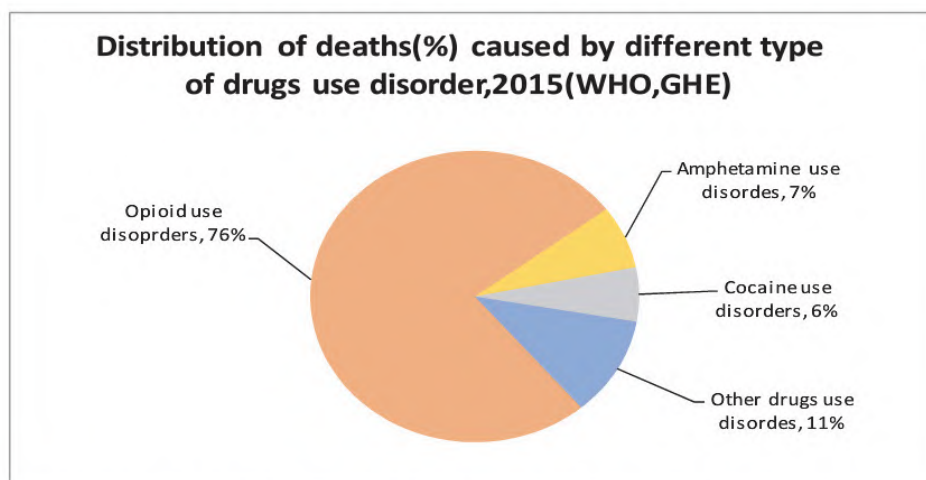
จากตารางที่ 10.11 สาเหตุการตายจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสารเสพติดพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงและเมื่อเทียบกับปี 2015 กับปี 2000 สาเหตุการตายจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลง แต่การตายจากการใช้สารเสพติดมีสูงขึ้นทั้งในเพศชายและเพศหญิง





ภาพที่ 10.12 Death cause by alcohol and drug use disorder by age by sex

จากภาพที่ 10.12 เมื่อพิจารณาตามช่วงอายุ การตายที่เกิดจากการใช้ยาและสารเสพติด พบว่า ช่วงอายุที่เสียชีวิตสูงสุดจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์คือช่วง 30-49 ปี, 50-59 ปี และ 60-69 ปี ตามลำดับ ส่วนการตายที่เกิดจากสารเสพติดช่วงอายุที่เสียชีวิตสูงสุดคือ 30-49 ปี, 15-29 ปี และ 50-59 ปี ตามลำดับ โดยเฉพาะช่วงอายุ 15-29 ปี จะพบว่าการเสียชีวิตจากสารเสพติดสูงกว่าการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาก



ภาพที่ 10.13 Distribution of deaths (%) caused by different type of drugs use disorder

เมื่อพิจารณาตามประเภทของสารเสพติด พบว่า สารประเภทโอปิออยด์และอนุพันธ์เป็นสาเหตุของการตายสูงสุดร้อยละ 76 สารชนิดอื่นๆ ร้อยละ 11 สารเมทแอมเฟตามีนร้อยละ 7 และโคเคนร้อยละ 6 ตามลำดับ

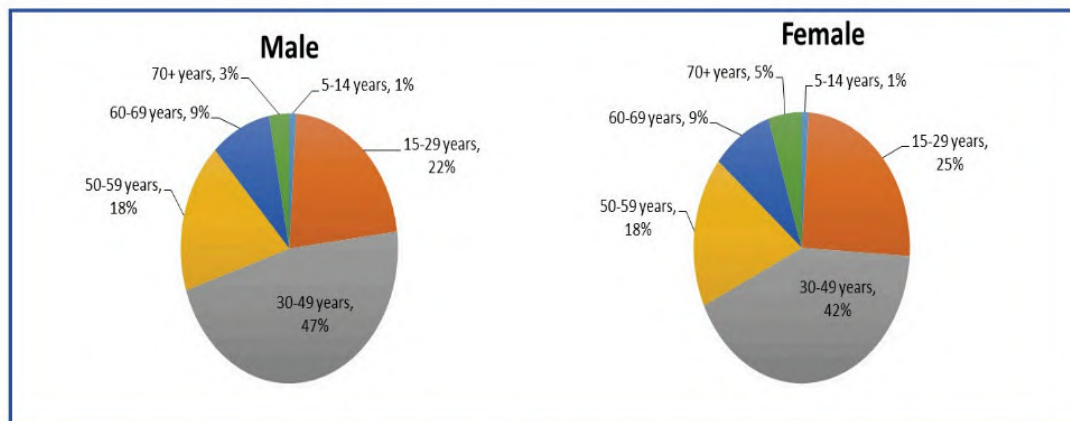


สำหรับข้อมูล DALY ,YLL, YDL เปรียบเทียบของ WHO, GHE ในปี 2010 และ 2015 เป็นดังนี้

ตารางที่ 10.12 Global percentages of disease burden (%of total DALY,YLL,YLD) cause by alcohol and drug use disorder by sex , a 2000 and 2015

	2000			2015		
	DALY (%)	YLL (%)	YLD (%)	DALY (%)	YLL (%)	YLD (%)
Alcohol use disorders						
Men	0.70	0.42	1.85	0.74	0.40	1.89
Women	0.18	0.10	0.41	0.19	0.09	0.46
Both	0.46	0.28	1.10	0.49	0.26	1.14
Drug use Disorders						
Men	0.59	0.34	1.94	0.85	0.51	1.69
Women	0.27	0.12	0.85	0.44	0.26	0.75
Both	0.44	0.24	1.37	0.66	0.40	1.20

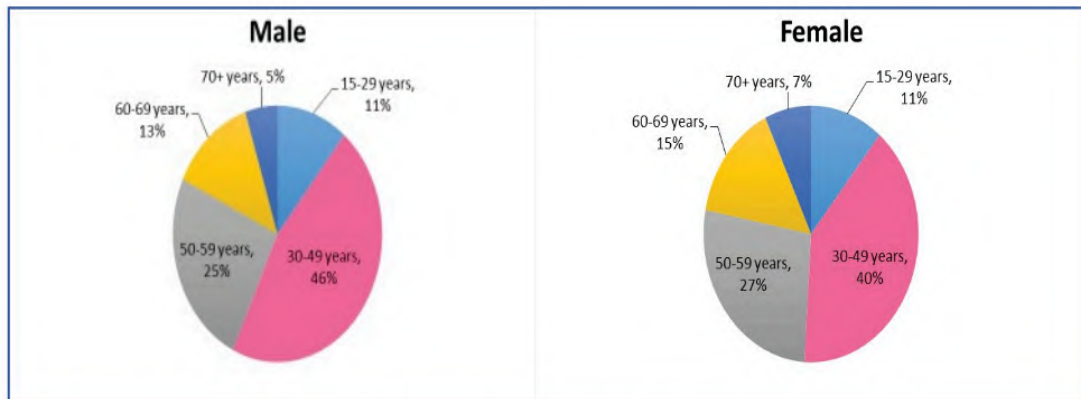
จากตารางที่ 10.12 พบว่า DALY ของ alcohol use disorders เมื่อเทียบในปี 2015 กับปี 2000 มีค่าสูงขึ้นเล็กน้อยเกือบไม่เปลี่ยนแปลงแต่ DALY ของ drug use disorders เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.59 เป็นร้อยละ 0.85 ในเพศชายและร้อยละ 0.27 เป็นร้อยละ 0.44 ในเพศหญิง



ภาพที่ 10.14 Distribution of DALY due to alcohol use disorders by age and sex

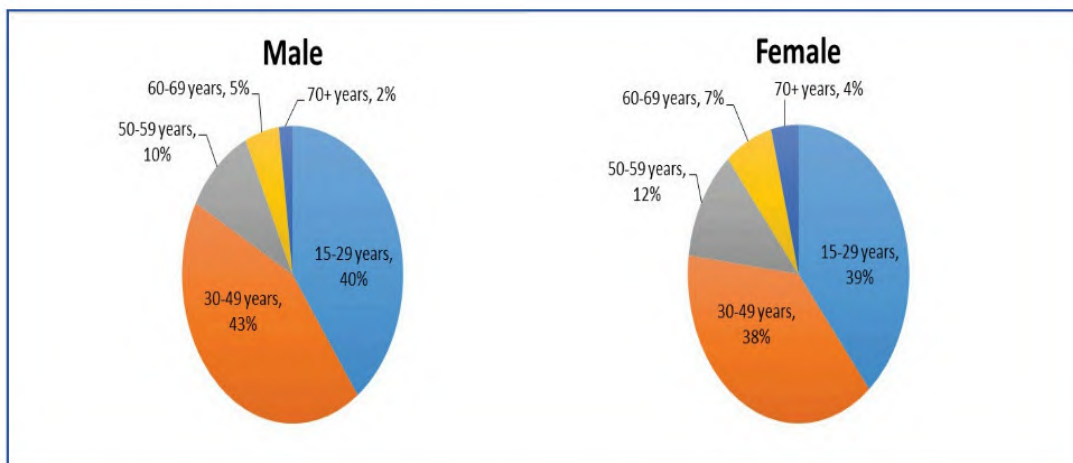
จากภาพที่ 10.14 เมื่อพิจารณาช่วงอายุ พบว่า ทั้งในเพศชายและเพศหญิงช่วงอายุที่มี DALY ของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงสุดคือ 30-49 ปี (เพศชายร้อยละ 47 เพศหญิงร้อยละ 42) 15-29 ปี (เพศชายร้อยละ 22 เพศหญิงร้อยละ 25) 50-59 ปี (เพศชายร้อยละ 18 เพศหญิงร้อยละ 18) 60-69 ปี (เพศชายร้อยละ 9 เพศหญิงร้อยละ 9) มากกว่า 70 ปี (เพศชายร้อยละ 3 เพศหญิงร้อยละ 5) และ 5-14 ปี (เพศชายร้อยละ 1 เพศหญิงร้อยละ 1) ตามลำดับ





ภาพที่ 10.15. Distribution of YLL due to alcohol use disorders by age and sex

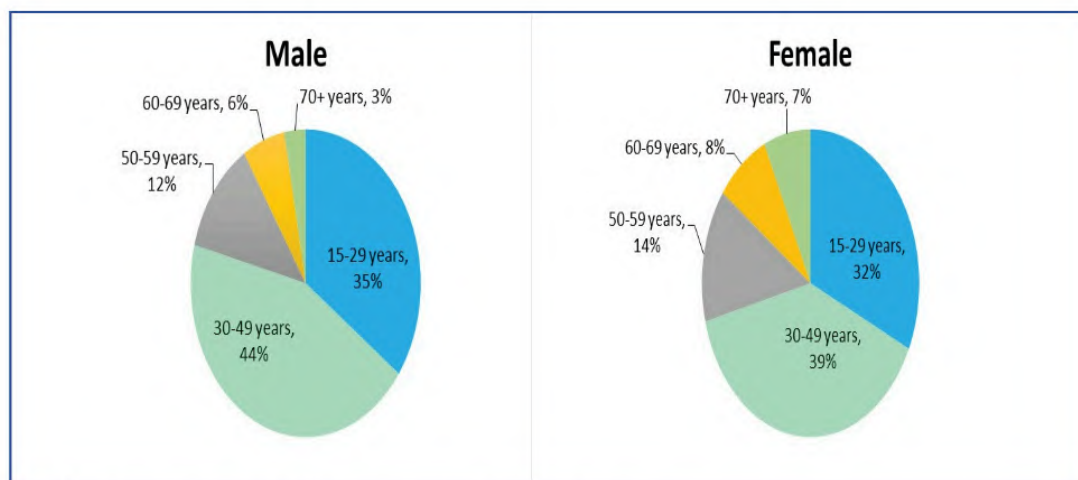
จากภาพที่ 10.15 จะเห็นว่าช่วงอายุที่มีการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (YLL) จากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งในเพศชายและเพศหญิง ช่วงที่อายุสูงสุดคือ 30-49 ปี (เพศชายร้อยละ 46 เพศหญิงร้อยละ 40) รองลงมาคือช่วงอายุ 50-59 ปี (เพศชายร้อยละ 25 เพศหญิงร้อยละ 27), 60-69 ปี (เพศชายร้อยละ 13 เพศหญิงร้อยละ 15) 15-29 ปี (ร้อยละ 11) มากกว่า 70 ปี (เพศชายร้อยละ 5 เพศหญิงร้อยละ 7) ตามลำดับ



ภาพที่ 10.16 Distribution of DALY by age and sex drug use disorders

จากภาพที่ 10.16 เมื่อพิจารณาช่วงอายุ พบว่าในเพศชายช่วงอายุที่มี DALY จากการใช้สารเสพติดสูงสุดคือช่วงอายุ 30-49 ปี (ร้อยละ 43) 15-29 ปี (ร้อยละ 40) 50-59 ปี (ร้อยละ 10) 60-69 ปี (ร้อยละ 5) และมากกว่า 70 ปี (ร้อยละ 2) ตามลำดับ ส่วนในเพศหญิงช่วงอายุที่มี DALY จากการใช้สารเสพติดสูงสุดคือช่วงอายุ 15-29 ปี (ร้อยละ 39) 30-49 ปี (ร้อยละ 38) 50-59 ปี (ร้อยละ 12) 60-69 ปี (ร้อยละ 7) และมากกว่า 70 ปี (ร้อยละ 4) ตามลำดับ





ภาพที่ 10.17 Distribution of YLL by age and sex drug use disorders

จากภาพที่ 10.17 จะเห็นว่าช่วงอายุที่มีการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (YLL) จากการใช้สารเสพติดทั้งเพศชาย ช่วงอายุที่พบสูงสุดคือ 30-49 ปี (ร้อยละ 44) 15-29 ปี (ร้อยละ 35) และ 50-59 ปี (ร้อยละ 12) ตามลำดับ สำหรับเพศหญิง ช่วงอายุที่พบสูงสุดคือ 30-49 ปี (ร้อยละ 39) 15-29 ปี (ร้อยละ 32) และ 50-59 ปี (ร้อยละ 14) ตามลำดับ

สำหรับประเทศไทยยังขาดข้อมูลหรือตัวเลขนำเข้าที่จะใช้สำหรับคำนวณภาระโรคจากการติดยาและสารเสพติด อยู่ ข้อมูล DALY, YLL, YLD ของสารเสพติดแยกตามชนิดปี 2557 ดังตารางที่ 10.13

ตารางที่ 10.13 DALY, YLL, YLD ของสารเสพติดแยกตามชนิดปี 2557

ประเภท	YLD		YLL		DALY	
	Male	Female	Male	Female	Male	Female
amphetamine	39,440	15,636	-	-	-	-
Heroin	2,512	-	-	-	-	-
cannabis	23,642	753	-	-	-	-
Total	65,594	16,389	6,560	947	72,154	17,336
alcohol dependence/abuse	324,424	38,882	63,768	7,174	388,193	46,056

หมายเหตุ: ค่านี้ไม่คิดอัตราการลดทอนที่ร้อยละ 3 เนื่องจากปัจจุบันการศึกษาระบาดวิทยาในระดับโลก GBD2010 ไม่ใช้อัตราการลดทอน

YLL และ DALY ไม่สามารถคิดแยกสารเสพติดได้ เนื่องจากสาเหตุการตายไม่สามารถระบุได้ว่าเสียชีวิตจากสารเสพติดประเภทใด

การศึกษาระบาดวิทยาและการบาดเจ็บของประชาชนไทยในปี 2552 พบว่า การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อให้เกิด ความสูญเสียสุขภาพ (DALYs) สูงสุดอันดับแรกในเพศชาย ร้อยละ 15.7 ของการสูญเสียสุขภาพทั้งหมด ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ย นานาชาติถึง 3 เท่า โดยเกิดจากความผิดปกติทางจิตสูงสุดคิดเป็นร้อยละ 56 รองลงมาคือบาดเจ็บ (ร้อยละ 23) โรคตับแข็ง (ร้อยละ 10) และโรคมะเร็ง (ร้อยละ 9) และในปี 2556 การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังคงเป็นสาเหตุอันดับแรกที่ก่อให้เกิด ความสูญเสีย DALYs ในเพศชาย ร้อยละ 8.8 และการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังเป็นสาเหตุของการสูญเสียสุขภาพจากความพิการ (YLDs) สูงสุดอันดับหนึ่งในเพศชายร้อยละ 22.3 ของ YLDs ทุกสาเหตุ โดยช่วงอายุมีอัตราสูญเสียสูงสุดในเพศชายคือ 30-59 ปี สอดคล้องกับการศึกษาระบาดวิทยาและความผิดปกติของพฤติกรรมใช้สุราสารเสพติดในประเทศไทยปี 2557 ที่พบว่าโรคจิตเวช และความผิดปกติของพฤติกรรมใช้สุราสารเสพติดเป็นสาเหตุของความสูญเสีย DALYs ในประชากรไทยประมาณ 1,020.5 พันปี หรือ ร้อยละ 6.8 ของ DALYs ทุกสาเหตุ โดยผู้ชายพบความสูญเสียสูงสุดจากพฤติกรรมดื่มสุรา (ร้อยละ 13.1 ของ YLDs) สูงสุด เป็นอันดับหนึ่งจากทุกกลุ่มโรคและช่วงอายุที่มีอัตราสูญเสียสูงสุดจาก YLDs ในชายคือ 30-44 ปี (ชนชั้นสูง และคณะ)



ผลกระทบจากการใช้ยาเสพติด

ในการคิดการโรคทั่วไปจะคิดจากการเสียชีวิตและพิการ แต่ผลจากการติดยาเสพติดไม่สามารถหาความสัมพันธ์จากการพิการและเสียชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาผลกระทบจากการใช้ยาและสารเสพติด มีดังต่อไปนี้

1. ด้านสุขภาพอนามัย พบการเจ็บป่วยที่จะเกิดขึ้นบ่อยใน 1 ปี เช่น ไข้หวัด ภาวะทุพโภชนาการ เนื่องจากผู้ติดยาเสพติดส่วนใหญ่ไม่รับประทานอาหารเช้า แต่ได้รับประทานอาหารไม่ครบมื้อและไม่เป็นไปตามหลักโภชนาการของวัย ดัชนีมวลกายไม่สมดุล ระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง เช่น ผู้ป่วยเสพติดที่ติดเชื้อเอชไอวี และจากรายงานการวิจัยพบความบกพร่องทางความคิด และการตอบสนองทางพฤติกรรม และยังพบว่าผู้ป่วยเสพติดมักมีอาการความจำเสื่อม นอนไม่หลับ และเสียชีวิตจากการใช้ยาเกินขนาด

2. ด้านเศรษฐกิจ จากพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด เมื่อติดยาเสพติดผู้ติดยาต้องการเพิ่มปริมาณยามากขึ้นตลอดเวลา สาเหตุเกิดจากภาวะสมองติดยา และมีภาวะพึ่งยา (drug dependence) จึงทำให้ผู้ติดยาเสพติดต้องการเงินในปริมาณมากขึ้นตามไปด้วย เป็นเหตุให้สูญเสียสภาพคล่องทางการเงินและฐานะทางเศรษฐกิจของตนเองและต่อเนื่องไปยังครอบครัว ประกอบกับผลกระทบในข้อที่ 1 ทำให้ผู้ติดยาไม่สามารถประกอบอาชีพ หายรายได้ตามปกติได้ เพราะสุขภาพไม่อำนวยในการประกอบสัมมาอาชีพ

3. ด้านครอบครัว ชุมชน และสังคม การติดยาเสพติดยังเกิดผลกระทบกับครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศชาติ เมื่อติดยาเสพติดผู้ติดยาเสพติดจะปลื้มตัว ไม่มีสัมพันธภาพในครอบครัวดั้งเดิม ถ้าบุคคลนั้นจำหน่ายยาเสพติดเมื่อถูกจับกุม ครอบครัวนั้นจะเกิดสภาวะแม่หรือพ่อเลี้ยงเดี่ยว หรือหากพ่อหรือแม่ติดคุกทั้งคู่ลูกจะต้องไปอยู่กับญาติพี่น้องหรือสถานสงเคราะห์ ซึ่งจะเกิดปัญหาตามมามากมาย นอกจากนั้นการเสพติดยังก่อให้เกิดความรุนแรงในครอบครัวจากการใช้ยาเสพติดทุกรูปแบบ ทั้งความรุนแรงจากการปล่อยปละละเลยไม่ดูแลกันและกันในครอบครัว ความรุนแรงทางร่างกาย เพศ และวาจา การไม่ไว้วางใจของบุคคลในครอบครัวจากการลักทรัพย์ของผู้ติดยาเพื่อนำไปใช้ในการซื้อขายยาเสพติด สารเสพติดยังเป็นตัวก่อให้เกิดปัญหาสังคมอย่างมากมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาอาชญากรรม เพราะผู้ติดยาจำเป็นต้องใช้เข็มสำหรับฉีดยาเสพติดเป็นประจำทุกวัน และจำเป็นต้องเพิ่มปริมาณการเสพยาเสพติดตลอดเวลา ดังนั้น การประกอบอาชีพสุจริตต่างๆ ไปนั้นย่อมเป็นการยากที่จะหาเงินมาซื้อสารเสพติดได้อย่างเพียงพอ สำหรับผลกระทบในชุมชนทั้งจากปัญหาลักทรัพย์ในชุมชน อาชญากรรม รวมถึงปัญหาการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ เป็นต้น นอกจากนั้นยังส่งผลกระทบด้านความมั่นคงของประเทศ ดังจะเห็นได้จากการลักลอบนำเข้ายาเสพติด สะท้อนความต้องการยาเสพติดที่วันวันจะเพิ่มมากขึ้น บันทึบสภาพเศรษฐกิจเพราะประชากรวัยแรงงานติดยาเสพติดไม่สามารถหารายได้หรือมูลค่าเพิ่มทางเศรษฐกิจ เกิดความเสียหายต่อภาวะทางเศรษฐกิจของประเทศร่วมกับสภาพทางสังคมอ่อนแอ จึงส่งผลกระทบต่อสภาพเศรษฐกิจสังคมโดยรวม

กิจกรรมเพื่อการแก้ไข้ปัญหาและความคุ้มค่าของกิจกรรม (Cost Effectiveness and Intervention)

ค่าใช้จ่ายทางเศรษฐกิจในการบำบัดรักษาปัญหาจากการใช้สารเสพติด (economic cost of treatment)

มีการประมาณการกันว่าค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษายาเสพติดต่ำกว่าการจำขังถึง 3 เท่า และทำให้ค่าการใช้จ่ายในด้านอื่นไม่ว่าจะเป็นด้านสังคม สุขภาพ อาชญากรรม ลดลงถึง 13 เท่า หรืออาจกล่าวได้ว่า การลงทุนเพื่อการบำบัดรักษาการติดยาเพียง 1 เหรียญจะยังมีผลลดค่าใช้จ่ายทางระบบยุติธรรมลงได้ 4-7 เหรียญ ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการบำบัดรักษาปัญหาจากการใช้สารเสพติดและผลกระทบจากการใช้สารเสพติดแต่ละชนิดถูกจัดสรรเพื่อลดปัญหาการแพร่ระบาดของสารเสพติดโดยมีการดำเนินงานตามมาตรการที่สำคัญ ได้แก่

1. มาตรการด้านการปราบปรามสำหรับผู้ค้าสารเสพติด รวมถึงกลไกการควบคุมการผลิตและจำหน่ายเครื่องตีและแอลกอฮอล์และบุหรี่

2. มาตรการด้านการบำบัดรักษาสำหรับผู้ติดยาเสพติด

3. มาตรการด้านการป้องกันสำหรับเด็ก เยาวชน ผู้ใช้แรงงาน และประชาชนทั่วไปจากการใช้สารเสพติด

โดยในปี 2560 รัฐบาลให้ความสำคัญกับการกำหนดกรอบทิศทางยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศในระยะยาวเป็นอย่างมาก ตามร่างกรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579) โดยมีแผนการป้องกันและแก้ไข้ปัญหาสารเสพติดอยู่ในยุทธศาสตร์แรก ซึ่งจัดเป็นยุทธศาสตร์ด้านความมั่นคง ทั้งนี้รัฐบาลได้มีการจัดสรรงบประมาณด้านการจัดการปัญหาสารเสพติดเป็นจำนวนมาก ซึ่งจะเห็นได้จากงบประมาณของหน่วยงานส่วนกลางที่มีรหัสงบประมาณด้านสารเสพติดจัดสรรให้แก่หน่วยงานในสังกัดระดับพื้นที่ (ข้อมูลจากสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560



มีสูงถึง 2,490 ล้านบาท เพื่อจัดการปัญหาด้านสารเสพติด ซึ่งแบ่งเป็นมาตรการด้านการป้องกัน 971 ล้านบาท มาตรการด้านการปราบปราม 361 ล้านบาท และมาตรการบำบัดรักษาปัญหาจากการใช้สารเสพติด (เฉพาะที่ผิดกฎหมาย) จำนวน 1,158 ล้านบาท ซึ่งแสดงให้เห็นว่ารัฐบาลจะต้องสูญเสียงบประมาณในการป้องกัน ปราบปราม และบำบัดผู้ติดยาเสพติดเฉพาะที่ผิดกฎหมายเป็นจำนวนมากต่อปี และยิ่งสูญเสียทรัพยากรบุคคลไปอีกเป็นจำนวนมาก จึงเห็นได้ว่าการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดทำให้สูญเสียงบประมาณจากทางภาครัฐเป็นจำนวนเงินมหาศาล โดยตัวโรคเองจะมีการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำได้ ทำให้ต้องได้รับการบำบัดรักษาหลายครั้งได้อีกด้วย ทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาที่อาจเกิดขึ้นได้จากการดำเนินโรคเอง นอกจากนี้ การเข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในหรือการพักรักษาในสถานบำบัดในแต่ละครั้ง จะมีค่าใช้จ่ายในการรักษา และมีระยะเวลาในการบำบัดรักษาซึ่งจะส่งผลต่อการเสียโอกาสในการหารายได้จากการทำงานของผู้เข้ารับการบำบัดรักษา รวมถึงงบประมาณที่ทางรัฐบาลจะต้องจัดสรรเพิ่มขึ้นอีกด้วย

จากการศึกษาเรื่องต้นทุนและค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษายาเสพติดทั้งในระบบสมัครใจ ระบบบังคับบำบัด และระบบต้องโทษ (บุรณ และคณะ 2550) พบต้นทุนรวม (full cost) ในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยจำแนกตามระบบการบำบัดรักษาโดยแบ่งเป็นในระบบสมัครใจ การบำบัดแบบผู้ป่วยนอกเฉลี่ยต่อคน 8,199.52 บาท เฉลี่ยต่อครั้ง 257.40 บาท การบำบัดแบบผู้ป่วยในเฉลี่ยต่อคน 41,419.29 บาท เฉลี่ยต่อครั้ง 1,379.58 บาท การติดตามผลเฉลี่ยต่อคน 1,234.46 บาท เฉลี่ยต่อครั้ง 453.20 บาท ในระบบบังคับบำบัดขั้นตอนการฟื้นฟูแบบไม่ควบคุมตัวรูปแบบผู้ป่วยนอกเฉลี่ยต่อคน 2,628.95 บาท เฉลี่ยต่อครั้ง 615.71 บาท ขั้นตอนการฟื้นฟูแบบควบคุมตัวรูปแบบผู้ป่วยในเฉลี่ยต่อคน 65,190.73 บาท เฉลี่ยต่อครั้ง 645.38 บาท ขั้นตอนการติดตามผลเฉลี่ยต่อคน 3,419.74 บาท เฉลี่ยต่อครั้ง 1,532.99 บาท และระบบต้องโทษเฉลี่ยต่อคน 19,058.23 บาท เฉลี่ยต่อครั้ง 77.94 บาท

ในการศึกษาต้นทุนและประสิทธิผลของระบบการบำบัดรักษายาเสพติดจำแนกตามระบบการรักษาและหน่วยงาน (ศิริแพทย์ อุษณีย์และจารุวัฒน์ 2552) โดยในส่วนต้นทุนรวมทั้งหมดได้จากการรวมต้นทุนคงที่ และต้นทุนผันแปร และต้นทุนดำเนินการ ซึ่งคิดเฉพาะต้นทุนที่ใช้ดำเนินการในการจัดกิจกรรมเพื่อการบำบัดรักษายาเสพติดทั้งในและนอกสถานที่ โดยไม่รวมค่าแรงค่าเสื่อมราคา พบต้นทุนของหน่วยงานต่างๆดังนี้ สถาบันธัญญารักษ์ (สมัครใจ 7,880.70 บาท บังคับบำบัดขั้นฟื้นฟูแบบควบคุมตัว 65,181.92 บาท) โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี (สมัครใจ 1,310.10 บาท บังคับบำบัดขั้นฟื้นฟูแบบไม่ควบคุมตัว 1,037.98 บาท) สำนักงานคุมประพฤติประจำศาลแขวงดุสิต (ขั้นตรวจพิสูจน์ 2,920.06 บาท ขั้นฟื้นฟูโดยคุมประพฤติ 3,650.08 บาท) ศูนย์แรกรับเด็กและเยาวชนชายบ้านเมตตา (ขั้นควบคุมตัวเพื่อตรวจพิสูจน์ 20,113.30 บาท) สถานที่ควบคุมตัวเพื่อการตรวจพิสูจน์สถานกักขังกลาง จ.ปทุมธานี (ขั้นควบคุมตัวเพื่อตรวจพิสูจน์ 1,071.34 บาท) ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดลาดหลุมแก้ว (ขั้นฟื้นฟูแบบควบคุมตัว 37,378.35 บาท) ศูนย์ฟื้นฟูฯ กองบิน 46 (ขั้นฟื้นฟูแบบควบคุมตัว 37,092.98 บาท) โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา (ขั้นฟื้นฟูแบบไม่ควบคุมตัว 24,378.61 บาท) ศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนพระนครศรีอยุธยา (ต้องโทษ 33,422.48 บาท) ศูนย์ชุมชนบำบัดคลองไผ่ เรือนจำกลางคลองไผ่ (ต้องโทษ 12,376.31 บาท)

จากการศึกษาต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของผู้ติดยาเสพติดที่มีรับการบำบัดรักษาที่สถาบันธัญญารักษ์ปี 2553 ทั้งแบบผู้ป่วยในและแบบผู้ป่วยนอก โดยแบ่งเป็นต้นทุนหน่วยงาน และต้นทุนในการรับบริการ ซึ่งคิดจากผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษาสารเสพติดครบระยะเวลาที่กำหนด พบว่า ต้นทุนหน่วยงานของการบำบัดรักษาสารเสพติดของแบบผู้ป่วยในเฉลี่ยต่อคน เท่ากับ 13,146 บาท สูงกว่าแบบผู้ป่วยนอก 831.80 บาท เนื่องจากการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในต้องเข้าพักรักษาตัวในสถานพยาบาล ซึ่งทางสถานพยาบาลจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมด เช่น ต้นทุนอาหาร ต้นทุนครุภัณฑ์ ค่าแรง ค่าสาธารณูปโภค และค่าใช้จ่ายอื่นๆ โดยค่าอาหารมีสัดส่วนสูงสุดของต้นทุนหน่วยงาน ต่างจากการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่ผู้เข้ารับการรักษาพักรักษาตัวอยู่ที่บ้านและมาพบแพทย์ตามนัดจึงไม่ก่อให้เกิดต้นทุนหน่วยงาน ในส่วนของต้นทุนในการรับบริการของการบำบัดรักษาสารเสพติดของผู้ป่วยในเฉลี่ยต่อคนจะมีต้นทุนสูงกว่าแบบผู้ป่วยนอก โดยมีค่ายาและค่าบริการในการบำบัดรักษามีสัดส่วนสูงสุดของต้นทุนทางตรงทั้งหมด และต้นทุนค่าเสียโอกาสเนื่องจากการสูญเสียรายได้จากการเข้ารับการบำบัดรักษามีสัดส่วนสูงสุดของต้นทุนทางอ้อม เนื่องจากการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ผู้ติดยาเสพติดจะต้องเข้าพักรักษาในสถานบำบัดตลอดช่วงการรักษากิจ ทำให้เสียโอกาสในการหารายได้ในเวลานั้น แตกต่างจากการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอกจะเสียโอกาสในการหารายได้เฉพาะวันที่มีการรักษาเท่านั้น นอกจากนี้ต้นทุนของสถานบำบัดรักษายาเสพติดต่อรายในแต่ละที่มีความแตกต่างกัน (ตารางที่ 10.14) และสารเสพติดแต่ละชนิดก็มีต้นทุนการบำบัดที่แตกต่างกัน (ตารางที่ 10.15)



ตารางที่ 10.14 ต้นทุนเฉลี่ยต่อการให้การบำบัดรักษายาเสพติดต่อราย

สถานบำบัดรักษา	ต้นทุนเฉลี่ยต่อการให้การบำบัดรักษายาเสพติดต่อราย
โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน	60,066.1
โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี	42,874.6
โรงพยาบาลธัญญารักษ์ (สบยช.)	27,999.5
โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี	25,368.8
โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น	20,068.1
โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา	16,073.8
โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่	12,273.1
เฉลี่ย	23,109.85

ตารางที่ 10.15 ต้นทุนการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจและบังคับบำบัด จำแนกตามสารเสพติด

ยาเสพติด	ต้นทุนการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจ		ต้นทุนการบำบัดรักษาในระบบบังคับบำบัด	
	ผู้ป่วยใน	ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยใน	
ยาบ้า	96,819	30,550.60	54,999.60	
ผงขาว	47,836.20	30,229.40	-	
สารระเหย	36,894.00	22,713.40	38,425.20	
สุรา	98,213.50	35,271.60	-	

การศึกษาต้นทุนต่อประสิทธิผลโดยการใช้ภาพจำลอง (scenario) ร้อยละของผู้ไม่กลับมาเสพติดซ้ำใน 1 ปี โดยกำหนดร้อยละของการไม่กลับมาเสพติดซ้ำที่ร้อยละ 10.0, 15.0, 30.0, 50.0 และ 70.0 ของจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดทั้งหมดในแต่ละหน่วยงานในปีงบประมาณ 2550 พบว่า ต้นทุนทั้งหมดต่อประสิทธิผลของการไม่กลับมาเสพติดซ้ำใน 1 ปี ของทั้ง 10 หน่วยงาน เท่ากับ 155,971.22 บาท, 103,980.81 บาท, 51,990.41 บาท, 31,194.24 บาท และ 22,281.60 บาท ตามลำดับ ส่วนต้นทุนดำเนินการต่อประสิทธิผลของการไม่กลับมาเสพติดซ้ำใน 1 ปี ของทั้ง 10 หน่วยงาน เท่ากับ 35,195.89 บาท, 23,463.93 บาท, 11,731.96 บาท, 7,039.18 บาท และ 5,027.98 บาท ตามลำดับ ส่วนต้นทุนทั้งหมดของผู้เสพยาเสพติดที่มีอาการทางจิต พบว่า ต้นทุนทั้งหมดเฉลี่ยต่อหน่วยของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์ เท่ากับ 27,378 บาท และต้นทุนดำเนินการเฉลี่ยต่อหน่วยเท่ากับ 4,496 บาท ในขณะที่ของโรงพยาบาลศูนย์ราชบุรีมีต้นทุนทั้งหมดเฉลี่ยต่อหน่วยเท่ากับ 1,745 บาท และต้นทุนดำเนินการเฉลี่ยต่อหน่วยเท่ากับ 1,069 บาท เมื่อเปรียบเทียบกับต้นทุนของผู้เสพยาที่ไม่มีอาการทางจิต มีต้นทุนทั้งหมดเฉลี่ยต่อหน่วยเท่ากับ 1,190 บาท และต้นทุนดำเนินการเฉลี่ยต่อหน่วยเท่ากับ 462 บาท

การรักษาผู้เสพยาเสพติดมีทั้งการบำบัดรักษาด้วยยาและการรักษาโดยใช้การบำบัดด้านจิตสังคม ในการบำบัดด้วยยานั้น ในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาต้นทุนยาต่อการบำบัดสารเสพติดประเภทต่างๆ มีการศึกษาต้นทุนการบำบัดด้วยยาในสหรัฐอเมริกาพบว่าค่าใช้จ่ายในการทำ methadone maintenance ต่อผู้ป่วย 1 คนอยู่ที่ประมาณ 4,700 เหรียญสหรัฐต่อปี ส่วนการบำบัดด้านจิตสังคมซึ่งมีหลายรูปแบบตามตารางที่ 10.16 ยังไม่พบการศึกษาเช่นกัน ส่วนการศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดในรูปแบบต่างๆ พบว่า มีการศึกษาประสิทธิผลในการบำบัดระบบสมัครใจรูปแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (ค่ายศูนย์ขวัญ) โดยพบว่า หลังจากออกจากค่ายบำบัดเป็นเวลา 1 ปี ผู้เข้ารับการบำบัดไม่มีการเสพยาเสพติด ผิดกฎหมายไม่ว่าชนิดใด คิดเป็นประมาณร้อยละ 11 ซึ่งได้ผลกับยาบ้ามากที่สุด ในขณะที่การบำบัดส่งผลด้านลบต่อไอซ์ กัญชา และกระท่อม โดยทำให้ใช้มากขึ้น อาจมีปัจจัยด้านบริบทของพื้นที่ ที่ส่งผลต่อประสิทธิผลในการบำบัด เช่น ในการจัดค่ายบำบัดชนิดเดียวกันในพื้นที่หนึ่งกลับมีการหยุดใช้สารได้สูงถึงร้อยละ 24 ในขณะที่อีกพื้นที่หนึ่งกลับได้ผลเพียงร้อยละ 3 เท่านั้น ประสิทธิภาพในการบำบัดในรูปแบบนี้ จึงขึ้นอยู่กับวิธีการบริหารจัดการของแต่ละพื้นที่ ทั้งนี้ ยังขาดงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มที่ติดตามเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้เข้ารับการบำบัดแบบค่ายที่มีการบริหารจัดการที่ได้มาตรฐานกับกลุ่มควบคุมที่เป็นผู้ใช้สารที่ไม่ได้เข้ารับการบำบัดรักษาดังกล่าว



ตารางที่ 10.16 วิธีการบำบัดรักษาด้านจิตสังคมบำบัด

วิธีการบำบัด	สถานที่ทำการบำบัด				รูปแบบการบำบัด		ชนิดของสารเสพติด						ลักษณะของผู้เข้ารับการบำบัด		
	ผู้ป่วยใน	ผู้ป่วยนอก	ชุมชน	อื่นๆ	รายบุคคล	รายกลุ่ม	Alcohol	Stimulant	Cannabis	Opioids	Nicotine	Poly substance	general population	Risk population	Substance use disorder
MI/MET	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x			x
CBT	x	x			x	x	x	x	x	x	x	x			x
RP	x	x			x	x	x	x		x					x
CM	x	x			x	x	x	x	x	x	x	x			x
CRA	x	x	x		x	x	x	x		x					
TSF	x				x		x								x
MST			x	x	x	x	x	x							x
MDFT		x	x	x	x	x	x	x	x						x
BSFT		x			x	x	x	x	x						x
BCT	x	x			x	x	x	x		x					x
Matrix		x				x		x							x
PMK Model	x					x	x	x	x	x		x			x
TC	x		x	x		x	x	x	x	x	x	x			x
FAST Model	x		x	x		x	x	x	x	x	x	x			x
Anonymous gr				x		x	x	x		x					x
Case management	x	x			x	x	x	x	x	x	x	x			x
รร.วิวัฒน์พลเมือง	x		x			x	x	x	x	x	x	x			x
CBI		x			x		x	x	x						x

ลักษณะของการบำบัดที่มีประสิทธิภาพ

- การบำบัดที่มีความยาวนานพอและได้รับการบำบัดคงอยู่ในกระบวนการนั้นได้นานด้วย
- แรงจูงใจ ไม่ว่าทางการเงิน หรืออิทธิพลอื่นจากการเข้าร่วมในการบำบัดและงดใช้สาร
- มีผู้ให้คำปรึกษาหรือได้ทำจิตบำบัดรายบุคคลควบคู่
- ได้รับการบริการเฉพาะทาง เช่น การรักษาทางจิตเวช การช่วยเหลือในการหางาน การช่วยแก้ไข้ปัญหา

ในครอบครัว เป็นต้น

- การได้รับยาที่ลดปัดกันความอยากยาหรือผลที่ต้องการของยาเสพติด หรือรับยาทางจิตเวช
- มีโอกาสเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือกันเอง (alcoholics anonymous และ narcotics anonymous)

หลังจากได้รับการฟื้นฟูแล้ว

- ได้รับโอกาสในการกลับเข้าสู่ครอบครัวและชุมชน



คุณภาพการบริการ (Quality of Care)

การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพติดนับเป็นหนึ่งในนโยบายของรัฐบาล ดังนั้นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องจึงจำเป็นต้องให้ความช่วยเหลือ และร่วมกันแก้ไขปัญหา การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพติดแต่ละประเภทควรมีแนวปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยเสพติดเหล่านั้นให้ปลอดภัยจากอาการ อาการแสดง และภาวะของโรคเสพติด ทั้งนี้คุณภาพการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพติด และกิจกรรมการบำบัด (intervention) ที่พัฒนาขึ้น จึงต้องมีความเหมาะสมกับผู้ป่วยที่ใช้ยาเสพติดแต่ละประเภท หลักการสำคัญในการจัดการกระบวนการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดให้มีคุณภาพและเหมาะสมกับบริบทสังคม โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การมีและการเข้าถึงการรับการรักษา
2. การคัดกรอง ประเมิน วินิจฉัย และการวางแผนการบำบัด
3. การบำบัดที่ทำตามหลักฐานทางวิทยาศาสตร์
4. การบำบัดการติดยากับการเคารพในสิทธิมนุษยชนและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์
5. การบำบัดที่ปรับให้เหมาะกับกลุ่มและเงื่อนไขเฉพาะ
6. การบำบัดที่ควบคู่กับระบบยุติธรรม
7. ความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของชุมชน และการเตรียมผู้รับการรักษา
8. ธรรมชาติของระบบการบำบัดการติดยา
9. การพัฒนาระบบการบำบัดเชิงนโยบาย ยุทธศาสตร์และความร่วมมือระหว่างบริการ

เนื่องจากการบำบัด รวมทั้งการช่วยเหลือด้านสังคมและสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยสารเสพติดต้องทำอย่างต่อเนื่อง ในระยะยาว การมีสถานที่หรือโปรแกรมการบำบัดที่พร้อมและเป็นไปได้ที่จะเข้ารับการรักษาบำบัดจริง จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างมาก โดยมีปัจจัยที่ควรคำนึงต่อไปนี้

1. สภาพภูมิศาสตร์และเครือข่าย
2. เจ้าหน้าที่และบุคลากรสาธารณสุขในชุมชนนั้นๆ ดูแลแบบสหวิชาชีพ เพียงพอ
3. ควรมีสถานบำบัดที่สามารถให้การบำบัดรวมทั้งบริการป้องกันการกลับไปติดยา ที่ไม่ไกลจากชุมชนนั้นอย่างเพียงพอ
4. ผู้เข้ารับการรักษาสามารถจัดหาผู้ช่วยเหลือได้หลายช่องทาง
5. บริการที่เข้าถึงกลุ่มผู้ต้องการรับการรักษาแต่อยู่ห่างไกล หรือมีปัญหาบางประการที่เข้าสู่ระบบการบำบัดไม่ได้

การบริการก็ควรเข้าถึงแต่ระยะแรกของความเจ็บป่วย ซึ่งเหมาะกับผู้ที่เพิ่งเริ่มใช้สารและเข้าใจว่าตนเองยังไม่มีปัญหาการติดยา หรือกับผู้ที่มีปัญหามากแต่ไม่อยากแสดงตัว เนื่องจากภาพลักษณ์ทางสังคม

6. การขึ้นทะเบียนผู้รับการรักษาตามกฎหมายตั้งแต่ขั้นต้นอาจทำให้ผู้ต้องการบำบัดหลายคนเปลี่ยนใจไม่มาบำบัด
7. ลักษณะการบำบัดยืดหยุ่น มีหลายระดับ จากเบาไปหาหนักเหมาะสมตามระดับการติดยาของคณนั้นๆ และดูแล

รักษาโรคร่วมทางกายและทางจิต

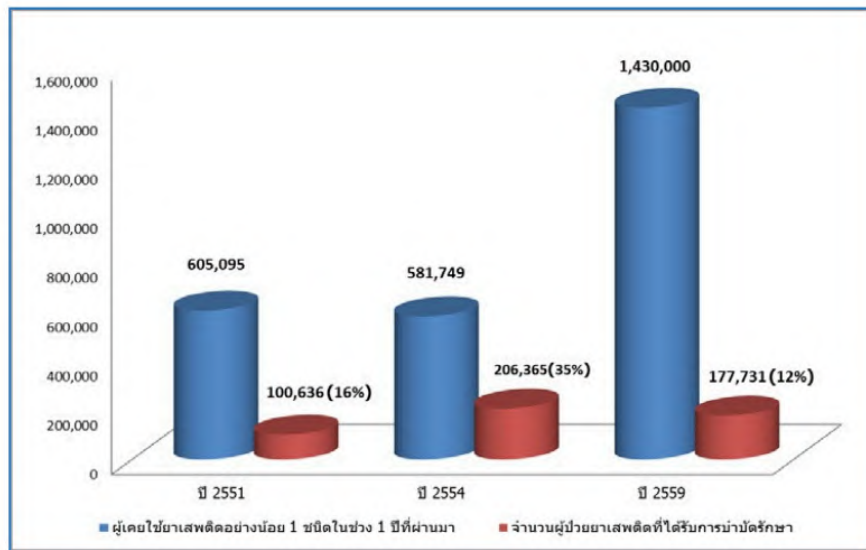
8. ค่าใช้จ่ายที่เป็นไปได้สำหรับผู้รับการรักษา

การเข้าถึงบริการ

โรคติดยาและสารเสพติดเป็นโรคที่ผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้ถึงความเจ็บป่วยและความตระหนักเข้าใจในการเจ็บป่วยของตนเอง ขาดการรับรู้ว่ามีโรคต้องเข้ารับการรักษา และหากอยากบำบัดรักษาก็เข้าถึงบริการรักษาได้ยาก ทั้งนี้เนื่องจากอคติทางสังคม มีความกังวลกลัวผลกระทบทางกฎหมายและอับอายที่จะเข้ารับการรักษา อุปสรรคของการเข้าถึงบริการด้านยาเสพติดมีหลายประการ

1. ผู้ป่วย ไม่ตระหนักถึงการรักษายังไม่คิดถึงผลเสียของการใช้สารเสพติด คิดว่าตนเองสามารถควบคุมการใช้ได้และยังไม่มีเวลาพร้อมจะบำบัด
2. ครอบครัวอับอายที่จะพาผู้ป่วยเข้ารับการรักษา กลัวสังคมที่อยู่รังเกียจครอบครัว มีปัญหาด้านการเงิน สวัสดิการในการรักษาพยาบาลด้านยาเสพติด
3. สถานพยาบาล บุคลากรด้านการแพทย์เฉพาะด้านในการรักษาเสพติดยังไม่พร้อมและขาดแคลนแบบเท่าเทียม

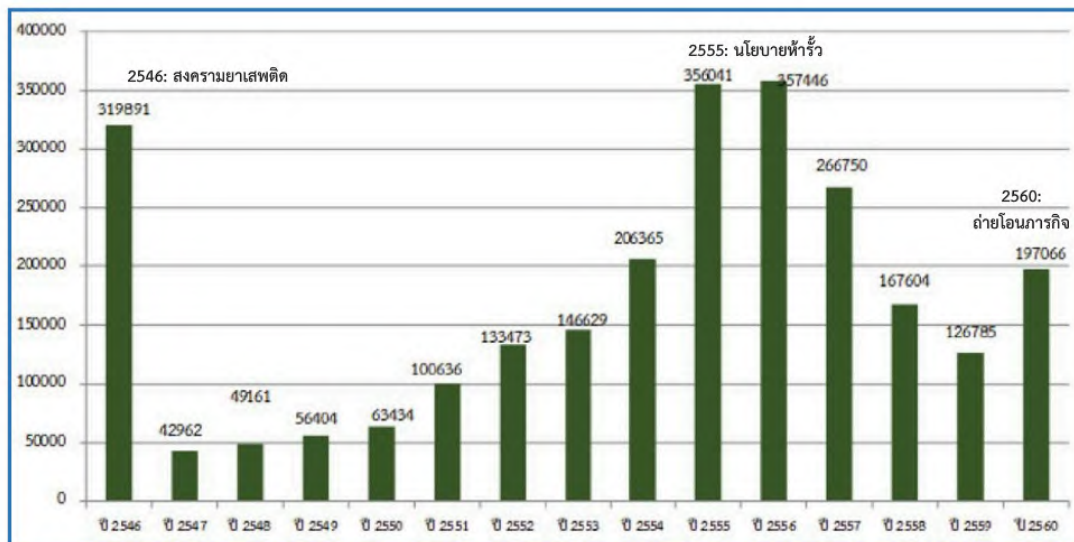




ภาพที่ 10.18 ข้อมูลประมาณการผู้ติดยาเสพติดและผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดรักษา

ที่มา: ข้อมูลประมาณการผู้ติดยาเสพติดของ รศ.ดร. มานพ คณะโด มหาวิทยาลัยขอนแก่นและข้อมูลการบำบัดรักษาจากฐานข้อมูล บสต. รวมทั้งฐานข้อมูล NISPA ของสำนักงาน ป.ป.ส.

จากภาพที่ 10.18 พบว่าข้อมูลประมาณการผู้ติดยาเสพติดอย่างน้อย 1 ชนิด ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา มีปริมาณมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดรักษานั้นหมายถึงผู้ติดยาเสพติดเข้าไม่ถึงบริการในการรักษาและเมื่อเทียบจำนวนจากปี 2551 กับปี 2559 พบว่า ผู้ติดยาเสพติดอย่างน้อย 1 ชนิด ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาเพิ่มสูงขึ้นประมาณ 2.4 เท่า ในขณะที่ผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดลดลง โดยในปี 2559 มีผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาเพียงร้อยละ 12

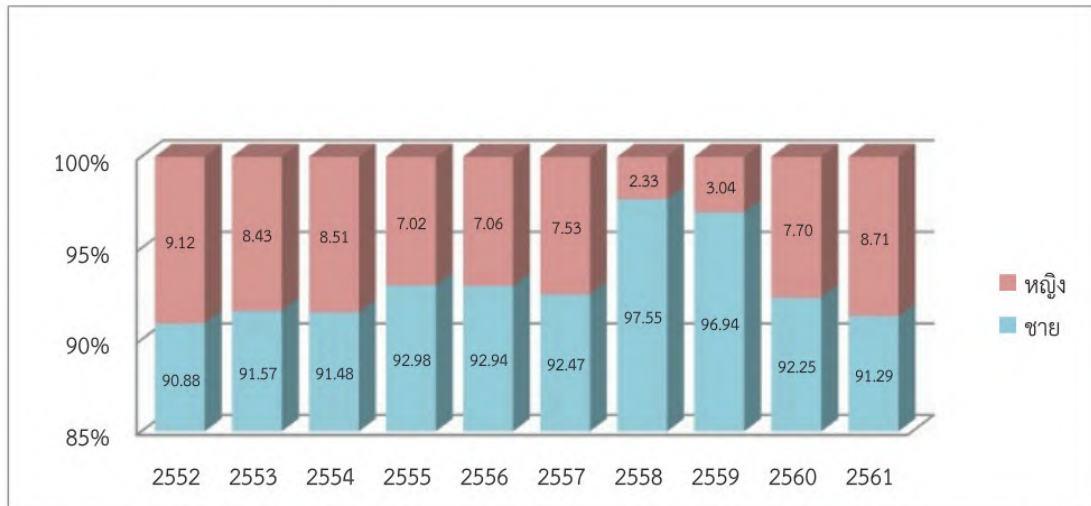


ภาพที่ 10.19 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดรักษาจำแนกรายปี

*หมายเหตุ ปี 2559 ยังไม่รวมข้อมูลผู้ป่วยเข้าค่ายจำนวน 57,000 ราย

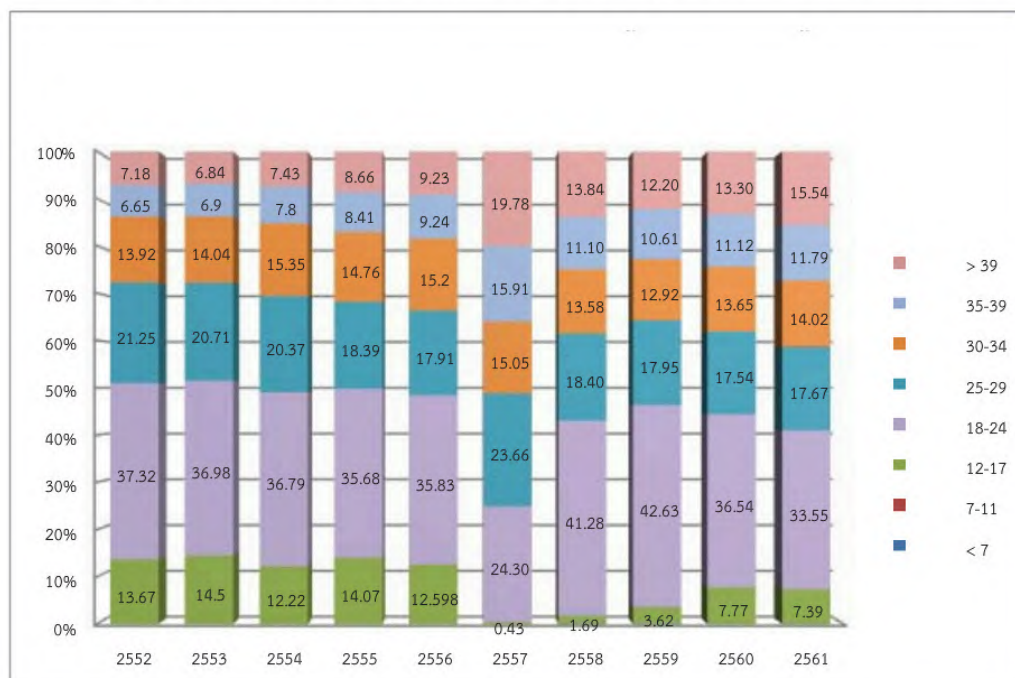


เมื่อพิจารณาจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาจำแนกรายปีจะมีจำนวนผู้ป่วยสูงขึ้นเป็นบางช่วงที่มีนโยบายระดับชาติไม่ว่าจะเป็น 2546: สงครามยาเสพติด 2555: นโยบายห้ารั้ว แต่จำนวนผู้ป่วยเข้ารับการรักษาไม่ได้เพิ่มอย่างต่อเนื่องในขณะที่ประมาณการผู้เสพสารเสพติดเพิ่มสูงขึ้น



ภาพที่ 10.20 เปรียบเทียบสัดส่วนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งประเทศปีงบประมาณ 2552-2561 จำแนกตามเพศ

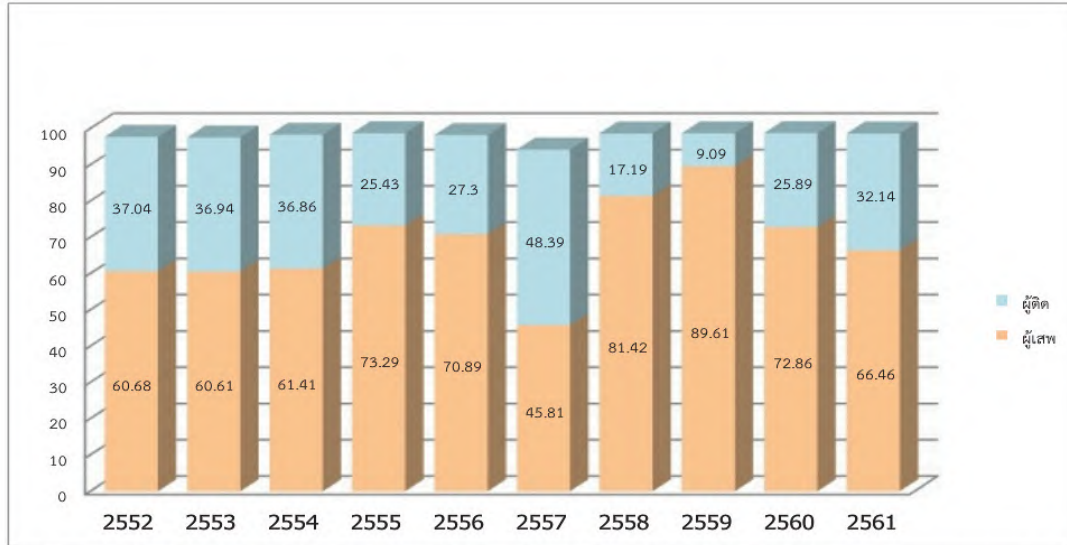
จากภาพที่ 10.20 แสดงให้เห็นว่าสัดส่วนผู้เข้ารับการรักษาส่วนใหญ่เป็นเพศชายและสูงกว่าเพศหญิงมากกว่า 10 เท่า



ภาพที่ 10.21 เปรียบเทียบสัดส่วนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งประเทศ ปี 2552-2561 จำแนกตามอายุ



แนวโน้มช่วงอายุที่เข้ารับการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพมากที่สุดคือช่วงอายุ 18-24 ปี 25-29 ปี 30-34 ปี 35-40 ปี และ 12-17 ปี ตามลำดับ



ภาพที่ 10.22 เปรียบเทียบสัดส่วนผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพทั่วประเทศ ปีงบประมาณ 2552-2561 จำแนกตามระดับการเสพติดระดับการเสพติด

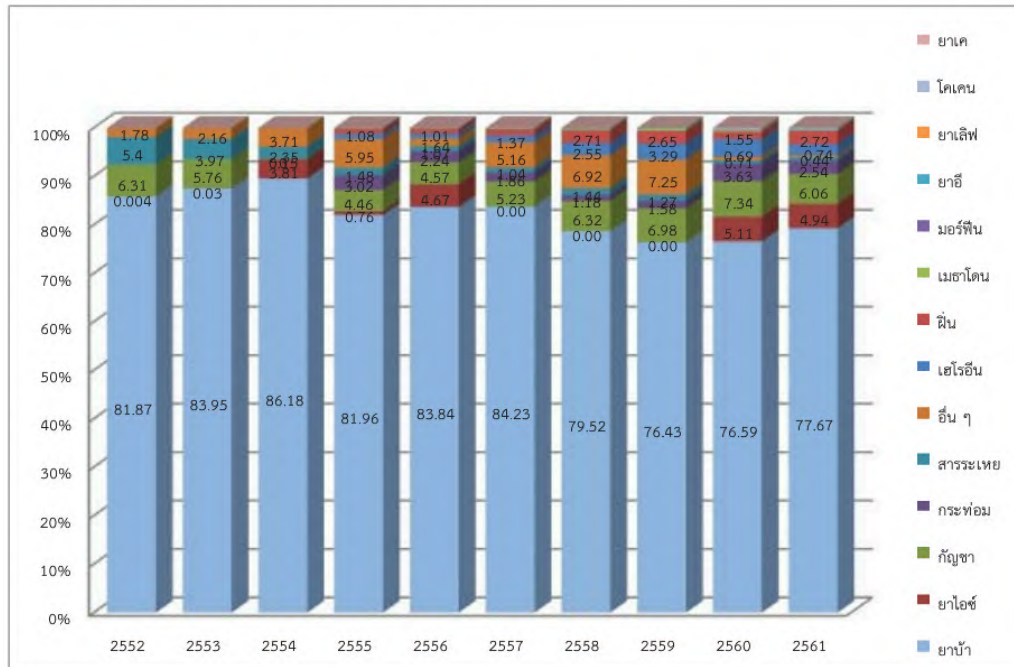
จากภาพที่ 10.22 พบว่า สัดส่วนผู้เข้ารับการบำบัดส่วนใหญ่เป็นผู้เสพและแนวโน้มช่วงปี 2559 เป็นต้นมา ผู้เข้ารับการบำบัดมีแนวโน้มเป็นผู้ติดยาเพิ่มขึ้น



ภาพที่ 10.23 เปรียบเทียบสัดส่วนผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพทั่วประเทศ ปีงบประมาณ 2552-2561 จำแนกตามอาชีพ



จากภาพที่ 10.23 พบว่า สัดส่วนอาชีพที่เข้ารับการบำบัดส่วนใหญ่เป็นพนักงานบริษัทเอกชน ผู้ใช้แรงงาน ผู้ว่างงาน ผู้ทำการเกษตร และนักเรียนนักศึกษา ตามลำดับ



ภาพที่ 10.24 เปรียบเทียบสัดส่วนผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งประเทศ ปีงบประมาณ 2552-2561 จำแนกตามประเภทสารเสพติด

จากภาพที่ 10.24 จะเห็นว่าสัดส่วนของประเภทสารเสพติดที่เข้ารับการบำบัดสูงสุดคือสารกระตุ้น (ยาบ้า)

ระบบการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ

การติดยาเสพติดก่อให้เกิดโทษทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจของผู้เสพติดรวมทั้งยังอาจส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศชาติ จึงเป็นความจำเป็นที่จะต้องให้การบำบัดรักษาให้หายจากสภาพของการเสพติด ระบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดของประเทศไทย แบ่งออกเป็น 3 ระบบ ดังนี้

1. **ระบบสมัครใจ** หมายถึง การที่ผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดแบบสมัครใจ เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ติดยาเสพติดที่ต้องการจะเลิกเสพยาเสพติด สามารถขอรับการบำบัดรักษาด้วยความสมัครใจ ทั้งนี้อาจจะเป็นการสมัครใจตามมาตรการของโรงเรียน โรงงาน หรือมาตรการทางสังคมหรือครอบครัวที่จูงใจให้ผู้ป่วยมารับการบำบัดรักษาโดยสามารถเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของภาครัฐ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลเอกชน และศูนย์ฟื้นฟู ของรัฐร่วมกับเอกชน ซึ่งให้การรักษาทันทีแบบผู้ป่วยนอก (ตามตารางที่ 10.17) และผู้ป่วยใน

2. **ระบบบังคับบำบัด** หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดได้รับการบำบัดรักษาด้วยระบบบังคับบำบัดตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 ผู้ติดยาเสพติดที่ถูกจับในฐานะผู้เสพยา จะถูกนำเข้ารับการบำบัด ในระบบนี้ และหากผู้เข้ารับการบำบัด มีผลการรักษาเป็นที่น่าพอใจก็จะถูกปล่อยตัวโดยไม่ถูกดำเนินคดี การนำผู้ติดยาเสพติดเข้าบังคับบำบัด เริ่มจากการที่ผู้ติดยาเสพติดถูกจับกุมตามฐานความผิดที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติฟื้นฟู พ.ศ. 2545 และเป็นไปตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้ในกฎหมาย ศาลจะสั่งให้พนักงานคุมประพฤติตรวจพิสูจน์ว่าเป็นบุคคลที่ผู้ติดยาเสพติดจริง ผู้ติดยาเสพติดจะถูกกักไว้ในสถานที่รอตรวจพิสูจน์ ซึ่งมีอยู่ทั้งสิ้น 114 แห่ง (กรมราชทัณฑ์ 80 แห่ง กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน 34 แห่ง) พนักงานคุมประพฤติจะต้องจัดทำข้อมูลให้แล้วเสร็จภายใน 15 วัน หากไม่เสร็จสามารถขยายได้อีก 15 วัน แต่รวมแล้วไม่เกิน 45 วัน และเสนอข้อมูลดังกล่าวต่อคณะอนุกรรมการฟื้นฟู เพื่อวางแผนการฟื้นฟู และส่งผู้ป่วยเข้ารับการฟื้นฟูในสถานที่ที่เหมาะสม ซึ่งรูปแบบการฟื้นฟู ตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 แบ่งเป็น 2 รูปแบบ คือ



2.1 การฟื้นฟูสมรรถภาพฯ แบบไม่ควบคุมตัว มีหลักการปฏิบัติเช่นเดียวกับการบำบัดฯ แบบผู้ป่วยนอกของระบบสมัครใจในสถานพยาบาล ของกระทรวงสาธารณสุข หรืออาจให้การฟื้นฟูฯ ในรูปแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ค่ายารักษา หรือโปรแกรมสำนักงานคุมประพฤติ

2.2 การฟื้นฟูสมรรถภาพฯ แบบควบคุมตัว เน้นการฟื้นฟูฯ แบบพักค้างในสถานที่จัดหาเป็นศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดเป็นระยะเวลา 4-6 เดือน และสามารถขยายระยะเวลาการฟื้นฟูฯ ได้ครั้งละ 6 เดือน แต่รวมแล้วต้องไม่เกิน 3 ปี ซึ่งในการดำเนินงานได้บูรณาการทรัพยากรบุคคลและสถานที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การฟื้นฟูฯ แบบควบคุมตัวมีประสิทธิภาพ ปัจจุบันมีศูนย์ฟื้นฟูฯ แบบควบคุมตัว จำนวน 86 แห่ง โดยแยกเป็นการควบคุมแบบเข้มงวด ได้แก่ กองทัพอากาศ 12 แห่ง กองทัพเรือ 4 แห่ง กรมคุมประพฤติ 1 แห่ง กรมราชทัณฑ์ 1 แห่ง และควบคุมไม่เข้มงวด ได้แก่ กรมการแพทย์ 7 แห่ง กรมสุขภาพจิต 13 แห่ง ศูนย์ปฏิบัติการต่อสู้เพื่อเอาชนะยาเสพติด 1 แห่ง กรมการปกครอง (กองร้อยอศจ.) 10 แห่ง สำนักงานตำรวจแห่งชาติ 2 แห่ง กองทัพไทย 3 แห่ง กองทัพบก 32 แห่ง

3. ระบบต้องโทษ หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดได้รับการบำบัดรักษาในระบบต้องโทษ เป็นการให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่ได้กระทำความผิดเกี่ยวกับคดียาเสพติดและถูกคุมขัง ซึ่งต้องได้รับการรักษาพยาบาลภายใต้ขอบเขตข้อบังคับของกฎหมาย เรือนจำหรือทัณฑสถานได้จัดให้มีการบำบัดฟื้นฟูฯ ขึ้นภายในเรือนจำหรือทัณฑสถาน ในกรณีที่เป็นเยาวชนอายุไม่เกิน 18 ปี จะได้รับการบำบัดรักษาในสถานพินิจคุ้มครองเด็กและเยาวชน

ตารางที่ 10.17 ความครอบคลุมการให้บริการแบบผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข

การบริการด้านยาเสพติด	รพศ.(A)	รพ.ระดับจังหวัด(S)	รพท.(M1)	รพท.(M2)	รพท.(F1)	รพท.(F2)	รพท.ขนาดเล็ก(F3)	PCU	กรมการแพทย์	กรมสุขภาพจิต	กรมวิทย์ศาสตร์	การแพทย์
	33	48	35	88	77	516	99	10,989	7	16	15	
การค้นหาผู้เสพ X-ray	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
การจำแนกผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
การคัดกรอง	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
การบำบัดรักษาฟื้นฟู OPD	✓	✓	✓	✓	✓	✓	81	✓	✓	✓		
การติดตามหลังรักษา 1 ปี	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
การตรวจคัดกรองยาเสพติดทางห้องปฏิบัติการ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓		
การพิสูจน์ยาเสพติดในปัสสาวะในชั้นการตรวจยืนยัน	5	5							✓	✓	✓	
การรักษาวิธี Harm Reduction	8	6	6	8	13	53	11	✓	✓	✓		

การบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดนั้น นอกจากการมุ่งหวังให้ผู้ป่วยหายจากอาการติดยาและไม่หวนกลับไปเสพซ้ำอีก ยังมุ่งหวังที่จะสร้างความตระหนักรู้ถึงอันตรายและภัยที่เกิดจากยาเสพติด และสิ่งที่สำคัญที่สุดคือ การมุ่งหวังให้ผู้ผ่านการบำบัดสามารถกลับไปประกอบอาชีพ และดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติเป็นที่ยอมรับของคนในสังคม ดังนั้นนโยบายในการแก้ไขปัญหายาเสพติดในปัจจุบัน จึงเน้นการรณรงค์และประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด การปรับเปลี่ยนทัศนคติที่มีต่อผู้เสพยาเสพติด รวมถึงการให้โอกาสและการยอมรับให้กลับเข้าสู่สังคมได้อย่างสมภาคภูมิ



สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการรักษา

ในระบบการแก้ไขปัญหายาเสพติดของประเทศไทย ถือว่าผู้ติดยาเสพติดคือผู้ป่วยต้องได้รับการบำบัดรักษา มิใช่อาชญากร ถือเป็นปัญหาสุขภาพ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาดำเนินการตามสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาบำบัดรักษาเสพติดค่าใช้จ่ายจะอยู่ในภาระรับผิดชอบของรัฐหรือกองทุนประกันสุขภาพต่างๆ ทั้งในระบบสมัครใจ ระบบบังคับบำบัด และระบบต้องโทษ โดยระบบการเบิกจ่ายเป็นไปตามระบบระเบียบการเบิกจ่ายที่กำหนดไว้ ดังนี้

ผู้ป่วยระบบสมัครใจ งบประมาณการบำบัดรักษาจะตั้งไว้ที่หน่วยงานที่ดูแลกำกับสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข และมีการจัดสรรไปตามสถานพยาบาลต่างๆ ตามจำนวนและเป้าหมายที่กำหนดขึ้น และสามารถเบิกจ่ายได้ตามระเบียบที่สถานพยาบาลกำหนด ส่วนผู้ป่วยกลุ่มเสพติดให้ดำเนินการบำบัดรักษาในชุมชน เช่น การบำบัดกลุ่มเสพติดด้วยวิธีค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม งบประมาณจะจัดสรรไปที่หน่วยงานระดับพื้นที่ตามที่นโยบายกำหนด เช่น จัดสรรไว้ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จัดสรรไว้ที่สำนักงานจังหวัด สังกัดกระทรวงมหาดไทย ในกรณีที่ผู้ป่วยมีโรคแทรกซ้อน หรือโรคร่วมระหว่างการรักษา ยาเสพติดสามารถใช้สิทธิการรักษาตามระบบบริการสุขภาพที่กำหนดไว้ ได้แก่ สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สิทธิข้าราชการ ยกเว้นสิทธิประกันสังคมที่ยังเป็นประเด็นที่อยู่ระหว่างปรับแก้ให้ผู้ติดยาเสพติดและมีโรคแทรกซ้อนสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้

ผู้ป่วยระบบบังคับบำบัด งบประมาณด้านการบำบัดรักษาจะตั้งไว้ที่กรมคุมประพฤติ กระทรวงยุติธรรมและมีการจัดสรรให้กับสถานพยาบาลที่มีบทบาทหน้าที่ด้านการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดในระบบบังคับบำบัด ได้แก่ กองทัพบก กองทัพเรือ กองทัพอากาศ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานคุมประพฤติจังหวัด เป็นต้น ซึ่งกรณีที่มีผู้ป่วยมีโรคร่วม โรคแทรกซ้อนในระหว่างการบำบัดรักษา ยาเสพติดสามารถใช้สิทธิการรักษาพยาบาลเช่นเดียวกับผู้ป่วยในระบบสมัครใจ คืออยู่ในความดูแลแห่งรัฐ

ผู้ป่วยระบบต้องโทษ จะมีการจัดสรรงบประมาณด้านการบำบัดรักษา การดำเนินกิจกรรมต่างๆ ในระหว่างที่ให้การบำบัดรักษาในระหว่างถูกคุมขังหรือการบำบัดในระบบต้องโทษ โดยจัดสรรงบประมาณไว้ที่กรมราชทัณฑ์ กระทรวงยุติธรรม

สำหรับผู้ติดยาเสพติดที่เป็นแรงงานต่างด้าว ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในภาวะที่ประเทศไทยกำลังเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ต้องมีการเคลื่อนย้ายประชากร ผู้ใช้แรงงานต่างๆ อันมีผลกระทบต่อการแพร่ระบาดของยาเสพติด การเคลื่อนย้ายประชากรมากขึ้น อาจส่งผลทำให้ปัญหาการเสพยาเสพติดของแรงงานต่างด้าวเพิ่มมากขึ้น นโยบายในเรื่องการบำบัดรักษาเสพติดในแรงงานต่างด้าว ให้ดำเนินการเช่นเดียวกับการดำเนินงานบำบัดรักษาของระบบบริการสุขภาพด้านอื่นๆ กล่าวคือ กรณีผู้ป่วยยาเสพติดที่เป็นแรงงานต่างด้าวที่เข้ามาทำงานอย่างถูกต้องตามกฎหมาย จะมีการเก็บเงินรายได้เพื่อใช้เป็นกองทุนในการบำบัดรักษาโรคทั่วไป และยาเสพติดที่ดำเนินการเช่นเดียวกับโรคทั่วไปนั่นเอง

กระบวนทัศน์ที่เปลี่ยนแปลงของการดูแลผู้ที่มีปัญหาจากยาและสารเสพติดของประเทศไทย (addiction reform paradigm shift in addiction treatment concept)

การดูแลผู้ติดยาเสพติด โดยยึดหลักผู้เสพยาเสพติดถือเป็นผู้ป่วย และต้องได้รับการบำบัดรักษา สถานบริการสุขภาพของรัฐทุกแห่งต้องสามารถให้การดูแลรักษาได้อย่างเสมอภาค การบำบัดรักษาทางจิตสังคมในรูปแบบต่างๆ ที่หลากหลายยังคงเป็นการรักษาหลักของโรคติดยาเสพติด ในตลอดช่วงระยะเวลากว่า 20 ปีที่ผ่านมา การวางเป้าหมายในการรักษาเสพติด โดยยึดเป้าหมายตามประเทศที่เป็นต้นแบบของการบำบัดที่การรักษาที่มุ่งเน้นการทำให้ผู้ติดยาเลิกโดยเด็ดขาดเป็นสำคัญ (abstinence-based goal) การใช้แนวทางหรือกระบวนกรดังกล่าว ทำให้สังคมไทยเกิดความหวาดกลัวและมีทัศนคติทางลบต่อผู้ใช้ยา เป็นอุปสรรคในการดูแลผู้เสพยาเสพติด ทั้งที่การติดยาหรือสารเสพติดต่างๆ เป็นโรคเรื้อรังทางสมองที่อาจมีการกลับเสพยาซ้ำได้ (chronic relapsing brain disease) ดังนั้นการตั้งเป้าหมายที่การหายขาดอย่างสิ้นเชิงหรือการตั้งเป้าหมายที่สังคมปราศจากยาเสพติดจึงทำให้ไม่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ได้อย่างที่เป็นอยู่ ส่งผลให้การตั้งค่านิยมชีวิต การวางแผน การเตรียมความพร้อมของสังคมและบุคลากรที่เกี่ยวข้องจึงอาจพัฒนาอย่างไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ของโลกและประเทศไทยในปัจจุบัน

ในปี 2016 หลังการประชุมด้านยาเสพติดระดับนานาชาติ (UNGASS 2016) ได้มีการวางเจตนารมณ์ร่วมกันระหว่างผู้นำของประชาคมโลกในมุมมองที่มีต่อปัญหายาเสพติด โดยตระหนักถึงความเหมาะสม ยอมรับความเป็นจริงที่สังคมหรือชุมชนยังคงมีการแพร่ระบาดของยาเสพติดอยู่ตลอดเวลา และผลจากการประกาศสงครามยาเสพติดในตลอดช่วงที่ผ่านมา ล้วนเป็นเครื่องยืนยันว่าทิศทางในการจัดการปัญหายาเสพติดแบบเดิมอาจไม่ได้ผลต่อไป ทุกประเทศมีความเห็นร่วมกันในการใช้มุมมองทางด้านการสาธารณสุขที่มีองค์ประกอบทั้งชุมชน สังคมและการแพทย์ เป็นแกนนำในการจัดการปัญหายาเสพติด โดยใช้หลักการและรูปแบบการดูแลที่คล้ายคลึงกับการดูแลปัญหาโรคเรื้อรัง (chronic disease model) ที่เน้นประเด็นด้านสุขภาพเป็นหลัก (health-based approach) โดยมองว่ายาเสพติดเป็นปัญหาสุขภาพที่จำเป็นต้องมีการบูรณาการแหล่ง



ทรัพยากรทุกภาคส่วนเข้าด้วยกัน สิ่งสำคัญที่สุดที่จะทำให้เกิดการผลักดันการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วนคือ ทัศนคติ มุมมอง แนวคิด ที่มีต่อผู้ติดยาเสพติดที่ตรงกัน หรืออีกนัยคือการมีเป้าหมายเดียวกันคือการมีสังคมที่ปลอดภัยจากปัญหายาเสพติด และดูแลผู้ติดยาเสพติดให้ส่งผลกระทบต่อชุมชนน้อยที่สุดเพื่อสร้างความมั่นคงในสังคมอย่างยั่งยืน โดยเฉพาะการหามาตรการหรือการผลักดันให้ชุมชนมีส่วนร่วมหรือมีความพร้อมในการดูแลปัญหาจากยาเสพติดตามหลักการของสหประชาชาติ (UNODC) และหลักการของ National Health Authority (NHA) ซึ่งมีเป้าหมายสูงสุด คือ คุณภาพชีวิตที่ดี มีความมั่นคง ลดความเหลื่อมล้ำ เพิ่มการเข้าถึงบริการในทุกระดับภายใต้กรอบกระบวนการที่ปรับเปลี่ยนไป

ทั้งนี้การแก้ไขปัญหาคควรตั้งอยู่บนหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ คำนึงถึงการรักษาสสมดุลระหว่างการควบคุมยาเสพติดและการมีมาตรฐานเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ รวมทั้งนโยบายลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดสำหรับผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีด (harm reduction) และสนับสนุนหลักสัดส่วนของโทษที่เหมาะสมโดยคำนึงถึงหลักสิทธิมนุษยชน มีการเปลี่ยนกรอบความคิดจากสงครามยาเสพติดเป็นการใช้สาธารณสุขนำการแก้ไขปัญหายาเสพติด เน้นสุขภาพผู้ป่วยในลักษณะ balanced-comprehensive and integrated approach ส่งเสริมการให้องค์ความรู้แก่ประชาชนที่เหมาะสมในแต่ละช่วงวัย เพื่อเป็นการป้องกันตั้งแต่ระดับ ปฐมภูมิ ทุตติยภูมิ และตติยภูมิ โดยมีการดำเนินอย่างสอดคล้องเชื่อมโยงและต่อเนื่อง สร้างความเข้าใจ สร้างความมั่นใจ ดูแลกำกับมาตรฐานระบบบริการด้านยาเสพติด การประสานงานกับเครือข่ายทั้งภายในและนอกสาธารณสุข ให้ครอบคลุมมากขึ้น โดยอาศัยแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยด้วยกระบวนการลดหรือทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยสังคม บุคลากร ให้น้อยที่สุด

แผนการพัฒนาระบบบริการด้านยาและสารเสพติด (service plan) ปี 2557-2559

เป้าประสงค์

1. ปัญหายาเสพติดและสารเสพติดลดลง
2. ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจ และมีความเข้มแข็งในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในครอบครัว ชุมชน
3. บุคลากรและสถานพยาบาลมีศักยภาพ และเพียงพอต่อสภาพปัญหา
4. ผู้ป่วยยาและสารเสพติดระดับปฐมภูมิ ทุตติยภูมิ และตติยภูมิ ได้รับการบำบัดรักษาอย่างมีคุณภาพมาตรฐาน

ครอบคลุมบริการด้านการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟู

5. มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่มีประสิทธิภาพไร้รอยต่อในเขตพื้นที่จังหวัดและเขตบริการสุขภาพ

ตัวชี้วัด

1. ผู้เสพยาและสารเสพติดรายใหม่ลดลง
2. ผู้ติดยาและสารเสพติดได้รับการคัดกรอง และเข้าถึงบริการบำบัดรักษาตามระดับความรุนแรง ร้อยละ 60
3. ร้อยละของผู้ติดยาและสารเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาสามารถใช้ชีวิตในครอบครัวได้ตามปกติ ร้อยละ 80
4. ร้อยละของผู้ใช้และผู้เสพยาเสพติดได้รับการรักษาและสามารถหยุดเสพยาได้ต่อเนื่อง 3 เดือน ร้อยละ 80
5. ร้อยละของผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการรักษาและติดตามต่อเนื่อง 1 ปี และไม่เสพยาซ้ำ ร้อยละ 80
6. สถานพยาบาลยาเสพติดได้รับการพัฒนาและรับรองคุณภาพ (HA ยาเสพติด) ร้อยละ 70

ตัวชี้วัดการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ปี 2562

เป้าหมาย: ผู้ใช้ ผู้เสพยา ผู้ติดยาเสพติดได้รับการบำบัดรักษา และติดตามช่วยเหลือ อย่างมีมาตรฐาน

ตัวชี้วัด:

1. ร้อยละ 20 ของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบ และได้รับการติดตามดูแล

ต่อเนื่อง 1 ปี (retention rate)

คำนิยาม: สูตรคำนวณ :

$$\frac{\text{ผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบ และได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี} \times 100}{\text{ผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการจำหน่ายทั้งหมด}}$$

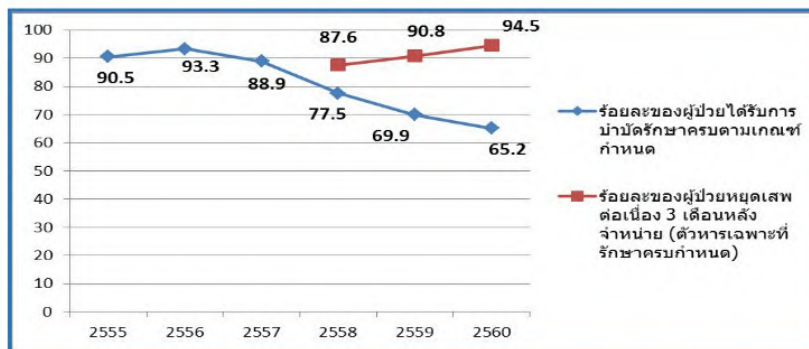
2. ร้อยละ 40 ของผู้ใช้ผู้เสพยาที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบ หยุดเสพยาต่อเนื่องหลังจำหน่าย

จากการบำบัด 3 เดือน (remission rate)

คำนิยาม: สูตรคำนวณ :

$$\frac{\text{ผู้ใช้ ผู้เสพยาที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบ หยุดเสพยาต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัด 3 เดือน} \times 100}{\text{ผู้ใช้ ผู้เสพยาที่ได้รับการจำหน่าย}}$$





ภาพที่ 10.25 ผลการบำบัดรักษาเสพติดในระบบสมัครใจ ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2555-2560

การประเมินผลการดำเนินงาน harm reduction

- ทุกจังหวัด (37 จังหวัด) มีคณะกรรมการ และแผนปฏิบัติงาน harm reduction
- มีการจัดตั้ง drop in center ที่มีคุณภาพมาตรฐาน 36+1 แห่ง
- มีคลินิก MMT คุณภาพ 36+1 แห่ง (กทม.)
- ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น ร้อยละ 10 (ปี 2561) และร้อยละ 50 (ปี 2562)

แผนการพัฒนา

1. ด้านบุคลากร พัฒนาศักยภาพให้มีศักยภาพเพียงพอ (ภาพที่ 10.26) ตามความจำเป็นในสถานพยาบาลแต่ละระดับ (ตามตารางที่ 10.18 และตารางที่ 10.19) รวมทั้งมีระบบการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน
2. ด้านสถานที่ พัฒนาศักยภาพสถานพยาบาลแต่ละระดับให้มีความพร้อมตามเกณฑ์มาตรฐานสามารถรองรับผู้ป่วยตามสภาพปัญหา ความรุนแรงของการเสพติด และรองรับการรับส่งต่ออย่างสมบูรณ์ภายในเขตพื้นที่จังหวัดและเขตบริการสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งระดับปฐมภูมิ ทติยาภูมิ และตติยาภูมิ
3. ด้านกระบวนการ พัฒนาสถานพยาบาลแต่ละระดับให้มีกระบวนการดูแลรักษาอย่างมีคุณภาพมาตรฐาน สร้างความปลอดภัย ลดขั้นตอน ลดค่าใช้จ่าย มีการบูรณาการร่วมกับครอบครัว โรงเรียน สังคม ชุมชนตลอดจนสถานประกอบการ ก่อให้เกิดทัศนคติการยอมรับและให้โอกาส ถือผู้เสพยาเสพติดเป็นผู้ป่วยมีข้อหาอาชญากรรม และให้เข้ารับการบำบัดรักษาด้วยความสมัครใจเป็นเบื้องต้น

ตารางที่ 10.18 จำนวนบุคลากรด้านสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยด้านจิตเวชและสารเสพติดตามเขตบริการ

เขตสุขภาพที่	จิตแพทย์	จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น	พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช	นักสังคมสงเคราะห์	นักจิตวิทยาและจิตวิทยาคลินิก	นักกิจกรรมบำบัด
1	52	16	423	40	89	135
2	16	6	177	23	63	29
3	13	2	103	14	39	16
4	46	21	384	52	71	33
5	31	7	237	41	68	48
6	36	17	145	55	69	52
7	28	4	242	26	46	18
8	16	2	118	25	50	13
9	25	6	205	22	81	19
10	16	4	349	28	45	8
11	29	9	344	61	62	22
12	36	7	223	37	130	30
13 (กทม.)	152	79	407	88	388	197
รวม	496	180	3,357	574	1,201	620

ที่มา : คณะทำงานวิเคราะห์นโยบายและนำเสนองการวางแผนด้านทรัพยากรภาพรวมประเทศไทย กรมสุขภาพจิต
 ธันวาคม ปี 2559-เมษายน ปี 2560



ตารางที่ 10.19 จำนวนบุคลากรด้านสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยด้านจิตเวชและสารเสพติดตามเขตบริการ (อัตราต่อ 100,000 ประชากร)

เขตสุขภาพที่	จิตแพทย์	จิตแพทย์เด็ก และวัยรุ่น	พยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช	นักสังคม สงเคราะห์	นักจิตวิทยาและ จิตวิทยาคลินิก	นักกิจกรรมบำบัด
1	1.15	1.57	9.4	0.72	1.61	2.45
2	1.3	0.83	6.6	0.67	1.85	0.85
3	0.59	0.34	4.34	0.47	1.32	0.54
4	1.27	2.0	10.31	1.1	1.5	0.7
5	0.89	0.66	7.46	0.97	1.6	1.13
6	0.78	1.31	3.17	0.94	1.17	0.88
7	0.7	0.46	5.83	0.52	0.91	0.36
8	0.37	0.18	2.73	0.46	0.91	0.24
9	0.48	0.41	3.94	0.33	1.21	0.28
10	0.45	0.39	9.89	0.62	1	0.18
11	0.85	0.96	10.09	1.4	1.42	0.5
12	1.02	0.53	6.34	0.76	2.68	0.62
13 (กทม.)	3.1	7.55	8.77	1.55	6.82	3.46
รวม	0.99	1.33	6.74	0.91	1.9	0.98

ที่มา : คณะทำงานวิเคราะห์นโยบายและนำเสนอการวางแผนด้านทรัพยากรภาพรวมประเทศไทย
กรมสุขภาพจิต ธันวาคม ปี 2559-เมษายน ปี 2560

จากตารางที่ 10.20 จะเห็นได้ว่า

- ประเทศไทย มีอัตราส่วนของบุคลากรส่วนใหญ่ เกินค่าเฉลี่ยของภาพรวมของโลก จากการสำรวจของ WHO และสูงเกินค่าเฉลี่ยของ south east region office สามารถเทียบเคียงกับอัตราส่วนของ west pacific region office
- ประเทศไทย มีอัตราส่วนเฉลี่ยของบุคลากรตามวิชาชีพ เทียบใกล้เคียงกับกลุ่มประเทศ รายได้ปานกลางถึงสูง (UMIC) ควร benchmark กับประเทศกลุ่มนี้ในการพัฒนาต่อไป

ตารางที่ 10.20 The mental health personnel in Thailand, comparing to parts of the world

Personnel types	Thailand	Global means	MICs	UMICs (benchmarked)
General Psychiatrist	0.99	0.9	0.4	1.2
Child and adolescent psychiatrist	1.33	NA	NA	na
Other trained mental health doctor	1.24	0.3	0.2	1.0
General psychiatric nurses	6.74	5.1	2.5	7.1
Child and adolescent psy nurses	3.46	NA	NA	na
Clinical psychologist	0.75	0.7	0.2	1.4
Social worker	0.91	0.4	0.1	0.6
Occupational therapist	0.98	0.2	0.1	0.3

ที่มา : คณะทำงานวิเคราะห์นโยบายและนำเสนอการวางแผนด้านทรัพยากรภาพรวมประเทศไทย
กรมสุขภาพจิต ธันวาคม ปี 2559-เมษายน ปี 2560

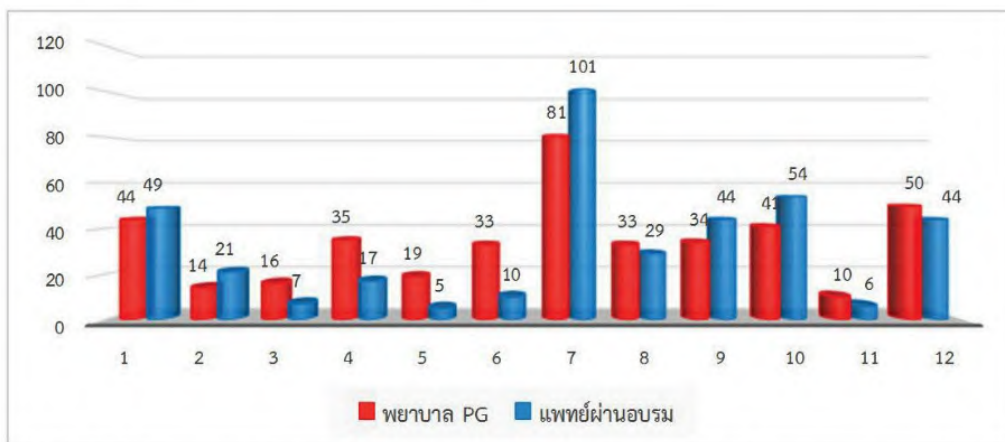
ทั้งนี้ได้มีการเพิ่มศักยภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการดูแลผู้ติดยาเสพติดอย่างต่อเนื่องโดยมีหลักสูตร และการอบรมทั้งในระยะสั้นยาว ดังนี้



- หลักสูตรเวชศาสตร์ยาเสพติดสำหรับแพทย์ (หลักสูตร 3 วัน)
- หลักสูตรเวชศาสตร์ฉุกเฉินด้านยาเสพติด (หลักสูตร 2 วัน)
- หลักสูตรพยาบาลเฉพาะทาง (4 เดือน) สาขาเสพติด
- หลักสูตรนานาชาติ ร่วมกับ colombo plan
- หลักสูตรบำบัดรักษาเสพติดสำหรับบุคลากรในอาเซียน: drug dependence treatment and rehabilitation

program for ASEAN

- หลักสูตรจิต สังคมบำบัด (matrix program)
- หลักสูตร FAST model สำหรับผู้ป่วยใน
- หลักสูตรการบำบัดรักษาด้วยรูปแบบ BA, BI, MI, CBT
- หลักสูตรการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีภาวะบกพร่องทางสมอง
- หลักสูตรการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยเสติดกลุ่มสารกระตุ้น เสติดสุรา
- หลักสูตรการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดสำหรับ รพ.สต.
- หลักสูตรการดูแลช่วยเหลือต่อเนื่องผู้ผ่านการบำบัดรักษา
- หลักสูตรการตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยาคลินิกสำหรับเด็กและวัยรุ่นที่ติดสารเสพติด

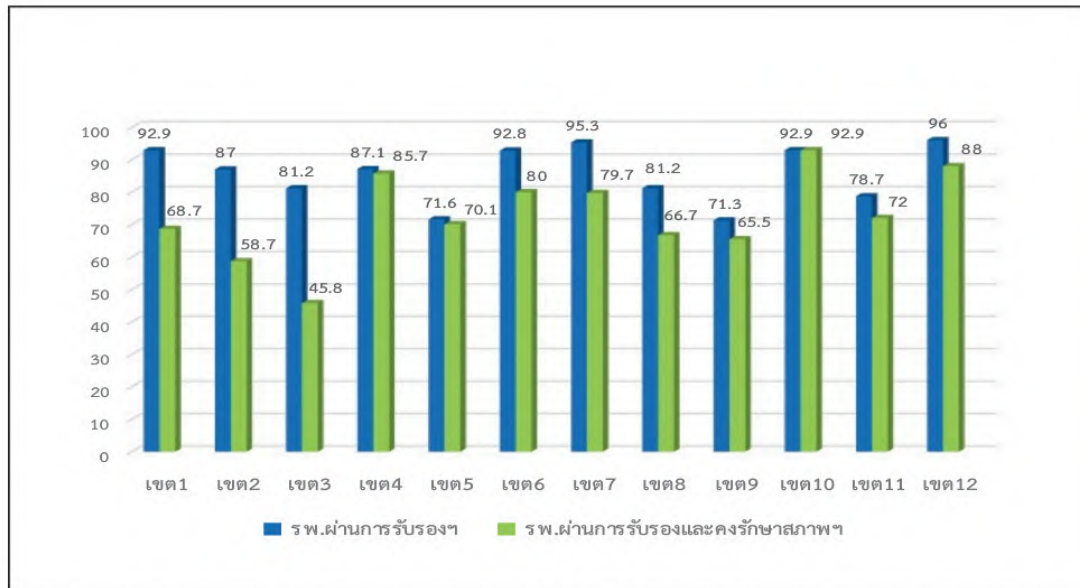


ภาพที่ 10.26 จำนวนแพทย์/ พยาบาลที่ผ่านการอบรม หลักสูตรเฉพาะทางยาเสพติดจำแนกรายเขตสุขภาพ

คุณภาพสถานพยาบาล

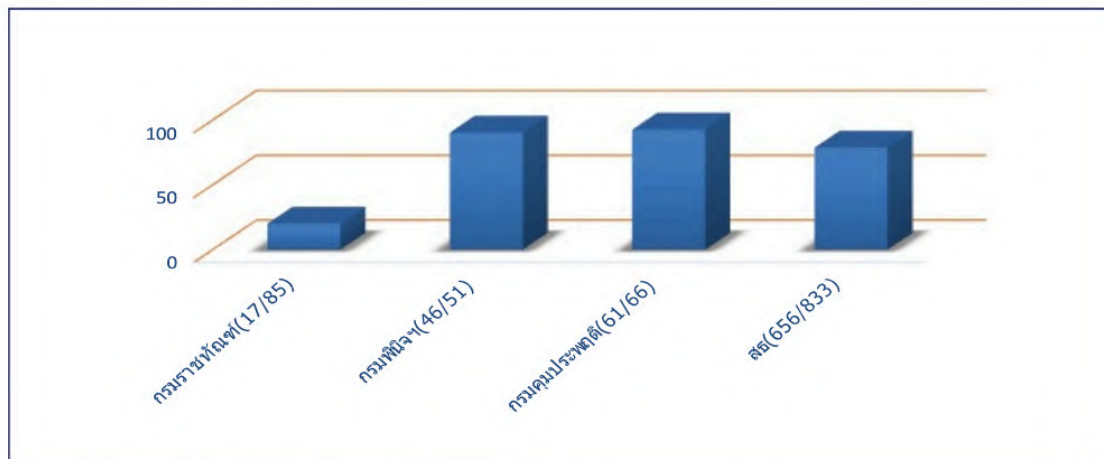
การพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลยาเสพติด เป็นยุทธศาสตร์หนึ่งในการแก้ไขปัญหาเสพติดของกระทรวงสาธารณสุข โดยการพัฒนาศักยภาพและคุณภาพ การให้บริการบำบัดฟื้นฟูผู้เสติดยาเสพติด เพื่อให้มีรูปแบบและสามารถให้บริการบำบัดรักษาผู้เสติดยาเสพติดได้อย่างเหมาะสม สร้างหลักประกันว่าประชาชนจะได้รับบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐานเดียวกัน เกิดผลสัมฤทธิ์ด้านการบำบัดฟื้นฟู การดำเนินงานดังกล่าว จะกระตุ้นให้หน่วยงานที่รับผิดชอบในการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติด เกิดความตื่นตัวในการพัฒนาคุณภาพงาน โดยใช้กลไกการประเมินและรับรองคุณภาพระบบงานจากหน่วยงานภายนอก ปัจจุบันมีโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองทั้งสิ้น 732 แห่ง จาก 852 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 85.92 (ข้อมูลจากสำนักพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลยาเสพติด สถาบันธัญญารักษ์ มิถุนายน 2561)





ภาพที่ 10.27 ร้อยละโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพเปรียบเทียบกับร้อยละโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองและคงสภาพอยู่จำแนกตามรายเขตสุขภาพ ปี 2561

นอกจากนี้ยังมีการขยายผลด้านการพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลยาเสพติดไปยังสถานฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในระบบบังคับบำบัด ซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของกรมคุมประพฤติ และสถานฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในระบบต้องโทษของกรมราชทัณฑ์ และกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน (ที่มา: สำนักพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลยาเสพติด สถาบันธัญญารักษ์ มิถุนายน 2561)



ภาพที่ 10.28 ผลการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลยาเสพติด

สำหรับการขยายการบริการด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ได้มีการตรวจอนุญาตให้สถานพยาบาลเอกชนสามารถบำบัดรักษาผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด และได้รับการประกาศเป็นสถานพยาบาลตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ประเภทสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล จำนวน 37 แห่ง และประเภทสถานฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งรวมถึงการพัฒนาดัดให้เป็นผู้ติดยาเสพติดและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดเพื่อให้การฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในชุมชน ซึ่งกระจายอยู่ทุกภูมิภาค อีกจำนวน 61 แห่ง (สามารถดูรายชื่อสถานพยาบาลตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 และสถานพยาบาลยาเสพติดที่ได้รับการรับรองคุณภาพได้ที่ www.thanyarak.go.th)



ระบบข้อมูลและการติดตาม

จากนโยบายในการแก้ไขปัญหายาเสพติดของประเทศไทย แผนงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด/ ผู้ติดยาเสพติด (demand) ตามคำสั่งศูนย์อำนวยการต่อสู้เพื่อเอาชนะยาเสพติดแห่งชาติที่ 82/ 2546 ลงวันที่ 31 ธันวาคม 2546 เรื่องแนวทางการจัดทำระบบข้อมูลผู้เสพ/ ผู้ติดยาเสพติดผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ได้จัดให้มีการทำระบบรายงานระบบติดตาม และเฝ้าระวังปัญหายาเสพติด (บสต.) ขึ้น โดยกระทรวงสาธารณสุขได้รับมอบหมายให้เป็นหน่วยงานรับผิดชอบ และร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆ ทั้งกระทรวงยุติธรรม กระทรวงมหาดไทย กระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร เป็นต้น ให้ดำเนินการพัฒนาระบบรายงาน ซึ่งระบบนี้มีการเริ่มนำมาใช้ตั้งแต่ช่วงการประกาศสงครามยาเสพติดในปี 2546 เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบันและยังคงมีการพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่องเพื่อให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องใช้ระบบการรายงานข้อมูลเกี่ยวกับการบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติดทั้ง 3 ระบบ คือ ระบบสมัครใจ ระบบบังคับบำบัด และระบบต้องโทษ รายงานผ่านระบบเครือข่าย internet ของกระทรวงสาธารณสุขเข้าถึงได้จาก <http://antidrug.moph.go.th> มีศูนย์ข้อมูลระดับจังหวัด/ อำเภอ เป็นหน่วยที่ทำหน้าที่ประสานงานติดตามและตรวจสอบคุณภาพข้อมูลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ปปส.) กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงยุติธรรม กรุงเทพมหานคร สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนงาน เฝ้าระวัง แก้ไขปัญหายาเสพติดในพื้นที่ วางแผนกำหนดเป้าหมาย สถานการณ์ แนวโน้มด้านการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ การป้องกันกลุ่มเสี่ยงของประเทศไทย การติดตามประเมินผลการดำเนินงานแก้ไขปัญหายาเสพติดของประเทศ รวมทั้งสำนักงบประมาณได้นำข้อมูลจากระบบรายงานระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหายาเสพติด (บสต.) ไปเป็นข้อมูลหลักในการจัดสรรงบประมาณด้านการบำบัดรักษาในแต่ละหน่วยงาน

ระบบรายงาน ระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหายาเสพติด (บสต.) เป็นระบบรายงานที่ครอบคลุมในกระบวนการตั้งแต่การค้นหาผู้เกี่ยวข้องกับสารเสพติด การคัดกรองผู้เสพและผู้ติดยาเสพติด แบบการบันทึกประวัติ แบบการบำบัดรักษาแบบบันทึกการจำหน่ายและแบบการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดรักษาแล้ว

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดระบบข้อมูลให้สอดคล้องกับนโยบายยาเสพติดของประเทศไทย มีระบบรายงานระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหายาเสพติด (บสต.) ที่ครอบคลุมระบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดตามกระบวนการบำบัดรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพ และดูแลช่วยเหลือผู้ใช้ยาและสารเสพติด ผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต มีการจำแนกการรายงานเป็น 5 แบบรายงาน ดังนี้

บสต.1 เป็นแบบรายงานเบื้องต้นการใช้สารเสพติดในหมู่บ้าน/ชุมชน หรือเป็นการการค้นหารายชื่อผู้ใช้ยาเสพติดหรือการรายงานตัวผู้ใช้ยา/ สารเสพติดในพื้นที่

บสต.2 เป็นแบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา

บสต.3 เป็นแบบรายงานการบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติด

บสต.4 เป็นแบบจำหน่ายเพื่อติดตามผลการบำบัดรักษาผู้ป่วยสารเสพติด รายงานสรุปผลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพ/ ผู้ติดยาเสพติด การจำหน่ายผู้ป่วย รวมถึงการส่งต่อผู้ป่วย เมื่อสิ้นสุดกระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ

บสต.5 เป็นแบบติดตามผลการบำบัดรักษาผู้ป่วยสารเสพติด โดยเกณฑ์การติดตามผู้ผ่านการบำบัดแล้ว ควรติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง จำนวน 7 ครั้งใน 12 เดือน กำหนดเป้าหมายการติดตาม เรียกว่า non-relapse หมายถึงสามารถเลิกพฤติกรรมการใช้สารเสพติด

ระบบรายงาน ระบบติดตาม และเฝ้าระวังปัญหายาเสพติด (บสต.) เป็นระบบที่มีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากมีข้อมูลของผู้เสพ/ผู้ติดยา ที่ถูกรวบรวมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั่วประเทศ ทำให้ทราบถึงปัญหายาเสพติดในองค์รวม และสามารถรับ-ส่งต่อข้อมูลข้ามหน่วยงานเพื่อความสะดวกในการดำเนินงาน แต่อย่างไรก็ตามยังคงพบปัญหา จึงได้มีการจัดทำระบบรายงานขึ้นมาใหม่เริ่มใช้ปีงบประมาณ 2559 และได้ปรับเปลี่ยนชื่อระบบ บสต. จากเดิม “ระบบรายงาน ระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหายาเสพติด” เป็น “ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ” ซึ่งสรุปการเปลี่ยนแปลงดังนี้



ตารางที่ 10.21 การเปลี่ยนแปลงรายงานระบบ บสต.

ชื่อแบบรายงานเดิม	ชื่อแบบรายงานใหม่
1. แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา (บสต.2)	1. ลงทะเบียนเข้าสู่กระบวนการบำบัด
2. แบบรายงานการบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติด (บสต.3)	2. รายงานการคัดกรองผู้ติดยาเสพติด (screening)
3. แบบจำหน่ายเพื่อติดตามผลการบำบัดรักษาผู้ป่วยสารเสพติด (บสต.4)	3. รายงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด (treatment & rehabilitation)
4. แบบการติดตามผลการบำบัดรักษาสารเสพติด (บสต.5)	4. รายงานการติดตามดูแลรักษาต่อเนื่อง (after care)
	5. รายงานการให้ความช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู

โดยระบบนำข้อมูลด้านการบำบัดรักษาจากหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องทั่วประเทศได้แก่

1. ระบบ NISPA แผนงานบำบัด: กระทรวงมหาดไทย (จังหวัด/ อำเภอ)
2. ระบบ บสต. เก่า: กระทรวง สธ. กรมคุมประพฤติ พินิจฯ ราชทัณฑ์ กทม. กองทัพบก เอกชน ฯลฯ
3. ระบบ บสต. ใหม่: กระทรวง สธ. กระทรวงมหาดไทย พินิจฯ ราชทัณฑ์ กทม. กองทัพบก เอกชน ฯลฯ
4. ระบบสารสนเทศกรมคุมประพฤติ: กรมคุมประพฤติ

ซึ่งระบบใหม่นี้จะมีข้อมูลของทุกหน่วยงานแต่ก็ยังพบปัญหาโดยเฉพาะการลงข้อมูล จากการตรวจสอบระบบข้อมูลโดยสำนักสารนิเทศยาและสารเสพติด สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี พบว่า ปัจจุบันมีการนำข้อมูลลงในระบบรายงาน ระบบติดตาม และเฝ้าระวังปัญหาเสพติด น้อยกว่าการปฏิบัติงานจริง ซึ่งส่งผลกระทบต่อ การวิเคราะห์ข้อมูลและระบบสารสนเทศ และการตรวจสอบข้อมูลในระบบ

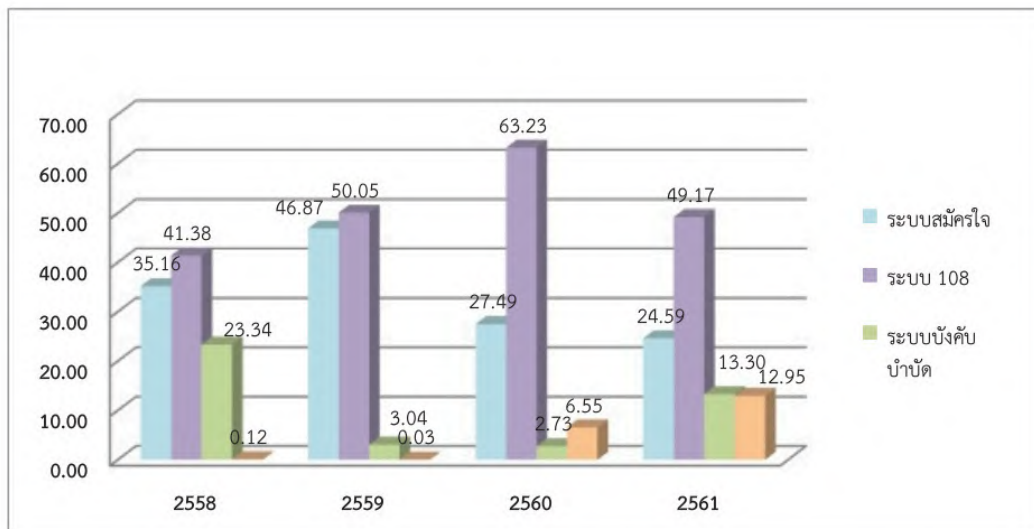
การติดตาม

การติดตามดูแลช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู นับเป็นภารกิจที่มีความสำคัญ เป็นขั้นตอนของการช่วยเหลือให้ผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข โดยปกติ ผู้ที่ผ่านการบำบัดฟื้นฟู มักจะประสบปัญหาการกลับไปเสพติดซ้ำเนื่องจากกลับไปสู่สภาพแวดล้อมและสิ่งยั่วยุเดิมๆ ปัญหาชีวิตต่างๆ การให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูจึงต้องเน้นทั้งในเรื่องของการแก้ไขปัญา เช่น การช่วยเหลือผู้กลับไปเสพติดซ้ำ โดยการให้คำปรึกษา และสนับสนุนการเข้าสู่การบำบัดฟื้นฟูอีกครั้งในกรณีที่ไม่สามารถเลิกยาเสพติดได้เอง เป็นต้น หรือการเสริมสร้างความเข้มแข็งในการดำรงชีวิตให้กับผู้ผ่านการบำบัด เช่น การพัฒนาคุณภาพชีวิต การให้ความช่วยเหลือด้านการศึกษา การพัฒนาทักษะในการประกอบอาชีพการสนับสนุนการดำเนินงาน เป็นต้น ทั้งนี้การติดตามมีระยะเวลาและรูปแบบดังนี้

ตารางที่ 10.22 ระยะเวลาบำบัดและติดตาม แยกตามรูปแบบการบำบัด

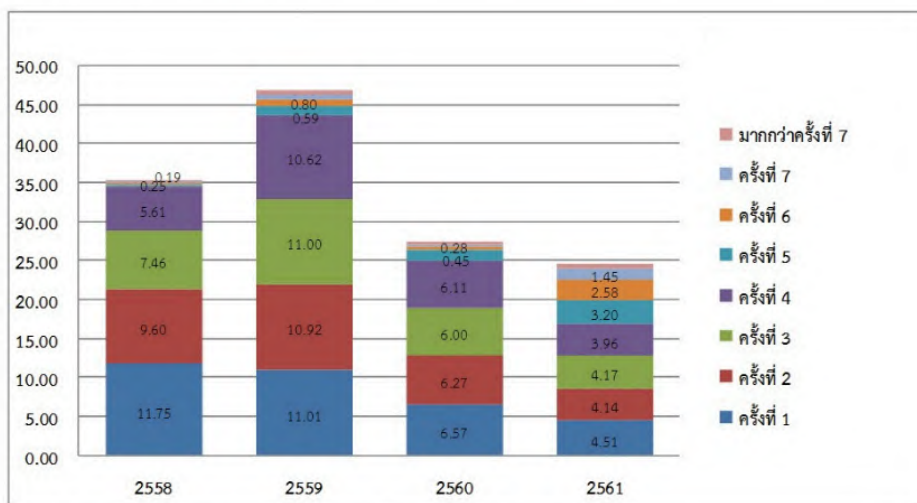
รูปแบบ/ ระบบ	บำบัด/ ฟื้นฟู	ติดตาม
สมัครใจ	1 วัน-4 เดือน	7 ครั้งใน 1 ปี
ค่ายปรับเปลี่ยนฯ	9-12 วัน	4 ครั้งใน 6 เดือน
บังคับบำบัด	4 เดือน	4 ครั้งใน 6 เดือน
ต้องโทษ	6-12 เดือน	7 ครั้งใน 1 ปี





ภาพที่ 10.29 ผลการติดตามจำแนกตามระบบ

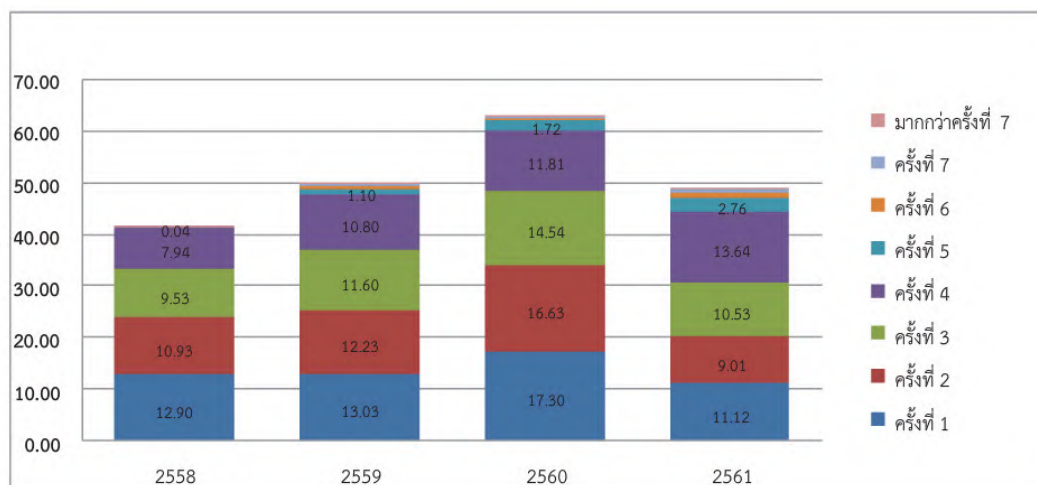
จากภาพที่ 10.29 พบว่า ผลการติดตามในระบบ 108 (สมัครใจถึงบังคับบำบัด) และระบบสมัครใจ มีผลการติดตามที่สูงกว่าระบบบังคับบำบัดและต้องโทษ



ภาพที่ 10.30 จำแนกตามครั้งที่ติดตามของผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดระบบสมัครใจ

จากภาพที่ 10.30 พบว่า ในระบบสมัครใจส่วนใหญ่ผู้ที่เข้ารับการบำบัดจะกลับมาติดตาม 1-4 ครั้งและมีจำนวนน้อยมากที่ติดตามครบ 7 ครั้ง โดยการติดตามในระบบสมัครใจสามารถติดตามได้ทั้งให้ผู้ป่วยมาติดตามด้วยตนเองที่สถานพยาบาล และโดยจากการติดตามทางจดหมาย โทรศัพท์ การเยี่ยมบ้านข้อมูลอาจได้โดยตรงจากผู้ผ่านการบำบัด หรือโดยอ้อมจากญาติพ่อแม่ พี่น้องของผู้ผ่านการบำบัด ซึ่งการติดตามสามารถทำได้ตั้งแต่พูดคุย ถามเรื่องสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว พฤติกรรมการใช้สารเสพติด และวิธีสังเกตอาการ หรือพฤติกรรมของผู้ผ่านการบำบัด รวมถึงการให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ ให้คำปรึกษาตามความเหมาะสม ให้ความรู้ในเรื่อง การดูแลสุขภาพกาย สุขภาพจิต การเลิกสารเสพติด หรือทักษะการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ





ภาพที่ 10.31 จำนวนตามครั้งที่ติดตามของผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดระบบ 108

จากภาพที่ 10.31 พบว่า ในระบบ 108 ส่วนใหญ่ผู้ที่เข้ารับการบำบัดจะกลับมาติดตาม 1-4 ครั้ง และมีจำนวนน้อยมากที่ติดตามครบ 7 ครั้ง โดยการติดตามในระบบ 108 มีการจัดตั้งศูนย์เพื่อประสานการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูในระดับอำเภอ/ เขต/ เทศบาลเมือง/ เทศบาลนคร และแต่งตั้งกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน อาสาสมัครคุมประพฤติ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครภาคประชาชน อาสาสมัครสาธารณสุข/ เจ้าหน้าที่ของกรุงเทพมหานคร ประชาชนผู้มีจิตอาสา ฯลฯ เป็นผู้ทำหน้าที่ติดตามดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู โดยติดตามอย่างน้อยจำนวน 4-7 ครั้งต่อคน ในการติดตามแต่ละครั้งมีระยะห่างในการดำเนินการอย่างน้อย 30 วัน และมีการติดตามดูแลช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูในแต่ละราย (เฉพาะผู้ผ่านการบำบัดฯ ในรูปแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตามประกาศ คสช. ฉบับที่ 108/ 2557 และผู้ผ่านการบำบัดฯ จากระบบบังคับบำบัด) โดยคำนึงถึงความเหมาะสมของศักยภาพและบริบทในพื้นที่ในด้านต่างๆ ดังนี้

1. การมีรายได้และการประกอบอาชีพทั้งการทำงานในระบบ เช่น โรงงานห้างร้าน สถานประกอบการที่เกิดจากการจ้างงานและการทำงานนอกระบบ เช่น การทำเกษตรกรรม การปศุสัตว์ เป็นต้น รวมถึง การประกอบอาชีพเป็นเจ้าของกิจการขนาดเล็ก เช่น ช่างซ่อมรถยนต์ ซ่อมรถจักรยานยนต์ การขายอาหาร เป็นต้น

2. การศึกษาต่อทั้งในระบบและนอกระบบการศึกษา

3. การจัดสวัสดิการเงินกู้ยืมเพื่อการประกอบอาชีพ

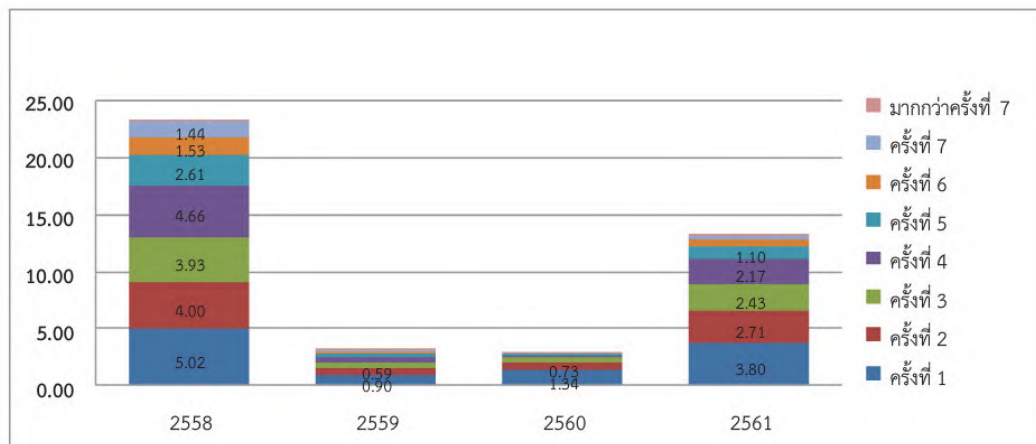
4. การพัฒนาทักษะและฝีมือในการประกอบอาชีพต่างๆ เช่น การพัฒนาฝีมือช่าง เป็นต้น

5. การให้ความช่วยเหลือในด้านสุขภาพการส่งต่อการรับการรักษาในสถานพยาบาล ฯลฯ

6. การให้คำปรึกษาในการดำรงชีวิต

7. อื่นๆ





ภาพที่ 10.32 จำแนกตามครั้งที่ติดตามของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบบังคับบำบัด

จากภาพที่ 10.32 จะเห็นว่าการติดตามในระบบบังคับบำบัดมีผู้มาติดตามไม่มากส่วนใหญ่จะเป็น 1 ครั้ง ทั้งนี้ อาจมีปัญหามาจากการลงข้อมูล การย้ายที่อยู่ของผู้บำบัด จำนวนเจ้าหน้าที่ที่ทำงานด้านติดตาม

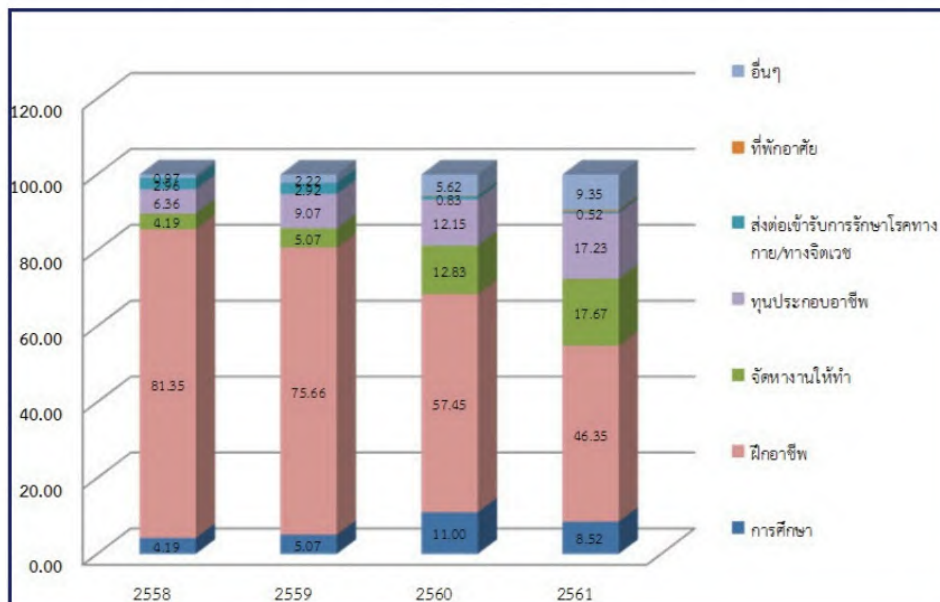
นอกจากนี้ยังให้ความช่วยเหลือหลังติดตามการรักษาในผู้ผ่านการบำบัดรักษาด้วยรูปแบบต่างๆ อาทิ

- ด้านการศึกษา ส่งข้อมูลต่อไปยังสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมหรือมัธยม หรือสำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยจังหวัด

- การฝึกทักษะอาชีพ ส่งข้อมูลต่อไปยังศูนย์พัฒนาฝีมือแรงงานจังหวัด

- การจัดหางานทำ ส่งข้อมูลต่อไปยังสำนักงานจัดหางานจังหวัด และสำนักงานสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานจังหวัด

- ทนุสงเคราะห์ ส่งต่อไปยังศูนย์พัฒนาสังคมจังหวัด หรือศูนย์คุ้มครองสวัสดิภาพชุมชน กทม.



ภาพที่ 10.33 ผลการให้ความช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัด



จากภาพที่ 10. 33 ส่วนใหญ่ผู้ผ่านการบำบัดรักษาได้รับการช่วยเหลือด้านการฝึกอบรม การจัดหางานให้ทำ ได้รับทุนประกอบอาชีพและการศึกษา

การติดตามการรักษาจะประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ได้ดียิ่งขึ้น หากผู้ให้บริการนำครอบครัว และชุมชน เข้ามามีส่วนร่วม เสริมสร้างพลังการดูแลจากครอบครัวผู้เกี่ยวข้อง เสริมพลังให้ผู้ผ่านการบำบัดรักษาเข้าใจในเรื่องการดูแลตนเอง เน้นภูมิปัญญาปฏิบัติ เสริมจุดแข็งที่ทำได้ มีการจัดการและแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยกลุ่ม เช่น กลุ่มสนับสนุนทางสังคม เพื่อนช่วยเพื่อน ปัญหาสังคม เป็นต้น การส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงนั้นไม่ใช่แค่เปลี่ยนพฤติกรรมผู้ผ่านการบำบัดรักษา แต่ต้องเปลี่ยนพฤติกรรมของระบบ บุคคลในครอบครัว ชุมชนและเครือข่าย ควรรู้ช่องทางการปรึกษา การส่งต่อ การประสาน บริการ ผสมผสานงานรักษา ส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟู ดูแลองค์รวม กาย ใจ สังคม จิตวิญญาณ หากทุกระบบเชื่อมโยงสนับสนุนซึ่งกันและกันประสานเป็นระบบบริการที่ไร้รอยต่อ (seamless care) แล้ว ก็จะสามารถช่วยเหลือให้ผู้ผ่านการบำบัดรักษาสามารถหยุดการใช้นาและสารเสพติด ไม่กลับไปเสพติดซ้ำ ตลอดจนสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีคุณภาพ

ข้อเสนอเพื่อการศึกษา วิจัย และการจัดการความรู้

ปัญหาเสพติดยังมีประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญและพัฒนากระบวนการป้องกันแก้ไขต่อไปดังนี้

1. ประชาชน ผู้เสพผู้ติดยาเสพติดยังขาดความตระหนักในปัญหาเสพติด และขาดความรู้ความเข้าใจในการป้องกันแก้ไขปัญหาเสพติดในระดับครอบครัว โรงเรียน ชุมชน
2. ผู้เสพผู้ติดยาและสารเสพติดรายใหม่ยังมีเพิ่มมากขึ้น ทั้งยาเสพติดที่ผิดกฎหมายและสารเสพติดที่ถูกกฎหมาย คือ สุรา และบุหรี่ และมีแนวโน้มการใช้ยาเสพติดในกลุ่มเด็กและเยาวชนที่มีอายุน้อยลง
3. มีการสั่งใช้ยาในทางที่ผิด และมีสารเสพติดชนิดใหม่ๆ ที่เข้ามาและแนวโน้มการใช้สารเสพติดหลายประเภทร่วมกัน เช่น น้ำกระท่อม ยาแก้อาไอ้ โอเดอน ทรามาดอล ยานอนหลับ เป็นต้น
4. ผู้ติดยาเสพติดไม่เข้ารับการรักษาระยะแรก ส่วนใหญ่ไม่สมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษา ทำให้สัดส่วนผู้ป่วยในระบบบังคับบำบัดมีปริมาณมากที่สุด ขณะที่ผู้ป่วยยาเสพติดระดับสมัครใจเข้ารับการรักษาลงหลังจากใช้ยาเสพติดมานาน 3-5 ปี
5. บุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านยาเสพติดไม่เพียงพอ ขาดความรู้ความเชี่ยวชาญในการบำบัดรักษา มีการเปลี่ยนงานบ่อย และไม่มีโครงสร้างผู้รับผิดชอบงานอย่างชัดเจนในสถานพยาบาลแต่ละระดับ
6. มาตรฐานในการบำบัดรักษา แนวทางปฏิบัติ/ แนวทางการดูแลผู้ที่มีปัญหาเสพติดยังไม่อิงตามหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่ชัดเจนและมีรูปแบบหลากหลายในการรักษาและมีระบบการรักษาที่แตกต่างกัน
7. สถานพยาบาลยาเสพติดทุกระบบยังมีมาตรฐานและปริมาณไม่เพียงพอหรือไม่เหมาะสมต่อการรองรับผู้ป่วยที่สอดคล้องตามสภาพปัญหาและความรุนแรงในแต่ละพื้นที่
8. ผู้ติดยาเสพติดได้รับการบำบัดรักษานอกเขตบริการสุขภาพ ขาดระบบการส่งต่อที่เชื่อมโยงตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ทำให้เสียเงิน เสียเวลา และมีความเสี่ยงต่อชีวิตและผลกระทบจากการใช้ยาเสพติด
9. ผู้ติดยาและสารเสพติดมีการเสพติดซ้ำหลังการรักษา ยังขาดการติดตามทางแพทย์และการบูรณาการร่วมกับครอบครัว สังคม ชุมชน ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ผ่านการบำบัดรักษา
10. ระบบบริการของสถานบำบัดมีความหลากหลายส่งผลให้ เกิดช่องว่างในการเข้าถึงบริการ และเชื่อมโยงถึงการรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง จนเกิดมาตรฐานและคุณภาพการบำบัดที่แตกต่างกัน จึงควรเน้นการพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องให้มีความรู้ ความเข้าใจถูกต้องตามหลักวิชาการ เพิ่มการบูรณาการงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และเพิ่มมาตรฐานการบำบัดรักษาให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ รวมถึงเพิ่มการรณรงค์และประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด การปรับเปลี่ยนทัศนคติที่มีต่อผู้เสพยาเสพติด รวมถึงการให้โอกาสและการยอมรับให้กลับเข้าสู่สังคมได้อย่างสมภาคภูมิ
11. การดำเนินงานในด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดยังขาดการบูรณาการทั้งระดับหน่วยงาน และระดับนโยบาย มีหลายหน่วยงาน หลายระบบ แม้ว่าจะมีความร่วมมือกันดำเนินงานแต่ก็ยังไม่เป็นไปตามมาตรฐานและแนวทางเดียวกัน และบุคลากรบางส่วนยังขาดความรู้ ขาดการประสานงาน ไม่มีความเชื่อมโยงในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเสี่ยง กลุ่มติดระดับต่างๆ ส่งผลให้คุณภาพการบำบัดรักษาที่ผ่านมาให้ผลลัพธ์ที่ไม่ดีพอ



แนวทางการพัฒนาการวิจัย

1. ศึกษาปัจจัยสภาพแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสภาพปัญหาเสพติด วิเคราะห์สาเหตุของปัญหาในลักษณะพหุปัจจัย ศึกษาปฏิสัมพันธ์ขององค์ประกอบปัญหาเสพติดทั้งด้านตัวคน ตัวยา และสภาพแวดล้อม ศึกษาความสัมพันธ์ของปัญหาเสพติดกับปัญหาอื่นๆ
2. ติดตามพัฒนาการของปัญหาเสพติดที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละช่วงเวลาโดยครอบคลุมทั้งพื้นที่กลุ่มเป้าหมาย ยาเสพติด
3. พัฒน่องค์ความรู้ด้านระบาดวิทยา มีความต่อเนื่องในการทำวิจัยด้านระบาดวิทยา และเครื่องชี้วัดภาวะโรค
4. มองภาพสถานการณ์ปัญหาเสพติดที่จะเกิดขึ้นในอนาคตด้วยการวิจัยเชิงอนาคต (future research)
5. ส่งเสริมการวิจัยทางคลินิกซึ่งด้านยาเสพติดยังขาดวิจัยทางคลินิกโดยเฉพาะการรักษาด้วยยา และการรักษาแบบใหม่ เช่น การผ่าตัด การใช้คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้ากระตุ้นสมอง
6. วิเคราะห์สังเคราะห์ผลการศึกษาวิจัยมาใช้ประโยชน์ ส่งเสริมให้นำผลงานวิจัยมาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์
7. พัฒนางานวิจัยที่ตอบสนองยุทธศาสตร์ นโยบายชาติ เช่น การนำภูมิปัญญาใช้ทางการแพทย์ การลดอันตรายจากการใช้ยา เป็นต้น
8. พัฒนางานวิจัย ด้านทุนด้านเศรษฐศาสตร์ ค่าใช้จ่ายด้านสังคม ประสิทธิภาพของการลงทุนด้านการรักษา
9. พัฒนาเครือข่ายวิชาการด้านยาเสพติด



เอกสารอ้างอิง (References)

1. กนิษฐา ไทยกกล้า, กนก อุตวิชัย. ทบทวนองค์ความรู้เรื่อง ไอซ์ (Methamphetamine Hydrochloride). พิมพ์ครั้งที่ 2 : เชียงใหม่; 2556.
2. กนิษฐา ไทยกกล้า, เกรียงไกร พึ่งเชื้อและสุชาดา ภัยหลีกส์. 2559.รูปแบบการกระทำความผิดที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติดและการได้รับบำบัดรักษาสารเสพติดของผู้ต้องขัง. ภาควิชาการสารเสพติด (ภาส)
3. กนิษฐา ไทยกกล้า. 2553. การศึกษาพฤติกรรมการใช้สารเสพติดเพื่อความบันเทิงในเขตเมืองเชียงใหม่. เชียงใหม่: สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพมหาวิทยาลัยเชียงใหม่
4. กนิษฐา ไทยกกล้าและคณะ. 2558. การเฝ้าระวังพฤติกรรมกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในภาคเหนือปีการศึกษา 2558. ภาควิชาการสารเสพติด (ภาส)
5. กนิษฐา ไทยกกล้าและคณะ. 2556.รูปแบบการกระทำความผิดที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติดและการได้รับบำบัดรักษาสารเสพติดของผู้ต้องขัง. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามสารเสพติด
6. กนิษฐา ไทยกกล้าและคณะ. 2559.การศึกษาพฤติกรรมการใช้สารเสพติดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพและเครือข่ายทางสังคมของเยาวชนนอกสถานศึกษาในปีพ.ศ. 2557-2558. ภาควิชาการสารเสพติด (ภาส)
7. กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน 2558.รายงานสถิติคดีประจำปี 2557.
8. กรมศิลปากร.2521. กฎหมายตราสามดวง. กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์ทหารผ่านศึก.
9. การปฏิบัติต่อผู้ต้องสงสัยว่ากระทำความผิดตามกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดเพื่อเข้าสู่การบำบัดฟื้นฟูและการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู.ประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติฉบับที่108/2557.<ระบบ online>แหล่งที่มา
10. แก้วไข่มุขเต็มบัญชีท้ายประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติ108/2557.คำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติที่ 10/2561.<ระบบ online>แหล่งที่มา <http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2560/E/097/49.PDF>.
11. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.Thailand Medical Services Profile 2011-2014(กรมการแพทย์ 2554-2557)First Edition.กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์เทพเพ็ญวานิช;2557.
12. กรมการแพทย์และศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติด. คู่มือสำหรับผู้ปฏิบัติงานด้านยาเสพติด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์บริการสุขภาพชุมชน. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2556.
13. ขนิษฐา ภูศรีสกุล,พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์,ณัฐพัชร มรรคา,กนิษฐา บุญธรรมเจริญ.ภาวะโรคจิตเวชและความผิดปกติของพฤติกรรมใช้สารเสพติดในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2557.วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2561;26(1)1-15.
14. คณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด. สถานภาพการใช้สารเสพติดปี 2554. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด: กรุงเทพมหานคร; 2555.
15. คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาและสารเสพติด. แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาและสารเสพติด. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
16. คณะทำงานวิเคราะห์นโยบายและนำเสนอการวางแผนด้านทรัพยากรภาพรวมประเทศไทย กรมสุขภาพจิต ธันวาคม พ.ศ. 2559 – เมษายน พ.ศ. 2560.ข้อมูลทรัพยากรบุคคลด้านสุขภาพจิตสำคัญของประเทศไทยปี พ.ศ. 2560
17. ทักษพล ธรรมรังสี, อรทัย วลีวงศ์. แอลกอฮอล์และโรคมะเร็ง ใน: สถานการณ์บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบในประเทศไทยปี 2556. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข; 2556.
18. เนตรนภา สังข์จันทร์, พัฒนา ราชวงศ์. การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการแก้ไขปัญหาเสพติดในกลุ่มเด็กและเยาวชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลวัดขวาง อำเภอโพธิ์ทะเล จังหวัดพิจิตร; 2555.
19. บุรณี กาญจนถวัลย์, อรรถพล สุคนธาภิรมย์, กฤตยากร แสงขาว, พรณิภา สังข์ทอง. การศึกษาต้นทุนและค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษายาเสพติด. รายงานวิจัย. 2550.
20. ปราณี สุทธิสุคนธ์, ดุชนันต์ คำมี, และเกรียงศักดิ์ศรี อเลื้อม. 2551. เส้นทางเข้าสู่ยาเสพติดด้วยรุ่นวัยเรียน.วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา2551;6 (2):143-150.
21. พรณิภา เรืองกิจ. ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกันการใช้สารแอมเฟตามีนของนักเรียนวัยรุ่นจังหวัดปทุมธานี: ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมแบบไม่จับคู่. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต].กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2554.
22. พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 6) พ.ศ.2560.<ระบบ online> แหล่งที่มา <https://www.ryt9.com/s/tpd/2585733>.
23. พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์. โรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2552;17:129-148.



24. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, บุญศิริ จันศิริมงคล. บทบาททวนวิชาการเรื่อง ประสิทธิภาพการบำบัดรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2556.
25. ภิมย์ กมลรัตนกุล, จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, สุริรัตน์ งามเกียรติไพศาล. "การวิจัยเพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการรักษาและการวิเคราะห์ความคุ้มค่า" ใน: พิเชฐ สัมปทานกุล, บรรณาธิการ. หลักการทํารายวิจัยสู่ความสำเร็จในการปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์วิทยการวิจัยแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2555; 143-156.
26. มานพ คณะโด, นสพร อนุสรณ์พานิชกุลและ วรพล หนูนน. เอกสารประมวลความรู้เรื่องไอซ์. เครื่องช่วยพัฒนาวิชาการและข้อมูลสารเสพติดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553. หน้า 15-25.
27. มานพ คณะโด. 2554. ประสิทธิภาพการบำบัดสารระเหย. กรุงเทพฯ: จรัสสินทวงศ์การพิมพ์
28. มานพ คณะโดและคณะ. 2557.การวิจัยเรื่องความเป็นไปได้ของนโยบายลดทอนการเป็นอาญา (Decriminalization) ของพืชกัญชา. กรุงเทพฯ: จรัสสินทวงศ์การพิมพ์
29. มานพ คณะโดและคณะ. 2558.การวิจัยเอกสารนโยบายและการจัดการปัญหายาในประเศสหรัฐอเมริกาและประเทศอังกฤษ. กรุงเทพฯ: จรัสสินทวงศ์การพิมพ์
30. มานพ คณะโดและคณะ. 2559. รายงานผลการสำรวจครัวเรือนเพื่อคาดประมาณจำนวนประชากรผู้ใช้สารเสพติดของประเทศไทยปี 2559. กรุงเทพฯ: จรัสสินทวงศ์การพิมพ์
31. มานพ คณะโดและคณะ. 2560.ข้อมูลสถานการณ์ปัญหาเสพติดของกลุ่มแรงงาน. กรุงเทพฯ: จรัสสินทวงศ์การพิมพ์
32. มานพ คณะโดและคณะ. 2561.การใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. กรุงเทพฯ: จรัสสินทวงศ์การพิมพ์
33. รายงานการประชุมเจ้าหน้าที่อาวุโสอาเซียนด้านยาเสพติดครั้งที่ 35: วันที่ 1-4 กรกฎาคม 2557 ณ ประเทศฟิลิปปินส์.
34. รณชัย คงสกนธ์,เธียรชัย งามทิพย์วัฒนา.การวิเคราะห์ข้อมูลผู้ถูกบำบัด ภายใต้พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545.กรุงเทพมหานคร :บริษัท เฮลท์ เวิร์ด จำกัด.;2555
35. รวมกฎหมายยาเสพติด.พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 (แก้ไขล่าสุด พ.ศ.2560) และพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2559.กองกฎหมาย สำนักงาน ป.ป.ส.กระทรวงยุติธรรม.
36. วิโรจน์ วีระชัย, อังกร ภัทรากกร, ล้าชา ลักษณะนาชินชัช, ฉวีวรรณ ปัญญาบุญ, นิภา กิมสูงเนิน, บรรณาธิการ. ตำราเวชศาสตร์การเสพติด (Textbook of Addiction Medicine). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2548.
37. ศิริเพ็ญ ศุภกาญจนกันดี, อุษณีย์ พึ่งปาน, จารุวัฒน์ บุษราคัมรุหะ. การศึกษาวิเคราะห์ต้นทุนและประสิทธิผลของระบบบำบัดรักษายาเสพติด. รายงานวิจัย. 2552.
38. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ภูมิภาค ทั้ง 6 แห่ง กรมการแพทย์ . Addiction Reform Paradigm shift in Addiction Treatment Concept กระบวนทัศน์ที่เปลี่ยนแปลงของการดูแลผู้ที่มีปัญหาจากยาและสารเสพติดของประเทศไทย.
39. สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดแบบรอบด้านของประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2553.
40. สาวิตรี อัสณวงศ์กรชัยและคณะ. 2553.การเฝ้าระวังพฤติกรรมกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในประเทศไทย. สงขลา: เครื่องช่วยวิชาการวิจัยและระบบข้อมูลด้านสารเสพติดในภาคใต้
41. สำนักกิจการในพระตำหนักเจ้าหลานเธอพระองค์เจ้าพัชรกิติยาภา. 2557.สถานการณ์ปัญหาเสพติดและแนวโน้มปัญหาปีงบประมาณ 2557. กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวงยุติธรรม.
42. สำนักงาน ป.ป.ส. สังเคราะห์สถานการณ์สารเสพติด พ.ศ. 2545-2555. กรุงเทพมหานคร: สำนักงาน ป.ป.ส.; 2555.
43. สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค. รายงานประจำปี 2555 การดำเนินงาน ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี; 2555.
44. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. สถานการณ์ยาเสพติดและแนวโน้มของปัญหาประกอบการพัฒนาศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559. กรุงเทพฯ; 2554.
45. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย พ.ศ.2552, 2556. กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี; 2556
46. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ.2557. กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี; 2560.



47. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2554. กรุงเทพมหานคร. สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2555.
48. สำนักนโยบาย และยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์ฯ ตัวชี้วัด และแนวทางจัดทำข้อมูล กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2557. นนทบุรี; 2556.
49. สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. การประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการ; 22 พ.ย. 2555; กรุงเทพมหานคร. สำนักบริหารการสาธารณสุข; 2555 .
50. สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. ระบบรายงาน ระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหา ยาเสพติด (บสต.) ปี 2556. [เข้าถึงเมื่อ 23 มิ.ย. 2561]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.antidrug.moph.go.th>.
51. สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. ระบบรายงาน ระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหา ยาเสพติด (บสต.) ปี 2557. [เข้าถึงเมื่อ 23 มิ.ย. 2561]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.antidrug.moph.go.th>.
52. สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. ระบบรายงาน ระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหา ยาเสพติด (บสต.) ปี 2558. [เข้าถึงเมื่อ 23 มิ.ย. 2561]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.antidrug.moph.go.th>.
53. สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. ระบบรายงาน ระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหา ยาเสพติด (บสต.) ปี 2559. [เข้าถึงเมื่อ 23 มิ.ย. 2561]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.antidrug.moph.go.th>.
54. สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. ระบบรายงาน ระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหา ยาเสพติด (บสต.) ปี 2560. [เข้าถึงเมื่อ 23 มิ.ย. 2561]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.antidrug.moph.go.th>.
55. สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต].ระบบรายงาน ระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหา ยาเสพติด (บสต.) ปี 2561. [เข้าถึงเมื่อ 23 มิ.ย. 2561]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.antidrug.moph.go.th>.
56. สุรินทร์พร ลิขิตเสถียร, มานิต ศรีสุรภานนท์. การทบทวนองค์ความรู้เรื่อง การใช้ยาในการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติด กลุ่มแอมเฟตามีน. เชียงใหม่: แผนงานวิชาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้เสพยาเสพติดในชุมชน; 2556.
57. สวัสดิ์ อุ๋นใจและคณะ.2560. การใช้ยาและสารเสพติดหลายชนิดในผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี. วารสารการพัฒนาศาพชุมชน2560; 5(3):417-34.
58. Alcohol and drug use disorders: Global Health Estimates. WHO Forum on alcohol, drugs and addictive behaviours Enhancing public health actions through partnerships and collaboration.
59. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Text Revision (DSM-IV-TR). APA: Washington DC; 2000.
60. CSAT Publication No. 28-30. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2004.
61. Drummond MF, O'Brien BJ, Stoddart GL, Torrance GW. Methods for the economic evaluation of health care programmes. New York: Biddles Ltd, Guildford and King s Lynn; 1994.
62. Drummond MF, O'Brien BJ, Stoddart GL, Torrance GW. Methods for the economic evaluation of health care programmes. 2nd ed. New York :Biddles Ltd, Guildford and King s Lynn; 2000.
63. Folland S, Goodman AC, Stano M. The economics of health and health care. Fifth ed. Pearson Prentice Hall: New Jersey; 2001.
64. Manop Kanato, Kitjawat Natawin, Poonrut Leyatikul. 2018. Metamphetamine use behaviour as risk factor for Psychosis. (in press)
65. Manop Kanato, Poonrut Leyatikul, Chuanpit Choomwattana et.al. (Eds.). 2017.ASEAN DRUG MONITORING REPORT 2016. Bangkok: ASEAN Narcotics Cooperation Center.
66. Rungsiya Wonguppa, Manop Kanato. 2018. The prevalence and associated factors of new psychoactive substance use: A 2016 Thailand national household survey. Addictive Behaviors Reports 2018; 7 (June 2018): 111-115
67. Somdet Kuapitak, Manop Kanato. 2018. Drug Use Situation in Secondary School Students, Kong District, Nakhon Ratchasima Province, Thailand. J Med Assoc Thai 2018; 101 (9): 1-8.



68. Suneerat Yangyuen, Manop Kanato, Udomsak Mahaweerawa. 2018. Associations of the Neighborhood Environment With Substance Use: A Cross-sectional Investigation Among Patients in Compulsory Drug Detention Centers in Thailand. *JPrevMedPublicHealth*2018;51:23-32.
69. Technical Report No. 23 National Drug and Alcohol Research Centre, Sydney. UNODC 2012 world drugs report, june 2012.
70. United Nations Office on Drugs and Crime.2018. World drug report 2018. Vienna: UNODC.
71. United Nations Office on Drugs and Crime.2013. The challenge of new psychoactive substances. Vienna: UNODC.
72. UNODC. world drugs report 2012. [Internet]. [Cited 2014 Dec 20]. Available from: http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR_2012_web_small.pdf
73. WHO. Global Report on NCD 2010. [Internet]. [Cited 2014 Feb 14]. Available from: http://www.who.int/chp/ncd_global_status_report/en/.
74. World health organization, Health risks :Mortality and burden of disease: Geneva; 2009
75. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision; 2006.



ภาคผนวก

ประเด็นควรทราบทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับปัญหาเสพติดในสถานการณ์ปัจจุบัน

ในการทำงานเกี่ยวกับการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดนั้น ประเด็นสำคัญหนึ่งที่ผู้ทำงานควรมีความรู้เบื้องต้น และมีความเข้าใจนั่นคือ ประเด็นเกี่ยวกับกฎหมาย ซึ่งในปัจจุบันได้มีการปรับปรุงและพัฒนากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด หลายฉบับ เพื่อให้กฎหมายมีความเหมาะสมและสอดคล้องกับสถานการณ์ยาเสพติดในปัจจุบัน บทความนี้จึงได้รวบรวม ประเด็นควรทราบทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับปัญหาเสพติดในสถานการณ์ปัจจุบันพอสังเขปดังนี้

พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 (แก้ไขล่าสุด พ.ศ. 2560)

มาตรา 4 ในพระราชบัญญัตินี้

“ยาเสพติดให้โทษ” หมายความว่า สารเคมีหรือวัตถุชนิดใดๆ ซึ่งเมื่อเสพเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าจะโดยรับประทาน ดม สูบ ฉีด หรือด้วยประการใดๆ แล้ว ทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจในลักษณะสำคัญ เช่น ต้องเพิ่มขนาดการเสพขึ้นเป็น ลำดับ มีอาการถอนยาเมื่อขาดยา มีความต้องการเสพทั้งทางร่างกายและจิตใจ อย่างรุนแรงตลอดเวลา และสุขภาพโดยทั่วไป จะทรุดโทรมลง กับให้รวมตลอดถึงพืชหรือส่วนของพืชที่เป็นหรือให้ผลผลิตเป็นยาเสพติดให้โทษ หรืออาจให้ผลผลิตเป็นยาเสพติด ให้โทษและสารเคมีที่ใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษด้วย ทั้งนี้ตามที่รัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษาแต่ไม่ หมายความว่ายาสามัญประจำบ้านบางตำรับตามกฎหมายว่าด้วยยาที่มียาเสพติดให้โทษผสมอยู่

“ผลิต” หมายความว่า เพาะ ปลูก ทำ ผสม ปูรง แปรสภาพ เปลี่ยนรูป สังเคราะห์ทางวิทยาศาสตร์ และให้ หมายความว่ารวมตลอดถึงการแบ่งบรรจุ หรือรวมบรรจุด้วย

“จำหน่าย” หมายความว่า ขาย จ่าย แจก แลกเปลี่ยน ให้

“นำเข้า” หมายความว่า นำหรือส่งเข้ามาในราชอาณาจักร

“ส่งออก” หมายความว่า นำหรือส่งออกนอกราชอาณาจักร

“เสพ” หมายความว่า การรับยาเสพติดให้โทษเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าด้วยวิธีใด

“ติดยาเสพติดให้โทษ” หมายความว่า เสพเป็นประจำติดต่อกันและตกอยู่ในสภาพที่จำเป็นต้องพึ่งยาเสพติดให้ โทษนั้น โดยสามารถตรวจพบสภาพเช่นนั้นได้ตามหลักวิชาการ

“หน่วยการใช้” หมายความว่า เม็ด ของ ขวด หรือหน่วยอย่างอื่นที่ทำขึ้นโดยปกติสำหรับการใช้เสพนึ่งครั้ง

“การบำบัดรักษา” หมายความว่า การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดให้โทษ ซึ่งรวมตลอดถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการติดตามผลหลังการบำบัดรักษาด้วย

“สถานพยาบาล” หมายความว่า โรงพยาบาล สถานพยาบาล สถานพักฟื้น หรือสถานที่อื่นใด เฉพาะที่ รัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษาให้เป็นสถานที่ทำการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดให้โทษ

“เภสัชกร” หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเภสัชกรรม

“ตำรับยา” หมายความว่า สูตรของสิ่งปรุงไม่ว่าจะมีรูปลักษณะใดที่มียาเสพติดให้โทษรวมอยู่ด้วย ทั้งนี้ รวมทั้ง ยาเสพติดให้โทษที่มีลักษณะเป็นวัตถุสำเร็จรูปทางเภสัชกรรมซึ่งพร้อมที่จะนำไปใช้แก่คนหรือสัตว์ได้

“ข้อความ” หมายความว่ารวมถึงการกระทำให้ปรากฏด้วยตัวอักษร ภาพ ภาพยนตร์แสง เสียง เครื่องหมายหรือ การกระทำอย่างใด ๆ ที่ทำให้บุคคลทั่วไปสามารถเข้าใจความหมายได้

“โฆษณา” หมายความว่ารวมถึงการทำการไม่ว่าด้วยวิธีใด ๆ ให้ประชาชนเห็นหรือทราบข้อความเพื่อประโยชน์ ในทางการค้า แต่ไม่หมายความว่ารวมถึงเอกสารทางวิชาการหรือตำราที่เกี่ยวกับการเรียนการสอน

“ผู้รับอนุญาต” หมายความว่า ผู้ได้รับใบอนุญาตตามพระราชบัญญัตินี้

“ผู้อนุญาต” หมายความว่า เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา หรือผู้ซึ่งได้รับมอบหมายจากเลขาธิการ คณะกรรมการอาหารและยา

“คณะกรรมการ” หมายความว่า คณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษตามพระราชบัญญัตินี้

“พนักงานเจ้าหน้าที่” หมายความว่า ผู้ซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งให้ปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้

“เลขาธิการ” หมายความว่า เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา

“รัฐมนตรี” หมายความว่า รัฐมนตรีผู้รักษาการตามพระราชบัญญัตินี้



มาตรา 7 ยาเสพติดให้โทษแบ่งออกเป็น 5 ประเภท คือ

- (1) ประเภท 1 ยาเสพติดให้โทษชนิดร้ายแรง เช่น เฮโรอีน (heroin)
 - (2) ประเภท 2 ยาเสพติดให้โทษทั่วไป เช่น มอร์ฟีน (morphine) โคคาอีน (cocaine) โคเดอีน (codeine) ฝิ่นยา (medicinal opium)
 - (3) ประเภท 3 ยาเสพติดให้โทษที่มีลักษณะเป็นตำรับยา และมียาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ผสมอยู่ด้วย ตามหลักเกณฑ์ที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดในราชกิจจานุเบกษา
 - (4) ประเภท 4 สารเคมีที่ใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษประเภท 1 หรือประเภท 2 เช่น อาเซติกแอนไฮไดรด์ (acetic anhydride) อาเซทิลคลอไรด์ (acetyl chloride)
 - (5) ประเภท 5 ยาเสพติดให้โทษที่มีได้เข้าอยู่ในประเภท 1 ถึงประเภท 4 เช่น กัญชาพืชกระท่อม
- ทั้งนี้ ตามที่รัฐมนตรีประกาศระบุชื่อยาเสพติดให้โทษตามมาตรา 8 (1) เพื่อประโยชน์แห่งมาตรานี้ คำว่า ฝิ่นยา (medicinal opium) หมายถึง ฝิ่นที่ได้ผ่านกรรมวิธีปรุงแต่งโดยมีความมุ่งหมายเพื่อใช้ในทางยา

พระราชบัญญัติวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2559**มาตรา 4 ในพระราชบัญญัตินี้**

“วัตถุออกฤทธิ์” หมายความว่า วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทที่เป็นสิ่งธรรมชาติ หรือที่ได้จากสิ่งธรรมชาติ หรือวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทที่เป็นวัตถุสังเคราะห์ ทั้งนี้ตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด

“วัตถุตำรับ” หมายความว่า สิ่งปรุงไม่ว่าจะมีรูปลักษณะใดที่มีวัตถุออกฤทธิ์รวมอยู่ด้วยทั้งนี้ รวมทั้งวัตถุออกฤทธิ์ที่มีลักษณะเป็นวัตถุสำเร็จรูปทางเภสัชกรรมซึ่งพร้อมที่จะนำไปใช้แก่คนหรือสัตว์ได้

“วัตถุตำรับยกเว้น” หมายความว่า วัตถุตำรับที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดให้ได้รับการยกเว้นจากมาตรการควบคุมบางประการสำหรับวัตถุออกฤทธิ์ที่มีอยู่ในวัตถุตำรับนั้น

“ฉลาก” หมายความว่า รูป รอยประดิษฐ์ เครื่องหมายหรือข้อความใดๆ ซึ่งแสดงไว้ที่ภาชนะหรือหีบห่อบรรจุวัตถุออกฤทธิ์

“เอกสารกำกับวัตถุออกฤทธิ์” หมายความว่า กระดาษหรือสิ่งอื่นใดที่ทำให้ปรากฏความหมายด้วยรูป รอยประดิษฐ์ เครื่องหมายหรือข้อความใดๆ อันเกี่ยวกับวัตถุออกฤทธิ์ ซึ่งสอดแทรกหรือรวมไว้กับภาชนะหรือหีบห่อบรรจุวัตถุออกฤทธิ์

“ผลิต” หมายความว่า ทำ ผสม ปรุง แปรสภาพ เปลี่ยนรูป สังเคราะห์ทางวิทยาศาสตร์ เพาะ หรือปลูกเฉพาะพืชที่เป็นวัตถุออกฤทธิ์ และให้หมายความรวมถึงการแบ่งบรรจุ หรือรวมบรรจุด้วย

“ขาย” หมายความว่า จำหน่าย จ่าย แจก แลกเปลี่ยน ให้ ส่งมอบหรือมีไว้เพื่อขาย

“นำเข้า” หมายความว่า นำหรือส่งเข้ามาในราชอาณาจักร

“ส่งออก” หมายความว่า นำหรือส่งออกไปนอกราชอาณาจักร

“นำเข้า” หมายความว่า นำหรือส่งผ่านราชอาณาจักร แต่ไม่รวมถึงการนำเข้าหรือส่งวัตถุออกฤทธิ์ผ่านราชอาณาจักรโดยมิได้มีการขนถ่ายออกจากอากาศยานที่ใช้ในการขนส่งสาธารณะระหว่างประเทศ

“เสพ” หมายความว่า การรับวัตถุออกฤทธิ์เข้าสู่ร่างกายโดยรู้ว่าเป็นวัตถุออกฤทธิ์ไม่ว่าด้วยวิธีใด

“ติดวัตถุออกฤทธิ์” หมายความว่า เสพวัตถุออกฤทธิ์เป็นประจำติดต่อกันจนตกอยู่ในสภาพที่จำเป็นต้องพึ่งวัตถุออกฤทธิ์นั้น โดยสามารถตรวจพบสภาพเช่นนั้นได้ตามหลักวิชาการ

“การบำบัดรักษา” หมายความว่า การบำบัดรักษาผู้ติดวัตถุออกฤทธิ์ซึ่งรวมถึงตลอดถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพและการติดตามผลภายหลังการบำบัดรักษาด้วย

“สถานพยาบาล” หมายความว่า โรงพยาบาล สถานพยาบาล สถานพักฟื้นหรือสถานที่อื่นใดที่ให้การบำบัดรักษาผู้เสพหรือผู้ติดวัตถุออกฤทธิ์ ทั้งนี้ ตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด

“สถานที่” หมายความว่า อาคารหรือส่วนของอาคาร และให้หมายความรวมถึงบริเวณของอาคารนั้น

“เภสัชกร” หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเภสัชกรรม

“ข้อความ” หมายความว่า เรื่องราวหรือข้อเท็จจริงไม่ว่าจะปรากฏในรูปแบบของตัวอักษร ภาพ ภาพยนตร์ แสง เสียงหรือเครื่องหมาย และให้หมายความรวมถึงการกระทำใดๆ ให้ปรากฏด้วยสิ่งนั้นอันทำให้บุคคลทั่วไปสามารถเข้าใจความหมายได้



“โฆษณา” หมายความว่า การเผยแพร่หรือการสื่อความหมายไม่ว่ากระทำโดยวิธีใดๆ ให้ประชาชนเห็นหรือทราบข้อความเพื่อประโยชน์ในทางการค้า แต่ไม่รวมถึงเอกสารทางวิชาการหรือตำราที่เกี่ยวกับการเรียนการสอน

“หน่วยงานของรัฐ” หมายความว่า ราชการส่วนกลาง ราชการส่วนภูมิภาค ราชการส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ องค์การมหาชน และหน่วยงานอื่นของรัฐ

“ผู้รับอนุญาต” หมายความว่า ผู้ได้รับใบอนุญาตตามพระราชบัญญัตินี้ ในกรณีที่มีบุคคลเป็นผู้รับใบอนุญาต ให้หมายความรวมถึงผู้ซึ่งมีบุคคลแต่งตั้งให้เป็นผู้ดำเนินการเกี่ยวกับวัตถุออกฤทธิ์ด้วย

“ผู้อนุญาต” หมายความว่า

(1) เลขานุการคณะกรรมการอาหารและยา หรือผู้ซึ่งได้รับมอบหมายจากเลขานุการคณะกรรมการอาหารและยา นอกจากการอนุญาตใน (2)

(2) ผู้ว่าราชการจังหวัดในจังหวัดอื่นนอกจากกรุงเทพมหานคร หรือผู้ซึ่งได้รับมอบหมายจากผู้ว่าราชการจังหวัดนั้น เฉพาะสำหรับการอนุญาตให้ขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ประเภท 3 หรือประเภท 4 การสั่งพักใช้ใบอนุญาต และการเพิกถอนใบอนุญาตดังกล่าว ในจังหวัดที่อยู่ในเขตอำนาจ

“คณะกรรมการ” หมายความว่า คณะกรรมการวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท

“พนักงานเจ้าหน้าที่” หมายความว่า ผู้ซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งให้ปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้

“เลขานุการ” หมายความว่า เลขานุการคณะกรรมการอาหารและยา

“รัฐมนตรี” หมายความว่า รัฐมนตรีผู้รักษาการตามพระราชบัญญัตินี้

มาตรา 7 ให้รัฐมนตรีโดยคำแนะนำของคณะกรรมการมีอำนาจประกาศกำหนดในเรื่อง ดังต่อไปนี้

(1) ระบุชื่อและจัดแบ่งประเภทวัตถุออกฤทธิ์ว่าวัตถุออกฤทธิ์อยู่ในประเภทใดประเภทหนึ่ง ดังต่อไปนี้

(ก) ประเภท 1 วัตถุออกฤทธิ์ที่ไม่ใช้ในการแพทย์ และอาจก่อให้เกิดการนำไปใช้ หรือมีแนวโน้มในการนำไปใช้ในทางที่ผิดสูง

(ข) ประเภท 2 วัตถุออกฤทธิ์ที่ใช้ในการแพทย์ และอาจก่อให้เกิดการนำไปใช้ หรือมีแนวโน้มในการนำไปใช้ในทางที่ผิดสูง

(ค) ประเภท 3 วัตถุออกฤทธิ์ที่ใช้ในการแพทย์ และอาจก่อให้เกิดการนำไปใช้ หรือมีแนวโน้มในการนำไปใช้ในทางที่ผิด

(ง) ประเภท 4 วัตถุออกฤทธิ์ที่ใช้ในการแพทย์ และอาจก่อให้เกิดการนำไปใช้ หรือมีแนวโน้มในการนำไปใช้ในทางที่ผิดน้อยกว่าประเภท 3

(2) กำหนดมาตรฐานว่าด้วยปริมาณ ส่วนประกอบ คุณภาพ ความบริสุทธิ์หรือลักษณะอื่นของวัตถุออกฤทธิ์ ตลอดจนการบรรจุและการเก็บรักษาวัตถุออกฤทธิ์ตาม (1)

(3) เพิกถอนหรือเปลี่ยนแปลงชื่อหรือประเภทวัตถุออกฤทธิ์ตาม (1)

(4) ระบุชื่อและประเภทวัตถุออกฤทธิ์ที่ห้ามผลิต ขาย นำเข้า ส่งออก นำผ่านหรือมีไว้ในครอบครอง

(5) ระบุชื่อวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ซึ่งอนุญาตให้ผลิตเพื่อส่งออกและส่งออกได้

(6) ระบุชื่อและประเภทวัตถุออกฤทธิ์ที่ต้องมีคำเตือนหรือข้อควรระวัง และข้อความของคำเตือนหรือข้อควรระวังให้ผู้บริโภคปฏิบัติตามความจำเป็นเพื่อความปลอดภัยของผู้ใช้

(7) ระบุชื่อและประเภทวัตถุออกฤทธิ์ที่ต้องแจ้งกำหนดการสันอายุไว้ในฉลาก

(8) เพิกถอนทะเบียนวัตถุตำรับ ระบุวัตถุตำรับให้เป็นวัตถุตำรับยกเว้น และเพิกถอนวัตถุตำรับยกเว้น

(9) กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการกำหนดปริมาณวัตถุออกฤทธิ์ที่ผู้อนุญาตจะอนุญาตให้ผลิต ขาย นำเข้า หรือมีไว้ในครอบครอง

(10) กำหนดปริมาณวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 3 หรือประเภท 4 ที่ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมหรือผู้ประกอบการวิชาชีพการสัตวแพทย์ชั้นหนึ่งมีไว้ในครอบครองได้ตามมาตรา 90

(11) ระบุชื่อและประเภทวัตถุออกฤทธิ์ที่ประเทศหนึ่งประเทศใดห้ามนำเข้าตามมาตรา 111

(12) กำหนดสถานที่แห่งใดในราชอาณาจักรให้เป็นด่านตรวจสอบวัตถุออกฤทธิ์ที่นำเข้าส่งออก หรือนำผ่าน

(13) ระบุหน่วยงานของรัฐตามมาตรา 21 (2) มาตรา 47 วรรคหนึ่ง มาตรา 89 (3) และมาตรา 97 วรรคหนึ่ง

(14) กำหนดสถานพยาบาลตามพระราชบัญญัตินี้

(15) กำหนดระเบียบข้อบังคับเพื่อควบคุมการบำบัดรักษาและระเบียบวินัยสำหรับสถานพยาบาล



ตารางที่ 10.23 สรุปบทกำหนดโทษเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษ

ข้อหา	ยาเสพติดให้โทษประเภท 1	ยาเสพติดให้โทษประเภท 2
ผลิต นำเข้า ส่งออก	- จำคุกตลอดชีวิต (ม.65ว.1) - ถ้ากระทำเพื่อจำหน่าย ประหารชีวิต (ม.65ว.2) - คำนวณเป็นสารบริสุทธิ์ 20 กรัม ขึ้นไป ถือว่ากระทำเพื่อจำหน่าย (ม.15)	- จำคุก 1-10 ปี และปรับ 10,000 บาท (ม.68) - ถ้าเป็นมอร์ฟีน ผื่น หรือโคคาอิน จำคุก 20 ปี ถึงตลอดชีวิต และปรับ 200,000-500,000 บาท (ม.68)
จำหน่ายครอบครองเพื่อจำหน่าย	- คำนวณเป็นสารบริสุทธิ์ไม่เกิน 100 กรัม จำคุก 5 ปี ถึงตลอดชีวิต และปรับ 50,000-500,000 บาท (ม.66ว.1) - คำนวณเป็นสารบริสุทธิ์เกิน 100 กรัม จำคุกตลอดชีวิต หรือประหารชีวิต (ม.66ว.2)	- จำคุก 1-10 ปี และปรับ 10,000-100,000 บาท (ม.69ว.2) - ถ้าเป็นมอร์ฟีน ผื่น หรือโคคาอิน คำนวณเป็นสารบริสุทธิ์ไม่เกิน 100 กรัม จำคุก 3-20 ปี และปรับ 30,000-200,000 บาท ถ้าคำนวณเป็นสารบริสุทธิ์เกินกว่า 100 กรัม จำคุก 5 ปี ถึงตลอดชีวิต และปรับ 50,000-500,000 บาท (ม.69ว.4)
ครอบครอง	- คำนวณเป็นสารบริสุทธิ์ไม่ถึง 20 กรัม จำคุก 1-10 ปี และปรับ 10,000-100,000 บาท (ม.67) - คำนวณเป็นสารบริสุทธิ์ 20 กรัมขึ้นไป ถือว่าครอบครองเพื่อจำหน่าย (ม.15)	- คำนวณเป็นสารบริสุทธิ์ไม่เกิน 100 กรัม จำคุกไม่เกิน 5 ปี และปรับไม่เกิน 50,000 บาท (ม.69ว.1) - คำนวณเป็นสารบริสุทธิ์ 100 กรัม ขึ้นไป ถือว่าครอบครองเพื่อจำหน่าย (ม.17)
เสพ	- จำคุก 6 เดือน ถึง 10 ปี และปรับ 5,000-100,000 บาท (ม.91)	- จำคุก 6 เดือน ถึง 10 ปี และปรับ 5,000-100,000 บาท (ม.91)
ใช้อุปายาลอกหลวง ชูเชิญ ใช้กำลัง ประทุษร้ายฯ	- จำคุก 1-10 ปี และปรับ 10,000-100,000 บาท (ม.93) - กระทำโดยมีอาวุธหรือร่วมกัน 2 คนขึ้นไป จำคุก 2-15 ปี และปรับ 20,000-150,000 บาท - ถ้ากระทำต่อหญิงหรือต่อผู้ยังไม่บรรลุนิติภาวะ หรือเพื่อจูงใจให้ผู้อื่นกระทำความผิดอาญา หรือเพื่อประโยชน์ในการกระทำความผิดอาญา จำคุก 3 ปี ถึงตลอดชีวิต และปรับ 30,000-500,000 บาท	- จำคุก 1-10 ปี และปรับ 10,000-100,000 บาท (ม.93) - กระทำโดยมีอาวุธหรือร่วมกัน 2 คนขึ้นไป จำคุก 2-15 ปี และปรับ 20,000-150,000 บาท - ถ้ากระทำต่อหญิงหรือต่อผู้ยังไม่บรรลุนิติภาวะ หรือเพื่อจูงใจให้ผู้อื่นกระทำความผิดอาญา หรือเพื่อประโยชน์ในการกระทำความผิดอาญา จำคุก 3 ปี ถึงตลอดชีวิต และปรับ 30,000-500,000 บาท
ข้อหา	ยาเสพติดให้โทษประเภท 1	ยาเสพติดให้โทษประเภท 2
ให้ผู้อื่นเสพ	- ถ้าเป็นมอร์ฟีน หรือโคคาอิน ระวังโทษเพิ่มกึ่งหนึ่ง (ม.93ว.4) - ถ้าเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 1 ต้องระวางโทษเป็น 2 เท่า และถ้าเป็นการกระทำความผิดหญิงหรือบุคคลซึ่งยังไม่บรรลุนิติภาวะต้องระวางโทษประหารชีวิต (ม.93ว.5)	- ถ้าเป็นมอร์ฟีน หรือโคคาอิน ระวังโทษเพิ่มกึ่งหนึ่ง (ม.93ว.4) - ถ้าเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 1 ต้องระวางโทษเป็น 2 เท่า และถ้าเป็นการกระทำความผิดหญิงหรือบุคคลซึ่งยังไม่บรรลุนิติภาวะต้องระวางโทษประหารชีวิต (ม.93ว.5)
ยุยงส่งเสริมให้ผู้อื่นเสพ	- จำคุก 1-5 ปี และปรับ 10,000-50,000 บาท (ม.93ทวิ)	- จำคุก 1-5 ปี และปรับ 10,000-50,000 บาท (ม.93ทวิ)
ข้อหา	ยาเสพติดให้โทษประเภท 3	ยาเสพติดให้โทษประเภท 4
ผลิตนำเข้า	- จำคุกไม่เกิน 3 ปี หรือปรับไม่เกิน 30,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ (ม.70)	- จำคุกตั้งแต่ 1-10 ปี และปรับ 10,000-100,000 บาท (ม.73)
ส่งออกจำหน่าย	- จำคุกไม่เกิน 1 ปี หรือปรับไม่เกิน 10,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ (ม.71)	- จำคุกตั้งแต่ 1-10 ปี และปรับ 10,000-100,000 บาท (ม.73)
ครอบครองเพื่อจำหน่าย	-	- จำคุกตั้งแต่ 1-10 ปี และปรับ 10,000-100,000 บาท (ม.74ว.2)



ตารางที่ 10.23 สรุปบทกำหนดโทษเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษ (ต่อ)

ข้อหา	ยาเสพติดให้โทษประเภท 1	ยาเสพติดให้โทษประเภท 2
ครอบครอง	-	- จำคุกไม่เกิน 5 ปี และปรับไม่เกิน 50,000 บาท (ม.74) - ถ้า 10 กก.ขึ้นไป ถือว่าครอบครองเพื่อจำหน่าย (ม.26ว.2)
เสพ	-	-
ใช้ยาสูบหรือกลวง ชู เชื้อ ใช้กำลัง ประทุษร้ายฯ ให้ผู้อื่น	- จำคุก 1-10 ปี และปรับ 10,000-100,000 บาท (ม.93) - ถ้ากระทำโดยมีอาวุธหรือร่วมกัน 2 คนขึ้นไป จำคุก 2-15 ปี และปรับ 20,000-150,000 บาท (ม.93ว.2) - ถ้ากระทำผิดต่อหญิงหรือต่อผู้ไม่บรรลุนิติภาวะ หรือเพื่อจูงใจให้ผู้อื่นกระทำความผิดอาญา หรือเพื่อประโยชน์ในการกระทำความผิดอาญา จำคุก 3 ปี ถึงตลอดชีวิต และปรับ 30,000-500,000 บาท (ม.93ว.3)	- จำคุก 1-10 ปี และปรับ 10,000-100,000 บาท (ม.93) - ถ้ากระทำโดยมีอาวุธหรือร่วมกัน 2 คนขึ้นไป จำคุก 2-15 ปี และปรับ 20,000-150,000 บาท (ม.93ว.2) - ถ้ากระทำผิดต่อหญิงหรือต่อผู้ไม่บรรลุนิติภาวะ หรือเพื่อจูงใจให้ผู้อื่นกระทำความผิดอาญา หรือเพื่อประโยชน์ในการกระทำความผิดอาญา จำคุก 3 ปี ถึงตลอดชีวิต และปรับ 30,000-500,000 บาท (ม.93ว.3)
ข้อหา	ยาเสพติดให้โทษประเภท 5 ไม่รวมพืชกระท่อม	ยาเสพติดให้โทษประเภท 5 เฉพาะพืชกระท่อม
ผลิตนำเข้า ส่งออก จำหน่าย	- จำคุกตั้งแต่ 2-15 ปี และปรับ 20,000-150,000 บาท (ม.75ว.1)	- จำคุกไม่เกิน 2 ปี และปรับไม่เกิน 20,000 บาท (ม.75ว.2)
ครอบครองเพื่อจำหน่าย	- จำคุกตั้งแต่ 2-15 ปี และปรับ 20,000-150,000 บาท (ม.76ว.2)	- จำคุกไม่เกิน 2 ปี และปรับไม่เกิน 20,000 บาท (ม.76ว.4)
ครอบครอง	- จำคุกไม่เกิน 5 ปี และปรับไม่เกิน 50,000 บาท (ม.76ว.1) - ถ้า 10 กก.ขึ้นไป ถือว่าครอบครองเพื่อจำหน่าย (ม.26ว.2)	- จำคุกไม่เกิน 1 ปี และปรับไม่เกิน 10,000 บาท หรือ ทั้งจำทั้งปรับ (ม.76ว.3) - ถ้า 10 กก.ขึ้นไป ถือว่าครอบครองเพื่อจำหน่าย (ม.26ว.2)
เสพ	- จำคุกไม่เกิน 1 ปี และปรับไม่เกิน 10,000 บาท (ม.92ว.1)	- จำคุกไม่เกิน 1 เดือน หรือปรับไม่เกิน 1,000 บาท (ม.92ว.2)
ใช้ยาสูบหรือกลวง ชู เชื้อ ใช้กำลัง ประทุษร้ายฯ ให้ผู้อื่น	- จำคุก 1-10 ปี และปรับ 10,000-100,000 บาท (ม.93) - ถ้ากระทำต่อหญิงหรือต่อผู้ไม่บรรลุนิติภาวะ หรือเพื่อจูงใจให้ผู้อื่นกระทำความผิดอาญา หรือเพื่อประโยชน์ในการกระทำความผิดอาญา จำคุก 3 ปี ถึงตลอดชีวิต และปรับ 30,000-500,000 บาท	- จำคุก 1-10 ปี และปรับ 10,000-100,000 บาท (ม.93) - ถ้ากระทำต่อหญิงหรือต่อผู้ไม่บรรลุนิติภาวะ หรือเพื่อจูงใจให้ผู้อื่นกระทำความผิดอาญา หรือเพื่อประโยชน์ในการกระทำความผิดอาญา จำคุก 3 ปี ถึงตลอดชีวิต และปรับ 30,000-500,000 บาท
ยุยงส่งเสริม ให้ผู้อื่น	- จำคุกไม่เกิน 1 ปี และปรับไม่เกิน 10,000 บาท (ม.93ทวิ ว.2)	- จำคุกไม่เกิน 1 ปี และปรับไม่เกิน 10,000 บาท (ม.93ทวิ ว.2)

แก้ไขเพิ่มเติมกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ

ราชกิจจานุเบกษาเผยแพร่พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 6) พ.ศ. 2560 สมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมหาวชิราลงกรณบดินทรเทพยวรางกูร ให้ไว้ ณ วันที่ 14 มกราคม ปี 2560 เป็นปีที่ 2 ในรัชกาลปัจจุบัน สมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมหาวชิราลงกรณบดินทรเทพยวรางกูร มีพระราชโองการโปรดเกล้าฯ ให้ประกาศว่า โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ จึงทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้ตราพระราชบัญญัติขึ้นไว้โดยคำแนะนำและยินยอมของสภานิติบัญญัติแห่งชาติ ดังต่อไปนี้



พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 6) พ.ศ. 2560

มาตรา 1 พระราชบัญญัตินี้เรียกว่า “พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 6) พ.ศ. 2560”

มาตรา 2 พระราชบัญญัตินี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษา เป็นต้นไป

มาตรา 3 ให้ยกเลิกความในวรรคสามของมาตรา 15 แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2545 และให้ใช้ ความต่อไปนี้แทน

“การผลิต นำเข้า ส่งออก หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 1 ตามปริมาณ ดังต่อไปนี้ ให้สันนิษฐานว่าเป็นการผลิต นำเข้า ส่งออก หรือมีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่าย

(1) เดกซ์โตรัลเฟโอรียด์ หรือ แอลเอสดี มีปริมาณคำนวณเป็นสารบริสุทธิ์ตั้งแต่ศูนย์จุดเจ็ดห้า (0.75) มิลลิกรัมขึ้นไป หรือมียาเสพติดที่มีสารดังกล่าวผสมอยู่จำนวนสิบห้าหน่วยการใช้ขึ้นไปหรือมีน้ำหนักสุทธิ ตั้งแต่สามร้อย มิลลิกรัม (300) ขึ้นไป

(2) แอมเฟตามีนหรืออนุพันธ์แอมเฟตามีน มีปริมาณคำนวณเป็นสารบริสุทธิ์ตั้งแต่สามร้อยเจ็ดสิบห้า มิลลิกรัม (375) ขึ้นไป หรือมียาเสพติดที่มีสารดังกล่าวผสมอยู่จำนวนสิบห้าหน่วยการใช้ขึ้นไปหรือ มีน้ำหนักสุทธิตั้งแต่หนึ่งจุด ห้ากรัมขึ้นไป

(3) ยาเสพติดให้โทษในประเภท 1 นอกจาก (1) และ (2) มีปริมาณคำนวณเป็นสารบริสุทธิ์ ตั้งแต่สามกรัม (300) ขึ้นไป”

มาตรา 4 ให้ยกเลิกความในวรรคสองของมาตรา 17 แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน “การมียาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ไว้ในครอบครองคำนวณเป็นสารบริสุทธิ์ได้ตั้งแต่หนึ่งร้อย (100) กรัม ขึ้นไป ให้สันนิษฐานว่ามีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่าย”

มาตรา 5 ให้ยกเลิกความในวรรคสองของมาตรา 26 แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน “การมียาเสพติดให้โทษในประเภท 4 หรือในประเภท 5 ไว้ในครอบครองมีปริมาณตั้งแต่ สิบกิโลกรัมขึ้นไป ให้สันนิษฐานว่ามีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่าย”

มาตรา 6 ให้ยกเลิกความในมาตรา 65 แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติม โดยพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2545 และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“มาตรา 65 ผู้ใดผลิต นำเข้า หรือส่งออกซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 1 อันเป็นการฝ่าฝืนมาตรา 15 ต้อง ระวางโทษจำคุกตั้งแต่สิบปีถึงจำคุกตลอดชีวิต และปรับตั้งแต่หนึ่งล้านบาทถึงห้าล้านบาท ถ้าการกระทำความผิดตามวรรค หนึ่งเป็นการกระทำเพื่อจำหน่าย ต้องระวางโทษจำคุกตลอดชีวิต และปรับตั้งแต่หนึ่งล้านบาทถึงห้าล้านบาท หรือประหารชีวิต ถ้าการกระทำความผิดตามวรรคหนึ่งเป็นการผลิตโดยการแปรรูจ หรือรวมบรรจุ ต้องระวางโทษ จำคุกตั้งแต่สี่ปีถึงสิบห้าปี หรือปรับตั้งแต่แปดหมื่นบาทถึงสามแสนบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ ถ้าการกระทำความผิดตามวรรคสาม เป็นการกระทำเพื่อ จำหน่าย ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่สี่ปี ถึงจำคุกตลอดชีวิต และปรับตั้งแต่สี่แสนบาทถึงห้าล้านบาท”

มาตรา 7 ให้ยกเลิกความในมาตรา 67 แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติม โดยพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2545 และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน “มาตรา 67 ผู้ใดมีไว้ในครอบครองซึ่ง ยาเสพติดให้โทษในประเภท 1 โดยไม่ได้รับอนุญาต ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่หนึ่งปีถึงสิบปี หรือปรับตั้งแต่สองหมื่นบาท ถึงสองแสนบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ”

มาตรา 8 บทบัญญัติมาตรา 15 วรรคสาม มาตรา 17 วรรคสอง และมาตรา 26 วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติ ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัตินี้ ไม่ให้ใช้บังคับแก่คดีที่ศาลชั้นต้นมีคำพิพากษาแล้วก่อน วันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ และให้นำกฎหมาย ซึ่งใช้บังคับอยู่ในวันก่อนวันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ บังคับแก่คดี ดังกล่าวต่อไปจนกว่าคดีถึงที่สุด คดีซึ่งค้างพิจารณาอยู่ในศาลชั้นต้นในวันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ ถ้าคู่ความฝ่ายใดฝ่าย หนึ่ง หรือทั้งสองฝ่ายยื่นคำแถลงขอสืบพยานหลักฐานเพิ่มเติมว่าการกระทำของจำเลยเป็นการกระทำ เพื่อจำหน่ายหรือไม่ ก็ให้ศาลสืบพยานหลักฐานเพิ่มเติมได้ตามที่เห็นสมควร

มาตรา 9 ในกรณีที่ศาลพิพากษาลงโทษผู้กระทำความผิดตามมาตรา 65 วรรคหนึ่ง แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติด ให้โทษ พ.ศ. 2522 ซึ่งใช้บังคับอยู่ในวันก่อนวันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ และคดีถึงที่สุดแล้ว ถ้าผู้กระทำความผิดยังไม่ได้รับโทษ หรือกำลังรับโทษอยู่ เมื่อความปรากฏแก่ศาล หรือเมื่อผู้กระทำความผิด ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้นั้น ผู้อนุบาลของผู้นั้นหรือ พนักงานอัยการร้องขอให้ศาลชั้นต้นที่พิพากษาคดีนั้นมีอำนาจกำหนดโทษใหม่ตามมาตรา 65 วรรคหนึ่ง แห่งพระราชบัญญัติ ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัตินี้ ในการที่ศาลจะกำหนดโทษใหม่นี้ ให้ศาลมีอำนาจได้สวน



ผู้ที่เกี่ยวข้องตามที่เห็นว่าจำเป็น ถ้าปรากฏว่า ผู้กระทำความผิดได้รับโทษมาบ้างแล้ว และศาลเห็นเป็นการสมควรศาลจะรอการลงโทษที่เหลืออยู่หรือจะปล่อยผู้กระทำความผิดไปก็ได้

มาตรา 10 ให้ประธานศาลฎีกา นายกรัฐมนตรี รัฐมนตรีว่าการกระทรวงยุติธรรม และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ ในส่วนที่เกี่ยวกับอำนาจหน้าที่ของตน

หมายเหตุ: เหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัติฉบับนี้ คือ โดยที่กฎหมายปัจจุบันมีบทบัญญัติบางส่วนที่กำหนดว่าบุคคลใดซึ่งกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษในประเภท 1 ประเภท 2 ประเภท 4 และประเภท 5 โดยมียาเสพติดให้โทษเกินปริมาณที่กำหนดไว้ ให้ถือเป็นเด็ดขาดว่าผู้นั้นกระทำความผิดเพื่อจำหน่าย โดยไม่ได้เปิดโอกาสให้พิจารณาจากพฤติการณ์ หรือคำนึงถึงเจตนาที่แท้จริงของผู้กระทำความผิดและไม่ได้ให้สิทธิ ผู้ต้องหาหรือจำเลยในการพิสูจน์ความจริงในคดีสมควรแก้ไขปรับปรุงบทบัญญัติดังกล่าวให้มีลักษณะเป็นเพียง ข้อสันนิษฐาน เพื่อให้ผู้ต้องหาหรือจำเลยมีโอกาสพิสูจน์ความจริงได้ นอกจากนี้ อัตราโทษสำหรับความผิดเกี่ยวกับ การผลิต นำเข้า หรือส่งออกซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 1 ที่กำหนดโทษให้จำคุกตลอดชีวิต และปรับตั้งแต่ หนึ่งล้านบาทถึงห้าล้านบาท หรือประหารชีวิต ยังไม่เหมาะสม สมควรแก้ไขปรับปรุงบทกำหนดโทษดังกล่าว เพื่อให้การลงโทษผู้กระทำความผิดมีความเหมาะสมยิ่งขึ้น จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้

สรุปประเด็นคำสั่ง คสช. 108/ 2557

ประกาศ คณะรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ 107/2557 ลงวันที่ 21 กรกฎาคม 2557 เรื่อง การปฏิบัติต่อผู้ต้องสงสัยว่ากระทำความผิดตามกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติด เพื่อเข้าสู่อำนาจบำบัดฟื้นฟูและการดูแลผ่านการบำบัดฟื้นฟู

เจตนารมณ์

- ด้วยข้อยืนยันทงการแพทย์ว่า ผู้เสพยาเสพติดจะทำให้เป็นโรคสมองติดยา จึงควรให้โอกาสผู้เสพติดเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูด้วยความยินยอม

- เพื่อให้ผู้เสพ/ ผู้ติดยาเสพติดได้มีโอกาสเข้ารับ การบำบัดฟื้นฟู โดยไม่ถือว่าเป็นความผิดทางกฎหมาย

- เพื่อให้ผู้เสพ/ ผู้ติดยาเสพติดเหล่านั้นได้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูฯ โดยเร็วก่อนที่จะก่อให้เกิดปัญหาต่อตนเอง ครอบครัวและสังคม

- เพื่อให้ผู้เสพ/ ผู้ติดยาเสพติดกลับฟื้นคืนสภาพจากการเสพติด และสามารถกลับไปใช้ชีวิตในครอบครัว ชุมชนได้อย่างปกติ

การส่งผู้ต้องสงสัยว่ากระทำความผิดฐานเสพยาเสพติด หรือเสพและมียาเสพติดไว้ในครอบครองมีองค์ประกอบดังนี้

- ตรวจพบสารพบยาเสพติด หรือมียาเสพติดไว้ในครอบครองไม่เกินจำนวนที่ระบุในท้ายคำสั่ง

- ไม่ถูกดำเนินคดีในความผิดอื่นที่มีโทษจำคุก

- ไม่มีพฤติกรรมที่อาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้อื่นหรือสังคม (เป็นการใช้ดุลยพินิจของเจ้าหน้าที่ตำรวจต้องพึงระวังอาจมีข้อโต้แย้ง หรือมีข้อร้องเรียนภายหลัง)

- ยินยอมเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู หากไม่ยินยอมให้ดำเนินคดีตามกฎหมาย

แนวทางการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ตำรวจ

- การดำเนินการตามคำสั่งต้องลงบันทึกประจำวันทุกครั้ง โดยให้ปรากฏรายละเอียดตามองค์ประกอบข้างต้น

- มียาเสพติดของกลางหรือไม่ เข้าบำบัดแล้วกี่ครั้ง สมควรใจหรือไม่

- กรณีตรวจพบผู้เสพที่จังหวัดหนึ่งแต่มีภูมิลำเนาหรือพักอาศัยอีกจังหวัดหนึ่ง ผู้เสพสามารถเลือกได้ว่าจะเข้ารับบำบัดที่ศูนย์ ณ อำเภอใด

- กรณีตรวจพบผู้เสพเป็นชาวต่างชาติ ให้ดำเนินการเข้าศูนย์คัดกรองเช่นกัน ยกเว้นผู้เข้าเมืองโดยผิดกฎหมาย

- กรณีจับกุมพร้อมยาเสพติดแต่ไม่เกินปริมาณที่กำหนด ให้ส่งผู้เสพเข้าศูนย์บำบัด และให้พนักงานสอบสวน

ส่งยาเสพติดตรวจวิเคราะห์ที่สถานตรวจพิสูจน์

- กรณีขอหาเฉพาะขณะจับให้ดำเนินคดีตามกฎหมาย

- กรณีเข้าศูนย์บำบัดมาแล้ว 5 ครั้ง ให้ดำเนินคดีตามกฎหมาย



แบบฟอร์มและการรายงาน (ด้านการนำเข้าบำบัด)

บ.108-2557-1 (แก้ไขเพิ่มเติม) บันทึกผลการตรวจปัสสาวะ

บ.108-2557-2 การยินยอมเข้ารับการรักษาบำบัดฟื้นฟู

บ.108-2557-3 (แบบ ก) บันทึกการส่งมอบและรับมอบสิ่งของต้องสงสัยว่าเป็นยาเสพติด

การส่งมอบและรับมอบสิ่งของต้องสงสัยว่าเป็นยาเสพติด เพื่อตรวจพิสูจน์ที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์เพื่อให้การดำเนินงานของกรมที่เกี่ยวข้องด้านการบำบัดและแก้ไขปัญหายาเสพติด สอดคล้องกับนโยบายของ รัฐบาล และสามารถจำแนกผลการปฏิบัติงานว่าสนับสนุนด้านการฟื้นฟูบำบัด หรือสนับสนุนด้านการปราบปราม

กรณีดำเนินการตามปกติ ขอให้ใช้แบบฟอร์มตามเดิม

กรณีดำเนินการตามคำสั่ง คสช. 108/2557 แบบฟอร์ม บ.108-2557-3 (แบบ ก-ค)

เมื่อรับสิ่งของต้องสงสัยว่าเป็นยาเสพติดที่จัดส่งมาแล้วจะดำเนินการตามนี้

1) ตรวจพิสูจน์ว่าเป็นยาเสพติดหรือไม่ เป็นยาเสพติดประเภทใด และชนิดใด ด้วยวิธีคุณภาพวิเคราะห์

2) เมื่อได้ทำการตรวจพิสูจน์แล้ว ให้สถานตรวจพิสูจน์รายงานผลการตรวจพิสูจน์ให้ส่วนราชการผู้นำส่งทราบภายในกำหนด 15 วัน นับแต่วันที่สถานตรวจพิสูจน์ได้รับหนังสือนำส่งสิ่งของต้องสงสัยว่าเป็นยาเสพติดเพื่อตรวจพิสูจน์ โดยดำเนินการออกรายงานผลการตรวจพิสูจน์ ดังนี้

2.1) กรณีเป็นยาเสพติดตามบัญชีท้ายประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ 108/2557 ลงวันที่ 21 กรกฎาคม 2557 ให้สถานตรวจพิสูจน์ออกรายงานผลการตรวจพิสูจน์ตามแบบ บ.108-2557-3 แบบ ง.

2.2) กรณีพบว่าเป็นยาเสพติด แต่ไม่ใช่ยาเสพติดตามลักษณะ ชนิด และประเภทที่กำหนด หรือเป็นยาเสพติดที่มีปริมาณหรือน้ำหนักเกินกว่าที่กำหนดตามบัญชีท้ายประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ 108/2557 ลงวันที่ 21 กรกฎาคม 2557 ให้สถานตรวจพิสูจน์ออกรายงานผลการตรวจ พิสูจน์ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการจับ ยึด และตรวจพิสูจน์ยาเสพติด พ.ศ. 2557

คำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติที่ 10/2561**เรื่องแก้ไขเพิ่มเติมบัญชีท้ายประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ 108/2557**

หลังพบว่าปัจจุบันได้ปรากฏว่ามีการนำวัตถุออกฤทธิ์บางประเภทตามกฎหมายว่าด้วยวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทมาใช้ในการเสกกันเป็นวงกว้าง ขณะที่วัตถุออกฤทธิ์ดังกล่าวมิได้ถูกกำหนดไว้ในบัญชีท้ายประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ด้วยเหตุนี้หากผู้เสกวัตถุออกฤทธิ์โดยเฉพาะผู้เสกที่เป็นเด็กและเยาวชนเป็นผู้ต้องสงสัยว่ากระทำความผิดฐานเสพยาเสพติด หรือเสกและมียาเสพติดไว้ในครอบครอง ได้เสกหรือมีวัตถุออกฤทธิ์นี้ในปริมาณที่ไม่มากเกินกว่าที่กำหนดไว้ กรณีเช่นนี้จะไม่สามารถนำมาตรึงการทางเลือกในการบำบัดฟื้นฟูมาใช้แทนการลงโทษหรือการดำเนินคดีได้ แม้ผู้เสกจะมีความสมัครใจเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูก็ตาม จึงจำเป็นต้องแก้ไขเพิ่มเติมบัญชีท้ายประกาศ คสช. ที่ 108/2557 เพื่อให้การดำเนินการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดเป็นไปโดยเหมาะสม มีมาตรการทางเลือกที่ได้สัดส่วนกับการกระทำความผิด อันเป็นประโยชน์ต่อการแก้ไขเยียวยา บำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้เสก ดังนั้น หัวหน้าคสช. จึงอาศัยอำนาจรัฐธรรมนูญประกอบกับ มาตรา 44 ของรัฐธรรมนูญปี 2557 ให้เพิ่มวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ได้แก่ คีตามีน เป็นยาเสพติดให้โทษและวัตถุออกฤทธิ์ และให้รวมถึงวัตถุที่เรียกชื่อเป็นอย่างอื่น แต่มีสูตรโครงสร้างทางเคมีอย่างเดียวกับยาเสพติดให้โทษหรือวัตถุออกฤทธิ์ดังกล่าว และเกลือใดๆ ของยาเสพติดให้โทษหรือวัตถุออกฤทธิ์ดังกล่าวด้วย ในบัญชียาเสพติดท้ายประกาศคสช.ฉบับที่ 108/2557 ทั้งนี้ คำสั่งนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

แผนงานวิจัยด้านยาเสพติด 5 ปี (research mapping)**ด้านการบำบัด**

1. มีงานวิจัยด้านการบำบัดรักษาที่สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการบำบัดรักษาได้ทั้งประเทศและเกิดการพัฒนาระบบบริการบำบัด
2. มีการวิจัยร่วมกันระหว่างหน่วยงานในระดับประเทศ
3. มีงานวิจัยประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์/ ประเมินผลการบำบัดรักษา
4. เป็นงานวิจัยที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน
5. ได้นวัตกรรมใหม่ๆ



6. สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนางาน
7. เป็นฐานข้อมูลงานวิจัย
8. สร้าง best practice, องค์ความรู้ใหม่ที่มี evidence-based practice
9. สร้างเครือข่ายระบบบริการ

ด้านชุมชน

1. สร้างความเข้มแข็ง/ ส่วนร่วมให้กับเครือข่ายชุมชน
2. ได้รูปแบบการบำบัดในชุมชน
3. วิจัยในรูปแบบการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (participation action research)

ด้านอาเซียน

1. มีการแลกเปลี่ยนฐานข้อมูลในด้านต่างๆ เช่น การแพร่ระบาดของยาเสพติด การป้องกันปราบปราม และการบำบัดรักษากับประเทศในอาเซียน

2. มีการวิจัยร่วมกันระหว่างประเทศในอาเซียน
3. เกิดระบบเครือข่าย/ การรับ-ส่งต่อ ในการดูแลบำบัดรักษาระหว่างประเทศ
4. ได้พัฒนาบุคลากรโดยมีความร่วมมือในการวิจัยระหว่างประเทศ ASEAN

ด้านอื่นๆ

1. ใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายของผู้บริหาร
2. ค้นหาคำตอบเพื่อตอบในสิ่ง/ข้อสงสัยของผู้บริหาร/องค์กร
3. มีการแบ่งปันและแลกเปลี่ยนความรู้ (sharing knowledge) เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ๆ
4. สามารถตอบสนองเชิงนโยบายของประเทศ
5. เพื่อให้ประชาชนอยู่ดีมีสุขภาพแข็งแรง พึ่งพาตัวเองได้
6. สร้างกลยุทธ์ระหว่างประเทศ

ตารางที่ 10.24 บทเรียนรู้ของการวิจัยที่ผ่านมา

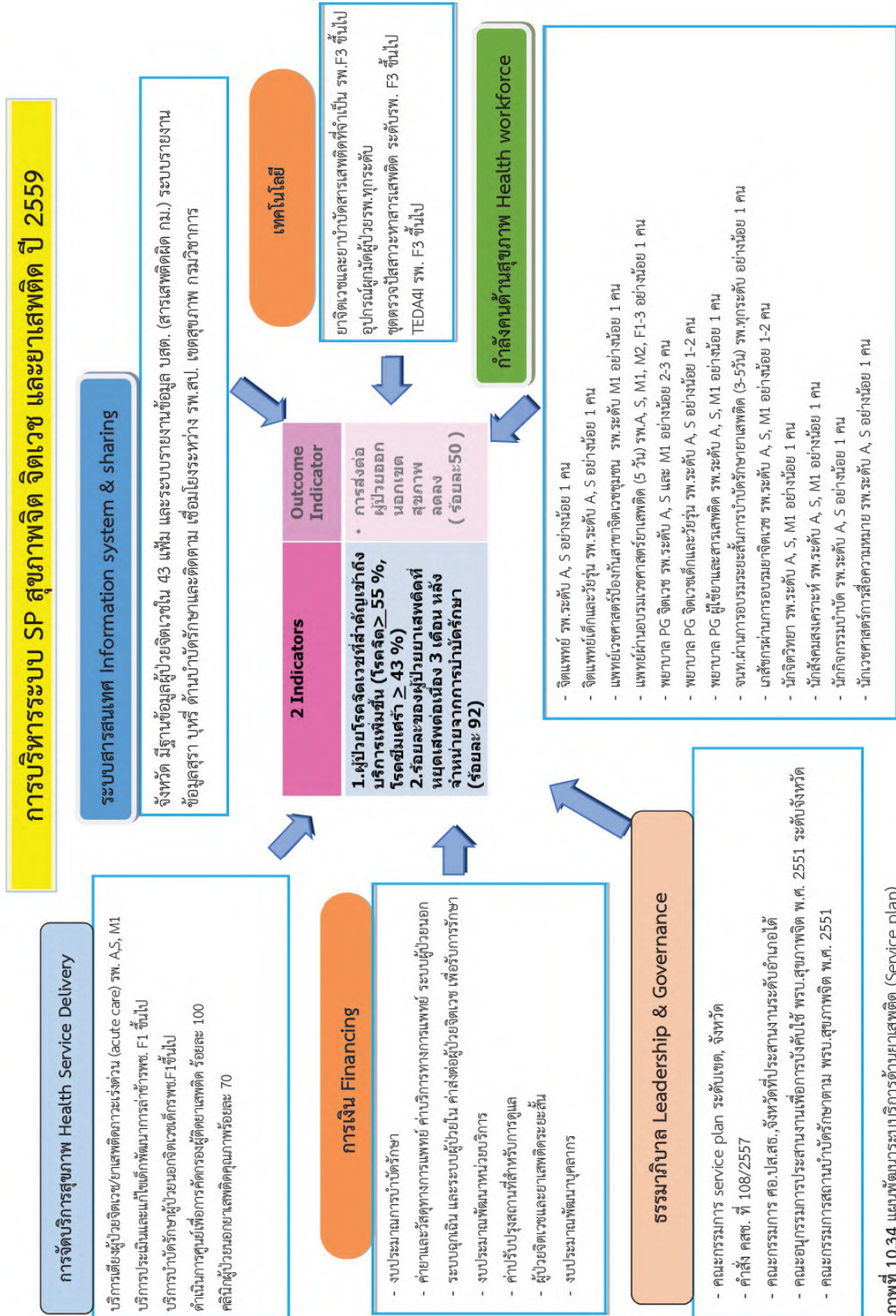
ด้านบวก	ด้านลบ
1. ผู้วิจัยได้แนวคิดเชิงวิทยาศาสตร์/ ทักษะ 2. ได้ความรู้/ คำตอบที่ต้องการ 3. มีผู้วิจัยหน้าใหม่เกิดขึ้นและได้เรียนต่อในระดับสูงขึ้น 4. ได้เครือข่ายทางวิชาการ 5. มีความก้าวหน้าในวิชาชีพ 6. มีแหล่งเงินทุนเพียงพอ 7. เป็นแหล่งของกลุ่มตัวอย่าง 8. มีผู้เชี่ยวชาญเป็นที่ปรึกษา 9. มีเวทีนำเสนอผลงาน 10. มีคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย (EC) 11. เกิดกระบวนการเรียนรู้ในงานวิจัย 12. มีนโยบายสนับสนุนนักวิจัยหน้าใหม่ 13. P4P ให้แรงจูงใจ 14. มีเครือข่ายระดับสถาบันการศึกษา 15. ผลงานสามารถนำไปใช้พัฒนางานได้	1. งานวิจัยล้าสมัย ไม่ทันต่อสถานการณ์ 2. ขาดการวิเคราะห์ความต้องการของผู้รับบริการ 3. งานวิจัยดำเนินการแบบแยกส่วนไม่ต่อเนื่อง ไม่เห็นภาพรวม 4. นำไปใช้ประโยชน์ได้น้อย 5. งานวิจัยเกิดจากตัวผู้วิจัยเอง ไม่ได้มาจากผู้บริหาร 6. ระเบียบวิธีวิจัยไม่ถูกต้อง (วิจัยได้มีคุณภาพ) 7. ขาดพี่เลี้ยง/ หน่วยสนับสนุนการทำวิจัย 8. ขาดฐานข้อมูลในการค้นหางานวิจัย 9. ขาดแรงจูงใจ 10. ระเบียบการเบิกจ่ายไม่เอื้ออำนวย 11. ผู้วิจัยมีงานประจำมาก/ มีภาระงานอื่น 12. งานไม่สำเร็จตามกำหนด 13. ขาดนักวิจัย/ ขาดตำแหน่ง (นักวิจัย/ นักสถิติ) 14. ผลงานวิจัยขึ้นหิ้ง 15. ขั้นตอนการขอทุนสนับสนุนยาก 16. ไม่ได้รับการส่งเสริมสนับสนุนอย่างจริงจัง 17. ขาดการส่งเสริมองค์ความรู้บางสาขา (เทคนิคการแพทย์) 18. ไม่สามารถพัฒนางานวิจัยสู่ความร่วมมือระหว่างประเทศ 19. ขาดผู้สนใจในการทำงานวิจัย เนื่องจากต้องใช้ความพยายามสูง



แผนงาน/โครงการวิจัยที่ตอบสนองแผนยุทธศาสตร์

1. พัฒนาการดูแลทางคลินิกที่เป็นเลิศ (ผลลัพธ์ที่ได้ คือ คู่มือ/ โปรแกรมการบำบัดต่างๆ)
 - พัฒนารูปแบบบำบัดผู้ป่วยเด็ก+วัยรุ่น/ หญิง/ ระยะวิกฤต/ co-morbidity/ เฉพาะสารเสพติด
 - ประเมินผลการบำบัดรูปแบบการบำบัด matrix program
 - ศึกษาาระบาดวิทยาสารเสพติดตัวใหม่ การใช้ในทางที่ผิด
 - ศึกษาผลของยาที่ใช้ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด เช่น naltrexone, buprenorphine เป็นต้น
 - รูปแบบการบำบัดรักษาทางจิตสังคม เช่น ACT, การพัฒนาเครือข่ายการส่งต่อการบำบัด เป็นต้น
 - การใช้เทคโนโลยีในการติดตามผู้ป่วย เช่น APP, เครื่องมือการคัดกรองที่มีประสิทธิภาพ เป็นต้น
 - ประเมินประสิทธิผล ความคุ้มค่า ของ residential Px.
2. พัฒนาการลดอันตราย
 - ข้อมูลพื้นฐานของผู้ใช้ยา เช่น อันตราย, comorbid ที่เกิดขึ้น เป็นต้น
 - systematic review harm reduction in methamphetamine
 - ประเมินผลนโยบายของ harm ของประเทศ (การนำไปใช้, การรับรู้นโยบาย)/ ที่นำไปใช้จริง (ประสิทธิผล)
 - การเสริมพลังอำนาจในผู้ป่วย harm
3. การมีส่วนร่วมของชุมชน/ ประชากร
 - พัฒนา model ของ CBTx
 - การรับรู้และการมีส่วนร่วมในการบำบัด/ แก้ไขปัญหาเสพติดของชุมชน
 - การพัฒนา model ในการป้องกันการใช้ยาเสพติดในโรงเรียน
 - รูปแบบการดูแลของชุมชนเพื่อป้องกันการเสพติด
 - การใช้ 12 step ในการติดตามช่วยเหลือผู้ป่วย
4. พัฒนาระบบติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน
 - R&D ระบบการส่งต่อการบำบัดรักษาระหว่างกลุ่มธัญญารักษ์+เครือข่าย
 - ประเมินผลระบบการติดตามหลังการบำบัด
 - วิจัยเพื่อสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยมาติดตามหลังการรักษา
 - การใช้เทคโนโลยีเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการติดตาม
 - อัตราความสำเร็จของการเลิกบุหรี่ในกลุ่มผู้ป่วยยาเสพติดที่มีโรคร่วมติดบุหรี่ของ สบยช.
 - ประเมินผลการบำบัดรักษาฟื้นฟู matrix program ในสถานบำบัดของประเทศไทย
 - ประเมินผลระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เข้า FAST model
 - ประเมินผลการบำบัดบุหรี่
 - ประเมินผลการนำนโยบาย harm reduction สู่การปฏิบัติ
 - การวิจัยเชิงคุณภาพในกลุ่มผู้ป่วยที่ถูกทอดทิ้ง







คำสั่งกรมการแพทย์

ที่ สสธ./๒๕๖๑

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำหนังสือ Thailand Medical Service Profile 2015 - 2018

(การแพทย์ไทย ๒๕๕๘ - ๒๕๖๑) Second Edition

ตามที่กรมการแพทย์ได้ดำเนินการจัดทำหนังสือ Thailand Medical Services Profile (TMSP) เพื่อพัฒนาระบบสารสนเทศที่เป็นข้อมูลด้านวิชาการแพทย์ซึ่งจะเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ (Evidence based) ในการเสนอแนะนโยบายและอ้างอิงด้านวิชาการ นั้น

เพื่อให้การดำเนินงานของการจัดทำหนังสือ Thailand Medical Services Profile (TMSP) ดำเนินไปด้วยความเรียบร้อยและมีประสิทธิภาพ ฉะนั้น อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๒ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๕) พ.ศ. ๒๕๔๕ จึงแต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำหนังสือ Thailand Medical Service Profile 2015 - 2018 (การแพทย์ไทย ๒๕๕๘ - ๒๕๖๑) Second Edition ดังต่อไปนี้

๑. บทความ เรื่อง “โรคไตเรื้อรัง”

๑. นายสกลันต์	บุญนาค	โรงพยาบาลราชวิถี	ประธาน
๒. นางสาวรางคณา	พิชัยวงศ์	โรงพยาบาลราชวิถี	อนุกรรมการ
๓. นางสาววรรณิยา	มีนุ่น	โรงพยาบาลราชวิถี	อนุกรรมการ
๔. นางสาวธิดิยา	พั่ววิไล	โรงพยาบาลราชวิถี	อนุกรรมการ
๕. นางสาวฉันทิศา	อารยางค์กูร	โรงพยาบาลราชวิถี	อนุกรรมการ
๖. นายสมชาย	เจตสุรกันต์	โรงพยาบาลเลิดสิน	อนุกรรมการ

๒. บทความ เรื่อง “โรคไขมันในเลือดสูง”

๑. นายสุรพันธ์	พงศ์สุธนะ	โรงพยาบาลราชวิถี	ประธาน
----------------	-----------	------------------	--------

๓. บทความ เรื่อง “โรคอ้วน”

๑. ศาสตราจารย์คลินิก ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์	โรงพยาบาลราชวิถี	ประธาน
๒. รองศาสตราจารย์คลินิก วีระศักดิ์ ศรีนินภากร	โรงพยาบาลราชวิถี	อนุกรรมการ
๓. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สถิต นิรมิตมหาปัญญา	โรงพยาบาลราชวิถี	อนุกรรมการ

๔. บทความ เรื่อง “ภาวะความดันโลหิตสูงในสตรีตั้งครรภ์”

๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุรศักดิ์ จันทร์แสงอร่าม	โรงพยาบาลราชวิถี	ประธาน
๒. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พงษ์นิย ผดุงเกียรติวัฒนา	โรงพยาบาลราชวิถี	อนุกรรมการ

๕. บทความ...



(การแพทย์ไทย ๒๕๕๘ - ๒๕๖๑) Second Edition : Volume 1



-๒-

๕. บทความ เรื่อง “โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)”

๑. นายสมชาย	โตณะบุตร	ข้าราชการบำนาญ	ที่ปรึกษา
๒. นายสุชาติ	หาญไชยพิบูลย์กุล	สถาบันประสาทวิทยา	ประธาน
๓. นางสาวทัศนีย์	ตันติฤทธิ์ศักดิ์	สถาบันประสาทวิทยา	อนุกรรมการ
๔. นางจุฑาภรณ์	บุญธง	สถาบันประสาทวิทยา	อนุกรรมการ
๕. นายธนบูรณ์	วรกิจขำรงค์ชัย	สถาบันประสาทวิทยา	อนุกรรมการ

๖. บทความ เรื่อง “ไข้เลือดออก (Dengue Hemorrhagic Fever)”

๑. ศาสตราจารย์คลินิก สุธิตรา นิมนานิตย์	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชนี	ที่ปรึกษา
๒. นางสาวประอร สุประดิษฐ์ ณ อยุธยา	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชนี	ประธาน
๓. นางสาวพัชต์เพ็ญ สิริคุตต์	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชนี	อนุกรรมการ
๔. นางรศนา วลีรัตนภา	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชนี	อนุกรรมการ
๕. นางสุภาพร บัวบาน	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชนี	อนุกรรมการ

๗. บทความ เรื่อง “โรคไข้เลือดออกในผู้ใหญ่”

๑. นายพจน์ อินทลาภพร	โรงพยาบาลราชวิถี	ประธาน
----------------------	------------------	--------

๘. บทความ เรื่อง “การสับฟันผิดปกติ”

๑. นางสาวกรรณิกา ชูเกียรติมัน	สถาบันทันตกรรม	ประธาน
๒. นางสาวนงวิภา พุฒิกษา	สถาบันทันตกรรม	อนุกรรมการ
๓. นางสาวรศมี เกศสุวรรณรักษ์	สถาบันทันตกรรม	อนุกรรมการ
๔. นางสาวศศิธร ทวีเดช	สถาบันทันตกรรม	อนุกรรมการ
๕. นางสาวเอศเธระ ประทีปทองคำ	สถาบันทันตกรรม	อนุกรรมการ
๖. นางสาววัลลภา ยะประสิทธิ์	สถาบันทันตกรรม	อนุกรรมการ

๙. บทความ เรื่อง “โรคกระดูกหักในผู้ป่วยโรคกระดูกพรุน”

๑. นายสมศักดิ์ ลิเชวงวงศ์	โรงพยาบาลเลิดสิน	ประธาน
๒. นายเจริญชัย พากเพียรไพโรจน์	โรงพยาบาลเลิดสิน	อนุกรรมการ
๓. นายชัยวัฒน์ ปิยะสกุลแก้ว	โรงพยาบาลเลิดสิน	อนุกรรมการ
๔. นายชิตวีร์ เจียมตน	โรงพยาบาลเลิดสิน	อนุกรรมการ
๕. นายชวนนท์ สุ่มนะเศรษฐกุล	โรงพยาบาลเลิดสิน	อนุกรรมการ
๖. นายเดชพร พุทธิวรรา	โรงพยาบาลเลิดสิน	อนุกรรมการ
๗. นายทินกร ปลื้มวิทยากรณ์	โรงพยาบาลเลิดสิน	อนุกรรมการ
๘. นายสุนิคม ศุภอักษร	โรงพยาบาลเลิดสิน	อนุกรรมการ
๙. นางสาวชายน เมธาติลกกุล	โรงพยาบาลเลิดสิน	อนุกรรมการ
๑๐. นายปิยบุตร กิตติธรรมวงศ์	โรงพยาบาลเลิดสิน	อนุกรรมการ

๑๐. บทความ...



๑๐. บทความ เรื่อง “ระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน”

๑. นายไพโรจน์	เครือกาญจนา	โรงพยาบาลราชวิถี	ประธาน
		กรมการแพทย์	
๒. ศาสตราจารย์เกียรติคุณ สัน หัตถิรัตน์		สมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉิน	อนุกรรมการ
		แห่งประเทศไทย	
๓. นายสมชาย	กาญจนสุด	ข้าราชการบำนาญ	อนุกรรมการ
		กรมการแพทย์	
๔. นางสาวทิพา	ชาคร	คณะแพทยศาสตร์	อนุกรรมการ
		ศิริราชพยาบาล	
๕. นางสาวณิศา	สุเมธโชติเมธา	โรงพยาบาลราชวิถี	อนุกรรมการ
		กรมการแพทย์	
๖. นางสาวอุบล	ยี่เฮ้ง	โรงพยาบาลราชวิถี	อนุกรรมการ
		กรมการแพทย์	

๑๑. บทความ เรื่อง “ระบบการดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric Syndromes)”

๑. ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร			ที่ปรึกษา
เพื่อผู้สูงอายุ			
๒. นายธงชน	เพิมบลศรี	สำนักวิชาการแพทย์	ประธาน
๓. นางนิตกุล	ทองน่วม	สถาบันเวชศาสตร์	อนุกรรมการ
		สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร	
		เพื่อผู้สูงอายุ	
๔. นางสาวสมจินต์	โณมวัฒนะชัย	สถาบันเวชศาสตร์	อนุกรรมการ
		สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร	
		เพื่อผู้สูงอายุ	
๕. นางสาวอรรณพ	คุหา	สถาบันเวชศาสตร์	อนุกรรมการ
		สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร	
		เพื่อผู้สูงอายุ	
๖. นางนฤมล	ทองมีสิทธิ์	สถาบันเวชศาสตร์	อนุกรรมการ
		สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร	
		เพื่อผู้สูงอายุ	

๑๒. บทความ เรื่อง “Tuberculosis”

๑. นายเจริญ	ชูโชติถาวร	ข้าราชการบำนาญ	ประธาน
		สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์	
๒. นายฉัตรสร	นามวาท	กรมควบคุมโรค	อนุกรรมการ
๓. นางสาวเพชรวรรณ	พิงรัมย์	กรมควบคุมโรค	อนุกรรมการ
๔. นางศรีประพา	เนตรนิยม	กรมควบคุมโรค	อนุกรรมการ
๕. นายยุทธิชัย	เกษตรเจริญ	กรมควบคุมโรค	อนุกรรมการ

๑๓. บทความ...



(การแพทย์ไทย ๒๕๕๘ - ๒๕๖๑) Second Edition : Volume 1



-๕-

๑๓. บทความ เรื่อง “มะเร็งในช่องปาก”

๑. นายมานัส	โพธารณ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี	ที่ปรึกษา กรรมการแพทย์
๒. นายภักดี	สรรค์นิก	ข้าราชการบำนาญ	ที่ปรึกษา กรรมการแพทย์
๓. นายพรเอก	อภิพันธุ์	โรงพยาบาลราชวิถี	ประธาน กรรมการแพทย์
๔. นายทัศนชาติ	จิตรีธาดู	โรงพยาบาลราชวิถี	อนุกรรมการ กรรมการแพทย์
๕. นายณัฐ	นิยมอุดมวัฒนา	โรงพยาบาลราชวิถี	อนุกรรมการ กรรมการแพทย์
๖. นายอดิษฐ์	โชติพานิช	โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี	อนุกรรมการ กรรมการแพทย์
๗. นางสุรัฐญา	ศิริอาชากุล	โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี	อนุกรรมการ กรรมการแพทย์
๘. นางสาวอรจิต	กำเนิดทอง	โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏบุรี	อนุกรรมการ กรรมการแพทย์
๙. นายเอกภพ	แสงอริยนิช	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	อนุกรรมการ กรรมการแพทย์
๑๐. นางปิยะดา	ประเสริฐสม	กรมอนามัย	อนุกรรมการ
๑๑. นางนันทินี	ตั้งเจริญดี	กรมอนามัย	อนุกรรมการ
๑๒. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภัทรวุฒิ วัฒนศัพท์		คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	อนุกรรมการ
๑๓. นายณปฏ	ตั้งจาดูรณรัตน์	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	อนุกรรมการ
๑๔. รองศาสตราจารย์ พิชิต สิทธิไตรย์		คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	อนุกรรมการ
๑๕. นายมนุพล	ตั้งทองคำ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	อนุกรรมการ
๑๖. นางสาวสมจินต์	จินดาวิจักขณ์	โรงพยาบาลราชวิถี	อนุกรรมการ กรรมการแพทย์

๑๔. บทความ...



-๕-

๑๔. บทความ เรื่อง “โรคสะกดเงิน”

๑. นางมิ่งขวัญ	วิชัยดิษฐ์	ผู้อำนวยการสถาบันโรคผิวหนัง	ที่ปรึกษา
๒. นายจินดา	โรจนเมธินทร์	สถาบันโรคผิวหนัง	ประธาน
๓. นางพุกกลิ่น	ตรีสุโกศล	สถาบันโรคผิวหนัง	อนุกรรมการ
๔. นางสาวเบญจัสวี	ปัทมดิลก	สถาบันโรคผิวหนัง	อนุกรรมการ
๕. นางสาวจันทร์จิรา	สวัสดีพงษ์	สถาบันโรคผิวหนัง	อนุกรรมการ
๖. นายชวลิต	ทรัพย์ศรีสัญญา	สถาบันโรคผิวหนัง	อนุกรรมการ
๗. นายสุประกิต	จิราตน์วัฒนา	สถาบันโรคผิวหนัง	อนุกรรมการ
๘. นางสาวพิมพ์พา	ตันธนศรีกุล	สถาบันโรคผิวหนัง	อนุกรรมการ
๙. นางสาวชนิศา	เกียรติสุระยานนท์	สถาบันโรคผิวหนัง	อนุกรรมการ
๑๐. นางศุภมาส	สุวรรณเมฆ	สถาบันโรคผิวหนัง	อนุกรรมการ
๑๑. นายศุภลักษณ์	มรัตน์ไพร	สถาบันโรคผิวหนัง	อนุกรรมการ
๑๒. นางสาวสุมาลี	อินทิจันทร์	สถาบันโรคผิวหนัง	อนุกรรมการ

๑๕. บทความ เรื่อง “การดูแลสุขภาพพระสงฆ์”

๑. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงฆ์			ประธาน
๒. นายพิทักษ์	ตั้งชนะชัยอนันต์	โรงพยาบาลสงฆ์	รองประธาน
๓. นางอาภาภรณ์	กะขามาศ	โรงพยาบาลสงฆ์	รองประธาน
๔. นายสุพจน์	ตันติสุวณิย์กุล	โรงพยาบาลสงฆ์	รองประธาน
๕. นายทัศนพงศ์	ไพรินทร์	โรงพยาบาลสงฆ์	อนุกรรมการ
๖. นายธีรภัทร์	จงสัจจา	โรงพยาบาลสงฆ์	อนุกรรมการ
๗. นางอัญญาณี	นรนิติชัยกุล	โรงพยาบาลสงฆ์	อนุกรรมการ
๘. นางสาวนุชจรี	พงษ์นริศร	โรงพยาบาลสงฆ์	อนุกรรมการ
๙. นางสาวปริญดา	พิรธรรมานนท์	โรงพยาบาลสงฆ์	อนุกรรมการ
๑๐. นางสาวจิราภรณ์	ศรไชย	โรงพยาบาลสงฆ์	อนุกรรมการ
๑๑. นางดุขุณี	ใหญ่เรืองศรี	โรงพยาบาลสงฆ์	อนุกรรมการ
๑๒. นางนงลักษณ์	จิระประภาพงศ์	โรงพยาบาลสงฆ์	อนุกรรมการ
๑๓. นางอัมพร	เจียงวิรัชกุล	ข้าราชการบำนาญ	อนุกรรมการ
๑๔. นางมาลินี	กำไญบุญ	โรงพยาบาลสงฆ์	อนุกรรมการ
๑๕. นางกิ่งประภา	เบญญาธนศรีศักดิ์	โรงพยาบาลสงฆ์	อนุกรรมการ
๑๖. นางปวีรินทร์	แก้วแดง	โรงพยาบาลสงฆ์	อนุกรรมการ
๑๗. นางสุภาพร	หวังรุ่งทรัพย์	โรงพยาบาลสงฆ์	อนุกรรมการ
๑๘. นายตฤณ	เสาทองกลาง	โรงพยาบาลสงฆ์	อนุกรรมการ
๑๙. นายสุรภูมิ	สุขสวัสดิ์	โรงพยาบาลสงฆ์	อนุกรรมการ
๒๐. นางเฉลิม	เต็มทอง	โรงพยาบาลสงฆ์	อนุกรรมการ

๑๖. บทความ...



-๖-

๑๖. บทความ เรื่อง “การรักษาโรคลมชัก”

๑. นางอาภาศรี	ลุตวิสต์	สถาบันประสาทวิทยา	ที่ปรึกษา
๒. นายธีรเดช	ศรีกิจวิไลกุล	สถาบันประสาทวิทยา	ที่ปรึกษา
๓. นางสาวรัตนา	คุณติรานนท์	ข้าราชการบำนาญ	ที่ปรึกษา
๔. นางสาวขวัญรัตน์	หวังผลพัฒนศิริ	สถาบันประสาทวิทยา	ประธาน
๕. นางปาณิสรา	สุตาจันทร์	สถาบันประสาทวิทยา	อนุกรรมการ
๖. นางสาวณุดา	พงษ์กาญจนะ	สถาบันประสาทวิทยา	อนุกรรมการ
๗. นางสาวชนิกานต์	ศรีธราพร	สถาบันประสาทวิทยา	อนุกรรมการ
๘. นางสาวพินกาญจน์	ศรีศรากร	สถาบันประสาทวิทยา	อนุกรรมการ
๙. นางสาวธนวดี	ช. สรพงษ์	สถาบันประสาทวิทยา	อนุกรรมการ
๑๐. นางสาวชลวิทย์	ใจกลม	สถาบันประสาทวิทยา	อนุกรรมการ
๑๑. นางสาวจันทร์เพ็ญ	นพพรพรหม	สถาบันประสาทวิทยา	อนุกรรมการ
๑๒. นางภัชรากร	บุญรักษ์	สถาบันประสาทวิทยา	อนุกรรมการ
๑๓. นางสาวธัญปณี	สมบูรณ์	สถาบันประสาทวิทยา	อนุกรรมการ

๑๗. บทความ เรื่อง “โรคตา”

๑. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)			ประธาน
๒. นางสาวสุนิสา	สินธุวงศ์	โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)	อนุกรรมการ
๓. นายวิวัฒน์	โกมลสุรเดช	โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)	อนุกรรมการ
๔. ร้อยเอกจตุพร	งามจิตต์อำไพ	โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)	อนุกรรมการ
๕. นางสาวบุษบา	สาธิตสุเมธี	โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)	อนุกรรมการ
๖. นางสาวเพ็ญพิมล	ยิ่งยง	โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)	อนุกรรมการ
๗. นายวรภัทร	วงศ์สวัสดิ์	โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)	อนุกรรมการ
๘. นางสาวณัฐริรา	ชัยศรีสวัสดิ์สุข	โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)	อนุกรรมการ
๙. นางสาวอรอร	ธงอินเนตร	โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)	อนุกรรมการ

๑๘. บทความ...



-๗-

**๑๘. บทความ เรื่อง “ระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางกาย และการเคลื่อนไหว
(Rehabilitation System for people with Disabilities)”**

๑. ผู้อำนวยการสถาบันสรีนทรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทางการแพทย์แห่งชาติ		ที่ปรึกษา	
๒. นางบุษกร	โลหารขุน	สถาบันสรีนทรเพื่อการฟื้นฟู สมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ	ประธาน
๓. นางสาวพรสวรรค์	โพธิ์สว่าง	สถาบันสรีนทรเพื่อการฟื้นฟู สมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ	อนุกรรมการ
๔. นางสาวดลฤดี	ศรีศุภผล	สถาบันสรีนทรเพื่อการฟื้นฟู สมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ	อนุกรรมการ
๕. นางสาวนภัสกรณ	โกมารทัต	สถาบันสรีนทรเพื่อการฟื้นฟู สมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ	อนุกรรมการ
๖. นายปิ่นไทย	เทพมณฑา	สถาบันสรีนทรเพื่อการฟื้นฟู สมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ	อนุกรรมการ
๗. นางสาวสารินี	แก้วสว่าง	สถาบันสรีนทรเพื่อการฟื้นฟู สมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ	อนุกรรมการ
๘. นางศุภิพันธุ์	โสสันดา	สถาบันสรีนทรเพื่อการฟื้นฟู สมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ	อนุกรรมการ
๙. นางสาวภัชราภรณ์	กองเกิด	สถาบันสรีนทรเพื่อการฟื้นฟู สมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ	อนุกรรมการ

๑๙. บทความ เรื่อง “โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง”

๑. นางสาววิพรรณ		สังคะพงศ์	ผู้อำนวยการ	ที่ปรึกษา
๒. นางเปี่ยมลาภ		แสงสายัณห์	สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์	ประธาน
๓. นางสาวกิตติมา		บ่างพัฒนาศิริ	สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์	อนุกรรมการ
๔. นางสาวกัลยา		ปัญจพรผล	สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์	อนุกรรมการ
๕. นายรัชพงศ์		เวียงเจริญ	โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	อนุกรรมการ
๖. นายเกรียงศักดิ์		อติพรพนิช	สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์	อนุกรรมการ
๗. นางสาววันดี		ไตรภพสกุล	โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์	อนุกรรมการ

๒๐. บทความ...



-๘-

๒๐. บทความ เรื่อง “การวินิจฉัยโรคจากการทำงานเปรียบเทียบกับประเทศไทยกับอาเซียน”

๑. นายอดุลย์	บัณทุกุล	โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี	ประธาน
๒. นายกิตติพงษ์	พนมยงค์	โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี	อนุกรรมการ
๓. นางสาวอรพรรณ	ชัยมณี	โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี	อนุกรรมการ
๔. นายเปรมยศ	เปี่ยมนิธิกุล	โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี	อนุกรรมการ
๕. นางวรรณา	จงจิตรไพศาล	โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี	อนุกรรมการ
๖. นางอัญชลี	สงวนรักษ์	โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี	อนุกรรมการ
๗. นางศุภรณ์	คงสี	โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี	อนุกรรมการ
๘. นางธิดา	โอมาศ	โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี	อนุกรรมการ
๙. นางลีนจง	หลักเมือง	โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี	อนุกรรมการ

๒๑. บทความ เรื่อง “ยาเสพติดและสารเสพติด”

๑. ผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติ บรมราชชนนี กรมการแพทย์		สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติ บรมราชชนนี กรมการแพทย์	ที่ปรึกษา
๒. นายอังกูร	ภัทรกร	สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติ บรมราชชนนี กรมการแพทย์	ที่ปรึกษา
๓. นายล้ำชำ	ลักขณาภิชนชัช	สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติ บรมราชชนนี กรมการแพทย์	ประธาน
๔. รองศาสตราจารย์มานพ คณะโต		คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	อนุกรรมการ
๕. ผู้ช่วยศาสตราจารย์รัศมี กัลลยาศิริ		คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	อนุกรรมการ
๖. นางธัญรช	ทิพย์วงษ์	สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติ บรมราชชนนี กรมการแพทย์	อนุกรรมการ
๗. นางสาวรวงคณา	รักษงาน	สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติ บรมราชชนนี กรมการแพทย์	อนุกรรมการ
๘. นางสาวภัทราภรณ์ กิณร		สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติ บรมราชชนนี กรมการแพทย์	อนุกรรมการ
๙. นายอภิชาติ	เรณูวัฒนานนท์	สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติ บรมราชชนนี กรมการแพทย์	อนุกรรมการ

๒๒. บทความ...



-๙-

๒๒. บทความ เรื่อง “โรคหัวใจล้มเหลว”

๑. นายเกรียงไกร	เฮงรัมย์	สถาบันโรคทรวงอก	ประธาน
๒. นางพรวิไล	ปรปักษ์ขาม	สถาบันโรคทรวงอก	อนุกรรมการ
๓. นางสาวกัลยา	ปัญจพรผล	สถาบันโรคทรวงอก	อนุกรรมการ
๔. นายจรินทร์	อัครหาญฤทธิ์	สถาบันโรคทรวงอก	อนุกรรมการ
๕. นางสาวสมรรัตน์	จำปาเทศ	สถาบันโรคทรวงอก	อนุกรรมการ
๖. นางรติกร	เมธาวีกุล	สถาบันโรคทรวงอก	อนุกรรมการ
๗. นางสาวฉัตรชนก	รุ่งรัตน์มณีมาศ	สถาบันโรคทรวงอก	อนุกรรมการ
๘. นางสาวอรรพรรณ	อนุไพรวรรณ	สถาบันโรคทรวงอก	อนุกรรมการ
๙. นายคมสิงห์	เมธาวีกุล	สถาบันโรคทรวงอก	อนุกรรมการ
๑๐. นายจักรพันธ์	จำปาเทศ	สถาบันโรคทรวงอก	อนุกรรมการ

๒๓. บทความ เรื่อง “โรคมะเร็ง”

๑. ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ			ที่ปรึกษา
๒. นายอาคม	ชัยวีระวัฒน์	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	ประธาน
๓. นางสาวศุภีพร	แสงกระจ่าง	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	อนุกรรมการ
๔. นางปฐมพร	ศิริประภาศิริ	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	อนุกรรมการ
๕. เรืออากาศเอกสมชาย ธนะสิทธิชัย		สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	อนุกรรมการ
๖. นางสาวฉันทนา	หมอกเจริญพงศ์	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	อนุกรรมการ
๗. ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์			อนุกรรมการ
๘. นายดลสุข	พงษ์นิกร	โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง	อนุกรรมการ
๙. นางชุตีวรรณ	วิวัฒนาสิทธิพงศ์	โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี	อนุกรรมการ
๑๐. นางกฤติยา	บุตรทองคำวงศ์	โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี	อนุกรรมการ
๑๑. นายสมศักดิ์	เชื่อนชนะ	โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี	อนุกรรมการ
๑๒. นางจิตรพร	ธนบดี	โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี	อนุกรรมการ
๑๓. นางสาวฟ้าใส	ภักติกมล	โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี	อนุกรรมการ
๑๔. นางวัชรีย์	ต่อนี้	โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี	อนุกรรมการ

โดยให้คณะอนุกรรมการแต่ละสาขามีหน้าที่และความรับผิดชอบ ดังต่อไปนี้

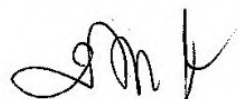
๑. ดำเนินงานตามแผนการของการจัดทำหนังสือ Thailand Medical Services Profile (TMSP) ในแต่ละสาขาให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์

๒. ตรวจสอบ/ตรวจทานความถูกต้องของข้อมูล รวมทั้งวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล เพื่อนำมาจัดทำบทความให้มีความสมบูรณ์

๓. เสนอผลการดำเนินงานในสาขาที่รับผิดชอบแก่คณะกรรมการจัดทำหนังสือ Thailand Medical Services Profile (TMSP)

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑๐ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๑



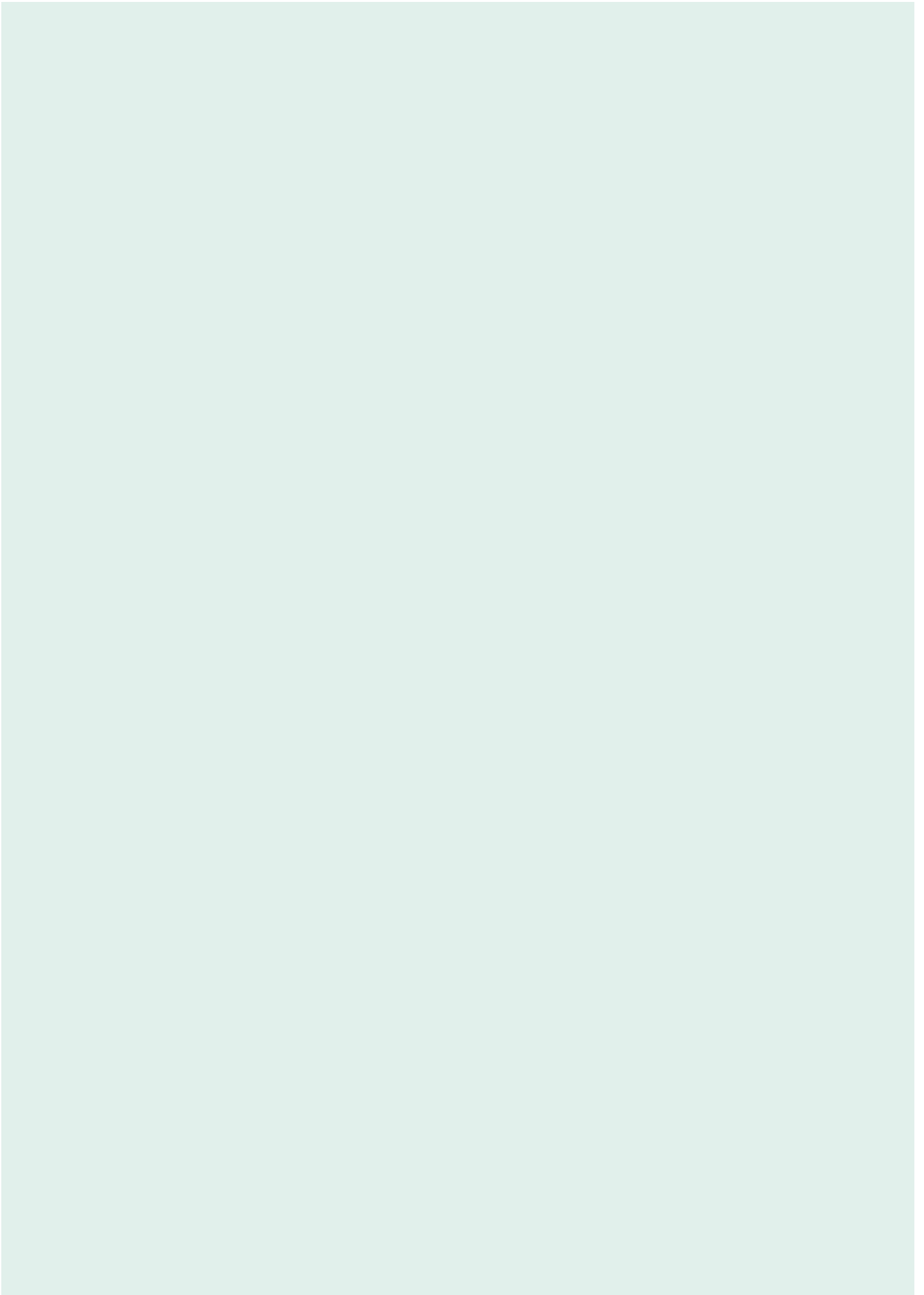
(นายสมศักดิ์ อรรณศิลป์)

อธิบดีกรมการแพทย์



(การแพทย์ไทย ๒๕๕๘ - ๒๕๖๑) Second Edition : Volume 1







Thailand Medical Services Profile 2015 - 2018

(การแพทย์ไทย ๒๕๕๘ - ๒๕๖๑) *Second Edition : Volume 1*

