

การควบคุมยาเสพติดให้โทษ และการบำบัดรักษา

สุรศักดิ์ ไพร้งจันทิก พ.บ., อ.ว. (เวชปฏิบัติทั่วไป)*

จากการที่ผู้เขียนได้มีโอกาสทำงานด้านยาเสพติดให้โทษมาระยะหนึ่ง คือที่ ร.พ.กองบิน กองบิน 4 อ.ตาคี จ.นครสวรรค์ ซึ่งเป็นสถานพยาบาลแผนปัจจุบันที่บำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติดให้โทษทั้งในแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ชั้นเตรียมการและชั้นถอนพิษยา และต่อมาได้มาปฏิบัติงานที่กองเวชศาสตร์ป้องกัน กรมแพทยทหารอากาศ กรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นสถานพยาบาลที่บำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติดให้โทษเฉพาะในแบบผู้ป่วยนอกชั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ และชั้นติดตาม โดยที่สถานพยาบาลทั้งสองแห่งนี้มีประกาศจัดตั้งไว้ในเรื่องการจัดตั้งสถานพยาบาลตามความในพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ของประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2523) จึงใคร่ขอเสนอบทความเกี่ยวกับการควบคุมยาเสพติดให้โทษ และการบำบัดรักษาไว้พอเป็นสังเขป

ในปัจจุบันนี้ ปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาที่รัฐบาลได้ตระหนักถึงความสำคัญ และมีนโยบายที่จะแก้ไขนับตั้งแต่สมัยรัฐบาลคณะปฏิวัติ พ.ศ. 2502 เป็นต้นมา จนปัจจุบันมีโครงการป้องกันและบำบัดรักษาการติดยาและสารเสพติดหลายโครงการ เพราะว่า

1. ปัญหายาเสพติดมีผลกระทบต่อ
 - สุขภาพอนามัยทั้งทางกายและทางจิต
 - ความมั่นคงในครอบครัว
 - ความมั่นคงของสังคม
 - การเกิดปัญหาอาชญากรรม

- การบ่อนทำลายและสูญเสียทางเศรษฐกิจ
- ความมั่นคงและการพัฒนาชาติโดยส่วนรวม
- การเมืองระหว่างประเทศ

2. ขนาดและความรุนแรงของปัญหาสูงมาก โดยที่มีผู้ประมาณว่ามีผู้ติดยาเสพติด และสารเสพติด สูงถึง 600,000 คน ในจำนวนนี้ประมาณ 70% เป็นประชากรในนครหลวง และเมืองใหญ่ ๆ ของประเทศ ที่เหลือเป็นประชากรในชนบท ซึ่งมีแนวโน้มในการใช้ยาในทางที่ผิด และจะติดยาในที่สุด ประมาณ 27.5% ของผู้เสพยาเสพติดเป็นบุคคลวัยรุ่น และวัยเจริญอายุระหว่าง 16-25 ปี ซึ่งเป็นทรัพยากรบุคคลของชาติที่มีค่าความสูญเสียที่เกิดจากเรื่องนี้มีค่าสูงประมาณมิได้

สำหรับปัจจัยที่นำไปสู่ปัญหายาเสพติด พอจะแบ่งได้ 3 ประการคือ

1. ตัวยาและสารเสพติด

- ฤทธิ์ของยาและสารเสพติด
- การกระจายแพร่หลาย ขาดการควบคุม
- การผลิตและแหล่งผลิตที่หาได้ง่าย

2. สภาพของผู้เสพทั้งทางกายและทางจิตใจ

- ป่วยด้วยโรคทางกาย ใช้เป็นยาบำบัดรักษา

และระดับอาการจิต

- ป่วยด้วยโรคทางจิต ใช้เป็นยาบำบัดรักษา

และระดับอาการจิต

- บุคลิกภาพเดิมไม่เข้มแข็งพอ ต้องใช้ยา

เป็นเครื่องเสริม

- สุขภาพจิตเสื่อม ใช้วิธีระบายความทุกข์ ด้วยยาและสารเสพติด

3. สภาพของสังคมและสิ่งแวดล้อม

- ความเสื่อมโทรมทางสังคม
- ความเชื่อผิด ตามอย่างวัฒนธรรมที่ผิด ๆ
- ขาดการควบคุมการระบาดของยา และสารเสพติด ที่มีประสิทธิภาพ
- ขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง
- ความจำเป็นทางด้านอาชีพการงานทำให้ต้อง ใช้จ่ายบางอย่าง
- โอกาสทำกำไรหรือรายได้สูงจากการค้ายา และสารเสพติด

การบำบัดรักษานั้นเป็นส่วนหนึ่งในการแก้ปัญหา ต้องถือว่าผู้เสพติดเป็น “ผู้ป่วย” ไม่ใช่ “อาชญากร” ต้อง เน้น “การแก้ไขบุคคล” ไม่ใช่การแก้โรคหรืออาการโรค ดังนั้นการบำบัดรักษาต้องมี “การถอนพิษยา” และ “การฟื้นฟูสมรรถภาพ” โดยเน้นประการหลังเป็นสำคัญ พึงระลึกไว้เสมอว่า “ยาใช้เพียงรักษาโรคหรือระงับอาการ เท่านั้น แต่แก้พฤติกรรมของคนไม่ได้ การแก้พฤติกรรม ต้องใช้การฟื้นฟูสมรรถภาพ” อีกประการหนึ่งคือ ผู้ที่ติด ยาเสพติดส่วนมากแล้วจะเลิกยาเสพติดได้ แต่จะลืมยาเสพติด ไม่ได้

ประวัติของการควบคุมสารเสพติดของประเทศไทย

ก่อนสงครามโลกครั้งที่หนึ่ง(พ.ศ. 2457-2461) ฝิ่น เป็นปัญหาที่แพร่หลายมากที่สุด ประเทศต่าง ๆ จึงได้ประชุม ตกลงทำอนุสัญญาฝิ่น (opium convention) ขึ้นที่กรุง เซก ประเทศเนเธอร์แลนด์เมื่อวันที่ 23 มกราคม พ.ศ. 2454 ได้มีการควบคุมฝิ่นและโคคา ซึ่งในขณะนั้นประเทศไทย ยังไม่ได้เป็นภาคีอย่างสมบูรณ์

พ.ศ. 2458 ประเทศไทย (กรุงสยาม) ได้เป็นภาคี อย่างสมบูรณ์ และได้ให้สัตยาบันต่ออนุสัญญาฝิ่นเมื่อ วันที่ 1 ธันวาคม 2458 ต่อมาได้เกิดสงครามโลกครั้งที่หนึ่ง ทำให้การดำเนินการควบคุมเรื่องฝิ่นจึงต้องหยุดชะงักไป ชั่วคราว

พ.ศ. 2465 หลังจากสงครามแล้ว ประเทศไทยจึง ได้ออกกฎหมายควบคุมฝิ่น alkaloid ของฝิ่น โบโคคา และตัวยาหรือยาปรุงอื่นที่ให้โทษเช่นเดียวกัน โดยเรียกชื่อ กฎหมายฉบับนั้นว่า “พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พระพุทธศักราช 2465” ซึ่งเริ่มใช้เมื่อวันที่ 1 มกราคม 2465 โดยอยู่ในความรับผิดชอบกรมสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทยในสมัยนั้น ทั้งนี้ไม่รวมถึงฝิ่นดิบ ฝิ่นสุก และมูลฝิ่น ซึ่งไปอยู่ในความรับผิดชอบของกรมสรรพสามิต กระทรวง การคลัง

พ.ศ. 2477 ได้มีการออกกฎหมายควบคุมกัญชา เรียกว่า “พระราชบัญญัติ กัญชา พระพุทธศักราช 2477” อยู่ใน ความรับผิดชอบของกระทรวงมหาดไทย และกระทรวง การคลัง ตาม พรบ.ฉบับนี้ ห้ามการปลูกซื้อ ขาย จำหน่าย มีไว้ครอบครอง หรือสูบกัญชา แต่รัฐมนตรีว่าการกระทรวง มหาดไทย อนุญาตให้เฉพาะบุคคลมีไว้เพื่อประโยชน์ทาง โรคศิลปะ หรือปลูก หรือมีพันธุ์กัญชาไว้เพื่อการทดลอง หรือเพื่อประโยชน์รักษาโรคได้

พ.ศ. 2479 ได้มีการประกาศใช้ “พระราชบัญญัติ ยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 2) พระพุทธศักราช 2479” โดยมีการแก้ไขปรับปรุงมาตรการควบคุมให้เหมาะสมยิ่งขึ้น และมีข้อห้ามไม่ให้หาเอาฝิ่นสุก ฝิ่นดิบ มูลฝิ่นมาใช้ประกอบ เป็นยารักษาโรค ถ้านำมาใช้ต้องเป็นยาเสพติดด้วย

ต่อมาได้เกิดสงครามโลกครั้งที่สอง (พ.ศ. 2482-2488) โดยประเทศไทยได้เข้าร่วมสงครามด้วยเมื่อเดือน ธันวาคม 2484

พ.ศ. 2485 ได้มีการตั้งกระทรวงสาธารณสุขขึ้น โดย มีกรมอนามัย กรมการแพทย์ และกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และได้มีการโอนงานของกรมสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย มาอยู่ในกระทรวงสาธารณสุข สำหรับงานการควบคุม ยาเสพติดให้โทษ อยู่ในความรับผิดชอบของกรมอนามัย

พ.ศ. 2486 ได้มีการประกาศใช้ “พระราชบัญญัติพิช กระท่อม พระพุทธศักราช 2486” ซึ่งคล้ายกันกับ พรบ.กัญชา พระพุทธศักราช 2477

พ.ศ. 2498 ได้มีการโอนงานควบคุมอาหารและยา และยาเสพติดให้โทษไปอยู่ในความรับผิดชอบ ของสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ปลาย พ.ศ. 2501 ได้มีคำสั่งคณะปฏิวัติให้เลิกการเสพยาฝิ่นทั่วราชอาณาจักรตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2502 เป็นต้นไป(คือให้เวลา 6 เดือน) และให้กระทรวงสาธารณสุขกับกระทรวงมหาดไทย(กรมประชาสงเคราะห์) จัดให้มีสถานพยาบาลและสถานพักฟื้นสำหรับผู้ติดยาฝิ่นมารักษาพยาบาลและพักฟื้น ทั้งสองกระทรวงได้ร่วมกันจัดตั้งสถานที่ดังกล่าวขึ้นที่รังสิต ซึ่งต่อมาได้มีการตกลงให้กระทรวงสาธารณสุข รับผิดชอบสถานที่ดังกล่าวแต่ผู้เดียวเมื่อวันที่ 5 มกราคม 2508 อย่างไรก็ตามในระยะเวลาต่อมา กระทรวงสาธารณสุขได้จัดสร้างสถานที่ขึ้นใหม่ คือโรงพยาบาลธัญญารักษ์ในปัจจุบัน

พ.ศ. 2502 เมื่อเลิกการสูบฝิ่นแล้ว ปรากฏว่ามีประชากรไม่มากนักที่ไปรับการรักษาที่สถานบริการดังกล่าว ซึ่งตามสถิติของผู้อนุญาตเสพยาฝิ่นประมาณ 7 หมื่นคน ทั้งนี้เนื่องจากว่าหลังจากให้มีการเลิกเสพยาฝิ่น ได้มีเฮโรอีนเกิดขึ้น โดยระบาดมาจากฮ่องกง เมื่อรัฐบาลทราบก็มีการป้องกัน ไม่ให้มีการลักลอบนำเฮโรอีนเข้ามา และมีการควบคุมเข้มงวดมากขึ้น ปรากฏว่าไม่มีการส่งเฮโรอีน แต่ทางฮ่องกงได้ส่งผู้ผลิตเฮโรอีนเข้ามาแทน จึงทำให้เฮโรอีนแพร่หลาย จึงได้มีการออก “พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2502” เพิ่มโทษผู้กระทำความผิดให้สูงขึ้น แต่ก็ไม่สามารถจะหยุดยั้งการแพร่ขยายของการระบาดได้ และยังมีการลักลอบผลิตเฮโรอีนออกมา

พ.ศ. 2504 ได้มีการออก “พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2504” โดยให้ถือว่าเฮโรอีนเป็นยาต้องห้ามโดยเด็ดขาด พร้อมกับมีการเพิ่มโทษผู้ฝ่าฝืน โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่เกี่ยวกับเฮโรอีน ถึงขั้นประหารชีวิต และได้มีข้อกำหนดให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข มีอำนาจจัดตั้งสถานพยาบาล และสถานพักฟื้นสำหรับผู้ติดยาเสพติดให้โทษ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขก็ได้จัดตั้งโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขึ้นดังกล่าวแล้ว

ในการออกพระราชบัญญัติต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษ และยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ประเทศไทยได้ทำตามสหประชาชาติ ซึ่งในปัจจุบันนี้มีอนุสัญญาควบคุมการนำเข้าและการครอบครองสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับยาเสพติด และวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท มีอยู่ 2 ฉบับ คือ

1. “Single Convention on Narcotic Drugs, 1961” และในภาษาไทยเราเรียกว่า “อนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ค.ศ. 1961”

อนุสัญญาฉบับนี้เป็นรากฐานในการออกพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน

2. “Convention on Psychotropic Substance, 1971” เป็นอนุสัญญาที่ทำขึ้นภายหลัง “Single Convention on Narcotic Drugs, 1961” และเป็นแม่บทในการออก “พระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518”

ความหมาย

“ยาเสพติดให้โทษ” หมายความว่าสารเคมีหรือวัตถุชนิดใด ๆ ซึ่งเมื่อเสพเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าจะโดยรับประทาน ดม สูบ ฉีด หรือด้วยประการใด ๆ แล้วทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจในลักษณะสำคัญ เช่น ต้องเพิ่มขนาดการเสพเรื่อย ๆ มีอาการถอนยาเมื่อขาดยา มีความต้องการเสพทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรงอยู่ตลอดเวลา และสุขภาพโดยทั่วไปจะทรุดโทรมลง กับให้รวมตลอดถึงสารเคมีที่ใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษดังกล่าวด้วย ทั้งนี้ตามที่รัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษา แต่ไม่หมายความถึงยาสามัญประจำบ้านบางตำรับ ตามกฎหมายว่าด้วยยาที่มียาเสพติดให้โทษผสมอยู่

“ผู้เสพยาเสพติดให้โทษ” หมายความว่า ผู้เสพยาเสพติดให้โทษซึ่งได้สมัครขอเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลก่อนความผิดจะปรากฏต่อพนักงานเจ้าหน้าที่

การแยกประเภทของยาเสพติดให้โทษ แบ่งตาม

ก. ตามอนุสัญญาเดี่ยว 1961 แบ่งออกเป็น 4 ประเภท

Schedule I

- ยาเสพติดให้โทษที่มีอันตรายในขนาดปานกลางถึงขนาดสูงมาก และอยู่ภายใต้การควบคุมที่เข้มงวดทั้งในด้านการปลูก การผลิต การค้า การจำหน่าย การนำเข้า ส่งออก การครอบครอง การปิดฉลาก การทำประมาณการ การสถิติ

Schedule II

- เป็นยาที่มีอันตรายน้อยกว่ายาในประเภท 1 และได้รับการยกเว้นบางประการจากการควบคุมตามประเภท 1 มักจะนำมาทำยาแก้ไอ แก้ปวด แก้ก้องเดิน ฉะนั้นจึงไม่ต้องควรมีการจำกัดปริมาณการมีไว้เพื่อขาย และไม่ต้องมีการกวดขันในการต้องแจ้งปริมาณตัวยาที่ฉลาก เป็นต้น

Schedule III

- เป็นยาปรุง (preparation) ของยาบางขนาดในประเภท 1 หรือ 2 ที่เข้าตามหลักเกณฑ์บางประการที่วางไว้ ซึ่งได้มีตัวยาอื่นรวมไปด้วย และสามารถแยกตัวมาออกมาใช้ได้ ถือว่าเป็น assented drug และได้รับการยกเว้นจากการควบคุมบางอย่างทางด้านการค้าระหว่างประเทศ และการทำประมาณการ และการทำสถิติ

Schedule IV

- เป็นยาเสพติดให้โทษที่มีโทษร้ายแรงมาก เช่น เฮโรอีน และอยู่ภายใต้การควบคุมที่เข้มงวดมากยิ่งขึ้นกว่ายาในประเภท 1 ทั้งนี้แล้วแต่ภาคแต่ละประเทศจะเห็นควรดำเนินการเข้มงวดเฉพาะประเทศไปตามสถานการณ์ในประเทศนั้น ๆ

ข. ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.

2522

ยาเสพติดให้โทษแบ่งออกเป็น 5 ประเภทคือ

1. ประเภท 1 ยาเสพติดให้โทษชนิดร้ายแรง เช่น เฮโรอีน (heroin)
2. ประเภท 2 ยาเสพติดให้โทษทั่วไป เช่น มอร์ฟีน (morphine) โคคาอีน (cocaine) โคเดอีน (codeine) ผื่นยา (medicinal opium)
3. ประเภท 3 ยาเสพติดให้โทษที่มียาเสพติดให้โทษประเภท 2 เป็นส่วนผสมอยู่ด้วย ตามที่ได้ขึ้นทะเบียนตำรับยาไว้ตามมาตรา 43 เช่น ยาแก้ไอผสมโคเดอีน (codeine cough syrup)
4. ประเภท 4 สารเคมีที่ใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษประเภท 1 หรือประเภท 2 เช่น อาเซติลคลอไรด์ (acetic anhydride) อาเซติลคลอไรด์ (acetyl chloride)
5. ประเภท 5 ยาเสพติดให้โทษที่มีได้เข้าอยู่ในประเภท 1 ถึงประเภท 4 เช่น กัญชา พืชกระท่อม

บทกำหนดโทษ

เนื่องจากเฮโรอีน (heroin) เป็นปัญหาสำคัญที่สุด จึงขอกล่าวเฉพาะยาเสพติดให้โทษประเภท 1

มาตรา 65 ผู้ใดผลิต นำเข้า หรือส่งออกซึ่งยาเสพติดให้โทษประเภท 1 ต้องระวางโทษจำคุกตลอดชีวิต

ถ้าการกระทำความผิดตามวรรคหนึ่ง เป็นการกระทำเพื่อจำหน่าย ต้องระวางโทษประหารชีวิต

มาตรา 66 ผู้ใดจำหน่ายหรือมีไว้ครอบครองเพื่อจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 1 มีปริมาณคำนวณเป็นสารบริสุทธิ์ไม่เกินหนึ่งร้อยกรัม ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่ห้าปีถึงจำคุกตลอดชีวิตและปรับตั้งแต่ห้าหมื่นบาท ถึงห้าแสนบาท

ถ้ายาเสพติดให้โทษนั้นมีปริมาณคำนวณเป็นสารบริสุทธิ์เกินหนึ่งร้อยกรัม ต้องระวางโทษจำคุกตลอดชีวิตหรือประหารชีวิต

มาตรา 67 ผู้ใดมีไว้ครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 1 มีปริมาณคำนวณเป็นสารบริสุทธิ์ไม่ถึงยี่สิบกรัม โดยไม่ได้รับอนุญาตตามมาตรา 15 ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่หนึ่งปี ถึงสิบปี และปรับตั้งแต่หนึ่งหมื่นบาท ถึงหนึ่งแสนบาท

จากฝิ่นมาถึงมอร์ฟีนและเฮโรอีน

เดิมมาก็มีเพียงแต่ฝิ่น ซึ่งมีฤทธิ์และพิษภัยในการกดประสาทสมอง อันเป็นศูนย์บัญชาการของร่างกายมนุษย์ ทั้งนี้เพราะตัวยาสำคัญที่เป็นส่วนประกอบ alkaloid ชนิดหนึ่งของฝิ่นก็คือมอร์ฟีน ซึ่งเมื่อสกัดออกมาได้จากฝิ่นแล้วนำมาเสพจะมีฤทธิ์แรงจากฝิ่นถึง 10 เท่า ยิ่งต่อมาได้มีการสังเคราะห์สารเสพติดชนิดใหม่ขึ้นมาอีก จากฝิ่นและมอร์ฟีน นำมอร์ฟีนมาทำปฏิกิริยากับกรดต่างสารเคมีบางชนิด เกิดเป็นเฮโรอีน ซึ่งเป็นอนุพันธ์ที่ร้ายแรงที่สุดของฝิ่น จนบัดนี้ โดยมีฤทธิ์แรงในการกดประสาทสมองสูงกว่ามอร์ฟีนอีก 8-10 เท่า รวมความว่าเฮโรอีนนั้นมีพิษภัยต่อร่างกายมนุษย์ประมาณ 100 เท่าของฝิ่น

การตรวจหามอร์ฟีนและเฮโรอีน ดังนี้

ปัสสาวะที่เก็บส่งตรวจหา morphine โดยวิธี RIA ที่สถาบันวิจัยทางการแพทย์ทหาร นำมาใช้เป็นเครื่องมือวัด

การศึกษาผลการรักษา กำหนดไว้ว่า

มากกว่า 20,000 ยูนิตต่อซีซี เสพภายใน 24 ชั่วโมง

10,000 - 20,000 " เสพภายใน 2 วัน

5,000 - 10,000 " " 3 "

1,000 - 5,000 " " 4 "

500 - 1,000 " " 5 "

100 - 500 " " 6 "

50 - 100 " " 7 "

10 - 50 " " 8 "

1 - 10 " " 9 "

0 - 1 " " 10 "

3. การฟื้นฟูสมรรถภาพ

4. การติดตาม

การเตรียมการ ให้กระทำแล้วเสร็จภายใน 7 วัน

ดังต่อไปนี้

1. สัมภาษณ์สอบถามประวัติ

2. วิเคราะห์และวินิจฉัยปัญหา

3. ให้คำแนะนำแก่ครอบครัว

4. ชักจูงแนะนำให้ตั้งใจรับการบำบัดรักษา

5. อธิบายวิธีการ และขั้นตอนการบำบัดรักษา

การถอนพิษยา ให้กระทำแล้วเสร็จภายใน 45 วัน

การฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้ดำเนินการให้แล้วเสร็จ

ภายใน 180 วัน วิธีการฟื้นฟูสมรรถภาพ มีดังต่อไปนี้

1. จัดบำบัดและการแนะแนวเป็นรายบุคคลหรือ

รายกลุ่ม

2. กิจกรรมบำบัดและอาชีพบำบัด

3. การอบรมทางใจ ทางศีลธรรม ทางศาสนา

4. นันทนาการ

5. การฝึกอุปนิสัย และวินัย

การติดตาม เมื่อเลิกเสพยาเสพติดให้โทษ ได้รับ

การฟื้นฟูสมรรถภาพแล้ว ให้ผู้นั้นได้รับการติดตามมีกำหนด

เวลา 1 ปี การติดตามให้กระทำดังนี้

1. สัมภาษณ์ หรือสอบถาม

2. ให้คำปรึกษา แนะนำ แก้ไขปัญหา

3. เสริมกำลังใจ แนะนำ

4. ติดตามผล

5. ป้องกันการติดยาเสพติดให้โทษซ้ำอีก

แบบอย่างในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่ยึดถือ

กันจนเป็นกฎหมายคือ classical method ซึ่งมี 4 ขั้นตอน

ตามที่กล่าวมาแล้ว สำหรับในประเทศไทย นอกจาก classical

method แล้ว ทางภาคเอกชน คือที่ถ้ากระบอกรักมีการ

ใช้สมุนไพรและสัจจะ ที่เขาถ้าทะเล จ.ราชบุรี ก็ใช้สมุนไพร

และศาสนาเข้าช่วย ที่วัดป่าแห่ง จ.เชียงใหม่ ก็ใช้สมุนไพร

เช่นกัน เป็นการรักษาแบบไทยๆ ซึ่งได้ผลดีทีเดียว

วิธีการรักษาอีกแบบหนึ่ง คือการใช้โครงการติดยา

ซึ่งมีอยู่ 3 แบบ คือ

1. โครงการติด methadone เริ่มในอเมริกา

วิธีการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด

ปัจจุบันประเทศไทยแบ่งการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด เป็น 2 ระบบใหญ่ๆ คือ

1. ระบบสมัครใจ (voluntary system) ซึ่งหมายถึงการที่ผู้ติดยาเสพติดสมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษา ในสถานพยาบาลผู้ติดยาเสพติดต่างๆเอง ในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศจัดตั้งสถานพยาบาลผู้ติดยาเสพติดทั่วประเทศจำนวน 52 แห่ง เป็นสถานพยาบาลภาครัฐบาลซึ่งให้การบำบัดรักษาแบบแผนปัจจุบัน 49 แห่ง สถานพยาบาลผู้ติดยาเสพติดภาคเอกชน ซึ่งให้การบำบัดรักษาแบบแพทย์แผนโบราณจำนวน 3 แห่ง โดยมีวิธีการรักษา 2 แบบคือ การรักษาแบบผู้ป่วยนอก (outpatient) และผู้ป่วยใน (inpatient)

2. ระบบบังคับ (compulsory system) ในปัจจุบันเป็นลักษณะของการต้องโทษ (convict) เป็นผู้ติดยาเสพติดที่มีคดี และได้รับการพิจารณาโทษตามกฎหมาย ซึ่งหน่วยงานต่างๆ รับผิดชอบดังนี้ คือ ทณฑสถานบำบัดพิเศษของกรมราชทัณฑ์ สถานพินิจและคุ้มครองเด็กและสำนักงานคุมประพฤติกลาง สำนักงานส่งเสริมงานตุลาการ กระทรวงยุติธรรม

การบำบัดรักษาผู้เสพติดให้โทษ แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. การเตรียมการ

2. การถอนพิษยา

ปี ค.ศ. 1967 ใช้วิธี methadone maintenance therapy คือให้คนไข้ที่ติดเฮโรอีนกิน methadone แทน โดยเริ่มจากให้ในปริมาณ 10-20 มก. ก่อน แล้วค่อยๆ เพิ่มขึ้นทุกวัน จนอยู่ในขนาดที่พอดีที่จะให้เกิดความสบาย ไม่อยากยาเฮโรอีน และอยู่ในสภาพปรับดุลย์ตัวเองได้ (stabilize) ส่วนมากเป็นขนาด 80-120 มก./วัน ซึ่งวิธีนี้ไม่ได้แก้ปัญหาด้านการแพทย์ แต่เป็นเพียงการแก้ปัญหาอาชญากรรมของประเทศเท่านั้น

2. โครงการติดเฮโรอีน เกิดประมาณปี 1967-1968 ที่อังกฤษ โดยกระทรวงสาธารณสุขของอังกฤษฉีดเฮโรอีนให้ผู้ที่มีมาลงทะเบียนทุกวัน ซึ่งเป็นการควบคุมเฮโรอีนไม่ให้ระบาดในอังกฤษ แต่เมื่อ 9 ปีที่แล้วได้มีการศึกษาใหม่ก็พบว่าทำไมไหว และผิดหลักการแพทย์เลยต้องกลับมาใช้ methadone ใหม่

3. โครงการติดฝิ่น คือให้สูบฝิ่นได้ตามพอใจ เคยใช้ในประเทศลาว คนไหนที่ต้องการจะรักษาาก็ไปที่โรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข ด้วยวิธีการแบบนี้ทำให้เฮโรอีนไม่ระบาดเข้าไป

ยังมีอีกวิธีหนึ่งในการบำบัดรักษา คือ การใช้ชุมชนบำบัด (therapeutic community) เป็นวิธีการที่ไม่ใช่ยา หลักการคือ การให้ช่วยเหลือกันเอง รวมกลุ่มจัดกิจกรรมร่วมกันเป็นปีๆ แพทย์ไม่ต้องเกี่ยวข้องมากนัก นอกจากมีจิตแพทย์คอยช่วย ซึ่งมีอยู่ 2 ระบบคือ

1. แบบเผชิญความจริง (confrontation) หรือการโต้แย้งแยกแยะข้อผิดพลาดของบุคคลออกมาต่อหน้ากลุ่ม บอกความไม่ดี ความเสียหายต่างๆ

2. แบบความดีหรือเขี้ยวภูวนะ (hierarchical structure) คือเมื่อทำดีก็จะได้เลื่อนชั้น ถ้าทำไม่ดีก็ถูกเลื่อนชั้นลง

นอกจากนี้ยังมีการทดลองรักษาแบบอื่นๆ อีก ได้แก่

1. การใช้ยารักษาโดยตรง เพื่อระงับอาการอยากยา เช่น cyclazocine naline หรือ naltrexone ต่อมา Lexington ได้ค้นคว้ายาออกมามากหลายขนาน เช่น aloxone naltrexone พวกยาที่มี methadol หรือ LAAM อยู่ คือเป็นยาที่จะทำให้เบื่อเฮโรอีนไปเป็นเวลานาน แต่ก็ยังไม่มียาใดที่มีประสิทธิภาพพอสมควร ที่เป็นที่ยอมรับก็คือ

naltrexone แต่วิธีนี้มีข้อจำกัด 2 ประการคือ แพง และไม่ได้ผลยาวนาน

2. การผ่าตัดสมอง เช่น ที่เยอรมัน โดย Prof. Fritz Roeder

3. การฝังเข็ม โดยหมอจีน 2 คน ที่รพ. กว๋องหวา เกาลุน ได้ทำการทดลองพบว่า ในรุ่นแรก 40 รายที่ทดลองนั้น 38 รายหายภายในไม่กี่วัน

4. การหักดิบ (cold turkey) คือการกดขังให้อดยาเลยซึ่งเป็นวิธีการง่าย ๆ

อย่างไรก็ตาม การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดนั้นควรจะใช้หลาย ๆ model ร่วมกันไม่ยึดถืออยู่กับ model ใด model หนึ่งเท่านั้น และต้องคำนึงถึงว่า การที่จะให้ผู้ติดยาหายจากการติดยาไปได้ทั้งหมดตลอดชีวิตนั้นเป็นไปได้หรือไม่

สรุป

ยาเสพติดยังเป็นปัญหาหนักในเมืองไทย เพราะดินแดนที่ทั่วโลกรู้จักกันดีในเรื่องการปลูกฝิ่นก็คือ "สามเหลี่ยมทองคำ" (golden triangle) ได้แก่ประเทศไทย ลาว พม่า ได้มีกฎหมายออกมาควบคุมสารเสพติดหลายฉบับ นับแต่ก่อนสงครามโลกครั้งที่หนึ่ง จนปัจจุบันมีพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 และได้กำหนดโทษหนักสุดถึงขั้นประหารชีวิต ในด้านการบำบัดรักษานั้นก็มี 4 ขั้นตอนคือ ขั้นตอนเตรียมการ ขั้นตอนพิษยา ขั้นตอนฟื้นฟูสมรรถภาพ ขั้นตอนติดตามผล และยังมีวิธีการบำบัดอีกหลายอย่างทั้งทางด้านการแพทย์แผนปัจจุบันและแผนโบราณอีกด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522.
2. พิรัชศ ตรงสวัสดิ์. การตรวจหาสารฝิ่นและเฮโรอีน. การประชุมวิชาการระดับชาติเกี่ยวกับการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด, 2523.
3. สมทรง กาญจนะหุต. หลักการการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดให้โทษ. การประชุมวิชาการระดับชาติเกี่ยวกับการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด, 2523.

4. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2523) เรื่อง ระเบียบข้อบังคับเพื่อควบคุมการบำบัดรักษา และระเบียบวินัยสำหรับสถานพยาบาล. ราชกิจจานุเบกษา 97 : 115 : 2523.
5. โกมล เพ็งศรีทอง. ประวัติการควบคุมวัตถุเสพติดของประเทศไทย. การประชุมวิชาการระดับชาติเกี่ยวกับการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด, 2523.
6. กมล ลินธวานนท์. โครงการป้องกันและบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ในประเทศไทย. การประชุมวิชาการระดับชาติเกี่ยวกับการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด, 2523.
7. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 5 (2523) เรื่องจัดตั้งสถานพยาบาล ตามความในพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522. ราชกิจจานุเบกษา 97 : 115 : 2523.
8. อรุณ เขาวนาสัย. หลักการการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดให้โทษ. การประชุมวิชาการระดับชาติ เกี่ยวกับการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด, 2523.