รายงานการวิจัย

เรื่อง

การศึกษามาตรการการแก้ไขปัญหาการใช้วัตถุออกฤทธิ์กลุ่มเบนโซไดอะซีปินส์ในทางที่ผิด

Study of Measures Resolving the Abuse of Psychotropic Substances Consumption on Benzodiazepines Group

นายวชิระ อำพนธ์

เภสัชกรชำนาญการพิเศษ

รักษาการผู้เชี่ยวชาญ

ด้านระบาดวิทยาของวัตถุเสพติด

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

พ.ศ. 2556

รายงานการวิจัย

เรื่อง

การศึกษามาตรการการแก้ไขปัญหาการใช้วัตถุออกฤทธิ์กลุ่มเบนโซไดอะซีปินส์ในทางที่ผิด

Study of Measures Resolving the Abuse of Psychotropic Substances Consumption on Benzodiazepines Group

นายวชิระ อำพนธ์

เภสัชกรชำนาญการพิเศษ

รักษาการผู้เชี่ยวชาญ

ด้านระบาดวิทยาของวัตถุเสพติด

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

พ.ศ. 2556

bld 18372

ศูนย์วิทยบริการ
กองแผนงานและวิชาการ อย.
เลขหมู่ [R] RD1.6 ว152ก 2556
เลขทะเบียน 201058
วันที่ 30/4/63

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการใช้วัตถุออกฤทธิ์กลุ่มเบนโซไดอะซีปินส์ (Benzodiazepines) ในทางที่ผิดและศึกษาความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญถึงมาตรการการแก้ไขปัญหา ฯ ดังกล่าวด้วยการยกระดับการควบคุมวัตถุออกฤทธิ์จากประเภท 4 เป็นประเภท 2 ดังในอดีตที่ผ่านมาและยังคงดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งการเก็บข้อมูลนั้น ใช้การศึกษาจากข้อมูลเอกสารและวิธีการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ ความเข้าใจและมีประสบการณ์เป็นอย่างดีในการทำงานด้านการควบคุมวัตถุออกฤทธิ์ จำนวน 28 คน ทั้งนี้ ผลจากการศึกษาข้อมูลเอกสาร พบว่า ปัจจุบัน มีวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 กลุ่มเบนโซไดอะซีปินส์ที่ขึ้นทะเบียนวัตถุตำรับในประเทศไทย จำนวนทั้งสิ้น 12 ชนิดรวม 236 ตำรับ ตำรับที่มีการขึ้นทะเบียนและมีการใช้มากที่สุด 6 อันดับแรก คือ Alprazolam (76 ตำรับ) Diazepam (57 ตำรับ) Lorazepam (36 ตำรับ) Chlordiazepoxide (22 ตำรับ) Clorazepate (17 ตำรับ) และ Clonazepam (10 ตำรับ)

จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ พบว่า ปัจจัยหลักที่มีผลทำให้เกิดปัญหาการใช้วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 กลุ่มเบนโซไดอะซีปินส์ในทางที่ผิด คือ ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของตัวยา ปัจจัยรองลงมา ได้แก่ ผู้ใช้ยา ข่าวจากสื่อต่างๆ แพทย์ผู้จ่ายยาในคลินิก ร้านขายยา คลินิกบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด โรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลรัฐบาล ปัญหาในการบังคับใช้กฎหมาย การขาดสำนึกในจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ และปัญหาครอบครัว ตามลำดับ นอกจากนี้ ยังพบว่า วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 กลุ่มเบนโซไดอะซีปินส์ที่มีการนำไปใช้ในทางที่ผิดนั้น มีช่องทางหรือแหล่งการแพร่กระจายหลัก คือ คลินิก รองลงมาได้แก่ ร้านขายยา สถานที่ผลิต/นำเข้ายา โรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลรัฐบาล ตามลำดับ สำหรับมาตรการทางกฎหมายเพื่อแก้ไขปัญหาการใช้ยากลุ่ม Benzodiazepines ในทางที่ผิดที่ใช้มาในอดีตและยังคงมีการใช้อยู่ในปัจจุบัน คือ การยกระดับการควบคุมวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 ขึ้นเป็นวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ซึ่งจะส่งผลให้เกิด

การควบคุมวัตถุออกฤทธิ์ชนิดนั้นๆ เข้มงวดขึ้น ซึ่งมาตรการดังกล่าวสามารถแก้ไขปัญหาได้ในระดับหนึ่งเท่านั้น เนื่องจากในปัจจุบันยังคงมีวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 กลุ่มเบนโซไดอะซีปินส์ชนิดอื่นๆ ที่มีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งมีโอกาสที่จะถูกนำไปใช้ทดแทนวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 ที่ถูกยกระดับเป็นวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ไปแล้ว และทำให้เกิดปัญหาจากการนำไปใช้ในทางที่ผิดตามมาได้

ทั้งนี้ มีข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ ให้มีการบังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัด เนื่องจากเป็นมาตรการที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งที่จะสามารถควบคุมหรือป้องกันปัญหาการใช้วัตถุออกฤทธิ์ในทางที่ผิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และบุคลากรทางการแพทย์จะต้องให้ความสำคัญต่อการแนะนำการใช้ยาให้กับผู้ป่วย โดยมุ่งเน้นให้เห็นถึงอันตรายจากการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสม ประกอบกับแพทย์จะต้องมีการสั่งจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วยอย่างสมเหตุผลและเท่าที่จำเป็นเท่านั้น

คำสำคัญ : การใช้ในทางที่ผิด เบนโซไดอะซีปีนส์ วัตถุออกฤทธิ์

Abstract

The purposes of this quantitative research were to study the factors associated with the abuse of psychotropic substances consumption on Benzodiazepines group and to study the opinions of experts about such problem solving by the reschedule of psychotropic substances from schedule 4 to schedule 2. The data was collected by reviewing the documents and interviewing 28 experts experiencing in the field of controlling psychotropic substances. The results of this study were found that there were 12 types with 236 preparations of Benzodiazepines registered in Thailand. Six of them with highest dispensing were Alprazolam (76 preparations), Diazepam (57 preparations), Lorazepam (36 preparations), Chlordiazepoxide (22 preparations), Clorazepate (17 preparations), and Clonazepam (10 preparations). The factors relating the problems in drug abuse were found mainly as the pharmacological effects of the drugs, and the others were respectively as the drug users, mass media, the physicians in the general clinics, drug stores, drug addiction treatment clinics, private hospitals and government hospitals, problems on law enforcement, lacking of sense of professional ethics, and family problems. It was also found that the main channel of Benzodiazepines distribution leading to drug abuse were clinics, and the others were respectively as drug stores,drug manufacturers/ importers, and the private and governmental hospitals. The legal measures to resolve the problems of Benzodiazepines abuse by the reschedule and strengthening the control of the psychotropic substances from schedule 4 up to schedule 2 could be effected only to a certain extent. The problems of drug abuse of Benzodiazepines group in schedule 4 of psychotropic substances with similar pharmacological effects still exist.

The studies suggested that the strict enforcement measures were much important to effectively control or prevent the abuse of psychotropic substances. Furthermore, the medical professional should pay attention on advising the patients by

focusing on the dangerous of irrational drug use with dispensing drugs to the patients only as necessary.

Keywords : abuse, Benzodiazepines, psychotropic substances

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษามาตรการการแก้ไขปัญหาการใช้วัตถุออกฤทธิ์กลุ่มเบนโซไดอะซีปีนส์ในทางที่ผิด สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีโดยได้รับความร่วมมือในการให้ข้อมูลที่มีประโยชน์ยิ่งจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ดร.ภญ.สุมาลี พรกิจประสาน ผู้เชี่ยวชาญด้านพัฒนาระบบคุ้มครองผู้บริโภคในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น ที่ช่วยให้คำแนะนำในการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาทุกท่าน ที่กรุณาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่องานวิจัยนี้

ขอขอบคุณหัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผู้แทนเขตพื้นที่บริการสุขภาพ เจ้าหน้าที่กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการให้ข้อมูลและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่องานวิจัยนี้

สุดท้ายนี้ ขอขอบคุณสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาที่ให้โอกาสในการดำเนินงานวิจัยนี้ รวมทั้งผู้ที่มีส่วนช่วยเหลือทุกท่าน ผู้วิจัยใคร่ขอขอบคุณไว้ ณ โอกาสนี้

วชิระ อำพนธ์

เมษายน 2556

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	ก
กิตติกรรมประกาศ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ฌ
บทที่ 1 บทนำ	1
1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
2. วัตถุประสงค์ของการศึกษา	3
3. ขอบเขตของการศึกษา	4
4. ระยะเวลาการศึกษา	4
5. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	4
6. นิยามศัพท์ของการศึกษา	4
บทที่ 2 การทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	6
1. การใช้ยาในทางที่ผิดและประเภทของสารเสพติด	6
2. ความหมายของวัตถุออกฤทธิ์ (Psychotropic substance)	10
3. การควบคุมวัตถุออกฤทธิ์	12
4. ข้อมูลวัตถุออกฤทธิ์กลุ่ม Benzodiazepines	22
5. การใช้วัตถุออกฤทธิ์กลุ่ม Benzodiazepines ในทางที่ผิด	27

สารบัญ(ต่อ)

	หน้า
6. การกระทำความผิดเกี่ยวกับวัตถุออกฤทธิ์	31
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	32
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	39
1. วิธีการศึกษา	39
2. กรอบแนวคิดงานศึกษา	39
3. กลุ่มเป้าหมาย	31
4. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล	41
5. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	41
6. แนะคำถามสำหรับกลุ่มเป้าหมาย	41
7. การวิเคราะห์ข้อมูล	42
บทที่ 4 ผลการวิจัย	43
ส่วนที่ 1 ผลการศึกษาข้อมูลจากเอกสาร	43
1.1 ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 กลุ่ม Benzodiazepines ที่มีการขึ้นทะเบียนวัตถุตำรับในประเทศไทย	43
1.2 ข้อมูลอัตราการใช้ยากลุ่ม Benzodiazepines ปี พ.ศ. 2553 – 2555	44
1.3 ช่องทางและการกระจายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 กลุ่ม Benzodiazepines	46
ส่วนที่ 2 ข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย	58

สารบัญ(ต่อ)

	หน้า
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	69
1. สรุปผลการวิจัย	69
2. อภิปรายผล	76
3. ข้อเสนอแนะ	78
บรรณานุกรม	81
ภาคผนวก 1 แนวคำถามในการสัมภาษณ์	88
ภาคผนวก 2 ข้อกำหนดของ CONVENTION ON PSYCHOTROPIC SUBSTANCES, 1971 ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมวัตถุออกฤทธิ์กลุ่ม Benzodiazepines (Schedule IV)	95
ภาคผนวก 3 ข้อกฎหมายตามพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518 ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4	10

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 ตำรับวัตถุออกฤทธิ์ กลุ่ม Benzodiazepines ที่ขึ้นทะเบียนตำรับในประเทศไทย 44

ตารางที่ 2 อัตราการใช้วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 กลุ่ม Benzodiazepines ปี 2553 – 2555 45

ตารางที่ 3 ตัวยาและชื่อทางการค้าของวัตถุออกฤทธิ์กลุ่ม Benzodiazepines ที่มีการจำหน่ายมากที่สุด 6 อันดับแรก 46

ตารางที่ 4 การกระจายของวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 กลุ่ม Benzodiazepines จำแนกตามภาคปี พ.ศ. 2553 – 2555 47

ตารางที่ 5 ช่องทางการกระจายและอัตราการใช้ Alprazolam จำแนกตามประเภทสถานที่ที่มีการใช้ยา ปี พ.ศ. 2553 – 2555 50

ตารางที่ 6 ช่องทางการกระจายและอัตราการใช้ Diazepam จำแนกตามประเภทสถานที่ที่มีการใช้ยา ปี พ.ศ. 2553 – 2555 51

ตารางที่ 7 ช่องทางการกระจายและอัตราการใช้ Lorazepam จำแนกตามประเภทสถานที่ที่มีการใช้ยา ปี พ.ศ. 2553 – 2555 52

ตารางที่ 8 ช่องทางการกระจายและอัตราการใช้ Chlordiazepoxide จำแนกตามประเภทสถานที่ที่มีการใช้ยา ปี พ.ศ. 2553 – 2555 53

ตารางที่ 9 ช่องทางการกระจายและอัตราการใช้ Clorazepate จำแนกตามประเภทสถานที่ที่มีการใช้ยา ปี พ.ศ. 2553 – 2555 54

สารบัญตาราง(ต่อ)

หน้า

ตารางที่ 10 ช่องทางการกระจายและอัตราการใช้ Clonazepam จำแนกตามประเภทสถานที่ที่มีการใช้ยา ปี พ.ศ. 2553 – 2555 55

ตารางที่ 11 ช่องทางการกระจายและอัตราการใช้วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 กลุ่ม Benzodiazepines ที่มีอัตราการใช้มาก 6 อันดับแรก ปี พ.ศ.2553 – 2555 57

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization) พบว่า Benzodiazepines เป็นกลุ่มยาที่มีการสั่งจ่ายมากที่สุดในบรรดายาที่ใช้รักษาอาการวิตกกังวลและช่วยให้นอนหลับ นอกจากนี้ยากลุ่ม Benzodiazepines ยังมีคุณสมบัติใช้เป็นยาคลายกล้ามเนื้อ (Muscle relaxants) นำสลบ (Premedication for Anesthesia) และระงับอาการชัก (Anticonvulsants) ด้วยคุณสมบัติของยาดังกล่าวในการรักษาที่กว้างขวางและเป็นที่นิยมใช้ของแพทย์และผู้ป่วย จึงทำให้เกิดปัญหาการพึ่งพายา (Dependence) และการใช้ยาในทางที่ผิด (Drugabuse) เนื่องจากปัญหาของการใช้ยาดังกล่าว สหประชาชาติโดยคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก จึงได้มีการพิจารณาควบคุมยากลุ่ม Benzodiazepines ให้เป็นสารควบคุมตามอนุสัญญาว่าด้วยวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ค.ศ. 1971 (Convention on Psychotropic Substances, 1971) ซึ่งเป็นอนุสัญญาระหว่างประเทศสำหรับควบคุมให้มีการใช้วัตถุออกฤทธิ์ในทางการแพทย์อย่างเหมาะสมและป้องกันการใช้ยาในทางที่ผิด โดยกำหนดให้ยากลุ่ม Benzodiazepines ต้องจ่ายตามใบสั่งแพทย์เท่านั้น ปัจจุบันยากลุ่ม Benzodiazepines ทั้งหมดจำนวน 35 ชนิด ถูกควบคุมภายใต้อนุสัญญาฯ ดังกล่าว[1]

Benzodiazepines เป็นกลุ่มยาที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง (Central Nervous System) Chlordiazepoxide คือ Benzodiazepines ชนิดแรกที่ถูกค้นพบโดย Mr.Leo Sternbach ในปี 1955 และนำออกสู่ตลาดเพื่อใช้ในทางการแพทย์ โดยบริษัท Hoffmann La Roche ในปีต่อมา จากนั้น Diazepam ก็ถูกผลิตและวางจำหน่ายในท้องตลาดในปี 1963[2] แม้ว่า Benzodiazepines อาจมิใช่ตัวยาหลักที่มีการนำมาใช้ในทางที่ผิด แต่ก็เป็นยาที่มีผู้นิยมนำมาใช้ร่วมกับสารเสพติดชนิดอื่นๆ เช่น แอลกอฮอล์ ยากระตุ้นประสาท และยาระงับปวดกลุ่ม Opiates เป็นต้น[3] เนื่องจากการใช้

Benzodiazepines ในทางที่ผิดเป็นปัญหาสำคัญในหลายประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา แคนนาดา และสหราชอาณาจักร ชนิดของตัวยาที่พบว่ามีการนำไปใช้ในทางที่ผิดได้แก่ Alprazolam, Diazepam, Flurazepam, Lorazepam, Nitrazepam, และ Temazepam[4] ในประเทศออสเตรเลียและนิวซีแลนด์ พบว่า มีการแพร่ระบาดของยากลุ่ม Benzodiazepines โดยพบว่ามีการใช้ยาร่วมกับสารเสพติดที่ผิดกฎหมายชนิดอื่นๆ[5] และจากการศึกษาในประเทศสวีเดน พบว่ามีการใช้ใบสั่งแพทย์ปลอมในกลุ่มยาที่ใช้ในทางที่ผิดมากที่สุด คือ Benzodiazepines ได้แก่ Diazepam, Flunitrazepam, Nitrazepam และ Oxazepam[6] นอกจากนี้ในทางอาชญากรรม พบว่า มีการใช้ Benzodiazepines มอมเหยื่อเพื่อล่วงละเมิดทางเพศ[7]

สำหรับประเทศไทยพบปัญหาการใช้ยาในทางที่ผิดของยากลุ่ม Benzodiazepines เช่นกัน สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ได้จัดทำรายงานสถานการณ์ยาเสพติดถึงสารที่ถูกนำมาใช้เสพติดที่แพร่ระบาดและเป็นปัญหากับสังคมปัจจุบัน มีอยู่หลายประเภทที่เป็นยาเสพติดรวมถึงวัตถุออกฤทธิ์กลุ่ม Benzodiazepines ได้แก่ Alprazolam, Dormicum, Midazolam, Nimetazepam, Rohypnol และ Valium[8]

จากสถานการณ์ปัจจุบันของประเทศไทยพบว่ามีการนำ Alprazolam ซึ่งเป็นวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 กลุ่ม Benzodiazepines ไปใช้ในทางที่ผิด เช่น นำไปผสมเครื่องดื่มในสี่คูณร้อย โดยมีการแพร่ระบาดมากบริเวณจังหวัดต่างๆของภาคใต้ หรือมีการนำไปใช้ในการก่ออาชญากรรมในรูปแบบของการมอมยารูดทรัพย์หรือล่วงละเมิดทางเพศซึ่งส่งผลกระทบต่อสังคมอย่างรุนแรง สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาจึงได้รวบรวมข้อมูลปัญหาการใช้ยาในทางที่ผิดที่เกี่ยวข้องกับ Alprazolam นำเสนอต่อคณะกรรมการวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทเพื่อพิจารณาหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา ซึ่งที่ประชุมฯ พิจารณาแล้วเห็นสมควรให้มีการควบคุม Alprazolam ให้เข้มงวดมากกว่าเดิม โดยยกระดับการควบคุม Alprazolam จากวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 ขึ้นเป็นวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2[9] ดังนั้น เมื่อ Alprazolam ถูกจัดเป็นวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 แล้ว จะสั่งจ่ายได้เฉพาะแพทย์เท่านั้น

ไม่อนุญาตให้จำหน่ายในร้านขายยาอีกต่อไป ซึ่งจะเป็นการเพิ่มมาตรการควบคุมการใช้ Alprazolam และป้องกันมิให้มีการนำไปใช้ในทางที่ผิด ซึ่งมาตรการการยกระดับการควบคุมดังกล่าวเป็นการแก้ไขปัญหาในเบื้องต้นเท่านั้น ผลระยะยาวยังไม่สามารถทราบได้ อีกทั้ง จากฐานข้อมูลผลิตภัณฑ์สุขภาพของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา พบว่า วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 กลุ่ม Benzodiazepines ที่มีการขึ้นทะเบียนวัตถุตำรับและวางจำหน่ายแล้วในประเทศไทยนอกจาก Alprazolam แล้ว ยังมีอีก จำนวน 11 ชนิด ได้แก่ Bromazepam, Chlordiazepoxide, Clobazam, Clorzepam, Clorazepate, Diazepam, Lorazepam Medazepam, Pinazepam, Prazepam และ Tofisopam[10] ซึ่งมีโอกาสจะก่อให้เกิดปัญหาขึ้นได้ในอนาคต ทำให้ต้องมีการพิจารณาถึงยาอีกหลายชนิดในกลุ่ม Benzodiazepines เพราะยาเหล่านี้มีคุณสมบัติทางเภสัชวิทยาคล้ายคลึงกัน อย่างไรก็ตาม หากจะใช้มาตรการดังกล่าวกับวัตถุออกฤทธิ์ทั้ง 11 ชนิด ก็จะส่งผลกระทบต่อการเข้าถึงยาเหล่านั้นได้ ดังนั้น การศึกษาถึงมาตรการของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ในการแก้ไขปัญหาการใช้ยากลุ่ม Benzodiazepines ในทางที่ผิด โดยมุ่งเน้นการศึกษาปัจจัยและข้อกฎหมายต่างๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับการควบคุมวัตถุออกฤทธิ์กลุ่ม Benzodiazepines ในครั้งนี้ เพื่อจะได้ทราบถึงปัญหาอุปสรรคของการควบคุมวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 และแนวคิดของผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์สูง อันจะนำไปสู่แนวทางการควบคุมวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 ที่เหมาะสมและรัดกุมมากยิ่งขึ้นต่อไป

2. วัตถุประสงค์ของการศึกษา

2.1 เพื่อศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 กลุ่ม Benzodiazepines ที่มีการขึ้นทะเบียนวัตถุตำรับในประเทศไทย อัตราการใช้ ช่องทางและการกระจายยา

2.2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการใช้วัตถุออกฤทธิ์กลุ่ม Benzodiazepines ในทางที่ผิด

2.3 เพื่อศึกษามาตรการการแก้ไขปัญหาการใช้วัตถุออกฤทธิ์กลุ่ม Benzodiazepines ในทางที่ผิดโดยการยกระดับการควบคุมให้เข้มงวดขึ้น

3. ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษานี้จะมุ่งเน้นประเด็นความเหมาะสมในการแก้ไขปัญหาการใช้วัตถุออกฤทธิ์ในทางที่ผิดและมาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องในการควบคุมวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 เฉพาะกลุ่ม Benzodiazepines

4. ระยะเวลาการศึกษา

ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษา ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2555 – เดือนเมษายน 2556

5. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

5.1 ทราบถึงปัญหาอุปสรรคในการควบคุมวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 กลุ่ม Benzodiazepines

5.2 แนวทางการแก้ไขปัญหาการใช้วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 กลุ่ม Benzodiazepines

5.3 ผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการควบคุมและป้องกันปัญหาการใช้ในทางที่ผิดของยากลุ่ม Benzodiazepines ที่เป็นวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4

6. นิยามศัพท์ของการศึกษา

6.1 **การใช้ยากลุ่มเบนโซไดอะซีปินส์ในทางที่ผิด**[11] (Benzodiazepine drugabuse) หมายถึง การใช้ยากลุ่มเบนโซไดอะซีปินส์เพื่อผ่อนคลายหรือความบันเทิง (Recreational purposes) เช่น รับประทานเพื่อให้เกิดอาการเมา (High) หรือรับประทานยาติดต่อกันเป็นเวลานานโดยปราศจากคำแนะนำจากแพทย์

6.2 **วัตถุออกฤทธิ์**[12] หมายถึง วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทที่เป็นสิ่งธรรมชาติหรือที่ได้จากสิ่งธรรมชาติ หรือที่เป็นวัตถุสังเคราะห์ ทั้งนี้ ตามที่รัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษา

6.3 **วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 1 ประเภท 2 ประเภท 3 หรือประเภท 4**[13] หมายถึง วัตถุออกฤทธิ์ตามบัญชีท้ายประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 97 (พ.ศ. 2539) เรื่อง ระบุชื่อและจัดแบ่งประเภทวัตถุออกฤทธิ์ ตามความในพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518

บทที่ 2

การทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง มาตรการการแก้ไขปัญหาการใช้วัตถุออกฤทธิ์กลุ่มเบนโซไดอะซีปีนส์ ในทางที่ผิดครั้งนี้ เป็นการศึกษาที่มุ่งเน้นประเด็นด้านปัญหาอุปสรรคในการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 เฉพาะกลุ่มยาเบนโซไดอะซีปีนส์ วิเคราะห์ถึงช่องทางการกระจาย อัตราการใช้ยากลุ่มเบนโซไดอะซีปีนส์ชนิดต่างๆ ที่เป็นวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 ที่มีการใช้ในประเทศไทย ซึ่งยาเหล่านี้อาจมีการถูกนำไปใช้ในทางที่ผิดได้ ผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการควบคุมและป้องกันปัญหาการใช้ในทางที่ผิดของยากลุ่มเบนโซไดอะซีปีนส์ที่เป็นวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 ทั้งนี้ ได้ทำการศึกษาเอกสารและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. การใช้ยาในทางที่ผิดและประเภทของสารเสพติด
2. ความหมายของวัตถุออกฤทธิ์ (Psychotropic substance)
3. การควบคุมวัตถุออกฤทธิ์
4. ข้อมูลวัตถุออกฤทธิ์กลุ่ม Benzodiazepines
5. การใช้วัตถุออกฤทธิ์กลุ่ม Benzodiazepines ในทางที่ผิด
6. การกระทำความผิดเกี่ยวกับวัตถุออกฤทธิ์
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. การใช้ยาในทางที่ผิดและประเภทของสารเสพติด

1.1 การใช้ยาในทางที่ผิด[14]

จุดมุ่งหมายของการใช้ยาของมนุษย์นั้นมักจะใช้ยาเพื่อการรักษาโรค (Therapeutic Drug Use หรือ Medical Drug Use) เป็นส่วนใหญ่ นอกจากนี้มนุษย์มีแนวโน้มที่จะแสวงหายาหรือสารเคมีต่างๆ เพื่อ

สนองตอบความต้องการบางอย่าง เช่น การใช้สารกระตุ้นประสาทเพื่อให้ร่างกายมีการตื่นตัวอยู่เสมอ (Stimulants) การใช้เพื่อความผ่อนคลายหรือความบันเทิง (Recreational drug) การดื่มสุราในการเลี้ยงสังสรรค์ (Social Drug Use) หรือการใช้วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทเพื่อทำให้เกิดความเคลิบเคลิ้ม (Euphoric) การหลบหนีจากความกดดันของสังคม การใช้ยาในพิธีกรรมต่างๆ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ถ้าการใช้ยานั้นไม่มีจุดมุ่งหมายทางการแพทย์และทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกายหรือจิตใจของผู้ใช้ยา จะถือว่า การใช้ยานั้นเป็นการใช้ยาในทางที่ผิด (Drug abuse) การใช้ยาระงับประสาทในขนาดที่เกินกำหนดหรือไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ก็ถือว่าการใช้ยานั้นเป็นการใช้ยาในทางที่ผิดเช่นกัน

นอกจากนี้ ถ้าการใช้ยานั้นทำให้เกิดผลเสียต่อร่างกายของผู้ใช้และก่อให้เกิดผลกระทบที่เสียหายต่อผู้เสพและต่อผู้อื่นในสังคมทั้งทางร่างกาย จิตใจ และทรัพย์สิน ก็ถือว่าเป็นการใช้ยาในทางที่ผิด เช่น คนที่ดื่มสุราเป็นประจำและดื่มในปริมาณมากเพื่อแก้ปัญหาหรือความคับข้องใจในชีวิตจนก่อให้เกิดผลเสียต่อผู้ดื่ม ถือว่ามีปัญหาจากการดื่ม (Drinking problem) หรือคนที่เสพยาบ้าแล้วทำร้ายร่างกายผู้อื่น เป็นต้น จากที่กล่าวมาจะเห็นว่ากลุ่มยาที่นำมาใช้ในทางที่ผิด (Drug of Abuse) นั้นไม่ได้หมายถึงยาที่ใช้รักษาโรคอย่างเดียว แต่รวมถึงสารเคมีตัวอื่นด้วย และมักจะเป็นสารที่มีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง (Central Nervous System) ได้แก่ กลุ่มสารกระตุ้นประสาท (Stimulants) สารกดประสาท (Depressants) และกลุ่มที่ออกฤทธิ์หลอนประสาท (Hallucinogens) กลุ่มยาเหล่านี้มักทำให้ผู้ใช้ยาพึงพอใจจากผลของการใช้ ซึ่งถ้าใช้ไปเรื่อยๆ จะทำให้เกิดการพึ่งพายาทางร่างกาย หรือจิตใจ หรือทั้งสองอย่าง (Drug Dependence) และเกิดการติดยาได้ (Drug Addiction) เมื่อมีการใช้ยาในทางที่ผิดไปสักระยะหนึ่ง ร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงปรับตัวจากผลของยา ดังนี้

1.1.1 จะต้องเพิ่มขนาดการเสพขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากร่างกายผู้เสพเกิดอาการทนยา (Tolerance) เมื่อได้รับยาในขนาดเดียวกัน แต่การออกฤทธิ์ที่ผู้เสพต้องการกลับน้อยลง หรืออีกนัยหนึ่งก็คือต้องเพิ่มขนาดยาเพื่อให้มีการออกฤทธิ์เช่นเดียวกับการเสพครั้งแรก

1.1.2 เกิดความต้องการยาทั้งทางจิตใจ (Psychic Dependence) และทางร่างกาย (Physical Dependence) ซึ่งอาการพึ่งยาทางจิตใจ (Psychic Dependence) เป็นความรู้สึกที่เป็นแรงผลักดันทางจิตใจที่จะได้รับยาไปเรื่อยๆ เพื่อให้ได้รับความพึงพอใจจากการเสพยา หรือเพื่อหลีกเลี่ยงอารมณ์ไม่ดีต่างๆ จากการที่ไม่ได้เสพ ผู้ใช้ยาอาจจะรู้โทษของมันที่มีต่อร่างกายแต่ก็อดไม่ได้ที่จะใช้ เช่น การติดบุหรี่ เป็นต้น ส่วนการเกิดอาการพึ่งยาทางร่างกาย (Physical Dependence) นั้น เป็นการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของผู้ใช้จากการใช้ยาอยู่เป็นประจำเป็นระยะเวลานาน และจำเป็นต้องได้รับยาติดต่อกันเรื่อยๆ เพื่อให้ร่างกายอยู่ในภาวะปกติ

1.1.3 ร่างกายของผู้เสพมีอาการถอนยา (Withdrawal Syndrome) เมื่อขาดยา ซึ่งเป็นอาการหลายอย่างประกอบกันทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เป็นลักษณะเฉพาะของยาแต่ละตัว เช่น อาการถอนยาของมอร์ฟีน จะพบว่า มีอาการวิตกกังวล กระวนกระวาย ความดันโลหิตสูง ม่านตาขยาย หายใจเร็ว เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ยาที่นำมาใช้ในทางที่ผิดบางชนิดก็ไม่ได้ทำให้เกิดอาการพึ่งยาทางร่างกายแต่อาจติดทางจิตใจได้

1.2 **ประเภทของสารเสพติด**[15][16]

องค์การอนามัยโลกได้แบ่งประเภทสารเสพติดโดยพิจารณาจากความผิดปกติทางจิตใจและทางพฤติกรรมที่มีสาเหตุจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ไว้ดังนี้

1.2.1 แอลกอฮอล์ (Alcohol) เช่น เหล้า เบียร์ วิสกี้ ไวน์ เป็นต้น ซึ่งมีภาวะเป็นพิษ (Intoxication) ได้แก่ เดินเซ การทำงานของกล้ามเนื้อไม่ประสานกัน พูดมาก พูดไม่ชัด อารมณ์ดี ขาดความสนใจ ง่วง ใบหน้าแดง และตากระตุก

1.2.2 สารที่สังเคราะห์ได้จากฝิ่น (Opioids) ที่พบว่ามีการใช้ในทางที่ผิด คือ เฮโรอีน ซึ่งมีภาวะเป็นพิษ (Intoxication) ได้แก่ การเคลื่อนไหวช้า พูดไม่ชัด อารมณ์ดี ความสนใจลดลง ง่วง หายใจช้า และรูม่านตาหดเล็ก

1.2.3 สารสำคัญในต้นกัญชา (Cannabinoids) สารสกัดจากกัญชาที่เป็นตัวออกฤทธิ์ที่สำคัญ คือ Tetrahydrocannabinol (THC) ซึ่งมีภาวะเป็นพิษ (Intoxication) โดยในระยะแรก เรียกว่า ระยะกระตุ้น จะมีอาการ พูดมาก พูดเร็ว อารมณ์เคลิ้มสุข ประสาทหลอน มีอารมณ์ขัน ความจำระยะสั้นเสีย และตามด้วยระยะกด จะมีอาการง่วงซึม หลับลึก และไร้การตอบสนอง

1.2.4 ยากล่อมประสาทและยานอนหลับ (Sedative Hypnotics) ได้แก่ Barbiturates, Benzodiazepines ซึ่งมีผลข้างเคียง คือ ทำให้เกิดการติดยาหากใช้ติดต่อกันเป็นเวลานาน

1.2.5 โคเคน (Cocaine) เป็นสารสำคัญในใบโคคา นิยมใช้โดยการสูดหรือฉีด ซึ่งมีภาวะเป็นพิษ (Intoxication) เช่น พูดมาก อารมณ์เคลิ้มสุข มั่นใจในตัวเอง ตื่นตัว หวาดระแวง กระฉับกระเฉง มีเรี่ยวแรง เกิดความผิดปกติของการสัมผัสที่ผิวหนัง (Tactile sensation “Cocaine bugs”)

1.2.6 สารกระตุ้นประสาท เช่น แอมเฟตามีน รวมทั้ง กาเฟอีน (Stimulants, including Caffeine) ซึ่งมีภาวะเป็นพิษ (Intoxication) จากแอมเฟตามีน ได้แก่ มีอาการกระสับกระส่าย พูดมาก รู้สึกกระฉับกระเฉง มีเรี่ยวแรง อารมณ์เคลิ้มสุข มั่นใจในตัวเอง นอนไม่หลับ ลดความอยากอาหาร หวาดระแวง และอาการโรคจิต ส่วนภาวะเป็นพิษจาก Caffeine ได้แก่ เพิ่มการตื่นตัวและแรงบันดาลใจ เพิ่มเลือดไปเลี้ยงไตทำให้ปัสสาวะมากขึ้น

1.2.7 สารหลอนประสาท (Hallucinogens) เช่น Tetrahydrocanabinol (THC) สารออกฤทธิ์ในต้นกัญชาหรือ Psilocybine สารออกฤทธิ์ในเห็ดขี้ควาย ซึ่งมีภาวะเป็นพิษ (Intoxication)

เช่น ประสาทหลอน ส่วนมากเป็นภาพหลอน การแสดงออกทางอารมณ์อาจรุนแรงกว่าปกติ ผู้ป่วยมักแยกตัวจากสังคม การใช้ยานี้ทำให้สนุกแต่บางครั้งทำให้เกิดประสาทหลอนที่น่ากลัวได้

1.2.8 ยาสูบ (Tobacco) สารที่พบในยาสูบ คือ Nicotine ซึ่งมีภาวะเป็นพิษ (Intoxication) เช่น มีอารมณ์เคลิ้มสุขอย่างอ่อน เพิ่มความตื่นตัว เพิ่มความสนใจ เพิ่มความจำ และลดความอยากอาหาร

1.2.9 สารระเหย (Volatile solvents) เช่น ทินเนอร์ แลคเกอร์ กาวยาง เป็นต้น ซึ่งมีภาวะเป็นพิษ (Intoxication) โดยเป็นอาการที่มักจะเกิดทันทีหลังเสพสารระเหย คือ ในระยะแรกจะทำให้มีความรู้สึกเป็นสุข ร่าเริง ตื่นเต้น ต่อมาจะมีอาการเมาคล้ายเมาสุรา พูดจาอ้อแอ้ ไม่ชัด ไม่รู้เวลาสถานที่ ควบคุมตัวเองไม่ได้ มีอาการระคายเคืองต่อเยื่อบุภายในปากและจมูก ทำให้น้ำลายไหลออกมาก ตามีความไวต่อแสงมากขึ้น มีเสียงในหู กล้ามเนื้อทำงานไม่ประสานกัน การสูดดมติดต่อกันเป็นเวลานาน จะทำให้อวัยวะในร่างกายเสื่อมสภาพ

1.2.10 การใช้ยาหลายชนิดและการใช้วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทอื่นๆ (Multiple drug use and use of other psychoactive substances)

2. ความหมายของวัตถุออกฤทธิ์ (Psychotropic substance)

2.1 นิยาม "วัตถุออกฤทธิ์ (Psychotropic substance)"

2.1.1 วัตถุออกฤทธิ์ (Psychotropic substance)[17] ตามอนุสัญญาสหประชาชาติว่าด้วยวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ค.ศ. 1971 หมายถึง สารใดๆ ที่เป็นสารธรรมชาติหรือสารสังเคราะห์หรือวัตถุที่เป็นธรรมชาติ ในประเภทที่ I, II, III และ IV ตามตารางแนบท้ายอนุสัญญาฯ 1971

2.1.2 วัตถุออกฤทธิ์ตามพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518 หมายถึง วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทที่เป็นสิ่งธรรมชาติ หรือที่ได้จากธรรมชาติ หรือวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทที่เป็นวัตถุสังเคราะห์ ตามที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขประกาศในราชกิจจานุเบกษา แบ่งออกเป็นวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 1 ประเภท 2 ประเภท 3 และประเภท 4 ซึ่งจำแนกวัตถุออกฤทธิ์ตามประเภทของการออกฤทธิ์ ดังนี้

1) วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 1 ส่วนใหญ่เป็นสารที่ทำให้เกิดอาการหลอนประสาท เช่น Lysergic diethylamide (LSD) ที่พบในกระดาษเมา (Magic Paper), Tetrahydrocannabinol (THC) สารออกฤทธิ์ในต้นกัญชา หรือ Psilocybine สารออกฤทธิ์ในเห็ดขี้ควาย

2) วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 จำแนกออกเป็น

(1) กลุ่มกระตุ้นประสาท เช่น Methylphenidate ใช้รักษาโรคสมาธิสั้นในเด็ก (ADHD หรือ Attention Deficit Hyperactivity Disorder)

(2) กลุ่มยานอนหลับ ได้แก่

(ก) กลุ่ม Benzodiazepines เช่น Flunitrazepam, Nimetazepam และ Triazolam

(ข) กลุ่ม Barbiturate เช่น Secobarbital

(3) กลุ่มยาลดความอ้วน ลดความอยากอาหาร เช่น Amfepramone, Mazindol และ Phentermine

3) วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 3 เป็นยานอนหลับกลุ่ม Barbiturate และ non-barbiturate

4) วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 เป็นกลุ่มยาลดความวิตกกังวล เช่น Alprazolam, Diazepam และ Lorazepam

3. การควบคุมวัตถุออกฤทธิ์

การควบคุมวัตถุออกฤทธิ์ภายใต้อนุสัญญาว่าด้วยวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท[18]

3.1 สหประชาชาติได้กำหนดการควบคุมวัตถุออกฤทธิ์ระหว่างประเทศโดยอนุสัญญาสหประชาชาติว่าด้วยวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ค.ศ. 1971 (Convention on Psychotropic Substances, 1971) โดยมีวัตถุประสงค์ควบคุมการใช้วัตถุออกฤทธิ์ในทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์ในปริมาณที่เหมาะสม และป้องกันการใช้วัตถุออกฤทธิ์ในทางที่ผิด โดยกำหนดคุณสมบัติของสารที่ควบคุมเป็นวัตถุออกฤทธิ์ภายใต้อนุสัญญาฯ ดังนี้

3.1.1 สารที่สามารถทำให้เกิดผลดังนี้

1) ภาวะการติดยา (State of dependence) และ

2) การกระตุ้น (Stimulation) หรือกด (Depression) ระบบประสาทส่วนกลาง มีผลทำให้เกิดประสาทหลอน (Hallucination) หรือทำให้เกิดความผิดปกติของการควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย (Motorfunction) หรือความคิด (Thinking) หรือพฤติกรรม (Behavior) หรือการรับรู้ (Perception) หรืออารมณ์ (Mood) หรือ

3) การนำไปใช้ในทางที่ผิดและเกิดผลเสียในทำนองเดียวกันกับสารที่ได้ถูกควบคุมเป็นวัตถุออกฤทธิ์ประเภทที่ I, II, III และ IV ของอนุสัญญาฯ 1971

3.1.2 มีหลักฐานเพียงพอที่แสดงให้เห็นว่า สารดังกล่าวได้ถูกนำไปใช้หรืออาจจะถูกนำไปใช้ในทางที่ผิด และจะทำให้เกิดปัญหาต่อการสาธารณสุขและสังคม จึงควรที่จะจัดให้อยู่ภายใต้การควบคุมระหว่างประเทศ

ทั้งนี้ สารที่ควบคุมภายใต้อนุสัญญาฯ 1971 จะแบ่งออกเป็น 4 ประเภท (Schedules) ดังนี้

ประเภท I เป็นสารที่มีศักยภาพในการก่อให้เกิดการใช้ยาในทางที่ผิดมีความเสี่ยงอันตรายต่อสุขภาพของประชาชนที่ร้ายแรง มีการใช้ประโยชน์เพื่อการบำบัดรักษาที่จำกัด

ประเภท II เป็นสารที่มีศักยภาพในการก่อให้เกิดการใช้ในทางที่ผิดและมีความเสี่ยงอันตรายต่อสุขภาพของประชาชนมาก มีการใช้ประโยชน์เพื่อการบำบัดรักษาในระดับน้อยถึงปานกลาง

ประเภท III เป็นสารที่มีศักยภาพในการก่อให้เกิดการใช้ในทางที่ผิดและมีความเสี่ยงอันตรายต่อสุขภาพของประชาชนมาก มีการใช้ประโยชน์ในการบำบัดรักษาในระดับปานกลางถึงมาก

ประเภท IV เป็นสารที่มีศักยภาพในการก่อให้เกิดการใช้ในทางที่ผิดและมีความเสี่ยงอันตรายต่อสุขภาพของประชาชนน้อย มีการใช้ประโยชน์ในการบำบัดรักษาจากน้อยไปถึงมาก

การควบคุมภายใต้ The Controlled Substances Act ของประเทศสหรัฐอเมริกา[19]

3.2 ประเทศสหรัฐอเมริกามีกฎหมาย The Controlled Substances Act ซึ่งควบคุมสารหลายชนิด ทั้งที่เป็นยา ยาเสพติดให้โทษ และวัตถุออกฤทธิ์ โดยมีการจัดแบ่งประเภทของการควบคุม ดังนี้

3.2.1 Schedule I

1) เป็นยาหรือสารใดที่มีศักยภาพในการนำไปใช้ในทางที่ผิดสูง (High potential abuse)

2) เป็นยาหรือสารใดที่ไม่เป็นที่ยอมรับในการนำมาใช้ทางการแพทย์ในการบำบัดรักษา

3) ไม่เป็นที่ยอมรับด้านความปลอดภัยในการใช้ภายใต้การดูแลของแพทย์ ตัวอย่างเช่น Heroin, Marihuana, MDMA และ GHB เป็นต้น

3.2.2 Schedule II

1) เป็นยาหรือสารใดที่มีศักยภาพในการนำไปใช้ในทางที่ผิดสูง (High potential abuse)

2) เป็นยาหรือสารใดที่มีการยอมรับให้ใช้ในทางการแพทย์ในการบำบัดรักษา หรือยอมรับให้ใช้ในทางการแพทย์ในปัจจุบัน โดยต้องมีการควบคุมที่เข้มงวดสูง

3) การนำไปใช้ในทางที่ผิดอาจทำให้เกิดการติดยาทางจิตใจหรือทางร่างกายที่รุนแรง เช่น Amphetamine, Cocaine, Opium, Morphine และ Secobarbital เป็นต้น

3.2.3 Schedule III

1) เป็นยาหรือสารใดที่มีศักยภาพในการนำไปใช้ในทางที่ผิดน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับสารใน Schedule I และ II

2) เป็นยาหรือสารใดที่มีการยอมรับให้ใช้ในทางการแพทย์ในการบำบัดรักษาในประเทศสหรัฐอเมริกาในปัจจุบัน

3) การนำไปใช้ในทางที่ผิดอาจทำให้เกิดการติดยาทางร่างกายในขนาดปานกลางหรือต่ำ (Moderate to low physical dependence) หรือการติดยาทางจิตใจสูง (High psychological dependence) เช่น Amobarbital, Buprenorphine, Ketamine ตำรับสูตรผสม Morphine ที่ผสมกับยาตัวอื่น

3.2.4 Schedule IV

1) เป็นยาหรือสารใดที่มีศักยภาพในการนำไปใช้ในทางที่ผิดต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับสารใน Schedule III

2) เป็นยาหรือสารใดที่มีการยอมรับให้ใช้ในทางการแพทย์ในการบำบัดรักษาในประเทศสหรัฐอเมริกาในปัจจุบัน

3) การนำไปใช้ในทางที่ผิดอาจทำให้เกิดการติดยาทางร่างกายหรือทางจิตใจที่จำกัด (Limited physical dependence or psychological dependence) เมื่อเปรียบเทียบกับสารใน Schedule III เช่น Alprazolam, Bromazepam, Chlodiazepoxide, Diazepam, Flurazepam และ Lorazepam เป็นต้น

3.2.5 Schedule V

1) เป็นยาหรือสารใดที่มีศักยภาพในการถูกนำไปใช้ในทางที่ผิดต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับสารใน Schedule IV

2) เป็นยาหรือสารใดที่มีการยอมรับให้ใช้ในทางการแพทย์ในการบำบัดรักษาในประเทศสหรัฐอเมริกาในปัจจุบัน

3) การนำไปใช้ในทางที่ผิดอาจทำให้เกิดการติดยาทางร่างกายหรือทางจิตใจที่จำกัด (Limited physical dependence or psychological dependence) เมื่อเปรียบเทียบกับสารใน schedule IV เช่น ยาแก้ไอตำรับสูตรผสม Codeine ซึ่งเป็นยาที่ต้องจ่ายตามใบสั่งยาเท่านั้น และใบสั่งยาไม่อนุญาตให้นำไปใช้ซ้ำส่วน Schedule III และ IV เป็นยาที่ต้องจ่ายตามใบสั่งยาและสามารถใช้ใบสั่งยาซ้ำ 5 ครั้ง ภายใน 6 เดือน

การควบคุมภายใต้พระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518 ของประเทศไทย[13]

3.3 ประเทศไทยมีการควบคุมวัตถุออกฤทธิ์ภายใต้พระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518 โดยมีสาระสำคัญ ดังนี้

3.3.1 นิยามคำต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

1) วัตถุออกฤทธิ์ หมายความว่า วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทที่เป็นสิ่งธรรมชาติหรือที่ได้จากสิ่งธรรมชาติ หรือวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทที่เป็นวัตถุสังเคราะห์ ทั้งนี้ ตามที่รัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษา

2) วัตถุตำรับ หมายความว่า สิ่งปรุงไม่ว่าจะมีรูปลักษณะใดที่มีวัตถุออกฤทธิ์รวมอยู่ด้วย ทั้งนี้ รวมทั้งวัตถุออกฤทธิ์ที่มีลักษณะเป็นวัตถุสำเร็จรูปทางเภสัชกรรมซึ่งพร้อมที่จะนำไปใช้แก่คนหรือสัตว์ได้

3) เสพ หมายความว่า การรับวัตถุออกฤทธิ์เข้าสู่ร่างกายโดยรู้อยู่ว่าเป็นวัตถุออกฤทธิ์ ไม่ว่าโดยวิธีใดหรือทางใด

4) ติดวัตถุออกฤทธิ์ หมายความว่า เสพเป็นประจำติดต่อกันจนตกอยู่ในสภาพที่จำเป็นต้องพึ่งพาวัตถุออกฤทธิ์ โดยสามารถพบสภาพเช่นนั้นได้ตามหลักวิชาการ

3.3.2 การระบุชื่อและจัดแบ่งประเภทวัตถุออกฤทธิ์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขมีอำนาจประกาศในราชกิจจานุเบกษา ระบุชื่อและจัดแบ่งประเภทวัตถุออกฤทธิ์ว่าด้วยวัตถุออกฤทธิ์ใดอยู่ในประเภท 1 ประเภท 2 ประเภท 3 หรือประเภท 4

3.3.3 การแบ่งประเภทของวัตถุออกฤทธิ์ ตามบัญชีท้ายประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 97 (พ.ศ. 2539) เรื่อง ระบุชื่อและจัดแบ่งประเภทวัตถุออกฤทธิ์ กำหนดให้วัตถุออกฤทธิ์ ที่ระบุชื่อในบัญชี

ท้ายประกาศนี้เป็นวัตถุออกฤทธิ์ ตามความในพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518 แบ่งประเภทวัตถุออกฤทธิ์ เป็น 4 ประเภท ดังนี้

1) วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 1 มีอันตรายร้ายแรง มีประโยชน์ทางการแพทย์น้อย หรือไม่มีเลย เช่น Cathinone, GHB, Mescaline และ Psilocybine เป็นต้น

2) วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 มีอันตรายมาก มีประโยชน์ทางการแพทย์น้อย เช่น Ketamine, Mazindol, Nitrazepam, Phentermine และ Secobarbital เป็นต้น

3) วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 3 มีอันตรายมากแต่มีประโยชน์ทางการแพทย์มาก เช่น Amobarbital, Meprobamate, Pentazocine, Pentobarbital เป็นต้น

4) วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 มีอันตรายน้อยแต่มีประโยชน์ทางการแพทย์มาก เช่น Alprazolam, Diazepam, Lorazepam เป็นต้น

3.4 การควบคุมวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 กลุ่ม Benzodiazepines

3.4.1 การควบคุมระหว่างประเทศ[18]

ภายใต้อนุสัญญาว่าด้วยวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ค.ศ.1971 ยากลุ่ม Benzodiazepines ถูกจัดเป็นวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 ของอนุสัญญาฯ ดังกล่าว (ยกเว้น Flunitrazepam) ซึ่งมีมาตรการควบคุม ดังต่อไปนี้

1) **มาตรา 5** ข้อจำกัดการใช้ทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์

- มีการกำหนดมาตรการที่เหมาะสมในการที่จะจำกัดปริมาณการผลิต การส่งออก การนำเข้า การขาย การครอบครองวัตถุอออกฤทธิ์ในประเภท 4 ให้อยู่ภายในวัตถุประสงค์เพื่อใช้ในทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์เท่านั้น

- การครอบครองวัตถุอออกฤทธิ์ในประเภท 4 จะกระทำได้ต่อเมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อนุญาตเท่านั้น

2) มาตรา 8 การอนุญาต

- กำหนดให้มีการขออนุญาตหรือมาตรการอื่นๆ ที่คล้ายคลึงกัน สำหรับการผลิต การส่งออก การนำเข้า และการขายวัตถุอออกฤทธิ์ในประเภท 4

- สำหรับผู้ที่ได้รับอนุญาตในการปฏิบัติหน้าที่ด้านการรักษาพยาบาลหรือทางวิทยาศาสตร์ ในขณะที่ปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าวไม่จำเป็นต้องนำข้อกำหนดเกี่ยวกับการอนุญาตมาบังคับใช้

- กำหนดว่าผู้ซึ่งได้รับอนุญาตดังกล่าว จะต้องเป็นบุคคลที่มีคุณสมบัติเพียงพอที่จะดำเนินการตามอนุสัญญาฯ นี้

3) มาตรา 9 ใบสั่งยา

- การจ่ายวัตถุอออกฤทธิ์ในประเภท 4 จะกระทำได้ต่อเมื่อมีใบสั่งยาเท่านั้น

- กำหนดมาตรการเพื่อมั่นใจได้ว่าใบสั่งยามีการใช้อย่างถูกต้องในทางการแพทย์และเป็นไปตามข้อกำหนดต่างๆ โดยเฉพาะจำนวนครั้งของการใช้ใบสั่งยา

4) มาตรา 10 คำเตือนที่หีบห่อบรรจุและการโฆษณา

- กำหนดให้มีการแสดงคำแนะนำการใช้ ข้อควรระวัง และคำเตือนไว้ที่ฉลากยา หรือหีบห่อบรรจุ เพื่อความปลอดภัยของผู้ใช้ยา

- ห้ามมิให้มีการโฆษณาต่อสาธารณชนทั่วไป

5) **มาตรา 11** การรายงาน ผู้ผลิต ผู้ส่งออก ผู้นำเข้า จะต้องจัดทำรายงานซึ่งแสดงถึงปริมาณการผลิต การส่งออก และการนำเข้าวัตถุอออกฤทธิ์ในประเภท 4

6) **มาตรา 14** มาตรการพิเศษสำหรับการนำผ่านวัตถุออกฤทธิ์ เพื่อการปฐมพยาบาลสำหรับเรือ เครื่องบิน หรือยานพาหนะใดๆ ที่ใช้ในการขนส่งระหว่างประเทศการมีวัตถุอออกฤทธิ์ในประเภท 4 ในปริมาณพอสมควรในเรือ เครื่องบิน หรือยานพาหนะใดๆ ที่ใช้ในการขนส่งระหว่างประเทศสำหรับการปฐมพยาบาลหรือกรณีฉุกเฉิน ถือว่าไม่เป็นการส่งออก การนำเข้า หรือการนำผ่านตามความหมายของอนุสัญญาฯ นี้

7) **มาตรา 15** การตรวจสอบกำหนดให้มีระบบการตรวจสอบ ผู้ผลิต ผู้ส่งออก ผู้นำเข้า ผู้ขายส่งและผู้ขายปลีก สถาบันด้านการแพทย์และวิทยาศาสตร์ ที่มีการใช้วัตถุอออกฤทธิ์ในประเภท 4

8) **มาตรา 23** การใช้มาตรการควบคุมที่เข้มงวดกว่ามาตรการที่กำหนดไว้ในอนุสัญญาฯ ฉบับนี้ ภาคีสมาชิก อาจจะดำเนินมาตรการที่เข้มงวดกว่ามาตรการที่กำหนดไว้ในอนุสัญญาฯฉบับนี้ เมื่อพิจารณาแล้วเห็นว่ามาตรการดังกล่าวเป็นสิ่งจำเป็นในการที่จะปกป้องคุ้มครองการสาธารณสุขของประชาชน

3.4.2 การควบคุมของประเทศไทย[12]

ภายใต้พระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518 วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 กลุ่ม Benzodiazepines มีมาตรการควบคุม ดังต่อไปนี้

1) **มาตรา 16** ห้ามมิให้ผู้ใดผลิต ขาย นำเข้า หรือส่งออกซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 หรือนำผ่านซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ทุกประเภท เว้นแต่ได้รับใบอนุญาต ผู้ใดฝ่าฝืน มีโทษจำคุกไม่เกิน 5 ปี และปรับไม่เกิน 100,000 บาท

2) มาตรา 17 บทบัญญัติมาตรา 16 ไม่ใช้บังคับแก่

(1) การผลิตยาที่มีวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 ตามใบสั่งยาของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นหนึ่งในสาขาทันตกรรมสำหรับคนไข้เฉพาะราย หรือของผู้ประกอบการบำบัดโรคสัตว์ชั้นหนึ่งสำหรับสัตว์เฉพาะราย

(2) การผลิต ขาย นำเข้า หรือส่งออก ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 โดยกระทรวง ทบวง กรม สภากาชาดไทย องค์การเภสัชกรรม หรือสถาบันอื่นของทางราชการตามที่รัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษา

(3) การขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 ที่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นหนึ่งในสาขาทันตกรรมขายเฉพาะสำหรับคนไข้ของตน หรือที่ผู้ประกอบการบำบัดโรคสัตว์ชั้นหนึ่งขายเฉพาะสำหรับสัตว์ซึ่งตนบำบัดหรือป้องกันโรค

3) มาตรา 18 ผู้อนุญาตจะออกใบอนุญาตให้ผลิต ขาย หรือนำเข้า ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 ได้เมื่อปรากฏว่าผู้ขออนุญาต

(1) ได้รับใบอนุญาตให้ผลิต ขาย หรือนำเข้า ซึ่งยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา แล้วแต่กรณี และ

(2) มีเภสัชกรอยู่ประจำตลอดเวลาทำการ

4) มาตรา 26 ผู้รับอนุญาตผลิต ขาย หรือนำเข้า ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 ต้องจัดให้มีเภสัชกรอยู่ประจำควบคุมกิจการตลอดเวลาที่เปิดดำเนินการ เว้นแต่ในกรณีมีความจำเป็นชั่วครั้งคราวในระหว่างที่เภสัชกรมิได้อยู่ประจำควบคุมกิจการ ห้ามมิให้ผู้ใดดำเนินการผลิต หรือขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 ในระหว่างที่เภสัชกรมิได้อยู่ประจำควบคุมกิจการผู้ใดฝ่าฝืนมาตรา 26 วรรคสอง มีโทษจำคุกไม่เกิน 1 ปี และปรับไม่เกิน 20,000บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

5) **มาตรา 67** เภสัชกรจะขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 ให้ได้เฉพาะแก่กระทรวง ทบวง กรม สภากาชาดไทย องค์การเภสัชกรม สถาบันอื่นของทางราชการตามที่รัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษา ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นหนึ่งในสาขาทันตกรรม ผู้ประกอบการบำบัดโรคสัตว์ชั้นหนึ่ง ผู้ที่มีใบสั่งยาของบุคคลดังกล่าว หรือผู้รับอนุญาตผลิต ขาย หรือมีไว้ในครอบครองวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 เท่านั้น และต้องลงบัญชีรายละเอียดการขายทุกครั้ง การกระทำฝ่าฝืน ปรับ 10,000 – 50,000 บาท

6) **มาตรา 87** ผู้ซึ่งได้รับมอบหมายจากกระทรวงสาธารณสุข หรือผู้รับอนุญาตตามพระราชบัญญัตินี้ รวมทั้งกระทรวง ทบวง กรม สภากาชาดไทย องค์การเภสัชกรรม และสถาบันอื่นของทางราชการ ตามที่รัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษา ที่ได้ดำเนินกิจการเกี่ยวกับการผลิต การขาย การนำเข้า การส่งออก การนำผ่าน หรือการมีไว้ในครอบครองซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ที่มิใช่วัตถุตำรับยกเว้น ต้องจัดให้มีการทำบัญชีรับจ่ายวัตถุออกฤทธิ์ และเสนอรายงานให้เลขาธิการทราบเป็นรายเดือนและรายปี บัญชีดังกล่าวต้องเก็บรักษาไว้และพร้อมที่จะแสดงต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ได้ทุกเวลาในขณะเปิดดำเนินการ ทั้งนี้อย่างน้อยภายในสองปีนับแต่วันลงรายการครั้งสุดท้ายในบัญชี

บัญชีรับจ่ายวัตถุออกฤทธิ์และรายงานตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามแบบที่กำหนดในกฎกระทรวง ผู้รับอนุญาตใดไม่ปฏิบัติตามมาตรา 87 ต้องระวางโทษปรับไม่เกิน 20,000 บาท

7) **ประกาศกระทรวงสาธารณสุข** เรื่อง กำหนดชื่อ ปริมาณวัตถุออกฤทธิ์ที่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นหนึ่งในสาขาทันตกรรม (ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม) หรือผู้ประกอบการบำบัดโรคสัตว์ชั้นหนึ่ง (ผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ชั้นหนึ่ง) มีไว้ในครอบครองได้โดยไม่ต้องขออนุญาต ลงวันที่ 11 มิถุนายน 2551 ประกาศกระทรวงฯ ฉบับดังกล่าว ออกตามมาตรา 64 เพื่อระบุวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 ซึ่งผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นหนึ่งในสาขาทันตกรรม หรือผู้ประกอบการบำบัดโรคสัตว์ชั้นหนึ่ง

สามารถมีไว้ในครอบครองในปริมาณที่ประกาศฯ กำหนดโดยไม่ต้องขออนุญาต ตัวอย่างเช่น Alprazolam 1 กรัม หรือ Diazepam 10 กรัม เป็นต้น

4. ข้อมูลวัตถุออกฤทธิ์กลุ่ม Benzodiazepines[20]

ยากลุ่ม Benzodiazepines มีประสิทธิภาพในการลดอาการวิตกกังวล และช่วยให้นอนหลับได้ดี มีขีดความปลอดภัยในการรักษาสูง ยาชนิดแรกที่นำออกสู่ท้องตลาดเพื่อใช้ในทางการแพทย์ คือ Chlordiazepoxide ต่อมามีการคิดค้นยาในกลุ่มนี้ขึ้นมากมาย จึงมีการแบ่งกลุ่มยาเหล่านี้ได้หลายแบบ

4.1 การแบ่งกลุ่มยา Benzodiazepines

4.1.1 แบ่งตามระยะเวลาการออกฤทธิ์และ/หรือ Elimination half-life

1) Long - acting Benzodiazepines ตัวอย่างเช่น Chlordiazepoxide, Clorazepam และ Diazepam

2) Intermediate-acting Benzodiazepines ตัวอย่างเช่น Clonazepam, Flunitrazepam และ Nitrazepam

3) Short - acting Benzodiazepines ตัวอย่างเช่น Lorazepam, Oxazepam

4) Ultra - short Benzodiazepines ตัวอย่างเช่น Alprazolam, Estazolam

4.1.2 แบ่งตามสูตรโครงสร้างทางเคมี

1) 1,4 benzodiazepines ส่วนใหญ่จะมี Carboxamidegroup ใน 7 - membered heterocyclicrin

เช่น Diazepam, Lorazepam แต่ยาบางชนิด เช่นAlprazolam และ Triazolam จะมี Triazolering จึงเรียก Benzodiazepines พวกนี้ว่า Triazolobenzodiazepine ยาพวกนี้มักจะมีฤทธิ์เป็น Sedative – hypnotics

2) 1,5 benzodiazepines เช่น Clobazam

3) 3,4 benzodiazepines เช่น Tofisopam

4.1.3 แบ่งตามความแรง

1) High therapeutic potency กลุ่มนี้จะใช้ยาขนาดมิลลิกรัมน้อยๆ ก็ออกฤทธิ์ได้พอๆ กับยาในกลุ่ม Low therapeutic potency ในขนาดสูง ตัวอย่างของยากลุ่มนี้ ได้แก่ Alprazolam, Lorazepam, Triazolam และ Clonazepam เป็นต้น

2) Low therapeutic potency กลุ่มนี้จะใช้ยาในขนาดมิลลิกรัมที่สูงกว่ากลุ่มแรก ได้แก่ Diazepam, Clorazepam, Prazepam และ Temazepam เป็นต้น

4.1.4 แบ่งตามลักษณะการจับกับ Benzodiazepine - receptor

1) Agonist เช่น Diazepam มี Stereospecific bonding กับ Benzodiazepine - receptor ชนิดต่างๆ ด้วย Affinity ที่ต่างกัน

2) Antagonist เช่น Flumazenil แย่งจับกับ Benzodiazepine agonist บางชนิด จึงมีประโยชน์มากในการแก้ Benzodiazepine overdose แต่ก็มี Antagonist บางชนิดที่มีฤทธิ์กระตุ้นก่อนเรียก Partial agonist เช่น Clonazepam

3) Inverse agonist เช่น beta - carboline แย่งจับ Benzodiazepine - receptor

และให้ผลตรงข้ามกับ Benzodiazepine เช่น ทำให้เกิดอาหารชัก และเกิดอาการวิตกกังวล

4.1.5 แบ่งตามความสามารถในการจับกับ Benzodiazepine - receptor ทั้งนี้ เพราะพบว่าหากแบ่งกลุ่ม Benzodiazepines โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่ใช้เป็นยานอนหลับ ระยะเวลาการออกฤทธิ์ยาว - สั้น จะสัมพันธ์กับปริมาณ Receptor ที่ถูกยาจับมากกว่าระดับยาในเลือด

4.2 กลไกลการออกฤทธิ์ของยากลุ่ม Benzodiazepines

Benzodiazepines ออกฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง ช่วยเสริมให้ gamma - aminobutyricacid (GABA) ซึ่งเป็น Inhibitory neurotransmitter ในสมองส่วนกลางแสดงฤทธิ์ได้ดีขึ้น เนื่องจาก GABA จับกับ $GABA_A$ receptor ได้ดีขึ้น กลไกลการออกฤทธิ์ของยากลุ่มนี้ คือ Benzodiazepines ที่เป็น Agonist ที่ Benzodiazepinesreceptor และ Chloride channel เป็นสารประกอบเชิงซ้อน ชื่อว่า Benzodiazepines - GABA receptor - chloride ionophore complex สารประกอบเชิงซ้อนนี้อยู่บริเวณ Neuronalmembrane เมื่อ Benzodiazepines จับกับ Benzodiazepines receptor ทำให้เกิดการกระตุ้น GABA receptor ส่งผลให้ Chloride channel เปิด ยอมให้ Chloride ions เข้าสู่เซลล์ได้มากจนเกิด Hyperpolarization

4.3 ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาที่สำคัญของยากลุ่ม Benzodiazepines

1) ผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง ยากลุ่มนี้มีฤทธิ์คล้ายกันมากน้อยตามขนาดของยาที่ได้รับ ได้แก่ ลดอาการวิตกกังวล สงบประสาท สูญเสียความทรงจำชั่วขณะ ความสามารถในการเรียนรู้ลดลง ง่วงนอนถึงทำให้นอนหลับ คลายกล้ามเนื้อ และต้านการชัก ถ้าให้ยาขนาดสูงมากๆ จะกดสมองถึงขั้น Stupor ได้ แต่ยากลุ่มนี้ไม่สามารถใช้เป็นยาสลบได้เช่นเดียวกับยากลุ่ม Barbiturates การเลือกชนิดของยา Benzodiazepines เป็นยาลดอาการวิตกกังวล ยาสงบประสาท หรือยานอนหลับทำได้ยากเพราะยาทุกชนิดทำให้ง่วงนอน อย่างไรก็ตาม มียาหลายชนิดที่ออกฤทธิ์ทำให้หลับได้เร็ว

และหลับได้นานพอ โดยมีผลต่อ REM sleep น้อยกว่ายากลุ่ม Barbiturates และไม่นำมาใช้เป็นยาลดอาการวิตกกังวล เช่น Triazolam, Midazolam, Nitrazepam, และ Flunitrazepam เป็นต้น ยาบางชนิดทำให้กล้ามเนื้อคลายตัวได้ดี เช่น Clonazepam ทำให้กล้ามเนื้อคลายตัวได้ในขนาดที่ยังไม่ทำให้เกิด Sedation ต่างกับ Diazepam หรือ Benzodiazepines ตัวอื่นๆ ซึ่งมักเกิด Sedation ด้วย

2) ผลต่อระบบการหายใจ ยากลุ่มนี้มีผลกดระบบการหายใจน้อยมาก อย่างไรก็ตาม Diazepam หรือ Midazolam ขนาดใช้นำสลบ อาจทำให้เกิด Respiratory acidosis ได้ และขนาดที่ใช้ทำให้กล้ามเนื้อคลายตัวเพื่อทำ Endoscopy อาจกด Alveolar ventilation และเพิ่ม PCO_2 จนทำให้เกิด CO_2 ในผู้ป่วย COPD จึงควรใช้ด้วยความระมัดระวังในผู้ป่วยดังกล่าว

3) ผลต่อระบบการไหลเวียนเลือด ยากลุ่ม Benzodiazepines มีผลน้อยมาก ยกเว้นในกรณีที่ได้รับยาเกินขนาด อย่างไรก็ตาม การให้ยา Benzodiazepines นำสลบ จะทำให้ความดันโลหิตลดลงและหัวใจเต้นเร็ว โดยเฉพาะยา Midazolam ถ้าให้ขนาดสูงจะลดความดันโลหิต และลดปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมองได้

4) ผลต่อระบบทางเดินอาหาร มีการใช้ยากลุ่มนี้ช่วยรักษา Anxiety - related peptic ulcer แต่ไม่มีหลักฐานว่ายาเหล่านี้มีผลลดการหลั่งกรดในกระเพาะอาหารโดยตรง

5) อื่นๆ เช่น ทำให้กล้ามเนื้อเรียบที่มดลูกคลายตัว ถ้าให้ Diazepam ขนาดสูงก่อนคลอด

4.4 **ข้อบ่งชี้ในการใช้วัตถุออกฤทธิ์กลุ่ม Benzodiazepines**

1) กลุ่มโรควิตกกังวล

2) โรคหรือภาวะจิตเวชอื่นๆ ที่มีอาการวิตกกังวลร่วมด้วย เช่น Adjustment disorder, Depressive disorder

3) Alcohol withdrawal syndrome และ Alcohol withdrawal delirium

4) ภาวะนอนไม่หลับ ควรใช้ Benzodiazepines เป็นครั้งคราว โดยมุ่งหาสาเหตุของการนอนไม่หลับ แล้วแก้ไขตามสาเหตุนั้น

5) ใช้เป็นยาคลายกล้ามเนื้อ

6) ใช้รักษาอาการชัก

4.5 **ข้อควรระวัง**

ควรหลีกเลี่ยงในผู้ป่วยโรค Myasthenia gravis ผู้มีแนวโน้มจะใช้ยาผิดวัตถุประสงค์ (Abuse potential) ผู้ป่วยที่มีปัญหาของระบบทางเดินหายใจ หรือมีประวัตินอนกรน ผู้ป่วยที่ทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักร หรือต้องการสมาธิสูงในการทำงาน สตรีที่ตั้งครรภ์และสตรีที่ให้นมบุตร ส่วนในผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคตับ ไต ควรใช้ยาที่มีค่าครึ่งชีวิตสั้น ไม่ควรใช้ยาร่วมกับแอลกอฮอล์ หรือยาที่มีฤทธิ์กดประสาทส่วนกลาง

4.6 **ผลข้างเคียง**

1) ง่วงซึม เป็นผลข้างเคียงที่พบได้บ่อยที่สุด มักเกิดขึ้นใน 1 - 2 ชั่วโมงแรกหลังจากได้รับยา อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อคนทำงานที่ต้องใช้สมาธิมากๆ หรือขับรถ หรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักร จึงควรแนะนำผู้ป่วยให้ระมัดระวัง หรือให้กินยาก่อนนอน พบว่าฤทธิ์ง่วงซึมนี้เป็น Individual susceptibility ผู้ป่วยบางรายไม่ว่ากินยา Benzodiazepines ชนิดใดก็ง่วง ในทางกลับกันผู้ป่วยบางรายก็ไม่ง่วงเลย

2) แขนขาอ่อนแรง กล้ามเนื้อเปลี้ย และเดินเซ เนื่องจากฤทธิ์คลายกล้ามเนื้อของยา จึงควรระวังในผู้สูงอายุ หรือผู้มีปัญหาเรื่องกล้ามเนื้อ เพราะอาจทำให้แขนขาหมดแรง และเดินไม่ได้จากยาหรือเกิดอาการมึนงง เดินแล้วเซได้

3) การดื้อยา และภาวะพึ่งพายา พบว่าผู้ป่วยบางรายเมื่อใช้ Benzodiazepines ไปนานๆ อาจเกิดการดื้อยาขึ้นได้ คือ ต้องใช้ยาในปริมาณที่สูงขึ้นกว่าเดิม แต่บางรายก็เป็นเพียง Psychic dependence เท่านั้น

4) ปฏิกิริยาตรงข้ามกับฤทธิ์ยา (Paradoxical reaction) พบได้เป็นครั้งคราว มักแสดงออกโดยอาการตื่นเต้น กังวล นอนไม่หลับ และบางรายถึงแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว วุ่นวาย อาละวาด ทำร้ายตนเอง หรือผู้อื่น

5. การใช้วัตถุออกฤทธิ์ กลุ่ม Benzodiazepines ในทางที่ผิด

5.1 การใช้วัตถุออกฤทธิ์กลุ่ม Benzodiazepines ในทางที่ผิดในต่างประเทศ

National Institute on Drug Abuse (NIDA) ของประเทศสหรัฐอเมริกา ระบุว่า ยากลุ่ม Benzodiazepines ที่ต้องจ่ายตามใบสั่งยา ที่นิยมนำไปใช้ในทางที่ผิด ได้แก่ Xanax (Alprazolam), Halcion (Triazolam), Librium (Chlordiazepoxide), Valium (Diazepam) และ Ativan (Lorazepam)[21] โดย Benzodiazepines เป็นกลุ่มยาที่มีการใช้ในทางที่ผิด โดยเฉพาะผู้ที่มีประวัติการใช้สารเสพติดหลายชนิด ทั้งนี้ ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า Alprazolam, Lorazepam, Clonazepam, Diazepam, และ Temazepam นิยมสั่งจ่ายมากที่สุด เพื่อรักษาอาการนอนไม่หลับ และลดความวิตกกังวล ขณะเดียวกันก็เป็นกลุ่มยาที่พบบ่อยมากที่มีการจำหน่ายในตลาดที่ผิดกฎหมาย (Illicitmarket) โดยมีการใช้ Diazepam และ Alprazolam ร่วมกับ Methadone เพื่อเพิ่มฤทธิ์เคลิ้มฝันของ Methadone หรือผู้ติด Cocaine ใช้ Benzodiazepines เพื่อบรรเทาผลข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ Cocaine ขนาดการใช้

Benzodiazepines ในทางที่ผิดโดยทั่วไป จะใช้ในขนาดที่สูงเกินกว่าขนาดในการรักษา ในทางอาชญากรรมเคยมีการใช้ Benzodiazepines เพื่อมอมเหยื่อไปล่วงละเมิดทางเพศ ซึ่งข้อมูลในปี ค.ศ. 2011 ของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า มีการใช้ Alprazolam 49.0 ล้านเม็ด Lorazepam 27.6 ล้านเม็ด Clonazepam 26.9 ล้านเม็ด Diazepam 15.0 ล้านเม็ด และ Temazepam 8.5 ล้านเม็ด ตามลำดับ เนื่องจากยากลุ่ม Benzodiazepine เป็นยาที่ต้องจ่ายตามใบสั่งยาเท่านั้น ดังนั้น ผู้ที่ใช้ยาในทางที่ผิดจึงแสวงหายาโดยวิธีต่างๆ เช่น ซื้อยาโดยการใช้ใบสั่งยาจากแพทย์หลายๆ คน การใช้ใบสั่งยาปลอมเพื่อซื้อยาจากร้านขายยา หรือหาซื้อจากตลาดที่ผิดกฎหมาย เป็นต้น ชื่ออื่นๆ ที่ใช้เรียกยากลุ่ม Benzodiazepines (StreetNames) ได้แก่ Benzos, Dawners, Nerve Pills, Tranks[7]

จากการศึกษาระดับประเทศของ The Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) ของประเทศสหรัฐอเมริกา ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1998 ถึง ค.ศ. 2008 พบว่า คนไข้อายุ 12 ปีขึ้นไปที่เข้ารับการรักษาเกี่ยวข้องกับการใช้ยากลุ่ม Benzodiazepines เพิ่มขึ้น จาก 22,400 ราย ในปี ค.ศ. 1998 เป็น 60,200 ราย ในปี ค.ศ. 2008 [22]

ในสหราชอาณาจักร Benzodiazepines คือ กลุ่มยาที่นิยมใช้ในทางที่ผิดร่วมกับสารเสพติดหรือยาชนิดต่างๆ โดยเฉพาะผู้ที่เสพ Opiate, Amphetamine และ Cocaine นอกจากนี้ กลุ่มวัยรุ่นก็นิยมใช้ Benzodiazepine ร่วมกับยาตัวอื่น เช่น MDMA (Ecstasy) หรือ LSD หรือใช้ Buprenorphine ร่วมกับ Temazepam หรือการดื่มเบียร์พร้อมกับ Temazepam ซึ่งเป็นที่นิยมมากในกลุ่มวัยรุ่นโดยเฉพาะทางตอนเหนือของประเทศอังกฤษและสก๊อตแลนด์ [23]

5.2 การใช้วัตถุออกฤทธิ์ กลุ่ม Benzodiazepine ในทางที่ผิด ในประเทศไทย[24][25]

ในประเทศไทย ชนิดของตัวยากลุ่ม Benzodiazepines ที่มีข้อมูลว่า มีการนำไปใช้ในทางที่ผิด ได้แก่ **Xanax** ที่มีชื่อสามัญว่า Alprazolam (ชื่อเรียกอื่น คือ ยาเสียตัว ชาแนกซ์ ซอแลม) โดยเป็นยากล่อมประสาทที่เข้ามามีบทบาทในกลุ่มยาเสพติดซึ่งเรียกว่า“Club Drugs” พบว่า การใช้ยาอี (Ecstasy)

และยาเค (Ketamine) จะออกฤทธิ์กระตุ้นประสาทมากจนเกิดความรู้สึกไม่สบาย นอนไม่หลับ ทำให้ต้องใช้ยากล่อมประสาทเพื่อลดแรงกระตุ้น ช่วยให้รู้สึกสบายใจ และสามารถนอนหลับ เพื่อจะตื่นขึ้นมาใช้ชีวิตประจำวันที่ปกติ เช่น เรียนหนังสือ หรือทำงานได้ ดังนั้น ผู้เสพยาอีและผู้เสพยาเค ส่วนใหญ่จึงนิยมเสพยาอีและยาเคคู่กับยา Xanax แต่ปัญหาที่พบ คือ หลังจากที่ใช้ยา Xanax ไประยะหนึ่ง จะทำให้ผู้เสพเกิดความหมกมุ่นอยู่กับยาเสพติด และนำไปสู่ภาวะเสพติด คือ ผู้เสพจะควบคุมตัวเองไม่ได้ ทำให้เกิดผลกระทบโดยตรงต่อการดำเนินชีวิต จะละเว้นการทำกิจวัตรประจำวันที่ควรทำหรือจำเป็นต้องทำ นอกจากนี้ วัยรุ่นในแถบภาคใต้นิยมใช้ Alprazolam หรือซอแลม (Zolam) ผสมในยาเสพติดที่มีชื่อว่าสี่คูณร้อย และพบว่ามีการใช้ Alprazolam เป็นเครื่องมือในการก่ออาชญากรรมเพื่อชิงทรัพย์หรือล่วงละเมิดทางเพศ โดยนำยาผสมในเครื่องดื่มเพื่อมอมเมาเหยื่อ

สำหรับปัญหา Club Drugs ในประเทศไทยส่วนใหญ่ที่พบมี ยาอี ยาเค ยาบ้า โคเคน และกลุ่มยากล่อมประสาทบางตัว เช่น Alprazolam, Nimetazepam และ Midazolam ยาในกลุ่ม Club Drugs บางชนิดถูกนำไปใช้ในการก่ออาชญากรรมทางเพศ เรียกว่า “Date Rape Drugs”ได้แก่ GHB, Rohypnal, Ketamine และ Alprazolam เนื่องจากยากลุ่มนี้ ไม่มีสี ไม่มีรส และไม่มีกลิ่น ละลายน้ำได้ดี จึงมีผู้ไม่หวังดีนำไปผสมในเครื่องดื่มเพื่อให้เหยื่อสาวเสพโดยไม่รู้ตัว ทำให้เหยื่อเกิดอาการนอนหลับ หมดสติ และไม่สามารถต่อสู้ขัดขืนขณะถูกล่วงละเมิดทางเพศได้ บางครั้งผู้เสพไม่สามารถจำเหตุการณ์ในขณะที่อยู่ภายใต้ฤทธิ์ของยา ทำให้ยากต่อการเอาโทษผู้กระทำผิดได้

Dormicum มีชื่อสามัญว่า Midazolam (ชื่อเรียกอื่น เช่น ยามอม ยาสลบ ดอร์มิคุม) เป็นยานอนหลับที่มีการนำไปใช้ในการก่ออาชญากรรม โดยมิจฉาชีพนำไปใช้ในการมอมเมาเหยื่อเป้าหมายที่เป็นหญิงสาวตามศูนย์อาหาร หรือฟาสต์ฟู้ด ถึงแม้ว่ายาตัวนี้จะจัดเป็นยาควบคุมที่ต้องสั่งจ่ายโดยแพทย์เท่านั้น และไม่มีจำหน่ายตามร้านขายยาทั่วไป แต่ก็ยังพบว่า มีการลักลอบซื้อขายกันอยู่ จึงทำให้เกิดช่องทางในการนำยามาใช้ในทางที่ผิด ทั้งตัวผู้ป่วยเองที่ใช้ยานี้อยู่ซึ่งมักจะหาซื้อยามาทานต่อเอง และพวกมิจฉาชีพที่นำยานี้ไปใช้ในการมอมเมาเหยื่อ

Erimin หรือชื่อสามัญ Nimetazepam (ชื่อเรียกอื่น เช่น Erimin, Happy 5) ใช้เป็นยานอนหลับ ซึ่งการใช้ในทางที่ผิดพบว่ามักใช้ร่วมกับแอลกอฮอล์ทำให้เกิดอาการเคลิ้มฝัน และเป็นยาที่ทำให้หลับหลังจากการใช้ Ecstacy (ยาอี) หรือ Methamphetamine (ยาบ้า) ซึ่งเป็นยากระตุ้นประสาท ในแถบชายแดนภาคใต้มีการนำ Erimin ไปผสมในยาเสพติดสี่คูณร้อย

Rohypnol หรือที่มีชื่อสามัญว่า Flunitrazepam ใช้เป็นยานอนหลับ มีการนำยานี้ไปใช้ในทางที่ผิดอยู่บ่อยครั้ง เช่น ใช้นำไปมอมผู้หญิงเพื่อให้เหยื่อหมดแรงต่อสู้และจำสิ่งที่เกิดขึ้นแล้วไม่ได้ หรือมอมผู้ชายเพื่อปลดทรัพย์ หรือก่ออาชญากรรม โดยส่วนใหญ่ใช้ผสมในเครื่องดื่มโดยเฉพาะเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสม เพื่อเสริมให้ Flunitrazepam ออกฤทธิ์กดประสาทแรงขึ้น ต่อมาในภายหลังบริษัทยาผู้ผลิตจึงเปลี่ยนรูปแบบจากเม็ดกลมขนาดเล็กสีขาวเป็นเม็ดรูปรีขนาดใหญ่สีเขียว ซึ่งเมื่อนำมาผสมเครื่องดื่มจะเห็นตะกอนของตัวยาตกอยู่ก้นแก้วและเครื่องดื่มก็จะมีสีเขียวเพื่อให้ผู้ดื่มเครื่องดื่มเหล่านี้สังเกตได้ชัดเจนขึ้น

สาวิตรี อักษณางค์กรชัย และคณะ (2548)[26] ทำการศึกษาปัญหาจากกลุ่มยารักษาโรคที่มีความรุนแรงในระดับที่ควรเฝ้าระวัง พบว่ามีการนำยากล่อมประสาท (เช่น Alprazolam, Diazepam, Nimetazepam เป็นต้น) ไปใช้ในทางที่ผิด เช่น การใช้เพื่อความบันเทิง การนำไปใช้เพื่อหลอกลวงผู้อื่น ใช้เป็นสารเสพติด และใช้เป็นยาทดแทน หรือเสริมฤทธิ์สารอื่น โดยมีทั้งการใช้เป็นยาตัวเดียว หรือใช้ร่วมกับสารเสพติดชนิดอื่น

นอกจากนี้ International Narcotics Control Board (INCB) ได้รายงานปัญหาวัตถุออกฤทธิ์ในแถบตะวันออก และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ที่เกี่ยวข้องกับการลักลอบค้า Benzodiazepines โดยไม่มีวัตถุประสงค์ทางการแพทย์ไว้ดังนี้ว่า Benzodiazepines ชนิดเม็ด ปริมาณ 350 กิโลกรัม ที่ถูกยึดได้ในประเทศมาเลเซีย ยาส่วนใหญ่เป็นการลักลอบนำเข้าจากประเทศอินเดีย ในปี ค.ศ. 2010 มีการรายงานว่า Diazepam และ Nimetazepam ชนิดเม็ดที่ยึดได้บ่อยครั้งเป็นการลักลอบส่งทางพัสดุไปรษณียภัณฑ์

หรือขายทางอินเตอร์เน็ทอย่างผิดกฎหมาย ในระหว่างปี ค.ศ. 2010 กับสี่เดือนแรกของปี ค.ศ. 2011 เจ้าหน้าที่ในประเทศฮ่องกงยึด Benzodiazepines ได้เป็นจำนวน 220,000 เม็ด ซึ่งลักลอบส่งมาจากประเทศไต้หวัน ส่วนในประเทศอินเดียนั้น ยากลุ่ม Benzodiazepines ที่มีการนำไปใช้ในทางที่ผิดเป็นส่วนมาก ได้แก่ Diazepam, Alprazolam, Nitrazepam, Lorazepam[27]

6. การกระทำความผิดเกี่ยวกับวัตถุออกฤทธิ์[28]

กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ได้ทำการประมวลผลการกระทำความผิดที่เกี่ยวข้องกับวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 ในปี 2551 - 2554 พบข้อมูลดังนี้

6.1 มีการดำเนินคดีกับสถานพยาบาล ในฐานความผิดเกี่ยวกับการไม่จัดทำรายงานบัญชีรับ - จ่ายวัตถุออกฤทธิ์ โดยเปรียบเทียบปรับแพทย์ผู้รับอนุญาต จำนวน 89 ราย

6.2 จากการตรวจสอบร้านขายยาในเขตกรุงเทพฯ และปริมลฑล จำนวน 350 แห่ง ตามโครงการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในปีงบประมาณ 2554 พบร้านขายยาลักลอบขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 จำนวน 11 แห่ง ผู้รับอนุญาตร้านขายยาถูกจับกุมดำเนินคดีในข้อหาขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 โดยไม่ได้รับอนุญาต และในปีงบประมาณ 2555 ตรวจสอบเฝ้าระวังร้านขายยาในเขตกรุงเทพฯ จำนวน 100 แห่ง พบการกระทำความผิดและดำเนินคดี จำนวน 4 แห่ง นอกจากนี้มีการดำเนินการตามเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการลักลอบขายวัตถุออกฤทธิ์ในร้านขายยา โดยตรวจสอบพบการกระทำความผิดขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 โดยไม่ได้รับอนุญาต จำนวน 11 แห่ง

6.3 ตรวจสอบพบคลินิก 2 แห่ง ในช่วงเดือน มกราคม 2550 – มิถุนายน 2551 ที่มีพฤติกรรมแบ่งซื้อวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 เป็นจำนวนมาก แต่ไม่จัดทำรายงานบัญชีรับ - จ่าย วัตถุออกฤทธิ์ประจำเดือนเสนอต่อเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา ซึ่งคลินิกทั้ง 2 แห่ง ถูกพักใช้ใบอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ เป็นเวลา 120 วัน

6.4 จากการตรวจสอบข้อมูลการกระจายวัตถุออกฤทธิ์ ที่บริษัทต่างๆ รายงานการขายวัตถุออกฤทธิ์ให้กับสถานพยาบาลตั้งแต่ปีงบประมาณ 2553 – ปัจจุบัน พบกรณีสถานพยาบาลไม่มีใบอนุญาตให้มีไว้ในครอบครอง หรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ แต่มีการสั่งซื้อวัตถุออกฤทธิ์เกินปริมาณที่กำหนดตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 71 ราย

6.5 บริษัทผู้ได้รับอนุญาตผลิตวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 แห่งหนึ่ง มีพฤติกรรมการขายวัตถุออกฤทธิ์ ในประเภท 4 โดยให้ความร่วมมือกับสถานพยาบาลในการแยกใบเสร็จในการขายวัตถุออกฤทธิ์ (Alprazolam) ขนาด 1 มก. ครั้งละ 1,000 เม็ด ต่อเนื่องกันทุกวัน

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Jones JD และคณะ[29] ทำการศึกษาการใช้ยาร่วมกันหลายชนิดในทางที่ผิด (Polydrug abuse) โดยวิจัยเอกสารที่เกี่ยวข้องกับปฏิกิริยาต่อกันทางเภสัชวิทยา และระบาดวิทยาของการใช้ยากลุ่ม Opioids ร่วมกับ Benzodiazepines จากการค้นคว้าเอกสารที่มีการตีพิมพ์เผยแพร่ระหว่างปี ค.ศ.1970 – 2012 ประมาณ 200 บทความโดย PubMed และ PsycInfo รายงานจำนวนมากระบุว่า การใช้ยาร่วมกันในทางที่ผิด (co - abuse) ของยาทั้ง 2 ชนิด ดังกล่าวมีอยู่อย่างแพร่หลายทั่วโลก สำหรับเหตุผลของการใช้ยาร่วมกันยังไม่ทราบแน่ชัด อาจเป็นไปได้ว่าผู้เสพ Opioids ใช้ยากลุ่ม Benzodiazepines รักษาตนเองเพื่อลดความกังวล ความคลุ้มคลั่ง และอาการนอนไม่หลับ จากข้อมูลในเอกสารที่ศึกษาเสนอไว้ว่ายากลุ่ม Benzodiazepines คือ ยาชนิดแรกที่ใช้เพื่อความบันเทิง เช่น การใช้ Benzodiazepines เพื่อเพิ่มฤทธิ์เมายา (High) ของ Opioids และใช้ยาในขนาดที่สูงกว่าการใช้เพื่อบำบัดรักษา อย่างไรก็ตามยังมีการศึกษาทางคลินิกไม่มากนักเพื่อค้นหาปฏิกิริยาต่อกันทางเภสัชวิทยา และแนวโน้มของการใช้ในทางที่ผิดของการใช้ยาร่วมกัน

Rigg KK และคณะ[30] ได้ทำการศึกษารูปแบบของการเบี่ยงเบน (Diversion) ยาที่จ่ายตามใบสั่งยาของพ่อค้ายา (drug dealer) โดยศึกษาจากหัวข้อคำถาม ดังนี้ 1) พ่อค้ายาได้รับยาที่จ่ายตามใบสั่งยา

อย่างไร และ 2) ยาจ่ายตามใบสั่งยาชนิดใดที่พ่อค้านิยมนำมาจำหน่าย ข้อมูลที่ศึกษาสืบค้นจากฐานข้อมูลของ National Institute on Drug Abuse – funded research study ที่ทำการศึกษาการเบี่ยงเบนยาที่จ่ายตามใบสั่งยาและการใช้ยาในทางที่ผิดใน South Florida และการสัมภาษณ์เชิงลึกจากพ่อค้ายาจำนวน 50 คน พบว่า พ่อค้ายามีวิธีการเบี่ยงเบนยาหลายวิธี เช่น เข้ารับการรักษาอาการเจ็บปวดตามคลินิกหลายๆ ครั้ง ทำงานเป็นพนักงานในร้านขายยาเพื่อขโมยยาจากร้าน และขอซื้อยาจากคนไข้ที่ขาดแคลนเงิน ชนิดของตัวยาที่พบว่า พ่อค้ายาจำหน่ายมากที่สุด คือ กลุ่มยา Opioids ที่ระงับอาการปวด และ Benzodiazepines บางชนิด เช่น Alprazolam ซึ่งข้อค้นพบนี้จะเป็นข้อมูลให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดนโยบายในการลดการเบี่ยงเบนยาที่จ่ายตามใบสั่งแพทย์ไปสู่ตลาดที่ผิดกฎหมายได้ (Illicit market)

James A. Inciardi[31] และคณะทำการศึกษาขอบเขตของการเบี่ยงเบนยาที่จ่ายตามใบสั่งยาและรูปแบบของการเบี่ยงเบนยาในกลุ่มประชากรที่ใช้ยาในทางที่ผิด ข้อมูลสืบค้นจาก Researched Abuse Diversion and Addiction - Related Surveillance (RADARS), the National Survey of Drug Use and Health (NSDUH), the Delaware School Survey การศึกษาเชิงปริมาณและคุณภาพที่ดำเนินการในเมืองไมอามี่ รัฐฟลอริด้า ข้อมูลแสดงให้เห็นว่า แหล่งใหญ่ของการเบี่ยงเบนยา ได้แก่ พ่อค้ายา เพื่อนและญาติ การลักลอบนำเข้า (Smugglers) ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บปวด และผู้สูงอายุ ในการศึกษาทั้งหมดพบว่า Internet ไม่ใช่แหล่งสำคัญของการค้ายาที่จ่ายตามใบสั่งยา การเบี่ยงเบนยา ยังพบได้อีกหลายวิธี เช่น การขายใบสั่งยาที่ผิดกฎหมายโดยแพทย์ การพบแพทย์หลายๆ คนเพื่อให้ได้มาซึ่งยาที่แพทย์สั่งจ่าย (Doctor shopping) ขโมยหรือปลอมเอกสารใบสั่งยาโดยพนักงานดูแลสุขภาพและผู้ป่วย การขโมยจากผู้ผลิต ผู้จัดจำหน่าย และร้านขายยา นอกจากนี้ ยังมีหลักฐานการเติบโตของการเบี่ยงเบนยากลุ่ม Opioids และ Benzodiazepines โดยการขโมยจากที่อยู่อาศัย และการลักลอบขนยาข้ามพรมแดนทั้งในระดับผู้ขายปลีกและผู้ขายส่ง

Kenneth K.C. Lee และคณะ[32] ทำการศึกษาผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงข้อบังคับในการควบคุมยากลุ่ม Benzodiazepines เพื่อป้องกันการใช้ในทางที่ผิดในประเทศฮ่องกงระหว่างปี ค.ศ. 1991 – 1993 โดยในปี ค.ศ.1990 The Government's Pharmacy and Poisons Board ทำการทบทวนการควบคุมยากลุ่ม Benzodiazepines ให้เป็นยาอันตรายซึ่งต้องจ่ายตามใบสั่งยา และจัดทำรายงานการจัดส่งและการจำหน่ายยา ข้อบังคับนี้ใช้เฉพาะ Brotizolam, Triazolam, Flunitrazepam เท่านั้น และในปี ค.ศ. 1992 จึงใช้บังคับครอบคลุมยากลุ่ม Benzodiazepines ทั้งหมด จากการเปลี่ยนแปลงข้อบังคับดังกล่าว จึงได้ทำการศึกษาผลกระทบโดยวิเคราะห์รูปแบบการจำหน่ายยา 7 ชนิดของยากลุ่ม Benzodiazepine ระหว่างปี ค.ศ. 1990 – 1993 พบว่า ในปี ค.ศ. 1991 การจำหน่าย Flunitrazepam และ Triazolam ลดลง ขณะที่อีก 5 ชนิดที่ควบคุมที่ไม่เข้มงวดนั้น พบว่า มียอดจำหน่ายเพิ่มขึ้นและเมื่อเปรียบเทียบการจำหน่ายยาของปี ค.ศ. 1993 กับ ปี ค.ศ. 1990 พบว่า การจำหน่ายยาลดลงโดยเฉพาะ Triazolam, Chlordiazepoxide และ Flunitrazepam ข้อบังคับที่กำหนดให้ยากลุ่ม Benzodiazepines ต้องจ่ายตามใบสั่งยา และต้องจัดทำรายงานการจัดส่งและการจ่ายยานั้นช่วยลดการใช้ยากลุ่ม Benzodiazepines ในทางที่ผิดของประเทศฮ่องกงได้

ในปี พ.ศ. 2525 ธำรง ทัศนาญชลี[33] ได้ทำการศึกษาการสั่งจ่ายวัตถุออกฤทธิ์ในโรงพยาบาลทั่วไป โดยทำการศึกษาใบสั่งยาจำนวน 34,762 ใบ จากโรงพยาบาลทั่วไป 10 แห่ง พบว่า อัตราส่วนของการสั่งจ่ายยาระหว่างผู้ชายและผู้หญิง คือ 3:5 ไม่พบความแตกต่างของปริมาณการใช้วัตถุออกฤทธิ์ระหว่างโรงพยาบาลที่มีคลินิกจิตเวชและที่ไม่มีคลินิกจิตเวช แต่พบว่า โรงพยาบาลที่มีคลินิกจิตเวชจะใช้วัตถุออกฤทธิ์มากกว่ายารักษาโรคประเภทอื่นๆ วัตถุออกฤทธิ์ที่นิยมใช้ในโรงพยาบาลทั่วไป ได้แก่ Diazepam, Lorazepam, Meprobamate, Dipotassium Clorazepate, Perphenazine, Chlordiazepoxside, Trifluoperazine, Amitryptyline, และ Phenobarbital

ในปี พ.ศ. 2530 วิวัฒน์ วนรักษ์และคณะ[34] ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการจำหน่ายวัตถุออกฤทธิ์ของร้านขายยาประเภทต่างๆ ในเขตภาคกลาง 27 จังหวัด รวมทั้งหมด 782 ร้าน พบว่ามีร้านขายยาจำนวน 553 ร้าน (ร้อยละ 70.72 ของร้านขายยาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้) ยินดีขายวัตถุออกฤทธิ์ให้กับลูกค้าที่ไปขอซื้อยาโดยวิธีบอกอาการเจ็บป่วย สถานที่ขายวัตถุออกฤทธิ์ที่ขายยาให้กับลูกค้าที่ไม่มีใบสั่งแพทย์มีจำนวนทั้งหมด 283 แห่งจากจำนวนตัวอย่างที่ศึกษา 373 แห่ง คิดเป็น ร้อยละ 75.8 สถานที่ขายยาแผนปัจจุบันที่ขายวัตถุออกฤทธิ์โดยไม่มีใบอนุญาตมีจำนวนทั้งหมด 155 แห่ง จากตัวอย่างที่ศึกษา 205 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 75.61 สถานที่ขายยาบรรจุเสร็จที่ลักลอบขายวัตถุออกฤทธิ์มีจำนวนทั้งหมด 115 แห่ง จากตัวอย่างที่ศึกษา 204 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 56.37 ตัวอย่างวัตถุออกฤทธิ์ที่ซื้อมาได้จากร้านขายยารวมทุกประเภทมีจำนวนทั้งหมดเท่ากับ 553 ตัวอย่าง วิเคราะห์แล้วพบว่า เป็น Diazepam 286 ตัวอย่าง (ร้อยละ 51.72)

พรทิพย์ คลังทอง[35] ได้ทำการศึกษารูปแบบการซื้อยากลุ่ม Benzodiazepines ของประชาชนที่มาซื้อยาในร้านขายยาแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2534 จำนวน 72 คน พบว่า ร้อยละ 92.7เป็นการซื้อยาโดยไม่มีใบสั่งยา รูปแบบที่พบมากที่สุด คือ การบอกชื่อยา รองลงมา คือ การนำตัวอย่างยา มาขอซื้อ ชื่อยาที่มีผู้บอกชื่อมากที่สุดคือ Diazepam 2 มิลลิกรัม ผู้ที่มาบอกชื่อยาส่วนมากจะเคยรับการรักษาจากแพทย์มาก่อน แล้วจึงมาขอซื้อยารับประทานเอง โดยมีเหตุผลว่าสะดวกและถูกกว่า

ทวีศักดิ์ จั่นมณี และคณะ[36] ได้ทำการประเมินสถานการณ์การระบาดของวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทในชุมชน ปี พ.ศ. 2536 ในเขตจังหวัดเชียงใหม่และสงขลา พบว่า มีการจำหน่ายวัตถุออกฤทธิ์ประเภทยานอนหลับโดยไม่มีใบสั่งยาในสถานประกอบการในจังหวัดเชียงใหม่ 112 ร้าน และจังหวัดสงขลา 103 ร้าน ตัวอย่างวัตถุออกฤทธิ์ที่ซื้อในจังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งวิเคราะห์แล้วพบว่า เป็น Diazepam มากที่สุด ร้อยละ 70.21 รองลงมาคือ Chlodiazepoxide และ Lorazepam ร้อยละ10.64 และ 4.25 ตามลำดับ ส่วนในจังหวัดสงขลา ตัวอย่างวัตถุออกฤทธิ์ที่ซื้อและได้วิเคราะห์แล้ว พบว่า เป็น Diazepam มากที่สุด

(ร้อยละ 60.00) รองลงมาคือ Chlordiazepoxide, Alprazolam, และ Flunitrazepam ร้อยละ 14.14, 5.71 และ 2.86 ตามลำดับ

ในปี พ.ศ. 2539 ทวีพร วิสุทธิมรรค[37]ได้ทำการศึกษาการสั่งจ่ายยากลุ่ม Benzodiazepines แก่ผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า พบว่า จากจำนวนใบสั่งยาทั้งหมด 15,066 ใบ มีการสั่งจ่ายยากลุ่ม Benzodiazepines 1,001 ใบ คิดเป็นร้อยละ 6.64 โดยพบว่า สัดส่วนของการสั่งจ่ายยาให้แก่ผู้หญิงจะมากกว่าผู้ชายคิดเป็น 2.05:1 อายุผู้ป่วยโดยทั่วไปมากกว่า 30 ปี โดยเฉลี่ยคิดเป็น 46.37 ปี ปริมาณยาส่วนใหญ่จ่ายโดยคลินิกทั่วไปร้อยละ 55.64 ตามด้วยคลินิกจิตเวชและคลินิกพิเศษตามลำดับ ตัวยา Diazepam มีการสั่งจ่ายมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 44.96 ตามด้วย Alprazolam, Clorazepate, และ Lorazepam และอื่นๆ ตามลำดับ มีการสั่งจ่าย Benzodiazepines ที่ออกฤทธิ์ระยะสั้นในขนาดต่ำมากที่สุด ยกเว้น ในกรณีที่เป็นการรักษาแบบเรื้อรังจะมีการสั่งจ่ายยาที่ออกฤทธิ์ระยะยาวในขนาดที่สูง อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาครั้งนี้ไม่พบหลักฐานว่ามีการใช้ยาในทางที่ผิดจากการสั่งจ่ายยากลุ่ม Benzodiazepines ของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

บรรพต ต้นธีรวงศ์ และคณะ[38] ทำการสำรวจสถานการณ์การคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของประเทศไทย ปี พ.ศ.2540 พบว่า ร้านขายยาแผนปัจจุบัน 729 แห่ง มีการจำหน่ายวัตถุออกฤทธิ์ที่มีฤทธิ์ทำให้หลับโดยไม่มีใบสั่งยา ร้อยละ 23.5 ส่วนร้านขายยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จมีการจำหน่ายวัตถุออกฤทธิ์โดยไม่มีใบสั่งยา ร้อยละ 17.3

โสภณ ฮวบเจิญ[39] ทำการศึกษาสถานการณ์จำหน่าย Diazepam ในส่วนภูมิภาคในประเทศไทย ปี 2543 พบว่า การขาย Diazepam ในส่วนภูมิภาคส่วนใหญ่กระทำโดยร้านขายยาที่ขายโดยไม่มีใบสั่งยา การควบคุมการขายปฏิบัติไม่รัดกุม พบได้จาก การทำบัญชีซื้อไม่ครบถ้วน ไม่มีการจัดทำบัญชีซื้อ - ขายตามที่กฎหมายกำหนด ซึ่งจากการศึกษาชี้ให้เห็นว่าประชาชนยังมีความต้องการยาเป็นจำนวนมาก สถานที่ขายยายังคงจัดหายามาไว้เพื่อบริการประชาชนอันเป็นต้นเหตุในการกระทำฝ่าฝืนกฎหมาย

จารุวรรณ ลิ้มสัจจะสกุล และคณะ[40] ได้ศึกษาสถานการณ์การใช้ยาเสพติดและยากล่อมประสาทกลุ่มเบนโซไดอะซีปีนส์ ของผู้ใช้บริการในสถานบริการในจังหวัดเชียงรายและจังหวัดเชียงใหม่ ปี พ.ศ. 2546 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ใช้บริการในสถานบริการที่เป็นสถานบันเทิงตามพระราชบัญญัติสถานบริการ พ.ศ. 2509 ในจังหวัดเชียงราย 254 คน ในจังหวัดเชียงใหม่ 201 คน โดยการตรวจปัสสาวะ พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ใช้บริการในสถานบริการ เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงประมาณ 2.1 เท่า โดยพบว่า มากกว่าร้อยละ 71 ของผู้ใช้บริการทั้งหมดมีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 25 ปี นอกจากนี้ยังพบว่า ร้อยละการใช้บริการในสถานบริการของเพศชายและเพศหญิงจะลดลงเมื่ออายุของผู้ใช้บริการมากขึ้น ซึ่งสาเหตุน่าจะมาจากการที่ช่วงวัยรุ่น (อายุต่ำกว่า 25 ปี) เป็นช่วงที่รักสนุกชอบการทดลองสิ่งแปลกใหม่ ประกอบกับค่านิยมของวัยรุ่นยุคปัจจุบันที่นิยมหาความสุขความสนุกสนาน ด้วยการใช้บริการในสถานบริการประเภทดิสโก้เทคหรือผับ แต่เมื่อมีอายุ วุฒิภาวะ และความรับผิดชอบเพิ่มขึ้น ทำให้การเข้าไปใช้บริการในสถานบริการลดลง นอกจากนี้ ยังพบว่า ผู้ใช้บริการในสถานบริการมีความชุกของการใช้ยาเสพติดเพียงร้อยละ 1.5 โดยเป็นผู้เสพเมทแอมเฟตามีนและยากล่อมประสาทกลุ่มเบนโซไดอะซีปีนส์เท่ากัน คือ ร้อยละ 0.65 กัญชาร้อยละ 0.20 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสถานการณ์การจับกุมยาเสพติดในพื้นที่ภาคเหนือที่จับได้ทั้งเฮโรอีน เมทแอมเฟตามีน กัญชา และยาอี การศึกษาครั้งนี้ ไม่พบการใช้เฮโรอีน ยาอี และโคเคน ซึ่งสาเหตุน่าจะมาจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเสพยาเสพติดที่มีการเปลี่ยนสถานที่เสพยาเสพติดจากในสถานบริการเป็นสถานที่ที่เจ้าหน้าที่รัฐไม่ได้ให้ความสนใจกวดขัน เช่น หอพัก ห้องชุด สวนอาหาร และสวนสาธารณะ เป็นต้น

ศักดิภัทร พวงคต และคณะ[41] ได้ศึกษาความชุกของการใช้ยากลุ่มเบนโซไดอะซีปีนส์อย่างไม่เหมาะสมในจังหวัดอุบลราชธานี เป็นการศึกษาเชิงสำรวจระดับครัวเรือน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2551 – มิถุนายน พ.ศ. 2552 ประชากรกลุ่มเป้าหมาย คือ ประชาชนอายุ 15 ปี ขึ้นไป จากการศึกษาพบว่า ปัจจุบันมีผู้ใช้ยา จำนวน 46,805 คน ใช้ยาอย่างไม่เหมาะสม 26,404 คน ใช้ผิด 7,203 คน และติดยา 2,402 คน และเมื่อพิจารณากลุ่มผู้ใช้ยาในปัจจุบัน พบว่า กลุ่มผู้ที่เคยใช้ยานี้เป็นผู้ใช้ยาอย่าง

ไม่เหมาะสมถึงร้อยละ 57.2 ใช้ผิดร้อยละ 16.6 และติดยาร้อยละ 5.9 Diazepam, Lorazepam, และ Clorazepate Dipotassium คือกลุ่ม Benzodiazepines ที่พบในการศึกษา ยาส่วนใหญ่ ได้มาจากโรงพยาบาลรัฐบาล ซึ่งเป็นสถานที่ที่ประชาชนส่วนใหญ่ได้รับยาเมื่อเปรียบเทียบกับสถานพยาบาลของภาคเอกชน ซึ่งนโยบายปัจจุบันยากลุ่ม Benzodiazepine หากเป็นแพทย์ผู้ใช้ยาในคลินิกจะมีการกำหนดปริมาณการใช้ในขณะที่ไม่มีการกำหนดปริมาณการใช้ในโรงพยาบาล จากการศึกษานี้สรุปได้ว่า มากกว่าครึ่งของผู้ใช้ยาเป็นผู้ใช้อย่างไม่เหมาะสม ดังนั้น ควรดำเนินการเฝ้าระวังการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสมในกลุ่มผู้ใช้ยานี้ โดยบุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความสำคัญต่อการแนะนำการใช้ยาโดยมุ่งเน้นให้เห็นถึงอันตรายจากการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสม รวมถึงการควบคุมการจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วยเท่าที่จำเป็น

บทที่ 3

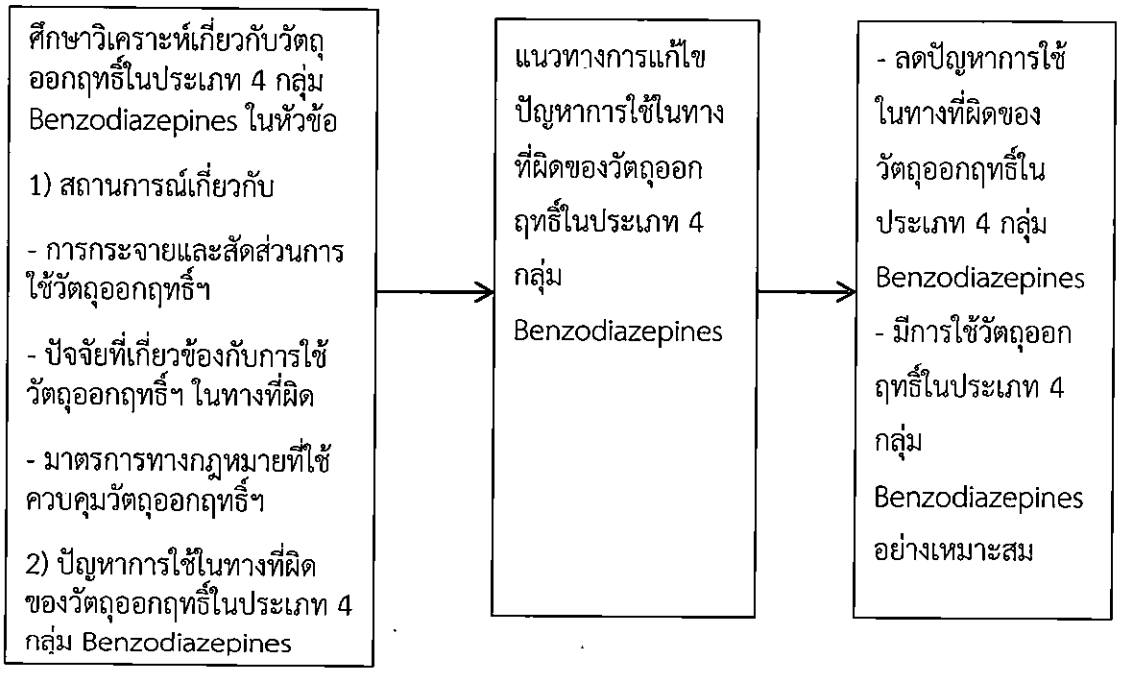
วิธีดำเนินการวิจัย

1. วิธีการศึกษา

การศึกษามาตรการการแก้ไขปัญหาการใช้วัตถุออกฤทธิ์กลุ่มเบนโซไดอะซีปีนส์ในทางที่ผิด เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยการศึกษาข้อมูลจากเอกสาร รวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้มีความรู้ ความเข้าใจ และมีประสบการณ์ (Key Informants) ในด้านการควบคุมวัตถุออกฤทธิ์เป็นอย่างดี และวิเคราะห์มาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยากลุ่ม Benzodiazepines ที่เป็นวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4

2. กรอบแนวคิดงานศึกษา

จากการศึกษาเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้นำมาปรับใช้เพื่อเป็นแนวทางในการวิจัยเพื่อศึกษาครั้งนี้



3. กลุ่มเป้าหมาย

บุคคลที่มีความรู้ ความเข้าใจ หรือมีประสบการณ์ในเรื่องที่จะทำการศึกษาเป็นอย่างดี ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านวัตถุเสพติด เภสัชกรเชี่ยวชาญ ผู้แทนกองควบคุมวัตถุเสพติด ผู้แทนกองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวมทั้งสิ้น 28 คนดังนี้

3.1 ผู้เชี่ยวชาญจากคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดระหว่างประเทศ จำนวน 1 คน

3.2 ผู้เชี่ยวชาญด้านพัฒนาระบบกำกับดูแลผลิตภัณฑ์หลังออกสู่ท้องตลาด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา จำนวน 1 คน

3.3 ผู้แทนจากกองควบคุมวัตถุเสพติด ได้แก่ ผู้อำนวยการกองควบคุมวัตถุเสพติด หัวหน้ากลุ่มงานกำกับดูแลหลังออกสู่ท้องตลาด หัวหน้ากลุ่มงานกฎหมาย หัวหน้ากลุ่มควบคุมของกลาง เภสัชกรชำนาญการ (2 คน) รวม 6 คน

3.4 ผู้แทนกองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น จำนวน 3 คน

3.5 หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผู้แทนเขตพื้นที่เครือข่ายบริการสาธารณสุขเขต 12 เขต จำนวน 12 คน

3.6 หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ที่ปรึกษาเขตพื้นที่บริการสุขภาพ จำนวน 5 คน

4. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

ในการเก็บข้อมูล จะใช้แบบสัมภาษณ์ที่มีแนวคำถามในการสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง (Unstructured interview) คือ มีการกำหนดประเด็นคำถามไว้ส่วนหนึ่ง แต่เปิดโอกาสให้ผู้ถูกสัมภาษณ์สามารถแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมได้ แบบสัมภาษณ์ดังกล่าวได้รับการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและความครอบคลุมประเด็นเนื้อหาหลัก ก่อนนำไปใช้ในการสัมภาษณ์จริงโดยมีผู้ตรวจสอบแบบสัมภาษณ์จำนวน 4 ท่าน ได้แก่

4.1 ผู้เชี่ยวชาญด้านพัฒนาระบบคุ้มครองผู้บริโภคในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

4.2 หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค เภสัชกรเชี่ยวชาญ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี

4.3 เภสัชกรชำนาญการพิเศษ กองพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

4.4 เภสัชกรชำนาญการ กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

5. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

5.1 เก็บข้อมูลด้วยวิธีสัมภาษณ์ในกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาตามแนวคำถามงานวิจัย

5.2 การศึกษาจากข้อมูลเอกสารที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย

6. แนวคำถามสำหรับกลุ่มเป้าหมาย มีดังนี้

6.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

6.2 ความคิดเห็นต่อปัจจัยที่มีผลทำให้เกิดปัญหาการใช้วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 กลุ่ม Benzodiazepines ในทางที่ผิด

6.3 ความคิดเห็นเกี่ยวกับช่องทางหรือแหล่งแพร่กระจายของวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 กลุ่ม Benzodiazepines ที่มีการนำไปใช้ในทางที่ผิด

6.4 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้มาตรการทางกฎหมายเพื่อแก้ไขปัญหาการใช้ยากลุ่ม Benzodiazepines ในทางที่ผิดโดยการยกระดับการควบคุม

6.5 ความคิดเห็นเมื่อปรากฏว่ามีแนวโน้มการใช้วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 กลุ่ม Benzodiazepine ในทางที่ผิด ท่านเห็นด้วยกับมาตรการใดในการแก้ไขปัญหา

6.6 ผลกระทบจากการแก้ไขปัญหาการใช้วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 กลุ่ม Benzodiazepines ในทางที่ผิด โดยการยกระดับการควบคุมจะส่งผลกระทบต่อบุคคลและสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้หรือไม่ อย่างไร

6.7 ข้อเสนอแนะในการป้องกันปัญหาการใช้วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 กลุ่ม Benzodiazepines ในทางที่ผิด

7. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเอกสารและจากการสัมภาษณ์ (Content Analysis) และนำเสนอผลการวิจัยโดยการพรรณนา

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยนี้มุ่งเน้นการศึกษาจากการรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจากเอกสาร และจากการสัมภาษณ์ โดยทำการสัมภาษณ์บุคคลจากหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญจากคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดระหว่างประเทศ เภสัชกรเชี่ยวชาญ ผู้แทนกองควบคุมวัตถุเสพติด และผู้แทนกองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผู้แทนเขตพื้นที่เครือข่ายบริการสาธารณสุข เขต 12 เขตและที่ปรึกษาเขต จำนวนรวมทั้งสิ้น 28 คน ผลการศึกษาแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการศึกษาข้อมูลจากเอกสาร

จากการศึกษาเอกสารเกี่ยวกับวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 กลุ่ม Benzodiazepines ที่มีการขึ้นทะเบียนวัตถุตำรับในประเทศไทยอัตราการใช้ และช่องทาง และการกระจายยา พบข้อมูลดังต่อไปนี้

1.1 ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 กลุ่ม Benzodiazepines ที่มีการขึ้นทะเบียนวัตถุตำรับในประเทศไทย

ปัจจุบันมีวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 กลุ่ม Benzodiazepines ที่ขึ้นทะเบียนวัตถุตำรับในประเทศไทยแล้ว จำนวนทั้งสิ้น 12 ชนิดรวม 236 ตำรับ ดังปรากฏตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตำรับวัตถุออกฤทธิ์ กลุ่ม Benzodiazepines ที่ขึ้นทะเบียนตำรับในประเทศไทย

ลำดับที่	ชื่อวัตถุออกฤทธิ์ (Generic Name)	จำนวน (ตำรับ)	ลำดับที่	ชื่อวัตถุออกฤทธิ์ (Generic Name)	จำนวน (ตำรับ)
1	Alprazolam	76	7	Diazepam	57
2	Bromazepam	6	8	Lorazepam	36
3	Chlordiazepoxide	22	9	Medazepam	3
4	Clobazam	3	10	Pinazepam	1
5	Clonazepam	10	11	Prazepam	4
6	Clorazepate	17	12	Tofizopam	1

ที่มา : ฐานข้อมูลผลิตภัณฑ์สุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (สืบค้นเมื่อวันที่ 8 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2556)

จากตารางที่ 1 พบว่า วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 กลุ่ม Benzodiazepines ที่มีปริมาณตำรับที่ขึ้นทะเบียนในประเทศไทยแล้ว สูงเป็น 6 อันดับแรก ได้แก่ Alprazolam, Diazepam, Lorazepam, Chlordiazepoxide, Clorazepate และ Clobazam ตามลำดับ

1.2 ข้อมูลอัตราการใช้ยากลุ่ม Benzodiazepines ปี พ.ศ. 2553 - 2555

จากรายงานการผลิตและการจำหน่ายไปยังสถานที่ต่างๆ ที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้รับจากบริษัทผู้ผลิตวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 กลุ่ม Benzodiazepines ระหว่างปี พ.ศ.2553 - 2555 พบข้อมูลรายละเอียดดังปรากฏในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 อัตราการใช้วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 กลุ่ม Benzodiazepines ปี 2553 - 2555

ลำดับที่	ชื่อวัตถุออกฤทธิ์ (Generic Name)	อัตราการใช้วัตถุออกฤทธิ์กลุ่ม Benzodiazepines (เม็ด)			
		ปี 2553	ปี 2554	ปี 2555	รวม
1	Diazepam	225,615,492	177,321,422	190,579,211	593,516,125
2	Lorazepam	120,177,190	135,633,930	136,359,314	392,170,434
3	Alprazolam	104,788,814	107,857,840	97,586,597	310,233,251
4	Clorazepate	48,613,070	59,052,810	51,519,927	159,185,807
5	Clonazepam	45,149,400	49,387,900	53,160,055	147,697,355
6	Chlordiazepoxide	30,483,095	31,261,970	26,852,055	88,597,120
7	Clobazam	2,096,000	1,998,000	627,000	4,721,000
8	Bromazepam	1,688,900	1,784,300	887,300	4,360,500
9	Medazepam	965,500	924,000	939,500	2,829,000
10	Tofizopam	575,195	758,732	754,861	2,088,788
11	Prazepam	282,000	343,000	337,000	962,000
12	Pinazepam	0	0	0	0

ที่มา : กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

จากตารางที่ 2 พบว่า วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 กลุ่ม Benzodiazepines ที่มีอัตราการใช้มาก 6 อันดับแรก ได้แก่ Diazepam, Lorazepam, Alprazolam, Clorazepate, Clonazepam, และ Chlordiazepoxide ตามลำดับ สำหรับวัตถุออกฤทธิ์ ที่มีอัตราการใช้เพิ่มขึ้นทุกปี ได้แก่ Lorazepam, Clorazepate, และ Clonazepam

ตารางที่ 3 ตัวยาและชื่อทางการค้าของวัตถุออกฤทธิ์ กลุ่ม Benzodiazepines ที่มีการจำหน่ายมากที่สุด 6 อันดับแรก

ลำดับที่	ชื่อตัวยาสามัญ	ชื่อทางการค้า
1	Alprazolam	Zolam, Anpress, Xanax, Inzolam, Xiemed
2	Chlordiazepoxide	Modurax, BENPINE, CEBARAX, TUMAX, Librax.
3	Clonazepam	RIVOTRIL, Prenarpil, POVANIL, CLONAZEPAM,CLONARIL
4	Clorazepate	POLIZEP 5 Strip, TRANCON, TENMED5 F.P.,DEDA, CLORAZE
5	Diazepam	Diazepam, Tranolan, ZOPAM, DZT*, ZOPAM, DIZEP
6	Lorazepam	Ora, ANTA, Anxira, LORAZEP,LONZA, TRANAVAN.

ที่มา : กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

1.3 ช่องทางและการกระจายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 กลุ่ม Benzodiazepines

การกระจายของวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 กลุ่ม Benzodiazepines ทั้ง 6 ชนิด ได้แก่ Alprazolam, Chlordiazepoxide, Clonazepam, Clorazepate, Diazepam และ Lorazepam ในปี พ.ศ. 2553 – 2555 พบข้อมูลที่จำแนกตามภาคต่างๆ รายละเอียดดังปรากฏในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การกระจายของวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 กลุ่ม Benzodiazepines จำแนกตามภาค

ปี พ.ศ. 2553 - 2555

ภาค / ชนิดยา และปี พ.ศ.	ภาคกลาง				ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคใต้	ภาคเหนือ	รวมปริมาณการใช้ (เม็ด)
	กทม.	กลาง	ตะวันตก	ตะวันออก				
1 Alprazolam								
พ.ศ. 2553	31,362,389	22,729,020	2,929,459	9,105,700	15,205,110	13,039,246	10,417,890	104,788,814
พ.ศ. 2554	31,333,080	23,506,050	3,058,900	10,213,200	14,974,720	14,373,550	10,398,340	107,857,840
พ.ศ. 2555	28,310,590	21,793,307	3,142,300	9,662,300	14,614,322	10,965,500	9,098,278	97,586,597
รวมปริมาณการใช้	91,006,059	68,028,377	9,130,659	28,981,200	44,794,152	38,378,296	29,914,508	310,233,251
2 Chlordiazepoxide								
พ.ศ. 2553	4,588,595	7,080,500	1,096,000	2,097,000	6,400,000	2,979,500	6,241,500	30,483,095
พ.ศ. 2554	5,189,670	6,152,100	1,132,000	2,087,000	7,884,700	3,065,000	5,751,500	31,261,970
พ.ศ. 2555	3,315,025	5,896,470	928,060	1,880,000	7,184,500	2,792,500	4,855,500	26,852,055
รวมปริมาณการใช้	13,093,290	19,129,070	3,156,060	6,064,000	21,469,200	8,837,000	16,848,500	88,597,120
3 Clorazepate								
พ.ศ. 2553	6,037,810	9,344,700	1,772,000	1,880,510	12,994,140	13,027,200	3,556,710	48,610,070
พ.ศ. 2554	6,499,740	10,627,740	3,064,800	2,566,810	15,777,130	16,484,270	4,032,320	59,052,810
พ.ศ. 2555	6,791,550	9,401,920	2,741,530	2,266,820	13,082,377	13,820,690	3,415,040	51,519,927
รวมปริมาณการใช้	19,329,100	29,374,360	7,578,330	6,714,140	41,853,647	43,332,160	11,004,070	159,182,807
4 Diazepam								
พ.ศ. 2553	27,890,067	59,375,818	76,375,742	7,300,090	11,815,608	20,566,285	22,291,882	225,615,492
	กทม.	กลาง	ตะวันตก	ตะวันออก				
พ.ศ. 2554	26,562,328	49,491,591	54,000,757	5,709,167	9,453,675	12,410,224	19,504,780	177,132,522
พ.ศ. 2555	26,134,099	49,908,066	6,255,577	10,290,181	60,740,177	18,490,065	18,761,046	190,579,211
รวมปริมาณการใช้	80,586,494	158,775,475	136,632,076	23,299,438	82,009,460	51,466,574	60,557,708	593,327,225

ภาค / ชนิดยา และปี พ.ศ.	ภาคกลาง				ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคใต้	ภาคเหนือ	รวมปริมาณการใช้ (เม็ด)
	กทม.	กลาง	ตะวันตก	ตะวันออก				
5 Clonazepam								
พ.ศ.2553	15,316,000	6,809,500	7,497,400	1,119,300	2,751,500	7,255,300	4,400,400	45,149,400
พ.ศ.2554	16,130,200	7,141,600	8,931,700	932,500	3,028,900	8,629,000	4,594,000	49,387,900
พ.ศ.2555	17,052,800	8,151,520	10,761,260	1,574,620	3,332,600	6,815,355	5,471,900	53,160,055
รวมปริมาณการใช้	48,499,000	22,102,620	27,190,360	3,626,420	9,113,000	22,699,655	14,466,300	147,697,355
6 Lorazepam								
พ.ศ. 2553	22,521,720	31,740,450	6,291,400	7,152,300	29,468,620	10,752,900	12,249,800	120,177,190
พ.ศ. 2554	26,668,324	34,099,400	7,007,500	8,369,610	35,062,000	11,532,796	12,927,300	135,669,930
พ.ศ. 2555	26,496,114	35,043,062	7,437,900	8,033,500	34,622,564	11,584,474	13,141,700	136,359,314
รวมปริมาณการใช้	75,686,158	100,882,912	20,736,800	23,555,410	99,153,184	33,870,170	38,318,800	392,206,434

ที่มา : กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานณะกรรมการอาหารและยา

จากตารางที่ 4 พบว่า อัตราการใช้ยาทั้ง 6 ชนิด ของปี พ.ศ. 2553 - 2555 มีรายละเอียด ดังนี้

1) Alprazolam มีการใช้ยาเพิ่มขึ้นในปี 2554 และลดลงในปี 2555 สำหรับข้อมูลการกระจายยาในภาพรวมระหว่างปี 2553 - 2555 พบว่ามีปริมาณการกระจายยาในพื้นที่ กทม. มากที่สุด รองลงมาเป็นภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ ภาคเหนือ ภาคตะวันออก และภาคตะวันตก ตามลำดับ

2) Chlordiazepoxide มีการใช้ยาเพิ่มขึ้นในปี 2554 และลดลงในปี 2555 สำหรับข้อมูลการกระจายยาในภาพรวมระหว่างปี 2553 - 2555 พบว่า มีปริมาณการกระจายยาในพื้นที่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุด รองลงมาคือ ภาคกลาง ภาคเหนือ กทม. ภาคใต้ ภาคตะวันออกและภาคตะวันตก ตามลำดับ

3) Clorazepate มีการใช้ยาเพิ่มขึ้นในปี 2554 และลดลงในปี 2555 สำหรับข้อมูลการกระจายยา ในภาพรวมระหว่างปี 2553 - 2555 พบว่า มีปริมาณการกระจายยาในพื้นที่ภาคใต้มากที่สุด รองลงมาเป็นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง กทม. ภาคเหนือ ภาคตะวันตก และภาคตะวันออก ตามลำดับ

4) Diazepam มีการใช้ยาลดลงในปี 2554 และเพิ่มขึ้นในปี 2555 สำหรับข้อมูลการกระจายยาในภาพรวมระหว่างปี 2553 - 2555 พบว่า มีปริมาณการกระจายยาในพื้นที่ภาคกลางมากที่สุด รองลงมาเป็นภาคตะวันตก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กทม.ภาคเหนือ ภาคใต้ และภาคตะวันออก ตามลำดับ

5) Clonazepam มีแนวโน้มการใช้ยาเพิ่มขึ้นทุกปี สำหรับข้อมูลการกระจายยาในภาพรวมระหว่างปี 2553 - 2555 พบว่า มีปริมาณการกระจายยาในพื้นที่ กทม.มากที่สุด รองลงมาเป็นภาคตะวันตก ภาคใต้ ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคตะวันออก ตามลำดับ

6) Lorazepam มีแนวโน้มการใช้ยาเพิ่มขึ้นทุกปี สำหรับข้อมูลการกระจายยาในภาพรวมระหว่าง ปี 2553 - 2555 พบว่า มีปริมาณการกระจายยาในพื้นที่ภาคกลางมากที่สุด รองลงมาเป็นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กทม. ภาคเหนือ ภาคใต้ ภาคตะวันออก และภาคตะวันตก ตามลำดับ

ช่องทางการกระจายและอัตราการใช้ของวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 กลุ่ม Benzodiazepines ซึ่งได้แก่ Alprazolam, Diazepam, Lorazepam, Chlordiazepoxid, Clorazepate และ Clonazepam ไปตามสถานที่ต่างๆ ที่มีการใช้ยา พบข้อมูลรายละเอียดดังปรากฏในตารางที่ 5 –11

ตารางที่ 5 ช่องทางการกระจายและอัตราการใช้ Alprazolam จำแนกตามประเภทสถานที่มีการใช้ยา ปี พ.ศ. 2553 – 2555

ประเภทสถานที่ที่มีการใช้ยา	ปริมาณการกระจายและอัตราการการใช้ยา [เม็ด (%)] พ.ศ.2553 - 2555			
	ปี 2553	ปี 2554	ปี 2555	รวม(เม็ด)
โรงพยาบาลรัฐบาล	44,898,289 (42.85%)	49,806,440 (46.18%)	38,871,887 (39.83%)	133,576,616 (43.06%)
คลินิก	42,865,036 (41.00%)	41,827,180 (38.78%)	42,035,710 (43.08%)	126,727,926 (40.85%)
โรงพยาบาลเอกชน	13,801,189 (13.17%)	12,607,720 (11.69%)	13,015,510 (13.34%)	39,424,419 (12.71%)
ร้านขายยา	3,215,700 (3.10%)	3,602,100 (3.40%)	3,642,290 (3.73%)	10,460,090 (3.37%)
รพ./คลินิกสัตว์	8,600 (0.01%)	14,400 (0.01%)	21,000 (0.02%)	44,200 (0.01%)
ปริมาณรวม	104,788,814 (100%)	107,857,840 (100%)	97,586,597 (100%)	310,233,251 (100%)
ปริมาณการใช้(%)	(33.78%)	(34.77%)	(31.45%)	

ที่มา : กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ข้อมูลจากตารางที่ 5 การกระจายและอัตราการใช้ Alprazolam ปี พ.ศ. 2553 - 2555 พบว่า โรงพยาบาลรัฐบาล มีอัตราการใช้ยามากที่สุด (ร้อยละ43.06) รองลงมา คือ คลินิก (ร้อยละ 40.85) โรงพยาบาลเอกชน (ร้อยละ12.71) ร้านขายยา (ร้อยละ (3.37) และ รพ./คลินิกสัตว์ (ร้อยละ 0.01) ตามลำดับ และมีอัตราการใช้ในแต่ละปี คิดเป็น ร้อยละ33.78,34.77 และ 31.45 ตามลำดับ

ตารางที่ 6 ช่องทางการกระจายและอัตราการใช้ Diazepam จำแนกตามประเภทสถานที่ที่มีการใช้ยา ปี พ.ศ. 2553 - 2555

ประเภทสถานที่ที่มีการใช้ยา	ปริมาณการกระจายและอัตราการใช้ยา [เม็ด (%)] พ.ศ.2553 - 2555			
	ปี 2553	ปี 2554	ปี 2555	รวม(เม็ด) ร้อยละ
โรงพยาบาลรัฐ	144,678,029 (64.13%)	142,846,434 (80.06%)	119,236,338 (62.57%)	406,760,801 (68.53%)
คลินิก	58,898,166 (26.11%)	12,939,100 (7.30%)	51,463,485 (27.0%)	123,300,751 (20.77%)
โรงพยาบาลเอกชน	13,529,544 (6.00%)	15,681,650 (8.84%)	14,673,268 (7.70%)	43,884,462 (7.40%)
ร้านขายยา	8,322,513 (3.69%)	5,661,788 (3.20%)	4,982,350 (2.61%)	18,966,651 (3.20%)
รพ./คลินิกสัตว์	187,240 (0.08%)	177,450 (0.10%)	223,770 (0.12%)	588,460 (0.10%)
ปริมาณรวม	225,615,492 (100%)	177,321,422 (100%)	190,579,211 (100%)	593,516,125 (100%)
ปริมาณการใช้(%)	(38.03%)	(29.87%)	(32.11%)	

ที่มา : กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ข้อมูลจากตารางที่ 6 การกระจายและสัดส่วนการใช้ Diazepam ปี พ.ศ. 2553 - 2555 พบว่า โรงพยาบาลรัฐบาล มีอัตราการใช้ยามากที่สุด (ร้อยละ 68.53) รองลงมา คือ คลินิก (ร้อยละ20.77) โรงพยาบาลเอกชน (ร้อยละ 7.40) ร้านขายยา (ร้อยละ 3.20) และ รพ./คลินิกสัตว์ (ร้อยละ 0.10) ตามลำดับ และมีอัตราการใช้ในแต่ละปี คิดเป็น ร้อยละ 38.03, 29.87 และ 32.11 ตามลำดับ

ตารางที่ 7 ช่องทางการกระจายและอัตราการใช้ Lorazepam จำแนกตามประเภทสถานที่ที่มีการใช้ยา ปี พ.ศ. 2553 - 2555

ประเภทสถานที่ที่มีการใช้ยา	ปริมาณการกระจายและอัตราการใช้ยา [เม็ด (%)] พ.ศ.2553 - 2555			
	ปี 2553	ปี 2554	ปี 2555	รวม(เม็ด) ร้อยละ
โรงพยาบาลรัฐบาล	91,355,090 (76.02%)	104,306,634 (76.90%)	105,162,176 (77.12%)	300,823,900 (76.71%)
คลินิก	15,764,300 (13.12%)	16,689,800 (12.31%)	18,162,738 (13.32%)	50,616,838 (12.91%)
โรงพยาบาลเอกชน	10,791,700 (8.98%)	12,808,496 (9.44%)	11,343,400 (8.32%)	34,943,596 (8.91%)
ร้านขายยา	2,260,000 (1.88%)	1,825,000 (1.35%)	1,685,000 (1.24%)	5,770,000 (1.47%)
รพ./คลินิกสัตว์	6,100 (0.01%)	4,000 (0.003%)	6,000 (0.004%)	16,100 (0.04%)
ปริมาณรวม	120,177,190 (100%)	135,633,930 (100%)	136,359,314 (100%)	392,170,434 (100%)
ปริมาณการใช้(%)	(30.64%)	(34.59%)	(34.77%)	

ที่มา : กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ข้อมูลจากตารางที่ 7 การกระจายและสัดส่วนการใช้ Lorazepam ปี พ.ศ. 2553 - 2555 พบว่า โรงพยาบาลรัฐบาล มีอัตราการใช้ยามากที่สุด (ร้อยละ 76.71) รองลงมา คือ คลินิก (ร้อยละ 12.91) โรงพยาบาลเอกชน (ร้อยละ 8.91) ร้านขายยา (ร้อยละ 1.47) และ รพ./คลินิกสัตว์ (ร้อยละ 0.04) ตามลำดับ และมีอัตราการใช้ในแต่ละปี คิดเป็น ร้อยละ30.64, 34.59 และ 34.77 ตามลำดับ

ตารางที่ 8 ช่องทางการกระจายและอัตราการใช้ Chlordiazepoxide จำแนกตามประเภทสถานที่ที่มีการใช้ยา ปี พ.ศ. 2553 - 2555

ประเภทสถานที่ที่มีการใช้ยา	ปริมาณการกระจายและอัตราการใช้ยา [เม็ด (%)] พ.ศ.2553 - 2555			
	ปี 2553	ปี 2554	ปี 2555	รวม(เม็ด) ร้อยละ
คลินิก	17,430,550 (57.18%)	18,808,500 (60.16%)	17,198,030 (64.05%)	53,437,080 (60.31%)
โรงพยาบาลรัฐบาล	8,183,290 (26.85%)	6,859,100 (21.94%)	5,111,500 (19.04%)	20,153,890 (22.75%)
โรงพยาบาลเอกชน	4,007,755 (13.15%)	4,456,870 (14.25%)	3,638,025 (13.55%)	12,102,650 (13.66%)
ร้านขายยา	881,500 (2.83%)	1,130,500 (3.62%)	904,500 (3.37%)	2,896,500 (3.27%)
รพ./คลินิกสัตว์	-	7,000 (0.002%)	-	7,000 (0.06%)
ปริมาณรวม	30,483,095 (100%)	31,261,971 (100%)	26,852,055 (100%)	88,597,120
ปริมาณการใช้(%)	(34.41%)	(35.29%)	(30.31%)	(100%)

ที่มา : กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ข้อมูลจากตารางที่ 8 การกระจายและสัดส่วนการใช้ Chlordiazepoxide ปี พ.ศ. 2553 – 2555พบว่า คลินิกมีอัตราการใช้ยามากที่สุด (ร้อยละ60.31) รองลงมา คือโรงพยาบาลรัฐบาล (ร้อยละ 22.75) โรงพยาบาลเอกชน (ร้อยละ 13.66) ร้านขายยา (ร้อยละ 3.27) และรพ./คลินิกสัตว์ (ร้อยละ 0.06) ตามลำดับ และมีอัตราการใช้ในแต่ละปี คิดเป็นร้อยละ 34.41, 35.29 และ 30.31 ตามลำดับ

ตารางที่ 9 ช่องทางการกระจายและอัตราการใช้ Clorazepate จำแนกตามประเภทสถานที่ที่มีการใช้ยา ปี พ.ศ. 2553 – 2555

ประเภทสถานที่ที่มีการใช้ยา	ปริมาณการกระจายและอัตราการใช้ยา [เม็ด (%)] พ.ศ. 2553 - 2555			
	ปี 2533	ปี 2554	ปี 2555	รวม(เม็ด) ร้อยละ
โรงพยาบาลรัฐบาล	22,769,270 (46.84%)	28,642,841 (48.50%)	26,791,110 (52.00%)	78,203,221 (49.13%)
คลินิก	18,625,800 (38.31%)	21,424,769 (36.28%)	17,933,670 (34.81%)	57,984,239 (36.43%)
โรงพยาบาลเอกชน	5,716,200 (11.76%)	7,267,800 (12.31%)	5,386,207 (10.45%)	18,370,207 (11.54%)
ร้านขายยา	1,501,800 (3.09%)	1,717,400 (2.91%)	1,408,940 (2.74%)	4,628,140 (2.91%)
รพ./คลินิกสัตว์	-	-	-	-
ปริมาณรวม	48,613,070 (100%)	59,052,810 (100%)	51,519,927 (100%)	159,185,807 (100%)

ที่มา : กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ข้อมูลจากตารางที่ 9 การกระจายและสัดส่วนการใช้ Clorazepate ปี พ.ศ. 2553 – 2555 พบว่า โรงพยาบาลรัฐบาล มีอัตราการใช้ยามากที่สุด (ร้อยละ 49.13) รองลงมา คือ คลินิก (ร้อยละ 36.43) โรงพยาบาลเอกชน (ร้อยละ 11.54) และร้านขายยา (ร้อยละ 2.91) ตามลำดับ และมีอัตราการใช้ในแต่ละปี คิดเป็น ร้อยละ 30.64, 37.10 และ 32.36 ตามลำดับ

ตารางที่ 10 ช่องทางการกระจายและอัตราการใช้ Clonazepam จำแนกตามประเภทสถานที่ที่มีการใช้ยา ปี พ.ศ. 2553 - 2555

ประเภทสถานที่ที่มีการใช้ยา	ปริมาณการกระจายและอัตราการใช้ยา [เม็ด (%)] พ.ศ.2553 – 2555			
	ปี 2553	ปี 2554	ปี 2555	รวม(เม็ด) ร้อยละ
โรงพยาบาลรัฐบาล	32,925,700 (72.93%)	35,647,600 (72.12%)	39,677,800 (74.64%)	108,251,100 (73.30%)
โรงพยาบาลเอกชน	6,804,100 (15.07%)	7,763,500 (15.72%)	7,677,500 (14.44%)	22,245,100 (15.06%)
คลินิก	5,169,000 (11.45%)	5,652,200 (11.44%)	5,528,500 (10.40%)	16,349,700 (11.07%)
ร้านขายยา	250,600 (0.56%)	324,600 (0.66%)	275,755 (0.52%)	850,955 (0.58%)
รพ./คลินิกสัตว์	-	-	500 (0.001%)	500 (0.00%)
ปริมาณรวม	45,149,400 (100%)	49,387,900 (100%)	53,160,055 (100%)	147,697,355 (100%)
ปริมาณการใช้(%)	(30.57%)	(33.44%)	(35.10%)	

ที่มา : กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ข้อมูลจากตารางที่ 10 การกระจายและสัดส่วนการใช้ Clorazepate ปี พ.ศ. 2553 - 2555 พบว่า โรงพยาบาลรัฐบาล มีอัตราการใช้ยามากที่สุด (ร้อยละ 73.30) รองลงมา คือโรงพยาบาลเอกชน (ร้อยละ 15.06) คลินิก (ร้อยละ 11.07) และร้านขายยา (ร้อยละ0.58) ตามลำดับ และมีอัตราการใช้ในแต่ละปี คิดเป็น ร้อยละ 30.57, 33.44 และ 35.10 ตามลำดับ

จากข้อมูลการกระจายและอัตราการใช้วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 กลุ่ม Benzodiazepines ของปี พ.ศ. 2553 - 2555 ที่มีปริมาณการใช้มาก 6 อันดับแรก พบว่า Diazepam, Lorazepam, Alprazolam, และ Clorazepate ซึ่งมีปริมาณการใช้มากเป็น 4 อันดับแรกนั้น มีการกระจายไปยังโรงพยาบาลรัฐบาลมากที่สุด รองลงมาได้แก่ คลินิก โรงพยาบาลเอกชน ร้านขายยา และ รพ./ คลินิกสัตว์ ตามลำดับในขณะที่ Clonazepam มีการกระจายไปยังโรงพยาบาลรัฐบาลมากที่สุด รองลงมา ได้แก่ โรงพยาบาลเอกชน คลินิก ร้านขายยา และรพ./คลินิกสัตว์ ตามลำดับ สำหรับ Chlordiazepoxide มีการกระจายไปยังคลินิกมากที่สุด รองลงมา ได้แก่ โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน ร้านขายยา และโรงพยาบาล/คลินิกสัตว์ ตามลำดับ ดังรายละเอียดปรากฏในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ช่องทางการกระจายและอัตราการใช้วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 กลุ่ม Benzodiazepines ที่มีอัตราการใช้มาก 6 อันดับแรกปี พ.ศ. 2553 – 2555

ชนิดตัวยา / สถานที่	Diazepam	Lorazepam	Alprazolam	Clorazepate	Clonazepam	Chlordiaze-poxide
โรงพยาบาลรัฐบาล	406,760,801 (68.54%)	300,823,900 (76.70%)	133,576,616 (43.06%)	78,203,221 (49.13%)	108,251,100 (73.29%)	20,153,890 (22.74%)
คลินิก	123,300,751 (20.78%)	50,616,838 (12.90%)	126,727,926 (40.85%)	57,984,239 (36.43%)	16,349,700 (11.08%)	53,437,080 (60.3%)
โรงพยาบาลเอกชน	43,884,462 (7.39%)	34,943,596 (8.90%)	39,424,419 (12.71%)	18,370,207 (11.54%)	22,245,100 (15.07%)	12,147,650 (13.7%)
ร้านขายยา	18,966,651 (3.19%)	5,770,000 (1.5%)	10,460,090 (3.37%)	4,628,140 (2.91%)	850,955 (0.58%)	2,896,500 (3.27%)
รพ./คลินิกสัตว์	588,460 (0.10%)	16,100 (0.004%)	44,200 (0.01%)	0	500 (0.0004%)	7,000 (0.01%)
รวม	593,516,125 (100%)	392,170,434 (100%)	310,222,251 (100%)	159,185,807 (100%)	147,697,355 (100%)	88,642,120 (100%)

ที่มา : กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ส่วนที่ 2 ข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นผู้ถูกสัมภาษณ์ได้ให้เหตุผลของปัจจัยต่างๆ ที่ทำให้เกิดการใช้วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 กลุ่ม Benzodiazepines ในทางที่ผิด โดยเรียงลำดับตามจำนวนความเห็นของผู้เชี่ยวชาญจากมากไปน้อย สรุปได้ดังนี้

1. ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลทำให้เกิดปัญหาการใช้วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 กลุ่ม Benzodiazepines ในทางที่ผิด

ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ข้อคิดเห็นในประเด็นต่างๆ เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลทำให้เกิดปัญหาการใช้วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 กลุ่ม Benzodiazepines ในทางที่ผิดดังนี้

1.1 ตัวยา (วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 กลุ่ม Benzodiazepines) ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์พบว่า ด้วยคุณสมบัติทางเภสัชวิทยาของยากลุ่ม Benzodiazepines ที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง มีผลทำให้เคลิบเคลิ้ม ง่วงนอน คลายความวิตกกังวล และทำให้เกิดการติดยา จึงมีการนำยากลุ่มนี้ไปใช้ในทางที่ผิด ดังที่ผู้เชี่ยวชาญท่านหนึ่งกล่าวว่า “ตัวยาเองมีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาที่สร้างความสบายใจ ลดความวิตกกังวลให้กับผู้ใช้ เมื่อใช้ติดต่อกันไปนานๆ ก็เกิดการติดยาทางใจมาก่อน แล้วก็ตามมาด้วยการติดทางกาย ก่อให้เกิดพฤติกรรมแสวงหายาตามมาในที่สุด” ส่วนผู้แทนท่านหนึ่งจากกองควบคุมวัตถุเสพติด ให้ความเห็นว่า “ปัจจุบันมีการใช้ยาในลักษณะที่ผิดวัตถุประสงค์อยู่เสมอ ดังนั้นยาในกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ซึ่งเป็นกลุ่มที่ผู้ใช้ต้องการ” และผู้แทนอีกท่านหนึ่งจากกองควบคุมวัตถุเสพติดกล่าวว่า “เป็นกลุ่มยาที่มีการใช้ประโยชน์อย่างแพร่หลาย ขณะเดียวกันจากคุณสมบัติทางเภสัชวิทยาของยากลุ่มนี้ ก็เป็นเหตุให้มีการลักลอบนำยาไปใช้ในทางที่ผิด เช่น การมอมยา การรูดทรัพย์ ล่วงละเมิดทางเพศ หรือใช้ในขนาดที่ทำให้เกิด Euphoria เป็นต้น” นอกจากนี้ผู้แทนท่านหนึ่งจากกองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น กล่าวว่า “กลุ่มวัยรุ่นและผู้ติดยาก็นิยมใช้ยากลุ่มนี้ โดยเฉพาะ Alprazolam และ Diazepam” และจากคำกล่าวของหัวหน้า

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคท่านหนึ่งกล่าวว่า "คนไข้บางรายใช้ยากลุ่มนี้แล้วมีอาการติดยา ก็พยายามแสวงหายาให้ได้ เมื่อ Demand สูง ก็เป็นจุดกระตุ้นให้เกิด Supply สูง"

1.2 **ผู้ใช้ยา** ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ พบว่าการเข้าถึงยา (Benzodiazepines) ได้ง่ายของผู้ใช้ยาและพฤติกรรมของผู้ใช้ยามีผลทำให้เกิดปัญหาการใช้ยาในทางที่ผิดดังที่ผู้เชี่ยวชาญท่านหนึ่งกล่าวว่า "การที่บุคคลจะตัดสินใจใช้ยานั้นมีประเด็นทางพฤติกรรมศาสตร์เข้ามาเกี่ยวข้องมากมาย จากการศึกษาในหลากหลายสนามวิจัยพบว่า คนที่มีพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการขาดความมั่นใจในตัวเองส่วนมากจะใช้ยาเป็นตัวช่วยสร้างความเชื่อมั่นให้กับตนเอง ยิ่งอยู่ในภาวะที่เข้าถึงยาได้ง่ายยิ่งมีโอกาสใช้ยาในทางที่ผิดสูงจนเกิดการติดยาได้ในที่สุด"ส่วนผู้แทนจากกองควบคุมวัตถุเสพติดท่านหนึ่งกล่าวว่า "มีการนำยากลุ่มนี้ไปใช้ในทางที่ผิด โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ไม่หวังดี นำไปใช้ในกรณีผิดวัตถุประสงค์ จนก่อให้เกิดอาชญากรรมอยู่เสมอ เช่น นำไปผสมในสี่คูณร้อย เป็นต้น"และผู้แทนอีกท่านหนึ่งจากกองควบคุมวัตถุเสพติดกล่าวว่า "ผู้ใช้ยามีความหลากหลาย มีหลายกลุ่ม ทั้งที่ใช้ถูกวัตถุประสงค์ และใช้ในทางที่ผิด หรือแม้กระทั่งผู้ใช้ยาในตอนแรกใช้ยาตามคำสั่งแพทย์อย่างถูกต้อง แต่หากใช้ต่อเนื่องและเป็นผู้มีแนวโน้มใช้ยาในทางที่ผิด อาจมีการนำยาดังกล่าวมาใช้ในทางที่ผิดจากวัตถุประสงค์ตอนแรกได้"ส่วนผู้แทนอีกท่านหนึ่งจากกองควบคุมวัตถุเสพติดกล่าวว่า "ผู้ใช้ยาบางกลุ่มสามารถเข้าไปทำการรักษาตามคลินิกหรือโรงพยาบาล และนำยาออกไปจำหน่ายได้โดยง่าย เนื่องจากระบบตรวจสอบคนไข้ยังทำได้ยาก" และจากคำกล่าวของหัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคท่านหนึ่ง"การเข้าถึงยาอาจแยกเป็นกลุ่มผู้ใช้ยาเพื่อรักษา และผู้เสพติดยา หรือใช้ยาในทางที่ผิดจะเข้าถึงแหล่งของยาต่างกัน เช่น กลุ่มผู้ใช้ยาเพื่อรักษาจะได้รับยาตามการวินิจฉัยของแพทย์ ส่วนกลุ่มผู้เสพติดยาจะหาซื้อจากแหล่งที่ทราบกันเฉพาะในกลุ่มหรือบอกต่อกัน"

1.3 **ข่าวจากสื่อต่างๆ** ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ พบว่าปัจจุบันประชาชนมีการเข้าถึงสื่อต่างๆ ได้ง่าย เมื่อสื่อนำเสนอข่าวสารเกี่ยวกับปัญหาของวัตถุออกฤทธิ์ ก็มักจะมีการกล่าวถึงชื่อสามัญและชื่อการค้าของวัตถุออกฤทธิ์นั้นๆ ซึ่งเป็นการชี้นำให้กับผู้ที่ต้องการนำยาไปใช้ในทางที่ผิดได้ โดยเฉพาะ

สื่อต่างๆ ทาง Social network ที่สามารถชักจูงให้เกิดพฤติกรรมอยากลอง หรือสื่อทางอินเทอร์เน็ตที่เข้าถึงได้ง่ายโดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมอยากลองอยู่แล้วตามที่ผู้แทนท่านหนึ่งจากกองควบคุมวัตถุเสพติดกล่าวว่า "ปัจจุบันประชาชนมีการเข้าถึงสื่อต่างๆ ได้ง่าย ดังนั้น หากประชาชนไม่มีวิจารณญาณ เป็นเด็กชอบลอง กรณีที่สื่อที่มีข้อมูลไม่ครบถ้วน ไม่รอบด้าน จะมีผลต่อประชาชนกลุ่มดังกล่าวอย่างมาก ดังนั้นจึงควรมีการขอความร่วมมือสื่อต่างๆ ในการให้ข้อมูลต่อประชาชนโดยต้องคำนึงถึงความถูกต้องในด้านวิชาการ ครบถ้วน รอบด้าน พึงระมัดระวังการนำเสนอ ทั้งสื่อด้านข่าวสาร ละคร เป็นต้น" ดังเช่นผู้แทนอีกท่านหนึ่งจากกองควบคุมวัตถุเสพติดกล่าวว่า "เพราะมีการเผยแพร่ข่าว จนผู้ที่อยากลองเสพ ได้รับทราบว่ามียาชนิดใดใช้ได้บ้าง สื่อควรเสนอในลักษณะป้องปรามและชี้ถึงผลเสียมากกว่าการพาดหัวข่าวในลักษณะการขายข่าว ตั้งฉายาว่าเป็นยาเสียสาว จนเป็นเหตุให้วัยรุ่นเสาะหา"ส่วนผู้เชี่ยวชาญท่านหนึ่งกล่าวว่า "ข่าวอาจเป็นเพียงปัจจัยเสริมให้คนลองหันมาใช้ยา ไม่ใช่ปัจจัยหลัก ในสังคมปัจจุบันข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุออกฤทธิ์บน Social network มีให้เรียนรู้ทั้งในทางที่ถูกและผิดมากมาย แต่คนที่มีพฤติกรรมปกติก็ไม่มีใครอยากทดลองใช้ยาตามที่ข่าวเล่ามา มีแต่พวกที่มีพฤติกรรมผิดปกติเท่านั้นที่หันไปใช้ยาตาม"ทั้งนี้ หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคท่านหนึ่งกล่าวว่า "เมื่อสื่อนำเสนอข้อมูล ก็จะเป็นการชี้ช่องทางให้กับผู้ที่ต้องการนำยาไปใช้ในทางที่ผิดเกิดความอยากที่จะใช้ยาดังกล่าวตามข่าวที่ปรากฏ ยากลุ่มนี้มีฤทธิ์เหมือนๆ กัน แต่เมื่อสื่อพูดถึงยาตัวหนึ่งตลอดเวลา บ่อยๆ คนก็รู้จักมากกว่า เวลาจะใช้ก็จะเลือกใช้ตัวที่ได้ยินชื่อ หรืออาจจะนึกอยากทดลองใช้ถ้าได้ยินสื่อพูดบ่อยๆ"และหัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคอีกท่านหนึ่งกล่าวว่า"การใช้ยาในทางที่ผิดส่วนใหญ่มักจะรู้ภายในกลุ่ม ไม่ได้ใช้ในวงกว้าง เมื่อมีข่าวที่กล่าวถึงชื่อและสถานที่จำหน่าย จะทำให้เกิดการอยากลองจึงเสริมให้มีการใช้ยาในทางที่ผิดมากขึ้น"

1.4 แพทย์ผู้จ่ายยาในคลินิก ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ พบว่า เนื่องจากแพทย์ผู้สั่งจ่ายยาในคลินิกนั้น กฎหมายอนุญาตให้สามารถครอบครองวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 ในปริมาณที่กำหนดได้โดยไม่ต้องขอใบอนุญาต และไม่ต้องจัดทำรายงานบัญชีรับ – จ่ายวัตถุออกฤทธิ์ ซึ่งเป็นจุดอ่อนของกฎหมายทำให้การตรวจสอบการใช้ยาทำได้ค่อนข้างยาก นอกจากนี้ คลินิกบางแห่งจ่ายยาให้คนไข้โดยไม่ใช้

ความระมัดระวังเท่าที่ควร โดยมีการจ่ายยาเกินความจำเป็น หรืออาจจ่ายในปริมาณที่ไม่สมเหตุสมผล ตามที่ผู้เชี่ยวชาญท่านหนึ่งกล่าวว่า“คลินิกได้รับสิทธิมากมายเกี่ยวกับวัตถุออกฤทธิ์มีทั้งการครอบครองในปริมาณที่กฎหมายกำหนดก็ไม่ต้องขอใบอนุญาต หรือถ้าจะครอบครองในปริมาณมากๆก็แค่มีใบอนุญาตฯ การขายวัตถุออกฤทธิ์ของคลินิกทำได้อย่างไม่ต้องเกรงกลัวกฎหมาย เพราะสามารถอ้างได้ว่าใช้ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยของตน การตรวจสอบจากภาครัฐทำไม่ได้ง่ายๆ เพราะถือว่าเป็นการประกอบโรคศิลปะของแพทย์ จึงมีคลินิกมากมายใช้โอกาสนี้เปิดทำมาค้าขายวัตถุออกฤทธิ์อย่างเป็นล่ำเป็นสัน ไม่คำนึงถึงความเสียหายทางสังคมแต่อย่างใด”สำหรับผู้แทนจากกองควบคุมวัตถุเสพติดท่านหนึ่งกล่าวว่า “คลินิกบางแห่ง มีการสั่งซื้อวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 ในปริมาณมาก หากประมาณจำนวนคนไข้และปริมาณตัวยาที่สั่งซื้ออาจเป็นข้อสังเกตว่าจะมีการจ่ายยาเกินความจำเป็นหรือไม่ หรืออาจจ่ายในปริมาณที่ไม่สมเหตุสมผล” และผู้แทนจากกองควบคุมวัตถุเสพติดท่านอีกหนึ่งกล่าว “หากคลินิกมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น แพทย์ไม่อยู่ปฏิบัติหน้าที่จ่ายยา หรือให้เจ้าหน้าที่ในคลินิกเป็นผู้จ่ายยาเอง ย่อมมีผลทำให้เกิดการใช้ยาในทางที่ผิด รั่วไหล มีการใช้ยาไม่เหมาะสมในสังคมได้”ดังเช่นหัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคท่านหนึ่งกล่าวว่า “การสั่งซื้อยากลุ่มนี้สำหรับคลินิกทำได้ค่อนข้างง่าย การทำรายงานก็ไม่เข้มงวด ช่องทางในการทำรายงานเท็จทำไม่ยาก คลินิกบางแห่งจ่ายให้คนไข้โดยไม่ระมัดระวัง และรั่วไหลจากคนไข้ไปอีกทอดหนึ่ง” และหัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคอีกท่านหนึ่งกล่าวว่า“แพทย์ส่วนใหญ่เห็นว่าเป็นเรื่องธรรมดาที่จะสั่งจ่ายยากลุ่มนี้ให้ผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีโอกาสรั่วไหลได้ง่าย เนื่องจากระบบการควบคุมการเบิกจ่ายยาไม่ดีพอ การตรวจสอบว่าสั่งยาให้ผู้ป่วยจริงหรือไม่ทำได้ยาก”เช่นเดียวกันกับหัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคอีกท่านหนึ่งกล่าวว่า “เนื่องจากแพทย์สามารถครอบครองได้ในปริมาณที่ไม่เกินจากกฎหมายกำหนด ซึ่งบางคลินิกอาจใช้ช่องโหว่ของประกาศกระทรวงดังกล่าว มีการซื้อและครอบครองเกินปริมาณที่กำหนด โดยร่วมมือกับผู้แทนบริษัทยาอาจซื้อบิลขาว หรือซื้อในปริมาณมาก แล้วให้ผู้แทนมารับซื้อคืนนำไปปล่อยต่อให้ร้านยา หรือคลินิก หรือแล้วแต่ผู้แทนยาจะนำไปปล่อยนอกระบบ นอกจากนี้ บางคลินิกอาจจ่ายให้วัยรุ่นนำไปใช้ทางที่ผิดโดยการขายหน้าร้านทีละ 60 – 100 เม็ด ประกอบกับ

การไม่ได้รับการตรวจสอบอย่างเข้มงวดจากพนักงานเจ้าหน้าที่ ด้วยเหตุผลของความเกรงใจและการให้เกียรติแพทย์" และจากผู้แทนกองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่นท่านหนึ่งกล่าวว่า "แพทย์ส่วนใหญ่ปฏิบัติตามจรรยาบรรณวิชาชีพ มีเพียงส่วนน้อยที่เห็นแก่ตัวประโยชน์ส่วนตนหรือเป็นแพทย์พาณิชย์ อย่างไรก็ตามถึงแม้จะมีแพทย์จำนวนไม่มากที่เป็นแพทย์พาณิชย์ แต่ปริมาณที่แพทย์สามารถสั่งซื้อในแต่ละครั้งจำนวนมากๆ ทำให้เพิ่มโอกาสการนำวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 ไปใช้ในทางที่ผิดได้ รวมทั้งเพิ่มโอกาสของการขายวัตถุออกฤทธิ์ออกสู่นอกระบบ"

1.5 **ร้านขายยา** ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ พบว่าร้านขายยาเป็นแหล่งกระจายยาที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย ซึ่งตามกฎหมาย การขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 จะต้องขายตามใบสั่งยาเท่านั้น แต่ปรากฏว่าในทางปฏิบัติ มีใบสั่งยาจำนวนน้อยมากที่ไปยังร้านขายยา อีกทั้งยังพบว่ามีการสั่งซื้อวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 จากร้านขายยาจำนวนไม่น้อย ซึ่งแสดงว่ามีร้านขายยาบางแห่งที่ลักลอบขายวัตถุออกฤทธิ์โดยผิดกฎหมายตามที่หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคท่านหนึ่งให้เหตุผลว่า "เพราะร้านขายยาเป็นสถานบริการสุขภาพที่มีการกระจายตัวแทรกในเขตชุมชนที่มากและหนาแน่นที่สุด การคิดค่ายาก็อยู่ในราคาถูก" เช่นเดียวกับผู้แทนกองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่นท่านหนึ่งกล่าวว่า "ร้านขายยาเป็นแหล่งกระจายยาที่ใกล้ชิดประชาชน สะดวก เข้าถึงง่าย" ส่วนผู้แทนจากกองควบคุมวัตถุเสพติดท่านหนึ่งกล่าวว่า"ปัจจุบันการขายวัตถุออกฤทธิ์ในร้านขายยายังไม่ปฏิบัติตามที่กฎหมายกำหนด เนื่องจากไม่มีใบสั่งยาไปยังร้านขายยาเลย แต่ร้านขายยายังมีการสั่งซื้อวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 ไปขายจำนวนไม่น้อย"ทั้งนี้ หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค ท่านหนึ่งมีความเห็นว่า "เนื่องจากการเข้าถึงยาในร้านขายยาแม้ว่าทำได้ง่าย แต่ก็มีเงื่อนไขตามกฎหมายและบทลงโทษ เช่น การขายวัตถุออกฤทธิ์ต้องมีใบสั่งยา ทำให้การขายทำได้ไม่ง่ายนัก นอกจากเป็นการลักลอบขายเป็นส่วนใหญ่" และหัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค อีกท่านหนึ่งกล่าวว่า "เนื่องจากมีร้านขายยาส่วนน้อยเท่านั้นที่ขออนุญาตขายวัตถุออกฤทธิ์ ประกอบกับอาจจะมีร้านขายยาบางร้าน (จำนวนน้อย) ที่ไม่มี

ใบอนุญาตขายวัตถุออกฤทธิ์แต่แอบลักลอบขายบ้าง โดยการซื้อเงินสดจากผู้แทนยาโดยวิธีหิ้วมา หรือเป็น "บิลขาว" (ไม่เข้าระบบบริษัทยา)"

1.6 คลินิกบำบัดผู้ติดยาเสพติด ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ พบว่า เนื่องจากคนไข้ที่เป็นผู้ติดยามีความต้องการใช้วัตถุออกฤทธิ์ไปทดแทนในบางช่วงของการขาดยา ซึ่งคลินิกที่เป็นสถานบำบัดผู้ติดยาเสพติดส่วนใหญ่จะตามใจคนไข้ และเน้นการขายยาตามความต้องการของคนไข้มากกว่าการจ่ายยาตามความเหมาะสมที่ควรจะเป็น และบางคลินิกก็มีการจ่ายยากลุ่มนี้เพื่อใช้ทดแทน Methadone ในการรักษาผู้ติดยาเสพติดด้วย แพทย์อาจจ่ายวัตถุออกฤทธิ์ให้คนไข้ของตน แต่คนไข้นำไปใช้ในทางที่ผิดหรือนำไปขายให้ต่อให้ผู้อื่น ดังผู้เชี่ยวชาญท่านหนึ่งกล่าวว่า "สถานบำบัดผู้ติดยาเสพติด คือ โรงเรียนที่สอนให้คนใช้วัตถุออกฤทธิ์เป็นสารทดแทนยาเสพติดที่ต้องการเลิกใช้ เพื่อทำให้เกิดความสบายกายสบายใจ คนที่เข้าไปบำบัดยาเสพติดจะกลับออกมาพร้อมกับพฤติการณ์การใช้วัตถุออกฤทธิ์แทน และมีวัตถุออกฤทธิ์ติดตัวกลับออกมาใช้ที่บ้านด้วย บางคลินิกก็ทำมาหากินโดยขายวัตถุออกฤทธิ์ให้กับคนติดยาอย่างเปิดเผย" ซึ่งผู้แทนกองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่นท่านหนึ่งกล่าวว่า "กลุ่มลูกค้าเป็นผู้ติดยา ซึ่งมีความต้องการใช้วัตถุออกฤทธิ์ไปทดแทนในบางช่วงของการขาดยา ซึ่งคลินิกที่เป็นสถานบำบัดผู้ติดยาเสพติดส่วนใหญ่จะตามใจลูกค้า และไม่มีการตรวจรักษาคนไข้ แต่เน้นการขายยาให้กับคนไข้ตามความต้องการมากกว่า และบางคลินิกจ่ายยากลุ่มนี้เพื่อใช้ทดแทน Methadone ในการรักษาผู้ติดยาเสพติด" และหัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคท่านหนึ่งกล่าวว่า "คนไข้บางรายไม่ได้มีเจตนาจะต้องการเลิกเสพ เพียงมาเพื่อประสงค์ที่จะรับยาในกลุ่มวัตถุออกฤทธิ์ แม้แพทย์จะจ่ายยาให้ในจำนวนจำกัด คนไข้อาจเข้ารับการบำบัดมากกว่าหนึ่งแห่ง ซึ่งสุดท้ายจะเกิดการนำยาไปใช้ผิดวัตถุประสงค์ขึ้นได้"

1.7 โรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลรัฐบาล ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่า มีโอกาสน้อยที่จะเกิดปัญหาการใช้วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 กลุ่ม Benzodiazepines ในทางที่ผิด ในโรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลรัฐบาล เนื่องจากการจ่ายวัตถุออกฤทธิ์ของโรงพยาบาลมีการควบคุมที่เป็นระบบ ตามที่ผู้เชี่ยวชาญท่านหนึ่งกล่าวว่า "การจ่ายวัตถุออกฤทธิ์ของโรงพยาบาล แพทย์ต้องเขียนใบสั่งยา

มีการตรวจสอบของเภสัชกร โอกาสที่หมอจะจ่ายยาไปให้ผู้ป่วยนำไปใช้ในทางที่ผิดจึงเกิดได้น้อย ซึ่งที่อาจเกิดมาจากผู้ป่วยช้อปปิ้งหมอไปตามโรงพยาบาลเอกชนหลายๆ แห่งเพื่อแสวงหายาโดยหมออาจจะไม่รู้ตัวว่าถูกใช้เป็นเครื่องมือเลยก็ได้เช่นเดียวกันกับโรงพยาบาลของรัฐบาล" และผู้แทนจากกองควบคุมวัตถุเสพติดท่านหนึ่งกล่าวว่า "โรงพยาบาลเอกชนมีระบบควบคุม Stock ที่ค่อนข้างรัดกุม แต่มีการตรวจพบว่าโรงพยาบาลบางแห่งมีการใช้ยาในปริมาณมาก ซึ่งอาจเป็นกรณีที่มีการใช้เกินความจำเป็น ในขณะที่โรงพยาบาลของรัฐมีระบบการใช้ยาและการควบคุมวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 ที่อยู่ในเกณฑ์ที่ดีน่าจะมีปัญหาน้อย"

1.8 ปัญหาในการบังคับใช้กฎหมาย ผู้ให้ข้อมูลบางท่านให้ความเห็นว่า การบังคับใช้กฎหมายให้มีความศักดิ์สิทธิ์เป็นเรื่องที่มีความสำคัญ ทำให้คนตระหนักว่าอะไรควรทำ อะไรไม่ควรทำ ต่อให้มีกฎหมายที่รุนแรงขนาดไหนก็ตาม แต่ถ้ามีความบกพร่องในการบังคับใช้ คนก็จะเห็นเป็นเรื่องธรรมดา ใครๆ ก็ทำกัน ไม่เห็นเขาจะได้รับการลงโทษอะไรเลย ดังนั้น หากมีการบังคับใช้กฎหมายได้อย่างเข้มงวด ทั่วถึง และต่อเนื่อง จะช่วยป้องปราม และลดปัญหาการนำยาไปใช้ในทางที่ผิดได้อย่างมาก

1.9 การขาดสำนึกในจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ ผู้ให้ข้อมูลบางท่านให้ความเห็นว่า เนื่องจากวัตถุออกฤทธิ์จะไปถึงผู้บริโภคได้ต้องออกไปจากมือของผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์เท่านั้น ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ เภสัชกร หรือพยาบาล ทุกวิชาชีพมีกฎของจรรยาบรรณให้ยึดถือ ผู้บริโภคไม่สามารถหาวัตถุออกฤทธิ์ได้จากร้านค้าทั่วไป ฉะนั้นการเกิดปัญหาการใช้วัตถุออกฤทธิ์ในทางที่ผิดก็เป็นภาพที่สะท้อน ให้เห็นถึงการเสื่อมในจรรยาบรรณของวิชาชีพทางการแพทย์ได้ชัดเจน ทั้งนี้ การประกอบโรคศิลปะขึ้นกับดุลยพินิจในการวินิจฉัยการรักษาโรคของผู้ประกอบโรคศิลปะแล้ว ยังขึ้นอยู่กับจริยธรรมและจรรยาบรรณของวิชาชีพด้วย

1.10 ปัญหาครอบครัว ผู้ให้ข้อมูลบางท่านเห็นว่าครอบครัวที่ขาดความอบอุ่น และแตกแยก พ่อแม่ไม่สนใจลูก มัวแต่ทำงาน จะมีผลต่อลูกทำให้เข้าถึงยาได้ง่าย หรือผู้ที่ประสบปัญหาครอบครัว ต้องการใช้ยาเพื่อผ่อนคลายความทุกข์ หรือความเครียด ช่วยให้รู้สึกเคลิบเคลิ้ม และนอนหลับได้

2. ช่องทางหรือแหล่งการแพร่กระจายของวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 กลุ่ม Benzodiazepines ที่มีการนำไปใช้ในทางที่ผิด

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่าช่องทางหลักที่เป็นแหล่งแพร่กระจายวัตถุออกฤทธิ์เป็นอันดับแรก คือ คลินิก รองลงมาได้แก่ ร้านขายยา สถานที่ผลิต/สถานที่นำเข้าวัตถุออกฤทธิ์ โรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลรัฐบาลตามลำดับ นอกจากนี้ผู้ถูกสัมภาษณ์บางท่านได้ระบุถึงแหล่งกระจายอื่นๆ ของวัตถุออกฤทธิ์ ได้แก่ ผู้แทนขายยา สถานบันเทิง อินเทอร์เน็ต และการลักลอบนำเข้ายาที่ผิดกฎหมาย

3. ความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้มาตรการทางกฎหมายเพื่อแก้ไขปัญหาการใช้ยากลุ่ม Benzodiazepines ในทางที่ผิดโดยการยกระดับการควบคุมจากวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 เป็นวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 โดยใช้ Alprazolam เป็นกรณีศึกษา

ผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่ง (15 ท่าน) ให้ความเห็นว่า มาตรการดังกล่าวสามารถแก้ไขปัญหาได้ เนื่องจากตามพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518 ห้ามผลิต ขาย นำเข้า ส่งออก ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 เว้นแต่เป็นการนำเข้าโดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เพื่อขายให้แก่โรงพยาบาล หรือคลินิก ที่มีใบอนุญาตขายวัตถุออกฤทธิ์ ซึ่งจะเป็นการปิดจุดอ่อนของกฎหมายในกรณีที่เป็นวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 เนื่องจากผู้รับอนุญาตขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ทุกรายจะต้องทำรายงานบัญชีรับ - จ่าย วัตถุออกฤทธิ์ เสนอต่อเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา อีกทั้งกฎหมายยังห้ามไม่ให้มีการขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ในร้านขายยาอีกด้วย

ผู้ให้ข้อมูลอีกส่วนหนึ่ง (13 ท่าน) ได้ให้ความเห็นว่า การยกระดับการควบคุมไม่สามารถแก้ไขปัญหาการใช้วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 กลุ่ม Benzodiazepine ในทางที่ผิดได้ โดยระบุว่าในสถานการณ์ปัจจุบันยังคงพบปัญหาร้านขายยากระทำการฝ่าฝืนกฎหมายด้วยการขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 โดยไม่มีใบสั่งยา หรือขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 โดยไม่ได้รับอนุญาต อีกทั้งยังพบปัญหาจากการที่คลินิกมีการจ่ายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 ในปริมาณมาก ผู้เชี่ยวชาญท่านหนึ่งให้ความเห็นว่า “แม้จะยกระดับการควบคุม

แล้วปัญหาการใช้วัตถุออกฤทธิ์ในทางที่ผิดก็อาจจะเกิดขึ้นกับวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 กลุ่ม Benzodiazepine ชนิดอื่นๆ ได้อีก เช่นกัน"

4. ความคิดเห็นเมื่อปรากฏว่ามีแนวโน้มการใช้วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 กลุ่ม Benzodiazepines ในทางที่ผิด ท่านเห็นด้วยกับมาตรการใดในการแก้ไขปัญหา

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ (15 ท่าน) ให้ความเห็นว่าควรคงระดับการควบคุมเดิมเพื่อไม่ให้กระทบกับผู้จำเป็นต้องใช้ยาและปฏิบัติอย่างถูกต้องตามกฎหมาย แต่เร่งประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่ประชาชนถึงอันตรายจากวัตถุออกฤทธิ์ และเพิ่มมาตรการการเฝ้าระวังอย่างเข้มงวด โดยให้เหตุผลว่า ข้อกฎหมายที่บัญญัติไว้ครอบคลุมดีอยู่แล้ว แต่ต้องบังคับใช้กฎหมายที่มีอยู่ให้จริงจังต่อเนื่อง ดังผู้แทนจากกองควบคุมวัตถุเสพติดท่านหนึ่งกล่าวว่า "การเพิ่มการเฝ้าระวังสถานที่ที่มีความเสี่ยงต่อการกระทำความผิดน่าจะเป็นการป้องปรามปัญหาที่เหมาะสมในสถานการณ์ปัจจุบัน เพราะหากมีการยกระดับเป็นวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ก็จะมีวัตถุออกฤทธิ์ชนิดอื่นเป็นปัญหาตามมาอีก"

ข้อมูลจากผู้ถูกสัมภาษณ์บางส่วน (9 ท่าน) เห็นว่าควรใช้มาตรการยกระดับการควบคุมเป็นวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 โดยให้ความเห็นว่าเมื่อมีการยกระดับการควบคุมวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 กลุ่ม Benzodiazepines เป็นวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 จะมีผลต่อการควบคุมที่เข้มงวดขึ้นตามพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518 ซึ่งได้กำหนดไว้ว่า วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 จะสามารถครอบครองได้ต่อเมื่อได้รับอนุญาตจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเท่านั้น ดังผู้แทนจากกองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่นท่านหนึ่งกล่าวว่า"การยกระดับการควบคุมจะทำให้แพทย์เพิ่มความระมัดระวังในการใช้ยา รวมถึงการต้องจัดทำบัญชีรับ - จ่ายยา เสนอสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา นอกจากนี้ยังลดโอกาสการลักลอบขายในร้านขายยาได้ เนื่องจากมีโทษหนักกว่า และคลินิกที่ไม่มีใบอนุญาตครอบครองไม่สามารถสั่งซื้อยาได้ ซึ่งการยกระดับจะช่วยทำให้คลินิกเข้าสู่ระบบการควบคุมของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา จึงเป็น

การลดความเสี่ยงต่อการรั่วไหลของยาออกสู่นอกระบบ" และหัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคท่านหนึ่งกล่าวว่า "การยกระดับการควบคุมอย่างเข้มข้นทำให้การใช้ยานั้นน้อยลงได้ แต่อาจทำให้เลี่ยงไปใช้ยาตัวอื่นๆ แทน ก็จะเกิดปัญหาใหม่ขึ้น ดังนั้นสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ควรใช้ข้อมูลวิชาการและวิเคราะห์สถานการณ์ในการยกระดับตัวอื่นๆ ที่มีความเสี่ยงอยู่ให้ครอบคลุมไม่ใช่ตามแก้ปัญหาทีละตัวไป"

ผู้ให้ข้อมูลส่วนน้อย (4 ท่าน) ให้ความเห็นว่า คงระดับการควบคุมเดิมแต่เพิ่มบทลงโทษผู้กระทำผิดให้รุนแรงขึ้น ดังหัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคท่านหนึ่งกล่าวว่า"ควรเพิ่มโทษทางกฎหมายเพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน เนื่องจากบทลงโทษไม่รุนแรงพอ" และหัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคอีกท่านหนึ่งกล่าวว่า "ระบบการควบคุมดีอยู่แล้ว แต่ควรเพิ่มโทษเพื่อให้เกิดความเกรงกลัวกฎหมายมากขึ้น"

5. ความคิดเห็นต่อการแก้ไขปัญหาการใช้วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 กลุ่ม Benzodiazepines ในทางที่ผิดโดยการยกระดับการควบคุมว่าจะส่งผลกระทบต่อบุคคลและสิ่งต่างๆ เหล่านี้หรือไม่ อย่างไร

ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ความเห็นต่อการแก้ไขปัญหาการใช้วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 กลุ่ม Benzodiazepines ในทางที่ผิดโดยการยกระดับการควบคุม จะส่งผลกระทบต่อบุคคลหรือสิ่งต่างๆ สรุปได้ดังนี้

5.1 **ประชาชน**

ผู้ให้ข้อมูลให้ความเห็นว่า ประชาชนไม่สามารถซื้อวัตถุออกฤทธิ์บางชนิดจากร้านขายยาได้จากการยกระดับการควบคุม จะทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงยาได้ยากขึ้น จำเป็นต้องไปพบแพทย์ที่คลินิกหรือโรงพยาบาลทุกครั้งที่ต้องการยา ส่งผลทำให้มีค่าใช้จ่ายมากขึ้นกว่าเดิม อย่างไรก็ตามยังคงมีวัตถุออกฤทธิ์ชนิดอื่นที่ใช้ทดแทนกันได้ ที่มีขายในร้านขายยาที่ได้รับอนุญาตขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 (กลุ่ม Benzodiazepines)

5.2 **แพทย์ในคลินิกหรือโรงพยาบาลผู้สั่งจ่ายยา**

ผู้ให้ข้อมูลให้ความเห็นว่า เมื่อยกระดับการควบคุมวัตถุออกฤทธิ์แล้ว แพทย์ต้องขออนุญาตครอบครองวัตถุออกฤทธิ์ ต้องจัดทำรายงานการรับ - จ่ายยา มีขั้นตอนการจัดซื้อยายุ่งยากขึ้น เนื่องจากต้องซื้อจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเท่านั้น

5.3 **ร้านขายยา**

ผู้ให้ข้อมูลให้ความเห็นว่า ร้านขายยาที่มีการจำหน่ายยากลุ่มนี้ให้กับผู้ที่ใช้ยาในทางที่ผิด จะได้รับผลกระทบมาก เช่น รายได้ลดลง แต่ร้านขายยาที่ไม่ได้เน้นการขายยากลุ่มนี้หรือไม่มีการขออนุญาตขายยากลุ่มนี้ ก็จะไม่ได้รับผลกระทบ

5.4 **สถานที่ผลิตยา/สถานที่นำเข้ายา**

ผู้ให้ข้อมูลให้ความเห็นว่า ผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับสถานที่ผลิตยา/สถานที่นำเข้ายา คือ เสียโอกาสทางธุรกิจ เนื่องจากตำรับยาที่ลงทุนทำการวิจัยมาเพื่อขึ้นทะเบียน ต้องเสียไปแบบสูญเปล่า เสียลูกค้ากลุ่มใหญ่ไป เพราะรัฐจะเข้ามาบริหารจัดการยาที่ถูกยกระดับการควบคุมแทน และรายได้จากการดำเนินธุรกิจลดลง

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

1. สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมาย เพื่อศึกษามาตรการการแก้ไขปัญหาการใช้วัตถุออกฤทธิ์กลุ่มเบนโซไดอะซีปีนส์ในทางที่ผิด โดยการศึกษาข้อมูลเอกสารและการศึกษาด้วยวิธีการสัมภาษณ์ ตามแนวคำถามในการสัมภาษณ์บุคคลที่มีความรู้ ความเข้าใจ และประสบการณ์เป็นอย่างดีในเรื่องดังกล่าว ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านวัตถุเสพติด เภสัชกรเชี่ยวชาญ ผู้แทนกองควบคุมวัตถุเสพติด ผู้แทนกองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวมทั้งสิ้น 28 คน

จากการศึกษาข้อมูลเอกสาร พบว่า ปัจจุบันมีวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 กลุ่ม Benzodiazepines ที่ขึ้นทะเบียนวัตถุตำรับในประเทศไทย จำนวนทั้งสิ้น 12 ชนิดรวม 236 ชนิดตัวยา ที่มีการใช้มากใน 6 อันดับแรก ได้แก่ Diazepam, Lorazepam, Alprazolam, Clorazepate, Clonazepam, และ Chlordiazepoxide ตามลำดับ ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ทั้ง 6 ชนิด มีอัตราการใช้ยาจำแนกตามภาคต่างๆ ได้ดังนี้

1) Diazepam มีการใช้ยาลดลงในปี 2554 และเพิ่มขึ้นในปี 2555 สำหรับข้อมูลการกระจายยาในภาพรวมระหว่างปี 2553 - 2555 พบว่า มีปริมาณการกระจายยาในพื้นที่ภาคกลางมากที่สุด รองลงมาเป็นภาคตะวันตก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กทม. ภาคเหนือ ภาคใต้ และภาคตะวันออก ตามลำดับ

2) Lorazepam มีแนวโน้มการใช้ยาเพิ่มขึ้นทุกปี สำหรับข้อมูลการกระจายยาในภาพรวมระหว่างปี 2553 - 2555 พบว่า มีปริมาณการกระจายยาในพื้นที่ภาคกลางมากที่สุด รองลงมาเป็นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กทม. ภาคใต้ภาคเหนือ ภาคตะวันออก และภาคตะวันตก ตามลำดับ

3) Alprazolam มีการใช้ยาเพิ่มขึ้นในปี 2554 และลดลงในปี 2555 สำหรับข้อมูลการกระจายยาในภาพรวมระหว่างปี 2553 - 2555 พบว่ามีปริมาณการกระจายยาในพื้นที่ กทม. มากที่สุด รองลงมาเป็น ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ ภาคเหนือ ภาคตะวันออก และภาคตะวันตก ตามลำดับ

4) Clorazepate มีการใช้ยาเพิ่มขึ้นในปี 2554 และลดลงในปี 2555 สำหรับข้อมูลการกระจายยาในภาพรวมระหว่างปี 2553 - 2555 พบว่า มีปริมาณการกระจายยาในพื้นที่ภาคใต้มากที่สุด รองลงมาเป็น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง กทม. ภาคเหนือ ภาคตะวันตก และภาคตะวันออก ตามลำดับ

5) Clonazepam มีแนวโน้มการใช้ยาเพิ่มขึ้นทุกปี สำหรับข้อมูลการกระจายยาในภาพรวมระหว่างปี 2553 - 2555 พบว่า มีปริมาณการกระจายยาในพื้นที่ กทม.มากที่สุด รองลงมา เป็นภาคตะวันตก ภาคใต้ ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคตะวันออก ตามลำดับ

6) Chlordiazepoxide มีการใช้ยาเพิ่มขึ้นในปี 2554 และลดลงในปี 2555 สำหรับข้อมูลการกระจายยาในภาพรวมระหว่างปี 2553 - 2555 พบว่า มีปริมาณการกระจายยาในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุด รองลงมาคือ ภาคกลาง ภาคเหนือ กทม. ภาคใต้ ภาคตะวันออก และภาคตะวันตก ตามลำดับ

สำหรับการกระจายและอัตราการใช้วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 กลุ่ม Benzodiazepines ของปี พ.ศ. 2553 - 2555 ที่มีปริมาณการใช้มาก 6 อันดับแรก พบว่า Diazepam, Lorazepam, Alprazolam, และ Clorazepate ซึ่งมีปริมาณการใช้มากใน 4 อันดับแรกนั้น มีการกระจายไปยังโรงพยาบาลรัฐบาลมากที่สุด รองลงมาได้แก่ คลินิก โรงพยาบาลเอกชน ร้านขายยา และ รพ./ คลินิกสัตว์ ตามลำดับ ในขณะที่ Clonazepam มีการกระจายไปยังโรงพยาบาลรัฐบาลมากที่สุด รองลงมาได้แก่ โรงพยาบาลเอกชน คลินิก ร้านขายยา และรพ./คลินิกสัตว์ ตามลำดับ สำหรับ Chlordiazepoxide มีการ

กระจายไปยังคลินิกมากที่สุด รองลงมา ได้แก่ โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน ร้านขายยา และโรงพยาบาล/คลินิกสัตว์ ตามลำดับ

สำหรับประเด็นต่างๆ ที่ได้จากการสัมภาษณ์ สามารถสรุปผลการศึกษาได้ดังนี้

1.1 ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลทำให้เกิดปัญหาการใช้วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 กลุ่ม Benzodiazepines ในทางที่ผิด

ผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นผู้ถูกสัมภาษณ์ได้ให้เหตุผลของปัจจัยต่างๆ ที่ทำให้เกิดการใช้วัตถุออกฤทธิ์ ในประเภท 4 กลุ่ม Benzodiazepines ในทางที่ผิด โดยเรียงลำดับตามจำนวนความเห็นของผู้เชี่ยวชาญจากมากไปน้อย สรุปได้ดังนี้

1.1.1 **ตัวยา** (วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 กลุ่ม Benzodiazepines) เนื่องจากยากลุ่ม Benzodiazepines มีการออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลางและมีผลทำให้เคลิบเคลิ้ม เกิดความสบายใจ คลายความวิตกกังวล จึงทำให้เกิดการติดยาในที่สุด และด้วยฤทธิ์ของยากลุ่มนี้ จึงมีการนำไปใช้ในทางที่ผิด

1.1.2 **ผู้ใช้ยา** ผู้ใช้ยาอาจใช้ยาตามคำสั่งแพทย์อย่างถูกต้อง แต่หากมีการใช้อย่างต่อเนื่องและประกอบกับผู้ใช้ยาเป็นผู้ที่มีแนวโน้มจะมีการใช้ยาในทางที่ผิด ก็อาจมีการนำยาดังกล่าวมาใช้ในทางที่ผิดได้ สำหรับการเข้าถึงยานั้น ในสถานการณ์ปัจจุบัน ผู้ใช้ยาก็สามารถเข้าถึงแหล่งยาได้ไม่ยากนัก

1.1.3 **ข่าวจากสื่อต่างๆ** ปัจจุบันประชาชนมีการเข้าถึงสื่อต่างๆ ได้ง่าย เมื่อสื่อนำเสนอข่าวสารเกี่ยวกับปัญหาของวัตถุออกฤทธิ์ ก็มักจะมีการกล่าวถึงชื่อสามัญและชื่อการค้าของวัตถุออกฤทธิ์นั้นๆ ซึ่งเป็นการชี้นำให้กับผู้ที่ต้องการนำยาไปใช้ในทางที่ผิดได้ โดยเฉพาะสื่อต่างๆ ทาง

Social network ที่สามารถชักจูงให้เกิดพฤติกรรมอยากลอง หรือสื่อทางอินเทอร์เน็ตที่เข้าถึงได้ง่ายโดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมอยากลองอยู่แล้ว

1.1.4 **แพทย์ผู้จ่ายยาในคลินิก** เนื่องจากแพทย์ผู้สั่งจ่ายยาในคลินิกนั้น กฎหมายอนุญาตให้สามารถครอบครองวัตถุออกฤทธิ์ประเภท 4 ในปริมาณที่กำหนดได้โดยไม่ต้องขอใบอนุญาต และไม่ต้องจัดทำบัญชีรับ - จ่ายวัตถุออกฤทธิ์ ซึ่งเป็นจุดอ่อนของกฎหมาย ทำให้การตรวจสอบการใช้ยาทำได้ค่อนข้างยาก นอกจากนี้ คลินิกบางแห่งจ่ายยาให้คนไข้โดยไม่ใช้ความระมัดระวังเท่าที่ควรโดยมีการจ่ายยาเกินความจำเป็นหรืออาจจ่ายในปริมาณที่ไม่สมเหตุสมผล

1.1.5 **ร้านขายยา** ร้านขายยาเป็นแหล่งกระจายยาที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย ซึ่งตามกฎหมาย การขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 จะต้องขายตามใบสั่งยาเท่านั้น แต่ปรากฏว่า ในทางปฏิบัติมีใบสั่งยาจำนวนน้อยมากที่ไปยังร้านขายยา อีกทั้งยังพบว่า มีการสั่งซื้อวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 จากร้านขายยา จำนวนไม่น้อย ซึ่งแสดงว่ามีร้านขายยาบางแห่งที่ลักลอบขายวัตถุออกฤทธิ์โดยผิดกฎหมาย

1.1.6 **คลินิกบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด** เนื่องจากคนไข้ที่เป็นผู้ติดยา มีความต้องการใช้วัตถุออกฤทธิ์ไปทดแทนในบางช่วงของการขาดยา ซึ่งคลินิกที่เป็นสถานบำบัดผู้ติดยาเสพติดส่วนใหญ่จะตามใจคนไข้ และเน้นการขายยาตามความต้องการของคนไข้มากกว่าการจ่ายยาตามความเหมาะสมที่ควรจะเป็น และบางคลินิกก็มีการจ่ายยากลุ่มนี้เพื่อใช้ทดแทน Methadone ในการรักษาผู้ติดยาเสพติดด้วย แพทย์อาจจ่ายวัตถุออกฤทธิ์ให้คนไข้ของตน แต่คนไข้นำไปใช้ในทางที่ผิดหรือนำไปขายต่อให้ผู้อื่น

1.1.7 **โรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลรัฐบาล** ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่ามีโอกาสน้อยที่จะเกิดปัญหาการใช้วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 กลุ่ม Benzodiazepines ในทางที่ผิด ในโรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลรัฐบาล เนื่องจากการจ่ายวัตถุออกฤทธิ์ของโรงพยาบาล

มีการควบคุมที่เป็นระบบ เหตุที่เกิดการใช้ยาในทางที่ผิด อาจมาจากผู้ป่วยแสวงหายาโดยการช้อปปิ้งหมอ (Doctor Shopping) ไปตามโรงพยาบาลเอกชนหลายๆ แห่ง

1.1.8 **ปัจจัยอื่นๆ**

ผู้ให้ข้อมูลบางท่านให้ความเห็นว่า ปัญหาในการบังคับใช้กฎหมาย การขาดสำนึกในจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ และปัญหาครอบครัวเป็นปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลทำให้เกิดปัญหาการใช้วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 กลุ่ม Benzodiazepines ในทางที่ผิดได้เช่นกัน

1.2 ความคิดเห็นต่อช่องทางหรือแหล่งการแพร่กระจายของวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 กลุ่ม Benzodiazepines ที่มีการนำไปใช้ในทางที่ผิด

ผู้ให้ข้อมูลให้ความเห็นว่า ช่องทางหลักที่เป็นแหล่งแพร่กระจายวัตถุออกฤทธิ์เป็นอันดับแรก คือ คลินิก รองลงมาได้แก่ ร้านขายยา สถานที่ผลิต/ สถานที่นำเข้าวัตถุออกฤทธิ์ โรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลรัฐบาล ตามลำดับ นอกจากนี้ผู้ถูกสัมภาษณ์บางท่านได้ระบุถึงแหล่งกระจายอื่นๆ ของวัตถุออกฤทธิ์ ได้แก่ ผู้แทนขายยา สถานบันเทิง อินเทอร์เน็ต และการลักลอบนำเข้ายาที่ผิดกฎหมาย

1.3 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้มาตรการทางกฎหมายเพื่อแก้ไขปัญหาการใช้ยากลุ่ม Benzodiazepines ในทางที่ผิดโดยการยกระดับการควบคุมจากวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 เป็นวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 โดยใช้ Alprazolam เป็นกรณีศึกษา

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่า มาตรการดังกล่าวสามารถแก้ไขปัญหาได้ เนื่องจากตามพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518 ห้ามผลิต ขาย นำเข้า ส่งออก ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 เว้นแต่เป็นการนำเข้าโดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เพื่อขายให้แก่โรงพยาบาล หรือคลินิกที่มีใบอนุญาตขายวัตถุออกฤทธิ์ ซึ่งจะเป็นการปิดจุดอ่อนของกฎหมายในกรณีที่เป็นวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 เนื่องจากผู้รับอนุญาตขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ทุกราย จะต้อง

ทำรายงานบัญชีรับ - จ่าย วัตถุออกฤทธิ์ เสนอต่อเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา อีกทั้งกฎหมายยังห้ามไม่ให้มีการขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ในร้านขายยาอีกด้วย

นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลบางส่วนได้ให้ความเห็นว่า การยกระดับการควบคุมไม่สามารถแก้ไขปัญหาการใช้วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 กลุ่ม Benzodiazepine ในทางที่ผิดได้ โดยระบุว่าในสถานการณ์ปัจจุบันยังคงพบปัญหาร้านขายยากระทำการฝ่าฝืนกฎหมายด้วยการขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 โดยไม่มีใบสั่งยาหรือขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 โดยไม่ได้รับอนุญาต อีกทั้งยังพบปัญหาจากการที่คลินิกมีการจ่ายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 ในปริมาณมาก ผู้ถูกสัมภาษณ์บางท่านยังให้ความเห็นว่า แม้จะยกระดับการควบคุมแล้ว ปัญหาการใช้วัตถุออกฤทธิ์ในทางที่ผิดก็อาจจะเกิดขึ้นกับวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 กลุ่ม Benzodiazepine ชนิดอื่นๆ ได้อีก

1.4 ความคิดเห็นเมื่อปรากฏว่ามีแนวโน้มการใช้วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 กลุ่ม Benzodiazepine ในทางที่ผิด ท่านเห็นด้วยกับมาตรการใดในการแก้ไขปัญหา

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่า ควรคงระดับการควบคุมวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 กลุ่ม Benzodiazepine ไว้เช่นเดิม โดยให้เหตุผลว่า ข้อกฎหมายที่บัญญัติไว้ครอบคลุมดีอยู่แล้ว แต่ต้องมีการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจังและต่อเนื่องเท่านั้น การเพิ่มการเฝ้าระวังสถานที่ที่มีความเสี่ยงต่อการกระทำความผิด จะสามารถเป็นแนวทางที่เหมาะสมในการป้องกันปัญหาในสถานการณ์ปัจจุบันได้

1.5 ความเห็นต่อการแก้ไขปัญหาการใช้วัตถุออกฤทธิ์ ในประเภท 4 กลุ่ม Benzodiazepine ในทางที่ผิดโดยการยกระดับการควบคุมจะส่งผลกระทบต่อบุคคลและสิ่งต่างๆ เหล่านี้หรือไม่ อย่างไร

ความเห็นในประเด็นนี้ พบว่า มีหลายความเห็นแตกต่างกันไป เช่น ประชาชนอาจเข้าถึงยาดังกล่าวได้ยากขึ้น แต่ก็สามารถรับยาได้จากคลินิกหรือโรงพยาบาลได้ สำหรับร้านขายยาที่ไม่ได้เน้นการขายยากลุ่มนี้หรือไม่มีการขออนุญาตขายยากลุ่มนี้อาจไม่มีผลกระทบเลย ด้านแพทย์ในคลินิกหรือโรงพยาบาลอาจมี

ผลกระทบบ้างจากการที่ต้องมีความยุ่งยากมากขึ้นในการจัดซื้อยา ส่วนสถานที่ผลิตยา/ สถานที่นำเข้ายา อาจเสียโอกาสทางธุรกิจไปบ้างเป็นต้น

1.6 ข้อเสนอแนะในการป้องกันปัญหาการใช้วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 กลุ่ม Benzodiazepines ในทางที่ผิด ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ข้อเสนอแนะในประเด็นสำคัญ ดังนี้

1.6.1 ควรยกเลิกการออกใบอนุญาตขายวัตถุออกฤทธิ์ในร้านขายยา เนื่องจากปัจจุบันไม่ค่อยมีใบสั่งยาไปที่ร้านขายยาอยู่แล้ว

1.6.2 กำหนดให้แพทย์ต้องขอใบอนุญาตครอบครองวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 เพื่อสามารถตรวจสอบการใช้ยาได้

1.6.3 ควรมีการแก้ไขกฎหมายให้สามารถปฏิบัติได้จริงและเพิ่มมาตรการที่เหมาะสม ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในทางปฏิบัติ

1.6.4 ควรเพิ่มบทลงโทษผู้กระทำผิด เนื่องจาก พระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518 มีบทกำหนดโทษที่ไม่รุนแรงเพียงพอที่จะทำให้ผู้กระทำความผิดเกิดความเกรงกลัว

1.6.5 การบังคับใช้กฎหมาย ควรกระทำอย่างเข้มงวดและดำเนินการอย่างจริงจัง ตั้งแต่ ผู้ผลิตยา ร้านขายยา คลินิกแพทย์ และโรงพยาบาล รวมทั้งการเฝ้าระวังการขายทางอินเทอร์เน็ต

1.6.6 สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ควรประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนผู้ใช้ยา หรือกลุ่มเสี่ยงได้รู้ถึงประโยชน์และโทษของวัตถุออกฤทธิ์ ขณะเดียวกันประชาชนควรได้ทราบถึงพิษภัยของยากลุ่มนี้ หากมีการนำไปใช้ในทางที่ผิด

1.6.7 สื่อต่างๆ ไม่ควรนำเสนอข่าวการนำยากลุ่มนี้ไปใช้ในทางที่ผิด เช่น เป็นยาเสียสาว หรือพบมีการผสมในยาแก้ไอ หรือผสมในสี่คูณร้อย เพราะจะช่วยกระตุ้นให้เกิดการอยากลองใช้ยาดังกล่าว

1.6.8 ควรมีการตรวจสอบทางด้านจรรยาบรรณของผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างจริงจัง มีการเปิดเผยข้อมูลผู้ประพฤติผิดจรรยาบรรณในวิชาชีพให้สังคมรับรู้และร่วมตรวจสอบด้วย

1.6.9 การแก้ปัญหาการใช้ยากลุ่มนี้ ควรมีการพัฒนามาตรการอื่นๆ เช่น ด้านสังคม ด้านการศึกษา ควบคู่กันไปจึงจะประสบผลสำเร็จ หากแก้ปัญหาเฉพาะการยกระดับการควบคุมก็จะมีวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 ชนิดอื่นๆ เป็นปัญหาตามมาอีก

2. อภิปรายผล

2.1 ในการเลือกกลุ่มเป้าหมาย ผู้วิจัยได้คัดเลือกผู้ให้สัมภาษณ์เฉพาะเจ้าหน้าที่ภาครัฐที่มีประสบการณ์การทำงานเกี่ยวกับเรื่องที่ทำการศึกษาเป็นอย่างดี พบว่า ผู้ให้สัมภาษณ์มีประสบการณ์การทำงาน ตั้งแต่ 7-31 ปี และได้รับการแต่งตั้งเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518

2.2 จากการศึกษาข้อมูลการกระจายและอัตราการใช้วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 กลุ่ม Benzodiazepines ที่มีการขึ้นทะเบียนวัตถุตำรับแล้วและมีการใช้มาก 6 อันดับแรก ระหว่างปี พ.ศ. 2553 - 2555 ได้แก่ Diazepam, Lorazepam, Alprazolam, Clorazepate, Clonazepam, และ Chlordiazepoxide ตามลำดับ โดยพบว่า การกระจายและอัตราการใช้ยาดังกล่าวในโรงพยาบาลของรัฐสูงเป็นอันดับแรก รองลงมาคือ คลินิกโรงพยาบาลเอกชน ร้านขายยา และโรงพยาบาล/ คลินิกสัตว์ ตามลำดับนั้น แม้ว่าการกระจายและอัตราการใช้ยาของโรงพยาบาลของรัฐบาลจะมีปริมาณสูงเป็นอันดับแรกก็ตาม แต่เนื่องจากโรงพยาบาลรัฐบาลมีการควบคุมที่เป็นระบบ การใช้ยาในทางที่ผิดจึงมีโอกาสพบได้น้อย ซึ่งสอดคล้องกับความเห็นของผู้ให้ข้อมูลว่า โรงพยาบาลของรัฐบาลเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยาในทางที่ผิดในระดับน้อย เช่นเดียวกับการศึกษาของทวีพร วิสุธิมรรค[34] ที่ได้ทำการศึกษาการสั่งจ่ายยากลุ่ม Benzodiazepines แก่ผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี โดยผลการศึกษา

ไม่พบหลักฐานว่า มีการใช้ยาในทางที่ผิดจากการสั่งจ่ายยากลุ่ม Benzodiazepines ของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ในขณะที่จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า มีปริมาณการกระจายยาดังกล่าวไปยังคลินิก รองจากโรงพยาบาลรัฐบาล จึงเป็นข้อมูลที่ควรต้องเฝ้าระวัง เนื่องจากปริมาณการใช้ในคลินิกค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับโรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลรัฐบาล หรือร้านขายยา ซึ่งสอดคล้องกับผู้ให้ข้อมูลที่ให้ความเห็นว่า คลินิกเป็นปัจจัยที่มีผลมากในการทำให้เกิดการใช้ยาในทางที่ผิด เมื่อเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลรัฐบาล หรือร้านขายยา สำหรับร้านขายยานั้น พบว่า การกระจายวัตถุออกฤทธิ์มีปริมาณน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับแหล่งกระจายวัตถุออกฤทธิ์อื่นๆ แต่จำเป็นต้องมีการเฝ้าระวังการขายวัตถุออกฤทธิ์อย่างใกล้ชิด เพื่อเป็นการป้องกันปัญหาการใช้วัตถุออกฤทธิ์ในทางที่ผิด

2.3 การใช้มาตรการแก้ไขปัญหาการใช้วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 กลุ่ม Benzodiazepines ในทางที่ผิด โดยการยกระดับการควบคุมให้เป็นวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 นั้น จากการศึกษาพบว่า มาตรการทางกฎหมายอาจสามารถแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้ในระดับหนึ่งเท่านั้น เนื่องจากเมื่อยกระดับการควบคุมแล้ว ปัญหาการใช้ในทางที่ผิดอาจจะเกิดขึ้นกับวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 กลุ่ม Benzodiazepines ชนิดอื่นอีกได้เช่นกัน

2.4 แนวทางการแก้ไขปัญหาในกรณีเมื่อปรากฏว่า มีแนวโน้มการใช้วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 กลุ่ม Benzodiazepine ในทางที่ผิด ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ เห็นว่า ควรคงระดับการควบคุมเช่นเดิมเพื่อไม่ให้กระทบกับผู้จำเป็นต้องใช้ยาและการปฏิบัติอย่างถูกต้องตามกฎหมาย แต่ควรเร่งประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ แก่ประชาชนถึงอันตรายจากวัตถุออกฤทธิ์และเพิ่มมาตรการในการเฝ้าระวังอย่างเข้มงวด โดยให้เหตุผลว่า ข้อกฎหมายที่บัญญัติไว้ครอบคลุมดีอยู่แล้ว แต่ต้องให้มีการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจังและต่อเนื่อง การเพิ่มการเฝ้าระวังสถานที่ที่มีความเสี่ยงต่อการกระทำความผิด จะเป็นการป้องกันปัญหาที่เหมาะสมในสถานการณ์ปัจจุบัน เพราะหากมีการยกระดับเป็นวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ก็จะมีวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 กลุ่ม Benzodiazepines ชนิดอื่นเป็นปัญหาตามมาอีกได้เช่นกัน ดังนั้น จะเห็นได้ว่า มาตรการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจัง จะช่วยลดปัญหาการใช้ยาในทางที่ผิดได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา

ของ Kenneth K.C. Lee และคณะ[32] ที่ทำการศึกษาผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงข้อบังคับในการควบคุมยากลุ่ม Benzodiazepines เพื่อป้องกันการใช้ในทางที่ผิด ในประเทศฮ่องกง พบว่า ข้อบังคับที่กำหนดให้ยากลุ่ม Benzodiazepines ต้องจ่ายตามใบสั่งยาและต้องจัดทำรายงานการจัดส่งและการจ่ายยานั้น สามารถช่วยลดการใช้ยากลุ่มนี้ในทางที่ผิดของประเทศฮ่องกงได้

จากการศึกษานี้ พบว่า มีการขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 กลุ่ม Benzodiazepines จากบริษัทผลิตยาในลักษณะ "บิลขาว" (บิลที่ไม่แจ้งรายละเอียดผู้ซื้อ) ให้กับร้านขายยา หรือแหล่งกระจายยาอื่นๆ ด้วยการซื้อเงินสดจากผู้แทนยาโดยตรง ข้อมูลเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่า มีการรั่วไหลของวัตถุออกฤทธิ์กลุ่ม Benzodiazepines ออกสู่นอกระบบการควบคุมเป็นจำนวนมากที่ไม่สามารถติดตามตรวจสอบได้

3. ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาครั้งนี้ ทำให้ทราบข้อมูลของยากลุ่ม Benzodiazepines ที่จัดเป็นวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 ในด้านของการกระจายผ่านช่องทางต่างๆ และอัตราการใช้ยาในระหว่างปี พ.ศ. 2553 - 2555 ตลอดจนการแก้ไขปัญหาการใช้วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 กลุ่ม Benzodiazepines ในทางที่ผิด โดยใช้มาตรการในการยกระดับการควบคุม ตลอดจนข้อเสนอแนะต่างๆ ซึ่งเมื่อรวบรวมและนำมาวิเคราะห์แล้ว ผู้ศึกษาสามารถสรุปผลนำมาเป็นข้อเสนอแนะได้ ดังนี้

3.1 สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา จะต้องพัฒนาระบบรายงานการกระจายของวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 กลุ่ม Benzodiazepines ให้มีประสิทธิภาพ สามารถตรวจสอบปริมาณวัตถุดิบ (Raw material) ของวัตถุออกฤทธิ์กลุ่ม Benzodiazepine ทุกชนิด ที่นำเข้ามาในประเทศโดยผู้ผลิตแต่ละรายแล้วเปรียบเทียบกับปริมาณการผลิตวัตถุออกฤทธิ์ที่ได้จริง (Actual yield) และการกระจายออกไปให้กับแหล่งต่างๆ เพื่อป้องกันการรั่วไหลออกนอกระบบการควบคุม

3.2 การยกระดับการควบคุมวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 กลุ่ม Benzodiazepines ชนิดที่มีการนำไปใช้ในทางที่ผิดอาจไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ในระยะยาว เนื่องจากจะมีการเปลี่ยนไปใช้วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 กลุ่ม Benzodiazepines ชนิดอื่นต่อไป ดังนั้น การบังคับใช้กฎหมายจึงเป็นมาตรการที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งที่จะควบคุมหรือป้องกันปัญหาการใช้วัตถุออกฤทธิ์ในทางที่ผิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนต้องมีการบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวด ดำเนินการตรวจสอบเฝ้าระวังอย่างครบวงจร ดังนี้

3.2.1 เจ้าหน้าที่ด่านสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ต้องทำการตรวจสอบการนำเข้าวัตถุออกฤทธิ์ฯ ที่เป็นวัตถุดิบ ณ ด่านศุลกากรและเพิ่มมาตรการตรวจสอบเภสัชเคมีภัณฑ์ต่างๆ ที่แจ้งการนำเข้า ตลอดจนผู้โดยสารกลุ่มเสี่ยงที่เดินทางเข้าประเทศ

3.2.2 กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ต้องทำการตรวจสอบ ณ สถานที่ผลิตยาที่ได้รับอนุญาตผลิตวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 เพื่อป้องกันการรั่วไหลของวัตถุออกฤทธิ์ฯ ตรวจสอบการรับ-จ่ายวัตถุออกฤทธิ์ฯ ในคลินิก โรงพยาบาล และร้านขายยาในส่วนกลาง

3.2.3 กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในฐานะพนักงานเจ้าหน้าที่กำกับดูแลในส่วนภูมิภาค ต้องเน้นหนักในการตรวจสอบการรับ-จ่ายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 ในคลินิก โรงพยาบาล และร้านขายยา

3.2.4 เจ้าหน้าที่ตำรวจร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ในการปราบปรามผู้กระทำฝ่าฝืนกฎหมายอย่างจริงจัง สำหรับผู้ลักลอบค้าวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 เช่น การขายทางอินเตอร์เน็ต แหล่งจำหน่ายที่ผิดกฎหมายหรือตามสถานบันเทิงต่างๆ เป็นต้น

3.3 สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาร่วมกับสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ในฐานะผู้กำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ควรกำหนดให้แพทย์ในคลินิกต้องมีใบอนุญาตครอบครองวัตถุออกฤทธิ์ทุกประเภท ซึ่งจะส่งผลให้แพทย์ในคลินิกซึ่งเป็นผู้รับอนุญาตทุก

รายจะต้องทำบัญชีรับ–จ่ายวัตถุออกฤทธิ์ เสนอต่อเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา เพื่อจะได้สามารถติดตามตรวจสอบการใช้วัตถุออกฤทธิ์ได้อย่างใกล้ชิดมากขึ้น

3.4 สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาร่วมกับสภาเภสัช พิจารณาอนุญาตให้มีการขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 ได้ เฉพาะใน "ร้านยาคุณภาพ"[42] เท่านั้น เนื่องจากเป็นร้านยาที่ผ่านการรับรองจากสภาเภสัชกรรมว่า มีมาตรฐานการให้บริการด้านยาและสุขภาพที่ดี

3.5 สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ควรมีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชน หรือผู้ป่วยที่ใช้ยาหรือประชาชนกลุ่มเสี่ยง ได้รู้ถึงประโยชน์และโทษของวัตถุออกฤทธิ์อย่างถูกต้อง และในขณะเดียวกันจะต้องใช้ความระมัดระวังในการประชาสัมพันธ์เพื่อไม่ให้เกิดการชี้นำต่อสังคม อันจะก่อให้เกิดการนำวัตถุออกฤทธิ์ไปใช้ในทางที่ผิด

3.6 แพทยสภาและราชวิทยาลัยแพทย์ ควรกำกับดูแลให้บุคลากรทางการแพทย์ต้องให้ความสำคัญต่อการแนะนำการใช้ยาให้แก่ผู้ป่วย โดยมุ่งเน้นให้เห็นถึงอันตรายจากการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสม ประกอบกับมีระบบการควบคุมการจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วยเฉพาะในปริมาณเท่าที่จำเป็นเท่านั้น

บรรณานุกรม

1. World Health Organization. (1996).Rational Use of Benzodiazepines.[Online]1996.[Cited 2012, November 28]; Available from: http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19181en/s19181en.pdf

2. Shorter E. (2005).Benzodiazepines.A Historical Dictionary of Psychiatry. Oxford University Press. pp. 41–2

3. Karch, S. B.(2006). Drug Abuse Handbook. 2nd ed., USA: CRC Press., pp. 572

4. Substance Abuse & Mental Health Services Administration. Benzodiazepine abuse treatment admissions have tripled from 1998 to 2008.[Online] 2011.[Cited 2013, January 1];Available from: http://www.samhsa.gov/newsroom/advisories/1106082530.aspx

5. CounselHealth Professionals (ACT Medical Board Standards Statements) Approval 2006 (No.1)[Online] 2006.[Cited 2012, December 16];Available from: http://www.legislation.act.gov.au/ni/2006-175/current/pdf/2006-175.pdf

6. Bergman U, Dahl-Puustinen ML. Use of prescription forgeries in a drug abuse surveillance network.[Online]1989. [Cited 2013, January 6]; Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2776820

7. Drug Enforcement Administration. Office of Diversion Control Drug & Chemical Evaluation Section(2013) BENZODIAZEPINES. [Online] 2013. [Cited 2013, January 25]; Available from: http://www.deadiversion.usdoj.gov/drug_chem_info/benzo.pdf#xm

8. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.กลุ่มสารอื่นๆที่นำมาใช้เสพติด.[ออนไลน์] 2555.[อ้างเมื่อ 28 พฤศจิกายน 2555]; แหล่งที่มา:

http://www1.oncb.go.th/document/article05031201.htm

9. กองควบคุมวัตถุเสพติด. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา.(2555). รายงานการประชุมคณะกรรมการวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ครั้งที่ 299-5/2555 ณ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. 10 กันยายน 2555

10. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. งานบริการข้อมูลสุขภาพผ่านอินเตอร์เน็ต ผลิตยา/วัตถุเสพติด [ออนไลน์] 2555.[อ้างเมื่อ8 กุมภาพันธ์ 2556]; แหล่งที่มา:

http://wwwapp1.fda.moph.go.th/logistics/drug/DSerch.asp?id=drug

11. Wikipedia. Benzodiazepine misuse.[Online] 2012.[Cited 2012, October 30];

Available from: http://en.wikipedia.org/wiki/Benzodiazepine_misuse#cite_note-1

12. กองควบคุมวัตถุเสพติด. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (2548). รวมกฎหมายวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ออกตามความในพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.

13. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 97) พ.ศ.2539 เรื่อง ระบุชื่อและจัดแบ่งประเภทวัตถุออกฤทธิ์ตามความในพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ.2518. ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 113 ตอนพิเศษ 23ง ลงวันที่ 16 สิงหาคม 2539

14. กองควบคุมวัตถุเสพติด. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา.การใช้ยาในทางที่ผิด (Drug Abuse) [ออนไลน์]2547.[อ้างเมื่อ 5 ตุลาคม 2555]; แหล่งที่มา: http://www.fda.moph.go.th/fda-net/html/product/addict/abuse.html

15. World Health Organization. International Classification of Diseases (ICD).[Online]2010. [Cited 2012, January 18];Available from: http://www.who.int/classifications/icd/en/

16. ณัฐวุธ สิบหมู่. (2552) เภสัชวิทยา : เนื้อหาสำคัญและแบบฝึกหัด. ภาควิชาเภสัชวิทยา คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.หน้า 218 – 219,

17. WORLD HEALTH ORGANIZATION (2000). Guidelines for the WHO review of dependence producing psychoactive substances forinternational control.[Online] 2008. [Cited 2012, January 18]; Available from: http://www.cpdd.vcu.edu/Pages/Index/Index_PDFs/GuidelinesForTheWho ReviewceProducingPensychoactiveSubstancesForInternationalControl.pdf

18. UNITED NATIONS.CONVENTION ON PSYCHOTROPIC SUBSTANCES, 1971.Austria : United Nations publication.

19. U.S. Department of Justice Drug Enforcement Administration. Drug of Abuse: Controlled Substances Act.[Online] 2011.[Cited 2012, December 20]; Available from: http://www.justice.gov/dea/docsdrugs_of_abuse_2011.pdf

20. อรพรรณ มาตังคสมบัติ (2542).ยาลดอาการวิตกกังวล. ใน เภสัชวิทยา เล่ม 1.(จุฑามณี สุทธิสีสังข์, รัชนี เมฆมณี, บรรณาธิการ) หน้า 178 - 195. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล.

21. National Institute on Drug Abuse.Commonly Abused Prescription Drugs Chart. [Online] 2011.[Cited 2012, October 23]; Available from: http://www.drugabuse.gov/drugs-abuse/commonly-abused-drugs/commonly-abused-prescription-drugs-chart

22. Substances Abuse and Mental Health Services Administration. Benzodiazepine abuse treatment admissions have tripled from 1998 to 2008 [Online] 2011. [Cited 2012, December17]; Available from: http://www.samhsa.gov/newsroom/advisories/1106082530.aspx

23. C Heather Ashton. BENZODIAZEPINE ABUSE.[Online] 2002. [Cited 2013, January 28]; Available from: http://www.benzo.org.uk/ashbzab.htm

24. กองควบคุมวัตถุเสพติดสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา.ความรู้ทั่วไปวัตถุเสพติด. [Online] 2555.[อ้างเมื่อ13 พฤศจิกายน 2555]; แหล่งที่มา: http://narcotic.fda.moph.go.th/welcome/?p=195

25. กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (2555).ยาและสารเสพติดที่ใช้เพื่อความบันเทิง (Club Drugs) [Online]2555.[อ้างเมื่อ 13 พฤศจิกายน 2555]; แหล่งที่มา: http://narcotic.fda.moph.go.th/welcome/?p=2864

26. สาวิตรี อัษณางค์กรชัย, สมพร ชิตตระการ (2548). ยารักษาโรค. ในการสังเคราะห์สถานภาพปัญหาสารเสพติด. หน้า 105 - 136. กรุงเทพ : สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด

27. INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD (2011). Report of the International Narcotics Control Board for 2011.United Nations publication.

28. กองควบคุมวัตถุเสพติด. เอกสารประกอบการประชุมคณะกรรมการวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท. ในการประชุมครั้งที่ 299-5/2555. วันที่ 10 กันยายน 2555

29. Jones JD, Mogali S, Comer SD. Polydrug abuse: a review of opioid and benzodiazepine combination use.[Online] 2012. [Cited 2013, January 10]; Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22857878

30. Rigg KK, Kurtz SP, Surratt HL. Patterns of prescription medication diversion among drug dealers. [Online] 2013. [Cited 2013, January 2]; Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22665955

31. James A. Inciardi, Ph.D., Hilary L. Surratt, Ph.D., Theodore J. Cicero, Ph.D., and Ronald A. Beard, M.H.S. Prescription Opioid Abuse and Diversion in an Urban Community: The Results of an Ultra-Rapid Assessment.[Online] 2009. [Cited 2013, January 14]; Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2719877/#R27

32. Lee KK, Chan TY, Chan AW, Lau GS, Critchley JA. Use and abuse of benzodiazepines in Hong Kong 1990-1993. The impact of regulatory changes.[Online] 1995.[Cited 2013, January 28]; Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8523479

33. ธำรง ทัศนาญชลี. การสั่งจ่ายวัตถุออกฤทธิ์ในโรงพยาบาลทั่วไป.[ออนไลน์]2525.[อ้างเมื่อ 6 กุมภาพันธ์ 2556]; แหล่งที่มา: http://www.dmh.go.th/abstract/details.asp?id=65

34. 35. วิวัฒน์ วนรักษ์ และคณะ. วิธีประเมินสถานการณ์ระบาดของวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ในหมู่ผู้บริโภค. [Online] 2530. [อ้างเมื่อ 17 ธันวาคม 2555]; แหล่งที่มา: http://narcotic.fda.moph.go.th/editor/data/files/narcotic/documents/acrobat/report_A1.pdf

35. ศรากร แก้วมีชัย. (2534). พฤติกรรมการซื้อวัตถุออกฤทธิ์ฯ ประเภทยาคลายกังวล ยาระงับประสาท และยานอนหลับ จากร้านขายยาโดยไม่มีใบสั่งแพทย์ ของประชาชน อ้างถึง พรทิพย์ คลังทอง และสุนทรี แซ่เฮง รูปแบบการซื้อยากลุ่ม Benzodiazepines ของผู้ที่มารับบริการจากร้านเรือนยา. ขอนแก่น: คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

36. ทวีศักดิ์ จั่นมณี และคณะ. (2535). การประเมินสถานการณ์การระบาดของวัตถุออกฤทธิ์ฯ ในชุมชน. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. นนทบุรี.

37. ทวีพร วิสุทธิมรรค. การสั่งจ่ายยากลุ่ม Benzodiazepines แก่ผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า. [ออนไลน์] 2540.[อ้างเมื่อ 11 กุมภาพันธ์ 2556]; แหล่งที่มา:

http://www.dmh.go.th/abstract/details.asp?id=104

38. บรรต ต้นธีรวงศ์ และคณะ. (2540). การสำรวจสถานการณ์คุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของประเทศไทย 2540. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. นนทบุรี.

39. โสภณ ฮวบเจริญ. สถานการณ์จำหน่าย Diazepam ในส่วนภูมิภาคในประเทศไทย ปี 2543. (เอกสารวิชาการ). สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. กรุงเทพมหานคร : 2543.

40. จารุวรรณ ลิ้มสัจจะกุลและคณะ.การเฝ้าระวังการใช้สารเสพติดและยากล่อมประสาทของผู้ใช้บริการ ในสถานบริการต่างๆ.[Online]2552. [อ้างเมื่อ 21 กุมภาพันธ์2556]; แหล่งที่มา:

http://www.sri.cmu.ac.th/~sriocal/drugs/print.php?type=research&id=9

41. ศักดิภัทร พวงคต และคณะ. ความชุกของการใช้ยากลุ่มเบนโซไดอะซีปีนส์อย่างไม่เหมาะสมในจังหวัดอุบลราชธานี.[Online] 2554. [อ้างเมื่อ 7 กุมภาพันธ์ 2556]; แหล่งที่มา:

http://jmat.mat.or.th/index.php/jmat/article/view/145/0

42. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากระทรวงสาธารณสุข.ร้านยาคุณภาพ.[Online]2555. [อ้างเมื่อ 7 มิถุนายน 2556]; แหล่งที่มา: http://newsser.fda.moph.go.th/advan

ภาคผนวก 1

แนวคำถามในการสัมภาษณ์

รหัส

แนวคำถามในการสัมภาษณ์

เรื่อง มาตรการการแก้ไขปัญหาการใช้วัตถุออกฤทธิ์กลุ่มเบนโซไดอะซีปินส์ในทางที่ผิด

คำชี้แจง

การศึกษามาตรการการแก้ไขปัญหาการใช้วัตถุออกฤทธิ์กลุ่มเบนโซไดอะซีปินส์ในทางที่ผิด ในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและวิเคราะห์ช่องทางการกระจาย(Distribution) และอัตราการใช้ยากลุ่ม Benzodiazepines ในประเภท 4 ของคนไทย ประกอบการวิเคราะห์มาตรการ ระเบียบข้อบังคับและกฎหมายที่เกี่ยวข้องในการควบคุมวัตถุออกฤทธิ์ฯ ดังกล่าว ในฐานะที่ท่านเป็นผู้มีความรู้ความเข้าใจและมีประสบการณ์เป็นอย่างดีในเรื่องที่ทำการศึกษานี้ จึงขออนุญาตทำการสัมภาษณ์ท่านในประเด็นที่เกี่ยวข้องต่างๆ โดยขอเรียนว่าข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ครั้งนี้จะถูกเก็บเป็นความลับ

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

สถานที่ทำงาน(สำนักงาน/กอง/กลุ่มงาน).....

จังหวัด.....ตำแหน่ง.....

ปฏิบัติงานหรือมีประสบการณ์การทำงานที่เกี่ยวข้องกับพรบ.วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทมาแล้ว.....ปี

2) ท่านมีความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยดังต่อไปนี้มีผลทำให้เกิดปัญหาการใช้วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 กลุ่ม Benzodiazepines ในทางที่ผิดหรือไม่ อย่างไร (ตอบทุกข้อ)

2.1 ร้านขายยา

[ ] มีผลในระดับมาก [ ] มีผลในระดับปานกลาง [ ] มีผลในระดับน้อย [ ] ไม่มีผลเลย

เหตุผล

.....

.....

.....

2.2 แพทย์ผู้จ่ายยาในคลินิก

[ ] มีผลในระดับมาก [ ] มีผลในระดับปานกลาง [ ] มีผลในระดับน้อย [ ] ไม่มีผลเลย

เหตุผล

.....

.....

.....

2.3 โรงพยาบาลเอกชน / โรงพยาบาลรัฐบาล

[ ] มีผลในระดับมาก [ ] มีผลในระดับปานกลาง [ ] มีผลในระดับน้อย [ ] ไม่มีผลเลย

เหตุผล

.....

.....

.....

2.4 คลินิกบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด

[ ] มีผลในระดับมาก [ ] มีผลในระดับปานกลาง [ ] มีผลในระดับน้อย [ ] ไม่มีผลเลย

เหตุผล

.....

.....

.....

2.5 ตัวยา (วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 กลุ่ม Benzodiazepines)

[ ] มีผลในระดับมาก [ ] มีผลในระดับปานกลาง [ ] มีผลในระดับน้อย [ ] ไม่มีผลเลย

เหตุผล

.....

.....

.....

2.6 ผู้ใช้ยา (เช่น การเข้าถึงยาได้ง่าย)

[ ] มีผลในระดับมาก [ ] มีผลในระดับปานกลาง [ ] มีผลในระดับน้อย [ ] ไม่มีผลเลย

เหตุผล

.....

.....

.....

2.7 ข่าวจากสื่อต่างๆ

[ ] มีผลในระดับมาก [ ] มีผลในระดับปานกลาง [ ] มีผลในระดับน้อย [ ] ไม่มีผลเลย

เหตุผล

.....

.....

.....

2.8 ปัจจัยอื่นๆ (โปรดระบุ)

2.8.1 .....

[ ] มีผลในระดับมาก [ ] มีผลในระดับปานกลาง [ ] มีผลในระดับน้อย [ ] ไม่มีผลเลย

เหตุผล

.....

.....

.....

2.8.2 .....

[ ] มีผลในระดับมาก [ ] มีผลในระดับปานกลาง [ ] มีผลในระดับน้อย [ ] ไม่มีผลเลย

เหตุผล

.....

.....

.....

3) ความคิดเห็นเกี่ยวกับช่องทางหรือแหล่งการแพร่กระจายของวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 กลุ่ม Benzodiazepines ที่มีการนำไปใช้ในทางที่ผิด <u>โปรดเรียงลำดับ</u>

[ ] ร้านขายยา [ ] คลินิก [ ] โรงพยาบาลเอกชน [ ] โรงพยาบาลรัฐบาล

[ ] สถานที่ผลิตยา/นำเข้ายา [ ] อื่นๆ(โปรดระบุ).....

4)ความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้มาตรการทางกฎหมายเพื่อแก้ไขปัญหาการใช้ยากลุ่ม Benzodiazepines ในทางที่ผิดโดยการยกระดับการควบคุมจากวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 เป็นวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 โดยใช้ Alprazolam เป็นกรณีศึกษา

4.1 ท่านคิดว่าการยกระดับการควบคุมดังกล่าวสามารถลดหรือแก้ไขปัญหาการใช้วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 กลุ่ม Benzodiazepine ในทางที่ผิดได้หรือไม่

[ ] ได้ (**ข้ามไปตอบข้อ 5**) [ ] ไม่ได้ (**ตอบข้อ 4.2 ต่อ**)

4.2 ท่านคิดว่าการดำเนินการดังกล่าวไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ เป็นเพราะเหตุใด

<u>(สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อและขอให้ใส่เลขเรียงลำดับก่อนหลังในช่องข้างหน้าหัวข้อที่เลือก)</u>

[ ] ปัญหาร้านขายยายังคงฝ่าฝืนกฎหมาย (เช่น ขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 โดยไม่มีใบสั่งแพทย์ ขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 โดยไม่มีใบอนุญาต)

[ ] ปัญหาจากคลินิกที่จ่ายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4

[ ] ปัญหาจากโรงพยาบาลที่จ่ายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4

[ ] เจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอในการควบคุมให้มีการปฏิบัติตามกฎหมายอย่างเคร่งครัด

[ ] บทลงโทษไม่รุนแรง ทำให้ผู้กระทำผิดไม่เกรงกลัวกฎหมาย

[ ] อื่น ๆ (โปรดระบุ) .....

5) ความคิดเห็นเมื่อปรากฏว่ามีแนวโน้มการใช้วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 กลุ่ม Benzodiazepine ในทางที่ผิดท่านเห็นด้วยกับแนวทางการแก้ไขปัญหาข้อใดมากที่สุด เพราะเหตุใด <u>(เลือกเพียง 1 ข้อเท่านั้น)</u>

[ ] การใช้มาตรการยกระดับการควบคุมเป็นวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2

เหตุผล.....

.....

[ ] คงระดับการควบคุมเดิมเพื่อไม่ให้กระทบกับผู้ที่จำเป็นต้องใช้ยาและปฏิบัติอย่างถูกต้องตามกฎหมาย แต่เร่งประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่ประชาชนถึงอันตรายจากวัตถุออกฤทธิ์และเพิ่มมาตรการเฝ้าระวังอย่างเข้มงวด

เหตุผล.....

.....

.....

[ ] การคงระดับการควบคุมเดิม แต่เพิ่มบทลงโทษผู้กระทำผิดให้รุนแรงขึ้น

เหตุผล.....

.....

.....

6) ท่านคิดว่าการแก้ไขปัญหาการใช้วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 กลุ่ม Benzodiazepines ในทางที่ผิดโดยการยกระดับการควบคุม จะส่งผลกระทบต่อบุคคลและสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้หรือไม่อย่างไร (ตอบทุกข้อ)

6.1 ผู้ใช้ยา

[ ] มีผลในระดับมาก [ ] มีผลในระดับปานกลาง [ ] มีผลในระดับน้อย [ ]ไม่มีผลเลย

เหตุผล .....

6.2 แพทย์ในคลินิก หรือโรงพยาบาลผู้สั่งจ่ายยา

[ ] มีผลในระดับมาก [ ] มีผลในระดับปานกลาง [ ] มีผลในระดับน้อย [ ]ไม่มีผลเลย

เหตุผล .....

.....

6.3 ร้านขายยา

[ ] มีผลในระดับมาก [ ] มีผลในระดับปานกลาง [ ] มีผลในระดับน้อย [ ]ไม่มีผลเลย

เหตุผล .....

.....

6.4 สถานที่ผลิตยา/สถานที่นำเข้ายา

[ ] มีผลในระดับมาก [ ] มีผลในระดับปานกลาง [ ] มีผลในระดับน้อย [ ]ไม่มีผลเลย

เหตุผล .....

.....

6.5 อื่นๆ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ได้แก่

เหตุผล .....

.....

7) ข้อเสนอแนะในการป้องกันปัญหาการใช้วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 กลุ่ม Benzodiazepines ในทางที่ผิด

7.1 ด้านกฎหมาย

.....

.....

7.2 ด้านสังคม

.....

.....

7.3 ด้านการศึกษา

.....

.....

7.4 ด้านอื่นๆ

.....

.....

ขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่งในความกรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าของท่านในการให้สัมภาษณ์ในครั้งนี้

ภาคผนวก 2

ข้อกำหนดของ CONVENTION ON PSYCHOTROPIC SUBSTANCES, 1971

ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมวัตถุออกฤทธิ์กลุ่ม Benzodiazepines

(Schedule IV)

ข้อกำหนดของ CONVENTION ON PSYCHOTROPIC SUBSTANCES, 1971

ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมวัตถุออกฤทธิ์กลุ่ม Benzodiazepines (Schedule IV)

Article 1

USE OF TERMS

Except where otherwise expressly indicated, or where the context otherwise requires, the following terms in this Convention have the meanings given below:

a) "Council" means the Economic and Social Council of the United Nations.

b) "Commission" means the Commission on Narcotic Drugs of the Council.

c) "Board" means the International Narcotics Control Board provided for in the Single Convention on Narcotic Drugs, 1961.

d) "Secretary-General" means the Secretary-General of the United Nations.

e) "Psychotropic substance" means any substance, natural or synthetic, or any natural material in Schedule I, II, III or IV.

f) "Preparation" means:

i) Any solution or mixture, in whatever physical state, containing one or more psychotropic substances, or

ii) One or more psychotropic substances in dosage form.

g) "Schedule I", "Schedule II", "Schedule III" and "Schedule IV" mean the correspondingly numbered lists of psychotropic substances annexed to this Convention, as altered in accordance with article 2.

h) "Export" and "import" mean in their respective connotations the physical transfer of a psychotropic substance from one State to another State.

i) "Manufacture" means all processes by which psychotropic substances may be obtained, and includes refining as well as the transformation of psychotropic substances into other psychotropic substances. The term also includes the making of preparations other than those made on prescription in pharmacies.

j) "Illicit traffic" means manufacture of or trafficking in psychotropic substances contrary to the provisions of this Convention.

k) "Region" means any part of a State which, pursuant to article 28, is treated as a separate entity for the purposes of this Convention.

l) "Premises" means buildings or parts of buildings, including the appertaining land.

Article 5

LIMITATION OF USE TO MEDICAL AND SCIENTIFIC PURPOSES

1. Each Party shall, except as provided in article 4, limit by such measures as it considers appropriate the manufacture, export, import, distribution and stocks of, trade in, and use and possession of, substances in Schedules II, III and IV to medical and scientific purposes.

2. It is desirable that the Parties do not permit the possession of substances in Schedules II, III and IV except under legal authority.

Article 8

LICENCES

1. The Parties shall require that the manufacture of, trade (including export and import trade) in, and distribution of substances listed in Schedules II, III and IV be under license or other similar control measure.

2. The Parties shall:

a) Control all duly authorized persons and enterprises carrying on or engaged in the manufacture of, trade (including export and import trade) in, or distribution of substances referred to in paragraph 1;

b) Control under license or other similar control measure the establishments and premises in which such manufacture, trade or distribution may take place; and

c) Provide that security measures be taken with regard to such establishments and premises in order to prevent theft or other diversion of stocks.

3. The provisions of paragraphs 1 and 2 of this article relating to licensing or other similar control measures need not apply to persons duly authorized to perform and while performing therapeutic or scientific functions.

4. The Parties shall require that all persons who obtain licenses in accordance with this Convention or who are otherwise authorized pursuant to paragraph 1 of this article or sub-paragraph b) of article 7 shall be adequately qualified for the effective and faithful execution of the provisions of such laws and regulations as are enacted in pursuance of this Convention.

Article 9

PRESCRIPTIONS

1. The Parties shall require that substances in Schedules II, III and IV be supplied or dispensed for use by individuals pursuant to medical prescription only, except when individuals may lawfully obtain, use, dispense or administer such substances in the duly authorized exercise of therapeutic or scientific functions.

2. The Parties shall take measures to ensure that prescriptions for substances in Schedules II, III and IV are issued in accordance with sound medical practice and subject to such regulation, particularly as to the number of times they may be refilled and the duration of their validity, as will protect the public health and welfare.

3. Notwithstanding paragraph 1, a Party may, if in its opinion local circumstances so require and under such conditions, including record-keeping, as it may prescribe, authorize licensed pharmacists or other licensed retail distributors designated by the authorities responsible for public health in its country or part thereof to supply, at their discretion and without prescription, for use for medical purposes by individuals in exceptional cases, small quantities, within limits to be defined by the Parties, of substances in Schedules III and IV.

Article 10

WARNINGS ON PACKAGES, AND ADVERTISING

1. Each Party shall require, taking into account any relevant regulations or recommendations of the World Health Organization, such directions for use, including cautions and warnings, to be indicated on the labels where practicable and in any case on the accompanying leaflet of retail packages of psychotropic substances, as in its opinion are necessary for the safety of the user.

2. Each Party shall, with due regard to its constitutional provisions, prohibit the advertisement of such substances to the general public.

Article 11

RECORDS

The Parties shall require that, in respect of substances in Schedule IV, manufacturers, exporters and importers keep records, as may be determined by each Party, showing the quantities manufactured, exported and imported.

Article 14

SPECIAL PROVISIONS CONCERNING THE CARRIAGE OF PSYCHOTROPIC SUBSTANCES IN FIRST-AID KITS OF SHIPS, AIRCRAFT OR OTHER FORMS OF PUBLIC TRANSPORT ENGAGED IN INTERNATIONAL TRAFFIC

The international carriage by ships, aircraft or other forms of international public transport, such as international railway trains and motor coaches, of such limited quantities of substances in Schedule II, III or IV as may be needed during their journey or voyage for first-aid purposes or emergency cases shall not be considered to be export, import or passage through a country within the meaning of this Convention.

Article 15

INSPECTION

The Parties shall maintain a system of inspection of manufacturers, exporters, importers, and wholesale and retail distributors of psychotropic substances and of medical and scientific institutions which use such substances. They shall provide for inspections, which shall be made as frequently as they consider necessary, of the premises and of stocks and records.

ภาคผนวก 3

ข้อกฎหมายตามพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518

ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4

ข้อกฎหมายตามพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518

ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4

มาตรา 7 ให้มีคณะกรรมการคณะหนึ่งเรียกว่า "คณะกรรมการวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท" ประกอบด้วย ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานกรรมการ อธิบดีกรมการแพทย์หรือผู้แทน อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือผู้แทน อธิบดีกรมอนามัยหรือผู้แทน อธิบดีกรมตำรวจหรือผู้แทน อัยการสูงสุดหรือผู้แทน อธิบดีกรมศุลกากรหรือผู้แทน เลขาธิการคณะกรรมการกฤษฎีกาหรือผู้แทน เลขาธิการคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดหรือผู้แทน ผู้อำนวยการกองสุขภาพจิต กรมการแพทย์ และผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งอีกไม่เกินเจ็ดคนเป็นกรรมการ ให้เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยาเป็นกรรมการและเลขานุการ และผู้อำนวยการกองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเป็นกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

มาตรา 16 ห้ามมิให้ผู้ใดผลิต ขาย นำเข้า หรือส่งออกซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 3 หรือประเภท 4 หรือนำผ่านซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ทุกประเภท เว้นแต่ได้รับใบอนุญาต

การขอรับใบอนุญาตและการออกใบอนุญาต ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง

มาตรา 17 บทบัญญัติมาตรา 16 ไม่ใช้บังคับแก่

(1) การผลิตยาที่มีวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 3 หรือประเภท 4 ตามใบสั่งยาของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นหนึ่งในสาขาทันตกรรม สำหรับคนไข้เฉพาะราย หรือของผู้ประกอบการบำบัดโรคสัตว์ชั้นหนึ่งสำหรับสัตว์เฉพาะราย

(2) การผลิต ขาย นำเข้าหรือส่งออก ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 3 หรือประเภท 4 โดยกระทรวง ทบวง กรม สภากาชาดไทย องค์การเภสัชกรรม หรือสถาบันอื่นของทางราชการตามที่รัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษา

(3) การขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 3 หรือประเภท 4 ที่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นหนึ่งในสาขาทันตกรรม ขายเฉพาะสำหรับคนไข้ของตน หรือที่ผู้ประกอบการบำบัดโรคสัตว์ชั้นหนึ่งขายเฉพาะสำหรับสัตว์ซึ่งตนบำบัดหรือป้องกันโรค

(4) การนำวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 3 หรือประเภท 4 ติดตัวเข้ามาในหรือออกไปนอกราชอาณาจักรไม่เกินจำนวนที่จำเป็นต้องใช้รักษาเฉพาะตัวภายในสามสิบวันโดยมีหนังสือรับรองของแพทย์ หรือ

(5) การนำเข้าหรือส่งออก ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 3 หรือประเภท 4 ในปริมาณพอสมควรเท่าที่จำเป็นต้องใช้ประจำในการปฐมพยาบาลหรือในกรณีเกิดเหตุฉุกเฉินในเรือ เครื่องบิน หรือยานพาหนะอื่นใดที่ใช้ในการขนส่งสาธารณะระหว่างประเทศที่ไม่ได้จดทะเบียนในราชอาณาจักร แต่ถ้ายานพาหนะดังกล่าวจดทะเบียนในราชอาณาจักร ให้ยื่นคำขอรับใบอนุญาต ตามมาตรา 16

มาตรา 18 ผู้อนุญาตจะออกใบอนุญาตให้ผลิต ขาย หรือนำเข้า ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 3 หรือประเภท 4 ได้เมื่อปรากฏว่าผู้ขออนุญาต

(1) ได้รับใบอนุญาตให้ผลิต ขาย หรือนำเข้า ซึ่งยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา แล้วแต่กรณี และ

(2) มีเภสัชกรอยู่ประจำตลอดเวลาทำการ

มาตรา 24 ห้ามมิให้ผู้รับอนุญาต ผลิต ขาย นำเข้าหรือเก็บไว้ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 3 หรือประเภท 4 นอกสถานที่ที่ระบุไว้ในใบอนุญาต

มาตรา 25 ผู้อนุญาตอาจอนุญาตให้ผู้รับอนุญาตขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 3 หรือประเภท 4 นอกสถานที่ที่ระบุไว้ในใบอนุญาตได้ในกรณีดังต่อไปนี้

(1) การขายส่งตรงแก่ผู้รับอนุญาตอื่นตามพระราชบัญญัตินี้หรือแก่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นหนึ่งในสาขาทันตกรรมหรือผู้ประกอบการบำบัดโรคสัตว์ชั้นหนึ่ง

(2) การขายในบริเวณสถานที่ที่มีการประชุมของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นหนึ่งในสาขาทันตกรรม เภสัชกร หรือผู้ประกอบการบำบัดโรคสัตว์ชั้นหนึ่ง

การขอรับใบอนุญาตและการออกใบอนุญาต ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง

มาตรา 26 ผู้รับอนุญาตผลิต ขาย หรือนำเข้า ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 3 หรือประเภท 4 ต้องจัดให้มีเภสัชกรอยู่ประจำควบคุมกิจการตลอดเวลาที่เปิดดำเนินการ เว้นแต่ในกรณีมีความจำเป็นชั่วครั้งคราว

ในระหว่างที่เภสัชกรมิได้อยู่ประจำควบคุมกิจการ ห้ามมิให้ผู้ใดดำเนินการผลิตหรือขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 3 หรือประเภท 4

มาตรา 40 ผู้รับอนุญาตผลิตหรือผู้รับอนุญาตนำเข้าซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 3 หรือประเภท 4 ผู้ใดจะผลิตหรือนำเข้าซึ่งวัตถุตำรับที่มีวัตถุออกฤทธิ์ดังกล่าว ต้องนำวัตถุตำรับนั้นมาขอขึ้นทะเบียนต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ก่อน และเมื่อได้รับใบสำคัญการขึ้นทะเบียนวัตถุตำรับแล้ว จึงจะผลิตหรือนำเข้าซึ่งวัตถุตำรับนั้นได้

การขอขึ้นทะเบียนวัตถุตำรับ และการออกใบสำคัญการขึ้นทะเบียนวัตถุตำรับ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง

มาตรา 48 ห้ามมิให้ผู้ใดโฆษณาเพื่อการค้าซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ เว้นแต่

(1) การโฆษณาซึ่งกระทำโดยตรงต่อผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นหนึ่งในสาขาทันตกรรม เภสัชกร หรือผู้ประกอบการบำบัดโรคสัตว์ชั้นหนึ่ง หรือ

(2) เป็นฉลากหรือเอกสารกำกับวัตถุออกฤทธิ์ที่ภาชนะหรือหีบห่อบรรจุวัตถุออกฤทธิ์

มาตรา 62 ห้ามมิให้ผู้ใดนอกจากกระทรวงสาธารณสุขหรือผู้ซึ่งได้รับมอบหมายจากกระทรวงสาธารณสุข มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ใด ๆ ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ทุกประเภทเว้นแต่ได้รับใบอนุญาต

การขอรับใบอนุญาตและการออกใบอนุญาต ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง

มาตรา 64 ในกรณีที่เห็นสมควร รัฐมนตรีจะประกาศในราชกิจจานุเบกษา ระบุวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ประเภท 3 หรือประเภท 4 ซึ่งผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นหนึ่งในสาขาทันตกรรม หรือผู้ประกอบการบำบัดโรคสัตว์ชั้นหนึ่ง มีไว้ในครอบครองในปริมาณที่รัฐมนตรีกำหนดโดยไม่ต้องขออนุญาตก็ได้

มาตรา 67 เภสัชกรจะขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 3 หรือประเภท 4 ให้ได้เฉพาะแก่กระทรวง ทบวง กรม สภากาชาดไทย องค์การเภสัชกรม สถาบันอื่นของทางราชการตามที่รัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษา ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นหนึ่งในสาขาทันตกรรม ผู้ประกอบการบำบัดโรคสัตว์ชั้นหนึ่ง ผู้ที่มีใบสั่งยาของบุคคลดังกล่าว หรือผู้รับอนุญาตผลิต ขาย หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 3 หรือประเภท 4 เท่านั้น และต้องลงบัญชีรายละเอียดการขายทุกครั้งตามแบบที่กำหนดในกฎกระทรวง

ใบสั่งยาตามวรรคหนึ่งให้ใช้ได้ครั้งเดียว เว้นแต่ผู้สั่งจะได้กำหนดไว้ว่าให้จ่ายซ้ำได้ แต่รวมกันต้องไม่เกินสามครั้ง และจำนวนยาที่สั่งแต่ละครั้งต้องไม่เกินจำนวนที่จำเป็นต้องใช้ภายในเวลาไม่เกินสามสิบวัน

ใบสั่งยาแต่ละฉบับให้ใช้ได้ไม่เกินเก้าสิบวัน นับแต่วันที่ออก

มาตรา 87 ผู้ซึ่งได้รับมอบหมายจากกระทรวงสาธารณสุข หรือผู้รับอนุญาตตามมาตรา 16 มาตรา 19 หรือมาตรา 62 รวมทั้งกระทรวง ทบวง กรม สภากาชาดไทย องค์การเภสัชกรรมและสถาบันอื่นของทางราชการตามที่รัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษา ที่ได้ดำเนินกิจการเกี่ยวกับการผลิต การขาย การนำเข้า การส่งออก การนำผ่าน หรือการมีไว้ในครอบครองซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ที่มิใช่วัตถุตำรับยกเว้น ต้องจัดให้มีการทำบัญชีรับจ่ายวัตถุออกฤทธิ์ และเสนอรายงานให้เลขาธิการทราบเป็นรายเดือนและรายปี บัญชีดังกล่าวต้องเก็บรักษาไว้และพร้อมที่จะแสดงต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ได้ทุกเวลาในขณะเปิดดำเนินการ ทั้งนี้อย่างน้อยภายในสองปีนับแต่วันลงรายการครั้งสุดท้ายในบัญชี

บัญชีรับจ่ายวัตถุออกฤทธิ์และรายงานตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามแบบที่กำหนดในกฎกระทรวง

(1) การโฆษณาซึ่งกระทำโดยตรงต่อผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นหนึ่งในสาขาทันตกรรม เภสัชกร หรือผู้ประกอบการบำบัดโรคสัตว์ชั้นหนึ่ง หรือ

(2) เป็นฉลากหรือเอกสารกำกับวัตถุออกฤทธิ์ที่ภาชนะหรือหีบห่อบรรจุวัตถุออกฤทธิ์

มาตรา 62 ห้ามมิให้ผู้ใดนอกจากกระทรวงสาธารณสุขหรือผู้ซึ่งได้รับมอบหมายจากกระทรวงสาธารณสุข มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ใด ๆ ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ทุกประเภทเว้นแต่ได้รับใบอนุญาต

การขอรับใบอนุญาตและการออกใบอนุญาต ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง

มาตรา 64 ในกรณีที่เห็นสมควร รัฐมนตรีจะประกาศในราชกิจจานุเบกษา ระบุวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ประเภท 3 หรือประเภท 4 ซึ่งผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นหนึ่งในสาขาทันตกรรม หรือผู้ประกอบการบำบัดโรคสัตว์ชั้นหนึ่ง มีไว้ในครอบครองในปริมาณที่รัฐมนตรีกำหนดโดยไม่ต้องขออนุญาตก็ได้

มาตรา 67 เภสัชกรจะขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 3 หรือประเภท 4 ให้ได้เฉพาะแก่กระทรวง ทบวง กรม สภากาชาดไทย องค์การเภสัชกรม สถาบันอื่นของทางราชการตามที่รัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษา ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นหนึ่งในสาขาทันตกรรม ผู้ประกอบการบำบัดโรคสัตว์ชั้นหนึ่ง ผู้ที่มีใบสั่งยาของบุคคลดังกล่าว หรือผู้รับอนุญาตผลิต ขาย หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 3 หรือประเภท 4 เท่านั้น และต้องลงบัญชีรายละเอียดการขายทุกครั้งตามแบบที่กำหนดในกฎกระทรวง

ใบสั่งยาตามวรรคหนึ่งให้ใช้ได้ครั้งเดียว เว้นแต่ผู้สั่งจะได้กำหนดไว้ว่าให้จ่ายซ้ำได้ แต่รวมกันต้องไม่เกินสามครั้ง และจำนวนยาที่สั่งแต่ละครั้งต้องไม่เกินจำนวนที่จำเป็นต้องใช้ภายในเวลาไม่เกินสามสิบวัน

ใบสั่งยาแต่ละฉบับให้ใช้ได้ไม่เกินเก้าสิบวัน นับแต่วันที่ออก

DATE DUE

มาตรา 87 ผู้ซึ่งได้รับมอบหมายจากกระทรวงสาธารณสุข หรือผู้รับอนุญาตตามมาตรา 16 มาตรา 19 หรือมาตรา 62 รวมทั้งกระทรวง ทบวง กรม สภากาชาดไทย องค์การเภสัชกรรมและสถาบันอื่นของทางราชการตามที่รัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษา ที่ได้ดำเนินกิจการเกี่ยวกับการผลิต การขาย การนำเข้า การส่งออก การนำผ่าน หรือการมีไว้ในครอบครองซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ที่มิใช่วัตถุตำรับยกเว้น ต้องจัดให้มีการทำบัญชีรับจ่ายวัตถุออกฤทธิ์ และเสนอรายงานให้เลขาธิการทราบเป็นรายเดือนและรายปี บัญชีดังกล่าวต้องเก็บรักษาไว้และพร้อมที่จะแสดงต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ได้ทุกเวลาในขณะเปิดดำเนินการ ทั้งนี้อย่างน้อยภายในสองปีนับแต่วันลงรายการครั้งสุดท้ายในบัญชี

บัญชีรับจ่ายวัตถุออกฤทธิ์และรายงานตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามแบบที่กำหนดในกฎกระทรวง