

ความชุกของการใช้เข็มฉีควายในประเทศไทย

สมเด็จ กั้วพิทักษ์*, สุภัทราภรณ์ ทองจิตร**

บทคัดย่อ

ความเข้าใจในสถานการณ์การใช้เข็มฉีควายที่เป็นปัจจุบันถือเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนายุทธศาสตร์ที่มีประสิทธิภาพเพื่อลดผลกระทบในวงกว้าง การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาประมาณขนาดประชากรไทยที่ใช้เข็มฉีควายในปี พ.ศ. 2567 โดยใช้การศึกษาเชิงพรรณนาผ่านการสำรวจครัวเรือนภาคตัดขวาง ดำเนินการด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิห้าขั้นตอนด้วยการแบ่งพื้นที่ประเทศไทยออกเป็น 10 เขตพื้นที่ จากนั้นจึงสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบจังหวัด ตำบล และชุมชนตามลำดับอย่าง ครัวเรือนถูกสุ่มเลือกอย่างมีระบบโดยอ้างอิงจากแผนที่ชุมชนที่ได้รับการปรับปรุงล่าสุด ภายในแต่ละครัวเรือนสมาชิกถูกจัดแบ่งตามเพศเป็นสองชั้นภูมิและสุ่มตัวอย่างแบบง่ายจากตารางเลขสุ่มในแต่ละชั้นภูมิ การศึกษานี้ได้ขนาดตัวอย่างทั้งสิ้น 34,410 คน การรวบรวมข้อมูลดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคมถึงตุลาคม พ.ศ. 2567 เก็บข้อมูลการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างชนิดต่อหน้า วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ Odd ratio, 95% C.I., point estimation, chi square, Fisher exact test, Multiple logistic regression

ผลการศึกษาพบว่า มีประชากรไทยอายุระหว่าง 12-65 ปี จำนวน 12,912 คน ที่รายงานว่าเคยใช้เข็มฉีควาย คิดเป็นความชุก 26.32 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน โดยมีความชุกในเพศชายเท่ากับ 40.74 คนต่อแสนประชากร และในเพศหญิงเท่ากับ 12.35 คนต่อแสนประชากร กลุ่มวัยเด็กและเยาวชนมีความชุก 6.45 คนต่อแสนประชากร ขณะที่กลุ่มวัยผู้ใหญ่มีความชุก 32.16 คนต่อแสนประชากร นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) คือ การใช้สารเสพติดอื่นร่วมด้วย ซึ่งเพิ่มโอกาสเกิดพฤติกรรมเสี่ยงจากการใช้เข็มฉีควายมากกว่าผู้ที่ไม่ใช้สารเสพติดถึง 42.8 เท่า (AOR = 42.817, 95% CI = 16.508-111.055, $p < 0.001$)

คำสำคัญ: เข็มฉีควาย; ความชุก; ประเทศไทย

*สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น

**คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

Corresponding author: SupattarayanThongjit Email: golfcolt@gmail.com

Received 14/01/2025

Revised 10/02/2025

Accepted 11/03/2025

PREVALENCE OF PSILOCYBE CUBENSIS USE IN THAILAND

Somdet Kuapitak, Supattarayan Thongjit***

ABSTRACT

An up-to-date understanding of psychoactive plant use is essential for developing effective strategies to mitigate its widespread impact. This descriptive study aimed to estimate the population size of Thai individuals using *Psilocybe cubensis* (commonly known as "magic mush-rooms") in 2024. A cross-sectional household survey was conducted using a five-stage stratified sampling technique. Thailand was divided into 10 regions, and systematic random sampling was performed at the provincial, sub-district, and community levels. Households were selected systematically based on the most recent updated community maps. Within each selected household, members were stratified by gender and randomly sampled using random number tables. A total of 34,410 individuals participated in the study. Data were collected between March and October 2024 through structured face-to-face interviews. Data analysis employed both descriptive and inferential statistics, including frequency distribution, percentage, odds ratio (OR), 95% confidence intervals (CI), point estimation, chi-square test, Fisher's exact test, and multiple logistic regression.

The findings indicated that 12,912 Thais aged 12–65 years had used *Psilocybe cubensis*, corresponding to a prevalence rate of 26.32 per 100,000 populations. The prevalence was higher among males (40.74 per 100,000) compared to females (12.35 per 100,000). Among youth, the prevalence was 6.45 per 100,000, while in adults it was 32.16 per 100,000. A statistically significant association ($p < 0.05$) was observed between psilocybin mushroom use and concurrent use of other illicit substances. Individuals who used other drugs were 42.8 times more likely to engage in high-risk behaviors associated with psilocybin use (AOR = 42.817, 95% CI = 16.508–111.055, $p < 0.001$).

Keywords: Psilocybin mushrooms; Prevalence; Thailand

*Khaosuankwang District Health Office, Khon Kaen Province

**Faculty of Dentistry, Suranaree Technology University

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

การใช้สารเสพติดยังคงเป็นปัญหาที่มีความเร่งด่วนและส่งผลกระทบในวงกว้างต่อสุขภาพของประชาชน ความมั่นคงทางสังคม ตลอดจนการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ จากข้อมูลของ สำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC) พบว่า ในปี พ.ศ. 2565 ประชากรโลกอายุระหว่าง 15-64 ปี ประมาณ 292 ล้านคน มีการใช้สารเสพติดในรอบปีที่ผ่านมา¹ สถิติเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงการใช้สารเสพติดชนิดต่างๆ ในกลุ่มประชากรที่หลากหลาย ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการดำเนินการมาตรการที่อ้างอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อตอบสนองต่อความท้าทายที่มีความซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง หลักฐานทางประวัติศาสตร์บ่งชี้ว่า การใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่ได้จากพืช มีมาตั้งแต่ประมาณ 50,000 ปีก่อนคริสตศักราช² ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีหลักฐานระบุว่า การใช้สารดังกล่าวมานานกว่า 15,000 ปีที่ผ่านมา³ ในยุคแรกเริ่ม สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทเหล่านี้ถูกนำมาใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์และในพิธีกรรมทางศาสนาเป็นหลัก อย่างไรก็ตาม เมื่อเวลาผ่านไปรูปแบบการใช้สารดังกล่าวได้ขยายขอบเขตออกไปสู่การใช้เพื่อนันทนาการ

สาร Psilocybin พบในเห็ดเมาหรือเห็ดขี้ควาย (*Psilocybe* spp.) ส่งผลให้เกิดการ

เปลี่ยนแปลงการรับรู้และอารมณ์ และ Mescaline สกัดจากกระบองเพชร เช่น Peyote และ San Pedro ใช้ในพิธีกรรมทางศาสนา⁴ เห็ดขี้ควายเป็นพืชเสพติดธรรมชาติที่ออกฤทธิ์หลอนประสาท

เห็ดเมาหรือเห็ดขี้ควายในประเทศไทย มีประวัติที่เกี่ยวข้องกับการใช้ในวัฒนธรรมพื้นบ้านและประเพณีท้องถิ่น รวมถึงการศึกษาและการควบคุมในยุคปัจจุบัน เห็ดเหล่านี้มักมีสารออกฤทธิ์เช่น Psilocybin และ Psilocin ซึ่งส่งผลต่อการรับรู้และจิตใจ ในประเทศไทย เห็ดเมาพบได้ตามธรรมชาติในพื้นที่เขตร้อน เช่น ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เห็ดเมาในประเทศไทย มักเรียกในชื่อที่แตกต่างกันตามภูมิภาค เช่น "เห็ดขี้ควาย" เนื่องจากพบได้ในมูลสัตว์ เช่น วัวและควาย สายพันธุ์ที่พบในประเทศไทย เช่น *Psilocybe cubensis* และ *Panaeolus cyanescens* ในยุคหลังสงครามโลกครั้งที่สอง ช่วงกลางศตวรรษที่ 20 การค้นพบเห็ดเมาในประเทศไทยเริ่มได้รับความสนใจจากนักวิจัยต่างชาติ โดยเฉพาะหลังจากที่มีการศึกษาเห็ดหลอนประสาทในอเมริกาและยุโรป มีการเก็บตัวอย่างสายพันธุ์จากประเทศไทยเพื่อศึกษาสารออกฤทธิ์ เช่น Psilocybin และ Psilocin ในช่วงปี 1970s-1980s ประเทศไทย โดยเฉพาะในแหล่งท่องเที่ยว เช่น เกาะพะงัน และจังหวัดเชียงใหม่ เป็นที่รู้จักในหมู่นักท่องเที่ยวต่างชาติสำหรับ "ปาร์ตี้

เห็ดเมา" หรือ "Magic Mushroom Shakes" ซึ่งเสิร์ฟเห็ดเมาผสมในเครื่องดื่มหรืออาหาร⁵ สารหลอนประสาทที่พบในประเทศไทย ส่วนใหญ่มีต้นกำเนิดในต่างประเทศ เช่น LSD และ psilocybin ที่นำเข้ามาจากยุโรป หรืออเมริกา การใช้เห็ดขี้ควายในพื้นที่ชนบท มีการรายงานในบางชุมชน เนื่องจากหาได้ง่ายในธรรมชาติ และมีการใช้ในพิธีกรรมพื้นบ้านบางส่วน การใช้สารหลอนประสาทในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นและคนรุ่นใหม่ในเขตเมือง LSD เป็นสารที่มักพบในงานปาร์ตี้หรือกิจกรรมบันเทิงในกลุ่มผู้มีฐานะทางสังคมปานกลางถึงสูง DMT และ psilocybin มีแนวโน้มใช้ในหมู่ที่สนใจการสำรวจจิตวิญญาณและสุขภาพจิต (psychedelic therapy) สารหลอนประสาทส่วนใหญ่ถูกจัดอยู่ในสารเสพติดให้โทษประเภท 1 หรือ 2 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติด พ.ศ. 2522 มีการควบคุมการจำหน่าย นำเข้า และใช้สารเหล่านี้อย่างเข้มงวด อย่างไรก็ตาม การเข้าถึงสารหลอนประสาทผ่านตลาดมืดยังคงเป็นความท้าทายสำหรับการบังคับใช้กฎหมาย

แม้ว่าการแพร่ระบาดของสารหลอนประสาทในประเทศไทยจะยังไม่อยู่ในระดับสูง แต่แนวโน้มการใช้ในกลุ่มวัยรุ่นและคนรุ่นใหม่เป็นสิ่งที่ต้องติดตามอย่างใกล้ชิด ความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการให้ความรู้และการวิจัยเพิ่มเติมเป็นสิ่งสำคัญในการจัดการปัญหานี้อย่าง

ยั่งยืน ข้อมูลจากระบบบำบัดยาเสพติด มีผู้เข้ารับการบำบัดเห็ดขี้ควายทั้งสิ้นเพียง 7 ราย ใน ช่วงปี พ.ศ. 2543-2566 (มานพ คณะโต และคณะ, 2567) ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ใช้เห็ดขี้ควายที่ครบถ้วน ถือเป็นองค์ประกอบสำคัญในการทำความเข้าใจพลวัตการแพร่ระบาดของเห็ดขี้ควายในสังคม ข้อมูลดังกล่าวไม่เพียงแต่ทำหน้าที่เป็นรากฐานสำคัญสำหรับการพัฒนานโยบายที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์เท่านั้น แต่ยังเอื้อประโยชน์ต่อการออกแบบและดำเนินกลยุทธ์การแทรกแซงที่มีประสิทธิภาพ ตลอดจนการให้คำแนะนำสำหรับการวิจัยเชิงลึกเพิ่มเติม เพื่อสร้างความเข้าใจที่ชัดเจนและรอบด้านยิ่งขึ้นเกี่ยวกับ รูปแบบ แนวโน้ม และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

1. เพื่อคาดประมาณจำนวนผู้ใช้เห็ดขี้ควายในประเทศไทย พ.ศ. 2567
2. เพื่อบ่งชี้ความชุกของผู้ใช้เห็ดขี้ควาย

วิธีการศึกษา (Method)

1. การออกแบบวิจัย

ในการศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบบรรยาย ออกแบบเป็นการสำรวจครัวเรือนชนิดภาคตัดขวางทั่วประเทศ เพื่อคาดประมาณจำนวนผู้ใช้เห็ดขี้ควายในประเทศไทย พ.ศ. 2567

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากรเป้าหมาย

ประชากรเป้าหมาย คือ คนไทยที่มีสัญชาติไทยในทะเบียนราษฎรทั่วประเทศ ในปี พ.ศ. 2567

2.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นประชากรไทยที่มีอายุ 12-65 ปี ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนตัวอย่างไม่น้อยกว่า 3 เดือนในปีที่ผ่านมา จากวันที่สำรวจ จำนวน 34,410 คน จาก 27 จังหวัดทั่วประเทศ

ขนาดตัวอย่าง คำนวณภายใต้ความชุกในพื้นที่ต่างๆ อยู่ระหว่าง 17.48-240.72 ต่อ 1,000 ประชากร ความคลาดเคลื่อนร้อยละ 1 ค่าผลจากการสุ่มตัวอย่างหลายขั้นตอนเท่ากับ 8

2.3 วิธีการสุ่มตัวอย่าง

วิธีการสุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิสุ่มกระจุกห้าขั้นตอน

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การรวบรวมข้อมูล สำหรับการศึกษานี้ดำเนินการผ่านการสัมภาษณ์แบบพบหน้ากันอย่างมีโครงสร้างกับสมาชิกในครัวเรือนที่คัดเลือกแบบสุ่มที่มีอายุระหว่าง 12-65 ปี โดยใช้เครื่องมือรวบรวมข้อมูลมาตรฐาน ช่วงเวลาดังกล่าวครอบคลุมตั้งแต่เดือนมีนาคมถึงตุลาคม พ.ศ. 2567 และการสัมภาษณ์ดำเนินการโดยนักวิจัยภาคสนามที่ผ่านการฝึกอบรมอย่างครอบคลุมเพื่อให้แน่ใจว่ามีความสม่ำเสมอ ถูกต้อง และปฏิบัติตามจริยธรรม

3.1 ทีมงานการเก็บข้อมูล

การเก็บข้อมูลใช้ทีมงานทั้งสิ้น 6 ทีมรับผิดชอบในแต่ละพื้นที่ของประเทศไทย

3.2 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ช่วยนักวิจัยทำหน้าที่พนักงานสนาม ได้รับการอบรมอย่างรอบด้านและฝึกปฏิบัติในการสัมภาษณ์ด้วยแบบสัมภาษณ์และแบบประเมินคัดกรอง จากนั้นได้รับการทดสอบจนผ่านเกณฑ์ประเมินขั้นต่ำก่อนปฏิบัติงาน

ในการเก็บข้อมูล จัดพนักงานสนามเป็นทีมลงเก็บรวบรวมข้อมูลทีมละ 8 คน และมีหัวหน้าพนักงานสนาม 1 คน

พนักงานสนามชี้แจงกลุ่มตัวอย่างและขอคำยินยอมต่อกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีลงนามคำยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร กลุ่มตัวอย่างมีเวลาตัดสินใจ 1 วัน ในการลงนามและนัดหมายรับคำยินยอมวันรุ่งขึ้น ในกรณีกลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกจะนัดหมายใหม่ หากการนัดหมายเกินกว่า 3 ครั้งจะประเมินว่ากลุ่มตัวอย่างปฏิเสธการให้คำยินยอม

การสอบทานข้อมูล ในตอนเย็นของการปฏิบัติงานภาคสนามแต่ละวัน หัวหน้าพนักงานสนามรวบรวมแบบสัมภาษณ์จากพนักงานสนามแต่ละคน และมอบหมายให้พนักงานสนามคนอื่นในทีมทำการตรวจทานความครบถ้วนของข้อมูล และให้หัวหน้าพนักงานสนามตรวจสอบขั้นสุดท้ายก่อนนำส่งผู้วิจัย

4. การจัดการและวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อได้รับแบบสัมภาษณ์ จะนำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่และวิเคราะห์ค่าสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ โดยกระบวนการในขั้นตอนนี้ประกอบไปด้วย

4.1 การตรวจสอบข้อมูล

การตรวจสอบข้อมูลเป็นการตรวจสอบความสมบูรณ์ ข้อมูลขาดหาย โดยเฉพาะในคำถามที่สำคัญ ความเป็นไปได้ของข้อมูล ความชัดเจนของลายมือหรือคำตอบ (เขียนไม่ชัดเจนอ่านไม่ออก) ซึ่งจะทำให้ทราบถึงข้อบกพร่องของข้อมูล และสามารถแก้ไขได้ทันเวลา ทำให้ข้อมูลที่ได้มีความถูกต้องและน่าเชื่อถือมากขึ้น

4.2 การลงรหัส

การสร้างคู่มือลงรหัส เริ่มตั้งแต่การกำหนดรหัสจนถึงการลงรหัส ตัวแปรจากคำถามปลายปิดและคำถามปลายเปิดจะถูกกำหนดรหัสเป็นคู่มือลงรหัส ข้อมูลในแบบสัมภาษณ์ถูกลงรหัสตามคู่มือลงรหัสที่กำหนดรหัสไว้ล่วงหน้า

4.3 การนำเข้าข้อมูล

ข้อมูลที่ลงรหัสแล้วถูกนำเข้าในเครื่องคอมพิวเตอร์ด้วยวิธีสอบทาน (data double entry) โดยกำหนดให้มีการป้อนข้อมูล 2 ครั้ง โดยผู้ป้อนข้อมูล 2 คนที่เป็นอิสระต่อกัน ทำการตรวจสอบความซ้ำซ้อนและความคลาดเคลื่อนในการนำเข้าข้อมูล และแก้ไขปรับปรุงจนแน่ใจว่าข้อมูลถูกต้อง

4.4 การปรับปรุงคุณภาพข้อมูล

การปรับปรุงคุณภาพข้อมูล ทำการตรวจสอบค่านอกช่วง (Out of range) ค่าสูงต่ำกว่าปกติ (Outlier) ข้อมูลสูญหาย (Missing data) และแก้ไขปรับปรุงให้เหมาะสม

4.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่รวบรวมได้ หลังจากนำเข้าและจัดทำฐานข้อมูลแล้ว นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและเชิงอนุมานเพื่อทำความเข้าใจการระบาดของการใช้สารเสพติดและรูปแบบต่าง ๆ ในประชากรเป้าหมายอย่างครอบคลุม

วิธีสถิติที่ใช้ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ Odd ratio, 95% C.I., point estimation, chi square, Fisher exact test, Multiple logistic regression

5. จริยธรรม

การศึกษานี้ได้รับการรับรองด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมมหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล เลขที่ 050/2567 การยินยอมให้ข้อมูลต้องได้รับความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากกลุ่มตัวอย่างทุกราย ในกรณีที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย จะได้รับความยินยอมเพิ่มเติมจากผู้ปกครองตามกฎหมายด้วย ข้อมูลของผู้เข้าร่วมได้รับการปฏิบัติอย่างมีความลับสูงสุดและนำไปใช้เฉพาะเพื่อวัตถุประสงค์ในการวิจัยเท่านั้น โดยเป็นไปตามมาตรฐานจริยธรรมสำหรับการวิจัยในมนุษย์ กรอบจริยธรรมที่เข้มงวดนี้ทำให้มั่นใจได้ว่าผู้เข้าร่วมจะได้รับการ

คุ้มครอง มีความสมบูรณ์ของข้อมูล และปฏิบัติตามแนวทางการวิจัยด้านจริยธรรมระหว่างประเทศ

ผลการศึกษา (Results)

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 14.3 เป็นเด็กและเยาวชน (อายุไม่เกิน 25 ปี) ร้อยละ 24.7 สถานภาพโสดร้อยละ 32.5 จบการศึกษาประถมศึกษาและต่ำกว่า และร้อยละ 40.13 เป็นกรรมกร/เกษตรกร/แรงงานพื้นฐาน

ประชากรไทยอายุระหว่าง 12-65 ปี ประมาณ 6 ล้านคน ใช้สารเสพติดอย่างน้อยหนึ่งชนิด ได้แก่ ยาบ้า (methamphetamine tablet) ไอซ์ (crystal methamphetamine) ยาอี (ecstasy) ยาเค (ketamine) โคเคน (cocaine) ฝิ่น (opium) เฮโรอีน (heroin) สารระเหย (volatile substances) กระทั่งอมกัญชา และสารผสม (เช่น happy water,

เคนมผง ฯลฯ) ไม่นับรวมบุหรี่ บุหรี่ไฟฟ้า เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และยารักษาโรคจิตแบบแผน

ประชากร 48,161 คน เคยใช้เห็ดขี้ควายหรือคิดเป็นอัตรา 98.18 คนต่อประชากร 100,000 คน เพศชายมากกว่าเพศหญิง แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ผู้ใหญ่มีจำนวนมากกว่าเด็กและเยาวชน และไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ในจำนวนนี้ 12,912 คน ยังคงใช้เห็ดขี้ควาย คิดเป็นความชุก 26.32 คนต่อแสนประชากร โดยมีความชุกในเพศชาย 40.74 คนต่อแสนประชากร เพศหญิง 12.35 คนต่อแสนประชากร แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ วัยเด็กและเยาวชน 6.45 คนต่อแสนประชากร วัยผู้ใหญ่ 32.16 คนต่อแสนประชากร ทั้งนี้แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ใช้เห็ดขี้ควายและอัตราความชุก (ต่อพันประชากร)

	เคยใช้		P-value	ใช้		P-value
	จำนวน	อัตราต่อแสน		จำนวน	อัตราต่อแสน	
เพศ						
ชาย	29,507	122.19	0.2007	9,837	40.74	0.1908
หญิง	18,653	74.89		3,075	12.35	
อายุ						
12-25 ปี	719	6.45	0.3541*	719	6.45	0.7926*
26-65 ปี	47,442	125.13		12,193	32.16	
รวม	48,161	98.18		12,912	26.32	

*Fisher Exact Test

การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มผู้ใช้เห็ด
ที่ควายพบว่า เพศ อายุ อาชีพ ที่อยู่อาศัย
การศึกษา และการใช้สารเสพติดร่วม เมื่อ
ควบคุมความผันแปรของตัวแปรที่เกี่ยวข้อง
ผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Binary
Logistic Regression) พบว่าปัจจัยมี
ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ ผู้ที่ใช้
สารเสพติดมีโอกาสเกิดพฤติกรรมเสี่ยง
มากกว่าผู้ที่ไม่ใช้สารเสพติด 42.8 เท่า (AOR
 $= 42.817$, $95\% CI = 16.508-111.055$, $p <$
 0.001) ส่วน เพศ อายุ อาชีพ ที่อยู่อาศัย และ
การศึกษา พบว่าเป็นปัจจัยที่ไม่มีนัยสำคัญ
ทางสถิติ ($p < 0.05$)

ตารางที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงต่อการใช้เห็ดที่ควาย

ปัจจัยเสี่ยง		COR	AOR	95% C.I.		P-value
				Lower	Upper	
อาชีพ	อ้างอิง: ไม่ใช้แรงงาน	1.492	1.212	0.497	2.952	0.673
การศึกษา	อ้างอิง: มัธยมศึกษาต้นและต่ำกว่า	1.583	1.967	0.816	4.74	0.132
ใช้สารเสพติด	อ้างอิง: ไม่ใช้สารเสพติด	36.217	42.817	16.508	111.055	<.001
เพศ	อ้างอิง: เพศชาย	0.571	1.376	0.543	3.486	0.501
อายุ	อ้างอิง: เด็กและเยาวชน	3.509	0.21	0.028	1.582	0.13
ที่อยู่อาศัย	อ้างอิง: ในเขตเทศบาล	1.182	1.252	0.531	2.949	0.608

วิจารณ์ (Discussions)

สาร Psilocybin จากเห็ดในสกุล
Psilocybe นิยมใช้เพื่อประสบการณ์ทางจิต
วิญญาณและในพิธีกรรมทางศาสนา
Psilocybin ถูกเปลี่ยนเป็น Psilocin ใน
ร่างกาย ซึ่งเป็นสารออกฤทธิ์ ผลระยะสั้นเกิด
การเห็นภาพหลอน การรับรู้ทางประสาท
สัมผัสที่เข้มข้นขึ้น การใช้ในปริมาณสูงอาจ
กระตุ้นโรคจิตหรืออาการวิตกกังวล⁶ มีการ
ทดลองใช้ Psilocybin ในการรักษาภาวะ
ซึมเศร้าและความวิตกกังวล⁷

เห็ดที่ควาย เป็นเห็ดที่มีสารออกฤทธิ์ทางจิต
เช่น psilocybin และ psilocin ซึ่งมีประวัติ
การใช้งานมายาวนานในด้านพิธีกรรม
ศาสนา และการแพทย์พื้นบ้านทั่วโลก
โดยเฉพาะในกลุ่มชนพื้นเมืองในอเมริกาและ
ยุโรป ภาพวาดและประติมากรรมที่เกี่ยวข้อง
กับเห็ดหลอนประสาทพบได้ในถ้ำและวัตถุ
โบราณในยุโรป แอฟริกา และอเมริกากลาง
ย้อนหลังไปกว่า 6,000 ปี ตัวอย่างเช่น ใน
เม็กซิโกพบ "เห็ดศักดิ์สิทธิ์" (teonanácatl) ซึ่ง
หมายถึง "เนื้อของพระเจ้า" ในภาษา Nahuatl
ของชาวแอซเท็ก ชนพื้นเมืองในอเมริกากลาง

เช่น ชาวมายาและแอซเท็ก ใช้เห็ดหลอนประสาทในพิธีกรรมเพื่อการสื่อสารกับเทพเจ้าและจิตวิญญาณ ในแอฟริกาและเอเชีย มีการใช้เห็ดที่มีฤทธิ์หลอนประสาทเพื่อวัตถุประสงค์ทางจิตวิญญาณและการรักษาโรค

เห็ดหลอนประสาทถูกกล่าวถึงครั้งแรกในงานเขียนของนักบวชชาวสเปนในศตวรรษที่ 16 ซึ่งอธิบายถึงการใช้เห็ดในพิธีกรรมของชาวแอซเท็ก ในปี ค.ศ. 1957 นักชาติพันธุ์วิทยาชาวอเมริกัน ได้เผยแพร่บทความในนิตยสาร Life เกี่ยวกับการใช้เห็ดหลอนประสาทในพิธีกรรมของชนพื้นเมืองเม็กซิโก ในปี ค.ศ. 1958 Hofmann ได้แยกสาร psilocybin และ psilocin ออกมาจากเห็ดหลอนประสาทเป็นครั้งแรก ในช่วงหลังปี ค.ศ. 1960 มีการศึกษาคุณสมบัติของ psilocybin ในการรักษาโรคจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล การวิจัยพบว่า psilocybin สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญหน้ากับปัญหาทางจิตใจในเชิงบวกได้ ในปี 1970s รัฐบาลสหรัฐอเมริกาประกาศให้ psilocybin เป็นสารเสพติดผิดกฎหมาย ซึ่งทำให้การวิจัยเกี่ยวกับเห็ดหลอนประสาทหยุดชะงักไปหลายทศวรรษ ในปี 2000s การวิจัยเกี่ยวกับ psilocybin กลับมาได้รับความสนใจ โดยมีการศึกษาผลกระทบต่อสมองและจิตใจ รวมถึงศักยภาพในการรักษาโรค เช่น โรคซึมเศร้าดื้อยา (Treatment-Resistant Depression)

ความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด (Substance Use Disorders) โรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนใจ (PTSD) การศึกษาในมหาวิทยาลัย เช่น Johns Hopkins University และ Imperial College London ได้ยืนยันว่า psilocybin สามารถช่วยลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยระยะสุดท้าย และส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์ยุค 1960s เห็ดหลอนประสาทกลายเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมฮิปปี้ เช่นเดียวกับ LSD โดยถูกใช้เพื่อการค้นหาจิตวิญญาณและการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ ปัจจุบันเห็ดหลอนประสาทยังคงเป็นที่นิยมในหมู่นักท่องเที่ยวในบางพื้นที่ เช่น เมืองอัมสเตอร์ดัม ประเทศเนเธอร์แลนด์ ซึ่งอนุญาตให้จำหน่าย "เห็ดทรัฟเฟิล" (magic truffles) ที่มี psilocybin ในปริมาณต่ำ ในปัจจุบัน มีการอนุญาตให้ใช้ psilocybin เพื่อการรักษาในบางประเทศและบางรัฐในสหรัฐอเมริกา เช่น โอเรกอน (Oregon) อนุมัติการใช้ psilocybin ในการบำบัดทางจิตเวช ประเทศสวิตเซอร์แลนด์และแคนาดาอนุญาตการใช้ในการวิจัยทางการแพทย์

สารหลอนประสาทส่วนใหญ่มีผลต่อสารสื่อประสาทในสมอง โดยเฉพาะตัวรับของเซโรโทนิน (5-HT_{2A} receptors) และบางครั้งรวมถึงโดปามีนและนอร์อิพิเนฟริน การกระตุ้น 5-HT_{2A} receptors ในคอร์เทกซ์สมองส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้ทางประสาทสัมผัสและความคิด^๕ สาร

บางชนิด เช่น Phencyclidine (PCP) ออกฤทธิ์โดยการปิดกั้นตัวรับ NMDA ในสมอง ส่งผลต่อการประมวลผลข้อมูลในสมอง

สารหลอนประสาททำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้ เช่น การเห็นภาพหลอน การขยายหรือบิดเบือนประสาทสัมผัส รวมทั้งการรับรู้เชิงจิตวิญญาณหรือการเปิดกว้างทางอารมณ์⁸ แต่อาจส่งผลให้เกิดอาการโรคจิตเฉียบพลัน เช่น อาการหวาดระแวงหรือหลอน และมีผลต่อระบบประสาท เช่น วิตกกังวล การสูญเสียการควบคุมอารมณ์ หรือภาวะ "bad trip" อาจก่อให้เกิดภาวะ Hallucinogen Persisting Perception Disorder (HPPD) ซึ่งผู้ป่วยยังคงเห็นภาพหลอนหลังจากหยุดใช้สาร

สารหลอนประสาท (Hallucinogens) เป็นสารที่มีผลกระทบต่อระบบประสาทส่วนกลาง ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการรับรู้ทางประสาทสัมผัส ความคิด และอารมณ์ แม้ว่าสารหลอนประสาทบางชนิดมีการศึกษาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ แต่การใช้ในปริมาณที่ไม่เหมาะสมอาจนำไปสู่ผลกระทบเชิงลบต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจ

ผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง (Central Nervous System) สารหลอนประสาท เช่น LSD และ Psilocybin กระตุ้นตัวรับเซโรโทนิน (5-HT_{2A} receptors) ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้ เช่น การเห็นภาพหลอน การได้ยินเสียงที่ไม่มีอยู่จริง

และการเปลี่ยนแปลงของเวลา⁹ อาจกระตุ้นภาวะ "Mystical Experience" ซึ่งเกี่ยวข้องกับการตระหนักรู้ในตนเองหรือการรู้สึกถึงการเชื่อมต่อกับสิ่งแวดล้อม⁶ การใช้สารหลอนประสาทในปริมาณสูง เช่น PCP หรือ Ketamine อาจทำให้เกิดอาการสมองเสื่อมชั่วคราว (Cognitive Impairment) หรือภาวะโรคจิต เช่น อาการหลอนและหวาดระแวง¹⁰ ในบางกรณี ผู้ใช้สารหลอนประสาทอาจประสบกับภาวะ Hallucinogen Persisting Perception Disorder (HPPD) ซึ่งยังคงเห็นภาพหลอนหรือการบิดเบือนทางประสาทสัมผัสเป็นระยะเวลานานหลังการใช้¹⁰

ผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular System) สารหลอนประสาท เช่น MDMA (Ecstasy) และ LSD สามารถกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิตเพิ่มขึ้น¹¹ การใช้ในปริมาณสูงอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Arrhythmias) และความดันโลหิตสูงเฉียบพลัน MDMA อาจทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Myocardial Ischemia) ในผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง¹²

ผลต่อระบบทางเดินอาหาร (Gastrointestinal System) สารหลอนประสาทบางชนิด เช่น LSD และ Psilocybin อาจกระตุ้นการหลั่งกรดในกระเพาะอาหาร ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน หรือปวดท้อง⁹ การใช้ DMT ในพิธีกรรม Ayahuasca

(พิธีกรรม Ayahuasca เป็นพิธีกรรมทางจิตวิญญาณและการรักษาแบบดั้งเดิมที่มีต้นกำเนิดจากชนพื้นเมืองในภูมิภาคแอมะซอน เช่น ประเทศเปรู โคลอมเบีย และบราซิล ผู้เข้าร่วมจะดื่ม Ayahuasca ซึ่งเป็นชาที่ปรุงจากพืชสองชนิดหลัก ได้แก่ Banisteriopsis caapi (เถาวัลย์หลัก) ที่มีสารออกฤทธิ์ที่ช่วยยับยั้งเอนไซม์โมโนเอมีนออกซิเดส (MAO) ทำให้สารอื่น ๆ ในชาส่งผลต่อระบบประสาทได้ และ Psychotria viridis (ใบไม้) ที่มีสาร DMT (Dimethyltryptamine) ซึ่งเป็นสารที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในความรู้สึกและจิตใจ อาจมีประสบการณ์ที่หลากหลาย เช่น ภาพหลอน การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ความรู้แจ้งในตนเอง หรือการระลึกถึงอดีต) มักมีอาการข้างเคียง เช่น อาการคลื่นไส้หรือท้องเสีย ซึ่งถูกมองว่าเป็นการล้างพิษในบริบททางวัฒนธรรม¹³

ผลต่อระบบทางเดินหายใจ (Respiratory System) การใช้สารหลอนประสาท เช่น PCP หรือ Ketamine ในปริมาณสูง อาจทำให้เกิดภาวะกดการหายใจ (Respiratory Depression) ซึ่งเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ ในกรณีของการสูบบุหรี่ เช่น Salvia divinorum อาจทำให้เกิดการระคายเคืองต่อทางเดินหายใจ ผลต่อระบบฮอร์โมนและการสืบพันธุ์ (Endocrine and Reproductive System) MDMA ส่งผลต่อการหลั่งฮอร์โมน เช่น โดปามีน เซโรโทนิน และออกซิโทซิน ซึ่งเกี่ยวข้องกับการสร้างความผูกพันและการ

กระตุ้นอารมณ์¹¹ การใช้สารเหล่านี้ในระยะยาวอาจทำให้ระบบฮอร์โมนเสียสมดุล

การใช้สารหลอนประสาทอาจกระตุ้นโรคจิตในผู้ที่มีความเสี่ยงทางพันธุกรรม เช่น โรคจิตเภท¹⁴ ในบางกรณี การใช้สารหลอนประสาทโดยไม่มีการควบคุมอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลหลังจากการใช้¹⁵

นอกจากนี้ยังมีความเสี่ยงและผลกระทบอื่น ๆ ผู้ใช้สารหลอนประสาทอาจแสดงพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การก่ออุบัติเหตุหรือการทำร้ายตนเองเนื่องจากการรับรู้ผิดพลาด แม้ว่าสารหลอนประสาทส่วนใหญ่จะไม่ก่อให้เกิดการเสพติดทางกายภาพ แต่ผู้ใช้อย่างไรอาจพัฒนาการเสพติดทางจิตใจต่อความรู้สึกหลอนหรือผลทางจิตวิญญาณ⁸

ข้อยุติ (Conclusions)

ประชากรไทย จำนวน 12,912 คน ใช้เห็ดขี้ควาย คิดเป็นความชุก 26.32 คนต่อแสนประชากร โดยมีความชุกในเพศชายสูงกว่าเพศหญิง วัยเด็กและเยาวชนต่ำกว่าวัยผู้ใหญ่ ผู้ที่ใช้สารเสพติดมีโอกาสเกิดพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่าผู้ที่ไม่ใช้สารเสพติด 42.8 เท่า

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

ในเชิงนโยบาย 1) ควรจัดตั้งระบบเฝ้าระวังการใช้พืชเสพติดที่มีฤทธิ์ต่อจิตประสาท โดยเฉพาะเห็ดขี้ควาย (*Psilocybe cubensis*)

เพื่อใช้ติดตามแนวโน้มการใช้ที่เปลี่ยนแปลง และรองรับการวางแผนมาตรการเชิงรุกได้อย่างทันทั่วทั้งที่ 2) พัฒนาโครงการป้องกันในกลุ่มเสี่ยง: ควรจัดทำแผนการป้องกันที่มุ่งเน้นไปยังกลุ่มประชากรเสี่ยงสูง โดยเฉพาะเพศชายในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีอัตราการใช้เห็ดขี้ควายสูงที่สุด 3) ส่งเสริมความรู้ในระดับชุมชน: ควรมีการให้ความรู้เรื่องผลกระทบทางจิตใจและพฤติกรรมที่อาจเกิดจากการใช้เห็ดขี้ควายผ่านกิจกรรมหรือสื่อในระดับชุมชน โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทหรือพื้นที่เข้าถึงยาเสพติดได้ง่าย 4) พัฒนาระบบบริการแบบบูรณาการ: ควรพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาแบบบูรณาการที่ตอบสนองต่อการใช้สารเสพติดหลายชนิดร่วมกัน (polysubstance use) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันและบำบัดฟื้นฟู

แนวนโยบายด้านสาธารณสุข: แนวโน้มการใช้เห็ดขี้ควายในกลุ่มวัยรุ่นและวัยหนุ่มสาวที่เพิ่มสูงขึ้น สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาสาธารณสุขที่ต้องการการตอบสนองอย่าง

เร่งด่วน ด้วยนโยบายเฉพาะกลุ่มเป้าหมายที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์

การทบทวนนโยบายยาเสพติด: ผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพิจารณานโยบายเกี่ยวกับพืชเสพติดที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ ซึ่งอาจยังไม่มีการกำกับดูแลอย่างครอบคลุมเท่ากับยาเสพติดสังเคราะห์

การบูรณาการบริการสุขภาพจิต: จากความสัมพันธ์ระหว่างการใช้เห็ดขี้ควายกับอาการทางจิต ควรมีการบูรณาการบริการสุขภาพจิตเข้าสู่ระบบการดูแลรักษาผู้ใช้สารเสพติดอย่างเป็นระบบ

การวิจัยระยะยาว: ควรส่งเสริมการวิจัยในระยะยาว (longitudinal studies) เพื่อศึกษาอิทธิพลของเห็ดขี้ควายต่อสุขภาพจิตในระยะยาวของประชากรไทยอย่างต่อเนื่อง และลึกซึ้ง

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

ไม่พบว่าเคยมีการศึกษาการแพร่ระบาดของเห็ดขี้ควายในประเทศไทย การศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงการแพร่ระบาดของเห็ดขี้ควายในกลุ่มประชากรไทย

เอกสารอ้างอิง (References)

1. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). **World Drug Report 2024**. Vienna: United Nations publication; 2024.
2. Merlin MD. Archaeological evidence for the tradition of psychoactive plant use in the old world. **Economic Botany** 2003; 57(3): 295-323.

3. Sullivan RJ, Hagen EH. Psychotropic substance-seeking: evolutionary pathology or adaptation?. **Addiction** 2002; 97(4): 389-400.
4. Carhart-Harris RL, Goodwin GM. The therapeutic potential of psychedelic drugs: Past, present, and future. **Neuropsychopharmacology** 2017; 42(11): 2105-2113.
5. Kanato M, Leyatikul P, Wonguppa R. **The Synthesis of Illicit Drugs Situation in Thailand 2024**. Nakhonratchasima: Addiction Science Center, Vongchavalitkul University; 2024. [in Thai].
6. Griffiths RR, Richards WA, McCann U, Jesse R. Psilocybin can occasion mystical-type experiences having substantial and sustained personal meaning and spiritual significance. **Psychopharmacology** 2006; 187(3): 268-283.
7. Carhart-Harris RL, Bolstridge M, Day CMJ, Rucker J, Watts R, Erritzoe DE, Kaelen M, et al. Psilocybin with psychological support for treatment-resistant depression: six-month follow-up. **Psychopharmacology (Berl)** 2018; 235(2):399-408. doi: 10.1007/s00213-017-4771-x.
8. Nichols DE. Psychedelics. **Pharmacological Reviews** 2016; 68(2); 264-355.
9. Murray B, Harrison J, Kelly K. Phencyclidine (PCP) intoxication: Clinical effects and management. **Substance Abuse** 2013; 34(1): 39-46.
10. Halpern JH, Pope HG. Hallucinogen persisting perception disorder: What do we know? **Drug and Alcohol Dependence** 2003; 69(2): 109-119.
11. Parrott AC. MDMA, serotonergic neurotoxicity, and the diverse functional deficits of recreational 'Ecstasy' users. **Neuroscience & Biobehavioral Reviews** 2013; 37(8): 1466-1484.
12. Couch R, Brown S, Smirk C. MDMA: A case of myocardial ischemia. **International Journal of Cardiology** 2019; 278: 134-136.
13. Domínguez-Clavé E, Soler J, Elices M, et al. Ayahuasca: Pharmacology, neuroscience and therapeutic potential. **Brain Research Bulletin** 2016; 126: 89-101.
14. Vollenweider FX, Komter M. The neurobiology of psychedelic drugs: Implications for the treatment of mood

- disorders. **Nature Reviews Neuroscience** 2010; 11(9): 642-651.
15. Carhart-Harris RL, Bolstridge M, Rucker J, Day CM, Erritzoe D, Kaelen, M, et al. Psilocybin with psychological support for treatment-resistant depression: an open-label feasibility study. **The Lancet Psychiatry** 2016; 3(7): 619-627.