

วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Community Health Development Quarterly

Khon Kaen University

ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2567

ชื่อหนังสือ	วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น
เจ้าของ	สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน เวชศาสตร์ครอบครัว และอาชีวเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
พิมพ์ที่	บริษัท จรัสสินทวงศ์การพิมพ์ จำกัด (สำนักงานใหญ่)
ปีที่พิมพ์	พ.ศ. 2567
ISSN	3027-8082 (Print)
ISSN	3027-8104 (Online)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานการวิจัยด้านการพัฒนาสุขภาพชุมชน
2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการพัฒนาองค์ความรู้ในการวิจัยเพื่อการพัฒนาชุมชนทั้งในและต่างประเทศ
3. เพื่อแลกเปลี่ยนแนวคิดและองค์ความรู้ด้านการวิจัย

กำหนดการเผยแพร่

ปีละ 4 ฉบับ (ม.ค.-มี.ค., เม.ย.-มิ.ย., ก.ค.-ก.ย. และ ต.ค.-ธ.ค.)

ฝ่ายจัดการ

ดร. บังอรศรี จินดาวงค์

ดร. นิธิฐพนธ์ สีอุบลัด

นางสาวกรรณิการ์ สุขสนิท

แบบปก: เดชา ปาลมงคล

สถานที่ติดต่อ

กองบรรณาธิการวารสารการพัฒนสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น

สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน เวชศาสตร์ครอบครัว และอาชีวเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยขอนแก่น 123 หมู่ 16 ถ.มิตรภาพ ต.ในเมือง อ.เมืองขอนแก่น จ.ขอนแก่น 40002

โทรศัพท์ 043-363588, 0862270390

E-mail: chdkku2560@gmail.com

Website: <https://chdkkujournal.com> หรือ <http://chd.kku.ac.th/index.php/journal>

<https://www.Facebook.com/วารสารการพัฒนสุขภาพชุมชน-มขอนแก่น>

หมายเหตุ

- 1) บทความที่จะตีพิมพ์ในวารสาร จะต้องผ่านการตรวจสอบความซ้ำซ้อน โดยมีค่าความซ้ำซ้อนรวมไม่เกินร้อยละ 20 และค่าความซ้ำซ้อนเฉพาะบทความไม่เกินร้อยละ 3
- 2) บทความที่ผ่านการตรวจความซ้ำซ้อน จะได้รับการประเมินคุณภาพบทความ จากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Reviewers) ภายนอกหน่วยงานของผู้พิมพ์ จำนวน 3 ท่าน แบบ double-blinded โดยไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้พิมพ์
- 3) บทความที่จะตีพิมพ์ในวารสาร ไม่มีค่า processing fee แต่จะต้องชำระค่า page charge บทความละ 3,000 บาท
- 4) เนื้อหาในบทความที่ตีพิมพ์เป็นความรับผิดชอบของผู้พิมพ์ กองบรรณาธิการวารสาร ไม่สงวนสิทธิ์ในการคัดลอก เพื่อการพัฒนาด้านวิชาการ แต่ต้องได้รับการอ้างอิงอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ

กองบรรณาธิการ

ที่ปรึกษา

หัวหน้าสาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน เวชศาสตร์ครอบครัว และอาชีวเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ประธานหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน

ประธานหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน

บรรณาธิการ

รศ.ดร. มานพ คณะใด

สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน เวชศาสตร์ครอบครัว และอาชีวเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

รศ.พญ. วริสรา ลูวีระ

สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน เวชศาสตร์ครอบครัว และอาชีวเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผู้ทรงคุณวุฒิประจำปี พ.ศ. 2567

ดร. กานต์พิชญา เนตรพิจิตรกุล

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา

ดร. กิตติมา อินศิริ

ศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้ จังหวัดยะลา

ดร. เกศรา แสนศิริทวีสุข

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี

ดร. กาญจนา นิยมสุนทร

วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขกาญจนาภิเษก

ดร. กุสุมา สว่างพันธุ์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต

ผศ.พ.ท.ดร. กฤติณ ศิลาพันธ์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ดร. ชนิษฐา ทุมมา

คณะทรัพยากรธรรมชาติ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน
วิทยาเขตสกลนคร

ดร. ชนิษฐา สุนาคราช

โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมานครินทร์ จังหวัดนครราชสีมา

ดร. จริยา อินทวัตรมี

ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

ดร. จีรติปต์ ใจดี

คลินิกทันตแพทย์จีรติปต์ใจดี จังหวัดปทุมธานี

ดร.จักรสันต์ เลยหยุด

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

ดร. ณัฐกฤตา พุ่มวงศ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ผศ.ดร. ณัฏฐา วรโธสง	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร
ดร. ดวงใจ วิชัย	คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ
ดร. เตือนใจ ภูสระแก้ว	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ผศ.ว่าที่ ร.ต.หญิง ดร. ธินัฐดา พิมพ์พวง	คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี
ดร. ธิโสภิญ ทองไทย	ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น
ผศ.ดร. นฤกร อิตุพร	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย
ดร. นวลฉวี เพิ่มทองชูชัย	โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา
ดร. นรายุทธ บุญญานนุตร	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา
ผศ.ดร. นฤมล จันทร์มา	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์
ผศ.ดร. นันทวรรณ ทิพย์เนตร	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผศ.ดร. นุชรรัตน์ มังคละศิริ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม
ดร. ประพนธ์ บุญมี	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 4 สระบุรี
ดร. ประเสริฐ ประสมรักษ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ
ผศ.ดร. พลากร สืบสำราญ	วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
รศ.พ.ต.ต.หญิง ดร. พูนรัตน์ ลียติกุล	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
ดร. ภัชชนก รัตนกรปรีดา	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
ดร. รชยา ยิกุสังข์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี
ผศ.ดร. ราณี วงศ์คงเดช	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผศ.พ.ต.ท.หญิง ดร. รังสิยา วงศ์อุปปา	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
ดร. วรุณี ชมพูนาน	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ผศ.ดร. วรรณวิมล เมฆวิมล	วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
ผศ.ดร. วรรณภา จำปา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

ดร. วรพล หนูนุ่น

ผศ.ดร. วรวัชร ขจรรัตนวณิชย์

ดร. วาสนี วงศ์อินทร์

ดร. ศิราณี ศรีหามาศ

ดร. ศิริลักษณ์ ใจช่วง

ดร.สมเด็จ ก้วพิทักษ์

ดร. สดุดี ภูห่องไสย

ดร. สุกัญญา กาญจนบัตร

รศ.ดร. สุณีรัตน์ ยั่งยืน

ดร. สุทิน ชนະบุญ

ดร. สุภัทราภรณ์ ทองจิตร

ดร. เสาวลักษณ์ คัชมาตย์

ดร. อุทัยวรรณ นุกาศ

ดร. อุมาพร เคนศิลา

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น

ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

บทบรรณาธิการ

วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น ฉบับนี้เป็นปีที่ 12 ฉบับที่ 1 มกราคม - มีนาคม 2567 กองบรรณาธิการได้คัดเลือกบทความที่น่าสนใจเกี่ยวกับยาเสพติด อาการทางจิตเวช และบทความที่น่าสนใจอื่น ๆ

สำหรับท่านที่สนใจติดตามสถานการณ์การพัฒนาด้านความรู้ด้านการพัฒนาสุขภาพชุมชนสามารถนำองค์ความรู้ไปปรับใช้ให้สอดคล้องกับบริบท และสภาพปัญหาในแต่ละพื้นที่ จะทำให้เกิดประโยชน์ และมีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน และท่านผู้อ่านสามารถเข้าถึงองค์ความรู้ บทความต่าง ๆ ที่สะดวกรวดเร็ว สามารถนำไปอ้างอิง และพัฒนาต่อยอดองค์ความรู้ให้เกิดประโยชน์ต่อชุมชน สังคม และประเทศชาติ สามารถเข้าไปศึกษาเพิ่มเติมได้ที่ <https://chdkkujournal.com> หรือ <http://chd.kku.ac.th/index.php/journal> และ Facebook วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน-มขอนแก่น

สำหรับท่านผู้อ่านที่มีความประสงค์จะเผยแพร่บทความของท่าน ผ่านวารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน สามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่เว็บไซต์วารสาร และหากท่านต้องการข้อมูลเพิ่มเติมสามารถสอบถามมายังกองบรรณาธิการ ซึ่งได้จัดเจ้าหน้าที่ไว้อำนวยความสะดวกสำหรับทุกท่าน

กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ประโยชน์ทางวิชาการที่เกิดจากวารสารฉบับนี้ และฉบับต่อไป จะช่วยเสริมสร้างองค์ความรู้สู่ชุมชน และนำมาซึ่งการพัฒนาด้านสุขภาพ และสุขภาวะที่ดีของประชาชนอย่างยั่งยืนตลอดไป

บรรณาธิการ



สารบัญ

การใช้สารเสพติดของเยาวชนไทย

1-18

นฤมล จันทร์มา, รังสิยา วงศ์อุปปา

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะลองโควิดในมารดาหลังคลอด
ที่ติดเชื้อโควิด-19

19-33

พุทธชาติ แก้วยา, นฤกร อิตุพร, จิราภรณ์ นันทชัย, ภีระวรรณ จิตร์อารุณ,
ธีรวัฒน์ มะโนวรรณ

การใช้กัญชาในเยาวชนหลังการปรับปรุงกฎหมาย

35-53

ภัชชนก รัตนกรปริดา, พูนรัตน์ ลียติกุล

ผลของการฝึกอบรมหลักสูตรระยะสั้นต่อความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต.สามพร้าว จ.อุดรธานี

55-66

ภาวดี ทองนพคุณ ทอยน์, วรรณภา ภาจำปา

ปัจจัยเสี่ยงต่ออาการทางจิตเวชในผู้เสพสารเสพติด

67-77

วรรณภา ภาจำปา, รังสิยา วงศ์อุปปา

สัดส่วนและปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ด้านคุณภาพ
การนอนหลับที่ไม่ถูกต้อง

79-91

วิภาวี กীরติวรสกุล, วริสรา ลุวีระ

การศึกษาเปรียบเทียบระยะเวลาที่ใช้สารเสพติดในผู้เสพสารเสพติด
ที่มีอาการทางจิตเวช

93-103

ผการัตน์ เรี่ยวแรง, พูนรัตน์ ลียติกุล

การศึกษาเครื่องมือคัดกรองอาการทางจิตเวชในผู้เสพสารเสพติด

105-116

พูนรัตน์ ลียติกุล, รังสิยา วงศ์อุปปา, อภิชาติ เรณูวัฒนานนท์

การใช้สารเสพติดของเยาวชนไทย

นฤมล จันทร์มา*, รังสิยา วงศ์อุปปา**

บทคัดย่อ

การศึกษาศถานการณ์การแพร่ระบาดของการใช้สารเสพติดเป็นรากฐานสำคัญในการแก้ไขปัญหา การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสัดส่วนของเยาวชนไทย (กลุ่มอายุ 10-18 ปี) ที่ใช้สารเสพติด ปี พ.ศ. 2565 เป็นการศึกษาเชิงบรรยายชนิดตัดขวางด้วยวิธีสำรวจทำการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิสุ่มกระจุกสามขั้นตอน ได้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งสิ้น 4,666 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการแบบสอบถามชนิดตอบเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วย สถิติเชิงพรรณนาและไคส์แควร์

เยาวชนไทยอายุ 10-18 ปี ร้อยละ 16.6 รายงานว่ามีประสบการณ์ “เคยใช้สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่ง” ในจำนวนนี้เยาวชนร้อยละ 13.1 ยังคงใช้สารเสพติดในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา โดยมีความแตกต่างระหว่างเพศและกลุ่มอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สารเสพติดยอดนิยมที่เยาวชนเคยใช้ได้แก่ กระท่อม (โดยเฉพาะน้ำต้มกระท่อม) สารกล่อมประสาท กัญชา (โดยเฉพาะกัญชาแห้ง) สารกระตุ้น (โดยเฉพาะยาบ้า) สารกดประสาท (โดยเฉพาะ ترامาดอลและโคเดอีน) และสารหลอนประสาท ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบพฤติกรรมการใช้สารเสพติดมากกว่า 1 ชนิด (สารผสม) ในคราวเดียวกัน รวมทั้งการใช้สารเสพติดร่วมกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติดร่วมกับการสูบบุหรี่ไฟฟ้า และยังพบการใช้สารเสพติดร่วมกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ไฟฟ้า อีกด้วย

คำสำคัญ: สารเสพติด; เยาวชน; พฤติกรรมใช้ยาเสพติด

* คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์

** คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

Corresponding author: Rungsinya Wonguppa E-mail: rungsiya_won@vu.ac.th

Received 05/01/2024

Revised 07/02/2024

Accepted 07/03/2024

SUBSTANCES USE AMONG THAI YOUTHS

Narumon Junma, Rungsiya Wonguppa***

ABSTRACT

The study of the epidemic situation of substance use is the cornerstone of solving the problem. This study aimed to determine the proportion of Thai youths (aged 10-18 years) who use substances in 2022. It was a cross-sectional descriptive study using a three-stage stratified cluster sampling. A total of 4,666 samples were obtained. A self-administered questionnaire collected data. Descriptive statistics and chi-square analyzed data.

Of Thai youths aged 10-18, 16.6% reported their experiences of ever using any substances. Of these, 13.1% had used substances in the past 3 months. There were statistically significant differences between sexes and age groups. The popular substance used by youths were kratom (especially kratom liquid), sedatives, cannabis (especially dried cannabis), stimulants (especially YABA), depressants (especially tramadol and codeine), and hallucinogens, respectively. In addition, the behavior of using more than one substance simultaneously (polysubstance) was found. There are also substances used along with alcohol, as well as using substances together with e-cigarettes. Moreover, substances used along with alcohol and e-cigarettes have also emerged.

Keywords: Substances abuse; Youths; Drugs use behavior

*Faculty of Sciences and Technology, Phetchabun Rajabhat University

** Faculty of Public Health, Vongchavalitkul University

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

ยาเสพติดเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสังคมมาอย่างต่อเนื่อง สำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC) คาดประมาณว่าประชากรทั่วโลก 585,000 คน เสียชีวิตโดยมีสาเหตุเกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด¹

หลักฐานในอดีตที่ผ่านมา 50,000 ปี ก่อน คริสตกาล มีรายงานการใช้สารออกฤทธิ์ทางจิตจากพืช² ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีการใช้สารเสพติดมานานกว่า 15,000 ปี³ ต่อมาสารเสพติดกลายเป็นที่นิยมเพื่อนันทนาการ

สันนิษฐานว่าฝิ่นเริ่มแพร่หลายในสังคมไทยตั้งแต่สมัยสุโขทัย สมัยกรุงศรีอยุธยาเริ่มปรากฏปัญหาเนื่องมาจากผู้เสพฝิ่นไม่เป็นอันทำมาหากิน สมเด็จพระรามาธิบดีที่ 1 จึงทรงบัญญัติบทลงโทษผู้กระทำความผิดเอาไว้ในพระไอยการลักษณะโจรเมื่อ ปี พ.ศ.1609 มีใจความสำคัญตอนหนึ่งว่า “...81 มาตราหนึ่งผู้เสพฝิ่นกินฝิ่นขายฝิ่นนั้นให้ลงพระอาญาจหนักหนา ธิราชขาดให้สิ้นเชิง ทะเวนบก 3 วัน เรือ 3 วัน ให้จำใส่คุกขังไว้กว่าจะอดได้ ถ้าอดได้แล้วให้เรียกเอาทนายบนแก้ตัวญาติพี่น้องไว้แล้วจึงให้ปล่อยผู้เสพฝิ่นขายฝิ่นกินฝิ่นออกจากโทษ...”⁴ หลังจากนั้นมาพระมหากษัตริย์ได้ทรงตรากฎหมายขึ้นอีกหลายฉบับ อาทิ พระราชบัญญัติห้ามไม่ให้ซื้อฝิ่น สูบฝิ่น

จ.ศ.1173 (พ.ศ.2354) พระราชกำหนดห้ามสูบฝิ่น จ.ศ.1181 (พ.ศ.2362) และประกาศเพิ่มเติมห้ามมิให้ลักจำหน่ายฝิ่นและสูบฝิ่น จ.ศ. 1182 (พ.ศ. 2363) พระราชบัญญัติเรื่องฝิ่นและสักเลข จ.ศ. 1186 (พ.ศ. 2367) พระราชบัญญัติภาษีฝิ่น พ.ศ. 2414 พระราชบัญญัติมอฟินแลโคกะอิน พ.ศ. 2456 พระราชบัญญัติฝิ่น พ.ศ. 2464 พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2465 หลังประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงการปกครองในปี พ.ศ. 2475 รัฐบาลยังคงอาศัยมาตรการทางกฎหมายเป็นหลัก ด้วยการออกพระราชบัญญัติกันชา พ.ศ. 2477 พระราชบัญญัติพืชกระท่อม พ.ศ. 2486 พระราชบัญญัติการขายยา พ.ศ. 2493 ประกาศคณะปฏิวัติฉบับที่ 37 พ.ศ. 2501 พระราชบัญญัติวัตถุออกฤทธิ์ พ.ศ. 2518 และพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 จากนั้นมา ปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติดก็ไม่ได้ลดลงแต่กลับเพิ่มมากขึ้น เปลี่ยนผ่านจากพืชเสพติดมาสู่สารเสพติด สังเคราะห์และการใช้ยารักษาโรคผิดแบบแผน⁵

ประเทศไทยได้รับผลกระทบจากปัญหาการใช้สารเสพติดมาช้านาน พืชเสพติดพื้นเมืองทั่วไป ได้แก่ ฝิ่น กัญชา และพืชกระท่อม ยาสังเคราะห์ชนิดแรกที่ใช้ในประชากร คือ เฮโรอีน ซึ่งพบครั้งแรกในช่วงก่อนปี พ.ศ. 2500 และต่อมาแพร่ระบาดอย่างมาก⁶ การใช้สารกระตุ้น (แอมเฟตามีน

และเมทแอมเฟตามีน) แพ้ระบาดในช่วงหลังปี พ.ศ. 2510 สารระเหย (เบนซีน แลคเกอร์ และกาว) ปรากฏขึ้นในช่วงหลังปี พ.ศ. 2520⁷ ในช่วงหลังปี พ.ศ. 2530 มีการใช้สารเสพติดชนิดใหม่ ซึ่งรวมถึงยาอี เคตามีน ไอซ์ (เมทแอมเฟตามีนชนิดเกล็ด) และโคเคน⁸ เมื่อไม่นานมานี้ การใช้ยารักษาโรคจิตแบบและสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทใหม่⁹ อย่างไรก็ตาม สถิติอย่างเป็นทางการแสดงให้เห็นว่าผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนเป็นกลุ่มผู้ใช้ยาที่ใหญ่ที่สุดที่เข้าถึงการรักษา เนื่องจากกัญชาและพืชกระท่อมมีอันตรายน้อยกว่ายาเสพติดอื่น ๆ จึงมีผู้ใช้เพียงไม่กี่รายเท่านั้นที่ต้องได้รับการรักษา¹⁰

ปัจจุบันคำว่าสารเสพติด หมายถึงยาหรือสารเคมีหรือวัตถุชนิดใด ๆ เมื่อเสพเข้าสู่ร่างกายแล้วทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจ ซึ่งครอบคลุมด้วยกฎหมายหลัก 4 ฉบับคือ พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 (สอดคล้องกับ UN The Single Convention on Narcotic Drugs, 1961) พระราชบัญญัติวัตถุออกฤทธิ์ พ.ศ. 2559 (สอดคล้องกับ UN Convention on Psychotropic substances, 1971) พระราชกำหนดป้องกันการใช้สารระเหย พ.ศ. 2533 และพระราชบัญญัติควบคุมโคคาอิน พ.ศ. 2495 ทั้งนี้ ไม่นับรวมสารตามกฎหมายทั้งเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่ และเครื่องดื่มผสมคาเฟอีน

สำนักงานยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งองค์การสหประชาชาติ รายงานว่าในปี

พ.ศ. 2563 มีประชากรโลกที่มีอายุ 15-64 ปีที่ใช้สารเสพติดอย่างใดอย่างหนึ่งในรอบปีที่ผ่านมา ประมาณ 284 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 5.6 ของประชากรโลกที่มีอายุ 15-64 ปี ในจำนวนนี้ 130,000 คน เสียชีวิตจากการติดยาเสพติด¹¹ ในช่วงเวลาเดียวกัน รายงานการเฝ้าระวังปัญหาเสพติดในกลุ่มประเทศอาเซียนระบุว่า มีประชากรในกลุ่มประเทศอาเซียนเข้ารับการบำบัดรักษาเสพติดกว่า 580,000 คน หรือคิดเป็นอัตรา 87.8 ต่อแสนประชากร ในจำนวนนี้กว่าสองในสาม เข้ารับการบำบัดรักษาเสพติดในกลุ่ม Amphetamine Type Stimulant (ATS) ส่วนที่เหลือเป็นกลุ่มอนุพันธ์ฝิ่น กัญชา และอื่น ๆ¹² คณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด ดำเนินการสำรวจครัวเรือนระดับประเทศเพื่อคาดประมาณจำนวนผู้ใช้สารเสพติดในปี พ.ศ. 2562 พบว่ามีประชากรที่ใช้สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่งในปีที่ผ่านมา (ไม่นับบุหรี่ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์) จำนวนประมาณ 1,966,826 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 3.91 ของประชากรอายุ 12-65 ปี และในส่วนของเยาวชนอายุ 12-19 ปีที่ใช้สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่งในปีที่ผ่านมาร้อยละ 3¹³

ความเคลื่อนไหวจากฝ่ายการเมืองตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2561 ต่อเนื่องมาต้องการให้ปลดกัญชาและกระท่อมจากบัญชียาเสพติดให้โทษ จนกระทั่งเริ่มมีผลบังคับใช้ พ.ร.บ. ยาเสพติดให้โทษ ฉบับที่ 8 พ.ศ. 2564 ตาม

ประมวลกฎหมายยาเสพติด (รวมกฎหมาย 29 ฉบับ) ปลดล็อก พืชกระท่อม” ออกจากบัญชียาเสพติด ประเภทที่ 5 และประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 พ.ศ. 2565 เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 กำหนดให้เหลือเฉพาะสารสกัดจากทุกส่วนของกัญชาและกัญชงที่มี THC เกินกว่าร้อยละ 0.2 โดยน้ำหนักเท่านั้น ที่ถือว่าเป็นยาเสพติดให้โทษ ทำให้ปัจจุบันทั้งกระท่อมและกัญชามีการใช้กันอย่างกว้างขวางทุกเพศทุกวัย ดังนั้นเพื่อให้ได้ภาพการเสพยาเสพติดที่ชัดเจนโดยเฉพาะเยาวชน ซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบาง ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการศึกษาสัดส่วนของเยาวชนที่ใช้ยาเสพติดชนิดต่าง ๆ

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

เพื่อศึกษาสัดส่วนของเยาวชนที่ใช้ยาเสพติด จำแนกชนิดสารเสพติด ในแต่ละเพศและกลุ่มอายุ

วิธีการศึกษา (Method)

1. การออกแบบวิจัย

การศึกษานี้ใช้วิธีการเชิงปริมาณ ด้วยการออกแบบเป็นการสำรวจภาคตัดขวาง การสำรวจจัดทำขึ้นเพื่อให้ได้สัดส่วนเยาวชนที่ใช้ยาเสพติดโดยประมาณในประเทศไทย

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษานี้ เยาวชน หมายถึง ประชากรที่มีอายุ 10-18 ปี กลุ่มตัวอย่างเป็น

เยาวชนไทยจำนวน 4,666 คน จาก 10 จังหวัดทั่วประเทศ ขนาดตัวอย่างนี้ คำนวณภายใต้ความชุกของการใช้ยาเสพติดในแต่ละกลุ่มอายุและเพศของเยาวชนอยู่ระหว่างร้อยละ 1.98-5.46 (มานพ คณะโต และคณะ, 2563) ความคลาดเคลื่อนร้อยละ 3 ค่า design effect เท่ากับ 4.5 คาดประมาณสัดส่วนผู้ไม่สมัครใจร้อยละ 10 เมื่อพิจารณาความพร้อมของทรัพยากร (กำลังคนและงบประมาณ) ด้วยจำนวนตัวอย่างที่กำหนด ความคลาดเคลื่อนในการวิเคราะห์ระดับภาคและจังหวัดจะมีขนาดใหญ่ (ระหว่าง 12%-22%) จึงไม่ทำการวิเคราะห์ในระดับภาคและจังหวัด

วิธีการสุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิสุ่มกระจุกสามขั้นตอนโดย

1) แบ่งพื้นที่ประเทศไทยออกเป็น 10 ชั้นภูมิตามภาค ปปส. คือ ปปส.กทม รวม 50 เขต, ปปส.ภาค 1 ภาคกลาง รวม 9 จังหวัด, ปปส.ภาค 2 ภาคตะวันออก รวม 8 จังหวัด, ปปส.ภาค 3 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง รวม 8 จังหวัด, ปปส.ภาค 4 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน รวม 12 จังหวัด, ปปส.ภาค 5 ภาคเหนือตอนบน รวม 8 จังหวัด, ปปส.ภาค 6 ภาคเหนือตอนล่าง รวม 9 จังหวัด, ปปส.ภาค 7 ภาคตะวันตก รวม 8 จังหวัด, ปปส.ภาค 8 ภาคใต้ตอนบน รวม 7 จังหวัด, และ ปปส.ภาค 9 ภาคใต้ตอนล่าง รวม 7 จังหวัด

2) สุ่มตัวอย่างแบบระบบขั้นภูมิละ
1 จังหวัด (กทม. สุ่ม 3 เขต)

3) จำแนกชั้นภูมิตามระดับ
การศึกษา 4 ชั้นภูมิ ประถมศึกษา มัธยมศึกษา
ตอนต้น อาชีวศึกษาและมัธยมศึกษาตอน
ปลาย

4) สุ่มตัวอย่างแบบระบบ ระดับ
ประถมศึกษาสุ่มเฉพาะประถมศึกษาตอน
ปลาย 10 แห่ง, ระดับมัธยมศึกษา 2 แห่ง,
ระดับอาชีวศึกษา 2 แห่ง

5) สุ่มตัวอย่างแบบระบบ ระดับ
ประถมศึกษาสุ่มเฉพาะประถมศึกษา 5-6
รวม 10 ห้อง จากโรงเรียนเป้าหมาย, ระดับ
มัธยมศึกษาสุ่มตัวอย่าง รวม 6 ห้อง, ระดับ
อาชีวศึกษาสุ่มตัวอย่างระดับ ปวช. รวม 3
ห้อง

6) แต่ละห้องขอความร่วมมือกลุ่ม
ตัวอย่างทุกรายตอบแบบสอบถาม

3. เครื่องมือและการรวบรวมข้อมูล

ตัวแปรสำคัญในการศึกษานี้
ประกอบด้วย โดย

1) ช่วงเวลาที่ใช้สารเสพติดใน
การศึกษานี้แบ่งออกเป็น การใช้สารหมายถึง
การเคยมีประสบการณ์ใช้สารชนิดใดชนิด
หนึ่งในช่วงชีวิต และการใช้ในปัจจุบัน
หมายถึงการใช้สารภายใน 3 เดือน นับจาก
วันสำรวจ

2) ในการสำรวจนี้ทำการสำรวจ
สารเสพติดต่าง ๆ ดังนี้

2.1) กัญชา/ยางกัญชา/กัญชา
น้ำ

2.2) พืชกระท่อม / น้ำ ต้ม
กระท่อม

2.3) สารกดประสาท (ฝิ่น/
มอร์ฟีน/เฮโรอีน/โคเคน/ทรามาดอล/เมทา
โดน)

2.4) สารกระตุ้น (ยาบ้า/ไอซ์/
ยาอี/โคเคน)

2.5) สารหลอนประสาท (สาร
ระเหย/เคตามีน/เห็ดขี้ควาย)

2.6) ยาแก้ปวดประสาท

2.7) บุหรี่/บุหรี่ไฟฟ้า

2.8) เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็น
แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็น
แบบสอบถามชนิดตอบเอง ผ่านการพิจารณา
ของผู้เชี่ยวชาญในเครือข่ายพัฒนาวิชาการ
และข้อมูลสารสนเทศ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
จำนวน 4 ท่าน ได้ค่า CVI 0.94 จัดทำ
Cognitive test กับเยาวชนในชุมชน 26 คน
และหาค่าความเชื่อมั่นกับเยาวชนในชุมชน
จำนวน 104 คน ได้ค่า 4 weeks Test-retest
Reliability 0.96 ค่าความคงที่ภายใน 0.92

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการ
ในช่วงเดือน มิถุนายน-กรกฎาคม 2565 ดังนี้

1) คณะผู้วิจัยทำหนังสือขอคำ
ยินยอมจากผู้ปกครอง เมื่อผู้ปกครองยินยอม
แล้วจึงดำเนินการในขั้นต่อไป

2) คณะผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัยและขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่าง ตอบแบบสอบถาม ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีอิสระ ในการตอบ/ไม่ตอบคำถามในแต่ละข้อได้

3) กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอม คณะผู้วิจัยให้ทำแบบสอบถามใน iPad ของ ทีมวิจัยโดยส่งคืน iPad เมื่อทำเสร็จ

4. การจัดการและวิเคราะห์ข้อมูล ดำเนินการดังนี้

1) แก้ไขปรับปรุงฐานข้อมูลให้ เหมาะสม

2) ปรับปรุงคุณภาพข้อมูล ทำการ ตรวจสอบค่านอกช่วง ค่าสูงต่ำกว่าปกติ ข้อมูลสูญหาย และแก้ไขปรับปรุงให้ เหมาะสม

3) การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติ พรรณนา ช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95 และไคสแควร์

5. จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรอง จริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการบริหาร เครือข่ายองค์การวิชาการสารเสพติด เลขที่ ACSAN 007

ผลการศึกษา (Results)

เยาวชนกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.2 (ร้อยละ 1.3 ระบุว่าตนเองเป็น เพศทางเลือก) อายุเฉลี่ย 14.7 (ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน 2.52, ค่ามัธยฐาน 16, ค่าพิสัย ควอดไทล์ 4)

เยาวชนไทย ซึ่งรายงานว่ามี ประสบการณ์ “เคยใช้สารเสพติดชนิดใดชนิด หนึ่ง” ซึ่งเป็นผู้ใช้สารเสพติดสะสมคิดเป็น ร้อยละ 16.55 ของประชากรอายุ 10-18 ปี โดยมีค่าช่วงเชื่อมั่น 95% ระหว่าง 15.48%- 17.62% โดยร้อยละ 13.07 ยังใช้สารเสพติด ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา (ช่วงเชื่อมั่น 95% ระหว่าง 12.10%-14.04)

สารเสพติดที่เยาวชนเคยใช้มากที่สุด คือ กระต่อมโดยเฉพาะน้ำต้มกระต่อมคิดเป็น ร้อยละ 6.94 รองลงมาเป็นสารกล่อมประสาท เช่น ไฟว์ไฟว์ (Erimin 5) ไดอาซีแพม ฯลฯ คิด เป็นร้อยละ 6.22 กัญชาโดยเฉพาะกัญชาแห้ง ร้อยละ 6.13 และสารกระตุ้นโดยเฉพาะยาบ้า ไอซ์ และยาอี ร้อยละ 4.50 สารกดประสาท โดยเฉพาะทรามาดอลและโคเดอีน ร้อยละ 2.66 และสารหลอนประสาท (สารระเหย และเคตามีน) ร้อยละ 2.31 ส่วนสารเสพติดที่ ใช้ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา มากที่สุด คือ กระต่อม รองลงมาเป็นกัญชา สารกล่อม ประสาท สารกระตุ้น สารกดประสาทและสาร หลอนประสาทตามลำดับ (ตารางที่ 1) โดยมีความแตกต่างระหว่างเพศและกลุ่มอายุอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0001$)

เยาวชนร้อยละ 2.40 ที่เคยใช้สารเสพติดมากกว่า 1 ชนิด (สารผสม) ในคราว เดียวกัน โดยร้อยละ 1.67 ยังคงใช้สารผสม ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา เป็นที่น่าสังเกตว่า เยาวชนร้อยละ 9.39 เคยใช้สารเสพติด ร่วมกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (เคยใช้สาร

กระตุ้นและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 2.36) ร้อยละ 6.04 เคยใช้สารเสพติดร่วมกับ การสูบบุหรี่หรือบุหรี่ไฟฟ้า โดย ร้อยละ 5.27

เคยใช้สารเสพติดร่วมกับเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ไฟฟ้า

ตารางที่ 1 สัดส่วนเยาวชนที่ใช้สารเสพติด

อายุ 10-18 ปี	เคยใช้		ใช้ใน 3 เดือนที่ผ่านมา	
ชนิดสารเสพติดที่ใช้	ร้อยละ	ช่วงเชื่อมั่น	ร้อยละ	ช่วงเชื่อมั่น
		ร้อยละ 95		ร้อยละ 95
กัญชา	6.13%****	(5.44, 6.82)	4.2%***	(3.62, 4.78)
กระท่อม	6.94%****	(6.21, 7.67)	5.96%****	(5.28, 6.64)
สารกระตุ้น (ยาบ้า/ไอซ์/ยาอี)	4.5%****	(3.91, 5.09)	3.34%****	(2.82, 3.86)
สารกดประสาท (โคเคน/ทรามาดอล)	2.66%*	(2.20, 3.12)	1.5%****	(1.15, 1.85)
สารหลอนประสาท (เคตามีน/สารระเหย)	2.31%****	(1.88, 2.74)	1.41%***	(1.07, 1.75)
สารกล่อมประสาท	6.22%****	(5.53, 6.91)	3.73%***	(3.19, 4.27)
สารผสม	2.40%	(1.96, 2.84)	1.67%	(1.30, 2.04)
สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่ง	16.55%****	(15.48, 17.62)	13.07%****	(12.10, 14.04)
แอลกอฮอล์	28.08%****	(26.79, 29.37)	21.77%****	(20.59, 22.95)
สารเสพติดและแอลกอฮอล์	9.39%****	(8.55, 10.23)	6.39%****	(5.69, 7.09)
บุหรี่/บุหรี่ไฟฟ้า	10.5%****	(9.62, 11.38)	6.00%****	(5.32, 6.68)
สารเสพติดและบุหรี่ไฟฟ้า	6.04%****	(5.36, 6.72)	3.34%****	(2.82, 3.86)
สารเสพติด, แอลกอฮอล์และบุหรี่ไฟฟ้า	5.27%****	(4.63, 5.91)	3.04%****	(2.55, 3.53)

หมายเหตุ: เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มอายุพบนัยสำคัญทางสถิติ

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001, ****p<0.0001

เมื่อจำแนกกลุ่มอายุ ออกเป็น กลุ่มอายุ 10-12 ปี (เยาวชนที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้น ประถมปลาย) กลุ่มอายุ 13-15 ปี (เยาวชนที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมต้น) และ 16-18 ปี (เยาวชนที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมปลาย และอาชีวศึกษาตอนต้น) พบนัยสำคัญทาง

สถิติ (ตารางที่ 1) และเมื่อทำการเปรียบเทียบ เพศในแต่ละกลุ่มอายุแล้วได้ผลดังนี้

เยาวชนกลุ่มอายุ 10-12 ปี ซึ่งรายงานว่ามีประสบการณ์ “เคยใช้สารเสพติดชนิดใด ชนิดหนึ่ง” คิดเป็นร้อยละ 7.57 (เพศชาย เคยใช้ร้อยละ 11.72 และเพศหญิงเคยใช้

ร้อยละ 3.24) โดยร้อยละ 5.81 ยังใช้สารเสพติดในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา (เพศชาย ร้อยละ 8.97 และเพศหญิงร้อยละ 2.52)

กัญชาเป็นสารเสพติดที่เยาวชนกลุ่มอายุ 10-12 ปี นิยมใช้มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 3.17 รองลงมาเป็นสารกล่อมประสาท สารกระตุ้น กระเทียม และสารกดประสาท ตามลำดับ ส่วนสารเสพติดที่ใช้ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมามากที่สุด คือ กัญชา รองลงมาเป็น สารกล่อมประสาท สารกระตุ้น กระเทียม สารกดประสาทและสารหลอนประสาท ตามลำดับ เมื่อจำแนกตามเพศแล้ว พบว่าเพศชาย เคยใช้สารกล่อมประสาทมากที่สุด ร้อยละ 4.48 รองลงมาเป็นกัญชาและสารกระตุ้นร้อยละ 4.14 เท่ากัน สารกดประสาทร้อยละ 3.45 กระเทียมร้อยละ 2.07 และสารหลอนประสาทร้อยละ 1.03 สารเสพติดที่ใช้ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมามากที่สุด คือ สารกล่อมประสาทร้อยละ 3.45 รองลงมาเป็น

กัญชาและสารกระตุ้นร้อยละ 2.76 เท่ากัน ส่วนเพศหญิง เคยใช้กัญชาร้อยละ 2.16 และกระเทียมร้อยละ 1.80 ส่วนสารอื่น ๆ ยังไม่เคยใช้ โดย 3 เดือนที่ผ่านมา ยังรายงานว่าใช้กัญชาร้อยละ 1.80 และกระเทียมร้อยละ 1.44 (ตารางที่ 2)

เยาวชนกลุ่มอายุ 10-12 ปี ร้อยละ 1.76 ที่เคยใช้สารเสพติดมากกว่า 1 ชนิด (สารผสม) ในคราวเดียวกัน เป็นเพศชายทั้งหมด และยังคงใช้สารผสมในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 1.06 โดยเยาวชนร้อยละ 3.52 เคยใช้สารเสพติดร่วมกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 1.06 เคยใช้สารเสพติดร่วมกับการสูบบุหรี่หรือบุหรี่ไฟฟ้า โดยร้อยละ 0.70 เคยใช้สารเสพติดร่วมกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ไฟฟ้า เป็นที่น่าสังเกตว่าเพศหญิงอายุ 10-12 ปี เริ่มดื่มแอลกอฮอล์และใช้บุหรี่ไฟฟ้าแล้วในช่วงอายุนี้นี้ และยังคงรายงานว่าใช้ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา

ตารางที่ 2 สัดส่วนเยาวชนอายุ 10-12 ปีที่ใช้สารเสพติด

อายุ 10-12 ปี	เคยใช้			ใช้ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา		
	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
กัญชา	4.14%	2.16%	3.17%	2.76%	1.80%	2.29%
กระเทียม	2.07%	1.80%	1.94%	1.38%	1.44%	1.41%
สารกระตุ้น (ยาบ้า/ไอซ์/ยาอี)	4.14%	0.00%	2.11%	2.76%	0.00%	1.41%
สารกดประสาท (โคเคอิน/ทรามาดอล)	3.45%	0.00%	1.76%	0.69%	0.00%	0.35%
สารหลอนประสาท (เคตามีน/สารระเหย)	1.03%	0.00%	0.53%	0.34%	0.00%	0.18%
สารกล่อมประสาท	4.48%	0.00%	2.29%	3.45%	0.00%	1.76%
สารผสม	3.45%	0.00%	1.76%	2.07%	0.00%	1.06%
สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่ง	11.72%	3.24%	7.57%	8.97%	2.52%	5.81%

ตารางที่ 2 สัดส่วนเยาวชนอายุ 10-12 ปีที่ใช้สารเสพติด (ต่อ)

อายุ 10-12 ปี	เคยใช้			ใช้ใน 3 เดือนที่ผ่านมา		
ชนิดสารเสพติด	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
แอลกอฮอล์	15.17%	6.47%	10.92%	11.03%	4.32%	7.75%
สารเสพติดและแอลกอฮอล์	5.52%	1.44%	3.52%	3.45%	1.44%	2.46%
บุหรี่/บุหรี่ไฟฟ้า	3.45%	3.24%	3.35%	2.41%	2.16%	2.29%
สารเสพติดและบุหรี่ไฟฟ้า	2.07%	0.00%	1.06%	1.72%	0.00%	0.88%
สารเสพติด, แอลกอฮอล์และบุหรี่ไฟฟ้า	1.38%	0.00%	0.70%	1.03%	0.00%	0.53%

เยาวชนกลุ่มอายุ 13-15 ปี ซึ่งรายงานว่ามีประสบการณ์ “เคยใช้สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่ง” คิดเป็นร้อยละ 16.70 (เพศชายเคยใช้ร้อยละ 20.36 และเพศหญิงเคยใช้ร้อยละ 13.83) โดยร้อยละ 13.29 ยังใช้สารเสพติดในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา (เพศชายร้อยละ 16.29 และเพศหญิง ร้อยละ 12.06)

กระท่อมเป็นสารเสพติดที่เยาวชนกลุ่มอายุ 13-15 ปี นิยมใช้มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 8 สารก่ดประสาทและกัญชามีมากกว่าร้อยละ 5 และสารกระตุ้นมากกว่าร้อยละ 4 ส่วนสารอื่น ๆ มากกว่าร้อยละ 2 โดยสารเสพติดที่ใช้ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา มากที่สุดคือกระท่อม รองลงมาเป็นกัญชา สารก่ดประสาท และสารกระตุ้น สารก่ดประสาทและสารหลอนประสาทตามลำดับ เมื่อจำแนกตามเพศแล้วพบว่าเพศชาย เคยใช้กระท่อมมากที่สุดมากกว่าร้อยละ 9 สารก่ดประสาทและกัญชามากกว่าร้อยละ 6 รองลงมาเป็น สารกระตุ้น สารก่ดประสาท และสารหลอนประสาท ตามลำดับ สารเสพติดที่ใช้ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา มากที่สุด

ยังคงเป็นกระท่อมมากกว่าร้อยละ 7 กัญชา ร้อยละ 5 สารก่ดประสาท และสารกระตุ้นมากกว่าร้อยละ 4 ส่วนเพศหญิง เคยใช้กระท่อมมากกว่าร้อยละ 7 สารก่ดประสาทและกัญชามากกว่าร้อยละ 4 สารกระตุ้นมากกว่าร้อยละ 3 ส่วน สารอื่น ๆ มากกว่าร้อยละ 1 โดย 3 เดือนที่ผ่านมา ยังรายงานว่าใช้กระท่อมมากกว่าร้อยละ 6 กัญชาและสารก่ดประสาทมากกว่าร้อยละ 3 และสารกระตุ้นร้อยละ 2.8 (ตารางที่ 3)

เยาวชนกลุ่มอายุ 13-15 ปี ร้อยละ 2 ที่เคยใช้สารเสพติดมากกว่า 1 ชนิด (สารผสม) ในคราวเดียวกัน เป็นเพศชายร้อยละ 3.6 เพศหญิงต่ำกว่าร้อยละ 1 และยังคงใช้สารผสมในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 1.6 โดยเยาวชนกว่าร้อยละ 8 เคยใช้สารเสพติดร่วมกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 5 เคยใช้สารเสพติดร่วมกับการสูบบุหรี่หรือบุหรี่ไฟฟ้า โดยร้อยละ 5 เคยใช้สารเสพติดร่วมกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ไฟฟ้า เป็นที่น่าสังเกตว่าเพศชาย 1 ใน 3 เพศหญิงมากกว่า 1 ใน 5 เคยดื่มแอลกอฮอล์โดยเพศ

หญิงมีสัดส่วนเคยใช้สารเสพติดร่วมกับ
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าเพศชาย ซึ่ง
เพศชายมากกว่าร้อยละ 10 เคยใช้บุหรี่ไฟฟ้า/
บุหรืแล้ว โดยสัดส่วนผู้เคยใช้สารเสพติด
ร่วมกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรื

ไฟฟ้าในชายและหญิงไม่ต่างกัน ส่วนในช่วง
3 เดือนที่ผ่านมา สัดส่วนเพศหญิงใช้สาร
เสพติดร่วมกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการ
สูบบุหรืไฟฟ้ามากกว่าเพศชาย

ตารางที่ 3 สัดส่วนเยาวชนอายุ 13-15 ปีที่ใช้สารเสพติด

อายุ 13-15 ปี	เคยใช้			ใช้ใน 3 เดือนที่ผ่านมา		
ชนิดสารเสพติด	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
กัญชา	6.33%	4.26%	5.17%	4.98%	3.19%	3.98%
กระท่อม	9.05%	7.09%	7.95%	7.24%	6.03%	6.56%
สารกระตุ้น (ยาบ้า/ไอซ์/ยาอี)	4.98%	3.55%	4.17%	4.07%	2.84%	3.38%
สารกดประสาท (โคเคอิน/ทรามาดอล)	3.62%	1.06%	2.19%	1.36%	0.35%	0.80%
สารหลอนประสาท (เคตามีน/สารระเหย)	3.62%	1.77%	2.58%	1.81%	1.42%	1.59%
สารกล่อมประสาท	6.79%	4.61%	5.57%	4.52%	3.19%	3.78%
สารผสม	3.62%	0.71%	1.99%	3.17%	0.35%	1.59%
สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่ง	20.36%	13.83%	16.70%	16.29%	12.06%	13.92%
แอลกอฮอล์	32.13%	22.34%	26.64%	23.98%	13.83%	18.29%
สารเสพติดและแอลกอฮอล์	8.14%	9.22%	8.75%	4.07%	5.67%	4.97%
บุหรื/บุหรืไฟฟ้า	10.86%	8.51%	9.54%	6.79%	5.32%	5.96%
สารเสพติดและบุหรืไฟฟ้า	4.98%	4.96%	4.97%	2.26%	3.55%	2.98%
สารเสพติด, แอลกอฮอล์และบุหรืไฟฟ้า	4.98%	4.96%	4.97%	2.26%	3.19%	2.78%

เยาวชนกลุ่มอายุ 16-18 ปี ซึ่งรายงาน
ว่ามีประสบการณ์ “เคยใช้สารเสพติดชนิดใด
ชนิดหนึ่ง” คิดเป็น 1 ใน 5 (เพศชายเคยใช้
ร้อยละ 25 และเพศหญิงเคยใช้ร้อยละ 15)
โดยร้อยละ 16 ยังใช้สารเสพติดในช่วง 3
เดือนที่ผ่านมา (เพศชายร้อยละ 19 และเพศ
หญิงมากกว่าร้อยละ 12)

กระท่อมและสารกล่อมประสาทเป็น
สารเสพติดที่เยาวชนกลุ่มอายุ 16-18 ปี นิยม

ใช้มากกว่าร้อยละ 8 รองลงมาเป็นกัญชา
ร้อยละ 7.8 สารกระตุ้นร้อยละ 5.7 สารกด
ประสาทและสารหลอนประสาทมีมากกว่า
ร้อยละ 3 โดยสารเสพติดที่ใช้ในช่วง 3 เดือน
ที่ผ่านมามากที่สุด คือ กระท่อม รองลงมา
เป็น กัญชา สารกล่อมประสาท และสาร
กระตุ้น สารกดประสาทและสารหลอน
ประสาทตามลำดับ เมื่อจำแนกตามเพศแล้ว
พบว่าเพศชาย เคยใช้กระท่อมและกัญชา

มากกว่าร้อยละ 10 สารกล่อมประสาท
มากกว่า ร้อยละ 9 สารกระตุ้นมากกว่า
ร้อยละ 7 สารกดประสาท และสารหลอน
ประสาทมากกว่าร้อยละ 3 สารเสพติดที่ใช้
ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมามากที่สุดยังคงเป็น
กระท่อมมากกว่าร้อยละ 8 กัญชามากกว่า
ร้อยละ 6 สารกล่อมประสาทและสารกระตุ้น
มากกว่าร้อยละ 5 ส่วนเพชฌัญญ์ เคยใช้
กระท่อมและสารกล่อมประสาทร้อยละ 7
กัญชามากกว่าร้อยละ 5 สารกระตุ้นมากกว่า
ร้อยละ 3 ส่วนสารอื่น ๆ มากกว่าร้อยละ 2
โดย 3 เดือนที่ผ่านมาอ้างรายงานว่าใช้
กระท่อมมากกว่าร้อยละ 7 กัญชาและสาร
กล่อมประสาทมากกว่าร้อยละ 3 และสาร
กระตุ้นร้อยละ 3 (ตารางที่ 4)

เยาวชนกลุ่มอายุ 16-18 ปี ร้อยละ 2.8
ที่เคยใช้สารเสพติดมากกว่า 1 ชนิด (สาร

ผสม) ในคราวเดียวกัน เป็นเพศชายร้อยละ
4.8 เพศหญิงร้อยละ 1 และยังคงใช้สารผสม
ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 2 เป็นที่น่า
สังเกตว่าเพศชายร้อยละ 40 เพศหญิง
มากกว่า 1 ใน 3 เคยดื่มแอลกอฮอล์ กว่า
ร้อยละ 10 เคยสูบบุหรี่/บุหรี่ไฟฟ้า โดย
เยาวชนกว่า 1 ใน 5 เคยใช้สารเสพติดร่วมกับ
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กว่าร้อยละ 8 เคยใช้
สารเสพติดร่วมกับการสูบบุหรี่หรือบุหรี่ไฟฟ้า
โดยร้อยละ 7.5 เคยใช้สารเสพติดร่วมกับ
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ไฟฟ้า
ส่วนในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ใช้สารเสพติด
ร่วมกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กว่าร้อยละ 8
กว่าร้อยละ 4 เคยใช้สารเสพติดร่วมกับการ
สูบบุหรี่หรือบุหรี่ไฟฟ้า โดยร้อยละ 4.3 เคยใช้
สารเสพติดร่วมกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และ
การสูบบุหรี่ไฟฟ้า

ตารางที่ 4 สัดส่วนเยาวชนอายุ 16-18 ปีที่ใช้สารเสพติด

อายุ 16-18 ปี ชนิดสารเสพติด	เคยใช้			ใช้ใน 3 เดือนที่ผ่านมา		
	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
กัญชา	10.05%	5.67%	7.84%	6.38%	3.94%	5.15%
กระท่อม	10.21%	7.40%	8.80%	8.29%	7.24%	7.77%
สารกระตุ้น (ยาบ้า/ไอซ์/ยาอี)	7.66%	3.78%	5.71%	5.42%	2.99%	4.20%
สารกดประสาท (โคเคอิน/ทรามาดอล)	3.67%	2.83%	3.25%	2.39%	2.20%	2.30%
สารหลอนประสาท (เคตามีน/สารระเหย)	3.67%	2.36%	3.01%	2.07%	1.73%	1.90%
สารกล่อมประสาท	9.57%	6.93%	8.24%	5.74%	3.46%	4.60%
สารผสม	4.78%	0.94%	2.85%	3.35%	0.63%	1.98%
สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่ง	25.68%	15.43%	20.52%	19.30%	12.76%	16.01%
แอลกอฮอล์	39.39%	33.39%	36.37%	33.49%	25.51%	29.48%
สารเสพติดและแอลกอฮอล์	16.43%	8.19%	12.28%	11.80%	5.67%	8.72%
บุหรี่/บุหรี่ไฟฟ้า	15.31%	12.91%	14.10%	8.45%	6.93%	7.69%

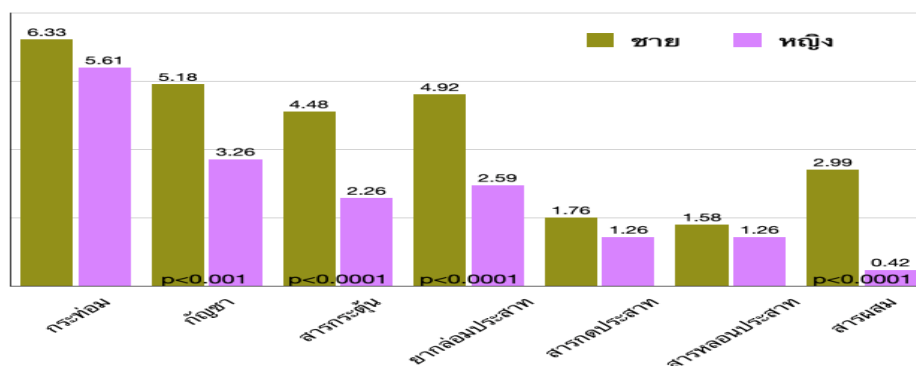
ตารางที่ 4 สัดส่วนเยาวชนอายุ 16-18 ปีที่ใช้สารเสพติด (ต่อ)

อายุ 16-18 ปี	เคยใช้			ใช้ใน 3 เดือนที่ผ่านมา		
ชนิดสารเสพติด	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
สารเสพติดและบุหรี่ไฟฟ้า	11.64%	5.83%	8.72%	6.06%	3.15%	4.60%
สารเสพติด, แอลกอฮอล์และบุหรี่ไฟฟ้า	10.69%	4.25%	7.45%	5.74%	2.83%	4.28%

พฤติกรรมกรรมการเสพติดที่ต้องเฝ้าระวัง คือ การเสพในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งพบว่า มีอยู่ร้อยละ 13 โดยใช้กระท่อมร้อยละ 6 (เพศชายร้อยละ 6.3 เพศหญิงร้อยละ 5.2) ัญชามากกว่าร้อยละ 4 (เพศชายร้อยละ 5.2 เพศหญิงร้อยละ 3.3 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ) สารกระตุ้นมากกว่าร้อยละ 3 (เพศชายร้อยละ 4.5 เพศหญิงร้อยละ 2.3 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ) และสารกล่อมประสาทมากกว่าร้อยละ 3 (เพศชายร้อยละ 4.9 เพศหญิงร้อยละ 2.6

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ) ส่วนสารกดประสาทและสารหลอนประสาทมีมากกว่าร้อยละ 1

เยาวชนใช้สารผสมในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 1.67 (เพศชายร้อยละ 3 เพศหญิงร้อยละ 0.4 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ) อนึ่ง มีเยาวชนที่ใช้สารกระตุ้นและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 1.54 โดยเฉพาะเพศชายมีอยู่ร้อยละ 2.64 ซึ่งเป็นความเสี่ยงต่อการเกิดอาการทางจิตและการใช้ความรุนแรง



ภาพที่ 1 ร้อยละของเยาวชนที่ใช้สารเสพติดในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาจำแนกตามเพศ

วิจารณ์ (Discussions)

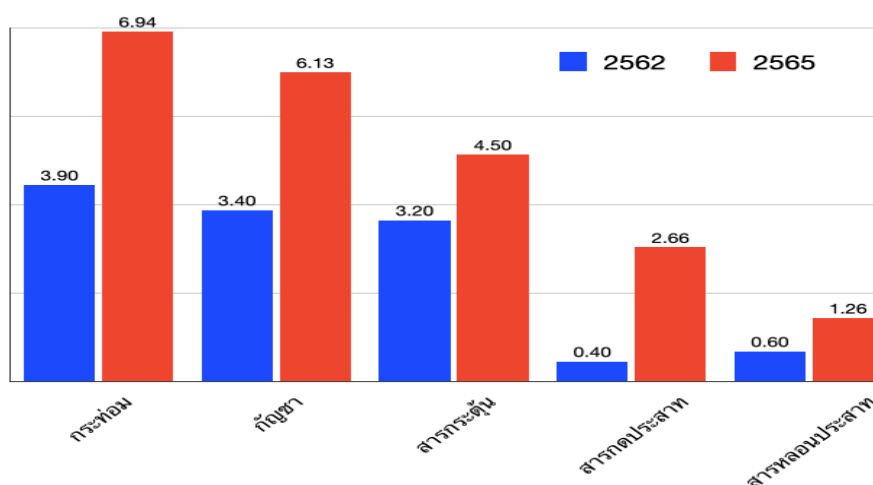
แม้ว่าขนาดตัวอย่างและกระบวนการสุ่มตัวอย่างโดยอาศัยความน่าจะเป็น

(probability sampling) ในการสำรวจ คำนี้ถึงความเป็นตัวแทน

(representativeness) และความเพียงพอต่ออำนาจทางสถิติ (statistical power) ในการวิเคราะห์ข้อมูล แต่ด้วยข้อจำกัดทางจริยธรรมในการวิจัย ที่ต้องคำนึงถึงความเป็นอิสระในการตอบคำถาม การมีเวลาเพียงพอ และความสนใจในการตอบคำถามทั้งแบบรายข้อหรือทั้งฉบับ ทำให้อาจพบความคลาดอยู่บ้าง อาทิ ในบางกลุ่มอายุอัตราการตอบกลับระหว่างเพศไม่เท่ากัน แต่พบว่าการตอบกลับสูงกว่าร้อยละ 90 ในทุกกลุ่มอายุ ทั้งสองเพศ ทำให้ผลการศึกษามีความคลาดเคลื่อนต่ำ

ในการสำรวจนี้ เยาวชนไทย (10-18 ปี) รายงานว่ามีประสบการณ์ “เคยใช้สารเสพติด

ชนิดใดชนิดหนึ่ง” ร้อยละ 16.6 โดยเพศชายเคยใช้ร้อยละ 21.1 เพศหญิงเคยใช้ร้อยละ 12.2 ซึ่งสูงกว่าการสำรวจครัวเรือนครั้งล่าสุดในปี พ.ศ. 2562 กว่าเท่าตัว ในปี พ.ศ. 2562 ผลการสำรวจพบว่าประชากรไทย (อายุ 12-65 ปี) เคยใช้สารเสพติดร้อยละ 7.5 โดยเพศชายเคยใช้ร้อยละ 10.9 เพศหญิงเคยใช้ร้อยละ 4.1 (มานพ คณะโต และคณะ, 2562) และเมื่อจำแนกด้วยอายุแล้วพบว่า สัดส่วนของเยาวชนที่เคยใช้สารเสพติดในปี พ.ศ. 2565 สูงกว่าสัดส่วนในปี พ.ศ. 2562 ในทุกตัวยา (ภาพที่ 2) อย่างไรก็ตามข้อมูลในปี พ.ศ. 2562 เป็นกลุ่มอายุ 12-65 ปี



ภาพที่ 2 ร้อยละของผู้ที่ใช้สารเสพติดชนิดต่าง ๆ เปรียบเทียบปี พ.ศ. 2562 และ 2565

ประเทศไทยบังคับใช้ พ.ร.บ. ยาเสพติดให้โทษ ฉบับที่ 8 พ.ศ. 2564 ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด (รวมกฎหมาย 29 ฉบับ)

ปลดล็อก “พืชกระท่อม” ออกจากบัญชียาเสพติด ประเภทที่ 5 และประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องระบุชื่อยาเสพติดให้โทษใน

ประเภท 5 พ.ศ. 2565 กำหนดให้เหลือเฉพาะ สารสกัดจากทุกส่วนของกัญชาและกัญชงที่มี THC เกินกว่าร้อยละ 0.2 โดยน้ำหนักเท่านั้น ที่ถือว่าเป็นยาเสพติดให้โทษ

การเปลี่ยนแปลงทางนโยบายเกี่ยวกับ กัญชาทางการแพทย์ทำให้มีผู้ใช้กัญชามาก ขึ้นกว่า 10 เท่าในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา (ใช้ ในรอบ 30 วัน) เปรียบเทียบปี พ.ศ. 2559 และ 2562¹⁴ และเมื่อกัญชาถูกถอดออกจากบัญชี ยาเสพติดให้โทษในปี พ.ศ. 2565 เยาวชน อายุไม่เกิน 18 ปี ใช้กัญชาในรอบ 3 เดือน ที่ ผ่านมาเพิ่มขึ้นร้อยละ 60 และยังพบอีกว่า ความรู้เท่าทันกัญชาลดลง 1 เท่าตัว¹⁰

กลุ่มที่ควรเฝ้าระวัง คือ กลุ่มที่ใช้ยาเสพติด ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งมีอยู่ถึงร้อยละ 13 ที่ใช้สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่ง โดยใช้ กัญชา (ร้อยละ 4.2) กระเทียม (ร้อยละ 6) สาร กระตุ่น (ร้อยละ 3.3) และสารกล่อมประสาท (ร้อยละ 3.7) เมื่อเปรียบเทียบจำนวนผู้เสพ ยาเสพติดในช่วงที่ผ่านมาจากการศึกษา ประเมินการพบว่า จำนวนผู้ใช้ยาเสพติด เพิ่มขึ้น ในทุกตัวยา โดยเฉพาะไอซ์ เพิ่มขึ้นกว่า 160 เท่าในช่วง 12 ปีที่ผ่านมา รองลงมาเป็นเคตาไมน์ และเฮโรอีน ตัวยาที่ เปลี่ยนแปลงน้อย คือ สารระเหย และพืช กระเทียม สำหรับน้ำต้มกระเทียมเพิ่มขึ้นกว่า 10 เท่า เช่นเดียวกับยาเสพติดชนิดอื่น ๆ ที่ เพิ่มขึ้น 10-15 เท่า¹⁵⁻¹⁷

การศึกษาวิจัยพบว่า การเปลี่ยนแปลง ทางนโยบายทำให้กัญชาแพร่ระบาดใน

เยาวชนเพิ่มมากขึ้น การศึกษานี้พบเยาวชน ใช้กัญชาในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 4.2 สูงกว่าอัตราการใช้กัญชาก่อนปลดล็อก กัญชา (ปีพ.ศ. 2559) ร้อยละ 2.3 ซึ่งเป็น พฤติกรรมการใช้กัญชา 3 เดือนที่ผ่านมา ก่อน วันสำรวจ¹³ รายงานการสำรวจครัวเรือนทั่ว ประเทศ คนไทยกลุ่มอายุ 12-19 ปี ที่ใช้ กัญชาในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 0.12 ส่วนการใช้ในช่วงเดือนที่ผ่านมาคิดเป็น ร้อยละ 0.08¹⁴

ข้อค้นพบจากการศึกษานี้ สอดคล้อง กับการศึกษาสถานการณ์กัญชาหลังการ ปรับปรุงกฎหมาย ซึ่งทำการเปรียบเทียบคน ในรุ่นราวคราวเดียวกัน (Bierth Cohort) แบบ ติดตามระยะเวลา โดยทำการเปรียบเทียบ สัดส่วน การใช้ กัญชา ในคน 3 รุ่น (ประถมศึกษาตอนปลาย มัธยมศึกษา ตอนต้น และมัธยมศึกษาตอนปลาย/อาชีวศ ึกษาตอนต้น) ใน 3 ช่วงเวลา (ช่วงกัญชา เป็นยาเสพติดผิดกฎหมาย ช่วงกัญชาทาง การแพทย์ ช่วงกัญชาถูกกฎหมาย) กลุ่มคน ในรุ่นประถมศึกษาตอนปลาย (กลุ่มอายุ 10-12 ปี) มีสัดส่วนการใช้กัญชาในช่วง 3 เดือน ที่ ผ่านมา ร้อยละ 1.15 ในช่วงที่กัญชาผิด กฎหมาย เมื่อรัฐบาลประกาศให้ใช้กัญชาทาง การแพทย์ทำให้อัตราการใช้กัญชาในคนกลุ่ม นี้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 1.94 หลังมีการปรับ กฎหมายทำให้กัญชาถูกกฎหมายทำให้อัตรา การใช้กัญชาเพิ่มขึ้น 2.5 เท่าจากช่วงกัญชา ทางการแพทย์เป็นร้อยละ 5.01 หรือเพิ่มขึ้น

4.4 เท่าจากช่วงกัญชาผิดกฎหมาย แบบแผนนี้คล้ายกับกลุ่มคนในรุ่นมัธยมศึกษาตอนปลาย/อาชีวศึกษาตอนต้น (ปวช.) (กลุ่มอายุ 16-18 ปี) ซึ่งมีสัดส่วนการใช้กัญชาในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 2.92 ในช่วงที่กัญชาผิดกฎหมาย เมื่อรัฐบาลประกาศให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ทำให้อัตราการใช้กัญชาในคนกลุ่มนี้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 4.01 แต่เมื่อรัฐบาลทำให้กัญชาถูกกฎหมายทำให้อัตราการใช้กัญชาเพิ่มขึ้น 2 เท่า จากช่วงกัญชาทางการแพทย์เป็นร้อยละ 2.96 หรือเพิ่มขึ้น 2.7 เท่า จากช่วงกัญชาผิดกฎหมาย แต่คนในรุ่นมัธยมศึกษาตอนต้น (กลุ่มอายุ 13-15 ปี) ซึ่งมีสัดส่วนการใช้กัญชาในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 1.17 ในช่วงที่กัญชาผิดกฎหมาย เมื่อรัฐบาลประกาศให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ทำให้อัตราการใช้กัญชาในคนกลุ่มนี้เพิ่มขึ้น 2.6 เท่า เป็นร้อยละ 3.05 และเมื่อรัฐบาลทำให้กัญชา ถูกกฎหมายทำให้อัตราการใช้กัญชาเพิ่มขึ้นกว่า 2 เท่า จากช่วงกัญชาทางการแพทย์เป็นร้อยละ 6.45 หรือเพิ่มขึ้น 5.5 เท่าจากช่วงกัญชาผิดกฎหมาย¹⁰

ข้อยุติ (Conclusions)

เยาวชนไทย ซึ่งรายงานว่า มีประสบการณ์ “เคยใช้สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่ง” คิดเป็นร้อยละ 16.55 ของประชากรอายุ 10-18 ปี โดยร้อยละ 13.07 ยังใช้สารเสพติดในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา

สารเสพติดที่เยาวชนเคยใช้มากที่สุด คือ กระท่อม โดยเฉพาะน้ำต้มกระท่อม รองลงมาเป็นสารกล่อมประสาท กัญชา โดยเฉพาะกัญชาแห้ง สารกระตุ้นโดยเฉพาะยาบ้า สารกดประสาทโดยเฉพาะทรามาดอล และโคโคئين และสารหลอนประสาท ส่วนสารเสพติดที่ใช้ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา มากที่สุด คือ กระท่อม รองลงมาเป็น กัญชา สารกล่อมประสาท สารกระตุ้น สารกดประสาทและสารหลอนประสาทตามลำดับ โดยมีความแตกต่างระหว่างเพศและกลุ่มอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบพฤติกรรมการใช้สารเสพติดมากกว่า 1 ชนิด (สารผสม) ในคราวเดียวกัน ใช้สารเสพติดร่วมกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ใช้สารเสพติดร่วมกับบุหรี่ไฟฟ้า และใช้สารเสพติดร่วมกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ไฟฟ้า

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

อายุของเยาวชนที่ใช้สารเสพติดครั้งแรกมีแนวโน้มลดลง สะท้อนถึงมาตรการป้องกันไม่เพียงพอ รัฐควรกำหนดมาตรการให้มีประสิทธิผลมากขึ้น

รัฐบาลควรเข้มงวดกับการให้ข้อมูลข่าวสารเกินจริงทางสื่อสังคมออนไลน์และจำกัดการเข้าถึงสารเสพติดของเยาวชน

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

การแก้ไขนโยบายกัญชาในต่างประเทศนำไปสู่การพัฒนาสายพันธุ์เพื่อตอบสนอง

การใช้กัญชาเพื่อนันทนาการ การศึกษานี้พบว่าการเปลี่ยนแปลงนโยบายกัญชาและ

กระท่อมในประเทศไทยทำให้เยาวชนไทยใช้สารเสพติดเพิ่มมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง (References)

1. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) **World drug report 2019**. Vienna: United Nations publication; 2019.
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. Department of Fine Arts. The “Tra Sam Duang” Laws. Bangkok: Veteran printing house; 1978. [in Thai].
5. Kanato M, Leyatikul P, Wonguppa R. Impacts of Medical Cannabis Law in Thailand. **ONCB Journal** 2020; 36(2): 27-36.
6. Poshyachinda V. **Heroin in Thailand. in the 4th Anniversary of the Office of the Narcotics Control Board**. Bangkok: Office of the Prime Minister; 1980; 56–87.
7. Poshyachinda V, Srisurapanont M, Perngparn U. Amphetamine type stimulants epidemic in Thailand: a country profile. In WHO meeting on amphetamine, MDMA, and other psycho stimulants phase II. Bangkok, Thailand; 1999. 22-26.
8. Poshyachinda V, Phittayanon P, Simasatitkul V, Perngparn U. **Stimulant use, abuse, and dependence in Thailand**. Alcohol and drugs perspectives, prevention and Control-Asia Pacific region. Sri Lanka: Alcohol and Drug Information Centre; 1998. 77-106.
9. Wonguppa R, Kanato M. The prevalence and associated factors of new psychoactive substance use: A 2016 Thailand national household survey. **Addict Behav Rep** 2018; 7: 111-115.
10. Kanato M, Leyatikul P, Wonguppa R. Cannabis Situation among the Thai Youth after Law Amendment. **ONCB Journal** 2022; 36(2): 27-36.
11. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). **World drug report**

2022. Vienna: United Nations publication; 2022.
12. Kanato M, Sarasiri R, Leyatikul P. (Eds.) **ASEAN DRUG MONITORING REPORT 2021**. Bangkok: ASEAN Narcotics Cooperation Center; 2022.
13. Kanato M, Leyatikul P. Size Estimation of Substances Users Population in Thailand 2019. **ONCB Journal** 2020; 36(2): 37-48.
14. Kanato M, Thaikla K, Assanangkornchai S, Areesantichai C, Charornrat S, Leyatikul P, et al. **Report on Size Estimation of Substances Users in Thailand 2019**. Bangkok: Charunsanitwong printing house; 2019. [in Thai].
15. Administrative Committee of Substances Abuse Academic Network. **Report on Size Estimation of Substances Users in Thailand 2007**. Bangkok: Administrative Committee of Substances abuses Academic Network; 2007. [in Thai].
16. Administrative Committee of Substances Abuse Academic Network. **Report on Size Estimation of Substances Users in Thailand 2011**. Bangkok: Administrative Committee of Substances abuses Academic Network; 2011. [in Thai].
17. Kanato M, Thaikla K, Assanangkornchai S, Areesantichai C, Charornrat S, Leyatikul P, et al. **Report on Size Estimation of Substances Users in Thailand 2016**. Bangkok: Charunsanitwong printing house; 2016. [in Thai].

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะลองโควิดในมารดาหลังคลอด ที่ติดเชื้อโควิด-19

พุทธชาด แก้วยา*, นฏกร อิตุพร*, จิราภรณ์ นันทชัย*,
ภีระวรรณ จิตร์อรุณ**, ธิรวัฒน์ มะโนวรรณ**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะลองโควิดในมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อโควิด -19 ที่มาคลอดในโรงพยาบาลแม่ข่าย จังหวัดเชียงใหม่ ในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 - กันยายน พ.ศ. 2565 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 ราย ใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและอาการแสดงระยะยาวของการติดเชื้อโควิด -19 ของกรมการแพทย์วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติไคสแควร์ และสถิติถดถอยแบบโลจิสติก

ผลการวิจัยพบว่า ความชุกของภาวะลองโควิดในมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อโควิด -19 ร้อยละ 42.0 ส่วนใหญ่พบอาการในระบบทางเดินหายใจ และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั่วไป ลดลง ร้อยละ 61.7 และอาการทั่วไป (อาการอ่อนเพลีย ไข้ นานาสัน) ร้อยละ 48.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะลองโควิดภายหลังการรักษาหายมากกว่า 4 สัปดาห์ขึ้นไป ได้แก่ ระดับความรุนแรงของการติดเชื้อโควิด -19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

คำสำคัญ: ภาวะลองโควิด; มารดาหลังคลอด; ความชุก

*คณะพยาบาลศาสตร์วิทยาลัยเชียงราย

**โรงพยาบาลแม่ข่าย จังหวัดเชียงใหม่

Corresponding author: Natakorn I-Tuporn. E-mail: natakorn.ituporn@crc.ac.th

Received 05/01/2024

Revised 09/02/2024

Accepted 12/03/2024

PREVALENCE AND FACTORS ASSOCIATED WITH POST-ACUTE COVID SYNDROME (LONG COVID) IN MATERNAL-INFECTED COVID-19

Puttachard Kaewya, Natakorn I-Tuporn*, Jiraporn Nunchai*,
Peerawan Jitareroon**, Teerawat Manowan***

ABSTRACT

This descriptive correlation research aimed to study the prevalence and factors associated with post-acute COVID syndrome (long COVID) in maternal-infected COVID-19 who came into labor at Mae Ai Hospital Chiang Mai Province during October 2021-September 2022. The sample group of 60 cases was used by using purposive sampling. Data were collected using a long-term signs and symptoms questionnaire of COVID-19 infection by the Department of Medical Services. Data were analyzed by descriptive statistics, Chi-square, and binary logistic regression.

The research results found that the prevalence of long COVID in maternal infected COVID-19 was 42.0%, most of the symptoms were found in the respiratory system and general health quality of life decreased to 61.7% and general symptoms (fatigue, fever, shivering) 48.3%. Factors associated with long COVID after more than 4 weeks of recovery include the severity of infected COVID-19 with statistical significance ($P < .01$)

Keywords: Long COVID; Postpartum mothers; Prevalence

* Faculty of Nursing, Chiang Rai College

** Mae Ai Hospital, Chiang Rai province

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

การติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 (Coronavirus disease 2019) หรือ โควิด-19 (COVID-19) คือ โรคติดต่อซึ่งเกิดจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา โดยเริ่มมีการระบาดในเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน เมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 และมีการระบาดเป็นบริเวณกว้างทั่วโลก ด้วยจำนวนผู้ติดเชื้อมากกว่า 240 ล้านคน และเสียชีวิตกว่า 4.9 ล้านคนทั่วโลก¹ ที่เริ่มพบการระบาดของโรคดังกล่าวตั้งแต่วันที่เริ่มพบการระบาดของโรคดังกล่าวตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2563 จนถึงปัจจุบัน พบจำนวนผู้ติดเชื้อ 1.82 ล้านคน และเสียชีวิต 19,500 คน และพบสตรีมีครรภ์ติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 1,801 ราย เสียชีวิต 31 ราย² การแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 ส่งผลกระทบทั้งทางด้านสุขภาพเศรษฐกิจและสังคมแก่หลายประเทศรวมทั้งประเทศไทย แม้ว่าประเทศไทยได้ประกาศให้วันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 โรคโควิด-19 เป็นโรคประจำถิ่นและมีการผ่อนปรนข้อกำหนดมาตรการในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคแล้ว หากแต่ในด้านสุขภาพโรคโควิด-19 นับเป็นโรคที่ส่งผลกระทบทั้งระยะสั้นและระยะยาว โดยอาการของโรคมีตั้งแต่ไม่มีอาการ อาการเหมือนไข้หวัด ไอ เจ็บคอ ล้นไม่รับรส จมูกไม่ได้กลิ่น จนถึงอาการรุนแรงติดเชื้อในปอด ระบบทางเดินหายใจล้มเหลว และอาจถึงขั้นเสียชีวิต สามารถแบ่งระดับความรุนแรงของโรคได้เป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มไม่มีอาการ

อาการเล็กน้อย อาการปานกลาง และอาการรุนแรง² ทั้งนี้หลังการติดเชื้ออาจเกิดอาการต่อเนื่อง หรือเกิดอาการใหม่ภายหลังการรักษาซึ่งเรียกว่าภาวะลองโควิด ซึ่งเป็นผลจากการติดเชื้อโคโรนาเอง และอาจเกิดการติดเชื้อแบคทีเรียซ้ำซ้อน หลังจากได้รับยาภูมิคุ้มกันเป็นเวลานาน ความเครียดทั้งทางด้านร่างกายจิตใจที่ต้องเผชิญระหว่างเจ็บป่วย ภาวะลองโควิดพบร้อยละ 64.87 ของผู้ป่วยโควิด-19³ และในมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อโควิด-19 พบภาวะลองโควิดร้อยละ 17.44⁴

องค์การอนามัยโลกนิยามภาวะลองโควิด หรือ Post acute COVID syndrome (Long COVID) คือ กลุ่มอาการที่เกิดขึ้นภายหลังการติดเชื้อโควิด-19 ซึ่งเป็นอาการที่เกิดขึ้นใหม่ หลังการรักษาหายแล้วในช่วงติดเชื้อ หรือเป็นอาการเดิมต่อเนื่องจากช่วงติดเชื้อก็ได้ ระยะเวลาการเกิดภายหลังรับเชื้อ 4-12 สัปดาห์ ส่วนมากพบ 3 เดือน นับจากตรวจพบเชื้อหรือหลังมีอาการในระยะติดเชื้อ และใช้เวลานานอย่างน้อย 2 เดือน โดยไม่สามารถอธิบายหรือวินิจฉัยได้จากสาเหตุอื่น^{1,2} กลไกและสาเหตุยังไม่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อกันว่าเกิดจากส่วนจีโนมของเชื้อไวรัสหรือแอนติเจนของไวรัสที่หลงเหลือ ซึ่งไม่ได้มีความสามารถในการก่อเชื้อโรคแล้ว แต่ยังสามารถกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายให้หลังสารก่อการอักเสบในร่างกายปริมาณมาก (cytokines storm) เช่น Interleukin (IL)-1,

IL-6, IL-10, tumor necrosis factor (TNF)-alpha⁵ ส่งผลต่อระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้เกิดการอักเสบต่อเนื่อง เกิดภาวะภูมิต้านตนเอง มีผลให้เนื้อเยื่อปอดหัวใจและสมองมีความเสียหายในระยะยาว⁶ บางครั้งมีผลทำให้ผู้ที่เคยติดเชื้อบางรายไม่สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างเดิม⁷ อาการหลังการติดเชื้อโควิด-19 เกิดขึ้นได้หลายระบบของร่างกาย ได้แก่ อาการในระบบทั่วไป เช่น อาการเหนื่อยล้า หรืออ่อนเพลีย มีปัญหาด้านความจำและสมาธิ อาการในระบบหายใจ เช่น เหนื่อยง่าย ไอเรื้อรัง ไอแห้ง ๆ อาการในระบบประสาท เช่น หลงลืม ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ อาการทางด้านจิตใจ เช่น อาการนอนไม่หลับ วิตกกังวล⁵ ในสหราชอาณาจักรอังกฤษมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับภาวะลองโควิด⁸ พบชาวอังกฤษประมาณ 2 ล้านคน ประสบภาวะลองโควิดที่มีอาการเรื้อรังอย่างน้อย 12 สัปดาห์ โดยศึกษาในจากประชากรในกลุ่มอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 580,707 คน ที่มีการติดเชื้อโควิด-19 ในเดือนกันยายน พ.ศ. 2564 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 พบว่า 1 ใน 5 ของกลุ่มตัวอย่างเคยมีอาการของภาวะลองโควิด และมีอาการที่แตกต่างกันถึง 29 อาการ โดยอาการของภาวะลองโควิดที่พบ เช่น อ่อนเพลีย ไอ เจ็บหน้าอก ปวดศีรษะและปวดกล้ามเนื้อ ความรุนแรงของอาการยังสัมพันธ์กับปัจจัยบางอย่าง เช่น เพศ น้ำหนัก ความรุนแรงของอาการป่วยด้วยโรคโควิด และการสูบบุหรี่ เป็นต้น ในมารดาหลังคลอดพบ

อาการของภาวะลองโควิด เช่น ปวดเมื่อยตามตัว นอนไม่หลับ ไอ การรับรสและได้กลิ่นลดลง และซึมเศร้า⁴ อาการเหล่านี้มีผลต่อภาวะสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ที่มีภาวะลองโควิดบางรายไม่สามารถใช้ชีวิตคนเดียว ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง เกิดปัญหาสุขภาพจิต และอาจถูกออกจากงานทำให้สูญเสียรายได้^{9,10} โดยพบว่ามารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อโควิด-19 ในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด หลังคลอดพบภาวะซึมเศร้าหลังคลอด คะแนนแบบประเมินภาวะซึมเศร้าสูงขึ้นกว่ามารดาหลังคลอดที่ไม่เคยติดเชื้อโควิด-19¹¹

สาเหตุของการเกิดภาวะลองโควิด ยังไม่สามารถระบุได้แน่ชัด แต่พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะลองโควิด ได้แก่ อายุ เพศหญิง ระดับความรุนแรงของอาการ/ของโรค โรคประจำตัว^{3,10} ภาวะลองโควิดจึงเป็นอาการที่ทีมสหสาขาวิชาชีพควรให้ความสำคัญ และติดตามประเมินอาการอย่างต่อเนื่องหลังจากผู้ติดเชื้อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว เพื่อประเมินและป้องกันปัญหาดังกล่าว โดยเฉพาะในมารดาหลังคลอดที่ร่างกายได้รับผลกระทบจากการคลอด ความเครียดจากการเปลี่ยนบทบาทหน้าที่มาเป็นมารดา และภาระที่ต้องดูแลทั้งตนเองและทารกแรกเกิดในระยะหลังคลอด

ในประเทศไทยเนื่องจากโรคโควิด-19 เป็นโรคที่อุบัติใหม่ การศึกษาภาวะลองโควิดพบมากในกลุ่มบุคคลทั่วไป ไม่พบการศึกษา

ภาวะลงโควิดในมารดาหลังคลอดที่มีการติดเชื้อตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด ที่ส่งผลต่อเนื่องถึงภาวะสุขภาพหลังคลอด ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการศึกษาเกี่ยวกับความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะลงโควิดในมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อโควิด-19 เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานแก่นบุคลากรสาธารณสุขในการวางแผนการดูแลมารดาหลังคลอด พัฒนาระบบการดูแลมารดาหลังคลอดผู้ที่เคยติดเชื้อโควิด-19 เมื่อต้องกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้านและในชุมชน การทำวิจัย และการจัดการเรียนการสอนแก่นักศึกษาสายวิทยาศาสตร์สุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะลงโควิดในมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อโควิด-19
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะลงโควิดในมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อโควิด-19

วิธีการศึกษา (Method)

1. แบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะลงโควิดในมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อโควิด-19

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นมารดาหลังคลอดผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่มาฝากครรภ์และมาคลอดในโรงพยาบาลแม่ข่าย อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 - กันยายน พ.ศ. 2565 จำนวน 66 ราย

2.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาหลังคลอดผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่มาฝากครรภ์และมาคลอดในโรงพยาบาลแม่ข่าย อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 - กันยายน พ.ศ. 2565 โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อโควิด-19 ด้วยวิธี Antigen Test Kit (ATK) ให้ผลบวก และตรวจยืนยันด้วยวิธี Real-time polymerase chain reaction (RT-PCR) เข้ารับการรักษาในสถานบริการสุขภาพ ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 - กันยายน พ.ศ. 2565 และจำหน่ายออกจากสถานบริการสุขภาพอย่างน้อย 3 เดือน ฝากครรภ์และคลอดในโรงพยาบาลแม่ข่าย สามารถสืบค้นเวชระเบียนและติดต่อทางโทรศัพท์ได้ ยินดีเข้าร่วมโครงการสามารถติดต่อหรือให้ข้อมูลทางโทรศัพท์ได้ ไม่มีปัญหาเรื่องการสื่อสาร คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้าจำนวน 60 ราย

3. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบบันทึกอาการและอาการแสดงของภาวะลงโควิดของมารดาหลังคลอดที่เคยมีประวัติ

ติดเชื้อโควิด-19 โดยใช้แบบสอบถามอาการ และอาการแสดงระยะยาวของการติดเชื้อโควิด-19 ของกรมการแพทย์ (2565) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงไม่มีการหาความตรงเชิงเนื้อหา และความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ซึ่งแบบสอบถามประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ ประวัติการตั้งครรภ์ การได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19 ส่วนที่ 2 แบบสอบถามอาการและอาการแสดงระยะยาวของการติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย 1) ระดับความรุนแรงของการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีอาการ มีอาการเล็กน้อย มีอาการปานกลาง และมีอาการรุนแรง 2) อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นภายหลังรักษาหาย ได้แก่ ไม่มี และมี ถ้ามีอาการตอบคำถามในข้อที่ 3) อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นภายหลังรักษาหายมากกว่า 4 สัปดาห์ขึ้นไป โดยมีให้เลือกตอบ 10 กลุ่มอาการ ได้แก่ อาการทั่วไป อาการในระบบทางเดินหายใจ อาการในระบบหัวใจ และหลอดเลือด อาการในระบบประสาท อาการทางจิตใจ อาการในระบบกระเพาะอาหารและลำไส้ อาการในระบบผิวหนัง อาการในระบบหู ตา คอ และจมูก อาการในระบบกล้ามเนื้อและกระดูก และอาการในระบบภูมิคุ้มกัน 4) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั่วไปก่อนและหลังการติดเชื้อโควิด-19

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ภายหลังจากที่ได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัย เชียงราย ตามเอกสารเลขที่ CRC.IRB No .012/2565 ลงวันที่ 10 ตุลาคม 2565 และได้รับอนุญาตจากนายแพทย์สาธารณสุข จังหวัดเชียงใหม่ โดยข้อมูลส่วนที่ 1 ผู้วิจัย ประสานงานเวชระเบียนผู้ป่วย เพื่อขอเข้าถึง ข้อมูลมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อโควิด-19 บันทึกข้อมูลส่วนที่ 1 พร้อมบันทึกหมายเลข โทรศัพท์ในแบบบันทึก ดำเนินการเก็บข้อมูล ส่วนที่ 2 อาการและอาการแสดงระยะยาวของการติดเชื้อโควิด-19 โดยสัมภาษณ์ มารดาหลังคลอดทางโทรศัพท์ ก่อนการ สัมภาษณ์ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียด แจ้ง วัตถุประสงค์และขั้นตอนการเก็บข้อมูลโดย ไม่ปิดบัง พร้อมทั้งแจ้งให้ทราบถึงลักษณะ การเก็บข้อมูล ระยะเวลา กลุ่มตัวอย่าง สามารถยกเลิกการเข้าร่วมโครงการได้ ตลอดเวลา ข้อมูลที่ให้มาจะเป็นความลับ นำเสนอข้อมูลในภาพรวม ทำลายข้อมูล ภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย และขอความ ยินยอมเข้าร่วมวิจัยในการเก็บข้อมูลด้วย วาจาทางโทรศัพท์

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ อายุครรภ์ ประวัติการได้รับวัคซีนป้องกัน การติดเชื้อโควิด-19 ระดับความรุนแรงของการ ติดเชื้อโควิด-19 อาการและอาการแสดงของ ภาวะลองโควิด วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา

ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะลองโควิดวิเคราะห์ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square) และใช้สถิติถดถอยแบบโลจิสติก (Binary logistic regression) เพื่อแสดงค่าความเสี่ยง (Odds ratio: OR) และร้อยละความเชื่อมั่นที่ 95 (95% confidence interval: 95%CI) กำหนดระดับนัยความสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

ผลการศึกษา (Results)

มารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 60 ราย ส่วนใหญ่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ จำนวน 45 ราย (ร้อยละ 75.0) ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 - 3 จำนวน 32 ราย (ร้อยละ 53.4) ได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 28 ราย (ร้อยละ 46.7) ระดับความรุนแรงของการติดเชื้อโควิด-19 มีอาการเล็กน้อย จำนวน 31 ราย (ร้อยละ 51.7) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 60)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี) $\bar{X}$ = 25.53, S.D. = 6.39, Min = 15, Max = 45		
วัยเจริญพันธุ์ (อายุ 20 – 34 ปี)	45	75.0
วัยเสี้ยว (อายุต่ำกว่า 20 ปี และตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป)	15	25.0
ประวัติการตั้งครรภ์		
ครรภ์แรก	17	28.3
ครรภ์ที่ 2 - 3	32	53.4
ตั้งแต่ครรภ์ที่ 4 ขึ้นไป	11	18.3
การได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19		
ไม่ได้รับวัคซีน	25	41.6
ได้รับวัคซีน 1 – 2 เข็ม	28	46.7
Missing	7	11.7
ระดับความรุนแรงของการติดเชื้อโควิด-19		
ไม่มีอาการ	2	3.3
มีอาการเล็กน้อย	31	51.7
มีอาการปานกลาง	25	41.7
มีอาการรุนแรง	2	3.3

ความชุกของการเกิดภาวะลงโควิด
ภายหลังการรักษาหายมากกว่า 4 สัปดาห์ขึ้นไป พบร้อยละ 42.0 ส่วนใหญ่พบอาการใน
ระบบทางเดินหายใจ และคุณภาพชีวิตด้าน
สุขภาพทั่วไปลดลง ร้อยละ 61.7 รองลงมา
คือ อาการทั่วไป ร้อยละ 48.3 ระบบประสาท

ร้อยละ 36.7 ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก
ร้อยละ 33.3 ระบบผิวหนัง ร้อยละ 20.0
อาการทางจิตใจ ร้อยละ 11.7 ระบบกระเพาะ
อาหารและลำไส้ ร้อยละ 3.3 และระบบ
ภูมิคุ้มกัน ร้อยละ 1.7 ตามลำดับ ดังแสดงใน
ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความชุกของการเกิดภาวะลงโควิดภายหลังการรักษาหายมากกว่า 4 สัปดาห์ขึ้นไป
(n = 60)

อาการผิดปกติ	ไม่พบ		พบ	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นภายหลังการ รักษาหาย	18	30.0	42	70.0
1. อาการทั่วไป	31	51.7	29	48.3
2. อาการในระบบทางเดินหายใจ	23	38.3	37	61.7
3. อาการในระบบหัวใจและหลอดเลือด	60	100.0	0	0.0
เลือด				
4. อาการในระบบประสาท	38	63.3	22	36.7
5. อาการทางจิตใจ	53	88.3	7	11.7
6. อาการในระบบกระเพาะอาหารและ ลำไส้	58	96.7	2	3.3
7. อาการในระบบผิวหนัง	48	80.0	12	20.0
8. อาการในระบบหู ตา คอ และจมูก	60	100.0	0	0.0
9. ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก	40	66.7	20	33.3
10. ระบบภูมิคุ้มกัน	59	98.3	1	1.7
11. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั่วไป ลดลง	23	38.3	37	61.7

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะลง
โควิดภายหลังการรักษาหายมากกว่า 4
สัปดาห์ขึ้นไป ได้แก่ ระดับความรุนแรงของ
การติดเชื้อโควิด-19 (p -value < .001) ดัง
แสดงในตารางที่ 3 โดยพบว่ามารดาหลัง
คลอดที่ติดเชื้อโควิด-19 ที่มีอาการระดับปาน
กลางถึงรุนแรง มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ
ลงโควิดเป็น 28.31 เท่า (OR = 28.31, 95%
CI: 3.36 – 238.61, p -value = .002) และเมื่อ

มีการปรับค่าตามอายุ ประวัติการตั้งครรภ์
และการได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19 พบว่ามี
ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลงโควิดเพิ่มขึ้น
เป็น 52.18 เท่า (OR = 52.18, 95% CI: 3.92
- 695.01, p -value = .003) เมื่อเปรียบเทียบกับ
กลุ่มที่ไม่มีอาการถึงมีอาการระดับ
เล็กน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดง
ในตารางที่ 4

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะลงโควิดภายหลังการรักษาหายมากกว่า 4
สัปดาห์ขึ้นไป (n = 60)

ปัจจัย	ไม่เกิดอาการ		เกิดอาการ		p -value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
อายุ					.329
วัยเจริญพันธุ์	12	26.7	33	73.3	
วัยเสี่ยง	6	40.0	9	60.0	
ประวัติการตั้งครรภ์					.664
ครรภ์แรก	6	35.3	11	64.7	
ครรภ์ที่ 2 - 3	8	25.0	24	75.0	
ตั้งแต่ครรภ์ที่ 4 ขึ้นไป	4	36.4	7	63.6	
การได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19					.243
ไม่ได้รับวัคซีน	10	40.0	15	60.0	
ได้รับวัคซีน 1 - 2 เข็ม	7	25.0	21	75.0	
ระดับความรุนแรงของการติดเชื้อโควิด-19					< .001*
ไม่มีอาการถึงมีอาการเล็กน้อย	17	51.5	16	48.5	
มีอาการปานกลางถึงรุนแรง	1	3.7	26	96.3	

* Significance at p -value < .05 by Chi-square

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะลงโควิดภายหลังการรักษาหายมากกว่า 4 สัปดาห์ขึ้นไป

ปัจจัย	เกิด อาการ	ไม่เกิด อาการ	Crude OR	Adjusted OR	95% CI		p- value
					Lower	Upper	
- มีอาการปานกลางถึงรุนแรง	26	1	28.31	52.18	3.92	695.01	.003*
- ไม่มีอาการถึงมีอาการเล็กน้อย	16	17					

* Significance at p-value < .05 by binary logistic regression

วิจารณ์ (Discussions)

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะลงโควิดในมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อโควิด-19

มารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อโควิด-19 ภายหลังการรักษาหายมากกว่า 4 สัปดาห์ขึ้นไป พบมีภาวะลงโควิดร้อยละ 42.0 สอดคล้องกับผลการศึกษา meta-analysis ของสถาบันในต่างประเทศ⁸ พบความชุกของภาวะลงโควิดร้อยละ 14-64 และการศึกษาของธีรพงศ์ ตัญเจริญสุขจิต¹³ พบภาวะลงโควิดโดยพบมีอาการหลงเหลืออย่างน้อย 1 อาการหลังการได้รับเชื้อ 4 สัปดาห์ร้อยละ 58.2 และยังมีอาการหลงเหลือหลังได้รับเชื้อ 12 สัปดาห์ร้อยละ 23.2 แต่แตกต่างกับผลการศึกษาภาวะลงโควิด สุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ส่งผลกระทบต่อในระยะหลังคลอดพบมารดาหลังคลอดร้อยละ 85.5 ไม่พบอาการลง

โควิด พบเพียงร้อยละ 17.44 ที่มีภาวะลงโควิดและมีต่อเนื่องภายหลังการรักษาหาย⁴ อาจเนื่องจากมีความไม่ชัดเจนของนิยามภาวะลงโควิด ขาดองค์ความรู้ด้านพยาธิสภาพ การวินิจฉัยโรค และการประเมินอาการผิดปกติ และงานวิจัยนี้ได้เก็บข้อมูลมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อโควิด-19 ในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 ถึงกันยายน พ.ศ. 2565 ซึ่งเป็นระยะเวลาการแพร่ระบาดของโควิดสายเบต้า เดลต้าและสายพันธุ์โอมิครอน ซึ่งแต่ละสายพันธุ์ทำให้เกิดโรคโควิด-19 ที่มีอาการและความรุนแรงแตกต่างกัน จึงทำให้พบความชุกของการเกิดภาวะลงโควิดแตกต่างกัน ผลการวิจัยนี้อาจเปรียบเทียบกับงานวิจัยอื่นได้ไม่ชัดเจน เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรคในแต่ละประเทศมีความแตกต่างกัน อย่างไรก็ตามจากผลการศึกษาพบความชุกของภาวะลงโควิดในมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อโควิด-19

ถึงร้อยละ 42.0 อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศหญิง ดังพบว่าเพศหญิงจะมีอาการหลงเหลือจากการติดเชื้อมากกว่าเพศชาย¹⁴ จากการที่ภูมิคุ้มกันในร่างกายของเพศหญิงจะมีปฏิกิริยาต่อต้านเชื้อโรคและสิ่งแปลกปลอมสูงกว่าเพศชายเป็นพิเศษ เนื่องจากภูมิคุ้มกันของเพศหญิงมีวิวัฒนาการมาเพื่อปกป้องตัวอ่อนในครรภ์ที่บอบบาง อย่างไรก็ตามแม้ภูมิคุ้มกันที่แข็งแกร่งแต่มันกลับอ่อนไหวและสามารถตอบสนองต่อเชื้อโรคได้เร็ว ทำให้หลังการรักษาหายจากโรคโควิด-19 แล้วพวกเขาเพิ่มขึ้นส่วนของไวรัสที่ยังตกค้างอยู่ตามแหล่งกักเก็บในอวัยวะต่าง ๆ กลายเป็นสาเหตุที่กระตุ้นให้ร่างกายเกิดการอักเสบขึ้นมาใหม่และยีนของเพศหญิงบางตัวและฮอร์โมนเอสโตรเจนก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ภูมิคุ้มกันทำงานตอบสนองมากเกินไปจนเกิดโรคภูมิคุ้มกันต่อต้านตนเอง จนเกิดเป็นอาการลงโควิดเกิดขึ้น^{13,15} ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับวัคซีน 1-2 เข็ม และมีถึงร้อยละ 41.6 ไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19 ซึ่งการได้รับวัคซีน 1 เข็ม และไม่ได้รับวัคซีนเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะลงโควิด¹⁶

อาการของภาวะลงโควิดที่พบมากที่สุดตามลำดับ ได้แก่ อาการในระบบทางเดินหายใจ และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั่วไปลดลง ร้อยละ 61.7 รองลงมา คือ อาการทั่วไป ร้อยละ 48.3 อาการในระบบประสาท

ร้อยละ 36.7 อาการในระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ร้อยละ 33.3 อาการในระบบผิวหนัง ร้อยละ 20.0 อาการทางจิตใจ ร้อยละ 11.7 อาการในระบบกระเพาะอาหารและลำไส้ ร้อยละ 3.3 และอาการในระบบภูมิคุ้มกัน ร้อยละ 1.7 สอดคล้องกับผลการสำรวจผลกระทบระยะยาวต่อสุขภาพของผู้ที่เคยติดเชื้อโควิด-19 ผ่านทางเว็บไซต์ของกรมการแพทย์ของประเทศไทย² พบ 10 อันดับแรกอาการของภาวะลงโควิดที่พบ ได้แก่ อ่อนเพลีย หายใจลำบาก หอบเหนื่อย/ไอ นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ ผง่วง เวียนศีรษะ กังวล/เครียด ความจำสั้น และเจ็บหน้าอก และผลการศึกษาของ Olalekan Lee และคณะ¹⁰ พบอาการของภาวะลงโควิด 5 อันดับแรกที่พบ ได้แก่ เหนื่อยง่าย หายใจไม่อิ่ม หายใจลำบาก ปวดกล้ามเนื้อ ซึ่งเป็นอาการในกลุ่มอาการทั่วไปและอาการในระบบทางเดินหายใจ และจากการศึกษาภาวะลงโควิดในมารดาหลังคลอดของ Vinita Gupta และคณะ⁴ อาการลงโควิดในมารดาหลังคลอดพบมีอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย นอนไม่หลับ ไอ การรับรสและกลืนลดลง และซึมเศร้า

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะลงโควิดในมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อโควิด-19

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะลงโควิดภายหลังการรักษาหายมากกว่า 4 สัปดาห์ขึ้นไป ในมารดาหลังคลอด

ได้แก่ ระดับความรุนแรงของการติดเชื้อโควิด-19 (p -value < .001) กล่าวคือ อาการขณะติดเชื้อโควิด-19 รุนแรงมากยิ่งขึ้นมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลองโควิดมาก สอดคล้องกับการศึกษาของมณฑลทิรา ซาญญรงค์¹⁷ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการหลงเหลือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบระดับความรุนแรงของการติดเชื้อมีความสัมพันธ์กับอาการหลงเหลือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และการศึกษาของธีรพงศ์ ด้วงเจริญสุขจิต¹³ พบผู้ที่มีอาการแสดงระดับ moderate symptomatic มีโอกาสเกิดภาวะลองโควิด มากกว่าผู้ติดเชื้อที่มีอาการแสดงระดับ asymptomatic หรือ mild 1.8 เท่า (OR 1.813 95% CI=1.018, 3226, p -value=.043) จากการศึกษาของ Kerten และคณะ¹⁸ พบว่าระดับความรุนแรงของการติดเชื้อโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับอาการหลงเหลือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่ระยะเวลา 3 เดือน และการศึกษาของ Nune และคณะ¹⁹ พบว่าอาการที่รุนแรงขึ้นสามารถทำนายภาวะลองโควิดได้เช่นเดียวกัน ปัจจุบันยังไม่ทราบถึงสาเหตุและพยาธิสภาพของการเกิดภาวะลองโควิดที่ชัดเจน มีเพียงสมมติฐานที่คาดว่าอาจเกี่ยวข้องกับ fragment of viral genome หรือ viral antigen ซึ่งไม่ส่งผลต่อการติดเชื้อแล้วแต่สามารถส่งผลกระทบต่อระบบภูมิคุ้มกันทำให้เกิดภาวะอักเสบในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะลอง

โควิดก็ยังไม่สามารถระบุได้แน่ชัด อาจระบุได้จากหลาย ๆ การศึกษา เช่น เพศหญิง อายุมาก ภาวะอ้วน มีโรคประจำตัว และการมีอาการมากกว่า 5 อาการ ในช่วงสัปดาห์แรกของการเจ็บป่วย และที่สำคัญ คือ ความรุนแรงของโรคมากในระยะแรกของการเจ็บป่วย เป็นต้น^{2,13,16} ทั้งนี้ระดับความรุนแรงของอาการแรกพบได้ตั้งแต่ ไม่มีอาการ อาการเล็กน้อย อาการปานกลาง และอาการรุนแรง ขึ้นกับพยาธิสภาพของโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงมากขึ้น ส่งผลต่อระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ดังนั้นระดับความรุนแรงของการติดเชื้อจึงส่งผลให้เกิดภาวะลองโควิดภายหลังตามมา

ข้อยุติ (Conclusions)

ความชุกของภาวะลองโควิดในมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อโควิด-19 ร้อยละ 42.0 ส่วนใหญ่พบภาวะในระบบทางเดินหายใจ และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั่วไปลดลง ร้อยละ 61.7 รองลงมา คือ อาการทั่วไป ร้อยละ 48.3 อาการในระบบประสาท ร้อยละ 36.7 อาการในระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ร้อยละ 33.3 อาการในระบบผิวหนัง ร้อยละ 20.0 อาการทางจิตใจ ร้อยละ 11.7 อาการในระบบกระเพาะอาหารและลำไส้ ร้อยละ 3.3 และอาการในระบบภูมิคุ้มกัน ร้อยละ 1.7 ตามลำดับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะลองโควิดภายหลังการรักษาหายมากกว่า 4 สัปดาห์ขึ้นไป ในมารดาหลังคลอด

ได้แก่ ระดับความรุนแรงของการติดเชื้อโควิด-19 (p-value < .001)

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ หลังการติดเชื้อโควิด-19 จะมีมารดาหลังคลอดส่วนหนึ่งมีภาวะลงโควิด ควรมีการติดตามประเมินอาการ ความรุนแรงของภาวะลงโควิด โดยเฉพาะผู้ที่มีอาการติดเชื้อปานกลางถึงรุนแรง เพื่อนำไปวางแผนการดูแล การจัดการบริการรักษาพยาบาลที่เหมาะสม นอกจากนี้ยังสามารถนำความรู้ที่ได้จากงานผลการวิจัย ไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาและผู้สนใจเพื่อให้มีความรู้เกี่ยวกับความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะลงโควิดในมารดาหลังคลอด ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป
วิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัด ได้แก่ จำนวนกลุ่ม

ตัวอย่างค่อนข้างน้อย และการเก็บข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างผ่านทางโทรศัพท์มือถือ อาจเกิดอคติเนื่องจากไม่ได้เป็นการสัมภาษณ์โดยตรง และอาจเกิดอคติจากความทรงจำของมารดาหลังคลอด ควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้น และอาจใช้การสัมภาษณ์โดยตรง

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

การศึกษานี้พบว่ามารดาหลังคลอดส่วนหนึ่งมีภาวะลงโควิด และส่วนใหญ่มีอาการในระบบทางเดินหายใจ อาการทั่วไประบบประสาท และระบบกล้ามเนื้อกระดูก และความรุนแรงของการติดเชื้อโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะลงโควิด

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ สมาคมเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ (ไทย) ที่ได้ให้การสนับสนุนทุนการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง (References)

1. World Health Organization. Post COVID-19 condition (Long COVID). [online] 2021 [cited 2022 Mar 12]. Available from: <https://www.who.int/srilanka/news/detail/16-01-2022-post-covid-19-condition>
2. Department of Medical Services. Caring patient with post COVID-19

syndrome or Long COVID for physicians and healthcare providers. [online] 2021 [cited 2022 Apr 7]. Available from: https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach/25650126100932AM_กาิดูแลรักษาผู้ป่วย%20Long%20COVID%20v.2.4.pdf [in Thai].

3. Wangchalabovorn M, Weerametachai S, Leesri T. Prevalence of post COVID-19 conditions in SARS-CoV-2 infected patients at 3-month telephone followup. **Regional Health Promotion Center 9 Journal** 2022; 16: 265-284. [in Thai].
4. Vinita G, Anita S, Saurabh S, Ashutosh S. Post-COVID symptoms and health-related quality of life in extended postpartum period. **Asian journal of medical sciences** 2022; 13(8): 14-18.
5. Ruengsong W. Symptoms after covid-19 infection (Long covid). **Krabi Medical Journal** 2022; 5: 51-64. [in Thai].
6. Chailek C. Know the symptoms of 'Long COVID the long-term effects on the health of those who have experienced COVID-19. [online] 2021 [cited 2022 Jan 5]. Available from: [https:// thestandard.co/long-covid-symptoms-long-term-effects-forpeople-who-have-had-covid-19/](https://thestandard.co/long-covid-symptoms-long-term-effects-forpeople-who-have-had-covid-19/)
7. Centers for Disease Control and Prevention. **Multisystem inflammatory syndrome in adults (mis-a) case definition and information for healthcare providers.** [online] 2021 [cited 2022 Mar 11]. Available from: <https://www.cdc.gov/mis/mis-a/hcp.html>
8. Lopez-Leon S, Wegman-Ostrosky T, Perelman C, Sepulveda R, Rebolledo AP, Cuapio A, et al. More than 50 long-term effects of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. **Scientific Reports** 2021; 11(16144): 1-12.
9. Townsend L, Dowds L, O'Brien K, Sheill G, Dyer AH, O'Kelly B, et al. Persistent poor health after COVID-19 is not association with respiratory complications or initial disease severity. **Annal of the American Thoracic Society** 2021; 18(6): 997-1003.
10. Aiyegbusi OL, Hughes SE, Turner G, Rivera SC, McMullan C, Chandan JS, et al. Symptoms, complication and management of long COVID: A review. **Journal of Royal Society of Medicine** 2021; 114(9): 428-442.
11. Lin C, Chen B, Yang Y, Li Q, Wang Q, Wang M, et al. Association between depressive symptoms in the postpartum period and COVID-19: A meta-analysis. **Journal of Affective Disorder** 2023; 320: 247-253.

12. Jones R, Davis A, Stanley B, Julious S, Ryan D, Jackson DJ, et al. Risk predictors and symptom features of long COVID within a broad primary care patient population including both tested and untested patients. **Pragmatic Observation Research** 2021; 12: 93-104.
13. Tancharoensukjit T. Prevalence and factors associated with post acute COVID syndrome (Long COVID) in patients infected Coronavirus disease 2019 who received inpatient treatment Lan Krabue hospital. **Journal of The Department of Medical Services** 2023; 48(1): 51-59. [in Thai].
14. Hfocus. Check out the symptoms of fatigue, the effects of “Long COVID” and the causes that have a severe impact on woman. [online] 2022 [cited 2022 Mar 12]. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2022/01/24330>
15. Yong SJ. Long COVID or post-COVID-19 syndrome: putative pathophysiology, risk factors, and treatments. **Infect Dis (Lond)**. 2021; 53: 737-754
16. Wongsermsin S, Chinoraso J, Yeekian C. Symptom and factors effect on severity of long covid. **Chonburi Hospital Journal** 2022; 47(3): 233-240. [in Thai].
17. Channarong M. Factors relating to post discharge persistence of symptoms after hospitalization among persons with coronavirus disease 2019. **Journal of Health and Nursing Education** 2022; 28(1): 1-16. [in Thai].
18. Kersten J, Wolf A, Hoyo L, Elina H, Tadic M, Andreß S, et al. Symptom burden correlates to impairment of diffusion capacity and exercise intolerance in long COVID patients. **Scientific Reports** 2022; 12(8801): 1-9.
19. Nune A, Durkowski V, Titman A, Gupta L, Hadzhiivanov M, Ahmed A, et al. Incidence and risk factors of long COVID in the UK: a single-centre observational study. **Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh** 2021; 51(4): 338-343.

การใช้กัญชาในเยาวชนหลังการปรับปรุงกฎหมาย

ภาชนก รัตนกรปรีดา*, พูนรัตน์ ลียติกุล**

บทคัดย่อ

ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงทางนโยบายและกฎหมายเกี่ยวกับกัญชาที่สำคัญในช่วงปี พ.ศ. 2562-2565 การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้กัญชาในเยาวชนไทย เป็นการออกแบบการวิจัยที่เป็นการวิจัยเชิงสำรวจสามครั้งทั่วประเทศ กลุ่มตัวอย่างเป็นเยาวชนอายุ 12-24 ปี จำนวน 15,766 คน สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีจำแนกชั้นภูมิหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามชนิดตอบเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและไครสแควร์

ผลการศึกษา เมื่อเปรียบเทียบความรู้เท่าทันกัญชาในเยาวชนพบว่า ลดลงจากช่วงกัญชาเป็นยาเสพติดให้โทษ ในขณะที่เยาวชนสามารถเข้าถึงกัญชาได้ง่ายขึ้น และมีพฤติกรรมการใช้กัญชามากขึ้น 2.7-5.5 เท่า ทั้งนี้ความเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.0001$)

คำสำคัญ: กัญชา; เยาวชน; กฎหมาย; นโยบาย; ประเทศไทย

* หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

** คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

Corresponding author: Poonrut Leyatikul Email: poonrutlee@gmail.com

Received 10/01/2024

Revised 09/02/2024

Accepted 14/03/2024

CANNABIS USE AMONG ADOLESCENTS AFTER LAW MENDMENTS

Patchanok Rattanakornpreeda, Poonrut Leyatikul***

ABSTRACT

Thailand has undergone significant cannabis policy and legislation changes from 2019 to 2022. This study aims to compare cannabis use behavior among Thai adolescents. It was three multi-series cross-sectional survey research across the country. The sample consisted of 15,766 adolescents aged 12-24, using a stratified multi-stage sampling method. Data collection employed self-administered questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics and chi-square.

It has emerged that cannabis literacy levels dropped from cannabis as an illegal drug period. In comparison, adolescents have easier access to cannabis. Cannabis use behavior increased 2.7-5.5 times. These changes were statistically significant. ($P < 0.0001$)

Keywords: Cannabis; Youth; Law; Policies; Thailand

* Public Health Program, Faculty of Science and Technology, Songkhla Rajabhat University

** Faculty of Public Health, Vongchavalitkul University

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

คำว่า Ganja สันนิษฐานว่ามาจากภาษา Bengali ปรากฏในจารึกภาษาสันสกฤตของศาสนาฮินดู หมายความว่า Cannabis พืชล้มลุกในตระกูล Cannabaceae ที่รู้จักกันดีในประเทศไทยมี 2 สายพันธุ์ คือ กัญชง (Hemp) และกัญชา (Marijuana) เป็นพืชประเภทป่านและปอ ลำต้นสูงประมาณ 2-4 ฟุต ลักษณะใบจะแยกออกเป็นแฉกประมาณ 5-8 แฉก ที่ขอบใบทุกใบจะมีรอยหยักอยู่เป็นระยะ ๆ ออกดอกเป็นช่อเล็ก ๆ ตามง่ามของกิ่งและก้าน มีกลิ่นฉุนจากลำต้นที่นำมาใช้ประโยชน์ ในขณะที่กิ่ง ก้าน ใบ และช่อดอก จะถูกนำมาใช้เสพทั้งในรูปกัญชาสด กัญชาแห้ง กัญชาน้ำ (Cannabis Oil) ส่วนเรซิน (Resin) จะถูกแปรสภาพเพื่อนำมาเสพในรูปของยางกัญชา (Hashish) น้ำมันกัญชา (Hashish Oil) และผลิตภัณฑ์แปรรูปของเรซินชนิดอื่น ๆ¹

กัญชาออกฤทธิ์หลายอย่างต่อระบบประสาทส่วนกลาง คือ ทั้งกระตุ้นประสาท กด และหลอนประสาท สารออกฤทธิ์ที่มีอยู่ในกัญชากว่า 100 ชนิด ที่สำคัญ คือ delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) และ Canabidiol (CBD) สารนี้จะออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลางและระบบไหลเวียนโลหิตมากที่สุดซึ่งจะมีผลต่ออารมณ์ ความจำ ความสามารถในการระบวน การคิด sensorium, motor coordination, time sense และการรับรู้

ตนเอง สันนิษฐานกันว่ามนุษย์รู้จักกัญชามานานกว่า 10,000 ปี² แม้ยังไม่พบรายงานผู้เสียชีวิตจากการใช้กัญชาเกินขนาด (overdose deaths)³ การศึกษาวิจัยในประเทศไทยพบว่า การสูบกัญชามีภาวะโรค (DALYs) ไม่แตกต่างจากการสูบบุหรี่ และยังต่ำกว่าการดื่มสุรา⁴ กัญชาจัดอยู่ในบัญชียาเสพติดของสหประชาชาติ ภายใต้อนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ค.ศ.1961 (The Single Convention on Narcotics Drugs, 1961) ถือเป็นสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่ใช้กันมากที่สุดทั่วโลก สำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Office on Drugs Crime, UNODC) คาดประมาณว่า ปี ค.ศ. 2019 มีผู้ใช้กัญชา 200 ล้านคน หรือร้อยละ 4 ของประชากรโลกที่มีอายุระหว่าง 15-64 ปี อัตราความชุกของการใช้กัญชา ยังคงเพิ่มขึ้นในหลายประเทศ ซึ่งผู้ใช้กัญชาส่วนใหญ่เป็นเยาวชน⁵ ข้อมูลการสำรวจครัวเรือนในปีพ.ศ.2562 พบกัญชาระบาดในทุกภาคของไทย คนไทยที่เคยใช้กัญชามีมากถึง 1.7 ล้านคน หรือร้อยละ 3.4 ของประชากรที่มีอายุ 12-65 ปี ทั่วประเทศ ผู้ที่ใช้กัญชาในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา มีมากกว่า 6.6 แสนคน และกว่า 5 แสนคนใช้กัญชาในช่วงเดือนที่ผ่านมา⁶

คนไทยรู้จักกัญชามาอย่างยาวนานพบว่า มีการปลูกเป็นพืชสมุนไพรและใช้ผสมอาหาร ประกอบกับการที่ประเทศไทยตั้งอยู่

ในเขตร้อน ลักษณะทางภูมิศาสตร์และภูมิอากาศทำให้สามารถปลูกกัญชาได้ตลอดปี แต่เดิมคนไทยนิยมปลูกตามรั้วตามสวนเป็นพืชผักสวนครัว แต่หลังจากรัฐบาลกำหนดให้เป็นยาเสพติด จึงพบการลักลอบปลูกตามบริเวณเชิงเขา ชายป่า ริมห้วย กลางแปลงพืชไร่ (ไร่อ้อย ไร่มันสำปะหลัง ไร่ข้าวโพด ไร่ฝ้าย) เป็นต้น แม้ไม่สามารถระบุได้ชัดเจนว่ากัญชาเข้าสู่ประเทศไทยเมื่อใด รัฐบาลไทยได้เล็งเห็นโทษของกัญชา จึงได้ออกพระราชบัญญัติกัญชาขึ้นเป็นครั้งแรก ในปี พ.ศ. 2477 ห้ามไม่ให้สูบกัญชา ไม่ให้ปลูกกัญชา ยกเว้นการปลูกเพื่อการทดลองหรือการรักษาโรค พร้อมทั้งมีบทลงโทษผู้กระทำความผิด การบังคับใช้พระราชบัญญัติกัญชาดำเนินการต่อเนื่องมาจนถึงปี พ.ศ. 2522 รัฐบาลจึงได้ประกาศยกเลิกพระราชบัญญัติกัญชา (ยกเลิกการอนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์) โดยมีพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ขึ้นมาใช้แทน⁴ ทำให้กัญชามีสถานะเป็นยาเสพติดประเภท 5 ห้ามการปลูก ครอบครอง และเสพกัญชาโดยสิ้นเชิง

ปัจจุบันมีหลักฐานชัดเจนว่ากัญชามีสาร cannabinoids ที่เป็นประโยชน์ในการรักษาทางการแพทย์ในฐานะยาของแพทย์แผนตะวันตกมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1839 และแพทย์ได้นำมาใช้เป็นทางเลือกในการบำบัดรักษาโรคต่าง ๆ⁷ สำหรับผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ที่ได้รับการรับรองจากองค์การ

อาหารและยาให้จำหน่ายได้ มีเพียงยาที่ใช้ลดอาการปวดเกร็งกล้ามเนื้อ และลดอาการคลื่นไส้อาเจียรจากการได้รับเคมีบำบัด ในปี พ.ศ. 2561 ได้มีการเคลื่อนไหวให้แก้ไขกฎหมายยาเสพติดเพื่ออนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ได้ จนกระทั่งเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 จึงได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 อนุญาตให้มีการใช้กัญชาทางการแพทย์ได้ ทำให้เกิดการนำกัญชามาใช้อย่างกว้างขวาง โดยเผยแพร่ข้อความทางอินเทอร์เน็ตว่ากัญชาเป็นยาวิเศษสามารถรักษาได้ทุกโรค ทำให้เกิดการใช้กัญชาในหมู่ประชาชนเพิ่มขึ้นอย่างมาก โดยส่วนใหญ่ใช้เพื่อนันทนาการ และใช้บำบัดรักษาอาการเจ็บป่วยกันเองในหมู่ประชาชนอย่างกว้างขวาง ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ทั้งในรูปแบบสารสกัดโดยการควบคุมของแพทย์ในสถานพยาบาล สมุนไพรทั้งสูตรดั้งเดิมและสูตรที่คิดขึ้นใหม่ ผลิตภัณฑ์กัญชาแปรรูปทั้งชนิดที่ถูกกฎหมายและไม่ถูกกฎหมาย⁸ ทั้งนี้ ส่วนช่อดอกของต้นกัญชาและเมล็ดกัญชายังคงถือเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 5 มีบทลงโทษตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522

ความเคลื่อนไหวจากฝ่ายการเมืองตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2561 ต่อเนื่องมาต้องการให้ปลดกัญชาจากบัญชียาเสพติดให้โทษ จนกระทั่งมีการประกาศใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด เมื่อเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2564

และประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 พ.ศ.2565 เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2565 กำหนดให้เหลือเฉพาะสารสกัดจากทุกส่วนของกัญชาและกัญชงที่มี THC เกินกว่าร้อยละ 0.2 โดยน้ำหนักเท่านั้นที่ถือว่าเป็นยาเสพติดให้โทษ ทำให้การให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลดีจากการใช้กัญชาอย่างแพร่หลายในสื่อต่าง ๆ รวมทั้งสื่อสังคมออนไลน์ซึ่งเยาวชนส่วนใหญ่เข้าถึงได้โดยง่าย หนึ่งประกาศกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้กฎหมายมีผลบังคับ 120 วันหลังการประกาศ ส่งผลให้เดือนมิถุนายน 2565 พืชกัญชา กัญชง จึงหลุดออกจากบัญชียาเสพติดให้โทษโดยสิ้นเชิง ประชาชนสามารถใช้ได้เสรีมีการนำกัญชาผสมอาหารและผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ จำหน่ายอย่างเปิดเผย

การเปลี่ยนแปลงทางนโยบายและกฎหมายในช่วง 3 ปี (พ.ศ. 2562-2565) ส่งผลกระทบต่อสังคมไทยอย่างมาก โดยเฉพาะในกลุ่มเปราะบาง เช่น เยาวชน เป็นที่วิตกกังวลโดยทั่วไปว่าการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะทำให้กัญชาระบาดในกลุ่มเยาวชนมากขึ้น จึงควรมีการศึกษาผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงทางนโยบายกัญชาในประเทศไทยดังกล่าว

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้กัญชาในเยาวชนไทยภายหลังการเปลี่ยนแปลงทางนโยบายและกฎหมายไทย

วิธีการศึกษา (Method)

1. การออกแบบวิจัย

ในการศึกษครั้งนี้ใช้ผลการสำรวจชนิดตัดขวางหลายครั้ง (Multi-serials Cross-sectional Survey) การศึกษานี้ใช้ข้อมูลจากการสำรวจ 3 ครั้ง คือ

1.1 การสำรวจเมื่อเดือนพฤษภาคม-มิถุนายน พ.ศ. 2559 ซึ่งเป็นการสำรวจในช่วงที่กัญชายังมีสถานะยาเสพติดให้โทษ

1.2 การสำรวจเมื่อเดือนพฤษภาคม-มิถุนายน พ.ศ. 2562 ซึ่งเป็นการสำรวจในช่วงที่กฎหมายอนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ได้ทั้งในรูปแบบพืชและสารสกัด (โดยช่อดอกและเมล็ดยังคงอยู่ในบัญชียาเสพติดให้โทษประเภท 5)

1.3 การสำรวจเมื่อเดือนพฤษภาคม-มิถุนายน พ.ศ. 2565 ซึ่งเป็นการสำรวจในช่วงที่กัญชาถูกถอดจากบัญชียาเสพติดให้โทษโดยสมบูรณ์

2. ประชากรและกลุ่มศึกษา

ประชากรเป้าหมาย คือ เยาวชนไทยไทยที่มีอายุ 12-24 ปี ทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2559, 2562, และ 2565

วิธีการสุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิสุ่มกระจุกตามขั้นตอนโดย

1) แบ่งพื้นที่ประเทศไทยออกเป็น 10 ชั้นภูมิตามภาค ปปส. คือ ปปส.กทม รวม 50 เขต, ปปส.ภาค 1 ภาคกลางรวม 9 จังหวัด,

ปปส.ภาค 2 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 8 จังหวัด, ปปส.ภาค 3 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่างรวม 8 จังหวัด, ปปส.ภาค 4 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน รวม 12 จังหวัด, ปปส.ภาค 5 ภาคเหนือตอนบน รวม 8 จังหวัด, ปปส.ภาค 6 ภาคเหนือตอนล่าง รวม 9 จังหวัด, ปปส.ภาค 7 ภาคตะวันตก รวม 8 จังหวัด, ปปส.ภาค 8 ภาคใต้ตอนบน รวม 7 จังหวัด, และ ปปส.ภาค 9 ภาคใต้ตอนล่างรวม 7 จังหวัด

2) สุ่มตัวอย่างแบบระบบ ขั้นภูมิละ 1 จังหวัด (กทม. สุ่ม 5 เขต)

3) แต่ละจังหวัดจำแนกชั้นภูมิตามระดับการศึกษา 4 ชั้นภูมิ ประถมศึกษามัธยมศึกษา อาชีวศึกษาและอุดมศึกษา

4) สุ่มตัวอย่างแบบระบบ ระดับประถมศึกษาสุ่มเฉพาะประถมศึกษาตอนปลาย 10 แห่ง, ระดับมัธยมศึกษา 2 แห่ง, ระดับอาชีวศึกษา 2 แห่ง, ระดับอุดมศึกษา 1 แห่ง

5) สุ่มตัวอย่างแบบระบบ ห้องเรียนระดับประถมศึกษาสุ่มเฉพาะประถมศึกษาปีที่ 5 และประถมศึกษาปีที่ 6 รวม 10 ห้อง, ระดับมัธยมศึกษาสุ่มตัวอย่างชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 รวม 6 ห้อง, ระดับอาชีวศึกษา 2 แห่งสุ่มตัวอย่างระดับปวช.1-3 และปวส.1-2 รวม 5 ห้อง, ระดับอุดมศึกษาสุ่มตัวอย่างระดับปริญญาตรีปีที่ 1-4 รวม 4 ห้อง

6) แต่ละห้องขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างทุกรายตอบแบบสอบถาม

ขนาดตัวอย่าง คำนวณภายใต้ความชุกในพื้นที่ต่าง ๆ อยู่ระหว่าง 17.48 - 240.72 ต่อ 1,000 ประชากรจากการสำรวจครัวเรือนทั่วประเทศ ปีพ.ศ. 2554⁹ ความคลาดเคลื่อนร้อยละ 1 ค่า design effect เท่ากับ 13 คาดประมาณสัดส่วนผู้ไม่สนใจร้อยละ 10 คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างเป็นเยาวชนไทยที่มีอายุ 12-24 ปี ที่ลงทะเบียนศึกษาอยู่ในสถานศึกษาที่สุ่มเลือกในวันที่สำรวจ และสมัครใจเข้าร่วมในการศึกษาโดยได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองโดยมีอัตราการตอบกลับร้อยละ 90.14, 91.49, และ 91.25 ตามลำดับ ได้เยาวชนตัวอย่างทั้งสิ้น 15,766 คน

3. เครื่องมือและการรวบรวมข้อมูล

ตัวแปรสำคัญในการศึกษานี้ ประกอบด้วย ความรู้เท่าทันกัญชา (Cannabis Literacy) การเข้าถึงกัญชา (Cannabis Accessibility) และพฤติกรรมการใช้กัญชา (Cannabis Use Behaviour) โดย

1) ความรู้เท่าทันกัญชาในการศึกษานี้หมายถึง ความสามารถในการรับข้อมูลเกี่ยวกับกัญชา ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อตัดสินใจอย่างเหมาะสมและปฏิบัติอย่างถูกต้องในสถานการณ์^{10, 11}

2) การเข้าถึงกัญชาในการศึกษานี้หมายถึง ความสามารถของเยาวชนสามารถหาได้ด้วยตนเองภายในเวลา 15 นาที

ประกอบด้วยการรับรู้ถึงแหล่งจำหน่ายกัญชา การรับรู้ถึงชนิดและคุณภาพกัญชา การรับรู้ราคาจำหน่ายและอำนาจในการซื้อของเยาวชน ทั้งนี้รวมถึงผลิตภัณฑ์กัญชาสด กัญชาแห้ง กัญชาน้ำ ยางกัญชา ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของกัญชาหรือสารสกัดกัญชา และอาหารที่มีส่วนผสมของกัญชา

3) พฤติกรรมการใช้กัญชาในการศึกษานี้ หมายถึง การนำกัญชาทุกรูปแบบ (กัญชาสด กัญชาแห้ง กัญชาน้ำ ยางกัญชา ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของกัญชา/สารสกัดกัญชา) เข้าสู่ร่างกาย (ทางปาก/สูบ) โดยสมัครใจ มุ่งเน้นประสบการณ์ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา โดยนับรวมทั้งการใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางนันทนาการ (recreational) เพื่อวัตถุประสงค์เสริมการทำงาน (functional) และเพื่อวัตถุประสงค์ทางสุขภาพ (medicinal use)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นแบบสอบถามชนิดตอบเอง ประกอบด้วย 4 ส่วนคือ คุณลักษณะทางประชากร ความรู้เท่าทันกัญชา การเข้าถึงกัญชา และพฤติกรรมการใช้กัญชา โดย

1) คุณลักษณะทางประชากร ประกอบด้วยคำถาม 14 ข้อ ผ่านการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญในเครือข่ายพัฒนาวิชาการและข้อมูลสารเสพติดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 4 ท่าน ได้ค่า CVI 0.93 จัดทำ Cognitive test กับเยาวชนในชุมชน 26 คน ใช้เวลาในการตอบ 3 นาที

และหาค่าความเชื่อมั่นกับเยาวชนในชุมชนจำนวน 52 คน ได้ค่า 4 weeks Test-retest Reliability 0.98

2) ความรู้เท่าทันกัญชา ประยุกต์จากมาตรวัดความรู้เท่าทันสารเสพติดฉบับย่อ¹² ประกอบด้วยคำถาม 32 ข้อ ค่า CVI 0.86, ค่าความแม่นยำตรงเสมือน (Concurrent validity) 0.67 ค่าความคงที่ภายใน (Internal Consistency) 0.83 ใช้เวลาในการตอบ 8 นาที

3) การเข้าถึงกัญชา ประกอบด้วยคำถาม 11 ข้อ ผ่านการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญในเครือข่ายพัฒนาวิชาการและข้อมูลสารเสพติดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 4 ท่าน ได้ค่า CVI 0.91 จัดทำ Cognitive test กับเยาวชนในชุมชน 26 คน ใช้เวลาในการตอบ 3 นาที และหาค่าความเชื่อมั่นกับเยาวชนในชุมชนจำนวน 104 คน ได้ค่า 4 weeks Test-retest Reliability 0.98 ค่าความคงที่ภายใน (Internal Consistency) 0.89

4) พฤติกรรมการใช้กัญชา ประกอบด้วยคำถาม 16 ข้อ ผ่านการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญในเครือข่ายพัฒนาวิชาการและข้อมูลสารเสพติดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 4 ท่าน ได้ค่า CVI 0.94 จัดทำ Cognitive test กับเยาวชนในชุมชน 26 คน ใช้เวลาในการตอบ 4 นาที และหาค่าความเชื่อมั่นกับเยาวชนในชุมชนจำนวน 104 คน ได้ค่า 4 weeks Test-retest

Reliability 0.96 ค่าความคงที่ภายใน (Internal Consistency) 0.92

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการดังนี้

1) กลุ่มตัวอย่างอายุต่ำกว่า 18 ปี คณะผู้วิจัยทำหน้าที่ขอคำยินยอมจากผู้ปกครอง เมื่อผู้ปกครองยินยอมแล้วจึงดำเนินการในขั้นต่อไป

2) คณะผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัยและขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตอบ/ไม่ตอบคำถามในแต่ละข้อได้

3) กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอม คณะผู้วิจัยแจกแบบสอบถาม และขอรับคืนในวันถัดมา (มีระยะเวลา 1 วัน) หากไม่ได้รับคืนทั้งฉบับจะถือว่ากลุ่มตัวอย่างไม่ร่วมมือในการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการในช่วงเดือน พฤษภาคม-มิถุนายน ของปีพ.ศ. 2559, 2562, และ 2565

4. การจัดการและวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อได้รับแบบสอบถามกลับมาได้ ดำเนินการดังนี้

1) นำเข้าข้อมูลในเครื่องคอมพิวเตอร์ ด้วยวิธีสอบทาน (data double entry) โดยกำหนดให้มีการป้อนข้อมูล 2 ครั้ง โดยผู้ป้อนข้อมูล 2 คนที่เป็นอิสระต่อกัน ทำการตรวจสอบความซ้ำซ้อนและความคลาดเคลื่อนในการนำเข้าข้อมูล และแก้ไขปรับปรุง จนสามารถแน่ใจได้ว่าข้อมูลถูกต้อง

2) ปรับปรุงคุณภาพข้อมูล ทำการตรวจสอบค่านอกช่วง (Out of range) ค่าสูงต่ำกว่าปกติ (Outlier) ข้อมูลสูญหาย (Missing data) และแก้ไขปรับปรุงฐานข้อมูลให้เหมาะสม

3) การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติพรรณนา ช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95 และไคว์สแควร์

5. จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรอง จริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการบริหารเครือข่ายของศักรวิชาการสารเสพติด เลขที่ ACSAN 018

ผลการศึกษา (Results)

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษามีจำนวนทั้งสิ้น 15,766 ราย เป็นการสำรวจในปี พ.ศ. 2559 จำนวน 5,208 ราย การสำรวจปี พ.ศ. 2562 จำนวน 5,286 ราย และการสำรวจปี พ.ศ. 2565 จำนวน 5,272 ราย กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 46.5, 47.1, และ 51.7 ตามลำดับ อายุเฉลี่ย 18.1 (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.66, ค่ามัธยฐาน 18, ค่าพิสัยควอไทล์ 6), 18.1 (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.65, ค่ามัธยฐาน 18, ค่าพิสัยควอไทล์ 6) และ 17.6 (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.69, ค่ามัธยฐาน 17, ค่าพิสัยควอไทล์ 6.75) ตามลำดับ

ความรู้เท่าทันกัญชา ในปีพ.ศ. 2559 เป็นช่วงที่กัญชาผิดกฎหมาย มีหลักสูตรสอน

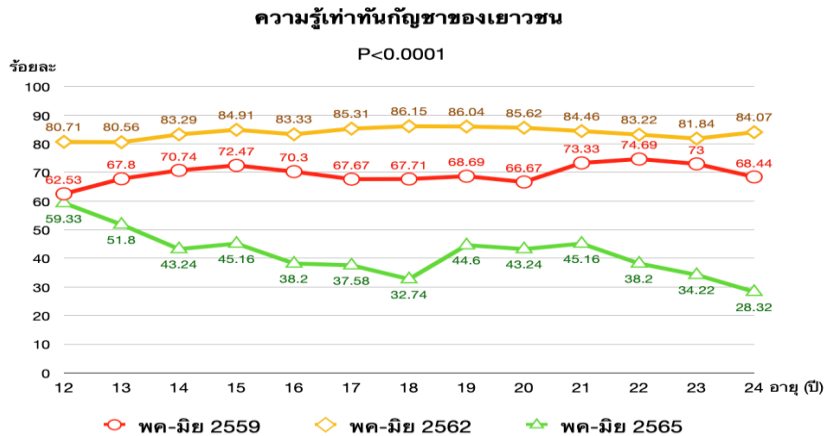
เรื่องยาเสพติดในสถานศึกษาไม่มีสื่อมวลชนให้ข้อมูลถึงผลดีของยาเสพติด พบว่าเยาวชนมีความรู้เท่าทันเฉลี่ยทุกกลุ่มอายุร้อยละ 69.39 (95%CI 68.14-70.64) ค่าสูงสุดอายุ 22 ปี ร้อยละ 74.69 ต่ำสุดอายุ 12 ปี ร้อยละ 62.53

ต่อมาเมื่อมีการอนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ มีการนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับการใช้กัญชา กับสุขภาพมากมายทางสื่อมวลชน และสื่อสังคมออนไลน์ ส่งผลให้เยาวชนรู้เท่าทันกัญชาเพิ่มมากขึ้นเฉลี่ยทุกกลุ่มอายุร้อยละ 83.84 (95%CI 82.85-84.84) ค่าสูงสุดอายุ 18 ปี ร้อยละ 86.15 ต่ำสุดอายุ 13 ปี ร้อยละ 80.56 โดยเฉลี่ยทุกกลุ่มอายุความรู้เท่าทันกัญชาเพิ่มสูงขึ้นร้อยละ 14.45 (เปลี่ยนแปลงสูงสุดอายุ 20 ปี ร้อยละ 18.95 เปลี่ยนแปลงต่ำสุดอายุ 22 ปี ร้อยละ 8.53)

ในช่วงที่กัญชาไม่ใช่ยาเสพติด มีการนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับกัญชามากมายทางสื่อสังคมออนไลน์ โดยเฉพาะการส่งเสริมให้มีการใช้กัญชาในรูปแบบต่าง ๆ โดยเฉพาะการผสมในอาหาร เกิดความเชื่อที่ผิดในสังคม เห็นเฉพาะผลดีจากการใช้กัญชา ละเลยผลเสียต่อสุขภาพ ส่งผลให้ระดับความรู้เท่า

ทันกัญชาในเยาวชนลดลง โดยเฉลี่ยความรู้เท่าทันกัญชาทุกกลุ่มอายุร้อยละ 42.26 (95%CI 41.13-43.79) ค่าสูงสุดอายุ 12 ปี ร้อยละ 59.33 ต่ำสุดอายุ 24 ปี ร้อยละ 28.32 โดยเฉลี่ยทุกกลุ่มอายุความรู้เท่าทันกัญชาลดต่ำลงจากช่วงกัญชาทางการแพทย์ร้อยละ 41.58 (เปลี่ยนแปลงสูงสุดอายุ 24 ปี ร้อยละ 55.75 เปลี่ยนแปลงต่ำสุดอายุ 12 ปี ร้อยละ 21.38) หนึ่งความรู้เท่าทันกัญชาลดต่ำลงจากช่วงกัญชาเป็นยาเสพติดร้อยละ 27.13 (เปลี่ยนแปลงสูงสุดอายุ 24 ปี ร้อยละ 40.12 เปลี่ยนแปลงต่ำสุดอายุ 12 ปี ร้อยละ 3.20) ทั้งนี้ความเปลี่ยนแปลงดังกล่าว มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.0001$)

เป็นที่น่าสังเกตว่าระดับความรู้เท่าทันกัญชาในกลุ่มอายุน้อยสูงกว่ากลุ่มอายุมาก อาจเป็นเพราะกลุ่มอายุน้อยได้รับความรู้เรื่องยาเสพติดให้โทษในชั้นเรียนและสังคม สิ่งแวดล้อมยังห่างไกลจากยาเสพติด ดังนั้นระดับความต้านทานยาเสพติดจึงยังสูงอยู่ ต่างจากเยาวชนกลุ่มอายุมากที่มีสังคม สิ่งแวดล้อมและกลุ่มเพื่อนที่ใกล้ชิดกับยาเสพติดและได้รับข้อมูลที่ไม่เหมาะสมจากสื่อสังคมออนไลน์ทำให้เกิดความเชื่อเกี่ยวกับกัญชาที่ไม่ถูกต้อง (misconception)



ภาพที่ 1 ความรู้เท่าทันกัญชาของเยาวชนในกลุ่มอายุต่าง ๆ

เมื่อพิจารณาความสามารถในการเข้าถึงกัญชา ในปี พ.ศ. 2559 เป็นช่วงที่กัญชายังคงเป็นยาเสพติด ให้โทษผิดกฎหมาย พบว่าเยาวชนมีความสามารถในการเข้าถึงกัญชาได้เฉลี่ยทุกกลุ่มอายุร้อยละ 20.3 (95%CI 19.21-21.39) ค่าสูงสุดอายุ 24 ปี ร้อยละ 26.53 ต่ำสุดอายุ 12 ปี ร้อยละ 12.64

ต่อมาเมื่อมีการอนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ มีการปลูกกัญชากันอย่างกว้างขวาง มีการจำหน่ายผลิตภัณฑ์กัญชาเพื่อสุขภาพมากมายอย่างเปิดเผย รวมทั้งช่องทางจำหน่ายออนไลน์ ส่งผลให้เยาวชนสามารถเข้าถึงกัญชาเพิ่มมากขึ้นเฉลี่ยทุกกลุ่มอายุร้อยละ 37.23 (95%CI 35.93-38.53) ค่าสูงสุดอายุ 24 ปี ร้อยละ 39.84 ต่ำสุดอายุ 20 ปี ร้อยละ 35.08 โดยเฉลี่ยทุก

กลุ่มอายุความสามารถในการเข้าถึงกัญชาเพิ่มสูงขึ้นร้อยละ 16.93 (เปลี่ยนแปลงสูงสุดอายุ 12 ปี ร้อยละ 25.67 เปลี่ยนแปลงต่ำสุดอายุ 20 ปี ร้อยละ 11.27)

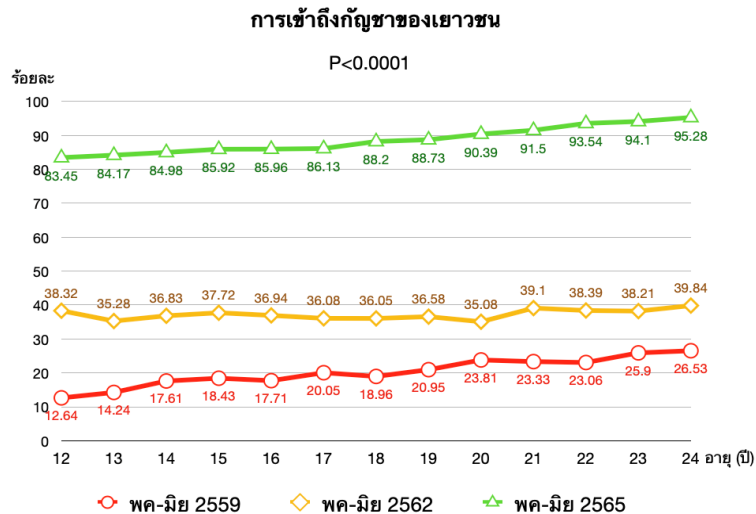
ในช่วงที่กัญชาไม่ใช่ยาเสพติด มีการแจกจ่ายต้นพันธุ์กัญชาและส่วนอื่น ๆ อย่างเปิดเผย ในบางพื้นที่มีการซื้อขายกัญชาแห้ง มีการนำกัญชาผสมในอาหาร รวมทั้งมีผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของกัญชาจำหน่ายในร้านสะดวกซื้อ ส่งผลให้ความสามารถในการเข้าถึงกัญชาในเยาวชนเพิ่มมากขึ้น โดยเฉลี่ยความสามารถในการเข้าถึงกัญชาทุกกลุ่มอายุร้อยละ 88.14 (95%CI 87.27-89.01) ค่าสูงสุดอายุ 24 ปี ร้อยละ 95.28 ต่ำสุดอายุ 12 ปี ร้อยละ 83.45 โดยเฉลี่ยทุกกลุ่มอายุความสามารถในการเข้าถึงกัญชาเพิ่มสูงขึ้นจากช่วงกัญชาทางการแพทย์ร้อยละ 50.91

(เปลี่ยนแปลงสูงสุดอายุ 23 ปี ร้อยละ 55.89
เปลี่ยนแปลงต่ำสุดอายุ 12 ปี ร้อยละ 45.14)

อนึ่งความสามารถในการเข้าถึงกัญชา
เพิ่มสูงขึ้นจากช่วงกัญชาเป็นยาเสพติด

ร้อยละ 67.85 (เปลี่ยนแปลงสูงสุดอายุ 12 ปี
ร้อยละ 70.81 เปลี่ยนแปลงต่ำสุดอายุ 17 ปี

ร้อยละ 66.08) ทั้งนี้ความเปลี่ยนแปลง
ดังกล่าว มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.0001$)



ภาพที่ 2 ความสามารถในการเข้าถึงกัญชาของเยาวชนในกลุ่มอายุต่าง ๆ

ในด้านพฤติกรรมเสพติดกัญชา ในปี พ.ศ. 2559 เป็นช่วงที่กัญชายังคงเป็นยาเสพติดให้โทษผิดกฎหมาย พบว่าเยาวชนมีพฤติกรรมใช้กัญชาในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาในทุกรูปแบบทั้งการเสพ ผสมในอาหาร/เครื่องดื่ม ผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพโดยเฉลี่ยทุกกลุ่มอายุ ร้อยละ 2.78 (95%CI 2.33-3.23) ค่าสูงสุดอายุ 24 ปี ร้อยละ 4.24 ต่ำสุดอายุ 12 ปี ร้อยละ 1.15)

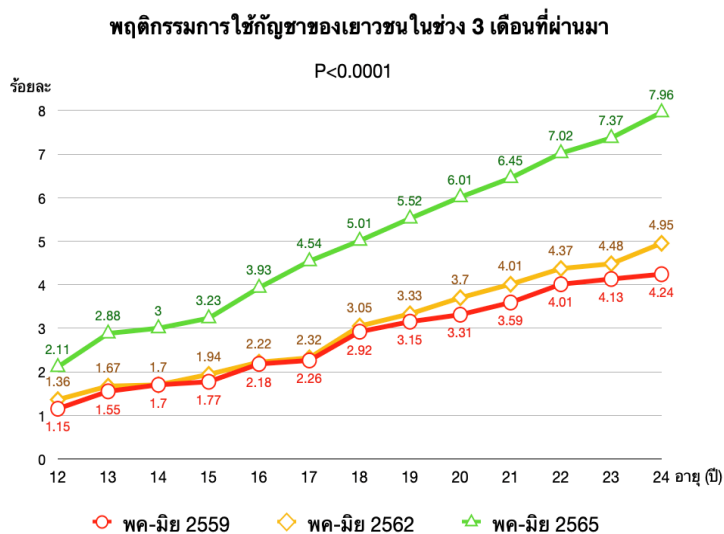
ต่อมาเมื่อมีการอนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ สามารถเข้าถึงผลิตภัณฑ์

กัญชาเพื่อสุขภาพได้โดยง่าย รวมทั้งการเข้าถึงกัญชาในรูปแบบอื่น ๆ ส่งผลให้เยาวชนมีพฤติกรรมใช้กัญชาในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาเพิ่มมากขึ้นเฉลี่ยทุกกลุ่มอายุ ร้อยละ 3.05 (95%CI 68.14-70.64) ค่าสูงสุดอายุ 24 ปี ร้อยละ 4.95 ต่ำสุดอายุ 12 ปี ร้อยละ 1.36 โดยเฉลี่ยทุกกลุ่มอายุใช้กัญชาในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาเพิ่มสูงขึ้นร้อยละ 0.26 (เปลี่ยนแปลงสูงสุดอายุ 24 ปีร้อยละ 0.7 โดยอายุ 14 ปี ไม่เปลี่ยนแปลงอยู่ระดับเดิมที่ร้อยละ 1.7)

ในช่วงที่กัญชาไม่ใช่ยาเสพติด มีการซื้อขายกัญชาอย่างเปิดเผยทุกรูปแบบ รวมทั้งการซื้อขายในที่สาธารณะ ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ เยาวชนสามารถเข้าถึงกัญชาได้ โดยง่ายสามารถหากัญชามาเสพได้ทั้งจากในสถานศึกษา ในชุมชน โดยใช้เวลาที่จะได้รับกัญชาน้อยกว่า 10 นาที ประกอบกับความอยากรู้อยากลองของเยาวชน ส่งผลให้เยาวชนมีพฤติกรรมใช้กัญชาในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาเพิ่มมากขึ้น โดยเฉลี่ยใช้กัญชาในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ทุกกลุ่มอายุร้อยละ 4.82 (95%CI 4.24-5.40) ค่าสูงสุดอายุ 24 ปี

ร้อยละ 7.96 ต่ำสุดอายุ 12 ปี ร้อยละ 2.11 โดยเฉลี่ยทุกกลุ่มอายุใช้กัญชาในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา เพิ่มสูงขึ้นจากช่วงกัญชาทางการแพทย์ร้อยละ 1.77 (เปลี่ยนแปลงสูงสุดอายุ 24 ปี ร้อยละ 3.02 เปลี่ยนแปลงต่ำสุดอายุ 12 ปี ร้อยละ 0.75)

พฤติกรรมใช้กัญชาในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา เพิ่มสูงขึ้นจากช่วงกัญชาเป็นยาเสพติดร้อยละ 2.03 (เปลี่ยนแปลงสูงสุดอายุ 24 ปีร้อยละ 3.72 เปลี่ยนแปลงต่ำสุดอายุ 12 ปี ร้อยละ 0.96) ทั้งนี้ความเปลี่ยนแปลงดังกล่าว มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.0001$)



ภาพที่ 3 พฤติกรรมการใช้กัญชาของเยาวชนในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาในกลุ่มอายุต่าง ๆ

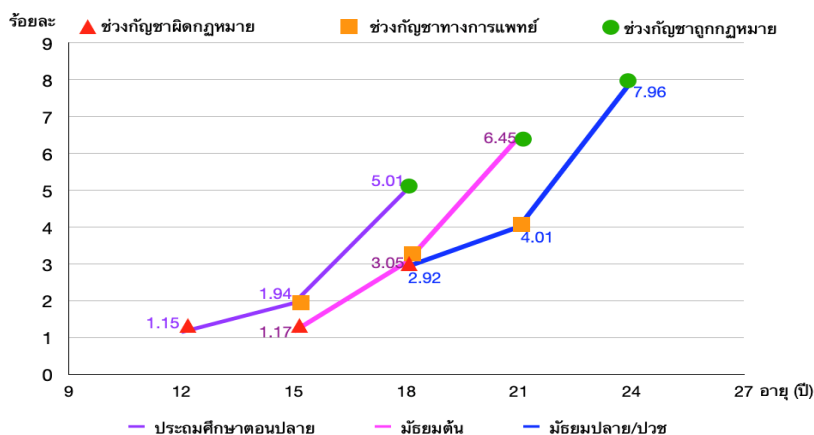
ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางนโยบายและข้อกฎหมายต่อการแพร่ระบาดของกัญชาในกลุ่มเยาวชน จะเห็นได้อย่าง

ชัดเจนเมื่อทำการเปรียบเทียบคนในรุ่นราวคราวเดียวกัน (Bierth Cohort) แบบติดตามระยะเวลา โดยทำการเปรียบเทียบสัดส่วน

การใช้กัญชาในคน 3 รุ่น (ประถมศึกษาตอนปลาย มัธยมศึกษาตอนต้น และมัธยมศึกษาตอนปลาย/อาชีวศึกษาตอนต้น) ใน 3 ช่วงเวลา (ช่วงกัญชาเป็นยาเสพติดผิดกฎหมาย ช่วงกัญชาทางการแพทย์ ช่วงกัญชาถูกกฎหมาย) จากรูป 4 กลุ่ม คนในรุ่นประถมศึกษาตอนปลายมีสัดส่วนการใช้กัญชาในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 1.15 ในช่วงที่กัญชาผิดกฎหมาย เมื่อรัฐบาลประกาศให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ทำให้อัตราการใช้กัญชาในคนกลุ่มนี้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 1.94 หลังมีการปรับกฎหมายทำให้กัญชาถูกกฎหมายทำให้อัตราการใช้กัญชาเพิ่มขึ้น 2.5 เท่าจากช่วงกัญชาทางการแพทย์ เป็นร้อยละ 5.01 หรือเพิ่มขึ้น 4.4 เท่าจากช่วงกัญชาผิดกฎหมาย แบบแผนนี้คล้ายกับกลุ่มคนในรุ่นมัธยมศึกษาตอนปลาย/อาชีวศึกษาตอนต้น (ปวช.) ซึ่งมีสัดส่วนการใช้

กัญชาในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 2.92 ในช่วงที่กัญชาผิดกฎหมาย เมื่อรัฐบาลประกาศให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ทำให้อัตราการใช้กัญชาในคนกลุ่มนี้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 4.01 แต่เมื่อรัฐบาลทำให้กัญชาถูกกฎหมายทำให้อัตราการใช้กัญชาเพิ่มขึ้น 2 เท่าจากช่วงกัญชาทางการแพทย์เป็นร้อยละ 2.96 หรือเพิ่มขึ้น 2.7 เท่าจากช่วงกัญชาผิดกฎหมาย แต่คนในรุ่นมัธยมศึกษาตอนต้นซึ่งมีสัดส่วนการใช้กัญชาในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 1.17 ในช่วงที่กัญชาผิดกฎหมาย เมื่อรัฐบาลประกาศให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ทำให้อัตราการใช้กัญชาในคนกลุ่มนี้เพิ่มขึ้น 2.6 เท่าเป็นร้อยละ 3.05 และเมื่อรัฐบาลทำให้กัญชา ถูกกฎหมายทำให้อัตราการใช้กัญชาเพิ่มขึ้นกว่า 2 เท่าจากช่วงกัญชาทางการแพทย์เป็นร้อยละ 6.45 หรือเพิ่มขึ้น 5.5 เท่าจากช่วงกัญชาผิดกฎหมาย

พฤติกรรมการใช้กัญชา: เปรียบเทียบตามระยะเวลา



ภาพที่ 4 พฤติกรรมการใช้กัญชาของเยาวชนเปรียบเทียบตามระยะเวลา

วิจารณ์ (Discussions)

แม้ว่าขนาดตัวอย่างและกระบวนการสุ่มตัวอย่างโดยอาศัยความน่าจะเป็น (probability sampling) ในการสำรวจแต่ละครั้งจะคำนึงถึงความเป็นตัวแทน (representativeness) และความเพียงพอต่ออำนาจทางสถิติ (statistical power) ในการวิเคราะห์ข้อมูล แต่ด้วยข้อจำกัดทางจริยธรรมในการวิจัย ที่ต้องคำนึงถึงความเป็นอิสระในการตอบคำถาม การมีเวลาเพียงพอ และความสนใจในการตอบคำถามทั้งแบบรายข้อหรือทั้งฉบับ ทำให้อาจพบความคลาดเคลื่อนอยู่บ้าง อาทิ ในบางกลุ่มอายุ อัตราการตอบกลับระหว่างเพศไม่เท่ากัน และการตอบกลับไม่เท่ากันในทุกครั้งที่ทำการสำรวจ แต่พบว่าการตอบกลับสูงกว่าร้อยละ 90 ในทุกกลุ่มอายุ ทั้งสองเพศ และในการสำรวจทุกครั้ง ทำให้ผลการศึกษามีความคลาดเคลื่อนต่ำ

ความรู้เท่าทันกัญชาเป็นความสามารถในการรับข้อมูล ประมวล ทำความเข้าใจ ตัดสินใจ และมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ดังนั้นระดับความรู้เท่าทัน จึงไม่ได้แปรผันตามอายุการที่เยาวชนอายุมากมีระดับความรู้เท่าทันต่ำกว่าเยาวชนอายุน้อยในการสำรวจปี พ.ศ. 2565 เนื่องจากปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อความรู้เท่าทัน อาทิ การลือกเข้าถึงเนื้อหาข่าวสาร ความเข้าใจในสาระที่ได้รับการตัดสินใจและการปฏิบัติที่เหมาะสม¹³

การศึกษานี้พบว่าการเปลี่ยนแปลงทางนโยบายทำให้กัญชาแพร่ระบาดในเยาวชนเพิ่มมากขึ้น เมื่อแบ่งกลุ่มอายุเป็นกลุ่ม 12-19 ปี และ 20-24 ปี พบว่าอัตราการใช้กัญชา ก่อนปลดล็อกกัญชา (ปี พ.ศ. 2559) เป็นร้อยละ 2.3 และ 4.3 ตามลำดับ ซึ่งเป็นพฤติกรรมการใช้กัญชา 3 เดือนที่ผ่านมา ก่อนวันสำรวจสูงกว่าการศึกษาอื่นที่ใกล้เคียงกันพบว่า รายงานการสำรวจครัวเรือนทั่วประเทศ คนไทยกลุ่มอายุ 12-19 ปี และ 20-24 ปี ที่ใช้กัญชาในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 0.1 และ 1.9 ตามลำดับ ส่วนการใช้ในช่วงเดือนที่ผ่านมาคิดเป็นร้อยละ 0.1 และ 1.1 ตามลำดับ⁶ ซึ่งเป็นเพราะช่วงเวลาที่แตกต่างกันและวิธีการสุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน

การเปลี่ยนแปลงทางนโยบายและกฎหมายในประเทศไทยซึ่งเป็นประเทศเดียวในกลุ่มสมาชิกอาเซียนที่อนุญาตกัญชาส่งผลกระทบต่อประเทศเพื่อนบ้านอาเซียนด้วย ซึ่งพบการจับกุมของกลางกัญชาในกลุ่มประเทศสมาชิกอาเซียนเพิ่มขึ้นอย่างมาก การจับกุมในปี พ.ศ. 2564 เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2562 ถึง 3 เท่า และเพิ่มขึ้น 16 เท่าจากปี พ.ศ. 2560¹⁴

เมื่อพิจารณาตัวเลขผู้เข้าบำบัดกัญชาในประเทศไทยที่ไม่ได้เพิ่มขึ้นหลังการประกาศปลดล็อกกัญชา ทั้งนี้เป็นเพราะผู้เสพกัญชามีอยู่เพียงร้อยละ 10 เท่านั้น ที่ติดกัญชาจนต้องเข้ารับการบำบัด

(คณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด, 2554) ประกอบกับระบบข้อมูลผู้เข้ารับการรักษาเสพติดของประเทศไทยในปัจจุบันไม่นำเข้าข้อมูลเยาวชน (อายุต่ำกว่า 18 ปี) ทำให้ไม่มีข้อมูลเยาวชน รวมทั้งผู้เข้ารับการรักษาส่วนใหญ่เป็นแบบกึ่งสมัครใจ (เจ้าหน้าที่ตั้งด่านตรวจปัสสาวะเมื่อพบผลบวกจึงนำส่งบำบัด) แต่เมื่อักัญชาไม่อยู่ในบัญชียาเสพติดให้โทษ จึงไม่มีการตรวจักัญชาทำให้ตัวเลขผู้เข้าบำบัดักัญชาในระบบไม่เพิ่มขึ้น

การใช้ักัญชาก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพระยะสั้นที่ชัดเจน คือ อาการมึนเมา การรับรู้และพฤติกรรมผิดปกติ ขนาดของผลกระทบขึ้นอยู่กับปริมาณที่ใช้ วิธีการใช้ การให้คุณค่าและทัศนคติของผู้ใช้ักัญชา¹⁵ แม้การทบทวนทางระบาดวิทยาจะยังไม่มีรายงานการตายจากการใช้ักัญชาเกินขนาด¹⁶ หลักฐานเกี่ยวกับประเด็นระบบไหลเวียนโลหิต การสูบกัญชากับโรคถุงลมโป่งพองและมะเร็งปอด ส่วนใหญ่ยังเป็นระดับกรณีศึกษา (cases report) และยังไม่มียหลักฐานอ้างอิงเชิงประจักษ์ทางการแพทย์ที่น่าเชื่อถือ^{17,18} ในทางตรงกันข้าม การใช้ักัญชาระยะยาวเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเภท 2.9 เท่า¹⁹ ผู้ใช้ักัญชาเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้ไม่ได้ใช้ประมาณร้อยละ 17 และความเสี่ยงนี้เพิ่มมากขึ้นเป็นร้อยละ 62 ในผู้ใช้ในปริมาณมาก ๆ²⁰ ในแง่ของผลกระทบทางสังคมจากการศึกษาระยะยาวในปี ค.ศ.

1990 พบว่าผู้เริ่มใช้ักัญชาก่อนอายุ 15 ปี มีแนวโน้มออกจากโรงเรียน²¹ ผู้ที่ติดักัญชาหรือใช้ักัญชาต่อเนื่องระยะยาวเป็นผู้ที่มีการศึกษาน้อยมีปัญหาด้านเศรษฐกิจว่างงาน และมีการใช้ยาเสพติดอื่น ๆ ร่วมด้วย²²⁻²⁴ ยิ่งกว่านั้นยังมีโอกาสถูกปลดออกจากงานมากกว่าปกติ²⁵

บางประเทศมีความเชื่อว่าักัญชาไม่ร้ายแรงเหมือนยาเสพติดชนิดอื่น ๆ กฎหมายอนุญาตให้ใช้ักัญชาได้ ในขณะที่บางประเทศที่กฎหมายอนุญาตเฉพาะกรณี เช่น อนุญาตให้ใช้ักัญชาในทางการแพทย์และการวิจัย ปัจจุบันประเทศต่าง ๆ 56 ประเทศที่มีการอนุญาตใช้ักัญชา/สารสกัด/อนุพันธ์ักัญชาในทางการแพทย์ได้ เมื่อมีการอนุญาตให้ใช้ักัญชาทางการแพทย์ พบว่า ผู้ที่เสพักัญชาใน 1 เดือนที่ผ่านมาเพียงร้อยละ 39.2 ที่ใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางสุขภาพ (medicinal use) ทั้งนี้ร้อยละ 40 เคยได้รับพิษจากการใช้ักัญชา⁸ แม้ในการศึกษานี้ไม่ได้รวบรวมข้อมูลพิษจากการใช้ักัญชา แต่ชาวจากสื่อมวลชนก็นำเสนออย่างต่อเนื่องถึงผู้ได้รับผลอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ักัญชาอย่างต่อเนื่อง เป็นที่คาดคะเนว่าเยาวชนจำนวนมากได้รับพิษจากักัญชา

จากประสบการณ์ของสหรัฐอเมริกาในการปฏิรูปกฎหมายักัญชา พบว่า เกิดการพัฒนาสายพันธุ์ักัญชาให้มีค่า THC (delta-9-Tetrahydrocannabinol) สูงขึ้นโดยในช่วง 10 ปี มีการพัฒนาสายพันธุ์ที่มีค่า THC สูงขึ้น

กว่าเท่าตัว¹ เช่นเดียวกับในประเทศเนเธอร์แลนด์ที่พบว่า 1) การเพิ่มขึ้นของร้านกัญชาที่ขึ้นทะเบียนให้ใช้กัญชาได้มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของการเสพกัญชาในช่วงชีวิตของเยาวชนอายุ 18-20 ปี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15 เป็นร้อยละ 44 ในช่วง 10 ปี และการเสพกัญชาในเดือนที่ผ่านมาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.5 เป็นร้อยละ 18.5 ในช่วงเวลาเดียวกัน²⁶ 2) อายุที่เริ่มใช้กัญชาลดลงจาก 15 ปี เป็น 14 ปี²⁷ 3) หลังนโยบายกำหนดอายุผู้ซื้อกัญชามีผลให้เยาวชนต้องหาซื้อกัญชาจากเพื่อนทำให้มีโอกาสใช้ยาอื่นและก่ออาชญากรรม²⁸

ความเชื่อที่ว่ากัญชามีประโยชน์ทางการแพทย์มีความเชื่อมโยงสูงในการสนับสนุนให้การใช้กัญชาถูกกฎหมาย ผลการสำรวจในต่างประเทศชี้ให้เห็นว่าหากการใช้กัญชาในทางการแพทย์มีกฎหมายรับรองแล้วนั้น ปัจจัยต่าง ๆ จะยังมีอิทธิพลสนับสนุนให้การใช้กัญชาเป็นสิ่งที่ถูกกฎหมาย²⁹ ประสพการณ์ในสหรัฐอเมริกาและแคนาดาพบว่าหลังจากประกาศนโยบายกัญชาทางการแพทย์ ประมาณ 8-12 ปีจะเกิดแรงขับเคลื่อนให้เกิดการใช้กัญชาเสรี³ แต่สำหรับประเทศไทยใช้เวลาเพียง 3 ปี ถึงแม้รัฐบาล

จะแถลงว่าเจตนามุ่งเน้นที่การใช้กัญชาทางการแพทย์ แต่การถอดกัญชาจากบัญชียาเสพติดและยังไม่มีกฎหมายควบคุมในเวลาที่เหมาะสมจึงทำให้ประเทศไทยมีสภาพการณ์ไม่ต่างจากกัญชาเสรี

ข้อยุติ (Conclusions)

นโยบายกัญชาทางการแพทย์ส่งผลให้เยาวชนเสพกัญชามากขึ้นโดยเฉพาะในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ส่วนการปลดกัญชาจากบัญชียาเสพติดทำให้เยาวชนเสพกัญชาเพิ่มขึ้น 2.7-5.5 เท่า

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

รัฐบาลควรเข้มงวดกับการให้ข้อมูลข่าวสารเกินจริงทางสื่อสังคมออนไลน์และจำกัดการเข้าถึงกัญชาของเยาวชน

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

การแก้ไขนโยบายกัญชาในต่างประเทศนำไปสู่การพัฒนาสายพันธุ์เพื่อตอบสนองการใช้กัญชาเพื่อนันทนาการ การศึกษานี้พบว่าการเปลี่ยนแปลงนโยบายกัญชาในประเทศไทยทำให้เยาวชนไทยใช้กัญชามากขึ้น

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Kanato M, Leyatikul P, Ritmontri S. The documentary research report on Cannabis Policies and Problem

solving: Case studies of the United Kingdom and the United States of

- America. Bangkok: Charunsanitwong publication; 2015. [in Thai].
2. Abel EL. **MARIHUANA The First Twelve Thousand Years**. New York: Springer; 1980.
 3. Calabria B, Degenhardt L, Hall W, Lynskey M. Does cannabis use increase the risk of death? Systematic review of epidemiological evidence on adverse effects of cannabis use. **Drug and alcohol review** 2010; 29(3): 318-330.
 4. Kanato M, Phakdeerach P, Phunthet W, Boonjumnong C, Loeiyood J. **The feasibility study report on the Cannabis Decriminalization policy**. Khon Kaen: ISAN Substance abuse Academic Network; 2016. [in Thai]
 5. United Nations Office on Drugs and Crime. **World drug report 2021**. United Nations Publications; 2021.
 6. Kanato M, Thaikhla K., Asnangkornchai S, Areesantichai C, Charoenrat S, Leyatikul P, et al. **Report on the results of a national household survey to estimate the population of substance abusers in Thailand in 2019**. Bangkok: Charunsanitwong publication; 2019. [in Thai].
 7. Joy J, Mack A. **Marijuana as medicine?: The science beyond the controversy**. Washington D.C.: National Academies Press; 2000.
 8. Kanato M, Leyatikul P, Wonguppa R. Impacts of Medical Cannabis Law in Thailand. **ONCB Journal** 2020; 36(2): 27-36. [in Thai].
 9. ACSAN. **Quality of Life and Living Survey Report: Estimated Number of Substance Abuse Population in Thailand 2011**. Bangkok: Charunsanitwong publication; 2011. [in Thai].
 10. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. **Health promotion international** 2000; 15(3): 259-267.
 11. Liu C, Wang D, Liu C, Jiang J, Wang X, Chen H, et al. What is the meaning of health literacy? A systematic review and qualitative synthesis. **Family medicine and community health** 2020; 8(2): 1-8.
 12. Momen K, Kanato M. Developing a Substance Literacy Scale for Thai Population. **Journal of the Medical**

- Association of Thailand 2015; 98(7): 10-16.
13. Williams MV, Parker RM, Baker DW, Parikh NS, Pitkin K, Coates WC, et al. Inadequate functional health literacy among patients at two public hospitals. *Jama* 1995; 274(21): 1677-1682.
14. Kanato M, Sarasiri R, Leyatikul P. **ASEAN DRUG MONITORING REPORT 2021**. Bangkok: ASEAN Narcotics Cooperation Center; 2022.
15. Brands B, Marshman J, Sproule B. **Drugs & Drug Abuse: A Reference Text**. Addiction Research Foundation; 1998.
16. Calabria B, Degenhardt L, Hall W, Lynskey M. Does cannabis use increase the risk of death? Systematic review of epidemiological evidence on adverse effects of cannabis use. *Drug and alcohol review* 2010; 29(3): 318-330.
17. Joshi M, Joshi A, Bartter T. Marijuana and lung diseases. *Current opinion in pulmonary medicine* 2014; 20(2): 173-179.
18. Hackam DG. Cannabis and stroke: systematic appraisal of case reports. *Stroke* 2015; 46(3): 852-856.
19. Semple DM, McIntosh AM, Lawrie SM. Cannabis as a risk factor for psychosis: systematic review. *Journal of Psychopharmacology* 2005; 19(2): 187-194.
20. Lev-Ran S, Roerecke M, Le Foll B, George TP, McKenzie K, Rehm J. The association between cannabis use and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological medicine* 2014; 44(4): 797-810.
21. Ellickson P, Bui K, Bell R, McGuigan KA. Does early drug use increase the risk of dropping out of high school? *Journal of Drug Issues* 1998; 28(2): 357-380.
22. Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. Cannabis use and other illicit drug use: testing the cannabis gateway hypothesis. *Addiction* 2006; 101(4): 556-569.
23. Fergusson DM, Boden JM. Cannabis use and later life outcomes. *Addiction* 2008; 103(6): 969-976.
24. Brook JS, Lee JY, Finch SJ, Seltzer N, Brook DW. Adult work commitment, financial stability, and social environment as related to trajectories of marijuana use beginning in

- adolescence. **Substance abuse** 2013; 34(3): 298-305.
25. Compton WM, Grant BF, Colliver JD, Glantz MD, Stinson FS. Prevalence of marijuana use disorders in the United States: 1991-1992 and 2001-2002. **Jama** 2004; 291(17): 2114-2121.
26. MacCoun R, Reuter P. Evaluating alternative cannabis regimes. **The British Journal of Psychiatry** 2001; 178(2): 123-128.
27. Monshouwer K, Smit F, De Graaf R, Van OsJ, Vollebergh W. First cannabis use: does onset shift to younger ages? Findings from 1988 to 2003 from the Dutch National School Survey on Substance Use. **Addiction** 2005; 100(7): 963-970.
28. Korf DJ. Dutch coffee shops and trends in cannabis use. **Addictive behaviors** 2002; 27(6): 851-866.
29. Sznitman SR, Zolotov Y. Cannabis for therapeutic purposes and public health and safety: a systematic and critical review. **International Journal of Drug Policy** 2015; 26(1): 20-29

ผลของการฝึกอบรมหลักสูตรระยะสั้นต่อความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต.สามพร้าว จ.อุดรธานี

ภาวดี ทองนพคุณ ทอยน์*, วรรณ ภาจำปา*

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบการศึกษากลุ่มเดียว ทดสอบก่อนหลัง เพื่อศึกษาผลของการฝึกอบรมหลักสูตรระยะสั้นต่อความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 30 ราย ที่อาศัยในตำบลสามพร้าว จังหวัดอุดรธานี โดยใช้แบบประเมินวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และแบบประเมินทักษะในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุก่อนและหลังการฝึกอบรมหลักสูตรระยะสั้น โดยปรับจากคู่มือแนวทางการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง ของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และอ้างอิงจากทฤษฎีการพัฒนาหลักสูตรของไทเลอร์

ผลการศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยของการประเมินทักษะในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 48.93 คะแนน ผ่านเกณฑ์ 50% (25 คะแนน) หลังเข้ารับการฝึกอบรมระยะสั้นมาร้อยละ 100 และมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุหลังการฝึกอบรมหลักสูตรระยะสั้นมากกว่าก่อนการฝึกอบรมหลักสูตรระยะสั้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

คำสำคัญ: หลักสูตรระยะสั้น; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน; การดูแลผู้สูงอายุ

*คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

Corresponding author: Wanna Pajumpa, Email: w.pajumpa@udru.ac.th

Received 11/09/2023

Revised 20/10/2023

Accepted 23/11/2023

EFFECTS OF SHORT COURSE TRAINING PROGRAM ON KNOWLEDGE AND SKILLS OF ELDERLY CARE OF COMMUNITY HEALTH VOLUNTEERS SAM PHRAO SUB DISTRICT UDON THANI PROVINCE

Phawadee Thongnophkhun Toyn, Wanna Pajumpa**

ABSTRACT

This research was a quasi-experimental one-group study. Test before and after (one group pre-posttest design) to study the effect of short course training on Knowledge and Skills in caring for the elderly among 30 village health volunteers living in Sam Phrao Sub district, Udon Thani Province. The knowledge assessment questionnaire on health care of the elderly and the health care skills assessment form was used before and after the short course training by adjusting from the 70 - hours caregiver training course the manual Guidelines of the Bureau of Health Promotion, Department of Health, Ministry of Public Health and referring to Tyler's Curriculum Development Theory (Tyler, 1949). The study found that the average score of skills assessments in caring for the elderly of village health volunteers was 48.93 points, 50 percent pass from the criteria of 25 points and 100 percent of village health volunteers passed after attending the short-term training, and the mean score of knowledge in elderly care after joining the short course training more than before the short-course training Statistical significance ($p < .001$)

Keywords: Short course training program; Community health volunteers; Elderly care

*Faculty of Nursing, Udonthani Rajabhat University

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 16.06 – 16.79 จากประชากรทั้งสิ้น 66,558,935 คน โดยมีผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป 11,136,059 คน เมื่อจำแนกเป็นรายภาคพบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุด รองลงมา คือ ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคใต้และภาคตะวันออก ตามลำดับ¹ จึงทำให้ประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ผลกระทบคือ ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวขึ้น แต่ก็มีสภาพร่างกายเสื่อมถอยเพราะความชรา มีปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้น ป่วยและตายด้วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะผู้สูงอายุวัยตอนปลาย ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ มีมากถึงร้อยละ 19 ของผู้สูงอายุในวัยเดียวกัน² และเมื่ออยู่ในภาวะถดถอยจนทำให้มีข้อจำกัดในการดำเนินกิจวัตรประจำวันอย่างเป็นอิสระ ทั้งเนื่องจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังภาวะทุพพลภาพ ทำให้ผู้สูงอายุที่เข้าสู่ภาวะพึ่งพิง (Dependent Elderly) ที่ต้องการความช่วยเหลือ แต่บุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญมีไม่เพียงพอ ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการดูแล การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของสังคมที่ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยวซึ่งส่วนมากจะไม่มีเวลาทำให้ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งให้อยู่โดยลำพังเพิ่มมากขึ้น รัฐบาลให้ความสำคัญกับการที่ประเทศจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยมีนโยบายด้านการดูแลผู้สูงอายุมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่

ปี พ.ศ. 2559 การสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ออกแบบการบริหารจัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long-Term Care: LTC) การดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพจากหน่วยบริการปฐมภูมิและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับเครือข่ายสุขภาพที่อยู่ในชุมชน คืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและทั่วถึง³ ให้บริการแบบเชิงรุกในการขับเคลื่อนและจัดการสุขภาพของชุมชนซึ่ง อสม. มีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพรับผิดชอบดูแลครัวเรือนในหมู่บ้าน/ชุมชนโดยเฉลี่ย อสม. 1 คน รับผิดชอบ 10 - 15 หลังคาเรือน ปัจจุบันมี อสม. ทั่วประเทศจำนวน 1,047,800 คน⁴ ในภาพรวม อสม. ขาดความรู้ที่เฉพาะในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การปรับตัวเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ การเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย รวมถึงทักษะที่ใช้ในการประเมินอาการผิดปกติ การพยาบาลภาวะฉุกเฉินที่เกิดกับผู้สูงอายุ ได้แก่ การประเมินสัญญาณชีพ การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การช่วยฟื้นคืนชีพ การดูแลบาดแผล แม้จะเคยผ่านการอบรมมาแล้ว แต่ยังไม่มั่นใจในการเยี่ยมบ้าน มีความต้องการพัฒนาความรู้ ความสามารถ และศักยภาพอย่างต่อเนื่อง⁵ เพื่อช่วยเหลือทีมสุขภาพตามกฎหมาย โดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554⁶ เป็นต้นมา และ ปี พ.ศ. 2561⁷ กำหนดให้มีการเพิ่มความรู้อีกแก่ อสม. แบบยั่งยืน จากสถานการณ์ปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการทบทวนความรู้และพัฒนาทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มศักยภาพ อสม. ในพื้นที่สามพร้าว จังหวัดอุดรธานี ให้คงความรู้ความสามารถแบบยั่งยืน เพื่อช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองของ อสม. กับการใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมาเป็นกลวิธีในการเสริมสร้างความรู้ และทักษะในการดูแลภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุในชุมชนได้รับการดูแลและการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องเหมาะสม มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนของความรู้และทักษะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และหลังโปรแกรม

วิธีการศึกษา (Method)

แบบการวิจัย

การศึกษาค้นคว้านี้เป็นรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) โดยการศึกษาในกลุ่มเดียว ทดสอบก่อนหลัง (One group pre-post test design)

วัสดุและวิธีการ

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ หลักสูตรการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้พัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 18 ชั่วโมง โดยปรับจากคู่มือแนวทางการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมงของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขที่จัดทำหลักสูตรโดยนำแบบจำลองการพัฒนาหลักสูตรของไทเลอร์ มาเป็นต้นแบบ⁸

โดยจัดการอบรมให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลผู้สูงอายุกับอาสาสมัครกลุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักสูตรการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 18 ชั่วโมง ที่พัฒนามาเป็นเวลา 3 วัน เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ การปฐมพยาบาลเบื้องต้น (First Aid) การประเมินสัญญาณชีพ (Vital signs) และการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน (CPR) เป็นเวลา 2 วัน วันละ 6 ชั่วโมงรวม 12 ชั่วโมง และฝึกทักษะปฏิบัติทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ 1 วัน เป็นเวลา 6 ชั่วโมง

พื้นที่วิจัย ตำบลสามพร้าว อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลสามพร้าว จังหวัดอุดรธานี ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป จาก 15 หมู่บ้าน จำนวน 297 คน กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ได้มาจากการเลือกแบบทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีการจับ

สลากระบบ ไม่ใส่คืนเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นไปตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของโพลิตและยังเลอวี ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

- 1) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- 2) มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป
- 3) จบการศึกษา ตั้งแต่ชั้นประถมศึกษาขึ้นไป
- 4) อาศัยอยู่ในพื้นที่ ตำบลสามพร้าว อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี
- 5) เป็นผู้สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือและคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

- 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้ ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์
- 2) แบบประเมินวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจำนวน 30 ข้อ
- 3) แบบประเมินทักษะในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจำนวน 30 ข้อ

ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยได้ให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item-Objective

Congruence Index: IOC) หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้ในกลุ่มที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่า IOC มากกว่า 0.76 แล้วคำนวณหาความเชื่อมั่นด้วย KR 20 ของแบบสอบถามส่วนที่ 2 ได้ค่า 0.86 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ของแบบสอบถามส่วนที่ 2.2 และ 2.3 ได้ค่า 0.78 และ 0.84 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี เลขที่รับรองโครงการ อว. 0622.7/675

การเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1) ผู้วิจัยติดต่อขออนุญาตทำการวิจัยโดยนำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี ถึงองค์การบริหารส่วนตำบลสามพร้าว และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามพร้าว อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย
- 2) ทำการอธิบายวัตถุประสงค์ขอบเขตของผู้วิจัย ตลอดจนเก็บข้อมูลพื้นฐานและสภาพปัญหาเบื้องต้น
- 3) ดำเนินการทดสอบก่อนการจัดการอบรม (pre-test) กับอาสาสมัครกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบประเมินวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เกี่ยวกับการปฐมพยาบาลเบื้องต้น (First Aid) การ

ประเมินสัญญาณชีพ (Vital signs) และการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน (CPR)

4) เมื่อสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติทักษะการดูแลผู้สูงอายุ ผู้วิจัยทำการทดสอบหลังการจัดการอบรม (post-test) กับอาสาสมัครกลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง แล้วนำผลจากการทดสอบประเมินทักษะในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนและหลังการอบรมไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลมาประมวลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปและวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับดังนี้

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย นำมาแยกประเภท แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) ใช้สถิติอนุมานเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ทั้งก่อนและหลังทดลองของกลุ่มตัวอย่างด้วยการทดสอบ t-Test (Pair t-test)

3) หาค่าเฉลี่ยคะแนนของทักษะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุหลังโปรแกรมการอบรม

4) ในการทดสอบครั้งนี้กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการศึกษา (Results)

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้มี 30 ราย เป็นการทดลองแบบกลุ่มเดียววัดความรู้อยู่ก่อนและหลังการฝึกอบรมหลักสูตรระยะสั้น และทดสอบทักษะหลังการฝึกอบรม กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศหญิง อยู่ในช่วงอายุ 46-60 ปี ร้อยละ 83.3 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 63.3 ระดับการศึกษา จบประถมศึกษา ร้อยละ 53.3 มีอาชีพเกษตรกรและรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 33.3 เท่ากัน ประสบการณ์การได้รับการอบรมของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 63.3 ไม่เคยได้รับการอบรมมาก่อน และร้อยละ 36.7 เคยได้รับการอบรมมาแล้ว

2. ผลของการฝึกอบรมหลักสูตรระยะสั้นต่อความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เมื่อทดสอบวัดความรู้ก่อนและหลังการเข้ารับการฝึกอบรมพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในภาพรวมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ การปฐมพยาบาลเบื้องต้น (First Aid) การประเมินสัญญาณชีพ (Vital signs) การช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน (CPR) หลังการฝึกอบรมหลักสูตรระยะสั้นมากกว่าก่อนการฝึกอบรมหลักสูตรระยะสั้นด้วยคะแนน 23.57 คะแนน (SD = 2.54) และ 16.20 คะแนน (SD = 2.28) ตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการฝึกอบรมหลักสูตร ระยะสั้น ด้วย Paired t - test (n = 30 คน)

ตัวแปร	คะแนนเฉลี่ย (X)		SD		t	p-value
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง		
ความรู้	16.20	23.57	2.28	2.54	-13.88	0.000

3. ผลของการฝึกอบรมหลักสูตร ระยะสั้นต่อทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เมื่อทดสอบทักษะก่อนและหลังการเข้ารับการฝึกอบรม พบว่า คะแนนเฉลี่ยของการประเมินทักษะในการดูแล

ผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 48.93 คะแนน ผ่านเกณฑ์ 50% (25 คะแนน) หลังเข้ารับการฝึกอบรมระยะสั้น ร้อยละ 100 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนทดสอบทักษะหลังการฝึกอบรมของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการฝึกอบรมหลักสูตร ระยะสั้น (n=30)

คะแนน	จำนวน	ร้อยละ	คะแนนเฉลี่ย	SD	ผ่านเกณฑ์ 50%
47	4	13.33			
48	6	20	48.93	1.08	100%
49	8	26.66			
50	12	40			

วิจารณ์ (Discussions)

ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการศึกษิตตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนของความรู้และทักษะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังโปรแกรม พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุหลังการฝึกอบรมหลักสูตรระยะสั้น

มากกว่าก่อนการฝึกอบรมหลักสูตรระยะสั้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สอดคล้องกับพิทักษ์ กาญจนะ และธณยานี โชติการณ¹⁰ ทำวิจัยรูปแบบกึ่งทดลอง โปรแกรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสู่การจัดการสุขภาพกลุ่มวัย พบว่า ระดับความเข้าใจในการจัดการสุขภาพกลุ่มวัยของ อสม. กลุ่มทดลองก่อน

และหลังการดำเนินงานมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่า กลุ่มควบคุม และการศึกษาของประเสริฐ รัตนวัฒนศิลป์¹¹ ทำวิจัยเชิงปฏิบัติการศึกษา ผลของโปรแกรมการฝึกอบรม อสม. ใกล้บ้าน ใกล้ใจ ติดตามดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะลองโควิด (Long COVID) ในอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลหนองห้าง อ.กุฉินารายณ์ จ.กาฬสินธุ์ พบว่า ความรู้ ทักษะเกี่ยวกับการติดตาม ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะลองโควิด (Long COVID) ใน อสม. ไม่แตกต่างกันก่อนและหลังการ ดำเนินงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับ Chi-Jane Wang และคณะ¹² ทำวิจัยเกี่ยวกับการผลของการใช้อาสาสมัคร สาธารณสุขชุมชนแนะนำพฤติกรรมความ ปกติภัยในการใช้ยาของผู้สูงอายุในชนบทที่ เจ็บป่วยเรื้อรัง พบว่า การจัดอบรมอาสาสมัคร สาธารณสุขชุมชนในการแนะนำพฤติกรรม ความปกติภัยในการใช้ยาของผู้สูงอายุ ช่วย เพิ่มความรู้และทักษะของอาสาสมัคร สาธารณสุขชุมชน ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมด้าน ความปกติภัยในการใช้ยาที่ดีขึ้น เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ทั้งนี้ผลการวิจัยสอดคล้องกับการวิจัย ของกรภัทร อาจวานิชชากุล¹³ พัฒนา หลักสูตรฝึกอบรม อสม. เชี่ยวชาญด้าน วัคซีนและประเมินประสิทธิผลของหลักสูตร ฝึกอบรม ซึ่งมีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

อยู่ 4 ขั้นตอน คือ ศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล พื้นฐาน การออกแบบและพัฒนาหลักสูตร การทดลองใช้หลักสูตร การประเมินผลและ ปรับปรุงหลักสูตร พบว่า หลักสูตรที่พัฒนาขึ้น นั้นมีคุณภาพอยู่ในระดับดีและมีความ เหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการของ พื้นที่และสามารถนำไปใช้ในการฝึกอบรมได้ จริง การวัดประสิทธิผลของหลักสูตร จากผล การเปรียบเทียบคะแนนความรู้หลังการ ฝึกอบรมสูงกว่าก่อนการฝึกอบรมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ผลการประเมินเจตคติที่มี ต่อหลักสูตรฝึกอบรมหลังการฝึกอบรมมี ค่าเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ดี แสดงว่าการพัฒนา หลักสูตรระยะสั้นมีเนื้อหาที่อาสาสมัคร สาธารณสุขเข้าใจได้ และสามารถนำไป ปฏิบัติได้จากการฝึกทักษะตามโปรแกรมของ หลักสูตร ช่วยให้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุใน ชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นไป อย่างมีประสิทธิภาพ¹⁴⁻¹⁶

2. ความพึงพอใจของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีต่อโปรแกรม การฝึกอบรมระยะสั้น พบว่า ความพึงพอใจ ต่อการจัดการกิจกรรมอยู่ในระดับสูง โดยจาก การสัมภาษณ์ประธานอาสาสมัคร สาธารณสุขและกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสนใจใน กิจกรรมที่จะนำไปดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ รับผิดชอบร่วมกับญาติผู้ดูแล¹⁷⁻¹⁹ โดยเฉพาะ กิจกรรมของหลักสูตรที่เป็นการฝึกทักษะด้าน การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การฟื้นคืนชีพ และ

การดูแลความสะอาดช่องปากของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างสามารถนำไปใช้ได้จริง ซึ่งเป็นกิจกรรมการดูแลที่ต้องใช้ความรู้และทักษะที่ถูกต้อง โดยกลุ่มมีความพึงพอใจกิจกรรมอย่างมากที่จะช่วยให้การดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน²⁰⁻²²

ข้อยุติ (Conclusions)

ผลของการฝึกอบรมหลักสูตรระยะสั้นต่อความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลสามพร้าว จังหวัดอุดรธานี พบว่า หลักสูตรระยะสั้นโดยปรับจากคู่มือแนวทางการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมงของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และอ้างอิงจากทฤษฎีการพัฒนาหลักสูตรของไทเลอร์ เป็นการอบรมใน 3 วัน มีผลต่อการพัฒนาความรู้และทักษะของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้

1.1 ข้อเสนอแนะในการจัดการเชิงนโยบาย

การพัฒนาหลักสูตรระยะสั้นๆ เพื่อสร้างความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเชิงรุก โดยกำหนดเป็นนโยบายและแผนงานมีมาตรการ เป้าหมายและดัชนีชี้วัดความสำเร็จที่ชัดเจน การสร้างเครือข่าย

ความร่วมมือของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีประสิทธิภาพ เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนอย่างยั่งยืน เพื่อให้สังคมผู้สูงอายุไทยเป็นสังคมสุขภาวะและลดภาระพึ่งพิงของผู้สูงอายุต่อประชากรของประเทศในอนาคต

1.2 ข้อเสนอแนะในการจัดการเชิงการทำงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในท้องถิ่น

กระบวนการบรรจุหลักสูตรระยะสั้นๆ อบรมในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การสร้างข้อตกลงร่วมกันในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างยั่งยืนในระดับพื้นที่ โดยเริ่มต้นจากการกำหนดช่องทางการสื่อสารในการอบรมของหลักสูตรระยะสั้น ๆ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดการรับรู้ การเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งในระดับบุคคล และระดับกลุ่ม รวมทั้งผลักดันโครงการอบรมหลักสูตรระยะสั้นๆ เข้าสู่แผนพัฒนาชุมชนที่มีความสอดคล้องกับนโยบายการบริหารงานในระดับท้องถิ่น และปฏิบัติได้จริง

1.3 ข้อเสนอแนะในการสร้างเครือข่ายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจากการอบรมหลักสูตรระยะสั้นๆ

กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ถือเป็นหัวใจหลักในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดยโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลกำหนดแผนงาน การอบรมหลักสูตรระยะสั้นๆ ให้อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกคน เพื่อสร้าง องค์ความรู้และทักษะด้านการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุมาปฏิบัติ เพื่อนำร่องให้สมาชิกอื่นใน ชุมชนได้เห็นและปฏิบัติตาม อาจตั้งชมรมจิต อาสาที่มีสมาชิกเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน และญาติผู้สูงอายุมา แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยทำงานร่วมกับผู้นำชุมชน และกลุ่ม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จะ ช่วยให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุยั่งยืนและ พัฒนาตามบริบทชุมชนอย่างต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การพัฒนาหรือสร้างทีมวิทยากร การอบรมระดับพื้นที่ ยกระดับมาตรฐานของ หลักสูตรระยะสั้นๆ ที่พัฒนาขึ้นมา ผ่าน กระบวนการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-experimental) เพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง (References)

1. The Department of Elderly Affairs. Older statistics reported on 31 December 2019 [online] 2019 [cited 2020 January 27]. Available from: <http://www.dop.go.th/th/know/1/275/> [in Thai].

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนา หลักสูตรระยะสั้นเพื่อเพิ่มความรู้และทักษะ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเบื้องต้นเท่านั้น เนื่องจากเป็นการศึกษาเพียงพื้นที่เดียว อาจ ต้องดำเนินการศึกษาวิจัยในพื้นที่ต่าง ๆ เพื่อ ความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่จะนำไปใช้ในการ สร้างต้นแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ขอขอบคุณ อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านบ้านสามพร้าวทุกท่านที่ให้ ความร่วมมือในการเข้าร่วมการทดลอง ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ ผู้นำหมู่บ้านและประชาชน ในพื้นที่วิจัยที่อำนวยความสะดวก และให้ ข้อมูลที่เป็นประโยชน์

2. Sirtpanich B. Report on the Situation of the Thai Elderly 2017 Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute (TGRI). Institute for Population and Social Research. Mahidol University; 2018. [in Thai].

3. National Health Security office (NHSO). **NHSO Annual Report Fiscal Year 2017** Bangkok, Thailand: Nation Health Security Office [online] 2017 [cited 2021 April 7]. Available from: http://eng.nhso.go.th/assets/portals/1/files/annual_report/Annual-Report-NHSO-2017-Eng/
4. Ministry of Public Health. **MPH has upgraded the status of volunteers to be "health managers" in the public sector** [online] 2015 [cited 2021 August 10]. Available from: <http://www.hfocus.org/content/2015/03/9575/> [in Thai].
5. Waaranya J, Ruangput P, Sahairak S, Warapeang W. **The development of the village health volunteers' potential to be case managers in caring for elderly people with disabilities in the community.** Complete research report, Health Systems Research Institute; 2017. [in Thai].
6. Ministry of Public Health. **Act B.E.: Government gazette No. 128, Part 33.** Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2011. [in Thai]
7. Ministry of Public Health. **Act B.E.: Government gazette No. 135, Part 152.** Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2018. [in Thai]
8. Tyler RW. **Basic Principia of Curriculum and Instruction.** Chicago: The University of Chicago press; 1949.
9. Polit DF, Hungler BP. **Nursing Research: Principles and Methods (6th ed.).** Philadelphia: J.B. Lippincott; 1999.
10. Kanchanasorn P, Chotikarn T. **Village Health Volunteer Potential Development Program to age group health managers.** *Journal of Environmental and Community Health* 2023; 8(1): 239-250. [in Thai].
11. Rattanawatanasin P. **Results of the training program for village health volunteers near home, close to heart, monitoring and caring for patients with Long COVID (Long COVID) among village health.** Subdistrict Health Promotion Hospital Nong Hang is located in the Kuchinarai District of Kalasin Province. *Journal of Environmental and Community Health* 2022; 7(3): 122-130. [in Thai].
12. Wang CJ, Fetzer SJ, Yang YC, Wang JJ. **The impacts of using community health volunteers to coach medication**

- safety behaviors among rural elders with chronic illnesses. **Geriatric Nursing** 2013; 34(2): 138-145.
13. Artwanischakul K. The development of a training course for Health Volunteers to be competent in Tuberculosis. **Disease Control Journal** 2021; 47(4): 955-966. [in Thai].
14. Department of Older Persons. **Health problems of the Thai elderly** [online] 2021 [cited 2022 April 11]. Available from: <https://www.dop.go.th/th/know/15/466/> [in Thai].
15. Suwanakut N, Nakkampolpat S, Nathason A, Lamduan W. Predicting Factors of Competence in Caring for the Elderly of Village Health Volunteers in Ubon Ratchathani Province. **Science and Technology Journal Ubon Ratchathani University** 2022; 23(3): 18-26. [in Thai].
16. Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute (TGRI). **Situation of the Thai Elderly in 2020**. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research Mahidol University; 2022. [in Thai].
17. Bandura A. **Self - Efficacy: The Exercise of Control**. New York: W.H. Freeman and Company; 1997.
18. Bandura A. **Social foundations of thought and action: A Social Cognitive Theory**. New Jersey: Prentice-Hall Inc., Englewood Cliffs; 1986.
19. Charlotte E. **Gerontological Nursing**. (10th ed). LWW; Tenth, North American edition; 2021.
20. Lai FTT, Wong EL, Tam ZP, Cheung AW, Lau MC, Wu CM, et al. Association of volunteer-administered home care with reduced emergency room visits and hospitalization among older adults with chronic conditions: A propensity-score-matched cohort study. **Int J Nurs Stud** 2022; 127: 1-8.
21. Brown RT, Ahalt C, Steinman MA, Kruger K, Williams BA. Police on The Front Line of Community Geriatric Health Care: Challenges and Opportunities. **Journal of The American Geriatrics Society** 2014; 62: 2191-2198.
22. Kristen LM. **Gerontological nursing: competencies for care** [online]. 2012 [cited 2022 April 20]. Available from: <https://www.pdfdrive.com/gerontological-nursing-d34319591.html>

ปัจจัยเสี่ยงต่ออาการทางจิตเวชในผู้เสพสารเสพติด

วรรณภา ภาจำปา*, รังสิยา วงศ์อุปปา**

บทคัดย่อ

ปัญหาสุขภาพจิตจากการเสพยาเสพติดเป็นปรากฏการณ์ที่พบได้ทั่วไปในสังคมไทย ซึ่งสามารถป้องกัน และลดความรุนแรงลงได้ ด้วยการลดอิทธิพลของปัจจัยเสี่ยง การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบปัจจัยเสี่ยง ต่อโอกาสเกิดอาการทางจิตเวชในกลุ่มผู้เสพสารเสพติด ใช้การ วิจัยเชิงวิเคราะห์แบบกรณีศึกษาที่มีกลุ่มควบคุม กรณีศึกษาสุ่มเลือกแบบจำแนกชั้นภูมิหลายขั้นตอน จากกลุ่มผู้เสพสารเสพติดที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการ ทางจิตที่เข้ารับการบำบัดรักษาในสถาน บริการของรัฐทั่วประเทศ 1,000 ราย และกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มผู้เสพ สารเสพติดที่เข้ารับการ บำบัดรักษา ยาเสพติดและได้รับการวินิจฉัยว่าไม่มีอาการทางจิตในสถานบริการเดียวกัน เก็บข้อมูล ด้วยแบบสัมภาษณ์ที่พัฒนาขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา chi-square และ multiple logistic regression

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดอาการทางจิตจากการใช้ยาเสพติดอย่างมี นัยสำคัญ ทั้งสิ้น 8 ปัจจัย ประกอบด้วย รายได้ (AOR 1.874) เสพยาบ้า (AOR 6.950) เสพไอซ์ (AOR 4.241) เสพกัญชา (AOR 3.508) เสพยาอี (AOR 5.983) เสพเคตามีน (AOR 5.569) ใช้ยา รักษาโรคจิตแบบแผน (AOR 2.245) และเสพยาเสพติดร่วมหลายชนิด (AOR 1.441)

คำสำคัญ: สารเสพติด; อาการทางจิตเวช; ปัจจัยเสี่ยง

*คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

**คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

Corresponding author: Rungsiya Wonguppa

Email: rungsiya_won@vu.ac.th

Received 22/01/2024

Revised 19/02/2024

Accepted 21/03/2024

RISK FACTORS FOR PSYCHIATRIC SYMPTOMS IN SUBSTANCE ABUSERS

Wanna Pajumpa, Rungsiya Wonguppa***

ABSTRACT

The prevalence of mental health issues resulting from substance addiction is a common concern in Thai society, with potential for prevention and mitigation by addressing associated risk factors. This study aimed to assess these risk factors in predicting the emergence of psychiatric symptoms among substance abusers. Employing analytical research methods, a case-control study design was utilized. Cases comprised 1,000 substance abusers diagnosed with mental illness and undergoing treatment in government facilities nationwide, selected through a stratified multistage sampling approach. A control group consisted of substance abusers receiving treatment for drug addiction without diagnosed mental illness in the same facilities. Data collection was conducted using a structured interview form, with analysis performed through descriptive statistics, chi-square tests, and multiple logistic regression.

The study outcomes revealed eight significant factors contributing to the onset of psychotic symptoms due to drug consumption. These factors included income (AOR 1.874), methamphetamine tablet (YABA) usage (AOR 6.950), methamphetamine crystal (ICE) consumption (AOR 4.241), cannabis usage (AOR 3.508), ecstasy usage (AOR 5.983), ketamine usage (AOR 5.569), consumption of non-prescription medicine (AOR 2.245), and usage of polydrug (AOR 1.441).

Keywords: Substances abuse; Psychiatric symptoms; Risk factors

* Faculty of Nursing, Udonthani Rajabhat University

** Faculty of Public Health, Vongchavalitkul University

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

ยาเสพติดเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสังคมมาอย่างต่อเนื่อง สำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC) คาดประมาณว่าประชากรทั่วโลก 585,000 คน เสียชีวิตโดยมีสาเหตุเกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด¹

หลักฐานในอดีตที่ผ่านมา 50,000 ปี ก่อน คริสตศักราช มีรายงานการใช้สารออกฤทธิ์ทางจิตจากพืช² ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีการใช้สารเสพติดมานานกว่า 15,000 ปี³ ต่อมาสารเสพติดกลายเป็นที่นิยมเพื่อนันทนาการ ประเทศไทยได้รับผลกระทบจากปัญหาการใช้สารเสพติดมาช้านาน^{4,5} พืชเสพติดพื้นเมืองทั่วไป ได้แก่ ฝิ่น กัญชา และพืชกระท่อม ยาสังเคราะห์ชนิดแรกที่ใช้ในประชากร คือ เฮโรอีน ซึ่งพบครั้งแรกในช่วงก่อนปี พ.ศ. 2500 และต่อมาแพร่ระบาดอย่างมาก⁶ การใช้สารกระตุ้น (แอมเฟตามีนและเมทแอมเฟตามีน) แพร่ระบาดในช่วงหลังปี พ.ศ. 2510 สารระเหย (เบนซีน แอลกอฮอล์ และกาว) ปรากฏขึ้นในช่วงหลัง ปี พ.ศ. 2520⁷ ในช่วงหลังปี พ.ศ. 2530 มีการใช้สารเสพติดชนิดใหม่ ซึ่งรวมถึงยาอี เคตามีน ไอซ์ (เมทแอมเฟตามีนชนิดเกล็ด) และโคเคน⁸ เมื่อไม่นานมานี้ การใช้ยารักษาโรคผิดแบบและสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทใหม่⁹ อย่างไรก็ตาม สถิติอย่างเป็นทางการแสดงให้เห็นว่าผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนเป็นกลุ่มผู้ใช้ยาที่

ใหญ่ที่สุดที่เข้าถึงการรักษา เนื่องจากกัญชาและพืชกระท่อมมีอันตรายน้อยกว่ายาเสพติดอื่น ๆ จึงมีผู้ใช้เพียงไม่กี่รายเท่านั้นที่ต้องได้รับการรักษา¹⁰

สำนักงานยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งองค์การสหประชาชาติ รายงานว่าในปี พ.ศ. 2564 มีประชากรโลกที่มีอายุ 15-64 ปี ที่ใช้สารเสพติดอย่างใดอย่างหนึ่งในรอบปีที่ผ่านมา ประมาณ 296 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 5.8 ของประชากรโลกที่มีอายุ 15-64 ปี ในจำนวนนี้ 219 ล้านคน ใช้กัญชา 36 ล้านคน ใช้แอมเฟตามีน 22 ล้านคน ใช้โคเคน และ 20 ล้านคนใช้ยาอี¹¹ ในช่วงเวลาเดียวกัน รายงานการเฝ้าระวังปัญหาเสพติดในกลุ่มประเทศอาเซียนระบุว่า มีประชากรในกลุ่มประเทศอาเซียนเข้ารับการรักษาพยาบาลจากยาเสพติดกว่า 614,000 คน หรือคิดเป็นอัตรา 92.0 ต่อแสนประชากร ในจำนวนนี้กว่าสองในสาม เข้ารับการรักษาพยาบาลในกลุ่ม Amphetamine Type Stimulant (ATS) ส่วนที่เหลือเป็นกลุ่มอนุพันธ์ฝิ่น กัญชา และอื่นๆ¹² คณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด ดำเนินการสำรวจครัวเรือนระดับประเทศเพื่อคาดประมาณจำนวนผู้ใช้สารเสพติดในปี พ.ศ. 2562 พบว่ามีประชากรที่ใช้สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่งในปีที่ผ่านมานี้ (ไม่นับบุหรี่ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์) จำนวนประมาณ 1,966,826 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 3.91 ของประชากรอายุ 12-65 ปี¹³ ในจำนวนนี้เข้ารับการรักษา

บำบัดรักษาในระบบจำนวน 241,857 คน¹⁴
หรือคิดเป็นร้อยละ 8.13 ของผู้เข้ายา

สารเสพติดที่แพร่ระบาดอยู่ในประเทศไทยมีหลายชนิด ข้อมูลจากระบบ บสต. บ่งชี้ว่าผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดส่วนใหญ่เป็นผู้เข้ายาบ้า และไอซ์ ซึ่งยาทั้งสองชนิดนี้เป็นยาในกลุ่มกระตุ้นระบบประสาท Amphetamine-type stimulants (ATS) เป็นกลุ่มสารเสพติดสังเคราะห์ที่มีการออกฤทธิ์ในการกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งสารเสพติดหลักในกลุ่มนี้ได้แก่ amphetamine, methamphetamine, methcathinone, fenetylline, ephedrine, pseudoephedrine, methylphenidate และ MDMA หรือ 'Ecstasy'¹⁵ ผลที่เกิดขึ้นจากการเสพยาในกลุ่มกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางมีผลต่อระบบประสาทและสมองของผู้เสพ ในระยะสั้น คือ มีความผิดปกติเกี่ยวกับการนอนหลับ มีความรู้สึกกลัวที่รุนแรง ความคิดสับสน และอาการประสาทหลอน นอกจากนี้ Ecstasy ยังทำให้สับสน ง่วง ไม่มีสมาธิ ในระยะยาว คือ เกิดโรคจิตเวช โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล ทำร้ายตัวเอง ประสาทหลอน แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง มีอารมณ์แปรปรวน¹⁶ การศึกษาโดยทบทวนวรรณกรรมของ Kathaleen ในงานวิจัยที่ศึกษาในญี่ปุ่น ไต้หวัน ออสเตรเลีย และไทย¹⁷ พบว่า อาการป่วยทางจิตที่พบมาก คือ อาการประสาทหลอน หูแว่ว และอาการอื่นๆ ที่พบ คือ เห็นภาพหลอน

ปัญหาสุขภาพจิตจากการเสพยาเสพติดเป็นสิ่งที่สามารถป้องกันและลดความรุนแรงลงได้ ด้วยการลดอิทธิพลของปัจจัยเสี่ยงทั้งที่เป็นปัจจัยนำ (predisposing factors) ปัจจัยเอื้อ (enabling factors) และปัจจัยเสริม (enforcing factors) ดังนั้น การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการป่วยอาการทางจิตเวชสารเสพติดในผู้ใช้สารเสพติด จะสามารถประเมินความเสี่ยงของการป่วยหรือมีอาการทางจิตเวชสารเสพติด เพื่อนำไปสู่การลดปัจจัยเสี่ยง หรือการวางแผนป้องกันและบำบัดรักษาต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงกับอาการทางจิตเวช

วิธีการศึกษา (Method)

1. การออกแบบวิจัย

การศึกษาปัจจัยเสี่ยง เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบกรณีศึกษาที่มีกลุ่มควบคุม (cases control study) จากกลุ่มผู้เสพยาเสพติดที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการทางจิตและไม่มีอาการทางจิต ที่เข้ารับการบำบัดรักษาในสถานบริการของรัฐ

2. ประชากรและตัวอย่าง

2.1 ประชากร เป็นผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยอาการทางจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด ที่คลินิกจิตเวชและผู้ที่

เข้ารับการรักษาที่คลินิกสารเสพติด
โรงพยาบาล

2.2 ขนาดตัวอย่างผู้ป่วยใช้การ
กำหนดขนาดตัวอย่างอ้างอิงตามผล
การศึกษาของ Schlesselman¹⁸ การศึกษานี้
ได้กำหนดอัตราส่วนระหว่างกลุ่มศึกษาและ
กลุ่มควบคุมเป็น 1:1 เพื่อให้ได้ความเชื่อมั่น
ร้อยละ 95 ความคลาดเคลื่อนไม่เกินร้อยละ
5 จำนวนขนาดตัวอย่างแต่ละภาคของ
สำนักงาน ป.ป.ส. ตามสัดส่วนจำนวนผู้ป่วย
จิตเวชสารเสพติดและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
ปีงบประมาณ 2562 ซึ่งกำหนดขนาดตัวอย่าง
ศึกษาผู้ที่รักษาอาการทางจิตเวชที่เกี่ยวข้อง
กับยาเสพติด จำนวน 1,000 ตัวอย่าง และผู้ที่
บำบัดรักษายาเสพติดที่ไม่มีอาการทางจิตเวช
จำนวน 1,000 ตัวอย่าง รวมจำนวน 2,000
ตัวอย่าง

2.3 วิธีการสุ่มใช้การสุ่มแบบ
Multi-stages Systematic random sampling
proportion to size

ขั้นตอนแรก คัดเลือกจังหวัด
10 จังหวัด จากทั่วประเทศตามภาค ปปส.
หลังจากนั้น จึงคำนวณขนาดตัวอย่างแต่ละ
จังหวัดตามสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยจิตเวชสาร
เสพติด และ เครื่องดื่ม แอลกอฮอล์
ปีงบประมาณ 2562 (ที่มา: ระบบศูนย์กลาง
การให้บริการผู้ป่วยจิตเวชของประเทศไทย
กรมสุขภาพจิต) กับจำนวนตัวอย่างทั้งหมด
ในช่วงการศึกษา

ขั้นตอนที่ 2 เลือกโรงพยาบาล
ในแต่ละจังหวัดที่สมัครใจเข้าร่วมการศึกษา
และกำหนดขนาดตัวอย่างรายโรงพยาบาล
คำนวณจากสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยจิตเวชสาร
เสพติดและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในระบบ
ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข ต่อ
จำนวนตัวอย่างทั้งหมดรายพื้นที่ให้ได้ตาม
จำนวนขนาดตัวอย่าง

ขั้นตอนที่ 3 สุ่มเลือกตัวอย่าง
แบบระบบ ขณะเข้าร่วมในการศึกษา ต้องมี
อายุ 18 ปี ขึ้นไป สามารถสื่อสาร
เข้าใจ สามารถให้ข้อมูลได้ ลงนามยินยอม
และอยู่ระหว่างการติดตามรักษา

1) กลุ่มศึกษา (Cases) เป็น
ผู้ป่วยนอกที่อยู่ระหว่างการรักษาที่แพทย์
วินิจฉัย ตาม ICD-10 รหัส F10 - F19 ที่คลินิก
จิตเวช ในโรงพยาบาลที่สุ่มเลือกได้

2) กลุ่มควบคุม (Controls)
ผู้ป่วยนอกที่อยู่ระหว่างการรักษายาเสพติดที่
คลินิกสารเสพติดในสถานบริการเดียวกัน ที่
แพทย์วินิจฉัย ตาม ICD-10 ไม่ใช้รหัส F10 -
F19 การกำหนดกรอบตัวอย่างให้เป็นเพศ
เดียวกันกับกลุ่มศึกษาและมีอายุใกล้เคียงกัน
(+/- 3 ปี) สุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยวิธีจับ
สลาก

3. เครื่องมือและการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม
ข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น
จากองค์ความรู้จากหลักฐานทางวิชาการ

(Evidence based items) ด้วยการทบทวนงานวิจัยในต่างประเทศ 27 ชิ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการช่วงเดือน มิถุนายน-ธันวาคม 2564 คณะผู้วิจัยประสานงานกับสถานพยาบาลที่เลือก และขออนุญาตใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูล จากนั้นจึงสุ่มเลือกตัวอย่าง

ขอความร่วมมือให้เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานคลินิกจิตเวช/สารเสพติดช่วยประสานกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้เพื่อแนะนำโครงการวิจัย ทีมวิจัย และให้ผู้ช่วยนักวิจัยเป็นผู้ชี้แจงรายละเอียดโดยย่อการวิจัย และขอความยินยอมจากตัวอย่างในการเข้าร่วมการศึกษา

ทีมวิจัย/ผู้ช่วยนักวิจัยที่ผ่านการอบรมใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นในเก็บข้อมูล กับผู้ป่วยตัวอย่าง ในวัน เวลา สถานพยาบาล/หรือในที่พักอาศัยของผู้ป่วย/ญาติแสดงความประสงค์

4. การจัดการและวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้รับทั้งหมดจะได้รับการตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วน และถูกนำเข้าสู่ฐานข้อมูลแบบสอบถาม (double data entry)

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป spss v.16 (ลิขสิทธิ์เครือข่ายพัฒนาวิชาการและข้อมูลสารสนเทศ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น) โดยใช้สถิติเชิง

พรรณนา, Chi Square และ Binary Multiple Logistic Regression

5. จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE631498

ผลการศึกษา (Results)

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ เป็นเพศชายร้อยละ 94 ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 24 ปี (ร้อยละ 74, Mean = 30.5, Median = 29, SD = 8.8, Minimum = 13, Maximum = 59, IQR = 12) สถานภาพสมรสโสด (ร้อยละ 56) สำเร็จการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และต่ำกว่า (ร้อยละ 70) มีอาชีพ (ร้อยละ 73) กลุ่มตัวอย่างพักอาศัยกับพ่อแม่ ร้อยละ 52.2 (อยู่คนเดียวร้อยละ 5.2) ทั้งนี้ผู้ที่พักอาศัยอยู่ด้วยติดสุราร้อยละ 14.8 ใช้สารเสพติดร้อยละ 17.4 โดยมีญาติและเพื่อนสนิทใช้ยาเสพติดอยู่เป็นประจำร้อยละ 71.3

สารเสพติดครั้งแรกที่ใช้ ส่วนใหญ่ใช้เมทแอมเฟตามีนชนิดเม็ด (ยาบ้า) ร้อยละ 68 (อายุเริ่มใช้เฉลี่ย 18.5 ปี, Median = 18, SD = 3.4, Minimum = 12, Maximum = 25, IQR = 4.75) กัญชาร้อยละ 13 (อายุเริ่มใช้เฉลี่ย 15.6 ปี, Median = 15, SD = 2.6, Minimum = 12, Maximum = 20, IQR = 4.5) เฮโรอีนร้อยละ 1 (อายุเริ่มใช้เฉลี่ย 17.5 ปี, Median = 17.5, SD = 2.1, Minimum = 16,

Maximum = 19, IQR = 3) และกระท่อม ร้อยละ 5 (อายุเริ่มใช้เฉลี่ย 21.8 ปี, Median = 19, SD = 8.7, Minimum = 14, Maximum = 41, IQR = 9.25) และยารักษาโรคผิบบบ แผนร้อยละ 1 (อายุเริ่มใช้เฉลี่ย 12 ปี, Median = 12, Minimum = 12)

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วยอัตราเสี่ยง พบว่า มี 12 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการทางจิตเวชของผู้เสพสารเสพติดดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล

1) สถานภาพสมรส โดยคนโสดมีความเสี่ยงสูงที่จะมีอาการทางจิตเวช เป็น 1.3 เท่าของคนมีครอบครัว

2) รายได้ (มากกว่า 6,000 บาทต่อเดือน) มีความเสี่ยงสูงมากที่จะมีอาการทางจิตเวช เป็น 1.8 เท่าของคนที่มีรายได้น้อยกว่า 6,000 บาทต่อเดือน

ปัจจัยด้านตัวยาเสพติด

1) ยาบ้า ผู้เสพยาบ้าเป็นประจำมีความเสี่ยงสูงมากที่จะมีอาการทางจิตเวช เป็น 2.9 เท่า

2) ไอซ์ ผู้เสพไอซ์เป็นประจำมีความเสี่ยงสูงมากที่จะมีอาการทางจิตเวช เป็น 2.1 เท่า

3) กัญชา ผู้เสพกัญชาเป็นประจำมีความเสี่ยงสูงมากที่จะมีอาการทางจิตเวช เป็น 1.6 เท่า

4) ยาอี ผู้เสพยาอีเป็นประจำมีความเสี่ยงที่จะมีอาการทางจิตเวช เป็น 2.7 เท่า

5) เคตาซีน ผู้เสพยาเคเป็นประจำมีความเสี่ยงที่จะมีอาการทางจิตเวช เป็น 3.5 เท่า

6) ยารักษาโรคผิบบบแผน ผู้ใช้ยารักษาโรคผิบบบแผนเป็นประจำมีความเสี่ยงสูงมากที่จะมีอาการทางจิตเวช เป็น 1.5 เท่า

7) ยาเสพติดร่วมหลายชนิด ผู้เสพยาเสพติดร่วมหลายชนิด (polydrugs) เป็นประจำมีความเสี่ยงสูงที่จะมีอาการทางจิตเวช เป็น 1.4 เท่า

ระยะเวลาที่ใช้ยาเสพติด

ผู้ที่เสพยาเสพติดมานาน (นับจากการเสพครั้งแรกจนถึงปัจจุบัน) พบว่า ผู้ที่เสพยาเสพติดมานานเกินกว่า 10 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงสูงมากที่จะมีอาการทางจิตเวช เป็น 1.4 เท่า

ความถี่ใช้ยาเสพติด

1) ผู้ที่เสพยาเสพติดเป็นประจำ/ติดยา (เสพมากกว่า 20 วันใน 1 เดือน นับ 30 วันก่อนการบำบัด) พบว่า ผู้ที่เสพยาเสพติดเป็นประจำ/ติดยา มีความเสี่ยงสูงที่จะมีอาการทางจิตเวช เป็น 1.3 เท่า

2) ผู้ที่เสพยาเสพติดบ่อยๆ (มากกว่าวันละครั้ง) พบว่า ผู้ที่เสพยาเสพติดบ่อยๆ มีความเสี่ยงที่จะมีอาการทางจิตเวช เป็น 1.3 เท่า

ตารางที่ 1 ปัจจัยเสี่ยงต่ออาการทางจิตเวชจากการเสพสารเสพติด

	อัตราเสี่ยง	น้ำหนักความสัมพันธ์	ช่วงเชื่อมั่น	นัยสำคัญทางสถิติ
สถานภาพสมรส (โสด)	1.341**	1.135	0.933, 1.380	0.205
รายได้ (ไม่เกิน 6,000 บาทต่อเดือน)	1.788***	1.874	1.500, 2.342	0.000***
ยาบ้า	2.9***	6.95	5.208, 9.275	0.000***
ไอซ์	2.058***	4.241	3.015, 5.965	0.000***
กัญชา	1.576***	3.508	2.542, 4.840	0.000***
ยาอี	2.747*	5.983	2.273, 15.751	0.000***
เคตามีน	3.535*	5.569	1.499, 20.682	0.010*
ยารักษาโรคจิตแบบแผน	1.512***	2.465	1.964, 3.095	0.000***
เสพยาร่วมกันหลายชนิด	1.4**	1.441	1.277, 2.532	0.000**
เสพยาเสพติด (20 วันขึ้นไป)	1.31**	1.024	0.837, 1.254	0.815
จำนวนครั้งที่เสพ (มากกว่าวันละ 1 ครั้ง)	1.336*	1.238	0.938, 1.633	0.131
ช่วงเวลาที่เสพ (มากกว่า 10 ปี)	1.401***	1.154	0.947, 1.405	0.155

ความสัมพันธ์ข้างต้น เมื่อทำการยืนยันน้ำหนักโดยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ร่วมด้วยการควบคุมตัวแปร พบว่า สามารถยืนยันน้ำหนักปัจจัยร่วมได้ทั้งสิ้น 8 ปัจจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล

รายได้ (มากกว่า 6,000 บาทต่อเดือน) มีความเสี่ยงสูงมากที่จะมีอาการทางจิตเวช เป็น 1.9 เท่าของคนที่ไม่ทำงานมีรายได้ต่ำกว่า 6,000 บาทต่อเดือน

ปัจจัยด้านตัวยาเสพติด

1) ยาบ้า ผู้เสพยาบ้าเป็นประจำมีความเสี่ยงสูงมากที่จะมีอาการทางจิตเวช เป็น 6.9 เท่า

2) ไอซ์ ผู้เสพไอซ์เป็นประจำมีความเสี่ยงสูงมากที่จะมีอาการทางจิตเวช เป็น 4.2 เท่า

3) กัญชา ผู้เสพากัญชาเป็นประจำมีความเสี่ยงสูงมากที่จะมีอาการทางจิตเวช เป็น 3.5 เท่า

4) ยาอี ผู้เสพยาอีเป็นประจำมีความเสี่ยงที่จะมีอาการทางจิตเวช เป็น 6.0 เท่า

5) เคตามีน ผู้เสพยาเคเป็นเป็นประจำมีความเสี่ยงที่จะมีอาการทางจิตเวช เป็น 5.6 เท่า

6) ยารักษาโรคจิตแบบแผน ผู้ยารักษาโรคจิตแบบแผนเป็นประจำมีความเสี่ยงสูงมากที่จะมีอาการทางจิตเวช เป็น 2.5 เท่า

7) ยาเสพติดร่วมหลายชนิด ผู้เสพยาเสพติดร่วมหลายชนิด (polydrugs) เป็นประจำมีความเสี่ยงสูงที่จะมีอาการทางจิตเวช เป็น 1.4 เท่า

วิจารณ์ (Discussions)

ผลการศึกษา สอดคล้องกับหลักฐานทางวิชาการที่พบในต่างประเทศ การศึกษาในผู้ป่วยในที่เข้ารับการรักษาสัมพันธ์กับการใช้ยาเมทแอมเฟตามีน ก็พบคล้ายคลึงกันในอาการที่พบมาก คือ หลอนประสาท และหิวแหว่¹⁹ ส่วนระดับความรุนแรงของอาการขึ้นอยู่กับความถี่ในการใช้ และวิธีการใช้ การศึกษาทบทวนการวิจัยของ Arunogiri และคณะพบว่า อายุที่เริ่มใช้ จำนวนปีที่ใช้ และ ความถี่ที่ใช้ เมทแอมเฟตามีน มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการป่วยโรคจิต ในหลายการศึกษาพบว่า ความถี่ของการเสพเมทแอมเฟตามีน ตั้งแต่ 16 วันหรือมากกว่าต่อเดือน มีโอกาสเสี่ยงป่วยโรคจิตสูงกว่า (OR=11.2, 95% CI (5.9-21.1)) เทียบกับคนที่เสพน้อยกว่า ส่วนการใช้การติ่มเครื่องติ่มแอลกอฮอล์ร่วมกับการเสพยาเสพติดมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของความเสี่ยงการป่วยโรคจิตที่เกี่ยวข้องกับการเสพยาเมทแอมเฟตามีนเช่นกัน²⁰ การศึกษาเปรียบเทียบความเสี่ยงการป่วยโรคจิตเภทในผู้ที่เสพยาเมทแอมเฟตามีนร่วมกับสารเสพติดอื่น ๆ กับกลุ่มอ้างอิง พบว่า ผู้เสพยามีความ

เสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญในการมีโอกาสป่วยโรคจิตเภท ทั้งกลุ่มที่ใช้สารร่วมที่เป็น Opioids และเครื่องติ่มแอลกอฮอล์²¹

ข้อยุติ (Conclusions)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดอาการทางจิตจากการใช้ยาเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทั้งสิ้น 8 ปัจจัย ประกอบด้วย รายได้ เสพยาบ้า เสพไอซ์ เสพกัญชา เสพยาอี เสพเคตา มีน ใช้ยารักษาโรคจิตแบบแผน และเสพยาเสพติดร่วมหลายชนิด

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

การศึกษาปัจจัยเสี่ยงนำไปสู่การคัดกรองผู้เสพยาเสพติดที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้สามารถเข้าแทรกแซงเพื่อการป้องกันและบำบัดรักษาอาการทางจิตเวชในผู้เสพยาเสพติดอย่างมีประสิทธิภาพ

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

ความชุกของอาการทางจิตจากการเสพยาเสพติดเพิ่มมากขึ้นในสังคมไทย การศึกษานี้บ่งชี้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการทางจิตเวชในกลุ่มผู้เสพยาเสพติด

เอกสารอ้างอิง (References)

1. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). World drug report 2019. Vienna: United Nations publication; 2019.
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. Department of Fine Arts. **The “Tra Sam Duang” Laws**. Bangkok: Veteran printing house; 1978. [in Thai].
5. Kanato M, Leyatikul P, Wonguppa R. Impacts of Medical Cannabis Law in Thailand. **ONCB Journal** 2020; 36(2): 27-36.
6. Poshyachinda V. **Heroin in Thailand. in the 4th Anniversary of the Office of the Narcotics Control Board**. Bangkok: Office of the Prime Minister; 1980; 56-87.
7. Poshyachinda V, Srisurapanont M, Perngparn, U. **Amphetamine type stimulants epidemic in Thailand: a country profile**. In WHO meeting on amphetamine, MDMA, and other psycho stimulants phase II. Bangkok, Thailand; 1999. 22-26.
8. Poshyachinda V, Phittayanon P, Simasatitkul V, Perngparn U. **Stimulant use, abuse, and dependence in Thailand. Alcohol and drugs perspectives, prevention and control-Asia Pacific region**. Sri Lanka: Alcohol and Drug Information Centre. 1998; 77-106.
9. Wonguppa R, Kanato M. The prevalence and associated factors of new psychoactive substance use: A 2016 Thailand national household survey. **Addict Behav Rep** 2018; 7: 111-115
10. Kanato M, Leyatikul P, Wonguppa R. Cannabis Situation among the Thai Youth after Law Amendment. **ONCB Journal** 2022; 36(2): 27-36.
11. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). **World drug report 2023**. Vienna: United Nations publication; 2023.
12. Kanato M, Sarasiri R, Leyatikul P. (Eds.) **ASEAN DRUG MONITORING REPORT 2022**. Bangkok: ASEAN Narcotics Cooperation Center; 2023.
13. Kanato M, Leyatikul P. Size Estimation of Substances Users Population in Thailand 2019. **ONCB Journal** 2020; 36(2): 37-48.
14. Office of Secretary of National Addiction treatment & Rehabilitation Committee, Ministry of Public Health. **Statistics on Addiction Treatment & Rehabilitation** [online] 2020 [cited 2024 March 7]. Available from:

- <https://ncmc.moph.go.th/home/index/dash> [in Thai].
15. WHO. **Management of substance abuse** [online] 2021 [cited 2021 Jan 21]. Available from: https://www.who.int/substance_abuse/facts/ATS/en/
 16. McCrady BS, Epstein EE. **Addictions: A comprehensive guidebook**. Oxford University Press; 2013.
 17. Grant KM, LeVan TD, Wells SM, Li M, Stoltzenberg SF, Gendelman HE, et al. Methamphetamine - associated psychosis. **Journal of Neuroimmune Pharmacology** 2012; 7(1): 113-139.
 18. Schlesselman JJ. Sample size requirements in cohort and case-control studies of disease. **American journal of epidemiology** 1974; 99(6): 381-384.
 19. Srisurapanont M, Ali R, Marsden J, Sunga A, Wada K, Monteiro M. Psychotic symptoms in methamphetamine psychotic in-patients. **International Journal of Neuropsychopharmacology** 2003; 6(4): 347-352.
 20. Arunogiri S, Foulds JA, McKetin R, Lubman DI. A systematic review of risk factors for methamphetamine-associated psychosis. **Australian & New Zealand Journal of Psychiatry** 2018; 52(6): 514-529.
 21. Callaghan RC, Cunningham JK, Allebeck P, Arenovich T, Sajeew G, Remington GE, et al. Methamphetamine use and schizophrenia: a population-based cohort study in California. **American Journal of Psychiatry** 2012; 169(4): 389-396.

สัดส่วนและปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ด้านคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ถูกต้อง

วิภาวี กীরติวรสกุล*, วริศรา ลูวีระ**

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวางในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสัดส่วนและปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ด้านคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ถูกต้อง โดยศึกษาในผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มาใช้บริการคลินิกผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลน้ำพอง จำนวน 124 ราย เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถามชนิดสัมพัทธ์วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Odd ratio (OR) และ 95% Confidence interval (CI)

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้ด้านคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ถูกต้อง จำนวน 21 ราย (ร้อยละ 16.9, 95%CI 0.108-0.247) และผู้ที่มีคู่สมรสในปัจจุบันเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ด้านคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ถูกต้อง (adjusted OR = 4.322, 95%CI = 1.008-18.536) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value น้อยกว่า 0.05

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ; ปัญหาการนอน; การรับรู้ด้านคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ถูกต้อง

*โรงพยาบาลน้ำพอง อ.น้ำพอง จ.ขอนแก่น

**สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน เวชศาสตร์ครอบครัว และอาชีวเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Corresponding author: Wipawee Keerativorasakul, Email: wipawee_k@kkumail.com

Received 01/02/2024

Revised 27/02/2024

Accepted 20/03/2024

PROPORTIONS AND FACTORS THAT MAY BE ASSOCIATED WITH SLEEP STATE MISPERCEPTION IN THE ELDERLY

Wipawee Keerativorasakul, Varisara Luvira***

ABSTRACT

This cross-sectional descriptive study aimed to investigate the proportions and factors that may be associated with sleep state misperception in the elderly. A total of 124 patients, aged 60 years and older, who visited the outpatient clinic at Nam Phong Hospital were included in the study. Data was collected using questionnaire interview. Data were examined using descriptive statistics, including frequency, percentage, and mean, as well as inferential statistics such as the Odd ratio (OR) and 95% Confidence interval (CI).

The study findings showed that 21 elderly individuals experienced sleep state misperception (16.9%, 95% CI 0.108-0.247). Individuals with a spouse are significantly associated with sleep state misperception (adjusted OR = 4.322, 95% CI = 1.008-18.536) at a p-value less than 0.05.

Keywords: Elderly; Sleeping Problems; Sleep state misperception

* Namphong Hospital, Khon Kaen

** Department of Community, Family and Occupational medicine Faculty of Medicine, Khon Kaen University

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

ปัญหาการนอนเป็นปัญหาที่ต่อเนื่องที่มีลักษณะของความยากลำบากในการเริ่มต้นการนอนหลับ การตื่นก่อนเวลาที่กำหนดหรือประสบปัญหาด้านการนอนที่ไม่ทำให้ร่างกายหลับพักผ่อนถึงแม้จะมีโอกาสการนอนที่เพียงพอ¹ ปัญหาการนอนพบได้ในบุคคลทุกเพศ ทุกวัย และมีโอกาสพบมากขึ้นในผู้สูงอายุ โดยมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการนอนหลับทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ²

จากการศึกษาในทั่วโลกพบว่าประมาณ 10% ของประชากรผู้ใหญ่มีปัญหาการนอน โดยพบว่าประมาณ 20% มีอาการนอนไม่หลับเป็นครั้งคราว นอกจากนี้ยังพบว่าผู้หญิงผู้สูงอายุ และผู้ที่มีความยากลำบากทางเศรษฐกิจและสังคมมีความเสี่ยงต่อการนอนไม่หลับมากกว่า³ สำหรับการศึกษาในประเทศไทยพบผู้สูงอายุร้อยละ 57.1 มีปัญหาคุณภาพการนอนหลับไม่ดี⁴ และบางการศึกษาพบว่าประมาณร้อยละ 50 ของประชากรผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ที่ได้เข้าพบแพทย์ในช่วง 1 เดือน มีรายงานถึงปัญหาการนอนหลับ⁵ ซึ่งภาวะนอนไม่หลับในผู้สูงอายุเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคสมองเสื่อม โรคซึมเศร้า และเพิ่มโอกาสการเสียชีวิต⁶⁻⁹ โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่มีปัญหาการนอนจึงต้องพึ่งพาการใช้ยานอนหลับ ซึ่งพบว่าการใช้ยานอนหลับในผู้สูงอายุมีความเสี่ยงจากผลกระทบที่เหลือของยาในตอนกลางวัน เพิ่ม

โอกาสการติดยา (tolerance) การติดยา (dependence) และทำให้การนอนหลับแย่ลงกว่าเดิมได้ (rebound insomnia)¹⁰ ทั้งยังมีผลข้างเคียงจากการใช้ยานอนหลับ เช่น เพิ่มโอกาส การหกล้ม และกระดูกหัก¹¹⁻¹³

จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่ามีผู้ป่วยถึง 26.4% ที่มีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับ โดยพบว่าเป็นคนที่มีคุณภาพการนอนที่ดีอยู่แล้วแต่เข้าใจว่าตนเองมีระยะเวลาการนอนหลับโดยรวมน้อยหรือมีภาวะนอนไม่หลับ ซึ่งเมื่อวัดผลจากการตรวจวัดการนอนหลับด้วย Polysomnography พบว่าระยะเวลาที่นอนหลับยาวนานกว่าที่คนใช้ประมาณการไว้ เรียกภาวะนี้ว่า sleep state misperception¹⁴ ดังนั้นหากในกลุ่มผู้สูงอายุมีความเข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับ จะทำให้เกิดการใช้ยานอนหลับมากเกินไปจนเกิดความจำเป็น ซึ่งทำให้เกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาได้ และจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับความชุกของภาวะดังกล่าวที่เฉพาะเจาะจงในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาสัดส่วนและปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ด้านคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ถูกต้อง เพื่อให้แพทย์ตระหนักถึงการรับรู้ด้านคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ถูกต้องของผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อลดการใช้ยานอนหลับโดยไม่จำเป็น และลดการเกิดผลข้างเคียงจากยานอนหลับในผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ด้านคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ถูกต้อง

วัตถุประสงค์รอง

เพื่อศึกษาปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ด้านคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ถูกต้องในผู้สูงอายุ

วิธีการศึกษา (Method)

รูปแบบการศึกษา

การศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) จากการใช้แบบสอบถามชนิดสัมภาษณ์ โดยศึกษาในผู้สูงอายุที่มาใช้บริการคลินิกผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 124 คน ในช่วงเดือน ตุลาคม-ธันวาคม พ.ศ. 2566

ประชากร

ผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 60 ปี ที่มาใช้บริการคลินิกผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

เกณฑ์การคัดเข้า คือ เป็นผู้ที่มีสัญชาติไทย ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีความเข้าใจว่าตนเองมีปัญหาด้านคุณภาพการนอนหลับในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา และเป็นผู้ที่สมัครใจเข้าร่วม การวิจัยโดยได้รับการชี้แจงสิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัยอย่างครบถ้วน

เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะไม่พร้อม เช่น ผู้ป่วยอาการรุนแรง มี

ภาวะฉุกเฉิน หรือมีปัญหาทางจิตเวช หรือผู้ที่ไม่สามารถสื่อสารได้

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้สูงอายุที่มากกว่า 60 ปี ที่มาใช้บริการคลินิกผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น ที่มีความเข้าใจว่าตนเองมีปัญหาด้านคุณภาพการนอนหลับในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณ¹⁴ แทนค่าโดย Confidence level = 95%, acceptable difference = 0.264¹⁵, Assumed proportion = 0.0528, population size = 230 ได้ขนาดตัวอย่างทั้งหมด 124 คน จากนั้นจึงสุ่มตัวอย่างโดยใช้กรอบเวลา (Time frame allocation)

คำนิยามเชิงปฏิบัติการ

1. ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
2. ผู้ที่เข้าใจว่าตนเองมีปัญหาด้านคุณภาพการนอนหลับ หมายถึง ผู้ที่ตอบ ไข ในแบบสอบถามข้อที่ 1 ที่ถามว่า ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรู้สึกว่าคุณมีปัญหาด้านคุณภาพการนอนหลับหรือไม่
3. ผู้ที่มีการรับรู้ด้านคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ถูกต้อง หมายถึง ผู้ที่เข้าใจว่าตนเองมีปัญหาด้านคุณภาพ การนอนหลับ แต่ประเมินคะแนนจากแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ (Pittsburgh Sleep Quality Index; PSQI) ฉบับแปลภาษาไทย แล้วพบว่า มีคะแนนรวมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ซึ่งหมายถึง มีคุณภาพการนอนที่ดี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือการเก็บข้อมูล คือ แบบสอบถามชนิดสัมภาษณ์ (Interview Questionnaire) ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตอนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ (Pittsburgh Sleep Quality Index; PSQI) ฉบับแปลภาษาไทย¹⁶ โดยแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ (Pittsburgh Sleep Quality Index; PSQI) ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ได้แก่ คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ ระยะเวลาในการนอนหลับในแต่ละคืน ประสิทธิภาพการนอนหลับโดยปกติวิสัย การรบกวนการนอนหลับ การใช้อายานอนหลับ ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลา กลางวัน โดยการประเมินตนเองถึงคุณภาพการนอนหลับช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา แต่ละข้อและองค์ประกอบมีการแบ่งคะแนน เป็น 4 ระดับ การแปลผลคะแนนรวมทั้ง 7 องค์ประกอบของ แบบประเมินอยู่ ระหว่างคะแนน 0 - 21 คะแนน โดยคะแนนรวมที่น้อยกว่า หรือเท่ากับ 5 หมายถึง มีคุณภาพการนอนที่ดี คะแนนรวมที่มากกว่า 5 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี¹⁷

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลหลังจากผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม ฯ แล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวม

ข้อมูลจากทางโรงพยาบาลน้ำพอง หลังจากนั้น จึงดำเนินการเก็บข้อมูลโดยให้ผู้สัมภาษณ์ที่ผ่านการอบรมให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน ใช้แบบสอบถามเพื่อสัมภาษณ์อาสาสมัคร

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้จัดทำเป็นฐานข้อมูลในโปรแกรม Microsoft Excel แล้วทำ double data entry และตรวจสอบความถูกต้องและวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม IBM SPSS Statistics Premium Version 28 for Windows วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และพิสัยควอไทล์ และใช้สถิติอนุมาน เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ด้านคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ถูกต้องในผู้สูงอายุ นำเสนอข้อมูลหลังจากที่ควบคุมปัจจัยรบกวน (confounding factors) ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติก (multiple logistic regression) รายงานด้วย adjusted odds ratio และ 95% confident interval

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น หมายเลขสำคัญโครงการ HE661415 โดยเป็นการศึกษาที่เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถามชนิดสัมภาษณ์ ซึ่งข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัยถือเป็นความลับ จะ

ไม่มีการระบุชื่อ ที่อยู่ หรือข้อมูลอื่นจะทำให้ผู้อื่นใช้อ้างอิงถึงผู้เป็นเจ้าของข้อมูลได้นอกจากนี้การวิเคราะห์ข้อมูลจะทำการวิเคราะห์เพื่อนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ซึ่งไม่มีผลต่ออาสาสมัครผู้เป็นเจ้าของข้อมูลไม่ว่ากรณีใด ๆ ทั้งสิ้น

ผลการศึกษา (Results)

1. ข้อมูลทั่วไป

การศึกษานี้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 124 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็น

เพศหญิงจำนวน 83 คน คิดเป็นร้อยละ 66.9 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 52.4 มีอายุเฉลี่ย 69.6 ± 6.20 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 65.3 โรคประจำตัวเป็นเบาหวาน ร้อยละ 58.1 และความดันโลหิตสูง ร้อยละ 59.7 และส่วนใหญ่เป็นกลุ่มไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 46.8 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล (n=124)

ข้อมูลทั่วไป		N (%)
เพศ	ชาย	41 (33.1)
	หญิง	83 (66.9)
อายุ	ระหว่าง 60-69 ปี	65 (52.4)
	ระหว่าง 70-79 ปี	53 (42.7)
	อายุ 80 ปีขึ้นไป	6 (4.8)
	Mean $\pm$ S.D.	69.6 ± 6.20
สถานภาพ	โสด	6 (4.8)
	สมรส	81 (65.3)
	หม้าย	34 (27.4)
	หย่าร้าง	0 (0)
	แยกกันอยู่	3 (2.4)
โรคประจำตัว	เบาหวาน	72 (58.1)
	ความดันโลหิตสูง	74 (59.7)
	ไตเรื้อรัง	9 (7.3)
	ไทรอยด์	9 (7.3)
อาชีพ	ใช้แรงงาน	57 (46)
	ไม่ใช้แรงงาน	5 (4)
	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	58 (46.8)

2. การรับรู้ด้านคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ถูกต้อง

จากการศึกษาพบว่าจากกลุ่มตัวอย่างประชากรผู้สูงอายุทั้งสิ้น 124 ราย มีผู้ที่มีการรับรู้ด้านคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ถูกต้อง (sleep state misperception) (คะแนน PSQI ≤ 5) จำนวน 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.9

3. ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลจำแนกตามกลุ่ม

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 124 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่มีการรับรู้ด้านคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ถูกต้อง (sleep state misperception) จำนวน 21 คน และกลุ่มนอนไม่หลับ (true insomnia) จำนวน 103 คน ข้อมูลพบว่ากลุ่ม sleep state misperception

และในกลุ่ม true insomnia ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.7 และ ร้อยละ 67 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 57.1 และ ร้อยละ 51.5 ตามลำดับ พบว่ามีสถานภาพสมรสเป็นส่วนใหญ่ที่ร้อยละ 85.7 และร้อยละ 61.2 ตามลำดับ ในกลุ่ม sleep state misperception มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 66.7 ในขณะที่ในกลุ่ม true insomnia ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง ที่ร้อยละ 60.2 ด้านอาชีพ พบว่ากลุ่ม sleep state misperception ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มทำงานใช้แรงงาน ร้อยละ 66.7 ส่วนในกลุ่ม true insomnia ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 49.5 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ในกลุ่มที่มีการรับรู้ด้านคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ถูกต้อง (Sleep state misperception) และกลุ่มนอนไม่หลับ (True insomnia) (n = 124)

ข้อมูลทั่วไป	Sleep state misperception	True insomnia
	N = 21 (%)	N = 103 (%)
เพศ ชาย	7 (33.3)	34 (33)
หญิง	14 (66.7)	69 (67)
อายุ ระหว่าง 60-69 ปี	12 (57.1)	53 (51.5)
ระหว่าง 70-79 ปี	9 (42.9)	44 (42.7)
อายุ 80 ปีขึ้นไป	0	6 (5.8)
สถานภาพ		
โสด	2 (9.5)	4 (3.9)
สมรส	18 (85.7)	63 (61.2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ในกลุ่มที่มี การรับรู้ด้านคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ถูกต้อง (Sleep state misperception) และกลุ่ม นอนไม่หลับ (True insomnia) (n = 124) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	Sleep state misperception	True insomnia
	N = 21 (%)	N = 103 (%)
หม้าย	1 (4.8)	33 (32)
หย่าร้าง	0	0
แยกกันอยู่	0	3 (2.9)
โรคประจำตัว		
เบาหวาน	14 (66.7)	58 (56.3)
ความดันโลหิตสูง	12 (57.1)	62 (60.2)
ไตเรื้อรัง	0	9 (8.7)
อาชีพ		
ใช้แรงงาน	14 (66.7)	43 (41.1)
ไม่ใช้แรงงาน	0	5 (4.9)
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	7 (33.3)	51 (49.5)

4. ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ด้าน คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ถูกต้องใน ผู้สูงอายุ

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ด้านคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ถูกต้อง (Sleep state misperception) จากการศึกษา นี้พบว่า ผู้ที่มีคู่สมรสในปัจจุบันมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ด้านคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ถูกต้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value = 0.049 (adjusted OR = 4.322, 95% CI = 1.008- 18.536) ความเครียดมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ด้าน

คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ถูกต้องอย่างมีนัยสำคัญที่ p-value = 0.019 โดยมีค่า Crude Odds ratio ที่ 0.289 (95% CI = 0.098-0.848) แต่เมื่อนำมาทำการวิเคราะห์การถดถอยลอจิสติกเชิงพหุ พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่า p-value อยู่ที่ 0.056 (adjusted OR = 0.285, 95% CI = 0.079-1.032) และพบว่าเครื่องดื่มคาเฟอีน ยานอนหลับ การสูบบุหรี่ และการออกกำลังกาย ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการรับรู้ด้านคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ถูกต้อง (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ด้านคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ถูกต้องในผู้สูงอายุ

ปัจจัย	Sleep state misperception (n=21)	True insomnia (n=103)	Crude OR(95% CI)	P-value	Adjusted OR (95%CI)	P- value
เพศชาย	7 (33.3)	34 (33.0)	1.015 (0.375- 2.747)	0.977	1.204 (0.34- 4.261)	0.773
อายุ 70 ปีขึ้นไป	9 (42.9)	50 (48.5)	0.795 (0.308- 2.049)	0.634	1.593 (0.446- 5.693)	0.473
คนที่มีคูสมรสปัจจุบัน	18 (85.7)	63 (61.2)	3.81 (1.054- 13.768)	0.043	4.322 (1.008- 18.536)	0.049
โรคเบาหวาน	14 (70)	58 (59.2)	1.609 (0.57- 4.542)	0.455	1.693 (0.485- 5.912)	0.409
โรคความดันโลหิตสูง	12 (60)	62 (63.3)	0.871 (0.325- 2.331)	0.783	0.619 (0.171- 2.238)	0.464
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	7 (33.3)	51 (51.5)	0.471 (0.175- 1.265)	0.13	0.392 (0.107- 1.433)	0.157
ความเครียด	5 (23.8)	53 (52)	0.289 (0.098- 0.848)	0.019	0.285 (0.079- 1.032)	0.056
ดื่มเครื่องดื่มคาเฟอีน	9 (42.9)	37 (35.9)	1.338 (0.516- 3.471)	0.549	0.655 (0.162- 2.653)	0.554
ใช้ยานอนหลับ	7 (33.3)	25 (24.5)	1.54 (0.559- 4.242)	0.401	2.172 (0.598- 7.893)	0.239
สูบบุหรี่	1 (4.8)	9 (8.8)	0.517 (0.062- 4.312)	1.0	0.56 (0.046- 6.872)	0.651
ออกกำลังกาย ≥ 3 ครั้ง/สัปดาห์	14 (66.7)	53 (52)	1.849 (0.689- 4.961)	0.218	1.505 (0.472- 4.803)	0.49

วิจารณ์ (Discussions)

จากการศึกษานี้พบสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ด้านคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ถูกต้อง (Sleep state misperception) ร้อยละ 16.9 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ในต่างประเทศ ที่พบความชุกของผู้ที่มีภาวะ Sleep-state misperception อยู่ระหว่างร้อยละ 9.2-50¹⁵ อย่างไรก็ตาม การศึกษาก่อนหน้าเป็นการศึกษาที่ไม่ได้ทำเฉพาะเจาะจงทำในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ

ในด้านของปัจจัยที่มีผลกับการรับรู้ด้านคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ถูกต้องในผู้สูงอายุในการศึกษารุ่นนี้พบว่าการมีคู่สมรสมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ด้านคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งไม่มีการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ศึกษาในประเด็นนี้ อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่ศึกษาความเกี่ยวข้องของการนอนหลับกับความสัมพันธ์คู่สมรส ซึ่งสรุปได้ว่าความสัมพันธ์คู่สมรสที่ดีมีผลทำให้การนอนหลับดีขึ้น^{18,19} ในขณะที่ความสัมพันธ์คู่รักที่มีปัญหาจะส่งผลในทางตรงข้าม และยังเกี่ยวข้องกับความเศร้า และวิตกกังวลอีกด้วย¹⁹ แต่เนื่องจากการศึกษารุ่นนี้ศึกษาในด้านการรับรู้ด้านคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งการมีคู่สมรสมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ด้านคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ถูกต้อง จึงอาจเกิดได้จากในกรณีที่ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสดี อาสาสมัครที่เข้าร่วมการศึกษาไม่ได้มีปัญหาในด้านการนอน แต่ด้วยวัยสูงอายุ จึงอาจเข้าใจไปเองว่า

ตนเองมีปัญหานอน เนื่องจากมีผู้สูงอายุที่มีความชุกของปัญหานอนเป็นจำนวนมาก⁴

จุดแข็งของการศึกษาวิจัยนี้ คือ เจาะจงทำในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความชุกของการนอนไม่หลับสูง แต่ทำในประเด็นของการรับรู้ที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งไม่เคยมีการศึกษาในกลุ่มอายุนี้ ทำให้ได้องค์ความรู้ที่เพิ่มขึ้นในประเด็นดังกล่าว

การวิจัยนี้มีข้อจำกัดเนื่องจากเป็นการวิจัยเชิงพรรณนาจึงบอกได้แค่ความชุกของผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ด้านคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ถูกต้องและปัจจัยที่เกี่ยวข้องเท่านั้น ไม่สามารถบ่งชี้ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุได้ รวมถึงการวิจัยนี้เป็นการศึกษาในผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชนเพียงแห่งเดียวเท่านั้น ผลการวิจัยอาจไม่สามารถเป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรอื่นได้ และข้อมูลที่เก็บมาเป็นข้อมูลที่เป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลังในช่วง 1 เดือน อาจมีอคติที่เกิดจากความจำของผู้ให้ข้อมูลได้ (recall bias)

สำหรับผลการศึกษารุ่นนี้ทำให้ทราบถึงสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ด้านคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งแพทย์จึงควรตระหนักถึงการรับรู้ด้านคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ถูกต้องในผู้สูงอายุ และประเมินเป็นรายบุคคลเพื่อลดการจ่ายยานอนหลับในรายที่ไม่จำเป็น และลดความเสี่ยงในการเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยานอนหลับ

ข้อยุติ (Conclusions)

สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ด้านคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ถูกต้อง (sleep-state misperception) ร้อยละ 16.9 โดยปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ด้านคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ถูกต้อง คือ การมีคู่สมรสในปัจจุบัน

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาการนอน ควรระวังในประเด็นการรับรู้ด้านคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ถูกต้อง เพื่อป้องกันการให้ยานอนหลับโดยไม่จำเป็นในผู้สูงอายุ
2. ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม เรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่มีการรับรู้ด้านคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะในประเด็นของการมีคู่สมรส

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. Edinger JD, Bonnet MH, Bootzin RR, Doghramji K, Dorsey CM, Espie CA, et al. Derivation of research diagnostic criteria for insomnia: report of an American Academy of Sleep Medicine Work Group. *Sleep* 2004; 27(8):1567-1596.
2. Yaowa M, Putwatana P, Monkong S. Management of Insomnia in Hospitalized Older Adults: A

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

จากองค์ความรู้จนถึงปัจจุบัน พบว่ายังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนของผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ด้านคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ถูกต้อง การศึกษาครั้งนี้ได้เพิ่มองค์ความรู้ในสัดส่วนและปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ด้านคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ถูกต้อง สามารถนำองค์ความรู้ดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าตนเองมีปัญหานอนหลับและเป็นข้อมูลพื้นฐานในการทำวิจัยหรือโครงการต่อไป

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ขอขอบคุณ คลินิกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน้ำพอง ที่ให้ความช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบคุณ อาสาสมัครที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษานี้

- Systematic Review. *Rama Nurs J* 2009; 15(2): 259-283. [in Thai].
3. Morin CM, Jarrin DC. Epidemiology of Insomnia: Prevalence, Course, Risk Factors, and Public Health Burden. *Sleep Med Clin* 2022; 17(2): 173-191.
4. Choombuathong A, Chalopatham W, Dhongyooyen P, Chokchaiworarat S, Thamwattana K, Changsap B, et al. Sleep Quality and Factors Related to

- Sleep and Self-esteem in the Elderly. **Journal of Health Science** 2015; 24(5): 833 - 843. [in Thai].
5. Foley D, Ancoli-Israel S, Britz P, Walsh J. Sleep disturbances and chronic disease in older adults: results of the 2003 National Sleep Foundation Sleep in America Survey. **J Psychosom Res** 2004; 56(5) : 497-502.
 6. Fortier-Brochu E, Morin CM. Cognitive impairment in individuals with insomnia: clinical significance and correlates. **Sleep** 2014; 37(11): 1787-1798.
 7. de Almondes KM, Costa MV, Malloy-Diniz LF, Diniz BS. Insomnia and risk of dementia in older adults: Systematic review and meta-analysis. **J Psychiatr Res** 2016; 77: 109-115.
 8. Irwin MR, Carrillo C, Sadeghi N, Bjurstrom MF, Breen EC, Olmstead R. Prevention of Incident and Recurrent Major Depression in Older Adults with Insomnia: A Randomized Clinical Trial. **JAMA Psychiatry** 2022; 79(1): 33-41.
 9. Li Y, Zhang X, Winkelman JW, et al. Association between insomnia symptoms and mortality: a prospective study of U. S. men. **Circulation** 2014; 129(7): 737-746.
 10. Harvey AG, Tang NK. (Mis)perception of sleep in insomnia: a puzzle and a resolution. **Psychol Bull** 2012; 138(1): 77-101.
 11. Glass J, Lanctôt KL, Herrmann N, Sproule BA, Busto UE. Sedative hypnotics in older people with insomnia: meta-analysis of risks and benefits. **BMJ** 2005; 331(7526): 1169.
 12. Jiang Y, Xia Q, Wang J, Zhou P, Jiang S, Diwan VK, et al. Insomnia, Benzodiazepine Use, and Falls among Residents in Long-term Care Facilities. **Int J Environ Res Public Health** 2019; 16(23): 4623.
 13. Poly TN, Islam MM, Yang HC, Li YJ. Association between benzodiazepines use and risk of hip fracture in the elderly people: A meta- analysis of observational studies. **Joint Bone Spine** 2020; 87(3): 241-249.
 14. Daniel WW, Cross CL. **Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences**. Tenth edition. Hoboken, NJ, Wiley, 2013.
 15. Moon HJ, Song ML, Cho YW. Clinical Characteristics of Primary Insomniacs

- with Sleep-State Misperception. **J Clin Neurol** 2015; 11(4): 358-363.
16. Methipisit T, Mungthin M, Saengwanitch S, Ruangkana P, Chinwarun Y, Ruangkanchanasetr P, et al. The Development of Sleep Questionnaires Thai Version (ESS, SA- SDQ, and PSQI) : Linguistic Validation, Reliability Analysis and Cut- Off Level to Determine Sleep Related Problems in Thai Population. **J Med Assoc Thai** 2016; 99(8): 893-903.
17. CU Mental health. **The Pittsburgh SleepQuality Index (PSQI)** [online] 2023 [cited 2023 June 5] Available from: <http://www.cumentalhealth.com/index.php?lay=show&ac=article&Id=539909360>. [in Thai].
18. Kim Y, Ramos AR, Carver CS, Ting A, Hahn K, Mossavar-Rahmani Y, et al. Marital Status and Gender Associated with Sleep Health among Hispanics/Latinos in the US: Results from HCHS/SOL and Sueño Ancillary Studies. **Behav Sleep Med** 2022; 20(5): 531-542.
19. Troxel WM, Braithwaite SR, Sandberg JG, Holt-Lunstad J. Does Improving Marital Quality Improve Sleep? Results from a Marital Therapy Trial. **Behav Sleep Med** 2017; 15(4): 330-343.

การศึกษาเปรียบเทียบระยะเวลาที่ใช้สารเสพติดในผู้เสพสารเสพติดที่มีอาการทางจิตเวช

ผการัตน์ เรี่ยวแรง*, พูนรัตน์ ลียติกุล**

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาเชิงบรรยายในกลุ่มผู้เสพสารเสพติดและได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการทางจิต ที่เข้ารับการบำบัดรักษาในสถานบริการของรัฐ รวม 1,000 คน จาก 10 จังหวัดทั่วประเทศ และบุคคลที่เกี่ยวข้องรวม 4,513 คน เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์และประวัติการรักษา ผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ ANOVA

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นชายร้อยละ 93.0 เป็นเยาวชน (อายุไม่เกิน 24 ปี) ร้อยละ 20.0 สถานภาพโสดร้อยละ 64.0 ว่างานร้อยละ 43.5 พักอาศัยร่วมกับผู้ติดสุราร้อยละ 14.8 พักอาศัยร่วมกับผู้ใช้ยารักษาโรคจิตแบบแผนร้อยละ 17.4 มีญาติและเพื่อนสนิทใช้ยาเสพติดร้อยละ 71.3 กลุ่มศึกษาร้อยละ 79.2 เคยบำบัดยาเสพติดและจิตเวชมาก่อน อาการทางจิต พบว่า มีอาการหวาดระแวง และยังพบว่ามีอาการทางจิตอื่นๆ ที่อาจชักนำไปสู่ความรุนแรง อาทิ หงุดหงิด ก้าวร้าว หุนหันพลันแล่นความยับยั้งชั่งใจลดลง ประสาทหลอน หลงผิด สับสน กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 66.9 เริ่มเสพยาบ้าเป็นยาชนิดแรก โดยอายุต่ำสุดที่เริ่มเสพ คือ 10 ปี อายุเริ่มเสพเฉลี่ย 19 ปี ในปัจจุบัน ร้อยละ 73.9 ใช้เมทแอมเฟตามีนเป็นตัวยาลหลัก (ยาบ้าและไอซ์) ทั้งนี้ร้อยละ 44.4 ใช้ยาเสพติดร่วมกันหลายชนิดในการเสพคราวเดียวกัน (polydrug) ผู้เสพยาเสพติดที่มีอาการทางจิตใช้ยาเสพติดมาเป็นเวลานานเฉลี่ย 12.5 ปี เมื่อจำแนกออกตามชนิดยาที่เสพแล้วมีอาการทางจิต พบว่า ผู้เสพเฮโรอีนใช้เฮโรอีนมาเป็นเวลานานเฉลี่ย 18.8 ปี ผู้เสพยาบ้าเสพมานานเฉลี่ย 12.4 ปี และผู้เสพกัญชาใช้กัญชามาเป็นเวลานานเฉลี่ย 15.7 ปี ระยะเวลาที่ใช้ยาเสพติดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.0001$)

คำสำคัญ: สารเสพติด; อาการจิตเวช; ระยะเวลา

* โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี จังหวัดอุดรธานี

** คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

Corresponding author: Poonrut Leyatikul Email: poonrutlee@gmail.com

Received 25/01/2024

Revised 27/02/2024

Accepted 28/03/2024

A COMPARATIVE STUDY OF THE DURATION OF DRUG USE AMONG SUBSTANCE ABUSERS WITH PSYCHIATRIC SYMPTOMS

Phakarat Reawraeng, Poonrut Leyatikul***

ABSTRACT

This is a descriptive study of substance users who were diagnosed with mental illness receiving treatment in government facilities, including 1,000 patients from 10 provinces nationwide and related persons with a total of 4,513 people. Data were collected through interviews and patient medical records. Data were analyzed using descriptive statistics and ANOVA.

The research findings revealed a demographic breakdown of the sample, with 93.0% being male, 20.0% falling into the youth category (under 24 years old), and 64.0% being single. Additionally, 43.5% were unemployed, 14.8% resided with an alcoholic, and 14.8% lived with another individual. Notably, 17.4% utilized drugs to manage irregularities, while 71.3% had relatives or close associates who were drug users. Moreover, 79.2% of the participants had undergone prior drug and psychiatric treatments. Psychiatric symptoms identified included paranoia, alongside other indicators of mental distress such as irritability, aggression, impulsivity, decreased restraint, hallucinations, delusions, and confusion, which could potentially lead to violent behavior. Among the sample group, 66.9% initiated drug use with amphetamines, with the earliest reported age of onset being 10 years old and the average age of initiation being 19 years. Presently, 73.9% predominantly use methamphetamine (YABA and ICE). Furthermore, 44.4% engaged in polydrug use, consuming multiple substances concurrently. Individuals experiencing drug-induced psychosis had an average duration of drug use of 12.5 years. Analysis based on the type of drug causing psychotic symptoms revealed differing durations of use; heroin users averaged 18.8 years of use, methamphetamine users averaged 12.4 years, and marijuana users averaged 15.7 years. Significantly varied durations of drug use were observed ($P < 0.0001$).

Keywords: Substance abuse; Psychiatric symptoms; Duration

* Thunyarak Udonthani Hospital, Udonthani

** Faculty of Public Health, Vongchavalitkul University

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

ยาเสพติดเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสังคมมาอย่างต่อเนื่อง สำนักงานสหประชาชาติ (UNODC) คาดประมาณว่าประชากรทั่วโลก 585,000 คนเสียชีวิต โดยมีสาเหตุเกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด¹

หลักฐานในอดีตที่ผ่านมา 50,000 ปี ก่อนคริสตกาล มีรายงานการใช้สารออกฤทธิ์ทางจิตจากพืช² ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีการใช้สารเสพติดมานานกว่า 15,000 ปี³ ต่อมาสารเสพติดกลายเป็นที่นิยมเพื่อนันทนาการ ประเทศไทยได้รับผลกระทบจากปัญหาการใช้สารเสพติดมาช้านาน^{4,5} พืชเสพติดพื้นเมืองทั่วไป ได้แก่ ฝิ่น กัญชา และพืชกระท่อม ยาสังเคราะห์ชนิดแรกที่ใช้ในประชากร คือ เฮโรอีน ซึ่งพบครั้งแรกในช่วงก่อนปี พ.ศ.2500 และต่อมาแพร่ระบาดอย่างมาก⁶ การใช้สารกระตุ้น (แอมเฟตามีนและเมทแอมเฟตามีน) แพร่ระบาดในช่วงหลังปี พ.ศ. 2510 สารระเหย (เบนซีน แลคเกอร์ และกาว) ปรากฏขึ้นในช่วงหลังปี พ.ศ. 2520⁷ ในช่วงหลังปี พ.ศ. 2530 มีการใช้สารเสพติดชนิดใหม่ ซึ่งรวมถึงยาอี เคตาซีน ไอซ์ (เมทแอมเฟตามีนชนิดเกล็ด) และโคเคน⁸ เมื่อไม่นานมานี้ การใช้ยารักษาโรคผิดแบบและสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทใหม่⁹ อย่างไรก็ตาม สถิติอย่างเป็นทางการแสดงให้เห็นว่าผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนเป็นกลุ่มผู้ยาที่ใหญ่มากที่สุดที่เข้าถึง

การรักษา เนื่องจากกัญชาและพืชกระท่อมมีอันตรายน้อยกว่ายาเสพติดอื่น ๆ จึงมีผู้ใช้เพียงไม่กี่รายเท่านั้นที่ต้องได้รับการรักษา¹⁰

สำนักงานยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งองค์การสหประชาชาติ รายงานว่าในปี พ.ศ. 2564 มีประชากรโลกที่มีอายุ 15-64 ปี ที่ใช้สารเสพติดอย่างใดอย่างหนึ่งในรอบปีที่ผ่านมา ประมาณ 296 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 5.8 ของประชากรโลกที่มีอายุ 15-64 ปี ในจำนวนนี้ 219 ล้านคน ใช้กัญชา 36 ล้านคน ใช้แอมเฟตามีน 22 ล้านคน ใช้โคเคน และ 20 ล้านคนใช้ยาอี¹¹ ในช่วงเวลาเดียวกัน รายงานการเฝ้าระวังปัญหาเสพติดในกลุ่มประเทศอาเซียนระบุว่า มีประชากรในกลุ่มประเทศอาเซียนเข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดกว่า 614,000 คน หรือคิดเป็นอัตรา 92.0 ต่อแสนประชากร ในจำนวนนี้กว่าสองในสาม เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดในกลุ่ม Amphetamine Type Stimulant (ATS) ส่วนที่เหลือเป็นกลุ่มอนุพันธ์ฝิ่น กัญชา และอื่นๆ¹² คณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด ดำเนินการสำรวจครัวเรือนระดับประเทศเพื่อคาดประมาณจำนวนผู้ใช้สารเสพติดในปี พ.ศ. 2562 พบว่ามีประชากรที่ใช้สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่งในปีที่ผ่านมา (ไม่นับบุหรี่ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์) จำนวนประมาณ 1,966,826 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 3.91 ของประชากรอายุ 12-65 ปี¹³ ในจำนวนนี้เข้ารับการบำบัดรักษา

ในระบบจำนวน 241,857 คน¹⁴ หรือคิดเป็นร้อยละ 8.13 ของผู้เข้ายา

สารเสพติดที่แพร่ระบาดอยู่ในประเทศไทยมีหลายชนิด ข้อมูลจากระบบ บสต. บ่งชี้ว่าผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดส่วนใหญ่เป็นผู้เข้ายาบ้า และไอซ์ ซึ่งยาทั้งสองชนิดนี้เป็นยาในกลุ่มกระตุ้นระบบประสาท Amphetamine-type stimulants (ATS) เป็นกลุ่มสารเสพติดสังเคราะห์ที่มีการออกฤทธิ์ในการกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งสารเสพติดหลักในกลุ่มนี้ได้แก่ amphetamine, methamphetamine, methcathinone, fenetylline, ephedrine, pseudoephedrine, methylphenidate และยาอี (ecstasy)¹⁵ ผลที่เกิดขึ้นจากการเสพยาในกลุ่มกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางมีผลต่อระบบประสาทและสมองของผู้เสพ ในระยะสั้น คือ มีความผิดปกติเกี่ยวกับการนอนหลับ มีความรู้สึกกลัวที่รุนแรง ความคิดสับสน และอาการประสาทหลอน นอกจากนี้ Ecstasy ยังทำให้สีกซึม ง่วง ไม่มีสมาธิ ในระยะยาว คือ เกิดโรคจิตเวช โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล ทำร้ายตัวเอง ประสาทหลอน แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง มีอารมณ์แปรปรวน¹⁶ การศึกษาโดยทบทวนงานวิจัยที่ศึกษาในญี่ปุ่น ไต้หวัน ออสเตรเลีย และไทย¹⁷ พบว่าอาการป่วยทางจิตที่พบมาก คือ อาการประสาทหลอน หูแว่ว และอาการอื่น ๆ ที่พบคือ เห็นภาพหลอน

ระยะเวลาที่ใช้สารเสพติดที่แตกต่างกันแต่ละชนิด อาจส่งผลให้เกิดอาการทางจิตเวชเพื่อนำไปสู่การวางแผนบำบัดรักษาต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระยะเวลาที่ใช้สารเสพติดในผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการจิตเวชจิตเวชที่เสี่ยงต่อการเกิดอาการทางจิตเวช

วิธีการศึกษา (Method)

1. การออกแบบวิจัย

การศึกษาเปรียบเทียบระยะเวลาที่ใช้สารเสพติด เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive study) ในกลุ่มผู้เสพยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเวช

2. ประชากรและตัวอย่าง

2.1 ประชากร เป็นผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยอาการทางจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด ที่คลินิกจิตเวชในโรงพยาบาลของรัฐ

กลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา

1) ผู้เสพยาเสพติด ที่เข้ารับการบำบัดรักษาสารเสพติดในสถานบริการของรัฐ รวม 1,000 คน

2) กลุ่มครอบครัวผู้ใกล้ชิดผู้ใช้สารเสพติดในอัตราส่วน 1:1 จำนวน 1,000 คน

3) กลุ่มผู้นำชุมชนในพื้นที่ศึกษาจะเลือกกลุ่มผู้นำชุมชนที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้าน รวม 1,346 คน

4) กลุ่มประชาชนทั่วไป เป็นกลุ่มผู้ที่มีรายชื่อปรากฏอยู่ในทะเบียนราษฎรในหมู่บ้าน รวม 2,167 คน

2.2 ขนาดตัวอย่าง

ผู้วิจัยใช้การกำหนดขนาดตัวอย่างอ้างอิงตามผลการศึกษาของ MacCallum และคณะ¹⁸ แนะนำให้มีจำนวนตัวอย่าง 500 ตัวอย่างขึ้นไป การศึกษานี้กำหนดค่า design effect 2 จึงได้กำหนดตัวอย่างศึกษา จำนวน 1,000 ตัวอย่าง

2.3 วิธีการสุ่ม ใช้การสุ่มแบบ Multi-stages Systematic random sampling proportion to size

ขั้นตอนแรก คัดเลือกจังหวัด 10 จังหวัด จากทั่วประเทศตามภาค ปปส. หลังจากนั้นจึงคำนวณขนาดตัวอย่างแต่ละจังหวัดตามสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ปีงบประมาณ 2562 (ที่มา: ระบบศูนย์กลางการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชของประเทศไทย กรมสุขภาพจิต)

ขั้นตอนที่ 2 เลือกโรงพยาบาลในแต่ละเขตที่สมัครใจเข้าร่วมการศึกษา และกำหนดขนาดตัวอย่างรายโรงพยาบาล คำนวณจากสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยในระบบฐานข้อมูลสถานพยาบาล

ขั้นตอนที่ 3 สุ่มเลือกตัวอย่าง โดยใช้เกณฑ์การเลือกตัวอย่างเข้าร่วมในการศึกษา คือ เป็นผู้ป่วยนอกที่อยู่ระหว่างการรักษาที่แพทย์วินิจฉัย ตาม ICD-10 รหัส

F10 - F19 ในโรงพยาบาลที่สุ่มเลือกได้ ขณะเข้าร่วมในการศึกษา สามารถสื่อสารเข้าใจ มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และยินยอม สามารถให้ข้อมูลได้ ใช้การสุ่มเลือกอย่างง่ายจากบัญชีเลข HN ของกลุ่มตัวอย่าง

3. เครื่องมือและการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยปรับปรุงจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมหัวข้อหลัก คือ ลักษณะทางประชากร ลักษณะสิ่งแวดล้อมและสังคม การใช้สารเสพติด

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการช่วงเดือน ตุลาคม-ธันวาคม 2563 คณะผู้วิจัยประสานงานกับสถานพยาบาลที่เลือก และขออนุญาตใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูล จากนั้นจึงเลือกตัวอย่าง โดยกำหนดอายุของตัวอย่างที่สุ่มต้องมีอายุ 18 ปีขึ้นไป และอยู่ระหว่างการติดตามรักษา

ขอความร่วมมือให้เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานคลินิกจิตเวช/สารเสพติดช่วยประสานกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้เพื่อแนะนำโครงการวิจัย ทีมวิจัย และให้ผู้ช่วยนักวิจัยเป็นผู้ชี้แจงรายละเอียดโดยย่อการวิจัย และขอความยินยอมจากตัวอย่างในการเข้าร่วมการศึกษาและให้ข้อมูล

ทีมวิจัย/ผู้ช่วยนักวิจัยที่ผ่านการอบรมใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นในเก็บข้อมูลกับผู้ป่วยตัวอย่างใน

สถานพยาบาล/หรือในที่พักอาศัยที่ ผู้ป่วย/
ญาติแสดงความประสงค์

ทีมวิจัย/ผู้ช่วยนักวิจัยที่ผ่านการ
อบรมสัมภาษณ์ผู้นำชุมชนและสนทนากลุ่ม
กับประชาชนในชุมชน

4. การจัดการและวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้รับทั้งหมดจะได้รับการ
ตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วน และถูก
นำเข้าสู่ฐานข้อมูลแบบสองทวน (double
data entry)

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรม
วิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป spss v.16 (ลิขสิทธิ์
เครือข่ายพัฒนาวิชาการและข้อมูลสารเสพ
ติ ต ก ค ต ะ ว น อ ก เ ฉิ ย ง เหนื อ
มหาวิทยาลัยขอนแก่น) โดยใช้สถิติเชิง
พรรณนา และ ANOVA

5. จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรอง
จริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการ
จ ริ ย ธ ร ร ม ก า ร วิ จ ย ใน ม นุ ช ย์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE631498

ผลการศึกษา (Results)

กลุ่มตัวอย่างเป็นชายร้อยละ 93.0 เป็น
เยาวชน (อายุไม่เกิน 24 ปี) ร้อยละ 20.0
สถานภาพโสดร้อยละ 64.0 ว่างานร้อยละ
43.5 พักอาศัยร่วมกับผู้ติดสุรา ร้อยละ 14.8
พักอาศัยร่วมกับผู้ใช้ยาโรคมืดแบบแผน
ร้อยละ 17.4 มีญาติและเพื่อนสนิทใช้ยาเสพ

ติดยาเสพติด ร้อยละ 71.3 เคยบำบัดยาเสพติดยาและจิต
เวชมาก่อน ร้อยละ 79.2

ผู้เข้าเสพติดยาที่มีการทางจิต ใช้ยา
ผิดแบบแผนร้อยละ 17.4 โดยมีญาติและ
เพื่อนสนิทใช้ยาเสพติดยาอยู่เป็นประจำร้อยละ
71.3 กลุ่มตัวอย่างกว่าร้อยละ 10 มีญาติทาง
ฝ่ายบิดาและมารดาใช้ยาเสพติดยา รวมทั้งมีที่
น้องของตนเองใช้ยาเสพติดยาด้วย และใน
จำนวนที่ใกล้เคียงกันมีญาติทั้งฝ่ายบิดาและ
มารดา รวมทั้งพี่น้องของตนเองมีปัญหาทางจิต
เวช

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้เมทแอมเฟตา
มินชนิดเม็ด (ยาบ้า) เป็นยาเสพติดยาชนิดแรก
ร้อยละ 66.9 (อายุเริ่มใช้เฉลี่ย 19.2 ปี, SD
7.12 Min 10, Max 69) กัญชาร้อยละ 9.6
(อายุเริ่มใช้เฉลี่ย 18 ปี, SD 8.33, Min 12,
Max 42) เฮโรอีนร้อยละ 1.7 (อายุเริ่มใช้เฉลี่ย
17.5 ปี, SD 2.1, Min 16, Max 19) น้ำต้ม
กระท่อมร้อยละ 8.7 (อายุเริ่มใช้เฉลี่ย 21.8
ปี, SD 8.7, Min 14, Max 41) และยาโรคมืด
โรคมืดแบบแผนร้อยละ 0.9 (อายุเริ่มใช้เฉลี่ย
12 ปี SD 1.58, Min 10, Max 14)

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 53.9 ยังคงเสพ
สารตัวเดิมหลังจากที่ใช้ครั้งแรก (ยาบ้า
ร้อยละ 49.5 กัญชาร้อยละ 2.9 เฮโรอีน
ร้อยละ 0.9 และน้ำต้มกระท่อม 0.9) นอกนั้น
ปรับเปลี่ยนชนิดของสารที่เสพมีทั้งการเสพ
สารตัวเดิมร่วม/สลับกับสารอื่นและเปลี่ยนไป
ใช้สารตัวใหม่ โดยนิยมเสพสารร่วมหลาย
ชนิดในคราวเดียวกัน (poly drugs) ถึง

ร้อยละ 44.4 สารเสพติดหลักที่ใช้ ส่วนใหญ่ใช้ยาในกลุ่มเมทแอมเฟตามีน (ทั้งเมทแอมเฟตามีนชนิดเม็ด (ยาบ้า) และเมทแอมเฟตามีนชนิดเกล็ด (ไอซ์) กัญชา เฮโรอีน กระทั่งน้ำต้มกระท่อม และยารักษาโรคจิตแบบแผนส่วนสารเสพติดรองที่ใช้ ส่วนใหญ่ใช้ยาในกลุ่มเมทแอมเฟตามีน กัญชา เฮโรอีน กระทั่ง/น้ำต้มกระท่อม และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ผู้เสพยาเสพติดที่มีอาการทางจิตใช้ยาเสพติดมาเป็นเวลานานเฉลี่ย 12.5 ปีเมื่อจำแนกออกตามชนิดยาที่เสพแล้วมีอาการทางจิตพบว่า ผู้เสพเฮโรอีนใช้เฮโรอีนมาเป็นเวลานานเฉลี่ย 18.8 ปี ผู้เสพยาบ้าเสพมานานเฉลี่ย 12.4 ปี และผู้เสพกัญชาใช้กัญชามาเป็นเวลานานเฉลี่ย 15.7 ปี

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบระยะเวลาที่เสพยาเสพติดในกลุ่มผู้เสพที่มีอาการทางจิตเวช

	MEAN	SE	Lo 95%CI	Up 95%CI	F-ratio	P-value
ยาบ้า	12.45	0.28	11.89	13.01	15.48	<0.0001
ไอซ์	2	2.61	-3.12	7.12		
กัญชา	15.76	1.9	12.04	19.49		
เฮโรอีน	18.83	1.06	16.74	20.92		
กระท่อม	2	2.61	-3.12	7.12		
แอลกอฮอล์	5	2.76	-0.43	10.43		
สารอื่นๆ	5.24	1.9	1.51	8.96		
รวมทุกสาร	12.49	0.28	11.94	13.03		

ปริมาณยาที่ใช้แยกตามชนิดยาพบว่า ผู้ที่มีอาการทางจิตเสพยาบ้าเฉลี่ยวันละ 10-20 เม็ด เฮโรอีนวันละ 2 หลอด ไอซ์วันละ 10 กรัม กัญชาวันละ 5 แพ่ง น้ำต้มกระท่อมวันละ 1-2 ลิตร ความถี่ในการใช้สารเสพติดผู้เสพ เสพทุกวันในช่วงเดือนที่ผ่านมา โดยเสพวันละ 2-3 ครั้ง

ผลอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เมื่อเสพยาแล้ว สับสน ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง (ร้อยละ 36.5) บกพร่องทางการเรียนรู้ (ร้อยละ 32.2) อ่อนเพลีย (ร้อยละ 22.6) นอนไม่หลับ (ร้อยละ 9.6) ตาพร่า (ร้อยละ 46.1) กระสับกระส่าย (ร้อยละ 30.4) ประสาทหลอน (ร้อยละ 25.1) หลงผิด (ร้อยละ 4.4) หวาดกลัว (ร้อยละ 0.9) หวาดระแวง

(ร้อยละ 67.8) เศร้า เบื่อ เศ็งต่อเนื่อง (ร้อยละ 31.3) หงุดหงิดง่าย (ร้อยละ 19.0) ก้าวร้าว (ร้อยละ 16.5) หุนหันพลันแล่น (ร้อยละ 1.9) นอกจากนี้ยังมีอาการอื่นๆ ทั่วๆ แยกตัวอีก ร้อยละ 9.6

วิจารณ์ (Discussions)

แม้ว่าขนาดตัวอย่างและกระบวนการสุ่มตัวอย่างโดยอาศัยความน่าจะเป็น (probability sampling) ในการสำรวจ คำนึงถึงความเป็นตัวแทน (representativeness) และความเพียงพอต่ออำนาจทางสถิติ (statistical power) ในการวิเคราะห์ข้อมูล แต่ด้วยข้อจำกัดทางจริยธรรมในการวิจัย ที่ต้องคำนึงถึงความเป็นอิสระในการตอบคำถาม การมีเวลาเพียงพอ และความสมัครใจในการตอบคำถามทั้งแบบรายข้อหรือทั้งฉบับ ทำให้อาจพบความคลาดอยู่บ้าง อาทิ ในบางกลุ่มอายุอัตราการตอบกลับระหว่างเพศไม่เท่ากัน แต่พบว่าการตอบกลับสูงกว่าร้อยละ 90 ในทุกกลุ่มอายุ ทั้งสองเพศ ทำให้ผลการศึกษามีความคลาดเคลื่อนต่ำ

ส่วนการศึกษาในผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาสัมพันธ์กับการใช้ยาเมทแอมเฟตามีน ก็พบคล้ายคลึงกันในอาการที่พบมากคือ หลอนประสาท และหุนหัน¹⁹ ส่วนระดับความรุนแรงของอาการขึ้นอยู่กับความถี่ในการใช้ และวิธีการใช้ การศึกษาพบทวนการวิจัยของ Arunogiri และคณะพบว่า อายุที่เริ่มใช้ จำนวนปีที่ใช้ และความถี่ที่ใช้เมทแอมเฟตา

มีนมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการป่วยโรคจิต ในหลายการศึกษาพบว่า ความถี่ของการเสพเมทแอมเฟตามีน ตั้งแต่ 16 วันหรือมากกว่าต่อเดือน มีโอกาสเสี่ยงป่วยโรคจิตสูงกว่า (OR=11.2, 95% CI (5.9-21.1)) เทียบกับคนที่เสพน้อยกว่า ส่วนการใช้การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกับการเสพยาเสพติดมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของความเสี่ยงการป่วยโรคจิตที่เกี่ยวข้องกับการเสพยาเมทแอมเฟตามีนเช่นกัน²⁰ การศึกษาเปรียบเทียบความเสี่ยงการป่วยโรคจิตเภทในผู้ที่เสพยาเมทแอมเฟตามีนร่วมกับสารเสพติดอื่นๆ กับกลุ่มอ้างอิง พบว่า ผู้เสพยามีความเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญในการมีโอกาสป่วยโรคจิตเภท ทั้งกลุ่มที่ใช้สารร่วมที่เป็น Opioids และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์²¹ อย่างไรก็ตามปัจจัยที่ยังเป็นที่ถกเถียงเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของอาการจิตเวช กับการใช้สารเสพติด คือ อายุที่เริ่มเสพ จำนวนปีที่ใช้²⁰⁻²³

ข้อยุติ (Conclusions)

เมื่อเปรียบเทียบระยะเวลาที่เสพยาเสพติด ในผู้ป่วยที่เสพยาแต่ละประเภท พบว่า ผู้เสพที่มีอาการทางจิตมีระยะเวลาที่ใช้ยาเสพติดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

การศึกษาเปรียบเทียบระยะเวลาที่ใช้สารเสพติด นำไปสู่การคัดกรองผู้เสพยาเสพติดที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้สามารถ

เข้าแทรกแซงเพื่อการป้องกันและบำบัดรักษา
อาการทางจิตเวชในผู้เสพสารเสพติดอย่างมี
ประสิทธิภาพ

พบว่าระยะเวลาที่เสพสารเสพติดแต่ละชนิด
แตกต่างกัน มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการ
ทางจิตที่แตกต่างกัน

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

ความชุกของอาการทางจิตจากการเสพยา
เสพติดเพิ่มมากขึ้นในสังคมไทย การศึกษา

เอกสารอ้างอิง (References)

1. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). **World drug report 2019**. Vienna: United Nations publication; 2019.
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. Department of Fine Arts. **The “Tra Sam Duang” Laws**. Bangkok: Veteran printing house; 1978.
5. Kanato M, Leyatikul P, Wonguppa R. Impacts of Medical Cannabis Law in Thailand. **ONCB Journal** 2020; 36(2): 27-36.
6. Poshyachinda V. **Heroin in Thailand. in the 4th Anniversary of the Office of the Narcotics Control Board**. Bangkok: Office of the Prime Minister; 1980. 56-87.
7. Poshyachinda V, Srisurapanont M, Perngparn U. **Amphetamine type stimulants epidemic in Thailand: a country profile**. In WHO meeting on amphetamine, MDMA, and other psycho stimulants phase II. Bangkok, Thailand; 1999. 22-26.
8. Poshyachinda V, Phittayanon P, Simasatitkul V, Perngparn U. **Stimulant use, abuse, and dependence in Thailand. Alcohol and drugs perspectives, prevention and control-Asia Pacific region**. Sri Lanka: Alcohol and Drug Information Centre; 1998. 77-106.
9. Wonguppa R, Kanato M. The prevalence and associated factors of new psychoactive substance use: A

- 2016 Thailand national household survey. **Addict Behav Rep** 2018; 7: 111-115
10. Kanato M, Leyatikul P, Wonguppa R. Cannabis Situation among the Thai Youth after Law Amendment. **ONCB Journal** 2022; 36(2): 27-36.
11. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). **World drug report 2023**. Vienna: United Nations publication; 2023.
12. Kanato M, Sarasiri R, Leyatikul P, (Eds.). **ASEAN DRUG MONITORING REPORT 2022**. Bangkok: ASEAN Narcotics Cooperation Center; 2023.
13. Kanato M, Leyatikul P. Size Estimation of Substances Users Population in Thailand 2019. **ONCB Journal** 2020; 36(2): 37-48.
14. Office of Secretary of National Addiction treatment & Rehabilitation Committee, Ministry of Public Health. **Statistics on Addiction Treatment & Rehabilitation** [online] 2020 [cited 2024 March 7]. Available from: <https://ncmc.moph.go.th/home/index/dash>
15. WHO. **Management of substance abuse** [online] 2021 [cited 2021 Jan 21]. Available from: https://www.who.int/substance_abuse/facts/ATS/en/
16. McCrady BS, Epstein EE. **Addictions: A comprehensive guidebook**. Oxford University Press; 2013.
17. Grant KM, LeVan TD, Wells SM, Li M, Stoltenberg SF, Gendelman HE, et al. Methamphetamine - associated psychosis. **Journal of Neuroimmune Pharmacology** 2012; 7(1): 113-139.
18. MacCallum RC, Widaman KF, Zhang S, Hong S. Sample size in factor analysis. **Psychological methods** 1999; 4(1): 84-99.
19. Srisurapanont M, Ali R, Marsden J, Sunga A, Wada K, Monteiro M. Psychotic symptoms in methamphetamine psychotic in-patients. **International Journal of Neuropsychopharmacology** 2003. 6(4): 347-352.
20. Arunogiri S, Foulds JA, McKetin R, Lubman DI. A systematic review of risk factors for methamphetamine-associated psychosis. **Australian & New Zealand Journal of Psychiatry** 2018; 52(6): 514-529.
21. Callaghan RC, Cunningham JK, Allebeck P, Arenovich T, Sajeew G, Remington G. Methamphetamine use

- and schizophrenia: a population-based cohort study in California. **American Journal of Psychiatry** 2012; 169(4): 389-396.
22. McKetin R, Lubman DI, Baker AL, Dawe S, Ali RL. Dose-related psychotic symptoms in chronic methamphetamine users: evidence from a prospective longitudinal study. **JAMA psychiatry** 2013; 70(3): 319-324.
23. Gan H, Zhao Y, Jiang H, Zhu Y, Chen T, Tan H, et al. A research of methamphetamine induced psychosis in 1,430 individuals with methamphetamine use disorder: clinical features and possible risk factors. **Frontiers in Psychiatry** 2018; 9: 1-8.

การศึกษาเครื่องมือคัดกรองอาการทางจิตเวชในผู้เสพติด

พูนรัตน์ ลียติกุล*, รังสิยา วงศ์อุปปา*, อภิชาติ เรณูวัฒนนานนท์**

บทคัดย่อ

ปัญหาสุขภาพจิตจากการเสพติดเป็นสิ่งปรากฏการณ์ชัดพบได้ทั่วไปในสังคมไทย ซึ่งสามารถป้องกันและลดความรุนแรงลงได้ด้วยการลดอิทธิพลของปัจจัยเสี่ยง การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทดสอบเครื่องมือคัดกรองโอกาสเกิดอาการจิตเวชในกลุ่มผู้เสพติดใช้แบบแผนการศึกษาทดสอบเครื่องมือคัดกรองในกลุ่มผู้เสพติดที่เข้าบำบัดรักษาในสถานบริการ 880 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ที่พัฒนาขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา Chi square, Confirmatory Factor Analysis, Intraclass Correlation Coefficient, Cronbach Alpha Coefficient, และ McDonald Omega Coefficient

เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยตัวแปรเชิงพยากรณ์ 7 ตัวแปร ให้ค่าน้ำหนักแล้วรวมคะแนน นำไปทดสอบคุณสมบัติด้วย known group validity การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันพบว่า มีค่าความเที่ยงตรง Construct Validity ที่ยอมรับได้ โดยมีค่าความเชื่อมั่น ค่าสหสัมพันธ์ Omega Coefficient 0.89 ค่าความเที่ยงระหว่างผู้สังเกต 0.96 ค่าการทดสอบซ้ำ 1 สัปดาห์ 0.93 ค่าความไว 0.81 ค่าความจำเพาะ 0.72 ค่าพยากรณ์ผลบวก 0.78 ค่าพยากรณ์ผลลบ 0.74 และค่าความเที่ยงตรงเชิงพยากรณ์ 0.76

คำสำคัญ: สารเสพติด; อาการจิตเวช; เครื่องมือคัดกรอง

*คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

**สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

Corresponding author: Rungsiya Wonguppa Email: rungsiya_won@vu.ac.th

Received 30/01/2024

Revised 29/02/2024

Accepted 28/03/2024

A STUDY OF SCREENING TESTS FOR PSYCHIATRIC SYMPTOMS IN DRUG USERS

Poonrut Leyatikul, Rungsiya Wonguppa*, Apichart ranuwattananon***

ABSTRACT

Psychiatric problems from drug use are a common phenomenon in Thai society, which can be prevented and reduced by reducing the influence of risk factors. The purpose of this study was to study a screening test for the likelihood of psychiatric symptoms among drug users. A diagnostic test study design was used to test the screening tool among 880 drug users receiving treatment in a service center. Data were collected using the developed interview form. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square, Confirmatory Factor Analysis, Intraclass Correlation Coefficient, Cronbach Alpha Coefficient, and McDonald Omega Coefficient.

The tool has been constructed with seven prognostic variables, weighted and aggregated into scores. These properties underwent validation through known group validity testing. Confirmatory factor analysis revealed acceptable Construct Validity, supported by confidence values. The Omega Coefficient correlation is 0.89, with an inter-observer reliability of 0.96. The one-week test-retest yielded a value of 0.93. Sensitivity is recorded at 0.81, specificity at 0.72, positive predictive value at 0.78, negative predictive value at 0.74, and predictive validity at 0.76.

Keywords: Substance abuse; Psychiatric symptoms; Screening tests

** Faculty of Public Health, Vongchavalitkul University*

*** Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment, Bangkok*

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

ยาเสพติดเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสังคมมาอย่างต่อเนื่อง สำนักงานสหประชาชาติ (UNODC) คาดประมาณว่าประชากรทั่วโลก 585,000 คน เสียชีวิตโดยมีสาเหตุเกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด¹

หลักฐานในอดีตที่ผ่านมา 50,000 ปี ก่อน คริสตศักราช มีรายงานการใช้สารออกฤทธิ์ทางจิตจากพืช² ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีการใช้สารเสพติดมานานกว่า 15,000 ปี³ ต่อมาสารเสพติดกลายเป็นที่นิยมเพื่อนันทนาการ ประเทศไทยได้รับผลกระทบจากปัญหาการใช้สารเสพติดมาช้านาน^{4,5} พืชเสพติดพื้นเมืองทั่วไป ได้แก่ ฝิ่น กัญชา และพืชกระท่อม ยาสังเคราะห์ชนิดแรกที่ใช้ในประชากร คือ เฮโรอีน ซึ่งพบครั้งแรกในช่วงก่อนปี พ.ศ. 2500 และต่อมาแพร่ระบาดอย่างมาก⁶ การใช้สารกระตุ้น (แอมเฟตามีนและเมทแอมเฟตามีน) แพร่ระบาดในช่วงหลังปี พ.ศ. 2510 สารระเหย (เบนซีน แลคเกอร์ และกาว) ปรากฏขึ้นในช่วงหลังปี พ.ศ. 2520⁷ ในช่วงหลังปี พ.ศ. 2530 มีการใช้สารเสพติดชนิดใหม่ ซึ่งรวมถึงยาอี เคตามีน ไอซ์ (เมทแอมเฟตามีนชนิดเกล็ด) และโคเคน⁸ เมื่อไม่นานมานี้ การใช้ยารักษาโรคผิดแบบและสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทใหม่⁹ อย่างไรก็ตาม สถิติอย่างเป็นทางการแสดงให้เห็นว่าผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนเป็นกลุ่มผู้ใช้ยาที่ใหญ่

ที่สุดที่เข้าถึงการรักษา เนื่องจากกัญชาและพืชกระท่อมมีอันตรายน้อยกว่ายาเสพติดอื่น ๆ จึงมีผู้ใช้เพียงไม่กี่รายเท่านั้นที่ต้องได้รับการรักษา¹⁰

สำนักงานยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งองค์การสหประชาชาติ รายงานว่าในปี พ.ศ. 2564 มีประชากรโลกที่มีอายุ 15-64 ปี ที่ใช้สารเสพติดอย่างใดอย่างหนึ่งในรอบปีที่ผ่านมา ประมาณ 296 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 5.8 ของประชากรโลกที่มีอายุ 15-64 ปี ในจำนวนนี้ 219 ล้านคนใช้กัญชา 36 ล้านคนใช้แอมเฟตามีน 22 ล้านคนใช้โคเคน และ 20 ล้านคนใช้ยาอี¹¹ ในช่วงเวลาเดียวกัน รายงานการเฝ้าระวังปัญหาเสพติดในกลุ่มประเทศอาเซียนระบุว่า มีประชากรในกลุ่มประเทศอาเซียนเข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดกว่า 614,000 คน หรือคิดเป็นอัตรา 92.0 ต่อแสนประชากร ในจำนวนนี้กว่าสองในสาม เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดในกลุ่ม Amphetamine Type Stimulant (ATS) ส่วนที่เหลือเป็นกลุ่มอนุพันธ์ฝิ่น กัญชา และอื่นๆ¹² คณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด ดำเนินการสำรวจครัวเรือนระดับประเทศเพื่อคาดประมาณจำนวนผู้ใช้สารเสพติดในปี พ.ศ. 2562 พบว่ามีประชากรที่ใช้สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่งในปีที่ผ่านมา (ไม่นับบุหรี่ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์) จำนวนประมาณ 1,966,826 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 3.91 ของประชากรอายุ 12-65 ปี¹³ ในจำนวนนี้เข้ารับการบำบัดรักษา

ในระบบจำนวน 241,857 คน¹⁴ หรือคิดเป็นร้อยละ 8.13 ของผู้เข้ายา

สารเสพติดที่แพร่ระบาดอยู่ในประเทศไทยมีหลายชนิด ข้อมูลจากระบบ บสต. บ่งชี้ว่าผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดส่วนใหญ่เป็นผู้เข้ายาบ้า และไอซ์ ซึ่งยาทั้งสองชนิดนี้เป็นยาในกลุ่มกระตุ้นระบบประสาท Amphetamine-type stimulants (ATS) เป็นกลุ่มสารเสพติดสังเคราะห์ที่มีการออกฤทธิ์ในการกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งสารเสพติดหลักในกลุ่มนี้ได้แก่ amphetamine, methamphetamine, methcathinone, fenetylline, ephedrine, pseudoephedrine, methylphenidate และ MDMA หรือ 'Ecstasy'¹⁵ ผลที่เกิดขึ้นจากการเสพยาในกลุ่มกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางมีผลต่อระบบประสาทและสมองของผู้เสพ ในระยะสั้น คือ มีความผิดปกติเกี่ยวกับการนอนหลับ มีความรู้สึกกลัวที่รุนแรง ความคิดสับสน และอาการประสาทหลอน นอกจากนี้ Ecstasy ยังทำให้สีกเข้ม ง่วง ไม่มีสมาธิ ในระยะยาว คือ เกิดโรคจิตเวช โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล ทำร้ายตัวเอง ประสาทหลอน แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง มีอารมณ์แปรปรวน¹⁶ การศึกษาโดยทบทวนวรรณในงานวิจัยที่ศึกษาในญี่ปุ่น ได้หวน ออสเตอร์เลีย และไทย¹⁷ พบว่า อาการป่วยทางจิตที่พบมาก คือ อาการประสาทหลอน หูแว่ว และอาการอื่นๆ ที่พบ คือ เห็นภาพหลอน

ปัญหาสุขภาพจิตจากการเสพยาเสพติดเป็นสิ่งที่สามารถป้องกันและลดความรุนแรงลงได้ ด้วยการลดอิทธิพลของปัจจัยเสี่ยงทั้งที่เป็นปัจจัยนำ (predisposing factors) ปัจจัยเอื้อ (enabling factors) และปัจจัยเสริม (enforcing factors) ดังนั้น การศึกษาเพื่อพัฒนาเครื่องมือคัดกรองความเสี่ยงต่อการป่วยอาการทางจิตเวชสารเสพติดในผู้ใช้สารเสพติด จะนำไปสู่การลดปัจจัยเสี่ยง หรือการวางแผนป้องกันและบำบัดรักษาต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

เพื่อศึกษาทดสอบเครื่องมือคัดกรองโอกาสเกิดอาการจิตเวชในกลุ่มผู้เสพยาเสพติด

วิธีการศึกษา (Method)

1. การออกแบบวิจัย

การศึกษานี้ใช้แบบแผนการศึกษาทดสอบเครื่องมือคัดกรอง (Screening/Diagnostics study) ในกลุ่มผู้เสพยาเสพติดที่เข้าบำบัดรักษาในสถานบริการ ด้วยวิธี Known group validity

2. ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยอาการทางจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด ที่คลินิกจิตเวช/และผู้ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกสารเสพติดโรงพยาบาลอายุ 18 ปีขึ้นไป

กลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา รวม 880 คน ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยอาการทางจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดในโรงพยาบาล จำนวน 440 คน 2) ผู้ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกสารเสพติดที่ไม่มีอาการทางจิตในโรงพยาบาล รวม 440 คน

การกำหนดขนาดตัวอย่างสำหรับ diagnostic test study¹⁸⁻²² ใช้สูตรคำนวณจากการกำหนดค่าความไวที่ต้องการดังนี้

ค่า sensitivity ที่ต้องการ 0.8

ค่าความเชื่อมั่น 95%

ค่าความคลาดเคลื่อน 5%

ค่าความชุกอาการทางจิตเวช 30.8%²³

แทนค่าได้ขนาดตัวอย่างไม่น้อยกว่า 878.08 ~ 879 ราย

วิธีการสุ่ม ใช้การสุ่มแบบ Multi-stages Systematic random sampling proportion to size

ขั้นตอนแรก คัดเลือกจังหวัด 10 จังหวัดจากทั่วประเทศตามภาค ปปส. หลังจากนั้นจึงคำนวณขนาดตัวอย่างแต่ละจังหวัดตามสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด และ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ปีงบประมาณ 2562 (ที่มา: ระบบศูนย์กลางการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชของประเทศไทย กรมสุขภาพจิต) กับจำนวนตัวอย่างทั้งหมดในช่วงการศึกษา

ขั้นตอนที่ 2 เลือกโรงพยาบาลในแต่ละเขตที่สมัครใจเข้าร่วมการศึกษา และ

กำหนดขนาดตัวอย่างรายโรงพยาบาล คำนวณจากสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยในระบบฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข

ขั้นตอนที่ 3 สุ่มเลือกตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์การเลือกตัวอย่างเข้าร่วมในการศึกษา

1) กลุ่มผู้มีอาการทางจิต เป็นผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการรักษาอาการทางจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดได้รับการวินิจฉัย ตาม ICD-10 รหัส F10 - F19 ที่โรงพยาบาลจิตเวช ขณะเข้าร่วมในการศึกษา สามารถสื่อสารเข้าใจ และยินยอม สามารถให้ข้อมูลได้ จำนวน 440 คน

2) กลุ่มผู้ไม่มีอาการทางจิต ผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการรักษายาเสพติดที่โรงพยาบาลเฉพาะทาง ไม่ได้ได้รับการวินิจฉัยตาม ICD-10 รหัส F10 - F19 ขณะเข้าร่วมในการศึกษา สามารถสื่อสารเข้าใจ และยินยอม สามารถให้ข้อมูลได้ จำนวน 440 คน

3. เครื่องมือและการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ ที่ผู้วิจัยประมวลองค์ความรู้จากหลักฐานทางวิชาการ (Evidence based items) ด้วยการทบทวนงานวิจัยในต่างประเทศ 27 ชิ้น และประมวลความเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านจิตเวช จำนวน 9 ท่าน

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการ ช่วงเดือน มกราคม-กุมภาพันธ์ 2566 คณะผู้วิจัยประสานงานกับสถานพยาบาลที่

เลือก และขออนุญาตให้ข้อมูลจากฐานข้อมูล
จากนั้นจึงเลือกตัวอย่าง โดยกำหนดอายุของ
ตัวอย่างที่สุ่มต้องมีอายุ 18 ปีขึ้นไป และอยู่
ระหว่างการติดตามรักษา

ขอความร่วมมือให้เจ้าหน้าที่ที่
ปฏิบัติงานคลินิกจิตเวช/สารเสพติดช่วย
ประสานกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้เพื่อแนะนำ
โครงการวิจัย ทีมวิจัย และให้ผู้ช่วยนักวิจัย
เป็นผู้ชี้แจงรายละเอียดโดยย่อการวิจัย และ
ขอความยินยอมจากตัวอย่างในการเข้าร่วม
การศึกษาและให้ข้อมูล

ทีมวิจัย/ผู้ช่วยนักวิจัยที่ผ่านการ
อบรมใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นใน
เก็บข้อมูลกับผู้ป่วยตัวอย่าง ใน
สถานพยาบาล/หรือในที่พักอาศัยที่ ผู้ป่วย/
ญาติแสดงความประสงค์

4. การจัดการและวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้รับทั้งหมดจะได้รับการ
ตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วน และถูก
นำเข้าสู่ฐานข้อมูลแบบสองทวน (double
data entry)

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรม
วิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป Mplus 8 (ลิขสิทธิ์
เครือข่ายพัฒนาวิชาการและข้อมูลสารเสพ
ติด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
มหาวิทยาลัยขอนแก่น) และ spss v.16
(ลิขสิทธิ์เครือข่ายพัฒนาวิชาการและข้อมูล
สารเสพติด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
มหาวิทยาลัยขอนแก่น) โดยใช้สถิติเชิง
พรรณนา, Chi square, Confirmatory Factor

Analysis, Intraclass Correlation Coefficient,
Cronbach Alpha Coefficient, และ
McDonald Omega Coefficient

5. จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรอง
จริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการ
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE631498

ผลการศึกษา (Results)

การศึกษาพฤติกรรมการใช้สารเสพติด
ที่เสี่ยงต่อการเกิดอาการทางจิตเวช

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 36.5 เคยได้รับการ
บำบัดยาเสพติดและจิตเวชมาก่อนการบำบัด
ในครั้งนี้อยู่ที่ร้อยละ 22.6 ไม่เคยบำบัดยา
เสพติดและจิตเวชมาก่อนเลย กลุ่มตัวอย่าง
ร้อยละ 46.1 เคยเข้ารับการบำบัดจิตเวชมา
ก่อนการบำบัดในครั้งนี้อยู่ในกลุ่มคนที่เคย
บำบัดจิตเวชมาก่อน พบว่าเคยได้รับการ
บำบัดยาเสพติดมาก่อนด้วยร้อยละ 79.2
และในกลุ่มคนที่ไม่เคยบำบัดจิตเวชมาก่อน
พบว่าเคยได้รับการบำบัดยาเสพติดมาก่อน
ด้วยร้อยละ 58.1

ผลอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เมื่อ
เสพยาแล้ว สับสน ระดับความรู้สึกตัว
เปลี่ยนแปลง (ร้อยละ 36.5) บกพร่องทางการ
เรียนรู้ (ร้อยละ 32.2) อ่อนเพลีย (ร้อยละ
22.6) นอนไม่หลับ (ร้อยละ 9.6) ตาพร่า
(ร้อยละ 46.1) กระสับกระส่าย (ร้อยละ 30.4)
ประสาทหลอน (ร้อยละ 25.1) หลงผิด

(ร้อยละ 4.4) หวาดกลัว (ร้อยละ 0.9) หวาดระแวง (ร้อยละ 67.8) เศร้า เบื่อ เหงา ต่อเนื่อง (ร้อยละ 31.3) หงุดหงิดง่าย (ร้อยละ 19.0) ก้าวร้าว (ร้อยละ 16.5) หุนหันพลันแล่น (ร้อยละ 1.9) นอกจากนี้ยังมีอาการอื่นๆ หนูแหว่ แยกตัวอีกร้อยละ 9.6

การพัฒนาเครื่องมือเพื่อคัดกรอง กลุ่มตัวแปรพยากรณ์ 7 ตัวแปร ประกอบด้วย

- 1) รายได้ต่อเดือนของผู้ใช้ยาเสพติด
- 2) ผู้อาศัยในบ้านเดียวกันกับผู้ใช้ยาเสพติดมีอาการทางจิตเวช
- 3) ผู้ใช้ยาเสพติดเคยมีประวัติอาการแสดงความผิดปกติทางอารมณ์
- 4) จำนวนวันที่ผู้ใช้ยาเสพติดในเดือนที่ผ่านมา
- 5) เคยมีประสบการณ์ใช้กัญชา
- 6) ส่วนใหญ่ ใช้ยาเสพติดผสม/ร่วมกับสารเสพติดชนิดอื่นหรือสารอื่นๆ
- 7) ส่วนใหญ่ ใช้ยาเสพติดร่วมกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis) เพื่อหาความเที่ยงตรง (Construct Validity) ^{24, 25} ใช้เกณฑ์ผ่าน 3 ใน 5 เกณฑ์ขึ้นไป และทำการวิเคราะห์หาค่าสถิติไค-สแควร์ (Chi-square Statistics) ²⁶ ควรมีค่าน้อย ยิ่งเข้า

ใกล้ค่าที่เป็น 0 ยิ่งดีและค่า p-value ควรเป็นค่าที่ไม่มีนัยสำคัญ ซึ่งจะแสดง ว่าโมเดลสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยกำลังสองของความคลาดเคลื่อนโดยประมาณ (Root Mean Square Error of Approximation: RMSEA) ²⁷ เป็นค่าที่แสดงความแตกต่างต่อ Degree of Freedom ซึ่งค่า RMSEA ควรมีค่าน้อยกว่า 0.05 ลงไป และวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้องเปรียบเทียบ (Comparative Fit Index: CFI) ²⁸ ซึ่งมีค่าระหว่าง 0 กับ 1 ยิ่งค่า CFI เข้าใกล้ 1.00 ยิ่งแสดงว่าโมเดลสอดคล้องกลมกลืน กับข้อมูลเชิงประจักษ์ ในงานวิจัยนี้ จึงใช้เกณฑ์ตัดสินว่าค่า CFI ต้องมีค่าตั้งแต่ 0.90 ขึ้นไป และวิเคราะห์ดัชนีวัดระดับความสอดคล้องเปรียบเทียบของ Tucker และ Lewis (Tucker-Lewis Index: TLI) ²⁹ ค่าอย่างน้อยกว่า 0.90 ยิ่งแสดงว่าโมเดลมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์มาก และวิเคราะห์ดัชนีค่ามาตรฐานของความแตกต่างระหว่างค่าสัมประสิทธิ์ที่สังเกตได้กับค่าสัมประสิทธิ์ที่ถูกทำนาย (Standardized Root Mean Square Residual: SRMR) ค่าอย่างน้อยกว่า 0.08 ยิ่งแสดงว่าโมเดลมีความ สอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์มาก ³⁰

ตารางที่ 1 ความเที่ยงตรง (Construct Validity) ของกลุ่มตัวแปรพยากรณ์

	การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน					
	Chi	P-value	RMSEA	CFI	TLI	SRMR
	square	(p>0.05)	<0.06	>0.95	>0.95	<0.08
กลุ่มตัวแปรพยากรณ์ 7 ตัวแปร	53.864	0.4428	0.041	0.987	0.985	0.068

* CFA ใช้เกณฑ์ผ่าน 3 ใน 5 เกณฑ์ขึ้นไปโดยเฉพาะเมื่อค่า chi square ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มตัวแปรพยากรณ์ 7 ตัวแปร มีค่าความเที่ยงตรง Construct Validity ที่ยอมรับได้ ซึ่งแสดงว่าโมเดลสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีค่าความเชื่อมั่น

1. ค่าสหสัมพันธ์ Omega Coefficient (สำหรับข้อคำถามที่มีความแปรปรวนไม่เท่ากัน) 0.89

2. ค่าความเที่ยงระหว่างผู้สังเกต (inter-rater reliability) 0.96

3. ค่าการทดสอบซ้ำ 1 สัปดาห์ (1 week test-retest reliability) 0.93

แบบคัดกรองเพื่อพยากรณ์อาการทางจิต 7 ตัวแปร เป็นคำถามแบบ 2 ตัวเลือก การหาค่าคะแนนให้นำคะแนนทั้ง 7 ข้อมารวมกัน โดยกำหนดจุดตัด (cutoff) โดยเปรียบเทียบกับกรณีวินิจฉัยตาม ICD-10 ได้ค่าความเที่ยงตรงเชิงเกณฑ์สัมพันธ์ Criterion Related Validity ดังนี้

ค่าความไว (Sensitivity) 0.806 (บ่งชี้ว่าในผู้ที่มีอาการทางจิตเวช 100 คน เครื่องมือนี้จะสามารถตรวจจับได้ถูกต้องถึง 81 คน

ค่าความจำเพาะ (Specificity) 0.717 (บ่งชี้ว่าในผู้ที่ไม่มีอาการทางจิตเวช 100 คน เครื่องมือนี้จะสามารถตรวจจับได้ถูกต้องถึง 72 คน

ค่าพยากรณ์ผลบวก (Positive Predictive Value) 0.784 บ่งชี้ว่าเครื่องมือนี้พยากรณ์ผู้ที่มีความเสี่ยง 100 คน เป็นผู้มีอาการทางจิตเวชได้ถูกต้องถึง 78 คน

ค่าพยากรณ์ผลลบ (Negative Predictive Value) 0.744 บ่งชี้ว่าเครื่องมือนี้พยากรณ์ผู้ที่ไม่มีความเสี่ยง 100 คน เป็นผู้ไม่มีอาการทางจิตเวชได้ถูกต้องถึง 74 คน

ค่าความเที่ยงตรงเชิงพยากรณ์ (Predictive Validity) 0.762 (บ่งชี้ว่าในผู้ที่มี/ไม่มีอาการทางจิตเวช 100 คน เครื่องมือนี้จะสามารถพยากรณ์ได้ถูกต้อง (มีความเสี่ยงสูง) ถึง 76 คน

วิจารณ์ (Discussions)

ปัญหาสุขภาพจิตจากการเสพติดเป็นปรากฏการณ์ที่พบได้ทั่วไปในสังคมไทย ซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถลดความ

รุนแรงลงได้ ด้วยการลดอิทธิพลของปัจจัยเสี่ยงทั้งที่เป็นปัจจัยนำ (predisposing factors) ปัจจัยเอื้อ (enabling factors) และปัจจัยเสริม (enforcing factors) เครื่องมือคัดกรองที่พัฒนาขึ้นนี้มุ่งเน้นที่ปัจจัยร่วมที่มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มโอกาสความเสี่ยงการปรากฏอาการทางจิตเวชของผู้เสพสารเสพติด

การศึกษาในต่างประเทศพบว่าปัจจัยร่วมที่มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มโอกาสความเสี่ยงการปรากฏอาการทางจิตเวชของผู้เสพนั้น พบว่า มีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ การมีงานทำ/มีรายได้ ระดับการศึกษา แต่แบบแผนการใช้ วิธีการเสพ (การฉีด) ไม่มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มความเสี่ยงการเกิดอาการจิตเวชสารเสพติด³¹ ความถี่ของการใช้แอมเฟตามีน/เมทแอมเฟตามีน^{32, 33} ขนาดการใช้ และระดับการเสพติด^{31, 32} การใช้กัญชาและ/หรือแอลกอฮอล์เป็นประจำ (ตั้งแต่ 16 วันขึ้นไป ในเดือนที่ผ่านมา) เพิ่มอัตราของโอกาสเสี่ยงการเกิดอาการโรคจิตมากขึ้น³⁴ และบุคลิกส่วนบุคคลแบบต่อต้านสังคม³¹ มีความสัมพันธ์ในการเพิ่มความเสี่ยงสูงขึ้นของการปรากฏอาการทางจิตเวช

ข้อยุติ (Conclusions)

เครื่องมือที่พัฒนาขึ้น ใช้ตัวแปรเชิงพยากรณ์ 7 ตัวแปร ทดสอบด้วยการวิเคราะห์

องค์ประกอบเชิงยืนยันมีค่าความเที่ยงตรง Construct Validity ที่ยอมรับได้ โดยมีค่าความเชื่อมั่น ค่าสหสัมพันธ์ Omega Coefficient 0.89 ค่าความเที่ยงระหว่างผู้สังเกต 0.96 ค่าการทดสอบซ้ำ 1 สัปดาห์ 0.93 ค่าความไว 0.81 ค่าความจำเพาะ 0.72 ค่าพยากรณ์ผลบวก 0.78 ค่าพยากรณ์ผลลบ 0.74 และค่าความเที่ยงตรงเชิงพยากรณ์ 0.76

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

เครื่องมือคัดกรองมีบทบาทสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพกระบวนการป้องกันและรักษาทางจิตเวชสำหรับผู้เสพยาเสพติด ด้วยการระบุบุคคลที่มีความเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพ เครื่องมือนี้จะช่วยให้บุคลากรด้านสุขภาพสามารถจัดสรรทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ และจัดลำดับความสำคัญของการแทรกแซงตามความรุนแรงของอาการของแต่ละบุคคล

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

การศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการทางจิตเวชในกลุ่มผู้เสพสารเสพติดพบในหลายประเทศ การศึกษานี้สามารถสร้างเครื่องมือคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดอาการทางจิตเวชในกลุ่มผู้เสพสารเสพติด

เอกสารอ้างอิง (References)

1. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). **World drug report 2019**. Vienna: United Nations publication; 2019.
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. Department of Fine Arts. **The “Tra Sam Duang” Laws**. Bangkok: Veteran printing house; 1978.
5. Kanato M, Leyatikul P, Wonguppa R. Impacts of Medical Cannabis Law in Thailand. **ONCB Journal** 2020; 36(2): 27-36.
6. Poshyachinda V. **Heroin in Thailand. in the 4th Anniversary of the Office of the Narcotics Control Board**. Bangkok: Office of the Prime Minister; 1980; 56–87.
7. Poshyachinda V, Srisurapanont M, Perngparn U. **Amphetamine type stimulants epidemic in Thailand: a country profile**. In WHO meeting on amphetamine, MDMA, and other psycho stimulants phase II. Bangkok, Thailand; 1999. 22-26.
8. Poshyachinda V, Phittayanon P, Simasatitkul V, Perngparn U. **Stimulant use, abuse, and dependence in Thailand. Alcohol and drugs perspectives, prevention and control-Asia Pacific region**. Sri Lanka: Alcohol and Drug Information Centre; 1998. 77-106.
9. Wonguppa R, Kanato M. The prevalence and associated factors of new psychoactive substance use: A 2016 Thailand national household survey. **Addict Behav Rep** 2018; 7: 111-115.
10. Kanato M, Leyatikul P, Wonguppa R. Cannabis Situation among the Thai Youth after Law Amendment. **ONCB Journal** 2022; 36(2): 27-36.
11. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). **World drug report 2023**. Vienna: United Nations publication; 2023.
12. Kanato M, Sarasiri R, Leyatikul P, (Eds.) **ASEAN DRUG MONITORING REPORT 2022**. Bangkok: ASEAN Narcotics Cooperation Center; 2023.

13. Kanato M, Leyatikul P. Size Estimation of Substances Users Population in Thailand 2019. **ONCB Journal** 2020; 36(2): 37-48.
14. Office of Secretary of National Addiction treatment & Rehabilitation Committee, Ministry of Public Health. **Statistics on Addiction Treatment & Rehabilitation** [online] 2020 [cited 2024 March 7]. Available from: <https://ncmc.moph.go.th/home/index/dash>
15. WHO. **Management of substance abuse** [online] 2021 [cited 2021 Jan 21]. Available from: https://www.who.int/substance_abuse/facts/ATS/en/
16. McCrady BS, Epstein EE. **Addictions: A comprehensive guidebook**. Oxford University Press; 2013.
17. Grant KM, LeVan TD, Wells SM, Li M, Stoltzenberg SF, Gendelman HE, et al. Methamphetamine-associated psychosis. **Journal of Neuroimmune Pharmacology** 2012; 7(1): 113-139.
18. Reise SP, Yu J. Parameter recovery in the graded response model using MULTILOG. **Journal of educational Measurement** 1990; 27(2): 133-144.
19. Embretson SE, Reise SP. **Item response theory**. Psychology Press; 2013
20. Arkin CF, Wachtel MS. How many patients are necessary to assess test performance?. **JAMA** 1990; 263(2): 275-278.
21. Buderer NMF. Statistical methodology: I. Incorporating the prevalence of disease into the sample size calculation for sensitivity and specificity. **Academic Emergency Medicine** 1996; 3(9): 895-900.
22. Sudjai N. Sample size calculation for diagnostic test studies. **J Med Health Sci** 2020; 27(2): 167-182.
23. Kittirattanapaiboon P, Tantirangsee N, Chutha W, Tantiaree A, Kwansanit P, Assanangkornchai S. Prevalence of mental disorders and mental health problems: Thai national mental health survey 2013. **J Ment Health Thai** 2017; 25(1): 1-19.
24. Bagozzi RP. Assessing construct validity in personality research: Applications to measures of self-esteem. **Journal of research in personality** 1993; 27(1): 49-87.
25. Westen D, Rosenthal R. Quantifying construct validity: two simple

- measures. **Journal of personality and social psychology** 2003; 84(3): 608-618.
- 26.Jreskog KG, Srbom D. **Lisrel 7 - A guide to the program and applications**. Chicago: Scientific Software Inc; 1989.
- 27.Browne MW, Cudeck R. Alternative ways of assessing model fit. **Sociological methods & research** 1992; 21(2): 230-258.
- 28.Bentler PM. Comparative fit indexes in structural models. **Psychological bulletin** 1990;107(2): 238-246.
- 29.Tucker LR, Lewis C. A reliability coefficient for maximum likelihood factor analysis. **Psychometrika** 1973; 38(1): 1-10.
- 30.Hu LT, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. **Structural equation modeling: a multidisciplinary journal** 1999; 6(1): 1-55.
- 31.Arunogiri S, Foulds JA, McKetin R, Lubman DI. A systematic review of risk factors for methamphetamine-associated psychosis. **Australian & New Zealand Journal of Psychiatry** 2018; 52(6): 514–529.
- 32.McKetin R, Leung J, Stockings E, Huo, Y, Foulds J, Lappin JM, et al. Mental health outcomes associated with the use of amphetamines: A systematic review and meta-analysis. **EClinicalMedicine** 2019;16: 81-97.
- 33.DiMiceli LE, Sherman SG, Aramrattana A, Sirirojn B, Celentano, DD. Methamphetamine use is associated with high levels of depressive symptoms in adolescents and young adults in Rural Chiang Mai Province, Thailand. **BMC Public Health** 2016; 16(1): 1-9.
- 34.McKetin R, Lubman DI, Baker AL, Dawe S, Ali RL. Dose-related psychotic symptoms in chronic methamphetamine users: evidence from a prospective longitudinal study. **JAMA psychiatry** 2013; 70(3): 319-324.

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์

1. ประเภทของบทความ

ประเภทของบทความที่รับพิจารณาเพื่อลงตีพิมพ์ ประกอบด้วย

1.1 นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article) เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้า วิจัย ที่เกี่ยวกับระบบสุขภาพ และ/หรือ การพัฒนาระบบสาธารณสุข ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์ (พร้อมชื่อสถานที่ปฏิบัติงาน) บทคัดย่อ คำสำคัญ ภูมิหลังและเหตุผล วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิจารณ์ข้อยุติ ข้อเสนอแนะ สถานะองค์ความรู้ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของนิพนธ์ต้นฉบับทั้งหมดไม่ควรเกิน 4000 คำ พิมพ์กระดาษขนาด B5 (Cordia New ขนาดตัวอักษร 14)

1.2 บทความปริทัศน์ (Review article) เป็นบทความที่รวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งจากวารสาร หรือหนังสือต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ ประกอบด้วย ชื่อผู้นิพนธ์ (พร้อมชื่อสถานที่ปฏิบัติงาน) บทคัดย่อ คำสำคัญ บทนำ วิธีการสืบค้นข้อมูล ผลการศึกษาทบทวน ข้อยุติ ข้อเสนอแนะ และเอกสารอ้างอิง และคำแนะนำสำหรับค้นคว้าเพิ่มเติม โดยจำแนกเอกสารอ้างอิงออกเป็น 3 ประเภท คือ ไม่ระบุ, *น่าสนใจ (*of special interest), และ **น่าสนใจเป็นพิเศษ (**of outstanding interest) พร้อมทั้งระบุเหตุผลในการจำแนกประเภทของเอกสารอ้างอิงในวงเล็บท้ายเอกสารอ้างอิงนั้นๆ ความยาวของบทความปริทัศน์ทั้งหมดไม่ควรเกิน 4000 คำ กระดาษขนาด B5 (Cordia New ขนาดตัวอักษร 14)

2. การเตรียมนิพนธ์ต้นฉบับ

2.1 ชื่อเรื่อง (Title) ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ประกอบด้วย

2.1.1 ชื่อเรื่อง ใช้ Cordia New ขนาดอักษร 18 ตัวเข้ม สำหรับภาษาอังกฤษใช้ตัวพิมพ์ใหญ่ทั้งหมด โดยชื่อเรื่องต้องกะทัดรัดและสื่อเป้าหมายหลักของการศึกษา ไม่ใช่คำย่อ ความยาวไม่ควรเกิน 100 ตัวอักษร พร้อมช่องไฟ หรือไม่ควรเกิน 20 คำ ชื่อเรื่องต้องไม่สับสนที่ไม่จำเป็น เช่น “การศึกษา...” หรือ “การสังเกต...” เป็นต้น

2.1.2 ชื่อผู้นิพนธ์ ใช้ Cordia New ขนาดอักษร 14 โดยให้ชื่อเต็ม ไม่ระบุคำนำหน้าชื่อ ไม่ใช่คำย่อ และระบุชื่อผู้นิพนธ์ไม่เกิน 7 คน

2.1.3 ชื่อหน่วยงาน หรือสถาบันที่ผู้นิพนธ์ปฏิบัติงาน อยู่ในขณะนั้น ใช้ Cordia New ขนาดอักษร 12

2.1.4 Corresponding author ใช้ Cordia New ขนาดอักษร 12 ตัวเอน

2.1.5 ชื่อแหล่งทุนสนับสนุนการศึกษา ใช้ Cordia New ขนาดอักษร 12

2.2 บทคัดย่อ (Abstract) ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่ควรเกิน 300 คำ

เป็นเนื้อความย่อตามลำดับโครงสร้างของบทความ ได้แก่ ภูมิหลังและเหตุผล วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา และข้อสรุป ใช้ภาษารัดกุม เป็นประโยคสมบูรณ์มีความหมายในตัวเอง โดยไม่ต้องหาความหมายต่อ สำหรับภาษาอังกฤษต้องเป็นประโยคอดีต ไม่ควรมีคำย่อ

2.3 คำสำคัญ (Keywords) ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่ควรเกิน 5 คำ

ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อ เป็นหัวเรื่องสำหรับทำดัชนีคำสำคัญ (keywords index) ของปีวารสาร (volume) และดัชนีเรื่องสำหรับ Index Medic US โดยใช้ Medical Subject Headings (MeSH) terms ของ U.S. National Library of Medicine เป็นแนวทาง

2.4 ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

เป็นส่วนของบทความบอกเหตุผลที่นำไปสู่การศึกษา ไม่ต้องทบทวนวรรณกรรมมากมายที่ไม่เกี่ยวกับจุดมุ่งหมายของการศึกษา เป็นส่วนที่อธิบายให้ผู้อ่านรู้ปัญหา ลักษณะ และขนาด ที่นำไปสู่ความจำเป็นในการศึกษาวิจัยให้ได้ผล เพื่อแก้ปัญหาหรือตอบคำถามที่ตั้งไว้ หากมีทฤษฎีที่จำเป็นต้องใช้ในการศึกษาอาจวางพื้นฐานไว้ในส่วนนี้

2.5 วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective) ใช้การบรรยาย หรือระบุเป็นข้อ

2.6 วิธีการศึกษา (Method) เขียนชี้แจงแยกเป็น 2 หัวข้อใหญ่ คือ

2.6.1 วัสดุที่ใช้ในการศึกษา ให้บรรยายละเอียดของสิ่งแทรกแซง (intervention) เช่น หลักสูตร โปรแกรม ตัวแบบ รูปแบบการรักษา ชนิดและขนาดของยาที่ใช้ เป็นต้น รวมถึงตั้งแต่กระบวนการได้มา/พัฒนา การดำเนินการ/หัตถการ (maneuver) หรือการจัดกระทำต่อกลุ่มเป้าหมาย (manipulation) เช่น ผู้ป่วย คนปกติ สัตว์ พิษ เป็นต้น ถ้าเป็นมาตรการที่รู้จักทั่วไปให้ระบุเป็นเอกสารอ้างอิง ถ้าเป็นสิ่งใหม่ ให้อธิบายกระบวนการพัฒนา และคุณลักษณะของสิ่งแทรกแซงโดยละเอียดให้ผู้อ่านเข้าใจและสามารถนำไปใช้ได้ รวมทั้งการยอมรับจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการศึกษาสิ่งมีชีวิต ตลอดจนอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการศึกษา

2.6.2 วิธีการศึกษา ประกอบด้วย

แบบการศึกษา (study design) เช่น randomized double blind, descriptive หรือ quasi-experiment เป็นต้น

ประชากรศึกษา เกณฑ์ในการคัดเลือกรวมถึงจำนวนและลักษณะเฉพาะของตัวอย่างที่ศึกษา เช่น เพศ อายุ น้ำหนัก เป็นต้น ต้องบอกถึงการยินยอมจากตัวอย่างที่ศึกษา การยอมรับจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการศึกษาสิ่งมีชีวิต

ตัวอย่าง วิธีการได้มาซึ่งขนาดตัวอย่างที่เพียงพอ (sample size) วิธีการสุ่มตัวอย่าง (sampling) เช่น การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย แบบหลายขั้นตอน เป็นต้น

การพัฒนาเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น แบบสอบถาม แบบบันทึก เป็นต้น รวมทั้งมาตรฐานของเครื่องมือ ความถูกต้อง (validity) ความน่าเชื่อถือ (reliability)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ/ปริมาณ ให้ชัดเจนและกระชับ

วิธีการจัดการข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

2.7 ผลการศึกษา (Results)

นำเสนอคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ข้อค้นพบตามวัตถุประสงค์ ลำดับหัวข้ออย่างชัดเจน เข้าใจง่าย ควรบรรยายเนื้อเรื่องเป็นร้อยแก้ว ใช้ตารางหรือแผนภูมิ ภาพ กรองข้อความประกอบ โดยอธิบายสรุปเชื่อมโยงในเนื้อเรื่อง

2.8 วิจารณ์ (Discussions)

การวิพากษ์/วิจารณ์ผลการศึกษา แปลความหมายของข้อค้นพบ วิเคราะห์และสรุปเปรียบเทียบกับงานวิชาการอื่น (ทฤษฎี งานวิจัย) ที่น่าเชื่อถือ อาจแสดงความเห็นเบื้องต้นหรือข้อมูลที่สนับสนุนเพื่ออธิบายส่วนที่โดดเด่นหรือแตกต่างเป็นพิเศษก็ได้ รวมทั้งการวิพากษ์ระเบียบวิธีการศึกษา และข้อจำกัดในการศึกษาด้วย

2.9 ข้อยุติ (Conclusions)

สรุปข้อค้นพบตามวัตถุประสงค์การวิจัยโดยย่อ

2.10 ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

ความยาวไม่เกิน 200 คำ โดยให้ระบุข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย/ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้ประโยชน์/ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิจัยในอนาคต ทั้งนี้ข้อเสนอแนะต้องมีรากฐานมาจากข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาวิจัย

2.11 สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

ความยาวไม่เกิน 100 คำ โดยให้ระบุองค์ความรู้ที่มีอยู่แล้วก่อนทำการศึกษาวิจัย และองค์ความรู้ใหม่ที่เกิดขึ้นภายหลังจากการศึกษาวิจัย

2.12 เอกสารอ้างอิง (References)

ดูในหัวข้อการเขียนเอกสารอ้างอิง

3. การเตรียมตาราง ภาพ แผนภูมิ และกล่องข้อความ

ใช้อักษร Cordia New ขนาดอักษร 14 ในบทความหนึ่ง ๆ ควรมีตารางหรือภาพหรือแผนภูมิ หรือกล่องข้อความ หรือผสมกัน ไม่เกิน 5 ตาราง/แผนภูมิ/ภาพ/กล่องข้อความ

3.1 ตาราง (Tables)

ตารางเน้นการจัดระเบียบของคำพูด ตัวเลข และเครื่องหมายต่าง ๆ บรรจุลงในคอลัมน์ เพื่อแสดงข้อมูล และความสัมพันธ์ของข้อมูล แนวทางการจัดทำตาราง มีดังนี้

ตารางละครึ่งหน้ากระดาษ และไม่ควรเสนอตารางเป็นภาพถ่าย

ชื่อคอลัมน์ เป็นตัวแทนอธิบายข้อมูลในคอลัมน์ ควรจะสั้น หรือย่อ ๆ และอธิบายให้ละเอียดในเชิงอรรถ (footnote) ได้ตาราง

เชิงอรรถ จะเป็นคำอธิบายรายละเอียดที่บรรจุในตารางได้ไม่หมด ไม่ควรใช้เลขกำกับ เพราะอาจสับสนกับเลขของเอกสารอ้างอิง ให้ใช้เครื่องหมายแทน

3.2 ภาพ และแผนภูมิ (Figures and Charts)

ภาพ และแผนภูมิ จะช่วยสื่อความหมายให้ชัดเจนขึ้น โดยเน้นจุดสำคัญ

ต้องคมชัด และเป็นภาพขาว-ดำ เท่านั้น

ควรเป็น file ภาพต้นฉบับจากกล้องที่มีขนาดไม่ต่ำกว่า 600 x 800 pixels

3.3 กล่องข้อความ (Box)

กล่องข้อความ ใช้กับคำพูด (quote) ในงานวิจัยเชิงคุณภาพ จะช่วยสื่อความหมายให้ชัดเจนขึ้น โดยเน้นจุดสำคัญ มีแนวทางดังนี้

คำพูดต้องเป็นคำพูดสำคัญ ภาษาถิ่น ที่สื่อความหมายเฉพาะชัดเจนลุ่มลึก ความยาวแต่ละคำพูดไม่ควรเกิน 20 คำ ใช้ตัวเอนอยู่ใน “ ” และต้องมีแหล่งที่มาของคำพูดในวงเล็บท้ายเครื่องหมาย “ ”

แต่ละกล่องข้อความ สามารถมีหลายคำพูดได้ แต่ต้อง อยู่ในประเด็นเดียวกันหรือต่อเนื่องกัน ไม่เกิน 10 คำพูด

4. การเขียนเอกสารอ้างอิง

เอกสารอ้างอิงให้จัดทำเป็นภาษาอังกฤษ ควรมีอย่างน้อย 15 รายการ และสามารถตรวจสอบได้ทาง internet โดยการอ้างอิงเอกสารใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยใส่ตัวเลขยกกำลัง หลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับการอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม ไม่ใช่คำย่อในเอกสารอ้างอิง ยกเว้นชื่อต้นและชื่อวารสาร หลีกเลี่ยงการใช้ข้อมูลจากหนังสือพิมพ์ โพลล์มาใช้อ้างอิง การอ้างอิงจาก internet ให้อ้างอิงเฉพาะ website ของทางราชการและองค์กรที่น่าเชื่อถือเท่านั้น โดยเน้นข้อมูลสถิติที่เป็นทางการ แผนนโยบาย และข้อมูลสำคัญมาก

ชื่อวารสารในการอ้างอิง ย่อตามรูปแบบของ U.S. National Library of Medicine ที่ตีพิมพ์ใน Index Medicus ทุกปี หรือในเว็บไซต์ <http://www.nlm.gov/tsd/serials/liji.html>

เอกสารอ้างอิงในวารสาร ต้องเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ประเภท white paper และ gray paper เท่านั้น ประกอบด้วย

- 4.1 บทความในวารสารวิชาการ
- 4.2 หนังสือ/ตำรา
- 4.3 รายงาน/เอกสารเผยแพร่ของทางราชการ
- 4.4 รายงานการวิจัยที่เผยแพร่ต่อสาธารณะ
- 4.5 วิทยานิพนธ์
- 4.6 สารทาง internet จาก website ที่น่าเชื่อถือ

ทุกรายการต้องสามารถระบุที่มา วันเวลา

วารสารไม่รับตีพิมพ์บทความที่อ้างอิง โพลล์, หนังสือพิมพ์, ความคิดเห็น ฯลฯ

5. การส่งต้นฉบับ

ให้ประสานงานกับฝ่ายจัดการ โดยปฏิบัติตามคำแนะนำ ของฝ่ายจัดการโดยเคร่งครัด

5.1 การตรวจสอบสถานะบทความ

สอบถามที่กองบรรณาธิการ โทรศัพท์ 043-363588 โทรสาร 043-202488

E-mail: chdkku2560@gmail.com

เมื่อฝ่ายจัดการได้รับต้นฉบับแล้ว จะตรวจสอบคุณลักษณะและความสมบูรณ์ครบถ้วนของบทความ จากนั้นจึงส่งให้บรรณาธิการได้พิจารณาดำเนินการตามขั้นตอน และจะแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้พิมพ์ทราบว่าต้องแก้ไขก่อนพิจารณาตีพิมพ์ หรือตีพิมพ์โดยไม่ต้องแก้ไข หรือไม่รับพิจารณาตีพิมพ์

บทความที่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะส่งวารสารให้ผู้พิมพ์ 1 เล่ม

5.2 สถานะบทความ

การตรวจสอบสถานะบทความ สามารถตรวจสอบได้ที่ฝ่ายจัดการ โดยสถานะบทความมีดังนี้

5.2.1 ฝ่ายจัดการได้รับบทความต้นฉบับ และอยู่ระหว่างกระบวนการ SUBMISSION (ตรวจสอบคุณลักษณะ ความครบถ้วน/ถูกต้อง)

5.2.2 บทความต้นฉบับอยู่ระหว่างกระบวนการ REVIEW (การพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิ)

5.2.3 บทความต้นฉบับที่ได้รับการแก้ไข อยู่ระหว่างกระบวนการ COPYEDITING (จัดเตรียมต้นฉบับ)

5.2.4 บทความต้นฉบับได้รับการตอบรับเพื่อตีพิมพ์ และอยู่ระหว่างกระบวนการ PUBLICATION ตีพิมพ์ในวารสารปีที่... ฉบับที่...

เมื่อบทความได้รับการตอบรับเพื่อตีพิมพ์ ผู้นิพนธ์สามารถขอรับหนังสือรับรอง สถานการณ์ตีพิมพ์จากฝ่ายจัดการ

5.3 การปรับแก้ต้นฉบับ

โดยทั่วไป ผู้ประเมินจะตรวจสอบความถูกต้อง และครบถ้วน ด้านวิชาการ แล้วส่งให้ ผู้นิพนธ์ปรับแก้ สิทธิในการปรับแก้ต้นฉบับเป็นของผู้นิพนธ์ ทางวารสารสงวนสิทธิในการตีพิมพ์ เฉพาะที่ผ่านความเห็นชอบของบรรณาธิการตามรูปแบบและสาระที่เหมาะสมกับวารสารเท่านั้น

5.4 การตรวจทานต้นฉบับก่อนตีพิมพ์ (proof reading)

ผู้นิพนธ์ต้องตรวจพิสูจน์อักษรในลำดับสุดท้าย เพื่อให้ความเห็นชอบในความถูกต้อง ครบถ้วน ของเนื้อหา

ทั้งนี้ ในหน้าแรกของบทความจะระบุวันที่ Recieved, Revised, Accepted ด้านล่าง

หมายเหตุ หากผู้นิพนธ์ไม่ดำเนินการตามรูปแบบที่ระบุไว้ ฝ่ายจัดการขอสงวนสิทธิในการ ไม่รับพิจารณาการตีพิมพ์