

# วารสารการพัฒนาศุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Community Health Development Quarterly

Khon Kaen University

ปีที่ 12 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2567

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

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานการวิจัยด้านการพัฒนาสุขภาพชุมชน
2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการพัฒนาองค์ความรู้ในการวิจัยเพื่อการพัฒนาชุมชนทั้งในและ

ต่างประเทศ

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 จินดาวงศ์

ดร. นิพิฐพนธ์ สีอุปลัด

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 5
- 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

หัวหน้าสาขาวิชาวิทยาศาสตร์ชุมชน วิทยาศาสตร์ครอบครัว และอาชีพวิทยาศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ประธานหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน

ประธานหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน

### บรรณาธิการ

รศ.ดร. มานพ คณะโต

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์ชุมชน วิทยาศาสตร์ครอบครัว และอาชีพวิทยาศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

รศ.พญ. วริษฐา ลูวีระ

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์ชุมชน วิทยาศาสตร์ครอบครัว และอาชีพวิทยาศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

### ผู้ทรงคุณวุฒิประจำปี พ.ศ. 2567

ดร. กานต์พิชญา เนตรพิสิทธิ์กุล

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา

ดร. กิตติมา อินศิริ

ศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้ จังหวัดยะลา

ดร. เกศรา แสนศิริทวีสุข

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี

ดร. กาญจนา นิมสุนทร

วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขกาญจนาภิเษก

ดร. กุสุมา สว่างพันธ์ุ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต

ผศ.พ.ท.ดร. กฤดิณ ศิลานันท์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ดร. ชนิษฐา ทูมา

คณะทรัพยากรธรรมชาติ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตสกลนคร

ดร. ชนิษฐา สุนาคราช

โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาครินทร์ จังหวัดนครราชสีมา

ดร. จริยา อินทรรค์มี

ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

ดร. จีรทีปต์ ใจดี

คลินิกทันตแพทย์จีรทีปต์ ใจดี จังหวัดปทุมธานี

ดร. จักรสันต์ เลยหยุด

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

ดร. ณัฐกฤตา ทুমวงศ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ผศ.ดร. ธีรนุช 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. ธิโสภิญญา ทองไทย	ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น
ผศ.ดร. นฎกร อิตุพร	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย
ดร. นवलฉวี เพิ่มทองชูชัย	โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา
ดร. นรายุทธ บุญญานนุตร	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา
ผศ.ดร. นฤมล จันทร์มา	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์
ผศ.ดร. นันทวรรณ ทิพยเนตร	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผศ.ดร. นุชรรัตน์ มังคละศิริ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม
ดร. ประพจน์ 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. วรอุฒิ ชมพูพาน	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ผศ.ดร. วรรณวิมล เมฆวิมล	วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
ผศ.ดร. วรรณภา ภาจำปา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

ดร. วรพล หนูนุ่น

ผศ.ดร. วราวัชร ขจรรัตนวณิชย์

ดร. วาสนี วงศ์อินทร์

ดร. ศิราณี ศรีหามาศ

ดร. ศิริลักษณ์ ใจช่วง

ดร. สมเด็จพระ กั้วพิทักษ์

ดร. สดุติ ภูห้องไสย

ดร. สุกัญญา กาญจนบัตร

รศ.ดร. สุณีรัตน์ ยั่งยืน

ดร. สุทิน ชนะบุญ

ดร. สุภัทรวาณ ทองจิตร

ดร. เสาวลักษณ์ คัชมาตย์

ดร. อุทัยวรรณ นุกาศ

ดร. อุมภาพร 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 3 กรกฎาคม – กันยายน 2567 กองบรรณาธิการได้คัดเลือกบทความที่น่าสนใจเกี่ยวกับระบาดวิทยา เด็ก และยาเสพติด

สำหรับท่านที่สนใจติดตามสถานการณ์การพัฒนาคำความรู้ด้านการพัฒนาสุขภาพชุมชน สามารถนำองค์ความรู้ไปปรับใช้ให้สอดคล้องกับบริบท 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-ขอนแก่น

สำหรับท่านผู้อ่านที่มีความประสงค์จะเผยแพร่บทความของท่าน ผ่านวารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน สามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่เว็บไซต์วารสาร และหากท่านต้องการข้อมูลเพิ่มเติมสามารถสอบถามมายังกองบรรณาธิการ ซึ่งได้จัดเจ้าหน้าที่ไว้อำนวยความสะดวกสำหรับทุกท่าน

กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ประโยชน์ทางวิชาการที่เกิดจากวารสารฉบับนี้ และฉบับต่อไป จะช่วยสร้างเสริมองค์ความรู้สู่ชุมชน และนำมาซึ่งการพัฒนาด้านสุขภาพ และสุขภาวะที่ดีของประชาชนอย่างยั่งยืนตลอดไป

บรรณาธิการ





## สารบัญ

ความรู้เท่าทันกัญชาของเยาวชนไทย	223-233
สมเด็จ ก้วพิทักษ์, นฤมล จันทร์มา	
ปัจจัยทำนายของการกลับไปเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำในผู้รับการบำบัดยาเสพติดของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ในประเทศไทย	235-254
สุกัญญา กาญจนบัตร	
การวิเคราะห์หอนุกรมเวลาการใช้กัญชาของเยาวชนไทยกับการปรับปรุงกฎหมายกัญชา	255-266
พูนรัตน์ ลียติกุล, วรวิภา ภาจำปา	
จุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์: กรณีศึกษาในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา	267-279
สุรศักดิ์ สบเหมาะ, ภัชชนก รัตนกรปริดา, วรพล หนูอ่อน	
ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนผู้ป่วยโรคมือเท้าปากกับปัจจัยอุตุนิยมวิทยาในจังหวัดขอนแก่น	281-295
ศุภวัฒน์ อัครพรธนภัทร์, วัฒนา ชยธวัช, ภาวัต ชาวพัฒน์วรรณ, พิศมร กองสิน	
ประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน	297-308
พัชรินทร์ ติงมหาอินทร์, วรินทร์มาศ เกษทองมา, วุฒิพงศ์ ภักดีกุล	
พลวัตการเข้าถึงกัญชาของเยาวชนไทย	309-320
กิตติมา อินสิริ, จักรสันต์ เลยหยุด	
ผลกระทบจากการแก้ไขกฎหมายกัญชาต่อการใช้กัญชาในเยาวชนไทย	321-332
รังสิยา วงศ์อุปปา, สุภัทรญาณ ทองจิตร	



# ความรู้เท่าทันกัญชาของเยาวชนไทย

สมเด็จ ก้วพิทักษ์\*, นฤมล จันทร์มา\*\*

## บทคัดย่อ

ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงทางนโยบายและกฎหมายเกี่ยวกับกัญชาที่สำคัญในช่วงปี พ.ศ. 2562-2565 การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้กัญชาในเยาวชนไทย เป็นการออกแบบการวิจัยที่เป็นการวิจัยเชิงสำรวจสามครั้ง กลุ่มตัวอย่างเป็นเยาวชนอายุ 12-24 ปีจำนวน 17,334 คน สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีจำแนกชั้นภูมิหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามชนิดตอบเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Repeated ANOVA

ผลการศึกษา เมื่อเปรียบเทียบความรู้เท่าทันกัญชาในเยาวชน พบว่า ลดลงจากช่วงกัญชาเป็นยาเสพติดให้โทษ ทั้งนี้ความเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.0001$ )

คำสำคัญ: กัญชา; เยาวชน; ความรู้เท่าทันกัญชา

\*สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น

\*\*คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์

Corresponding author: Somdet Kuapitak Email: Somdet.k47@gmail.com

Received 05/07/2024

Revised 08/08/2024

Accepted 04/09/2024

## CANNABIS LITERACY AMONG THAI YOUTHS

*Smdet Kuapitak\*, Narumon Junma\*\**

### ABSTRACT

Thailand has undergone significant cannabis policy, and legislation changes from 2019 to 2022. This study aims to compare cannabis use behavior among Thai youths. It was three multi-serial cross-sectional surveys across the country. Using a stratified multi-stage sampling method, the sample consisted of 17,334 youths aged 12-24. Data collection employed self-administered questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics and Repeated ANOVA.

It has emerged that cannabis literacy levels dropped from cannabis as an illegal drug period. These changes were statistically significant. ( $P < 0.0001$ )

**Keywords:** Cannabis; Youth; Cannabis Literacy

---

\* Khaosuankwang District Health Office, Khon Kaen Province

\*\* Faculty of Sciences and Technology, Phetchabun Rajabhat University

## ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

ความรู้ที่เท่าทันสารเสพติด หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และประเมินข้อมูลเกี่ยวกับสารเสพติด รวมถึงผลกระทบจากการใช้สารเสพติดอย่างรอบด้าน เพื่อให้สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดได้อย่างมีเหตุผลและปลอดภัย<sup>1</sup> คนไทยรู้จักกัญชามาอย่างยาวนาน พบว่า มีการปลูกเป็นพืชสมุนไพรและใช้ผสมอาหาร ประกอบกับการที่ประเทศไทย ตั้งอยู่ในเขตร้อน ลักษณะทางภูมิศาสตร์ และภูมิอากาศทำให้สามารถปลูกกัญชาได้ตลอดปี แต่เดิมคนไทยนิยมปลูกตามรั้วตามสวนเป็นพืชผักสวนครัว แต่หลังจากรัฐบาลกำหนดให้เป็นยาเสพติด จึงพบการลักลอบปลูกตามบริเวณเชิงเขา ชายป่า ริมห้วย กลางแปลงพืชไร่ (ไร่อ้อย ไร่มันสำปะหลัง ไร่ข้าวโพด ไร่ฝ้าย) เป็นต้น แม้ไม่สามารถระบุได้ชัดเจนว่า กัญชาเข้าสู่ประเทศไทยเมื่อใด รัฐบาลไทยได้เล็งเห็นโทษของกัญชา จึงได้ออกพระราชบัญญัติกัญชาขึ้นเป็นครั้งแรก ในปี พ.ศ. 2477 ห้ามไม่ให้สูบกัญชา ไม่ให้ปลูกกัญชา ยกเว้นการปลูกเพื่อการทดลองหรือการรักษาโรค พร้อมทั้งมีบทลงโทษผู้กระทำความผิด การบังคับใช้พระราชบัญญัติกัญชา ดำเนินการต่อเนื่องมาจนถึงปี พ.ศ. 2522 รัฐบาลจึงได้ประกาศยกเลิกพระราชบัญญัติกัญชา (ยกเลิกการอนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์) โดยมีพระราชบัญญัติยาเสพติด

ให้โทษ พ.ศ. 2522 ขึ้นมาใช้แทน<sup>2</sup> ทำให้กัญชามีสถานะเป็นยาเสพติดประเภท 5 ห้ามการปลูก ครอบครอง และเสพกัญชาโดยสิ้นเชิง

ปัจจุบันมีหลักฐานชัดเจนว่า กัญชามีสาร cannabinoids ที่เป็นประโยชน์ในการรักษาทางการแพทย์ในฐานะยาของแพทย์แผนตะวันตกมาตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1839 และแพทย์ได้นำมาใช้เป็นทางเลือกในการบำบัดรักษาโรคต่าง ๆ<sup>3</sup> สำหรับผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ที่ได้รับการรับรองจากองค์การอาหารและยาให้จำหน่ายได้ มีเพียงยาที่ใช้ลดอาการปวดเกร็งกล้ามเนื้อ และลดอาการคลื่นไส้อาเจียรจากการได้รับเคมีบำบัด ในปลายปี พ.ศ. 2561 ได้มีการเคลื่อนไหวให้แก้ไขกฎหมายยาเสพติดเพื่ออนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ได้ จนกระทั่งเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 จึงได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 อนุญาตให้มีการใช้กัญชาทางการแพทย์ได้ ทำให้เกิดการนำกัญชามาใช้อย่างกว้างขวาง โดยเผยแพร่ข้อความทางอินเตอร์เน็ตว่ากัญชาเป็นยาวิเศษสามารถรักษาได้ทุกโรค ทำให้เกิดการใช้กัญชาในหมู่ประชาชนเพิ่มขึ้นอย่างมาก โดยส่วนใหญ่ใช้เพื่อนันทนาการ และใช้บำบัดรักษาอาการเจ็บป่วยกันเอง ในหมู่ประชาชนอย่างกว้างขวาง ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ทั้งในรูปแบบสารสกัดโดยการควบคุมของแพทย์ในสถานพยาบาล สมุนไพรทั้งสูตรดั้งเดิมและ

สูตรที่คิดขึ้นใหม่ ผลิตภัณฑ์กัญชาแปรรูปทั้งชนิดที่ถูกกฎหมายและไม่ถูกกฎหมาย<sup>4</sup> ทั้งนี้ ส่วนช่อดอกของต้นกัญชาและเมล็ดกัญชายังคงถือเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 5 มีบทลงโทษตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522

ความเคลื่อนไหวจากฝ่ายการเมือง ตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2561 ต่อเนื่องมาต้องการให้ปลดกัญชาจากบัญชียาเสพติดให้โทษ จนกระทั่งมีการประกาศใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด เมื่อเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2564 และประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 พ.ศ. 2565 เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 กำหนดให้เหลือเฉพาะสารสกัดจากทุกส่วนของกัญชา และกัญชงที่มี THC เกินกว่าร้อยละ 0.2 โดยน้ำหนักเท่านั้นที่ถือเป็นยาเสพติดให้โทษ ทำให้มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลดีจากการใช้กัญชาอย่างแพร่หลายในสื่อต่าง ๆ รวมทั้งสื่อสังคมออนไลน์ซึ่งเยาวชนส่วนใหญ่เข้าถึงได้ง่าย หนึ่งประกาศกระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้กฎหมายมีผลบังคับ 120 วันหลังการประกาศ ส่งผลให้เดือนมิถุนายน 2565 พืชกัญชา กัญชง จึงหลุดออกจากบัญชียาเสพติดให้โทษโดยสิ้นเชิง ประชาชนสามารถใช้ได้เสรีมีการนำกัญชาผสมอาหารและผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ จำหน่ายอย่างเปิดเผย

การเปลี่ยนแปลงทางนโยบายและกฎหมายในช่วง 3 ปี (พ.ศ. 2562-2565) ส่งผลกระทบต่อสังคมไทยอย่างมาก

โดยเฉพาะในกลุ่มเปราะบาง เช่น เยาวชน เป็นที่วิตกกังวลโดยทั่วไปว่าการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะทำให้กัญชาระบาดในกลุ่มเยาวชนมากขึ้น จึงควรมีการศึกษาผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงทางนโยบายกัญชาในประเทศไทย โดยเฉพาะในประเด็นความรู้เท่าทันของเยาวชนอันจะส่งผลโดยตรงถึงการเสพกัญชาอย่างไม่เหมาะสมต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรู้เท่าทันสารเสพติดของเยาวชนก่อนและหลังการเปลี่ยนแปลงทางนโยบายและกฎหมายกัญชาของไทย

### วิธีการศึกษา (Method)

#### 1. การออกแบบวิจัย

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

1.1 การสำรวจเมื่อเดือน พฤษภาคม-มิถุนายน พ.ศ. 2559 ซึ่งเป็นการสำรวจในช่วงที่กัญชายังมีสถานะยาเสพติดให้โทษ

1.2 การสำรวจเมื่อเดือน พฤษภาคม-มิถุนายน พ.ศ. 2562 ซึ่งเป็นการสำรวจในช่วงที่กฎหมายอนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ได้ทั้งในรูปแบบพืชและสาร

สกัด (โดยช่อดอกและเมล็ดยังคงอยู่ในบัญชียาเสพติดให้โทษประเภท 5)

1.3 การสำรวจเมื่อเดือน พฤษภาคม-มิถุนายน พ.ศ. 2565 ซึ่งเป็นการสำรวจในช่วงที่กัญชาถูกถอดจากบัญชียาเสพติดให้โทษโดยสมบูรณ์

## 2. ประชากรและกลุ่มศึกษา

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

วิธีการสุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิสุ่มกระจุกสามขั้นตอน ขนาดตัวอย่าง คำนวณภายใต้ความชุกในพื้นที่ต่าง ๆ จากการสำรวจครัวเรือนทั่วประเทศ ปี พ.ศ.2554<sup>5</sup> คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างเป็นเยาวชนไทยที่มีอายุ 12-24 ปี และสมัครใจเข้าร่วมในการศึกษาโดยได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง ได้เยาวชนตัวอย่างทั้งสิ้น 17,334 คน

## 3. เครื่องมือและการรวบรวมข้อมูล

ตัวแปรสำคัญ คือ ความรู้เท่าทันกัญชา (Cannabis Literacy) โดยความรู้เท่าทันกัญชาในการศึกษานี้หมายถึง ความสามารถในการรับข้อมูลเกี่ยวกับกัญชาทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อตัดสินใจอย่างเหมาะสมและปฏิบัติอย่างถูกต้องในสถานการณ์<sup>6,7</sup>

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นแบบสอบถามชนิดตอบเอง ประกอบด้วย 4

ส่วน คือ คุณลักษณะทางประชากร และ ความรู้เท่าทันกัญชา 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 ประยุกต์จากมาตรวัดความรู้เท่าทันสารเสพติดฉบับย่อ<sup>8</sup> ประกอบด้วยคำถาม 32 ข้อ ค่า CVI 0.86, ค่าความแม่นยำตรงเสมือน (Concurrent validity) 0.67 ค่าความคงที่ภายใน (Internal Consistency) 0.83 ใช้เวลาในการตอบ 8 นาที

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการดังนี้

1) กลุ่มตัวอย่างอายุต่ำกว่า 18 ปี คณะผู้วิจัยทำหนังสือขอคำยินยอมจากผู้ปกครอง เมื่อผู้ปกครองยินยอมแล้ว จึงดำเนินการในขั้นต่อไป

2) คณะผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตอบ/ไม่ตอบคำถามในแต่ละข้อได้

3) กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอม คณะผู้วิจัยแจกแบบสอบถาม และขอรับคืน ในวันถัดมา (มีระยะเวลา 1 วัน) หากไม่ได้รับ คืนทั้งฉบับจะถือว่ากลุ่มตัวอย่างไม่ร่วมมือในการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการ ในช่วงเดือน พฤษภาคม-มิถุนายน ของปี พ.ศ. 2559, 2562, และ 2565 โดยได้รับการรับรอง จริยธรรม จากพัฒนาวิชาการและข้อมูลสาร เสพติดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ISAN 4/2559

#### 4. การจัดการและวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อได้รับแบบสอบถามกลับมาได้ ดำเนินการดังนี้

1) นำเข้า ข้อมูล ใน เครื่อง คอมพิวเตอร์ ด้วยวิธีสอบทวน (data double entry) โดยกำหนดให้มีการป้อนข้อมูล 2 ครั้ง โดยผู้ป้อนข้อมูล 2 คนที่เป็นอิสระต่อกัน ทำ การตรวจสอบความซ้ำซ้อนและความ คลาดเคลื่อนในการนำเข้าข้อมูล และแก้ไข ปรับปรุง จนสามารถแน่ใจได้ว่าข้อมูลถูกต้อง

2) ปรับปรุงคุณภาพข้อมูล ทำการ ตรวจสอบค่านอกช่วง (Out of range) ค่าสูง ต่ำกว่าปกติ (Outlier) ข้อมูลสูญหาย (Missing data) และแก้ไขปรับปรุงฐานข้อมูล ให้เหมาะสม

3) การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติ พรรณนา ช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95 และไควส แควร์

### ผลการศึกษา (Results)

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

ความรู้เท่าทันกัญชา ในปี พ.ศ. 2559 เป็นช่วงที่กัญชาผิดกฎหมาย มีหลักสูตรสอน เรื่องยาเสพติดในสถานศึกษาไม่มีสื่อมวลชน ให้ข้อมูลถึงผลดีของยาเสพติด พบว่าเยาวชน มีความรู้เท่าทันเฉลี่ยทุกกลุ่มอายุร้อยละ 69.39 (95%CI 68.14-70.64) ค่าสูงสุดอายุ 22 ปี ร้อยละ 74.69 ต่ำสุดอายุ 12 ปี ร้อยละ 62.53

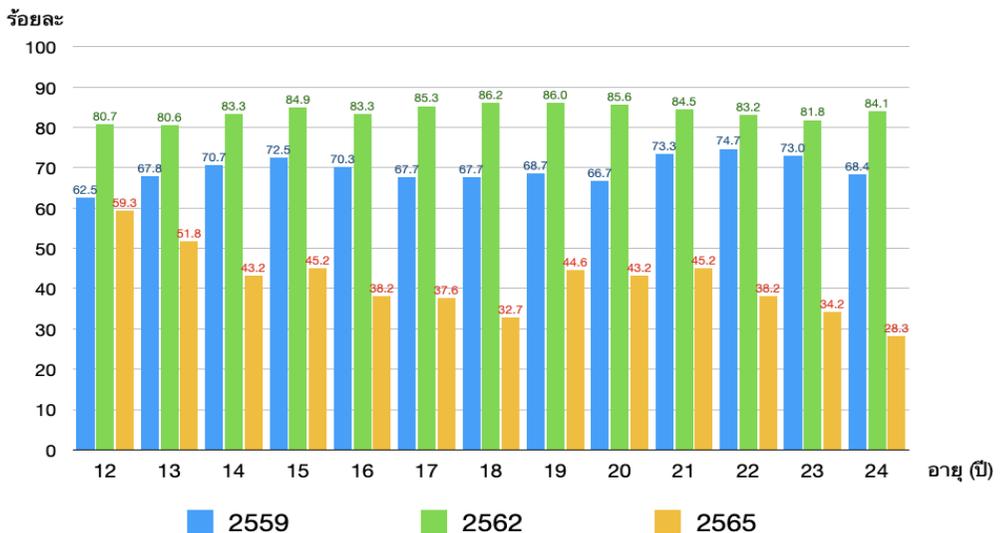
ต่อมาเมื่อมีการอนุญาตให้ใช้กัญชา ทางทางการแพทย์ มีการนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับการใช้กัญชา กับสุขภาพมากมายทาง สื่อมวลชน และสื่อสังคมออนไลน์ ส่งผลให้ เยาวชนรู้เท่าทันกัญชาเพิ่มมากขึ้นเฉลี่ยทุก กลุ่มอายุร้อยละ 83.84 (95%CI 82.85- 84.84) ค่าสูงสุดอายุ 18 ปี ร้อยละ 86.15 ต่ำสุดอายุ 13 ปี ร้อยละ 80.56 โดยเฉลี่ยทุก

กลุ่มอายุความรู้เท่าทันภัยฯเพิ่มสูงขึ้น ร้อยละ 14.45 (เปลี่ยนแปลงสูงสุดอายุ 20 ปี ร้อยละ 18.95 เปลี่ยนแปลงต่ำสุดอายุ 22 ปี ร้อยละ 8.53)

ในช่วงที่กัญชาไม่ใช่ยาเสพติด มีการนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับกัญชามากมายทางสื่อสังคมออนไลน์ โดยเฉพาะการส่งเสริมให้มีการใช้กัญชาในรูปแบบต่าง ๆ โดยเฉพาะการผสมในอาหาร เกิดความเชื่อที่ผิดในสังคม เห็นเฉพาะผลดีจากการใช้กัญชา ละเลยผลเสียต่อสุขภาพ ส่งผลให้ระดับความรู้เท่าทันภัยฯในเยาวชนลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้เท่าทันภัยฯทุกกลุ่มอายุร้อยละ 42.26

(95%CI 41.13-43.79) ค่าสูงสุดอายุ 12 ปี ร้อยละ 59.33 ต่ำสุดอายุ 24 ปี ร้อยละ 28.32 โดยเฉลี่ยทุกกลุ่มอายุความรู้เท่าทันภัยฯลดลงจากช่วงกัญชาทางการแพทย์ร้อยละ 41.58 (เปลี่ยนแปลงสูงสุดอายุ 24 ปี ร้อยละ 55.75 เปลี่ยนแปลงต่ำสุดอายุ 12 ปี ร้อยละ 21.38) อนึ่งความรู้เท่าทันภัยฯลดลงต่ำลงจากช่วงกัญชาเป็นยาเสพติดร้อยละ 27.13 (เปลี่ยนแปลงสูงสุดอายุ 24 ปี ร้อยละ 40.12 เปลี่ยนแปลงต่ำสุดอายุ 12 ปี ร้อยละ 3.20) ทั้งนี้ความเปลี่ยนแปลงดังกล่าว เมื่อทดสอบด้วย Repeated Measures ANOVA พบว่ามีความสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.0001$ )

### ความรู้เท่าทันภัยฯของเยาวชน



ภาพที่ 1 ความรู้เท่าทันภัยฯของเยาวชนเปรียบเทียบช่วงนโยบายกัญชา

เป็นที่น่าสังเกตว่าระดับความรู้เท่าทัน  
กัญชาในกลุ่มอายุน้อยสูงกว่ากลุ่มอายุมาก  
อาจเป็นเพราะกลุ่มอายุน้อยได้รับความรู้เรื่อง  
ยาเสพติดให้โทษในชั้นเรียนและสังคม  
สิ่งแวดล้อมยังห่างไกลจากยาเสพติด ดังนั้น  
ระดับความต้านทานยาเสพติด จึงยังสูงอยู่  
ต่างจากเยาวชนกลุ่มอายุมากที่มีสังคม  
สิ่งแวดล้อมและกลุ่มเพื่อนที่ใกล้ชิดกับยาเสพติด  
และได้รับข้อมูลที่ไม่เหมาะสมจากสื่อ  
สังคมออนไลน์ทำให้เกิดความเชื่อเกี่ยวกับ  
กัญชาที่ไม่ถูกต้อง (misconception)

### วิจารณ์ (Discussions)

ความรู้เท่าทันกัญชาเป็นความสามารถ  
ในการรับข้อมูล ประมวล ทำความเข้าใจ  
ตัดสินใจ และมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ดังนั้น  
ระดับความรู้เท่าทัน จึงไม่ได้แปรผันตามอายุ  
การที่เยาวชนอายุมากมีระดับความรู้เท่าทัน  
ต่ำกว่าเยาวชนอายุน้อยในการสำรวจปี พ.ศ.  
2565 เนื่องมาจากปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อ  
ความรู้เท่าทัน อาทิ การลือกเข้าถึงเนื้อหาของ  
สาระ ความเข้าใจในสาระที่ได้รับการ  
ตัดสินใจและการปฏิบัติที่เหมาะสม<sup>9</sup>

การศึกษาเกี่ยวกับความรู้เท่าทันสาร  
เสพติดพบว่ามีความสัมพันธ์กับการลด  
พฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติด  
โดยเฉพาะในวัยรุ่นที่ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องจาก  
สื่อและการศึกษาเชิงป้องกัน มักมีทัศนคติเชิง  
ลบต่อการใช้สารเสพติด เช่น แอลกอฮอล์  
ยาสูบ และกัญชา<sup>10</sup>

กัญชาเป็นพืชที่มีสารออกฤทธิ์ทางจิต  
ประสาทหลัก คือ สาร THC (delta-9-  
tetrahydrocannabinol) ซึ่งส่งผลต่อสมอง  
และระบบประสาท การศึกษาหลายฉบับระบุ  
ว่าการใช้กัญชามีผลต่อสมรรถภาพทาง  
ปัญญา การรับรู้ และความจำ รวมถึงเพิ่ม  
ความเสี่ยงต่อการเกิดอาการทางจิต เช่น โรค  
ซึมเศร้าและโรคจิตเภท<sup>11</sup>

ในด้านการแพทย์ กัญชาถูกใช้ในการ  
รักษาอาการหลายประการ เช่น อาการปวด  
เรื้อรัง อาการคลื่นไส้จากการรักษามะเร็ง และ  
อาการของโรคคลมชัก แต่ผลข้างเคียงจากการ  
ใช้กัญชาในระยะยาวยังไม่เป็นที่แน่ชัด และ  
จำเป็นต้องมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม<sup>12</sup>

ทัศนคติต่อการใช้กัญชาแสดงให้เห็นถึง  
การเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญในช่วง  
หลายทศวรรษที่ผ่านมา โดยเฉพาะใน  
ประเทศที่มีกฎหมายเปิดเสรีกัญชา การ  
ยอมรับและทัศนคติเชิงบวกต่อการใช้กัญชา  
ในเชิงพักผ่อนเพิ่มมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด<sup>13</sup>  
อย่างไรก็ตาม การรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยง  
จากการใช้กัญชายังอยู่ในระดับต่ำในกลุ่มคน  
ที่ใช้กัญชาเป็นประจำ<sup>14</sup>

การศึกษาสำหรับเยาวชนเกี่ยวกับสาร  
เสพติดและการใช้กัญชามีบทบาทสำคัญใน  
การสร้างความรู้เท่าทัน การให้โปรแกรม  
การศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างทักษะการคิด  
วิเคราะห์และการตัดสินใจอย่างมีเหตุผล  
พบว่าสามารถลดอัตราการเริ่มใช้สารเสพติด  
ในวัยรุ่นได้<sup>15</sup> อีกทั้งการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง

เกี่ยวกับผลกระทบเชิงลบของการใช้กัญชา จะช่วยให้ผู้คนตระหนักถึงความเสี่ยง และ เลือกรที่จะไม่ใช้หรือใช้ในปริมาณที่ปลอดภัย มากขึ้น

อย่างไรก็ดี หลังการเปลี่ยนแปลงทาง กฎหมายทำให้มีข่าวสารเผยแพร่ในสื่อสังคม ออนไลน์มากมาย ทำให้เยาวชนได้รับข้อมูลที่ ไม่เหมาะสมจากสื่อสังคมออนไลน์ทำให้เกิด ความเชื่อเกี่ยวกับกัญชาที่ไม่ถูกต้อง (misconception) ส่งผลให้ความรู้เท่าทัน ลดลง

### ข้อยุติ (Conclusions)

นโยบายกัญชาทางการแพทย์ส่งผลให้ เยาวชนมีความรู้เท่าทันกัญชาลดลงอันอาจ นำไปสู่พฤติกรรมการใช้กัญชาที่ไม่เหมาะสม

### เอกสารอ้างอิง (References)

1. McBride N, Farrington F, Midford R. Drug education: Preventing harmful use in adolescence. In Prevention of substance use. Springer, Cham; 2017: 233-247. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-55587-9\\_14](https://doi.org/10.1007/978-3-319-55587-9_14).
2. 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].

### ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

รัฐควรเปลี่ยนแปลงแก้ไขนโยบายและ ข้อกฎหมายเพื่อควบคุมการใช้กัญชา เพื่อ ไม่ให้มีการนำไปใช้เพื่อนันทนาการ โดยเฉพาะในเยาวชน อันจะส่งผลกระทบต่อ สุขภาพและสังคม

### สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

สถานะทางกฎหมายของการใช้กัญชา แตกต่างกันในประเทศต่าง ๆ การศึกษานี้ ชี้ให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงสถานะทาง กฎหมายของประเทศไทยและข่าวสารจากสื่อ สังคมออนไลน์ทำให้เยาวชนรู้เท่าทันกัญชา ลดลง

- Charunsanitwong Publishing; 2011. [in Thai].
6. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21<sup>st</sup> century. **Health promotion international** 2000; 15(3): 259-267.
  7. Liu C, Wang D, Liu C, Jiang J, Wang X, Chen H, Ju X, Zhang X. What is the meaning of health literacy? A systematic review and qualitative synthesis. **Family medicine and community health** 2020; 8(2): 1-8. doi: 10.1136/fmch-2020-000351
  8. Momen K, Kanato M. Developing a Substance Literacy Scale for Thai Population. **Journal of the Medical Association of Thailand** 2015; 98(7): 10-16.
  9. Williams MV, Parker RM, Baker DW, Parikh NS, Pitkin K, Coates WC, Nurss JR. Inadequate functional health literacy among patients at two public hospitals. **Jama** 1995; 274(21): 1677-1682.
  10. Pino NW, Johnson JE. A meta-analysis of school-based drug prevention programs. **Journal of School Health** 2020; 90(7): 550-561. <https://doi.org/10.1111/josh.12884>
  11. Volkow ND, Baler RD, Compton WM, Weiss SRB. Adverse health effects of marijuana use. **New England Journal of Medicine** 2014; 370(23): 2219-2227. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1402309>
  12. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. **The health effects of cannabis and cannabinoids: The current state of evidence and recommendations for research**. National Academies Press; 2017.
  13. Leung J, Chiu V, Stjepanović D. How are attitudes towards cannabis changing in countries with legal non-medical cannabis use? **Current Addiction Reports** 2020; 7(3): 418-429. <https://doi.org/10.1007/s40429-020-00318-9>
  14. Chadi N, Bélanger RE. Canadian Paediatric Society, Adolescent Health Committee. Cannabis and Canada's children and youth. **Paediatrics & Child Health** 2019; 24(1): 8-12. <https://doi.org/10.1093/pch/pxy105>
  15. Johnston L, Miech R, O'Malley PM, Bachman JG, Schulenberg JE,

Patrick ME. **Monitoring the Future National Survey Results on Drug Use, 1975-2019: Overview, Key Findings on Adolescent Drug Use.** University of Michigan, Institute for Social Research. The National Institute on Drug Abuse at The National Institutes of Health; 2020.



# ปัจจัยทำนายของการกลับไปเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำในผู้รับการบำบัดยาเสพติดของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ในประเทศไทย

สุกัญญา กาญจนบัตร\*

## บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายที่เกี่ยวข้องต่อการกลับมาเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำของผู้รับการบำบัดยาเสพติดของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ในประเทศไทย ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2562 ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2563 ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้รับการบำบัดยาเสพติด จำนวน 282 คน เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล คือ 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยเกี่ยวกับการกลับมาเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำ และ 2) แนวทางการสนทนากลุ่ม เรื่องปัจจัยเกี่ยวกับการกลับมาเสพซ้ำที่ผ่านการตรวจความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ หาค่าดัชนีความตรง ได้เท่ากับ 0.80 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการกลับไปเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำ ด้วยวิธี Multiple logistic regression ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติของการกลับไปเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำ มีค่า ORadj (95% CI) โดยเพศหญิงมากกว่าเพศชาย = 4.23 (1.71: 10.47), การมีรายได้ที่ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน = 0.45 (0.15: 1.44), การอาศัยอยู่ไกลจากเมือง = 8.63 (1.64:45.33) และใช้สารเสพติดอีกเพื่อความสนุกสนาน = 11.76 (2.78: 49.81) ตามลำดับ ดังนั้นควรส่งเสริมให้เกิดการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาที่คำนึงถึงปัจจัยเหล่านี้ และมีความร่วมมือกันของทีมสหวิชาชีพในการดูแลร่วมกับเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อช่วยให้ผู้เสพยาเสพติดไม่หวนกลับไปเสพซ้ำ กลับเข้าสู่สังคมอย่างปกติต่อไป

**คำสำคัญ:** ปัจจัยทำนาย; การเสพซ้ำ; เมทแอมเฟตามีน

\* โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี

Corresponding author: Sukanya Kanchanabat Email: sukanyakan66@gmail.com

Received 17/06/2024

Revised 12/07/2024

Accepted 08/08/2024

## PREDICTING FACTORS OF METHAMPHETAMINE RELAPSING AMONG DRUG ADDICTION PATIENTS IN THANYARAK HOSPITALS, THAILAND

*Sukanya Kanchanabat\**

### ABSTRACT

Predicting the relapsing factors of methamphetamine patients in Thanyarak Hospitals, Thailand is the objective of this study. Data was gathered from November 1, 2019, to July 31, 2020. These 282 participants obtained medical treatment. The tool that segregated the focus group form and the demographic data with factors was the interview record. It was 0.80 for reliability. The statistical report comprised the mean, standard deviation, percentage, and multiple logistic regression. The results revealed that the methamphetamine relapsing statistically significant factors were female ( $OR_{adj}$ , 95% CI; 4.23, (1.71: 10.47)), suffering inadequate income and financial obligations ( $OR_{adj}$ , 95% CI; 0.45, (1.71: 10.47)), living in a city center ( $OR_{adj}$ , 95% CI; 8.63, (1.64: 45.33)) and recreational drug used ( $OR_{adj}$ , 95% CI; 11.76, (2.78: 49.81)) respectively. Thus, to prevent relapses, encourage a return to normal social interactions, and potentially contribute substantially. These factors and the multidisciplinary cooperation will be taken into consideration while constructing the drug abuse treatment protocol.

**Keywords:** predicting factors; relapsed; methamphetamine

---

\*Thanyarak Udon Thani Hospital

## ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

ยาเสพติดเปรียบเสมือนโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาและส่งผลกระทบต่อสภาพสังคมของโลกมาอย่างต่อเนื่อง มีการแพร่ระบาดมาก และเป็นภัยต่อความมั่นคงของทุกประเทศ รายงานขององค์การอนามัยโลกเกี่ยวกับผู้ที่เสียชีวิตจากผลกระทบที่เกิดขึ้นจากยาและสารเสพติดเกือบ 600,000 คนต่อปี ทั่วโลก<sup>1</sup> ในปี ค.ศ. 2016 สำนักงานป้องกันยาเสพติดและปราบปรามอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ รายงานว่ามีประชากรประมาณ 243 ล้านคน หรือร้อยละ 5 ของประชากรโลก ที่อายุระหว่าง 15- 64 ปี ใช้ยาเสพติดผิดกฎหมาย โดยมีผู้ใช้ยาเสพติดที่มีปัญหา ประมาณ 27 ล้านคน หรือร้อยละ 0.6 ของประชากรโลก และในปี ค.ศ. 2017 พบว่ามีประชากรทั่วโลกจำนวน 37 ล้านคน เป็นผู้ใช้เมทแอมเฟตามีน<sup>2</sup> และเป็นคนที่ถูกจับกุมมากในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ อเมริกาเหนือและบางพื้นที่ในยุโรป สำหรับสถานการณ์ยาเสพติดของประเทศไทยในปัจจุบัน ยาบ้า เป็นที่ได้รับความนิยมนับหนึ่ง มีสารประกอบหลักเป็นเมทแอมเฟตามีน ในปัจจุบันเป็นยุคที่เทคโนโลยีข่าวสารข้อมูลที่ไร้พรมแดน ปัญหาการเข้าถึงสิ่งเสพติดได้ง่ายในสังคมไทยทวีความรุนแรงมากขึ้น มีการแพร่ไปสู่เด็กและเยาวชนทั้งในและนอกสถานศึกษาอย่างรวดเร็ว วิธีการเสพติดเปลี่ยนจากกินเป็นการสูบประมาณ ร้อยละ 98 ซึ่งเป็นรูปแบบที่ทำให้

เข้าถึงสมองได้รวดเร็วเกิดการเสพติดได้ง่าย และมีอันตรายต่อสมองอย่างรุนแรง ทำให้เสพติดแล้วยังส่งผลกระทบต่อเกิดปัญหาสุขภาพได้ทุกระบบของร่างกาย<sup>3,4</sup> ผู้ที่ติดยาเสพติดเรื้อรัง จะมีอาการหูแว่วได้ยินเสียงผิดปกติ งุนงง สับสน บางคนอาจพัฒนาไปเป็นโรคจิตเภทหรือมีความคิดหลงผิดเห็นภาพหลอน<sup>5</sup> ยังเป็นการสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณค่าสำหรับการพัฒนาประเทศ เพราะเมื่อติดสิ่งเสพติดแล้วบุคคลนั้นจะถูกบั่นทอนทำลายทั้งสุขภาพกายและสุขภาพใจ ซึ่งไม่สามารถประเมินค่าเป็นจำนวนเงินได้ เช่น ความเจ็บป่วย การสูญเสีย ความเครียด ความทุกข์ทรมาน ที่ผู้เสพและผู้เกี่ยวข้องได้รับผลกระทบ<sup>6</sup> ดังคำกล่าว ที่ว่า “ยาบ้าเป็นภัยต่อชีวิต เป็นพิษต่อสังคม เป็นบมทำลายชาติ” โดยส่งผลกระทบต่อ การดำรงชีวิตประจำวันของบุคคล 4 ด้าน ได้แก่ ด้านผู้เสพ ด้านครอบครัว ด้านเศรษฐกิจและด้านสังคม<sup>7</sup> รัฐบาลเล็งเห็นว่า “ผู้เสพทุกคนเป็นผู้ป่วย” ควรได้รับการบำบัดรักษา รวมถึงได้รับการดูแลช่วยเหลือให้สามารถกลับมาใช้ชีวิตในสังคมได้ ส่วนผู้ค้ำนั้นมีความผิดตามกฎหมายและมีโทษถึงจำคุก แต่ยังมีเปิดโอกาสให้ผู้เสพยาเสพติดทุกคนได้เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจโดยไม่ถือว่ามีความผิดตามกฎหมายโดยมุ่งช่วยให้ผู้เข้ารับการบำบัดมีโอกาสเลิกยาเสพติดได้โดยเด็ดขาด หรืออย่างน้อยอาจหยุดเสพยาได้เป็นเวลานานก่อนจะหวนกลับไปเสพยาซ้ำ จึงทำให้มี

ผู้ติดยาเสพติดสมัครใจเข้ารับการรักษา  
ในระบบสมัครใจมากขึ้น<sup>8,9</sup> จากฐานข้อมูลของ  
การเข้าบำบัดรักษาจำแนกตามชนิดสารเสพติด  
ของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2555 – 2557 พบว่า  
มีผู้เข้ารับการรักษาเป็นผู้ติดยาบ้าเป็น  
อันดับหนึ่ง รองลงมาเป็นกัญชาและยาไอซ์  
โดยข้อมูลสัดส่วนของผู้เข้าบำบัดรักษาเรียง  
ตามปี พ.ศ. 2555 – 2557 คือ ร้อยละ 81.8  
ร้อยละ 83.8 และร้อยละ 86.1 ตามลำดับ ซึ่ง  
มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ในขณะที่ผู้เสพยาเสพติด  
เข้ารับการรักษาเพิ่มขึ้นแต่การติดตามผล  
หลังผ่านการบำบัด ยังพบว่าผู้ผ่านการบำบัด  
ยาเสพติดอีกจำนวนมากที่ยังมีพฤติกรรมกลับ  
หววนกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำอีก ซึ่งบางรายมี  
ความต้องการเสพในปริมาณมากขึ้น หาก  
เสพเป็นจำนวนมากหรือเป็นระยะเวลาาน  
จะมีผลทำลายระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ทำให้  
เกิดโรคทางจิตเวช ต้องได้รับการรักษาต่อไป  
อีก ดังนั้น ควรมึวิธีการป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ  
เสพยาซ้ำอีก ซึ่งนับว่าเป็นสิ่งสำคัญที่สุดของ  
การบำบัดรักษาและฟื้นฟูติดตาม จาก  
รายงานสถิติของผู้กลับมาเสพยาซ้ำภายใน 1 ปี  
มีการติดตามผลของสถาบันบำบัดรักษาและ  
ฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี  
และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ ในส่วนภูมิภาค  
ทั้ง 7 แห่งในปี พ.ศ. 2560 พบอัตราการ  
กลับไปเสพยาเสพติดซ้ำสถาบันบำบัดรักษา  
และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราช  
ชนนี คิดเป็นร้อยละ 33.03, โรงพยาบาล  
ธัญญารักษ์เชียงใหม่ คิดเป็นร้อยละ 8.20,

โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน คิดเป็น  
ร้อยละ 11.82, โรงพยาบาลธัญญารักษ์  
ขอนแก่น คิดเป็นร้อยละ 21.08, โรงพยาบาล  
ธัญญารักษ์อุดรธานี คิดเป็นร้อยละ 28.92,  
โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา คิดเป็นร้อยละ  
6.67 และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี คิด  
เป็นร้อยละ 6.20 ตามลำดับ<sup>10</sup> จากการศึกษา  
และทบทวนวรรณกรรมที่คิดเกี่ยวข้อง พบว่า  
การศึกษาของ สุทธิชัย ศิรินวล และคณะ  
(2559) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยา  
บ้าซ้ำของผู้ผ่านการบำบัดมากที่สุดอย่าง  
มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ  
เพื่อนสนิท (ร้อยละ 50.6) และปัจจัยที่  
สามารถป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำ มี 3 ปัจจัย  
ได้แก่ 1) ความตั้งใจในการเลิกเสพยาบ้า คือ  
ผู้ที่มีความตั้งใจจริงในการเลิกเสพยาบ้า  
2) ความสามารถในการเผชิญปัญหา คือ ผู้ที่  
มีความสามารถในการเผชิญปัญหาเพิ่มขึ้น  
3) แรงจูงใจในการเลิกเสพยาบ้า คือ ผู้ที่มี  
แรงจูงใจในการเลิกเสพยาบ้าเพิ่มขึ้น ซึ่ง  
ปัจจัยทั้ง 3 ประการนี้จะลดโอกาสการเสพยา  
บ้าซ้ำได้<sup>11</sup> โดยมีความสอดคล้องกับ  
การศึกษาของ นันทา ชัยพิชิตพันธ์ (2541) คือ  
การมีเพื่อนสนิทเสพยาบ้าเป็นหนึ่งในปัจจัยที่  
มีผลต่อพฤติกรรมการเสพยาบ้าซ้ำ ของ  
นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาที่เข้ารับการรักษาใน  
โรงพยาบาลธัญญารักษ์<sup>7</sup> นอกจากนั้นยัง  
สอดคล้องกับการศึกษาของ สมนึก ปัญญาสิงห์  
(2541) พบว่า สาเหตุและเงื่อนไขของการใช้  
ยาเสพติดซ้ำ คือ เพื่อนชวน อยากรู้อยากเห็น

ซ้ำอีก จิตใจไม่เข้มแข็งที่จะเลิกเสพยาบ้า เชื่อว่าสามารถสร้างความสุขได้ หาซื้อได้ง่ายและใช้สะดวก กลุ่มใจ เสียใจ และครอบครัวมีปัญหาทำให้กลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำอีกทั้งในด้านทัศนคติ คือเชื่อว่าเสพยาแล้วสามารถทำงานได้มากขึ้น พรอคพวกเพื่อนฝูงชวนอยากลองเสพยาบ้าซ้ำอีก ความอยากใช้ยาเพิ่มขึ้น<sup>12</sup> และสุดท้ายยังสอดคล้องการศึกษาของ สุพจน์ ชูดีดำรง (2544) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยาเสพติดซ้ำในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ พบว่า ปัจจัยสำคัญคือ ความพร้อมของผู้เลิกยาเสพติดจะเป็นตัวกำหนดที่สำคัญที่สุดต่อการกลับมาใช้ยาเสพติดซ้ำ โดยมีปัจจัยครอบครัว สังคมและสภาพแวดล้อมเป็นองค์ประกอบผลักดัน<sup>13</sup> ด้วยเหตุนี้ การศึกษาปัจจัยทำนายของการกลับไปเสพยาบ้าในผู้รับการรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ในประเทศไทยเพื่อศึกษาสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่แท้จริงจากผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาซึ่งมุ่งให้เป็นข้อมูลความรู้ในการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาซ้ำเพื่อจะส่งเสริมให้เกิดการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดที่มีประสิทธิภาพและมีประโยชน์ต่อผู้ผ่านการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพที่สามารถนำไปปฏิบัติไม่หวนกลับไปเสพยาซ้ำด้วยรวมทั้งเพื่อจะสามารถนำข้อมูลจากการศึกษาครั้งนี้เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนา

ยุทธในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดได้อย่างยั่งยืน

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

1. เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับมาเสพยาซ้ำของผู้รับการรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ ในประเทศไทย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายที่เกี่ยวข้องต่อการกลับมาเสพยาซ้ำของผู้รับการรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ในประเทศไทย

### วิธีการศึกษา (Method)

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการศึกษา Case-control study เป็นการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยเสพยาบ้าจากโรงพยาบาลธัญญารักษ์ในประเทศไทย ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2562 ถึง วันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2563

#### ประชากรเป้าหมายและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษา คือ ผู้ป่วย เสพยาบ้าที่รักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ทั้ง 7 แห่ง จำนวน 12,807 คน กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มศึกษา (Case) คือ กลุ่มผู้ป่วยที่กลับไปเสพยาบ้า และ กลุ่มควบคุม (Control) คือ กลุ่มผู้ป่วยเสพยาบ้าที่ไม่มีประวัติเสพยาบ้าที่รักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ทั้ง 7 แห่ง

ขนาดตัวอย่าง คำนวณขนาดตัวอย่าง ขึ้นต้นจากสูตรการศึกษาแบบ Unmatched case – control ด้วยโปรแกรม Epi Info ver.7 กำหนดค่า Two sides confidence level = 95%, 1-beta (Type 2 Error) = 80%, Ratio of =1:1, Percent of Control Exposure = 12.4% และ Odd ratio = 2.5 ผู้วิจัยคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างกรณีสูญเสียหรือมีการถอนตัว (Drop out) ร้อยละ 10 ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มควบคุม 141 คน กลุ่มศึกษาจำนวน 141 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 282 คน เป็นผู้ป่วยเสพยาเสพติดแอมเฟตามีนและได้รับการรักษา ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2562 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2563 ตามเกณฑ์คัดเข้า มีจำนวน 282 คน อัตราส่วน Case : Control เป็น 1: 1 ในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ทั้ง 7 แห่ง โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาเสพยาเสพติดแอมเฟตามีน มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป โดยสามารถให้ความร่วมมืออยู่ร่วมทำวิจัย ได้ตลอด สามารถอ่าน - เขียนหนังสือได้ และพูดคุยสื่อสารได้ดี ไม่มีโรคแทรกซ้อนทางกายเพิ่มขึ้น ในระหว่างดำเนินการวิจัย

หรือผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตกำเริบที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมการวิจัย เช่น อาการหูแว่ว ประสาทหลอน

ใช้เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ ข้อมูลส่วนบุคคล และส่วนที่ 2 คือ แบบสัมภาษณ์ปัจจัยเกี่ยวกับการกลับมาเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิหาค่าดัชนีความตรงได้เท่ากับ 0.80 ทำนายการกลับไปเสพยาเสพติดแอมเฟตามีนซ้ำด้วยวิธีการทางสถิติคือ Multiple logistic regression

### ผลการศึกษา (Results)

จากการศึกษาพบว่าลักษณะด้านบุคคลของผู้เสพยาเสพติดแอมเฟตามีนส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 26 – 35 ปี เป็นเพศชาย นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มีอาชีพรับจ้าง สถานภาพโสด เล่นกีฬาที่ชอบเป็นงานอดิเรก มีรายได้ 5,000–10,000 บาทต่อเดือน และรายได้มีความเพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากรของผู้เสพสาร Methamphetamine

ลักษณะด้านบุคคล	ผู้ไม่เสพซ้ำ	ผู้เสพซ้ำ	P-value
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
<b>อายุ (ปี)</b>			0.783
15-25	49(47.12)	55(52.88)	
26-35	59(52.68)	53(47.32)	
36-45	26(48.15)	28(51.85)	
> 45	7(58.33)	5(41.67)	
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	29.31 (8.15)		
ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ต่ำสุด:สูงสุด)	28.00 (15:54)		
<b>เพศ</b>			0.005*
ชาย	121 (54.26)	102(45.74)	
หญิง	20(33.90)	39(66.10)	
<b>ศาสนา</b>			0.18
พุทธ	125 (51.02)	120 (48.98)	
คริสต์	6 (75.00)	2 (25.00)	
อิสลาม	9 (34.62)	17 (65.38)	
อื่น ๆ	1 (33.33)	2 (66.67)	
<b>ระดับการศึกษา</b>			> 0.001*
ไม่ได้เรียน	9 (64.29)	5 (35.71)	
ประถมศึกษา 1-6	43 (56.58)	33 (43.42)	
มัธยมศึกษาตอนต้น	57 (61.29)	36 (38.71)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	16 (44.44)	20 (55.56)	
ปวช.	11 (32.35)	23 (67.65)	
ปวส, อนุปริญญา	2 (20.00)	8 (80.00)	
ปริญญาตรี	3 (15.79)	16 (84.21)	

ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากรของผู้เสพสาร Methamphetamine (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	ผู้ไม่เสพซ้ำ	ผู้เสพซ้ำ	P-value
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
<b>อาชีพ</b>			> 0.001*
เกษตรกรรม	19 (46.34)	22 (53.66)	
ค้าขาย	10 (29.41)	24 (70.59)	
รับจ้าง	80 (67.23)	39 (32.77)	
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	3 (12.00)	22 (88.00)	
อยู่บ้าน/ว่างงาน	20 (45.45)	24 (54.55)	
อื่น ๆ	9 (47.37)	10 (52.63)	
<b>สถานภาพสมรส</b>			0.542
โสด	84 (48.55)	89 (51.45)	
คู่	33 (57.89)	24 (42.11)	
หม้าย	6 (35.29)	11 (64.71)	
หย่า	9 (52.94)	8 (47.06)	
แยกกันอยู่	9 (50.00)	9 (50.00)	
<b>งานอดิเรก</b>			0.030*
อ่านหนังสือ	7 (43.75)	9 (56.25)	
สังสรรค์กับเพื่อน ๆ	18 (36.73)	31 (63.27)	
เล่นกีฬาที่ชอบ	30 (69.77)	13 (30.23)	
ไปเที่ยวพักผ่อน	12 (63.16)	7 (36.84)	
นอนเฉย ๆ	7 (58.33)	5 (41.67)	
ดูทีวี/ฟังเพลง	34 (47.22)	38 (52.78)	
ออกกำลังกาย	6 (46.15)	7 (53.58)	
ซื้อของ/เดินเล่นตามห้าง	2 (16.67)	10 (83.33)	
เล่นเกม/อินเทอร์เน็ต	13 (50.00)	13 (50.00)	

ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากรของผู้เสพยา Methamphetamine (ต่อ)

ลักษณะด้านบุคคล	ผู้ไม่เสพยา	ผู้เสพยา	P-value
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
อื่น ๆ	12 (60.00)	8 (40.00)	
<b>รายได้ (ต่อ 1 เดือน)</b>			0.008
< 5,000	41 (56.94)	31 (43.06)	
≥5,000–10,000	68 (53.97)	58 (46.03)	
> 10,000–15,000	17 (41.46)	24 (58.54)	
> 15,000–20,000	8 (61.54)	5 (38.46)	
> 20,000–25,000	5 (45.45)	6 (54.55)	
> 25,000–30,000	2 (28.57)	5 (71.43)	
> 30,000	0 (0.00)	12 (100.00)	
<b>ความเพียงพอของรายได้</b>			0.005
เพียงพอและเหลือเก็บ	40 (39.22)	62 (60.78)	
ไม่เพียงพอไม่มีหนี้สิน	19 (43.18)	25 (56.82)	
เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ	65 (63.11)	38 (36.89)	
ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน	17 (51.52)	16 (48.48)	

\* p-value < 0.05

ลักษณะด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม  
ใหญ่อาศัยอยู่ในชุมชนที่เป็นชนบทพักอาศัย  
อยู่กับญาติ สัมพันธภาพในครอบครัวรักใคร่

กันดี และอาศัยอยู่กับมารดา ดังแสดงใน  
ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ลักษณะด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม

ลักษณะด้านบุคคล	ผู้ไม่เสพซ้ำ	ผู้เสพซ้ำ	P-value
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	
<b>ลักษณะชุมชนที่พักอาศัย</b>			<0.001*
ใจกลางเมืองหลวง	4 (26.67)	11 (73.33)	
ชุมชนกึ่งเมือง/ชานเมือง	15 (33.33)	30 (66.67)	
ชุมชนเมือง	26 (34.67)	49 (65.33)	
ชุมชนแออัด	6 (33.33)	12 (66.67)	
ชุมชนชนบท	84 (68.29)	39 (31.71)	
ชุมชนอุตสาหกรรม	6 (100.00)	0 (0.00)	
<b>ที่อยู่ปัจจุบันที่อาศัยอยู่</b>			0.406
พักที่บ้านกับพ่อและแม่	66 (83)	78 (54.17)	
พักที่บ้านญาติ	14 (42.42)	19 (57.58)	
พักกับเพื่อนๆ	2 (40.00)	3 (60.00)	
พักที่บ้านโดยอยู่กับพ่อหรือแม่	25 (64.10)	14 (35.90)	
พักกับคนรัก	21 (58.33)	15 (41.67)	
พักคนเดียว	6 (54.55)	5 (45.45)	
อื่น ๆ	7 (50.00)	7 (50.00)	
<b>สัมพันธภาพในครอบครัว</b>			0.824
รักใคร่กันดี	69 (48.25)	74 (51.75)	
ผู้ชายปกครองในบ้าน	20 (51.28)	19 (48.72)	
ทะเลาะกันในครอบครัว	6 (42.86)	8 (57.14)	
ต่างคนต่างอยู่	14 (45.16)	17 (54.84)	
ผู้หญิงปกครองในบ้าน	15 (62.50)	9 (37.50)	
ร่วมกันปรึกษาปัญหา	9 (60.00)	6 (40.00)	

ตารางที่ 2 ลักษณะด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม (ต่อ)

ลักษณะด้านบุคคล	ผู้ไม่เสพยา	ผู้เสพยา	P-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
อื่น ๆ	8 (50.00)	8 (50.00)	
<b>บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย</b>			0.022*
บิดา	38 (40.00)	57 (60.00)	
มารดา	42 (51.85)	39 (48.15)	
คู่สมรส	21 (65.63)	11 (34.38)	
บุตร	3 (30.00)	7 (70.00)	
ญาติ	14 (70.00)	6 (30.00)	
เพื่อน	2 (66.67)	1 (33.33)	
อยู่คนเดียว	13 (68.42)	6 (31.58)	
อื่น ๆ	8 (36.36)	14 (63.64)	

\* p-value < 0.05

ลักษณะของการเสพยาแอมเฟตามีน ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว สมาชิกในครอบครัว ไม่มีประวัติใช้สารเสพติด ไม่มีบุคคลในครอบครัวที่ติดสารเสพติด ใช้สารเสพติด

ครั้งแรกในกลุ่ม อายุ 15 ปี การอยากลองเป็นสาเหตุหลักของการใช้สารเสพติดครั้งแรก และเมทแอมเฟตามีนเป็นชนิดของสารเสพติดที่ใช้ครั้งแรก

ตารางที่ 3 ลักษณะของการเสพยา Amphetamine

ลักษณะด้านบุคคล	ผู้ไม่เสพยา	ผู้เสพยา	P-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
<b>โรคประจำตัว</b>			<0.300
ไม่มีโรคประจำตัว	117 (52.23)	107 (47.77)	
โรกระบบทางเดินอาหาร	5 (62.50)	3 (37.50)	

ตารางที่ 3 ลักษณะของการเสพ Amphetamine (ต่อ)

ลักษณะด้านบุคคล	ผู้ไม่เสพยา	ผู้เสพยา	P-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
<b>โรคประจำตัว</b>			<0.300
โรกระบบประสาทและสมอง	4 (57.14)	3 (42.86)	
โรคทางจิตเวช	2 (18.18)	9 (81.82)	
โรกระบบไหลเวียนโลหิต	4 (44.44)	5 (55.56)	
โรกระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ	2 (33.33)	4 (66.67)	
โรกระบบขับถ่ายของเสีย	0 (0.00)	2 (100.00)	
อื่น ๆ	7 (46.67)	8 (53.33)	
<b>การมีสมาชิกในครอบครัวที่มีประวัติใช้สารเสพติด</b>			0.539
ไม่มี	113 (49.13)	117 (50.87)	
มี	28 (53.85)	24 (46.15)	
<b>การมีบุคคลในครอบครัวที่ติดยาเสพติด</b>			0.877
ไม่มี	116 (50.22)	115 (49.78)	
มี	25 (49.02)	26 (50.98)	
<b>อายุที่เริ่มใช้สารเสพติดครั้งแรก</b>			0.755
< 15	48 (55.86)	59 (55.14)	
16-20	62 (52.99)	55 (47.01)	
21-30	25 (54.35)	21 (45.65)	
31-40	4 (50.00)	4 (50.00)	
> 40	2 (50.00)	2 (50.00)	
<b>สาเหตุที่ใช้สารเสพติดครั้งแรก</b>			0.007
เพื่อนชวน	60 (65.22)	32 (34.78)	
อยากลอง	62 (44.60)	77 (55.40)	
เพื่อความสนุกสนาน	6 (26.09)	17 (73.91)	
ทำให้หายป่วย	1 (33.33)	2 (66.67)	

ตารางที่ 3 ลักษณะของการเสพ Amphetamine (ต่อ)

ลักษณะด้านบุคคล	ผู้ไม่เสพยา	ผู้เสพยา	P-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
ทำให้สบายใจ	5 (55.56)	4 (44.44)	
ช่วยเรื่องอาชีพ	7 (50.00)	7 (50.00)	
อื่น ๆ	0 (0.00)	2 (100.00)	
<b>ชนิดของสารเสพติดที่ใช้ครั้งแรก</b>			0.295
เมทแอมเฟตามีน/ยาบ้า/ยาบ้า	118 (53.15)	104 (46.85)	
สุรา	8 (40.00)	12 (60.00)	
กระท่อม	1 (20.00)	4 (80.00)	
กัญชา	10 (40.00)	15 (60.00)	
เฮโรอีน	1 (100.00)	0 (0.00)	
สารระเหย	1 (20.00)	4 (80.00)	
อื่น ๆ	2 (50.00)	2 (50.00)	

\* p-value < 0.05

ปัจจัยทำนายการกลับมาเสพยาเมทแอมเฟตามีนซ้ำที่มีผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่า ORadj (95% CI) โดยเพศหญิงมากกว่าเพศชาย = 4.23 (1.71: 10.47), การมีรายได้ที่ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน = 0.45

(0.15: 1.44), การอาศัยอยู่ไกลจากเมือง = 8.63 (1.64: 45.33) และการใช้สารเสพติดเพื่อความสนุกสนาน = 11.76 (2.78: 49.81) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีผลต่อการเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำ

ลักษณะของผู้เสพสาร Methamphetamine	การเสพซ้ำ		OR <sub>Crude</sub>	OR <sub>adj**</sub>	95% CI	P-value
	ไม่เสพซ้ำ	เสพซ้ำ				
<b>อายุ (ปี)</b>						
>45	7	5	1	1		
36-45	26	28	1.51	5.02	0.75-33.46	0.174
26-35	59	53	1.26	2.06	0.35-12.26	
15-25	49	55	1.57	3.13	0.49-20.05	
<b>เพศ</b>						
ชาย	121	102	1	1		0.001*
หญิง	20	39	2.31	4.23	1.71-10.47	
<b>ระดับการศึกษา</b>						
ไม่ได้เรียน	9	5	1	1		0.172
ประถมศึกษา 1-6	43	33	1.38	2.04	0.40-10.34	
มัธยมศึกษาตอนต้น	57	36	1.14	1.24	0.23-6.52	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	16	20	2.25	2.68	0.47-15.29	
ปวช.	11	23	3.77	4.86	0.75-31.39	
ปวส, อนุปริญญา	2	8	7.2	5.92	0.43-82.08	
ปริญญาตรี	3	16	9.6	5.24	0.58-47.57	
<b>อาชีพ</b>						
รับจ้าง	80	39	1	1		0.113
เกษตรกร	19	22	2.38	2.62	0.95-7.24	
ค้าขาย	10	24	4.92	2.16	0.68-6.88	
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3	22	15.04	7.33	1.41-38.17	
อยู่บ้าน/ว่างงาน	20	24	2.46	1.25	0.45-3.46	

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีผลต่อการเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำ (ต่อ)

ลักษณะของผู้เสพยา Methamphetamine	การเสพยา		OR <sub>Crude</sub>	OR <sub>adj**</sub>	95% CI	P-value
	ไม่เสพยา	เสพยา				
อื่น ๆ	9	10	2.28	1.79	0.42–7.50	
<b>งานอดิเรก</b>						0.272
นอนเฉย ๆ	7	5	1	1		
อ่านหนังสือ	7	9	1.8	3.34	0.37–30.13	
สังสรรค์กับเพื่อน ๆ	18	31	2.41	1.49	0.25–8.83	
เล่นกีฬาที่ชอบ	30	13	0.61	0.67	0.10 - 4.37	
ไปเที่ยวพักผ่อน	12	7	0.82	1.24	0.16–9.97	
ดูทีวี/ฟังเพลง	34	38	1.56	3.29	0.54–19.90	
ออกกำลังกาย	6	7	1.63	1.96	0.21–18.21	
ซื้อของ/เดินเล่นตามห้าง	2	10	6.99	5.25	0.45–60.68	
เล่นเกม/อินเตอร์เน็ต	13	13	1.4	1.94	2.88–12.97	
อื่น ๆ	12	8	0.93	1.51	0.19–12.20	
<b>ความเพียงพอของรายได้</b>						0.014*
เพียงพอและเหลือเก็บ	40	62	1	1		
ไม่เพียงพอไม่มีหนี้สิน	19	25	0.85	0.66	0.22–1.96	
เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ	65	38	0.38	0.59	0.26–1.32	
ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน	17	16	0.61	0.45	0.15–1.44	
<b>ลักษณะชุมชนที่พักอาศัย</b>						<0.001*
ชุมชนชนบท	84	39	1	1		
ใจกลางเมืองหลวง	4	11	5.92	8.63	1.64–45.33	
ชุมชนกึ่งเมือง/ชานเมือง	15	30	4.31	6.69	2.47–18.13	
ชุมชนเมือง	26	49	4.06	5.25	2.21–12.51	

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีผลต่อการเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำ (ต่อ)

ลักษณะของผู้เสพยา	การเสพยา		OR <sub>Crude</sub>	OR <sub>adj**</sub>	95% CI	P-value
	ไม่เสพยา	เสพยา				
Methamphetamine						
ชุมชนแออัด	6	12	4.31	4.57	0.93–22.39	
ชุมชนอุตสาหกรรม	6	0	1	1	-	
<b>บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย</b>						0.21
คู่สมรส	21	11	1	1		
บิดา	38	57	2.86	2.71	0.81 – 9.04	
มารดา	42	39	1.69	1.04	0.32 – 3.44	
บุตร	3	7	4.45	3.51	0.37 – 33.24	
ญาติ	14	6	0.82	0.9	0.18 – 4.41	
เพื่อน	2	1	0.95	1.23	0.05 – 30.63	
อยู่คนเดียว	13	6	0.88	1.24	0.23 – 6.74	
อื่น ๆ	8	14	3.34	3.6	0.82 – 15.74	
<b>สาเหตุที่ใช้สารเสพติดครั้งแรก</b>						0.011*
เพื่อนชวน	60	32	1	1		
อยากลอง	62	77	2.33	2.94	1.37–6.30	
เพื่อความสนุกสนาน	6	17	4.29	11.76	2.78–49.81	
ทำให้หายป่วย	1	2	3.75	1.98	0.10–39.97	
ทำให้สบายใจ	5	4	1.5	1.67	0.25–11.53	
ช่วยเรื่องอาชีพ	7	7	1.88	2.63	0.51–13.53	
อื่น ๆ	0	2	1	1	-	

I\* p-value < 0.05

\*\*adjusted odd ratios

## วิจารณ์ (Discussions)

ถึงแม้ว่าจากสถิติการบำบัดรักษามีผู้ป่วยเพศชายจำนวนมากกว่าเพศหญิง<sup>14</sup> แต่จากการศึกษา พบว่าปัจจัยทำนายการเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำที่มีนัยสำคัญทางสถิติ คือ เพศหญิง มีโอกาสกลับไปเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำคิดเป็น 4.23 เท่าของเพศชาย ด้วยบรรทัดฐานทางเพศภาวะ ความอ่อนแอ เรียกร้องความสนใจ การประชดประชัน ความอ่อนไหวทางอารมณ์ และภาวะพึ่งพา โดยจากการสัมภาษณ์แบบเฉพาะเจาะจงในเพศหญิงให้เหตุผลของการกลับไปเสพซ้ำ ได้แก่ มีปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ขาดเป้าหมายในการดำเนินชีวิต มีปัญหาเดิมด้านสภาพอารมณ์ และจิตใจมีความเครียด หาทองแก้ไขปัญหามาไม่ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร จิรวัดมนกุล และคณะ (2556) เกี่ยวกับยาและผู้หญิงติดยา: ความหมายของการใช้สารเสพติด<sup>15</sup> การมีรายได้เพียงพอและไม่มีหนี้สิน พบว่า เป็นปัจจัยที่ทำให้กลับไปเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำมากที่สุด เนื่องจากรายได้ หรือวันรับเงินเดือนเป็นตัวกระตุ้นภายนอกสำคัญที่ทำให้ผู้ติดยาเสพติดสามารถหาซื้อได้ง่ายขึ้น มีความสอดคล้องกับการศึกษาของผู้เสพยาเมทแอมเฟตามีนที่การอาศัยอยู่ในใจกลางเมืองเพิ่มโอกาสของการกลับไปเสพซ้ำคิดเป็น 8.63 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มนอกเขตเมือง เนื่องจากในเขตเมือง มีสาธารณูปโภคที่มีความสะดวกสบายเป็นแหล่งของอบายมุข มีสถาน

บันเทิงจำนวนมาก เป็นแหล่งค้า มีการแพร่ระบาดของยาเสพติดมีการเข้าถึงยาและสารเสพติดได้ง่าย มีความสอดคล้องกับการศึกษาของทิพศมัย จันทรมานนท์ (2545) เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสพยาเสพติดซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน พบว่าเพื่อนที่เคยเสพยาเสพติดด้วยกัน มีสภาพชุมชนและสังคมเป็นปัจจัยที่เอื้ออำนวยให้เกิดการใช้ยาเสพติดซ้ำได้<sup>16</sup> สาเหตุที่ใช้สารเสพติดซ้ำอีก เพื่อความสนุกสนานเป็นปัจจัยที่ทำให้กลับไปเสพซ้ำคิดเป็น 11.76 เท่าเมื่อเทียบกับสาเหตุอื่น ๆ เนื่องจากวงจรการติดยาที่ส่งผลให้ผู้ติดยาเสพติดเกิดความรู้สึกคิดถึงยาเสพติด ทำให้เกิดอาการอยากยาเสพติด และพยายามหาเสพยาเสพติดมาเสพ เป็นการกระทำเพื่อตอบสนองของความสุขที่เกิดจากการจดจำในสมองจนผู้ติดยาเสพติดไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้สารเสพติดไปออกฤทธิ์ในสมองทำให้เกิดแรงขับ (drive) และความสุข (pleasure) โดยมีการหลั่งสารสื่อประสาทหลักๆ คือ โดปามีน (dopamine) และเอนโดฟิน (endorphins) ทำให้เกิดความพึงพอใจและจดจำไว้ในศูนย์อารมณ์ และวงจรความสุข (pleasure center or reward circuit) จึงทำให้คนกลับไปเสพซ้ำ

## ข้อยุติ (Conclusions)

ปัจจัยทำนายการกลับไปเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำ ได้แก่ เพศหญิง การมีรายได้

เพียงพอ และไม่มีหนี้สินการอาศัยอยู่ในใจกลางเมือง และการใช้สารเสพติดเพื่อความสนุกสนาน ดังนั้นควรส่งเสริมให้เกิดการพัฒนา รูปแบบการบำบัดรักษาที่มีการคำนึงถึงปัจจัยเหล่านี้เป็นสำคัญ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆที่ควรเฝ้าระวังเพื่อป้องกันการกลับไปเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำ ได้แก่ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา งานอดิเรก และบุคคลที่พักอาศัยอยู่ด้วย เนื่องจากปัจจัยเหล่านี้อาจมีความเสี่ยง ในการกลับไปเสพติดซ้ำของคนบางกลุ่ม เช่น อายุในกลุ่มวัยรุ่น มีความ คึก ค่ะ หนอง มี อารมณ์ ความอยากสนุกสนาน, อาชีพในกลุ่มวัยทำงานมีความเชื่อว่าการใช้สารเสพติดช่วยให้ทน ต่อการทำงานได้มากขึ้น, ระดับการศึกษา ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด ทัศนคติ และผลกระทบ จากยาเสพติดที่ไม่เพียงพอ และงานอดิเรกที่มีความสัมพันธ์กับตัวกระตุ้นจะส่งผลให้กลับไปเสพติดซ้ำได้

### ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับสัญญาณเตือนของการกลับไปเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำ เช่น การกลับไปเสพซ้ำจากอารมณ์ ความรู้สึก (Emotional relapse), การกลับไปเสพซ้ำเนื่องจากสภาวะทางจิต (Mental relapse), การกลับไปเสพซ้ำเนื่องจากสุขภาพร่างกาย (Physical relapse)

เพื่อให้ทราบสัญญาณเตือนที่มีแบบแผนและได้มา ซึ่งแนวทางการเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพ

1.2 จากผลการศึกษาควรให้ความสำคัญกับสิ่งล่อใจของผู้นผ่านการบำบัดเพราะสิ่งล่อใจและสิ่งล่อใจเป็นรากฐานที่สำคัญที่จะช่วยลดความเสี่ยงในการกลับไปเสพติดซ้ำ จากเพื่อนผู้ใช้ยา กลุ่มเดิม ผู้ค้ากลุ่มเดิมในละแวกบ้านชุมชนเดิมที่มีการแพร่ระบาดของยาเสพติด ดังนั้นควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในการสร้างรูปแบบชุมชนเข้มแข็ง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อรองรับผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดกลับสู่ชุมชน และเลิกยาเสพติด ได้อย่างยั่งยืน (Post hospital)

2. ข้อเสนอแนะด้านนโยบายการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

2.1 ควรมีความร่วมมือของหน่วยงานภาครัฐและเอกชนในการสนับสนุนอุปกรณ์การกีฬา หรืองานกิจกรรมชุมชนที่สร้างสรรค์ในการแก้ปัญหาด้านยาเสพติดเกิดกิจกรรมเชิงบวกขึ้น ในสังคม อย่างต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม

### สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

ปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติของการกลับไปเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำ ก่อนทำการวิจัยปัจจัยที่ทำให้กลับไปเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำ ได้แก่ การมีเพื่อนสนิทเสพยาบ้า มีความอยากเสพยาบ้า การมีจิตใจที่ไม่เข้มแข็ง และการหาซื้อยาเสพติดได้ง่าย หลังจากทำ

การวิจัยนี้มีปัจจัยเพิ่มเติมที่ทำให้กลับไปเสพ  
เมทแอมเฟตามีนซ้ำ คือ เพศหญิง การมี  
รายได้ที่ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน การอาศัยอยู่

ใจกลางเมือง และการกลับไปใช้สารเสพติด  
เพื่อความสนุกสนาน

### เอกสารอ้างอิง (References)

1. Wang L, Min JE, Krebs E, Evans E, Huang D, Liu L, et al. Polydrug use and its association with drug treatment outcomes among primary heroin, methamphetamine, and cocaine users. *International Journal of Drug Policy* 2017; 49: 32–40. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2017.07.009>
2. United Nations Office on Drugs and Crime. [UNODC]. (2017). *World Drug Report 2017: 29.5 million people globally suffer from drug use disorders, opioids the most harmful*. [online] 2017 [cite 2018 February 26], Available from: <https://www.unodc.org/unodc/en/press/releases/2017/June/world-drug-report-2017>
3. Darke S, Kaye S, McKETTIN R, Dufflou J. Major physical and psychological harms of methamphetamine use. *Drug Alcohol Rev* 2008; 27(3):253–62.
4. Glasner-Edwards S, Mooney LJ. Methamphetamine Psychosis: *Epidemiology and Management. CNS Drugs* 2014; 28(12): 1115-1126.
5. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. *Psychiatry care and drug abuse high risk to violence operation standard*. (1<sup>st</sup> Edition). Chiangmai: Beyond Publishing Publisher; 2016.
6. Chitsawang S. *Relation of alcohol abuse and criminality (Research reports)*. Bangkok: Chulalongkorn University; 2010.
7. Chaiphichitphan N. *The investigations of the factors contributing determined an undergraduate student's methamphetamine relapse after being admitted to Thanyarak Hospital*. [Thesis of Educational Administration Faculty] Bangkok: Chulalongkorn University; 1998.
8. Hiranyatheb T, Udomsubpayakul U, Kongsakon R. Factors affecting the compulsory patients' relapse following non-drug abuse. *Journal of the*

- Psychiatric Association of Thailand 2013; 58(2): 157-164.
9. Hser YI, Anglin MD, Grella C, Longshore D, Prendergast ML. Drug treatment careers A conceptual framework and existing research findings. *J Subst Abuse Treat* 1997; 14(6): 43-58.
10. Marlatt GA, Donovan DM. **Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors** [online]. 2005 [cited 2024 Sep 18]. Available from: <https://books.google.com/books>
11. Sirinuan S, Suphankul P, Nuson N, Wongsawat P, Factors affecting individuals who have relapsed on methamphetamine. *Journal of Health Science Research* 2016; 10 (1): 45-52.
12. Panyasing S. **The study of decision making and drug abuse relapsing: the case study at Khon Kaen, Chaiyaphume and Loei Province.** [Thesis of Humanities Faculty] Khon Kaen: Khon Kaen University; 1998.
13. Chuttidamrong S. **The study of drug abuse relapsing patients at Thanyarak hospital.** [Thesis of Humanities Faculty] Khon Kaen: Khon Kaen University; 2001.
14. Brecht ML, O'Brien A, Von Mayrhauser C, Anglin MD. Methamphetamine use behaviors and gender differences. *Addict Behav* 2004; 29(1): 89–106.
15. Chirawatkul S, “Ya” & “Tidya female” What exactly means by drug abuse. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2013; 58(4): 407-420.
16. Chantaramanont T. **Factors affecting methamphetamine-relapsing patients in psychiatry.** [Thesis of Nursing Faculty] Chiangmai: Chiangmai University; 2002.

# การวิเคราะห์อนุกรมเวลาการใช้กัญชาของเยาวชนไทยกับการปรับปรุงกฎหมายกัญชา

พูนรัตน์ ลียติกุล\*, วรวิภา ภาจำปา\*\*

## บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการใช้กัญชาในเยาวชนไทย เป็นการออกแบบการวิจัยที่เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบกลุ่มย้อนหลัง กลุ่มตัวอย่างเป็นเยาวชนอายุ 12-18 ปี จำนวน 5,286 คน สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีจำแนกชั้นภูมิหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามชนิดตอบเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบ Cochran's Q และ GEE

การวิเคราะห์อนุกรมเวลาเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้กัญชาในเยาวชนพบว่าเยาวชนใช้กัญชามากขึ้น 2.7-5.5 เท่า ทั้งนี้ความเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.001$ )

คำสำคัญ: กัญชา; เยาวชน; นโยบาย; อนุกรมเวลา

\*คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล จังหวัดนครราชสีมา

\*\*คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

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

Received 09/07/2024

Revised 08/08/2024

Accepted 13/09/2024

## A TIME SERIES ANALYSIS OF CANNABIS USE AMONG THAI YOUTHS AND CANNABIS LAW AMENDMENTS

*Poonrut Leyatikul\**, *Wanna Pajumpa\*\**

### ABSTRACT

This study aims to compare cannabis use among Thai youths. It was conducted as an analytical study using a historical cohort. The sample consisted of 5,286 youths aged 12-18, using a stratified multi-stage sampling method. Self-administered questionnaires were used for data collection. The data were analyzed using descriptive statistics, Cochran's Q test and GEE.

A time series analysis was used to compare cannabis use behavior among youths. It has emerged that cannabis use behavior increased 2.7-5.5 times. These changes were statistically significant. ( $P < 0.001$ ).

**Keywords:** Cannabis; Youth; Policies; time series

---

\*Faculty of Public Health, Vongchavalitkul University

\*\*Faculty of Nursing, Udon Thani Rajabhat University

## ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

สำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Office on Drugs Crime, UNODC) คาดประมาณว่า ปี ค.ศ. 2019 มีผู้ใช้กัญชา 200 ล้านคน หรือร้อยละ 4 ของประชากรโลก ที่มีอายุระหว่าง 15-64 ปี อัตราความชุกของการใช้กัญชายังคงเพิ่มขึ้นในหลายประเทศ ซึ่งผู้ใช้กัญชาส่วนใหญ่เป็นเยาวชน<sup>1</sup> ข้อมูลการสำรวจครัวเรือนในปี พ.ศ. 2562 พบกัญชาระบาดในทุกภาคของไทย คนไทยที่เคยใช้กัญชามีมากถึง 1.7 ล้านคน หรือ ร้อยละ 3.4 ของประชากรที่มีอายุ 12-65 ปี ทั่วประเทศ ผู้ที่ใช้กัญชาในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา มีมากกว่า 6.6 แสนคน และกว่า 5 แสนคนใช้กัญชาในช่วงเดือนที่ผ่านมา<sup>2</sup>

กัญชาออกฤทธิ์หลายอย่างต่อระบบประสาทส่วนกลาง คือ ทั้งกระตุ้นประสาท กด และหลอนประสาท สารออกฤทธิ์ที่มีอยู่ในกัญชากว่า 100 ชนิด ที่สำคัญ คือ delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) และ Canabidiol (CBD) สารนี้จะออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลางและระบบไหลเวียนโลหิตมากที่สุด ซึ่งจะมีผลต่ออารมณ์ ความจำ ความสามารถในการคิด sensorium, motor coordination, time sense และการรับรู้ตนเอง สันนิษฐานกันว่ามนุษย์รู้จักกัญชามานานกว่า 10,000 ปี<sup>3</sup> แม้ยังไม่พบรายงานผู้เสียชีวิตจากการใช้กัญชา

เกินขนาด (overdose deaths)<sup>4</sup> การศึกษาวิจัยในประเทศไทย พบว่า การสูบกัญชามีภาวะโรค (DALYs) ไม่แตกต่างจากการสูบบุหรี่ และยังต่ำกว่าการดื่มสุรา<sup>5</sup> กัญชาจัดอยู่ในบัญชียาเสพติดของสหประชาชาติภายใต้อนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ค.ศ.1961 (The Single Convention on Narcotics Drugs, 1961) ถือเป็นสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่ใช้กันมากที่สุดในโลก

คนไทยรู้จักกัญชามาอย่างยาวนาน พบว่า มีการปลูกเป็นพืชสมุนไพรและใช้ผสมอาหาร ประกอบกับการที่ประเทศไทยตั้งอยู่ในเขตร้อน ลักษณะทางภูมิศาสตร์และภูมิอากาศทำให้สามารถปลูกกัญชาได้ตลอดปี แต่เดิมคนไทยนิยมปลูกตามรั้วตามสวน เป็นพืชผักสวนครัว แต่หลังจากรัฐบาลกำหนดให้เป็นยาเสพติด จึงพบการลักลอบปลูกตามบริเวณเชิงเขา ชายป่า ริมห้วย กลางแปลงพืชไร่ (ไร่อ้อย ไร่มันสำปะหลัง ไร่ข้าวโพด ไร่อ้อย) เป็นต้น แม้ไม่สามารถระบุได้ชัดเจนว่ากัญชาเข้าสู่ประเทศไทยเมื่อใด รัฐบาลไทยได้เล็งเห็นโทษของกัญชา จึงได้ออกพระราชบัญญัติกัญชาขึ้นเป็นครั้งแรก ในปี พ.ศ. 2477 ห้ามไม่ให้สูบกัญชา ไม่ให้ปลูกกัญชา ยกเว้นการปลูกเพื่อการทดลองหรือการรักษาโรค พร้อมทั้งมีบทลงโทษผู้กระทำความผิด การบังคับใช้พระราชบัญญัติกัญชา ดำเนินการต่อเนื่องมาจนถึงปี พ.ศ. 2522 รัฐบาลจึงได้ประกาศยกเลิกพระราชบัญญัติกัญชา (ยกเลิกการอนุญาตให้ใช้กัญชาทาง

การแพทย์) โดยมีพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 ขึ้นมาใช้แทน<sup>5</sup> ทำให้กัญชามีสถานะเป็นยาเสพติดประเภท 5 ห้ามการปลูก ครอบครอง และเสพกัญชาโดยสิ้นเชิง

ปัจจุบันมีหลักฐานชัดเจนว่ากัญชามีสาร cannabinoids ที่เป็นประโยชน์ในการรักษาทางการแพทย์ในฐานะยาของแพทย์แผนตะวันตกมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1839 และแพทย์ได้นำมาใช้เป็นทางเลือกในการบำบัดรักษาโรคต่าง ๆ<sup>6</sup> สำหรับผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ที่ได้รับการรับรองจากองค์การอาหารและยาให้จำหน่ายได้ มีเพียงยาที่ใช้ลดอาการปวดเกร็งกล้ามเนื้อ และลดอาการคลื่นไส้จากเจ็บบ่อยจากการได้รับเคมีบำบัด ในปลายปี พ.ศ. 2561 ได้มีการเคลื่อนไหวให้แก้ไขกฎหมายยาเสพติดเพื่ออนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ได้ จนกระทั่งเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 จึงได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ.2562 อนุญาตให้มีการใช้กัญชาทางการแพทย์ได้ ทำให้เกิดการนำกัญชามาใช้อย่างกว้างขวาง โดยเผยแพร่ข้อความทางอินเตอร์เน็ตว่ากัญชาเป็นยาวิเศษสามารถรักษาได้ทุกโรค ทำให้เกิดการใช้กัญชาในหมู่ประชาชนเพิ่มขึ้นอย่างมาก โดยส่วนใหญ่ใช้เพื่อนันทนาการ และใช้บำบัดรักษาอาการเจ็บป่วยกันเอง ในหมู่ประชาชนอย่างกว้างขวาง ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ทั้งในรูปแบบสารสกัดโดยการควบคุมของแพทย์ในสถานพยาบาล สมุนไพรทั้งสูตรดั้งเดิมและ

สูตรที่คิดขึ้นใหม่ ผลิตภัณฑ์กัญชาแปรรูปทั้งชนิดที่ถูกกฎหมายและไม่ถูกกฎหมาย<sup>7</sup> ทั้งนี้ ส่วนช่อดอกของต้นกัญชาและเมล็ดกัญชายังคงถือเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 5 มีบทลงโทษตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522

ความเคลื่อนไหวจากฝ่ายการเมืองตั้งแต่ปลายปี พ.ศ.2561 ต่อเนื่องมาต้องการให้ปลดกัญชาจากบัญชียาเสพติดให้โทษจนกระทั่งมีการประกาศใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด เมื่อเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2564 และประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 พ.ศ. 2565 เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 กำหนดให้เหลือเฉพาะสารสกัดจากทุกส่วนของกัญชา และกัญชงที่มี THC เกินกว่าร้อยละ 0.2 โดยน้ำหนักเท่านั้นที่ถือเป็นยาเสพติดให้โทษ ทำให้มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลดีจากการใช้กัญชาอย่างแพร่หลายในสื่อต่าง ๆ รวมทั้งสื่อสังคมออนไลน์ซึ่งเยาวชนส่วนใหญ่เข้าถึงได้โดยง่าย หนึ่งในประกาศกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้กฎหมายมีผลบังคับ 120 วันหลังการประกาศ ส่งผลให้เดือนมิถุนายน 2565 พี่ชกัญชา กัญชง จึงหลุดออกจากบัญชียาเสพติดให้โทษโดยสิ้นเชิง ประชาชนสามารถใช้ได้เสรีมีการนำกัญชาผสมอาหารและผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ จำหน่ายอย่างเปิดเผย

การเปลี่ยนแปลงทางนโยบายและกฎหมายในช่วง 3 ปี (พ.ศ. 2562-2565) ส่งผลกระทบต่อสังคมไทยอย่างมาก

โดยเฉพาะในกลุ่มเปราะบาง เช่น เยาวชน เป็นที่วิตกกังวลโดยทั่วไปว่าการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะทำให้กัญชาระบาดในกลุ่มเยาวชนมากขึ้น จึงควรมีการศึกษาผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงทางนโยบายกัญชาในประเทศไทยดังกล่าว

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

เพื่อศึกษานุกรมเวลาเปรียบเทียบการใช้กัญชาในเยาวชนกับการเปลี่ยนแปลงทางนโยบายและกฎหมายไทย

### วิธีการศึกษา (Method)

1. การออกแบบวิจัย ในการศึกษาคั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบกลุ่มย้อนหลัง (Historical Cohort) โดยทำการติดตามข้อมูล 3 ครั้ง คือ

1.1 เดือนพฤษภาคม-มิถุนายน พ.ศ.2559 ซึ่งเป็นช่วงที่กัญชายังมีสถานะยาเสพติดให้โทษ

1.2 เดือนพฤษภาคม-มิถุนายน พ.ศ.2562 ซึ่งเป็นช่วงที่กฎหมายอนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ได้ทั้งในรูปแบบพืชและสารสกัด (โดยช่อดอกและเมล็ดยังคงอยู่ในบัญชียาเสพติดให้โทษประเภท 5)

1.3 เดือนพฤษภาคม-มิถุนายน พ.ศ.2565 ซึ่งเป็นช่วงที่กัญชาถูกถอดจากบัญชียาเสพติดให้โทษโดยสมบูรณ์

2. ประชากรและกลุ่มศึกษา

ประชากรเป้าหมาย คือ เยาวชนไทยไทยที่มีอายุ 12-18 ปี ทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2559

วิธีการสุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิสุ่มกระจุกสามขั้นตอนขนาดตัวอย่าง คำนวณภายใต้ความชุกในพื้นที่ต่าง ๆ จากการสำรวจครัวเรือนทั่วประเทศ ปีพ.ศ.2554<sup>๑</sup> คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างเป็นเยาวชนไทยที่มีอายุ 12-18 ปี สมัครใจเข้าร่วมในการศึกษาโดยได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง ได้เยาวชนตัวอย่างทั้งสิ้น 5,286 คน

3. เครื่องมือและการรวบรวมข้อมูล

ตัวแปรสำคัญในการศึกษานี้ ประกอบด้วย พฤติกรรมการใช้กัญชา (Cannabis Use Behaviour) โดยพฤติกรรมการใช้กัญชาในการศึกษานี้หมายถึง การนำกัญชาทุกรูปแบบ (กัญชาสด กัญชาแห้ง กัญชาน้ำ ยางกัญชา ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของกัญชา/สารสกัดกัญชา) เข้าสู่ร่างกาย (ทางปาก/สูบ) โดยสมัครใจ มุ่งเน้นประสบการณ์ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา โดยนับรวมทั้งการใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางนันทนาการ (recreational) เพื่อวัตถุประสงค์เสริมการทำงาน (functional) และเพื่อวัตถุประสงค์ทางสุขภาพ (medicinal use)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นแบบสอบถามชนิดตอบเอง ประกอบด้วย 2

ส่วน คือ คุณลักษณะทางประชากร และ พฤติกรรมการใช้กีฬา โดย

1) คุณลักษณะทางประชากร ประกอบด้วยคำถาม 14 ข้อ ผ่านการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญในเครือข่ายพัฒนาวิชาการและข้อมูลสารสนเทศ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 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) พฤติกรรมการใช้กีฬา ประกอบด้วยคำถาม 16 ข้อ ผ่านการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญในเครือข่ายพัฒนาวิชาการและข้อมูลสารสนเทศ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 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) คณะผู้วิจัยทำหนังสือขอคำยินยอมจากผู้ปกครอง เมื่อผู้ปกครองยินยอมแล้วจึงดำเนินการในขั้นต่อไป
- 2) คณะผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัยและขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่าง

ตอบแบบสอบถาม ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตอบ/ไม่ตอบคำถามในแต่ละข้อได้

3) กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอม คณะผู้วิจัยแจกแบบสอบถาม และขอรับคืนในวันถัดมา (มีระยะเวลา 1 วัน) หากไม่ได้รับคืนทั้งฉบับจะถือว่ากลุ่มตัวอย่างไม่ร่วมมือในการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการในช่วงเดือน พฤษภาคม-มิถุนายน ของปี พ.ศ. 2559, 2562, และ 2565 โดยได้รับการรับรองจริยธรรม จากพัฒนาวิชาการ และข้อมูลสารสนเทศ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ISAN 3/2559

#### 4. การจัดการและวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อได้รับแบบสอบถามกลับมาได้ ดำเนินการดังนี้

- 1) นำเข้าข้อมูลในเครื่องคอมพิวเตอร์ ด้วยวิธีสอปทาน (data double entry) โดยกำหนดให้มีการป้อนข้อมูล 2 ครั้ง โดยผู้ป้อนข้อมูล 2 คนที่เป็นอิสระต่อกัน ทำการตรวจสอบความซ้ำซ้อนและความคลาดเคลื่อนในการนำเข้าข้อมูล และแก้ไขปรับปรุง จนสามารถแน่ใจได้ว่าข้อมูลถูกต้อง
- 2) ปรับปรุงคุณภาพข้อมูล ทำการตรวจสอบค่านอกช่วง (Out of range) ค่าสูงต่ำกว่าปกติ (Outlier) ข้อมูลสูญหาย (Missing data) และแก้ไขปรับปรุงฐานข้อมูลให้เหมาะสม

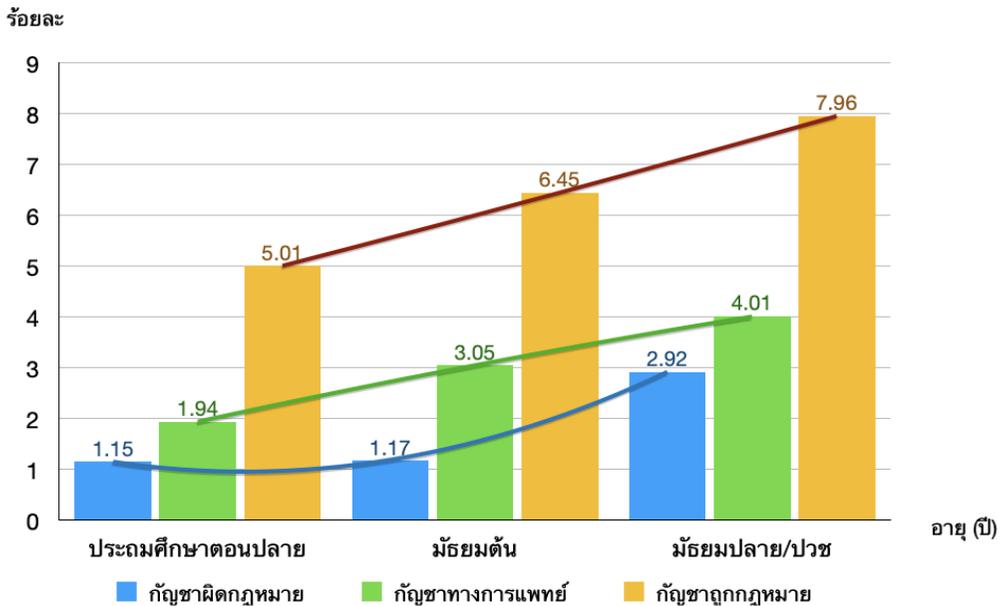
3) การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติ  
พ ร ร ณ ๓ Cochran's Q test และ  
Generalized Estimating Equations (GEE)

### ผลการศึกษา (Results)

ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทาง  
นโยบายและข้อกฎหมายต่อการแพร่ระบาดของ  
ของกัญชาในกลุ่มเยาวชน จะเห็นได้อย่าง  
ชัดเจนเมื่อทำการเปรียบเทียบคนในรุ่นราว  
คราวเดียวกัน (Birth Cohort) แบบติดตาม  
ระยะเวลา โดยทำการเปรียบเทียบสัดส่วน  
การใช้กัญชาในคน 3 รุ่น (ประถมศึกษาตอน  
ปลาย มัธยมศึกษาตอนต้น และมัธยมศึกษา  
ตอนปลาย/อาชีวศึกษาตอนต้น) ใน 3  
ช่วงเวลา (ช่วงกัญชาเป็นยาเสพติดติด  
กฎหมาย ช่วงกัญชาทางการแพทย์ ช่วง  
กัญชาถูกกฎหมาย) จากภาพกลุ่มคนในรุ่น  
ประถมศึกษาตอนปลายมีสัดส่วนการใช้  
กัญชาในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 1.15  
ในช่วงที่กัญชาติดกฎหมาย เมื่อรัฐบาล  
ประกาศให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ทำ  
ให้อัตราการใช้กัญชาในคนกลุ่มนี้เพิ่มขึ้นเป็น  
ร้อยละ 1.94 หลังมีการปรับกฎหมายทำให้  
กัญชาถูกกฎหมายทำให้อัตราการใช้กัญชา  
เพิ่มขึ้น 2.5 เท่า จากช่วงกัญชาทางการแพทย์  
เป็นร้อยละ 5.01 หรือเพิ่มขึ้น 4.4 เท่าจากช่วง

กัญชาติดกฎหมาย แบบแผนนี้คล้ายกับกลุ่ม  
คนในรุ่นมัธยมศึกษาตอนปลาย/อาชีว  
ศึกษาตอนต้น (ปวช.) ซึ่งมีสัดส่วนการใช้  
กัญชาในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 2.92  
ในช่วงที่กัญชาติดกฎหมาย เมื่อรัฐบาล  
ประกาศให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ทำ  
ให้อัตราการใช้กัญชาในคนกลุ่มนี้เพิ่มขึ้นเป็น  
ร้อยละ 4.01 แต่เมื่อรัฐบาลทำให้กัญชาถูก  
กฎหมายทำให้อัตราการใช้กัญชาเพิ่มขึ้น 2  
เท่าจากช่วงกัญชาทางการแพทย์เป็นร้อยละ  
7.96 หรือเพิ่มขึ้น 2.7 เท่าจากช่วงกัญชาติด  
กฎหมาย แต่คนในรุ่นมัธยมศึกษาตอนต้น ซึ่งมี  
สัดส่วนการใช้กัญชาในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา  
ร้อยละ 1.17 ในช่วงที่กัญชาติดกฎหมาย เมื่อ  
รัฐบาลประกาศให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ทำ  
ให้อัตราการใช้กัญชาในคนกลุ่มนี้เพิ่มขึ้น 2.6  
เท่าเป็นร้อยละ 3.05 และเมื่อรัฐบาลทำให้  
กัญชา ถูกกฎหมายทำให้อัตราการใช้กัญชา  
เพิ่มขึ้นกว่า 2 เท่า จากช่วงกัญชาทาง  
การแพทย์เป็นร้อยละ 6.45 หรือเพิ่มขึ้น 5.5  
เท่าจากช่วงกัญชาติดกฎหมาย ทั้งนี้ความ  
เปลี่ยนแปลงดังกล่าว เมื่อทดสอบความ  
เปลี่ยนแปลงระหว่างช่วงเวลาด้วย  
Cochran's Q test พบว่าความเปลี่ยนแปลง  
ดังกล่าว มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.0001$ )

### พฤติกรรมการใช้กัญชา: เปรียบเทียบ 3 กลุ่ม 3 ช่วงเวลา



ภาพที่ 1 พฤติกรรมการใช้กัญชาของเยาวชนเปรียบเทียบตามระยะเวลา

จากภาพ เห็นได้ว่า ในช่วงที่กัญชาผิดกฎหมาย การใช้กัญชาของเยาวชนอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 1.15-2.92) เมื่อรัฐบาลประกาศให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ทำให้อัตราการใช้กัญชาสูงขึ้นร้อยละ 0.79-1.88 หลังมีการปรับกฎหมายทำให้กัญชาถูกกฎหมายทำให้อัตราการใช้กัญชาเพิ่มสูงขึ้นมาก (ร้อยละ 5.01-7.96) เมื่อทดสอบทดสอบทั้งความแตกต่างระหว่างกลุ่มและการเปลี่ยนแปลงในช่วงเวลาด้วย GEE พบว่าความเปลี่ยนแปลงดังกล่าว มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.001$ )

### วิจารณ์ (Discussions)

การศึกษานี้พบว่า การเปลี่ยนแปลงทางนโยบายทำให้กัญชาแพร่ระบาดในเยาวชนเพิ่มมากขึ้น เมื่อแบ่งกลุ่มอายุเป็นกลุ่ม 12-19 ปี และ 20-24 ปี พบว่าอัตราการใช้กัญชาก่อนปลดล็อกกัญชา (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 ส่วนการใช้ในช่วง

เดือนที่ผ่านมาคิดเป็นร้อยละ 0.1 และ 1.1 ตามลำดับ<sup>2</sup> ซึ่งเป็นเพราะช่วงเวลาที่แตกต่างกันและวิธีการสุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน

การเปลี่ยนแปลงทางนโยบายและกฎหมายในประเทศไทยซึ่งเป็นประเทศเดียวในกลุ่มสมาชิกอาเซียนที่อนุญาตกัญชาส่งผลกระทบต่อประเทศเพื่อนบ้านอาเซียนด้วย ซึ่งพบการจับกุมของกลางกัญชาในกลุ่มประเทศสมาชิกอาเซียนเพิ่มขึ้นอย่างมาก การจับกุมในปี พ.ศ. 2564 เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2562 ถึง 3 เท่า และเพิ่มขึ้น 16 เท่าจากปี พ.ศ. 2560<sup>9</sup>

เมื่อพิจารณาตัวเลขผู้เข้าบำบัดกัญชาในประเทศไทยที่ไม่ได้เพิ่มขึ้นหลังการประกาศปลดล็อกกัญชา ทั้งนี้เป็นเพราะผู้เสพยาเสพติดอยู่เพียงร้อยละ 10 เท่านั้น ที่ติดกัญชาจนต้องเข้ารับการบำบัด<sup>8</sup> ประกอบกับระบบข้อมูลผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดของประเทศไทยในปัจจุบันไม่นำเข้าข้อมูลเยาวชน (อายุต่ำกว่า 18 ปี) ทำให้ไม่มีข้อมูลเยาวชน รวมทั้งผู้เข้ารับการบำบัดส่วนใหญ่เป็นแบบกึ่งสมัครใจ (เจ้าหน้าที่ตั้งด่านตรวจปัสสาวะเมื่อพบผลบวกจึงนำส่งบำบัด) แต่เมื่อกัญชาไม่อยู่ในบัญชียาเสพติดให้โทษ จึงไม่มีการตรวจกัญชาทำให้ตัวเลขผู้เข้าบำบัดกัญชาในระบบไม่เพิ่มขึ้น

การใช้กัญชาก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพระยะสั้นที่ชัดเจน คือ อาการมึนเมา การรับรู้และพฤติกรรมผิดปกติ ขนาดของผลกระทบต่อขึ้นอยู่กับปริมาณที่ใช้ วิธีการใช้

การให้คุณค่าและทัศนคติของผู้ใช้กัญชา<sup>10</sup> แม้การทบทวนทางระบาดวิทยาจะยังไม่มีรายงานการตายจากการใช้กัญชาเกินขนาด<sup>3</sup> หลักฐานเกี่ยวกับประเด็นระบบไหลเวียนโลหิต การสูบกัญชากับโรคถุงลมโป่งพองและมะเร็งปอด ส่วนใหญ่ยังเป็นระดับกรณีศึกษา (cases report) และยังไม่พบบัญชีอ้างอิงเชิงประจักษ์ทางการแพทย์ที่น่าเชื่อถือ<sup>11,12</sup> ในทางตรงกันข้าม การใช้กัญชาระยะยาวเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเภท 2.9 เท่า<sup>13</sup> ผู้ใช้กัญชาเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้ไม่ได้ใช้ประมาณร้อยละ 17 และความเสี่ยงนี้เพิ่มมากขึ้นเป็นร้อยละ 62 ในผู้ใช้ในปริมาณมาก ๆ<sup>14</sup> ในแง่ของผลกระทบต่อสังคมจากการศึกษาในระยะยาวในปี ค.ศ. 1990 พบว่าผู้เริ่มใช้กัญชาก่อนอายุ 15 ปี มีแนวโน้มออกจากการเรียน<sup>15</sup> ผู้ที่ติดกัญชาหรือใช้กัญชาต่อเนื่องระยะยาวเป็นผู้ที่มีการศึกษาน้อยมีปัญหาด้านเศรษฐกิจว่างงาน และมีการใช้ยาเสพติดอื่น ๆ ร่วมด้วย<sup>16-18</sup> ยิ่งกว่านั้นยังมีโอกาสถูกปลดออกจากรานมากกว่าปกติ<sup>19</sup>

บางประเทศมีความเชื่อว่ากัญชาไม่ร้ายแรงเหมือนยาเสพติดชนิดอื่น ๆ กฎหมายอนุญาตให้ใช้กัญชาได้ ในขณะที่บางประเทศที่กฎหมายอนุญาตเฉพาะกรณีจากประสบการณ์ของสหรัฐอเมริกาในการปฏิรูปกฎหมายกัญชา พบว่า เกิดการพัฒนาสายพันธุ์กัญชาให้มีค่า THC (delta-9-Tetrahydrocannabinol) สูงขึ้นโดยในช่วง 10

ปี มีการพัฒนาสายพันธุ์ที่มีค่า THC สูงขึ้นกว่าเท่าตัว<sup>1</sup> เช่นเดียวกับในประเทศเนเธอร์แลนด์ที่พบว่า 1) การเพิ่มขึ้นของร้านค้ากาแฟที่ขึ้นทะเบียนให้ใช้กัญชาได้มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของการเสพกัญชาในช่วงชีวิตของเยาวชนอายุ 18-20 ปี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15 เป็นร้อยละ 44 ในช่วง 10 ปี และการเสพกัญชาในเดือนที่ผ่านมาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.5 เป็นร้อยละ 18.5 ในช่วงเวลาเดียวกัน<sup>20</sup> 2) อายุที่เริ่มใช้กัญชาลดลงจาก 15 ปี เป็น 14 ปี<sup>21</sup> 3) หลักรัฐบาลกำหนดอายุผู้ซื้อกัญชามีผลให้เยาวชนต้องหาซื้อกัญชาจากเพื่อนทำให้มีโอกาสใช้ยาอื่นและก่ออาชญากรรม<sup>22</sup>

ถึงแม้รัฐบาลจะแถลงว่าเจตนามุ่งเน้นที่การใช้กัญชาทางการแพทย์ แต่การถอดกัญชาจากบัญชียาเสพติดและยังไม่มีกฎหมายควบคุมในเวลาที่เหมาะสม จึงทำให้ประเทศไทยมีสภาพการณ์ไม่ต่างจากกัญชาเสรี

### เอกสารอ้างอิง (References)

1. United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2021. United Nations Publications; 2021.
2. Kanato M, Thaikhla K, Asnangkornchai S, Areesantichai C, Charoenrat S, Leyatikul P, Puengcheu K, Wonguppa R. Report on the results

### ข้อยุติ (Conclusions)

นโยบายกัญชาทางการแพทย์ส่งผลให้เยาวชนเสพกัญชามากขึ้นโดยเฉพาะในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ส่วนการปลดกัญชาจากบัญชียาเสพติดทำให้เยาวชนเสพกัญชาเพิ่มขึ้น 2.7-5.5 เท่า

### ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

การเปลี่ยนแปลงแก้ไขนโยบายและข้อกฎหมายเพื่อควบคุมการใช้กัญชา ควรกำหนดมาตรการควบคุมอย่างรัดกุมเพื่อไม่ให้มีการนำไปใช้เพื่อนันทนาการ โดยเฉพาะในเยาวชน อันจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพและสังคม

### สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

สถานะทางกฎหมายของการใช้กัญชาแตกต่างกันในประเทศต่าง ๆ การศึกษาชิ้นนี้ชี้ให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงสถานะทางกฎหมายของประเทศไทยทำให้เยาวชนใช้กัญชาเพิ่มมากขึ้น

of a national household survey to estimate the population of substance abusers in Thailand in 2019. Bangkok: Charunsanitwong Publishing; 2019. [in Thai].

3. Abel EL. MARIJUANA The First Twelve Thousand Years. New York: Springer; 1986.
4. 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.
5. 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].
6. Joy J, Mack A, **Marijuana as medicine?: The science beyond the controversy.** Washington D.C.: National Academies Press; 2000.
7. Kanato M, Leyatikul P, Wonguppa R. Impacts of Medical Cannabis Law in Thailand. **ONCB Journal** 2020; 36(2): 27-36. [in Thai].
8. ACSAN. **Quality of Life and Living Survey Report: Estimated Number of Substance Abuse Population in Thailand B.E.2554.** Bangkok: Charunsanitwong Publishing; 2011. [in Thai].
9. Kanato M, Sarasiri R, Leyatikul P. **ASEAN DRUG MONITORING REPORT 2021.** Bangkok: ASEAN Narcotics Cooperation Center; 2021.
10. Brands B, Marshman J, Sproule B. **Drugs & Drug Abuse: A Reference Text.** Addiction Research Foundation; 1998.
11. Joshi M, Joshi A, Bartter T. Marijuana and lung diseases. **Current opinion in pulmonary medicine** 2014; 20(2): 173-179.
12. Hackam DG. Cannabis and stroke: systematic appraisal of case reports. **Stroke** 2015; 46(3): 852-856.
13. Semple DM, McIntosh AM, Lawrie SM. Cannabis as a risk factor for psychosis: systematic review. **Journal of Psychopharmacology** 2005; 19(2): 187-194.
14. 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.
15. 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.
16. Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. Cannabis use and other illicit drug use: testing the cannabis gateway hypothesis. **Addiction** 2006; 101(4): 556-569.
17. Fergusson DM, Boden JM. Cannabis use and later life outcomes. **Addiction** 2008;103(6): 969-976.
18. 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.
19. 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.
20. MacCoun R, Reuter P. Evaluating alternative cannabis regimes. **The British Journal of Psychiatry** 2001; 178(2): 123-128.
21. Monshouwer K, Smit F, De Graaf R, Van Os J, 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.
22. Korf DJ. Dutch coffee shops and trends in cannabis use. **Addictive behaviors** 2002; 27(6): 851-866.

# จุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์: กรณีศึกษาในเขตเทศบาลนครสงขลา จังหวัดสงขลา

สุรศักดิ์ สบเหมาะ\*, ภัชชนก รัตนกรปรีดา\*, วรพล หนู่นุ่น\*

## บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะทางกายภาพ สังคมสิ่งแวดล้อม และแบบแผนของจุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเขตเมือง ประชากรศึกษา คือ จุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เก็บข้อมูลเดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลด้านกายภาพ และแบบสังเกต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติอนุมานพารามิเตอร์ Kruskal Wallis Test

ผลการวิจัยพบ จุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งหมด 170 ร้าน กระจายแบบเกาะกลุ่ม ความหนาแน่นต่อจำนวนประชากรในภาพรวม เท่ากับ 4.28 ต่อประชากร 1,000 คน ความหนาแน่นต่อพื้นที่ เท่ากับ 4.83 แห่งต่อตารางกิโลเมตร เมื่อจำแนกรายชุมชนพบความหนาแน่นต่อประชากร 1,000 คน สูงสุดเท่ากับ 13.06 ความหนาแน่นตามขนาดพื้นที่เชิงภูมิศาสตร์มากที่สุดเท่ากับ 27.65 แห่งต่อตารางกิโลเมตร เป็นความหนาแน่นระดับสูง ลักษณะโครงสร้างเป็นทาวนเฮ้าส์และบ้านเดี่ยว ใกล้เคียงกัน จำนวน 87 และ 71 แห่ง ร้อยละ 51.2 และ 41.8 เป็นร้านขายของชำ ร้อยละ 58.2 เบียร์ และเหล้าเป็นเครื่องดื่มที่มีการจำหน่ายสูงสุดใกล้เคียงกันทุกชุมชน ร้านอาหาร สวนอาหารจำหน่ายหลากหลายชนิดมากที่สุด 9 ชนิด มีการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในร้านเบเกอรี่ ร้านนม/น้ำชา และช่วงเวลาเปิด-ปิด จำนวน  $12.67 \pm 2.71$  ชั่วโมงต่อวัน กลุ่มจุดจำหน่าย  $\chi$  มีค่าเฉลี่ยของจำนวนชั่วโมงเปิด-ปิดร้านแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 การวิจัยสะท้อนให้เห็นว่าประชาชนมีโอกาสเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ดังนั้นจึงควรมีมาตรการควบคุมอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น

**คำสำคัญ:** ความหนาแน่นของจุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์; ลักษณะทางกายภาพ; สังคมสิ่งแวดล้อม; แบบแผน

\* หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

Corresponding Author: Patchanok Rattanakompreeda Email: patchanok.ra@skru.ac.th

Received 02/05/2024

Revised 27/05/2024

Accepted 24/06/2024

## ALCOHOL OUTLET: THE CASE STUDY OF A SELECTED MUNICIPALITY IN SONGKHLA PROVINCE

*Surasak sobmor\*, Patchanok Rattanakornpreeda\*, Worapol Nunun\**

### ABSTRACT

This survey research aimed to study the physical characteristics, social environment and patterns of alcohol outlets in urban areas. The population of this study was alcohol outlets. Data collection was done in March 2020. The tools of the study were a case record form for the physicality, and observation form. Data were analyzed using descriptive statistics and non-parametric statistics as Kruskal-Wallis Test.

The results found that there were 170 alcohol outlets throughout the municipality, distributed in clusters. The density of alcohol outlets per total population is equal to 4.28 per 1,000 people and the density of alcohol outlets per area is equal to 4.83 per square kilometer. When classified by community, the highest density per 1,000 population was found at 13.06, and the highest density according to geographic area size was 27.65 per square kilometer, which is a high density. The outlet structures are similar in characteristics between townhouses and detached houses, totaling 87 and 71 shops, or 51.2% and 41.8%, respectively. Grocery stores are 58.2 %. Beer and liquor are the drinks with the highest sales, similar in every community. Restaurants and food courts sell the widest variety, with 9 types. There is the sale of alcoholic beverages in bakery shops and milk/tea shops, with an opening and closing time of  $12.67 \pm 2.71$  hours per day. The group of stores has an average difference in opening and closing hours that is statistically significant at the 0.05 level. The research shows that people have accessing alcoholic beverages. Therefore, there should be concrete control measures to prevent the impacts that may occur due to drinking alcoholic beverages.

**Keywords:** Alcohol Outlet Density; Physical Characteristics; Social Environment; Pattern

---

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

## ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

แอลกอฮอล์มีผลต่อจิตประสาทและทำให้เกิดการติดได้<sup>1</sup> เป็นสาเหตุการเสียชีวิต ร้อยละ 7.2 เกิดโรคกว่า 230 ชนิด ปี พ.ศ. 2559 มีผู้เสียชีวิตจากการดื่ม จำนวน 3 ล้านคน และประชากรโลกอายุ 15 ปีขึ้นไป บริโภคแอลกอฮอล์เท่ากับ 6.4 ลิตรต่อคน<sup>2,3</sup> ในประเทศไทย พบว่า พ.ศ. 2556 แอลกอฮอล์เป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพของเพศชาย ร้อยละ 22.30 เพศหญิง ร้อยละ 1.7<sup>4</sup> ปี พ.ศ. 2560 ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในรอบปีที่แล้ว ร้อยละ 47.4<sup>5</sup> ความชุกในกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป ลดลงจากร้อยละ 31.5 ในปี พ.ศ. 2554 เป็นร้อยละ 28.4 ในปี พ.ศ. 2560 และร้อยละ 28 ในปี พ.ศ. 2564 การดื่มประจำทั้งชายและหญิงอยู่ในกลุ่มอายุ 25-44 ปี และอายุ 45-59 ปี ร้อยละ 42.9 และ 34.6 เมื่อพิจารณารายภาค พบว่า พ.ศ. 2560 ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นภูมิภาคที่มีความชุกของการดื่มสุราสูงที่สุด ร้อยละ 35.4 และ 32.8 ปี พ.ศ. 2564 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือภาคกลาง มีอัตราความชุกของนักดื่มปัจจุบันสูงที่สุด ร้อยละ 30.0 และ 29.1 กลุ่มผู้ใหญ่และวัยรุ่นมีความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์สูงเมื่อเปรียบเทียบกับภูมิภาคอื่น<sup>6,7</sup> ระดับมลทินทางสังคมในมุมมองของประชาชนต่อ

ผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความคิดเห็นระดับรุนแรงมากที่สุด ร้อยละ 55.5<sup>8</sup>

ในจังหวัดสงขลา ปี พ.ศ. 2560 มีความชุกนักดื่มอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 13.2 สัดส่วนนักดื่มประจำ ร้อยละ 51.7 และ สัดส่วนนักดื่มที่มีปัญหาการดื่ม ร้อยละ 67.6 มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาแอลกอฮอล์เท่ากับ 0.4 อันดับที่ 35 ของประเทศ<sup>9</sup> ปี พ.ศ. 2564 มีความเสี่ยง 0.4 แต่ความชุกนักดื่มอายุ 15 ปีขึ้นไป กลับสูงขึ้นเป็นร้อยละ 16.4 ส่วนผลกระทบจากการดื่มลดลง ความชุกต่อการทำงาน จากร้อยละ 2.6 เป็นร้อยละ 0.9 การได้รับอุบัติเหตุจากการดื่มหรืออุบัติเหตุจากท้องถนนจากการดื่มสุราของผู้อื่นยังมีอยู่ ร้อยละ 7.0 และ 0.5<sup>9</sup> แม้ว่าทิศทางของผลกระทบลดลงแต่ยังนับว่าเป็นจังหวัดที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาจากแอลกอฮอล์ ประกอบกับเป็นจังหวัดที่เป็นศูนย์กลางคมนาคม เศรษฐกิจ การศึกษา และมีประชากรมากถึง 1.4 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2560 – 2563<sup>10</sup> ทั้งนี้ ความหนาแน่นของจุดจำหน่าย มีความสัมพันธ์กับการดื่ม<sup>11,12</sup> การใช้ความรุนแรง อาชญากรรม และการบาดเจ็บ<sup>13-15</sup> จึงนำมาสู่การศึกษานี้ เพื่อเป็นแนวทางการแก้ไขป้องกันผลกระทบทางสุขภาพและสังคม ตลอดจนความเชื่อมโยงในการจัดการปัญหาเสพติดต่อไป

## วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

เพื่อศึกษาลักษณะทางกายภาพ สังคม สิ่งแวดล้อม และแบบแผนของจุดจำหน่าย เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเขตเมือง

## วิธีการศึกษา (Method)

### 1. การออกแบบวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ใช้แนวคิดระดับชาติวิทยาพรรณนา<sup>16</sup> ประกอบด้วยสถานที่ (Place) ได้แก่ ค่าพิกัด ทางภูมิศาสตร์ ประชากร (Population) ได้แก่ ลักษณะโครงสร้าง ประเภทจุดจำหน่าย และชนิดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และเวลา (Time) ช่วงเวลาการเปิด-ปิดในเดือนมีนาคม 2563

### 2. ประชากรและกลุ่มศึกษา

ประชากร คือ จุดจำหน่ายเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ เกณฑ์การคัดเลือก มีลักษณะ โครงสร้าง และจำหน่ายทุกชนิดเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ และเกณฑ์การคัดออก การปิด กิจการ

### 3. เครื่องมือและการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย 1) ข้อมูลสถานที่ ใช้เครื่องมือวัดค่าพิกัด ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ เพื่อจุดพิกัด ตำแหน่ง บันทึกลง แล้วนำค่าพิกัดมาทำเป็น แผนที่ใน Google Earth 2) ข้อมูลจุดจำหน่าย ฯ และ 3) ข้อมูลเวลาเปิดปิด สร้างแบบ- บันทึกลงใน Google from การรวบรวมข้อมูล คือ 1) ข้อมูลสถานที่ ออกสำรวจพื้นที่ด้วย

จักรยานยนต์ วัดตำแหน่งค่าพิกัดทาง ภูมิศาสตร์ ด้วย Google Earth<sup>17</sup> ใน โทรศัพท์เคลื่อนที่ เพื่อกำหนดค่าพิกัดและปัก หมุดตำแหน่งจุดจำหน่ายฯ บันทึกลงและ กำหนดสัญลักษณ์ เพื่อระบุตำแหน่ง 2) ข้อมูลจุดจำหน่ายฯ และ 3) ข้อมูลเวลา เปิด-ปิด ใช้แบบบันทึกข้อมูล ทั้งหมดบันทึก โดยผู้วิจัย

### 4. การจัดการและวิเคราะห์ข้อมูล

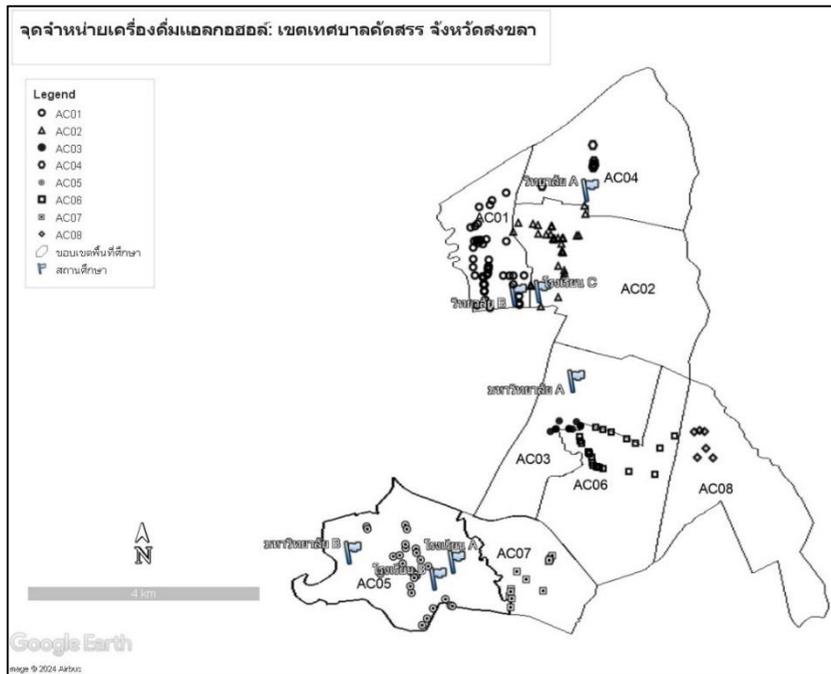
ตรวจสอบความถูกต้องและความ สมบูรณ์ครบถ้วนของข้อมูล วิเคราะห์ความ หนาแน่นด้วย 1) คำนวณความหนาแน่น เปรียบเทียบกับจำนวนประชากรในพื้นที่ สำรวจ<sup>18,19</sup> เนื่องจากประชากรมีจำนวนมาก เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนจุดจำหน่าย เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จึงนำเสนอความ หนาแน่นต่อประชากร 1,000 คน และ 2) คำนวณความหนาแน่นเทียบกับขนาด พื้นที่เชิงภูมิศาสตร์<sup>19,20</sup> วิเคราะห์ข้อมูลด้วย สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ อธิบายข้อมูลสถานที่ จุดจำหน่ายเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ และช่วงเวลาเปิด-ปิด และ วิเคราะห์การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวน ชั่วโมงเปิด-ปิด ใช้สถิตินอนพารามิเตอร์ Kruskal Wallis Test

### 5. จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยคำนึงถึงหลักจริยธรรมการ วิจัย ระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลไม่กระทำ การรบกวนบุคคลอื่น นำเสนอผลการวิจัยเป็น ภาพรวม เพื่อใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

## ผลการศึกษา (Results)

1. สถานที่จุดจำหน่ายฯ พบจุดจำหน่ายฯ จำนวน 170 ร้าน มีการกระจายแบบเกาะกลุ่ม ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 การกระจายของจุดจำหน่ายเครื่องดื่มน้ำแอลกอฮอล์ จำแนกตามชุมชน

ความหนาแน่นต่อจำนวนประชากร และความหนาแน่นต่อพื้นที่ภาพรวมใกล้เคียงกัน เท่ากับ 4.28 และ 4.83 ชุมชน AC01 มีความหนาแน่นตามขนาดพื้นที่เชิง

ภูมิศาสตร์สูงสุด 27.65 แห่งต่อตารางกิโลเมตร ความหนาแน่นต่อประชากร 1,000 คน ชุมชน AC07 เท่ากับ 13.06 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำแนกตามชุมชน

ชุมชน	จุดจำหน่ายฯ		จำนวนประชากร (คน)	ความหนาแน่นต่อประชากร 1,000 คน	พื้นที่ (ตร.กม.)	ความหนาแน่นต่อ ตร.กม.
	จำนวน	ร้อยละ				
AC01	65	38.2	8,472	7.67	2.35	27.65
AC02	18	10.6	10,377	1.73	6.20	2.90
AC03	10	5.9	8,369	1.19	4.11	2.43
AC04	7	4.1	2,807	2.49	4.69	1.49
AC05	27	15.9	4,890	5.52	4.81	5.61
AC06	24	14.1	3,209	7.47	4.99	4.80
AC07	13	7.6	995	13.06	2.59	5.01
AC08	6	3.5	565	10.61	5.40	1.11
<b>รวม</b>	<b>170</b>	<b>100</b>	<b>39,684</b>	<b>4.28</b>	<b>35.14</b>	<b>4.83</b>

2. ลักษณะโครงสร้าง ประเภทจุดจำหน่ายฯ และชนิดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า เป็นทavernเฮ้าส์และบ้านเดี่ยว ร้อยละ 51.2 และ 41.8 เป็นร้านขายของชำมากที่สุด

ร้อยละ 58.2 เบียร์และเหล้าเป็นเครื่องดื่มที่จำหน่ายสูงสุดใกล้เคียงกันทุกชุมชน จำนวน 169 และ 166 ร้าน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ชนิดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำแนกตามชุมชน

ชุมชน	ชนิดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่จำหน่าย*									
	เหล้า	เบียร์	เหล้าบ้าน	เหล้าขาว/กลั่น	ไวน์	คุลเลอร์/ผสมน้ำผลไม้	บรันดี	วิสกี้/วอดก้า	เหล้าผสมพร้อมดื่ม	ยาตอง
AC01	63 (96.9)	64 (98.5)	2 (3.1)	49 (75.4)	8 (12.3)	57 (87.7)	19 (29.2)	13 (20.0)	2 (3.1)	1 (1.5)
AC02	18 (100.0)	18 (100.0)	1 (5.6)	14 (77.8)	2 (11.1)	18 (100.0)	3 (16.7)	3 (16.7)	1 (5.6)	0 (0.0)
AC03	10 (100.0)	10 (100.0)	0 (0.0)	10 (100.0)	4 (40.0)	10 (100.0)	3 (30.0)	4 (40.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
AC04	7 (100.0)	7 (100.0)	0 (0.0)	5 (71.4)	1 (14.3)	5 (71.4)	1 (14.3)	1 (14.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
AC05	27 (100.0)	27 (100.0)	0 (0.0)	21 (77.8)	0 (0.0)	23 (85.2)	14 (51.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (3.7)

ตารางที่ 2 ชนิดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำแนกตามชุมชน (ต่อ)

ชุมชน	ชนิดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่จำหน่าย*									
	เหล้า	เบียร์	เหล้า ปั่น	เหล้าขาว/ กลั่น	ไวน์	คูลเลอร์/ ผสมน้ำผลไม้	บรันดี	วิสกี้/ วอดก้า	เหล้าผสม พร้อมดื่ม	ยา ดอง
AC06	22 (91.7)	24 (100.0)	4 (16.7)	12 (50.0)	4 (16.7)	21 (87.5)	9 (37.5)	7 (29.2)	3 (12.5)	0 (0.0)
AC07	13 (100.0)	13 (100.0)	0 (0.0)	12 (92.3)	0 (0.0)	12 (92.3)	1 (7.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
AC08	6 (100.0)	6 (100.0)	0 (0.0)	3 (50.0)	0 (0.0)	1 (16.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
รวม (170)	166	169	7	126	19	147	50	28	6	2

\*ตอบได้มากกว่า 1 ชนิด

ร้านอาหาร และสวนอาหารจำหน่าย ที่สุด จำนวน 9 ชนิด และพบการจำหน่ายใน เครื่องดื่มแอลกอฮอล์หลากหลายชนิดมาก ร้านเบเกอรี่ และร้านนม/น้ำชา (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ชนิดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่จำหน่าย จำแนกตามประเภทจุดจำหน่ายเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์

จุด จำหน่าย ฯ	ชนิดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่จำหน่าย*									
	เหล้า	เบียร์	เหล้า ปั่น	เหล้าขาว/ กลั่น	ไวน์	คูลเลอร์/ ผสมน้ำ ผลไม้	บรันดี	วิสกี้/ วอดก้า	เหล้าผสม พร้อมดื่ม	ยา ดอง
ร้านขาย ของชำ	99 (100.0)	99 (100.0)	0 (0.0)	89 (89.9)	1 (1.0)	90 (90.9)	11 (11.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.0)
ร้านสะดวก ซื้อ	23 (100.0)	23 (100.0)	0 (0.0)	21 (91.3)	16 (69.6)	21 (91.3)	20 (87.0)	18 (78.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
ร้านอาหาร ตามสั่ง	5 (83.3)	6 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (16.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
ร้านอาหาร/ สวนอาหาร	18 (100.0)	18 (100.0)	1 (5.6)	2 (11.1)	1 (5.6)	16 (88.9)	6 (33.3)	1 (5.6)	1 (5.6)	0 (0.0)
สถาน บันเทิง	6 (100.0)	6 (100.0)	6 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	6 (100.0)	6 (100.0)	6 (100.0)	5 (83.3)	0 (0.0)
มินิมาร์ท	9 (100.0)	9 (100.0)	0 (0.0)	7 (77.8)	0 (0.0)	6 (66.7)	2 (22.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
ร้านขายส่ง	2 (100.0)	2 (100.0)	0 (0.0)	2 (100.0)	0 (0.0)	2 (100.0)	1 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
ร้านขาย เหล้านอก	2 (100.0)	2 (100.0)	0 (0.0)	2 (100.0)	0 (0.0)	2 (100.0)	2 (100.0)	2 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)

ตารางที่ 3 ชนิดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่จำหน่าย จำแนกตามประเภทจุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ต่อ)

จุดจำหน่าย ๖	ชนิดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่จำหน่าย*									
	เหล้า	เบียร์	เหล้า ปั่น	เหล้าขาว/ กลั่น	ไวน์	คูลเลอร์/ ผสมน้ำ ผลไม้	บรันดี	วิสกี้/ วอดก้า	เหล้าผสม พร้อมดื่ม	ยาดอง
โรงแรม	1 (100.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
ห้างสรรพ สินค้า	1 (100.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	1 (100.0)	1 (100.0)	1 (100.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
ร้านนม/ น้ำชา	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
ร้านยาดอง	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)
ร้านเบเกอรี่	1 (100.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
<b>รวม</b>	<b>166</b>	<b>169</b>	<b>7</b>	<b>126</b>	<b>19</b>	<b>147</b>	<b>50</b>	<b>28</b>	<b>6</b>	<b>2</b>

\*ตอบได้มากกว่า 1 ชนิด

3. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มจุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบของค่าเฉลี่ยจำนวนชั่วโมงการเปิด-ปิด ตามความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนชั่วโมงการเปิด-ปิด จำแนกตามกลุ่มจุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

กลุ่มจุดจำหน่าย๖	N	จำนวนชั่วโมงการเปิด-ปิด			
		$\bar{x}$	SD	df	P-value
กลุ่มชายของชำ	132	13.30	2.01	3	0.00**
กลุ่มชายเหล้าและสถานบันเทิง	9	10.11	4.04		
กลุ่มชายอาหาร	26	10.33	3.46		
กลุ่มอื่น ๆ (โรงแรม, ชายส่ง)	3	13.33	4.16		
ภาพรวม	170	12.67	2.71		

\*\*Kruskal-wallis Test

ผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างคู่ด้วย Tukey (Tukey HSD) พบกลุ่มชายของข้ามีค่าเฉลี่ยแตกต่างกับกลุ่มชายเหล่าและสถานบันเทิง และกลุ่มชายอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

### วิจารณ์ (Discussions)

จากการศึกษา พบชุมชนที่มีความหนาแน่นตามขนาดพื้นที่ และความหนาแน่นต่อจำนวนประชากรสูง สอดคล้องกับ 5 จังหวัดตัวแทนที่มีความหนาแน่นสูง<sup>21</sup> จากแนวคิดทฤษฎี Classic availability theory, Social Disorganization theory, Routine activity theory, Niche theory และ Assortative drinking อธิบายว่า ความหนาแน่นส่วนหนึ่งจำเพาะต่อการเพิ่มปริมาณการดื่มและรูปแบบการดื่ม<sup>22</sup> พื้นที่ที่มีความหนาแน่นสูง มีอัตราการดื่มแบบความเสี่ยงสูง 1.22 เท่าของพื้นที่ที่มีจำนวนน้อยกว่า<sup>23</sup> ซึ่งความหนาแน่นมีความสัมพันธ์กับการดื่มหนัก ( $r = 0.82, p = 0.01$ ) ดื่มบ่อย ( $r = 0.73, p = 0.04$ ) และปัญหาที่เกี่ยวข้อง ( $r = 0.79, p = 0.02$ )<sup>11</sup> ความสัมพันธ์กับอัตราการเข้ารับการรักษาจากการทำร้ายร่างกาย<sup>24</sup> จำนวนการบาดเจ็บของคนเดินถนน ความรุนแรงในครอบครัว และอาชญากรรมอื่น<sup>13,14,15</sup> อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์ระหว่างความหนาแน่นกับการดื่มมีความซับซ้อนและอาจแตกต่างกัน เนื่องจากการออกแบบพื้นที่ และรูปแบบการเดินทางที่แตกต่างกัน<sup>25</sup> นอกจากนี้ พบว่า

พื้นที่สำรวจเป็นที่ตั้งของสถาบันการศึกษา ระดับอุดมศึกษา จำนวน 4 แห่ง การมีจุดจำหน่าย ๕ อยู่ใกล้มีแนวโน้มทำให้มีอัตราการดื่มในเยาวชนสูงกว่าพื้นที่ที่มีผู้สูงอายุ<sup>26</sup>

ลักษณะโครงสร้าง เป็นทาวน์เฮ้าส์ บ้านเดี่ยว เป็นลักษณะที่อยู่อาศัยของประชาชนในพื้นที่ เป็นกลุ่มชายของข้ามากที่สุด เพราะบริบททางสิ่งแวดล้อม วิถีชีวิตของชุมชน เช่นเดียวกับการศึกษาก่อนหน้า พบว่าสถานที่จำหน่ายข้า พบมากที่สุดในบ้านขายของข้า<sup>23,27</sup> เบียร์และเหล้าเป็นเครื่องดื่มที่จำหน่ายสูงสุดใกล้เคียงกันทุกชุมชน อาจเพราะรสนิยมและพฤติกรรมการบริโภค สอดคล้องกับการเลือกซื้อเพราะความชอบ ( $x = 3.46$ )<sup>28</sup> การจำหน่ายในบ้านเบเกอรี่ ร้านนม/น้ำชา มีโอกาสที่ประชาชน เยาวชนสามารถเข้าถึงได้ การมีสถานที่จำหน่ายอย่างเพียงพอ และหลายชนิดเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดื่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05<sup>29</sup> การพบร้านขายยาต่อ ความไม่ชัดเจนในนิยามตามกฎหมาย<sup>30</sup> จึงมีผลต่อการควบคุมการจำหน่าย การผลิต หากดัดแปลงตำรับยา อาจเป็นอันตรายต่อผู้บริโภคจนเสียชีวิตได้<sup>31</sup>

กลุ่มชายของข้ามีค่าเฉลี่ยจำนวนชั่วโมงการเปิด-ปิดแตกต่างกับกลุ่มชายเหล่าและสถานบันเทิง และกลุ่มชายอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อาจเป็นเพราะกลุ่มชายของข้าเปิดบริการตลอดวัน ต่างจากกลุ่มชายเหล่าและสถานบันเทิงที่เปิดบริการช่วงเย็นหรือค่ำ ทั้งนี้ ความหนาแน่น

ของจุดจำหน่ายฯ ชั่วโมง และวันที่จำหน่ายมีผลกระทบต่อการบริโภค รูปแบบการดื่ม และความเสียหายจากแอลกอฮอล์ อย่างน้อยหนึ่งอย่าง<sup>32</sup>

### ข้อยุติ (Conclusions)

ชุมชนมีความหนาแน่นจุดจำหน่ายฯ ระดับสูง การพบจุดจำหน่ายฯ ที่มีโครงสร้างมั่นคง มีรูปแบบกลุ่มจุดจำหน่ายฯ หลากหลาย และมีชนิดเครื่องดื่มให้แอลกอฮอล์จำนวนมากที่แทรกซึมอยู่ในชุมชน และการมีช่วงเวลาเปิด-ปิดของจุดจำหน่ายฯ ยาวนานหลายชั่วโมง

### ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

ภาครัฐควรให้ความสำคัญในการแก้ไขปัญหาการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การ

ควบคุมจุดจำหน่ายฯ อย่างเป็นรูปธรรม ตลอดจนการสร้างความรู้เท่าทันและการบริโภคอย่างปลอดภัยให้แก่ประชาชน

### สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

การศึกษานี้ เป็นการสำรวจจุดจำหน่ายฯ ในเบื้องต้น มีข้อจำกัดในการสังเกตช่วงเวลาเปิด-ปิดร้านเท่านั้น จึงต้องออกแบบการวิจัยให้ครอบคลุมการมีใบอนุญาต ช่วงเวลาจำหน่าย การศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อประเมินบริบทในสถานการณ์จริง ตลอดจนการเปรียบเทียบแนวโน้มความหนาแน่นของจุดจำหน่ายฯ

### เอกสารอ้างอิง (References)

1. World Health Organization. Alcohol health [online] 2024 [cited 2024 June 22]. Available from: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/global-information-system-on-alcohol-and-health>.
2. Substance Abuse Department of Mental Health and Substance Abuse. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization; 2018.
3. World Health Organization. Global information system on alcohol and health [online] 2024 [cited 2024 June 22]. Available from: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/global-information-system-on-alcohol-and-health>.
4. The International Health Policy Program. Report of disease and injury burden of thai population 2013. Bangkok: The Graphico Systems; 2015. [in Thai]

5. Assanangkornchai S, Saingam D, editors. **Situation report alcohol consumption in thai society in 2017**. Bangkok: Sahamit Pattanakarn Printing (1992); 2019. [in Thai].
6. Tanaree A, Vichitkunakorn P. Alcohol drinking and provincial alcohol problem index (PAPI) in Thailand: The 2017 survey. **Journal of Health Systems Research** 2019; 13(4): 353-367. [in Thai].
7. Assanangkornchai S, editor. **The report alcohol consumption in thailand 2021**. Bangkok: Sahamit Pattanakarn Printing (1992); 2022. [in Thai].
8. Phanthet W, Manop K. Perception of social stigma among populaion on cannabis users, cigarette smokers, and alcohol drinkers in Udon Thani Province. **Community Health Development Quarterly Khon Kaen University** 2016; 4(2): 211-224. [in Thai].
9. Assanangkornchai S, editor. **Provincial alcohol report in 2017**. Bangkok: Sahamit Pattanakarn Printing (1992); 2019. [in Thai].
10. Vichitkunakorn P, Tanaree A, editors. **Provincial alcohol report in 2021**. Bangkok: Sahamit Pattana Printing (1992); 2022. [in Thai].
11. Weitzman RE, Folkman A. The relationship of alcohol outlet density to heavy and frequent drinking and drinking-related problems among college students at eight universities. **Health & Place** 2003; 9(1): 1-6.
12. Trangenstein JP, Curriero CFrank, Webster D, Jennings MJ, Latkin C, Eck R, Jernigan HD. Outlet Type, Access to Alcohol, and Violent Crime. **Alcohol Clin Exp Res** 2018; 42(11): 2234-2245.
13. Livingston M. A longitudinal analysis of alcohol outlet density and domestic violence. **Addiction** 2010; 106(5): 919-925.
14. Britt RH, Carlin PB, Toomey LT, Wagenaar CA. Neighborhood Level Spatial Analysis of the Relationship Between Alcohol Outlet Density and Criminal Violence. **Environmental and Ecological Statistics** 2005; 12: 411-426.
15. Nesoff DE, Milam JA, Branans CC, Martins SS, Knowlton R A, Furr- Holden MD. Alcohol Outlets, Neighborhood Retail Environments, and Pedestrian Injury Risk. **Alcohol**

- Clin Exp Res 2018; 42(10): 1979-1987.
16. Dicker RC. **Principles of epidemiology**. 2<sup>nd</sup> ed. Georgia: U.S. Department of Health and Human Services; n.p.
17. Google Earth. **Songkhla: descriptive epidemiological of alcohol outlet** [online] 2020 [cited 2024 June 18]. Available from: <https://www.google.co.th/intl/th/earth/>. [in Thai].
18. Ministry of Public Health. **Health data center: general information** [online] 2020 [cited 2024 June 22]. Available from: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>. [in Thai].
19. Thaikla K. **The accessibility to alcohol outlets in thailand**. Songkla: Centre for Alcohol Studies; 2019. [in Thai].
20. Kho Hong Municipality. **Online database: area of kho hong community** [online] 2024 [cited 2024 June 22]. Available from: [https://www.khohongcity.go.th/news\\_download1](https://www.khohongcity.go.th/news_download1). [in Thai].
21. Kamonrungsan J, Jaichuen N, Chaiyasong S. Situation of alcohol outlets. **Journal of Health Systems Research** 2018; 12(1): 42-55. [in Thai].
22. Saengow U. Effects of alcohol outlet density on drinking behavior and consequences. **Journal of Health Science Research** 2018; 12(1): 129-139. [in Thai].
23. Thaikla K. **Report on the survey on alcohol outlets, after enforcement of the alcoholic beverage control act B.E. 2551 (A.D. 2008), Period 10 years**. Chiang Mai: Research Institute for Health Sciences, Chiang Mai University; 2019. [in Thai].
24. Livingston M. Alcohol outlet density and harm: Comparing the impacts on violence and chronic harms. **Drug and Alcohol Review** 2011; 30(5): 453-565.
25. Schonlau M, Scribner R, Farley AT, Theall PK, Bluthenthal NR, Scott M, et al. Alcohol Outlet Density and Alcohol Consumption in Los Angeles County and Statewide. **Geospatial Health** 2008; 3(1): 91-101.
26. Sacks JJ, Brewer DR, Mesnick J, Holt BJ, Zhang X, Kanny D, et al. Measuring Alcohol Outlet Density: An Overview of Strategies for Public Health Practitioners. **Journal of Public Health Management and Practice** 2020; 26(5): 481-488.

27. Changkit P. **A study of distribution of selling alcohol round school by geoinformatics** [thesis]. Chon Buri: Faculty of Geo-Informatics, Burapha University; 2017. [in Thai].
28. Auntaya W. Alcohol purchase behavior of consumers in Maha Sarakham Municipality. **Journal of Organizational Management Excellence** 2023; 1(1): 16-32. [in Thai].
29. Kuha P. **Factors related to alcohol drinking of female undergraduate university students, Chiang Mai Province** [thesis]. Chiang Mai: Graduate School Chiang Mai University; 2015. [in Thai].
30. Phothong C. **Legislative measures control on manufacturing and distribute herbal liquor** [online] 2015 [cited 2024 June 21]. Available from: <http://law.master.kbu.ac.th/StudentTheses/2558/2558-004.pdf>. [in Thai].
31. Karnjanasin N, Phanthangkun P. Yadong -Thai herbal liquor. **Kalasin University Journal of Humanities Social Sciences and Innovation** 2022; 1(1): 75-81. [in Thai].
32. Popova S, Giesbrecht N, Bekmuradov D, Patra J. Hours and Days of Sale and Density of Alcohol Outlets: Impacts on Alcohol Consumption and Damage: A Systematic Review. **Alcohol and Alcoholism** 2009; 44(5): 500–516.



# ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนผู้ป่วยโรคมือเท้าปากกับปัจจัย อุตุนิยมวิทยาในจังหวัดขอนแก่น

ศุภรัตน์ อัครพรธนภักดิ์\*, วัฒนา ชยธวัช\*,  
ภาวัต ขาวพัฒนวรรณ\*, พิศมร กองสิน\*

## บทคัดย่อ

โรคมือเท้าปากเป็นโรคติดเชื้อที่พบมากในเด็ก ส่วนใหญ่จะมีอาการไม่รุนแรง เชื้อโรคที่ทำให้เกิดโรคมือเท้าปากตายง่ายในที่แห้งและความร้อน จึงมีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านอุตุนิยมวิทยา การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนผู้ป่วยโรคมือเท้าปากกับปัจจัยอุตุนิยมวิทยาในจังหวัดขอนแก่น โดยรวบรวมข้อมูลสถิติรายเดือนโดยรวมจำนวนผู้ป่วยโรคมือเท้าปาก และสถิติอุตุนิยมวิทยาของจังหวัดขอนแก่น ระหว่างปี พ.ศ. 2563 ถึง 2567 สำนักกระบวนวิชากระทรวงสาธารณสุข และศูนย์อุตุนิยมวิทยาภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสหสัมพันธ์เพียร์สัน และตัวแบบการถดถอยเชิงเส้นน้อยตัว

ผลการศึกษาพบว่า ปริมาณฝนเฉลี่ยกับจำนวนผู้ป่วยโรคมือเท้าปากเฉลี่ยรายเดือนมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันเท่ากับ 0.439 ค่าพีน้อยกว่า 0.05 ตัวแบบการถดถอยปัวซองน้อยตัว และตัวแบบการถดถอยทวินามลบที่สอดคล้องกับข้อมูลมากที่สุด มีเพียงปริมาณฝนเฉลี่ยรายเดือนเป็นตัวแปรอธิบายเพียงตัวเดียว โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การกำหนด (coefficient of determination -  $R^2$ ) เท่ากับ 0.363 และ 0.293 ตามลำดับ ตัวแบบสมการปัวซองน้อยตัว  $y = \exp(4.531 + 0.185x)$  เมื่อ  $y$  คือ จำนวนผู้ป่วยโรคมือเท้าปาก สามารถอธิบายได้ด้วย  $x$  คือ ปริมาณน้ำฝนเฉลี่ย เมื่อ  $\exp(0.185)$  เท่ากับ 1.20 ดังนั้น จำนวนผู้ป่วยโรคมือเท้าปากจะเพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 20 เมื่อปริมาณฝนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 1 มิลลิเมตร

**คำสำคัญ:** โรคมือเท้าปาก; ความสัมพันธ์; ปัจจัยอุตุนิยมวิทยา; จังหวัดขอนแก่น; ตัวแบบการถดถอยเชิงเส้นน้อยตัว

\*คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

Corresponding author: Suparus Utsawapontanapat Email: suparus.u@ptu.ac.th

Received 01/08/2024

Revised 02/09/2024

Accepted 27/09/2024

## RELATIONSHIP BETWEEN THE HAND-FOOT-MOUTH DISEASE INCIDENTS AND METEOROLOGICAL FACTORS IN KHON KAEN PROVINCE

*Suparus Utsawapontanapat\*, Vadhana Jayathavaj\*,*

*Phawat Kaopattanawan\*, Pissamorn Kongsin\**

### ABSTRACT

Hand-foot-and-mouth disease is an infectious disease that is very common in children. Most of the symptoms are mild. Germs that cause hand-foot-and-mouth disease die easily in dry places and heat. Therefore, it is related to meteorological factors. This study aimed to study the relationship between the number of HFMD patients and meteorological factors in Khon Kaen Province. The secondary data of monthly, statistics including the number of patients with HFMD and meteorological factors of Khon Kaen Province between 2020 and 2024, were collected from the Bureau of Epidemiology, Ministry of Public Health, and the Upper Northeastern Meteorological Center, respectively. Data was analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient, and the generalized linear regression models.

The results showed that there is a moderate correlation between the average amount of rainfall and the monthly average number of HFMD patients, the Pearson correlation coefficient was 0.439 (p-value <.05). The generalized Poisson regression model and the negative binomial regression model that best fit the data included only average monthly rainfall as the only explanatory variable, the coefficient of determination ( $R^2$ ) is equal to 0.363 and 0.293, respectively. The generalized Poisson regression equation:  $y = \exp(4.531 + 0.185x)$ , where y is the number of HFMD patients, can be explained by x as the average rainfall. When  $\exp(0.185)$  is equal to 1.20, then the number of HFMD patients will increase from the average by 20 percent when the average rainfall increases by 1 millimeter.

**Keywords:** Hand foot mouth disease; Relationship; Meteorological factors; Khon Kaen province; Generalized linear regression model

---

\*Faculty of Allied Health Sciences, Pathumthani University

## ภูมิหลัง และ เหตุผล (Background and rationale)

โรคมือเท้าปาก (Hand, foot and mouth disease - HFMD) เป็นโรคติดเชื้อที่มีสาเหตุจากการติดเชื้อกลุ่มเอนเทอโรไวรัส ได้แก่ คอกซากีไวรัส A16 (Coxsackievirus A16 – CA16) และเอนเทอโรไวรัส 71 (Enterovirus 71 – EV71) พบมากในเด็ก แต่ก็สามารถเกิดในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ อาการที่พบบ่อย เช่น มีไข้ เจ็บแผลในปาก และมีผื่นขึ้นที่มือ เท้า และก้น ส่วนใหญ่จะมีอาการไม่รุนแรงและจำกัดตัวเอง แต่อาจมีอาการรุนแรงมากขึ้น เช่น เยื่อหุ้มสมองอักเสบ ไขสันมของอักเสบ และอัมพาตคล้ายโปลิโอ<sup>1</sup> เชื้อนี้ตายง่ายในที่แห้งและร้อน การต้มหรือหนึ่งสามารถฆ่าเชื้อนี้ได้ แต่หากอยู่ในที่ที่มีความชื้นหรือมีสารคัดหลั่งปกคลุมเชื้อจะอยู่ได้นานหลายวัน การศึกษาเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี ที่จังหวัดลพบุรี พบการติดเชื้อทั้งสองชนิดพร้อมกัน และยังพบการแพร่ระบาดอย่างต่อเนื่องในช่วงฤดูหนาวและฤดูร้อน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 จนถึงปี พ.ศ. 2556 ซึ่งเป็นช่วงที่ไม่ปกติสำหรับการเกิดโรคมือเท้าปากในประเทศไทยที่จะพบการระบาดในช่วงฤดูฝน<sup>2</sup> การศึกษาอิทธิพลของอุณหภูมิ ความชื้น และอัตราการเกิดโรคมือเท้าปากในเมืองกวังโจว ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 ถึงปี พ.ศ. 2560 พบว่าอุณหภูมิสูงทำให้อุบัติการณ์ของโรคมือเท้าปากลดลงอย่างรวดเร็ว ผลของความชื้นต่ำ

อุบัติการณ์ของโรคก็ลดลงด้วย แต่จะเพิ่มขึ้นเมื่อความชื้นเกินร้อยละ 60.5 โดยที่อุณหภูมิและความชื้นมีบทบาทสำคัญต่ออุบัติการณ์ของโรคมือเท้าปาก ข้อมูลเหล่านี้มีความสำคัญต่อการพัฒนากลยุทธ์ด้านสาธารณสุข<sup>3</sup> ผลการศึกษาพบว่า อุณหภูมิอากาศ ระยะเวลาแสงแดด ความเร็วลม และความดันบรรยากาศมีผลกระทบต่อความสำคัญต่ออุบัติการณ์ของโรคมือเท้าปาก<sup>4</sup> บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย ได้แก่ อุณหภูมิเฉลี่ย ค่าเฉลี่ยความกดอากาศ ความชื้นสัมพัทธ์ ปริมาณฝน และระยะเวลาแสงแดดมีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญต่อความเสี่ยงของโรคมือเท้าปากในเมืองหยางโจว การศึกษานี้เสนอแนะว่า การป้องกันที่มีประสิทธิภาพควรใช้มาตรการสำหรับโรคมือเท้าปากที่คำนึงถึงเงื่อนไขสภาพอากาศในท้องถิ่น<sup>5</sup>

การใช้ตัวแบบการถดถอยทวินามเชิงลบ (Negative binomial regression model) สำหรับการเตือนล่วงหน้า เมื่อเริ่มต้นการแพร่ระบาดของโรคมือเท้าปากในต้าเหลียน โดยมีตัวแปรตอบสนอง (Response variable) ที่เป็นจำนวนผู้ป่วยในแต่ละคาบเวลากับตัวแปรอธิบาย (Explanatory variables) ที่เป็นลำดับของคาบเวลา<sup>6</sup> การใช้ตัวแบบการถดถอยปัวซอง (Poisson Regression model) กับจำนวนผู้ป่วยมือเท้าปากระหว่างปี ค.ศ. 2008 ถึงปี ค.ศ. 2014 จำนวน 143 เมือง ในประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน พบว่า เมืองที่มีสภาพอากาศอบอุ่นขึ้นมีความสัมพันธ์เชิง

ลกับอัตราความรุนแรงของโรคมือเท้าปาก<sup>7</sup> และพบว่าอุบัติการณ์ผู้ป่วยมือเท้าปากมีความสัมพันธ์กับอุณหภูมิของเมืองต่าง ๆ เป็นอย่างมาก<sup>8</sup> การศึกษาความสัมพันธ์จำนวนผู้ป่วยโรคมือเท้าปากกับอุณหภูมิและความชื้นสัมพัทธ์ด้วยวิธีอนุกรมเวลาที่เมืองฟูกูโอกะ ประเทศญี่ปุ่น โดยใช้ข้อมูลรายสัปดาห์ปี ค.ศ. 2000 ถึงปี ค.ศ. 2010 พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคมือเท้าปากเพิ่มขึ้นร้อยละ 11.2 ทุก ๆ องศาเซลเซียสที่อุณหภูมิเฉลี่ยเพิ่มขึ้น และ เพิ่มขึ้นร้อยละ 4.7 ทุก ๆ ร้อยละ 1.0 ที่ความชื้นสัมพัทธ์เพิ่มขึ้น<sup>9</sup>

ประเทศไทยมีรายงานการพยากรณ์อากาศล่วงหน้าของกรมอุตุนิยมวิทยา<sup>10</sup> หากศึกษาพบความสัมพันธ์ปัจจัยอุตุนิยมวิทยากับจำนวนผู้ป่วยโรคมือเท้าปากในระดับพื้นที่แล้วจะสามารถกำหนดมาตรการป้องกันตามเงื่อนไขสภาพอากาศในท้องถิ่นได้อีกทางหนึ่ง จากสถิติจำนวนผู้ป่วยโรคมือเท้าปากของเขตสุขภาพที่ 7 ระหว่างปี พ.ศ. 2563 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2567 จังหวัดขอนแก่นมีผู้ป่วยเป็นอันดับ 1 เมื่อคิดจำนวนผู้ป่วยเต็มปีผู้ป่วยน้อยที่สุด 649 คนในปี พ.ศ. 2564 และมากที่สุดถึง 3,289 คน ในปี พ.ศ. 2565<sup>11</sup>

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนผู้ป่วยโรคมือเท้าปากกับปัจจัยอุตุนิยมวิทยาในจังหวัดขอนแก่น

### วิธีการศึกษา (Method)

#### รูปแบบการศึกษา (Study design)

การวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlational research design)

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and sample)

จำนวนผู้ป่วยโรคมือเท้าปากของจังหวัดขอนแก่น พ.ศ. 2564 ถึง พ.ศ. 2567 และข้อมูลอุตุนิยมวิทยารายเดือนของจังหวัดขอนแก่น พ.ศ. 2564 ถึง พ.ศ. 2567

#### เครื่องมือในการศึกษา

แบบบันทึกข้อมูลอนุกรมเวลาของจำนวนผู้ป่วยโรคมือเท้าปากและข้อมูลอุตุนิยมวิทยาของจังหวัดขอนแก่น พ.ศ. 2564 ถึง พ.ศ. 2567 จำนวน 36 เดือน

สถิติพรรณนา และสถิติการทดสอบการกระจายของตัวแปร (Shapiro Wilk test) การวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สัน หรือสหสัมพันธ์สเปียร์แมนกรณีที่ตัวแปรไม่มีการกระจายแบบปกติ

การวิเคราะห์ตัวแบบเชิงเส้นน้อยทั่วไป (Generalized Linear Models) ด้วยตัวแบบการถดถอยปัวซอง (Poisson Regression model) กรณีตัวแปรตอบสนองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับความแปรปรวน (Equidisperion)

สมการตัวแบบการถดถอยปัวซอง<sup>12</sup>

$Y$  ตัวแปรตอบสนอง หรือ ตัวแปรตาม

$\mu$  ค่าเฉลี่ยของตัวแปรตอบสนอง

การกระจายแบบปัวซอง ค่าเฉลี่ยจะเท่ากับความแปรปรวน

$X$  ตัวแปรอธิบาย หรือ ตัวแปรอิสระ

$$\mu = \alpha + \beta x$$
 ค่าเฉลี่ยของตัวแปร

ตอบสนองเท่ากับค่าคงที่บวกเพิ่มด้วย  $\beta$  เท่าของ  $X$  หน่วย ซึ่งกรณีของสมการถดถอยเชิงเส้นตรงโดยทั่วไป  $\mu$  อาจติดลบได้

ดังนั้น สมการ log link สำหรับสมการถดถอยบั้งซงสำหรับการนับจำนวน จึงเขียนเป็น

$$\log(\mu) = \alpha + \beta x$$

หรือ

$$\mu = e^{\alpha + \beta x} = e^\alpha \cdot e^{\beta x}$$

ดังนั้น ถ้าสัมประสิทธิ์  $\beta$  เป็นศูนย์มากกว่าหรือน้อยกว่าศูนย์มีความหมายดังนี้

$$\beta = 0 \quad e^0 = 1$$

ค่าเฉลี่ยของตัวแปรตอบสนอง ไม่ขึ้นกับ  $X$

$$\beta > 0 \quad e^\beta > 1$$

ค่าเฉลี่ยของตัวแปรตอบสนองเพิ่มขึ้น  $e^\beta$  เท่า

$$\text{ของ } e^x \quad \beta < 0 \quad 0 < e^\beta < 1$$

ค่าเฉลี่ยของตัวแปรตอบสนองน้อยลง

$$e^\beta \text{ เท่าของ } e^x$$

กรณีตัวแปรตอบสนองมีความแปรปรวนมากกว่าหรือน้อยกว่าค่าเฉลี่ย (Overdispersion) จะใช้ตัวแบบการถดถอยปัวซองนัยทั่วไป (Generalized Poisson regression model) หรือ ตัวแบบการถดถอยทวินามลบ (Negative binomial regression model)<sup>13</sup> ซึ่งสามารถประมวลผลด้วยโมดูล gamlj - General Analyses for Linear Models in Jamovi 2.6.6<sup>14</sup>

การเลือกตัวแปรอธิบายโดยวิธีเพิ่มตัวแปรอิสระแบบขั้นต่อน (Stepwise Regression)

นำตัวแปรเข้าตัวแบบโดยพิจารณาจากสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างตัวแปรอธิบายกับตัวแปรตอบสนองที่มีค่าสูงสุดตามลำดับ พิจารณาจากค่าพีของสัมประสิทธิ์

$\beta$  ของตัวแปรอธิบายที่มีค่าพิน้อยกว่า .05 ให้คงอยู่ในตัวแบบ ขณะที่ค่าสัมประสิทธิ์การกำหนด (Coefficient of determination - R<sup>2</sup>) ไม่ลดลง ค่าสถิติ F ในการทดสอบตัวแบบโดยรวม (Overall Model Test) สำหรับการถดถอยเชิงพหุแบบเส้นตรงและค่าสถิติไคส

แควร์ ( $\chi^2$ ) ในการทดสอบอัตราส่วนภาวะน่าจะเป็นลอการิทึม (Loglikelihood ratio tests)

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

จำนวนผู้ป่วยโรคมือเท้าปากของจังหวัดขอนแก่นเป็นจำนวนโดยรวมรายเดือนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 ถึง 2567 จากระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค 506 สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข<sup>11</sup>

ข้อมูลอุตุนิยมวิทยาของจังหวัดขอนแก่นจากสถานีศูนย์อุตุนิยมวิทยาภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน (ขอนแก่น) เป็นข้อมูลเฉลี่ยรายเดือนปี พ.ศ. 2564 ถึง 2567 ประกอบด้วย ความกดอากาศเฉลี่ย 8 เวลา (เฮกโตปาสกาล - Hpa) อุณหภูมิอากาศเฉลี่ย (องศาเซลเซียส) ความชื้นเฉลี่ย 8 เวลา (ร้อยละ) ปริมาณฝนเฉลี่ย (มม.) (จากข้อมูลรายวันนำมาเฉลี่ยต่อเดือน) และน้ำระเหย (มม.)<sup>15</sup>

### การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis)

สถิติพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และการถดถอยน้อยที่สุดด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป jamovi<sup>16,17</sup>

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ใช้ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคมือเท้าปากของจังหวัดขอนแก่นโดยรวม เป็นข้อมูลทุติยภูมิรวมรายเดือนที่เผยแพร่ต่อสาธารณะโดยกระทรวงสาธารณสุข<sup>11</sup> ไม่ใช่ข้อมูลรายบุคคลที่สามารถสืบย้อนกลับไปยังบุคคลนั้น ๆ ได้ ไม่ปฏิสัมพันธ์ใด ๆ กับผู้ป่วย

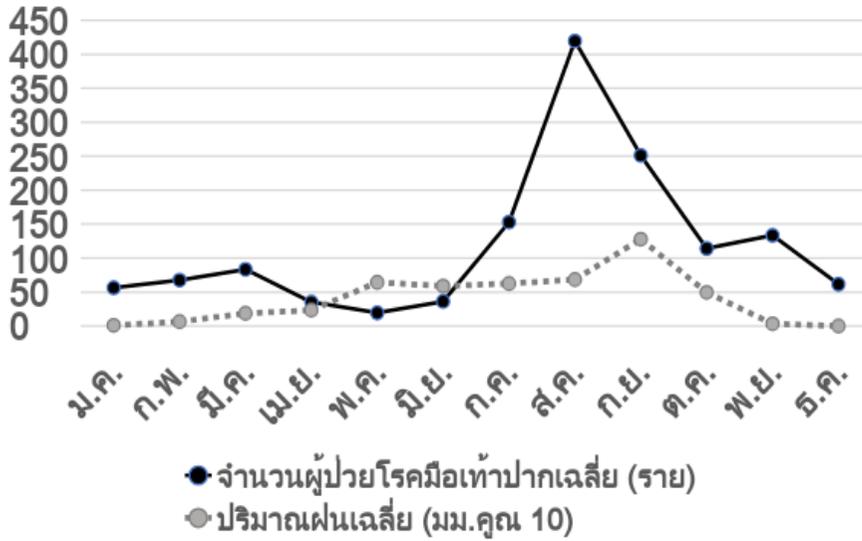
เป็นรายบุคคล จึงไม่ใช่ “โครงการวิจัยในคน” ตามประกาศมหาวิทยาลัยมหิดล เรื่อง แนวปฏิบัติสำหรับโครงการที่ไม่เข้าข่ายการวิจัยในคน พ.ศ. 2565<sup>18,19</sup>

### ผลการศึกษา (Results)

จากการประมวลผลจำนวนผู้ป่วยโรคมือเท้าปากของจังหวัดขอนแก่นโดยใช้ข้อมูลรายเดือน พ.ศ. 2564 ถึง สิงหาคม 2567 จำนวน 44 เดือน จำนวนผู้ป่วยเพิ่มสูงมากในเดือนกรกฎาคมไปจนถึงสิงหาคมแล้วลดลง ดังแสดงในตารางที่ 1 ขณะที่ปริมาณฝนเฉลี่ยเพิ่มสูงในเดือนพฤษภาคมจนกระทั่งสูงสุดในเดือนกันยายนแล้วลดลงในเดือนตุลาคมดังแสดงในตารางที่ 2

เมื่อนำข้อมูลสถิติเฉลี่ยรายเดือนจำนวนผู้ป่วยโรคมือเท้าปากจากตารางที่ 1 และปริมาณฝนเฉลี่ยจากตารางที่ 2 มาสร้างแผนภูมิเส้นดังแสดงในภาพที่ 1 พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคมือเท้าปากมีความสัมพันธ์กับปริมาณฝนไปในทิศทางเดียวกัน

ค่าสถิติพรรณนาจำนวนผู้ป่วยโรคมือเท้าปากและตัวแปรอุตุนิยมวิทยา ได้แก่ ปริมาณฝนเฉลี่ย ความชื้นเฉลี่ย ความกดอากาศเฉลี่ย อุณหภูมิเฉลี่ย และน้ำระเหยแสดงในตารางที่ 3



ภาพที่ 1 จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ยและปริมาณฟันเฉลี่ยรายเดือนของจังหวัดขอนแก่น

ตารางที่ 1 สถิติจำนวนผู้ป่วยโรคมือเท้าปาก (ราย) จังหวัดขอนแก่น

เดือน	พ.ศ.					สถิติรายเดือน			
	2563	2564	2565	2566	2567	ต่ำสุด	สูงสุด	เฉลี่ย	มัธยฐาน
ม.ค.	27	89	5	52	109	5	109	56	52
ก.พ.	40	144	2	57	95	2	144	68	57
มี.ค.	26	239	6	64	82	6	239	83	64
เม.ย.	4	107	3	36	26	3	107	35	26
พ.ค.	10	14	10	24	39	10	39	19	14
มิ.ย.	9	15	20	71	66	9	71	36	20
ก.ค.	16	14	383	180	172	14	383	153	172
ส.ค.	9	8	1,838	143	100	8	1,838	420	100
ก.ย.	20	5	815	165	-	5	815	251	93
ต.ค.	235	5	128	89	-	5	235	114	109
พ.ย.	411	5	37	81	-	5	411	134	59
ธ.ค.	132	4	42	68	-	4	132	62	55
รวม	939	649	3,289	1,030	-	649	3,289	1,477	985
ร้อยละ +/-		-30.88	406.78	-68.68	-				
เฉลี่ย/เดือน	78	54	274	86	86				

หมายเหตุ ใช้ข้อมูลรายเดือน พ.ศ. 2564 ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2567 จำนวน 44 เดือน

ตารางที่ 2 สถิติปริมาณฝน (มม.) จังหวัดขอนแก่น

เดือน	พ.ศ.				สถิติรายเดือน			
	2564	2565	2566	2567	ต่ำสุด	สูงสุด	เฉลี่ย	มัธยฐาน
ม.ค.	0.00	0.10	0.30	0.00	0.00	0.30	0.10	0.05
ก.พ.	0.76	1.80	0.00	0.00	0.00	1.80	0.64	0.38
มี.ค.	2.98	1.60	1.50	1.40	1.40	2.98	1.87	1.55
เม.ย.	4.85	2.70	1.20	0.60	0.60	4.85	2.34	1.95
พ.ค.	2.53	6.60	7.20	9.40	2.53	9.40	6.43	6.90
มิ.ย.	5.27	7.20	6.50	4.60	4.60	7.20	5.89	5.89
ก.ค.	4.23	10.10	2.40	8.30	2.40	10.10	6.26	6.27
ส.ค.	4.72	9.30	6.50	-	4.72	9.30	6.84	6.50
ก.ย.	9.38	16.30	12.70	-	9.38	16.30	12.79	12.70
ต.ค.	4.88	4.80	5.20	-	4.80	5.20	4.96	4.88
พ.ย.	0.00	1.00	0.00	-	0.00	1.00	0.33	0.00
ธ.ค.	0.00	0.00	0.00	-	0.00	0.00	0.00	0.00

หมายเหตุ ใช้ข้อมูลรายเดือน พ.ศ. 2564 ถึง กรกฎาคมค 2567 จำนวน 43 เดือน

ตารางที่ 3 ค่าสถิติจำนวนผู้ป่วยโรคมือเท้าปากและค่าอุตุนิยมวิทยาในจังหวัดขอนแก่น

ค่าสถิติ	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ปริมาณฝนเฉลี่ย (มม.)	ความชื้นเฉลี่ย (%)	ความกดอากาศเฉลี่ย (hPa)	อุณหภูมิเฉลี่ย (°C)	น้ำระเหย (มม.)
ค่าเฉลี่ย	129	3.93	70.3	1,009.00	27.5	4.23
มัธยฐาน	57	2.7	69.9	1,009.00	27.9	4.2
ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	300	3.96	9.16	3.38	2.4	0.99
ความแปรปรวน	89,738	15.7	84	11.4	5.74	0.97
ต่ำสุด	2	0	49.7	1,005.00	21.9	0
สูงสุด	1,838	16.3	86.7	1,016.00	33.8	6.1

หมายเหตุ ใช้ข้อมูลรายเดือน พ.ศ. 2564 ถึง กรกฎาคมค พ.ศ. 2567 จำนวน 43 เดือน

การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ระหว่างจำนวนผู้ป่วยโรคมือเท้าปากกับตัวแปรอุตุนิยมวิทยาพบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคมือเท้าปากมีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันกับปริมาณฝนเฉลี่ย 0.439 ค่าพี 0.003 ในระดับปานกลาง<sup>20</sup> และ ความชื้นเฉลี่ย 0.303 ค่าพี 0.048 ในระดับต่ำ และกับความกดอากาศ

เฉลี่ย, น้ำระเหย, และอุณหภูมิอากาศเฉลี่ยเท่ากับ - 0.233, -0.101, และ 0.010 ตามลำดับอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติค่าพีมากกว่า 0.05 โดยปริมาณฝนเฉลี่ยและความชื้นเฉลี่ยมีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน 0.771 ค่าพี < .001 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตอบสนองและตัวแปรอธิบาย

ตัวแปรตอบสนอง ตัวแปรอธิบาย	จำนวนผู้ป่วยโรค มือเท้าปาก (ราย)	ปริมาณฝน เฉลี่ย (มม.)	ความชื้น (%)	ความกด อากาศเฉลี่ย (hPa)	น้ำระเหย (มม.)
ปริมาณฝนเฉลี่ย (มม.)	0.439 (0.003)				
ความชื้นเฉลี่ย (%)	0.303 (0.048)	0.771 (< .001)			
ความกดอากาศ เฉลี่ย (hPa)	-0.233 (0.132)	-0.682 (< .001)	-0.567 (< .001)		
น้ำระเหย (มม.)	-0.101 (0.520)	0.02 (0.897)	-0.167 (0.286)	-0.488 (< .001)	
อุณหภูมิเฉลี่ย (°C)	0.010 (0.949)	0.303 (0.048)	0.099 (0.526)	-0.76 (< .001)	0.688 (< .001)

หมายเหตุ ข้อมูลรายเดือน พ.ศ. 2564 ถึง กรกฎาคม 2567 จำนวน 43 เดือน

ตัวเลขในช่องตารางด้านบนคือ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ตัวเลขในวงเล็บคือค่าพี

ตัวแบบการถดถอยเส้นตรงเชิงพหุ การถดถอยบัวซงนัยทั่วไป และการถดถอยทวินามลบ พัฒนาตัวแบบโดยใช้ข้อมูลข้อมูลรายเดือน พ.ศ. 2564 ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2567 จำนวน 43 เดือน ดังแสดงในตารางที่ 5 ตัวแบบการถดถอยเส้นตรงเชิงพหุเมื่อนำทุกตัวแปรอธิบายอยู่ในตัวแบบ ผล Overall Model Test มีค่าสถิติ F2.16 ค่าพี 0.226 ซึ่งแบบตัวแบบที่ได้ไม่สอดคล้องกับข้อมูล และเมื่อพิจารณาการถดถอยเส้นตรงกับปริมาณฝน ดังแสดงในภาพที่ 2 พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์คงที่ติดลบ จำนวนผู้ป่วยมือเท้าปาก (y) เท่ากับ 33.257 คุณ ปริมาณฝนเฉลี่ย (x) ลบ 1.3396 ซึ่งข้อเท็จจริงจำนวนผู้ป่วยเป็นจำนวนนับที่มากกว่าหรือเท่ากับศูนย์ เท่านั้น

ตัวแบบการถดถอยบัวซงนัยทั่วไปและการถดถอยทวินามลบที่สอดคล้องกับข้อมูลมากที่สุดมีเพียงปริมาณฝนเฉลี่ยรายเดือนเป็นตัวแปรอธิบายเพียงตัวเดียว โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การกำหนด (coefficient of determination - R<sup>2</sup>) เท่ากับ 0.363 และ 0.293 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 5 กล่าวคือปริมาณฝนเฉลี่ยมีความสัมพันธ์กับจำนวนผู้ป่วยโรคมือเท้าปากในระดับปานกลางสามารถอธิบายความผันแปรของจำนวนผู้ป่วยโรคมือเท้าปากได้ร้อยละ 36.30 และ 29.30 ตามลำดับ แผนผังการปริมาณฝนเฉลี่ยและจำนวนผู้ป่วยโรคมือเท้าปากจังหวัดขอนแก่นตามตัวแบบการถดถอยบัวซงนัยทั่วไปดังแสดงในภาพที่ 3

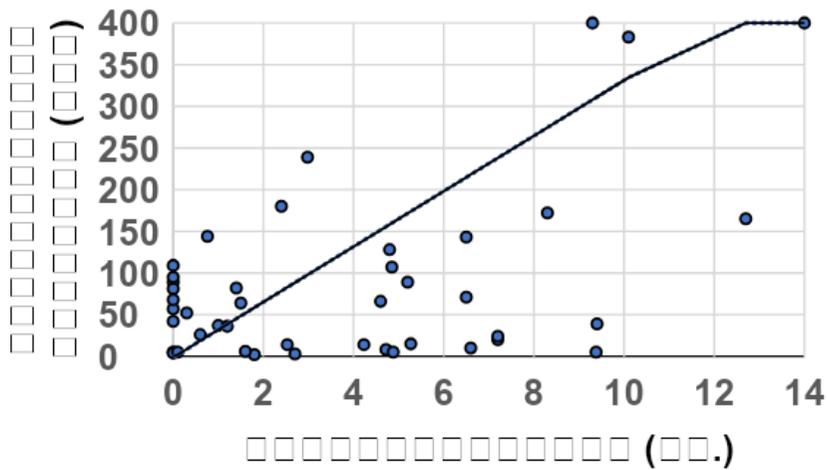
ตารางที่ 5 ตัวแบบสมการถดถอย

ตัวแบบ	การถดถอยเส้นตรงเชิงพหุ				
	Estimate	สถิติ F	สถิติ t	ค่าพี	R <sup>2</sup>
Predictor					
Overall Model Test		2.16		0.08	0.226
Intercept	20,902.49		0.59	0.557	
ความกดอากาศเฉลี่ย	-19.31		-0.57	0.572	
อุณหภูมิเฉลี่ย	-28.39		-0.77	0.449	
ความชื้นเฉลี่ย	-7.51		-0.84	0.406	
ปริมาณฝนเฉลี่ย	40.76		2.07	0.046	
น้ำระเหย	-30.38		-0.45	0.655	

ตารางที่ 5 ตัวแบบสมการถดถอย (ต่อ)

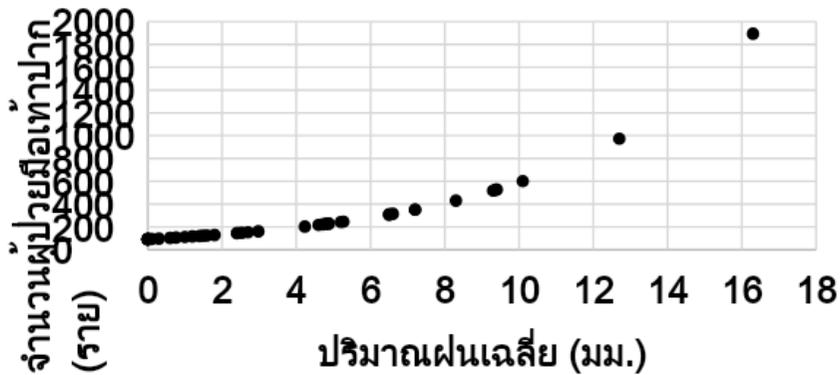
ตัวแบบ	การถดถอยบั้งชงน้อยทั่วไป				การถดถอยทิวินามล				
	Names	Estimate	exp(B)	สถิติ z	ค่าพี	Estimate	Exp (B)	สถิติ z	ค่าพี
(Intercept)		4.531	92.84	15.17	< .001	4.531	92.84	15.17	<.001
ปริมาณฝนเฉลี่ย		0.185	1.20	4.01	< .001	0.185	1.20	4.01	<.001
Loglikelihood ratio tests			R <sup>2</sup>	$\chi^2$	ค่าพี		R <sup>2</sup>	$\chi^2$	ค่าพี
ปริมาณฝนเฉลี่ย			0.363	14.1	<.001		0.293	21	<.001

หมายเหตุ พัฒนาตัวแบบจากข้อมูลรายเดือน พ.ศ. 2564 ถึง กรกฎาคม 2567 จำนวน 43 เดือน



ภาพที่ 2 แผนผังการกระจายปริมาณฝนและจำนวนผู้ป่วยโรคมือเท้าปากจังหวัดขอนแก่น

**ตัวแบบการถดถอยบั้งชงน้อยทั่วไป**



ภาพที่ 3 แผนผังการปริมาณฝนเฉลี่ยและจำนวนผู้ป่วยโรคมือเท้าปากจังหวัดขอนแก่นตามตัวแบบการถดถอยบั้งชงน้อยทั่วไป

### วิจารณ์ (Discussions)

การที่จำนวนผู้ป่วยเพิ่มสูงมากในเดือนกรกฎาคมไปจนถึงสิงหาคมแล้วลดลงดังแสดงในตารางที่ 1 สอดคล้องกับปริมาณฝนที่ตกมากในเดือนพฤษภาคมถึงตุลาคมดังแสดงในตารางที่ 2 ตามลักษณะภูมิอากาศของจังหวัดขอนแก่นที่มีฤดูฝนเริ่มต้นประมาณกลางเดือนพฤษภาคมถึงกลางเดือนตุลาคม ฤดูหนาวประมาณกลางเดือนตุลาคมถึงประมาณกลางเดือนกุมภาพันธ์ และฤดูร้อนเริ่มต้นประมาณกลางเดือนกุมภาพันธ์ถึงกลางเดือนพฤษภาคม<sup>21</sup> สมการตัวแบบการถดถอยบัวซงนัยทั่วไปมีค่าสัมประสิทธิ์การกำหนดสูงกว่าสมการตัวแบบทวินามลบ จึงเลือกใช้สมการการถดถอยบัวซงนัยทั่วไป  $y = \exp(4.531 + 0.185x)$  เมื่อ  $y$  คือ จำนวนผู้ป่วยโรคมือเท้าปากสามารถอธิบายได้ด้วย  $x$  คือ ปริมาณน้ำฝนเฉลี่ย เมื่อ  $\exp(0.185)$  เท่ากับ 1.20 ดังนั้น จำนวนผู้ป่วยโรคมือเท้าปากจะเพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 20 เมื่อปริมาณฝนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 1 มิลลิเมตร

### ข้อยุติ (Conclusions)

สมการตัวแบบการถดถอยบัวซงนัยทั่วไปปริมาณน้ำฝนเฉลี่ยสามารถอธิบาย

### เอกสารอ้างอิง (References)

1. World Health Organization Western Pacific Region. A Guide to Clinical Management and Public Health

จำนวนผู้ป่วยโรคมือเท้าปากของจังหวัดขอนแก่นได้ในระดับปานกลาง

### ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. การดำเนินงานด้านการสาธารณสุขในพื้นที่ การติดตามการพยากรณ์อากาศของจังหวัดขอนแก่นล่วงหน้า เพื่อประมาณการจำนวนผู้ป่วยในอนาคต ทำให้สามารถเตรียมการรณรงค์เชิงป้องกัน การเฝ้าระวัง และการเตรียมความพร้อมที่จะรองรับผู้ป่วยของหน่วยบริการสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสม

2. การศึกษาความสัมพันธ์รายละเอียดรายสัปดาห์เนื่องจากโรคมือเท้าปากจะสอดคล้องกับอาการแสดงของโรคมือเท้าปากที่จะแสดงหลังจากได้รับเชื้อ 3 ถึง 6 วัน

### สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

ปัจจัยทางอุตุนิยมวิทยามีความสัมพันธ์กับสุขภาพ การศึกษานี้พบจำนวนผู้ป่วยโรคมือเท้าปากรายเดือนมีความสัมพันธ์กับปัจจัยอุตุนิยมวิทยา

Response for Hand, Foot and Mouth Disease (HFMD). [online] 2011 [cited 2024 Sep 2]. Available from:

- [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/207490/9789290615255\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/207490/9789290615255_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
2. Owatanapanich S, Wutthanarungsan R, Jaksupa W, Thisyakorn U. Risk factors for severe hand, foot and mouth disease. *Southeast Asian J trop Med public health* 2015; 46(3): 449-459.
  3. Chen C, Jiang Q, Song Z, Li Y, Wang H, Lu Y, Wang D, et al. Influence of temperature and humidity on hand, foot, and mouth disease in Guangzhou, 2013–2017. *J Int Med Res* 2020; 48(6): 1–11.
  4. Liu Y, Feng Z, Song Y, The impacts of meteorological factors on the incidence of hand, foot, and mouth disease in China: An interactive perspective, *Appl Geogr* 2023;160: 103092, doi: <https://doi.org/10.1016/j.apgeog.2023.103092>
  5. Guo Z, Wang Y, Li Y, Zhou L. Impact of meteorological factors on the incidence of hand-foot-mouth disease in Yangzhou from 2017 to 2022: a time series study. *Front Public Health* 2023; 11: 1278516 <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1278516>
  6. An Q, Wu J, Fan X, Pan L, Sun W. Using a Negative Binomial Regression Model for Early Warning at the Start of a Hand Foot Mouth Disease Epidemic in Dalian, Liaoning Province, China. *PLoS One*. 2016; 11(6): e0157815. doi: 10.1371/journal.pone.0157815.
  7. Pan Q, Liu F, Zhang J, Zhao X, Hu Y, Fan C, et al. Regional-level risk factors for severe hand-foot-and-mouth disease: an ecological study from mainland China. *Environ Health Prev Med*. 2021; 26(1): 4. doi: 10.1186/s12199-020-00927-9.
  8. Liao J, Yu S, Yang F, Yang M, Hu Y, Zhang J. Short-Term Effects of Climatic Variables on Hand, Foot, and Mouth Disease in Mainland China, 2008-2013: A Multilevel Spatial Poisson Regression Model Accounting for Overdispersion. *PLoS One* 2016; 11(1): 1-14. doi: 10.1371/journal.pone.0147054.
  9. Onozuka D, Hashizume M. The Influence of Temperature and Humidity on the Incidence of Hand, Foot, and Mouth Disease in Japan. *Epidemiol Infect* 2011; 139(8): 1222-1231.

10. Thai Meteorological Department. **Weather forecast** [online] 2024. [cited 2024 Sep 3]. Available from: <https://www.tmd.go.th/>. [in Thai].
11. Bureau of Epidemiology, Ministry of Public Health. **National Disease Surveillance (Report 506), HFM, Number of cases and deaths by month and province** [online] 2024. [cited 2024 Sep 2]. Available from: <http://doe.moph.go.th/surdata/diseases.php?dcontent=old&ds=71>. [in Thai].
12. Roback P, Legler J. **Beyond Multiple Linear Regression Applied Generalized Linear Models and Multilevel Models in R**. New York: Imprint Chapman and Hall/CRC; 2021.
13. Famoye F. Count Data Modeling: Choice between Generalized Poisson Model and Negative Binomial Model. **J Appl Stat Sci** 2005; 14(1-2): 99-106.
14. Gallucci M. **General Analyses for the Linear Model in Jamovi - GAMLj** [Computer Software] 2024 Aug 21 [cited 2024 Sep 2]. Available from: <https://gamlj.github.io/#release-notes>
15. Upper Northeastern Meteorological Center. **Open Government Data, Monthly meteorological data statistics of Upper Northeastern Meteorological Center (Khon Kaen) Station 2021 - 2024** [online] 2024. [cited 2024 Sep 2]. Available from: <http://www.khonkaen.tmd.go.th/opendata/index.html#section5> [in Thai].
16. The jamovi project. **jamovi. (Version 2.3)** [Computer Software]. 2022. [cited 2024 Sep 2]. Available from: <https://www.jamovi.org>.
17. R Core Team. **R: A Language and environment for statistical computing. (Version 4.1)** [Computer software]. 2021. [cited 2024 Sep 2]. Available from: <https://cran.r-project.org>. (R packages retrieved from MRAN snapshot 2022-01-01).
18. Center of Ethical Reinforcement for Research, Mahidol University. **Announcement of Mahidol University on guidelines for projects that do not qualify as human research, 2022** [online]. Bangkok: Mahidol University; 2022. [cited 2024 Sep 2]. Available from: <https://sp.mahidol.ac.th/th/LAW/policy/2565-MU-Non-Human.pdf> [in Thai].
19. Center of Ethical Reinforcement for Research, Mahidol University. 2022.

- Self-Assessment form whether an activity is human subject research which requires ethical approval [online]. Bangkok: Mahidol University; 2022. [cited 2024 Sep 2]. Available from: <https://sp.mahidol.ac.th/th/ethics-human/forms/checklist/2022-Human%20Research%20Checklist-researcher.pdf>
20. Akoglu H. User's guide to correlation coefficients. *Turk J Emerg Med* 2018; 18(3): 91-93. doi: 10.1016/j.tjem.2018.08.001.
21. Climate Center, Meteorological Development Division, Thai Meteorological Department. **Khon Kaen Province climate** [online] 2023. [cited 2024 Sep 2]. Available from: <http://climate.tmd.go.th/data/province/ตะวันออกเฉียงเหนือ/ภูมิอากาศขอนแก่น.pdf> [in Thai].



# ประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน

พัชรินทร์ ดิงมหาอินทร์\*, วรินทร์มาศ เกษทองมา\*\*, วุฒิพงศ์ ภัคดีกุล\*\*

## บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนแบบมีส่วนร่วม ในพื้นที่ชุมชนเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสกลนคร เลือกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 30 คน แบบเจาะจง เพื่อร่วมพัฒนารูปแบบฯ สุ่มอย่างง่ายผู้เข้าร่วมโครงการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน จำนวน 60 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบที

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มแม่หลังคลอดมีอายุเฉลี่ย 26.9 ปี ผลการระดมความคิดเห็นได้รูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน แนวใหม่แบบมีส่วนร่วมในชุมชน เมื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯ พบว่า ระดับความรู้ พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน และระดับคะแนนการไหลของน้ำนมแม่ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) สรุปได้ว่ารูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัว แกนนำชุมชน สามารถช่วยเพิ่มโอกาสการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในมารดาหลังคลอดได้

**คำสำคัญ:** การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน; รูปแบบ; การมีส่วนร่วม

\*โรงพยาบาลสกลนคร

\*\*คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร

Corresponding author: Warinmad Kedthongma Email: warinmad.k@ku.th

Received 30/07/2024

Revised 28/08/2024

Accepted 25/09/2024

## EFFECTIVENESS OF THE PROMOTING EXCLUSIVE BREASTFEEDING FOR 6 MONTHS MODEL

*Patcharin Tingmahain\*, Warinmad Kedthongma\*\*, Wuttiiphong Phakdeekul\*\**

### ABSTRACT

This quasi-experimental research aimed to evaluate the effectiveness of a model to promote exclusive breastfeeding at 6 months in the community of Sakon Nakhon Hospital. The 30 informants proposively selected to collaborate in developing the model. The 60 participants were randomly chosen to take part in the program for a duration of six months. Data were analyzed by descriptive statistics, T-tests.

The research findings indicated that the average age of samples were 26.9 years. The brainstorming concepts created an innovative structure for encouraging exclusive breastfeeding for a duration of 6 months, including active involvement from the community. Therefore, the evaluation of the model revealed a substantial increase in knowledge, breastfeeding behaviors for a duration of 6 months, and breast milk flow score level ( $p < 0.01$ ). In summary, the implementation of the family participation and community leaders approach can effectively enhance the exclusive breastfeeding in postpartum mothers.

**Keywords:** Exclusive breastfeeding; Model; Participation

---

\* Sakon Nakhon Hospital

\*\* Faculty of Public Health, Kasetsart University Chalermphrakiat Sakon Nakhon Province Campus

## ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

องค์การอนามัยโลกและองค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) มีนโยบายให้มารดาทุกคนเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน โดยกระทรวงสาธารณสุขไทยมีนโยบายและเป้าหมายร้อยละ 50.0 ภายในปี พ.ศ. 2568 เพราะเป็นพื้นฐานในการส่งเสริมให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ช่วยกระตุ้นพัฒนาการทางสมอง สร้างภูมิคุ้มกันที่ผิวของลูก ลดโอกาสการเกิดภาวะตัวเหลืองที่รุนแรง และลดการถูกทอดทิ้ง หรือเกิดการเสียชีวิตของมารดาและทารกแรกเกิด<sup>1,2</sup>

ประเทศไทยมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในช่วง 6 เดือนแรกคลอด อยู่ที่ร้อยละ 12.3 ซึ่งต่ำสุดในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในช่วง 6 เดือนแรกคลอด อยู่ที่ร้อยละ 7.9 ขณะที่กระทรวงสาธารณสุขได้สนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่น้อยกว่า 6 เดือนให้ได้ร้อยละ 30.0<sup>3,4</sup> จังหวัดสกลนครพบปัญหาด้านการให้นมบุตรที่ไม่ต่อเนื่องในระยะเวลา 6 เดือน โดยในปี พ.ศ. 2562-2565 หญิงหลังคลอดได้รับการดูแล 3 ครั้งตามเกณฑ์ มีแนวโน้มไม่คงที่ จากร้อยละ 69.6, 77.7, 72.4 และร้อยละ 67.8 ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากสาเหตุสำคัญคือกลไกการสร้างและการหลั่งน้ำนม การเริ่มต้นให้ทารกดูดนมเข้าไม่ได้ให้ดูตามต้องการของทารก ทำให้แม่

และลูกเกิดความเครียด หรือเกิดจากการใช้ยาที่ช่วยคลอดบางอย่างมีผลทำให้ทารกซึ่ดูดนมได้ไม่ดี หรือการแยกแม่และลูกจากกันเมื่อกลับเข้าสู่ครอบครัวกลับไม่รับการให้ความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนจากญาติ หรือคนในชุมชน ทั้งนี้เนื่องจากทุกคนต่างมีภาระงานที่ต้องรับผิดชอบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวเป็นต้น<sup>5</sup> กลวิธีที่จะสนับสนุนให้เกิดการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ให้ประสบความสำเร็จได้นั้น จำเป็นต้องมีการลงมือปฏิบัติและการติดตามเยี่ยมดูแลในระดับชุมชนจากทีมสุขภาพ ที่สำคัญ คือ การเปิดโอกาสให้คนในครอบครัว บุคคลรอบข้างของมารดาให้มีส่วนในการรับรู้ข้อมูล ช่วยเหลือ และสนับสนุนมารดาในทุกด้าน จะช่วยให้มารดาสามารถเริ่มต้นเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ได้อย่างต่อเนื่อง<sup>6</sup> โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้นวัตกรรมมาช่วยมารดาให้มีความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่<sup>7-9</sup> จัดว่าเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง

ดังนั้น การทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนแบบมีส่วนร่วม จึงเป็นการวิจัยที่จะทำให้สามารถบรรลุเกณฑ์การให้นมบุตรครบถ้วนอย่างเคร่งครัดตามแนวปฏิบัติตามบันได 10 ขั้นในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ช่วยให้ปฏิบัติที่ถูกต้องในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และเกิดประโยชน์สำหรับทารกได้

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนแบบมีส่วนร่วมในชุมชน

### วิธีการศึกษา (Method)

#### รูปแบบการศึกษา

เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดสองครั้ง (One-Group Pretest-posttest Design)

#### สิ่งทดลอง

การพัฒนาารูปแบบการแก้ไขปัญหการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนแบบมีส่วนร่วมของแกนนำในชุมชน (ผู้แทนครอบครัว ผู้นำชุมชน และ อสม.) รวมจำนวน 30 คน ได้ร่วมกันพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนแบบมีส่วนร่วม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยขั้นตอนและกิจกรรมดำเนินการต่าง ๆ ดังนี้

#### 1. กิจกรรมบริการดูแลแบบคุณภาพในขั้นแรกหลังการคลอดบุตร

(1) กิจกรรมที่เริ่มดำเนินการภายใน 2-4 ชั่วโมง หลังคลอด ณ ตึกผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอดของโรงพยาบาลสกลนคร คือ นำทารกวางไว้บนหน้าอกมารดา เพื่อให้มีการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อ และช่วยเหลือมารดา ให้ทารกดูดนมมารดาโดยเร็วที่สุด

(2) กิจกรรมที่เริ่มดำเนินการ

ช่วยเหลือมารดา ให้ทารกอย่างถูกวิธี และต่อเนื่องทุก 2-3 ชั่วโมง รวมทั้งจัดทำให้นมบุตรที่เหมาะสม

(3) กิจกรรมที่เริ่มดำเนินการดูแลให้มารดาได้รับอาหารและน้ำเพียงพอ รวมทั้งการเสริมสมุนไพกระตุ้นน้ำนม

(4) กิจกรรมที่เริ่มดำเนินการดูแลและช่วยเหลือให้มารดามีความสุขสบายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

(5) กิจกรรมที่เริ่มดำเนินการสอนและฝึกปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนม การให้ทารกดูดนมอย่างถูกวิธี และใช้ท่าอุ้มที่เหมาะสม ทบทวนความรู้และฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง

#### 2. กิจกรรมปฏิบัติแบบมีส่วนร่วมเมื่อหญิงหลังคลอดบุตรกลับไปสู่ชุมชน

(1) กิจกรรมการสร้างบุคคลต้นแบบ และการสร้างแกนนำชุมชนต้นแบบเกี่ยวกับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน

(2) กิจกรรมฝึกอบรมบุคคลต้นแบบ และการสร้างแกนนำชุมชนต้นแบบเกี่ยวกับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน

(3) กิจกรรมการออกเยี่ยมเสริมพลังเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน การให้อาหารให้น้ำอุ่นเสริมสมุนไพกระตุ้นน้ำนมอย่างต่อเนื่อง

(4) กิจกรรมการรณรงค์ปลุกกระแส

และให้ความรู้แก่แม่ในการให้นมบุตร และการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังน้อย 6 เดือน

(5) การติดตามและเสริมสร้างความรู้ผ่านระบบแอปพลิเคชันในกลุ่ม

(6) การประเมินผลการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนม และการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังน้อย 6 เดือน

### **ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

กลุ่มตัวอย่างในการทดลอง คือ มารดาหลังคลอดบุตร ที่เคยเข้ารับบริการคลอดที่หอผู้ป่วยสูติกรรม โรงพยาบาลสกลนคร และกลับบ้านในชุมชนเขตพื้นที่อำเภอเมืองจังหวัดสกลนคร ระหว่างปี พ.ศ. 2567 คำนวณกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการทดลองโดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างประชากรที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน<sup>10,11</sup> จำนวน 60 คน โดยการคัดเลือกอาสาสมัครเข้าสู่งการทดลองตามเกณฑ์คัดเข้า<sup>12</sup> ดังนี้

### **เกณฑ์ในการคัดเลือกประชากรเข้าศึกษา (Inclusion criteria)**

(1) เป็นมารดาไทยหลังคลอด และมีความตั้งใจว่าจะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

(2) มารดาไม่มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังคลอดและไม่มีข้อห้ามในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

(3) มารดาและทารกอยู่ด้วยกัน

ตลอด 6 เดือน

(4) มารดาคลอดทางช่องคลอด หรือผ่าตัดคลอดและไม่มีข้อห้ามในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

(5) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

### **เกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)**

(1) มารดาหลังคลอดย้ายถิ่น/ทำงานต่างจังหวัด

(2) กลุ่มตัวอย่างบอกเลิกการเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ซึ่งเป็นไปตามหลักความเคารพในบุคคล คือ การเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Respect for human dignity) ซึ่งเป็นหลักสำคัญของจริยธรรมการทำวิจัยในคน

### **เครื่องมือวิจัย**

1. แบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 6 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงหลังคลอด ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ จำนวนครั้งของการคลอด ระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในบุตรคนก่อน เป็นต้น

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเพื่อวัดความรู้ของหญิงหลังคลอด (ด้านการให้นมบุตร) เป็นแบบวัดของลักษณะ ไชยนอก (2558)<sup>7</sup> ซึ่งเป็นแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ มีความเชื่อมั่นของสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.84

ส่วนที่ 3 แบบประเมินเจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นแบบวัดของลักษณะ ไชยนอก (2558)<sup>7</sup> แบบวัดนี้เป็นมาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นของสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.81

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบวัดของลักษณะ ไชยนอก (2558)<sup>7</sup> แบบวัดนี้เป็นมาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด มีข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นของสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.89

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเพื่อวัดพฤติกรรมการปฏิบัติตัวหลังคลอด 4 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นของสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.90

ส่วนที่ 6 แบบประเมินคะแนนการไหลของน้ำนม ดัดแปลงมาจากแบบประเมินของชุดิมาพร ไตรนภากุล และคณะ (2553)<sup>8</sup> ซึ่งวัดคะแนนการไหลของน้ำนมเป็น 5 ระดับ

ระดับคะแนน 1 น้ำนมไม่ไหล หมายถึง เมื่อบีบน้ำนมแล้ว ไม่มีน้ำนมไหลออกมา

ระดับคะแนน 2 น้ำนมไหลน้อย หมายถึง เมื่อบีบน้ำนมแล้วมีน้ำนมไหลซึม

ออกมา แต่ไม่เป็นหยด

ระดับคะแนน 3 น้ำนมเริ่มไหล หมายถึง เมื่อบีบน้ำนมแล้วมีน้ำใส ๆ ไหลออกมา 1-2 หยด

ระดับคะแนน 4 น้ำนมไหลแล้ว หมายถึง เมื่อบีบน้ำนมแล้วมีน้ำใส ๆ หรือสีเหลืองไหลออกมากกว่า 2 หยดขึ้นไป

ระดับคะแนน 5 น้ำนมไหลดี หมายถึง เมื่อบีบน้ำนมแล้ว มีน้ำนมไหลพุ่ง

#### **การเก็บรวบรวมข้อมูล**

ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาลและพยาบาลที่หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดของการวิจัย หลังจากนั้นจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลตามลำดับ คือ

1) การเก็บข้อมูลระยะก่อนการทดลอง เริ่มเก็บครั้งที่ 1 ภายในระยะ 2-4 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ครั้งที่ 2 ระยะ 6 ชั่วโมงหลังคลอด ครั้งที่ 3 ระยะ 8 ชั่วโมงหลังคลอด ครั้งที่ 4 ระยะ 48 ชั่วโมง หลังคลอด ครั้งที่ 5 ระยะ 72 ชั่วโมงหลังคลอด ทบทวนการให้นมทารกอย่างถูกวิธีและวิธีการปฏิบัติตัว เพื่อส่งเสริมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนม และให้มารดาฝึกปฏิบัติ พร้อมทั้งช่วยเหลือและให้กำลังใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หลังจากนั้นเก็บข้อมูลในระดับชุมชน เมื่อหญิงหลังคลอดกลับบ้านในชุมชนแล้ว และที่มวิจัยได้เริ่มใช้รูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน แบบมีส่วนร่วม

2) การเก็บข้อมูลหลังการทดลองใช้รูปแบบ ๓ ครบ 6 เดือนแล้ว ด้วยการวัดความรู้ พฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอด และระดับคะแนนการไหลของน้ำนมแม่

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสถิติศาสตร์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยว 6 เดือน และระดับการไหลของน้ำนมแม่ โดยใช้สถิติ Paired Sample T- test เนื่องจากทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นแล้วว่า ข้อมูล แจ ก แจ ก ป ก ตี ด้วย วิธี ของ Kolmogorov-Smimov Test (K-S Test) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างใหญ่มากกว่า 50 กลุ่มตัวอย่าง ซึ่ง Kolmogorov - Smimov Test (K-S Test) เป็นทดสอบที่ใช้ทดสอบการแจกแจงของประชากรว่าเป็นแบบปกติหรือไม่<sup>10,11</sup>

#### การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยได้รับความเห็นชอบและการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยใน มนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เอกสารรับรองเลขที่ SKN REC2024-108

#### ผลการศึกษา (Results)

##### ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ คือ หญิงหลังคลอดร้อยละ 56.4 มีอายุระหว่าง 20-29 ปี ร้อยละ 43.6 และมีอายุเฉลี่ย 26.9 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 94.8 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 62.5 รองลง คือ ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 14.6 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 36.3 รองลงมา อาชีพค้าขาย ร้อยละ 20.0 อาชีพรับจ้างและราชการ/รัฐวิสาหกิจเท่ากัน ร้อยละ 16.7 มีรายได้ของครอบครัว 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 42.6 รองลงมา 20,001- 30,000 บาท ร้อยละ 36.6 สิทธิการรักษาส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรทอง ร้อยละ 68.4 รองลงมาเป็นสิทธิประกันสังคม ร้อยละ 23.4 เลี้ยงดูบุตรด้วยกันกับสามีและมีญาติช่วยเลี้ยงดูบุตรเท่ากัน ร้อยละ 70.5 ไม่พบแม่เลี้ยงเดี่ยว มีประสบการณ์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มาก่อน ร้อยละ 70.0 และหยุดงานเพื่อเลี้ยงดูบุตรหลังคลอด ร้อยละ 76.7 หยุดงาน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 90 วัน ร้อยละ 23.3

#### ผลของการดำเนินงานตามรูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยว 6 เดือนแบบมีส่วนร่วม

การประเมินผลของการดำเนินงานตามรูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยว 6 เดือน แบบมีส่วนร่วม โดยพิจารณาจากค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอด และระดับคะแนนการไหลของน้ำนมแม่ เปรียบเทียบก่อนและหลังใช้

รูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบว่า ก่อนการใช้รูปแบบ ฯ มารดาหลังคลอด มีความรู้เฉลี่ย = 13.82 (S.D. = 2.274) ภายหลังจากการใช้รูปแบบ ฯ มีคะแนนความรู้เฉลี่ยเท่ากับ 17.78 (S.D.= 1.105) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.0001)

ก่อนการใช้รูปแบบ ฯ พฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอด = 42.55 (S.D. = 19.656) ภายหลังจากการใช้

รูปแบบ ฯ มีคะแนนเฉลี่ย=48.84 (S.D.= 19.574) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.0001)

ก่อนการใช้รูปแบบ ฯ ระดับคะแนนเฉลี่ยการไหลนํ้านมแม่ = 2.70 (S.D. = 0.775) ภายหลังจากการใช้รูปแบบ ฯ พบว่า ระดับคะแนนเฉลี่ยการไหลนํ้านมแม่ = 4.4 (S.D.= 0.11) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.0001) ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนของความรู้ พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ระดับการให้นํ้านม ระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลหญิงหลังคลอด ก่อนและหลังใช้รูปแบบ ฯ

ค่าคะแนนเฉลี่ยของตัวแปร	n	Mean	S.D.	M.D.	95%CI		t	P - value
					Lower	Upper		
ความรู้ก่อน	60	13.82	2.274	3.96	3.66	4.26	5.703	<0.0001**
ความรู้หลัง	60	17.78	1.105					
พฤติกรรมกรเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนทดลอง	60	42.55	19.656	6.29	5.83	6.75	10.424	<0.0001**
พฤติกรรมกรเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังทดลอง	60	48.84	19.574					
คะแนนการไหลของนํ้านมแม่ก่อนทดลอง	60	2.7	0.775	1.7	0.72	2.52	7.885	<0.0001**
คะแนนการไหลของนํ้านมแม่หลังทดลอง	60	4.4	0.11					

(n=60), \*\*p< 0.001

## วิจารณ์ (Discussions)

จากการศึกษาสามารถสรุปและอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ได้ดังนี้

ถึงแม้ว่าองค์การอนามัยโลกและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของแต่ละประเทศรวมทั้งประเทศไทยได้มีนโยบายส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง แต่การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มารดาไทยส่วนใหญ่ยังพบปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ดังกล่าว ทั้งนี้ มีศึกษาการวิจัยที่ศึกษารับรู้และความพร้อมของมารดาหลังคลอดที่ให้นมแม่สำหรับบุตรในระยะเวลา 6 เดือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงร้อยละ 4.9 และมีความพร้อมร้อยละ 77.0<sup>13</sup> การศึกษาด้านความเพียงพอของน้ำนม พบว่า ร้อยละ 76.2 มีน้ำนมเพียงพอต่อการเลี้ยงลูก และส่วนใหญ่ร้อยละ 99.81 มีความรู้อยู่ในระดับสูง และมีทัศนคติอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}$  = 4.47, S.D.=0.26) แต่การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน อยู่ในระดับที่เป็นปัญหา ซึ่งมีข้อเสนอแนะว่าควรมีการกำหนดนโยบายที่ชัดเจนในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวให้ครบ 6 เดือน<sup>14</sup> อย่างไรก็ตาม มีการออกแบบและพัฒนาเต้านมจำลองสำหรับสอนการบีบเก็บน้ำนมแก่มารดาหลังคลอด และประเมินคุณภาพเต้านมจำลองเชิงปริมาณพบว่าเต้านมจำลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}$  = 4.45, S.D. = 0.45)<sup>9</sup> การใช้แอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟนสอนมารดาหลัง

คลอดที่พบว่า มีประสิทธิผลเป็นที่ยอมรับ<sup>15</sup> แต่เชิงคุณภาพยังคงต้องมีการศึกษาต่อเนื่อง

ผลของการดำเนินงานตามรูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนแบบมีส่วนร่วมมุ่งหวังให้เกิดการมองเห็นความสำคัญ การเสริมแรงจิตใจภายในตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แม่ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำเร็จเกิน 6 เดือน จากการวิจัยครั้งนี้พบว่ามารดาหลังคลอดมีความตั้งใจอย่างมากในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวให้สำเร็จ มีความตระหนักรู้พยายามที่จะหาข้อมูลและความรู้ต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ สอดคล้องกับการวิจัยในประเทศออสเตรเลียเรื่อง การตั้งใจเลี้ยงนมแม่ พบว่า แม่มีความตั้งใจที่จะเลี้ยงนมแม่ บรรทัดฐานของชุมชนที่แม่อาศัยว่าต้องการให้แม่เลี้ยงนมแม่ และแรงสนับสนุนของสังคมครอบครัว ทำให้แม่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้สำเร็จ และถ้าพยาบาลให้คำแนะนำช่วยเหลือ ดูแลอย่างใกล้ชิด แม่จะตั้งใจเลี้ยงนมตนเองให้สำเร็จยิ่งขึ้น<sup>16</sup> กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัว และชุมชนส่งผลให้หญิงหลังคลอดบุตรมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนสูงขึ้น<sup>17</sup> มารดาเกิดความมั่นใจ และรับรู้ว่าตนเองสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้สำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาของสุกัสนสร เลาะหะนะและคณะ<sup>18</sup> พบว่า มารดาหลังคลอดที่ได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนจากครอบครัว เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เกิดความ

มั่นใจและสามารถควบคุมพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของตนเองว่า ครอบครัวยุคใหม่สามารถเกิดความมุ่งมั่นในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ส่งผลต่ออัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน<sup>19</sup>

### ข้อยุติ (Conclusions)

ผลของการดำเนินงานตามรูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนแบบมีส่วนร่วม สามารถเพิ่มความรู้พฤติกรรมมารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน และการช่วยให้เกิดการกระตุ้นระดับคะแนนการไหลของน้ำนมแม่ดีขึ้น ที่สำคัญคือเกิดการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัว แกนนำในชุมชนให้ความสำคัญในการเสริมแรงพฤติกรรมมารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างถูกต้อง

### ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. ควรมีการเตรียมมารดาตั้งแต่วัยตั้งครรภ์

โดยเฉพาะการเตรียมร่างกายของมารดาให้มีความพร้อมเพื่อ การให้นมบุตร โดยเฉพาะในมารดาที่มีหัวนมสั้นต้องได้รับ

### เอกสารอ้างอิง (References)

1. World Health Organization. *Global Strategy and Health: Breast Feeding*. Geneva: World Health Organization; 2023.

คำแนะนำ และติดตามปัญหาทำการแก้ไขอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มารดามีความพร้อมก่อนการให้บุตรดูนมมารดาหลังคลอด

2. ควรจัดให้มีการสอนสุขศึกษา มารดาเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งมีวิธีการสอนที่สร้างแรงจูงใจ และสร้างทัศนคติที่ดีในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

3. ควรมีการเตรียมความพร้อมของครอบครัวในการสนับสนุนดูแลช่วยเหลือมารดาหลังคลอดอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

### สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

นวัตกรรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน แบบมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้นนี้ สามารถเพิ่มความรู้ พฤติกรรมมารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ให้ดีขึ้น

### กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ขอขอบคุณ มารดาหลังคลอด ผู้แทนครอบครัว ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน อำเภอเมืองสกลนคร ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

2. UNICEF. *Infant and young child feeding*. [online] 2020 [cited 2022 Nov.24]. Available from: <https://data.unicef.org/>

- unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding/
3. National Statistical Office of Thailand. **Survey of the Situation of Children and Women in Thailand 2021, Complete Report**. Bangkok: National Statistical Office of Thailand; 2022. [in Thai].
  4. Department of Health. **Child Development Index**. Nonthaburi: Department of Health, Ministry of Public Health; 2023. [in Thai].
  5. Sakon Nakhon Provincial Public Health Office. **Maternal and Child Health Data Report**. Sakon Nakhon: Sakon Nakhon Provincial Public Health Office; 2023. [in Thai].
  6. Kalong H. Economic Loss of Non-Breastfeeding and Social Responsibility to Breastfeeding Promotion. **Journal of Public Administration** 2020; 4(2): 41-51. [in Thai].
  7. Chaiyanok L. **Factors Affecting Breastfeeding Behavior of Teenage Mothers after Giving Birth at Maharat Nakhon Ratchasima Hospital**. Nakhon Ratchasima: Suranaree University of Technology; 2015. [in Thai].
  8. Trainapakul C, Chaiyawattana M, Kanavitoon W, Tiumtaogerd R, Naka S, Mitrniodom W, Panlap S. Effect of milk ejection performance of postpartum mothers after breasts massage and compression with mini hot bag and herbal compress. **Journal of Nursing and Education** 2010; 3(3): 75-91.
  9. Nunchai J, I-Tuporn N, Tongswat T. Developing the Breast Model for Teaching Manual Breast Milk Expression among Maternal Pospartum. **Community Health Development Quarterly Khon Kaen University** 2021; 9(3): 281-294. [in Thai].
  10. Myers JL, Well AD, Lorch JrRF. **Research design and statistical analysis**. Oxford: Routledge; 2013.
  11. Phakdeekul W. **Research methodology in community health**. Bangkok: Charansanitwong Printing; 2023. [in Thai].
  12. Lakens D. **Sample size justification**. Collabra: psychology 2022; 8(1): 33267.
  13. Darlee A, Bumrerraj S. Maternal Readiness Perceptions that Influence 6 Month Breastfeeding Practice in

- Postpartum woman at Donyanang Health Promotion Hospital, Mueang District, Nong Bua Lam Phu Province. **Community Health Development Quarterly Khon Kaen University** 2015; 3(4): 515-527. [in Thai].
14. Nontapot S, Vadhnapijyakul A, Kunwaradisai N. Knowledge and Attitude on Exclusive Breastfeeding for 6 Months. **Journal of Srivanalai Vijai** 2024; 14(1): 1-16. [in Thai].
15. Poonsawang T, Kedthongma W, Phakdeekul W. Effectiveness of Practice Application for Postpartum Mothers. **Test Engineering and Management** 2020; 1(83): 16701-16704.
16. Scott J, Ahwong E, Devenish G, Ha D, Do L. Determinants of continued breastfeeding at 12 and 24 months: results of an Australian cohort study. **International journal of environmental research and public health** 2019; 16(20): 3980.
17. Trainapaku C, Chaiyawattana IM, Kanavitoon W. Effect of milk ejection performance of postpartum mothers after breasts massage and compression with mini hot bagand herbal compress. **Journal of Nursing and Education** 2010; 3(3): 75-91. [in Thai].
18. Thaithae S, Yimyam S, Polprasarn P, Lorhhana S. Effects of a Family Participation Program on Exclusive Breastfeeding over Six Months Among First-Time Adolescent Mothers. **Journal of Health and Nursing Education** 2021; 27(1): 91-105. [in Thai].
19. Sangin S, Chuenarrom N, Cheidchim R. Factors Predicting Six-month Exclusive Breastfeeding in Eastern Region of Thailand. **Nursing Science Journal of Thailand** 2020; 38(3): 22-34. [in Thai].

# พลวัตการเข้าถึงกัญชาของเยาวชนไทย

กิตติมา อินสิริ\*, จักรสันต์ เลียหยุด\*\*

## บทคัดย่อ

ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงทางนโยบายและกฎหมายเกี่ยวกับกัญชาที่สำคัญในช่วงปี พ.ศ. 2562-2565 การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้กัญชาในเยาวชนไทย เป็นการออกแบบการวิจัยที่เป็นการวิจัยเชิงสำรวจสามครั้งทั่วประเทศ กลุ่มตัวอย่างเป็นเยาวชนอายุ 12-24 ปีจำนวน 15,766 คน สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีจำแนกชั้นภูมิหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามชนิดตอบเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและไควสแควร์

ผลการศึกษา เมื่อเปรียบเทียบความสามารถในการเข้าถึงกัญชาในเยาวชน พบว่า เยาวชนสามารถเข้าถึงกัญชาได้ง่ายขึ้น และมีพฤติกรรมการใช้กัญชามากขึ้น ทั้งนี้ความเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.0001$ )

คำสำคัญ: กัญชา; เยาวชน; การเข้าถึง

\*ศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้ จังหวัดยะลา

\*\*สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

Corresponding author: Kittima Insiri Email:kittymomen@gmail.com

Received 19/07/2024

Revised 20/08/2024

Accepted 19/09/2024

## THE DYNAMICS OF CANNABIS ACCESSIBILITY AMONG THAI YOUTHS

*Kittima Insiri\*, Jugsun Loeiyood\*\**

### ABSTRACT

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

It has emerged that youths have easier access to cannabis. Cannabis use behavior increased. These changes were statistically significant. ( $P < 0.0001$ )

**Keywords:** Cannabis; Youth; Accessibility

---

\*Southern Border Provinces Administration Centre, Yala Province

\*\*Khon Kaen Provincial Health Office

## ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

กัญชาจัดอยู่ในบัญชียาเสพติดของสหประชาชาติ ภายใต้อนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ค.ศ. 1961 (The Single Convention on Narcotics Drugs, 1961) ถือเป็นสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่ใช้กันมากที่สุดในโลก สำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Office on Drugs Crime, UNODC) คาดประมาณว่า ปี ค.ศ. 2019 มีผู้ใช้กัญชา 200 ล้านคน หรือร้อยละ 4 ของประชากรโลก ที่มีอายุระหว่าง 15-64 ปี อัตราความชุกของการใช้กัญชายังคงเพิ่มขึ้นในหลายประเทศ ซึ่งผู้ใช้กัญชาส่วนใหญ่เป็นเยาวชน<sup>1</sup> ข้อมูลการสำรวจครัวเรือนในปี พ.ศ. 2562 พบกัญชาระบาดในทุกภาคของไทย คนไทยที่เคยใช้กัญชามีมากถึง 1.7 ล้านคน หรือ ร้อยละ 3.4 ของประชากรที่มีอายุ 12-65 ปี ทั่วประเทศ ผู้ที่ใช้กัญชาในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา มีมากกว่า 6.6 แสนคน และกว่า 5 แสนคนใช้กัญชาในช่วงเดือนที่ผ่านมา<sup>2</sup>

คนไทยรู้จักกัญชามาอย่างยาวนานพบว่า มีการปลูกเป็นพืชสมุนไพรและใช้ผสมอาหาร ประกอบกับการที่ประเทศไทยตั้งอยู่ในเขตร้อน ลักษณะทางภูมิศาสตร์และภูมิอากาศทำให้สามารถปลูกกัญชาได้ตลอดปี แต่เดิมคนไทยนิยมปลูกตามรั้วตามสวนเป็นพืชผักสวนครัว แต่หลังจากรัฐบาลกำหนดให้เป็นยาเสพติด จึงพบการลักลอบ

ปลูกตามบริเวณเชิงเขา ชายป่า ริมห้วย กลางแปลงพืชไร่ (ไร่อ้อย ไร่มันสำปะหลัง ไร่ข้าวโพด ไร่อ้อย) เป็นต้น แม้ไม่สามารถระบุได้ชัดเจนว่า กัญชาเข้าสู่ประเทศไทย เมื่อใด รัฐบาลไทยได้เล็งเห็นโทษของกัญชา จึงได้ออกพระราชบัญญัติกัญชาขึ้นเป็นครั้งแรก ในปี พ.ศ. 2477 ห้ามไม่ให้สูบกัญชา ไม่ให้ปลูกกัญชา ยกเว้นการปลูกเพื่อการทดลองหรือการรักษาโรค พร้อมทั้งมีบทลงโทษผู้กระทำความผิด การบังคับใช้พระราชบัญญัติกัญชา ดำเนินการต่อเนื่องมาจนถึงปี พ.ศ. 2522 รัฐบาลจึงได้ประกาศยกเลิกพระราชบัญญัติกัญชา (ยกเลิกการอนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์) โดยมีพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ขึ้นมาใช้แทน<sup>3</sup> ทำให้กัญชามีสถานะเป็นยาเสพติดประเภท 5 ห้ามการปลูก ครอบครอง และเสพกัญชาโดยสิ้นเชิง

ปฏิเสธไม่ได้ว่า การที่ยาเสพติดแพร่ระบาด ส่วนหนึ่งมาจากความสามารถในการเข้าถึงยาเสพติด การเข้าถึงยาเสพติด (Drug Accessibility) เป็นแนวคิดที่หมายถึงการที่บุคคลหรือกลุ่มคนสามารถหาหรือใช้สารเสพติดได้ง่ายหรือยากในบริบททางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และกฎหมาย<sup>4,5</sup> การเข้าถึงนี้ครอบคลุมทั้งการเข้าถึงเชิงกายภาพ (เช่น การมีแหล่งจำหน่ายใกล้บ้านหรือในชุมชน) และเชิงสังคม (เช่น การได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน) รวมถึงการที่กฎหมายหรือมาตรการของรัฐช่วยส่งเสริม

หรือขาดขวางการเข้าถึงดังกล่าว World Health Organization (WHO) อธิบายว่าการเข้าถึงยาควบคุม (controlled substances) รวมถึงยาเสพติด ขึ้นอยู่กับ "ความพร้อมของยาในสถานพยาบาล ความสามารถในการจัดซื้อ และนโยบายการควบคุมการใช้"<sup>6</sup>

ปัจจุบันมีหลักฐานชัดเจนว่ากัญชามีสาร cannabinoids ที่เป็นประโยชน์ในการรักษาทางการแพทย์ในฐานะยาของแพทย์แผนตะวันตกมาตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1839 และแพทย์ได้นำมาใช้เป็นทางเลือกในการบำบัดรักษาโรคต่าง ๆ<sup>7</sup> สำหรับผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ที่ได้รับการรับรองจากองค์การอาหารและยาให้จำหน่ายได้ มีเพียงยาที่ใช้ลดอาการปวดเกร็งกล้ามเนื้อ และลดอาการคลื่นไส้จากอาการได้รับเคมีบำบัด ในปลายปี พ.ศ. 2561 ได้มีการเคลื่อนไหวให้แก้ไขกฎหมายยาเสพติดเพื่ออนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ได้ จนกระทั่งเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 จึงได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 อนุญาตให้มีการใช้กัญชาทางการแพทย์ได้ ทำให้เกิดการนำกัญชามาใช้อย่างกว้างขวาง โดยเผยแพร่ข้อความทางอินเตอร์เน็ตว่ากัญชาเป็นยารักษาสามารถรักษาได้ทุกโรค ทำให้เกิดการใช้กัญชาในหมู่ประชาชนเพิ่มขึ้นอย่างมาก โดยส่วนใหญ่ใช้เพื่อนันทนาการ และใช้บำบัดรักษาอาการเจ็บป่วยกันเองในหมู่ประชาชนอย่างกว้างขวาง ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ทั้งใน

รูปสารสกัดโดยการควบคุมของแพทย์ในสถานพยาบาล สมุนไพรทั้งสูตรดั้งเดิมและสูตรที่คิดขึ้นใหม่ ผลิตภัณฑ์กัญชาแปรรูปทั้งชนิดที่ถูกกฎหมายและไม่ถูกกฎหมาย<sup>8</sup> 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 กำหนดให้เหลือเฉพาะสารสกัดจากทุกส่วนของกัญชา และกัญชงที่มี THC เกินกว่าร้อยละ 0.2 โดยน้ำหนักเท่านั้นที่ถือเป็นยาเสพติดให้โทษ ทำให้มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลดีจากการใช้กัญชาอย่างแพร่หลายในสื่อต่าง ๆ รวมทั้งสื่อสังคมออนไลน์ซึ่งเยาวชนส่วนใหญ่เข้าถึงได้ง่าย หนึ่งประกาศกระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้กฎหมายมีผลบังคับ 120 วันหลังการประกาศ ส่งผลให้เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2565 พืชกัญชา กัญชง จึงหลุดออกจากบัญชียาเสพติดให้โทษโดยสิ้นเชิง ประชาชนสามารถใช้ได้เสรีมีการนำกัญชาผสมอาหารและผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ จำหน่ายอย่างเปิดเผย

การเปลี่ยนแปลงทางนโยบายและกฎหมายในช่วง 3 ปี (พ.ศ. 2562-2565) ส่งผลกระทบต่อสังคมไทยอย่างมาก โดยเฉพาะในกลุ่มเปราะบาง เช่น เยาวชน เป็นที่วิตกกังวลโดยทั่วไปว่าการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะทำให้กฎขาระบาดในกลุ่มเยาวชนมากขึ้น จึงควรมีการศึกษาความสามารถในการเข้าถึงกัญชาจากการเปลี่ยนแปลงทางนโยบายกัญชาในประเทศไทยดังกล่าว

#### วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความสามารถในการเข้าถึงกัญชาของเยาวชนไทยภายหลังการเปลี่ยนแปลงทางนโยบายและกฎหมายไทย

#### วิธีการศึกษา (Method)

##### 1. การออกแบบวิจัย

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

1.1 การสำรวจเมื่อเดือน พฤษภาคม-มิถุนายน พ.ศ. 2559 ซึ่งเป็นการสำรวจในช่วงที่กัญชายังมีสถานะยาเสพติดให้โทษ

1.2 การสำรวจเมื่อเดือน พฤษภาคม-มิถุนายน พ.ศ. 2562 ซึ่งเป็นการสำรวจในช่วงที่กฎหมายอนุญาตให้ใช้กัญชา

ทางการแพทย์ได้ทั้งในรูปแบบพืชและสารสกัด (โดยช่อดอกและเมล็ดยังคงอยู่ในบัญชียาเสพติดให้โทษประเภท 5)

1.3 การสำรวจเมื่อเดือน พฤษภาคม-มิถุนายน พ.ศ. 2565 ซึ่งเป็นการสำรวจในช่วงที่กัญชาถูกถอดจากบัญชียาเสพติดให้โทษโดยสมบูรณ์

##### 2. ประชากรและกลุ่มศึกษา

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

วิธีการสุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิสุ่มกระจุกสามขั้นตอนโดย

1) แบ่งพื้นที่ประเทศไทยออกเป็น 10 ชั้นภูมิตามภาค ปปส.

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

3) แต่ละจังหวัดจำแนกชั้นภูมิตามระดับการศึกษา 4 ชั้นภูมิ ประถมศึกษา มัธยมศึกษา อาชีวศึกษาและอุดมศึกษา

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

5) แต่ละสถานศึกษาสุ่มตัวอย่างแบบระบบห้องเรียน ห้องเรียนระดับประถมศึกษาสุ่มเฉพาะประถมศึกษาปีที่ 5 และประถมศึกษาปีที่ 6 รวม 10 ห้อง, ระดับ

มัธยมศึกษาสู่มัธยมศึกษาปีที่ 1-6 รวม 6 ห้อง, ระดับอาชีวศึกษา 2 แห่ง สู่มัธยมศึกษาในระดับ ปวช.1-3 และ ปวส.1-2 รวม 5 ห้อง, ระดับอุดมศึกษาสู่มัธยมศึกษา ระดับปริญญาตรีปีที่ 1-4 รวม 4 ห้อง

6) แต่ละห้องขอความร่วมมือกลุ่ม ตัวอย่างทุกรายตอบแบบสอบถาม

ขนาดตัวอย่าง คำนวณภายใต้ ความชุกในพื้นที่ต่าง ๆ อยู่ระหว่าง 17.48 - 240.72 ต่อ 1,000 ประชากรจากการสำรวจ คราว เรือนทั่ว ประเทศ ปีพ.ศ. 2554<sup>9</sup> ความคลาดเคลื่อนร้อยละ 1 ค่า design effect เท่ากับ 13 คาดประมาณสัดส่วน ผู้ไม่สมัครใจร้อยละ 10 คุณสมบัติของกลุ่ม ตัวอย่างเป็นเยาวชนไทยที่มีอายุ 12-24 ปี ที่ ลงทะเบียนศึกษาอยู่ในสถานศึกษาที่สุ่ม เลือกในวันที่สำรวจ ได้เยาวชนตัวอย่างทั้งสิ้น 15,766 คน

### 3. เครื่องมือและการรวบรวมข้อมูล

ตัวแปรสำคัญในการศึกษานี้ คือ ความสามารถในการเข้าถึงกัญชา การเข้าถึง กัญชาในการศึกษานี้หมายถึง ความสามารถ ของเยาวชนสามารถหาได้ด้วยตนเองภายใน เวลา 15 นาที ประกอบด้วยการรับรู้ถึงแหล่ง จำหน่ายกัญชา การรับรู้ถึงชนิดและคุณภาพ กัญชา การรับรู้ราคาจำหน่ายและอำนาจใน การซื้อของเยาวชน ทั้งนี้รวมถึงผลิตภัณฑ์ กัญชาสด กัญชาแห้ง กัญชาน้ำ ยางกัญชา ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของกัญชาหรือสาร

สกัดกัญชา และอาหารที่มีส่วนผสมของ กัญชา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็น แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็น แบบสอบถามชนิดตอบเอง ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ คุณลักษณะทางประชากร และการ เข้าถึงกัญชา

1) คุณลักษณะทางประชากร ประกอบด้วยคำถาม 14 ข้อ ผ่านการ พิจารณาของผู้เชี่ยวชาญในเครือข่ายพัฒนา วิชาการและข้อมูลสารเสพติดภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 4 ท่าน ได้ค่า CVI 0.93 จัดทำ Cognitive test กับเยาวชน ในชุมชน 26 คน ใช้เวลาในการตอบ 3 นาที และหาค่าความเชื่อมั่นกับเยาวชนในชุมชน จำนวน 52 คน ได้ค่า 4 weeks Test-retest Reliability 0.98

2) การเข้าถึงกัญชา ประกอบด้วย คำถาม 11 ข้อ ผ่านการพิจารณาของ ผู้เชี่ยวชาญในเครือข่ายพัฒนาวิชาการและ ข้อมูลสารเสพติดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 4 ท่าน ได้ค่า CVI 0.91 จัดทำ Cognitive test กับเยาวชนในชุมชน 26 คน ใช้เวลาในการตอบ 3 นาที และหาค่าความ เชื่อมั่นกับเยาวชนในชุมชน จำนวน 104 คน ได้ค่า 4 weeks Test-retest Reliability 0.98 ค่าความคงที่ภายใน (Internal Consistency) 0.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการ ดังนี้

1) กลุ่มตัวอย่างอายุต่ำกว่า 18 ปี คณะผู้วิจัยทำหนังสือขอคำยินยอมจากผู้ปกครอง เมื่อผู้ปกครองยินยอมแล้วจึงดำเนินการในขั้นต่อไป

2) คณะผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขอความร่วมมือของกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตอบ/ไม่ตอบคำถามในแต่ละข้อได้

3) กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอม คณะผู้วิจัยแจกแบบสอบถาม และขอรับคืนในวันถัดมา (มีระยะเวลา 1 วัน) หากไม่ได้รับคืนทั้งฉบับจะถือว่ากลุ่มตัวอย่างไม่ร่วมมือในการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการในช่วงเดือน พฤษภาคม-มิถุนายน ของปี พ.ศ. 2559, 2562, และ 2565 โดยได้รับการรับรองจริยธรรม จากพัฒนาวิชาการและข้อมูลสารสนเทศภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ISAN 4/2559

#### 4. การจัดการและวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อได้รับแบบสอบถามกลับมาได้ดำเนินการดังนี้

1) นำเข้า ข้อมูล ใน เครื่องคอมพิวเตอร์ 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

### ผลการศึกษา (Results)

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษามีจำนวนทั้งสิ้น 15,766 ราย เป็นการสำรวจในปี พ.ศ. 2559 จำนวน 5,208 ราย การสำรวจปี พ.ศ. 2562 จำนวน 5,286 ราย และ การสำรวจปี 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

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 โดยมีเวลาเฉลี่ยในการหากัญชาแห่งมาเสพ 48.5

นาที (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.08 ค่ามัธยฐาน 49)

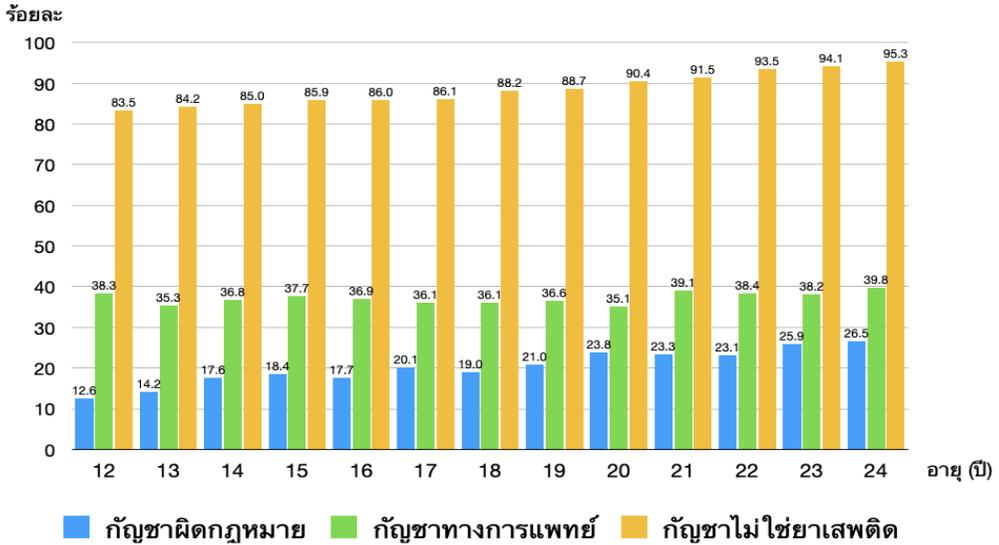
ต่อมาเมื่อมีการอนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ มีการปลูกกัญชากันอย่างกว้างขวาง มีการจำหน่ายผลิตภัณฑ์กัญชาเพื่อสุขภาพมากมายอย่างเปิดเผย รวมทั้งช่องทางจำหน่ายออนไลน์ ส่งผลให้เยาวชนสามารถเข้าถึงกัญชาเพิ่มมากขึ้นเฉลี่ยทุกกลุ่มอายุร้อยละ 37.23 (95%CI 35.93-38.53) ค่าสูงสุดอายุ 24 ปี ร้อยละ 39.84 ต่ำสุดอายุ 20 ปี ร้อยละ 35.08 โดยเฉลี่ยทุกกลุ่มอายุความสามารถในการเข้าถึงกัญชาเพิ่มสูงขึ้นร้อยละ 16.93 (เปลี่ยนแปลงสูงสุดอายุ 12 ปี ร้อยละ 25.67 เปลี่ยนแปลงต่ำสุดอายุ 20 ปี ร้อยละ 11.27) โดยมีเวลาเฉลี่ยในการหากัญชาแห่งมาเสฟ 32.4 นาที (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.23 ค่ามัธยฐาน 34)

ในช่วงที่กัญชาไม่ใช่ยาเสพติด มีการแจกจ่ายต้นพันธุ์กัญชาและส่วนอื่น ๆ อย่างเปิดเผย ในบางพื้นที่มีการซื้อขายกัญชาแห่ง มีการนำกัญชาผสมในอาหาร รวมทั้งมี

ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของกัญชาจำหน่ายในร้านสะดวกซื้อ 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) โดยมีเวลาเฉลี่ยในการหากัญชาแห่งมาเสฟ 12.8 นาที (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.23 ค่ามัธยฐาน 13)

อนึ่งความสามารถในการเข้าถึงกัญชาเพิ่มสูงขึ้นจากช่วงกัญชาเป็นยาเสพติด ร้อยละ 67.85 (เปลี่ยนแปลงสูงสุดอายุ 12 ปี ร้อยละ 70.81 เปลี่ยนแปลงต่ำสุดอายุ 17 ปี ร้อยละ 66.08) ทั้งนี้ความเปลี่ยนแปลงแต่ละช่วงเวลาในทุกอายุ มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.0001$ )

### การเข้าถึงกัญชาของเยาวชน



ภาพที่ 1 การเข้าถึงกัญชาของเยาวชนเปรียบเทียบ 3 ช่วงเวลา

ในช่วงแรก เยาวชนเข้าถึงกัญชาได้จากช่องทางที่ไม่เปิดเผย ราคาช่อดอกอยู่ที่ แท่งละ 300-800 บาท ขึ้นอยู่กับคุณภาพ ปัจจุบันราคาแท่งละ 100-300 บาท สามารถหาซื้อได้ใกล้บ้านและทางสื่อสังคมออนไลน์ รวมทั้งสามารถหา กัญชาสดมาใช้ และเยาวชนจำนวนหนึ่งปลูกไว้ในที่พักอาศัย

#### วิจารณ์ (Discussions)

การศึกษานี้ พบว่าการเปลี่ยนแปลงทางนโยบายทำให้กัญชาแพร่ระบาดในเยาวชนเพิ่มมากขึ้น เมื่อแบ่งกลุ่มอายุเป็นกลุ่ม 12-19 ปี และ 20-24 ปี พบว่าอัตราการใช้กัญชา ก่อนปลดล็อกกัญชา (ปี พ.ศ. 2559) เป็น

ร้อยละ 2.3 และ 4.3 ตามลำดับ ซึ่งเป็นพฤติกรรมการใช้กัญชา 3 เดือนที่ผ่านมา ก่อนวันสำรวจสูงกว่าการศึกษาอื่นที่ใกล้เคียงกัน พบว่า รายงานการสำรวจจรั้วเรื้อนทั่วประเทศ คนไทยกลุ่มอายุ 12-19 ปี และ 20-24 ปี ที่ใช้กัญชาในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 0.1 และ 1.9 ตามลำดับ ส่วนการใช้ในช่วงเดือนที่ผ่านมาคิดเป็นร้อยละ 0.1 และ 1.1 ตามลำดับ<sup>9</sup> ซึ่งเป็นเพราะเวลาที่แตกต่างกันและวิธีการสูมตัวอย่างที่ต่าง กัน

การเปลี่ยนแปลงทางนโยบายและกฎหมายในประเทศไทยซึ่งเป็นประเทศเดียวในกลุ่มสมาชิกอาเซียนที่อนุญาตกัญชา

ส่งผลกระทบต่อประเทศเพื่อนบ้านอาเซียนด้วย ซึ่งพบการจับกุมของกลางกัญชาในกลุ่มประเทศสมาชิกอาเซียนเพิ่มขึ้นอย่างมาก การจับกุมในปี พ.ศ. 2564 เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2562 ถึง 3 เท่า และเพิ่มขึ้น 16 เท่าจากปี พ.ศ. 2560<sup>10</sup>

เมื่อพิจารณาตัวเลขผู้เข้าบำบัดกัญชาในประเทศไทยที่ไม่ได้เพิ่มขึ้นหลังการประกาศปลดล็อกกัญชา ทั้งนี้เป็นเพราะผู้เสพกัญชามีอยู่เพียงร้อยละ 10 เท่านั้นที่ติดกัญชาจนต้องเข้ารับการบำบัด<sup>10</sup> ประกอบกับระบบข้อมูลผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดของประเทศไทยในปัจจุบันไม่นำเข้าข้อมูลเยาวชน (อายุต่ำกว่า 18 ปี) ทำให้ไม่มีข้อมูลเยาวชน รวมทั้งผู้เข้ารับการบำบัดส่วนใหญ่เป็นแบบกึ่งสมัครใจ (เจ้าหน้าที่ตั้งด่านตรวจปัสสาวะเมื่อพบผลบวกจึงนำส่งบำบัด) แต่เมื่อกัญชาไม่อยู่ในบัญชียาเสพติดให้โทษ จึงไม่มีการตรวจกัญชาทำให้ตัวเลขผู้เข้าบำบัดกัญชาในระบบไม่เพิ่มขึ้น

การเข้าถึงยาเสพติดเป็นปัญหาสังคมที่ซับซ้อน ซึ่งมีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวของ ทั้งปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม คนที่มีการศึกษาต่ำหรืออยู่ในสภาพแวดล้อมที่ขาดโอกาสมีความเสี่ยงสูงต่อการเข้าถึงยาเสพติด งานวิจัยพบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำและประสบปัญหาการว่างงานมักจะมีโอกาสในการเข้าถึงยาเสพติดมากขึ้น<sup>5</sup> การมีเพื่อนที่ใช้ยาเสพติดเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้

คนในกลุ่มเสี่ยงมีแนวโน้มที่จะใช้หรือเข้าถึงยาเสพติดเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในวัยรุ่น<sup>11</sup>

หลายงานวิจัยชี้ให้เห็นว่าความยากจนและความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจสามารถเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงยาเสพติดได้ โดยเฉพาะในพื้นที่ที่ขาดแคลนโอกาสทางอาชีพและการศึกษา<sup>4</sup> ยาเสพติดที่มีราคาถูกและหาได้ง่ายในตลาดมืดจะส่งผลให้ผู้คนเข้าถึงได้ง่ายขึ้น<sup>12</sup> การอาศัยในพื้นที่ที่มียาเสพติดแพร่หลาย เช่น ชุมชนแออัดหรือบริเวณที่มีอัตราอาชญากรรมสูง ส่งผลให้การเข้าถึงยาเสพติดเป็นเรื่องง่ายขึ้น<sup>13</sup> ขาดการสนับสนุนจากหน่วยงานท้องถิ่นหรือหน่วยงานของรัฐทำให้ผู้คนในชุมชนที่ขาดโอกาสมีแนวโน้มที่จะพึ่งพายาเสพติดในการจัดการกับปัญหาชีวิต<sup>14</sup> ผู้ที่มีปัญหาความเครียดหรือสุขภาพจิตที่ไม่ได้รับการรักษา มีแนวโน้มที่จะใช้ยาเสพติดเพื่อคลายความเครียดหรือหลบหนีจากปัญหาเหล่านี้<sup>15</sup> ในบางสังคมหรือวัฒนธรรม การใช้ยาเสพติดอาจเป็นที่ยอมรับหรือไม่ถูกควบคุมอย่างเข้มงวด ซึ่งทำให้การใช้ยาเสพติดแพร่หลายมากขึ้น<sup>12</sup>

การเข้าถึงยาเสพติดถูกกำหนดโดยปัจจัยหลากหลายทั้งทางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม การลดการเข้าถึงยาเสพติดจึงต้องมีมาตรการที่ครอบคลุมและเน้นการแก้ไขปัจจัยเหล่านี้ เช่น การศึกษา การสร้างงาน การสนับสนุนจากหน่วยงานรัฐ และการ

ปรับเปลี่ยนบรรทัดฐานทางวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด

ไม่ให้มีการนำไปใช้เพื่อนันทนาการ โดยเฉพาะในเยาวชน อันจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพและสังคม

### ข้อยุติ (Conclusions)

การเปลี่ยนแปลงนโยบายกัญชาของประเทศไทยส่งผลให้เยาวชนเข้าถึงกัญชาได้ง่ายขึ้น นำไปสู่สัดส่วนที่ใช้กัญชาสูงมากขึ้น

### ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

รัฐควรเปลี่ยนแปลงแก้ไขนโยบายและข้อกฎหมายเพื่อควบคุมการใช้กัญชาเพื่อ

### สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

สถานะทางกฎหมายของการใช้กัญชาแตกต่างกันในประเทศต่างๆ การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงสถานะทางกฎหมายของประเทศไทยทำให้เยาวชนสามารถเข้าถึงกัญชาเพิ่มมากขึ้น

### เอกสารอ้างอิง (References)

1. United Nations Office on Drugs and Crime. **World drug report 2021**. United Nations Publications; 2021.
2. Kanato M, Thaikhla K, Asnangkornchai S, Areesantichai C, Charoenrat S, Leyatikul P, Puengcheu K, Wonguppa R. **Report on the results of a national household survey to estimate the population of substance abusers in Thailand in 2019**. Bangkok: Charunsanitwong Publishing; 2019. [in Thai].
3. Kanato M, Phakdeerach P, Phunthet W, Boonjumngong C, Loeiyood J. **The feasibility study report on the Cannabis Decriminalization policy**. Khon Kaen: ISAN Substance Abuse Academic Network; 2016. [in Thai].
4. Caulkins JP, Reuter P. **\*Illicit Drug Markets and Economic Factors\***. *Journal of Economic Perspectives* 2006; 20(3):69-92.
5. Galea S, Nandi A, Vlahov D. **\*The social epidemiology of substance use\***. *Epidemiologic Reviews* 2004. 26; 36-52.
6. Anderson P, Baumberg B. **\*Alcohol in Europe: A Public Health Perspective\***. World Health Organization; 2006.
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 Publishing; 2011. [in Thai].
10. Kanato M, Sarasiri R, Leyatikul P. **ASEAN DRUG MONITORING REPORT 2021.** Bangkok: ASEAN Narcotics Cooperation Center; 2022.
11. Kandel DB. **\*Adolescent marijuana use: Role of parents and peers\***. *Science* 1978; 181: 1067-1070.
12. Room R, MacKay S. **\*Drug Policy and Social Norms\***. *Addiction Research & Theory* 2004; 12(5): 409-413.
13. Rhodes T, Simic M. **\*Transition and the HIV risk environment\***. *British Medical Journal* 2005; 331(7510): 220-223.
14. Friedman SR, Curtis R, Neaigus A. **\*Social networks, drug injectors' lives, and HIV/AIDS\***. Kluwer Academic Publishers; 1999.
15. Sinha R. **\*Chronic stress, drug use, and vulnerability to addiction\***. *Annals of the New York Academy of Sciences* 2008; 1141: 105-130.

# ผลกระทบจากการแก้ไขกฎหมายกัญชาต่อการใช้กัญชาในเยาวชนไทย

รังสิยา วงศ์อุปป์\*, สุภัทรรณณ ทองจิตร\*\*

## บทคัดย่อ

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

ผลการศึกษา เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้กัญชาในเยาวชนพบว่า เยาวชนมีสัดส่วนการใช้กัญชามากขึ้น ทั้งนี้ความเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.01$ )

**คำสำคัญ:** กัญชา; เยาวชน; กฎหมาย; ผลกระทบ

\*คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

\*\*สำนักวิชาทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

Corresponding author: Rungsiya Wonguppa E-mail: rungsiya\_won@vu.ac.th

Received 24/07/2024

Revised 23/08/2024

Accepted 23/09/2024

## THE IMPACT OF CANNABIS LAW AMENDMENTS TO CANNABIS USE AMONG THAI YOUTHS

*Rungsiya Wonguppa\**, *Supattarayan Thongjit\*\**

### ABSTRACT

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

It has emerged that cannabis use behavior increased. These changes were statistically significant. ( $P < 0.01$ )

**Keywords:** Cannabis; Youth; Law; Impact

---

\*Faculty of Public Health, Vongchavalitkul University

\*\*Institute of Dentistry, Suranaree University of Technology

## ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

กัญชาถูกนำมาใช้เสพทั้งในรูปกัญชาสด กัญชาแห้ง กัญชาน้ำ (Cannabis Oil) ยางกัญชา (Hashish) น้ำมันกัญชา (Hashish Oil) และผลิตภัณฑ์แปรรูปของเรซินชนิดอื่นๆ<sup>1</sup> กัญชาจัดอยู่ในบัญชียาเสพติดของสหประชาชาติ ภายใต้อนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ค.ศ. 1961 (The Single Convention on Narcotics Drugs, 1961) ถือเป็นสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่ใช้กันมากที่สุดในโลก กัญชาออกฤทธิ์หลายอย่างต่อระบบประสาทส่วนกลาง คือ ทั้งกระตุ้นประสาท กด และหลอนประสาท สารออกฤทธิ์ที่มีอยู่ในกัญชากว่า 100 ชนิด ที่สำคัญคือ delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) และ Canabidiol (CBD) สารนี้จะออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลางและระบบไหลเวียนโลหิตมากที่สุด ซึ่งจะมีผลต่ออารมณ์ ความจำ ความสามารถในการประมวลผลการคิด sensorium, motor coordination, time sense และการรับรู้ตนเอง สันนิษฐานกันว่ามนุษย์รู้จักกัญชามานานกว่า 10,000 ปี<sup>2</sup> แม้ยังไม่พบรายงานผู้เสียชีวิตจากการใช้กัญชาเกินขนาด (overdose deaths)<sup>3</sup> การศึกษาวิจัยในประเทศไทยพบว่า การสูบกัญชามีภาระโรค (DALYs) ไม่แตกต่างจากการสูบบุหรี่ และยิ่งต่ำกว่าการดื่มสุรา<sup>4</sup> สำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ

(United Nations Office on Drugs Crime, UNODC) คาดประมาณว่า ปี ค.ศ. 2019 มีผู้ใช้กัญชา 200 ล้านคน หรือร้อยละ 4 ของประชากรโลกที่มีอายุระหว่าง 15-64 ปี อัตราความชุกของการใช้กัญชายังคงเพิ่มขึ้นในหลายประเทศ ซึ่งผู้ใช้กัญชาส่วนใหญ่เป็นเยาวชน<sup>5</sup> ข้อมูลการสำรวจครัวเรือนในปี พ.ศ. 2562 พบกัญชาระบาดในทุกภาคของไทย คนไทยที่เคยใช้กัญชามีมากถึง 1.7 ล้านคน หรือ ร้อยละ 3.4 ของประชากรที่มีอายุ 12-65 ปีทั่วประเทศ ผู้ที่ใช้กัญชาในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา มีมากกว่า 6.6 แสนคน และกว่า 5 แสนคนใช้กัญชาในช่วงเดือนที่ผ่านมา<sup>6</sup>

คนไทยรู้จักกัญชามาอย่างยาวนาน พบว่า มีการปลูกเป็นพืชสมุนไพรและใช้ผสมอาหาร ประกอบกับการที่ประเทศไทย ตั้งอยู่ในเขตร้อน ลักษณะทางภูมิศาสตร์และภูมิอากาศทำให้สามารถปลูกกัญชาได้ตลอดปี แต่เดิมคนไทยนิยมปลูกตามรั้วตามสวน เป็นพืชผักสวนครัว แต่หลังจากรัฐบาลกำหนดให้เป็นยาเสพติด จึงพบการลักลอบปลูกตามบริเวณเชิงเขา ชายป่า ริมห้วย กลางแปลงพืชไร่ (ไร่อ้อย ไร่มันสำปะหลัง ไร่ข้าวโพด ไร่ฝ้าย) เป็นต้น แม้ไม่สามารถระบุได้ชัดเจนว่ากัญชาเข้าสู่ประเทศไทย เมื่อใด รัฐบาลไทยได้เล็งเห็นโทษของกัญชา จึงได้ออกพระราชบัญญัติกันชาขึ้นเป็นครั้งแรก ในปี พ.ศ. 2477 ห้ามไม่ให้สูบกัญชา ไม่ให้ปลูกกัญชา ยกเว้นการปลูกเพื่อการทดลองหรือการรักษาโรค พร้อมทั้งมีบทลงโทษผู้กระทำ

ความผิด การบังคับใช้พระราชบัญญัติกัญชา ดำเนินการต่อเนื่องมาจนถึงปี พ.ศ. 2522 รัฐบาล จึงได้ประกาศยกเลิกพระราชบัญญัติกัญชา (ยกเลิกการอนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์) โดยมีพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ขึ้นมาใช้แทน<sup>4</sup> ทำให้กัญชามีสถานะเป็นยาเสพติดประเภท 5 ห้ามการปลูก ครอบครอง และเสพกัญชาโดยสิ้นเชิง

ปัจจุบันมีหลักฐานชัดเจนว่ากัญชามีสาร cannabinoids ที่เป็นประโยชน์ในการรักษาทางการแพทย์ในฐานะยาของแพทย์แผนตะวันตกมาตั้งแต่ปี ค.ศ.1839 และแพทย์ได้นำมาใช้เป็นทางเลือกในการบำบัดรักษาโรคต่างๆ<sup>7</sup> สำหรับผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ที่ได้รับการรับรองจากองค์การอาหารและยาให้จำหน่ายได้ มีเพียงยาที่ใช้ลดอาการปวดเกร็งกล้ามเนื้อ และลดอาการคลื่นไส้จากอาการได้รับเคมีบำบัด ในปลายปี พ.ศ. 2561 ได้มีการเคลื่อนไหวให้แก้ไขกฎหมายยาเสพติดเพื่ออนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ได้ จนกระทั่งเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 จึงได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 อนุญาตให้มีการใช้กัญชาทางการแพทย์ได้ ทำให้เกิดการนำกัญชามาใช้อย่างกว้างขวาง โดยเผยแพร่ข้อความทางอินเตอร์เน็ตว่ากัญชาเป็นยาวิเศษสามารถรักษาได้ทุกโรค ทำให้เกิดการใช้กัญชาในหมู่ประชาชนเพิ่มขึ้นอย่างมาก โดยส่วนใหญ่ใช้

เพื่อนันทนาการ และใช้บำบัดรักษาอาการเจ็บป่วยกันเองในหมู่ประชาชนอย่างกว้างขวาง ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ทั้งในรูปแบบสารสกัดโดยการควบคุมของแพทย์ในสถานพยาบาล สมุนไพรทั้งสูตรดั้งเดิมและสูตรที่คิดขึ้นใหม่ ผลิตภัณฑ์กัญชาแปรรูปทั้งชนิดที่ถูกกฎหมายและไม่ถูกกฎหมาย<sup>8</sup> ทั้งนี้ ส่วนช่อดอกของต้นกัญชาและเมล็ดกัญชายังคงถือเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 5 มีบทลงโทษตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522

ความเคลื่อนไหวจากฝ่ายการเมือง ตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2561 ต่อเนื่องมาต้องการให้ปลดกัญชาจากบัญชียาเสพติดให้โทษ จนกระทั่งมีการประกาศใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด เมื่อเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2564 และประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 พ.ศ. 2565 เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 กำหนดให้เหลือเฉพาะสารสกัดจากทุกส่วนของกัญชา และกัญชงที่มี THC เกินกว่าร้อยละ 0.2 โดยน้ำหนักเท่านั้นที่ถือเป็นยาเสพติดให้โทษ ทำให้มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลดีจากการใช้กัญชาอย่างแพร่หลายในสื่อต่าง ๆ รวมทั้งสื่อสังคมออนไลน์ ซึ่งเยาวชนส่วนใหญ่เข้าถึงได้โดยง่าย หนึ่งประกาศกระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้กฎหมายมีผลบังคับ 120 วันหลังการประกาศ ส่งผลให้เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2565 พืชกัญชา กัญชง จึงหลุดออกจากบัญชียาเสพติดให้โทษโดยสิ้นเชิง ประชาชน

สามารถใช้ได้เสรีมีการนำกัญชาผสมอาหาร และผลิตภัณฑ์ต่างๆจำหน่ายอย่างเปิดเผย

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

#### วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบสัดส่วนการใช้กัญชาในเยาวชนไทยภายหลังการเปลี่ยนแปลงทางนโยบายและกฎหมายไทย

#### วิธีการศึกษา (Method)

##### 1. การออกแบบวิจัย

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

1.1 การสำรวจเมื่อเดือน พฤษภาคม-มิถุนายน พ.ศ. 2559 ซึ่งเป็นการสำรวจในช่วงที่กัญชายังมีสถานะยาเสพติดให้โทษ

1.2 การสำรวจเมื่อเดือน พฤษภาคม-มิถุนายน พ.ศ. 2562 ซึ่งเป็นการสำรวจในช่วงที่กฎหมายอนุญาตให้ใช้กัญชา

ทางการแพทย์ได้ทั้งในรูปแบบพืชและสารสกัด (โดยช่อดอกและเมล็ดยังคงอยู่ในบัญญัติยาเสพติดให้โทษประเภท 5)

1.3 การสำรวจเมื่อเดือน พฤษภาคม-มิถุนายน พ.ศ. 2565 ซึ่งเป็นการสำรวจในช่วงที่กัญชาถูกถอดจากบัญชียาเสพติดให้โทษโดยสมบูรณ์

##### 2. ประชากรและกลุ่มศึกษา

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

วิธีการสุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิสุ่มกระจุกสามขั้นตอน

ขนาดตัวอย่าง คำนวณภายใต้ความชุกในพื้นที่ต่างๆ ความคลาดเคลื่อนร้อยละ 1 ค่า design effect เท่ากับ 13 คาดประมาณสัดส่วนผู้ไม่สมัครใจร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างในการสำรวจแต่ละครั้ง 5,778 คน คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างเป็นเยาวชนไทยที่มีอายุ 12-24 ปี ในวันที่สำรวจ และสมัครใจเข้าร่วมในการศึกษาโดยได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองโดยมีอัตราการตอบกลับร้อยละ 90.14, 91.49, และ 91.25 ตามลำดับ ได้เยาวชนตัวอย่างทั้งสิ้น 15,766 คน

##### 3. เครื่องมือและการรวบรวมข้อมูล

ตัวแปรสำคัญในการศึกษานี้ ประกอบด้วย พฤติกรรมการใช้กัญชา (Cannabis Use Behaviour) โดยพฤติกรรม

การใช้กัญชาในการศึกษานี้ หมายถึงการนำ กัญชาทุกรูปแบบ (กัญชาสด กัญชาแห้ง กัญชาน้ำ ยางกัญชา ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสม ของกัญชา/สารสกัดกัญชา) เข้าสู่ร่างกาย (ทาง ปาก/สูบ) โดยสมัครใจ มุ่งเน้นประสบการณ์ ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา โดยนับรวมทั้งการใช้ เพื่อวัตถุประสงค์ทางนันทนาการ (recreational) เพื่อวัตถุประสงค์เสริมการทำงาน (functional) และเพื่อวัตถุประสงค์ทาง สุขภาพ (medicinal use)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็น แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็น แบบสอบถามชนิดตอบเอง ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ คุณลักษณะทางประชากร และ พฤติกรรมการใช้กัญชา โดย

1) คุณลักษณะทางประชากร ประกอบด้วยคำถาม 14 ข้อ ผ่านการ พิจารณาของผู้เชี่ยวชาญในเครือข่ายพัฒนา วิชาการและข้อมูลสารเสพติดภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 4 ท่าน ได้ค่า CVI 0.93 จัดทำ Cognitive test กับเยาวชน ในชุมชน 26 คน ใช้เวลาในการตอบ 3 นาที และหาค่าความเชื่อมั่นกับเยาวชนในชุมชน จำนวน 52 คน ได้ค่า 4 weeks Test-retest Reliability 0.98

2) พฤติกรรมการใช้กัญชา ประกอบด้วยคำถาม 16 ข้อ ผ่านการ พิจารณาของผู้เชี่ยวชาญในเครือข่ายพัฒนา วิชาการและข้อมูลสารเสพติดภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 4 ท่าน ได้ค่า

CVI 0.94 จัดทำ Cognitive test กับเยาวชน ในชุมชน 26 คนใช้เวลาในการตอบ 4 นาที และหาค่าความเชื่อมั่นกับเยาวชนในชุมชน จำนวน 104 คน ได้ค่า 4 weeks Test-retest Reliability 0.96 ค่าความคงที่ภายใน (Internal Consistency) 0.92

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการ ดังนี้

1) กลุ่มตัวอย่างอายุต่ำกว่า 18 ปี คณะผู้วิจัยทำหนังสือขอคำยินยอมจากผู้ปกครอง เมื่อผู้ปกครองยินยอมแล้วจึง ดำเนินการในขั้นต่อไป

2) คณะผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัยและขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่าง ตอบแบบสอบถาม ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีอิสระ ในการตอบ/ไม่ตอบคำถามในแต่ละข้อได้

3) กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอม คณะผู้วิจัยแจกแบบสอบถาม และขอรับคืน ในวันถัดมา (มีระยะเวลา 1 วัน) หากไม่ได้รับ คืนทั้งฉบับจะถือว่ากลุ่มตัวอย่างไม่ร่วมมือใน การศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการ ในช่วงเดือน พฤษภาคม-มิถุนายน ของปี พ.ศ. 2559, 2562, และ 2565 โดยได้รับการ รับรองจริยธรรม จากพัฒนาวิชาการและ ข้อมูลสารเสพติดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ISAN 4/2559

4. การจัดการและวิเคราะห์ข้อมูล เมื่อได้รับแบบสอบถามกลับมาได้ ดำเนินการดังนี้

1) นำเข้า ข้อมูล ใน เครื่องคอมพิวเตอร์ 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

### 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

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

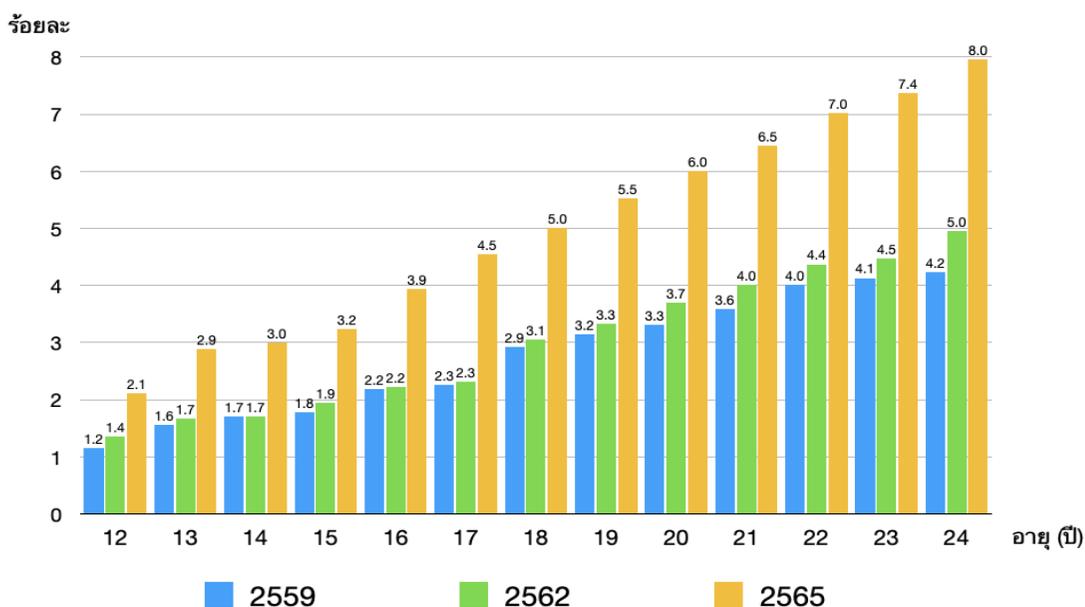
ต่อมาเมื่อมีการอนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ สามารถเข้าถึงผลิตภัณฑ์กัญชาเพื่อสุขภาพได้โดยง่าย รวมทั้งการเข้าถึงกัญชาในรูปแบบอื่น ๆ ส่งผลให้เยาวชนมีพฤติกรรมใช้กัญชาในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาเพิ่มมากขึ้นเฉลี่ยทุกกลุ่มอายุร้อยละ 3.05 (95%CI 68.14-70.64) ค่าสูงสุดอายุ 24 ปี ร้อยละ 4.95 ต่ำสุดอายุ 12 ปี ร้อยละ 1.36 โดยเฉลี่ยทุกกลุ่มอายุใช้กัญชาในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาเพิ่มขึ้นร้อยละ 0.26 (เปลี่ยนแปลงสูงสุดอายุ 24 ปี ร้อยละ 0.7 โดยอายุ 14 ปี ไม่เปลี่ยนแปลงอยู่ระดับเดิมที่ร้อยละ 1.7)

ในช่วงที่กัญชาไม่ใช่ยาเสพติด มีการซื้อขายกัญชาอย่างเปิดเผยทุกรูปแบบ รวมทั้งการซื้อขายในที่สาธารณะ ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ เยาวชนสามารถเข้าถึงกัญชาได้โดยง่ายสามารถหากัญชามาเสพได้ทั้งจากในสถานศึกษา ในชุมชน โดยใช้เวลาที่จะได้รับกัญชาน้อยกว่า 10 นาที ประกอบกับความอยากรู้อยากลองของเยาวชน ส่งผลให้เยาวชนมีพฤติกรรมใช้กัญชาในช่วง 3 เดือนที่

ผ่านมา เพิ่มมากขึ้น 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 เดือนที่ผ่านมาเพิ่มสูงขึ้นจากช่วงกัญชาทางการแพทย์ร้อยละ 1.77 (เปลี่ยนแปลงสูงสุดอายุ 24 ปี ร้อยละ 3.02 เปลี่ยนแปลงต่ำสุดอายุ 12 ปี ร้อยละ 0.75)

พฤติกรรมใช้กัญชาในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาเพิ่มสูงขึ้นจากช่วงกัญชาเป็นยาเสพติดร้อยละ 2.03 (เปลี่ยนแปลงสูงสุดอายุ 24 ปีร้อยละ 3.72 เปลี่ยนแปลงต่ำสุดอายุ 12 ปี ร้อยละ 0.96) ทั้งนี้เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบสัดส่วนเยาวชนที่ใช้กัญชาในแต่ละอายุ พบว่าความเปลี่ยนแปลงในแต่ละอายุ มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.01$ )

### สัดส่วนเยาวชนที่ใช้กัญชาในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา



ภาพที่ 1 สัดส่วนเยาวชนที่ใช้กัญชาในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาจำแนกตามอายุ

ทั้งนี้ ผลិតภัณฑ์กัญชาที่เยาวชนนิยมใช้อยู่ในรูป กัญชาแห้ง กัญชาสด ชนมและอาหารที่มีส่วนผสมของกัญชา

### วิจารณ์ (Discussions)

แม้ว่าขนาดตัวอย่างและกระบวนการสุ่มตัวอย่างโดยอาศัยความน่าจะเป็น (probability sampling) ในการสำรวจแต่ละครั้งจะ คำนึง ถึง ความเป็นตัว แทน (representativeness) และความเพียงพอต่ออำนาจทางสถิติ (statistical power) ในการวิเคราะห์ข้อมูล แต่ด้วยข้อจำกัดทางจริยธรรมในการวิจัย ที่ต้องคำนึงถึงความเป็นอิสระในการตอบคำถาม การมีเวลาเพียงพอ และความสมัครใจในการตอบคำถามทั้งแบบรายข้อหรือทั้งฉบับ ทำให้อาจพบความคลาดอยู่บ้าง อาทิ ในบางกลุ่มอายุอัตราการตอบกลับระหว่างเพศไม่เท่ากัน และการตอบกลับไม่เท่ากันในทุกครั้งที่ทำการสำรวจ แต่พบว่าการตอบกลับสูงกว่าร้อยละ 90 ในทุกกลุ่มอายุ ทั้งสองเพศ และในการสำรวจทุกครั้ง ทำให้ผลการศึกษามีความคลาดเคลื่อนต่ำ

การศึกษานี้พบว่าการเปลี่ยนแปลงทางนโยบายทำให้กัญชาแพร่ระบาดในเยาวชนเพิ่มมากขึ้น เมื่อแบ่งกลุ่มอายุเป็นกลุ่ม 12-19 ปีและ 20-24 ปี พบว่าอัตราการใช้กัญชาก่อนปลดล็อกกัญชา (ปี พ.ศ. 2559) เป็นร้อยละ 2.3 และ 4.3 ตามลำดับ ซึ่งเป็นพฤติกรรมการใช้กัญชา 3 เดือนที่ผ่านมาเกินวันสำรวจสูงกว่าการศึกษาอื่นที่ใกล้เคียงกันพบว่า

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 ตามลำดับ<sup>6</sup> ซึ่งเป็นเพราะช่วงเวลาที่แตกต่างกันและวิธีการสุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน

การเปลี่ยนแปลงทางนโยบายและกฎหมายในประเทศไทย ซึ่งเป็นประเทศเดียวในกลุ่มสมาชิกอาเซียนที่อนุญาตกัญชาส่งผลกระทบต่อประเทศเพื่อนบ้านอาเซียนด้วย ซึ่งพบการจับกุมของกลางกัญชาในกลุ่มประเทศสมาชิกอาเซียนเพิ่มขึ้นอย่างมาก การจับกุมในปี พ.ศ.2564 เพิ่มขึ้นจากปีพ.ศ. 2562 ถึง 3 เท่า และเพิ่มขึ้น 16 เท่าจากปี พ.ศ. 2560<sup>10</sup>

เมื่อพิจารณาตัวเลขผู้เข้าบำบัดกัญชาในประเทศไทยที่ไม่ได้เพิ่มขึ้นหลังการประกาศปลดล็อกกัญชา ทั้งนี้เป็นเพราะผู้เสพกัญชามีอยู่เพียงร้อยละ 10 เท่านั้นที่ติดกัญชาจนต้องเข้ารับการบำบัด<sup>10</sup> ประกอบกับระบบข้อมูลผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดของประเทศไทยในปัจจุบันไม่นำเข้าข้อมูลเยาวชน (อายุต่ำกว่า 18 ปี) ทำให้ไม่มีข้อมูลเยาวชน รวมทั้งผู้เข้ารับการบำบัดส่วนใหญ่เป็นแบบกึ่งสมัครใจ (เจ้าหน้าที่ตั้งด่านตรวจปัสสาวะเมื่อพบผลบวกจึงนำส่งบำบัด) แต่เมื่อกัญชาไม่อยู่ในบัญชียาเสพติดให้โทษ จึงไม่มีการตรวจกัญชาทำให้ตัวเลขผู้เข้าบำบัดกัญชาในระบบไม่เพิ่มขึ้น

การใช้กัญชาก่อนให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพพระยะสั้นที่ชัดเจน คือ อาการเมึนเมา การรับรู้และพฤติกรรมผิดปกติ ขนาดของผลกระทบต่อขึ้นอยู่กับปริมาณที่ใช้ วิธีการใช้ การให้คุณค่าและทัศนคติของของผู้ใช้กัญชา<sup>11</sup> แม้การทบทวนทางระบาดวิทยาจะยังไม่มีรายงานการตายจากการใช้กัญชาเกินขนาด<sup>3</sup> หลักฐานเกี่ยวกับประเด็นระบบไหลเวียนโลหิต การสูบกัญชากับโรคถุงลมโป่งพองและมะเร็งปอด ส่วนใหญ่ยังเป็นระดับกรณีศึกษา (cases report) และยังไม่มืหลักฐานอ้างอิงเชิงประจักษ์ทางการแพทย์ที่น่าเชื่อถือ<sup>12,13</sup> ในทางตรงกันข้าม การใช้กัญชาระยะยาวเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเภท 2.9 เท่า<sup>14</sup> ผู้ใช้กัญชาเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้ไม่ได้ใช้ประมาณร้อยละ 17 และความเสี่ยงนี้เพิ่มมากขึ้นเป็นร้อยละ 62 ในผู้ใช้ในปริมาณมาก ๆ<sup>15</sup> ในแง่ของผลกระทบต่อสังคมจากการศึกษาระยะยาวในปี ค.ศ. 1990 พบว่าผู้เริ่มใช้กัญชาก่อนอายุ 15 ปี มีแนวโน้มออกจากโรงเรียน<sup>16</sup> ผู้ที่ติดกัญชาหรือใช้กัญชาต่อเนื่องระยะยาวเป็นผู้ที่มีการศึกษาน้อยมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจว่างงาน และมีการใช้ยาเสพติดอื่น ๆ ร่วมด้วย

### เอกสารอ้างอิง (References)

1. Kanato M, Leyatikul P, Ritmontri S. The documentary research report on Cannabis Policies and Problem Solving: Case studies of the United

<sup>17-19</sup> ยิ่งกว่านั้น ยังมีโอกาสสูญปลอดออกจากงานมากกว่าปกติ<sup>20</sup>

### ข้อยุติ (Conclusions)

นโยบายกัญชาทางการแพทย์ส่งผลให้เยาวชนเสพกัญชามากขึ้นโดยเฉพาะในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ส่วนการปลดกัญชาจากบัญชียาเสพติดทำให้เยาวชนเสพกัญชาเพิ่มขึ้น 2.7-5.5 เท่า

### ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

รัฐควรเปลี่ยนแปลงแก้ไขนโยบายและข้อกำหนดเพื่อควบคุมการใช้กัญชา เพื่อให้ไม่ให้เกิดการนำไปใช้เพื่อนันทนาการ โดยเฉพาะในเยาวชน อันจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพและสังคม

### สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

สถานะทางกฎหมายของการใช้กัญชาแตกต่างกันในประเทศต่าง ๆ การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงสถานะทางกฎหมายของประเทศไทยทำให้เยาวชนใช้กัญชาเพิ่มมากขึ้น

Kingdom and the United States of America. Bangkok: Charunsanitwong Publishing; 2015. [in Thai].

2. Abel EL. **MARIJUANA 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, Boonjumng 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, Puengcheu K, Wonguppa R. **Report on the results of a national household survey to estimate the population of substance abusers in Thailand in 2019**. Bangkok: Charunsanitwong Publishing; 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 Publishing; 2011. [in Thai]
10. Kanato M, Sarasiri R, Leyatikul P. **ASEAN DRUG MONITORING REPORT 2021**. Bangkok: ASEAN Narcotics Cooperation Center; 2022.
11. Brands B, Marshman J, Sproule B. **Drugs & Drug Abuse: A Reference Text**. Addiction Research Foundation; 1998.
11. Brands B, Marshman J, Sproule B. **Drugs & Drug Abuse: A Reference Text**. Addiction Research Foundation; 1998.
12. Joshi M, Joshi A, Bartter T. Marijuana and lung diseases. **Current opinion in pulmonary medicine** 2014; 20(2): 173-179.

13. Hackam DG. **Cannabis and stroke: systematic appraisal of case reports.** *Stroke* 2015; 46(3): 852-856.
14. Semple DM, McIntosh AM, Lawrie SM. Cannabis as a risk factor for psychosis: systematic review. **Journal of psychopharmacology** 2005; 19(2): 187-194.
15. 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.
16. 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.
17. Fergusson DM, Boden JM, Horwood, LJ. Cannabis use and other illicit drug use: testing the cannabis gateway hypothesis. **Addiction** 2006; 101(4): 556-569.
18. Fergusson DM, Boden JM. Cannabis use and later life outcomes. **Addiction** 2008; 103(6): 969-976.
19. 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.
20. 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.

# คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์

## 1. ประเภทของบทความ

ประเภทของบทความที่รับพิจารณาเพื่อลงตีพิมพ์ ประกอบด้วย

1.1 นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article) เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้า วิจัย ที่เกี่ยวกับระบบสุขภาพ และ/หรือ การพัฒนาระบบสาธารณสุข ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์ (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 ชื่อผู้พิมพ์ (พร้อมชื่อสถานที่ปฏิบัติงาน) บทคัดย่อ คำสำคัญ บทนำ วิธีการสืบค้นข้อมูล ผลการศึกษาทบทวน ข้อยุติ ข้อเสนอแนะ และเอกสารอ้างอิง และคำแนะนำสำหรับค้นคว้าเพิ่มเติม โดยจำแนกเอกสารอ้างอิงออกเป็น 3 ประเภท คือ ไม่ระบุ, \*น่าสนใจ (\*of special interest), และ \*\*น่าสนใจเป็นพิเศษ (\*\*of outstanding interest) พร้อมทั้งระบุเหตุผลในการจำแนกประเภทของเอกสารอ้างอิงในวงเล็บท้ายเอกสารอ้างอิงนั้น ๆ 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 ชื่อผู้พิมพ์ ใช้ Cordia New ขนาดอักษร 14 โดยให้ชื่อเต็ม ไม่ระบุคำนำหน้าชื่อ ไม่ใช่คำย่อ และระบุชื่อผู้พิมพ์ไม่เกิน 7 คน

2.1.3 ชื่อหน่วยงาน หรือสถาบันที่ผู้พิมพ์ปฏิบัติงาน 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 สำหรับภาษาอังกฤษต้องเป็นประโยคที่ดี 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 ให้บอกรายละเอียดของสิ่งแทรกแซง (intervention) เช่น หลักสูตร โปรแกรม ตัวแบบ รูปแบบการรักษา ชนิดและขนาดของยาที่ใช้ เป็นต้น รวมถึงตั้งแต่กระบวนการได้มา/พัฒนา การดำเนินการ/หัตถการ (maneuver) หรือการจัดกระทำต่อกลุ่มเป้าหมาย (manipulation) เช่น ผู้ป่วย คนปกติ สัตว์ พิษ เป็นต้น ถ้าเป็นมาตรการที่รู้จักทั่วไปให้ระบุเป็นเอกสารอ้างอิง ถ้าเป็นสิ่งใหม่ ให้อธิบายกระบวนการพัฒนา และคุณลักษณะของสิ่งแทรกแซงโดยละเอียดให้ผู้อ่านเข้าใจและสามารถนำไปใช้ต่อได้ 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 อาจแสดงความเห็นเบื้องต้นหรือข้อมูลที่ตีตนมีเพื่ออธิบายส่วนที่โดดเด่นหรือแตกต่างเป็นพิเศษก็ได้ 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 และองค์ความรู้ใหม่ที่เกิดขึ้นภายหลังจากทำการศึกษาวิจัย

## 2.12 เอกสารอ้างอิง (References)

ดูในหัวข้อการเขียนเอกสารอ้างอิง

## 3. การเตรียมตาราง ภาพ แผนภูมิ และกล่องข้อความ

ให้อักษร 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 และไม่ควรถือตารางเป็นภาพถ่าย

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 แนวนโยบาย 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 สารระทาง 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](mailto: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 ผู้นิพนธ์สามารถขอรับหนังสือรับรองสถานการณืตีพิมพ์จากฝ่ายจัดการ

### 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