

พฤติกรรมการใช้กัญชาและผลกระทบจากการใช้กัญชาในเขตบริการสุขภาพ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*

สุจิตตา ฤทธิมนตร์**, จักรสันต์ เลียหยุด***, ขวัญสุดา บุญเทศ****

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้กัญชาและผลกระทบจากการใช้กัญชาในเขตบริการสุขภาพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใช้กัญชาที่มีรายชื่อในระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.) ในเขตบริการสุขภาพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปีพ.ศ. 2564 จำนวน 380 คน โดยใช้การสุ่มอย่างเป็นระบบ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการใช้แบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและ วิเคราะห์ความแตกต่างของปีสุขภาวะที่สูญเสียไปโดยใช้การทดสอบของครัสคาล-วัลลิส

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้กัญชาครั้งแรกมีอายุช่วง 15-17 ปี สาเหตุอยากลอง ใช้การสูบบแบบมวน จำนวน 11-20 มวน/วัน สลับกับใช้บ้อง 3-4 ครั้ง/วัน ระยะเวลาنانเฉลี่ย 8.63 ปี ส่วนใหญ่เป็นผู้ติด และยังคงใช้ร้อยละ 84.74 ผลกระทบด้านสุขภาพมีปีสุขภาวะที่สูญเสียไป (DALYs) เฉลี่ย 8.06 ปี/คน ไม่พบความแตกต่างทางนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการสูญเสียปีสุขภาวะกับคุณลักษณะส่วนบุคคล ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการบำบัดรักษา การบังคับใช้กฎหมาย และการฟ้องร้องคดีความ และอุบัติเหตุ เฉลี่ย 13,455.95 บาท/คน/ปี ผลกระทบด้านสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 1.74, S.D.=0.58) โดยเกิดผลกระทบต่อชุมชน ต่อตนเอง และต่อครอบครัวมากที่สุด ตามลำดับ ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันการใช้กัญชาในทางที่ผิดเพื่อลดผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อม

คำสำคัญ : กัญชา, ผลกระทบของกัญชา, พฤติกรรมการใช้กัญชา

* ได้รับทุนสนับสนุนวิจัยจากศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด (ศศก.)

** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

*** นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

**** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Corresponding author, email: kwaboo@kku.ac.th , Tel. 091-9355463

Received : November 23, 2023; Revised : December 12, 2023; Accepted : February 27, 2024

Marijuana Use Behavior and Effects of Marijuana Use in Northeastern Health Service Areas*

Sujitta Ritmontree**, Jagsan Loeiyood***, Kwansuda Boontoch****

Abstract

This descriptive research aimed to study marijuana usage behavior and its impact among marijuana users listed in the Thai National Health Security Office's drug rehabilitation and recovery database for the northeastern region in the year 2021, with a sample of 380 individuals through systematic sampling. Data were collected by using interviews, and the analysis involved both descriptive statistics and a Kruskal-Wallis test to assess differences in Disability-Adjusted Life Years (DALYs).

The results of the research found that the sample group used marijuana for the first time between the ages of 15-17 years with the reason being that they wanted to try it. The most common pattern of marijuana consumption involved smoking 11-20 joints per day, alternating with using a bong 3-4 times per day, with an average duration of 8.63 years. The majority of the sample remained marijuana users, with 84.74% continuing to use. On average, the impact on health resulted in a loss of 8.06 DALYs per person. There were no statistically significant differences in health-related outcomes when comparing the DALYs with personal characteristics. The economic impact resulted in an average annual cost of 13,4555.95 Baht per person, including expenses related to rehabilitation, law enforcement, and legal proceedings, as well as accidents. The overall societal impact fell within the moderate range (mean = 1.74, S.D. = 0.58), with communities, individuals, and families being affected most significantly, in that order. This research underscores the negative consequences of marijuana use and emphasizes the urgent need for a comprehensive approach to address this issue in all its dimensions.

Keywords : Marijuana, Effect of marijuana, Marijuana use behavior

* Received research funding from the Centre for Addiction Studies (CADS)

** Instructor, Faculty of Nursing, Roi Et Rajabhat University

*** Public Health Technical Officer, Senior Professional Level, Khon Kaen Provincial Health Office

**** Instructor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

Corresponding author, email: kanyapat.pe@ssru.ac.th and yelly26girl@gmail.com

Received : November 16, 2023; **Revised :** January 21, 2024; **Accepted :** January 25, 2024

ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

กัญชามีสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่ใช้กันมากที่สุดในโลก และมีหลายประเทศที่นำกัญชามาใช้ในการแพทย์ และเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ (United Nations Office on Drugs and Crime, 2018) สำหรับประเทศไทยเดิมกัญชานั้นถูกจัดว่าเป็นสิ่งผิดกฎหมายในประเทศไทยตามพระราชบัญญัติกัญชา พ.ศ. 2477 ซึ่งห้ามมิให้มีการปลูก ซื้อมาขายไป การจำหน่าย มีไว้ในครอบครอง หรือสูบกัญชา และจัดเป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ต่อมามีการออกพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 อนุญาตให้ใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ (พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562, 2562) ประกอบกับพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ซึ่งประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 8 พฤศจิกายน 2564 มีสาระสำคัญ คือ การถอดกัญชาออกจากบัญชียาเสพติดและส่งเสริมให้นำมาใช้ในทางการแพทย์ แต่ก็ยังเป็นเพียงจุดเริ่มต้นเท่านั้น เนื่องจากยังต้องการศึกษาวิจัยอีกมาก ทั้งการสร้างองค์ความรู้ การติดตามประเมินผล โดยเฉพาะการศึกษาผลกระทบทั้งเชิงบวกและเชิงลบอย่างรอบด้าน ทั้งในระยะสั้นและในระยะยาวเพื่อประโยชน์สูงสุดต่อประชาชนและประเทศชาติ (บัณฑิต ศรีไพศาล, วรานิษฐ์ ลำไย, เชษฐ รัชดาพรธนาธิกุล, ชัยสิริ อังกรวรรณนท์, นิศาชล เตชเกรียงไกรกุล และ Jürgen Rehm, 2565) นอกจากนี้ยังขาดกฎกระทรวงหรือกฎหมายย่อยใด ๆ เข้ามาควบคุมการใช้ประโยชน์ทางด้านสันตินาการ

การนำกัญชามาใช้เพื่อการสันตินาการหรือที่ไม่ใช่ทางการแพทย์อาจทำให้เกิดผลกระทบเพราะในกัญชามีสารเดลตา-9-เตตราไฮโดรแคนนาบินอล (Delta-9-Tetrahydrocannabinol : THC) ที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท โดยผลกระทบในระยะสั้นที่ชัดเจนคือ อาการมึนเมา การรับรู้และพฤติกรรมผิดปกติขนาดของผลกระทบขึ้นอยู่กับปริมาณที่ใช้ วิธีการใช้และการให้คุณค่าและทัศนคติของผู้ใช้กัญชา ผลกระทบในระยะยาวจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเภท 2.90 เท่า (Semple, McIntosh, & Lawrie, 2005) เสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้ไม่ได้ใช้กัญชาประมาณร้อยละ 17 และความเสี่ยงนี้เพิ่มมากขึ้นเป็นร้อยละ 62.00 ในผู้ใช้กัญชาปริมาณมาก (Lev-Ran, Roerecke, Le Foll, George, McKenzie & Rehm, 2014) หากพิจารณาในแง่ของผลกระทบทางสังคม พบว่า ผู้ใช้กัญชาอายุน้อย 15 ปี ทำนายการลาออกจากวัยเรียน (Ellickson, Bui, Bell & McGuigan, 1998) ผู้ที่ติดกัญชาหรือใช้กัญชาต่อเนื่องระยะยาวเป็นผู้ที่มีการศึกษาดำกว่าระดับปริญญา มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ว่างานและมีการใช้ยาเสพติดอื่น ๆ (Brook, Lee, Finch, Seltzer & Brook, 2013; Fergusson & Boden, 2008; Fergusson, Boden & Horwood, 2006) รวมไปถึงการมีโอกาสถูกปลดออกจากงานหรือเลิกจ้างมากกว่าปกติ (Compton, Grant, Colliver, Glantz & Stinson, 2004) จากการศึกษาผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่เข้ารับการรักษาจากสถานบำบัดรักษาเสพติดของรัฐ 6 แห่ง ทั่วประเทศไทยพบเป็นโรคจิตเวชสูงถึงร้อยละ 72.3 (กรมการแพทย์, 2562) พบปัญหาภาวะที่สูญเสียไปจากการใช้กัญชา 120.09 ปี เฉลี่ย 0.78 ปี (Ritmontree, Kanato & Leyatikul, 2019) จากการศึกษาของ ประกาศิต วรรณาสชัยยง, สิทธิพล บุญมั่น, และอรรถรัตน์ เขากุลจรัสศิริ (2566) พบว่า เด็กและวัยรุ่นที่ใช้กัญชาที่มีสาร THC ในปริมาณสูง ส่งผลด้านสุขภาพร่างกาย ได้แก่ กระสับกระส่ายหรือซึมลง ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียนรุนแรง รวมถึงปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ ซึมเศร้า วิตกกังวล ความคิดพฤติกรรม การฆ่าตัวตาย พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง และปัญหาทางด้าน การเรียนและสติปัญญา อาจนำไปสู่ความล้มเหลวด้านการเรียน ซึ่งการศึกษานี้ได้ให้ข้อเสนอแนะว่าควรมีการศึกษาผลกระทบจากการใช้กัญชาให้ครอบคลุมในด้านอื่น ๆ

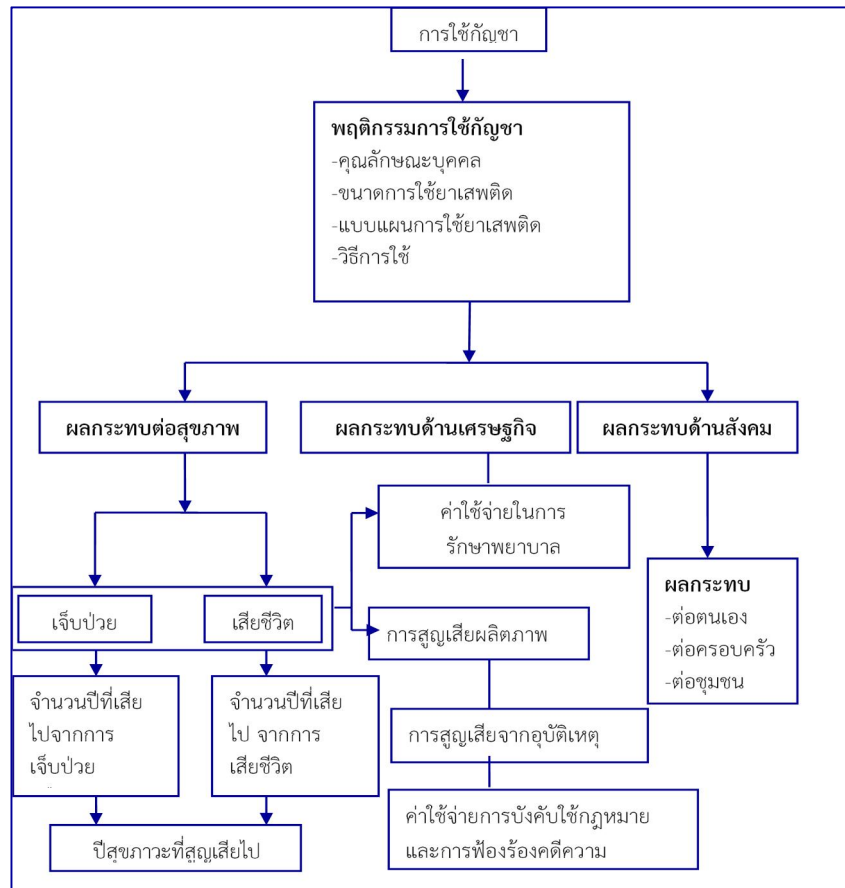
ในประเทศไทยหลังประกาศใช้พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 พบว่า มีผู้เข้ารับการรักษาภัยพิบัติ จำนวน 17,907, 10,478 และ 7,189 ราย ในปี 2562 – 2564 ตามลำดับ โดยในปี 2560-2561 มีจำนวน 15,094 และ 13,629 ราย เมื่อพิจารณาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่า หลังมีการเปลี่ยนแปลงและประกาศใช้พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 พบว่า มีผู้เข้ารับการรักษาภัยพิบัติจำนวน 3,904, 2,272 และ 1,984 ราย ในปีงบประมาณ 2562 – 2564 ตามลำดับ โดยในปีงบประมาณ 2560-2561 มีจำนวน 2,594 และ 2,663 ราย (ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2564) พบว่าแต่ละปีมีจำนวนไม่คงที่ แต่อย่างไรก็ตามข้อมูลผู้ที่ใช้ยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาภัยพิบัติเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงการได้รับผลกระทบจากการใช้ยาเสพติด ดังนั้นการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดในสถานการณ์หลังประกาศพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 ศึกษาผลกระทบทางด้านสุขภาพหรือปัญหาสุขภาพที่สูญเสียไปจากการใช้ยาเสพติด ผลกระทบด้านเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับรักษา กฎหมาย อาชญากรรม อุบัติเหตุ รวมถึงผลกระทบด้านสังคมที่กระทบต่อบุคคล กระทบต่อครอบครัว กระทบต่อชุมชนรวมถึงมลพิษทางสังคม จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดและผลกระทบจากการใช้ยาเสพติดในมิติทั้งด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจ และด้านสังคม เพื่อประโยชน์ในการจัดการวางแผนนโยบายด้านยาเสพติด และยาเสพติด รวมทั้งการวางแผนการดูแลช่วยเหลือหรือป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดและผลกระทบจากการใช้ยาเสพติด ด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม ในเขตบริการสุขภาพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำสรุปประเด็นจากการใช้ยาเสพติดเข้าสู่ร่างกายด้วยวิธีการต่าง ๆ ทำให้มีการออกฤทธิ์ต่อร่างกายแตกต่างกัน มีผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อม ได้แก่ ผลต่อร่างกายผู้เสพ ครอบครัว ชุมชน สังคม และเศรษฐกิจ (Steve & Susan, 2001) พฤติกรรมการใช้ยาเสพติดที่เกี่ยวข้องกับคุณลักษณะของบุคคล ขนาดการใช้ แบบแผนการใช้ยาเสพติด วิธีการใช้ การวัดผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาเสพติด มีการใช้ดัชนี Disability -Adjusted Life Years (DALYs) เป็นดัชนีในการวัดผลกระทบด้านสุขภาพ (World Health Organization [WHO], 2000) การวัดผลกระทบด้านเศรษฐกิจที่เกิดจากการใช้ยาเสพติด องค์การระหว่างประเทศได้กำหนดแนวทางในการประมาณต้นทุนด้านเศรษฐกิจสังคมที่เกิดจากการใช้ยาเสพติด ประกอบด้วยต้นทุน การรักษาพยาบาล (Health care costs) ต้นทุนทรัพย์สินเสียหายจากการเกิดอุบัติเหตุจราจร (Cost of property loss due to traffic accident) ต้นทุนการดำเนินคดี (Law enforcement and criminal justice cost) การสูญเสียผลิตภาพจากการทำงาน (Cost of reduced Productivity) ส่วนการวัดผลกระทบทางสังคม เป็นการวัดสิ่งที่เปลี่ยนแปลงไปจากความคาดหวังของชนบทชนนิยมวัฒนธรรมและโครงสร้างทางสังคม โดยโครงสร้างวัฒนธรรมและสังคม มี 3 ระดับ คือ ระดับบุคคล ระดับครอบครัว และระดับชุมชน (Lee, Akers & Borg 2004) จากความสำคัญดังกล่าวเพื่อนำมาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย คณะผู้วิจัย จึงสรุปดังภาพที่ 1



วิธีดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study)

ประชากร คือ ผู้ใช้กัญชา ที่มีรายชื่อในระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ เขตบริการสุขภาพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ใน พ.ศ. 2564 จำนวน 1,828 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ใช้กัญชา ที่มีรายชื่อในระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.) เขตบริการสุขภาพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ใน พ.ศ. 2564 ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่สมัครใจและยินดีเข้าร่วมวิจัย คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรประมาณค่าสัดส่วนกรณีทราบจำนวนประชากรแน่นอนของ Wayne (1995) โดยสัดส่วนประชากร (P) = 0.285 ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ Error (d) = 0.05 Alpha (α) = 0.05 ค่ามาตรฐานที่ช่วงเชื่อมั่น 95% = 1.96 และป้องกันปัญหาข้อมูลไม่เพียงพอ ปรับเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 10 ได้ขนาดตัวอย่างทั้งหมด 380 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มอย่างเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) รายชื่อผู้ที่เข้ารับการบำบัดด้วยกัญชาในระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด (บสต.) พ.ศ. 2564 มาเรียงกันตามทะเบียนที่เข้ารับการบำบัดแยกแต่ละจังหวัด แล้วหาอัตราส่วน (K) ระหว่างประชากร (N) และกลุ่มตัวอย่าง (n) จากสูตร $K = N/n = 1828/380 = 4.8$ หรือ 5 ได้กลุ่มตัวอย่างเขตบริการสุขภาพที่ 7 8 9 และ 10 จำนวน 55, 112, 159, 54 คน ตามลำดับ

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ สามารถยืนยันอัตลักษณ์บุคคลได้ เป็นบุคคลที่มีที่อยู่หรือมีทะเบียนบ้านอยู่ในจังหวัดตัวอย่าง มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ใช้กัญชาผสมกับบุหรืหรือยาเส้นเพียงชนิดเดียวเป็นประจำอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ ต่อเนื่องเป็นระยะเวลามากกว่า 1 ปี ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง/อาการทางจิต/อาการแทรกซ้อนจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ สามารถสื่อสารภาษาไทย ถอดบทเรียนเรื่องและยินดีและสมัครใจเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ที่ใช้กัญชาพร้อมหรือสลับ กับสารเสพติดชนิดอื่น เช่น ยาบ้า สุรา ผู้ที่ใช้กัญชาทางการแพทย์

เกณฑ์การยุติ (Discontinuation criteria) ได้แก่ เจ็บป่วย ผูกฉีก ร้ายแรง หรือเสียชีวิต ระหว่างการดำเนินการวิจัยขอถอนตัวออกจากการวิจัย ระหว่างการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาพฤติกรรมการใช้กัญชาและผลกระทบด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ประยุกต์มาจากแบบสัมภาษณ์การศึกษาเปรียบเทียบผลกระทบ ด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพของกัญชา เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และบุหรื (สุจิตตา ฤทธิ์มนตรี, 2562) โดยปรับให้เหมาะสม และสอดคล้องกับผลกระทบของการใช้กัญชาและหาค่าความน่าเชื่อถือก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มเป้าหมาย โดยแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย ส่วน 5 ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ สมาชิกครอบครัว รายได้ครอบครัว ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการสาธารณสุข สิทธิการรักษาพยาบาล

2. ข้อมูลเกี่ยวกับแบบแผนลักษณะพฤติกรรมการใช้กัญชาเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ ประกอบด้วย ยาเสพติดหลักที่ใช้ อายุที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรก ลักษณะการใช้ วิธีการใช้ ยาเสพติดที่ใช้ครั้งแรก ยาเสพติดที่ใช้ในปัจจุบัน ระดับการติด ระยะเวลาที่ติด พฤติกรรมการใช้กัญชา

3. ข้อมูลผลกระทบด้านสุขภาพ เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ ประกอบด้วยสุขภาพโดยรวมในปัจจุบัน สุขภาพโดยรวมช่วงที่ใช้กัญชา

4. ข้อมูลผลกระทบด้านเศรษฐกิจ เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ ประกอบด้วย ข้อมูลการบำบัดรักษา การรักษาพยาบาล โรคที่เกิดจากการใช้กัญชา (ทุกระดับสถานพยาบาล) การเกิดอุบัติเหตุ จราจร การดำเนินคดีอาญา

5. ข้อมูลผลกระทบด้านสังคม ประกอบด้วยผลกระทบต่อบุคคล 8 ข้อ ผลกระทบต่อครอบครัว 7 ข้อ และผลกระทบต่อชุมชน 5 ข้อ รวม 20 ข้อ เป็นแบบวัดใช้มาตราส่วน 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ตั้งแต่ น้อยที่สุด 1 คะแนน ถึงมากที่สุด 5 คะแนน การแปลผลแบ่งระดับผลกระทบทางสังคมเป็น 4 ระดับ คือ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง ระดับสูงและระดับรุนแรง แบ่งคะแนนการแปลผลเป็นช่วง ๆ มีความหมาย ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 3.76 – 5.00 หมายถึง มีผลกระทบอยู่ในระดับรุนแรง

ค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.75 หมายถึง มีผลกระทบอยู่ในระดับสูง

ค่าเฉลี่ย 1.26 – 2.50 หมายถึง มีผลกระทบอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.25 หมายถึง มีผลกระทบอยู่ในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ในส่วนของความตรง (Validity) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยใช้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน ประกอบด้วย 1) แพทย์ผู้มีประสบการณ์การบำบัดรักษา ผู้ติดยาเสพติด จำนวน 1 คน 2) พยาบาลวิชาชีพผู้มีประสบการณ์ให้การพยาบาลผู้ติดยาและสารเสพติด จำนวน 1 คน 3) นักวิจัย ผู้มีประสบการณ์ทำเครื่องมือวัดผลกระทบจากการใช้ยาเสพติด จำนวน 1 คน 4) อาจารย์ผู้สอนการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในมหาวิทยาลัย จำนวน 1 คน และ 5) นักจิตวิทยาในสถานบำบัดผู้ติดยาเสพติด จำนวน 1 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง (IOC) ความสูงกว่า 0.50 ทุกข้อ ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยทำการทดสอบเครื่องมือกลุ่มเป้าหมาย กลุ่มผู้ใช้กัญชา ที่มาบำบัดรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการจำนวน 30 คน วิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่า แบบที่นำมาหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์มีค่าความเชื่อมั่น Alpha = 0.74 และผลกระทบด้านสังคม มีค่าความเชื่อมั่น Alpha = 0.78 และค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ Alpha = 0.78

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันบำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ 019/2565 เมื่อวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2565

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ดำเนินการหลังจากได้รับอนุญาต โดยผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ส่งถึงผู้อำนวยการหน่วยงานราชการเป้าหมาย เพื่อขอความร่วมมือ และขออนุญาตเข้าถึงข้อมูลในระบบ เมื่อผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขั้นตอนต่าง ๆ ให้กลุ่มตัวอย่างทราบโดยละเอียด และเปิดโอกาสให้ซักถามได้อย่างเต็มที่ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัยจึงให้ลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วมือในกรณีไม่สามารถเขียนหนังสือได้บนเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ การบันทึกข้อมูลใช้การกำหนดรหัสแทนข้อมูลที่จะเชื่อมโยงถึงตัวผู้ป่วย ผู้ที่เข้าถึงข้อมูลมีเฉพาะผู้ที่เกี่ยวข้องในการวิจัยโดยตรงเท่านั้น นำเสนอในภาพรวมทางวิชาการและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการวิจัยเท่านั้น ในกรณีไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีผลใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น

ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองและผู้ช่วยนักวิจัยที่ผ่านการอบรมการเก็บรวบรวมข้อมูลจากนักวิจัยด้วยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างโดยตรง (Face to face interview) ตรวจสอบความน่าเชื่อถือภายในผู้เก็บข้อมูล (Inter-rater Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายใน (Intraclass Correlation) 0.85 และปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 อย่างเคร่งครัด ขณะเข้าเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อแสดงการกระจายของข้อมูลและเพื่อทราบลักษณะพื้นฐานทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และพรรณนาข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบด้านสุขภาพ รวมถึงผลกระทบด้านเศรษฐกิจและสังคม และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) การวิเคราะห์ความแตกต่างของผลกระทบด้านสุขภาพ เนื่องจากการตรวจสอบการแจกแจงข้อมูลด้วยการวิเคราะห์แบบนอนพารามетริก โดยใช้สถิติ (Kruskal-Wallis test)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างผู้ใช้กัญชา จำนวนทั้งหมด 380 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย ร้อยละ 82.11 อายุอยู่ในช่วง 20-29 ปีมากที่สุด ร้อยละ 52.63 โดยมีค่าเฉลี่ย (Mean) 28.16 ปี S.D. 9.79 ปี อายุมากที่สุด 70 ปี อายุ น้อยที่สุด 18 ปี ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 40.00 ประกอบอาชีพ รับจ้างเอกชนเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 34.74 รายได้อยู่ในช่วง 10,000-19,999 บาท ร้อยละ 28.68 เป็น ส่วนใหญ่ รายได้ครอบคลุม (ต่อเดือน) น้อยกว่า 19,999 บาทมากที่สุดร้อยละ 56.58 กลุ่มตัวอย่างผู้ใช้กัญชา ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับสามี/ภรรยา ร้อยละ 33.95 ผู้ดูแลเมื่อมีการเจ็บป่วย/ถูกดำเนินคดี ภรรยาเป็น ผู้ดูแลเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 35.26 สิทธิการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่เป็นบัตรทอง ร้อยละ 76.05

พฤติกรรมการใช้กัญชา กลุ่มตัวอย่างผู้ใช้กัญชาเริ่มใช้ยาเสพติดครั้งแรก (ยกเว้น บุหรี่ เครื่องดื่ม แอลกอฮอล์) คือ กัญชา ร้อยละ 42.89 รองลงมาคือยาบ้า และกระท่อม ร้อยละ 36.32 และ 20.79 ตามลำดับ อายุที่ใช้ครั้งแรก อยู่ในช่วง 15-17 ปี ร้อยละ 31.05 มากที่สุด สาเหตุสำคัญที่ใช้กัญชาครั้งแรก คืออยากลองมากที่สุด ร้อยละ 35.26 วิธีใช้กัญชาใช้วิธีการสูบพันลำ/มวน สลับกับสูบโดยใช้บ้องกัญชา มาก ที่สุดร้อยละ 41.84 ปริมาณที่ใช้ประมาณ 1 ปีต่อครั้ง ความถี่ในการใช้ แบบสูบด้วยบ้องกัญชา 21-25 ครั้งต่อสัปดาห์ ความถี่จากการใช้แบบสูบพันกลอง/พันลำ/มวน ใช้ 11-20 มวนต่อวัน ระยะเวลาในการใช้ ตั้งแต่ครั้งแรกจนถึงครั้งสุดท้าย เฉลี่ย 8.63 ปี กลุ่มตัวอย่างผู้ใช้กัญชา ส่วนใหญ่เป็นผู้เสพ ร้อยละ 50.26 ปัจจุบันยังคงมีการใช้กัญชา ร้อยละ 84.74

ผลกระทบด้านสุขภาพการใช้กัญชา พบว่า ปีสุขภาวะที่สูญเสียไปไม่พบการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (YLLs) จากการใช้กัญชา แต่พบว่า ผู้ใช้กัญชาทั้ง 380 คน มีปีสุขภาวะที่สูญเสียไป (DALYs) 3,063.65 ปีเฉลี่ย กับ 8.06 ปีต่อคน ดังตารางที่ 1 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยปีสุขภาวะที่สูญเสียไป (DALYs) ด้วยสถิติ Kruskal-Wallis test คุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 จำนวน ค่าเฉลี่ย ปีสุขภาวะที่สูญเสียไปจากการใช้กัญชา (n =380)

ปีสุขภาวะที่สูญเสียไป (DALYs)	จำนวน(ปี)	Mean	S.D.
ปีสุขภาวะที่สูญเสียไปจากการเจ็บป่วย (YLDs)	3,063.65	8.0622	4.05
ปีสุขภาวะที่สูญเสียไปจากการเสียชีวิต (YLLs)	0	0	0
รวม	3,063.65	8.0622	4.05

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของ DALYs ของผู้ใช้กัญชา

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย DALYs (ปี)	Mean rank	Chi-Square	df	p-value
กลุ่มอายุ					
น้อยกว่า 19 ปี	4.32	56.28	4.59	3	0.332
20-29 ปี	8.47	77.36			
30-39 ปี	9.94	76.60			
40-49 ปี	8.51	77.32			
50 ปีขึ้นไป	6.00	83.24			

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของ DALYs ของผู้ใช้กัญชา (ต่อ)

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย DALYs (ปี)	Mean rank	Chi-Square	df	p-value
ประเภทผู้ใช้กัญชา					
ผู้เสพ	6.93	44.13	3.29	2	0.193
ผู้ติด	9.22	41.90			
ผู้ติดรุนแรง	3.94	50.38			

Kruskal-Wallis test ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลกระทบด้านเศรษฐกิจจากการใช้กัญชา พบว่า สูญเสียค่าใช้จ่ายรวมทั้งหมดจำนวน 5,113,126.12 บาท เฉลี่ย 13,455.95 บาทต่อคน รายละเอียดดังตารางที่ 3 จำแนกได้ดังนี้

1. ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการบำบัดรักษา ผู้ใช้กัญชาเข้ารับการบำบัดรักษาในปีที่ทำการศึกษามีจำนวน 240 คน หรือร้อยละ 63.16 ค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษากัญชา ในช่วงปีที่ผ่านมา รวมทั้งหมดจำนวน 2,754,163.41 บาท เฉลี่ยต่อคน จำนวน 11,620.94 บาท

2. ค่าใช้จ่ายจากการบังคับใช้กฎหมายและการฟ้องร้องคดีความจากการใช้กัญชา ทั้งหมด 28 คน รวมค่าทั้งหมดจำนวน 1,171,800.00 บาท เฉลี่ย 41,850.00 โดยเป็นค่าใช้จ่ายทางตรง จำนวน 1,041,333.93 บาท เฉลี่ย 31,832.14 บาทต่อคน และค่าใช้จ่ายทางอ้อมจำนวน 280,500.00 บาท เฉลี่ย 10,017.86 บาทต่อคน

3. ค่าใช้จ่ายที่สูญเสียจากอุบัติเหตุ รวมทั้งหมดจำนวน 1,187,162.71 บาท เฉลี่ย 3,124.11 บาทต่อคน จำแนกเป็นกลุ่มเกี่ยวข้องกับมนุษย์เสียค่าใช้จ่ายที่สูญเสียจากอุบัติเหตุ ได้แก่ ค่าสูญเสียความสามารถในการผลิตของผู้ใช้กัญชา ค่าสูญเสียความสามารถในการผลิตของผู้ดูแล ค่าสูญเสียในเชิงคุณภาพชีวิต ค่ารักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายของหน่วยแพทย์ฉุกเฉิน รวมทั้งหมด 126,211.72 บาท เฉลี่ย 7,424.22 บาทต่อคน กลุ่มที่เกี่ยวข้องกับทรัพย์สินที่เสียหายเสียค่าใช้จ่ายที่สูญเสียจากอุบัติเหตุ พบว่า ค่ายานพาหนะเสียหายจำนวน 566,720.00 บาท เฉลี่ย 33,336.47 บาทต่อคน กลุ่มค่าใช้จ่ายทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับการชนเสียค่าใช้จ่ายที่สูญเสียจากอุบัติเหตุ ได้แก่ ค่าการจัดการประกันภัย ค่าดำเนินการของตำรวจ ค่าดำเนินการของศาล ค่าใช้จ่ายหน่วยกู้ภัยฉุกเฉิน รวม 494,231.00 บาท เฉลี่ย 29,072.41 บาทต่อคน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ค่าเฉลี่ย ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการใช้กัญชา

รายการค่าใช้จ่าย	จำนวนเงิน	ค่าเฉลี่ย/คน
ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษา (n= 240)		
ค่ารักษาพยาบาลภาครัฐ	1,910,149.77	7,958.96
ค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายเอง	93,470.00	394.39
สูญเสียผลิตภาพของผู้ใช้กัญชา	658,489.14	2,778.44
สูญเสียผลิตภาพของผู้ดูแล	55,750.00	235.23
ค่าเดินทาง ค่าอาหารและอื่น ๆ	67,265.50	283.82
รวม	2,754,163.41	11,620.94

ตารางที่ 3 จำนวน ค่าเฉลี่ย ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการใช้กัญชา (ต่อ)

รายการค่าใช้จ่าย	จำนวนเงิน	ค่าเฉลี่ย/คน
ค่าใช้จ่ายจากการบังคับใช้กฎหมายและการฟ้องร้องคดีความ (n= 28)		
ค่าใช้จ่ายทางตรง	1,041,333.93	31,832.14
ค่าใช้จ่ายทางอ้อม	280,500.00	10,017.86
รวม	1,171,800.00	41,850.00
ค่าใช้จ่ายที่สูญเสียจากอุบัติเหตุ (n=17)		
กลุ่มที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์	126,211.72	7,424.22
กลุ่มที่เกี่ยวข้องกับทรัพย์สินที่เสียหาย	566,720.00	33,336.47
กลุ่มค่าใช้จ่ายทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับการชน	494,231.00	29,072.41
รวม	1,187,162.71	3,124.11
รวมค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการใช้กัญชา	5,113,126.12	13,455.95

ผลกระทบด้านสังคมจากการใช้กัญชา พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ที่ใช้กัญชารับรู้ผลกระทบด้านสังคมจากการใช้กัญชาโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=1.74$, S.D.=0. 58) โดยผลกระทบที่เกิดขึ้นกับชุมชนอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ($\bar{X}=1.86$, S.D.=0.57) รองลงมาคือ ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=1.79$, S.D.=0.79) และผลกระทบที่เกิดขึ้นกับครอบครัวน้อยที่สุด ($\bar{X}=1.59$, S.D.=0.61) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแปลผล ผลกระทบด้านสังคมจากการใช้กัญชา (n=380)

ผลกระทบด้านสังคม	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตนเอง	1.79	0.79	ปานกลาง
ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับครอบครัว	1.59	0.61	ปานกลาง
ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับชุมชน	1.86	0.57	ปานกลาง
โดยรวม	1.74	0.58	ปานกลาง

การอภิปรายผลการวิจัย

พฤติกรรมการใช้กัญชา กลุ่มตัวอย่างผู้ที่ใช้กัญชาที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 28.16 ปี อายุที่ใช้กัญชาครั้งแรก 15.83 ปี ระยะเวลาในการใช้ตั้งแต่ครั้งแรกจนถึงครั้งสุดท้ายเฉลี่ย 8.63 ปี สาเหตุสำคัญที่ใช้กัญชาคืออยากลองเพื่อสันทนาการ ใช้วิธีการสูบพื้นลำ/มวน สลับกับสูบโดยใช้บ้องกัญชา ปริมาณที่ใช้ประมาณ 1 ปีตต่อครั้งเฉลี่ยวันละ 3- 4 ครั้ง และส่วนใหญ่เป็นผู้ติดกัญชา และยังคงใช้กัญชาอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งพฤติกรรมใช้กัญชาที่พบในครั้งนี้นี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ (ณรงค์ ศิลปสคราญ และนันทา ชัยพิชิตพันธ์, 2563; สุจิตตา ฤทธิมนตรี และ มานพ คณะโต, 2560) การศึกษาพบว่าผู้ที่ใช้กัญชาเริ่มใช้จากความอยากรู้อยากลอง แตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าการใช้กัญชาเพื่อคลายเครียด คลายความกังวล จากปัญหาทั้งด้านครอบครัว เศรษฐกิจและสังคม (ศิวัช นุกุลกิจ, 2563) และมีแนวโน้มที่จะใช้กัญชาเพิ่มมากขึ้น หลังจากมีการเปลี่ยนแปลงกฎหมายเกี่ยวกับกัญชาและยาเสพติด

ผลกระทบด้านสุขภาพ การใช้กัญชาพบว่ามีปีสุขภาวะที่สูญเสียไปจากการใช้กัญชา (DALYs) 3,063.65 ปี เฉลี่ย 8.06 ปีต่อคน ปีสุขภาวะที่สูญเสียไปจากการเจ็บป่วย (Years of healthy life lost due to disability : YLDs) 3,063.65 ปี ไม่พบการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (Year of Life Lost : YLLs) ซึ่งอาจเกิดจากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดและระยะเวลาในการศึกษาจำกัด การใช้กัญชาในขนาดที่เป็นอันตรายถึงชีวิต (Fatal cannabis overdose) พบได้น้อยเมื่อเทียบกับสารเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ แอลกอฮอล์ หรืออื่น ๆ เนื่องด้วยการศึกษาที่ Cannabinoid receptors ไม่ปรากฏที่ก้านสมองของมนุษย์ (World Health Organization [WHO], 2016) และการศึกษาจากต่างประเทศพบว่าการติดกัญชาทำให้มีสุขภาพที่สูญเสียไป (Disability-adjusted life years : DALYs) คิดเป็น 2 ล้านปี โดยพบมากในคนหนุ่มสาวโดยเฉพาะในประเทศที่มีความเจริญมีรายได้สูง (Degenhardt et al., 2013) เพศชายมีปีสุขภาวะที่สูญเสียไป 2,563.24 ปี ซึ่งสูงกว่าผู้หญิง 5 เท่า การวิจัยครั้งนี้ มีปีสุขภาวะที่สูญเสียไปจากการเจ็บป่วยหรือจำนวนปีที่มีชีวิตอยู่กับความพิการหรือจำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Year of Life Lost due to Disability : YLDs) โดยความพร่องทางสุขภาพที่พบเป็นความพร่องโดยรวมไม่ได้ระบุในรายละเอียดแน่ชัดว่า เป็นความพร่องที่เกิดทางกายหรือทางจิตใจรวมถึงการได้รับพิษจากการใช้กัญชา แต่กลุ่มตัวอย่างผู้ใช้กัญชาที่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ความคล้ายคลึงใกล้เคียงรวมถึงอยู่ในบริบทประเทศไทยเดียวกันกับกลุ่มที่ศึกษาความชุกของโรคทางจิตเวชในผู้เสพติดกัญชา ซึ่งผลการศึกษาพบว่ามีสุขภาพของการเกิดโรคจิตเวช (Psychiatric disorder) ร้อยละ 91.5 โดยพบว่าเป็นโรคจิต (Psychiatric disorder) ร้อยละ 83.70 โรควิตกกังวล (Anxiety disorder) ร้อยละ 64.9 และ โรคทางอารมณ์ (Mood disorder) ร้อยละ 56.1 (ณรงค์ ศิลปศรานุ และ นันทา ชัยพิชิตพันธ์, 2563) เป็นไปแนวทางเดียวกันกับการศึกษาของ Royal College of Psychiatrists (2018) ที่พบว่าการใช้กัญชาในระยะยาวมีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเภท ภาวะซึมเศร้า และอาการวิตกกังวล จึงมีความเป็นไปได้ที่ความพร่องทางสุขภาพที่เกิดขึ้นเป็นความพร่องด้านสุขภาพจิต และอาจขาดข้อมูลสำคัญในส่วนนี้ไป

ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ จากการใช้กัญชา พบว่าค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการบำบัดรักษาในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาจำนวน 2,754,163.41 บาท เฉลี่ยต่อคน จำนวน 11,620.94 บาท โดยเป็นค่ารักษาพยาบาลภาครัฐมากที่สุดจำนวน 1,910,149.77 เฉลี่ยต่อคน 7,958.96 บาท หรือร้อยละ 68.58 ของค่าใช้จ่ายสูญเสียค่าใช้จ่ายจากการบังคับใช้กฎหมายและการฟ้องร้องคดีความ จำนวน 1,171,800.00 บาท เฉลี่ย 41,850.00 บาท/คน จากการใช้กัญชาทั้งหมด 28 คดี เช่นเดียวกับการศึกษาของสุจิตตา ฤทธิมนต์ (2562) ที่พบว่ามีค่าสูญเสียค่าใช้จ่ายทางการแพทย์สำหรับผู้ที่ใช้กัญชา รวมถึงการบำบัดการเสพติด รวมถึงค่าใช้จ่ายจากการบังคับใช้กฎหมายและการฟ้องร้องคดี ค่าใช้จ่ายโดยตรงสำหรับการดำเนินคดี และรวมถึงการสูญเสียรายได้ระหว่างการฟ้องร้องคดี ค่าใช้จ่ายผู้ดูแล ซึ่งรวมถึงค่าขนส่ง/ค่าอาหาร/ค่าที่พักในระหว่างดำเนินคดี และการสูญเสียรายได้ผู้ดูแลระหว่างดำเนินคดี แต่การศึกษาก่อนหน้านี้ ไม่พบค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุหรือการทำลายทรัพย์สินเนื่องจากอุบัติเหตุที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด แต่การวิจัยครั้งนี้พบว่าเสียค่าใช้จ่ายที่สูญเสียจากอุบัติเหตุ จำนวน 1,187,162.71 บาท เฉลี่ย 3,124.11 บาทต่อคน ซึ่งเป็นไปได้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการมีขนาดใหญ่ขึ้น และพื้นที่การวิจัยกว้างขึ้นมากขึ้น รวมถึงบริบทการวิจัยครั้งนี้อยู่ในช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงกฎหมายและนโยบายเกี่ยวกับกัญชา นำกัญชามาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์และปลดล็อกกัญชาจากพืชเสพติดผิดกฎหมายจึงทำให้ผู้ใช้กัญชาเปิดเผยตนเองเกี่ยวกับการ

ใช้กัญชาเพิ่มมากขึ้น ความตระหนักรู้มีตระวังตนเองเมื่อมีการขับชี่รยนต์อาจลดลง ทำให้พบข้อมูลที่เป็นการสูญเสียจากอุบัติเหตุ สอดคล้องกับการรายงานของประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า กว่าหนึ่งในสามของผู้ขับชี่ที่ประสบอุบัติเหตุร้ายแรงบนท้องถนน มีประวัติเสพยากัญชาก่อนหรือระหว่างขับชี่ (Madras, 2015) ผลกระทบที่เกิดขึ้นเหล่านี้ถือว่าการสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้องกับการใช้กัญชา

ผลกระทบด้านสังคม จากการใช้กัญชาพบว่า ผลกระทบด้านสังคมโดยรวมมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=1.74$, S.D.=0.58) โดยพบผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=1.79$, S.D.=0.79) ได้แก่ ผลการเรียนหรือเกรดเฉลี่ยต่ำ ขาดโอกาสในการศึกษา และรายได้ไม่เพียงพออยู่ในระดับปานกลาง เช่นกันกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้เริ่มใช้กัญชาครั้งแรกตั้งแต่อายุยังน้อยมีโอกาสสูงที่จะไม่สำเร็จในการศึกษาระดับมัธยมปลายและการถูกจ้างงาน (Beverly, Castro & Opara, 2019) ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับครอบครัว อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=1.56$, S.D.=0.61) พบว่า มีส่วนเพิ่มภาระหนี้สินครอบครัว คนในครอบครัวมีอาการดูแลสุขภาพและคนในครอบครัวมีอาการดูแลสุขภาพอื่น จากวิจัยครั้งนี้พบว่า รายได้ต่อเดือนของครอบครัวของผู้ใช้กัญชาส่วนใหญ่ต่ำกว่า 20,000 บาทต่อเดือน เมื่อเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาจำเป็นจะต้องมีค่าใช้จ่าย รวมไปถึงค่าใช้จ่ายจากการบังคับใช้กฎหมายและการฟ้องร้องคดีความจากการใช้กัญชาและค่าใช้จ่ายที่สูญเสียจากอุบัติเหตุเพิ่มภาระหนี้ให้ครอบครัว และภาระการดูแลสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม รวมทั้งการสูญเสียรายได้จากการทำงาน (สุจิตตา ฤทธิมนตรี, 2562) ส่วนผลกระทบต่อชุมชนจากการใช้กัญชาอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=1.86$, S.D.=0.57) พบว่าทำให้ชุมชนมีแหล่งซื้อขายกัญชา รองลงมาในชุมชนมีแหล่งรวมกลุ่มในการใช้กัญชา และเกิดเหตุทะเลาะวิวาทในชุมชนที่มีผู้ใช้กัญชาเข้าไปเกี่ยวข้อง (สุจิตตา ฤทธิมนตรี, 2562) เมื่อมีผู้ใช้กัญชาถูกดำเนินคดีทางกฎหมาย ชุมชนนั้นก็就会被ตีตราว่าเป็นชุมชนที่มีการแพร่ระบาดของยาเสพติด (สุจิตตา ฤทธิมนตรี และ มานพ คณะโต, 2560)

การศึกษาของ ธนพล สี่ใจยะสม (2566) และศิวัช นกุลกิจ (2563) ซึ่งเป็นการศึกษาที่อยู่ในช่วงหลังประกาศปลดปล่อยกัญชาออกจากยาเสพติดให้โทษ พบสอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ว่าการใช้กัญชาเกิดผลกระทบแก่ผู้เสพมีทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ ด้านเศรษฐกิจ ผลกระทบทางสังคม การถูกรังเกียจจากสังคม สะท้อนให้เห็นถึงผลกระทบทั้งแก่ผู้เสพ ครอบครัว และชุมชน รูปแบบพฤติกรรมการใช้ที่เปลี่ยนไปจากการใช้เพื่อคลายเครียด กลายเป็นการใช้เพราะอยากรู้อยากลอง เพื่อความสนุกสนานมากขึ้น เนื่องจากการเข้าถึงกัญชาทำได้ง่ายขึ้น และขาดการยับยั้งชั่งใจในการควบคุมปริมาณการใช้ ซึ่งการนำกัญชาไปใช้ในเชิงสันตนาการจึงควรต้องมีการพิจารณากฎหมายมารองรับเพื่อควบคุมการใช้อย่างปลอดภัย ไม่เกิดผลกระทบรุนแรงต่อบุคคล ครอบครัว หรือชุมชน เช่นเดียวกับการใช้กัญชาในทางการแพทย์

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าผลกระทบที่มีความเชื่อมโยงกันทั้งทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม ดังนั้นจึงควรเผยแพร่ความรู้เชิงประจักษ์ทั้งด้านบวกและด้านลบให้กับประชาชน อีกทั้งผู้ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุม กำกับ และจัดทำนโยบายเกี่ยวกับกัญชาควรพิจารณาถึงประโยชน์และโทษของการใช้กัญชาให้ครอบคลุมทุกมิติโดยยึดประโยชน์สูงสุดกับประชาชนและประเทศชาติ

2. บุคลากรทางการแพทย์ทุกคนควรจะต้องมีความรู้ที่ถูกต้อง สามารถเผยแพร่ข้อมูลผลของการใช้กัญชาในหลายหลากหลายมิติ และสร้างความตระหนักให้แก่มคนในสังคมถึงอันตรายที่จะเกิดจากการใช้กัญชา

และสารสกัดจากกัญชาในประชาชนทั่วไป และผู้ใช้หรือติดกัญชา รวมถึงเป็นกระบอกเสียงในการผลักดันให้มีมาตรการในการป้องกันความเสี่ยงของการใช้กัญชาในอนาคต

3. ข้อเสนอแนะสำหรับการพยาบาล ควรมีการฝึกอบรมให้พยาบาลมีทักษะในการประเมินผลกระทบบของกัญชาในมิติต่าง ๆ และส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างเป็นองค์รวมเพื่อป้องกันและบรรเทาผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับผู้รับบริการ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาในประชากรผู้ใช้กัญชาที่อยู่นอกระบบของภาครัฐ หรือผู้มีการเจ็บป่วยทางจิตที่เคยมีประวัติการใช้กัญชา รวมไปถึงการศึกษาในระยะยาวเพื่อติดตามกลุ่มผู้ใช้กัญชาเหล่านี้มีสุขภาวะองค์รวมเป็นอย่างไร ผลกระทบที่เกิดขึ้นในระยะยาวต่อไป

2. ควรมีการปรับปรุงและศึกษาต้นทุนต่อหน่วยของต้นทุนแต่ละประเภทให้ทันสมัย เพื่อให้สามารถนำมาปรับใช้ในการศึกษาผลกระทบด้านเศรษฐกิจจากการใช้กัญชาได้อย่างต่อเนื่องและสามารถสะท้อนภาระค่าใช้จ่ายของสังคมได้อย่างแท้จริง

3. ควรมีการศึกษาระบบฐานข้อมูลกลางที่สามารถครอบคลุมข้อมูลผลกระทบด้านสุขภาพ ผลกระทบด้านเศรษฐกิจและสังคม กล่าวคือ มีฐานข้อมูลที่ครอบคลุมต้นทุนด้านการบำบัดรักษา ต้นทุนการสูญเสียจากอุบัติเหตุจราจร ต้นทุนด้านคดีอาชญากรรมในการวิเคราะห์ผลกระทบที่เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณการสนับสนุนงบประมาณในการวิจัยจากศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด (ศศก.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.)

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์. (2562). *กรมการแพทย์ เผยผู้เสพกัญชามีโอกาสเกิดโรคจิตเวช*. สืบค้นจาก <https://kku.world/s1dhl>
- ณรงค์ ศิลปศราญ และนันทา ชัยพิชิตพันธ์. (2563). ความชุกของโรคทางจิตเวชในผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ในสถาบันบำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. *วารสารกรมการแพทย์*, 45(1), 12–20.
- ธนพล สี่ใจยะสม. (2566). ปัญหาผลกระทบจากการเปิดเสรีกัญชาของประเทศไทยเปรียบเทียบกับ ญี่ปุ่น สหราชอาณาจักร และสหรัฐอเมริกา. *วารสารวิชาการนอร์ทเทิร์น*, 10(2), 16–26.
- บัณฑิต ศรีไพศาล, วรณิษฐ์ ลำไย, เชษฐ รัชดาพรธนาธิกุล, ชัยสิริ อังกระวรรณนท์, นิสาชล เดชเกรียงไกรกุล และ Jürgen Rehm. (2565). ประเด็นเชิงนโยบาย การวิจัยที่สำคัญเร่งด่วนและข้อเสนอแนะเบื้องต้นเกี่ยวกับนโยบายกัญชาทางการแพทย์ในประเทศไทย. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 16(1), 34–53.

- ประกาศิต วรรณภาสชัยยง, สิทธิพล บุญมั่น และ อรรถนัฏ เชากุลจรัสศิริ. (2566). กัญชาและผลกระทบต่อสุขภาพของเด็กและวัยรุ่น. *เวชบันทึกศิริราช*, 16(2), 181–187. doi: 10.33192/smb.v16i3.260132.
- พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562. (2562, 18 กุมภาพันธ์). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 136 ตอนที่ 19 ก, หน้า 1–16.
- ศิวัช นุกุลกิจ. (2563). ปัญหากฎหมายการเปิดเสรีกัญชาของประเทศไทยเปรียบเทียบกับญี่ปุ่น สหราชอาณาจักร และสหรัฐอเมริกา. *ปัญญาปณิธาน*, 5(2), 151–160.
- ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2564). *ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด*. สืบค้นจาก <https://kku.world/xuliv>
- สุจิตตา ฤทธิ์มนตรี. (2562). *การศึกษาเปรียบเทียบผลกระทบด้านเศรษฐกิจสังคมและสุขภาพของกัญชา เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และบุหรี่*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น
- สุจิตตา ฤทธิ์มนตรี และ มานพ คณะโต. (2560). การเสพติดกัญชาและผลกระทบ. *วารสารกรมการแพทย์*, 42(4), 83–88.
- Beverly, H. K., Castro, Y., & Opara, I. (2019). Age of first marijuana use and its impact on education attainment and employment status. *Journal of Drug Issues*, 49(2), 228–237.
- Brook, J. S., Lee, J. Y., Finch, S. J., Seltzer, N., & Brook, D. W. (2013). Adult work commitment, financial stability, and social environment as related to trajectories of marijuana use beginning in adolescence. *Substance Abuse*, 34(3), 298–305. doi: 10.1080/08897077.2013.775092.
- Compton, W. M., Grant, B. F., Colliver, J. D., Glantz, M. D., & Stinson, F. S. (2004). Prevalence of marijuana use disorders in the United States: 1991–1992 and 2001–2002. *JAMA*, 291(17), 2114–2121. doi: 10.1001/jama.291.17.2114.
- Degenhardt, L., Ferrari, A. J., Calabria, B., Hall, W. D., Norman, R. E., McGrath, J., Flaxman, A. D., Engell, R. E., Freedman, G. D., Whiteford, H. A., & Vos, T. (2013). The global epidemiology and contribution of cannabis use and dependence to the global burden of disease: Results from the GBD 2010 study. *PloS One*, 8(10), e76635. doi: 10.1371/journal.pone.0076635.
- Ellickson, P., Bui, K., Bell, R., & McGuigan, K. A. (1998). Does early drug use increase the risk of dropping out of high school?. *Journal of Drug Issues*, 28(2), 357–380. <https://doi.org/10.1177/002204269802800205>.
- Fergusson, D. M., & Boden, J. M. (2008). Cannabis use and later life outcomes. *Addiction (Abingdon, England)*, 103(6), 969–976; discussion 977–978. doi: 10.1111/j.1360-0443.2008.02221.x.

- Fergusson, D. M., Boden, J. M., & Horwood, L. J. (2006). Cannabis use and other illicit drug use: Testing the cannabis gateway hypothesis. *Addiction*, 101(4), 556–569. doi: 10.1111/j.1360-0443.2005.01322.x.
- Lee, G., Akers, R. L., & Borg, M. J. (2004). Social learning and structural factors in adolescent substance use. *Western Criminology Review*, 5(1), 17-34.
- Lev-Ran, S., Roerecke, M., Le Foll, B., George, T. P., McKenzie, K., & Rehm, J. (2014). The association between cannabis use and depression: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Medicine*, 44(4), 797–810. doi: 10.1017/S0033291713001438.
- Madras, B. K. (2015). *Update of cannabis and its medical use*. Retrieved from <https://kku.world/csmee>
- Ritmontree S, Kanato M & Leyatikul P. (2019). *The health, economic, and social effects of cannabis use in Thailand*. Retrieved from <https://doi.org/10.12688/f1000research.17391.1>.
- Royal College of Psychiatrists. (2018). *Cannabis and mental health*. Retrieved from <https://kku.world/8mnwww>
- Semple, D. M., McIntosh, A. M., & Lawrie, S. M. (2005). Cannabis as a risk factor for psychosis: Systematic review. *Journal of Psychopharmacology*, 19(2), 187–194. doi: 10.1177/0269881105049040.
- Steve S, Susan L. (2001). *The social psychology of drug abuse*. Buckingham Philadelphia: Open University Press.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2018). *World drug report 2018: Methodology report*. Vienna: UNODC.
- World Health Organization. (2000). *The World Health Report 2000, Health system: Improving performance*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2016). *The health and social effects of nonmedical cannabis use*. Geneva: World Health Organization.
- Wayne, W. D. (1995). *Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences*. (6th ed.). New York: John Wiley & Sons.

