

ความคิดเห็นของผู้ใช้กัญชา เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และบุหรี่ ในจังหวัดเพชรบูรณ์ Opinions of Drug Abusers towards Cannabis, Alcohol and Tobacco in Phetchabun Province

ไพฑูรย์ สอนทน¹, นฤมล จันทร์มา^{1*}
Paithoon Sonthon¹, Narumon Janma^{1*}
มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์^{1*}
Phetchaboon Rajabhat University^{1*}

(Received: October 20, 2021; Revised: October 6, 2022; Accepted: November 22, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคิดเห็นของการใช้กัญชา การใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ จากผู้เข้ารับการบำบัดในจังหวัดเพชรบูรณ์ ปี 2563 จำนวน 982 คน ได้แก่ ผู้เสพยาจำนวน 328 คน เครื่องดื่มแอลกอฮอล์จำนวน 327 คน บุหรี่ จำนวน 327 คน ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ คือแบบสำรวจและแบบสัมภาษณ์ผลกระทบของผู้เสพยา เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และบุหรี่ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ได้เท่ากับ .87, .84 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Kruskal-Wallis test ผลการวิจัยพบว่า

ผลกระทบด้านสุขภาพมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (p -value <0.001) โดยผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีค่าเฉลี่ย DALYs (35.51 ปี) มากกว่าผู้สูบบุหรี่ (8.70 ปี) และผู้เสพยา (0.5 ปี) ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ผู้เสพยามีค่าใช้จ่ายมากที่สุดโดยรวม (M =76,814.66 บาท, SD =76950.31) มากกว่าผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (M =12,009.55 บาท, SD =13183.94) และผู้สูบบุหรี่ (M =491.33 บาท, SD =547.17) ผลกระทบด้านสังคม ผู้สูบบุหรี่มีค่าเฉลี่ยโดยรวม (M =45.95, SD =14.70) มากกว่าผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (M =43.02, SD =13.93) และผู้เสพยา (M =31.15, SD =10.09)

ข้อค้นพบการใช้กัญชามีผลกระทบด้านสุขภาพและด้านสังคม น้อยกว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และบุหรี่ แต่มีผลกระทบด้านเศรษฐกิจมากกว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ยังนั้นการกำหนดนโยบาย มาตรการควบคุมและแก้ไขปัญหาสุขภาพ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และบุหรี่ย ที่สอดคล้องกับผลกระทบที่เกิดขึ้นจริงจะเป็นการแก้ไขปัญหาที่มีประสิทธิภาพอย่างยิ่ง

คำสำคัญ: กัญชา, เครื่องดื่มแอลกอฮอล์, บุหรี่, จังหวัดเพชรบูรณ์

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: narumon.jan@pcru.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 092-5391926)



Abstract

This cross-sectional descriptive study aimed to compare the opinions toward cannabis, alcohol, and cigarette use among drug users who had received addiction treatment in Phetchabun province. The sample was 982 drug users, including 328 cannabis users, 327 alcohol drinkers, 327 cigarettes smokers. Simple random sampling was applied. The research tools were a questionnaire and a semi-structured interview questionnaire. Reliability of the questionnaires were determined using Cronbach's alpha coefficient and obtained the values of .87 and .84, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Kruskal-Wallis test.

The results showed that health impacts caused by using different substances were significantly different ($p\text{-value} < 0.001$). In terms of disability-adjusted life years (DALYs), alcohol drinkers, cigarette smokers, and cannabis users had an average of 35.51 years, 8.70 years, and 0.5 years, respectively. The cost of marijuana had the highest economic impact ($M=76,814.66$ Thai baht, $SD=76,950.31$), followed by alcohol ($M=12,009.55$ Thai baht, $SD=13,183.94$) and cigarettes ($M=491.33$ Thai baht, $SD=547.17$). The average social impact was the highest on cigarette smokers ($M=45.95$, $SD=14.70$), followed by alcohol drinkers ($M=43.02$, $SD=13.93$), and cannabis users ($M=31.15$, $SD=10.09$).

Per findings, cannabis use had less effects on health and social aspect than alcohol and tobacco use. However, it had more economical effects. Therefore, policy formulation, enforcement, and correction measures on substance use should be done accordingly.

Keywords: Cannabis, Alcohol, Cigarettes, Phetchabun Province

บทนำ

ยาเสพติดเป็นภัยต่อสังคมโลก สำนักงานสหประชาชาติว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรม (United Nations Office on Drug and Crime: UNODC) รายงานว่าใน 5 ปีที่ผ่านมา พบว่าประชากรโลกที่มีอายุ 15-64 ปี สารเสพติดที่ใช้มากที่สุด คือ กัญชา ซึ่งเป็นพืชเสพติดที่มีการแพร่ระบาดมากที่สุดและยังคงมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ในปี 2013 มีประชากรผู้เสพยาทั้งกัญชาแห้ง และผลิตภัณฑ์จากกัญชา 224 ล้านคน หรือร้อยละ 4.5 ของประชากร (United Nations Office on Drugs and Crime, 2013)

ส่วนสิ่งเสพติดถูกกฎหมายเช่น เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าทั่วโลกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 2,000 ล้านคน หรือ 1 ใน 3 ของประชากรโลก เฉลี่ยแล้วดื่มคนละ 6.13 ลิตรต่อปี (World Health Statistics, 2020) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อให้เกิดผลกระทบทางสุขภาพเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดการะโรคและความบาดเจ็บเป็นสาเหตุของความเจ็บป่วยกว่า 60 โรค การะโรคที่มีสัดส่วนสูงที่สุดจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์คือปัญหาสุขภาพจิตซึ่งมีขนาดมากกว่าการบาดเจ็บและโรคตับแข็งผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตก็มักดื่มแอลกอฮอล์ในลักษณะการดื่มหนักและการดื่มเป็นประจำ เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเสียชีวิตอันดับที่ 3 (Bundhamcharoen, Aungkulanon, Makka, & Shibuya, 2016) มากกว่าการสูบบุหรี่ พบว่า ทั่วโลกมีผู้สูบบุหรี่ประมาณ 1,300 ล้านคน จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันมีมากกว่า 15,000 ล้านมวน โดยกว่าครึ่งหนึ่งหรือร้อยละ 54.5 ของผู้สูบบุหรี่ทั้งหมด อยู่ในเอเชีย รองลงมาคือแอฟริกา (World Health Statistics, 2020) องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่า การสูบบุหรี่จะทำให้มีผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นจาก 5.4 ล้านคนจากปี 2547 เป็น 8.3 ล้านคนในปี 2573 ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 10 ของผู้เสียชีวิตทั่วโลกทำให้เกิดการตายสูงเป็นอันดับที่ 2 รองจากความดันโลหิตสูงทำให้เกิดการะโรคเป็นอันดับ 4 รองจากเด็กน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ความดันโลหิตสูงและเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย (Lopez, Mathers, Ezzati, Jamison, & Murray, 2006)

กัญชาถูกบรรจุในบัญชีตำรายาแพทย์แผนไทยหลายฉบับและการเกิดปรากฏการณ์ของผลกระทบทางลบจากกัญชาอาจจะไม่ชัดเจนและไม่มากพอ ที่เป็นเหตุสนับสนุนให้ผู้ที่ใช้กัญชาเข้ารับการบำบัดรักษาน้อยกว่ายาเสพติดชนิดอื่นๆ (Office of the Narcotics Control Commission Ministry of Justice, 2018) ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงทางนโยบายและกฎหมายเกี่ยวกับกัญชาที่สำคัญในช่วงปี พ.ศ. 2562-2565 ปัจจุบันมีหลักฐานชัดเจนว่ากัญชามีสาร cannabinoids ที่เป็นประโยชน์ในการรักษาทางการแพทย์ในฐานะยาของแพทย์แผนตะวันตกมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1839 และแพทย์ได้นำมาใช้เป็นทางเลือกในการบำบัดรักษาโรคต่าง ๆ (Joy, & Mack, 2000) สำหรับผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ที่ได้รับการรับรองจากองค์การอาหารและยาให้จำหน่ายได้ มีเพียงยาที่ใช้ลดอาการปวดเกร็งกล้ามเนื้อ และลดอาการคลื่นไส้อาเจียนจากการได้รับเคมีบำบัดในปลายปีพ.ศ. 2561 ได้มีการเคลื่อนไหวให้แก้ไขกฎหมายยาเสพติดเพื่ออนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ได้ จนกระทั่งเมื่อเดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 จึงได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 อนุญาตให้มีการใช้กัญชาทางการแพทย์ได้ ทำให้เกิดการนำกัญชามาใช้อย่างกว้างขวาง โดยเผยแพร่ข้อความทางอินเทอร์เน็ตว่ากัญชาเป็นยาวิเศษสามารถ รักษาได้ทุกโรค ทำให้เกิดการใช้กัญชาในหมู่ประชาชนเพิ่มขึ้นอย่างมาก โดยส่วนใหญ่ใช้เพื่อนันทนาการ และใช้บำบัดรักษาอาการเจ็บป่วยตนเองในหมู่ประชาชนอย่างกว้างขวาง ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ทั้งในรูปแบบสารสกัดโดยการควบคุมของแพทย์ในสถานพยาบาล สมุนไพรทั้งสูตรดั้งเดิมและสูตรที่คิดค้นใหม่ ผลิตภัณฑ์กัญชาแปรรูปทั้ง ชนิดที่ถูกกฎหมายและไม่ถูกกฎหมาย (Kanato, Leyatikul, & Wonguppa, 2020) ทั้งนี้ส่วนช่อดอกของต้นกัญชาและเมล็ดกัญชา ยังคงถือเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 5 มีบทลงโทษตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522

ในต่างประเทศมีการใช้ประโยชน์จากกัญชาในทางการแพทย์ พร้อมมีกฎหมายและข้อบังคับ มีความแตกต่างกันอย่างมากระหว่างประเทศ ในเรื่องวัตถุดิบกัญชา สมุนไพร สารสกัดจากกัญชา และยาจาก cannabinoids ทั้งสำนักงานยายุโรป (EMA : European Medical Agency) และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาของสหรัฐอเมริกา (USFDA) ไม่อนุมัติการใช้กัญชาจากสมุนไพร หรือสารสกัดของกัญชา องค์การอาหารและยาจำนวน 23 ประเทศ ในยุโรปและแคนาดาได้อนุมัติยาจาก cannabinoids หลายชนิด อย่างไรก็ตามมีเพียงสี่ประเทศเท่านั้นที่อนุญาตให้ใช้กัญชาจากสมุนไพรอย่างเต็มที่ ได้แก่ แคนาดา เยอรมัน อิสราเอล และเนเธอร์แลนด์ร่วมกับกว่าร้อยละ 50 ของรัฐในประเทศสหรัฐอเมริกา ในยุโรปห้ามการใช้กัญชาในรูปแบบสมุนไพร ในขณะที่มียาที่เป็นสารสกัดจาก cannabinoids ขึ้นทะเบียนและอนุญาตให้ขายได้ในหลายประเทศ (Abuhasira, Shbiro, & Landschaft, 2018) และมีการขึ้นทะเบียนตำรับผลิตภัณฑ์กัญชา 2 รายการ และมีการจดสิทธิบัตรสาร cannabinoids อย่างน้อย 3 รายการ (Kiatying-Angsulee, 2018) ส่วนในประเทศแคนาดา มีระเบียบว่าด้วยการเข้าถึงกัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ ซึ่งมีผลบังคับใช้เมื่อ 24 สิงหาคม 2559 (Rujanathamrong, 2016) ในวันที่ 17 ตุลาคม 2561 แคนาดาเป็นประเทศที่สองในโลกที่อนุญาตให้ใช้กัญชาอย่างถูกกฎหมาย ประเทศอิสราเอลเป็นประเทศในทวีปเอเชียและเป็นประเทศแรกของโลกที่พบสารสกัด THC และ CBD และได้ชื่อว่าเป็นเมืองแห่งการวิจัยกัญชาของโลก (Kedsomboon, 2018) ประเทศเยอรมันเป็นประเทศในทวีปยุโรปที่มีความก้าวหน้าในการใช้กัญชาทางการแพทย์

ทั้งกัญชา เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และบุหรี่ยังส่งผลกระทบในวงกว้าง การใช้กัญชาก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพระยะสั้นที่ชัดเจน คือ อาการมึนเมา การรับรู้และพฤติกรรมผิดปกติขนาดของผลกระทบขึ้นอยู่กับปริมาณที่ใช้ วิธีการใช้และการให้คุณค่าและทัศนคติของผู้ใช้กัญชา (Brand, Classen, McNary, & Zaveri, 2009) การทบทวนทางระบาดวิทยาพบว่าไม่มีรายงานการตายจากการใช้กัญชาเกินขนาด (Calabria, Degenhardt, Hall, & Lynskey, 2010) หลักฐานเกี่ยวกับประเด็นระบบไหลเวียนโลหิต รวมไปถึงการสูบกัญชากับโรคถุงลมโป่งพอง และมะเร็งปอดส่วนใหญ่ยังเป็นระดับกรณีศึกษา (case reports) และยังไม่เป็นที่แน่ชัด (Joshi, Ponnana, Penmetsa, Nallari, Valluri, & Gaddam, 2014) การใช้กัญชาระยะยาวเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเภท 2.90 เท่า ผู้ใช้กัญชาเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้ไม่ได้ใช้ประมาณร้อยละ 17 และความเสี่ยงนี้เพิ่มมากขึ้นเป็นร้อยละ 62.00 (Ferguson, Eckard, Epperson, Long, Smith, Huston et al, 2015)

จากข้อมูลสะท้อนให้เกิดประเด็นทางวิชาการเกี่ยวกับผลกระทบของกัญชา แอลกอฮอล์ และบุหรี่ ว่าระหว่างกัญชา แอลกอฮอล์ บุหรี่ อะไรเกิดผลกระทบมากกว่ากันอย่างไรซึ่งการศึกษาในลักษณะนี้ยังไม่มีในประเทศไทย

จึงเป็นเหตุผลสำคัญในการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบผลกระทบจากการใช้ยาทั้ง 3 นี้ ต่อยอดองค์ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดที่ถูกกฎหมายและผิดกฎหมายโดยศึกษาผลกระทบในพื้นที่จังหวัดเพชรบูรณ์ ที่มีภูเขาล้อมรอบอยู่ในพื้นที่ภาคเหนือตอนล่าง ระหว่างพื้นแนวเขาที่มีการลักลอบปลูกและขนย้ายกัญชาเช่น ในวันที่ 15 ตุลาคม 2561 สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติดภาคที่ 6 จับกุมผู้ลักลอบขนย้ายกัญชาอัดแท่ง จำนวน 50 กิโลกรัม จากอำเภอชนแดน จังหวัดเพชรบูรณ์ (Office of the Narcotics Control Commission Ministry of Justice, 2018) และเป็นพื้นที่ในการศึกษาความเป็นไปได้ต่อยอดนโยบายลดทอนความผิดทางอาญาและผลกระทบของกัญชา ของสำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าความคิดเห็นของผู้ใช้กัญชา เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ย ในจังหวัดเพชรบูรณ์ มีผลการสูญเสียสุขภาพอย่างไร จึงศึกษาข้อมูลที่ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดเพชรบูรณ์ ณ กองร้อยอาสาสมัครกษัตริย์แดนที่ 1 ซึ่งเป็นพื้นที่เฝ้าต่อการเข้าถึงผู้ใช้สารต่อการชี้วัดความสูญเสียด้านสุขภาพ (DALYs) การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (YLL) และการสูญเสียคุณภาพชีวิตจากความเจ็บป่วย (YLD) โดยการวัดปีที่สูญเสียสุขภาพมีหน่วยนับเป็นปี เป็นการวัดสถานะสุขภาพแบบองค์รวม อันจะเป็นประโยชน์ในการวางแผนการจัดการกับปัญหาได้ตรงกับขนาดของปัญหาตามบริบทของจังหวัดเพชรบูรณ์ เพื่อต่อยอดองค์ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดที่ถูกกฎหมายและผิดกฎหมายต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

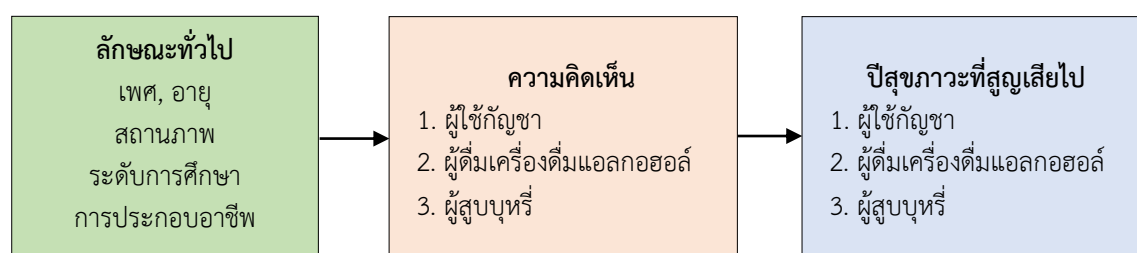
เพื่อศึกษาค้นคว้าความคิดเห็นของการใช้กัญชา การใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ในจังหวัดเพชรบูรณ์ มีปัญหาสุขภาพที่สูญเสียไปอย่างไร

สมมุติฐานวิจัย

ความคิดเห็นการใช้กัญชา เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการใช้บุหรี่ยในจังหวัดเพชรบูรณ์ มีปัญหาสุขภาพที่สูญเสียไปแตกต่างกันอย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาค้นคว้าความคิดเห็นจากผู้ที่ใช้กัญชา ผู้ใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และผู้สูบบุหรี่ ในจังหวัดเพชรบูรณ์ โดยเปรียบเทียบปัญหาสุขภาพที่สูญเสียไป ในการศึกษานี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดดัชนีปัญหาสุขภาพที่ปรับด้วยความบกพร่องทางสุขภาพ (Lopez, Mathers, Ezzati, Jamison, & Murray, 2006) (ดังภาพที่ 1)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีรายชื่อเข้ารับการรักษาที่ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดเพชรบูรณ์ ณ กองร้อยอาสาสมัครกษัตริย์แดนที่ 1 จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 1,200 คน

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. เป็นคนไทยที่มีชื่ออยู่ในฐานข้อมูลทะเบียนราษฎรในชุมชนที่กำหนดของจังหวัดเพชรบูรณ์ ในปี 2563 เป็นผู้ที่มีรายชื่อเข้ารับการบำบัดรักษา แอลกอฮอล์ และบุหรี่ ในปีงบประมาณ 2563-2564
2. อาสาสมัคร สมัครใจและลงนามการให้ความยินยอมในเอกสารการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
3. อายุอาสาสมัครที่จะรับเข้าร่วมการศึกษามีอายุระหว่าง 20-65 ปี บริบูรณ์

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

1. ผู้ที่ไม่ได้อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดเพชรบูรณ์ในช่วงการเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เสพยาเสพติด เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และบุหรี่ ที่เข้ารับการบำบัดที่ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดเพชรบูรณ์ ณ กองร้อยอาสาสมัครที่ 1 จังหวัดเพชรบูรณ์ในปี 2563 การสุ่มกลุ่มตัวอย่างจะทำการสุ่มแบบ Multi-Stages Sampling รวมจำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น 982 คน ภายใต้ระดับความเชื่อมั่น 95% และความคลาดเคลื่อน $\pm$ ไม่เกินร้อยละ 15 ของค่าเฉลี่ย Design Effect 6.7 (ขนาดตัวอย่างนี้กำหนดภายใต้ขอบเขตคลาดเคลื่อนและระดับความเชื่อมั่น โดยพิจารณาค่าเฉลี่ยของขนาดเครือข่ายทางสังคมประชากรเป็นหลัก จากการทำ Pilot Study ได้ค่าขนาดเครือข่าย 300 โดยมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 275) สำหรับค่า Design Effect นำมาปรับโดยอาศัยจากโครงการที่มีลักษณะเดียวกัน (มานพ คณะโต, 2554) ได้จำนวน Sample Size แต่ละกลุ่มดังนี้ ผู้เสพยาเสพติดจำนวน 328 คน เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 327 คน และ บุหรี่ จำนวน 327 คน ที่เข้ารับการบำบัด คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรประมาณค่าสัดส่วน กรณีทราบประชากร ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 491.29 คน แต่เนื่องจากงานวิจัยนี้มีการสุ่มตัวอย่างแบบ Multi-Stage Random Sampling เพื่อปรับอิทธิพลของความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มจึงพิจารณาด้วย Design Effect มากกว่า 1 งานวิจัยนี้คูณด้วย 2 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงเท่ากับ $491.29 \times 2 = 982$ คน ในงานวิจัยเก็บข้อมูลมาได้ 982 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลซึ่งเก็บข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ซึ่งประกอบไปด้วยรายการทั้งหมดจำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัสสาวะที่สูญเสียไปและผลกระทบด้านเศรษฐกิจ สังคมจากการใช้ยาเสพติด ของจักรสันต์ เลยหยุด (Chaksan, 2014) โดยปรับให้เหมาะสมและสอดคล้องกับผลกระทบของการใช้ยาเสพติด เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่ และหาค่าความน่าเชื่อถือก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งประกอบไปด้วยรายการทั้งหมดจำนวน 18 ข้อ แบบสอบถามปัสสาวะที่สูญเสียไป เป็นการวัดสถานะสุขภาพของประชากรแบบองค์รวมที่วัดภาวะการสูญเสียด้านสุขภาพหรือช่องว่างสุขภาพ (Health Gap) ที่ประกอบด้วยจำนวนปีที่สูญเสียไปจากการตายก่อนวัยอันควร (YLL) รวมกับจำนวนปีที่ชีวิตอยู่กับความบกพร่องทางสุขภาพหรือความพิการ (YLD) (Lopez, Mathers, Ezzati, Jamison, & Murray, 2006) มีสูตรการคำนวณดังนี้

ดัชนีปัสสาวะที่ปรับด้วยความบกพร่องทางสุขภาพ (Disability-Adjusted Life Years-DALYs) เป็นการวัดสถานะสุขภาพของประชากรแบบองค์รวมที่วัดภาวะการสูญเสียด้านสุขภาพหรือช่องว่างสุขภาพ (Health gap) ที่ประกอบด้วยจำนวนปีที่สูญเสียไปจากการตายก่อนวัยอันควร (YLL) รวมกับจำนวนปีที่ชีวิตอยู่กับความบกพร่องทางสุขภาพหรือความพิการ (YLD) (Lopez, Mathers, Ezzati, Jamison, & Murray, 2006)

$$DALY = YLL + YLD$$

จำนวนปีที่สูญเสียไปก่อนวัยอันควร (Year of Life Lost-YLL) หรือการตายก่อนเวลาอันควร (Premature death) เป็นองค์ประกอบหนึ่งของดัชนีวัดภาวะโรคด้านการตายเป็นการวัดที่อยู่บนพื้นฐานของเวลาของชีวิตที่หายไปจากการตายก่อนเวลาอันสมควรสูตรการคำนวณคือ

$$YLL = N \times L$$

โดยที่ N แทน จำนวนตาย

L แทนอายุขัย/คาดเฉลี่ยรายอายุ (Age-Specific Life Expectancy)

องค์ประกอบสำคัญในการคาดประมาณจำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Years of Life Lost Due to Disability-YLD) ได้แก่อุบัติการณ์การเกิดโรคหรือความผิดปกติ (Disability Incidence) ระยะเวลาที่มีภาวะบกพร่องทางสุขภาพนั้น ๆ (Disability Duration) ค่าถ่วงน้ำหนักความพิการ (Disability Weight) และอายุที่เริ่มมีภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Age at Onset) โดยสูตรพื้นฐานของ YLD คือ

$$YLD = I \times L \times DW$$

โดยที่ I แทนอุบัติการณ์ของโรคหรือความผิดปกติ

L แทนระยะเวลาเฉลี่ยของภาวะบกพร่องทางสุขภาพ

DW แทนค่าถ่วงน้ำหนักความพิการ

จำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Year Ofx Lost Due to Disabilitiy-YLD) เป็นการประมาณค่าจำนวนปีที่สูญเสียไป จากการเจ็บป่วยหรือความพิการ ข้อมูลสำคัญที่จะนำมาใช้ในการคำนวณ YLD ได้แก่อุบัติการณ์การเกิดโรคและความผิดปกติ (Disability Incidence) ระยะเวลาที่มีภาวะบกพร่องทางสุขภาพนั้น ๆ (Disability Duration) อายุที่เริ่มมีภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Age at Onset) และการกระจายของระดับความรุนแรงของโรค หรือความผิดปกติ (Disability by Severity Class)

Disability- Adjusted Life Years (DALYs) มีหน่วยนับเป็นปี จัดเป็นการวัดสถานะสุขภาพของประชากรแบบองค์รวมที่วัดภาวะการสูญเสียด้านสุขภาพหรือช่องว่างสุขภาพ (Health Gap) โดยแสดงถึงจำนวนปีที่สูญเสียไปจากการตายก่อนวัยอันควร (YLL) รวมกับจำนวนปีที่มีชีวิตอยู่กับความบกพร่องทางสุขภาพ (YLD) ซึ่งเป็นความพยายามที่จะสะท้อนปัญหาทั้งการป่วยพิการและการตายออกมาเป็นหน่วยวัดเดียวกันจึงมีประโยชน์อย่างยิ่งในเปรียบเทียบภาระทางสุขภาพในมิติของโรคต่าง ๆ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความตรง (Validity) ในการวิจัยนี้ใช้ ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยใช้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน ประกอบด้วย 1) แพทย์ผู้มีส่วนร่วมนโยบายการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด จำนวน 1 คน 2) พยาบาลวิชาชีพผู้มีส่วนร่วมนโยบายการพยาบาลผู้ติดยาและสารเสพติด จำนวน 1 คน 3) นักวิจัย ผู้มีส่วนร่วมนโยบายการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด จำนวน 1 คน 4) อาจารย์ผู้สอนการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในมหาวิทยาลัย จำนวน 1 คน และ 5) นักวิชาการผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาไทย จำนวน 1 คน ได้ค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (IOC) สูงกว่า 0.5 ทุกข้อ

2. ความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยทำการทดสอบเครื่องมือกลุ่มเป้าหมาย กลุ่มผู้ใช้กัญชา เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และบุหรี่ ที่โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ จำนวน 30 คน ประชาชนจังหวัดเพชรบูรณ์ ที่ไม่ได้อยู่ในพื้นที่ชุมชนตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่า แบบสัมภาษณ์ผลกระทบด้านสุขภาพ มีความเชื่อมั่นแอลฟาเท่ากับ .87 และ .84 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 22 กันยายน 2563-25 กรกฎาคม 2564 ซึ่งมีขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลไปยังศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดเพชรบูรณ์ ณ กองร้อยอาสาสมัครรักษาดินแดนที่ 1 จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยมีการอธิบายรายละเอียดโครงการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์

2. ผู้วิจัยขออนุญาตเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง พร้อมกับสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้

3. ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดโครงการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และให้เวลาในการตัดสินใจกับกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะขอให้ลงนามในเอกสารยินยอม เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย กรณีที่อ่านหนังสือไม่ออก เขียนไม่ได้ ผู้วิจัยจะอธิบายรายละเอียดของแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจเพื่อไม่ให้เกิดปัญหาในการทำแบบสอบถาม

4. ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อดำเนินการแจกแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามปีสุขภาวะที่สูญเสียไป

5. เมื่อผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของการตอบแบบสอบถาม ก่อนนำมาวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยส่งแบบสอบถามไปจำนวน 1,200 ชุด ได้คืนมา 982 ชุด คิดเป็นร้อยละ 81.83

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบผลกระทบด้านร่างกาย ของการใช้กัญชา การใช้เครื่องตีแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ ข้อมูลแจกแจงไม่ปกติจึงใช้สถิติวิธีทดสอบของ Kruskal-Wallis test เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่มที่เป็นอิสระกันและข้อมูลมีมาตราวัดเป็นแบบอันดับ

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ในเครือข่ายภูมิภาคมหาวิทยาลัยนเรศวร แบบคณะกรรมการเติมชุด รหัสโครงการ COA No. 052/2020 ใบรับรองเลขที่ NU-RREC/265 ลงวันที่ 4 พฤศจิกายน 2563

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ตาราง 1 จำนวน และร้อยละ คุณลักษณะทั่วไปของผู้ใช้กัญชา เครื่องตีแอลกอฮอล์ บุหรี่จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ

ลักษณะทั่วไป	ผู้ใช้กัญชา (n=328)		ผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (n=327)		ผู้สูบบุหรี่ (n=327)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	310	94.51	305	93.27	297	90.83
หญิง	18	5.49	22	6.73	30	9.17
อายุ						
น้อยกว่า 20 ปี	5	1.52	0	0.00	0	0.00
20-29 ปี	35	10.67	26	9.09	35	10.7
30-39 ปี	25	7.62	24	8.30	33	11.09
40-49	143	43.60	102	35.66	113	34.17
50-59	110	33.54	132	46.15	141	43.12
60 ปีขึ้นไป	10	3.05	2	0.80	3	0.92
อายุเฉลี่ย (Min-Max)	M=43.51, SD=10.19 19-60 ปี		M=43.33, SD=10.01 20-60 ปี		M=40.08, SD=9.83 18-60 ปี	
สถานภาพสมรส						
โสด	29	8.84	41	12.54	42	12.84
สมรส	274	83.54	264	80.73	283	86.54
หย่าและแยกกันอยู่	25	7.62	22	6.73	2	0.62
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	71	21.65	260	79.51	182	55.66

ตาราง 1 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	ผู้ใช้กัญชา (n=328)		ผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (n=327)		ผู้สูบบุหรี่ (n=327)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มัธยมศึกษา	257	78.35	67	20.49	135	41.28
อนุปริญญา	0	0	0	0	10	3.06
การประกอบอาชีพ						
รับจ้างค่าแรงรายวัน	212	64.63	90	27.52	100	30.58
ค้าขายธุรกิจส่วนตัว	16	4.88	57	17.43	32	9.79
เกษตร	100	30.49	180	55.05	195	59.63

จากตาราง 1 พบว่าผู้ใช้กัญชาที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ทั้งหมด 328 คน คิดเป็นร้อยละ 100 เป็นเพศชาย 310 คน คิดเป็นร้อยละ 94.51 เพศหญิง 18 คน คิดเป็นร้อยละ 5.49 โดยมีสถานภาพสมรสมากที่สุด จำนวน 274 คน คิดเป็นร้อยละ 83.54 โสด 29 คน คิดเป็นร้อยละ 8.84 หย่า 25 คน คิดเป็นร้อยละ 7.62 ตามลำดับ การศึกษาระดับมัธยมศึกษามากที่สุด 257 คน คิดเป็นร้อยละ 78.35 รองลงมาคือระดับประถมศึกษาจำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 21.65 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างค่าแรงรายวัน จำนวน 212 คน คิดเป็นร้อยละ 64.63 รองลงมาคืออาชีพเกษตรกรจำนวน 100 คน คิดเป็นร้อยละ 30.49 และอาชีพค้าขาย ธุรกิจส่วนตัวจำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 4.88 ตามลำดับ มีอายุน้อยที่สุด 19 ปี มากที่สุด 60 ปี มีค่าเฉลี่ยอายุ ($M=43.51$, $SD=10.19$)

กลุ่มตัวอย่างผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งหมด 327 คน คิดเป็นร้อยละ 100 เป็นเพศชายทั้งหมด โดยมีสถานภาพสมรสมากที่สุด จำนวน 264 คน คิดเป็นร้อยละ 80.73 โสด 41 คนคิดเป็นร้อยละ 12.54 หย่าและแยกกันอยู่มีจำนวนเท่ากัน คือ 22 คน คิดเป็นร้อยละ 6.73 การศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด จำนวน 260 คน คิดเป็นร้อยละ 79.51 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา จำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 20.49 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรจำนวน 180 คน คิดเป็นร้อยละ 55.05 รองลงมาคืออาชีพรับจ้างค่าแรงรายวัน จำนวน 90 คน คิดเป็นร้อยละ 27.52 และอาชีพค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว จำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 17.43 ตามลำดับ มีอายุน้อยที่สุด 20 ปี มากที่สุด 60 ปี มีค่าเฉลี่ยอายุ ($M=43.33$, $SD=10.01$)

กลุ่มตัวอย่างผู้สูบบุหรี่ทั้งหมด 327 คน คิดเป็นร้อยละ 100 เป็นเพศชายจำนวน 297 คน คิดเป็นร้อยละ 90.83 เพศหญิง 30 คน คิดเป็นร้อยละ 9.17 โดยมีสถานภาพสมรสมากที่สุด จำนวน 283 คน คิดเป็นร้อยละ 86.54 รองลงมาคือโสด 42 คน คิดเป็นร้อยละ 12.84 ระดับการศึกษามากที่สุดคือ ประถมศึกษาจำนวน 182 คน คิดเป็นร้อยละ 55.66 รองลงมาคือมัธยมศึกษา 135 คน คิดเป็นร้อยละ 41.28 ประกอบอาชีพเกษตรกรจำนวน 195 คน คิดเป็นร้อยละ 59.63 รองลงมาคือรับจ้างค่าแรงรายวันจำนวน 100 คน คิดเป็นร้อยละ 30.58 ค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว 32 คน คิดเป็นร้อยละ 9.79 ตามลำดับ มีอายุน้อยที่สุด 18 ปี มากที่สุด 60 ปี มีค่าเฉลี่ยอายุ ($M=40.08$, $SD=9.83$)

2. ผลกระทบด้านสุขภาพการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย DALYs ของผู้เสพยาสูบ ผู้สูบบุหรี่ และผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ตาราง 2 ผลกระทบด้านสุขภาพการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย DALYs ของผู้เสพยาสูบ ผู้สูบบุหรี่ และผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย DALYs	SD	Mean Rank	Chi-Square	df	p-value
ผู้เสพยาสูบ	0.5	0.03	27.33	110.53	2	<0.001
ผู้สูบบุหรี่	8.70	9.75	63.93			
ผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	35.51	5.20	112.73			

จากตาราง 2 พบว่าการศึกษาผลกระทบด้านสุขภาพของการใช้กัญชา การใช้เครื่องตีมแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ในครั้งนี้ พบว่า

1. ปีสุขภาวะที่สูญเสียไปจากการตีมเครื่องตีมแอลกอฮอล์ มากที่สุดเท่ากับ 35.51 ปี รองลงมาคือการสูบบุหรี่ 8.70 ปี น้อยที่สุดคือการใช้กัญชาปีสุขภาวะที่สูญเสียไป เท่ากับ 0.5 ปี
2. การสูญเสียคุณภาพชีวิตจากความเจ็บป่วยหรือความพิการ (Years of Life Lost due to Disability: YLD) ของการตีมเครื่องตีมแอลกอฮอล์มีมากที่สุด เท่ากับ 26.02 ปี ต่อคน รองลงมาคือผู้สูบบุหรี่เท่ากับ 5.70 ปี และผู้ใช้กัญชาน้อยที่สุดเท่ากับ 2.50 ปี
3. ส่วนการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (Years of Life Lost: YLL) พบว่า การสูบบุหรี่มีมากที่สุดเท่ากับ 97.50 ปี รองลงมาคือการตีมเครื่องตีมแอลกอฮอล์ เท่ากับ 36.95 ปี ไม่พบการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากการใช้กัญชา

ตาราง 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย DALYs จำแนกจับคู่ระหว่างผู้เสพกัญชา ผู้สูบบุหรี่และผู้ตีมเครื่องตีมแอลกอฮอล์

ตัวแปร	M (DALYs)	Mann-Whitney U	Z	p-value
ผู้เสพกัญชา	27.33	195.00	-6.87	<0.001
ผู้สูบบุหรี่				
ผู้เสพกัญชา	27.33	0.00	-8.35	<0.001
ผู้ตีมเครื่องตีมแอลกอฮอล์	68.00			
ผู้สูบบุหรี่	23.27	12.00	-8.09	<0.001
ผู้ตีมเครื่องตีมแอลกอฮอล์	67.73			

จากตาราง 3 พบว่าการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย DALYs แต่ละคู่ ระหว่างผู้เสพกัญชา ผู้สูบบุหรี่ และผู้ตีมเครื่องตีมแอลกอฮอล์ด้วยสถิติ Mann-Whitney U พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยผู้ที่ตีมเครื่องตีมแอลกอฮอล์ มีค่าเฉลี่ย DALYs สูงที่สุดคือ 35.51 ปี รองลงมาคือผู้สูบบุหรี่ 8.70 ปี และผู้เสพกัญชาต่ำที่สุด 0.5 ปี รายละเอียด ดังตาราง 2 เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย DALYs จำแนกเป็นคู่ระหว่างผู้เสพกัญชา กับผู้สูบบุหรี่ผู้เสพกัญชากับผู้ตีมเครื่องตีมแอลกอฮอล์ และ ผู้สูบบุหรี่และผู้ตีมเครื่องตีมแอลกอฮอล์ ด้วยสถิติ Mann-Whitney Test พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยผู้สูบบุหรี่มีค่าเฉลี่ย DALYs 63.67 ปี สูงกว่าผู้เสพกัญชา 27.33 ปี ผู้ตีมเครื่องตีมแอลกอฮอล์มีค่าเฉลี่ย DALYs 68.00 ปี และ 67.73 ปี สูงกว่าผู้เสพกัญชาคือ 27.33 ปี และผู้สูบบุหรี่ 23.27 ปี ตามลำดับ

ตาราง 4 จำนวน ร้อยละและค่าเฉลี่ย การรับรู้การมีโรคประจำตัว การเกิดโรคประจำตัว และสุขภาพโดยรวมของผู้ใช้กัญชาเครื่องตีมแอลกอฮอล์ และบุหรี่

โรคประจำตัว	ผู้ใช้กัญชา (n=328)		ผู้ตีมเครื่องตีมแอลกอฮอล์ (n=327)		ผู้สูบบุหรี่ (n=327)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มีโรคประจำตัว						
มี	30	9.15	103	31.50	175	53.52
ไม่มี	298	90.85	224	68.50	152	46.48
การเกิดโรคประจำตัว						
เกิดก่อน	3	10.00	18	17.48	18	10.29
เกิดหลังใช้	27	90.00	85	82.52	157	89.71
การรับรู้สุขภาพแข็งแรงดี	M= 89.77, SD=4.57		M= 66.00, SD=4.03		M=76.22, SD=4.23	

จากตาราง 4 พบว่าการเปรียบเทียบผลกระทบบ้านสุขภาพจากการใช้กัญชา เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และบุหรี่ ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย กลุ่มผู้ใช้กัญชา จำนวน 328 ราย ระบุว่าตนเองมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงไม่เจ็บป่วย มีโรคประจำตัวเพียง 30 ราย ซึ่งเกิดก่อนการใช้กัญชา คือโรคเบาหวาน 28 ราย โรคลมชัก 2 ราย ไม่พบการงานตนเองที่ป่วยจากการใช้ยาเสพติด พวกเขาทั้งหมดรับรู้ว่าคุณภาพของตนเองแข็งแรงดีโดยรวมในปัจจุบัน เฉลี่ย ($M=89.77$, $SD=4.57$) กลุ่มผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 327 ราย ระบุว่าตนเองมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 224 ราย มีโรคประจำตัว 103 ราย ซึ่งเกิดก่อนการใช้แอลกอฮอล์ คือโรคพิษสุราเรื้อรัง 25 ราย โรคเบาหวาน 24 ราย และโรคลมชัก 3 ราย ไม่พบการงานตนเองที่ป่วยจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พวกเขาทั้งหมดรับรู้ว่าคุณภาพของตนเองแข็งแรงดีโดยรวมในปัจจุบัน เฉลี่ย ($M=66.00$, $SD=4.03$) กลุ่มผู้สูบบุหรี่ จำนวน 327 ราย ระบุว่าตนเองมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 152 ราย มีโรคประจำตัว 175 ราย ซึ่งเกิดก่อนการใช้บุหรี่ คือ โรคเบาหวาน 64 ราย โรคลมชัก 3 ราย ไม่พบการงานตนเองที่ป่วยจากการใช้บุหรี่ พวกเขาทั้งหมดรับรู้ว่าคุณภาพของตนเองแข็งแรงดีโดยรวมในปัจจุบัน เฉลี่ย ($M=76.22$, $SD=4.23$)

ตาราง 5 การสูญเสียคุณภาพชีวิตจากความเจ็บป่วย และปีสุขภาวะที่สูญเสียไป (รายงานค่าจำนวนปีรวม)

ตัวแปร	การสูญเสียคุณภาพชีวิตจากความเจ็บป่วย (Years of Life Lost due to Disability : YLD)	ปีสุขภาวะที่สูญเสียไป Disability- Adjusted Life Years (DALYs)	ค่าเฉลี่ย DALYs
ผู้เสพกัญชา	0.033	27.33	0.5
ผู้สูบบุหรี่	0.099	23.27	8.70
ผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	1.017	67.73	35.51

จากตาราง 5 พบว่าปีสุขภาวะที่สูญเสียไปจากการใช้ยาเสพติดในกลุ่มผู้ใช้กัญชา จำนวน 50 คน พบว่า โดยรวมการสูญเสียคุณภาพชีวิตจากความเจ็บป่วย 0.033 ปี เฉลี่ยปีสุขภาวะที่สูญเสียไปคนละ 0.5 ปี ไม่พบการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากการใช้กัญชา ปีสุขภาวะที่สูญเสียไปจากการสูบบุหรี่ในกลุ่มผู้สูบบุหรี่ จำนวน 50 คน พบว่า โดยรวมการสูญเสียคุณภาพชีวิตจากความเจ็บป่วย 0.099 ปี เฉลี่ยปีสุขภาวะที่สูญเสียไปคนละ 8.70 ปี และปีสุขภาวะที่สูญเสียไปจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 50 คน พบว่าโดยรวมการสูญเสียคุณภาพชีวิตจากความเจ็บป่วย 1.017 ปี เฉลี่ยปีสุขภาวะที่สูญเสียไปคนละ 35.51 ปี

อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า การใช้กัญชาได้รับผลกระทบด้านสุขภาพน้อยกว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ โดยการศึกษาพบว่าปีสุขภาวะที่สูญเสียไปจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มากที่สุดเท่ากับ 35.51 ปี รองลงมา คือการสูบบุหรี่ 8.70 ปี น้อยที่สุดคือการใช้กัญชาปีสุขภาวะที่สูญเสียไป เท่ากับ 0.5 ปี สอดคล้องกับการรายงานข้อมูล สถานการณ์ปัญหาเสพติดของกลุ่มแรงงาน (Kanato, Leyatikul, & Wonguppa, 2020) ว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีผลกระทบต่อ Disability Adjusted Life Years (DALY) อย่างมาก ร้อยละ 4 ของผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เสียชีวิตหรือพิการทุพพลภาพ ซึ่งมากกว่ายาเสพติดอื่นถึง 5 เท่า และสอดคล้องกับการศึกษาของ Ezzati (2006) พบว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีผลต่อการเกิด ภาระโรคทั้งเฉียบพลันและโรคเรื้อรังมากถึง 60 โรคเป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับ 7 ของการสูญเสียปีสุขภาวะทั่วโลก (Lopez, Mathers, Ezzati, Jamison, & Murray, 2006)

จากการศึกษาข้างนี้พบว่า การสูบบุหรี่มีผลกระทบด้านสุขภาพ โดยมีปีสุขภาวะที่สูญเสียไป 8.70 ปี มากกว่า การใช้กัญชา ที่ 0.5 ปี สอดคล้องกับการรายงานในประเทศไทยว่า การสูบบุหรี่ทำให้เกิดภาระโรคสูงเป็นอันดับ 2 รองจากปัจจัยเสี่ยงจากการดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตจากโรคที่เนื่องมาจากการสูบบุหรี่ เช่น โรคมะเร็งปอด โรคหัวใจ และโรคถุงลมโป่งพอง ฯลฯ จำนวนผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้น จาก 45,136 คนต่อปี (2004) เป็น 50,710 คนต่อปี (2009) โดยเฉลี่ยผู้ชาย 1 ใน 6 และผู้หญิง 1 ใน 25 คน เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ (Budney,

Roffman, Stephens, & Walker, 2007) โดยในการศึกษานี้ไม่พบว่าการใช้กัญชาทำให้มีการเจ็บป่วยโดยตรงจากการใช้กัญชา แต่เหตุที่ต้องเข้ารับการรักษาการติดกัญชาเนื่องจากกัญชาเป็นสิ่งผิดกฎหมายของไทย รัฐบาลให้นิยาม คนเสพยาติดคือ “ผู้ป่วย” ที่ต้องได้รับการบำบัดรักษา เมื่อกลุ่มผู้ใช้กัญชาถูกจับดำเนินคดีในฐานะผู้เสพยาเสพติดผิดกฎหมาย จึงได้เข้ารับการรักษาในรูปแบบที่ทางภาครัฐจัดให้ตามนโยบายของรัฐบาล ปัสสาวะที่สูญเสียไปจึงเกิดจากการเข้ารับบำบัดรักษาจากวิธีการบำบัดแบบควบคุมตัว เพราะวิธีควบคุมบำบัดมี ปัสสาวะที่สูญเสียไป สูงกว่าวิธีการบำบัดรักษาด้วยวิธีอื่น เนื่องจากการให้การบำบัดรักษาด้วยวิธีการทางกฎหมาย ซึ่งการใช้ยาเสพติดมีความสัมพันธ์กับปัญหาอาชญากรรมสังคม และเศรษฐกิจของผู้ใช้ยาเสพติดและสังคม (Lopez, Mathers, Ezzati, Jamison, & Murray, 2006)

การบริโภคแอลกอฮอล์ บุหรี่ และกัญชามีโอกาสใช้สารสามชนิดนี้ร่วมกันในวันเดียวกัน การใช้แอลกอฮอล์ร่วมกับบุหรี่ยังมีแรงจูงใจใช้ยาเสพติดตัวอื่นมีผลกระทบต่อระบบประสาท ทำนายความสัมพันธ์ระหว่างการใช้แอลกอฮอล์ บุหรี่ใช้ร่วมกับกัญชาในผู้ชายมีมากกว่าผู้หญิงเป็น 3 เท่า (Le Foll, Forget, Aubin, & Goldberg, 2008; Maldonado, Valverde, & Berrendero, 2006; Roche, Ray, Yardley, & King, 2016) การใช้ยาเสพติดก่อให้เกิดผลกระทบ ไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะผู้เสพ ครอบครัว คนรอบข้าง สังคม ชุมชนและประเทศ เท่านั้น (Sharkey, Darmani, & Parker, 2014) แต่ต่างล้วนมีส่วนแบกรับภาระจากผลกระทบไม่ว่าจะเป็นภาระ โรค ภาระของครอบครัวชุมชน ที่ต้องมาเยียวยาบำบัดรักษา สูญเสียค่าใช้จ่ายทางด้านเศรษฐกิจ สูญเสียงบประมาณ และเกิดอาชญากรรมรวมถึงอุบัติเหตุ โดยเฉพาะปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดภาวะบกพร่องทางสุขภาพของประชากรเพศชายถึงร้อยละ 22.30

การสูบกัญชามีผลกระทบระยะสั้นจะแสดงออกอย่างชัดเจนภายในไม่กี่วินาที โดยปกติจะอยู่นาน 1-3 ชั่วโมง ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคลและสายพันธุ์ของกัญชาที่ใช้สูบ (Ashton, 2001) การเสพกัญชาโดยวิธีการกินจะออกฤทธิ์ช้ากว่าการสูบ 30 นาที ถึง 2 ชั่วโมง แต่จะอยู่ในร่างกายนานเพราะมีการดูดซึมอย่างช้าๆ อย่างต่อเนื่อง ทำให้เห็นผลกระทบที่สังเกตเห็นได้ชัดเจนคือการพัฒนาไปสู่ความทนต่อ Cannabinoids และใช้ซ้ำ (Ashton, 2001) ผลกระทบทางจิตใจของการใช้กัญชาที่มีความแตกต่างกันแต่ละบุคคล วิธีการใช้หรือการเสพ ซึ่งเมื่อ THC เข้าสู่กระแสเลือดและไปถึงสมองจะจับกับตัวรับ Cannabinoid ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทต่างๆ โดยเฉพาะ Dopamine และ Norepinephrine สารสื่อประสาทเหล่านี้จะเกี่ยวข้องกับผลกระทบที่เกิดขึ้น เช่น ทำให้เกิดความรู้สึกลอยลาง ลดความตื่นตัว อารมณ์ขึ้นสูงสนุกสนาน และเกิดความรู้สึกลอยลาง อารมณ์บางอย่างอาจรวมถึงการรับรู้ที่ผิดปกติเพื่อฝืนความคิดที่เป็นนามธรรมหรือความคิดเชิงปรัชญาและความคิดสร้างสรรค์จะหยุดชะงัก รายงานการศึกษาต่างๆ ไปจะพบว่า ความวิตกกังวลเป็นผลข้างเคียงมากที่สุดของการสูบกัญชา ระหว่าง 20-30% ของผู้ใช้กัญชาเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ ผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์เฉียบพลันของกัญชา เป็นผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ที่บดบังของการใช้กัญชาเป็นครั้งแรกหลังจากใช้ทำให้เกิดวิตกกังวล และความหวาดกลัว (Hall, & Pacula, 2003) ผลกระทบต่อสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ของการใช้กัญชาเรื้อรังหมายถึง การใช้กัญชาเป็นประจำทุกวัน หรือเกือบทุกวัน การติดกัญชา (Cannabis Dependence) เป็นการติดยาเสพติดที่พบมากที่สุดรองจากการติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ในการสำรวจสุขภาพจิตในสังคมที่พัฒนาแล้ว มีความเสี่ยงในการติดกัญชาประมาณ 9 % ในกลุ่มที่เคยใช้ยาเสพติด ซึ่งเพิ่มเป็น 1 ใน 6 ของกลุ่มที่เริ่มต้นใช้กัญชาในวัยรุ่น และระหว่าง 1 ใน 3 และ 1 ใน 2 ของกลุ่มที่ใช้กัญชาเป็นประจำทุกวัน (Ashton, 2005)

งานวิจัยนี้มีข้อจำกัด คือมีการวิเคราะห์เฉพาะจังหวัดเพชรบูรณ์ คำนวณและวิเคราะห์ค่าน้ำหนักภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Disability Weights) และอายุคาดเฉลี่ย (Life Expectancy) ยังอ้างอิงใช้การศึกษาจากต่างประเทศ ซึ่งอาจไม่สะท้อนปัสสาวะที่สูญเสียไปจากการใช้ยาเสพติดที่แท้จริงตามบริบทปัญหาและพฤติกรรมการใช้กัญชาบุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาเสพติดอื่นๆ ของคนไทย รวมทั้งมีความลำเอียงในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง เช่น ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และเข้ารับการรักษาจะมีอาการหนักมากแต่ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่ไม่ได้เข้ารับการรักษาและไม่มีอาการหนัก ตลอดจนงานวิจัยนี้ศึกษาเฉพาะในผู้ที่เข้ารับการรักษาเท่านั้น จึงอาจจะสรุปผลกระทบผิดเพราะทำนายคนที่มีความอาการหนักเท่านั้น ซึ่งไม่ใช่ผลกระทบต่อผู้เสพยาในภาพรวม

การนำผลการวิจัยไปใช้

การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าความคิดเห็น กลุ่มผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผู้สูบบุหรี่เป็นกลุ่มที่ได้รับผลกระทบด้านสุขภาพเกิดภาวะโรคที่มีค่าเฉลี่ยปีสุขภาวะที่สูญเสียไปมากกว่าผู้ใช้กัญชา ดังนั้นกระบวนการดำเนินงานชุมชนหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดทั้งผู้ติดกัญชา แอลกอฮอล์ และติดสูบบุหรี่ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ การออกกำลังกาย กิจกรรมเสริมแรง ให้คำปรึกษาเมื่อมีข้อสงสัย ดูแลให้ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. เนื่องจากการวิจัยนี้ทำการศึกษาเฉพาะผู้ใช้กัญชาที่มีรายชื่อในระบบรายงานการติดตามเสพยาเสพติดของทางภาครัฐ เข้าถึงบริการจากการตรวจจับทางกฎหมายทำให้ขนาดและลักษณะของกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างจำกัด ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปอาจจะศึกษาในประชากรผู้ใช้กัญชาที่อยู่นอกระบบของภาครัฐ หรือเพิ่มขนาดตัวอย่างและพื้นที่ในการศึกษา เป็นต้น

2. การศึกษานี้เก็บรวบรวมข้อมูลที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ของผู้ใช้กัญชา เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในการศึกษาครั้งต่อไปควรพิจารณาการตรวจสอบข้อมูลผลกระทบที่เกิดขึ้น จากบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่นเก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลในกรณีของ ผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เกิดอุบัติเหตุ จากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายโรงพยาบาลเรียกเก็บที่ที่ต้องจ่ายจริง จะได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและสะท้อนปัญหาได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

References

- Abuhasira, R., Shbiro, L. & Landschaft, Y. (2018). Medical Use of Cannabis and Cannabinoids Containing Products-Regulations in Europe and North America. *Eur J of Intern Med*, 49, 2-6.
- Ashton, C. H. (2001). Pharmacology and Effects of Cannabis: a Brief Review. *The British Journal of Psychiatry*, 178(2), 101-106.
- Ashton, W. (2005). Cannabinoids in Bipolar Affective Disorder: a Review and Discussion of Their Therapeutic Potential. *Journal of Psychopharmacology*, 19(3), 293-300.
- Brand, B. L., Classen, C. C., McNary, S. W. & Zaveri, P. (2009). A Review of Dissociative Disorders Treatment Studies. *J Nerv Ment Dis*, 197(9), 646-54.
- Budney, A. J., Roffman, R., Stephens, R. S., & Walker, D. (2007). Marijuana Dependence and Its Treatment. *Addict Sci Clin Pract*, 4(1), 4-16.
- Bundhamcharoen, K., Aungkulanon, S., Makka, N. & Shibuya, K. (2016). Economic Burden from Smoking-Related Diseases in Thailand. *Tob Control*, 25, 532-537. (in Thai)
- Calabria, B., Degenhardt, L., Hall, W. & Lynskey, M. (2010). Does Cannabis Use Increase The Risk of Death? Systematic Review of Epidemiological Evidence on Adverse Effects of Cannabis Use. *Drug Alcohol Rev (Review)*, 29(3), 318-330.
- Ferguson, L., Eckard, L., Epperson, W. B., Long, L. P., Smith, D., Huston, C., et al. (2015). Influenza D virus infection in Mississippi beef cattle. *Virology*, 486, 28-34.
- Hall, W. D., & Pacula, R. L. (2003). *Cannabis Use and Dependence: Public Health and Public Policy*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Joshi, L., Ponnana, M., Penmetsa, S. R., Nallari, P., Valluri, V., & Gaddam, S. (2014). Serum Vitamin D Levels and VDR Polymorphisms (Bsm1 and FokI) in Patients and Their Household Contacts Susceptible to Tuberculosis. *Scand. J. Immunol*, 79, 113-119.

- Joy, J., & Mack, A. (2000). *Marijuana as Medicine?: The Science Beyond the Controversy*. Washington, D.C.: National Academies Press.
- Kanato, M., Leyatikul, P., & Wonguppa, R. (2020). Impacts of Medical Cannabis Law in Thailand. *ONCB Journal*, 36(2), 27-36.
- Kedsomboon, P. (2018). Cannabis and Kratom Research in Cancer Treatment. *Ya-Wiphak*, 36, 13-15.
- Kiatying-Angsulee, N. (2018). Kratom and Cannabis are the Country's Pharmaceutical Security. *Ya-Wiphak*, 36, 3-8.
- Le Foll, B., Forget, B., Aubin, H. J., & Goldberg, S. R. (2008). Blocking Cannabinoid CB1 Receptors for the Treatment of Nicotine Dependence: Insights from Pre-Clinical and Clinical Studies. *Addict Biol*, 13(2), 239-252.
- Lopez, A. D., Mathers, C. D., Ezzati, M., Jamison, D. T., & Murray, C. J. L. (Eds). (2006). *Global Burden of Disease and Risk Factors*. Washington, D.C.: World Bank and Oxford University Press.
- Maldonado, R., Valverde, O. & Berrendero, F. (2006). Involvement of the Endocannabinoid System in Drug Addiction. *Trends Neurosci*, 29, 225-232.
- Office of the Narcotics Control Commission Ministry of Justice. (2018). *Thailand Narcotics Control Annual Report 2018*. Office of the Narcotics Control Board Ministry of Justice. Retrieved May 3, 2022 from <https://www.oncb.go.th/>
- Roche, D. J. O., Ray, L. A., Yardley, M. M., & King, A. C. (2016). Current Insights Into the Mechanisms and Development of Treatments for Heavy-Drinking Cigarette Smokers. *Current addiction Reports*, 3(1), 125-137.
- Rujanathamrong, P. (2016). *Proceedings of Management of Lrathom and Marijuana for Medicine and Health, and Social Security*. 2016 Sep 27; Bangkok, Thailand. Bangkok: Publisher Unknown.
- Sharkey, K. A., Darmani, N. A. & Parker, L. A. (2014). Regulation of Nausea and Vomiting by Cannabinoids and the Endocannabinoid System. *Eur J Pharmacol*, 722, 134-146.
- United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC]. (2013). *World Drug Report 2013*. Geneva: UNODC.
- World Health Statistics. (2020). *Monitoring Health for the SDGs, Sustainable Development Goals*. Geneva: World Health Organization.