

ISSN : 2287-0369

# วารสารวิชาการเสพติด

*Thai Journal of Addiction*

---

---

ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2557

Vol.2 No.1 January-June 2014



# วารสารวิชาการเสฟติด

- วัตถุประสงค์**
1. เพื่อเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ผลงานวิจัย ข้อมูลวิชาการด้านยาและสารเสฟติด
  2. เพื่อเผยแพร่ องค์ความรู้เกี่ยวกับยาและสารเสฟติด
  3. เพื่อเป็นสื่อประสานงานและส่งข่าวระหว่างเครือข่ายนักวิชาการด้านยาและสารเสฟติด

**เจ้าของ** สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสฟติดแห่งชาติบรมราชชนนี

## ที่ปรึกษา

สุพรรณ	ศรีธรรมมา	อธิบดีกรมการแพทย์
บุญเรือง	ไตรเรืองวรรณ	อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
ภาสกร	ชัยวานิชศิริ	รองอธิบดีกรมการแพทย์
อัญชลี	ศิริทรัพย์	ผู้อำนวยการสำนักพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสฟติด สำนักงาน ป.ป.ส.
มณีรัตน์	บุญฤทธิ์	ผู้อำนวยการกองพัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสฟติด กรมคุมประพฤติ
ชาญชัย	เอื้อชัยกุล	ผู้อำนวยการกองควบคุมวัตถุเสฟติด กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
สมาน	พุตระกูล	ผู้อำนวยการสำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
ปานทิพย์	โชติเบญจมาภรณ์	ผู้อำนวยการสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ
สินเงิน	สุขสมpong	ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา
วิโรจน์	วีรัชย์	ผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสฟติดแห่งชาติบรมราชชนนี
วรวงษ์	สำราญทิวารัลย์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่
สรายุทธ์	บุญชัยพานิชวัฒนา	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น
ธวัช	ลาพิณี	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา
ธิติ	อึ้งอารี	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี
อดิศักดิ์	งามขจรวิวัฒน์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี
วีรวัฒน์	อุครานันท์	รักษาราชการแทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน
ประเมิน	จิตพิทักษ์	ประธานมูลนิธิธัญญารักษ์

## บรรณาธิการ

ลำคำ                      ลักขณาภิชนชัย

## กองบรรณาธิการ

กฤติกา	เฉิดโฉม	สิริกกุล	วงศ์สิริโสภาคย์
ชนิษฐา	ต้นติศิรินทร์	สุกมา	แสงเดือนฉาย
ชลนที	รอดสว่าง	สุพจน์	ชุติดำรง
นันทา	ชัยพิชิตพันธ์	อภิชาติ	เรณูพัฒนานนท์
นิวัตติ	เอี่ยมเที่ยง	อรพิน	ทนนันต์
สำเนา	นิลบรรพ์		

## ผู้ทรงคุณวุฒิ

พันเอกนายแพทย์พิชัย	แสงชาญชัย	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
นายแพทย์อรรถพล	สุคนธาภิรมย์ ณ พัทลุง	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผศ.แพทย์หญิงรัตมน	กัลยาศิริ	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผศ.นายแพทย์ตะวันชัย	จิระประมุขพิทักษ์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ศูนย์รังสิต
ผศ.นายแพทย์สุทัศน์	รุ่งเรืองหิรัญญา	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
รศ.ดร.มรรยาท	รุจิวิชชญ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ศูนย์รังสิต
ดร.อุษณีย์	พึงปาน	วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผศ.ดร.สุชาดา	รัชชกุล	มหาวิทยาลัยชินวัตร
ดร.ประภาพรรณ	จูเจริญ	สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล
ดร.ดรณี	ภูขาว	คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ดร.อนุสรณ์	พยัคฆาคม	คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
นางสุมาลี	มาดำ	กองพัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด
แพทย์หญิงบุญศิริ	จันศิริมงคล	กรมสุขภาพจิต
ภญ.ดร.นัยนา	พัชรไพศาล	กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
ภญ.วัลย์ลักษณ์	เมธาภัทร	สำนักยาและวัตถุเสพติด กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
นางสุประภา	จักษุดุลย์	สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
ดร.ศรัญญา	เบญจกุล	สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ

## สำนักงาน

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี  
60 ถนนพหลโยธิน ต.ประชาธิปไตย อ.ธัญบุรี จ.ปทุมธานี 12130  
โทร. 0-2531-0080-8 ต่อ 503, 404, 341 โทรสาร 0-2531-0085  
[www.thanyarak.go.th](http://www.thanyarak.go.th) e-mail : [journal@thanyarak.go.th](mailto:journal@thanyarak.go.th)

## พิมพ์ที่

โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ถนนพญาไท แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330  
โทร. 0-2215-3612, 0-2218-3556, 0-2218-3557 โทรสาร. 0-2215-3612  
[www.cuprint.chula.ac.th](http://www.cuprint.chula.ac.th) E-mail: [cuprint@hotmail.com](mailto:cuprint@hotmail.com)

# สารบัญ

หน้า

บรรณาธิการแถลง

## นิพนธ์ต้นฉบับ

การเปรียบเทียบประสิทธิผลของหญ้าดอกขาว (*Vernonia Cinerea* (L) Less) 1

กับ bupropion ในการบำบัดผู้ติดบุหรี่

วิโรจน์ วีรชัย พ.บ., อภินัย ชินพิพัฒน์ พ.บ., สำเนา นิลบรรพ์ พย.ม., สมพร สุวรรณมาโจ ภม.,  
รสสุคนธ์ ธนธีระบรรจง วท.ม., รุ่งลาวัลย์ พันธุ์สวัสดิ์ ค.บ., ลัดดา ขอบทอง วท.ม.,  
ดวงใจ ดวงฤทธิ์ ประ.ด.

คุณลักษณะ และอาชีพของผู้ใช้สารเสพติด 16

สุकुมา แสงเดือนฉาย ประ.ด., นันทา ชัยพิชิตพันธ์ ค.ม., สำเนา นิลบรรพ์ พย.ม.,  
ธัญญา ลิงห์โต วท.ม.

การมีส่วนร่วมในการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของแกนนำเยาวชน 31

TO BE NUMBER ONE ระดับมัธยมศึกษา จังหวัดขอนแก่น : การประเมินผล

จินตนา ศรีธรรมมา ศศ.ม., กิตติมา ก้านจักร ส.ม.

## บทฟื้นฟูวิชา

กระท่อม : ยาเสพติดจริงหรือ 48

วิโรจน์ วีรชัย พ.บ., สำเนา นิลบรรพ์ พย.ม.

## บรรณาธิการแถลง

วารสารวิชาการเสพติดฉบับนี้ก้าวขึ้นสู่ปีที่ 2 อย่างภาคภูมิใจ กองบรรณาธิการต้องขอขอบคุณผู้อ่านทุกท่านที่ให้ความสนใจ เป็นกำลังใจในการที่จะพัฒนาวิชาการด้านยาเสพติด และเป็นเรื่องที่น่ายินดีที่นักวิชาการได้ให้ความสำคัญในการศึกษา วิจัย ด้านยาเสพติดมากขึ้น ก่อให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญ สำหรับการบำบัดรักษาการดูแลผู้ป่วยและการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

ฉบับนี้มีบทความวิชาการมาจากหลายด้านมีเนื้อหาสาระที่น่าสนใจประกอบด้วยบทความวิจัยจำนวน 3 เรื่อง นิพนธ์ต้นฉบับเรื่องแรก การเปรียบเทียบประสิทธิภาพของหญ้าดอกขาว (*Vernonia Cinerea* (L) Less) กับ bupropion ในการบำบัดผู้ติดยาเสพติด เรื่องที่สอง คุณลักษณะและอาชีพของผู้ใช้สารเสพติด เรื่องที่สาม การมีส่วนร่วมในการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของแกนนำเยาวชน TO BE NUMBER ONE ระดับมัธยมศึกษา จังหวัดขอนแก่น : การประเมินผล และบทพินิจวิชาการ เรื่อง กระเทียม : ยาเสพติดจริงหรือ

กองบรรณาธิการ ขอขอบพระคุณ หน่วยงานที่ส่งผลงานวิชาการเพื่อเผยแพร่ และหวังว่าจะได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานของท่านในโอกาสต่อไป

ลำซา ลักขณาภิชนัชช  
บรรณาธิการ

นิพนธ์ต้นฉบับ

# การเปรียบเทียบประสิทธิผลของหญ้าดอกขาว (*Vernonia Cinerea* (L) Less) กับ bupropion ในการบำบัดผู้ติดบุหรี่

วิโรจน์ วีรชัย พ.บ.\*, อภินัย ชินพิพัฒน์ พ.บ.\*, สำเนา นิลบรรพ์ พย.ม.\*,  
สมพร สุวรรณมาโจ ภม.\*, รสสุคนธ์ ธนธีระบรรจง วท.ม.\*, รุ่งลาวัลย์ พันธุ์สวัสดิ์ ค.บ.\*,  
ลัดดา ขอบทอง วท.ม.\*, ดวงใจ ดวงฤทธิ์ ปร.ด.\*\*

\*สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

\*\*คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

**Abstract** The Comparision of Effectiveness Between *Vernonia Cinerea* (L) Less and bupropion Smoking Cessation  
Verachai V\*, Chinpipat A\*, Nilaban S\*, Suwanmajo S\*, Thanatheerabunjong R\*  
Pansawat R\*, Khobthong L\*, Duangrithi D\*\*  
\*Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment  
\*\*Faculty of Pharmacy, Rangsit University

This study aimed to compare effectiveness between *Vernonia Cinerea* (L) and bupropion for smoking cessation as well as to study adverse events of *Vernonia Cinerea*.

**Methodology:** The randomized double blind controlled trial with two-parallel groups was conducted in Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment during 2008-2010. The 89 smokers from private companies, government sectors and state enterprises were voluntarily enrolled. Of these, 45 smokers were in *Vernonia Cinerea* group while the rest were in bupropion group. The participants in *Vernonia Cinerea* group were given 4 gm tea bag three times a day and bupropion identical placebo 1 tablet daily after meal on the first 3 days and followed by 4 gm tea bag three times a day and 1 placebo tablet 2 times a day to complete 7 weeks. The participants in bupropion group were given bupropion 150 mg daily after meal on the first 3 days and followed by 1 tablet 2 times a day to complete 7 weeks and *Vernonia Cinerea* tea bag identical placebo three times a day. The target quit date was the eighth day of treatment. Education and

counseling about smoking cessation by doctors, pharmacists and nurses were delivered to participants in both groups at week 0, 2, 4 and 7. Tobacco abstinence was followed up every month and evaluated by participants themselves and urine nicotine.

Results: The participants were  $35.84 \pm 7.85$  years of age and smoked  $14.74 \pm 6.60$  tobacco/day. Of all participants, 52.8% had smoked for 10-20 years with Fagerstom test for nicotine dependence of  $4.67 \pm 2.41$ . Physical and laboratory examinations before and after treatment were within normal limit in both groups. The abstinence rate continued after treatment at week 7 were 15.6% in *Vernonia Cinerea* group and 25% in bupropion group ( $p=0.267$ ). At week 16, there were 11.11% in *Vernonia Cinerea* group and 11.4% in bupropion group ( $p=0.778$ ). At the end of treatment in week 24, there were 11.11% in *Vernonia Cinerea* group and 6.8% in bupropion group ( $p=0.308$ ). The most common adverse events of *Vernonia Cinerea* were vertigo/headache (53.3%) followed by tingling tongue (28.9%) and dry throat (26.7%). Similarly, they were vertigo/ headache (50%) followed by insomnia (31.8%) and dry throat (26.7%) in bupropion group.

Conclusion: *Vernonia Cinerea* tea showed the similar effectiveness with bupropion. During 7 weeks of treatment, there was no serious adverse event among patients in *Vernonia Cinerea* group.

Key words : smoking cessation, bupropion, *Vernonia Cinerea* (L) Less

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของหญ้าดอกขาวกับ bupropion ในการบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่ของผู้ติดบุหรี่และศึกษาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในผู้ติดบุหรี่ที่ใช้หญ้าดอกขาวในการบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่

วิธีการวิจัย การวิจัยทางคลินิก (clinical trial) แบบ randomized double blind controlled trial two-parallel groups คัดเลือกอาสาสมัครที่ติดบุหรี่ในสถานประกอบการ ราชการ และรัฐวิสาหกิจ จำนวน 89 คน โดยสุ่มแบ่งเข้ากลุ่มศึกษา 45 คน และกลุ่มควบคุม 44 คน กลุ่มศึกษาได้รับชาชงหญ้าดอกขาวปริมาณ 4 กรัม ต่อชอง ผสมน้ำ 1 แก้ว ต่อมื้อวันละ 3 ครั้งหลังอาหาร เช้า - กลางวัน - เย็น และยาหลอกลักษณะคล้ายยา bupropion รับประทานครั้งละ 1 เม็ดวันละ 1 ครั้ง หลังอาหารใน 3 วันแรก วันที่ 4 ให้ครั้งละ 1 เม็ดวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร เช้า - เย็นเป็นเวลา 7 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับ bupropion ขนาด 150 มิลลิกรัม ครั้งละ 1 เม็ดวันละ 1 ครั้ง หลังอาหารใน 3 วันแรก วันที่ 4 ให้ครั้งละ 1 เม็ดวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร เช้า - เย็น เป็นเวลา 7 สัปดาห์ และยาหลอกที่เป็นลักษณะเป็นชาชงคล้ายชาชงหญ้าดอกขาว ครั้งละ 1 ชอง (ชองละ 4 กรัม) ผสมน้ำ 1 แก้ว ต่อมื้อวันละ 3 ครั้งหลังอาหาร เช้า - กลางวัน - เย็น กำหนดวันเลิกบุหรี่เป็นวันที่ 8 ของการรักษา ทั้ง 2 กลุ่มได้รับความรู้ คำปรึกษา และคำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อเลิกบุหรี่จากทีมแพทย์ เภสัชกรและพยาบาล ในสัปดาห์ที่ 0 2 4 และ 7 หลังจากนั้นดำเนินการติดตามผลการเลิกบุหรี่ทุกเดือนรวมทั้งสิ้น 6 เดือน ผลการเลิกบุหรี่ได้จากการรายงานโดยตัวผู้ป่วยเอง และยืนยันผลด้วยการตรวจโคตินินในปัสสาวะ

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ติดบุหรี่มีอายุเฉลี่ย  $35.84 \pm 7.85$  ปี สูบบุหรี่เฉลี่ยวันละ  $14.74 \pm 6.60$  มวน ร้อยละ 52.8 สูบบุหรี่มานาน 10-20 ปี มีคะแนนเฉลี่ยจากแบบทดสอบการติดนิโคติน (Fagerstom test for nicotine



dependence (FTND))  $4.67 \pm 2.41$  ผลการตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (CBC, FBS, LFT, RFT) ทั้งกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ปกติก่อนและหลังการรับประทานยา หลังสิ้นสุดระยะเวลาการรักษาเมื่ออัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง (continuous abstinence rate, CAR) ในสัปดาห์ที่ 7 กลุ่มที่ดื่มชาหย้าดอกขาวสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 15.6 กลุ่มที่รับประทานยา bupropion เลิกได้ร้อยละ 25 ( $p=0.267$ ) สัปดาห์ที่ 16 อัตราการเลิกบุหรี่ของทั้งสองกลุ่มใกล้เคียงกันร้อยละ 11.11 และ 11.4 ตามลำดับ ( $p=0.778$ ) เมื่อสิ้นสุดการรักษาในสัปดาห์ที่ 24 กลุ่มที่ดื่มชาหย้าดอกขาวมีอัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่องร้อยละ 11.11 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่รับประทานยา bupropion ที่มีค่าร้อยละ 6.8 ตามลำดับ ( $p=0.308$ ) อย่างไรก็ตามอัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่องของทั้งสองกลุ่ม ณ ช่วงเวลาต่างๆ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของการใช้ชาหย้าดอกขาวพบว่า มีอาการเวียนศีรษะ/ปวดศีรษะมากที่สุดร้อยละ 53.3 รองลงมา คือ ชาลิ้น ร้อยละ 28.9 และคอแห้ง ร้อยละ 26.7 ส่วนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของยา bupropion พบว่า มีอาการปวดศีรษะ/เวียนศีรษะ มากที่สุด ร้อยละ 50 รองลงมา คือ นอนไม่หลับ ร้อยละ 31.8 และคอแห้ง ร้อยละ 26.7

สรุป ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าชาหย้าดอกขาวมีประสิทธิภาพในการบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่ไม่แตกต่างกับ bupropion และไม่พบอุบัติการณ์ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงตลอดระยะเวลาการใช้ติดต่อกันนาน 7 อาทิตย์

**คำสำคัญ :** ผู้ติดบุหรี่ หย้าดอกขาว บูโพรพ็อน

## บทนำ

การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ประชากรโลกรวมทั้งประเทศไทยเสียชีวิตก่อนวัยอันควรหรือเกิดภาวะทุพพลภาพที่รุนแรงและยาวนาน นิโคตินในบุหรี่เป็นสารเสพติดหลักที่ทำให้ผู้สูบบุหรี่มีความยากลำบากในการเลิกสูบบุหรี่ เนื่องจากเมื่อร่างกายขาดนิโคตินจะรู้สึกทรมาน มีอาการกระสับกระส่าย ง่วงเหงาหาวนอน ขาดสมาธิทำงานได้ไม่ดี กังวล หิว นอนไม่หลับ อาการจะเป็นมากที่สุดในวันที่สองและสามของการอดบุหรี่ และจะค่อยๆ ลดลงภายใน 7-10 วัน<sup>1</sup> การเลิกบุหรี่สามารถเลิกได้ด้วยตนเองโดยวิธีการหักดิบแต่อัตราสำเร็จจากการเลิกบุหรี่ติดตามในระยะเวลา 1 ปี สามารถเลิกได้เพียงร้อยละ 5-7 แต่ถ้าใช้ร่วมกับการรักษาและพฤติกรรมบำบัด อัตราการเลิกบุหรี่สำเร็จเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20-30<sup>1</sup> ปัจจุบันมีวิธีการบำบัดเพื่อให้เลิกบุหรี่โดยการใช้อย่างแบ่งได้เป็น 2 วิธี คือ การให้นิโคตินทดแทน (Nicotine

Replacement Therapy) ซึ่งมี 2 รูปแบบ คือ แบบแผ่นปิดผิวหนัง (transdermal patch) และแบบหมากฝรั่งเคี้ยว (chewing gum) และการใช้ยาที่ไม่ใช่ นิโคตินทดแทน ได้แก่ บูโพรพ็อน (Bupropion) จากการศึกษพบว่ายาทั้งสองกลุ่มช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเลิกบุหรี่ได้ร้อยละ 17-30<sup>2</sup> เท่านั้น และพบว่ายาที่มีผลข้างเคียง กล่าวคือนิโคตินทดแทนแบบแผ่นปิดผิวหนัง จะเกิดอาการระคายเคืองผิวหนัง คัน แสบ ร้อนแดงพบได้ถึงร้อยละ 50 นิโคตินทดแทนแบบหมากฝรั่งเคี้ยว จะพบแผลในช่องปาก ปวดกราม สะอึก เรอ คลื่นไส้ เวียนศีรษะ และบูโพรพ็อน จะมีผลทำให้ seizure threshold ลดลงได้ ต้องระวังในการใช้กับผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคลมชัก<sup>3</sup> อีกทั้งยายังมีราคาแพง ถ้ารักษาผู้ป่วยจนครบตามแนวทางเวชปฏิบัติซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา 7-12 สัปดาห์ มีค่าใช้จ่ายประมาณ 3,000 - 12,000 บาท<sup>4</sup> ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาได้ครบตามกำหนดและเป็น

สาเหตุของการกลับไปสูบบุหรี่ใหม่

หญ้าดอกขาวมีชื่อทางวิทยาศาสตร์ว่า *Vernonia Cinerea* (L) Less หรือมีชื่อเรียกต่างๆ กันในหลายท้องถิ่น เช่น หมอน้อย หญ้าละออง หญ้าสามวัน ก้านธูปถั่วแระดิน เป็นต้น มีสรรพคุณทางพื้นบ้านคือ แก้ไข้ รักษาตับอักเสบ ลดความดันโลหิตสูง รักษาโรคหอบ แก้ก้องเสีย รักษาแผลบวมอักเสบ มีหนอง ช่วยให้คลอดง่าย ทำให้ไม่อยากบุหรี่ย<sup>5</sup> เป็นสมุนไพรที่อยู่ในตำรับยาพื้นบ้านของประเทศต่างๆ มีการศึกษาความปลอดภัยโดยการทดสอบความเป็นพิษ พบว่าเมื่อฉีดสารสกัดทั้งต้นด้วย 50 % เอทานอลเข้าช่องท้องหนูถีบจักร ขนาดสูงสุดที่มีการศึกษาและยังไม่เกิดการพิษมีค่าเท่ากับ 500 มก./กก.<sup>6</sup> ส่วนขนาดที่ทำให้สัตว์ทดลองตายเป็นจำนวนครั้งหนึ่งเมื่อฉีดเข้าช่องท้องหนูถีบจักรมีค่าเท่ากับ 1.874 กรัม/กก.<sup>7</sup> ด้านการศึกษาในคนพบว่ามีการใช้หญ้าดอกขาวเพื่อลดการขับออกซาเลตในปัสสาวะในผู้ป่วยโรคนี้จำนวน 80 คน โดยรับประทานสารสกัดหญ้าดอกขาวปริมาณ 96 มก./วัน แบ่งให้วันละ 3 ครั้ง นาน 8 สัปดาห์ พบว่าหญ้าดอกขาวสามารถลดการขับออกซาเลตในปัสสาวะได้แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญและไม่มีรายงานการเกิดพิษ<sup>8</sup> และการศึกษาในผู้ป่วยโรคนี้จำนวน 255 คน โดยให้รับประทานสารสกัดหญ้าดอกขาวปริมาณ 96 มก./วัน เป็นเวลา 3 เดือน พบว่า ร้อยละ 91.3 หายจากโรคและไม่มีรายงานการเกิดผลข้างเคียงจากการใช้หญ้าดอกขาว<sup>9</sup>

ปัจจุบันได้มีการนำหญ้าดอกขาวมาใช้ในการบำบัดรักษาผู้ติดยาในหลายๆ แห่ง จากรายงานการศึกษาของฉวีวรรณ ดวงจรและคณะ<sup>10</sup> ศึกษาเปรียบเทียบผลการลดการสูบบุหรี่ของประชาชนในเขตอำเภออุทองในปี 2538 โดยใช้หญ้าดอกขาวกับยาหลอก (ใบเตยหอมและดอกเก๊กฮวย)

พบว่า หญ้าดอกขาวสามารถลดและเลิกการสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 62 และ 33 อีก 1 ปี ต่อมา คักดีวิชาไชสวัสดิ์ และมนัชยา มรรคอนันตโชติ<sup>11</sup> ศึกษาการบำบัดผู้ติดยาด้วยการใช้หญ้าดอกขาวและธรรมชาติบำบัดที่โรงพยาบาลเทิง จังหวัดเชียงราย โดยใช้สมุนไพรหญ้าดอกขาวในรูปของชาชงของละ 4 กรัมชงกับน้ำร้อน ครั้งละ 1 ชองต่อน้ำ 1 แก้ว ดื่มเป็นประจำวันละ 3 ครั้งหลังอาหาร เป็นเวลา 15 วัน มีผู้สมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษาจำนวน 62 ราย ติดตามผลระยะเวลา 4 เดือน มีผู้เลิกสูบบุหรี่ได้ 43 ราย คิดเป็นร้อยละ 69.35 โดยมีเหตุผลสำคัญในการเลิกสูบบุหรี่ คือ ชาลิ้น กินอาหารไม่อร่อยและไม่อยากสูบบุหรี่ รู้สึกเหม็นกลิ่นบุหรี่ สูบแล้วรู้สึกอยากอาเจียน

ต่อมาในปี 2549 ปรีดา เบญจนากาศกุล<sup>12</sup> ได้ศึกษาประสิทธิภาพผลของหญ้าดอกขาวในการเลิกบุหรี่ ในสถาบันธัญญารักษ์ โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงทดลอง แบบ randomized single blind placebo-controlled two-parallel group โดยให้ชาชงหญ้าดอกขาวเปรียบเทียบกับยาหลอก (ชาชงใบหม่อน) ขนาด 1 ชอง (3 กรัม) ต่อน้ำ 150 มิลลิลิตร ดื่มวันละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 2 สัปดาห์ ทั้ง 2 กลุ่มได้รับคำแนะนำในการเลิกบุหรี่ให้สำเร็จจากเภสัชกร กำหนดวันเลิกบุหรี่เป็นวันที่ 8 ของการได้รับชาชงติดตามและประเมินผลการเลิกบุหรี่ในสัปดาห์ที่ 2 4 8 12 และ 16 นับจากวันเริ่มต้นรับประทานชาชงหญ้าดอกขาว มีผู้เข้าร่วมโครงการ 64 คน พบว่า กลุ่มที่ได้รับชาชงหญ้าดอกขาวมีอัตราเลิกอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 37.5 34.4 31.3 21.8 และ 21.8 ส่วนกลุ่มควบคุมมีอัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่องร้อยละ 34.4 25.0 18.8 12.5 และ 12.59 ตามลำดับ ซึ่งอัตราการเลิกบุหรี่ต่อเนื่องทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ และอัตราการเลิกบุหรี่ตลอด 1 สัปดาห์ ก่อนวันประเมินผล (point prevalence abstinence rate (PAR)) ในกลุ่มที่ได้รับชาชงหญ้าดอกขาว มีอัตราการเลิกบุหรี่ตลอดสัปดาห์ก่อนวันประเมินผล ร้อยละ 37.5 46.9 46.9 43.8 40.6 และ 34.4 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มควบคุมมีอัตราการเลิกบุหรี่ตลอดสัปดาห์ก่อนวันประเมินผล ร้อยละ 34.4 34.4 28.1 21.9 21.9 และ 15.6 ซึ่งไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่พบว่าอัตราการเลิก บุหรี่อย่างต่อเนื่องและอัตราการเลิกบุหรี่ตลอด 1 สัปดาห์ก่อนวันประเมินผลของกลุ่มทดลองมีแนวโน้มสูงกว่ากลุ่มควบคุมตลอดระยะเวลาติดตามผล แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดมากที่สุดคือ ชาลิ้น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง และเวียนศีรษะ แต่อัตราการ เกิดไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม จากการศึกษาดังที่ได้กล่าวมาทั้งหมดนั้น นับได้ว่าสมุนไพรหญ้าดอกขาวอาจเป็นทางเลือก อีกทางหนึ่งสำหรับผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ เนื่องจาก เป็นสมุนไพรพื้นบ้านที่สามารถหาได้ง่ายและมี ราคาถูก แต่พบว่าจากการศึกษาของทั้งสามแห่งนั้น มีการใช้หญ้าดอกขาวเป็นระยะเวลาเพียง 2 สัปดาห์ และยังไม่มีการเปรียบเทียบกับยาซึ่งเป็นมาตรฐาน ในการบำบัดที่เป็นสากล ได้แก่ Bupropion และ Nicotine replacement therapy ซึ่งถือได้ว่าเป็นยาลำดับแรกที่จะแนะนำให้ใช้เพื่อการเลิกบุหรี่ ของ AUS public Health Service ในปี ค.ศ. 2000 โดยจะให้ยาเป็นระยะเวลา 7-12 สัปดาห์ ดังนั้น สถาบันธัญญารักษ์จึงได้ดำเนินการศึกษา ประสิทธิภาพของหญ้าดอกขาวในการบำบัดผู้ ติดบุหรี่โดยเปรียบเทียบกับ bupropion เพื่อ เป็นทางเลือกหนึ่งในการบำบัดผู้ติดบุหรี่ และ สนับสนุนสมุนไพรพื้นบ้านมาใช้ในการบำบัด

รักษาบุหรี่ยังมีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่ ชัดเจน

## วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบ Randomized, double-blind, placebo-controlled ซึ่งดำเนินการระหว่างปี 2551 -2553 ในสถาน ประกอบการ ราชการ และรัฐวิสาหกิจ ได้รับการ รับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม ของสถาบันธัญญารักษ์

กลุ่มตัวอย่าง เป็นอาสาสมัครที่ติดบุหรี่ใน สถานประกอบการ ราชการ และรัฐวิสาหกิจ จำนวน 89 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วย โปรแกรม PS Power and Sample size Calculation Version 2.1.30 อ้างอิงจากการศึกษาของ Roddy E<sup>13</sup> ศึกษาประสิทธิภาพของ bupropion พบว่า อัตราการเลิกบุหรี่ต่อเนื่องในระยะยาว ร้อยละ 19 ส่วนการศึกษานี้คาดว่าอัตราการ เลิกบุหรี่ของผู้ติดบุหรี่ที่ได้รับชาชงหญ้าดอกขาว มากกว่ากลุ่มที่ได้รับยา bupropion ร้อยละ 15 กำหนดค่า  $\alpha = 0.05$  (two - sided) Power 80% ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 39 คน และประมาณ การว่ามีผู้ป่วยออกระหว่างการวิจัย (Drop out) ร้อยละ 20 จึงมีกลุ่มตัวอย่างเพิ่มกลุ่มละ 8 คน ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างของแต่ละกลุ่ม เท่ากับ 47 คน รวมทั้งหมดเป็น 94 คน คัดเลือกกลุ่ม ตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้า คือ เป็นผู้ติดบุหรี่ และต้องการเลิกบุหรี่ อายุ 18 ปี ขึ้นไปทั้งเพศชาย และเพศหญิง ไม่เสพยาเสพติดอื่นร่วมด้วย ไม่เคย ได้รับการบำบัดหรือได้รับยาเพื่อช่วยเลิกบุหรี่หรือ ได้รับยาอื่นมาแล้วแต่ยังไม่สำเร็จ และกลับมาสูบบุหรี่ใหม่ ไม่ต่ำกว่า 3 เดือนประเมินระดับความ ต้องการเลิกบุหรี่ ตาม transtheroretical model

อยู่ในระดับ preparation และ action และมีเกณฑ์การคัดออกจากการวิจัยคือ มีโรคประจำตัวที่อาจเป็นอันตรายได้ เช่นโรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคตับ โรคไต มีความผิดปกติทางระบบประสาท หรือมีภาวะซึมเศร้า ติดสารเสพติดที่ผิดกฎหมาย อยู่ในภาวะตั้งครรภ์ หรือให้นมบุตร จัดเข้ากลุ่ม โดยการสุ่มแบบ block randomization แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง จะได้รับชาชงหญ้าดอกขาว 1 ซอง (4 กรัม) ชงกับน้ำร้อน 150 CC ทิ้งไว้ 15-20 นาที ทานขณะอุ่นๆ หลังอาหาร 3 เวลา เช้า กลางวัน เย็น ร่วมกับยาที่มีลักษณะเหมือน Bupropion โดย 3 วันแรก รับประทานวันละ 1 เม็ด ตอนเช้า หลังจากนั้นรับประทาน 1 เม็ดวันละ 2 ครั้ง เช้า เย็น จนครบ 7 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับยา Bupropion และชาหลอก (ชาใบหม่อน) วิธีการรับประทานเช่นเดียวกับกลุ่มที่ได้รับชาชงหญ้าดอกขาว ทั้ง 2 กลุ่มจะได้รับความรู้ คำปรึกษา และการปฏิบัติตัวเพื่อเลิกบุหรี่จากทีมแพทย์ เภสัชกรและพยาบาล ในสัปดาห์ที่ 0 2 4 และ 7 ก่อนเข้าร่วมการวิจัยให้อาสาสมัครลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษรทุกราย หลังจากนั้นสัมภาษณ์ประวัติทั่วไป ประวัติการสูบบุหรี่ ประเมินการติดยาโคติน ตามแบบทดสอบ Fagerstrom test for nicotine dependence (FTND) และประเมินปัจจัยในการติดบุหรี่ ตรวจ

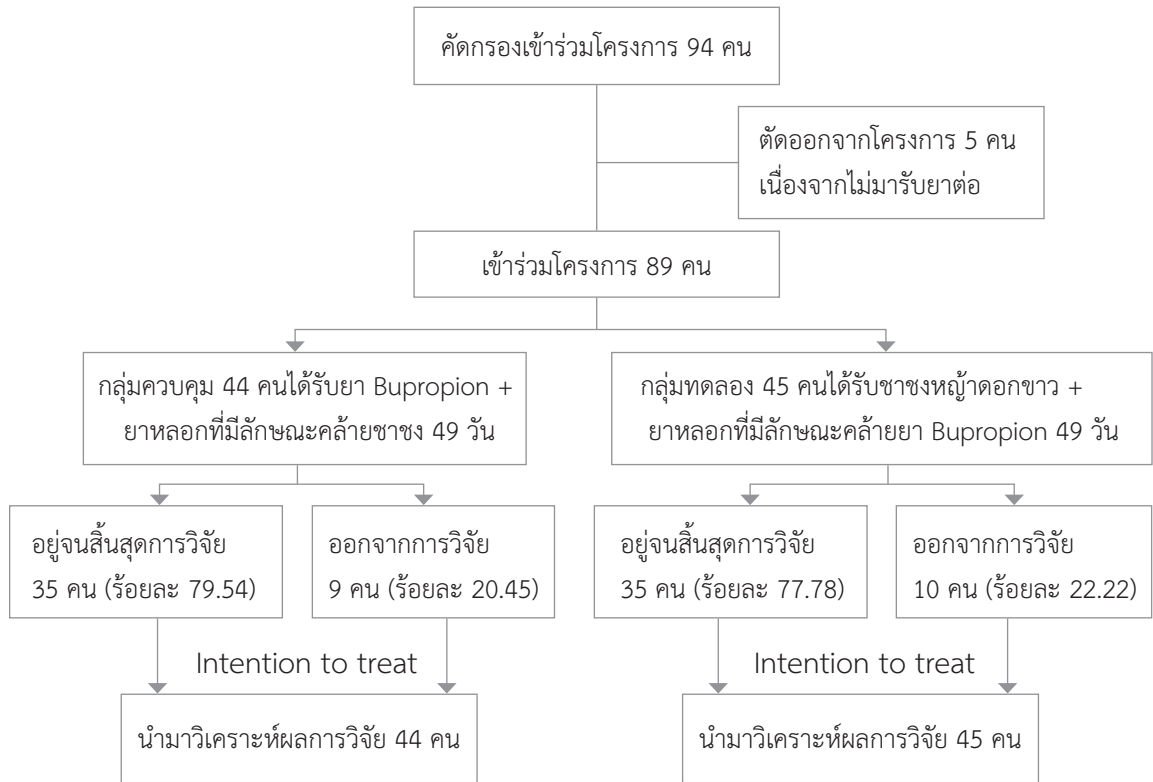
ทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC) ปัสสาวะ (UA) การทำงานของตับ (LFT) และการทำงานของไต (RFT) ในวันแรก และสัปดาห์ที่ 7

ผลิตภัณฑ์ชาชงหญ้าดอกขาว (*Vernonia cinerea*) นี้จะเตรียมในลักษณะชาชง บรรจุ 4 กรัม โดยคณะเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัยรังสิต ปทุมธานี มีขั้นตอนการทำชาชง โดยการล้าง ดากแห้ง และ อบ โดยตู้อบแห้ง (hot air oven) ที่อุณหภูมิ 50-70 C ทำการ Standardize โดยวิเคราะห์ปริมาณ luteolin โดยวิธี Thin Layer chromatography

ติดตามผลการเลิกบุหรี่ โดย self report ภายหลังจากกำหนดวันเลิกบุหรี่ (quit date) คือวันที่ 8 ตรวจปัสสาวะหาสารโคตินิน เพื่อยืนยันการเลิกบุหรี่ ในวันที่ครบสัปดาห์ที่ 2, 7, 12, 16 และ 24 และประเมินเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ในวันที่ครบสัปดาห์ที่ 2, 4, 7 นับจากวันเริ่มต้นรับประทานยา การติดตามโดยทีมแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล 4 ครั้ง (สัปดาห์ที่ 2, 4, 7, 12) และ การติดตามทางโทรศัพท์ 2 ครั้ง (สัปดาห์ที่ 16 และ 24)

เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2551 ถึงเดือนมกราคม 2552 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 89 คน เป็นกลุ่มทดลอง 45 คน และกลุ่มควบคุม 44 คน ซึ่งสรุปการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแผนภูมิต่อไปนี้

## แผนภูมิการเก็บรวบรวมข้อมูล



## การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป แบบ intention - to - treat โดยใช้จำนวนและ ร้อยละ,  $\chi^2$  test หรือ Fisher's exact test หรือ Independent t- test และ Odds ratio เพื่อหาความสัมพันธ์ของอัตราเลิกบุหรี่ ต่อเนื่องระหว่างกลุ่มที่ได้รับ Bupropion (กลุ่มควบคุม) และกลุ่มที่ได้รับชาซงหญ้าดอกขาว (VC)

## ผล

ตารางที่ 1 คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะพื้นฐาน	VC	BP	p- value
เพศ (คน, %)	N = 45	N=44	
ชาย	42 (93.3%)	39 (88.6%)	0.439
หญิง	3 (6.7%)	5 (11.4%)	
อายุ ; ปี (ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD)	33.56 $\pm$ 7.14	38.29 $\pm$ 7.91	0.004 *
อายุที่เริ่มสูบ (ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD)	16.93 $\pm$ 3.40	18.89 $\pm$ 4.8	0.03*
จำนวน บุหรี่ ที่สูบต่อวัน ในช่วง 6 เดือน ที่ผ่านมา (ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD)	14.11 $\pm$ 5.34	15.39 $\pm$ 7.69	0.368
จำนวนปีที่สูบบุหรี่ (ปี) (ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD)	15.36 $\pm$ 6.67	18.73 $\pm$ 8.39	0.39
จำนวนครั้งของความพยายามเลิกบุหรี่ (ครั้ง) (ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD)	1.77 $\pm$ 0.951	1.84 $\pm$ 1.71	0.855
Fagerstrom Test for nicotine dependence (ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD)	4.42 $\pm$ 2.03	4.93 $\pm$ 2.74	0.324
Baseline Liver function test			
AST	23.56 $\pm$ 7.8	27.66 $\pm$ 10.70	0.79
ALT	22.20 $\pm$ 11.03	32.46 $\pm$ 20.92	0.009*
Baseline Renal function test			
BUN	11.37 $\pm$ 2.75	12.88 $\pm$ 4.132	0.117
Cr	1.08 $\pm$ 0.152	1.09 $\pm$ 1.43	0.831

ตารางที่ 1 ผู้ติดบุหรี่กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมมีสัดส่วน เพศ จำนวน บุหรี่ ที่สูบต่อวัน ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา จำนวนปีที่สูบบุหรี่ จำนวนครั้งของความพยายามเลิกบุหรี่ คะแนนเฉลี่ย จากแบบทดสอบการติดยาโคติน (Fagerstom test

for nicotine dependence (FTND)) ผลการตรวจ AST และ RFT) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนอายุ อายุที่เริ่มสูบ และผลการตรวจ ALT แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2 ความร่วมมือในการรับประทานยา

	รวม (N=89)	กลุ่ม VC (45)	กลุ่ม Bupropion (44)	p-value
ความร่วมมือในการ รับประทานยา	64.49 $\pm$ 26.19 (100, 0)	73.83 $\pm$ 19.33 (100, 13.49)	53.02 $\pm$ 29.24 (97, 0)	.007*

ตารางที่ 2 กลุ่มที่ได้รับชาชงหญ้าดอกขาว มีความร่วมมือในการรับประทานชาร้อยละ 73.83 มากกว่า กลุ่มที่ได้รับยา Bupropion ร้อยละ 53.02 อย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้เนื่องจาก Bupropion เกิดอาการข้างเคียง ต่อระบบประสาท เช่น มึนงง นอนไม่หลับ ซึ่งส่งผลต่อการทำงานของอาสาสมัคร ส่วนกลุ่มที่รับประทานชาชงหญ้าดอกขาวไม่ถึง

ร้อยละ 80 ส่วนใหญ่ไม่มีอุปสรรคในการชงชา เนื่องจากต้องไปทำงานนอกสถานที่ และพักอาศัย อยู่ในหอพักคนเดียว

(หมายเหตุ : ความร่วมมือในการรับประทานยา ประเมินจากการที่อาสาสมัครรับประทานยา ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของจำนวนครั้งที่ต้อง รับประทานยาทั้งหมด)

ตารางที่ 3 อัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง (Continuous abstinence) และอัตราการเลิกบุหรี่ ตลอด 1 สัปดาห์ก่อนวันประเมินผล (point prevalence abstinence)

ข้อมูล	Continuous abstinence rate (ร้อยละ)		Point prevalence abstinence rate (ร้อยละ)	
	กลุ่ม VC (n=45)	กลุ่ม BP (n=44)	กลุ่ม VC (n=45)	กลุ่ม BP (n=44)
สัปดาห์ที่ 2	9 (20)	15 (34.1)	9 (20)	15 (34.1)
$\chi^2$ /p-value	2.24 / 0.134		2.24 / 0.134	
Odds ratio (95%CI)	0.48 (0.17 - 1.39)		0.48 (0.17 - 1.39)	
สัปดาห์ที่ 4	8 (17.8)	15 (34.1)	10 (22.22)	17 (38.6)
$\chi^2$ /p-value	3.08 / 0.79		2.83 / 0.092	
Odds ratio (95%CI)	0.42 (0.14 - 1.24)		0.45 (0.16 - 1.26)	
สัปดาห์ที่ 7	7 (15.6)	11 (25)	13 (28.9)	15 (34.1)
$\chi^2$ /p-value	1.23 / 0.267		.279 / .597	
Odds ratio (95%CI)	0.55 (0.17 - 1.77)		0.79(0.29 - 2.11)	
สัปดาห์ที่ 12	6 (13.3)	10 (22.7)	10 (22.2)	14 (31.8)
$\chi^2$ /p-value	1.33 / 0.249		1.040 / .308	
Odds ratio (95%CI)	0.52 (0.15 - 1.79)		0.61(0.21 - 1.74)	
สัปดาห์ที่ 16	5 (11.11)	5 (11.4)	9 (20.0)	7 (15.9)
$\chi^2$ /p-value	0.80 / 0.778		.252 / .615	
Odds ratio (95%CI)	0.98 (0.22 - 4.30)		1.32(0.39 - 4.48)	
สัปดาห์ที่ 20	5 (11.11)	4 (9.1)	7 (15.6)	6 (13.6)
$\chi^2$ /p-value	0.40 / 0.526		0.066 / .798	
Odds ratio (95%CI)	1.25 (0.26 - 6.08)		1.17(0.31 - 4.39)	
สัปดาห์ที่ 24	5 (11.11)	3 (6.8)	6 (13.3)	8 (18.2)
$\chi^2$ /p-value	1.03 / 0.308		.395 / .530	
Odds ratio (95%CI)	1.71 (0.32 - 9.78)		0.69(0.19 - 2.49)	

\* = แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $\alpha=0.05$

$\chi^2$ = ค่า Chi-square

ตารางที่ 3 อัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง (7- day Point prevalence abstinence Rate) (Continuous abstinence rate) และอัตราการ ทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ เลิกบุหรี่ ตลอด 1 สัปดาห์ ก่อนวันประเมินผล ทางสถิติ

ตารางที่ 4 ประสิทธิภาพของหย้าดอกขาวต่ออัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่องเมื่อสิ้นสุดการรักษาและ อัตราการเลิกบุหรี่ตลอด 1 สัปดาห์ก่อนสิ้นสุดการรักษา

ปัจจัย	อัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง ณ สัปดาห์ที่ 24		อัตราการเลิกบุหรี่ตลอด 1 สัปดาห์ ณ สัปดาห์ที่ 24	
	Adjusted OR	95% CI	Adjusted OR	95% CI
กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับหย้าดอกขาว	2.506	0.152-41.277	0.333	0.068-1.641
อายุ	0.840	0.694-1.015	0.974	0.883-1.074
การศึกษา	1.726	0.129-23.095	0.772	0.187-3.196
อายุที่เริ่มสูบบุหรี่	1.791	1.027-3.125	1.087	0.882-1.338
การเข้ารับการรักษาเพื่อเลิกบุหรี่	0.001	0.000-0.380	0.032	0.001-1.123
ระดับนิโคติน	0.570	0.038-8.500	1.661	0.399-6.917
ระดับ ALT ก่อนการรักษา	0.949	0.097-9.271	1.452	0.304-6.946

เนื่องจากมีตัวแปรบางค่าของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพื่อลดอคติต่อผลการวิจัยจึงใช้วิธีการทางสถิติคือ การถดถอยโลจิสติกเพื่อควบคุมผลของตัวแปร เหล่านี้ต่อตัวแปรที่บ่งชี้ถึงประสิทธิผลของการ รักษา ซึ่งได้แก่อัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง เมื่อสิ้นสุดการรักษา ณ สัปดาห์ที่ 24 และอัตรา การเลิกบุหรี่ตลอด 1 สัปดาห์ก่อนสิ้นสุดการรักษา

ณ สัปดาห์ที่ 24 ผลการวิเคราะห์แสดงให้เห็นว่า เมื่อควบคุมผลของตัวแปรดังกล่าวแล้ว พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับหย้าดอกขาวจะมีอัตราการเลิกบุหรี่ อย่างต่อเนื่องเมื่อสิ้นสุดการรักษาสูงกว่าผู้ป่วย ที่ได้รับ bupropion 2.5 เท่า แต่ผู้ป่วยที่ได้รับ bupropion จะมีอัตราการเลิกบุหรี่ตลอด 1 สัปดาห์ ก่อนสิ้นสุดการรักษาสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับหย้า ดอกขาว 3 เท่า

ตารางที่ 5 แสดงอาการไม่พึงประสงค์ของการใช้หย้าดอกขาวเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม

อาการอันไม่พึงประสงค์	กลุ่มศึกษา (VC)	กลุ่มควบคุม (BP)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ชาลิ้น ไม่รับรสอาหาร	27 (18.5)	20 (12.9)
ปวดท้อง	4 (.7)	0
คลื่นไส้ / อาเจียน	10 (6.8)	11 (7.1)



### ตารางที่ 5 แสดงอาการไม่พึงประสงค์ของการใช้ยาต้านอาการซึมเศร้าเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (ต่อ)

อาการอันไม่พึงประสงค์	กลุ่มศึกษา (VC)	กลุ่มควบคุม (BP)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
เวียนศีรษะ / ปวดศีรษะ	41 (28.1)	42 (27.1)
หน้ามืด	2 (1.4)	4 (2.6)
ใจสั่น	3 (2.1)	1 (0.7)
นอนไม่หลับ	16 (10.9)	29 (18.7)
ปากแห้ง	41 (28.1)	40 (25.8)
ผื่นคัน	2 (1.4)	3 (1.94)
ท้องผูก	0	5 (3.2)
รวม	146 (100.0)	155 (100.0)

ตารางที่ 5 จากการติดตามอาการไม่พึงประสงค์ Bupropion พบอาการเวียนศีรษะ ร้อยละ พบว่า กลุ่มควบคุมที่ได้รับ Bupropion พบอาการ 27.10 มากที่สุด อาการปากแห้ง ร้อยละ 27.1 ไม่พึงประสงค์ จำนวน 155 ครั้ง มากกว่า และอาการนอนไม่หลับ ร้อยละ 18.7 ตามลำดับ กลุ่มที่ได้รับยาต้านอาการซึมเศร้า ซึ่งพบ 146 ครั้ง ซึ่งอาการไม่พึงประสงค์ที่พบไม่รุนแรง และอาการ โดยกลุ่มที่ได้รับยาต้านอาการซึมเศร้า พบอาการ ค่อยๆ หายไป ยกเว้นในกลุ่มที่ได้รับยาต้านอาการซึมเศร้า เวียนศีรษะ/ปวดศีรษะ และอาการปากแห้ง พบ พบอาการปากแห้งยังคงอยู่ และพบเพิ่มขึ้นตลอด มากที่สุด เท่ากัน ร้อยละ 28.1 และ อาการชาลิ้น การรับประทานยา และอาการนอนไม่หลับเพิ่ม ไม่รับรสอาหาร ร้อยละ 18.5 และ นอนไม่หลับ ขึ้นสัปดาห์ที่ 7 พบร้อยละ 10.9 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มที่ได้รับ

### ตารางที่ 6 เปรียบเทียบผลการตรวจนับเม็ดเลือด (CBC) การทำงานของตับ (LFT) และการทำงานของไต (RFT) ก่อนและหลังรับประทานยาของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม

ข้อมูล [ค่าปกติ]	กลุ่ม VC		p-value <sup>a</sup> (ก่อน-หลัง)	กลุ่ม Bupropion		p-value <sup>a</sup> (ก่อน-หลัง)
	ค่าเฉลี่ย ± ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน			ค่าเฉลี่ย ± ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน		
	[ค่าสูงสุด, ค่าต่ำสุด]			[ค่าสูงสุด, ค่าต่ำสุด]		
	สัปดาห์ที่ 0 (n=41)	สัปดาห์ที่ 7 (n=41)		สัปดาห์ที่ 0 (n=41)	สัปดาห์ที่ 7 (n=41)	

#### Complete Blood Count (CBC)

Hb [13.6- 17.2g/dL]	14.63 ± 1.32	14.73 ± 1.34	0.368	15.00 ± 1.24	14.77 ± 1.23	.077
Hct [40-52%]	44.15 ±3.64	44.77 ± 3.74	.145	45.14 ±3.66	44.68 ± 3.50	.319

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบผลการตรวจนับเม็ดเลือด (CBC) การทำงานของตับ (LFT) และการทำงานของไต (RFT) ก่อนและหลังรับประทานยาของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม (ต่อ)

ข้อมูล [ค่าปกติ]	กลุ่ม VC		p-value <sup>a</sup> (ก่อน-หลัง)	กลุ่ม Bupropion		p-value <sup>a</sup> (ก่อน-หลัง)
	ค่าเฉลี่ย ± ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน			ค่าเฉลี่ย ± ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน		
	[ค่าสูงสุด, ค่าต่ำสุด]			[ค่าสูงสุด, ค่าต่ำสุด]		
	สัปดาห์ที่ 0 (n=41)	สัปดาห์ที่ 7 (n=41)		สัปดาห์ที่ 0 (n=41)	สัปดาห์ที่ 7 (n=41)	
<b>Liver Function Test (LFT)</b>						
AST [0-50U/L]	23.56 ± 7.8	22.46 ± 5.7	.340	27.66 ± 10.70	28.56 ± 17.56	.673
ALT [0-65U/L]	22.20 ± 11.03	24.46 ± 13.98	.142	32.46 ± 20.92	36.51 ± 34.15	.387
ALP [35-130U/L]	79.80 ± 20.37	77.02 ± 24.73	.366	78.22 ± 20.81	79.17 ± 23.93	.718
<b>Renal Function Test (RFT)</b>						
BUN [7-20mg/dL]	11.37 ± 2.75	10.32 ± .479	.036*	12.88 ± 4.13	12.15 ± 3.99	.266
SrCr [0.6-1.3mg/dL]	1.08 ± .152	1.11 ± .173	.186	1.09 ± .143	1.13 ± .162	.060

หมายเหตุ\* = แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่  $\alpha=0.05$  (Hb=Hemoglobin, Hct=Hematocrit, ALT=Alanine Aminotransferase, AST=Aspartate, ALP=Aminotransferase Alkaline Phosphatase, SrCr=serum creatinine, BUN=Blood Urea Nitrogen)

ตารางที่ 6 แสดงถึงค่าการเปลี่ยนแปลงทางห้องปฏิบัติการของเม็ดเลือด ค่าการทำงานของตับ ทั้งในกลุ่มศึกษา (กลุ่มที่ได้รับชาชงหญ้าดอกขาว) และกลุ่มควบคุม (กลุ่มที่ได้รับ bupropion) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ก่อนและหลังการรับประทานยาทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนค่าการทำงานของไต (BUN, SrCr) กลุ่มที่ได้รับชาชงหญ้าดอกขาว มีค่าการทำงานของ BUN ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ หลังจากที่ได้รับชาชง 49 วัน ส่วนกลุ่มที่ได้รับ

bupropion ไม่มีความแตกต่างทั้งค่า BUN และ SrCr หลังจากได้รับยาครบ 49 วัน

## วิจารณ์

ประสิทธิผลของหญ้าดอกขาวยังได้รับการยืนยันดังจะเห็นได้จากการใช้ชาชงหญ้าดอกขาว ในการบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่ในสถานพยาบาลหลายแห่ง อาทิ โรงพยาบาลอุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี โรงพยาบาลท่าแซะ จังหวัดชุมพร โรงพยาบาลบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก และโรงพยาบาลพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี<sup>13</sup> และต่อมาชาชงหญ้าดอกขาว ได้ถูกบรรจุลงในบัญชียาจากสมุนไพร บัญชียาหลักแห่งชาติปี พ.ศ. 2554<sup>14</sup> สำหรับการออกฤทธิ์ของหญ้าดอกขาวในการบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่ยังไม่มี

ส่วนเกี่ยวข้องกับนิโคติน เนื่องจากมีรายงานว่า พบนิโคตินปริมาณต่ำในสารสกัดที่ได้จากการ เคี้ยวใบและดอกของหญ้าดอกขาว<sup>15</sup> ทั้งนี้หญ้า ดอกขาวอาจออกฤทธิ์ในลักษณะเช่นเดียวกับการ ให้นิโคตินทดแทน ในการบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่ (nicotine replacement therapy; NRT) นอกจากนี้หญ้าดอกขาวยังออกฤทธิ์ทางอ้อมที่ แตกต่างกันโดยผ่านกลไกใน 2 ลักษณะกล่าวคือ กลไกแรกออกฤทธิ์ลดอาการจากการถอนนิโคติน โดยผ่านสาร beta endorphin ดลระวี ลีลารุ่งระยับ และคณะ<sup>16</sup> รายงานว่าพบการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ของสารดังกล่าวในพลาสมาของผู้ติดบุหรี่ที่ได้รับ ราชงหญ้าดอกขาวเมื่อเทียบกับค่าเริ่มต้นก่อน ได้รับราชง โดยที่ Crain<sup>17</sup> รายงานว่าสาร beta endorphin สามารถลดความวิตกกังวลได้ ดังนั้น สารนี้อาจช่วยบรรเทาอาการถอนนิโคตินได้ ส่วนกลไกที่ 2 เกิดผ่านการรับรสและกลิ่นเปลี่ยนแปลงไปผลการศึกษาของ ศุภกิจ วงศ์วิวัฒน์นุกิจ ปริดา เบญจนาภาศกุล ธนภัทร ทรงศักดิ์ สมพร สุวรรณมาโจ และวิโรจน์ วีระชัย<sup>18</sup> พบว่าผู้ติดบุหรี่ รายงานว่าไม่อยากสูบบุหรี่หลังจากได้รับราชงหญ้า ดอกขาวเนื่องจากไม่ชอบรสชาติและกลิ่นของ บุหรี่ในขณะที่ bupropion ซึ่งมีฤทธิ์เพิ่มสารสื่อ ประสาทโดปามีนโดยไปลดการเก็บกลับของสาร สื่อประสาทนี้จึงสามารถใช้ในการบำบัดเพื่อเลิก บุหรี่ได้<sup>19</sup>

ซึ่งจากการศึกษานี้ ในสัปดาห์ที่ 7 อัตราการ เลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง (continuous abstinence rate, CAR) และอัตราการเลิกบุหรี่ ตลอด 1 สัปดาห์ ก่อนวันประเมินผล (7-day Point prevalence abstinence Rate) กลุ่ม Bupropion มีแนว โนม์สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับราชงหญ้าดอกขาว อาจ เนื่องมาจากการออกฤทธิ์ของ bupropion ซึ่งมี

ฤทธิ์โดยตรงต่อสารสื่อประสาท โดยเพิ่มสารสื่อ ประสาทโดปามีนโดยไปลดการเก็บกลับของสาร สื่อประสาทนี้จึงสามารถใช้ในการบำบัดเพื่อเลิก บุหรี่ได้<sup>19</sup> และจากการติดตาม สัปดาห์ที่ 16 อัตรา การเลิกบุหรี่ของทั้งสองกลุ่มใกล้เคียงกันร้อยละ 11.11 และ 11.4 ตามลำดับ ( $p=0.778$ ) ใน สัปดาห์ที่ 24 กลุ่มที่ดื่มชาหญ้าดอกขาวสามารถ เลิกสูบบุหรี่ได้มากกว่ากลุ่มที่รับประทานยา bupropion ร้อยละ 11.11 และ 6.8 ตามลำดับ ( $p=0.308$ ) แต่อัตราการเลิกบุหรี่ทั้งสองกลุ่ม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้อาจเนื่องจาก อาการข้างเคียงของยา bupropion พบมากกว่า ในกลุ่ม VC ได้แก่ มีอาการปวดศีรษะ/เวียนศีรษะ มากที่สุด ร้อยละ 50 รองลงมา คือ นอนไม่หลับ ร้อยละ 31.8 และคอแห้งร้อยละ 26.7 ทำให้ ผู้สูบบุหรี่ไม่ต้องการรับประทานยาต่อเนื่อง ตลอดจน อุปสรรคในการเลิกบุหรี่ให้สำเร็จในระยะยาว ได้แก่ อายุเฉลี่ย อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ จำนวนปีที่ สูบบุหรี่ของกลุ่ม Bupropion สูงกว่ากลุ่ม VC อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับการรายงานของ Tombor L, shahab L, Brown J และ West R<sup>20</sup> ซึ่งสำรวจผู้สูบบุหรี่ในประเทศอังกฤษ รายงานว่า คนที่ อายุมาก เพศชาย มีการติดนิโคตินมาก มีแรงจูงใจต่ำ ไม่มีความพยายามที่จะเลิกในปีที่ผ่านมา ยังมี ความสุขในการสูบบุหรี่และรู้ตัวว่าติดบุหรี่ จะเลิก บุหรี่ยาก

ด้านอาการไม่พึงประสงค์ของการใช้หญ้า ดอกขาวพบว่า มีอาการเวียนศีรษะ/ปวดศีรษะ มากที่สุดร้อยละ 53.3 รองลงมา คือ ชาลิ้นร้อยละ 28.9 และคอแห้ง ร้อยละ 26.7 สอดคล้องกับ ศักดิ์วีชา ไชยสวัสดิ์ และมนัชยา มรรคอนันตโชติ<sup>11</sup> ปริดา เบญจนาภาศกุล<sup>12</sup> และดลระวี ลีลารุ่งระยับ<sup>16</sup> ส่วนอาการไม่พึงประสงค์ของยา bupropion

พบว่า มีอาการปวดศีรษะ/เวียนศีรษะ มากที่สุด ร้อยละ 50 รองลงมาคือ นอนไม่หลับ ร้อยละ 31.8 และคอแห้งร้อยละ 26.7

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการแสดงให้เห็นว่าภายหลังการให้ชาหญ้าดอกขาวนาน 7 สัปดาห์ ไม่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกับยา bupropion เว้นแต่ BUN มีค่าลดลงในกลุ่ม VC อย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ Marya และ singa<sup>9</sup> และ Kekade<sup>21</sup> ที่ใช้สารสกัดเข้มข้นหญ้าดอกขาวทั้งต้นในการขับออกซาเลตในผู้ป่วยโรคนิ่ว โดยให้รับประทานปริมาณ 96 มิลลิกรัม แบ่งรับประทานวันละ 3 ครั้งเป็นเวลา 3 และ 6 เดือน พบว่าไม่มีอาการเกิดพิษทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

ดังนั้นชาขงหญ้าดอกขาวมีประสิทธิผลไม่แตกต่างกับ bupropion ในการบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่ของผู้ติดบุหรี่และไม่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง ในการให้รับประทานติดต่อกัน 7 อาทิตย์ แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก คณะผู้วิจัยจึงได้เสนอแนะว่าควรทำการศึกษาต่อไปในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น และศึกษาความเป็นพิษในระยะยาว และพัฒนาผลิตภัณฑ์ในรูปแบบที่เหมาะสมต่อไปเพื่อเป็นทางเลือกในการเลิกบุหรี่ที่มีราคาถูกเหมาะสมกับบริบทของคนไทย

#### เอกสารอ้างอิง

1. ศุภกิจ วงศ์วิวัฒน์นุกิจ. บทบาทของเภสัชกรในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้เลิกบุหรี่. ใน: บุขบา จินดาวิจักษณ์, สุวีพัฒนา จุฬาวัดนทล, ปรีชา มณฑกานติกุล, เนติ สุขสมบุรณ์, บรรณาธิการ. ก้าวใหม่ของเภสัชกรงานบริหารผู้ป่วยนอก. กรุงเทพมหานคร: สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย); 2546. หน้า 153-74.

2. U.S. Department of Health and Human Services. Treatment tobacco use and dependence: A clinical practice guideline (AHRQ Publication No. 00-0032)
3. Saenghirunvattana, S. Smoking cessation. Rama Med J. 1991; 22(1): 4-10.
4. ฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาลศิริราช. คู่มือปัญหาหลัก โรงพยาบาลศิริราช (อัดสำเนา). กรุงเทพมหานคร. ฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาลศิริราช; 2548.
5. นริศรา ยิ้มแย้ม. หญ้าดอกขาวอีกทางเลือกหนึ่งของผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่. จุลสารบุหรืและสุขภาพ 2541; 8 (1): 15-6.
6. Dhar ML, Dhar D, DhawanBN, Mehrotra BN, Ray C. Screening of indian plants for biological activity: Part 1. Indian J Exp Bio. 1968; 6: 232-47.
7. Muir CK. Depressant action of an extract of Vernonia cinerea. Med J Malasia. 1981; 36: 119-21.
8. Pendse, A.K., Ghosh R, Goyal A, Singh PP. Effect of indigenous drugs on idiopathi chyperoxaluria in stone formers. Asian Medical Journal 1984; 2: 136-9.
9. Marya SK, Singla S. Role of Cystone in management of Ureteric Calculi. Medicine and Surgery 1993; December: 21-4.
10. ฉวีวรรณ ดวงจร และคณะ. การเปรียบเทียบประสิทธิผลของยาสมุนไพรหญ้าดอกขาวกับยาหลอกในการลดการสูบบุหรี่. ในกลุ่มงานวิจัยทางคลินิกด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร สถาบันการแพทย์แผนไทย. รวมบทคัดย่องานวิจัยด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร; 2550.
11. ศักดิ์วีชา ไชสวัสดิ์, มนัชยา มรรคอนันโตโชติ. การศึกษารูปแบบการบำบัดผู้ติดบุหรืด้วยการใช้หญ้าดอกขาวและธรรมชาติบำบัด ของโรงพยาบาลเทิง จังหวัด

- เซียงราย. นนทบุรี: สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ กระทรวงสาธารณสุข; 2539.
12. ปรีดา เบญจนาภาสกุล. ประสิทธิภาพของหญ้าดอกขาว ในการเลิกบุหรี่. วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
  13. Paeratakul O. Chemical Constituents, Biological Activity of Vernonia Cinerea (L.) Less., and its Formulation Development as a Smoking Cessation Aid. *Journal of Thai Traditional & Alternative Medicine*. 2010; 8 (1): 81-92.
  14. บัญชียาหลักแห่งชาติฉบับที่ 4 พ.ศ. 2554. บัญชียาจากสมุนไพร. สืบค้นจาก [www.dms.moph.go.th/dmsweb/main\\_page/herbal\\_book.pdf](http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/main_page/herbal_book.pdf).
  15. สุนันทา สุขสุมิตร. สมุนไพรหญ้าดอกขาว. Available from: <http://www.thaihealth.or.th/health-content/article/18857>.
  16. Leelarungrayub D, Pratanaphon S, PothongsununP, Sriboonreung T, Yankai A, Bloomer RJ. Vernoniacinerea Less.supplementation and strenuous exercise reduce smoke rate: relation to oxidative stress status and beta-endophin release in active smokers. *J Int Soc Sports Nutr* 2010 May 26; 7: 21.
  17. Crain S, Crain MA, Crain SM. Emotional and Physical Distress Relief Using a Novel Endorphinergic Formulation. *JBBS*. 2013; 3(6): 441-53.
  18. Supakit Wongwiwatthananutit, Preeda Bebjanakaskul, Thanapat Songsak, Somporn Suwanmajo and Viroj Verachai. EFFICACY OF VERNONIA CINEREA FOR SMOKING CESSATION. *J Health Res*. 2009; 23(1): 31-36.
  19. Wilkes S. The use of bupropion SR incigarette smoking cessation. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*. 2008; 3(1): 45-53.
  20. Tombor I, Shahab L, Brown J, West R. Positive smoker identity as a barrier to quitting smoking: Findings from a national survey of smokers in England. *Drug Alcohol Depend*. 2013; 133 (2): 740-745.
  21. Kekade, S.R. Cystone Therapy in urolithiasis. *Probe*. 1985; 24(3): 167-8.

# คุณลักษณะ และอาชีพของผู้ใช้สารเสพติด

สุกมา แสงเดือนฉาย ป.ร.ด., นันทา ชัยพิชิตพันธ์ ค.ม., สำเนา นิลบรรพ์ พย.ม.,  
ธัญญา สิงห์โต วท.ม.

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

**Abstract**      The Characteristics and Occupations of Drug Users  
Saengduenchai S, Chaipichitpan N, Nilaban S, Singtho T.  
Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment

The objectives of this survey research were to study the characteristics, occupational training needs, and relationships between the sociodemographic data in terms of the characteristics and occupations of drug abusers at Thanyarak Institute and 6 Regional Drug Treatment Centers. Seven hundred and twenty samples were selected. Six hundred and ninety-six samples were quantitative questionnaires and 24 samples were in-depth interviews. The research instruments were questionnaires and in-depth interviews concerning the occupations of drug abusers. Psychometric testing of the instruments was approved by experts, and the data were collected between March-April 2012 for a period of 45 days. The qualitative data were analyzed using content analysis and the quantitative data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and chi-square.

The findings of this study showed that the mean age was 30 years. Most of them were male, and their educational background was secondary school (48.3%) and primary school (26.7%). The types of drugs used were amphetamines (55%), alcohol, (23%) and Ice (13%), and twice as many women used Ice than the men. It was found that most of the drug users were unemployed (22.2%), and worked in commercial and service settings (16.6%), agriculture (14.7%) and labor (13.6%). The other occupations were general labor, technician, farmer, gardener, merchant, and motorcycle taxi driver. The occupational training needs were industrial technician (28%), agriculture (21%), cooking (16%), art (14%), and commerce and service (13%). According to the relationship between the characteristics and occupations of the drug abusers, it was found that gender, age, level of education, and drug use were associated with the occupations at a significance level of .05.

The results of this study indicate that policy and defensive measures regarding monitoring systems on the use of drugs by at-risk groups such as the unemployed, workers, night workers,

and shift workers are very helpful. Policy implementation with those groups should be integrated with the relevant agencies, such as those concerned with occupational training, the development of skilled labor, and the provision of resources to support occupations.

*Key words* : Characteristics, Occupations, Drug users

### บทคัดย่อ

การศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณลักษณะอาชีพ ความต้องการประกอบอาชีพ และความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลด้านประชากรสังคม ด้านคุณลักษณะกับการประกอบอาชีพของผู้ใช้สารเสพติดที่เข้ารับการรักษาในสถาบันธัญญารักษ์และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ภูมิภาคทั้ง 6 แห่ง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 720 คน แบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสัมภาษณ์เชิงปริมาณ จำนวน 696 คน และกลุ่มตัวอย่างสัมภาษณ์เชิงลึกจำนวน 24 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ชุด คือ 1) แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับอาชีพของผู้ใช้สารเสพติด และ 2) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับอาชีพของผู้ใช้สารเสพติด ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม - เมษายน 2555 (เป็นเวลา 45 วัน) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-squares) ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีอายุเฉลี่ย 30 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 48.3) รองลงมาคือประถมศึกษา (ร้อยละ 26.7) สารเสพติดที่นิยมใช้คือยาบ้า (ร้อยละ 55) สุรา (ร้อยละ 23) และไอซ์ (ร้อยละ 13) ผู้ใช้สารเสพติดส่วนใหญ่ว่างงานมากที่สุด (ร้อยละ 22.2) รองลงมาได้แก่อาชีพด้านพาณิชย์และบริการ (ร้อยละ 16.6) ด้านเกษตรกรรม (ร้อยละ 14.7) และแรงงานรับจ้าง (ร้อยละ 13.6) ตามลำดับ ส่วนอาชีพเสริม ได้แก่ การรับจ้างทั่วไป ช่างต่างๆ ทำนา ทำสวน ทำไร่ ค้าขาย ขับมอเตอร์ไซด์รับจ้าง สำหรับความต้องการฝึกอาชีพพบว่า ผู้ใช้สารเสพติดส่วนใหญ่ต้องการฝึกอาชีพด้านช่างอุตสาหกรรมมากที่สุด (ร้อยละ 28) รองลงมาด้านการเกษตรกรรม (ร้อยละ 21) ด้านคหกรรม (ร้อยละ 16) ศิลปกรรม (ร้อยละ 14) และพาณิชยกรรมและบริการ (ร้อยละ 13) ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะพื้นฐานกับการประกอบอาชีพของผู้ใช้สารเสพติดที่เข้ารับการรักษาพบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา และชนิดสารเสพติดที่ใช้มีความสัมพันธ์กับอาชีพของผู้ใช้สารเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนเหตุผลที่ใช้ครั้งแรกที่เกิดจากความอยากลองเพื่อการทำงาน/ประกอบอาชีพ และอื่นๆ ได้แก่ เพื่อนชวน เป็นแพชั่น ลดความอ้วน และช่วยแก้ปวดท้อง และเหตุผลของการใช้สารเสพติดอย่างต่อเนื่องเพราะติดใจในรสชาติ เพื่อการทำงาน/ประกอบอาชีพ

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าควรมีมาตรการป้องกันและเฝ้าระวังการใช้สารเสพติดในกลุ่มที่เสี่ยงต่อการใช้สารเสพติด ได้แก่ กลุ่มว่างงาน กลุ่มผู้ที่มีลักษณะการทำงานที่ใช้แรงงาน กลุ่มผู้ที่ทำงานกลางคืน การทำงานเป็นกะ และการดำเนินการช่วยเหลือในกลุ่มอาชีพเหล่านี้ควรอยู่ในลักษณะบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการฝึกอาชีพ การพัฒนาฝีมือแรงงาน และหน่วยจัดหาแหล่งงานเพื่อรองรับอาชีพ

*คำสำคัญ* : คุณลักษณะ อาชีพ ผู้ใช้สารเสพติด

## บทนำ

การใช้สารเสพติดนับเป็นปัญหาสำคัญของประเทศ ผู้เสพติดซึ่งปัจจุบันถือว่าเป็นผู้ป่วย จำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา โดยมีเป้าหมายให้สามารถลด ละ หรือเลิกยาเสพติด พึ่งพาตนเองได้ และมีความทำซึ่งเท่ากับเป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นได้ จากการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการประกอบอาชีพของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาในสถาบันธัญญารักษ์ ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2551-2553 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ไม่มีงานทำถึงร้อยละ 44, 39 และ 44 รองลงมาคือ มีอาชีพรับจ้างร้อยละ 14, 20 และ 22 และอาชีพค้าขายร้อยละ 11, 10 และ 7 ตามลำดับ<sup>1</sup> สอดคล้องกับสำรวจอาชีพของผู้ป่วยระยะฟื้นฟูสมรรถภาพจำนวน 320 คน พบว่า ร้อยละ 51.4 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 24.3 ว่างาน ร้อยละ 32.2 มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน และร้อยละ 31.8 ไม่มีรายได้<sup>2</sup>

จากการศึกษามีข้อสังเกตพบว่าผู้ติดยาและสารเสพติดเป็นผู้ที่ไม่มีความทำและไม่มีความมีรายได้เป็นจำนวนมากถึงร้อยละ 30-40 ส่วนผู้ที่มีงานทำแต่ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ซึ่งมีรายได้ไม่มากนัก ทั้งที่ในช่วงเวลาที่เสพยาและสารเสพติดนั้นจะต้องใช้จ่ายเงินเป็นจำนวนมากในการซื้อยาเสพติด แสดงให้เห็นว่าข้อมูลเกี่ยวกับอาชีพของผู้ป่วยเสพติดยังแสดงผลไม่ชัดเจน กล่าวคือ เป็นการรายงานผลในลักษณะอาชีพกว้างๆ ไม่ได้ระบุอาชีพหลักที่แท้จริง ส่วนอาชีพรับจ้างนั้นผู้ใช้ยาและสารเสพติดไม่ได้รับรู้ว่าตนเองรับจ้างทำอะไร ลักษณะงานเป็นอย่างไร รายได้ตรงตามความเป็นจริงหรือไม่ และมีรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีวิตมากน้อยเพียงใด

ผู้ใช้สารเสพติดส่วนใหญ่เริ่มใช้ยา และสารเสพติดตั้งแต่อายุยังน้อย จึงส่งผลกระทบต่อการศึกษาโดยทำให้เรียนไม่จบ ไม่มีวุฒิการศึกษาที่สามารถนำไปใช้ในการสมัครงานได้<sup>3</sup> สอดคล้องกับข้อมูลจากการบำบัดพบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยสารเสพติดมีการศึกษาเพียงระดับประถมศึกษา และมีมัธยมศึกษามากถึงร้อยละ 80<sup>1</sup> อีกทั้งผู้ใช้สารเสพติดเป็นเวลานาน ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพทางร่างกายและจิตใจที่เป็นอุปสรรคต่อการทำงาน บางรายมีปัญหาทางสติปัญญา ต้องออกจากงาน หรือมีการเปลี่ยนงานบ่อยๆ ทำให้มีอาชีพที่ไม่มั่นคง ซึ่งจากการศึกษาของกรมสุขภาพจิต<sup>4</sup> พบว่า คนงานรับจ้างมีสุขภาพจิตต่ำที่สุด เนื่องจากเป็นอาชีพที่ไม่มีความมั่นคง และมีรายได้ไม่แน่นอน ส่งผลให้จิตใจหดหู่ เครียด และหาทางออกในทางที่ผิดด้วยการใช้ยา และสารเสพติด เช่น บุหรี่ สุรา โกลัศเคียงกับคนที่มีความอาชีพแม่บ้านและพนักงานบริษัทเอกชน ส่วนอาชีพข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจมีสุขภาพจิตสูงมากที่สุด เนื่องจากมีความมั่นคงทางอาชีพการงาน ส่งผลต่อความมั่นคงทางจิตใจ จึงไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงที่จะไปใช้ยา และสารเสพติด สอดคล้องกับการศึกษาการบำบัดรักษาผู้ป่วยเสพติดสุราในสหรัฐอเมริกาพบว่า การกลับไปเสพติดซ้ำของผู้ป่วยเสพติดสุราและยาเสพติดส่วนใหญ่เกิดจากปัจจัยหลายประการ ปัจจัยหนึ่งคือการเกิดเหตุการณ์ทางลบที่เกิดขึ้นในชีวิต เช่น สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก หรือสูญเสียคนในครอบครัว การตกงาน และการไม่มีงานประจำทำ<sup>5</sup> จากสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาพบว่า ผู้ป่วยติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาซ้ำมีจำนวนสูงมากเกือบร้อยละ 50<sup>1</sup> ส่วนหนึ่งนั้นเป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ไม่มีงานทำ ไม่มีรายได้ ต้องพึ่งพิง

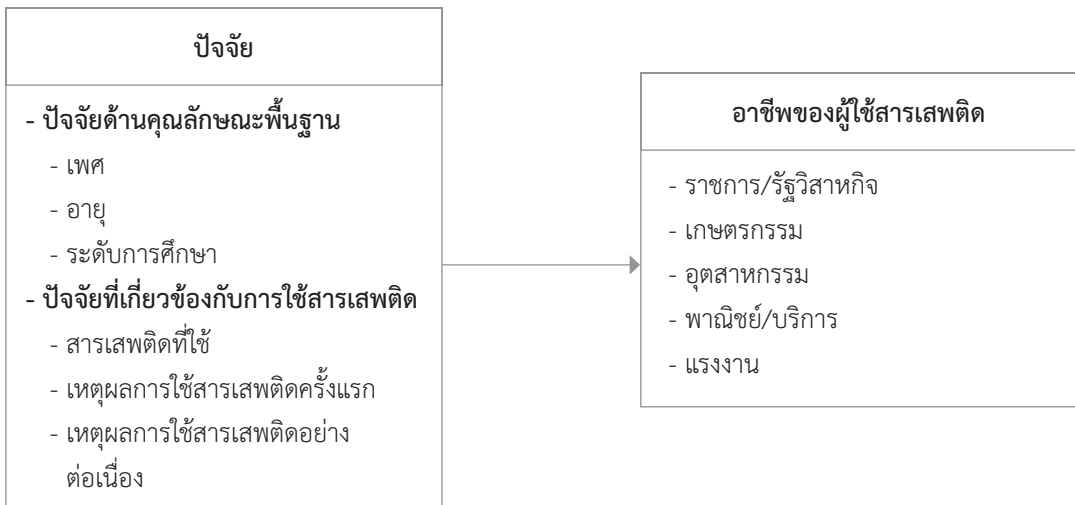


ครอบครัวและคนรอบข้าง ทำให้รู้สึกไม่มีคุณค่า ในตนเอง และบางรายมีงานทำแต่เป็นงานรับจ้าง ที่ต้องใช้แรงงาน โดยเป็นแรงงานไร้ฝีมือ มีรายได้ เพียงเล็กน้อย ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายในการดำรงชีวิต

สถาบันธัญญารักษ์และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ ภูมิภาคเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบด้านการบำบัด รักษาผู้ป่วยยาเสพติด ซึ่งเป้าหมายของการบำบัด รักษา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถลด ละ เลิกยาเสพติดได้ และสร้างเสริมคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วย ผู้วิจัยจึง ดำเนินการศึกษาคุณลักษณะและอาชีพของผู้ใช้ สารเสพติด รวมทั้งความต้องการฝึกอาชีพ ของ

ผู้ใช้สารเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาในสถาน บำบัด เพื่อเป็นข้อมูลนำไปสู่การพัฒนาอาชีพ และ นำไปประยุกต์เข้ากับบริบทของผู้ป่วยแต่ละคน ในการประกอบอาชีพ เพื่อการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น ทั้งของผู้ป่วยและครอบครัว อันจะส่งผลให้ประเทศ มีความเจริญรุ่งเรืองต่อไป โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาคุณลักษณะอาชีพ ความต้องการประกอบอาชีพ และความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะพื้นฐานกับ อาชีพของผู้ใช้สารเสพติดที่เข้ารับการบำบัดใน สถานบำบัดของกรมการแพทย์

**กรอบแนวคิดการวิจัย**



**วัตถุประสงค์และวิธีการ**

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่าง เป็น ผู้ใช้สารเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาในสถาบัน ธัญญารักษ์ และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ภูมิภาค ที่อยู่ในสังกัดกรมการแพทย์ ได้แก่ โรงพยาบาล ธัญญารักษ์เชียงใหม่ ขอนแก่น สงขลา ปัตตานี

แม่ฮ่องสอน และอุดรธานี รวม 7 แห่ง ทั้งหญิง และชาย อายุ 18 ปีขึ้นไป ไม่มีอาการทางจิต และ ยินดีให้ข้อมูล คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ ตารางการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Krejcie and Morgan<sup>6</sup> ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 370 คน เพื่อให้ ได้ข้อมูลพื้นฐานและมีจำนวนมากเพียงพอ ผู้ศึกษา

จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 เท่า จำนวน 740 คน หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลได้แบบสัมภาษณ์ที่มีความครบถ้วนสมบูรณ์ จำนวน 696 คน และกลุ่มตัวอย่างในการสัมภาษณ์เชิงลึกจำนวน 24 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 720 คน ซึ่งการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย สถาบันธัญญารักษ์

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 2 ชุด คือ แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับอาชีพของผู้เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลเสพติด ประกอบด้วย ข้อมูลประชากร สังคมของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลการใช้สารเสพติด และข้อมูลเกี่ยวกับอาชีพ และความคาดหวังเกี่ยวกับอาชีพ และแบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกำหนดโครงสร้างเกี่ยวกับอาชีพของผู้ป่วยจำนวน 5 ข้อ ซึ่งเป็นแนวคำถามเกี่ยวกับลักษณะของอาชีพหลัก การประกอบอาชีพเสริม รายได้ ความเพียงพอของรายได้ และความเกี่ยวข้องของอาชีพกับยาเสพติด ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการตรวจสอบ

ความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองใช้ เพื่อตรวจสอบความเข้าใจ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม-เมษายน 2555 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-squares) ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เนื้อหา

## ผล

### ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 696 คน จาก 71 จังหวัด พบว่า อาศัยอยู่ในภาคต่างๆ ดังนี้ ภาคกลางร้อยละ 33.5 รองลงมาคือภาคเหนือ ร้อยละ 32.9 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 24 และภาคใต้ ร้อยละ 9.5 ตามลำดับ ซึ่งมีคุณลักษณะส่วนบุคคล ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ร้อยละของคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

คุณลักษณะส่วนบุคคล	รวม	ภาคกลาง	ภาคเหนือ	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคใต้
<b>เพศ</b>					
ชาย	76.4	70.9	85.4	76	73.3
หญิง	23.6	29.1	14.6	24	26.7
<b>อายุ</b>					
น้อยกว่า 19	15	12	16.8	18.5	10
20-29	38.7	39	38.6	33.5	55
30-39	30.2	28.3	28.8	33.5	25
40-49	11.7	14.3	12	9	8.3
50 ขึ้นไป	4.5	6.4	3.8	3.5	1.7
<b>ระดับการศึกษา</b>					
ไม่ได้ศึกษา	2.7	0.4	3.2	5	3.3

**ตารางที่ 1 ร้อยละของคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)**

คุณลักษณะส่วนบุคคล	รวม	ภาคกลาง	ภาคเหนือ	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคใต้
ประถมศึกษา	26.7	25.1	18.4	33	38.3
มัธยมศึกษา	48.3	46.6	53.5	46	46.7
ปวส./ปวช.	15.4	16.7	21.1	10.5	8.3
ปริญญาตรี ขึ้นไป	6.9	11.2	3.7	5.5	3.3
<b>รายได้เฉลี่ย (บาท)</b>	<b>15,776±</b>	<b>17,535±</b>	<b>12,981±</b>	<b>13,362±</b>	<b>18,030±</b>
	23,868	26,698	15,685	11,934	37,884
รายได้ต่ำสุด	400	1200	400	500	2400
รายได้สูงสุด	250,000	250,000	80,000	80,000	200,000
<b>ความเพียงพอของรายได้</b>					
เพียงพอและเหลือเก็บ	16.2	15.9	17.9	16.3	19
เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ	40.2	44.4	38.1	38.7	34.5
ไม่เพียงพอ	43	39.7	44	45	46.5
<b>ชนิดสารเสพติด</b>					
สุรา	23	28.7	17.8	25.5	1.7
ยาบ้า	55	42.6	70.3	64.5	31.7
ไอซ์	13	23.1	3.2	2.0	35.0
เฮโรอีน	3	0	4.9	0	23.3
สารเสพติดอื่นๆ (สารระเหย, กัญชา, ฝิ่น, 4x100)	6	5.6	3.8	8	8.4

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างเมื่อจำแนกตามภาค ทุกภาคมีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศชายมากกว่าร้อยละ 70 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-29 ปี สอดคล้องกัน ทั้งภาคกลาง ภาคเหนือ และภาคใต้ ยกเว้น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุ 30-39 ปี มากกว่าอายุ 20-29 ปี ระดับการศึกษา พบว่าในภาพรวมส่วนใหญ่เรียนจบระดับมัธยมศึกษา และรองลงมาประถมศึกษา รายได้เฉลี่ยรวมของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 15,776 บาท เมื่อจำแนกรายภาค พบว่าภาคใต้มีรายได้เฉลี่ยสูงสุด 18,030 บาท ภาคเหนือรายได้เฉลี่ยต่ำสุด

12,981 บาท ความเพียงพอของรายได้ พบว่าในภาพรวมส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอร้อยละ 43 รองลงมาคือรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 40.2 สำหรับสารเสพติดหลักของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในภาพรวม ส่วนใหญ่เป็นยาบ้า รองลงมาคือสุรา และไอซ์ เช่นเดียวกับภาคกลาง ใช้สารเสพติดเรียงลำดับจากมากไปน้อยคือยาบ้า สุรา และไอซ์ ส่วนภาคเหนือคือยาบ้า สุรา และเฮโรอีน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือคือยาบ้า สุรา และสารระเหย สำหรับในภาคใต้สารเสพติดหลักที่ใช้คือไอซ์ ยาบ้า และเฮโรอีน

## ตอนที่ 2 ลักษณะอาชีพและความต้องการฝึกอาชีพของกลุ่มตัวอย่าง

## 2.1 อาชีพหลักของกลุ่มตัวอย่าง

## ตารางที่ 2 ร้อยละของอาชีพที่เป็นรายได้หลักของกลุ่มตัวอย่าง

อาชีพ	รวม	ภาคกลาง	ภาคเหนือ	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคใต้
<b>ไม่มีอาชีพ</b>	<b>28.0</b>	<b>29.5</b>	<b>25.9</b>	<b>27.0</b>	<b>31.7</b>
-ว่างงาน	22.2	19.5	22.7	22.5	30.0
-เรียนหนังสือ	5.7	9.6	3.8	4.5	1.7
<b>พาณิชย์กรรมและบริการ</b>	<b>16.6</b>	<b>16.3</b>	<b>15.1</b>	<b>17.0</b>	<b>21.7</b>
-ค้าขาย	10.7	9.2	10.8	11.0	15.0
-บริการ	5.8	7.2	3.8	6.0	6.7
<b>เกษตรกรรม (ทำนา/ทำสวน/ทำไร่)</b>	<b>14.7</b>	<b>9.2</b>	<b>17.8</b>	<b>21.0</b>	<b>6.7</b>
<b>แรงงานรับจ้าง</b>	<b>13.6</b>	<b>8.8</b>	<b>13.0</b>	<b>17.0</b>	<b>25.0</b>
-แรงงานมีฝีมือ	5.7	3.6	7.0	6.0	10.0
-แรงงานไร้ฝีมือ (กรรมกรแบกหาม)	4.4	2.4	2.7	9.5	1.7
-แรงงานรับจ้างขนส่ง	2.4	2.4	3.8	1.5	1.7
-แรงงานประมง	1.1	0.4	-	-	11.7
<b>แรงงานอิสระ</b>	<b>12.3</b>	<b>15.9</b>	<b>11.4</b>	<b>10.0</b>	<b>8.3</b>
<b>งานอุตสาหกรรม</b>	<b>5.0</b>	<b>6.8</b>	<b>7.6</b>	<b>2</b>	<b>-</b>
-ขนาดเล็ก (น้อยกว่า 50 คน)	1.5	1.2	3.2	1	-
-ขนาดกลาง (50-200 คน)	0.4	1.2	-	-	-
-ขนาดใหญ่ (มากกว่า 200 คน ขึ้นไป)	2.3	2.8	3.8	1	-
<b>พนักงานบริษัทเอกชน</b>	<b>5.0</b>	<b>6.8</b>	<b>7.6</b>	<b>1.5</b>	<b>1.7</b>
-ขนาดเล็ก (น้อยกว่า 50 คน)	2.8	4.0	4.9	0.5	-
-ขนาดกลาง (50-200 คน)	0.5	0.8	0.5	0.5	-
-ขนาดใหญ่ (มากกว่า 200 คน ขึ้นไป)	1.5	2.0	2.2	0.5	1.7
<b>รับราชการ</b>	<b>4.0</b>	<b>6.0</b>	<b>1.1</b>	<b>4.0</b>	<b>5.0</b>
<b>รัฐวิสาหกิจ</b>	<b>3.0</b>	<b>-</b>	<b>0.5</b>	<b>0.5</b>	<b>-</b>

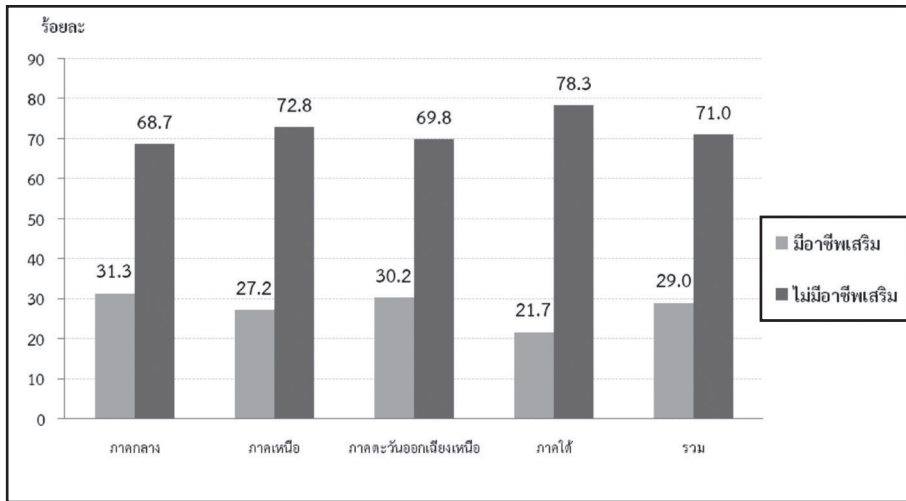
จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพร้อยละ 28.0 โดยในจำนวนนี้เป็นผู้ว่างงานร้อยละ 22.2 และบางส่วนยังเรียนหนังสือร้อยละ 5.7 สำหรับอาชีพที่เป็นรายได้หลักส่วนใหญ่ประกอบอาชีพด้านพาณิชย์กรรมและบริการ ซึ่ง

ประกอบด้วยอาชีพค้าขาย (ขายอาหาร ของชำ เสื้อผ้า อุปกรณ์ไฟฟ้า เครื่องยนต์) และอาชีพบริการ (นวดไทย เด็กเสิร์ฟ ร้านคาราโอเกะ ร้านอาหาร) ส่วนอาชีพรองลงมาคือด้านเกษตรกรรม ทำนา/ทำสวน/ทำไร่ (ทำนาข้าว ไร่อ้อย/ข้าวโพด/มัน

สำปะหลัง สวนยาง เลี้ยงปลา) อาชีพเป็นแรงงานรับจ้าง ซึ่งประกอบด้วยแรงงานมีฝีมือ (ช่างไม้ทำสี ทำเฟอร์นิเจอร์ ช่างยนต์ ช่อมอเตอร์ไซค์ ช่อมอเตอร์ ช่างเชื่อม ช่างอิเล็กทรอนิกส์ รับจ้างกรีดยาง)

แรงงานไร้ฝีมือ (กรรมกรแบกหาม) และแรงงานขนส่ง (ขับรถบรรทุกสินค้า ขับรถรับ-ส่งคนงาน ผู้โดยสาร) และแรงงานประมง (ลูกเรือประมง)

## 2.2 อาชีพเสริมของกลุ่มตัวอย่าง



ภาพที่ 1 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพเสริม

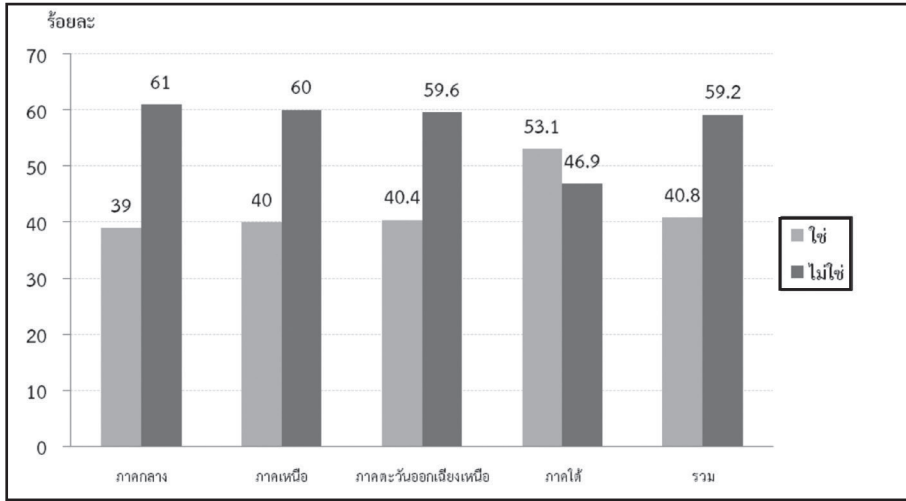
จากภาพที่ 1 พบว่าผู้ใช้สารเสพติดร้อยละ 29 มีรายได้เสริม โดยจำนวนผู้ใช้สารเสพติดในภาคกลางทำอาชีพเสริมมากที่สุด ส่วนภาคใต้จำนวนผู้ใช้สารเสพติดที่มีอาชีพเสริมน้อยที่สุด อาชีพเสริมของกลุ่มตัวอย่างในภาคกลาง ได้แก่ ขับรถมอเตอร์ไซค์รับจ้าง รับจ้างทั่วไป ขับรถทัวร์รถแท็กซี่ รับซักรีดเสื้อผ้า ทำความสะอาดบ้าน ปลูกผัก/เก็บผักขาย ช่างซ่อมรถยนต์ ช่างทาสี ช่างเชื่อม พนักงานส่งของ พนักงานร้านคาราโอเกะขายของ เก็บขยะรีไซเคิล อาชีพเสริมภาคเหนือ ได้แก่ ช่างก่อสร้างต่อเติมบ้าน ทำเฟอร์นิเจอร์ ช่างเชื่อม ทำการเกษตรเลี้ยงเป็ด ไก่ ปลา ปลูกผักค้าขายของ รับจ้างทั่วไป ขับรถรับจ้าง ช่วยกิจการในครอบครัว อาชีพเสริมภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ได้แก่ รับจ้างทั่วไป ทำนา ทำไร่ ทำสวนยาง เลี้ยงสัตว์ ลูกจ้างในร้านเกมส์ คาราโอเกะ เด็กเสิร์ฟ ไคโยตี้ ขาย/ส่งผัก ขายเครื่องสำอาง กับข้าว อาชีพเสริมภาคใต้ ได้แก่ รับจ้างทั่วไป ทำสวนยาง/ปาล์ม ขับรถขนส่งยาง ขายอาหาร เลี้ยงปลา

จากข้อมูลที่ได้ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์ผู้ใช้สารเสพติดจำนวนหนึ่งไม่มีอาชีพแต่มีรายได้ บางคนมีอาชีพแต่รายได้ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายก็จะผันตัวเองเป็นผู้ค้ายาเสพติดด้วย จึงเห็นได้ว่ารายได้เฉลี่ยของผู้ใช้สารเสพติดสูงมาก ทั้งนี้เนื่องจากรายได้จากการค้ายาเสพติด

“ก็ขายยาบ้า เราก็จะได้เป็นเปอร์เซ็นต์ และอาจได้ยาแถมมาด้วย ราคาจะได้ในราคาต้นทุน” (ผู้ใช้สารเสพติดขาย อาชีพรับจ้างทั่วไป)

## 2.3 ความคิดเห็นต่อลักษณะงาน สถานที่ทำงาน และช่วงเวลาการทำงานกับการใช้สารเสพติด



ภาพที่ 2 ร้อยละของความคิดเห็นต่อลักษณะงาน สถานที่ทำงาน และช่วงเวลาการทำงานกับการใช้สารเสพติดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ใช้สารเสพติดส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าคุณสมบัติงาน สถานที่ทำงาน ช่วงเวลาการทำงานไม่ส่งผลต่อการติดยาเสพติดของตนเองร้อยละ 59.2 อย่างไรก็ตามมีผู้ใช้ยาเสพติดถึงร้อยละ 40.8 เห็นว่าคุณสมบัติงาน สถานที่ทำงาน ช่วงเวลาการทำงานส่งผลต่อการใช้สารเสพติด เมื่อวิเคราะห์รายภาคพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นสอดคล้องกับภาพรวม มีเพียงภาคใต้ที่เห็นว่าคุณสมบัติงาน สถานที่ทำงาน ช่วงเวลาการทำงานส่งผลต่อการติดยาเสพติดของตนเองร้อยละ 59.2 ซึ่งผู้เห็นด้วยให้เหตุผลดังนี้

“ทำงานเป็นกะ บางครั้งทำงาน 3 วัน 3 คืน ก็เลยนำยามาใช้เพื่อทำให้ไม่ง่วงและสามารถทำงานได้” (ผู้ใช้สารเสพติดชาย อาชีพรับจ้างในโรงงานฟอกย้อมผ้า)

“ตอนถางหญ้าก็ช่วยได้มันเหนียวและร้อน ทำให้มีชีวิตชีวา” (ผู้ใช้สารเสพติดชาย อาชีพ

รับจ้างทั่วไป)

ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทุกภาคมีความพึงพอใจกับการประกอบอาชีพของตนเองมากกว่าร้อยละ 78.2 โดยกลุ่มตัวอย่างภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความพึงพอใจต่ออาชีพมากที่สุดร้อยละ 80.4 ส่วนภาคใต้มีความพึงพอใจต่ออาชีพน้อยที่สุดร้อยละ 73.5

## 2.4 ความต้องการฝึกออาชีพของกลุ่มตัวอย่าง

ในภาพรวมผู้ใช้สารเสพติดส่วนใหญ่มีความต้องการให้สถานบำบัดฝึกออาชีพให้มากถึงร้อยละ 65.9 โดยให้เหตุผลว่า สามารถใช้เวลาว่างในทางสร้างสรรค์ ได้ผ่อนคลายไม่คิดถึงบ้าน และเมื่อจำหน่ายกลับบ้านไปแล้วสามารถที่จะนำความรู้ไปประกอบอาชีพได้ สำหรับอาชีพที่ผู้ใช้สารเสพติดต้องการให้สถานบำบัดฝึกให้มากที่สุดคือด้านอุตสาหกรรมรองลงมาด้านเกษตรกรรม ด้านคหกรรม ด้านศิลปกรรม และด้านพาณิชยกรรม (ตารางที่ 3)

### ตารางที่ 3 ร้อยละของความต้องการให้สถานบำบัดฝึกอาชีพของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามภาค

อาชีพ	ภาคกลาง	ภาคเหนือ	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคใต้	รวม
เกษตรกรรม	12.0	17.8	19.5	30.0	21
อุตสาหกรรม	13.9	34.6	20.0	26.7	28
พาณิชยกรรมและบริการ	10.0	10.3	12.0	8.3	13
คหกรรม	17.9	7.6	12.0	13.3	16
ศิลปกรรม	10.4	9.2	10.5	20.0	14
อื่นๆ (วาดรูป ร้องเพลง นวดหน้า ช่างทำผม คอมพิวเตอร์)	8.0	3.2	6.5	8.3	8

**ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์** ครั้งแรกเหตุผลของการใช้สารเสพติดต่อเนื่อง  
**ระหว่างคุณลักษณะกับอาชีพของผู้ใช้สารเสพติด** มีความสัมพันธ์กับอาชีพของกลุ่มตัวอย่างอย่าง  
 ผลการศึกษาพบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ดังตารางที่ 4  
 สารเสพติดที่ใช้ เหตุผลของการใช้สารเสพติด และ 5)

### ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับอาชีพของกลุ่มตัวอย่าง

คุณลักษณะ ส่วนบุคคล	อาชีพปัจจุบัน						ค่าสถิติ
	ราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	เกษตร กรรม	อุตสาหกรรม/ งานเอกชน	พาณิชย และบริการ	แรงงานทั่วไป	ไม่มีอาชีพ	
<b>เพศ</b>							$\chi^2=34.44$ df=5
ชาย	30 (4.3)	82 (11.8)	63 (9.1)	81 (11.7)	146 (21.0)	128 (18.4)	p=.000
หญิง	0	20 (2.9)	7 (1.0)	35 (5.0)	35 (5.0)	67 (9.7)	
<b>อายุ</b>							$\chi^2=173.25$ df=20
น้อยกว่า 19	0	9 (1.3)	3 (.4)	5 (.7)	15 (2.2)	72 (10.4)	p=.000
20-29	5 (7)	31 (4.5)	29 (4.2)	54 (7.8)	73 (10.5)	75 (10.8)	
30-39	11 (1.6)	34 (4.9)	30 (4.3)	42 (6.1)	58 (8.4)	35 (5.1)	
40-49	6 (9)	17 (2.5)	7 (8.2)	12 (1.7)	29 (4.2)	10 (1.4)	
50 ขึ้นไป	8 (1.2)	10 (1.4)	1 (1)	3 (.4)	6 (9)	3 (.4)	
<b>ระดับการศึกษา</b>							$\chi^2=92.14$ df=15
ประถมศึกษา	1 (1)	47 (6.8)	3 (.4)	29 (4.2)	71 (10.2)	49 (7.1)	p=.000
มัธยมศึกษา	13 (1.9)	36 (5.2)	36 (5.2)	53 (7.6)	89 (12.8)	109 (15.7)	
ปวส./ปวช.	7 (1.0)	16 (2.3)	16 (2.3)	23 (3.3)	16 (2.3)	29 (4.2)	
ปริญญาตรี ขึ้นไป	9 (1.3)	3 (.4)	11 (1.6)	11 (1.6)	5 (.7)	8 (1.2)	
<b>ชนิดสารเสพติด</b>							$\chi^2=46.17$ df=15
สุรา	12 (1.7)	20 (2.9)	10 (1.4)	27 (3.9)	52 (7.5)	36 (5.2)	p=.000
ยาบ้า	17 (2.4)	70 (10.1)	49 (7.1)	55 (7.9)	96 (13.8)	96 (13.8)	
ไอซ์	0	6 (9)	7 (1.0)	18 (2.6)	18 (2.6)	40 (5.8)	
สารเสพติดอื่นๆ	1 (1)	6 (9)	4 (6)	15 (2.2)	15 (2.2)	23 (3.3)	

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างเหตุผลที่ใช้สารเสพติดกับอาชีพของกลุ่มตัวอย่าง

เหตุผลที่ใช้สารเสพติด	อาชีพปัจจุบัน				ค่าสถิติ						
	รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	เกษตรกรรม	อุตสาหกรรม/ งานเอกชน	พาณิชย์ และบริการ							
เหตุผลที่ใช้สารเสพติดครั้งแรก	อยู่กลาง	18 (2.6)	79 (11.4)	54 (7.8)	75 (10.8)	122 (17.6)	160 (2.1)	19.36	5	.002	
	มีปัญหาไม่สบายใจ	4 (0.6)	31 (4.5)	19 (2.7)	28 (4.0)	28 (4.0)	42 (6.1)	41 (5.9)	5.56	5	.351
	เพื่อการทำงาน/ประกอบอาชีพ	2 (0.3)	27 (3.9)	8 (1.2)	23 (3.3)	23 (3.3)	38 (5.5)	16 (2.3)	24.18	5	.000
	อื่นๆ (เพื่อนชวน, เป็นแพชั่น, ลดความอ้วน, แก้ปวดท้อง)	13 (1.9)	9 (1.3)	17 (2.4)	26 (3.7)	26 (3.7)	36 (5.2)	47 (6.8)	19.72	5	.001
เหตุผลที่ใช้สารเสพติดอย่างต่อเนื่อง	จิตใจไม่รสชาติ	12 (1.7)	43 (6.2)	35 (5.1)	56 (8.1)	56 (8.1)	72 (10.4)	121 (17.5)	22.14	5	.000
	เพื่อการทำงาน/ประกอบอาชีพ	8 (1.2)	47 (6.8)	24 (3.5)	42 (6.1)	42 (6.1)	71 (10.2)	27 (3.9)	44.94	5	.000
	มีอาการไม่สุขสบายเมื่อหยุดยา	6 (0.9)	24 (3.5)	11 (1.6)	30 (4.3)	30 (4.3)	33 (4.8)	43 (6.2)	4.17	5	.525
	เพื่อคลายความทุกข์/ไม่สบายใจ	15 (2.2)	48 (6.9)	30 (4.3)	50 (7.2)	50 (7.2)	97 (14)	1.3 (14.8)	5.45	5	.363
	อื่นๆ (สนุก, ความเคยชิน, มีเวลาว่างมาก, หาสารเสพติดได้ง่าย)	8 (1.2)	8 (1.2)	12 (1.7)	19 (2.7)	19 (2.7)	31 (4.5)	31 (4.5)	7.94	5	.160



จากตารางที่ 5 เหตุผลของการใช้สารเสพติดครั้งแรก คือ ยากลอง เพื่อการทำงาน/ประกอบอาชีพ และอื่นๆ (เพื่อนชวน, เป็นแพชั่น, ลดความอ้วน, แก้ปวดท้อง) ส่วนเหตุผลของการใช้สารเสพติดต่อเนื่อง ได้แก่ ติดใจในรสชาติและเพื่อการทำงาน/ประกอบอาชีพ มีความสัมพันธ์กับอาชีพของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนเหตุผลของการใช้สารเสพติดครั้งแรก ได้แก่ มีปัญหาไม่สบายใจ และเหตุผลของการใช้สารเสพติดต่อเนื่อง ได้แก่ มีอาการไม่สุขสบายเมื่อหยุดยา เพื่อคลายความทุกข์/ไม่สบายใจ และอื่นๆ (สนุก, ความเคยชิน, มีเวลาว่างมาก, หาสารเสพติดได้ง่าย) ไม่มีความสัมพันธ์กับอาชีพของกลุ่มตัวอย่าง

## สรุปและวิจารณ์

**อาชีพของผู้ใช้สารเสพติด** ในการประกอบอาชีพนั้นพบว่า ผู้ใช้สารเสพติดส่วนใหญ่ว่างงานมากถึงร้อยละ 22.2 ซึ่งมากกว่าผลการสำรวจสถานการณ์การว่างงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งมีเพียงร้อยละ 0.8 (2555)<sup>7</sup> สอดคล้องกับข้อมูลการประกอบอาชีพของผู้เข้ารับการรักษาในสถาบันธัญญารักษ์ ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2551 – 2553 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ไม่มีงานทำถึงร้อยละ 44, 39 และ 44<sup>1</sup> การว่างงานของบุคคลต่างๆ ไป นับเป็นภาระของครอบครัว และสังคมอย่างมาก ในทำนองเดียวกันการว่างงานของผู้ใช้สารเสพติดยิ่งส่งผลกระทบต่อเพิ่มขึ้นเพราะนอกจากผู้ใช้สารเสพติดไม่สามารถหาเลี้ยงดูแลตนเองและครอบครัวได้ ยังต้องมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในเรื่องของยาเสพติด จึงส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพและความรุนแรงในครอบครัว รวมทั้งเพิ่มปัญหาอาชญากรรมในสังคม รวมถึงทำให้ปัญหายาเสพติดมีความซับซ้อนและแก้ไขยากขึ้น สำหรับอาชีพหลักของผู้ใช้สาร

เสพติด พบว่าส่วนใหญ่มีอาชีพด้านพาณิชยกรรมและบริการ (ร้อยละ 16.6) รองลงมาคือ ด้านเกษตรกรรม (ร้อยละ 14.7) และแรงงานรับจ้าง (ร้อยละ 13.6) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาทิศทาง การเปลี่ยนแปลงของอาชีพในช่วงปี 2553-2557<sup>8</sup> ที่พบว่าหมวดอาชีพที่มีงานทำมากที่สุดปี 2544-2552 คือ ด้านการเกษตรและประมง (ร้อยละ 35.3) รองลงมาเป็นพนักงานบริการ พนักงานขายในบ้านค้า และตลาด (ร้อยละ 14.9) และในปี 2553-2555 พบว่าอัตราการเพิ่มขึ้นของผู้มีงานทำในแต่ละประเภทอาชีพเฉลี่ยต่อปี 5 อันดับแรกคือ 1) พนักงานขายของและสาธิตสินค้า 2) ผู้เพาะปลูกพืชไร่ พืชผล พืชผัก 3) ผู้ขายสินค้าตามแผงร้านค้าและตลาด 4) ผู้เพาะปลูกไม้ยืนต้นและไม้พุ่ม และ 5) ช่างปูนและผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง

**รายได้ของผู้ใช้สารเสพติด** จากการศึกษาพบว่าผู้ใช้สารเสพติดมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 15,776 บาท รายได้ต่ำสุด 400 บาท รายได้สูงสุด 250,000 บาท และส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ กับค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 42) รองลงมารายได้เพียงพอ แต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 40.2) โดยมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการใช้สารเสพติดวันละ 731 บาท ซึ่งจากนโยบายของรัฐบาลกำหนดอัตราค่าจ้างขั้นต่ำ 300 บาทต่อวัน<sup>9</sup> จึงเท่ากับเป็นค่าใช้จ่ายเฉลี่ยเดือนละประมาณ 7,800-9,000 บาท จึงเป็นที่น่าสังเกตว่าผู้ใช้สารเสพติดมีรายได้มากกว่าแรงงานขั้นต่ำเกือบ 2 เท่า และมีค่าใช้จ่ายสูงในการใช้สารเสพติด ทั้งนี้จากการสัมภาษณ์ผู้ใช้สารเสพติดให้ข้อมูลว่าค่าใช้จ่ายที่ใช้ยาเสพติดติดนี้ส่วนหนึ่งได้มาจากการขายยาเสพติด เพราะถ้าค้าขายด้วยก็มี ยาใช้เสพได้ตลอด เช่น ถ้าซื้อมา 2 แถว 20 เม็ด ก็จะเก็บไว้ใช้เอง 2-3 เม็ดโดยไม่ต้องเสียเงินซื้อ และบางรายก็ขายยาบ้าเป็นรายได้หลัก กรณีผู้ใช้

สารเสพติดที่มีรายได้มากถึงเดือนละ 250,000 บาท ซึ่งมีรายได้มากกว่าผู้ประกอบอาชีพสุจริต ที่ต้องมีการศึกษา มีความรู้ความสามารถ มีทักษะ มีประสบการณ์ จึงเป็นเหตุจูงใจให้ผู้ใช้สารเสพติดผันตัวเองมาเป็นผู้ค้าด้วย และยังทำให้ยากที่จะถอนตัวออกจากวงจรการใช้ยาเสพติด สอดคล้องกับการศึกษาของปิ่นรัฐ ปานถาวร<sup>10</sup> พบว่าแรงจูงใจด้านบวกจากรายได้ที่มาจากการค้าขายยาเสพติดดีกว่าอาชีพเดิม ทำให้ชีวิตสะดวกสบาย และรายได้ดีกว่าอาชีพเดิม ส่วนอาชีพเดิมรายได้ไม่เพียงพอ จึงทำให้ต้องค้ายาเสพติด

#### ผลกระทบของอาชีพต่อการใช้สารเสพติด

พบว่าในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดที่มีความคิดเห็นว่าคุณลักษณะงาน สถานที่ทำงาน และช่วงเวลาในการทำงานไม่มีผลต่อการติดยาเสพติดของตนเอง ร้อยละ 59.2 ได้ให้เหตุผลว่าสารเสพติดที่ใช้ดูเหมือนสามารถช่วยกระตุ้นในการทำงาน แต่ในความเป็นจริงกลับพบว่าผลของงานที่ได้ออกมาไม่ดีเท่าที่ควร รวมทั้งไม่ได้ให้ผลผลิตที่มากขึ้นกว่าเดิมอย่างไรก็ตาม มีผู้ใช้ยาเสพติดถึงร้อยละ 40.8 ที่เห็นว่าลักษณะงาน สถานที่ทำงาน และช่วงเวลาในการทำงานมีผลต่อการติดสารเสพติดของตนเอง ซึ่งพบมากในกลุ่มอาชีพผู้ใช้แรงงาน โดยให้เหตุผลว่า ใช้สารเสพติดเพื่อช่วยให้มีความทนทานในการทำงาน ช่วยทำงานได้นานขึ้น เร็วขึ้น ส่วนผู้ที่ทำงานกลางคืน หรือทำงานเป็นกะให้เหตุผลว่าการใช้สารเสพติดช่วยให้ทำงานได้ตลอดคืน ไม่ง่วงนอน และหญิงอาชีพบริการให้เหตุผลว่าช่วยทำให้ไม่อาย และกล้าให้บริการ

**ความต้องการในการฝึกอาชีพสำหรับความต้องการฝึกอาชีพพบว่า** ผู้ใช้สารเสพติดส่วนใหญ่ต้องการฝึกอาชีพด้านช่างอุตสาหกรรมมากที่สุด (ร้อยละ 28) ทั้งนี้อาจเป็นผลเนื่องจากในปัจจุบัน

มีการส่งเสริมแรงงานภาคอุตสาหกรรม และต้องการแรงงานที่มีฝีมือในสถานประกอบการต่างๆ มากขึ้น จึงทำให้ความต้องการของตลาดแรงงานมีมากตามไปด้วย ผู้ที่มีฝีมือแรงงานจะมีโอกาสและทางเลือกในการประกอบอาชีพที่ตนเองต้องการ โดยเฉพาะผู้ใช้สารเสพติดที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และประถมศึกษามากกว่าร้อยละ 70 ซึ่งไม่ใช่สายอาชีพ จึงทำให้มีความต้องการฝึกอาชีพทางด้านช่างอุตสาหกรรม เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ประสบการณ์ และทักษะให้กับตนเองให้สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงดูตนเองได้ เพราะแรงงานที่มีฝีมือจะทำให้มีรายได้เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาแนวโน้มความต้องการแรงงานในช่วงปี 2553-2557<sup>8</sup> พบว่าแรงงานไทยส่วนใหญ่ ร้อยละ 70 ของแรงงานทั้งหมดเป็นแรงงานที่มีความรู้ น้อย ขาดทักษะฝีมือ แรงงาน คือจบการศึกษาไม่เกินมัธยมศึกษาตอนต้น ส่งผลให้แรงงานเหล่านี้ได้รับค่าจ้างน้อยมากเมื่อเทียบกับแรงงานที่มีฝีมือ

**ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะและเหตุผลในการใช้สารเสพติด กับอาชีพของผู้ใช้สารเสพติด** เมื่อวิเคราะห์ชนิดของสารเสพติดกับอาชีพแต่ละอาชีพพบว่าอาชีพเกษตรกรรมเพียงอาชีพเดียวที่มีความสัมพันธ์กับผู้ใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งจากการศึกษาพบว่าผู้ใช้สารเสพติดที่ทำอาชีพเกษตรกรรมส่วนใหญ่จะทำนา ทำสวนยาง ทำไร่มันสำปะหลัง ไร่ข้าวโพด ไร่อ้อย เลี้ยงสัตว์ ซึ่งเป็นงานที่ต้องใช้แรงกายในการทำงานมากกว่าการใช้เครื่องจักรกลต่างๆ เหมือนในโรงงานอุตสาหกรรม งานในลักษณะนี้สอดคล้องกับการออกฤทธิ์กระตุ้นประสาทของยาบ้า โดยพบว่าผู้ใช้ยาบ้าให้เหตุผลในการใช้ยาบ้าว่าส่งผลให้สามารถทำงานได้ทนทาน ทำงาน

ได้นานขึ้น ทนต่อความเหน็ดเหนื่อย และความ ร้อนได้ดีขึ้น

เหตุผลของการใช้สารเสพติดครั้งแรก คือ อยากรอง เพื่อการทำงาน/ประกอบอาชีพ และอื่นๆ (เพื่อนชวน, เป็นแพชั่น, ลดความอ้วน, แก้ปวดท้อง) มีความสัมพันธ์กับอาชีพของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเหตุผลความ อยากรองมีมากที่สุดในกลุ่มว่างงาน (ร้อยละ 23.1) ในกลุ่มอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจมีน้อยที่สุด (ร้อยละ 2.6) ส่วนเหตุผลเพื่อการทำงาน/ประกอบ อาชีพมีมากที่สุดในกลุ่มแรงงานทั่วไป (ร้อยละ 5.5) และมีน้อยที่สุดในกลุ่มอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ซึ่งผู้ที่มีอาชีพใช้แรงงาน ให้เหตุผลว่า ใช้สารเสพติด เพื่อช่วยให้มีความทนทานในการทำงาน ช่วยทำงาน ได้นานขึ้น เร็วขึ้น ส่วนผู้ที่ทำงานกลางคืนหรือ ทำงานเป็นกะให้เหตุผลว่าการใช้สารเสพติดช่วยให้ ทำงานได้ตลอดคืน ไม่่วงนอน และหญิงอาชีพ บริการให้เหตุผลว่าช่วยทำให้มีความกล้าแสดงออก ไม่อาย กล้าพูดคุยกับแขกที่มาใช้บริการมากขึ้น ช่วยให้การเดินของตนเองพลีวสวยและมีแรงเดิน ได้ตลอดเวลา<sup>11</sup> อย่างไรก็ตามพบว่าเหตุผลว่ามี ปัญหาไม่สบายใจ ไม่มีความสัมพันธ์กับอาชีพของ กลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าผู้ใช้สารเสพติดใช้ สารเสพติดครั้งแรกเมื่ออายุยังน้อยคืออยู่ในช่วง วัยรุ่นเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งวัยนี้เป็นวัยที่กำลังศึกษา เล่าเรียนจึงยังไม่เข้าสู่วัยทำงานหรือประกอบอาชีพ ปัญหาที่เกิดจากความไม่สบายใจจึงไม่มีความสัมพันธ์ กับอาชีพ

เหตุผลของการใช้สารเสพติดต่อเนื่อง ได้แก่ ตัดใจในรสชาติและเพื่อการทำงาน/ประกอบอาชีพ มีความสัมพันธ์กับอาชีพของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเหตุผลตัดใจใน รสชาติมีมากที่สุดในกลุ่มว่างงาน (ร้อยละ 17.5)

ส่วนเหตุผลเพื่อการทำงาน/ประกอบอาชีพ มีมาก ที่สุดในกลุ่มแรงงานทั่วไป (ร้อยละ 10.2) สำหรับ เหตุผลมีอาการไม่สุขสบายเมื่อหยุดยา เพื่อคลาย ความทุกข์ไม่สบายใจ ไม่มีความสัมพันธ์กับอาชีพ ของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากการใช้สารเสพติดอย่าง ต่อเนื่องมีผลทำให้เกิดภาวะสมองตื้อยา ผู้ที่หยุด ใช้ยาจึงมีอาการไม่สุขสบาย อาการนี้สามารถ เกิดได้กับทุกคนที่ติดยาเสพติด ซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับ อาชีพ

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 รัฐบาลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ ความสนใจ และร่วมกันแก้ปัญหาอย่างจริงจังและ ต่อเนื่อง ด้วยการพัฒนาฝีมือแรงงาน การฝึกอาชีพ การหาแหล่งประกอบการ หรือหาแหล่งงานที่ สามารถรองรับผู้ที่ผ่านการบำบัดให้มีงานทำ มี รายได้เลี้ยงดูตัวเองได้ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต ผู้ผ่านการบำบัดให้ดีขึ้น จะส่งผลให้บุคคลกลุ่มนี้ หลุดพ้นออกจากวงจรยาเสพติดได้อย่างถาวรและ ยั่งยืน

1.2 ผู้ใช้สารเสพติดมากกว่าร้อยละ 60 เป็นผู้เสพรายใหม่ โดยเฉพาะในกลุ่มอาชีพที่ใช้ แรงงาน ทำงานกลางแดด หรือทำงานในเวลา กลางคืน ทำงานเป็นกะ ดังนั้นจึงต้องเฝ้าระวัง ป้องกันบุคคลกลุ่มนี้ เนื่องจากลักษณะอาชีพมี ความเสี่ยงสูงที่จะเข้าไปเกี่ยวข้องกับอาชีพใช้ สารเสพติดได้

1.3 กลุ่มผู้ใช้แรงงานในโรงงานอุตสาหกรรม พบว่า มีผู้ดื่มแอลกอฮอล์เป็นจำนวนมาก ซึ่งการ ดื่มแอลกอฮอล์กระตุ้นนำไปสู่การใช้สารเสพติดอื่นๆ ดังนั้นในการกำหนดนโยบายในการแก้ไขปัญหา ยาเสพติด ควรบูรณาการร่วมกันของหน่วยงาน

ที่เกี่ยวข้องและดำเนินอย่างครอบคลุม ต่อเนื่อง เชื่อมโยงกันทั้งสารเสพติดที่ถูกกฎหมายและผิดกฎหมาย

## 2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

ในการแก้ไขปัญหาเสพติดควรดำเนินการอย่างครบวงจร เมื่อผู้ใช้สารเสพติดผ่านการบำบัดแล้ว ควรติดต่อประสานงานและส่งต่อบุคคลกลุ่มนี้ให้กับหน่วยงานภาครัฐที่มีหน้าที่โดยตรงในการจัดหางาน หรือการฝึกอาชีพโดยดำเนินการอย่างจริงจัง จนสามารถประกอบอาชีพได้ เป็นการส่งเสริมให้ผู้ผ่านการบำบัดมีงานทำ มีรายได้เลี้ยงตนเองและครอบครัว และช่วยลดอัตราการกลับไปเสพติดซ้ำได้

## กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้อำนวยการสถาบันธัญญารักษ์และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ภูมิภาคทุกแห่งที่อนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) ที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยนี้ ขอขอบคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุชาติ รัชชกุล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะเพื่อให้ผลการวิจัยมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และผู้ป่วยยาเสพติดของสถาบันธัญญารักษ์ทุกท่านที่ยินดีให้ข้อมูล ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จไปด้วยดี

## เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันธัญญารักษ์. สถิติการบำบัดรักษาผู้ป่วยในปีงบประมาณ. อัดสำเนา; 2554.
2. วิภาวดี แสงเพชร และวิมลลักษณ์ภิกขินชัช. การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยยาเสพติดโดยการพัฒนาการฝึกอาชีพในผู้ป่วยระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ. รายงานวิจัย 2551.
3. วันเพ็ญ ใจปทุม. การประกอบอาชีพของผู้ติดยาเสพติด:

โครงการพัฒนาวางแผน. (สารนิพนธ์หลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต). จิตวิทยาการแนะแนว. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2543.

4. กรมสุขภาพจิต. อาชีพไหนเครียดที่สุด. [สืบค้น 1 กรกฎาคม 2555]. เข้าถึงได้จาก: <http://blog.eduzones.com/snowytest/81882>.
5. Fuller, R.K. & Hiller-SturmhÖfel, S. Alcoholism treatment in The United States. Alcohol Research & Health. 1999; 23(2): 69-77.
6. Krejcie & Morgan D.W. ตารางกำหนดขนาดตัวอย่าง. [สืบค้น 20 มกราคม 2555]. เข้าถึงได้จาก : <http://www.watpon.com/table/mogan.pdf>.
7. กองวิจัยตลาดแรงงาน. สถานการณ์การว่างงาน การเลิกจ้างและความต้องการแรงงาน (มีนาคม 2555). [สืบค้น 21 เมษายน 2555]. เข้าถึงได้จาก: [http://lmi.doe.go.th/images/file/unemployment/unemployment\\_0355.pdf](http://lmi.doe.go.th/images/file/unemployment/unemployment_0355.pdf).
8. กองวิจัยตลาดแรงงาน. แนวโน้มความต้องการแรงงานในช่วงปี 2553-2557. กรุงเทพฯ: กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน; 2552.
9. สำนักงานปลัดกระทรวงแรงงาน. ประกาศคณะกรรมการค่าจ้าง เรื่อง อัตราค่าจ้างขั้นต่ำ 2555. [สืบค้น 27 กรกฎาคม 2555]. เข้าถึงได้จาก: [http://ratchaburi.labour.go.th/dlpw/attachments/143\\_labour1.PDF](http://ratchaburi.labour.go.th/dlpw/attachments/143_labour1.PDF).
10. ปิ่นรัฐ ปานถาวร. การประกอบอาชีพของนักโทษเด็ดขาดหญิงก่อนเข้าสู่ทัณฑสถานหญิงกลาง. (สารนิพนธ์หลักสูตรพัฒนาแรงงานและสวัสดิการมหาบัณฑิต). คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2550.
11. สำเนา นิลบรรพ์, พิทักษ์ สุริยะใจ, รัตนา ติปัญญา, สมบัติ มากัน, วัชร มีศิลป์ และนันทา ชัยพิชิตพันธ์. กระบวนการเสพติดผลกระทบต่อสุขภาพและครอบครัวของผู้เสพยาเสพติดกลุ่ม Club Drugs. รายงานวิจัย 2554.

นิพนธ์ต้นฉบับ

# การมีส่วนร่วมในการรณรงค์ป้องกันและ แก้ไขปัญหายาเสพติดของแกนนำเยาวชน TO BE NUMBER ONE ระดับมัธยมศึกษา จังหวัดขอนแก่น : การประเมินผล

จินตนา ศรีธรรมมา ศศ.ม., กิตติมา ก้านจักร ส.ม.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

## Abstract

The participation in the campaign to prevent and resolve drug of youth leaders TO BE NUMBER ONE in secondary schools

MuangKhonKaen Province

Srithamma C, Kanjak K.

Khon Kaen Provincial Health Office

This study was based descriptive study. The objective was to study The participation in the campaign to prevent and resolve drug. Correlation factors support the organization. Predictors of participation in the campaign to prevent and resolve drug and problems and suggestions about The participation in the campaign to prevent and resolve drug of youth leaders TO BE NUMBER ONE in secondary schools MuangKhonKaen Province. The population of study was youth leaders TO BE NUMBER ONE. The population by sampling a group (Cluster Random Sampling) 3 groups of secondary schools, 1 large 1 small, 1 medium of 226 people. Which was verified by experts. Its validity was tested 0.95. The collected data were analyzed by a package program and disseminated by statistic value, percentage, means, standard deviation, Minimum, Maximum, Pearson Product Moment Correlation Coefficient and Stepwise Multiple Regression analysis.

The results showed that the level of the participation in the campaign to prevent and resolve drug of youth leaders TO BE NUMBER ONE in secondary schools Muang-KhonKaen province were at 'high level' (Mean=3.57, S.D. =0.72). The factors affecting performance of the participation in the campaign to prevent and resolve drug of youth leaders TO BE NUMBER ONE in secondary schools MuangKhonKaen province were the

management and material support at the percentage of 43.1. The main problem from the study was the money support at the percentage of 48%

*Key words* : The participation, leaders, youth TO BE NUMBER ONE

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมในการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการสนับสนุนจากองค์กร ปัจจัยทำนวยการมีส่วนร่วมในการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด และปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ของแกนนำเยาวชน TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษา ระดับมัธยมศึกษา อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แกนนำเยาวชน TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษาระดับมัธยมศึกษา อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นกลุ่ม (Cluster Random Sampling) จำนวน 3 กลุ่ม ได้แก่ สถานศึกษาระดับมัธยมศึกษา ขนาดใหญ่ 1 แห่ง ขนาดกลาง 1 แห่ง ขนาดเล็ก 1 แห่ง จำนวน 226 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ และตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbrach's Alpha Coefficient) มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.95 วิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษา พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมในการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของแกนนำเยาวชน TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษาระดับมัธยมศึกษา อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น โดยรวมพบว่า การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก (Mean =3.57, S.D. =0.72) และปัจจัยที่สามารถพยากรณ์การมีส่วนร่วมในการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของแกนนำเยาวชน TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษาระดับมัธยมศึกษา อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ได้แก่ การสนับสนุนจากองค์กรด้านการจัดการ และด้านวัสดุอุปกรณ์ ตามลำดับโดยร่วมกันพยากรณ์ได้ร้อยละ 43.1 ปัญหาหลักที่พบ คือ การสนับสนุนจากองค์กรด้านงบประมาณ ร้อยละ 48

*คำสำคัญ* : การมีส่วนร่วม แกนนำ เยาวชน TO BE NUMBER ONE

## บทนำ

ช่วงการประกาศสงครามขึ้นเด็ดขาดกับยาเสพติด (กุมภาพันธ์ – ธันวาคม 2546) ส่งผลให้ผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด มารายงานตัวเข้ารับการรักษา กว่า 300,000 คน ผู้ค้ามารายงานตัวกว่า 43,000 คน ซึ่งส่วนหนึ่งได้นำเข้ารับการอบรมปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมให้ ละ เลิกเกี่ยวข้องกับยาเสพติด ในจำนวนผู้เสพ/ผู้ติดที่เข้ารับการรักษา ส่วนใหญ่เกินกว่าครึ่งหนึ่งเป็นผู้เสพยาติดยาใหม่ และเป็นกลุ่มเยาวชนที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ดังนั้น การดำเนินการป้องกันควรเริ่มดำเนินการตั้งแต่ ช่วงอายุ 7-19 ปี<sup>2</sup>

จังหวัดขอนแก่นมีสถานการณ์แพร่ระบาดของยาเสพติดในพื้นที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ทั้งการค้าและแพร่ระบาด ยาเสพติดที่มีการค้าและแพร่ระบาดมากที่สุด คือ ยาบ้า กัญชา สารระเหย และยาไอซ์ อำเภอที่มีการค้าและแพร่ระบาดในพื้นที่ ได้แก่ อำเภอเมืองขอนแก่น อำเภอชุมแพ อำเภอน้ำพอง อำเภอกระนวน อำเภอบ้านไผ่ และอำเภอพล กลุ่มเสี่ยงที่ควรระวัง คือเด็กและเยาวชนที่ไม่ได้พักอาศัยอยู่กับครอบครัว วัยรุ่นทั่วไป เยาวชนทั้งนอกและในสถานศึกษา กลุ่มผู้ว่างงานและผู้ไร้แรงงาน สถานประกอบการที่ต้องเฝ้าระวัง ได้แก่ ร้านเกมส์อินเทอร์เน็ต สถานบันเทิง หอพัก บ้านเช่า รีสอร์ท อพาร์ทเมนท์และโรงงาน ปัญหาการแพร่ระบาด มีการแพร่ระบาดมากที่สุดในกลุ่มที่มีอายุระหว่าง 15 – 19 ปี มากที่สุด ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ว่างงาน และนักเรียนนักศึกษา ตามลำดับ<sup>3</sup>

โครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด หรือโครงการ TO BE NUMBER ONE เริ่มดำเนินงานมาตั้งแต่ปี 2545 จนถึงปัจจุบัน โดยทุกรัฐบาลมุ่งหมายอุปถัมภ์ราชกัญญา สิริวัฒนาพรรณวดี รับเป็นองค์ประธานโครงการ

เนื่องจากทรงมีความห่วงใยต่อเด็กและเยาวชนที่เสี่ยงต่อการติดยาเสพติด มีกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เป็นเลขานุการโครงการฯ วัตถุประสงค์เพื่อรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดภายในประเทศให้ดำเนินไปด้วยความเรียบร้อยและมีประสิทธิภาพ โดยความร่วมมือและรวมพลังจากภาครัฐและเอกชน กระตุ้นและปลุกจิตสำนึกของปวงชนในชาติให้มีความรู้ ความเข้าใจ และความตระหนักว่าการที่จะเอาชนะยาเสพติด มุ่งเน้นการรณรงค์ในกลุ่มเป้าหมายหลักคือ วัยรุ่นและเยาวชน โดยกลวิธีสร้างกระแสการแสดงผลอย่างถูกต้องโดยไม่ข้องแวะกับยาเสพติด การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตให้แก่เยาวชนในชุมชนจัดระบบการบำบัดรักษารองรับภายใต้โครงการ “ใครติดยายกมือขึ้น” เพื่อคืนคนดีสู่สังคม และป้องกันการกลับมาเสพยาซ้ำ ตลอดจนการสร้างเครือข่ายสมาชิก และชมรม TO BE NUMBER ONE เพื่อร่วมกันรณรงค์และจัดกิจกรรมป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดเป็นเสมือนการเติมสิ่งที่ดีให้กับชีวิต เพื่อให้เกิดค่านิยมของการ “เป็นหนึ่ง โดยไม่พึ่งยาเสพติด”<sup>1</sup>

จากการดำเนินงาน โครงการ TO BE NUMBER ONE ที่ผ่านมา จะเห็นว่าการแก้ไขปัญหายาเสพติดในสถานศึกษานั้นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากแกนนำเยาวชน บุคคล หรือองค์กร ในการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยการจัดกิจกรรมเพื่อการประชาสัมพันธ์ ปลุกจิตสำนึก และสร้างกระแสนิยมที่เอื้อต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ให้เยาวชนในสถานศึกษาตระหนักและทราบถึงโทษและผลที่ได้รับจากปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติด เพื่อไม่ให้มีปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติด และสร้างมาตรการหรือวิธีการในการแก้ไขปัญหายาเสพติด

การค้นหา การดูแลช่วยเหลือ ให้คำปรึกษา ผู้เกี่ยวข้อง กับยาเสพติด แบบเพื่อนช่วยเพื่อน เนื่องจากเยาวชนเป็นกลุ่มที่อยู่ใกล้ชิดเยาวชนด้วยกัน ย่อมทราบถึงปัญหา ความต้องการ และแนวทางแก้ไข ปัญหา ยาเสพติด หรือปัญหาอื่นๆ โดยเฉพาะจากกลุ่มที่มีความรู้และทักษะการให้คำปรึกษาไว้ใกล้เคียงกัน หรือวัยเดียวกัน<sup>1</sup> ซึ่งการมีส่วนร่วม หมายถึง การร่วมดำเนินการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของแกนนำเยาวชน TO BE NUMBER ONE ซึ่งเป็นการคัดเลือกเข้าอบรมเป็นแกนนำเยาวชน TO BE NUMBER ONE จากสถานศึกษาระดับมัธยมศึกษา อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น การมีส่วนร่วมตามแนวคิดของโคเฮินและอัฟฮอบ<sup>3</sup> ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ การมีส่วนร่วมในการประเมินผล และการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ในการดำเนินของแกนนำเยาวชนซึ่งมาทำงานด้วยความสมัครใจ และมีจิตสาธารณะมิได้มุ่งหวังผลประโยชน์

ดังนั้น ผู้วิจัย จึงศึกษาการมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม TO BE NUMBER ONE เฉพาะใน 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นหาปัญหาและสาเหตุ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ การมีส่วนร่วมในการประเมินผล เซอร์-เมอร์ฮอร์นและคณะ<sup>4</sup> ที่ได้อธิบายไว้ว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของแต่ละบุคคลนั้นประกอบด้วย 3 ประการ คือ 1) ลักษณะส่วนบุคคล (Individual Attributes) ได้แก่ ลักษณะประชากร ความสามารถ จิตวิทยา 2) ความเพียรพยายามในการทำงานของบุคคล (Work Effort) ซึ่งเป็นแรงจูงใจของ

แต่ละบุคคล จะช่วยกำหนดแรงขับภายในตัวบุคคลทำให้เกิดคุณลักษณะเฉพาะต่อระดับและแนวทางของความพยายามในการทำงานและ 3) การสนับสนุนองค์กร (Organization Support) ซึ่งบุคคลที่ได้รับการจูงใจในระดับสูงอาจจะไม่เป็นผู้ปฏิบัติงานที่ดีหากได้รับการสนับสนุนไม่เพียงพอจากหน่วยงาน เช่น ขาดงบประมาณ เครื่องมือวัสดุ อุปกรณ์ที่ใช้ ขาดอำนาจหน้าที่ ขาดการช่วยเหลือจากผู้เกี่ยวข้อง และขั้นตอนการปฏิบัติงานไม่ยืดหยุ่น เป็นต้น

จากสภาพปัญหาและความเป็นมาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษาการมีส่วนร่วมในการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของแกนนำเยาวชน TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษาระดับมัธยมศึกษา อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดของสูง เพื่อให้ทราบถึงระดับการมีส่วนร่วมและปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของแกนนำเยาวชน TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษาระดับมัธยมศึกษา อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น เพื่อจะได้นำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางการวางแผน พัฒนา สนับสนุน และส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของแกนนำเยาวชน TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษา ให้มีประสิทธิภาพ สามารถนำผลการวิจัยไปประยุกต์เป็นแนวทางในการพัฒนาการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของแกนนำเยาวชน TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษากลุ่มอื่นๆ ให้มีคุณภาพต่อไป



## วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษา

1. การมีส่วนร่วมในการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของแกนนำเยาวชน TO BE NUMBER ONE ระดับมัธยมศึกษาจังหวัดขอนแก่น

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการสนับสนุนจากองค์กร และการมีส่วนร่วมในการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของแกนนำเยาวชน TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษาระดับมัธยมศึกษา อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

3. ปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมในการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของแกนนำเยาวชน TO BE NUMBER ONE ระดับมัธยมศึกษา จังหวัดขอนแก่น

4. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของแกนนำเยาวชน TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษาระดับมัธยมศึกษา อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

## สมมติฐานของการวิจัย

ปัจจัยด้านการสนับสนุนจากองค์กร มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของแกนนำเยาวชน TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษาระดับมัธยมศึกษา อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

## คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. การมีส่วนร่วมในการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของแกนนำเยาวชน TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษาระดับมัธยมศึกษา อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น หมายถึง การมีส่วนร่วมของแกนนำเยาวชน TO BE NUMBER ONE ในการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ในสถานศึกษาระดับมัธยมศึกษา อำเภอเมือง

เมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ซึ่งประกอบไปด้วยการมีส่วนร่วมใน 4 ขั้นตอน ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ การมีส่วนร่วมในการประเมินผล

## 2. แกนนำเยาวชน TO BE NUMBER ONE

หมายถึง เยาวชนที่เป็นสมาชิก TO BE NUMBER ONE ที่ได้รับการคัดเลือกเป็นแกนนำหลักในการดำเนินงานด้านการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด โดย ผ่านการอบรมให้ความรู้ด้านยาเสพติด การปรับทุกข์ สร้างสุข แก้ไขปัญหาพัฒนา EQ ตามหลักสูตรแกนนำ TO BE NUMBER ONE ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ขึ้นทะเบียนเป็นแกนนำเยาวชน TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษา

## 3. ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล

หมายถึง ข้อมูลทั่วไปของแกนนำเยาวชน TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษาระดับมัธยมศึกษา อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพครอบครัว รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาในการเป็นแกนนำเยาวชน TO BE NUMBER ONE และระยะเวลาในการปฏิบัติงานรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

## 4. ปัจจัยด้านการสนับสนุนจากองค์กร

หมายถึง ปัจจัยที่องค์กรให้การสนับสนุนและเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่มีส่วนที่เกี่ยวข้องในการมีส่วนร่วมในการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของแกนนำเยาวชน TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษาระดับมัธยมศึกษา อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ให้สำเร็จ ได้แก่

### 4.1 ด้านบุคลากร หมายถึง การบริหาร

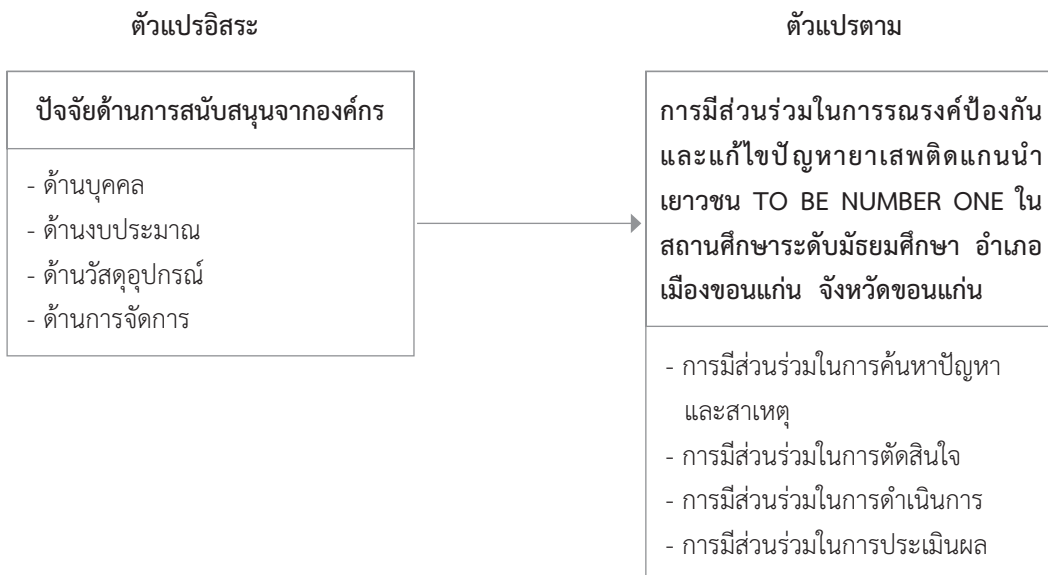
ด้านบุคลากรในการดำเนินงานรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ได้แก่ การมอบหมาย

หน้าตัวอย่างเหมาะสม มีความเพียงพอและการพัฒนาศักยภาพการทำงาน เพื่อให้สอดคล้องกับการดำเนินการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในสถานศึกษา

**4.2 ด้านงบประมาณ** หมายถึง การจัดการด้านงบประมาณในการดำเนินการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ได้แก่ การจัดสรรงบประมาณเพื่อใช้ดำเนินกิจกรรม ความเพียงพอ และกฎระเบียบในการควบคุมการเบิกจ่ายใช้งบประมาณเพื่อให้สอดคล้องกับการดำเนินการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

**4.3 ด้านวัสดุอุปกรณ์** หมายถึง การจัดการด้านวัสดุ ครุภัณฑ์ขององค์กรในการดำเนินการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ได้แก่

#### กรอบแนวคิดการวิจัย



#### วัตถุประสงค์และวิธีการ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ประชากร คือ แกนนำเยาวชน TO BE NUMBER

ความเพียงพอ คุณภาพ ในการจัดหา สนับสนุน วัสดุอุปกรณ์และการควบคุมการใช้งาน การดูแล บำรุงรักษา เพื่อให้สอดคล้องกับการดำเนินการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

**4.4 ด้านการจัดการ** หมายถึง การใช้กระบวนการทางด้านบริหารในการจัดการระบบงานของแกนนำเยาวชน TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษาระดับมัธยมศึกษา อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น เพื่อที่จะให้การทำงานรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ โดยใช้หลักการบริหารของเฮนรี่ ฟาโยล์ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ การวางแผน การจัดองค์กร การบังคับบัญชาสั่งการ การประสานงาน และการควบคุม

ONE ในสถานศึกษาระดับมัธยมศึกษา อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น จำนวน 750 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แกนนำเยาวชน TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษาระดับมัธยมศึกษา

อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างในการสำรวจ เพื่อประมาณค่าเฉลี่ย สำหรับกรณีทราบขนาดประชากร<sup>12</sup> ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 226 คน และสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นกลุ่ม (Cluster Random Sampling) จำนวน 3 กลุ่ม ได้แก่ สถานศึกษาระดับมัธยมศึกษา ขนาดใหญ่ 1 แห่ง ขนาดกลาง 1 แห่ง ขนาดเล็ก 1 แห่ง

**เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** เป็นแบบสอบถามที่ให้กลุ่มตัวอย่างตอบเอง เป็นข้อคำถามให้เลือกตอบ 61 ข้อ ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ด้านการสนับสนุนจากองค์กร ด้านการมีส่วนร่วมในการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด และปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ และตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbrach's Apha Coefficient) มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.95

**การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล** ผู้วิจัยขออนุญาตในการทำวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่ จากผู้ว่าราชการจังหวัดขอนแก่น และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย รายละเอียดการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิญกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการศึกษาด้วยตนเอง โดยอธิบายวัตถุประสงค์และรายละเอียดในการศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ เปิดโอกาสให้ผู้ร่วมศึกษาได้ซักถามเพื่อให้มีความสบายใจในการตัดสินใจเข้าร่วมศึกษาในครั้งนี้ และให้ระยะเวลา

ในการตัดสินใจที่จะเข้าร่วมการศึกษาคั้งนี้อย่างเต็มใจ และเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ลงนามในหนังสือขอความยินยอม (Inform Consent) ดำเนินการระหว่างวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2557 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2557 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม ในแกนนำเยาวชนในสถานศึกษาระดับมัธยมศึกษา อำเภอเมืองที่เลือกศึกษา

**วิเคราะห์ข้อมูล** โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

## ผล

**1. ข้อมูลบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง** พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 56.6 อายุระหว่าง 15 – 17 ปี คิดเป็นร้อยละ 59.73 อายุเฉลี่ย 16.43 ปี อายุต่ำสุด 13 ปี อายุสูงสุด 19 ปี การศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 4 คิดเป็นร้อยละ 42.48 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานแกนนำเยาวชน TO BE NUMBER ONE 3 – 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 51.33 เฉลี่ย 3.84 ปี ระยะเวลาต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 6 ปี ระยะเวลาในการมีส่วนร่วมในการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด ส่วนใหญ่ระยะเวลา น้อยกว่า 3 ปี คิดเป็นร้อยละ 74.7 เฉลี่ย 2.76 ปี รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ คุณลักษณะส่วนบุคคลของแกนนำเยาวชน TO BE NUMBER ONE  
ในสถานศึกษาระดับมัธยมศึกษา อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (n = 226)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	98	43.4
หญิง	128	56.6
<b>อายุ (ปี)</b>		
13 - 15 ปี	62	27.43
15 - 17 ปี	139	59.73
18 - 19 ปี	25	11.06
Mean = 16.43 ปี S.D.= 10.25 ปี		
Minimum = 13 ปี Maximum = 19 ปี		
<b>ระดับการศึกษา</b>		
มัธยมศึกษาตอนต้น	61	26.99
มัธยมศึกษาปีที่ 4	96	42.48
มัธยมศึกษาปีที่ 5	63	27.88
มัธยมศึกษาปีที่ 6	6	2.65
<b>ระยะเวลาในการปฏิบัติงานแกนนำ TO BE NUMBER ONE</b>		
1 - 2 ปี	38	16.81
3 - 4 ปี	116	51.33
4 - 5 ปี	72	31.86
Mean = 3.84 ปี S.D.= 2.95 ปี		
Median = 3.00 ปี		
Minimum = 1 ปี Maximum = 6 ปี		
<b>ระยะเวลาในการมีส่วนร่วมในการรณรงค์ ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด</b>		
น้อยกว่า 3 ปี	124	74.7
4 - 6 ปี	39	23.5
มากกว่า 3 ปี	3	1.8
Mean = 2.76 ปี S.D.= 2.35 ปี		
Median= 3.26 ปี		
Minimum = 1 ปี Maximum = 11 ปี		

2.ระดับการมีส่วนร่วมในการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.57) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การมีส่วนร่วมที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ด้านการดำเนินการอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.91) รองลงมาคือ ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผลอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.59) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 3.27) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการมีส่วนร่วมในการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นรายด้าน

การมีส่วนร่วมในการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด	Mean	S.D.	การแปลผล
ด้านการค้นหาปัญหาและสาเหตุ	3.43	0.86	ปานกลาง
ด้านการตัดสินใจ	3.27	0.95	ปานกลาง
ด้านการดำเนินการ	3.91	0.70	มาก
ด้านการประเมินผล	3.59	0.89	มาก
รวม	3.57	0.72	มาก

3. การสนับสนุนจากองค์การต่อการมีส่วนร่วมในการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของแกนนำเยาวชน TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษาระดับมัธยมศึกษา อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

เมื่อพิจารณาระดับการสนับสนุนจากองค์การของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ในภาพรวมมีการสนับสนุนจากองค์การอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.62 (S.D.= 0.71) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การสนับสนุนจากองค์การที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ด้านการจัดการโดยมีการสนับสนุนจากองค์การอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.70 (S.D. = 0.70) รองลงมาคือ ด้านบุคลากร มีการสนับสนุนจากองค์การอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.67 (S.D. = 0.80) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านวัสดุอุปกรณ์ โดยมีการสนับสนุนจากองค์การ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.48 (S.D. = 0.84) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลเกี่ยวกับการสนับสนุนจากองค์การของแกนนำเยาวชน TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษาระดับมัธยมศึกษา อำเภอมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น จำแนกเป็นรายด้าน

การสนับสนุนจากองค์การ	Mean	S.D.	การแปลผล
ด้านบุคลากร	3.67	0.80	มาก
ด้านงบประมาณ	3.58	0.91	มาก
ด้านวัสดุอุปกรณ์	3.48	0.84	มาก
ด้านการจัดการ	3.70	0.70	มาก
รวม	3.62	0.71	มาก

4. ความสัมพันธ์ของการสนับสนุนจากองค์การกับการมีส่วนร่วมในการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของแกนนำเยาวชน TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษาระดับมัธยมศึกษา อำเภอมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ภาพรวมของการสนับสนุนจากองค์การ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการมีส่วนร่วมในการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของแกนนำเยาวชน TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษาระดับมัธยมศึกษา อำเภอมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.551$ ,  $p$ -value

$<0.001$ ) เมื่อพิจารณาการสนับสนุนจากองค์การเป็นรายด้านพบว่า ทุกด้านมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการมีส่วนร่วมในการรณรงค์ป้องกัน และแก้ไขปัญหายาเสพติดของแกนนำเยาวชน TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษาระดับมัธยมศึกษา อำเภอมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านบุคลากร ( $r = 0.454$ ,  $p$ -value  $<0.001$ ) ด้านงบประมาณ ( $r = 0.397$ ,  $p$ -value  $<0.001$ ) ด้านวัสดุอุปกรณ์ ( $r = 0.509$ ,  $p$ -value  $<0.001$ ) ด้านการจัดการ ( $r = 0.596$ ,  $p$ -value  $<0.001$ ) รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างการสนับสนุนจากองค์การกับการมีส่วนร่วมในการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของแกนนำเยาวชน TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษาระดับมัธยมศึกษา อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

ปัจจัย	การมีส่วนร่วม		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
การสนับสนุนจากองค์การ	0.615**	<0.001	ปานกลาง
ด้านบุคลากร	0.496**	<0.001	ปานกลาง
ด้านงบประมาณ	0.482**	<0.001	ปานกลาง
ด้านวัสดุอุปกรณ์	0.563**	<0.001	ปานกลาง
ด้านการจัดการ	0.642**	<0.001	ปานกลาง

\*ค่าระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.05

\*\*ค่าระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.01

5. ปัจจัยพยากรณ์ การมีส่วนร่วมในการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของแกนนำเยาวชน TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษาระดับมัธยมศึกษา อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) พบว่า การสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการ

มีส่วนร่วมในการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของแกนนำเยาวชน TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษาระดับมัธยมศึกษา อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น และถูกเลือกเข้าสมการที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ได้แก่ การสนับสนุนจากองค์การ ด้านการจัดการ (p-value <0.001) และด้านวัสดุอุปกรณ์ (p-value=0.007) ตามลำดับได้ร้อยละ 48 รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของการมีส่วนร่วมในการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของแกนนำเยาวชน TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษาระดับมัธยมศึกษา อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

ตัวแปร	B	Beta	t	P-value
การสนับสนุนจากองค์การ	0.506	0.494	6.688	<0.001
ด้านการจัดการ				
การสนับสนุนจากองค์การ	0.171	0.202	2.726	0.007
ด้านวัสดุอุปกรณ์				

ค่าคงที่ = 1.103; F = 84.358; P-value <0.001; R = .656; R<sup>2</sup> = .431

**6. ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการมีส่วนร่วมในการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของแกนนำเยาวชน TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษาระดับมัธยมศึกษา อำเภอมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น**

รวบรวมจากแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างได้เขียนปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะทั้งหมด 50 ฉบับ โดยส่วนใหญ่เสนอปัญหา อุปสรรค ในส่วนของการสนับสนุนจากองค์การด้านงบประมาณ ร้อยละ 48 รองลงมาคือ การสนับสนุนจากองค์การด้านบุคลากร ร้อยละ 36 และการมีส่วนร่วมในการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของแกนนำเยาวชน TO BE NUMBER ONE

ในสถานศึกษาระดับมัธยมศึกษา อำเภอมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ด้านการตัดสินใจ ร้อยละ 36 ตามลำดับ ด้านที่น้อยที่สุด การมีส่วนร่วมในการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของแกนนำเยาวชน TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษาระดับมัธยมศึกษา อำเภอมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ด้านการค้นหาปัญหาและสาเหตุ ด้านการดำเนินการ ร้อยละ 8 ในส่วนของข้อเสนอแนะพบว่าส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างได้เขียนข้อเสนอแนะในส่วนของการสนับสนุนจากองค์การด้านงบประมาณ ร้อยละ 42 และด้านที่น้อยที่สุด คือการสนับสนุนจากองค์การด้านวัสดุอุปกรณ์ ร้อยละ 6 รายละเอียดดังตารางที่ 6

**ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ ของปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ ต่อการมีส่วนร่วมในการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของแกนนำเยาวชน TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษาระดับมัธยมศึกษา อำเภอมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น (n = 50)**

รายการ	ปัญหา อุปสรรค		ข้อเสนอแนะ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การสนับสนุนจากองค์การ				
ด้านบุคลากร	18	36	19	38
- แกนนำมีจำนวนน้อย ไม่เพียงพอ มีภาระด้านการเรียนมาก และมีการเปลี่ยนแปลงแกนนำทุกปีหรือสองปี ทำให้ขาดความรู้ความเข้าใจ ความคล่องตัวและประสิทธิภาพในการดำเนินงานลดลง				
ด้านงบประมาณ	24	48	21	42
- งบประมาณที่ได้รับมีน้อยไม่เพียงพอและล่าช้า ไม่ตรงกับแผนการดำเนินงาน				



ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ ของปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ ต่อการมีส่วนร่วมในการรณรงค์ ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของแกนนำเยาวชน TO BE NUMBER ONE ใน สถานศึกษาระดับมัธยมศึกษา อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น (n = 50) (ต่อ)

รายการ	ปัญหา อุปสรรค		ข้อเสนอแนะ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านวัสดุอุปกรณ์	5	10	3	6
- วัสดุอุปกรณ์ ครุภัณฑ์ ไม่เพียงพอ และมีขั้นตอนเบิกจ่ายล่าช้า ไม่ทันเวลากับการใช้งาน				
ด้านการจัดการ	8	16	10	20
- ขาดความรู้ความเข้าใจ ในการบริหารจัดการการดำเนินงาน				
<b>การมีส่วนร่วม</b>				
ด้านการค้นหาปัญหาและสาเหตุ	4	8	6	12
- มีระยะเวลาดำเนินการน้อย บุคลากร ไม่เพียงพอ ทำให้ขาดการรวบรวมข้อมูลเพื่อนำมาวิเคราะห์หาปัญหา และสาเหตุ จากผู้มีความรู้ ความสามารถ และเชี่ยวชาญ และการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา				
ด้านการตัดสินใจ	16	32	14	28
- ยังขาดการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการจัดทำแผนปฏิบัติการ การใช้จ่ายงบประมาณ				
ด้านการดำเนินการ	4	8	17	34
- ยังขาดการดำเนินงานตามแผนงานที่วางไว้ เนื่องจากมีเวลาจำกัด				
ด้านการประเมินผล	8	16	6	12
- ขาดการประเมินติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ทำให้ไม่ได้รับทราบข้อมูลปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานเพื่อนำมาพัฒนาและแก้ไขปรับปรุง				

## วิจารณ์

### 1. ข้อมูลบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 15 – 17 ปี การศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 4 คิดเป็นร้อยละ 42.48 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานแกนนำเยาวชน TO BE NUMBER ONE 3–5 ปี คิดเป็นร้อยละ 51.33 ระยะเวลาในการมีส่วนร่วมในการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดส่วนใหญ่ระยะเวลาน้อยกว่า 3 สอดคล้องกับข้อมูลแกนนำเยาวชน TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษา จังหวัดขอนแก่นของสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา จังหวัดขอนแก่นของสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาขอนแก่นเขต 25<sup>6</sup>

### 2. ระดับการมีส่วนร่วมในการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับการมีส่วนร่วมในการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่าง การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.62 ส่วนใหญ่จะมีส่วนร่วมในการดำเนินการ โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมในการรณรงค์ปลุกจิตสำนึกและสร้างกระแสนิยมที่เอื้อต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด เช่น การใช้สื่อเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ หรือกิจกรรมรณรงค์ เช่น การจัดการประกวด การจัดนิทรรศการ แต่ยังคงขาดการมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุ ทำให้การตัดสินใจในการเลือกวิธีการดำเนินงานไม่สอดคล้องกับปัญหาของพื้นที่ที่แท้จริง สอดคล้องกับการศึกษาของพยุ่ง ศรีกิ่งพาน และประจักษ์ บัวผัน พบว่า ภาพรวมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของประธานเครือข่ายระดับหมู่บ้านสังกัดเครือข่ายชุมชนแก้ไขปัญหายาเสพติด บ้านสวนมอญ อำเภอภูมทวนปี จังหวัดอุดรธานี อยู่ระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.53 (S.D. = 0.29)<sup>7</sup>

เช่นเดียวกับการศึกษาของมยุรี สุวรรณโคตร และพิระศักดิ์ ศรีธาดา พบว่า ภาพรวมการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานกองทุนพัฒนาสุขภาพ ในจังหวัดกาฬสินธุ์ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.43 (S.D. = 0.43)<sup>8</sup> เช่นเดียวกับการศึกษาของ วุฒิพงษ์ ภัคติกุล พบว่า ภาพรวมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของคณะกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดขอนแก่น อยู่ระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.84 (S.D. = 0.69)<sup>10</sup>

### 3. การสนับสนุนจากองค์การต่อการมีส่วนร่วมในการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของแกนนำเยาวชน TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษาระดับมัธยมศึกษา อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

ระดับการสนับสนุนจากองค์การของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนจากองค์การอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.62 (S.D. = 0.71) โดยสิ่งที่องค์การควรสนับสนุนได้แก่ ด้านงบประมาณ และด้านบุคลากร เพราะยังไม่เพียงพอที่จะทำให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ หากได้รับการสนับสนุนที่เพียงพอก็จะส่งผลให้ ด้านวัสดุอุปกรณ์ และด้านการจัดการ ไม่เกิดผลกระทบ สอดคล้องกับการศึกษาของวุฒิพงษ์ ภัคติกุล พบว่าภาพรวมการสนับสนุนจากองค์การในการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของคณะกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดขอนแก่น อยู่ระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.69 (S.D. = 0.68)<sup>10</sup> และการศึกษาของกัญญวัลย์ ศรีสวัสดิ์พงษ์ และประจักษ์บัวผัน พบว่าภาพรวมการสนับสนุนจากองค์การในการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการ

พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.55 (S.D. = 0.53)<sup>10</sup>

**4. ความสัมพันธ์ของการสนับสนุนจากองค์การกับการมีส่วนร่วมในการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของแกนนำเยาวชน TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษาระดับมัธยมศึกษา อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น**

พบว่าภาพรวมของการสนับสนุนจากองค์การมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการมีส่วนร่วมในการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.551$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) การสนับสนุนจากองค์การทุกด้านมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการมีส่วนร่วมในการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของแกนนำเยาวชน TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษาระดับมัธยมศึกษา อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อมรรัตน์ จันทร์สว่าง และประจักษ์ บัวผัน พบว่า ภาพรวมของการสนับสนุนจากองค์การมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดอุดรธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=0.662$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ )<sup>11</sup>

**5. ปัจจัยพยากรณ์การมีส่วนร่วมในการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของแกนนำเยาวชน TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษาระดับมัธยมศึกษา อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น**

พบว่าตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของกลุ่มตัวอย่าง คือ การสนับสนุนจากองค์การ

ด้านการจัดการ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) และด้านวัสดุอุปกรณ์ ( $p\text{-value} = 0.007$ ) ตามลำดับได้ร้อยละ 43.1 สอดคล้องกับการศึกษาของ อมรรัตน์ จันทร์สว่าง และ ประจักษ์ บัวผัน พบว่า ปัจจัยด้านการจัดการ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) สามารถพยากรณ์การมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดอุดรธานี ได้ร้อยละ 48.3<sup>11</sup> สอดคล้องกับการศึกษาของ วุฒิพงษ์ ภักดีกุล ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) สามารถพยากรณ์การมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของคณะกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 35.6<sup>10</sup>

**6. ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการมีส่วนร่วมในการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของแกนนำเยาวชน TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษาระดับมัธยมศึกษา อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น**

พบว่าส่วนใหญ่เสนอปัญหา อุปสรรค ในส่วนของการสนับสนุนจากองค์การด้านงบประมาณ ร้อยละ 48 รองลงมาคือ การสนับสนุนจากองค์การด้านบุคลากร ร้อยละ 36 และการมีส่วนร่วมในการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของแกนนำเยาวชน TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษาระดับมัธยมศึกษา อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ด้านการตัดสินใจ ร้อยละ 36 ตามลำดับ ด้านที่น้อยที่สุด การมีส่วนร่วมในการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของแกนนำเยาวชน TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษาระดับมัธยมศึกษา อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ด้านการค้นหาปัญหาและสาเหตุ

ด้านการดำเนินการ ร้อยละ 8 ในส่วนของข้อเสนอแนะ พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างได้เขียนข้อเสนอแนะในส่วนของการสนับสนุนจากองค์การด้านงบประมาณ ร้อยละ 42 และด้านที่น้อยที่สุด คือการสนับสนุนจากองค์การด้านวัสดุอุปกรณ์ ร้อยละ 6

### ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการศึกษาปัจจัยพยากรณ์การมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง สถานศึกษาควรสนับสนุนให้แกนนำเยาวชน TO BE NUMBER ONE ได้รับการฝึกอบรม ศึกษาดูงาน สัมมนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด TO BE NUMBER ONE เพื่อเพิ่มศักยภาพให้สามารถบริหารงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. จากผลการศึกษาปัจจัยพยากรณ์การมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง สถานศึกษา ควรสนับสนุนให้แกนนำเยาวชน TO BE NUMBER ONE มีความเข้าใจในการจัดการการดำเนินงานการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด TO BE NUMBER ONE ที่ถูกต้องและมีส่วนร่วมในการดำเนินงานร่วมกันมากขึ้น เช่น การประสานงาน การเป็นวิทยากร พี่เลี้ยงฝึกอบรม เพื่อส่งเสริมให้เกิดทักษะและความสามารถที่หลากหลาย

3. จากผลการศึกษาระดับการมีส่วนร่วมในการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของกลุ่มตัวอย่าง สถานศึกษาควรมีการชี้แจงทำความเข้าใจให้กับคณะกรรมการแกนนำเยาวชน TO BE NUMBER ONE ทุกฝ่ายทุกระดับ ควรให้คณะกรรมการมีส่วนร่วมมากขึ้นในการกำหนดแนวทางการดำเนินงานเพื่อให้เหมาะสมสอดคล้องกับสภาพปัญหาของพื้นที่ มีนโยบายและขอบข่าย

ในการปฏิบัติงานที่ชัดเจนและให้โอกาสในการมีส่วนร่วมกำหนดแนวทางการปฏิบัติงาน

4. จากผลการศึกษาปัจจัยพยากรณ์การมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง สถานศึกษาควรพิจารณาจัดสรรวัสดุอุปกรณ์ให้เพียงพอ เหมาะสม รวดเร็วขึ้นกับการดำเนินงานการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด TO BE NUMBER ONE สอดคล้องกับแผนการปฏิบัติงานวางไว้

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาแนวทางการพัฒนาศักยภาพแกนนำเยาวชน TO BE NUMBER ONE ให้สามารถดำเนินการจัดการการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด TO BE NUMBER ONE ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ควรมีการศึกษามูลค่าการพัฒนาศักยภาพแกนนำเยาวชน TO BE NUMBER ONE ในการดำเนินการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด TO BE NUMBER ONE

### เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดำเนินงานโครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด TO BE NUMBER ONE ฉบับปรับปรุง ปี 2552. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์ การเกษตร; 2552.
- ศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดแห่งชาติ (ศพส.). สรุปผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์พลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติด พ.ศ. 2555. กรุงเทพฯ: สำนักงานป.ป.ส.; 2554.
- วุฒิพงษ์ ภักดีกุล. ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของคณะกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิต

- วิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2549.
4. Schermerhorn, JR. Introduction to Management. New York: John Wiley & Sons, Inc; 2010.
  5. ศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดแห่งชาติจังหวัดขอนแก่น (ศพส.จ.ขก.). สรุปผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์พลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดจังหวัดขอนแก่น. ขอนแก่น: ศพส.จ.ขก.; 2555.
  6. สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาขอนแก่นเขต 25. สรุปผลการดำเนินงานโครงการ TO BE NUMBER ONE. ขอนแก่น: สพม. 25; 2557.
  7. พยุง ศรีกิ่งพาน และประจักษ์ บัวผัน. การสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของประธานเครือข่ายระดับหมู่บ้านสังกัดเครือข่ายชุมชนแก้ไขปัญหายาเสพติด บ้านสวนมอญ อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิชาการสุขภาพภาคประชาชนภาคอีสาน. 2552; 23(6): 24-30.
  8. มยุรี สุวรรณโคตร และพีระศักดิ์ ศรีถาษา. ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานกองทุนพัฒนาสุขภาพในจังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มข. 2551; 1(2): 33-45.
  9. กัญญาวัลย์ ศรีสวัสดิ์พงษ์ และประจักษ์ บัวผัน. การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัย มข. 2554; 16(5); 563-574.
  10. วุฒิพงษ์ ภักดีกุล. ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของคณะกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุขบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2549.
  11. อมรรัตน์ จันทร์สว่าง และประจักษ์ บัวผัน. การมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัย มข. 2553; 10(3): 89-102.
  12. อรุณ จิรวัดน์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒนา; 2553.

## กระท่อม : ยาเสพติดจริงหรือ

วิโรจน์ วีรชัย พ.บ.

สำเนา นิลบรรพ์ พย.ม.

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

กระท่อมเป็นพืชที่ถูกจัดเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 5 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 เช่นเดียวกับกัญชาและเห็ดขี้ควายในประเทศไทยได้มีการควบคุมการใช้กระท่อมมานานกว่า 60 ปี ตามพระราชบัญญัติพืชกระท่อม พ.ศ. 2486 อย่างไรก็ตามในส่วนการกำหนดกระท่อมเป็นยาเสพติดนั้นในหมู่นักวิชาการบางส่วนยังมีข้อสงสัยในโทษพิษภัยของกระท่อมว่าควรจัดเป็นยาเสพติดให้โทษหรือไม่ เพราะกระท่อมไม่ได้ถูกจัดเป็นยาเสพติดหรือวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทตามอนุสัญญาของสหประชาชาติ ซึ่งคณะกรรมการวิชาการวิสามัญได้ศึกษาผลดีและผลเสียการบริโภคพืชกระท่อม และสมาชิกวุฒิสภาได้ลงพื้นที่รับฟังความคิดเห็นของประชาชน เพื่อนำข้อคิดเห็นและข้อสรุปที่ได้ไปเป็นแนวทางเสนอว่าควรยกเลิกพืชกระท่อมออกจากยาเสพติดให้โทษประเภท 5 ตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดหรือไม่ ผลการสำรวจยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจนและไม่พบหลักฐานการแถลงออกสู่สาธารณชน<sup>1</sup> จึงได้มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับพืชกระท่อมในแง่มุมต่างๆ ทั้งประโยชน์ทางด้านสังคม วัฒนธรรม ลดอาการถอนยาจากสารเสพติด ในปี 2548 จึงได้มีข้อเสนอให้ยกเลิกการกำหนดกระท่อมเป็นยาเสพติดให้โทษ แต่ยังไม่มีความชัดเจน ออกมา และในปี 2556 ในการ

ประชุมผู้บริหารกระทรวงยุติธรรมมีความเห็นไปในทางเดียวกัน คือ ควรถอนพืชกระท่อมออกจากบัญชียาเสพติดให้โทษประเภท 5 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พุทธศักราช 2522 อีกครั้งหนึ่ง เนื่องจากเป็นพืชที่ชาวบ้านนิยมบริโภคเพื่อกระตุ้นในการทำงาน โดยไม่มีอันตรายต่อร่างกายรวมทั้งยังมีประโยชน์ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์หลายประการ โดยเฉพาะเป็นยาสมุนไพรรักษาโรคบางโรคได้ แต่การดำเนินการจะต้องมีการบังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัดเพื่อไม่ให้มีการนำพืชกระท่อมไปเป็นส่วนผสมของยาเสพติด<sup>2</sup>

บทความนี้ขอนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับพืชกระท่อมในแง่มุมต่างๆ เพื่อประกอบการพิจารณาการยกเลิกพืชกระท่อมออกจากพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษประเภท 5 ดังนี้

### 1. เกษต์วิทยาของพืชกระท่อม

กระท่อม (*Mitragyna speciosa*, Korth) เป็นพืชที่มีถิ่นกำเนิดในเขตร้อนชื้นแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีชื่อเรียกต่างกันไป เช่น ภาคกลางเรียก กระท่อม ภาคเหนือเรียก ถ้าง อี้แดง ภาคใต้เรียก ท่อม มาเลเซีย เรียก ketum ลาวเรียก ไนท่อม กระท่อมมีอัลคาลอยด์ (Alkaloid) เป็นส่วนประกอบมากกว่า 25 ชนิด ซึ่ง Mitragynine เป็นสารอัลคาลอยด์ที่พบมากที่สุดถึงร้อยละ 66

และยังมีอัลคาลอยด์อื่นๆ เช่น 7- hydroxymitragynine, speciogynine, paynantheine, speciociliatine ใบกระท่อมสด 1 ใบ มีน้ำหนักเฉลี่ย 1.7 กรัม (ใบแห้งหนัก 0.43 กรัม) ใบสด 20 ใบ จะได้อัลคาลอยด์ mitragynine ประมาณ 17 มิลลิกรัม หรือประมาณ 850 ไมโครกรัมต่อ 1 ใบ

ฤทธิ์ของกระท่อมเมื่อใช้ในขนาดต่ำจะมีฤทธิ์กระตุ้นประสาทคล้ายโคเคน ('Cocaine like' stimulant) ทำให้ผู้ใช้รู้สึกทำงานได้มากขึ้นไม่เหน็ดเหนื่อย ตากแดดได้ทน แต่หากใช้ในขนาดสูงจะมีฤทธิ์กดประสาทคล้ายมอร์ฟีน ('Morphine like' sedation)<sup>3</sup>

Mitragynine ออกฤทธิ์คล้ายมอร์ฟีนแต่มีความแรงน้อยกว่า 10 เท่า<sup>4</sup> ซึ่งมีความสามารถจับกับ opioid receptors โดยเฉพาะ mu - และ delta - receptor subtype โดยตรง จากการศึกษาด้านเภสัชวิทยาในสัตว์ทดลองพบว่า มีผลต่อ central antinociception, inhibition of intrinsic activity or electrically elicited guinea pig ileum contraction and drug induced gastric acid secretion และ inhibition of cAMP content<sup>5</sup> จากรายงานของ Poisindex ซึ่งเป็นฐานข้อมูลการอ้างอิงทางคลินิก (Micromedex) ของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า mitragynine บริสุทธิ์ขนาด 50 มิลลิกรัม (กระท่อมประมาณ 60 ใบ) ทำให้เกิด motor excitement, rombergism, giddiness และ tremors of face, extremities and tongue<sup>6</sup>

ยังมีการค้นพบสารอัลคาลอยด์ที่สกัดได้จากใบกระท่อม ซึ่งพบปริมาณน้อยแต่มีฤทธิ์เด่นในการแก้ปวด คือ 7- hydroxymitragynine ซึ่งพบร้อยละ 2 ออกฤทธิ์ต่อ opioid receptor<sup>7,8</sup> มีฤทธิ์แก้ปวดแรงกว่ามอร์ฟีน 17 เท่า<sup>9</sup> นอกจากนี้ ยังพบว่าพืชกระท่อมมีฤทธิ์ต้านการอักเสบ (Anti - inflammatory)<sup>10</sup> ฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระ และฤทธิ์ในการ

ฆ่าเชื้อแบคทีเรีย ได้แก่ salmonella typhi และ bacillus subtitis<sup>11</sup>

ได้มีการศึกษาถึงพิษเฉียบพลันของกระท่อมในหนูทดลอง โดยการให้กระท่อมที่สกัดด้วยเมทานอล ในขนาด 100, 500 และ 1,000 มิลลิกรัม/กิโลกรัม เป็นเวลานาน 14 วัน เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับมอร์ฟีนขนาด 430 มิลลิกรัมทางปาก พบว่า หนูที่ได้รับกระท่อมทั้ง 3 ขนาด มีความดันโลหิตสูงขึ้นภายหลังจากที่ได้รับกระท่อม 1 ชั่วโมง โดยหนูที่ได้รับกระท่อมในขนาดสูงสุด 1,000 มิลลิกรัม จะเกิดพิษเฉียบพลันต่อตับอย่างรุนแรง (Acute severe hepatotoxicity) ส่วนพิษต่อไตพบมีเพียงเล็กน้อย (Mild nephrotoxicity)<sup>12</sup>

### ผลของกระท่อม<sup>13</sup>

#### ผลระยะสั้น

จากการศึกษาทางคลินิกในผู้ใช้ใบกระท่อม พบว่า ใบกระท่อมจะออกฤทธิ์ภายใน 5-10 นาที หลังจากเคี้ยวใบสด จะมีอารมณ์แจ่มใส หายปวดเมื่อย มีเรี่ยวแรง ทำงานไม่เหนื่อย และจะออกฤทธิ์นานประมาณ 4-5 ชั่วโมง

#### ผลระยะยาว

ร่างกายทรุดโทรมเนื่องจากร่างกายทำงานมากเกินไป มักจะมีรูปร่างผอม ผิวหนังแห้งดำเกรียมริมฝีปากดำ เนื่องจากจะไปเพิ่มการผลิต melatoninocyte - stimulating substance ปากแห้ง ปัสสาวะบ่อย ท้องผูก เกิดภาวะการติดยา บางรายพบอาการทางจิต<sup>13, 14</sup>

## 2. ผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system)

จากการศึกษาในหนูทดลองพบว่า Mitragynine และ 7- hydroxymitragynine ออกฤทธิ์ในสมองที่ opioid receptors เช่นเดียวกับอัลคาลอยด์

จากยางฝิ่น เช่น มอร์ฟีน โดย mitragynine มีความแรงน้อยกว่ามอร์ฟีนประมาณ 10 เท่า และ 7-hydroxymitragynine มีฤทธิ์แรงมากกว่ามอร์ฟีน 17 เท่า จะออกฤทธิ์ที่ opioid receptors มีผลโดยตรงกับตัวรับมิว ( $\mu$ ) หรือตัวรับเดลต้า-opioid receptors subtype จึงมีฤทธิ์ในการระงับปวด นอกจากนี้จากการศึกษาของ Slot AC และคณะ<sup>15</sup> พบว่า กระท่อมยังออกฤทธิ์ต่อ dopamine D1 receptors ด้วย

นอกจากนี้ยังออกฤทธิ์ที่ก้านสมอง บริเวณ dorsal raphe nucleus โดยกระตุ้นการทำงานของเซลล์กลุ่มประสาทจำนวนหนึ่งในบริเวณสมองดังกล่าว ซึ่งเป็นการกระตุ้นการผลิตสารสื่อประสาทชนิด serotonin ดังนั้น ด้านสรรพคุณพบว่า สารอัลคาลอยด์ จากพืชกระท่อมมีฤทธิ์ต้านอาการซึมเศร้าอย่างอ่อน<sup>16</sup> และมีการศึกษาพบว่า mitragynine มีผลต่อ neuroendocrine HPA axis system<sup>17</sup>

### 3. ฤทธิ์การเสพติด (Dependence potential)

ฤทธิ์การเสพติดของกระท่อม นั้น ได้มีการศึกษาผลของสารสกัดอัลคาลอยด์จากกระท่อม ต่อการทำงานของสมองส่วนที่มีผลต่อการเสพติด คือ บริเวณ nucleus accumbens และ striatum พบว่า สารสกัดจากกระท่อมขนาดเข้มข้น 80 มก. ต่อน้ำหนักตัว 1 กก. ไม่มีผลต่อการกระตุ้นสมองทั้งสองส่วนเหมือนยาเสพติดตัวอื่น และการศึกษาถึงอาการถอนยาของกระท่อมในหนูทดลองเปรียบเทียบกับสารเสพติดชนิดอื่น พบว่า การได้รับมอร์ฟีนเพียง 3 วัน มีผลทำให้หนูทดลองติดและมีอาการถอนยาอย่างรุนแรง ส่วนหนูที่ได้ อาหารเหลวที่มีเอทานอลผสมอยู่ร้อยละ 7 เป็นเวลา 21 วัน มีอาการถอนเอทานอลเมื่อหยุดใช้ ส่วนหนูที่ได้รับสารสกัดอัลคาลอยด์จากใบกระท่อมเป็นเวลา 3 เดือนในปริมาณ 20 มก. ต่อน้ำหนักตัว

1 กก. เมื่อหยุดใช้ไม่พบอาการถอนยาเหมือนหนูที่ได้มอร์ฟีนหรือเอทานอล<sup>18</sup> จากผลการศึกษาสรุปว่า กระท่อมมีฤทธิ์ในการเสพติดต่ำมากและต่ำกว่าสุรา

### 4. ผลของการใช้กระท่อมในทางที่ผิด (Actual abuse)

มีรายงานว่าผู้ใช้พืชกระท่อมมีภาวะการเสพติดกระท่อมเมื่อใช้เป็นระยะเวลาานาน ซึ่งจากการศึกษาย้อนหลังถึงอาการทางคลินิก และการสัมภาษณ์ทั้งผู้ใช้กระท่อมเป็นประจำ จำนวน 150 คน ใช้กระท่อมเฉลี่ยครั้งละ 2.4 ใบ วันละ 4.8 ครั้ง รวมใช้เฉลี่ย 11.5 ใบต่อวัน และผู้ใช้กระท่อมเป็นครั้งคราว จำนวน 167 ราย ใช้กระท่อมเฉลี่ยครั้งละ 1.4 ใบ วันละ 2.2 ครั้ง รวมใช้เฉลี่ย 4.1 ใบต่อวัน พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีลักษณะพฤติกรรมของการเสพติดตามหลักเกณฑ์ DSM IV อย่างมีนัยสำคัญ<sup>19</sup> ดังนี้

1. มีความอยากใช้กระท่อมเกือบตลอดเวลา ผู้ใช้ประจำร้อยละ 36 บอกว่าสิ่งแรกที่คิดถึงหลังตื่นนอนคือการใช้ใบกระท่อม

2. มีอาการขาดยาเมื่อหยุดใช้ ได้แก่ อาการปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อและกระดูก รู้สึกอ่อนเพลีย ไม่มีแรง กระวนกระวาย น้ำมูกน้ำตาไหล นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร หงุดหงิด<sup>13,14,20</sup> และเกิดอาการทางจิต ได้แก่ หูแว่ว เห็นภาพหลอน และพูดคนเดียว ร้อยละ 16, 12 และ 8 ตามลำดับ ซึ่งหลังจากได้รับยาต้านอาการทางจิตแล้วอาการจะดีขึ้นเร็วใน 2 วัน<sup>14</sup> (จากข้อมูล 25 ราย)

3. ไม่สามารถควบคุมการใช้กระท่อมได้ และมีความพยายามที่จะลดหรือเลิกใช้แต่ไม่สำเร็จ กล่าวคือ ต้องใช้กระท่อมทันทีที่มีโอกาส เพราะช่วยให้สามารถควบคุมตนเองหรือสิ่งต่างๆ ได้ดีขึ้น รู้สึกว่ายากมากหากต้องเลิกใช้ เคยพยายามที่จะ



เลิกใช้หรือลดปริมาณลง แต่ไม่สามารถทำได้ ทั้งๆ ที่ครอบครัวและเพื่อนๆ เตือนให้เลิกอยู่บ่อยครั้ง

4. มีการติดต่อฤทธิ์ของกระท่อมอย่างชัดเจน โดยผู้ใช้จะเพิ่มปริมาณการใช้ใบกระท่อม จากวันละ 2-3 ใบ ไปจนถึงวันละ 50 ใบ

5. มีพฤติกรรมที่แสดงถึงการหมกมุ่นกับการใช้หรือการแสวงหาพืชกระท่อมจนรบกวนต่อการดำเนินชีวิตประจำวันหรือการทำหน้าที่ต่างๆ ต้องใช้เวลาในการจัดเตรียมใบกระท่อมให้พร้อมใช้ได้เสมอ เมื่อต้องเดินทางไปที่อื่นๆ หรือหลังตื่นนอนเพราะสิ่งแรกที่ต้องทำหลังตื่นนอนคือการใช้กระท่อม รวมทั้งมีความรู้สึกกังวลบ่อยครั้งว่าจะไม่มีกระท่อมให้ใช้ ทำให้ไม่อยากเดินทางไปในที่ที่ไม่มีกระท่อมให้ใช้

6. ผู้ใช้พืชกระท่อมประจำร้อยละ 26 ยังคงต้องใช้กระท่อมอยู่ถึงแม้จะมีอาการเจ็บป่วย หรือทำงาน/กิจกรรมอื่นๆ ไม่ได้ และยอมรับว่าการใช้กระท่อมมีผลเสียต่อสุขภาพ เช่น ทำให้ท้องผูก ผิดคล้ำ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร แต่ก็ยังคงต้องการใช้พืชกระท่อมต่อไป

## 5. ประโยชน์ในการรักษา (Therapeutic usefulness)

1. ใช้ระงับอาการปวด เนื่องจาก mitragynine และ 7 - hydroxymitragynine มีกลไกการออกฤทธิ์ในสมองที่ opioid receptors เช่นเดียวกับอัลคาลอยด์จากฝิ่น เช่น มอร์ฟีน โดย mitragynine มีความแรงน้อยกว่ามอร์ฟีนประมาณ 10 เท่า ออกฤทธิ์ที่ opioid receptors ซึ่งมีผลโดยตรงกับตัวรับมิว ( $\mu$ ) หรือตัวรับ เดลต้า opioid receptors subtype แต่ 7-hydroxymitragynine มีฤทธิ์แรงกว่ามอร์ฟีนถึง 17 เท่า<sup>9</sup>

2. ลดการซึมเศร้า (Antidepressant) จาก

การกระตุ้นการผลิตสารสื่อประสาทชนิด serotonin<sup>16</sup>

3. ลดการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อเรียบในลำไส้ โดยจากการศึกษา พบว่า 7- hydroxymitragynine จะไปยับยั้งการหดตัวของลำไส้ (Gastrointestinal transit) ในหนูทดลอง ทำให้สามารถช่วยลดอาการถ่ายเหลวลงได้<sup>5</sup>

4. บำบัดอาการถอนสุรา จากการศึกษาของ เอกสิทธิ์ กุมารสิทธิ์<sup>18</sup> ในการใช้สารสกัดอัลคาลอยด์จากใบกระท่อมขนาด 60 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม เปรียบเทียบกับยามาตรฐาน คือ ฟลูออ็อกซีติน (Fluoxetine) ในขนาด 10 มิลลิกรัม แก่หนูทดลองที่มีภาวะถอนเหล้า พบว่า สารสกัดอัลคาลอยด์จากใบกระท่อมช่วยบรรเทาอาการถอนเหล้าได้ผลดีพอๆ กับฟลูออ็อกซีติน

ปัจจุบันคณะกรรมการยาเสพติดให้โทษ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ได้อนุมัติให้แพทย์แผนไทยปลูกและใช้ใบกระท่อมในการรักษาโรคผู้ป่วยเฉพาะของตนเอง<sup>21</sup>

## 6. การควบคุมพืชกระท่อมของต่างประเทศ

ประเทศในกลุ่มยุโรป เช่น เดนมาร์ก ลัตเวีย ลิทัวเนีย โปแลนด์ โรมานี สวีเดน มีการควบคุมพืชกระท่อม สารอัลคาลอยด์ mitragynine และ 7 - hydroxymitragynine

ประเทศออสเตรเลีย จัดให้พืชกระท่อมเป็นสารประเภท 9 กลุ่มยาและสารพิษ มีผลบังคับไม่ให้ปลูกและนำเข้า ยกเว้นการนำเข้าเพื่อการศึกษาวิจัย<sup>22</sup>

ประเทศพม่า มีการควบคุมพืชกระท่อมภายใต้กฎหมายที่เกี่ยวกับยาเสพติด<sup>23</sup>

ประเทศมาเลเซีย ประกาศให้กระท่อมเป็นสิ่งผิดกฎหมาย ผู้เสพจะถูกลงโทษตามที่กำหนด มาตรา 30 โดยจะถูกปรับสูงสุด 10,000 ริงกิต หรือจำคุก 4 ปี หรือทั้งจำทั้งปรับ<sup>22</sup>

ประเทศสหรัฐอเมริกา<sup>24</sup> โดย The United State Drug Enforcement Administration มีคำเตือนเกี่ยวกับการใช้พืชกระท่อม (Drugs and Chemical of Concern)

ส่วนประเทศนิวซีแลนด์มีการควบคุมพืชกระท่อมและสาร mitragynine ภายใต้กฎหมายของ Medline Amendment Regulations<sup>23</sup>

สำหรับสหประชาชาติไม่ได้กำหนดให้พืชกระท่อมเป็นสิ่งเสพติดที่ผิดกฎหมาย แต่ UNODC ได้มีการขอความร่วมมือให้ประเทศสมาชิกเฝ้าระวังและติดตามสถานการณ์การแพร่ระบาดของสารออกฤทธิ์ชนิดใหม่ ซึ่งรวมทั้งพืชกระท่อมด้วย<sup>23</sup>

### 7. การพิจารณาฤทธิ์ของการเสพติด และข้อกำหนดตาม พรบ. ยาเสพติดให้โทษ และ พรบ. วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association) ได้กำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะการติดยาเสพติด (Substance dependence) ตาม DSM IV ไว้โดยต้องมีการแสดงออก 3 ใน 7 อาการ (หรือมากกว่า) ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา<sup>25</sup> ดังนี้

1. มีการติดยา คือมีความต้องการใช้สารเพิ่มขึ้น เนื่องจากได้รับผลจากสารลดลงอย่างมาก หากยังใช้สารนั้นในขนาดเท่าเดิม
2. มีอาการขาดยา คือมีอาการจำเพาะเมื่อหยุดใช้ (Withdrawal) และเมื่อได้ใช้จะสามารถลดหรือกำจัดอาการขาดยาได้
3. มีการใช้ในปริมาณมาก หรือเป็นระยะเวลา ยาวนานกว่าที่ตั้งใจ
4. มีความต้องการสารอยู่ตลอดเวลา หรือไม่สามารถหยุด หรือควบคุมการใช้ได้
5. ใช้เวลาอย่างมากในการกระทำเพื่อให้ได้

สารนั้นมาใช้

6. ต้องงดหรือลดการเข้าสังคม การงาน หรือการหย่อนใจอื่น เนื่องจากการใช้สาร

7. ยังคงใช้สารแม้จะทราบว่า มีโอกาสก่อหรือกระตุ้นปัญหาทางร่างกาย หรือจิตใจ

ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522<sup>26</sup> ให้ความหมาย “ยาเสพติดให้โทษ” หมายถึง สารเคมีหรือวัตถุนิตใด ๆ ซึ่งเมื่อเสพเข้าสู่ร่างกาย ไม่ว่าจะโดยรับประทาน ดม สูบ ฉีด หรือด้วยประการใดๆ แล้วทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจ ในลักษณะสำคัญ เช่น ต้องเพิ่มขนาดการเสพขึ้น เป็นลำดับ มีอาการถอนยาเมื่อขาดยา มีความต้องการเสพทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรง ตลอดเวลา และสุขภาพโดยทั่วไปจะทรุดโทรมลง รวมทั้งบัญญัติให้รวมถึงพืชหรือส่วนของพืชที่เป็น หรือให้ผลผลิตเป็นยาเสพติดให้โทษ หรืออาจใช้ผลิตเป็นยาเสพติดให้โทษและสารเคมีที่ใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษด้วย ซึ่งให้เป็นไปตามที่คณะรัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษา แต่ไม่หมายรวมถึงยาสามัญประจำบ้านบางตำรับตามกฎหมายว่าด้วยยาที่มียาเสพติดให้โทษผสมอยู่

ส่วนพระราชบัญญัติวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518 ให้นิยาม “วัตถุออกฤทธิ์” ว่าหมายถึง วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทที่เป็นสิ่งธรรมชาติหรือที่ได้จากสิ่งธรรมชาติ หรือวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทที่เป็นวัตถุสังเคราะห์ ทั้งนี้ให้เป็นไปตามที่คณะรัฐมนตรีประกาศในพระราชกิจจานุเบกษา โดยแบ่งออกเป็น 4 ประเภท<sup>27</sup> คือ

**วัตถุออกฤทธิ์ประเภท 1** เป็นสารที่มีอันตรายร้ายแรง มีประโยชน์ทางการแพทย์น้อยหรือไม่ มีเลยซึ่งยาส่วนใหญ่มีฤทธิ์หลอนประสาท ได้แก่ cathinone, DET, DMHP, etryptamine.

methcathinone, mescaline, mescaline derivatives, mescaline analog, 4-methylaminorex, parahexyl, PCE, PHP, psilocine, psilocybine, TCP และ tetrahydrocannabinol

**วัตถุออกฤทธิ์ประเภท 2** เป็นยาที่มีอันตรายมาก มีประโยชน์ทางการแพทย์น้อย มีการใช้อยู่ในวงจำกัด ได้แก่ ephedrine, flunitrazepam, flurazepam, ketamine, methylphenidate, midazolam, nitrazepam, buprenorphine, phenylpropanolamine, phenthermine, pseudoephedrine (ยกเว้นแต่ที่เป็นส่วนผสมในตำรับยาสูตรผสมและตำรับยาเสพติดให้โทษ), temazepam และ triazolam

**วัตถุออกฤทธิ์ประเภท 3** เป็นยาที่มีอันตรายต่อสุขภาพปานกลาง มีใช้ในทางการแพทย์มาก ได้แก่ glutethimide, pentazocine, pentobarbital

**วัตถุออกฤทธิ์ประเภท 4** เป็นยาที่มีอันตรายต่อสุขภาพน้อย มีใช้ในทางการแพทย์มาก ได้แก่ alprazolam, bromazepam, chloral hydrate, chlordiazepoxide, clobazam, clorazepate, diazepam, fludiazepam, lorazepam และ phenobarbital

โดยข้อกำหนดการควบคุมหลักตามพระราชบัญญัติวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518 ฉบับนี้คือห้ามมิให้ผู้ใดแสวงหาวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 1 ส่วนประเภท 2, 3 และ 4 สามารถใช้ได้แต่ต้องเป็นไปตามคำสั่งของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม และมีการควบคุมการออกใบอนุญาต ส่วนในด้านการผลิต การครอบครอง การนำเข้าหรือส่งออก ทั้ง 4 ประเภทต้องได้รับอนุญาตตามกฎหมายเท่านั้น

## ข้อพิจารณาในการถอดพิษกระท่อมออกจากพรบ. ยาเสพติดให้โทษ

จากข้อมูลทั้งผลการวิจัยและวิชาการเกี่ยวกับพิษกระท่อมทั้งในส่วนฤทธิ์การเสพติดและผลต่อร่างกาย จิตใจของผู้เสพแล้ว หากต้องการถอนพิษกระท่อมออกจากบัญชียาเสพติดให้โทษประเภท 5 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พุทธศักราช 2522 ก็คงต้องพิจารณาผลกระทบทางด้านสาธารณสุขและด้านสังคมร่วมด้วย ซึ่งแนวทางหนึ่งคืออาจพิจารณาควบคุมให้พิษกระท่อมเป็นวัตถุออกฤทธิ์ในระดับใดระดับหนึ่งหรือควบคุมโดยกฎหมายอื่นจากกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

### เอกสารอ้างอิง

1. สุภาวดี แก้วประดับ. พิษกระท่อม. เอกสารอัดสำเนา; ม.ป.ป.
2. ทีมข่าวอาชญากรรม. ยธ.เดินหน้าขงถอนใบกระท่อมจากบัญชียาเสพติด. [สืบค้น 2 ตุลาคม 2556]. เข้าถึงได้จาก <http://www.manager.co.th/Crime/ViewNews.aspx?NewsID=9560000123946>.
3. Babu, K.M., McCurdy, C.R., Boyer, E.M. Opioid receptors and legal highs : Salvia divinorum and Kratom. *Clinical Toxicology* 2008; 46: 146-152.
4. Watanabe K, Yano S, Horie S, Yamamoto LT. Inhibitory effect of mitragynine, an alkaloid with analgesic effect from Thai medicinal plant *Mitragyna speciosa*, on electrically stimulated contraction of isolated guinea-pig ileum through the opioid receptor. *Life Sci* 1997; 60: 933-42.
5. Matsumoto K, Mizowaki, M., Suchitra, T.,

- Takayama, H., Sakai, S.I., Aimi, N., Watanabe, H. Antinociceptive action of mitragynine in mice: evidence for the involvement of supraspinal opioid receptors. *Life Sci* 1996; 59: 1149–55.
6. N.D. Mitragynine. (cited 2013 Oct 2). Available from: <http://www.micromedex.com/>.
  7. Matsumoto K, Hatori Y, Murayama T, Tashima K, Wongseripipatana S, Misawa K, Kitaji M, Takayama H, Horie S. Involvement of mu-opioid receptors in antinociception and inhibition of gastrointestinal transit induced by 7-hydroxymitragynine, isolated from Thai herbal medicine *Mitragyna speciosa*. *Eur J Pharmacol* 2006; 549: 63-70.
  8. Matsumoto K, Horie S, Ishikawa H, Takayama, H., Aimi, N., Ponlux D, Watanabe, K. Antinociceptive effect of 7- hydroxymitragynine in mice: Discovery of an orally active opioid analgesic from the Thai medicinal herb *Mitragyna speciosa*. *Life Sci*. 2004; 74: 2143–55.
  9. wikipedia. 7-Hydroxymitragynine. (cited 2013 Oct 2). Available from: <http://en.wikipedia.org/wiki/7-Hydroxymitragynine>.
  10. Shaik Mossadeq WM, Sulaiman MR, Tengku Mohamad TA, Chiong HS, Zakaria ZA, Jabit ML, Baharuldin MT, Israf DA. Anti-inflammatory and antinociceptive effects of *Mitragyna speciosa* Korth methanolic extract. *Med Princ Pract* 2009; 18: 378-84.
  11. Parthasarathy S, Bin Azizi J, Ramanathan S, Ismail S, Sasidharan S, Said MI, Mansor SM. Evaluation of antioxidant and antibacterial activities of aqueous, methanolic and alkaloid extracts from *Mitragynaspeciosa* (Rubiaceae family) leaves. *Molecules* 2009; 14: 3964-74.
  12. Harizal SN, Mansor SM, Hasnan J, Tharakan JK and Abdullah J. Acute toxicity study of the standardized methanolic extract of *Mitragynaspeciosa* Kort in rodent. *J Ethnopharmacol* 2010; 131: 404-9.
  13. Suwanalert Sangun. A study of kratom eaters in Thailand. *Bull Narc* 1975; 27: 21-27.
  14. วิโรจน์ วีรชัย, สำเนา นิลบรรพ์. อาการทางคลินิกของผู้เสฟตีดกระท่อม. *วารสารกรมการแพทย์*. 2548; 30: 310-13.
  15. Slot AC, Schroder H, Neurath H, Grecksch G, Holtt V, Meyer MR, Maurer HH, Zieboiz N, Havemann-Reinecke U, Becker A. Behavioral and neurochemical characterization of kratom (*Mitragynaspeciosa*) extract. *Psychopharmacology (berl)*. 2013; 231: 13-25.
  16. เอกสิทธิ์ กุมารสิทธิ์. ในสรุปลงสารสำคัญการประชุมวิชาการพืชกระท่อม ระหว่างวันที่ 17-18 ตุลาคม 2548 ณ ห้องประชุมคอนเวนชันฮอลล์ ศูนย์ประชุมสถาบันวิจัยจุฬารักษ์ กรุงเทพมหานคร. เอกสารอัดสำเนา.
  17. Idayu NF, Hidayat MT, Moklas MA, Sharida F, Raudzah AR, Raudzah AR, Shamina AR, Apryani E. Antidepressant-like effect of mitragynine isolated from *Mitragynaspeciosa* Kort in mice model of depression. *Phytomedicine*. 2011; 18: 402-7.
  18. เอกสิทธิ์ กุมารสิทธิ์. พืชใบกระท่อมช่วยลดอาการลงแดงจากสารเสฟตีด. [สืบค้น 2 ตุลาคม 2556]. เข้าถึงได้จาก <http://www.slideshare.net/UtaiSukwatsirikul/katom-summary>.

19. สาวิตรี อัจฉนาภกรชัย. การใช้ การเสพติด และ ผลกระทบต่อสุขภาพ. ใน : สาวิตรี อัจฉนาภกรชัย อาภา ศิริวงศ์ ณ อยุธยา, บรรณาธิการ. พิษกระท่อม ในสังคมไทย วัฒนธรรม พฤติกรรม สุขภาพ วิทยาศาสตร์ กฎหมาย. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานงบประมาณ ความช่วยเหลือด้านการป้องกัน และปราบปรามยาเสพติด (NAS) สถานเอกอัครราชทูตสหรัฐอเมริกา ประจำประเทศไทย สำนักงาน คณะกรรมการป้องกัน และปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม; 2548.
20. บุญศิริ จันศิริมงคล, อรณลิน สิงขรณ์, บรรเจิด ทิพย์นุรักษ์ และดวงวิกรณ์ พ่วงรอด. การศึกษาผลกระทบทาง อากาโรวิทยาที่พบในผู้เสพพืชกระท่อม ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยา. 2552; 3: 41-53.
21. กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหาร และยา. การประชุมคณะกรรมการควบคุมยาเสพติด ให้โทษ (ตั้งขึ้นตามมาตรา 9 แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522) ประจำปี 2550 ครั้งที่ 284-9/2550 วันที่ 21 พฤศจิกายน 2550 [สืบค้น 2 ตุลาคม 2556]. เข้าถึงได้จาก <http://newsser.fda.moph.go.th/newsser/2008/list/detail.php?id=814>
22. กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหาร และยา. โครงการศึกษาผลกระทบต่างๆ ในการควบคุม พืชกระท่อมเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 5; 2548.
23. กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหาร และยา. กระท่อม (Kratom). [สืบค้น 10 ตุลาคม 2556]. เข้าถึงได้จาก <http://narcotic.fda.moph.go.th/welcome/?p=2539>
24. Prozialeck WC, et al. Pharmacology of kratom: an emerging botanical agent with stimulant, analgesic and opioid-like effects. J Am Osteopath 2012; 112: 792-9.
25. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. 4th ed. Washington: American Psychiatric Association; 2000.
26. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปราม ยาเสพติดกระทรวงยุติธรรม. รวมกฎหมายยาเสพติด พร้อมด้วยกฎกระทรวงระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง. เอกสารเผยแพร่; 2555.
27. ประเภทของวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท. [สืบค้น 10 ตุลาคม 2556]. เข้าถึงได้จาก <http://www2.custom.go.th/jsp/hazard/public/narcotic/preface.pdf>.

## คำชี้แจงการส่งเรื่องเพื่อลงพิมพ์

วารสารวิชาการเสพติดจัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ความรู้ ผลงานทางวิชาการ และบทความอันเป็นประโยชน์ต่อนักวิชาการ และบุคลากรที่สนใจ

การส่งบทความตีพิมพ์เรื่องที่จะส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นมาก่อนและเรื่องที่ได้รับการลงพิมพ์ในวารสารแต่ละฉบับแล้วถือเป็นสิทธิ์ของวารสารวิชาการเสพติด

## การส่งต้นฉบับ

ให้พิมพ์หน้าเดียวบนกระดาษขนาด A4 บนมุมขวาของกระดาษพิมพ์ใส่เลขหน้ากำกับทุกหน้า การเขียนต้นฉบับควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด ยกเว้นแต่คำภาษาอังกฤษที่แปลไม่ได้ หรือแปลแล้วทำให้ใจความไม่ชัดเจน

ส่งต้นฉบับ (เอกสาร) 1 ชุด มาที่บรรณาธิการ เพื่อให้กองบรรณาธิการพิจารณาก่อน (เมื่อได้รับการตอบรับตีพิมพ์ได้ ให้ส่งต้นฉบับสุดท้าย (แผ่น CD) พร้อมสำเนา 1 ชุด ที่แก้ไขเรียบร้อยแล้ว พร้อมจะตีพิมพ์ กลับคืนที่บรรณาธิการ บันทึกต้นฉบับด้วยโปรแกรม Microsoft Word for Windows ตัวอักษร Angsana UPC ขนาด 16 เป็น 1 คอลัมน์

## ประเภทของบทความ

### 1. นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article)

เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้า หรือวิจัย ควรประกอบด้วยหัวข้อตามลำดับต่อไปนี้ ชื่อเรื่อง ผู้นิพนธ์ บทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์และวิธีการ ผล วิเคราะห์ สรุป กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง ความยาวเรื่องไม่ควรเกิน 12 หน้าพิมพ์

### 2. รายงานผู้ป่วย (Case Report)

เป็นรายงานเกี่ยวกับกรณีศึกษาผู้ป่วยที่ไม่เคยมีรายงานมาก่อนหรือมีรายงานน้อย ประกอบด้วยหัวข้อดังต่อไปนี้ บทนำ รายงานผู้ป่วย วิเคราะห์ สรุป กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง

### 3. บทฟื้นฟูวิชา (Refresher Course)

เป็นบทความที่ให้ความรู้เฉพาะเรื่องที่รวบรวมเพิ่มเติมสิ่งที่ตรวจพบใหม่หรือเพิ่มเติมความรู้ใหม่ ๆ หรือเป็นบทความวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่างๆ ควรประกอบด้วย บทนำ ความรู้เกี่ยวกับโรคที่นำมาเขียน วิเคราะห์ เอกสารอ้างอิงที่ทันสมัย

### 4. บทความทั่วไป (General Article)

เป็นบทความที่รวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่ง ทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข โดยเรียบเรียงจากวารสารหรือหนังสือต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ ประกอบด้วย บทนำ ความรู้เรื่องโรคที่นำมาเขียน บทวิเคราะห์และเอกสารอ้างอิง ความยาวเรื่องไม่เกิน 12 หน้ากระดาษพิมพ์

### 5. ปกิณกะ (Miscellany)

เป็นบทความทั่วไปที่มีขนาดเล็ก เนื้อหาอาจเข้าข่ายหรือไม่เข้าข่ายบทความต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้น

### 6. ย่อเอกสาร (Abstract)

เป็นการย่อเอกสารจากบทความภาษาต่างประเทศหรือบทความภาษาไทย ซึ่งตีพิมพ์ไม่เกิน 2 ปี ควรมีบทวิจารณ์ฯ ของผู้ย่อประกอบด้วย

### 7. จดหมายถึงบรรณาธิการ (Letter to the Editor) หรือจดหมายโต้ตอบ (Correspondence)

เป็นเวทีโต้ตอบระหว่างนักวิชาการผู้อ่านกับเจ้าของบทความที่ตีพิมพ์ ชี้ความคิดเห็นที่แตกต่าง หรือความไม่สมบูรณ์ ข้อผิดพลาดของรายงาน

## การเตรียมต้นฉบับ

**ชื่อเรื่อง** ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ควรสั้นได้ใจความ และสื่อเป้าหมายหลักของการศึกษา (concise but informative)

**ชื่อ-สกุล/คุณวุฒิของผู้เขียนและหน่วยงาน** ชื่อ-สกุลและหน่วยงาน ใช้เป็นคำเต็มทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ปริญญาหรือคุณวุฒิใช้ตัวย่อที่เป็นสากลทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เช่น พ.บ. (M.D) หรือ พย.บ. (B.N.)

**บทคัดย่อ** วารสารวิชาการเสพติดใช้บทคัดย่อในรูปแบบร้อยแก้ว หรือ unstructural abstract มีทั้งฉบับภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เป็นความเรียงย่อหน้าเดียว มีความสมบูรณ์ ครบถ้วน โดยมีสาระสังเขปประกอบด้วย วัตถุประสงค์ วิธีการผลและสรุปผล ใช้ภาษาที่รัดกุมและเป็นประโยชน์ สมบูรณ์ ควรระบุเนื้อหาที่จำเป็นสิ่งตรวจพบหลัก และผลสรุปและข้อมูลทางสถิติที่สำคัญเน้นผลการศึกษาที่พบใหม่และสำคัญ ในภาษาอังกฤษควรเป็นประโยคอดีต ไม่ควรมีคำย่อ ไม่มีอ้างอิงเอกสาร

บทคัดย่อภาษาไทยของบทความภาษาอังกฤษ ให้ใส่ชื่อผู้พิมพ์ ชื่อเรื่องเป็นภาษาไทยไว้เหนือเนื้อความย่อ สำหรับบทคัดย่อภาษาอังกฤษของบทความภาษาไทย ให้ใส่ชื่อเรื่อง ชื่อเต็มของผู้พิมพ์เป็นภาษาอังกฤษไว้เหนือเนื้อความย่อ

**คำสำคัญหรือคำหลัก (Key words)** ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อสำหรับทำดัชนีเรื่อง (Subject index)

**เนื้อเรื่อง** ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด ยกเว้นคำศัพท์ทางเทคนิคที่จำเป็น ใช้ภาษาที่อ่านง่าย เข้าใจง่าย กระชับ ชัดเจน หากจะใช้คำย่อต้องระบุคำเต็มในครั้งแรกก่อน มีการอ้างอิงเอกสารเป็นตัวเลขเรียงตามลำดับ เนื้อเรื่องควรประกอบด้วย

**บทนำ** อธิบายถึงเหตุผล ความเป็นมาที่นำไปสู่วัตถุประสงค์ของการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่จำเป็นระบุวัตถุประสงค์ของการศึกษาไว้เป็นร้อยแก้วที่ทำยบบทนำไม่ต้องระบุถึงข้อมูลและผลสรุปของการศึกษา

**วัตถุประสงค์และวิธีการ** อธิบายถึงวิธีการศึกษารูปแบบ ช่วงเวลา สถานที่ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มควบคุม เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา มาตรการหรือวิธี (Intervention) ที่ใช้ ถ้าเป็นวิธีที่เป็นที่รู้จักกันทั่วไปให้ระบุในเอกสารอ้างอิง ถ้าเป็นวิธีใหม่ให้อธิบายให้ผู้อ่านเข้าใจและสามารถนำไปใช้ได้ระบุวิธีการเก็บข้อมูล การวิเคราะห์วิธีการทางสถิติที่ใช้

**ผล** แสดงผลที่ได้จากการศึกษาอย่างชัดเจนให้ผู้อ่านและทำความเข้าใจได้ง่ายผลต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา บรรยายเป็นร้อยแก้วในกรณีที่มีตัวเลขไม่มากหรือไม่ซับซ้อน ถ้าตัวเลขมาก ตัวแปรมากให้ใช้ตาราง และแปลความหมายของผลที่พบหรือวิเคราะห์จากตาราง แสดงเฉพาะที่สำคัญและเป็นประเด็นในการวิเคราะห์จากตาราง แสดงเฉพาะที่สำคัญและเป็นประเด็นในการวิเคราะห์ หรือเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้

**วิจารณ์** วิจารณ์ผลการศึกษาว่าตรงกับวัตถุประสงค์หรือสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่ เหมือนหรือแตกต่างจากงานของผู้อื่นหรือไม่ เหมือนหรือแตกต่างจากงานของผู้อื่นหรือไม่อย่างไร และเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น เน้นเฉพาะที่สำคัญและใหม่ ๆ และผลสรุปที่ได้จากการค้นพบนั้นๆ อย่านำเนื้อหาในบทนำหรือผลมากล่าวซ้ำในบทวิจารณ์ ควรแสดงข้อเด่น ข้อด้อย Implication ของการศึกษารวมทั้งข้อเสนอแนะในการศึกษาในอนาคต

**สรุป** สรุปให้ตรงกับผลที่ต้องการจาวัดอุปสงค์ของการศึกษา ให้ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ หรือประเด็นปัญหาสำหรับการศึกษาค้างต่อไป

## การเขียนเอกสารอ้างอิง

1. ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง

2. การอ้างอิงเอกสาร ใช้ระบบ Vancouver โดยใส่หมายเลขอารบิก (arabic) เอกสารอ้างอิงบนไหล่บรรทัดด้านขวา ไม่ต้องใส่วงเล็บ เรียงตามลำดับและตรงกับที่อ้างอิงในเนื้อเรื่อง ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม การอ้างอิงผู้เขียนในบทความภาษาไทยให้เรียงลำดับจาก ชื่อต้นตามด้วยนามสกุล การอ้างอิง ผู้เขียนในบทความภาษาอังกฤษให้เรียงลำดับจากนามสกุลผู้เขียนตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้นและชื่อกลาง

3. การอ้างอิงเอกสารให้ใช้ชื่อเรื่องตามรูปแบบของ U.S. National Library of Medicine ที่ตีพิมพ์ใน Index Medicus ทุกปี หรือดูจาก web site <http://nim.nih.gov> หรือใช้ตามแบบที่ใช้ในเอกสารนั้นๆ

## การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสารวิชาการเสพติดมีหลักเกณฑ์ดังนี้

### 1. การอ้างอิงจากวารสารวิชาการ

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อบทความ. ชื่อย่อวารสาร. ปีที่พิมพ์; ปีที่ (Vol.): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

1. สุกุมมา แสงเดือนฉาย, วิลาส ลักษณะ ชั่ววัลลี, อรพินทร์ ชูชม, พิชัย แสงชาญชัย. ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม

ที่มีต่อการป้องกันการติดยาของผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุรา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2554; 19: 29-41.

2. Afifi TO, Henriksen CA, Asmundson GJ, Sareen J. Childhood maltreatment and substance use disorders among men and women in a nationally representative sample. Can J Psychiatry. 2012; 57: 677-86.

หากมีผู้พิมพ์มากกว่า 6 คน ให้ใส่เพียงชื่อ 6 คนแรก แล้วตามด้วย “et al.” ในวารสารภาษาอังกฤษ หรือตามด้วย “และคณะ” ในวารสารภาษาไทย

### 2. การอ้างอิงจากหนังสือ ตำรา หรือรายงาน

2.1 หนังสือหรือตำราที่ผู้พิมพ์เขียนทั้งหมด ลำดับที่. ผู้พิมพ์/หน่วยงาน. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

หนังสือหรือตำรา แต่งโดยผู้พิมพ์

1. ทรงเกียรติ ปิยะกะ. เวชศาสตร์โรคติดยา คู่มือสำหรับบุคลากรทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ลิบบราเดอรีการพิมพ์; 2545.
2. Beck. Aaron T. Cognitive Therapy Substance Abuse. New York : The Guilford Press; 1993.

หนังสือมีบรรณาธิการ

1. วิโรจน์ วีระชัย, อังกูร ภัทรากกร, ฉวีวรรณ ปัญญาบุศย์, ล้ำซ่า ลักษณะอภิชนชัช, นิภา กิมสูงเนิน, บรรณาธิการ. ตำราเวชศาสตร์การเสพติด. กรุงเทพฯ: สำนักกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ ทหารผ่านศึก; 2548.



2. Sussman, Steve, Ames, Susan L., editors. The social psychology of drug abuse. Philadelphia: Open University Press; 2001.

#### บทใดบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

ลำดับที่. ผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์. สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย

1. ธวัชชัย สีนพนาจ. ระบาดวิทยาของโรคติดต่อสารเสพติด. ใน: พิชัย แสงชาญชัย, พงศธร เนตราคม, นวพร หิรัญวิวัฒน์กุล, บรรณาธิการ. ตำราจิตเวชศาสตร์การติดต่อสารเสพติด. กรุงเทพฯ: บางกอกบล็อก; 2549 หน้า 3-23.

2. Leshner, Alan I. Drug Addiction is a Disease. In: Roman, Espejo, editor. California: Greenhaven Press; 2002. p. 19-24.

#### 3. การอ้างอิงรายงานการประชุม/สัมมนา (Conferance Proceedings)

ลำดับที่. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม. วันเดือนปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

1. Kimura J, Shibaski H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceeding of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct. 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

#### 4. เอกสารอ้างอิงวิทยานิพนธ์

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. (ประเภทปริญญา). ภาควิชา. คณะ. เมือง: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้รับปริญญา.

1. จรรยา สากศิริอนันต์กุล. การพัฒนาทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการเสพยาบ้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นผ่านชุมชนโรงเรียนบ้านโป่งราชบุรี. (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). นครปฐม: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล; 2543.

2. Silpakit C. A Study of common mental disorders in primary care in Thailand (Ph.D.thesis). London :University of London ; 1998.

#### 5. การอ้างอิงจากรายงานวิจัย พิมพ์โดยให้ทุน

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. เมืองที่พิมพ์: หน่วยงานที่พิมพ์/แหล่งทุน; ปีที่พิมพ์.

#### 6. การอ้างอิงจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์

1. Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis (serial online) 1995 Jan-Mar (cited 1996 Jun 5); 1(1) : [24 screens]. Available form : URL:<http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>.

2. Hemodynamics III : the ups and downs of hemodynamics (computer program).Version 2.2 Orlando (FL) : Computerized Educational Systems; 1993.

3. CDI. Clinical dermatology illustrated (monograph on CD- ROM). Reeves

JRT, Maibach H.CMEA Multimedia Group, producers. 2nd ed. Version 2.0 San Diego : CMEA; 1995.

## 7. อื่น ๆ

1. พจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2525. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: อักษรเจริญทัศน์; 2538. หน้า 545.

2. พระราชบัญญัติวิทยุออกอากาศต่อจิตประสาท พ.ศ.2518. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 97 พ.ศ. 2539, ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 133, ตอนพิเศษ 23 ง. (ลงวันที่ 16 สิงหาคม 2539.)



