

บทบาทพยาบาลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพกัญชา

วรารณ ศิริธรรมานุกุล พย.ม. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

ฐิติชญาน์ ปิยภัทรธนัสไชย พย.ม. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

เพชรไพลิน พิบูลนิธิเกษม พย.ม. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

สุนิษา เชือกทอง พย.ม. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

บทคัดย่อ

ปัจจุบันกัญชาได้กลายเป็นประเด็นสำคัญในสังคมไทย อันเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายที่เปิดให้มีการใช้ใบบางกรณี เช่น ทางทางการแพทย์และอุตสาหกรรม อย่างไรก็ตามการใช้กัญชาในทางที่ผิด โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนและวัยทำงาน ยังคงเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย จิตใจ การดำเนินชีวิต และความสัมพันธ์ทางสังคมซึ่งอาจนำไปสู่ความผิดปกติทางจิตเวชในระยะยาว

กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพกัญชาจึงมีความสำคัญและจำเป็นต้องดำเนินการอย่างเป็นระบบ โดยอาศัยการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ ทั้งแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา หน่วยงานรัฐ ครอบครัวยุ และชุมชน โดยเฉพาะพยาบาลมีบทบาทสำคัญในฐานะผู้ประเมิน วางแผน ดูแล ติดตามผล และให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและประชาชน เพื่อป้องกันการกลับไปใช้ซ้ำ

แม้ว่าการฟื้นฟูจะช่วยลดผลกระทบต่อสุขภาพและสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ยังเผชิญกับอุปสรรคหลายประการ เช่น การขาดความต่อเนื่องในการบำบัด การตีตราทางสังคม และการขาดนโยบายสนับสนุนที่ชัดเจน บทบาทของพยาบาลในมิติของการป้องกันระดับตติยภูมิที่ครอบคลุมและยั่งยืนจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในยุคที่พบการเพิ่มขึ้นของผู้ใช้กัญชาอย่างต่อเนื่อง พยาบาลจึงควรมีบทบาทในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพจิตทั้งในการป้องกันระดับปฐมภูมิและระดับทุติยภูมิร่วมด้วย เพื่อรับมือกับสถานการณ์ในปัจจุบันอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

คำสำคัญ: บทบาทพยาบาล การเสพกัญชา การฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ใช้สารเสพติด สุขภาพจิต

The Role of Nurses in The Rehabilitation of Cannabis Users

Waraporn Sirithamanukul, M.N.S., Faculty of Nursing, Rangsit University

Thitchaya Piyaphattanuschai, M.N.S., Faculty of Nursing, Rangsit University

Phetpailin Phibunnithikasem, M.N.S., Faculty of Nursing, Rangsit University

Sunisa Chuaktong, M.N.S., Faculty of Nursing, Rangsit University

Abstract

Cannabis has become a significant public health concern in Thai society following policy changes that legalized its use for specific purposes, particularly in medical and industrial applications. However, the misuse of cannabis, especially among adolescents and working-age populations, remains a persistent problem. Such misuse can lead to adverse effects on physical and mental health, daily functioning and social relationships, potentially resulting in long-term psychiatric complications.

Rehabilitation for individuals with cannabis use disorders is essential and requires systematic implementation through coordinated efforts among multidisciplinary teams including physicians, nurses, psychologists, government agencies, families and communities. Nurses play a particularly crucial role as frontline healthcare providers with responsibilities that encompass assessment, care planning, ongoing monitoring and education for both patients and the general public, aimed at preventing relapse and supporting long-term recovery.

While rehabilitation effectively reduces the adverse health and social impacts of cannabis use, several challenges persist, including discontinuous treatment access, social stigma and inadequate policy support. Consequently, nurses must adopt a comprehensive and sustained approach to tertiary prevention to ensure long-term effectiveness. Given the continuous increase in cannabis users, nurses should expand their roles to encompass surveillance, prevention and mental health promotion, incorporating primary and secondary prevention strategies to address the current situation effectively and sustainably.

Keywords: nurse role, cannabis use, drug rehabilitation, substance users, mental health

บทนำ

ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายเกี่ยวกับกัญชา โดยเมื่อวันที่ 9 มิถุนายน พ.ศ. 2565 รัฐบาลประกาศให้กัญชาออกจากบัญชียาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 เพื่อส่งเสริมการใช้ประโยชน์ในด้านการแพทย์ การวิจัย และการพัฒนาเศรษฐกิจสมุนไพร ทั้งนี้ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวยังเป็นประเด็นที่ก่อให้เกิดการถกเถียงในสังคมเกี่ยวกับผลกระทบทั้งในด้านบวกและด้านลบ ซึ่งการขาดกลไกควบคุมที่มีประสิทธิภาพและขอบเขตทางกฎหมายที่ชัดเจน นำไปสู่การใช้กัญชาในทางที่ผิดอย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน ดังชุดโครงการศึกษากัญชากับผลกระทบทางสังคมและสุขภาพ พบว่า พ.ศ. 2566-2567 ประชาชนไทยอย่างน้อย 1 ใน 5 เคยใช้กัญชาเป็นการใช้เพื่อนันทนาการ¹ และกลุ่มเยาวชนใช้กัญชาพร้อมกับสารเสพติดอื่น เช่น สุรา ยาสูบ กระท่อม ทั้งนี้ สาเหตุหลักของการเริ่มใช้กัญชาในเยาวชนยังคงเป็นความอยากรู้อยากลอง¹⁻²

กัญชามีสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (Tetrahydrocannabinol: THC) ที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง³ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย อารมณ์ และจิตใจ⁴ โดยฤทธิ์ของสาร THC ทำให้ผู้เสพเกิดความรู้สึกหิว ร่าเริง หรืออ่อนคลายเป็นระยะแรก แต่เมื่อใช้ในปริมาณมากหรือใช้ต่อเนื่องอาจก่อให้เกิดอาการกดประสาท เชื่องซึม ภาวะง่วงนอน หรืออาการคล้ายเมา ทั้งนี้หากเสพในขนาดสูง ก่อให้เกิดการเสื่อมถอยของสมองต่อการคิดรู้⁵⁻⁶ จนเกิดภาพหลอน สูญเสียการรับรู้ตนเอง หรือเกิดภาวะโรคจิตเฉียบพลันได้ และหากมีการเสพต่อเนื่องเป็นเวลานาน ยังเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางจิตเวชได้^{3,7-8} ข้อมูลจากระบบรายงานข้อมูลสุขภาพ (health data center) ของกระทรวงสาธารณสุข แสดงให้เห็นแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยจากผลกระทบของการใช้กัญชา โดยในปี พ.ศ. 2565-2567 พบจำนวนผู้ป่วย 34,396 ราย 41,790 ราย และ 49,494 ราย ตามลำดับ⁹ นอกจากนี้ยังมีรายงานการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (serious mental illness with high risk to violence: SMI-V) จากร้อยละ 5.51 ในปี พ.ศ. 2565 เป็นร้อยละ 9.93 ในปี พ.ศ. 2566¹⁰ ผู้ใช้กัญชาจำนวนไม่น้อยต้องเผชิญกับปัญหาทางจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล¹¹⁻¹² อาการหลงผิด รวมถึงความเสี่ยงถอยของสมรรถภาพทางสังคมการสูญเสีย

หน้าที่การงาน และการกลับไปใช้ชีวิตอย่างรื้อรัง ดังนั้น จำเป็นต้องมีการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเป็นระบบ

พยาบาลถือเป็นบุคลากรด่านหน้าของระบบสุขภาพ มีหน้าที่ในการประเมิน วางแผน ดูแล ส่งเสริมสุขภาพ ให้การสนับสนุนทางจิตใจ และการเชื่อมโยงผู้ป่วยกับระบบบริการสุขภาพ นอกจากนี้ พยาบาลยังมีบทบาทสำคัญในการติดตามภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในชุมชน เพื่อให้ผู้ที่ได้รับผลกระทบสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติ มีคุณภาพ และลดโอกาสของการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำอย่างยั่งยืน¹³ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนบทบาทของพยาบาลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดทั้งในระหว่างการรักษาในโรงพยาบาลและการดูแลต่อเนื่องในชุมชน รวมถึงการป้องกันในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ทำการค้นหาข้อมูลจากฐานข้อมูลวิชาการ ได้แก่ PubMed, Google Scholar, ThaiJo และเอกสารของหน่วยงานราชการ ในช่วงปี พ.ศ. 2557-2568 คัดเลือกเอกสารที่เกี่ยวข้องกับบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ใช้สารเสพติด โดยเฉพาะกัญชา ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ สังเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

ความสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติด

การใช้สารเสพติดยังคงเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบในหลากหลายมิติ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และสังคม โดยเฉพาะ "กัญชา" ซึ่งเป็นสารเสพติดที่มีการใช้อย่างแพร่หลายมากที่สุดในระดับโลก จากรายงานขององค์การสหประชาชาติระบุว่า ในปี ค.ศ. 2020 มีจำนวนผู้ใช้กัญชาทั่วโลกมากกว่า 228 ล้านคน และแนวโน้มการใช้ยังคงเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง¹³ สำหรับประเทศไทย หลังจากมีการปลดล็อกกัญชาออกจากบัญชียาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 เมื่อปี พ.ศ. 2565 เพื่อสนับสนุนการใช้ทางการแพทย์และเศรษฐกิจ ร่วมกับการขาดมาตรการควบคุมที่ครอบคลุมได้นำไปสู่การใช้กัญชาในทางที่ผิด จากข้อมูลของศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด (ศศก.) พบว่า ความชุกของการใช้กัญชาเพื่อนันทนาการในประชากรไทยอายุ 18-65 ปี ในปี พ.ศ. 2565 มีอัตราสูงถึงร้อยละ 24.9 ซึ่งเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 487 เมื่อเปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2564 สะท้อนถึงแนวโน้มการใช้กัญชาที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว¹⁴

กัญชาแม้ว่าจะมีคุณสมบัติบางประการที่ช่วยให้รู้สึกผ่อนคลาย แต่หากใช้ในปริมาณมากหรือใช้ต่อเนื่องในระยะยาว อาจก่อให้เกิดภาวะเสพติดและนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตหลายด้าน เช่น ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า¹¹⁻¹² ความบกพร่องด้านความจำและการตัดสินใจ ตลอดจนพฤติกรรมเบี่ยงเบนที่ส่งผลกระทบต่อการศึกษา การทำงาน และการดำเนินชีวิตประจำวัน⁵⁻⁶ และอาจนำไปสู่ภาวะผิดปกติทางจิตเวชที่รุนแรง ได้แก่ ความผิดปกติจากการใช้กัญชา (Cannabis use disorder) การพึ่งพากัญชา (Cannabis dependence) ความผิดปกติทางอารมณ์และความวิตกกังวลที่เกิดจากกัญชา (Cannabis-induced mood/anxiety disorder) และโรคจิตจากกัญชา (Cannabis-induced psychotic disorder)^{3,7-8}

การเจ็บป่วยที่เกิดจากการใช้กัญชาก่อให้เกิดต้นทุนการรักษาพยาบาล โดยพบว่าในปี พ.ศ. 2562 - 2564 มีต้นทุนการรักษาพยาบาลน้อยกว่า 2,000 ล้านบาทต่อปี แต่ในปี พ.ศ. 2565 เพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดดสูงถึง 10,222 ล้านบาท แบ่งเป็นต้นทุนการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยใน 6,736 ล้านบาท ผู้ป่วยนอก 749 ล้านบาท และต้นทุนทางอ้อม 2,736 ล้านบาท สะท้อนภาระสุขภาพที่เพิ่มขึ้นอย่างมากต่อระบบสาธารณสุขไทย¹⁴

การฟื้นฟูสมรรถภาพจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ที่มีการพึ่งพากัญชาและไม่สามารถหยุดการเสพได้ด้วยตนเอง โดยมีเป้าหมายเพื่อฟื้นฟูสุขภาพกายและจิต ลดอัตราการกลับไปใช้ซ้ำ ส่งเสริมคุณภาพชีวิต และสามารถกลับคืนสู่สังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹⁵ ในประเทศไทย แนวทางการฟื้นฟูที่ใช้อย่างแพร่หลาย ได้แก่ FAST Model¹⁶ และ Matrix Model¹⁷ โดย FAST Model (Family, Alternative activity, Self-help และ Therapeutic community) เป็นการบำบัดแบบเข้มข้นที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว และยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง¹⁶ ส่วน Matrix Model เป็นโปรแกรมบำบัดที่เน้นการบำบัดทางจิตสังคมและพฤติกรรม ผ่านกิจกรรมกลุ่มต่าง ๆ เพื่อพัฒนาทักษะชีวิตและความเข้าใจของผู้เสพกัญชาและครอบครัว พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพกัญชา ทั้งในด้านการดูแลสุขภาพกายและจิต รวมถึงการทำงานร่วมกับทีมสุขภาพแบบสหวิชาชีพ ในการฟื้นฟูสมรรถภาพตามแนวทางต่างๆ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและกลับคืนสู่สังคมได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีและยั่งยืน¹⁷

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้เสพกัญชาระยะฟื้นฟูสมรรถภาพในสถานบริการทางการแพทย์

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ที่มีปัญหาการเสพกัญชาเป็นกระบวนการต่อเนื่องหลังการบำบัดรักษา โดยมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวกลับสู่การดำเนินชีวิตตามปกติ และลดโอกาสในการกลับไปใช้ซ้ำ (relapse) ซึ่งบทบาทหน้าที่ในการดูแลของพยาบาลในด้านการดูแลแบบองค์รวม (holistic care) มีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยสามารถปฏิบัติผ่านกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. การประเมินสภาพ (assessment)

การประเมินทางการแพทย์ถือเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญของกระบวนการฟื้นฟูผู้เสพกัญชา เพื่อการวางแผนการดูแลที่เหมาะสมและตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยรายบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งต้องครอบคลุมการประเมินดังนี้

1.1 การประเมินภาวะสุขภาพทางกาย ควรเริ่มต้นด้วยการประเมินประวัติการใช้กัญชา ได้แก่ ช่วงเวลาเริ่มต้นการใช้ ปริมาณและความถี่ในการใช้ รูปแบบการใช้ และความพยายามในการเลิกใช้ในอดีต และประวัติการใช้สารเสพติดอื่นร่วมด้วย รวมทั้งประเมินอาการที่เกี่ยวข้องกับภาวะถอนกัญชา (Cannabis withdrawal syndrome) เช่น อาการกระสับกระส่าย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ หงุดหงิด หรือปวดศีรษะ¹⁸ นอกจากนี้ควรซักประวัติสุขภาพโดยรวม และตรวจร่างกายอย่างครบถ้วนเพื่อเฝ้าระวังโรคที่อาจมีอยู่ร่วมด้วย

1.2 การประเมินสุขภาพจิต การเสพกัญชาอย่างต่อเนื่องอาจสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล หรืออาการทางจิต เช่น ประสาทหลอนหรือหลงผิด ซึ่งอาจปรากฏระหว่างหรือหลังการถอนยา พยาบาลควรใช้แบบประเมินสุขภาพจิตเบื้องต้น¹⁸ เช่น แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (2Q, 9Q) แบบประเมินความวิตกกังวล (Generalized anxiety disorder-7: GAD-7) แบบประเมินระดับการพึ่งพาสารเสพติด (alcohol, smoking and substance involvement screening test: ASSIST) ประเมินอาการถอนกัญชา (Cannabis withdrawal symptoms) และแบบประเมินอาการทางจิต (brief psychiatric rating scale: BPRS) เพื่อตรวจคัดกรองความผิดปกติทางจิตในเบื้องต้น และส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญเมื่อจำเป็น

1.3 การประเมินแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินผ่านการสังเกตพฤติกรรม การสร้างสัมพันธภาพที่ไว้วางใจ และการใช้เทคนิคสัมภาษณ์เชิงจูงใจ (motivational interviewing: MI) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงปัญหาและเกิดความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลง¹⁹ โดยแนวคิดที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายในการประเมินแรงจูงใจคือ Trans-theoretical Model (TTM) ของ Prochaska และ DiClemente ซึ่งแบ่งระดับแรงจูงใจออกเป็น 5 ระยะ ได้แก่ ระยะปฏิเสธ (precontemplation) ระยะพิจารณา (contemplation) ระยะเตรียมพร้อม (preparation) ระยะลงมือ (action) และระยะคงสภาพ (maintenance) ซึ่งช่วยให้พยาบาลสามารถเข้าใจและเลือกใช้กลยุทธ์การดูแลที่เหมาะสมตามระยะของผู้ป่วยแต่ละราย²⁰ บทบาทของพยาบาลในกระบวนการนี้ยังรวมถึงการประเมินซ้ำ เพื่อติดตามความเปลี่ยนแปลงของแรงจูงใจและปรับแผนการฟื้นฟูให้สอดคล้องกับพฤติกรรมและความพร้อมของผู้ป่วยในแต่ละระยะอย่างต่อเนื่อง²¹

1.4 การประเมินแหล่งสนับสนุนทางจิตสังคม พยาบาลควรประเมินเครือข่ายสนับสนุนของผู้ป่วยทั้งในครอบครัว กลุ่มเพื่อน และชุมชน เพื่อวางแผนการบูรณาการการดูแลอย่างต่อเนื่องนอกสถานพยาบาล รวมถึงการประเมินทัศนคติของครอบครัวต่อการฟื้นฟู และความสามารถในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยในระยะยาว

1.5 การประเมินภาวะการรับรู้และทัศนคติต่อปัญหา ผู้ป่วยบางรายอาจมีความเชื่อผิดเกี่ยวกับการใช้กัญชา หรือมองข้ามผลกระทบในระยะยาว พยาบาลควรประเมินระดับความรู้และทัศนคติต่อปัญหา เพื่อออกแบบการให้สุศึกษาที่เหมาะสม ซึ่งจะช่วยเสริมแรงจูงใจในการเลิกใช้และป้องกันการกลับไปใช้ซ้ำ²²

1.6 การประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อการกลับไปใช้ซ้ำ เช่น สิ่งกระตุ้นความเครียดในชีวิตประจำวัน พฤติกรรมเสี่ยงอื่น ๆ ที่อาจนำไปสู่การกลับมาใช้กัญชา^{21,23}

2. การวินิจฉัยทางการพยาบาล

การวินิจฉัยทางการพยาบาลในระยะฟื้นฟู ควรสอดคล้องกับข้อมูลจากการประเมินสภาพ ทั้งด้านสุขภาพกายและจิต ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง โดยปัญหาที่พบบ่อยในผู้ติดกัญชาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้แก่^{15,22-25}

การวินิจฉัยการพยาบาล	สาเหตุ (Related to)	วัตถุประสงค์/เป้าหมาย
เสี่ยงต่อการกลับไปใช้กัญชา (relapse risk)	ขาดแรงจูงใจในการเลิกใช้กัญชา ขาดทักษะการเผชิญปัญหา	ผู้ป่วยสามารถแสดงความตั้งใจเลิกใช้กัญชา และมีทักษะการเผชิญปัญหา/สิ่งกระตุ้น
ภาวะความนับถือตนเองต่ำ (low self-esteem)	การรับรู้ตนเองในทางลบ ประสบการณ์ล้มเหลวซ้ำ	ผู้ป่วยแสดงการรับรู้คุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น
พฤติกรรมการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม (ineffective coping)	ขาดทักษะชีวิต ไม่รู้วิธีจัดการ อารมณ์	ผู้ป่วยสามารถใช้ทักษะการเผชิญปัญหาเชิงบวก
ความวิตกกังวลเรื้อรัง (chronic anxiety)	ความไม่แน่นอนในการกลับเข้าสู่สังคม	ผู้ป่วยสามารถควบคุมความวิตกกังวลและใช้เทคนิคผ่อนคลายได้
การขาดการสนับสนุนทางสังคม (impaired social interaction)	ความสัมพันธ์กับครอบครัวและ/หรือเพื่อนเสื่อมลง	ผู้ป่วยมีเครือข่ายสนับสนุนในครอบครัวหรือชุมชน
เสี่ยงต่อภาวะโภชนาการไม่เพียงพอ (risk for imbalanced nutrition)	อาการถอนกัญชาทำให้เบื่ออาหาร	ส่งเสริมให้ได้รับสารอาหารที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

3. การวางแผนการพยาบาล

การวางแผนการพยาบาลในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นการกำหนดทิศทางการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม นำไปสู่การกำหนดลำดับความสำคัญ การตั้งเป้าหมาย การกำหนดเกณฑ์การประเมินผล และการวางแผนการดูแล ที่สอดคล้องกับความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย^{15,22-25}

3.1 การกำหนดลำดับความสำคัญของปัญหา โดยคำนึงถึงปัญหาที่กระทบต่อความปลอดภัยและการฟื้นฟูโดยตรง เช่น ความเสี่ยงต่อการกลับไปใช้กัญชา (relapse) และภาวะวิตกกังวลเรื้อรัง ซึ่งหากไม่ได้รับการดูแล อาจนำไปสู่การล้มเหลวในการบำบัดและทำให้ผู้ป่วยกลับเข้าสู่วงจรการเสพติด จากนั้นจึงมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาด้านจิตสังคม เช่น ภาวะความนับถือตนเองต่ำ การขาดทักษะในการเผชิญปัญหา และการขาดการสนับสนุนทางสังคม เพื่อเสริมสร้างศักยภาพในการปรับตัวระยะยาว

3.2 การตั้งเป้าหมายการพยาบาล ที่สอดคล้องกับลำดับความสำคัญของปัญหาจะสะท้อนให้เห็นถึงความก้าวหน้าในการปรับตัวของผู้ป่วยแต่ละช่วงเวลา ทั้งนี้เป้าหมายแต่ละระดับควรมุ่งเน้นไปที่การเสริมสร้างศักยภาพ การลดปัจจัยเสี่ยง และการเพิ่มปัจจัยปกป้องด้านจิตใจและสังคมของผู้ป่วย

3.3 การกำหนดเกณฑ์การประเมินผล ควรประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่

เกณฑ์เชิงพฤติกรรม เป็นการเปลี่ยนแปลงที่สังเกตได้ เช่น ความสามารถในการปฏิเสธสิ่งกระตุ้น การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มอย่างต่อเนื่อง และการกลับมามีบทบาทในครอบครัวหรือสังคม

เกณฑ์เชิงประเมิน เป็นการใช้เครื่องมือมาตรฐานเพื่อวัดการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและพฤติกรรม เช่น แบบประเมินอาการถอนกัญชา แบบประเมินความวิตกกังวล

เกณฑ์การติดตามผลในชีวิตจริง ซึ่งสะท้อนถึงความสามารถในการดำเนินชีวิต เช่น จำนวนวันที่ไม่ใช้กัญชา ความสามารถในการกลับไปทำงาน ประกอบอาชีพ หรือเรียนต่อ

3.4 การวางแผนการส่งต่อและการดูแลต่อเนื่อง พยาบาลควรวางระบบการดูแลต่อเนื่อง (continuity of care) โดยประสานการส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น คลินิกสุขภาพจิต หน่วยบำบัดยาเสพติด

และกลุ่มสนับสนุนในชุมชน เช่น กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ควบคู่กับการส่งเสริมบทบาทของครอบครัวในการดูแล เพื่อช่วยป้องกันการกลับไปใช้กัญชา และสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความมั่นคงทั้งด้านจิตใจและสังคมในระยะยาว

4. การปฏิบัติการพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาลในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ พยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแลแบบองค์รวมและผู้ประสานงานในทีมสหวิชาชีพ มีบทบาทสำคัญในการนำแนวทางการบำบัดต่าง ๆ มาประยุกต์ใช้ ดังนี้

4.1 การเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational Interviewing: MI) การเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นเทคนิคที่เน้นการสร้างแรงจูงใจจากภายในโดยไม่ใช้การบังคับ พยาบาลมีหน้าที่สำคัญในการประเมินระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stages of change) และใช้การสนทนาอย่างมีเป้าหมายเพื่อสร้างความลังเลใจและกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงปัญหาและพร้อมรับการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะใช้มากในระยะแรกหลังผ่านการถอนพิษยา (ประมาณ 1-5 สัปดาห์)²² ดังการศึกษาของ รอดิหะ เจ๊ะโตะ และคณะ พบว่าโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจสามารถเพิ่มความพร้อมของผู้ป่วยในระยะการรักษาแบบผู้ป่วยใน (inpatient) ทำให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น²² โดยใช้การเสริมแรงจูงใจในระยะแรก 1-5 สัปดาห์ หลังพ้นระยะถอนพิษยา การใช้เทคนิค MI ในการสนทนา เน้นให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความรับผิดชอบต่อปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง ไม่บังคับให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลง แต่ชี้ให้เห็นแง่มุม ทั้ง 2 ด้านคือด้านบวกและด้านลบของการใช้ยา

4.2 การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST model)¹⁶ เป็นการกระบวนการฟื้นฟูที่ใช้กลุ่มบำบัดเชิงสังคมในรูปแบบชุมชนเสมือนครอบครัว โดยมีองค์ประกอบหลัก 4 ด้าน ได้แก่ family (ครอบครัว) alternative treatment (กิจกรรมทางเลือก) self-help (การช่วยเหลือตนเอง) และ therapeutic community (ชุมชนบำบัด) โดยพยาบาลมีบทบาทแต่ละขั้นตอน²³ ดังนี้

4.2.1 ขั้นตอนการจูงใจ (motivation phase) จัดกิจกรรมให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อสร้างความเข้าใจและแรงจูงใจแรกเริ่ม สนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัวผ่านกลุ่มบำบัด เพื่อเสริมพลังใจและความร่วมมือในการฟื้นฟู

4.2.2 ขั้นตอนการบำบัดฟื้นฟู (treatment phase) ฝึกความรับผิดชอบตนเอง หน้าที่ และผู้อื่น รวมทั้งสามารถดูแลผู้อื่นได้ และสนับสนุนการค้นหาคำถามตนเองของผู้ป่วย

4.2.3 ขั้นตอนการเตรียมกลับสู่สังคม (re-entry phase) ส่งเสริมทักษะการแก้ปัญหาและตระหนักรู้ตนเอง ร่วมวางแผนชีวิตกับผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน พร้อมประเมินความพร้อมก่อนจำหน่าย

4.2.4 ขั้นตอนจำหน่ายกลับบ้าน (aftercare phase) ให้คำแนะนำ ติดตาม และสร้างขวัญกำลังใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อป้องกันการเสพยา การประยุกต์ใช้ FAST Model ช่วยให้พยาบาลสามารถเสริมสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมและทักษะชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมีระบบ²³

4.3 การฝึกสติบำบัด (mindfulness-based therapy and counseling: MBTC) การฝึกสติบำบัด (mindfulness) สามารถทำได้ทั้งแบบรายบุคคล กลุ่ม โดยเน้นการตระหนักรู้และจัดการอารมณ์ ความคิด และความเครียดอย่างมีสติ ผลลัพธ์จากการฝึกอย่างต่อเนื่องช่วยให้สามารถปล่อยวาง คิดในเชิงบวก และรับมือกับสิ่งกระตุ้นได้ดีขึ้น ลดความอยากเสพยาเสพติด²⁶ และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถหยุดใช้สารได้อย่างยั่งยืน²³

4.4 โปรแกรมกาย จิต สังคม (Matrix program) แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะเข้มข้น (intensive phase) และ ระยะติดตามต่อเนื่อง (aftercare phase) โดยมีองค์ประกอบของการบำบัด ได้แก่ การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลและกลุ่ม การฝึกทักษะชีวิต การจัดการความอยากเสพยา (craving management) และการสนับสนุนครอบครัว ซึ่งโปรแกรมกาย จิต สังคม ช่วยลดอัตราการกลับไปเสพยาในช่วงหลังบำบัด 3 เดือน ได้ร้อยละ 89²³ นอกจากนี้ยังเพิ่มอัตราการบำบัดจากร้อยละ 61.3 เป็นร้อยละ 81.2²⁷

5. ประเมินผลการพยาบาล

การประเมินผลการพยาบาล เป็นกระบวนการที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากช่วยให้ทีมสหวิชาชีพสามารถติดตามความก้าวหน้าในการฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างเป็นระบบ โดยมีรายละเอียดในการประเมินในแต่ละมิติ ดังนี้

5.1 การประเมินผลทางร่างกาย พยาบาลมีบทบาทในการติดตามอาการทางกายที่เกี่ยวข้องกับภาวะถอนยา เช่น อาการกระวนกระวาย หงุดหงิด หรือปัญหาการนอนหลับ¹⁷ โดยใช้เครื่องมือประเมินภาวะถอนยาและสุขภาพทั่วไป เพื่อวางแผนการดูแลและส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมในแต่ละราย¹⁸

5.2 การประเมินผลทางจิตใจ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะฟื้นฟูจากการใช้ยาอาจยังเผชิญกับภาวะวิตกกังวล ซึมเศร้า หรือความเครียดสะสม การใช้แบบประเมินสุขภาพจิต เช่น 2Q, 9Q หรือ GAD-7 จึงมีความจำเป็นในการประเมินภาวะทางอารมณ์ เพื่อให้สามารถให้การช่วยเหลือทางจิตสังคมได้อย่างเหมาะสม

5.3 การประเมินผลทางสังคม ศักยภาพในการทำงาน การยอมรับจากนายจ้าง และความพร้อมในการกลับเข้าสู่ตลาดแรงงานเป็นอีกหนึ่งองค์ประกอบสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถมีบทบาททางเศรษฐกิจและไม่ถูกตีตราจากประวัติการใช้สารเสพติด รวมถึงเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้เข้าสู่ชุมชนอย่างยั่งยืน

5.4 การประเมินคุณภาพชีวิต การใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิต เช่น WHOQOL-BREF ช่วยสะท้อนความพึงพอใจในชีวิต การมีจุดหมาย และความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวันอย่างมีคุณภาพ ซึ่งเป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์สุดท้ายของกระบวนการฟื้นฟู²⁸

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้เสพยาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพภายนอกโรงพยาบาล

ปัจจุบันยังไม่มียาหรือการรักษาทางจิตสังคมที่สามารถป้องกันการใช้ซ้ำได้อย่างสิ้นเชิง จึงจำเป็นต้องมีการดูแลติดตาม เริ่มตั้งแต่ก่อนการฟื้นฟูและหลังผ่านการฟื้นฟู พยาบาลจิตเวชและ/หรือพยาบาลชุมชนจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลอย่างต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อในการดูแลผู้ป่วยภายนอกโรงพยาบาลหรือในชุมชน เพื่อป้องกันการกลับไปใช้ซ้ำ กลับสู่สังคมได้อย่างมั่นคงและยั่งยืน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตในระยะยาว ดังนี้

1. การเตรียมการจำหน่าย ได้แก่

1.1 ประเมินความต้องการและความสามารถในการดูแลของผู้ป่วยและญาติภายหลังจำหน่าย

1.2 นัดหมายครอบครัว เพื่อเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล การวางแผนการจำหน่ายร่วมกัน

1.3 ให้คำแนะนำการปฏิบัติตามแผนการดูแล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวซักถามข้อสงสัยหรือปัญหาที่คาดว่าจะเกิดขึ้น เพื่อนำการดูแลไปใช้ในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยจริง

2. การติดตามต่อเนื่อง ได้แก่

2.1 ติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับสหสาขาวิชาชีพและครอบครัว โดยติดตามประเมินการเสพยาสูบหรือไม่ว่าเพื่อป้องกันการกลับไปเสพยาสูบ ในการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยติดตามเยี่ยมอย่างน้อย 4 - 7 ครั้ง/ปี ครั้งแรกภายใน 1 สัปดาห์ หลังผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายจากการบำบัดรักษา

2.2 สนับสนุนให้ครอบครัวร่วมกันวางแผนการดำเนินชีวิต มีเป้าหมายในชีวิตชัดเจน เช่น การเรียนหนังสือ การประกอบอาชีพมีรายได้เป็นของตนเอง การมีความรับผิดชอบต่อตนเองและครอบครัวมากขึ้น

2.3 การดูแลด้วยการสนทนาสร้างแรงจูงใจ (motivation interviewing: MI) เป็นการให้คำปรึกษาร่วมกับการนัดหมายเป็นระยะ โดยจะนัดหมาย 2-4 สัปดาห์/ครั้ง โดยทำการติดตามต่อเนื่องให้ครบ 6 เดือน

3. การพัฒนาทักษะและเสริมศักยภาพ ได้แก่

3.1 วางแผนป้องกันการเสพยาสูบ ร่วมกับผู้ป่วยและญาติในการเผชิญและจัดการกับตัวกระตุ้น

3.2 การฝึกทักษะต่างๆ เช่น ฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์ และความเครียดที่เหมาะสม การฝึกทักษะการแก้ปัญหา โดยให้ผู้ป่วยทดลองแก้ไขปัญหาที่ผ่านมา และปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต การส่งเสริมทักษะการปฏิเสธเพื่อป้องกันการกลับไปใช้ยาสูบ และสร้างความมั่นใจในการใช้ชีวิตอย่างปราศจากสารเสพติด

3.3 การดูแลและบำบัดในวิธีต่างๆ และ/หรือร่วมกับทีมเครือข่าย เช่น การกระตุ้นพฤติกรรม (behavioral activation: BA) การให้คำแนะนำแบบสั้น (brief intervention: BI) การบำบัดพฤติกรรมและความคิด (cognitive behavioral therapy: CBT) การให้คำปรึกษารอบครัว (family counselling) การให้สุขศึกษา (health education) การบำบัดตามแนวคิดซาตียร์ (Satir model) เป็นต้น

สำหรับการดูแลผู้เสพยาสูบระยะฟื้นฟูสมรรถภาพนี้ ถือว่าเป็นมิติของการป้องกันระดับตติยภูมิ (tertiary prevention) เพื่อลดความเสื่อมสภาพ และความพิการ ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และเพิ่มความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง แม้ว่าการฟื้นฟูระดับตติยภูมิจะช่วยลด

ผลกระทบต่อผู้ป่วยรายบุคคลได้ แต่เพื่อให้เกิดผลกระทบในระดับประชากรและลดจำนวนผู้เสพยาสูบใหม่ที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง พยาบาลจึงจำเป็นต้องขยายบทบาทไปสู่การป้องกันระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิด้วย

การป้องกันระดับปฐมภูมิ (primary prevention) เป็นการส่งเสริมสุขภาพจิต การสร้างความตระหนักรู้ และการป้องกันไม่ให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาสูบในกลุ่มเสี่ยง โดยหน้าที่สำคัญของพยาบาล ได้แก่ การจัดกิจกรรมให้ความรู้ในโรงเรียน ศูนย์เยาวชน และเวทีสาธารณะ เพื่อสร้างค่านิยมเชิงบวกในการปฏิเสธการใช้สารเสพติด รวมถึงการพัฒนาทักษะชีวิต เช่น การตัดสินใจ การควบคุมอารมณ์ และการคิดวิเคราะห์เชิงบวก ผ่านกิจกรรมกลุ่มหรือการให้คำปรึกษารายบุคคล²⁷ สำหรับกลุ่มเด็กและเยาวชน พยาบาลยังมีหน้าที่ประเมินความเสี่ยงในครอบครัว เช่น ความสัมพันธ์ในครอบครัว การเลี้ยงดู และพฤติกรรมของสมาชิก เพื่อนำมาพัฒนาแผนการพยาบาลที่เน้นการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว อีกทั้งยังร่วมมือกับภาคีเครือข่าย²⁷ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสื่อสารความเสี่ยงและรณรงค์สร้างการรับรู้เกี่ยวกับผลกระทบของยาสูบอย่างต่อเนื่อง

การป้องกันระดับทุติยภูมิ (secondary prevention) เป็นการค้นหาผู้มีพฤติกรรมเสี่ยงและผู้ที่ใช้ยาสูบในระยะเริ่มต้น รวมถึงการให้ความช่วยเหลืออย่างรวดเร็วเพื่อลดความรุนแรงของปัญหาที่อาจพัฒนาเป็นภาวะพึ่งพาสารเสพติด โดยพยาบาลมีหน้าที่ใช้เครื่องมือคัดกรองความเสี่ยง เช่น ASSIST, 2Q, 9Q, หรือระบบ SBIRT (screening, brief intervention and referral to treatment) ในการประเมินกลุ่มเป้าหมาย เช่น เยาวชนในสถานศึกษา กลุ่มวัยทำงาน หรือผู้ที่มีประวัติการใช้สารเสพติด เพื่อให้สามารถดำเนินการให้คำปรึกษาเบื้องต้นและส่งต่อเข้าสู่ระบบการบำบัดหรือจิตเวชอย่างรวดเร็ว²⁹

การขยายบทบาทพยาบาลทั้ง 3 ระดับการป้องกันนี้จะช่วยสร้างระบบการดูแลที่ครอบคลุมต่อเนื่อง และยั่งยืนเพื่อรับมือกับปัญหายาสูบในประเทศไทยอย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปผล

การฟื้นฟูผู้ติดกัญชาเป็นกระบวนการที่มีความสำคัญ เนื่องจากการเสพติดกัญชาส่งผลกระทบต่อทั้งด้านสุขภาพกาย จิตใจ การดำเนินชีวิต และความสัมพันธ์ทางสังคม การฟื้นฟูจึงมิใช่เพียงการช่วยให้ผู้ป่วยเลิกใช้สารเสพติดเท่านั้น แต่ยังต้องเสริมสร้างทักษะชีวิต จัดการความเครียด ฟื้นฟูบทบาททางสังคม และลดการตีตราจากสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณค่าและยั่งยืน พยาบาลจึงควรมีกระบวนการดูแลที่ครอบคลุมทั้งในสถานพยาบาลและชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยในสถานพยาบาล มีหน้าที่ประเมินอาการถอนยา ดูแลการใช้ยา สนับสนุนด้านอารมณ์ และวางแผนการฟื้นฟูอย่างเหมาะสม ส่วนบริบทในชุมชนหรือนอกโรงพยาบาล โรงพยาบาลต้องประสานความร่วมมือกับทีมสุขภาพครอบครัว และทีมสุขภาพอื่น ๆ เพื่อสนับสนุนการกลับคืนสู่สังคม ลดความเสี่ยงของการกลับไปใช้สารซ้ำ ช่วยให้ผู้ป่วยรับมือกับการยอมรับและกลับคืนสู่จากครอบครัวและสังคม โดยปราศจากการตีตรา เพิ่มโอกาสในการปรับตัวอย่างมีศักยภาพ พยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลที่ครอบคลุมทั้ง 3 ระดับการป้องกัน เพื่อให้เกิดผลกระทบเชิงบวกต่อสุขภาพของประชาชนอย่างยั่งยืน ทั้งนี้ ในทางปฏิบัติ ควรมีการจัดทำแนวทางปฏิบัติทางคลินิกสำหรับพยาบาลโดยเฉพาะ จัดตั้งระบบการฝึกอบรมด้านการดูแลผู้ใช้สารเสพติด และพัฒนาระบบติดตามผลลัพธ์การดูแลระยะยาวอย่างต่อเนื่อง ข้อจำกัดของบทความนี้คือยังมีการวิจัยเชิงประจักษ์ในบริบทไทยไม่เพียงพอ จึงควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเพื่อประเมินประสิทธิผลและคุณค่าของการขยายบทบาทพยาบาลในแต่ละระดับการป้องกัน ซึ่งจะช่วยเป็นแนวทางสำคัญต่อการกำหนดนโยบายและพัฒนางานพยาบาลด้านการดูแลผู้เสพติดกัญชาในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. วิทย์ วิชัยดิษฐ์. การเฝ้าระวังพฤติกรรมการใช้ การเข้าถึงกัญชาและสารเสพติดชนิดอื่น ผลกระทบจากการใช้ การรับรู้และความคิดเห็นต่อมาตรการด้านกัญชาใน ประชากรทั่วไป. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2568.
2. สุจิตตา ฤทธิมนตรี, จักรสันต์ เลยหยุด, ขวัญสุดา บุญทศ. พฤติกรรมการใช้กัญชาและผลกระทบจากการใช้ กัญชาในเขตบริการสุขภาพ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ว.มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ 2567;30(3):30-44.
3. จีรพล ดิขวงศ์, สพิชชา เสมือนใจ, สิรินาถ เลิศ ศรี, สุทธิชัย จิรสุวรรณประภา, สุรินทร์ สีทา, ทวีพงศ์ ข่าง เจริญ. ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดความผิดปกติทางจิตและ พฤติกรรมจากการเสพติดกัญชาของผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการใน โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช. ว.ศูนย์อนามัย ที่ 9 2568;19(2):471-83.
4. Volkow ND, Baler RD, Compton WM, Weiss SR. Adverse health effects of marijuana use. N Engl J Med 2014;370(23):2219-27.
5. Dellazizzo L, Potvin S, Giguère S, Dumais A. Evidence on the acute and residual neurocognitive effects of cannabis use in adolescents and adults: A systematic meta-review of meta-analyses. Addiction 2022;117(7):1857-70.
6. Burggren AC, Shirazi A, Ginder N, London ED. Cannabis effects on brain structure, function, and cognition: considerations for medical uses of cannabis and its derivatives. Am J Drug Alcohol Abuse 2019;45(6):563-79.
7. Hall W, Degenhardt L. Adverse health effects of non-medical cannabis use. Lancet 2009;374(9698):1383-91.
8. Murrie B, Lappin J, Large M, Sara G. Transition of substance-induced, brief, and atypical psychoses to schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. Schizophr Bull 2020;46(3):505-16.

9. HDC Service กระทรวงสาธารณสุข. อัตราผู้ป่วยรายใหม่และความชุกของความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพติด [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 10 เม.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdcservice.moph.go.th>

10. HDC Service กระทรวงสาธารณสุข. จำนวนผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 10 เม.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdcservice.moph.go.th>

11. Gobbi G, Atkin T, Zytynski T. Association of cannabis use in adolescence and risk of depression, anxiety, and suicidality in young adulthood: a systematic review and meta-analysis. JAMA Psychiatry 2019;76(4):426–34.

12. Han B, Compton WM, Einstein EB, Volkow ND. Associations of suicidality trends with cannabis use as a function of sex and depression status. JAMA Netw Open 2021;4(6):e2113025.

13. United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2024 [Internet]. NPS Info; 2024 [cited 2025 Apr 2]. Available from: <https://nps-info.org/en/resources/publications/world-drug-report-2024/>

14. รัศมน กัลยาศิริ, สุริยัน บุญแท้, เกื้อการุณย์ ครูส่ง, ภัททา เกิดเรือง, ศยามล เจริญรัตน์. ชุดโครงการสำรวจพฤติกรรมการใช้กัญชาและสารเสพติดในประชากรไทย ผลกระทบจากกัญชาต่อความเป็นธรรมทางสุขภาพ และต้นทุนการเจ็บป่วยจากการใช้กัญชา. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2567.

15. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. คู่มือบันทึกทางการแพทย์ยาเสพติด. ปทุมธานี: สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี; 2563.

16. Patarakorn A. FAST Model: The evolution of rehabilitation for substance abuse treatment in Thailand. Thai Journal of Addiction 2014;2(2):25–34.

17. Budney AJ, Hughes JR. The cannabis withdrawal syndrome. Curr Opin Psychiatry 2006; 19(3):233–8.

18. กรมสุขภาพจิต. มาตรฐานการปฏิบัติงาน: การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง. นนทบุรี: ปิยอนด์พับลิชชิง; 2566.

19. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: Helping people change. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2012.

20. Prochaska JO, Prochaska JM. Stages of change. In: Empowering Behavior Change in Patients. Boca Raton: CRC Press; 2023. p. 27-44.

21. Humeniuk R, Henry-Edwards S, Ali R, Poznyak V, Monteiro MG, World Health Organization. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): manual for use in primary care. Geneva: World Health Organization; 2010.

22. รอดิหะ เจ๊ะไช้, อรพิน คงหนู, ทิพย์สุนธ์ มูลจันท์. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและเข้ารับการรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยเฮโรอีนในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี. ปัตตานี: โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี; 2561.

23. จุณินต์ย์ จันทร์ชมภู. ประสิทธิภาพของโปรแกรมกายจิตสังคมบำบัดประยุกต์แบบสั้นร่วมกับการเจริญสติแบบเคลื่อนไหวต่อการป้องกันการกลับไปเสพติด 3 เดือนแรกหลังการบำบัดรักษาในผู้ป่วยคลินิกยาเสพติด โรงพยาบาลหนองบัวลำภู. ว.โรงพยาบาลสกลนคร 2566;26(2):55-68.

24. กระทรวงสาธารณสุข. กรมสุขภาพจิต. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2565.

25. World Health Organization. International standards for the treatment of drug use disorders. Geneva: World Health Organization; 2020.

26. Maneesang W, Hengpraprom S, Kalaya-siri R. Effectiveness of Mindfulness-Based Therapy and Counseling programs (MBTC) on relapses to methamphetamine dependence at a substance dependency treatment center. *Psychiatry Res* 2022;317:114886.

27. นิรุช โชติวรังกุล. การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรู้ร่วมกับการบำบัดระบบเมทริกซ์โปรแกรมในผู้ป่วยยาเสพติดเพื่อป้องกันการเสพยา. *ว.วิชาการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3* 2564;18(3):203–24.

28. Skevington SM, Lotfy M, O’Connell KA. The World Health Organization’s WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Qual Life Res* 2004;13:299–310.

29. วิภาดา วิริยานุภาพพงศ์, เรวัตติ์ วัชรสิทธิ์. การดูแลเด็กและวัยรุ่นในสถานการณ์การใช้กัญชาอย่างเสรี: บทบาทพยาบาลอนามัยชุมชน. *ว.แพทยนาวิ* 2566;50(1):218–33.