การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรู้ ความตระหนักของผู้สูงอายุต่อผลกระทบของการใช้กัญชา โดยใช้กลไกการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเชิงพื้นที่ ตำบลดงเย็น อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี

จิตรลดา บุญจำนง, ว.ม.*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรู้ ความตระหนักของผู้สูงอายุต่อผลกระทบของการใช้กัญชา โดยใช้กลไกการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเชิงพื้นที่ ตำบลดงเย็น อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี ประชากรที่ศึกษาคือ ผู้สูงอายุ ในตำบลดงเย็น จังหวัดอุดรธานี จำนวน 1,228 สุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ ได้จำนวนตัวอย่าง จำนวน 291 คน และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยโดยใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ทุกข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 และค่าความเที่ยงของแบบสอบถามได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาชเท่ากับ 0.96 เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2566 ถึง 31 กรกฎาคม 2566 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ paired sample t-test และข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า 1) ด้านสภาพและสถานการณ์ พบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับผลกระทบของกัญชาอยู่ในระดับปานกลาง และมีความตระหนักอยู่ในระดับมาก ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้กัญชา คือ การมีนโยบายกัญชาทางการแพทย์การรับรู้ข่าวสารกัญชาจากสื่อออนไลน์ และการขาดความรู้เกี่ยวกับทางกฎหมายกัญชาและบทลงโทษ ส่วนผลกระทบ ได้แก่ การสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย การเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยที่ เกิดจากการใช้ยากัญชาที่ไม่ได้มาตรฐาน ส่วนจุดแข็งและโอกาสของการพัฒนา ได้แก่ ผู้นำชุมชนและ ชมรมผู้สูงอายุให้ความสำคัญต่อการสร้างเสริมสุขภาพ มีความมุ่งมั่นที่จะปกป้องสมาชิกของตนเอง 2) รูปแบบการเสริมสร้างความรู้และความตระหนักของผู้สูงอายุต่อผลกระทบของการใช้สารเสพติดประเภทกัญชา มีองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ (1) การจัดทำแผนกลยุทธ์ (2) การเสริมสร้างความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับการใช้กัญชา (3) การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เชิงพื้นที่ (4) การจัดการความรู้เพื่อการพัฒนา และ 3) ผลของการนำรูปแบบไปปฏิบัติ ได้แก่ (1) ชุมชนมีแผนปฏิบัติการเป็นกรอบในการดำเนินงาน (2) มีการรณรงค์และประชาสัมพันธ์เพื่อเสริมสร้างความรู้และความตระหนักระดับชุมชน/ หน่วยงาน/ องค์กรอย่างต่อเนื่อง (3) การบูรณาการในหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุ (4) มีการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโดยการบรรจุประเด็นกัญชาเข้าสู่แผนพัฒนาตำบล แผนกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลและอำเภอ การร่วมกันเสริมสร้างสมรรถนะทางกาย และจิตใจที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ส่งผลทำให้หลังดำเนินการผู้สูงอายุมีความรู้ เจตคติ และความตระหนักต่อผลกระทบของการใช้กัญชาสูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ชุมชนและภาคีเครือข่าย มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ระดับมากที่สุด และมีความพึงพอใจ ร้อยละ 96.15 ปัจจัยความสำเร็จ ได้แก่ การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย ปัญหาและอุปสรรค ได้แก่ ปัญหาข่าวปลอม (Fake News) เกี่ยวกับกัญชาที่หวังผลด้านธุรกิจกับผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ ควรประสานงานกับผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และภาคี เครือข่ายให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานทุกขั้นตอน และควรพัฒนาระบบการสื่อสาร ข้อมูลกัญชา ไปสู่ผู้สูงอายุและประชาชนโดยใช้สื่อต่าง ๆ ที่มีในชุมชนให้มากที่สุด

คำสำคัญ การพัฒนารูปแบบ, กัญชา, ผู้สูงอายุ, ภาคีเครือข่าย

---

*โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงเย็น จังหวัดอุดรธานี

The Development of model to educate and recognize the problems of cannabis use in elderly by participation of network area in Dongyen sub-district Bandung district Udon thani provine

Jitlada Boojumnong, M.S.C.*

ABSTRACT

This study was a action research to study the Development of model to educate and recognize the problems of cannabis use in elderly by participation of network area in Dongyen sub-district Bandung District Udon thani Province. The samples of 291 people were randomly selected by using stratified random sampling techniques from 1,228 health volunteers. Data was collected using a questionnaire for quantitative data and used in-depth interview guidelines for qualitative data from key informants. The research instrument was a questionnaire which was validated by 3 experts for content validity. All items had an Item Objective Congruence greater than 0.50 and the reliability of the questionnaire was Cronbach's alpha coefficient of 0.96. Data were collected between 1th July to 31th July 2023. Statistics used data analysis wear descriptive statistics such as frequency, percentage, mean, standard deviation. Inferential statistics include paired sample t-test.

Statistics used to analyze data were descriptive statistics and qualitative data were analyzed using content analysis.

The results showed that 1) In terms of condition and situation, it was found that the elderly had a moderate understanding and attitude toward the consequences of cannabis use, as well as a high level of awareness. Medical cannabis regulation, social media perceptions of cannabis, and a lack of knowledge of cannabis legislation and legal punishment were all factors influencing cannabis use. There was a waste of money and a risk of illness from using substandard cannabis as a result of cannabis use. For strengths and development opportunities, it was found that community leaders and elderly groups focused on health promotion and protection for their members. 2) The model for facilitating understanding and awareness of the consequences of cannabis use among the elderly was found to have four components. They are (1) a strategic plan, (2) an increase in understanding and awareness of cannabis use, (3) the development of local network partners, and (4) knowledge management for development. 3) The above model was implemented in four ways: (1) three action plans as a mechanism for implementation, (2) campaigns and public relations to raise understanding and awareness in the community, network partners, and organization, (3) incorporation of the model into the curriculum of an elderly school, and (4) an increase in the number of network partners that participated. A district development plan, sub-district health insurance fund plan, sub-district and district quality of life development plan, and coordination to improve physical and mental health of the elderly were added as implementation methods. At the district level, elderly participants had a higher understanding and awareness of the potential consequences of cannabis use than before implementation, which was statistically significant. Furthermore, with a satisfaction level of 96.15%, communities and network partners were found to participate at the highest level.

Participation of communities and network partners was a successful factor, whereas problems and obstacles included fake news about cannabis aimed at doing business with the elderly. The suggestions included encouraging community leaders, health government officials, and network partners to participate in every step of the study, as well as developing a communication system for the elderly and those interested in cannabis via a communication channel made available in the community with great effort.

Suggestion: Should coordinate with community leaders. Public health officials and network partners to participate in every step of the operation. And a system for communicating cannabis information to the elderly and the general public should be developed using various media available in the community as much as possible.

Keywords: Development of Model, Cannabis, Elderly, Network area

* Dongyen health promoting Hospital, Udon thani province.

บทนำ

กัญชาจัดเป็นพืชสมุนไพรที่มีประโยชน์และนำมาใช้ในทางการแพทย์มาอย่างยาวนาน ในรูปแบบตำรับ ซึ่งปรากฏในตำราแพทยศาสตร์สงเคราะห์[1] โดยกัญชาจัดเป็นยาเสพติดประเภทกลุ่ม narcotic drug ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2504 และการใช้กัญชาเป็น สิ่งที่ผิดกฎหมายในเกือบทุกประเทศ แต่ในสถานการณ์ปัจจุบันทั่วโลกมีการเปิดกว้างมากขึ้น ทำให้ทั่วโลกกลับมามองประโยชน์ของกัญชาในทางการแพทย์มากขึ้น ในปี พ.ศ. 2555 มลรัฐโคโลลาโด และวอชิงตัน ให้มีกฎหมายรองรับกัญชาเพื่อความบันเทิง และในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2558 พบว่า 23 มลรัฐของ สหรัฐอเมริกามีการออกกฎหมายให้ใช้กัญชาในทางการแพทย์ได้ โดยกัญชาถูกนำมาใช้ในการรักษา หรือ บรรเทาโรคหลายชนิดทั้งในรูปของการกิน การสูดควัน การสูดไอระเหย การนำมาผสมในอาหารหรือทำเป็นชา [2] สำหรับกัญชาในประเทศไทยนั้น จัดเป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ซึ่งการปลูก การครอบครอง การจำหน่ายหรือการบริโภคเป็นสิ่งที่ทำได้ยากเนื่องจากมีกฎหมายควบคุมไว้ จึงทำให้ขาดข้อมูลที่ชัดเจนในการศึกษาหรือ แม้แต่การวิจัยก็ทำไม่ได้ เนื่องจากไม่สามารถนำมาใช้ได้ แต่อย่างไรก็ตามประเทศไทยได้มีนโยบายกัญชาทางการแพทย์ครั้งแรกขึ้นในประวัติศาสตร์ชาติไทยในปี พ.ศ. 2562 ท่ามกลางเหตุการณ์ที่สะท้อนถึงโอกาสที่จะเกิดความไม่เข้าใจในนโยบายกัญชาทางการแพทย์นี้ของผู้เกี่ยวข้องฝ่ายต่างๆซึ่งจะทำให้เกิดความไม่สอดคล้องในการให้และรับบริการที่เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์นี้ได้ เช่นกระทรวงสาธารณสุขบอกว่ากัญชาเป็นยาเสพติด ขณะที่นักการเมืองบอกว่ากัญชาเป็นสมุนไพร [3] วงการแพทย์บอกว่ากัญชารักษาได้บางโรค บรรเทาอาการได้บางอาการ (เช่น คลื่นไส้อาเจียนจาก การได้รับยาเคมีบำบัดในการรักษาโรคมะเร็ง) ขณะที่วงการผู้สนใจกัญชาทางการแพทย์บอกว่ากัญชารักษา ได้หลายโรค รวมทั้งโรคมะเร็งให้หายขาดได้ด้วย [4] และแพทย์ทางคลินิกพูดถึงประโยชน์ของการใช้กัญชากับผู้ป่วย ในขณะที่นักวิจัยทางด้านสาธารณสุขศาสตร์กล่าวถึง ผลกระทบต่อสุขภาพและสังคมโดยรวม เป็นต้น จากข้อมูลความขัดแย้งต่างๆในระดับนโยบายได้ ก่อให้เกิดความสับสน ความไม่เข้าใจ ในประชาชนกลุ่มต่างๆ ทั่วประเทศด้วย เนื่องจากมีการแปลงนโยบายมาสู่การประชาสัมพันธ์ที่ผิดๆ อย่างหลากหลายและข้อมูลส่วนใหญ่ไม่ตรงกัน โดยส่วนใหญ่จะมุ่งไปที่การหาผลประโยชน์ให้กับตนเองและพวกพ้องมากกว่า โดยมีการนำกัญชามาผลิตเป็นยาใช้ในทางการแพทย์หลายตำรับ เช่น มีการผลิตยาและน้ำมันกัญชามาใช้ทั้งในรูปของการกิน การทำการหยอดตำ โดยไม่ผ่านการรับรองจากหน่วยงานของภาครัฐ และมีการโฆษณาเกินจริง ซึ่งทำให้ประชาชนที่ขาดความรู้ หรือได้รับข้อมูลข่าวสารที่ไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะข้อมูลจากสื่อสารออนไลน์ที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายอย่างรวดเร็ว นำเอาผลิตภัณฑ์ดังกล่าวมาใช้และเกิดผลกระทบทางลบ เกิดการเจ็บป่วยขึ้น โดยกลุ่มที่น่าเป็นห่วงว่าจะได้รับผลกระทบมากที่สุดคือ กลุ่มผู้สูงอายุเนื่องจากขาดความรู้ รู้ไม่เท่าทันกลไกการโฆษณา และเนื่องจากส่วนใหญ่จะมีโรคประจำตัวหลายโรคที่ต้องการรักษาให้หายขาดด้วยตำรับกัญชา จึงนำเอาผลิตภัณฑ์มาใช้หรือบางส่วนก็ปลูกกัญชาและผลิตยาใช้เอง เป็นต้น

จากแนวโน้มของผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นจึงนำมาซึ่งภาวะเสี่ยงและปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยแห่งความเสื่อมถอยในทุกๆ ด้าน ทั้งด้านการเจ็บป่วยทางร่างกายและสภาพจิตใจ เนื่องจากวัยผู้สูงอายุจะเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงหลายอย่าง ทั้งจากภาวะสุขภาพที่เสื่อมถอยลง การสูญเสียบทบาทหน้าที่ทางสังคมและอาจวิตกกังวลต่อความตายที่อยู่ใน ส่วนลึกของจิตใจ เพราะเป็นเรื่องที่ใกล้ตัวมากขึ้นทุกวัน สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไร้คุณค่า ไร้ความหมาย แรงจูงใจ และความกระตือรือร้นลดลง ขาดความเชื่อมั่นและหมดความภาคภูมิใจในตนเอง [5] ปัจจัยเหล่านี้เป็นสาเหตุสำคัญส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุบางส่วนหันไปใช้ยาเสพติด เช่น ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์การสูบบุหรี่ และการใช้สารเสพติดหลายชนิด เช่น กัญชา ใบกระท่อม ทั้งนี้โดยมีวัตถุประสงค์สำคัญเพื่อการรักษาอาการเจ็บป่วย และบางส่วนใช้เพื่อการสันทนาการและผ่อน คลายความเครียด เป็นต้น

ตำบลดงเย็น อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี เป็นอีกตำบลหนึ่งที่ประสบกับภาวะเสี่ยงต่อสารเสพติดประเภทกัญชา ทั้งนี้เป็นผลสืบเนื่องมาจากเหตุปัจจัยสำคัญ คือ จากการที่รัฐบาลปัจจุบันมีนโยบายในการส่งเสริมสนับสนุนการใช้กัญชาทางการแพทย์แต่แนวทางปฏิบัติยังขาดความชัดเจน แต่ได้ส่งผลกระทบในระดับ

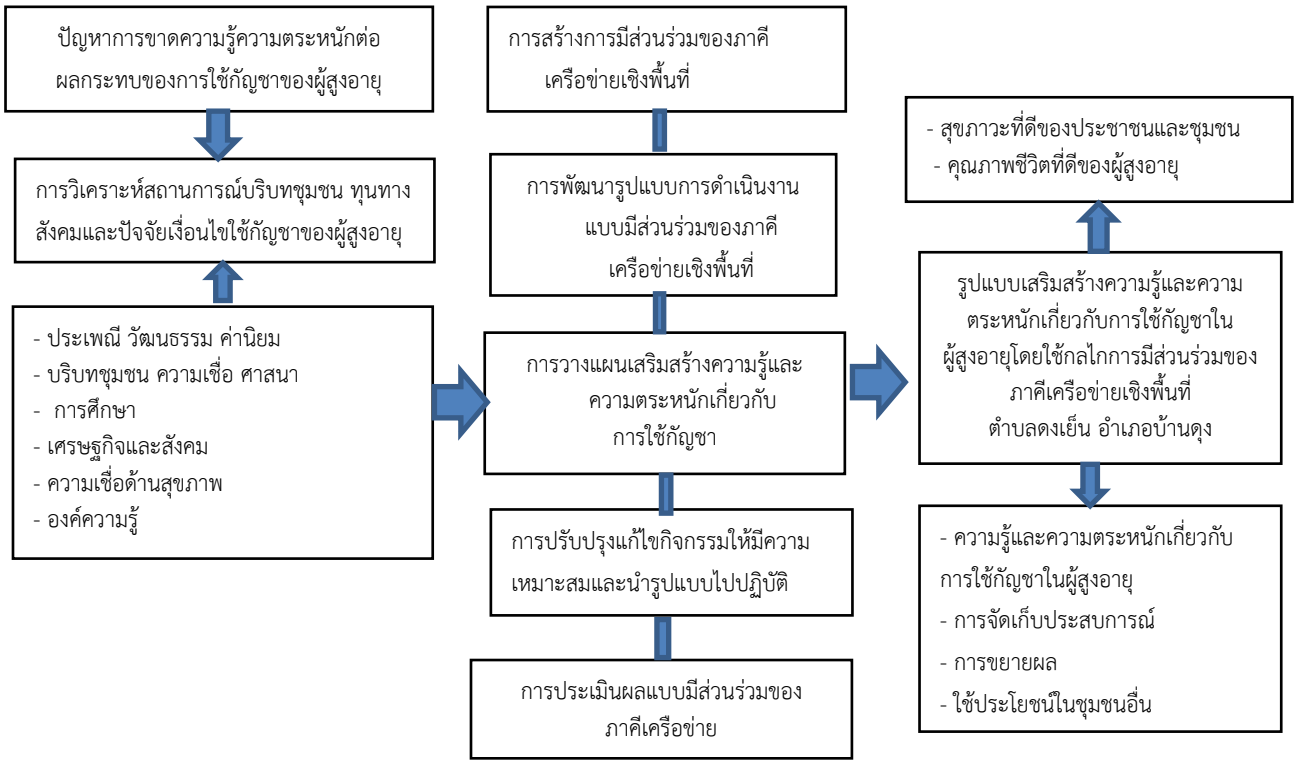
ชุมชนแล้ว กล่าวคือ ในพื้นที่ตำบลดงเย็น ได้มีการปลูกกัญชาในบริเวณบ้าน ในสวน ในพื้นที่การเกษตร และนำมาเป็นส่วนประกอบในการปรุงอาหาร การนำมาปรุงเป็นยารักษาโรคตามตำรับพื้นบ้าน โดยไม่ได้ผ่านการตรวจสอบรับรองจากแพทย์หรือเภสัชกร โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุได้มีการซื้อยาที่มีส่วนผสมของกัญชามาใช้รักษาโรคเองโดยไม่ได้อยู่ภายใต้คำแนะนำของแพทย์ ซึ่งจากการลงพื้นที่เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลของนักวิจัย พบว่าสถานการณ์มีแนวโน้มที่จะขยายวงกว้าง และอาจจะมีผู้ได้รับผลกระทบจากการใช้กัญชาในทางที่ผิด โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มักจะถูกชักจูง หลอกลวงให้ซื้อ ยาที่มีส่วนผสมของกัญชาจากทางสื่อสารออนไลน์ได้ง่าย จากผู้ค้าที่นำมาจำหน่ายถึงบ้าน เนื่องจากผู้สูงอายุเหล่านี้ขาดความรู้ ความตระหนักต่อผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับร่างกายจากการใช้กัญชาเพื่อการรักษาโรคและการสันทนาการ และนอกจากนี้ในกลุ่มผู้สูงอายุที่นิยมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังมีโอกาสเสี่ยงในการจะเข้าสู่การเสพกัญชาได้ง่ายขึ้นอีกด้วย ซึ่งในอนาคตย่อมจะได้รับผลกระทบและเกิดการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น

จากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงจัดทำโครงการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรู้ ความตระหนักของผู้สูงอายุต่อผลกระทบของการใช้กัญชา โดยใช้กลไกการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเชิงพื้นที่ ตำบลดงเย็น อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี ขึ้น โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นตัวขับเคลื่อนกระบวนการดำเนินงาน โดยผลจากการวิจัยจะช่วยให้สามารถหาแนวทางและออกแบบกระบวนการดำเนินงานได้อย่างเหมาะสม ชัดเจนเป็น รูปธรรมและมีความต่อเนื่องยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบท ภูมิสังคม และศักยภาพของชุมชนในการเสริมสร้างความรู้ ความตระหนักของผู้สูงอายุต่อผลกระทบของการใช้กัญชา โดยใช้กลไกการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเชิงพื้นที่ ตำบลดงเย็น อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรู้ ความตระหนักของผู้สูงอายุต่อผลกระทบของการใช้ กัญชา โดยใช้กลไกการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเชิงพื้นที่ ตำบลดงเย็น อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี
3. เพื่อประเมินผลของรูปแบบการเสริมสร้างความรู้ ความตระหนักของผู้สูงอายุต่อผลกระทบของการใช้กัญชาโดยใช้กลไกการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเชิงพื้นที่ ตำบลดงเย็น อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี

กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษา เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

ประชากรที่ใช้ศึกษา คือ ประชาชนทั่วไป ผู้นำชุมชน และผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม อยู่อาศัยในพื้นที่ตำบลดงเย็น อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี ติดต่อกันไม่น้อยกว่า 1 ปี ใช้การคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณเพื่อประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร กรณีทราบขนาดประชากร[6] ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 291 คน

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2566 ถึง 31 กรกฎาคม 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสาร งานวิจัย ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง แล้วนำมาประยุกต์สร้างเครื่องมือให้มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย กรอบแนวคิดการวิจัย และรูปแบบวิธีดำเนินการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

ผู้วิจัยและทีมวิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลรายหมู่บ้าน โดยใช้เทคนิคและกลวิธีการเก็บรวบรวมข้อข้อมูลแบบผสมผสาน ดังนี้

1. เครื่องมือเชิงคุณภาพ

1.1 แบบบันทึกการสืบค้นจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ ได้แก่ หนังสือ หนังสือราชการ และเอกสารวิชาการ ที่มีการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับประวัติความเป็นมาของตำบลดงเย็น และสถานการณ์การใช้กัญชาของประชาชนตำบลดงเย็นตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน

1.2 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มผู้รู้ (Key Informants) ผู้นำชุมชนและแกนนำชุมชน และเจ้าหน้าที่ภาครัฐ เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับบริบทชุมชน สภาพปัญหาและศักยภาพในการเสริมสร้างความรู้และความตระหนักของผู้สูงอายุต่อผลกระทบของการใช้กัญชาในชุมชนตำบลดงเย็น และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการจัดการปัญหาการใช้กัญชาในหลากหลายมุมมองตามประสบการณ์ของแต่ละบุคคล

1.3 แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) กับผู้นำชุมชน อสม. คณะกรรมการหมู่บ้าน ตัวแทนกลุ่มผู้สูงอายุ ตามประเด็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการใช้กัญชาของผู้สูงอายุ โดยการใช้เทคนิค SWOT Analysis ระดมสมองกลุ่มผู้ให้ข้อมูลเพื่อวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรคของการดำเนินงาน และการใช้เทคนิคการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (Appreciation Influence Control: AIC) เพื่อให้ทราบสถานการณ์ปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหาการใช้กัญชาในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต รวมถึงกำหนดแผนงานโครงการและผู้รับผิดชอบเพื่อการแก้ไขปัญหา

1.5 การสังเกตและการบันทึกภาคสนาม (Observation and Field Note) ในขณะเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีอื่นๆ ผู้วิจัยจะใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non - Participant Observation) ประกอบกัน โดยตั้งประเด็นการสังเกตไว้ 3 ประเด็น ได้แก่ พฤติกรรม (Acts) ความสัมพันธ์ (Relationship) ความหมาย (Meaning)

1.6 การอภิปรายกลุ่ม (Group Discussion) เมื่อเสร็จสิ้นการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้ง 5 วิธีดังกล่าวข้างต้นแล้ว ผู้วิจัยเชิญผู้ให้ข้อมูลทุกคนเข้าร่วมเวทีอภิปรายกลุ่ม เพื่ออภิปราย แสดงความคิดเห็น วิพากษ์วิจารณ์ผลการศึกษา และเติมเต็มข้อมูลให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

2. เครื่องมือเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสอบถามระดับความรู้ เจตคติ และความตระหนักของผู้สูงอายุต่อผลกระทบของการใช้กัญชา ตำบลดงเย็น อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยทำการตรวจสอบโดยนำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบเพื่อพิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) เพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Consistency: IOC) เมื่อได้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว จึงนำมาปรับปรุงให้มีความถูกต้องสมบูรณ์และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในลำดับต่อไป การตรวจสอบข้อมูลเชิงคุณภาพ

ซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้จากการบันทึกการประชุมกลุ่ม สนทนากลุ่ม นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน แยกตามประเด็นปัญหา และทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired sample t-test

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา โดยผู้วิจัยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมๆ กันตลอดระยะเวลาของการวิจัย[7]

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี รหัสโครงการ UDREC 11666 ลงวันที่ 23 มิถุนายน 2566

ผลการวิจัย

1. บริบท ภูมิสังคม และศักยภาพของชุมชนในการเสริมสร้างความรู้ ความตระหนักของผู้สูงอายุต่อผลกระทบของการใช้สารเสพติดประเภทกัญชา โดยใช้กลไกการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเชิงพื้นที่ ตำบลดงเย็น อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี

สภาพและสถานการณ์ด้านความรู้ เจตคติ และความตระหนักเกี่ยวกับผลกระทบของกัญชาของผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของกัญชา อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยระดับเจตคติเกี่ยวกับการใช้กัญชาอยู่ในระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ยระดับความตระหนักเกี่ยวกับกัญชาอยู่ในระดับมาก ส่วนสถานการณ์การใช้กัญชาในชุมชน พบว่า จะมีการลักลอบปลูกกัญชาโดยทั่วไปในสวน ในพื้นที่เกษตร โดยส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่าปลูกเพื่อนำมาเป็นส่วนประกอบในการปรุงอาหารให้มีรสชาติดี

ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้กัญชาของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ปัจจัยภายนอก ได้แก่ นโยบายกัญชาทางการแพทย์ของรัฐบาล ที่ไม่มีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนทำให้ประชาชนหันมาให้ความสนใจปลูกและใช้กัญชามากขึ้น การคมนาคมที่สะดวกทำให้ผู้ค้าและหมอยาพื้นบ้านจากพื้นที่ต่างๆ นำเอายาที่มีส่วนผสมของกัญชามาจำหน่ายโดยสะดวก การมีระบบสื่อสารออนไลน์ทำให้มีโอกาสรับข้อมูลข่าวสารของกัญชาได้ง่ายขึ้น และมีการรวมกลุ่มของบุคคลเพื่อตั้งเป็นวิสาหกิจชุมชนเพื่อการปลูกกัญชา ส่งผลทำให้มีการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับกัญชามากขึ้น ปัจจัยภายใน ได้แก่ ทัศนคติของประชาชนที่มองว่ากัญชาเป็นยาเสพติดที่ไม่อันตราย จะเสพ จะหยุดเมื่อใดก็ได้ ประชาชนเห็นว่าการจัดการปัญหากัญชาเป็นบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานภาครัฐโดยเฉพาะหน่วยงานสาธารณสุข ประชาชนขาดความรู้ทางกฎหมายเกี่ยวกับกัญชาและบทลงโทษ ประชาชนมีความต้องการใช้กัญชาเพื่อการรักษาอาการเจ็บป่วยต่างๆ และการมีตัวแทนจำหน่ายยากัญชาในชุมชน

ผลกระทบจากการใช้กัญชาของผู้สูงอายุ 1) ด้านเศรษฐกิจทำให้ผู้สูงอายุมีความสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายจากการซื้อยากัญชาเพิ่มมากขึ้น 2) ด้านสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยที่เกิดจากยากัญชาที่ผลิตไม่ได้มาตรฐาน ไม่ผ่านการรับรองจากองค์การเภสัชกรรม หรือไม่ได้ถูกสั่งให้ใช้โดยแพทย์ 3) ด้านสังคม เกิดความไม่เข้าใจกันในครอบครัว โดยผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งที่หลงเชื่อการโฆษณาสรรพคุณของยากัญชา รบเร้าให้บุตรหลานซื้อยากัญชา น้ำมันกัญชามาให้เพื่อรักษาโรค ซึ่งหากบุตรหลานไม่ซื้อมาให้ก็จะเกิดการทะเลาะเบาะแว้งหรืออาการน้อยใจเกิดขึ้น ศักยภาพที่เอื้อต่อการเสริมสร้างความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับการใช้กัญชาของผู้สูงอายุ 4) ด้านบุคคล ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครู ตำรวจชุมชน เจ้าหน้าที่พัฒนาชุมชน เจ้าหน้าที่เกษตรตำบล และ กศน. ที่จะช่วยประสานงานในการดำเนินงานกิจกรรมต่างๆ ในชุมชนเกี่ยวกับการรณรงค์ให้ความรู้ การสร้างความตระหนักแก่ผู้สูงอายุดำเนินไปได้ด้วยดี ด้านองค์กรชุมชน ประกอบด้วย องค์การบริหารส่วนตำบล ชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนทุกแห่ง ผู้นำศาสนา (พุทธ,คริสตจักร) หน่วยงานปกครอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำรวจ สภาวัฒนธรรมตำบล

โรงเรียนผู้สูงอายุ พร้อมที่จะให้การสนับสนุนการดำเนินงาน ด้านภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านดุง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานีตำรวจภูธรบ้านดุง และที่ว่าการอำเภอบ้านดุง ชมรมกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน พร้อมที่จะให้การสนับสนุนการดำเนินงานด้านงบประมาณ ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ตำบลดงเย็น

จุดแข็งและโอกาสของการเสริมสร้างความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับการใช้กัญชาของผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้นำและแกนนำของชุมชนให้ความสำคัญต่อการจัดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพทุกประเภท โดยมีชมรม อสม. เป็นแกนนำหลักในการดำเนินกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ชมรมผู้สูงอายุระดับตำบล /หมู่บ้าน มีการบริหารองค์กรที่ชัดเจน สื่อสารข้อมูลได้รวดเร็ว และพร้อมที่จะปกป้องสมาชิกชมรมของตนเอง การได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ตำบลดงเย็น และการบูรณาการกับกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลดงเย็น ส่วนจุดอ่อนและอุปสรรค ได้แก่ การขาดแกนนำในการเริ่มต้นการดำเนินงาน ผู้สูงอายุมักอยู่บ้านคนเดียว จึงถูกชักจูง หลอกลวงได้ง่าย ประชาชนขาดความรู้ต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์ และนโยบายกัญชาเป็นเรื่องใหม่ ชุมชนจึงยังไม่มีกิจกรรม แผนงาน /โครงการใด ๆ รองรับการดำเนินงาน

2. การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรู้ ความตระหนักของผู้สูงอายุต่อผลกระทบของการใช้กัญชา โดยใช้กลไกการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเชิงพื้นที่ ตำบลดงเย็น อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี มีองค์ประกอบหลัก 4 ด้าน ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 การจัดทำแผนกลยุทธ์ในการเสริมสร้างความรู้และความตระหนัก (Strategies : S)องค์ประกอบที่ 2 การเสริมสร้างความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดประเภทกัญชาของผู้สูงอายุ (Capacity building : C) องค์ประกอบที่ 3 การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเชิงพื้นที่ (participation of network : P) และองค์ประกอบที่ 4 การจัดการความรู้เพื่อการพัฒนา (Knowledge management : K)

3. ผลของการนำรูปแบบการเสริมสร้างความรู้และความตระหนักของผู้สูงอายุต่อผลกระทบของการใช้ กัญชา โดยใช้กลไกการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเชิงพื้นที่ ตำบลดงเย็น อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี ไปปฏิบัติ

3.1 ด้านการจัดทำแผนกลยุทธ์ ได้ผลผลิตสำคัญ คือ ได้แผนปฏิบัติการ 3 แผนงาน ได้แก่ 1) แผนปฏิบัติการด้านการเสริมสร้างความรู้และความตระหนัก 2) แผนปฏิบัติการด้านการรณรงค์ระดับชุมชน/หน่วยงาน/องค์กร และ 3) แผนปฏิบัติการด้านการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเชิงพื้นที่

3.2 ด้านการนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติในชุมชน

3.2.1 ตำบลดงเย็นมีคณะทำงานการเสริมสร้างความรู้และความตระหนักต่อผลกระทบของการใช้สารเสพติดประเภทกัญชา ตำบลดงเย็น อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี 1 คณะ

3.2.2 แผนปฏิบัติการด้านการเสริมสร้างความรู้และความตระหนัก ประกอบด้วย การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมสร้างความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับผลกระทบและพิษภัยของสารเสพติดประเภทกัญชาและกฎหมายสารเสพติด การบูรณาการหลักสูตรจัดการเรียนการสอนเรื่องกัญชาในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลดงเย็น การให้ความรู้ผ่านสื่อต่าง ๆ ที่มีอยู่ในชุมชน เช่น การจัดบอร์ดความรู้เกี่ยวกับกัญชา การจัดมหกรรมพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลดงเย็นและภาคีเครือข่าย การประชาสัมพันธ์ทางหอกระจายข่าว การให้ความรู้ในที่ประชุมประจำเดือนรายหมู่บ้านโดยกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และการส่งต่อข้อมูลข่าสารเกี่ยวกับกัญชาที่ถูกต้องทางสื่อสารออนไลน์

3.2.3 แผนปฏิบัติการด้านการรณรงค์ระดับชุมชน/หน่วยงาน/องค์กร ประกอบด้วย การรณรงค์สอดแทรกความรู้ในวันสำคัญและเทศกาลต่าง ๆ เช่น การรณรงค์ในวันงดสูบบุหรี่โลก การรณรงค์ในวันต่อต้านยาเสพติดสากล การรณรงค์ในวันสำคัญทางศาสนา เทศกาลงดเหล้าเข้าพรรษา การจัดขบวนรณรงค์ร่วมกับ อสม. ในวัน อสม.แห่งชาติ การจัดทำป้ายประชาสัมพันธ์ในชุมชน และส่วนราชการ การประชาสัมพันธ์ทางวิทยุชุมชน และการสอดแทรกเนื้อหาในอบรมเชิงปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในภาคประชาชนของ อบต.ดงเย็น

3.2.4 แผนปฏิบัติการด้านการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเชิงพื้นที่ ประกอบด้วย การคืนข้อมูลการดำเนินงานให้กับภาคีเครือข่ายในเวทีสาธารณะต่าง ๆ การเสนอแผนงานเรื่องการเสริมสร้างความรู้ความตระหนักเกี่ยวกับผลกระทบของกัญชาเข้าสู่แผนพัฒนาตำบลดงเย็น และแผนงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลดงเย็น การเสนอให้ประเด็นกัญชาเข้าสู่แผนพัฒนาอำเภอ ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอบ้านดุง (พชอ.) และแผนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลดงเย็น (พชต.) การเปิดคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง การส่งเสริมสนับสนุนสมรรถนะทางกายและจิตใจ การใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ และออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเองสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การแข่งขันกีฬาผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ การจัดตั้งคณะรำวงผู้สูงอายุ กิจกรรมด้านศาสนาตามวาระต่างๆ เพื่อเสริมสร้างความสุข ความเข้มแข็งด้านจิตใจ และการนำเสนอผลการดำเนินงานต่อชมรมผู้สูงอายุอำเภอบ้านดุง

3.3 ด้านการนำรูปแบบการเสริมสร้างความรู้และความตระหนักของผู้สูงอายุต่อผลกระทบของการใช้กัญชา โดยใช้กลไกการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเชิงพื้นที่ ตำบลดงเย็น อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานีไปปฏิบัติ

3.3.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.30 อายุ 60 ปี ร้อยละ 17.53 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 87.97 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 69.07 สถานภาพสมรส ร้อยละ 52.23 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 99.31 รายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 3,000 บาท ร้อยละ95.19 ส่วนใหญ่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับกัญชาจากบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข/อสม. ร้อยละ 41.92 ไม่เคยได้รับผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของกัญชา ร้อยละ 95.19 ในส่วนที่เคยได้รับจะเคยได้รับผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของกัญชาจากหมอพื้นบ้าน ร้อยละ 4.81 และไม่เคยใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีกัญชาเป็นส่วนผสม ร้อยละ 95.19 ในส่วนที่เคยใช้จะเคยใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีกัญชาเป็นส่วนผสม ในรูปแบบผงกัญชา (Powder) และสารสกัดน้ำมัน (Oil) ร้อยละ 2.75 และสาเหตุที่ตัดสินใจที่จะใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีสารสกัดจากกัญชาเป็นส่วนผสม เพราะมีเพื่อน คนในครอบครัว หรือบุคคลอื่นแนะนำว่าดี ร้อยละ 50.00 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของสถานภาพส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=291)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	133	45.70
หญิง	158	54.30
2. อายุ		
60 - 65 ปี	204	70.10
66 – 70 ปี	87	29.90
3. ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน/ไม่จบประถมศึกษา	33	11.34
ประถมศึกษา	256	87.97
มัธยมศึกษาตอนต้น	2	0.69
4. อาชีพหลักของท่าน		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	22	7.56
ข้าราชการบำนาญ	1	0.34
เกษตรกรรม	201	69.07
ค้าขาย/อาชีพอิสระ	67	23.02
รับจ้าง	22	7.56

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของสถานภาพส่วนบุคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=291)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
5. สถานภาพสมรส		
โสด	23	7.90
สมรส	152	52.23
หม้าย	89	30.58
หย่า/แยก	27	9.28
6. ศาสนาที่ท่านนับถือ		
พุทธ	289	99.31
คริสต์	2	0.69
7. รายได้ต่อเดือน		
น้อยกว่า 3,000 บาท	277	95.19
3,000 - 6,000 บาท	12	4.12
6,001 - 9,000 บาท	1	0.34
9,001 - 12,000 บาท	1	0.34
8. แหล่งการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับกัญชา		
วิทยุกระจายเสียง โทรทัศน์	43	14.78
หนังสือพิมพ์/นิตยสาร/ สิ่งพิมพ์/ แผ่นพับ	75	25.77
ผู้นำชุมชน	51	17.53
บุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข/อสม.	122	41.92
9. ท่านเคยได้รับผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของกัญชาจากช่องทางใด		
ไม่เคยได้รับ	277	95.19
เคยได้รับ	14	4.81
- เคยได้รับจากหมอพื้นบ้าน	14	4.81
10. ท่านเคยใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีกัญชาเป็นส่วนผสมในรูปแบบใด		
ไม่เคย	277	95.19
เคย	14	4.81
- ผงกัญชา (Powder)	4	1.37
- ผงกัญชา (Powder) และสารสกัดน้ำมัน (Oil)	8	2.75
- สารสกัดน้ำมัน (Oil)สเปรย์ (Spray)	1	0.34
- สารสกัดน้ำมัน (Oil)สเปรย์ (Spray) ยาเหน็บ	1	0.34
11. สาเหตุที่ตัดสินใจที่ใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีสารสกัดจากกัญชาเป็นส่วนผสม		
เพื่อน คนในครอบครัว หรือบุคคลอื่นแนะนำว่าดี	7	50.00
มีตัวอย่างของคนที่ใช้แล้วได้ผลดี	1	7.14
เพื่อน คนในครอบครัว หรือบุคคลอื่นแนะนำว่าดีและมีตัวอย่างของคนที่ใช้แล้วได้ผลดี	6	42.86

3.3.2 ด้านการเสริมสร้างความรู้ เจตคติ และความตระหนักของผู้สูงอายุต่อผลกระทบของการใช้สารเสพติดประเภทกัญชา พบว่า หลังดำเนินการกลุ่มตัวอย่างมีความรู้อยู่ในระดับสูง เพิ่มจากร้อยละ 30.24 เป็น ร้อยละ 83.51 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยเจตคติของผู้สูงอายุต่อผลกระทบของการใช้สารเสพติดประเภทกัญชา พบว่า หลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยของระดับเจตคติสูงกว่าก่อนดำเนินการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.001) และการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความตระหนักของผู้สูงอายุต่อผลกระทบของการใช้กัญชา พบว่า หลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยคะแนนความตระหนักสูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.001) ดังตารางที่ 2 และ 3

ตารางที่ 2 ระดับความรู้เกี่ยวกับสารเสพติดประเภทกัญชาของผู้สูงอายุตำบลดงเย็น อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี ก่อนและหลังดำเนินการ (n=290)

ระดับความรู้	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (12 ข้อขึ้นไป)	88	30.24	243	83.51
ระดับปานกลาง (8-11 ข้อ)	141	48.45	34	11.68
ระดับต่ำ (1-7 ข้อ)	61	21.31	13	4.81

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยเจตคติ และความตระหนักของผู้สูงอายุต่อผลกระทบของการใช้สารเสพติดประเภทกัญชา ก่อนและหลังดำเนินการ (n=290)

คะแนนเจตคติและคะแนนความตระหนัก	$\overline{X}$	S.D.	t	p-value
1. คะแนนเจตคติ				
- ก่อนดำเนินการ	47.85	4.05	-25.86	<0.001*
- หลังดำเนินการ	58.65	5.86		
2. คะแนนความตระหนัก				
- ก่อนดำเนินการ	87.40	7.40	-7.23	<0.001*
- หลังดำเนินการ	91.81	7.31		

*P-value < 0.05, ใช้สถิติ Paired sample t-test

3.3.3 ผลของการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน แกนนำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนงาน การแสดงความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานในชุมชน พร้อมทั้งได้ความรู้นำไปปฏิบัติในครัวเรือนของตนเอง ด้านองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่า อบต. ดงเย็น ได้จัดทำแผนรองรับ โดยบรรจุเรื่องกัญชาเข้าไปในส่วนหนึ่งของแผนการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของตำบล ด้านภาคีเครือข่าย พบว่า ภาคีเครือข่ายต่างๆ ได้เข้ามาร่วมดำเนินงานตามบทบาทภารกิจที่ตนเองเกี่ยวข้อง แล้วยังมีการบรูณาการภารกิจและทรัพยากรร่วมกัน

3.4.4 ผลการประเมินความพึงพอใจในการดำเนินงานเสริมสร้างความรู้และความตระหนักของผู้สูงอายุต่อผลกระทบของการใช้กัญชา ภาพรวมประชาชนส่วนใหญ่มีความพึงพอใจระดับมากต่อกิจกรรมเสริมสร้างความรู้และความตระหนักของผู้สูงอายุต่อผลกระทบของการใช้กัญชา ร้อยละ 96.15 โดยอยากให้มีการจัดให้มีกิจกรรมการเสริมสร้างความรู้และความตระหนักของผู้สูงอายุต่อผลกระทบของการใช้กัญชาขึ้นในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 100

4. ผลการถอดบทเรียนการดำเนินงานรูปแบบการเสริมสร้างความรู้ ความตระหนักของผู้สูงอายุต่อผลกระทบของการใช้กัญชา โดยใช้กลไกการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเชิงพื้นที่ ตำบลดงเย็น อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี

4.1 ด้านการจัดกระบวนการงานวิจัย ควรมีการจัดเก็บข้อมูลจากแหล่งต่างๆ ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ด้วยระเบียบวิธีเชิงวิชาการ ซึ่งจะทำให้นักวิจัยพบสถิติที่เด่นชัดที่ชี้ให้เห็นถึงแนวโน้มความรุนแรงของปัญหาในพื้นที่ และสะท้อนข้อค้นพบคืนสู่ชุมชนให้มองเห็นภาพความรุนแรงของปัญหา ควรมีการเสริมสร้างศักยภาพชุมชน เพื่อเตรียมความพร้อมให้สามารถจัดการกับปัญหาได้ด้วยตนเอง ส่วนในด้านกระบวนการทำงานควรเน้นการมีส่วนร่วม 2 ระดับ คือ 1) ระดับบุคคล ควรนำเอาบุคคลผู้ที่มีศักยภาพอย่างหลากหลายมาทำงานด้วยกันเพื่อร่วมกันชี้ชวน ชักนำให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน 2) ระดับภาคีเครือข่าย ควรมีการประสานงานทั้งแบบเป็นทางการ คือ การประสานผ่านหนังสือราชการ และไม่เป็นทางการ คือ การใช้ความสัมพันธ์ส่วนตัว ส่วนในด้านรูปแบบการจัดเวทีกิจกรรม ต้องคำนึงถึงสภาพข้อจำกัดทางกายของผู้สูงอายุ

ควรหลีกเลี่ยงรูปแบบที่เป็นทางการ ควรสร้างบรรยากาศของความเสมอภาค เรียบง่าย จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีเกียรติ มีศักดิ์ศรี มีความสำคัญ ความคิดเห็นของตนเองมีผู้ที่พร้อมจะรับฟังและนำไปปฏิบัติ

4.2 ด้านการดำเนินงานตามรูปแบบฯ ต้องคำนึงถึงวิถีชีวิต ประเพณี วัฒนธรรม และความเชื่อของประชาชนเป็นสำคัญ ควรบูรณาการกิจกรรมเข้ากับกิจกรรมหลักของชุมชน ก่อนนำแผนการสู่การปฏิบัติในชุมชนต้องมีการพูดคุย การประสานงานสร้างความเข้าใจร่วมกันอย่างชัดเจน การดำเนินงานต้องมีความยืดหยุ่นตามจังหวะของชุมชน การจัดเวทีแต่ละเวทีต้องมีความเป็นประชาธิปไตยสูง เนื่องจากพื้นฐานของผู้เข้าประชุมมีความแตกต่างกัน

4.3 ปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงาน ประกอบด้วย การเลือกใช้รูปแบบการวิจัยที่เหมาะสม ได้แก่ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ การบูรณาการทุนทางสังคมทั้งจากภายในและภายนอกชุมชน การเลือกปัญหาผลกระทบจากสารกัญชาต่อสุขภาพ ซึ่งเป็นนโยบายใหม่ของรัฐบาลและเป็นปัญหาใหม่ที่ประชาชนอยากทราบเพื่อวางแนวทางป้องกัน มาเป็นประเด็นในการดำเนินงาน และการเลือกกลุ่มประชากรผู้สูงอายุเป็นเป้าหมายของการวิจัย เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีโอกาสได้รับผลกระทบสูงจากสารกัญชา โดยมีโอกาสที่จะถูกชักจูง ถูกหลอกลวงให้ซื้อหาและใช้สารกัญชาที่ไม่มีคุณภาพได้ง่าย และจะมีผลกระทบต่อร่างกายค่อนข้างรุนแรงจึงทำให้ผู้สูงอายุและชุมชนให้ความร่วมมือ

“เราอยู่ตรงนี้แทบไม่รู้เลยว่ามีตำบลเราปัญหาเกี่ยวกับกัญชาในผู้สูงอายุ เมื่อมีทางผู้วิจัยนำเสนอปัญหาและแนวทางแก้ไข ทาง อบต. ก็พร้อมจะช่วยเต็มที่ เป็นสิ่งที่ดีที่เราจะได้ดำเนินการร่วมกัน โดยทาง อบต.พร้อมสนับสนุนงบประมาณ พร้อมบุคลากรและข้อมูล ” (สัมภาษณ์ : รองนายก อบต.)

4.4 ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินงาน ได้แก่ ปัญหาข้อจำกัดของสมรรถนะทางกายของผู้สูงอายุ ที่อาจทำให้การถ่ายทอดความรู้หรือการทำกิจกรรมตามโครงการด้อยประสิทธิภาพลงไป ปัญหาข่าวปลอม (Fake News) ของกัญชาที่หวังผลด้านธุรกิจมาทางสื่อสารออนไลน์เป็นจำนวนมาก ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่หลงเชื่อ และตกเป็นเหยื่อ ปัญหาการแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรน่า 2019 ในช่วงของการดำเนินวิจัยทำให้ไม่สามารถจัดกิจกรรมที่รวมคนจำนวนมากได้

“สิ่งที่น่าเป็นห่วงที่สุดก็คือผู้สูงอายุที่จะถูกหลอกลวงให้ซื้อน้ำมันกัญชา นอกจากราคาแพงแล้วร้อยทั้งร้อยเป็นของปลอม ดังนั้นต้องช่วยกันสอดส่องดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ของเรา” (สัมภาษณ์ : ผู้ใหญ่บ้าน)

“นโยบายกัญชายังไม่ชัดเจน เราต้องรอฟังจากทางรัฐบาลและสาธารณสุข ดูว่าจะมีประโยชน์อย่างไรต่อชุมชนบ้าง” (สัมภาษณ์ : กำนัน)

สรุปและอภิปรายผล

ผลจากการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรู้และความตระหนัก ของผู้สูงอายุต่อผลกระทบของการใช้กัญชา โดยใช้กลไกการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเชิงพื้นที่ ตำบลดงเย็น อำเภอ บ้านดุง จังหวัดอุดรธานี นำมาอภิปรายผลกับเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. สถานการณ์การใช้กัญชาในชุมชน พบว่า จะมีการลักลอบปลูกกันโดยทั่วไปในลักษณะของพืชสวนครัว โดยส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่าปลูกเพื่อนำมาเป็นส่วนประกอบในการปรุงอาหารให้มีรสชาติดี ทำให้อารมณ์แจ่มใส และนอนหลับสนิท ซึ่งเป็นความเชื่อและค่านิยมที่สืบทอดกันมา และจากการสัมภาษณ์ผู้ที่ใช้กัญชาในการประกอบอาหารก็ล้วนแต่ให้คำตอบในทิศทางเดียวกันทั้งสิ้น อีกประการหนึ่ง คือ ประชาชนมองว่ากัญชาเป็นยาเสพติดที่ไม่ร้ายแรง การนำมาปรุงอาหาร หรือการเสพแต่เพียงเล็กน้อยจะไม่ทำให้เสพติดหรือเป็นอันตรายต่อร่างกายแต่อย่างใด สอดคล้องกับผลการวิจัยของ สุพัสรี คำมูล และสมจิต แดนสีแก้ว[8] ที่พบว่าสถานการณ์การใช้กัญชาในชุมชน มีการใช้ใน 2 รูปแบบ คือ การใช้กัญชาในชีวิตประจำวัน และการใช้กัญชาในกลุ่มวัยรุ่น ซึ่งเริ่มมีการใช้มาตั้งแต่ปู่ย่าตายาย จนเกิดความเชื่อที่ว่ากัญชาเป็นสมุนไพรรักษาโรคเครียด แก้อาการนอนไม่หลับ และยังใช้เป็นยาบำรุงร่างกายช่วยให้รับประทานอาหารได้มากขึ้น จึงนำมาใช้ในการปรุงรสอาหารเพื่อให้รสชาติดีขึ้น และสอดคล้องกับสุจิตตา ฤทธิ์มนตรี และมานพ คณะโต[9] ที่พบว่าการปลูกกัญชามีมาแต่รุ่นปู่ย่าตายาย

เป็นการปลูกระดับครัวเรือนเป็นพืชผักสวนครัวนำมาใช้ในการปรุงอาหาร และเชื่อว่ากัญชาเป็นพืชสมุนไพร ช่วยเจริญอาหาร เป็นอาหารเสริม เพิ่มน้ำหนัก กินข้าวอร่อย ช่วยคลายเครียดและแก้อาการนอนไม่หลับ อีกด้วย สำหรับในพื้นที่ตำบลดงเย็น ก่อนที่รัฐบาลจะมีนโยบายกัญชาทางการแพทย์ การปลูกและการใช้กัญชาจะยังไปแพร่หลาย มีการลักลอบปลูกในสวน ในพืชที่การเกษตรปะปนไปกับพืชชนิดอื่น ๆ แต่ภายหลังมีนโยบายกัญชาทางการแพทย์ ซึ่งเป็นเรื่องใหม่สำหรับสังคมไทย เพิ่งเริ่มต้นเมื่อวันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2562 พบว่าหลายครัวเรือนมีความเข้าใจผิดว่ามีการปลดล็อคให้กัญชาไม่ใช่ยาเสพติด จึงมีการปลูกโดยเปิดเผยแต่ จำนวนไม่มากนัก เพียงครัวเรือนละ 1-2 ต้น เพื่อนำมาประกอบอาหาร นอกจากนั้น ยังพบว่าผู้สูงอายุและประชาชนทั่วไปมีความต้องการซื้อยากัญชามาใช้รักษาโรคมากขึ้น จึงมีการนำเอาสารกัญชาในรูปของน้ำมันกัญชามา จำหน่ายในชุมชนโดยพ่อค้าเร่ และการจำหน่ายทางสื่อออนไลน์ ทำให้ผู้สูงอายุและประชาชนมีโอกาสเข้าถึงกัญชาและมีความเสี่ยงต่อสุขภาพมากยิ่งขึ้น ส่วนในด้านความรู้ เจตคติ และความตระหนักเกี่ยวกับผลกระทบกัญชาของผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนดำเนินการส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับผลกระทบอยู่ในระดับปานกลาง มีเจตคติเกี่ยวกับการใช้กัญชาอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องมาจากความรู้เกี่ยวกับกัญชาที่ถูกต้องยังไม่ถูกนำไปสู่ผู้สูงอายุ โดยสื่อส่วนใหญ่ที่เข้าถึงผู้สูงอายุเป็นการมุ่งโฆษณาชวนเชื่อเพื่อการค้าขายน้ำมันกัญชามากกว่าการมุ่งให้ความรู้ แต่อย่างไรก็ตาม พบว่า ผู้สูงอายุมีความตระหนักต่อผลกระทบของ กัญชาอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะในประเด็น รัฐบาลควรดำเนินนโยบายกัญชาทางการแพทย์อย่างรอบคอบ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน และผู้สูงอายุต้องช่วยกันระมัดระวัง และศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับกัญชาเพื่อมิให้ตกเป็นเหยื่อของมิจฉาชีพที่นำเอายากัญชามาจำหน่าย

2. การพัฒนาการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรู้ ความตระหนักของผู้สูงอายุต่อผลกระทบของการใช้กัญชา โดยใช้กลไกการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเชิงพื้นที่ พบว่า ชุมชนได้ร่วมกัน กาหนดรูปแบบที่มีองค์ประกอบหลัก 4 ด้าน ได้แก่ 1) การจัดทำแผนกลยุทธ์ในการเสริมสร้างความรู้และความตระหนัก 2) การเสริมสร้างความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับการใช้กัญชาของผู้สูงอายุ 3) การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเชิงพื้นที่ และ 4) การจัดการความรู้เพื่อการพัฒนา ซึ่งแต่ละองค์ประกอบจะมีกิจกรรมหลักและกิจกรรมรองเป็นลาดับขั้นตอนของการดำเนินงาน ที่ล้วนแล้วแต่เกิดจากการมีส่วนร่วมคิดร่วมทำระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน จนกลายเป็นเครือข่ายความร่วมมือซึ่งกันและกัน การมีภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมนับว่าเป็นหัวใจสำคัญของการดำเนินงาน ทั้งนี้เนื่องจากลงพื้นที่ชุมชนเองไม่สามารถจะดำเนินงานตามรูปแบบฯให้ประสบความสำเร็จได้ เนื่องจากยังมีส่วนขาดหลายๆ ประการ ทั้งในด้านบุคลากรที่มีองค์ความรู้เกี่ยวกับกัญชา ทุนทรัพย์ และวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ เช่น สื่อประชาสัมพันธ์ เป็นต้น เนื่องจากนโยบายกัญชาเป็นเรื่องใหม่ ทางชุมชนหรือกลุ่มองค์กรต่างๆ จึงไม่ได้เตรียมความพร้อมเรื่องแผนงานโครงการไว้รองรับ ประกอบกับผลกระทบจากกัญชายังไม่ส่งผลต่อชุมชนชัดเจน ไม่ว่าจะในด้านเศรษฐกิจ สังคม และด้านสุขภาพ ชุมชนจึงมองเห็นว่าการใช้กัญชาไม่ได้ส่งผลกระทบรุนแรงเท่ากับการเสพยาเสพติดประเภทยาบ้า แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มเปราะบางทางสุขภาพ และมีโอกาสเสี่ยงที่จะได้รับผลกระทบมากกว่ากลุ่มอื่น ดังนั้น เมื่อได้มีการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานที่เกิดจากการรวบรวมแนวคิดต่างๆ ของแต่ละฝ่ายเข้าด้วยกัน จึงทำให้ชุมชนเกิดการดำเนินงานลักษณะภาคีเครือข่าย ซึ่งมีทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการเพื่อร่วมมือกันในการดำเนินงาน ซึ่งการมีภาคีเครือข่ายเข้ามาหนุนเสริมนี้ เป็นสิ่งหนึ่งที่สะท้อนความสำเร็จของการดำเนินงาน และเชื่อมั่นว่าจะช่วยสร้างความรู้ และความตระหนักให้เกิดกับผู้สูงอายุได้ สอดคล้องกับการวิจัยของ สุพัสรี คำมูล และสมจิต แดนสีแก้ว[8] ที่พบว่าการป้องกัน ดูแล ช่วยเหลือผู้ใช้และผู้เสี่ยงต่อการใช้กัญชาในชุมชน จำเป็นต้องร่วมมือร่วมใจกันอย่างจริงจังทุกภาคส่วน ทั้งตัวผู้เสพ ผู้ปกครอง บุคคลในครอบครัว ผู้นำชุมชน และองค์กรต่างๆ ในชุมชนจักต้องร่วมมือกันทุกฝ่าย ชุมชนต้องมีมาตรกรเฝ้าระวัง ร่วมกันณรงค์ให้สมาชิกชุมชน และร่วมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการวิเคราะห์หาแนวทางการป้องกันการใช้กัญชา เนื่องจากการป้องกันการใช้กัญชาไม่สามารถที่จะกระทำเพียงคนใดคนหนึ่งได้ ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ในลักษณะของการบูรณาการการทางานร่วมกันทั้งภาครัฐ เอกชนและประชาชน และสอดคล้องกับ

การวิจัยของ พงศ์มาดา ดามาพงษ์[10] ที่พบว่า การสร้างเครือข่ายความร่วมมือในระบบเฝ้าระวังยาเสพติด ประกอบด้วยความร่วมมือ 2 ลักษณะ คือ แบบเป็นทางการและแบบไม่เป็นทางการ ซึ่งความร่วมมือทั้ง 2 ลักษณะจะต้องผสมผสานกัน

3. การประเมินผลสัมฤทธิ์ของรูปแบบการเสริมสร้างความรู้ ความตระหนักของผู้สูงอายุต่อผลกระทบของการใช้กัญชา โดยใช้กลไกการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเชิงพื้นที่ ด้านการเสริมสร้างความรู้ ด้านเจตคติ และด้านความตระหนัก พบว่า ก่อนดำเนินการ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.45 รองลงมาคือ มีความรู้ระดับสูง ร้อยละ 30.24 หลังดำเนินการ มีความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 83.51 รองลงมาคือ มีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 11.68 ผลการเปรียบเทียบระดับเจตคติคติของผู้สูงอายุต่อผลกระทบของการใช้กัญชา ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า หลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยของระดับเจตคติสูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลการเปรียบเทียบระดับความตระหนักของผู้สูงอายุต่อผลกระทบของการใช้กัญชาก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า หลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยของความตระหนักสูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ทั้งนี้สืบเนื่องจาก ชุมชนและภาคีเครือข่ายได้ร่วมกันกันรณรงค์ให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุด้วยรูปแบบต่างๆ ตามบริบทของพื้นที่ อาทิเช่น การรณรงค์ในเทศกาลต่างๆ การประชุมประจำเดือน หอกระจายข่าว ป้ายประชาสัมพันธ์ การอบรมให้ความรู้ การบอกต่อ การจัดกิจกรรมกีฬา การบูรณาการในหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุ เป็นต้น นอกจากนี้ยังขยายผลการสร้างความรู้ไปในกลุ่มวัยรุ่น และกลุ่มประชาชนทั่วไปอีกด้วย การเสริมสร้างความรู้ในประชาชนทุกกลุ่ม ทุกจังหวะ ทุกโอกาสได้ส่งผลให้ประชาชนและผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจ มีความตระหนักและตื่นตัวถึงผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นในชุมชนมากขึ้น ส่วนในด้านการสร้างการมีส่วนร่วม พบว่า แกนนำชุมชน ประชาชน ภาคีเครือข่ายได้เข้ามาร่วมดำเนินงาน จำนวน 7 องค์กร โดยภาคีเครือข่ายเหล่านี้นอกจากจะเข้ามาร่วมตามบทบาทภารกิจที่ตนเองเกี่ยวข้องแล้วยังมีการบรูณาการภารกิจและทรัพยากรร่วมกัน เช่น ร่วมจัดกิจกรรมรณรงค์ในวาระต่าง ๆ ร่วมเป็นวิทยากรให้ความรู้ และร่วมประเมินผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงาน นอกจากนี้ ปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญประการหนึ่ง คือ ในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ นั้น จะให้ความสำคัญต่อบทบาทของชมรมผู้สูงอายุ โดยทีมวิจัยและคณะทางานจะวางกรอบการดำเนินงานให้แต่การจัดทำแผน การนำแผนไปปฏิบัติ และการประเมินผล ตลอดจนถึงการประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ให้มามีส่วนร่วมจะมอบให้เป็นบทบาทของชมรมผู้สูงอายุ กุศโลบายนี้ได้ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจ และมีความตั้งในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ จนบรรลุวัตถุประสงค์ สอดคล้องกับการวิจัยของ ลินดา สุทธิกาญจน์[12] ที่พบวา การที่จะทำให้ชุมชนเปนชุมชนเข้มแข็งปลอดยาเสพติดนั้น คนที่เปนเงื่อนไขสำคัญ คือ ผู้นำชุมชน โดยตองเป็นผู้ที่มีความตระหนักในหน่าที่และความรับผิดชอบตอชุมชน เปนผูประสานงานที่ดีระหวางชุมชนและสมาชิก ตลอดถึงหนวยงานตางๆ สามารถกระตุ่นและนำพาคนในชุมชนให้มาร่วมใจ รวมมือกัน เพื่อแก้ปญหาตางๆ ได

4. ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงานที่สำคัญ ได้แก่ การดึงเอาศักยภาพและทุนทางสังคมของชุมชนมาใช้ในการดำเนินงาน เช่น การที่ใช้ศักยภาพของผู้นำชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มาช่วยในการประสานการดำเนินงาน การจัดให้มีเวทีคืนข้อมูล แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเวทีประชาคมเพื่อรับฟังความคิดเห็นของชุมชนอย่างต่อเนื่องก่อนที่จะนำข้อมูลมาสังเคราะห์แล้วกาหนดเป็นกิจกรรมในการปฏิบัติร่วมกัน การนำเอาประเด็นความรักชุมชน กตัญญูต่อผู้เฒ่าผู้แก่ พร้อมที่จะปกป้องคุมครองผู้สูงอายุไม่ให้ได้รับผลกระทบจากสารเสพติดทุกชนิด รวมถึงการดึงเอาศักยภาพของชมรมผู้สูงอายุมาใช้ในการดำเนินโครงการวิจัย ได้ช่วยให้การวิจัยสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ได้ และได้ก่อให้เกิดความพึงพอใจ ภาคภูมิใจต่อการดำเนินงาน ร้อยละ 100

สรุป นโยบายกัญชาทางการแพทย์เป็นเรื่องใหม่ในสังคมไทย ที่มีผลกระทบต่อชุมชนทั้งเชิงบวกและเชิงลบ โดยในด้านบวก ผู้ป่วยที่ควรได้รับกัญชาทางการแพทย์สามารถเข้าถึงได้มากขึ้น ส่วนด้านลบ มีการใช้กัญชาทางการแพทย์ในทางที่ผิดมากขึ้น เกิดผลกระทบการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้น เกิดอุบัติเหตุเสียชีวิตจากการเมากัญชามากขึ้น เกิดการใช้กัญชาในกลุ่มเยาวชนและประชาชนมากขึ้น เป็นต้น ดังนั้น

การสร้างและใช้ความรู้เกี่ยวกับกัญชาอย่างถูกต้อง เพื่อสนับสนุนการพัฒนาจะก่อให้เกิดประโยชน์อย่างมาก จึงเป็นแนวทางสำคัญที่ทุกฝ่ายต้องร่วมมือกันดำเนินการ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรเร่งให้ความรู้ สร้างความเข้าใจ ถึงพิษภัย และผลกระทบของกัญชาที่จะเกิดกับผู้สูงอายุและจะส่งผลกระทบต่อชุมชน เพื่อให้ชุมชนเกิดความตระหนักและเข้ามามีส่วนร่วมจัดการปัญหา

2. หน่วยงาน ชุมชน ควรส่งเสริม สนับสนุนให้มีการรณรงค์เกี่ยวกับผลกระทบของ กัญชาเกิดขึ้นในชุมชนอย่างหลากหลาย ต่อเนื่อง และยั่งยืน

3. ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องควรพัฒนาระบบการสื่อสาร ระบบข้อมูลข่าวสารให้มีประสิทธิภาพ รวมถึงหากลวิธีการให้ความรู้ที่หลากหลายโดยใช้สื่อที่มีอยู่ในชุมชน เพื่อสื่อสารไปให้ถึงผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ

4. ทุกฝ่ายควรหากลวิธีเสริมสร้างและธำรงกระบวนการมีส่วนร่วมนี้ให้เกิดขึ้นและคงอยู่ตลอดไป โดยต้องมีการปรับปรุง เปลี่ยนแปลงหรือบูรณาการให้ทันกับความเปลี่ยนแปลงของบริบทพื้นที่และบริบทของภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ด้วย

5. ทุกองค์กรที่เกี่ยวข้องจึงควรให้ความสำคัญกับการจัดทำแผนปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยแผนปฏิบัติการควรมีความง่ายในการจัดทำ แต่ควรระบุรายละเอียดที่จำเป็นให้มากที่สุดเพื่อสะดวกสำหรับการนำไปปฏิบัติ และควรมีความยืดหยุ่นสูงสำหรับรองรับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

6. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมถึงบุคคลในครอบครัวควรให้ความรู้ คำแนะนำผู้สูงอายุ และควรมีการสอนการใช้สื่อออนไลน์ การคัดกรองข้อมูลข่าวสารให้แก่ผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุหรือตามโอกาสที่จะอำนวย และควรให้ผู้สูงอายุรับฟังข่าวสารจากทางราชการหรือสื่อที่เชื่อถือได้เท่านั้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษารูปแบบการป้องกัน ควบคุม แก้ไขปัญหาผลกระทบของการใช้สารเสพติดประเภทกัญชาโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน

2. ควรศึกษาบทบาทของผู้นำชุมชนและภาคีเครือข่ายต่อการเสริมสร้างความรู้และความตระหนักต่อผลกระทบของการใช้กัญชา

3. การศึกษาครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุเพียงกลุ่มเดียว แต่ผลกระทบของการใช้กัญชา เกิดกับหลายกลุ่มอายุ ดังนั้น จึงควรศึกษาการขยายผลการดำเนินงานให้ครอบคลุมประชากรกลุ่มเยาวชน วัยรุ่น และวัยทำงาน

เอกสารอ้างอิง

1. Prapaspong. Et.al, Textbook of Medical AID (Past-Sard-Song-Kraw) : Madical wisdom and Literary Heritage of the Nation Bangkok. Thailand language Department of Ministry of Education; 1999.
2. Hazekamp A., et al. The medical use of cannabis and cannabinoids an International cross-section survey on administration forms. J Psychoactive Drugs 2013; 45(3):199-210.
3. Hfocus. รมว. สธ. ย้ำกฎหมายอนุญาตนำกัญชาไปใช้เฉพาะ “ประโยชน์ทางการแพทย์” เท่านั้น. สืบค้นเมื่อ 14 พฤศจิกายน 2562, https://www.hfocus.org/content/2019/04/17119,2019.
4. Lake S, Kerr T, Montaner J. Prescribing medical cannabis in Canada: are we being too cautious? Canadian Public Health Association; 2015.
5. สุปาณี จินาสวัสดิ์. พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. พะเยา: มหาวิทยาลัยพะเยา; 2559.

6. อรุณ จิรวัฒน์กุล. ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา; 2547.
7. ศิริพร จิรวัฒน์กุล. การวิจัยเชิงคุณภาพด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ. กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์; 2552.
8. สุพัสรี คำมูล, สมจิต แดนสีแก้ว. ผลการวิเคราะห์แนวทางการป้องกันการใช้กัญชาโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. การพยาบาลและการดูแลสุขภาพ; 2562.
9. สุจิตตา ฤทธิ์มนตรี, มานพ คณะโต. การเสพติดกัญชาและผลกระทบ. วารสารกรมการแพทย์ 2560; 42(4):83-8.
10. พงศ์มาดา ดามาพงษ์. การพัฒนาตัวแบบระบบเฝ้าระวังยาเสพติดในชุมชน [ปริญญาดุษฎีบัณฑิต]. มหาสารคาม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2554.
11. ลินดา สุทธิกาญจน์. ยุทธศาสตรการพัฒนาชุมชนปลอดยาเสพติดในชุมชนธนินทร เขตดอนเมือง กรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. ภูเก็ต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต; 2550.