

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการใช้น้ำมันกัญชา ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกรุงเทพมหานคร

Factors associates with intention to use Cannabis oil

in patients with non-communicable diseases in Bangkok

ธเนษฐ เทียนทอง¹

Thanate Tienthong¹

นันทวัน สุวรรณรูป¹

Nantawan Suwannaroop¹

เพลินพิศ บุญยมาลิก²

Plernpit Boonyamalik²

อรวรรณ แก้วบุญชู²

Orawan Kaewboonchoo²

¹คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์
การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ์

¹ Faculty of Nursing Faculty of Nursing,
HRH Princess Chulabhorn College of
Medical Science

²คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

² Faculty of Public Health, Mahidol University

DOI: 10.14456/dcj.2022.49

Received: March 3, 2021 | Revised: December 21, 2021 | Accepted: December 21, 2021

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการใช้น้ำมันกัญชาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกรุงเทพมหานคร โดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้าง เครื่องมือในการศึกษาเป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการใช้น้ำมันกัญชา คุณภาพชีวิต (SF-12) ทัศนคติ และการได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อนหรือคนรู้จัก บุคลากรทางสุขภาพ และสื่อสังคม ความรอบรู้สุขภาพในการใช้น้ำมันกัญชา และความตั้งใจในการใช้น้ำมันกัญชา กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง) ที่อาศัยในเขตกรุงเทพมหานคร มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 402 ราย สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแบบปัจจัยเดียวโดยใช้สถิติ Chi-square วิเคราะห์ความสัมพันธ์พหุปัจจัยด้วยสถิติ Multiple Logistic Regression ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 68.4 มีอายุเฉลี่ย 62.1 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 56 มีความตั้งใจที่จะใช้น้ำมันกัญชา ร้อยละ 24.6 มีความรู้เกี่ยวกับน้ำมันกัญชาระดับต่ำร้อยละ 62.7 มีความรอบรู้สุขภาพในการใช้น้ำมันกัญชาระดับที่ไม่เพียงพอ ร้อยละ 73.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการใช้น้ำมันกัญชา ได้แก่ การมีทัศนคติของสมาชิกในครอบครัวต่อการใช้น้ำมันกัญชาในระดับที่ดี ($OR_{adj}=2.5$, 95% CI=1.3-4.4, $p=0.003$) การได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนหรือคนรู้จัก ($OR_{adj}=2.7$, 95% CI=1.3-5.3, $p=0.004$) และการมีความรอบรู้สุขภาพในการใช้น้ำมันกัญชา ($OR_{adj}=4.5$, 95% CI=2.2-9.1, $p<0.001$) ดังนั้น ควรสร้างเสริมความรู้สุขภาพให้แก่ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและประชาชนทั่วไปให้ทราบถึงข้อบ่งชี้ในการนำน้ำมันกัญชาที่ถูกต้อง

ติดต่อผู้พิมพ์ : ธเนษฐ เทียนทอง

อีเมล : thanate.tie@cra.ac.th

Abstract

This descriptive cross-sectional study aimed to explore the factors related to intention to use cannabis oil in patients with non-communicable diseases (NCDs) in Bangkok. A study sample was 402 NCD patients (heart disease, diabetes, and hypertension), both male and female, aged over 20 years old, and residing in the communities in Bangkok. Data were collected using structured interview questionnaires. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics. Univariate analysis and multivariate analysis were performed to examine the factors associated with intention to use cannabis oil using Chi-square statistics and Multiple Logistic Regression, respectively. The results showed that 68.4% of the study sample were female, mean age 62.1 years old, and 57.0% received primary education. Additionally, it was found that 24.6 % intended to use cannabis oil. About 62.7% was at low levels of knowledge related to cannabis oil and 73.4% had insufficient levels of health literacy on cannabis oil use. The multivariate analysis revealed the factors significantly associated with the intention to use cannabis oil were good attitude of family members toward cannabis oil use ($OR_{adj}=2.5$, 95% CI = 1.3–4.4, $p=0.003$), support from friends or acquaintances ($OR_{adj}=2.7$, 95% CI=1.3–5.3, $p=0.004$), and having health literacy of cannabis oil ($OR_{adj}=4.5$, 95% CI=2.2–9.1, $p<0.001$). Therefore, the health literacy enhancement program related to cannabis oil use should be promoted among patients with NCDs and members of the public so that they are aware of the correct indication for cannabis oil.

Correspondence: Thanate Tienthong

E-mail: thanate.tie@cra.ac.th

คำสำคัญ

การใช้น้ำมันกัญชา, ความรอบรู้ทางสุขภาพ, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

Keywords

cannabis oil use, health literacy, non-communicable diseases

บทนำ

กัญชาเป็นพืชที่มีสารออกฤทธิ์ต่อระบบจิตประสาทซึ่งสามารถนำมาใช้ในการแพทย์และใช้เป็นสารเสพติด⁽¹⁻²⁾ ปัจจุบันพบว่ามีแนวโน้มในการนำกัญชามาใช้สูงขึ้นทั่วโลก จากรายงานของ United Nations Office on Drugs and Crime พบว่าในช่วง ค.ศ. 1998–2017 มีจำนวนผู้ใช้กัญชาทั่วโลกเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 30⁽³⁾ การนำกัญชามาใช้ที่ผิดวัตถุประสงค์จะส่งผลกระทบต่อระบบประสาทส่วนกลางและความผิดปกติในร่างกาย รวมไปถึงผลกระทบต่อสังคม⁽⁴⁻⁵⁾ ในปี 2562 ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงของนโยบายกัญชา มีการแก้ไขพระราช

บัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) อนุญาตให้นำกัญชามาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์การวิจัยและการนำมารักษามารักษาผู้ป่วย กรมการแพทย์ได้มีแนวทางในการนำผลิตภัณฑ์กัญชามาใช้รักษาโรคหรือภาวะโดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม อ้างอิงจากข้อมูลหลักฐานเชิงวิชาการที่มีคุณภาพ โดยแนะนำให้เริ่มใช้ในการรักษาเมื่อทำการรักษาวิธีเดิมไม่ได้ผลและไม่ใช้เป็นผลิตภัณฑ์ในการรักษาตั้งแต่ต้น กลุ่มแรกมีหลักฐานเชิงวิชาการที่น่าเชื่อถือมีประโยชน์นำมาใช้รักษาโรคและภาวะ ดังนี้ 1) ภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากเคมีบำบัด 2) โรคลมชักรักษายากและโรคลมชักที่ดื้อต่อการรักษา 3) ภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็งในผู้ป่วยโรคปลอก

ประสาทเสื่อมแข็ง 4) ภาวะปวดประสาท 5) ภาวะเบื่ออาหารในผู้ป่วย AIDS ที่มีน้ำหนักตัวน้อย 6) การเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง กลุ่มที่สองมีหลักฐานเชิงวิชาการสนับสนุนที่จำกัด ต้องการการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม ซึ่งน่าจะได้ประโยชน์ในการนำมาใช้รักษาโรค ได้แก่ 1) พาร์กินสัน 2) อัลไซเมอร์ 3) วิตกกังวลไปทั่ว 4) ปวดประสาทอักเสบ กลุ่มที่สามเป็นกลุ่มที่ยังมีข้อมูลเชิงวิชาการที่ไม่เพียงพอ จำเป็นต้องได้รับการศึกษาทดลองในสัตว์ก่อนนำมาศึกษาวิจัยในคน เช่น โรคมะเร็ง จะเห็นได้ว่าประเทศไทยยังไม่มีแนวทางในการนำกัญชามาใช้รักษาโรคไมติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ⁽⁶⁾ จากการเปลี่ยนแปลงนโยบายกัญชาดังกล่าวทำให้ประชาชนมีความสนใจ ซึ่งปัจจุบันการศึกษาสรรพคุณทางยาของกัญชาส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยในห้องปฏิบัติการซึ่งทำการทดลองในสัตว์ ผลการศึกษาที่ยังไม่สามารถระบุได้แน่ชัดถึงสรรพคุณและผลระยะยาวของกัญชา⁽⁷⁻⁹⁾ การใช้ในผู้ป่วยที่ต้องการรับการรักษาระยะยาวทั้งในและนอกโรงพยาบาล จึงมีความจำเป็นต้องมีการศึกษาการควบคุมการใช้ และการเข้าถึงกัญชาอย่างถูกต้อง^(7,10)

สารสำคัญในพืชกัญชาที่นำมาใช้ในการแพทย์ มี 2 ชนิด คือ delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) โดยออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท นำมาใช้ในการรักษาอาการคลื่นไส้อาเจียน และทำให้อยากอาหาร ส่วน cannabidiol (CBD) ไม่มีผลต่อจิตประสาท นำมาใช้ในการรักษาโรคลมชักที่พบได้ยากและมีความรุนแรงอาการปวดเรื้อรังและรักษาการอักเสบ⁽¹¹⁻¹³⁾ ผลิตภัณฑ์กัญชาที่ขึ้นทะเบียนและถูกยอมรับในการนำมาใช้ทางการแพทย์ แบ่งเป็น 2 ชนิด คือ 1) สารสกัดธรรมชาติ ได้แก่ Sativex เป็นรูปแบบ oral spray มีอัตราส่วน THC:CBD 1:1 ใช้รักษาภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็งในผู้ป่วยโรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง แต่มีการศึกษาและข้อแนะนำในเรื่องประสิทธิภาพที่ต่ำในการรักษา⁽¹²⁻¹³⁾ Epidiolex เป็นรูปแบบของ oral solution ที่มีองค์ประกอบของ CBD ที่สูงใช้ในการรักษาโรคลมชักที่รักษายากในเด็ก ได้แก่ Lennox-Gastaut syndrome and Dravet syndrome

2) สารสังเคราะห์ THC มีชื่อว่า Dronabinol และ Nabilone ใช้ในการรักษาผู้ป่วยเอดส์ที่มีน้ำหนักตัวน้อย ผู้ป่วยที่มีอาการคลื่นไส้อาเจียนจากการได้รับยาเคมีบำบัด⁽¹²⁾ ในประเทศไทย มีผลิตภัณฑ์สารสกัดกัญชาในรูปแบบสารสกัดและสารสกัดกัญชาที่ผสมในน้ำมันมะกอกและน้ำมันมะพร้าวและการใช้ยังอยู่ในระหว่างการเฝ้าระวังและการติดตามผลการรักษา⁽⁶⁾

การนำกัญชามาใช้ในการรักษาโรคติดต่อไม่เรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ยังมีข้อจำกัดและคุณภาพของการศึกษาที่ต้องการการศึกษาวิจัยในคนเพิ่มเติม⁽¹⁴⁾ ทั้งนี้การทบทวนวรรณกรรมการใช้กัญชาในโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งมีการศึกษาในระดับโมเลกุลและการศึกษาแบบย้อนกลับ (retrospective analyses) รายงานว่าฤทธิ์ของกัญชาส่งผลในทางลบต่อระบบไหลเวียนเลือด การศึกษารายงานว่ากัญชามีฤทธิ์ทำให้เกิดภาวะหัวใจเต้นเร็ว เกิดความดันโลหิตสูงในทำนองหายภายหลังจากการใช้กัญชาด้วยวิธีสูด การศึกษาบางฉบับพบว่ามีความ orthostatic hypotension ภายหลังจากการใช้กัญชา การศึกษาการใช้สารสังเคราะห์ THC ได้แก่ nabilone and dronabinol พบว่าปริมาณของสารที่ได้รับมีผลต่อการเพิ่มขึ้นของอัตราการหายใจ ทำให้ลดความดันโลหิตในทำนองการศึกษาบางฉบับพบว่าทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย และทำให้เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะและโรคหลอดเลือดสมองอีกด้วย⁽¹¹⁾ ในส่วนของโรคเบาหวานได้มีการศึกษาทดลองในหนูพบว่าลดอุบัติการณ์การเกิดโรคเบาหวานในหนูทดลองได้⁽¹⁵⁾ แต่การศึกษาการใช้กัญชาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 พบว่ามีความสัมพันธ์ในการเพิ่มความเสี่ยงการเกิด diabetic ketoacidosis ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน⁽¹⁶⁾ การศึกษาแบบทบทวนวรรณกรรมพบว่าการใช้กัญชาและ CBD ในการรักษาโรคเบาหวานพบว่ายังไม่สามารถสรุปประโยชน์ที่อาจจะเกิดขึ้นจากการนำกัญชามาใช้ในผู้ป่วยเบาหวานได้ เพราะยังมีข้อจำกัดของข้อมูลสนับสนุนและคุณภาพของการศึกษา แม้จะมีข้อค้นพบว่า cannabinoids มีผลต่อปฏิกิริยาทางชีวเคมีที่

เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน⁽¹⁷⁾ ในโรคความดันโลหิตสูงฤทธิ์ของ CBD มีคุณสมบัติทำให้เกิดการหลอดเลือดขยายตัวของหลอดเลือด (vasodilation) แต่มีข้อค้นพบจากการศึกษาทดลองพบว่า CBD ไม่ได้ออกฤทธิ์ลดความดันโลหิตในสัตว์ทดลอง แต่กลับพบว่า CBD อาจลดความดันโลหิตที่เพิ่มขึ้นจากการเกิดความเครียดทั้งในคนและสัตว์ทดลอง ดังนั้นการที่จะนำ CBD มาใช้ในการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดจำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติม และยังต้องการหลักฐานทางวิชาการมาสนับสนุนที่เพียงพอ⁽¹⁸⁾

การใช้สารสกัดกัญชาส่งผลข้างเคียงต่อร่างกายได้ทั้งในระยะเฉียบพลันและระยะเรื้อรัง โดยในระยะเฉียบพลันส่งผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้เกิดอาการวิตกกังวล เพิ่มความรุนแรงของโรคจิตเวช มีเนเวียนศิริระ คลื่นไส้ การทรงตัวลดลง และส่งผลต่อระบบหลอดเลือดทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงส่วนปลายขยายตัว ภาวะหัวใจเต้นเร็วอาจทำให้เกิดเส้นเลือดหัวใจตีบหากมีการเต้นในอัตราที่เร็วมากในระยะเรื้อรังจะทำให้ผู้เสพติดกัญชา สมาธิจดจ่อ ความจำลดลง ภาวะอาเจียนรุนแรง มีผลต่อการทำงานของตับ^(6,14) อาการไม่พึงประสงค์ของสารสกัดกัญชาอยู่กับปัจจัย อันได้แก่ ปริมาณที่ได้รับในแต่ละครั้ง ความทนของผู้ใช้ และวิธีการนำเข้าสู่ร่างกาย วิธีการสูดจะออกฤทธิ์ได้เร็วสุดหลังจากสูดเข้าไปไม่กี่นาที ส่วนการใช้สารสกัดกัญชาชนิดหยอดใต้ลิ้นสามารถออกฤทธิ์ได้เร็วประมาณ 15 นาที⁽¹⁹⁾

จากการรายงานของศูนย์พิษวิทยารามาธิบดีตั้งแต่ มกราคม 2561 ถึง พฤษภาคม 2562 พบจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการข้างเคียงจากการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาถึง 302 ราย ส่วนใหญ่เป็นการใช้น้ำมันกัญชาถึง 240 ราย เป็นผู้ที่ใช้ครั้งแรกถึง 138 ราย และมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้น้ำมันกัญชาไม่ตรงกับข้อบ่งชี้ที่ระบุไว้ เช่น ใช้ช่วยในการนอนหลับ ทดลองใช้โดยไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อรักษาหรือบรรเทาอาการ ลดอาการปวดอื่นๆ ที่ไม่ใช่อาการปวดประสาท ป้องกันและรักษาโรค มะเร็ง รักษาเบาหวานและความดันโลหิตสูง บำรุงร่างกาย พบว่าการได้มาซึ่งผลิตภัณฑ์น้ำมันกัญชาไม่ได้รับมาจาก

โรงพยาบาล แต่ได้มาจาก เพื่อน ญาติและสั่งทางอินเทอร์เน็ต⁽²⁰⁾ บ่งชี้ว่าการนำน้ำมันกัญชามาใช้ยังมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนและเป็นเหตุทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ และอาจมีแนวโน้มผู้ป่วยที่ได้รับผลข้างเคียงอันไม่พึงประสงค์จากการใช้น้ำมันกัญชาที่เพิ่มสูงขึ้น

ประเทศไทยมีการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพให้แก่ประชาชนโดยกำหนดให้ความรอบรู้ทางสุขภาพอยู่ในกรอบนโยบายทางด้านสาธารณสุขของประเทศ ความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นกระบวนการคิดและทักษะ ซึ่งแสดงถึงความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูล เพื่อการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีและรวมไปถึงการพัฒนาความรู้และความเข้าใจในบริบททางสุขภาพ⁽²¹⁻²³⁾ ปัจจุบันอัตราการเจ็บป่วยของประชากรไทยในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีแนวโน้มที่สูงขึ้น⁽²⁴⁾ จึงอาจมีแนวโน้มการเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยผลข้างเคียงของน้ำมันกัญชาที่รุนแรงของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เพิ่มมากขึ้น ดังนั้นการส่งเสริมผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ให้มีความรอบรู้ทางสุขภาพในด้านน้ำมันกัญชาจึงเป็นเรื่องสำคัญแต่การศึกษาการนำน้ำมันกัญชามาใช้ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังไม่เป็นที่แพร่หลาย

จากกรอบแนวคิด PRECEDE PROCEED Framework ที่ได้รับการพัฒนามาจาก Lawrence W.Green & Marshall W.Kreuter เป็นแนวคิดในการวิเคราะห์พฤติกรรมเพื่อหาสาเหตุปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคลที่แสดงออกมา อันส่งผลกระทบต่อสุขภาพจากปัจจัยที่มีอิทธิพล 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม⁽²⁵⁾ ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงให้ความสำคัญในการศึกษาความตั้งใจในการนำกัญชามาใช้ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยปัจจัย ดังนี้ 1) ปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การมีโรคร่วมมากกว่า 1 โรค การมีปัญหาด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับน้ำมันกัญชา ทศนคติต่อการใช้น้ำมันกัญชา คุณภาพชีวิต ซึ่งอาจเป็นปัจจัยพื้นฐานในการก่อให้เกิดความตั้งใจในการนำน้ำมันกัญชาใช้ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้า

ถึงบริการสุขภาพ การเข้าถึงน้ำมันกัญชา อาจเป็นปัจจัยที่เอื้อให้เกิดการความเข้าใจที่ถูกต้องในการนำกัญชามาใช้รักษาโรค รวมไปถึงการได้รับหรือแสวงหาน้ำมันกัญชามาใช้ 3) ปัจจัยเสริม ได้แก่ ทศนคติของสมาชิกในครอบครัวต่อการใช้น้ำมันกัญชา การได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนหรือคนรู้จัก บุคลากรทางด้านสุขภาพ และสื่อสังคม ซึ่งอาจจะเป็นอีกปัจจัยหนึ่ง ที่ส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดการนำน้ำมันกัญชามาใช้ในทางที่ไม่ถูกต้อง 4) ปัจจัยในด้านความรู้ทางสุขภาพ ซึ่งอาจจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความตั้งใจในการใช้น้ำมันกัญชา การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการใช้น้ำมันกัญชาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกรุงเทพมหานคร เพื่อให้เข้าใจถึงลักษณะพื้นฐานปัจจัยที่มีความสำคัญของกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีผลต่อความตั้งใจ ในการใช้น้ำมันกัญชาและเป็นแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพให้แก่ประชาชนให้มีความรู้ที่ถูกต้องในการนำน้ำมันกัญชามาใช้ทางการแพทย์

วัสดุและวิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Descriptive Cross-sectional Study) การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้าง (Structure Interview)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ในการใช้น้ำมันกัญชาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกรุงเทพมหานครที่มีการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรของ Daniel กรณีที่ไม่ทราบจำนวนประชากรแน่นอน กำหนดค่า $d=0.05$ เนื่องจากไม่ทราบค่าสัดส่วนของผู้ป่วยเรื้อรังที่ตั้งใจจะใช้น้ำมันกัญชา จึงใช้ $p=0.50$ ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 385 คน เพื่อป้องกันความผิดพลาดของข้อมูล

ที่ไม่สมบูรณ์จึงได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 9 การศึกษาครั้งนี้จึงมีขนาดกลุ่มตัวอย่าง 420 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 แบ่งกรุงเทพมหานครตามการบริหารและพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมออกเป็น 6 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มรัตนโกสินทร์ กลุ่มบูรพา กลุ่มศรีนครินทร์ กลุ่มเจ้าพระยา กลุ่มกรุงธนใต้ กลุ่มกรุงธนเหนือ ขั้นตอนที่ 2 สุ่มเลือกเขตการปกครองจากเขตการบริหารฯ 6 กลุ่ม กำหนดกลุ่มละ 1 เขต โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ขั้นตอนที่ 3 สุ่มเลือกแขวงการปกครอง 1 แขวงต่อ 1 เขต โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ขั้นตอนที่ 4 สุ่มเลือกชุมชน 1 ชุมชนต่อแขวง โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ได้ชุมชนที่นำมาศึกษา 6 ชุมชน และกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างต่อชุมชน ชุมชนละ 70 ราย เพื่อให้ได้ตัวแทนของกลุ่มตัวอย่างจากทุกพื้นที่

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ 20 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและชาย เป็นผู้ป่วยประเภทผู้ป่วยนอกที่ได้รับจากวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่าเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ที่อาศัยอยู่ในชุมชนในกรุงเทพมหานครสามารถสื่อสาร เช่น ฟัง พูด อ่าน เขียน เป็นภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่ามีปัญหาเกี่ยวกับความจำหรือการรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อม ได้แก่ โรคสมองเสื่อม (Dementia) ภาวะเพ้อสับสน (Delirium) กลุ่มอาการทางจิตเภท (Psychotic symptoms)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การเก็บข้อมูลใช้แบบสอบถาม มี 5 ส่วนซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบ Index of item objective congruence: IOC จากผู้เชี่ยวชาญด้านความรู้ทางสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ และการดูแลผู้ป่วยที่ใช้น้ำมันกัญชาจำนวน 5 ท่าน ได้ค่า IOC > 0.6 ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ตัดข้อคำถามที่ไม่ตรงตามเนื้อหาและมีค่า IOC น้อยกว่าที่กำหนดไว้ และปรับแก้ข้อคำถามตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วนำไปทดลองใช้ในผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ Cronbach' Alpha coefficient มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลด้านปัจจัยนำเข้า ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด รายได้และอาชีพ โรคประจำตัว ปัญหาสุขภาพ

1.2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับน้ำมันกัญชา สร้างโดยคณะผู้วิจัย เพื่อประเมินความรู้เกี่ยวกับน้ำมันกัญชาในการนำมารักษารักษาโรคโดยข้อความประกอบไปด้วย ความรู้เกี่ยวกับกัญชาและฤทธิ์ของกัญชา ความเข้าใจเกี่ยวกับการนำกัญชามาใช้รักษาโรค วิธีการการใช้กัญชา วิธีการเข้าถึงน้ำมันกัญชาที่ถูกต้อง จำนวน 10 ข้อ มีค่า KR-20=0.7 คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-10 การแปลผลใช้เกณฑ์การแบ่งที่ร้อยละ 60 แบ่งออกเป็น 2 ระดับ ตามหลักการ Learning for Mastery ของ Bloom⁽²⁷⁾ โดยคะแนน >5 หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับน้ำมันกัญชาในระดับสูง ช่วงคะแนน 0-5 หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับน้ำมันกัญชาในระดับต่ำ

1.3 แบบสอบถามทัศนคติด้านความสนใจในการใช้น้ำมันกัญชาสร้างโดยคณะผู้วิจัย ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า มีคะแนนรวมอยู่ในช่วง 2-10 แบ่งเป็น 2 ระดับ โดยใช้ค่า Median ช่วงคะแนน 6-10 คะแนน แปลผลว่ามีทัศนคติต่อการใช้น้ำมันกัญชาในระดับที่ดี ช่วงคะแนน 2-5 คะแนน แปลผลมีทัศนคติต่อการใช้น้ำมันกัญชาในระดับที่ไม่ดี ค่าถามส่วนนี้มีค่า Cronbach's alpha coefficient=0.8

1.4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต (SF-12) version 2 ฉบับแปลเป็นภาษาไทย โดย วิษั เกษมทรัพย์ และคณะ เป็นการประเมินมิติด้านร่างกายและด้านจิตใจ ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า แปลผลโดยใช้ค่าคะแนนรวมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ คะแนนตั้งแต่ 50 ขึ้นไป มีคุณภาพชีวิตในระดับดี คะแนนต่ำกว่า 50 มีคุณภาพชีวิตในระดับที่ไม่ดี มีค่า Cronbach's alpha coefficient=0.7, 0.7 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลด้านปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วย

2.1 การเข้าถึงบริการสุขภาพ สร้างโดยคณะผู้วิจัย ประกอบไปข้อคำถาม 5 ข้อ ดังนี้ สิทธิการรักษาพยาบาล ความสะดวกในการเดินทางไปสถานพยาบาล หรือแหล่งบริการสุขภาพ มีช่วงคะแนน 0-5 คะแนน กำหนดเกณฑ์การแปลผล แบ่งเป็น 2 ระดับ คะแนน 0-2 มีระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพยาก คะแนน 3-5 มีระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพง่าย

2.2 การเข้าถึงน้ำมันกัญชา เป็นข้อคำถามแบบปลายปิดให้เลือกตอบ 3 ข้อ มีตัวเลือกเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับคะแนน มีช่วงคะแนน 3-12 คะแนน การกำหนดเกณฑ์การแปลผล แบ่งออกเป็น 2 ระดับ ช่วงคะแนน 3-8 มีระดับการเข้าถึงน้ำมันกัญชาได้ยาก ช่วงคะแนน 9-12 มีระดับการเข้าถึงน้ำมันกัญชาได้ง่าย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลด้านปัจจัยสนับสนุน ประกอบด้วย

3.1 แบบสอบถามทัศนคติของสมาชิกในครอบครัวต่อการใช้น้ำมันกัญชา สร้างโดยคณะผู้วิจัย ข้อคำถามเป็นแบบปลายปิด จำนวน 4 ข้อ แบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ เป็นคำถามเชิงบวกทั้งหมดจำนวน 4 ข้อ มีค่าคะแนนสูงสุด 20 คะแนน ค่าคะแนนต่ำสุด 4 คะแนน การแปลผลแบ่งออกเป็น 2 ระดับ โดยใช้ค่า Median ช่วงคะแนน 4-11 หมายถึง มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการใช้น้ำมันกัญชา ช่วงคะแนน 12-20 หมายถึง มีทัศนคติที่ดีต่อการใช้น้ำมันกัญชา มีค่า Cronbach's alpha coefficient=0.9

3.2 แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนหรือคนรู้จัก สร้างโดยคณะผู้วิจัย เป็นข้อคำถามปลายปิดจำนวน 3 ข้อ มีช่วงคะแนน 0-3 คะแนน กำหนดเกณฑ์การแปลผลแบ่งออกเป็น 2 ระดับ 0 คะแนน หมายถึง ไม่ได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนหรือคนรู้จัก ช่วงคะแนน 1-3 คะแนน หมายถึง ได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนหรือคนรู้จัก

3.3 แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพ สร้างโดยคณะผู้วิจัย เป็นข้อคำถามปลายปิด จำนวน 1 ข้อ การกำหนดเกณฑ์การแปลผลแบ่ง

ออกเป็น 2 ระดับ 0 คะแนน หมายถึง ไม่ได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพ 1 คะแนน หมายถึง ได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพ

3.4 แบบสอบถามการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับน้ำมันกัญชาจากสื่อสังคม สร้างโดยคณะผู้วิจัยเป็นข้อคำถามปลายปิดและปลายเปิด จำนวน 1 ข้อ การกำหนดเกณฑ์การแปลผลแบ่งออกเป็น 2 ระดับ 0 คะแนน หมายถึง ไม่ได้รับข้อมูลจากสื่อสังคม 1 คะแนน หมายถึง ได้รับข้อมูลจากสื่อสังคม

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความรอบรู้สุขภาพในการใช้น้ำมันกัญชา

พัฒนาโดยคณะผู้วิจัยภายใต้แนวคิดของ Nutbeam⁽²²⁾ และประยุกต์จากแบบสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพพัฒนาโดย วิลม โรมา และคณะ⁽²⁸⁾ ได้รับการอนุญาตแล้ว มีการประเมินตามทักษะ ดังนี้ การเข้าถึงข้อมูล 5 ข้อ การเข้าใจข้อมูล 7 ข้อ การทบทวน 4 ข้อ การซักถาม 4 ข้อ การตัดสินใจ 4 ข้อ รวมจำนวน 24 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นข้อคำถามปลายปิด คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ แปลผลโดยใช้คะแนนรวมทั้งหมด มีค่าคะแนนสูงสุด 96 คะแนน ค่าคะแนนต่ำสุด 0 คะแนน ใช้เกณฑ์การกำหนดจุดตัดคะแนนที่ร้อยละ 75 แบ่งออกเป็น 2 ระดับ ช่วงคะแนน 35-96 คะแนน หมายถึง มีความรอบรู้ด้านการใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์ที่เพียงพอ ช่วงคะแนนต่ำกว่า 35 หมายถึง มีความรอบรู้ด้านการใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์ที่ไม่เพียงพอ มีค่า Cronbach's alpha coefficient=0.9

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความตั้งใจที่จะใช้น้ำมันกัญชา

เป็นการประเมินการใช้น้ำมันกัญชาเพื่อการรักษาโรค มีคำถาม 2 ข้อ ดังนี้ 1) ท่านมีความสนใจที่จะใช้น้ำมันกัญชาเพื่อการรักษาโรคของท่าน 2) ท่านมีความตั้งใจที่จะทาน้ำมันกัญชามาใช้ในการรักษาโรคของท่าน ให้เลือกตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ความสนใจมากที่สุด-ไม่สนใจเลย แบ่งเป็น 2 ระดับคือ ช่วงคะแนน 8-10 หมายถึง มีความตั้งใจที่จะใช้น้ำมันกัญชาและ คะแนนรวมต่ำกว่า 8 หมายถึง

ไม่มีความตั้งใจที่จะใช้น้ำมันกัญชา

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลได้ดำเนินการภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ รหัสโครงการ 035/2563 ลงวันที่ 26 มิถุนายน 2563 ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่าง เดือนกรกฎาคม-สิงหาคม 2563 ในชุมชนของกรุงเทพมหานคร โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรับทราบและเชิญชวนให้เข้าร่วมโครงการวิจัย ใช้วิธีการสุ่มเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างจะได้รับคำชี้แจงและลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยก่อนทำการเก็บข้อมูลแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ของข้อมูลจำนวน 402 คน คิดเป็นร้อยละ 95.7

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในการใช้น้ำมันกัญชา ใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) วิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบปัจจัยเดียวใช้สถิติถดถอยเชิงพหุ (Simple Binary Logistic Regression) วิเคราะห์ความสัมพันธ์พหุปัจจัย (Multiple Binary Logistic Regression)

ผลการศึกษา

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จากกลุ่มตัวอย่าง 275 คน ร้อยละ 68.4 เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 62.1 ปี ร้อยละ 38.6 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 56.0 จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 41.8 มีรายได้เฉลี่ย 8,581.6 บาท/เดือน มีรายได้ 600-66,350 บาท/เดือน แหล่งที่มาของรายได้ ร้อยละ 56.0 มาจากการประกอบอาชีพ พบผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีโรคร่วมตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป ร้อยละ 66.2 มีโรคประจำตัวดังนี้ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 88.8 โรค

ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 40.5 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 38.6 ตามลำดับ นอกจากนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีปัญหา
ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=402)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
หญิง	275 (68.4)
ชาย	127 (31.6)
กลุ่มอายุ (ปี)	
<40	9 (2.2)
40–49	41 (10.2)
50–59	97 (24.1)
60–69	155 (38.6)
70–79	77 (19.2)
≥ 80	23 (5.7)
mean=62.11, median=63.00, SD=11.09, min=23, max=93	
ระดับการศึกษาสูงสุด	
ไม่ได้เรียนหนังสือ	23 (5.7)
ประถมศึกษา	225 (56.0)
มัธยมศึกษาตอนต้น	64 (15.9)
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	48 (11.9)
อนุปริญญา/ปวส.	15 (3.7)
ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป	27 (6.7)
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)	
<5,001	189 (47.0)
5,001–10,000	138 (34.3)
10,001–15,000	35 (8.7)
>15,001–20,000	40 (10.0)
mean=8,581.6, median 6,000, SD=9,716.4, min=600, max=66,350	
โรคประจำตัว	
ความดันโลหิตสูง	357 (88.8)
ไขมันในเลือดสูง	163 (40.5)
เบาหวาน	155 (38.6)
หัวใจ	38 (9.5)
อัมพฤกษ์/อัมพาต	19 (4.7)
มีโรครวมมากกว่า 1 โรคขึ้นไป	
มี	266 (66.2)
ไม่มี	136 (33.8)

ผลการศึกษา ปัจจัยนำ มีดังนี้ 1) ความรู้เกี่ยวกับน้ำมันกัญชาของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 62.7 มีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ที่ 4.9 (SD=2.2) 2) มีทัศนคติที่ดีต่อการใช้น้ำมันกัญชา ร้อยละ 71.6 3) คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี ร้อยละ 78.1 ปัจจัยเอื้อพบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างมีการเข้าถึงบริการสุขภาพอยู่ในระดับที่ง่าย ร้อยละ 61.9 2) การเข้าถึงน้ำมันกัญชาของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับที่ยาก ร้อยละ 96.5 ปัจจัยเสริมพบว่า 1) ทัศนคติของสมาชิกในครอบครัวต่อการนำน้ำมันกัญชามาใช้ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับที่ไม่ดี ร้อย

ละ 74.9 2) การสนับสนุนจากเพื่อนหรือคนรู้จัก พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุน ร้อยละ 82.3 3) การสนับสนุนจากบุคลากรทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับน้ำมันกัญชา พบว่าไม่ได้รับการสนับสนุน ร้อยละ 91.3 4) การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อสังคมอยู่ในระดับที่ได้รับการสนับสนุน ร้อยละ 55.5 5) ความรอบรู้สุขภาพในการใช้น้ำมันกัญชาของกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ระดับที่ไม่เพียงพอ ร้อยละ 73.4 ความตั้งใจในการใช้น้ำมันกัญชา พบร้อยละ 24.6 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละและระดับตัวแปรที่นำมาศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง (n=402)

ตัวแปร	คะแนน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความรู้เกี่ยวกับน้ำมันกัญชา			
มีความรู้ในระดับสูง	6-10	150	37.3
มีความรู้ในระดับต่ำ	0-5	252	62.7
mean=4.9, median=5, SD=2.20, min=1, max=10			
ทัศนคติด้านความสนใจในการใช้น้ำมันกัญชา			
มีทัศนคติในระดับดี	6-10	288	71.6
มีทัศนคติในระดับไม่ดี	2-5	114	28.4
mean=6.16, median=6, SD=1.54, min=2, max=10			
คุณภาพชีวิต			
มีคุณภาพชีวิตในระดับดี	50-100	314	78.1
มีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ	>50	88	21.9
mean=62.0, median=61.3, SD=17.9, min=9.0, max=100			
การเข้าถึงบริการสุขภาพ			
เข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่าย	3-5	249	61.9
เข้าถึงบริการสุขภาพได้ยาก	0-2	153	38.1
mean=2.7, median=3, SD=0.8, min=0, max=5			
การเข้าถึงน้ำมันกัญชา			
เข้าถึงน้ำมันกัญชาได้ง่าย	9-12	14	3.5
เข้าถึงน้ำมันกัญชาได้ยาก	<9	388	96.5
mean=5.2, median=5, SD=1.6, min=3, max=11			
ทัศนคติของสมาชิกในครอบครัวต่อการใช้น้ำมันกัญชา			
มีทัศนคติระดับที่ดี	12-20	101	25.1
มีทัศนคติในระดับต่ำ	1-11	301	74.9
mean=11.1, median=12.0, SD=3.2, min=4, max=20			
การได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนหรือคนรู้จัก			
ได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนหรือคนรู้จัก	1-3	71	17.7
ไม่ได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนหรือคนรู้จัก	0	331	82.3
mean=0.3, median=1, SD=0.7, min=0, max=3			

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละและระดับตัวแปรที่นำมาศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง (n=402) (ต่อ)

ตัวแปร	คะแนน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพ			
ได้รับการสนับสนุน	1	35	8.7
ไม่ได้รับการสนับสนุน	0	367	91.3
mean=0.09, median=0, SD=0.01, min=0, max=1			
การได้รับข้อมูลจากสื่อสังคม			
ได้รับการสนับสนุน	1	223	55.5
ไม่ได้รับการสนับสนุน	0	179	44.5
mean=0.5, median=1, SD=0.02, min=0, max=1			
ความรู้ในการใช้น้ำมันกัญชา			
ระดับที่เพียงพอ	35 – 96	107	26.6
ระดับที่ไม่เพียงพอ	0 – 34	295	73.4
mean=21.9, median=14, SD=20.7, min=0, max=91			
ความตั้งใจในการใช้น้ำมันกัญชา			
มีความตั้งใจในการใช้น้ำมันกัญชา	8–10	99	24.6
ไม่มีความตั้งใจในการใช้น้ำมันกัญชา	1–7	303	75.4
mean=5.5, median=6.0, SD=0.1, min=2, max=10			

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการใช้น้ำมันกัญชาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกรุงเทพมหานคร

2.1 การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์แบบปัจจัยเดียว (univariate analysis) ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมและความรอบรู้ในการใช้น้ำมันกัญชา กับความตั้งใจในการใช้น้ำมันกัญชาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกรุงเทพมหานคร

การวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการใช้น้ำมันกัญชาเพื่อการรักษาโรคของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกรุงเทพมหานครแบบปัจจัยเดียวก่อนนำไปวิเคราะห์หุปัจจัย ด้วยสถิติ Chi-square ระหว่างตัวแปรอิสระ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การมีโรคร่วมมากกว่า 1 โรค การมีปัญหาด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับน้ำมันกัญชา ทศคติต่อการใช้น้ำมันกัญชา คุณภาพชีวิต การเข้าถึงบริการสุขภาพ การเข้าถึงน้ำมันกัญชา ทศคติของสมาชิกในครอบครัวต่อการใช้น้ำมันกัญชา การได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนหรือคนรู้จัก การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนจากสื่อสังคม ความรอบรู้สุขภาพในการใช้น้ำมันกัญชา

กับตัวแปรตามคือ ความตั้งใจในการใช้น้ำมันกัญชา

ผลการทดสอบพบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ ผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับน้ำมันกัญชา และมีทัศนคติต่อการใช้น้ำมันกัญชาในระดับดี มีความตั้งใจในการใช้น้ำมันกัญชามากกว่า (COR=2.7, 95% CI=1.7–4.3 และ COR=2.4, 95% CI=1.3–4.4)

ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ผู้ที่มีความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และการเข้าถึงน้ำมันกัญชาที่ดี มีความตั้งใจในการใช้น้ำมันกัญชามากกว่า (COR=2.7, 95% CI=1.5–4.5 และ COR=5.0, 95% CI=1.7–10.0)

ปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการใช้น้ำมันกัญชา ได้แก่ ผู้ป่วยที่รับรู้ว่ามีสมาชิกในครอบครัวมีทัศนคติของการใช้น้ำมันกัญชาที่ดี (COR=4.2, 95% CI=2.5–6.8) ได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนหรือคนรู้จักที่ดี (COR=4.1, 95% CI=2.3–6.9) ได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางด้านสุขภาพที่ดี (COR=2.9, 95% CI=2.4–5.8) และได้รับข้อมูลจากสื่อสังคมที่ดี (COR=2.4, 95% CI=1.4–3.8)

ความรอบรู้สุขภาพในการใช้น้ำมันกัญชา มีความตั้งใจในการใช้น้ำมันกัญชามากกว่า (COR=6.4, มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการใช้น้ำมันกัญชา 95% CI=3.9-10.5) ดังแสดงในตารางที่ 3 ผู้ที่มีความรอบรู้สุขภาพในการใช้น้ำมันกัญชามากกว่า

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการใช้น้ำมันกัญชาของผู้ป่วยโรคไมติดต่อเรื้อรังในกรุงเทพมหานคร วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square (n=402)

ปัจจัย	มีความตั้งใจในการใช้น้ำมันกัญชา		ไม่มีความตั้งใจในการใช้น้ำมันกัญชา		p-value	COR	95% CI
	n	%	n	%			
เพศ							
ชาย	39	30.7	88	69.3	0.054	1.5	0.9-2.5
หญิง	60	21.8	215	78.2			
อายุ							
ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป	60	23.5	195	76.5	0.0501	0.8	0.5-1.3
<60 ปี	39	26.5	108	73.5			
ระดับการศึกษา							
ต่ำกว่าปริญญาตรี	90	24.0	285	76.0	0.277	1.6	0.6-3.6
ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป	9	33.3	18	66.7			
รายได้เฉลี่ย (บาท/เดือน)							
≥2,796	85	26.2	241	73.9	0.163	1.6	0.8-2.9
<2,796	14	18.4	62	81.6			
การมีโรคร่วมมากกว่า 1 โรค							
มี	63	23.07	203	76.3	0.540	0.9	0.5-1.3
ไม่มี	36	26.5	100	73.5			
มีปัญหาสุขภาพ							
มี	27	31.0	60	69.0	0.117	1.5	0.8-2.5
ไม่มี	72	22.9	243	77.1			
ความรู้เกี่ยวกับน้ำมันกัญชา							
มีระดับสูง	55	36.7	95	63.3	<0.001	2.7	1.7-4.3
มีระดับต่ำ	44	17.5	208	82.5			
ทัศนคติต่อการใช้น้ำมันกัญชา							
ทัศนคติในระดับที่ดี	83	28.8	205	71.2	0.002	2.4	1.3-4.4
ทัศนคติในระดับไม่ดี	16	14.0	98	86.0			
คุณภาพชีวิต							
ระดับคุณภาพชีวิตต่ำ	19	21.6	69	78.4	0.454	0.8	0.4-1.4
ระดับคุณภาพชีวิตดี	80	25.5	234	74.5			
การเข้าถึงบริการสุขภาพ							
การเข้าถึงบริการสุขภาพง่าย	77	30.9	172	69.1	<0.001	2.7	1.5-4.5
การเข้าถึงบริการสุขภาพยาก	22	14.4	131	85.6			
การเข้าถึงน้ำมันกัญชา							
การเข้าถึงน้ำมันกัญชายาก	91	23.5	297	76.5	0.004	0.2	0.1-0.6
การเข้าถึงน้ำมันกัญชาง่าย	8	57.1	6	42.9			

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการใช้น้ำมันกัญชาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกรุงเทพมหานคร
วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square (n=402) (ต่อ)

ปัจจัย	มีความตั้งใจในการใช้น้ำมันกัญชา		ไม่มีความตั้งใจในการใช้น้ำมันกัญชา		p-value	COR	95% CI
	n	%	n	%			
ทัศนคติของสมาชิกในครอบครัว							
ต่อการใช้น้ำมันกัญชา							
ทัศนคติในระดับที่ดี	47	46.5	54	53.5	<0.001	4.2	2.5–6.8
ทัศนคติในระดับที่ไม่ดี	52	17.3	249	82.7			
การได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนหรือคนรู้จัก							
ได้รับการสนับสนุน	35	49.3	36	50.7	<0.001	4.1	2.3–6.9
ไม่ได้รับการสนับสนุน	64	19.3	267	80.7			
การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ							
ได้รับการสนับสนุน	16	45.7	19	54.3	0.002	2.9	1.4–5.8
ไม่ได้รับการสนับสนุน	83	22.6	284	77.4			
การได้รับข้อมูลจากสื่อสังคม							
ได้รับการสนับสนุน	70	31.4	153	68.6	<0.001	2.4	1.4–3.8
ไม่ได้รับการสนับสนุน	29	16.2	150	83.8			
ความรอบรู้สุขภาพในการใช้น้ำมันกัญชา							
ระดับที่เพียงพอ	51	47.7	56	52.3	<0.001	6.4	3.9–10.5
ระดับที่ไม่เพียงพอ	43	14.6	252	85.4			

จากผลการวิเคราะห์ดังกล่าวจึงนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางสถิติ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับน้ำมันกัญชา ทัศนคติต่อการใช้น้ำมันกัญชา คุณภาพชีวิต การเข้าถึงบริการสุขภาพ การเข้าถึงน้ำมันกัญชา ทัศนคติของสมาชิกในครอบครัวต่อการใช้น้ำมันกัญชา การได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนหรือคนรู้จัก การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนจากสื่อสังคม ความรอบรู้สุขภาพในการใช้น้ำมันกัญชาไปวิเคราะห์หุปัจจัยเพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ความรอบรู้สุขภาพในการใช้น้ำมันกัญชา กับความตั้งใจในการใช้น้ำมันกัญชาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกรุงเทพมหานครต่อไป

2.2 การวิเคราะห์หุปัจจัยความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ความรอบรู้ในการใช้น้ำมันกัญชากับความตั้งใจในการใช้น้ำมันกัญชา 588

ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกรุงเทพมหานคร

การวิเคราะห์หุปัจจัย (multivariate analysis) ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติก (Multiple Logistic regression) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และความตั้งใจในการใช้น้ำมันกัญชาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกรุงเทพมหานคร โดยมีตัวแปรตามคือ ความตั้งใจในการใช้น้ำมันกัญชา ซึ่งได้พิจารณาถึงปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์จากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ การมีโรคร่วม การมีปัญหสุขภาพ คุณภาพชีวิต และนำตัวแปรทุกตัวที่มีค่า $p < 0.05$ จากการทดสอบความสัมพันธ์แบบปัจจัยเดียวมารวมทดสอบทางสถิติ

ทั้งนี้ ได้นำตัวแปรข้างต้นวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (Multicollinearity) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson’s Correlation Coefficient) ได้ค่า r ไม่เกิน 0.8 จึงนำเข้าตัวแปรที่มีค่า $p\text{-value} < 0.05$

ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับน้ำมันกัญชา ทศนคติต่อการใช้ น้ำมันกัญชา การเข้าถึงบริการสุขภาพ การเข้าถึงน้ำมัน กัญชา ทศนคติของสมาชิกในครอบครัวต่อการใช้ น้ำมัน กัญชา การได้รับการสนับสนุนจาก เพื่อนหรือคนรู้จัก บุคลากรทางด้านสุขภาพ การได้รับข้อมูลจากสื่อสังคม ความรอบรู้สุขภาพในการใช้น้ำมันกัญชา และตัวแปร ควบคุม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ การมี โรคร่วม การมีปัญหาสุขภาพ คุณภาพชีวิต ในการ วิเคราะห์ความสัมพันธ์หุ้ปัจจัยด้วยสถิติถดถอยเชิงพหุ ผลการศึกษาพบว่า การมีความรอบรู้สุขภาพใน การใช้น้ำมันกัญชาในระดับที่เพียงพอมีโอกาสที่จะมี ความตั้งใจในการใช้น้ำมันกัญชา 4.5 เท่า เมื่อเทียบกับ

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์หุ้ปัจจัยด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการใช้น้ำมันกัญชาของผู้ป่วย โรคไมติดต่อเรื้อรังในกรุงเทพมหานคร

ตัวแปร	Adjusted OR	95% CI	p-value
ความรอบรู้สุขภาพในการใช้น้ำมันกัญชาที่เพียงพอ	4.5	2.2-9.1	<0.001
ทศนคติที่ดีของสมาชิกในครอบครัวต่อการใช้ น้ำมันกัญชา	2.5	1.3-4.4	0.003
การได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนหรือคนรู้จัก	2.7	1.3-5.3	0.004

-2 Log likelihood 351.8, Cox&Snell R Square 0.2, Nagelkerke R 0.3

ตัวแปรนำเข้าในสมการ multiple logistic regression ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ การมีโรคร่วม การมีปัญหาสุขภาพ คุณภาพชีวิต ความรู้ เกี่ยวกับน้ำมันกัญชา ทศนคติต่อการใช้ น้ำมันกัญชา การเข้าถึงบริการสุขภาพ การเข้าถึงน้ำมันกัญชา การได้ รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ การได้รับ ข้อมูลจากสื่อสังคม

วิจารณ์

การศึกษาลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย โรคไมติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง พบประเด็นที่สำคัญอย่างหนึ่งคือ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับน้ำมันกัญชาในระดับต่ำ ถึงร้อยละ 62.7 โดยการประเมินความรู้เกี่ยวกับน้ำมัน กัญชาในการนำมารักษาโรคได้ใช้แบบสอบถามความรู้ เกี่ยวกับน้ำมันกัญชามีข้อคำถามที่ครอบคลุมในหัวข้อ ความรู้เกี่ยวกับกัญชาและฤทธิ์ของกัญชา ความเข้าใจ เกี่ยวกับการนำกัญชามาใช้รักษาโรค วิธีการบริหารการ

การมีความรอบรู้สุขภาพในการใช้น้ำมันกัญชาในระดับที่ ไม่เพียงพอ ($OR_{adj}=4.5$, 95% CI=2.2-9.1, $p<0.001$) การมีทศนคติของสมาชิกในครอบครัวต่อการใช้ น้ำมัน กัญชาในระดับที่ดีมีโอกาที่จะมีความตั้งใจในการใช้ น้ำมันกัญชา 2.5 เท่า เมื่อเทียบกับการมีทศนคติของ สมาชิกในครอบครัวต่อการใช้ น้ำมันกัญชาในระดับที่ไม่ ดี ($OR_{adj}=2.5$, 95% CI=1.3-4.4, $p=0.003$) การได้ รับการสนับสนุนจากเพื่อนหรือคนรู้จักมีโอกาสที่จะมี ความตั้งใจในการใช้น้ำมันกัญชา 2.7 เท่า เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนหรือคนรู้จัก ($OR_{adj}=2.7$, 95% CI=1.3-5.3, $p=0.004$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ใช้กัญชา วิธีการเข้าถึงน้ำมันกัญชาที่ถูกต้อง ข้อค้นพบ ในการศึกษานี้อาจจะเป็นประโยชน์ในการดำเนินงาน ด้านการส่งเสริมสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยโรคไมติดต่อเรื้อรัง ให้มีความรู้ความเข้าใจในระดับที่พอเพียงเกี่ยวกับการ ใช้กัญชาทางการแพทย์ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีความตั้งใจในการใช้น้ำมันกัญชา ร้อยละ 24.6 ซึ่งต่าง จากผลการสำรวจความต้องการทดลองใช้กัญชาทาง การแพทย์หากมีอากรเจ็บป่วยในประชาชนทั่วไปพบว่า มีความต้องการใช้ถึงร้อยละ 78.6⁽²⁹⁾ ความแตกต่าง ในประเด็นดังกล่าวอาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างเป็น ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและมีแผนการรักษาด้วยยา รับประทานประจำต่อเนื่องจึงมีความต้องการใช้แตกต่าง จากกลุ่มประชาชนทั่วไป

ข้อค้นพบของการศึกษานี้พบว่าปัจจัย ที่ทำให้ผู้ป่วยโรคไมติดต่อเรื้อรังมีโอกาสที่จะมีความ ตั้งใจใช้น้ำมันกัญชา ได้แก่ ทศนคติของสมาชิกใน ครอบครัวต่อการใช้ น้ำมันกัญชา การได้รับการสนับสนุน จากเพื่อนหรือคนรู้จัก และความรอบรู้สุขภาพในการ

ใช้น้ำมันกัญชา โดยในปัจจุบันด้านทัศนคติของสมาชิกในครอบครัวต่อการใช้น้ำมันกัญชา ผลการศึกษาพบว่า การมีทัศนคติของสมาชิกในครอบครัวต่อการใช้น้ำมันกัญชาในระดับที่ดีมีโอกาสมากกว่าการมีทัศนคติในระดับที่ไม่ดีถึง 2.5 เท่า ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรรักษาโรคของประชาชนในเขต 11 กระทรวงสาธารณสุข⁽³⁰⁾ ที่พบว่าทัศนคติต่อการใช้สมุนไพรรักษาโรคและปัจจัยเสริมด้านการสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนบ้าน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรรักษาโรค การที่มีความตั้งใจในการใช้น้ำมันกัญชาเพื่อการรักษาโรคของกลุ่มตัวอย่างเป็นผลมาจากทัศนคติของสมาชิกในครอบครัวซึ่งเป็นปัจจัยเสริมในด้านการสนับสนุนทางสังคมที่สนับสนุนที่มีผลต่อการทำให้เกิดพฤติกรรมทางสุขภาพหรือการยับยั้งในการแสดงพฤติกรรม⁽³¹⁾

การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนหรือคนรู้จัก เป็นปัจจัยเสริมอีกหนึ่งปัจจัยที่ทำให้เกิดความตั้งใจในการใช้น้ำมันกัญชาเพื่อการรักษาโรค การศึกษานี้พบว่าได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนหรือคนรู้จัก มีโอกาสมีความตั้งใจในการใช้น้ำมันกัญชามากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนหรือคนรู้จักถึง 2.7 เท่า ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศจีนที่พบว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2⁽³²⁾ การได้รับการสนับสนุนจากสังคมจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญในการใช้ยาดังนั้นการบริหารจัดการในเรื่องยาจึงควรส่งเสริมให้ประชาชนทั้งหมดมีความรู้ในเรื่องยาอย่างทั่วถึง และสอดคล้องกับการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการใช้ยาเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับบุคคลพบว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมของการใช้ยาในผู้ป่วย⁽³³⁾ โดยมีรายงานการศึกษา 50 การศึกษาที่พบว่าปัจจัยในการให้

การสนับสนุนเชิงปฏิบัติ เช่น การดำเนินการจัดหาให้ การเตือนให้รับประทานยา⁽³⁴⁾ มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาในการรักษาโรคในผู้ป่วย ซึ่งจะเห็นได้ว่าปัจจัยการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนหรือคนรู้จักเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วย

ความรอบรู้สุขภาพในการใช้น้ำมันกัญชา ผลการศึกษานี้พบว่ามีความรอบรู้สุขภาพในการใช้น้ำมันกัญชาที่เพียงพอมีโอกาสมากกว่าการมีความตั้งใจในการใช้น้ำมันกัญชา 4.5 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีความรอบรู้ในระดับที่ไม่เพียงพอ การศึกษานี้ได้วัดความรอบรู้สุขภาพในการใช้น้ำมันกัญชาโดยใช้แบบสอบถามประเมินครอบคลุมทักษะ การเข้าถึงข้อมูล การเข้าใจข้อมูล การทบทวน การซักถามและการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์พบว่า ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้สุขภาพในการใช้น้ำมันกัญชาที่ต่ำร้อยละ 73.4 ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพกับการใช้อาหารเสริมและการใช้ยาการแพทย์ทางเลือกในประเทศสหรัฐอเมริกา⁽³⁵⁾ พบว่ามีความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับที่เพียงพอมีความสัมพันธ์กับการใช้อาหารเสริมและการเลือกใช้ยาการแพทย์ทางเลือกที่เพิ่มขึ้น และการศึกษาของ Persell SD และคณะ พบว่าความรอบรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความรู้ในข้อบ่งชี้ของยา และความเข้าใจในคำแนะนำสำหรับการใช้ยาและขนาดยา การมีความรอบรู้ทางสุขภาพที่เพียงพอจะทำให้ไม่เกิดข้อผิดพลาดจากการบริหารยาดด้วยตนเอง⁽³⁶⁾ ความรอบรู้ทางสุขภาพกับการใช้ยาอธิบายได้โดยการที่มีระดับความรอบรู้ทางสุขภาพที่เพียงพอทำให้มีการ เข้าถึงข้อมูลยา การทำความเข้าใจในคำแนะนำการใช้ยา การทบทวนและการซักถามข้อมูลเกี่ยวกับยาเพิ่มเติม และการตัดสินใจในการใช้ยา การมีความรอบรู้ทางสุขภาพจะส่งผลทำให้ได้รับความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ช่วยลดข้อผิดพลาดในการใช้ยาและทำให้มีความเข้าใจและมีการตีความในคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาที่ถูกต้อง⁽³⁷⁻³⁸⁾

สรุป

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไมติดต่อเรื้อรังมีความตั้งใจในการใช้น้ำมันกัญชา ร้อยละ 24.6 การศึกษาพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการใช้น้ำมันกัญชาในการรักษาโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ทัศนคติของสมาชิกในครอบครัวต่อการใช้น้ำมันกัญชา การได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนหรือคนรู้จัก และความรอบรู้ในการใช้น้ำมันกัญชา

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. จากข้อค้นพบของการศึกษากลุ่มผู้ป่วยโรคไมติดต่อเรื้อรังมีความรู้เกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับน้ำมันกัญชาระดับต่ำถึงร้อยละ 62.7 ดังนั้นการณรงค์เผยแพร่ทางสื่อสาธารณะให้ความรู้ในการใช้กัญชาทางการแพทย์ที่ถูกต้องให้แก่ประชาชนเพื่อป้องกันการนำมาใช้ผิดวัตถุประสงค์ทางการแพทย์

2. การพัฒนาทักษะความรู้ทางสุขภาพให้แก่ประชาชน ส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ทางสุขภาพในการใช้น้ำมันกัญชาจะทำให้มีความเข้าใจ การทบทวนและการซักถามข้อมูลที่ได้รับเกี่ยวกับน้ำมันกัญชา ทำให้มีความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับการไม่นำน้ำมันกัญชามาใช้ผิดวัตถุประสงค์ของการรักษา

3. การใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์ควรได้รับการพิจารณาจากบุคลากรทางการแพทย์ที่ผ่านการอบรมหรือมีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ เพื่อให้ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารที่เป็นจริงและถูกต้อง

ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงาน

ดังนั้นการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพควรกระทำควบคู่กันไปในกลุ่มผู้ป่วยโรคไมติดต่อเรื้อรังสมาชิกในครอบครัวและประชาชนทั่วไป จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านทัศนคติของสมาชิกในครอบครัวต่อการใช้น้ำมันกัญชา การได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนหรือคนรู้จัก และความรอบรู้ในการใช้น้ำมันกัญชา เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจใช้กัญชาของผู้ป่วยโรคไมติดต่อเรื้อรัง และจากข้อค้นพบในด้านความรู้ใน

การนำกัญชามาใช้รักษาโรคของกลุ่มตัวอย่างที่ส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ เพื่อให้มีความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์อย่างถูกต้อง

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัย

1. การศึกษาการพัฒนาโปรแกรมหรือแนวทางการเสริมสร้างความรอบรู้แก่ผู้ป่วยโรคไมติดต่อเรื้อรังให้มีความรอบรู้เท่าทันกับสถานการณ์ทางด้านสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลง

2. การศึกษาความรู้ทางสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวควบคู่ไปกับการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรู้ทางสุขภาพทั้งสองกลุ่ม

3. การศึกษาความพร้อมของบุคลากรทางการแพทย์ในการนำกัญชามาใช้ทางการแพทย์

ข้อจำกัดในการศึกษา การศึกษานี้ได้ศึกษาการใช้น้ำมันกัญชาโดยการสอบถามความคิดเห็นในแง่ของความสนใจและความตั้งใจในการนำน้ำมันกัญชามาเพื่อการรักษาโรคไมติดต่อเรื้อรัง ซึ่งเป็นการสอบถามถึงแนวโน้มของความตั้งใจในการนำน้ำมันกัญชามาใช้ แต่ความตั้งใจเป็นตัวทำนายพฤติกรรมได้สูงดังนั้นการศึกษาครั้งนี้อาจให้เห็นแนวโน้มของการใช้น้ำมันกัญชาได้

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด (ศศก.) กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยโรคไมติดต่อเรื้อรังในกรุงเทพมหานคร คณะผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

เอกสารอ้างอิง

1. Hand A, Blake A, Kerrigan P, Samuel P. History of medical cannabis. J Pain Manage. 2016;9(4):387-94.
2. Murnion B. Medical cannabis. Australian Prescriber. 2015;38(6):212-4.

3. United Nations Office on Drug and Crime. World Drug Report 2019. Geneva: United Nations; 2019.
4. World Health Organization. The health and social effects of nonmedical cannabis use. Geneva: WHO; 2016.
5. Ebbert JO, Scarf EL, Hurt RT. Medical Cannabis. *Mayo Clin Proc.* 2018;93(12):1842–47.
6. Department of Medical Services (TH). Guidance on Cannabis for Medical Use. 4th ed. Nonthaburi: Department of Medical Services (TH); 2021. (in Thai)
7. Suphanchaimat R, Pavasuthipaisit C. Potential Benefits and Risks from Medicalisation and Legalisation of Cannabis. *JHSR.* 2018;12(1):71–94. (in Thai)
8. Taupachit W, Kessombon N. Medical Use of Cannabis. *Isan Journal of Pharmaceutical Sciences.* 2017;13:228–40. (in Thai)
9. Hazekamp A, Grotenhermen. Review on clinical studies with cannabis and cannabinoids 2005–2009. *Cannabinoids.* 2010;5:1–21
10. Bridgeman MB, Abazia DT. Medicinal Cannabis: History, Pharmacology, and Implications for the Acute Care Setting. *P&T.* 2017;42(3):180–8.
11. Ghosh M, Naderi S. Cannabis and Cardiovascular Disease. *Curr Atheroscler Rep.* 2019 Apr 12;21(6):21. doi: 10.1007/s11883-019-0783-9. PMID: 30980200.
12. Freeman TP, Hindocha C, Green SF, Bloomfield MAP. Medicinal use of cannabis-based products and cannabinoids. *BMJ.* 2019 Apr 4;365:l1141. doi: 10.1136/bmj.l1141. PMID: 30948383; PMCID: PMC6447998.
13. Whiting PF, Wolff RF, Deshpande S, Di Nisio M, Duffy S, Hernandez AV, et al. Cannabinoids for Medical Use: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA.* 2015;313(24):2456–73.
14. Phannarus H, Muangpaisan W. Cannabis in Neurodegenerative Disorders. *J Gerontol Geriatr Med.* 2020;19(13–25). (in Thai)
15. Weiss L, Zeira M, Reich S, Har-Noy M, Mechoulam R, Slavin S, et al. Cannabidiol lowers incidence of diabetes in non-obese diabetic mice. *Autoimmunity.* 2006;39(2):143–51. doi: 10.1080/08916930500356674. PMID: 16698671.
16. Kinney GL, Akturk HK, Taylor DD, Foster NC, Shah VN. Cannabis Use Is Associated with Increased Risk for Diabetic Ketoacidosis in Adults with Type 1 Diabetes: Findings from the T1D Exchange Clinic Registry. *Diabetes Care.* 2020;43(1):247–249. doi:10.2337/dc19-0365.
17. Frisher M, White S, Varbiro G, Voisey C, Perumal D, Crome I, et al. The role of cannabis and cannabinoids in diabetes. *Br J Diabetes Vasc Dis.* 2010;10(6):267–73. <https://doi.org/10.1177/1474651410385860>.
18. Kicman A, Toczek M. The Effects of Cannabidiol, a Non-Intoxicating Compound of Cannabis, on the Cardiovascular System in Health and Disease. *Int J Mol Sci.* 2020; 21(18):6740. <https://doi.org/10.3390/ijms21186740>
19. Grotenhermen F. Pharmacokinetics and pharmacodynamics of cannabinoids. *Clin Pharmacokin.* 2003;42(4):327–60. doi: 10.2165/00003088-200342040-00003. PMID:12648025.
20. Ramathibodi Poison center. The caution of using cannabis products [Internet]. Bangkok: Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital; 2019 [cited 2020 Sep 6]. Available from; <https://med.ma->

- hidol.ac.th/poisoncenter/sites/default/files/public/ข้อมูลกัญชาศูนย์พิษวิทยา%20edit.pdf (in Thai)
21. World Health Organization. Health Promotion Glossary. Geneva: WHO; 1998.
 22. Nutbeam. Health literacy as a public health goal: challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int.* 2000;15(3):259-67.
 23. Kaeodumkoeng K. Health literacy: access, understand and application. 2nd ed. Bangkok: Amarin; 2018. (in Thai)
 24. Srivanichakorn S. Morbidity and mortality situation of non-communicable diseases (diabetes type 2 and cardiovascular diseases) in Thailand during 2010-2014. *Dis Control J.* 2017;43(4):370-90. (in Thai)
 25. Powwattana A, Kalamprakorn S, Lagampan S, Rawiworrakul T. Health promotion and disease prevention in community: an application of concepts and theories to practice (Revised edition). Bangkok: Faculty of Public Health, Mahidol University (TH); 2018. (in Thai)
 26. Momen K, Kanato M. Development of a substance literacy scale for the Thai population. *Community Health Development Quarterly Khon Kaen University.* 2016;4(1):127-40. (in Thai)
 27. Bloom BS. Learning for Mastery. Evaluation Comment [Internet]. 1968 [cited 2020 Sep 6];1(2):1-12. Available from; <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED053419.pdf>
 28. Roma W, Kloyiam S, Sookawong W, Kaew-Amdee T, Tunnung A, Khampang R, et al. Thai Health Literacy Survey (THL-S) of Thais aged 15 years and above, 2019. Non-thaburi: Health System Research Institute (TH); 2019. (in Thai)
 29. Suan Sunandha Poll. The Public opinion on marijuana [Internet]. Bangkok: Suan Sunandha Rajabhat University; 2019 [cited 2020 Nov 19]. Available from: <https://mgronline.com/qol/detail/9620000119873> (in Thai)
 30. Chaichompoo S, Shuaytong P, Waseeweerasi W, Sonkosum S. Factors Related with People's Behavior Towards Using Medical Herbs for Illness Treatments among People in Region 11, Ministry of Public Health. *Kuakarun Journal of Nursing.* 2012;19(2):60-74. (in Thai)
 31. Ua-Kit N, Pensri L. Utilization of the PRECEDE MODEL in Health Promotion. *Thai Red Cross Nursing Journal.* 2019;12(1):38-48. (in Thai)
 32. Gu L, Wu S, Zhao S, Zhou H, Zhang S, Gao M, et al. Association of Social Support and Medication Adherence in Chinese Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *Int J Environ Res Public Health.* 2017;14(12):1522. DOI:10.3390/ijerph14121522
 33. Mondesir FL, Carson AP, Durant RW, Lewis MW, Safford MM, Levitan EB. Association of functional and structural social support with medication adherence among individuals treated for coronary heart disease risk factors: findings from the reasons for geographic and racial differences in stroke (REGARDS) study. *PLoS One.* 2018;13(6):e0198578. DOI:10.1371/journal.pone.0198578
 34. Scheurer D, Choudhry N, Swanton KA, Matlin O, Shrank W. Association between different types of social support and medication adherence. *AJMC.* 2012;18(12):e461-7.
 35. Bains SS, Egede LE. Association of health literacy with complementary and alternative

- medicine use: a cross-sectional study in adult primary care patients. *BMC Complement Altern Med.* 2011;30(11):138. doi: 10.1186/1472-6882-11-138. PMID: 22208873; PMCID: PMC3276434.
36. Persell SD, Karmali KN, Lee JY, Lazar D, Brown T, Friesema EM, et al. Associations Between Health Literacy and Medication Self-Management Among Community Health Center Patients with Uncontrolled Hypertension. *Patient Prefer Adherence.* 2020;14:87-95. <https://doi.org/10.2147/PPA.S226619>
37. Shi S, Shen Z, Duan Y, Ding S, Zhong Z. Association Between Medication Literacy and Medication Adherence Among Patients With Hypertension. *Frontiers in Pharmacology.* 2019;10:822. DOI=10.3389/fphar.2019.00822
38. Marvanova M, Roumie CL, Eden SK, Cawthon C, Schnipper JL, Kripalani S. Health literacy and medication understanding among hospitalized adults. *J Hosp Med.* 2011;6(9):488-93. DOI: 10.1002/jhm.925.