

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์

กรพินท์ ปานวิเชียร, ปร.ศ.ราชาโยคะ*

บทคัดย่อ

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ การศึกษาครั้งนี้เพื่อนำข้อมูลด้านพฤติกรรมของประชาชนมาปรับใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีเพิ่มขึ้น การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัย ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะการใช้กัญชาและการรับรู้ข้อดีข้อเสียของกัญชาทางการแพทย์ ที่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมของประชาชนในการใช้กัญชาทางการแพทย์ และเพื่อวิเคราะห์การทำนายอิทธิพลของปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคล และการรับรู้ข้อดีข้อเสียของกัญชาต่อพฤติกรรมของประชาชนในการใช้กัญชาทางการแพทย์

การวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) ศึกษากลุ่มตัวอย่างประชาชนในจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 350 คน ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2562 – มีนาคม 2563 เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเอง และตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะการใช้กัญชา การรับรู้ข้อดีข้อเสียของกัญชาทางการแพทย์และระดับพฤติกรรมการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ สถิติเชิงอนุมานโดยใช้ Chi-Square Tests และวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression)

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะการใช้กัญชา การรับรู้ข้อดีข้อเสียของกัญชาทางการแพทย์ที่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เรียง 3 ลำดับแรก ดังนี้ ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา รายได้เฉลี่ย อาชีพ และโรคประจำตัว ลักษณะการใช้กัญชา ได้แก่ วัตถุประสงค์การใช้กัญชารักษาโรค ใช้ลดอาการปวดข้อ ปวดหลัง ปวดกระดูก รักษาโรคมะเร็ง, เหตุผลที่ไม่ใช้กัญชา ได้แก่ ไม่เชื่อในประสิทธิผลของกัญชา กลัวได้รับอันตรายจากกัญชา มีความยุ่งยากในการใช้ เข้าถึงบริการยากถ้าต้องรับจากโรงพยาบาล, รูปแบบลักษณะการใช้กัญชา ได้แก่ ใช้คู่กับการออกกำลังกาย ใช้คู่กับการพักผ่อนหรือนันทนาการ ใช้คู่กับยาแผนปัจจุบัน, แหล่งที่มาของกัญชา ได้แก่ วัต ปลุกเอง และหมอฟันบ้าน, เหตุผลที่เลือกใช้ยากัญชา ได้แก่ เชื่อในประสิทธิผลของยาและความปลอดภัย หมอฟันบ้านแนะนำ และระยะเวลาที่ใช้กัญชา, อาการผิดปกติหลังใช้กัญชารักษาโรค ได้แก่ ผื่นขึ้นตามผิวหนัง มีน เวียนศีรษะ ใจสั่น ใจเต้นเร็วกว่าปกติ และเสียความสมดุล การวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) พบว่า มีปัจจัยการรับรู้ที่สามารถพยากรณ์อิทธิพลต่อระดับพฤติกรรมของประชาชนในการใช้กัญชาทางการแพทย์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05 ซึ่งเป็นตามสมมติฐาน มีจำนวน 10 ปัจจัย (ทั้งหมด 17 ปัจจัย) 3 ลำดับแรก คือ การรับรู้เรื่องสารสกัดกัญชาที่ได้มาจากส่วนของต้นกัญชามากที่สุด ($\text{adj.}R^2 = 0.138$) รองลงมาคือ การรับรู้ขนาดของยาควรพิจารณาตามผลการรักษาที่ได้รับเป็นหลัก (X_2 , $\text{beta} = 0.327$, $\text{adj.}R^2 = 0.105$) และยากัญชาใช้ได้กับผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม และอารมณ์ (X_3 , $\text{beta} = 0.319$, $\text{adj.}R^2 = 0.099$) ตามลำดับ สรุป ข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะการใช้ และการรับรู้ข้อดีข้อเสียของกัญชาทางการแพทย์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของประชาชนในการใช้กัญชาทางการแพทย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ : พฤติกรรมการใช้กัญชาทางการแพทย์

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช

Factors Associated with Cannabis Usage on Behavioral Level for Medical Benefits of the people

Korapin phanwichian, Ph.D. Raja Yoga

Abstract

Introduction: The Ministry of Public Health had established a policy on the use of hemp extracts for medical benefits. This study was to apply in the nursing process to the public correctly and appropriately and maximize the benefits to patients, which will result in better quality of life for the public. This research aimed to study factors associated between personal characteristics, characteristics of Cannabis use and recognition of advantages-disadvantages of medical Cannabis usage with behavioral level for medical Cannabis use of the people in Suphan Buri province.

Methods: Cross sectional descriptive research was conducted 350 people in Suphan Buri province, between December 2019 - March 2020. Using the questionnaire included personal characteristics IOC=0.95, characteristics of Cannabis use IOC=0.84, recognition of advantages-disadvantages of Cannabis use IOC=0.89 and behavioral Level for Cannabis use alpha=0.91. By using statistics such as frequency percentage mean standard deviation, Chi-Square tests and multinomial logistic regression.

Results: the personal characteristics, characteristics of medical Cannabis usage and recognition of advantages-disadvantages of Cannabis use associated with behavioral level for Cannabis use with statistical significance at 0.05 level in the first 3 sequences: personal characteristics: gender, age, education, income, occupation and congenital disease. Characteristics of Cannabis use: Reasons for Cannabis use joint pain, back pain, bone pain, cancer treatment. Reasons for not using Cannabis: not believe the effectiveness, afraid of harmed, difficult to use and access from hospital. Model characteristics for using Cannabis: use with exercise, use with recreation, use with modern medicine. Sources of cannabis drugs: Temple, own planting and herbal. Reasons for using Cannabis: believe in the effectiveness of Cannabis and safety, introduction of herbal doctors and period use of Cannabis. Abnormal symptoms after using Cannabis: skin rash, dizziness, palpitations, heart beat faster than usual and lose balance. Stepwise multiple regression found that there were factors that can predict the influence of the behavior of people on medical Cannabis use with statistical significance less than 0.05 which based on the hypothesis there were 10 factors (a total of 17 factors). In 3 sequences the first of the hemp plant ($\text{adj.R}^2 = 0.138$) Second, the dosage should be mainly based on the outcome of the treatment (X_2 , $\beta = 0.327$, $\text{adj.R}^2 = 0.105$) and Cannabis drugs can be used for patients with dementia and mood (X_3 , $\beta = 0.319$, $\text{adj.R}^2 = 0.099$) respectively. **Conclusion** personal characteristics, characteristics of Cannabis use and recognition of advantages-disadvantages of Cannabis use associated to the behavior of people in the use of medical Cannabis with statistical significance.

Key words: Medical Cannabis Usage Behavior

บทนำ

จากสถานการณ์ พบว่าหลายประเทศทั่วโลกได้มีการนำสารสกัดจากกัญชามาใช้เพื่อเป็นยารักษาโรค เช่น รายงานการศึกษาที่พบว่า สาเหตุของการรักษาโดยใช้ยา กัญชาที่พบมากที่สุดคือ ใช้ระงับความปวด การนอนหลับ ความเครียด และอาการคลื่นไส้ (30%) ซึ่งลักษณะพฤติกรรมในการใช้กัญชามีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับการใช้น้ำมันกัญชาผิวกัญชามา (Lake, et al, 2019) และจากการสำรวจแห่งชาติในสหรัฐอเมริกา พบว่า ลักษณะการใช้กัญชาทางการแพทย์ ในนักเรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 12 (1.1%) และ ในผู้ใหญ่ (17%) ความชุกของการใช้กัญชาทางการแพทย์อยู่ระหว่าง <1.7% ของผู้ป่วยมะเร็งในประเทศอิสราเอล ถึง 17.4% ในการดูแลรักษาผู้ป่วยของชาวอเมริกัน รายงานความชุกของการใช้ยา กัญชาด้วยตนเองอยู่ในช่วงตั้งแต่ 15% ในผู้ป่วยชาวแคนาดาที่มีอาการปวดเรื้อรัง ถึง 30% ในผู้ป่วยชาวอังกฤษที่มีภาวะเส้นโลหิตตีบ (Parka & Wua, 2017) สำหรับกระทรวงสาธารณสุขไทยมีแผนรองรับนโยบายเร่งรัดประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ประเด็นการเข้าถึงบริการกัญชาทางการแพทย์ และรัฐบาลได้มีการประกาศนโยบายให้มีการใช้กัญชาทางการแพทย์ ที่จำเป็นต้องมีกระบวนการในการจัดระบบบริการสุขภาพเพื่อให้ประโยชน์ทางการแพทย์ และผลข้างเคียงต่อผู้รับบริการน้อยที่สุด โดยกำหนดให้มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาการใช้กัญชาทางการแพทย์ เพื่อเพิ่มโอกาสในการรักษาโรคให้กับประชาชนที่เจ็บป่วยทรมานจากกลุ่มโรคร้ายแรงเรื้อรังและไม่ตอบสนองต่อการรักษาทางแพทย์แผนปัจจุบันหรือแพทย์แผนไทยเท่าใดนัก โดยรองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข นายอนุทิน ชาญวีรกูล มอบนโยบายเร่งด่วนเพื่อให้มีการบริการรักษาด้วยสารสกัดกัญชาทางการแพทย์แก่ประชาชนได้อย่างปลอดภัย รวดเร็วและ

ครอบคลุม จึงให้มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบผสมผสานปัจจุบันและแพทย์แผนไทยในสถานพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้นเขตสุขภาพที่ 5 เตรียมความพร้อมรับนโยบายโดยมีเป้าหมายการจัดตั้งคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (รพศ./รพท.) จังหวัดละ 1 แห่งใน 6 เดือน และ(รพช.) ร้อยละ 25 ในแต่ละจังหวัดใน 9 เดือนและ 12 เดือน (นิยดา เกียรติยิ่งอังศุลี, 2562) เพื่อสร้างโอกาสในการรักษา ให้ประชาชนเข้าถึงการรักษาด้วยยา กัญชาอย่างมีมาตรฐานและปลอดภัย (สุชุม กาญจนพิมาย, 2562)

ลักษณะการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ของโรงพยาบาล พยาบาลมีภารกิจที่เกี่ยวข้องกับงานวิชาการพยาบาล (Nursing) ตาม พ.ร.บ. วิชาชีพการพยาบาล และผดุงครรภ์ฉบับปี 2540 ซึ่งการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยใช้กัญชาจึงเป็นหน้าที่โดยตรงของพยาบาลที่ต้องร่วมมือกับสหสาขาวิชาชีพในการดูแลรักษาอย่างถูกต้องเหมาะสมสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยการรักษาโดยใช้กัญชาที่เช่นเดียวกันกับการประเมินความต้องการและความพร้อมของผู้ป่วยที่ต้องมีความรอบรู้ข้อมูลทุกด้านของกระบวนการรักษานี้ จึงเป็นหน้าที่สำคัญที่พยาบาลต้องมีบทบาทในการวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสม (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, 2560) และการรักษาโดยใช้กัญชาที่เช่นเดียวกันกับการประเมินความต้องการและความพร้อมของผู้ป่วยที่ต้องมีการรับรู้ข้อดีข้อเสียและข้อมูลทุกด้านของกระบวนการรักษา จึงเป็นหน้าที่ของพยาบาลที่มีบทบาทสำคัญในการวางแผนการให้ความรู้ความเข้าใจเพื่อจัดการพยาบาลที่เหมาะสม (มณฑกา ชีรชัยสกุลและคณะ, 2559)

จังหวัดสุพรรณบุรี มีลักษณะและพฤติกรรมการใช้กัญชาของประชาชนบางส่วน พบปัญหาจากการที่มีการทดลองใช้น้ำมันกัญชารักษาโรคมะเร็งและโรคอื่นๆ

อีกหลายโรค จากการที่ผู้วิจัยได้ไปอยู่ร่วมและสังเกตพฤติกรรมเบื้องต้นของกลุ่มคนที่ใช้กัญชา พบว่าเกือบทั้งหมดเป็นผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มเปราะบาง กลุ่มที่มีอุปสรรคในการรับรู้และการสื่อสาร อีกทั้งส่วนใหญ่ไม่ยอมเปิดเผยตัว มีความกังวลกลัว เพราะยังไม่แน่ชัดว่ากัญชาผิดกฎหมายหรือไม่ จึงส่งผลให้การได้มาของข้อมูลการใช้กัญชาก่อนข้างยาก ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาการใช้กัญชาในด้านประโยชน์ทางการแพทย์ ศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ของประชาชน จังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งงานวิจัยครั้งนี้มีความท้าทาย คือจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ในประเทศไทยยังไม่มีการทำวิจัยในเรื่องนี้มาก่อน กัญชาเป็นเรื่องใหม่สำหรับประเทศไทย ทั้งองค์ความรู้ที่ยังไม่สิ้นสุด แต่มีการนำมาใช้ทางการแพทย์ในโรงพยาบาล ผลการวิจัยนี้เพื่อให้ได้องค์ความรู้ใหม่ๆ เป็นข้อบ่งใช้กับลักษณะอาการป่วยต่างๆ ใช้ประกอบเป็นหลักฐานทางวิทยาศาสตร์เพื่อให้ใช้กัญชากับประชาชนได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยอันจะส่งผลทำให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีเพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัย ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะการใช้กัญชาและการรับรู้ข้อดีข้อเสียของกัญชาในทางการแพทย์ ที่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมของประชาชนในการใช้กัญชาทางการแพทย์
2. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์และการทำนายอิทธิพลของปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคล และการรับรู้ข้อดีข้อเสียของกัญชาต่อพฤติกรรมการใช้กัญชาของประชาชน

สมมติฐานของการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะการใช้กัญชาและการรับรู้ข้อดีข้อเสียของกัญชาในทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมของประชาชนในการใช้กัญชาทางการแพทย์
2. ข้อมูลส่วนบุคคลและการรับรู้ข้อดีข้อเสียของกัญชาในทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ของประชาชน

วิธีดำเนินการศึกษา

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ภาคตัดขวาง (cross sectional descriptive research) ระยะเวลาดำเนินการระหว่างเดือนพฤศจิกายน – 2562 มีนาคม 2563 ศึกษาตัวแปรอิสระคือ ข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะการใช้กัญชา ประยุกต์จาก Woodbridge (2562) การรับรู้ข้อดีข้อเสียของกัญชาในทางการแพทย์ ประยุกต์จาก Suryadevara, et al (2017) ตัวแปรตาม คือ ระดับพฤติกรรมการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ ประยุกต์จาก Bachhuber, et al (2019: 1-6)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ศึกษาคือ ประชาชนในจังหวัดสุพรรณบุรี เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 350 คน ขนาดตัวอย่างจากการคำนวณด้วยสูตรสัดส่วนที่ต่ำกว่า คือ 15–20 หน่วยข้อมูลต่อ 1 ตัวแปรต้น กรณีทดสอบความสัมพันธ์ระหว่าง ตัวแปรผลสัมฤทธิ์กับ ตัวแปรต้น (จรนิต แก้วกังวาน และ ประตป สิงหวิวานนท์, 2558) ใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างในสมการทำนายค่าจากหลายตัวแปร คือ $n > 50 + 8m$ โดยที่ $m =$ จำนวนตัวแปรต้น, กำหนด $n =$ ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย, ตัวแปรต้น จำนวน 35 ตัว ($m=35$) แทนค่า $n > 50 + (8 \times 35) = 330$ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงกำหนดตัวอย่างที่ศึกษามากกว่าที่คำนวณได้ เป็น $n = 350$ คน

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงกำหนดตัวอย่างที่ศึกษามากกว่าที่คำนวณได้ เป็น $n = 350$ คน

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ประชาชนที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดสุพรรณบุรี อายุ 20 ปี ขึ้นไป ที่สามารถตอบคำถามได้ด้วยตนเอง

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ ประชาชนทั่วไปหรือผู้ที่ไม่ได้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดสุพรรณบุรี

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เป็นแบบสอบถาม ให้เลือกตอบ (Multiple choice) และปลายเปิด (Open-ended) มี 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา การศึกษา รายได้ อาชีพ และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 ลักษณะการใช้กัญชา จำนวน 13 ข้อ ประยุกต์จากเอกสาร ข้อมูลเบื้องต้น การส่งจ่ายยากัญชาทางการแพทย์ ฉบับภาษาไทย (Woodbridge, 2562) คำถามเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการใช้กัญชา เช่น ลดอาการปวดข้อ ปวดหลัง ปวดกระดูก การรักษามะเร็ง ใช้เพื่อทดลอง เป็นต้น มีทั้งแบบให้เลือกตอบและคำถามแบบเปิดให้เติมข้อความ

ส่วนที่ 3 การรับรู้ข้อดีข้อเสียของกัญชาในทางการแพทย์ จำนวน 15 ข้อ ประยุกต์จากการศึกษาของ Suryadevara และคณะ (2017) เกี่ยวกับการรับรู้ข้อดีข้อเสียของการใช้กัญชารักษาโรค การแปลผลระดับการรับรู้ มี 5 ระดับข้อเลือก คือ ตอบ ไม่ใช่/ไม่ทราบ (รหัส 1) ถึงระดับ ใช่ที่สุด (รหัส 5)

ส่วนที่ 4 ระดับพฤติกรรมการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ จำนวน 10 ข้อ ประยุกต์จาก

การศึกษาของ Bachhuber และคณะ (2019) ข้อคำถามเกี่ยวกับระดับอาการดีขึ้นหลังใช้ยาแก้ปวดรักษาโรค ระดับความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพและผลการรักษาของกัญชา เชื่อมั่นจากการได้รับคำอธิบายเปรียบเทียบการใช้กัญชาทดแทนยาแผนปัจจุบันของแหล่งบริการกัญชา และใช้เพราะกัญชามีราคาถูก ช่วยให้ประหยัดเงิน เป็นต้น แบบสอบถามเป็นชนิดมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) มี 5 ระดับข้อเลือก คือ ระดับการปฏิบัติ น้อยที่สุด (1) น้อย (2) ปานกลาง (3) มาก (4) มากที่สุด (5)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การทดสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity) ทำการตรวจสอบเพื่อพิจารณาถึงความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับแบบทดสอบใช้ค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง (Index of Item – Objective Congruence: IOC) ได้รับการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญได้ค่าเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ดังนี้ ข้อมูลส่วนบุคคล (IOC=0.95) และลักษณะการใช้กัญชา (IOC=0.84)

2. การตรวจสอบหาความเชื่อมั่น (reliability) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try-out) กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นประชาชนในเขตอำเภอเมืองสุพรรณบุรี จำนวน 30 คน โดยนำแบบสอบถามมาหาความเชื่อมั่นข้อมูลระดับ Likert scale ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าเชื่อมั่นของแบบสอบถาม การรับรู้ข้อดีข้อเสียของกัญชาในทางการแพทย์ ($\alpha = 0.89$) และระดับพฤติกรรมการใช้กัญชา ($\alpha = 0.91$)

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ
2. สถิติเชิงอนุมาน กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05
วิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลแบบกลุ่ม (nominal

scale) โดยใช้ Chi-Square Tests (χ^2) และวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุแบบ Stepwise Multiple Regression

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่าข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะการใช้กัญชา การรับรู้ข้อดีข้อเสียของกัญชาในทางการแพทย์

ที่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีดังนี้ ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา รายได้เฉลี่ย อาชีพ และโรคประจำตัว ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับระดับพฤติกรรมการใช้กัญชาทางการแพทย์ (n=350)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ระดับพฤติกรรม			df	χ^2	p-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง			
เพศ ชาย	22(6.3)	74(21.1)	12(3.4)	2	16.13	<0.001*
หญิง	5(1.4)	55(15.7)	182(52.0)			
อายุ น้อยกว่า 45 ปี	7(2.0)	13(3.7)	10(2.9)	5	25.51	<0.001*
45-60 ปี	5(1.4)	55(15.7)	91(26.0)			
มากกว่า 60 ปี	5(1.4)	56(16.0)	108(30.9)			
การศึกษาประถมศึกษา	4(1.1)	13(3.7)	140(40.0)	1	29.56	<0.001*
มัธยมศึกษา/อนุปริญญา/ปวส.	2(0.6)	32(9.1)	16(4.6)			
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	3(0.9)	37(10.6)	103(29.4)			
รายได้เฉลี่ย (บาท/เดือน)				3	47.87	<0.001*
น้อยกว่า 5,000 บาท	2(0.6)	11(3.1)	111(31.7)			
5,000 – 10,000 บาท	3(0.9)	9(2.6)	170(48.6)			
มากกว่า 10,000 บาท	5(1.4)	12(3.4)	27(7.7)			
อาชีพ แม่บ้าน	2(0.6)	3(0.9)	124(35.4)	2	52.07	<0.001*
รับจ้าง	3(0.9)	4(1.1)	68(19.4)			
เกษตรกร	5(1.4)	5(1.4)	56(16.0)			
รับราชการ	0(0.0)	1(0.3)	49(14.0)			
ค้าขาย	0(0.0)	1(0.3)	15(4.3)			
รัฐวิสาหกิจ	0(0.0)	2(0.6)	12(3.4)			
โรคประจำตัว				5	117.67	<0.001*
ไม่มี	0(0.0)	3(0.9)	166(47.4)			
มี	0(0.0)	4(1.1)	177(50.6)			

ลักษณะการใช้กัญชา ที่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีดังนี้ ใช้เพื่อลดอาการปวดข้อ ปวดหลัง ปวดกระดูก ช่วยให้นอนหลับ ยากล่อง ลดความเครียด ใช้กัญชาเป็นเครื่องประกอบอาหาร และรักษาอาการคัดจมูกจากภูมิแพ้ ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการใช้กัญชา กับระดับพฤติกรรมการใช้กัญชา (n=350)

ลักษณะการใช้กัญชา	ระดับพฤติกรรม			df	χ^2	p-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง			
ลดอาการปวดข้อ ปวดหลัง ปวดกระดูก				3	36.0	<0.001*
ไม่ใช่	66(18.9)	136(38.9)	57(16.3)			
ใช่	0(0.0)	50(14.3)	41(11.7)			
การรักษามะเร็ง (Anticancer effect)				1	23.54	<0.001*
ไม่ใช่	66(18.9)	133(38.0)	74(21.1)			
ใช่	0(0.0)	53(15.1)	24(6.9)			
ช่วยให้นอนหลับ				2	34.04	<0.001*
ไม่ใช่	66(18.9)	122(34.9)	60(17.1)			
ใช่	0(0.0)	64(18.3)	38(10.9)			
ใช้เพระายากล่อง				1	9.07	0.011*
ไม่ใช่	0(0.0)	10(2.9)	0(0.0)			
ใช่						
ลดความเครียด				3	11.43	0.003*
ไม่ใช่	66(18.9)	177(50.6)	86(24.6)			
ใช่	0(0.0)	9(2.6)	12(3.4)			
ลดภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็ง (spasticity)				1	8.72	0.013*
ไม่ใช่	66(18.9)	164(46.9)	90(25.7)			
ใช่	0(0.0)	22(6.3)	8(2.3)			
ใช้กัญชาเป็นเครื่องประกอบอาหาร				1	7.35	0.025*
ไม่ใช่	66(18.9)	183(52.3)	92(26.3)			
ใช่	0(0.0)	3(0.9)	6(1.7)			
รักษาอาการคัดจมูกจากภูมิแพ้				1	6.34	0.042*
ไม่ใช่	66(18.9)	169(48.3)	90(25.7)			
ใช่	0(0.0)	17(4.9)	8(2.3)			

ปัจจัยที่สามารถพยากรณ์อิทธิพลต่อระดับพฤติกรรมของประชาชนในการใช้กัญชาทางการแพทย์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05 ซึ่งเป็นตามสมมุติฐาน มีจำนวน 10 ปัจจัยจากปัจจัยที่ศึกษาทั้งหมด 17 ปัจจัย ทั้งนี้ปัจจัยด้านการรับรู้ที่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมของประชาชนมากที่สุด คือ การรับรู้เรื่องสารสกัดกัญชาที่ได้มาจากส่วนของต้นกัญชา (X_1 , $\beta = 0.375$, $\text{adj.}R^2 = 0.138$) รองลงมาคือ ขนาดของยาควรพิจารณาตามผลการรักษาที่ได้รับเป็นหลัก (X_2 , $\beta = 0.327$, $\text{adj.}R^2 = 0.105$), ยา กัญชาใช้ได้กับผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม และอารมณ์ (X_3 , $\beta = 0.319$, $\text{adj.}R^2 = 0.099$), อาการข้างเคียงของกัญชาคือ เดี๋ยวเซ (X_4 , $\beta = 0.315$, $\text{adj.}R^2 = 0.096$), ยา กัญชาห้ามใช้ในคนตั้งครรภ์/ให้นมบุตร (X_5 , $\beta = 0.285$, $\text{adj.}R^2 = 0.079$), ผู้ใช้กัญชาสามารถเพิ่มขนาดได้เองอย่างช้าๆ (X_6 , $\beta = 0.266$, $\text{adj.}R^2 = 0.068$), ยา กัญชาที่ใช้ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ทำให้ผู้ป่วยสังเวยครอบครัวได้และไม่ทรมาน (X_7 , $\beta = 0.265$, $\text{adj.}R^2 = 0.067$), กัญชาเป็น

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุระหว่าง การรับรู้ข้อดีข้อเสียของกัญชาทางการแพทย์ กับระดับพฤติกรรมของประชาชนในการใช้กัญชาทางการแพทย์ (n=350)

การรับรู้ข้อดีข้อเสีย	beta	F change	R ² change	Adj.R ²	p-value
สารสกัดกัญชาที่ได้มาจากส่วนของต้นกัญชา	0.375	56.795	0.140	0.138	<0.001*
ขนาดของยาควรพิจารณาตามผลการรักษาที่ได้รับเป็นหลัก	0.327	41.736	0.107	0.105	<0.001*
ยา กัญชาใช้ได้กับผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม และอารมณ์	0.319	39.351	0.102	0.099	<0.001*
อาการข้างเคียงของกัญชาคือ เดี๋ยวเซ	0.315	38.249	0.099	0.096	<0.001*
ยา กัญชาห้ามใช้ในคนตั้งครรภ์/ให้นมบุตร	0.285	30.733	0.081	0.079	<0.001*
ผู้ใช้กัญชาสามารถเพิ่มขนาดได้เองอย่างช้าๆ	0.266	26.458	0.071	0.068	<0.001*

สิ่งผิดกฎหมายตามพระราชบัญญัติฯ (X_8 , $\beta = 0.251$, $\text{adj.}R^2 = 0.060$), อาการข้างเคียงของกัญชาคือ ง่วงซึม มีนงง ปวดศีรษะ (X_9 , $\beta = 0.247$, $\text{adj.}R^2 = 0.058$) และอาการข้างเคียงของกัญชา (X_{10} , $\beta = 0.228$, $\text{adj.}R^2 = 0.049$) ตามลำดับ ซึ่งปัจจัยโดยรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของประชาชนในการใช้กัญชาทางการแพทย์ในทางบวก (ค่าคงที่ $b = 8.258$, $\beta = 0.538$, $\text{adj.}R^2 = 0.288$) หมายความว่า หากประชาชนมีการรับรู้ข้อดีข้อเสียของกัญชามากขึ้น ร้อยละ 0.288 จะทำให้ประชาชนมีพฤติกรรมการใช้กัญชาทางการแพทย์เพิ่มขึ้นร้อยละ 0.288

สำหรับปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ อายุ รายได้ ยา กัญชาสามารถสั่งใช้กันเองได้ อาการข้างเคียงของกัญชาคือ ปากแห้ง อาการข้างเคียงของกัญชาคือ ความดันต่ำ ยา กัญชาใช้ได้กับผู้ป่วยอารมณ์ 2 ขั้ว/ไบโพลาร์ และหลังใช้กัญชาไปนานๆ อาจทำให้เกิดความเกียจคร้านและความจำเสื่อม ในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ (ต่อ) (n=350)

การรับรู้ข้อดีข้อเสีย	beta	F change	R ² change	Adj.R ²	p-value
ยาแก้ปวดที่ใช้ในผู้ป่วยมะเร็งระยะ สุดท้ายผู้ป่วยพึงเสียครบถ้วนได้	0.265	26.241	0.070	0.067	<0.001*
กัญชาเป็นสิ่งผิดกฎหมาย	0.251	23.463	0.063	0.060	<0.001*
อาการข้างเคียงของกัญชาคือ ง่วงซึม มึนงง ปวดศีรษะ	0.247	22.643	0.061	0.058	<0.001*
อาการข้างเคียงของกัญชา	0.228	19.014	0.052	0.049	<0.001*
ยาแก้ปวดสามารถสั่งใช้กันเองได้	0.071	1.765	0.005	0.002	0.185
อาการข้างเคียงของกัญชาคือ ปากแห้ง	-0.060	1.251	0.004	0.001	0.264
อาการข้างเคียงของกัญชาคือ ความดันต่ำ	0.103	3.735	0.011	0.008	0.054
ยาแก้ปวดใช้ได้กับผู้ป่วยอารมณ์ 2 ขั้ว/ ไบโพลาร์	0.041	.576	0.002	-0.001	0.448
หลังใช้กัญชาไปนานๆ อาจทำให้เกิด ความเกียจคร้านและความจำเสื่อม	0.034	.406	0.001	-0.002	0.524
อายุ	0.034	0.414	0.001	-0.002	0.521
รายได้	-0.002	0.001	0.000	-0.003	0.973
รวม (ค่าคงที่ b= 8.258)	0.538	142.114	0.290	0.288	<0.001*

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่า ลักษณะการใช้กัญชาแบ่งตามระดับพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวด เรียง 3 ลำดับแรก ได้แก่ วัตถุประสงค์การใช้กัญชา รักษาโรค ลดอาการปวดข้อ ปวดหลัง ปวดกระดูก รักษาโรคมะเร็ง, เหตุผลที่ไม่ใช้กัญชา ได้แก่ ไม่เชื่อในประสิทธิผลของกัญชา กลัวได้รับอันตรายจากกัญชา เชื่อในประสิทธิผลของยาและความปลอดภัย ทั้งนี้เนื่องจาก ขั้นตอนการรักษากรณีจำเป็นสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย ตามช่องทางพิเศษ (Special Access Scheme: SAS) คือ สถานพยาบาลมีใบอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท 5

เฉพาะกัญชา แพทย์ที่ผ่านการอบรมการวินิจฉัยและสั่งจ่ายให้แก่ผู้ป่วย ในสถานพยาบาลที่ได้รับอนุญาตติดตามและประเมินประสิทธิผล ความปลอดภัย คุณภาพผลิตภัณฑ์และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้กัญชา (ประพนธ์ ตั้งศรีเกียรติกุล, 2562) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Abuhassiraa และคณะ (2018) ที่ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับกัญชาทางการแพทย์ ส่วนใหญ่ใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ในการรักษาโรคอาการปวด และมะเร็งและการศึกษาของ Sexton และคณะ (2016) ที่ศึกษาพบว่าส่วนใหญ่ใช้กัญชาแก้ อาการปวด ความวิตกกังวล ความเครียด อาการปวดศีรษะ ปวด

ไมเกรน และปวดกล้ามเนื้อ นอกจากนี้การศึกษาของ วีรยา ภาอุปชิต และคณะ (2560) ยังพบว่า ข้อบ่งใช้กัญชาทางการแพทย์หลักคือ แก้วปวด เจริญอาหาร ช่วยให้นอนหลับ เป็นต้น

จากผลการศึกษาพบว่า มีปัจจัยที่สามารถพยากรณ์อิทธิพลต่อระดับพฤติกรรมของประชาชนในการใช้กัญชาทางการแพทย์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นตามสมมุติฐาน มีจำนวน 10 ปัจจัยจากปัจจัยที่ศึกษาทั้งหมด 17 ปัจจัย ทั้งนี้ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมของประชาชนมากที่สุด คือ สารสกัดกัญชาที่ได้มาจากส่วนของต้นกัญชา รองลงมาคือ ขนาดของยาควรพิจารณาตามผลการรักษาที่ได้รับเป็นหลัก ยา กัญชาใช้ได้กับผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม และอารมณ์ อาการข้างเคียงของกัญชาคือ เคนเซ ยา กัญชาห้ามใช้ในคนตั้งครรภ์/ให้นมบุตร ผู้ใช้กัญชาสามารถเพิ่มขนาดได้เองอย่างช้าๆ ยา กัญชาที่ใช้ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ทำให้ผู้ป่วยสังเวยครอบครัวได้และไม่ทรมาน ตามลำดับ ซึ่งปัจจัยโดยรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของประชาชนในการใช้กัญชาทางการแพทย์ในทางบวก อธิบายได้ว่า หากประชาชนมีการรับรู้ข้อดีข้อเสียของ กัญชามากขึ้น จะทำให้ประชาชนมีพฤติกรรมการใช้ กัญชาทางการแพทย์เพิ่มขึ้นตามไปด้วย ซึ่งสอดคล้องกับ

การศึกษาของ Volkow, et al (2016: 1-6) ที่ศึกษาพบว่า ปรัชญาการณในการใช้ยา กัญชาเป็นหนึ่งในหลายปัจจัยที่มีปฏิสัมพันธ์ต่อการทำงานของสมอง การใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์เป็นวาทกรรมทางการเมืองที่ไม่ทราบข้อดีข้อเสียของพฤติกรรมการใช้กัญชาทางการแพทย์กับการรับรู้ แรงจูงใจและโรคจิต ซึ่งเป็นความเสี่ยงสูงต่อการพัฒนาการใช้กัญชา

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1.1 เป็นข้อมูลพื้นฐานด้านการรับรู้ข้อดีข้อเสียของการใช้กัญชาทางการแพทย์ เป็นแนวทางในการวางแผนการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ต่อไป

1.2 เป็นข้อมูลพื้นฐานสนับสนุนพฤติกรรมและการให้ความรู้ความเข้าใจในการใช้กัญชาทางการแพทย์

1.3 พัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการเพื่อให้บริการที่เหมาะสมกับการป่วยแต่ละประเภท

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาการพัฒนาต่อยอดด้านศักยภาพพยาบาล ผู้ให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์และพัฒนา รูปแบบบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์เพื่อให้บริการ ยา กัญชาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

จรณ์ต แก้วกั้วาน และ ประดาป สิงห์วานนท์. (2558).

ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยทางคลินิก: การ
แพร่ประสบการณ์จากการเข้าร่วมประชุม

ASTM.สืบค้นจาก:

<https://km4ors.wordpress.com>.

นิยดา เกียรติยิ่งอังศุลี. (2562). *เวทีจุฬาฯ เสวนา ครั้งที่ 19*

เรื่อง “กัญชาเพื่อเยียวยาสุขภาพ?”. ศูนย์วิชาการ
เฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา (กพย.). กรุงเทพฯ:

สืบค้นจาก: <https://www.chula.ac.th>

ประพนธ์ ตั้งศรีเกียรติกุล. (2562). *การนำกัญชามาใช้เพื่อ*

ประโยชน์ทางการแพทย์. การประชุมสัมมนา

เรื่อง “การใช้สารสกัดจากกัญชาทางการแพทย์

สำหรับผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข” ณ

โรงแรมอมารี ดอนเมือง แอร์พอร์ต กรุงเทพฯ.

ผู้จัดการออนไลน์. (2562). “หมอน้ำมันกัญชา” ยันแจก

ฟรีล้านแคปซูล ปลุกกระแสแก้กฎหมายให้

ชาวบ้านเข้าถึง-สกัดนายทุน. สืบค้นจาก:

<https://mgronline.com>

พระราชบัญญัติ ยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562.

เล่ม 136 ตอนที่ 19 ก ราชกิจจานุเบกษา วันที่

18 กุมภาพันธ์ 2562.

พิรพจน์ ปิ่นทองดี. (2561). *กัญชา กฎหมายยาเสพติดอัน*

เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนากัญชาทางการแพทย์.

วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร, 6(3),

1182-1198.

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน , ลีรินดา ศรีจงใจ, ศิริภัทรา

จุฑามณี, สุจินตนา พันกล้า. (2560). *กฎหมาย*

จริยธรรมทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 2.

กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์.

มณฑกา ชีรชัยสกุล, วรณศิริ นิลเนตร, อานนท์ วรียงยง.

(2559). *การสำรวจการให้บริการด้านการแพทย์*

แผนไทยการแพทย์ทางเลือกในโรงพยาบาล

สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ.2557.

วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 10(2),

117-127.

ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์ และ โขมิตา ภาวสุทธิไพจิฐ.

(2561). *ประโยชน์และโทษที่อาจเกิดขึ้นจาก*

การใช้กัญชาในทางการแพทย์และการเปิดเสรี

การใช้กัญชา.วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข,

12(1), 71-91.

วีรยา ภาอุปจิต และ นุศราพร เกษสมบุญ. (2560). *การ*

ใช้กัญชาทางการแพทย์. วารสารเภสัชศาสตร์

อีสาน, 13, 226-240.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี. (2562).

สรุปผลการดำเนินงานตรวจราชการ รอบที่ 2

ปีงบประมาณ 2562.

สุขุม กาญจนพิมาย. (2562). *กระทรวงสาธารณสุข เตรียม*

เปิดคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาล

12 แห่ง สร้างโอกาสการรักษา ประชาชน

เข้าถึงการรักษาด้วยยา กัญชาอย่างปลอดภัย.

นนทบุรี. สืบค้นจาก: <https://pr.moph.go.th>.

องค์การเภสัชกรรมร่วมกับภาคีเครือข่าย. (2561). *การ*

วิจัยและพัฒนาสารสกัดกัญชาและกัญชงทาง

การแพทย์เพื่อการพัฒนาประเทศ. รายงาน

สรุปผลการประชุมวิชาการ ณ โรงแรมราม่า

การ์เด็นส์, 1-5.

อรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติ, อาภาศรี ลุสวัสดี้, เมธา อภิวัฒนากุล,

สมชาย ชนะสิทธิชัย, ปฐมพร ศรี ประภาศิริ,

เฉลิมพล ไชยรัตน์ และคณะ. (2562). *รูปแบบ*

คลินิกให้คำปรึกษาการใช้สารสกัดกัญชาทาง

การแพทย์. นนทบุรี: องค์การส่งเสริมการค้า

ผ่านศึก.

- Abuhasiraa, R., Schleidera, L.B.L., Mechoulamc, R., Novack, V. (2018). Epidemiological characteristics, safety and efficacy of medical cannabis in the elderly. *EJINME*, 49, 44–50. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29398248>.
- Bachhuber, M., Arnsten, J.H., Wurm, G. (2019). Use of Cannabis to Relieve Pain and Promote Sleep by Customers at an Adult Use Dispensary. *Journal of Psychoactive Drugs*, 1-6. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31264536>
- Lake, S., Walsh, Z., Kerr, T., Cooper, Z.D., Buxton, J., Wood, E. (2019). Frequency of cannabis and illicit opioid use among people who use drugs and report chronic pain: A longitudinal analysis. *PLOS Med*, 16(11): 2967-73.
- Lintzeris, N., Driels, J., Elias, N., Arnold, J.C., McGregor, L.S., Allsop, D.J. (2018, August). Medicinal cannabis in Australia: the Cannabis as Medicine Survey. *Med J Aust*, 211-215. Retrieved from <https://www.mja.com.au/journal/2018/209/5/medicinal-cannabis-australia>.
- Parka, J.Y., Wua, L.T. (2017). Prevalence, reasons, perceived effects, and correlates of medical marijuana use. *Drug and Alcohol Dependence*, 177: 1-13.
- Sexton, M., Cuttler, C., Finnell, J.S., Mischley, L.K. (2016). Cross-Sectional Survey of Medical Cannabis Users: Patterns of Use and Perceived Efficacy. *Cannabis and Cannabinoid Research*, 1(1), 131-138. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.
- Suryadevara, U., Bruijnzeel, D.M., Nuthi, M., Jagarine, D.A., Tandon, R, Bruijnzeel, A.W. (2017). Pros and Cons of Medical Cannabis use by People with Chronic Brain Disorders. *Current Neuropharmacology*, 15, 800-814. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.
- Volkow, N.D., Swanson, J.M., Evins, A.E., DeLisi, L.E., Meier, M.H., Gonzalez, R. (2016). Effects of Cannabis Use on Human Behavior, Including Cognition, Motivation, and Psychosis. *JAMA Psychiatry*, 1-6.
- Woodbridge, M. (2562). ธรรมชาติของพืชกัญชา (ผู้แปล). ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์. *Bedrocan International ฉบับภาษาไทย*. สืบค้นจาก: <https://mdresearch.kku.ac.th>.
- WHO. (2014). “Cannabis and cannabis resin information Document, Agenda item 8.2”. *Expert Committee on Drug Dependence, Thirty-sixth Meeting Geneva*. 16-20. Retrieved from <http://www.who.int/medicines>.