

บทความวิจัยต้นฉบับ :
ความรู้ด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์
ของผู้ป่วยมะเร็งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ของประเทศไทย
Health Literacy on Medical Cannabis use among Cancer Patients
in the Northeast of Thailand

ณิตชาธร ภาโนมัย* ธนันรักษ์ วัชรารักษ์** ชีรศักดิ์ พาจันทร*** และ ชาตรี เจริญ ชีวะกุล****

Nitchatorn Panomai* Thanunruk Vajrathorn** Teerasak Phajan *** and

Chatree Charoencheewakul****

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น***

Faculty of Public Health, Khon Kaen University***

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น***

Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen***

มหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น จังหวัดอุบลราชธานี****

The Eastern University of Management and Technology, Ubon Ratchathani****

เบอร์โทรศัพท์ 09-4529-2922; E-mail : rappan@kku.ac.th*

วันที่รับ 1 ก.ย. 2564; วันที่แก้ไข 8 ก.ย. 2564; วันที่ตอบรับ 17 ก.ย. 2564

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อาศัยในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 1,193 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Multiple logistics regression ที่ระดับ 0.05 นำเสนอค่า Adjusted Odds Ratio พร้อมช่วงเชื่อมั่น 95% Confidence interval (CI) และ p-value

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.25 จบระดับประถมศึกษา

ร้อยละ 53.14 สถานภาพการสมรสคู่ ร้อยละ 74.27 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 49.04 ในภาพรวมความรู้ด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์อยู่ในระดับเพียงพอ ร้อยละ 53.48 สำหรับรายด้าน พบว่าด้านการเข้าถึงข้อมูล ด้านความเข้าใจ ด้านการวิเคราะห์ แปลความหมาย ประเมินข้อมูลสุขภาพ และด้านการตัดสินใจนำข้อมูลสุขภาพไปประยุกต์ใช้ อยู่ในระดับเพียงพอ ร้อยละ 45.85, ร้อยละ 64.04, ร้อยละ 48.78 และร้อยละ 50.80 ตามลำดับ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ได้แก่ (1) เพศ (Adjusted OR=1.26, 95 % CI= 1.10 - 1.62; P-value=0.031) (2) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (Ad-

justed OR=2.10, 95 % CI= 1.60 - 2.69; P-value < 0.001) (3) ทักษะคิดต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์ (Adjusted OR= 1.75, 95 % CI = 1.36 - 2.25; P-value <0.001) และ (4) การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์จากสื่ออินเทอร์เน็ต (Adjusted OR=2.20, 95 % CI= 1.67 - 2.80; P-value <0.001) ดังนั้น ควรเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยมะเร็ง รวมทั้งทัศนคติและช่องทางการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์

คำสำคัญ : ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ; กัญชาทางการแพทย์; โรคมะเร็ง

Abstract

The cross-sectional analytical research was aimed to determine a health literacy and factor associated with health literacy on medical cannabis use. The sample in this study was cancer patient in northeast region 1,193 individuals which obtained from multistage random sampling method. Data collection performed by using structured questionnaire. And analyze the data with descriptive statistic as well as Multiple logistics regression at the level of 0.05. Result was presented with Adjusted Odd Ratio together with 95 % Confidence interval (CI) and p-value.

The study result revealed that the majority of the sample were female 72.25%, graduate at primary education 53.14%, marriage 74.27%, agriculturist 49.04, has adequate health literacy on medical cannabis use 53.48%. For an evaluation

in each aspect found that on information accessibility, understanding, analysis, interpretation, health information assessment and implementing health information were in adequate level by 45.85%, 64.04%, 48.78%, and 50.80% respectively. Factor associated with a health literacy on medical cannabis use with statistically significant at the level of 0.05 are gender (Adjusted OR=1.26, 95 % CI= 1.10 - 1.62; P-value =0.031), average monthly income (Adjusted OR=2.10, 95 % CI = 1.60 - 2.69; P-value <0.001), attitude toward medical cannabis use (Adjusted OR= 1.75, 95 % CI = 1.36 - 2.25; P-value <0.001) and an acknowledgment of medical cannabis information from internet (Adjusted OR=2.20, 95 % CI = 1.67 - 2.80; P-value <0.001). Therefore, the health literacy on medical cannabis should be strengthened among cancer patient. As well as an attitude and acknowledgement channel on medical cannabis information.

Keywords : Health Literacy; Medical cannabis; Cancer

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นโรคร้ายแรงที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญซึ่งยากต่อการรักษา ทำให้เป็น 1 ใน 3 ของการเสียชีวิตทั่วโลกหลังอุบัติเหตุ และโรคหัวใจ องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในอีกสองทศวรรษข้างหน้า จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่จะเพิ่มขึ้น 70 เปอร์เซ็นต์^[1]ในประเทศไทย โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1

โดยมีผู้เสียชีวิต 67,000 คนต่อปี หรือโดยเฉลี่ย 8 คนต่อชั่วโมง โดยอัตราการเสียชีวิตต่อประชากร 100,000 คน คือ 153.6^[2] ดังนั้นโรคมะเร็งอาจจำเป็นต้องมีวิวัฒนาการทางการแพทย์สำหรับวิธีการรักษาแบบใหม่เพิ่มเติมจากการรักษาแบบเดิม เช่น การผ่าตัดการฉายรังสีและเคมีบำบัด ไปจนถึงการใช้กัญชาทางการแพทย์ สำหรับการรักษามะเร็งนั้น Tetrahydrocannabinol (THC) ได้รับการทดสอบในห้องปฏิบัติการแล้วว่ามีประสิทธิภาพในเซลล์มะเร็ง การศึกษาโรคมะเร็งได้เริ่มรายงานตั้งแต่ปี 2518 พบว่า Tetrahydrocannabinol (THC) สามารถยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งปอดชนิด adenocarcinoma และสามารถยับยั้งเนื้องอกมะเร็งในหนูได้^[3] การทดลองในหลอดทดลองพบว่าcannabinoidsมีศักยภาพในการยับยั้งการแพร่กระจาย การแพร่กระจาย และการสร้างเส้นเลือดใหม่ในมะเร็งหลายชนิด เช่น มะเร็งปอด เนื้องอกในสมองชนิด glioma มะเร็งต่อมน้ำเหลือง และมะเร็งเต้านม เป็นต้น^[4,5] มีการรายงานในลักษณะคล้ายกันจากงานวิจัยพบว่าทำให้สารสังเคราะห์ในกลุ่ม Cannabinoids สามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการต้านมะเร็งของยา Paclitaxel และ 5-Fluorouracil^[6] อย่างไรก็ตามการใช้cannabinoidsในการรักษามะเร็งโดยตรงนั้นยังอยู่ในขั้นตอนการวิจัยเพื่อทดสอบประสิทธิภาพและผลข้างเคียง การศึกษาของ Whiting และคณะ พบว่าcannabinoids สามารถลดอาการคลื่นไส้อาเจียนได้ดีกว่ายาหลอก^[7] National Comprehensive Cancer Network (NCCN) ได้บรรจุยา Dronabinol และ Nabilone ซึ่งมีกัญชาสังเคราะห์ในแนวทาง

การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีอาการคลื่นไส้และอาเจียนจากเคมีบำบัด^[8]

ความรู้ทางด้านสุขภาพ (health literacy) เป็นความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูลความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ อันจะนำไปสู่การสื่อสารกับผู้อื่นเพื่อเพิ่มพูนความรู้ความสามารถนำไปจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองเมื่อเจอสถานการณ์แวดล้อมด้านสุขภาพและสื่อบุคคล สามารถวิเคราะห์หัดตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่เป็นผลดีต่อสุขภาพของตนเองได้ ซึ่งจากการสังเคราะห์ได้นำแนวคิดของ Sorensen et al.^[9] ที่มีการกำหนดจำนวนองค์ประกอบไว้ 4 องค์ประกอบ ดังนี้ ด้านที่ 1 การเข้าถึง (access) หมายถึงความสามารถที่จะแสวงหาค้นหาและได้รับข้อมูลเกี่ยวกับ ด้านที่ 2 การเข้าใจ (understand) หมายถึงความสามารถที่จะเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพ ด้านที่ 3 การประเมิน (appraise) หมายถึง ความสามารถในการอธิบายการตีความ การกลั่นกรองและประเมินข้อมูลสุขภาพที่ได้รับจากการเข้าถึงและด้านที่ 4 การประยุกต์ใช้ (apply) หมายถึง การปฏิบัติ ความสามารถในการสื่อสารและการเลือกใช้ข้อมูลในการตัดสินใจในการรักษาและปรับปรุงสุขภาพตนเอง โดยมีขั้นตอนที่นำไปสู่การตัดสินใจสุขภาพ 5 ขั้นตอน คือขั้นที่ 1 สร้างความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไปที่บุคคลมีความกังวลในเรื่องสุขภาพของตัวเอง โดยความรู้พื้นฐานนี้จะเกิดขึ้นโดยผ่านการอ่าน การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ หรือผู้ให้ความรู้ด้านสุขภาพ การปรึกษาหารือเรื่องสุขภาพกับเพื่อนและครอบครัว การรับ

สื่อสุขภาพ ขั้นที่ 2 การพัฒนาทักษะ การปฏิบัติ ด้านการความรู้ทางด้านสุขภาพซึ่งแสดงออก ถึงความสามารถในการฟัง พูด การคำนวณ การแก้ปัญหาและการตัดสินใจด้วยการแสวงหาและ การใช้ข้อมูล เช่น การใช้คอมพิวเตอร์ในการ แสวงหา ซึ่งความรู้ทางสุขภาพจะพัฒนาความ แตกฉานทางด้านสุขภาพให้เพิ่มขึ้น ขั้นที่ 3 การแสดงถึงความรู้ทางด้านสุขภาพเป็นทักษะ เกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพและ บริการ เมื่อต้องการสอบถามเกี่ยวกับการรักษา การบริการ รวมไปถึงการเจรจาต่อรอง เกี่ยวกับการรักษา การขอคำปรึกษาเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูล ขั้นที่ 4 ผู้ให้บริการหรือผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพ ผลิตข้อมูลทางสุขภาพเพื่อเพิ่มศักยภาพของทาง เลือกในการรักษา หรือบางคนสามารถผลิตข้อมูล ทางสุขภาพของตัวเอง หลังจากการการพูดคุยกับ เพื่อนและครอบครัว รวมไปถึงการค้นหาคำรู้ ทางสุขภาพด้วยตนเอง ที่ได้จากทักษะขั้นตอนที่ 3 ซึ่งก่อให้เกิดประโยชน์ในการผลิตสื่อสุขภาพ เพื่อเป็นทางเลือกและนำไปเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจด้วยตนเองต่อไป และขั้นที่ 5 การใช้ ข้อมูลเพื่อตัดสินใจทางสุขภาพ ในขั้นตอนนี้สร้าง ให้เกิดความเข้มแข็งในการตัดสินใจทางสุขภาพ เพื่อทำให้เกิดการจัดการตนเองทางสุขภาพ โดย บุคคลที่มีพฤติกรรมในขั้นนี้จะมีพฤติกรรมจาก ขั้นที่ 1 ผ่านขั้นต่าง ๆ มาถึงขั้นที่ 5 อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในแต่ละขั้นตอนอาจ มีการสลับขั้นตอนกันได้ health literacy จึงถือว่าเป็นกระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคม ที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละ บุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจ ดีความ การกลั่นกรองและ

ประเมินข้อมูลสุขภาพที่ได้รับจากการเข้าถึง และสามารถประยุกต์ใช้ข้อมูล ตัดสินใจในการรักษา และปรับปรุงสุขภาพตนเองที่ถูกต้อง

จากเหตุผลข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่าความ รอบรู้ด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ มีความสำคัญต่อผู้ป่วยมะเร็ง ดังนั้นจึงจำเป็นต้อง ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความ สัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วย มะเร็ง เพื่อใช้เป็นข้อมูลในวางแผนการเสริมสร้าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ สำหรับผู้ป่วยมะเร็งของสถานบริการ สาธารณสุขต่อไป

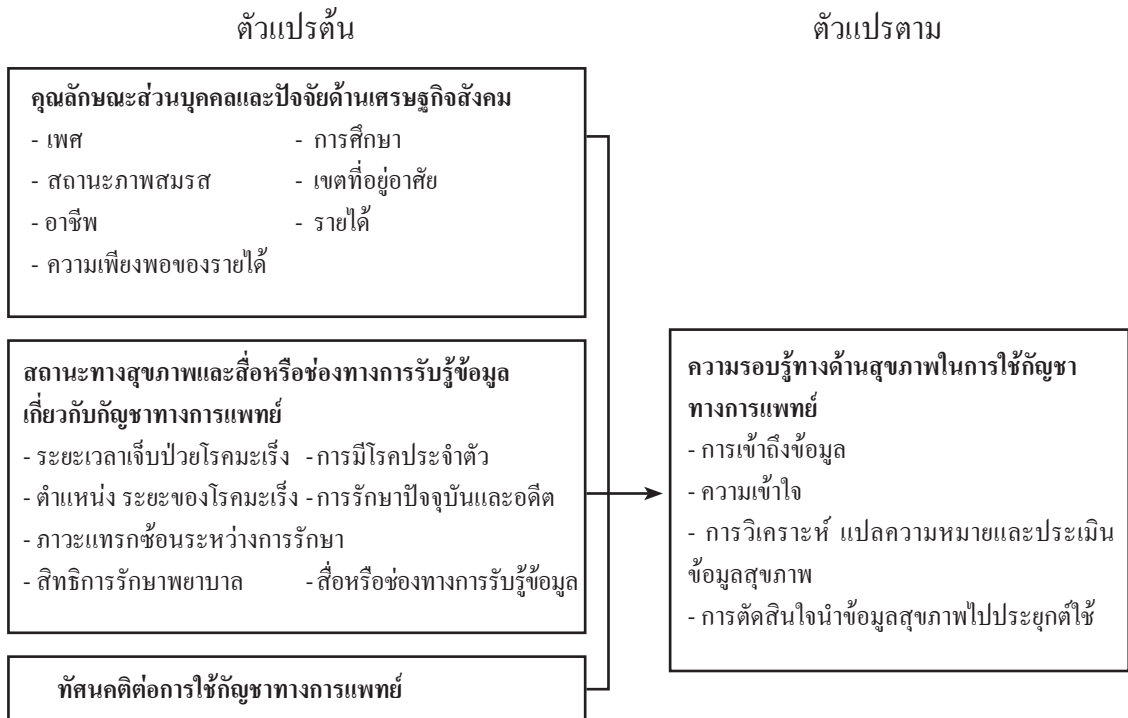
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ทางด้านสุขภาพ ในการใช้กัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยมะเร็ง ใน ภาควะวันออกเฉียงเหนือ ของประเทศไทย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับความรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชา ทางทางการแพทย์ของผู้ป่วยมะเร็ง ในภาควะวันออก เียงเหนือ ของประเทศไทย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัด ขวาง ศึกษาในประเด็น คือ ความรอบรู้ด้าน สุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ ด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ของ ผู้ป่วยมะเร็ง ในเขตภาควะวันออกเฉียงเหนือ ของประเทศไทย ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือน ธันวาคม 2562 ถึง เดือนมกราคม 2564 รวมระยะ เวลา 1 ปี 1 เดือน

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (cross-sectional analytical research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยมะเร็งทุกประเภทที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งที่อาศัยในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย มีเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) คือ (1) ผู้ป่วยมะเร็งทุกประเภทที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งระยะเริ่มต้นจนถึงระยะลุกลามทั้งเพศชายและเพศหญิง (2) สามารถสื่อสาร อ่านออกเขียนได้ (3) อายุตั้งแต่ 18 – 59 ปี สามารถตัดสินใจเลือกการรักษาได้ด้วยตนเอง และ (4) ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

สำหรับเกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยมะเร็งทุกประเภทที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งในระยะวิกฤติ ซึ่งมีประชากรในการวิจัยครั้งนี้ เขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 9,535 คน เขตสุขภาพที่ 8 จำนวน 9,650 คน เขตสุขภาพที่ 9 จำนวน 12,659 คน เขตสุขภาพที่ 10 จำนวน 8,749 คน รวมจำนวน 40,593 คน^[10]

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างหลายตัวแปร (multivariable analysis) กรณีตัวแปรตามประเภทแจกแจง (categorical outcome) แบบ dichotomous และใช้สถิติ multiple logistic regression^[11]

กำหนดค่าอำนาจการทดสอบที่ 80% ($\beta=0.20$ มีค่าเท่ากับ 0.84) $\alpha = 0.05$ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ค่า $P0=0.06$, $P1=0.12$, $B=0.68^{[12]}$ ผู้วิจัยเลือกขนาดตัวอย่างที่ Rho-square (ρ^2) = 0.4, Variance Inflation Factor (VIF) = 1.67 ดังนั้น ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ 1,193 คน

การสุ่มตัวอย่าง ทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi stage random sampling) ดังนี้

1) สุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) ตามเขตบริการสุขภาพภาคตะวันออกเฉียงเหนือประกอบด้วย

เขตสุขภาพที่ 7 ได้แก่ จังหวัดกาฬสินธุ์ จังหวัดขอนแก่น จังหวัดมหาสารคาม จังหวัดร้อยเอ็ด

เขตสุขภาพที่ 8 ได้แก่ จังหวัดบึงกาฬ จังหวัดเลย จังหวัดหนองคาย จังหวัดหนองบัวลำภู จังหวัดอุดรธานี จังหวัดนครพนม จังหวัดสกลนคร

เขตสุขภาพที่ 9 ได้แก่ จังหวัดชัยภูมิ จังหวัดนครราชสีมา จังหวัดบุรีรัมย์ จังหวัดสุรินทร์

เขตสุขภาพที่ 10 ได้แก่ จังหวัดมุกดาหาร จังหวัดยโสธร จังหวัดศรีสะเกษ จังหวัดอุบลราชธานี และจังหวัดอำนาจเจริญ

2) สุ่มแบบอย่างง่าย (simple random sampling) เขตสุขภาพละ 1 จังหวัด ในขั้นตอนนี้ เขตสุขภาพที่ 7 สุ่มได้ จังหวัดร้อยเอ็ด เขตสุขภาพที่ 8 จังหวัดอุดรธานี เขตสุขภาพที่ 9 จังหวัดชัยภูมิและจังหวัดนครราชสีมา และเขตสุขภาพที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี หมายเหตุเนื่องจากผู้วิจัยสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (cluster random sampling) โดยใช้โรงพยาบาลเป็นฐาน (hospital-based) ในขั้นตอนนี้

เขตสุขภาพที่ 9 ผู้วิจัยสุ่มมา 2 จังหวัด เนื่องจากมีประชากรผู้ป่วยจำนวนมากกว่าเขตสุขภาพอื่นเพื่อให้มีจำนวนตัวอย่างเพียงพอในการเป็นตัวแทนเขตสุขภาพ

3) สุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (cluster random sampling) การวิจัยครั้งนี้ใช้ข้อมูลผู้มาแจ้งโรงพยาบาลเป็นฐาน (hospital-based) โดยเก็บโรงพยาบาล (cluster) เพื่อกำหนดกรอบในการเลือกผู้ป่วยมาแจ้ง แต่เนื่องจากประชากรของแต่ละโรงพยาบาลมีจำนวนไม่เท่ากัน จึงทำการคำนวณสัดส่วนประชากรกับกลุ่มตัวอย่าง (Proportional to size) ได้จำนวนตัวอย่างดังนี้ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด 214 คน โรงพยาบาลมະเร็งอุดรธานี 243 คน โรงพยาบาลชัยภูมิ 323 คน โรงพยาบาลปากช่องนานา 130 คน และโรงพยาบาลมະเร็งอุบลราชธานี 283 คน รวมตัวอย่าง 1,193 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามเนื้อหาประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยด้านเศรษฐกิจสังคม ได้แก่ เพศ การศึกษา สถานะภาพสมรส เขตที่อยู่อาศัย อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้

ส่วนที่ 2 สถานะทางสุขภาพ ระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ตำแหน่งของโรคมะเร็ง ระยะของโรคมะเร็ง ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการรักษา โรคประจำตัวอื่น การรักษาในปัจจุบัน การรักษาในอดีต สิทธิในการรักษาพยาบาล สื่อหรือช่องทางการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์

ส่วนที่ 3 ทักษะคติต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ทั้งด้านบวกและด้านลบ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความด้านบวก (positive statement)	ข้อความด้านลบ (negative statement)
เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 5 คะแนน	1 คะแนน
เห็นด้วย ให้ 4 คะแนน	2 คะแนน
ไม่แน่ใจ ให้ 3 คะแนน	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย ให้ 2 คะแนน	4 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 1 คะแนน	5 คะแนน

สำหรับการแปลผลและจัดกลุ่มทัศนคติต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์ จัดกลุ่มโดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ^[13] แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับทัศนคติดี	ได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ขึ้นไป
ระดับทัศนคติปานกลาง	ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60-79
ระดับทัศนคติไม่ดี	ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60

ส่วนที่ 4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งและการใช้กัญชาทางการแพทย์ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล การเข้าใจ การประเมิน การตัดสินใจนำข้อมูลสุขภาพไปประยุกต์ใช้ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 scale ได้แก่ 1=ยากมาก 2=ค่อนข้างยาก 3=ค่อนข้างง่ายและ 4=ง่ายมาก สำหรับการแปลผลแบ่งเป็น 4 ระดับจากหลักเกณฑ์ของ^[9] ดังนี้

- ความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ (คะแนนน้อยกว่า ร้อยละ 50)
- ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัญหา (คะแนน ร้อยละ 50-65)
- ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ (คะแนน ร้อยละ 66-84)
- ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นเลิศ (คะแนน ร้อยละ 85 ขึ้นไป)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (1) ตรวจสอบ

ความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 6 ท่าน เพื่อประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (index of Item-Objective Congruence; IOC) พบว่า มีค่า IOC รายข้ออยู่ระหว่าง 0.66-1.00 และ (2) ตรวจสอบค่าความเที่ยง (reliability) ในส่วนของทัศนคติต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์ และความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ ได้ค่าความเที่ยง (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.84 และ 0.92 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป STATA ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด ในการอธิบายข้อมูล สถานะทางสุขภาพ อธิพลและแรงสนับสนุนของครอบครัว ทัศนคติต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์ และความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ และสถิติ Multiple logistics regression ในการทดสอบปัจจัยที่มีมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ ๑ กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 นำเสนอค่า Adjusted odds Ratio พร้อมช่วงเชื่อมั่น 95% Confidence interval (CI) และ p-value

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ยื่นขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่นก่อนการดำเนินการวิจัย โดยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE632152 เมื่อ 16 มิถุนายน 2563

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา เป็นผู้ป่วยมะเร็งเพศหญิง ร้อยละ 72.25 จบประถมศึกษา ร้อยละ 53.14 สถานภาพการสมรสคู่ ร้อยละ 74.27 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 49.04 มีรายได้เฉลี่ย <10,000 บาท/เดือน ร้อยละ 56.33 ดังตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย (n= 1,193)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	331	27.75
หญิง	862	72.25
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	634	53.14
มัธยมศึกษา	284	23.81
ปริญญาตรี	153	12.82
อนุปริญญา (อาชีวศึกษา/ปวส./ปวช.)	69	5.78
สูงกว่าปริญญาตรี	37	3.10
ไม่ได้เรียน	16	1.34
สถานภาพการสมรส		
สมรส/คู่	886	74.27
โสด	162	13.58
หม้าย	73	6.12
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	72	6.04
อาชีพ		
เกษตรกร	585	49.04
ธุรกิจส่วนตัว / ค้าขาย	176	14.75
ไม่มีงานทำ	163	13.66
รับราชการ/พนักงานของรัฐ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	137	11.48
รับจ้าง	111	9.30
บริษัทเอกชน	21	1.76

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย (n= 1,193) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ย (บาท/เดือน)		
<10,000	672	56.33
≥10,000	521	43.67

2. สถานะทางสุขภาพและสื่อการรับรู้ ร้อยละ 70.24 ร้อยละ 39.40 และร้อยละ 32.94 ข้อมูลเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยมะเร็ง ตามลำดับ มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างรักษามะเร็ง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างป่วยเป็น โดยมีอาการอ่อนเพลีย/ไม่มีแรง ร้อยละ 63.79 กลุ่ม โรคมะเร็งเต้านม มากที่สุด ร้อยละ 30.52 รองลง ตัวอย่างใช้สิทธิการรักษาพยาบาลบัตรทอง ร้อยละ มาคือมะเร็งลำไส้ และปากมดลูก ร้อยละ 16.93 78.12 และใช้สื่อ/ช่องทางการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับ และ 10.14 ตามลำดับ ระยะเวลาเป็นโรคมะเร็งน้อย กัญชาทางการแพทย์ มากที่สุดคือ สื่ออินเทอร์เน็ต ร้อยละ 56.08 รองลงมาคือสื่อโทรทัศน์ ร้อยละ กว่าหรือเท่ากับ 12 เดือน ร้อยละ 68.40 ปัจจุบัน ร้อยละ 38.22 ดังตาราง 2 รักษาด้วยยาเคมีบำบัด การฉายแสงและการผ่าตัด

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละ สถานะทางสุขภาพ และสื่อการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยมะเร็ง (n= 1,193)

สถานะทางสุขภาพและสื่อการรับข้อมูลเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาเป็นโรคมะเร็ง (เดือน)		
≤ 12	816	68.40
>12	377	31.60
ตำแหน่งที่เป็นมะเร็ง		
เต้านม	364	30.52
ลำไส้	202	16.93
ปากมดลูก	121	10.14
ปอด	86	7.21
รังไข่	74	6.20
ปากและลำคอ	68	5.70
ต่อมน้ำเหลือง	49	4.11
โพรงจมูก	46	3.86
ตับ	35	2.93
มดลูก	22	1.84

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละ สถานะทางสุขภาพ และสื่อการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยมะเร็ง (n= 1,193) (ต่อ)

สถานะทางสุขภาพและสื่อการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์	จำนวน	ร้อยละ
เม็ดเลือดขาว	15	1.26
โพรงมดลูก	13	1.09
ต่อมลูกหมาก	11	0.92
ผิวหนัง	6	0.50
กระเพาะปัสสาวะ	6	0.50
ทวารหนัก	5	0.42
ไทรอยด์	5	0.42
วิธีการรักษาโรคมะเร็งในปัจจุบัน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ยาเคมีบำบัด	838	70.24
การฉายแสง	470	39.40
การผ่าตัด	393	32.94
รับประทานอาหารเสริม	83	6.96
การใช้ฮอร์โมน	55	4.61
ใช้สมุนไพร	54	4.53
ยาเคมีบำบัด	838	70.24
การแพทย์อื่น ๆ เช่น การฝังเข็ม	2	0.17
ภาวะแทรกซ้อนระหว่างรักษามะเร็ง		
อ่อนเพลีย/ไม่มีแรง	761	63.79
เบื่ออาหาร	650	54.48
นอนไม่หลับ	636	53.31
ผมร่วง	619	51.89
คลื่นไส้อาเจียน	499	41.83
หน้ามืด ใจสั่น	333	27.91
อื่น ๆ	120	10.06
สิทธิในการรักษาพยาบาล		
บัตรทอง	932	78.12
ข้าราชการ	166	13.92
ประกันสังคม	95	7.96

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละ สถานะทางสุขภาพ และสื่อการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยมะเร็ง (n= 1,193) (ต่อ)

สถานะทางสุขภาพและสื่อการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์	จำนวน	ร้อยละ
สื่อ/ช่องทางการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
อินเทอร์เน็ต	669	56.08
โทรทัศน์	456	38.22
วิทยุ	179	15.00
ป้ายประชาสัมพันธ์	112	9.39
แผ่นพับ	92	7.71
หนังสือพิมพ์	52	4.36
นิตยสาร	30	2.51
อื่นๆ	61	5.11

3. ทักษะคิดต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์ในการรักษาโรคมะเร็ง

ระดับทักษะคิดต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์ในการรักษาโรคมะเร็ง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับทักษะคิดอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 48.53 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.78 ดังตาราง 3

ตาราง 3 ระดับทักษะคิดต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์ในการรักษาโรคมะเร็งของผู้ป่วยมะเร็งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย (n= 1,193)

ระดับทักษะคิดฯ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับไม่ดี (< 60%)	579	48.53
ระดับปานกลาง (60% - 79%)	570	47.78
ระดับดี (≥ 80%)	44	3.69

4. ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์

ระดับความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ประกอบด้วยด้านการเข้าถึงข้อมูล ด้านความเข้าใจ ด้านการวิเคราะห์ แปลความหมายและประเมินข้อมูลสุขภาพ และด้านการตัดสินใจนำข้อมูลสุขภาพไปประยุกต์ใช้ของผู้ป่วย

มะเร็งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ในภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับเพียงพอ ร้อยละ 53.48 รองลงมาคือความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัญหา ร้อยละ 32.10 และเมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับเพียงพอทุกด้าน โดยด้าน

การเข้าถึงข้อมูล ด้านความเข้าใจ ด้านการวิเคราะห์ อยู่ในระดับเพียงพอ ร้อยละ 45.85 ร้อยละ 64.04 แปลความหมาย ประเมินข้อมูลสุขภาพและด้าน ร้อยละ 48.78 และร้อยละ 50.80 ตามลำดับ ดัง การตัดสินใจนำข้อมูลสุขภาพไปประยุกต์ใช้ ตาราง 4

ตาราง 4 ระดับความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ภาพรวมและรายด้าน (n= 1,193)

ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์	จำนวน	ร้อยละ
ภาพรวม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ		
ความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ (<50%)	42	3.52
ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัญหา (50-65%)	383	32.10
ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ (66-84%)	638	53.48
ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นเลิศ (85% ขึ้นไป)	130	10.90
รายด้าน ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูล		
ความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ (<50%)	193	16.18
ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัญหา (50-65%)	291	24.39
ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ (66-84%)	547	45.85
ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นเลิศ (85% ขึ้นไป)	162	13.58
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านความเข้าใจ		
ความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ (<50%)	11	0.92
ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัญหา (50-65%)	260	21.79
ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ (66-84%)	764	64.04
ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นเลิศ (85% ขึ้นไป)	158	13.24
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการวิเคราะห์ แปลความหมายและประเมินข้อมูลสุขภาพ		
ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพไม่เพียงพอ (<50%)	85	7.12
ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพเป็นปัญหา (50-65%)	331	27.75
ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพเพียงพอ (66-84%)	582	48.78
ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพเป็นเลิศ (85% ขึ้นไป)	195	16.35
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการตัดสินใจนำข้อมูลสุขภาพไปประยุกต์ใช้		
ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพไม่เพียงพอ (<50%)	88	7.38
ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพเป็นปัญหา (50-65%)	361	30.26
ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพเพียงพอ (66-84%)	606	50.80
ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพเป็นเลิศ (85% ขึ้นไป)	138	11.57

5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยมะเร็ง

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยมะเร็ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ เพศ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ทักษะการใช้อินเทอร์เน็ต ทักษะการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ และการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์จากสื่ออินเทอร์เน็ต ดังรายละเอียด

เพศ พบว่า มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยเพศหญิงมีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ในระดับเพียงพอและเป็นเลิศ เป็น 1.26 เท่าของเพศชาย (95 % CI = 1.10 - 1.62; P-value = 0.031)

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน พบว่า มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ $\geq 10,000$ บาทต่อเดือน มีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชา

ทางการแพทย์ในระดับเพียงพอและเป็นเลิศ เป็น 2.10 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ $< 10,000$ บาทต่อเดือน (95 % CI = 1.60 - 2.69; P-value < 0.001)

ทักษะการใช้อินเทอร์เน็ต พบว่า มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีทักษะการอ่านกลางถึงดีมีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ในระดับเพียงพอและเป็นเลิศ เป็น 1.75 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่มีทักษะการอ่านไม่ดี (95 % CI = 1.36 - 2.25; P-value < 0.001)

การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์จากสื่ออินเทอร์เน็ต พบว่า มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์จากสื่ออินเทอร์เน็ตมีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ในระดับเพียงพอและเป็นเลิศ เป็น 2.20 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์จากสื่ออื่น (95 % CI = 1.67 - 2.80; P-value < 0.001) ดังตาราง 5

ตาราง 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยมะเร็ง (วิเคราะห์ Multivariable analysis) (n= 1,193)

ปัจจัย	จำนวน	% ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพเพียงพอและเป็นเลิศ	Crude OR	Adjusted OR	95%CI	p-value
เพศ						
ชาย	331	58.31	1	1	1	0.031
หญิง	862	66.71	1.43	1.26	1.10 - 1.62	
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)						
<10,000	672	56.10	1	1	1	<0.001
≥10,000	521	75.05	2.35	2.10	1.60 - 2.69	
ทัศนคติต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์						
ไม่ดี	579	58.55	1	1	1	<0.001
ปานกลางถึงดี	614	69.87	1.64	1.75	1.36 - 2.25	
การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์จากสื่ออินเทอร์เน็ต						
ไม่ใช่	524	52.67	1	1	1	<0.001
ใช่	669	73.54	2.50	2.20	1.67 - 2.80	

การอภิปรายผล

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับเพียงพอ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะปัจจุบัน ผู้ป่วยมะเร็งสามารถเข้าถึงข้อมูลจากสื่อต่าง ๆ และช่องทางการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ที่สะดวกและหลากหลาย เช่น สื่ออินเทอร์เน็ต โทรศัพท์ เป็นต้น จึงทำให้ผู้ป่วยมะเร็งมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอในการใช้กัญชาทางการแพทย์

เพศมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ โดยเพศหญิงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากเป็น 1.26 เท่าของชาย เนื่องจากเพศหญิงโดยส่วนใหญ่เป็นผู้ดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว จึงมีความใส่ใจเรื่องของสุขภาพมากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษา

ความแตกต่างของความรอบรู้ด้านสุขภาพระหว่างเพศชายและเพศหญิงในประเทศเกาหลีใต้ที่ระบุว่าเพศหญิงมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่าเพศชาย โดยเพศหญิงสามารถเข้าใจแบบฟอร์มทางการแพทย์ คำชี้แจงการใช้ยาในฉลากยา และการให้ข้อมูลด้านสุขภาพได้ดีกว่าเพศชาย^[14] เช่นเดียวกับการศึกษาในประชากรผู้ใหญ่ในประเทศอังกฤษที่พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีข้อจำกัดด้านความรู้ด้านสุขภาพปัจจัยหนึ่งคือการเป็นเพศชาย ที่มีข้อจำกัดด้านความรู้ด้านสุขภาพมากกว่าเพศหญิงถึง 2.04 เท่า^[15] นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์ที่ระบุว่าเพศชายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยกว่าเพศหญิงในการศึกษาในผู้สูงอายุในประเทศเกาหลีใต้^[16] และประเทศ

สหรัฐอเมริกา^[17]

กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์เพียงพอและเป็นเลิศมากกว่า 2.10 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มียาได้เฉลี่ยต่อเดือนที่น้อยกว่า ทั้งนี้อาจเพราะบุคคลที่มีรายได้สูงมีโอกาสเข้าถึงสื่อด้านสุขภาพหรือแสวงหาสิ่งที่มีประโยชน์เอื้ออำนวยต่อสุขภาพ ได้มากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาซึ่งได้ระบุว่าระดับความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นตามรายได้เฉลี่ยครัวเรือน โดยคะแนนเพิ่มขึ้น 1 ส่วน 4 คะแนน ในทุก ๆ 1,000 ดอลลาร์ที่เพิ่มขึ้น และทรัพยากรทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการมีความรู้ด้านสุขภาพที่สูงขึ้น กล่าวคือยังมีทรัพยากรทางสังคมมากยิ่งขึ้นส่งเสริมให้มีความรู้ด้านสุขภาพที่สูงขึ้นตามไปด้วย^[18] และจากการศึกษาในประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไปของประเทศจีนพบว่า ประชากรที่อยู่ในกลุ่มผู้มีรายได้น้อยนั้นมีอุปสรรคในการทำความเข้าใจกับข้อมูลด้านสุขภาพที่พวกเขาได้รับ^[19]

กลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์ในระดับปานกลางถึงระดับดีมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์เพียงพอและเป็นเลิศมากกว่า 1.75 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีทัศนคติในระดับไม่ดี เป็นการแสดงออกถึงความชอบหรือไม่ชอบ ความสนใจหรือไม่สนใจต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ดังนั้นการมีทัศนคติที่ดีต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์จึงทำให้สนใจศึกษาข้อมูล จากสื่อ แหล่งความรู้ต่างๆ เพื่อมาใช้ในการตัดสินใจในการรักษาตัวเอง รับมือกับโรคภัยที่จะเกิดขึ้น จึงเป็นเหตุผลสนับสนุนทัศนคติมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพใน

การใช้กัญชาทางการแพทย์ ซึ่งทัศนคตินั้นไม่ได้เพียงขึ้นอยู่กับระดับความรู้เท่านั้น ยังขึ้นอยู่กับคุณค่า ความเชื่อ อารมณ์ หรือแม้กระทั่งบริบททางสังคม^[20] สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ที่ได้รับเชิญให้ตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ครั้งแรก พบว่าผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอมีแนวโน้มที่จะมีทัศนคติที่ดีต่อการตรวจคัดกรองโรคมะเร็ง^[21] เช่นเดียวกับการศึกษาเรื่องความรู้ด้านสุขภาพด้านสุขภาพจิตที่พบว่า ผู้ที่มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านสุขภาพจิตสูงมีแนวโน้มที่จะมีทัศนคติเชิงบวกต่อการแสวงหาบริการให้ความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต^[22]

การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์จากสื่ออินเทอร์เน็ตนั้นมีส่วนทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ถึง 2.20 เท่า ทั้งนี้เนื่องจากปัจจุบันสื่ออินเทอร์เน็ตเข้าถึงได้ง่ายและน่าสนใจ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพที่สูงกว่ามีการสืบค้นข้อมูลออนไลน์บ่อยครั้งและมีการใช้แอปพลิเคชันเกี่ยวกับสุขภาพมากกว่า^[23] นอกจากนี้ผู้ป่วยยังใช้ข้อมูลในอินเทอร์เน็ตในการตัดสินใจในการรักษา ทั้งนี้ข้อมูลด้านการแพทย์นั้นเป็นข้อมูลที่ต้องใช้ความรู้ด้านสุขภาพเพื่อทำความเข้าใจและใช้ในการตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม^[24] แม้ว่าเทคโนโลยีสารสนเทศจะทำให้การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพนั้นง่ายขึ้นแต่อย่างไรก็ตามข้อมูลด้านสุขภาพที่อยู่ในระบบออนไลน์นั้นไม่ใช่ข้อมูลที่ถูกต้องเสมอไป ดังนั้นประชาชนจำเป็นต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่สูงพอที่จะสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องได้^[25]

ข้อเสนอแนะ

1. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพรวมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับเพียงพอ รองลงมาคือความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัญหา จากการศึกษพบว่า ยังมีผู้ป่วยมะเร็งส่วนหนึ่งที่สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพในการหาข้อมูลเกี่ยวกับอาการของโรคมะเร็งอยู่ในระดับค่อนข้างยากถึงยากมาก รวมถึงยังมีผู้ป่วยมะเร็งส่วนหนึ่งสามารถเข้าใจข้อมูลในแผ่นพับที่ให้อากับยารักษาโรคมะเร็ง ในระดับค่อนข้างยากถึงยากมาก ส่วนการประเมินข้อมูลสุขภาพพบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งส่วนหนึ่งความสามารถในการตัดสินใจว่าปัญหาจะมีประโยชน์หรือโทษในระดับค่อนข้างยากถึงยากมาก และความสามารถในการตัดสินใจว่าข้อมูลที่รับฟังเกี่ยวกับโรคมะเร็งและปัญหาที่เผยแพร่ในสื่อต่าง ๆ เช่น หนังสือพิมพ์ อินเทอร์เน็ต หรือสื่ออื่น ๆ มีความน่าเชื่อถือ ในระดับค่อนข้างยากถึงยากมาก ดังนั้นควรมีการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งเพื่อให้สามารถมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีขึ้น โดยคำนึงถึงเศรษฐกิจ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีรายได้น้อย ให้เข้าถึงสื่อได้ง่าย รวมทั้งออกแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้เหมาะสมในแต่ละกลุ่ม โดยเฉพาะผู้ป่วยในกลุ่มเพศชายที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อย

2. ข้อค้นพบประเด็นการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพทางการแพทย์ส่วนใหญ่เข้าถึงจากสื่ออินเทอร์เน็ต ซึ่งเป็นแหล่งข้อมูลที่มีผู้นำเข้าข้อมูลที่หลากหลาย ดังนั้น ความถูกต้องของข้อมูลจึงเป็นเรื่องที่สำคัญเพื่อให้ประชาชนได้รับข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาทางการแพทย์ที่ถูกต้องเพื่อประกอบการตัดสินใจในการเลือกใช้รักษาเพื่อเป็นการแพทย์ทางเลือก รวมถึงข้อมูลด้านสุขภาพด้านอื่น ๆ ดังนั้น

การวิเคราะห์ข้อมูลความรู้ทางด้านสุขภาพที่เผยแพร่ในอินเทอร์เน็ตนั้น ดังนั้น รัฐบาลควรดำเนินการจัดตั้งหน่วยงานกลางเกี่ยวกับปัญหาของประเทศที่มีศักยภาพมีผู้รับผิดชอบระบบการกำกับดูแลโดยตรง เพื่อให้มีกลไกการควบคุม ตรวจสอบ ประเมินผลการนำนโยบายสุขภาพไปปฏิบัติเป็นไปได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม มั่นใจว่าจะสามารถบรรลุเป้าประสงค์การใช้กัญชาทางการแพทย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล นอกจากนี้ ยังต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถด้านอื่น ๆ อาทิ นักวิชาการ บุคลากรสาธารณสุข แพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์พื้นบ้าน หรือแพทย์ทางเลือก เป็นต้น

3. ทศนคติต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์มีความสัมพันธ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเสริมสร้างทัศนคติต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งและผู้เกี่ยวข้องมีทัศนคติหรือการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ อันจะส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและการใช้กัญชาทางแพทย์ เป็นทางเลือกหนึ่งในการบำบัดรักษาโรคมะเร็ง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาความต้องการการใช้กัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยมะเร็งในระดับประเทศเพื่อให้จะได้ทราบข้อมูลภาพรวมในระดับประเทศ ซึ่งจะสามารถนำไปกำหนดเป็นนโยบายการพัฒนาการแพทย์ทางเลือกด้วยการใช้กัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยมะเร็งต่อไป

2. ควรมีการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยมะเร็งเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่มากขึ้น

3. ควรมีการศึกษาวิจัยและและพัฒนา (research and development) ในการพัฒนาโปรแกรมหรือสื่อเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยมะเร็ง

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากทุนอุดหนุนการวิจัยคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ขอขอบพระคุณคณะกรรมการวิจัยคณะสาธารณสุขศาสตร์ ที่อนุญาติให้ดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลในพื้นที่วิจัยทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการติดต่อประสานงานเข้าเก็บข้อมูลผู้ป่วยโรคมะเร็ง สุดท้ายขอขอบคุณผู้ป่วยโรคมะเร็งในพื้นที่วิจัยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- [1] World Health Organization [WHO]. Cancer. [online]. (2015). [cited 2017 May 5]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en>.
- [2] Cheirsilp A. Epidemiology of cancer in Thailand. [online]. (2017). [cited 2017 Feb 19]. Available from: <http://www.oocities.org/suchartw/epidermiology.html>.
- [3] Munson AE, Harris LS, Friedman MA, Dewey WL, Carchman RA. Antineoplastic activity of cannabinoids. J Natl Cancer Inst 1975; 55: 597 – 602.
- [4] Velasco G, Hernandez-Tiedra S, Davila D, Lorente M. The use of cannabinoids as anticancer agents. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 2016; 64: 259 – 66.
- [5] Javid FA, Phillips RM, Afshinjavid S, Verde R, Ligresti A. Cannabinoid pharmacology in cancer research: A new hope for cancer patients? Eur J Pharmacol 2016; 775: 1 – 14.
- [6] Śledziński P, Zeyland J, Słomski R, Nowak A. The current state and future perspectives of cannabinoids in cancer biology. Cancer Med 2018; 7: 765 – 75.
- [7] 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: 2456 – 73.
- [8] National Comprehensive Cancer Network. Antiemesis. [online]. (2018). [cited 2019 Jan 17]. Available from: https://www.nccnorg/professionals/physician_gls/default.aspx#antiemesis.
- [9] Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health 2012; 12: 80.
- [10] งานพัฒนาระบบคลังข้อมูล สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน สำนักงานหลักประกัน

- แห่งชาติ. สถิติผู้ป่วยมะเร็ง. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันแห่งชาติ; 2562.
- [11] Hsieh FY, Bloch DA, Larsen MD. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. *Stat Med* 1998; 17(14): 1623 – 34.
- [12] Saadeh CE, Rustem DR. Medical marijuana use in a community cancer center. *JOP* 2018; 14(9): 566 – 78.
- [13] Bloom BS. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
- [14] Hee Yun Lee, Jiwoo Lee, Nam Keol Kim. Gender Differences in Health Literacy Among Korean Adults: Do Women Have a Higher Level of Health Literacy Than Men? *American Journal of Men's Health* 2015; 9 (5): 370 – 9.
- [15] Christian von Wagner, Katherine Knight, Andrew Steptoe and Jane Wardle. Functional health literacy and health-promoting behavior in a national sample of British adults. *J Epidemiol Community Health* 2007; 61: 1086 – 90.
- [16] Ji Yeon Park and Kyung Ja June. Influencing factors on functional health literacy among the rural elderly. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing* 2011; 22 (1): 75 – 85.
- [17] Sudore, R. L., Mehta, K. M., Simonsick, E. M., Harris, T. B., Newman, A. B., Satterfield, S., . . . Yaffe, K. Limited literacy in older people and disparities in health and healthcare access. *Journal of the American Geriatrics Society* 2006; 54: 770 – 6.
- [18] R. V. Rikard¹, Maxine S. Thompson, Julie McKinney and Alison Beauchamp. Examining health literacy disparities in the United States: a third look at the National Assessment of Adult Literacy (NAAL). *BMC Public Health* 2016; 16: 975.
- [19] Chengxiang Tang, Xueji Wu², Xiongfei Chen, Bingying Pan² and Xiaocong Yang. Examining income-related inequality in health literacy and health-information seeking among urban population in China. *BMC Public Health* 2019; 19: 221.
- [20] Maria João Silva, Paulo Santos. The Impact of Health Literacy on Knowledge and Attitudes towards Preventive Strategies against COVID-19: A Cross-Sectional Study. *Environmental Health Research and Public Health*. 2021; 18.
- [21] Pernille Gabela,^b Mette Bach Larsena, Adrian Edwards^{a,c}, Pia Kirkegaard and Berit Andersen. Knowledge, attitudes, and worries among different

- health literacy groups before receiving first invitation to colorectal cancer screening: Cross-sectional study. Preventive Medicine Report 2019; 14: 100876.
- [22] Hyejin Jung, Kirk von Sternberg and King Davis. The impact of mental health literacy, stigma, and social support on attitudes toward mental health help-seeking. International Journal of Mental Health Promotion; 2017.
- [23] Jennifer Manganello, Gena Gerstner, Kristen Pergolino, Yvonne Graham, Angela Falisi, and David Strogatz. The Relationship of Health Literacy with Use of Digital Technology for Health Information: Implications for Public Health Practice. JPHMP 2017; 23: 380 – 7.
- [24] David R. Hansberry, Nitin Agarwal and Stephen R. Baker. Health Literacy and Online Educational Resources: An Opportunity to Educate Patients. American Journal of Roentgen ology 2015; 204 : 111 – 6.
- [25] Gülsün Özdemir Aydın, Nurten Kaya and Nuray Turan. The Role of Health Literacy in Access to Online Health Information. Procedia - Social and Behavioral Sciences 2015; 195: 1683 – 7.