ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทย
Health Literacy on Thailand's Medical Cannabis Policy

Received 24 June 2024
Revised 16 August 2024
Accepted 27 August 2024

นภินทร ศิริไทย[1]
Napintorn Sirithai[2]
วรรณวดี พูลพอกสิน[3]
Wanwadee Poonpoksin[4]

บทคัดย่อ

นับตั้งแต่ไทยมีนโยบายกัญชาทางการแพทย์ได้ส่งผลต่อการรับรู้และตื่นตัวของประชาชนมากขึ้น บทความวิจัยนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทย โดยใช้การวิจัยเชิงปริมาณ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรง ซึ่งมีค่าอยู่ในช่วง 0.6-1.0 และความเชื่อมั่นที่ 0.8972 จากกลุ่มตัวอย่างประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยกำหนดโควตาในกลุ่มวัยรุ่น วัยทำงาน และผู้สูงอายุ จำนวนเท่าๆ กัน หลังจากนั้นเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง รวม 365 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่ากลาง และค่าเบี่ยงเบนควอไทล์ รวมทั้งการใช้สถิติ One-sample t-test ในการทดสอบสมมติฐาน มีผลการศึกษาที่สำคัญ ดังนี้

[1] นักศึกษาหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชานโยบายสังคม คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ กรุงเทพฯ ประเทศไทย E-mail: napintorn@gmail.com

[2] Doctoral student in the Doctor of Philosophy Program in Social Policy, Faculty of Social Administration, Thammasat University, Bangkok, Thailand.

[3] รองศาสตราจารย์ ดร., อาจารย์ประจำคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ กรุงเทพฯ ประเทศไทย Email: wanwadee@tu.ac.th

[4] Associate Professor Dr., Lecturer of Faculty of Social Administration, Thammasat University, Bangkok, Thailand.

ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของกลุ่มตัวอย่างโดยรวม เกือบครึ่งหนึ่งอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 47.7 รองลงมาคือระดับไม่ดี ร้อยละ 37.8 เมื่อทดสอบสมมติฐาน พบว่า ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้ กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 70 มีความรอบรู้ไม่เกินระดับพอใช้ หากจำแนกตามวัยของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มวัยรุ่นมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมระดับพอใช้ มากกว่าครึ่ง คือ ร้อยละ 53.1 และกลุ่มผู้สูงอายุจำนวนเกือบครึ่ง คือร้อยละ 47.4 ที่อยู่ในระดับไม่ดี เมื่อจำแนกรายด้านของความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยรวม พบว่า มากกว่าครึ่ง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความเข้าใจ ในระดับพอใช้ ร้อยละ 58.6 โดยกลุ่มวัยทำงานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความเข้าใจในระดับพอใช้เป็นจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 64.7 รองลงมา กลุ่มผู้สูงอายุ ร้อยละ 56.8 และกลุ่มวัยรุ่น ร้อยละ 54.7 ตามลำดับ ในขณะที่ด้านการสื่อสาร พบว่า เกือบครึ่งหนึ่งอยู่ในระดับไม่ดี โดยข้อมูลที่พบนี้จะเป็นประโยชน์หรือแนวทางต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการมีนโยบายส่งเสริมความรอบรู้โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนและกลุ่มผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพื่อให้สามารถใช้ประโยชน์จากกัญชาทางการแพทย์ของไทยได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: กัญชาทางการแพทย์, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, นโยบายของประเทศไทย

Abstract

Since the introduction of Thailand’s medical cannabis policy, public awareness and engagement have increased significantly. This quantitative study aimed to examine health literacy regarding Thailand’s medical cannabis policy. Data were collected from 365 Thai residents aged 15 years and over, using the questionnaire which was validated by the index of Item-Objective Congruence ranging from 0.6 to 1.0 with obtaining a reliability coefficient of 0.8972.

The sample was obtained through quota sampling across adolescents, working-age adults, and older adults, followed by purposive sampling. Descriptive statistics (frequency, percentage, median, and quartile deviation) and a one-sample t-test was used for data analysis.

Key findings reveal nearly half of the respondents (47.7%) had fair health literacy about the medical cannabis policy, followed by a poor level (37.8%). More than 70% of the sample had health literacy not exceeding the fair level, which did not support the preset hypothesis. By age group, over half of adolescents (53.1%) had fair overall health literacy, while nearly half of older adults (47.4%) were at a poor level. Regarding specific domains, more than half of the respondents (58.6%) had fair health literacy in the "understanding" domain, with the highest proportion among working-age adults (64.7%), followed by older adults (56.8%) and adolescents (54.7%). In contrast, nearly half of the sample demonstrated poor literacy in the "communication" domain. These findings can inform relevant agencies in developing policies to strengthen health literacy, particularly among youth and older adults, to promote the appropriate use of medical cannabis in Thailand.

Keywords: Medical cannabis, Health literacy, Policy in Thailand

บทนำ

ด้วยความก้าวหน้าและตื่นตัวของหลายประเทศ ที่มีการถกเถียงเรื่องการนำกัญชามาใช้ประโยชน์มากขึ้น ส่งผลให้ในประเทศไทย มีการปรับแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับพืชกัญชาและการใช้ประโยชน์จากกัญชา มาตั้งแต่ปี

2559 โดยมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 ที่อนุญาตให้ใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์และการศึกษาวิจัยได้ และต่อมาได้มีพัฒนาการเกี่ยวกับพืชกัญชา กฎหมายเกี่ยวกับกัญชาและนโยบายกัญชาของไทยมาโดยตลอด จนกระทั่งวันที่ 9 มิถุนายน พ.ศ. 2565 เป็นวันที่พืชกัญชาไม่จัดเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ตามประมวลกฎหมายยาเสพติดอีกต่อไป ยกเว้นสารสกัดที่มีระดับ THC เกินร้อยละ 0.2 โดยน้ำหนัก (ประกาศกระทรวงสาธารณสุข, 2565) ทำให้มีการนำกัญชามาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์และเพื่อเศรษฐกิจได้

ตลอดระยะเวลาหลายปีที่ผ่านมา ประชาชนไทยได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้เกี่ยวกับกัญชาและนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทยอย่างรวดเร็วและไม่จำกัดขอบเขต ประชาชนมีการรับรู้และความตื่นตัว จนเกิดเป็นกระแสทางสังคมอย่างกว้างขวางและต่อเนื่อง ประชาชนแต่ละกลุ่มจึงมีปฏิกิริยาหรือการแสดงออกด้านความคิด ความเห็นต่อกัญชาและนโยบายกัญชาทางการแพทย์ที่แตกต่างกัน และในบางครั้งยังเกิดกรณีการโต้แย้งทางความคิดความเห็นอย่างรุนแรง นั่นแสดงให้เห็นว่าผู้คนมีการรับรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ต่อกัญชาและนโยบายกัญชาทางการแพทย์ที่แตกต่างกันจึงส่งผลต่อความเชื่อ ความเข้าใจ และพฤติกรรมด้านสุขภาพ รวมไปถึงการแสดงทั้งความคิดเห็น และการกระทำที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่ไม่เหมือนกันตามไปด้วย หากประชาชนในสังคมมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่ไม่ดี อาจนำไปสู่การใช้ประโยชน์จากกัญชาอย่างไม่เหมาะสม และเกิดผลกระทบอันตรายต่อพฤติกรรมทางสุขภาพของตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคมได้

โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีการพูดถึงในเวทีด้านสุขภาพระดับโลกและแวดวงด้านสุขภาพและสาธารณสุขมากขึ้นในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา แต่ในขณะนั้น ทั่วโลกยังไม่ค่อยได้ให้ความสำคัญกับคำว่า Health literacy มากนัก ต่อมา Nutbeam (2000) ได้นำเสนอแนวคิดและแบ่งทักษะของความ

รอบรู้ด้านสุขภาพ ที่มีความชัดเจนมากขึ้น รวมทั้งยังมีงานวิจัยหลายชิ้นที่ระบุอย่างชัดเจนไปในทิศทางเดียวกันว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับไม่ดี มีแนวโน้มที่จะเจ็บป่วยจนต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลใช้บริการรักษาฉุกเฉินมากกว่า มีความสามารถในการป้องกันและดูแลสุขภาพน้อยกว่าผู้ที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีหรือสูงกว่า

จากสถานการณ์และปรากฏการณ์ของข้อมูลข่าวสารความรู้เกี่ยวกับกัญชาและนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทยดังกล่าว ซึ่งได้ส่งผลต่อการรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับกัญชาและนโยบายกัญชาทางการแพทย์ ตลอดจนความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนเกี่ยวกับกัญชาและนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทยที่แตกต่างกัน หากประชาชนในสังคมมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่ไม่ดี อาจนำไปสู่การใช้ประโยชน์จากกัญชาอย่างไม่เหมาะสมและเกิดผลกระทบอันตรายต่อพฤติกรรมทางสุขภาพของตนเอง ครอบครัว ชุมชนและสังคมได้

ดังนั้น การศึกษาสถานะหรือระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของประชาชนไทย ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการสร้างความรู้ความเข้าใจ และกำหนดทางออกหรือทางเลือกจากสถานการณ์ความรู้ความเข้าใจต่อกรณีนโยบายกัญชาทางการแพทย์ที่เหมาะสมสอดคล้องกับบริบทสังคมไทย ทั้งนี้เพื่อประโยชน์สูงสุดในการใช้ประโยชน์จากกัญชาและนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทย เพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนและการรักษาโรคของกลุ่มผู้ป่วยได้อย่างชัดเจนขึ้น รวมไปถึงการลดผลกระทบต่อเด็กเยาวชนและสังคมโดยรวม

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างต่อกรณีนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทยในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป

สมมติฐานการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างไม่เกินร้อยละ 70.0 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทย น้อยกว่าหรือเท่ากับระดับพอใช้ ที่นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตามผลการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องซึ่งพบว่าประชากรไทยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพอใช้ (อังศินันท์ อินทรกำแหง, 2557) หรือระดับเพียงพอ (กัญญา แซ่โก, 2552; บังอรศรี จินดาวงค์ และคณะ, 2557)

นิยามศัพท์ปฏิบัติการ

นโยบายกัญชาทางการแพทย์ หมายถึง นโยบาย รวมถึงกฎหมายและประกาศกระทรวงที่เกี่ยวข้องกับนโยบายทางการแพทย์ที่เสนอโดยพรรคภูมิใจไทย ซึ่งเป็นคณะรัฐมนตรีไทย ชุดที่ 62 ที่ตั้งขึ้นเมื่อวันที่ 10 กรกฎาคม พ.ศ. 2562 และมีพลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา เป็นนายกรัฐมนตรี

ประชากรไทย หมายถึง คนไทยที่อายุ 15 ปีขึ้นไป ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ครอบคลุมกลุ่มวัยรุ่น วัยทำงาน และผู้สูงอายุ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง กระบวนการและทักษะทางปัญญาและสังคมของประชากรไทยที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลที่จะเข้าถึง/ค้นหา รับรู้และทำความเข้าใจ สื่อสาร/โต้ตอบ คิดวิเคราะห์/ไตร่ตรอง การประเมิน/ตัดสินใจ และการใช้ประโยชน์เพื่อจัดการตนเองด้านสุขภาพ/พฤติกรรมสุขภาพของตนเองเกี่ยวกับกัญชา กัญชาทางการแพทย์ และนโยบายกัญชาทางการแพทย์ โดยใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2000, 2008, 2009) มาเป็นกรอบหลักในการศึกษาครั้งนี้

แนวคิดที่ใช้

การศึกษาในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างต่อกรณีนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทย โดยมีการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา ดังนี้

1. แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับกัญชาในด้านการใช้ประโยชน์และการควบคุม

หลายทศวรรษที่ผ่านมา ประเทศต่างๆ รวมถึงประเทศไทยประสบปัญหาเรื่องการสร้างความรู้และการใช้ประโยชน์จากกัญชาทางการแพทย์เพื่อบำบัดรักษาโรคไม่แตกต่างจากประเทศอื่นๆ เพราะไทยรับแนวคิดที่ว่ากัญชาเป็นยาเสพติดเช่นเดียวกับสังคมโลก และไทยมีการออกพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ที่ระบุให้กัญชาเป็นยาเสพติดประเภท 5 จึงเป็นอุปสรรคทางด้านกฎหมาย ที่ทำให้การศึกษาความรู้เกี่ยวกับการใช้ประโยน์จากกัญชาทางการแพทย์ลดน้อยลงหรือแทบจะไม่มีเลย แต่เมื่อสังคมโลกและสังคมไทยมีการตื่นตัวและถกเถียงกันเรื่องของการใช้กัญชาทางการแพทย์เพื่อการบำบัดรักษาโรคมากขึ้น ทั้งยังมีกระบวนการทางสังคมในการเรียกร้องให้มีการแก้ไขพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ เพื่อให้สามารถนำกัญชามาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์และการศึกษาวิจัยเพื่อบำบัดรักษาโรค รวมไปถึงการศึกษาวิจัยการนำมาใช้ประโยชน์อื่นได้ โดยในปี พ.ศ. 2562 จึงสำเร็จผลราชกิจจานุเบกษาได้ประกาศใช้พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 เมื่อวันที่ 18 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 ทำให้ประเทศไทย เป็นประเทศแรกในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ที่มีการอนุญาตให้ใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์และการศึกษาวิจัย นั่นทำให้เกิดปัจจัยเอื้ออย่างสำคัญต่อการศึกษาวิจัยและสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับเรื่องของการใช้กัญชาทางการแพทย์เพื่อการบำบัดรักษาโรคได้สะดวกมากขึ้น

อย่างไรก็ตามมีความห่วงใยจากนักวิชาการจำนวนหนึ่ง ที่ไม่เห็นด้วยกับนโยบายการใช้กัญชาทางการแพทย์เพื่อการบำบัดรักษาโรค โดยได้นำเสนอข้อเท็จจริงจากความรู้ทางวิชาการที่พบว่า มีข้อบ่งใช้ทางการแพทย์ที่จำกัดเพียงไม่กี่โรค มีเพียงบางอาการที่สามารถใช้กัญชาในการบำบัดรักษาได้ อีกทั้งยังไม่สามารถนำมาทดแทนการรักษามาตรฐานได้ (ธีระ วรธนารัตน์, 2563) นอกจากนั้น ยังพบว่า มีงานวิจัยและรายงานวิชาการจากต่างประเทศออกมาในปัจจุบันอย่างต่อเนื่อง เกี่ยวกับผลกระทบต่อสังคมที่เกิดขึ้นจากการนำ

กัญชามาใช้ทางการแพทย์ และการเปิดเสรีให้ใช้กัญชาทั่วไป เช่น สถิติอุบัติเหตุจราจรที่เพิ่มขึ้น อัตราการเสพกัญชาในเด็กและเยาวชนที่สูงขึ้น ตลอดจนอาชญากรรมที่เพิ่มขึ้นและเชื่อมโยงกับการลัดเลาะนำกัญชาไปใช้นอกเหนือจากที่อนุญาตในวงการแพทย์ (ธีระ วรธนารัตน์, 2561) จึงเกิดเป็นแนวคิดทางสังคมในด้านการกำกับกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับกัญชาและยาเสพติด เพื่อกำกับ ควบคุม และป้องกันการกระทำผิดกฎหมายและผลกระทบต่อสังคมจากปัญหาจากการใช้ประโยชน์จากกัญชาและยาเสพติด

2. แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ หรือ health literacy คือ หนึ่งในแนวคิดสำคัญของการพึ่งพาตนเองและการจัดการดูแลสุขภาพของตนเองและชุมชนได้อย่างยั่งยืน นั่นคือ การที่ประชาชนมีความสามารถในการเข้าถึง รับรู้และเข้าใจข้อมูลความรู้สุขภาพ มีศักยภาพในคิดวิเคราะห์ แยกแยะข้อมูลข่าวสารความรู้ที่ถูกต้องเหมาะสม และนำข้อมูลความรู้สุขภาพนั้น เข้ามาสู่กระบวนการเลือกและการตัดสินใจต่อแนวทางการปฏิบัติและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลจัดการสุขภาพของตนเองได้ ซึ่งตรงกับเป้าหมายของหลักการแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยเป้าหมายของการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สอดคล้องกัน คือ การนำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health outcomes) และผลลัพธ์ทางสังคม (Social outcomes) ได้แก่ การมีพฤติกรรมทางสุขภาพ สุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดีของปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคมโดยรวมอย่างยั่งยืน

สำหรับ คำจำกัดความและกรอบแนวคิดที่ได้รับการยอมรับ และนำไปใช้ขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับสากล มาจากแนวคิดของ Nutbeam (2000, 2008) เป็นหลัก ซึ่งเป็นหัวเรี่ยวหัวแรงสำคัญในการขับเคลื่อนแผนงาน Health literacy ให้กับองค์การอนามัยโลก โดยได้ให้ความหมายความรอบรู้ด้านสุขภาพไว้ล่าสุดในการประชุมคณะทำงานหลักด้านโรคไม่ติดต่อ หรือ WHO Global coordination mechanism on the prevention and control of NCDs (2017) ว่า “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ การที่คนมีทักษะ นอกจากอ่าน

ออกเขียนได้แล้ว ยังต้องสามารถทำกิจกรรมอื่นๆ ที่บ่งถึงการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ อันประกอบด้วยการเสาะหาข้อมูลทำความเข้าใจ และสามารถใช้ข้อมูลสุขภาพมาใช้ตัดสินใจในสภาพแวดล้อมต่างๆ ได้อย่างถูกต้อง ไม่ว่าจะอยู่ที่บ้าน ในชุมชน หรือในสถานพยาบาลก็ตาม" (ธีระ วรธนารัตน์, 2561) รวมไปถึงกรอบแนวคิดของ Nutbeam (2000, 2008, 2009) ที่ได้จำแนกทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็น 3 ระดับ คือ ระดับที่ 1 Functional ระดับที่ 2 Communicative/interactive และระดับที่ 3 Critical health literacy อีกทั้งยังได้เสนอ "Conceptual model of health literacy as a risk" ที่มีองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ (1) การเข้าถึงข้อมูล (Access) (2) ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) (3) ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) (4) ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) (5) การจัดการตนเอง (Self-management) และ (6) การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) ซึ่งได้รับการยอมรับและนำมาใช้อย่างแพร่หลายอีกด้วย

นอกจากนั้น การศึกษาทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพที่นำมาจัดแบ่งปัจจัยที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพได้ 3 ระดับ (Freedman et al., 2009; Institute of Medicine, 2004; Lee et al., 2004; Manganello, 2008; Paasche-Orlow & Wolf, 2007; Zarcadoolas et al., 2005, อ้างถึงใน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กองสุขศึกษา, 2558; Sorensen et al., 2012) ดังนี้

ปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ (1) คุณลักษณะส่วนบุคคล การศึกษา เพศ อายุ เชื้อชาติ อาชีพ รายได้ วัฒนธรรม ภาษา ความสามารถในการเรียนรู้ การใช้สื่อ ความสามารถและปัจจัยทางกายภาพ (2) ความรู้ (ความรู้ทั่วไป ความสามารถในการคิดวิเคราะห์ การรู้เท่าทันเรื่องรู้อื่นๆ) (3) ความเชื่อและทัศนคติ (4) พฤติกรรมความเสี่ยงทางสุขภาพ (5) ทักษะและความสามารถส่วนบุคคล (6) พฤติกรรมสุขภาพ (การปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์ การตรวจสุขภาพเป็นประจำ ความร่วมมือในการใช้ยาตามคำสั่งแพทย์ การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการบริโภค การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การดูแลสุขภาพตนเอง)

(7) รูปแบบการใช้ชีวิต (8) การจัดการสุขภาพและความเจ็บป่วย (9) ระดับความเครียด (10) สถานะทางสุขภาพ (11) คุณภาพชีวิต และ (12) การปรับปรุงโอกาสและทางเลือกของสุขภาพ

ปัจจัยระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ได้แก่ (1) ทักษะส่วนบุคคล (ทักษะทางปัญญา ความสามารถในการวิเคราะห์สถานการณ์และใช้ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการใช้สื่อ ทักษะการสื่อสารและการประเมิน ทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ทักษะในการจัดการสุขภาพตนเอง ทักษะทางสังคมและทักษะการพิทักษ์สิทธิตนเอง) (2) สิ่งแวดล้อม (3) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ และ (4) อิทธิพลของครอบครัวและกลุ่มเพื่อน

ปัจจัยระดับสังคม ได้แก่ (1) การจัดระเบียบชุมชน (2) ความเท่าเทียมทางการศึกษา สังคม สุขภาพ และโครงสร้างทางการเมือง (3) ความสามารถของสื่อสารมวลชน ตลาด และหน่วยงานรัฐที่ให้ข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม (4) การกระทำทางสังคมเพื่อการมีส่วนร่วมในประชาธิปไตยทางสุขภาพ การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ (5) การสนับสนุนทางสังคม (6) การพัฒนา (การพัฒนาความรู้ การพัฒนาชุมชน โดยให้ชุมชนสามารถดูแลตนเอง การพัฒนาศักยภาพ การจัดโปรแกรมให้สุขศึกษาและการอบรม การพัฒนาองค์กร ที่อยู่อาศัย สถานที่ทำงาน ให้สิ่งแวดล้อมดีขึ้น การพัฒนานโยบาย การใช้กฎหมาย นโยบาย ข้อบังคับให้เกิดการบังคับใช้) (7) การเข้าถึงและใช้บริการทางสุขภาพ (การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การรักษาและการดูแลสุขภาพ) (8) การมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงบรรทัดฐานของสังคมและการปฏิบัติ (9) การปรับปรุงโอกาสและทางเลือกของสุขภาพ (10) การมีส่วนร่วมในการดำเนินการทางสังคมเพื่อสุขภาพ และ (11) ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ

ทั้งนี้ในการศึกษาครั้งนี้ นอกจากนำแนวคิดดังกล่าวข้างต้นแล้ว ผู้วิจัยยังได้นำแนวคิดอื่นๆ มาใช้ในการศึกษาด้วย ได้แก่ แนวคิดเรื่องสิทธิด้านสุขภาพตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 ซึ่งสอดคล้องกับธรรมนูญขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1946)

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณ ด้วยการศึกษาข้อมูลเอกสารที่เกี่ยวข้องจากแหล่งต่างๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ตลอดจนจากฐานข้อมูลออนไลน์ โดยคำหลักที่ใช้ในการสืบค้นข้อมูล คือ “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ” “นโยบายกัญชา” และ “กัญชาทางการแพทย์” จากข้อมูล 2 แหล่งหลัก คือ (1) ฐานข้อมูลออนไลน์ที่เข้าถึงได้ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ใช้ช่วงเวลานับตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ.2559-เดือนเมษายน พ.ศ. 2566 ในการสืบค้นซึ่งครอบคลุมข้อมูลที่ปรากฏอยู่ในรูปของบทความวิจัย บทความวิชาการ เอกสาร รายงานวิจัย และเอกสารจากการประชุม/สัมมนาวิชาการต่างๆ (2) ตำราวิชาการที่มีความทันสมัย และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง และการศึกษาภาคสนามโดยการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบสอบถาม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ คนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ซึ่งมีจำนวนประมาณ 56,745,815 คน (ภัทรณัญช์ สิทธิสว่าง, 2564) ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของ Krejcie and Morgan (1970) ที่ระดับความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 ได้ขนาดตัวอย่าง 384 คน โดยจำแนกกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่มวัย ได้แก่ (1) กลุ่มวัยรุ่น อายุ 15-24 ปี (2) กลุ่มวัยทำงาน อายุ 25-59 ปี และ (3) กลุ่มผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป และทำการเก็บข้อมูลโดยกำหนดโควตาในแต่ละกลุ่มวัย จำนวนเท่าๆ กัน คือ กลุ่มละ 128 คน หลังจากนั้นใช้การเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง

สำหรับเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้เกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ (1) คนไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป (2) สามารถสื่อสารอ่านภาษาไทยและคำนวณตัวเลขได้ (3) ยินยอมและสมัครใจในการให้ข้อมูลและร่วมในการวิจัย และ (4) สามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้ กรณีตอบแบบสอบถามออนไลน์ (เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการเก็บข้อมูล 2 รูปแบบตามความเหมาะสมของสถานการณ์ คือ การเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยตรง และการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผ่าน

การสื่อสารอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อเป็นการปกป้องความปลอดภัยจากความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของอาสาสมัคร)

ส่วนเกณฑ์การคัดออก กรณี (1) กลุ่มตัวอย่างตอบข้อคำถามไม่ครบถ้วน และ (2) กลุ่มตัวอย่างไม่ได้ส่งคืนแบบสอบถามตามช่วงเวลาที่กำหนด ซึ่งทำให้ไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลร่วมได้ ส่วนเกณฑ์การถอนหรือยุติการเข้าร่วมการวิจัย กรณีกลุ่มตัวอย่างขอถอนตัวออกจากการให้ข้อมูลหรือตอบแบบสอบถามไม่ว่าจะด้วยเหตุผลใดๆก็ตาม ซึ่งในกรณีเช่นนี้จะไม่ส่งผลกระทบต่อสิทธิประโยชน์ใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างรายอื่นตามที่กำหนดโควตาในแต่ละกลุ่มอายุ จนครบตามจำนวนและช่วงเวลาที่กำหนดของการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสอบถาม โดยมีขั้นตอนดำเนินการดังนี้ (1) กำหนดประเด็น จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและวิเคราะห์ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทย (2) ดำเนินการสร้างและพัฒนาแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทย โดยการศึกษาจากเอกสาร ทบทวนนิยาม ตัวแปร และองค์ประกอบของตัวแปร เพื่อพัฒนาเป็นแบบสอบถาม ซึ่งแบบสอบถาม แบ่งเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 คำถามที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยระดับบุคคล เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพการสมรส ภาษา การศึกษา อาชีพ รายได้ สถานะรายได้และรายจ่าย สุขภาพกาย สุขภาพโดยรวม และสิทธิหลักประกันสุขภาพ โดยข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 คำถามที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย ลักษณะครอบครัว การตัดสินใจในครอบครัว การแสดงความเห็นในครอบครัว แบบแผนการปฏิบัติต่อสมาชิกในครอบครัว การสื่อสารแลกเปลี่ยน

ข้อมูลข่าวสารกับบุคคลอื่น การติดตามข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ความเข้าใจต่อข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ การรับรู้และสื่อสารเรื่องสิทธิหลักประกันสุขภาพ สิ่งแวดล้อมและชุมชนที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมชุมชนที่ทำงาน/สถานศึกษา โดยข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 คำถามที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยแวดล้อมระดับสังคม เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความสัมพันธ์ในชุมชน การให้บริการข้อมูลด้านสุขภาพของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การให้บริการด้านสุขภาพของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การส่งเสริมกิจกรรมทางสังคมจากหน่วยงานต่างๆ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม และความสนใจต่อนโยบายของภาคการเมือง โดยข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 6 ข้อ

ส่วนสุดท้าย ส่วนที่ 4 เป็นคำถามที่เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทย โดยเป็นข้อคำถามที่มุ่งวัดการรับรู้และการปฏิบัติหรือพฤติกรรมเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนต่อนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทย โดยลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ ที่วัดระดับการรับรู้และการปฏิบัติหรือพฤติกรรม ตั้งแต่ระดับการรับรู้ดีเยี่ยมหรือมีการปฏิบัติมากที่สุด (5 คะแนน) ระดับการรับรู้ดีหรือมีการปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ (4 คะแนน) ระดับการรับรู้พอใช้ได้หรือมีการปฏิบัติเป็นบางครั้ง (3 คะแนน) ระดับการรับรู้ไม่ดีหรือมีการปฏิบัติน้อยครั้ง (2 คะแนน) จนถึงไม่มีการรับรู้หรือไม่มีการปฏิบัติเลย (1 คะแนน) รวมจำนวนข้อคำถาม 34 ข้อ ซึ่งจะมีคะแนนความเป็นไปได้อยู่ในช่วง 34-170 คะแนน ส่วนนี้ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ (1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access) จำนวน 6 ข้อ (2) ความรู้ความเข้าใจ (Cognition) ต่อนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทย จำนวน 9 ข้อ (3) ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) เกี่ยวกับนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทย จำนวน 5 ข้อ (4) ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) เกี่ยวกับนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทย จำนวน 4 ข้อ (5) การรู้เท่าทันสื่อ (Media

literacy) เกี่ยวกับนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทย จำนวน 4 ข้อ และ (6) การจัดการตนเอง (Self-management) ในการใช้ประโยชน์จากนโยบายกัญชาทางการแพทย์ จำนวน 6 ข้อ โดยตัวอย่างคำถามที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทย เช่น ท่านมีความเข้าใจต่อนโยบายกัญชาทางการแพทย์ในระดับใด ท่านรู้และเข้าใจว่านโยบายกัญชาทางการแพทย์ คือ การอนุญาตให้ใช้กัญชาในการรักษาโรคและใช้เพื่อทางการแพทย์เท่านั้น ในระดับใด ท่านสามารถตัดสินใจใช้กัญชาเพื่อรักษาโรคหรือดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง ในระดับใด เป็นต้น

หลังจากนั้น ผู้วิจัยนำคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างมาเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานความรอบรู้ด้านสุขภาพ แล้วนำมาจำแนกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับไม่ดี คือ ค่าคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 59 ของคะแนนเต็ม ระดับพอใช้ คือ ค่าคะแนนร้อยละ 60-79 ของคะแนนเต็ม และระดับดี คือ ค่าคะแนน ร้อยละ 80 ขึ้นไปของคะแนนเต็ม 170 คะแนน ทั้งนี้เป็นการแปลผลระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทย 3 ระดับ ตามที่ อังศินันท์ อินทรกำแหง (2560) และ Nutbeam (2008) ระบุไว้ ซึ่งประกอบด้วย ระดับไม่ดี คือ ระดับพื้นฐาน (Functional health literacy) ระดับพอใช้ คือ ระดับสื่อสารหรือมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Communication/interactive health literacy) และระดับดี คือ ระดับการวิเคราะห์ (Critical health literacy)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ มีขั้นตอนดังนี้

1. การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน ได้แก่ นักวิชาการที่เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ 1 คน ด้านเครื่องมือและการวัด 2 คน และด้านการวิจัยทางสังคม 2 คน ตรวจสอบความสอดคล้องของประเด็นคำถามและวัตถุประสงค์ของการศึกษาได้ค่าคะแนนความสอดคล้องอยู่ในช่วง 0.60-1.00 ซึ่งถือว่าข้อคำถามมีความตรง อย่างไร

ก็ตามผู้ศึกษาได้มีการปรับปรุงแก้ไขข้อความและคำต่างๆ ในข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงจากคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริง 3 กลุ่ม รวมจำนวน 30 คน (ร้อยละ 10 ของขนาดกลุ่มตัวอย่างจริง) คือ กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มวัยทำงาน และกลุ่มผู้สูงอายุ จำนวนกลุ่มละ 10 คน โดยการทดลองใช้เครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่างโดยตรงจำนวน 10 คน และผ่านการสื่อสารอิเล็กทรอนิกส์ จำนวน 20 คน หลังจากนั้น นำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ด้วยการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของครอนบาค (Cronbach's reliability coefficient alpha) ซึ่งโดยหลักการ ภาพรวมของชุดคำถาม ควรมีค่า 0.7 ขึ้นไป ถึงจะยอมรับได้ว่าข้อคำถามมีความเชื่อมั่น (Cronbach, 1951) โดยการวิจัยครั้งนี้ มีการตรวจสอบข้อคำถามเฉพาะในส่วนที่ 4 ซึ่งเป็นคำถามเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีลักษณะเป็นมาตรวัดประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ พบว่า มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.8972 ซึ่งถือว่าแบบสอบถามส่วนนี้มีความน่าเชื่อถือ ที่สามารถนำไปใช้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจริงได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง จำนวน 2 รูปแบบ คือ การเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยตรงและการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผ่านช่องทางออนไลน์ เนื่องจากในช่วงที่เก็บข้อมูล ระหว่างเดือนพฤษภาคม-มิถุนายน พ.ศ. 2566 ยังคงมีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 หลังจากนั้นตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถาม ผลการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ได้รับแบบสอบถามกลับคืนมารวมจำนวน 365 ชุด ทั้งนี้ การเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยตรง ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในสถานที่ต่างๆ ได้แก่ อาคารสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ โรงอาหารกระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ในจังหวัดนนทบุรีและจังหวัดเชียงใหม่ สถานศึกษาในจังหวัดอุบลราชธานีและจังหวัดสุราษฎร์ธานี มูลนิธิข้าวขวัญ จังหวัดสุพรรณบุรี ห้างสรรพสินค้า จำนวน 144 ชุด คิดเป็นร้อยละ 39.5 และการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผ่านช่องทางออนไลน์ จำนวน 221 ชุด คิดเป็นร้อยละ 60.5 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่เก็บข้อมูลได้

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ด้วยการใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่ากลาง และค่าเบี่ยงเบนควอไทล์ ครอบคลุมทั้งในส่วนของข้อมูลปัจจัยระดับบุคคล ข้อมูลปัจจัยระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ข้อมูลปัจจัยแวดล้อมระดับสังคม และความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทย เนื่องจากเป็นการเก็บข้อมูลแบบเจาะจง และขนาดตัวอย่างมีจำนวนไม่มาก จึงวิเคราะห์และแสดงค่ากลางแทนค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนควอไทล์ แทนส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ซึ่งมีความเหมาะสมมากกว่าในทางสถิติ

จริยธรรมการวิจัย งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในคน จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาสังคมศาสตร์ ตามหนังสือรับรองเลขที่ 132/2565 เมื่อวันที่ 16 ธันวาคม พ.ศ. 2565

ผลการศึกษา

จากการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างต่อนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทย โดยวิธีการศึกษาเชิงปริมาณและใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งสามารถเก็บข้อมูลได้ 365 คน โดยคิดเป็นร้อยละ 95.05 จากขนาดตัวอย่างทั้งหมดตามที่กำหนดไว้จำนวน 384 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลมีข้อค้นพบที่น่าสนใจ โดยจำแนกผลการศึกษาเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยระดับบุคคล

1.1 ข้อมูลปัจจัยระดับบุคคล จำแนกตามอายุ เพศ ศาสนา สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา และภาษาที่ใช้เป็นหลักในชีวิตประจำวัน ของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 365 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่อยู่ในกลุ่มอายุ 15-24 ปี มากที่สุด ร้อยละ 35.5 เป็นเพศหญิงมากที่สุด ร้อยละ 57.5 นับถือศาสนาพุทธมากที่สุด ร้อยละ 87.1 มีสถานภาพโสดเป็นจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 49.6 มีระดับการศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 34.0 และเป็นผู้ที่ใช้ภาษาไทยเป็นหลักในชีวิตประจำวันเป็นจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 91.8

1.2 ข้อมูลปัจจัยระดับบุคคล จำแนกตามอาชีพ รายได้ และสถานะรายได้กับรายจ่ายของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 365 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นนักเรียน/นักศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32.3 มีรายได้ไม่เกิน 10,000 บาทต่อเดือนเป็นจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 47.7 และเป็นผู้ที่มีสถานะรายได้พอเพียงกับรายจ่าย แต่แทบไม่มีเงินเหลือเก็บ เป็นจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 40.00

1.3 ข้อมูลปัจจัยระดับบุคคล จำแนกตามสถานะสุขภาพกาย สถานะสุขภาพโดยรวมในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาและหลักประกันสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 365 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีสุขภาพกายสมบูรณ์แข็งแรงดี เป็นจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 75.3 มีสุขภาพโดยรวมในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา มีสุขภาพแข็งแรงดี เป็นจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 40.3 และเป็นผู้ที่อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) เป็นจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 30.1

ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

2.1 ข้อมูลปัจจัยปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล จำแนกตามลักษณะครอบครัว รูปแบบการตัดสินใจเรื่องต่างๆ ในครอบครัว การแสดงความคิดเห็นในเรื่องต่างๆ ของครอบครัว และแบบแผนการปฏิบัติต่อสมาชิกในครอบครัว ของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 365 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีลักษณะ

ครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว คือ ครอบครัวที่มีสามีภรรยา โดยอาจจะมีลูกหรือไม่มีลูกก็ได้ เป็นจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 44.1 สำหรับรูปแบบการตัดสินใจเรื่องต่างๆ ในครอบครัว เป็นลักษณะที่ขึ้นอยู่กับแต่ละสถานการณ์เป็นจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 28.8 ส่วนเรื่องของการแสดงความคิดเห็นในเรื่องต่างๆ ของครอบครัว เป็นการใช้เหตุผล เป็นจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 61.6 และเป็นผู้ที่มีแบบแผนการปฏิบัติต่อสมาชิกในครอบครัวด้วยการให้ความรักความใส่ใจ มีส่วนร่วมในการคิดและตัดสินใจอย่างมีเหตุผล เป็นจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 77.3

2.2 ข้อมูลปัจจัยปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล จำแนกตามการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกับบุคคลอื่น การติดตามข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ความเข้าใจต่อข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และการรับรู้และสื่อสารถึงสิทธิหลักประกันสุขภาพของตนเองของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 365 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีการสื่อสารแลกเปลี่ยนกับบุคคลอื่นบ้างเป็นบางครั้งเป็นจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 47.1 ซึ่งเป็นจำนวนที่ใกล้เคียงกับการสื่อสารแลกเปลี่ยนกับบุคคลอื่นเป็นประจำ ร้อยละ 46.8 เป็นผู้ที่มีการติดตามข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเท่าๆ กับข้อมูลข่าวสารด้านอื่นๆ เป็นจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 42.2 เป็นผู้ที่มีความเข้าใจดีและสามารถถ่ายทอดให้กับบุคคลอื่นได้บ้างเป็นจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 56.4 และเป็นผู้ที่มีการรับรู้และสื่อสารถึงสิทธิหลักประกันสุขภาพของตนเอง ในลักษณะที่รับรู้และสามารถบอกถึงสิทธิหลักประกันสุขภาพของตนเองได้ เป็นจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 34.8

2.3 ข้อมูลปัจจัยปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล จำแนกตามสิ่งแวดล้อมชุมชนที่อยู่อาศัย และสิ่งแวดล้อมชุมชนที่ทำงาน/สถานศึกษาของตนเองของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 365 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมชุมชนที่อยู่อาศัยมั่นคง ปลอดภัยและมีสุขลักษณะที่ดี เป็นจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 43.8 สำหรับเรื่องสิ่งแวดล้อมชุมชนที่ทำงาน/สถานศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมชุมชนที่ทำงาน/สถานศึกษาปลอดภัยและมีสุขลักษณะที่ดี เป็นจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 40.5

ส่วนที่ 3 ข้อมูลปัจจัยแวดล้อมระดับสังคม

3.1 ข้อมูลปัจจัยแวดล้อมระดับสังคม จำแนกตามความสัมพันธ์โดยรวมกับชุมชนที่อยู่อาศัย การเข้าถึงและรับบริการข้อมูลสุขภาพจากหน่วยงาน/สถาบันต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง การเข้าถึงบริการสุขภาพและใช้บริการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 365 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์โดยรวมกับชุมชนที่อยู่อาศัย ในระดับดี เป็นจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 37.0 ส่วนเรื่องการเข้าถึงและรับบริการข้อมูลสุขภาพจากหน่วยงาน/สถาบันต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่เข้าถึงและรับบริการข้อมูลสุขภาพจากหน่วยงาน/สถาบันต่างๆ ที่เกี่ยวข้องได้สะดวกเป็นบางครั้ง เป็นจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 36.2 และเป็นผู้ที่การเข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่ายและใช้บริการสุขภาพได้สะดวกมาก เป็นจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 36.7

3.2 ข้อมูลปัจจัยแวดล้อมระดับสังคม จำแนกตามการส่งเสริมให้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมจากหน่วยงานต่างๆ การเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมโดยรวม และความสนใจและติดตามนโยบายของภาคการเมืองโดยรวม ของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 365 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่ได้รับการส่งเสริมให้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมจากหน่วยงานต่างๆ บ้างเป็นบางครั้ง เป็นจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 48.8 ส่วนเรื่องการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมโดยรวม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่เข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมโดยรวมเป็นบางครั้ง เป็นจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 40.6 และเป็นผู้ที่มีความสนใจและติดตามนโยบายของภาคการเมืองโดยรวมบ้างเป็นบางครั้ง เป็นจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 40.3

ส่วนที่ 4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทย มีดังนี้

4.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทย จากการศึกษากลุ่มตัวอย่าง จำนวน 365 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่ากลางของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทยในภาพรวม คือ

105 จากค่าคะแนนเต็ม 170 และค่าเบี่ยงเบนควอไทล์ เท่ากับ 17.00 โดยมีค่ากลางของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทยในแต่ละด้านทั้ง 6 ด้าน ดังนี้ **ด้านความเข้าใจต่อนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทย**มากที่สุด คือ 30 จากค่าคะแนนเต็ม 30 และค่าเบี่ยงเบนควอไทล์ เท่ากับ 3.50 รองลงมา ได้แก่ **ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ** คือ 19 จากค่าคะแนนเต็ม 45 และค่าเบี่ยงเบนควอไทล์ เท่ากับ 3.50 **ด้านการจัดการตนเองในการใช้ประโยชน์จากนโยบายกัญชาทางการแพทย์** ซึ่งมีค่ากลางอยู่ที่ 18 จากค่าคะแนนเต็ม 25 และค่าเบี่ยงเบนควอไทล์ เท่ากับ 3.50 **ด้านทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทย** มีค่ากลางอยู่ที่ 15 จากค่าคะแนนเต็ม 20 และค่าเบี่ยงเบนควอไทล์ เท่ากับ 3.50 และ**ด้านทักษะการตัดสินใจ** มีค่ากลาง 12 จากค่าคะแนนเต็ม 20 มีค่าเบี่ยงเบนควอไทล์ เท่ากับ 3.00 และ**ด้านการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทย** มีค่ากลาง 12 จากค่าคะแนนเต็ม 30 มีค่าเบี่ยงเบนควอไทล์ เท่ากับ 2.50

4.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทยโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทยโดยรวม ในระดับพอใช้ เป็นจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 47.7 และหากจำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในช่วงอายุ 15-24 ปี หรือกลุ่มวัยรุ่น มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทยในระดับพอใช้ เป็นจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 53.1 ในขณะที่ช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป หรือกลุ่มผู้สูงอายุ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทย อยู่ในระดับไม่ดี เป็นจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 47.4 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างต่อนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทย

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (คะแนนเต็ม 170)	กลุ่มวัยรุ่น (n_1=128)		กลุ่มวัยทำงาน (n_2=119)		กลุ่มผู้สูงอายุ (n_3=118)		กลุ่มรวม (n=365)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ดี (≥ ร้อยละ 80 คือ คะแนน 136 คะแนนขึ้นไป)	27	21.1	10	8.4	16	13.6	53	14.5
พอใช้ (ร้อยละ 60-79 คือ คะแนน 101-135 คะแนน)	68	53.1	60	50.4	46	39.0	174	47.7
ไม่ดี (≤ ร้อยละ 59 คือ คะแนนตั้งแต่ 100 คะแนนลงไป)	33	25.8	49	41.2	56	47.4	138	37.8
การแปลผลระดับความรอบรู้	พอใช้		พอใช้		ไม่ดี		พอใช้	

4.3 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทยของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 365 คน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทยในระดับพอใช้เป็นจำนวนมากที่สุด ในด้านความเข้าใจต่อนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทย ร้อยละ 58.6 รองลงมาคือด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ร้อยละ 46.5 ด้านทักษะการตัดสินใจเกี่ยวกับนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทย ร้อยละ 41.9 ด้านการจัดการตนเองในการใช้ประโยชน์จากนโยบายกัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ 41.7 และด้านการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทย ร้อยละ 40.3 ตามลำดับ ในขณะที่ กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทย ในด้านทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับ

นโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทย ในระดับไม่ดีเป็นจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 45.2

4.4 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทยในแต่ละองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่า

(1) กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในช่วงอายุ 15-24 ปี หรือกลุ่มวัยรุ่น จำนวน 128 คน เป็นผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทยในระดับพอใช้เป็นจำนวนมากที่สุดทั้ง 6 องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในด้านความเข้าใจต่อนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทยเป็นจำนวนมากที่สุด คือ ร้อยละ 54.7 รองลงมาคือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในด้านความการเข้าถึงข้อมูลนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทย ร้อยละ 50.0 และด้านการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทย ร้อยละ 45.3 ตามลำดับ

(2) กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในช่วงอายุ 25-59 ปี หรือกลุ่มวัยทำงาน จำนวน 119 คน เป็นผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทยในด้านความเข้าใจต่อนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทยในระดับพอใช้ เป็นจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 64.7 รองลงมาคือ เป็นผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทย ในด้านการสื่อสารเกี่ยวกับนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทย ในระดับไม่ดี ร้อยละ 53.0 และเป็นผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทย ในด้านการเข้าถึงข้อมูลนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทย ในระดับพอใช้ ร้อยละ 49.6 ตามลำดับ

(3) กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป หรือกลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 118 คน เป็นผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทย ในด้านความเข้าใจต่อนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทยในระดับพอใช้ เป็นจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 56.8 รองลงมาคือ เป็นผู้ที่มี

ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทย ในด้านการสื่อสารเกี่ยวกับนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทย ในระดับไม่ดี ร้อยละ 52.5 และเป็นผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทย ในด้านด้านการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทยในระดับไม่ดี ร้อยละ 46.6 ตามลำดับ

4.5 การทดสอบสมมติฐาน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ตามตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างภาพรวม จำนวนมากที่สุดมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 47.7 ในขณะที่การทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติ One-sample t- test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของกลุ่มตัวอย่างกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ (น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เกินระดับพอใช้) ผลพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 312 คน หรือร้อยละ 85.5 มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เกินระดับพอใช้ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้ที่นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการศึกษา

จากผลการศึกษาดังกล่าว นำมาอภิปรายผล ได้ดังนี้

1. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และปัจจัยแวดล้อมระดับสังคม โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัจจัยระดับบุคคล ที่เกี่ยวข้องกับคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ ความสามารถและปัจจัยทางกายภาพที่เอื้อต่อการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทั้งในด้านความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย ความรู้ความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ ระดับการศึกษา การมีหลักประกันสุขภาพที่ครอบคลุมขั้นพื้นฐาน ส่วนปัจจัยปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณลักษณะครอบครัว การเลี้ยงดู ความเชื่อ ทัศนคติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และสภาพแวดล้อมทางกายภาพของกลุ่มตัวอย่างที่เอื้อ

ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อนโยบายกัญชาทางการแพทย์อย่างเหมาะสม และปัจจัยแวดล้อมระดับสังคม เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อม การเข้าถึงและการใช้บริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการสนับสนุนและการมีส่วนร่วมทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อม การเข้าถึงและการใช้บริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และการสนับสนุนและการมีส่วนร่วมทางสังคมที่เอื้อต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อนโยบายกัญชาทางการแพทย์อย่างเหมาะสม

จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง พบว่า การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทย มีความหลากหลายแตกต่างกันตามแต่วัตถุประสงค์ของการศึกษา โดยเฉพาะการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยและประชากรในกลุ่มต่างๆ นั้น เช่น การศึกษาของ เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี (2556) ที่ได้ศึกษาการวัดระดับความแตกฉานด้านสุขภาพ กับปัจจัยด้านอายุ เพศ อาชีพระดับการศึกษา และที่อยู่อาศัย ในกลุ่มประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในพื้นที่จังหวัดราชบุรี พบว่า ปัจจัยด้าน เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา และที่อยู่อาศัยที่แตกต่างกัน มีผลกับระดับความแตกฉานด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน ส่วนปัจจัยด้านอายุที่แตกต่างกันไม่มีผลกับคุณลักษณะของความแตกฉานด้านสุขภาพ ส่วน ภมร ดรุณ และ ณรงค์วิทย์ ขุนพิจารย์ (2559) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับผลลัพธ์พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนวัยทำงาน อำเภอพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีเพศ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ต่อเดือนที่ต่างกันมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมแตกต่างกัน สำหรับการศึกษาของ ศรีสุดา บุญขยาย (2562) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านการศึกษาด้านความเพียงพอของรายได้

และการรับรู้หนังสือโดยการอ่าน การเขียนที่แตกต่างกันมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นต้น

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทย อยู่ในระดับพอใช้ ซึ่งเป็นความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสื่อสารหรือมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลได้ตามแนวคิดของ Nutbeam (2000, 2008) ที่มีการแบ่งทักษะของความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็น 3 ระดับ คือ (1) Functional health literacy ได้แก่ ทักษะพื้นฐานด้านการฟัง พูด อ่าน และเขียนที่จำเป็นต่อความเข้าใจและการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน (2) Communicative/ interactive health literacy ได้แก่ ทักษะในการเข้าใจความรู้สุขภาพ สามารถตัดสินใจเพื่อใช้ประโยชน์ในความรู้สุขภาพนั้นได้ และ (3) Critical health literacy ได้แก่ ระดับความเข้าใจที่มากขึ้น มีการใช้ทักษะทางปัญญาในการตัดสินใจเกี่ยวกับความรู้สุขภาพที่สูงขึ้น โดยไม่ได้มุ่งเน้นไปที่ทักษะระดับบุคคลเพียงอย่างเดียว แต่ยังหมายรวมถึงการเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในการกำหนดปัจจัยสำคัญด้านสุขภาพของสังคม โดยใกล้เคียงกับการจัดแบ่งระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3 ระดับ ของ Freedman et al. (2009, อ้างถึงใน ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, 2561; ธีระ วรธนารัตน์ และคณะ, 2558; อังศินันท์ อินทรกำแหง, 2560) คือ (1) พื้นฐานทางด้านแนวคิด (Conceptual foundations) (2) ทักษะการวิเคราะห์ (Critical skills) และ (3) การเป็นพลเมือง (Civic orientation)

ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างโดยรวมมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สูงกว่าระดับพื้นฐาน และเป็นทักษะที่มีการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ สามารถเข้าถึง เข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทยได้ สามารถตัดสินใจและจัดการตนเองเพื่อใช้ประโยชน์จากนโยบายกัญชาทางการแพทย์ได้

แต่หากพิจารณาจำแนกตามกลุ่มอายุ จะพบว่า กลุ่มวัยรุ่น และกลุ่มวัยทำงานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทยโดยรวม อยู่ในระดับพอใช้เป็นส่วนใหญ่ ในขณะที่กลุ่มผู้สูงอายุมีความรอบรู้

ด้านสุขภาพต่อนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทยโดยรวม อยู่ในระดับไม่ดีเป็นจำนวนมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งนภา อาระหัง และคณะ (2561, อ้างถึงใน ศรีสุดา บุญขยาย, 2562) ที่พบว่าปัจจัยด้านอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ที่มีอายุอยู่ในช่วง 18-48 ปี มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีอายุ 49 ปีขึ้นไป และผู้ที่มีอายุในช่วง 50-59 ปี ซึ่งเป็นผู้ใหญ่ตอนกลางหรือวัยกลางคนที่มีประสบการณ์ในการดำเนินชีวิต สามารถรับรู้หรือทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารและสามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นหรือประสบการณ์กับผู้อื่นได้ดี และใกล้เคียงกับการศึกษาของ Kobayashi et al. (2015) ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอมีอัตราที่สูงขึ้นในกลุ่มที่มีอายุมากขึ้น โดยเฉพาะวัยสูงอายุ เนื่องจากกลุ่มผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มที่มีความถดถอยของร่างกาย ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลงในทุกระบบ เช่น การได้ยิน การมองเห็น การเคลื่อนไหวที่ช้าลง การทำงานของสมองลดลง ทำให้มีข้อจำกัดในการรับรู้หรือทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารมากขึ้น ในขณะที่การศึกษาของศิริลักษณ์ อัคพิน และคณะ (2563) ที่ได้ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ต่อการใช้กัญชาในทางการแพทย์ ซึ่งพบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการใช้กัญชาการแพทย์ในระดับน้อย

อย่างไรก็ตาม ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในระดับพอใช้และไม่ดีเป็นส่วนใหญ่นั้น สอดคล้องกับการศึกษาของ อังศินันท์ อินทรกำแหง (2560) ที่พบว่า ประชาชนคนไทยส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับพอใช้ได้ที่ร้อยละ 58.9 การศึกษาของ และสอดคล้องกับการศึกษาของ เกศินี สราญฤทธิชัย (2563) ที่พบว่า ในปี พ.ศ. 2557 ได้มีการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่อง 3อ. 2ส. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา) ของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ใน 77 จังหวัด จำนวน 31,200 คน พบว่า ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับไม่ดีพอ คิดเป็นร้อยละ 59.4 รองลงมาคือ ระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 39 และระดับดีมาก

มีเพียงร้อยละ 1.6 เท่านั้น นอกจากนั้น อังศินันท์ อินทรกำแหง (2557) ได้มีการพัฒนาแบบสัมภาษณ์ความแตกฉานด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3อ 2ส เพื่อใช้ในการประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยทำการศึกษาในประชากรไทยทั่วประเทศ พบว่า คนไทยส่วนใหญ่มีระดับความแตกฉานด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้คิดเป็นร้อยละ 72.0

เมื่อจำแนกตามองค์ประกอบทั้ง 6 องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของกลุ่มตัวอย่างโดยรวม พบว่า ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านความเข้าใจต่อนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทย อยู่ในระดับพอใช้ เป็นจำนวนมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านการเข้าถึงข้อมูลนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทย ด้านการตัดสินใจในการใช้ประโยชน์จากกัญชาทางการแพทย์ ด้านการจัดการตนเองต่อการใช้ประโยชน์จากกัญชาทางการแพทย์ และด้านการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทย ตามลำดับ ในขณะที่ ด้านการสื่อสารเกี่ยวกับนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทย อยู่ในระดับไม่ดีเป็นส่วนใหญ่ และเมื่อจำแนกองค์ประกอบทั้ง 6 องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อนโยบายกัญชาทางการแพทย์ตามกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มวัยรุ่น มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทยในระดับพอใช้เป็นจำนวนมากที่สุดทั้ง 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านความเข้าใจ ด้านการเข้าถึงข้อมูล ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ด้านการจัดการตนเอง ด้านการตัดสินใจ และด้านการสื่อสาร ตามลำดับ

ในขณะที่กลุ่มวัยทำงาน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทยในระดับพอใช้เป็นจำนวนมากที่สุด ใน 4 องค์ประกอบ คือ ด้านความเข้าใจต่อนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทย ด้านการเข้าถึงข้อมูลนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทย ด้านการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทย และด้านการจัดการตนเองต่อการใช้ประโยชน์จากกัญชาทางการแพทย์ ตามลำดับ โดยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทยในระดับไม่ดี ในด้านการสื่อสารเกี่ยวกับ

นโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทยมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านการตัดสินใจในการใช้ประโยชน์จากกัญชาทางการแพทย์ของไทย สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทย ในระดับพอใช้ เป็นจำนวนมากที่สุดใน 2 องค์ประกอบ คือ ด้านความเข้าใจต่อนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทย และด้านการตัดสินใจในการใช้ประโยชน์จากกัญชาทางการแพทย์ ตามลำดับ และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทยในระดับไม่ดี เป็นจำนวนมากที่สุดใน 4 องค์ประกอบ คือ ด้านการสื่อสารเกี่ยวกับนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทย ด้านการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทย ด้านการจัดการตนเองต่อการใช้ประโยชน์และด้านการเข้าถึงข้อมูลนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทย ตามลำดับ

จึงนับได้ว่า เป็นความเสี่ยงด้านสุขภาพที่อาจจะเกิดขึ้นได้ต่อการรับรู้ความเข้าใจ และการใช้ประโยชน์จากกัญชาและนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทย หากประชาชนมีการเลือกหรือการตัดสินใจในการใช้กัญชาเพื่อการบำบัดรักษาโรคและการดูแลสุขภาพอย่างไม่ถูกต้อง ไม่เหมาะสม และไม่ปลอดภัย

ดังนั้น การส่งเสริมให้ประชาชนกลุ่มต่างๆ มีทักษะและความสามารถในด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องของกัญชา การใช้ประโยชน์จากกัญชา และนโยบายกัญชาทางการแพทย์ที่ถูกต้อง เหมาะสม เท่าทันต่อข้อมูลข่าวสารและสถานการณ์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง จึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างเร่งด่วน รวมถึงต้องนำองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทั้ง 6 องค์ประกอบ (อังศินันท์ อินทรกำแหง, 2560; Nutbeam, 2008, 2009) ได้แก่ ด้านความเข้าใจ ด้านการเข้าถึงข้อมูล ด้านการตัดสินใจ ด้านการสื่อสาร ด้านการรู้เท่าทันสื่อ และด้านการจัดการตนเองมาประกอบกันในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนด้วย เนื่องจากแนวคิดของความรู้ด้านสุขภาพไม่ได้เป็นเพียงการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเท่านั้น แต่ต้องมี

ทักษะและสามารถหรือศักยภาพในการวิเคราะห์เพื่อทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารสุขภาพในเชิงลึก ต้องรู้เท่าทันข้อมูลข่าวสารที่มีทั้งข่าวลวง ข่าวบิดเบือนหรือโฆษณาเกินจริง ต้องมีทักษะในการสื่อสารปฏิบัติสัมพันธ์กับผู้อื่นหรือบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขได้อย่างมั่นใจ เพื่อสอบถามข้อมูลทำความเข้าใจเกี่ยวกับการวินิจฉัยและรักษาโรค การต่อรองหรือการกำหนดทางเลือกหรือการตัดสินใจในการรักษาโรคหรือการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

โดยสรุป การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทยที่มีความไม่แน่นอนของนโยบายการปฏิบัติ และมีการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์หรือนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทยอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการที่บุคคลหรือประชาชนจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดี หรือระดับการวิเคราะห์ตามแนวคิดของ Nutbeam ได้นั้น ไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยระดับบุคคลหรือปัจจัยปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเท่านั้น แต่ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยปัจจัยที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 3 ด้านด้วย คือ ปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และปัจจัยแวดล้อมระดับสังคม เรียกได้ว่าเป็นปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพหรือ Social Determinants of Health (SDH) ซึ่งเป็นแนวคิดตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 และ World Health Organization (2024) ที่ได้กล่าวไว้สอดคล้องกันว่า “ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ หมายถึง สภาพแวดล้อมที่บุคคลเกิด เติบโต ทำงาน ดำรงชีวิตอยู่ จนถึงวาระสุดท้ายแห่งชีวิต รวมถึงปัจจัยและระบบต่างๆ ที่เข้ามามีส่วนกำหนดสภาพแวดล้อมเหล่านั้นด้วย ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยทางกายภาพ เช่น เพศ (Sex) และเพศภาวะ (Gender) อัตลักษณ์เฉพาะบุคคล มลภาวะ และปัจจัยทางสังคมเชิงระบบที่สลับซับซ้อน เช่น นโยบายและระบบเศรษฐกิจ ทิศทางการพัฒนาบรรทัดฐานในสังคม นโยบายทางสังคม และระบบการเมืองการปกครองซึ่งล้วนมีผลต่อสุขภาพของประชาชนทั้งสิ้น” ดังนั้น ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่พึงประสงค์จะ

เกิดได้นั้น ไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยทางกายภาพหรือปัจจัยระดับบุคคล และปัจจัยปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเท่านั้น แต่ยังสัมพันธ์กับปัจจัยแวดล้อมทางสังคมที่เข้ามามีส่วนในการกำหนดสุขภาพของประชาชนในสังคมนั้นๆ ด้วย เช่น ระบบบริการสาธารณสุขและสุขภาพ ระบบสังคมวัฒนธรรม ระบบการศึกษา ระบบการเมือง ระบบเศรษฐกิจ ระบบการสื่อสารและเทคโนโลยี และระบบอื่นๆ ในสังคม ที่ประกอบกันเป็นระบบนิเวศทางสังคมของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่จะส่งผลให้ประชาชนในสังคมนั้น มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดีได้ และในทางกลับกัน หากประชาชนในสังคมมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่ดีหรือระดับการวิเคราะห์ได้ ย่อมใช้ศักยภาพของตนเองในการเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการหรือการเปลี่ยนแปลงทางนโยบายและสังคมในด้านต่างๆ ที่จะเอื้อให้ประชาชนและสังคมมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่ดีมากขึ้นได้ เช่นกันในฐานะพลเมืองตื่นตัว (Active citizen) อันเป็นการเสริมพลังอำนาจและสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพให้เกิดขึ้นในสังคมได้ (Nutbeam, 2017; World Health Organization, 2008)

ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องต้องมีการส่งเสริมให้ประชาชนในสังคมไทยมีความรู้ความเข้าใจต่อประโยชน์และโทษของกัญชาและนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทย รวมไปถึงการพัฒนาทักษะและความสามารถในการใช้ประโยชน์จากกัญชาทางเพื่อการบำบัดโรคและการดูแลสุขภาพของในแต่ละกลุ่มอายุให้มีความจำเพาะเจาะจงมากขึ้น โดยกลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่อาจจะได้รับผลกระทบจากนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทยได้มากกว่ากลุ่มวัยอื่นๆ ด้วยความเสื่อมถอยของสภาพร่างกาย โรคต่างๆ ที่คุกคามสุขภาพ และปัจจัยเอื้อที่นำไปสู่การติดสินใจต่อการใช้ประโยชน์จากกัญชาทางการแพทย์ เพื่อให้กลุ่มผู้สูงอายุมีทักษะหรือสามารถเข้าถึงและเข้าใจข้อมูลนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทย สามารถรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทยหรือการโฆษณาชวนเชื่อต่างๆ สามารถตัดสินใจและจัดการตนเองในการใช้ประโยชน์จากกัญชาทางการแพทย์ที่เหมาะสมกับตนเองได้อย่างถูกต้อง

และปลอดภัย รวมไปถึงมีความสามารถหรือมีทักษะในการสื่อสารเกี่ยวกับกัญชา การใช้ประโยชน์จากกัญชาและนโยบายกัญชาทางแพทย์ได้อย่างถูกต้อง ในขณะที่กลุ่มวัยทำงาน เป็นกลุ่มวัยสำคัญที่มีประสบการณ์ในการดำเนินชีวิต สามารถรับรู้หรือทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารและสามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นหรือประสบการณ์กับผู้อื่นได้ดี รวมไปถึงมีปัจจัยเอื้อต่างๆ ที่ส่งผลต่อการมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทยในระดับที่ดีได้มากกว่ากลุ่มวัยอื่นๆ โดยเน้นการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทยที่ถูกต้อง ชัดเจน เพื่อสามารถใช้เป็นฐานในการตัดสินใจใช้ประโยชน์จากกัญชาทางการแพทย์ที่เหมาะสมกับตนเองได้อย่างถูกต้อง และปลอดภัย ส่วนกลุ่มวัยรุ่น เป็นกลุ่มวัยที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทย อยู่ในระดับพอใช้เป็นจำนวนมากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับอีก 2 กลุ่มวัย และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทยในระดับพอใช้ ทั้ง 6 องค์ประกอบ โดยกลุ่มวัยรุ่นเป็นกลุ่มที่มีความสามารถและทักษะในการเข้าถึงและสื่อสารข้อมูลข่าวสารต่างๆ ได้ดีกว่ากลุ่มวัยอื่น แต่หากกลุ่มวัยรุ่นมีความรู้ความเข้าใจต่อนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทยไม่มากพอ อาจจะนำไปสู่ความเสี่ยงต่อการตัดสินใจใช้กัญชาอย่างไม่สร้างสรรค์และอาจจะได้รับผลกระทบจากนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทยได้ง่ายเช่นกัน ดังนั้น การเสริมทักษะการคิดวิเคราะห์และการรู้เท่าทันสื่อในกลุ่มวัยรุ่นให้มากขึ้นจึงเป็นสิ่งจำเป็น ทั้งนี้เพื่อให้ประชาชนคนไทยสามารถใช้ประโยชน์จากกัญชาทางแพทย์อย่างเหมาะสม เกิดประโยชน์สูงสุดและลดผลกระทบทางลบที่อาจจะเกิดขึ้นทั้งในด้านสุขภาพและสังคมให้มากที่สุดเช่นกัน

ข้อเสนอแนะได้จากผลการศึกษา

จากข้อค้นพบจากการศึกษาข้างต้น อาจจะเป็นประโยชน์และนำไปสู่การพิจารณาเพื่อกำหนดเป็นนโยบาย/แนวทางในการปฏิบัติและในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการใช้ประโยชน์จากกัญชาและนโยบายกัญชาที่เหมาะสมกับบริบทสังคมไทย ได้ดังนี้

1. นโยบายการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อกัญชาและการใช้ประโยชน์จากกัญชาของประชาชน โดยมุ่งหวังให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องต่อกัญชาและการใช้ประโยชน์จากกัญชาอย่างสมเหตุผลและเกิดความปลอดภัย โดยเฉพาะการมีทักษะทางปัญญาในการคิดวิเคราะห์เชิงลึกข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับกัญชาในเชิงลึก การรู้เท่าทันการสื่อสารและการโฆษณาชวนเชื่อที่หลอกลวง บิดเบือน และเกินไปจากความเป็นจริงเกี่ยวกับกัญชาและยากัญชาซึ่งจำเป็นต้องมีการพัฒนาและส่งเสริมศักยภาพของประชาชนแต่ละกลุ่มให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อกัญชาและการใช้ประโยชน์จากกัญชาของประชาชนแต่ละกลุ่มวัยโดยคำนึงถึงการจัดการปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อกัญชาและการใช้ประโยชน์จากกัญชาของประชาชนแต่ละกลุ่มวัย อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ได้แก่

1.1 กลุ่มเยาวชน ควรเน้นพัฒนาและเสริมสร้างทักษะการคิดวิเคราะห์ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับกัญชาและกัญชาทางการแพทย์ รวมถึงทักษะการรู้เท่าทันสื่อเพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับกัญชาและกัญชาทางการแพทย์ สามารถคิดวิเคราะห์และตัดสินใจในการใช้ประโยชน์จากกัญชาอย่างสร้างสรรค์ โดยกระทรวงศึกษาธิการและกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ควรมีการจัดการเรียนการสอนหรือกิจกรรมเสริมการเรียนรู้ โดยนำข้อมูล ข้อเท็จจริง และความรู้ เกี่ยวกับกัญชาและกัญชาทางการแพทย์ให้กับผู้เรียนหรือเด็กและเยาวชนได้รับรู้ เรียนรู้ หรือจัดให้มีการพูดคุย/แสดงความเห็นเพื่อทำความเข้าใจที่ถูกต้อง และเพิ่มทักษะการคิด

วิเคราะห์เกี่ยวกับคุณและโทษของกัญชาและกัญชาทางการแพทย์ให้กับผู้เรียนหรือเด็กและเยาวชนอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมกับสถานการณ์

1.2 กลุ่มวัยทำงานหรือประชาชนทั่วไป ควรเน้นการสื่อสารเผยแพร่ข้อมูลความรู้และข้อเท็จจริงของกัญชา และกัญชาทางการแพทย์เพื่อนำไปสู่การคิดวิเคราะห์และการตัดสินใจในการใช้ประโยชน์จากกัญชาทางแพทย์เพื่อการรักษาโรคและการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม

1.3 กลุ่มผู้สูงอายุ ควรเน้นการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร การสร้างความรู้ความเข้าใจ และการรู้เท่าทันสื่อที่เกี่ยวข้องกับกัญชาทางแพทย์ เพื่อให้สามารถใช้ประโยชน์จากกัญชาทางแพทย์เพื่อการรักษาโรคและการดูแลสุขภาพอย่างถูกต้องและเหมาะสม

1.4 กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรปรับปรุงข้อมูลข่าวสาร ความรู้ และข้อเท็จจริงเกี่ยวกับคุณประโยชน์และโทษของกัญชา การใช้ประโยชน์จากกัญชาในทุกมิติอย่างรอบด้าน เพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มได้รับรู้ข้อมูลข้อเท็จจริงและเท่าทันสถานการณ์ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับกัญชาและกัญชาทางการแพทย์ที่ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน รวมทั้งปรับปรุงช่องทางในการสื่อสารเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารความรู้เกี่ยวกับกัญชาและกัญชาทางการแพทย์ให้ทันสมัย เข้าถึงได้ง่ายเหมาะสมกับประชาชนแต่ละกลุ่ม และมีมาตรการเฝ้าระวัง ควบคุม ดูแลจัดการข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับกัญชาและกัญชาทางการแพทย์ที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมหรือเตือนภัยให้กับประชาชนทุกกลุ่มอย่างรวดเร็วและเท่าทันต่อสถานการณ์โดยเฉพาะการโฆษณาเกินจริง

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพทั้ง 3 ด้าน คือ ปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และปัจจัยแวดล้อมระดับสังคมที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกัญชา การใช้ประโยชน์จาก

กัญชา และนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทย เพื่อศึกษาในรายละเอียดของปัจจัยต่างๆ และสามารถใช้ในการวิเคราะห์ต่อยอดการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในเชิงลึกได้มากขึ้น

2. ควรมีการศึกษาถึงสิ่งแทรกแซง (Intervention) และผลที่เกิดขึ้นจากนโยบายกัญชาทางการแพทย์เพิ่มเติม เพื่อตอบเป้าหมายสำคัญของแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ ผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health outcome) จากกัญชาและนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของไทยที่มีความชัดเจนมากขึ้น

3. ควรมีการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อนโยบายกัญชาในระยะต่อไปของรัฐบาลที่จัดตั้งขึ้นในปี พ.ศ. 2566 หรือหลังจากนั้น ซึ่งเป็นการเปลี่ยนผ่านทางการเมืองและส่งผลต่อทิศทางนโยบายกัญชาและกัญชาทางการแพทย์ของไทย เพื่อให้เห็นพัฒนาการ/การเปลี่ยนแปลงของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อนโยบายกัญชาของประชาชนในบริบทไทย

เอกสารอ้างอิง

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กองสุขศึกษา. (2558). *การประเมินและการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)*. กระทรวงสาธารณสุข.

กัญญา แซ่โก. (2552). *ความแตกฉานด้านสุขภาพในผู้ป่วยผ่าตัดตา* [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, ไม่ได้ตีพิมพ์], มหาวิทยาลัยมหิดล.

เกศินี สราญฤทธิชัย. (2563). *ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: แนวคิด ทฤษฎีและการประยุกต์ใช้*. โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2561). *ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เข้าถึง เข้าใจและการนำไปใช้*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). บริษัทอัมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).

ธีระ วรธนารัตน์, ภัทรวัณย์ วรธนารัตน์, อรจิรา วงษ์ดนตรี, และ มณฑิชา เจนพานิชทรัพย์. (2558). *รายงานผลการวิจัยการทบทวนสถานการณ์และกลไกการจัดการความแตกฉานด้านสุขภาพ*. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ธีระ วรธนารัตน์. (21 ตุลาคม 2561). *นโยบาย "กัญชา"...ระวังเรื่องโง่ จน และเจ็บ*. สำนักข่าวอิศรา. https://www.isranews.org/isranews-article/70460-kuncha.html

ธีระ วรธนารัตน์. (2563). *รายงานผลการวิจัยกรณีศึกษานโยบายกัญชาทางการแพทย์: สถานการณ์ ผลกระทบ แนวทางจัดการ และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับประเทศไทย.* ศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด (ศศก.).

บังอรศรี จินดาวงค์, เสาวนันท์ บำเรอราช, วริสรา ลุวีระ และ ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์. (2557). ความแตกฉานด้านสุขภาพระดับพื้นฐานของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น. ใน *การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยขอนแก่น.* มหาวิทยาลัยขอนแก่น, บัณฑิตวิทยาลัย, https://gsbooks.gs.kku.ac.th/57/grc15/files/mmp88.pdf

เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี. (2556). *รายงานการศึกษาส่วนบุคคลเรื่อง ความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) และสถานการณ์การดำเนินงานสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพของคนไทยเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน*. การฝึกอบรมหลักสูตรนักบริหารการทูตรุ่นที่ 5, สถาบันการต่างประเทศเทวะวงศ์วโรปการ กระทรวงการต่างประเทศ.

ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่องธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2559. (7 ธันวาคม 2559). *ราชกิจจานุเบกษา.* เล่มที่ 133 ตอนพิเศษ 284 ง หน้า 11.

ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่องธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2565. (10 เมษายน 2566). *ราชกิจจานุเบกษา.* เล่มที่ 140 ตอนพิเศษ 84 ง หน้า 13.

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 พ.ศ. 2565. (9 กุมภาพันธ์ 2565). *ราชกิจจานุเบกษา.* เล่มที่ 139 ตอนพิเศษ 35 ง หน้า 8.

พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522. (27 เมษายน 2522). *ราชกิจจานุเษกษา.* เล่มที่ 96 ตอนที่ 63 ฉบับพิเศษ หน้า 40.

พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562. (18 กุมภาพันธ์ 2562). *ราชกิจจานุเษกษา.* เล่มที่ 136, ตอนที่ 19 ก, หน้า 1.

ภมร ดรุณ และ ณรงค์วิทย์ ขุนพิจารย์. (2559). ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและผลลัพธ์พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนวัยทำงาน อำเภอพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ. *วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9, 22*(1), 14-24.

ภัทรณัญช์ สิทธิสว่าง. (12 มีนาคม 2564). *จำนวนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามกลุ่มอายุ ความต้องการพัฒนาขีดความสามารถ เพศ ทั่วราชอาณาจักร พ.ศ. 2557-2563*. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. https://www.m-society.go.th/news_view.php?nid=29989

รุ่งนภา อาระหัง, สุธีรา ฮุ่นตระกูล และ ศศิธร รุจนเวช. (2561). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม. *วารสารแพทย์นาวี*, *45*(3), 509-562.

ศรีสุดา บุญขยาย. (2562). *รายงานการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป กรณีศึกษาเขตสุขภาพที่ 4*. กลุ่มขับเคลื่อนยุทธศาสตร์และพัฒนากำลังคน, ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี กรมอนามัย.

ศิริลักษณ์ อัคพิน, กรกนก เสาร์แดน, ลลดา ทองจำนงค์ และ ญาตาวี เซ็นเชาวนิช. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ต่อการใช้กัญชาในทางการแพทย์. ใน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์, *การประชุมสัมมนาวิชาการเนื่องในโอกาส ครบรอบ 66 ปี คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สังคมสงเคราะห์และสวัสดิการสังคม: การปลดล็อกความเหลื่อมล้ำสู่ความยั่งยืน* (น.211-222). คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์.

อังศินันท์ อินทรกำแหง. (2557). *การพัฒนาและใช้เครื่องมือประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทยวัยผู้ใหญ่ในการปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส*. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, กองสุขศึกษา.

อังศินันท์ อินทรกำแหง. (2560). *การสร้างและพัฒนาเครื่องมือความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย*. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, กองสุขศึกษา.

Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika, 16*, 297-334. https://doi.org/10.1007/BF02310555

Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement, 30*(3), 607-610. https://doi.org/10.1177/001316447003000308

Kobayashi, L. C., Smith, S. G., O'Conor, R., Curtis L. M., Park D., von Wagner C., Deary, I. J., & Wolf, M. S. (2015). The role of cognitive function in the relationship between age and health literacy: A cross-sectional analysis of older adults in Chicago. USA. *BMJ open, 5*(4), e007222. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007222

Manganello, J. A. (2008). Health literacy and adolescents: A framework and agenda for future research. *Health Education Research*, *23*(5), 840-847. https://doi.org/10.1093/her/cym069

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International, 15*(3), 259–267. https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259

Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science and Medicine, 67*(12), 2072-2078. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050

Nutbeam, D. (2009). Defining and measuring health literacy: What can we learn from literacy studies? *International Journal of Public Health, 54*, 303–305. https://doi.org/10.1007/s00038-009-0050-x

Nutbeam, D. (2017). Health literacy as a population strategy for health promotion. *Japanese Journal of Health Education and Promotion, 25*(3), 210-222. https://doi.org/10.11260/kenkokyoiku.25.210

Paasche-Orlow, M. K., & Wolf, M. S. (2007). The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *American Journal of Health Behavior, 31*(Suppl 1), S19-S26. https://doi.org/10.5555/ajhb.2007.31.supp.S19

Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health, 12*, 80-93. https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80

World Health Organization. (1946). *Constitution of the World Health Organization*. https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

World Health Organization. (2008). *The right to health Fact sheet no.31*. https://www.unscn.org/web/archives_resources/files/Factsheet31.pdf

World Health Organization. (2024). *Operational framework for monitoring social determinants of health equity*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/375732/9789240088320-eng.pdf?sequence=1

Zarcadoolas, C., Pleasant, A., & Greer D. S. (2005). Understanding health literacy: An expanded model. *Health Promotion International, 20*(2), 195–203. https://doi.org/10.1093/heapro/dah609