บทความวิจัย | ORIGINAL ARTICLE

การพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

Development of Health Literacy for Medical Cannabis Use in Yangtalad District, Kalasin Province

ประสิทธิชัย กัลยาสนธิ[1*]

Prasittichai Kanlayasonti[1*]

[1] สาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ / District Public Health Officer, Yangtalad District Public Health Office, Kalasin Province

* ผู้นิพนธ์ประสานงาน (Corresponding author)

☐ **รับบทความ:** 1 พฤษภาคม 2569 ✓**แก้ไขบทความ:** 12 พฤษภาคม 2569 ☑ **ตอบรับบทความ:** 1 มิถุนายน 2569

การอ้างอิง (Citation): ประสิทธิชัย กัลยาสนธิ. การพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพไทยก้าวหน้า. 2569;1(2):58-72.

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนารูปแบบและศึกษาผลของการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ในประชาชนและภาคีเครือข่าย อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างมกราคม 2566 – ตุลาคม 2568 กลุ่มตัวอย่างคือประชาชนทั่วไป 470 คน และภาคีเครือข่าย 470 คน สุ่มอย่างง่ายตามสัดส่วนครัวเรือน 15 ตำบล เครื่องมือวิจัยคือกระบวนการกลุ่ม แบบเก็บข้อมูลผู้ป่วยห้องฉุกเฉิน และแบบสัมภาษณ์ความรอบรู้ทางสุขภาพ 7 ด้าน (Cronbach's alpha = 0.86) วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired t-test Independent t-test Chi-square test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ก่อนพัฒนามีผู้ป่วยจากกัญชามาห้องฉุกเฉิน 286 ราย ส่วนใหญ่ใช้เพื่อสันทนาการ (ร้อยละ 48.25) หลังพัฒนาเหลือ 149 ราย และใช้เพื่อประกอบอาหาร (ร้อยละ 42.28) และเพื่อการแพทย์ (ร้อยละ 38.26) มากขึ้น ($p<0.001$) ความรอบรู้ทางสุขภาพเพิ่มขึ้นจากระดับต่ำ (32.95±2.72) เป็นระดับปานกลาง (37.74±2.51) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และหลังพัฒนาประชาชนทั่วไปไม่แตกต่างจากภาคีเครือข่าย ($p = 0.625$) รูปแบบที่พัฒนามี 7 องค์ประกอบ ได้แก่ วิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกัน ตั้งคณะกรรมการ ตั้งคลินิกกัญชาทางการแพทย์ พัฒนาบุคลากร สนับสนุน รพ.สต. ส่งเสริมผ่านวิสาหกิจชุมชน และเฝ้าระวังกลุ่มใช้ยาเสพติดเดิม อำเภอที่มีบริบทใกล้เคียงสามารถนำรูปแบบนี้ไปใช้ได้

คำสำคัญ: กัญชาทางการแพทย์, ความรอบรู้ทางสุขภาพ, ภาคีเครือข่าย, การวิจัยและพัฒนา

Abstract

This research and development study aimed to examine the situation, develop a model, and evaluate the effects of enhancing health literacy on medical cannabis use among the general public and network partners in Yangtalad District, Kalasin Province, from January 2023 to October 2025 (34 months). The sample comprised 470 members of the general public and 470 network partners (n = 940), selected by proportionate simple random sampling across 15 sub-districts. Instruments were group processes for model development, an emergency-department case record form, and a seven-domain health literacy interview (total score 45; Cronbach's alpha = 0.86). Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, independent t-test, and chi-square test, and verified through in-depth interviews, focus groups, and content analysis.

Before the development (January–March 2023), 286 cannabis-related patients visited the emergency department; the most common symptom was dry mouth and throat (24.13%) and the main purpose of use was recreation (48.25%). After the development (July–September 2025), visits decreased to 149, and use for cooking (42.28%) and medical purposes (38.26%) increased (χ^2 = 35.49, p<0.001). Health literacy among the public and network partners (n = 940) rose significantly from a low level ($\bar{x}$±S.D. = 32.95±2.72) to a moderate level (37.74±2.51) (t = 41.25, 95%CI = 4.56–5.02, p<0.001), with no difference between groups afterward (p = 0.625). The model comprised seven components: joint situation analysis; a committee with assigned duties; a medical cannabis education and service clinic; personnel training; support for sub-district health promoting hospitals; health literacy promotion through community enterprises; and surveillance of former drug-use groups through networks and communities. Districts with similar contexts may adopt this model, with continued surveillance of former drug-use groups, emergency-management training, and health literacy promotion.

Keywords: Medical cannabis, Health literacy, Network partners, Research and development

บทนำ

กัญชาเป็นสารเสพติดที่มีผู้ใช้มากที่สุดในโลก รายงานยาเสพติดโลกปี ค.ศ. 2025 ของสำนักงานสหประชาชาติว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรม (United Nations Office on Drugs and Crime: UNODC) ระบุว่ามีผู้ใช้กัญชาประมาณ 244 ล้านคนในปี ค.ศ. 2023 หรือร้อยละ 4.6 ของประชากรอายุ 15–64 ปี[1] ผู้ใช้บางส่วนใช้ร่วมกับยาเสพติดอื่น เช่น เฮโรอีน โคเคน ยาบ้า และมักพบในกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงาน ทั่วโลกมีการส่งเสริมกัญชาโดยใช้แนวคิดของประเทศที่พัฒนาแล้วซึ่งมีการอนุญาตให้สูบ หรือเป็นส่วนผสมของอาหาร องค์การสหประชาชาติได้ถอดกัญชาออกจากยาเสพติดรุนแรงในตารางที่ 4 เพื่อใช้ในการศึกษาวิจัยและทางการแพทย์มากขึ้น โดยส่วนมากใช้ในการรักษาคลื่นไส้อาเจียน ปวดเรื้อรังเกร็ง ชัก ซึ่งประสิทธิภาพยังคงน้อยอยู่ และผลการศึกษายังมีน้อยเช่นกัน[2] ภาวะแทรกซ้อนของกัญชาเมื่อเสพเป็นเวลานานจะทำให้ภูมิคุ้มกันลดลง ผู้สูบจะเสี่ยงต่อโรคทางเดินหายใจและมะเร็งคล้ายกับบุหรี่ ระบบหลอดเลือดและหัวใจอาจพบกล้ามเนื้อหัวใจตาย (myocardial infarction) เกิดภาวะมีบุตรยาก คลื่นไส้

อาเจียน ระบบประสาทพบว่าการรับรู้หรือสติสัมปชัญญะลดลง[3,4] ผู้ที่ใช้ไม่ถูกขนาดส่วนมากพบภาวะหัวใจเต้นเร็ว (tachycardia) ประมาณร้อยละ 30 และอาจพบอาการอื่น ๆ เช่น หยุดหายใจ (apnea) อาการเขียวคล้ำ (cyanosis) หัวใจเต้นช้า (bradycardia) ภาวะกล้ามเนื้อตึงตัวลดลง (hypotonia) และอาการเหยียดเกร็งอย่างรุนแรง[5] ประเทศไทยกำหนดให้กัญชาเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 5 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษฉบับที่ 7 พ.ศ.2562 แต่แพทย์สามารถสั่งจ่ายเพื่อทางการแพทย์เป็นกรณีจำเป็นเฉพาะรายเท่านั้น ต่อมาในวันที่ 9 มิถุนายน 2565 กระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศ เรื่อง สมุนไพรควบคุม (กัญชา) พ.ศ.2565 โดยให้กัญชาหรือสารสกัดจากกัญชาซึ่งเป็นพืชในสกุล Cannabis เป็นสมุนไพรควบคุม อนุญาตให้ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปครอบครอง ใช้ประโยชน์ ดูแล เก็บรักษา ขนย้าย จำหน่ายกัญชาได้ แต่ห้ามสูบในที่สาธารณะ ห้ามใช้ในสตรีมีครรภ์หรือให้นมบุตร ห้ามจำหน่ายแก่ผู้มีอายุต่ำกว่า 20 ปี สตรีมีครรภ์ หรือให้นมบุตร[6] ต่อมากระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศเรื่อง สมุนไพรควบคุม (กัญชา) พ.ศ.2568 มีผลตั้งแต่วันที่ 26 มิถุนายน 2568 โดยยกเลิกประกาศฉบับ พ.ศ.2565 กำหนดให้เฉพาะส่วนช่อดอกกัญชาเป็นสมุนไพรควบคุมที่ใช้เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ และต้องมีใบสั่งแพทย์[7]

จังหวัดกาฬสินธุ์มีการกระตุ้นให้กัญชา กัญชง และกระท่อม เป็นพืช 3 ก เศรษฐกิจ และส่งเสริมให้เป็นพืชเศรษฐกิจทางเลือกเพื่อเกษตรกร ยกเว้นช่อดอกที่มีสารสกัด Tetrahydrocannabinol (THC) เกินร้อยละ 0.2 และมีการขับเคลื่อนการใช้ยา 5 ตำรับผลักดันคลินิกกัญชาทางการแพทย์นำร่องแล้ว 3 แห่ง[8] อำเภอยางตลาดเป็นอำเภอแรกในจังหวัดกาฬสินธุ์ที่มีการจัดตั้งคลินิกกัญชาทางการแพทย์ โดยนำไปใช้รักษาโรคมะเร็ง โรคพาร์กินสัน โรคลมชัก ช่วยลดอาการอักเสบและอาการเจ็บปวด ร่วมกับโรงพยาบาลกมลาไสย และวิสาหกิจชุมชนปลูกพืชสมุนไพรไทยยางตลาดเป็นผู้ปลูกสมุนไพรกัญชาเพื่อส่งต่อให้โรงพยาบาลกมลาไสยซึ่งเป็นแหล่งผลิตยาจากสมุนไพรกัญชาตามตำรับที่ได้รับอนุญาต เพื่อรักษาผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องรักษาด้วยสมุนไพรกัญชามาตั้งแต่ปี 2563 เป็นต้นมา[9] อย่างไรก็ตาม ในช่วงเดือนมกราคม–มีนาคม 2566 ซึ่งเป็นช่วงเริ่มต้นการวิจัยนี้ ยังพบผู้ป่วยจากการใช้กัญชามารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลยางตลาด 286 ราย ส่วนใหญ่ใช้เพื่อสันทนาการ (ร้อยละ 48.25) มากกว่าใช้เพื่อการแพทย์ (ร้อยละ 21.33) สะท้อนปัญหาการใช้ผิดวัตถุประสงค์และการขาดความรอบรู้ทางสุขภาพของประชาชน

ความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) เป็นแนวคิดที่องค์การอนามัยโลกได้ประกาศใช้เพื่อการสุขภาพดีของคนทั่วโลก ในการประชุมครั้งที่ 7 ณ กรุงไนโรบี ประเทศเคนยา[10] มีความสัมพันธ์กับการสร้างพฤติกรรมที่ถูกต้อง ทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี รู้และเท่าทันสื่อ สู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กรมอนามัยได้กำหนดองค์ประกอบพื้นฐานของความรอบรู้ทางสุขภาพที่จะทำให้ดำรงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองและชี้แนะต่อครอบครัว[11] ซึ่งการขยายตัวของสังคมเครือข่ายออนไลน์ (social media) ทำให้การเข้าถึงข้อมูลต้องมีวิจารณญาณในการแยกแยะข่าวสารที่น่าเชื่อถือ ปัจจุบันความรอบรู้ทางสุขภาพมีผลอย่างมากในยุคการนำกัญชามาใช้ทางการแพทย์ การทำอาหาร หรือสันทนาการ เพื่อกำหนดพฤติกรรมที่ถูกต้องและลดผลกระทบจากการใช้กัญชาที่มีผลต่อสุขภาพทั้งในเชิงระบบและตัวบุคคล[12] ประเทศไทยได้ร่วมลงนามรับรองแนวคิดนี้เพื่อดำรงสุขภาพดีในมิติตนเอง ครอบครัว สังคม สื่อออนไลน์ วิจารณญาณการแยกแยะข่าวสาร และการปฏิบัติจนเกิดทักษะทางสุขภาพ[13] ที่ผ่านมามีการศึกษาที่เกี่ยวข้อง เช่น การพัฒนาเครือข่ายเฝ้าระวังและส่งเสริมความรอบรู้ในการใช้กัญชาทางการแพทย์สำหรับประชาชนจังหวัด

นครนายก[14] และการสำรวจความรอบรู้สุขภาพด้านการใช้กัญชาของประชาชนอำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร[15] แต่ยังมีการศึกษาที่พัฒนารูปแบบโดยใช้ภาคีเครือข่ายและชุมชนเป็นกลไกหลักและติดตามผลต่อเนื่องในระดับอำเภอเป็นระยะเวลามากกว่า 2 ปี รวมถึงเปรียบเทียบความรอบรู้ระหว่างประชาชนทั่วไปกับภาคีเครือข่ายอยู่อย่างจำกัด ซึ่งเป็นช่องว่างขององค์ความรู้ที่การวิจัยนี้ต้องการเติมเต็ม

ปัจจุบันพบปัญหาการเปลี่ยนผ่านจากกัญชาที่เคยผิดกฎหมายมาสู่ยุคกัญชาเสรี ซึ่งองค์ความรู้ในชุมชนดั้งเดิมเคยมีแต่ไม่ได้ใช้มานาน หรืออาศัยการลองผิดลองถูก ย่อมมีปัญหาการใช้ไม่ถูกวิธี การใช้ไม่ปลอดภัย การใช้เกินขนาด หรือการใช้ผิดวัตถุประสงค์ และเมื่อกฎหมายมีการปรับเปลี่ยนในปี 2568 ที่ให้ควบคุมช่อดอกกัญชาเพื่อการแพทย์ ประชาชนและภาคีเครือข่ายยิ่งจำเป็นต้องมีความรอบรู้ที่ถูกต้องและทันสมัย จากปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบเพื่อแก้ไขปัญหาในชุมชนอย่างถูกต้องและยั่งยืน โดยดำเนินการต่อเนื่อง 34 เดือน (มกราคม 2566 – ตุลาคม 2568) ผลการวิจัยคาดว่าจะเป็นแนวทางให้อำเภอที่มีบริบทใกล้เคียงกัน หน่วยบริการสุขภาพ และภาคีเครือข่าย นำไปใช้ส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพและลดอันตรายจากการใช้กัญชาที่ไม่ถูกต้อง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อศึกษาสถานการณ์ แนวทาง และรูปแบบเดิมของการใช้กัญชาทางการแพทย์ในประชาชนและภาคีเครือข่าย อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
2) เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ในประชาชนและภาคีเครือข่าย อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
3) เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ในประชาชนและภาคีเครือข่าย อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ที่มีกระบวนการศึกษาพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม 2566 – ตุลาคม 2568 รวมระยะเวลา 34 เดือน โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทและสถานการณ์ (เดือนที่ 1–3: มกราคม–มีนาคม 2566) ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบ (เดือนที่ 4–6: เมษายน–มิถุนายน 2566) และระยะที่ 3 ประเมินผล ปรับปรุงกิจกรรม และถอดบทเรียนทุก 3 เดือน (เดือนที่ 7–34: กรกฎาคม 2566 – ตุลาคม 2568) มีรายละเอียดดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ประชาชนในพื้นที่อำเภอยางตลาด 15 ตำบล ในเดือนมกราคม 2566 – ตุลาคม 2568 (34 เดือน) จำนวน 109,028 คน ภาคีเครือข่าย 722 คน และผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉินด้วยกัญชาทั้งหมด

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 กลุ่มตัวอย่างวัดความรอบรู้ทางสุขภาพเพื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังพัฒนา คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรประมาณค่าสัดส่วนเมื่อทราบจำนวนประชากร[16] ได้ 469.78 คน ปัดเป็น 470 คนต่อกลุ่ม รวม 940 คน ได้แก่ 1) ประชาชนทั่วไป 470 คน 2) ภาคีเครือข่ายกัญชาทางการแพทย์ 470 คน ส่วนที่ 2 กลุ่มที่ร่วมพัฒนารูปแบบ ได้แก่ ผู้นำชุมชน อสม. ตัวแทนประชาชน หัวหน้าส่วนราชการ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข วิสาหกิจชุมชน และกลุ่มที่ต้องเฝ้าระวังการใช้สารเสพ

ติดเดิม (รายละเอียดในผลการศึกษา) การสุ่มตัวอย่างทำทั้ง 15 ตำบล โดยนำครัวเรือนของแต่ละตำบลมาเทียบบัญญัติไตรยางศ์ตามขนาดครัวเรือน จากนั้นสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีจับฉลากตามจำนวนที่คำนวณ เลือกครัวเรือนละ 1 คน หากไม่ครบจึงสุ่มครัวเรือนถัดไปจนครบ กรณีกลุ่มตัวอย่างสูญหายก่อนสิ้นสุดโครงการจะนำกลุ่มตัวอย่างลำดับถัดไปที่เก็บข้อมูลไว้แล้วขึ้นมาวิเคราะห์ทดแทน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) 1) อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในอำเภอยางตลาดอย่างน้อย 1 ปี สื่อสารภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 2) กลุ่มภาคีเครือข่ายต้องปฏิบัติงานด้านกัญชาทางการแพทย์หรือด้านสุขภาพในพื้นที่อย่างน้อย 6 เดือน ได้แก่ ผู้นำชุมชน อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และสมาชิกวิสาหกิจชุมชน

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ย้ายออกนอกพื้นที่ ไม่สามารถติดตามได้ ขอถอนตัวจากการวิจัย หรือตอบแบบสัมภาษณ์ไม่ครบถ้วน (ทดแทนด้วยรายชื่อลำดับถัดไปที่เก็บข้อมูลไว้แล้ว)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรมศึกษาบริบทและพัฒนารูปแบบ ได้แก่ กระบวนการแก้ไขปัญหาการใช้กัญชาทางการแพทย์และความรอบรู้ทางสุขภาพในพื้นที่ ประกอบด้วยการสัมภาษณ์แบบกลุ่ม การจัดกระบวนการกลุ่มเพื่อรวบรวมและวิเคราะห์ปัญหา การกำหนดมาตรการ การประชาคม การกำหนดบทบาทภาคีเครือข่าย การถอดบทเรียนปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข และการปรับปรุงมาตรการ กิจกรรม และบทบาทภาคีเครือข่ายให้สอดคล้องกับแนวทางแก้ไขที่ได้จากการถอดบทเรียน 2) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 2.1) แบบเก็บข้อมูลการใช้กัญชาทางการแพทย์ในสถานพยาบาล 2.2) แบบสัมภาษณ์ความรอบรู้ทางสุขภาพที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและดัดแปลงจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 7 ด้าน ได้แก่ 1) ความรู้ความเข้าใจเรื่องการใช้กัญชาทางการแพทย์ 2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการเรื่องการใช้กัญชาทางการแพทย์ 3) การสื่อสารเรื่องการใช้กัญชาทางการแพทย์ 4) การจัดการเงื่อนไขสุขภาพของตนเองเรื่องการใช้กัญชาทางการแพทย์ 5) การเท่าทันสื่อและสารสนเทศเรื่องการใช้กัญชาทางการแพทย์ 6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเรื่องการใช้กัญชาทางการแพทย์ 7) พฤติกรรมการดูแลตนเองเรื่องการใช้กัญชาทางการแพทย์ คะแนนรวมทั้ง 7 ด้าน 45 คะแนน แปลผลเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ (ต่ำกว่า 34.00 คะแนน) ปานกลาง (34.00–38.99 คะแนน) และสูง (39.00–45.00 คะแนน) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) โดยอาจารย์คณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ 3 ท่าน และทดสอบความเที่ยง (Reliability) ในอำเภอข้างเคียง 30 ชุด ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล จำแนกเป็น 2 ลักษณะ คือ ข้อมูลทุติยภูมิ ได้จากการคัดลอกข้อมูลจากโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ และข้อมูลปฐมภูมิ ได้จากการจัดกิจกรรมกลุ่มและการสัมภาษณ์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลและร่วมกิจกรรมกลุ่มไปยังหัวหน้าส่วนราชการและเอกชน ทำหนังสือประสานชุมชนเพื่อขออนุญาตลงเก็บข้อมูลในพื้นที่ รวบรวมและวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาในพื้นที่ จำนวนผู้ป่วย อาการ วัตถุประสงค์ของการใช้กัญชา และความรอบรู้ทางสุขภาพก่อนพัฒนา (มกราคม–มีนาคม 2566) กำหนดบทบาทภาคีเครือข่ายในการแก้ไขปัญหา (เมษายน 2566) ดำเนินการตามมาตรการกิจกรรม และบทบาทภาคีเครือข่าย (เมษายน–มิถุนายน 2566) สรุปถอดบทเรียนปัญหาอุปสรรคและ

แนวทางแก้ไข (กรกฎาคม 2566) ปรับปรุงมาตรการกิจกรรม และบทบาทภาคีเครือข่ายให้สอดคล้องกับแนวทางแก้ไขที่ได้จากการถอดบทเรียน (สิงหาคม 2566) ดำเนินการตามมาตรการที่ปรับปรุง พร้อมถอดบทเรียนทุก 3 เดือน (กันยายน 2566 – มิถุนายน 2568) เก็บข้อมูลผู้ป่วยห้องฉุกเฉินและประเมินความรอบรู้หลังพัฒนา (กรกฎาคม–กันยายน 2568) และสรุปถอดบทเรียนครั้งสุดท้าย (ตุลาคม 2568)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล นำข้อมูลที่ได้จากแบบสัมภาษณ์และแบบเก็บข้อมูลมาแจกแจงและประมวลผลทางสถิติด้วยโปรแกรม R-studio โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ข้อมูล เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้ ด้วยความถี่ (Frequency Distribution) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ($\bar{x}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ใช้ Paired t-test เปรียบเทียบคะแนนก่อน-หลังพัฒนา Independent t-test เปรียบเทียบคะแนนระหว่างประชาชนทั่วไปกับภาคีเครือข่าย และ Chi-square test เปรียบเทียบสัดส่วนผู้ป่วยห้องฉุกเฉินก่อน-หลังพัฒนา ส่วนข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการประชุมกลุ่มวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้คำนึงถึงการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยคำนึงถึงจริยธรรมการวิจัยตลอดเวลา ได้แก่ ด้านความเป็นส่วนตัว (privacy) ด้านการรักษาความลับ (confidentiality) และด้านการยินยอมพร้อมใจ (informed consent) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนแก่กลุ่มตัวอย่างก่อนเก็บข้อมูล ให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลผู้ป่วยห้องฉุกเฉินใช้ข้อมูลที่ไม่ระบุตัวตน และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลต่อการรับบริการ

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์ แนวทาง และรูปแบบเดิมของการใช้กัญชาทางการแพทย์ในประชาชนและภาคีเครือข่าย

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประชาชนทั่วไป 470 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.55 อายุ 25 ปีหรือต่ำกว่า ร้อยละ 52.77 ($\bar{x}$±S.D. = 28.14±8.10 ปี) นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด (ร้อยละ 100) สถานภาพสมรสแต่งงานแล้ว ร้อยละ 58.72 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 54.26 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 77.87 และรายได้ครอบครัวต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 55.96 ($\bar{x}$±S.D. = 10,420.50±9,610.25 บาท) กลุ่มภาคีเครือข่ายกัญชาทางการแพทย์ 470 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.43 อายุอยู่ในช่วง 41–45 ปี ร้อยละ 34.89 ($\bar{x}$±S.D. = 41.20±7.28 ปี) นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด (ร้อยละ 100) แต่งงานแล้ว ร้อยละ 79.15 การศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 35.96 ประกอบอาชีพรับราชการ/ทำงานรัฐ ร้อยละ 38.94 และรายได้ครอบครัวต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 51.28 ($\bar{x}$±S.D. = 18,532.40±18,970.15 บาท) ดังแสดงในตารางที่ 1

1.2 สถานการณ์ปัญหา แนวทาง และรูปแบบเดิมของการใช้กัญชาทางการแพทย์ ก่อนการพัฒนา (มกราคม–มีนาคม 2566) มีประชาชนมาใช้บริการห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลยางตลาดจากการใช้กัญชา 286 ราย พบมากที่สุดในอายุ 60 ปีขึ้นไป 84 ราย (ร้อยละ 29.37) อาการที่พบส่วนมากคือ ปากและคอแห้ง ร้อยละ 24.13 รองลงมา ใจสั่น ร้อยละ 18.53 และง่วงซึม ร้อยละ 13.64 ตามลำดับ โดยพบอาการชักร้อยละ 12.59 และเดินเซร้อยละ 11.54

วัตถุประสงค์หลักของการใช้กัญชา ส่วนมากใช้เพื่อสันทนาการ ร้อยละ 48.25 รองลงมาคือประกอบอาหาร ร้อยละ 30.42 และเพื่อการแพทย์ ร้อยละ 21.33 ตามลำดับ รูปแบบเดิมเน้นการให้บริการเชิงรับในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ จากการสนทนากลุ่มพบว่าการใช้กัญชาที่เพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับกระแสข่าว การนิยมในชุมชน การสั่งซื้อออนไลน์ และการเปลี่ยนแปลงของกฎหมาย ขณะที่ประชาชนและภาคีเครือข่ายยังขาดความรู้และความมั่นใจเรื่องการใช้ที่ถูกต้องและข้อกฎหมาย ความรอบรู้ทางสุขภาพก่อนพัฒนาอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{x}$±S.D. = 32.95±2.72 คะแนน จากคะแนนเต็ม 45 คะแนน)

2. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์

2.1 กระบวนการและกลุ่มเป้าหมายในการพัฒนารูปแบบ การพัฒนารูปแบบกำหนดกลุ่มพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพ 7 ด้าน โดยมีกลุ่มเป้าหมายดังนี้ 1) ผู้นำชุมชน 15 หมู่บ้าน จำนวน 15 คน 2) อสม. หมู่บ้านละ 5 คน รวม 75 คน 3) ตัวแทนประชาชน 15 หมู่บ้าน หมู่บ้านละ 10 คน รวม 150 คน 4) นายอำเภอยางตลาดและหัวหน้าส่วนราชการ 22 คน 5) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลยางตลาด สสอ.ยางตลาด ผู้รับผิดชอบงานกัญชาทางการแพทย์ใน รพ.ชุมชน และ รพ.สต. รวม 54 คน 6) กลุ่มวิสาหกิจชุมชน 2 กลุ่มในอำเภอยางตลาด จำนวน 106 คน 7) กลุ่มที่ต้องเฝ้าระวังการใช้สารเสพติดเดิมในชุมชน 34 คน ดำเนินการตามขั้นตอนและกิจกรรม ดังแสดงในตารางที่ 2

2.2 รูปแบบที่ได้จากการพัฒนา ในช่วงเริ่มพัฒนา (เมษายน–มิถุนายน 2566) อำเภอยางตลาดพบผู้ป่วยมีการเสพมากกว่าการใช้เพื่อการแพทย์ เริ่มพบอาการรุนแรง เช่น การชักหรือเดินเซมากขึ้น จึงมีการปรับรูปแบบ เฝ้าระวังกลุ่มยาเสพติดเดิมเพิ่มมากขึ้น และส่งบุคลากรและคนในชุมชนรับการอบรมการใช้กัญชาทางการแพทย์ เน้นการใช้ปริมาณที่พอเหมาะ หลีกเลี่ยงการใช้ในคนที่แพ้ หลังปรับปรุงมาตรการได้รูปแบบ 7 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกันในรูปแบบสุขภาพอำเภอ 2) ตั้งคณะกรรมการแบ่งหน้าที่และผู้รับผิดชอบในภาคีเครือข่าย 3) จัดตั้งคลินิกให้ความรู้และบริการกัญชาทางการแพทย์ มีการจ่ายยากัญชา 5 ตำรับ 4) พัฒนาบุคลากรโดยส่งแพทย์ เภสัชกร พยาบาล แพทย์แผนไทย เจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม. และผู้นำชุมชน เข้ารับการอบรมเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ 5) สนับสนุน รพ.สต. ให้มีการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพในชุมชน 6) ส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพผ่านวิสาหกิจชุมชนกลุ่มปลูกสมุนไพรยางตลาด ปลูก แปรรูป และผลิตยา ส่งเสริมกลุ่มกัญชง กลุ่มหนองตอกแป้น และกลุ่มเอกชน ต.ยางตลาด 7) เฝ้าระวังกลุ่มยาเสพติดเดิมโดยใช้ชุมชนและภาคีเครือข่าย เมื่อกฎหมายเปลี่ยนในเดือนมิถุนายน 2568 คณะกรรมการได้ปรับการประชาสัมพันธ์และการอบรมให้สอดคล้องกับประกาศฉบับใหม่ที่ควบคุมช่อดอกกัญชาให้ใช้ตามใบสั่งแพทย์

3. ผลของการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์

3.1 การเปรียบเทียบความรอบรู้ทางสุขภาพก่อนและหลังพัฒนา จากการทดสอบคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพในประชาชนและภาคีเครือข่าย จำนวน 940 คน พบว่าก่อนและหลังพัฒนาอย่างต่อเนื่องมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้านทั้งในกลุ่มประชาชนทั่วไปและกลุ่มภาคีเครือข่าย ($p<0.001$) คะแนนรวมทั้ง 7 ด้านของทั้งสองกลุ่มรวมกันเพิ่มขึ้นจากระดับต่ำ (32.95±2.72 คะแนน) เป็นระดับปานกลาง (37.74±2.51 คะแนน) ($t = 41.25$, 95%CI = 4.56–5.02, $p<0.001$) โดยกลุ่มประชาชนทั่วไปเพิ่มขึ้นจาก 32.35±2.71 เป็น 37.70±2.54 คะแนน และกลุ่มภาคีเครือข่ายเพิ่มขึ้น

จาก 33.55±2.60 เป็น 37.78±2.47 คะแนน ด้านที่เพิ่มขึ้นมากที่สุดของทั้งสองกลุ่มคือพฤติกรรมการดูแลตนเอง (t = 18.43 และ 17.12 ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 3

3.2 การเปรียบเทียบความรอบรู้ทางสุขภาพระหว่างประชาชนทั่วไปและภาคีเครือข่าย ก่อนพัฒนา กลุ่มภาคีเครือข่ายมีคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพรวมสูงกว่ากลุ่มประชาชนทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (33.55 และ 32.35 คะแนน; t = -6.93, p<0.001) แต่หลังพัฒนาคะแนนของกลุ่มประชาชนทั่วไปเป็น 37.70 คะแนน และกลุ่มภาคีเครือข่ายเป็น 37.78 คะแนน ซึ่งไม่แตกต่างกัน (t = -0.49, p = 0.625) ดังแสดงในตารางที่ 4

3.3 สถานการณ์ผู้ป่วยที่มารับบริการห้องฉุกเฉินจากกัญชาก่อนและหลังพัฒนา ภายหลังการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (กรกฎาคม–กันยายน 2568) มีผู้มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน 149 ราย ลดลงจาก 286 ราย (ลดลงร้อยละ 47.90) พบมากที่สุดในอายุ 60 ปีขึ้นไป 43 ราย (ร้อยละ 28.86) อาการที่พบส่วนมาก คือ ปากและคอแห้ง ร้อยละ 26.85 รองลงมา ใจสั่น ร้อยละ 20.13 และง่วงซึม ร้อยละ 16.11 ตามลำดับ อาการที่บ่งชี้ความรุนแรงลดลง เช่น อาการชักลดลงจากร้อยละ 12.59 เป็นร้อยละ 5.37 (χ^2 = 5.61, p = 0.018) ส่วนอาการเดินเซลดลงจากร้อยละ 11.54 เป็นร้อยละ 7.38 แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2 = 1.86, p = 0.173) วัตถุประสงค์หลักของการใช้กัญชาเปลี่ยนจากเพื่อสันทนาการ (ร้อยละ 48.25 ก่อนพัฒนา) มาเป็นเพื่อประกอบอาหาร (ร้อยละ 42.28) และเพื่อการแพทย์ (ร้อยละ 38.26) โดยสัดส่วนที่ใช้เพื่อสันทนาการลดลงเหลือร้อยละ 19.46 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2 = 35.49, p<0.001) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากรของกลุ่มประชาชนทั่วไปและภาคีเครือข่ายกัญชาทางการแพทย์

ลักษณะทางประชากร	ประชาชนทั่วไป (n = 470) จำนวน (ร้อยละ)	ภาคีเครือข่ายกัญชาทางการแพทย์ (n = 470) จำนวน (ร้อยละ)
เพศ		
ชาย	129 (27.45)	139 (29.57)
หญิง	341 (72.55)	331 (70.43)
อายุ (ปี)		
25 ปีหรือต่ำกว่า	248 (52.77)	12 (2.55)
26-30 ปี	83 (17.66)	38 (8.09)
31-35 ปี	42 (8.94)	49 (10.43)
36-40 ปี	52 (11.06)	83 (17.66)
41-45 ปี	24 (5.11)	164 (34.89)
46 ปีขึ้นไป	21 (4.47)	124 (26.38)
สถานภาพสมรส		
โสด	181 (38.51)	71 (15.11)
แต่งงานและอาศัยอยู่ด้วยกัน	276 (58.72)	372 (79.15)

ลักษณะทางประชากร	ประชาชนทั่วไป (n = 470) จำนวน (ร้อยละ)	ภาคีเครือข่ายกัญชาทางการแพทย์ (n = 470) จำนวน (ร้อยละ)
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	13 (2.77)	27 (5.74)
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	255 (54.26)	118 (25.11)
มัธยมศึกษาตอนต้น	142 (30.21)	74 (15.74)
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	53 (11.28)	109 (23.19)
ปริญญาตรีขึ้นไป	20 (4.26)	169 (35.96)
อาชีพ		
เกษตรกรรม/ทำไร่นา	366 (77.87)	152 (32.34)
รับราชการ/ทำงานรัฐ	0 (0.00)	183 (38.94)
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	20 (4.26)	87 (18.51)
รับจ้างทั่วไป/นักเรียน/อื่น ๆ	84 (17.87)	48 (10.21)
รายได้ครอบครัวต่อเดือน (บาท)		
ต่ำกว่า 10,000	263 (55.96)	241 (51.28)
10,000 ขึ้นไป	207 (44.04)	229 (48.72)

ตารางที่ 2 ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบ กิจกรรม เครื่องมือ ระยะเวลา และเหตุผลทางวิชาการ (มกราคม 2566 – ตุลาคม 2568)

ระยะ/เดือน	กิจกรรม/เนื้อหา	เครื่องมือที่ใช้	ระยะเวลา	เหตุผลทางวิชาการ
ม.ค.–มี.ค. 2566	ศึกษาบริบทและวิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกันในรูปแบบสุขภาพอำเภอ เก็บข้อมูลผู้ป่วยห้องฉุกเฉิน และประเมินความรอบรู้ก่อนพัฒนา	แบบเก็บข้อมูลผู้ป่วยห้องฉุกเฉิน แบบสัมภาษณ์ความรอบรู้ทางสุขภาพ การสนทนากลุ่ม	3 เดือน	ใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์กำหนดปัญหาและเป็นฐานเปรียบเทียบก่อน-หลังพัฒนา
เม.ย. 2566	ตั้งคณะกรรมการ แบ่งหน้าที่ และกำหนดบทบาทภาคีเครือข่าย	กระบวนการกลุ่ม การประชาคม	1 เดือน	หลักการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายเพื่อความยั่งยืน
เม.ย.–มิ.ย. 2566	ดำเนินการตามมาตรการ: จัดตั้งคลินิกให้ความรู้และบริการกัญชาทางการแพทย์ (ยา 5 ตำรับ) อบรมบุคลากร สนับสนุน รพ.สต. และวิสาหกิจชุมชน	สื่อให้ความรู้ การอบรม คู่มือการใช้	3 เดือน	พัฒนาองค์ประกอบความรอบรู้ทางสุขภาพ 7 ด้านตามแนวคิดของกรมอนามัย

ระยะ/เดือน	กิจกรรม/เนื้อหา	เครื่องมือที่ใช้	ระยะเวลา	เหตุผลทางวิชาการ
ก.ค. 2566	ถอดบทเรียนปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข	กระบวนการกลุ่มถอดบทเรียน	1 เดือน	การเรียนรู้จากการปฏิบัติ (Action learning) เพื่อปรับปรุงมาตรการ
ส.ค. 2566	ปรับปรุงมาตรการ เพิ่มการเฝ้าระวังกลุ่มใช้สารเสพติดเดิมและอบรมการรับมือภาวะฉุกเฉินจากกัญชา	การประชาคม กระบวนการกลุ่ม	1 เดือน	ตอบสนองต่ออาการรุนแรงที่พบ เช่น ชักและเดินเซ
ก.ย. 2566 – มิ.ย. 2568	ดำเนินการตามมาตรการที่ปรับปรุง ติดตามผล และถอดบทเรียนทุก 3 เดือน	แบบเก็บข้อมูล การประชุมกลุ่ม	22 เดือน	การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (PDCA) ให้สอดคล้องกับบริบทและกฎหมายที่เปลี่ยนแปลง
ก.ค.–ก.ย. 2568	ประเมินผลหลังพัฒนา: เก็บข้อมูลผู้ป่วยห้องฉุกเฉินและวัดความรอบรู้ทางสุขภาพ	แบบเก็บข้อมูล แบบสัมภาษณ์ความรอบรู้ทางสุขภาพ	3 เดือน	เปรียบเทียบผลก่อน-หลังพัฒนาอย่างเป็นระบบ
ต.ค. 2568	สรุปถอดบทเรียนครั้งสุดท้ายและสรุปรูปแบบ	กระบวนการกลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก	1 เดือน	ทวนสอบรูปแบบเชิงคุณภาพกับผลเชิงปริมาณ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ก่อนและหลังพัฒนา จำแนกตามกลุ่ม (Paired t-test)

ตัวแปร	กลุ่ม	ก่อน		หลัง		t	p-value
		$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
1. ความรู้ความเข้าใจ (คะแนนเต็ม 10)	ประชาชนทั่วไป	7.18	1.60	8.20	1.27	10.79	<0.001*
	ภาคีเครือข่าย	7.48	1.52	8.22	1.23	8.23	<0.001*
2. การเข้าถึงข้อมูลและบริการ (คะแนนเต็ม 5)	ประชาชนทั่วไป	3.55	0.92	4.17	0.69	11.69	<0.001*
	ภาคีเครือข่าย	3.70	0.88	4.18	0.67	9.46	<0.001*
3. การสื่อสาร (คะแนนเต็ม 5)	ประชาชนทั่วไป	4.42	0.84	4.93	0.79	11.06	<0.001*
	ภาคีเครือข่าย	4.54	0.80	4.93	0.77	8.90	<0.001*
4. การจัดการเงื่อนไขสุขภาพของตนเอง (คะแนนเต็ม 5)	ประชาชนทั่วไป	3.40	0.94	4.04	0.85	11.56	<0.001*
	ภาคีเครือข่าย	3.55	0.90	4.07	0.83	9.80	<0.001*
5. การเท่าทันสื่อและสารสนเทศ (คะแนนเต็ม 5)	ประชาชนทั่วไป	3.75	1.05	4.22	0.78	7.84	<0.001*
	ภาคีเครือข่าย	3.89	1.00	4.21	0.76	5.55	<0.001*
	ประชาชนทั่วไป	2.98	0.86	3.37	0.67	8.05	<0.001*

ตัวแปร	กลุ่ม	ก่อน		หลัง		t	p-value
		$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
6. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (คะแนนเต็ม 5)	ภาคีเครือข่าย	3.10	0.82	3.38	0.65	6.07	<0.001*
7. พฤติกรรมการดูแลตนเอง (คะแนนเต็ม 10)	ประชาชนทั่วไป	7.07	1.56	8.77	0.82	18.43	<0.001*
	ภาคีเครือข่าย	7.29	1.50	8.79	0.78	17.12	<0.001*
คะแนนรวม 7 ด้าน (คะแนนเต็ม 45)	**ประชาชนทั่วไป**	**32.35**	**2.71**	**37.70**	**2.54**	**32.04**	**<0.001***
	ภาคีเครือข่าย	**33.55**	**2.60**	**37.78**	**2.47**	**26.20**	**<0.001***

หมายเหตุ: *มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <.05

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ระหว่างประชาชนทั่วไปและภาคีเครือข่าย ก่อนและหลังพัฒนา (Independent t-test)

ตัวแปร	ประชาชนทั่วไป (n = 470)		ภาคีเครือข่าย (n = 470)		t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
ความรอบรู้ทางสุขภาพรวม ก่อนพัฒนา (คะแนนเต็ม 45)	32.35	2.71	33.55	2.60	-6.93	<0.001*
ความรอบรู้ทางสุขภาพรวม หลังพัฒนา (คะแนนเต็ม 45)	37.70	2.54	37.78	2.47	-0.49	0.625
ด้านความรู้ความเข้าใจ ก่อนพัฒนา (คะแนนเต็ม 10)	7.18	1.60	7.48	1.52	-2.95	0.003*
ด้านความรู้ความเข้าใจ หลังพัฒนา (คะแนนเต็ม 10)	8.20	1.27	8.22	1.23	-0.25	0.806

หมายเหตุ: *มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <.05

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบวัตถุประสงค์การใช้กัญชาและอาการรุนแรงของผู้ป่วยที่มารับบริการห้องฉุกเฉิน ก่อนและหลังพัฒนา (Chi-square test)

ตัวแปร	ก่อนพัฒนา (N = 286) จำนวน (ร้อยละ)	หลังพัฒนา (N = 149) จำนวน (ร้อยละ)	χ^2	p-value
วัตถุประสงค์: ประกอบอาหาร	87 (30.42)	63 (42.28)	35.49	<0.001*
วัตถุประสงค์: สันทนาการ	138 (48.25)	29 (19.46)		
วัตถุประสงค์: การแพทย์	61 (21.33)	57 (38.26)		
อาการชัก	36 (12.59)	8 (5.37)	5.61	0.018*
อาการเดินเซ	33 (11.54)	11 (7.38)	1.86	0.173

หมายเหตุ: *มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <.05

อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่าก่อนพัฒนา (มกราคม–มีนาคม 2566) ผู้ป่วยที่มารับบริการห้องฉุกเฉินส่วนใหญ่ใช้กัญชาเพื่อสันทนาการ (ร้อยละ 48.25) มากกว่าเพื่อการแพทย์ (ร้อยละ 21.33) และความรอบรู้ทางสุขภาพของประชาชนอยู่ในระดับต่ำ จำนวนผู้ป่วยที่ใช้กัญชา มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในช่วงแรก เนื่องจากกระแสข่าว การนิยมในหมู่ชุมชน การสั่งซื้อออนไลน์ นโยบายของรัฐบาล และการประกาศหรือแก้ไขข้อกฎหมายสำคัญ การพัฒนาในระยะแรกทำได้ยาก ต้องปรับกลยุทธ์ แจ้งให้ประชาชนทราบถึงความรุนแรงของการใช้ทางการแพทย์ผิดวิธีหรือใช้เกินขนาด และเฝ้าระวังกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดเดิม จึงสามารถลดจำนวนผู้ป่วยลงได้ สอดคล้องกับ ธีระ วรธนารัตน์ ที่รายงานฉบับสมบูรณ์เรื่องกรณีศึกษานโยบายกัญชาทางการแพทย์ พบปัญหาสำคัญที่ต้องแก้ไข ได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อทางการแพทย์ ผลกระทบต่อการรักษาทางการแพทย์ ข่าวลวง โฆษณาลวง การขยายตัวของธุรกิจกัญชา ปัญหาการสร้างความรู้เรื่องกัญชา และปัญหาด้านสังคมจากนโยบายกัญชาทางการแพทย์[17]

อาการที่บ่งชี้ถึงความรุนแรง เช่น การชัก การเดินเซ ที่พบในช่วงแรก แสดงให้เห็นว่าในชุมชนมีการใช้กัญชาเพิ่มมากขึ้นในปริมาณที่มากขึ้นและขาดองค์ความรู้เรื่องการใช้กัญชา หรืออาจมีการเสพผสมกับสารเสพติดต่าง ๆ ประกอบกับหาซื้อได้ง่าย ผู้วิจัยจึงปรับมาตรการ ประชาสัมพันธ์ในชุมชน เฝ้าระวังกลุ่มเสพติดเดิม เฝ้าระวังกลุ่มป่วยเดิมไม่ให้เป็นซ้ำ และให้ใช้กัญชาให้เหมาะกับเพศ วัย หรือน้ำหนักตัว หลีกเลี่ยงการใช้เมื่อแพ้ จึงสามารถลดอาการรุนแรงดังกล่าวลงได้ โดยอาการชักลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ กรพินทุ์ ปานวิเชียร ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ พบว่าลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะการใช้และการรับรู้ข้อดีข้อเสียของกัญชาทางการแพทย์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้กัญชาทางการแพทย์ของประชาชน[18] รูปแบบการพัฒนา 7 องค์ประกอบจะสำเร็จลุล่วงได้อย่างยั่งยืนต้องใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลางและมีส่วนร่วมในการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ สอดคล้องกับ พิมพ์พิสาข์ จอมศรี และคณะที่พัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างถูกต้องในประชาชนจังหวัดเชียงราย พบว่าโปรแกรมสามารถเพิ่มความรอบรู้ทางสุขภาพได้ และการให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่องจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีความสำคัญต่อความสำเร็จของโปรแกรม[19]

วัตถุประสงค์ของการใช้กัญชาเปลี่ยนจากเพื่อสันทนาการ ภายหลังพัฒนาเปลี่ยนมาเป็นเพื่อประกอบอาหารและเพื่อการแพทย์ จะเห็นได้ว่ากลุ่มที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินส่วนใหญ่เป็นผู้ใช้เพื่อสันทนาการ ไม่ได้ใช้เพื่อการแพทย์ การคลายกฎหมายเพื่อใช้ทางการแพทย์เอื้อประโยชน์ให้กลุ่มนี้ ถึงแม้การพัฒนารูปแบบในอำเภอยางตลาดจะดำเนินการอย่างจริงจัง ภายหลังพัฒนาสัดส่วนการใช้เพื่อการแพทย์เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 38.26 แต่ยังต่ำกว่าการใช้เพื่อประกอบอาหารเล็กน้อย (ร้อยละ 42.28) มีเพียงสถานบริการของรัฐที่สนับสนุนให้ใช้ในผู้ป่วย ประชาชนเองยังใช้ในทางการแพทย์น้อย อาจเพราะกลัวและขาดความรู้ การพัฒนาจึงควรส่งเสริมความรอบรู้เพื่อการใช้กัญชาทางการแพทย์เป็นหลัก สอดคล้องกับ โกวิท สีหาคม และ วิภาวรรณ สีหาคม ที่ศึกษาความรู้และเจตคติต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์ของเภสัชกรในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสกลนคร พบว่าความรู้และเจตคติอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยด้านเพศและประสบการณ์การอบรมมีผลต่อความรู้ ส่วนเพศ อายุ ประสบการณ์การทำงาน และประสบการณ์การอบรม

มีผลต่อเจตคติ จึงควรมีกิจกรรมอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ในประชาชนและบุคลากรร่วมด้วย[20]

การพัฒนาตามรูปแบบทำให้ความรอบรู้ทางสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการดำเนินการตามรูปแบบของอำเภอยางตลาดใช้ภาคีเครือข่ายและชุมชนเป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อน จึงประสบความสำเร็จได้ง่ายแต่ต้องใช้ระยะเวลานานเป็นปี ในระยะแรกของการพัฒนามักมีปัญหาด้านข้อกฎหมาย และบุคลากรในภาคีเครือข่ายยังไม่มั่นใจ จึงมีการส่งไปอบรมเพิ่มความรู้ด้านการใช้กัญชาทางการแพทย์และข้อกฎหมายเพิ่มเติม สอดคล้องกับ ภานุชนาถ อ่อนไกล และ กฤชกันทร สุวรรณพันธุ์ ที่ศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดขอนแก่น พบว่าส่วนใหญ่มีความรอบรู้ในแต่ละด้านระดับปานกลาง และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพัฒนาความรอบรู้ด้านนี้ โดยเฉพาะ อสม. ที่ยังอยู่ในระดับต่ำ รวมถึงผู้ที่มีความเข้าใจไม่ถูกต้อง เช่น การใช้กัญชาเพื่อบรรเทาอาการหอบหืด[21] นอกจากนี้ ก่อนพัฒนากลุ่มภาคีเครือข่ายมีคะแนนสูงกว่าประชาชนทั่วไป แต่หลังพัฒนาคะแนนของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (37.70 และ 37.78 คะแนน) สะท้อนว่าการส่งเสริมผ่านภาคีเครือข่ายและชุมชนช่วยให้ประชาชนมีความรอบรู้ใกล้เคียงกับกลุ่มที่ปฏิบัติงานด้านนี้โดยตรง

ข้อจำกัดของการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาที่ไม่มีกลุ่มควบคุม จึงไม่อาจสรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลได้อย่างชัดเจน ผลที่พบอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยภายนอก โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงทางกฎหมายในเดือนมิถุนายน 2568 ที่ควบคุมช่อดอกกัญชาให้ใช้เพื่อการแพทย์ตามใบสั่งแพทย์ ซึ่งมีผลบังคับใช้ก่อนช่วงเก็บข้อมูลหลังพัฒนา (กรกฎาคม–กันยายน 2568) นอกจากนี้ข้อมูลผู้ป่วยห้องฉุกเฉินมาจากโรงพยาบาลเพียงแห่งเดียว และการวัดความรอบรู้ใช้แบบสัมภาษณ์ซึ่งอาจมีอคติจากการตอบตามความคาดหวังของสังคม

สรุปผลการวิจัย

การพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือนมกราคม 2566 – ตุลาคม 2568 ได้รูปแบบ 7 องค์ประกอบที่ใช้ภาคีเครือข่ายและชุมชนเป็นกลไกหลัก ภายหลังพัฒนาผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินลดลงจาก 286 ราย เหลือ 149 ราย อาการชักลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ วัตถุประสงค์การใช้เปลี่ยนจากสันทนาการเป็นประกอบอาหารและเพื่อการแพทย์ และความรอบรู้ทางสุขภาพของประชาชนและภาคีเครือข่ายเพิ่มขึ้นจากระดับต่ำเป็นระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) โดยหลังพัฒนาคะแนนของประชาชนทั่วไปไม่แตกต่างจากภาคีเครือข่าย

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ อำเภอที่มีบริบทใกล้เคียงกันสามารถนำรูปแบบนี้ไปใช้ได้ แต่ควรเฝ้าระวังกลุ่มยาเสพติดเดิม ส่งเสริมการอบรมรับมืออาการป่วยฉุกเฉินจากกัญชา และส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพในภาคีเครือข่ายและประชาชน รวมทั้งปรับการสื่อสารให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของกฎหมาย โดย ประกาศสมุนไพรควบคุม (กัญชา) พ.ศ. 2568

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีกลุ่มเปรียบเทียบในพื้นที่ที่ไม่ได้รับรูปแบบ ติดตามผลระยะยาวภายหลังการเปลี่ยนแปลงของกฎหมาย และศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกและความปลอดภัยของผู้ใช้กัญชาทางการแพทย์ร่วมด้วย

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจาก นพ.อภิชัย ลิมานนท์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ และนายอำเภอยางตลาด ที่เอื้อเฟื้อให้เก็บข้อมูลในพื้นที่ และขอขอบคุณประชาชนและภาคีเครือข่ายอำเภอยางตลาดที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์และทำกิจกรรมกลุ่ม

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Office on Drugs and Crime. World drug report 2025: key findings [Internet]. Vienna: United Nations; 2025 [cited 2026 Nov 2]. Available from: https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR_2025/WDR25_B1_Key_findings.pdf
2. National Institute for Health and Care Excellence. Cannabis-based medicinal products: draft guideline for consultation. London: NICE; 2019.
3. Lapoint JM. Cannabinoids. In: Hoffman RS, Howland MA, Lewin NA, Nelson LS, Goldfrank LR, editors. Goldfrank's toxicologic emergencies. 10th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2015. p. 1042-53.
4. Jiranantakan T. Cannabis (in Thai). In: Chomchai S, Chomchai C, editors. Toxicity from other relaxant substances in adolescents (in Thai). 1st ed. Bangkok: Duan Tula; 2017. p. 187-94.
5. Sriprasert P. Recommendations for the care of patients using cannabis in Thailand (in Thai) [Internet]. 2019 [cited 2022 Jun 7]. Available from: https://www.kanpho.go.th/new/downloads/คำแนะนำการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีการใช้กัญชาในประเทศไทย.pdf
6. Ministry of Public Health (TH). Recommendations for medical cannabis use (in Thai) [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2022 [cited 2022 Jul 26]. Available from: http://www.dms.moph.go.th/dms2565/download/Final_1
7. Ministry of Public Health (TH). Announcement of the Ministry of Public Health: controlled herb (cannabis) B.E. 2568 (in Thai). Royal Gazette [Internet]. 2025 Jun 25 [cited 2026 Nov 2]. Available from: https://www.ratchakitcha.soc.go.th
8. Kalasin Provincial Public Health Office. Report on cannabis clinic operations (in Thai). Kalasin: Kalasin Provincial Public Health Office.
9. Yangtalad District Public Health Office. Report on medical cannabis use (in Thai). Kalasin: Kalasin Provincial Public Health Office.
10. Kasetsomboon P. Medical cannabis for family medicine (in Thai). J Prim Care Fam Med. 2020 Jan-Apr;3(1).
11. Urairoekkun C. Health education: a challenge in the 21st century to raise health literacy (in Thai) [Internet]. 2019 [cited 2022 Jul 18]. Available from: http://doh.hpc.go.th/data/hl/HLAsPublicHealthGoal.pdf
12. Apiboonyopas Y, Wananukul W. Cannabis toxicity (in Thai). Toxicology Newsletter. 2009;17(2):3-5.

13. Rueanrengsak P. Cannabis and disease treatment (in Thai) [Internet]. Bangkok: Faculty of Pharmacy, Mahidol University; [cited 2022 Jul 25]. Available from: https://www.pharmacy.mahidol.ac.th/th/knowledge/article/453/กัญชา/
14. Saeng-angsumalee C. The development of a community network and promoting health literacy in safe medical cannabis use for the people of Nakhon Nayok Province (in Thai). J Roi Kaensarn Acad. 2024;9(5):312-24.
15. Srinok K. Health literacy of cannabis use among people in Phanna Nikhom District, Sakon Nakhon Province. Acad J Health Environ. 2024;2(2):3171. doi:10.55674/ajhe.v2i2.3171
16. Cochran WG. Sampling techniques. 3rd ed. New York: John Wiley & Sons; 1977.
17. Worathanarat T. Final report: case study of medical cannabis policy: situation, impacts, management approaches and policy recommendations for Thailand (in Thai). Bangkok: Faculty of Medicine, Chulalongkorn University; 2020.
18. Panwichian K. Factors associated with the level of behavior in using cannabis for medical benefit (in Thai). J Boromarajonani Coll Nurs Suphanburi. 2020 Jan-Apr;3(1).
19. Jomsri P, et al. Development of a health literacy enhancement program for correct medical cannabis use among people in Chiang Rai Province: final research report (in Thai). Songkhla: Center for Addiction Studies, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University.
20. Sihakhom K, Sihakhom W. Knowledge and attitude toward medical cannabis use among pharmacists in community hospitals, Sakon Nakhon Province (in Thai). J Health Syst Res Dev. 2022 Jan-Apr;15(1).
21. Onklai P, Suwanphan K. Health literacy on medical cannabis use among village health volunteers in Khon Kaen Province (in Thai). J Health Sci Community Public Health. 2020 Jul-Dec;3(2).