

“ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ ต่อการใช้กัญชาอย่างถูกต้อง”

ดร.พิมพ์พิสาข์ จอมศรี อาจารย์มัลลิกา มาตระกุล ดร.วุฒิชัย ไชยรินคำ รศ.พญ.สุรินทร์พร ลิขิตเสถียร นพ.ธวัชชัย ใจคำวัง

พื้นที่ชายแดนของ จ. เชียงราย ประสบกับสถานการณ์การลักลอบนำเข้ายาเสพติดที่มีความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง โดยยาเสพติดที่นิยมมากที่สุดคือยาบ้า (ร้อยละ 74.4) รองลงมาคือกัญชา (ร้อยละ 5.9) โดยเฉพาะหลังจากการประกาศพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) ให้สามารถนำกัญชามาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ได้ พบว่ามีผู้ใช้กัญชาและผลิตภัณฑ์จากกัญชา (น้ำมันกัญชา) เพิ่มขึ้น ในขณะที่จำนวนผู้เข้าบำบัดรักษายาเสพติดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามไปด้วย (คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2563) จากสถานการณ์ดังกล่าวเป็นผลให้ความต้องการ (demand) กัญชามีเพิ่มขึ้น (Rehm, Elton-Marshall, Sornpaisarn, & Manthey, 2019) ทั่วโลกจึงตื่นตัวเพื่อปรับเปลี่ยนกฎหมายและนโยบายต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์ อย่างไรก็ตามปัญหาที่ตามมาจากการใช้กัญชาทางการแพทย์คือ ประชาชนใช้ประโยชน์จากกัญชาในการรักษาทางการแพทย์อย่างไม่ถูกต้อง ดังนั้น ความรู้จึงมีความจำเป็นอย่างมาก การมีความรู้ที่ถูกต้องจะช่วยให้ประชาชนแยกความแตกต่างได้ระหว่างการใช้กัญชาเพื่อการรักษาทางการแพทย์กับการเสกัญชาได้อย่างถูกต้อง (Lancaster, Seear, & Ritter, 2017) ซึ่งความรู้ทางสุขภาพ (health literacy) เป็นทักษะที่กล่าวถึงกันอย่างกว้างขวางว่า สามารถช่วยให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องได้ (A.Flearya, Joseph, & E.Pappagianopoulos, 2018; Jirapa Khampisut, 2018; ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, 2561)

ความรู้ทางสุขภาพหมายถึง ทักษะต่างๆ ทางการรับรู้และทางสังคมซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจ และความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีอยู่เสมอ (World Health Organization, 1998) นอกจากนี้ ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร (2554) ได้นิยามความรู้ทางสุขภาพว่า หมายถึง ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติและจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชนเพื่อสุขภาพ

ที่ดี ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับ 6 ด้านได้แก่ ระดับที่ 1 ระดับพื้นฐานประกอบไปด้วยด้านการเข้าถึงข้อมูลและด้านความรู้ความเข้าใจ ระดับที่ 2 ระดับปฏิสัมพันธ์ ประกอบด้วยด้านทักษะการสื่อสารและด้านการจัดการตนเอง และระดับที่ 3 ระดับวิจารณ์ญาณประกอบด้วย ด้านการรู้เท่าทันสื่อและด้านทักษะการตัดสินใจ ความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลสุขภาพ และยังส่งผลให้บุคคลมีคุณสมบัติของพลเมืองไทย 4.0 รอบรู้สุขภาพ ด้วยการพัฒนาความสามารถทางปัญญาและสังคม เพื่อให้บุคคล และชุมชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถถ่วงดุลประเมิน และเลือกรับข้อมูล จนนำไปสู่การตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือเลือกบริการสุขภาพที่เหมาะสมจนกลายไปสู่ชุมชนแห่งความรอบรู้ ดังนั้น จึงควรมีการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ

ความรู้ทางสุขภาพเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมทางสุขภาพที่ถูกต้อง ($p < .01$) (A.Flearya et al., 2018; Jirapa Khampisut, 2018) ไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่หรือพฤติกรรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย (Stewart et al., 2013) นอกจากนี้ยังพบว่า บุคคลที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ มีความสัมพันธ์กับการมีภาวะสุขภาพที่ไม่ดี (Hoover DS, 2015) และในคนที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับต่ำยังสามารถนำไปใช้ทำนายการติดบุหรี่ และทัศนคติที่ไม่ถูกต้องต่อการสูบบุหรี่ได้อีกด้วย (Stewart et al., 2013) ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงได้ทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพต่อการใช้กัญชาอย่างถูกต้อง ที่ได้รับการพัฒนาจากความร่วมมือระหว่างภาคประชาชน นักวิชาการด้านสารเสพติด และองค์กรภาคีที่เกี่ยวข้อง ซึ่งคณะผู้วิจัยคาดว่าจะส่งผลให้ประชาชนมีพฤติกรรมการใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างถูกต้อง และจะสามารถนำไปพัฒนาต่อให้เหมาะสมกับพื้นที่ที่มีบริบทที่แตกต่างกันออกไปได้

โปรแกรมส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์ที่ถูกต้อง แบ่งออกเป็น 3 module ดังนี้ Module 1 เนื้อหา

ประกอบไปด้วยการส่งเสริมความรู้ทางด้านการเข้าถึงข้อมูล (Access) และด้านความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) เช่น ความรู้เกี่ยวกับ ภัยไข้เจ็บ ประโยชน์และโทษของภัยไข้เจ็บ การใช้ภัยไข้เจ็บในบริบทของชุมชน ความหมายและวิธีการใช้ภัยไข้เจ็บทางการแพทย์ เป็นต้น การเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับพื้นฐานนี้จะช่วยให้บุคคลมีความรู้เพื่อจัดการกับความเสี่ยงทางสุขภาพและสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้มากขึ้น Module 2 เนื้อหาประกอบไปด้วยการส่งเสริมความรู้ทางด้านทักษะการสื่อสาร (Communication skill) คือ การวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาการใช้ภัยไข้เจ็บทางการแพทย์ในชุมชน ทักษะด้านการจัดการตนเอง (Self-management) คือ วิธีการเสริมพลังอำนาจเพื่อการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการใช้ภัยไข้เจ็บทางการแพทย์อย่างถูกต้อง การเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับ ปฏิสัมพันธ์จะช่วยให้บุคคลพัฒนาทักษะให้สามารถจัดการตนเอง เพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในระดับบุคคลได้ตรงตามบริบทของแต่ละบุคคล และ Module 3 เนื้อหาประกอบไปด้วยการส่งเสริมความรู้ทางด้านความรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) และด้านทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) คือ วิธีการเลือกสื่อที่น่าเชื่อถือ ช่องทางการรับและเผยแพร่ข้อมูล วิธีการรับและเผยแพร่ข้อมูลการใช้ภัยไข้เจ็บทางการแพทย์ที่ถูกต้อง และวิธีการเสริมสร้างทักษะในการตัดสินใจใช้ภัยไข้เจ็บทางการแพทย์อย่างถูกต้อง การเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับวิจารณ์ญาณจะช่วยให้บุคคลพัฒนา cognitive and skills ของบุคคลให้สามารถให้การสนับสนุนและเป็นแบบอย่างให้กับบุคคลอื่นในสังคมได้ (Nutbeam, 2000)

คณะผู้วิจัยทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพต่อการใช้ภัยไข้เจ็บทางการแพทย์ที่ถูกต้องในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จาก 2 อำเภอ จำนวน 50 คน (กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม 25 คน และกลุ่มควบคุม 25 คน) โดยทำการติดตามหลังจากได้รับโปรแกรม 3 เดือน ผลการศึกษาพบว่า อสม. ในกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับภัยไข้เจ็บทางการแพทย์มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < .05$ โดยเฉพาะความรู้เกี่ยวกับภัยไข้เจ็บทางการแพทย์ในด้านการเข้าถึงข้อมูล ($p\text{-value} < .05$) การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม ($p\text{-value} < .05$) ด้านการใช้ภัยไข้เจ็บทางการแพทย์ ($p\text{-value} < .05$) และด้านการตรวจสอบข้อมูล ($p\text{-value} = .190$) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับภัยไข้เจ็บทางการแพทย์ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของ อสม. กลุ่มทดลองพบว่า อสม. ในกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ทางสุขภาพเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในด้านการเข้าถึงข้อมูล ($p\text{-value} < .05$) การเข้าใจข้อมูล ($p\text{-value} = .063$) ด้านการตรวจสอบข้อมูล ($p\text{-value} < .05$) และด้านการใช้ภัยไข้เจ็บทางการแพทย์ ($p\text{-value} = .549$) คล้ายคลึงกับผล

การศึกษาของ Lin, Sz-Ching และคณะ (2019) ที่ทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพในชุมชน โดยใช้ community-based participatory design พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการควบคุมน้ำหนัก ($OR = 3.71$, $95\% CI = 1.59-8.64$) การออกกำลังกายเป็นประจำ ($OR = 15.26$, $95\% CI = 1.92-121.13$) และการรับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ ($OR = 2.61$, $95\% CI = 1.16-5.84$) โดยมีข้อเสนอแนะว่า การเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพโดยการให้ชุมชนมีส่วนร่วม มีประสิทธิผลที่ดีต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างได้ในระยะเวลาอันสั้น

ตาราง 1 แสดงคะแนนความรู้เกี่ยวกับภัยไข้เจ็บทางการแพทย์ เปรียบเทียบระหว่าง อสม. ในกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังเข้าร่วมโปรแกรม

ความรู้ทางสุขภาพ	Mean (SD)		t	df	p-value
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม			
การเข้าถึงข้อมูล	23.0 (6.3)	18.1 (8.1)	2.39	45	.021*
การเข้าใจข้อมูล	17.1 (4.3)	17.6 (5.5)	-	45	.731
การตรวจสอบข้อมูล	20.8 (5.2)	18.6 (6.4)	133	46	.190
การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม	46.1 (17.1)	34.8 (17.2)	2.33	48	.024*
การใช้ภัยไข้เจ็บทางการแพทย์	26.0 (7.6)	19.8 (11.1)	2.32	48	.024*
ความรู้ทางสุขภาพโดยรวม	133.1 (31.6)	109.0 (36.2)	2.51	47	.016*

Nutbeam ได้กล่าวว่า การเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพให้เกิดแก่บุคคลต้องคำนึงถึงแนวคิดการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ควบคู่ไปกับการส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้น ต้องมีการพัฒนาบุคคลทั้งในด้านทักษะและความสามารถเพื่อให้นำไปสู่ศักยภาพของบุคคลในการควบคุมทั้งปัจจัยส่งเสริมและปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพของทั้งตนเองและสังคมได้ (Nutbeam, 2008) และควรมีการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับภัยไข้เจ็บทางการแพทย์โดยการให้ความรู้และทักษะที่มุ่ง

เพื่อให้บุคคลสามารถนำไปใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ จนกระทั่งสามารถเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือชุมชนที่อาศัยอยู่ให้มีความรู้ ทักษะ และความสามารถในการใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างถูกต้องได้ โดยมีการนำทรัพยากรของชุมชนมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดทั้ง ทรัพยากรด้านงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ที่มีในชุมชน การจัดการโดย ชุมชน และโดยเฉพาะทรัพยากรด้านมนุษย์ที่เป็นบุคคลในชุมชนเอง (Samerski, 2019) ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความยั่งยืนต่อไป

อย่างไรก็ตาม การศึกษาในครั้งนี้มีข้อจำกัดคือ 1) เป็น การศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก ผลที่ได้จากการศึกษาจึงอาจไม่สามารถ นำไปอ้างอิงถึงกลุ่มประชากรที่มีลักษณะทางสังคมวัฒนธรรมที่แตกต่าง กันได้ ดังนั้น ในการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพต่อการใช้กัญชา ทางทางการแพทย์ในประชากรที่มีสังคมวัฒนธรรมแตกต่างกัน อาจ จำเป็นต้องพัฒนาโปรแกรมที่มีความแตกต่างจากการศึกษาในครั้งนี้ อย่างไรก็ตามการศึกษาในครั้งนี้มีจุดแข็งคือ โปรแกรมส่งเสริมความ รอบรู้ทางสุขภาพต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างถูกต้องได้รับการ พัฒนาขึ้นมาร่วมกันกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ ดังนั้น ประชากรที่มีลักษณะ ทางสังคมวัฒนธรรมเดียวกันจึงสามารถนำไปปรับใช้ได้ 2) ใน การศึกษาครั้งนี้เป็นการติดตามผลระยะสั้น (3 เดือน) ในการศึกษาครั้ง ถัดไปควรมีการติดตามผลในระยะยาวขึ้นเพื่อศึกษาถึงความยั่งยืนของ ประสิทธิภาพของโปรแกรม และ 3) เป็นการนำโปรแกรมไปใช้และ ติดตามผลเฉพาะกลุ่ม อสม. ในการศึกษาครั้งถัดไปควรมีการติดตามผล ในประชาชนที่ได้รับการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจาก อสม. ด้วย

เอกสารอ้างอิง

A.Flearya, S., Joseph, P., & E.Pappagianopoulos, J. (2018). Adolescent health literacy and health behaviors: A systematic review. *Journal of Adolescence*, 62, 112-127.

Hoover DS, V. J., & Shete S et al.,. (2015). Health literacy, smoking, and health indicators in African American adults. *J Health Commun*, 20.

Jirapa Khampisut. (2018). Health Literacy and Health Promotion Behaviors of Students in Naresuan University. *Journal of Educational Measurement, Mahasarakham University*, 24(1).

Lancaster, K., Seear, K., & Ritter, A. (2017). Making medicine; producing pleasure: A critical examination of medicinal cannabis policy and law in Victoria, Australia. *International Journal of Drug Policy*, 49,

117-125.
doi:https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2017.07.020

Lin, S.-C., Chen, I. J., Yu, W.-R., Lee, S.-Y. D., & Tsai, T.-I. (2019). Effect of a community-based participatory health literacy program on health behaviors and health empowerment among community-dwelling older adults: A quasi-experimental study. *Geriatric Nursing*, 40(5), 494-501.
doi:https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2019.03.013

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st Century. *Health Promot Int*, 15, 259-267.

Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine* 67 2072-2078.
doi:https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.02.024

Rehm, J., Elton-Marshall, T., Sornpaisarn, B., & Manthey, J. (2019). Medical marijuana. What can we learn from the experiences in Canada, Germany and Thailand? *International Journal of Drug Policy*, 74, 47-51.
doi:https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.09.001

Samerski, S. (2019). Health literacy as a social practice: Social and empirical dimensions of knowledge on health and healthcare. *Social Science & Medicine*, 226, 1-8.
doi:https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.02.024

Stewart, D. W., Adams, C. E., Cano, M. A., Correa-Fernández, V., L., Y., , Waters, A. J., & Vidrine, J. I. (2013). Associations Between Health Literacy and Established Predictors of Smoking Cessation. *Am J Public Health*, 103.

World Health Organization. (1998). *Health Promotion Glossary*. Switzerland.

ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, (2561). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เข้าใจ เข้าถึง และการนำไปใช้. นนทบุรี: บริษัท อมรินทร์ บুক เซ็นเตอร์ จำกัด.

ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, & นฤมล ตรีเพชรศรีอุไร. (2554). ความฉลาดทางสุขภาพ. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์.

คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2563). แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. 2563.: กระทรวงยุติธรรม (สำนักงาน ป.ป.ส.).