

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการใช้น้ำมันกัญชาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังใน  
กรุงเทพมหานคร

Factors associated with intension to use Cannabis oil in patients with non-communicable diseases in Bangkok

ธเนษฐ เทียนทอง<sup>1</sup> M.N.S (Occupational Health Nursing) นันทวัน สุวรรณรูป<sup>2</sup> Ph.D (Nursing)

เพลินพิศ บุญยมาลิก<sup>3</sup> Ph.D ( Environmental Health Sciences) อรวรรณ แก้วบุญชู<sup>4</sup> Ph.D (Medicine)

<sup>1</sup>อาจารย์ <sup>2</sup>ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ์

<sup>3</sup>ผู้ช่วยศาสตราจารย์ <sup>4</sup>รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ของการวิจัย:** เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการใช้น้ำมันกัญชาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกรุงเทพมหานคร

**การออกแบบวิจัย:** การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Descriptive Cross-sectional Study)

**วิธีการดำเนินการวิจัย:** ประชากรกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ทั้งเพศหญิงและเพศชายที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปและอาศัยอยู่ในชุมชนของกรุงเทพมหานคร จำนวน 402 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้าง (Structure Interview) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการใช้น้ำมันกัญชา แบบสอบถามคุณภาพชีวิต SF-12 แบบสอบถามทัศนคติและการได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อนหรือคนรู้จัก บุคลากรทางสุขภาพ และสื่อสังคม แบบประเมินความรอบรู้ในการใช้น้ำมันกัญชา และแบบสอบถามความตั้งใจในการใช้น้ำมันกัญชา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแบบปัจจัยเดียว (univariate analysis) โดยใช้สถิติ Chi-square วิเคราะห์ความสัมพันธ์พหุปัจจัย (multivariate analysis) ด้วยสถิติถดถอยลอจิสติกเชิงพหุ (Multiple Logistic Regression)

**ผลการวิจัย:** กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.4 อายุเฉลี่ย 62.1 ปี (SD=11.09) จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 56 กลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจที่จะใช้น้ำมันกัญชา ร้อยละ 24.6 ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับน้ำมันกัญชาในระดับต่ำร้อยละ 62.7 มีความรอบรู้ในการใช้น้ำมันกัญชาในระดับที่ไม่เพียงพอ ร้อยละ 73.4 ผลการศึกษาพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการใช้น้ำมันกัญชาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้ การมีทัศนคติของสมาชิกในครอบครัวต่อการใช้น้ำมันกัญชาในระดับที่ดี ( $OR_{adj} = 2.45, 95\%CI = 1.34-4.45, p = 0.003$ ) การได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนหรือคนรู้จัก ( $OR_{adj} = 2.72, 95\%CI = 1.38-5.33, p = 0.004$ ) และ การมีความรอบรู้ในการใช้น้ำมันกัญชา ( $OR_{adj} = 4.51, 95\%CI = 2.22-9.15, p < 0.001$ )

**ข้อเสนอแนะ** การศึกษาพบปัจจัยความรอบรู้ทางสุขภาพในการใช้น้ำมันกัญชาและปัจจัยเสริมในด้านการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและจากเพื่อนมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการใช้น้ำมันกัญชาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ดังนั้นจึงควรสนับสนุนการสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพในการใช้น้ำมันกัญชาเพื่อให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทราบถึงข้อบ่งชี้ในการใช้น้ำมันกัญชาที่ถูกต้อง

**คำสำคัญ** การใช้น้ำมันกัญชา ความรอบรู้ทางสุขภาพ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

Corresponding author: Thanate.tie@cra.ac.th

### Abstract

**Objective:** To explore the factors related to intention to use Cannabis oil in non-communicable disease patients in Bangkok.

**Study Designs:** Descriptive Cross-sectional Study

**Methods:** A study sample was 402 non-communicable disease (NCDs i.e., heart disease, diabetes, hypertension) patients, both male and female, aged over 20 years old, and residing in the community of Bangkok. Data were collected using structure interview questionnaires to gather information related to personal characteristics, knowledge and attitudes about the use of cannabis oil, quality of life (SF-12), attitude and support from family members, friend, healthcare workers, and social media as well as the intention to use cannabis oil. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics. Univariate analysis and multivariate analysis were performed to examine the factors associated with intention to use cannabis oil using Chi-square statistics and Multiple Logistic Regression, respectively.

**Results:** Most of the study sample were female (68.4%), aged 62.1 years old (SD=11.09), and graduated in elementary level (56%). 24.6 percent of the sample were intended to use cannabis oil. The majority had low levels of knowledge related to cannabis oil (62.7%) and had insufficient levels of health literacy on cannabis oil use (73.4%). The multivariate analysis revealed the factors significantly associated with intention to use cannabis oil were having a good attitude of family members to cannabis oil use (OR<sub>adj</sub> = 2.45, 95% CI = 1.34-4.45, p = 0.003), support from friends or colleague (OR<sub>adj</sub> = 2.72, 95% CI = 1.38-5.33, p = 0.004), and having health literacy of cannabis oil (OR<sub>adj</sub> = 4.51, 95% CI = 2.22-9.15, p <0.001).

**Recommendation:** The study found that the health literacy of the use of cannabis oil and the social support of family and friends were related to the intentions of using cannabis oil among non-communicable patients. Therefore, the health literacy enhancement program of cannabis oil use should be promoted in order to patients with NCDs know the correct indication for cannabis oil.

**Keywords:** Health Literacy, cannabis oil application, non-communicable diseases

## ความสำคัญของปัญหา

กัญชาเป็นพืชที่มีสารออกฤทธิ์ต่อระบบจิตประสาทซึ่งสามารถนำมาใช้ในทางการแพทย์และใช้เป็นสารเสพติด<sup>1,2</sup> ปัจจุบันพบว่ามีแนวโน้มในการนำกัญชามาใช้สูงขึ้นทั่วโลก จากรายงานของ United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC, 2019) พบว่าในช่วง ค.ศ. 1998-2017 มีจำนวนผู้ใช้กัญชาทั่วโลกเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 30<sup>3</sup> จึงเป็นข้อควรพึงระวังถึงการใช้กัญชา เนื่องจากการใช้ที่ผิดวัตถุประสงค์จะส่งผลกระทบต่อระบบประสาทส่วนกลางและความผิดปกติในร่างกายรวมถึงผลกระทบต่อสังคม<sup>4,5</sup> ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงของนโยบายกัญชา มีการแก้ไขพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 อนุญาตให้นำกัญชามาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ การวิจัยและการนำมารักษาผู้ป่วยโดยมีการกำหนดข้อบ่งชี้ในการนำกัญชามารักษา 4 ข้อ<sup>6</sup> ได้แก่ 1) ภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากเคมีบำบัด 2) โรคลมชักรักษายากและโรคลมชักที่ดื้อต่อยารักษา 3) ภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็งในผู้ป่วยโรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง 4) ภาวะปวดประสาท การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้ประชาชนมีความสนใจ ซึ่งปัจจุบันการศึกษาสรรพคุณทางยาของกัญชาส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยในห้องปฏิบัติการซึ่งทำการทดลองในสัตว์ ในส่วนของการวิจัยในมนุษย์พบว่าเป็นการศึกษาเปรียบเทียบกัญชากับยาหลอก ซึ่งผลการศึกษาที่ยังไม่สามารถระบุได้แน่ชัดถึงสรรพคุณและผลระยะยาวของกัญชา<sup>7,8,9,10</sup> การใช้ทางการแพทย์ในผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาระยะยาวทั้งในและนอกโรงพยาบาล จึงมีความจำเป็นต้องมีการศึกษาการควบคุมการใช้และการเข้าถึงกัญชาอย่างถูกต้อง<sup>8,11</sup>

จากการรายงานของศูนย์พิษวิทยารามาธิบดีตั้งแต่ มกราคม พ.ศ. 2561 จนถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2562 พบจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการข้างเคียงจากการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาถึง 302 ราย ส่วนใหญ่เป็นการใช้น้ำมันกัญชาถึง 240 ราย เป็นผู้ใช้ครั้งแรกถึง 138 รายและมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น การรายงานพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้น้ำมันกัญชาไม่ตรงกับข้อบ่งชี้ที่ระบุไว้ โดยมีการนำมาใช้ ดังนี้ ช่วยในการนอนหลับ ทดลองใช้โดยไม่ได้รักษาหรือบรรเทาอาการ ใช้ลดอาการปวดอื่น ๆ ที่ไม่ใช่อาการปวดจากปวดประสาท ใช้ป้องกันและรักษาโรคมะเร็งใช้ในการรักษาเบาหวานและความดันโลหิตสูง ใช้ในการบำรุงร่างกาย และพบว่าการได้มาซึ่งผลิตภัณฑ์น้ำมันกัญชาไม่ได้รับมาจากโรงพยาบาลแต่ได้มาจาก เพื่อน ญาติและสังฆภัณฑ์เน็ต<sup>12</sup> ซึ่งบ่งชี้ว่าการนำน้ำมันกัญชามาใช้ยังมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับน้ำมันกัญชา และเป็นเหตุทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ ทั้งนี้ อาจมีแนวโน้มผู้ป่วยที่ได้รับผลข้างเคียงอันไม่พึงประสงค์จากการใช้น้ำมันกัญชาที่เพิ่มสูงขึ้น

ประเทศไทยมีการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพให้แก่ประชาชนโดยกำหนดให้ความรอบรู้ทางสุขภาพอยู่ในกรอบนโยบายทางด้านสาธารณสุขของประเทศ ความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นกระบวนการคิดและทักษะ ซึ่งแสดงถึงความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูล เพื่อการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีและรวมไปถึงการพัฒนาความรู้และความเข้าใจในบริบททางสุขภาพ<sup>13,14,15</sup> ดังนั้นการส่งเสริมผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ให้มีความรอบรู้ทางสุขภาพในด้านน้ำมันกัญชาจึงเป็นเรื่องสำคัญ เพื่อให้เข้าใจถึงลักษณะพื้นฐานของกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จากกรอบแนวคิด PRECEDE PROCEED Framework ซึ่งเป็นแนวคิดในการวิเคราะห์พฤติกรรมเพื่อหาสาเหตุปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม อันได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม<sup>16</sup> ผู้วิจัยและคณะจึงมีความสนใจในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในการใช้น้ำมันกัญชาในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จากปัจจัยทั้งสามภายใต้กรอบแนวคิดดังกล่าว เพื่อให้ทราบถึงปัจจัยอันเป็น

พื้นฐานที่มีผลต่อความตั้งใจในการใช้น้ำมันกัญชาในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เนื่องจากมีอัตราการเจ็บป่วยที่สูงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชากรไทย อีกทั้งมีแนวโน้มการเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยผลข้างเคียงของน้ำมันกัญชาที่รุนแรงของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและมีแนวโน้มที่เพิ่มมากขึ้น<sup>17</sup> การศึกษาถึงปัจจัยพื้นฐานครั้งนี้จะทำให้ทราบถึงปัจจัยที่มีความสำคัญ และมีอิทธิพลต่อกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในการใช้น้ำมันกัญชาที่ผิดวัตถุประสงค์ เพื่อนำไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีความรู้ความเข้าใจและการปฏิบัติที่ถูกต้องในสรรพคุณของน้ำมันกัญชาที่ยังมีหลักฐานทางวิชาการที่ไม่เพียงพอในการนำมารักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการใช้น้ำมันกัญชาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกรุงเทพมหานคร

### กรอบแนวคิด

การศึกษานี้ได้ใช้กรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEDE Framework<sup>16</sup> ที่ได้รับการพัฒนามาจาก Lawrence W.Green & Marshall W.Kreuter มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาเรื่องนี้ เพื่อศึกษาถึงปัจจัยพื้นฐานเป็นข้อมูลที่มีความสำคัญอธิบายถึงความสัมพันธ์ในการใช้น้ำมันกัญชาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ ที่มีรายงานการนำน้ำมันกัญชามาใช้ผิดวัตถุประสงค์ จนทำให้อาการของโรคแย่ลงและต้องได้รับการรักษาอย่างฉุกเฉิน การสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพให้แก่ประชาชนจากปัจจัยที่นำมาศึกษา เพื่อการเข้าถึงปัจจัยพื้นฐานอย่างแท้จริง โดยมีปัจจัยที่นำมาศึกษาดังต่อไปนี้

- 1) ปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การมีโรคร่วมมากกว่า 1 โรค การมีปัญหาทางสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับน้ำมันกัญชา ทศคติดต่อการใช้น้ำมันกัญชา คุณภาพชีวิต
- 2) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ การเข้าถึงน้ำมันกัญชา
- 3) ปัจจัยเสริม ได้แก่ ทศนคติของสมาชิกในครอบครัวต่อการใช้น้ำมันกัญชา การได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนหรือคนรู้จัก บุคลากรทางด้านสุขภาพ และสื่อสังคม
- 4) ความรอบรู้ในการใช้น้ำมันกัญชา

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Descriptive Cross-sectional Study)

การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้าง (Structure Interview)

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรของ ดาเนียล (2010) กรณีที่ไม่ทราบจำนวนประชากรแน่นอน กำหนดค่า  $d = 0.05$  ค่า  $p = 0.55$  จากการศึกษาการพัฒนามาตรวัดความรู้เท่าทันสารสนเทศของคนไทย<sup>18</sup> ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 380 คน เพื่อป้องกันความผิดพลาดของข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์จึงได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 การศึกษาครั้งนี้เป็นจึงมีขนาดกลุ่มตัวอย่าง 420 คน

## วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) ดังนี้  
 ขั้นตอนที่ 1 เลือกกรุงเทพมหานครแบบเจาะจง ซึ่งมีการแบ่งตามการบริหารและพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมออกเป็น 6 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มรัตนโกสินทร์ กลุ่มบูรพา กลุ่มศรีนครินทร์ กลุ่มเจ้าพระยา กลุ่มกรุงธนใต้ กลุ่มกรุงธนเหนือ ขั้นตอนที่ 2 สุ่มเลือกเขตจากเขตการบริหารฯ 6 เขตโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ขั้นตอนที่ 3 สุ่มเลือกแขวงจากเขตการปกครอง 6 แขวง โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ขั้นตอนที่ 4 สุ่มเลือกชุมชนจากแต่ละแขวง 6 ชุมชน โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย กำหนดสัดส่วนจำนวนกลุ่มตัวอย่างต่อชุมชน ชุมชนละ 70 ราย

**เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง:** มีเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้

- 1) มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและชาย
- 2) ได้รับความวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง 3) สามารถสื่อสาร เช่น ฟัง พูด อ่าน เขียน เป็นภาษาไทยได้

มีเกณฑ์การคัดออก ดังนี้

- 1) ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาเกี่ยวกับความจำหรือการรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อม ได้แก่ โรคสมองเสื่อม (Dementia) ภาวะเพ้อสับสน (Delirium) กลุ่มอาการทางจิตเภท (Psychotic symptoms)

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ทำการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามวัตถุประสงค์และเนื้อหา (IOC: Index of item objective congruence) จากผู้เชี่ยวชาญด้านความรู้ทางสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพและการดูแลผู้ป่วยที่ใช้น้ำมันกัญชา จำนวน 5 ท่าน โดยกำหนดค่าที่ยอมรับได้ของความตรงของเนื้อหา  $IOC > 0.6$  ทั้งนี้ผู้วิจัยและคณะได้ตัดข้อคำถามที่ไม่ตรงตามเนื้อหาและมีค่า IOC น้อยกว่าที่กำหนดไว้และได้ปรับแก้ข้อคำถามตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้ในผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach' Alpha coefficient) แบบสอบถามประกอบไปด้วย 5 ส่วน มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลด้านปัจจัยนำ ประกอบไปด้วย

1.1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด รายได้และอาชีพ ข้อมูลทางด้านสุขภาพ

1.2) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับน้ำมันกัญชาสร้างโดยคณะผู้วิจัย เพื่อประเมินความรู้เกี่ยวกับน้ำมันกัญชา มีค่า  $KR-20=0.74$  คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-10 การแปลผลใช้เกณฑ์การแบ่งที่ร้อยละ 60 แบ่งออกเป็น 2 ระดับ ตามหลักการ Learning for Mastery (Bloom, 1971) คะแนน  $>5$  ขึ้นไปมีความรู้เกี่ยวกับน้ำมันกัญชาในระดับสูง ช่วงคะแนน 0-5 มีความรู้เกี่ยวกับน้ำมันกัญชาในระดับต่ำ

1.3) แบบสอบถามทัศนคติด้านความสนใจในการใช้น้ำมันกัญชาสร้างโดยคณะผู้วิจัย มีค่า Cronbach's alpha coefficient=0.87 มีคะแนนรวมอยู่ในช่วง 2-10 แบ่งเป็น 2 ระดับ โดยใช้ค่า Median

ช่วงคะแนน 6-10 คะแนน แปลผลว่ามีทัศนคติต่อการใช้น้ำมันกัญชาในระดับที่ดี ช่วงคะแนน 2-5 คะแนน แปลผลมีทัศนคติต่อการใช้น้ำมันกัญชาในระดับที่ไม่ดี

#### 1.4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต

แบบสอบถามคุณภาพชีวิต SF-12 version 2 ฉบับแปลเป็นภาษาไทย โดย วิชัช เกษมทรัพย์ และ คณะประกอบไปด้วยการประเมินในมิติทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจ ซึ่งมีค่า Cronbach's alpha coefficient=0.73 และ 0.77 ตามลำดับ<sup>19</sup> แปลผลโดยใช้ค่าคะแนนรวมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ คะแนนตั้งแต่ 50 ขึ้นไป มีคุณภาพชีวิตในระดับดี คะแนนต่ำกว่า 50 มีคุณภาพชีวิตในระดับที่ไม่ดี

#### ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านปัจจัยเอื้อ

##### 2.1 แบบสอบถามข้อมูลด้านปัจจัยเอื้อ ดังนี้

1) การเข้าถึงบริการสุขภาพ สร้างโดยคณะผู้วิจัย ประกอบไปข้อคำถาม 5 ข้อ ดังนี้ สิทธิการรักษาพยาบาล ความสะดวกในการเดินทางไปสถานพยาบาลหรือแหล่งบริการสุขภาพ มีช่วงคะแนน 0-5 คะแนน กำหนดเกณฑ์การแปลผล แบ่งเป็น 2 ระดับ ช่วงคะแนน 3-5 มีระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่าย

2) การเข้าถึงน้ำมันกัญชา มีข้อคำถาม 3 ข้อ เป็นแบบปลายปิดให้เลือกตอบมีตัวเลือกเป็นแบบมาตรฐาน ส่วนประมาณค่า 4 ระดับคะแนน มีช่วงคะแนน 3-12 คะแนน การกำหนดเกณฑ์การแปลผล แบ่งออกเป็น 2 ระดับ ช่วงคะแนน 3-8 มีระดับการเข้าถึงน้ำมันกัญชาได้ยาก ช่วงคะแนน 9-12 มีระดับการเข้าถึงน้ำมันกัญชาได้ง่าย

#### ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านปัจจัยสนับสนุน

3.1 แบบสอบถามทัศนคติของสมาชิกในครอบครัวต่อการใช้น้ำมันสร้างโดยคณะผู้วิจัย เป็นข้อคำถามเป็นแบบปลายปิด จำนวน 4 ข้อ แบบมาตรฐานส่วนประมาณค่า 5 ระดับ เป็นคำถามเชิงบวกทั้งหมดจำนวน 4 ข้อ Cronbach's alpha coefficient=0.99 มีค่าคะแนนสูงสุด 20 คะแนน ค่าคะแนนต่ำสุด 4 คะแนน การแปลผลแบ่งออกเป็น 2 ระดับ โดยใช้ค่า Median ช่วงคะแนน 4-11 มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการใช้น้ำมันกัญชา ช่วงคะแนน 12-20 มีทัศนคติที่ดีต่อการใช้น้ำมันกัญชา

3.2 แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนหรือคนรู้จัก สร้างโดยคณะผู้วิจัย เป็นข้อคำถามปลายปิดจำนวน 3 ข้อ มีช่วงคะแนน 0-3 คะแนน กำหนดเกณฑ์การแปลผลแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คะแนน 0 คะแนน ไม่ได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนหรือคนรู้จัก ช่วงคะแนน 1-3 คะแนน ได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนหรือคนรู้จัก

3.3 แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพ สร้างโดยคณะผู้วิจัย เป็นข้อคำถามปลายปิด จำนวน 1 ข้อ การกำหนดเกณฑ์การแปลผลแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คะแนนกับ 0 ไม่ได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพ คะแนนกับ 1 ได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพ

3.4 แบบสอบถามการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับน้ำมันกัญชาจากสื่อสังคม สร้างโดยคณะผู้วิจัย เป็นข้อคำถามปลายปิดและปลายเปิด จำนวน 1 ข้อ การกำหนดเกณฑ์การแปลผลแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คะแนนเท่ากับ 0 ไม่ได้รับข้อมูลจากสื่อสังคม คะแนนเท่ากับ 1 ได้รับข้อมูลจากสื่อสังคม

#### ส่วนที่ 4 ความรอบรู้ในการใช้น้ำมันกัญชา

แบบสอบถามความรอบรู้ในการใช้น้ำมันกัญชา พัฒนาโดยคณะผู้วิจัย ภายใต้แนวคิดของ Nutbeam (2000) และประยุกต์มาจากแบบสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพ<sup>20</sup> พัฒนาโดย วิมล โรมา และคณะ ได้รับการอนุญาตแล้ว โดยมีการประเมินตามทักษะ ดังนี้ การเข้าถึงข้อมูล 5 ข้อ การเข้าใจข้อมูล 7 ข้อ การทบทวน 4 ข้อและการซักถาม 4 ข้อ การตัดสินใจ 4 ข้อ รวมจำนวน 24 ข้อ มีค่า Cronbach's alpha coefficient = 0.93 ตามลำดับ ลักษณะคำถามเป็นข้อคำถามปลายปิด เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ แปลผลโดยใช้คะแนนรวมทั้งหมด มีค่าคะแนนสูงสุด 96 คะแนน ค่าคะแนนต่ำสุด 0 คะแนน ใช้เกณฑ์การกำหนดจุดตัดคะแนนที่ร้อยละ 75 แบ่งออกเป็น 2 ระดับ ช่วงคะแนน 35 – 96 คะแนน มีความรอบรู้ด้านการใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์ที่เพียงพอ ช่วงคะแนนต่ำกว่า 36 มีความรอบรู้ด้านการใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์ที่ไม่เพียงพอ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความตั้งใจที่จะใช้น้ำมันกัญชา เป็นการประเมินใช้น้ำมันกัญชาเพื่อการรักษาโรค มีคำถาม 2 ข้อ ดังนี้ 1) ท่านมีความสนใจที่จะใช้น้ำมันกัญชาเพื่อการรักษาโรคของท่าน 2) ท่านมีความตั้งใจที่จะหาน้ำมันกัญชามาใช้เพื่อการรักษาโรคของท่าน ให้เลือกตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ความสนใจมากที่สุด-ไม่สนใจเลย แบ่งเป็น 2 ระดับคือ ช่วงคะแนน 8-10 มีความตั้งใจที่จะใช้น้ำมันกัญชาและคะแนนรวมต่ำกว่า 8 ไม่มีความตั้งใจที่จะใช้น้ำมันกัญชา

#### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้ผ่านรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ รหัสโครงการ 035/2563

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่าง เดือน กรกฎาคม - สิงหาคม 2563 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยประสานกับผู้นำชุมชนและ อสส. ประชาสัมพันธ์และแจ้งให้ประชาชนรับทราบและเชิญชวนให้เข้าร่วมโครงการวิจัย ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างโดยใช้แบบสอบถาม ใช้วิธีการสุ่มเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ของข้อมูลจำนวน 402 คน คิดเป็นร้อยละ 95.7

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาในการวิเคราะห์ ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในการใช้น้ำมันกัญชา ใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) วิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบปัจจัยเดียว (univariate analysis) ใช้สถิติถดถอยเชิงพหุ (Multiple Logistic Regression) วิเคราะห์ความสัมพันธ์พหุปัจจัย (multivariate analysis)

### ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 402 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.4 เป็นเพศชาย ร้อยละ 31.6 มีอายุเฉลี่ย 62.1 ปี (SD = 11.09) มีอายุระหว่าง 60-69 ปี มีทักษะการอ่านหนังสือและการเขียนหนังสือได้คล่อง คิดเป็นร้อยละ 64.9 และร้อยละ 61.4 ตามลำดับ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 41.8 มีรายได้เฉลี่ยอยู่ที่ 8,581.63 บาท/เดือน (SD = 9,716.40) มีรายได้เฉลี่ยต่ำสุด 600 บาท/เดือน มีรายได้เฉลี่ยสูงสุด 66,350 บาท/เดือน แหล่งที่มาของรายได้ส่วนใหญ่มาจากการประกอบอาชีพ ร้อยละ 56 พบผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีโรคร่วมตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป ร้อยละ 66.2 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว มีดังนี้ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 88.8 โรคไขมันในเลือดสูงร้อยละ 40.5 และโรคเบาหวานร้อยละ 38.6 ตามลำดับ และพบว่าเกือบครึ่งมีปัญหาการปวดเมื่อยตามตัว ร้อยละ 48.5

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างและตัวแปรที่นำมาศึกษา (N=402)

|                                      | ตัวแปร                             | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|--------------------------------------|------------------------------------|------------|--------|
| <b>เพศ</b>                           |                                    |            |        |
|                                      | หญิง                               | 275        | 68.4   |
|                                      | ชาย                                | 127        | 31.6   |
| <b>กลุ่มอายุ (ปี)</b>                |                                    |            |        |
|                                      | <40                                | 9          | 2.2    |
|                                      | 40-49                              | 41         | 10.2   |
|                                      | 50-59                              | 97         | 24.1   |
|                                      | 60-69                              | 155        | 38.6   |
|                                      | 70-79                              | 77         | 19.2   |
|                                      | ≥ 80                               | 23         | 5.7    |
| <b>ระดับการศึกษาสูงสุด</b>           |                                    |            |        |
|                                      | ไม่ได้เรียนหนังสือ                 | 23         | 5.7    |
|                                      | ประถมศึกษา                         | 225        | 56.0   |
|                                      | มัธยมศึกษาตอนต้น                   | 64         | 15.9   |
|                                      | มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.             | 48         | 11.9   |
|                                      | อนุปริญญา/ปวส.                     | 15         | 3.7    |
|                                      | ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป             | 27         | 6.7    |
| <b>รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)</b>    |                                    |            |        |
|                                      | < 5,001                            | 189        | 47.0   |
|                                      | 5,001-10,000                       | 138        | 34.3   |
|                                      | 10,001-15,000                      | 35         | 8.7    |
|                                      | 15,001-20,000                      | 14         | 3.5    |
|                                      | >20,000                            | 26         | 6.5    |
| <b>ความตั้งใจในการใช้น้ำมันกัญชา</b> |                                    |            |        |
|                                      | มีความตั้งใจในการใช้น้ำมันกัญชา    | 99         | 24.6   |
|                                      | ไม่มีความตั้งใจในการใช้น้ำมันกัญชา | 303        | 75.4   |



ตารางที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการใช้น้ำมันกัญชาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังใน กรุงเทพมหานคร วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square ( $N=402$ )

| ตัวแปรนำ                               | มีความตั้งใจใน<br>การใช้น้ำมันกัญชา |      | ไม่มีความตั้งใจใน<br>การใช้น้ำมันกัญชา |      | $\chi^2$ | P-<br>value | OR   | 95%CI     |
|--|-------------------------------------|------|--|------|----------|-------------|------|-----------|
|  | n                                   | %    | n                                      | %    |          |             |      |           |
| <b>เพศ</b>                             |                                     |      |  |      |          |             |      |           |
| เพศชาย                                 | 39                                  | 30.7 | 88                                     | 69.3 | 3.699    | .054        | 1.59 | 0.98-2.54 |
| เพศหญิง                                | 60                                  | 21.8 | 215                                    | 78.2 |          |             | 1    |           |
| <b>อายุ</b>                            |                                     |      |  |      |          |             |      |           |
| ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป                    | 60                                  | 23.5 | 195                                    | 76.5 | .452     | .501        | .85  | 0.53-1.35 |
| < 60 ปี                                | 39                                  | 26.5 | 108                                    | 73.5 |          |             | 1    |           |
| <b>ระดับการศึกษา</b>                   |                                     |      |  |      |          |             |      |           |
| ต่ำกว่าปริญญาตรี                       | 90                                  | 24   | 285                                    | 76   | 1.182    | .277        | 1.58 | 0.68-3.64 |
| ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป                 | 9                                   | 33.3 | 18                                     | 66.7 |          |             | 1    |           |
| <b>รายได้เฉลี่ย (บาท/เดือน)</b>        |                                     |      |  |      |          |             |      |           |
| $\geq 2,796$                           | 85                                  | 26.2 | 241                                    | 73.9 | 1.944    | .163        | 1.56 | 0.83-2.93 |
| < 2,796                                | 14                                  | 18.4 | 62                                     | 81.6 |          |             | 1    |           |
| <b>การมีโรคร่วมมากกว่า 1 โรคขึ้นไป</b> |                                     |      |  |      |          |             |      |           |
| มี                                     | 63                                  | 23.7 | 203                                    | 76.3 | .376     | .540        | .86  | 0.53-1.38 |
| ไม่มี                                  | 36                                  | 26.5 | 100                                    | 73.5 |          |             | 1    |           |
| <b>การมีปัญหาสุขภาพ</b>                |                                     |      |  |      |          |             |      |           |
| มี                                     | 27                                  | 31.0 | 60                                     | 69   | 2.456    | .117        | 1.52 | 0.89-2.56 |
| ไม่มี                                  | 72                                  | 22.9 | 243                                    | 77.1 |          |             | 1    |           |
| <b>ความรู้เกี่ยวกับน้ำมันกัญชา</b>     |                                     |      |  |      |          |             |      |           |
| มีระดับสูง                             | 55                                  | 36.7 | 95                                     | 63.3 | 18.687   | <.001       | 2.73 | 1.71-4.35 |
| มีระดับต่ำ                             | 44                                  | 17.5 | 208                                    | 82.5 |          |             | 1    |           |
| <b>ทัศนคติต่อการใช้น้ำมันกัญชา</b>     |                                     |      |  |      |          |             |      |           |
| ทัศนคติในระดับที่ดี                    | 83                                  | 28.8 | 205                                    | 71.2 | 9.617    | .002        | 2.48 | 1.37-4.45 |
| ทัศนคติในระดับไม่ดี                    | 16                                  | 14   | 98                                     | 86   |          |             | 1    |           |
| <b>คุณภาพชีวิต</b>                     |                                     |      |  |      |          |             |      |           |
| ระดับคุณภาพชีวิตต่ำ                    | 19                                  | 21.6 | 69                                     | 78.4 | .559     | .454        | .81  | 0.45-1.42 |
| ระดับคุณภาพชีวิตดี                     | 80                                  | 25.5 | 234                                    | 74.5 |          |             | 1    |           |
| <b>การเข้าถึงบริการสุขภาพ</b>          |                                     |      |  |      |          |             |      |           |
| การเข้าถึงบริการสุขภาพง่าย             | 77                                  | 30.9 | 172                                    | 69.1 | 13.975   | <.001       | 2.67 | 1.57-4.50 |
| การเข้าถึงบริการสุขภาพยาก              | 22                                  | 14.4 | 131                                    | 85.6 |          |             | 1    |           |

ตารางที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการใช้น้ำมันกัญชาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังใน กรุงเทพมหานครวิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square (N=402) (ต่อ)

| ตัวแปร  | มีความตั้งใจในการใช้น้ำมันกัญชา |      | ไม่มีความตั้งใจในการใช้น้ำมันกัญชา |      | $\chi^2$ | P-value | OR   | 95%CI      |
|---|---------------------------------|------|------------------------------------|------|----------|---------|------|------------|
|   | n                               | %    | n                                  | %    |          |         |      |            |
| <b>การเข้าถึงน้ำมันกัญชา</b>                          |                                 |      |                                    |      |          |         |      |            |
| การเข้าถึงน้ำมันกัญชายาก                              | 91                              | 23.5 | 297                                | 76.5 | 8.262    | .004    | 0.23 | 0.07-0.68  |
| การเข้าถึงน้ำมันกัญชาง่าย                             | 8                               | 57.1 | 6                                  | 42.9 |          |         | 1    |            |
| <b>ทัศนคติของสมาชิกในครอบครัวต่อการใช้น้ำมันกัญชา</b> |                                 |      |                                    |      |          |         |      |            |
| ทัศนคติในระดับที่ดี                                   | 47                              | 46.5 | 54                                 | 53.5 | 34.878   | <.001   | 4.17 | 2.54-6.81  |
| ทัศนคติในระดับที่ไม่ดี                                | 52                              | 17.3 | 249                                | 82.7 |          |         | 1    |            |
| <b>การได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนหรือคนรู้จัก</b>      |                                 |      |                                    |      |          |         |      |            |
| ได้รับการสนับสนุน                                     | 35                              | 49.3 | 36                                 | 50.7 | 28.270   | <.001   | 4.06 | 2.36-6.95  |
| ไม่ได้รับการสนับสนุน                                  | 64                              | 19.3 | 267                                | 80.7 |          |         | 1    |            |
| <b>การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ</b>    |                                 |      |                                    |      |          |         |      |            |
| ได้รับการสนับสนุน                                     | 16                              | 45.7 | 19                                 | 54.3 | 9.184    | .002    | 2.88 | 1.41-5.85  |
| ไม่ได้รับการสนับสนุน                                  | 83                              | 22.6 | 284                                | 77.4 |          |         | 1    |            |
| <b>การได้รับข้อมูลจากสื่อสังคม</b>                    |                                 |      |                                    |      |          |         |      |            |
| ได้รับการสนับสนุน                                     | 70                              | 31.4 | 153                                | 68.6 | 12.341   | <.001   | 2.37 | 1.45-3.85  |
| ไม่ได้รับการสนับสนุน                                  | 29                              | 16.2 | 150                                | 83.8 |          |         | 1    |            |
| <b>ความรอบรู้ในการใช้น้ำมันกัญชา</b>                  |                                 |      |                                    |      |          |         |      |            |
| ระดับที่เพียงพอ                                       | 51                              | 47.7 | 56                                 | 52.3 | 60.31    | <.001   | 6.43 | 3.90-10.59 |
| ระดับที่ไม่เพียงพอ                                    | 43                              | 14.6 | 252                                | 85.4 |          |         | 1    |            |

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ความรอบรู้ในการใช้น้ำมันกัญชากับความตั้งใจในการใช้น้ำมันกัญชาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกรุงเทพมหานคร มีดังนี้

ปัจจัยนำที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการใช้น้ำมันกัญชา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้ ความรู้เกี่ยวกับน้ำมันกัญชา( $p<0.001$ ) ทัศนคติต่อการใช้น้ำมันกัญชา( $p<0.01$ )

ปัจจัยเอื้อที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการใช้น้ำมันกัญชา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้ การเข้าถึงบริการสุขภาพ( $p<0.001$ ) การเข้าถึงน้ำมันกัญชา( $p= 0.004$ )

ปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการใช้น้ำมันกัญชา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้ ทัศนคติของสมาชิกในครอบครัวต่อการใช้น้ำมันกัญชา( $p<0.001$ ) การได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนหรือคนรู้จัก( $p<0.001$ ) การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ( $p<0.001$ ) การได้รับข้อมูลจากสื่อสังคม( $p<0.001$ )

ความรอบรู้ในการใช้น้ำมันกัญชา มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการใช้น้ำมันกัญชา มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น  $p < 0.001$

ผลการวิเคราะห์พหุปัจจัยความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ความรอบรู้ในการใช้น้ำมันกัญชากับความตั้งใจในการใช้น้ำมันกัญชาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกรุงเทพมหานคร พบว่า การมีความรอบรู้ในการใช้น้ำมันกัญชาในระดับที่เพียงพอมีโอกาสที่จะมีความตั้งใจในการใช้น้ำมันกัญชา 4.5 เท่า เมื่อเทียบกับการมีความรอบรู้ในการใช้น้ำมันกัญชาในระดับที่ไม่เพียงพอ ( $OR_{adj} = 4.51, 95\%CI = 2.22-9.15, p < 0.001$ ) การมีทัศนคติของสมาชิกในครอบครัวต่อการใช้น้ำมันกัญชาในระดับที่ดีมีโอกาสที่จะมีความตั้งใจในการใช้น้ำมันกัญชา 2.5 เท่า เมื่อเทียบกับการมีทัศนคติของสมาชิกในครอบครัวต่อการใช้น้ำมันกัญชาในระดับที่ไม่ดี ( $OR_{adj} = 2.45, 95\%CI = 1.34-4.45, p = 0.003$ ) การได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนหรือคนรู้จักมีโอกาสที่จะมีความตั้งใจในการใช้น้ำมันกัญชา 2.7 เท่า เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนหรือคนรู้จัก ( $OR_{adj} = 2.72, 95\%CI = 1.38-5.33, p = 0.004$ ) ดังแสดงในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** แสดงผลการวิเคราะห์พหุปัจจัยด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการใช้น้ำมันกัญชาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกรุงเทพมหานคร

| ตัวแปร   | Adjusted OR | 95% CI    | p-value |
|--|-------------|-----------|---------|
| ระดับความรอบรู้ในการใช้น้ำมันกัญชา             | 4.51        | 2.22-9.15 | <0.001  |
| ทัศนคติของสมาชิกในครอบครัวต่อการใช้น้ำมันกัญชา | 2.45        | 1.34-4.45 | 0.003   |
| การได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนหรือคนรู้จัก      | 2.72        | 1.38-5.33 | 0.004   |

-2 Log likelihood 351.821, Cox&Snell R Square .214, Nagelkerke R .319

ตัวแปรควบคุม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ การมีโรคร่วม การมีปัญหาสุขภาพ คุณภาพชีวิต ความรู้เกี่ยวกับน้ำมันกัญชา ทัศนคติต่อการใช้น้ำมันกัญชา การเข้าถึงบริการสุขภาพ การเข้าถึงน้ำมันกัญชา การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ การได้รับข้อมูลจากสื่อสังคม

## อภิปรายผล

ผลการศึกษาความตั้งใจในการใช้น้ำมันกัญชาของกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกรุงเทพมหานคร พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจในการใช้น้ำมันกัญชาเพื่อการรักษาโรค ร้อยละ 24.6 ซึ่งต่างจากผลการสำรวจประชาชนกับความคิดเห็นเกี่ยวกับกัญชาในประชากรไทยที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป<sup>21</sup> พบว่าหากมีการเจ็บป่วยต้องการลองใช้กัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ 78.67 ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากการที่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้รับการรักษาและมียาที่รับประทานประจำอย่างต่อเนื่อง จึงมีความตั้งใจในการใช้น้ำมันกัญชาแตกต่างจากกลุ่มประชาชนทั่วไป ในด้านทัศนคติและความรู้พบว่ากลุ่มตัวอย่างของการศึกษารุ่นนี้มีกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อน้ำมันกัญชา ร้อยละ 62.7 และมีความรู้เกี่ยวกับน้ำมันกัญชาในระดับต่ำ ร้อยละ 71.6 ตามลำดับ ต่างกับผลการสำรวจที่พบว่า ประชาชนทั่วไปไม่มีความคิดว่ากัญชามีประโยชน์ ร้อยละ 40.9 และรู้ว่ากัญชาสามารถนำมารักษาโรคได้ ร้อยละ 86.8 โดยทราบวกัญชาสามารถนำมารักษาโรคมะเร็ง โรคลมชัก โรคทางระบบประสาท พาร์กินสัน อัลไซเมอร์ ซึมเศร้า ซึ่งแสดงให้เห็นว่าประชาชนทั่วไปทราบวกัญชาไม่ได้นำมา

รักษาเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และเมื่อพิจารณาถึงกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีความตั้งใจในการใช้น้ำมันกัญชา อาจมีสาเหตุมาจากการมีระดับความรู้ที่ต่างกัน โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เกี่ยวกับน้ำมันกัญชาในระดับต่ำ ไม่มีความตั้งใจในการใช้น้ำมันกัญชาในเพื่อการรักษาโรค แม้ว่าจะมีทัศนคติที่ดีต่อน้ำมันกัญชา เมื่อเทียบกับกลุ่มประชากรทั่วไปที่มีความรู้ในระดับสูงและมีทัศนคติที่ดีในการใช้กัญชาทางการแพทย์มีความสนใจในการอยากลองใช้กัญชาเมื่อมีการเจ็บป่วย ผลการศึกษาครั้งนี้พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในการใช้น้ำมันกัญชาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้ ทัศนคติของสมาชิกในครอบครัวต่อการใช้น้ำมันกัญชา การได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนหรือคนรู้จัก ความรอบรู้ในการใช้น้ำมันกัญชา

### ทัศนคติของสมาชิกในครอบครัวต่อการใช้น้ำมันกัญชา

ผลการศึกษาครั้งนี้ได้พบว่าการมีทัศนคติของสมาชิกในครอบครัวต่อการใช้น้ำมันกัญชาในระดับที่ดีมีโอกาสมากกว่าที่จะมีการใช้น้ำมันกัญชา 2.5 เท่า เมื่อเทียบกับการมีทัศนคติของสมาชิกในครอบครัวต่อการใช้น้ำมันกัญชาในระดับที่ต่ำ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรรักษาโรค ของประชาชนในเขต 11 กระทรวงสาธารณสุข<sup>22</sup> ซึ่งพบว่าทัศนคติต่อการใช้สมุนไพรรักษาโรคและปัจจัยเสริมด้านการสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนบ้าน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการการใช้ยาสมุนไพรรักษาโรค การที่มีความตั้งใจในการใช้น้ำมันกัญชาเพื่อการรักษาโรคของกลุ่มตัวอย่างเป็นผลมาจากการสนับสนุนของสมาชิกในครอบครัวที่มีทัศนคติต่อน้ำมันกัญชาในระดับที่ดี ซึ่งเป็นปัจจัยเสริมในด้านการสนับสนุนทางสังคมที่สนับสนุนที่มีผลต่อการทำให้เกิดพฤติกรรมทางสุขภาพหรือการยับยั้งในการแสดงพฤติกรรม<sup>23,24</sup> การศึกษาครั้งนี้ยังพบว่าปัจจัยการได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนหรือคนรู้จัก ซึ่งเป็นอีกหนึ่งปัจจัยในด้านการสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้น้ำมันกัญชา

### การได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนหรือคนรู้จัก

ด้านการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนหรือคนรู้จักซึ่งเป็นปัจจัยเสริมอีกหนึ่งปัจจัยที่ให้เกิดความตั้งใจในการใช้น้ำมันกัญชาเพื่อการรักษาโรค การศึกษานี้พบว่าการได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนหรือคนรู้จักมีโอกาสมากกว่าที่จะมีความตั้งใจในการใช้น้ำมันกัญชา 2.7 เท่าเมื่อเทียบกับการไม่ได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนหรือคนรู้จัก ซึ่งพบว่าความตั้งใจในการใช้น้ำมันกัญชาในกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนมีมากถึงร้อยละ 45.7 ในขณะที่กลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนมีเพียงร้อยละ 19.3 ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศจีนพบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2<sup>25</sup> การได้รับการสนับสนุนจากสังคมจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญในการใช้ยา ดังนั้นการบริหารจัดการในเรื่องยาจึงควรส่งเสริมให้ประชาชนทั้งหมดมีความรู้ในเรื่องยาอย่างทั่วถึง และสอดคล้องกับการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการใช้ยาเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับบุคคลพบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้ยา<sup>26</sup> และพบการรายงานของ 50 การศึกษาที่พบว่าปัจจัยในด้านการสนับสนุนทางสังคมในระดับโครงสร้างทางอารมณ์ การปฏิบัติการ และการให้การสนับสนุนทางสังคมแบบผสมผสาน มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาในการรักษาโรค ซึ่งพบว่าทำให้การสนับสนุนเชิงปฏิบัติ เช่น การดำเนินการจัดหาให้ การเตือนให้

รับประทานยา<sup>27</sup> ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิด PRECEDE PROCEED FRAMEWORK ในด้านปัจจัยเสริมซึ่งมีแรงสนับสนุนจากการสนับสนุนทางสังคม จากบุคคลในครอบครัว เป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดความตั้งใจในการใช้น้ำมันกัญชา

### ความรอบรู้ในการใช้น้ำมันกัญชา

ผลการศึกษาพบว่าความรอบรู้ในการใช้น้ำมันกัญชามีโอกาสที่จะมีการใช้น้ำมันกัญชา 4.5 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับในกลุ่มตัวอย่างที่มีความตั้งใจในการใช้น้ำมันกัญชา กลุ่มตัวอย่างที่มีความรอบรู้ในระดับที่เพียงพอมีความตั้งใจในการใช้น้ำมันกัญชาร้อยละ 47.7 โดยที่กลุ่มที่มีระดับความรู้ที่ไม่เพียงพอมีความตั้งใจใช้เพียง ร้อยละ 14.6 ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาความรู้ทางสุขภาพกับการใช้อาหารเสริมและการใช้ยาการแพทย์ทางเลือกในประเทศสหรัฐอเมริกา<sup>28</sup> พบว่าความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับที่เพียงพอมีความสัมพันธ์กับการใช้อาหารเสริมและการเลือกใช้อาหารการแพทย์ทางเลือกที่เพิ่มขึ้น และการศึกษาของ Persell และคณะได้พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความรู้ในข้อบ่งชี้ของยา และความเข้าใจในคำแนะนำสำหรับการใช้ยาและขนาดยา การมีความรอบรู้ทางสุขภาพที่เพียงพอจะทำให้ไม่เกิดข้อผิดพลาดจากการบริหารยาด้วยตนเอง<sup>29</sup> ความรอบรู้ทางสุขภาพกับการใช้อาหารยาได้โดยการที่มีระดับความรู้ทางสุขภาพที่เพียงพอทำให้มีการ เข้าถึงข้อมูลยา การทำความเข้าใจในคำแนะนำการใช้ยา การทบทวนและการซักถามข้อมูลเกี่ยวกับยาเพิ่มเติม และการตัดสินใจในการใช้ยา การมีความรอบรู้ทางสุขภาพจะส่งผลทำให้ได้รับความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ช่วยลดข้อผิดพลาดในการใช้ยาและทำให้มีความเข้าใจและมีการตีความในคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาที่ถูกต้อง<sup>30,31</sup>

### ข้อเสนอแนะ

การศึกษาพบปัจจัยความรู้ทางสุขภาพในการใช้น้ำมันกัญชาและปัจจัยเสริมในด้านการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและจากเพื่อน และทัศนคติของสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการใช้น้ำมันกัญชาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีความรอบรู้ทางสุขภาพ โดยสามารถเข้าถึงข้อมูลที่ต้องการ มีการทำความเข้าใจและทบทวนข้อมูล การซักถามข้อมูลเพิ่มเติมและในประเด็นที่สงสัย และมีการตัดสินใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเอง ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและบุคลากรทางการแพทย์จึงควรสนับสนุนการสร้างเสริมความรู้ทางสุขภาพในการใช้น้ำมันกัญชาเพื่อให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้ทราบถึงสรรพคุณของน้ำมันกัญชาที่ยังมีหลักฐานทางวิชาการที่ยังไม่เพียงพอในการนำมารักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจได้

### ข้อเสนอแนะในด้านการศึกษาวิจัย

1. การศึกษาถึงการพัฒนาโปรแกรมหรือแนวทางการเสริมสร้างความรู้แก่ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้มีความรอบรู้เท่าทันกับสถานการณ์ทางด้านสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงจากปัจจัยที่พบในการศึกษาครั้งนี้
2. การศึกษาถึงความรอบรู้ทางสุขภาพของญาติ หรือผู้ดูแลควบคู่ไปกับการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเพื่อศึกษาเปรียบเทียบและหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ของการมีความรอบรู้ทางสุขภาพในกลุ่มตัวอย่าง
3. การศึกษาภายหลังหน้าควรมีการศึกษาการใช้น้ำมันกัญชามาในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อให้ทราบถึงปัจจัยที่มีการนำน้ำมันกัญชามาใช้จริง

4. การศึกษาถึงความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับน้ำมันกัญชาในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยใช้กัญชา เพื่อประเมินถึงความรอบรู้ในการใช้น้ำมันกัญชาในประชากรกลุ่มนี้

#### ข้อจำกัดในการศึกษา

1. การศึกษานี้ได้ศึกษาการใช้กัญชาโดยการสอบถามความคิดเห็นในแง่ของความสนใจและความตั้งใจในการนำกัญชามาเพื่อการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งเป็นการสอบถามถึงแนวโน้มของความตั้งใจในการนำกัญชามาใช้ แต่ความตั้งใจเป็นตัวทำนายพฤติกรรมได้สูงดังนั้นการศึกษานี้ทำให้เห็นแนวโน้มของการใช้น้ำมันกัญชาได้

2. การศึกษาพบว่าสมาชิกในครอบครัวมีทัศนคติในการใช้น้ำมันกัญชาต่ำ ซึ่งในการศึกษาไม่ได้ทำการประเมินถึงความรอบรู้ทางสุขภาพในการนำกัญชามาใช้ในทางการแพทย์ ซึ่งอาจจะพบประเด็นที่สำคัญในการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพในครอบครัวของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

#### กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนจากศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด (ศศก.) กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) คณะผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

#### เอกสารอ้างอิง

1. Hand A, Blake A, Kerrigan P, Samuel P. History of medical cannabis. J Pain Manage. 2016;9(4):387-394.
2. Murnion B. Medical cannabis. Australian Prescriber. 2015;38(6):212-214.
3. United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2019. Geneva: United Nations; 2019.
4. World Health Organization. The health and social effects of nonmedical cannabis use. Geneva: WHO; 2016.
5. Ebbert JO, Scarf EL, Hurt RT. Medical Cannabis. Mayo Clin Proc. 2018;93(12):1842-47.
6. กรมการแพทย์. คำแนะนำการใช้กัญชาทางการแพทย์ ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2/2562 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 6 กันยายน 2562]. เข้าถึงได้จาก: [http://www.dms.moph.go.th/dms2559/download/Final\\_Guidance.pdf](http://www.dms.moph.go.th/dms2559/download/Final_Guidance.pdf)
7. เพชร อธิสานันท์. การปลดล็อกกัญชาทางการแพทย์กับสังคมไทย. ใน: ขวลิต เลิศบุษยานุกุล. มะเร็ง วิวัฒน์ 2562. กรุงเทพฯ: สมาคมรังสีรักษาและมะเร็งวิทยาแห่งประเทศไทย; 2562. หน้า 123-30
8. ระพีพงศ์ สุวรรณไชยมาตย์, โขยิตา ภาวสุทธิไพศิฐ. ประโยชน์และโทษที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้กัญชา ในทางการแพทย์และการเปิดเสรีการใช้กัญชา. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2561;12(1):71-94.
9. วีรยา ถาอุปชิต, นุศราพร เกษสมบุรณ์. การใช้กัญชาทางการแพทย์. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน. 2560;13:228-40.

10. Hazekamp A, Grotenhermen. Review on clinical studies with cannabis and cannabinoids 2005-2009. *Canabinoids*.2010;5:1-21
11. Bridgeman MB, Abazia DT. Medicinal Cannabis: History, Pharmacology, And Implications for the Acute Care Setting. *P&T*.2017;42(3):180-88.
12. ศูนย์พิษวิทยารามาธิบดี. ข้อระวังการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชา [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ:คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล;2562 [เข้าถึงเมื่อ 6 กันยายน 2562]. เข้าถึงได้จาก: <https://med.mahidol.ac.th/poisoncenter/sites/default/files/public/ข้อมูลกัญชาศูนย์พิษรามา%20edit.pdf>
13. World Health Organization. Health Promotion Glosar. Geneva: WHO; 1998.
14. Nutbeam. Health literacy as a public health goal: challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*. 2000;15(3):259-67.
15. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: เข้าถึง เข้าใจและการนำไปใช้. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์; 2561.
16. อภาพร เผ่าวัฒนา, สุรินธร กลัมพากร,สุนีย์ ละกำป็น และ ทศนีย์ รวีวรกุล. การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน: การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ: เอ็มเอ็นคอมพิวออฟเซท; 2561.
17. สุพัตรา ศรีวณิชชากร. สถานการณ์การป่วยและตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคหัวใจและหลอดเลือด) ในประเทศไทย ในระยะ 5 ปี (2553-2557). *Disease Control Journal*. 2560;43(4):370-90.
18. กิตติมา โมะเมน, มานพ คณะโต. การพัฒนามาตรวัดความรู้เท่าทันสารเสพติดของคนไทย. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2559;4(1):127-40.
19. วิชช์ เกษมทรัพย์, พรรณทิพา ศักดิ์ทอง และกนกพร ปูผ้า. รายงานการประเมินโครงการผ่าตัดหัวใจ 8,000 ดวง ถวายเป็นพระราชกุศล 80 พรรษาพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวและถวายเป็นพระราชกุศล 84 พรรษา สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2550.
20. วิมล โรมมา, ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์, มธุรส ทิพมงคลกุลม ญัฐนารี เอมยงค์, นรีมาลย์ นิละไพจิตรและคณะ. รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2560 (ระยะที่ 1) [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 19 พฤศจิกายน 2562]. เข้าถึงได้จาก <http://164.115.27.97/digital/files/original/a6e73814efb58a07991c5be54b1498d1.pdf>

21. สวนสุนันทาโพล. ประชาชนเกี่ยวกับความคิดเห็นเกี่ยวกับกัญชา. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา;2562 [เข้าถึงเมื่อ 19 พฤศจิกายน 2563]. เข้าถึงได้จาก:  
<https://mgronline.com/qol/detail/9620000119873>
22. สุกิจ ไชยชมพู่ พูนสุข ช่วยทอง, วิราสิริรี วสิวีร์สิวี,สุนันท์ ศลโกสุม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการใช้สมุนไพรรักษาโรคของประชาชน ในเขต 11 กระทรวงสาธารณสุข. วารสารเกื้อ การุณย์ 2555;19(2):60-74
23. นรลักษณ์ เอื้อกิจ, ลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี. การประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE MODEL ในการสร้างเสริมสุขภาพ Utilization of the PRECEDE MODEL in Health Promotion. วารสารพยาบาลสหภาพชาติไทย 2562;12(1):38-48
24. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. กลยุทธ์การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ. นนทบุรี:กระทรวงสาธารณสุข;2561
25. Gu L, Wu S, Zhao S, et al. Association of Social Support and Medication Adherence in Chinese Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *Int J Environ Res Public Health*. 2017;14(12):1522. DOI:10.3390/ijerph14121522
26. Mondesir FL, Carson AP, Durant RW, Lewis MW, Safford MM, Levitan EB. Association of functional and structural social support with medication adherence among individuals treated for coronary heart disease risk factors: findings from the reasons for geographic and racial differences in stroke (REGARDS) study. *PLoS One*. 2018;13(6):e0198578. DOI:10.1371/journal.pone.0198578
27. Scheurer D, Choudhry N, Swanton KA, Matlin O, Shrank W. Association between different types of social support and medication adherence. *The American Journal of Managed Care*. 2012;18(12):e461-7.
28. Bains SS, Egede LE. Association of health literacy with complementary and alternative medicine use: a cross-sectional study in adult primary care patients. *BMC Complement Altern Med*. 2011;30(11):138. doi: 10.1186/1472-6882-11-138. PMID: 22208873; PMCID: PMC3276434.
29. Persell SD, Karmali KN, Lee JY, Lazar D, Brown T, Friesema EM, Wolf MS. Associations Between Health Literacy and Medication Self-Management Among Community Health Center Patients with Uncontrolled Hypertension. *Patient Prefer Adherence*. 2020;14:87-95 <https://doi.org/10.2147/PPA.S226619>
30. Shi Shuangjiao, Shen Zhiying, Duan Yinglong, Ding Siqing, Zhong Zhuqing. Association Between Medication Literacy and Medication Adherence Among Patients With Hypertension. *Frontiers in Pharmacology*. 2019.10:822 DOI=10.3389/fphar.2019.00822



31. Marvanova M, Roumie CL, Eden SK, Cawthon C, Schnipper JL, Kripalani S. Health literacy and medication understanding among hospitalized adults. *J Hosp Med.* 2011;6(9):488-93. DOI: 10.1002/jhm.925.