วารสารวิชาการสาธารณสุข
ปีที่ 35 ฉบับที่ 3 พฤษภาคม - มิถุนายน 2569

Journal of Health Science of Thailand
Vol. 35 No. 3, May - June 2026

นิพนธ์ต้นฉบับ *Original article*

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ของประชาชนไทยในพื้นที่ภาคใต้

อารยา ข้อค้า วท.ม. (เภสัชวิทยา)*
ประไพพิมพ์ สุรเชษฐคมสัน วท.ม. (สถิติประยุกต์)**
* *สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต*
** *สาขาวิชาวิทยาศาสตร์และคณิตศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต*
ติดต่อผู้เขียน: อารยา ข้อค้า Email: araya.k@pkru.ac.th

วันรับ: 26 ส.ค. 2567
วันแก้ไข: 24 มี.ค. 2569
วันตอบรับ: 2 เม.ย. 2569

บทคัดย่อ การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและทัศนคติในการใช้กัญชาทางการแพทย์ของประชาชนไทยในพื้นที่ภาคใต้ และเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลและทัศนคติ รวมถึงเพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและทัศนคติกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนไทยที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในพื้นที่ภาคใต้ทั้ง 14 จังหวัด จำนวน 1,100 คน สุ่มตัวอย่างตามความสะดวกและแบบลูกโซ่ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ทัศนคติ และความรอบรู้ด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบของแมน-วิทนีย์ การทดสอบของครัสคัล-วัลลิส การทดสอบไคสแควร์ และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการศึกษา พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์อยู่ในระดับพอใช้ได้ ร้อยละ 55.27 ทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 92.09 ปัจจัยส่วนบุคคลและทัศนคติที่แตกต่างกันส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ ($p=0.013$) ศาสนา รายได้ต่อเดือน ระดับการศึกษา อาชีพ จังหวัดที่อาศัย การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ ประสบการณ์ และทัศนคติ ($p<0.05$) ยกเว้น อายุ สถานภาพสมรส และโรคประจำตัว ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพมากที่สุด ได้แก่ การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ รองลงมาคือ รายได้ต่อเดือน ระดับการศึกษา ทัศนคติ เพศ ศาสนา ประสบการณ์ และอาชีพ ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ส่วนอายุ สถานภาพสมรส จังหวัดที่อาศัย และโรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ข้อเสนอแนะจากการศึกษาครั้งนี้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์กับบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นผู้ให้บริการสุขภาพกับประชาชนที่มีความจำเป็นต้องใช้กัญชาทางการแพทย์ รวมถึงการสร้างสื่อความรู้ที่หลากหลายและการประชาสัมพันธ์ข้อมูลอย่างทั่วถึง ซึ่งจะนำไปสู่ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ของประชาชนอย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: **กัญชาทางการแพทย์; ความรอบรู้ด้านสุขภาพ; ประชาชนไทย; พื้นที่ภาคใต้**

บทนำ

กัญชา (cannabis, marijuana) มีชื่อทางวิทยาศาสตร์ว่า Cannabis sativa เป็นพืชที่หลายประเทศนำมาใช้ในการรักษาโรคตั้งแต่สมัยโบราณ[1] เนื่องจากกัญชามีสารพฤกษเคมีหลายชนิดกระจายอยู่ในปริมาณที่แตกต่างกันทั่วทุกส่วนประกอบ ทั้งลำต้น ราก ใบ เมล็ด และช่อดอก โดยเฉพาะสารกลุ่ม cannabinoids ซึ่งสารสำคัญที่กำลังได้รับความสนใจจากนักวิชาการในวงกว้าง ได้แก่ Δ^9-tetrahydrocannabinol (THC) และ cannabidiol (CBD)[2] สำหรับผลทางเภสัชวิทยาของสารทั้ง THC และ CBD ที่นำมาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ เช่น ฤทธิ์ในการลดปวด ต้านการอาเจียน ต้านการอักเสบ ต้านการชัก รักษาโรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง (multiple sclerosis: MS) รวมถึงความผิดปกติทางจิต เช่น วิตกกังวลทั่วไป และเครียดหลังผ่านเหตุการณ์ร้ายแรง (posttraumatic stress disorder: PTSD)[3] อย่างไรก็ตาม THC มีฤทธิ์ต่อจิต-ประสาท (psychotropic effects) เมื่อได้รับในปริมาณสูงหรือติดต่อกันเป็นเวลานาน อาจส่งผลให้เกิดการเสพติด ในขณะที่ CBD ไม่มีผลต่อจิตประสาท (non-psychotropic effects)[4] ซึ่งนับว่ากัญชาเป็นพืชที่มีประโยชน์ทางการแพทย์นานัปการ แม้ว่าจะมีการเผยแพร่ผลการวิจัยเกี่ยวกับกัญชามากมาย แต่การศึกษาวิจัยเพิ่มเติมยังคงต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนทางวิชาการในการนำกัญชามาใช้กับผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลสูงสุดทางการรักษา

สำหรับประเทศไทย หลังจากมีการประกาศพระราช-บัญญัติ (พ.ร.บ.) ยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 ในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 18 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 ส่งผลให้สามารถนำกัญชามาใช้ในการรักษาโรคและการศึกษาวิจัย เพื่อประโยชน์ในทางการแพทย์เท่านั้น[5] ซึ่งเดิมตาม พ.ร.บ. ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ระบุว่า กัญชาเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ที่ห้ามไม่ให้ผู้ใดเสพหรือนำไปใช้ในทางการแพทย์[6] จากการแก้ไขเพิ่มเติม พ.ร.บ. ยาเสพติดให้โทษดังกล่าว ส่งผลให้ข้อจำกัดในการใช้กัญชาทางการแพทย์ลดลง ทำให้ผู้ป่วยมีทางเลือกในการรักษามากขึ้น โดยนำสารสกัดจากกัญชามาใช้ในการบรรเทาและบำบัดโรคของตนเอง ทั้งนี้การใช้กัญชาต้องอยู่ภายใต้การควบคุมของผู้ประกอบวิชาชีพตามที่รัฐมนตรีกำหนด[5] และในวันที่ 9 มิถุนายน พ.ศ. 2565 ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษประเภท 5 มีผลบังคับใช้ ส่งผลให้สารสกัดจากทุกส่วนของพืชกัญชาและกัญชงไม่เป็นยาเสพติด ยกเว้นสารสกัดที่มีปริมาณ THC เกินร้อยละ 0.2[7] ต่อมาวันที่ 23 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 ได้มีประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สมุนไพรควบคุม (กัญชา) พ.ศ. 2565 ระบุว่า ห้ามจำหน่ายสมุนไพรควบคุมหรือแปรรูปสมุนไพรควบคุมเพื่อการค้าให้กับผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี สตรีมีครรภ์หรือสตรีให้นมบุตร[8] นอกจากนี้ประชาชนสามารถปลูกกัญชาได้โดยไม่ต้องขออนุญาตจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา แต่ต้องจดแจ้งผ่านแอปพลิเคชัน “ปลูกกัญ” ส่งผลให้ประชาชนเกิดความอิสระในการใช้กัญชามากขึ้น โดยเฉพาะการนำกัญชามาใช้ทางการแพทย์ ผู้ใช้จำเป็นต้องมีความรอบรู้ในการใช้อย่างถูกต้องและปริมาณที่เหมาะสมกับโรค รวมถึงต้องอยู่ภายใต้การควบคุมและดูแลของผู้ประกอบวิชาชีพที่กำหนด เพื่อป้องกันผลข้างเคียงจากการใช้กัญชา

การนำกัญชามาใช้ในทางการแพทย์ จำเป็นต้องมีกระบวนการสกัดสารจากพืชกัญชาให้อยู่ในรูปผลิตภัณฑ์กัญชา มีทั้งแบบเม็ด สเปรย์พ่น น้ำมันหยดใต้ลิ้น และแท่งเหน็บทวารหนัก เป็นต้น[9] หากมีการนำส่วนของกัญชามาใช้โดยไม่ผ่านกระบวนการสกัดอย่างมีคุณภาพ อาจส่งผลให้ระดับของสาร THC และ CBD ที่ได้รับเข้าสู่ร่างกายไม่เหมาะสมกับสภาวะโรค และเสี่ยงต่อการได้รับผลข้างเคียง บางรายอาจถึงขั้นเสียชีวิตโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว[10] จากการศึกษาของสาวิตรี อัษณางค์กรชัย และคณะ[11] พบว่า ประชาชนร้อยละ 74 ได้รับกัญชาจากแหล่งผิดกฎหมายหรือกัญชาใต้ดิน มีเพียงร้อยละ 7.6 เท่านั้นที่ได้รับผลิตภัณฑ์กัญชาจากหน่วยงาน-สาธารณสุข นอกจากนี้ ผู้ใช้กัญชาร้อยละ 78.3 ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์มาจากเพื่อน

หรือญาติ รองลงมา สังคมออนไลน์ มีเพียงร้อยละ 15.4 ที่ได้รับข้อมูลจากหน่วยงานสาธารณสุข รวมถึงผู้ใช้ร้อยละ 40.9 ได้ลด หรือเลิกใช้ยาแผนปัจจุบันหลังจากเริ่มใช้กัญชาทางการแพทย์[11] นับว่าเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เนื่องจากโรคบางชนิดจำเป็นต้องรักษาแบบ-แผนปัจจุบันเป็นลำดับแรก โดยใช้กัญชาเป็นส่วนเสริม และต้องอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์อย่างใกล้ชิด[9] และจากการศึกษาของสุริยัน บุญแท้[12] พบว่า ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปในประเทศไทย ร้อยละ 39.1 เข้าใจว่ากัญชาสามารถรักษาโรคมะเร็งให้หายได้ และร้อยละ 30.2 เห็นว่ากัญชาใช้รักษาโรคนอนไม่หลับได้ ซึ่งถือเป็นความเข้าใจและการรับรู้ที่ไม่ถูกต้อง เนื่องจากยังไม่มีหลักฐานเชิง-ประจักษ์ทางวิชาการยืนยันชัดเจน จำเป็นต้องมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม จากสถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าการนำกัญชามาใช้ในทางการแพทย์ยังคงเป็นเรื่องใหม่และข้อมูลค่อนข้างจำกัด ทั้งยังมีกฎหมายเข้ามาเกี่ยวข้องและปัจจุบันกฎหมายเกี่ยวกับกัญชามีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่งในการตัดสินใจเลือกใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างถูกต้อง ตรงตามกฎหมายกำหนด เพื่อป้องกันหรือลดผลกระทบจากการใช้ และมีพฤติกรรมการใช้อย่างเหมาะสม ดำรงไว้ซึ่งสุขภาวะที่สมบูรณ์

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) เป็น 1 ใน 10 ประเด็นหลักของแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข มีเป้าหมายให้ประชาชนไทยทุกคนมีทักษะในการเข้าถึงและประมวลข้อมูลสุขภาพ เพื่อตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง[13] ในอนาคตกัญชาอาจเข้ามามีบทบาทในการรักษาทางการแพทย์มากขึ้น ประชาชนจำเป็นต้องมีความตื่นตัวในการศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมทั้งประโยชน์ทางการรักษา ผลข้างเคียง การเสพติด และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง โดยปัจจุบันแหล่งข้อมูลมีหลากหลายช่องทาง จึงเพิ่มความเสี่ยงต่อการได้มาซึ่งข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้น ประชาชนต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ จากแนวคิดของ Nutbeam[14] แบ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็น 3 ระดับ คือ ระดับพื้นฐาน ซึ่งบุคคลสามารถอ่าน เขียน และเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ ระดับการมีปฏิสัมพันธ์โดยเน้นทักษะทางสังคมและการสื่อสารเป็นความสามารถของบุคคลในการซักถามเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลสุขภาพ และระดับวิจารณญาณ แสดงถึงความสามารถของบุคคลในการตัดสินใจและเลือกปฏิบัติกิจกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดย Nutbeam[15] ได้สรุปความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อ หากบุคคลมีทักษะเหล่านี้ครบถ้วน นำไปสู่การพึ่งพาตนเองทางสุขภาพและมีสุขภาวะที่ดี จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ เช่น อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ความรู้เกี่ยวกับกัญชา ทัศนคติ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการเข้าถึงกัญชา เป็นต้น[16] โดยเฉพาะผู้ใช้กัญชาทางการแพทย์ในภาคใต้ ร้อยละ 80.4 ได้ผลิตภัณฑ์กัญชามาจากตลาดมืดสูงสุดเมื่อเทียบกับภูมิภาคอื่น ในขณะที่ผลิตภัณฑ์กัญชาของโรงพยาบาลมีผู้เข้าถึงเพียงร้อยละ 0.5 เท่านั้น ซึ่งต่ำที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับภูมิภาคอื่น[11] จากข้อมูลดังกล่าว หากประชาชนมีทัศนคติไม่เหมาะสมและความรอบรู้ด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ไม่เพียงพอ ย่อมส่งผลเสียต่อการนำกัญชามาใช้ในการดูแลสุขภาพ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและทัศนคติในการใช้กัญชาทางการแพทย์ของประชาชนไทยในพื้นที่ภาคใต้ และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลและทัศนคติในการใช้กัญชาทางการแพทย์ รวมทั้งวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและทัศนคติในการใช้กัญชาทางการแพทย์ของประชาชนไทยในพื้นที่ภาคใต้กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (descriptive cross-sectional study)

ประชากร ประชาชนที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในภาคใต้ทั้ง 14 จังหวัด จำนวน 6,648,185 คน[17]

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Krejcie and Morgan[18] กำหนดค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 99.9 (=10.828) ยอมรับค่าความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 5 และสัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากรเท่ากับ 0.5 จะได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 1,083 คน เพื่อป้องกันการตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็น 1,100 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างแต่ละจังหวัดตามสัดส่วนของประชากร โดยการสุ่มตัวอย่างตามสะดวก (convenience sampling) และแบบลูกโซ่ (snow-ball sampling) ซึ่งมีเกณฑ์การคัดเข้า คือ ชาวไทยและมีสัญชาติไทย อายุ 20 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในพื้นที่ภาคใต้อย่างน้อย 3 เดือน สื่อสารภาษาไทยได้ สามารถใช้เครื่องมือสื่อสารในการตอบแบบสอบถามออนไลน์ และเกณฑ์การคัดออก คือ ไม่ยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย หรือไม่สะดวกใจในการให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นลักษณะแบบสอบถามออนไลน์ สร้างผ่าน google form ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ส่วน รายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา รายได้ต่อเดือน สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว จังหวัดที่อาศัย การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ และประสบการณ์การใช้กัญชาทางการแพทย์ โดยเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมข้อความ จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 ทัศนคติในการใช้กัญชาทางการแพทย์ ผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรม มีข้อคำถาม จำนวน 17 ข้อ เชิงบวก 8 ข้อ และเชิงลบ 9 ข้อ ประกอบด้วยความคิดเห็นเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ การนำกัญชาไปใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ การได้มาซึ่งกัญชา และการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ ซึ่งเป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ คำถามเชิงบวก เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5) เห็นด้วย (4) ไม่แน่ใจ (3) ไม่เห็นด้วย (2) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1) และคำถามเชิงลบ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1) เห็นด้วย (2) ไม่แน่ใจ (3) ไม่เห็นด้วย (4) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5)

เกณฑ์การแปลผลระดับทัศนคติในการใช้กัญชาทางการแพทย์ ใช้เกณฑ์คะแนนของ Best[19] โดยแบ่งคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 3 ระดับ ได้ช่วงความกว้างของแต่ละอันตรภาคชั้นเท่ากับ 1.33 ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 คะแนน หมายถึง ทัศนคติในการใช้กัญชาทางการแพทย์อยู่ในระดับไม่ดี

คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67 คะแนน หมายถึง ทัศนคติในการใช้กัญชาทางการแพทย์อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00 คะแนน หมายถึง ทัศนคติในการใช้กัญชาทางการแพทย์อยู่ในระดับดี

ส่วนที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ ผู้วิจัยดัดแปลงบางข้อคำถามจากการศึกษาของอังศินันท์ อินทรกำแหง[20] เรื่อง การสร้างและพัฒนาเครื่องมือความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย ร่วมกับข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ กรอบแนวคิด และกลุ่มตัวอย่าง โดยแบบสอบถามประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อ จำนวน 40 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด (5) มาก (4) ปานกลาง (3) น้อย (2) และน้อยที่สุด (1)

เกณฑ์การแปลผลระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้[20]

คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (คะแนนเฉลี่ยน้อยกว่า 3.00) หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับ

ไม่ดีพอ

คะแนนระหว่างร้อยละ 60-80 (คะแนนเฉลี่ย 3.00-4.00) หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ได้

คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 (คะแนนเฉลี่ยมากกว่า 4.00) หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน วิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้องเชิงเนื้อหากับวัตถุประสงค์ (index of consistency: IOC) ซึ่งข้อคำถามทุกข้อมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 จากนั้นทดลองใช้แบบสอบถามกับประชาชนที่อาศัยในพื้นที่ภาคกลาง จำนวน 30 คน และทดสอบความเชื่อมั่น (reliability) โดยใช้สูตร Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทัศนคติ เท่ากับ 0.75 และแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.97

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามออนไลน์ผ่าน google form ซึ่งดำเนินการเก็บข้อมูล ดังนี้

วิธีที่ 1 เก็บข้อมูลผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) โดยผู้วิจัยจัดทำหนังสือถึง สสจ. ทั้ง 14 แห่งในภาคใต้ เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการจัดส่งลิงค์/คิวอาร์โค้ดแบบสอบถามไปยังหน่วยงานที่อยู่ภายใต้การดูแลและส่งต่อไปยังประชาชนในพื้นที่

วิธีที่ 2 เก็บข้อมูลโดยการจัดส่งลิงค์/คิวอาร์โค้ดแบบสอบถามไปยังกลุ่มไลน์ เฟซบุ๊ก หรือบุคคลที่รู้จักเพื่อทำการส่งต่อแบบสอบถามไปยังกลุ่มตัวอย่าง

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ทัศนคติ และความรอบรู้ด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ โดยหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลและทัศนคติ ซึ่งเป็นตัวแปรเชิงกลุ่ม และเนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่เป็นปกติ จึงใช้สถิติแบบไม่อาศัยพารามิเตอร์ (nonparametric statistics) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 รายละเอียดดังนี้

- เพศ โรคประจำตัว จังหวัดที่อาศัย (ภาคใต้ตอนบนและตอนล่าง เนื่องจากมีความแตกต่างทางภูมิศาสตร์ที่ชัดเจน) การได้รับข้อมูลกัญชาทางการแพทย์ ประสบการณ์ และทัศนคติ โดยใช้ Mann-Whitney U test

- อายุ ศาสนา รายได้ต่อเดือน สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพ โดยใช้ Kruskal-Wallis H test และทดสอบความแตกต่างรายคู่ โดยการวิเคราะห์ Bonferroni correction test

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยการทดสอบไคสแควร์และวัดระดับความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Cramer's V (V) และความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (r) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต เมื่อวันที่ 24 พฤษภาคม พ.ศ. 2566 เอกสารรับรองเลขที่ PKRU 2566/05

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 75.55 เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 48.23 ปี นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 51.91 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 67.73 จบการศึกษามัธยมตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 33.36 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 33.00 รายได้เฉลี่ย 12,090.17 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 64.91 อาศัยในพื้นที่ภาคใต้ตอนบน ร้อยละ 54.36 ส่วนใหญ่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ 62.82 และไม่เคยมีประสบการณ์การใช้กัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ 93.36

ทัศนคติในการใช้กัญชาทางการแพทย์ ส่วนใหญ่มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 92.09 รองลงมาระดับดี ร้อยละ 7.91 คะแนนเฉลี่ยทัศนคติในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (mean=3.32, SD=0.59)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ได้ ร้อยละ 55.27 รองลงมา ระดับไม่ดีพอ ร้อยละ 34.82 และระดับดีมาก ร้อยละ 9.91 ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์รายด้าน พบว่า การเข้าถึงข้อมูล ทักษะการตัดสินใจ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับพอใช้ได้ ส่วนความรู้ความเข้าใจและทักษะการสื่อสารอยู่ในระดับไม่ดีพอ โดยสรุปรายด้าน ดังตารางที่ 1

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลและทัศนคติ พบว่า เพศ (p=0.013) ศาสนา รายได้ต่อเดือน ระดับการศึกษา อาชีพ จังหวัดที่อาศัย การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ ประสบการณ์ และทัศนคติในการใช้กัญชาทางการแพทย์ (p<0.05) ที่แตกต่างกันจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้น อายุ (p=0.219) สถานภาพสมรส (p=0.136) โรคประจำตัว (p=0.497) ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ของประชาชนไทยในพื้นที่ภาคใต้ (n=1,100)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์	ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ						ร้อยละ	mean	SD	แปลผล
	ไม่ดีพอ		พอใช้ได้		ดีมาก					
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
1. การเข้าถึงข้อมูลการใช้กัญชาทางการแพทย์	148	13.45	671	61.00	281	25.55	63.6	3.18	0.79	พอใช้ได้
2. ความรู้ความเข้าใจในการใช้กัญชาทางการแพทย์	279	25.36	617	56.09	204	18.55	58.8	2.94	0.86	ไม่ดีพอ
3. ทักษะการสื่อสารในการใช้กัญชาทางการแพทย์	258	23.45	645	58.64	197	17.91	58.8	2.94	0.83	ไม่ดีพอ
4. ทักษะการตัดสินใจในการใช้กัญชาทางการแพทย์	177	16.09	448	40.73	475	43.18	67.8	3.39	0.96	พอใช้ได้
5. การจัดการตนเองในการใช้กัญชาทางการแพทย์	189	17.18	646	58.73	265	24.09	63.2	3.16	0.82	พอใช้ได้
6. การรู้เท่าทันสื่อในการใช้กัญชาทางการแพทย์	181	16.46	510	46.36	409	37.18	65.8	3.29	0.92	พอใช้ได้
ภาพรวม	383	34.82	608	55.27	109	9.91	63.0	3.15	0.86	พอใช้ได้

ตารางที่ 2 ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลและทัศนคติ (n=1,100)

ปัจจัยที่ศึกษา	mean (SD)	ค่าเฉลี่ยลำดับ	U† H‡	p	แปลผล	ทดสอบรายคู่§	Adj. sig	แปลผล
เพศ								
ชาย	3.26 (0.82)	592.15	100,566.50†	0.013*	แตกต่าง			
หญิง	3.11 (0.68)	537.02						
อายุ (ปี)								
20-35	3.24 (0.75)	590.86	4.423‡	0.219	ไม่แตกต่าง			
36-51	3.11 (0.71)	533						
52-67	3.16 (0.70)	553.21						
68 ขึ้นไป	3.16 (0.80)	533.23						
ศาสนา								
พุทธ	3.28 (0.71)	603.37	33.528‡	<0.001*	แตกต่าง	อิสลาม-พุทธ	<0.001*	แตกต่าง
อิสลาม	3.01 (0.69)	492.76				อิสลาม-คริสต์	1	ไม่แตกต่าง
คริสต์	3.30 (0.03)	672.5				พุทธ-คริสต์	1	ไม่แตกต่าง

ตารางที่ 2 ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลและทัศนคติ (n=1,100) (ต่อ)

ปัจจัยที่ศึกษา	mean (SD)	ค่าเฉลี่ยลำดับ	U† H‡	p	แปลผล	ทดสอบรายคู่§	Adj. sig	แปลผล
รายได้ต่อเดือน (บาท)								
<10,000	3.04 (0.66)	502.55	83.561‡	<0.001*	แตกต่าง	(<10,000) - (10,000-19,999)	0.061	ไม่แตกต่าง
10,000-19,999	3.16 (0.68)	562.12				(<10,000) - (20,000-29,999)	0.325*	ไม่แตกต่าง
20,000-29,999	3.19 (0.62)	578.42				(<10,000) - (≥30,000)	<0.001*	แตกต่าง
≥30,000	3.81 (0.77)	806.56				(10,000-19,999) - (20,000-29,999)	1	ไม่แตกต่าง
						(10,000-19,999) - (≥30,000)	<0.001*	แตกต่าง
						(20,000-29,999) - (≥30,000)	<0.001*	แตกต่าง
สถานภาพสมรส								
โสด	3.23 (0.75)	581.18	3.987‡	0.136	ไม่แตกต่าง			
สมรส	3.12 (0.71)	537.38						
แยกกัน/หย่าร้าง/อื่น ๆ	3.20 (0.69)	573.91						
ระดับการศึกษา								
ต่ำกว่าประถมศึกษา	3.03 (0.68)	497.65	43.322‡	<0.001*	แตกต่าง	มัธยมศึกษาตอนต้น - ต่ำกว่าประถมศึกษา	1	ไม่แตกต่าง
มัธยมศึกษาตอนต้น	2.99 (0.65)	478.01				มัธยมศึกษาตอนต้น - มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	0.068	ไม่แตกต่าง
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	3.15 (0.66)	550.32				มัธยมศึกษาตอนต้น - อนุปริญญาขึ้นไป	<0.001*	แตกต่าง
อนุปริญญาขึ้นไป	3.37 (0.80)	647.21				ต่ำกว่าประถมศึกษา - มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	0.242	ไม่แตกต่าง
						ต่ำกว่าประถมศึกษา - อนุปริญญาขึ้นไป	<0.001*	แตกต่าง
						มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. - อนุปริญญาขึ้นไป	0.001*	แตกต่าง
อาชีพ								
เกษตรกร	3.13 (0.67)	539.97	17.063‡	0.001*	แตกต่าง	รับจ้างทั่วไป - เกษตรกร	1	ไม่แตกต่าง
รับจ้างทั่วไป	3.04 (0.70)	507.49				รับจ้างทั่วไป - ค้าขาย	0.239	ไม่แตกต่าง
ค้าขาย	3.20 (0.69)	571.68				เกษตรกร - ค้าขาย		
รับราชการ/พนักงาน/อื่น ๆ	3.30 (0.79)	613.7				ค้าขาย - ข้าราชการ/พนักงานบริษัท/อื่น ๆ	1	ไม่แตกต่าง
						เกษตรกร - ข้าราชการ/พนักงานบริษัท/อื่น ๆ	0.030*	แตกต่าง
						รับจ้างทั่วไป - ข้าราชการ/พนักงานบริษัท/อื่น ๆ	<0.001*	แตกต่าง
โรคประจำตัว								
ไม่มี	3.14 (0.70)	545.72	134388†	0.497	ไม่แตกต่าง			
มี	3.18 (0.75)	559.34						
จังหวัดที่อาศัย								
ภาคใต้ตอนบน	3.21 (0.72)	568.45	139364.50†	<0.001*	แตกต่าง			
ภาคใต้ตอนล่าง	3.09 (0.71)	529.12						
การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์								
ไม่เคยได้รับ	2.94 (0.68)	451.66	100884.50†	<0.001*	แตกต่าง			
เคยได้รับ	3.28 (0.71)	609						
ประสบการณ์การใช้กัญชาทางการแพทย์								
ไม่มี	3.13 (0.71)	540.99	27720†	<0.001*	แตกต่าง			
มี	3.47 (0.75)	684.27						
ทัศนคติในการใช้กัญชาทางการแพทย์								
ปานกลาง	3.11 (0.70)	533.14	26476†	<0.001*	แตกต่าง			
ดี	3.59 (0.74)	752.68						

*p<0.05, †Mann-Whitney U test, ‡Kruskal-Wallis H test, §ทดสอบความแตกต่างรายคู่ โดย Bonferroni correction test

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและทัศนคติกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ (V=0.189) มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพมากที่สุด รองลงมา รายได้ต่อเดือน (V=0.171) ระดับการศึกษา (V=0.153) ทัศนคติ (r=0.152) เพศ (V=0.123) ศาสนา (V=0.119) ประสบการณ์ (V=0.119) และอาชีพ (V=0.107) ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ส่วนอายุ (V=0.052, p=0.419) สถานภาพสมรส (V=0.044, p=0.383) จังหวัดที่อาศัย (V=0.066, p=0.094) และโรคประจำตัว (V=0.011, p=0.936) ไม่พบความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและทัศนคติกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (n=1,100)

ปัจจัยที่ศึกษา	ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ				Chi-square	p	V† r‡
	ทั้งหมด	ไม่ดีพอ	พอใช้ได้	ดีมาก			
	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ			
1. เพศ							
ชาย	269 (24.45)	38 (14.13)	150 (55.76)	81 (30.11)	16.659	<0.001*	0.123†
หญิง	831 (75.55)	106 (12.76)	567 (68.23)	158 (19.01)			
2. อายุ (ปี)							
20-35	181 (16.45)	20 (11.05)	113 (62.43)	48 (26.52)	6.039	0.419	0.052†
36-51	443 (40.27)	63 (14.22)	293 (66.14)	87 (19.64)			
52-67	434 (39.46)	53 (12.21)	287 (66.13)	94 (21.66)			
68 ขึ้นไป	42 (3.82)	8 (19.05)	24 (57.14)	10 (23.81)			
3. ศาสนา							
พุทธ	571 (51.91)	73 (12.78)	245 (42.91)	253 (44.31)	31.052	<0.001*	0.119†
อิสลามและคริสต์	529 (48.09)	108 (20.42)	265 (50.09)	156 (29.49)			
4. รายได้ต่อเดือน (บาท)							
น้อยกว่า 10,000	661 (60.09)	120 (18.15)	335 (50.68)	206 (31.17)	64.091	<0.001*	0.171†
10,000-19,999	263 (23.91)	46 (17.49)	115 (43.73)	102 (38.78)			
20,000-29,999	72 (6.55)	8 (11.11)	37 (51.39)	27 (37.50)			
30,000 ขึ้นไป	104 (9.45)	7 (6.73)	23 (22.12)	74 (71.15)			
5. สถานภาพสมรส							
โสด	202 (18.36)	23 (11.39)	129 (63.86)	50 (24.75)	4.176	0.383	0.044†
สมรส	745 (67.73)	105 (14.09)	489 (65.64)	151 (20.27)			
แยกกัน/หย่าร้าง/อื่นๆ	153 (13.91)	16 (10.46)	99 (64.70)	38 (24.84)			
6. ระดับการศึกษา							
ต่ำกว่าประถมศึกษา	262 (23.82)	44 (16.79)	176 (67.18)	42 (16.03)	51.702	<0.001*	0.153†
มัธยมศึกษาตอนต้น	187 (17.00)	32 (17.11)	131 (70.06)	24 (12.83)			
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	367 (33.36)	41 (11.17)	254 (69.21)	72 (19.62)			
อนุปริญญาขึ้นไป	284 (25.82)	27 (9.51)	156 (54.93)	101 (35.56)			
7. อาชีพ							
เกษตรกร	363 (33.00)	46 (12.67)	245 (67.49)	72 (19.84)	25.335	<.001*	0.107†
รับจ้างทั่วไป	344 (31.27)	52 (15.12)	235 (68.31)	57 (16.57)			
ค้าขาย	148 (13.46)	14 (9.46)	103 (69.59)	31 (20.95)			
รับราชการ/พนักงาน/อื่นๆ	245 (22.27)	32 (13.06)	134 (54.69)	79 (32.25)			

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและทัศนคติกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (n=1,100)

ปัจจัยที่ศึกษา	ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ				Chi-square	p	V† r‡
	ทั้งหมด	ไม่ดีพอ	พอใช้ได้	ดีมาก			
	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ			
8. โรคประจำตัว							
ไม่มีโรคประจำตัว	714 (64.91)	93 (13.02)	468 (65.55)	153 (21.43)	0.132	0.936	0.011†
มีโรคประจำตัว	386 (35.09)	51 (13.21)	249 (64.51)	86 (22.28)			
9. จังหวัดที่อาศัย							
ภาคใต้ตอนบน	598 (54.36)	67 (11.20)	393 (65.72)	138 (23.08)	4.72	0.094	0.066†
ภาคใต้ตอนล่าง	502 (45.64)	77 (15.34)	324 (64.54)	101 (20.12)			
10. การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์							
ไม่เคยได้รับข้อมูล	409 (37.18)	75 (18.34)	282 (68.95)	52 (12.71)	39.452	<0.001*	0.189†
เคยได้รับข้อมูล	691 (62.82)	69 (9.99)	435 (62.95)	187 (27.06)			
11. ประสบการณ์การใช้กัญชาทางการแพทย์							
ไม่เคยมีประสบการณ์	1,027 (93.36)	139 (13.53)	678 (66.02)	210 (20.45)	15.643	<0.001*	0.119†
เคยมีประสบการณ์	73 (6.64)	5 (6.85)	39 (53.42)	29 (39.73)			
12. ระดับทัศนคติในการใช้กัญชาทางการแพทย์							
ปานกลาง	1,013 (92.09)	139 (13.72)	672 (66.34)	202 (19.94)	25.331	<0.001*	0.152‡
ดี	87 (7.91)	5 (5.75)	45 (51.72)	37 (42.53)			

* $p<0.05$

วิจารณ์

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติในระดับดีจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติในระดับปานกลาง ($p<0.05$) และทัศนคติกับความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กันในเชิงบวกระดับต่ำ ($r=0.152$, $p<0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของณิตชาธร ภาโนมัย และคณะ[21] พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยที่มีทัศนคติในการใช้กัญชาทางการแพทย์ระดับปานกลางถึงดี จะมีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ทัศนคติไม่ดีถึง 1.75 เท่า และสอดคล้องกับการศึกษาของ Purcell และคณะ[22] พบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ (e-health literacy) ช่วยให้บุคคลสามารถเข้าถึงและใช้ข้อมูลด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ผลการศึกษายังพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลหลายประการมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ ได้แก่ การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ รายได้ต่อเดือน ระดับการศึกษา เพศ ศาสนา ประสบการณ์ และอาชีพ โดยอภิปรายผลแต่ละตัวแปรตามลำดับ ดังนี้

การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพมากที่สุด ($V=0.189$, $p<0.05$) และกลุ่มตัวอย่างที่เคยได้รับข้อมูลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยได้รับข้อมูล ($p<0.05$) อธิบายได้ว่า การได้รับข้อมูลหรือมีข้อมูลด้านสุขภาพที่เพียงพอ จะส่งผลต่อทักษะและความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล การวิเคราะห์ ทำความเข้าใจ รู้เท่าทันสื่อ จัดการตนเอง อันนำไปสู่การตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสมตามแนวคิดของ Nutbeam[14,15] เช่นเดียวกับการศึกษาของเบญจวรรณ พูนธนานิวัฒน์กุล และคณะ[23] พบว่า การได้รับข่าวสารและคำแนะนำเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์จากบุคลากรสุขภาพมีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้กัญชาทางการแพทย์ของผู้รับบริการ

รายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ (V=0.171, p<0.05) กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่อเดือนแตกต่างกัน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) โดยผู้ที่มีรายได้สูงจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงเช่นเดียวกัน จากผลการศึกษาอธิบายได้ว่า บุคคลที่มีรายได้สูงจะมีความสามารถในการจ่ายสูง ซึ่งรายได้เป็นปัจจัยที่ช่วยให้การดำรงชีวิตมีความสะดวกมากขึ้น เป็นแหล่งสนับสนุนให้บุคคลสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลได้ง่ายขึ้น เช่น การซื้ออินเทอร์เน็ตสำหรับสืบค้นข้อมูล อุปกรณ์สื่อสาร ค่าใช้จ่ายเดินทางไปยังแหล่งบริการสุขภาพ รวมถึงหนังสือและเอกสารที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับการศึกษาของณิตชาธร ภาโนมัย และคณะ[21] พบว่า ผู้ที่มีรายได้ต่อเดือนสูงจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์มากกว่าผู้ที่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า และยังสอดคล้องกับการศึกษาของเบญจวรรณ พูนธนานิวัฒน์กุล และคณะ[23] พบว่า ผู้ที่มีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 30,001 บาท มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้กัญชาทางการแพทย์มากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย

ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ (V=0.153, p<0.05) กลุ่มตัวอย่างที่จบมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. หรือต่ำกว่า มีความรอบรู้ด้านสุขภาพแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่จบอนุปริญญาขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) โดยผู้ที่มีการศึกษาในระดับสูงจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงเช่นเดียวกัน อธิบายได้ว่า การศึกษาในระดับที่สูงขึ้นช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีทักษะในการเข้าถึงแหล่งข้อมูล คัดกรองข้อมูล การคิดวิเคราะห์ การทำความเข้าใจข้อมูล สามารถตรวจสอบความถูกต้อง และความน่าเชื่อถือของข้อมูล นำไปสู่การตัดสินใจปฏิบัติอย่างมีเหตุผล และมีความสามารถในการจัดการตนเองได้ดีมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Iranpour และคณะ[24] พบว่า ระดับการศึกษาที่สูงจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับที่ดี

เพศมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ (V=0.123, p<0.05) โดยเพศชายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่าเพศหญิง (p=0.013) อธิบายได้ว่า เพศหญิงอาจมองว่ากัญชาอาจนำไปสู่การเสพติดและการใช้สารเสพติดชนิดอื่นตามมาได้ จึงหลีกเลี่ยงการนำกัญชามาใช้ทางการแพทย์ ในขณะที่เพศชายอาจมีความสนใจและมั่นใจในการใช้กัญชามากกว่า จึงมีความใฝ่รู้ ศึกษาค้นคว้าข้อมูลเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์มากกว่าเพศหญิง[25] ส่งผลให้เพศชายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าเพศหญิง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Bruce และคณะ[26] พบว่า เพศชายจะได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ให้ใช้กัญชาทางการแพทย์มากกว่าเพศหญิง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของณิตชาธร ภาโนมัย และคณะ[21] พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเพศหญิงมีความรอบรู้ในการใช้กัญชาทางการแพทย์มากกว่าเพศชาย

ศาสนามีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ (V=0.119, p<0.05) กลุ่มตัวอย่างศาสนาอิสลามและศาสนาพุทธมีความรอบรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) อธิบายได้ว่า แนวทางการดำเนินชีวิต ความเชื่อตามศาสนา หลักปฏิบัติทางศาสนา และมุมมองทางศาสนาที่แตกต่างกัน ส่งผลต่อความสนใจการค้นหาข้อมูล การวิเคราะห์ ตัดสินใจปฏิบัติ และการจัดการตนเอง นอกจากนี้ ศาสนาอิสลามยังมีหลักคำสอนห้ามใช้สารเสพติดทุกชนิดอย่างเคร่งครัด ซึ่งการใช้สารเสพติดทุกชนิดจัดเป็นบาปหรือฮะรอม[27] ส่งผลให้ความสนใจในการศึกษาหรือแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์อาจจะน้อยกว่าศาสนาพุทธ

ประสบการณ์การใช้กัญชาทางการแพทย์มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ (V=0.119, p<0.05) กลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยมีประสบการณ์ (p<0.05) อธิบายได้ว่า การมีประสบการณ์ย่อมเข้าใจหลักการและความผิดพลาดที่เคยเกิดขึ้นจากการทดลองและปฏิบัติจริง เกิดการเรียนรู้ มีความสามารถและทักษะในเรื่องนั้น ๆ สามารถวิเคราะห์และแยกแยะข้อมูลได้อย่างถูกต้องเพิ่มมากขึ้น ตระหนักรู้ในการจัดการตนเองอย่างเหมาะสม นำไปสู่การพัฒนาหรือปรับปรุง

แนวทางจากประสบการณ์ที่ได้รับตามทฤษฎีการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (experiential learning theory) ของ Kolb[28] และสอดคล้องกับการศึกษาของ Kruger และคณะ[29] พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับความรู้ในการใช้กัญชาจากประสบการณ์ของตนเอง

อาชีพมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ (V=0.107, p<0.05) กลุ่มตัวอย่างที่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป (p<0.05) และเกษตรกร (p=0.030) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกับกลุ่มที่ประกอบอาชีพข้าราชการและพนักงานบริษัทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.001) โดยอาชีพข้าราชการและพนักงานบริษัทมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าอาชีพอื่น อธิบายได้ว่าบุคคลที่ประกอบอาชีพข้าราชการและพนักงานบริษัทมีความสามารถในการใช้สื่อเทคโนโลยี เข้าถึงแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย และมีเครือข่ายทางสังคมที่กว้างขวางต่อการได้รับข้อมูล เมื่อได้รับข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ สามารถนำข้อมูลเหล่านั้นมาพูดคุย วิพากษ์วิจารณ์ อภิปรายร่วมกันกับเพื่อนร่วมงานกลุ่มอาชีพเดียวกันหรือต่างอาชีพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง และสามารถนำไปปฏิบัติหรือจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ Chen และคณะ[30] พบว่า ผู้ที่ประกอบอาชีพในสำนักงานจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับเพียงพอมากกว่าผู้ที่ประกอบอาชีพแรงงาน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Iranpour และคณะ[24] พบว่า อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามความสะดวกและแบบลูกโซ่ จึงอาจส่งผลให้ความเป็นตัวแทนของประชากรลดลง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการทำวิจัยครั้งนี้

1. หน่วยงานสาธารณสุขสามารถนำผลการศึกษาไปใช้ในการวางแผนส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ในประชาชนภาคใต้ โดยพิจารณาตามคุณลักษณะส่วนบุคคล เช่น เพศ รายได้ต่อเดือน ระดับการศึกษา อาชีพ ศาสนา ประสบการณ์ และการได้รับข้อมูลการใช้กัญชาทางการแพทย์

2. หน่วยงานทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนสามารถนำผลการศึกษาเป็นข้อมูลสนับสนุนในการกำหนดนโยบาย มาตรการ แนวทางปฏิบัติ เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ในประชาชน โดยเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจและพัฒนาทักษะการสื่อสารในการใช้กัญชาทางการแพทย์ รวมถึงการสร้างสื่อที่หลากหลายให้เหมาะสมกับประชาชนทุกกลุ่มและการประชาสัมพันธ์อย่างทั่วถึง เพื่อการเข้าถึงข้อมูลการใช้กัญชาทางการแพทย์ การจัดอบรมให้ความรู้กับบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อเป็นแกนนำสุขภาพ ผู้ให้บริการสุขภาพ และที่ปรึกษาทางสุขภาพให้กับประชาชนในการใช้กัญชาทางการแพทย์ เนื่องจากผลการวิจัยพบว่าการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพมากที่สุด ทั้งนี้เพื่อให้ประชาชนมีความสามารถในการตัดสินใจ เลือกปฏิบัติตน และจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสมเมื่อมีความจำเป็นต้องใช้กัญชาทางการแพทย์

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งถัดไป

1. ควรมีการขยายขอบเขตด้านประชากรที่กว้างขวางมากขึ้น เพิ่มการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ในประชาชนภูมิภาคอื่น

2. เพิ่มการศึกษาปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนได้ซึ่งอาจมีความสัมพันธ์หรือมีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์

3. ควรมีการสนทนากลุ่ม (focus group) ในประชาชนที่มีประสบการณ์และไม่มีประสบการณ์ในการใช้กัญชาทางการแพทย์ ในประเด็นต่าง ๆ เพิ่มเติมเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์

4. ควรมีการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์เพิ่มเติมเฉพาะกลุ่มบุคคล เช่น บุคลากรทางการแพทย์ อาสาสมัครสาธารณสุข เนื่องจากบุคคลดังกล่าวเป็นแกนนำในการให้บริการสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณกองทุนวิจัยมหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ตที่ให้ทุนสนับสนุนงานวิจัย ขอขอบพระคุณสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในพื้นที่ภาคใต้ทั้ง 14 แห่ง ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล และขอขอบคุณผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่านในการให้ข้อมูลครั้งนี้ จนสามารถดำเนินการวิจัยสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Seltzer ES, Watters AK, MacKenzie DJr, Granat LM, Zhang D. Cannabidiol (CBD) as a promising anti-cancer drug. Cancers 2020;12(11):3203.
2. Jin D, Dai K, Xie Z, Chen J. Secondary metabolites profiled in cannabis inflorescences, leaves, stem barks, and roots for medicinal purposes. Sci Rep 2020;10(1):3309.
3. Jugl S, Okpeku A, Costales B, Morris EJ, Alipour-Haris G, Hincapie-Castillo JM, et al. A mapping literature review of medical cannabis clinical outcomes and quality of evidence in approved conditions in the USA from 2016 to 2019. Med Cannabis Cannabinoids 2021;4(1):21-42.
4. Jagannathan R. Identification of psychoactive metabolites from Cannabis sativa, its smoke, and other phytocannabinoids using machine learning and multivariate methods. ACS Omega 2020;5(1):281-95.
5. พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 136, ตอนที่ 19 ก (ลงวันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2562).
6. พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 96, ตอนที่ 63 (ลงวันที่ 27 เมษายน 2522).
7. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 พ.ศ. 2565. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 139, ตอนพิเศษ 35 ง (ลงวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2565).
8. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สมุนไพรควบคุม (กัญชา) พ.ศ. 2565. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 139, ตอนพิเศษ 272 ง (ลงวันที่ 23 พฤศจิกายน 2565).
9. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คำแนะนำการใช้กัญชาทางการแพทย์ ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 4 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 10 เม.ย. 2565]. แหล่งข้อมูล: https://mnfda.fda.moph.go.th/ narcotic/wp-content/uploads/2021/04/Guidance-Updated-v-update-V.4260464.pdf
10. Kichloo A, Albosta M, Aljadah M, El-Amir Z, Goldar G, Khan MZ, et al. Marijuana: A systems-based primer of adverse effects associated with use and an overview of its therapeutic utility. SAGE Open Med 2021;9:1-14.
11. สาวิตรี อัษณางค์กรชัย, กนิษฐา ไทยกล้า, มูฮัมมัดฟาห์มี ตาเละ, สุชาดา ภัยหลีกลี้, ศยามล เจริญรัตน์, ดาริกา ใสงาม. การศึกษาสถานการณ์การใช้กัญชาทางการแพทย์ในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 10 เม.ย. 2565]. แหล่งข้อมูล: https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5346
12. สุริยัน บุญแท้. โครงการสำรวจความรู้ ความเข้าใจ และความคิดเห็นของประชาชนต่อเรื่องกัญชาทางการแพทย์ และการใช้แบบสันทนาการ พ.ศ. 2563: กรณีศึกษาประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปทั่วประเทศ [รายงานผลการวิจัย]. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2563.
13. คณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข. แผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: 2561 [สืบค้นเมื่อ 10 เม.ย. 2565]. แหล่งข้อมูล: https://shorturl.asia/o9jeW
14. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promot Int 2000;15(3):259-67.
15. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med 2008;67(12):2072-78.

16. ธเนษฐ เทียนทอง, นันทวัน สุวรรณรูป, เพลินพิศ บุณยมาลิก, อรวรรณ แก้วบุญชู. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ในการใช้น้ำมันกัญชาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกรุงเทพมหานคร [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 11 เม.ย. 2565]. แหล่งข้อมูล: https://cads.in.th/cads/content?id=200
17. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สถิติประชากรศาสตร์ ประชากรและเคหะ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 11 พ.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/01.aspx
18. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas 1970;30:607-10.
19. Best JW. Research in Education. 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall; 1997.
20. อังศินันท์ อินทรกำแหง. การสร้างและพัฒนาเครื่องมือความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [สืบค้นเมื่อ 10 เม.ย. 2565]. แหล่งข้อมูล: http://bsris.swu.ac.th/upload/268335.pdf
21. ณิตชาธร ภาโนมัย, ธนันรักษ์ วัชราธร, ธีรศักดิ์ พาจันทร์, ชาตรี เจริญชีวะกุล. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยมะเร็งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ 2565;8(1):49-67.
22. Purcell DJ, Cavanaugh G, Thomas-Purcell KB, Caballero J, Waldrop D, Ayala V, et al. e-Health literacy scale, patient attitudes, medication adherence, and internal locus of control. HLRP 2023;7(2):e80-8.
23. เบญจวรรณ พูนธนานิวัฒน์กุล, เจมส์ พึ่งผล, สุวภัทร บุญเรือน, วันเพ็ญ ยอดคง, ณัฐพล ชมภูธวัช, พรชัย แช่มตา. ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้กัญชาทางการแพทย์ของผู้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยในสถานพยาบาลคัดสรร. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ 2565;5(1):47-61.
24. Iranpour A, Karamoozian A, Golzadeh F, Aligol M. Investigating health literacy level and related factors among adults in Qom. MEJRH 2023;10(3):e134167.
25. Felnhofer A, Kothgassner OD, Stoll A, Klier C. Knowledge about and attitudes towards medical cannabis among Austrian university students. Complement Ther Med 2021;58:102700.
26. Bruce D, Grove TJ, Foster E, Shattell M. Gender differences in medical cannabis use: symptoms treated, physician support for use, and prescription medication discontinuation. J Womens Health (Larchmt) 2021;30(6):857-63.
27. Mallik S, Starrels JL, Shannon C, Edwards K, Nahvi S. "An undercover problem in the Muslim community": A qualitative study of imams' perspectives on substance use. J Subst Abuse Treat 2021;123:108224.
28. Kolb DA. Experiential learning: experience as the source of learning and development. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1984.
29. Kruger DJ, Kruger JS, Collins RL. Cannabis enthusiasts' knowledge of medical treatment effectiveness and increased risks from cannabis use. Am J Health Promot 2020;34(4):436-39.
30. Chen W, Ren H, Wang N, Xiong Y, Xu F. The relationship between socioeconomic position and health literacy among urban and rural adults in regional China. BMC Public Health 2021;21(1):527.

Factors Related to Health Literacy for Medical Cannabis Use Among Thai People in the Southern Region

Araya Khoka, M.Sc. (Pharmacology)*; Prapaipim Surachetkomson, M.Sc. (Applied Statistics)**

** Public Health Program, Faculty of Science and Technology, Phuket Rajabhat University; ** Science and Mathematics Program, Faculty of Science and Technology, Phuket Rajabhat University, Thailand*

Journal of Health Science of Thailand 2026;35(3):425-38.

Corresponding author: Araya Khoka, Email: araya.k@pkru.ac.th

Abstract: This descriptive research aimed to examine the levels of health literacy and attitudes toward the use of medical cannabis among Thai people in the Southern region, compare mean differences in health literacy levels according to personal factors and attitudes, and analyze the relationships between personal factors and attitudes with health literacy. The sample was selected using convenience and snowball sampling and included 1,100 Thai people aged over 20 years from the 14 provinces of the Southern region. Data were collected using an online questionnaire, which included general information, attitudes, and health literacy regarding the use of medical cannabis. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis H test, chi-square test and Pearson's product moment correlation coefficient. The results indicated that health literacy regarding the use of medical cannabis was at a fair level (55.27%); and attitudes were at a moderate level (92.09%). Differences in personal factors and attitudes had a statistically significant effect on health literacy, including gender ($p<0.05$), religion, monthly income, educational attainment, occupation, province of residence, access to information about medical cannabis, experience, and attitudes ($p<0.05$), whereas age, marital status, and underlying diseases showed no statistically significant differences. The strongest factors associated with health literacy were access to information about medical cannabis, followed by monthly income, educational attainment, attitudes, gender, religion, experience, and occupation, all of which were statistically significant ($p<0.05$). Age, marital status, province of residence, and underlying diseases were not related to health literacy. This study recommends that relevant agencies provide training on medical cannabis knowledge for public health personnel, equipping personnel to serve as competent healthcare providers for people who require medical cannabis. Additionally, agencies should develop various media and disseminate information thoroughly. These will lead to appropriate health literacy regarding the use of medical cannabis.

Keywords: **medical cannabis; health literacy; Thai people; the Southern region**