



ความชุก ประสบการณ์และรูปแบบการใช้กัญชา และปัจจัยทำนายความตระหนักเกี่ยวกับการ
ใช้กัญชาของผู้สูงอายุในจังหวัดแห่งหนึ่ง

Prevalence Experiences and Patterns of Cannabis Use and Predictors of
Cannabis Use Awareness among the Elderly in a Certain Province

จักรกฤษณ์ พิณญาพงษ์*

Jakkrite Pinyaphong

สุนีย์ กันแจ่ม*

Sunee Kancham

ศรัณยู เรือนจันทร์*

Saranyoo Ruanjan

เพ็ญจิรา กันแจ่ม*

Padetkan Kancham

Received : May 7, 2024

Revised : October 2, 2024

Accepted : October 10, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุก ประสบการณ์ และรูปแบบของการใช้กัญชา และปัจจัยทำนายความตระหนักเกี่ยวกับการใช้กัญชาของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม จำนวน 560 คน ได้มาโดยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์ จำนวน 40 คน ได้จากการเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายโดยใช้สถิติการถดถอยพหุแบบขั้นตอน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า ความชุกของการใช้กัญชาในผู้สูงอายุคือร้อยละ 22.70 การเข้าถึงกัญชาโดยได้รับกัญชาจากเพื่อนบ้าน ร้อยละ 92.80 รองลงมาลูกหลานนำมาให้ ร้อยละ 34.30 ใช้กัญชาในรูปแบบประกอบอาหาร ร้อยละ 13.00 ต้มดื่มแบบชา ร้อยละ 11.10 ความถี่ในการใช้กัญชา ใช้วันเว้นวัน ร้อยละ 26.50 ระดับของความตระหนักเกี่ยวกับการใช้กัญชาและความรอบรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชาโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ย 79.85 และ 103.18 ตามลำดับ ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายความตระหนักเกี่ยวกับการใช้กัญชา มี 4 ปัจจัย ได้แก่ ความรอบรู้ด้านการตรวจสอบข้อมูล ($B = 0.675$)

*อาจารย์ประจำสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์

Lecturers in Public Health, Faculty of Science and Technology, Uttaradit Rajabhat University

(Corresponding Author) e-mail: sunee_26@uru.ac.th

ความรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูล ($B = 0.314$) ความรู้ด้านการสื่อสาร ($B = 0.286$) และความรู้ในการติดตามข่าวสารกัญชา ($B = 0.221$) โดยรวมกันทำนายความตระหนักเกี่ยวกับการใช้กัญชาได้ร้อยละ 36.80 ($R^2 = 0.368$)

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ / ประสบการณ์การใช้กัญชา / รูปแบบการใช้กัญชา / ความตระหนักเกี่ยวกับการใช้กัญชา

ABSTRACT

This research aimed to investigate the prevalence, experiences, and patterns of cannabis use, and predictors of cannabis use awareness among the elderly. The 560 respondents was obtained through multi-stage random sampling, while 40 interview participants was purposively selected. Data collection instruments included questionnaires and in-depth interviews. Data analysis involved descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient, and stepwise multiple regression for predicting factors. Qualitative data was analyzed using content analysis. Results revealed that the prevalence of cannabis use among the elderly was 22.70%, the primary sources of cannabis were neighbors (92.80%) followed by being given cannabis by grandchildren (34.30%). Cannabis was used while cooking (13.00%) and brewed as tea (11.10%). Regarding frequency, 26.50% use cannabis every other day. Overall, the level of awareness and cannabis-related health literacy was high, with mean scores of 79.85 and 103.18, respectively. Four variables predicted cannabis use awareness were information verification literacy ($B = 0.675$), information access literacy ($B = 0.314$), communication literacy ($B = 0.286$), and frequency of following cannabis information ($B = 0.221$), which collectively explained 36.80% ($R^2 = 0.368$).

Keywords : The Elderly / Cannabis Use Experience / Cannabis Use Patterns / Cannabis Use Awareness

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันสังคมไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรครั้งสำคัญ คือ การเข้าสู่สังคมสูงวัย ปัจจุบันประเทศไทยมีสัดส่วนผู้สูงอายุร้อยละ 18.30 และคาดว่าประเทศไทยจะมีสัดส่วนผู้สูงอายุร้อยละ 30.00 ของจำนวนประชากรทั้งหมดในปี พ.ศ. 2578 (Department of Older Persons, 2024) ในปี พ.ศ. 2565 จังหวัดอุดรธานี มีสัดส่วนผู้สูงอายุร้อยละ 27.04 ซึ่งถือว่าเข้าสู่สังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์ (Uttaradit Provincial Public Health Office, 2024) ผู้สูงอายุเป็นวัยแห่งความเสื่อมถอยทุกด้าน ทั้งด้านร่างกายและ

จิตใจ และการสูญเสียบทบาทหน้าที่ทางสังคม บ้างจึงดังกล่าวเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุบางส่วนหันไปใช้ยาเสพติด เช่น เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ และสารเสพติด เช่น กัญชา ทั้งนี้โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการรักษาอาการเจ็บป่วย และบางส่วนอาจใช้เพื่อสันทนาการ

รายงานยาเสพติดโลก (World Drug Report) ปี 2024 ของสหประชาชาติระบุว่ากัญชาเป็นยาเสพติดที่มีการผลิต ลักลอบ และบริโภคมากที่สุดในโลก และประมาณว่า ในปี 2017 มีคนเสพยาในรูปแบบต่างๆ ราว 188 ล้านคนทั่วโลก โดยอัตราการเสพยาเพิ่มมากในทวีปอเมริกาเหนือ อเมริกาใต้ และเอเชีย (United Nations Office on Drug and Crime, 2024) สองทศวรรษที่ผ่านมา ทั่วโลกมีแนวโน้มเกี่ยวกับการทำให้กัญชาเป็นสิ่งถูกกฎหมายเพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์ และเพื่อสันทนาการ เช่น การสูบ การปรุงอาหาร ประกอบการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การดองเหล้า (Aguilar et al., 2018; Choi et al., 2017) มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของกัญชา ซึ่งทำให้ผู้ป่วยสนใจที่จะใช้กัญชาเพื่อรักษาภาวะเจ็บป่วยต่างๆ (National Academies Press for the National Academies of Science Engineering and Medicine, 2017; European Monitoring Center for Drugs Addition, 2018) เมื่อกัญชาถูกทำให้เป็นสิ่งถูกกฎหมาย ทำให้มีจำนวนผู้ใช้กัญชาเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ตัวอย่างเช่น แคนาดา ออสเตรเลีย และสหรัฐอเมริกา ที่พบว่าผู้สูงอายุมีส่วนการใช้กัญชามากกว่ากลุ่มอายุอื่น (Vacafior et al., 2020) โดยงานวิจัยเชิงสำรวจในสหรัฐอเมริกาพบว่าความชุกของการใช้กัญชาในผู้ที่อายุมากกว่า 65 ปีเพิ่มจากร้อยละ 2.40 เป็นร้อยละ 75.00 ในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา (Ahamed et al., 2020)

สำหรับประเทศไทย เดิมกัญชาถูกจัดเป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 ตามมาตรา 7 แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 แต่ช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมาประเทศไทยได้ให้ความสำคัญกับคุณประโยชน์ของกัญชาทางการแพทย์เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะสรรพคุณที่มีผลต่อการระงับอาการปวด และการใช้เป็น ส่วนสำคัญของยาโรคเรื้อรัง เมื่อวันที่ 9 มิถุนายน พ.ศ. 2565 ประเทศไทยได้ประกาศออกกัญชา ออกจากยาเสพติดให้โทษ โดยเปิดทางให้สามารถนำกัญชาไปใช้ในการศึกษาวิจัยเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์และสามารถนำไปใช้รักษาโรคได้ ภายใต้การควบคุมของคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ ทำให้ไทยเป็นประเทศแรกในอาเซียนที่อนุญาตให้ใช้กัญชาอย่างถูกกฎหมายเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์และการวิจัยทางวิทยาศาสตร์ (Health System Research Institute, 2024) และคาดว่าในอนาคตจะมีการนำกัญชามาใช้กันอย่างแพร่หลายมากขึ้นแต่อย่างไรก็ตามยังมีข้อจำกัดในการเข้าถึงกัญชาทางการแพทย์ทำให้มีประชาชนบางกลุ่มหันไปแสวงหา กัญชามารักษาด้วยตนเอง ซึ่งอาจทำให้เกิดผลข้างเคียงตามมา จากการสำรวจครัวเรือนระดับชาติ เพื่อประมาณจำนวนผู้ใช้สารเสพติดในปี พ.ศ.2562 พบว่ากัญชาเป็นสารเสพติดที่มีคนเคยใช้เป็นอันดับหนึ่ง โดยอัตราการใช้ กัญชาระหว่างเพศชายกับเพศหญิงเท่ากับ 2.95:1.00 สมาคมจิตแพทย์ได้ประมาณการกลุ่มผู้ใช้กัญชา ที่มีอายุระหว่าง 18-65 ปี ในปี พ.ศ. 2565 พบมีการใช้กัญชาเพื่อสันทนาการสูงถึง 11 ล้านคน (โดย 8 ล้านคนใช้กัญชาผสมในอาหาร และประมาณ 3 แสนคนใช้แบบปั่นล่ำ) แต่มีเพียงหนึ่งแสนคนเท่านั้นที่ใช้กัญชาทางการแพทย์ สัดส่วนการใช้กัญชาเพื่อสันทนาการเพิ่มขึ้น 900% จากปี พ.ศ. 2563 ซึ่งพบมีการใช้กัญชาทางการแพทย์ 400,000 คน และใช้เพื่อสันทนาการ 1.10 ล้านคน การสำรวจดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าเมื่อมีการเปิดกัญชาเสรี

ความต้องการใช้กัญชาในเชิงสันตนาการมากกว่าทางการแพทย์ (The Psychiatric Association of Thailand, 2023) นอกจากนี้การใช้กัญชายังมีความสัมพันธ์กับการมีรายได้ต่ำ การพึ่งสวัสดิการของรัฐ การว่างงานและการไม่มีความสุขในชีวิต (National Institute on Drug Abuse, 2020)

การใช้กัญชาทางการแพทย์ยังมีข้อจำกัดด้านการวิจัยถึงประสิทธิผลและผลข้างเคียงโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำ อย่างไรก็ตามมีงานวิจัยที่ศึกษาผลของกัญชาหรือสารสกัดจากกัญชาในผู้สูงอายุพบว่า มีผลต่อการเดินและการทรงตัว เพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้ม รบกวนความจำระยะสั้น และการตอบสนองทางอารมณ์ เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย เสียชีวิตกระทันหัน หัวใจเต้นผิดจังหวะ และเพิ่มความเสี่ยงของอาการทางจิต รวมทั้งการฆ่าตัวตาย (Leelarasamee et al., 2022)

จังหวัดอุดรธานีมีนโยบายส่งเสริมการใช้กัญชาทางการแพทย์ ในรูปแบบส่งเสริมการปลูกพืชกัญชาแบบวิสาหกิจชุมชน มีการผลิตยาจากพืชกัญชาสำหรับแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชนบางแห่ง มีการจัดตั้งคลินิกกัญชาในสถานบริการทั้งในคลินิกแผนปัจจุบันและแผนโบราณ ส่วนการใช้กัญชาในกลุ่มผู้สูงอายุมีนโยบายส่งเสริมการใช้ในผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะประคับประคอง (Palliative Care) อย่างไรก็ตามยังมีข้อจำกัดคือผู้ที่สนใจใช้กัญชาทางการแพทย์ไม่สามารถเข้าถึงกัญชาทางการแพทย์จากสถานบริการสุขภาพได้เนื่องจากไม่มีข้อมูล ทำให้ต้องไปแสวงหากัญชาด้วยตนเองจากช่องทางที่ไม่ถูกกฎหมาย เช่น ส่องทางอินเทอร์เน็ต ความตระหนักเป็นปัจจัยทางจิตวิทยาสังคมที่มีความสำคัญเพราะจะนำไปสู่การกำหนดพฤติกรรมรวมถึงพฤติกรรมการใช้กัญชา ดังนั้นการสร้างความรู้ความตระหนักให้กับผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบางเกี่ยวกับการใช้กัญชาจึงมีความจำเป็น อย่างไรก็ตามการสร้างความรู้ความตระหนักจำเป็นต้องศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความตระหนักซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความรู้ ประสบการณ์ สภาพแวดล้อม ปัจจัยส่วนบุคคล โดยเฉพาะความรู้ทางสุขภาพซึ่งเป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากปัจจุบันมีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับกัญชาที่หลากหลาย ซึ่งมีทั้งถูกต้องและไม่ถูกต้อง การรับรู้ข้อมูลที่ถูกต้องอาจทำให้ผู้สูงอายุมีการตัดสินใจใช้กัญชาที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพตามมา ปัจจัยดังกล่าวล้วนมีความสัมพันธ์กับความตระหนัก (Maria and Paulo, 2021; Örsal et al., 2019, p. 378) นอกจากนี้จังหวัดอุดรธานียังไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับการใช้กัญชาในกลุ่มผู้สูงอายุ ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีมุ่งศึกษาความชุก ประสบการณ์ รูปแบบการใช้กัญชา และปัจจัยที่ทำนายความตระหนักเกี่ยวกับการใช้กัญชาในผู้สูงอายุเพื่อจะได้นำผลการวิจัยไปออกแบบโปรแกรมเพื่อสร้างความตระหนักให้กับผู้สูงอายุเกี่ยวกับการใช้กัญชาอย่างถูกต้อง รวมถึงหาแนวทางการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุก ประสบการณ์และรูปแบบการใช้กัญชาของผู้สูงอายุ ในจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคเหนือ
2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความตระหนักเกี่ยวกับการใช้กัญชาของผู้สูงอายุ ในจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคเหนือ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยภาคตัดขวาง (Cross Sectional) ร่วมกับการใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) เพื่ออธิบายข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data) ให้ชัดเจนยิ่งขึ้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุในจังหวัดแห่งหนึ่ง ในภาคเหนือ จากข้อมูลสถิติผู้สูงอายุของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุตรดิตถ์ ปี พ.ศ. 2566 ซึ่งมีจำนวน 92,802 คน (Uttaradit Provincial Public Health Office, 2024)

2. กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสัดส่วนการเคยใช้กัญชาในการวิจัยก่อนหน้านี้ (Assanangkornchai et al., 2021) ที่พบความชุกของการใช้กัญชาใน 1 ปีที่ผ่านมาร้อยละ 26 แทนค่าในสูตรของ Wayne (1995) ที่กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนร้อยละ 95 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 510 และเพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ทำให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้จำนวน 560 คน

กลุ่มตัวอย่างได้มาโดยใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage Random Sampling) โดยผู้วิจัยคำนวณกลุ่มตัวอย่างแต่ละอำเภอจากสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุในแต่ละอำเภอ เลือกตำบลในแต่ละอำเภอ และเลือกหมู่บ้านจากแต่ละตำบลโดยการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) จากหลังคาเรือนที่มีผู้สูงอายุ

เกณฑ์การคัดเข้า เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี และอาศัยอยู่ในพื้นที่มากกว่า 1 ปี สามารถอ่านภาษาไทย และมีความสามารถในการได้ยิน เกณฑ์การคัดออกเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยในพื้นที่ชั่วคราว ไม่สามารถสื่อสาร หรือไม่สามารถอ่านภาษาไทย หรือมีความบกพร่องทางการได้ยิน

ผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์เป็นผู้เคยใช้กัญชา ผู้วิจัยขอความยินยอมในการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์ และรูปแบบการใช้กัญชาซึ่งมีผู้สูงอายุที่สะดวกและยินยอมให้สัมภาษณ์เชิงลึกจำนวน 40 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือเพื่อเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสารวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 2 ประสบการณ์และรูปแบบการใช้กัญชา	จำนวน 4 ข้อ
ส่วนที่ 3 ความตระหนักเกี่ยวกับการใช้กัญชา	จำนวน 18 ข้อ
ส่วนที่ 4 ความรอบรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชา	จำนวน 24 ข้อ

โดยแบ่งความรอบรู้เป็น 5 ด้าน ดังนี้ ความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูล จำนวน 8 ข้อ ความรอบรู้ด้านความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้กัญชา จำนวน 2 ข้อ ความรอบรู้ด้านการตรวจสอบข้อมูล จำนวน 3 ข้อ ความรอบรู้ด้านการสื่อสาร จำนวน 8 ข้อ และความรอบรู้ด้านการจัดการตนเองจำนวน 3 ข้อ

การหาคุณภาพเครื่องมือ หาค่าความตรงของแบบสอบถามโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ค่าความตรงเชิงเนื้อหาในแต่ละข้อคำถามมีค่าอยู่ระหว่าง .67-1.00 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับตามข้อเสนอแนะ และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 และ 0.80 ตามลำดับ

2. เครื่องมือเพื่อเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นแนวสัมภาษณ์ระดับลึกจำนวน 2 ข้อเกี่ยวกับประสบการณ์และรูปแบบการใช้กัญชาทั้งเพื่อสันทนาการ (ปรุงอาหารเพื่อใช้ร่วมกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบ การดองเหล้า) และการใช้กัญชาทางการแพทย์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้อบรมผู้ช่วยวิจัยเกี่ยวกับเครื่องมือวิจัย และการเข้าพบกลุ่มตัวอย่างแต่ละหลังคาเรือน ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อประกอบการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการผู้วิจัยให้ลงนามในใบยินยอม หลังจากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามแบบสอบถาม ซึ่งใช้เวลาประมาณ 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ตัวเลือกตอบของแบบสอบถามส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 เป็นแบบประมาณค่า Likert Scale 5 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อยที่สุด (คะแนนเท่ากับ 1) ไปจนถึงเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด (คะแนนเท่ากับ 5) การแปลผลความถี่ และความรอบรู้แต่ละด้าน แบ่งเป็น 3 ช่วง (Best, 1997) คือ ระดับสูง ระดับปานกลางและระดับต่ำ โดยใช้ค่าคะแนนสูงสุด ลบ ด้วยคะแนนต่ำสุด หารด้วยจำนวนช่วง

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยความรอบรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางด้าน ความตระหนักเกี่ยวกับการใช้กัญชา ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Correlation) วิเคราะห์ปัจจัยทำนายความตระหนักเกี่ยวกับการใช้กัญชา ใช้สถิติ Multiple Regression Analysis โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

สรุปผลการวิจัย

1. ความชุก ประสบการณ์ และรูปแบบการใช้กัญชาของผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 560 คน เป็นเพศชายร้อยละ 52.50 เพศหญิงร้อยละ 47.50 อายุต่ำสุด 60 ปี อายุมากที่สุด 89 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 67.64 ปี (S.D.=5.77) ส่วนใหญ่ร้อยละ 88.40 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 59.80 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 7,896 บาท มีโรคประจำตัวร้อยละ 38.00 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 77.00 ติดตามข่าวสารเกี่ยวกับกัญชา โดยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับกัญชาจาก

วิทยุ/โทรทัศน์ร้อยละ 92.70 จากบุคลากรทางการแพทย์และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ร้อยละ 51.30 กลุ่มตัวอย่างติดตามข่าวสารเกี่ยวกับภัยพิบัติ 1 ครั้งต่อสัปดาห์มากที่สุดร้อยละ 52.00 และมีเพียงร้อยละ 19.80 ที่ต้องการจะใช้ภัยพิบัติทางธรรมชาติ

1.1 ประสิทธิภาพ ความพึงพอใจเกี่ยวกับการใช้ภัยพิบัติ และรูปแบบการใช้ภัยพิบัติ

1.1.1 ประสิทธิภาพ และความพึงพอใจของการใช้ภัยพิบัติ จากข้อมูลเชิงปริมาณพบว่าใน 1 ปีที่ผ่านมา ผู้สูงอายุใช้ภัยพิบัติร้อยละ 22.70 (127 คน) โดยกลุ่มตัวอย่างเพศชายใช้ภัยพิบัติมากกว่าเพศหญิง คือร้อยละ 63.80 และร้อยละ 36.20 (1.17:1.00) ตามลำดับ

1.1.2 การเข้าถึงภัยพิบัติ จากข้อมูลเชิงปริมาณของผู้ที่มีประสิทธิภาพการใช้ภัยพิบัติ จำนวน 127 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้ภัยพิบัติจากเพื่อนบ้านร้อยละ 92.80 รองลงมาคือลูกหลานนำมาให้ ร้อยละ 34.30 ซื้อมาจากตลาดร้อยละ 21.00 สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์ระดับลึกในผู้สูงอายุจำนวน 40 คน ที่เคยมีประสบการณ์การใช้ภัยพิบัติใน 1 ปีที่ผ่านมา พบว่า ผู้สูงอายุที่เคยใช้ภัยพิบัติส่วนใหญ่ได้ภัยพิบัติหรือได้ต้นภัยพิบัติจากเพื่อนบ้าน คนรู้จักหรือญาตินำมาให้ โดยมีการบอกต่อกันถึงสรรพคุณของภัยพิบัติ และมีการแบ่งปันภัยพิบัติกัน มีผู้สูงอายุบางคนปลูกภัยพิบัติไว้ในบริเวณบ้านประมาณ 1-2 ต้น ซึ่งเมื่อก่อนที่ภัยพิบัติยังไม่ถูกกฎหมาย จะปลูกภัยพิบัติในสวน บางคนไม่ได้ปลูกเองก็จะซื้อจากเพื่อนบ้านในรูปแบบของภัยพิบัติแห้ง หรือลูกหลานซื้อมาให้จากการสั่งซื้อออนไลน์ ผู้สูงอายุให้ข้อมูลว่าปัจจุบันภัยพิบัติหาซื้อได้ไม่ยากจะมีขายตามตลาดนัด หรือตามงานวัด ดังคำกล่าวของผู้สูงอายุที่กล่าวว่า

“สมัยก่อนก็ปลูกในไร่ในสวน ไม่กล้าปลูกในบ้านเพราะกลัวตำรวจจับ จะปลูกในสวนบนภูเขาจะใช้ก็จะไปเด็ดมาเก็บไว้แต่ตอนนี้ส่วนใหญ่ก็เอามาปลูกไว้บริเวณบ้าน ต้น สองต้น แต่ก็ไม่รู้ว่าเค้าให้ปลูกได้กี่ต้น” ผู้สูงอายุเพศชายอายุ 65 ปี

“ก็ได้อาณาจากเพื่อนบ้านเค้าตากแห้งแล้วเอามาให้ลองใช้ดู เค้าบอกว่ากินแล้วทำให้นอนหลับดี ถ้าเราอยากได้ก็ไปขอซื้อเค้า หรือถ้าอยากได้ใบสดก็ไปขอเด็ดเอา” ผู้สูงอายุเพศชายอายุ 62 ปี

“เดี๋ยวนี้หาซื้อง่ายตามตลาดนัดก็มีขายทั้งแบบเป็นต้นหรือตากแห้ง ตามงานวัดประจำปีก็มีขายหาไม่ยากราคาก็ไม่แพง บางทีก็ฝากลูกหลานซื้อให้” ผู้สูงอายุเพศชายอายุ 63 ปี

“ลูกสั่งเป็นน้ำมันภัยพิบัติจากอินเทอร์เน็ต เค้าดูจากเน็ตว่ามันช่วยลดอาการปวดเมื่อย ทำให้นอนหลับดี และเอามาทาแผลตามผิวหนัง” ผู้สูงอายุเพศหญิงอายุ 76 ปี

1.1.3 รูปแบบการใช้ภัยพิบัติและความถี่ในการใช้ภัยพิบัติ จากข้อมูลเชิงปริมาณพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 127 คน ใช้ภัยพิบัติในรูปแบบที่หลากหลายโดยใช้ในรูปแบบประกอบอาหารเพื่อเพิ่มรสชาติให้กับอาหารร้อยละ 13.00 ต้มดื่มแบบชาภัยพิบัติร้อยละ 11.10 พั่นมวนสูบร้อยละ 3.60 โดยความถี่ในการใช้ภัยพิบัติ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 26.50 รองลงมาคือใช้สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ร้อยละ 20.30 สอดคล้องกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพการใช้ภัยพิบัติ สามารถสรุปรูปแบบของการใช้ภัยพิบัติและวัตถุประสงค์ในการใช้ภัยพิบัติได้เป็น 4 รูปแบบ คือ (1) ใช้ประกอบอาหาร เพื่อเพิ่มรสชาติอาหาร (2) ใช้สูบบแบบพั่นมวนหรือเคี้ยวใบสด (3) ต้มดื่มทำเป็นชาภัยพิบัติ หรือต้มกับน้ำและนำมาดื่มระหว่างวัน และดองกับเหล้า (4) ใช้ในรูปแบบหยดใต้ลิ้น

ทางบริเวณผิวหนังที่มีแผล และวัตถุประสงค์การใช้กัญชาแบ่งได้เป็น 2 แบบ คือใช้เพื่อสันทนาการและใช้เพื่อการรักษาโรค โดยมีรายละเอียดดังนี้

(1) ใช้ประกอบอาหาร รูปแบบการประกอบอาหารมีหลากหลาย เช่น นำใบสดมาชุบแป้งทอด นำใบสดมาตำกับเครื่องแกงเพื่อปรุงอาหาร การประกอบอาหารส่วนใหญ่มักเป็นอาหารหรือกับแกล้มที่กินในวงเหล้า เช่น ต้มยำไก่ ผัดไก่ มีบางคนที่ใช้ประกอบอาหารกินในครัวเรือน โดยเชื่อว่ากัญชาจะทำให้อาหารมีรสชาติดี ใช้แทนผงปรุงรส ดังคำกล่าวของผู้สูงอายุที่ว่า

“นำใบสด 1 กำมือมาต้มใส่ในเครื่องปรุง น้ำพริกแกง ต้มยำ เพิ่มความอร่อยให้รสชาติอาหาร กับแกล้มกินในวงเหล้า” ผู้สูงอายุเพศชายอายุ 62 ปี

“เอาใบสด 10-20 ใบ มาชุบแป้งทอดเหมือนผักทอดทั่วไป กินไปเพลินๆ ไม่มีอาการเมา เหมือนกินผักทอดทั่วไป อร่อยดี กรอบๆ กินในวงเหล้า” ผู้สูงอายุเพศชายอายุ 63 ปี

“ใบกัญชาสดเอาปรุงอาหาร ส่วนใหญ่ใส่กับแกงคั่วไก่ผัดแห้งๆ ใช้ใบกัญชา 1 หยิบมือ ตำกับพริก หอมกระเทียม ตีปลี ชิมั่น เอามาผัดกับไก่ มีกลิ่นหอม ถ้าใบตากแห้งจะหอมกว่าใบสด ทำกินเป็นกับแกล้มในวงเหล้ากับเพื่อนๆ” ผู้สูงอายุเพศชายอายุ 63 ปี

(2) ใช้สูบ หรือเคี้ยวใบสด โดยสูบเหมือนกับยาเส้นที่นำเอาใบกัญชาตากแห้งที่หั่นเป็นฝอยๆ ผสมกับยาสูบแล้วพันมวนสูบคล้ายสูบบุหรี่ หรือบางคนสูบบแบบบ้องไม้ไผ่ โดยผู้ที่สูบกัญชามักจะดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร่วมด้วย ดังคำกล่าวของผู้สูงอายุที่ว่า

“เอาใบกัญชาตัวเมียมาใช้เพราะจะทำให้เมา เอาใบสดไปหั่นซอยตากแดดแล้วมวนกับกระดาษ บางทีก็คลุกกับยาเส้นสูบ ก็สูบวันละ 2 มวน” ผู้สูงอายุเพศชายอายุ 68 ปี

“สูบเหมือนบุหรี่ปันมวนสูบ สูบแล้วเพลิน สมองไม่คิดอะไร บางทีก็เอามาสูบกับกระบอกไม้ไผ่ เป็นหลุมสูบประมาณ 2 หลุมต่อวัน” ผู้สูงอายุเพศชายอายุ 67 ปี

“ใช้ใบสดเอามาเคี้ยว ลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน” ผู้สูงอายุเพศหญิง อายุ 66 ปี

(3) ใบกัญชาต้มน้ำดื่ม ชงดื่มเป็นชากัญชา หรือดองเหล้าขาว โดยอาจใช้ทั้งใบกัญชาสดหรือใบกัญชาแห้ง ดังคำกล่าวของผู้สูงอายุที่ว่า

“นำมาใส่ในน้ำต้มสุก 1-2 ใบ ต่อ 1 แก้ว ต้มตอนเย็น ช่วยทำให้อ่อนหลับ สมองโล่ง ลดความเครียด โดยจะดื่มก่อนนอน ดื่มเฉพาะที่อยากให้สมองโล่ง โปร่ง นอนหลับ” ผู้สูงอายุเพศหญิงอายุ 62 ปี

“เอามาต้มเป็นชาดื่มเช้า เย็น เพราะมันช่วยลดปวดเมื่อยร่างกาย เอาใบสดไปตากแห้ง” ผู้สูงอายุเพศหญิงอายุ 70 ปี

“เอาใบกัญชาสดไปตากแห้งแล้วเอาไปใส่ในเหล้าขาว เหมือนดองยา แล้วก็เอามาดื่ม” ผู้สูงอายุเพศชายอายุ 67 ปี

(4) หยอดใต้ลิ้น ทาผิวหนังเพื่อรักษาโรค วิธีการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาจะสอดคล้องกับรูปแบบของผลิตภัณฑ์ที่ใช้ กล่าวคือหยอดใต้ลิ้น ทางผิวหนังบริเวณที่เป็นแผล ดังผู้สูงอายุที่กล่าวว่า

“ลูกหลานเอามาให้ให้ใช้เค้าได้มาจากชมรมกัญชาเพื่อการรักษาผู้ป่วยมะเร็ง วิธีใช้ก็ใช้หยดใต้ลิ้นหยดประมาณ 2 หยดตามที่เค้าแนะนำมา แต่รักษาร่วมกับไปรักษาที่โรงพยาบาลด้วย ใช้ตามคำแนะนำของเค้า” ผู้สูงอายุเพศชายอายุ 61 ปี

“ได้น้ำมันกัญชาจากลูกซื้อออนไลน์ ก็เอามาทาผิวหนังที่เป็นแผล แผลก็หายดี” ผู้สูงอายุเพศหญิงอายุ 63 ปี

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกยังพบว่า สัดส่วนการใช้กัญชาในผู้สูงอายุเพศชายมากกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง รูปแบบการใช้กัญชาก็จะแตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุเพศชายจะมีการใช้กัญชาในรูปแบบสันหนากการ เช่น ทำกับแก้มกิ้นกับเครื่องต้มแอลกอฮอล์ สูบเพื่อคลายเครียดและดองกับเหล้า ส่วนผู้สูงอายุเพศหญิง ส่วนใหญ่ใช้กัญชาเพื่อรักษาร่างกาย เช่น โรคของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ได้แก่ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ช่วยเรื่องการนอนหลับ โดยมักใช้ในรูปแบบต้มดื่มกับน้ำ หรือชงเป็นชา

2. ปัจจัยทำนายความตระหนักเกี่ยวกับการใช้กัญชาของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 1 ความตระหนักและความรอบรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชา (n=560)

ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. ความตระหนักเกี่ยวกับการใช้กัญชา	79.85	8.60	สูง
2. ความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูล	34.23	5.84	สูง
3. ความรอบรู้ด้านความเข้าใจ	7.30	2.05	ปานกลาง
4. ความรอบรู้ด้านการตรวจสอบข้อมูล	12.98	2.41	สูง
5. ความรอบรู้ด้านการสื่อสาร	34.05	5.30	สูง
6. ความรอบรู้ด้านการจัดการตนเอง	10.05	2.36	ปานกลาง
7. ความรอบรู้เกี่ยวกับกัญชาโดยรวม	103.18	14.30	สูง

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักเกี่ยวกับการใช้กัญชาอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 79.85 (S.D.=8.60) ความรอบรู้เกี่ยวกับกัญชาโดยรวม อยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ย 103.18 (S.D.=14.30) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูล ระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ย 34.23 (S.D.=5.84) ด้านการตรวจสอบข้อมูลอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ย 12.98 (S.D.=2.41) ด้านการสื่อสาร อยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ย 34.05 (S.D.=5.30) ด้านความเข้าใจ อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 7.30 (S.D.=2.05) และด้านการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 10.05 (S.D.=2.36)

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตระหนักเกี่ยวกับการใช้กัญชาของผู้สูงอายุ (n=560)

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (rs)	P-value
อายุ	0.02	0.166
ความถี่ในการติดตามข่าวสาร	0.30**	0.000
ความรู้รอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูล	0.45**	0.001
ความรู้รอบรู้ด้านความเข้าใจ	0.14**	0.001
ความรู้รอบรู้ด้านการตรวจสอบข้อมูล	0.42**	0.001
ความรู้รอบรู้ด้านการสื่อสาร	0.42**	0.000
ความรู้รอบรู้ด้านการจัดการตนเอง	0.24**	0.002

จากตารางที่ 2 พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับความตระหนักต่อการใช้กัญชา ได้แก่ ความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูล ($r=0.45$) ความรอบรู้ด้านการตรวจสอบข้อมูลและความรอบรู้ด้านการสื่อสารซึ่งมีค่าความสัมพันธ์เท่ากัน ($r=0.42$) ความถี่ในการติดตามข่าวสารเกี่ยวกับกัญชา ($r=0.30$) ความรอบรู้ด้านการจัดการตนเอง ($r=0.24$) และความรู้รอบรู้เกี่ยวกับความเข้าใจ ($r=0.14$)

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณระหว่างความตระหนักเกี่ยวกับการใช้กัญชาและปัจจัยทำนายความตระหนักเกี่ยวกับการใช้กัญชา (n=560)

ปัจจัยทำนายความตระหนักเกี่ยวกับการใช้กัญชา	สัมประสิทธิ์การถดถอย				
	B	S.E.	t	P-value	95%CI
ความถี่ในการติดตามข่าวสารเกี่ยวกับกัญชา ($\square_1$)	0.221	0.313	5.974	0.000	0.242-0.686
ความรู้รอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูล ($\square_2$)	0.314	0.078	4.025	0.000	0.161-0.467
ความรู้รอบรู้ด้านการตรวจสอบข้อมูล ($\square_3$)	0.675	0.181	3.720	0.000	0.318-0.531
ความรู้รอบรู้ด้านการสื่อสาร ($\square_4$)	0.286	0.083	3.466	0.001	0.124-0.449

$R^2=0.368$, $F=12.015$, $\text{Constant}=55.183$, $R^2 \text{ Adj}=0.293$, $df=556$

จากตารางที่ 3 สามารถนำมาเขียนเป็นสมการทำนายความตระหนักเกี่ยวกับการใช้กัญชา ได้ดังนี้

$$\square = 55.183 + 0.221\square_1 + 0.314\square_2 + 0.675\square_3 + 0.286\square_4$$

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายความตระหนักเกี่ยวกับการใช้กัญชาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) มี 4 ปัจจัย ตามลำดับดังนี้ ความรอบรู้ด้านการตรวจสอบข้อมูล ($B=0.675$) ความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูล ($B=0.314$) ความรอบรู้ด้านการสื่อสาร ($B=0.286$) และ ความถี่ในการติดตามข่าวสารเกี่ยวกับกัญชา ($B=0.221$) โดยสามารถร่วมกันทำนายความตระหนักเกี่ยวกับการใช้กัญชาได้ร้อยละ 36.80 ($R^2=0.368$, $p<0.001$)

อภิปรายผลการวิจัย

1. ความชุกในการใช้กัญชาของผู้สูงอายุคือร้อยละ 22.70 โดยใช้ในรูปแบบของการประกอบอาหารมากที่สุดร้อยละ 13.00 นำมาสูบร้อยละ 3.60 โดยใช้กัญชาทางการแพทย์เพียงร้อยละ 2.00 เท่านั้น นอกจากนี้ ข้อมูลเชิงคุณภาพยังพบว่า ผลិតภัณฑ์กัญชาที่ใช้ส่วนใหญ่ระบุว่าใช้ ใบสดหรือตากแห้ง โดยไม่ได้ผ่านการสกัดหรือแปรรูป โดยนำไปสดมาปรุงอาหาร นำมาต้มน้ำดื่ม ส่วนใบแห้งก็ใช้ในรูปแบบของชาสมุนไพร หรือพันมวนสูบ และส่วนใหญ่ผู้สูงอายุได้กัญชามาจากเพื่อนบ้านร้อยละ 92.80 รองลงมาคือลูกหลานนำมาให้ ร้อยละ 34.30 ผลการวิจัยในครั้งนี้ใกล้เคียงกับการประมาณการกลุ่มผู้ใช้กัญชาของ The Psychiatric Association of Thailand (2023) ที่พบว่ากลุ่มอายุ 18-65 ปี ใช้กัญชาร้อยละ 26.00 ส่วนใหญ่ใช้กัญชาเพื่อสันทนาการ โดยใช้ในรูปแบบผสมในอาหารเพื่อเพิ่มรสชาติอาหารมากที่สุด รองลงมาคือพันลำคือนำกัญชาแห้งมาวนกับกระดาษ แล้วนำมาสูบลายสูบบุหรี่ นอกจากนี้การวิจัยครั้งนี้ยังพบว่าอัตราการใช้กัญชาของผู้สูงอายุเพศชายจะสูงกว่าผู้สูงอายุเพศหญิงคือ ร้อยละ 63.80 และ 36.20 (1.17 : 1.00) ตามลำดับ ซึ่งมีสัดส่วนต่ำกว่าการสำรวจครัวเรือนเพื่อประมาณการจำนวนผู้ใช้สารเสพติด พ.ศ. 2562 ที่พบว่าสัดส่วนการใช้กัญชาในเพศชายต่อเพศหญิงคือ 2.04 : 1.00 อาจเป็นเพราะการสำรวจดังกล่าวเป็นการสำรวจในประชากรที่มีอายุ 18-65 ปี แต่การวิจัยครั้งนี้ศึกษาในผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จึงพบสัดส่วนการใช้กัญชาระหว่างเพศชายและเพศหญิงต่ำกว่าการสำรวจก่อนหน้านี้ การศึกษาก่อนหน้ายังพบว่าวิธีการเข้าถึงกัญชาของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้กัญชามาจากเพื่อนบ้าน หรือญาติพี่น้อง (Maria & Paulo, 2021) การวิจัยครั้งนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุบางคนปลูกกัญชาไว้ในบริเวณบ้านประมาณ 1-2 ต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ (Assanangkornchai et al., 2022) ที่ศึกษาสถานการณ์การใช้กัญชาทางการแพทย์ในประเทศไทย ซึ่งพบว่าผู้ใช้กัญชาจำนวนมากได้กัญชามาจากเพื่อนบ้าน หรือญาติพี่น้องให้มา

2. ความรอบรู้เกี่ยวกับกัญชาโดยรวมอยู่ในระดับสูง (โดยความรอบรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชาอยู่ในระดับสูงเกือบทุกด้าน ยกเว้นความรอบรู้ด้านความเข้าใจและความรอบรู้ด้านการจัดการตนเองซึ่งมีระดับความรอบรู้อยู่ในระดับปานกลาง) แตกต่างจากงานวิจัยก่อนหน้านี้ ของ Jajujit and Wongsasung (2023, p. 82) ที่ศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมการใช้กัญชาของผู้สูงอายุ ในอำเภอหมวกเหล็ก ที่พบว่าความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำ พฤติกรรมการใช้กัญชาอยู่ในระดับไม่ดี และความรอบรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในระดับต่ำ ($r=0.177$) การศึกษาครั้งนี้พบว่า 4 ปัจจัยที่ร่วมทำนายความตระหนักเกี่ยวกับการใช้กัญชา ได้แก่ ความรอบรู้ด้านการตรวจสอบข้อมูล ($B=0.675$) ความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูล ($B=0.314$) ความรอบรู้ด้านการสื่อสาร ($B=0.286$) และความถี่ในการติดตามข่าวสารเกี่ยวกับกัญชา ($B=0.221$) โดยสามารถร่วมกันทำนายความตระหนักเกี่ยวกับการใช้กัญชาได้ร้อยละ 36.80 ($R^2=0.368$, $p<0.001$) ผลการวิจัยมีประเด็นที่น่าสนใจ คือ ความรอบรู้ที่นำมาเข้าสมการเพื่อทำนายความตระหนัก 5 ด้านสามารถทำนายได้ 3 ด้าน ซึ่งผลการจัดช่วงคะแนนพบว่าความรอบรู้ทั้ง 3 ด้านที่สามารถร่วมทำนายความตระหนักเกี่ยวกับการใช้กัญชาของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง อธิบายได้ว่าความรอบรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชาที่อยู่ในระดับสูง เกิดจากการที่ผู้สูงอายุสนใจศึกษาข้อมูลจากสื่อ แหล่งความรู้ต่างๆ เพื่อนำมาใช้ในการประกอบการตัดสินใจในการใช้กัญชาในรูปแบบต่างๆ จึงเป็นสาเหตุให้ความรอบรู้สามารถทำนายความตระหนักต่อการใช้กัญชา

ได้ นอกจากนี้ความตระหนักไม่ได้ขึ้นกับความรอบรู้เท่านั้นแต่ยังขึ้นกับความเชื่อ การให้คุณค่า หรือแม้กระทั่งบริบททางสังคม (Maria and Paulo, 2021) สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า (Örsal et al., 2019) ที่พบว่าความรอบรู้ทางด้านสุขภาพที่เพียงพอจะทำให้มีแนวโน้มที่จะมีความตระหนักต่อการดูแลสุขภาพตัวเองในการไปตรวจสุขภาพ และการวิจัยของ Chimezie (2023, p. 170) ที่กล่าวว่าความรอบรู้ทางสุขภาพและความตระหนักในการปรับปรุงสุขภาพของบุคคล จะทำให้บุคคลนั้นๆ ปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการป้องกันสุขภาพตนเอง รวมถึงสนับสนุนให้ผู้อื่นมีการดำเนินชีวิตที่ดีและแสวงหาการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างทันท่วงที ซึ่งความตระหนักยังสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อม และประสบการณ์ของบุคคลนั้นๆ

3. สูงอายุร้อยละ 77.30 ติดตามข่าวสารเกี่ยวกับภัยคุกคาม โดยร้อยละ 52.10 ติดตามสัปดาห์ละครั้ง ร้อยละ 52.00 ได้จากบุคลากรทางสุขภาพ ทำให้ปัจจัยความถี่ในการติดตามข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภัยคุกคาม สามารถร่วมทำนายความตระหนักเกี่ยวกับการใช้ภัยคุกคามได้ ผลการวิจัยอธิบายได้ว่าการติดตามข่าวสารจากสื่อที่มีความน่าเชื่อถือ เช่น บุคลากรทางการแพทย์ หน่วยงานด้านสุขภาพ อย่างสม่ำเสมอทำให้ผู้สูงอายุมีข้อมูลอย่างเพียงพอ และถูกต้อง จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้ ความเข้าใจ นำไปสู่ความตระหนักในการตัดสินใจที่จะใช้หรือไม่ใช้ภัยคุกคามในรูปแบบต่างๆ ต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของ Pawun (2017, p. 73) ที่พบว่า การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคและภัยสุขภาพของประชาชนไทย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีการใช้ภัยคุกคามในรูปแบบสันตนาการมากกว่าใช้ทางการแพทย์ โดยใช้ในการประกอบอาหารมากที่สุด รองลงมาคือชงเป็นชาภัยคุกคาม และพืชมวนสุบ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงสาธารณสุข โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กระทรวงมหาดไทยที่สนับสนุนโรงเรียนผู้สูงอายุในชุมชนควรให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ภัยคุกคาม เช่น ปริมาณที่ควรใช้ หรือส่วนไหนของภัยคุกคามที่ไม่ควรนำมาใช้ เพราะอาจเกิดโทษมากกว่าประโยชน์

2. ผลการวิจัยพบว่า ความรอบรู้เกี่ยวกับภัยคุกคามด้านการตรวจสอบข้อมูล ด้านการสื่อสาร และด้านการเข้าถึงข้อมูล สามารถทำนายความตระหนักเกี่ยวกับการใช้ภัยคุกคาม ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงสาธารณสุขสามารถนำไปใช้ในการออกแบบโปรแกรมเพื่อเพิ่มความรอบรู้เกี่ยวกับการใช้ภัยคุกคามให้กับผู้สูงอายุเพื่อสร้างความตระหนักในการใช้ภัยคุกคามที่ถูกต้อง โดยเฉพาะผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับรู้แต่ประโยชน์ของภัยคุกคาม ดังนั้นการช่วยให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับภัยคุกคามจึงเป็นสิ่งจำเป็น

3. ความถี่ในการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับภัยคุกคามมีความสัมพันธ์กับความตระหนักในการใช้ภัยคุกคาม ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรมีการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับภัยคุกคามให้กับผู้สูงอายุผ่านช่องทางที่ผู้สูงอายุเข้าถึงง่าย เช่น ผ่านอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) หรือสอดแทรกเนื้อหาเกี่ยวกับการใช้ภัยคุกคามในหลักสูตรของโรงเรียนผู้สูงอายุ

4. ผู้สูงอายุบางคนยังไม่ทราบถึงกฎหมายเกี่ยวกับกัญชา还不知道ว่าปลูกต้นกัญชาจำนวนเท่าไรถึงไม่ผิดกฎหมาย ดังนั้นควรให้ความรู้กฎหมายเกี่ยวกับการกัญชาให้ผู้สูงอายุเข้าใจง่าย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาและพัฒนา (Research and Development) เกี่ยวกับผลของโปรแกรมส่งเสริมความตระหนัก และสร้างความรอบรู้เกี่ยวกับกัญชาโดยมุ่งเน้นกิจกรรม ที่ส่งผลต่อตัวแปรดังกล่าวที่มีผลต่อความตระหนักในการใช้กัญชา

2. ควรศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาควิชาการ และภาคีเครือข่าย (Participatory Action Research) ในระดับพื้นที่ตำบลและระดับจังหวัดเพื่อร่วมกันพัฒนาระบบและกลไกเพื่อสร้างความตระหนักและการสื่อสารเพื่อให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการใช้กัญชาทั้งในระดับพื้นที่ตำบล และจังหวัด

3. ควรศึกษาความต้องการการใช้กัญชาทางการแพทย์ของผู้สูงอายุเพื่อจะได้ทราบข้อมูลซึ่งจะสามารถนำไปกำหนดเป็นแนวทางการพัฒนาระบบและแนวปฏิบัติทางเลือกในการใช้กัญชาทางการแพทย์ต่อไป

References

- Aguilar, S., Gutierrez, V., Sanchez, L., and Nougier, M. (2018). *Medicinal cannabis policies and practices around the world*. International Drug Policy Consortium.
- Ahamed, A., Kullmann, K. C., Frasso, R., and Goldstein, J. N. (2020). Trends in cannabis use among older adults in the United States 2015-2018. *JAMA Intern Med*, 180(4), 609-611. <http://doi: 10.1001/jamainternmed.2019.7517>
- Assanangkornchai, S., Thaikla, K., Talek, M., and Saingam, D. (2022). Medical cannabis use in Thailand after its legalization: A respondent-driven sample survey. *PeerJ*, 10, e12809. <http://doi: 10.7717/peerj.12809>
- Best, J. W. (1997). *Research in Education* (3rd ed.). Prentice-Hall.
- Chimezie, R. O. (2023). The role of health literacy and awareness in disease prevention and access to care. *Current Innovations in Disease and Health Research*, 6, 160-194. <https://doi.org/10.9734/bpi/cidhr/v6/10522F>
- Choi, N. G., DiNitto, D. M., and Marti, C. N. (2017). Older adults who use or have used marijuana: Help-seeking for marijuana and other substance use problems. *J Subst Abuse Treat*, 77, 185-192. <https://doi: 10.1016/j.jsat.2017.02.005>
- Department of Older Persons. (2024). *Elderly Statistics*. Retrieved May 5, 2024, from <https://www.dop.go.th/th/know/1> [In Thai].

- European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction. (2018). *Medical use of cannabis and cannabinoid: questions and answers for policymaking*. Publications Office of European Union.
- Health System Research Institute. (2024). *Social and health impacts from evaluating and monitoring cannabis policy*. Retrieved May 2, 2024, from <https://www.hsri.or.th/news/1/4230> [In Thai].
- Jajujit, S., and Wongsasung, J. (2023). Health literacy and behavior on using Cannabis-based products of the elderly in Muak Lek District, Saraburi Province. *Singburi Hospital Journal*, 32(2), B80-91. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/shj/article/view/265869/180247> [In Thai]
- Leelarasamee, A. (2022). *Advice for doctors on the use of medical marijuana*. The Medical Council of Thailand. Retrieved April 26, 2024, from https://tmc.or.th/pdf/fact/guideline_cannabis_101062.pdf [In Thai].
- Maria, J. S., and Paulo, S. (2021). The impact of health literacy on knowledge and attitudes toward preventive strategies against COVID-19: A cross-sectional study. *Environment Health Research And Public Health*, 18(10), 5421. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105421>
- National Academies Press for the National Academies of Science Engineering and Medicine. (2017). *The Health Effect of Cannabis and Cannabinoids: The Current State of Evidence and Recommendations for Research*. Retrieved April 25, 2024, from <https://www.nap.edu/catalog/24625/the-health-effects-of-cannabis-and-cannabinoids-the-current-state>.
- National Institute on Drug Abuse. (2020). *Marijuana Drug Facts*. Retrieved April 26, 2024, from <https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/marijuana>.
- Örsal, Ö., Duru, P., Örsal, Ö., Tirpan, K., and Çulhacı, A. (2019). Analysis of the relationship among health awareness and health literacy, patient satisfaction levels with primary care in patients admitted to primary care health centers. *Patient Education and Counseling*, 102(2), 376-382. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.09.006>
- Pawun, V., Boonchuaythanasit, K., Ponrachom, C., and Sukopuk, M. (2017). Perception of information, knowledge, and protecting behavior of diseases and health hazard of Thai citizens in 2016. *Journal of Health Science Research*, 11(1), 70-79. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JHR/article/view/91410/71799> [In Thai].

The Psychiatric Association of Thailand. (2023). *Impact of cannabis policy Lessons from foreign countries and concerns from citizens*. Retrieved April 26, 2024, from <https://www.psychiatry.or.th/home/> [In Thai].

Uttaradit Provincial Public Health Office. (2024). *Elderly Statistic of Uttaradit Province*. Retrieved May 5, 2024, from <http://utodcc.moph.go.th/2018/> [In Thai].

United Nations Office on Drug and Crime. (2024). *World Drug Report*. Retrieved April 13, 2024, from https://www.unodc.org/res/WDR-2023/WDR23_Exsum_fin_DP.pdf

Vacaflor, B. E., Beauchet, O., Jarvis, G. E., Schavietto, A., and Rej, S. (2020). Mental health and cognition in older cannabis users: A review. *Can Geriatr J*, 23(3), 242-249. <https://doi.org/10.5770/cgj.23.399>

Wayne, W. D. (1995). *Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences* (6th ed.). John Wiley & Sons.