

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการสั่งใช้ยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสมของแพทย์แผนไทย ในเขตสุขภาพที่ 2

Factors associated with prescribing behavior of herbal medicine containing cannabis containing of Thai traditional medicine in Health Area 2

(Received: November 21,2025 ; Revised: December 1,2025 ; Accepted: December 4,2025)

อมรศักดิ์ โพธิ์อำ¹ ทัทัยชนก อินพรหม² พุดพิงศ์ มากมาย³

Amornsak Poum^{1*}, Hathaichanok Inprom², Puttipong Makmai³

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการสั่งใช้ยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสมของแพทย์แผนไทยในเขตสุขภาพที่ 2 ประชากรคือ แพทย์แผนไทยที่ปฏิบัติงาน ในเขตสุขภาพที่ 2 ได้แก่ จังหวัดตาก สุโขทัย พิษณุโลก อุตรดิตถ์ และเพชรบูรณ์ จำนวน 230 คน โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Daniel เท่ากับ 144 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการสั่งใช้ยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสม แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.751 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสั่งใช้ยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสมของแพทย์แผนไทยในเขตสุขภาพที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ประกอบด้วย ทัศนคติที่มีต่อยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมพฤติกรรมการสั่งใช้ยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}<0.05$)

คำสำคัญ: ยาสมุนไพร, กัญชา, แพทย์แผนไทย, การสั่งใช้ยา

Abstract

This survey research aimed to study factors associated with prescribing behavior of herbal medicine containing cannabis containing of Thai traditional medicine in Health Area 2. Population in this study consisted of 230 Thai traditional medicine practitioners in the 2nd health zone in all 5 provinces, including; Tak, Sukhothai, Phitsanulok, Uttaradit and Phetchabun, respectively. The sample size calculating used Daniel formula for 144 cases, and systematic random sampling was determining for collecting data. Data collected by questionnaire composed of, characteristics, knowledge, attitude and prescribing of medicinal cannabis-containing herbal medicines of Thai traditional medicine. In addition to check questionnaire standardization, validity was checked by 3 experts and try out testing reliability by cronbach's coefficient alpha about 0.751. Data analyzed using statistical as Pearson product moment correlation coefficient.

An association analyzed found that factor was positively association with prescribing behavior of herbal medicine containing cannabis containing of Thai traditional medicine in Health Area with statistic significant level 0.05 including; attitudes toward cannabis-containing herbal medicines ($P\text{-value}<0.05$)

Keywords: Medicinal herbs, Cannabis, Thai traditional medicine, Prescription

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น จังหวัดตาก

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น จังหวัดตาก

³ อาจารย์ คณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น จังหวัดตาก

บทนำ

ประเทศไทยมีการใช้กัญชามาเป็นเวลายาวนาน นับย้อนหลังไปในสมัยสมเด็จพระนารายณ์มหาราชแห่ง กรุงศรีอยุธยา มีการใช้พืชสมุนไพรกัญชาในการรักษาโรคบรรเทาอาการเจ็บป่วย และให้ความเพลิดเพลินหรือสันทนาการ อีกทั้งยังมีการบันทึกในตำราโอสถพระนารายณ์ และตำรายาแผนโบราณหลายฉบับ¹ ปัจจุบันมีการศึกษาวิจัยและข้อมูลทางวิชาการที่สนับสนุนว่ากัญชาสามารถใช้ในการรักษาได้จึงมีการใช้กัญชาเพื่อการแพทย์อย่างถูกกฎหมายในหลายประเทศ สำหรับประเทศไทยกัญชายังเป็นยาเสพติดประเภทที่ 5 ตามพรบ.ยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ.2562 ห้ามผลิต นำเข้า ส่งออก จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครอง เว้นแต่ได้รับอนุญาตในกรณีประโยชน์ของทางราชการ การแพทย์ การศึกษาวิจัย รวมถึงเกษตรกรรม พาณิชยกรรม วิทยาศาสตร์หรืออุตสาหกรรมเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ ผู้ขออนุญาตใช้ประโยชน์จากกัญชาเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ ได้แก่ เวชกรรม ทันตกรรม เภสัชกรรม สัตวแพทย์ แพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยประยุกต์หรือหมอพื้นบ้านตามกฎหมาย²

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีนโยบายการขับเคลื่อนการจัดการกัญชา กัญชง และกระท่อมทางการแพทย์แผนไทยเพื่อสร้างนวัตกรรมดูแลสุขภาพและสร้างมูลค่าเพิ่มให้กับประเทศ โดยให้ประชาชนเข้าถึงผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ที่มีมาตรฐานและปลอดภัย โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้ป่วยระยะกลางและผู้ป่วยประคับประคองและถ่ายทอดมาเป็นนโยบายระดับเขตสุขภาพที่ 2 และได้ดำเนินการเป็นตัวชี้วัดหนึ่งในการขับเคลื่อนกัญชาทางการแพทย์ในเขตสุขภาพที่ 2 โดยมีเกณฑ์เป้าหมาย ในปีงบประมาณ 2565 ดังนี้ 1) ร้อยละหน่วยบริการสาธารณสุขที่จัดบริการคลินิก กัญชาทางการแพทย์ร้อยละ 70 2) ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ 5 และ 3) ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์เพิ่มขึ้น ร้อยละ 5 อีกทั้งมีการเพิ่ม

ตำรับยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสมไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ จำนวน 16 ตำรับ ได้แก่ 1) ยาสุขไสยาสน์ 2) ยาทำลายพระเมรุ 3) ยาแก้ลมแก้เส้น 4) ยาอัคคินิวคณะ 5) ยาแก้ลมเนาวนาริยาโย 6) ยาแก้ลมขึ้นเบื้องสูง 7) ยาไฟอาวุธ 8) ยาแก่นอนไม่หลับ/ยาแก้ไข้ผอมเหลือง 9) ยาแก้สัณห์มาตกร่อนแห้ง 10) ยาอัมฤตย์โอสถ 11) ยาโกลยาสาลี 12) ยาแก้โรคจิต 13) ยาไฟสาลี 14) ยาหาริตสีดวง 15) ยาทัพยาธิคุณ 16) น้ำมันกัญชาอาจารย์หมอดะชา³

ปัจจุบันเขตสุขภาพที่ 2 ได้มีการดำเนินการเปิดให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 2 จำนวน 9 แห่ง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 9 แห่ง จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 11 แห่ง จังหวัดสุโขทัย จำนวน 9 แห่ง และจังหวัดอุดรดิตถ์ จำนวน 9 แห่ง โดยได้มีผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2565 จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยากัญชาทางการแพทย์แผนไทย อยู่ที่ร้อยละ 0.49 ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด ร้อยละ 5 ของผู้ป่วย จากข้อมูลดังกล่าว พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยมารับบริการที่คลินิก กัญชาทางการแพทย์ได้รับยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสมน้อยกว่าจำนวนผู้มารับบริการที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์ ซึ่งอาจจะเกิดจากการขาดความเชื่อมั่นใจ การสั่งใช้ยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสมและการจัดหา ยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสมที่มีขั้นตอนที่ยุ่งยาก ต้นทุนสูงและปริมาณยาไม่เพียงพอ โดยส่งผลโดยตรงต่อการเข้าถึงบริการกัญชาทางการแพทย์และการตอบสนองต่อนโยบายกัญชาทางการแพทย์ โดยหากผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการกัญชาทางการแพทย์ที่มากขึ้นจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นสามารถอีกทั้งเป็นการอีกทางเลือกในการรักษา ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่าปัจจัยใดที่สัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสมของแพทย์แผนไทยในเขตสุขภาพที่ 2 เพื่อจะได้นำข้อมูลที่ได้เป็นพื้นฐานในการพัฒนาระบบการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ และเพื่อเพิ่มการเข้าถึงการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทยของประชาชน⁴

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะที่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการสั่งใช้ยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสมของแพทย์แผนไทยในเขตสุขภาพที่ 2

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) โดยกำหนดตัวแปรอิสระ ได้แก่ 1) คุณลักษณะส่วนบุคคล 2) ความรู้เรื่องยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสม 3) ทักษะที่มีต่อการสั่งใช้ยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสม ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการสั่งใช้ยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสมของแพทย์แผนไทย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ แพทย์แผนไทยที่ปฏิบัติงานในเขตสุขภาพที่ 2 ทั้ง 5 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดตาก จังหวัดสุโขทัย จังหวัดพิษณุโลก จังหวัดอุตรดิตถ์ และจังหวัดเพชรบูรณ์ ปีงบประมาณ 2562 จำนวน 230 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษาคือ แพทย์แผนไทยที่ปฏิบัติงานในเขตสุขภาพที่ 2 ทั้ง 5 จังหวัด มีใบประกอบวิชาชีพ เวชกรรมไทยหรือใบประกอบวิชาชีพแพทย์แผนไทยประยุกต์ และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย (โดยได้มีการบอกข้อมูลโครงการวิจัยอย่างครบถ้วน) เกณฑ์การคัดออกคือ ไม่สมัครใจตอบแบบสอบถามและเจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Daniel⁵ กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 144 คน

การสุ่มตัวอย่าง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) จากรายชื่อแพทย์แผนไทยเพื่อเป็นตัวแทนของกลุ่มตัวอย่าง โดยนำรายชื่อของประชาชนมาเรียงลำดับตามตัวอักษร ก ถึง ฮ แล้วคำนวณระยะห่างของการสุ่ม เพื่อสุ่มเลือกรายชื่อให้ครบตามจำนวน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือแบบสอบถาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของแพทย์แผนไทย ประกอบด้วย อายุ สถานภาพ วุฒิการศึกษา รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาในการทำงาน การผ่านการอบรมการใช้ยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสม

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสม ประกอบด้วย ความรู้ทั่วไป ข้อบ่งใช้สารสำคัญ ข้อควรระวังอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในการใช้ตำรับยาสมุนไพรที่มีกัญชาเป็นส่วนประกอบ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับกัญชา ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบคือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ เกณฑ์การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับสูง ปานกลางและต่ำ การแปลผลตามแนวคิดของ Bloom⁶ แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ความรู้ระดับสูง (คะแนน $\geq 80\%$) ความรู้ระดับปานกลาง (คะแนน 61%-79%) ความรู้ระดับต่ำ (คะแนน $\leq 60\%$)

ส่วนที่ 3 ทักษะที่มีต่อการสั่งใช้ยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสม ประกอบด้วย ด้านความรู้ ความเข้าใจ ด้านความรู้สึก และด้านพฤติกรรม ลักษณะข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วน (Rating scale) 5 ระดับ ตามความคิดเห็น คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการสั่งใช้ยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสม ลักษณะข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วน (Rating scale) 5 ระดับ ใช้มาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ต (Likert) มีข้อคำถามเชิงบวกและข้อคำถามเชิงลบ ตามการปฏิบัติ คือ เป็นประจำ นานๆ ครั้ง เป็นบางครั้ง น้อยครั้ง ไม่เคยเลย

แบบสอบถามส่วนที่ 3, 4, 5 ใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Best John W⁷ แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับสูง (3.67-5.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (2.34-3.66 คะแนน) ระดับต่ำ (1.00-2.33 คะแนน)

แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหา นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับประชาชนทั่วไปในพื้นที่ตำบลแม่หละ อำเภอลำปาง จังหวัดตากซึ่งมีลักษณะใกล้เคียง

กัน แล้วคำนวณค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค⁸ เท่ากับ 0.751

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้ Pearson's Product Moment correlation coefficient และค่า P-value ที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05

จริยธรรมในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยนอร์ทเทิร์น จังหวัดตาก เอกสารรับรองเลขที่ NTC888-0104 ลงวันที่ 20 ธันวาคม พ.ศ.2567

ผลการวิจัย

แพทย์แผนไทยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (84%) รองลงมาเป็นเพศชาย (16%) อายุระหว่าง 27-36 ปี (62.5%) รองลงมาอายุน้อยกว่า 26 ปี (18.1%) โดยมีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 32.39 ปี (S.D.=7.59) สถานภาพส่วนใหญ่โสด (57.6%) รองลงมาคือ คู่/สมรส/อยู่ด้วยกัน (42.4%) รายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 15,001 -24,999 บาท (55.6%) และรายได้มากกว่า 25,000 บาท โดยมีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย เท่ากับ 20,506.11 บาท (S.D.=7,021.46) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี หลักสูตรแพทย์แผนไทยบัณฑิต (89.6%) รองลงมา คือ ปริญญาตรี หลักสูตรแพทย์แผนไทยประยุกต์บัณฑิต (6.9%) ระยะเวลาในการทำงานอยู่ระหว่าง 4-12 ปี (67.4%) และระยะเวลาน้อยกว่า 3 ปี (18.1%) โดยมีระยะเวลาในการทำงานเฉลี่ย เท่ากับ 8.51 (S.D.=6.051) การผ่านการอบรมการใช้ยาสมุนไพรที่มีคุณภาพปรุงผสม (81.3%) มีเพียง 27 คนที่ไม่เคยผ่านการอบรม (18.8%) ตามลำดับ

ความรู้เรื่องยาสมุนไพรที่มีคุณภาพปรุงผสมของแพทย์แผนไทยในเขตสุขภาพที่ 2 ภาพรวมมีกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้อยู่ในระดับสูง (68.8%) ($\bar{X}$ =2.65, S.D.=0.55) ทักษะการที่มีต่อการสั่งใช้ยาสมุนไพรที่มีคุณภาพปรุงผสมภาพรวมมีระดับทักษะการอยู่ในระดับสูง (81.9%) ($\bar{X}$ =2.82, S.D.=0.386) และพฤติกรรมการสั่งใช้ยาสมุนไพรที่มีคุณภาพปรุงผสมของแพทย์แผนไทยในเขตสุขภาพที่ 2 ภาพรวมมีระดับทักษะการอยู่ในระดับปานกลาง (36.80%) ($\bar{X}$ =1.91, S.D.=0.80) ตามลำดับ

พฤติกรรมการสั่งใช้ยาสมุนไพรที่มีคุณภาพปรุงผสมของแพทย์แผนไทยในเขตสุขภาพที่ 2 ภาพรวมมีพฤติกรรมการสั่งใช้ยาสมุนไพรที่มีคุณภาพปรุงผสมต่ำ รองลงมาคือพฤติกรรมการสั่งใช้ยาสมุนไพรปานกลาง ($\bar{X}$ =1.91, S.D.=0.801) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการสั่งใช้ยาสมุนไพรที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ท่านจ่ายยาสมุนไพรที่มีคุณภาพปรุงผสม ในผู้ป่วยที่มีอาการนอนไม่หลับ ($\bar{X}$ =3.23, S.D.=1.305) รองลงมา คือ ท่านจ่ายยาสมุนไพรที่มีคุณภาพปรุงผสม ในผู้ป่วยมะเร็ง ระยะประคับประคองที่มีอาการนอนไม่หลับ และ ท่านจ่ายยาสมุนไพรที่มีคุณภาพปรุงผสม ในผู้ป่วยมะเร็ง ระยะประคับประคองที่มีอาการเบื่ออาหาร ($\bar{X}$ =3.03, S.D.=1.421) ตามลำดับ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ความรู้เรื่องยาสมุนไพรที่มีคุณภาพปรุงผสมกับพฤติกรรมการสั่งใช้ยาสมุนไพรที่มีคุณภาพปรุงผสม พบว่า ทักษะการที่มีต่อยาสมุนไพรที่มีคุณภาพปรุงผสมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสั่งใช้ยาสมุนไพรที่มีคุณภาพปรุงผสมของแพทย์แผนไทยในเขตสุขภาพที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.019$, $P\text{-value}<0.05$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และค่าความน่าจะเป็น ของความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และทัศนคติ กับพฤติกรรมการสั่งใช้ยาสมุนไพรที่มีคุณภาพปรุงผสมของแพทย์แผนไทยในเขตสุขภาพที่ 2

ตัวแปรอิสระ	พฤติกรรมการสั่งใช้ยาสมุนไพรที่มีคุณภาพปรุงผสมของแพทย์แผนไทยในเขตสุขภาพที่ 2		
	r	P-value	ระดับความสัมพันธ์
1. ความรู้เกี่ยวกับยาสมุนไพรที่มีคุณภาพปรุงผสม	0.778	0.024	ไม่มีความสัมพันธ์
2. ทักษะการที่มีต่อยาสมุนไพรที่มีคุณภาพปรุงผสม	0.019	0.196	มีความสัมพันธ์

สรุปและอภิปรายผล

การใช้กัญชาในทางการแพทย์ เป็นอีกทางเลือกหนึ่งของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการทางการแพทย์ โดยมีข้อมูลสนับสนุนประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการรักษาโดยใช้ยาที่มีกัญชาเป็นส่วนประกอบรวมถึงการใช้น้ำมันกัญชา ทั้งความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยการรักษาทางด้านร่างกาย เช่น ในผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับ ความเจ็บปวด คลื่นไส้อาเจียน ความผิดปกติในการกิน เป็นต้นการรักษาทางด้านจิตใจ เช่น ผ่อนคลาย ความเครียดและวิตกกังวล⁹ จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัย พบว่า ภาพรวม พฤติกรรมการสั่งใช้ยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสมของแพทย์แผนไทยในเขตสุขภาพที่ 2 อยู่ในระดับต่ำ (1.91%) โดยพฤติกรรมการสั่งใช้ยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสม สูงสุด คือ จ่ายยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสม ในผู้ป่วยที่มีอาการนอนไม่หลับ ($\bar{X}=3.23$, $S.D.=1.305$) รองลงมา คือ จ่ายยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสม ในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองที่มีอาการนอนไม่หลับ และท่านจ่ายยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสม ในผู้ป่วยมะเร็ง ระยะประคับประคองที่มีอาการเบื่ออาหาร ($\bar{X}=3.03$, $S.D.=1.421$) และต่ำที่สุด คือ จ่ายยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสม ในผู้ป่วยเบาหวาน

ความรู้เรื่องการสั่งใช้ยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสั่งใช้ยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสมของแพทย์แผนไทยอย่างมีนัยสำคัญ ($P\text{-value}>0.05$) สามารถอธิบายได้ว่า แพทย์แผนไทยส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสมอาจไม่มีผลต่อพฤติกรรมการสั่งใช้ยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสม แต่อาจเกิดจากทัศนคติที่ดีต่อสมุนไพรกัญชา เนื่องจากสมุนไพรกัญชาเพิ่งได้ถูกยกเลิกออกจากยาเสพติด ซึ่งไม่สอดคล้องแนวคิดของ Green & Kreuter¹⁰ กล่าวว่า ความรู้เป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมหรือการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคล ซึ่งความรู้เป็นปัจจัยที่เกิดจากการเรียนรู้หรือประสบการณ์ที่ได้จากการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล

สอดคล้องกับแนวคิดของ Ajzen & Fishbein¹¹ กล่าวว่า การที่บุคคลจะมีความตั้งใจที่จะแสดงพฤติกรรมอันใดอันหนึ่งนั้น บุคคลนั้นจะต้องประเมินว่า พฤติกรรมนั้นมีผลทางบวกต่อตัวเขาเอง สอดคล้องกับผลงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับการสั่งใช้ยาสมุนไพรเป็นประจำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}\leq 0.05$)¹²

ทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสั่งใช้ยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสมของแพทย์แผนไทยในเขตสุขภาพที่ 2 ($r= 0.019$, $P\text{-value}<0.05$) สามารถอธิบายได้ว่า แพทย์แผนไทยไม่เชื่อมั่นในประสิทธิผลของของยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสม อีกทั้งยังขาดการวิจัยรองรับในเรื่องของสรรพคุณและโทษจากการใช้ยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสม ส่งผลให้แพทย์แผนไทยไม่จ่ายยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสม ซึ่งสอดคล้องกับ Thurstone¹² กล่าวว่า ทัศนคติเป็นระดับความมากน้อยของความรู้สึกในด้านบวกหรือลบที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งเป็นความรู้สึกที่แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย เช่นเดียวกับ Ajzen & Fishbein¹¹ กล่าวว่า ทัศนคติที่มีผลต่อพฤติกรรมหมายถึงการประเมินทางบวกและทางลบของบุคคลต่อการกระทำนั้นหรือเป็นความรู้สึกโดยรวมของบุคคลที่เป็นทางบวกทางลบหรือสนับสนุนและต่อต้านการกระทำนั้นๆ ทัศนคติเป็นความสัมพันธ์ที่คาบเกี่ยวระหว่างความรู้สึกและความเชื่อ โดยพฤติกรรมที่แสดงออกมักเป็นการตอบโต้ต่อเป้าหมายของทัศนคติ ซึ่งทัศนคดีย่อมมีความแตกต่างไปตามความเชื่อและวัฒนธรรมของชุมชน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านทัศนคติจะต้องใช้วิธีการที่หลากหลายและใช้ระยะเวลาพอสมควร หากเราสามารถปรับเปลี่ยนทัศนคติให้เป็นทัศนคติที่เป็นด้านดีได้ย่อมนำไปสู่พฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่ดีได้เช่นกัน สอดคล้องกับผลงานวิจัยของ สุชีรา วีระดนัยวงศ์¹³ พบว่า ทัศนคติในการใช้กัญชามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับปัจจัยด้านคุณประโยชน์และโทษของ

กัญชา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.326$, P -value < 0.01)

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการสั่งใช้ยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสม พบว่า พฤติกรรมการสั่งใช้ยาสมุนไพรของแพทย์แผนไทยในเขตสุขภาพที่ 2

อยู่ในระดับต่ำ ดังนั้นจึงควรเพิ่มความเชื่อมั่นในยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสม โดยควรมีหลักฐานการวิจัยที่น่าเชื่อถือเพื่อสร้างความเชื่อมั่นในด้านยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสมให้กับแพทย์แผนไทย และการรับรู้ด้านนโยบายการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสม

เอกสารอ้างอิง

1. วีรยา ถาอูปชิต, ศราพร เกษสมบูรณ์. (2562). “นโยบายกัญชา: การวิเคราะห์เปรียบเทียบไทย สหรัฐอเมริกา แคนาดา เยอรมัน และอิสราเอล,” ใน วารสารเภสัชกรรมไทย; 13(10): 6-8.
2. ราชกิจจานุเบกษา. (2562). พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ ฉบับที่ 7. เล่ม 136 ตอนที่ 19ก.
3. อนันต์ชัย อัครเมฆิน. (2566). นโยบายและทิศทางการใช้กัญชาทางการแพทย์. สืบค้นเมื่อวันที่ 16 พฤษภาคม 2566, จาก <https://www.hfocus.org/content/2019/09/17729,2562>
4. กระทรวงสาธารณสุข. (2562). Health Data Center. [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ 16 พฤษภาคม 2566. จากเว็บไซต์ <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php,> 2562.
5. Daniel W.W. (2010). Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences.(9thed). New York: John Wiley & Sons.
6. Bloom, B.S. (1975). Taxonomt of Education. David McKay Company Inc., New York.
7. Best, John W. (1977). Research is Evaluation. (3rded). Englewood cliffs: N.J. Prentice Hall.
8. Cronbach Lee J. (1977). Essentials of Psychological Testing. 3rd ed. New York: Harper.
9. มทร.อีสาน วช.สกลนคร. (2565). การให้บริการตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมในคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตสกลนคร. วารสารวิชาการ กัญชา กัญชง และสมุนไพร; ปีที่ 1 (ฉบับที่ 1).
10. Green, L.W., Kreuter, M.W. ((1991). Health Promotion Planning: An Educational and Environment Approach. California: Mayfield Publishing. 1991.
11. Ajzen, I., Fishbein, M. (1980). Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. 1980.
12. Thurstone, L.L. (1970). Reading in Attitude Theory and Measurement. New York: John Wiley and Sons, Inc.
13. สุชีรา วีระตนยวงศ์. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์. วารสารกรมการแพทย์. 46(4): 1.