

ผลของการใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์ร่วมรักษาต่อความปวดในผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

นิภัตสรณ์ บุญญาสันติ* พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

ปริยพัศ พรประเสริฐ** พบ. (เวชศาสตร์ครอบครัวและการบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย)

สุนิสา จุลรอด*** ภ.บ. (การบริบาลทางเภสัชกรรม)

(รับ: 14 กุมภาพันธ์ 2567, แก้ไข: 3 มีนาคม 2567, ตอรับ: 31 มีนาคม 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experiment) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อน-หลัง (One group Pretest-posttest design) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระดับความปวด คุณภาพชีวิตก่อนและหลังใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์ร่วมรักษา และความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็ง และผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย โรงพยาบาลชลบุรี โดยใช้แนวคิด เรื่อง ความปวดในผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย คุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก และความพึงพอใจของ VROOM กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่คลินิกมะเร็งบำบัด และคลินิกกัญชาทางการแพทย์ สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง 15 ราย เครื่องมือ คือ แบบประเมินความปวดเรื้อรัง (Score for Chronic Pain Thai's version: SPAASMS) แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (EQ-5D-5L) และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือญาติต่อการจัดการความปวดหลังใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์ร่วมรักษา ทดสอบความเชื่อมั่น ได้ค่าอัลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.63, 0.77 และ 0.89 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และวิเคราะห์ความแปรปรวนซ้ำ (Repeated Measure ANOVA)

ผลการวิจัย พบว่า ระดับความปวดเรื้อรังและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายก่อนและหลังใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์ร่วมรักษา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยผู้ป่วยมีระดับความปวดเรื้อรังลดลง มีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นในสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 8 และมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด (Mean 4.81, SD 0.27)

คำสำคัญ: ปวดจากมะเร็ง, ปวดจากมะเร็งในระยะท้าย, น้ำมันกัญชาทางการแพทย์

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานวิจัยและพัฒนาทางการพยาบาล โรงพยาบาลชลบุรี

E-mail: nipatsornb@gmail.com

** แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง จังหวัดชลบุรี

*** เภสัชกร กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลชลบุรี

The effect of medical cannabis oil for pain in cancer and palliative patients

Nipatsorn Boonyasanti* M.N.S. (Adult Nursing)

Preeyapas Pornprasert** M.D. (BCCPM).

Sunisa Junrod*** PharmD

(Received: February 14, 2024, Revised: March 3, 2024, Accepted: March 31, 2024)

Abstract

This quasi-experiment-one-group pretest-posttest design aimed to study and compare pain levels, quality of life before and after using medical cannabis oil for treatment, and the satisfaction of cancer patients and palliative cancer patients at Chonburi hospital. The concepts consisted of pain in cancer patients and palliative cancer patients, quality of life of the World Health Organization (WHO), and VROOM satisfaction. The sample was cancer patients and patients with palliative cancer in pain clinics and cannabis clinics. A purposive sample of 15 patients was selected consisting of cancer patients and palliative cancer patients at the pain clinic and cannabis clinic. The research instruments consisted of SPAASMS (Score for Chronic Pain Thai's version), health-related quality of life measure (EQ-5D-5L, and satisfaction questionnaire. Cronbach's alpha coefficient was 0.63, 0.77 and 0.89 respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Repeated Measure ANOVA.

The results revealed that the chronic pain level and quality of life of the cancer patients and palliative cancer patients before and after using medical cannabis oil for treatment were significantly difference ($p < .05$). Chronic pain of the patients had decreased. Quality of life of the patients had increased on weeks 2, 4, and 8. The patients were satisfied at the highest level (Mean 4.81, SD 0.27).

Key words: cancer pain, palliative cancer pain, medical cannabis oil

* Registered nurse, Research and development of nursing department Chonburi hospital
E-mail: nipatsornb@gmail.com

** Doctor of Medicine (M.D.), Diploma of the Thai Board of Family Medicine, Basic certificate courses in palliative medicine (BCCPM). Chonburi hospital.

*** Doctor of Pharmacy (PharmD) Chonburi hospital.

บทนำ

พ.ศ.2562 สถิติสาธารณสุข พบว่า มะเร็งเป็นโรคที่มีอัตราการตายสูงเป็นอันดับแรกของประเทศไทย คือ 125 ต่อ 100,000 ประชากร โรงพยาบาลชลบุรีเป็นโรงพยาบาลศูนย์ในเขตสุขภาพที่ 6 รับผิดชอบผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกระบบที่มีความซับซ้อน ในการตรวจวินิจฉัยและรักษา ปีงบประมาณ 2563-2565 สถิติผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชลบุรี มีผู้ป่วยกลุ่มนี้เข้ารับบริการ 603, 2,895 และ 5,123 ครั้งต่อปี ตามลำดับ ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานจากความปวดจากก้อนมะเร็งทั้งระยะการลุกลาม (metastasis of carcinoma) ไม่ ลุ ก ล าม (non-metastasis of carcinoma) ในทุกขั้นตอนการตรวจวินิจฉัย การทำหัตถการ การรักษาด้วยเคมีบำบัด ซึ่งความปวด (pain) เป็นประสบการณ์ที่ไม่พึงปรารถนา การรับรู้ความปวดของแต่ละบุคคลไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในอดีต อารมณ์ และจิตใจ ความปวดและอาการรบกวนต่างๆ ของผู้ป่วยมะเร็งมีความแตกต่างกันในแต่ละช่วงเวลาของการดำเนินโรค พบได้ทุกระยะของโรคถึงร้อยละ 50.7 และเมื่อเข้าสู่ระยะท้ายที่มีการลุกลามของโรคพบความปวด (Pain in palliative) เกิดขึ้น ร้อยละ 66.4^(1,2) หากไม่ได้รับการดูแลจัดการที่เหมาะสม ความปวดจะรุนแรงขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันลดลง ความต้องการปริมาณการใช้ยาเพิ่มขึ้น การพักผ่อนนอนหลับลดลง ความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น อาจเกิดอาการรบกวน เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร การเข้าสังคมลดลง และต้องการความใส่ใจจากบุคลากรทางการแพทย์มากขึ้น ในระยะยาวทำให้มีอารมณ์แปรปรวน คุณภาพชีวิตผู้ป่วยลดลง⁽²⁻⁸⁾ ปี 2563-2565 ที่คลินิกะรับปวด โรงพยาบาลชลบุรี พบว่า มีผู้ป่วยเข้ารับบริการ 67, 265 และ 365 ครั้งต่อปี และมีผู้ป่วยกลุ่มที่มีความปวดและอาการรบกวนรุนแรงจำเป็นต้องควบคุม

อาการปวดและหรืออาการรบกวนด้วยเครื่องให้ยาทางใต้ผิวหนังแบบต่อเนื่อง (Syringe driver/ surfusor) 14, 42 และ 43 ครั้งต่อปี ซึ่งการจัดการความปวดที่มีคุณภาพและเกิดประสิทธิผลมากที่สุด คือ การจัดการความปวดและอาการรบกวนที่ตรงกับการรับรู้ของผู้ป่วย เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจ

องค์การอนามัยโลกนิยาม “สุขภาพ” ว่าไม่ใช่แค่เพียงการปราศจากโรค แต่หมายถึง การมีคุณสมบัติทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งสอดคล้องกับนิยามของ “คุณภาพชีวิต (quality of life)” ว่าเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลที่มีต่อสภาวะของชีวิตตนเอง ภายใต้บริบททางวัฒนธรรมและระบบคุณค่าในที่คนนั้นอาศัยอยู่ และมีความสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความหวัง มาตรฐานและความหวังใจของพวกเขา จากนิยามข้างต้น คุณภาพชีวิตจึงเป็นผลจากหลายปัจจัย เช่น สุขภาพ ครอบครัวย การศึกษา ฐานะการเงิน สิ่งแวดล้อม ฯลฯ โดยภาวะสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของคุณภาพชีวิตทั้งหมด ดังนั้น คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (health-related quality of life, HRQoL) จึงมีลักษณะเป็นนามธรรม การประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ จึงมีความสำคัญในการบอกถึงภาวะสุขภาพ หรือผลกระทบของโรคจากมุมมองของตัวผู้ป่วยเอง นอกเหนือจากผลการรักษา หรือผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งเป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพในมุมมองของแพทย์ คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ยังสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (holistic care) และสาธารณสุขที่ให้ความสำคัญกับหัวใจความเป็นมนุษย์ (humanized health care) ซึ่งให้ความสำคัญกับความรู้สึกของผู้ป่วย ไม่ใช่เพียงมองแต่โรค สิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึงเสมอ คือ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย แต่ละคนตัดสินโดยใช้การรับรู้ต่อสถานการณ์หนึ่ง

เปรียบเทียบกับประสบการณ์ที่เคยได้รับ คุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลจึงมีองค์ประกอบและลำดับความสำคัญขององค์ประกอบเหล่านั้นแตกต่างกัน และมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาตามการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ที่บุคคลนั้นเผชิญอยู่⁹⁻¹⁰

ทฤษฎีความคาดหวังของวรูม (Vroom, 1964) กล่าวว่า ความเชื่อถือของบุคคล นำไปสู่การเกิดผลลัพธ์อย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อทำให้เกิดพฤติกรรมซึ่งนำไปสู่การบรรลุจุดมุ่งหมาย และเลือกพฤติกรรมที่คาดว่าจะประสบความสำเร็จสูงสุด สิ่งสำคัญ คือ ความเข้าใจในเป้าหมายและความความต้องการเฉพาะบุคคล การตั้งใจที่เหมาะสม และตรงกับวัตถุประสงค์ทำให้เกิดพฤติกรรมที่นำไปสู่การบรรลุเป้าหมาย นั่นคือ สิ่งที่เกิดจากแรงจูงใจซึ่งเป็นพฤติกรรมภายใน ผลักดันให้เกิดความรู้สึกชอบ ไม่ชอบ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ยินดี ไม่ยินดี เมื่อได้รับการตอบสนองของความ ต้องการ และความคาดหวัง ที่เกิดจากการประเมินค่า อันเป็นการเรียนรู้ประสบการณ์จากการทำกิจกรรม เพื่อให้เกิดการตอบสนองความต้องการตามเป้าหมายของแต่ละบุคคล ซึ่งความพึงพอใจมีความสำคัญต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ เพราะทำให้เกิดแรงจูงใจและกำลังใจที่ดี มีความเชื่อมั่นให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำ และมีบรรยากาศที่ดีระหว่างพยาบาลหรือผู้ให้บริการกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ เกิดภาพลักษณ์ที่ดี ผลักดันให้หน่วยงานเจริญก้าวหน้า ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ¹¹

กัญชาถูกนำมาใช้เพื่อจัดการความปวด โดยเฉพาะความปวดเรื้อรังในผู้ใหญ่ กลไกของกัญชาที่ใช้เพื่อจัดการความปวด พบว่า กัญชาทำให้ระดับของสารเซโรโทนิน (Serotonin) เพิ่มขึ้น กระตุ้นระบบยับยั้งความรู้สึกปวดที่ส่งสัญญาณกลับมาจากสมองในกลไกที่เรียกว่า ปรับสัญญาณ (Modulation) เกิดผลดีในการบรรเทาความปวด Neuropathic pain

ทำให้มีการใช้กัญชามากขึ้น กัญชาได้รับการแนะนำให้ใช้เพื่อลดอันตราย และลดการติดยากลุ่ม Opioid สารสกัดจากกัญชาหรือสารสังเคราะห์ที่มีโครงสร้างผสมของ THC และ CBD ที่มีสัดส่วน THC:CBD เท่ากับ 1.08:1 เพื่อบรรเทาอาการปวดจากมะเร็งชนิดปวดระบบประสาท (Neuropathic pain) การใช้ร่วมกันของ THC และ CBD อาจให้ประโยชน์ที่ดีสำหรับการจัดการความปวด ส่วนประกอบของ THC ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ทำให้รู้สึกเคลิบเคลิ้ม ผ่อนคลายมีผลต่อการเปลี่ยนแปลง ของจิตประสาท เนื่องจากทำให้ Neuron เปลี่ยนแปลงเพิ่มระดับของ dopamine ในสมองส่วน Nucleus accumbens และ Prefrontal cortex การใช้ THC จึงสามารถทำให้เกิดพฤติกรรมรับประทานอาหารมากขึ้น (Hyperphagic behaviors) แต่หากใช้ในระยะเวลาอันยาวนาน อาจเกิดการเบื่อและอาการไม่พึงประสงค์ รู้สึกหงุดหงิดง่ายเวลาไม่ได้ใช้ ซึ่งมีความแตกต่างและตรงกันข้ามกับ CBD ที่ไม่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทและ CBD อาจเป็นตัวยับยั้ง THC ช่วยลดผลข้างเคียงทางจิตประสาทจาก THC ส่วนขนาด (Dose) ที่ใช้ CBD เพื่อใช้ทางการแพทย์ยังไม่มีกำหนด ที่เป็นมาตรฐาน ดังนั้น การใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ เช่น THC, CBD ในอัตราส่วนที่เหมาะสมผู้ป่วยปลอดภัย ในผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายมีประโยชน์ในการรักษาอาการปวด ความวิตกกังวลความเครียด ช่วยให้เจริญอาหาร นอนหลับง่ายและนานขึ้น อีกทั้งการใช้กัญชาในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายยังช่วยให้ผู้ป่วยสั่งเสียครอบครัวได้และไม่ทรมาน¹²⁻¹³

คลินิกกัญชาทางการแพทย์โรงพยาบาลชลบุรี พบว่า มีผู้ป่วยปวดจากมะเร็งเข้ารับบริการใน ปีงบประมาณ 2563-2565 จำนวน 16, 52 และ 50 ครั้งต่อปี ตามลำดับ จากนโยบายแผนระบบบริการ (Service plan) ของกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การ

วาระสารกองการพยาบาล

ให้บริการกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลชลบุรี รับผิดชอบและเปิดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ เพื่อให้บริการน้ำมันกัญชาช่วยรักษาเมื่อ 13 พฤศจิกายน 2562 และเพื่อสะท้อนคุณภาพของการบริการภายในองค์กร การจัดการความปวด อาการรบกวนที่มีคุณภาพและเกิดประสิทธิผลตรงกับความรู้สึกปวดของผู้ป่วย ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิต โดยประเมินได้จากความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการจัดการความปวด จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล การกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำด้วยอาการปวดรุนแรง และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์ร่วมรักษาต่อความปวดในผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายเพื่อให้เกิดผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยดีขึ้น

วัตถุประสงค์ เพื่อ

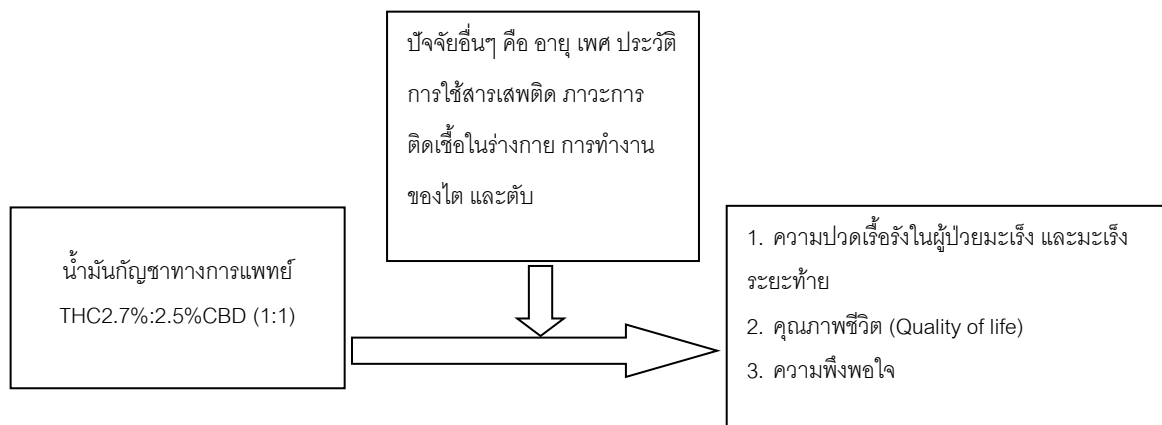
1. เปรียบเทียบระดับความปวดเรื้อรังก่อนและหลังใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์ร่วมรักษาในผู้ป่วยมะเร็งและมะเร็งระยะท้าย

1. เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตก่อนและหลังใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์ร่วมรักษาในผู้ป่วยมะเร็งและมะเร็งระยะท้าย

2. ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือญาติหลังใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์ร่วมรักษาในผู้ป่วยมะเร็งและมะเร็งระยะท้าย

กรอบแนวคิด

การวิจัยนี้ผู้วิจัยนำแนวคิดเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งและมะเร็งระยะท้าย คุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHO) และ ความพึงพอใจของ VROOM¹¹ เป็นกรอบแนวคิด ดังแสดงในภาพที่ 1 ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเก็บข้อมูล โดยการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จากผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีความปวด (Cancer pain) และผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ที่มีความปวด (Cancer pain in palliative) อายุ 20 ปีขึ้นไป รู้สึกตัวดี

สามารถสื่อสารได้เข้าใจ ยินดีให้ข้อมูล เข้ารับการรักษานในคลินิกกระบังปวด (Pain clinic) หรือคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (Cannabis clinic) โรงพยาบาลชลบุรี ระหว่าง เดือน มิถุนายน 2566 - มกราคม 2567 จำนวน 15 ราย

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เกณฑ์คัด
เข้า 1) ผู้ป่วยมารับการตรวจพร้อมญาติผู้ดูแลในครั้ง
แรก ครั้งต่อไปหากญาติมารับยาแทนผู้ป่วยสามารถ
ให้ข้อมูลทางโทรศัพท์ด้วยการ VDO call ที่ห้องตรวจ
ได้ 2) ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความปวดจากโรคมะเร็ง
(Cancer pain) และความปวดจากมะเร็งระยะท้าย
(Cancer pain in palliative) 3) PPS score มากกว่า
30 % 4) ได้รับการรักษาด้วยยาแก้ปวดกลุ่ม Opioids
และไม่สามารถควบคุมความปวดได้ คะแนนปวด
(Pain score : PS) มากกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนนขึ้นไป
หรือคะแนน SPAASMS มากกว่าหรือเท่ากับ 15
คะแนน ขึ้นไป 5) มีความปวดระหว่างมียาแก้ปวด
(Breakthrough pain) และรับประทานยาแก้ปวดเพิ่ม
(Rescue pain) มากกว่า 3 ครั้ง/วัน เกณฑ์การ
คัดออก 1) ผู้ป่วยโรคมะเร็งและมีโรคร่วม คือ โรคหัวใจ
และหลอดเลือด โรคจิตเวช และผู้ป่วยที่ใช้ยาละลาย
ลิ่ม “วาร์ฟาริน (warfarin) 2) ผู้ป่วยที่ไม่ได้มาตรวจ
ตามนัดหลังได้รับกัญชาทางการแพทย์เพื่อร่วมรักษา
3) ผู้ป่วยและญาติปฏิเสธการใช้น้ำมันกัญชาร่วม
รักษา เกณฑ์การถอนผู้ร่วมวิจัยหรืออาสาสมัครหรือ
ยุติการเข้าร่วมการวิจัยคือผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง จาก
โรค หรือแพทย์เจ้าของไข้ พิจารณาให้หยุดการรักษา
ด้วยน้ำมันกัญชาทางการแพทย์ ผู้ป่วยมีอาการ
ข้างเคียง คือ ง่วงซึม ปวดท้อง ท้องเสีย กระสับกระส่าย
นอนไม่หลับ หูแว่ว ตบหรือไต่สายเย็บพลงน หายใจ
ช้าถึงหยุดหายใจ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัย
ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม
โรงพยาบาลชลบุรี ในด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย
เลขที่ 16-66-N-h1 เมื่อ 10 มิถุนายน 2566 ผู้วิจัย
ชี้แจงกลุ่มตัวอย่างให้ทราบถึงสิทธิในการยกเลิกการ
ตอบแบบสอบถาม โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการ
ปฏิบัติงานหรือการรักษา ข้อมูลที่ได้รับใช้เพียงรหัสใน

การอ้างถึงกลุ่มตัวอย่าง และถูกเก็บเป็นความลับโดย
นำข้อมูลมาใช้ในการวิจัยนี้เท่านั้น และนำเสนอใน
ภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจแล้วจึงให้ลงนามใน
เอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการ
ดำเนินการวิจัย ประโยชน์และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น
รวมถึงข้อมูลโครงการ วิจัยอย่างครบถ้วนจน
อาสาสมัคร เข้าใจเป็นอย่างดีและตัดสินใจอย่างอิสระ
ในการให้ความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบประเมินความปวดเรื้อรังฉบับ
ภาษาไทย (Score for Chronic Pain Thai's version:
SPAASMS) ของนิภัทสรณ์⁴ มี 7 ข้อ คำตอบเป็นการ
ประมาณค่า ระดับความปวด มีค่าคะแนน 0-10 ส่วน
คะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมหรือการ
เคลื่อนไหว การใช้ยาแก้ปวดระหว่างมือ ความต้องการ
การดูแลจากแพทย์หรือพยาบาลเพื่อจัดการความปวด
คุณภาพการนอน ความวิตกกังวล และความรุนแรง
จากอาการข้างเคียงหลังใช้ยาแก้ปวด opioids มีคะแนน
0-3 ซึ่งใช้กับผู้ป่วยกลุ่มปวดเรื้อรัง ปวดจากมะเร็ง และ
ปวดในระยะท้าย มีค่า (CVI) เท่ากับ 1 และมีค่าความ
เที่ยงในการวัดซ้ำอยู่ในระดับดีมาก ($r = 0.943$) และ
ความตรงภายในอยู่ในระดับดีพอใช้ ($r = 0.718$) อย่าง
มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p < .0001$ เมื่อนำค่าความ
เชื่อมั่น (Reliability) กับผู้ป่วยมะเร็งและมะเร็งระยะ
ท้ายใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์เพื่อช่วยลดความ
ปวด ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ
0.634

2. แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
ฉบับภาษาไทย (EQ-5D-5L) ของจันทนา¹⁴
ประกอบด้วย 2 ส่วน มิติทางสุขภาพ 5 ด้าน แต่ละ
ด้านใส่ตัวเลข 1-5 ที่ตรงกับสุขภาพของตนเองในวันที่
ประเมินมากที่สุด ตัวเลขเรียงตามมิติทางสุขภาพ โดย
เลข 1 หมายถึง ไม่มีปัญหา และ เลข 5 หมายถึง ไม่

วารสารกองการพยาบาล

สามารถทำกิจกรรมนั้นได้ หรือมีปัญหามากที่สุด การแปลค่า เป็นค่าที่แสดงถึงความพึงพอใจของบุคคลต่อสภาวะสุขภาพของตนเอง มีค่าตั้งแต่ -1 ถึง 1 โดย 1 หมายถึงสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ที่สุด 0 หมายถึงสุขภาพที่แย่ที่สุดหรือเสียชีวิต ค่าที่ติดลบ หมายถึงสภาวะที่แย่กว่าตาย (worse than dead) เมื่อนำมาทดลองใช้ 10 ราย ค่าความเชื่อมั่น สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.766

3. แบบประเมินความพึงพอใจต่อการจัดการความปวด ของนิภัตสรณ์⁴ ข้อคำถามแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป 7 ข้อ แบบเลือกตอบ และเติมข้อความสั้นๆ และประเมินความพึงพอใจ 7 ข้อ เป็นการประมาณค่า 5 ระดับ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 นำมาใช้ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยปวดจากมะเร็ง หรือมะเร็งระยะท้าย ต่อการจัดการความปวดหลังใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์ร่วมรักษา เมื่อนำมาทดลองใช้ 10 ราย ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.889

การรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ขออนุญาตเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลชลบุรี

2. ศึกษาประวัติโรคประจำตัว การรักษาที่ผ่านมา ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC Cr, eGFR, AST, ALT จากบันทึกการรักษาในระบบ e-phs ของโรงพยาบาลชลบุรี

3. เมื่อผู้ป่วยผ่านเกณฑ์คัดเข้า และแพทย์พิจารณาให้การรักษา จึงให้ข้อมูลและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามจนเข้าใจดี และเปิดโอกาสให้ตัดสินใจอย่างอิสระในการเข้าร่วมวิจัย

4. ประเมิน SPAASMS score for chronic pain's thai version และ EQ5D5L

5. นัดติดตามอาการที่คลินิกเจ็บปวดหรือคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในสัปดาห์ที่ 2 สัปดาห์ที่ 4 และ สัปดาห์ที่ 8

6. นัดหมายเพื่อโทรศัพท์ติดตามอาการ ในสัปดาห์ที่ 1 และ สัปดาห์ที่ 3

7. แจ้งช่องทางติดต่อพยาบาลผู้วิจัย หากเกิดการผิดปกติ

8. ส รุป SPAASMS score for chronic pain's thai version, EQ5D5L และประเมินความพึงพอใจการจัดการความปวดหลังได้รับน้ำมันกัญชาทางการแพทย์ครบ 2 เดือน (8 สัปดาห์)

วิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถาม ประมวลผล โดยใช้คอมพิวเตอร์ โดยแบ่งการวิเคราะห์ ดังนี้

1. สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลทั่วไป และความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง

2. วิเคราะห์ความแปรปรวนซ้ำ (Repeated Measure ANOVA) เปรียบเทียบระดับความปวด คุณภาพชีวิตก่อนและหลังใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์ร่วมรักษาในผู้ป่วยมะเร็งและมะเร็งระยะท้าย

ผลการวิจัย

1. **ข้อมูลทั่วไป** กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งและมะเร็งระยะท้ายเป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.0 ช่วงอายุ 40-60 ปี ร้อยละ 60.0 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 53.3 ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 86.7 ไม่ใช้สารเสพติด ร้อยละ 73.3 มีภาวะติดเชื้ ร้อยละ 93.3 ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นมะเร็งเต้านม (CA Breast) และปากมดลูก (CA Cervix) ร้อยละ 26.7 และ 26.7 ตามลำดับ ทุกคนทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคมะเร็ง เคยพักรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคที่เป็น น้อยกว่า

วารสารกองการพยาบาล

5 ครั้ง ร้อยละ 40 และได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความปวด การจัดการความปวดและเข้าใจดี ร้อยละ 93.3 และ คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (PPS score) เพิ่มขึ้นหลังใช้น้ำมันกัญชาาร่วมรักษา (ก่อนใช้ $\bar{X}=46.0$, S.D =15.49 หลังใช้สัปดาห์ที่ 2 $\bar{X}=48.67$, S.D =17.67 หลังใช้สัปดาห์ที่ 4 $\bar{X}=49.33$, S.D =22.51 หลังใช้สัปดาห์ที่ 8 $\bar{X}=50.67$, S.D =24.63)

2. ผลของการใช้น้ำมันกัญชาทาง

การแพทย์ร่วมรักษา

2.1 เปรียบเทียบระดับความปวดเรื้อรัง ในผู้ป่วยมะเร็งและมะเร็งระยะท้ายกับการใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์ร่วมรักษา ผลการศึกษา พบว่า ระดับความปวดเรื้อรังของผู้ป่วยก่อนและหลังใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์ร่วมรักษามีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยระดับความปวดเรื้อรัง ลดลงในสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 8 ตามลำดับ ดังแสดงใน ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยความปวดเรื้อรังของผู้ป่วยก่อนและหลังใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์ร่วมรักษา (n=15)

ระดับคะแนนความปวดเรื้อรัง (SPAASMS Score)	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ก่อนใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์	21.20	2.83
หลังใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์สัปดาห์ที่ 2	16.27	3.79
หลังใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์สัปดาห์ที่ 4	12.47	4.73
หลังใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์สัปดาห์ที่ 8	11.47	5.01

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความแปรปรวน

แหล่งความแปรปรวน	SS	Df	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	876.85	3	292.28	37.78*
ภายในกลุ่ม	324.90	42	7.74	

*p value $\leq$ 0.05

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความปวดเรื้อรังมีความแตกต่าง

กันทุกคู่ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่

	ก่อนใช้น้ำมันกัญชา	สัปดาห์ที่ 2	สัปดาห์ที่ 4	สัปดาห์ที่ 8
ก่อนใช้น้ำมันกัญชา	-			
สัปดาห์ที่ 2	4.93*	-		
สัปดาห์ที่ 4	8.73*	3.80*	-	
สัปดาห์ที่ 8	9.73*	4.80*	1.00*	-

*p value $\leq$ 0.05

วารสารกองการพยาบาล

2.2 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง และมะเร็งระยะท้าย กับใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์ ร่วมรักษา ผลการศึกษา พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยก่อนและหลังใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์ร่วม

รักษามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยระดับคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นในสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 8 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยก่อนและหลังใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์ร่วมรักษา (n=15)

ระดับคะแนนคุณภาพชีวิต (EQ-5D-5L)	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ก่อนใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์	.02	.256
หลังใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์สัปดาห์ที่ 2	.31	.323
หลังใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์สัปดาห์ที่ 4	.54	.280
หลังใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์สัปดาห์ที่ 8	.57	.282

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์ความแปรปรวน

แหล่งความแปรปรวน	SS	Df	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2.926	3	.675	71.305*
ภายในกลุ่ม	.575	42	.014	

*p value $\leq$ 0.05

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตมีความแตกต่างกันทุกคู่

ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่

	ก่อนใช้น้ำมันกัญชา	สัปดาห์ที่ 2	สัปดาห์ที่ 4	สัปดาห์ที่ 8
ก่อนใช้น้ำมันกัญชา	-			
สัปดาห์ที่ 2	.296*	-		
สัปดาห์ที่ 4	.518*	.223*	-	
สัปดาห์ที่ 8	.554*	.258*	.036*	-

*p value $\leq$ 0.05

2.3 ความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือญาติ มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยมะเร็งและระยะท้ายต่อการจัดการความปวดหลังใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์ร่วมรักษา (n=15)

หัวข้อ	ก่อนการใช้น้ำมันกัญชา		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความคิดเห็น
1.ความสามารถของพยาบาลในการจัดการความปวดให้ท่าน	4.73	.458	มากที่สุด

หัวข้อ	ก่อนการใช้น้ำมันกัญชา		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความคิดเห็น
2.ความรวดเร็วของพยาบาลที่มาให้ความช่วยเหลือเมื่อท่านปวด	4.60	.632	มากที่สุด
3.ความดูแลเอาใจใส่ของพยาบาลและให้กำลังใจ	5.00	.000	มากที่สุด
4.การบอกกล่าวของพยาบาลต่อท่านก่อนให้การพยาบาล	4.93	.258	มากที่สุด
5.ท่านมีโอกาสดูแลแสดงความรู้สึกหรือความกังวลใจกับการพยาบาล	4.87	.352	มากที่สุด
6.การให้ข้อมูลเรื่องความปวดและการรักษาความปวดของพยาบาล	4.93	.258	มากที่สุด
7.ความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดในการรักษาครั้งนี้ในภาพรวม	4.67	.488	มากที่สุด
โดยรวม	4.819	.267	มากที่สุด

สรุปผลการศึกษา

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experiment) แบบวัดผลก่อน-หลัง (One group Pretest-posttest design) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับความปวดเรื้อรัง คุณภาพชีวิตก่อนและหลังใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์ร่วมรักษา และความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งและมะเร็งระยะท้ายกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่มารับบริการที่คลินิกมะเร็งปอด และคลินิกกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลชลบุรี โดยการเลือกแบบเจาะจง 15 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินความปวดเรื้อรังฉบับภาษาไทย (Score for Chronic Pain Thai's version: SPAASMS) แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ฉบับภาษาไทย EQ-5D-5L และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดหลังใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์ร่วมรักษา ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไปและแบบ

ประเมินความพึงพอใจซึ่งผ่านการทดสอบความเชื่อมั่น โดยวิธีอัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.63, 0.77 และ 0.89 ตามลำดับ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างระหว่างวันที่ 15 มิถุนายน 2566- 28 มกราคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและวิเคราะห์ความแปรปรวนซ้ำ (Repeated Measure ANOVA) ผลการวิจัย มีดังนี้

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งและมะเร็งระยะท้าย มีระดับความปวดเรื้อรังและคุณภาพชีวิต ก่อนและหลังใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์ร่วมรักษา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p \text{ value} \leq 0.05$) โดยมีระดับความปวดเรื้อรังลดลงและมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นในสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 8 ตามลำดับ และมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.82$, $S.D = .27$)

อภิปรายผล

1. ระดับความปวดก่อนและหลังใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์ร่วมรักษาในผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยระยะท้าย พบว่า ผู้ป่วยมีระดับความปวดเรื้อรังแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีระดับความปวดเรื้อรังลดลง ในสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 8 ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของนุสรา และคณะ¹² เรื่องกัญชาทางการแพทย์เพื่อจัดการความปวด พบว่า กัญชาทำให้ระดับของสารเซโรโทนิน (Serotonin) เพิ่มขึ้น สารนี้มีฤทธิ์กระตุ้นระบบยับยั้งความรู้สึกปวดที่ส่งสัญญาณกลับมาจากสมองในกลไกที่เรียกว่าปรับสัญญาณ (Modulation) ซึ่งเกิดผลดีในการบรรเทาความปวด Neuropathic pain และจากการศึกษาของอุษณี และคณะ¹⁴ พบว่า มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนประโยชน์ของการใช้กัญชาทางการแพทย์ในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดและมีอาการคลื่นไส้อาเจียน แต่ผู้ป่วยที่เริ่มใช้กัญชาเพื่อการรักษาเป็นครั้งแรก อาจพบภาวะพิษเฉียบพลันตั้งแต่อาการเล็กน้อยถึงรุนแรง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้องกล้ามเนื้ออ่อนแรง มือสั่น เจ็บคอ ง่วงซึม วิดกกังวล ใจสั่น เจ็บหน้าอก หัวใจเต้นผิดจังหวะ เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีอาการหายใจลำบาก และไตวายเฉียบพลัน ซึ่งสนับสนุนผลการวิจัยที่ พบว่าหลังใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์ร่วมรักษาในสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 8 ความปวดเรื้อรังลดลง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. คุณภาพชีวิตก่อนและหลังใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์ร่วมรักษาในผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยระยะท้ายพบว่า ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีคะแนนคุณภาพชีวิตดีขึ้นในสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 8 ซึ่งจากการศึกษาของ จันทนา และการศึกษาของปิยะวัฒน์ เรื่องการ

ประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมีความสำคัญในการบ่งบอกถึงสภาวะสุขภาพ หรือผลกระทบของโรคจากมุมมองของตัวผู้ป่วยเอง นอกเหนือจากผลการรักษาซึ่งเป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพในมุมมองของแพทย์^{9-10,15} คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพยังสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (holistic care) ซึ่งให้ความสำคัญกับความรู้สึกร่วมของผู้ป่วย คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแต่ละคนเป็นการตัดสินใจโดยใช้การรับรู้ต่อสถานการณ์หนึ่งๆ เปรียบเทียบกับประสบการณ์ที่เคยได้รับ คุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลจึงมีองค์ประกอบและลำดับความสำคัญขององค์ประกอบเหล่านั้นแตกต่างกัน และมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาตามการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ที่บุคคลนั้นเผชิญอยู่ ดังนั้นเมื่อใช้กัญชาทางการแพทย์ร่วมรักษาและสามารถลดความปวด บรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียนรับประทานอาหารได้ นอนหลับ ความวิตกกังวลลดลง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมประจำวันได้เพิ่มขึ้น จึงทำให้คะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นในสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 8

3. ความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือญาติต่อการจัดการความปวด หลังใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์ร่วมรักษาอยู่ในระดับมากที่สุด หลังใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์ร่วมรักษาในผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งอธิบายได้ว่าเมื่อผู้ป่วยมีความปวดลดลง อาการคลื่นไส้อาเจียนลดลง รับประทานอาหารและนอนหลับพักผ่อนได้มากขึ้น ผู้ป่วยสบายใจขึ้น ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมประจำวันได้เพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวมากขึ้นจึงทำให้ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องแนวคิดของวูม (Vroom, 1964)¹¹ กล่าวว่าความเข้าใจในเป้าหมายตามความต้องการเฉพาะบุคคล การสนใจที่เหมาะสม และตรงกับวัตถุประสงค์

จะทำให้เกิดพฤติกรรมที่นำไปสู่การบรรลุเป้าหมาย เมื่อบรรลุเป้าหมายตามที่ต้องการ จึงเกิดความรู้สึกที่มีความสุข เป็นความพึงพอใจ¹⁶⁻¹⁷ ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยมีความสุขสบายดีจึงเท่ากับบรรลุเป้าหมายตามความคาดหวัง ความพึงพอใจจึงอยู่ในระดับมาก

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัย พบว่า การใช้นํ้ามันกัญชาทางการแพทย์ร่วมรักษาให้ผู้ป่วยที่มีคะแนนความปวดเรื้อรังมากกว่า 15 คะแนน และมีคะแนน PPS score >50% ในผู้ป่วยมะเร็งและมะเร็งระยะท้ายทำให้ความปวดลดลง และคุณภาพชีวิตดีขึ้น ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. การนำผลงานวิจัยไปใช้

1.1 เสนอคณะกรรมการจัดการความปวด และคณะกรรมการกัญชาทางการแพทย์

โรงพยาบาลชลบุรี พิจารณาใช้นํ้ามันกัญชาทางการแพทย์ร่วมรักษาในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวเพิ่มขึ้น

1.2 วางแผนส่งเสริมในพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจ เรื่อง การสังเกต การเฝ้าระวังอาการข้างเคียง และการให้คำแนะนำช่วยเหลือเบื้องต้น เพื่อจะได้ดูแลให้ข้อมูล และสร้างความมั่นใจกับผู้ป่วยและญาติในการใช้นํ้ามันกัญชาทางการแพทย์ร่วมรักษา

1.3 เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างปลอดภัยควรจัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิกเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับนํ้ามันกัญชาทางการแพทย์ร่วมรักษา

2. ควรมีการศึกษาลงการใช้นํ้ามันกัญชาทางการแพทย์ร่วมรักษา เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ใช้เพียง Opioids ลดความปวดในผู้ป่วยมะเร็งและมะเร็งระยะท้าย

Reference

1. Ministry of public health. Public Health Statistics A.D.2019. [serial online] 2020. [cited 2023 Feb 29]; Available from: URL: <https://www.dohdatacenter.anamai.moph.go.th/coverpage/fb2723a02584215397a686fd4f49b39a.pdf>. Thai
2. National cancer institute and Thai Association for the Study of Pain. Clinical Guidance for Cancer Pain Management. 1st ed. Bangkok: Tana press co., Ltd; 2022. Thai
3. Suteera Chanchompoo. Development of pain assessment tool in older adult with cancer, Nong Bua Lamphu province primary care unit. J Health Science [serial online] 2019 May [cited 2022 Dec 29]; 28(Special Issue):152-60 Available from: URL:<https://digitaljournals.moph.go.th>. Thai
4. Nipatsorn Boonyasanti and Chanjira kitkaew. The Development for The Chronic Pain Assessment and The Clinical Practice Guideline for Chronic Pain at Medicine Internal Department Chonburi Hospital. Journal of Nursing Division [serial online] 2021 [cited 2021 Dec 22]; 48(3) : 114-30. Available from: URL:<http://www.tci-thaijo.org/index.php/JND/article/view/259934>. Thai.
5. Farzana M, Shahead C. Mike S. Petra B. Measuring clinical outcomes of chronic pain patients.

- Practical Pain Management [serial online] 2011 March [cited 2019 Dec 29]; 11(1): Available from: URL: [http:// www. practicalpainmanagement.com/ resources/ diagnostic-tests/measuring-clinical outcomes-chronic-pain-patients](http://www.practicalpainmanagement.com/resources/diagnostic-tests/measuring-clinical-outcomes-chronic-pain-patients)
6. Bonica JJ. Management in post operative pain. Philadelphia: Lippincott1990: 461-67.
 7. Doenges ME, Moorhouse MF, Murr AC. Nurse's pocket guide: Diagnoses, prioritized interventions, and rationales. Nursing Care Plan for Pain Management – NurseBuff [serial online] 2019 Aug. [cited 2023 Dec 30]; Available from: URL: <https://www.nursebuff.com/nursing-care-plan-for-pain/>
 8. Chapman CR. The psychophysiology of pain, In: Loeser DJ, eds. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001.
 9. Juntana Pattanaphesaj. Health-related quality of life measure (EQ-5D-5L). [serial online] 2017 [cited 2022 Dec 8] ; Available from: URL: <https://ccpe.pharmacycouncil.org/showfile.php?file=416>. Thai
 10. Piyawat Trevittaya. Concepts of quality of life. Bull Chiang Mai Assoc Med Sci [serial online] 2016 [cited 2022 Dec 8] ;49(2) May 2016 : 171-184. Available from: URL:[https://r.search.yahoo.com/ylt=AwrO_rpdSRIjCcyCawM34IQ;ylu=Y29sbwNncTEEcG9zAzEEdnRpZAMEc2VjA3Ny/RV=2/RE=1705320670/R O=10/RU=https%3a%2f%2fdoi.nrct.go.th%2fListDoi%2fDownload%2f343854%2fbb8ffa0ca1eb8b654e3d616a7cc30be4%3fResolve_DOI%3d10.14456%2fjams.2016.27/RK=2/RS=ukCxbM7vZrFR0JfW9N1bBvuAXPY-](https://r.search.yahoo.com/ylt=AwrO_rpdSRIjCcyCawM34IQ;ylu=Y29sbwNncTEEcG9zAzEEdnRpZAMEc2VjA3Ny/RV=2/RE=1705320670/R O=10/RU=https%3a%2f%2fdoi.nrct.go.th%2fListDoi%2fDownload%2f343854%2fbb8ffa0ca1eb8b654e3d616a7cc30be4%3fResolve_DOI%3d10.14456%2fjams.2016.27/RK=2/RS=ukCxbM7vZrFR0JfW9N1bBvuAXPY-.). Thai.
 11. Wararat Suwantrai. Vroom 's Expectancy Theory. [serial online] 2011 Jan 26 [cited 2023 Dec 8] ; Available from: URL:http://wararut2509.blogspot.com/2011/01/vroom-s-expectancy-theory_26.html. Thai
 12. Nusara Prasertsri, Wilailak Teeyapan, Apiradee Charoennukul and Chaliya Wamalun. Medical Cannabis for Pain Management: Nursing Roles: Journal of Health Science Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong. [serial online] 2021 [cited 2022 Dec 8]; 5(1): 1-10. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnsp/article/view/248898/168694>. Thai
 13. Abuhasiraa, R., Schleidera, L.B.L., Mechoulamc, R., Novack, V. Epidemiological characteristics, safety and efficacy of medical cannabis in the elderly. *EJINME*, 2018; 49, 44– 50. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29398248>.
 14. Usanee Intasuwan, Ratree Thoungyu, Phetpailin Phibunnithikasem, Thitinun Ounlam and Sunisa Chuaktong. Nurse's Role in the Medical Utilization of Cannabis Extracts. *APHEIT Journal of Nursing and Health*. [serial online] 2022 [cited 2022 Dec 8]; 4(3) December 2022: 1-12. Available from: URL: <https://rsujournals.rsu.ac.th/index.php/ajnh/article/download/2805/2253/>. Thai.
 15. Juntana Pattanaphesaj. Health-related quality of life measure (EQ-5D-5L): measurement property testing and its preference-based score in Thai population [Doctoral dissertation]: [serial online]

2014 [cited 2022 Dec 8]; Available from: URL: https://www.hitap.net/wp-content/uploads/2014/11/Thai5L_brief_Aug2017.pdf. Thai

16. Wolman, T. E. Education and Organizational Leadership in Elementary Schools. New Jersey: Prentice-Hall; 1973.
17. Good, C. V. Dictionary of Education. 3rd ed. New York: McGraw-Hill Book; 1973.