

วารสารโรคมะเร็ง

THAI CANCER JOURNAL



ปีที่ 43 ฉบับที่ 2

พฤษภาคม – สิงหาคม 2566

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Articles)

- ประสิทธิภาพการใช้กัญชาในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง
- ประสิทธิภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test ในจังหวัดนครสวรรค์
- ประสิทธิภาพและความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ อาสาสมัครสาธารณสุข และบุคคลทั่วไป ต่อการได้รับความรู้เรื่องสารก่อมะเร็งที่พบในชีวิตประจำวันผ่านนสือวีดิทัศน์

Vol.43 No.2

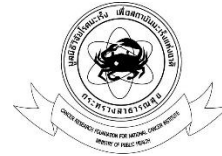
May- August 2023

ISSN 2105-2038 (Print)

ISSN 2730-2237 (Online)



วารสารโรคมะเร็ง
THAI CANCER JOURNAL



ISSN 0125-2038(Print)
ISSN 2730-2237(Online)

มูลนิธิวิจัยโรคมะเร็งเพื่อสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

บรรณาธิการที่ปรึกษา

นพ.ธีรภูมิ คุหะเปรมะ

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นันทนา มีศิริพันธุ์

นพ.เอกภพ แสงอริยวนิช

กองบรรณาธิการ

ดร.นพ.สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์

ดร.ปัญญารัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา

ดร.วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล

ดร.ธนศ พงศ์ธีรัตน์

ดร.นพ.อรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติ

นพ.วีรภูมิ อิ่มสำราญ

นพ.สมชาย ณะสิทธิชัย

นพ.สาริศ อารยะพงษ์

นพ.อาคม ชัยวีระวัฒน์

รศ.นพ.ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล

ผศ.ดร.จินตนา ศิริวราศัย

ดร.รจนา ชูณหะวัณ

ผศ.ดร. พชรินทร์ พูลทวี

รศ.ดร.ภญ.วิลาสินี หิรัญพานิช ซาโตะ

ดร.นภัสสร ฉันทดำรงศิริ

ดร.สีใส ยี่สุนแสง

รศ.นพ.อดิศักดิ์ นารณธนะรุ่ง

ศ.นพ.พิเชฐ สัมปทานกุล

ผู้จัดการ

นพ. ภาณุวิชญ์ วรารัฐเรืองวุฒิ

ผู้ช่วยผู้จัดการ

รัชฎา สุบรรณจุ้ย

บรรณาธิการ

นพ.ชนะรัตน์ อิ่มสุวรรณศรี

ดร.ศุภพร แสงกระจ่าง

สพญ.ศิริวรรณ สาครินทร์

ดร.สุชาญ อ่อนดี

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

มหาวิทยาลัยมหิดล

มหาวิทยาลัยมหิดล

มหาวิทยาลัยรังสิต

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ



วารสารโรคมะเร็ง
THAI CANCER JOURNAL



ISSN 0125-2038(Print)

Cancer Research Foundation for National Cancer Institute

ISSN 2730-2237(Online)

Advising Editor

Thiravud Khuaprema

Editor

Thanarath Imsuwansri

Assistant Editors

Nuntana Meesiripan

Suleeporn Sangrajang

Suchanuch Ondee

Ekapob Sangariyavanich

Siriwan Sakarin

Editorial Board

Suwat Chariyalertsak

Chiang Mai University

Punyarat Lapvongwatana

Mahidol University

Wanpen Pinyopasakul

Mahidol University

Tanett Pongtheerat

Rangsit University

Attasit Srisubat

Department of Medical Services

Weerawut Imsamran

Department of Medical Services

Somchai Thanasitthichai

Udonthani Cancer Hospital

Sarit Arayapong

National Cancer Institute

Arkorn Chaiwerawattana

Mettapracharak Wattraikhang Hospital

Chatchai Ekpanyaskul

Srinakharinwirot University

Jintana Sirivarasai

Mahidol University

Rodjana Chunhabundit

Mahidol University

Patcharin Poonthawe

Burapha University

Vilasinee Hirunpanich Sato

Mahidol University

Naphatsorn Chanthathamrongsiri

Burapha University

Seesai Yeesoonsang

Department of Disease Control

Adisak Nartthanarung

Chulabhorn Royal Academy

Pichet Sampatanukul

Chulalongkorn Hospital

Manager

Phuwasit Wararatrueangwut

National Cancer Institute

Assistant Managers

Ratchanoo Subannajui

National Cancer Institute



วารสารโรคมะเร็ง
THAI CANCER JOURNAL



วัตถุประสงค์

เพื่อเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการ ผลงานวิจัย เกี่ยวกับโรคมะเร็ง
และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

สำนักงาน

สำนักงานวารสารโรคมะเร็ง กลุ่มงานวิจัย ถ่ายทอดและสนับสนุนวิชาการ
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
268/1 ถนนพระราม 6 เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
โทร. 02 202-6800 ต่อ 1424
โทรสาร 02 202-6800 ต่อ 1424

เว็บไซต์เผยแพร่

<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/TCJ>
โดย เผยแพร่ในรูปแบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์ (E-journal)

กำหนดการตีพิมพ์

กำหนดออกทุก 4 เดือน ปีละ 3 ฉบับ
(มกราคม-เมษายน, พฤษภาคม-สิงหาคม, กันยายน- ธันวาคม)

การส่งต้นฉบับ

บรรณาธิการวารสารโรคมะเร็ง
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ 268/1 ถนนพระราม 6 เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
โทร. 0-2202-6800 ต่อ 1424
E – mail: thaicancerj@gmail.com
<https://he01.tci-thaijo.org>



สารบัญ

Content

ปีที่ 43 ฉบับที่ 2

พฤษภาคม - สิงหาคม 2566

หน้า

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Articles)

- ประสบการณ์การใช้กัญชาในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง 53
ธเนศวร์ แทนคำ, บัณฑิต ชุมวรฐายี, ภูชิต ดาบทูเขียว, พนิดา พิทยกิตติวงศ์, ธนพล ศรีวงษ์, สาทิตา เรืองสิริภคกุล และคณะ
- ประสิทธิผลและผลลัพธ์ทางคลินิกของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test ในจังหวัด นครสวรรค์ 70
ณัชชา เสนาวิน, รวีวรรณ พรหมศิลา
- ประสิทธิผลและความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ อาสาสมัครสาธารณสุข และบุคคลทั่วไป ต่อการ ได้รับความรู้เรื่องสารก่อมะเร็งที่พบในชีวิตประจำวันผ่านนสือวีดิทัศน์ 82
จารุพรรณ จำปาศรี,อมรรัตน์ จูสวัสดิ์, อรสุดา ประดิษฐ์ปภาวิน แจ่มศรี, สุธิณีย์ ทองจันทร์

ประสิทธิผลและความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ อาสาสมัครสาธารณสุข และบุคคลทั่วไป ต่อการได้รับความรู้เรื่องสารก่อมะเร็งที่พบในชีวิตประจำวัน ผ่านสื่อวีดิทัศน์

จารุพรรณ จำปาศรี¹, อมรรัตน์ จูสวัสดิ์², อรสุดา ประดิษฐ์,²

ภาวีน แจ่มศรี², สุธิณีย์ ทองจันทร์²

บทคัดย่อ ปัจจัยที่สำคัญต่อการเกิดโรคมะเร็งส่วนใหญ่มาจากพฤติกรรมการใช้ชีวิตและสิ่งแวดล้อม การที่ประชาชนได้รับความรู้เกี่ยวกับสารก่อมะเร็งและวิธีการป้องกันที่ถูกต้องอาจช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งในอนาคต ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงได้จัดทำสื่อวีดิทัศน์ เรื่อง “สารก่อมะเร็งที่พบในชีวิตประจำวัน” ประกอบด้วยสารก่อมะเร็งทั้งหมด 12 ชนิด โดยมีจุดประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพของสื่อวีดิทัศน์ก่อนนำมาใช้จริง ประเมินความรู้ความเข้าใจก่อนและหลังรับชมสื่อวีดิทัศน์ รวมทั้งศึกษาความต้องการของรูปแบบสื่อและช่องทางการได้รับข้อมูล การวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) โดยได้ดำเนินการทดลองตามแบบแผนการวิจัย one group pretest-posttest design ซึ่งผลการศึกษาจากการสุ่มตัวอย่างจำนวน 355 คน พบว่าผลคะแนนเฉลี่ยหลังรับชมวีดิทัศน์ ($\bar{X}=13.65$, $S.D.=1.429$) สูงกว่าก่อนรับชมวีดิทัศน์ ($\bar{X}=11.65$, $S.D.=1.708$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.05$ นอกจากนี้เมื่อทำการแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามบทบาทหน้าที่ทางการแพทย์พบว่ากลุ่มบุคลากรทางการแพทย์มีค่าคะแนนเฉลี่ยการวัดความรู้สูงกว่ากลุ่มอื่น ๆ ผลการศึกษาการประเมินความพึงพอใจคุณภาพของสื่อวีดิทัศน์ของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 ด้าน ประกอบด้วย ด้านรูปแบบสื่อวีดิทัศน์ที่น่าเสนอ ด้านการได้รับความรู้ความเข้าใจ และด้านการปรับนำไปประยุกต์ใช้ พบว่ามีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด จากการสำรวจความต้องการรูปแบบสื่อและช่องทางการรับข้อมูลเรื่องโรคมะเร็ง พบว่าทุกกลุ่มช่วงอายุมีความต้องการรับข้อมูลในรูปแบบสื่อวีดิทัศน์มากที่สุด อย่างไรก็ตาม ความต้องการรูปแบบช่องทางสื่อในแต่ละกลุ่มช่วงอายุนั้นแตกต่างกัน โดยกลุ่มช่วงอายุ 12-30 ปี และ 31-50 ปี มีความต้องการรับข้อมูลในช่องทางเฟซบุ๊กมากที่สุด ในขณะที่กลุ่มช่วงอายุ 51-70 ปี และอายุ 70 ปีขึ้นไป มีความต้องการรับข้อมูลในช่องทางสื่อโทรทัศน์มากที่สุด จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่าสื่อวีดิทัศน์ชุดนี้สามารถนำไปปรับใช้ในการให้ความรู้กับประชาชนได้ นอกจากนี้การให้ความรู้ควรคำนึงถึงรูปแบบสื่อและช่องทางสื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนตามกลุ่มเป้าหมายที่เราให้ความสนใจ (วารสารโรคมะเร็ง 2566;43:82-93)

คำสำคัญ : สื่อวีดิทัศน์ สารก่อมะเร็ง บุคลากรทางการแพทย์

¹กลุ่มงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

²กลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การแพทย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

วันที่รับบทความ 5/7/2566, วันที่แก้ไข 1/9/2566, วันที่ตอบรับบทความ 5/9/2566

ผู้รับผิดชอบบทความ : jaruphan.j@gmail.com

Effectiveness and satisfaction of medical personnel, village health volunteer, and general group to obtaining knowledge about the exposure to carcinogens in daily life from video media.

by Jaruphan Jumpasri¹, Amornrut Joosawat², Onsuda Padidpoo², Paphawin Jamsri², Sudthinee Thongjun²

Department of medical research and technology assessment, National Cancer Institute, Thailand¹, Department of policy development and medical strategy, National Cancer Institute, Thailand²

Corresponding author: jaruphan.j@gmail.com

Abstract A major factors in the development of cancer come from lifestyle and environment. Educating the public about carcinogens and proper prevention methods may reduce cancer risk in the future. Therefore, the researcher team has prepared a video material titled “The carcinogens found in daily life” which contains a total of twelve carcinogens. The purpose is to study the quality of video media in order to develop it before being actually used. And to evaluate knowledge and understanding before and after watching video media. In addition, to study the needs of media formats and channels for obtaining information. The research method in this study was a quasi-experimental research design with one group pretest-posttest design. The results of the 355 subject, the mean score of after watching the video was 13.65 (S.D.=1.429) that was significantly higher than the mean score of before watching the video was 11.65 (S.D.=1.708) ($P<0.05$). Moreover, when dividing the sample according to their medical roles, it was found that the medical personnel had a knowledge measurement mean score higher than the other groups. The results of a study of video media quality satisfaction assessment consists of three parts, a video media format, an aspect of gaining understanding, and the adaptation and application. Their overall satisfaction was at the highest level. From the survey, we found that a video media was most required for obtaining cancer information in each age group. However, the demand for media channels of them was different. The data of two participant groups (12-30 years and 31-50 years) have the most demand for receiving information on Facebook, whereas other participant groups (51-70 years and >70 years) have the most demand for receiving information on TV channel. This study shows that our video media will be able to adapt for educating people. Furthermore, the knowledge provision should take into account the forms of media formats and channels in line with the needs of the public to an interested target group. (*Thai Cancer J 2023; 43:82-93*)
Keywords : video media, carcinogen, medical personnel

บทนำ

ปัจจุบันโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งในคนไทย โดยแต่ละปีพบผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ประมาณ 140,000 คน ในเพศชาย จำนวน 67,061 คน และเพศหญิง จำนวน 72,145 คน¹ เนื่องด้วยสถานการณ์การเกิดโรคมะเร็งนั้นมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยเหตุปัจจัยหนึ่งอาจเกิดจากการสัมผัสหรือได้รับสารก่อมะเร็งชนิดต่าง ๆ เข้าไป ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวันโดยที่เราไม่รู้ตัวและอาจเป็นการเพิ่มปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดมะเร็งได้ในอนาคต

สารก่อมะเร็ง (carcinogens) คือ สาร รังสี หรือสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นสิ่งกระตุ้นก่อให้เกิดมะเร็งในมนุษย์ ซึ่งอาจมาจากการบริโภคหรือจากการสัมผัสสาร หากร่างกายได้รับสารนั้นสะสมเข้าสู่ร่างกายเป็นระยะเวลานาน ๆ อาจเข้าไปรบกวนกระบวนการสร้างและสลายในระดับเซลล์ของร่างกาย ซึ่งนำไปสู่การกลายพันธุ์ระดับยีน (genetic mutation) และอาจก่อให้เกิดมะเร็งในระยะเวลาต่อมา โดยจุดเริ่มต้นของการเกิดมะเร็งนั้นเกิดจากการกลายพันธุ์ระดับยีน โดยที่ไม่สามารถระบุได้ว่าการเกิดมะเร็งเกิดจากสาเหตุใดเพียงสาเหตุเดียวแต่เกิดจากปัจจัยหลายอย่างร่วมกัน ซึ่งปัจจัยส่วนใหญ่มาจากพฤติกรรมการใช้ชีวิตและปัจจัยจากสิ่งแวดล้อม² ทั้งนี้สารก่อมะเร็งชนิดต่าง ๆ นั้นเราสามารถพบได้ตามสิ่งแวดล้อมภายนอกทั่วไป ซึ่งอาจแบ่งสารก่อมะเร็งออกเป็นกลุ่มประเภทใหญ่ ๆ ได้แก่ พฤติกรรมการใช้สารบางอย่างในมนุษย์ การติดเชื้อเรื้อรัง อาหารและสิ่งปนเปื้อนในอาหาร สารเคมี สารที่เกิดจากกระบวนการอุตสาหกรรม และรังสี เป็นต้น โดยองค์การวิจัยมะเร็งนานาชาติ (International Agency for Research on Cancer; IARC) ได้กำหนดสารก่อมะเร็งออกเป็นกลุ่ม ซึ่งพิจารณาจากการศึกษาข้อมูลทางระบาดวิทยาในมนุษย์ หลักฐานในสัตว์ทดลอง และกลไกการออกฤทธิ์ของสารนั้น โดยแบ่งออกเป็น 4 กลุ่มหลัก³ คือ กลุ่มที่ 1 เป็นสารก่อมะเร็งในมนุษย์ (carcinogenic to humans) กลุ่มที่ 2A อาจจะเป็นสารก่อมะเร็งในมนุษย์ (probably carcinogenic to humans) กลุ่มที่ 2B มีความเป็นไปได้ว่าเป็นสารก่อมะเร็งในมนุษย์ (possibly carcinogenic to humans) และกลุ่มที่ 3 ไม่จัดว่าเป็นสารก่อมะเร็งในมนุษย์ (not classifiable as to its carcinogenicity to humans)

ทางคณะผู้วิจัยจึงได้เล็งเห็นถึงความสำคัญต่อการให้ความรู้ประชาชนเพื่อให้ได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสารก่อมะเร็งได้อย่างถูกต้อง รวมทั้งการป้องกันและวิธีหลีกเลี่ยงการสัมผัสสารก่อมะเร็งเพื่อช่วยลดโอกาสและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งได้ โดยอาศัยแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) ของ Rosenstock⁴ กล่าวคือ การที่บุคคลมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค ปัจจัยที่สำคัญมาจากการสร้างทัศนคติความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง แรงจูงใจ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ความรุนแรงของโรค และผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นันทฉัตร ระสูง และคณะ⁵ พบว่าแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดมะเร็งและพฤติกรรมการป้องกันตนเองของผู้ประกอบอาชีพริมถนน รวมทั้งการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันของผู้ขายเนื้อสัตว์ปิ้งย่าง⁶ และพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีของช่างเสริมสวย⁷ เป็นต้น

ด้วยเหตุนี้ ทางคณะผู้วิจัยจึงได้จัดทำสื่อให้ความรู้ในรูปแบบวีดิทัศน์ขึ้นมาเรื่อง “สารก่อมะเร็งที่พบในชีวิตประจำวัน” ซึ่งคัดเลือกเนื้อหาสารก่อมะเร็งที่ถูกจัดเป็นกลุ่มที่ 1 (เป็นสารก่อมะเร็งในมนุษย์) โดยเนื้อหาประกอบด้วย แหล่งที่พบสารก่อมะเร็ง ผลกระทบต่อสุขภาพเมื่อได้รับการสัมผัส ความสัมพันธ์ต่อ

โรคมะเร็ง และวิธีหลีกเลี่ยงและการป้องกัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะนำไปเผยแพร่ให้ความรู้แก่ประชาชนในอนาคต เหตุผลที่เลือกใช้สื่อวีดิทัศน์เนื่องจากประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่ายและใช้เวลาไม่นานต่อการรับรู้จากการศึกษาผลสัมฤทธิ์การใช้สื่อมัลติมีเดียที่ผ่านมาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนหลังเรียนมากกว่าก่อนเรียนและมีความพึงพอใจต่อการใช้อสื่อ⁸ และเมื่อมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของวีดิทัศน์กับสื่อแผ่นพับต่อการสอนพบว่าผู้ที่ได้รับการสอนด้วยวีดิทัศน์มีคะแนนความรู้มากกว่าการสอนแบบสื่อแผ่นพับ⁹ ทั้งนี้ทางคณะผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาผลการใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้มารับบริการที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ บุคลากรทางการแพทย์ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข นักเรียน นักศึกษา และบุคคลทั่วไป เพื่อพัฒนาและปรับปรุงก่อนนำมาใช้จริง โดยทำการศึกษาความพึงพอใจและวัดความรู้ความเข้าใจก่อนและหลังชมสื่อวีดิทัศน์ในกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งศึกษาความต้องการของช่องทางการรับข้อมูลข่าวสารและสื่อในรูปแบบต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่างโดยแบ่งตามกลุ่มช่วงวัย เพื่อสามารถเข้าถึงกลุ่มคนได้เหมาะสมที่สุด

วัตถุประสงค์

1. วัดผลสัมฤทธิ์ของสื่อวีดิทัศน์สำหรับการให้ความรู้เกี่ยวกับสารก่อมะเร็งและศึกษาความพึงพอใจของสื่อวีดิทัศน์ในกลุ่มตัวอย่างหลังจากการได้รับชมสื่อวีดิทัศน์
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจเรื่องเกี่ยวกับสารก่อมะเร็งของกลุ่มตัวอย่าง โดยทำการทดสอบวัดความรู้ก่อนและหลังจากการได้รับชมสื่อวีดิทัศน์
3. เพื่อศึกษาความต้องการของกลุ่มตัวอย่างที่แบ่งเป็นช่วงอายุต่อการได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องเกี่ยวกับด้านมะเร็งผ่านสื่อในรูปแบบต่าง ๆ

วัสดุและวิธีการ

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างจะได้ทำแบบทดสอบทั้งก่อนและหลังการรับชมวีดิทัศน์เรื่อง “สารก่อมะเร็งที่พบในชีวิตประจำวัน” รวมทั้งได้ประเมินความพึงพอใจต่อการได้รับความรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์ ทางคณะผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลตั้งแต่ มิถุนายน ถึง สิงหาคม 2565 ซึ่งการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างนั้น เนื่องจากไม่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน ทางคณะผู้วิจัยจึงได้ใช้วิธีการคำนวณโดยใช้สูตร W.G. Cochran¹⁰ กำหนดระดับค่าความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 และระดับค่าความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 เพื่อนำมาวิเคราะห์ผลในด้านต่าง ๆ ซึ่งเป็นการเลือกสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบโควต้า (quota sampling) โดยไม่มีกลุ่มควบคุม สำหรับการศึกษาครั้งนี้มีผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 355 คน ได้แก่ ผู้ที่มารับบริการที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ บุคลากรทางการแพทย์ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข นักเรียน นักศึกษา และบุคคลทั่วไป ซึ่งมาจากการจัดกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งในโอกาสต่าง ๆ ของหน่วยงานส่งเสริมความรอบรู้ด้านโรคมะเร็ง สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ทั้งภายในหน่วยงานและนอกสถานที่ ซึ่งเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างนั้นต้องเป็นบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 12 ปีขึ้นไป โดยมีความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและเป็นผู้ที่ไม่เคยชมสื่อวีดิทัศน์ชุดนี้มาก่อน

ทั้งนี้คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากผ่านความเห็นชอบและได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ เอกสารรับรองหมายเลข EC COA 010/2022 วันที่ 8 เมษายน 2565 โดยกลุ่มตัวอย่างมีเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และได้ลงลายมือชื่อ

ไว้เป็นหลักฐานในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยหลังจากที่ทางคณะผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดของโครงการเรียบร้อยแล้ว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ชนิด ดังนี้

1. เครื่องมือในการทดลอง

สื่อวีดิทัศน์ เรื่อง “สารก่อมะเร็งที่พบในชีวิตประจำวัน” สร้างเนื้อหาอิเล็กทรอนิกส์ด้วยโปรแกรม Microsoft Power Point 2019 โดยมีตัวอักษร ภาพเคลื่อนไหว และเสียงบรรยาย ความยาว 10 นาที ซึ่งเนื้อหาประกอบด้วย สารก่อมะเร็ง 12 ชนิด แหล่งที่พบสารก่อมะเร็ง ผลกระทบต่อสุขภาพเมื่อได้รับการสัมผัส ความสัมพันธ์ต่อโรคมะเร็ง และวิธีหลีกเลี่ยงและการป้องกัน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถาม แบ่งเป็น 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 เป็นแบบทดสอบก่อนชมวีดิทัศน์ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ศาสนา สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ประวัติการเป็นมะเร็ง และประวัติครอบครัวการเป็นมะเร็ง

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับมะเร็งและสารก่อมะเร็ง จำนวน 16 ข้อ โดยมีคำตอบ 3 ตัวเลือก คือ 1. ใช่ 2. ไม่ใช่ 3. ไม่ทราบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ เมื่อ “ตอบคำถามถูก” ให้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน เมื่อ “ตอบคำถามผิด” หรือ “ตอบไม่ทราบ” ให้คะแนนเท่ากับ 0 คะแนน ทั้งนี้ นำผลการทดสอบหาจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบถูกในแต่ละข้อ โดยแบ่งเกณฑ์การได้คะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 คือ ช่วงคะแนน 0-9 คะแนน) ระดับปานกลาง (ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60-79 คือ ช่วงคะแนน 10-12 คะแนน) และระดับสูง (ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป คือ ช่วงคะแนน 13-16 คะแนน)

ชุดที่ 2 เป็นแบบทดสอบหลังชมวีดิทัศน์ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบทดสอบวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับมะเร็งและสารก่อมะเร็งชุดเดิม จำนวน 16 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการได้รับความรู้เรื่องสารก่อมะเร็งที่พบในชีวิตประจำวันผ่านสื่อวีดิทัศน์ จำนวนทั้งหมด 12 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1. ด้านรูปแบบสื่อวีดิทัศน์ที่น่าสนใจ 2. ด้านการได้รับความรู้ความเข้าใจ 3. ด้านการปรับนำไปประยุกต์ใช้ ซึ่งเป็นแบบประเมินประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ระดับความพึงพอใจมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยให้คะแนนเท่ากับ 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ ซึ่งมีการแปลผลดังนี้ คะแนนค่าเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง ระดับความพึงพอใจมากที่สุด คะแนนค่าเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง ระดับความพึงพอใจมาก คะแนนค่าเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง ระดับความพึงพอใจปานกลาง คะแนนค่าเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง ระดับความพึงพอใจน้อย คะแนนค่าเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 ข้อสำรวจความต้องการของประชาชนเกี่ยวกับได้รับข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อต่าง ๆ จำนวน 2 ข้อ (โดยมีตัวเลือกให้ซึ่งสามารถเลือกได้มากกว่า 1 คำตอบ) โดยข้อมูลที่ได้จะแบ่งกลุ่มตามช่วงอายุ คือ 12-30 ปี, 31-50 ปี, 51-70 ปี และอายุ 70 ปีขึ้นไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มตัวอย่างจะทำแบบทดสอบ 2 ชุด คือ แบบทดสอบก่อนชมวิดีโอ (Pre-test) และแบบทดสอบหลังชมวิดีโอ (Post-test) โดยกลุ่มตัวอย่างจะใช้เวลารับชมวิดีโอเป็นเวลา 10 นาที หลังจากเสร็จกิจกรรมการประเมินสื่อวิดีโอนั้นกลุ่มตัวอย่างสามารถซักถามและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการนำเสนอสื่อวิดีโอให้แก่คณะผู้วิจัยได้ เพื่อที่จะนำไปปรับปรุงและแก้ไขต่อไป โดยกิจกรรมทั้งหมดจะใช้เวลาประมาณ 30 นาที ต่อคน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยได้ดำเนินการทดลองตามแบบแผนการวิจัย One Group Pretest-Posttest Design วิเคราะห์และประมวลผลด้วยคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนของกลุ่มตัวอย่างโดยการวัดผลสัมฤทธิ์ทั้งก่อนและหลังการรับชมสื่อวิดีโอ คำนวณโดยใช้สถิติ paired t-test

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบการนำเสนอวิดีโอ ประกอบด้วย คำถามวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับมะเร็งและสารก่อมะเร็ง และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการได้รับความรู้ผ่านสื่อวิดีโอ ซึ่งคณะผู้วิจัยให้ผู้เชี่ยวชาญการวิจัยด้านโรคมะเร็ง จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยใช้ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence : IOC) ซึ่งเกณฑ์ที่ใช้ในการตัดสิน คือ ค่า IOC มากกว่า 0.50 โดยข้อทดสอบทุกข้อผ่านเกณฑ์ที่กำหนดโดยมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และเมื่อนำไปทดสอบในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความพึงพอใจ คือ 0.937 โดยแสดงถึงข้อประเด็นของแบบประเมินคุณภาพสื่อมีความชัดเจนของเนื้อหาและง่ายต่อการเข้าใจ สามารถนำไปใช้ในการเรียนรู้ได้

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาในครั้งนี้มีผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมดจำนวน 355 คน โดยข้อมูลส่วนบุคคลพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 89.3 และเพศชายคิดเป็นร้อยละ 10.7 มีช่วงอายุระหว่าง 12-83 ปี อายุเฉลี่ย 48.22 ปี (S.D.=14.425) ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข (ร้อยละ 56.3) มีการศึกษาในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 43.1) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 94.9) มีสถานภาพเป็นสมรส/อยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 53.5) รายได้ส่วนใหญ่เฉลี่ยอยู่ในระดับ 10,000-29,999 บาท (ร้อยละ 38.6) เป็นผู้ที่ไม่มีประวัติป่วยเป็นมะเร็ง (ร้อยละ 95.2) และประวัติในครอบครัวไม่มีผู้ป่วยเป็นมะเร็ง (ร้อยละ 67.3) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1 ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลอง (n=355)

		จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	หญิง	317 (89.3)
เพศ	ชาย	38 (10.7)
อายุ (ปี) $\bar{X}$ (S.D.), (Min-Max)		48.22 (14.425), (12-83)
	12-30	43 (12.1)
	31-50	146 (41.1)
	51-70	144 (40.6)
	มากกว่า 70	22 (6.2)
อาชีพ		
	บุคลากรทางการแพทย์	114 (32.1)
	อาสาสมัครสาธารณสุข	200 (56.3)
	รับราชการ	8 (2.3)
	พนักงานบริษัท	8 (2.3)
	เกษตรกร	2 (0.6)
	รับจ้าง	2 (0.6)
	ธุรกิจส่วนตัว	3 (0.8)
	แม่บ้าน	6 (1.7)
	นักเรียน/นักศึกษา	12 (3.4)
ระดับการศึกษา		
	ระดับต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น	15 (4.2)
	มัธยมศึกษาตอนต้น	61 (17.2)
	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	67 (18.9)
	อนุปริญญา/ปวส./ปวท.	24 (6.8)
	ปริญญาตรี	153 (43.1)
	ปริญญาโท	31 (8.7)
	ปริญญาเอก	4 (1.1)
ศาสนา		
	พุทธ	337 (94.9)
	อิสลาม	15 (4.2)
	คริสต์	3 (0.8)
สถานภาพสมรส		
	โสด	110 (31.0)
	สมรส/อยู่ด้วยกัน	190 (53.5)
	หย่า/แยกกันอยู่	26 (7.3)
	หม้าย	29 (8.2)
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
	ไม่มีรายได้	35 (9.9)
	ต่ำกว่า 5,000 บาท	44 (12.4)
	5,000-9,999 บาท	81 (22.8)
	10,000-29,999 บาท	137 (38.6)
	30,000-49,999 บาท	40 (11.3)
	ตั้งแต่ 50,000 บาท ขึ้นไป	18 (5.1)
ประวัติผู้ป่วยการเป็นมะเร็ง		
	ไม่มี	338 (95.2)
	มี	17 (4.8)
ประวัติครอบครัวมีผู้ป่วยเป็นมะเร็ง		
	ไม่มี	239 (67.3)
	มี	116 (32.7)

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังรับชมวิดีโอ

ผลจากการตอบคำถามเพื่อวัดความรู้ความเข้าใจในคำถามชุดเดียวกันจำนวน 16 ข้อ ทั้งก่อนและหลัง
รับชมสื่อวีดิทัศน์เกี่ยวกับเรื่องสารก่อมะเร็งที่พบได้ในชีวิตประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง รายละเอียดแสดงใน
ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งและสารก่อมะเร็ง (n=355)

คำถาม	จำนวน (ร้อยละ)					
	ก่อนรับชมวีดิทัศน์			หลังรับชมวีดิทัศน์		
	ตอบถูก	ตอบผิด	ไม่ทราบ	ตอบถูก	ตอบผิด	ไม่ทราบ
1. จุดเริ่มต้นของมะเร็งเกิดจากความผิดปกติของดีเอ็นเอหรือสารทางพันธุกรรมภายในเซลล์ตามอวัยวะต่างๆ	311 (87.60)	22 (6.20)	22 (6.20)	333 (93.80)	16 (4.51)	6 (1.69)
2. ส่วนใหญ่ปัจจัยต่อการกลายพันธุ์ระดับยีนมาจากพฤติกรรมการใช้ชีวิตและปัจจัยจากสิ่งแวดล้อม	324 (91.27)	17 (4.79)	14 (3.94)	340 (95.78)	13 (3.66)	2 (0.56)
3. สารก่อมะเร็งเป็นตัวกระตุ้นก่อให้เกิดโรคมะเร็งได้ในระยะเวลาอันสั้น	108 (30.42)	216 (60.85)	31 (8.73)	147 (41.41)	201 (56.62)	7 (1.97)
4. การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดมะเร็งปอดเท่านั้น	217 (61.13)	126 (35.49)	12 (3.38)	267 (75.21)	88 (24.79)	0 (0.00)
5. เด็กและทารกถือเป็นกลุ่มเสี่ยงมากกว่าในช่วงวัยอื่นเมื่อได้รับควันบุหรี่เข้าสู่ร่างกาย	224 (63.10)	82 (23.10)	49 (13.80)	328 (92.39)	22 (6.20)	5 (1.41)
6. ผู้ที่ชอบดื่มสุราเป็นประจำร่วมกับการสูบบุหรี่จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งมากขึ้น	342 (96.34)	3 (0.85)	10 (2.82)	348 (98.03)	4 (1.13)	3 (0.85)
7. ตัวอ่อนของพยาธิใบไม้ในตับสามารถพบได้ในปลาน้ำจืดชนิดมีเกล็ด เช่น ปลาช่อน ปลาดุก ปลาซิว ปลาตะเพียน ปลาขาว ปลาสลิด แต่หากปรุงสุกโดยผ่านความร้อนก็สามารถรับประทานได้	318 (89.58)	15 (4.22)	22 (6.20)	343 (96.62)	12 (3.38)	0 (0.00)
8. เราสามารถป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBV) ได้ โดยการฉีดวัคซีน	54 (15.21)	259 (72.96)	42 (11.83)	124 (34.93)	220 (61.97)	11 (3.10)
9. การติดเชื้อไวรัสเอชพีวี (HPV) เป็นได้ทั้งในผู้หญิงและผู้ชาย ซึ่งการติดเชื้อไวรัสเอชพีวีในผู้ชายจะมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดมะเร็งองคชาต	215 (60.56)	65 (18.31)	75 (21.13)	317 (89.29)	29 (8.17)	9 (2.54)
10. สารประกอบไนโตรซามีน (nitrosamine) เป็นสารก่อมะเร็งที่เกิดขึ้นภายในร่างกายเมื่อรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์แปรรูป	298 (83.95)	20 (5.63)	37 (10.42)	345 (97.18)	4 (1.13)	6 (1.69)
11. สารอะฟลาทอกซินถูกสร้างจากเชื้อราในตระกูล Aspergillus สามารถถูกทำลายได้จากความร้อนในการหุงต้มอาหารทั่วไป	158 (44.51)	147 (41.41)	50 (14.08)	240 (67.61)	108 (30.42)	7 (1.97)
12. สารเบนโซ (เอ) ไพรีน เป็นสารก่อมะเร็งที่อยู่ในกลุ่มของโพลีไซคลิกอโรมาติก ไฮโดรคาร์บอน (Polycyclic aromatic hydrocarbon; PAH) โดยสามารถพบและปนเปื้อนได้ในอาหารประเภทปิ้งย่าง และเผา รวมทั้งอาหารที่ผ่านการรมควันต่างๆ	321 (90.42)	5 (1.41)	29 (8.17)	353 (99.44)	1 (0.28)	1 (0.28)
13. อนุภาคของสารพิษหรือสารก่อมะเร็งสามารถเกาะฝุ่นละอองขนาดเล็กๆเข้าสู่ร่างกายได้ผ่านระบบทางเดินหายใจได้ ซึ่งเป็นปัจจัยอย่างหนึ่งต่อการเกิดมะเร็งปอด	322 (90.70)	18 (5.07)	15 (4.23)	350 (98.59)	3 (0.85)	2 (0.56)
14. การสูดดมเอาฝุ่นไม้เข้าไปส่งผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจและมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดมะเร็งหลังโพรงจมูก	293 (82.54)	34 (9.58)	28 (7.89)	341 (96.05)	10 (2.82)	4 (1.13)
15. รังสียูวีเอ (UVA) รังสียูวีบี (UVB) และรังสียูวีซี (UVC) ถูกจัดว่าเป็นสารก่อมะเร็งในมนุษย์	297 (83.66)	25 (7.04)	33 (9.30)	325 (91.55)	24 (6.76)	6 (1.69)

ตารางที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งและสารก่อมะเร็ง (n=355) (ต่อ)

คำถาม	จำนวน (ร้อยละ)					
	ก่อนรับชมวิดีโอ			หลังรับชมวิดีโอ		
	ตอบถูก	ตอบผิด	ไม่ทราบ	ตอบถูก	ตอบผิด	ไม่ทราบ
16. สารหรือสิ่งต่างๆ แม้จะถูกจัดว่าเป็นสารก่อมะเร็งในมนุษย์ แต่ความรุนแรงหรือโอกาสการเกิดโรคมะเร็งนั้นไม่เท่ากัน ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง เช่น ปริมาณสารที่ร่างกายได้รับ อายุ เพศ สุขภาพร่างกาย พฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวัน เป็นต้น	331 (93.24)	13 (3.66)	11 (3.10)	344 (96.90)	6 (1.69)	5 (1.41)

ซึ่งจากการศึกษาพบว่าผลคะแนนเฉลี่ยก่อนรับชมวิดีโอเป็น 11.65 (S.D.=1.708) อยู่ในระดับความรู้ปานกลาง ในขณะที่หลังรับชมวิดีโอมีผลคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 13.65 (S.D.=1.429) ซึ่งอยู่ในระดับสูง โดยผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังจากรับชมวิดีโอของกลุ่มตัวอย่างมีมากกว่าก่อนรับชมวิดีโออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงคะแนนเฉลี่ยการวัดความรู้ก่อนและหลังรับชมสื่อวิดีโอเรื่องสารก่อมะเร็งที่พบในชีวิตประจำวัน (n=355)

ช่วงเวลาการทดสอบ	$\bar{X}$ (S.D.)	ระดับความรู้	paired t-test	P
ก่อนรับชมวิดีโอ	11.65 (1.708)	ปานกลาง	-21.300	0.000*
หลังรับชมวิดีโอ	13.65 (1.429)	สูง		

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ *0.05

3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยโดยแบ่งกลุ่มตามบทบาทหน้าที่ทางการแพทย์

คะแนนเฉลี่ยจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 355 คน เมื่อแบ่งออกตามกลุ่มบทบาทหน้าที่ของอาชีพสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ ๆ ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 114 คน (ร้อยละ 32.11) อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 200 คน (ร้อยละ 56.34) และบุคคลทั่วไป จำนวน 41 คน (ร้อยละ 11.55) พบว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนรับชมวิดีอนั้นกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ตอบได้ถูกต้องมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ ซึ่งมีผลคะแนนเฉลี่ยเป็น 12.39 (S.D.=1.588) มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ในขณะที่กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขและกลุ่มบุคคลทั่วไปมีคะแนนเฉลี่ยเป็น 11.49 (S.D.=1.467) มีความรู้ระดับปานกลาง และ 9.80 (S.D.=2.294) มีความรู้ในระดับต่ำ ตามลำดับ หลังจากที่ได้รับชมวิดีโอแล้วผลคะแนนเฉลี่ยการวัดความรู้ของแต่ละกลุ่มเพิ่มขึ้น นั่นคือ กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์เพิ่มขึ้นเป็น 14.46 (S.D.=1.115) มีความรู้ระดับสูง กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขเพิ่มขึ้นเป็น 13.25 (S.D.=1.263) มีความรู้ระดับสูง และบุคคลทั่วไปเพิ่มขึ้นเป็น 13.27 (S.D.=2.000) มีความรู้ระดับสูง ตามลำดับ รายละเอียดแสดงในตารางที่ 4

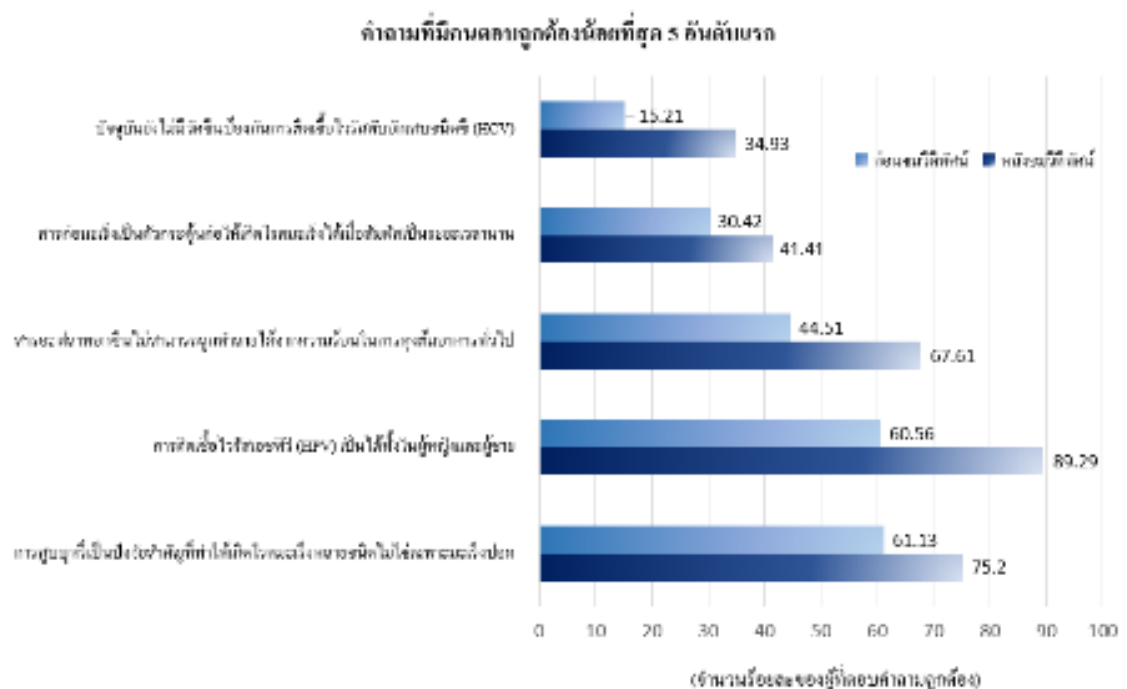
ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังรับชมสื่อวิดีโอเรื่องสารก่อมะเร็งที่พบใน

ชีวิตประจำวันตามกลุ่มบทบาทหน้าที่ (n=355)

กลุ่มบทบาทหน้าที่	จำนวน (ร้อยละ)	ช่วงเวลาการทดสอบ	คะแนนเฉลี่ย X (S.D.)	ระดับความรู้
บุคลากรทางการแพทย์	114 (32.11)	ก่อนรับชมวิดีโอทัศน์	12.39 (1.588)	ปานกลาง
		หลังรับชมวิดีโอทัศน์	14.46 (1.115)	สูง
อาสาสมัครสาธารณสุข	200 (56.34)	ก่อนรับชมวิดีโอทัศน์	11.49 (1.467)	ปานกลาง
		หลังรับชมวิดีโอทัศน์	13.25 (1.263)	สูง
บุคคลทั่วไป	41 (11.55)	ก่อนรับชมวิดีโอทัศน์	9.80 (2.294)	ต่ำ
		หลังรับชมวิดีโอทัศน์	13.27 (2.000)	สูง

4. ประเมินความรู้ความเข้าใจเรื่องสารก่อมะเร็งที่พบได้ในชีวิตประจำวันก่อนรับชมวิดีโอทัศน์

เมื่อพิจารณาผลการทดสอบการวัดความรู้ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดก่อนรับชมสื่อวิดีโอทัศน์พบว่าคำถามที่มีผู้ตอบถูกต้องได้น้อยที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ 1. ปัจจุบันยังไม่มียาป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (ร้อยละ 15.21) 2. สารก่อมะเร็งเป็นตัวกระตุ้นก่อให้เกิดโรคมะเร็งได้เมื่อสัมผัสเป็นระยะเวลานาน (ร้อยละ 30.42) 3. สารอะฟลาทอกซินไม่สามารถถูกทำลายได้จากความร้อนในการหุงต้มอาหารทั่วไป (ร้อยละ 44.51) 4. การติดเชื้อไวรัสเอชพีวี เป็นได้ทั้งในผู้หญิงและผู้ชาย (ร้อยละ 60.56) 5. การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งหลายชนิดไม่ใช่เฉพาะมะเร็งปอด (ร้อยละ 61.13) ซึ่งหลังจากกลุ่มทดลองได้รับชมสื่อวิดีโอทัศน์พบว่าคำถามทั้ง 5 ข้อเหล่านี้มีผู้ตอบคำถามได้ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น รายละเอียดแสดง ในรูปที่ 1



รูปที่ 1 คำถามเรื่องสารก่อมะเร็งที่พบได้ในชีวิตประจำวันที่มีจำนวนผู้ตอบถูกต้องได้น้อยที่สุด 5 อันดับแรก (n=355)

5. ประเมินความพึงพอใจคุณภาพของสื่อวีดิทัศน์และการได้รับความรู้เรื่องสารก่อมะเร็งที่พบในชีวิตประจำวัน

ผลการศึกษาการประเมินความพึงพอใจคุณภาพของสื่อวีดิทัศน์ โดยแบ่งออกเป็น 3 ด้าน พบว่าด้านรูปแบบสื่อวีดิทัศน์ที่น่าเสนอ ในหัวข้อของเนื้อหาที่น่าสนใจ กระชับ เข้าใจง่าย มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X}=4.54$, S.D.=0.563) ในขณะที่ด้านการได้รับความรู้ความเข้าใจ ในหัวข้อการได้รับความรู้เกี่ยวกับข้อมูลสารก่อมะเร็งมากขึ้น มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X}=4.52$, S.D.=0.554) และด้านการปรับนำไปประยุกต์ใช้ ในหัวข้อการที่สามารถนำความรู้ที่ได้เป็นแนวทางป้องกันเพื่อปรับใช้ในชีวิตประจำวัน มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X}=4.56$, S.D.=0.540) ซึ่งผลการประเมินความพึงพอใจสื่อวีดิทัศน์เรื่องสารก่อมะเร็งที่พบในชีวิตประจำวันทั้ง 3 ด้าน อยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุด รายละเอียดแสดงในตารางที่ 5

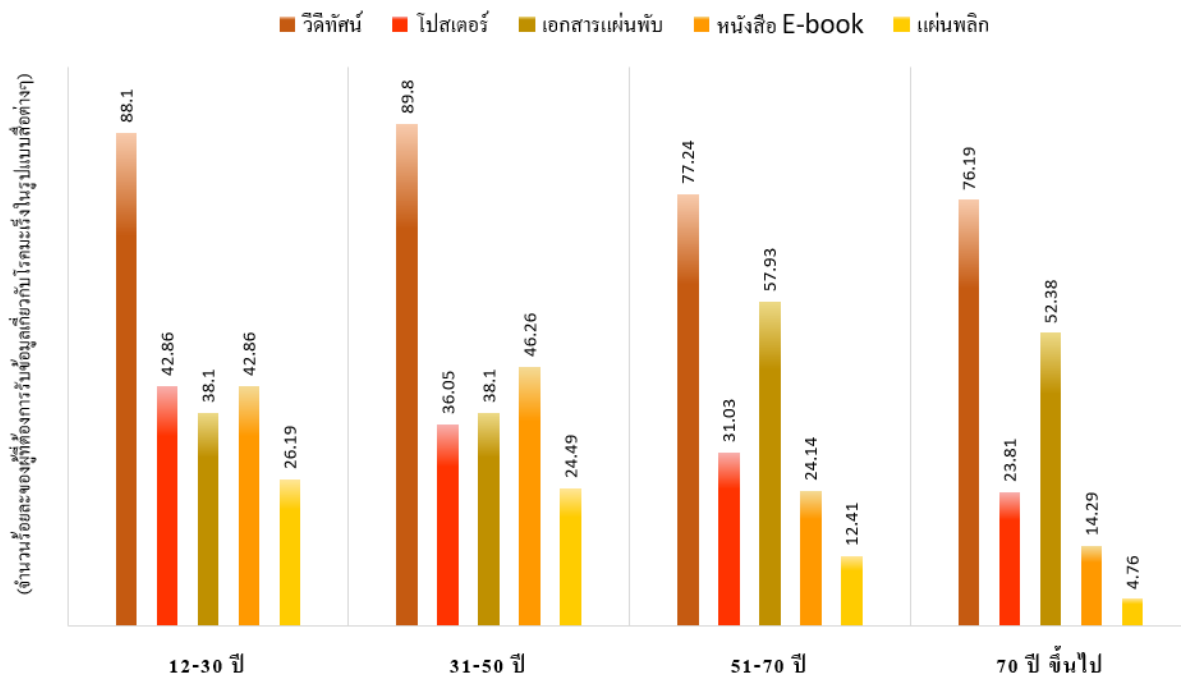
ตารางที่ 5 ความพึงพอใจคุณภาพของสื่อวีดิทัศน์และการได้รับความรู้เรื่องสารก่อมะเร็งที่พบในชีวิตประจำวัน (n=355)

รายการประเมิน	$\bar{X}$ (S.D.)	ระดับความพึงพอใจ
1.ด้านรูปแบบสื่อวีดิทัศน์ที่น่าเสนอ		
1.1.เนื้อหาที่น่าสนใจ กระชับ เข้าใจง่าย	4.54 (0.563)	มากที่สุด
1.2.ระยะเวลาของวีดิทัศน์ที่น่าเสนอมีความเหมาะสม	4.39 (0.674)	มากที่สุด
1.3.สีสันของรูปภาพสดใส ดึงดูดสายตาต่อการชมวีดิทัศน์	4.48 (0.626)	มากที่สุด
1.4.เสียงบรรยายมีความชัดเจน	4.49 (0.635)	มากที่สุด
2.ด้านการได้รับความรู้ความเข้าใจ		
2.1.มีความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดมะเร็งและปัจจัยเพิ่มขึ้น	4.51 (0.559)	มากที่สุด
2.2.ได้รับความรู้เกี่ยวกับข้อมูลสารก่อมะเร็งมากขึ้น	4.52 (0.554)	มากที่สุด
2.3.มีความเข้าใจเรื่องสารก่อมะเร็งกับความสัมพันธ์ต่อการเกิดมะเร็งมากขึ้น	4.47 (0.553)	มากที่สุด
2.4.มีความเข้าใจในการป้องกันเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งได้อย่างถูกต้อง	4.50 (0.569)	มากที่สุด
3.ด้านการปรับนำไปประยุกต์ใช้		
3.1.สร้างความตระหนักเกี่ยวกับการสัมผัสสารก่อมะเร็งที่อาจได้รับในชีวิตประจำวันเพิ่มมากขึ้น	4.52 (0.574)	มากที่สุด
3.2.สามารถนำความรู้ที่ได้เป็นแนวทางป้องกันเพื่อปรับใช้ในชีวิตประจำวัน	4.56 (0.540)	มากที่สุด
3.3.สามารถนำความรู้ไปบอกต่อกับคนในครอบครัวหรือผู้อื่นได้	4.51 (0.549)	มากที่สุด
3.4.รูปแบบของสื่อมีความหลากหลาย เช่น วีดิทัศน์ แผ่นพับ หนังสือ (E-book) เว็บไซต์ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ จึงทำให้สามารถเข้าถึงกลุ่มคนในแต่ละช่วงอายุได้มากขึ้น	4.51 (0.593)	มากที่สุด

6. ผลสำรวจความต้องการรูปแบบสื่อเพื่อรับข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็ง

จากการสอบถามรูปแบบสื่อที่กลุ่มตัวอย่างต้องการเมื่อได้รับความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคมะเร็ง โดยทำการจำแนกตามช่วงอายุพบว่าช่วงอายุ 12-30 ปี มีความต้องการรูปแบบสื่อวีดิทัศน์มากที่สุด (ร้อยละ 88.10) รองลงมา คือ รูปแบบโปสเตอร์ (ร้อยละ 42.86) และ หนังสือ E-book (ร้อยละ 42.86) ในช่วงอายุ 31-50 ปี มีความต้องการรูปแบบสื่อวีดิทัศน์มากที่สุด (ร้อยละ 89.80) รองลงมา คือ รูปแบบหนังสือ E-book (ร้อยละ 46.26) ในช่วงอายุ 51-70 ปี มีความต้องการรูปแบบสื่อวีดิทัศน์มากที่สุด (ร้อยละ 77.24) รองลงมา คือ รูปแบบเอกสารแผ่นพับ (ร้อยละ 57.93) และในช่วงอายุ 70 ปีขึ้นไป มีความต้องการรูปแบบสื่อวีดิทัศน์มากที่สุด (ร้อยละ 76.19) รองลงมา คือ รูปแบบเอกสารแผ่นพับ (ร้อยละ 52.38) รายละเอียดแสดงในรูปที่ 2

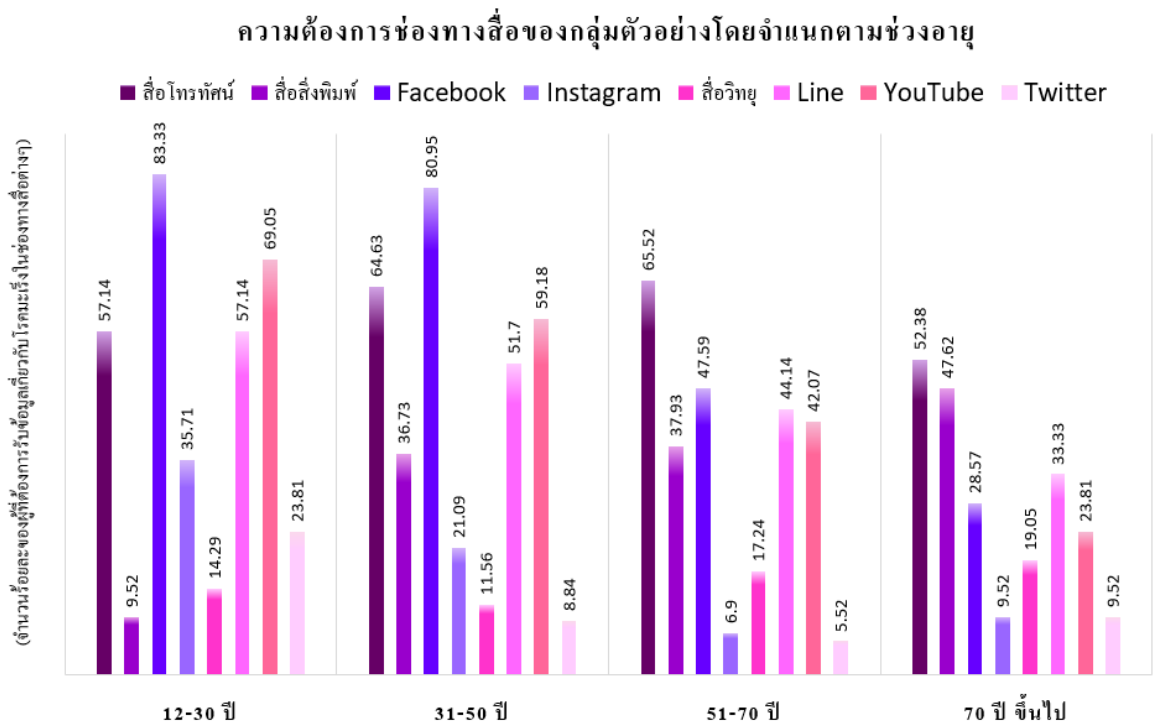
ความต้องการรูปแบบสื่อของกลุ่มตัวอย่างโดยจำแนกตามช่วงอายุ



รูปที่ 2 ผลสำรวจความต้องการเพื่อรับข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งผ่านรูปแบบสื่อต่าง ๆ โดยจำแนกตามช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่าง (n=355)

7. ผลสำรวจความต้องการช่องทางสื่อเพื่อรับข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็ง

จากการสอบถามความต้องการของกลุ่มตัวอย่างเพื่อรับข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งผ่านช่องทางสื่อ โดยทำการจำแนกตามช่วงอายุพบว่าช่วงอายุ 12-30 ปี ช่องทางสื่อเฟซบุ๊ก (Facebook) ได้รับความต้องการมากที่สุด (ร้อยละ 83.33) รองลงมา คือ ช่องทางสื่อยูทูบ (YouTube) (ร้อยละ 69.05) ในช่วงอายุ 31-50 ปี ช่องทางสื่อเฟซบุ๊ก (Facebook) ได้รับความต้องการมากที่สุด (ร้อยละ 80.95) รองลงมา คือ ช่องทางสื่อโทรทัศน์ (ร้อยละ 64.63) ในช่วงอายุ 51-70 ปี ช่องทางสื่อโทรทัศน์ได้รับความต้องการมากที่สุด (ร้อยละ 65.52) รองลงมา คือ ช่องทางสื่อเฟซบุ๊ก (Facebook) (ร้อยละ 47.59) และในช่วงอายุ 70 ปีขึ้นไป ช่องทางสื่อโทรทัศน์ได้รับความต้องการมากที่สุด (ร้อยละ 52.38) รองลงมา คือ ช่องทางสื่อสิ่งพิมพ์ (ร้อยละ 47.62) รายละเอียดแสดงในรูปที่ 3



รูปที่ 3 ผลสำรวจความต้องการเพื่อรับข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งผ่านช่องทางสื่อต่างๆโดยจำแนกตามช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่าง (n=355)

วิจารณ์และสรุป

ผลการวิจัยประสิทธิภาพของการใช้สื่อวีดิทัศน์ครั้งนี้แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 355 คน มีคะแนนเฉลี่ยหลังชมสื่อวีดิทัศน์มากขึ้นเมื่อเทียบกับคะแนนเฉลี่ยก่อนชมสื่อวีดิทัศน์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และผลการประเมินความพึงพอใจคุณภาพของสื่อวีดิทัศน์ของกลุ่มทดลองทั้ง 3 ด้าน ประกอบด้วย ด้านรูปแบบสื่อวีดิทัศน์ที่น่าเสนอ ด้านการได้รับความรู้ความเข้าใจ และด้านการปรับนำไปประยุกต์ใช้ มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด แสดงให้เห็นถึงสื่อวีดิทัศน์ชุดนี้สามารถนำไปปรับใช้ในการให้ความรู้กับประชาชนได้ โดยการให้ความรู้ผ่านสื่อดังกล่าวนี้ทำให้ผู้รับข้อมูลมีความรู้ความเข้าใจได้อย่างถูกต้องเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากสื่อวีดิทัศน์ประกอบด้วยสีสันของภาพที่เคลื่อนไหว ตัวอักษรของเนื้อหา และเสียงบรรยาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา บุญปิตฺตร และ สมpong อ้นเดช⁸ ที่ได้ทำการพัฒนาสื่อมัลติมีเดียเรื่องสารปนเปื้อนในอาหารสำหรับผู้ประกอบการอาหารในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี พบว่ากลุ่มทดลองมีผลคะแนนการทดสอบหลังเรียนมากกว่าก่อนเรียน นอกจากนี้ได้ทำการประเมินคุณภาพสื่อมัลติมีเดียผลพบว่ากลุ่มทดลองมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งถือว่าเป็นรูปแบบสื่อที่ได้รับความสนใจ กระตุ้นการเรียนรู้ และทำให้เข้าใจในเนื้อหาได้เร็วขึ้น

จากการทำแบบทดสอบเรื่องความรู้เกี่ยวกับสารก่อมะเร็งที่พบได้ในชีวิตประจำวันก่อนชมวีดิทัศน์ของกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ ผลการทดสอบความรู้ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าเป็นกลุ่มที่มีพื้นฐานความรู้ความเข้าใจได้อย่างถูกต้องมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ โดยมีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 12.39, S.D.=1.588) ซึ่งได้มีการประเมินความรู้ด้านการป้องกันและคัดกรองโรคมะเร็งของเจ้าหน้าที่กรมการแพทย์โดยปัทมา พลอย

สว่าง และคณะ¹¹ ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยและเมื่อเชื่อมโยงวิถีทัศน์พบว่ามีความรู้เพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม ในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ถือเป็นกลุ่มกำลังสำคัญในการให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคมะเร็งที่ถูกต้องแก่ประชาชน ดังนั้นควรมีการจัดกิจกรรมหรือการจัดอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์เพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับด้านโรคมะเร็งได้อย่างถูกต้องและสามารถนำไปเผยแพร่ความรู้ให้กับผู้อื่นต่อไป

จากผลการวัดความรู้ก่อนชมสื่อวีดิทัศน์ใน 5 คำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบได้ถูกต้องน้อยที่สุด แสดงให้เห็นว่าเนื้อหา 5 หัวข้อดังกล่าวควรได้รับการสร้างความเข้าใจให้กับประชาชนเป็นอันดับต้นๆ ได้แก่ ข้อที่ 1 ปัจจุบันยังไม่มีวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีชนิดซี ซึ่งการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีชนิดซีเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดมะเร็งตับและเป็นโรคมะเร็งที่พบมากในคนไทย โดยคาดว่าจะมีจำนวนผู้ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและชนิดซีรวมประมาณ 3 ล้านคน¹² ดังนั้นการให้ความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อจึงเป็นสิ่งสำคัญ ข้อที่ 2 สารก่อมะเร็งเป็นตัวกระตุ้นก่อให้เกิดโรคมะเร็งได้เมื่อสัมผัสเป็นระยะเวลานาน ทั้งนี้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งนั้นเกิดจากปัจจัยหลายอย่างร่วมกัน¹³ และอาจขึ้นอยู่กับปริมาณที่ได้รับการสัมผัสร่วมด้วย การให้ความรู้ที่ถูกต้องจะช่วยให้ผู้ฟังลดความกังวลต่อการสัมผัสสารก่อมะเร็ง ข้อที่ 3 สารอะฟลาทอกซินไม่สามารถถูกทำลายได้จากความร้อนในการหุงต้มอาหารทั่วไป ซึ่งสามารถพบการปนเปื้อนเชื้อราและสารอะฟลาทอกซินได้ในผลิตภัณฑ์ทางการเกษตรตามท้องตลาด ร้านค้าส่ง หรือซูเปอร์มาร์เก็ต¹⁴ การหมั่นสังเกตผลิตภัณฑ์และมีความรู้เรื่องสารอะฟลาทอกซินจะช่วยลดปริมาณสารก่อมะเร็งที่ร่างกายอาจได้รับ ข้อที่ 4 การติดเชื้อไวรัสเอชพีวีเป็นได้ทั้งในผู้หญิงและผู้ชาย ซึ่งการติดเชื้อไวรัสเอชพีวีเป็นสาเหตุหลักของการเกิดมะเร็งปากมดลูกในผู้หญิง¹⁵ โดยผู้ชายสามารถติดเชื้อได้และไม่แสดงอาการ ทั้งนี้การให้ความรู้เรื่องการป้องกันคือการฉีดวัคซีนทั้งในผู้หญิงและผู้ชาย รวมทั้งควรตระหนักและให้ความสำคัญกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในผู้หญิง และ ข้อที่ 5 การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งหลายชนิดไม่ใช่เฉพาะมะเร็งปอด ซึ่งในความเป็นจริงการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดมะเร็งปอดมากที่สุดและยังเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดมะเร็งได้หลายชนิด โดยในควันบุหรี่ประกอบไปด้วยสารก่อมะเร็งมากกว่า 70 ชนิด¹⁶ และจะถูกดูดซึมเข้าปอดและเคลื่อนที่ไปทั่วร่างกาย ดังนั้นจึงควรหลีกเลี่ยงควันบุหรี่แม้เราจะไม่ได้สูบเองก็ตาม

เมื่อพิจารณาแต่ละกลุ่มช่วงอายุ (ประกอบด้วย ช่วงอายุ 12-30 ปี, 31-50 ปี, 51-70 ปี และอายุ 70 ปีขึ้นไป) จะแสดงให้เห็นว่าทุกกลุ่มช่วงอายุมีความต้องการรูปแบบสื่อวีดิทัศน์มากที่สุด อย่างไรก็ตามความต้องการของช่องทางสื่อนั้นแตกต่างกัน โดยกลุ่มช่วงอายุ 12-30 ปี และ 31-50 ปี มีความต้องการรับข้อมูลในช่องทางเฟซบุ๊ก (Facebook) มากที่สุด ในขณะที่กลุ่มช่วงอายุ 51-70 ปี และอายุ 70 ปีขึ้นไป มีความต้องการรับข้อมูลในช่องทางสื่อโทรทัศน์มากที่สุด ดังนั้นเพื่อให้ความรู้เข้าถึงมากยิ่งขึ้นจึงต้องคำนึงถึงรูปแบบสื่อและช่องทางสื่อที่จะใช้สำหรับการเผยแพร่ตามกลุ่มเป้าหมายให้สอดคล้องตามความต้องการของประชาชน

การให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งและวิธีการป้องกันแก่ประชาชนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ จะช่วยสร้างความเข้าใจและสร้างความตระหนักในการดูแลตนเองเพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พิชาณี แห่สงทัน และรุจิรา ดวงสงค์¹⁷ โดยกล่าวว่าสื่อหนังสือที่ประกอบไปด้วยเสียง ภาพเคลื่อนไหวส่งผลให้เกิดแรงจูงใจและโน้มน้าวใจคนในชุมชนที่ได้รับข้อมูลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับเพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. สื่อวีดิทัศน์ที่ได้ทำการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำกลับมาพัฒนาและปรับปรุงเพื่อให้ได้สื่อที่มีประสิทธิภาพและตรงกับความต้องการของประชาชนได้มากยิ่งขึ้น
2. ผลจากการศึกษาความต้องการในเรื่องรูปแบบสื่อและช่องทางการรับรู้ของแต่ละกลุ่มช่วงอายุ สามารถนำมาเป็นแนวทางเพื่อช่วยเรื่องการเข้าถึงกลุ่มประชาชนและทำให้ได้รับความรู้ในด้านโรคมะเร็งได้อย่างถูกต้อง
3. การนำสื่อวีดิทัศน์มาช่วยนำเสนอเนื้อหาประกอบด้วยภาพเคลื่อนไหว ตัวอักษร และเสียง ซึ่งจะช่วยเพิ่มความน่าสนใจและแรงจูงใจทำให้มีความรู้ความเข้าใจเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น ในขั้นตอนต่อไปควรทำการศึกษาการรับรู้ความเสี่ยง การป้องกันและวิธีหลีกเลี่ยงการสัมผัสสารก่อมะเร็งของประชาชนด้วยสื่อวีดิทัศน์ที่อาจช่วยโน้มน้าวให้ประชาชนเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกันตนเองเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง

กิตติกรรมประกาศ

ทางคณะผู้วิจัยขอขอบคุณงานส่งเสริมความรู้ด้านโรคมะเร็ง สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ที่ให้การสนับสนุนและอำนวยความสะดวกสำหรับร่วมจัดกิจกรรมเพื่อการวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญการวิจัยด้านโรคมะเร็ง ทั้ง 3 ท่านจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติที่ช่วยตรวจสอบข้อคำถามแบบทดสอบการวัดความรู้ และเนื้อหาแบบประเมินความพึงพอใจคุณภาพของสื่อวีดิทัศน์ รวมทั้งขอขอบคุณผู้ที่เข้าร่วมโครงการทุกท่าน ซึ่งเป็นผู้ที่ให้ความสนใจรับชมสื่อวีดิทัศน์การให้ความรู้เรื่องสารก่อมะเร็งที่พบได้ในชีวิตประจำวัน ได้แก่ ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ญาติของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ บุคลากรทางการแพทย์ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข นักเรียน นักศึกษา และบุคคลทั่วไป ที่ใช้ในการศึกษาวิจัยมา ณ ที่นี้

เอกสารอ้างอิง

1. Rojanamatin J, editor. Cancer in Thailand. Vol. X, 2016-2018. Bangkok; 2021. p.10-11.
2. Anand P, Kunnumakkara AB, Sundaram C, Harikumar KB, Tharakan ST, Lai OS, et al. Cancer is a Preventable Disease that Requires Major Lifestyle Changes. Pharm Res 2008 Sep; 25(9): 2097-2116.
3. World Health Organization [Internet]. List of Classifications: Agents classified by the IARC Monographs, Volumes 1-130. Available at : <https://monographs.iarc.who.int/agents-classified-by-the-iarc/>. Accessed Feb 21, 2022.
4. Rosenstock I. Historical Origins of the Health Belief Model. Health Education Monographs. 1974;2(4):328-335.
5. นันทฉัตร ระสูง, นันทพร ภัทรพุทธ, ศรีรัตน์ ล้อมพงศ์. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพต่อการเกิดมะเร็งกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองของผู้ประกอบอาชีพริมถนน. วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา 2561;13(2):67-78.

6. Penrawee M, Kitiphong H, Mayuna S and Orawan K. Cancer Risk Perception and Preventive Behaviors among Grilled Meat Vendors. J Med Assoc Thai 2012;95(6):56-60.
7. พรแก้ว เหลืองอัมพร, แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ, สุรินทร์ กลัมพากร, สรา อภรณ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีของช่างเสริมสวย ในกรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2557;28(2):51-64.
8. นิตยา บุญปรีตร และสมปอง อินเดข. ผลการใช้สื่อมัลติมีเดียเรื่องสารปนเปื้อนในอาหารสำหรับผู้ประกอบการอาหารในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี. วารสารการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย 2558;2:25-34.
9. อาภา ศรีสร้อย และอมรรัตน์ อัครเศรษฐสกุล. การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของสื่อแผ่นพับกับวีดิทัศน์ต่อการสอนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลอุดรธานี. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี 2563;28(2):203-11.
10. Cochran, W.G. (1953). Sampling Techniques. New York : John Wiley & Sons. Inc.
11. ปัทมา พลอยสว่าง, อมรรัตน์ จูสวัสดิ์, ปภาวิน แจ่มศรี, ปรีดา แพ่งเมือง, ศุภพร แสงกระจ่าง. การประเมินความรู้ด้านโรคมะเร็งของเจ้าหน้าที่กรมการแพทย์. วารสารโรคมะเร็ง 2564;41(1):12-23.
12. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรค เตือนประชาชนระวังภัยเจ็บจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี อาจนำไปสู่ภาวะตับแข็ง และมะเร็งตับ พร้อมตั้งเป้ากำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบีและซีให้หมดภายในปี 2573. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=19966&deptcode=brc&news_views=1467. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 กรกฎาคม 2566.
13. NATIONAL CANCER INSTITUTE. Risk Factors for Cancer. Available at: <https://www.cancergov/about-cancer/causes-prevention/risk>. Accessed June 20, 2023.
14. ศศิธร ฐิติเพชรกุล, กนกพรรณ สมยทรัพย์, ก่อเกียรติ ศาสตรินทร์, ประภาศรี บุญประภาพันธ์ และนันทวรรณ เมฆา. การปนเปื้อนเชื้อราและอะฟลาทอกซินในผลิตภัณฑ์ถั่วพร้อมบริโภค. วารสารวิทยาศาสตร์ พ 2558 ฉบับพิเศษ 2:244-253.
15. NATIONAL CANCER INSTITUTE. HPV and Cancer. Available at: <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/infectious-agents/hpv-and-cancer#what-is-hpv>. Accessed June 21, 2023.
16. Centers for Disease Control and Prevention. Lung Cancer: What Are the Risk Factors? Available at: https://www.cdc.gov/cancer/lung/basic_info/risk_factors.htm. Accessed June 21, 2023.
17. พิษานี แห่ลงสท้าน , รุจิรา ดวงสงค์. ผลโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับสื่อหนังสือเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับอายุ 40-59 ปี อำเภอสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารสุขศึกษา 2563;43(2):1-17.

ประสิทธิผลและผลลัพธ์ทางคลินิกของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test ในจังหวัดนครสวรรค์

ณัชชา เสนาวิณ¹

รวิวรรณ พรหมศิลา²

บทคัดย่อ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงประสิทธิผลและผลลัพธ์ทางคลินิกของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี HPV DNA test โดยรวบรวมข้อมูลกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี HPV DNA test ในจังหวัดนครสวรรค์ ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2565 วิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษาพบว่า ผู้เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test จำนวน 26,306 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.9 ของกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด ผลการคัดกรองพบว่า ผลลบ ร้อยละ 94.4 ผลบวกสายพันธุ์ 16 (HPV 16) ร้อยละ 1.0 ผลบวกสายพันธุ์ 18 (HPV 18) ร้อยละ 0.5 และผลบวกที่ไม่ใช่สายพันธุ์ 16/18 (HPV Non 16/18) ร้อยละ 4.1 ของผู้เข้ารับการตรวจคัดกรองทั้งหมด กลุ่มผู้ที่มีผลบวกในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง (High risk HPV) ทั้งสายพันธุ์ 16 และ 18 เข้าตรวจวินิจฉัยโรคด้วยการส่องกล้อง (colposcopy) ร้อยละ 56 พบผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งปากมดลูกจำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.68 ของผู้ที่มีผลบวกทั้งหมดและอุบัติการณ์ (Incidence) การเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มเป้าหมาย เท่ากับ 9.9 ต่อแสนประชากร ซึ่งเป็นเซลล์มะเร็งชนิด Squamous cell carcinoma ทั้งหมด โดยแบ่งระยะตาม FIGO 2018 staging system ของโรคมะเร็งปากมดลูกได้เป็น ระยะ IA1 ,IB1,IB3, IIB และ IIIC1 ร้อยละ 10 , 20, 20, 20 และ 30 ตามลำดับ ดังนั้นการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่มีประสิทธิภาพ จึงสามารถลดอุบัติการณ์ของการเกิดมะเร็งปากมดลูกได้ โดยสามารถพบรอยโรคก่อนระยะมะเร็งและมะเร็งระยะต้นได้เพิ่มขึ้น และการเข้ารับการรักษาที่ถูกต้องและรวดเร็ว ทำให้เพิ่มอัตราการรอดชีวิตและผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (วารสารโรคมะเร็ง 2566;43:70-81)

คำสำคัญ : HPV DNA test คัดกรองมะเร็งปากมดลูก มะเร็งปากมดลูก

¹หน่วยรังสีรักษาและมะเร็งวิทยา กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

²หน่วยมะเร็งนรีเวช กลุ่มงานสูติเวช โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

วันที่รับบทความ 24/7/2566, วันที่แก้ไข 24/8/2566, วันที่ตอบรับบทความ 30/8/2566

ผู้รับผิดชอบบทความ : natchas889@gmail.com

Effectiveness and clinical Outcomes of HPV DNA test in cervical cancer screening in Nakhonsawan, Thailand

by Natcha Senawin¹, Raweewan Phromsila²

Division of radiation oncology, Department of radiology, Sawanpracharak Hospital, Nakhonsawan, Thailand¹, Department of Obstetrics and Gynecology, Sawanpracharak Hospital, Nakhonsawan, Thailand²

Corresponding author: natchas889@gmail.com

Abstract The objective of this retrospective study is to determine effectiveness and clinical outcome of HPV DNA Test in cervical cancer screening. The data was collected from women who had HPV DNA screening tests in Nakhonsawan during October 2020 to October 2022. There were 25.9% of the targeted participants who completed the HPV DNA screening test. Negative HPV DNA test was found in 94.4% of the participants. Positive results classified by virus types HPV 16, HPV 18 and Non 16/18 HPV were 1.0%, 0.5% and 4.1%, respectively. Fifty six percent of women who were positive for either HPV 16 or 18 underwent colposcopy. The diagnosis of invasive cervical cancer was made in 0.68% of those with positive screening HPV DNA test. Incidence rate of cervical cancer in this population was 9.9 per 100,000. Tumor stage according to FIGO 2018 stage system as follows: IA1, IB1, IB3, IIB and IIIC1 were 10%, 20%, 20%, 20% and 30%, respectively. The study findings confirm that the HPV DNA screening test is effective and able to reduce risk of invasive cervical cancer by presymptomatic identification of precancerous lesions and early stage of cervical cancer. (*Thai Cancer J 2023; 43:70-81*)

Keywords: cervical cancer, HPV DNA test, cervical cancer screening

บทนำ

มะเร็งปากมดลูก (cervical cancer) เป็นมะเร็งที่พบมากอันดับ 4 ของสตรีทั่วโลกและยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญโดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศที่กำลังพัฒนา ในปี ค.ศ. 2020 ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (WHO) พบผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่และเสียชีวิตในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง ถึงร้อยละ 90¹ ซึ่งจากการรายงานอุบัติการณ์โรคมะเร็งของ IARC ทั่วโลก ในปีค.ศ. 2018 พบผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ จำนวน 569,800 ราย และพบการเสียชีวิต จำนวน 311,400 ราย² และ GLOBOCAN ในปี ค.ศ. 2020 พบว่า ผู้ป่วย

มะเร็งปากมดลูกรายใหม่ 604,000 ราย เสียชีวิตจำนวน 342,000 ราย ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยมีอุบัติการณ์การเสียชีวิตจากโรคมะเร็งปากมดลูก เท่ากับ 13.3 ต่อแสนประชากร¹ ซึ่งจากรายงานอุบัติการณ์มะเร็งทุกชนิดในประเทศไทย ในปี ค.ศ.2016-2018 ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบว่า ค่าอัตราอุบัติการณ์ปรับอายุมาตรฐาน (age-standardized incidence rate, ASR) ของมะเร็งปากมดลูก เท่ากับ 11.1 ต่อประชากรแสนคนต่อปี และเป็นมะเร็งที่พบบ่อยในสตรีไทยเป็นอันดับ 4 ของประเทศ³ ประกอบกับข้อมูลของ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ที่พบผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทยประมาณ 4,500 รายต่อปี และพบผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 8,000 คนต่อปี สตรีไทยที่เสียชีวิตจากโรคมะเร็งปากมดลูกวันละ 8-10 ราย และจากข้อมูลผลการดำเนินงานตัวชี้วัดตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) สาขาโรคมะเร็ง จังหวัดนครสวรรค์ ปีงบประมาณร.พ.ศ.2562-2565 พบว่า อัตราป่วยโรคมะเร็งเพิ่มสูงขึ้น เท่ากับ 107.89 170.63 167.47 และ 226.86 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ทั้งนี้ในปีพ.ศ. 2565 พบว่า มะเร็งปากมดลูกเป็นอันดับ 5 ของมะเร็งทั้งหมด โดยมีอัตราป่วยรายใหม่ในปี พ.ศ.2562-2565 เท่ากับ 8.01 14.76 16.0 และ 25.08 ต่อแสนประชากร ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ และมีอัตราการเสียชีวิต เท่ากับ 5.27 5.16 0.74 และ 9.26 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยสำคัญของการเกิดมะเร็งปากมดลูกคือ การติดเชื้อไวรัสเอชพีวี (Human Papillomavirus, HPV) โดยเฉพาะเชื้อ HPV 2 สายพันธุ์หลัก คือ สายพันธุ์ชนิด 16 และ 18 ถึงร้อยละ 70 รวมทั้งมีปัจจัยร่วมอื่น ๆ ได้แก่ การสูบบุหรี่ การมีคู่นอนหลายคน มีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อย มีประวัติติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (เอดส์) เป็นปัจจัยร่วมที่เกิดการติดเชื้อ HPV เรื้อรังหรือการคงอยู่นาน (persistent) และพัฒนาไปเป็นมะเร็งปากมดลูก เป็นต้น การติดเชื้อ HPV เป็นการติดเชื้อโดยการสัมผัสหรือการมีเพศสัมพันธ์ ในสตรีมักไม่แสดงอาการ และสามารถหายได้เองถึงร้อยละ 90 ในเวลา 2 ปี มีเพียงส่วนน้อยที่มีการคงอยู่ของการติดเชื้อ HPV และเซลล์ปากมดลูกดำเนินต่อไปเป็นมะเร็งปากมดลูก ซึ่งการเปลี่ยนแปลงจากการติดเชื้อสู่มะเร็งปากมดลูกใช้เวลา 20-30 ปี⁴⁻⁷ ทำให้เป้าหมายการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกแห่งชาติ คือ ลดการติดเชื้อ HPV การตรวจพบพบรอยโรคก่อนระยะมะเร็ง และการดูแลรักษาโรคมะเร็งและการรักษาแบบประคับประคอง การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่มีประสิทธิภาพ จึงเป็นวิธีที่สามารถลดอุบัติการณ์ของการเกิดมะเร็งปากมดลูกได้ โดยสามารถพบรอยโรคก่อนระยะมะเร็งและมะเร็งระยะต้นได้เพิ่มขึ้น การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกควรทำอย่างน้อยหนึ่งครั้งแก่สตรีทุกคนในกลุ่มอายุเป้าหมาย ซึ่งช่วงอายุที่จะได้ประโยชน์สูงสุดคือ 30-60 ปี สำหรับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่เป็นมาตรฐานในประเทศไทย คือ วิธี conventional cytology หรือ pap smear และ วิธี visual inspection with acetic acid (VIA) ซึ่งในปัจจุบันประเทศไทย โดยกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีการจัดทำโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้กับสตรีไทยที่มีอายุ 30-60 ปี ด้วยวิธี HPV DNA test ซึ่งเป็นการตรวจหาเชื้อ HPV ด้วยเทคนิคทางชีวโมเลกุล สายพันธุ์ที่ก่อให้เกิดมะเร็งปากมดลูก ที่มีความไวและความจำเพาะของการตรวจหาเซลล์ที่ผิดปกติสูง สามารถค้นพบรอยโรคระยะก่อนมะเร็งได้สูง⁸⁻¹¹

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการตรวจคัดกรองเพื่อตรวจหาผู้ป่วยรายใหม่ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งในระยะแรก ซึ่งจะช่วยลดอุบัติการณ์เกิดผู้ป่วยรายใหม่ และเมื่อผลการตรวจคัดกรองในกลุ่มที่พบความผิดปกติ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการส่งต่อ เพื่อไปตรวจยืนยันผลพยาธิวิทยาโดยวิธีมาตรฐาน หากไม่มาตรวจยืนยันอาจเป็นมะเร็งปากมดลูกในระยะลุกลาม ถ้าไม่มีการรักษาในระยะแรกเริ่ม (early stage) จะยากในการรักษาเมื่อเป็นระยะท้าย ๆ (late stage) โดยข้อมูลที่ได้จะมีความสำคัญอย่างยิ่งในการวางแผนในระดับนโยบายด้านการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูก รวมทั้งเพื่อการรณรงค์และส่งเสริมในกลุ่มเสี่ยงที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติให้มารับการตรวจยืนยันเมื่อพบความผิดปกติ ทั้งนี้เพื่อการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาถึงประสิทธิผลของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test ได้แก่ อัตราการเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อัตราของผู้ที่มีผลผิดปกติได้รับการส่งกล้อง colposcopy และระยะเวลาการรอคอยการวินิจฉัยและระยะเวลาการรอคอยการได้รับการรักษามะเร็ง รวมถึงผลลัพธ์ทางคลินิกของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และอุบัติการณ์ (incidence) ของโรคมะเร็งปากมดลูก จากการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test ในจังหวัดนครสวรรค์

วิธีการดำเนินการ

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบ retrospective study โดยเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วย primary HPV testing ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือสตรีไทยอายุ 30-60 ปี ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test ในจังหวัดนครสวรรค์ ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึงตุลาคม พ.ศ. 2565 ที่มีผลการคัดกรองทั้งผิดปกติ หรือให้ผลบวก (HPV positive) และ ผลลบ (HPV negative) จำนวน 26,306 ราย

เครื่องมือในการวิจัยและวิธีเก็บข้อมูล

ผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วย วิธี HPV DNA test ตามแนวทางการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test ของกลุ่มตัวอย่าง โดยการตรวจทางห้องปฏิบัติการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test การตรวจหาเชื้อไวรัสเอชพีวีทางชีวโมเลกุล (human papillomavirus deoxyribonucleic acid test: HPV DNA test) ด้วยวิธี real time PCR เพื่อตรวจหา DNA เป้าหมายของเชื้อ HPV ได้แก่ สายพันธุ์ 16, และ 18 ณ ห้องปฏิบัติการงานพยาธิวิทยาโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ และลงบันทึกในฐานข้อมูลระบบ HPV screening ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

โดยศึกษาข้อมูลจาก ฐานข้อมูลระบบ HPV screening ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติผ่าน API ที่ URL:<http://hvp.nci.go.th> การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อรวบรวมข้อมูลแล้วผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลให้มีความถูกต้อง จากนั้นนำไปคำนวณโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์แบบสำเร็จรูป และวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) โดยการคำนวณค่าการวัดแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลางและค่าการกระจายของข้อมูลมีการแจกแจงเป็นแบบโค้งปกติ หาค่าเฉลี่ย (mean) คู่กับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: S.D.) และข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นแบบปกติ ค่ามัธยฐาน (median) คู่กับค่าพิสัย (range= maximum-minimum) หรือ ค่าต่ำสุด (minimum) , ค่าสูงสุด (maximum) แจกแจงความถี่ เป็นจำนวนและร้อยละของข้อมูล

ผลการศึกษา

จากการศึกษา พบว่า สตรีอายุระหว่าง 30- 60 ปีในจังหวัดนครสวรรค์ กลุ่มเป้าหมายตั้งแต่ เดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2565 โดยเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test จำนวน 26,306 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.9 ของกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด จากผลการคัดกรองพบว่า ผลลบ จำนวน 24,842 ราย คิดเป็นร้อยละ 94.4 ผลบวกสายพันธุ์ 16 (HPV 16) จำนวน 272 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.0 ผลบวกสายพันธุ์ 18 (HPV 18) จำนวน 105 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.5 และผลบวกที่ไม่ใช่สายพันธุ์ 16/18 (HPV Non 16/18) จำนวน 1,087 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.1 ตามลำดับ ดังรายละเอียดตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการคัดกรองด้วยวิธี HPV DNA test

ผลการคัดกรอง	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
จำนวนผู้เข้ารับการตรวจคัดกรอง	26,306	
ผลบวกสายพันธุ์ 16 (HPV 16)	272	1.0
ผลบวกสายพันธุ์ 18 (HPV 18)	105	0.5
ผลบวกที่ไม่ใช่สายพันธุ์ 16/18 (HPV Non 16/18)	1,087	4.1
ผลลบ (negative)	24,842	94.4

เมื่อศึกษาลักษณะทั่วไปของประชากรที่ให้ผลบวก พบว่า กลุ่มผลบวกสายพันธุ์ 16 (HPV 16) มีอายุเฉลี่ย 46 ปี กลุ่มผลบวกสายพันธุ์ 18 (HPV 18) มีอายุเฉลี่ย 45 ปี และ กลุ่มผลบวกที่ไม่ใช่สายพันธุ์ 16/18 (HPV Non 16/18) อายุเฉลี่ย 49 ปี ดังรายละเอียดตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไปของประชากรที่ให้ผลบวก

ลักษณะทั่วไป	ผลบวกสายพันธุ์	ผลบวกสายพันธุ์	ผลบวกที่ไม่ใช่สายพันธุ์
	16	18	16/18
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
จำนวนทั้งหมด (ราย)	272	105	1087
ผลบวก HPV 1 สายพันธุ์	253 (92)	98 (93)	NA
ติดเชื้อสายพันธุ์ non16/18	19 (7)	7 (7)	NA
รวมด้วย			
ติดเชื้อสายพันธุ์ HPV 16	2 (1)	0 (0)	NA
หรือ 18 รวมด้วย			
อายุ (ปี)			
ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบน	46±8.5	45±7.91	49±8.0
มาตรฐาน			
ค่ามัธยฐาน	44	47	50
ช่วงอายุ	30-59	30-58	30-59

ในกลุ่มผู้ที่มีผลบวกในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง (High risk HPV) ทั้งสายพันธุ์ 16 และ 18 เข้าตรวจวินิจฉัยโรคด้วยการส่องกล้อง (colposcopy) จำนวน 377 ราย คิดเป็นร้อยละ 56 โดยแยกเป็นผลบวกสายพันธุ์ 16 (HPV 16) จำนวน 144 ราย คิดเป็นร้อยละ 53 และผลบวกสายพันธุ์ 18 (HPV 18) จำนวน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 61 ของแต่ละสายพันธุ์ และได้รับการตรวจโดยการตัดชิ้นเนื้อเพื่อการวินิจฉัย (biopsy) โดยผลลัพธ์ทางคลินิกของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test พบรอยโรคในระยะก่อนเป็นมะเร็งชนิด Low-grade squamous intraepithelial lesion (LSIL) จำนวน 90 ราย คิดเป็นร้อยละ 60 ชนิด High-grade squamous intraepithelial lesion (HSIL) จำนวน 42 ราย คิดเป็นร้อยละ 37 และ Adenocarcinoma in situ (AIS) จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 2 โดยระยะเวลารอคอยการส่องกล้อง colposcopy เฉลี่ยเท่ากับ 163 วัน ดังรายละเอียดตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การตรวจวินิจฉัยโรคด้วยการส่องกล้อง (colposcopy) และผลลัพธ์ทางคลินิก

ลักษณะทั่วไป	ผลบวกสายพันธุ์ 16	ผลบวกสายพันธุ์ 18
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
การส่องกล้อง colposcopy		
จำนวนผู้มีผลบวกทั้งหมด (ราย)	272	105
จำนวนผู้ที่เข้าตรวจรับการส่องกล้อง colposcopy	144 (53)	64 (61)
จำนวนผู้ที่ไม่มาเข้าตรวจรับการส่องกล้อง colposcopy	121 (44)	41 (39)
จำนวนผู้ที่มาตรวจแต่ไม่มีการส่องกล้อง colposcopy	4 (2)	0 (0)
จำนวนผู้มีนัด colposcopy ปี 2566	3 (1)	0 (0)
การตัดชิ้นเนื้อ (biopsy)		
จำนวนทั้งหมด (ราย)	144	64
จำนวน Colposcopy และ Biopsy	128 (89)	61 (95)
จำนวน Colposcopy เพียงอย่างเดียว	16 (11)	3 (5)
ผลลัพธ์ทางคลินิกจากการตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy)		
จำนวนทั้งหมด (ราย)	128	61
LSIL	54 (44)	36 (59)
HSIL	36 (28)	6 (9)
Adenocarcinoma in situ (AIS)	2 (1)	1 (1)
Invasive cancer	5 (4)	2 (3)
Inflammation	14 (10)	6 (10)
Benign	17 (13)	11 (18)
ระยะเวลารอคอยการส่องกล้อง colposcopy (วัน)		

ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	168 ± 84.63	172 ± 102.03
ค่ามัธยฐาน	175	151
ช่วงระยะเวลา	11-447	35 - 455

สำหรับผู้ที่ได้รับการตัดชิ้นเนื้อ biopsy และให้ผลเซลล์ผิดปกติ ทั้งผลเซลล์มะเร็งและผลเซลล์ชนิด high-grade squamous intraepithelial lesions (HSIL) หรือกรณีที่สูงสัความผิดปกติของเซลล์ที่รุนแรงอื่น ๆ จะได้รับการวินิจฉัยเพิ่มเติมเพื่อยืนยัน โดยการตัดปากมดลูกด้วยห่วงไฟฟ้า (loop electrosurgical excision procedure : LEEP) เป็นลำดับต่อไป

ในกลุ่มความเสี่ยงสูงที่มีผลบวกที่ไม่ใช่สายพันธุ์ 16/18 (HPV Non 16/18) ได้ส่งตรวจทางเซลล์วิทยา liquid based cytology (LBC) ต่อไปในทุกราย เพื่อตรวจหาความผิดปกติของเซลล์ ซึ่งผลลัพธ์ทางคลินิกจากตรวจทางเซลล์วิทยา liquid based cytology (LBC) พบรอยโรคในระยะก่อนเป็นมะเร็งชนิด LSIL จำนวน 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 22 และชนิด HSIL จำนวน 68 ราย คิดเป็นร้อยละ 6 และ adenocarcinoma in situ (AIS) จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.5 ดังรายละเอียดตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลลัพธ์ทางคลินิกในกลุ่มที่มีผลบวกที่ไม่ใช่สายพันธุ์ 16/18 (HPV Non 16/18)

ผลลัพธ์ทางคลินิก	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนทั้งหมด (ราย)	1087	
Adenocarcinoma in situ	2	0.5
Cancer	2	0.5
Atypical cell	32	3
HSIL	68	6
LSIL (CIN1)	95	9
LSIL (HPV change)	136	13
ASC-H	211	19
Atrophy	20	2
Reactive cell	121	11
Bacterial vaginosis	48	4
Candida	7	1
Negative for malignant	345	31

จากการศึกษานี้พบว่า กลุ่มผู้ที่มีผลบวกในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง (high risk HPV) ทั้งสายพันธุ์ 16 18 และผลบวกที่ไม่ใช่สายพันธุ์ 16/18 จากการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test พบผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งปากมดลูก จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.68 ของผู้ที่มีผลบวกทั้งหมด อุบัติการณ์

(incidence rate) การเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มเป้าหมาย เท่ากับ 9.9 ต่อแสนประชากร ซึ่งเป็นเซลล์มะเร็งชนิด Squamous cell carcinoma จำนวน 10 ราย

โดยแบ่งระยะตาม FIGO 2018 staging system ของโรคมะเร็งปากมดลูก (according to the 2018 FIGO staging system) พบว่า ระยะ IA1 จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 10 ระยะ IB1 จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 20 ระยะ IB3 จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 20 ระยะ IIB จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 20 และ ระยะ IIIC1 จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 30 ดังรายละเอียดตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยและผลลัพธ์ทางคลินิกของโรคมะเร็งปากมดลูก

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็ง	ผลบวกสายพันธุ์ 16 จำนวน (ร้อยละ)	ผลบวกสายพันธุ์ 18 จำนวน (ร้อยละ)	ผลบวกที่ไม่ใช่สายพันธุ์ 16/18 จำนวน (ร้อยละ)
จำนวนทั้งหมด (ราย)	7	1	2
อายุ (ปี)			
ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	47±9.0	48	55±0.5
ค่ามัธยฐาน	47	48	55.5
ช่วงอายุ	33-57	48	55-56
ชนิดของเซลล์มะเร็ง (Histology)			
Squamous cell carcinoma	7 (100)	1 (100)	2 (100)
ระยะตาม FIGO 2018 staging system			
IA1	0 (0)	0 (0)	1 (50)
IB1	2 (29)	0 (0)	0 (0)
IB3	2 (29)	0 (0)	0 (0)
IIB	1 (13)	1 (100)	0 (0)
IIIC1	2 (29)	0 (0)	1 (50)

วิจารณ์

การศึกษาเรื่องประสิทธิผลและผลลัพธ์ทางคลินิกของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test ในจังหวัดนครสวรรค์ เป็นการศึกษาในกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ที่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV

DNA test ตามโครงการและนโยบายแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) สาขาโรคมะเร็ง กระทรวงสาธารณสุข เพื่อค้นพบรอยโรคระยะก่อนมะเร็งและมะเร็งระยะแรก (secondary prevention) ซึ่งการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test มีความไวและมีความจำเพาะของการตรวจหาเซลล์ที่ผิดปกติได้สูง

จากการศึกษานี้ พบว่าอัตราการเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพียงร้อยละ 25.9 ของกลุ่มเป้าหมายทั้งหมดและเข้าตรวจวินิจฉัยโรคด้วยการส่องกล้อง colposcopy เพื่อการค้นหารอยโรคก่อนมะเร็งและมะเร็ง คิดเป็นร้อยละ 56 ซึ่งอัตราเข้ารับการยืนยันด้วยการส่องกล้อง colposcopy สูงกว่าการศึกษาของ กชกร และคณะ⁽¹²⁾ ที่พบอัตราอุบัติการณ์การตรวจยืนยันผลพยาธิวิทยาของสตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติเท่ากับ 12.4 (95% CI: 10.4-14.7) และในขณะที่การศึกษาของ ศุภพร แสงกระจ่างและคณะ¹³ พบอัตราการยืนยันตรวจโดยวิธี colposcopy สูงถึงร้อยละ 95.1 จากสตรีที่พบผลบวกจากการตรวจวิธี conventional cytology (CC) และ HPV DNA ในจังหวัดอุบลราชธานี

การพบรอยโรคในระยะก่อนเป็นมะเร็งในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง (High risk HPV) ทั้งสายพันธุ์ 16 และ 18 ถึงร้อยละ 99 และกลุ่มผลบวกที่ไม่ใช่สายพันธุ์ 16/18 ร้อยละ 28.5 ตามลำดับ และพบมะเร็งปากมดลูก จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.68 ของผู้ที่มีผลบวกทั้งหมด อุบัติการณ์ (incidence rate) การเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มเป้าหมาย เท่ากับ 9.9 ต่อแสนประชากร พบมะเร็งปากมดลูกในระยะแรก (early stage) ร้อยละ 50 และระยะลุกลาม (locally advanced stage) ร้อยละ 50 โดยผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมดได้เข้ารับการรักษามาตรฐานหลังการวินิจฉัย ซึ่งสอดคล้องกับการการศึกษาของ Tanitra และคณะ¹⁰ ที่เปรียบเทียบประสิทธิภาพการตรวจพบเซลล์ปากมดลูกผิดปกติ พบว่าการตรวจด้วยวิธี HPV based มีประสิทธิภาพการตรวจพบเซลล์ปากมดลูกผิดปกติ ชนิด CIN2+ ได้ดีกว่าการตรวจ cytology based และ การศึกษาของ Sangrajrang และคณะ⁽¹³⁾ พบความผิดปกติจากการตรวจ Colposcopy โดยผลการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยาพบเซลล์ปากมดลูกผิดปกติชนิด CIN1-3 จำนวน 97 ราย และพบมะเร็งปากมดลูก จำนวน 1 ราย จากจำนวนทั้งหมด 5,004 ราย

ในการศึกษานี้พบอัตราการเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกยังต่ำกว่าเป้าหมาย เนื่องจากปัญหาทางสังคม ปัญหาทางการเงิน ปัญหาเรื่องการเดินทาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Mekuria และคณะ⁽¹⁴⁾ ดังนั้นการนำวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองด้วยวิธี HPV self-sampling มาใช้ในแนวทางการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อสนับสนุนให้สตรีเข้าถึงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและเพื่อเพิ่มอัตราการคัดกรองที่ครอบคลุมในแต่ละพื้นที่ให้มากขึ้น โดยพบว่าสตรีส่วนใหญ่ให้ความยอมรับและมีพึงพอใจในการตรวจด้วยตนเองมากกว่าการตรวจโดยแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ ในด้านความสะดวกและความเป็นส่วนตัว^{15,16} นอกจากการตรวจหาโรคมะเร็งระยะแรก (secondary prevention) ด้วยวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแล้ว การได้รับวัคซีน HPV สามารถลดความเสี่ยงการเกิดมะเร็งปากมดลูกได้ ในด้านการป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง (primary prevention)⁽¹⁷⁾ ซึ่งเป็นไปตามแนวทางการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกขององค์การอนามัยโลก (World

Health Organization: WHO)⁽¹⁸⁾ ทั้งนี้การรณรงค์ให้ความรู้ ความตระหนักเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ยังสามารถลดความเสี่ยงการเกิดมะเร็งปากมดลูกได้เช่นกัน

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ คือ เป็นการเก็บข้อมูลในช่วงของสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ทั่วโลกและในประเทศไทย ทำให้ส่งผลกระทบต่อการเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ลดลง ถึงการเข้ารับฉีดวัคซีน HPV และการเข้ารับการรักษามะเร็งปากมดลูกลดลง มีความล่าช้าในการวินิจฉัยและการรักษาอย่างมีนัยสำคัญ⁽¹⁸⁾

สรุป

การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่มีประสิทธิภาพ ที่สามารถลดอุบัติการณ์ของการเกิดมะเร็งปากมดลูกได้ โดยสามารถพบรอยโรคก่อนระยะมะเร็งและมะเร็งระยะต้นได้เพิ่มขึ้น และการเข้าถึงการเข้ารับฉีดวัคซีน HPV สามารถลดความเสี่ยงการเกิดมะเร็งปากมดลูกได้โดยลดการติดเชื้อ HPV และการดูแลรักษาโรคมะเร็งอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นเป้าหมายการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูก

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ คุณนุกูล หนูสุข เป็นอย่างสูง ในความช่วยเหลือทุก ๆ ด้าน

เอกสารอ้างอิง

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA Cancer J Clin. 2021;71(3):209-49.
2. Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, Mathers C, Parkin DM, Piñeros M, et al. Estimating the global cancer incidence and mortality in 2018: GLOBOCAN sources and methods. Int J Cancer. 2019;144(8):1941-53.
3. Rojanamatin J UW, Supaattagorn P, et al. Cancer in Thailand Volume X, 2016-2018 Bangkok. 2021.
4. สถานมะเร็งแห่งชาติ. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการตรวจคัดกรอง ด้วยวิธี HPV DNA Test [อินเทอร์เน็ต]. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. [เข้าถึงเมื่อ 20 กรกฎาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nci.go.th/th/File_download/D_index/ptu/hpv/ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก.pdf
5. Rambout L, Hopkins L, Hutton B, Fergusson D. Prophylactic vaccination against human papillomavirus infection and disease in women: a systematic review of randomized controlled trials. Cmaj. 2007;177(5):469-79.

6. FUTURE II Study Group. Quadrivalent Vaccine against Human Papillomavirus to Prevent High-Grade Cervical Lesions. *New England Journal of Medicine*. 2007;356(19):1915-27.
7. World Health Organization. Guide to introducing HPV vaccine into national immunization programmes. Geneva: World Health Organization; 2016 2016.:1-95.
8. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. แนวทางการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี HPV DNA test. 2566.
9. Siriaunkgul S, Settakorn J, Sukpan K, Srisomboon J, Suprasert P, Kasatpibal N, et al. Population-based cervical cancer screening using high-risk HPV DNA test and liquid-based cytology in northern Thailand. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2014;15(16):6837-42.
10. Tantitamit T, Termrungruanglert W, Khemapech N, Havanond P. A Model Approach for Assessing the Benefits of HPV Testing against Cytology in Screening for Cervical Cancer Precursors in Thailand. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2017;18(5):1271-5.
11. Goldie SJ, Gaffikin L, Goldhaber-Fiebert JD, Gordillo-Tobar A, Levin C, Mahé C, et al. Cost-effectiveness of cervical-cancer screening in five developing countries. *N Engl J Med*. 2005;353(20):2158-68.
12. กชกร ทิพย์สันเทียะ, วิศรุตดา ตีเมืองซ้าย, สุพจน์ คำสะอาด. ใน อุบัติการณ์การมาตรวจยืนยันผลพยาธิวิทยาของสตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม.การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาระดับชาติ ครั้งที่ 23; 25 มีนาคม 2565 มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2565.
13. Sangrajrang S, Laowahutanont P, Wongsena M, Muwonge R, Karalak A, Imsamran W, et al. Comparative accuracy of Pap smear and HPV screening in Ubon Ratchathani in Thailand. *Papillomavirus Res*. 2017;3:30-5.
14. Mekuria SF, Timmermans S, Borgfeldt C, Jerkeman M, Johansson P, Linde DS. HPV self-sampling versus healthcare provider collection on the effect of cervical cancer screening uptake and costs in LMIC: a systematic review and meta-analysis. *Systematic Reviews*. 2023;12(1):103.
15. Nelson EJ, Maynard BR, Loux T, Fatla J, Gordon R, Arnold LD. The acceptability of self-sampled screening for HPV DNA: a systematic review and meta-analysis. *Sex Transm Infect*. 2017;93(1):56-61.

16. Nishimura H, Yeh PT, Oguntade H, Kennedy CE, Narasimhan M. HPV self-sampling for cervical cancer screening: a systematic review of values and preferences. *BMJ Glob Health*. 2021;6(5).
17. Lei J, Ploner A, Elfström KM, Wang J, Roth A, Fang F, et al. HPV Vaccination and the Risk of Invasive Cervical Cancer. *New England Journal of Medicine*. 2020;383(14):1340-8.
18. World Health Organization. Strategic Framework for the Comprehensive Prevention and Control of Cervical Cancer in the Western Pacific Region 2023–2030. 2023.:1-69.

ประสบการณ์การใช้กัญชาในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง

ธนเมศวร์ แท่นคำ¹, บัณฑิต ชุมวรฐายี², ภูษิต ดาบุญเขียว³, พนิดา พิทยกิตติวงศ์⁴,
ธนพล ศรีวงษ์⁵, สาธิตา เรืองสิริภคกุล⁶, กัญญาภัค ศิลารักษ์⁷, วิจิตรา เสนา⁸,
ขจรศักดิ์ สีวาที⁹, ปัตพงษ์ เกษสมบุรณ์¹

บทคัดย่อ อาการปวด คืออาการทางคลินิกของผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองที่พบมากที่สุด ร้อยละ 90 เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง การรักษาอาการปวดที่ผู้ป่วยได้รับได้แก่ ยามอร์ฟีน กลุ่มโอปิออยด์ ปัจจุบันรัฐบาลแก้ไขกฎหมายให้นำกัญชามาใช้ในการแพทย์ได้ แต่พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้ยาจากนอกระบบบริการสาธารณสุข ทำให้ไม่มีข้อมูลผลการใช้ว่าเป็นอย่างไร การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การใช้กัญชาของผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง รูปแบบการศึกษาเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพที่นำมาใช้ในการวิจัยนี้คือการศึกษาคณะกรณี เก็บข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองจำนวน 20 คน วิเคราะห์ข้อมูลแบบ thematic analysis ผลการศึกษา ผู้ป่วยมีอายุระหว่าง 27-74 ปี อายุเฉลี่ย 59.55 ปี ระยะเวลาที่เริ่มป่วยเป็นโรคมะเร็งตั้งแต่ 8 เดือนถึง 9 ปี ระยะเวลาป่วยเฉลี่ย 2.31 ปี ประสบการณ์การใช้กัญชาแบ่งเป็น 5 ประเด็นหลัก คือ 1. การตัดสินใจใช้กัญชาเพราะเป็นทางเลือกสุดท้าย เห็นตามข่าวว่ากัญชารักษามะเร็ง ได้ยินคำบอกเล่าจากผู้อื่น ศึกษาข้อมูลตามเอกสาร ตำรา วารสารต่าง ๆ และกลัวความตาย อยากอยู่แบบไม่ทรมาน อยู่แบบไม่กังวล เป็นต้น 2. รูปแบบกัญชาที่ใช้ได้แก่ สารสกัดกัญชา น้ำมันกัญชา กัญชาสด กัญชาแห้ง 3. แหล่งที่มาของกัญชาได้แก่ โรงพยาบาล ปลุกเอง ซื้อ ลูกหลานหรือเพื่อนนำมาฝาก 4. วิธีการใช้กัญชาได้แก่ หยอดใต้ลิ้น รับประทาน ต้มดื่ม สูบ เป็นต้น 5. ผลทางคลินิกของกัญชาได้แก่ ทำให้นอนหลับได้ดีขึ้น รับประทานอาหารได้มากขึ้น ผ่อนคลาย อารมณ์ดี ลดอาการปวด ไม่วิตกกังวล ไม่เหนื่อยง่าย มีแรงมีกำลังมากขึ้น สุขภาพดีกว่าเดิม ผิวพรรณดี หน้าตาสดชื่นขึ้น สรุปผลประสบการณ์ของการใช้กัญชาในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกันคือทิศทางบวก ผู้ป่วยต้องการใช้กัญชาต่อเนื่องในการรักษาโรคมะเร็ง ข้อเสนอแนะควรให้ผู้ป่วยมะเร็งสามารถปลูกกัญชาเพื่อใช้รักษาตนเองได้ เนื่องจากเข้าถึงง่าย ไม่มีค่าใช้จ่าย มีความปลอดภัย ผลข้างเคียงต่ำ สุขภาพดีขึ้น (วารสารโรคมะเร็ง 2566;43:53-69)

คำสำคัญ: ประสบการณ์การใช้กัญชา กัญชาทางการแพทย์ ผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง

¹ สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน เวชศาสตร์ครอบครัวและอาชีวเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² สาขาวิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

³ โรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี

⁴ โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น

⁵ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

⁶ โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

⁷ โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น จังหวัดสกลนคร

⁸ สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

⁹ โรงพยาบาลดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์

วันที่รับบทความ 2/7/2566, วันที่แก้ไข 27/7/2566, วันที่ตอบรับบทความ 30/8/2566

ผู้รับผิดชอบบทความ : pattapng@kku.ac.th

Experience of cannabis in patients with palliative cancer

By Thanamet Thaenkham¹, Bandit Chumworathayi², Poochit Dabpookhiew³, Panida Pittayakittiwong⁴, Thanapon Srivong⁵, Sathita Ruengsiriphakakul⁶, Kanyapak Silarak⁷, Wijitra Sena⁸, Khachornsak Seevathee⁹, Pattapong Kessomboon¹

Department of Community, Family and Occupational Medicine, Faculty of Medicine, Khon Kaen University¹, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Khon Kaen University², Nong Han Hospital, UdonThani³, Phon Hospital, Khon Kaen⁴, Sirindhorn Hospital, Khon Kaen ⁵, Yangsisurat Hospital, Maha sarakham⁶, PhraAchan Fan Ajaro Hospital, SakonNakhon⁷, Department of Family and Community Health Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University⁸, Donchan Hospital, Kalasin ⁹

Corresponding author; E-mail: pattapng@kku.ac.th

Abstract Pain is the most common clinical symptom that 90 percent of cancer patients experience. It is the primary factor that diminishes patients' quality of life. Patients with cancer are palliatively treated with opioids. Currently, the Thai government has enacted legislation to allow cannabis for medical use, but it has been found that most patients are receiving drugs from outside the public health system. Therefore, information on how cannabis can be used is limited. The study explored the experience of patients with palliative cancer who used cannabis. The study design was qualitative research. The data were collected using in-depth interviews of 20 patients with palliative cancer. The data were analyzed by thematic analysis. The study found that the patients aged between 27-74 years, and the mean age was 59.55 years, the onset of cancer was 8 months to 9 years, and the mean duration of illness was 2.31 years. The experience of cannabis use was divided into five main issues: 1.deciding to use

cannabis as a last resort, seeing on the news that cannabis cures cancer, hearing/telling stories from others, studying information in textbooks and journals, and fear of dying, want to live without suffering, and want to live without worry 2. The forms of cannabis used were cannabis extract, cannabis oil, fresh cannabis and dried cannabis. 3. Sources of cannabis included hospitals, self-cultivation, self-bought and deposition by siblings/grandchildren /friends. 4..Methods for using cannabis included dropping under the tongue, eating, boiling, and smoking 5.Clinical outcomes of cannabis included improved sleep, eating more, relaxation, good mood, less pain, less anxiety, less tiredness, more energy, better health, better skin, and a fresher look. In conclusion, the experience of cannabis use in patients with palliative cancer was consistent in the positive direction, and patients want to continue using cannabis for cancer treatment. It is recommended that cancer patients be granted permission to grow cannabis for self-treatment due to its ease of access, affordability, safety, minimal side effects, and potential for improved health outcomes. (*Thai Cancer J 2023; 43:53-69*)

Keywords: experience of cannabis, medical cannabis, patients with palliative cancer

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญระดับโลก ปัจจุบันผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ทั่วโลกมีจำนวน 19.3 ล้านคน¹ เสียชีวิต 9.96 ล้านคน มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยในปี พ.ศ.2583 หรืออีก 20 ปีข้างหน้า องค์การอนามัยโลกคาดคะเนว่าจะมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เพิ่มขึ้นอีก 10.9 ล้านคน³ และเสียชีวิตเพิ่มขึ้น 6.34 ล้านคน⁴ ทวีปเอเชียมีผู้ป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งมากที่สุด ประเทศไทยอยู่ในลำดับที่ 7 โดยมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 1.91 แสนคน⁵ เสียชีวิต 1.25 แสนคน⁶ การดำเนินของโรคที่ผู้ป่วยมะเร็งทุกคนต้องเจอคือระยะการแพร่กระจายของเซลล์เติบโตอย่างควบคุมไม่ได้ ลุกลามไปยังส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย ทำให้มีความทุกข์ทรมานอย่างมาก อาการทางคลินิกพบมากที่สุดคืออาการปวด ถึงร้อยละ 90 และเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง การรักษาอาการปวดที่ผู้ป่วยได้รับได้แก่ ยามอร์ฟิน ยากลุ่มโอปิออยด์ และปัจจุบันรัฐบาลแก้ไขกฎหมายให้นำกัญชามาใช้ทางการแพทย์ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง จากการวิจัยพบว่า การรักษาแบบผสมผสานทำให้ผู้ป่วยมะเร็งมีอัตราการรอดชีพสูงขึ้น⁷

กัญชามีสารสำคัญทางการแพทย์ คือ เตตราไฮโดรแคนนาบินอยด์ (delta-9 tetrahydrocannabinol: THC) และแคนนาบินไดอัล (cannabidiol: CBD)⁸ ออกฤทธิ์ ยับยั้ง กระตุ้นระบบประสาท ฮอร์โมน ภูมิคุ้มกัน ผ่านระบบ endocannabinoid จากรายงานของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข พบจำนวนผู้ใช้กัญชาจากคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในปี พ.ศ.2562-2564 จำนวน 434,286 ราย⁹ รายงาน

ประสิทธิผลและความปลอดภัยจากการใช้กัญชาเบื้องต้น พบว่าคุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้นร้อยละ 28.66 ผลการรักษาดีขึ้นร้อยละ 30.69 ข้อบ่งใช้ 5 อันดับแรกที่มีการส่งจ่ายกัญชาให้กับผู้ป่วยคือ โรคนอนไม่หลับ อาการปวด โรคที่เกี่ยวข้องกับลม เนื้องอกร้าย (โรคมะเร็ง) และลมปะกังหรือลมตะกัง หลังใช้กัญชาพบว่า มีอาการไม่พึงประสงค์ ได้แก่ เวียนศีรษะ ปากแห้ง คอแห้ง รู้สึกวิงเวียน คลื่นไส้ ซึ่งเป็นอาการที่ไม่ร้ายแรง และพบน้อยมาก เท่ากับร้อยละ 5 ของผู้ป่วย¹⁰ การศึกษาเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ในผู้ป่วยมะเร็งพบว่า ค่ามัธยฐานระยะเวลารอดชีพของกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบมาตรฐานเท่ากับ 0.83 เดือน (95%CI: 0.71-0.95) กลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยกัญชาเท่ากับ 5.66 เดือน (95%CI: 1.94-9.38)¹¹

จากข้อมูลรายงานของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาพบว่า ร้อยละ 39.99 ไม่ระบุข้อมูลด้านคุณภาพชีวิตและร้อยละ 41.3 ไม่ระบุด้านผลการรักษา แสดงว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้ยาจากนอกระบบบริการสาธารณสุข ทำให้ไม่มีข้อมูลผลการใช้อย่างครบถ้วน ว่าผลเป็นอย่างไร จึงควรมีการศึกษาเรื่องนี้เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลจริงของประสบการณ์การใช้กัญชาของผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์กับบุคลากรทางการแพทย์ที่มีหน้าที่โดยตรงต่อการให้การบริบาลผู้ป่วย รวมทั้งตัวผู้ป่วยเองที่จะตัดสินใจในการใช้กัญชาเพื่อการรักษาอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นที่เกี่ยวกับโรคมะเร็งเป็นทางเลือกที่ดีในการดูแลสุขภาพต่อไปเมื่อเกิดการเจ็บป่วย

วิธีดำเนินการวิจัย

วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพที่นำมาใช้ในการวิจัยนี้ คือการศึกษาเฉพาะกรณี (Case Study) เก็บข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interviews) และวิเคราะห์ข้อมูลแบบ thematic analysis สถานที่ทำวิจัยประกอบด้วยโรงพยาบาล 6 แห่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร จังหวัดสกลนคร โรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี และโรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น โดยประชากรกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองระบบใดระบบหนึ่งในร่างกาย ใช้กัญชาทางการแพทย์ทั้งในหน่วยบริการและนอกหน่วยบริการทุกรูปแบบ เป็นเพศชาย หรือเพศหญิง มีอายุ 18 ปีขึ้นไป สัญชาติไทย และรักษาด้วยกัญชาทางการแพทย์สามารถสื่อสารได้อย่างดี มีสติสัมปชัญญะ กลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้เป็นผู้ให้ข้อมูลสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง จนกว่าจะได้ข้อมูลอิ่มตัว ใช้กลุ่มตัวอย่างประมาณ 20 คน และผู้ป่วยยินยอมให้สัมภาษณ์ โดยสัมภาษณ์และเก็บข้อมูล ณ โรงพยาบาลหรือบ้าน/สถานที่ให้ผู้ให้สัมภาษณ์นั้น ๆ อาศัยอยู่หรือสัมภาษณ์ผ่านทางโทรศัพท์มือถือผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้หรือได้รับการรักษาด้วยวิธีการอื่น ๆ ที่นอกจากกัญชาทางการแพทย์ในระหว่างเข้าร่วมโครงการวิจัย ได้แก่ เคมีบำบัด ฉายแสง ยาฆ่าเชื้อ ผ่าตัด มอร์ฟิน เป็นต้น ไม่ได้เข้าร่วมโครงการ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เมื่อผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เป็นที่เรียบร้อยแล้ว จะดำเนินการเก็บข้อมูลทันที โดยการเลือกผู้ป่วยเฉพาะเจาะจง วิธีที่จะเข้าถึงอาสาสมัครที่จะเก็บข้อมูลได้มีอยู่ 2 วิธีคือ ผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล ณ ขณะเวลานั้น และผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาที่โรงพยาบาลที่ยังมีชีวิตอยู่ มีข้อมูลติดต่อได้

2. กระบวนการชี้แจงและขอคำยินยอมจากอาสาสมัคร ผู้สัมภาษณ์จะทำการอธิบายใจความสำคัญของโครงการวิจัย วัตถุประสงค์หลักของโครงการวิจัย และข้อมูลที่ต้องการจากอาสาสมัคร ใช้เวลาประมาณ 10 นาที หลังจากนั้นจะให้อาสาสมัครอ่านเอกสารขอความยินยอมเพื่อเข้าร่วมวิจัยโดยละเอียดใช้เวลา 15 นาที เพื่อให้อาสาสมัครตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย การเก็บข้อมูลหลังจากได้รับความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรแล้ว หากอาสาสมัครปฏิเสธการเข้าร่วมให้สิ้นสุดการเก็บข้อมูล

3. การเก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลใช้การสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัว โดยพิจารณาความพร้อม การยินดีที่จะให้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก ในกระบวนการสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัวใช้เวลาประมาณ 30 นาที ก่อนการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะขออนุญาตเพื่อขอบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ หากผู้ให้ข้อมูลยินดียิ่งก็จะทำการบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ หากผู้ให้ข้อมูลไม่ยินดียิ่งผู้วิจัยก็จะไม่บันทึกเสียง แต่จะใช้วิธีจดบันทึกในแบบบันทึกเท่านั้น หรือหากเป็นอาสาสมัครที่ไม่ได้มารับการรักษาที่โรงพยาบาล ไม่สามารถสัมภาษณ์ตัวต่อตัวได้ ผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์ผ่านทางโทรศัพท์มือถือแทน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลวิจัย

เป็นแบบสัมภาษณ์ที่พัฒนาขึ้นตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยมีข้อคำถามดังนี้

1. ท่านใช้กัญชาในรูปแบบใด
2. แหล่งที่มาของกัญชามาจากที่ไหน
3. วิธีการใช้กัญชาอย่างไร
4. ผลการรักษาหลังจากใช้กัญชาเป็นอย่างไร
5. เหตุผลที่ท่านตัดสินใจใช้กัญชาคืออะไร

การเข้าถึงอาสาสมัคร

ผู้วิจัยจะติดต่อให้ทีมแพทย์/พยาบาลผู้รักษาผู้ป่วย เป็นผู้คัดเลือกผู้ป่วยที่เหมาะสมและติดต่อเบื้องต้นให้ และอาสาสมัครที่เลือกจะเป็นผู้ป่วยที่ยังมารับการรักษาต่อเนื่องหรือยังได้รับการดูแลโดยทีม Palliative โดยให้การดูแลที่บ้านอยู่ กรณีผู้ป่วยยังมาติดตามการรักษาที่โรงพยาบาลอยู่ หลังจากผู้ป่วยเข้าพบและรับการรักษาจากแพทย์แล้ว ขอให้แพทย์หรือพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยแจ้งแก่ผู้ป่วยเพื่อขออนุญาตให้ผู้วิจัยหรือทีมงานเข้าพบเพื่อชี้แจงโครงการและขอคำยินยอม ในกรณีที่ผู้ป่วยยินยอมจึงจะดำเนินการต่อ สำหรับกรณีผู้ป่วยไม่มาติดตามการรักษาทีมวิจัยต้องการสัมภาษณ์ จะใช้วิธีส่งคำชี้แจงทางไปรษณีย์ไปตามที่อยู่ในบันทึกเวชระเบียนเพื่อชี้แจงโครงการและขอคำยินยอมก่อน โดยทำแบบฟอร์มแจ้งช่องทางที่สะดวกจะให้ทีมวิจัยสัมภาษณ์ต่อท้ายแบบคำยินยอมอาสาสมัคร

เช่น แจ้งเบอร์โทรศัพท์หรือแจ้งว่ายินยอมให้เข้าพบที่ใดและแจ้งวันเวลาที่สะดวกมา โดยหากอาสาสมัครยินยอมเข้าร่วมวิจัยก็ให้ส่งคืนแบบยินยอมที่ทีมวิจัยเตรียมพร้อมติดแสตมป์ไว้ให้ทางไปรษณีย์ เมื่อได้รับความยินยอมที่ทีมวิจัยจึงจะดำเนินการต่อไป

การจัดการข้อมูล

เก็บข้อมูลการสัมภาษณ์ให้เป็นระเบียบ เนื่องจากผู้วิจัยได้มีการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลประมาณ 20 คน และเพื่อป้องกันการสับสนของข้อมูลนอกจากนั้นผู้วิจัยมีการจัดบันทึกข้อมูลที่ได้จากเครื่องบันทึกเสียงอย่างเป็นระบบ ข้อมูลที่เก็บจากภาคสนามถูกบันทึกในสองรูปแบบคือ ในกระดาษแบบสัมภาษณ์ และไฟล์เสียง ข้อมูลที่บันทึกในรูปแบบสัมภาษณ์จะถูกแปลงบันทึกในไฟล์ดิจิทัล จัดเก็บในฮาร์ดดิสก์ของคอมพิวเตอร์ มีรหัสเข้าถึงข้อมูล ซึ่งสามารถเข้าถึงได้เฉพาะผู้วิจัยเท่านั้น จากนั้นข้อมูลจากไฟล์ดิจิทัลจะถูกนำมาวิเคราะห์ผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์แบบ thematic analysis ผู้วิจัยได้นำข้อมูลทั้งหมดมาอ่านอย่างละเอียดและหาข้อความที่มีความหมายสอดคล้องกับความหมายหลักและเจาะจงเฉพาะข้อมูลที่เป็นประโยชน์กับความหมาย และหัวข้องานวิจัยและนำข้อมูลทั้งหมดที่ได้มาจัดกลุ่มและกำหนดให้เป็นหมวดหมู่ใช้วิธีการสรุปและตีความจากข้อมูลที่มีความเหมือนหรือคล้ายกันของแต่ละบุคคลของผู้ให้ข้อมูล นอกจากนี้ถ้ายังมีบางประเด็นที่แตกต่างแต่น่าสนใจที่ผู้วิจัยเห็นว่าจะสอดคล้องกับประเด็นหลักและสามารถนำมาใช้ประโยชน์เพื่อขยายความก็จะดำเนินการขยายความให้เห็นในอีกมุมมองหนึ่งของผู้ให้ข้อมูลที่แตกต่างกันแต่อยู่ในเรื่องเดียวกัน

ผลการวิจัย

การศึกษาเรื่องประสบการณ์การใช้กัญชาในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง ครั้งนี้ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองที่ใช้กัญชาด้วยวิธี สัมภาษณ์ตัวต่อตัว สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์มือถือ สัมภาษณ์ผ่านไลน์ ทั้งหมดจำนวน 20 คน แบ่งเป็นเพศหญิง 9 คน เพศชาย 11 คน อายุระหว่าง 27-74 ปี อายุเฉลี่ย 59.55 ปี เป็นผู้ป่วยมะเร็งปอด 5 คน ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี 4 คน ผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ อย่างละ 2 คน ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรง ผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์ และผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหาร อย่างละ 1 คน ระยะเวลาที่เริ่มป่วยเป็นโรคมะเร็งตั้งแต่ 8 เดือนถึง 9 ปี ระยะเวลาป่วยเฉลี่ย 2.31 ปี จากการสัมภาษณ์ได้ข้อมูลประเด็นหลัก มี 5 ประเด็นคือ

1. การตัดสินใจใช้กัญชา 2. รูปแบบกัญชาที่ใช้ 3. แหล่งที่มาของกัญชา 4. วิธีการใช้กัญชา และ 5. ผลทางคลินิกของกัญชา ดังรูปภาพที่ 1 และข้อความต่อไปนี้

1. การตัดสินใจใช้กัญชา เหตุผลที่ผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองตัดสินใจใช้กัญชาคือ

1. เป็นทางเลือกสุดท้าย 2. เห็นตามข่าวว่ากัญชารักษาโรคมะเร็ง 3. ได้ยิน/บอกเล่าจากผู้อื่น 4. ลูก/เพื่อน/ผู้ป่วยมะเร็งแนะนำ 5. ศึกษาข้อมูลจากเอกสาร ตำรา วารสารต่าง ๆ 6. ดูคลิปวิดีโอจากยูทูบ ติดตอก 7. หมอแนะนำให้หาวิธีการรักษาอื่น ๆ 8. เห็นสรรพคุณจากอินเทอร์เน็ต และ 9. กลัวความตาย อยากอยู่แบบไม่ทรมาน อยากอยู่

แบบไม่กังวล ดังข้อความต่อไปนี้

“เห็นตามข่าวว่ามันสามารถรักษาโรคมะเร็งได้” (ผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง สัมภาษณ์ 29 ก.ย. 2565)

“อยากกินเพราะได้ยินว่ากัญชาช่วยในการลดอาการปวด รักษาโรคมะเร็งและทำให้นอนหลับดี ก็อยากใช้นะคะเพราะว่าใช้แล้วก็ดี” (ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม สัมภาษณ์ 15 ก.ย. 2565)

“ญาติที่เป็นผู้ใหญ่นบ้านป่วยเป็นมะเร็งเหมือนกันได้ยินข่าวว่าเตรียมทางเดินทแล้ว ก็เอาน้ำมันกัญชามาหยอด และก็ดื่มกินด้วยจนตอนนี้ถ้วนสมบูรณ์ จนได้มางเดินทละเนาะคุณหมอ ก็เลยกินตาม” (คำแปลโดยผู้วิจัย: ญาติที่เป็นผู้ใหญ่นบ้านป่วยเป็นมะเร็งเหมือนกัน ได้ยินข่าวว่าเตรียมทางเดินทแล้ว ก็เอาน้ำมันกัญชามาหยอด และก็ดื่มกินด้วย จนตอนนี้ถ้วนสมบูรณ์ จนได้รื้อเดินทออกเลยหละคุณหมอกก็เลยกินตาม) (ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี สัมภาษณ์ 20 ก.ย. 2565)

“ผู้ใดกะว่ากัญชาที่กัญชามันป้องกันหนาวชั้น มันป้องกันบให้ลุกลามไปไกลกว่าชั้น ผู้เขาเอามาแต่กรุงเทพ เขาบอก ผู้อยู่กรุงเทพกะซื้อส่งมา” (คำแปลโดยผู้วิจัย: ใคร ๆ ก็พูดว่ากัญชาที่กัญชามันป้องกันหนาวชั้น มันป้องกันไม่ให้ลุกลามไปไกลกว่าชั้น คนที่เอามาจากกรุงเทพเขาบอก คนอยู่กรุงเทพก็ซื้อส่งมา) (ผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง สัมภาษณ์ 7 ต.ค. 2565)

“คนมันกะย่านตายเนาะ อยากอยู่แบบบ่ทรมาน อยากอยู่แบบบ่กังวล บให้เจ้าของคิดมาก ให้กินข้าวได้นอนหลับ แล้วกะแก้ปวดได้น่าหน่ ประมาณนี้หละ” (คำแปลโดยผู้วิจัย: คนมันก็กลัวความตาย อยากอยู่แบบไม่ทรมาน อยากอยู่แบบไม่กังวล ไม่ให้ตัวเองคิดมาก ให้กินข้าวได้นอนหลับ แล้วก็แก้ปวดได้ร่วมด้วย ประมาณนี้หละ) (ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี สัมภาษณ์ 30 พ.ย. 2565)

“มันทางเลือกสุดท้ายแล้วครับคุณหมอ มันไม่มีทางไปแล้ว ทางเลือกสุดท้ายแล้ว พอดีก็กัญชามาพอดี ก็เลยมาพบหมอเพื่อขอใช้” (ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ สัมภาษณ์ 27 ธ.ค. 2565)

“ใช้กัญชามา 2 ปี นี่หละ เพราะว่าหมอที่โรงพยาบาลบอกว่าหาวิธีรักษาแบบอื่นมั่ง ก็เลยมารักษาทางนี้ ไหน ๆ จะตายแล้ว (หัวเราะ ฮ่า ๆๆ) ไหน ๆ ก็จะไม่เหลือแล้ว ปล่อยเอาไว้ถ้าเราไม่เอากัญชามาใช้ เราอาจจะตายจะตายเอาเองหนะมะ ตายแบบเจ็บปวดมะ เราตัดสินใจรักษาทางนี้เลย เพราะว่าถ้าหายมันก็ดี ไม่หายก็รักษาต่อไป” (ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก สัมภาษณ์ 24 ม.ค. 2566)

“เพราะจากที่เห็นสรรพคุณในอินเทอร์เน็ต และมีผู้ป่วยมะเร็งท่านอื่นแนะนำ จึงลองใช้คะ” (ผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์ สัมภาษณ์ 21 ก.พ. 2566)

2. แหล่งที่มาของกัญชา แหล่งที่มาของกัญชาที่ผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองใช้คือ 1. โรงพยาบาล 2. ปลุกเอง 3. ซื้อจากผู้ขายโดยตรง 4. ซื้อจากอินเทอร์เน็ต และ 5. ลูก/หลาน/เพื่อน/น้อง เอามาฝาก ดังข้อความตามหัวข้อที่ 4

3. รูปแบบกัญชาที่ใช้ รูปแบบกัญชาที่ผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองใช้คือ 1. กัญชาสด 2. กัญชาแห้ง 3. น้ำมันกัญชา และ 4. สารสกัดกัญชา ดังข้อความตามหัวข้อที่ 4

4. วิธีการใช้กัญชา วิธีการใช้กัญชาของผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองคือ 1. หยอดใต้ลิ้น 2. สูบ 3. เป็นส่วนประกอบในอาหาร 4. รับประทาน (แบบแคปซูล) 5. ต้มดื่ม และ 6. ต้ม รวมกับสมุนไพรหรือยาหม้อพื้นบ้านดื่มดังข้อความต่อไปนี้

“ใช้กัญชาในการรักษาอาการปวด เริ่มใช้ตั้งแต่ที่รู้ว่าตัวเองเป็นมะเร็ง โดยได้ใช้ใบสด 3-5 ใบ มาต้มใส่น้ำร้อน ต้มหลังอาหารเช้า และก่อนนอน ส่วนมากจะต้มเวลาก่อนนอนครั้งละ 1 แก้ว กัญชาที่ได้มาจากการปลูกแล้วเก็บใบทำแห้งเอาไว้” (ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม สัมภาษณ์ 15 ก.ย. 2565)

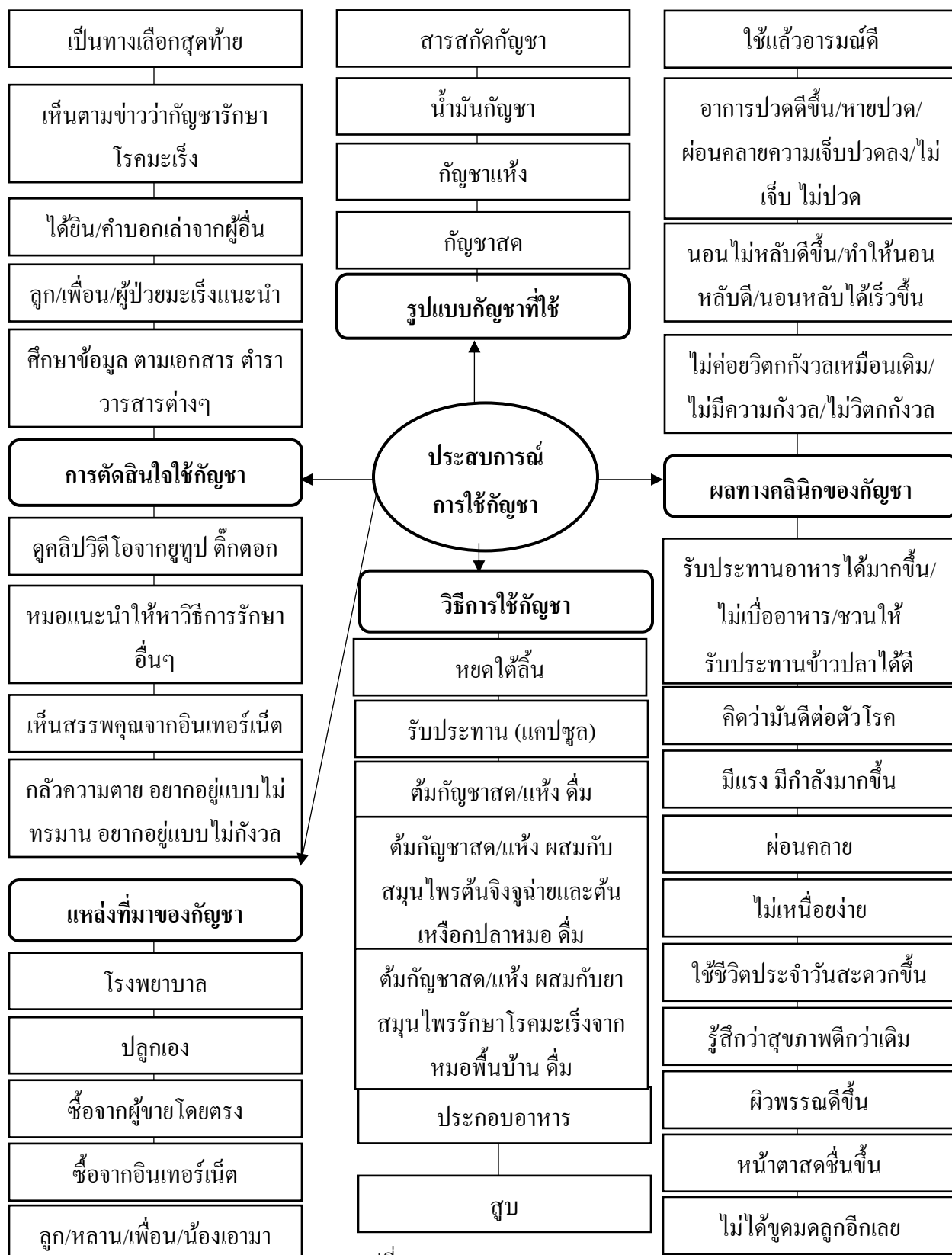
“ใช้กัญชารักษารักษาอาการปวดแต่ตอนนั้นไม่ใช่ของโรงพยาบาลเป็นน้ำมันกัญชาสมุนไพรของชาวบ้าน เป็นน้ำมันกัญชาเหมือนกันครับ เามาจากจังหวัดเชียงราย ใช้หยอดใต้ลิ้น 2 หยดวันละ 1 ครั้งก่อนนอน เพราะว่ามันแรงใช้แล้วจะเมา ใช้ต่อเนื่องมา 2-3 เดือนก็หยุดใช้เพราะหาซื้อยากและก็มาใช้ของโรงพยาบาลช่วงที่เขาประกาศให้ไปปรับได้ที่โรงพยาบาล ใช้หยอดใต้ลิ้น 4-5 หยด วันละครั้ง ก่อนนอน”

“แม่ผมกะใช้กัญชาโตนั่นแหละเป็นตัวยังอยู่ชุนีเมื่อีกะตาย ต้มกับเหอนี่นี่แม่คือจิ้งจอกหมอบมาเห็นกะต้มแห่นสูบน้ำจิ้งจอก ต้มกะเริ่มตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม ปี 2564 กะเอายอดกัญชามา 3 ยอดต้มกับน้ำขุ่นนึ่ง 20 นาทีได้น้ำยาขวดเฮลบลูบอยหนึ่ง กินให้หมดขวดหนึ่งภายในมือเดียว มือหน้ากะต้มใหม่ สูบกะเริ่มตั้งแต่วันที่เฮว่ากันพ่นแหละครับ 1 ตุลาคม 2565 ใส่กัญชาหน่อยเดียว มวนกับกระดากพ่นยาสูบเฮานี้แหละ สูบมือหนึ่ง 3 เทื่อ เข้าเที่ยงแล้วกะแลง” (ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี สัมภาษณ์ 30 ก.ย. 2565)

“กะใช้กัญชาหยอดแม่บ่จำ ที่เามาแต่โรงบาล หลานเฮาตะเอาแบบเป็นใบมาให้แม่จำ เฮาตะเอามาตากบ่ทันได้เฮ็ดกินอยู่จำ น้ำมันที่หยอด หยอดเทื่อละหยด หยอดเทื่อเดียวก่อนนอน ไข้มาลิบเดือนกว่าๆนี้แหละจำ” (ผู้ป่วยมะเร็งปอด สัมภาษณ์ 3 ต.ค. 2565)

“ใช้กัญชาต้มกินครับ เาแต่ใบนั้นแหละ มันกะเป็นแห้งหนึ่งมันกะเป็นปุ่มอยู่เาะครับ ปุ่มหนึ่งกะทอกำป็นนี้แหละ ใส่ในน้ำกะใส่เทื่อละแก้วครับ กินเทื่อละ 1 แก้ว เข้า กับแลง เอากัญชามาจากชลบุรี แล้วกะใช้กัญชาแบบหยอดใต้ลิ้นแหละครับ หยอดเช้า แลง เทื่อละ 2 หยด ใช้มาประมาณ 1 เดือนแล้วครับ เป็นแล้วกะเามาหยอด” (ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี สัมภาษณ์ 30 พ.ย. 2565)

“เริ่มแรกผมใช้โดยตรงคือสูบ คือใช้ใบมาหั่นและมวนสูบโดยไม่ผสมบุหรื สูบก็ได้ทีละครึ่งมวน มันก็ทำให้เราเมเาะ ก็เลยสูบได้ไม่เาะะ ตั้งแต่ผมเริ่มเป็นช่วงที่ ผมเข้าคีโมอะครับ พอหลังให้คีโมครบแล้วประมาณ 1-2 เดือน ผมก็หยุดสูบ ที่หยุดสูบเพราะกลัวติด ก็เลยใช้วิธีหยอดแทน กับใช้ใบมาต้ม ต้มเป็นน้ำชา กัญชาตอนที่ผมเริ่มเป็น เริ่มต้้นเป็น ก็มีเพื่อนบ้าง น้องบ้าง เขาเามาฝาก เอาใส่ถุงใส่เาะไรมาฝาก บางคนก็ตากแห้งมาให้แล้วเาะนะ เพื่อนเามาให้ช่วงที่ยังไม่ปลดลือกเาะนะ ก็แอบ ๆ เามาให้กัน (หัวเราะ) ต้มดื่มนี้ก็ไม่นานเท่าไรเาะครับ ประมาณสัก 2-3 เดือน ผมก็จะเอาส่วนหนึ่ง ประมาณกำหนึ่ง ต้มรวมกับยาสมุนไพรที่ผมรับมาจากหมอเาชาวบ้าน แล้วก็ใช้ดื่ม ต้มนี้ผมต้มเาเานี้ ทานได้เป็นแบบแก้วเาะนะ แก้วหู แก้วกาแฟ น่าจะประมาณ 7-8 แก้วต่อวัน เพราะว่าตัวเานี้มาจากสิงห์บุรี” (ผู้ป่วยมะเร็งปอด สัมภาษณ์ 24 ต.ค. 2565)



รูปที่ 1 Final thematic map

“มีสองอย่างกัญชา ใช้น้ำมันกัญชาเมื่อละ 4 หยดก่อนนอน ล้างเพื่อใช้ใบสดจะมีลูกหลานเขาเอาลงมาให้ ใบแห้งแล้วกะต้มน้ำ ๑ ชะหลະ ลูกสาวเขามีเครื่องกรองแล้วกะใส่ขวดไว้ใส่ตู้เย็นไว้ เอาเทิงใบ ใบแห้งกะมี ใบสดกะมี ชุมเป็นแคะ ๑ หัวนกเค้าที่เขาเอ็งกะมี แล้วลูกหลานเขาจะบอกว่าให้ตัดต้นของมันมาใส่น้ำ ต้มกัญชา” (ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรง สัมภาษณ์ 7 ธ.ค. 2565)

“ตอนนี้ใช้ในรูปแบบน้ำมันกัญชาอย่างเดียวครับ ใช้มา 6 เดือนแล้ว หยดได้ลิ้น 5 หยดครับ ตอนแรกหยด 1 หยด แล้วก็มีอาการแพ้หนึ่งก็หยดเพิ่มอีกเป็น 3 หยด แล้วมาอีกซักพักหนึ่งประมาณ 5 วัน 10 วันอะไรนี้ครับแล้วก็หยดเพิ่มอีกเป็น 5 หยด แล้วก็ปัจจุบันตอนผมหยดคือหยดอยู่ 5 หยดครับ ครั้งเดียวก่อนนอน” (ผู้ป่วยมะเร็งปอด สัมภาษณ์ 3 ม.ค. 2566)

“ผมปลูกกัญชาไว้หลายต้นนะครับคุณหมอ ผมก็เด็ดเอามาต้มน้ำดื่มทุกวัน ครั้งละ 1 แก้ว เช้า เย็น ก็เด็ดเอายอดเอาใบมันปกตินี้แหละครับ ไม่ได้เอาใบทำแห้ง ก็เอามาต้มน้ำดื่ม หรือก็นำมาต้มยาสมุนไพรกินด้วยนะครับ เป็นตัวนี้ครับ จึงจุ๋มจ๋าย เค้าบอกว่ามันดี คนที่เป็นมะเร็งคนอื่น ๆ เขาก็แนะนำมา แล้วก็มิใช่เหงือกปลาหมอด้วยนะครับ ต้มรวม ๆ กัน” (ผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหาร สัมภาษณ์ 30 ก.พ. 2565)

5. ผลทางคลินิกของกัญชา ผลทางคลินิกของผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองที่ใช้กัญชาคือ 1. ไข้แล้วอารมณ์ดี 2. อาการปวดดีขึ้น 3. นอนหลับได้ดีขึ้น 4. ไม่วิตกกังวล 5. รับประทานอาหารได้มากขึ้น 6. ติดต่อดูโรค 7. มีแรงมีกำลังมากขึ้น 8. ผ่อนคลาย 9. ไม่เหนื่อยง่าย 10. ใช้ชีวิตประจำวันสะดวกขึ้น 11. รู้สึกว่าสุขภาพดีกว่าเดิม 12. ผิวพรรณดีขึ้น 13. หน้าตาสดชื่นขึ้น และ 14. ไม่ได้ขี้ดมดลูกอีกเลย ดังข้อความต่อไปนี้

“ก็ดีขึ้นไม่เจ็บ ไม่ปวดอะไรตอนนี้ ต้มกินมาเป็นปีแล้ว” (ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี สัมภาษณ์ 20 ก.ย. 2565)

“อาการนอนไม่หลับก็ดีขึ้น ไม่ค่อยวิตกกังวลเหมือนเดิมคะ” (ผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์ สัมภาษณ์ 21 ก.พ. 2566)

“ใช้กัญชาไปแล้วอาการปวดดีขึ้น ทำให้นอนหลับและรับประทานอาหารได้มากขึ้น” (ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม สัมภาษณ์ 15 ก.ย. 2565)

“ใช้แล้วนอนหลับ และทานข้าวได้มากขึ้น คิดว่ามันดีต่อตัวโรค เกี่ยวกับนอนหลับ ไม่มีปัญหาเรื่องการนอนหลับ” (ผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง สัมภาษณ์ 29 ก.ย. 2565)

“เฮากินข้าวได้ มันกะบ่เป็นหยั่ง กินข้าวได้ แล้วกะมันกะอยู่ดี มีแรงหนึ่ง ผมคิดว่าแต่ละมื้อนิชอบผมผมกะว่ามันกะดีขึ้นมาเรื่อย ๆ เรื่อย ๆ ให้ว่าดีขึ้นซุมื่อไปเดี๋ยวนีจะตายผมว่า” (คำแปลโดยผู้วิจัย: เรากินข้าวได้ มันก็ไม่เป็นอะไร กินข้าวได้ แล้วก็อยู่ดี มีแรงหนึ่ง ผมคิดว่าแต่ละวันนี่สังเกตตัวเอง ผมว่ามันดีขึ้นมาเรื่อยๆ เรื่อยๆ ให้ว่าดีขึ้นทุกวันตอนนี้นะผมว่า) (ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี สัมภาษณ์ 30 ก.ย. 2565)

“ให้ผลว่านอนดีอยู่จ้า บ่คือแต่บ่ทันได้หยอด ใช้มาลิบ่เดือนกว่า ๆ นี่หละจ้า” (คำแปลโดยผู้วิจัย: ให้ผลว่านอนดีอยู่จ้า ไม่เหมือนตอนที่ยังไม่ได้หยอด ใช้มานี้ประมาณเดือนกว่า ๆ นี่หละจ้า) (ผู้ป่วยมะเร็งปอด สัมภาษณ์ 3 ต.ค. 2565)

“ใช้แล้วมันกะนอนหลับดี มันกะสบาย นอนกะบ่ได้มีกังวลหยั่ง ว่าแต่กินเข้าไปกะหวาดโหลด ” (คำแปลโดยผู้วิจัย: ใช้แล้วมันก็นอนหลับดี มันก็สบาย นอนกะบ่ได้มีกังวลอะไร ว่าแต่กินเข้าไปก็หวาดนอนเลย) (ผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง สัมภาษณ์ 7 ต.ค. 2565)

“ใช้ก็ถูกทำให้ผมนอนหลับเร็วขึ้น และก็หายปวดตามที่ว่าแหละ หายปวด ไม่ถึงกับหายเด็ดขาดนะ ในแต่ละครั้ง ก็มันทำให้ผ่อนคลายการเจ็บปวดลง และก็จังหวัดนั้นก็เป็นจังหวัดอยากหลับพอดี ก็ทำให้เราหลับต่อได้” (ผู้ป่วยมะเร็งปอด สัมภาษณ์ 24 ต.ค. 2565)

“ใช้ก็ถูกยาไปแล้วผมกะอยู่ธรรมดาอยู่ครับ กินข้าวกะแซบอยู่ครับ ” (คำแปลโดยผู้วิจัย: ใช้ก็ถูกยาไปแล้วผมก็อยู่ปกติอยู่ครับ กินข้าวก็อร่อยอยู่ครับ) (ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี สัมภาษณ์ 30 พ.ย. 2565)

“ก็ถูกยาข้อดีคือใช้แล้วอารมณ์ดี แต่ก็กะกังวลหงุดหงิด ยานเจ้าของอยู่บ่ได้คิดไปทั่วเนาะ เดี๋ยวนี้กะอารมณ์ดีเลย สุ่มนี่กะปกติ เฮ็ดอันนั้นอันนี้ได้ นอนหลับดี ” (คำแปลโดยผู้วิจัย: ก็ถูกยาข้อดีคือใช้แล้วอารมณ์ดี แต่ก่อนก็กังวลหงุดหงิด กลัวว่าตัวเองจะอยู่ได้ไม่นาน คิดไปทั่วเนาะ ตอนนีก็อารมณ์ดีเลย ทุกวันนี้ก็ปกติ ทำอันนั้นทำอันนี้ได้ นอนหลับดี) (ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี สัมภาษณ์ 30 พ.ย. 2565)

“ใช้ก็ถูกยาแล้วตามลักษณะดีพอกะว่าดีอยู่ ดีอันหนึ่งคือว่าแนวพอบ่ทันเปื้ออาหารจึกเทือเนาะ ดีอันหนึ่งคือเพิ่นชวนกินปลา กินข้าวดีอยู่ถูกยาหนี แนวอันนั้นอีหลีคือบ่เจ็บบ่ปวดนี่หละ บ่ค่อยเจ็บบ่ค่อยปวด อยู่ได้ ” (คำแปลโดยผู้วิจัย: ใช้ก็ถูกยาแล้วตามลักษณะดีพอกะว่าดีอยู่ ดีอันหนึ่งคือว่าพอยังไม่เคยเปื้ออาหารเลยสักครั้ง ดีอันหนึ่งคือเขาชวนกินปลา กินข้าวดีอยู่ถูกยาหนี อีกอย่างจริง ๆ คือไม่เจ็บไม่ปวดนี่หละ ไม่ค่อยเจ็บไม่ค่อยปวด อยู่ได้) (ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรง สัมภาษณ์ 7 ธ.ค. 2565)

“พอมายใช้ก็ถูกยา ก็คือ ทานข้าวทานอะไรมันทานได้เลย เมื่อก่อนใช้เคโมมันทานอะไรไม่ได้ อันนั้นอะ คอในคอมันเป็นแผล โอ้ยต้องกินยาเยอะมาก จนอิมยา ยามันเยอะเกินไป (หัวเราะ) ตัวก็ถูกยามันก็ทำให้การใช้ชีวิตของเรา ใช้ชีวิตประจำวันมันสะดวกขึ้นอะ มันดีขึ้นครับ มันดีขึ้น ดีกว่าเยอะ (คนไข้ขึ้นเสียงสูงและลากเสียงยาว เยอะ) เราทำอะไรก็ได้ไม่เหนื่อยง่าย และก็ทานได้ ตรงที่มันทานได้อะครับคุณหมอ ทานอะไรก็ทานได้ทั้งนั้นเลย เหมือนเมื่อก่อนวันหนึ่งข้าวมื้อหนึ่งหนักสามคำเองกินไม่ลงแล้ว การนอนหลับก็ช่วยได้ครับ ช่วยได้บ้างแต่ไม่เยอะ พอเรานอนหลับซึกพักตื่นขึ้นมาก็หลับยากแล้ว ช่วยได้บ้าง ” (ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ สัมภาษณ์ 27 ธ.ค. 2565)

“หลังจากใช้ก็ถูกยา ก็ตอนนี้ไม่เซ็งว่ายังไม่รู้ผลครับ ผมก็หยุดไปเรื่อย ๆ แต่คือแต่ว่าผมรู้สีกว่ามันนอนหลับนอนพักผ่อนดีครับ ครับ ทานอาหารได้ปกติครับ ” (ผู้ป่วยมะเร็งปอด สัมภาษณ์ 3 ม.ค. 2566)

“ใช้แล้วก็รู้สีกว่ากินข้าวได้นะ แล้วก็นอนหลับลึกดีนะ มันจะทำให้เราว่างแล้วก็หลับ แล้วก็ตื่นทีก็ 3 นุ่่นหละ บางทีเราก็นอน 3 นุ่่น หลับยาวเลย ใครมาเรียกก็ไม่ได้ยิน หยดแคว้นละครตอนกลางคืน ถ้ากินตอนกลางวันคือถ้าว่าหิวคือหิวจนกินข้าวได้หมดเป็นกระต๊อบเลยหละ ” (ผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ สัมภาษณ์ 10 ม.ค. 2566)

“ใช้กัญชาแล้วรู้สึกว่าคุณภาพดีกว่าเดิม ดีกว่าเดิมมากเลย มีแต่ดีขึ้น ดีขึ้น ผิวพรรณก็ดีนะ จากที่เป็นผิวกรอบๆ แห้งๆ ดำๆ หนะ หน้ตาที่สดชื่นขึ้น หน้ตาที่เป็นพังเป็นฝ้าอะไรก็หายไปหมด ผิวพรรณที่เป็นกรอบๆ เป็นจุดๆ ก็หาย” (ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก สัมภาษณ์ 24 ม.ค. 2566)

“พอได้กัญชากลับมาก็ดีขึ้น ปวดท้องน้อย ปวดท้องน้อย ปวดแบบรู้สึกรำคาญหนะ แต่ที่นี้พอได้มาหยดอีกก็ดีขึ้นนะ ก็ว่ามันดีขึ้น ก็มันไม่ปวดนะ อืม” (ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก สัมภาษณ์ 24 ม.ค. 2566)

“ตอนนั้นแม่หนักกินข้าวไม่ได้เลย ผอม นี่กลับมาอ้วนอีกนะหนิ เอ้อ ตอนนั้นผอมเหมือนกับโอ้ยผิบบ่นหนะ เหลืองก็เหลือง เป็นอย่างนั้นเลยนะตอนนั้นหนะ วันนี้ใครก็มีแต่มาทักว่าโอ้ยไปทำอะไรมา ดูสดใสขึ้นอะไร หูที่กินกัญชา ก็บอกเขาไปอย่างนี้เลย กินกัญชาที่ดีขึ้น 4 ปีแล้วที่กินมา ก็เลยว่าอย่างงี้ ซื่อกินเอง 2-3 ปี นี่แหละ” (ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก สัมภาษณ์ 24 ม.ค. 2566)

“พอถึงเวลาเข้านอนอะไรเสร็จจะเตรียมนอนก็หยุดกัญชา สัก 10 นาที 15 นาที ก็มีความรู้สึกว่ามันจะผ่อนคลาย ทำให้เราหลับได้ นอนหลับได้เร็วขึ้น มันจะเป็นอย่างนั้น” (ผู้ป่วยมะเร็งปอด สัมภาษณ์ 24 ต.ค. 2565)

“มีความรู้สึกว่าซัด ๆ นะ สมมุติว่าหมอให้หยด 2 หยด ผมก็หยด 3 หยดอย่างเงี้ยะ ตื่นเช้ามาก็หาย เป็นปกติ” (ผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ สัมภาษณ์ 10 ม.ค. 2566)

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้กัญชา

จากการวิจัยในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองจำนวน 49 คน สอบถามถึงผลข้างเคียงจากการใช้กัญชา พบว่ามีเพียง 1 รายที่มีอาการคอแห้ง (2.04%) รูปแบบกัญชาที่ใช้เป็นแบบน้ำมันกัญชา ตำรับหมอเดชา แหล่งที่มาของกัญชาคือโรงพยาบาล ปริมาณกัญชาที่ผู้ป่วยมะเร็งรายนี้ใช้ในขณะนั้นคือจำนวน 15 หยด วันละ 1 ครั้ง เฉพาะเวลาก่อนนอน แต่อาการดังกล่าวไม่มีความรุนแรงหรือผลกระทบต่อผู้ป่วยถึงขั้นต้องหยุดการใช้กัญชา ผู้ป่วยยังประสงค์ใช้ยาต่อ²⁴ ผู้ป่วยที่ใช้อย่างที่มีส่วนผสมของกัญชามีค่าการทำงานของตับ ได้แก่ ระดับเอนไซม์ aspartate transaminase, alanine transaminase และ alkaline phosphatase และค่าการทำงานของไต ได้แก่ blood urea nitrogen และ creatinine ก่อนและหลังไม่แตกต่างกันและไม่เกินค่ามาตรฐานในคนปกติ¹⁹

วิจารณ์

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตัดสินใจใช้กัญชาเพราะได้รับข่าวสารจากสื่อ คำบอกเล่า ความกลัวการเจ็บป่วย ศึกษาตำรา เอกสารต่าง ๆ แหล่งที่มาของกัญชามีทั้งในหน่วยและนอกหน่วยบริการ รูปแบบกัญชาที่ใช้ ได้แก่ สารสกัด กัญชาสดและแห้ง วิธีใช้ คือหยดใต้ลิ้น ต้มดื่ม ผลทางคลินิกหลังจากใช้กัญชาทำให้นอนหลับได้ดีขึ้น รับประทานอาหารได้มากขึ้น ผ่อนคลาย อารมณ์ดี ลดอาการปวด ไม่วิตกกังวล ไม่เหนื่อยง่าย มีแรงมีกำลังมากขึ้น สุขภาพดีกว่าเดิม ผิวพรรณดี หน้ตาสดชื่นขึ้น เป็นต้น ไม่พบอาการไม่พึงประสงค์ มีความปลอดภัย สอดคล้องกับการวิจัยก่อนหน้านี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์จากสื่อออนไลน์ ได้แก่ โลกโซเชียล และยูทูบ ร้อยละ 51.92²⁰ อินเทอร์เน็ต ร้อยละ 56.08²¹ ปัจจัยที่กระตุ้นให้ประชาชนใช้กัญชาคือ นโยบายรัฐบาลอนุญาตให้ประชาชนปลูกกัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ เคยได้ยินหรือได้เห็นผู้อื่นใช้กัญชา

เพื่อรักษาทำให้มั่นใจในการใช้กัญชามากขึ้น²² ใช้เพื่อการดูแลสุขภาพและการใช้เพื่อการรักษาโรคหรือความเจ็บป่วย²³ รูปแบบกัญชาที่ใช้คือ น้ำมันกัญชา ใบกัญชา แคปซูลน้ำมันกัญชา และกัญชาในตำรับยาแผนไทย น้ำมันกัญชาเป็นรูปแบบที่มีการใช้มากที่สุด และมีมุมมองว่าน้ำมันกัญชาเป็นยารักษาโรคที่มีฤทธิ์แรงที่สุด²³

ผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองที่มีความรู้เกี่ยวกับกัญชาจะตัดสินใจใช้กัญชาเมื่อเกิดอาการปวด²⁵ ผู้ป่วยมะเร็งทุกคนมีทัศนคติในเชิงบวกกับกัญชา เพราะน้ำมันกัญชาช่วยให้นอนหลับได้ดีขึ้น ตื่นขึ้นมาแล้วสดชื่น อาการปวดลดลง รับประทานอาหารได้ดีขึ้น และผู้ป่วยมีความประสงค์ที่จะใช้น้ำมันกัญชา ร่วมกับการรักษาแผนปัจจุบัน¹² ร้อยละ 72.72 ของคนที่เคยใช้กัญชาทางการแพทย์มีอาการโดยรวมดีขึ้น¹³ ตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็ง 1 คน หน้าซีกซ้ายกระตุก ควบคุมไม่ได้จากการรับการฉายรังสีและเคมีบำบัด วิธีการรักษาเดิมคือฉีดยาที่อกและฝังเข็ม แต่อาการทุเลาลงไม่มาก หลังจากให้น้ำมันกัญชาช่วยด้วยอาการดีขึ้น¹⁴

การศึกษาในผู้ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้ายจำนวน 7 คน รักษาด้วยน้ำมันกัญชาได้ผลพบว่ากลุ่มนี้จะตอบสนองต่อยาตั้งแต่ 1-2 ครั้งแรก การปรับยาอยู่ระหว่าง 10 ถึง 20 หยดต่อวัน หลังได้น้ำมันกัญชาผู้ป่วยทุเลาอาการปวดลง รับประทานอาหารได้ นอนหลับได้ และผู้ป่วยไม่ซึมเหมือนตอนที่ได้รับ morphine ขนาดสูง มีอารมณ์ดี พุดคุยบ่อยขึ้น อาการอ่อนเพลียดีขึ้นเพียงเล็กน้อย ผู้ป่วยมะเร็ง 3 คน เป็นมะเร็งระยะที่ 4 ตรวจพบว่ามีการลุกลามของมะเร็งและมีค่า CEA ขึ้นสูงแต่ผู้ป่วยยังไม่มีอาการผิดปกติอื่น ๆ ผู้ป่วย 2 คนใช้แล้ว ค่า CEA ลดมากกว่าร้อยละ 50 1 คน ค่า CEA ลดลงเล็กน้อย ใช้น้ำมันกัญชาอยู่ 5-10 หยดต่อวัน ระยะการติดตาม 3 ถึง 6 เดือน โดยปกติค่า CEA ที่ขึ้นจะไม่ลงเองถ้าไม่มีการรักษา จะขึ้นเรื่อย ๆ¹⁴

การใช้สารสกัดกัญชา 1.7% THC ในผู้ป่วยกลุ่มมะเร็งและผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ผล 10/23 คน เท่ากับร้อยละ 43 เมื่อเทียบกับการรักษาชนิดอื่นพบว่าได้ผลเป็นที่น่าพอใจ มีโรคแทรกซ้อนน้อย ราคาถูก เหมาะที่จะใช้รักษาโรคมะเร็ง¹⁵ ผู้มีอาการปวด ใช้ Morphine ร่วมกับน้ำมันกัญชา 5 ราย หลังเข้าคลินิกสามารถลดอาการปวดหลังปรับยาโดยใช้ Visual analogue scale จากคะแนน 8.9 เหลือ 2.95 ($P < 0.008$)¹⁴ ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับชาที่มีส่วนผสมของกัญชา 5% และ 7% มีคุณภาพการนอนหลับที่ดีขึ้นหลังได้รับกัญชา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.05$)¹⁶ ผู้ป่วยยังมีความประสงค์ในการใช้น้ำมันกัญชาต่อไป น้ำมันกัญชาช่วยทำให้การนอนหลับดีขึ้น และช่วยลดระดับความปวดได้¹⁴ และน้ำมันกัญชาทำให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายรับประทานอาหารได้ดีขึ้น¹⁴

การศึกษาเชิงพรรณนาย้อนหลังของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการรักษาด้วยยาสกัดกัญชาชนิด THC ขนาด 0.5 มก.ต่อ หยด พบว่าระดับความรุนแรงของอาการที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ อาการปวด เหนื่อย/อ่อนเพลีย คลื่นไส้ ซึมเศร้า วิดกกังวล เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ¹⁷ ในกลุ่มตัวอย่าง 200 คน รักษาด้วยน้ำมันกัญชาสูตรอาจารย์เดชาครบ 3 เดือน พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและสภาวะสุขภาพทางตรงเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.86 ± 0.16 และ 88.19 ± 9.53 คะแนนตามลำดับ และมีค่าอัตราประโยชน์และภาวะสุขภาพ (VAS) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)¹⁸

สรุป

หลังจากผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองใช้กัญชาแล้วผลที่ได้สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน คือ ทิศทางบวก หมายถึง ใช้กัญชาแล้วทำให้สุขภาพโดยรวมทั้งหมดดีขึ้น ผู้วิจัยเห็นว่ากัญชามีประโยชน์ หาได้ง่าย ปลูกใช้เองก็ได้ ราคาไม่แพง ผลข้างเคียงน้อย ผลทางคลินิกดี สมควรที่จะสนับสนุนให้มีการส่งจ่ายให้กับผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองที่มีความต้องการใช้กัญชา รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งปลูกกัญชาและทำยาใช้เองได้ อาจจะต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ด้านกัญชาและการรักษาโรคไปให้ข้อมูล แนะนำ และพาลงมือปฏิบัติให้ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีพมากขึ้น คุณภาพชีวิตดีขึ้น เป็นทางเลือกที่ต่ออย่างหนึ่งในการรักษาแบบประคับประคอง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย: ให้ผู้ป่วยมะเร็งสามารถปลูก สกัด และทำน้ำมันกัญชาใช้เองได้ โดยให้มีผู้เชี่ยวชาญเข้าไปช่วยเหลือแนะนำ ทำให้เข้าถึงการรักษาได้มากขึ้น เกิดความยั่งยืนของวัตถุดิบ กระบวนการ หรือ ผลิตภัณฑ์ที่ได้จากกัญชา สามารถนำมารักษาทนเองได้อย่างต่อเนื่อง เป็นประโยชน์ในการรักษาโรค ราคาถูก และปลอดภัย
2. ข้อเสนอแนะเชิงการวิจัยในอนาคต: ในการวิจัยครั้งต่อไปดำเนินการในลักษณะเดียวกันกับโครงการวิจัยครั้งนี้แต่เลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นโรคมะเร็งชนิดเดียวกันและระยะเดียวกัน

จริยธรรมการวิจัย

ได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE651077 รับรองวันที่ 6 กรกฎาคม 2565 ได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น หนังสือเลขที่ ขก 0033.202.11/48 วันที่ 14 พฤศจิกายน 2565 ได้รับอนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น หนังสือเลขที่ อว 660301.6.1.5.2/514/65 วันที่ 3 สิงหาคม 2565 โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม หนังสือเลขที่ 2361 วันที่ 16 สิงหาคม 2565 โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น หนังสือเลขที่ 5543 วันที่ 28 พฤศจิกายน 2565 โรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี หนังสือเลขที่ 4833/65 วันที่ 25 พฤศจิกายน 2565 และโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร จังหวัดสกลนคร หนังสือเลขที่ 654368 วันที่ 25 พฤศจิกายน 2565

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization (WHO)[Internet]. Cancer Today. [cited 2023 June 06]. Available from: <https://bit.ly/3J5qOvh>
2. World Health Organization (WHO) [Internet]. Cancer Today. [cited 2023 June 06]. Available from: <https://bit.ly/45TOHj3>
3. World Health Organization (WHO) [Internet]. Cancer Tomorrow. [cited 2023 June 06]. Available from: <https://gco.iarc.fr/tomorrow/en/dataviz/isotype>

4. World Health Organization (WHO) [Internet]. Cancer Tomorrow. [cited 2023 June 06]. Available from: https://gco.iarc.fr/tomorrow/en/dataviz/isotype?types=1&single_unit=5000
5. World Health Organization (WHO) [Internet]. Cancer Today. [cited 2023 June 06]. Available from: <https://bit.ly/43lper0>
6. World Health Organization (WHO) [Internet]. Cancer Today. [cited 2023 June 06]. Available from: <https://bit.ly/43x1LZY>
7. ศราวุธ นนทะศิลา, สุพจน์ คำสะอาด . อัตรารอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากหลังการวินิจฉัยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์. ศรีนครินทร์เวชสาร 2563;35(6):753-59.
8. Appendino G, Chianese G, Taglialatela-Scafati O. Cannabinoids: occurrence and medicinal chemistry. Current Medicinal Chemistry 2011;18(7):1085–99.
9. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. สรุปจำนวนผู้มารับบริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. กระทรวงสาธารณสุข; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 18 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://toiminta2.fda.moph.go.th/Reports/powerbi/MRJN/report_recive?rs:embed=true
10. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. รายงานประสิทธิภาพประสิทธิผลและความปลอดภัยจากการใช้กัญชา [อินเทอร์เน็ต]. กระทรวงสาธารณสุข; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 19 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://toiminta2.fda.moph.go.th/Reports/powerbi/MRJN/hvpc_bi?rs:embed=true&APP=GU EST
11. Phansila N, Wongkongdech R, Sittiwech C [Internet]. Survival Rate of Cholangiocarcinoma, Hepatocellular Patients Received Cannabis Treatment. Research Square; 2021. [cited 2023 June 10]. Available from: <https://assets.researchsquare.com/files/rs-1030279/v1/81a19f09-840d-41c0-86a6-342acff19245.pdf?c=1644210851>
12. ญัฐิกา วรรณแก้ว. ทศนคติต่อการรักษาด้วยน้ำมันกัญชาของผู้ป่วยมะเร็งในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 2565;20(2):405-14.
13. เบญจวรรณ พูนธนานิวัฒน์กุล, เจมส์ พิงผล, สุวภัทร บุญเรือน, วันเพ็ญ ยอดคง, ญัฐพล ชมภูวรัช, พรชัย แซ่มตา. ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้กัญชาทางการแพทย์ของผู้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยในสถานพยาบาลคัดสรร. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ 2565;5(1):48-61.
14. กิตติวัฒน์ กันทะ, สมบัติ กาศเมฆ และนิภาพร ใจบาน. ผลการพัฒนาคลินิกดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลจุน จังหวัดพะเยา. วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก 2564;8(3):41-56.

15. จีระศักดิ์ ศรีเจริญ. รายงานผู้ป่วย:ประสบการณ์การรักษาผู้ป่วย ด้วยน้ำมันกัญชา 1.7% THC เจ้าพระยาอภัยภูเบศรในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า 1 ม.ค.2563-31 ธ.ค.2563. วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4 2564;11(2):93-100.
16. พงศธร ทองกระสี และดุขฎี ศรีธาดุ. ประสิทธิผลของชาที่มีส่วนผสมของกัญชาต่อการนอนไม่หลับ. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย 2565;5(1):25-32.
17. อรรถสิทธิ ศรีสุบัติ, สมชาย ธนะสิทธิชัย, อรุณี ไทยะกุล, สุริพร คนละเอียด, วรบุตร อรุณรัตน์โชติ, ธนะรัตน์ อิมสุวรรณศรี, ชนัญญ มงคล, วนศรี ไพศาลตันติวงศ์, วารุณี เสวตประวิษฐกุล. ผลของการใช้ยาสกัดกัญชาชนิด THC เติมน้ำมันผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม. วารสารกรมการแพทย์ 2563;45(4):208-14.
18. กัญญากัศ ศิลารักษ์. ประสิทธิผลของน้ำมันกัญชาสูตร อ.เดชา ต่อคุณภาพการนอนหลับและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยนอก ณ คลินิกทางกระรอก โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2565;16(3):1097-108.
19. ศศิพงศ์ ทิพย์รัชดาพร, จริญญา สีทา, พิพัฒพงศ์ บ่อมไชยา, สมฤทัย บุญญาวรรณ, กัญญากัศ ศิลารักษ์. ประโยชน์และความปลอดภัยของตำรับยาสุขไสยาสน์ในผู้ป่วยที่มีภาวะนอนไม่หลับ. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 2564;19(2):317-30.
20. อุษณีย์ เอกสุวีรพงษ์, ช่อผกา นาคมิตร. ความรู้และทัศนคติต่อกัญชาทางการแพทย์ของประชาชนตำบลเขาถ่าน อำเภอกำแพง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย 2565;4(2):77-86.
21. นิธชาธร ภาโนมัย, ธนันท์รักษ์ วัชรธรร, ธีรศักดิ์ พาจันท์, ชาตรีเจริญ ชีวะกุล. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยมะเร็งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ของประเทศไทย. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา 2565;8(1):49-67.
22. พิระ อาริรัตน์. ความรู้และความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ของผู้รับบริการในโรงพยาบาลจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2564;14(2):1-12.
23. รัตติยา แดนดงยิ่ง, กรแก้ว จันทภาษา. พฤติกรรมและเหตุผลการใช้กัญชาของประชาชน: กรณีศึกษาในจังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารเภสัชกรรมไทย 2565;14(3):594-603.
24. ธนเมศวร์ แท่นคำ. ผลทางคลินิกและความปลอดภัยของกัญชาทางการแพทย์ในผู้ป่วยมะเร็ง [วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2566.
25. Thanamet Thaenkham. The pain management experience of patients with palliative cancer using cannabis in the northeastern part of Thailand. International Journal of Engineering and Science 2023;13(7):34-40.