

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในผู้ป่วยแบบประคับประคอง  
โรงพยาบาลแม่อน อำเภอมะเอน จัหวัดเชียงใหม

นพ.สมมิตร สิงหใจ

โรงพยาบาลแม่อน

บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาผลของการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลแม่อน อำเภอมะเอน จัหวัดเชียงใหม

**วิธีการศึกษา:** การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มคัดเลือกแบบเจาะจง ไม่สุ่มกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ในระยะประคับประคอง และเข้ารับการรักษาที่ โรงพยาบาลแม่อน อำเภอมะเอน จัหวัดเชียงใหม ตั้งแต่วันที่ 3 ตุลาคม 2565 ถึง 30 มิถุนายน 2566 จำนวน 36 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับการรักษาด้วยตำรับยาที่มีกัญชาผสมอยู่ ณ คลินิกกัญชาทางการแพทย์ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาด้วยตำรับยาแพทย์แผนปัจจุบัน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบไปด้วยแบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลแม่อน อำเภอมะเอน จัหวัดเชียงใหม และแบบประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยแบบประคับประคอง ESAS วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test และเปรียบเทียบข้อมูลภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test

**ผลการศึกษา:** กลุ่มทดลอง 18 ราย เป็นเพศชายร้อยละ 44 อายุเฉลี่ย  $65.78 \pm 10.63$  ปี ระยะเวลาเป็นมะเร็งเฉลี่ย  $2.44 \pm 1.72$  ปี กลุ่มควบคุม 18 ราย เป็นเพศชายร้อยละ 50 อายุเฉลี่ย  $63.28 \pm 12.85$  ปี ระยะเวลาเป็นมะเร็งเฉลี่ย  $1.94 \pm 1.39$  ปี พบว่าหลังการทดลอง คะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมมีค่าเท่ากับ  $16.39 \pm 6.32$  คะแนน และของกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ  $10.67 \pm 4.60$  คะแนน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.006$ ) และผลต่างของคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยก่อนและหลังทดลองของกลุ่มควบคุมมีค่าเท่ากับ  $1.00 \pm 2.14$  คะแนน และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ  $7.83 \pm 4.09$  คะแนน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.001$ )

**สรุป:** การใช้กัญชาทางการแพทย์ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแบบประคับประคองได้ จึงเป็นอีกแนวทางการรักษาทางเลือกหนึ่งสำหรับผู้ป่วยแบบประคับประคอง

**คำสำคัญ:** กัญชาทางการแพทย์, การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง, คุณภาพชีวิต

ส่งบทความ: 22 มี.ค. 2567, แก้ไขบทความ: 27 ส.ค. 2567, ตีพิมพ์บทความ: 4 ก.ย. 2567

ติดต่อบทความ

นพ.สมมิตร สิงหใจ, อว.เวชศาสตร์ป้องกัน โรงพยาบาลแม่อน จัหวัดเชียงใหม

E-mail: sommit5353@gmail.com

Original Article

**Effect of using medical cannabis clinic services in palliative care patients  
at Mae On Hospital, Mae On district, Chiang Mai province**

*Sommit Singjai, MD.*

*Mae On Hospital*

**ABSTRACT**

**Objective:** To study effect of using medical cannabis in palliative care patients at MaeOn hospital MaeOn district ChiangMai province.

**Study Method:** This was a quasi-experimental study with a non-random, purposive sampling method. The sample consisted of 36 cancer patients in palliative care who received treatment at Mae On Hospital, Mae On District, Chiang Mai Province, from October 3, 2022, to June 30, 2023. The participants were divided into an experimental group, which received treatment with a cannabis-containing formula at the medical cannabis clinic, and a control group, which received treatment with a conventional medicine formula. Data collection tools included a palliative care patient information record and the Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) for quality of life assessment. Data were analyzed using descriptive statistics and comparisons between groups were made using the Mann-Whitney U test, and Wilcoxon Signed Ranks Test.

**Results:** The study results showed that in the experimental group of 18 participants, 44% were male, with an average age of  $65.78 \pm 10.63$  years and an average cancer duration of  $2.44 \pm 1.72$  years. In the control group, also with 18 participants, 50% were male, with an average age of  $63.28 \pm 12.85$  years and an average cancer duration of  $1.94 \pm 1.39$  years. After the experiment, the average quality of life score in the control group was  $16.39 \pm 6.32$  points, compared to  $10.67 \pm 4.60$  points in the experimental group, with a statistically significant difference ( $p=0.006$ ). Additionally, the difference in average quality of life scores before and after the experiment was  $1.00 \pm 2.14$  points in the control group and  $7.83 \pm 4.09$  points in the experimental group, also showing a statistically significant difference ( $p<0.001$ ).

**Conclusions:** Medical cannabis can improve quality of life in palliative care. Therefore, this is another an alternative treatment for palliative care patients.

**Keywords:** medical cannabis, palliative care, quality of life

Submitted: 2024 Mar 22, Revised: 2024 Aug 27, Published: 2024 Sep 4

**Contact**

Sommit Singjai, MD., Mae On Hospital, Chiang Mai Province

E-mail: sommit5353@gmail.com

## ที่มา

กัญชา (cannabis) ได้นำมาใช้ในทางการแพทย์เพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วย ซึ่งมีสารประกอบ cannabinoids สามารถใช้ในการรักษาโรคได้ โดยสารที่ออกฤทธิ์หลัก คือ delta-9 - Tetrahydrocannabinol (THC) ที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท และcannabidiol (CBD) ที่ไม่มีฤทธิ์เสพติด สารประกอบ cannabinoids ออกฤทธิ์ผ่าน cannabinoid receptor หลัก 2 ชนิด คือ CB1 receptor ซึ่งพบมากในสมองและร่างกาย มีผลต่อการตัดสินใจ ความจำ ความเข้าใจอารมณ์ การรับรู้ความปวดและการเคลื่อนไหว และ CB2 receptor พบมากในระบบภูมิคุ้มกัน และระบบประสาทส่วนปลาย ม้าม ทอนซิล ต่อมไทมัส กระดูก ผิวหนัง และเลือด monocyte, macrophages, B-cells และ T-cells<sup>[1]</sup>

ปัจจุบันหลายประเทศทั่วโลกมีการนำสารสกัดกัญชามาใช้เพื่อเป็นยารักษาผู้ป่วย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยแบบประคับประคอง (palliative care) ซึ่งเป็นโรคที่อยู่ในระยะลุกลามหรือเป็นมาก (advanced disease) หรือมีการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต (life threatening illness)<sup>[2]</sup> ในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องมีการรักษาความปวด และอาการไม่สบายทางกาย พร้อมกับการดูแลปัญหาด้านจิตใจและจิตวิญญาณ เน้นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว ตระหนักถึงการตายโดยไม่เร่งหรือยืดเวลา ช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่ทรมาน ทำกิจวัตรประจำวันได้ และพบอาการไม่พึงประสงค์หรือลดภาวะแทรกซ้อนให้น้อยที่สุด<sup>[3]</sup> ดังการศึกษาของ Pearl Zaki, et al.<sup>[4]</sup> ที่ทำการศึกษาการใช้สารสกัดกัญชาในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าภายหลังการใช้ 4 เดือน ผู้ป่วยมีอาการปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ร้อยละ 66.7 การศึกษาของอรรถสิทธิ์ ศรีสุภัตและคณะ<sup>[5]</sup> ที่ทำการศึกษาประสิทธิผลของการใช้สารสกัดกัญชาชนิด THC เติมน้ำมันผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม พบว่า

ยาสกัดกัญชาชนิด THC มีความปลอดภัยเพียงพอในการนำมาใช้เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต ทำให้นอนหลับดีขึ้น ลดอาการปวดและเพิ่มความอยากอาหาร การศึกษาของวลรัตน์ ไกรโกศล และคณะ<sup>[6]</sup> ที่ทำการศึกษาผลและความปลอดภัยของยาน้ำมันกัญชาหยอดใต้ลิ้นสูตร THC 1.7% ในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่มารับบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร พบว่ามียาน้ำมันกัญชาหยอดใต้ลิ้นสูตร THC 1.7% ช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายบรรเทาอาการปวด เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ วิตกกังวล มีแนวโน้มในการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อีกทั้งกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข<sup>[7]</sup> ได้แนะนำให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ในการรักษาผู้ป่วย ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่มีภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากเคมีบำบัด 2) โรคลมชักที่รักษายากและดื้อต่อยารักษา 3) ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็ง (spasticity) จากโรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง (multiple sclerosis) 4) ภาวะปวดประสาท (neuropathic pain) 5) ภาวะเบื่ออาหารในผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวน้อย 6) การเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) หรือผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต (end of life) เป็นต้น

โรงพยาบาลแม่อน อำเภอมะเอน จังหวัดเชียงใหม่ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง เปิดคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ.2563 โดยแรกเริ่มเปิดให้บริการทุกวันจันทร์ ที่ 3 ของเดือน เวลา 08.30-15.00 น. พบว่า มีผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์จำนวนไม่มาก เนื่องจากผู้ป่วยระยะประคับประคองยังขาดความเชื่อมั่น และมีความกลัวในการรับสารกัญชาทางการแพทย์<sup>[8]</sup> และในปี พ.ศ.2565 กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีนโยบายให้โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจัดตั้งคลินิกกัญชาทางการแพทย์รูปแบบบูรณาการ คือให้มีการผสมผสานการรักษาของแพทย์ปัจจุบันและแพทย์แผนไทย

ออกตรวจในวันเดียวกัน ปัจจุบันเปิดให้บริการทุกวันจันทร์ เวลา 08.30-16.30 น. โดยผู้รับบริการจะได้รับการซักประวัติ และตรวจประเมินโดยแพทย์และทีมสหวิชาชีพเพื่อพิจารณารับยาที่มีส่วนผสมของกัญชา และวิธีการรักษาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยโดยมุ่งเน้นไปยังผู้ป่วยระยะประคับประคองเพื่อการรักษาผู้ป่วยระยะประคับประคองให้ดีขึ้น จากสถิติผู้ป่วยที่อยู่ในระยะประคับประคองของโรงพยาบาลแม่ออน<sup>[9]</sup> พบว่า ในปีพ.ศ.2563 มีผู้ป่วยที่อยู่ในระยะประคับประคอง จำนวน 85 ราย เป็นผู้ป่วยมะเร็งมากที่สุด 33 ราย ปี พ.ศ.2564 มีจำนวน 120 ราย เป็นผู้ป่วยมะเร็งมากที่สุด 60 ราย และในปีพ.ศ.2565 มีจำนวน 137 ราย เป็นผู้ป่วยมะเร็งมากที่สุด 90 ราย จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่อยู่ในระยะประคับประคอง โดยเฉพาะในผู้ป่วยมะเร็งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี

ผู้วิจัยในฐานะเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลแม่ออน จังหวัดเชียงใหม่ ที่ให้การดูแลสภาวะสุขภาพที่มีความซับซ้อน Bio-psycho-social complex มีความเข้าใจในการเชื่อมโยงกับปัญหาสุขภาพทางกาย เชื่อมโยงกับจิตใจ ปัจจัยทางครอบครัว สังคม และความเชื่อต่าง ๆ ร่วมด้วยในการดูแลคนป่วย ผู้วิจัยคาดว่าหากมีการผสมผสานการรักษาระหว่างแพทย์แผนปัจจุบันกับแพทย์แผนไทยที่เหมาะสม น่าจะเป็นทางเลือกหนึ่งที่จะเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยแบบประคับประคองได้ ถึงแม้ว่าสารสกัดกัญชาไม่ได้ถูกนำมาใช้เป็น first line drug ในการรักษาในผู้ป่วยแบบประคับประคอง แต่ในทางกลับกัน หากผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาในแผนปัจจุบันได้อาจเกิดจากการดื้อยาหรือแพ้ยา การรักษาแพทย์ไทยที่ใช้สารสกัดกัญชาก็ถือเป็นอีกหนึ่งตัวเลือกสำหรับผู้ป่วยได้ โดยขนาดเริ่มต้นที่ควรให้ คือ เริ่มทีละน้อย แล้วค่อย ๆ ปรับเพิ่มขนาด จนสามารถควบคุมอาการหรืออาการบรรเทาได้ (Titration) แล้วคงขนาดนั้นไปเรื่อย ๆ (Start Low, Go

slow, Keep Low)<sup>[10]</sup> เพื่อลดอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลแม่ออน อำเภอแม่ออน จังหวัดเชียงใหม่ โดยทำการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้วยแบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (ESAS) ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการรักษาด้วยตำรับยาที่มีกัญชาผสมอยู่ โดยแพทย์ปัจจุบัน และแพทย์แผนไทย และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาด้วยตำรับยาแผนปัจจุบัน โดยแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งผู้วิจัยคาดหวังว่าผลการวิจัยจะทำให้เกิดประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ผู้ป่วยได้เข้าถึงสารสกัดกัญชาทางการแพทย์ที่มีคุณภาพปลอดภัย และได้รับการรักษาติดตามควบคุมอาการของโรคและภาวะของโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลแม่ออน อำเภอแม่ออน จังหวัดเชียงใหม่

#### นิยามศัพท์

ผู้ป่วยแบบประคับประคอง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลแม่ออน ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยแบบประคับประคอง ได้แก่กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง ซึ่งอยู่ในภาวะเจ็บป่วยรุนแรง มีอาการปวด หรืออาการรบกวน กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้หายขาดและมีอาการเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ และกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย และได้ลงบันทึกเวชระเบียนเป็นผู้ป่วยแบบประคับประคอง ที่โรงพยาบาลแม่ออน

คลินิกกัญชาทางการแพทย์ หมายถึง หน่วยบริการของโรงพยาบาลแม่ออน ที่เปิดให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยตำรับยาแผนปัจจุบันและแพทย์ไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ และน้ำมันกัญชา

ทางการแพทย์แผนปัจจุบันและแผนไทย ตาม  
แนวทางการแพทย์แผนปัจจุบันควบคู่กับแพทย์  
แผนไทย และได้รับอนุญาตจากสำนักงาน  
คณะกรรมการอาหารและยา (อย.)

กัญชาทางการแพทย์ หมายถึง สิ่งที่ได้จาก  
การสกัดพืชกัญชา เพื่อนำสารสกัดที่ได้ มาใช้  
ทางการแพทย์และการวิจัยไม่ได้หมายถึงรวมถึง  
กัญชาที่ยังคงมีสภาพเป็นพืช หรือส่วนประกอบ  
ใด ๆ ของพืชกัญชา โดยกัญชาทางการแพทย์  
แผนปัจจุบัน ให้สิ่งใช้ยาโดยผู้ประกอบวิชาชีพ  
เวชกรรมแผนปัจจุบัน ได้แก่ ผลิตภัณฑ์ยาสกัด  
กัญชาทางการแพทย์

1. ยาน้ำมันสารสกัดกัญชาที่มี THC ไม่เกิน  
0.5 mg/drop
2. ยาน้ำมันสารสกัดกัญชาที่มี THC : CBD  
ในอัตราส่วน 1:1
3. ยาน้ำมันสารสกัดกัญชาที่มีcannabidiol  
(CBD) 100 mg/ml และมี THC ในอัตราส่วนที่  
CBD : THC มากกว่าหรือเท่ากับ 20:1

ตำรับยาทางการแพทย์แผนไทย คือ  
ตำรับยาที่มีกัญชาเป็นส่วนประกอบในตำรับยา  
แผนไทย ซึ่งการใช้กัญชาทางการแพทย์  
แผนไทยในอดีต ไม่ได้ใช้เป็นสมุนไพรเดี่ยว แต่จะ  
ปรุงในรูปแบบของการนำกัญชาเข้าตำรับยา ซึ่ง  
ในแต่ละตำรับ กัญชาอาจทำหน้าที่ที่ต่างกัน  
ออกไป และในตำรับนั้น ๆ ต้องมีสมุนไพรชนิด  
อื่นที่คุมฤทธิ์ของกัญชาด้วย ซึ่งมีประกาศ 16  
ตำรับที่ได้รับอนุญาตให้ผลิตในประเทศเพื่อใช้ในการ  
รักษาโรคสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายในกรณี

จำเป็นต้องใช้ยาที่มีกัญชาเป็นส่วนประกอบ รวมถึง  
น้ำมันกัญชา“น้ำมันกัญชา (ตำรับหมอเดชา)”ด้วย

คุณภาพชีวิตผู้ป่วย หมายถึง คะแนนจาก  
การประเมินโดยใช้แบบประเมินอาการของ ESAS  
(Edmonton Symptom Assessment System)  
ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย มณฑารัตน์ จินดา  
และคณะ ประกอบไปด้วย 9 อาการ ได้แก่  
อาการปวด อาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย อาการ  
คลื่นไส้ อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล อาการ  
ง่วงซึม อาการเบื่ออาหาร ความสบายดีทั้งกาย  
และใจ และอาการเหนื่อยหอบ ระดับการวัดของ  
แต่ละอาการจะแบ่งเป็นหมายเลข 0-10 โดย 0  
หมายถึง ไม่มีอาการ และ 10 หมายถึง มีอาการ  
มากที่สุด

กลุ่มทดลอง หมายถึง ผู้ป่วยแบบ  
ประคับประคองที่ได้รับการรักษาด้วยกัญชาทาง  
การแพทย์ ในรูปแบบการผสมผสานแพทย์แผน  
ปัจจุบันและแพทย์แผนไทย

กลุ่มควบคุม หมายถึง ผู้ป่วยแบบ  
ประคับประคองที่ได้รับการรักษารูปแบบแพทย์  
แผนปัจจุบัน

#### สมมติฐานการวิจัย

1.ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับการบริการในคลินิก  
กัญชาทางการแพทย์มีคุณภาพชีวิตเมื่อประเมินโดย  
ใช้แบบประเมินอาการของ ESAS (Edmonton  
Symptom Assessment System) ดีกว่า  
กลุ่มควบคุม

2.ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น  
หลังจากรับบริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์

## กรอบแนวคิด

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>การให้บริการคลินิกผู้ป่วยทางการแพทย์</b><br>- การจัดบริการคลินิกผู้ป่วยทางการแพทย์<br>แบบบูรณาการในผู้ป่วยแบบประคับประคอง<br>(กรมการแพทย์ กรมการแพทย์แผนไทยและ<br>การแพทย์ทางเลือก กรมสุขภาพจิต, 2564)<br>- แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะ<br>ประคับประคองด้วยยาทางการแพทย์แผน<br>ไทย (กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์<br>ทางเลือก, 2565) | <b>กลุ่มทดลอง (18 ราย)</b><br>ได้รับการรักษารูปแบบการ<br>ผสมผสาน<br>แพทย์แผนปัจจุบันและ<br>แพทย์แผนไทย<br><b>กลุ่มควบคุม (18 ราย)</b><br>ได้รับการรักษารูปแบบ<br>ปกติแพทย์แผนปัจจุบัน | <b>คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยแบบประคับประคอง</b><br>- อาการปวด<br>- อาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย<br>- อาการคลื่นไส้<br>- อาการซึมเศร้า<br>- อาการวิตกกังวล<br>- อาการง่วงซึม/สับสน/สับสน<br>- อาการเบื่ออาหาร<br>- อาการไม่สบายกายและใจ |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## วิธีดำเนินงานวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) คัดเลือกแบบเจาะจงแบบสองกลุ่มไม่สุ่มระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการรักษาด้วยตำรับยาที่มีกัญชาผสมอยู่ โดยแพทย์ปัจจุบันและแพทย์แผนไทย และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาด้วยตำรับยาแผนปัจจุบัน โดยแพทย์แผนปัจจุบัน

## สถานที่ทำการศึกษ

โรงพยาบาลแม่ออน อำเภอมะแม่อน จังหวัดเชียงใหม่ ตั้งแต่วันที่ 3 ตุลาคม 2565 ถึง 30 มิถุนายน 2566

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ในระยะประคับประคอง และเข้ารับการรักษที่โรงพยาบาลแม่ออน อำเภอมะแม่อน จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างวันที่ 3 ตุลาคม 2565 ถึง 30 มิถุนายน 2566

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ในระยะประคับประคอง และเข้ารับการรักษที่โรงพยาบาลแม่ออน อำเภอมะแม่อน จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 36 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 18 ราย และกลุ่มควบคุม 18 ราย โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ซึ่งจะทำให้การเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมที่ได้รับรูปแบบการรักษาโดยแพทย์ปัจจุบันก่อนจนครบจำนวนที่ต้องการจำนวน 18 ราย เพื่อป้องกันความลำเอียงด้านการได้รับการรักษาทางการแพทย์ แล้วจึงดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่ม

ทดลองที่ได้รับการรักษารูปแบบการผสมผสานจนครบจำนวนตัวอย่างที่ต้องการจำนวน 18 ราย

การคำนวณขนาดตัวอย่าง ดำเนินการโดยใช้สูตรการหาขนาดตัวอย่าง ในงานวิจัยประเภทที่ต้องการหาค่าเฉลี่ยการศึกษา (Testing two independent means) ในคน 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน<sup>[11]</sup> โดยผู้วิจัยใช้ผลงานวิจัยของภิญโญ อุทธิยาและคณะ<sup>[12]</sup> ที่ทำการศึกษผลของโปรแกรมการจัดการรายกรณีผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชน และประเมินคุณภาพชีวิตด้วยแบบประเมิน ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) มาอ้างอิงในการคำนวณ ค่าที่ใช้คือหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มควบคุมเท่ากับ  $43.75 \pm 5.74$  คะแนน และกลุ่มทดลองเท่ากับ  $39.85 \pm 1.06$  คะแนน ใช้กำลังการทดสอบเท่ากับ 0.80 ที่ระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ทดสอบ 2 ทิศทาง ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 18 ราย

## เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่รักษารูปแบบประคับประคองที่รับบริการที่โรงพยาบาลแม่ออน
2. สามารถอ่าน ฟัง เขียน พูดและสื่อสารภาษาไทยได้ดี
3. ยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย

## เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจาก โครงการวิจัย

1. มีปัญหาบกพร่องด้านสติปัญญาและ  
ความคิด เช่น ปัญญาอ่อน ภาวะสมองเสื่อม
2. มีประวัติแพ้ผลิตภัณฑ์ที่ได้จากการสกัด  
กัญชา

## เกณฑ์การบอกเลิกจากการศึกษา (discontinuation criteria)

1. เปลี่ยนใจระหว่างเข้าร่วมโครงการแล้ว  
และขอถอนตัวจากการวิจัยครั้งนี้
2. เสียชีวิตระหว่างกระบวนการเก็บรวบรวม  
ข้อมูล

## เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย  
ได้แก่

คู่มือแนวทางคลินิกกัญชาทางการแพทย์ใน  
ผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลแม่อน  
อำเภอมะเอน จังหวัดเชียงใหม่ โดยอาศัย  
แนวคิดจากแนวทางการจัดบริการคลินิกกัญชา  
ทางการแพทย์แบบบูรณาการ ของกรมการแพทย์  
กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก  
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ฉบับ  
มกราคม พ.ศ.2564 และแนวทางการดูแลผู้ป่วย  
ระยะประคับประคองด้วยกัญชาทางการแพทย์  
แผนไทย ของกรมการแพทย์แผนไทยและ  
การแพทย์ทางเลือก ฉบับมกราคม พ.ศ.2565  
มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการให้บริการ  
กัญชาทางการแพทย์อย่างถูกต้องและปลอดภัย  
ได้มากขึ้น โดยผู้ป่วยจะได้รับการประเมินสภาพ  
ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ความเข้าใจถึง  
การอนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ จะได้รับ  
อธิบายขั้นตอนการรับบริการ การบริหารยา  
การประเมินผลข้างเคียงด้วยตนเอง เพื่อใช้เป็น  
ข้อมูลประกอบการพิจารณาเพิ่มหรือลดปริมาณ  
ยา กัญชา และแพทย์ผู้สั่งการรักษาประเมินว่า  
ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพร้อมและเข้าใจใน  
กระบวนการทั้งหมดจึงอนุญาตให้ผู้ป่วยรับ  
การรักษาได้ และทำการติดตามผลการรักษา

พร้อมทั้งจัดตั้งทีมงานสหวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญ  
เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เป็นต้น

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยแบบ  
ประคับประคอง โรงพยาบาลแม่อน อำเภอมะเอน  
จังหวัดเชียงใหม่ ประกอบด้วย เพศ อายุ  
สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้  
เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว สิทธิการรักษา  
ผู้ดูแลหลัก โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ การดื่ม  
แอลกอฮอล์ การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาที่เป็นโรค  
และดัชนีมวลกาย

2.2 แบบประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วย  
แบบประคับประคอง ESAS (Edmonton  
Symptom Assessment System) ฉบับที่แปล  
เป็นภาษาไทยโดย มณฑารัตน์ จินดา และคณะ<sup>[13]</sup>  
ประกอบไปด้วย 9 อาการ ได้แก่ อาการปวด  
อาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย อาการคลื่นไส้ อาการ  
ซึมเศร้า อาการวิตกกังวล อาการง่วงซึม อาการ  
เบื่ออาหาร ความสบายดีทั้งกายและใจ และ  
อาการเหนื่อยหอบ โดยลักษณะของคำตอบเป็น  
แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แต่  
ละอาการมีคะแนนอยู่ในช่วง 0 – 10 คะแนน  
กำหนดให้ 0 คะแนนหมายถึงไม่มีอาการ และ  
10 คะแนนหมายถึงมีอาการรุนแรงมากที่สุด ใน  
การแปลผลหากคะแนนมีค่าเข้าใกล้ 0 หมายถึง  
มีคุณภาพชีวิตดี และหากคะแนนเข้าใกล้ 10  
หมายถึง มีคุณภาพชีวิตไม่ดี

## การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

### 1. การหาความตรงตามเนื้อหา (content validity)

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความตรงของ  
เนื้อหาของคู่มือแนวทางปฏิบัติคลินิกกัญชาทาง  
การแพทย์ในผู้ป่วยแบบประคับประคอง  
โรงพยาบาลแม่อน อำเภอมะเอน จังหวัด  
เชียงใหม่ แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยแบบ  
ประคับประคองเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิที่มี  
ความเชี่ยวชาญด้านแพทยเวชศาสตร์ครอบครัว  
หรือเวชศาสตร์ป้องกัน 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญ

ด้านการแพทย์แผนไทย 2 ท่าน เพื่อประเมินความเป็นไปได้ของการดำเนินการตามแนวทางที่กำหนด และรวบรวมข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไข หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยแบบประคับประคองที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่กำหนดจำนวน 10 ราย เพื่อดูความชัดเจนของภาษาที่ใช้ และได้นำมาปรับแก้ให้เกิดความสมบูรณ์ก่อนการนำไปใช้จริง

## 2. การหาความเชื่อมั่น (reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยแบบประคับประคอง ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) ไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย และทำการวิเคราะห์ความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.95

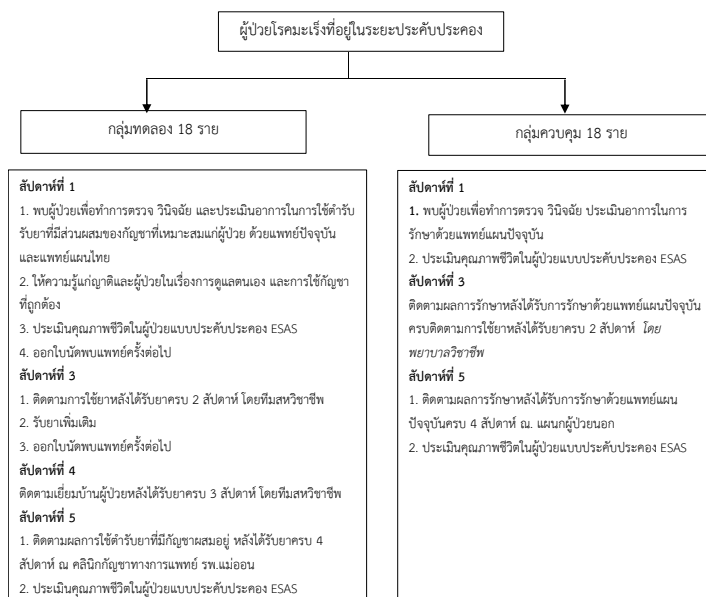
## การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณา และได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

เชียงใหม่เลขที่ CM 12/2565 รับรองวันที่ 3 ตุลาคม 2565 ถึง วันที่ 2 ตุลาคม 2566 ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดในการดำเนินการวิจัย มีการลงนามยินยอมในเอกสารขอความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัย และผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถขอถอนตัวออกจากการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่ควรจะได้รับตามมาตรฐาน ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนด เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย เช่นยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในเอกสารยินยอม (informed consent) โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนจนครบจำนวนที่ต้องการ คือ 18 ราย เพื่อป้องกันความลำเอียงด้านการได้รับการรักษา แล้วจึงดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองจนครบจำนวนตัวอย่างที่ต้องการคือ 18 ราย โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการ ดังนี้



ภาพที่ 1 แผนภูมิการดำเนินการ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูล การรักษาของผู้ป่วย ด้วยสถิติพรรณนา แสดง จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน

2. เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูล การรักษาของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของ ครอบครัว สิทธิการรักษา ผู้ดูแลหลัก โรค ประจำตัว การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาที่เป็นโรค และดัชนี มวลกาย ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วย สถิติ Chi-Square test

3. เปรียบเทียบ อายุ คุณภาพชีวิตในผู้ป่วย แบบประคับประคอง ESAS ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test เนื่องจากทำการทดสอบการแจกแจงข้อมูล แบบโค้งปกติ ด้วยสถิติโคโมโกรอฟ สมิโนร์ฟ (Kolmogorov-smirnov test) ที่ระดับนัยสำคัญที่ 0.05 พบว่าข้อมูลไม่ได้มีการแจกแจงแบบปกติ

4. เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยแบบ ประคับประคอง ESAS ภายในในกลุ่มควบคุมและ กลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test เนื่องจากทำการทดสอบการแจก แจงข้อมูลแบบโค้งปกติ ด้วยสถิติโคโมโกรอฟ สมิ นอร์ฟ (Kolmogorov-Smirnov test) ที่ระดับ นัยสำคัญที่ 0.05 พบว่าข้อมูลไม่ได้มีการแจกแจง แบบปกติ

### ผลการวิจัย

ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ในระยะประคับประคอง กลุ่มควบคุม จำนวน 18 ราย เป็นเพศชายและ เพศหญิงเท่ากันร้อยละ 50 ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย  $63.28 \pm 12.85$  ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 55.6

สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 44.4 มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 50.0 รายได้ ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนไม่เกิน 10,000 บาท ร้อยละ 61.1 ใช้สิทธิบัตรทอง ร้อยละ 83.3 มี บุตรหลานเป็นผู้ดูแล ร้อยละ 50.0 มีโรค ประจำตัว ร้อยละ 94.4 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 94.4 ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 88.9 เป็นโรคมะเร็ง ทางเดินอาหาร มะเร็งช่องปาก มะเร็งปอด ร้อยละ 27.8 และ เป็นมาแล้วไม่เกิน 2 ปี ร้อยละ 72.2 และมีดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 44.4

ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ในระยะประคับประคอง กลุ่มทดลอง จำนวน 18 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศ หญิงร้อยละ 55.6 มีอายุเฉลี่ย  $65.78 \pm 10.63$  ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 61.1 สำเร็จการศึกษา ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 38.9 มีอาชีพรับจ้าง ทั่วไป ร้อยละ 44.4 รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อ เดือนไม่เกิน 10,000 บาท ร้อยละ 55.6 ใช้ สิทธิบัตรทอง ร้อยละ 72.2 มีคู่สมรสเป็นผู้ดูแล ร้อยละ 44.4 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 100.0 ไม่ สูบบุหรี่ร้อยละ 88.9 ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 88.9 เป็นโรคมะเร็งทางเดินอาหาร มะเร็งปอด ร้อยละ 33.3 และ เป็นมาแล้วไม่เกิน 2 ปี ร้อยละ 61.1 และมีดัชนีมวลกายสมส่วน ร้อยละ 44.4

เมื่อทำการทดสอบทางสถิติพบว่า ผู้ป่วย โรคมะเร็งที่อยู่ในระยะประคับประคอง กลุ่ม ควบคุมและกลุ่มทดลอง มีเพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อ เดือนของครอบครัว สิทธิการรักษา ผู้ดูแลหลัก โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาที่เป็นโรค และดัชนี มวลกาย ไม่มีความแตกต่างกันอย่างไม่มี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $P\text{-value} > 0.05$ ) ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

| ข้อมูลทั่วไป                 | กลุ่มควบคุม (n=18) |            | กลุ่มทดลอง(n=18) |            | p-value |
|------------------------------|--------------------|------------|------------------|------------|---------|
|                              | จำนวน              | ร้อยละ     | จำนวน            | ร้อยละ     |         |
| เพศ                          |                    |            |                  |            | 0.738   |
| ชาย                          | 9                  | 50.0       | 8                | 44.4       |         |
| หญิง                         | 9                  | 50.0       | 10               | 55.6       |         |
| อายุ                         |                    |            |                  |            | 0.516   |
| ค่าเฉลี่ย (S.D.)             | 63.28              | (12.85)    | 65.78            | (10.63)    |         |
| สถานภาพสมรส                  |                    |            |                  |            | 0.933   |
| โสด                          | 2                  | 11.1       | 2                | 11.1       |         |
| สมรส                         | 10                 | 55.6       | 11               | 61.1       |         |
| แยกกันอยู่/หย่าร้าง          | 6                  | 33.3       | 5                | 27.8       |         |
| ระดับการศึกษา                |                    |            |                  |            | 0.889   |
| ไม่ได้เรียนหนังสือ           | 2                  | 11.1       | 1                | 5.6        |         |
| ประถมศึกษา                   | 8                  | 44.4       | 7                | 38.9       |         |
| มัธยมศึกษา/ปวช.              | 3                  | 16.7       | 4                | 22.2       |         |
| ปริญญาตรี                    | 5                  | 27.8       | 6                | 33.3       |         |
| อาชีพหลัก                    |                    |            |                  |            | 0.879   |
| ไม่ได้ทำงาน                  | 7                  | 38.9       | 7                | 38.9       |         |
| ทำไร่ ทำนา ทำสวน             | 2                  | 11.1       | 3                | 16.7       |         |
| รับจ้างทั่วไป                | 9                  | 50.0       | 8                | 44.4       |         |
| รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน |                    |            |                  |            | 0.735   |
| ไม่เกิน 10,000 บาท           | 11                 | 61.1       | 10               | 55.6       |         |
| มากกว่า 10,000 บาท           | 7                  | 38.9       | 8                | 44.4       |         |
| ค่าเฉลี่ย (S.D.)             | 12,944.44          | (7,711.51) | 13,444.44        | (6,679.40) | 0.630   |
| สิทธิการรักษา                |                    |            |                  |            | 0.423   |
| จ่ายเอง                      | 3                  | 16.7       | 5                | 27.8       |         |
| บัตรทอง                      | 15                 | 83.3       | 13               | 72.2       |         |
| ผู้ดูแลหลัก                  |                    |            |                  |            | 0.581   |
| บุตร/หลาน                    | 9                  | 50.0       | 7                | 38.9       |         |
| คู่สมรส                      | 5                  | 27.8       | 8                | 44.4       |         |
| ญาติพี่น้อง                  | 4                  | 22.2       | 3                | 16.7       |         |
| โรคประจำตัว                  |                    |            |                  |            | 0.310   |
| ไม่มี                        | 1                  | 5.6        | 0                | 0.0        |         |
| มี                           | 17                 | 94.4       | 18               | 100.0      |         |
| มี 1 โรค                     | 15                 | 83.3       | 12               | 66.7       |         |
| มี 2 โรค                     | 2                  | 11.1       | 2                | 11.1       |         |
| มี 3 โรค                     | 0                  | 0.0        | 4                | 22.2       |         |
| เบาหวาน                      | 13                 | 72.2       | 14               | 77.8       |         |
| ความดันโลหิตสูง              | 1                  | 5.6        | 4                | 22.2       |         |
| ไขมันในเลือดสูง              | 3                  | 16.7       | 6                | 33.3       |         |
| โรคหัวใจ/หลอดเลือด           | 2                  | 11.1       | 2                | 11.1       |         |
| พาร์กินสัน                   | 0                  | 0.0        | 1                | 5.6        |         |
| หอบหืด                       | 0                  | 0.0        | 1                | 5.6        |         |
| การสูบบุหรี่                 |                    |            |                  |            | 0.546   |
| ไม่สูบ                       | 17                 | 94.4       | 16               | 88.9       |         |
| สูบ                          | 1                  | 5.6        | 2                | 11.1       |         |

**ตารางที่ 1** ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (ต่อ)

| ข้อมูลทั่วไป             | กลุ่มควบคุม (n=18) |        | กลุ่มทดลอง(n=18) |        | p-value |
|--------------------------|--------------------|--------|------------------|--------|---------|
|                          | จำนวน              | ร้อยละ | จำนวน            | ร้อยละ |         |
| การดื่มแอลกอฮอล์         |                    |        |                  |        | 1.000   |
| ไม่ดื่ม                  | 16                 | 88.9   | 16               | 88.9   |         |
| ดื่ม                     | 2                  | 11.1   | 2                | 11.1   |         |
| การวินิจฉัยโรคหลัก       |                    |        |                  |        | 0.702   |
| โรคมะเร็งทางเดินอาหาร    | 5                  | 27.8   | 6                | 33.3   |         |
| โรคมะเร็งช่องปาก         | 5                  | 27.8   | 5                | 27.8   |         |
| โรคมะเร็งปอด             | 5                  | 27.8   | 6                | 33.3   |         |
| โรคมะเร็งเต้านม          | 2                  | 11.1   | 0                | 0.0    |         |
| โรคมะเร็งปากมดลูก        | 1                  | 5.6    | 1                | 5.6    |         |
| ระยะเวลาที่เป็นโรคมะเร็ง |                    |        |                  |        | 0.480   |
| ไม่เกิน 2 ปี             | 13                 | 72.2   | 11               | 61.1   |         |
| มากกว่า 2 ปี             | 5                  | 27.8   | 7                | 38.9   |         |
| ค่าเฉลี่ย (S.D.)         | 1.94               | (1.39) | 2.44             | (1.72) | 0.377   |
| ดัชนีมวลกาย              |                    |        |                  |        | 0.740   |
| ต่ำกว่าเกณฑ์             | 8                  | 44.4   | 5                | 27.8   |         |
| ปกติสมส่วน               | 6                  | 33.3   | 8                | 44.4   |         |
| น้ำหนักเกิน              | 1                  | 5.6    | 1                | 5.6    |         |
| อ้วนระดับ 1              | 3                  | 16.7   | 3                | 16.7   |         |
| อ้วนระดับ 2              | 0                  | 0.0    | 1                | 5.6    |         |
| ค่าเฉลี่ย (S.D.)         | 20.05              | (4.31) | 21.07            | (4.67) | 0.635   |

เมื่อเปรียบเทียบผลการประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้แบบประเมินอาการของ ESAS ในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ในระยะประคับประคอง ในผู้ป่วยกลุ่มเดียวกัน พบว่า ก่อนศึกษากลุ่มทดลองมีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ย  $18.50 \pm 7.87$  คะแนน และหลังการศึกษา  $10.67 \pm 4.60$  คะแนน ซึ่งลดลงและแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.001$ ) โดยเมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตใน

แต่ละหัวข้อย่อยของผู้ป่วยกลุ่มทดลองพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ ) ในทุกหัวข้อ ในขณะที่กลุ่มควบคุม มีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยก่อนและหลังการศึกษาเท่ากับ  $17.39 \pm 5.77$  และ  $16.39 \pm 6.32$  ( $P < 0.001$ ) คะแนนตามลำดับซึ่งลดลงแต่ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ( $P > 0.05$ ) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

| คุณภาพชีวิต            | กลุ่มควบคุม (n=18) |      |           |      |         | กลุ่มทดลอง (n=18) |      |           |      |         |
|------------------------|--------------------|------|-----------|------|---------|-------------------|------|-----------|------|---------|
|                        | ก่อนทดลอง          |      | หลังทดลอง |      | p-value | ก่อนทดลอง         |      | หลังทดลอง |      | p-value |
|                        | Mean               | S.D  | Mean      | S.D  |         | Mean              | S.D  | Mean      | S.D  |         |
| อาการปวด               | 2.17               | 1.50 | 2.06      | 1.51 | 0.414   | 2.22              | 2.32 | 1.11      | 1.49 | 0.003*  |
| อาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย | 1.67               | 1.64 | 1.50      | 1.29 | 0.257   | 2.00              | 2.09 | 0.89      | 1.02 | 0.006*  |
| อาการคลื่นไส้          | 0.83               | 1.38 | 0.78      | 1.40 | 0.564   | 0.78              | 1.52 | 0.33      | 0.69 | 0.046*  |
| อาการซึมเศร้า          | 1.00               | 1.08 | 0.89      | 0.96 | 0.157   | 0.94              | 1.39 | 0.33      | 0.49 | 0.020*  |
| วิตกกังวล              | 3.50               | 0.92 | 3.22      | 0.94 | 0.096   | 3.67              | 1.78 | 2.28      | 1.27 | 0.002*  |
| ง่วงซึม/สับสน/สับสน    | 0.17               | 0.71 | 0.11      | 0.47 | 0.317   | 0.44              | 0.86 | 0.22      | 0.43 | 0.046*  |
| เบื่ออาหาร             | 2.44               | 1.46 | 2.39      | 1.61 | 0.705   | 2.50              | 2.07 | 1.61      | 1.46 | 0.003*  |
| สบายดีทั้งกายและใจ     | 4.44               | 1.10 | 4.33      | 1.37 | 0.564   | 4.56              | 1.25 | 3.22      | 1.26 | 0.001*  |
| อาการเหนื่อยน้อยลง     | 1.17               | 1.42 | 1.11      | 1.45 | 0.655   | 1.39              | 1.91 | 0.67      | 0.97 | 0.016*  |
| ภาพรวม                 | 17.39              | 5.77 | 16.39     | 6.32 | 0.071   | 18.50             | 7.87 | 10.67     | 4.60 | <0.001* |

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p\text{-value} < 0.05$

เมื่อเปรียบเทียบผลการประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้แบบประเมินอาการของ ESAS ระหว่างผู้ป่วยกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการศึกษาคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P=0.899$ ) แต่หลังการศึกษาแตกต่างกันอย่างมี

นัยสำคัญ ( $P=0.006$ ) โดยผลต่างของคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้ป่วยควบคุม และกลุ่มทดลอง เท่ากับ  $1.00 \pm 2.14$  และ  $7.83 \pm 4.09$  ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P<0.001$ ) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

|                                                      | กลุ่มควบคุม (n=18) |      | กลุ่มทดลอง (n=18) |      | p-value |
|------------------------------------------------------|--------------------|------|-------------------|------|---------|
|                                                      | Mean               | S.D. | Mean              | S.D. |         |
| คะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยก่อนทดลอง                      | 17.39              | 5.77 | 18.50             | 7.87 | 0.899   |
| คะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยหลังทดลอง                      | 16.39              | 6.32 | 10.67             | 4.60 | 0.006*  |
| ผลต่างคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ย (ก่อนทดลอง - หลังทดลอง) | 1.00               | 2.14 | 7.83              | 4.09 | <0.001* |

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p\text{-value} < 0.05$

### การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะประคับประคอง คลินิกกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลแม่ออน อำเภอแม่ออน จังหวัดเชียงใหม่ โดยกลุ่มควบคุมได้รับการรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน และกลุ่มทดลองได้รับการรักษาด้วยตำรับยาที่มีกัญชาผสมอยู่ โดยแพทย์ปัจจุบันและแพทย์แผนไทย ณ คลินิกกัญชาทางการแพทย์ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มควบคุม เป็นเพราะกัญชามีสารประกอบ cannabinoids

โดยสารที่ออกฤทธิ์หลัก คือ delta-9-Tetrahydrocannabinol (THC) ที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท โดยการจับกับตัวรับ cannabinoid receptors ในสมองและระบบประสาท มีคุณสมบัติในการบรรเทาอาการปวด กระตุ้นความอยากอาหาร ลดอาการคลื่นไส้และอาเจียน และลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ<sup>[5,14-15]</sup> และ Cannabidiol (CBD) ที่เป็นสารประกอบที่ไม่มีฤทธิ์ต่อจิตประสาท มีคุณสมบัติในการลดอาการซึมเศร้าและวิตกกังวล ช่วยผ่อนคลายทำให้การนอนหลับดีขึ้น อาการเหนื่อยน้อยลง<sup>[16-18]</sup> แสดงให้เห็นว่า กัญชามีส่วนช่วยบรรเทาอาการ

ไม่สุขสบายทั้งทางร่างกายและจิตใจส่งผลให้กลุ่ม  
ทดลองมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับ  
การศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทย ได้แก่  
การศึกษาการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ต่อ  
อาการไม่สุขสบายและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วย  
โรคมะเร็งระยะประคับประคอง พบว่าอาการ  
คลื่นไส้อาเจียนดีขึ้นจาก 2.7 เป็น 1.1 อาการเบื่อ  
อาหารลดลงจาก 4.5 เป็น 2.8 อาการเหนื่อย  
อ่อนเพลียของผู้ป่วยดีขึ้น จาก 4.6 เป็น 2.8 และ  
ทำให้การนอนหลับดีขึ้น<sup>[19]</sup> การศึกษาการใช้ยา  
น้ำมันกัญชาหยอดใต้ลิ้นสูตร THC 1.7% มี  
แนวโน้มในการบรรเทาอาการต่างๆ ในผู้ป่วย  
มะเร็งระยะสุดท้าย โดยเฉพาะอาการที่พบบ่อย  
ได้แก่ ปวด เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ คลื่นไส้  
อาเจียน วิดกกังวล จึงส่งผลทำให้คุณภาพชีวิต  
จาก 0.767 เป็น 0.928 อย่างมีนัยสำคัญ ใน  
ระยะเวลา 10 เดือน<sup>[6]</sup> และการศึกษาผู้ป่วย  
มะเร็งท่อน้ำดีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของ  
ไทย ที่ทำการศึกษเปรียบเทียบผู้ป่วย 2 กลุ่มคือ  
กลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาแบบปกติและกลุ่ม  
ทดลองที่ได้รับสารสกัดกัญชาทั้งTHC-rich และ  
THC : CBD (1:1) ทำการติดตามผู้ป่วยที่ 2 และ  
4เดือน พบว่ากลุ่มที่ได้รับสารสกัดกัญชามี  
คุณภาพชีวิตที่ดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>[20]</sup>  
และสอดคล้องการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา  
ที่ทำการศึกษาศารสกัดกัญชาในการลดอาการ  
ปวดเปรียบเทียบกับยาหลอกในผู้ป่วยมะเร็งที่มี  
อาการปวดรุนแรงที่ใช้ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์  
แล้วไม่ได้ผลเต็มที่ ในผู้ป่วย 263 คน พบว่า  
การใช้สเปรย์ฉีดพ่นในช่องปากที่ประกอบด้วย  
nabiximols (THC และ CBD ปริมาณ 2.7 และ  
2.5 มิลลิกรัม ในสารละลาย 100 ไมโครลิตร)  
เป็นเวลา 35 วัน สามารถช่วยลดอาการปวด  
เรื้อรังได้<sup>[21]</sup> และการศึกษาในประเทศอิสราเอลที่  
ทำการศึกษานำกัญชามาใช้บรรเทาอาการ  
ปวด อ่อนเพลีย คลื่นไส้ รับประทานอาหารไม่ได้  
ในผู้ป่วยโรคมะเร็งในระยะประคับประคอง  
พบว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นร้อยละ 95<sup>[22]</sup> เป็นต้น

จะเห็นได้ว่าการศึกษานี้คลินิกกัญชาทาง  
การแพทย์ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะประ  
คับประคองดีขึ้น และไม่พบอาการข้างเคียงหรือ  
อาการไม่พึงประสงค์ ดังนั้นสามารถนำกัญชาทาง  
การแพทย์มาใช้ในการรักษาทางเลือกให้กับ  
ผู้ป่วยที่รับการรักษาตามวิธีของแพทย์ปัจจุบัน  
แล้วไม่ได้ผล อย่างไรก็ตามยังจำเป็นต้องติดตาม  
ผลการใช้ให้กว้างขวางมากยิ่งขึ้นเพื่อให้มี  
หลักฐานทางวิชาการที่ชัดเจนในการขับเคลื่อน  
นโยบายกัญชาทางการแพทย์

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. การให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์  
ทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น นอกจากคุณสมบัติ  
ของกัญชาทางการแพทย์แล้ว การได้รับ  
การบริการแบบบูรณาการของสหวิชาชีพ ไม่ว่า  
จะเป็นแพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์แผนไทย  
พยาบาล เภสัชกร มีส่วนสำคัญในการทำให้  
คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้นด้วยเช่นกัน

2. การศึกษาวิจัยในครั้งนี้นำการศึกษาเฉพาะ  
ในผู้ป่วยที่ใช้กัญชาทางการแพทย์คลินิกกัญชา  
โรงพยาบาลแม่อน ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาด  
เล็ก การนำผลศึกษามาใช้ในโรงพยาบาลหรือ  
หน่วยงานระดับที่สูงกว่า อาจมีข้อจำกัดเนื่องจาก  
ขั้นตอนและการให้บริการในการรักษาที่แตกต่างกัน  
หรืออาจทำให้ผลการศึกษาดูแตกต่างกันได้

### ข้อจำกัดในงานวิจัย

การศึกษานี้ได้ติดตามผู้ป่วยแต่ละราย เพียง  
รายละ 1 เดือนเท่านั้น ทำให้ไม่พบผลข้างเคียงที่  
เกิดขึ้นกับผู้ป่วย อาทิ อาการเวียนศีรษะ ปวด  
ศีรษะ ง่วงซึม ปากแห้ง มึนงง อาการคลื่น  
อาการนอนไม่หลับ อีกทั้งในการวิจัยครั้งนี้  
ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเท่านั้น

### ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่  
ขึ้น เพื่อศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับประสิทธิภาพและ  
ผลข้างเคียงที่อาจพบได้จากการใช้กัญชาทาง  
การแพทย์

2. ควรทำการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Interview) เพื่อที่จะได้ทราบถึงปัญหา Research) เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth ความเชื่อมั่น และความต้องการของผู้ป่วยได้มากขึ้น

#### เอกสารอ้างอิง

1. Queensland Health. Clinical guidance: for the use of medicinal cannabis products in Queensland [Internet]. Australia: Queensland Health; c2017 [updated 2017 Mar; cited 2022 Nov 20]. Available from: <https://documents.parliament.qld.gov.au/tp/2017/5517T966.pdf>
2. Pairojkun S. End-of-life care [Internet]. Khonkaen; karunruk palliative care center; c2021 [update 2021 Apr 22; cited 2022 Nov 20]. Available from: <https://www.karunruk.org/wp-content/uploads/2021/06/11.-มาทำความเข้าใจกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย.pdf> [In Thai]
3. Charnvech L. Basic principles of pain assessment and pain management in terminally ill patients. In: Nakviroj K, editor. Handbook of palliative care for patients and families. Bangkok: Thai Palliative Care Society; 2016. p. 22-36. [In Thai]
4. Zaki P, Blake A, Wolt A, Chan S, Zhang L, Wan A, et al. The use of medical cannabis in cancer patients. J Pain Manage. 2017;10(4):353-62.
5. Srisubat A, Thanasithichai S, Thaiyakul A, Konlaeaid S, Arunratanachot W, Imsuwanasri T, et al. Outcomes of THC Enriched in Advanced Staged Cancer Patients. Journal of department of medical services. 2020;45(4):208-14. [In Thai]
6. Kraikosol W, Chaocharoen A, Laemluang P, Musigawong N, Kwankhao P. Efficacy and safety of THC 1.7% cannabis oil in terminal cancer patients at the Medical Cannabis Clinic, Chaophraya Abhaibhubejhr Hospital. Journal of department of medical services. 2021;46(3):50-9. [In Thai]
7. Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Guidance for medical use of cannabis. 3rd ed. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2020. [In Thai]
8. Srivanichakorn S. Family medicine teams and alternative medicine: a case of using cannabis as an alternative medicine. Journal of primary care and family medicine. 2020;3(1):4-7. [In Thai]
9. Palliative Care Unit, Mae On Hospital. Palliative care patient statistics report, Mae On Hospital, Chiang Mai Province, 2022. Chiang Mai: Mae On Hospital; 2022. [In Thai]
10. MacCallum CA, Russo EB. Practical considerations in medical cannabis administration and dosing. Eur J Intern Med. 2018;49:12-9. doi: 10.1016/j.ejim.2018.01.004.
11. Bernard R. Fundamentals of biostatistics. 7th ed. CA: Duxbury Press: Thomson Learning; 2010.
12. Utthiya P, Amnatsatsue K, Kedmongkol P, Chansriwong P. Effects of a case management program for elderly terminal cancer patients in the community. Thai journal of public health. 2018;48(3):371-84. [In Thai]

13. Chinda M, Jaturapatporn D, Kirshen AJ, Udomsubpayakul U. Reliability and validity of a Thai version of the edmonton symptom assessment scale (ESAS-Thai). *J Pain Symptom Manage.* 2011;42(6):954-60. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2011.02.020.
14. Kurlyandchik I, Tiralongo E, Schloss J. Safety and Efficacy of Medicinal Cannabis in the Treatment of Fibromyalgia: A Systematic Review. *J Altern Complement Med.* 2021;27(3):198-213. doi: 10.1089/acm.2020.0331.
15. Advani SM, Advani PG, VonVille HM, Jafri SH. Pharmacological management of cachexia in adult cancer patients: a systematic review of clinical trials. *BMC Cancer.* 2018;18(1):1174. doi: 10.1186/s12885-018-5080-4.
16. Black N, Stockings E, Campbell G, Tran LT, Zagic D, Hall WD, et al. Cannabinoids for the treatment of mental disorders and symptoms of mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry.* 2019;6(12):995-1010. doi: 10.1016/S2215-0366(19)30401-8.
17. Casarett DJ, Beliveau JN, Arbus MS. Benefit of Tetrahydrocannabinol versus Cannabidiol for Common Palliative Care Symptoms. *J Palliat Med.* 2019;22(10):1180-4. doi: 10.1089/jpm.2018.0658.
18. Suraev AS, Marshall NS, Vandrey R, McCartney D, Benson MJ, McGregor IS, et al. Cannabinoid therapies in the management of sleep disorders: A systematic review of preclinical and clinical studies. *Sleep Med Rev.* 2020;53:101339. doi: 10.1016/j.smr.2020.101339.
19. Fakcharoenphol V, Darasawang W. Effect of Using Medical Cannabis on Distressing Symptoms and Quality of Life in Palliative Cancer Patients. *Medical journal of Sisaket, Surin, Buriram Hospitals.* 2023;38(1):53-62. [In Thai]
20. Phansila N, Sittiwet C, Wongkongdech R. Comparison of effects of medicinal cannabis or standard palliative care on quality of life of patients with cholangiocarcinoma in Northeast Thailand. *F1000Research.* 2022;11(20):1-13.
21. Portenoy RK, Ganae-Motan ED, Allende S, Yanagihara R, Shaiova L, Weinstein S, et al. Nabiximols for opioid-treated cancer patients with poorly-controlled chronic pain: a randomized, placebo-controlled, graded-dose trial. *J Pain.* 2012;13(5):438-49. doi: 10.1016/j.jpain.2012.01.003.
22. Bar-Lev Schleider L, Mechoulam R, Lederman V, Hilou M, Lencovsky O, Betzalet O, et al. Prospective analysis of safety and efficacy of medical cannabis in large unselected population of patients with cancer. *Eur J Intern Med.* 2018;49:37-43. doi: 10.1016/j.ejim.2018.01.023.