คุณภาพชีวิตและผลกระทบจากการใช้กัญชาในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

ธนเมศวร์ แท่นคำ ปร.ด.* ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์ ปร.ด.**
บัณฑิต ชุมวรฐายี ปร.ด.*** ภูชิต ดาบภูเขียว พ.บ.**** พนิดา พิทยกิตติวงศ์ พ.บ.*****
ธนพล ศรีวงษ์ พ.บ.****** สาธิตา เรืองสิริภคกุล ปร.ด.******* กัญญาภัค ศิลารักษ์ พ.บ.********
ขจรศักดิ์ สีวาที ปร.ด.********* กัลยา ปังประเสริฐ พย.ม.********** วิจิตรา เสนา ปร.ด.**********

บทคัดย่อ

ความเจ็บปวด เหนื่อยล้า วิตกกังวล เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ความรู้สึกไม่สบายกายและใจ เป็นอาการที่สำคัญที่สุดที่ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองลดลง ปัจจุบันกัญชาถูกนำมาใช้อย่างถูกกฎหมายในประเทศไทยเพื่อรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการวิจัยตามหลักฐานเชิงประจักษ์เพียงพอ

การวิจัยนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของกัญชาต่อคุณภาพชีวิตและความปลอดภัยของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โดยใช้วิธีการวิจัยแบบศึกษาไปข้างหน้า ผู้เข้าร่วมคือผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง จำนวน 49 คน คัดเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จากโรงพยาบาล 6 แห่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ดำเนินการวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยใช้เครื่องมือ EQ-5D-5L และวัดความไม่สุขสบาย โดยใช้เครื่องมือ Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และ Wilcoxon signed ranks test

ผลการวิจัย พบว่า กัญชาสามารถช่วยบรรเทาอาการปวด เหนื่อย/อ่อนเพลีย คลื่นไส้ ซึมเศร้า ง่วงซึม/สะลึมสะลือ เบื่ออาหาร และรู้สึกสบายกายและใจมากขึ้น ($p<0.05$) คะแนนอรรถประโยชน์เพิ่มขึ้นจาก 0.86 ในการประเมินวันที่ 1 เป็น 0.96 ในวันที่ 30 และคะแนนระดับสุขภาพเพิ่มขึ้นจาก 70 เป็น 80 ($p<0.05$)

ข้อเสนอแนะ ควรส่งเสริมให้เกิดการใช้ประโยชน์ทางสุขภาพและเศรษฐกิจอย่างเต็มที่ ในขณะเดียวกันก็ออกมาตรการควบคุมในประเด็นที่สังคมห่วงใยให้ได้อย่างเข้มข้น น่าจะเป็นทางออกที่ดีกว่าการนำกัญชากลับไปเป็นยาเสพติด

คำสำคัญ: กัญชา คุณภาพชีวิต ผลกระทบ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

เลขที่จริยธรรมการวิจัย HE651077 ผ่านการตรวจไม่คัดลอกผลงาน พิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน
วันที่รับบทความ 30 พฤษภาคม 2567 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 5 ธันวาคม 2567 วันที่ตอบรับบทความ 7 ธันวาคม 2567

***อาจารย์ สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม จังหวัดนครพนม**
****รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน เวชศาสตร์ครอบครัวและอาชีวเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น**
*****รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น**
******นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลหนองหาน ตำบลหนองหาน อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี**
*******นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลพล ตำบลเมืองพล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น**
********นายแพทย์ปฏิบัติการ โรงพยาบาลสิรินธร ตำบลโนนสมบูรณ์ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น**
*********นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย ตำบลปะหลาน อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม**
**********นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร ตำบลพรรณา อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร**
***********อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม**
************อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย จังหวัดขอนแก่น**
*************รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ผู้ประพันธ์บรรณกิจ อีเมล pwijit@kku.ac.th**

Quality of life and effects of cannabis use in cancer patients receiving palliative care

Thanamet Thaenkham Ph.D.* Pattapong Kessomboon Ph.D.**
Bandit Chumworathayi Ph.D.*** Poochit Dabpookhiew M.D.**** Panida Pittayakittiwong M.D.*****
Thanapon Srivong M.D.****** Sathita Ruengsiriphakakul Ph.D******* Kanyapak Silarak M.D.********
Khachornsak Seevathee Ph.D.********* Kanlaya Pangprasert M.N.S.********** Wijitra Sena Ph.D.**********

Abstract

Pain, fatigue, anxiety, loss of appetite, insomnia, as well as physical and mental discomfort significantly diminish the quality of life for cancer patients receiving palliative care. In Thailand, cannabis is now legally used to treat cancer patients. However, there is insufficient evidence-based research.

This study aimed to assess the effects of cannabis on the quality of life and safety of these patients. We conducted a prospective cohort study involving 49 cancer patients in palliative care, selected through purposive sampling from six hospitals in northeastern Thailand. Health-related quality of life was measured using the EQ-5D-5L, and discomfort was measured using the Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) instruments, data were analyzed using descriptive statistics and Wilcoxon signed ranks test.

The results indicated that cannabis use helped alleviate pain, fatigue, nausea, depression, drowsiness, and loss of appetite. Both physical and mental well-being were improved ($p<0.05$). The utility score increased from 0.86 on day 1 to 0.96 by day 30, the health level score rose from 70 to 80($p<0.05$).

Recommendations include promoting the full utilization for the health and economic benefits of cannabis, alongside with implementing strict control measures addressing social concerns. This approach may be more effective than reverting cannabis to its previous status of as a controlled substance.

keywords: Cannabis; quality of life; impact; patients with cancer receiving palliative care

Ethical approval: HE651077, Plagiarism checked, 3 Reviews.
Received 30 May 2567, Revised 5 December 2024, Accepted 7 December 2024

*Lecturer, Department of Public Health, Faculty of Science, Nakhon Phanom University, Nakhon Phanom
**Associate professor, Department of Community, Family and Occupational Medicine, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Khon Kaen
***Associate professor, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Khon Kaen
****Medical Doctor, Professional level, Nong Han Hospital, Udon Thani
*****Medical Doctor, Professional level, Phon Hospital, Khon Kaen
******Medical Doctor, Practitioner level, Sirindhorn Hospital, Khon Kaen
*******Medical Doctor, Expert level, Phayakkhaphum Phisai Hospital, Mahasarakham
********Medical Doctor, Senior professional level, Phra Ajarn Fan Acharo Hospital, Sakon Nakhon
*********Lecturer, Faculty of Nursing, Mahasarakham University, Mahasarakham
**********Lecturer, Faculty of Nursing, College of Asian Scholars, Khon Kaen
**********Associate professor, Department of Family and Community Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen, Corresponding author, E-mail: pwijit@kku.ac.th

บทนำ

ปัญหาสุขภาพระดับโลกที่สำคัญมากคือโรคมะเร็ง ในปี พ.ศ. 2567 ผู้ป่วยโรคมะเร็งทั่วโลกยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งทั่วโลก 19,976,499 และจำนวนเสียชีวิต 9,743,832 คน[1] ทวีปเอเชียพบผู้ป่วยมะเร็งมากที่สุด 9,826,539 คน เสียชีวิต 5,464,451 คน[2] จากการคาดการณ์ของ American Cancer Society (ACS) และ International Agency for Research on Cancer (IARC) จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งทั่วโลกอาจเพิ่มขึ้นเป็น 35,281,056 คนภายในปี พ.ศ. 2593[3] เสียชีวิตเพิ่มขึ้น 16.9 ล้านคน ซึ่งมากกว่าปัจจุบันร้อยละ 61.35, ร้อยละ 57.63 ตามลำดับ[4] โรคมะเร็งเป็นภาระทางงบประมาณของประเทศสูงมาก ปัจจุบันค่าใช้จ่ายในระบบประกันสุขภาพ 3 ระบบหลักของประเทศไทยเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง เพิ่มขึ้นต่อปีประมาณร้อยละ 10 นับว่ามีอัตราเพิ่มสูงขึ้นกว่าอัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศ โดยคาดว่าในอีก 15 ปีข้างหน้า ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพรวมจาก 293,000 ล้านบาท จะเพิ่มขึ้นเป็น 454,000 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2575[5]

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งมีหลายปัจจัยที่มาเกี่ยวข้อง ภาวะทุพโภชนาการ การติดเชื้อ เหนื่อยล้า เลือดออกง่าย ความไม่สมดุลของฮอร์โมน อาการที่เกิดจากการอุดตันของก้อนมะเร็ง อาการปวด คืออาการที่พบในผู้ป่วยโรคมะเร็งทั่วไป[6] ความชุกของอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เกิดขึ้นสูงสุด ได้แก่ นอนไม่หลับร้อยละ 67.50 ปากแห้งร้อยละ 66.30 มองดูตนเองไม่เหมือนเดิมหรือเปลี่ยนแปลงไปร้อยละ 65.10 ปวดร้อยละ 61.40 และอ่อนเพลีย เปลี้ย ไม่มีแรง น้ำหนักลด ร้อยละ 60.20 ความทุกข์ทรมานของอาการสูงสุด 5 อันดับแรกได้แก่ ปวด นอนไม่หลับหรือนอนหลับยาก อาการอ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรง ท้องผูก และไม่อยากอาหาร/เบื่ออาหาร[7] อาการดังกล่าวส่งผลต่อการดำรงชีวิตอยู่ของผู้ป่วยมะเร็งอย่างมาก ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งแย่ลงตามไปด้วย โอกาสที่จะมีชีวิตรอดก็สั้นลง เนื่องจากความเจ็บป่วยบั่นทอนสุขภาพทางกายและสุขภาพทางใจอยู่ทุกวันโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะประคับประคอง

การนำกัญชาทางการแพทย์รูปแบบต่าง ๆ มาใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งและได้ผลดี หลังจากประเทศไทยออกกฎหมายปลดล็อคกัญชาให้นำมาใช้ในทางการแพทย์ได้โดยกลุ่มเป้าหมายแรกที่ใช้คือผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะประคับประคอง โดยเป็นรูปแบบน้ำมันกัญชาสกัดผสมกับน้ำมันมะพร้าว หรือเป็นตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ ซึ่งในการทบทวนวรรณกรรมเบื้องต้นพบว่าสามารถลดอาการปวด ทำให้รับประทานอาหารได้มากขึ้น[13] มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น[9] ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายรักษาด้วยน้ำมันกัญชา พบว่าตอบสนองต่อยาตั้งแต่ 1-2 ครั้งแรก การปรับยาอยู่ระหว่าง 10 ถึง 20 หยดต่อวัน ทำให้อาการปวดลดลง สามารถนอนหลับได้ดีขึ้น ผู้ป่วยไม่มีอาการซึมเหมือนตอนได้รับยา morphine ขนาดสูง มีอารมณ์ดี และพูดคุยกับญาติบ่อยขึ้น[17]

ผลข้างเคียงของการใช้กัญชาทางการแพทย์ ในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามพบได้ร้อยละ 19.1 ส่วนใหญ่เป็นอาการที่ไม่รุนแรง ได้แก่ ปากแห้ง/คอแห้ง ร้อยละ 17.5 คลื่นไส้อาเจียน ร้อยละ 1.6 และเวียนศีรษะ ร้อยละ 1.6 ตามลำดับ[25] พบผลข้างเคียงในผู้ป่วย 4 ราย อาการที่พบบ่อยคือ ปากแห้งคอแห้ง และง่วงซึม ร้อยละ 10[26] ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะท้ายร้อยละ 7 มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน ในวันที่ 3 ของการรักษาและอาการหายไปเมื่อหยุดใช้สารสกัดกัญชา[14]

แต่อย่างไรก็ตามยังไม่มีการรายงานถึงรูปแบบกัญชาที่ใช้ด้วยตนเองว่าจะมีผลอย่างไรต่อคุณภาพชีวิตและมีผลข้างเคียงหรือไม่ อย่างไร ในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะประคับประคองที่ใช้กัญชา โดยเปรียบเทียบภายในกลุ่มระหว่างวันที่ 1 และวันที่ 30 ของการเข้าร่วมโครงการวิจัยวัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและผลข้างเคียงของกัญชาในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่ใช้กัญชาในวันแรกที่เข้าร่วมโครงการวิจัย กับวันที่ 30 ในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

2) เปรียบเทียบอาการไม่สุขสบายของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่ใช้กัญชาในวันแรกที่เข้าร่วมโครงการวิจัย กับวันที่ 30 ในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

3) เปรียบเทียบค่าการทำงานของตับและไต ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่ใช้กัญชาในวันแรกที่เข้าร่วมโครงการวิจัย กับวันที่ 30 ในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

สมมุติฐานการวิจัย

1) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่ใช้กัญชาในวันแรกที่เข้าร่วมโครงการวิจัย กับวันที่ 30 ในการเข้าร่วมโครงการวิจัย แตกต่างกัน

2) อาการไม่สุขสบายของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่ใช้กัญชาในวันแรกที่เข้าร่วมโครงการวิจัย กับวันที่ 30 ในการเข้าร่วมโครงการวิจัย แตกต่างกัน

3) ค่าการทำงานของตับและไต ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่ใช้กัญชาในวันแรกที่เข้าร่วมโครงการวิจัย กับวันที่ 30 ในการเข้าร่วมโครงการวิจัย ไม่แตกต่างกัน

วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ รูปแบบการศึกษาเชิงสังเกตชนิดโคฮอทแบบไปข้างหน้า (prospective cohort study) โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร จังหวัดสกลนคร โรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี และโรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น ระยะเวลาตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกเพศ ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งในระบบใดระบบหนึ่งทั่วร่างกาย ที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ได้รับการรักษาด้วยกัญชาทางการแพทย์ การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตร Cohort study

$$n_{exposure} = \left[\frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}}\sqrt{\bar{p}\bar{q}\left(1+\frac{1}{r}\right)}+z_{1-\beta}\sqrt{p_1 q_1+\frac{p_2 q_2}{r}}}{\Delta}\right]^2$$

$$p_1 = P(outcome|exposure), q_1 = 1-p_1$$

$$p_2 = P(outcome|unexposure), q_2 = 1-p_2$$

$$\bar{p} = \frac{p_1+p_2 r}{1+r}, \bar{q} = 1-\bar{p}, r = \frac{n_{unexposure}}{n_{exposure}}$$

$$p_1 = p_2 RR$$

เมื่อ n คือ ขนาดตัวอย่าง

Z1- $\alpha/2$ คือ ค่าตัวแปร Z จากการแจกแจงปกติมาตรฐาน ณ ควอนไทล์ที่ 1-$\alpha/2$

Z1-β คือ ค่าตัวแปร Z จากการแจกแจงปกติมาตรฐาน ณ ควอนไทล์ที่ 1-β

α คือ ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่นักวิจัยกำหนดเพื่อใช้ในการทดสอบสมมุติฐานทางสถิติ

β คือ ความน่าจะเป็นของความผิดพลาดแบบที่ 2

r คือ อัตราส่วนระหว่างขนาดตัวอย่างในกลุ่มที่2 (n2) ต่อขนาดตัวอย่างในกลุ่มที่1 (n1) นั้น คือ r =n1/n2

p1 คือ ค่าสัดส่วนของเหตุการณ์ที่สนใจในตัวแปรผลลัพธ์หลักที่ต้องการศึกษาในประชากรกลุ่มที่ 1

p2 คือ ค่าสัดส่วนของเหตุการณ์ที่สนใจในตัวแปรผลลัพธ์หลักที่ต้องการศึกษาในประชากรกลุ่มที่ 2

q1 คือ ค่าสัดส่วนของเหตุการณ์ที่ไม่สนใจในตัวแปรผลลัพธ์หลักที่ต้องการศึกษาในประชากรกลุ่มที่ 1 โดย q1 = 1-p1

q2 คือ ค่าสัดส่วนของเหตุการณ์ที่ไม่สนใจในตัวแปรผลลัพธ์หลักที่ต้องการศึกษาในประชากรกลุ่มที่ 2 โดย q2 = 1-p2

△ คือ ความแตกต่างระหว่างค่าสัดส่วนของเหตุการณ์ที่สนใจในตัวแปรผลลัพธ์หลักที่ต้องการศึกษาในประชากรกลุ่มที่ 1 และ 2 (p1-p2)

$$\bar{p} = \frac{p1+p2r}{1+r} \text{ และ } \bar{q} = 1-\bar{p}$$

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับกัญชา พบว่า จากผู้ป่วยโรคมะเร็ง 491 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีมาตรฐาน และกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยกัญชา พบว่า อัตราการรอดชีวิตในระยะเวลา 6 เดือน ในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีมาตรฐานเป็น ร้อยละ 20 และในกลุ่มผู้ป่วยที่รักษาด้วยกัญชาเป็น ร้อยละ 48.63 การคำนวณกลุ่มตัวอย่างใช้การคำนวณโดยโปรแกรม n4studies[19] ได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้กัญชา 49 คน

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ

1) ได้รับการรักษาด้วยกัญชาทางการแพทย์ทั้งในระบบ (กัญชาที่ได้รับจากโรงพยาบาล) และนอกระบบ (ปลูกหรือซื้อมาใช้ด้วยตนเอง)

2) มีสัญชาติไทย

3) ไม่มีปัญหาทางระบบจิตประสาท (ภาวะซึมเศร้า หรือภาวะทางจิตเวช)

4) ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครออกจากโครงการ

1) ผู้ป่วยโรคมะเร็งได้รับการรักษาด้วยวิธีการอื่น ๆ ที่นอกจากกัญชาทางการแพทย์ ในระหว่างเข้าร่วมโครงการวิจัย ได้แก่ เคมีบำบัด ฉายแสง ยามุ่งเป้า ผ่าตัด มอร์ฟีน เป็นต้น

2) ผู้ให้ข้อมูลขอยุติการให้สัมภาษณ์ประเมินเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต หรือขอออกจากโครงการวิจัย

3) ผู้ให้ข้อมูลเสียชีวิตในระหว่างการเข้าร่วมโครงการวิจัยซึ่งเป็นสาเหตุมาจากการดำเนินของโรคมะเร็งที่ไม่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างเครื่องมือ โดยมีตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา โรงพยาบาลที่ได้รับการรักษา รูปแบบกัญชาที่ใช้

2) แบบเก็บข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นเพื่อเก็บข้อมูลในส่วนผลตรวจทางชีวเคมีในเลือด ได้แก่ การวัดปริมาณไนโตรเจนในเลือด: BUN (Blood Urea Nitrogen), ตรวจการทำงานของไต: Cr. (Creatinine), ตรวจการทำงานของตับ: LFT (Liver Function Test) คือ AST (Aspartate transaminase) ALT (Alanine transaminase) และ ALP (Alkaline phosphatase)

3) แบบบันทึก Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) (ฉบับภาษาไทย) ที่มาจากภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นเครื่องมือสำหรับประเมินอาการไม่สุขสบาย มีทั้งหมด 9 อาการ ประกอบด้วย อาการปวด อาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย อาการคลื่นไส้ อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล อาการง่วงซึม อาการเบื่ออาหาร ความสบายดีทั้งกายและใจ และอาการเหนื่อยหอบ ระดับการวัดเป็นหมายเลข 0-10 โดยเลข 0 หมายถึง ไม่มีอาการ และเลข 10 หมายถึง มีอาการมากที่สุด คุณภาพของเครื่องมือมีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.89[20]

4) เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L ฉบับภาษาไทย ที่มาจาก Europol Research Foundation for Allows the use of tools EQ-5D (Registration ID: 46745) เป็นแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนแรกเป็นข้อมูลมิติสุขภาพ ได้แก่ การเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ (เช่น ทำงาน เรียนหนังสือ ทำงานบ้าน กิจกรรมในครอบครัว หรือกิจกรรมยามว่าง) อาการเจ็บปวด/อาการไม่สบายตัว และความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า คำตอบที่ได้ ประกอบด้วย ตัวเลข 1-5 โดยเลข 1 หมายถึง ไม่มีปัญหา และเลข 5 หมายถึง ไม่สามารถทำกิจกรรมนั้นได้หรือมีปัญหามากที่สุด

การคำนวณค่าอรรถประโยชน์ (utility) เป็นค่าที่แสดงถึงความพึงพอใจของบุคคลต่อสภาวะสุขภาพของตนเอง วิธีการคำนวณคะแนนอรรถประโยชน์ของสถานะสุขภาพ

ตัวอย่าง เช่น 21235 = 1 – ค่าสัมประสิทธิ์ของแต่ละมิติด้านสุขภาพ

= 1 - 0.056 – 0 – 0.043 – 0.068 – 0.249

= 0.584

การแปลผล คะแนนตั้งแต่ -1 ถึง 1 โดย 1 หมายถึง สุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ที่สุด 0 หมายถึง สุขภาพที่แย่ที่สุดหรือเสียชีวิต ส่วนค่าอรรถประโยชน์ที่ติดลบ หมายถึง สภาวะที่แย่กว่าตาย โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์คะแนนอรรถประโยชน์ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์คะแนนอรรถประโยชน์[31]

มิติทางสุขภาพ	ระดับความรุนแรง				
	ไม่มีปัญหา 1	มีปัญหาเล็กน้อย 2	มีปัญหาปานกลาง 3	มีปัญหามาก 4	มีปัญหามากที่สุด 5
การเคลื่อนไหว	0	0.056	0.114	0.231	0.307
การดูแลตนเอง	0	0.033	0.108	0.225	0.254
กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ	0	0.043	0.075	0.165	0.207
อาการเจ็บปวด/อาการไม่สบายตัว	0	0.040	0.068	0.233	0.266
ความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า	0	0.032	0.097	0.202	0.249

ส่วนที่สองเป็นการวัดสุขภาพทางตรงด้วยสเกลที่มีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 100 โดย 0 หมายถึง สุขภาพที่แย่ที่สุด 100 หมายถึง สุขภาพที่ดีที่สุด โดยให้ผู้ตอบทำเครื่องหมายกากบาทลงบนสเกล เพื่อระบุถึงสุขภาพของตนเองในวันที่ทำแบบสอบถาม คำตอบที่ได้ในส่วนนี้ สะท้อนถึงความรู้สึกของผู้ตอบแบบสอบถามที่มีต่อสภาวะสุขภาพตนเอง จะไม่ได้นำไปใช้ในการคำนวณคะแนนอรรถประโยชน์ มีค่า cronbach's alpha เท่ากับ 0.79[21]

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) การขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลแต่ละแห่ง ขั้นตอนการเข้าถึงเวชระเบียนและข้อมูลของผู้ป่วย คณะผู้วิจัยได้ทำหนังสือจากภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน เวชศาสตร์ครอบครัวและอาชีวเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 6 แห่ง เพื่อขออนุญาตใช้ข้อมูลของผู้ป่วยในเวชระเบียน และได้ประชุมทีมวิจัยกับแพทย์และผู้เกี่ยวข้อง ที่รับผิดชอบโดยตรงในการรักษาคนไข้ด้วยการใช้กัญชาทางการแพทย์ โดยแพทย์ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแล้วจะนำหนังสือหรือบันทึกข้อความไปส่งยังงานเวชระเบียนเพื่อให้หัวหน้างานเวชระเบียนรับทราบและลงนามอนุญาตต่อไป

2) การชี้แจงแพทย์หรือพยาบาล คณะผู้วิจัยจะติดต่อทีมแพทย์ผู้รักษาหรือพยาบาลผู้ดูแล กรณีผู้ป่วยโรคมะเร็งยังมาติดตามการรักษาที่โรงพยาบาลอยู่ หลังจากผู้ป่วยเข้าพบและรับการรักษาจากแพทย์แล้ว ผู้วิจัยขอให้แพทย์หรือพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยแจ้งแก่ผู้ป่วยเพื่อขออนุญาตให้ผู้วิจัยหรือทีมงานเข้าพบเพื่อชี้แจงโครงการวิจัยและขอคำยินยอม ในกรณีที่ผู้ป่วยยินยอมจึงจะดำเนินการวิจัยต่อไป

3) การติดต่อหัวหน้าเวชระเบียน คณะผู้วิจัยได้นำหนังสือหรือบันทึกข้อความที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลงนามอนุญาตให้เก็บข้อมูลแล้วนั้น ไปยื่นให้กับหัวหน้างานเวชระเบียนโดยตรงเพื่อแจ้งให้รับทราบและลงนามอนุญาตให้เก็บข้อมูล คณะผู้วิจัยจึงจะดำเนินการเก็บข้อมูลในเวชระเบียนต่อไป

4) การคัดเลือกและการชี้แจงกลุ่มตัวอย่าง การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างเฉพาะเจาะจง วิธีที่ 1 ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยกัญชาที่มารับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลที่ห้องดูแลแบบประคับประคอง หรือคลินิกกัญชาทางการแพทย์ โดยมีแพทย์ที่เป็นคณะผู้วิจัยหลังจากให้การรักษาแล้วเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัยเบื้องต้น หากผู้ป่วยโรคมะเร็งยินดี คณะผู้วิจัยจะเป็นผู้เข้าไปชี้แจงโครงการวิจัยและขอความยินยอม วิธีที่ 2 ลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะประคับประคองตามแผนการเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลร่วมกับทีมแพทย์ผู้รักษา พยาบาลผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพด้านสุขภาพ เมื่อทีมแพทย์ได้เยี่ยมบ้านเรียบร้อย แพทย์หรือพยาบาลจะเป็นผู้ชี้แจงเบื้องต้นหากผู้ป่วยโรคมะเร็งยินดี คณะผู้วิจัยจะเป็นผู้ให้ข้อมูลโครงการและขอความยินยอมต่อไป วิธีที่ 3 กรณีผู้ป่วยโรคมะเร็งไม่มาติดตามการรักษาผู้วิจัยจะใช้วิธีส่งคำชี้แจงทางไปรษณีย์ไปตามที่อยู่ในบันทึกเวชระเบียนเพื่อชี้แจงโครงการและขอคำยินยอมก่อน โดยทำแบบฟอร์มแจ้งช่องทางที่สะดวกจะให้ทีมวิจัยสัมภาษณ์ต่อท้ายแบบคำยินยอมอาสาสมัคร เช่น แจ้งเบอร์โทรศัพท์หรือแจ้งว่ายินยอมให้เข้าพบที่ใดและแจ้งวันเวลาที่สะดวกมา โดยหากอาสาสมัครยินยอมเข้าร่วมวิจัยก็ให้ส่งคืนแบบยินยอมที่ทีมวิจัยเตรียมพร้อมติดแสตมป์ไว้ให้ทางไปรษณีย์ เมื่อได้รับความยินยอมทีมวิจัยจึงจะดำเนินการต่อไป

5) การบันทึกข้อมูลแต่ละเครื่องมือครั้งแรก การบันทึกข้อมูลครั้งที่ 1 จะบันทึกข้อมูลหลังจากผู้ป่วยโรคมะเร็งให้ความยินยอมเข้าเป็นผู้ให้ข้อมูลในโครงการวิจัย

6) การบันทึกข้อมูลเมื่อครบกำหนด การบันทึกข้อมูลครั้งที่ 2 ในวันที่ 30 ของการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยปกติแพทย์ที่ให้การรักษาจะนัดติดตามทุก 30 วันอยู่แล้ว เมื่อผู้ให้ข้อมูลมาตามนัดการรักษาคณะผู้วิจัยก็ทำการเก็บข้อมูล กรณีที่เป็นผู้ป่วยเยี่ยมบ้านคณะผู้วิจัยก็จะลงไปเยี่ยมบ้านพร้อมกับโรงพยาบาลและบันทึกข้อมูล เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการวิจัยครบ จำนวน 49 คนแล้ว ผู้วิจัยจะเป็นผู้นำข้อมูลที่ได้มาจัดการข้อมูล แปลผล ก่อนที่จะนำเข้าสู่ระบบโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป เพื่อวิเคราะห์ข้อมูล แสดงค่าทางสถิติต่าง ๆ เขียนรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ นำเสนอผลงานการวิจัย และตีพิมพ์ผลงานวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้จากอาสาสมัครมาตรวจสอบความถูกต้อง วิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ โดยโปรแกรมคำนวณสำเร็จรูป IBM SPSS Statistics v.28 ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น

1. การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนาสำหรับข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ โรงพยาบาลที่ได้รับการรักษา รูปแบบกัญชาที่ใช้ เป็นต้น นำเสนอข้อมูลในรูปแบบการบรรยาย
2. ใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ เพื่อเปรียบเทียบผลการประเมินคุณภาพชีวิตและผลข้างเคียง ดังนี้

2.1 คุณภาพชีวิต การวิเคราะห์ทางสถิติที่ใช้ คือ สถิติ Wilcoxon signed ranks test เนื่องจากการแจกแจงไม่เป็นปกติ ใช้เพื่อทดสอบความแตกต่างของ median 2 กลุ่มตัวอย่าง ที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน

2.2 ผลการตรวจชีวเคมีในเลือด (BUN, Cr., AST, ALT, ALP) การวิเคราะห์ทางสถิติที่ใช้คือ Wilcoxon signed ranks test เนื่องจากการแจกแจงไม่เป็นปกติ ใช้เพื่อทดสอบความแตกต่างของ median 2 กลุ่มตัวอย่าง ที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

คณะผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เพื่อพิจารณาความเหมาะสมตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (Good Clinical Practice: GCP) เมื่อได้รับการอนุมัติจึงเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล

ผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE651077 วันที่ 6 กรกฎาคม พ.ศ.2565 ผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสิรินธร หนังสือเลขที่ ขก 0033.202.11/48 วันที่ 14 พฤศจิกายน พ.ศ.2565

ผ่านการอนุญาตให้เก็บข้อมูลการวิจัยจากโรงพยาบาลศรีนครินทร์ หนังสือเลขที่ อว 660301.6.1.5.2/514/65 โรงพยาบาลยางสีสุราช หนังสือเลขที่ 2361 โรงพยาบาลพล หนังสือเลขที่ 5543 โรงพยาบาลหนองหาน หนังสือเลขที่ 4833/65 และโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร หนังสือเลขที่ 654368

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 49 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 51.02 อายุระหว่าง 27-88 ปี (Mean=62.18, SD=11.98) โรงพยาบาลที่ได้รับการรักษามากที่สุด คือ โรงพยาบาลหนองหาน ร้อยละ 32.65 รองลงมา คือ โรงพยาบาลยางสีสุราช ร้อยละ 24.49 และโรงพยาบาลพล ร้อยละ 20.41 ตามลำดับ มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 65.31 ระดับการศึกษาสูงสุด ประถมศึกษา ร้อยละ 69.39 รูปแบบกัญชาที่ใช้ส่วนใหญ่ได้รับน้ำมันกัญชาตำรับหมอเดชา 5% (THC:CBD=0.08:0.02 มิลลิกรัม/หยด) ร้อยละ 42.86 รองลงมา คือ ใช้กัญชาสดต้มดื่มด้วยตนเอง ร้อยละ 24.49 และใช้น้ำมันกัญชาตำรับหมอเดชา 10% (THC=0.1 มิลลิกรัม/หยด) ร้อยละ 22.45 ตามลำดับ

2. การประเมินอาการไม่สุขสบาย

วัดโดยเครื่องมือมาตรฐานสากล (Edmonton Symptom Assessment System, ESAS) พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะประคับประคองหลังจากใช้กัญชาในวันที่ 30 มีระดับคะแนนของอาการต่าง ๆ ลดลงมากกว่าวันที่ 1 ของการเข้าร่วมโครงการวิจัย และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การประเมินอาการไม่สุขสบาย (edmonton symptom assessment system: ESAS) (n=49)

ผู้ป่วยมะเร็ง	อาการ	การวัด	Min	Max	Mean	Med	SD	95% CI		P
								Lower	Upper	
	ปวด	Day 1	0	10	2.74	0	2.86	1.91	3.56	<0.001*
		Day 30	0	8	1.16	0	2.07	0.57	1.76	
	เหนื่อย/อ่อนเพลีย	Day 1	0	10	3.22	0	3.34	2.26	4.19	0.004*
		Day 30	0	10	1.86	0	2.74	1.07	2.64	
	คลื่นไส้	Day 1	0	7	0.47	0	1.61	0.01	0.93	0.13
		Day 30	0	2	0.40	0	0.29	-0.04	0.12	
	ซึมเศร้า	Day 1	0	8	0.76	0	1.81	0.24	1.27	0.02*
		Day 30	0	5	0.35	0	1.11	0.03	0.67	
	วิตกกังวล	Day 1	0	9	0.84	0	2.01	0.26	1.42	0.07
		Day 30	0	5	0.49	0	1.21	0.14	0.84	
	ง่วงซึม/สะลึมสะลือ	Day 1	0	9	1.63	0	2.73	0.85	2.42	0.01*
		Day 30	0	8	0.65	0	1.73	0.16	1.15	
	เบื่ออาหาร	Day 1	0	10	2.41	0	3.25	1.47	3.34	0.03*
		Day 30	0	10	1.47	0	2.48	0.76	2.18	
	สบายดีทั้งกายและใจ	Day 1	0	9	1.53	0	2.05	0.94	2.12	<0.001*
		Day 30	0	4	0.53	0	1.26	0.17	0.89	
	เหนื่อยหอบ	Day 1	0	10	1.20	0	2.65	0.44	1.97	0.18
		Day 30	0	9	0.53	0	2.02	-0.05	1.11	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ (p<0.05)

วัดโดยเครื่องมือมาตรฐานสากล (EQ-5D-5L) พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะประคับประคองที่ใช้กัญชาในวันที่ 30 ของการเข้าร่วมโครงการวิจัย มีความแตกต่างจากวันที่ 1 ของการเข้าร่วมโครงการวิจัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีคะแนนอรรถประโยชน์เพิ่มมากขึ้น มีคะแนนระดับสุขภาพเพิ่มขึ้น จึงบ่งชี้ว่ามีคุณภาพชีวิตดีขึ้นหลังจากใช้กัญชา ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การประเมินอาการไม่สุขสบาย (EQ-5D-5L)

ผู้ป่วยมะเร็ง	ตัวชี้วัด	ครั้งที่	Min	Max	Mean	Med	SD	95% CI		P
								Lower	Upper	
	คะแนนอรรถ	Day 1	-0.21	1.00	0.80	0.86	0.23	0.73	0.86	<0.001*
	ประโยชน์	Day 30	0.27	1.00	0.87	0.96	0.18	0.82	0.92	
	คะแนนระ	Day 1	50	100	73.78	70	11.57	70.45	77.10	<0.001*
	ดับสุขภาพ	Day 30	60	100	79.49	80	10.22	76.56	82.43	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ (p<0.05)

3. ผลข้างเคียงของกัญชาทางการแพทย์

พบว่า ค่าการทำงานของไตและตับในวันที่ 30 ของการเข้าร่วมโครงการวิจัยมีแนวโน้มลดลงกว่าวันที่ 1 ของการเข้าร่วมโครงการวิจัย และไม่แตกต่างทางสถิติ บ่งชี้ว่าการใช้กัญชาของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองมีแนวโน้มปลอดภัย ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงค่าการทำงานของไตและตับ

ผู้ป่วยมะเร็ง	ตัวบ่งชี้	การวัด	Min	Max	Mean	Med	SD	95% CI		p
								Lower	Upper	
	BUN	Day 1	5	23.90	12.63	11.05	4.57	11.28	13.99	0.88
	n=48	Day 30	5.50	25	12.60	11.05	4.76	11.19	14.01	
	Cr.	Day 1	0.43	2.98	0.87	0.77	0.38	0.76	0.98	1.00
	n=46	Day 30	0.50	1.36	0.83	0.66	0.24	0.76	0.90	
	AST	Day 1	14	109	33.22	24	21.94	23.73	42.70	0.49
	n=35	Day 30	10	115	32.22	24	24.44	21.65	42.78	
	ALT	Day 1	6	106	26.52	21.50	22.39	16.84	36.20	0.38
	n=35	Day 30	6	98	25.91	18.50	19.30	17.57	34.26	
	ALP	Day 1	38	814	145.35	75	212.02	46.12	244.58	0.47
	n=32	Day 30	36	659	107.70	66.50	136.57	43.78	171.62	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p<0.05$)

อภิปรายผลการวิจัย

คะแนนคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้น ในวันที่ 30 ของการเข้าร่วมโครงการวิจัย น่าจะเป็นเพราะสาเหตุจากการใช้กัญชา เนื่องจากผู้ป่วยโรคมะเร็งไม่ได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่นร่วมในขณะที่เข้าร่วมโครงการวิจัย สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ผลของกัญชาทางการแพทย์จากการประเมินคุณภาพชีวิตด้วยเครื่องมือมาตรฐานสากลทั้งสองเครื่องมือ พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะประคับประคองใช้กัญชาเปรียบเทียบระหว่างครั้งที่ 1 คือ วันที่ 1 ของการเข้าร่วมโครงการวิจัย กับครั้งที่ 2 คือ วันที่ 30 ของการเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้ป่วยโรคมะเร็งมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ซึ่งมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของสุมาลี พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะประคับประคองก่อนและหลังได้รับน้ำมันกัญชา (Mean: SD เท่ากับ 0.66:0.29 และ 0.81:0.26) มีผลเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วย ($p<.001$)[10]

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งประคับประคองโดยใช้แบบสอบถาม EQ-5D-5L พบว่า ค่ากลางของคุณภาพชีวิตเพิ่มมากขึ้นแตกต่างกันในแต่ละครั้งของการมาติดตามการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)[11] ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะประคับประคองที่ใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ ประเมินอาการไม่สุขสบายด้วยเครื่องมือ ESAS พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังจากใช้กัญชา ได้แก่ อาการคลื่นไส้อาเจียน ($p<0.001$) อาการเบื่ออาหาร ($p=0.007$) และอาการเหนื่อยเพลีย ($p=0.001$)[12]

ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่ใช้น้ำมันกัญชาตำรับเมตตาโอสถ แบบประเมิน ESAS พบว่า น้ำมันกัญชาเมตตาโอสถมีผลบรรเทาอาการนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร เหนื่อย/อ่อนเพลีย ไม่สบายกาย/ใจ คลื่นไส้ ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญและแบบประเมิน EQ-5D-5L พบว่า ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ด้านการเคลื่อนไหว กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ อาการเจ็บปวด/ไม่สบายตัว และความวิตกกังวล/ซึมเศร้า ของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ[13] และจากงานวิจัยเชิงคุณภาพของธนเมศวร์ และคณะ ได้สัมภาษณ์ผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองที่ใช้กัญชา พบว่า เมื่อใช้กัญชาแล้วรับประทานอาหารได้มากขึ้น ไม่เบื่ออาหาร/ชวนให้รับประทานอาหารได้ดี มีแรงมีกำลังมากขึ้น ผ่อนคลาย ไม่เหนื่อยง่าย ใช้ชีวิตประจำวันสะดวกขึ้น ผิวพรรณดีขึ้น[14]

การใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ THC:CBD (1:1) 1-3 มิลลิกรัมต่อวัน มีความปลอดภัยเพียงพอในการนำมาใช้ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย โดยไม่พบอาการข้างเคียงที่รุนแรง[15]

ยาน้ำมันกัญชาหยอดใต้ลิ้นสูตร THC 1.7% มีผลช่วยให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายมีคุณภาพชีวิต

ที่ดีขึ้น ค่ามัธยฐานของคะแนนอรรถประโยชน์ของแบบสอบถาม EQ-5D-5L แรกรับเท่ากับ 0.767 เพิ่มเป็น 0.928 ในการติดตามครั้งที่ 6 และมีความปลอดภัยการทำงานของตับหลังใช้ยาผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับเอนไซม์ AST และ ALT อยู่ในเกณฑ์ปกติ[16]

ผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้ายรักษาด้วยน้ำมันกัญชา พบว่า ตอบสนองต่อยาตั้งแต่ 1-2 ครั้งแรก การปรับยาอยู่ระหว่าง 10 ถึง 20 หยดต่อวัน ผู้ป่วยทุเลาปวด ทานอาหารได้ นอนหลับได้ และผู้ป่วยไม่ซึมเหมือนได้รับ morphine ขนาดสูง มีอารมณ์ดี คุยกับญาติบ่อยขึ้น[17]

ส่วนที่อาการบางอาการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่บางอาการไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ น่าจะเกิดจากสาเหตุอายุของผู้ป่วย ชนิดของโรคมะเร็ง รูปแบบกัญชาที่ได้รับ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ใช้กัญชามีอัตราการรอดชีพ คุณภาพชีวิต คะแนนอรรถประโยชน์ แตกต่างกันมีสาเหตุมาจากปัจจัยด้าน เพศชาย อาชีพ[27] อายุ[22] ตำแหน่งของโรคมะเร็ง การรักษาแบบผสมผสาน[23] ระยะการดำเนินของโรค[24]

รูปแบบกัญชาที่ผู้ป่วยใช้ที่แตกต่างกัน มีผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น[28] รับประทานอาหารได้มากขึ้น[13] คุณภาพการนอนหลับดีขึ้น[29] อาการปวดลดลง[13] จากการทบทวนวรรณกรรมไม่มีความแตกต่างกันชัดเจนในเรื่องผลการรักษา เนื่องจากไม่ได้มีการเปรียบเทียบกันระหว่างผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยกัญชาในหน่วยบริการและนอกหน่วยบริการด้านสุขภาพ และไม่ได้มีการเปรียบเทียบระหว่างรูปแบบของกัญชาที่ผู้ป่วยได้รับ มีเพียงกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะประคับประคองที่ใช้กัญชานอกหน่วยบริการหรือใช้ด้วยตนเอง ที่จะมีความรู้สึกว่าสะดวก ไม่มีค่าใช้จ่าย ไม่เสียเวลาในการเดินทางไปโรงพยาบาล สามารถใช้กัญชาปริมาณตามที่ตนเองต้องการได้ ซึ่งตรงข้ามกับหน่วยบริการที่จะจ่ายกัญชาให้ผู้ป่วยได้ในปริมาณที่จำกัด ผู้ป่วยต้องเดินทางมาพบแพทย์เอง และมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น[17]

ผลของค่าการทำงานของไตและตับ แสดงให้เห็นว่ากัญชาไม่มีผลต่อการทำงานของไตและตับ เนื่องจากวันที่ 30 ของการเข้าร่วมโครงการวิจัย ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับวันที่ 1 ที่เข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา คือ ค่าการทำงานของตับและไต เปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยตำรับยาที่มีกัญชาผสมอยู่ ได้แก่ ระดับเอนไซม์ AST, ALT, ALP, BUN และ Cr. ไม่แตกต่างกันและไม่เกินค่ามาตรฐานในคนปกติ[30]

ข้อยุติคือกัญชาทางการแพทย์ทั้งในระบบและนอกระบบ มีผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะประคับประคองเพิ่มขึ้นและไม่มีผลข้างเคียงที่รุนแรง ตรงกับวัตถุประสงค์และสมมติฐานของการวิจัยว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะประคับประคองที่ใช้กัญชาก่อนและหลังการประเมินมีความแตกต่างกัน ซึ่งเป็นผลงานวิจัยเป็นประโยชน์ เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการตัดสินใจใช้กัญชาเป็นทางเลือกหรือเสริมในการรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะประคับประคองของแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการสั่งจ่ายยา หรือผู้ป่วยที่ต้องการใช้กัญชาด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาประสบการณ์การตัดสินใจใช้กัญชาทางการแพทย์ในมุมมองของผู้ที่มีอาการข้อเข่าเสื่อมและผู้ให้การรักษา[18]

เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาของรัฐบาลที่มีอำนาจในการออกกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับต่าง ๆ เกี่ยวกับกัญชาที่จะนำกัญชากลับไปเป็นยาเสพติดอีกครั้ง ในปี 2567 ได้ทบทวนถึงข้อดีข้อเสียที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะประคับประคองที่มีความต้องการและจำเป็นใช้กัญชาต่อไป จากการศึกษาผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะประคับประคองที่ใช้กัญชาถึงทัศนคติเกี่ยวกับนโยบายกัญชา พบว่า นโยบายกัญชาเสรีเป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ไม่มีทางเลือกในการรักษา ประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษา ไม่อยากให้ยกเลิกไป เห็นด้วยที่ให้ชาวบ้านปลูกกัญชาไว้ใช้เอง เพราะว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งจะได้ใช้กัญชารักษาตัวเองได้โดยไม่ต้องกังวล[17]

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การวิจัยครั้งนี้ มีข้อจำกัดเช่นศึกษากลุ่มตัวอย่างเพียงกลุ่มเดียวไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเป็นโรคมะเร็งชนิดแตกต่างกัน กลุ่มตัวอย่างมีค่อนข้างน้อยเนื่องจากเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ระยะเวลาในการวิจัยความไม่สุขสบายเพียง 1 เดือน รูปแบบกัญชาที่ใช้มีความแตกต่างกัน ในการศึกษาครั้งต่อไปควรพิจารณาลักษณะ จำนวน ชนิดของโรค รูปแบบกัญชาที่ใช้ ให้มีความเหมือนหรือไม่แตกต่างกัน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ Europol Research Foundation for Allows the use of tools EQ-5D (Rigistration ID: 46745) และ ขอขอบคุณผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะประคับประคอง ทั้ง 49 ท่าน ที่ให้ความยินยอมในการเก็บข้อมูลวิจัย และให้ร่วมมือในระหว่างการติดตามการรักษาจนเสร็จสิ้นโครงการวิจัยเป็นอย่างดียิ่ง

References

1. International agency for research on cancer. Cancer today: absolute numbers, incidence, both sexes, in 2022 [Internet]. France: International agency for research on cancer;2022 [updated 2025; cited 2024 Feb 14]. Available from: https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=population&group_populations=0
2. International agency for research on cancer. Cancer today: absolute numbers, mortality, both sexes, in 2022 [Internet]. France: International agency for research on cancer;2022 [updated 2025; cited 2024 Feb 14]. Available from: https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=population&group_populations=0&types=1
3. International agency for research on cancer. Cancer tomorrow: estimated number of new cases from 2022 to 2045 [Internet]. France: International agency for research on cancer;2022 [updated 2025; cited 2024 Feb 14]. Available from: https://gco.iarc.fr/tomorrow/en/dataviz/isotype?types=0&single_unit=500000
4. International agency for research on cancer. (2022). Cancer tomorrow: estimated number of deaths from 2022 to 2045 [Internet]. France: International agency for research on cancer;2022 [updated 2025; cited 2024 Feb 14]. Available from: https://gco.iarc.fr/tomorrow/en/dataviz/isotype?types=1&single_unit=500000
5. Thaenkham T, Chumworathayi B, Dabpookhiew P, Pittayakittiwong P, Srivong T, Ruengsiriphakakul S, et al. The pain management experience of patients with palliative cancer using cannabis in the northeastern part of Thailand. Research Inventy: International Journal of Engineering and Science 2023;13:34-40.
6. Wichitakorn N, Chalatsuk A, Kuerod P, Apiwattanakul P, Thanatkha K. Estimates of public health costs over the next 15 years: study report [Internet]. Bangkok: Thailand development research institute;2018 [updated 2025; cited 24 Feb 2024]. Available from: https://tdri.or.th/wp- content/ uploads/2019/12/ 81-15 B2.pdf (in Thai)

7. Bida P. The use of alternative medicine to complement modern medicine in self-care of cancer patients [dissertation]. Chiang Mai: Chiang Mai Univ;2006. (in Thai)
8. Taweeyanyongkul N, Chaiviboontham S, Sumdaengrit B. Symptom experiences and symptom management in patients with advanced cancer receiving palliative care. Ramathibodi Nursing Journal 2015;21:83-95. (in Thai)
9. Rattanawwarittikul S. Effectiveness and safety of cannabis oil at medical cannabis clinic in Nonghong Hospital, Buriram province. Journal of Research and Health Innovative Development 2023;4:80-90. (in Thai)
10. Lueangchiranothai P, Palawong S, Kamol T. Effectiveness of cannabis extract at medical cannabis clinic in Lampang hospital. Journal of Thai Traditional and Alternative Medicine 2021;19:19-33. (in Thai)
11. Fagcharoenpol V, Darasawang W. Effect of using medical cannabis on distressing symptoms and quality of life in palliative cancer patients. Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospitals 2023;38:53-62. (in Thai)
12. Buamahakul R, Buamahakul T. Treatment effects and adverse drug reaction of metta-osot cannabis oil from medical records in end stage cancer patients received treatment at a cannabis clinic, Thai traditional and integrated medicine hospital, Bangkok. Journal of Public Health Nursing 2024;38:1-11. (in Thai)
13. Thaenkham T, Chumworathayi B, Dabpookhiew P, Pittayakittiwong P, Srivong T, Ruengsiriphakakul S, et al. Experience of cannabis in patients with palliative cancer. Thai Cancer Journal 2023;43:53-68. (in Thai)
14. Thanasitthichai S, Simasatikul C, Srisubat A, Krongkaew W, Kunin B, Seedadard R, et al. Safety and efficacy evaluation of the 1st legalized pharmaceutical grade medical cannabis for palliative cancer in Thailand. Journal of the Department of Medical Services 2020;45:16-22. (in Thai)
15. Kraikosol W, Chaocharoen A, Laemluang P, Musigawong N, Kwankhao P. Effects and safety of cannabis sublingual oil thc 1.7% w/v formula in patients with end stage cancers in medical cannabis clinic, Chao Phya Abhiabhubejhr Hospital. Journal of the Department of Medical Services 2021;46:50-9. (in Thai)
16. Srijaroen J. The clinical experience found in Pranangklao Hospital treatment with 1.7 THC cannabis oil, Chaophraya Abhaibhubejhr fomular, from january to december 2020. Journal of Medical and Public Health Region 4 2021;11:93-100. (in Thai)
17. Thaenkham T, Chumworathayi B, Dabpookhiew P, Pittayakittiwong P, Srivong T, Ruengsiriphakakul S, et al. Attitudes and knowledge of patients with palliative cancer towards cannabis. Journal of Regional Health Promotion Centre 7 Khon Kaen 2023;15:110-22. (in Thai)

18. Sena W, Kessomboon P, Pisutthigoson M, Poolpoem W, Thaenkham T, Seevathee K. Decision-making experiences to use medicinal cannabis: perspectives from patients with knee osteoarthritis and their care providers. Journal of Current Science and Technology 2024;14(1):1-16.
19. Phansila N, Wongkongdech R, Sittiwech C. Servival rate of cholangiocarcinoma, heppatocellular patients received cannabis treatment. Research Square [Internet]. 2021 [cited 23 Sep 2024];1-16. Available from: https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1030279/v1
20. Chinda M, Jaturapatporn D, Kirshen AJ. Reliability and validity of a Thai version of the Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS-Thai). J Pain Symptom Manage 2011;42(6):954-60.
21. Seng JJB, Kwan YH, Fong W, Phang JK, Lui NL, Thumboo J, et al. Validity and reliability of EQ-5D-5L among patients with axial spondyloarthritis in Singapore. Eur J Rheumatol 2020;7(2):71-8.
22. Chantape W. Survival rate and prognostic factors of endometrial cancer patients treated in Ratchaburi Hospital. Region 4-5 Medical Journal 2020;39(2):164-77. (in Thai)
23. Nontasila S, Kamsaard S, Amphaiphan R, Rose Noisuwan N, Ratanawilaisak T. Survival rate of oral cancer patients after diagnosis in Buriram Hospital, Buriram Province. Srinagarind Medical Journal 2020;35(6):753-9. (in Thai)
24. Soimadee S. Overall survival and prognostic factors for breast cancer patients at Vachira Phuket Hospital. Thai Cancer Journal 2017;37(2):62-71. (in Thai)
25. 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 the Department of Medical 2021;45(4):208-14. (in Thai)
26. Sinsuriyasuk A, Choengpanya W, Rakchate R, Siengdee J, Singkham N. Health outcomes of medical cannabis use in end-stage cancer patients receiving palliative care: a clinical practice study in the medical cannabis clinic, Lampang Cancer Hospital. Thai Journal of Pharmacy Practice 2024;16(2):426-38. (in Thai)
27. Uparikthatipong W. Effectiveness of cannabis oil at medical cannabis clinic in Dontum Hospital. Journal of Health and Environmental Education 2023;8(4):11-9. (in Thai)
28. Singjai S. Effect of using medical cannabis clinic services in palliative care patients at Mae On Hospital, Mae On District, Chiang Mai Province. Journal of Nakornping Hospital 2024;15(2):321-35. (in Thai)
29. Buamahakul M, Buamahakul T. Treatment effects and adverse drug reaction of metta-osot cannabis oil from medical records in end stage cancer patients received treatment at a cannabis clinic, Thai traditional and integrated medicine hospital, Bangkok. Journal of Public Health Nursing 2024;38(1):1-11. (in Thai)

30. Tipratchadaporn S, Pomchaiya P, Srita J, Boonyawan S, Silarak K. Benefit and safety of Suk Sai-Yad traditional medicine recipe in patients with insomnia. Journal of Thai Traditional and Alternative Medicine 2021;19(2):317-30. (in Thai)
31. Patthanaphesach J. Health quality of life questionnaire EQ-5D-5L [Internet]. Bangkok: Center for continuing pharmacy education (Thailand);2018 [updated 2025; cited 2024 Sep 26]. Available from: https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=article_detail&subpage=article_detail&id=416 (in Thai)