

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้กัญชาของผู้ป่วยมะเร็งที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพัทลุง

Received: February 10, 2021; Revised: March 1, 2021; Accepted: June 15, 2021

พญ. นันทินี แก้วศรี *
แพทย์ประจำบ้าน เวชศาสตร์ครอบครัว
โรงพยาบาลควนขนุน จังหวัดพัทลุง
นพ. เชษฐพงศ์ สัจฉาผล
ว. เวชศาสตร์ครอบครัว
นายแพทย์ชำนาญการ
โรงพยาบาลควนขนุน จังหวัดพัทลุง
พญ. พงศ์วิไล วิสัยพงษ์
ว. เวชศาสตร์ครอบครัว
นายแพทย์ชำนาญการ
โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา
พญ. หทัยทิพย์ ธรรมวิริยะกุล
ว. เวชศาสตร์ครอบครัว ระบาดวิทยา
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา
***Corresponding Author Email:**
vikkyan078@gmail.com

บทคัดย่อ

ความเป็นมาและความสำคัญ: ปัจจุบันมีการใช้กัญชาในทางการแพทย์มากขึ้น และเป็นทางเลือกหนึ่งในการบรรเทาอาการรบกวนต่าง ๆ ของโรคมะเร็ง

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้กัญชาของผู้ป่วยมะเร็งที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก

ระเบียบการวิจัย: การวิจัยเชิงสังเกตแบบมีกลุ่มควบคุม (Case Control study) ในผู้ป่วยมะเร็งที่มารักษาในโรงพยาบาลจังหวัดพัทลุง โดยสุ่มผู้ป่วยที่ใช้กัญชา และไม่ใช้กัญชาในการรักษาโรคมะเร็งกลุ่มละ 188 คน รวม 376 คน

เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ระยะเวลา 1 กันยายน 2563 ถึง 31 ธันวาคม 2563 ใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ด้วยสถิติวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกเลือกตัวแปร ด้วยวิธีลดตัวแปร (Backward stepwise logistic regression analysis)

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยมะเร็งมีอายุเฉลี่ย 58.1 ปี (SD 11.7) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 55.05) กว่าครึ่งเป็นมะเร็งอวัยวะที่ไม่มีโพรง (ร้อยละ 59.04) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้กัญชาได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับกัญชา (p-value 0.021) ระดับความรุนแรงของมะเร็ง (p-value 0.012) การมีผู้แนะนำให้ใช้กัญชา (p-value <0.001) ผู้ตัดสินใจหลักในการรักษา (p-value <0.001) ชนิดของโรคมะเร็ง (p-value 0.002) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (p-value 0.002) ระดับการศึกษา (p-value 0.001) และผู้ดูแลหลัก (p-value <0.001)

สรุปผลการวิจัย: งานวิจัยนี้พบว่าการใช้กัญชาของผู้ป่วยมะเร็งขึ้นกับปัจจัยส่วนบุคคล เช่น การศึกษา ความรู้เกี่ยวกับกัญชา รายได้ ชนิดและความรุนแรงของโรคมะเร็ง ปัจจัยด้านผู้ตัดสินใจรักษา ผู้ดูแลหลัก รวมถึงการได้รับคำแนะนำในการใช้จากผู้อื่น ดังนั้นการวางแผนเชิงนโยบายเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ในอนาคตจึงควรคำนึงถึงปัจจัยเหล่านี้ด้วย

คำสำคัญ: มะเร็ง, กัญชา, การใช้กัญชา

ORIGINAL ARTICLE

Factors Associated with Cannabis Use of Cancer Patients at the Outpatient Department Phatthalung Hospital

Received: February 10, 2021; **Revised:** March 1, 2021; **Accepted:** June 15, 2021

Abstract

Background: Using cannabis for medical purposes is increasing worldwide. Cannabis is an alternative treatment for relieving symptoms in cancer patients.

Objective: To study factors associated with cannabis use in cancer patients in an outpatient department

Method: The current study was a case-controlled study on cancer patients who visited the Patthalung Hospital. The study sampled 188 cases and 188 controls (total 376) and collected data using a questionnaire from 1 September 2020 through 28 December 2020. Descriptive statistics were frequencies, percentages, mean and standard deviation. Backward stepwise logistic regression analysis was employed to identify factors associated with using cannabis

Results: Patients' average age was 58.1 years (SD 11.7) and fifty percent were female. More than half of them had non solid organ cancer (59.04%) Factors associated with using cannabis were knowledge of cannabis (p-value 0.021), severity of cancer (p-value 0.012), cannabis suggestion from others (p-value <0.001), main decision-maker of treatment (p-value <0.001), type of cancer (p-value 0.002), education level (p-value 0.001), caregiver (p-value <0.001), and income per month (p-value 0.002).

Conclusion: Using cannabis in cancer patients depended on personal factors such as education, cannabis knowledge, income, type, and severity of cancer. Also, decision-makers of treatment, caregivers, and suggestions from others were related to using cannabis. These factors should be considered when planning medical cannabis policies in the future.

Keywords: cancer, cannabis, cannabis use

Nannitee Knewsee, MD*

Family Medicine Resident
Khuan Khanun Hospital*

Chettapong Satjapol, MD, MRCFPT

Khuan Khanun Hospital

Pongwilai Wilaipong, MD, MRCFPT

Hatyai Hospital

Hathaitip Tumviriyakul, MD, MRCFPT

Hatyai Hospital

***Corresponding Author Email:**

vikkyan078@gmail.com

บทนำ

ปัจจุบันอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคเมเร็งเพิ่มสูงขึ้นในหลายประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยเมเร็งรายใหม่จำนวนมากถึง 190,636 คน¹ ผู้ป่วยเมเร็งมักจะมีอาการปวดเรื้อรัง คลื่นไส้ อาเจียน น้ำหนักลด และนอนไม่หลับ² จำเป็นต้องใช้ยาหลายชนิดเพื่อบรรเทาอาการ เช่น ยาในกลุ่มโอปิออยด์ (opioids) ยาลดการคลื่นไส้ อาเจียน ยากระตุ้นความอยากอาหาร และยานอนหลับ จึงอาจมีผลข้างเคียง เช่น อาการท้องผูกรุนแรง การพึ่งพายา การกดการหายใจและเสียชีวิตจากการใช้ยาโอปิออยด์เกินขนาด³ หลายทศวรรษที่ผ่านมา มีการค้นพบระบบ endocannabinoid system ที่รักษาความสมดุลและควบคุมการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย เมื่อสาร endocannabinoid จับที่ CB1 receptor ในระบบประสาทส่วนกลาง จะมีผลต่อการควบคุมความอึด ความเจ็บปวด ความจำ และเมื่อจับที่ CB2 receptor ในระบบภูมิคุ้มกัน จะมีผลควบคุมการหลั่ง cytokine ในระบบภูมิคุ้มกัน⁴ จากคุณสมบัติของกัญชาที่สามารถบรรเทาอาการของโรคเมเร็ง^{5,6} อีกทั้งมีคำแนะนำสนับสนุนให้มีความสามารถนำกัญชามาใช้ทางการแพทย์^{7,8} ส่งผลให้เกิดความสนใจของประชาชนและบุคลากรทางการแพทย์ ในการนำสารสกัดจากกัญชามาใช้ประโยชน์ในผู้ป่วยเมเร็ง

กัญชาทางการแพทย์ในประเทศไทย ได้รับความสนใจจากประชาชนทั่วไป และบุคลากรทางการแพทย์ นับตั้งแต่มีการประกาศพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 ให้สามารถใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์และการศึกษาวิจัย⁹ ถือเป็นเรื่องใหม่ในสังคมไทยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนทั้งทางบวกและทางลบ ผู้ป่วยส่วนหนึ่งมีความปรารถนาที่จะใช้ประโยชน์จากกัญชาทางการแพทย์ เกิดการแสวงหากัญชามา

รักษาตนเองและบอกต่อคนอื่น ๆ โดยไม่ได้อยู่ในการดูแลของแพทย์ อีกทั้งกัญชาที่ผู้ป่วยซื้อมาใช้ ไม่ได้ระบุส่วนประกอบที่แน่ชัด จึงอาจมีสารเจอปนโดยเฉพาะโลหะหนัก และไม่ทราบความเข้มข้นของสาร tetrahydrocannabinol (THC) และ cannabidiol (CBD) ที่ชัดเจน อีกทั้งไม่มีการติดตามประเมินผลข้างเคียงจากการใช้กัญชา ผู้ป่วยบางรายใช้เกินขนาดแล้วเกิดอาการรุนแรง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า งานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งเสริมการใช้กัญชาทางการแพทย์ ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยที่สำรวจในต่างประเทศ โดยพบว่า เพศ ระดับการศึกษา ชนิดของเมเร็ง และผู้แนะนำให้ใช้กัญชา มีผลต่อการใช้กัญชาในผู้ป่วยเมเร็ง^{10,11} ซึ่งงานวิจัยเหล่านี้ อาจมีข้อจำกัดในการนำมาใช้กับผู้ป่วยในประเทศไทยได้ เนื่องจากมีความแตกต่างกันในหลาย ๆ ด้าน เช่น ลักษณะประชากร กฎหมายและบทลงโทษที่สัมพันธ์กับการใช้กัญชา และพฤติกรรมการใช้กัญชาที่แตกต่างกัน อีกทั้งงานวิจัยที่สนใจเกี่ยวกับกัญชาในประเทศไทยยังมีจำนวนน้อยและเป็นการสำรวจในกลุ่มนักโทษหรือนักวิชาการทางการแพทย์^{12,13,14} ยังไม่มีงานวิจัยใดสนใจศึกษาการใช้กัญชาในผู้ป่วย งานวิจัยชิ้นนี้จึงมุ่งเน้นค้นหาปัจจัยที่ผู้ป่วยเมเร็งเลือกใช้กัญชา ความรู้และทัศนคติเรื่องกัญชาในผู้ป่วยเมเร็ง เพื่อพัฒนาองค์ความรู้เรื่องกัญชาทางการแพทย์ในประเทศไทยให้เป็นปัจจุบัน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้กัญชาของผู้ป่วยเมเร็งในจังหวัดพัทลุง

นิยามศัพท์

ปัจจัย หมายถึง สาเหตุ หรือเหตุที่มีผลทำให้ผู้ป่วยเลือกใช้กัญชาในการรักษาโรค ในงานวิจัยนี้ หมายถึง ปัจจัยด้านลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย ปัจจัยด้านข้อมูลพื้นฐานทาง

คลินิกของผู้ป่วย ปัจจัยด้านประสบการณ์การใช้กัญชา และปัจจัยด้านพฤติกรรมการใช้กัญชาที่ผู้ป่วยกำลังใช้กัญชาอยู่ในปัจจุบัน

ผู้ป่วยมะเร็ง คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งทุกชนิดและทุกระยะการดำเนินโรค ในจังหวัดพัทลุงที่ได้รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพัทลุง

มะเร็งของอวัยวะที่ไม่มีโพรง เช่น มะเร็งตับ มะเร็งม้าม มะเร็งไต มะเร็งเต้านม

มะเร็งของอวัยวะที่มีโพรง เช่น มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ มะเร็งกระเพาะอาหาร มะเร็งรังไข่

กัญชาทางการแพทย์ หมายถึง สิ่งที่ได้จากการสกัดพืชกัญชา เพื่อนำสารสกัดที่ได้มาใช้ในการแพทย์และการวิจัย ไม่ได้หมายถึงกัญชาที่ยังคงมีสภาพเป็นพืช หรือส่วนประกอบใดๆ ของพืชกัญชา อาทิ ยอดดอก ใบ ลำต้น ราก เป็นต้น

การใช้กัญชา หมายถึง ณ วันที่ตอบแบบสอบถามกำลังใช้กัญชาอยู่

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์เชิงสังเกตแบบมีกลุ่มควบคุม (Case Control study) โดยสุ่มเลือกประชากรกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งที่ใช้กัญชา (Case) และผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่ใช้กัญชา (Control) แบบ systematic sampling อย่างน้อย 2 คนต่อวัน จนครบ 376 คน ระหว่างวันที่ 1 กันยายน 2563 ถึง 31 ธันวาคม 2563 เมื่อได้ครบตามขนาดตัวอย่างที่ต้องการแล้ว จะยุติการเก็บแบบสอบถาม โดยมีนิยามของผู้ป่วยที่แยกประเภทเป็นกลุ่ม case คือเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งทุกชนิดและทุกระยะการดำเนินโรคที่ ณ วันที่ตอบแบบสอบถามกำลังใช้กัญชาอยู่และกลุ่ม control เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งทุกชนิดและทุกระยะการดำเนินโรคที่ ณ วันที่ตอบแบบสอบถามไม่ได้ใช้กัญชาอยู่หรือไม่เคยใช้กัญชามาก่อนเลย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การรับเข้าได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยมะเร็งทุกชนิดและทุกระยะการดำเนินโรค ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพัทลุง เกณฑ์การไม่รับเข้าคือผู้ที่ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และผู้ที่มีสติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์

กำหนดขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G-power program โดยใช้สูตร Logistic regression มาคิดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณโดยพิจารณาจากปัจจัยการใช้กัญชาอ้างอิงจากการศึกษาของ Pergam SA และคณะ¹⁰ ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้กัญชาในผู้ป่วยมะเร็งในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยใช้ปัจจัยอายุของผู้ป่วย ซึ่งมีสัดส่วนการใช้กัญชาที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 อำนาจการทดสอบที่ 0.95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 376 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยใช้แบบสอบถามประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1: แบบวัดพฤติกรรมการใช้กัญชา ได้แก่ ประสบการณ์การใช้กัญชา การใช้กัญชาเพื่อความสุขสนาน ผู้แนะนำให้ใช้กัญชา พฤติกรรมการใช้กัญชา อาการของโรคเมเร็งที่ใช้กัญชาเพื่อบรรเทา ผลจากการใช้กัญชา ผลข้างเคียงจากการใช้กัญชา แหล่งที่มาของกัญชา สาเหตุในการหยุดใช้กัญชา
- ส่วนที่ 2: แบบวัดประสบการณ์การใช้สารเสพติด ได้แก่ บุหรี่ สุรา หรือใช้สารเสพติดอื่น และแบบสอบถามเพื่อคัดกรองภาวะพึ่งพาการใช้กัญชา เพื่อนำเสนอเกี่ยวกับการใช้กัญชาในผู้ป่วย ว่าใช้มากเกินจากภาวะเพื่อการบรรเทาอาการของโรคเมเร็งหรือไม่ โดยแบ่งเป็นระดับต่ำ ปานกลาง สูง อ้างอิงจาก The cannabis use disorder identification test-revised (CUDIT-R) และ แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติดเพื่อการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสร.) V.2

- ส่วนที่ 3: ความรู้เกี่ยวกับกัญชาที่ใช้ในการรักษาโรค มีข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ต่อการใช้กัญชา ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คะแนนเต็ม 12 คะแนน โดยวิธีของไลเคิร์ต (Likert, 1967)¹⁵ นำคะแนนที่ได้มาหาค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและแปลผลโดยใช้เกณฑ์ระดับค่าคะแนนเฉลี่ยอันตรภาคชั้น (Class Interval) ตามมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ สูง ปานกลาง ต่ำ ตามแนวคิดของเบสท์ (Best, 1977, p. 174)¹⁶
- ส่วนที่ 4: ทักษะการติดต่อกัญชาต่อการรักษาโรค มีข้อคำถามเกี่ยวกับทักษะการติดต่อกัญชาประกอบด้วย ข้อคำถาม 10 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คะแนนเต็ม 40 คะแนน โดยวิธีของไลเคิร์ต (Likert, 1967)¹⁵ นำคะแนนที่ได้มาหาค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและแปลผลโดยใช้เกณฑ์ระดับค่าคะแนนเฉลี่ยอันตรภาคชั้น (Class Interval) ตามมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ สูง ปานกลาง ต่ำตามแนวคิดของเบสท์ (Best, 1977, p. 174)¹⁶
- ส่วนที่ 5: ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัวอื่น ชนิดของโรคมะเร็งที่ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็ง ช่วงเวลาที่เริ่มใช้กัญชา ผู้ตัดสินใจหลักในการดูแล ผู้ดูแลหลัก และระดับความรุนแรงของมะเร็งในความคิดของผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การบันทึกข้อมูลโดยโปรแกรม Epidata version 3.1 และวิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรม Stata SE16 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย ข้อมูลพื้นฐานทางคลินิกของผู้ป่วย ประสบการณ์การใช้กัญชา และ พฤติกรรมการใช้กัญชา ใช้สถิติเชิงพรรณนาเช่นการแจกแจง

ความถี่ และค่าร้อยละสำหรับข้อมูลรายกลุ่ม และข้อมูลต่อเนื่องที่มีการแจกแจงปกตินำเสนอด้วยค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ส่วนข้อมูลต่อเนื่องที่ไม่มีการแจกแจงแบบปกติ

วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์ระหว่างการใช้กัญชาของผู้ป่วยมะเร็งเบื้องต้น ด้วยสถิติ simple logistic regression ครึ่งละ 1 ตัวแปร และนำปัจจัยที่มีค่า P-value <0.2 เป็นการใช้อุดเริ่มต้นการตัดตัวแปร (threshold) ที่ต่ำเพื่อเลือกตัวแปรเข้ามาในมาวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์หลายตัวแปร (Multiple logistic regression) อีกครั้ง โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์แบบขจัดออกทีละตัวแปร (backward elimination) เพื่อให้ได้โมเดลที่ดีที่สุด (Backward Stepwise regression analysis) กำหนดค่า Likelihood ratio test (LR) นัยสำคัญที่ p value เท่ากับ 0.05 นำเสนอขนาดความสัมพันธ์ด้วยค่า OR คู่กับช่วงความเชื่อมั่น 95%

การศึกษานี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของจังหวัดพัทลุง เลขที่ EC COA NO. 01

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มที่ศึกษา

ผู้ป่วยมะเร็งมีอายุเฉลี่ย 58.1 ปี (SD 11.7) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 55.05) (p-value 0.029) มากกว่าครึ่งเป็นมะเร็งอวัยวะที่มีโพรง* (ร้อยละ 59.04) ในกลุ่มใช้กัญชาส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 50.53) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า 68 คน (ร้อยละ 36.17) แตกต่างจากกลุ่มไม่ใช้กัญชาซึ่งส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 29.78 (p-value 0.011) ในกลุ่มที่ใช้กัญชาส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ที่ 10,000-30,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 56.38) แตกต่างจากกลุ่มที่ไม่ใช้กัญชา ซึ่งส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 (ร้อยละ 43.61) (p-value 0.002) ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่คิดว่าระดับความรุนแรงของมะเร็งของตน อยู่ในระดับความรุนแรงปาน

กลาง (p-value <0.001) ในกลุ่มที่ใช้กัญชา ส่วนใหญ่ตัดสินใจการรักษาด้วยตนเอง 89 คน (คิดเป็นร้อยละ 47.34) แต่ในกลุ่มที่ไม่ใช้กัญชา ส่วนใหญ่จะมีผู้ครองเป็นผู้ตัดสินใจหลักในการรักษาโรค คิดเป็นร้อยละ 31.91 (p-value <0.001) และในกลุ่มที่ใช้กัญชามีผู้ครองเป็นผู้ดูแลหลัก 74 คน (ร้อยละ 39.36) แต่ในกลุ่มที่ไม่ใช้กัญชา จะมีบุตรเป็นผู้ดูแลหลัก (ร้อยละ 42.55) (p-value <0.007) ดังในตารางที่ 1

ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นมะเร็งของอวัยวะที่มีโพรง (p-value <0.001) ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งอยู่ในช่วง 1-5 ปี (p-value 0.001) ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ (p-value 0.004) และไม่เคยดื่มสุรา (p-value 0.007) ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องกัญชาทางการแพทย์ในระดับปานกลาง (p-value <0.001) และทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีทัศนคติเกี่ยวกับกัญชาต่อการรักษาโรคอยู่ในระดับปานกลาง (p-value <0.18) ในกลุ่มที่ใช้กัญชาส่วนใหญ่มีเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลเป็นผู้แนะนำให้ใช้กัญชา 62 คน (ร้อยละ 34.57) (p-value <0.001) ในกลุ่มไม่ใช้กัญชาส่วนใหญ่ไม่มีผู้แนะนำ ร้อยละ 27.39 (p-value <0.001) ดังในตารางที่ 2

* มะเร็งของอวัยวะที่มีโพรง เช่นมะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ มะเร็งกระเพาะอาหาร มะเร็งรังไข่

ลักษณะการใช้กัญชา

ผู้ป่วยมะเร็งในกลุ่มที่ใช้กัญชาส่วนใหญ่ เริ่มใช้กัญชาหลังจากวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งแล้ว 152 คน (ร้อยละ 80.85) ในมุมมองของผู้ป่วยต่อการบรรเทาอาการจากการใช้กัญชา พบว่าบรรเทาอาการของมะเร็งได้ดี 110 คน (ร้อยละ 58.51) โดยอาการที่บรรเทาส่วนใหญ่ ได้แก่ อาการปวด 139 คน (ร้อยละ 73.94) รองลงมาได้แก่ อาการนอนไม่หลับ 81 คน (ร้อยละ 43.09) และอาการเบื่ออาหาร 64 คน (ร้อยละ 34.04) (ดังในแผนภูมิแท่งที่ 1) ผู้ใช้กัญชาส่วนใหญ่มีภาวะพึ่งพากัญชาอยู่ในระดับปานกลาง 124 คน (ร้อยละ 65.96) ผู้ใช้กัญชาส่วนใหญ่ไม่เคยมีอาการผิดปกติจากการใช้

กัญชา 153 คน (ร้อยละ 81.38) อาการข้างเคียงจากการใช้กัญชา ส่วนใหญ่ได้แก่ ปากแห้ง 30 คน (ร้อยละ 15.96) รองลงมาคือ เวียนศีรษะ 25 คน (ร้อยละ 13.30) และง่วงนอน 4 คน (ร้อยละ 2.13) (ดังในแผนภูมิแท่งที่ 2) ผู้ที่ใช้กัญชาส่วนใหญ่ซื้อมาใช้เองโดยไม่ได้รับคำสั่งจากแพทย์ 111 คน (ร้อยละ 59.04) โดยส่วนใหญ่สั่งซื้อจากผู้ที่มีใบอนุญาต 81 คน (ร้อยละ 43.09) รองลงมาคือได้กัญชามาจากสถานพยาบาล 49 คน (ร้อยละ 26.06) เพื่อน 40 คน (ร้อยละ 21.27) และสมาชิกในครอบครัวมอบให้ 13 คน (ร้อยละ 6.91) ผู้ที่ใช้กัญชาส่วนใหญ่ใช้กัญชาทุกวัน 171 คน (ร้อยละ 90.96) โดยส่วนใหญ่ใช้กัญชาในรูปหยดใต้ลิ้น 81 คน (ร้อยละ 43.09) รองลงมาคือ เคี้ยวใบรับประทาน 26 คน (ร้อยละ 13.86) และการสูบ 5 คน (ร้อยละ 2.66) ดังในตารางที่ 3

เมื่อทำการวิเคราะห์ที่หลายปัจจัย โดยคำนึงถึงปัจจัยอื่นร่วมด้วย โดยวิธีวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) โดยเปรียบเทียบกลุ่มที่ใช้กัญชาและไม่ใช้กัญชา พบว่า ปัจจัยด้านระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์อย่างอิสระกับพฤติกรรมการใช้กัญชาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) โดยผู้ป่วยมะเร็งที่มีระดับการศึกษาระดับอนุปริญญา/ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง มีพฤติกรรมการใช้กัญชาเป็น 0.31 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษาหรือต่ำกว่า (95% CI : 0.11-0.83) ปัจจัยด้านรายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์อย่างอิสระกับพฤติกรรมการใช้กัญชาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.002) โดยผู้ป่วยมะเร็งที่มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือนมีการใช้กัญชา เป็น 2.34 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่มีรายได้มากกว่า 10,000 บาทต่อเดือน (95% CI: 1.19-4.57) ปัจจัยด้านชนิดของโรคมะเร็ง มีความสัมพันธ์อย่างอิสระกับการใช้กัญชาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.002) โดยผู้ป่วยมะเร็งระบบเลือดมีการใช้กัญชาเป็น 25.81 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งของอวัยวะที่ไม่มีโพรง (95% CI:

ตารางที่ 1 ตารางแจกแจงความถี่และร้อยละข้อมูลปัจจัยด้านลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการใช้กัญชา (n = 376)

ข้อมูลทั่วไป	total จำนวน (%)	การใช้กัญชา		p-value
		ใช้กัญชา จำนวน (%)	ไม่ใช้กัญชา จำนวน (%)	
จำนวน	376 (100)	188 (50)	188 (50)	
อายุ Mean±SD (ปี)	58.1 (11.7)	58.63 (12.34)	57.52 (10.94)	0.358
เพศ				0.029*
ชาย	169 (44.95)	95 (50.53)	74 (39.36)	
สถานะภาพ				0.956
โสด	54 (14.36)	28 (14.89)	26 (13.82)	
คู่สมรส	264 (70.21)	131 (69.68)	133 (70.74)	
ม้าย/หย่าร้าง	58 (15.43)	29 (15.42)	29 (15.42)	
ศาสนา				0.284
พุทธ	327 (86.97)	167 (88.82)	160 (85.10)	
อิสลาม	49 (13.03)	21 (42.86)	28 (51.07)	
ระดับการศึกษา				0.011*
ประถมศึกษาและน้อยกว่า	96 (25.53)	46 (24.46)	50 (26.59)	
มัธยมศึกษา	107 (28.46)	51 (27.21)	56 (29.78)	
อนุปริญญา/ปวส.	63 (16.76)	23 (12.23)	40 (21.27)	
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	110 (29.26)	68 (36.17)	42 (22.34)	
อาชีพ				0.068
ไม่ได้ทำงาน	44 (11.70)	30 (15.95)	14 (7.44)	
เกษตรกร	99 (26.33)	48 (25.53)	51 (27.21)	
รับจ้าง	80 (21.28)	35 (18.61)	45 (23.93)	
รับราชการ	63 (16.76)	32 (17.02)	31 (16.48)	
ค้าขาย	68 (18.09)	29 (15.42)	39 (20.74)	
อื่น ๆ	22 (5.85)	14 (7.44)	8 (4.25)	
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน				0.002*
น้อยกว่า 10,000	135 (35.90)	53 (28.19)	82 (43.61)	
10,000 – 30,000	180 (47.87)	106 (56.38)	74 (39.36)	
30,000 ขึ้นไป	61 (16.22)	29 (15.42)	32 (17.02)	
ระดับความรุนแรงของภาระงานตามความคิด				<0.001*
รุนแรงมาก	53 (14.10)	38 (20.21%)	15 (7.97%)	
รุนแรงปานกลาง	200 (53.19)	105 (55.85%)	95 (50.53%)	
รุนแรงน้อย	123 (32.71)	45 (23.93%)	78 (41.48%)	
ภาวะเครียดจากโรคระบาด				0.519
มี	301 (80.05)	153 (81.38%)	148 (78.72%)	
ไม่มี	75 (19.95)	35 (46.67)	40 (53.33)	
ผู้ตัดสินใจหลักในการดูแลรักษาโรค				<0.001*
ตัดสินใจด้วยตนเอง	112 (29.79)	89 (47.34)	23 (12.23%)	
ผู้ครอง	68 (18.09)	8 (4.26)	60 (31.91%)	
พี่น้อง	89 (23.67)	34 (18.09)	55 (29.25%)	
บุตร	89 (23.67)	44 (23.40)	45 (23.93%)	
บิดาหรือมารดา	18 (4.79)	13 (6.91)	5 (2.66%)	
ผู้ดูแลหลัก				0.007*
ไม่มี	24 (6.38)	18 (9.57%)	6 (3.19%)	
ผู้ครอง	142 (37.77)	74 (39.36%)	68 (36.17%)	
บุตร	144 (38.30)	64 (34.04%)	80 (42.55%)	
พี่น้อง	31 (8.24)	20 (10.63%)	11 (5.85%)	
บิดาหรือมารดา	35 (9.31)	12 (6.38%)	23 (12.13%)	

ตารางที่ 2 ตารางแสดงข้อมูลพื้นฐานทางคลินิกของผู้ป่วยจำแนกตามการใช้กัญชา (n = 376)

ข้อมูลทั่วไป	total จำนวน (%)	การใช้กัญชา		p-value
		ใช้กัญชา จำนวน (%)	ไม่ใช้กัญชา จำนวน (%)	
โรคประจำตัว				0.527
ไม่มี	228 (60.64)	117 (62.23%)	111 (59.04)	
ชนิดของโรคเมเร้งที่ผู้ป่วยเป็นอยู่				<0.001*
เมเร้งของอวัยวะที่ไม่มีโพรง*	158 (42.02)	63 (33.51)	95 (50.53)	
เมเร้งของอวัยวะที่มีโพรง [†]	202 (53.72)	111 (59.04)	91 (48.40)	
เมเร้งของระบบเลือด	16 (4.26)	14 (7.45)	2 (1.06)	
ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเมเร้ง				0.001*
ต่ำกว่า 1 ปี	128 (34.04)	77 (40.95)	51 (27.12)	
1-5 ปี	211 (56.12)	88 (46.80)	123 (65.42)	
มากกว่า 5 ปี	37 (9.84)	23 (12.23)	14 (7.45)	
ประสบการณ์การสูบบุหรี่				0.004*
ไม่เคยสูบ	254 (67.55)	123 (65.42)	131 (69.68)	
เคยสูบและเลิกสูบแล้ว	76 (20.21)	32 (17.02)	44 (23.40)	
เคยสูบและยังสูบบุหรี่อยู่	46 (12.23)	33 (17.55)	13 (6.91)	
ประสบการณ์การดื่มสุรา				0.007*
ไม่เคยดื่ม	217 (57.71)	110 (58.51)	107 (56.91)	
ดื่มเป็นครั้งคราว	128 (34.04)	55 (29.25)	73 (38.82)	
ดื่มเป็นประจำ	31 (8.24)	23 (12.23)	8 (4.26)	
ประสบการณ์การใช้สารเสพติดผิดกฎหมาย				0.255
เคยใช้	8 (1.87)	5 (2.76)	3 (1.07)	
ไม่เคยใช้	368 (98.13)	183 (97.34)	185 (98.93)	
ระดับความรู้เกี่ยวกับกัญชาต่อการรักษาโรค				<0.001*
ระดับความรู้สูง	166 (44.14)	77 (40.95)	43 (22.87)	
ระดับปานกลาง	208 (55.31)	110 (58.51)	136 (72.34)	
ระดับความรู้ต่ำ	2 (0.53)	1 (0.53)	9 (4.78)	
ระดับทัศนคติเกี่ยวกับกัญชาต่อการรักษาโรค				0.180
ทัศนคติสูง	166 (44.14)	77 (46.39)	89 (47.34)	
ทัศนคติปานกลาง	204 (54.25)	110 (58.51)	94 (50.00)	
ทัศนคติต่ำ	4 (1.06)	1 (0.53)	3 (2.65)	
ผู้แนะนำให้ใช้กัญชา				<0.001*
ไม่มี	103 (27.39)	25 (13.29%)	78 (41.48%)	
มี				
ผู้นำชุมชนหรือปราชญ์ชาวบ้าน	41 (10.90)	25 (13.30)	16 (8.51)	
อสม. ในชุมชน	43 (11.44)	26 (13.82%)	17 (9.04%)	
เจ้าหน้าที่ รพสต.	55 (14.63)	25 (13.29%)	30 (15.95%)	
เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาล	95 (25.27)	62 (34.57%)	33 (17.55%)	
อื่น ๆ เช่น คนในครอบครัว, เพื่อนบ้าน	39 (10.37)	25 (13.29%)	14 (7.44%)	

* เมเร้งของอวัยวะที่ไม่มีโพรง เช่น เมเร้งตับ เมเร้งม้าม เมเร้งไต เมเร้งเต้านม

[†] เมเร้งของอวัยวะที่มีโพรง เช่นเมเร้งปอด เมเร้งลำไส้ เมเร้งกระเพาะอาหาร เมเร้งรังไข่

2.88-231.11) ดังในตารางที่ 4

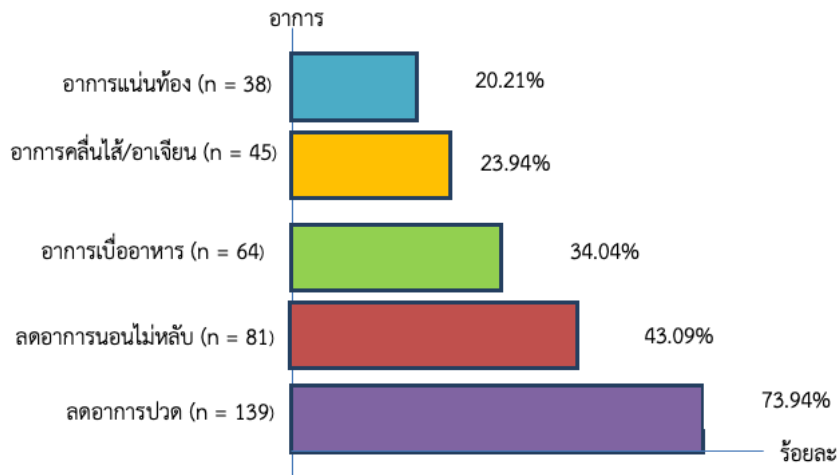
ปัจจัยด้านระดับความรุนแรงของโรคเมเร้งในความคิดของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์อย่างอิสระกับการใช้กัญชาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.012) โดยผู้ป่วยเมเร้งที่ใช้กัญชามีความคิดว่าตนอยู่ในระดับความรุนแรงขั้นสูงจะมีการใช้กัญชาเป็น 4 เท่าเมื่อ

เทียบกับกลุ่มผู้ป่วยเมเร้งที่คิดว่าตนอยู่ในความรุนแรงขั้นต้น (95% CI: 1.56-10.13, p 0.004) ปัจจัยด้านผู้ดูแลหลัก มีความสัมพันธ์อย่างอิสระกับการใช้กัญชาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) โดยผู้ป่วยที่มีบุตรเป็นผู้ดูแล จะมีการใช้กัญชา เป็น 0.04 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแลหลัก

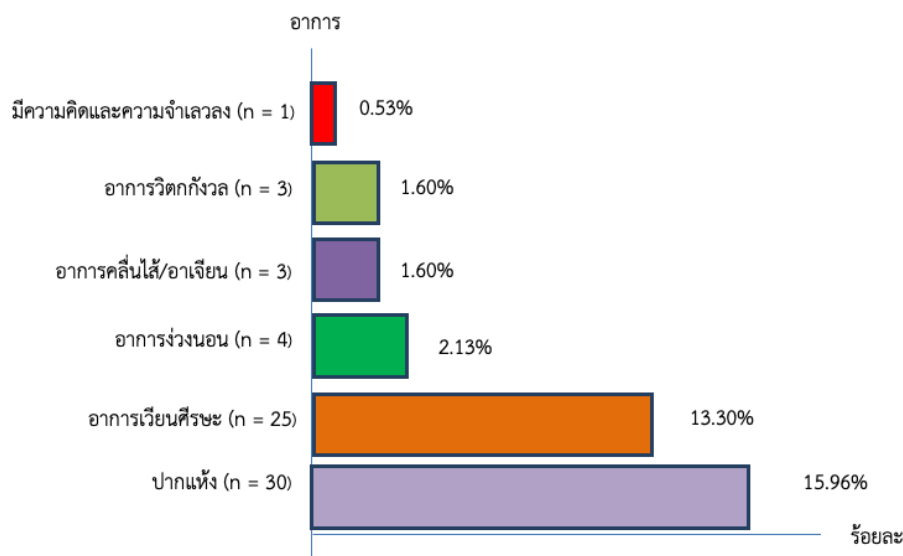
ตารางที่ 3 ตารางแสดงจำนวนและร้อยละของลักษณะการใช้กัญชา (n = 188)

ลักษณะการใช้กัญชา	จำนวน (%) (n = 188)
ใช้กัญชาเพื่อความสนุกสนาน	
ไม่เคยใช้	355 (94.41)
เคยใช้	21 (5.59)
ช่วงเวลาที่เริ่มใช้กัญชา	
ไม่เคยใช้กัญชา	12 (6.38)
ก่อนวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง	24 (12.76)
หลังวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง	152 (80.85)
ผลของการใช้กัญชาเพื่อบรรเทาอาการของมะเร็ง	
ไม่บรรเทา	5 (2.66)
บรรเทาเล็กน้อย	47 (25.00)
บรรเทาได้ดี	110 (58.51)
บรรเทาได้ดีมาก	26 (13.83)
พฤติกรรมพึ่งพากัญชา	
พึ่งพาต่ำ	63 (33.51)
พึ่งพาปานกลาง	124 (65.96)
พึ่งพาสูง	1 (0.53)
ประวัติอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจากการใช้กัญชา	
ไม่เคย	153 (81.38)
ผู้สั่งใช้กัญชา	
ไม่ใช่แพทย์	111 (59.04)
แหล่งที่มาของกัญชา	
ผลิตเอง	5 (2.66)
รับจากสถานพยาบาล	49 (26.06)
สั่งซื้อจากผู้ที่มีใบอนุญาต	81 (43.09)
เพื่อน	40 (21.27)
สมาชิกในครอบครัว	13 (6.91)
ความถี่การใช้กัญชา	
ไม่ใช้กัญชาใน 30 วันที่ผ่านมา	8 (4.26)
ใช้น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์	3 (1.60)
ใช้มากกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์	5 (2.66)
ใช้กัญชาทุกวัน	171 (90.96)
ใช้มากกว่า 1 ครั้งใน 1 วัน	1 (0.53)
รูปแบบของการใช้กัญชา	
หยดใต้ลิ้น	156 (82.97)
เคี้ยวใบรับประทาน	26 (13.82)
สูบ	5 (2.6)
สูดดม	1 (0.53)

แผนภูมิแท่งที่ 1 แสดงเหตุผลในการใช้กัญชาบรรเทาอาการจากมะเร็ง



แผนภูมิแท่งที่ 2 อาการข้างเคียงจากการใช้กัญชา



(95%CI: 0.007-0.26, p-value 0.001) ผู้ป่วยที่มีบิดา-มารดาเป็นผู้ดูแลหลัก จะมีการใช้กัญชาเป็น 0.04 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแลหลัก (95%CI: 0.005-0.32, p-value 0.02) และผู้ป่วยที่มีผู้ครองเป็นผู้ดูแลหลัก จะมีการใช้กัญชาเป็น 0.15 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแลหลัก (95%CI: 0.02-0.82, p-value 0.029) ปัจจัยด้านผู้ตัดสินใจหลักในการรักษามีความสัมพันธ์อย่างอิสระกับการใช้กัญชาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) โดยผู้ป่วยที่ตัดสินใจการรักษาด้วยตนเอง มีการใช้กัญชาเป็น 33.15 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่มีผู้ครองเป็นผู้ตัดสินใจหลักในการรักษา (95%CI 10.32-106.52, p-value <0.001) ผู้ป่วยที่

บุตรเป็นผู้ตัดสินใจหลักในการรักษา มีการใช้กัญชาเป็น 14.44 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่มีผู้ครองเป็นผู้ตัดสินใจหลักในการรักษา (95%CI: 3.92-53.16, p-value <0.001) ผู้ป่วยที่มีบิดา-มารดาเป็นผู้ตัดสินใจหลักในการรักษา มีการใช้กัญชาเป็น 9.54 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่มีผู้ครองเป็นผู้ตัดสินใจหลักในการรักษา (95%CI: 1.72-52.91, p-value 0.010) ดังในตารางที่ 4

ปัจจัยด้านผู้แนะนำให้ใช้กัญชา มีความสัมพันธ์อย่างอิสระกับการใช้กัญชาของผู้ป่วยมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) โดยผู้ป่วยมะเร็งที่ใช้กัญชา ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเป็น

9.51 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่มีผู้แนะนำให้ใช้กัญชา (95%CI : 3.77-23.95, p-value <0.001) กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับคำแนะนำการใช้กัญชาจากอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน (อสม.) มีการใช้กัญชาเป็น 8.55 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่มีผู้แนะนำให้ใช้กัญชา (95%CI : 2.96-24.66, p-value<0.001) กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับคำแนะนำการใช้กัญชาจากผู้นำชุมชนหรือปราชญ์ชาวบ้านมีการใช้กัญชาเป็น 7.74 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่มีผู้แนะนำให้ใช้กัญชา (95%CI: 2.65-22.55, p-value <0.001) กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับคำแนะนำการใช้กัญชาจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีการใช้กัญชาเป็น 5.26 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่มีผู้แนะนำให้ใช้กัญชา (95%CI: 1.97-14.01, p-value 0.001) และกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับคำแนะนำการใช้กัญชาจากผู้อื่น เช่น คนในครอบครัวหรือเพื่อนบ้าน มีการใช้

กัญชาเป็น 6.67 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่มีผู้แนะนำให้ใช้กัญชา (95%CI : 2.11-20.07, p-value 0.001) ปัจจัยด้านความรู้เรื่องการใช้กัญชาทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์อย่างอิสระกับการใช้กัญชาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ใช้กัญชามีความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ในระดับปานกลางเป็น 2.04 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่มีความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ในระดับสูง (95%CI: 1.11-3.72, p-value 0.021) ดังในตารางที่ 4

วิจารณ์

งานวิจัยนี้ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้กัญชาของผู้ป่วยมะเร็ง โดยพบว่าในกลุ่มที่ใช้กัญชาส่วนใหญ่เป็นเพศชายและมีการศึกษาในระดับอนุปริญญา/ปวส. ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของของ Pergam SA และคณะ¹⁰ ชนิดของมะเร็งในกลุ่มที่ใช้กัญชาส่วนใหญ่เป็นมะเร็งของอวัยวะที่มีโพรง

ตารางที่ 4 ตารางแสดงปัจจัยที่มีผลต่อการใช้กัญชาของผู้ป่วยมะเร็ง (n = 376)

ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้กัญชา	ผู้ใช้กัญชา (188)	OR	95% CI	Adjust OR ratio	95% CI	p-value
ระดับการศึกษา						0.001
ประถมศึกษาและน้อยกว่า	46	1	-	1	-	
มัธยมศึกษา	51	0.99	0.57-1.71	0.81	0.36-1.76	0.591
อนุปริญญา/ปวส.	23	0.63	0.32-1.19	0.31	0.11-0.83	0.021
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	68	0.92	1.01-3.06	1.37	0.51-3.63	0.531
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน						0.002
น้อยกว่า 10,000	53	1	-	1	-	
10,000-30,000	106	2.22	1.40-3.49	2.34	1.19-4.57	0.013
30,000 ขึ้นไป	29	1.40	0.76-2.57	0.61	0.20-1.78	0.368
ชนิดของโรคมะเร็ง						0.002
มะเร็งของอวัยวะที่ไม่มีโพรง	63	1	-	1	-	
มะเร็งของอวัยวะที่มีโพรง	111	1.84	1.20-2.80	1.49	0.82-2.67	0.182
มะเร็งระบบเลือด	14	10.56	2.31-48.04	25.81	2.88-231.11	0.004
ระดับความรุนแรงของมะเร็ง						0.012
ระดับความรุนแรงขั้นต้น	38	1	-	1	-	
ระดับความรุนแรงขั้นปานกลาง	105	1.92	1.20-3.03	1.60	0.81-3.13	0.175
ระดับความรุนแรงขั้นสูง	45	4.39	2.17-8.85	4.00	1.56-10.13	0.004
ผู้ดูแลหลัก						<0.001
ไม่มีผู้ดูแลหลัก	18	1	-	1	-	
คู่ครอง	74	0.36	0.13-0.96	0.15	0.02-0.82	0.029
บุตร	64	0.27	0.10-0.71	0.04	0.007-0.26	0.001
พี่น้อง	20	0.606	0.18-1.97	0.27	0.03-2.06	0.207
บิดา-มารดา	12	0.173	0.05-0.55	0.04	0.005-0.32	0.002

ใหญ่ใช้กัญชาแบบสุดดม อาจเนื่องมาจากรูปแบบกัญชาที่มีใช้ในประเทศไทยทั้งการแพทย์ทางเลือกและแพทย์แผนปัจจุบัน ส่วนใหญ่อยู่ในรูปแบบน้ำมันกัญชา ส่วนรูปแบบอื่นๆยังไม่มีแพร่หลายมากนัก

ผู้ป่วยมะเร็งในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้กัญชาเพื่อบรรเทาอาการปวด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิเคราะห์หัตถ์ของ Mücke M และคณะ²⁰ และการศึกษาของ Hauser W. และคณะ²¹ ซึ่งศึกษาผลของกัญชาต่อการลดปวด ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่ากัญชาสามารถบรรเทาอาการปวดได้ดี รองลงมาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้กัญชาเพื่อบรรเทาอาการนอนไม่หลับ ซึ่งสอดคล้องกับการวิเคราะห์หัตถ์ของ Allan GM และคณะ²² ซึ่งพบว่ากัญชานอกจากจะลดอาการปวดได้ดีแล้ว ยังมีฤทธิ์ทำให้ง่วงนอน และผู้ป่วยมะเร็งในกลุ่มตัวอย่างใช้กัญชาเพื่อบรรเทาอาการเบื่ออาหาร และคลื่นไส้อาเจียน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิเคราะห์หัตถ์ของ F.C. Machado Rocha และคณะ²³ และการศึกษาของ Ungerleider JT และคณะ²⁴ ซึ่งศึกษาผลของกัญชาต่อผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าสามารถลดการคลื่นไส้อาเจียนได้ดีอีกทั้งงานวิจัยนี้พบว่าส่วนใหญ่อาการข้างเคียงจากการใช้กัญชาได้แก่ ปากแห้งและเวียนศีรษะ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิเคราะห์หัตถ์ของ Whiting PF และคณะ²⁵ ซึ่งศึกษาผลของกัญชาทางการแพทย์ พบว่าผลข้างเคียงที่พบบ่อยคือปากแห้งและเวียนศีรษะ

การนำงานวิจัยไปใช้

การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยมะเร็งที่เลือกใช้กัญชาส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ในระดับปานกลาง ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจเลือกการรักษาด้วยตนเองและมีเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเป็นผู้แนะนำให้ใช้กัญชา แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการเผยแพร่ข้อมูลและส่งเสริมความรู้เรื่องกัญชาทางการแพทย์แก่ผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยมีข้อมูลที่เพียงพอในการเลือกรับหรือไม่รับกัญชาในการรักษาได้ด้วยตนเอง การมีส่วนร่วมในการรักษาของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่สำคัญ เพื่อให้การใช้กัญชา

เหมาะสมที่สุดกับผู้ป่วยแต่ละราย ลดผู้ป่วยที่จะซื้อกัญชามาใช้เองและเกิดความปลอดภัยในการใช้กัญชาทางการแพทย์ในประเทศไทยมากยิ่งขึ้น

ข้อจำกัดงานวิจัย

การเก็บข้อมูลแบบสอบถาม ประวัติประสบการณ์การใช้กัญชาในอดีต อาจเกิดอคติจากการย้อนนึกถึงข้อมูลได้ (Recall bias) และอาจมีอคติจากการปกปิดการให้ข้อมูลทำให้เกิดการรายงานการใช้กัญชาต่างไปจากความเป็นจริงได้ (information bias) เพราะ หน่วยงานที่ได้รับอนุญาต จะจ่ายกัญชาให้ ณ ที่ทำการในช่วงปี 2562-2563 อาจเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยตอบข้อนี้ เพราะกลัวผิดกฎหมาย ข้อมูลบางส่วนเป็นข้อมูลความคิดเห็นเฉพาะบุคคล (Subjective) เช่น ผลของการใช้กัญชาเพื่อบรรเทาอาการจากโรคมะเร็ง และงานวิจัยนี้ไม่ได้เก็บข้อมูลโดยการแบ่งกัญชาทางการแพทย์ (ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ที่ได้รับอนุญาตจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา) ออกจากกัญชาทั่วไป

สรุป

งานวิจัยชิ้นนี้พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเลือกใช้กัญชาในผู้ป่วยมะเร็งคือ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่นการศึกษา รายได้ ความรู้เกี่ยวกับกัญชา การรับรู้ชนิดและความรุนแรงของโรคมะเร็ง ปัจจัยด้านผู้ตัดสินใจหลักในการรักษา ผู้ดูแลหลัก รวมถึงการได้รับคำแนะนำการใช้กัญชาจากผู้อื่น กัญชาที่ใช้ส่วนใหญ่เพื่อบรรเทาอาการปวดและอาการปากแห้ง เวียนศีรษะเป็นอาการข้างเคียงที่พบได้บ่อย

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

ควรสนับสนุนให้มีการประชาสัมพันธ์ข้อมูลและส่งเสริมการให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของกัญชาในทางการแพทย์ แก่ผู้ที่ยังขาดความรู้และผู้ที่ยังไม่ถึงแหล่งความรู้เรื่องกัญชา เพื่อพัฒนาการใช้กัญชาทางการแพทย์ในประเทศไทย ให้แพร่หลายต่อไปในอนาคต การทำวิจัยในอนาคตควรมีการติดตามผลการใช้กัญชาทางการแพทย์และอาการข้างเคียงเพื่อเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในประกอบการตัดสินใจรักษาของผู้ป่วยต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ได้จาก
ความอนุเคราะห์จากบุคคลจำนวนมาก ผู้วิจัย
ขอขอบพระคุณบุคลากร โรงพยาบาลพัทลุง
และขอขอบพระคุณผู้ตอบแบบสอบถามและผู้
เกี่ยวข้องทุกท่าน เป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World health organization The global cancer observatory. Cancer today English version [Internet].2020 [cited 21 january 2021]. Available from: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/764-thailand-fact-sheets.pdf>
2. วิเชียร ศรีนันทน์นิมิต, วิโรจน์ ศรีอุฬารพงศ์, เอกภพ สิริชัยนันท์, ธิดิยา สิริสิงห์, นพดล โสภารัตนาไพศาล. ทำความรู้จักกับโรคมะเร็งก้นเอดะ.พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: มะเร็งวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย; 2552.
3. Benyamin R, Trescot AM, Datta S, Buenaventura R, Adlaka R, Sehgal N, et al. Opioid complications and side effects. Pain Physician 2008;11(2):105-120.
4. อรพรรณ เมธาธิกุล.การแพทย์แคนนาบินอยด์และกัญชาทางการแพทย์ [อินเทอร์เน็ต].2562 [เข้าถึงเมื่อ 21 มกราคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://thaicam.go.th /การแพทย์แคนนาบินอยด์-แล/>
5. Schleider LB, Mechoulam R, Lederman V, Hiloub M, Lencovskya O, Betzalel 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.
6. Pacher P, Bátkai S, Kunos G. The endocannabinoid system as an emerging target of pharmacotherapy. Pharmacol Rev 2006;58(3):389-462.
7. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.คำแนะนำการใช้กัญชาทางการแพทย์ [อินเทอร์เน็ต].2562 [เข้าถึงเมื่อ 21 มกราคม 2564].เข้าถึงได้จาก: <https://mdresearch.kku.ac.th/files/cannabis/Final%20Guidance%20on%20Cannabis.pdf>
8. คณะอนุกรรมการพิจารณาข้อมูลเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คำแนะนำสำหรับแพทย์ การใช้กัญชาทางการแพทย์[อินเทอร์เน็ต].2562[เข้าถึงเมื่อ30 มกราคม 2564].เข้าถึงได้จาก: https://tmc.or.th/pdf/fact/guideline_cannabis_101062.pdf
9. สำนักงานราชกิจจานุเบกษา สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี.พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ(ฉบับที่7) [ราชกิจจานุเบกษา]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 3 เมษายน 2562].เข้าถึงได้จาก:http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2562/A/019/T_0001.PDF
10. Pergam SA, Woodfield MC, Lee CM, Cheng GH, Baker KK, Marquis SR ,et al. Cannabis use among patients at a comprehensive cancer center in a state with legalized medicinal and recreational use. Cancer 2017;123(22):4488-4497.
11. Waissengrin B, Urban D, Leshem Y, Garty M, Wolf I. Patterns of use of medical cannabis among israeli cancer patients: a single institution experience. J Pain Symptom Manage 2015;49(2):223-230.
12. อัจฉราพร สิริวิญญูวงศ์, ประภา ยุทธไตร.ปัจจัยสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สารเสพติดในทางที่ผิดและติดสารของผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์ในระบบบังคับบำบัด.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2556;58(4):371-384.
13. วสันต์ ศรีแก้วนิยต์. ปัจจัยที่มีผลต่อการเสพติดกัญชาของผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์ กรณีศึกษา สถานควบคุมตัวและสถานที่เพื่อการตรวจพิสูจน์ เรือนจำกลางคลองเปรม [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารนิติ].กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยรังสิต; 2560.
14. ณัฐริดา ฅิปากเพราะ, กมลชนก ค่ายอดม่วง, ชญานุช จันทรัตน์, ปวันรัตน์ สีซอสค์, ภควดี ชันทะกสิกรรม, ศิริพร ต้นธรรม , et al. ปัจจัยทำนายความตั้งใจการใช้กัญชาในกระบวนการรักษาความเจ็บป่วยของนิสิตสาขาวิชาอนามัยชุมชน. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา 2563;21(1):91-104.
15. Likert R. The human organization: its management and value. 1 st ed. New York: McGraw-Hill;1967.

เอกสารอ้างอิง

16. Best JW. Research in Education. 3rd ed. New Jersey: Prentice Hall; 1977.
17. Lin LA, Ligen MA, Jannausch M, Bohnert KM. Comparing adults who use cannabis medically with those who use recreationally: results from a national sample. *Addict Behav* 2016;61:99–103.
18. Luckett T, Phillips J, Lintzeris N, Allsop D, Lee J, Solowij N, et al. Clinical trials of medicinal cannabis for appetite-related symptoms from advanced cancer: a survey of preferences, attitudes and beliefs among patients willing to consider participation. *Intern Med J* 2016; 46(11):1269–1275.
19. Lee DC, Crosier BS, Borodovsky JT, Sargent JD, Budney AJ. Online survey characterizing vaporizer use among cannabis users. *Drug Alcohol Depend* 2016;159:227–233.
20. Mücke M, Weier M, Carter C, Copeland J, Degenhardt L, Cuhls H, et al. Systematic review and meta-analysis of cannabinoids in palliative medicine. *J Cachexia Sarcopenia Muscle* 2018 ;9(2):220–234.
21. Hauser W, Fitzcharles MA, Radbruch L, Petzke F. Cannabinoids in pain management and palliative medicine. *Dtsch Arztebl Int* 2017;114(38):627–634.
22. Allan GM, Finley CR, Ton J, Perry D, Ramji J, Crawford K, et al. Systematic review of systematic reviews for medical cannabinoids pain, nausea and vomiting, spasticity, and harms. *Can Fam Physician* 2018;64(2):e78–e94.
23. Rocha FM, Stefano SC, Haiek RC, Oliveira R, Silveira DD. Therapeutic use of Cannabis sativa on chemotherapy-induced nausea and vomiting among cancer patients: systematic review and meta-analysis. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2008;17:431–443.
24. Ungerleider JT, Andrysiak T, Fairbranks L, Goodnight J, Y Sarna G, Jamison K. Cannabis and cancer chemotherapy a comparison of oral delta-9- THC and prochlorperazine. *Cancer* 1982;50(4):636–645.
25. Whiting PF, Wolff RF, Deshpande S, Nisio MD, Duffy S, Hernandez AV, et al. Cannabinoids for medical use a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2015;313(24):2456–2473.