

PCFM

วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว
JOURNAL OF PRIMARY CARE
AND FAMILY MEDICINE

VOLUME 3 No. 1 JANUARY-APRIL 2020 ISSN 2651-0553

MEDICAL CANNABIS – COMPLEMENTARY & ALTERNATIVE MEDICINE



วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว

Journal of Primary Care and Family Medicine (PCFM)

เป็นวารสารราย 4 เดือน จัดทำโดย ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทยและสมาคมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย ร่วมกับ มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน ชมรมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว และภาคีร่วมพัฒนาบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและงานวิจัยด้านระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว

คณะผู้จัดทำ

ที่ปรึกษา

ผศ.ดร.นพ.อภิรักษ์ อร่ามรัตน์

ผศ.พญ.สายฝน หัตถิรัตน์

บรรณาธิการ

พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร

พญ.สายรัตน์ นกน้อย

รองบรรณาธิการ

ดร.นพ.ชัยสิริ อังกระวานนท์

นพ.ปกรณ์ ทองวิไล

นพ.สตาจค์ ศุภผล

นพ.โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ

กองบรรณาธิการ

รศ.ดร.พญ.ธัญรัตน์ อโนทัยสินทวี

รศ.นพ.อภิชัย วรรณะพิศิษฐ์

รศ.พญ.สรณา แก้วพิบูลย์

ผศ.นพ.กฤษณะ สุวรรณภูมิ

ผศ.พญ.กนกพร ภิญโญพรพาณิชย์

ผศ.ดร.พญ.ศิรินาถ ดงศิริ

ผศ.นพ.กิตติพล นาควิโรจน์

ผศ.พญ.ปัทมา โกมุทบุตร

ผศ.ดร.ภัทระ แสนไชยสุริยา

พญ.สุกัญญา หังสพฤกษ์

นพ.กรภัทร มยุระสาคร

พญ.อรุณี ทิพย์วงศ์

พญ.สุดารัตน์ วิจิตรเศรษฐกุล

นพ.นนท์ โสวัณณะ

พญ.อรวรรณ ตะเวทิพงศ์

พญ.ศรินภา ศิริพร ณ ราชสีมา

ดร.นพ.วิน เตชะเคหะกิจ

ดร.พญ.จิรฐา บุตรแก้ว

ทพญ.ปิยะดา ประเสริฐสม

ภก.จตุพร ทองอิม

ภก.ธีรภัทร์ ฉันทพันธ์

ดร.สุรศักดิ์ อธิมานนท์

นส.สุรรัตน์ ธนากิจ

นส.ผการัตน์ ฤทธิศรีบุญ

สถานที่ติดต่อ

สมาคมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย

ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย

เลขที่ 2 ชั้น 11 อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ซอยศูนย์วิจัย

แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310

โทรศัพท์ : 02-7166651-2 แฟกซ์ : 02-7166653

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน (มสพช.)

126/ 749 หมู่ 5 หมู่บ้านการเคหะนนทบุรี ตำบลปากเกร็ด

อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120

โทรศัพท์ : 02-5830719 แฟกซ์ : 02-9641836

สำนักงานประสานงานวารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว

ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

110 ถ.อินทวโรธ ต.ศรีภูมิ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200

โทรศัพท์ 053-936362 แฟกซ์ 053-289306 email: pcfmjournal@gmail.com

สารบัญ

บทบรรณาธิการ	4
เปิดเล่ม	
Medical Cannabis - Complementary & Alternative Medicine	8
จดหมายถึงกองบรรณาธิการ	11
กิตติกรรมประกาศ	12
บทความพิเศษ	
กัญชาทางการแพทย์สำหรับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว	13
บทเรียนจากพื้นที่	
การจัดตั้งคลินิกกัญชากับความปรารถนาของคนไข้ (ปฐมบท)	21
ประสบการณ์การใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ในผู้ป่วยระดับประคอง	29
นิพนธ์ต้นฉบับ	
สถานการณ์ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ต่างด้าวที่ฝากครรภ์และคลอดในโรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่	36
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสนใจในการใช้ยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (PrEP) ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในประเทศไทย	46
คุณภาพชีวิต ความสมดุลในชีวิตและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการลาออกจากการทำงานของแพทย์ที่จบการศึกษาเฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทย	57
การศึกษาเปรียบเทียบความคิดเห็นที่มีต่อการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ในผู้ป่วยโรคมะเร็งระหว่างกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด และกลุ่มแพทย์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา	72



แพทย์หญิงสุพัตรา ศรีวณิชชากร
นายกสมาคมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย

ทิวทัศน์ศาสตร์ครอบครัวกับการแพทย์ทางเลือก และกรณีการใช้กัญชา รูปแบบหนึ่งของการแพทย์ทางเลือก

ในระยะสามทศวรรษที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ประชาชนทั่วโลกรวมทั้งในประเทศไทย ได้มีการเลือกใช้การแพทย์ทางเลือกเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ในรูปแบบที่หลากหลาย และมีการพัฒนาองค์ความรู้ในด้านนี้เพิ่มขึ้นอย่างมาก การใช้กัญชาทางการแพทย์ก็นับเป็นรูปแบบหนึ่งของการแพทย์ทางเลือกที่มีการนำมาประยุกต์ใช้เพิ่มมากขึ้น

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ทีมงานเวชศาสตร์ครอบครัว ในฐานะที่เป็นบุคลากรที่ทำงานใกล้ชิดกับประชาชน ผู้ใช้บริการ จะมีบทบาทและทำที่ต่อการดูแลด้วยการแพทย์ทางเลือกอย่างไร เป็นความท้าทายอย่างหนึ่งซึ่งมีความสำคัญมาก โดยเฉพาะในยุคปัจจุบันที่ปัญหาสุขภาพมีความเรื้อรัง และมีความเชื่อมโยงกับปัจจัยทางด้านจิตใจ ด้านเศรษฐกิจและสังคมเพิ่มขึ้น ในขณะที่เทคโนโลยีทางการแพทย์ก็มีการพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างมหาศาลในระดับที่ลงลึกไปถึงระดับโมเลกุล และระดับยีนส์ พันธุกรรม แต่ก็พบว่าปัญหาสุขภาพอีกจำนวนมากที่การใช้การแพทย์แผนปัจจุบันเพียงอย่างเดียวจะยังเป็นทางตัน ไม่สามารถเยียวยาและช่วยสนับสนุนให้ประชาชน/ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้อย่างพอดี ทำให้ประชาชนจำนวนมากแสวงหาการดูแลสุขภาพทางเลือกต่าง ๆ เพื่อช่วยเยียวยาประคับประคอง และส่งเสริมสุขภาพทั้งด้านกายและจิตใจไปพร้อมกัน

อะไรบ้าง คือ การแพทย์ทางเลือก

หากพิจารณาความหมายการแพทย์ทางเลือกโดยตรงไปตรงมา การแพทย์ทางเลือกก็คือ การดูแลรักษาเพื่อให้สุขภาพมีภาวะที่ดีขึ้นด้วยกระบวนการที่มีได้มีข้อมูลพิสูจน์ตามระบบของการแพทย์แผนปัจจุบัน หรือการแพทย์แผนตะวันตกที่เป็นการดูแลรักษาในกระแสหลักของสังคมปัจจุบัน ไม่ได้เป็นไปตามระบบคิดของการแพทย์กระแสหลัก แต่เป็นการดูแลรักษาเยียวยาด้วยวิธีการอื่น ๆ ที่บางส่วนเป็นประสบการณ์ใช้สืบทอดมาแต่ในอดีต จนถึงปัจจุบัน ได้แก่การแพทย์แผนจีนหรืออายุรเวทของอินเดีย หรือบางส่วนเป็นศาสตร์การดูแลด้วยหลักคิดแบบอื่น เช่น การเชื่อมโยงกายกับจิตใจ ที่บางครั้งใช้ชื่อว่า การแพทย์แบบองค์รวม (Holistic Medicine) การแพทย์แบบผสมผสาน/บูรณาการ (Integrative Medicine, Complementary Medicine) หรือบางครั้งสำหรับประชาชนอาจเป็นการดูแลแบบต่าง ๆ ที่เคยใช้กันมา ซึ่งอาจไม่ได้มีข้อมูลพิสูจน์ทางวิทยาศาสตร์ที่เด่นชัด หลายส่วนเชื่อมโยงกับความเชื่อ ศรัทธา และวัฒนธรรม

ปรัชญาของการรักษาโดยแพทย์ทางเลือกแต่ละชนิดจะมีลักษณะที่คล้ายกัน ได้แก่

1. หลักข้อแรก คือ ร่างกายสามารถที่จะรักษาตัวเองได้ เช่น เมื่อคุณเป็นหวัดมีไข้ปวดตามตัว คุณไม่จำเป็นต้องใช้ยาลดไข้ แต่ให้หาวิธีที่จะกระตุ้นให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายมาจัดการกับเชื้อโรค
2. การป้องกันเป็นวิธีที่ดี การแพทย์ทางเลือกมักจะเน้นเรื่องการป้องกันโรคมกกว่าการรักษา
3. เรียนรู้และร่วมกันรักษา การแพทย์ทางเลือกมักจะเป็นการเรียนรู้ และดูแลร่วมกับผู้ป่วยเพื่อหาแนวทางรักษาตามความต้องการของผู้ป่วย หรือหาทางที่พอดีกับผู้ป่วยเอง

การแพทย์ทางเลือก มีประเภท อะไรบ้าง

ได้มีการแบ่งประเภทของการแพทย์ทางเลือก ตามลักษณะของการดูแล โดยศูนย์การแพทย์ทางเลือกในสหรัฐฯ เป็น 5 ประเภท คือ

1. Whole Medical Systems เป็นระบบการดูแลสุขภาพโดยรวม ที่มีปรัชญาการดูแลรักษาที่ชัดเจน มีกระบวนการอธิบายถึงการเป็นโรค การวินิจฉัย และการรักษาที่หลากหลาย ทั้งการใช้ยาและการทำหัตถการ เชื่อมโยงเป็นการเฉพาะ ได้แก่ ระบบการดูแลแบบอายุรเวท (Ayurveda) โฮมีโอพาธี (Homeopathy) การรักษาด้วยธรรมชาติบำบัด (Naturopathy) การดูแลรักษาแบบแผนจีน และการแพทย์แผนไทย

2. Mind-Body Interventions เป็นการดูแลรักษาที่ใช้หลักคิดว่า จิตใจและอารมณ์เป็นส่วนสำคัญที่กระทบต่อสุขภาพทางกายผ่านทางระบบประสาท ฮอโมน ภูมิคุ้มกันที่เชื่อมโยงกันทั่วร่างกาย มีการใช้เทคนิคการดูแลรักษาทั้งทางด้านพฤติกรรม จิตวิทยา และด้านจิตวิญญาณ เพื่อกระตุ้นให้เกิดความสามารถทางด้านจิตใจที่ดี ส่งผลเชิงบวกต่อร่างกาย ช่วยให้ร่างกายได้มีการเยียวยา ฟันฟูดีขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่ใช้รักษาในกลุ่มที่เจ็บปวดเรื้อรัง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคที่เกี่ยวข้องกับภูมิคุ้มกัน ปวดหัว นอนไม่หลับ ตัวอย่าง เช่น การทำโยคะ สมาธิบำบัด จี้กด การสร้างความผ่อนคลาย (Relaxation), การสะกดจิต (Hypnotherapy) และ guided imagery

3. Biologically Based Therapies วิธีนี้ใช้สารชีวภาพเป็นตัวช่วยในการรักษา ซึ่งสารเหล่านี้ต้องมีต้นกำเนิดมาจากธรรมชาติ ไม่ว่าจะเป็นสมุนไพร อาหาร วิตามินต่าง ๆ การทานอาหารเพื่อสุขภาพทำให้ร่างกายมีภูมิคุ้มกัน

มีสุขภาพแข็งแรงมากยิ่งขึ้น มีการให้อาหารเสริมเพื่อสร้างสุขภาพที่ดี การให้วิตามินป้องกันโรคหรือบรรเทาอาการเจ็บป่วยของโรคนั้น รวมทั้ง chelation therapy

4. Manipulative and Body-Based Methods

เป็นการบำบัดผ่านวิธีหัตถการต่าง ๆ โดยเฉพาะใช้มือของผู้รักษาเป็นสำคัญ ด้วยหลักคิดว่าร่างกายช่วยเยียวยาตนเองได้ เน้นเพิ่มความแข็งแรงของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย การจัดโครงสร้างภายนอก จัดรูปแบบการเคลื่อนไหวของร่างกายให้เป็นไปอย่างถูกต้อง การปรับระบบของร่างกาย ตัวอย่าง เช่น การดัดกระดูก การจัดกระดูกส่วนต่าง ๆ ให้เข้าที่ (Chiropractic) การนวด cupping, scraping เป็นต้น

5. Energy Therapies

เป็นการดูแลโดยใช้สนามพลังงานที่ซ่อนเร้นภายในที่ส่งผลต่อร่างกายโดยรอบและสุขภาพ พลังงานสามารถแยกออกได้เป็นอีก 2 ประเภทย่อย คือ 1) การรักษาด้วยวิธีพลังงานชีวภาพ เป็นวิธีรักษาด้วยการใช้พลังงานชีวภาพทั่ว ๆ ไปรอบตัว หรือพลังงานที่มาจากร่างกายของเรา เป็นพลังงานที่อาจวัดค่าไม่ได้แต่สามารถช่วยให้เกิดผลดีกับร่างกาย เช่น ชีงกง ไทจิ ที่ช่วยสร้างสมดุลในร่างกาย การสวดมนต์บำบัดอาการเจ็บป่วย ศาสตร์ทางด้านเรกิ (การเยียวยาให้พลังงานสนามแม่เหล็กมนุษยดีขึ้น) เป็นต้น 2) การรักษาด้วยวิธีพลังแม่เหล็กไฟฟ้าชีวภาพ จะใช้พลังสนามแม่เหล็กไฟฟ้าที่มีอยู่ในตัวของคนเรา และพลังสนามแม่เหล็กไฟฟ้าที่ไม่ได้เกิดจากการแพทย์แผนปัจจุบันมาประยุกต์เข้าด้วยกัน เช่น ระดับชีพจรสนามแม่เหล็ก เป็นต้น และบางส่วนรวมถึงการฝังเข็ม และการรักษาแผนจีนด้วย

ท่าทีและมุมมองของทีมงานเวชศาสตร์ครอบครัวต่อการแพทย์ทางเลือก จะปฏิเสธหรือสนับสนุนอย่างไรดี

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในฐานะที่เป็นบริการด่านแรก และเป็นหมอประจำตัวดูแลต่อเนื่อง ในฐานะที่เป็นผู้เชี่ยวชาญในการดูแลสถานะสุขภาพที่มีความซับซ้อนที่เป็น Bio-psycho-social complex ที่เข้าใจความทุกข์ สุขของประชาชน ที่มีความเชื่อมโยงกับปัญหาสุขภาพทางกาย เชื่อมโยงกับจิตใจ ปัจจัยทางครอบครัว สังคม และความเชื่อต่าง ๆ ร่วมด้วย

จะมองการจัดการในส่วนที่เป็นการแพทย์ทางเลือกอย่างไรดี

ทีมงานเวชศาสตร์ครอบครัว/ปฐมภูมิ ทำงานฐาน interface ระหว่างบริการที่ประชาชนต้องการ กับบริการทางการแพทย์แผนตะวันตกสาขาต่าง ๆ และควรทำหน้าที่เชื่อมโยงกับทางเลือกบริการสุขภาพของประชาชน ในมุมต่าง ๆ ที่รวมถึงการแพทย์ทางเลือกด้วย

บทบาทแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวสามารถช่วยตรวจสอบข้อมูลความน่าเชื่อถือ ความปลอดภัยของบริการทางเลือกที่ประชาชนจะเลือกใช้ รวมทั้งการมองหาโอกาสที่บริการนั้น จะเข้ามาเสริมการรักษา เพื่อให้การดูแลมีประสิทธิภาพ และเป็นองค์รวม (effective care and holistic care) รวมทั้งใช้เพื่อสร้างบทเรียนการเรียนรู้ของประชาชนในการหาทางเลือกการดูแลรักษาที่เป็น self-reliance and self-management ได้

จากการพิจารณาประเด็นลักษณะเด่นของความเป็นหมอเวชศาสตร์ครอบครัว และธรรมชาติของการแพทย์ทางเลือก ผู้เขียนจึงขอเสนอประเด็นการพิจารณาการจัดการแพทย์ทางเลือก ใน 4 มุมมองคือ

1. การมองบนฐานคิดแบบ evidence-based medicine การใช้ข้อมูล เหตุผลทางวิทยาศาสตร์สมัยใหม่ที่ต้องพิจารณาว่า การแพทย์ทางเลือกนั้นมีความเป็นไปได้ของการเกิดประโยชน์ต่อสุขภาพได้มากน้อยเพียงใด และมีโอกาสทำให้เกิดพิษภัย หรือความไม่ปลอดภัยกับผู้ใช้หรือไม่

2. การมองบนฐานคิดแบบ Folk medicine ทางเลือกที่เป็นความเชื่อศรัทธาของประชาชน/คนไข้ที่ใช้บริการ ซึ่งเป็นมุมมองในลักษณะชาวบ้านทั่วไป (Folk medicine) ที่มีการเสริมเติมพลังทางจิตใจหรือไม่ สร้างความเชื่อมั่นต่อการดูแลเยียวยาอย่างไร เพราะส่วนหนึ่งของประชาชนที่หันมาหาการแพทย์ทางเลือก บางส่วนมาด้วยเหตุผลที่ไม่พอใจต่อบริการที่เป็นกระแสหลัก หรือบริการสุขภาพหลักช่วยได้น้อย การแพทย์กระแสหลักให้ความสำคัญน้อยต่อการสร้างพลังทางจิตใจ และการเยียวยาตนเอง

3. มุมมองในส่วนที่เป็นการเสริมพลังความสามารถในการจัดการตนเอง และดูแลตนเองของประชาชนร่วมด้วยหรือไม่ (self-care and self-management)

4. มุมมองในเชิงการจัดการทรัพยากรที่พอดีกับชุมชนและประชาชน โดยพิจารณาว่าการแพทย์ทางเลือกนั้นเข้าถึงได้ง่าย มีอยู่ในชุมชนหรือไม่ เป็นทุนเดิมของชุมชนหรือสังคมนั้น ๆ หรือไม่ และมีราคาค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม ไม่สร้างภาระให้แก่ผู้ใช้บริการมากเกินไป

หากพิจารณาในทั้ง 4 มุม ที่เป็นมุมด้านบวกมากกว่าด้านลบ มีโอกาสเกิดประโยชน์มากกว่าโทษ และไม่เพิ่มค่าใช้จ่ายแก่ประชาชนโดยไม่จำเป็น ก็น่าจะเป็นท่าทีเชิงบวกต่อการผสมผสานการแพทย์ทางเลือก ร่วมไปในระบบดูแลที่ทีมเวชศาสตร์ครอบครัวมีส่วนร่วมดูแลประชาชนคนนั้น หรือกลุ่มนั้น

ลักษณะงานและบทบาทในเวชปฏิบัติของทีมเวชศาสตร์ครอบครัวต่อการแพทย์ทางเลือก อาจทำได้ใน 2-3 ลักษณะคือ ลักษณะการทำงานเป็นแบบ reactive เป็นครั้ง ๆ ต่อเหตุการณ์ที่พบในเวชปฏิบัติ อาจจะเป็นกรณีที่ประชาชนมาขอคำปรึกษาว่าควรจะทำอย่างไร หรือกรณีที่ทีมไปรับรู้มาว่าประชาชนเลือกใช้บริการแพทย์ทางเลือกร่วมด้วย เราจะให้คำแนะนำแก่ประชาชน/คนไข้ได้อย่างไร แต่สิ่งที่ไม่ควรทำคือการตำหนิ หรือขู่ไม่ให้ไปใช้ โดยไม่ได้เข้าใจเหตุผลของคนไข้ ซึ่งจะทำให้ไม่กล้าเปิดเผยข้อมูลการใช้การแพทย์ทางเลือกหรือการรักษาอื่น ๆ

หากมีการพัฒนาต่อในประเด็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย และมีข้อมูลการแพทย์ทางเลือกที่ประชาชนนิยมใช้มากในพื้นที่นั้น ๆ ทีมงานจะสามารถพัฒนาเรื่องนั้นอย่างเป็นระบบ และขยายวงมากขึ้น วางแผนการดำเนินงานล่วงหน้าว่าจะสร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง หากประชาชนในพื้นที่มีความเข้าใจผิด เช่น การใช้ยาสมุนไพรบางตัวที่อาจเกิดโทษ หรือกรณีที่พบว่าทางเลือกใดเสริมผลการรักษาได้ดี ก็มีการวางแผนผสมผสานเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของระบบดูแลปฐมภูมิ (integrative, synergy) เช่น การผสมผสานการดูแลทางด้านจิตใจด้วยสมาธิบำบัดหรือการนวดการแพทย์แผนไทย เข้าไปในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังต่าง ๆ เป็นต้น หรือการผสมผสานเพื่อแก้ปัญหาทางด้านกล้ามเนื้อและกระดูกที่พบบ่อยในชุมชน

การจัดการดูแลกลุ่มผู้ป่วยในระดับที่เป็นการเยียวยาฟื้นฟูชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยมะเร็ง ที่การแพทย์แผนปัจจุบันมีข้อจำกัด การผสมผสานการแพทย์ทางเลือกที่เหมาะสม น่าจะเป็นทางเลือกหนึ่งที่เสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนได้

การผสมผสานการแพทย์แผนไทยที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค ที่เสริมการดูแลตนเองได้อย่างสมดุลพอดี น่าจะเป็นอีกแนวทางหนึ่งในการจัดการผสมผสานเรื่องนี้ได้

องค์การอนามัยโลก ก็เห็นความสำคัญในด้านนี้ และได้พัฒนาข้อเสนอแนะในการพิจารณาก่อนเลือกใช้การแพทย์ทางเลือก เพื่อให้เกิดประโยชน์ที่เหมาะสม และปลอดภัย ไว้ดังนี้

- ◆ ต้องมั่นใจว่าวิธีการรักษาดังกล่าวเหมาะสมกับอาการป่วยจริงหรือไม่
 - ◆ วิธีการบำบัดที่ใช้ยามีความสามารถมากพอในการรักษาบำบัด บรรเทาอาการเจ็บป่วย หรือมีส่วนช่วยในด้านสุขภาพจริงหรือไม่
 - ◆ การรักษาที่เกิดขึ้นถูกกระทำจากผู้ที่มีความสามารถ มีความรู้ มีประสบการณ์ครบถ้วน (แนะนำว่าต้องได้รับใบอนุญาตและมีการขึ้นทะเบียนที่ถูกต้อง)
 - ◆ ผลลัพธ์ที่ต้องใช้สมุนไพรเป็นส่วนประกอบ ต้องมั่นใจว่ามีคุณภาพ ต้องรู้ว่ามิใช่ข้อห้ามใด ๆ หรือไม่ในการใช้งาน มีการรับรองจากการแพทย์ว่าน่าเชื่อถือ มีข้อบ่งชี้การใช้งานชัดเจน มีข้อควรระวัง
 - ◆ เรื่องราคามีความเหมาะสมหรือไม่ ทั้งการใช้สมุนไพรหรือวิธีอื่น ๆ ในการรักษา
- นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลก ได้มีข้อเสนอต่อระบบบริการสุขภาพของแต่ละประเทศ หากต้องการจะให้มีการส่งเสริมสนับสนุนการใช้การแพทย์ทางเลือกให้เกิดผลดีเหมาะสม จำเป็นต้องมีการดำเนินงานในด้านต่าง ๆ ดังนี้
- ◆ ควรมีการพัฒนามาตรฐานคุณภาพ และแนวทาง

การใช้การแพทย์ทางเลือกเพื่อการรักษาที่เหมาะสม และเชื่อมโยงกับการแพทย์ในกระแสหลักได้อย่างสอดคล้องกัน

- ◆ มีการกำหนดการฝึกอบรม และความรู้พื้นฐานของผู้กระทำเวชปฏิบัตินั้น ๆ ให้เป็นมาตรฐาน มีคุณภาพเป็นที่น่าเชื่อถือยอมรับ
- ◆ มีการประสานความร่วมมือระหว่างทางการแพทย์กระแสหลัก กับการแพทย์ทางเลือก เพื่อพัฒนาการรักษาดูแลที่เสริมคุณค่ากันและกันอย่างได้ผล และมีประสิทธิภาพ
- ◆ มีการจัดการโครงสร้างประสานบุคลากรให้บริการการแพทย์ทางเลือกที่ทำให้เกิดกลไกการควบคุมกันเองภายในได้ดีขึ้น

กรณีการใช้กัญชา ถือว่าเป็นตัวอย่างหนึ่งของการแพทย์ทางเลือกที่เป็นสารชีวภาพ และเป็นสารที่มีการใช้ในการแพทย์แผนไทยดั้งเดิม ที่ประชาชนในหลายประเทศทั่วโลก รวมทั้งในสังคมไทยเคยมีประสบการณ์ใช้มาพอสมควรแล้ว ประกอบกับในช่วงระยะนี้มีนโยบายทางการเมืองที่เข้ามาสนับสนุนอย่างชัดเจน ทำให้มีการเคลื่อนไหว มีการพัฒนาทั้งในเชิงการผลิต และมาตรฐานการใช้เพิ่มขึ้น ทำให้ทีมงานเวชศาสตร์ครอบครัว จำเป็นต้องเข้ามาจับบทบาทร่วมด้วย ซึ่งควรมีการพิจารณาด้วยมุมมอง และกรอบแนวทางการพิจารณาในลักษณะเดียวกันกับที่เสนอสำหรับการแพทย์ทางเลือกที่เสนอข้างต้น เพื่อนำไปสู่การดูแลสุขภาพให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ❖

เอกสารอ้างอิง

- Denise Millstine. Types of Complementary and Alternative Medicine. Available at : <https://www.msmanuals.com/professional/special-subjects/integrative-complementary-and-alternative-medicine/types-of-complementary-and-alternative-medicine> (access on September 9, 2020).
- Ping-Chung Leung and Eliza Lai-Yi Wong. Alternative Medicine in Primary Health Care. J Fam Med. 2014;1(1): 3.
- WHO guidelines on developing consumer information on proper use of traditional, complementary and alternative medicines, news releases 2004

เปิดเล่ม



ผศ.ดร.นพ. อภินันท์ อร่ามรัตน์
ประธานราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย

Medical Cannabis - Complementary & Alternative Medicine

การแพทย์แผนไทยเป็นการแพทย์ที่ดูแลสุขภาพคนไทยมานานนับพันปี จากหลักฐานทางประวัติศาสตร์ พบว่ามีการใช้ยาจากสมุนไพรในการรักษาโรคในโรงพยาบาลกว่า 100 แห่ง ซึ่งสร้างในสมัยพระเจ้าชัยวรมันที่ 7 ของอาณาจักรขอม ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทยมาตั้งแต่ก่อตั้งกรุงสุโขทัย ในยุคสุโขทัยและรัตนโกสินทร์ตอนต้น มีการรวบรวม สังคายนา บันทึกองค์ความรู้การแพทย์แผนไทย ตำรับยาไทย การนวดไทยเป็นจารึก คัมภีร์ และตำราการแพทย์แผนไทยต่าง ๆ จนมาถึงสมัยรัชกาลที่ 5 เมื่อมีการก่อตั้งโรงพยาบาลศิริราช ซึ่งเป็นโรงพยาบาลการแพทย์แผนตะวันตกแห่งแรกของประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2430 ทำให้การแพทย์แผนตะวันตกเริ่มเข้ามามีบทบาทเต็มที่ในระบบการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศ ขณะที่บทบาทของการแพทย์แผนไทยในการดูแลสุขภาพคนไทยลดน้อยลง

จนกระทั่งในปี 2520 องค์การอนามัยโลกได้จัดประชุมทำแผนงานเพื่อส่งเสริมและพัฒนากการแพทย์ดั้งเดิม ตามมาด้วยการออกปฏิญญาอัลมา-อาตา ในปี พ.ศ. 2521 โดยองค์การอนามัยโลกขอให้ประเทศสมาชิก ใช้การแพทย์ดั้งเดิมและยาจากสมุนไพรเป็นส่วนหนึ่งของงานสาธารณสุขมูลฐาน มีผลให้บทบาทของสมุนไพรในการดูแลสุขภาพของประชาชนได้รับการฟื้นฟูขึ้นอีกครั้งหนึ่ง

การส่งเสริมการพัฒนากการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และการใช้ประโยชน์จากยาสมุนไพร ได้เป็นส่วนหนึ่งของมาตรการสร้างเสริมสุขภาพของคนไทยในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติมาอย่างต่อเนื่องจนถึงฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) โดยสอดคล้องกับ “แนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง” ของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 9 เหตุนี้ กระทรวงสาธารณสุข จึงได้จัดตั้ง “สถาบันการแพทย์แผนไทย” เป็นหน่วยงานระดับกองโดยให้สังกัดกรมการแพทย์ เมื่อวันที่ 24 มีนาคม 2536

ต่อมาแพทย์หญิงเพ็ญภา ทรัพย์เจริญ ได้เริ่มต้นจัดทำและผลักดัน (ร่าง) พระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537 จนพระราชบัญญัติฉบับนี้ ได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน พ.ศ. 2542 เล่ม 110 ตอน 120 ซึ่งมาตรา 12 ของพระราชบัญญัติฉบับนี้ ได้กำหนดให้สถาบันแพทย์แผนไทยสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีอำนาจหน้าที่ในการดำเนินการต่าง ๆ เกี่ยวกับการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย และสมุนไพรไทย นำไปสู่การจัดตั้งกรมพัฒนากการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข (ลงวันที่ 9 ตุลาคม 2545) และในปี พ.ศ. 2560 ได้มีพระราชกฤษฎีกาเปลี่ยนชื่อกรมพัฒนากการ

แพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เป็น กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก พ.ศ.2560 และในปี พ.ศ. 2562 กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้มีบทบาทที่สำคัญในการพัฒนาการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ในประเทศไทย

กัญชา เป็นพืชสมุนไพรที่ปลูกได้ทั่วไปในพื้นที่อากาศอบอุ่นและมีความนิยมมานานทั่วโลก ถูกบันทึกไว้ในศิลาจารึกของอาณาจักรขอมสำหรับการใช้แก้ปัญหาคาความเจ็บป่วย ถูกบันทึกไว้เป็นตำรายาที่สำคัญในประเทศไทยตั้งแต่สมัยพระนารายณ์มหาราชแห่งกรุงศรีอยุธยา อย่างไรก็ตาม กัญชาเป็นพืชที่มีฤทธิ์เสพติด เมื่อนำไปสูบจะออกฤทธิ์หลอนประสาท ทำให้เคลิบเคลิ้มมีความสุข ในคนที่เสพยา ๑ จนติดรุนแรงจำนวนหนึ่ง จะมีผลให้เกิดโรคจิตได้ นำไปสู่การลงนามในข้อตกลงของประเทศสมาชิกองค์การสหประชาชาติที่ห้ามการปลูก ค้าและเสพกัญชาทั่วโลก ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1961 ประเทศไทย จึงได้จำกัดกัญชาอยู่ในรายการยาเสพติดประเภทที่ 5 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ซึ่งหากมีใครครอบครองมากกว่าสิบกิโลกรัม ให้สันนิษฐานว่ามีไว้เพื่อจำหน่ายและมีบทกำหนดโทษทั้งปรับทั้งจำคุก แม้จะถูกจัดไว้เป็นยาเสพติดให้โทษและมีโทษทางอาญาที่เน้นการห้ามเสพ ห้ามผลิต/ค้า กัญชาก็ยังเป็นยาเสพติดที่มีผู้เสพอย่างกว้างขวางทั่วโลก ในปี ค.ศ. 2016 องค์การอนามัยโลก (WHO) ประมาณการผู้ใช้กัญชาทั่วโลกราว 147 ล้านคน หรือราว 2.5% ของประชากรโลก¹ การสำรวจครัวเรือนเพื่อประมาณการผู้เสพยาเสพติดในระดับประเทศ รายงานจำนวนผู้ที่มีประสบการณ์เคยเสพยาเสพติดจำนวนกว่าล้านคนมาอย่างต่อเนื่อง²

ปัจจุบันมีรายงานการศึกษาในต่างประเทศจำนวนมาก ยืนยันว่า กัญชามีสารประกอบ phytocannabinoids ที่มีโครงสร้างเหมือนสาร endocannabinoids ซึ่งเป็นส่วนประกอบของการทำงานของร่างกายหลายระบบที่เรียกว่า endocannabinoid system ผ่าน cannabinoid receptors ที่มีตามธรรมชาติทั้งในสมองและในส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย endocannabinoid system เกี่ยวข้องกับการทำงานของทั้งสมองและระบบต่างๆของร่างกาย ผ่านตัวรับ (receptors) ที่สำคัญคือ CB1 และ CB2 สารประกอบจากกัญชา จึงสามารถส่งผลที่เกี่ยวข้องกับการทำงานทั้งในระบบสมอง ระบบประสาทส่วนปลาย ระบบภูมิคุ้มกัน สามารถกระตุ้นความอยากอาหาร ช่วยการนอนหลับ ลดความปวด การ

อักเสบ และยังมีผลอื่น ๆ ต่อร่างกาย ซึ่งรอการวิจัยที่กำลังขยายตัวอย่างรวดเร็วในปัจจุบัน³ มีรายงานการวิจัยประโยชน์ของกัญชาทางการแพทย์ ในรูปแบบต่าง ๆ มากมายมีการขยายตัวของตลาดผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องเพิ่มมากขึ้น และประเทศต่าง ๆ มีการอนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ ทั้งในรูปแบบสกัดสารธรรมชาติวิธีต่าง ๆ และสารสังเคราะห์มีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ^{4, 5}

ในประเทศไทย ได้มีการใช้สารสกัดกัญชาแบบลับ ๆ ทั้งที่นำเข้าจากต่างประเทศและปลูก/ผลิตกันเอง เพื่อรักษาโรคที่ตนเอง/ญาติป่วย มีผู้ป่วยที่เดินทางไปรับการรักษาในประเทศที่ได้อนุญาตให้มีบริการกัญชาทางการแพทย์ อยู่เนื่อง ๆ สมาชิกสภานิติบัญญัติแห่งชาติ ได้ร่างกฎหมายและผ่านการพิจารณา ออกเป็นพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ฉบับที่ 7 เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562⁶ เปิดโอกาสให้สามารถใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์และการวิจัยในประเทศไทยได้ ถือเป็นเปิดมิติใหม่ของการใช้ประโยชน์พืชเสพติดกัญชา

หลังจากนั้น รัฐบาลไทยไม่อนุญาตให้บริษัทต่างชาติเข้าทำตลาดกัญชาทางการแพทย์ เพื่อป้องกันการผูกขาดและสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาอุตสาหกรรมกัญชาทางการแพทย์ของไทยเพื่อใช้ในประเทศให้เพียงพอ องค์การอาหารและยาได้เปิดให้มีการนิรโทษกรรมหลังการประกาศใช้พระราชบัญญัติฉบับดังกล่าวสำหรับผู้ครอบครองกัญชาเพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์⁷ ได้ให้การรับรองตำรายาแผนไทยและสารสกัดกัญชาแบบพื้นบ้านที่เสนอโดยกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก องค์การเภสัชกรรมและโรงพยาบาลอภัยภูเบศร ได้รับอนุญาตให้ผลิตสารสกัดกัญชาที่เป็นกัญชาเพื่อการแพทย์ (medical grade) กรมการแพทย์ได้ทบทวนองค์ความรู้ที่เป็นปัจจุบันในระดับสากล และได้ออกคู่มือแนะนำการใช้กัญชาทางการแพทย์⁸ ในภาวะ/โรคที่พบว่าได้ประโยชน์ชัดเจน ได้แก่ ภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากเคมีบำบัด โรคลมชักที่ื้อต่อการรักษา และรักษาอาการภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็งในผู้ป่วย multiple sclerosis ภาวะปวดตามแนวเส้นประสาท (neuropathic pain) ภาวะเบื่ออาหารในผู้ป่วย AIDS ที่มีน้ำหนักน้อย และการเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) ส่วนภาวะอื่น ๆ ที่น่าจะได้ประโยชน์แต่ยังรอการยืนยันที่มีน้ำหนักจากรายงานต่าง ๆ ได้แก่ โรคพาร์กินสัน (Parkinson) โรคสมองเสื่อม ปวดศีรษะไมเกรน (migraine) และอื่น ๆ อีก

จำนวนหนึ่ง แนะนำให้ใช้ทางเลือกภายใต้รูปแบบพิเศษของการเข้าถึงยา (special access scheme) นอกจากนี้ กรมการแพทย์ได้ระดมจัดการอบรมแก่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจำนวนมากทั่วประเทศ ตั้งแต่กลางปี พ.ศ.2562 ทำให้กระทรวงสาธารณสุข สามารถเปิดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ทั้งแผนไทยและแผนปัจจุบันจำนวนมากทุกจังหวัดทั่วประเทศได้ภายใน 1 ปีเศษ หลังพระราชบัญญัติดังกล่าวประกาศใช้

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ปฏิบัติงานใกล้ชิดกับผู้ป่วยและครอบครัวในพื้นที่ต่าง ๆ เป็นแพทย์ที่มีส่วนสำคัญในการดูแลคนไข้และครอบครัวที่มีภาวะตามขอบเขตข้างต้น โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง หรือผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต จึงมีส่วนสำคัญทั้งการให้ความรู้เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องต่อการใช้ประโยชน์ และความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นจากการใช้ในทางที่ผิด มีการวางแผนปฏิบัติสำหรับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในต่างประเทศมาก่อนหน้านี้บ้างแล้ว เช่น ในประเทศแคนาดา ออสเตรเลียและไอร์แลนด์^{9, 10, 11} เป็นต้น ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย จึงได้เสนอหลักสูตรระยะสั้นเพื่อ

อบรมการใช้กัญชาทางการแพทย์ แก่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และได้รับการรับรองจากกรมการแพทย์แล้วเมื่อเดือนมีนาคม 2563 ที่ผ่านมา แต่ยังไม่สามารถจัดการอบรมได้เนื่องจากมีการระบาดของโรค COVID-19 อย่างไรก็ตาม มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ได้รับการอบรมการใช้กัญชาทางการแพทย์จากกรมการแพทย์และปฏิบัติงานในคลินิกกัญชาทั่วประเทศ ซึ่งมีการให้บริการทั้งในรูปแบบของแพทย์แผนไทย แพทย์ทางเลือกและแพทย์แผนปัจจุบัน ทางราชวิทยาลัยฯ มีความประสงค์จะสนับสนุนให้มีการพัฒนาบริการทางด้านการแพทย์ในระดับปฐมภูมิ ที่สอดคล้องกับข้อเสนอของกรมการแพทย์ หลักฐานทางการวิจัยและบริบทภูมิปัญญาดั้งเดิมในพื้นที่ต่าง ๆ ของประเทศอย่างต่อเนื่อง เนื้อหาในเล่มนี้เป็นส่วนหนึ่งที่สะท้อนประสบการณ์เกี่ยวกับการพัฒนาบริการกัญชาทางการแพทย์ในระดับปฐมภูมิในระยะแรกนี้ที่น่าสนใจเป็นอย่างยิ่ง ถือเป็นส่วนหนึ่งที่ได้นำทบทวนการพัฒนาบริการกัญชาทางการแพทย์ของไทยไว้ และหวังว่าจะมีการนำเสนอประสบการณ์ที่หลากหลายและสะท้อนประโยชน์ที่ประชาชนได้รับให้เห็นเป็นเชิงประจักษ์มากขึ้นในอนาคต ❖

References:

1. World Health Organization. Management of substance abuse: cannabis. 2016. [Accessed November 29, 2016]. Available at: www.who.int/substance_abuse/facts/cannabis/en.2016.
2. คณะกรรมการบริหารองค์การวิชาการสารเสพติด สำนักงาน ปปส. รายงานการสำรวจครัวเรือนเพื่อประมาณจำนวนประชากรผู้ใช้สารเสพติดของประเทศไทย พ.ศ. 2544 2546 2550 2554 2559 2562
3. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. The health effects of cannabis and cannabinoids. The current state of evidence and recommendations for research. Washington, DC: National Academies Press; 2017.
4. US FDA 2020. FDA Regulation of Cannabis and Cannabis-Derived Products, Including Cannabidiol (CBD). Available from: <https://www.fda.gov/news-events/public-health-focus/fda-regulation-cannabis-and-cannabis-derived-products-including-cannabidiol-cbd>.
5. CanView 2020. Australia's Cannabis Marketplace. Available from: <https://canview.com.au>.
6. ราชกิจจานุเบกษา. พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๖๒. ๑๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒.
7. ราชกิจจานุเบกษา. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การครอบครองยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ เฉพาะกัญชา สำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้เพื่อรักษาโรคเฉพาะตัว ก่อนพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๖๒ ใช้บังคับให้ไม่ต้องรับโทษ ๒๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒.
8. กรมการแพทย์. คำแนะนำการใช้กัญชาทางการแพทย์ ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3 (มกราคม 2563). Available from: <https://drive.google.com/drive/folders/17hpzEQAPGTEZlr47QDpBUidvKRdy7y87>.
9. Allan GM, Ramji J, Perry D, et. al. Simplified guideline for prescribing medical cannabinoids in primary care. Canadian Family Physician Vol 64: February 2018, p 111-120.
10. Queensland Health. Clinical guidance for the use of medicinal cannabis products in Queensland 2018 [cited 12 March 2019]. Available from: https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0023/634163/med-cannabis-clinical-guide.pdf.
11. Department of Health. Clinical guidance on cannabis for medical use [cited 19 March 2019]. Available from: <https://health.gov.ie/wp-content/uploads/2018/07/Clinical-guidance-on-cannabis-for-medical-use.pdf>

จดหมายถึง กองบรรณาธิการ



เรียนกองบรรณาธิการวารสาร PCFM

ขณะนี้ทั่วโลกเผชิญกับปัญหาหลายด้าน ทั้งด้านสิ่งแวดล้อม มลพิษ ฝุ่นละอองขนาดเล็กในอากาศ ทั้งปัญหาด้านโรคระบาด ก่อให้เกิดวิกฤตสุขภาพ และเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร โดยเฉพาะการระบาดของโคโรนาไวรัสสายพันธุ์ใหม่ (COVID-19) ที่ก่อให้เกิดโรคติดต่อทางเดินหายใจ ซึ่งมีการแพร่ระบาดไปหลายพื้นที่หลายประเทศทั่วโลก ทำให้อัตราการป่วยและเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้นเป็นอย่างมาก จนองค์การอนามัยโลกต้องประกาศให้เป็นโรคระบาดครั้งใหญ่ (Pandemic) ที่นานาชาติต้องให้ความร่วมมือร่วมใจกันเพื่อหยุดยั้งการระบาด

ในประเทศไทย มีการใช้หลายมาตรการเพื่อควบคุมการระบาดของโรค เช่น การกักพื้นที่ การจำกัดการเดินทาง การเว้นระยะห่างทางสังคม ซึ่งวิธีเหล่านี้เป็นวิธีการที่สามารถทำได้ เพื่อลดการแพร่เชื้อ แต่อาจไม่ใช่วิธีที่ดีที่สุด หากมีการสัมผัสเชื้อ อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่แออัด หรือมีภูมิคุ้มกันที่ไม่ดี จะทำให้ป่วยได้ ตามหลักปัจจัยสามทางระบาดวิทยา (Epidemiologic triad)

ดังนั้น ในระยะยาวการรับมือกับโรคระบาด วิธีที่จะทำให้ความรุนแรงของโรคลดลง คือ การสร้างเสริมระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายให้ทำงานได้ดี โดยการส่งเสริมสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม มีพฤติกรรมสุขภาพที่ส่งเสริมระบบภูมิคุ้มกัน เช่น การรับประทานอาหารครบตามหลักโภชนาการ การดื่มน้ำสะอาดที่พอเพียง การนอนหลับที่ได้คุณภาพ การออกกำลังกายที่เหมาะสม เป็นต้น

Complementary and Alternative Medicine (CAM) คือ การแพทย์ทางเลือก เป็นการรักษาแบบเสริม ซึ่งเป็นที่นิยมอย่างมากทั้งในและต่างประเทศ ได้มีการนำการแพทย์ทางเลือก มาใช้ในการดูแลสุขภาพ และเยียวยาด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ไปพร้อม ๆ กัน

ในบทบาทของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว การศึกษาศาสตร์การแพทย์ทางเลือก จะเป็นการเปิดมุมมองใหม่ในการเรียนรู้ ทำความเข้าใจ และประยุกต์ใช้การแพทย์ทางเลือกร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบัน ในการดูแลสุขภาพประชาชนอย่างเป็นองค์รวม เพื่อให้สามารถผสมผสานอย่างสอดคล้องกลมกลืนกับค่านิยม ศรัทธา ความเชื่อ วิถีชุมชน และวัฒนธรรมไทย ก่อให้เกิดระบบการดูแลสุขภาพ (Health systems) อย่างยั่งยืน

พญ.นศัณยภรณ์ ชูชาติ อว. เวชศาสตร์ครอบครัว

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม

โรงพยาบาลมหาสารคาม

กิตติกรรมประกาศ

ในการดำเนินการวารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัวฉบับนี้ ทางกองบรรณาธิการ ได้รับความกรุณาจากผู้ทรงคุณวุฒิจากหลายสถาบัน ดังรายนามต่อไปนี้

นพ.ธเนศ ดุสิตสุนทรกุล	ผู้อำนวยการศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลพิจิตร
นพ.วัชรพงษ์ รินทะ	โรงพยาบาลขอนแก่น
นพ.ไพฑูรย์ อ่อนเกตุ	โรงพยาบาลกำแพงเพชร
นางสาวลีซ่า กันธมาลา	สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
นพ.กฤษฏี ทองบรรจบ	โรงพยาบาลงาว
ผศ.พ.ท.พญ.พัฒนศิริ ศรีสุวรรณ	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
พญ.นพคุณ นันทศุภวัฒน์	ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
พญ.สุพรรณษา ยาใจ	โรงพยาบาลน่าน

กองบรรณาธิการขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้ให้เกียรติและเสียสละเวลา ร่วมทบทวนพิจารณาบทความต้นฉบับ ให้ข้อเสนอแนะเพื่อแก้ไขและพัฒนาบทความให้ได้บทความที่มีคุณภาพและถูกต้องตามหลักวิชาการ ❖

กัญชาทางการแพทย์สำหรับแพทย์ เวชศาสตร์ครอบครัว

ผศ.ดร.นพ.ปัทพงษ์ เกษสมบูรณ์
หน่วยเวชศาสตร์ครอบครัว ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
อีเมล pattapng@kku.ac.th

บทคัดย่อ

มีหลักฐานว่ามีการใช้กัญชารักษารอคมานานแล้วนับพันปี แต่ต่อมาเมื่อมีข้อมูลด้านลบออกมามากขึ้น สหประชาชาติมีมติให้ทุกประเทศออกกฎหมายบัญญัติให้กัญชาเป็นสิ่งเสพติดให้โทษ ในปี ค.ศ. 1961 กัญชาจึงหายไปจากระบบการรักษา ปัจจุบันข้อมูลด้านสรรพคุณของกัญชามีมากขึ้น ประเทศต่าง ๆ จึงแก้กฎหมายให้นำกัญชามาใช้รักษาโรคได้อีกครั้ง กัญชามีสรรพคุณกว้างขวางทั้งด้านการรักษาและป้องกันโรค มีการค้นพบว่าร่างกายของคนเราสามารถสร้างสารกัญชาขึ้นมาได้เอง มีหน้าที่ทำให้ระบบต่าง ๆ ทุกระบบทำงานได้อย่างสมดุล เมื่อเกิดภาวะพร่องสารกัญชาจึงเกิดอาการเจ็บป่วย สารกัญชาจากภายนอกจะไปกระตุ้นการสร้างสารกัญชาตามธรรมชาติ ทำให้ร่างกายกลับมาสู่ความสมดุลอีกครั้ง การใช้กัญชาที่ถูกต้องเหมาะสมคือ เริ่มใช้ขนาดน้อย ๆ ค่อย ๆ เพิ่มขนาดจนออกฤทธิ์ แล้วคงขนาดนั้นไปตลอด จึงจะไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ไม่ควรใช้กัญชาสังเคราะห์เพราะมีผลเสียมาก ทำให้เกิดอาการทางจิตและหัวใจหยุดเต้นได้ กัญชาจากธรรมชาติมีความปลอดภัยสูง ไม่ทำลายสมอง ไม่เสพติดและนำไปใช้บำบัดยาเสพติดร้ายแรงตัวอื่น ๆ ได้ ถ้าแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมงานศึกษาเรื่องนี้ให้ลึกซึ้งและจัดระบบการให้บริการด้านกัญชาทางการแพทย์ได้อย่างดี จะช่วยทำให้ผู้ป่วยลดความทุกข์ทรมานและทำให้ประเทศไทยพึ่งตนเองด้านยาได้มากขึ้น

คำสำคัญ: กัญชาทางการแพทย์, เวชศาสตร์ครอบครัว

บทนำ

สภานิติบัญญัติแห่งชาติ ได้แก้ไขพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 เปิดโอกาสให้มีการนำกัญชามาใช้ในทางการแพทย์ได้ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวควรรู้เรื่องนี้เป็นอย่างดี เพื่อให้สามารถนำมาใช้ประโยชน์กับผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่และป้องกันผลเสียที่อาจเกิดขึ้น ประเด็นที่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวควรรู้ได้แก่ การใช้กัญชาทางการแพทย์ในอดีต เกสซ์วิทยาของยา กัญชา สรรพคุณของยา กัญชา รักษาโรค การใช้กัญชาเพื่อป้องกันโรค วิธีใช้กัญชาและขนาดยา กัญชา ภาวะแทรกซ้อน และทิศทางการพัฒนาในอนาคต

การใช้กัญชาทางการแพทย์ในอดีต

จากหลักฐานทางประวัติศาสตร์ พบว่ามีการใช้กัญชาทางการแพทย์ในอารยธรรมต่าง ๆ ของโลกมากกว่า 5,000 ปี¹ กัญชาเป็นส่วนผสมของตำรับยาไทยหลายตำรับ ในสมัยพระนารายณ์ เมื่อ 360 ปีก่อน² ในช่วงศตวรรษที่ 18 นายแพทย์ William O'Shaughnessy ไปพบเห็นชาวอินเดียใช้กัญชารักษาโรคอย่างได้ผล จึงนำกลับมาเผยแพร่ที่ประเทศอังกฤษ³ นายแพทย์ John Reynolds แพทย์ประจำสำนักราชวงศ์ของอังกฤษบันทึกประสบการณ์การใช้กัญชา รักษาโรคในช่วง 30 ปีของตนว่า กัญชามีสรรพคุณในการรักษาโรคหลายประการ⁴ นายแพทย์ Sir William Osler เขียนตำราแพทย์แผนปัจจุบันเล่มแรก เมื่อปี ค.ศ. 1895 บรรยายสรรพคุณของกัญชา รักษาโรคไว้หลายตอน⁵ เกสซ์ตำรับของประเทศสหรัฐอเมริกา ระบุว่า กัญชามีสรรพคุณรักษาโรคต่อไปนี้ ปวดเส้นประสาท โรคเกาต์ รูมาตอยด์ บาดทะยัก โรคกลัวน้ำ อหิวาตกโรค โรคลมชัก เคลื่อนไหวผิดปกติจากระบบประสาท บุคลิกภาพผิดปกติ ซึมเศร้า ภาวะถอนพิษสุราจิตเภท และเลือดออกจากรมดลูก⁶ บริษัทยาในศตวรรษที่ 18 ผลิทยาจากกัญชาวางจำหน่ายตามร้านขายยาอย่างแพร่หลาย ผู้ป่วยซื้อมาใช้ได้โดยไม่ต้องมีใบสั่งแพทย์^{7,8}

แต่แล้วการใช้กัญชาทางการแพทย์กลับสูญหายไปในช่วงปลายของศตวรรษที่ 18 อูริกจิบิโตรเคมีที่ทรงอิทธิพลพยายามเอาชนะคู่แข่งจากธรรมชาติคือกัญชา มีการกล่าวถึงผลเสียของกัญชา โดยใช้งานวิจัยที่ลำเอียง สร้างภาพยนตร์ที่เน้นด้านลบของกัญชา จนมีการออกกฎหมายที่จัดให้กัญชาเป็นยาเสพติด ผลักดันจนเป็นมติของสหประชาชาติในปี ค.ศ. 1961 ให้ทุกประเทศออกกฎหมายบัญญัติให้กัญชาเป็น

สิ่งเสพติดให้โทษ ทั้ง ๆ ที่มีการใช้ประโยชน์ทางการแพทย์มานานร้อยปี⁹

การใช้กัญชาทางการแพทย์ในยุคปัจจุบัน

เมื่อความจริงเกี่ยวกับกัญชาถูกเปิดเผย ทำให้ประชาชนเกิดตื่นตัว ผลักดันให้แก้ไขกฎหมายนำกัญชามาใช้ทางการแพทย์ได้สำเร็จแล้วใน 67 ประเทศ และสามารถใช้แบบสันติทางการได้ใน 34 ประเทศ¹⁰

ความรู้ใหม่ ๆ ทางเภสัชวิทยาของยา กัญชา

จากการค้นในปี ค.ศ.2020 พบว่ามีผลงานตีพิมพ์เรื่องกัญชาทางการแพทย์ในฐานข้อมูลของห้องสมุดแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา สะสมมากกว่า 26,000 เรื่อง¹¹ ข้อค้นพบที่สำคัญคือ เซลล์ในร่างกายของมนุษย์สามารถสร้างสารกัญชาขึ้นมาได้เอง เรียกว่า สารเอ็นโดแคนนาบินอยด์ (endocannabinoids)¹² มีหน้าที่ทำให้ระบบต่าง ๆ ของร่างกายทุกระบบทำงานได้ตามปกติ เกิดความสมดุล (Homeostasis)

เมื่อร่างกายไม่สามารถผลิตสารเอ็นโดแคนนาบินอยด์ได้เพียงพอ ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นเพราะการได้รับสารพิษสารเคมี (Toxicity) หรือการขาดสารอาหารที่จำเป็น (Deficiency) จึงเจ็บป่วยด้วยอาการต่าง ๆ เรียกว่า ภาวะพร่องเอ็นโดแคนนาบินอยด์ (endocannabinoid deficiency syndrome)¹³ การรับสารจากพืชกัญชาเข้าสู่ร่างกายจะไปกระตุ้นการทำงานของระบบกัญชาตามธรรมชาตินี้ ให้สามารถหลั่งสารเอ็นโดแคนนาบินอยด์มากขึ้น ทำให้ร่างกายเข้าสู่ภาวะสมดุลอีกครั้ง กัญชาจึงมีฤทธิ์กว้างขวาง^{14, 15}

ในพืชกัญชามีสารออกฤทธิ์มากกว่า 500 ชนิด แบ่งเป็น 1. Cannabinoids 2. Terpenes 3. Flavonoids สารกลุ่ม Cannabinoids มีมากกว่า 110 ชนิด¹⁶ ที่พบมากคือ Tetrahydrocannabinol (THC) และ Cannabidiol (CBD) และค้นพบว่า THC และ CBD มีสรรพคุณทางการแพทย์หลายประการ THC มีผลทำให้เกิดอาการมึนเมาได้ในขณะที่ CBD ไม่มีฤทธิ์มึนเมา แต่ไปช่วยยับยั้งอาการมึนเมาจาก THC ได้ ดังนั้นจึงพบว่า การใช้สารกัญชาสกัดจากพืชแบบรวม ๆ มีสารออกฤทธิ์หลายชนิดร่วมกัน จะได้ผลดีกว่าการใช้สารกัญชาแบบเดี่ยว ๆ เรียกว่า เป็น Entourage effect¹⁷

กัญชารักษได้หลายโรคมาตั้งแต่ยุคประวัติศาสตร์จนถึงปัจจุบัน

จากบันทึกในประวัติศาสตร์ ประสพการณ์ของภาคประชาชนและการศึกษาวิจัย พบว่า ยาจากกัญชามีสรรพคุณรักษาและช่วยบรรเทาอาการของโรคได้หลายโรค^{18 19 20 21 22 23 24 25 26} แบ่งเป็นกลุ่ม ได้ดังนี้

โรคของระบบประสาท เช่น 1. อาการปวด ทั้งปวดระบบประสาท ปวดไมเกรน ปวดมะเร็ง ปวดจากการอักเสบของอวัยวะต่าง ๆ 2. อาการกล้ามเนื้อ ชัก เกร็ง กระตุก สั่นจากโรกระบบประสาทและไขสันหลัง 3. ความจำเสื่อม อัลไซเมอร์ พาร์กินสัน และภาวะตัวแข็งจากยารักษาโรคจิต 4. อาการเบื่ออาหาร 5. การบาดเจ็บที่ศีรษะ ไขสันหลัง

โรคทางจิตเวช เช่น 1. อาการนอนไม่หลับ 2. อาการวิตกกังวล โรคเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง (Post-Traumatic Stress Disorder, PTSD) 3. อาการทางจิต พฤติกรรมเปลี่ยน เช่น โรคจิตเภท โรคออติสติก โรคสมองเสื่อม 4. อาการลงแดงจากการถอนยาเสพติดต่าง ๆ เช่น สุรา ยาบ้า เฮโรอีน

โรคกลุ่มภูมิคุ้มกัน เช่น 1. อาการอักเสบ จากโรกระบบภูมิคุ้มกันทำร้ายตนเอง เช่น โรคพุ่มพวง โรครูมาตอยด์ 2. อาการแพ้ทางผิวหนัง เช่น โรคสะเก็ดเงิน 3. ทำให้ร่างกายไม่ปฏิเสธการปลูกถ่ายอวัยวะ

โรกระบบทางเดินอาหารและการเผาผลาญ เช่น 1. โรคเบาหวาน 2. ระบบเผาผลาญอาหารผิดปกติ โรคอ้วน 3. คลื่นไส้อาเจียน จากสาเหตุต่าง ๆ รวมทั้งโรคเอดส์ แพ้ยาเคมีบำบัด

โรคอื่น ๆ เช่น 1. โรคความดันโลหิตสูง 2. แผลเรื้อรัง 3. ลดความดันในลูกตา ในโรคต้อหิน 4. โรคหอบหืด 5. โรคมะเร็ง

การใช้กัญชาเพื่อป้องกันโรค

นอกจากจะช่วยรักษาบรรเทาอาการเจ็บป่วยแล้ว พบว่า กัญชายังมีคุณค่าในการป้องกันโรคอีกด้วย ได้แก่

โรคสมองเสื่อม การทดลองที่ประเทศอิสราเอล พบว่า เมื่อให้ THC ขนาดต่ำ เพียง 0.002 mg/kg ในหนูเพียง 1 ครั้ง หลังจากนั้น ให้สาร lipopolysaccharide (LPS) ซึ่งมีฤทธิ์ทำลายสมอง สามารถปกป้องสมองไม่ให้เกิดภาวะ neuroinflammation-induced cognitive damage²⁷ มีการจดสิทธิบัตรระบุว่ากัญชามีสรรพคุณปกป้องสมอง และต้านอนุมูลอิสระ (neuroprotectant and anti-oxidant)²⁸

โรคเบาหวาน จากการสำรวจทางระบาดวิทยาที่ประเทศสหรัฐอเมริกา ในคนมากกว่า 10,000 คน พบว่า คนอเมริกันที่บริโภคกัญชามีโอกาสเป็นโรคเบาหวานน้อยกว่าคนที่ไม่ได้ใช้กัญชา คนที่ไม่เคยใช้กัญชาเลยเป็นเบาหวาน ร้อยละ 8.7 คนที่ใช้กัญชา 1-4 ครั้งต่อเดือน เป็นเบาหวาน ร้อยละ 4.2 คนที่ใช้กัญชาตั้งแต่ 5 ครั้งต่อเดือนขึ้นไป เป็นเบาหวานเพียงร้อยละ 3.2²⁹

การรักษาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงไปนาน ๆ ในที่สุดคนไข้จะเกิดภาวะโรคไตเรื้อรัง การรักษาเบาหวานและความดันโลหิตสูงแบบธรรมชาติที่ได้ผลดี น่าจะมีส่วนช่วยลดภาวะโรคไตเรื้อรัง นอกจากนี้ ยาที่กัญชาสามารถรักษาบรรเทาอาการปวดเรื้อรังได้ดีมาก³⁰

ป้องกันการฆ่าตัวตาย การศึกษาที่ประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า รัฐที่แก้กฎหมายให้นำกัญชามาใช้ในทางการแพทย์ได้ จะมีอัตราการฆ่าตัวตายลดลง มากกว่ารัฐที่ยังไม่ได้แก้กฎหมาย³¹ เพราะยาที่กัญชามีฤทธิ์ในการลดความเครียด ภาวะป่วยทางจิตหลังเหตุการณ์รุนแรง (PTSD) และลดอาการปวดทรมานได้ดี³²

ลดผลกระทบต่อสุขภาพจากการบริโภคสุรา หลังจากรัฐโคโลราโด สหรัฐอเมริกา แก้กฎหมายให้สามารถนำกัญชาเพื่อสันทนาการได้ ทำให้อัตราการมาห้องฉุกเฉินจากสุราลดลงจาก อัตรา 40 ต่อพัน ในปี ค.ศ. 2011 เป็นอัตรา 37.5 ต่อพัน ในปี ค.ศ. 2014³³ เพราะคนใช้กัญชาทดแทนสุรา และลดอาการลงแดงจากสุรา

วิธีใช้กัญชาและขนาดยา

ยาจากกัญชา มีความแตกต่างจากยาแผนปัจจุบันอื่น ๆ อย่างมาก ไม่สามารถกำหนดขนาดการใช้ได้อย่างตายตัว จำเป็นต้องปรับให้เหมาะสมกับแต่ละคน มีปัจจัยที่มีผลต่อขนาดของกัญชาที่เหมาะสมหลายประการ ได้แก่ 1) สายพันธุ์กัญชา ยาที่กัญชา 2 ชนิด ที่มี ขนาดของ THC เท่ากัน แต่ถ้ามีส่วนผสมของ Terpenes ที่แตกต่างกัน ก็ให้ผลลัพธ์ในการรักษาแตกต่างกัน 2) ความเข้มข้นของยาสกัด 3) วิธีใช้ยา ใช้แบบสูบ แบบพ่น แบบหยอดใต้ลิ้น แบบกิน แบบสวนทวาร แบบทาภายนอก หรือการผสมผสานหลายวิธี 4) โรคที่ผู้ป่วยเป็น รวมถึงระยะของโรค ระดับความรุนแรง โรคร่วมอื่น ๆ 5) การรักษาแบบอื่น ๆ ที่ได้รับ 6) การตอบสนองต่อยาที่กัญชาของแต่ละคน ที่มี endocannabinoid tone ไม่เท่ากัน และ 7) การดื้อยา เมื่อใช้ไปนาน ๆ³⁴

แต่ปัจจัยทั้งหมดนี้ ถูกนำมาพิจารณาประยุกต์ใช้ กำหนดขนาดยาแก้ยา โดยใช้หลักการสำคัญ คือ “เริ่มทีละน้อย แล้วค่อย ๆ เพิ่มขนาดจนควบคุมอาการเจ็บป่วยได้ แล้วคงขนาดนั้นไปเรื่อย ๆ (Titration)” (Start Low, Go slow, Keep Low)³⁵

ตัวอย่างการปฏิบัติตามหลักการข้างต้น เช่น เริ่มต้นด้วยยาแก้ยาที่เจือจางด้วยน้ำมันมะพร้าวสกัดเย็นให้เหลือตัวยากัญชาเพียง 3% ให้ครั้งละ 1 หยดใต้ลิ้น วันละครั้งก่อนนอน คินต่อมาเพิ่มเป็น 2 หยดก่อนนอน แบบนี้ไปเรื่อย ๆ จนกัญชาออกฤทธิ์ คือ นอนหลับลึกหรือควบคุมอาการปวดได้ และให้ขนาดนั้นไปเรื่อย ๆ ถ้ามีอาการมึนหรือเมา ให้ลดขนาดยาลง³⁶

อาจจะมีการให้ยาแก้ยาเพิ่มตอนกลางวันได้อีก วันละ 1-2 ครั้งในตอนกลางวันตามอาการ บางคนอาจจะต้องใช้มากถึงวันละรวม 200 มิลลิกรัมจึงจะคุมอาการเจ็บป่วยได้ บางคนที่มีโรครุนแรง อาจนำไปกัญชาแห้งมาชงน้ำร้อนดื่มร่วมไปด้วย หรือนำยาสกัดกัญชาไปผสมน้ำมันมะพร้าวสวนเข้าทางทวาร³⁷

การคือยาแก้ยา เมื่อใช้ยาแก้ยาไปนาน ๆ แล้วจะไม่ได้ผล เช่น ไม่หายปวด หรือนอนไม่หลับ ให้หยุดใช้ยาแก้ยาอย่างน้อย 48 ชั่วโมง แล้วเริ่มขนาดน้อย ๆ ใหม่ ตัวรับสารกัญชา (Cannabinoid receptors) จะฟื้นตัว และการกินอาหารที่มีไขมันชนิดโอเมก้าสาม จะช่วยทำให้ได้ผลดียิ่งขึ้น^{38, 39}

ภาวะแทรกซ้อนและข้อควรระวัง

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า ภาวะแทรกซ้อนจากการใช้กัญชา 5 อันดับแรกได้แก่ อาการวิงเวียน (Dizziness) อาการง่วง (Sedation) อาการหลอน (hallucinations) อาการชวนง่วง (somnolence) อาการคลื่นไส้ (Nausea)⁴⁰ ผลเสียและอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น มักจะเกิดจากการใช้ยาแก้ยาที่มากเกินไป โดยเฉพาะคนที่เพิ่งใช้ครั้งแรก แต่อาการเหล่านี้จะหายไปเมื่อลดขนาดยาหรือหยุดใช้ยา

วิธีแก้ไขภาวะแทรกซ้อน เมื่อเกิดอาการข้างต้น คือ 1) ให้ไปนอนพักผ่อน หลับไปเลย 2) อมเกลือ 3) อมเมล็ดพริกไทย 4) กินน้ำสกัดรางจืด เมื่อร่างกายขจัดยาแก้ยาออกจากร่างกาย ภายในเวลา 12-24 ชั่วโมง ก็จะหายจากอาการดังกล่าว^{41, 42}

วิธีป้องกันภาวะแทรกซ้อน ควรเริ่มใช้ยาขนาดน้อย ๆ (เช่น 3% เพียง 1 หยด) และก่อนให้ยาแก้ยา 15 นาที ควรดื่มน้ำผสมน้ำผึ้ง มะนาว ใส่เกลือเล็กน้อย 1 แก้ว หรือเลือกใช้วิธีแบบทากายนอก เช่น ใช้กัญชาผสมน้ำมันมะพร้าวสกัดเย็น หรือยาหม่อง นำมาทาบริเวณที่ปวด วันละ 2-3 ครั้ง^{43, 44}

คำกล่าวอ้างถึงผลเสียของกัญชาที่ถูกหักล้างแล้วว่าเป็นความจริง

มีการกล่าวอ้างถึงผลเสียของกัญชามากมาย และตอกย้ำความเชื่ออย่างต่อเนื่อง⁴⁵ แต่ข้อกล่าวอ้างเหล่านี้ถูกหักล้างแล้วด้วยงานวิจัยจำนวนมาก ตัวอย่างเช่น

- กัญชาจากธรรมชาติไม่ได้ทำให้เกิดโรครจิต แต่ใช้รักษาโรครจิตได้^{46, 47, 48}
- ประเทศอังกฤษมีคนใช้กัญชาเพิ่มขึ้นถึง 20 เท่า แต่ความชุกและอุบัติการณ์ของการเป็นโรครจิตกลับมีแนวโน้มลดลง^{49, 50}
- กัญชามีฤทธิ์เสพติดน้อยกว่ากาแฟ ไม่ได้นำไปสู่การใช้สารเสพติดรุนแรง แต่กลับทำให้เลิกหรือลดการใช้ยาเสพติดร้ายแรงอื่น ๆ ลงได้⁵¹
- กัญชาไม่ได้ทำให้เด็กและเยาวชนมีปัญหาทางสมอง งานวิจัยโจมตีกัญชาเรื่องนี้มักจะไม่ได้ตัดตัวแปรกวนเรื่องการใช้สารเสพติดตัวอื่น ๆ และปัจจัยด้านครอบครัว^{52, 53, 54}
- เด็กที่เป็นโรคลมชักที่ใช้ยาแผนปัจจุบันมากถึง 7 ขนาก็ไม่หายชัก พอมาใช้กัญชา หยุดอาการชักได้และสมองดีขึ้น⁵⁵
- เด็กทารกที่เกิดจากการดื่มนมที่สูบกัญชาในระหว่างการตั้งครรภ์มีสมองและพัฒนาการที่ดีกว่ากลุ่มควบคุม⁵⁶
- ในสหรัฐอเมริกา พบว่ามลรัฐที่แก้กฎหมายแล้ว คติความเกี่ยวกับกัญชาลดลง ทำให้ตำรวจและระบบยุติธรรมมีเวลาไปทำงานอื่น ๆ ที่สำคัญได้มากขึ้น ส่งผลให้อาชญากรรมลดลง การตายจากอุบัติเหตุลดลง ระบบเศรษฐกิจดีขึ้น รัฐเก็บภาษีได้มากขึ้น นำไปอุดหนุนโรงเรียน เด็กนักเรียนจบการศึกษาเพิ่มขึ้น สถิติการสอบตกออกกลางคันลดลง⁵⁷

สิ่งที่น่าห่วง คือ กัญชาสังเคราะห์ (Synthetic cannabinoids)

ปัจจุบันมีบริษัทหลายแห่ง ผลิตยาจากกัญชา มีทั้งแบบสกัดจากพืชกัญชา เช่น ยา Nabiximols (มีส่วนผสมของ THC:CBD เท่ากับ 1:1) ยา Epidiolex (มีส่วนผสมหลักเป็น CBD 100%) ผลิตโดยบริษัท GW Pharmaceutical ของประเทศอังกฤษ และแบบสังเคราะห์ทางเคมีอีกหลายชนิด เช่น Dronabinol, Nabilone, JWH-018, HU-331 ^{58, 59}

แต่พบว่า กัญชาสังเคราะห์มีสรรพคุณสู้กัญชาจากธรรมชาติไม่ได้ และอันตรายมากกว่า เช่น ยา กัญชาสังเคราะห์ ชื่อ Rimonabant ของบริษัทซานofi ประเทศฝรั่งเศส นำมาใช้รักษาโรคเบาหวานและโรคอ้วน พบว่า ทำให้มีอาการทางจิตประสาทและฆ่าตัวตาย ⁶⁰

สิ่งที่น่าห่วงมากคือ มีการจำหน่ายกัญชาสังเคราะห์ทางอินเทอร์เน็ต นำมาผสมใส่ในพืชกัญชาจากธรรมชาติ การวิจัยที่ประเทศอังกฤษ พบว่า คนใช้กัญชาสังเคราะห์มีอาการทางจิตมากขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างชัดเจน ^{61, 62} นอกจากนี้ยังพบว่า กัญชาสังเคราะห์มีผลต่อการเต้นของหัวใจ ทำให้หัวใจหยุดเต้นได้ ⁶³ เมื่อเกิดผลเสียจึงกล่าวโทษกัญชาโดยรวมอย่างไม่แยกแยะ

ดังนั้น ไม่ควรใช้ยากัญชาสังเคราะห์เลย ควรมุ่งเน้นที่กัญชาจากธรรมชาติที่ปลูกแบบอินทรีย์เท่านั้น

อุปสรรคที่ขัดขวางการพัฒนา

แม้จะมีการแก้กฎหมายให้นำกัญชามาใช้ได้ในทางการแพทย์แล้ว แต่สถิติการใช้ในสถานบริการภาครัฐยังมีน้อยมาก ⁶⁴ เพราะแพทย์ยังขาดประสบการณ์และความมั่นใจ กฎระเบียบที่ยังยาก การได้รับข่าวสารว่ามีการใช้แบบเกินขนาดแล้วมีภาวะแทรกซ้อน แต่ที่สำคัญคือ แพทย์ไม่เคยได้ข้อมูลอีกด้านหนึ่งของกัญชาที่ครบถ้วนเพียงพอ แพทย์บางคนถึงกับห้ามประชาชนไม่ให้ไปใช้กัญชา ประชาชนที่เจ็บป่วยจำนวนมากจึงไม่มีที่พึ่ง ต้องไปแสวงหาวิธีการรักษาด้วยตนเอง เพราะการรักษาที่ได้รับอยู่ไม่อาจจะช่วยบรรเทาอาการได้ บางคนถูกตำรวจจับกุม เพราะปลูกกัญชาเพียงต้นเดียว เพื่อเอาไว้รักษาตนเอง เกิดความทุกข์ซ้ำซ้อน ⁶⁵

บทส่งท้าย

ข้อเสนอเพื่อการพัฒนาในอนาคต

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมีความใกล้ชิดกับประชาชน ใช้หลักการให้บริการแบบองค์รวม ผสมผสานและต่อเนื่อง เข้าใจความคิด ความเชื่อ ความรู้สึกของผู้ป่วยอย่างลึกซึ้ง ประชาชนให้ความไว้วางใจ ⁶⁶ ถ้ายินดีเปิดใจเรียนรู้ประสบการณ์การใช้กัญชารักษาโรคของชาวบ้าน โดยใช้วิธีการวิจัยทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ บวกด้วยการค้นคว้าให้เห็นความก้าวหน้าในเรื่องนี้ในระดับโลก นำมาสังเคราะห์และออกแบบระบบการให้บริการที่เหมาะสม ร่วมกับทีมงาน จะทำให้ผู้ป่วยได้ประโยชน์สูงสุด มีผลเสียน้อยที่สุด ❖

เอกสารอ้างอิง

- Hui-Lin L. An archaeological and historical account of cannabis in China. *Econ Bot* 1974;28: 437-48.
- วีรยา ถาอุปชิต, นุศราพร เกษสมบุรณ์. การใช้กัญชาทางการแพทย์. *วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน*. 2560; 13 (Suppl.): 228-40.
- Hand A, Blake A, Kerrigan P et al. History of medical cannabis. *J Pain Manage* 2016;9(4):387-94.
- Reynolds JR. On the therapeutic uses and toxic effects of cannabis indica. *The Lancet* 1890; March 22,637-38.
- Osler W. *The Principles and Practice of Medicine*. (Second Edition) New York: D Appleton and Company. 1895.
- Hempshopper. Marijuana is listed in the U.S. Pharmacopoeia. [cited 2019-04-22]. Available from: <http://www.hempshopper.com/en/19th-century/94-1851>.
- Holland J (Ed.). *The Pot Book: A Complete Guide to Cannabis – Its Role in Medicine, Politics, Science and Culture*. Rochester: Park Street Press. 2010.
- Merck. *Materia Medica: A Ready Reference Pocket Book for The Physician and Surgeon*. Published by E.Merck Daemstad (Germany). 1899. [cited 2019-12-03]. Available from: <https://www.gutenberg.org/ebooks/41697>
- Sicard C. *The Unholy Trinity: Anslinger, Hearst and Rockefeller – Cannabis History*. (October 14, 2015). [cited 2019-12-03]. Available from: <https://www.seniorstoner.com/education/anslinger-hearst-rockefeller-cannabis-history/>

10. Wikipedia. Legality of cannabis. [cited 2019-12-03]. Available from: https://en.wikipedia.org/wiki/Legality_of_cannabis
11. US National Library of Medicine. The Institute of Health. [cited 2020-08-03]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=cannabinoid>
12. Pertwee RG (Ed.). Endocannabinoids. London: Springer International Publishing Switzerland 2015.
13. Russo EB. Clinical endocannabinoid deficiency reconsidered: current research supports the theory in migraine, fibromyalgia, irritable bowel, and other treatment-resistant syndromes. Cannabis and Cannabinoid Research. 2016;Volume1.1.
14. Grotenhermen F. Pharmacology of cannabinoids. Neuro Endocrinol Lett. 2004 Feb-Apr;25(1-2):14-23.
15. Russo EB. Taming THC: potential cannabis synergy and phytocannabinoid-terpenoid entourage effects. Br J Pharm. 2011;163 (7): 1344–1364.
16. Aizpurua-Olaizola O, Soydaner U, Öztürk E, et al. Evolution of the Cannabinoid and Terpene Content during the Growth of Cannabis sativa Plants from Different Chemotypes. J Nat Prod. 2016;79 (2): 324–31.
17. Mechoulam R (Ed.). Cannabinoids as therapeutics. Basel: Birkhäuser Verlag 2005.
18. McCormick M (eds). The Health Effects of Cannabis and Cannabinoids: The Current State of Evidence and Recommendations for Research. 2017. [cited 2019-04-25]. Available from: <http://www.nationalacademies.org/hmd/Reports/2017/health-effects-of-cannabis-and-cannabinoids.aspx>
19. Landschaft Y. Medical Grade Cannabis. The Israeli Medical Cannabis Agency (IMCA), Ministry of Health. 2017.
20. Broers B, Patà Z, Mina A et al. Prescription of a THC/CBD-Based Medication to Patients with Dementia: A Pilot Study in Geneva. Med Cannabis Cannabinoid. 2019. DOI: 10.1159/000498924
21. Russo EB. Cannabis Therapeutics and the Future of Neurology. Frontier in Integrative Neuroscience 2018. doi: 10.3389/fnint.2018.00051
22. International Association for Cannabinoid Medicines. [cited 2019-12-03]. Available from: <https://www.cannabis-med.org>
23. NORML. Emerging Clinical Applications for Cannabis & Cannabinoids. A Review of the Recent Scientific Literature, 2000 — 2017. [cited 2019-12-06]. Available from: <https://norml.org/library/recent-research-on-medical-marijuana>
24. Crow GS. Granny Storm Crow's list of cannabis papers. [cited 2019-12-03]. Available from: <https://grannystormcrowslist.wordpress.com/the-list/>
25. Simpson R. The Rick Simpson Story. [cited 2019-04-23]. Available from: <http://phoenixtears.ca>
26. Sulak D. Strategies for Non-Psychoactive Cannabis Use. Available from www.healer.com [Accessed on 2019-04-22]
27. Fishbein-Kaminietsky M, Gafni M, Sarne Y. Ultralow doses of cannabinoid drugs protect the mouse brain from inflammation-induced cognitive damage. J Neurosci Res 2014;92:1669–77.
28. Aidan J. Hampson Julius Axelrod Maurizio Grimaldi. Cannabinoids as antioxidants and neuroprotectants. [cited 2019-12-03]. Available from: <https://patents.google.com/patent/US6630507B1/en>
29. Rajavashisth TB, Shaheen M, Norris KC, Pan D, Sinha SK, Ortega J, Friedman TC. Decreased prevalence of diabetes in marijuana users: cross-sectional data from the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) III. BMJ Open. 2012 Feb 24;2: e000494.
30. Nugent SM, Morasco BJ, O'Neil ME, et al. The Effects of Cannabis Among Adults with Chronic Pain and an Overview of General Harms: A Systematic Review. Ann Intern Med. 2017 Sep 5;167(5):319-331.
31. Anderson DM, Rees DI, Sabia JJ. Medical marijuana laws and suicides by gender and age. Am J Public Health. 2014 Dec;104(12):2369-76. doi: 10.2105/AJPH.2013.301612. Epub 2014 Jan 16.
32. Shannon S, Lewis N, Lee H, Hughes S. Cannabidiol in Anxiety and Sleep: A Large Case Series. Perm J. 2019;23:18-041.
33. Howell A. Will Marijuana Legalization Increase Hospitalizations and Emergency Visits? Reason Foundation. 2018. [cited 2019-12-03]. Available from: <https://www.reason.org/topics/drugpolicy>
34. Pedraza J. Cannabinoid dosage in clinical practice. [cited 2019-04-10]. Available from: <https://www.fundacion-canna.es/en/cannabinoid-dosage-clinical-practice>.

35. MacCallum CA, Russo EB. Practical considerations in medical cannabis administration and dosing. *Eur J Intern Med.* 2018 Mar;49:12-19. doi: 10.1016/j.ejim.2018.01.004.
36. ศรีญา อวสมบัติกุล, เดชา ศิริภัทร จุดมุ่งหวังอันแรงกล้า ที่แลกมาด้วยการใช้ชีวิตตัวเองเป็นเดิมพันบนเส้นทางสายกัญชา. *The Guest.* 22 สิงหาคม 2562. [เข้าถึงเมื่อ 20 เมษายน 2562]. เข้าถึงได้จาก: <https://adaybulletin.com/talk-guest-decha-siripat/39654>
37. Allan GM, Ramji J, Perry D, Ton J, Beahm NP, Crisp N, et al. Simplified guideline for prescribing medical cannabinoids in primary care. *Can Fam Physician.* 2018 Feb;64(2):111-20.
38. Sulak D. Dosage Programs. Available from <https://healer.com/programs/> [Accessed 2019-04-25]
39. Colizzi M, Bhattacharyya S. Cannabis use and the development of tolerance: a systematic review of human evidence. *Neurosci Biobehav Rev.* 2018 Oct;93:1-25. doi: 10.1016/j.neubiorev.2018.07.014.
40. ขจรศักดิ์ สีวาทิ. อาการข้างเคียงจากการใช้ยาเสพติดกัญชา. รายงานผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2562.
41. กรมการแพทย์. คำแนะนำการใช้กัญชาทางการแพทย์. ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2/2562. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2562.
42. ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. คำแนะนำการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีการใช้ “กัญชา”. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2562.
43. ปัดพงษ์ เกษสมบูรณ์. ขนาดยาจากกัญชา. เอกสารประกอบการบรรยาย เรื่อง กัญชาทางการแพทย์. จัดโดยกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. วันที่ 23-24 พฤษภาคม 2562. ณ โรงแรมรามารการ์เด็นท์ กรุงเทพมหานคร.
44. จินตนา มโนรมย์ภัทรสาร. การค้นพบใหม่ในกัญชาทางการแพทย์ รักษาโรคด้วยกัญชา. 19 กรกฎาคม 2562. [เข้าถึงเมื่อ 26- เมษายน 2562]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.cannhealth.org/content/6028/> หรือ <https://tinyurl.com/y6f3xxf9>
45. Carl Hart. Why research is biased against pot to focus on its harm and not its benefits. [cited 2019-04-24]. Available from: <https://www.dallasnews.com/opinion/commentary/2014/09/11/why-research-is-biased-against-pot-to-focus-on-its-harm-and-not-its-benefits>
46. Ksir C, Hart CL. Cannabis and Psychosis: a Critical Overview of the Relationship. *Curr Psychiatry Rep.* 2016 Feb;18(2):12.
47. McGuire P, Robson P, Cubala WJ, et al. Cannabidiol (CBD) as an Adjunctive Therapy in Schizophrenia: A Multi center Randomized Controlled Trial. *AJP in Advance.*
48. Leweke FM, Piomelli D, Pahlisch F, et al. Cannabidiol enhances anandamide signaling and alleviates psychotic symptoms of schizophrenia. *Transl Psychiatry.* 2012;2:e94.
49. Hickman M, Vickerman P, Macleod J, Kirkbride J, Jones PB. Cannabis and schizophrenia: model projections of the impact of the rise in cannabis use on historical and future trends in schizophrenia in England and Wales. *Addiction.* 2007 Apr;102(4):597-606.
50. Kirkbride JB et al. Systematic review of the incidence and prevalence of Schizophrenia and other psychoses in England. 2012. [cited 2019-12-03]. Available from: <https://www.psychiatry.cam.ac.uk/files/2014/05/Final-report-v1.05-Jan-12.pdf>
51. Reed JK. Impacts of Marijuana Legalization in Colorado: A Report Pursuant to Senate Bill 13-283. Denver: Colorado Department of Public Safety. 2018.
52. Weiland BJ, Thayer RE, Depue BE, Sabbineni A, Bryan AD, Hutchison KE. Daily marijuana use is not associated with brain morphometric measures in adolescents or adults. *J Neurosci.* 2015 Jan 28;35(4):1505-12.
53. Mokrysz C., Landy R., Gage S., Munafò M., Roiser J., Curran H. Are IQ and educational outcomes in teenagers related to their cannabis use? A prospective cohort study. *J Psychopharmacol* 2016; 30: 159–68.
54. Meier M. H., Caspi A., Danese A., Fisher H. L., Houts R., Arseneault L. et al. Associations between adolescent cannabis use and neuropsychological decline: a longitudinal co-twin control study. *Addiction* 2018; 113: 257–65.
55. Tzadok M, Uliel-Siboni S, Linder I, et al. CBD-enriched medical cannabis for intractable pediatric epilepsy: The current Israeli experience. *Seizure.* 2016;35:41-4.
56. Deher MC, Nugent K, Hudgins R. Prenatal marijuana exposure and neonatal outcomes in Jamaica: an ethnographic study. *Pediatrics.* 1994 Feb;93(2):254-60. PMID:8121737
57. Reed JK. Impacts of Marijuana Legalization in Colorado: A Report Pursuant to Senate Bill 13-283. Denver: Colorado Department of Public Safety. 2018.

58. Wikipedia. Cannabinoid. [cited 2019-04-20]. Available from: <https://en.wikipedia.org/wiki/Cannabinoid>
59. Wikipedia. List of cannabis companies. [cited 2019-04-22]. Available from: https://en.wikipedia.org/wiki/List_of_cannabis_companies.
60. Wikipedia. Cannabinoid. [cited 2019-12-03]. Available from: <https://en.wikipedia.org/wiki/Cannabinoid>
61. Di Forti M, Marconi A, Carra E, et al. Proportion of patients in south London with first-episode psychosis attributable to use of high potency cannabis: a case-control study. *Lancet Psychiatry*. 2015 Mar;2(3):233-8.
62. Mensen VT, Vreeker A, Nordgren J, Atkinson A, de la Torre R, Farré M, Ramaekers JG, Brunt TM. Psychopathological symptoms associated with synthetic cannabinoid use: a comparison with natural cannabis. *Psychopharmacology (Berl)*. 2019 Sep;236(9):2677-2685. doi: 10.1007/s00213-019-05238-8.
63. Boland DM, Reidy LJ, Seither JM, Radtke JM, Lew EO. Forty-Three Fatalities Involving the Synthetic Cannabinoid, 5-Fluoro-ADB: Forensic Pathology and Toxicology Implications. *J Forensic Sci*. 2020 Jan;65(1):170-182. doi: 10.1111/1556-4029.14098.
64. ผู้จัดการออนไลน์. อนุทินเผย 1 เดือนสั่งจ่าย “กัญชา” แค่ 80 ขวด รับหมออาจยังไม่กล้าสั่งใช้. 17 ก.ย.2562. [เข้าถึงเมื่อ 3 สิงหาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://mgronline.com/qol/detail/9620000089630>
65. ข่าวช่องวัน. จับหนุ่มใหญ่ปลุกกัญชา อ้างทำยารักษาโรคเบาหวาน. 31 พฤษภาคม 2563. [เข้าถึงเมื่อ 3 สิงหาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.one31.net/news/detail/21575>
66. กองการแพทย์ทางเลือก. การดูแลผู้ป่วยที่ใช้กัญชาทางการแพทย์ตามแนวทางเวชศาสตร์ครอบครัว. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข. 2562. [เข้าถึงเมื่อ 3 สิงหาคม 2563] เข้าถึงได้จาก: <https://thaicam.go.th/การดูแลผู้ป่วยที่ใช้กัญชา/> หรือ <https://tinyurl.com/y35azgxs>

การจัดตั้งคลินิกกัญชากับความปรารถนาของคนไข้(ปฐมบท)

แพทย์หญิงเอื้อมพา กาญจนรังสิชัย

วว. กุมารเวชศาสตร์ อว.เวชศาสตร์ครอบครัว และ อว.เวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสาธารณสุขศาสตร์

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลบุรีรัมย์

อีเมล famdoc999@gmail.com

บทคัดย่อ

หลายประเทศทั่วโลกได้มีการนำสารสกัดกัญชามาใช้เพื่อเป็นยารักษาโรค มีงานวิจัยที่สนับสนุนถึงประโยชน์และโทษของกัญชามากขึ้น มีการศึกษาองค์ความรู้เพิ่มเติมมากขึ้น กระทรวงสาธารณสุขเองก็ได้มีการส่งเสริมสนับสนุนนโยบายให้มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขา “การให้บริการกัญชาทางการแพทย์” เพื่อเพิ่มโอกาสในการรักษาโรคให้กับประชาชนที่เจ็บป่วยทรมานจากกลุ่มโรคเรื้อรังและไม่ตอบสนองต่อการรักษาทางแพทย์แผนปัจจุบันหรือแผนไทย โรงพยาบาลบุรีรัมย์เป็นหนึ่งในโรงพยาบาลนาร่อง ได้จัดให้มีการเปิดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ผสมผสานแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทยขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะพัฒนาคลินิกกัญชาผสมผสานแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทยที่มีเภสัชกร แพทย์และพยาบาลที่ผ่านการอบรมได้รับประกาศนียบัตร ร่วมให้บริการเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงสารสกัดกัญชา ทางารแพทย์ที่มีคุณภาพปลอดภัย และได้รับการรักษาติดตามควบคุมอาการของโรคและภาวะของโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: คลินิกกัญชา

ความเป็นมาของการดำเนินงานคลินิกกัญชาทางการแพทย์ : จากนโยบายสู่การจัดบริการ ที่โรงพยาบาลบุรีรัมย์

พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 มีผลบังคับใช้วันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2562 สารสำคัญหลักคือกัญชายังคงเป็นยาเสพติดประเภทที่ 5 ห้ามผลิต นำเข้า ส่งออก จำหน่าย หรือมีไว้ในครอบครอง เว้นแต่ได้รับอนุญาตในกรณีประโยชน์ของทางราชการ การแพทย์ การศึกษาวิจัย รวมถึงเกษตรกรรม และพาณิชย์กรรม วิทยาศาสตร์ หรืออุตสาหกรรมเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ และห้ามมิให้ผู้ใดเสพยาเสพติดประเภทที่ 5 เว้นแต่เสพเพื่อรักษาโรคและการศึกษาวิจัยส่งผลให้กระทรวงสาธารณสุข และมีการออกประกาศในราชกิจจานุเบกษา วันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2562 เรื่อง การครอบครองยาเสพติดให้โทษประเภท 5 เฉพาะกัญชาสำหรับผู้ที่มีความจำเป็นต้องใช้ เพื่อรักษาโรคเฉพาะตัว ก่อนพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 ใช้บังคับ ให้ไม่ต้องรับโทษ (พระราชบัญญัตินิรโทษกรรม^{1,2,3}) ในช่วง 90 วันหลังการประกาศ โดยเปิดให้ยื่นขออนุญาตแจ้งครอบครองกัญชาเพื่อใช้ในวัตถุประสงค์ทางการแพทย์ ให้มีการรายงานการครอบครอง พร้อมแสดงใบรับรองแพทย์ยืนยันการใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ในการดูแลตนเอง

นโยบายกัญชาทางการแพทย์เสรีซึ่งเสนอโดยพรรคภูมิใจไทย นายอนุทิน ชาญวีรกูล สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร พรรคภูมิใจไทย ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และเป็นกำลังสำคัญในการส่งเสริมสนับสนุนนโยบายเร่งด่วนให้มีการเปิดคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป เพื่อให้มีการบริการการรักษาด้วยสารสกัดกัญชาทางการแพทย์กับประชาชนได้อย่างปลอดภัยรวดเร็วและครอบคลุม⁴ นำไปสู่การจัดงาน “พันธุ์บุรีรัมย์”⁵ ที่จัดขึ้นในวันที่ 19 - 21 เมษายน 2562 ณ สนามช้างอารีนาจังหวัดบุรีรัมย์ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ได้รับการประสานขอให้แพทย์ไปออกใบรับรองแพทย์ให้ผู้ป่วยเพื่อยืนยันการครอบครองกัญชาเพื่อใช้ประโยชน์กัญชาทางการแพทย์ในการดูแลตัวเอง ในงานดังกล่าว แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวงานบริการปฐมภูมิ จึงได้เข้าไปมีส่วนร่วมและเข้าไปสัมผัสกลุ่มผู้ใช้กัญชา/สารสกัดกัญชาทางการแพทย์/น้ำมันกัญชา ประชาชนทั้งในและต่างประเทศให้ความสนใจเป็นจำนวนมาก มีผู้เข้าร่วมงานตลอด 3 วัน กว่า 150,000 คน มีผู้มายื่นขอครอบครองกัญชาถึงกว่าหมื่นราย แต่มีผู้ผ่านเกณฑ์การยื่นขอครอบครองกัญชา

จำนวน 4,397 ราย

ปัจจุบันหลายประเทศทั่วโลกได้มีความตื่นตัวในการนำสารสกัดกัญชามาใช้เพื่อเป็นยารักษาโรค ทำให้มีงานวิจัยที่สนับสนุนถึงประโยชน์และโทษของกัญชามากขึ้น กระทรวงสาธารณสุขเองก็ได้มีการส่งเสริมสนับสนุนนโยบายให้มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาการใช้บริการกัญชาทางการแพทย์⁶ เพื่อเพิ่มโอกาสในการรักษาโรคให้กับประชาชนที่เจ็บป่วยทรมานจากกลุ่มโรคเรื้อรังและไม่ตอบสนองต่อการรักษาทางแพทย์แผนปัจจุบันหรือแผนไทย โรงพยาบาลบุรีรัมย์เป็นหนึ่งในโรงพยาบาลนำร่อง⁷ ที่ได้จัดให้มีการเปิดบริการ “คลินิกกัญชาทางการแพทย์” ซึ่งผสมผสานแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทยขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะพัฒนาศูนย์กัญชาให้ให้บริการผสมผสานแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทยที่มีเภสัชกร แพทย์และพยาบาลที่ผ่านการอบรมได้รับประกาศนียบัตรร่วมให้บริการ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงสารสกัดกัญชาทางการแพทย์ที่มีคุณภาพปลอดภัยและได้รับการรักษาติดตามควบคุมอาการของโรคและภาวะของโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น พร้อมพัฒนาระบบให้บริการคลินิกกัญชาคู่ขนานผสมผสานแพทย์แผนไทยและแพทย์แผนปัจจุบัน พัฒนาระบบฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ รวบรวมและพัฒนางานความรู้ พร้อมให้ความรู้และให้คำปรึกษาแก่บุคลากรและประชาชนทั่วไป ซึ่งก็เป็นผลต่อเนื่องจากการจัดงาน “พันธุ์บุรีรัมย์” ในเดือนเมษายน 2562

ต่อมากรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขได้จัดอบรมหลักสูตร “การใช้กัญชาทางการแพทย์ สำหรับบุคลากรทางการแพทย์” เมื่อวันที่ 17 - 18 มิถุนายน 2562 ที่โรงแรมเซ็นจูร์พาร์ค ราชปรารภ กรุงเทพฯ⁸ เป็นการอบรมรอบพิเศษ ไม่มีค่าลงทะเบียน สำหรับโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลบุรีรัมย์ส่งแพทย์ 1 คน เภสัชกร 1 คนเข้าร่วมรับการอบรม ซึ่งแพทย์ท่านนั้นก็คือข้าพเจ้านั่นเอง ข้าพเจ้ากับเภสัชกรที่ไปร่วมอบรมอีก 1 ท่าน ได้รับมอบหมายให้เป็นทีมนำตั้งต้นในการดำเนินการเพื่อเปิดให้บริการ “คลินิกกัญชาทางการแพทย์” ดังกล่าว

การจัดตั้งคณะกรรมการกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ เกิดขึ้นในเดือนสิงหาคม 2562 โดยมีรองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์คนที่ 2 เป็นประธานประชุมเตรียมความพร้อมในการเปิดคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ด้วยว่าโรงพยาบาลบุรีรัมย์เป็นหนึ่งในโรงพยาบาลนำร่อง จึงได้รับสารสกัดกัญชาทางการแพทย์ THC rich ขององค์การเภสัช จำนวน 315 ขวดเมื่อที่ 19 สิงหาคม 2562 ทีมนำได้

ไปปรับทราบนโยบายที่สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขและเตรียมการใช้โปรแกรม C-MOPH9 เพื่อจัดการระบบข้อมูล การรายงาน การเฝ้าระวังและการติดตาม ประกอบกับการขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่องของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ที่ได้จัดการอบรม “การใช้กัญชาทางการแพทย์ สำหรับบุคลากรทางการแพทย์” สำหรับเขตสุขภาพที่ 9 ขึ้นในวันที่ 23 - 24 สิงหาคม 2562 ที่สนามช้างอารีนาจังหวัดบุรีรัมย์^{10,11} เพื่อขึ้นทะเบียนแพทย์เภสัชให้ได้มากขึ้น เพื่อให้ทุกโรงพยาบาลในจังหวัดบุรีรัมย์สามารถดำเนินการเปิดให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ได้อย่างปลอดภัย มีประสิทธิภาพและทันกับความต้องการของประชาชน

ผลจากการประชุมครั้งนั้น โรงพยาบาลบุรีรัมย์มีบุคลากรทางการแพทย์ผ่านการขึ้นทะเบียนเพิ่มขึ้น แพทย์จาก 1 คน เป็น 19 คน เภสัชกรจาก 1 คน เป็น 7 คน แพทย์แผนไทย 3 คน พยาบาลวิชาชีพ 1 คน โรงพยาบาลบุรีรัมย์ได้มีพิธีเปิดให้บริการ “คลินิกกัญชาทางการแพทย์” อย่างเป็นทางการในวันที่ 6 กันยายน 2562 โดยเปิดให้บริการทุกวัน ศุกร์เวลา 9.00 น. ถึง 15.00 น.^{12,13} และพัฒนาคลินิกกัญชาทางการแพทย์ เป็นบริการคลินิกคู่ขนานแพทย์แผนไทยกับแผนปัจจุบัน ตั้งแต่วันที่ 11 ตุลาคม 2562 เป็นต้นมา

การพัฒนาบุคลากรและการจัดตั้งคลินิกกัญชาทางการแพทย์

“คลินิกกัญชาทางการแพทย์” มีแพทย์ เภสัชกร พยาบาล และแพทย์แผนไทย ที่ผ่านการอบรมแล้วหมุนเวียนให้บริการสัปดาห์ละ 1 วันในวันศุกร์ เนื่องจากโรงพยาบาลบุรีรัมย์เป็นโรงพยาบาลเดียวที่ได้รับสารสกัดกัญชาทางการแพทย์ในเขต 9 (นครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ สุรินทร์) และมีการเปิดบริการ “คลินิกกัญชาทางการแพทย์” เป็นคลินิกคู่ขนานอย่างเต็มรูปแบบ จึงได้มีคณะบุคคลมาศึกษาดูงานทั้งจากต่างอำเภอ ต่างจังหวัดและต่างประเทศ บุคลากรที่มนำได้รับการสนับสนุนจากท่านผู้อำนวยการให้ได้เข้ารับการพัฒนารู้ ได้เข้าอบรมในหลักสูตรต่าง ๆ ทั้งในแผนไทยและแพทย์แผนปัจจุบัน เช่นการอบรมความรู้เบื้องต้นน้ำมันกัญชาสำหรับหมอเดชา¹⁴ การประชุมวิชาการ “กัญชาว่ารู้” ที่จังหวัดสุรินทร์¹⁵ การประชุมเชิงปฏิบัติการ Workshop “How to Set up Medical Cannabis Within Supportive and Palliative Care Centers”^{16,17} โดยทีมวิทยากรจาก McGill University Health Center ทีมมหาวิทยาลัยมอนแทน การอบรม “การใช้กัญชาทางการแพทย์เพื่อความยั่งยืนเขตสุขภาพที่ 9”¹⁸ ที่อุทยานไม้ดอกเพลาเพลินจังหวัดบุรีรัมย์

รวมถึงการได้ไปประชุม service plan แลกเปลี่ยนเรียนรู้¹⁹ และอบรมเพิ่มเติมที่กองบริหารการสาธารณสุข (กบรส.) ได้จัดขึ้น

หลังจากนั้น ทีมงานคลินิกกัญชาฯ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ได้รับเกียรติจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ให้เป็นวิทยากรให้ความรู้ในการจัดตั้งคลินิกกัญชาทางการแพทย์ และการจัดการระบบข้อมูลและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ อีกทั้งเป็นวิทยากรในการประชุม “พัฒนาบริการคลินิกกัญชาแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จังหวัดบุรีรัมย์” เป็นวิทยากรบรรยายเรื่อง “กัญชาทางการแพทย์”^{20,21} ให้กับนักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 4 5 และ 6 ของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา และแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว รพ.บุรีรัมย์

นอกจากนั้น ทีมโรงพยาบาลบุรีรัมย์ได้ตอบรับเข้าร่วมดำเนินโครงการวิจัยเรื่อง “การใช้สารสกัดกัญชาในผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจาย (Effectiveness and Quality of life and evaluation of Cannabinoids in Metastatic Stage Cancer (phase II) (MultiCenters) 2563)” โดยประสานผ่านทางร้อยเอกนายแพทย์สมชาย ธนะสิทธิชัย ผู้อำนวยการด้านการแพทย์สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ความปรารถนาของผู้ป่วยและประสบการณ์ที่น่าสนใจ

ข้าพเจ้าขอบอกเล่าประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ต้องการใช้สารสกัดกัญชา ในวันแรกของการเปิดให้บริการ “คลินิกกัญชาทางการแพทย์” คือวันศุกร์ที่ 6 กันยายน 2562 ผู้ป่วยรายแรกของวันนั้นแจ้งว่า ตนเองเป็น multiple sclerosis พร้อมหอบหืดผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ CT scan ของทรวงอกจากโคราช คนไข้ไม่มีใบส่งตัว ไม่มีประวัติเก่าใด ๆ ทั้งสิ้นจากโรงพยาบาลที่รักษาอยู่เดิม นี่คือการยากลำบากของการเปิดคลินิกกัญชาโดยไม่มีประวัติและใบส่งตัวซึ่งตามหลักวิชาการแล้ว ไม่แนะนำให้ใช้กัญชาเป็น First line drug และเบื้องต้นจำกัดอยู่เฉพาะ 4 กลุ่มโรค คือ

1. ภาวะคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด
2. โรคลมชักที่รักษายากและโรคลมชักที่ต่อเนื่องการรักษา
3. ภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็งในผู้ป่วยปลอกประสาทเสื่อมแข็ง
4. ภาวะปวดประสาทส่วนกลาง ที่ใช้วิธีการรักษาอื่น ๆ แล้วไม่ได้ผล

ต่อมาทางกรมการแพทย์ได้ขยายเป็น 6 กลุ่มโรค²² โดยเพิ่ม

5. ภาวะเบื่ออาหารในผู้ป่วยเอดส์ที่มีน้ำหนักตัวน้อย

6. การเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

แล้วทำไมดีล่ะ? แอบคิดในใจ ข้าพเจ้าจึงได้ปรึกษาอายุรแพทย์ระบบประสาท เพื่อให้ยืนยันในการวินิจฉัย และพิจารณาถึงยาตัวอื่นที่อาจได้ประโยชน์เนื่องจากกัญชาไม่ใช่ยาวิเศษ ซึ่งอายุรแพทย์ระบบประสาทท่านนั้นก็ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี จนในที่สุดคนไข้ก็ได้รับยาไป (ต้องขอขอบคุณมา ณ ที่นี้ด้วย)

ในระยะแรก ๆ ทีมงานต้องนั่งอธิบายให้คนไข้ฟังกันยาวเลยทีเดียวถึงข้อดีข้อเสีย อาการข้างเคียง ข้อข้อชี้ที่การใช้กัญชาได้ประโยชน์ อาจจะได้ประโยชน์ และน่าจะได้ประโยชน์ความจริงแล้วก่อนการเปิดคลินิกก็ได้มีการประชุมทีมงานและคณะกรรมการหลายครั้ง เพื่อตกลงแผนผัง (Flow) การให้บริการ การคัดกรองในเบื้องต้นเพื่อไม่ให้ประชาชนเข้าใจผิดว่า การเปิดคลินิก คือการแจกยาให้กัญชาในทุกกรณี ด้วยว่าจังหวัดบุรีรัมย์ได้เคยจัดงาน “พันธุ์บุรีรัมย์” และบางคนหรือหลายคนเคยได้รู้จักผลิตภัณฑ์กัญชามาบ้างแล้ว บ้างก็เคยหามาใช้จากทางใต้ดินมาก่อนหน้านี้แล้วและต้องการใช้ต่อแบบไม่เสียเงินและปลอดภัย เป็นไปได้ว่าหลายๆคนอาจคิดไปเองว่า “คลินิกกัญชาทางการแพทย์” โรงพยาบาลบุรีรัมย์ คือ การแจกยาให้กัญชาฟรี ๆ ง่าย ๆ นั่นเอง ซึ่งประเด็นนี้ทางทีมงานทราบดีและมีมาตรการรองรับเรื่องนี้ไว้อยู่แล้ว

โดยพยาบาลที่คัดกรองอยู่ที่ OPD ในเบื้องต้นจะเป็นคนแยกกลุ่มคนไข้ที่เข้าเกณฑ์ที่จะต้องเข้ารับคำปรึกษาที่คลินิกกัญชาตามเอกสารคัดกรอง (โดยในระยะแรกโปรแกรมสำเร็จรียังไม่เรียบร้อยยังใช้ไม่ได้ ทีมจึงได้จัดเตรียมเป็นแบบเอกสารแผ่นไว้วกก่อน รอไว้คีย์ข้อมูลใส่ในโปรแกรม เมื่อโปรแกรมสำเร็จแล้ว) มาตรการดังกล่าวช่วยให้ลดความแออัดหลุมุนวุ่นวายที่คลินิกกัญชาในวันแรกได้เป็นอย่างดี ในบรรดาคนที่มาขอรับยากัญชาโดยไม่มีข้อบ่งชี้ จะมีทั้งกลุ่มที่ออกแนวศิลปิน และชาวต่างชาติที่หลายคนยังไม่เข้าใจคิดว่าประเทศไทยอนุญาตให้ใช้กัญชาเพื่อการบันเทิงได้ ต้องขอขอบคุณพยาบาลด่านหน้าที่ทำหน้าที่คัดกรองได้อย่างดียิ่ง

ผู้ป่วยรายถัดมา เป็นคนไข้มีแรงตั้งอยู่ต่างจังหวัด ไม่ยอมรักษา ลูกสาวมาปรึกษาขอรับยากัญชา จากการประสานของทีมและเครือข่ายของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ทำให้คนไข้ได้รับการเยี่ยมบ้านและมีโอกาสเข้าถึงสารสกัดกัญชาที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้านนั่นเอง

คนไข้รายถัดมาเป็นมะเร็งปากมดลูก ผ่านการให้เคมีบำบัดมาแล้ว คุณหมอเจ้าของไข้ (ซึ่งผ่านการอบรมกัญชาทางการแพทย์และขึ้นทะเบียนแล้วแต่ไม่ได้อยู่เวรคลินิกกัญชาวันดังกล่าว) ส่งคนไข้ให้มารับคำปรึกษาที่คลินิกกัญชาเนื่องจากน้ำหนักตัวลดลงมาก ทานข้าวไม่ได้ ไม่สามารถเข้ารับการให้เคมีบำบัดตามนัดได้ คนไข้รายนี้เป็นผู้หญิงตัวเล็ก ผอมผิคล้ำแก่ตอบ หน้าตาหม่นหมอง อารมณ์ไม่ขึ้นบานนัก ภายหลังคุณป้าท่านนี้ใช้สารสกัดกัญชาได้ผลดี มีน้ำหนักเพิ่มขึ้น ถึง 3 กิโลกรัม สามารถเข้ารับการให้เคมีบำบัดตามนัดได้ และเป็นผู้ชักชวนให้คนไข้เคมีบำบัดรายอื่น ๆ มาเข้ารับบริการที่คลินิกกัญชามากขึ้น

ผู้ป่วยอีกราย เป็นดาบตำรวจที่ผ่านศึกมาอย่างโชกโชน โดยถูกกระสุนทะลุเข้ากระดูกต้นขาข้างซ้ายและมีอาการปวดมาโดยตลอด มาเพื่อขอใช้สารสกัดกัญชาเพื่อบรรเทาปวด

ส่วนอีกรายที่น่าประทับใจ เป็นข้าราชการบำนาญชาย มาปรึกษาด้วยว่าภรรยาป่วยหนักติดเตียงระยะสุดท้าย อยู่ที่บ้าน พอทราบข่าวว่ามีคลินิกกัญชาที่มีความหวังอยากได้สารสกัดกัญชาขององค์การเภสัชไปให้ภรรยาลองมาก ๆ ทั้ง ๆ ที่ไม่แน่ใจว่าถ้าคนไข้ไม่ได้มาด้วยตัวเอง คุณหมอจะจ่ายยาให้ได้หรือเปล่า? ซึ่งรายนี้ดูจากแฟ้มประวัติเป็นคนไข้อยู่ในเขตเมือง อยู่ในความดูแลของทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวลงเยี่ยมบ้านเป็นประจำอยู่แล้ว ข้าพเจ้าจึงได้ติดต่อไปสอบถามข้อมูลคนไข้รวมถึงให้ส่งภาพคนไข้มาให้ดูเพื่อประกอบการพิจารณาการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ ได้รับข้อมูลที่มีความละเอียดครบถ้วน เพียงพอสำหรับการตัดสินใจ ทำให้ข้าราชการบำนาญชายท่านนี้ได้ยากัญชากลับบ้านไปให้ภรรยาของท่านได้ลองใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ ปลอดภัยและได้รับการรักษาติดตามควบคุมอาการไม่พึงประสงค์อย่างใกล้ชิดโดยทีมแพทย์ (ทั้งทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมคลินิกกัญชา) ทีมงานสังเกตเห็นได้ถึงแววตาที่สมหวังมีความสุข และรอยยิ้มบนใบหน้าของท่านผู้นี้ แม้ว่าอีก 2 สัปดาห์ต่อมาภรรยาของท่านจะได้เสียชีวิตลงอย่างสงบก็ตาม อย่างน้อยท่านก็ได้ทำอะไรเพื่อภรรยาสุดที่รักให้ได้ลองและได้เข้าถึงอย่างปลอดภัยและไม่เสียค่าใช้จ่าย ตอบสนองความคาดหวังเล็ก ๆ ของท่านและภรรยา (ทั้ง ๆ ที่อาจจะเข้าไปหรือไม่ได้ผล)

ผลการดำเนินงาน “คลินิกกัญชาทางการแพทย์” โรงพยาบาลบุรีรัมย์

ตั้งแต่วันที่ 6 กันยายน 2562 ถึงวันที่ 15 มิถุนายน 2563 มีผลการดำเนินงานมีดังนี้

1. จำนวนครั้งที่ให้บริการ 354 ครั้ง จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยรับยา 209 ครั้ง
2. ผู้ป่วยสะสมทั้งหมดที่ให้บริการ 75 คน, ผู้ป่วยที่ยังรับยาต่อเนื่อง 59 คน (รายละเอียดตามตารางที่ 1)
3. จำนวนยาจ่ายสะสม THC rich (GPO) 119 ขวด ยาสุขไสยาสน์ 479 ของ ยาทำลายพระสุเมรุ 136 ของ

THC:CBD (GPO) 23 ขวด น้ำมันกัญชาดำรับหมอเดชา 21 ขวด

4. อาการสำคัญที่ผู้ป่วยมารับยา
5. การประเมินคุณภาพชีวิต
อาการดีขึ้น 49 ราย (65.33 %)
อาการไม่เปลี่ยนแปลง 21 ราย (28 %)
อาการแย่ลง 5 ราย (6.67 %)
6. อาการข้างเคียงที่พบ จำนวน 17 ครั้ง จากการจ่ายยา 209 ครั้ง คิดเป็น 8.13% อาการข้างเคียงที่พบมากคือ ปากคอแห้งและมึนศีรษะ

ตารางที่ 1 จำแนกอาการสำคัญและสัดส่วนของผู้ที่มาใช้บริการใน “คลินิกกัญชาทางการแพทย์” รพ.บุรีรัมย์ ตั้งแต่วันที่ 6 กันยายน 2562 ถึงวันที่ 15 มิถุนายน 2563

อาการสำคัญ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
Neuropathic pain	14	18.67
นอนไม่หลับ	14	18.67
มะเร็งร่วมกับภาวะนอนไม่หลับ/ปวด	12	16.00
มะเร็งระยะสุดท้าย	9	12.00
Palliative care	8	10.67
คลื่นไส้อาเจียนจากเคมีบำบัด	6	8.00
Parkinson	2	2.67
มะเร็งและเบื่ออาหาร	2	2.67
Psoriasis	2	2.67
มะเร็งร่วมกับภาวะนอนไม่หลับ/เบื่ออาหาร	1	1.33
Tourette syndrome	1	1.33
Gout with Insomnia	1	1.33
Low back pain	1	1.33
Hypertension	1	1.33
เบื่ออาหาร	1	1.33
รวม	75	100

ความภาคภูมิใจ

1. โรงพยาบาลบุรีรัมย์เป็นหนึ่งใน 19 โรงพยาบาลนำร่องสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศในปีงบประมาณ พ.ศ.2562 เป็นโรงพยาบาลศูนย์แห่งแรกและแห่งเดียวที่เปิดให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ผสมผสานแพทย์ปัจจุบันและแพทย์แผนไทย ในเขตสุขภาพที่ 9 ที่มีสารสกัดกัญชาทางการแพทย์พร้อมจ่ายในวันเปิดให้บริการวันแรก เป็นที่พึ่งพิงของผู้ป่วยในเขต 9 และเขตอื่น ๆ ทั้งที่มาจากต่างอำเภอต่างจังหวัดและต่างประเทศ โดยเปิดให้บริการแม้ในยามที่ COVID-19 ระบาด

2. ได้รับการตอบรับที่ดีและได้รับความไว้วางใจจากคนไข้ยกตัวอย่างเช่น คนไข้มะเร็งปากมดลูกหลังให้เคมีบำบัดรายแรกที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์ เมื่อติดตามแล้วได้ผลดีในเรื่องของการนอนหลับสบาย ทานอาหารได้เพิ่มขึ้น มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นพร้อมที่จะรับเคมีบำบัดครั้งต่อไปได้ คนไข้รายนี้ต่อมาได้เป็นที่ปรึกษาในกลุ่มคนไข้เคมีบำบัด มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับคนไข้รายอื่น ๆ ในการปฏิบัติตัวต่อสู้กับมะเร็งเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี

3. ทีมคลินิกกัญชาโรงพยาบาลบุรีรัมย์มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องทั้งแผนปัจจุบันและแผนไทย มีการขยายความครอบคลุมของบริการให้ไปถึงผู้ป่วยในกลุ่มโรคที่กัญชาน่าจะมีประโยชน์ และอาจจะได้ประโยชน์ในอนาคต เนื่องจากทีมงานพบว่า คนไข้มาขอรับบริการที่คลินิกกัญชาที่ป่วยเป็น Tourette Syndrome²³, Parkinson disease, อัมพาตหลังอุบัติเหตุและผ่าตัดสมอง กระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาท โรคสะกดเงิน และอื่น ๆ อีกมากมาย ซึ่งน่าจะนำไปสู่การขออนุเคราะห์ยา THE : CBD 1:1 จากองค์การเภสัชกรรมและเข้าร่วมวิจัยแพทย์แผนไทยน้ำมันกัญชาตำรับหมอเดชา โดยต่อมาได้พัฒนาอย่างต่อเนื่องจนมีผลิตภัณฑ์กัญชาให้บริการมาก ถึง 6 สูตร คือ THC rich, THC : CBD = 1:1 น้ำมันกัญชาตำรับหมอเดชา สุขไสยาสน์ ทำลายพระสุเมรุ และมีแผนพัฒนาที่จะเพิ่มอีก 1 สูตรคือ 6.CBD rich ที่ผลิตโดยโรงพยาบาลคูเมืองในอนาคตอันใกล้

4. ทีมงานได้รับขวัญกำลังใจและการสนับสนุนจากท่านผู้ตรวจราชการและทีมงานผู้บริหารลงเยี่ยมบ้านติดตามผู้ป่วยที่ได้รับสารสกัดกัญชาทางการแพทย์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และโรงพยาบาลชุมชนในเขตจังหวัดบุรีรัมย์

5. ทีมงานได้รับเกียรติให้ร่วมตรวจราชการกับทีมตรวจราชการกรณีปกติเขตสุขภาพที่ 9 ปฏิบัติหน้าที่ในนามของ คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ service plan

สาขาวิชาทางการแพทย์และทีมตรวจราชการในนามของตัวแทนจากกองบริหารสาธารณสุข (กบรส.) เขตสุขภาพที่ 9

6. มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและครบวงจร กล่าวคือผู้บริหารโรงพยาบาลมีการลงนามเซ็น MOU ระหว่างวิสาหกิจชุมชนเพื่อการปลูก และเซ็น MOU กับโรงพยาบาลคูเมือง จ.บุรีรัมย์ เพื่อการผลิต โดยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนและพัฒนาอย่างครบวงจร ต้นน้ำ กลางน้ำและปลายน้ำ

7. ทีมงานได้มีโอกาสต้อนรับคณะศึกษาดูงาน เป็นแหล่งศึกษาดูงาน ได้ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งในและต่างประเทศเช่น รพ.สุรินทร์ รพ.หนองหงส์ รพ.ลำปลายมาศ ทีมบริหารจาก บริษัท Hemp Boca (เอกชน) สหรัฐอเมริกา เป็นต้น

อนาคต

ปัจจุบันการศึกษาวิจัยและหลักฐานที่มีคุณภาพ ซึ่งสามารถสนับสนุนความปลอดภัยและประสิทธิภาพของการใช้กัญชาทางการแพทย์มีอยู่จำกัด แต่มีรายงานการใช้กัญชาทางการแพทย์จำนวนมากในต่างประเทศ และผู้ป่วยจำนวนมากในประเทศมีความปรารถนาที่จะใช้ประโยชน์จากกัญชาทางการแพทย์ พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษฉบับที่ 7 พ.ศ. 2562 มีบทบัญญัติเพื่อเปิดโอกาสให้มีการอนุญาตให้จำหน่ายยาเสพติดให้โทษประเภท 5 แก่ผู้ป่วยเพื่อประโยชน์ในการรักษา ภายใต้การดูแลควบคุมและการให้คำแนะนำของแพทย์ผู้ได้รับอนุญาต เพื่อให้ถูกต้องตามหลักวิชาการและให้กระทำได้อย่างชอบด้วยกฎหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงผลิตภัณฑ์กัญชาที่มีคุณภาพภายใต้การดูแลของแพทย์อย่างใกล้ชิดโดยคำนึงถึงความต้องการของคนไข้ ภาวะของโรค คุณสมบัติของผลิตภัณฑ์ ความเสี่ยงและประโยชน์ที่ได้รับของผู้ป่วยแต่ละรายแต่ละกรณีไป

ดังนั้น การเปิดให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ผสมผสานแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย โดยทีมงานที่ผ่านการอบรมได้รับประกาศนียบัตร จึงสอดคล้องกับความปลอดภัยของคนไข้ เพื่อให้คนไข้ได้เข้าถึงสารสกัดกัญชาทางการแพทย์ที่มีคุณภาพปลอดภัยและได้รับการรักษาติดตามควบคุมอาการของโรคและภาวะของโรคส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และทีมงานได้ร่วมเรียนรู้ติดตามอาการข้างเคียงไปพร้อม ๆ กับคนไข้ ก่อให้เกิดองค์ความรู้ใหม่และพัฒนาองค์ความรู้อย่างต่อเนื่องอันจะเป็นประโยชน์แก่ประชาชนและประเทศชาติต่อไป ❖

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักข่าว MThai. มีผลแล้ววันนี้ นิรโทษกรรม ผู้ครอบครองกัญชา!!-MThai News. [อินเทอร์เน็ต].2562 [เข้าถึงเมื่อ 28 เมษายน 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://news.mthai.com/general-news/711412.html>.
2. สำนักข่าว ThaiPBS. ประกาศ 7 กลุ่ม นิรโทษกรรม กัญชาเริ่มแจ้งครอบครองวันนี้. [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 28 เมษายน 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://news.thaipbs.or.th/content/278013>.
3. สำนักข่าว PPTV. ประกาศนิรโทษกรรม ผู้ครอบครอง “กัญชา”. [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 28 เมษายน 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://pptvhd36.com/news/ประเด็นร้อน/99002>.
4. Hfocus. เจาะลึกระบบสุขภาพ. สธ.บรรจุกัญชาทางการแพทย์ ใน service plan สาขาที่ 20 เพื่อใช้อย่างเป็นระบบ. [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 28 เมษายน 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/2019/09/17675>.
5. Shyboy. “พันธุบุรีรัมย์” งานกัญชาไทย ที่ได้มากกว่าความรู้วิชาการและการแพทย์. [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 28 เมษายน 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://brandinside.asia/pan-buriram-cannabis-story-in-thailand-2019>.
6. คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาการใช้กัญชาทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: กองบริหารการสาธารณสุข; 2562.
7. Mango Zero. เผยรายชื่อ12รพ.นำร่องให้บริการกัญชาทางการแพทย์-line today. [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 28 เมษายน 2020]. เข้าถึงได้จาก: <http://today.line.me>articlesเผยรายชื่อ+12+รพ+นำร่อง+ให้บริการกัญชาทางการแพทย์>.
8. สถาบันวิจัยและเทคโนโลยีทางการแพทย์. การอบรมการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์. [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 28 เมษายน 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://203.157.39.36/>.
9. กระทรวงสาธารณสุข. ระบบ Cannabis Clinic Data Center: Ministry of Public Health, Thailand. กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 28 เมษายน 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://ccd.moph.go.th/admin/#/main>.
10. Buriram FDA. ประชุมวิชาการ “การใช้สารสกัดจากกัญชาทางการแพทย์”. [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 29 เมษายน 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.facebook.com/194445661073112/posts/402111420306534?sfns=mo>.
11. สำนักข่าว INNnews. บุรีรัมย์ อบรมใช้สารสกัดจากกัญชา ทางการแพทย์ ร่วมกับเขตสุขภาพที่ 9 อบรมการใช้สารสกัดจากกัญชาทางการแพทย์สำหรับบุคลากรทางการแพทย์. [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 28 เมษายน 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://www.innnews.co.th/regional-news/news_470821/.
12. กระทรวงสาธารณสุข. ค้นหาโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน คลินิกกัญชาทางการแพทย์. [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 28 เมษายน 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://www.moph.go.th>index.php>medical_marijuana_clinics.
13. สยามรัฐออนไลน์. คลินิกกัญชาทางการแพทย์ รพ.บุรีรัมย์. [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 28 เมษายน 2563]. เข้าถึงได้จาก <https://siamrath.co.th/n/101554>.
14. เดชา ศิริภัทร. คอร์สอบรม 2 Day กับหมอเดชา. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 28 เมษายน 2563]. เข้าถึงได้จาก: http://www.daychaseminar.com/?fbclid=IwAR3JUecUCICcXTKNXDlWiUllG_BijiN7PqN7wO0hCqvNeFwMjswQlZ_Lb44.
15. จ.สุรินทร์ ประชุมวิชาการ กัญชานำรู้โรงพยาบาลสุรินทร์ เสริมความรู้บุคลากรทางการแพทย์. [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 28 เมษายน 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.cannhealth.org>บทความทั้งหมด>ข่าว>แพทย์>.
16. ศูนย์การุณรักษ์. การประชุมเชิงปฏิบัติการ Work shop “How to Set Up Medical Cannabis Clinics Within Supportive and Palliative Care Centers” วันที่ 2-3 มกราคม 2563 ณ อุทยานวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 28 เมษายน 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://karunruk.org/home/index.php/event/92-cannabis-day3>.
17. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: 2562.
18. สำนักข่าวแนวหน้า. ”สาธารณสุข” เปิดงานสัมมนาที่บุรีรัมย์ ใช้กัญชาทางการแพทย์เพื่อความยั่งยืน. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 28 เมษายน 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.naewna.com/local/469058>.

19. กองบริหารสาธารณสุขจัดประชุมการติดตามผลการดำเนินงานและถอดบทเรียนโรงพยาบาลนาร่องในการจัดบริการด้านการใช้กัญชาทางการแพทย์ ปีงบประมาณ 2562 วันที่ 24-25 ตุลาคม 2562. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 28 เมษายน 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://drive.google.com/drive/folders/14BhEX8Qe3KunQIA6r56Do09Ey5WVdMM>.
20. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คำแนะนำการใช้กัญชาทางการแพทย์ guidance for medical use. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
21. เอกสารประกอบการอบรม การใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์สำหรับบุคลากรทางการแพทย์. [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 28 เมษายน 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://spbo3.moph.go.th/ket/?p=2363>.
22. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คำแนะนำการใช้กัญชาทางการแพทย์ guidance for medical use. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
23. University of Sydney. Can medicinal cannabis treat the tics in Tourette syndrome. [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 28 เมษายน 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://medicalxpress.com/news/2019-03-medicinal-cannabis-tics-tourette-syndrome.html>.

ประสบการณ์ระยะแรก ของการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ ในผู้ป่วยประคับประคอง โรงพยาบาลลำพูน

แพทย์หญิงช่อทิพย์ พรหมมารัตน์

วว. เวชศาสตร์ครอบครัว

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลลำพูน

บทคัดย่อ

ปัจจุบันมีการใช้กัญชามาช่วยในการรักษาโรคมามากขึ้น จากการที่มีหลายงานวิจัยที่กล่าวถึงประโยชน์ของการใช้สารดังกล่าว ประกอบกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่มีการสนับสนุนการใช้กัญชาเพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงการรักษา โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน เช่น ผู้ป่วยกลุ่มที่ต้องการการการรักษาระดับประคับประคอง (Palliative care) ซึ่งคนไข้กลุ่มนี้ในระยะท้ายจะมีความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจจากโรคที่มีความรุนแรงมากขึ้น ตลอดจนจากอาการและอาการรบกวนต่าง ๆ ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่แย่งลงตามลำดับ ทั้งนี้ ในการใช้สารสกัดกัญชาในผู้ป่วยกลุ่มประคับประคองในแต่ละราย อาจให้ผลลัพธ์ในการรักษาที่แตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับโรค ระยะเวลาการดำเนินโรค การรักษาอื่นที่ได้รับ และการตอบสนองของผู้ป่วยต่อสารสกัดกัญชา เป็นต้น ดังนั้น การพิจารณาให้การรักษาในผู้ป่วยแต่ละรายจึงควรต้องพิจารณาหลาย ๆ ปัจจัยร่วมกัน เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย โรงพยาบาลลำพูนได้เริ่มเปิดให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ และต่อมาได้เริ่มมีการนำสารสกัดกัญชามาใช้กับผู้ป่วยกลุ่มประคับประคองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลำพูน ด้วยหวังประโยชน์ในแง่ของการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เนื่องจากเป็นระยะแรกๆที่เริ่มมีใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ในกลุ่มผู้ป่วยที่ควรได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ดังนั้น ประสบการณ์การใช้กัญชา กับผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจจะยังไม่มากเพียงพอที่จะสะท้อนได้ว่าสารสกัดกัญชามีประโยชน์ และสามารถช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยประคับประคองได้มากน้อยเพียงใด ทั้งนี้ จะต้องมีการรวบรวมข้อมูลและนำมาวิเคราะห์ในลำดับถัดไป

คำสำคัญ: สารสกัดกัญชา ผู้ป่วยประคับประคอง

ความเป็นมาและความสำคัญ

ปัจจุบันสารสกัดกัญชาได้ถูกนำมาใช้ในการทางการแพทย์มากขึ้น ด้วยหวังประโยชน์ในการรักษาโรคและบรรเทาอาการต่าง ๆ จากการที่มีหลายงานวิจัยที่กล่าวถึงประโยชน์ของการใช้สารดังกล่าว สำหรับผู้ป่วยหลายคนมีความคาดหวังในการใช้สารสกัดกัญชาเมื่อไม่สามารถรักษาโรคให้หายขาดด้วยการรักษาตามมาตรฐาน ในขณะที่แพทย์หลายคนยังมีความกังวลถึงผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการใช้ ดังนั้น การตัดสินใจในการเริ่มให้การรักษาด้วยสารสกัดจากกัญชาควรขึ้นอยู่กับ การให้ข้อมูล รวมทั้งการตัดสินใจร่วมกันระหว่างแพทย์และตัวผู้ป่วย (informed and share decision making) บนพื้นฐานของความเป็นจริง (Being realistic by considering time and resources) เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อตัวผู้ป่วย

มีหลายงานวิจัยที่กล่าวถึงการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ เช่น งานวิจัยเรื่อง Prospective Analysis of Safety and Efficacy of Medical Cannabis in Large Unselected Population of Patients With Cancer ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งในระยะประคับประคองในประเทศอิสราเอล ซึ่งส่วนใหญ่ได้นำมาใช้บรรเทาอาการนอนไม่หลับ ร้อยละ 78.4 อาการปวด ร้อยละ 77.7 อาการอ่อนเพลีย ร้อยละ 72.7 คลื่นไส้อาเจียน ร้อยละ 64.6 และรับประทานอาหารไม่ได้ ร้อยละ 48.9 โดยพบว่าจากใช้สารสกัดกัญชาเป็นระยะเวลา 6 เดือน ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ร้อยละ 95.9 ในขณะที่พบ side effect เกิดขึ้น ร้อยละ 30.0 ซึ่งไม่ได้เป็นอาการข้างเคียงที่รุนแรง ได้แก่ อาการเวียนศีรษะ ปากแห้ง ง่วงนอน เป็นต้น¹ นอกจากนี้ในการศึกษาเรื่อง Use of medical cannabis in cancer patient ที่ศึกษาการใช้สารสกัดกัญชาในผู้ป่วยมะเร็งพบว่าภายหลังการใช้ 4 เดือน ผู้ป่วยมีอาการปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะเดียวกันผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ร้อยละ 66.7²

สำหรับประเทศไทย กรมการแพทย์ได้ให้คำแนะนำว่า กลุ่มโรคหรือภาวะที่มีข้อมูลเชิงประจักษ์ว่าการใช้สารสกัดกัญชาเพื่อการรักษามีประสิทธิภาพ และควรนำมาใช้เป็นทางเลือกในกรณีที่รักษาด้วยวิธีการตามมาตรฐานแล้วไม่ได้ผล (secondary line) หรือไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ ได้แก่ ภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากเคมีบำบัด (Chemotherapy induced nausea vomiting) โรคลมชักที่รักษายาก หรือโรคลมชักที่ดื้อต่อการรักษา (Intractable Epilepsy) ภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็ง (spasticity) ในผู้ป่วยโรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง (Multiple Sclerosis) ภาวะปวดประสาท (Neurotic pain) ภาวะเบื่ออาหารในผู้ป่วย AIDS ที่มีน้ำหนัก

น้อย และการเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) หรือผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต (End of life) ส่วนโรคหรือภาวะอื่น ๆ ที่น่าจะได้ประโยชน์จากการใช้สารสกัดกัญชาในแง่ของการควบคุมอาการ ได้แก่ โรคพาร์กินสัน โรคอัลไซเมอร์ โรควิตกกังวลทั่วไป (Generalized Anxiety Disorder) และโรคปลอกประสาทอักเสบ (Demyelinated Diseases)³ ซึ่งจะเห็นว่า การใช้สารสกัดกัญชา ร่วมเป็นการรักษาเสริม หรือร่วมกับการรักษาแบบมาตรฐานในผู้ป่วยประคับประคองเอง ก็จะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในระยะท้ายได้ แต่ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ผู้ดูแล ตลอดจนการให้ข้อมูลที่ เป็นจริงกับผู้ป่วยและครอบครัวด้วย

บริบทของผู้ป่วยประคับประคองที่มารักษาในโรงพยาบาลลำพูน

ในโรงพยาบาลลำพูนมีบริการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้กัญชา มีการจ่ายสารสกัดกัญชาทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ต่าง ๆ ในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ซึ่งเริ่มเปิดบริการในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2562 ต่อมาหลังจากที่มีการส่งแพทย์หลายคนไปอบรมหลักสูตรการใช้สารสกัดจากกัญชาทางการแพทย์ ก็เริ่มมีการขยายบริการไปในคลินิกมะเร็งปวด (Pain clinic) และคลินิกประคับประคอง (Palliative care clinic) นอกจากนี้ ยังให้บริการกัญชาทางการแพทย์ในตำรายาแผนไทยด้วย สำหรับผู้ป่วยประคับประคองที่รับการรักษาในโรงพยาบาลลำพูนพบว่ามีจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ จากข้อมูลของศูนย์ประคับประคองโรงพยาบาลลำพูน ปี พ.ศ.2560-2562 มีจำนวนผู้ป่วย 402, 533 และ 658 คน ตามลำดับ ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การดูแลแบบประคับประคอง แบ่งเป็นผู้ป่วย Non Cancer ร้อยละ 62.77 และผู้ป่วย Cancer ร้อยละ 37.23 ผู้ป่วยจะมีอาการรบกวน ได้แก่ อาการปวด ร้อยละ 67.24 อาการเหนื่อย ร้อยละ 22.41 เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการดูแลโดยมีการวางแผน Advance care plan มีการติดตามเยี่ยมบ้านต่อเนื่อง และได้รับการจัดการอาการรบกวนต่าง ๆ โดยการให้ยาในกลุ่ม strong opioid ร้อยละ 60.67

จากการสอบถามผู้ป่วยประคับประคองหลายรายพบว่า มีประสบการณ์การใช้กัญชามาก่อน ไม่ว่าจะเป็นการปลูกต้นกัญชาเองแล้วนำไปมาต้มดื่ม หรือซื้อมารับประทานเอง ทั้งรูปแบบแคปซูล และน้ำมันกัญชา ด้วยความเชื่อที่ได้ยินต่อ ๆ กันมาว่า กัญชาสามารถรักษาโรคที่พวกเขาเผชิญอยู่ในตอนนี้ให้หายขาดได้

ขั้นตอนในการดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคองที่ได้ รับสารสกัดกัญชา

การพิจารณาว่าผู้ป่วยรายใดเหมาะสมกับการใช้สารสกัดกัญชาเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อนมาก สำหรับแพทย์เองต้องพิจารณาประเด็นข้อบ่งชี้ ทั้งในแง่ของโรคหลัก โรคร่วม ระยะเวลาการดำเนินโรค การรักษาอื่นที่ได้รับในปัจจุบัน การตอบสนองของยาในผู้ป่วยแต่ละคน รวมทั้งระดับ endocannabinoid เดิมใน endocannabinoid system ตลอดจนผลเสียและอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยแต่ละราย นอกจากนี้ยังต้องพิจารณาถึงความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว แพทย์ผู้ดูแลควรมีความเข้าใจในมิติของสุขภาพต่าง ๆ ของผู้ป่วย ในขณะเดียวกันต้องมีการสื่อสารให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงประโยชน์และโทษของการใช้สารสกัดกัญชา และสร้างการรับรู้ที่ถูกต้องเพื่อการวางแผนการดูแลในระยะต่อไปด้วย โดยในการดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคองที่ได้รับสารสกัดกัญชา ควรจะปฏิบัติดังนี้

1. ประเมินผู้ป่วยและครอบครัว (Patient and family evaluation) ประเมินโรคของผู้ป่วยว่าอยู่ในระยะไหน ร่วมกับประเมินผู้ป่วยและครอบครัวว่ามีความรู้สึกรู้จัก มีความเข้าใจต่อโรคที่เป็นมากน้อยเพียงใด ผู้ป่วยและครอบครัวมีความต้องการที่จะใช้สารสกัดกัญชาหรือไม่ ทั้งนี้เพื่อข้อบ่งชี้ หรือข้อห้ามในการให้สารสกัดกัญชา อีกทั้งเพื่อให้แนวทางการรักษาเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

2. แจ้งให้ทราบและตัดสินใจร่วมกัน (Informed and shared decision making) ต้องมีการให้ข้อมูลรายละเอียดของการรักษาที่ได้รับอยู่ในปัจจุบัน รวมทั้งให้ข้อมูลของกัญชาในแง่ของประสิทธิผล ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง ควรให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลและครอบครัว เพื่อช่วยตัดสินใจและวางแผนการรักษาต่อไปอย่างเหมาะสม

3. ข้อตกลงการรักษาร่วมกัน (Treatment agreement) แจ้งวัตถุประสงค์และแผนการรักษาแก่ผู้ป่วยทราบ ตั้งแต่แรกและมีการทบทวนอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงความเหมาะสมในการเลือกวิธีการรักษาของแต่ละบุคคล

4. การติดตามอย่างต่อเนื่อง (Continuous care) ควรมีการประเมินการตอบสนอง ผลข้างเคียงของการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชา กับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ หากพบอาการข้างเคียงควรหยุดหรือปรับขนาดลดลง อีกทั้งการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องก็จะช่วยสร้างปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวกับแพทย์ผู้ดูแล ทำให้การสื่อสารในลำดับต่อมา มีความราบรื่นมากขึ้น

ทั้งนี้ ในการสื่อสารกับผู้ป่วยแต่ละครั้งต้องอาศัยความสัมพันธ์อันดีเป็นพื้นฐาน (doctor and patient relationship) เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจต่อการให้สารสกัดกัญชา ในขณะเดียวกันแพทย์ก็จะได้ประเมินผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวมและต่อเนื่อง เพื่อความเหมาะสมต่อการให้กัญชา และผลในแง่ของการเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยแต่ละรายด้วย

ประสบการณ์ระยะแรกของการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ในผู้ป่วยระดับประคับประคอง

จากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคองของทีมประคับประคองโรงพยาบาลลำพูน ได้มีการใช้สารสกัดกัญชา ร่วมในการรักษาผู้ป่วยหลายราย ซึ่งผู้ป่วยแต่ละรายก็จะมีข้อบ่งชี้และรายละเอียดที่แตกต่างกันออกไปดังนี้

ผู้ป่วยรายที่ 1 เป็นผู้ป่วยเพศหญิงอายุ 44 ปี อาชีพแม่บ้าน 3 ปีก่อนได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งเต้านม (Breast cancer) เคยได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด แต่เนื่องจากผู้ป่วยไม่ต้องการรักษาด้วยการให้ยาเคมีบำบัด จึงขาดการรักษาต่อเนื่อง ต่อมาผู้ป่วยเริ่มมีอาการปวดเอวและปวดสะโพกและร้าวลงขาทั้งสองข้าง ร่วมกับก้อนที่เต้านมเริ่มมีขนาดใหญ่ขึ้น จนแตกและเป็นแผลลุกลาม สามีของผู้ป่วยจึงได้พามารักษาที่โรงพยาบาลลำพูนอีกครั้ง แพทย์ได้วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมระยะลุกลาม และอาการปวดดังกล่าวเกิดจากการที่โรคมะเร็งมีการแพร่กระจายไปบริเวณกระดูกไขสันหลัง จึงได้ส่งต่อผู้ป่วยให้มาอยู่ในความดูแลของทีมประคับประคอง จาก การประเมินผู้ป่วยและครอบครัวในครั้งแรกพบว่า ผู้ป่วยมีระดับ PPS 70% มีระดับปวด pain score 7/10 คะแนน ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจต่อพยาธิสภาพของโรคดีพอสมควร สามารถยอมรับต่อการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นได้ “ไม่เป็นไรหมอ ในเมื่อข้าเจ้าตัดสินใจที่จะไม่รักษาตั้งแต่แรกก็ต้องยอมฮับให้ได้จ้าว ขอแค่ตอนนี้ไม่เจ็บไม่ปวดก้อพอแล้วจ้าว (ไม่เป็นไรหมอ ในเมื่อฉันตัดสินใจที่จะไม่รักษาแต่แรกก็ต้องยอมรับให้ได้ ขอแค่ตอนนี้ไม่เจ็บไม่ปวดก็พอแล้ว)” ผู้ป่วยได้กล่าวกับทีมประคับประคองภายหลังที่ได้สนทนากัน และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุย

“แล้วแต่เป็นคับ ผมเคารพการตัดสินใจของเป็น (แล้วแต่เขา ผมเคารพการตัดสินใจของเขา)” สามีผู้คอยดูแลอยู่ไม่ห่าง อดอึดให้กับผู้ป่วย และหลังจากที่ได้มีการวางแผนการดูแลล่วงหน้ากับผู้ป่วยและครอบครัวแล้ว ทีมจึงได้พูดคุยถึงการจัดการอาการปวดซึ่งเป็นอาการรบกวนผู้ป่วยในตอนนี้อยู่ โดยแนะนำให้เริ่มใช้ strong opioid เป็นตัวแรกก่อน

ส่วนแผลบริเวณเต้านมได้สอนให้สามีของผู้ป่วยทำแผลเองที่บ้าน โดยทีมได้สนับสนุนอุปกรณ์ทำแผล และส่งต่อเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยต่อเนื่อง ภายหลังที่ได้ใช้ strong opioid ผู้ป่วยได้แจ้งว่ารับประทานแล้วมีอาการคลื่นไส้อาเจียนมาก จึงหยุดรับประทานไป ทำให้อาการปวดเพิ่มระดับความรุนแรงมากขึ้นจนไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ ร่วมกับมีอาการนอนไม่หลับ อ่อนเพลียมากขึ้น ทางทีมระดับประคับประคองจึงได้แนะนำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนมาใช้สารสกัดกัญชา โดยได้แจ้งถึงประโยชน์และอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการใช้ ซึ่งผู้ป่วยและครอบครัวก็ได้ร่วมตัดสินใจเลือกใช้สารสกัดกัญชาเพื่อบรรเทาอาการปวด โดยในผู้ป่วยรายนี้ใช้เป็น THC:CBD 1:1 Cannabis oil เริ่มครั้งละ 1 หยดใต้ลิ้นก่อนนอน และให้หยุดรับประทานยาในกลุ่ม strong opioid ก่อน

“ไม่ค่อยปวดหลังแล้วจ้า เดินไปไหนไกลได้แล้ว แผลก่อบ่อยเจ็บแล้วจ้า (ไม่ค่อยปวดหลังแล้ว เดินไปไหนไกลได้แล้ว แผลก็ไม่ค่อยเจ็บแล้ว)” เสียงเอื้อนเอ่ยจากผู้ป่วยขณะที่มาตรวจตามนัด ที่เดินมาพร้อมกับสามีและรอยยิ้มบนใบหน้า ภายหลังที่ได้ทดลองใช้สารสกัดกัญชาเป็นเวลา 1 สัปดาห์

ผู้ป่วยรายนี้ยังคงอยู่ในความดูแลของทีมประคับประคอง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อาการปวดลดลง pain score 3/10 คะแนน แผลบริเวณก่อนที่เต้านมดีขึ้น อีกทั้งมีครอบครัวที่เข้าใจและคอยดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดี

จะเห็นว่าสารสกัดกัญชาไม่ได้ถูกนำมาใช้เป็น first line drug ในการบรรเทาอาการปวดในคนไข้ประคับประคอง แต่ในทางกลับกัน หากผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาในกลุ่มแรกได้แล้ว สารสกัดกัญชาก็ถือเป็นอีกหนึ่งตัวเลือกที่สามารถช่วยลดอาการปวดได้ดีพอสมควร

ผู้ป่วยรายที่ 2 เป็นผู้ป่วยเพศชายอายุ 62 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งท่อน้ำดี (cholangiocarcinoma) ได้รับการรักษาด้วยการให้ยาเคมีบำบัด และมีนัดติดตามอาการต่อเนื่องที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้ป่วยเคยมารักษาที่โรงพยาบาลลำพูนด้วยอาการอ่อนเพลียจากการให้ยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยมาปรึกษาทีมประคับประคองเนื่องจากมีความต้องการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ จากการประเมินผู้ป่วยและครอบครัวพบว่า เดิมผู้ป่วยเคยมีประสบการณ์การใช้กัญชาอยู่แล้วโดยไปหาซื้อมารับประทานเอง ตัวผู้ป่วยเองเคยประกอบอาชีพรับราชการ ส่วนภรรยาของผู้ป่วยเคยเป็นพยาบาลมาก่อน จึงค่อนข้างเข้าใจเกี่ยวกับ

โรคร้ายที่เกิดขึ้นกับตนเอง ตลอดจนแนวทางการรักษา และการดำเนินโรค ผู้ป่วยรายนี้มีระดับ PPS 80% ไม่มีอาการปวด แต่มีปัญหาเรื่องนอนไม่หลับ และรับประทานอาหารได้น้อย

“ที่รู้ว่กัญชาไม่ได้ทำให้หายเป็นมะเร็ง แต่... ตั้งแต่แฟนพี่ได้กินเค้าก็ดูแข็งแรงขึ้น” ภรรยาของผู้ป่วยซึ่งมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้ดูแล และเคยเป็นพยาบาลของโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง ได้กล่าวถึงประสบการณ์ที่ผ่านมาของตนเอง

“เคยใช้กัญชามาก่อนแล้วครับ ทำให้หลับสบายขึ้นเลยอยากมารับต่อที่โรงพยาบาล” ผู้ป่วยได้แจ้งความต้องการให้แก่ทีมประคับประคอง

สำหรับผู้ป่วยรายนี้ ทีมประคับประคองมีความเห็นว่าผู้ป่วยมีความต้องการใช้สารสกัดกัญชาเพียงเพื่อช่วยในเรื่องการนอนหลับและเพิ่มความอยากอาหาร จึงได้ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวทราบถึงประโยชน์และโทษที่อาจเกิดขึ้นอีกครั้ง เพื่อทบทวนแผนการรักษาและตั้งเป้าหมายในการดูแลร่วมกัน และในท้ายที่สุดผู้ป่วยก็ยังคงยืนยันที่จะขอใช้สารสกัดกัญชาโดยมีความเข้าใจต่อการใช้กัญชามากขึ้นทั้งในแง่ประสิทธิภาพและผลข้างเคียง ปัจจุบันผู้ป่วยก็ยังอยู่ในความดูแลของทีมประคับประคอง โรงพยาบาลลำพูน ใช้สารสกัดกัญชากลุ่ม THC:CBD 1:1 Cannabis oil ครั้งละ 2 หยดใต้ลิ้นก่อนนอน และไม่ได้ใช้ยาอื่นเพิ่ม ซึ่งผู้ป่วยรับประทานอาหารได้มากขึ้น นอนหลับได้นานขึ้น โดยรวมมีคุณภาพชีวิตที่ดี ร่วมกับได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จากการดูแลผู้ป่วยรายนี้ จะพบว่าการให้สารสกัดกัญชาสามารถให้ควบคู่ไปกับการรักษาหลักของผู้ป่วยได้หากไม่มีข้อห้าม ซึ่งจะมีส่วนช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

ผู้ป่วยรายที่ 3 เป็นผู้ป่วยเพศชายอายุ 58 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งตับ (Hepatocellular carcinoma) ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ร่วมกับการรักษาแบบจำเพาะเจาะจงต่อเซลล์มะเร็ง (targeted therapy) ที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้ป่วยได้มาตรวจที่โรงพยาบาลลำพูนด้วยอาการของระดับความรู้สึกตัวที่เปลี่ยนแปลง ซึมลง จากการชักประวัติและการประเมินผู้ป่วยของทีมดูแลแบบประคับประคองพบว่า ผู้ป่วยได้ใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ THC:CBD 1:1 Cannabis oil มานานประมาณ 1 เดือน โดยก่อนหน้านี้ไม่พบว่าผลข้างเคียงจากการใช้ดังกล่าว ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยรายนี้พบ elevated liver enzyme ซึ่งอาจจะส่งผลต่อ metabolism ของสารสกัดกัญชา เนื่องจากสารดังกล่าวถูก

ทำลายที่ตับ และใช้เอนไซม์ร่วมกับยาอื่น ๆ หลายชนิด ดังนั้นระดับกัญชาในเลือดอาจจะสูงขึ้นและเกิดผลข้างเคียงได้นอกจากนี้ยังพบว่าค่า GFR ของผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำกว่า 30 ml/min/1.73 m² ซึ่งจะส่งผลร่วมให้เกิดผลข้างเคียงที่มากขึ้น ทีมดูแลระดับประคับประคองจึงได้อธิบายเหตุผลดังกล่าวแก่ผู้ป่วยและญาติให้รับทราบ พร้อมกับแนะนำให้ผู้ป่วยหยุดการใช้สารสกัดกัญชา ก่อน ซึ่งผู้ป่วยและญาติก็มีความเข้าใจและยอมรับ ภายหลังที่ผู้ป่วยหยุดการใช้ 3 วัน ระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยก็ดีขึ้นตามลำดับ ต่อมาผู้ป่วยมีอาการปวดบริเวณต้นคอ ปวดบริเวณขาโครง pain score 8/10 จากภาวะการลุกลามของโรคมะเร็ง มีอาการหายใจลำบาก ทีมดูแลระดับประคับประคองจึงได้ประสานยืมเครื่องผลิตออกซิเจนเพื่อให้ผู้ป่วยนำไปใช้ที่บ้าน ช่วยจัดการอาการปวดด้วยการให้รับประทานยาในกลุ่ม strong opioid และติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน พบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น pain score ลดลงระดับ 3/10 ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากครอบครัว และได้ใช้ชีวิตในระยะท้ายท่ามกลางบุคคลอันเป็นที่รัก

ผู้ป่วยรายที่ 4 เป็นผู้ป่วยเพศชาย อายุ 76 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ (Colon cancer) เคยได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดและเคมีบำบัดที่โรงพยาบาลลำพูน ผู้ป่วยได้ถูกส่งตัวมาให้ทีมระดับประคับประคองดูแลต่อเนื่องเนื่องจากภายหลังได้รับยาเคมีบำบัดแล้ว พบว่ามีการลุกลามของมะเร็งไปที่ตับ (secondary liver metastasis) ในช่วงแรกที่ทีมระดับประคับประคองได้มีโอกาสได้ดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยยังไม่มีอาการรบกวนใด ๆ ยังคงทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติสามารถเดินทางมาตรวจติดตามตามนัดในคลินิกประคับประคองและคลินิกมะเร็งได้ด้วยตนเอง การดูแลในช่วงแรกจึงมีการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า พร้อมทั้งดูแลด้านจิตใจให้แก่ผู้ป่วย เนื่องจากทางทีมระดับประคับประคองได้ดูแลติดตามผู้ป่วยรายนี้อยู่ช่วงระยะเวลาหนึ่ง ความสัมพันธ์ระหว่างทีมผู้ดูแลและผู้ป่วยจึงเป็นไปด้วยดี

“ตาเอาใบกัญชามาต้มกินคนเดียว ญาติเขาเมาอี้อตอนนี้อกำลังจะปลูกไว้ที่บ้านแล้ว (ตาเอาใบกัญชามาต้มกินคนเดียว ญาติเขาเมาอี้อตอนนี้อกำลังจะปลูกไว้ที่บ้านแล้ว)”

“เป็นบอกว่ากินกัญชาแล้วจะหายเป็นมะเร็ง (เขาบอกว่า กินกัญชาแล้วจะหายเป็นมะเร็ง)” ผู้ป่วยมักจะพูดด้วยความยิ้มแย้มและอารมณ์ดีทุกครั้งที่มาตรวจ

“กัญชาไม่ใช่ยารักษาโรคมะเร็งนะตา” ทีมระดับประคับประคองได้เน้นย้ำกับผู้ป่วย โดยการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง อธิบายถึงข้อบ่งชี้ในการใช้ตลอดจนผลเสียหากปรับการรับประทาน

เอง เพื่อสร้างข้อตกลงและตั้งเป้าหมายการรักษาร่วมกัน

ช่วงหลังทีมระดับประคับประคองได้มีโอกาสไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ซึ่งอาศัยอยู่กับภรรยาและลูกชาย ผู้ป่วยนำใบกัญชาตากแห้งที่ปลูกเองและเก็บเองมาให้ดูด้วยความภาคภูมิใจ บอกว่ายังคงนำไปกัญชาตากแห้งมาต้มเพื่อดื่มเป็นยาอยู่

สำหรับในผู้ป่วยรายนี้ ทางทีมระดับประคับประคองไม่ได้ห้ามให้ผู้ป่วยหยุดใช้กัญชาของตนเอง เพราะประเมินแล้วผู้ป่วยมีความหวังเล็ก ๆ ที่จะหายจากโรคมะเร็ง และมีความสุขทุก ๆ ครั้งที่ได้พูดถึงการรักษาด้วยกัญชาตามแบบของตนเอง ทางทีมไม่ได้แนะนำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนมาใช้สารสกัดกัญชาเนื่องจากในช่วงนั้นทางโรงพยาบาลยังไม่มีสารสกัดกัญชาทางการแพทย์เพื่อให้ผู้ป่วย แต่ได้มีการสอบถามและประเมินอาการข้างเคียงกับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งระหว่างการใช้ไม่พบอาการข้างเคียงใด ๆ ต่อมาด้วยการที่โรคมะเร็งมีการลุกลามมากขึ้น ผู้ป่วยได้ยุติการรับยาเคมีบำบัด มีอาการซีดและอ่อนเพลียมากขึ้น ภายหลังผู้ป่วยรายนี้ไม่ได้ใช้กัญชาแล้ว แต่ได้ใช้ยาในกลุ่ม strong opioid ทางใต้ผิวหนังเพื่อบรรเทาอาการรบกวนในช่วง End of life และเสียชีวิตอย่างสงบที่บ้านตามความประสงค์ของตัวผู้ป่วยเองและครอบครัว

อภิปรายผลของการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ในผู้ป่วยระดับประคับประคองระยะแรก

การใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยแต่ละรายนั้น จะมีรายละเอียดที่แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล (Individual level) ในผู้ป่วยบางรายพบว่าได้ผลดี ในขณะที่เดียวกันกลับพบผลข้างเคียงในผู้ป่วยบางราย ดังนั้น ขณะที่ผู้ป่วยใช้ควรมีการติดตามอาการเป็นระยะ ๆ และหากพบว่าจะเกิดผลข้างเคียงจากการใช้สารสกัดกัญชา ควรแนะนำให้ผู้ป่วยปรับลดขนาดหรือหยุดการใช้ ทั้งนี้จากประสบการณ์การให้สารสกัดกัญชาในผู้ป่วย ระดับประคับประคองมีประเด็นที่น่าสนใจดังนี้

How to select palliative care case? เนื่องจากกัญชาอาจจะไม่ได้เหมาะสมในการรักษาผู้ป่วยระดับประคับประคองทุกราย ดังนั้น การที่จะพิจารณาให้สารสกัดกัญชาแก่ผู้ป่วยรายใดนั้น แพทย์ผู้ให้การรักษาอาจจะต้องคำนึงถึงปัจจัยหลายประการ โดยเฉพาะโรคประจำตัวของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยระดับประคับประคองที่ได้รับการวินิจฉัย Liver cancer ต้องให้กัญชาด้วยความระมัดระวัง เนื่องจากสารสกัดกัญชาถูกทำลายที่ตับ ถูก metabolized โดย cytochrome P450 (CYP) หลายชนิด ซึ่งอาจส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงระดับ THC

และ CBD⁴ จนอาจเกิดผลข้างเคียงได้ เช่นเดียวกับผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยประคับประคองที่มารักษาที่โรงพยาบาลลำพูน ที่พบว่ามีอาการง่วงซึม (somnolence) หลังจากที่ได้ใช้สารสกัดกัญชามาเป็นระยะเวลาหนึ่ง เป็นต้น ดังนั้น การติดตามผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ จึงเป็นเรื่องที่ควรให้ความสำคัญ

How to start medical cannabis in palliative care? สารสกัดกัญชาไม่ได้ถูกนำมาใช้เป็น first line drug ในการบรรเทาอาการรบกวนในคนไข้ประคับประคอง แต่ในทางกลับกัน หากผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาในกลุ่มแรกได้แล้ว สารสกัดกัญชาก็ถือเป็นอีกหนึ่งตัวเลือกสำหรับผู้ป่วย สำหรับขนาดเริ่มต้นที่ควรให้ คือเริ่มทีละน้อย แล้วค่อย ๆ ปรับเพิ่มขนาด จนสามารถควบคุมอาการหรืออาการรบกวนได้ (Titration) แล้วคงขนาดนั้นไปเรื่อย ๆ (Start Low, Go slow, Keep Low)⁵ ทั้งนี้เพื่อลดอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

How to inform and approach palliative care patient? เนื่องจากผู้ป่วยประคับประคองส่วนใหญ่มักจะมี ความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและอาการเจ็บป่วยอยู่แล้ว ดังนั้น การสื่อสารและการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและครอบครัวที่มีความ ต้องการใช้สารสกัดกัญชา จึงเป็นสิ่งที่แพทย์ผู้ดูแลควรให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ควรสื่อสารและให้ข้อมูลบนหลักการแบบ patient-centered approach โดยแพทย์ผู้ดูแลต้องทำความเข้าใจบริบทและความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย (understanding the whole person) ค้นหาโรคและความเจ็บป่วยร่วมกัน (Exploring both the disease and illness experience) และปรับเปลี่ยนแผนการรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย (Finding common ground with patient) โดยควรคำนึงถึงความเป็นไปได้ในสถานการณ์จริงและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น (Being realistic by considering time and resources)⁶

Quality of life: จากการดูแลผู้ป่วยประคับประคองที่ได้รับสารสกัดกัญชา พบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จากการที่ผู้ป่วยมีอาการปวดลดลง มีความวิตกกังวลลดลง ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง Use of cannabinoids in cancer care: palliative care ที่พบว่าการผสมผสานการใช้กัญชาในผู้ป่วยประคับประคอง (cancer) ที่ได้รับยาเคมีบำบัด จะช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น (improve overall health-related quality of life)⁷ แต่เนื่องจากโรงพยาบาลลำพูนเพิ่งได้มีการใช้กัญชากับผู้ป่วยประคับประคองในระยะแรก ทำให้จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับสารสกัดกัญชาทางการแพทย์ดังกล่าวมีจำนวนน้อย นอกจากนี้ยังมีการจำกัดการให้

เฉพาะผู้ป่วยประคับประคองในกลุ่มโรคมะเร็งเพียงอย่างเดียว ดังนั้น จึงยังไม่สามารถสรุปได้อย่างชัดเจนว่าสารสกัดกัญชาจะมีประโยชน์มากนักน้อยเพียงใดต่อผู้ป่วยประคับประคอง ทั้งนี้ อาจจะต้องรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมและนำมาวิเคราะห์ในลำดับถัดไป

unสรุป

สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ยังคงเป็นเรื่องใหม่ที่ทีมประคับประคองยังต้องศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติม เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ในขณะที่ผู้ป่วยประคับประคองแต่ละคนมีประสบการณ์และพื้นฐานชีวิตที่แตกต่างกันออกไป ดังนั้น การที่เราจะสามารถเข้าใจบริบทของผู้ป่วยแต่ละคน ต้องสร้างความสัมพันธ์และมีการสื่อสารที่ดี สำหรับการตัดสินใจใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ตามข้อบ่งชี้ การติดตามอาการ ตลอดจนการปรับยา ในผู้ป่วยประคับประคองแต่ละราย ไม่ได้เป็นเรื่องยากสำหรับทีมผู้ดูแล แต่การสื่อสารเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีการรับรู้ มีความเข้าใจข้อมูลที่ถูกต้อง เป็นสิ่งที่ต้องมีการทบทวนทุกครั้ง เพื่อร่วมกันวางแผนเป้าหมายการดูแลให้ตรงกัน และเพื่อการวางแผนระยะสุดท้าย (advance care plan) ให้เป็นไปตามความปรารถนาของผู้ป่วยและครอบครัว

เอกสารอ้างอิง

1. Lihi Bar-Lev Schleider , Raphael Mechoulam, Violeta Lederman,Mario Hilou, Ori Lencovsky, Oded Betzalel, et al. Prospective Analysis of Safety and Efficacy of Medical Cannabis in Large Unselected Population of Patients With Cancer. *European Journal of internal Medicine* 2018;49: 37-43.
2. Pearl Zaki, BSc(C), Alexia Blake, MSc, amiti Wolt, BA,et al.The Use of medical cannabis in cancer patient. *J Pain Manage* 2017;10(4):353-362.
3. กรมการแพทย์. คำแนะนำการใช้กัญชาทางการแพทย์ ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3 (มกราคม 2563). Available from: <https://drive.google.com/drive/folders/17hpzEQAPGTEZlr47QDpBUidvKRdy7y87>.
4. พิเศษ เมธภัทร. Safety and toxicity management. เอกสารประกอบการบรรยาย เรื่อง การใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ สำหรับแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร. จัดโดยกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. วันที่ 17-18 กุมภาพันธ์ 2563. ณ โรงแรม ดวงตะวันเชียงใหม่ จ.เชียงใหม่
5. MacCallum CA, Russo EB. Practical considerations in medical cannabis administration and dosing. *Eur J Intern Med.* 2018 Mar;49: 12-19.
6. วิชุดา จิรพรเจริญ. หลักการดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการรักษา (Patient-centered Medicine). ใน: ชวินทร์ เลิศศรีมงคล,วิชุดา จิรพรเจริญ, บรรณาธิการ.เวชปฏิบัติครอบครัว Family practice.พิมพ์ครั้งที่ 2.เชียงใหม่: Box office graphic Design;2561.หน้า 63-78.
7. S.K. Aggarwal. Use of cannabinoids in cancer care: palliative care. *Current Oncology* 2016;23(2): S33-S36.

สถานการณ์ภาวะโลหิตจาง ในหญิงตั้งครรภ์ต่างด้าวที่ฝากครรภ์และ คลอดในโรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

พญ. นพคุณ นันทคุงวัฒน์

ว. เวชศาสตร์ครอบครัว

ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

อีเมล Nopakoon.n@cmu.ac.th

บทคัดย่อ

ความเป็นมา: หนึ่งในบริการสุขภาพที่กลุ่มแรงงานต่างด้าวเข้ามารับบริการคือการฝากครรภ์และคลอดบุตร ซึ่งภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์เป็นปัญหาสำคัญ แต่ยังมีการศึกษาที่จำกัดในหญิงตั้งครรภ์ต่างด้าว

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ต่างด้าวในโรงพยาบาลสันทราย

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยย้อนกลับในหญิงตั้งครรภ์ต่างด้าวที่ฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลสันทราย ช่วงวันที่ 1 ตุลาคม 2559 ถึง 30 มิถุนายน 2560

ผลการศึกษา: จากหญิงตั้งครรภ์ต่างด้าวทั้งหมด 441 คน พบความชุกภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 33.8 ส่วนใหญ่เป็นสัญชาติพม่า 355 คน ร้อยละ 80.5 ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 97.5 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 94.6 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 94 โดยพบปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะโลหิตจางเพียงปัจจัยเดียวคือการมีโรคประจำตัว ($p < 0.05$) หญิงต่างด้าวส่วนใหญ่ตั้งครรภ์แรก ร้อยละ 46.9 ฝากครรภ์ครั้งแรกที่อายุครรภ์ 12-27 สัปดาห์ ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์คุณภาพประมาณครึ่งหนึ่ง ร้อยละ 53.9 และเข้าอบรมเตรียมความพร้อมตั้งครรภ์ร้อยละ 45.4

สรุปผลการศึกษา: หญิงตั้งครรภ์ต่างด้าวเพียงครึ่งหนึ่งรับบริการและอบรมตามเกณฑ์ พบความสัมพันธ์ของโรคประจำตัวกับภาวะโลหิตจางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: หญิงตั้งครรภ์, ต่างด้าว, ภาวะโลหิตจาง, การฝากครรภ์

The Situation of Anemia in Migrant Pregnancy at Sansai Hospital, Chiang Mai

Nopakoon Nantsupawat, MD.

Diploma Thai Board of Family Medicine

Department of Family Medicine, Faculty of Medicine,

Chiang Mai University

Email: Nopakoon.n@cmu.ac.th

Abstract

Background: Antenatal and childbirth care are common health care services among migrant workers in Thailand. While anemia in pregnancy is an important health problem for pregnant Thais, limited studies regarding anemia have been performed among pregnant migrant workers.

Objectives: To study the prevalence and risk factors of anemia in migrant pregnancy at Sansai Hospital

Method: Retrospective study in pregnant migrant workers who received antenatal and childbirth care at Sansai Hospital between 1 October 2016 and 30 June 2017.

Result: Four hundred and forty-one pregnant migrant workers were included in the study, with the prevalence of anemia of 33.8%. Eighty percent were Burmese ($n = 355$). Almost all had no education (97.5%) and most were labor workers (96.4%). Ninety-four percent had no underlying disease. However, in the group with underlying disease, the study revealed a significant association between having underlying disease and anemia ($p < 0.05$). Around 46.9% of these were first pregnancies (G1). Most pregnant migrant workers came for their first antenatal care at the gestational age of 12 to 27-week. The percentage of pregnant migrant workers who completed the five-section- antenatal care program was 53.9% and less than half joined the parenting school programs (45.4%).

Conclusion: Approximately half of the pregnant migrant workers at Sansai Hospital completed the antenatal care program. A significant association between having underlying disease and anemia was found among pregnant migrant women.

Keywords: pregnancy, migrant, anemia, antenatal care

บทนำ

จากการขยายตัวทางเศรษฐกิจของประเทศไทย มีการรับแรงงานจากต่างชาติเข้ามาทำงานในประเทศมากขึ้น โดยรายงานสถานการณ์แรงงานต่างด้าวปี 2560 จากสำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กรมการจัดหางาน พบว่า ผู้ใช้แรงงานส่วนมากมาจากประเทศพม่า ลาว กัมพูชา และเวียดนาม โดยร้อยละ 98.8 ของแรงงานต่างด้าวในจังหวัดเชียงใหม่เป็นสัญชาติพม่า การเข้ามาของแรงงานต่างด้าวได้เพิ่มจำนวนการใช้บริการสาธารณสุขต่าง ๆ ในประเทศ รวมไปถึงบริการทางสาธารณสุข ข้อมูลที่ผ่านมาพบว่ามีกลุ่มสตรีต่างด้าวจำนวนมาก มารับบริการดูแลครรภ์และคลอดบุตรที่โรงพยาบาลในประเทศไทย¹⁻⁴

หญิงมีครรภ์จัดเป็นกลุ่มเป้าหมายที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคโลหิตจางเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ประกอบกับร่างกายมีความต้องการสารอาหารเพิ่มมากขึ้น^{5, 6, 7} ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยทั่วโลก มีความชุกแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ โดยพบสูงสุดถึง 55.8% ในประเทศแถบแอฟริกา และต่ำสุดในประเทศแถบอเมริกาเหนือ (6.1%)⁷ จากการสำรวจกลุ่มประชากรขนาดใหญ่ในประเทศแคนาดา พบภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ 12.8%⁸ ส่วนประเทศสวีเดนพบความชุกที่ 18.5%⁹ ในประเทศแถบเอเชียมีการศึกษา meta-analysis ที่ประเทศจีน พบความชุกที่ 19.9%¹⁰ ส่วนของประเทศไทยนั้น ภาวะโลหิตจางของหญิงตั้งครรภ์อยู่ที่ร้อยละ 21.2 โดยพบที่ภาคกลางร้อยละ 24.3 ภาคใต้ร้อยละ 22.3 ภาคเหนือร้อยละ 17.4 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 17.8¹¹ ในจังหวัดเชียงใหม่มีการสำรวจที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ซึ่งเป็นโรงเรียนแพทย์และโรงพยาบาลรัฐขนาดใหญ่ในภาคเหนือ พบความชุกของภาวะโลหิตจางที่ 20.1%¹² ขณะที่การศึกษาในกลุ่มต่างด้าวที่โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี พบภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ชาวพม่า (19.2%) และลาว (31.6%) สูงกว่าสัญชาติไทย (15.8%)¹³

ภาวะโลหิตจางในหญิงมีครรภ์ก่อให้เกิดผลเสียต่อทั้งสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ มารดาที่มีภาวะโลหิตจางจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ทารกแรกคลอดมีน้ำหนักตัวต่ำ มีอัตราการตายขณะคลอดและหลังคลอดสูง มารดาที่มีภาวะโลหิตจางอย่างรุนแรง จะทนต่อการตกเลือดในระหว่างคลอดได้น้อย และมีโอกาสติดเชื้อในระยะหลังคลอดได้ง่าย^{6,7,13-17}

มีงานวิจัยจำนวนมากที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์และการป้องกันการเกิดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์^{6-10, 15, 18-22} แต่จากการทบทวนวรรณกรรมมีงานวิจัยไม่มากนักที่การศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ต่างด้าว^{13, 23, 24} ซึ่งอาจเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นในภาวะนี้ เพราะสถานภาพของการเป็นแรงงานต่างด้าวที่อพยพมาอาศัยต่างถิ่น มักมีข้อจำกัดในด้านการเงิน ด้านค่าใช้จ่าย การลาหรือหยุดงานเพื่อมารับบริการ การเข้าถึงบริการสุขภาพ ความรู้และความเข้าใจด้านโภชนาการและการกินยา รวมถึงอาจมีภาวะโรคประจำตัวที่สัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางอยู่เดิม มีภาวะโภชนาการก่อนการตั้งครรภ์และการรับประทานอาหารในภาพรวมที่ไม่เหมาะสม รวมถึงการรับประทานธาตุเหล็กเสริมที่ไม่เพียงพอระหว่างการตั้งครรภ์²²⁻²⁹

โรงพยาบาลสันทราย เป็นสถานพยาบาลหนึ่งที่ได้รับดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่ใช้สิทธิต่างด้าว^{30, 31} ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความชุกของภาวะโลหิตจางและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ต่างด้าว รวมถึงการรับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลได้จัดเตรียมเพื่อให้การดำเนินการตั้งครรภ์ของผู้ป่วยมีคุณภาพ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ช่วยในการวางแผนดูแล และจัดระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ต่างด้าวในโรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

ขอบเขตของการวิจัย

กลุ่มประชากรตัวอย่าง: หญิงตั้งครรภ์ต่างด้าวที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม 2559 ถึง 30 มิถุนายน 2560

ขอบเขตของข้อมูล: ศึกษาจากข้อมูลเวชระเบียนและบันทึกทะเบียนผู้ป่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ สัญชาติ ระดับการศึกษา
2. ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น ได้แก่ โรคประจำตัว จำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์

3. ข้อมูลเกี่ยวกับการเข้ารับบริการการฝากครรภ์ ได้แก่ อายุที่ฝากครรภ์ครั้งแรก การเข้ารับการอบรมที่คลินิก โรงเรียนพ่อแม่ การฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์คุณภาพ ผลการตรวจหาความเข้มข้นเลือด (Hematocrit: Hct) ขณะฝากครรภ์

Inclusion criteria ของข้อมูลที่น่าสนใจ

1. หญิงตั้งครรภ์ต่างด้าว
2. มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม 2559 ถึง 30 มิถุนายน 2560

Exclusion criteria ของข้อมูลที่น่าสนใจ

1. ข้อมูลอันใดอันหนึ่งไม่ครบถ้วน อันได้แก่
 - 1.1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ สัญชาติ ระดับการศึกษา
 - 1.2. ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น ได้แก่ โรคประจำตัว จำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์
 - 1.3. ข้อมูลเกี่ยวกับการเข้ารับบริการการฝากครรภ์ ได้แก่ อายุที่ฝากครรภ์ครั้งแรก การเข้ารับการอบรมที่คลินิกโรงเรียนพ่อแม่ การฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์คุณภาพ และผลการตรวจหาความเข้มข้นเลือดขณะฝากครรภ์

วิธีการวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูล

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาโดยการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective Study) จากการเก็บข้อมูลเวชระเบียน และบันทึกทะเบียนการฝากครรภ์ รายงานผลเป็น ความถี่ ร้อยละ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ chi square ด้วย SPSS version 19

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม:

ผู้วิจัยทำหนังสือขอพิจารณาเชิงจริยธรรมการวิจัยผ่าน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสันทราย ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยได้ และผ่านการรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ชุดที่ 4 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ หมายเลข 068/2561

นิยามเชิงปฏิบัติการ

1. การเจาะความเข้มข้นเลือดในหญิงตั้งครรภ์

หมายถึง การตรวจเลือดเพื่อค้นหาภาวะโลหิตจาง จำนวน 2 ครั้ง โดยในครั้งที่ 1 เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก และครั้งที่ 2 เมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์หรือห่างจากครั้งแรก 12 สัปดาห์ (ในกรณีฝากครรภ์ช้า)

2. ภาวะโลหิตจางระหว่างตั้งครรภ์ หมายถึง ภาวะที่ระดับความเข้มข้นของเลือด hematocrit ต่ำกว่า 33 % (หรือฮีโมโกลบิน <11 g/dl) ในไตรมาสที่ 1 หรือไตรมาสที่ 3 และ hematocrit ต่ำกว่า 31.5 % (หรือฮีโมโกลบิน <10.5 g/dl) ในไตรมาสที่สอง

3. ต่างด้าว หมายถึง บุคคลธรรมดาซึ่งไม่มีสัญชาติไทย

4. การฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์คุณภาพ หมายถึง การมาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ทั้งหมด 5 ครั้ง

- ครั้งที่ 1 เมื่ออายุครรภ์ น้อยกว่า 12 สัปดาห์
- ครั้งที่ 2 เมื่ออายุครรภ์ 18 ± 2 สัปดาห์
- ครั้งที่ 3 เมื่ออายุครรภ์ 26 ± 2 สัปดาห์
- ครั้งที่ 4 เมื่ออายุครรภ์ 32 ± 2 สัปดาห์
- ครั้งที่ 5 เมื่ออายุครรภ์ 38 ± 2 สัปดาห์

5. โรงเรียนพ่อแม่ หมายถึง การจัดให้มีการอบรมให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์และสามี และให้คำแนะนำในการดูแลส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และส่งเสริมพัฒนาการลูกน้อยตั้งแต่ตั้งครรภ์ จนถึงการเตรียมตัวก่อนคลอด และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ผลวิจัย

พบความชุกภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ต่างด้าว 149 คนจากจำนวน 441 คน (ร้อยละ 33.8) หญิงตั้งครรภ์ต่างด้าว ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 20-34 ปี (ร้อยละ 77.3) เป็นสัญชาติพม่า 355 คน (ร้อยละ 80.5) รองลงมาเป็นสัญชาติไทยใหญ่ 38 คน (ร้อยละ 8.6) และสัญชาติอื่น ๆ ได้แก่ ไทยใหญ่ จีน ไทยใหญ่พลัดถิ่น ลาว กะเหรี่ยง เวียดนาม และบุคคลที่ไม่มีสถานะทางทะเบียน มีหญิงตั้งครรภ์ต่างด้าวที่ไม่ได้เรียนหนังสือจำนวนมากถึงร้อยละ 97.5 (430 คน) โดยประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด ร้อยละ 91.8 ไม่พบความแตกต่างของภาวะโลหิตจางในช่วงอายุที่แตกต่างกัน สัญชาติ ระดับการศึกษา และอาชีพ

จากข้อมูลโรคประจำตัว ได้แก่ NCDs, Chronic infection, Thalassemia, Migraine, Thyroid, Dyspepsia หญิงต่างด้าวที่มาฝากครรภ์ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว

410 คน คิดเป็นร้อยละ 93.0 โดยกลุ่มมีโรคประจำตัวมีภาวะโลหิตจางมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.029$)

ข้อมูลการรับบริการทางสูติศาสตร์

ผลการศึกษา มีกลุ่มหญิงต่างด้าวตั้งครรภ์ครั้งแรกจำนวน 207 คน คิดเป็นร้อยละ 46.9 มีภาวะโลหิตจางจำนวน 66 คน (ร้อยละ 44.3) รองลงมาคือกลุ่มที่ตั้งครรภ์สองครั้ง 147 คน (ร้อยละ 33.3) มีภาวะโลหิตจาง 48 คน (ร้อยละ 32.2) และตั้งครรภ์สามครั้งขึ้นไป 87 คน (ร้อยละ 19.7) มีภาวะโลหิตจาง 35 คน (ร้อยละ 23.5) หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มาฝากครรภ์ครั้งแรกช่วงอายุครรภ์ 12-27 สัปดาห์ (ไตรมาสที่ 2) จำนวน 239 คน (ร้อยละ 54.2) พบภาวะโลหิตจางร้อยละ 55.7 ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์คุณภาพประมาณครึ่งหนึ่ง เป็นจำนวน 238 คน คิดเป็นร้อยละ 53.9 มีภาวะโลหิตจาง 81 คน คิดเป็นร้อยละ 54.4 ไม่มีความแตกต่างกันของภาวะโลหิตจางในแต่ละปัจจัย นอกจากนี้ ยังพบว่าหญิงตั้งครรภ์ต่างด้าวมากกว่าครึ่งหนึ่งไม่เข้าอบรมโรงเรียนพ่อแม่จำนวน 241 คน มีภาวะโลหิตจาง 74 คน คิดเป็นร้อยละ 49.7

อภิปรายผลงานวิจัย

การศึกษานี้พบความชุกของการเกิดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ต่างด้าว ร้อยละ 33.8 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีภาวะโลหิตจางคือการมีโรคประจำตัว ทั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์ในปัจจัยพื้นฐานทั่วไป ได้แก่ อายุ เชื้อชาติ อาชีพ ระดับการศึกษา จำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์ และอายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก ในส่วนการรับบริการสุขภาพด้านการตั้งครรภ์พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มประชากรมีการมาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์คุณภาพและเข้ารับการอบรมโรงเรียนพ่อแม่โดยไม่พบความแตกต่างระหว่างผู้ที่มีและไม่มีภาวะโลหิตจางในการเข้ารับบริการ

ความชุกของการเกิดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ต่างด้าวอยู่ที่ประมาณร้อยละ 30 สูงกว่าเป้าหมายที่โรงพยาบาลคาดการณ์ไว้ คือ ไม่เกินร้อยละ 20 และพบว่าสูงกว่าการศึกษาที่ผ่านมาในหญิงตั้งครรภ์ชาวไทย ที่ประมาณร้อยละ 20 ดังเช่น ของ ผาสุก กัลยารักษ์³² ศึกษาภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดในโรงพยาบาลอุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี พบความชุกของภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 20.3 การศึกษาของผ่องศรี แสนไชยสุริยา³³ ศึกษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 พบร้อยละ 22.1 และการศึกษา

ของศิริฉัตร รองฉัตร¹³ ศึกษาทั้งหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยและหญิงตั้งครรภ์ต่างด้าวที่โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี พบความชุกของภาวะโลหิตจางจากการตรวจเลือดครั้งที่ 1 เฉลี่ยรวมร้อยละ 17.1 โดยมีความชุกในหญิงตั้งครรภ์ชาวไทย ร้อยละ 15.8 และหญิงตั้งครรภ์ต่างด้าว ร้อยละ 18.9 ผลการศึกษาที่พบหญิงต่างด้าวมีภาวะโลหิตจางมากกว่าการศึกษาอื่น อาจเกิดจากหลายสาเหตุได้แก่การที่กลุ่มคนต่างด้าวในพื้นที่ขาดการรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็ก และมีการรับประทานยาที่ไม่ถูกต้อง^{34, 35} และจากความเชื่อและพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวพม่าส่วนหนึ่งที่เชื่อว่า เมื่อมีปัญหาสุขภาพจะปล่อยให้อาการดังกล่าวหายไปเอง หรือจะซื้อยามารักษาเองก่อนเลือกเข้ามารับบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย^{36, 37} รวมถึงจากปัญหาเรื่องการสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์^{38, 39} สิ่งเหล่านี้อาจเป็นสาเหตุทำให้การศึกษานี้พบความชุกของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ต่างด้าวค่อนข้างสูง

จากผลการศึกษาอื่นพบภาวะโลหิตจางในการมาฝากครรภ์ครั้งแรกในไตรมาสที่สอง^{32, 33, 40, 41} คล้ายคลึงกับการศึกษาครั้งนี้ที่พบสัดส่วนภาวะโลหิตจางมากที่สุดในกลุ่มอายุครรภ์ 12-27 สัปดาห์ หรือในช่วงไตรมาสที่ 2 อย่างไรก็ตาม ภาวะโลหิตจางที่พบร้อยละ 39.6 ในกลุ่มอายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์หรือช่วงไตรมาสที่ 1 จากการศึกษานี้อาจบ่งบอกได้ถึงสุขภาพพื้นฐานของผู้ป่วยต่างด้าวที่มาใช้บริการ ที่มีแนวโน้มมีภาวะโลหิตจางตั้งแต่ต้น ซึ่งหากได้รับการดูแลและได้รับการตรวจเพิ่มเติมหรือให้ธาตุเหล็กเสริมแต่เนิ่น ๆ จะช่วยลดการเกิดภาวะโลหิตจางตลอดการตั้งครรภ์ อีกทั้งยังลดความเสี่ยงต่าง ๆ ที่สามารถเกิดในช่วงคลอดบุตรด้วย^{17, 22-24, 34-35}

ปัจจัยพื้นฐานที่สัมพันธ์กับโรคโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ต่างด้าว คือ การมีโรคประจำตัว สอดคล้องกับการศึกษาของ Beckert RH ซึ่งพบภาวะโลหิตจางในมารดาตั้งครรภ์ที่ถูกวินิจฉัยว่ามีโรคประจำตัวร่วม ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคเลือด เป็นต้น²⁹ ในส่วนของโรคประจำตัวอื่น ๆ เช่น โรคเลือดในกลุ่มธาลัสซีเมีย โรคไทรอยด์ โรคไมเกรน โรคกระเพาะ ก็มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางและการขาดธาตุเหล็กได้เช่นกัน²⁵⁻²⁸ ดังนั้น ผู้รักษาควรเฝ้าระวังตั้งแต่การฝากครรภ์ครั้งแรกและให้การรักษาภาวะโลหิตจางเมื่อตรวจพบในครั้งแรก

อย่างไรก็ตาม ข้อมูลโรคประจำตัวในการศึกษานี้ได้จากการรายงานผลด้วยตนเอง (Self-reported) ไม่ได้

เป็นการวินิจฉัยโดยการเจาะเลือดหรือตรวจเพิ่มเติมเพื่อยืนยัน ในขณะที่การศึกษาอื่น ๆ มีการศึกษาภาวะโรคประจำตัวที่เกี่ยวข้องกับโรคเลือดหรือธาลัสซีเมียเป็นหลัก โดยมีการตรวจเพิ่มเติม เช่น Hemoglobin typing เพื่อวินิจฉัย^{13, 33} ทำให้ประวัติเรื่องโรคธาลัสซีเมียจำนวน 3 รายที่พบไม่สามารถเปรียบเทียบกับการศึกษาอื่นได้

เมื่อพิจารณาในกลุ่มโรค NCD กลุ่มโรคนี้อาจสัมพันธ์กับการเกิดภาวะโลหิตจาง โดยที่ผู้ป่วยซึ่งเป็นหญิงตั้งครรภ์ต้องมีการควบคุมการรับประทานอาหาร หากมีการลดการบริโภคเนื้อสัตว์ เนื้อแดง และเครื่องในสัตว์ที่เป็นแหล่งของธาตุเหล็กสูง จะส่งผลต่อการเกิดภาวะโลหิตจางได้ เช่น ตัวอย่างในการศึกษาของ Zerfu TA²⁶ แต่อย่างไรก็ตาม ประวัติการรับประทานอาหาร (Food diary) และการรับประทานธาตุเหล็กเสริม ไม่ได้มีการเก็บข้อมูลในครั้งนี้ จึงควรมีการวางแผนในการเก็บข้อมูลเพื่อทำการศึกษาในครั้งต่อไป

ในส่วนการรับบริการเกี่ยวกับการตั้งครรภ์พบว่า ประมาณครั้งหนึ่งของกลุ่มประชากรมีการมาฝากครรภ์คุณภาพครบและเข้ารับการอบรมโรงเรียนพ่อแม่ ขณะที่การศึกษาของศศิวิมล ดีคำ ศึกษาการใช้บริการฝากครรภ์และคลอดของแรงงานข้ามชาติชาวพม่า พบหญิงต่างด้าวเข้ารับการตรวจติดตามฝากครรภ์ครบตามนัดเพียงร้อยละ 16 โดยมีตัวแปรที่เกี่ยวข้องคือ ความตระหนักรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ สิทธิการรักษา ประสบการณ์การใช้บริการสุขภาพ รวมไปถึงแรงสนับสนุนจากครอบครัวและนายจ้าง⁴² ซึ่งการศึกษานี้พบสัดส่วนหญิงต่างด้าวที่เข้ารับการบริการตามเกณฑ์รวมถึงรับการอบรมสูงกว่าการศึกษาอื่น อาจเนื่องจากโรงพยาบาลสันทราย เป็นที่ให้บริการสุขภาพของคนต่างด้าวที่ลงทะเบียน ทำให้ช่วยเพิ่มโอกาสในการมาฝากครรภ์ตามนัดและมาเข้ารับการอบรมที่โรงพยาบาลจัดขึ้น อย่างไรก็ตาม ไม่พบความแตกต่างระหว่างผู้ที่มีและไม่มีภาวะโลหิตจางในการเข้ารับบริการต่าง ๆ ซึ่งอาจเป็นผลส่วนหนึ่งจากหญิงตั้งครรภ์ต่างด้าวกลุ่มดังกล่าวไม่ได้มีอาการแสดงที่ผิดปกติ จึงไม่ส่งผลต่อการมาเข้ารับบริการคลินิกที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์

สรุป

การศึกษาครั้งนี้แสดงถึงความชุกและความเสี่ยงของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ต่างด้าวที่หน่วยบริการ

สาธารณสุขต้องคำนึงถึงและให้ความสำคัญในการดูแล แต่เนื่องจากการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective Study) ทำให้ข้อมูลบางส่วนยังไม่สมบูรณ์ เช่น ข้อมูลเรื่องการรับประทานและการรับประทานธาตุเหล็กเสริมซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญในการเกิดภาวะโลหิตจาง นอกจากนี้ควรมีการเก็บข้อมูลเพิ่มเติม ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการ เช่น ระยะเวลา การเดินทาง เวลาหรือความสะดวกในการรับบริการฝากครรภ์ ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการรับบริการและการรับบริการฝากครรภ์ที่อื่น เช่น ที่คลินิก หรือโรงพยาบาลเอกชน แม้จะไม่มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าถึงการรับบริการกับภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์โดยตรง แต่ปัจจัยดังกล่าวอาจส่งผลต่อการตรวจพบและการติดตามรักษาตลอดการตั้งครรภ์ได้⁴² ข้อมูลดังกล่าวควรศึกษาเพิ่มเติมต่อไปแบบติดตามไปข้างหน้า โดยเพิ่มความจำเพาะในกลุ่มต่างด้าวที่ต้องการศึกษา แบบ case control เพื่อพัฒนาโปรแกรมสำหรับดูแลหญิงตั้งครรภ์ต่างด้าวเป็นกลุ่มเฉพาะ เนื่องจากเป็นกลุ่มประชากรที่มีปัจจัยและข้อจำกัดในการดำเนินชีวิต ต่างจากประชาชนไทย ซึ่งรูปแบบบริการที่มีอยู่แล้วได้จัดขึ้นบนพื้นฐานของประชากรชาวไทย โดยเน้นการให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและยา โภชนาการที่ถูกต้อง⁴³ ใช้สื่อที่มีความหลากหลายทางภาษาและสอดคล้องตามความเชื่อ วัฒนธรรม และวิถีชีวิตของชาวต่างด้าวแต่ละกลุ่ม รวมถึงรูปแบบในการจัดกิจกรรม เช่น รูปภาพ เอกสารแผ่นพับ คลิปวิดีโอภาษาต่าง ๆ การจัดให้ความรู้แบบกลุ่มย่อยที่มีอาสาสมัครสุขภาพชาวต่างด้าวเป็นผู้ร่วมถ่ายทอดความรู้ เพื่อลดอุปสรรคด้านภาษาและการสื่อสาร ทำให้หญิงตั้งครรภ์ต่างด้าวมีความรู้ความเข้าใจอย่างแท้จริง และช่วยเพิ่มความรู้แก่หน่วยบริการสาธารณสุขในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ได้ดียิ่งขึ้น ❖

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของหญิงตั้งครรภ์ต่างด้าวและการเกิดภาวะโลหิตจาง

ปัจจัย	441คน	มีภาวะโลหิตจาง		จำนวน (292 คน)	ไม่มีภาวะโลหิตจาง	
		จำนวน (149 คน)	ร้อยละ 100		ร้อยละ 100	P value
อายุ						p = 0.594
น้อยกว่า 20 ปี	70	20	13.6	50	17.1	
20-34 ปี	341	119	79.9	222	76.0	
35 ปี ขึ้นไป	30	10	7.2	20	6.9	
สัญชาติ						p = 0.407
พม่า	355	115	79.2	240	82.2	
ไทยใหญ่	38	14	8.8	24	8.2	
สัญชาติอื่น	48	20	12.0	28	9.6	
ระดับการศึกษา						p = 0.140
ไม่ได้เรียนหนังสือ	430	143	95.9	287	98.1	
เรียนตั้งแต่ชั้นประถมศึกษาขึ้นไป	11	6	4.1	5	1.9	
อาชีพ						p = 0.428
รับจ้าง	405	133	89.2	272	93.2	
ขายของ	14	5	3.4	9	3.1	
แม่บ้าน	12	6	4.0	6	2.0	
ไม่ประกอบอาชีพ	10	5	3.4	5	1.7	
มีโรคประจำตัว	31	16	10.7	15	5.1	0.029
- NCDs (HT, DM, Asthma)		7	5.6	7	2.2	
- Chronic infection (HIV, HBV)		1	0.8	2	0.6	
- Migraine		3	2.4	1	0.3	
- Thalassemia		2	1.6	1	0.3	
- Thyroid disease		1	0.8	1	0.3	
- Dyspepsia		2	1.6	0	0	
- Undetermined		0	0	3	0.9	

ตารางที่ 2 ข้อมูลทางสถิติศาสตร์ของหญิงตั้งครรภ์ต่างด้าวและการเกิดภาวะโลหิตจาง

ปัจจัย			มีภาวะโลหิตจาง		ไม่มีภาวะโลหิตจาง		P value
	รวม	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
จำนวนครั้งการตั้งครรภ์	441	100	149	100	292	100	0.813
1	207	46.9	66	44.3	141	48.3	
2	147	33.3	48	32.2	99	33.9	
≥3	87	19.7	35	23.5	52	17.8	
อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก							0.876
<12 สัปดาห์	179	40.6	59	39.6	120	41.1	
12-27 สัปดาห์	239	54.2	83	55.7	156	53.4	
≥28 สัปดาห์	23	5.2	7	4.7	16	5.5	
การฝากครรภ์ตามเกณฑ์คุณภาพ							0.493
ครบ	238	53.9	81	54.4	157	53.8	
ไม่ครบ	203	46.1	68	45.6	135	46.2	
การเข้าอบรมโรงเรียนพ่อแม่							0.081
เข้า	200	45.4	75	50.3	125	42.8	
ไม่เข้า	241	54.6	74	49.7	167	59.2	

เอกสารอ้างอิง

1. ข้อมูลสถิติการทำงานของคนต่างด้าว. สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กรมการจัดหางาน;2562 [เข้าถึงเมื่อ 15 กันยายน 2562]. เข้าถึงได้จาก: https://www.doe.go.th/prd/alien/statistic/param/site/152/cat/82/sub/76/pull/sub_category/view/list-label
2. สำนักงานแรงงานจังหวัดเชียงใหม่. สถานการณ์แรงงานจังหวัดเชียงใหม่รองรับประชาคมอาเซียน ไตรมาส 1 2560;10-11.
3. กิริยา กุลกลการ. ผลกระทบของแรงงานต่างด้าวต่อการเคลื่อนย้ายแรงงานไทยและโครงสร้างการผลิต และการจ้างงานในประเทศไทย. วารสารเศรษฐศาสตร์ธรรมศาสตร์ 2553;28:29-61.
4. กฎหมายเกี่ยวกับการจัดหางาน.กระทรวงแรงงาน;2560 [เข้าถึงเมื่อ 23 กันยายน 2562]. เข้าถึงได้จาก: http://www.mol.go.th/academician/basic_alien
5. พญ. ชลธิชา ตานา. ภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์;2560 [เข้าถึงเมื่อ 14 ตุลาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก: https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/index.php?option=com_content&view=article&id=1372:2017-10-25-02-02-51&catid=45&Itemid=561
6. ACOG Practice Bulletin No. 95: Anemia in pregnancy. 2008;108(2):457-64.
7. Stevens GA, Finucane MM, De-Regil LM, Paciorek CJ, Flaxman SR, Branca F, Peña-Rosas JP, Bhutta ZA, Ezzati M; Nutrition Impact Model Study Group (Anaemia). Global, regional, and national trends in haemoglobin concentration and prevalence of total and severe anaemia in children and pregnant and non-pregnant women for 1995-2011: a systematic analysis of population-representative data. Lancet Glob Health. 2013 Jul;1(1):e16-25. doi: 10.1016/S2214-109X(13)70001-9. Epub 2013 Jun 25. PubMed PMID: 25103581; PubMed Central PMCID: PMC4547326.
8. Smith C, Teng F, Branch E, Chu S, Joseph KS. Maternal and Perinatal Morbidity and Mortality Associated With Anemia in Pregnancy. Obstet Gynecol 2019;134(6):1234-1244. doi: 10.1097/AOG.0000000000003557. PubMed PMID: 31764734.

9. Bencaiova G, Burkhardt T, Breyman C. Anemia--prevalence and risk factors in pregnancy. *Eur J Intern Med* 2012 Sep;23(6):529-33. doi:10.1016/j.ejim.2012.04.008. Epub 2012 May 4. PubMed PMID: 22863430.
10. Zhao SY, Jing WZ, Liu J, Liu M. [Prevalence of anemia during pregnancy in China, 2012-2016: a Meta-analysis]. *Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi*. 2018 Sep 6;52(9):951-957. doi: 10.3760/cma.j.issn.0253-9624.2018.09.016. Chinese. PubMed PMID: 30196645.
11. กรมอนามัย, สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ. รายงานประจำปี พ.ศ. 2555. [เข้าถึงเมื่อ 5 พฤษภาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: http://hp.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=336&filename=index6,%202556
12. Sukrat B, Sirichotiyakul S. The prevalence and causes of anemia during pregnancy in Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. *J Med Assoc Thai* 2006; 89 (Suppl 4):S142-6. PubMed PMID: 17725151.
13. ศิริฉัตร รองศักดิ์. ภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์และคลอด ในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. *วารสารการพยาบาลและการสุขภาพ* 2560;39-47.
14. CDC criteria for anemia in children and childbearing-aged women. *MMWR Morbidity and mortality weekly report* 1989;400-4.
15. Koller O. The clinical significance of hemodilution during pregnancy. *Obstet Gynaecol Surv* 1982; 37(11): 649-652.
16. World Health Organization. World wide prevalence of anemia 1993-2005. WHO Global database on anaemia 2008:7-12.
17. อีระ ทองสง, ขนันทน์ วนาภิรักษ์. สถิติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: พี.บี. ฟอเรน บุคส์ เซนเตอร์; 2541
18. Srour MA, Aqel SS, Srour KM, Younis KR, Samarah F. Prevalence of Anemia and Iron Deficiency among Palestinian Pregnant Women and Its Association with Pregnancy Outcome. *Anemia* 2018; 2018:9135625. doi: 10.1155/2018/9135625. eCollection 2018. PubMed PMID: 30675398; PubMed Central PMCID: PMC6323536.
19. Xu X, Liu S, Rao Y, Shi Z, Wang L, Sharma M, Zhao Y. Prevalence and Sociodemographic and Lifestyle Determinants of Anemia during Pregnancy: A Cross-Sectional Study of Pregnant Women in China. *Int J Environ Res Public Health* 2016;13(9). pii: E908. doi: 10.3390/ijerph13090908. PubMed PMID: 27649213; PubMed Central PMCID: PMC5036741.
20. Koura KG, Briand V, Massougboji A, Chippaux JP, Cot M, Garcia A. [Determination of prevalence and etiology of anemia during pregnancy in southern Benin, in conjunction with revision of national management policy]. *Med Trop (Mars)* 2011;71(1):63-7. French. PubMed PMID: 21585095.
21. Marti-Carvajal A, Peña-Martí G, Comunian G, Muñoz S. Prevalence of anemia during pregnancy: results of Valencia (Venezuela) anemia during pregnancy study. *Arch Latinoam Nutr* 2002;52(1):5-11. PubMed PMID: 12214547.
22. Baraka MA, Steurbaut S, Laubach M, Coomans D, Dupont AG. Iron status, iron supplementation and anemia in pregnancy: ethnic differences. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2012;25(8):1305-10. doi: 10.3109/14767058.2011.632036. Epub 2011 Nov 17. PubMed PMID: 22010638.
23. Htun MM, Htun YM. Antenatal screening of anemia including iron deficiency anemia, haemoglobinopathies and Thalassemia among the pregnant women living in Bago region of Myanmar.2017. [cited 2017-10-11]. Available from: http://www.myanmarhsrj.com/file/display_fulltext.php?articleid=Reg-000866&issue=3&vol=29
24. Ménard V, Sotunde OF, Weiler HA. Ethnicity and Immigration Status as Risk Factors for Gestational Diabetes Mellitus, Anemia and Pregnancy Outcomes Among Food Insecure Women Attending the Montreal Diet Dispensary Program. *Can J Diabetes* 2019. pii: S1499-2671(18)30707-X. doi: 10.1016/j.jcjd.2019.05.004. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 31427254.
25. Nahon S, Lahmek P, Massard J, Lesgourgues B, Mariaud de Serre N, Traissac L, Bodiguel V, Adotti F, Delas N. *Helicobacter pylori*-associated chronic gastritis and unexplained iron deficiency anemia: a reliable association? *Helicobacter* 2003;8(6):573-7. PubMed PMID: 14632670.
26. Zerfu TA, Baye K, Faber M. Dietary diversity cutoff values predicting anemia varied between mid and term of pregnancy: a prospective cohort study. *J Health Popul Nutr* 2019;38(1):44. doi: 10.1186/s41043-019-0196-y. PubMed PMID:31836026; PubMed Central PMCID: PMC6911293.
27. Soliman AT, De Sanctis V, Yassin M, Wagdy M, Soliman N. Chronic anemia and thyroid function. *Acta Biomed* 2017;88(1):119-127. doi: 10.23750/abm.v88i1.6048. PMID: 28467346; PMCID: PMC6166193.

28. Tayyebi A, Poursadeghfard M, Nazeri M, Poursadeghfard T. Is There Any Correlation between Migraine Attacks and Iron Deficiency Anemia? A Case-Control Study. *Int J Hematol Oncol Stem Cell Res* 2019;13(3):164-171. PMID: 31649807; PMCID: PMC6801325.
29. Beckert RH, Baer RJ, Anderson JG, Jelliffe-Pawłowski LL, Rogers EE. Maternal anemia and pregnancy outcomes: a population-based study. *J Perinatol* 2019;39(7):911-919. doi: 10.1038/s41372-019-0375-0. Epub 2019 Apr 9. PubMed PMID:30967656.
30. บุญเทียน แก้วมงคล. รายงานบริการอนามัยแม่และเด็กจังหวัดเชียงใหม่. โรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่. ตุลาคม 2558 - กันยายน 2560;[หน้า 139-140].
31. คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอสันทราย. แบบนิเทศ ติดตาม และการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2560 งานปฐมวัย แม่และเด็ก 2560.
32. ผาสุข กัลย์จาริก. ศึกษาภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดในโรงพยาบาลอุ้มทอง อำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี;2560 [เข้าถึงเมื่อ 13 ธันวาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/84954/67680>
33. ผ่องศรี แสนไชยสุริยา, สุนันทา ดวงศิริทรัพย์ และเสาวนิตย์ สวัสดิ์. การศึกษาภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ และคลอดในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น* 2554;;3(1):114-126.
34. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการควบคุมและป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก; 2556 [เข้าถึงเมื่อ 1 ตุลาคม 2562];[หน้า 10-15]. เข้าถึงได้จาก: <http://doh.hpc.go.th/data/mch/IDAControl.pdf>
35. จิตตระการ ศุภรัตน์. ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กของสตรีตั้งครรภ์ ที่รับบริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตบริการสุขภาพที่ 2. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ* 2559;10(1):1-7.
36. สกาวเดือน ไพบุลย์ และคณะ. วัฒนธรรม ความเชื่อ การปฏิบัติในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ของสตรีชาวพม่าที่อาศัยในจังหวัดสมุทรสาคร. *วารสารพยาบาลตำรวจ* 2016;1(8):73-82.
37. อัญชลี ทองเสน, พูลสุข หิงคานนท์ และพัชรา อมาตยกุล. การศึกษาเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะธาลัสซีเมีย ในกลุ่มที่มีภาวะโลหิตจางและกลุ่มที่ไม่มีภาวะโลหิตจาง จังหวัดกำแพงเพชร. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ* 2554;5(3):1-16.
38. ขวัญชีวัน บัวแดง. สุขภาพของแรงงานข้ามชาติกับการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐ. *วารสารสังคมศาสตร์* 2551;20(1):146-172.
39. Sanklaleak W, Boromtanarat C, Tiautchasuwan Y. Factors Affecting the Utilization of Antenatal Care Service of Migrant Workers in Government Hospitals in Samutsakhon Province. 4th STOU Graduate Research Conference 2016.
40. เฉลิมขวัญ ภูเหลือ. ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย* 2559;6(1):16-26.
41. Phewkhamsooboonruang N. Prevalence and anemia risk factor of Pregnancy in Somdet Hospital, Kalasin Province. *Research and Development Health System Journal* 2010;3(2):46-57.
42. ศศิวิมล ดีคำ, ณัฐณีย์ มีมนต์. การใช้บริการฝากครรภ์และการคลอดของแรงงานข้ามชาติหญิงชาวพม่าในจังหวัดสมุทรสาคร. *วารสารวิชาการมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์* 2561;26(51):170-187.
43. ขบาไพร สุขกาย. ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่. *ศรีนครินทร์เวชสาร* 2555;27(2):133-138.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสนใจ ในการใช้ยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (PrEP) ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในประเทศไทย

นายแพทย์ปณณพัฒน์ ลาวลีย์ตระกูล
แพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลหาดใหญ่
อีเมล pnp4research@gmail.com

บทคัดย่อ

ความเป็นมา: จากรายงานปี พ.ศ. 2560 ประชากรกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เป็นกลุ่มที่มีการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53 ของกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ทั้งหมด การใช้ยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (PrEP) เป็นแนวทางหนึ่งในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งในปัจจุบันยังขาดองค์ความรู้ถึงความสนใจในการใช้ยาเพร็พในประชากรกลุ่มนี้

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสนใจในการใช้ยาเพร็พในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย อายุ 19-49 ปี

วิธีการศึกษา: การศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (Analytical cross sectional study) ในกลุ่มตัวอย่างที่ระบุตนเองเป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามด้านพฤติกรรมเสี่ยง ด้านความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี ความรู้ถึงประโยชน์ของยาเพร็พ และด้านปัจจัยแวดล้อมที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) = 0.87 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติเชิงวิเคราะห์แบบถดถอย (Binary logistic regression) ระหว่างปัจจัยที่สัมพันธ์กับกลุ่มที่สนใจใช้ยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อ (ยาเพร็พ, PrEP)

ผลการศึกษา: จากผู้ตอบแบบสอบถาม 171 คน มีผู้สนใจใช้ยาเพร็พ 54 คน (31.6 %) ไม่สนใจยาเพร็พ 117 คน (68.4%) ความรู้ถึงประโยชน์ของยาเพร็พ (Perceived benefits of PrEP) มีผลต่อความสนใจใช้ยาเพร็พ สำหรับกลุ่มที่ตอบ “เห็นด้วย” (OR = 10.24, 95%CI = 1.78-58.75 $p < 0.05$) และกลุ่มที่ตอบ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” (OR = 6.70, 95%CI = 1.24-36.13 $p < 0.05$) ส่วนประวัติการไม่มีอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีผลต่อความไม่สนใจใช้ยาเพร็พ (OR = 0.27, 95% CI = 0.09-0.77 $p < 0.05$) ทั้งนี้ 25 คน (14.6%) รายงานว่าเคยมีอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ด้านพฤติกรรมเสี่ยง พบว่าผู้ตอบแบบสอบถาม 154 คน (90%) เคยมีพฤติกรรมเสี่ยงสูง และ 67 คน (39.2%) มีเพื่อนคนใกล้ชิดหรือคนรู้จักเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี

สรุป: ความรู้ถึงประโยชน์ของยาเพร็พ เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อความสนใจใช้ยาเพร็พ และประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สัมพันธ์กับการไม่สนใจใช้ยาเพร็พในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

คำสำคัญ: ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย, ยาเพร็พ, การป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี

Factors Related to the Use of Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) Among Men Who Have Sex with Men in Thailand

Pannapat Lawantrakul, MD.

Family Medicine Resident

Social Medicine Unit

Hat Yai Hospital

Email pnp4research@gmail.com

Abstract

Background: HIV is one of the most serious public health challenges in Thailand. Among new HIV infections, men who have sex with men (MSM) are the majority which presented over 50%. Primary causes for HIV are diverse. However, HIV Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) is a new approach to preclude HIV infection which has proven effective, but we still lack understanding about the implementation of the PrEP to the MSM population.

Objectives: To study the factors related to the use of PrEP among Thai MSM 19-49 years old

Methods: An analytical cross-sectional study was conducted via an online survey among the MSM community. Sociodemographics, high-risk behaviors, perceived risk of HIV infection, and perceived benefits of PrEP were analyzed in association with the use of PrEP by a binary logistic regression method.

Results: Of 171 participants, 31.6% (n = 54) decided to use PrEP. Perceived benefits of PrEP were associated with the use of PrEP (OR = 10.24, 95% CI 1.78-58.750 p<0.05) for those who agree, and (OR = 6.70, 95% CI = 1.24-36.13 p<0.05) for those who strongly agree. Not having any STD symptoms was also associated with PrEP denial (OR = 0.27, 95% CI = 0.09-0.77 p = 0.01). Approximately 90% (n = 154) of those who reported previous high-risk behaviors (e.g. unprotected sexual intercourse, multiple partners, having sex with unknown persons). Lastly, about 39.2% (n = 67) know someone living with HIV infection.

Conclusions: Perceived benefits of PrEP are associated with the use of PrEP among Thai MSM. Not having STD symptoms also plays an important role in PrEP denial.

Keywords: Men who have sex with men, PrEP (Pre-Exposure Prophylaxis), HIV prevention

ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย

โรคเอดส์และการติดเชื้อเอชไอวี ยังคงเป็นปัญหาสำคัญระดับสากล ข้อมูลจากองค์กร UNAIDS ระบุว่า ในปี พ.ศ.2560 มีประชากรทั่วโลกติดเชื้อเอชไอวีประมาณ 36.9 ล้านคน เป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่ประมาณ 1.8 ล้านคน¹ สำหรับประเทศไทย ปี พ.ศ.2560 พบว่า มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีประมาณ 440,000 คน² โดยเป็นผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 8,000 คน พบว่าเป็นประชากรกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมากที่สุด คือร้อยละ 53 ของผู้ติดเชื้อรายใหม่ โดยกลุ่มประชากรชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย มีทั้งสิ้นประมาณ 527,900 คน ในจำนวนนี้เป็นกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มีความเสี่ยงสูง (high risk MSM) ประมาณ 159,600 คน² สาเหตุที่กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีความแตกต่างจากกลุ่มประชากรทั่วไป กล่าวคือมีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าประชากรทั่วไป ได้แก่ ปัจจัยด้านกายภาพ ปัจจัยด้านพฤติกรรม ปัจจัยด้านสังคม ปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล

ปัจจัยด้านกายภาพ เช่น ลักษณะทางกายวิภาคของทวารหนัก ทวารหนักมีเยื่อบุผิวบาง ประกอบกับไม่มีน้ำหล่อลื่น ทำให้เพิ่มโอกาสเกิดการฉีกขาดของเยื่อบุผิวทวารหนัก ส่งผลให้เชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายได้ง่าย ปัจจัยด้านพฤติกรรมเฉพาะกลุ่ม เช่น การไม่สวมถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ หรือการใช้ถุงยางอนามัยไม่สม่ำเสมอ พฤติกรรมการเปลี่ยนคู่นอน พฤติกรรมปาร์ตี้ พฤติกรรมการใช้สารเสพติดทั้งชนิดฉีดเข้าเส้นเลือด รวมไปถึงกิจกรรมรวมกลุ่มปาร์ตี้ และใช้สารเสพติดร่วมขณะมีเพศสัมพันธ์ (Sex party and chemsex) พฤติกรรมการท่องเที่ยวสถานบันเทิง เช่น ขาวน่า เป็นต้น ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงสูงทั้งสิ้น ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ การตีตราจากสังคม ทำให้ประชากรกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ไม่กล้าเข้ารับการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี ปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล เช่น ความตระหนักถึงความเสี่ยงของโรคและการป้องกัน พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ถุงยางอนามัยฉีกขาด ถุงยางอนามัยไม่เพียงพอต่อจำนวนครั้งของการมีเพศสัมพันธ์ เป็นต้น จากปัจจัยดังกล่าวส่งผลให้มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ทุกปี

ยาเพรีฟ (PrEP) หรือ Pre-Exposure Prophylaxis คือ ยาต้านไวรัสเอชไอวี ที่กินก่อนการสัมผัสเชื้อ เพื่อลดโอกาสในการติดเชื้อ มีประสิทธิภาพในการป้องกันสูงสุดถึงร้อยละ 92 หากกินอย่างสม่ำเสมอ ได้รับการรับรองจากองค์การอาหารและยาของสหรัฐอเมริกา หรือ FDA ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555

และในเดือนกันยายน ปี พ.ศ. 2558 ยาเพรีฟ ได้ถูกบรรจุเป็นส่วนหนึ่งในชุดบริการเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีโดยองค์การอนามัยโลก (WHO) สำหรับประเทศไทย ยาเพรีฟได้ผ่านขั้นตอนการวิจัยเพื่อหาความคุ้มค่า³ ส่งผลให้ได้รับการอนุมัติบรรจุลงในแนวทางการป้องกันเชื้อเอชไอวีที่มีประสิทธิภาพสูงในแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2560⁴ แต่เนื่องจากเป็นแนวทางใหม่ ทำให้ยังมีข้อจำกัดในหลายด้าน เช่น ด้านการรับรู้ของประชากรกลุ่มเสี่ยง ด้านการเข้าถึงยา เป็นต้น ส่งผลให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงเหล่านั้น เช่น กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเสียโอกาสในการป้องกันตนเอง

ข้อมูลแสดงจำนวนผู้ใช้ยาเพรีฟ และจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ในประเทศไทยและประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าจำนวนผู้ใช้ยาเพรีฟในประเทศไทย มีทั้งสิ้น 4,104⁵ คน เปรียบเทียบกับประชากรผู้ติดเชื้อรายใหม่ในปี พ.ศ. 2560 จำนวนประมาณ 8,000 คน ประเทศสหรัฐอเมริกาที่มีผู้ใช้ยาเพรีฟทั้งสิ้นประมาณ 77,000 คน ในปี พ.ศ. 2559 มีประชากรติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ 32,007 รายต่อปี⁶ แสดงให้เห็นว่าประเทศไทยยังมีศักยภาพที่จะเพิ่มจำนวนผู้ใช้ยาเพรีฟให้มากขึ้นได้อีก

ปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่ง ที่ทำให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงยินดีที่จะใช้ยาเพรีฟ ได้แก่ ความรับรู้ต่อความเสี่ยงที่ตนเองจะติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งสัมพันธ์กับการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ การใช้สารเสพติด และประวัติที่ไม่ชัดเจนของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์⁷

จากข้อมูลทั้งหมดทำให้ผู้วิจัยต้องการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสนใจรับยาเพรีฟ ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เพื่อส่งเสริมให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงได้รับยาเพรีฟอย่างเหมาะสมและทั่วถึง เพื่อนำไปสู่การลดผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ เป้าหมายเพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมปัจจัยที่ทำให้คนสนใจใช้ยาเพรีฟและลดปัจจัยที่ทำให้คนไม่สนใจยาเพรีฟ จนสามารถนำไปสู่การไม่มีผู้ติดเชื้อรายใหม่อีกต่อไป ตามนโยบายยุทธศาสตร์แห่งชาติ เรื่องการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560-2573

วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objectives)

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสนใจใช้ยาเพร็พ ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย อายุ 19 - 49 ปี ในประเทศไทย

คำถามการวิจัย

ปัจจัยใดบ้าง ที่มีความสัมพันธ์ต่อความสนใจใช้ยาเพร็พ ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย อายุ 19-49 ปี ในประเทศไทย

สมมติฐานการวิจัย (Hypothesis)

ปัจจัยด้านความรู้ถึงการคุกคามของโรค ความรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกัน ความรู้ถึงโอกาสที่ตนเองจะเป็นโรค ความรู้ถึงความรุนแรงของโรค และปัจจัยแวดล้อมมีผลต่อความสนใจลงมือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค ในที่นี้ได้แก่ ความสนใจใช้ยาเพร็พเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ อ้างอิงจากทฤษฎี Health Belief Model⁸ ซึ่งกล่าวถึงความสนใจลงมือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง เพื่อป้องกันและส่งเสริมสุขภาพในบุคคล ได้แก่ การรับรู้ถึงการคุกคามของโรค ตัวชี้้นำไปสู่การปฏิบัติ เช่น การศึกษา อาการแสดง ความรู้ ความรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกัน ความรู้ถึงโอกาสที่ตนเองจะเป็นโรค ความรู้ถึงความรุนแรงของโรค เป็นต้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (Analytical cross-sectional study)

ขอบเขตประชากร

ศึกษาในประชากรชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย อายุ 19-49 ปี ที่เป็นคนไทย และยินยอมทำแบบสอบถาม

ประชากรที่จะศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ เป็นกลุ่มประชากรที่ระบุตนเองเป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย อายุ 19-49 ปี ที่สามารถอ่านภาษาไทยและยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยผ่านการตอบแบบสอบถาม

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ามามีการศึกษา (Inclusion Criteria)

- ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย อายุ 19-49 ปี
- สามารถอ่านภาษาไทยและตอบแบบสอบถามออนไลน์ได้
- รู้จักและเคยได้ยินเกี่ยวกับยาเพร็พมาก่อน

เกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria)

- ระบุตนเองเป็น HIV positive
- ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากเป็นกลุ่มประชากรที่เข้าถึงยากและอาศัยอยู่อย่างกระจัดกระจาย ไม่สามารถรวบรวมรายชื่อหรือระบุพิกัดได้โดยตรง จึงจำเป็นต้องมีการเก็บข้อมูลแบบอาศัยความสะดวก (Convenient sampling) และการสุ่มแบบหว่างโซ่ (Snowball sampling)

ดำเนินการเก็บข้อมูลปฐมภูมิด้วยแบบสอบถามออนไลน์ Google form โดยมีการนำ QR code และ ลิงก์ URL ส่งให้ผู้ตอบแบบสอบถามโดยตรง และส่งผ่านตัวแทนเครือข่ายต่าง ๆ เป้าหมายคือกลุ่มประชากรที่ระบุตนเองเป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ดำเนินการแบ่งเป็นสองส่วน ได้แก่ การส่งแบบสอบถามโดยตรงต่อผู้ที่ยินดีตอบแบบสอบถามผ่านแอปพลิเคชันเครือข่ายสังคมออนไลน์ และส่งแบบสอบถามผ่านเครือข่ายสุขภาพหรือเพจเฟซบุ๊กที่เกี่ยวข้องกับยาเพร็พ โดยประชาสัมพันธ์และเชิญชวน ผ่านทั้งออนไลน์และออฟไลน์เครือข่ายสุขภาพต่าง ๆ ได้ขอความอนุเคราะห์จากเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการเครือข่ายบริการสุขภาพต่าง ๆ ในการเชิญชวนประชากรผู้มารับบริการกลุ่มดังกล่าว ร่วมตอบแบบสอบถาม ได้แก่ คลินิกฟ้าสีรุ้งประเทศไทย องค์การ FHI 360 มูลนิธิรักษ์ไทย คลินิกให้คำปรึกษาโรงพยาบาลหาดใหญ่ และขอความร่วมมือให้คนที่ตอบแบบสอบถาม ร่วมกันส่งต่อแบบสอบถามให้กับคนที่รู้จักที่ระบุตนเองเป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเพิ่มเติม

เครือข่ายสังคมออนไลน์

1. Facebook เพจคลินิกสุขภาพทางเพศและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ติดต่อผ่านผู้ดูแลเพจ ระบุให้ประชากรกลุ่มดังกล่าวที่รู้จักยาเพร็พ ร่วมตอบแบบสอบถาม

2. Application สื่อสังคมออนไลน์ ได้แก่ Application Hornet, Blue เป็นต้น

ได้ข้อมูลมาทั้งสิ้น 230 ตัวอย่าง และเมื่อทำการจัดการข้อมูล ตรวจสอบความคลาดเคลื่อนของข้อมูล ทบทวนความสมบูรณ์ของข้อมูล ได้ข้อมูลเพื่อนำมาวิเคราะห์ทั้งสิ้น 171 ตัวอย่าง

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) ในงานวิจัยฉบับนี้ เป็นการวิเคราะห์สมการความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรผลลัพธ์กับตัวแปรอิสระแบบถดถอย (Binary logistic regression) จึงคำนวณกลุ่มตัวอย่าง อ้างถึง จรณิต แก้วกังวาล และ Hair JF.⁹⁻¹¹ แนะนำว่า สัดส่วนของจำนวนตัวอย่าง (n) ต่อตัวแปรอิสระ (independent variable) ในที่นี้ ได้แก่ ปัจจัยด้านความรู้ถึงการคุกคามของโรค ความรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกัน ความรู้ถึงโอกาสที่ตนเองจะเป็นโรค ความรู้ถึงความรุนแรงของโรค และปัจจัยแวดล้อม โดยแนะนำให้เก็บข้อมูล 15-20 หน่วยข้อมูลต่อ 1 ตัวแปรต้น และจำนวนตัวอย่าง 100 ตัวอย่างขึ้นไป ผู้วิจัยคำนวณตามสมการแล้วได้สัดส่วน ตัวอย่าง: ตัวแปรอิสระประมาณ 20:1 ซึ่งเพียงพอต่อการศึกษา

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ เป็นการใช้แบบสอบถามออนไลน์บันทึกข้อมูลของผู้เข้าร่วมโครงการ ประกอบด้วย 4 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 หนังสือเชิญชวน และหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เก็บข้อมูล เป็นการแนะนำเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับ รวมทั้งหนังสือแสดงความยินยอมเก็บข้อมูลจากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ ถิ่นที่อยู่อาศัย ระดับการศึกษา อายุ รายได้เฉลี่ย ศาสนา รสนิยมทางเพศ มีผู้ที่รู้จัก เพื่อน ครอบครัว เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ อายุที่มีเพศสัมพันธ์

ครั้งแรก จำนวนคู่นอน ประวัติอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ประวัติด้านพฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยงสูง เช่น การมีเพศสัมพันธ์กับคนที่ไม่รู้จัก การมีเพศสัมพันธ์ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ การมีเพศสัมพันธ์ขณะมึนเมา เป็นต้น

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามด้านความรู้ เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) แบบสอบถามนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้ (Perception) ในด้านต่าง ๆ ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ถึงประโยชน์ของการใช้ยาเพร็พ (Perceived benefits of PrEP) ความรู้ถึงโอกาสที่ตนเองจะเป็นโรค (Perceived risk of HIV) ความรู้ถึงความรุนแรงของโรค (Perceived seriousness of HIV) ลักษณะคำตอบเป็นมาตราวัดคะแนน 0-10 คะแนน จากนั้นจึงนำมาแบ่งกลุ่มเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (0 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (1-3 คะแนน) เฉย ๆ (4-6 คะแนน) เห็นด้วย (7-9 คะแนน) เห็นด้วยอย่างยิ่ง (10 คะแนน)

เนื่องจากแบบสอบถามด้านความรู้ในด้านต่าง ๆ เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นใหม่เพื่อใช้ในการทำวิจัยครั้งนี้ จึงได้มีการตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของเครื่องมือ และพัฒนาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาการทำวิจัย โดย

1. การตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของเครื่องมือ ใช้การหาความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านตรวจ และแก้ไขตามข้อเสนอแนะ จากนั้นผู้วิจัยจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้งหนึ่ง จากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้จากการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ หาค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับจุดประสงค์หรือเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence หรือ IOC) ซึ่งมีคะแนน IOC เท่ากับ 0.78 0.82 0.88

2. ทำการทดสอบคุณภาพและความเชื่อถือได้ (Reliability) ของเครื่องมือ โดยนำแบบสอบถามวิจัย Pilot study จำนวน 30 คน เพื่อหาความสมบูรณ์ของเครื่องมือในด้านความบกพร่องของภาษาเพื่อให้สื่อความหมายได้ตรงกัน ได้ค่าความเชื่อถือได้ของแบบสอบถามโดยใช้สัมประสิทธิ์ของแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อถือได้เท่ากับ 0.87

ก่อนเริ่มทำการวิจัย ผู้วิจัยได้เสนอโครงการวิจัย เพื่อขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลหาดใหญ่ และเมื่อผ่านการพิจารณา จึงดำเนินการเก็บข้อมูล ข้อมูลทั้งหมดผู้วิจัยเก็บ

เป็นความลับ ไม่มีการระบุรายละเอียดที่สามารถสืบทราบถึงตัวตนที่แท้จริง งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลหาดใหญ่ หนังสือรับรองเลขที่ Protocol No 10/2562

การประมวลผลข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ดาวน์โหลดข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามออนไลน์ Google form บันทึกเป็นไฟล์ .xls
2. ตรวจสอบความคลาดเคลื่อนของการป้อนข้อมูล ทบทวนความสมบูรณ์ของข้อมูล จากนั้นนำข้อมูลที่ได้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป
3. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุผู้ตอบแบบสอบถาม รสนิยมทางเพศ (Gender Identity) พฤติกรรมเสี่ยง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ทำการคำนวณข้อมูลเชิงปริมาณ และนำเสนอข้อมูลในรูปของตาราง ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าเฉลี่ย (Standard error of Mean) หรือค่ามัธยฐาน (Median) และ Inter quartile range
4. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสนใจในการใช้ยาเพิร์พ ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติก (Logistic regression) ได้แก่ ปัจจัยด้านความรู้ต่อผลเสียของการติดเชื้อเอชไอวี ความตระหนักถึงประโยชน์ของยาเพิร์พ ประวัติอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ประวัติพฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยงสูง เป็นต้น
 - a. เริ่มวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยตัวแปรต้นที่ตั้งสมมติฐานว่ามีความสัมพันธ์กับตัวแปรตาม โดยใช้สมการถดถอยตัวแปรเดียว (Univariate binary logistic regression) เพื่อหาตัวแปรต้นที่มีความสัมพันธ์กับความสนใจใช้ยาเพิร์พ เพื่อนำมาเข้าสู่สมการถดถอยโลจิสติกแบบหลายตัวแปร (Multivariable binary logistic regression) ในขั้นตอนต่อไป
 - b. จากนั้น นำตัวแปรต้นจากสมการถดถอยตัวแปรเดียว (Univariate binary logistic regression) ในขั้นตอนแรก ที่มีค่า P-value < 0.1 ในที่นี้ได้แก่ ปัจจัยต่าง ๆ ดังตารางที่ 3 เลือกมาเข้าสู่สมการถดถอยโลจิสติกแบบหลายตัวแปร (Multivariable binary logistic regression) เพื่อหาตัวแปรที่มีนัยสำคัญต่อความสนใจใช้ยาเพิร์พ ในสมการที่ปรับปรุงแล้ว (adjusted model P < 0.05)

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

จาก 171 คน มีผู้สนใจใช้ยาเพิร์พ ร้อยละ 31.6 (54 คน) และผู้ที่ไม่สนใจยาเพิร์พ ร้อยละ 68.4 (117 คน) ดังแสดงในตารางที่ 1

ข้อมูลพื้นฐานประชากร

ข้อมูลพื้นฐานประชากรที่สนใจใช้และไม่สนใจใช้ยาเพิร์พ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ อายุเฉลี่ย 31 ± 6.1 ปี โดยมีรสนิยมทางเพศแตกต่างกัน ดังต่อไปนี้ กลุ่มที่ตอบว่าเป็นทั้งเกย์รักและรับ ร้อยละ 42.7 (73 คน) เป็นเกย์รับเท่านั้น ร้อยละ 25.7 (44 คน) เป็นเกย์รักเท่านั้น ร้อยละ 25.1 (43 คน) และ ตอบอื่น ๆ ร้อยละ 5.3 (9 คน) ด้านการศึกษา ร้อยละ 92.4 (158 คน) ของผู้ตอบแบบสอบถามจบอย่างน้อยระดับชั้นปริญญาตรีหรือสูงกว่า

ข้อมูลด้านความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

ผู้ตอบแบบสอบถามมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกที่อายุมัธยฐาน 19 ปี (พิสัยควอไทล์ IQR: 16-21 ปี) ดังตารางที่ 1 โดยมีจำนวนคู่นอนเฉลี่ย แบ่งเป็น 4 กลุ่มได้แก่ กลุ่มที่ 1 ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์เลย คิดเป็น 6.4% (11 คน) กลุ่มที่ 2 มีเพศสัมพันธ์มาแล้ว 1 คน คิดเป็น 6.4% (11 คน) กลุ่มที่ 3 มีเพศสัมพันธ์มาแล้ว 2-4 คน คิดเป็น 14% (24 คน) กลุ่มที่ 4 มีเพศสัมพันธ์มาแล้วมากกว่า 5 คน คิดเป็น 73% (125 คน) นอกจากนี้ พบว่าผู้ตอบแบบสอบถาม ร้อยละ 14.6 (25 คน) รายงานว่าเคยมีอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา และร้อยละ 90 (154 คน) เคยมีพฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยงสูง เช่น การไม่สวมใส่ถุงยางอนามัย การมีเพศสัมพันธ์กับคนไม่รู้จัก การมีเพศสัมพันธ์ขณะมึนเมา การมีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่มีจุดเริมผ่านเครือข่ายสังคมออนไลน์ การมีเพศสัมพันธ์แบบหมู่ เป็นต้น และพบว่าร้อยละ 39.2 มีคนรู้จัก เช่น เพื่อน ญาติ คนรู้จักในครอบครัว เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อความสนใจใช้ยาเพิร์พ

ตารางที่ 2 แสดงถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสนใจใช้ยาเพิร์พ โดยคัดเลือกตัวแปรต้นที่มีผลต่อความสนใจใช้ยาเพิร์พ โดยใช้สมการถดถอยตัวแปรเดียวที่ p-value < 0.1

พบว่ามีความแปรผัน 5 ตัวแปร ที่มีค่า p-value ตามเกณฑ์ได้แก่

- 1) ความรับรู้ถึงประโยชน์ของยาเพร็พ
- 2) ความรับรู้ถึงผลเสียของการติดเชื้อเอชไอวี
- 3) ประวัติการมีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- 4) ประวัติการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ
- 5) มีคนรู้จักเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี

เมื่อใช้การวิเคราะห์สมการถดถอยโลจิสติกหลายตัวแปร ด้วยตัวแปรต้นดังกล่าวทั้งหมด พบว่า Goodness of fit (Hosmer-Lemeshow Goodness of Fit test) มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ Chi-square = 7.49 P= 0.48 ($p>0.05$) แสดงให้เห็นว่าสมการโมเดลนี้ สามารถแยกแยะระหว่างผู้ที่สนใจใช้และไม่สนใจยาเพร็พได้ โดยพบว่าตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติมีสองตัวแปร ได้แก่ ปัจจัยความรู้ถึงประโยชน์ของยาเพร็พ และปัจจัยประวัติการมีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ดังตารางที่ 2

นอกจากนี้ จากตารางพบว่า ตัวแปรความรู้ถึงประโยชน์ของยาเพร็พ กลุ่มที่ตอบว่าเห็นด้วย มีค่า odds ratio ที่ 10.24 ซึ่งหมายความว่า กลุ่มที่ตอบว่าเห็นด้วย มีความสนใจใช้ยาเพร็พมากกว่ากลุ่มอ้างอิง (ตอบว่าเฉย ๆ) ประมาณ 10 เท่า และกลุ่มที่ตอบว่าเห็นด้วยอย่างยิ่ง มีแนวโน้มสนใจใช้ยาเพร็พมากกว่ากลุ่มอ้างอิงประมาณ 6 เท่า ที่ odds ratio 6.7 ขณะเดียวกัน ผู้ที่ตอบว่าไม่เคยมีประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีแนวโน้มจะไม่สนใจยาเพร็พมากกว่าเปรียบเทียบกับผู้ที่เคยมีอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ที่ odds ratio 0.27

อภิปรายผล

จากการวิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมจากแบบสอบถามออนไลน์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามร้อยละ 31.6 สนใจใช้ยาเพร็พ ซึ่งต่ำกว่างานวิจัยที่ผ่านมา ของ Plotzker, 2017⁷ ที่มีผู้ยินดีใช้ยาเพร็พร้อยละ 55 จากการวิเคราะห์โลจิสติกแบบถดถอยหลายตัวแปร พบว่าความสนใจใช้ยาเพร็พสัมพันธ์กับความรู้ถึงประโยชน์ของยาเพร็พ ซึ่งตรงกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) แสดงให้เห็นว่าการเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ของยาเพร็พให้เข้าถึงประชากรกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ มีความสำคัญต่อความสนใจใช้ยาเพร็พเพื่อลดโอกาสการ

เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ สาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีการตัดสินใจใช้ยาเพร็พ ขึ้นอยู่กับการรับรู้ถึงประโยชน์เนื่องจากผู้ตอบแบบสอบถามวิจัยมากกว่าร้อยละ 92.4 เป็นผู้ที่มีการศึกษาอย่างน้อยปริญญาตรี จึงมีแนวโน้มจะหาข้อมูลถึงประโยชน์ของยาก่อนจะสนใจ ซึ่งมีความสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาของ Plotzker, 2017⁷ ที่กล่าวถึงการรับรู้ตนเองถึงความเสี่ยงการติดเชื้อเอชไอวี มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการใช้ยาเพร็พในบริบทชุมชนที่ทำการวิจัย ส่วนปัจจัยด้านเศรษฐกิจและจำนวนคู่นอน ไม่พบความสัมพันธ์ รวมถึงงานวิจัยของ Terry-Smith JB, 2018¹² ที่พบว่าเศรษฐกิจ ระดับการศึกษา สถานะจ้างงาน จำนวนคู่นอน และการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ไม่สัมพันธ์กับการใช้ยาเพร็พเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

นอกจากนี้ จากผลการวิจัยที่พบว่า ปัจจัยด้านประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์กับการไม่สนใจใช้ยาเพร็พ โดยพบว่าผู้ที่ตอบว่าไม่เคยมีประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์กับการไม่สนใจใช้ยาเพร็พ ซึ่งในประเด็นนี้อาจอธิบายได้ว่า ผู้ตอบแบบสอบถามยังมีความเข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งจำเป็นต้องมีการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health literacy) แก่ประชาชนเรื่องดังกล่าว การมีหรือไม่มีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีทั้งสิ้นหากมีพฤติกรรมเสี่ยง ดังนั้น หากพบว่าตนเองมีความเสี่ยง ควรป้องกันตนเองอย่างเคร่งครัด

ส่วนการประเมินความเสี่ยงของตนเอง จากข้อมูลพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามประเมินตนเองว่ามีความเสี่ยงต่ำกว่าพฤติกรรมเสี่ยงที่มีของตนเอง ดังข้อมูลที่ได้แสดงในตารางที่ 2 พบว่าประมาณร้อยละ 90 ตอบว่าเคยมีพฤติกรรมเสี่ยงสูง (เช่น การมีเพศสัมพันธ์กับคนที่ไม่รู้จัก การมีเพศสัมพันธ์ขณะมึนเมา เป็นต้น) แต่มีเพียงร้อยละ 20 เท่านั้นที่ประเมินตนเองว่ามีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีในวันใดวันหนึ่ง ซึ่งอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ตอบแบบสอบถามร้อยละ 68.4 ไม่สนใจยาเพร็พ สอดคล้องกับงานวิจัยการรับรู้ความเสี่ยงของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย¹³ ที่พบว่าผู้คนมีความรับรู้ต่อความเสี่ยงต่ำ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 2.7-3.8 (โดยที่ 1 คะแนนคือไม่เสี่ยงเลย และ 10 คะแนนคือมีความเสี่ยงสูงสุด)

จากผลการวิจัย สะท้อนให้เห็นว่าผู้ให้บริการทางสุขภาพควรสนับสนุนและส่งเสริมกิจกรรมด้านการเพิ่มความ

รับรู้ถึงประโยชน์ของยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี หรือยาเพิร์ฟ ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย โดยเฉพาะกลุ่มที่เคยมีประวัติการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เนื่องจากมีโอกาสจะทำให้ประชากรกลุ่มดังกล่าวสนใจใช้ยาเพิร์ฟ

สรุปผลการวิจัย

แม้ว่ากลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่สนใจใช้ยาเพิร์ฟ มีเพียงหนึ่งในสามเท่านั้น แต่พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตัดสินใจใช้ยาเพิร์ฟของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ได้แก่ การรับรู้ถึงประโยชน์ของยาเพิร์ฟ และประวัติการมีอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ข้อจำกัดในการวิจัย

งานวิจัยชิ้นนี้มีข้อจำกัดหลายประการ โดยมีสาเหตุหลัก ได้แก่ การเข้าถึงกลุ่มประชากรและการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

1) อคติจากงานวิจัย เนื่องจากประชากรที่ต้องการศึกษาเป็นกลุ่มประชากรที่เข้าถึงยาก งานวิจัยฉบับนี้จึงไม่ใช่ งานวิจัยแบบสุ่มตัวอย่าง ส่งผลให้มีอคติจากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งอาจมีปัจจัยกวนที่ผู้วิจัยไม่ได้นำมาประกอบในการวิเคราะห์ข้อมูลได้

2) การเก็บข้อมูล เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่เข้าถึงยาก และไม่ทราบข้อมูลประชากรที่แท้จริง ไม่สามารถทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างได้ จึงจำเป็นต้องเก็บข้อมูลแบบ snowball effect และ convenient sampling เป็นการตอบแบบสอบถามออนไลน์ด้วยความสมัครใจและแนะนำต่อ ๆ กัน ทำให้มีผู้ตอบแบบสอบถามบางรายที่ตอบคำถามไม่ครบถ้วน (มี 5 รายจาก 230 ราย คิดเป็นร้อยละ 2 ส่งผลให้ไม่สามารถนำแบบสอบถามมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้ รวมทั้งการเก็บข้อมูลทั้งหมด เป็นการเก็บข้อมูลจากผู้เก็บข้อมูลไม่สามารถระบุตัวบุคคลได้ จึงมีผลต่อความน่าเชื่อถือของข้อมูล

3) การสุ่มผู้ตอบแบบสอบถาม เนื่องจากแบบสอบถามนี้ไม่สามารถสุ่มได้ จึงเก็บข้อมูลตามความสมัครใจ ทำให้การกระจายของผู้ตอบแบบสอบถามมีไม่มาก ดังจะเห็นได้จากการที่กลุ่มผู้ตอบแบบสอบถามอาศัยอยู่ภาคกลางมากที่สุด รองลง

มาเป็นภาคใต้

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

โดยสรุป งานวิจัยฉบับนี้สนับสนุนให้มีการประชาสัมพันธ์ข้อมูลและให้ความสำคัญกับประโยชน์ของยาเพิร์ฟในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เพื่อให้รับรู้ข้อมูลที่ถูกต้องจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ เป็นการป้องกันการสัมผัสเชื้อเอชไอวีด้วยตนเองในอนาคต รวมทั้งการให้ความรู้ในกลุ่มผู้ที่เคยมีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่จะส่งเสริมความสนใจใช้ยาเพิร์ฟเพื่อป้องกันการสัมผัสเชื้อเอชไอวี

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ได้จากความอนุเคราะห์จากบุคคลจำนวนมาก ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณนายแพทย์พนพัฒน์ โตเจริญวณิช หัวหน้าหน่วยงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลหาดใหญ่ แพทย์หญิงชิรา บำรุงวงศ์ อาจารย์ที่ปรึกษา แพทย์หญิงจันจิรา ลีลาไพบูลย์ อาจารย์ที่ปรึกษา ที่คอยสนับสนุนและให้ความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ มาโดยตลอดระยะเวลาการดำเนินงานวิจัย

ขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร พุ่มดวง รองศาสตราจารย์ ดร.ปราณีต ส่งวัฒนา ผู้ช่วยศาสตราจารย์จิตใส ลาวัลย์ตระกูล คณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ช่วยส่งเสริมกระบวนการทำวิจัยในครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณ แพทย์หญิงสายรัตน์ นกน้อย ประธานคณะกรรมการวิชาการและวารสาร ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย ที่ให้คำปรึกษาและสนับสนุนการดำเนินงานรวมถึงการเก็บข้อมูลวิจัย

ขอขอบพระคุณ นายชาญวิทย์ ปาคำ และนางวาสนา เสถียรธรรมวิทย์ ผู้เชี่ยวชาญด้านการให้คำปรึกษาผู้ป่วยในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย รวมทั้งศูนย์บริการสุขภาพฟ้าสีรุ้ง คลินิกให้คำปรึกษาโรงพยาบาลหาดใหญ่ ที่ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลงานวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณผู้ตอบแบบสอบถาม และผู้เกี่ยวข้องทุกท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ ❖

ตารางที่ 1 แสดงการความสนใจใช้และไม่ใช้ยาเพิร์พ จำแนกตามลักษณะพื้นฐานประชากรและพฤติกรรมเสี่ยง [n (%)]

คุณลักษณะ	ทั้งหมด (n=171)	สนใจใช้ยาเพิร์พ (n = 54)	ไม่สนใจใช้ยาเพิร์พ (n = 117)	P-value
การศึกษาสูงสุด				0.391Π
มัธยมปลายหรือต่ำกว่า	13 (7.6%)	3 (5.6%)	10 (8.6%)	
ปริญญาตรี	98 (57.3%)	35 (64.8%)	63 (53.8%)	
ปริญญาโทหรือสูงกว่า	60 (35.1%)	16 (29.6%)	44 (37.6%)	
รสนิยมทางเพศ			\	0.150Π
เกย์รุกและรับ	73 (42.7%)	28 (51.8%)	45 (38.5%)	
เกย์รับ	44 (25.7%)	9 (16.7%)	35 (29.9%)	
เกย์รุก	43 (25.1%)	12 (22.2%)	31 (26.5%)	
อื่น ๆ	11 (6.5%)	5 (9.3%)	6 (5.1%)	
จำนวนคู่นอน				0.043Π
ไม่เคยมี	11 (6.4%)	4 (7.4%)	7 (6.0%)	
หนึ่งคน	11 (6.4%)	2 (3.7%)	9 (7.7%)	
2-4 คน	24 (14.0%)	9 (16.7%)	15 (12.8%)	
มากกว่า 5 คน	125 (73%)	39(72.2%)	86 (73.5%)	
เคยมีอาการโรคทางเพศสัมพันธ์				0.108†
ใช่	25 (14.6%)	12 (22.2%)	13 (11.1%)	
ไม่ใช่	146 (85.4%)	42 (77.8%)	104 (88.9%)	
เคยมีพฤติกรรมเสี่ยง				0.460†
ใช่	17 (10.0%)	6 (11.1%)	11 (9.4%)	
ไม่ใช่	154 (90.0%)	48 (88.9%)	106 (90.6%)	

Π = Chi-square

† = Fisher's exact test

ตารางที่ 2 แสดงการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Binary logistic regression) ปัจจัยที่มีผลต่อความสนใจใช้ยาเพร็พ

	Response	Crude OR	Adjusted OR	SE	P-value	95% CI
ความรู้ถึงประโยชน์ของยาเพร็พ (เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ตอบ เหนย ๆ)	มีประโยชน์	4.82	10.24	0.89	0.009*	1.78 to 58.75
	มีประโยชน์อย่างยิ่ง	4.18	6.70	0.86	0.027*	1.24 to 36.13
ความรู้ถึงผลเสียต่อการติดเชื้อเอชไอวี (เปรียบเทียบกับผลเสียที่น้อยที่สุด)	ผลเสียน้อย	2.0	5.58	1.31	0.19	0.43 to 72.93
	เหนย ๆ	0.5	1.14	1.12	0.90	0.17 to 10.37
	ผลเสียมาก	0.46	0.64	1.09	0.68	0.08 to 5.43
	ผลเสียมากที่สุด	0.33	0.72	1.09	0.76	0.09 to 6.08
ประวัติมีอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (เปรียบเทียบกับ เคย)	ไม่เคย	0.47	0.27	0.54	0.01*	0.09 to 0.77
ประวัติการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ (เปรียบเทียบกับ ไม่เคย)	เคย	0.83	0.84	0.66	0.79	0.23 to 3.08
มีใครรู้จักเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี (เปรียบเทียบกับ ไม่มี)	มี	2.15	1.85	0.39	0.12	0.85 to 3.99

ตัวหนา = มีนัยสำคัญทางสถิติ

เอกสารอ้างอิง

1. UNAIDS. Global HIV & AIDS statistics -- 2018 fact sheet. [cited 2019 Jan 13]. Available from: <http://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet/>.
2. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. แนวทางการจัดบริการยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี ในประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2561. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์. 2561.
3. Suraratdecha C, Stuart RM, Manopaiboon C, Green D, Lertpiriyasuwat C, Wilson DP, et al. Cost and cost-effectiveness analysis of pre-exposure prophylaxis among men who have sex with men in two hospitals in Thailand.
4. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทยปี 2560. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด. 2560.
5. AVAC A snapshot of PrEP scale-up, registration and resources for Thailand. [cited 2019 Jan 13]. Available from: <https://www.prepwatch.org/country/thailand/>.
6. CDC HIV in the United States. [cited 2019 Jan 13]. Available from: <https://www.cdc.gov/hiv/statistics/overview/atalance.html/>.
7. Plotzker R, Seekaew P, Jantarapakde J, Pengnonyang S, Trachunthong D, Linjongrat D, et al. Importance of Risk Perception: Predictors of PrEP Acceptance Among Thai MSM and TG Women at a Community-Based Health Service. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2017;76:473–81.
8. Conner M, Mcmillan B. The Health Belief Model. In Christensen AJ, Martin R, Morrison Smyth J, editors. *Encyclopedia of Health Psychology*. Kluwer Academic/Plenum Publishers; 2004;126-128.
9. Long, J.S. Regression Models for Categorical and Limited. Dependent Variables. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc; 1997;53-54.
10. Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. Multivariate data analysis. 5th ed. New Jersey: Prentice Hall; 1998.
11. จรณิต แก้วกังวาล. คู่มือนักวิจัยมือใหม่ การประยุกต์ใช้ระบาดวิทยาและชีวสถิติในการวิจัยชีวเวชศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: หจก. จี.เอส.เอ็ม. เทรตดิ้ง จำกัด 2562.
12. Terry-Smith JB. Factors Influencing Use of Pre-Exposure Prophylaxis Among Men Who Have Sex with Men 90.
13. Chard AN, Metheny N, Stephenson R. Perceptions of HIV Seriousness, Risk, and Threat Among Online Samples of HIV-Negative Men Who Have Sex with Men in Seven Countries. *JMIR Public Health and Surveillance*. 2017.

คุณภาพชีวิต ความสมดุลในชีวิต และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการลาออกจากการทำงาน ของแพทย์ที่จบการศึกษาเฉพาะทาง สาขาเวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทย

นายแพทย์สวิส ใจมั่น

แพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว

ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลตำรวจ

อีเมล wittayaj@hotmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตและความสมดุลระหว่างชีวิต และปัจจัยที่ส่งผลต่อการลาออกจากการทำงานของแพทย์ที่จบเฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทย จำนวน 95 คน โดยรวบรวมข้อมูลทางออนไลน์จากแบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานทั่วไป แบบสอบถามคุณภาพชีวิต แบบสอบถามความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน ความพึงพอใจในงานในบุคลากรสุขภาพ และแบบสอบถามความคิดลาออกและโอนย้ายจากงาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความคิดลาออกและโอนย้ายจากงานของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวด้วยสถิติ Chi-square test หรือ Fisher's exact test และ Independent t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($\alpha = 0.05$) ผลการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมระดับที่ดี ความพึงพอใจในงาน ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานอยู่ในระดับต้องปรับปรุง มีความคิดที่จะย้ายจากงานปัจจุบันที่ปฏิบัติงานอยู่บ้างเป็นบางเวลาแต่ไม่เคยคิดที่จะลาออกจากอาชีพปัจจุบันที่ปฏิบัติงาน สาเหตุที่คาดว่าจะอาจเป็นเหตุผลทำให้ต้องลาออกจากองค์กรส่วนใหญ่เป็นหน้าที่รับผิดชอบที่หนักเกินไป ปัจจัยที่ส่งผลต่อความคิดโอนย้ายหรือลาออกจากอาชีพปัจจุบันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ โอกาสเรียนต่อปริญญาโทหรือเฉพาะทางอื่น ๆ สาเหตุที่คาดว่าจะทำให้ต้องลาออกเนื่องจากผู้บริหารหน่วยงานหรือผู้บังคับบัญชาและหน้าที่รับผิดชอบที่หนักเกินไป คุณภาพชีวิตโดยรวม และความพึงพอใจในงาน ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน ดังนั้น องค์กรควรส่งเสริมและให้ความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตในด้านต่าง ๆ ของแพทย์ และมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการสร้างความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน อีกทั้งแพทย์เองควรเสริมสร้างคุณภาพชีวิตทั้งด้านสุขภาพกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อม

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต, ความสมดุลในชีวิต, ความคิดลาออกและโอนย้ายจากงาน, แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

Quality of Life, Work-Life Balance and Factors Related to the Resignations of Family Physicians in Thailand

Swissth jaimun, MD,

Family Medicine Resident

Department of Family medicine, Police General Hospital

Email wittayaj@hotmail.com

Abstract

The objective of this study was to determine the quality of life, work-life balance, and factors related to the resignations of 95 Family Physicians in Thailand. The data was collected by utilizing online questionnaires requesting demographic data, quality of life, work-life balance, and job satisfaction in health care personnel, and thoughts of transfers and resignations. The data were analyzed using descriptive statistics and factors related to the thoughts of transfers and resignations of Family Physicians with Chi-square test or Fisher's exact test and Independent t-test with statistical significance the level of 0.05 ($\alpha = 0.05$). The study results found that Family Physicians have a good quality of life. However, job satisfaction and a work-life balance must be improved. These physicians also sometimes thought of transferring to different organizations but never thought of resigning. The main reason for them to resign was because of over-loaded work. The factors related to the thoughts of transfers and resignations of Family Physicians with statistical significance at the level of 0.05 were opportunities to study for a master's degree or another specialty. The reasons for resignations included executive/commander and over-loaded work, quality of life, and job satisfaction, and work-life balance. Therefore, the organization should promote and attach importance to the quality of life in various physician specialties and provide knowledge about creating a work-life balance. Also, Family Physicians should improve their physical, mental, social, and environmental quality of life.

Keywords: Quality of Life, Work-Life Balance, Transfers and Resignations, Family Physician

บทนำ

ระบบของการแพทย์ในประเทศไทยในปัจจุบัน มีการให้บริการการรักษาในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ซึ่งมีการกระจายอยู่ทั่วประเทศ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน แต่ในสถานการณ์ปัจจุบันพบว่า การเข้ารับบริการสุขภาพของผู้เจ็บป่วย ผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้ป่วยที่สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นมาก ส่งผลกระทบต่อระบบการจัดการบริการสาธารณสุขในทุกระดับ ปัญหาความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ปัญหาพฤติกรรมทางสุขภาพซึ่งนำไปสู่โรคเรื้อรัง ปัญหาสุขภาพระดับปัจเจกบุคคลและระดับสังคม แม้ระบบการแพทย์ปฐมภูมิมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนมีสิทธิเข้ารับบริการทางแพทย์เบื้องต้นโดยมีทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อลดความแออัดของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหลัก แต่เนื่องด้วยระบบการจัดการที่แตกต่างกันทั้งความรับผิดชอบและระบบบริหาร เช่น หน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สังกัดกรุงเทพมหานคร สังกัดมหาวิทยาลัย สังกัดกระทรวงกลาโหม สังกัดกระทรวงมหาดไทย โรงพยาบาลเอกชน คลินิกและร้านยา กรณีดังกล่าวก่อให้เกิดปัญหาการดำเนินงานการแพทย์ปฐมภูมิ การรักษาพยาบาลของประชาชนขาดความต่อเนื่อง ความเป็นปัจเจกบุคคลของประชาชนที่เลือกเข้ารับบริการทางการแพทย์ที่โรงพยาบาล คลินิกเอกชน ขาดระบบข้อมูลการบริการรักษาพยาบาลในระดับปฐมภูมิที่เชื่อมโยงกับภาครัฐและเอกชน ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพการรักษาพยาบาลและความเชื่อมั่นในการเข้ารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ

บุคลากรที่ทำงานด้านการให้การดูแลรักษาสุขภาพระดับปฐมภูมิในปัจจุบันมีหลากหลายวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ทันตแพทย์ นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด บุคลากรในสาขาเหล่านี้มีลักษณะงานที่แตกต่างกัน การทำงานร่วมกันของแต่ละวิชาชีพหรือเรียกว่าการทำงานแบบสหวิชาชีพ เป็นลักษณะงานที่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจะได้พบจริงเมื่อออกไปทำงาน การทำงานแบบสหวิชาชีพจะทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น ครอบคลุมการดูแลในหลาย ๆ ด้าน ต่างจากในอดีตที่การรักษาส่วนใหญ่จะขึ้นอยู่กับการรักษาของแพทย์เพียงอย่างเดียวเป็นหลัก

แพทย์จัดเป็นต้นทุนประเภทพนักงานประเภทหนึ่งขององค์กรโรงพยาบาลที่ต้องให้ความสำคัญ เพราะถือเป็นฟันเฟืองสำคัญในการดำเนินการขององค์กรเพื่อให้ประสบ

ความสำเร็จตามเป้าหมายที่องค์กรตั้งไว้ แต่ปัญหาในเวชปฏิบัติที่พบบ่อยคือ แพทย์ลาออกจากองค์กร ก่อให้เกิดความไม่มั่นคงขององค์กร การหมุนเวียนของบุคลากรในระบบบริการโดยเน้นในส่วนของภาครัฐ รวมทั้งประเด็นการลาออกจากราชการของแพทย์ ทั้งนี้ จากฐานข้อมูลของแพทยสภา จำนวนแพทย์ในประเทศไทย ข้อมูลแพทย์ในระบบราชการไทย ระหว่างปี พ.ศ. 2552-2556 มีจำนวน 3,367 คน จากการบรรจุเข้ารับราชการในช่วงเวลาเดียวกันรวม 6,968 คน โดยคิดเป็นร้อยละ 48.32 ปัญหาการลาออกของพนักงานทำให้เกิดปัญหาต่อองค์กรทั้งทางตรงและทางอ้อม เมื่อเกิดการลาออก องค์กรจะต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการสรรหาพนักงานใหม่ ตลอดจนฝึกอบรมพนักงานใหม่ซึ่งเป็นผลกระทบต่อองค์กรทางตรง รวมทั้งบริการต่าง ๆ ที่เป็นผลผลิตขององค์กรก็จะลดต่ำลงในระหว่างที่กำลังคัดเลือกหรือฝึกอบรมพนักงานใหม่ จากข้อมูลแบบรายงานการบริหารทรัพยากรบุคคลประจำปีของส่วนสำนักงานระดับกรม พ.ศ. 2561 ของสำนักงาน ก.พ. มีต้นทุนกิจกรรมของหน่วยการเจ้าหน้าที่ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2559-2561 มีต้นทุนต่อหน่วยบุคคลเท่ากับ 550.82 บาท และ 482.96 บาท ตามลำดับ บ่งบอกถึงเงินที่ใช้จ่ายต่อทรัพยากรบุคคลทั้งหมดมากกว่าปีละ 20,000,000 บาท ซึ่งเป็นผลกระทบทางอ้อมที่องค์กรจะต้องประสบพบเจอ¹ การลาออกของพนักงานเป็นปัญหาที่องค์กรให้ความสำคัญ จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการลาออก พบว่า สาเหตุที่เป็นตัวผลักดันให้พนักงานตัดสินใจลาออกหรือเกิดความรู้สึกตั้งใจที่จะลาออกจากงาน ได้แก่ ความไม่รู้สึกผูกพันในงานหรือองค์กร² เกิดความเบื่อหน่ายในงาน³ เกิดความเครียดในการทำงานซึ่งเป็นเหตุให้ความพึงพอใจในงานและความผูกพันในงานลดลง⁴ ขาดความสมดุลของเวลาที่ใช้ทำงานกับเวลาที่เป็นส่วนตัว⁵ ไม่มีความก้าวหน้าในงาน⁶ ความไม่ชัดเจนของบทบาทหน้าที่ในการทำงาน⁷ การได้รับผลตอบแทนจากการทำงานไม่เป็นที่น่าพอใจ⁵⁻⁶ หรือแม้แต่การรับรู้ทางจิตวิทยาด้านบวกในตัวพนักงาน⁸ จากการศึกษาเพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีในประเทศไทย จะพบงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยคุณภาพชีวิตเชิงลึกคือในพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย⁹ พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตมี 13 ปัจจัย ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา แผนก/ฝ่าย ตำแหน่ง ระยะเวลาร่วมงานกับโรงพยาบาล จำนวนเวรเฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ โอกาสเรียนต่อ

จำนวนชั่วโมงการนอนหลับ ความเพียงพอในการนอนหลับ สัดส่วนสมดุลของชีวิตกับงานในความเป็นจริง ความคิดโหน้ย้าย และความคิดล้าออก ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสมดุลการทำงาน 6 อย่าง คือ ระยะเวลาการเดินทางมาทำงาน ความคิดโหน้ย้าย และความคิดล้าออก การใช้สิทธิ์หยุดประจำปี ความเพียงพอในการนอนหลับ และความเพียงพอของรายได้จากการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทย ยังมีปริมาณการศึกษาเกี่ยวกับการศึกษาเจาะลึกเรื่องของสมดุลชีวิตและคุณภาพชีวิตไม่มากนัก สวนทางกับปริมาณของงานและจำนวนของคนไข้ต่อแพทย์หนึ่งคน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาคูณภาพชีวิตในหลาย ๆ ด้านของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทย เพื่อนำไปสู่การดูแลคุณภาพชีวิตที่มีคุณค่าในความรู้ความสามารถ และมีดุลยภาพในคุณภาพชีวิต ให้สามารถคงอยู่ในวิชาชีพ เพื่อให้มีประสิทธิภาพในการทำงานที่เต็มความสามารถ คำนึงถึงประโยชน์ของประชาชนที่มาเข้ารับบริการทางด้านสุขภาพในระดับปฐมภูมิในประเทศไทยต่อไป

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตและความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานของแพทย์ที่จบเฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทย

วัตถุประสงค์รอง

เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการลาออกจากการทำงานของแพทย์ที่จบการศึกษาเฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทย

รูปแบบของการวิจัย

เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study)

ประชากรศึกษา

แพทย์ที่ผ่านการอบรมวุฒิบัตรแพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวทั่วประเทศระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2558 ถึง วันที่ 1 สิงหาคม 2562 จำนวนทั้งสิ้น 95 คน

การรวบรวมข้อมูล

งานวิจัยนี้ทำการรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามซึ่งแบ่งเป็น 4 ตอน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของแพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 19 ข้อ 2) แบบสอบถามประเมินคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF-THAI, QHOQOL-26) ของสุวัฒน์ มหัตถ์นิรันดร์กุล¹⁰ จำนวน 26 ข้อ แบ่งเป็นคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม โดยเครื่องมือนี้มีการให้คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 5 คะแนน ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 26-130 คะแนน แบ่งเป็นช่วงคะแนน 26-60 คะแนน หมายถึงมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ช่วงคะแนน 61-95 คะแนน หมายถึงมีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ และคะแนน 96-130 คะแนน หมายถึงมีคุณภาพชีวิตที่ดี 3) แบบสอบถามความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน ความพึงพอใจในงานในบุคลากรสุขภาพของ อุไรพร จันทะอุ่มเฒ่า¹¹ จำนวน 29 ข้อ โดยเครื่องมือนี้มีการให้คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 5 คะแนน ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 87-145 คะแนน แบ่งเป็นช่วงคะแนน 87-101 คะแนน หมายถึงอยู่ในระดับต้องปรับปรุง ช่วงคะแนน 102-115 คะแนน หมายถึงอยู่ในระดับพอใช้ ช่วงคะแนน 116-130 คะแนน หมายถึงอยู่ในระดับดี และช่วงคะแนน 131-145 คะแนน หมายถึงอยู่ในระดับดีมาก และ 4) แบบสอบถามความคิดล้าออกและโหน้ย้ายจากงาน จำนวน 2 ข้อ คำตอบแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยมีความคิดนี้เลย คิดอยู่บ้างเป็นบางเวลา และคิดถึงเรื่องนี้อยู่ตลอดเวลา โดยผู้วิจัยจัดทำแบบสอบถามในรูปแบบออนไลน์จัดส่งให้กับกลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ จากนั้นนำข้อมูลที่รวบรวมมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามแล้วบันทึกลงในระบบคอมพิวเตอร์

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยครั้งนี้ ใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป SPSS (statistical package for social sciences) version 23.0 เพื่อคำนวณและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติสำหรับข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง คุณภาพชีวิตและความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน ความคิดล้าออกและโหน้ย้ายจากงาน โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด การวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลและการทำงาน ปัจจัยด้านคุณภาพชีวิตและความสมดุลในชีวิตของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับความคิดล้าออกและโหน้ย้าย

จากงาน ด้วยสถิติ Chi-square test หรือ Fisher's exact test กรณีตัวแปรต้นเป็นข้อมูลเชิงกลุ่ม และ Independent t-test กรณีตัวแปรต้นเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($\alpha = 0.05$)

ผลการศึกษา

ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.9 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 32.96 ± 4.93 ปี ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 64.2 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 94.7 ระดับของโรงพยาบาลที่สังกัดเป็นโรงพยาบาลทุติยภูมิ ร้อยละ 47.4 ประเภทของโรงพยาบาลเป็นรัฐบาล ร้อยละ 94.7 ระยะเวลาหลังจบวุฒิปริญญาตรีน้อยกว่า 3 ปี ร้อยละ 51.6 ระยะเวลาทำงานร่วมกับโรงพยาบาลมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 4 ปี เวลาทำงานเฉลี่ยต่อวันมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 8 ชั่วโมง ทำงานพาร์ทไทม์ ร้อยละ 52.6 รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่ รายรับมากพอมีเงินเก็บ ร้อยละ 52.6 เวลาที่ใช้ในการเดินทางมาทำงานมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 15 นาที สถานภาพเป็นโสด ร้อยละ 58.9 ไม่มีบุตรหรือบุคคลในอุปการะ ร้อยละ 76.8 ไม่มีโอกาสสนับสนุนเรียนต่อปริญญาโท/เฉพาะทางอื่น ๆ ร้อยละ 67.4 การนอนมีความเพียงพอร้อยละ 72.6 จำนวนชั่วโมงการนอนเฉลี่ยเท่ากับ 6.58 ± 1.11 ชั่วโมง มีการใช้สิทธิวันหยุดพักผ่อนประจำปีบ้าง ร้อยละ 76.8 และวันลาภักหรือลาป่วยบ้าง ร้อยละ 67.4 สัดส่วนระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัวที่ท่านต้องการอยู่ที่ 50:50 ร้อยละ 44.2 และสัดส่วนระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัวของท่านในความเป็นจริงอยู่ที่ 70:30 ร้อยละ 25.3 (ตารางที่ 1)

สาเหตุที่คาดว่าจะอาจเป็นเหตุผลทำให้ต้องลาออกจากองค์กรส่วนใหญ่เป็นหน้าที่รับผิดชอบที่หนักเกินไป ร้อยละ 48.4 รองลงมาคือค่าตอบแทนที่ไม่เหมาะสม ร้อยละ 42.1 นโยบายและมาตรการของหน่วยงาน ร้อยละ 41.1 ผู้บริหารหน่วยงานหรือผู้บังคับบัญชา ร้อยละ 29.5 ความก้าวหน้าในด้านหน้าที่การงาน ร้อยละ 28.4 และดูแลบุตร/ธิดา/บุพการี ร้อยละ 21.1 ตามลำดับ (แผนภาพที่ 1) ส่วนใหญ่มีความคิดที่จะย้ายจากงานปัจจุบันที่ปฏิบัติงานอยู่บ้างเป็นบางเวลา ร้อยละ 48.4 และไม่เคยคิดที่จะลาออกจากอาชีพปัจจุบันที่ปฏิบัติงาน ร้อยละ 65.3 (ตารางที่ 1)

ระดับคุณภาพชีวิตของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมระดับที่ดี มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 95.55 ± 11.81 คะแนน คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย ระดับที่ดี มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 27.17 ± 3.14 คะแนน คุณภาพชีวิตด้านจิตใจระดับที่ดี มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 22.66 ± 3.32 คะแนน คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10.98 ± 1.78 คะแนน และคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 27.97 ± 4.57 คะแนน ความพึงพอใจในงาน ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานส่วนใหญ่อยู่ในระดับต้องปรับปรุง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 94.69 ± 20.99 คะแนน (ตารางที่ 2)

ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยสาเหตุที่คาดว่าอาจเป็นเหตุผลทำให้ต้องลาออกจากองค์กร ปัจจัยคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจในงาน ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน ที่ส่งผลต่อความคิดโอนย้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ผู้บริหารหน่วยงานหรือผู้บังคับบัญชาเป็นสาเหตุที่คาดว่าทำให้ต้องลาออก คุณภาพชีวิตโดยรวม คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย จิตใจและสัมพันธภาพทางสังคมและความพึงพอใจในงาน ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน (ตารางที่ 3)

ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยสาเหตุที่คาดว่าอาจเป็นเหตุผลทำให้ต้องลาออกจากองค์กร ปัจจัยคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจในงาน ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน ที่ส่งผลต่อความคิดลาออกจากอาชีพปัจจุบันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ โอกาสเรียนต่อปริญญาโทหรือเฉพาะทางอื่น ๆ หน้าที่รับผิดชอบที่หนักเกินไป คุณภาพชีวิตโดยรวม คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อม (ตารางที่ 4)

วิจารณ์

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นแพทย์เฉพาะทางสาขาที่มีความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยในระดับปฐมภูมิที่ให้การดูแลได้อย่างครอบคลุมทุกมิติ คำนึงถึงปัจจัยอื่น ๆ ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย โดยให้การดูแลสุขภาพบนพื้นฐานของครอบครัว ชุมชน สังคมและวัฒนธรรม อีกทั้งมีการประสานงานกับสหวิชาชีพอื่น ๆ ร่วมด้วย¹² จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 95 คน มีอายุเฉลี่ย 32.96 ± 4.93 ปี ส่วนใหญ่ระดับการศึกษาปริญญาตรี และไม่มีโอกาสเรียนต่อปริญญาโท/เฉพาะทางอื่น ๆ ระยะเวลาหลังจบวุฒิปริญญาตรีน้อยกว่า 3 ปี ปฏิบัติงาน

สังกัดโรงพยาบาลรัฐบาลระดับทุติยภูมิ ไม่มีบุตร/บุคคลในอุปการะและได้รับการนอนหลับที่เพียงพอ ผลการวิเคราะห์ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อความคิดโอนย้ายและลาออกจากการทำงานของแพทย์ที่จบการศึกษาเฉพาะทางเวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทยมีดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล

ผลการศึกษาพบว่าโอกาสเรียนต่อปริญญาโท/เฉพาะทางอื่น ๆ ส่งผลต่อความคิดลาออกจากอาชีพปัจจุบันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยแพทย์ที่มีความคิดลาออกจากอาชีพปัจจุบัน ไม่มีโอกาสเรียนต่อปริญญาโท/เฉพาะทางอื่น ๆ ร้อยละ 84.8 เนื่องจากการศึกษาต่อหรือเฉพาะทางอื่น ๆ นั้น สามารถช่วยเพิ่มความก้าวหน้าในวิชาชีพแพทย์ได้ ต้องการพัฒนาตนเองให้มีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ให้มากขึ้น เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและทันต่อการเปลี่ยนแปลงของสังคม ความก้าวหน้าทางวิชาการ ตลอดจนความเจริญทางวิทยาศาสตร์ สุขภาพและเทคโนโลยีที่เปลี่ยนไปอย่างรวดเร็ว จึงต้องพัฒนาตนเองเพื่อให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลง แต่ในเมื่อไม่ได้รับโอกาสในการศึกษาต่อ จึงเกิดความรู้สึกจำเจในหน้าที่การงาน เบื่อหน่าย ไม่ได้รับโอกาสจากองค์กรหรือไม่มีการพัฒนาทางด้านทักษะวิชาชีพ ทำให้เกิดความรู้สึกอยากลาออกจากอาชีพปัจจุบัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Flinkman และคณะ¹³ ในกลุ่มพยาบาลประเทศฟินแลนด์ 147 คน ที่ทำงานประจำในโรงพยาบาล ที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี พบว่าร้อยละ 26 มีความคิดล้มเลิกการเป็นพยาบาลวิชาชีพ โดยเกี่ยวเนื่องกับการขาดโอกาสในการพัฒนาตนเอง และในการศึกษาของพรรณชนก เดชสิงห์⁹ ที่ทำการศึกษากลุ่มพยาบาลวิชาชีพพบว่า โอกาสเรียนต่อปริญญาโท/เฉพาะทางอื่น ๆ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของพยาบาล โดยกลุ่มที่ไม่มีโอกาสสนับสนุนเรียนต่อมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมต่ำกว่ากลุ่มที่มีโอกาสเรียนต่อ แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของกำธร พุกขานานนท์ และคณะ¹⁴ ที่โอกาสในการลาศึกษาต่อไม่ส่งผลต่อการลาออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สาเหตุที่คาดว่าอาจเป็นเหตุผลทำให้ต้องลาออกจากองค์กร

ผลการศึกษาพบว่าแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวส่วนใหญ่เห็นว่า สาเหตุที่คาดว่าอาจเป็นเหตุผลทำให้ต้องลาออก

จากองค์กร คือ หน้าที่รับผิดชอบที่หนักเกินไป (ร้อยละ 48.4) ซึ่งเกิดจากจำนวนชั่วโมงการทำงานที่มากเกินไป โดยจำนวนชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ขึ้นอยู่กับจำนวนแพทย์ที่มีในแผนกเป็นสำคัญ หากโรงพยาบาลที่มีแพทย์น้อย จำนวนชั่วโมงการทำงานก็จะสูงขึ้น โดยเฉพาะแพทย์ที่รับราชการไม่มีการระบุไว้ในระเบียบทางราชการว่าแพทย์จะต้องอยู่เวรไม่เกินกี่ชั่วโมงต่อสัปดาห์ หรืออายุเท่าใดจึงจะไม่ต้องอยู่เวร นอกจากนี้ เกิดผลกระทบแบบโดมิโน (Domino effect) ซึ่งในการทำงานของแพทย์จะเน้นการทำงานเป็นทีม มีการปรึกษากับผู้ป่วย มีการช่วยกันทำงานและอยู่เวรในแผนก หากมีแพทย์ในทีมลาออกไป จะทำให้แพทย์ที่เหลือมีความรับผิดชอบเพิ่มมากขึ้นทั้งในและนอกเวลาราชการ ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบไปเรื่อย ๆ จนแพทย์หมดแผนกหรือจนกว่าจะรับแพทย์เข้ามาใหม่¹⁵ สอดคล้องกับงานวิจัยของอิงครัต แพททริคส์ สีเขียวสุขวงกุ¹⁶ พบว่าสาเหตุสำคัญที่ทำให้แพทย์ลาออกจากระบบราชการไทย กระทรวงสาธารณสุขมากที่สุด คือ หน้าที่ความรับผิดชอบที่หนักเกินไปร้อยละ 79.43 และสอดคล้องกับงานวิจัยของกำธร พุกขานานนท์ และคณะ¹⁴ ที่สาเหตุของการลาออกที่เลือกเป็นอันดับแรกเนื่องจากภาระงาน ในการศึกษาครั้งนี้แพทย์ที่ให้เหตุผลว่าหน้าที่รับผิดชอบที่หนักเกินไปทำให้ต้องลาออกจากองค์กรนั้น มีความสัมพันธ์กับความคิดลาออกจากอาชีพปัจจุบันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบในแพทย์ที่คิดลาออกอยู่บ้างหรือคิดตลอดเวลา ร้อยละ 63.6 อีกทั้งสาเหตุจากผู้บริหารหน่วยงานหรือผู้บังคับบัญชาที่มีความสัมพันธ์กับความคิดอยากโอนย้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากรความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชาเป็นไปในทิศทางที่ไม่ดี ไม่เชื่อถือและศรัทธาในตัวผู้บังคับบัญชา การไม่ได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา หรือมีทัศนคติด้านลบต่อผู้บังคับบัญชา ส่งผลให้แพทย์เกิดความคิดอยากโอนย้ายได้ นอกจากนี้การคงอยู่ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในชนบทนั้นพบว่า การเพิ่มค่าตอบแทนนั้นไม่ส่งผลต่อการคงอยู่ของแพทย์ในชนบท¹⁷ ในการศึกษาของ Verma P. และคณะ⁽¹⁸⁾ พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการคงอยู่ในชนบทของบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ ภูมิหลังของแพทย์ การได้สัมผัสบรรยากาศชนบทตั้งแต่สมัยเรียน หลักสูตรการเรียนการสอนแพทย์ ค่าตอบแทนที่เหมาะสม สิ่งแวดล้อมการทำงานและการใช้ชีวิตที่ดี เป็นต้น

คุณภาพชีวิตของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

ผลการศึกษาพบว่าระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ในระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมที่ดี (ร้อยละ 55.8) เนื่องจากแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมีลักษณะงานที่ให้การดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่ชนบท ทั้งมิติร่างกาย จิตใจและสังคม โดยผสมผสานทั้งหลักวิทยาศาสตร์ การแพทย์และสังคมศาสตร์เข้าด้วยกัน มีทิศทางดูแลโดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคควบคู่ไปกับการรักษาโรค ให้การดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ซึ่งเป็นงานที่ทำให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวรู้สึกมีคุณค่า สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุคนธ์ทิพย์ บุญยัง และคณะ¹⁹ ที่พบว่าแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมระดับสูง ขณะที่ในงานวิจัยของ วศิน คัมภีระ²⁰ พบว่าคุณภาพชีวิตของแพทย์โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสงขลาอยู่ในระดับกลาง งานวิจัยในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนของ กัลยา กังสนันท์²¹ ระดับคุณภาพชีวิต อยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเรียงจากมากไปน้อย คือ ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านกาย และด้านสิ่งแวดล้อม ในการศึกษาคุณภาพชีวิตโดยรวมทั้งด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม ส่งผลต่อความคิดโอนย้ายและความคิดลาออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยแพทย์ที่มีความคิดอยากโอนย้ายหรือลาออกมีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตโดยรวมต่ำกว่าแพทย์ที่ไม่เคยมีความคิดอยากโอนย้ายหรือลาออกเลย สอดคล้องกับงานวิจัยของ พรรณชนก เดชสิงห์⁹ ที่ทำการศึกษากลุ่มพยาบาลวิชาชีพ โดยพบว่าความคิดโอนย้าย และความคิดลาออก มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในภาพรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งในการศึกษาของ สุคนธ์ทิพย์ บุญยัง และคณะ¹⁹ พบว่า ค่าตอบแทนและปัจจัยคุณลักษณะงานของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตการทำงาน ส่วนภาระงานด้านเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นข้อโม่งต่อสัปดาห์ มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งทั้งสามปัจจัยนี้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แล้วมีผลต่อความคิดอยากโอนย้ายและความคิดลาออกสืบต่อมา

ความพึงพอใจในงาน ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน

ผลการศึกษาพบว่าความพึงพอใจในงาน ความสมดุล

ระหว่างชีวิตและการทำงานของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวอยู่ในระดับต้องปรับปรุง (ร้อยละ 58.9) เนื่องจากแพทย์ส่วนใหญ่มีความต้องการสัดส่วนระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัวที่เท่ากัน แต่ในความเป็นจริงแล้วสัดส่วนของงานสูงกว่าชีวิตส่วนตัว สอดคล้องกับงานวิจัยของ พรรณชนก เดชสิงห์⁹ ความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานอยู่ในระดับต้องปรับปรุงเช่นกัน ไม่สอดคล้องกับการศึกษาความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลวิภาวดีที่มีระดับปานกลาง จุฬารัตน์ หนูบุตร²² โดยปัจจัยความพึงพอใจในงาน ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานนั้นส่งผลต่อความคิดโอนย้ายและความคิดลาออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยแพทย์ที่มีความคิดอยากโอนย้ายหรือลาออกมีคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจในงาน ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานต่ำกว่าแพทย์ที่ไม่เคยมีความคิดอยากโอนย้ายหรือลาออกเลย เนื่องจากความเกิดความไม่พึงพอใจในงานปัจจุบัน ความไม่สมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน การขาดการดูแลจากองค์กร ขาดการสนับสนุนโอกาสและความสำเร็จส่วนบุคคลและความสำเร็จในงาน ภาระงาน สิ่งสนับสนุนในองค์กรหรือหน่วยงาน สวัสดิการต่าง ๆ รวมไปถึงค่าตอบแทนเมื่อเทียบกับงาน ทำให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมีแนวโน้มจะโอนย้ายงานหรือลาออก เนื่องจากขาดการสนับสนุนสิ่งที่ต้องการตอบสนองทั้งทางชีวิตส่วนตัวและในการปฏิบัติงาน โดยในการศึกษานี้แพทย์ที่มีความคิดอยากโอนย้ายหรือลาออกนั้น มีความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวอยู่ในระดับต้องปรับปรุง สอดคล้องกับงานวิจัยของอิงคริต แพททริคส์ สีเขียวสุขวงกุ¹⁶ ที่พบว่า ความพึงพอใจในการทำงานในองค์กรทางการแพทย์มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลเชิงโครงสร้างกับการลาออกของแพทย์ในระบบราชการไทย พรรณชนก เดชสิงห์⁹ ที่ทำการศึกษากลุ่มพยาบาลวิชาชีพ โดยพบว่าความคิดโอนย้าย และความคิดลาออกมีความสัมพันธ์กับสมดุลการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Dilek Yildirim & Zeynep Ayca²³ ในกลุ่มตัวอย่าง 243 คน พบว่าการทำงานอย่างไม่สมดุลของพยาบาลวิชาชีพนั้นทำให้อัตราการลาออกสูงขึ้นและต่อเนื่องมากขึ้นทุกปี เนื่องจากภาระงานที่หนักเกินไป ความเหนื่อยหน่ายท้อแท้ใจ อัตราค่าตอบแทนต่ำ ขาดการดูแลเกื้อกูลจากองค์กรที่เกี่ยวข้องกับพยาบาล

ข้อจำกัดในการศึกษานี้ คือ เครื่องมือในการวิจัยเป็นลักษณะแบบสอบถามออนไลน์ที่ถูกจัดส่งให้แพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวทั่วประเทศไทย ซึ่งผู้วิจัยไม่ได้พบปะกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง ส่งผลให้มีอุปสรรคในการติดตามการตอบกลับของแบบสอบถาม ทำให้อัตราการตอบแบบสอบถามกลับไม่ครบตามจำนวนที่จัดส่งออนไลน์ไป สาเหตุอาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างไม่ได้เข้ารับข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตตลอดเวลา หรือกลุ่มตัวอย่างไม่สนใจเข้าร่วมการวิจัย

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการศึกษาพบว่า โอกาสเรียนต่อปริญญาโท/เฉพาะทางอื่น ๆ ส่งผลต่อความคิดลาออกจากอาชีพปัจจุบัน ดังนั้น ผู้บังคับบัญชาหรือผู้บริหารควรเปิดโอกาสสนับสนุนหรือมีนโยบายให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวได้ศึกษาต่อปริญญาโท/เฉพาะทางอื่น ๆ เพื่อเพิ่มความก้าวหน้าในวิชาชีพแพทย์ สามารถนำมาพัฒนาในองค์กรต่อไปได้ อีกทั้งยังช่วยลดอัตราการลาออกของแพทย์ได้

2. จากผลการศึกษาพบว่า สาเหตุที่คาดว่าจะอาจเป็นเหตุผลทำให้ต้องลาออกจากองค์กรอันดับแรกคือ หน้าที่รับผิดชอบที่หนักเกินไป ดังนั้น ควรมีการจัดการด้านทรัพยากรบุคคลขององค์กรโดยการเพิ่มอัตรากำลังของแพทย์เวชศาสตร์

ครอบครัวให้เหมาะสมกับปริมาณงาน เพื่อแบ่งเบาหน้าที่รับผิดชอบในงานให้ลดลง

3. จากผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมทั้งด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม ส่งผลต่อความคิดโอนย้ายและความคิดลาออก ดังนั้น องค์กรควรส่งเสริมและให้ความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตในด้านต่าง ๆ ของแพทย์ อีกทั้งแพทย์เองควรเสริมสร้างคุณภาพชีวิตทั้งด้านสุขภาพกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อม

4. จากผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจในงาน ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานนั้นส่งผลต่อความคิดโอนย้ายและความคิดลาออก ดังนั้น ควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน รวมไปถึงแนวทางการสร้างความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานโดยผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้แพทย์มีความรู้ในการบริหารจัดการชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัวให้มีความเหมาะสม และลดผลกระทบหรือปัญหาที่เกิดจากความไม่สมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน เช่น การลดความเหนื่อยล้าและความเครียดจากการทำงานและชีวิตส่วนตัว การมีเวลาดูแลตัวเองและครอบครัว และการรักษาสัมพันธภาพของตนเองและสังคมรอบข้างได้อย่างสมดุล ❖

ตารางที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

ลักษณะส่วนบุคคล	n=95 (%)
เพศ	
ชาย	39 (41.1)
หญิง	56 (58.9)
อายุ (ปี) mean±SD	32.96±4.93
ระดับการศึกษา	
ปริญญาตรี	61 (64.2)
ปริญญาโท	20 (21.1)
ปริญญาเอก	2 (2.1)
อื่น ๆ	12 (12.6)
โรคประจำตัว	
ไม่มี	90 (94.7)
มี	5 (5.3)

ระดับของโรงพยาบาลที่สังกัด	
โรงพยาบาลปทุมภูมิ	17 (17.9)
โรงพยาบาลห้วยภูมิ	45 (47.4)
โรงพยาบาลตติยภูมิ	31 (32.6)
อื่น ๆ	2 (2.1)
ประเภทของโรงพยาบาล	
รัฐบาล	90 (94.7)
เอกชน	4 (4.2)
คลินิกส่วนตัว	1 (1.1)
ระยะเวลาหลังจบวุฒิปัตรี	
น้อยกว่า 3 ปี	49 (51.6)
3-5 ปี	30 (31.6)
มากกว่า 5 ปี	16 (16.8)
ระยะเวลาร่วมงานกับโรงพยาบาล (ปี) median (IQR)	4 (3, 6)
เวลาทำงานเฉลี่ยต่อวัน (ชั่วโมง) median (IQR)	8 (7.75, 10)
ทำงานพาร์ทไทม์	
ไม่ทำ	45 (47.4)
ทำ	50 (52.6)
รายได้ต่อเดือน	
รายรับน้อยกว่ารายจ่าย	3 (3.2)
รายรับพอ ๆ กับรายจ่าย	42 (44.2)
รายรับมากพอ มีเงินเก็บ	50 (52.6)
เวลาที่ใช้ในการเดินทางมาทำงาน (นาที) median (IQR)	15 (8.5, 30)
สถานภาพสมรส	
สมรส	39 (41.1)
โสด	56 (58.9)
จำนวนบุตร/บุคคลในอุปการะ	
ไม่มี	73 (76.8)
1 คน	13 (13.7)
มากกว่าหรือเท่ากับ 2 คน	9 (9.5)
โอกาสเรียนต่อปริญญาโท/เฉพาะทางอื่น ๆ	
ไม่มีโอกาสสนับสนุน	64 (67.4)
กำลังเรียน	31 (32.6)

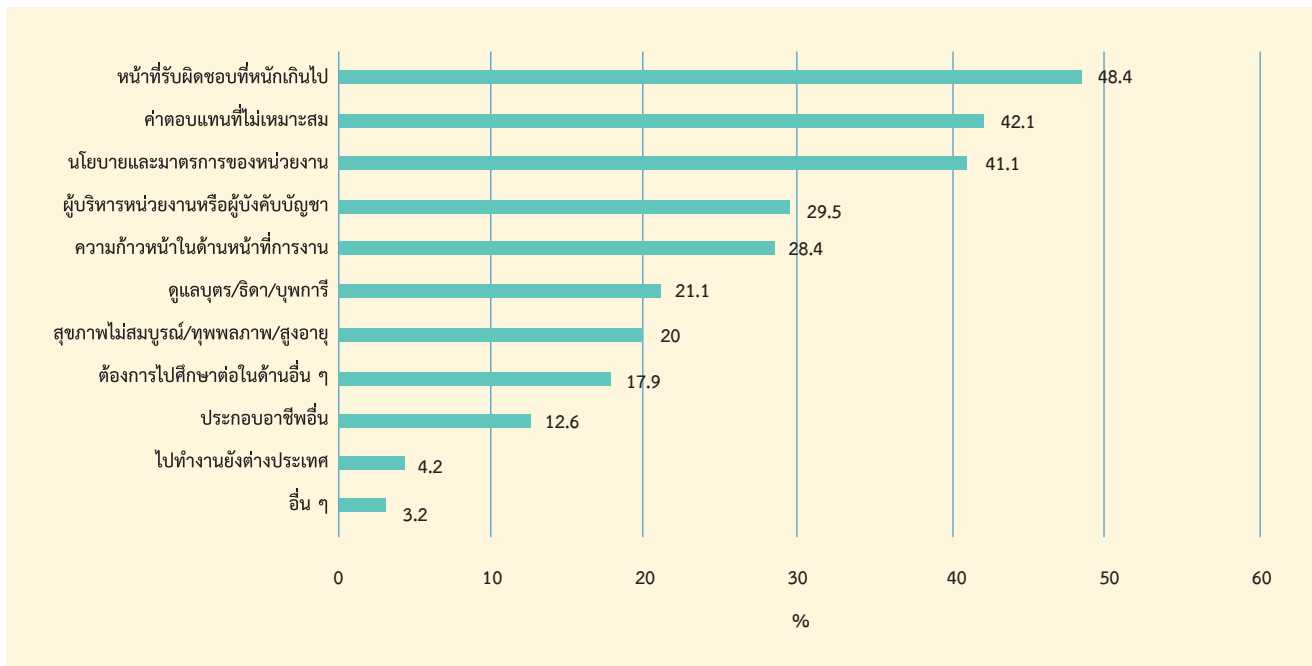
จำนวนชั่วโมงการนอนเฉลี่ยต่อวัน	
ไม่เพียงพอ	26 (27.4)
เพียงพอ	69 (72.6)
mean±SD	6.58±1.11
การใช้สิทธิวันหยุดพักผ่อนประจำปี	
ไม่ได้ใช้	6 (6.3)
ใช้บ้าง	73 (76.8)
ใช้ครบสิทธิ์ตามโอกาส	16 (16.8)
การใช้สิทธิวันลาภัก/ลาป่วย	
ไม่ได้ใช้	30 (31.6)
ใช้บ้าง	64 (67.4)
ใช้ครบสิทธิ์ตามโอกาส	1 (1.1)
สัดส่วนระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัวที่ท่านต้องการ	
20:80	1 (1.1)
25:75	2 (2.1)
30:70	12 (12.6)
40:60	15 (15.8)
50:50	43 (45.2)
60:40	19 (20.0)
70:30	3 (3.2)
สัดส่วนระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัวของท่านในความเป็นจริง	
30:70	7 (7.4)
40:60	11 (11.6)
50:50	21 (22.1)
60:40	17 (17.9)
70:30	24 (25.3)
80:20	14 (14.7)
90:10	1 (1.1)
ความคิดที่จะย้ายจากงานปัจจุบันที่ปฏิบัติงานอยู่	
ไม่เคยมีความคิดนี้เลย	39 (41.1)
คิดอยู่บ้างเป็นบางเวลา	46 (48.4)
คิดถึงเรื่องนี้อยู่ตลอดเวลา	10 (10.5)

ความคิดที่จะลาออกจากอาชีพปัจจุบันที่ปฏิบัติงานอยู่	
ไม่เคยมีความคิดนี้เลย	62 (65.3)
คิดอยู่บ้างเป็นบางเวลา	28 (29.5)
คิดถึงเรื่องนี้อยู่ตลอดเวลา	5 (5.3)

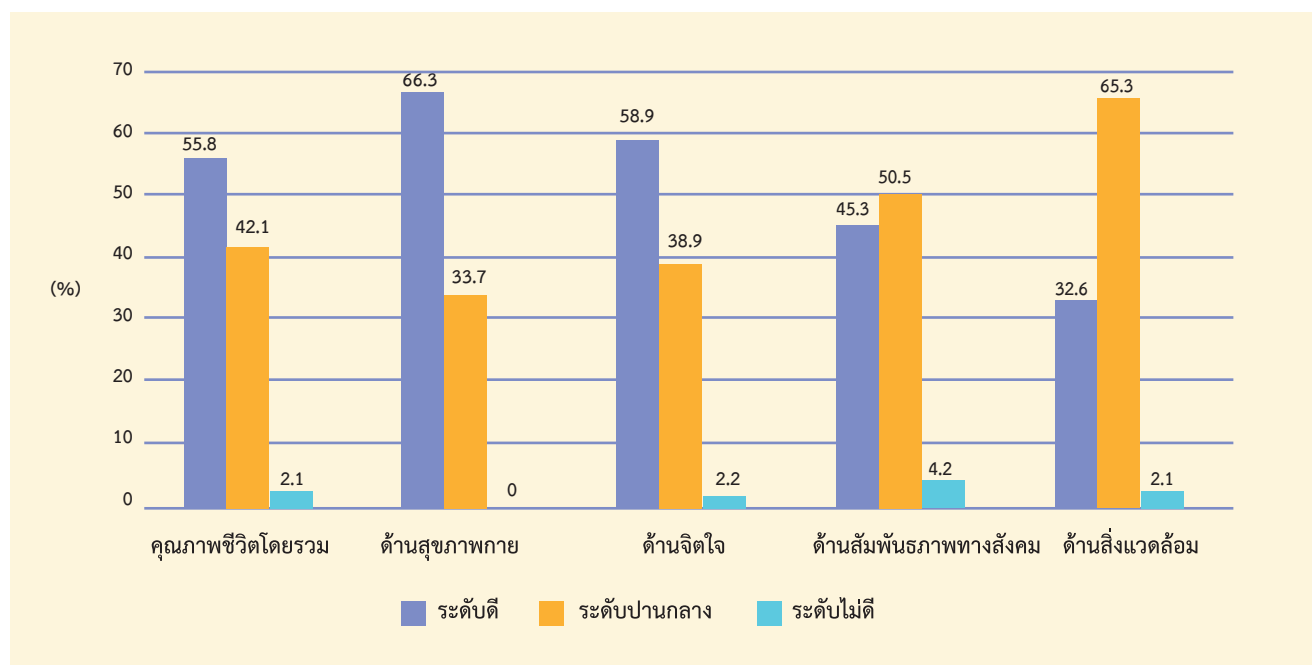
ข้อมูลแสดงจำนวน (ร้อยละ)

ตารางที่ 2 ความพึงพอใจในงาน ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน และความคิดโอนย้าย ลาออกของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

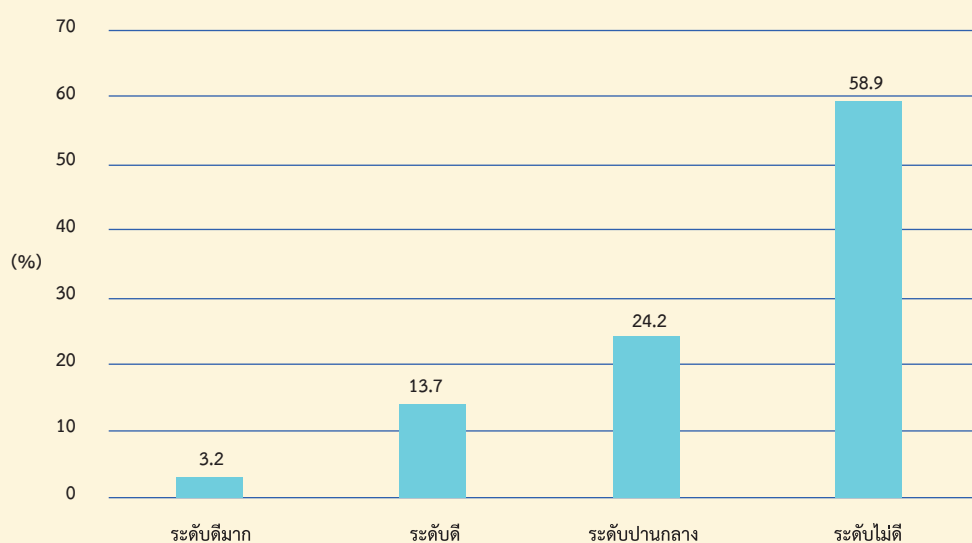
	ช่วงคะแนน	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด
คุณภาพชีวิตโดยรวม	26-130	95.55	11.81	51	124
ด้านสุขภาพกาย	7-35	27.17	3.14	18	33
ด้านจิตใจ	6-30	22.66	3.32	9	29
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3-15	10.98	1.78	4	15
ด้านสิ่งแวดล้อม	8-40	27.97	4.57	13	38
ความพึงพอใจในงาน ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน	87-145	94.69	20.99	29	145



แผนภาพที่ 1 สาเหตุที่คาดว่าจะอาจเป็นเหตุผลให้ต้องลาออกจากองค์กร



แผนภาพที่ 2 ระดับคุณภาพชีวิตของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว



แผนภาพที่ 3 ระดับความพึงพอใจในงาน ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล สาเหตุที่คาดว่าจะอาจเป็นเหตุผลทำให้ต้องลาออกจากองค์กร คุณภาพชีวิตและความพึงพอใจในงาน ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานที่ส่งผลต่อความคิดโอนย้าย

ปัจจัย	ไม่เคยมีความคิดนี้เลย (n = 39)	คิดอยู่บ้าง/คิดตลอดเวลา (n = 56)	p-value
สาเหตุที่คาดว่าจะอาจเป็นเหตุผล ทำให้ต้องลาออกจากองค์กร, n(%)			
ผู้บริหารหน่วยงานหรือผู้บังคับบัญชา	7 (17.9)	21 (37.5)	0.040*
คุณภาพชีวิตโดยรวม, mean±SD	98.48±8.90	93.50±13.17	0.030*
ด้านสุขภาพกาย	28.08±2.78	26.54±3.24	0.018*
ด้านจิตใจ	23.54±2.62	22.05±3.63	0.031*
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	11.49±1.35	10.63±1.96	0.019*
ด้านสิ่งแวดล้อม	28.51±3.45	27.59±5.21	0.335
ความพึงพอใจในงาน ความสมดุลระหว่าง ชีวิตและการทำงาน, mean±SD	105.90±16.68	86.89±20.26	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล สาเหตุที่คาดว่าจะอาจเป็นเหตุผลทำให้ต้องลาออกจากองค์กร คุณภาพชีวิตและความพึงพอใจในงาน ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานที่ส่งผลต่อความคิดลาออก

ปัจจัย	ไม่เคยมีความคิดนี้เลย (n = 62)	คิดอยู่บ้าง/คิดตลอดเวลา (n = 33)	p-value
ลักษณะส่วนบุคคล			
โอกาสเรียนต่อปริญญาโท/เฉพาะทางอื่น ๆ			
ไม่มีโอกาสสนับสนุน	36 (58.1)	28 (84.8)	0.008*
กำลังเรียน	26 (41.9)	5 (15.2)	
สาเหตุที่คาดว่าจะอาจเป็นเหตุผลทำให้ต้องลาออกจากองค์กร, n(%)			
หน้าที่รับผิดชอบที่หนักเกินไป	25 (40.3)	21 (63.6)	0.030*
คุณภาพชีวิตโดยรวม, mean±SD	98.10±9.77	90.76±13.85	0.003*
ด้านสุขภาพกาย	27.66±2.85	26.24±3.48	0.035*
ด้านจิตใจ	23.42±2.63	21.24±4.01	0.002*
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	11.32±1.51	10.33±2.07	0.009*
ด้านสิ่งแวดล้อม	28.82±4.19	26.36±4.87	0.012*
ความพึงพอใจในงาน ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน, mean±SD	99.81±19.66	85.09±20.32	0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เอกสารอ้างอิง

1. Mobley WH. Employee Turnover: Causes, Consequences, and Control. Philippines, Addison: Wesley Publishing Company; 1982.
2. Halawi AH. Stimuli and Effect of the Intention to leave the organization. Eur Sci J 2014;1
3. Moneta GB. Need for achievement, burnout, and intention to leave: Testing an occupational model in educational settings. Pers Individ Diff 2011
4. Elangovan AR. Causal ordering of stress, satisfaction and commitment, and intention to quit: a structural equations analysis. Leadersh Organization Dev J 2001;22(4)
5. ฉัตรชัย ชุมวงศ์. คุณภาพชีวิตในการทำงาน ความผูกพันต่อองค์กรกับความตั้งใจลาออก ของพนักงานระดับปฏิบัติการ กรณีศึกษา บริษัท ฟาร์มเลี้ยงไก่-ยาพันธุ์แห่งหนึ่ง [วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ] ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2554.
6. เบญจพร ธีระรัตน์. ความพึงพอใจในงาน ลักษณะความเป็นผู้นำของหัวหน้างานและความตั้งใจลาออกจากงานของพนักงานในระดับปฏิบัติการในโรงงานอุตสาหกรรมผลิตวงจร [วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ] ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2547.
7. Keller RT. Role conflict and ambiguity correlates with job satisfaction and values. Pers Psychol. 1975; 28:57-64.
8. นารินทร์ เอี่ยมตั้งพาณิชย์. ทูทางจิตวิทยาเชิงบวก ความผูกพันต่อองค์กร และความตั้งใจที่จะลาออกของบุคลากรสำนักงานคณะกรรมการนโยบายรัฐวิสาหกิจกระทรวงการคลัง. [วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ] ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2555.
9. พรหมชนก เดชสิงห์. การศึกษาคุณภาพชีวิตและสมดุลการทำงานในพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย.

- [วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต] กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2560.
10. สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วิระวรรณ ตันติพัฒน์สกุล, วนิตา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ และราณี พรมานะจิริงกุล. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุด 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข 2540.
 11. อุไรพร จันทะอุมเม้า. คุณภาพชีวิตในการทำงานของวิชาชีพพยาบาล. วารสารกองการพยาบาล. 2555;39(1): 92-6.
 12. ภูมิพงศ์ ศรีภา. ทิศทางแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวกับระบบสุขภาพของประเทศไทย วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2561; 176-184.
 13. M. Flinkman, M. Laine, H. Leino-Kilpi, H. M. Hasselhorn, S. Salanterä. Explaining young registered Finnish nurses' intention to leave the profession: A questionnaire survey. 2008;727-39.
 14. กำธร พุกษานานนท์, วิรุฬห์ พรพัฒน์กุล, เกียรติ ชลายนเดชะ, ลักษณะันท์ รัตนคูหา และกมลทิพย์ ดุลยเกษม. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการลาออกของแพทย์ในภาครัฐ. [การจัดการภาครัฐและภาคเอกชนมหาบัณฑิต] กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์; 2546.
 15. สยาม พิษฐ์สินธุ์. สาเหตุที่ทำให้แพทย์ลาออกจากราชการ [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.bloggang.com/viewdiary.php?id=cmu2807&month=02-2010&date=23&group=27&gblog=18>
 16. อิงครัต แพททริค สี่เขียวสุขวงกุ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการลาออกของแพทย์ในระบบราชการของโรงพยาบาลในประเทศไทย. วารสารบัณฑิตศึกษา มนุษยศาสตร์สังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2559;183-209.
 17. Pagaiya N, Sriratana S, Wongwinyou K, Lapkom C, WoraratW. Impacts of financial measures on retention of doctors in rural and public health facilities. J Health Syst Res 2012;228-35.
 18. Verma P, Ford JA, Stuart A, Howe A, Everington S, Steel N. A systematic review of strategies to recruit and retain primary care doctors. BMC Health Serv Res 2016; 16:126.
 19. สุคนธ์ทิพย์ บุญยัง, นิตยาเพ็ญ ศิริณภา และพาณีสต์ สัตกะสิน. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในโรงพยาบาลชุมชนของประเทศไทย. การจัดประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 4.
 20. วศิน คัมภีระ. คุณภาพชีวิตแพทย์โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสงขลา เวชศาสตร์ครอบครัว. กรุงเทพฯ: รายงานการวิจัย; 2561.
 21. กัลยา กังสนันท์ และวิภาวรรณ กลิ่นหอม ได้ศึกษาเรื่อง คุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนเขตพื้นที่ 1 จังหวัดนครราชสีมา. วารสารการจัดการมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ 2560; 6:72-82.
 22. จุฑารัตน์ หนูบุตร. ความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานกรณีศึกษา: โรงพยาบาลวิภาวดี. [บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต การบริหารทรัพยากรมนุษย์และองค์การ] ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2554.
 23. Dilek Yildirim, Zeyneo Aycan. Nurses' work demands and work family conflict: A questionnaire survey. Int J of Nurs 2008.

ความคิดเห็นต่อการใช้สารสกัดกัญชา ทางการแพทย์: การศึกษาเปรียบเทียบระหว่าง กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด และกลุ่มแพทย์

พญ. สุชนาธิป คุณฐาพร*

แพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว

พญ. เจน อารีจันทวัฒน์

ว.เวชศาสตร์ครอบครัว

โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

*อีเมล ผู้เขียนหลัก ysis_jaa@hotmail.com

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความคิดเห็นที่มีต่อการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด และกลุ่มแพทย์

วิธีการศึกษา: งานวิจัยเชิงเปรียบเทียบ การศึกษาแบบภาคตัดขวาง โดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นที่มีต่อการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ความรู้เกี่ยวกับสารสกัดกัญชาทางการแพทย์ และการนำมาใช้ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง และทัศนคติที่มีต่อการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด 207 คน และกลุ่มแพทย์ 106 คน ในโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

ผลการศึกษา: กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดเห็นด้วยกับการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง มากกว่ากลุ่มแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ผู้ป่วย 5.96 (± 1.36) แพทย์ 3.98 (± 1.70) จากคะแนน 1-7 คะแนน; $p < 0.001$)

สรุป: กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดส่วนใหญ่ต้องการให้ใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ซึ่งสวนทางกับความคิดเห็นของกลุ่มแพทย์ โดยมีรากฐานมาจากทัศนคติที่ต่างกัน และระดับความรู้เรื่องสารสกัดกัญชาทางการแพทย์ในผู้ป่วยมะเร็งที่ค่อนข้างน้อย การให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยจึงเป็นเรื่องสำคัญ และแพทย์ควรเข้าใจถึงความต้องการเหล่านี้ว่ามีเหตุปัจจัยจากทัศนคติของผู้ป่วยมากกว่าความรู้

คำสำคัญ สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ โรคมะเร็ง ความคิดเห็น

Opinions on Using Medical Cannabinoids: A Cross-Sectional Comparative Study Between Cancer Patients Who Received Chemotherapy and Physicians

Suchayatip Supanathaporn, MD.*

Family Medicine Resident

Jayne Areejunthawat, M.D., M.Sc.

Diploma Thai Board of Family Medicine

Queen Savang Vadhana Memorial Hospital

*Corresponding author email: ysis_jaa@hotmail.com

Abstract

Objective: To compare the opinions on using medical cannabinoids between cancer patients who received chemotherapy and physicians.

Methods: This study is a cross-sectional study, using a questionnaire to collect data related to opinion, knowledge, and attitude about the use of medical cannabinoids in cancer patients. The study compared the response between 207 cancer patients who received chemotherapy and 106 physicians in Queen Savang Vadhana Memorial Hospital.

Results: Cancer patients who received chemotherapy gave significantly higher score than physicians, when asking if they agree with the use of medical cannabinoid in cancer patients. The mean score for cancer patients and for physicians were 5.96 ($\pm$ 1.36) and 3.98 ($\pm$ 1.70), respectively; $p < 0.001$.

Conclusions: The opinions of cancer patients who received chemotherapy and physicians are different due to their attitudes about medical cannabinoids. Most cancer patients who received chemotherapy expect that medical cannabinoids can be used in cancer patients, but they have little knowledge about medical cannabinoids. So, it is essential to promote knowledge about the use of medical cannabinoid for patients with cancer. Moreover, physicians should be aware that an assessment on patient's knowledge is needed when the patients request to use medical cannabinoid

Keyword: medical cannabinoids, cancer, opinions

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของคนทั่วโลก การสำรวจในปี พ.ศ. 2561 องค์การอนามัยโลกพบว่า มีผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 18.1 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากโรค มะเร็งราว 9.6 ล้านคน โดย 1 ใน 5 ของผู้ชาย และ 1 ใน 6 ของผู้หญิงมีโอกาสเป็นมะเร็งในช่วงชีวิตหนึ่ง รวมถึง 1 ใน 8 ของผู้ชาย และ 1 ใน 11 ของผู้หญิงมีโอกาสเสียชีวิตจากโรค มะเร็ง โรคมะเร็งที่พบ 3 อันดับแรกของโลก ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ นอกจากนี้ ยังพบว่า มะเร็งปอด เป็นมะเร็งที่มีอัตราการเสียชีวิตมากที่สุด คิดเป็น 1.8 ล้านคน หรือร้อยละ 18.4 ของการเสียชีวิตจากมะเร็ง อันดับสองคือ มะเร็งลำไส้ใหญ่ 881,000 คน หรือร้อยละ 9.2 อันดับสาม มะเร็งกระเพาะอาหาร 783,000 คน หรือร้อยละ 8.2 อันดับ สี่ มะเร็งตับ 782,000 คน หรือร้อยละ 8.2 และมะเร็งเต้านม มีอัตราการเสียชีวิตเป็นอันดับที่ห้า 627,000 คน หรือร้อยละ 6.6 และพบว่าอัตราการเสียชีวิตสัมพันธ์กับผู้ป่วยในประเทศ กำลังพัฒนาด้วย⁽¹⁾

ขณะเดียวกัน สถาบันมะเร็งแห่งชาติและหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง ได้มีการคำนวณสถิติโรคมะเร็งของประเทศไทย พบว่า โรคมะเร็งที่พบมาก 5 อันดับแรกในเพศชาย ได้แก่ มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งต่อมลูกหมาก และมะเร็งเม็ดเลือดขาว ส่วนโรคมะเร็งที่พบมาก 5 อันดับแรก ในเพศหญิง ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งตับ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งปอด และมะเร็งลำไส้ใหญ่ รวมถึงข้อมูลของสำนัก นโยบายและยุทธศาสตร์กรมการแพทย์ รายงานว่า ในปี พ.ศ. 2554 ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งประมาณ 61,082 คน เป็นเพศชาย 35,437 คน เป็นเพศหญิง 25,645 คน ซึ่งถือเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เรื่อย ๆ⁽²⁾ การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเป็นหนึ่งในวิธีที่นิยมใช้ ในการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ยาเคมีบำบัด หมายถึงยาที่ใช้รักษาความเจ็บป่วย ต่าง ๆ โดยทั่วไปมักใช้ในความหมายของการรักษาโรคมะเร็ง เป็นหลัก ยาเคมีบำบัดมีผลข้างเคียง เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน การกดไขกระดูก ผอมลง ภาวะไม่อยากอาหาร น้ำหนักลด อาการเจ็บในปากและในคอ ปัจจุบันมีการใช้ยา เคมีบำบัดเพื่อรักษาโรคมะเร็งให้หายขาด เพื่อควบคุมโรค และ เพื่อบรรเทาอาการ โดยในแต่ละโรคมะเร็ง จะเลือกกลุ่มยา ที่แตกต่างกัน โรคมะเร็งที่ใช้ยาเคมีบำบัดในการรักษามี มากมาย เช่น มะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งผิวหนัง มะเร็งปอด

มะเร็งเต้านม มะเร็งของระบบทางเดินอาหาร และมะเร็ง รังไข่⁽³⁾ ดังนั้น ปัญหาหลักของผู้ป่วยโรคมะเร็ง คือการที่รักษา ไม่หายขาด มีอาการจากตัวโรคมะเร็งเอง รวมถึงมีอาการจาก การรักษาโรคมะเร็งด้วย

มีงานวิจัยเกี่ยวกับการรักษาโรคมะเร็ง รวมทั้งการ รักษาตามอาการเพื่อประคับประคองผู้ป่วย ซึ่งการใช้สารสกัด จากกัญชาเป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับการรักษาโรคมะเร็งที่ได้ รับความสนใจในปัจจุบัน ทั้งในด้านยับยั้งการเจริญเติบโต หรือ ทำให้เซลล์มะเร็งตาย⁽⁴⁾ และด้านการลดอาการต่าง ๆ จากโรค มะเร็ง⁽⁵⁾ โดยมีความเชื่อว่า หากนำกัญชามาใช้ในทางการ แพทย์ จะลดค่าใช้จ่ายในการรักษา และสามารถส่งเสริมให้ ปลุกเป็นพืชเศรษฐกิจได้⁽⁶⁾

กัญชาเป็นพืชในตระกูล Cannabaceae ต้นกำเนิดอยู่ใน เอเชียกลาง และปลูกกระจายไปทั่วโลก กัญชาสามารถเรียก ได้หลายชื่อ ที่รู้จักทั่วไป ได้แก่ cannabis, marijuana, ganja, Indian hemp ในกัญชาพบว่ามีสารสกัดทาง เคมีมากกว่า 750 ชนิด โดยสารสกัดที่สำคัญ คือ สารแคนนา บินอยด์ (cannabinoids) ซึ่งพบมากที่สุดคือดอก และใบกัญชา สารแคนนาบินอยด์หลักที่นำมาใช้ทางการแพทย์มี 2 ชนิด ได้แก่ delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) และ cannabidiol (CBD)^(6,7)

ในปี พ.ศ. 2558 องค์การอนามัยโลกได้สำรวจพบว่า กัญชาเป็นยาผิดกฎหมายที่ใช้กันมากที่สุดในโลก ซึ่งมีอัตรา ความชุกของการใช้กัญชาในปี พ.ศ. 2557 ประมาณ 147 ล้าน คนต่อปี หรือเกือบร้อยละ 2.5 ของประชากรโลก⁽⁸⁾ และใน หลาย ๆ ประเทศ เช่น ประเทศแคนาดา ประเทศเนเธอร์แลนด์ ประเทศเยอรมนี ได้อนุญาตใช้กัญชาได้ภายใต้กฎหมายข้อ กำหนด⁽⁹⁾ รวมถึงประเทศสหรัฐอเมริกาอนุญาตให้กัญชาเป็น ยาสิทธิบัตรที่ใช้ได้อย่างกว้างขวางด้วย⁽⁸⁾

สำหรับประเทศไทยที่ผ่านมา กัญชาถือเป็นยาเสพติด ประเภทที่ 5 ซึ่งยังไม่สามารถนำมาใช้ทั่วไปได้ และมุมมอง เกี่ยวกับกัญชาในสังคมไทยที่ผ่านมา มักเป็นในแง่ยาเสพติด ให้โทษ และมีผลเสียต่อสุขภาพ ต่อมามีการอนุญาตให้ใช้ใน หลายประเทศมากขึ้น^(9,10) ทำให้ประชาชนไทยเริ่มให้ความสนใจเกี่ยวกับกัญชามากขึ้นเรื่อย ๆ ทั้งประโยชน์ในด้านการ รักษาของแพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์แผนไทย และการใช้ทั่วไป ⁽¹¹⁾ จนกระทั่งได้มีการแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด ให้โทษ โดยตราพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 และประกาศในราชกิจจานุเบกษา ฉบับกฤษฎีกา

เล่ม 136 ตอนที่ 19 ก เมื่อวันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2562 พระราชบัญญัติดังกล่าวมีผลบังคับใช้ โดยอนุญาตให้สามารถนำบัญชามาใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์ และการศึกษาวิจัยได้ แต่ไม่รวมถึงการเสพเพื่อความบันเทิง หรือสันทนาการ⁽¹⁰⁾ นับว่าเป็นเรื่องใหม่ที่น่าสนใจที่กฎหมายประเทศไทยได้เปิดโอกาสให้นำบัญชามาใช้ได้อย่างถูกต้อง แต่มีการควบคุม หรือใช้ได้เฉพาะในวงจำกัด และการนำบัญชามาใช้จะเกี่ยวข้องกับบุคลากรผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม เภสัชกรรม ทันตกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย การแพทย์แผนไทยประยุกต์ โดยใช้ในผู้ป่วยที่มีโรค และภาวะที่การใช้สารสกัดจากัญชาแล้วได้ประโยชน์ ได้แก่ ภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากเคมีบำบัด (chemotherapy induced nausea and vomiting) โรคลมชักที่รักษายาก และโรคลมชักที่ต่อต้านยา รักษา (intractable epilepsy) ภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็ง (spasticity) ในผู้ป่วยโรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง (multiple sclerosis) ภาวะปวดประสาท (neuropathic pain) ภาวะเบื่ออาหารในผู้ป่วยเอดส์ที่มีน้ำหนักตัวน้อย และการเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง⁽¹²⁾

ในงานวิจัยนี้ ตระหนักถึงความสำคัญของการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ในผู้ป่วยมะเร็ง จึงได้เลือกกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดเข้าร่วมในงานวิจัย เนื่องจากมีโอกาสจะได้รับการรักษาโดยใช้สารสกัดจากกัญชามากกว่ากลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาแบบอื่น เพราะอยู่ในกลุ่มที่อาจมีภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากเคมีบำบัดได้

เพื่อให้เข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติ ความรู้ ความเข้าใจ และปัจจัยอื่น ๆ เกี่ยวกับการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วย และแพทย์ ซึ่งจะทำให้ทราบอุปสรรค โอกาส และระดับความรู้ มีงานวิจัยเพื่อสำรวจความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์ในระดับปฐมภูมิ (primary care providers) ใน Midwestern United States จากงานวิจัยนี้ พบว่า ผู้ที่ทำแบบสำรวจเสร็จสมบูรณ์มี 62 จาก 199 คน คิดเป็นร้อยละ 32 ร้อยละ 27.4 ได้รับการลงทะเบียนรับรองให้ใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ได้ ครึ่งหนึ่งของผู้ที่ตอบแบบสอบถาม มีคนไข้ที่กำลังใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ในการรักษาอยู่ในความดูแล และครึ่งหนึ่งของบุคลากรมีความเห็นว่า ไม่พร้อมใช้สารสกัดจากกัญชาในการรักษาผู้ป่วย หรือไม่ต้องการตอบคำถามผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ และสามในสี่ส่วนของบุคลากรสนใจที่จะศึกษาเพิ่มเติมในหัวข้อนี้ จากงานวิจัยนี้ได้ข้อสรุปว่า

1) แพทย์ต้องมีความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพ 2) ต้องมีการศึกษาแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา (drug interactions) เพื่อลดความกังวลในการนำมาใช้กับยาที่ใช้ทั่วไป 3) เพิ่มความรู้พื้นฐานในเรื่องของการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างไร⁽¹³⁾

จากงานวิจัย cross-sectional survey สำรวจความรู้ และทัศนคติของแพทย์ทั่วไปของออสเตรเลีย จำนวน 640 คน พบว่า แพทย์ร้อยละ 61.5 เคยถูกผู้ป่วยสอบถามเกี่ยวกับการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์มากกว่าหรือเท่ากับ 1 ราย ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา แพทย์ส่วนใหญ่รู้สึกที่ตนเองมีความรู้ไม่เพียงพอ และมีเพียงร้อยละ 28.8 ที่รู้สึกสบายใจในการพูดคุยเกี่ยวกับการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์กับผู้ป่วย ร้อยละ 56.5 ต้องการให้มีการอบรมแพทย์ทั่วไปให้จ่ายยาได้ โดยไม่เกี่ยวข้องกับแพทย์เฉพาะทาง การสนับสนุนการใช้กัญชาในแต่ละสถานการณ์ แพทย์ทั่วไปเห็นด้วยอย่างมากกับการนำมาใช้ในการรักษาอาการปวดจากโรคมะเร็ง การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (palliative care) และโรคลมชัก (epilepsy) แต่ไม่ค่อยสนับสนุนให้ใช้ในการรักษาภาวะซึมเศร้า (depression) และวิตกกังวล (anxiety) สรุปได้ว่า แพทย์ทั่วไปส่วนใหญ่สนับสนุน หรือเป็นกลางในการนำบัญชามาใช้ในทางการแพทย์ จากผลการศึกษา จึงมีความจำเป็นอย่างมากที่จะจัดอบรมแพทย์ทั่วไปเกี่ยวกับการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ และต้องการให้แพทย์ทั่วไปสามารถจ่ายยาเองได้ด้วย⁽¹⁴⁾

ในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาความสัมพันธ์เหล่านี้ และไม่พบว่ามีการศึกษาความคิดเห็นของผู้ป่วยมะเร็งด้วย ดังนั้น จึงจำเป็นที่จะต้องเข้าใจความคิดเห็นของกลุ่มคนที่เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยเฉพาะความคิดเห็นของแพทย์ และผู้ป่วยโรคมะเร็ง อีกทั้งการศึกษาี้ จะทำให้ทราบว่าปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อความคิดเห็นเหล่านี้ นำไปสู่ความเข้าใจที่ดีขึ้น อันจะส่งผลต่อการปรับใช้แนวทางการนำบัญชามาใช้ในทางคลินิกต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความคิดเห็นที่มีต่อการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด และกลุ่มแพทย์

วัตถุประสงค์รอง

เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับสารสกัดกัญชาทางการแพทย์ และการนำมาใช้ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด และกลุ่มแพทย์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

เพื่อเปรียบเทียบทัศนคติที่มีต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์ ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด และกลุ่มแพทย์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่

- ปัจจัยของกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด และกลุ่มแพทย์: เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ประสบการณ์การใช้/ส่งยา กัญชา ความรู้เกี่ยวกับสารสกัดกัญชาทางการแพทย์ และทัศนคติที่มีต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์
- ปัจจัยของกลุ่มแพทย์: แผนกที่แพทย์ปฏิบัติงาน ว่าปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อความคิดเห็นที่มีต่อการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ในผู้ป่วยโรคมะเร็งหรือไม่

วัสดุและวิธีการ

รูปแบบการวิจัย

เป็นงานวิจัยเชิงเปรียบเทียบ ทำการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional comparison study)

สถานที่ทำการวิจัย

โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

ช่วงเวลาทำการวิจัย

1 พฤศจิกายน 2561 – 31 ธันวาคม 2562

ประชากรเป้าหมาย

ประชากรเชื้อชาติไทย ผู้ป่วยโรคมะเร็ง และแพทย์โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา

- ผู้ป่วย: จากประชากรผู้ป่วยโรคมะเร็ง อายุ 21 ถึง 65 ปี สัญชาติไทย เคยได้รับเคมีบำบัดมาก่อน และมารับการรักษาต่อเนื่องที่ตึกผู้ป่วยนอก และมารักษาด้วยเคมีบำบัดที่

หอผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2562 - กันยายน 2562 จำนวน 207 ราย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling)

- แพทย์: แพทย์ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทุกแผนก ในช่วงเดือนมิถุนายน 2562 - กันยายน 2562 จำนวน 210 ราย

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าการศึกษา

(inclusion criteria)

ผู้ป่วย

- 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็ง
- 2) ผู้ป่วยที่มาติดตามรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ในช่วงปี พ.ศ. 2562
- 3) อายุตั้งแต่ 21 ถึง 65 ปี
- 4) สัญชาติไทย
- 5) สามารถสื่อสารได้ ไม่มีความบกพร่องทางการได้ยินหรือการมองเห็น
- 6) เคยได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด หรือกำลังรับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

แพทย์

- 1) แพทย์ที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ในช่วงเดือนมิถุนายน 2562 - กันยายน 2562

ผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งสองกลุ่มเต็มใจตอบคำถาม และอนุญาตให้เปิดเผยข้อมูลได้

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา

(exclusion criteria):

ผู้ป่วย แจ้งว่าเคยได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด แต่ไม่มีหลักฐานบันทึกทางการแพทย์เกี่ยวกับการรักษา

ผู้ป่วย และแพทย์

- 1) ไม่ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย
- 2) ไม่ยินยอมตอบแบบสอบถามทุกคำถาม
- 3) ไม่สามารถทำความเข้าใจคำถาม หรือวิธีการตอบแบบสอบถามได้

การให้คำนิยามเชิงปฏิบัติการที่ใช้ในการวิจัย (operational definition)

การนำสารสกัดกัญชาทางการแพทย์มาใช้ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง คือการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ เพื่อการรักษา ให้อาการจากการเป็นโรคมะเร็ง หรือผลข้างเคียงจากการรักษา โรคมะเร็ง เช่น อาการปวด อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการเบื่ออาหาร อาการน้ำหนักลด อาการวิตกกังวล อาการซึมเศร้า ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็ง และเคยได้รับการรักษา หรือกำลังรักษาโดยการให้ยาเคมีบำบัด โดยอาจเป็นยาเคมีบำบัดเพื่อรักษา หรือเป็นการให้เพื่อประคับประคองอาการก็ได้

สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ (medical cannabinoids) คือสารที่สังเคราะห์มาจากพืชกัญชาเพื่อใช้ประโยชน์ ในทางการแพทย์ โดยพืชกัญชาแต่ละสายพันธุ์จะมีปริมาณ สารต่าง ๆ แตกต่างกัน สารสกัดที่สำคัญ คือสารแคนนาบินอยด์ และสารแคนนาบินอยด์ที่มีความสำคัญและมีบทบาท นำมาใช้ทางการแพทย์มากที่สุด คือ delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) และ cannabidiol (CBD)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบเก็บข้อมูล (case record form) แบ่งออกเป็น 2 ฉบับ สำหรับแพทย์ และผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยแบ่งการเก็บข้อมูลเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป จากแพทย์ ผู้ป่วย และประวัติการรักษา ระดับความเห็นด้วยต่อการนำสารสกัดกัญชามาใช้จริงทางการแพทย์

ส่วนที่ 2 แบบประเมินระดับความรู้เกี่ยวกับสารสกัดกัญชาทางการแพทย์ และการนำมาใช้ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ส่วนที่ 3 แบบเก็บข้อมูลทัศนคติที่มีต่อการนำสารสกัดกัญชาทางการแพทย์

วิธีการวิจัย

การศึกษาเปรียบเทียบความคิดเห็นที่มีต่อการนำสารสกัดกัญชาทางการแพทย์ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ระหว่างกลุ่มแพทย์ และกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2561 – 31 ธันวาคม 2562 โดยเก็บข้อมูล ระหว่างเดือนมิถุนายน 2562 – กันยายน 2562 ได้ทำการเก็บข้อมูล และใช้สถิติเชิงเปรียบเทียบ (comparison study) โดย

ทำการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ประมวลผลข้อมูล จากโปรแกรม IBM SPSS® statistic 23

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เป็นการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบเก็บข้อมูลผู้ป่วย และแพทย์ โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยเก็บข้อมูลจะเก็บข้อมูลงานวิจัยโดยการแจกแบบเก็บข้อมูลให้แพทย์ และผู้ป่วย ทำเป็นรายคน และเมื่อกรอกข้อมูลเสร็จแล้วให้คืนแบบเก็บข้อมูลทันที ก่อนทำซ้ำชี้แจงผู้ทำแบบเก็บข้อมูลทุกคน ไม่ให้พูดคุยสอบถามขณะกรอกข้อมูล ตรวจสอบความเรียบร้อยของข้อมูล หากข้อมูลไม่ครบ ให้ผู้วิจัยและผู้ช่วยเก็บข้อมูลขอข้อมูลเพิ่มเติมทันที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่รวบรวมได้ใน Case record form จะถูกบันทึกลงใน Microsoft excel worksheet และวิเคราะห์ผล โดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ IBM SPSS® statistic 23

เปรียบเทียบความคิดเห็นที่มีต่อการนำสารสกัดกัญชาทางการแพทย์ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด และกลุ่มแพทย์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา โดยความคิดเห็นแบ่งเป็น 7 ระดับคะแนน นำมาเปรียบเทียบร้อยละระหว่าง 2 กลุ่ม ใช้สถิติ (Unpaired t-test)

เปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับสารสกัดกัญชาทางการแพทย์ และการนำมาใช้ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด และกลุ่มแพทย์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา เป็นการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ใช้สถิติ (Unpaired t-test)

เปรียบเทียบทัศนคติที่มีต่อการนำกัญชาทางการแพทย์ ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด และกลุ่มแพทย์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา โดยแบ่งเป็น เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่แน่ใจ นำมาเปรียบเทียบร้อยละระหว่าง 2 กลุ่ม ใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square)

วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ (เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ประสบการณ์การใช้/ส่งจ่ายกัญชา แผนกที่แพทย์ปฏิบัติงาน ความรู้เกี่ยวกับสารสกัดกัญชาทางการแพทย์ และการนำมาใช้ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ทัศนคติที่มีต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์) กับความคิดเห็นในการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยใช้ Multiple linear regression analysis กำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการศึกษา

ในงานวิจัยนี้ เปรียบเทียบความคิดเห็นระหว่างกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งในงานวิจัยซึ่งตอบแบบสอบถามงานวิจัยครบ 207 คน กับกลุ่มแพทย์ซึ่งตอบแบบสอบถามงานวิจัย 106 คน จากจำนวนแพทย์ทั้งหมดที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล 210 คน คิดเป็นร้อยละ 50 ของประชากรแพทย์ทั้งหมดที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ดังแสดงในตาราง 1

เมื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นที่มีต่อการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง และเปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับสารสกัดกัญชาทางการแพทย์ และการนำมาใช้ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด และกลุ่มแพทย์ ดังแสดงในตาราง 2 พบว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งเห็นด้วยกับการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง มากกว่ากลุ่มแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ผู้ป่วย $5.96 (\pm 1.36)$ แพทย์ $3.98 (\pm 1.70)$ จากคะแนน 1-7 คะแนน; $p < 0.001$) ขณะที่กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งมีระดับความรู้เกี่ยวกับสารสกัดกัญชาทางการแพทย์ และการนำมาใช้ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง น้อยกว่ากลุ่มแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ผู้ป่วย $1.82 (\pm 1.72)$ แพทย์ $5.79 (\pm 1.75)$ จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน; $p < 0.001$)

เมื่อเปรียบเทียบทัศนคติที่มีต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์ ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด และกลุ่มแพทย์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา พบว่าทัศนคติของกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง และกลุ่มแพทย์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกข้อ ยกเว้นข้อที่ 3 ที่ไม่ได้นำมาเปรียบเทียบกัน ดังแสดงในตาราง 3

ด้านการวิเคราะห์ multiple linear regression analysis ทำนายปัจจัยที่มีผลต่อความคิดเห็นที่มีต่อการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ตามตารางที่ 4 แบ่งเป็น 2 กลุ่ม พบว่า

กลุ่มผู้ป่วยที่เห็นด้วยว่าควรอนุญาตให้แพทย์ทุกคนสามารถสั่งจ่ายยาที่มีสารสกัดกัญชาได้ตามข้อบ่งใช้ และคิด

ว่ามีประชากรจำนวนมากที่ได้ประโยชน์จากการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ มีผลด้านบวกต่อคะแนนความคิดเห็นที่มีต่อการใช้สารสกัดจากกัญชาทางการแพทย์ในผู้ป่วยโรคมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทัศนคติ ข้อ 1 $0.69 (0.30 - 1.08)$, $p 0.001$, ข้อ 2 $0.83 (0.31 - 1.35)$, $p 0.002$

ส่วนกลุ่มแพทย์ที่มีความเห็นว่า มีประชากรจำนวนมากที่ได้ประโยชน์จากการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ คิดว่าประเทศไทยควรเปิดให้ใช้กัญชาได้อย่างเสรี และคิดว่าการใช้สารสกัดจากกัญชาสามารถนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ในผู้ป่วยโรคมะเร็งได้ มีผลด้านบวกต่อคะแนนความคิดเห็นที่มีต่อการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ในผู้ป่วยโรคมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทัศนคติ ข้อ 2 $0.94 (0.23 - 1.64)$, $p 0.01$, ข้อ 5 $1.83 (0.46 - 3.20)$, $p 0.009$, ข้อ 6 $0.89 (0.16 - 1.60)$, $p 0.017$

วิจารณ์

จากการศึกษา แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม (ตาราง 4.1) คือ กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด จำนวน 207 คน ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีแนวโน้มจะได้รับการรักษาโดยใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์⁽¹⁵⁾ และกลุ่มแพทย์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ทุกแผนก จำนวน 106 คน ซึ่ง 2 กลุ่มนี้มีลักษณะพื้นฐานแตกต่างกันชัดเจนในหลายด้าน เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์เกี่ยวกับกัญชา โรคประจำตัว

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งเห็นด้วยกับการนำสารสกัดกัญชาทางการแพทย์มาใช้ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง มากกว่ากลุ่มแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะนี้แม้จะยังไม่มีการวิจัยอื่นเปรียบเทียบความคิดเห็นระหว่างกลุ่มผู้ป่วยและแพทย์ แต่ก็มีการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนทั่วไปในบางประเทศ ซึ่งการที่ประชาชนจะให้ความเห็นสนับสนุนการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์หรือไม่ขึ้น ส่วนหนึ่งขึ้นกับความเชื่อว่ามีประโยชน์ในทางการแพทย์หรือไม่ ยิ่งเชื่อว่ามีประโยชน์มาก ก็ยิ่งเห็นด้วยกับการนำมาใช้ในทางการแพทย์มาก^(16,17)

ส่วนการสำรวจความคิดเห็นในแพทย์ ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในรัฐโคโลราโด 520 คน มีเพียงร้อยละ 19 ที่เห็นด้วยกับการนำกัญชามาใช้⁽¹⁸⁾ ด้านแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งในเมืองบอสตัน รัฐแมสซาชูเซตส์ จำนวน 237 คน

ร้อยละ 45.9 เห็นด้วยที่จะนำกัญชามาใช้ในการรักษาเกี่ยวกับมะเร็ง⁽¹⁹⁾ กลุ่มหน่วยงานปฐมภูมิในรัฐมินนิโซตา 62 คน ร้อยละ 58 เห็นด้วยว่า กัญชาสามารถใช้ในการรักษาได้อย่างถูกกฎหมาย⁽¹³⁾ ทั้งนี้เป็นที่น่าสังเกตว่า แม้ว่าแพทย์ส่วนใหญ่ในงานวิจัยของรัฐแมสซาชูเซตส์ และรัฐมินนิโซตามีแนวโน้มที่จะเห็นด้วยในการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ แต่แพทย์ส่วนใหญ่กลับมีความเห็นตรงกันว่า ตนเองมีความรู้ไม่เพียงพอที่จะแนะนำคนไข้ และไม่ต้องการพูดคุยถึงเรื่องสารสกัดจากกัญชากับผู้ป่วย จึงยังมีความไม่สอดคล้องกันระหว่างความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติจริงของแพทย์อยู่มาก

จากการเก็บข้อมูลระดับความรู้เกี่ยวกับสารสกัดกัญชาทางการแพทย์ และการนำมาใช้ในผู้ป่วยโรคมะเร็งในการศึกษานี้ พบว่า ระดับความรู้ทั้งกลุ่มแพทย์ และกลุ่มผู้ป่วยนั้นอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง โดยกลุ่มแพทย์มีระดับความรู้มากกว่ากลุ่มผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ดี การมีความรู้ที่มากหรือน้อยนั้น กลับไม่ส่งผลต่อความคิดเห็นที่มีต่อการใช้สารสกัดจากกัญชาในทางการแพทย์ และระดับความรู้ของคนทั้ง 2 กลุ่มน่าจะยังไม่เพียงพอต่อการตัดสินใจอย่างรอบคอบว่าสารสกัดกัญชาเหมาะสมกับการนำมาใช้ในผู้ป่วยโรคมะเร็งหรือไม่ อีกทั้งตัวข้อมูลที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในปัจจุบันเองก็ยังมีไม่เพียงพอ จึงเป็นที่น่ากังวลโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยซึ่งมีความต้องการใช้สูง หากนำมาใช้ด้วยความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ หรือใช้อย่างผิดวิธี ก็อาจจะก่อให้เกิดผลเสียทั้งต่อตนเอง และสังคม

ด้านทัศนคติที่มีต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์ในการศึกษานี้ ผู้ป่วยโรคมะเร็งเห็นด้วยว่าควรให้แพทย์ทุกคนสามารถสั่งจ่ายยาที่มีสารสกัดกัญชาได้ตามข้อบ่งใช้ถึงร้อยละ 61.4 ซึ่งทัศนคติข้อนี้เป็นปัจจัยเชิงบวกที่ส่งผลให้เห็นด้วยต่อการนำสารสกัดกัญชามาใช้ในทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ต่างจากกลุ่มแพทย์ซึ่งมีเพียงร้อยละ 20.8 ที่เห็นด้วย สอดคล้องกับงานวิจัยปี พ.ศ. 2555 แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในประเทศออสเตรเลีย น้อยกว่าร้อยละ 30 เห็นด้วยกับการให้แพทย์ทุกคนสามารถสั่งจ่ายสารสกัดกัญชาได้ตามข้อบ่งใช้ แต่อย่างไรก็ตาม งานวิจัยในประเทศออสเตรเลียปี พ.ศ. 2561 กลับพบว่าแพทย์เวชศาสตร์ทั่วไปเห็นด้วยมากถึงร้อยละ 56.5 โดยความคิดเห็นเปลี่ยนแปลงไปนี้ อาจเกิดจากการสนับสนุนทางสังคม และนโยบายของรัฐบาลที่เปลี่ยนแปลงไป แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในประเทศออสเตรเลียจึงสนับสนุนการนำสารสกัดจากกัญชามาใช้รักษา

ตามข้อบ่งชี้ที่มีงานวิจัยสนับสนุนชัดเจน เช่น การรักษา spasticity ในโรค multiple sclerosis มากขึ้น สำหรับในประเทศไทยนั้น การใช้สารสกัดจากกัญชาในทางการแพทย์ยังเป็นเรื่องใหม่ ไม่แน่ว่าในอนาคต แนวคิดของแพทย์ไทยอาจเปลี่ยนไปในทิศทางเดียวกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในประเทศออสเตรเลียก็เป็นได้⁽¹⁴⁾

งานวิจัยนี้มีผู้ป่วยถึงร้อยละ 74.4 ที่คิดว่ามีประชากรจำนวนมากที่ได้ประโยชน์จากการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ ส่วนกลุ่มแพทย์นั้นก็มีเพียงร้อยละ 35.8 แม้ทัศนคติของทั้ง 2 กลุ่มจะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ก็เป็นที่น่าสนใจว่า ทัศนคติข้อนี้เป็นปัจจัยเชิงบวกที่ส่งผลให้ทั้งกลุ่มผู้ป่วย และแพทย์เห็นด้วยต่อการนำสารสกัดกัญชามาใช้ในทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า ไม่ว่าจะกลุ่มผู้ป่วยหรือกลุ่มแพทย์ ถ้าเชื่อว่ามีคนจำนวนมากที่จะได้ประโยชน์จากการใช้สารสกัดกัญชา ความเชื่อนี้ก็จะนำไปสู่การสนับสนุนการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์มากยิ่งขึ้น

ในงานวิจัยยังพบว่า กลุ่มผู้ป่วยร้อยละ 72.5 กล้าปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับการใช้กัญชาเพื่อรักษาโรค ขณะที่กลุ่มแพทย์ รู้สึกว่าตนเองมีความรู้เกี่ยวกับกัญชาไม่เพียงพอถึงร้อยละ 59.4 และมีเพียงร้อยละ 9.4 เท่านั้น ที่มีความมั่นใจที่จะใช้สารสกัดจากกัญชาในการรักษาคนไข้ ดังนั้น แม้ว่ากลุ่มผู้ป่วยจะเข้าเกณฑ์ข้อบ่งชี้ในการใช้สารสกัดจากกัญชา และมาปรึกษาแพทย์เพื่อขอใช้เป็นการรักษาทางเลือก ก็อาจจะต้องผิดหวังกลับไปเนื่องจากแพทย์ไม่มีความพร้อมที่จะให้คำปรึกษา หรือมั่นใจที่จะให้การรักษาด้วยสารสกัดกัญชาทางการแพทย์

ความคิดเห็นด้านความต้องการใช้สารสกัดจากกัญชาอย่างเสรีในประเทศไทย กลุ่มผู้ป่วย ร้อยละ 44.4 ต้องการให้ประเทศไทยเปิดให้ใช้กัญชาได้อย่างเสรี และร้อยละ 51.7 ไม่กังวลต่อผลข้างเคียงของการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ ส่วนกลุ่มแพทย์มีเพียงร้อยละ 6.6 ที่เห็นด้วยกับการใช้สารสกัดจากกัญชาได้อย่างเสรี และมีเพียงร้อยละ 17.9 เท่านั้นที่ไม่กังวลต่อผลข้างเคียงของการนำสารสกัดกัญชามาใช้ แสดงให้เห็นว่า ทั้ง 2 กลุ่มยังไม่ได้เห็นด้วยกับการนำสารสกัดจากกัญชามาใช้อย่างเสรีในประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มแพทย์ที่ส่วนใหญ่จะกังวลต่อผลข้างเคียงของการใช้สารสกัดจากกัญชา การนำสารสกัดจากกัญชามาใช้อย่างเสรีในประเทศไทยในอนาคตนี้อาจจะยิ่งสร้างความลำบากใจให้กับกลุ่มแพทย์บางส่วนมากขึ้นด้วย

ซึ่งผลการสำรวจค่อนข้างตรงกับความคิดเห็นในบทความของจิตแพทย์ว่า การเปิดให้ใช้ได้อย่างเสรีอาจส่งผลเชิงลบกับสังคมมากขึ้น⁽²⁰⁾ ดังนั้นนโยบายในการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ควรพิจารณาให้ถี่ถ้วนครอบคลุม เพื่อลดปัญหายาเสพติด และผลข้างเคียงจากการใช้สารสกัดกัญชาอย่างไม่ถูกต้อง นอกจากนี้ ควรสร้างสื่อการสอนต่าง ๆ เพื่อสื่อสารกับประชาชนทั่วไป และผู้ป่วยโรคมะเร็งในแต่ละโรงพยาบาลให้ตระหนักถึงผลเสียที่อาจเกิดจากการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ด้วย

ถึงแม้ว่าทัศนคติของกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มแพทย์จะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน แต่ทัศนคติด้านความรู้ ทั้งกลุ่มผู้ป่วยและแพทย์ส่วนใหญ่ มีความเห็นไปในทางเดียวกันว่า ตนเองมีความรู้เกี่ยวกับกัญชาไม่เพียงพอ ซึ่งตรงกับงานวิจัยอื่น ๆ ที่สอบถามในแพทย์ ส่วนใหญ่ก็เห็นตรงกันว่ามีความรู้ไม่เพียงพอที่จะแนะนำคนไข้เกี่ยวกับสารสกัดกัญชาทางการแพทย์^(13-14,18-19) ดังนั้น ควรมีการศึกษาวิจัยมากขึ้น เพื่อให้มีข้อมูลอย่างเพียงพอที่จะมั่นใจในการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ และในอนาคตถ้าหากการวิจัยการใช้สารสกัดกัญชาได้ผลดี ใช้ได้อย่างปลอดภัย และยังมีความต้องการใช้สารสกัดกัญชาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง แพทย์ทุกคนอาจจะมีโอกาสเข้าถึงการนำสารสกัดกัญชามาใช้ในทางการแพทย์มากขึ้น และสามารถจ่ายยาที่มีสารสกัดกัญชาตามข้อบ่งชี้ได้ด้วยตนเอง รวมไปถึงการเพิ่มบทบาทของแพทย์ ซึ่งมีหน้าที่สำคัญที่จะถ่ายทอดความรู้แก่ผู้ป่วย และบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ เกี่ยวกับการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์อีกด้วย

อีกประเด็นหนึ่งที่สำคัญคือ ทัศนคติที่มีต่อการนำสารสกัดกัญชามาใช้ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ทั้งสองกลุ่มมีแนวโน้มเห็นด้วยว่า สารสกัดกัญชาสามารถนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ในผู้ป่วยโรคมะเร็งได้ แม้กลุ่มแพทย์จะไม่ได้ต้องการให้ผู้ป่วยใช้สารสกัดกัญชาได้อย่างเสรี และยังคงกังวลต่อผลข้างเคียงอยู่มาก แต่ทั้งสองกลุ่มก็เชื่อว่าสารสกัดกัญชาจะมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยโรคมะเร็งไม่มากนักน้อย จึงควรสนับสนุนและส่งเสริมการท้าววิจัยเกี่ยวกับการใช้สารสกัดจากกัญชาในผู้ป่วยโรคมะเร็ง เพื่อแสดงให้เห็นถึงความชัดเจนของประโยชน์ และความเหมาะสมในการนำสารสกัดจากกัญชามาใช้ในการรักษาเกี่ยวกับโรคมะเร็งมากยิ่งขึ้น

สุดท้ายเมื่อนำปัจจัยทั้งหมดมาหาความสัมพันธ์ว่า ปัจจัยใดที่มีผลต่อความคิดเห็นที่มีต่อการใช้สารสกัดกัญชา

ทางการแพทย์ในผู้ป่วยโรคมะเร็งบ้าง พบว่าปัจจัยต่าง ๆ ทั้งอายุ เพศ ประสบการณ์เกี่ยวกับกัญชา ระดับความรู้ ปัจจัยเหล่านี้ล้วนไม่มีผลต่อความคิดเห็นในการนำสารสกัดกัญชามาใช้ในทางการแพทย์ ซึ่งการที่ความคิดเห็นของกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดนั้น ส่วนใหญ่ต้องการให้มีการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง สวนทางกับความคิดเห็นของกลุ่มแพทย์ มีเหตุมาจากทัศนคติที่ต่างกัน แต่การที่ระดับความรู้ของผู้ป่วยเหล่านี้ในเรื่องสารสกัดกัญชาทางการแพทย์ และการนำมาใช้ในผู้ป่วยโรคมะเร็งยังค่อนข้างน้อย ท่ามกลางกระแสนิยมของการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ในปัจจุบัน อาจทำให้การนำสารสกัดกัญชามาใช้ มีข้อเสียมากกว่าข้อดีได้ การให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยจึงเป็นเรื่องสำคัญ และแพทย์เองควรเข้าใจถึงความต้องการเหล่านี้ว่ามีเหตุปัจจัยจากทัศนคติของผู้ป่วยมากกว่าความรู้ด้วย

สรุป

โดยสรุปแล้วกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการนำสารสกัดจากกัญชามาใช้ในทางการแพทย์ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง แม้ว่าเกือบจะไม่มีความรู้เกี่ยวกับสารสกัดกัญชาเลย ซึ่งค่อนข้างน่าเป็นห่วงว่า หากสามารถนำสารสกัดกัญชามาใช้ได้อย่างเสรี จะนำไปใช้ในทางที่ถูกหรือไม่ และหากนำมาใช้อย่างไม่ถูกต้อง จะเกิดผลกระทบอย่างไรต่อผู้ป่วยบ้าง ขณะที่สารสกัดกัญชาได้กลายเป็นความหวังใหม่ของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในการนำมาใช้เพื่อเอาชนะโรคมะเร็ง และรักษาผลข้างเคียงที่ได้รับจากการรักษาแผนปัจจุบันไปแล้ว

ส่วนกลุ่มแพทย์ส่วนใหญ่ยังมีความคิดเห็นที่ค่อนข้างเป็นกลางต่อการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยอาจเป็นเพราะการรักษาผู้ป่วยด้วยสารสกัดกัญชาทางการแพทย์ยังเป็นเรื่องค่อนข้างใหม่ ตัวแพทย์เองไม่เคยมีประสบการณ์ในการนำสารสกัดกัญชามาใช้ในการรักษา และไม่มั่นใจที่จะนำมาใช้รักษาผู้ป่วยด้วยตนเอง ทั้งยังคิดว่าไม่ใช่แพทย์ทุกคนที่ควรมีสิทธิ์ในการสั่งจ่ายยาที่มีสารสกัดกัญชาให้แก่ผู้ป่วย รวมถึงแพทย์ส่วนใหญ่ยังรู้สึกกังวลต่อผลข้างเคียงของสารสกัดกัญชา ทำให้กลุ่มแพทย์รู้สึกไม่มั่นใจว่าควรนำสารสกัดกัญชามาใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งในขณะนี้ อย่างไรก็ตาม กลุ่มแพทย์ส่วนใหญ่ก็ยังมีความเชื่อว่าสารสกัดกัญชาสามารถนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ในผู้ป่วยโรค

มะเร็งได้ หากความรู้ในการนำสารสกัดจากกัญชามาใช้ในทางการแพทย์ชัดเจนมากขึ้นว่า สามารถนำมาใช้ได้อย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง และมีประโยชน์ในการรักษาเกี่ยวกับมะเร็งจริง การยอมรับในการนำสารสกัดกัญชามาใช้รักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งของกลุ่มแพทย์น่าจะเพิ่มมากขึ้น และโรงพยาบาลเองก็สามารถเพิ่มทางเลือกในการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งได้อีกด้วย

ทั้งนี้ ความคิดเห็นของกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดนั้น ส่วนใหญ่ต้องการให้มีการใช้สารสกัดกัญชามาใช้ในการแพทย์ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ซึ่งสวนทางกับความคิดเห็นของกลุ่มแพทย์ โดยมีรากฐานมาจากทัศนคติที่ต่างกัน แต่การที่ระดับความรู้ของผู้ป่วยเหล่านี้ในเรื่องสารสกัดกัญชาทางการแพทย์ และการนำมาใช้ในผู้ป่วยโรคมะเร็งยังค่อนข้างน้อย ท่ามกลางกระแสนิยมของการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ ในปัจจุบัน การให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยจึงเป็นเรื่องสำคัญ และแพทย์เองควรเข้าใจถึงความต้องการเหล่านี้ว่ามีเหตุปัจจัยจากทัศนคติของผู้ป่วยมากกว่าความรู้ด้วย

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ได้รับการสนับสนุนจากคณาจารย์ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอาจารย์ แพทย์หญิงเจน อารีจันทวัฒน์ และอาจารย์ แพทย์หญิงพรเพ็ญ อัครวัชรางกูร ที่คอยให้คำปรึกษาปัญหาต่าง ๆ เรื่องการดำเนินงานวิจัย แก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดีเสมอมา อีกทั้งขอขอบพระคุณอาจารย์ แพทย์หญิงริชาพรรณ ชูแก้ว ที่คอยให้คำปรึกษาให้ความรู้เกี่ยวกับสารสกัดกัญชา แนะนำแนวคิดงานวิจัย และให้ข้อเสนอแนะที่ดีในการทำแบบสอบถามในงานวิจัย และขอขอบพระคุณ ดร.ชินฤทัย ยี่เขียน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญพิเศษ ที่ให้คำปรึกษาในการออกแบบงานวิจัย และให้คำปรึกษาด้านการใช้สถิติในโปรแกรม SPSS เพื่อวิเคราะห์ผลข้อมูล

ตาราง 1 แสดงข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง (n=207)	กลุ่มแพทย์ (n=106)	p
เพศ			0.001*
หญิง	150 (72.5%)	57 (53.8%)	
กลุ่มอายุ			<0.001*
21-25 ปี	2 (1.0%)	26 (24.5%)	
26-30 ปี	1 (0.5%)	45 (42.5%)	
31-35 ปี	7 (3.4%)	17 (16.0%)	
36-40 ปี	18 (8.7%)	8 (7.5%)	
41-45 ปี	32 (15.5%)	6 (5.7%)	
46-50 ปี	41 (19.8%)	2 (1.9%)	
51-55 ปี	37 (17.9%)	1 (0.9%)	
56-60 ปี	22 (10.6%)	1 (0.9%)	
61-65 ปี	47 (22.7%)	0 (0.0%)	

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง (n=207)	กลุ่มแพทย์ (n=106)	p
ระดับการศึกษา			<0.001*
สูงกว่าปริญญาตรี	6 (2.9%)	106 (100%)	
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	44 (21.3%)	0 (0.0%)	
มัธยมหรือเทียบเท่า	91 (44.0%)	0 (0.0%)	
ต่ำกว่ามัธยม	66 (31.9%)	0 (0.0%)	
แผนกที่แพทย์ปฏิบัติงาน			
เวชปฏิบัติทั่วไป	-	31 (29.2%)	
อายุรศาสตร์	-	15 (14.2%)	
เวชศาสตร์ครอบครัว	-	14 (13.2%)	
อื่น ๆ	-	46 (43.4%)	
การมีประสบการณ์การใช้/ส่งจ่ายกัญชา	55 (26.6%)	19 (17.9%)	0.008*
1) ใช้ในการรักษาโรคมะเร็ง หรือบรรเทาอาการจากโรคมะเร็ง	46 (22.2%)	1 (0.9%)	<0.001*
2) ใช้ในการรักษาโรคอื่น ๆ หรืออาการอื่น ๆ ที่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากมะเร็ง	10 (4.8%)	4 (3.8%)	0.67
3) ใช้เพื่อสันทนาการ	1 (0.5%)	5 (4.7%)	0.01*
4) เคยรักษาผู้ป่วยเสพติดกัญชา	0 (0.0%)	5 (4.7%)	0.002*
5) เคยผ่านการอบรมการใช้กัญชาทางการแพทย์	0 (0.0%)	4 (3.8%)	0.005*
โรคประจำตัว			
มีโรคประจำตัว	207 (100%)	12 (11.3%)	<0.001*
ตำแหน่งของโรคมะเร็ง			
1) โรคมะเร็งเต้านม	107 (51.7%)	-	
2) โรคมะเร็งลำไส้	48 (23.2%)	-	
3) โรคมะเร็งปอด	12 (5.8%)	-	
4) โรคมะเร็งอื่น ๆ	40 (19.3%)	-	
ผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็งระยะลุกลาม	61 (29.5%)	-	

* p <0.05, Chi-square tests

ตาราง 2 แสดงการเปรียบเทียบความคิดเห็นที่มีต่อการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง และเปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับสารสกัดกัญชาทางการแพทย์ และการนำมาใช้ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด และกลุ่มแพทย์

	กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง (n=207)	กลุ่มแพทย์ (n=106)	p
ความคิดเห็นที่มีต่อการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง (7 คะแนน = เห็นด้วยมากที่สุด 1 คะแนน = ไม่เห็น ด้วยมากที่สุด)	5.96 (±1.36)	3.98 (±1.70)	<0.001*
ระดับความรู้เกี่ยวกับสารสกัดกัญชาทางการแพทย์ และการนำมาใช้ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)	1.82 (±1.72)	5.79 (±1.75)	<0.001*

* p < 0.05, T-Test, mean(±SD)

ตาราง 3 แสดงการเปรียบเทียบทัศนคติที่มีต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์ ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด และ
กลุ่มแพทย์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

ทัศนคติ	กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง (n=207)	กลุ่มแพทย์ (n=106)	p
1. ฉันคิดว่าควรอนุญาตให้แพทย์ทุกคนสามารถสั่งจ่ายยาที่มี สารสกัดกัญชาได้ตามข้อบ่งใช้			<0.001*
เห็นด้วย	127 (61.4%)	22 (20.8%)	
ไม่แน่ใจ	62 (30.0%)	19 (17.9%)	
ไม่เห็นด้วย	18 (8.7%)	65 (61.3%)	
2. ฉันคิดว่ามีประชากรจำนวนมากที่ได้ประโยชน์จากการใช้ สารสกัดกัญชาทางการแพทย์			<0.001*
เห็นด้วย	154 (74.4%)	38 (35.8%)	
ไม่แน่ใจ	50 (24.2%)	41 (38.7%)	
ไม่เห็นด้วย	3 (1.4%)	27 (25.5%)	
3. ฉันกล้าปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับการใช้กัญชาเพื่อรักษาโรค (สอบถามเฉพาะผู้ป่วยโรคมะเร็ง)			
เห็นด้วย	150 (72.5%)	-	
ไม่แน่ใจ	48 (23.2%)	-	
ไม่เห็นด้วย	9 (4.3%)	-	

ทัศนคติ	กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง (n=207)	กลุ่มแพทย์ (n=106)	p
ฉันมีความมั่นใจที่จะใช้สารสกัดจากกัญชาในการรักษาคนไข้ (สอบถามเฉพาะแพทย์)			
เห็นด้วย	-	10 (9.4%)	
ไม่แน่ใจ	-	49 (46.2%)	
ไม่เห็นด้วย	-	47 (44.3%)	
4. ฉันมีความรู้เกี่ยวกับกัญชาไม่เพียงพอ			0.002*
เห็นด้วย	138 (66.7%)	63 (59.4%)	
ไม่แน่ใจ	61 (29.5%)	27 (25.5%)	
ไม่เห็นด้วย	8 (3.9%)	16 (15.1%)	
5. ประเทศไทยควรเปิดให้ใช้กัญชาได้อย่างเสรี			<0.001*
เห็นด้วย	92 (44.4%)	7 (6.6%)	
ไม่แน่ใจ	71 (34.3%)	23 (21.7%)	
ไม่เห็นด้วย	44 (21.3%)	76 (71.7%)	
6. ฉันคิดว่าสารสกัดจากกัญชาสามารถนำมาใช้ให้เกิด ประโยชน์ในผู้ป่วยโรคมะเร็งได้			<0.001*
เห็นด้วย	156 (75.4%)	61 (57.5%)	
ไม่แน่ใจ	48 (23.2%)	30 (28.3%)	
ไม่เห็นด้วย	3 (1.4%)	15 (14.2%)	
7. ฉันไม่กังวลใจต่อผลข้างเคียงของการใช้สารสกัดกัญชา ทางการแพทย์			<0.001*
เห็นด้วย	107 (51.7%)	19 (17.9%)	
ไม่แน่ใจ	90 (43.5%)	29 (27.4%)	
ไม่เห็นด้วย	10 (4.8%)	58 (54.7%)	

*p <0.05, Chi-square tests

ตาราง 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ มีผลต่อความคิดเห็นที่มีต่อการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ปัจจัย	กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง (n=106)	p	กลุ่มแพทย์ (n=207)	p
	B (95%CI)		B (95%CI)	
Constant	5.06 (4.27 - 5.84)	<0.001*	2.45 (1.57 - 3.33)	<0.001*
เพศหญิง	-0.44 (-0.94 - 0.05)	0.08	0.30 (-0.31 - 0.90)	0.34
กลุ่มอายุ 41-65 ปี	-0.31 (-0.80 - 0.18)	0.21	0.98 (-0.08 - 2.05)	0.07
ระดับการศึกษาสูงกว่า หรือเทียบเท่าปริญญาตรี	-0.08 (-0.47 - 0.31)	0.68	-	-
แพทย์เฉพาะทาง	-	-	0.09 (-0.57 - 0.75)	0.79
การมีประสบการณ์การใช้/ส่งจ่ายกัญชา	0.35 (-0.95 - 1.66)	0.60	-0.76 (-2.51 - 0.99)	0.39
1) ใช้ในการรักษาโรคมะเร็ง หรือบรรเทาอาการจากโรคมะเร็ง	0.10 (-1.17 - 1.37)	0.88	0.90 (-2.85 - 4.66)	0.63
2) ใช้ในการรักษาโรคอื่น ๆ หรืออาการอื่น ๆ ที่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากมะเร็ง	-0.06 (-1.09 - 0.96)	0.90	0.74 (-1.24 - 2.72)	0.46
3) ใช้เพื่อสันทนาการ	-2.24 (-4.92 - 0.44)	0.10	1.72 (-0.21 - 3.65)	0.08
4) เคยรักษาผู้ป่วยเสพติดกัญชา	-	-	0.38 (-1.88 - 2.63)	0.74
5) เคยผ่านการอบรมการใช้กัญชาทางการแพทย์	-	-	0.46 (-1.54 - 2.46)	0.65
6) อื่น ๆ	0.06 (-2.03 - 2.15)	0.95	1.60 (-1.11 - 4.31)	0.24
มีโรคประจำตัว (แพทย์)	-	-	0.41 (-0.50 - 1.32)	0.37
ตำแหน่งของโรคมะเร็ง (ผู้ป่วย)				
1) โรคมะเร็งเต้านม	0.46 (-0.09 - 1.01)	0.10	-	-
2) โรคมะเร็งลำไส้	0.07 (-0.49 - 0.34)	0.82	-	-
3) โรคมะเร็งปอด	0.40 (-0.43 - 1.24)	0.34	-	-
4) โรคมะเร็งกระเพาะอาหาร	-0.08 (-0.96 - 0.80)	0.85	-	-
ผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็งระยะลุกลาม	0.15 (-0.24 - 0.55)	0.45	-	-
ระดับความรู้เกี่ยวกับสารสกัดกัญชาทางการแพทย์ และการนำมาใช้ในผู้ป่วยโรคมะเร็งมากกว่า หรือเท่ากับ 5 คะแนน	-0.42 (-1.03 - 0.19)	0.18	0.17 (-0.54 - 0.88)	0.63

ปัจจัย	กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง (n=106)	p	กลุ่มแพทย์ (n=207)	p
	B (95%CI)		B (95%CI)	
ทัศนคติที่มีต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์				
1. ฉันคิดว่าควรอนุญาตให้แพทย์ทุกคนสามารถสั่งจ่ายยาที่มีสารสกัดกัญชาได้ตามข้อบ่งใช้	0.69 (0.30 – 1.08)	0.001*	0.57 (-0.20 – 1.35)	0.15
2. ฉันคิดว่ามีประชากรจำนวนมากที่ได้ประโยชน์จากการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์	0.83 (0.31 – 1.35)	0.002*	0.94 (0.23 – 1.64)	0.01*
3. ฉันกล้าปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับการใช้กัญชาเพื่อรักษาโรค (ผู้ป่วยโรคมะเร็ง)	-0.10 (-0.52 – 0.31)	0.63	-	-
3. ฉันมีความมั่นใจที่จะใช้สารสกัดจากกัญชาในการรักษาคนไข้ (แพทย์)	-	-	-0.11 (-1.18 – 0.95)	0.83
4. ฉันมีความรู้เกี่ยวกับกัญชาไม่เพียงพอ	-0.04 (-0.41 – 0.34)	0.85	-0.14 (-0.69 – 0.42)	0.63
5. ประเทศไทยควรเปิดให้ใช้กัญชาได้อย่างเสรี	0.15 (-0.23 – 0.53)	0.43	1.83 (0.46 – 3.20)	0.009*
6. ฉันคิดว่าสารสกัดจากกัญชาสามารถนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ในผู้ป่วยโรคมะเร็งได้	0.36 (-0.19 – 0.91)	0.19	0.89 (0.16 – 1.60)	0.017*
7. ฉันไม่กังวลใจต่อผลข้างเคียงของการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์	-0.30 (-0.70 – 0.09)	0.13	-0.01 (-0.87 – 0.85)	0.99
r ²	0.35		0.48	
Adjust r ²	0.28		0.37	

* p <0.05, multiple linear regression analysis

เอกสารอ้างอิง

1. The International Agency for Research on Cancer (IARC). World Health Organization. [Online].; 2018 [cited 2019 March 20]. Available from: https://www.iarc.fr/wp-content/uploads/2018/09/pr263_E.pdf.
2. คณะกรรมการจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ National Cancer Control Programs (พ.ศ. 2556 – 2560) [อินเทอร์เน็ต]; 2556 [เข้าถึงเมื่อ 3 มี.ค. 2562]. เข้าถึงได้จาก : http://www.nci.go.th/th/File_download/D_index/NCCP_2556-2560.pdf
3. รังสิริรักษาและมะเร็งวิทยา. Chula cancer: ความรู้เกี่ยวกับยาเคมีบำบัด [อินเทอร์เน็ต]; 2559 [เข้าถึงเมื่อ 3 มี.ค. 2562]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.chulacancer.net/patient-list-page.php?id=323>
4. Chakravarti B, Ravi J, Ganju RK. Cannabinoids as therapeutic agents in cancer: current status and future implications. *Oncotarget*. 2014;5(15).
5. Grotenhermen F, Müller-Vahl K. The therapeutic potential of cannabis and cannabinoids. *Deutsches Aertzblatt online*. 2012; 109(29–30): 495–501.
6. ชาญชัย เอื้อชัยกุล. พืชกัญชา : ประโยชน์ โทษ และข้อเสนอการพัฒนากำกัฏดูแล. สมาคมเภสัชกรรมทะเบียนและกฎหมายผลิตภัณฑ์ (ประเทศไทย) [อินเทอร์เน็ต]; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 3 มี.ค. 2562]. เข้าถึงได้จาก : http://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=article_detail&subpage=article_detail&id=354
7. Madras BK. Update of Cannabis and its medical use. 37th ed. Belmont: Alcohol and Drug Abuse Research Program, McLean Hospital; 2015.
8. Bridgeman MB, Abazia DT. Medicinal Cannabis: History, Pharmacology, And Implications for the Acute Care Setting. *Pharmacy and therapeutics*. 2017; 42(3): 180-188.
9. ณรงค์กร มโนจันทร์เพ็ญ. กัญชาถูกกฎหมาย ซื้อและบริโภคได้ที่ไหนบ้าง [อินเทอร์เน็ต]; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 4 มี.ค. 2562]. เข้าถึงได้จาก : <https://thestandard.co/where-is-marijuana-legal/>
10. พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 136 ตอนที่ 19ก[อินเทอร์เน็ต]; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 5 มี.ค. 2562]. เข้าถึงได้จาก: http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2562/A/019/T_0001.PDF
11. วีรยา ถาอุปชิต, นุศราพร เกษสมบุรณ์. การใช้กัญชาทางการแพทย์: วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน 2560; 13: 228-240.
12. กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข. คำแนะนำ การใช้กัญชาทางการแพทย์ (Guidance on Cannabis for Medical Use) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3 พ.ศ. 2563 [อินเทอร์เน็ต]; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 17 ก.ย. 2563]. เข้าถึงได้จาก: http://cannabis.fda.moph.go.th/wp-content/uploads/PDF/manual/February_2020/Guidance-Updated-v-4_update-20200120-cover.pdf
13. Philpot LM, Ebbert JO, Hurt RT. A survey of the attitudes, beliefs and knowledge about medical cannabis among primary care providers. *BMC Family Practice*. 2019;20(1):1-7.
14. Karanges E, Suraev A, Elias N, Manocha R, McGregor IS. Knowledge and attitudes of Australian general practitioners towards medicinal cannabis: a cross-sectional survey. *BMJ Open*. 2018;8(7):1-9.
15. Kramer JL. Medical marijuana for cancer. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2014; 65(2):109-122.
16. Moreno MA, Whitehill JM, Quach V, Midamba N, Manskopf I. Marijuana experiences, voting behaviors and early perspectives regarding marijuana legalization among college students from two states. *Journal of American College Health*. 2015;64(1):9-18.
17. Sznitman SR, Bretteville-Jensen AL. Public opinion and medical cannabis policies: examining the role of underlying beliefs and national medical cannabis policies. *Harm Reduction Journal*. 2015;12(1):1-10.
18. Kondrad E, Reid A. Colorado Family Physicians' Attitudes Toward Medical Marijuana. *The Journal of the American Board of Family Medicine*. 2013;26(1):52-60.
19. Braun IM, Wright A, Peteet J, Meyer FL, Yuppa DP, Bolcic-Jankovic D, et al. Medical Oncologists' Beliefs, Practices, and Knowledge Regarding Marijuana Used Therapeutically: A Nationally Representative Survey Study. *Journal of Clinical Oncology*. 2018;36(19):1957-1962.
20. สมาคมประสาทวิทยา. ความคิดเห็นต่อการนำกัญชามาใช้ประกอบการรักษาในโรคระบบประสาทสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 1 ธ.ค. 2562]. เข้าถึงได้จาก: <https://tmc.or.th/pdf/fact/A02-141062.pdf>



สมาคมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย
ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย
เลขที่ 2 ชั้น 11 อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ซอยศูนย์วิจัย
แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310
โทรศัพท์ : 02-7166651-2 แฟกซ์ : 02-7166653

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน (มสพช.)
126/ 749 หมู่ 5 หมู่บ้านการเคหะนนทบุรี ตำบลปากเกร็ด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120
โทรศัพท์ : 02-5830719 แฟกซ์ : 02-9641836

ดาวน์โหลดเนื้อหาของวารสารได้ที่
Website: www.pcfmjournal.com