



ความรู้ เจตคติ และการใช้กัญชาในผู้ป่วยมะเร็ง ที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

อดิสร วอหาร¹, วดี วงศ์ประดิษฐ์², เรือนขวัญ กันหสิงห์^{2*}

¹ศูนย์การแพทย์มะเร็งวิทยาจุฬารัตน์ โรงพยาบาลจุฬารัตน์

²สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

Knowledge, Attitudes and Use of Cannabis among Oncologic Patients in Thammasat University Hospital

Adisorn Voharn¹, Wadee Wongpradit², Ruankwan Kanhasing^{2*}

¹Chulabhorn Oncology Medical Centre, Chulabhorn Hospital

²Division of Family Medicine, Faculty of Medicine, Thammasat University

Received: 24 January 2023 / Revised: 21 April 2023 / Accepted: 21 April 2023

บทคัดย่อ

หลักการและวัตถุประสงค์: กัญชาได้รับความสนใจจากสาธารณะมากขึ้นตั้งแต่ได้รับการทำให้ถูกกฎหมายเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 กัญชาสามารถบรรเทาอาการปวดเหตุพยาธิสภาพประสาทและคลื่นไส้อาเจียนจากเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งได้ การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้และเจตคติเกี่ยวกับกัญชา รวมถึงความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้กัญชาของผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางในผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2563 ถึงกุมภาพันธ์ 2564 จำนวน 385 ราย เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่สร้างขึ้นใหม่และตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคในส่วนวัดความรู้และเจตคติได้ 0.70 และ 0.85 ตามลำดับ

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยร้อยละ 63.11 มีความรู้เกี่ยวกับกัญชาในระดับควรปรับปรุง และร้อยละ 73.25 มีเจตคติเป็นกลางเกี่ยวกับกัญชา โดยมีแนวโน้มเห็นด้วยกับข้อดีของกัญชาและยินดีหากแพทย์เสนอกัญชาเป็นทางเลือก ความชุกของการใช้กัญชาเท่ากับร้อยละ 27.53 มีผู้ที่กำลังใช้อยู่ร้อยละ 11.42 และผู้ที่เลิกใช้แล้วร้อยละ 16.10 ของผู้ป่วยทั้งหมด วัตถุประสงค์ที่ใช้ส่วนใหญ่ ได้แก่ ช่วยการนอนหลับ (ร้อยละ 64.15) และรักษามะเร็ง (ร้อยละ 50.94) โดยร้อยละ 72.64 ใช้รูปแบบยาน้ำหรือน้ำมัน และร้อยละ 57.55 ได้จากญาติหรือเพื่อน ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้ที่สูงขึ้น ได้แก่ การมีเจตคติเชิงบวกเกี่ยวกับกัญชา (Odds Ratio (OR) 4.54, 95% Confidence Interval (CI) 1.41-3.95) และการเป็นมะเร็งระยะแพร่กระจาย (OR 2.36, 95% CI 2.60-7.93)

สรุป: สองในสามของผู้ป่วยโรคมะเร็งมีความรู้เกี่ยวกับกัญชาในระดับควรปรับปรุง สามในสี่มีเจตคติเป็นกลางต่อกัญชา หนึ่งในสี่เคยใช้กัญชา ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้คือการมีเจตคติเชิงบวกและเป็นมะเร็งระยะแพร่กระจาย ส่วนใหญ่ได้กัญชาจากนอกระบบจึงควรจัดระบบบริการเพื่อเพิ่มการเข้าถึงอย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: กัญชา, มะเร็ง, ความรู้, เจตคติ, ความชุก

Abstract

Background and Objectives: Cannabis became a public interest in Thailand after its legalization in February 2019. Cannabis can alleviate pain, neuropathic conditions, and chemotherapy-induced nausea and vomiting in cancer patients. This study aimed to investigate knowledge and attitudes toward cannabis, as well as the prevalence and factors associated with cannabis use among cancer patients receiving treatment at Thammasat University Hospital.

Materials and Methods: A cross-sectional survey was conducted among 385 oncologic patients visiting the hospital between November 2020 and February 2021. The data were collected by newly developed questionnaires. The content validation of the questionnaires was carried out, and Cronbach's alpha coefficients of the parts measuring the knowledge and attitudes were 0.70 and 0.85, respectively.

Results: Most patients had a low level of knowledge (63.11%) and neutral attitudes (73.25%) about cannabis. They would be glad if their doctors offer it as a choice of treatment. The prevalence of use was 27.53%. Of all patients, there were 11.42% currently using and 16.10% already quit. The purposes of use were to improve sleeping (64.15%) and cure cancer (50.94%). Most users used cannabis in the form of syrup or oil (72.64%) and got the products from relatives or friends (57.55%). The factors associated with cannabis use were positive attitudes about cannabis (odds ratio 4.54, 95% Confidence Interval 1.41-3.95) and metastatic stage of cancers (OR 2.36, 95% CI 2.60-7.93).

Conclusions: Two out of three cancer patients have suboptimal knowledge about cannabis, while three out of four have neutral attitudes toward it. One in four of all has used cannabis, and factors associated with use include having a positive attitude toward it and having advanced-stage cancer. Most patients obtain cannabis from informal sources, highlighting the need for a regulated system to increase access to appropriate cannabis use.

Keywords: cannabis, cancer, knowledge, attitudes, prevalence

บทนำ

กัญชาเป็นพืชล้มลุกในวงศ์ Cannabidaceae¹ ที่ทั่วโลกรู้จักมานาน ถูกใช้ทั้งเพื่อนันทนาการและการรักษาโรค หรือภาวะของโรคต่าง ๆ อย่างแพร่หลาย² สารประกอบในกัญชา มีหลายชนิด ที่สำคัญคือสารแคนนาบินอยด์ (cannabinoids) ได้แก่ เตตราไฮโดรแคนนาบินอยด์ (delta-9 tetrahydrocannabinol หรือ THC) และแคนนาบิไดโอล์ (cannabidiol หรือ CBD) ซึ่งออกฤทธิ์ต่อร่างกายแตกต่างกัน^{3, 4}

วัตถุประสงค์การใช้กัญชาส่วนใหญ่นั้นมักเกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรังทั้งในแง่ของการรักษาโรค ป้องกันโรค และการบรรเทาความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกาย จิตใจ และผลต่อคุณภาพชีวิต โดยในผู้ป่วยมะเร็ง มีหลักฐานว่ากัญชาสามารถช่วยบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียนจากเคมีบำบัด และอาจมีประโยชน์เพื่อช่วยบรรเทาอาการปวดจากมะเร็งระยะสุดท้าย โดยแนะนำให้ใช้ในกรณีที่มีการรักษามาตรฐานไม่ได้ผลหรือใช้เสริมกับการรักษาด้วยยาชนิดอื่น^{5, 6} ส่วนประโยชน์อื่น ๆ รวมถึงการรักษามะเร็งในมนุษย์นั้นยังไม่มีหลักฐานสนับสนุนเพียงพอ จึงไม่แนะนำให้ใช้⁵⁻¹³ นอกจากนี้ยังมีคำแนะนำให้ใช้กัญชาได้ในโรคลมชักที่รักษาได้ยากหรือต้องการรักษา ภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็งในผู้ป่วยโรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง (multiple sclerosis) และภาวะปวดเหตุพยาธิสภาพประสาท (neuropathic pain) อีกทั้งยังมีอีกหลายโรคหรือภาวะที่น่าจะได้ประโยชน์จากการใช้กัญชาแต่ยังต้องมีหลักฐานทางวิชาการมาสนับสนุนเพิ่มเติม¹⁴ จึงยังไม่อยู่ในคำแนะนำมาตรฐานของการรักษาในปัจจุบัน

การใช้กัญชาทางการแพทย์ถือเป็นเรื่องใหม่ของสังคมไทยและเป็นประเด็นที่ประชาชนให้ความสนใจและตื่นตัวมาก โดยเฉพาะหลังการแก้ไขกฎหมายเพื่อผ่อนคลายการใช้กัญชา ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 19 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 เป็นต้นมา¹⁵ ประชาชนบางส่วนเชื่อว่ากัญชาสามารถรักษาโรคร้ายแรงได้¹⁶ และมีแนวโน้มว่าความชุกของการใช้กัญชาจะเพิ่มขึ้น¹⁷ อีกทั้งยังพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้กัญชาอย่างไม่ถูกต้อง กล่าวคือใช้โดยไม่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของบุคลากรทางการแพทย์ และใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาที่ไม่สามารถตรวจสอบที่มาได้อย่างชัดเจนซึ่งทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพได้

คำแนะนำมาตรฐานของการรักษาปัจจุบันจะมีที่ใช้กัญชาจำกัดตามหลักฐานการศึกษาที่เน้นการใช้สารสกัดกัญชาแบบเดี่ยว เช่น THC หรือ CBD โดยยังต้องรอหลักฐานอีกมากถึงประโยชน์ของการใช้กัญชาแบบรวมไม่แยกสารเดี่ยว (entourage effect) แต่ระหว่างนี้มีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่ทดลองใช้กัญชากับตนเองและพบว่าหายจากโรคมะเร็งและเผยแพร่เรื่องราวของตนเองในอินเทอร์เน็ต^{18, 19} ทำให้ประชาชนส่วนหนึ่งเชื่อถือและทดลองปฏิบัติตาม การศึกษาในต่างประเทศพบว่าผู้ป่วยมะเร็งใช้กัญชาเพื่อวัตถุประสงค์ที่หลากหลาย^{20, 21} ทั้งเพื่อบรรเทาอาการต่าง ๆ เช่น อาการปวด คลื่นไส้อาเจียน เครียด เบื่ออาหาร ฯลฯ รวมถึงการใช้โดยคาดหวังว่ากัญชาจะสามารถรักษาโรคมะเร็งได้²¹ เพราะได้รับข่าวสารข้างต้น เช่นเดียวกับ การสำรวจในประเทศไทยเมื่อปีพ.ศ. 2564 ของ Assanangkornchai

และคณะ²² พบว่ามีผู้ป่วยจำนวนมากใช้กัญชาเพื่อประโยชน์อื่นนอกเหนือจากคำแนะนำมาตรฐาน เช่น รักษาโรคมะเร็ง บรรเทาอาการไอ บรรเทาอาการวิตกกังวล บรรเทาอาการนอนไม่หลับ บรรเทาอาการจากความผิดปกติที่เกิดหลังความเครียดที่สะเทือนใจ รักษาโรคสมองเสื่อม โดยได้จากแหล่งอื่นนอกจากบุคลากรทางการแพทย์ นอกจากนี้ ยังพบว่าตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาเป็นส่วนประกอบ มีการนำกัญชามาใช้รักษาอาการต่าง ๆ อย่างกว้างขวางในประเทศไทยตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ทั้งในด้านการรักษาและป้องกันโรค เช่น แก้กลิ้นไส้อาเจียน กระตุ้นความอยากอาหาร แก้อาการนอนไม่หลับ ลดความวิตกกังวล ต้านลมชัก ลดความเกร็งของกล้ามเนื้อ ลดอาการที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกาย บำรุงกำลัง เป็นต้น²³ ซึ่งจะเห็นได้ว่าสรรพคุณหลายอย่างนั้นกว้างกว่าคำแนะนำมาตรฐาน ด้วยเหตุที่หลักฐานเรื่องประโยชน์ของกัญชามีความหลากหลายขึ้นกับกลุ่มคนและลักษณะของสารสกัดกัญชาที่ใช้ ประสิทธิภาพเฉพาะตัวของผู้ป่วยแต่ละราย ประกอบกับการใช้กัญชาทางการแพทย์เป็นเรื่องใหม่ของสังคมไทย สิ่งเหล่านี้จึงน่าจะส่งผลความรู้และเจตคติของผู้ป่วยมะเร็งแต่ละคนที่มีต่อกัญชาได้

โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขั้นสูงในจังหวัดปทุมธานี ซึ่งให้บริการผู้ป่วยมะเร็งจำนวนมาก มีผู้ป่วยมะเร็งมากกว่า 5,000 ราย ใน พ.ศ. 2562 ซึ่งจากเวชปฏิบัติของผู้อยู่ในหน่วยเวชศาสตร์ครอบครัวและหน่วยบริบาลแบบประคับประคองพบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่สนใจเรื่องกัญชาและมีผู้ป่วยที่ใช้กัญชาเป็นทางเลือกหนึ่งในการรักษา แต่ยังไม่มีการเก็บข้อมูลหรือการศึกษาที่ชัดเจนเกี่ยวกับความรู้ เจตคติ และสถานการณ์การใช้กัญชาในผู้ป่วยกลุ่มนี้

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้และเจตคติเกี่ยวกับกัญชา ความชุกของการใช้กัญชาและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้กัญชาในผู้ป่วยมะเร็งที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ เพื่อให้เข้าใจสถานการณ์เกี่ยวกับการใช้กัญชาในผู้ป่วยมะเร็ง ตลอดจนสามารถนำข้อมูลที่ได้มาใช้พัฒนาระบบบริการและเป็นแหล่งข้อมูลสำหรับการศึกษาวิจัยต่อยอดได้ในอนาคต

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) **ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย** คือ ผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติจำนวน 385 ราย **เกณฑ์การคัดเลือก** ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี ไม่มีภาวะทางสมองหรือจิตใจที่บกพร่องจนไม่สามารถสื่อสารได้ เข้าใจและสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ ทราบการวินิจฉัยโรคมะเร็งของตนเองอยู่แล้ว ไม่มีภาวะฉุกเฉินหรือภาวะที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาเร่งด่วน และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ **เกณฑ์คัดออก** ได้แก่ ผู้ที่เกิดความไม่สบายกายหรือใจขณะเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นใหม่ ประกอบด้วยชุดคำถาม 5 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 ข้อ 2) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับกัญชาแบบเลือกตอบถูกผิดหรือไม่ทราบ จำนวน 10 ข้อ 3) แบบวัดเจตคติเกี่ยวกับกัญชาแบบมาตรวัดของลิเคิร์ตจำนวน 16 ข้อ 4) แบบสอบถามเกี่ยวกับการใช้กัญชา จำนวน 6 ข้อ 5) แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อเสนอนโยบายและความคิดเห็นอื่น ๆ เกี่ยวกับกัญชาจำนวน 1 ข้อ โดยแบบสอบถามดังกล่าวได้ผ่านการประเมินความตรงตามเนื้อหาด้วยดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (index of item-objective congruence) โดยผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง 3 ท่าน นอกจากนี้ยังได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลปทุมธานี จำนวน 12 ราย รวมทั้งหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามส่วนวัดความรู้และเจตคติด้วยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.70 และ 0.85 ตามลำดับ

การเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกอายุรศาสตร์มะเร็งวิทยา แผนกตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็งนรีเวชวิทยา แผนกตรวจผู้ป่วยนอกรังสีรักษา และมะเร็งวิทยา แผนกการดูแลผู้ป่วยระยะสั้น และแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ โดยสุ่มช่วงเวลาเก็บข้อมูลจากหน่วยงานดังกล่าวหน่วยงานละ 2-3 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2563 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ฐานนิยม และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ เพื่อบรรยายลักษณะของข้อมูล และใช้การทดสอบไคสแควร์, Fisher's exact test, unpaired t-test และ Mann-Whitney U test เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างในแต่ละปัจจัยระหว่างกลุ่มที่มีประวัติการใช้กัญชา และกลุ่มที่ไม่มีประวัติการใช้กัญชา จากนั้นจึงใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกเพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยและประวัติการใช้กัญชาของกลุ่มตัวอย่างด้วยค่า Odds ratio (OR) และ 95% Confidence Interval (CI) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่น้อยกว่า 0.05 ($p < 0.05$)

จริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังจากการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ชุดที่ 1 (คณะแพทยศาสตร์) หนังสือรับรองเลขที่ 209/2563 รหัสโครงการวิจัย MTU-EC-CF-0-167/63 ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานำเสนอในภาพรวมไม่มีการระบุตัวบุคคล คำถาม หรือเนื้อหาที่สามารถใช้สืบค้นกลับเพื่อระบุตัวบุคคลของผู้เข้าร่วมงานวิจัยได้

ผลการศึกษา

ลักษณะพื้นฐานและความชุกของการใช้กัญชา

กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 385 ราย ส่วนมากเป็นเพศหญิง มีสัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ การศึกษาสูงกว่าระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ ไม่เคยดื่มแอลกอฮอล์ ชนิดของมะเร็งที่เป็นมาก 5 ลำดับแรก ได้แก่ มะเร็งทางเดินอาหาร มะเร็งเต้านม มะเร็งปอดและเยื่อหุ้มปอด มะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี และมะเร็งเม็ดเลือดและระบบน้ำเหลือง ร้อยละ 42.34 อยู่ในระยะไม่แพร่กระจาย และร้อยละ 87.01 อยู่ระหว่างรักษา การรักษาที่กลุ่มตัวอย่างเคยได้รับมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ เคมีบำบัด ผ่าตัด และรังสีรักษา (ตารางที่ 1)

กลุ่มตัวอย่างมีประวัติการใช้กัญชาทั้งสิ้น 106 ราย คิดเป็นความชุกร้อยละ 27.53 โดยเป็นผู้ที่กำลังใช้อยู่ 44 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.51 และผู้ที่เลิกใช้แล้ว 62 ราย คิดเป็นร้อยละ 58.49 ของผู้ที่มีประวัติใช้กัญชาทั้งหมด วัดผลประสิทธิผลการใช้ส่วนใหญ่ ได้แก่ เพื่อช่วยการนอนหลับ (ร้อยละ 64.15) และเพื่อรักษามะเร็ง (ร้อยละ 50.94) รูปแบบของผลิตภัณฑ์กัญชาที่ใช้ส่วนใหญ่ ได้แก่ ยาน้ำหรือน้ำมันกัญชา (ร้อยละ 72.64) วิธีใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาส่วนใหญ่ คือ การหยดใต้ลิ้น (ร้อยละ 69.81) แหล่งที่มาของผลิตภัณฑ์กัญชาที่ใช้ส่วนใหญ่ ได้จากญาติหรือเพื่อน (ร้อยละ 57.55) (ตารางที่ 2)

ความรู้เกี่ยวกับกัญชา จากการวัดความรู้เกี่ยวกับกัญชาพบว่าคะแนนสูงสุด คือ 10 คะแนน และคะแนนต่ำสุด คือ 0 คะแนน โดยค่าฐานนิยมเท่ากับ 6 คะแนน ค่ามัธยฐานเท่ากับ 5 คะแนน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เท่ากับ 3 (6, 3) คะแนน เมื่อจำแนกระดับความรู้เกี่ยวกับกัญชาตามคะแนนรวมโดยใช้เกณฑ์ของ Bloom²⁴ พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 63.11 มีความรู้ในระดับควรปรับปรุง รองลงมาร้อยละ 28.57 อยู่ในระดับพอใช้ และร้อยละ 8.31 อยู่ในระดับดี โดยประเด็นเกี่ยวกับกัญชาที่กลุ่มตัวอย่างทราบมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ไม่สามารถใช้กัญชาเพื่อสันทนาการได้อย่างถูกกฎหมายในปัจจุบัน (ร้อยละ 71.69) การครอบครองกัญชาที่หาซื้อเองหรือคนรู้จักให้มาโดยไม่มีใบสั่งยาหรือใบรับรองแพทย์ถือว่าผิดกฎหมาย (ร้อยละ 67.27) และมีหลักฐานทางวิชาการว่ากัญชาอาจช่วยบรรเทาอาการบางอย่างของโรคมะเร็งได้ (ร้อยละ 61.56) ส่วนประเด็นเกี่ยวกับกัญชาที่กลุ่มตัวอย่างทราบน้อยที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ กัญชาสามารถกระตุ้นให้พิการหรือเสียชีวิตจากอัมพาตและกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ (ร้อยละ 10.13) ยังไม่มีหลักฐานทางวิชาการเพียงพอที่จะสรุปได้ว่ากัญชาสามารถรักษาโรคมะเร็งให้หายได้ (ร้อยละ 11.17) และมีหลักฐานทางวิชาการว่ากัญชาสามารถช่วยบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียนจากเคมีบำบัดได้ (ร้อยละ 21.82) (ตารางที่ 3)

เจตคติเกี่ยวกับกัญชา จากการจำแนกระดับเจตคติเกี่ยวกับกัญชาโดยใช้เกณฑ์ของ Katesing²⁵ พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 73.25 มีระดับเจตคติเป็นกลาง รองลงมาร้อยละ 21.82

มีระดับเจตคติเชิงบวก และร้อยละ 4.94 มีระดับเจตคติเชิงลบ กลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มยินดีหากแพทย์เสนอให้กัญชาเป็นทางเลือกหนึ่งในการรักษา โดยประเด็นเกี่ยวกับข้อดีของกัญชาที่กลุ่มตัวอย่างมีเจตคติเชิงบวกหรือมีแนวโน้มเห็นด้วย (คะแนนเฉลี่ยรายข้อ 3.68-5.00 คะแนน) ได้แก่ กัญชาช่วยให้นอนหลับดีขึ้น และช่วยบรรเทาอาการปวดที่เกิดจากมะเร็ง ส่วนประเด็นต่าง ๆ เกี่ยวกับข้อเสียกัญชาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีเจตคติเป็นกลาง (คะแนนเฉลี่ยรายข้อ 2.34-3.67 คะแนน) (รูปที่ 1)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้กัญชา เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่า เพศ ระยะมะเร็ง ประวัติการรักษา ด้วยรังสีรักษา ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์

ระดับความรู้เกี่ยวกับกัญชา และระดับเจตคติเกี่ยวกับกัญชา เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับประวัติการใช้กัญชาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 1) จากนั้นจึงวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ข้างต้นกับประวัติการใช้กัญชาด้วยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้กัญชาที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การมีระดับเจตคติเชิงบวกเกี่ยวกับกัญชา (OR 4.54, 95% CI 2.60-7.93, $p < 0.001$) และการเป็นมะเร็งระยะแพร่กระจาย (OR 2.36, 95% CI 1.41-3.95, $p = 0.001$) ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ที่เหลือสัมพันธ์กับประวัติการใช้กัญชาที่สูงขึ้นแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \geq 0.05$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 1 ลักษณะพื้นฐานและประวัติการใช้กัญชา

ลักษณะพื้นฐาน	จำนวน (ร้อยละ)			p-value
	ทั้งหมด (n = 385)	ไม่มีประวัติ การใช้กัญชา (n = 279)	มีประวัติ การใช้กัญชา (n = 106)	
เพศ				0.005 ^a
ชาย	156 (40.52)	101 (36.2)	55 (51.89)	
หญิง	229 (59.48)	178 (63.8)	51 (48.11)	
อายุ				0.952 ^b
ค่าเฉลี่ย (ปี)	57.99	58.01	57.92	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ปี)	12.51	12.79	11.78	
ช่วงอายุ (ปี)				0.598 ^a
20-59	195 (50.65)	139 (49.82)	56 (52.83)	
≥ 60	190 (49.35)	140 (50.18)	50 (47.17)	
ศาสนา				0.135 ^c
พุทธ	370 (96.10)	271 (97.13)	99 (93.40)	
อื่น ๆ	15 (3.90)	8 (2.87)	7 (6.60)	
สัญชาติ				>0.999 ^c
ไทย	383 (99.48)	277 (99.28)	106 (100.00)	
อื่น ๆ	2 (0.52)	2 (0.72)	0 (0.00)	
ภูมิสำเนา				0.786 ^a
ภาคกลาง	337 (87.53)	245 (87.81)	92 (86.79)	
ภาคอื่น ๆ และต่างประเทศ	48 (12.47)	34 (12.19)	14 (13.21)	

ตารางที่ 1 ลักษณะพื้นฐานและประวัติการใช้กัญชา (ต่อ)

ลักษณะพื้นฐาน	จำนวน (ร้อยละ)			p-value
	ทั้งหมด (n = 385)	ไม่มีประวัติ การใช้กัญชา (n = 279)	มีประวัติ การใช้กัญชา (n = 106)	
ระดับการศึกษา				0.084 ^a
มัธยมศึกษาตอนต้นหรือต่ำกว่า	139 (36.10)	108 (38.71)	31 (29.25)	
สูงกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น	246 (63.90)	171 (61.29)	75 (70.75)	
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)				0.878 ^a
< 5,000	114 (29.61)	82 (29.39)	32 (30.19)	
> 5,000	271 (70.39)	197 (70.61)	74 (69.81)	
อาชีพปัจจุบัน				0.529 ^a
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	118 (30.65)	84 (30.11)	34 (32.08)	
ข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ	106 (27.53)	77 (27.60)	29 (27.36)	
รับจ้าง	69 (17.92)	55 (19.71)	14 (13.21)	
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	63 (16.36)	42 (15.05)	21 (19.81)	
เกษตรกร	25 (6.49)	19 (6.81)	6 (5.66)	
อื่น ๆ	4 (1.04)	2 (0.72)	2 (1.89)	
ชนิดมะเร็ง				0.294 ^a
ทางเดินอาหาร	92 (23.90)	62 (22.22)	30 (28.30)	
เต้านม	74 (19.22)	57 (20.43)	17 (16.04)	
ปอดและเยื่อหุ้มปอด	59 (15.32)	45 (16.13)	14 (13.21)	
อวัยวะสืบพันธุ์สตรี	58 (15.06)	42 (15.05)	16 (15.09)	
เม็ดเลือดและระบบน้ำเหลือง	32 (8.31)	27 (9.68)	5 (4.72)	
ช่องปาก จมูก และคอหอย	23 (5.97)	12 (4.30)	11 (10.38)	
ทางเดินปัสสาวะ	13 (3.38)	10 (3.58)	3 (2.83)	
อวัยวะสืบพันธุ์เพศชาย	10 (2.60)	8 (2.87)	2 (1.89)	
อื่น ๆ	24 (6.23)	16 (5.73)	8 (7.55)	
ระยะมะเร็ง				0.001 ^a
ไม่แพร่กระจาย	163 (42.34)	128 (45.88)	35 (33.02)	
แพร่กระจาย	139 (36.10)	85 (30.47)	54 (50.94)	
ไม่แน่ใจ	83 (21.56)	66 (23.66)	17 (16.04)	

ตารางที่ 1 ลักษณะพื้นฐานและประวัติการใช้กัญชา (ต่อ)

ลักษณะพื้นฐาน	จำนวน (ร้อยละ)			p-value
	ทั้งหมด (n = 385)	ไม่มีประวัติ การใช้กัญชา (n = 279)	มีประวัติ การใช้กัญชา (n = 106)	
สถานะการรักษามะเร็ง				0.936 ^a
กำลังรักษา	335 (87.01)	242 (86.74)	93 (87.74)	
รักษาหายแล้ว	36 (9.35)	27 (9.68)	9 (8.49)	
ไม่แน่ใจ	14 (3.64)	10 (3.58)	4 (3.77)	
การรักษามะเร็งที่เคยได้รับ^d				
เคมีบำบัด	271 (70.39)	193 (69.18)	78 (73.58)	0.397 ^a
ผ่าตัด	234 (60.78)	168 (60.22)	66 (62.26)	0.713 ^a
รังสีรักษา	115 (29.87)	72 (25.81)	43 (40.57)	0.005 ^a
อื่น ๆ	48 (12.47)	35 (12.54)	13 (12.26)	0.941 ^a
โรคร่วมของมะเร็ง				0.642 ^a
ไม่มี	218 (56.62)	160 (57.35)	58 (54.72)	
มี	167 (43.38)	119 (42.65)	48 (45.28)	
ประวัติการสูบบุหรี่				0.007 ^a
ไม่มี	275 (71.43)	210 (75.27)	65 (61.32)	
มี	110 (28.57)	69 (24.73)	41 (38.68)	
ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์				0.029 ^a
ไม่มี	216 (56.10)	166 (59.50)	50 (47.17)	
มี	169 (43.90)	113 (40.50)	56 (52.83)	

^a คำนวณด้วยสถิติทดสอบไคสแควร์ ^b คำนวณด้วยสถิติ unpaired t-test ^c คำนวณด้วยสถิติ Fisher's exact test

^d อาจเคยได้รับการรักษามะเร็งมากกว่าร้อยละ 1 วิธี

ตารางที่ 2 รายละเอียดการใช้กัญชาของกลุ่มตัวอย่างที่มีประวัติการใช้กัญชา

รายละเอียดการใช้กัญชา	จำนวน (ราย) (n = 106)	ร้อยละ
ประวัติการใช้		
- กำลังใช้อยู่	44	41.51
- เลิกใช้แล้ว	62	58.49
เวลาที่เริ่มใช้		
- ก่อนทราบว่าเป็นมะเร็ง	18	16.98
- หลังทราบว่าเป็นมะเร็ง	88	83.02
วัตถุประสงค์การใช้		
- ช่วยการนอนหลับ	68	64.15
- รักษาเมะเร็ง	54	50.94
- บรรเทาอาการปวด	31	29.25
- บรรเทาอาการเบื่ออาหารและทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้น	27	25.47
- ป้องกันการเกิดและแพร่กระจายของเมะเร็ง	18	16.98
- บรรเทาอาการซึมเศร้าและวิตกกังวล	17	16.04
- สันทนการ	17	16.04
- บรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียน	13	12.26
รูปแบบของผลิตภัณฑ์กัญชาที่ใช้		
- ยาน้ำหรือน้ำมันกัญชา	77	72.64
- กัญชาแห้ง	33	31.13
- ยาเม็ด แคปซูล หรือยาลูกกลอน	16	15.09
- กัญชาสด	15	14.15
- ยาทาภายนอก	4	3.77
- สเปรย์พ่น	2	1.89
- อาหาร	2	1.89
วิธีใช้		
- หยอดใต้ลิ้น	74	69.81
- รับประทาน	43	40.57
- สูบหรือสูดควันโดยตรง	17	16.04
- สูดควันผ่านเครื่องพ่นไอระเหย	4	3.77
- สอดทวารหนัก	3	2.83
- พ่นทางปาก	1	0.94
- แปะหรือทาภายนอก	1	0.94

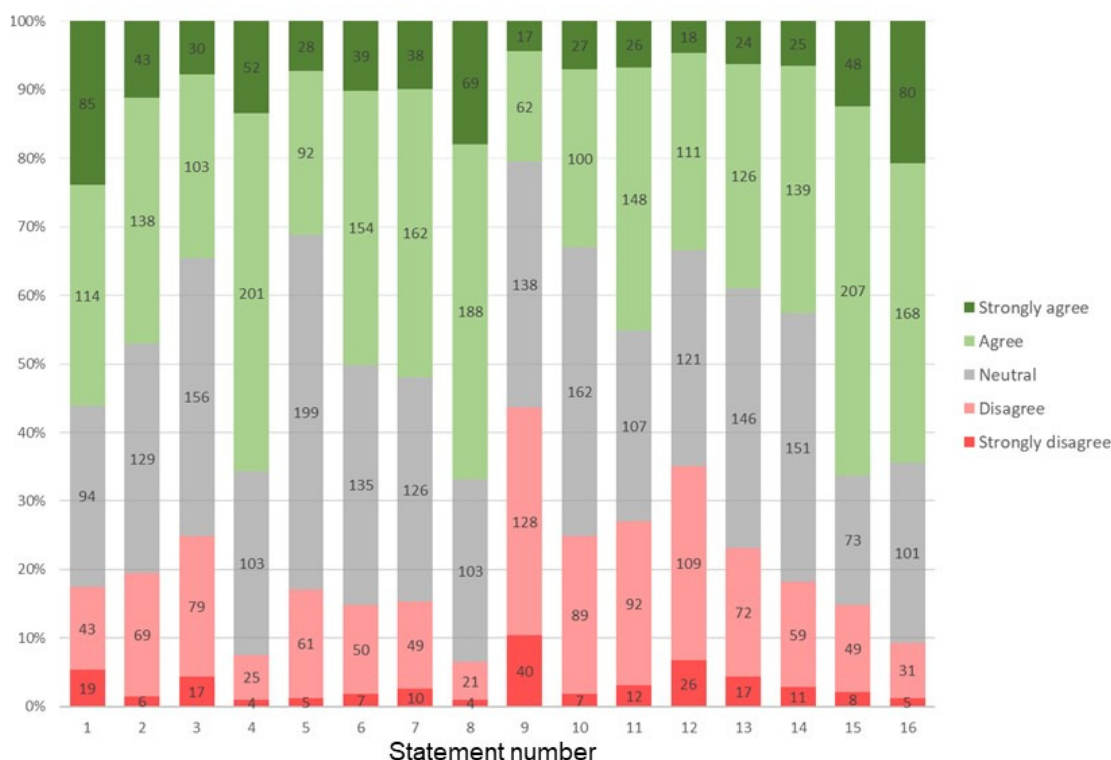
ตารางที่ 2 รายละเอียดการใช้กัญชาของกลุ่มตัวอย่างที่มีประวัติการใช้กัญชา (ต่อ)

รายละเอียดการใช้กัญชา	จำนวน (ราย) (n = 106)	ร้อยละ
แหล่งของผลิตภัณฑ์กัญชาที่ใช้*		
- ญาติหรือเพื่อน	61	57.55
- แพทย์แผนไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์	23	21.7
- แพทย์แผนปัจจุบัน	19	17.92
- หมอพื้นบ้าน	10	9.43
- ซื้ทางอินเทอร์เน็ต	9	8.49
- ปลูกหรือผลิตเอง	6	5.66

*อาจมีข้อมูลวัตถุประสงค์การใช้ รูปแบบของผลิตภัณฑ์กัญชาที่ใช้ วิธีใช้ และแหล่งที่มาของผลิตภัณฑ์กัญชาที่ใช้มากกว่ารายละเอียด 1 ข้อมูล

ตารางที่ 3 ผลการวัดความรู้เกี่ยวกับกัญชาของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายข้อ

ข้อความวัดความรู้ (คำตอบ)	ผู้ที่ตอบได้ถูกต้อง	
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
1. ท่านสามารถใช้กัญชาเพื่อการแพทย์ได้อย่างถูกกฎหมายในปัจจุบัน เช่น เพื่อรักษาโรคหรือบรรเทาอาการ โดยขอรับผลิตภัณฑ์กัญชาที่ผ่าน การรับรองได้จากผู้ที่มีใบอนุญาต ณ สถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียน (ถูก)	229	59.48
2. ท่านสามารถใช้กัญชาเพื่อสันทนการได้อย่างถูกกฎหมายในปัจจุบัน เช่น เพื่อสร้างความบันเทิง สนุกสนาน (ผิด)	276	71.69
3. การครอบครองกัญชาที่ทำซื้อมาเอง หรือกัญชาที่คนรู้จักให้มาถือว่าถูกกฎหมาย แม้ไม่มีใบสั่งยาหรือใบรับรองจากแพทย์ (ผิด)	259	67.27
4. มีหลักฐานทางวิชาการเพียงพอจะสรุปได้ว่า “กัญชาสามารถรักษาโรคมะเร็งให้หายได้” (ผิด)	43	11.17
5. มีหลักฐานทางวิชาการว่า “กัญชาอาจช่วยบรรเทาอาการบางอย่างของโรคมะเร็งได้” (ถูก)	237	61.56
6. มีหลักฐานทางวิชาการว่า “กัญชาสามารถช่วยบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียนจากเคมีบำบัด (คีโม)” (ถูก)	84	21.82
7. กัญชาสามารถกระตุ้นให้เกิดอาการทางจิตได้ (ถูก)	221	57.40
8. กัญชาสามารถกระตุ้นให้เกิดการหรือเสียชีวิตจากอัมพาตและกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ (ถูก)	39	10.13
9. ผู้ที่เป็นมะเร็งชนิดเดียวกันสามารถเริ่มใช้กัญชาในปริมาณเท่ากันได้อย่างปลอดภัยเสมอ (ผิด)	102	26.49
10. ไม่ควรเลือกใช้กัญชาเป็นการรักษาลำดับแรก แต่ควรใช้เสริมกับการรักษาแผนปัจจุบันอื่น ๆ หรือใช้หากการรักษาแผนปัจจุบันอื่น ๆ ไม่ได้ผล (ถูก)	202	52.47



รูปที่ 1 ผลการวัดเจตคติเกี่ยวกับกัญชาของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายข้อ

- ข้อความที่ 1 ท่านสนใจการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์เกี่ยวกับโรคมะเร็ง (คะแนนเฉลี่ย 3.61 ± 1.09)
- ข้อความที่ 2 กัญชาสามารถรักษามะเร็งให้หายได้ (คะแนนเฉลี่ย 3.37 ± 0.95)
- ข้อความที่ 3 กัญชาสามารถป้องกันการเกิดมะเร็งหรือการแพร่กระจายของมะเร็งได้ (คะแนนเฉลี่ย 3.12 ± 0.97)
- ข้อความที่ 4 กัญชาสามารถบรรเทาอาการปวดที่เกิดจากมะเร็งได้ (คะแนนเฉลี่ย 3.71 ± 0.82)
- ข้อความที่ 5 กัญชาสามารถบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียนที่เกิดจากมะเร็งได้ (คะแนนเฉลี่ย 3.20 ± 0.84)
- ข้อความที่ 6 กัญชาสามารถบรรเทาอาการเบื่ออาหาร ช่วยให้คุณกินได้และมีน้ำหนักเพิ่มขึ้น (คะแนนเฉลี่ย 3.44 ± 0.91)
- ข้อความที่ 7 กัญชาสามารถบรรเทาอาการซึมเศร้าและวิตกกังวลที่เกิดจากมะเร็งได้ (คะแนนเฉลี่ย 3.44 ± 0.93)
- ข้อความที่ 8 กัญชาสามารถช่วยให้นอนหลับได้ดีขึ้น (คะแนนเฉลี่ย 3.77 ± 0.84)
- ข้อความที่ 9 การใช้กัญชาปลอดภัยกว่าการรักษาแผนปัจจุบันอื่น ๆ (คะแนนเฉลี่ย 2.71 ± 1.00)
- ข้อความที่ 10 กัญชามีผลข้างเคียงที่อันตรายทั้งต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต (คะแนนเฉลี่ย 2.88 ± 0.91)
- ข้อความที่ 11 หากใช้กัญชาแล้วจะทำให้ท่านเสพติดได้ (คะแนนเฉลี่ย 2.78 ± 0.99)
- ข้อความที่ 12 กัญชาเป็นต้นเหตุของอุบัติเหตุและอาชญากรรมในสังคม (คะแนนเฉลี่ย 3.04 ± 1.01)
- ข้อความที่ 13 ท่านคิดว่าผู้ใช้กัญชาดูไม่ดีในสายตาคนอื่น (คะแนนเฉลี่ย 2.82 ± 0.95)
- ข้อความที่ 14 การหา กัญชา มาใช้เป็นเรื่องยุ่งยาก ไม่สะดวก (คะแนนเฉลี่ย 2.72 ± 0.90)
- ข้อความที่ 15 ท่านกล้าเปิดเผยกับแพทย์ผู้รักษามะเร็งของท่านหากท่านใช้กัญชา (คะแนนเฉลี่ย 3.62 ± 0.93)
- ข้อความที่ 16 ท่านยินดีหากแพทย์เสนอ กัญชา เป็นทางเลือกหนึ่งในการรักษาแก่ท่าน (คะแนนเฉลี่ย 3.75 ± 0.92)

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้กัญชาโดยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก

ปัจจัย	Univariate logistic regression			Multivariate logistic regression		
	Odds ratio	95% CI	p-value	Odds ratio	95% CI	p-value
เพศ						
- ชาย	1.90	1.21-2.99	0.005*	1.60	0.84-3.67	0.156
- หญิง	1	-	-	1	-	-
ระยะมะเร็ง						
- แพร่กระจาย	2.37	1.49-3.75	<0.001	2.36	1.41-3.95	0.001
- ไม่แพร่กระจายหรือไม่แน่ใจ	1	-	-	1	-	-
ประวัติรังสีรักษา						
- เคย	1.96	1.22-3.14	0.005	1.33	0.77-2.28	0.303
- ไม่เคย	1	-	-	1	-	-
ประวัติการสูบบุหรี่						
- มี	1.92	1.19-3.09	0.007	1.26	0.60-2.66	0.540
- ไม่มี	1	-	-	1	-	-
ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์						
- มี	1.65	1.05-2.58	0.030	1.20	0.63-2.29	0.580
- ไม่มี	1	-	-	1	-	-
ระดับความรู้เกี่ยวกับกัญชา						
- ดี	2.72	1.27-5.83	0.010	2.14	0.94-4.88	0.071
- พอใช้	1.85	1.13-3.03	0.015	1.29	0.74-2.27	0.369
- ควรปรับปรุง	1	-	-	1	-	-
ระดับเจตคติเกี่ยวกับกัญชา						
- เชิงบวก	4.91	2.92-8.24	<0.001	4.54	2.60-7.93	<0.001
- เป็นกลาง	1	-	-	1	-	-
- เชิงลบ	0.21	0.03-1.64	0.138	0.18	0.02-1.45	0.107

วิจารณ์

ลักษณะพื้นฐานทางประชากรซึ่งป่วยด้วยมะเร็ง 5 ลำดับแรก ได้แก่ มะเร็งทางเดินอาหาร มะเร็งเต้านม มะเร็งปอด และเยื่อหุ้มปอด มะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี และเม็ดเลือดและระบบน้ำเหลือง สอดคล้องกับสถิติจำนวนผู้ป่วยมะเร็งแยกตามชนิดของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และสถิติโรคมะเร็งที่พบบ่อยของประเทศไทย²⁶ ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาจึงน่าจะสามารถใช้เป็นตัวแทนของผู้ป่วยมะเร็งที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติได้ อย่างไรก็ตามพบว่าอัตราส่วนของกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงต่อเพศชายมีมากกว่าสถิติโรคมะเร็งของประเทศไทยแยกตามเพศเล็กน้อย²⁶ ซึ่งอาจเนื่องมาจากการศึกษาที่ใช้หน่วยตรวจมะเร็งนรีเวชกรรมเป็นหนึ่งในสถานที่เก็บข้อมูลหลักจึงมีโอกาสพบกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงได้มากกว่าเพศชาย

ความรู้เกี่ยวกับกัญชาส่วนใหญ่อยู่ในระดับควรปรับปรุง โดยประเด็นความรู้ที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทราบมักเกี่ยวข้องกับนโยบายและกฎหมายการใช้กัญชา ในขณะที่ประเด็นเกี่ยวกับประโยชน์และโทษจากการใช้กัญชายังมีกลุ่มตัวอย่างทราบไม่มากนัก ทั้งนี้อาจเนื่องจากการนำกัญชามาใช้ทางการแพทย์อย่างถูกกฎหมายเป็นเรื่องใหม่ของสังคม ประกอบกับภายในโรงพยาบาลยังไม่มีบริการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับกัญชา จึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลที่ถูกต้องไม่เพียงพอ โดยกลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มจะได้รับข้อมูลจากแหล่งอื่น เช่น ญาติ เพื่อน อินเทอร์เน็ต โทรทัศน์ วิทยุ ซึ่งอาจไม่ใช่ข้อมูลที่ถูกต้อง โดยเฉพาะข้อมูลทางการแพทย์ นอกจากนี้ แบบวัดความรู้ที่ใช้ในงานนี้อิงความรู้ในขณะวิจัยซึ่งการตัดสินใจว่าความรู้ถูกต้องหรือไม่รู้นั้นอาจเปลี่ยนไปเมื่อมีข้อมูลหลักฐานมากขึ้น รวมถึงเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทางนโยบายหรือกฎหมาย ตลอดจนผู้เขียนอ้างอิงจากคำแนะนำมาตรฐานในแนวทางเวชปฏิบัติเป็นหลัก ซึ่งอาจไม่ครอบคลุมประโยชน์ของกัญชาที่กว้างกว่าคำแนะนำ

ดังกล่าวได้

เจตคติเกี่ยวกับกัญชาส่วนใหญ่เป็นกลางและเชิงบวก เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มเห็นด้วยกับข้อดีของกัญชา คือ การช่วยให้นอนหลับดีขึ้นและบรรเทาอาการปวดจากมะเร็ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Mudad และคณะ²⁷ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Sukrueangkul และคณะ²⁸ ซึ่งสำรวจการใช้กัญชาของผู้ป่วยมะเร็งในภาคเหนือของประเทศไทย พบว่าผู้ป่วยเชื่อว่ากัญชาทางการแพทย์ช่วยลดผลข้างเคียงจากการรักษาของการแพทย์แผนปัจจุบัน บรรเทาความทุกข์ทรมานจากมะเร็ง และรักษามะเร็งได้ ในขณะที่การศึกษาของ Zhoe และคณะ²⁹ พบว่า กัญชาทางการแพทย์ช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งเริ่มนอนหลับและหลับได้อย่างต่อเนื่อง และใช้ยานอนหลับลดลง นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีแนวโน้มยินดีหากแพทย์เสนอกัญชาเป็นทางเลือกหนึ่งในการรักษาซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Drosdowsky และคณะ³⁰ อย่างไรก็ตาม การศึกษาในประเทศนิวซีแลนด์ สหรัฐอเมริกา และแคนาดา กลับพบว่าแพทย์ลังเลที่จะสั่งจ่ายกัญชาทางการแพทย์ให้ผู้ป่วยจากหลายสาเหตุ เช่น หลักฐานวิชาการที่จำกัด ความกังวลเรื่องความปลอดภัยของยา ผลข้างเคียง เช่น การกระตุ้นความเจ็บป่วยทางจิตเวช และอันตรายระหว่างยาโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ความไม่มั่นใจในมาตรฐานและการปนเปื้อนของยา การขาดการฝึกอบรมและความรู้ในการสั่งจ่ายยา ความไม่แน่นอนของข้อบ่งชี้ แพทย์บางส่วนมีความไม่มั่นใจในบทบาทของกัญชาภายหลังทำให้ถูกกฎหมายและใช้เพื่อนันทนาการได้³¹⁻³³ ดังนั้นจึงควรมีแนวทางเวชปฏิบัติที่ช่วยลดความไม่แน่ใจและอุปสรรคเหล่านี้ เพิ่มการฝึกอบรมให้แพทย์มีความรู้และความมั่นใจในการให้คำแนะนำและสั่งจ่ายยามากขึ้น และสนับสนุนให้มีการวิจัยเพิ่มขึ้นถึงประสิทธิภาพและความปลอดภัยของกัญชาทางการแพทย์³²

ในขณะที่ประเด็นเกี่ยวกับข้อเสียของกัญชานั้นผู้ป่วยมีเจตคติเป็นกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องจากคนไทยเคยได้ยินประเด็นเกี่ยวกับการใช้กัญชาเป็นตำรับยาสมุนไพรที่มีสรรพคุณในการรักษาโรคและบรรเทาอาการได้หลากหลายรวมถึงทำให้นอนหลับและแก้ปวดได้³⁴ อีกทั้งการรับรู้ข่าวสารต่าง ๆ จากคนรอบข้างเกี่ยวกับประสบการณ์การใช้กัญชาและข่าวสารเกี่ยวกับการผ่อนคลายการใช้กัญชาของรัฐให้สามารถนำมาใช้ทางการแพทย์ได้อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดเจตคติเชิงบวกและเป็นกลางได้มากกว่าเกิดเจตคติเชิงลบ

ความชุกของการใช้กัญชาเท่ากับร้อยละ 27.53 โดยมีผู้ที่กำลังใช้อยู่ร้อยละ 11.42 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ซึ่งสูงกว่าความชุกจากการสำรวจระดับชาติในประชากรไทยในปี พ.ศ. 2554 ซึ่งเท่ากับร้อยละ 0.2 เป็นอย่างมาก³⁵ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการศึกษานี้ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งซึ่งเป็นกลุ่มประชากรเฉพาะ ประกอบกับผลจากการผ่อนคลายกฎหมายเกี่ยวกับกัญชาของรัฐซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Pergam และคณะ³⁶ ที่ผู้ใช้กัญชารายงานว่ากัญชาช่วยให้การใช้กัญชาอย่างถูกกฎหมายส่งผลต่อแนวโน้มการใช้ที่มากขึ้น²¹ และสอดคล้องกับการ

คาดการณ์ว่าความชุกของการใช้กัญชาจะเพิ่มขึ้นหลังจากรัฐอนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ได้อย่างถูกกฎหมายแล้ว¹⁷ โดยวัตถุประสงค์ที่ผู้ป่วยใช้มากที่สุดได้แก่ ช่วยการนอนหลับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเจตคติในการศึกษานี้ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีเจตคติเชิงบวกต่อข้อดีของกัญชาเรื่องการช่วยการนอนหลับมากที่สุด และยังสอดคล้องกับรายงานเกี่ยวกับการใช้กัญชาจากศูนย์พิษวิทยารามาธิบดี³⁶ นอกจากนี้ยังมีกลุ่มตัวอย่างที่ใช้กัญชาถึงร้อยละ 50.94 ใช้เพื่อการรักษามะเร็ง ซึ่งการใช้เพื่อวัตถุประสงค์เหล่านี้ยังไม่ตรงกับคำแนะนำมาตรฐานในปัจจุบัน^{8, 11, 13} ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับรายงานของศูนย์พิษวิทยารามาธิบดี³⁶ การศึกษาของ Assanangkornchai และคณะ²² และหลายการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่าผู้ป่วยใช้เพื่อวัตถุประสงค์เหล่านี้เช่นเดียวกัน^{20, 21, 30} ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยมะเร็งยังมีความรู้ในประเด็นนี้ไม่มากพอ โดยมีเพียงร้อยละ 11.17 เท่านั้นที่ทราบว่ายังไม่มีหลักฐานทางวิชาการเพียงพอจะสรุปว่ากัญชาสามารถรักษาโรคมะเร็งได้ นอกจากนั้นกัญชายังอาจเป็นเสมือนความหวังสุดท้ายที่จะรักษาโรคมะเร็งให้หายอีกด้วย³⁷

รูปแบบของผลิตภัณฑ์กัญชาที่ใช้มากที่สุด คือ ยาน้ำหรือน้ำมัน ใช้โดยวิธีหยดใต้ลิ้นมากที่สุดซึ่งสอดคล้องกับรายงานของศูนย์พิษวิทยารามาธิบดี³⁶ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะผลิตภัณฑ์กัญชาที่ใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์ในประเทศไทยทั้งที่ผลิตเองตามภูมิปัญญาในครัวเรือน ผลิตโดยองค์การเภสัชกรรม และโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ซึ่งเป็นตำรับยาที่ได้รับอนุญาตให้ผลิตในประเทศไทยภายใต้การรักษาโรคกรณีจำเป็นสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย และตำรับยาของผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยและหมอพื้นบ้านที่ได้รับการรับรองจากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกนั้นล้วนอยู่ในรูปแบบน้ำมันทั้งสิ้น³⁸ ต่างจากการศึกษาในประเทศแคนาดาของ Hawley และ Gobbo²⁰ ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งใช้กัญชาด้วยวิธีสูบมากที่สุด ซึ่งอาจเนื่องมาจากการสูบนั้นได้ผลดีและออกฤทธิ์บรรเทาอาการปวดได้ดีกว่า³⁹ และอาจมีการสูบเพื่อนันทนาการด้วยมิใช่การใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์เพียงอย่างเดียวเหมือนในการศึกษานี้

ผลิตภัณฑ์กัญชาที่ใช้มาจากญาติหรือเพื่อนมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของศูนย์พิษวิทยารามาธิบดี³⁶ การศึกษาของ Assanangkornchai และคณะ²² และการศึกษาของ Rehm และคณะ⁴⁰ ที่พบว่าผู้ป่วยหากกัญชามาใช้เองโดยไม่อยู่ภายใต้คำสั่งของบุคลากรทางการแพทย์⁴⁰ ซึ่งอาจเกิดอันตรายตามมาได้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการใช้กัญชาทางการแพทย์ยังถือเป็นเรื่องใหม่ของสังคม การประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการเข้าถึงอย่างปลอดภัยและถูกกฎหมายในประเทศไทยจึงอาจยังมีไม่เพียงพอ ในขณะที่ความต้องการใช้กัญชาของผู้ป่วยในประเทศเพิ่มมากขึ้น⁴⁰

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้กัญชาที่สูงขึ้น ได้แก่ การมีเจตคติเชิงบวกเกี่ยวกับกัญชา และการเป็นมะเร็งระยะ

แพร่กระจาย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเจตคติและพฤติกรรมมีผลซึ่งกันและกัน⁴¹ การมีเจตคติเชิงบวกเกี่ยวกับกัญชาจึงอาจส่งผลให้แนวโน้มการหากัญชามาใช้สูงขึ้นได้ ส่วนผู้ที่เป็นมะเร็งระยะแพร่กระจายนั้นมักมีอาการไม่สุขสบายทางกายจากการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะต่าง ๆ และผลข้างเคียงจากการรักษามะเร็งที่ได้รับมากขึ้น⁴² นอกจากนี้มะเร็งในระยะแพร่กระจายมักมีพยากรณ์โรคที่ไม่ดี การรับรู้ว่าเป็นมะเร็งในระยะนี้โดยเฉพาะเมื่อโรคไม่สามารถรักษาให้หายได้แล้ว ทำให้ผู้ป่วยแสวงหาทางเลือกการรักษาอื่น ๆ มากขึ้นเพื่อหวังให้มีผลในการรักษาโรค⁴³ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาวัดอุปสรรคในการใช้กัญชาของการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยที่ใช้กัญชามากกว่าครึ่งใช้เพื่อรักษามะเร็งให้หาย

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าอายุ ระดับการศึกษา และเพศไม่สัมพันธ์กับการใช้กัญชา ต่างกับการศึกษาของ Hawley และ Gobbo²⁰ ที่รายงานว่าการใช้กัญชาสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่มีอายุน้อย ทั้งนี้อาจเพราะเป็นการศึกษาในประเทศแคนาดาที่มีความชุกของการใช้กัญชาเพื่อนันทนาการมากกว่าซึ่งส่วนใหญ่ผู้ใช้จะอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น⁴⁴ ผลการศึกษาจึงแตกต่างกับการศึกษาครั้งนี้ที่ผู้ใช้กัญชาเป็นผู้ป่วยมะเร็งและใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์ อย่างไรก็ตาม ปัจจัยด้านระดับการศึกษานั้นมีความหลากหลาย กล่าวคือ ในขณะที่การศึกษาของ Hawley และ Gobbo²⁰ พบว่าระดับการศึกษาที่สูงสัมพันธ์กับการใช้กัญชา แต่การศึกษาของ Pergam และคณะ²¹ กลับพบว่าระดับการศึกษาที่ต่ำกว่าสัมพันธ์กับการใช้กัญชาที่สูงขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากบริบทของการศึกษาในประเทศที่แตกต่างกันหรือขนาดกลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้ที่น้อยกว่าการศึกษาข้างต้น จึงอาจไม่เพียงพอที่จะหาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาและการใช้กัญชาได้ อีกทั้งยังได้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาและประวัติการใช้กัญชาด้วยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกเพื่อตัดอิทธิพลของตัวแปรกวนออก จึงอาจทำให้ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับการศึกษาข้างต้นได้ ส่วนปัจจัยทางด้านเพศนั้น Reinerman และคณะพบว่าเพศชายมีแนวโน้มใช้กัญชามากกว่าซึ่งอาจเป็นผลมาจากการที่เพศหญิงรายงานการใช้กัญชาต่ำกว่าความเป็นจริงเนื่องจากกลัวการตีตราทางสังคม⁴⁵ อย่างไรก็ตามการศึกษานี้เป็นการศึกษาในประชากรทั่วไปที่ไม่จำเพาะกับผู้ป่วยมะเร็งและไม่ได้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ทางสถิติ

ข้อเด่น คือ เป็นการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ เจตคติ รวมทั้งความชุกของการใช้กัญชาในผู้ป่วยมะเร็งซึ่งเป็นเรื่องใหม่ที่สังคมกำลังให้ความสนใจแต่ยังมีการศึกษาทางวิชาการเกี่ยวกับประเด็นนี้ในประเทศไทยยังไม่มากนัก

ข้อจำกัด คือ เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ซึ่งศึกษาความรู้และเจตคติในเชิงปริมาณ ดังนั้นข้อมูลที่ได้อาจมีขอบเขตจำกัด ไม่ลุ่มลึก และไม่สามารถหาความสัมพันธ์เชิงเหตุผลของปัจจัยต่าง ๆ กับการใช้กัญชาได้ นอกจากนี้ยังมีขอบเขตเนื้อหาความรู้และเจตคติเกี่ยวกับกัญชาจำกัดอยู่ในด้านการนำมาใช้ทางการแพทย์สำหรับโรคมะเร็งเท่านั้น อีกทั้งยังเป็นไปได้

ว่าผลิตภัณฑ์กัญชาที่กลุ่มตัวอย่างใช้อาจไม่ใช่สารสกัดจากกัญชาจริงเพียงแต่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าเป็นผลิตภัณฑ์กัญชาเท่านั้น นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังมีโอกาสรายงานประวัติการใช้กัญชาน้อยกว่าความเป็นจริง เนื่องจากการใช้กัญชาเพื่อนันทนาการหรือการใช้โดยไม่อยู่ภายใต้การดูแลของบุคลากรสาธารณสุขผู้ได้รับอนุญาตยังถือว่าเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมาย

สรุป

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับกัญชาในระดับควรปรับปรุง และมีเจตคติเป็นกลางเกี่ยวกับกัญชา โดยมีแนวโน้มเห็นด้วยกับข้อดีของกัญชาและยินดีหากแพทย์เสนอให้กัญชาเป็นทางเลือก ผู้ป่วยเกือบ 1 ใน 3 มีประสบการณ์การใช้กัญชาเพื่อช่วยการนอนหลับและรักษามะเร็ง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้ที่สูงขึ้น ได้แก่ การมีเจตคติเชิงบวกเกี่ยวกับกัญชา และการเป็นมะเร็งระยะแพร่กระจาย สถานพยาบาลควรมีระบบบริการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้กัญชาอย่างเหมาะสมเพื่อลดอันตรายจากการใช้ที่ผิดและเพิ่มโอกาสการเข้าถึงกัญชาตามความสนใจของผู้ป่วยภายใต้หลักฐานทางวิชาการ

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณขอขอบคุณ แพทย์หญิงสุภาพร มีลาภ ดร.แพทย์แผนไทยประยุกต์รุจิรัตน์ กนกกังสดาล และอาจารย์ แพทย์หญิงภาณุช เยี่ยมประภาพร สำหรับการเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แพทย์หญิงประภาศรี กุลาเลิศ และรองศาสตราจารย์ ชุมพจน์ อมาตยกุล ที่กรุณาให้คำแนะนำด้านสถิติ

เอกสารอ้างอิง

1. Thomas BF, Mahmoud AE. The analytical chemistry of cannabis quality assessment, assurance, and regulation of medicinal marijuana and cannabinoid preparations. Amsterdam: Elsevier; 2016.
2. Bridgeman MB, Abazia DT. Medicinal Cannabis: history, pharmacology, and implications for the acute care setting. P T 2017;42(3):180-8.
3. ElSohly MA, Mehmedic Z, Foster S, Gon C, Chandra S, Church JC. Changes in cannabis potency over the last 2 decades (1995-2014): Analysis of current data in the United States. Biol Psychiatry 2016;79(7):613-9. doi.org/10.1016/j.biopsych.2016.01.004
4. Russo EB. Taming THC: potential cannabis synergy and phytocannabinoid-terpenoid entourage effects. Br J Pharmacol 2011;163(7):1344-64. doi.org/10.1111/j.1476-5381.2011.01238.x

5. 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;64(2):111-20.
6. Häuser W, Fitzcharles MA, Radbruch L, Petzke F. Cannabinoids in pain management and palliative medicine. *Dtsch Arztebl Int* 2017;114(38):627-34. doi.org/10.3238/arztebl.2017.0627
7. Abrams DI, Guzman M. Cannabis in cancer care. *Clin Pharmacol Ther* 2015;97(6):575-86. doi.org/10.1002/cpt.108
8. Cyr C, Arboleda MF, Aggarwal SK, Balneaves LG, Daeninck P, Néron A, et al. Cannabis in palliative care: current challenges and practical recommendations. *Ann Palliat Med* 2018;7(4):463-77. doi.org/10.21037/apm.2018.06.04
9. Fowler CJ. Delta(9)-tetrahydrocannabinol and cannabidiol as potential curative agents for cancer: a critical examination of the preclinical literature. *Clin Pharmacol Ther* 2015;97(6):587-96. doi.org/10.1002/cpt.84
10. Kisková T, Mungenast F, Suváková M, Jäger W, Thalhammer T. Future aspects for cannabinoids in breast cancer therapy. *Int J Mol Sci* 2019; 20(7):1673. doi.org/10.3390/ijms20071673
11. Martínez-Martínez E, Martín-Ruiz A, Martín P, Calvo V, Provencio M, García JM. CB2 cannabinoid receptor activation promotes colon cancer progression via AKT/GSK3 β signaling pathway. *Oncotarget* 2016;7(42):68781-91. doi.org/10.18632/oncotarget.11968
12. Nielsen S, Sabioni P, Trigo JM, Ware MA, Betz-Stablein BD, Murnion B, et al. Opioid-sparing effect of cannabinoids: a systematic review and meta-analysis. *Neuropsychopharmacology* 2017; 42(9):1752-65. doi.org/10.1038/npp.2017.51
13. Whiting PF, Wolff RF, Deshpande S, Di Nisio M, Duffy S, Hernandez AV, et al. Cannabinoids for medical use: a systematic review and meta-analysis. *J Am Med Assoc* 2015;313(24):2456-73. doi.org/10.1001/jama.2015.6358
14. Department of Medical Services. Guidance on cannabis for medical use (edition 2/2019) [Internet]. Department of Medical Services, Ministry of Public Health of Thailand. 2019 [Cited Apr, 2020] Available from: <http://dmsic.moph.go.th/index/detail/7852>.
15. Ministry of Justice, Thailand. Narcotic act (No.7) B.E.2562 (2019) (in Thai) [Internet]. 2019 [Cited Jul, 2019] Available from: http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2562/A/019/T_0001.PDF.
16. NIDA Poll. Policy of cannabis sativa. [Internet] National Institute of Development Administration 2019. [Cited Jul, 2019] Available from: <https://nidapoll.nida.ac.th/data/survey/uploads/FILE-1597736130950.pdf>.
17. Sornpaisarn B, Manthey J, Rehm J. Think clearly about the medical cannabis policy in Thailand. *J Health Sci* 2019;28:755-66.
18. Simpson R. Rick Simpson campaign 2014 [Cited Apr, 2023]. Available from: <https://phoenixtears.ca>.
19. Tippens J. Get busy living. 2017 [Cited Apr, 2023]. Available from: <https://mycancerstory.rocks>.
20. Hawley P, Gobbo M. Cannabis use in cancer: a survey of the current state at BC Cancer before recreational legalization in Canada. *Curr Oncol* 2019;26(4):e425-e32. doi.org/10.3747/co.26.4743
21. Pergam SA, Woodfield MC, Lee CM, Cheng GS, Baker KK, Marquis SR, et al. Cannabis use among patients at a comprehensive cancer center in a state with legalized medicinal and recreational use. *Cancer* 2017;123(22):4488-97. doi.org/10.1002/cncr.30879
22. Assanangkornchai S, Thaikla K, Talek M, Saingam D. Medical cannabis use in Thailand after its legalization: a respondent-driven sample survey. *PeerJ* 2022;10:e12809. doi.org/10.7717/peerj.12809
23. Duangdamrong J, Sathiyos Y, Poopong S, Lumlerdkij N, Akarasereenont P. Evidence of cannabis for medical uses and its indications: an evidence-based comparison between Thai traditional medicine and western Medicine. *Siriraj Med Bull* 2022;15(3): 155-163.
24. Bloom BS. Handbook on formation and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
25. Katesing W. Statistical analysis for research. Bangkok :Thaiwattanapanich; 1995.
26. Cancer Registry Unit NCIT. Cancer in Thailand vol. III, 2010-2012. Bangkok: New Thammasat Press; 2015.
27. Mudad R, Laderian B, Krause M. P3.05-009 Medical marijuana and lung cancer: patients' knowledge and attitude towards its use: topic: symptoms, therapeutic interventions. *J Thorac Oncol* 2017; 12(1):S1417-S8. doi.org/10.1016/j.jtho.2016.11.2171

28. Sukrueangkul A, Phimha S, Panomai N, Laohasirivong W, Sakphisutthikul C. Attitudes and beliefs of cancer patients demanding medical cannabis use in north Thailand. *Asian Pac J Cancer Prev* 2022;23(4):1309-14. doi.org/10.31557/APJCP.2022.23.4.1309
29. Zhou ES, Nayak MM, Chai PR, Braun IM. Cancer patient's attitudes of using medicinal cannabis for sleep. *J Psychosoc Oncol* 2022;40(3):397-403. doi.org/10.1080/07347332.2021.1910396
30. Drosdowsky A, Blaschke S, Koproski T, Fullerton S, Thakerar A, Ellen S, et al. Cancer patients' use of and attitudes towards medicinal cannabis *Aust Health Rev* 2020;44(4):650-5. doi.org/10.1071/AH19066
31. Manoharan R, Kemper J, Young J. Exploring the medical cannabis prescribing behaviours of New Zealand physicians. *Drug Alcohol Rev* 2022; 41(6):1355-66. doi.org/10.1111/dar.13476
32. Gregorio J. Reluctant Physicians, Medical marijuana, and the law. *AMA J Ethics* 2014;16(9):732-8. doi.org/10.1001/virtualmentor.2014.16.9. hlaw1-1409
33. Ng JY, Gilotra K, Usman S, Chang Y, Busse JW. Attitudes toward medical cannabis among family physicians practising in Ontario, Canada: a qualitative research study. *CMAJ Open* 2021;9(2):E342-e8. doi.org/10.9778/cmajo.20200187
34. Taupachit A, Kessomboon N. Medical use of cannabis. *Isan J Pharm Sci* 2017;13(Suppl.):228-40.
35. Angkurawaranon C, Jiraporncharoen W, Likhitsathian S, Thaikla K, Kanato M, Perngparn U, et al. Trends in the use of illicit substances in Thailand: results from national household surveys. *Drug Alcohol Rev* 2018;37(5):658-63. doi.org/10.1111/dar.12689
36. Ramathibodi Poison Center Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital. Caution in the use of cannabis products (in Thai) [Internet]. 2019 [Cited Apr, 2020] Available from: <https://tinyurl.com/bd8azmub>
37. Buchwald D, Brønnum D, Melgaard D, Leutscher PDC. Living with a hope of survival is challenged by a lack of clinical evidence: an interview study among cancer patients using cannabis-based medicine. *J Palliat Med* 2020;23(8):1090-3. doi.org/10.1089/jpm.2019.0298
38. Committee of Enhancing and Public Relation for Cannabis Product Use. Medical cannabis products [Internet]. 2019 [Cited May, 2020] Available from: <http://www.medcannabis.go.th/>
39. Romero-Sandoval EA, Kolano AL, Alvarado-Vázquez PA. Cannabis and cannabinoids for chronic pain. *Curr Rheumatol Rep* 2017;19(11):67. doi.org/10.1007/s11926-017-0693-1
40. Rehm J, Elton-Marshall T, Sornpaisarn B, Manthey J. Medical marijuana. What can we learn from the experiences in Canada, Germany and Thailand? *Int J Drug Policy* 2019;74:47-51. doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.09.001
41. Wiriyakijpattana K. Consumer behavior. Bangkok: Wangauksorn Publishing; 2007.
42. Pallium Canada. Pain management. 2 ed. Pallium Canada, editor. Ottawa 2016.
43. Shinall MC, Jr., Stahl D, Bibler TM. Addressing a patient's hope for a miracle. *J Pain Symptom Manage* 2018;55(2):535-9. doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.10.002
44. Canadian centre on substance use and addiction. Canadian drug summary: cannabis 2020 [Cited Feb, 2021]. Available from: <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2020-05/CCSA-Canadian-Drug-Summary-Cannabis-2020-en.pdf>. doi.org/10.1080/02791072.2011.587700
45. Reinerman C, Nunberg H, Lanthier F, Heddleston T. Who are medical marijuana patients? Population characteristics from nine California assessment clinics. *J Psychoactive Drugs* 2011;43(2):128-35.