

ประสิทธิผลของน้ำมันกัญชาสูตรหมอเดชาต่อการนอนหลับในผู้ป่วยที่รับบริการ
คลินิกกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลโคกโพธิ์

The Influence of Mor Decha Formula Cannabis Oil on Sleepiness in Patients
Becoming Cannabis Medical Clinic Treatment at Khok Pho Hospital

แหวฮาสิเมาะะ หะยี้เจ๊ะเต๊ะ ^{1*}

Weahalimah Hajicheteh ^{1*}

^{1*} โรงพยาบาลโคกโพธิ์ อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี 94120

^{1*} Khokpho Hospital, Khokpho District, Pattani Province. 94120

* Corresponding Author: แหวฮาสิเมาะะ หะยี้เจ๊ะเต๊ะ E-mail: weahalimah@gmail.com

Received : 28 May 2023

Revised : 20 July 2023

Accepted : 22 August 2023

บทคัดย่อ

ปัญหาการนอนไม่หลับส่งผลกระทบต่อสุขภาพทุกมิติซึ่งพบได้บ่อยในวัยกลางคนและสูงอายุ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่มเดียววัดซ้ำ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบชั่วโมงการนอนหลับ และศึกษาคุณภาพการนอนหลับตั้งแต่แรกเริ่ม และหลังจากรับประทานน้ำมันกัญชาสูตรหมอเดชา 6 ครั้ง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีปัญหาการนอนไม่หลับทั้งชาย และหญิงที่มาเข้ารับบริการรักษาอาการนอนไม่หลับในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลโคกโพธิ์ ระหว่างเดือนมกราคม ถึง ธันวาคม 2565 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 40 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ น้ำมันกัญชาสูตรหมอเดชา และเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับของฟิตส์เบิร์ก โดยติดตามคุณภาพการนอนหลับจำนวน 6 ครั้ง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Friedman test ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมีชั่วโมงการนอนหลับหลังจากจากรับประทานน้ำมันกัญชาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และผลของคุณภาพการนอนหลับหลังจากรับประทานน้ำมันกัญชาครบ 28 วัน พบผู้ป่วยมีคุณภาพการนอนหลับดีขึ้นจำนวน 4 คน ดังนั้น น้ำมันกัญชาอาจเป็นทางเลือกในการรักษาอาการนอนไม่หลับเมื่อรับประทานต่อไปอีก

คำสำคัญ: คุณภาพการนอน นอนไม่หลับ น้ำมันกัญชา

Abstract

Insomnia, which is common in middle-aged and senior citizens, affects a variety of health. This study is a quasi-experimental study. Repeated measurements on a single group. The objective of this study was to compare sleep hours and quality after receiving Mor Decha's cannabis oil for the first time and after consuming it six times. People aren't able to fall asleep in a medical cannabis clinic, Khok Pho Hospital. Purposive sampling was used to select 40 people between

January and December 2022. Pittsburgh Mor Decha cannabis oil method and data collection instruments Personal data and a Sleep quality assessment questionnaire were collected through assessing sleep quality six separate times. The descriptive statistics and Friedman test statistics were applied to analyze the data. The hours of sleep after having cannabis oil weren't observed. The hours of sleep after cannabis oil intake weren't statistically different at the 0.05 degree, and the effect of sleep quality after 28 days of cannabis oil feeding proved to improve sleep quality in four patients. As a result, cannabis oil could be applied as an alternate treatment for insomnia. Once the patient continued using cannabis oil.

Keywords: Quality of sleep, Insomnia, Cannabis oil

บทนำ

อาการนอนไม่หลับเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพที่มีความสำคัญและพบได้บ่อยที่สุดในบรรดาปัญหาของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาอาการเกี่ยวกับการนอนหลับ ปัจจุบันคนไทยมีปัญหานอนไม่หลับมากถึงร้อยละ 30.0 – 40.0 ของประชากรทั้งหมดหรือประมาณ 19 ล้านคน ซึ่งถือว่าเป็นสถิติของปัญหาที่นับวันจะเริ่มพุ่งสูงขึ้น [1] อาการนอนไม่หลับหรือนอนไม่พอ คือ สาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคร้ายแรงต่างๆ อย่างคาดไม่ถึง ไม่ว่าจะเป็นโรคเมอเร็งลำไส้ โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคอ้วน ระบบย่อยอาหารผิดปกติ และในผู้ชายทำให้สมรรถภาพทางเพศลดลง [2]

จากข้อมูลผู้ป่วยที่มาใช้บริการกลุ่มงานการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 ถึง ปี พ.ศ. 2565 พบว่า มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยอาการนอนไม่หลับจำนวน 103 คน มารับบริการ 151 ครั้ง จากผู้ป่วยทั้งหมด 2,027 คน ร้อยละ 5.1 [3]

เห็นได้ว่าอาการนอนไม่หลับก็เป็นปัญหาทางการแพทย์ที่สำคัญ ผลกระทบของการนอนหลับไม่เพียงพอหรือการนอนหลับที่ไม่มีคุณภาพจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในระยะยาว และส่งผลการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยในหลายมิติ เพราะจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการไม่สุขสบาย มีอาการรู้สึกอ่อนเพลีย ไม่สดชื่น มีปัญหาด้านความคิด รู้สึกง่วงนอน และมีความต้องการนอนหลับในช่วงกลางวัน ซึ่งจะส่งผลให้เกิดผลเสียทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อาชีพ และเศรษฐกิจ โดยการนอนหลับอย่างเพียงพอจะช่วยเพิ่มระดับพลังงาน ช่วยบรรเทาความเหนื่อยล้า และช่วยให้มีสุขภาพจิตที่ดี อีกทั้งยังช่วยปรับปรุงการทำงานของร่างกายโดยรวม [4] การมีเวลานอนหลับที่เพียงพอต่อเนื่องโดยไม่ถูกรบกวน สถาบันการนอนหลับแห่งชาติ (National Sleep Foundation) ประเทศสหรัฐอเมริการะบุว่า ระยะเวลาการนอนที่เหมาะสมเพื่อสุขภาพที่ดีแต่ละช่วงวัยสำหรับวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุระหว่าง 26 - 64 ปี ควรมีปริมาณชั่วโมงนอน 7 - 9 ชั่วโมงต่อคืน [5] บุคคลที่มีชั่วโมงการนอนน้อยกว่า 5 ชั่วโมงมีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์ของกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial infarction; MI) ที่เพิ่มขึ้น 1.56 เท่า (RR = 1.56, 95% CI = 1.41 - 1.73, p -value < 0.001) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่นอนหลับ 7 - 8 ชั่วโมง และผู้ป่วยที่นอนหลับ 6 ชั่วโมง มีความเสี่ยงต่อ MI 1.14 เท่า (RR = 1.14, 95%CI = 1.06 - 1.22, p -value < 0.001) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่หลับ 7 - 8 ชั่วโมง ตามการวินิจฉัยของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders fifth edition (DSM-5) ของการนอนไม่หลับ DIMS [6] ในบรรดาผู้ที่นอนไม่หลับ จะมีการ

เปลี่ยนแปลงของแกน Hypothalamic-pituitary-adrenal โดยมีระดับฮอร์โมน Adrenocorticotrophic (ACTH) และ Cortisol สูงขึ้นเมื่อเทียบกับบุคคลที่มีสุขภาพดี [7] ระยะเวลาการนอนหลับที่สั้นลง และประสิทธิภาพการนอนหลับที่ลดลงนั้นสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของการรับรู้ความเครียดในวันรุ่งขึ้น [8] และมีความเป็นไปได้ที่อารมณ์แปรปรวนซ้ำๆ ควบคู่ไปกับอาการตื่นตัวทางจิตสรีรวิทยา และการรับรู้มากเกินไปในวันรุ่งขึ้น เพื่อตอบสนองต่อปัญหาการนอนหลับที่นำไปสู่การพัฒนาของอาการนอนไม่หลับเรื้อรัง ปฏิกริยาความเครียดสามารถกระตุ้นกระบวนการทางพยาธิสรีรวิทยาของความเครียด เช่น การตื่นตัวมากเกินไป การทำงานของต่อมไร้ท่อ หัวใจ และหลอดเลือดที่ส่งผลกระทบต่อกระบวนการนอนหลับ [9] มีการศึกษาความเครียดในหนูทดลองพบว่า ความเครียดเรื้อรัง และคอร์ติซอลที่เพิ่มขึ้นจะนำไปสู่การเร่งความเร็วของหลอดเลือดที่นำไปสู่ MI [10] อีกทั้งยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติทางจิตเวช เช่น มีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า และอาจมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย [11] ความโดดเดี่ยวทางสังคมในปัจจุบันสามารถกระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความกลัวสามารถเพิ่มระดับคอร์ติซอล การสังเคราะห์เมลาโทนิที่ลดลงทำให้คุณภาพการนอนหลับลดลง [12]

การรักษาอาการนอนไม่หลับมีหลายวิธี ทั้งแบบใช้ยา และไม่ใช้ยา [13] การรักษาภาวะนอนไม่หลับโดยใช้ยา (Medical treatment) โดยแพทย์ทางหลัก ได้แก่ 1) ยาในกลุ่ม Benzodiazepine เป็นยาที่ใช้บ่อยในการรักษาอาการนอนไม่หลับ แบ่งเป็นกลุ่มที่ออกฤทธิ์สั้น และออกฤทธิ์ยาว กลุ่มที่ออกฤทธิ์สั้นเหมาะสำหรับผู้ป่วยที่นอนหลับยากในช่วงแรก (Initial insomnia) เช่น ยา Lorazepam และควรหลีกเลี่ยงการใช้ เช่น ยา Alprazolam, Midazolam เพราะออกฤทธิ์เร็ว มีโอกาสทำให้เกิดติดยา (Dependence) และอาจเกิดอาการถอนยา (Withdrawal symptoms) ได้ง่าย ลดยาหรือถอนยาออกได้ยาก ยาในกลุ่มนี้ เช่น Lorazepam 0.5 - 2 มิลลิกรัม ส่วนกลุ่มที่ออกฤทธิ์ยาว เช่น Clonazepam, Diazepam เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาหลับไม่สนิทระหว่างคืนหรือตื่นเร็วกว่าปกติ เป็นต้น ในผู้สูงอายุควรลดขนาดยาลง และควรเฝ้าระวังผลข้างเคียง เช่น อาการซึม ง่วง การทรงตัวผิดปกติ เดินเซหรือล้ม ควบคุมการทรงตัวได้ลำบาก นอกจากนั้นหากรับประทานยานานต่อเนื่องเกิน 2 - 4 สัปดาห์ จะทำให้มีโอกาสเกิดการติดยา และเกิดอาการถอนยาเมื่อหยุดยากระทันหัน อย่างไรก็ตามเมื่อให้ยาร่วมกับการให้ Sleep hygiene แล้ว ควรค่อยๆ ลดยาลงภายใน 1 เดือน หากต้องใช้ยานานกว่านั้นอาจจะส่งพบจิตแพทย์เพื่อประเมิน และรักษาต่อไป 2) Non - benzodiazepine เช่น Zolpidem เป็นกลุ่มยาที่ออกฤทธิ์เร็ว ดูดซึมได้ดี อย่างไรก็ตามอาจต้องระวังผลข้างเคียง เช่น ง่วงซึม มึนศีรษะ หรือ ละเมอ รวมถึงการติดยาด้วยเช่นกัน [14] การไม่รักษาอาการนอนไม่หลับมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และสมองที่สูงขึ้น [15] นอกจากนี้ อาการนอนไม่หลับมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือด (Cardiovascular diseases; CVD) รวมถึงกล้ามเนื้อหัวใจที่สูงขึ้น [16]

ทั้งนี้ การรักษาอาการนอนไม่หลับโดยวิธีการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกก็เป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการรักษาอาการนอนไม่หลับ และในปัจจุบันประเทศไทยได้มีการแก้ไขพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษฉบับที่ 7 พ.ศ. 2562 ให้สามารถนำกัญชามาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ และศึกษาวิจัย ซึ่งการใช้ทางการแพทย์ต้องอยู่ภายใต้การควบคุม และดูแลของแพทย์ที่ได้รับอนุญาตได้เท่านั้น [17] ส่งผลให้กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้โรงพยาบาลในสังกัดเปิดคลินิกกัญชาทางการแพทย์เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงยาที่มีคุณภาพและปลอดภัย สามารถใช้ประโยชน์จากกัญชาทางการแพทย์อย่างเหมาะสม โดยตำรับยาน้ำมันกัญชาสูตรหมอเดชาเป็นสารสกัดกัญชาในน้ำมันมะพร้าวที่มีความเข้มข้นร้อยละ 10 ของน้ำหนักกัญชาแห้ง [18] ขอบ่งชี้

ของน้ำมันกัญชาสูตรหมอเดชาที่สำคัญ คือ ลดปวด ช่วยเจริญอาหาร รักษาอาการนอนไม่หลับ และไม่เกรน [19] คำแนะนำการรับประทานน้ำมันกัญชาสูตรหมอเดชาในการรักษาอาการนอนไม่หลับ คือ ให้เริ่มต้นที่ขนาดยา 3 - 5 หยด วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน [20] จากการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องการใช้ประโยชน์จากน้ำมันกัญชาทางการแพทย์สูตรหมอเดชา ผู้วิจัยพบการศึกษาการใช้กัญชาสูตรหมอเดชาที่ทำการศึกษโดยโรงพยาบาลดอนตูม จังหวัดนครปฐม [21] ในผู้ป่วย 1,000 คน พบผลการรักษาอาการนอนไม่หลับจากน้ำมันกัญชาดีขึ้นร้อยละ 80.0 โดยให้ปฏิบัติตามคำแนะนำของหมอเดชา ดังนี้ เพศหญิงเริ่มต้นที่ 3 หยด และเพศชายเริ่มต้นที่ 5 หยด สามารถปรับเพิ่มปริมาณการหยดได้ สัปดาห์ละ 2 หยด เมื่อพบจุดที่หลับได้ให้คงไว้ระดับนั้น โดยไม่ต้องเพิ่มปริมาณอีก อย่างไรก็ตาม มีผู้ที่อาการนอนหลับไม่ดีขึ้นร้อยละ 20.0 ได้แก่ (1) กลุ่มที่ทำงานเป็นกะ เช่น พยาบาล แพทย์ พนักงานรักษาความปลอดภัย และคนที่ทำงานในโรงงาน เนื่องจากนอนหลับไม่เป็นเวลา ทำให้ต้องเปลี่ยนเวลาให้ยา (2) กลุ่มที่ปัสสาวะบ่อย ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากหรือมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่มีการผ่าตัดหรือมีการฉายรังสี ผู้ป่วยที่ดื่มน้ำมากหลัง 6 โมงเย็น ซึ่งแนะนำให้ดื่มน้ำน้อยลง ดื่มน้ำเท่าที่จำเป็นในช่วงหลัง 6 โมงเย็นทำให้การนอนหลับดีขึ้น (3) กลุ่มที่เข้าใจไม่ตรงตามที่บอกเป็นกลุ่มที่คิดว่าใช้น้ำมันกัญชามากจะเกิดผลดี (4) กลุ่มที่เป็นมะเร็งระยะสุดท้าย ญาติอ้างว่าผู้ป่วยนอนเฉยๆ แล้วจากไปอย่างสงบ ซึ่งน้ำมันกัญชาไม่ได้รักษามะเร็งหรือฆ่าเซลล์มะเร็ง แต่น้ำมันกัญชาไปชกน้าหรือทำให้ร่างกายหลับ ร่างกายเกิดการซ่อมแซมทำให้ภูมิคุ้มกันดีขึ้น โรงพยาบาลโคกโพธิ์ได้รับสนับสนุนน้ำมันกัญชาสูตรหมอเดชาจากกรมการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกในเดือนสิงหาคม 2564 ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสิทธิภาพของน้ำมันกัญชาสูตรหมอเดชาต่อการนอนหลับในผู้ป่วยที่รับบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลโคกโพธิ์ โดยทำการเปรียบเทียบชั่วโมงการนอนหลับ และศึกษาคุณภาพการนอนหลับหลังจากรับประทานน้ำมันกัญชาสูตรหมอเดชาครบ 3 วัน 7 วัน 14 วัน 21 วันและ 28 วัน

วัตถุประสงค์วิจัย

- 1) เพื่อเปรียบเทียบชั่วโมงการนอนหลับหลังจากรับประทานน้ำมันกัญชาสูตรหมอเดชาครบ 3 วัน 7 วัน 14 วัน 21 วันและ 28 วัน
- 2) เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับหลังจากรับประทานน้ำมันกัญชาสูตรหมอเดชาครบ 3 วัน 7 วัน 14 วัน 21 วันและ 28 วัน

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดซ้ำ (One-group repeated measures) โดยเปรียบเทียบชั่วโมงการนอนหลับและศึกษาคุณภาพการนอนหลับหลังจากรับประทานน้ำมันกัญชาซ้ำจำนวน 6 ครั้ง โดยเว้นระยะห่าง ดังนี้

- ครั้งที่ 1 คือ วันแรกรับ ผู้ป่วยเข้ารับบริการที่คลินิกกัญชา (เป็นวันก่อนรับประทานน้ำมันกัญชา)
- ครั้งที่ 2 คือ หลังจากรับประทานน้ำมันกัญชาสูตรหมอเดชาครบ 3 วัน
- ครั้งที่ 3 คือ หลังจากรับประทานน้ำมันกัญชาสูตรหมอเดชาครบ 7 วัน
- ครั้งที่ 4 คือ หลังจากรับประทานน้ำมันกัญชาสูตรหมอเดชาครบ 14 วัน
- ครั้งที่ 5 คือ หลังจากรับประทานน้ำมันกัญชาสูตรหมอเดชาครบ 21 วัน

ครั้งที่ 6 คือ หลังจากรับประทานน้ำมันกัญชาสูตรหมอเดชาครบ 28 วัน

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ผู้ป่วยชายและหญิงทั้งหมดที่มาเข้ารับบริการรักษาอาการนอนไม่หลับในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลโคกโพธิ์ ระหว่างเดือนมกราคม ถึง ธันวาคม 2565

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยที่มีปัญหานอนไม่หลับทั้งชายและหญิงที่มาเข้ารับบริการรักษาอาการนอนไม่หลับในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลโคกโพธิ์ ระหว่างเดือนมกราคม ถึง ธันวาคม 2565 จำนวน 40 คน โดยผู้ป่วยจะได้รับการทบทวนเข้าร่วมการวิจัยด้วยวาจา ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย วัตถุประสงค์ ขั้นตอนดำเนินการวิจัย และวิธีรับประทานน้ำมันกัญชาตามคำสั่งใช้จำนวน 3 หยด (เทبنช้อน) รับประทานวันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน และจะได้รับการติดตามคุณภาพการนอนหลับตามแบบประเมิน PSQI หลังจากรับประทานน้ำมันกัญชาสูตรหมอเดชา 5 ครั้ง ได้แก่ หลังจากรับประทาน 3 วัน 7 วัน 14 วัน 21 วัน และ 28 วัน โดยจะสอบถามทางโทรศัพท์ตามเบอร์โทรศัพท์ที่ให้ไว้

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยโดยใช้ตารางประมาณค่า สำหรับการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบสถิติที่ศึกษา (Power analysis) ของ Cohen (1988) [22] หาขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่าง (Effect size) ของงานวิจัยที่ผ่านมา โดยการคำนวณค่าขนาดอิทธิพลความแตกต่างจากสูตรของ Glass (อ้างใน จินตนา บัวทองจันทร์, 2556) [23] ซึ่งได้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.81 โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น (α) ที่ระดับ 0.05 อำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.80 เปิดตารางอำนาจการทดสอบของ Cohen (1988) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 26 คน เพื่อให้ขนาดกลุ่มตัวอย่างครบตามเกณฑ์ หากกลุ่มตัวอย่างมีการสูญหาย (Drop out) ระหว่างดำเนินการทดลอง ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน

การสุ่มตัวอย่าง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีแบบเจาะจง (Purposive sampling) กำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเข้า คัดออก และเกณฑ์การยุติโครงการวิจัย ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria) ประกอบด้วย

- 1) ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาอาการนอนไม่หลับอายุระหว่าง 18 ปี ถึง 60 ปี
- 2) ไม่เป็นโรคทางจิตเวชและโรคสมองเสื่อม
- 3) เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหานอนไม่หลับโดยใช้แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) มีคะแนนตั้งแต่ 5 คะแนนขึ้นไป
- 4) มีความสามารถในการสื่อสาร อ่านเขียนภาษาไทยได้ดี และไม่มีปัญหาด้านการได้ยิน
- 5) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยจนสิ้นสุด

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ประกอบด้วย

- 1) ไม่ยินยอมเปิดเผยข้อมูลให้แก่ผู้วิจัย
- 2) ไม่รับประทานยาตามคำแนะนำสั่งใช้
- 3) เป็นสตรีตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร

เกณฑ์การยุติโครงการวิจัย (Termination criteria) ประกอบด้วย

- 1) อาสาสมัครเสียชีวิต
- 2) อาสาสมัครลาออก

3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 เครื่องมือ คือ

- 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ น้ำมันกัญชาสูตรหมอเดชา
- 2) เครื่องมือใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ ประกอบด้วย 2 ตอน ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 17 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ภูมิลำเนา อาชีพ งานอดิเรก ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้ การออกกำลังกาย ดื่มกาแฟ สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ ปัญหาการนอนหลับ และโรคประจำตัว

ตอนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับของ Pittsburgh Sleep Quality Index : PSQI (1989) แปลเป็นภาษาไทยโดยตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์ [24] การประเมินคุณภาพการนอนหลับจากคำถามทั้งหมด 9 ข้อ จะใช้คะแนนผลรวมของ 7 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 คุณภาพการนอนหลับ (Subjective sleep quality) ประเมินจากคุณภาพนอนหลับโดยรวมในช่วงที่ผ่านมา องค์ประกอบที่ 2 ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนถึงเริ่มหลับ (Sleep latency) ประเมินจากผลรวมของระยะเวลา ตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ กับปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับที่เกิดเนื่องจากการนอนไม่หลับหลังจากเข้านอนไปแล้วนานกว่า 30 นาที ในช่วงที่ผ่านมา องค์ประกอบที่ 3 ระยะเวลาการนอนหลับ (Sleep duration) ประเมินจากระยะเวลาของการนอนหลับ ในช่วงที่ผ่านมา องค์ประกอบที่ 4 ประสิทธิภาพการนอนหลับตามปกติวิสัย (Habitual sleep efficiency) ประเมินจากการคำนวณจำนวนชั่วโมงในการนอนหลับจริง ทหารด้วยจำนวนชั่วโมงที่นอนอยู่บนเตียง คูณ 100 เปอร์เซนต์ในช่วงที่ผ่านมา องค์ประกอบที่ 5 สิ่งรบกวนการนอนหลับ (Sleep disturbances) ประเมินจากปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับในช่วงที่ผ่านมา องค์ประกอบที่ 6 การใช้ยานอนหลับ (Use of sleeping medication) ประเมินจากการใช้ยานอนหลับเพื่อช่วยในการนอนหลับในช่วงที่ผ่านมา และองค์ประกอบที่ 7 ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน (Daytime dysfunction) ประเมินจากผลรวมของอาการง่วงนอน หรือเพลอหลับขณะทำกิจกรรมประจำวันกับปัญหาเกี่ยวกับความกระตือรือร้นในการทำงานให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีในช่วงที่ผ่านมา แต่ละองค์ประกอบมีคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ คะแนน 0 (คุณภาพการนอนหลับดีหรือไม่มีปัญหาการนอนหลับ) ถึงคะแนน 3 (คุณภาพการนอนหลับไม่ดีหรือมีปัญหาการนอนหลับ) คะแนนรวมของทั้ง 7 องค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0 - 21 คะแนน แปลผลโดยคะแนนรวมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 หมายถึง มีคุณภาพการนอนหลับที่ดี และคะแนนรวมที่มากกว่า 5 หมายถึง มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี

นิยามศัพท์/คำจำกัดความในงานวิจัย

- 1) อาการนอนไม่หลับ หมายถึง ความผิดปกติของการนอนที่มีลักษณะของอาการใดอาการหนึ่งจากสามอาการต่อไปนี้ (1) ความยากลำบากในการเริ่มต้นการนอนหลับ (2) ความยากลำบากในการนอนหลับ (3) ตื่นเช้าโดยไม่สามารถกลับไปนอนต่อเกิดขึ้นอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ และเป็นปัญหายาอย่างน้อย 3 เดือน
- 2) คุณภาพการนอนหลับดี หมายถึง จำนวนคะแนนรวมของทั้ง 7 องค์ประกอบของแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับที่น้อยกว่า 5 คะแนน (คะแนนรวมของทั้ง 7 องค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0 - 21 คะแนน)
- 3) คุณภาพการนอนหลับไม่ดี หมายถึง จำนวนคะแนนรวมของทั้ง 7 องค์ประกอบของแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับที่มากกว่า 5 คะแนน (คะแนนรวมของทั้ง 7 องค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0 - 21 คะแนน)
- 4) น้ำมันกัญชา หมายถึง สารสกัดกัญชาในน้ำมันมะพร้าวที่มีความเข้มข้นร้อยละ 10 ของน้ำหนักกัญชาแห้ง ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ได้กำหนดความเข้มข้นของปริมาณสาร THC ของน้ำมันกัญชาสูตรหมอเดชาเท่ากับ 2 มิลลิกรัม/มิลลิลิตร มีสรรพคุณช่วยให้นอนหลับ ช่วยเจริญอาหาร บรรเทาอาการปวดเรื้อรัง แก้อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ผลดีโดยกรมการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก
- 5) คลินิกกัญชาทางการแพทย์ หมายถึง หน่วยบริการที่เปิดให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ โดยโรงพยาบาลโคกโพธิ์เปิดให้บริการในวันจันทร์ถึงศุกร์ เวลา 08.30 - 15.00 น. ทำการรักษาโดยแพทย์แผนไทยที่ผ่านการอบรม และมีใบอนุญาตสั่งจ่ายยาประเภทยาเสพติดให้โทษประเภท 5 จากกระทรวงสาธารณสุข มีตำรับยาน้ำมันกัญชาสูตรหมอเดชาใช้ในการรักษาอาการนอนไม่หลับ ปวดเรื้อรัง ไมเกรน และพาร์กินสัน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของแบบสอบถาม โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางแพทย์แผนไทย 3 ท่าน เพื่อประเมินความสอดคล้องของแบบสอบถามรายข้อกับวัตถุประสงค์ (Index of Item - Objective Congruence; IOC) ได้ค่าความสอดคล้อง (IOC) = 0.60 - 1.00 ทำการแก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำพิจารณาปรับข้อคำถามบางข้อให้มีความคมชัดมากขึ้น พิมพ์แบบสอบถามฉบับจริง และนำไปทดลองใช้กับผู้มารับบริการในคลินิกแพทย์แผนไทยที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.76 และ 0.88 ตามลำดับ แล้วนำแบบสอบถามไปเก็บข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยปฏิบัติตามจรรยาบรรณนักวิจัยโดยพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยคำนึงความเป็นส่วนตัว ข้อมูลเก็บเป็นความลับ ไม่เปิดเผยชื่อผู้ป่วย ไม่บิดเบือนข้อเท็จจริงในการเก็บรวบรวมข้อมูลนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม และไม่ให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย โดยนักวิจัยจะทำการแนะนำตัวต่อผู้ป่วยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัย สอบถามความสมัครใจ ให้เวลาในการตัดสินใจ และให้อิสระผู้ป่วยที่จะเข้าหรือไม่เข้าร่วมในการทำวิจัยหรือถอนตัว/ยุติการเข้าร่วมได้ตลอดเวลาที่รู้สึกไม่สะดวก

4. การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับไปใช้สอบถามผู้ป่วยที่มาใช้บริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลโคกโพธิ์ โดยใช้เวลาเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือน

มกราคม ถึง ธันวาคม 2565 แล้วนำแบบสอบถามที่เก็บได้ไปลงรหัสวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยมีขั้นตอนดำเนินการ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

- 1) ขออนุมัติการดำเนินงานวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
- 2) ประชาสัมพันธ์การให้บริการของคลินิกกัญชาผ่านหนังสือเวียนเพื่อขอความอนุเคราะห์
- 3) ประชาสัมพันธ์คลินิกกัญชาไปยังหน่วยงานราชการในอำเภอโคกโพธิ์ แจกแผ่นพับประชาสัมพันธ์ ประกาศเสียงตามสายในโรงพยาบาล และประชาสัมพันธ์ในกลุ่มไลน์ประชาชนทั่วไป
- 4) ทาบทาม เชิญชวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์เข้าร่วมโครงการวิจัย

ขั้นระหว่างดำเนินการวิจัย

สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการนอนไม่หลับ ผู้วิจัยขออนุญาตผู้ป่วยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย โดยข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ ผลการวิจัยที่ได้จะนำไปสรุปเป็นภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ตอบตกลงหรือปฏิเสธการร่วมวิจัย ไม่จำเป็นต้องชี้แจงเหตุผล และไม่กระทบต่อกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด และเมื่อผู้ป่วยยินดียินดีเข้าร่วมวิจัย จึงให้ลงลายมือชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยอธิบายข้อคำถามในแบบสอบถาม และแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ PSQI ให้ผู้ป่วยฟัง เมื่อผู้ป่วยเข้าใจดีแล้วจึงให้ผู้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยใช้เวลาในการตอบประมาณ 10 นาที ต่อชุดคำถาม หากผู้ป่วยมีข้อสงสัยหรือไม่เข้าใจคำถามสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากผู้ป่วยไม่สามารถอ่านข้อความในแบบสอบถามได้ (เนื่องจากสายตา ยาวหรือไม่พกแว่นสายตา) ผู้วิจัยจะช่วยอ่านข้อความในแบบสอบถาม และเขียนตามที่ผู้ป่วยตอบมา ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วน และสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนเก็บแบบสอบถามคืน หากพบว่าแบบสอบถามข้อใดขาดหายไป ตอบไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยจะซักถามจากผู้ป่วยเพิ่มเติม หลังจากผู้ป่วยได้ตอบแบบสอบถาม และประเมินคุณภาพการนอนหลับ PSQI แล้วผู้วิจัยจึงส่งจ่ายน้ำมันกัญชาสูตรหมอเดชาแก่ผู้ป่วย โดยให้รับประทานวันละ 1 ครั้ง จำนวน 3 หยด (เทบ่นช้อน) ก่อนนอน และให้คำแนะนำ ได้แก่ ให้ดื่มน้ำมากๆ หลังตื่นนอนตอนเช้า เพราะอาจทำให้คอแห้งได้ หากมีอาการวิงเวียนศีรษะ คลื่นไส้ สับสน มึนงง ให้หยุดยา และแจ้งให้ผู้วิจัยทราบ ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามคุณภาพการนอนหลับ PSQI หลังจากผู้ป่วยรับประทานน้ำมันกัญชา จำนวน 5 ครั้ง ได้แก่ หลังจากรับประทานน้ำมันกัญชา 3 วัน 7 วัน 14 วัน 21 วัน และ 28 วัน ทั้ง 40 คน

ขั้นหลังการวิจัย

รวบรวมข้อมูลหลังจากติดตามคุณภาพการนอนหลับหลังรับประทานน้ำมันกัญชา 5 ครั้ง และตรวจสอบความครบถ้วน ความสมบูรณ์ของข้อมูล และนำข้อมูลมาวิเคราะห์

5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

- 1) เปรียบเทียบข้อมูลการนอนหลับหลังจากรับประทานน้ำมันกัญชา 3 วัน 7 วัน 14 วัน 21 วัน และ 28 วัน โดยใช้การวิเคราะห์แบบ Nonparametric ด้วยสถิติ Friedman test เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่เป็นเส้นโค้งปกติ

2) คำนวณคุณภาพการนอนหลับหลังจากรับประทานน้ำมันกัญชาสูตรหมอเดชา โดยใช้ผลคะแนนรวม 7 องค์ประกอบตามเกณฑ์ของ Pittsburgh Sleep Quality Index : PSQI เมื่อครบ 3 วัน 7 วัน 14 วัน 21 วัน และ 28 วัน

ผลการศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการนอนไม่หลับในคลินิกกัญชาทางการแพทย์พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 67.5 มีอายุระหว่าง 33 - 55 ปี จำนวน 17 คน ร้อยละ 42.5 มีอาชีพรับราชการ/พนักงานของรัฐ จำนวน 17 คน ร้อยละ 42.5 งานอดิเรกประเภทงานฝีมือ จำนวน 15 คน ร้อยละ 37.5 นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 26 คน ร้อยละ 65.0 สถานภาพสมรส และอยู่ด้วยกัน จำนวน 27 คน ร้อยละ 67.5 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา จำนวน 21 คน ร้อยละ 52.5 มีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 10,001 ถึง 20,000 บาท จำนวน 14 คน ร้อยละ 35.0 ออกกำลังกายทุกวัน และสัปดาห์ละ 1 - 2 วัน จำนวน 11 คน ร้อยละ 27.5 ดื่มกาแฟทุกวัน จำนวน 21 คน ร้อยละ 52.5 ไม่สูบบุหรี่เลย จำนวน 22 คน ร้อยละ 55.0 ไม่ดื่มแอลกอฮอล์เลย จำนวน 32 คน ร้อยละ 80.0 มีปัญหาหลับยากใช้เวลามากกว่า 30 นาที จำนวน 32 คน ร้อยละ 80.0 ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 22 คน ร้อยละ 55.0 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน และค่าร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคล (n = 40)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	27	67.5
หญิง	13	32.5
อายุ		
20 – 32 ปี	12	30.0
33 – 55 ปี	17	42.5
55 ปีขึ้นไป	11	27.5
อาชีพ		
รับราชการ/พนักงานของรัฐ	17	42.5
พนักงานบริษัทเอกชน	1	2.5
ธุรกิจส่วนตัว	7	17.5
เกษตรกรรวม (ทำสวน)	6	15.0
รับจ้างทั่วไป	1	2.5
อื่นๆ (แม่บ้าน/ผู้ป่วยติดเตียง/ข้าราชการบำนาญ)	8	20.0
งานอดิเรก		
อ่านหนังสือ	3	7.5
ปั่นจักรยาน	2	5.0
ทำอาหาร	2	5.0

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ห้องโซเซียล/เล่นเน็ต		
อื่นๆ (ฟังเพลง/ขายของ/ชมพระเครื่อง/ตกปลา/นั่งสมาธิ/	11	27.5
ปักหมอน/ทำดอกไม้/ปลูกต้นไม้)	15	37.5
ไม่มีงานอดิเรก	2	5.0
เล่นฟุตบอล	2	5.0
เลี้ยงสัตว์	3	7.5
ศาสนา		
พุทธ	26	65.0
อิสลาม	13	32.5
ไม่นับถือศาสนา	1	2.5
สถานภาพ		
โสด	7	17.5
สมรสและอยู่ด้วยกัน	27	67.5
หย่าร้าง	3	7.5
หม้าย/คู่สมรสเสียชีวิต	3	7.5
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	5	12.5
มัธยมศึกษา	21	52.5
ปริญญาตรี	12	30.0
สูงกว่าปริญญาตรี	2	5.0
รายได้ต่อเดือน (บาท)		
น้อยกว่า 10,000	5	12.5
10,001 - 20,000	14	35.0
20,001 - 30,000	5	12.5
30,001 - 40,000	4	10.0
มากกว่า 40,000	8	20.0
อื่นๆ	4	10.0
จำนวนวันออกกำลังกายต่อสัปดาห์		
ไม่ออกกำลังกายเลย	9	22.5
1 - 2 วัน	11	27.5
3 - 5 วัน	9	22.5
ทุกวัน	11	27.5
จำนวนวันดื่มกาแฟต่อสัปดาห์		
ไม่ดื่มกาแฟเลย	11	27.5

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1 - 2 วัน	5	12.5
3 - 5 วัน	3	7.5
ทุกวัน	21	52.5
จำนวนมวนที่สูบบุหรี่ต่อวัน		
ไม่สูบบุหรี่เลย	22	55.0
1 - 10 มวน	17	42.5
11 - 20 มวน	1	2.5
จำนวนวันที่ดื่มแอลกอฮอล์ต่อสัปดาห์		
ไม่ดื่มแอลกอฮอล์เลย	32	80.0
1 - 2 วัน	5	12.5
3 - 5 วัน	3	7.5
มีปัญหาการนอนหลับอย่างไร		
หลับยากใช้เวลามากกว่า 30 นาที	32	80.0
หลับๆ ตื่นๆ ทั้งคืน	8	20.0
โรคประจำตัวหรือไม่		
ไม่มี	22	55.0
มี	18	45.0

ผลการเปรียบเทียบชั่วโมงการนอนหลับหลังจากการใช้น้ำมันกัญชาสูตรหมอเดชาครบ 3 วัน 7 วัน 14 วัน 21 วัน และ 28 วัน ด้วยสถิติ Friedman test พบว่า ค่า Chi-squared เท่ากับ 4.01 และมีค่า p -value เท่ากับ 0.548 ซึ่งมากกว่าระดับนัยสำคัญที่ 0.05 จึงสรุปได้ว่า ชั่วโมงการนอนหลับหลังจากรับประทานน้ำมันกัญชา ครบ 3 วัน 7 วัน 14 วัน 21 วัน และ 28 วัน ไม่มีความแตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน และค่าร้อยละเฉลี่ยชั่วโมงการนอนหลับ (n = 40)

ครั้งที่	$\bar{x}$	S.D.	χ^2	df	p -value (2-tailed)
1	4.77	1.32	4.01	5	0.548
2	5.94	1.06			
3	6.24	0.99			
4	6.26	0.97			
5	6.17	0.97			
6	6.29	0.99			

สำหรับคุณภาพการนอนหลับหลังจากรับประทานน้ำมันกัญชาครบ 3 วัน 7 วัน 14 วัน 21 วัน และ 28 วัน คำนวณโดยใช้ผลคะแนนรวม 7 องค์ประกอบตามเกณฑ์ของ Pittsburgh Sleep Quality Index :

PSQI พบว่า หลังจากรับประทานน้ำมันกัญชาครบ 14 วัน มีผู้ป่วยมีคุณภาพการนอนหลับดีขึ้นจำนวน 1 คน ร้อยละ 2.5 และเมื่อผ่านไปครบ 21 วัน และ 28 วัน มีผู้ป่วยมีคุณภาพการนอนหลับดีขึ้นเพิ่มขึ้นเป็น 2 คน ร้อยละ 5.0 และ 4 คน ร้อยละ 10.0 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน และร้อยละคุณภาพการนอนหลับ (n = 40)

คุณภาพการนอนหลับ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ครั้งที่ 1 แรกรับ		
ไม่ดี	40	100
ครั้งที่ 2 หลังจากรับประทาน 3 วัน		
ไม่ดี	40	100
ครั้งที่ 3 หลังจากรับประทาน 7 วัน		
ดี	1	2.5
ไม่ดี	39	97.5
ครั้งที่ 4 หลังจากรับประทาน 14 วัน		
ดี	1	2.5
ไม่ดี	39	97.5
ครั้งที่ 5 หลังรับประทาน 21 วัน		
ดี	2	5.0
ไม่ดี	37	92.5
<ข้อมูลไม่ครบถ้วน>	1	2.5
ครั้งที่ 6 หลังรับประทาน 28 วัน		
ดี	4	10.0
ไม่ดี	33	82.5
<ข้อมูลไม่ครบถ้วน>	3	7.5

อภิปราย

จากผลการเปรียบเทียบชั่วโมงการนอนหลับหลังจากรับประทานน้ำมันกัญชา 1 เดือน ไม่พบความแตกต่างกัน อย่างไรก็ตามน้ำมันกัญชาอาจเป็นทางเลือกในการรักษาอาการนอนไม่หลับ เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้พบคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยมีจำนวนเพิ่มขึ้นหลังจากรับประทานน้ำมันกัญชา 21 และ 28 วัน ซึ่งการศึกษานี้มีระยะเวลาติดตามคุณภาพการนอนหลับเพียง 28 วัน อาจไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงคุณภาพการนอนหลับที่ชัดเจน เนื่องจากพบการศึกษาประสิทธิผลของน้ำมันกัญชาสูตร อ.เดชา ต่อคุณภาพการนอนหลับและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยนอก ณ คลินิกทางกระดูก โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร [25] โดยได้ให้ผู้ป่วยรับประทานครั้งละ 3 หยด วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอนติดต่อกันเป็นเวลา 3 เดือน จำนวน 200 คน และทำการประเมินคุณภาพการนอนหลับพบว่า ส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนหลับเฉลี่ยก่อนและหลังรับประทานน้ำมันกัญชาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก 14.07 ± 1.87 คะแนน เป็น 7.35 ± 1.90 คะแนน ตามลำดับ นอกจากนี้

ยังพบการศึกษาการใช้น้ำมันกัญชาสูตรหมอเดชาโรงพยาบาลดอนตูม จังหวัดนครปฐม [21] ในผู้ป่วย 1,000 คน โดยรับประทานติดต่อกันเป็นระยะเวลา 3 เดือน พบผลการรักษาอาการนอนไม่หลับดีขึ้นร้อยละ 80.0

จากข้อมูลส่วนบุคคลของในงานวิจัยครั้งนี้พบว่า อายุที่มากขึ้นมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับอาการนอนไม่หลับเป็นการยืนยันว่า อายุเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ [26] Huang AA, and Huang SY ได้ศึกษาโมเดลแมชชีนเลิร์นนิงในการทำนายอาการนอนไม่หลับในภาวะซึมเศร้า (PHQ-9) พบว่า เมื่ออายุมากขึ้นจะยิ่งทำให้มีโอกาสเกิดความผิดปกติของการนอนหลับมากขึ้น [27] นอกจากนี้ การดื่มกาแฟเป็นประจำมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดอาการนอนไม่หลับ หลับยากทำให้ชั่วโมงการหลับลดลงและคุณภาพการนอนหลับลดลง [28]

สรุป

จากการศึกษาครั้งนี้สังเกตได้ว่า ผู้ป่วยนอนไม่หลับที่มารับบริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย เป็นกลุ่มวัยทำงานมีอายุระหว่าง 33 - 55 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีภาระหน้าที่การงานและความรับผิดชอบที่มากขึ้น นับถือศาสนาพุทธ มีสถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกัน จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 10,001 ถึง 20,000 บาท มีพฤติกรรมชอบดื่มกาแฟทุกวัน มีปัญหาหลับยาก ซึ่งต้องใช้เวลากว่าจะหลับมากกว่า 30 นาทีทุกวัน เมื่อทำการเปรียบเทียบชั่วโมงการนอนหลับหลังจากการใช้้ำมันกัญชาสูตรหมอเดชาครบ 3 วัน 7 วัน 14 วัน 21 วันและ 28 วัน ไม่มีความแตกต่างกัน และพบว่า คุณภาพการนอนหลับหลังจากรับประทานน้ำมันกัญชาครบ 3 วัน 7 วัน 14 วัน 21 วันและ 28 วัน มีผู้ป่วยมีคุณภาพการนอนหลับดีขึ้นเมื่อรับประทานครบ 21 วัน และ 28 วัน จากจำนวน 2 คน เป็นจำนวน 4 คน ตามลำดับ

ประโยชน์ของผลงาน

เป็นฐานข้อมูลเบื้องต้นในการพัฒนารูปแบบการรักษาอาการนอนไม่หลับในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ เนื่องจากอาการนอนไม่หลับสามารถส่งผลกระทบต่อมิติต่างๆ ของผู้ป่วยทั้งด้าน สังคม เศรษฐกิจ และลดภาวะแทรกซ้อนทางด้านสุขภาพ

ข้อจำกัด

การออกแบบติดตามน้อยเกินไป ระยะเวลาเพียง 1 เดือนอาจจะไม่เกิดผลของน้ำมันกัญชาต่อคุณภาพการนอนหลับ ดังนั้นควรเพิ่มระยะเวลาดูติดตาม และกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาและออกแบบวิจัย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยในครั้งนี้ไม่มีกลุ่มควบคุมเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลอง ซึ่งอาจจะทำให้ไม่สามารถตัดสินได้แน่ชัดว่า ผลของคุณภาพการนอนหลับในกลุ่มตัวอย่าง เป็นผลจากทางด้านจิตใจหรือผลจากการใช้น้ำมันกัญชา ดังนั้นผู้วิจัยจึงให้ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งหน้าว่า ควรทำการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการใช้น้ำมันกัญชากับยาหลอกหรือยานอนหลับตามมาตรฐานของการแพทย์แผนปัจจุบัน และเพิ่มระยะเวลาดูติดตามคุณภาพการนอนหลับ

แหล่งสนับสนุนทุนวิจัย

โรงพยาบาลโคกโพธิ์ อำเภอกอกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี รหัสโครงการ RECPTN NO. 010/65

การอ้างอิง

แหวาสลีเม๊าะ หะยีเจ๊ะเต๊ะ. ประสิทธิภาพของน้ำมันกัญชาสูตรหมอเดชาต่อการนอนหลับในผู้ป่วยที่รับบริการ
คลินิกกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลโคกโพธิ์. วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข. 2567; 2(1): 1-16.

Hajicheteh W. The Influence of Mor Decha Formula Cannabis Oil on Sleepiness in Patients
Becoming Cannabis Medical Clinic Treatment at Khok Pho Hospital. Journal of Education and
Research in Public Health. 2024; 2(1): 1-16.

เอกสารอ้างอิง

- [1] กรมสุขภาพจิต. โรคนอนไม่หลับสัมพันธ์กับนาฬิกาชีวิตแก้ไขได้โดยไม่ใช้ยา. สืบค้นเมื่อ 20 กรกฎาคม 2566
จาก <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30519>.
- [2] Pappa S, Sakkas N, and Sakka E. A year in review: sleep dysfunction and psychological
distress in healthcare workers during the COVID- 19 pandemic. Sleep Medicine. 2022;
91: 237-45. DOI: 10.1016/j.sleep.2021.07.009.
- [3] โรงพยาบาลโคกโพธิ์. รายงานผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยอาการนอนไม่หลับ. ปัตตานี. 2566.
- [4] Silva-Costa A, Griep RH, and Rotenberg L. Disentangling the effects of insomnia and night
work on cardiovascular diseases: a study in nursing professionals. Brazilian Journal of
Medical and Biological Research. 2015; 48(2): 120-27. DOI: 10.1590/1414-431X20143965.
- [5] นฤมล กิจจามนธ์, และอัจฉรา จงเจริญก่าโชค. การรับรู้คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจใน
หน่วยวิกฤต. วารสาร Mahidol R2R e-Journal. 2562; 6(1): 48-58. DOI: 10.14456/jmu.2019.5.
- [6] Dean YE, Shebl MA, Rouzan SS, Bamousa BAA, Talat NE, Ansari SA, and et al. Association
between insomnia and the incidence of myocardial infarction: A systematic review and
meta-analysis. Clinical Cardiology. 2023; 46(4): 376–85. DOI: 10.1002/clc.23984.

- [7] Yang W, Du X, Zhao J, Chen Z, Li J, Xie J, and et al. Hydrated eutectic electrolytes with ligand-oriented solvation shells for long-cycling zinc-organic batteries. *Joule*. 2020; 4(7): 1557-74. DOI: 10.1016/j.joule.2020.05.018.
- [8] Slavish DC, Asbee J, Veeramachaneni K, Messman BA, Scott B, Sin NL, and et al. The cycle of daily stress and sleep: Sleep measurement matters. *Annals of Behavioral Medicine*. 2021; 55(5): 413-23. DOI: 10.1093/abm/kaaa053.
- [9] Yoo J, Slavish D, Dietch JR, Kelly K, Ruggero C, and Taylor DJ. Daily reactivity to stress and sleep disturbances: unique risk factors for insomnia. *Sleep*. 2023; 46(2): zsac256. DOI: 10.1093/sleep/zsac256.
- [10] Okutsu M, Lira VA, Higashida K, Peake J, Higuchi M, and Suzuki K. Corticosterone accelerates atherosclerosis in the apolipoprotein E-deficient mouse. *Atherosclerosis*. 2014; 232(2): 414-19. DOI: 10.1016/j.atherosclerosis.2013.11.076.
- [11] Yue L, Zhao R, Xiao Q, Zhuo Y, Yu J, and Meng X. The effect of mental health on sleep quality of front-line medical staff during the COVID-19 outbreak in China: A cross-sectional study. *PloS One*. 2021; 16(6): e0253753. DOI: 10.1371/journal.pone.0253753.
- [12] Cardinali DP, Srinivasan V, Brzezinski A, and Brown GM. Melatonin and its analogs in insomnia and depression. *Journal of Pineal Research*. 2012; 52(4): 365-75. DOI: 10.1111/j.1600-079X.2011.00962.x.
- [13] พิเชฐ อุดมรัตน์. การวินิจฉัยและการรักษาปัญหาการนอน. สงขลา. 2548.
- [14] วรณัน ธีร์สุตาพรรณ, จินดารัตน์ ชัยอาจ, และโรจน์ จินตนาวัฒน์. ผลของโปรแกรมการจัดการการนอนไม่หลับต่อความรุนแรงของการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. *วารสารสภาการพยาบาล*. 2565; 37(3): 5-19.
- [15] He Q, Zhang P, Li G, Dai H, and Shi J. The association between insomnia symptoms and risk of cardio-cerebral vascular events: A meta-analysis of prospective cohort studies. *European Journal of Preventive Cardiology*. 2017; 24(10): 1071-82. DOI: 10.1177/2047487317702043.
- [16] Hu S, Lan T, Wang Y, and Ren L. Individual insomnia symptom and increased hazard risk of cardiocerebral vascular diseases: A meta-analysis. *Front in Psychiatry*. 2021; 12: 654719. DOI: 10.3389/fpsy.2021.654719.

- [17] ราชกิจจานุเบกษา. พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562. เล่ม 136 ตอนที่ 19 ก. 2562.
- [18] ข้อมูลบริการสุขภาพของไทย. แนวทางการใช้ยาตำรับหมอเดชา (ยาบัญชี 3) กรมการแพทย์แผนไทยฯ. สืบค้นเมื่อ 20 กรกฎาคม 2566 จาก <https://healthserv.net/220259>.
- [19] กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. แนวทางการใช้น้ำมันกัญชา (สูตรหมอเดชา) ที่ผลิตภายใต้ตามรูปแบบพิเศษของการเข้าถึงยา (Special Access Scheme) ในสถานบริการสุขภาพ. สืบค้นเมื่อ 10 มีนาคม 2566 จาก <https://thaicam.go.th/SAS>.
- [20] ศราวุธ รัตตพงษ์, พรพร ศุภจริยาวัตร, และเมธิณ ผดุงกิจ. ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาและพิษวิทยาของกัญชา. วารสารกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. 2564; 63(1): 219-232.
- [21] กลุ่มงานวิชาการและคลังความรู้ กองวิชาการและแผนงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นเมื่อ 10 มกราคม 2566 จาก <https://www.dtam.moph.go.th/E-Book/academic-meeting-172563/index.html#p=4>.
- [22] Cohen Jacob. Statistical power analysis for the behavioral sciences. Academic press; 2013.
- [23] จินตนา บัวทองจันทร์, อุบล สุทธิเนียม, และเสมอจันทร์ ชีระวัฒน์สกุล. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพในบุคคลกลุ่มเสี่ยงที่มีการเผาผลาญอาหารผิดปกติ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา. 2556; 19(2): 46-59.
- [24] ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์, และวรัญ ตันชัยสวัสดิ์. ปัญหาคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2540; 42(3): 123-132.
- [25] กัญญาภักดิ์ ศีลารักษ์. ประสิทธิภาพของน้ำมันกัญชาสูตร อ.เดชา ต่อคุณภาพการนอนหลับและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยนอก ณ คลินิกทางกระดูก โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2565; 16(3): 123-132.
- [26] Amaral O, Garrido A, Pereira C, Veiga N, Serpa C, and Sakellarides C. Sleep patterns and insomnia among portuguese adolescents: a cross-sectional study. Atencion Primaria. 2014; 46: 191-94. DOI: 10.1016/S0212-6567(14)70090-3.
- [27] Huang AA, and Huang SY. Use of machine learning to identify risk factors for insomnia. Plos one. 2023; 18(4): e0282622. DOI: 10.1371/journal.pone.0282622.
- [28] Meaklim H, Saunders WJ, Byrne ML, Junge MF, Varma P, Finck WA, and et al. Insomnia is a key risk factor for persistent anxiety and depressive symptoms: A 12-month longitudinal cohort study during the COVID-19 pandemic. Journal of Affective Disorders. 2023; 322: 52-62. DOI: 10.1016/j.jad.2022.11.021.