



ความรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาทางการแพทย์ของเภสัชกรโรงพยาบาลรัฐ



โดย

นางสาวภิญญา เหลืองวิเชียรพร

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข แผนก ก แบบ ก 2 ระดับปริญญามหาบัณฑิต

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

ปีการศึกษา 2563

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

ความรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ของเภสัชกรโรงพยาบาลรัฐ



โดย
นางสาวอภิญญา เหลืองวิเชียรพร

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข แผนก ก แบบ ก 2 ระดับปริญญามหาบัณฑิต

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

ปีการศึกษา 2563

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

KNOWLEDGE AND OPINIONS TOWARDS MEDICAL CANNABIS AMONG PUBLIC
HOSPITAL PHARMACISTS.



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for Master of Pharmacy (CONSUMER PROTECTION IN PUBLIC HEALTH)

Graduate School, Silpakorn University

Academic Year 2020

Copyright of Graduate School, Silpakorn University

60352307 : การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข แผน ก แบบ ก 2 ระดับปริญญาโทบัณฑิต

คำสำคัญ : ความรู้, ความคิดเห็น, กัญชาทางการแพทย์, เภสัชกรโรงพยาบาล

นางสาว อภิญญา เหลืองวิเชียรพร: ความรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ของเภสัชกร
โรงพยาบาลรัฐ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นำฝน ศรีบัณฑิต

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความรู้ ความคิดเห็น และปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับ
กัญชาทางการแพทย์ของเภสัชกรโรงพยาบาลรัฐ วิธีการ: การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง โดยส่ง
แบบสอบถามทางไปรษณีย์ไปยังเภสัชกรโรงพยาบาลรัฐทั่วประเทศ จำนวน 2,110 ชุด ระหว่างเดือนมิถุนายนถึง
กรกฎาคม 2563 เพื่อสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับความรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ และวิเคราะห์
ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่
Chi-square test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างส่งแบบสอบถามกลับ 684
ชุด (ร้อยละ 32.4) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.8 อายุเฉลี่ย 37.4 ± 8.2 ปี โดยอยู่ในทีมให้บริการคลินิกกัญชา
ทางการแพทย์ ร้อยละ 56.6 เคยเข้าร่วมการอบรมเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ 67.8 ผลการประเมิน
ความรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ พบว่า เภสัชกรมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 10.9 ± 1.9 คะแนน จาก
คะแนนเต็ม 15 คะแนน มีความรู้อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 53) เมื่อเปรียบเทียบกับด้านความรู้ทั้ง 2 ด้าน พบว่าเภสัชกรที่
ตอบแบบสอบถามมีคะแนนความรู้ด้านกฎหมายและการกำกับดูแลการใช้กัญชาทางการแพทย์ (ร้อยละ 87.1) สูง
กว่าด้านเภสัชวิทยา (ร้อยละ 64.7) และคะแนนความคิดเห็นเฉลี่ย 2.9 ± 0.6 คะแนน จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน มี
ระดับความคิดเห็นไม่แน่ใจกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ (ร้อยละ 49) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความรู้เกี่ยวกับ
กัญชาทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญ (P-value < 0.05) ได้แก่ อายุ, ประเภทโรงพยาบาล, ระยะเวลาในการทำงาน,
เขตสุขภาพ, การมีคลินิกกัญชาทางการแพทย์, การอยู่ในทีมให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ และการเข้าร่วม
อบรมเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ ส่วนปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความคิดเห็นอย่างมีนัยสำคัญ (P-value < 0.05)
ได้แก่ อายุ, ระยะเวลาในการทำงาน, เขตสุขภาพ, การเป็นโรงพยาบาลนำร่องให้บริการกัญชาทางการแพทย์, การมี
คลินิกกัญชาทางการแพทย์, การอยู่ในทีมให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ และการเข้าร่วมอบรมเกี่ยวกับกัญชา
ทางการแพทย์ สรุป: เภสัชกรส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ แต่ยังไม่แน่ใจกับการใช้กัญชาทางแพทย์
เนื่องจากมีข้อกังวลในแง่ผลกระทบต่อสังคม

60352307 : Major (CONSUMER PROTECTION IN PUBLIC HEALTH)

Keyword : Knowledge, Opinions, Medical cannabis, Hospital Pharmacists

MISS APINYA LUANGWICHIANPORN : KNOWLEDGE AND OPINIONS TOWARDS MEDICAL CANNABIS AMONG PUBLIC HOSPITAL PHARMACISTS. THESIS ADVISOR : ASSISTANT PROFESSOR DR. NAMFON SRIBUNDIT

Objective: To determine knowledge, opinions and factors related to knowledge and opinions towards medical cannabis among pharmacists working in public hospitals. Methods: This cross-sectional descriptive research was conducted by sending mail questionnaires to 2,110 pharmacists working in public hospitals nationwide during June to July 2020 to collect the data on their knowledge and opinions about medical cannabis. The data were analyzed using descriptive statistics such as frequency, percentage, mean, standard deviation. The inferential statistics were Chi-square test with a statistical significance level of 0.05. Results: The subjects completed and returned 684 questionnaires (32.4%). Most of them were female (70.8%) with an average age of 37.4 ± 8.2 years. 56.6% of them had been working in the service team of medical cannabis clinic. 67.8% of them had attended training on medical cannabis. Pharmacists had an average score of knowledge on medical cannabis at 10.9 ± 1.9 out of 15 points. The level of knowledge was high (53%). When comparing both knowledge areas, it was found that pharmacists surveyed had higher scores on legal and regulatory knowledge on the use of medical cannabis (87.1%) than pharmacology (64.7%). Mean score on opinion towards medical cannabis was 2.9 ± 0.6 out of 5, with 49% being uncertain about the use of medical cannabis. The factors that were significantly associated with the knowledge level of medical cannabis (P-value <0.05) were age, hospital type, duration of working, public health regions, the presence of a medical cannabis clinic, Being on the medical cannabis clinic service team and attendance of training in medical cannabis. The factors that were significantly associated with the level of opinion (P-value <0.05) were age, duration of working, public health regions, being pilot hospitals for medical cannabis, the presence of medical cannabis clinic, Being work in the service team of medical cannabis clinic and attend training on medical cannabis. Conclusion: Most pharmacists had an adequate knowledge on medicinal cannabis, but were still uncertain about the use of medical cannabis due to concerns about its social impact.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ เรื่อง ความรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ของเภสัชกร
โรงพยาบาลรัฐ ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี เพราะได้รับความกรุณาจาก เภสัชกรหญิง ผู้ช่วย
ศาสตราจารย์ ดร.น้ำฝน ศรีบัณฑิต ซึ่งเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่คอยให้คำปรึกษา คำแนะนำที่
เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อผู้วิจัย

ขอขอบพระคุณเภสัชกร ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนวย เภสัชกรหญิง ผู้ช่วย
ศาสตราจารย์ ดร.ณัฐธัญญา คำผล และเภสัชกรหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ผกามาศ ไมตรีมิตร ที่เป็น
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำแก่ไขวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณบิดา มารดา และเพื่อนๆ ที่คอยสนับสนุนและให้กำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์
ฉบับนี้เสมอมา

อภิญญา เหลืองวิเชียรพร



สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการศึกษา.....	6
สมมติฐานของการศึกษา.....	6
ขอบเขตการศึกษา.....	6
ข้อตกลงเบื้องต้น.....	6
คำนิยามศัพท์.....	6
ผลประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	7
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	8
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
ความหมายของความรู้.....	9
แนวคิดเกี่ยวกับความคิดเห็น.....	10
หลักสูตรการอบรมเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ในประเทศไทย.....	13
ความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์.....	13
ความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์.....	32

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	35
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	38
รูปแบบการวิจัย	38
ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง.....	38
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	39
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย.....	42
การเก็บรวบรวมข้อมูล	42
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้.....	43
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	44
ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปและประสบการณ์และหน่วยงานของผู้ตอบแบบสอบถาม	45
ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับปัญหาทางการแพทย์ของเภสัชกรโรงพยาบาลรัฐ.....	48
ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาทางการแพทย์ของเภสัชกรโรงพยาบาลรัฐ.....	52
ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทั่วไปและหน่วยงานกับระดับความรู้และระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาทางการแพทย์.....	55
ส่วนที่ 5 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัญหาทางการแพทย์ของเภสัชกรโรงพยาบาลรัฐ	63
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	80
สรุปผลการวิจัย.....	80
อภิปรายผลการวิจัย.....	81
ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย	84
ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาคั้งต่อไป	85
รายการอ้างอิง	86
ภาคผนวก.....	93
ภาคผนวก ก การพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศิลปากร	94
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	96

ภาคผนวก ค หนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	101
ภาคผนวก ง เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย	103
ประวัติผู้เขียน	105



สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 การจำแนกสายพันธุ์หลักของกัญชา.....	20
ตารางที่ 2 การดูดซึมของสาร cannabinoids ในรูปแบบต่างๆ.....	24
ตารางที่ 3 การจำแนกจำนวนเภสัชกรและโรงพยาบาล ตามประเภทของโรงพยาบาล [21].....	38
ตารางที่ 4 ลักษณะทั่วไปและประสบการณ์ของผู้ตอบแบบสอบถาม.....	45
ตารางที่ 5 ลักษณะหน่วยงานของผู้ตอบแบบสอบถาม	47
ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของผู้ที่ตอบถูกต้องเกี่ยวกับความรู้กัญชาทางการแพทย์.....	49
ตารางที่ 7 ค่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์	51
ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำแนกตามระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับ.....	51
ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็นของการใช้กัญชาทางการแพทย์.....	52
ตารางที่ 10 ค่าคะแนนความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์.....	53
ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำแนกตามระดับคะแนนความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์.....	54
ตารางที่ 12 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทั่วไปและหน่วยงานกับระดับความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์.....	57
ตารางที่ 13 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทั่วไปและหน่วยงานกับระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์	61
ตารางที่ 14 ความรู้ที่เภสัชกรต้องการได้รับเพิ่มเติมเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์.....	63
ตารางที่ 15 เหตุผลที่เภสัชกรเห็นด้วยต่อการที่ประเทศไทยจะมีการใช้กัญชาทางการแพทย์	64
ตารางที่ 16 เหตุผลที่เภสัชกรไม่เห็นด้วยต่อการที่ประเทศไทยจะมีการใช้กัญชาทางการแพทย์	74

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย 8

ภาพที่ 2 โครงสร้างทางเคมีของสาร delta-9-tetrahydrocannabinol(THC) และ cannabidiol. 22



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กัญชาเป็นพืชให้ดอกในวงศ์ Cannabidaceae มีชื่อวิทยาศาสตร์ว่า *Cannabis sativa* L. เรียกกันโดยทั่วไปว่า cannabis, Marijuana, Ganja หรือ Indian Hemp พบได้พื้นที่ที่มีภูมิอากาศอบอุ่น เช่น เอเชีย, อเมริกาใต้ และตะวันออกกลาง ซึ่งสายพันธุ์กัญชาที่พบบ่อย ได้แก่ *Cannabis sativa*, *Cannabis indica* และ *Cannabis ruderalis* แต่ปัจจุบันส่วนใหญ่จะเป็นลูกผสม ต้นกัญชาเป็นพืชที่มีต้นตัวผู้และต้นตัวเมียแยกกัน (dioecious plant) ซึ่งแต่ละประเภทจะมีลักษณะการออกดอกที่แตกต่างกัน โดยกัญชามีสารสำคัญ คือ cannabinoids มากกว่า 100 ชนิด ซึ่งมีองค์ประกอบหลัก ได้แก่ delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) และ cannabidiol (CBD)[1] โดยสารประกอบ cannabinoids จะออกฤทธิ์ผ่าน cannabinoid receptor หลัก 2 ชนิด คือ CB1 receptor ซึ่งพบมากในสมองและร่างกาย มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจ ความจำ ความเข้าใจ อารมณ์ การรับรู้ความปวดและการเคลื่อนไหว ส่วน CB2 receptor พบที่ระบบภูมิคุ้มกัน และระบบประสาทส่วนปลาย ม้าม ทอนซิล ต่อมน้ำนม กระจกตา ผิวหนัง และเลือด monocyte, macrophages, B-cells และ T-cells[2] ปริมาณสาร THC และ CBD ในกัญชามีมากหรือน้อยและผลการกระตุ้นประสาทของพืชกัญชาขึ้นกับสภาพแวดล้อมของพื้นที่ปลูก สายพันธุ์ วิธีการปลูกและส่วนของต้นกัญชาที่นำมาใช้ ทั้งนี้ส่วนของต้นกัญชาที่มีสารดังกล่าวมากที่สุด คือ ช่อดอก (flower heads) และใบ (leaves)[3]

จากการทบทวนหลักฐานทางวิชาการของการนำกัญชามาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ในต่างประเทศพบว่ามีการศึกษาทางคลินิกที่สนับสนุนชัดเจนในด้านการบรรเทาอาการ ได้แก่ อาการปวดเรื้อรังในผู้ใหญ่, กล้ามเนื้อเกร็งในผู้ป่วยปลอกประสาทเสื่อม (Multiple sclerosis) และคลื่นไส้ อาเจียนที่เกิดจากการได้รับเคมีบำบัด มีการศึกษาทางวิชาการระดับปานกลาง ได้แก่ การนอนหลับดีขึ้นในผู้ที่มีปัญหาการนอนหลับจากภาวะ obstructive sleep apnea syndrome, fibromyalgia, chronic pain, and multiple sclerosis มีการศึกษาทางวิชาการจำกัด ได้แก่ การเพิ่มความอยากอาหารและลดการสูญเสียน้ำหนักในผู้ป่วยเอดส์, กลุ่มอาการทูเรตต์ (Tourette syndrome) ดีขึ้น, อาการวิตกกังวลดีขึ้นในผู้ป่วย social anxiety disorders ประเมินโดยการทดสอบการพูดในที่สาธารณะ, อาการของโรคเครียดหลังเผชิญภัยพิบัติดีขึ้น, ภาวะสมองเสื่อม, ต้อหินที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา, ภาวะป่วยทางจิตจากเหตุการณ์รุนแรง (PTSD) ดีขึ้น, โรคซึมเศร้า และยังไม่มีการศึกษาทางวิชาการเพียงพอ ได้แก่ มะเร็งและเนื้องอกในสมองชนิด glioma, ภาวะทุพโภชนาการ

จากโรคมะเร็ง, อาการของโรค irritable bowel syndrome, โรคลมชัก, การเกร็งในผู้ป่วยอัมพาตที่เกิดจากการบาดเจ็บไขสันหลัง, อาการ Amyotrophic lateral sclerosis (ALS), กลุ่มอาการบางอย่างของโรคพาร์กินสัน[4, 5]

ในปัจจุบันหลายประเทศทั่วโลกได้มีการนำสารสกัดจากกัญชามาใช้เพื่อเป็นยารักษาโรค เนื่องจากมีการศึกษาวิจัยสนับสนุนถึงประโยชน์และโทษของกัญชามากขึ้น ดังเช่น ประเทศแคนาดา และสหรัฐอเมริกา เปิดให้มีการใช้กัญชาในทางการแพทย์ใน 29 รัฐ และเขตปกครองพิเศษโคลัมเบีย และ 8 รัฐที่อนุญาตให้ครอบครองกัญชาและใช้เพื่อการผ่อนคลาย[6] ซึ่งการศึกษาจากมหาวิทยาลัยโคโลราโดคริสเตียนได้ศึกษาผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมจากการเปิดกัญชาเสรี ในรัฐโคโลราโด ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายจากปัญหาด้านต่างๆ ที่เกิดจากการเปิดเสรีกัญชากับรายได้ของรัฐจากภาษีการขายกัญชาและมูลค่าที่ดินที่เพิ่มขึ้น พบว่าแต่ละครั้งที่รัฐเก็บภาษีได้ 1 ดอลลาร์ จากการขายกัญชาได้ ชาวโคโลราโดจะต้องเสียเงิน 4.5 ดอลลาร์ เพื่อนำไปแก้ไขปัญหาค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากเสรีกัญชา[7] ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นจากกฎหมายการอนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์อาจเป็นทั้งผลกระทบด้านบวกและด้านลบ โดยผลกระทบด้านบวกที่เกิดขึ้น ได้แก่ ประโยชน์ทางการแพทย์สำหรับบำบัดผู้ป่วย เช่น รักษาอาการปวดเรื้อรังรุนแรงในผู้ใหญ่ที่ไม่ตอบสนองต่อยาแผนปัจจุบันที่มีอยู่ รักษาปัญหาการควบคุมกล้ามเนื้อจาก โรค Multiple sclerosis รักษาภาวะคลื่นไส้อาเจียนที่เกิดจากการได้รับเคมีบำบัด[4, 5] เป็นต้น ผลกระทบด้านลบที่เกิดจากระบบการควบคุมการใช้กัญชาทางการแพทย์ในหลายมลรัฐของประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศแคนาดานั้นอ่อนแอ ไม่สามารถควบคุมการใช้ได้จริงทำให้ผสมกันไปหมดระหว่างใช้ทางการแพทย์และใช้เสรี[8] ได้แก่ ผลกระทบด้านสุขภาพ เช่น งานวิจัยในสหรัฐอเมริกาพบความสัมพันธ์ของการใช้กัญชาทางการแพทย์และปัญหาในระบบทางเดินหายใจในผู้ใช้กัญชา เช่น การเพิ่มขึ้นของอาการไอเรื้อรัง การมีเสมหะมากขึ้น ภาวะหลอดลมอักเสบเรื้อรัง[9] การเปลี่ยนแปลงของการทำงานของสมองที่อาจนำไปสู่โรคทางจิตเวช ความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นเมื่อมีการใช้ในอายุน้อยและการใช้กัญชาในทางที่ผิด (cannabis use disorders)[10] และการอนุญาตให้ผู้ป่วยปลูกในบ้านตนเองได้ ทำให้เกิดการเพิ่มจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยปัญหาการเสพติดกัญชา และการอนุญาตให้ร้านขายยาจำหน่ายกัญชาทางการแพทย์ได้อย่างถูกต้องตามกฎหมาย ส่งผลให้เกิดการเพิ่มขึ้นของความชุกของผู้ใช้กัญชา[11] ผลกระทบด้านเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ ด้านประสิทธิภาพการทำงาน เช่น งานวิจัยพบว่าการใช้กัญชาอย่างหนักจะมีความบกพร่องในการเรียนรู้ การตัดสินใจ มีพฤติกรรมเมื่อยิ่ง กิจกรรมทางกายน้อยลง ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการมีรายได้น้อย การพึ่งพาสวัสดิการของรัฐ การว่างงาน และการไม่มีความสุขในชีวิต[1] ด้านอาชญากรรม เช่น การเกิดอาชญากรรมเพิ่มขึ้น ทั้งการ

โครงการ การใช้ความรุนแรง ซึ่งพบการกระทำผิดกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับกัญชาเพิ่มมากขึ้นประมาณร้อยละ 5-20 ในกลุ่มผู้ใหญ่เพศชาย[12] นอกจากนี้ยังพบว่าเกิดการลักลอบปลูก ซื้อ และขายกัญชาในตลาดมืดเพิ่มขึ้นร้อยละ 50 และมีการส่งขายกัญชาออนไลน์มากขึ้นถึงร้อยละ 884[5] และด้านอุบัติเหตุ เช่น งานวิจัยในประเทศแคนาดา พบว่าอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการใช้กัญชาเพิ่มขึ้นกว่าสองเท่าในเวลาประมาณ 10 ปี ระหว่าง ค.ศ. 1996-2005 โดยเพิ่มขึ้นจากอัตรา 14 เป็น 31 ต่อแสนประชากร ขณะที่อัตราการตรวจพบการใช้กัญชาในผู้ที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรที่ได้รับการตรวจว่ามีสารเสพติดหรือไม่ เพิ่มขึ้นร้อยละ 15.4 โดยเปรียบเทียบในปี ค.ศ. 2006-2010 และในปี ค.ศ. 2011-2014[13]

สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2558-2559 มีความเคลื่อนไหวจากหน่วยงานของทั้งภาครัฐและเอกชนในประเทศไทย เรียกร้องให้มีการทบทวนแก้ไขพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 เพื่อถอดกัญชาออกจากรายการยาเสพติด จนเมื่อวันที่ 18 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 ได้มีการประกาศพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 จัดกัญชาเป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 แต่อนุญาตให้ใช้กัญชาเฉพาะในทางการแพทย์เพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วย และการศึกษาวิจัยได้เท่านั้น และยังระบุไว้ว่าหากมีในครอบครองไม่เกินปริมาณจำเป็นที่ใช้รักษาโรคเฉพาะตัวพร้อมมีหนังสือรับรองการใช้งานจากผู้อนุญาตก็จะมีผิดกฎหมาย[14] จากรายงาน WORLD DRUG REPORT 2017 ได้ประมาณการผู้ติดยาเสพติดทั่วโลก ปี 2015 พบว่ายาเสพติดที่สำคัญที่ได้รับความนิยมนั้นมีผู้ติดยา 183 ล้านคน รองลงมา คือ สารสกัดจากฝิ่น 35 ล้านคน, amphetamine 37 ล้านคน, MDMA(Ecstasy/Molly) 22 ล้านคน, ยาแก้ปวด-ยานอนหลับ 18 ล้านคน และโคเคน 17 ล้านคน ตามลำดับ[15] ในประเทศไทยมีรายการสถิติข้อมูลผู้ป่วยจากสถาบันธัญญารักษ์ในปี 2561 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยยาเสพติด 6,199 ราย ซึ่งสาเหตุการป่วยของผู้ป่วยยาเสพติดมาจากยาบ้า ร้อยละ 54.53 ,สุรา ร้อยละ 16.94 และกัญชา ร้อยละ 8.44 ตามลำดับ[16] จะเห็นได้ว่ากัญชายังคงเป็นยาเสพติดที่แพร่ระบาดมากที่สุด เมื่อมีการปลดล็อกกัญชา จึงต้องมีการควบคุมการใช้กัญชาในการศึกษาวิจัยและการใช้ในทางการแพทย์อย่างครบวงจร ดังนี้ 1) ต้นน้ำ : การคัดเลือกพันธุ์และการปลูกกัญชา ต้องมีมาตรฐานการปลูก (GACP) การผลิตยาให้ได้คุณภาพและปลอดภัย จะต้องควบคุมตั้งแต่สายพันธุ์กัญชาที่ดีที่ เหมาะสมในการผลิตยานั้น ๆ และต้องปลูกในพื้นที่ปิดเพื่อควบคุมสภาพแวดล้อมที่มีผลต่อการเจริญเติบโตของกัญชา เนื่องจากการผลิตยาที่ดีต้องเริ่มจากต้นกัญชาที่มีพันธุ์ที่ดี มีการควบคุมตลอดการเจริญเติบโต เพื่อให้สร้างปริมาณสารสำคัญ (THC, CBD) สำหรับการผลิตยาได้ และปัจจุบันได้มีการจัดทำแนวทางพิจารณาอนุญาตให้ปลูกกัญชา และแนวทางปฏิบัติด้านการจัดเตรียมสถานที่ปลูกกัญชา 2) กลางน้ำ : ขั้นตอนการแปรรูป/สกัด การศึกษาวิจัยในสัตว์ทดลอง

การพัฒนาตำรับ/ผลิตภัณฑ์ สำเร็จรูปต้องอยู่ภายใต้มาตรฐาน GMP/GLP และปัจจุบันได้มีการจัดทำแนวทางการปฏิบัติในการจัดเตรียมสถานที่สำหรับการผลิต (ประเภทอื่นๆ) จำหน่าย นำเข้า ส่งออก หรือมีไว้ในครอบครอง 3) ปลายน้ำ : การศึกษาวิจัยทางคลินิก การรับรองตำรับ และการใช้ประโยชน์ทางการแพทย์อ้างอิงตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขเกี่ยวกับการอนุญาตเพื่อศึกษาวิจัยในมนุษย์

โดยกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดตำรับยาที่ให้เสพเพื่อรักษาโรคและศึกษาวิจัยได้ 5 ตำรับ ได้แก่ 1) ตำรับยาที่ได้การรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) (ตำรับยาแผนปัจจุบันและตำรับยาแผนไทย) 2) ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ในตำราการแพทย์แผนไทย 16 ตำรับ 3) ตำรับยาที่ได้รับอนุญาตให้ผลิตในประเทศ ภายใต้การรักษาโรคกรณีจำเป็นสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย (Special Access Scheme) 4) ตำรับยาที่ได้รับอนุญาตภายใต้โครงการศึกษาวิจัยที่ได้รับอนุญาตจาก อย. และ 5) ตำรับยาที่ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์และหมอพื้นบ้านปรุงขึ้นจากองค์ความรู้และภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยที่ชัดเจน และได้รับการรับรองจากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก [17] และกำหนดคำแนะนำในการใช้กัญชาทางการแพทย์เพื่อรักษาโรคแบ่งออก 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มโรค/ภาวะที่ได้ประโยชน์มีผลการศึกษาวิจัยสนับสนุนชัดเจน ได้แก่ ภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากเคมีบำบัด (chemotherapy induced nausea and vomiting), โรคลมชักที่รักษายาก (refractory epilepsy), ภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็ง (spasticity) ในผู้ป่วยโรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง (multiple sclerosis), ภาวะปวดประสาทที่ดื้อต่อการรักษาด้วยวิธีมาตรฐานแล้วไม่ได้ผล (intractable neuropathic pain), ภาวะเบื่ออาหารในผู้ป่วย AIDS ที่มีน้ำหนักตัวน้อย (cachexia), การเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) 2) กลุ่มโรค/ภาวะที่น่าจะได้ประโยชน์ในการควบคุมอาการต้องการข้อมูลวิชาการและศึกษาวิจัยสนับสนุนเพิ่มเติม ได้แก่ Parkinson's disease, Alzheimer's disease, Post-traumatic stress disorder, กลุ่มโรคที่มีการอักเสบของระบบทางเดินอาหาร, ผู้ป่วยมะเร็งเพื่อใช้ในการบรรเทาอาการปวด 3) กลุ่มโรค/ภาวะที่อาจจะได้ประโยชน์ในอนาคตซึ่งต้องการการศึกษาวิจัยในหลอดทดลองสัตว์ทดลอง ก่อนศึกษาวิจัยในมนุษย์ต่อไป[18]

การสั่งใช้และจ่ายกัญชาทางการแพทย์ในคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนปัจจุบัน จะมี 3 องค์ประกอบด้วยกัน คือ แพทย์ เภสัชกร และสถานพยาบาลที่ได้รับใบอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษประเภท 5 เฉพาะกัญชา เป็นผู้ที่สามารถรักษาและจ่ายกัญชาได้เท่านั้น โดยเป็นโรงพยาบาลเครือข่ายเปิดคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนปัจจุบัน 384 แห่ง และโรงพยาบาลเครือข่ายทางการแพทย์แผนไทย 617 แห่ง[19] ซึ่งข้อมูลรายงานมีผู้ได้รับกัญชาทางการแพทย์ 30,092 ราย ส่วน

ใหญ่มีอัตราการสำคัญที่มารักษา ได้แก่ นอนไม่หลับ 30,939 ราย, ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 5,164 ราย และผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง 2,470 ราย อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาทางการแพทย์ ได้แก่ มึนงง เวียนศีรษะ 217 ราย, วิตกกังวล 28 ราย, กระวนกระวาย 26 ราย, สับสน 18 ราย, ประสาทหลอน 18 ราย, เสียสมดุล 14 ราย, ความดันผิดปกติ 10 ราย หัวใจเต้นช้า 7 ราย และ โรควิต 2 ราย [20]

ในกระแสของการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวกระทรวงสาธารณสุขได้มีการบรรจุกัญชาทางการแพทย์ในแผนพัฒนาระบบบริการ(Service Plan) สาขาที่ 20 เพื่อประโยชน์ในการนำมาใช้อย่างเป็นระบบ และได้มีการจัดอบรมให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องเพื่อจ่ายผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ได้อย่างเหมาะสม แต่ยังไม่ครอบคลุมในทุกภาคส่วน และสภาเภสัชกรรมได้มีการจัดอบรมการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์สำหรับเภสัชกร จำกัดครั้งละ 300 คนเท่านั้น ซึ่งเภสัชกรเป็นบุคลากรทางการแพทย์อีกสาขาหนึ่งที่มีบทบาทในการดูแลสุขภาพของประชาชนโดยตรง เป็นผู้สนับสนุนผู้สั่งจ่ายยาด้วยการตรวจสอบยาของผู้ป่วย และให้ข้อมูลกับผู้ป่วยในเรื่องความเสี่ยงและคุณประโยชน์ของยา ช่วยในการลดการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสมหรืออันตรายจากยาให้น้อยลงที่สุด รวมถึงการติดตามเกี่ยวกับความปลอดภัย ประสิทธิภาพ และอาการที่ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา โดยเภสัชกรโรงพยาบาลรัฐมีจำนวน 12,052 คน[21] จากเภสัชกรที่มีใบประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมในปี พ.ศ.2561 ในขณะที่เภสัชกรโรงพยาบาลรัฐผ่านการอบรมหลักสูตรเพื่อรองรับการนำกัญชามาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ที่กรมการแพทย์ หรือกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกให้การรับรองมีเพียงร้อยละ 17.9[22] ซึ่งกัญชาทางการแพทย์ถือเป็นยาประเภทยาใหม่ที่เภสัชกรต้องได้รับข้อมูลอย่างรอบด้านทั้งประโยชน์และข้อควรระวังของการใช้กัญชาทางการแพทย์ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Hwang J. และคณะพบว่า เภสัชกรในรัฐมินิโซต้าไม่พร้อมให้คำแนะนำการใช้กัญชาทางการแพทย์และต้องการฝึกอบรมและศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องข้อกฎหมายและเภสัชบำบัดของกัญชา (Cannabis pharmacotherapy) รวมทั้งสนใจการศึกษาอย่างต่อเนื่องผ่านทางออนไลน์[23] และการศึกษาของ Lindsey M. และคณะพบว่า ปัญหาเรื่องช่องว่างของความรู้ในผู้ให้บริการเกี่ยวกับประสิทธิภาพและอันตรกิริยาระหว่างยาของกัญชาทางการแพทย์เป็นสิ่งที่ต้องได้รับการแก้ไข[24] อีกทั้งในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับการประเมินความรู้ของเภสัชกรในการจัดการผู้ป่วยและการจ่ายผลิตภัณฑ์กัญชา ผู้วิจัยจึงสนใจสำรวจความรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ของเภสัชกรโรงพยาบาลรัฐเพื่อสามารถร่วมให้บริการทางการแพทย์ได้อย่างปลอดภัย และเป็นไปตามกฎหมาย

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อประเมินความรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ของเภสัชกรโรงพยาบาลรัฐ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ของเภสัชกรโรงพยาบาลรัฐ

สมมติฐานของการศึกษา

ปัจจัยส่วนบุคคลและลักษณะของหน่วยงานมีความสัมพันธ์กับความรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ของเภสัชกรโรงพยาบาลรัฐ

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาคั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study) ทำการศึกษาความรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ของเภสัชกรโรงพยาบาลรัฐทั่วประเทศ แห่งละ 2 คน รวมเป็นจำนวน 2,110 คน เป็นระยะเวลา 9 เดือน เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2563 - 30 พฤศจิกายน 2563

ข้อตกลงเบื้องต้น

ในการศึกษานี้ไม่ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์

คำนิยามศัพท์

เพื่อให้เข้าใจความหมายของคำที่ใช้ในการศึกษานี้ตรงกัน ผู้วิจัยได้นิยามความหมายของคำต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา ดังนี้

ความรู้ (Knowledge) หมายถึง ความรู้ที่สั่งสมมาจากการศึกษา เล่าเรียน การค้นคว้าหรือประสบการณ์เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์

ความคิดเห็น (Opinion) หมายถึง การแสดงออกทางด้านความเชื่อและความรู้สึกต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง อาจจะเป็นการพูดหรือการเขียนก็ได้ โดยอาศัยพื้นฐานความรู้ ประสบการณ์ รวมถึงสภาพแวดล้อมก็มีส่วนช่วยให้การแสดงความคิดเห็นซึ่งอาจแสดงออกทั้งทางบวกหรือทางลบก็ได้

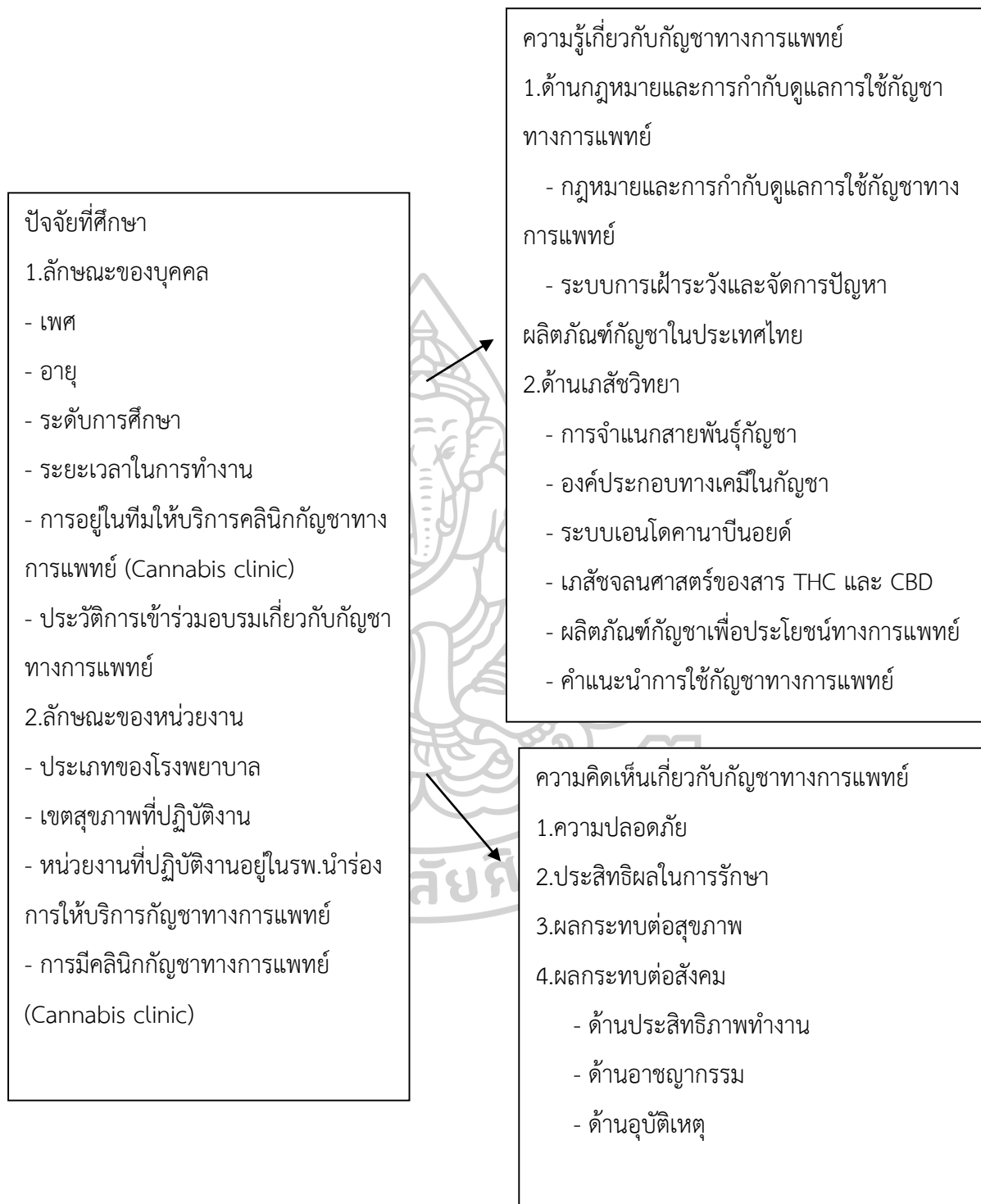
กัญชาทางการแพทย์ (Medical cannabis) หมายถึง สิ่งที่ได้จากการสกัดพืชกัญชา เพื่อนำสารสกัดที่ได้มาใช้ประโยชน์เฉพาะทางการแพทย์แผนปัจจุบันเท่านั้น ไม่ได้หมายรวมถึงการใช้ประโยชน์ในการแพทย์แผนไทย

ผลประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อใช้เป็นแนวทางการพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ของเภสัชกรโรงพยาบาลรัฐ
2. เพื่อให้เป็นแนวทางในการกำหนดกลุ่มเป้าหมายเพื่อส่งเสริมการใช้กัญชาทางการแพทย์ของเภสัชกรโรงพยาบาลรัฐ



กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาทฤษฎี แนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาสนับสนุนในการกำหนดแนวทางและกรอบในการวิเคราะห์ดังต่อไปนี้

1. ความหมายของความรู้
2. แนวคิดเกี่ยวกับความคิดเห็น
3. หลักสูตรการอบรมเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ในประเทศไทย
4. ความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์
5. ความคิดเห็นเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความหมายของความรู้

แพทริก เมเรดิธ[25] ได้พูดถึง ความรู้ ว่าจำเป็นต้องมียอดประกอบ 2 ประการ คือ ความเข้าใจ (Understanding) และการคงอยู่ (Retaining) เพราะความรู้ หมายถึง ความสามารถจดจำได้ในบางสิ่งบางอย่าง ที่เราเข้าใจมาแล้ว

เบนจามิน เอส บลูม[26] ได้ให้ความหมายของความรู้ว่า ความรู้ เป็นสิ่งที่ เกี่ยวข้องกับ การระลึกถึง เฉพาะเรื่อง หรือเรื่องทั่วไป ระลึกถึงวิธี กระบวนการหรือสถานการณ์ต่างๆโดยเน้นความจำ ประภาเพ็ญ สุวรรณ[27] กล่าวว่า ความรู้เป็นพฤติกรรมขั้นต้น ซึ่งผู้เรียนเพียงแต่จำได้อาจจะโดยการนึกได้หรือโดยการมองเห็นหรือได้ยิน จำได้ ความรู้ขั้นนี้ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับคำจำกัดความ ความหมาย ข้อเท็จจริง ทฤษฎี กฎ โครงสร้าง และวิธีการแก้ปัญหาเหล่านี้

คาร์เตอร์ วี กู๊ด[28] กล่าวว่า ความรู้เป็นข้อเท็จจริง (facts) ความจริง (truth) เป็นข้อมูลที่มนุษย์ได้รับและเก็บรวบรวมจากประสบการณ์ต่างๆ การที่บุคคลยอมรับหรือปฏิเสธสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้อย่างมีเหตุผล บุคคลควรจะต้องรู้เรื่องเกี่ยวกับสิ่งนั้น เพื่อประกอบการตัดสินใจ นั่นก็คือ บุคคลจะต้องมีข้อเท็จจริง หรือข้อมูล ต่างๆ ที่สนับสนุนและให้คำตอบข้อสงสัยที่บุคคลมีอยู่ ชี้แจงให้บุคคลเกิดความเข้าใจและทัศนคติที่ดีต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่ง รวมทั้งเกิดความตระหนัก ความเชื่อ และค่านิยมต่างๆ ด้วย

เบอร์กุน[29] และ ริเวอร์ ปีเตอร์สันและเจนเซ็น[30] ได้กล่าวถึง การศึกษาหรือความรู้ (Knowledge) ว่าเป็นลักษณะอีกประการหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อผู้รับสาร ดังนั้นคนที่ได้รับการศึกษาใน

ระดับที่ต่างกัน ในยุคสมัยที่ต่างกัน ในระบบการศึกษาที่ต่างกัน ในสาขาวิชาที่ต่างกัน จึงย่อมมีความรู้สึกนึกคิด อุดมการณ์ และความต้องการ ที่แตกต่างกันไป คนที่มี การศึกษาสูงหรือมีความรู้ดี จะได้เปรียบอย่างมากในการที่จะเป็นผู้รับสารที่ดี เพราะคนเหล่านี้ มีความรู้กว้างขวาง ในหลายเรื่อง มีความเข้าใจ ศัพท์มาก และมีความเข้าใจสารได้ดี แต่คนเหล่านี้ มักจะเป็น คนที่ไม่ค่อยเชื่ออะไรง่ายๆ

การเกิดความรู้ไม่ว่าระดับใดก็ตาม ย่อมมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกนึกคิด ซึ่งเชื่อมโยงกับการเปิดรับข่าวสารของบุคคลนั่นเอง รวมถึงประสบการณ์และลักษณะทางประชากรของแต่ละคนที่เป็นผู้รับข่าวสาร ถ้าประกอบกับการที่บุคคลมีความพร้อมในด้านต่างๆ เช่น มีการศึกษา มีการเปิดรับข่าวสารก็มีโอกาสที่จะมีความรู้ในเรื่องนี้ และสามารถเชื่อมโยงความรู้ที่เข้ากับสภาพแวดล้อมได้ สามารถระลึกได้ รวบรวมสาระสำคัญ รวมทั้งสามารถวิเคราะห์ สังเคราะห์ รวมทั้งประเมินผลได้ต่อไป และเมื่อเกิดความรู้ไม่ว่าจะในระดับใดก็ตาม สิ่งที่เกิดตามมาก็คือ ทศนคติ ความคิดเห็นในลักษณะต่างๆ[31]

แนวคิดเกี่ยวกับความคิดเห็น

1. ความหมายของความคิดเห็น

ราชบัณฑิตยสถาน[32] ได้ให้ความหมาย “ความคิดเห็น” ว่าเป็นข้อพิจารณาว่าเป็นจริง จากการใช้ปัญญา ความคิดประกอบ ถึงแม้จะไม่ได้อาศัยหลักฐานพิสูจน์เพื่อยืนยันได้เสมอไปก็ตาม

ฮอว์นบี และคณะ[33] กล่าวว่าความคิดเห็น คือ ความเชื่อ หรือ การลงความเห็นที่ไม่ได้เป็นความรู้ที่อันแท้จริง ความคิดเห็น คือความคิดเห็นในบางสิ่งบางอย่างที่อาจเป็นไปได้

คาร์เตอร์ วี กู๊ด[28] กล่าวว่า ความคิดเห็นหรือทัศนะ หมายถึง ความเชื่อ ความคิด หรือการลงความเห็นเกี่ยวกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งซึ่งไม่อาจบอกได้ว่าเป็นการถูกต้องหรือไม่

แมรี แอล.กู๊ด[34] ได้ให้ความหมายของความคิดเห็น (Opinion) ไว้ หลายความหมาย ได้แก่

1. ความหมายทั่วไป หมายถึง ความเชื่อ ความคิดเห็น ข้อพิจารณา ความรู้สึก หรือ ทัศนะที่ยังไม่ได้รับการพิสูจน์อย่างแน่นอน และยังขาดน้ำหนักทางเหตุผลหรือการวิเคราะห์ หรือ กล่าวกว้าง ๆ ได้ว่ามีความเป็นไปได้มากกว่าความรู้

2. ความหมายเฉพาะ หมายถึง การพิจารณาหรือการวินิจฉัยอย่างมีแบบแผนจากแหล่งข้อมูล หรือบุคคลที่เชื่อถือได้

3. ความคิดเห็นสาธารณะ (Public Opinion) หมายถึง การพิจารณาหรือข้อวินิจฉัยรวม ๆ ของกลุ่มคนในสังคมที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อ หรือข้อเท็จจริง

ประภาเพ็ญ สุวรรณ[27] กล่าวว่า ความคิดเห็นถือได้ว่าเป็นการแสดงออกด้านเจตคติอย่างหนึ่ง แต่หากลงความเห็นนั้นมักมีอารมณ์เป็นส่วนประกอบและเป็นส่วนที่จะมีปฏิกริยาต่อสถานการณ์ภายนอก

อนันต์ ชันทรราช[35] กล่าวว่า ความคิดเห็น หมายถึงการแสดงออกด้านความรู้สึกของบุคคลต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดด้านการพูด การเขียน โดยมีพื้นฐานความรู้เดิมเกี่ยวกับความต้องการประสบการณ์ที่บุคคลได้รับ ตลอดจนสภาพแวดล้อมของบุคคลนั้นเป็นหลักในการแสดงความคิดเห็นเพื่อขอรับการสนับสนุนความคิดเห็นเป็นการแสดงออกถึงเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะ

สรุปได้ว่า ความคิดเห็น หมายถึง การแสดงออกทางด้านความเชื่อและความรู้สึกต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง อาจจะเป็นการพูดหรือการเขียนก็ได้ โดยอาศัยพื้นฐานความรู้ ประสบการณ์ รวมถึงสภาพแวดล้อมก็เป็นส่วนช่วยให้การแสดงความคิดเห็นซึ่งอาจแสดงออกทั้งทางบวกหรือทางลบก็ได้

2. ประเภทของความคิดเห็น

พรทิพย์ ตรรกบุตร[36] ได้จำแนกความคิดเห็นเป็น 2 ประเภท ดังนี้

2.1 ความคิดเห็นเชิงบวกสุด เชิงลบสุด (Extreme Opinion) เป็นความคิดเห็นที่เกิดจากการเรียนรู้และประสบการณ์ ซึ่งสามารถทิศทางได้ ทิศทางบวกสุด ได้แก่ ความรักจนหลง ทิศทางลบ ได้แก่ ความรังเกียจ ความคิดเห็นนี้รุนแรงและเปลี่ยนแปลงยาก

2.2 ความคิดเห็นจากความรู้และความเข้าใจ (Cognitive contents) การมีความคิดเห็นต่อสิ่งหนึ่งขึ้นอยู่กับความเข้าใจที่มีต่อสิ่งนั้น เช่น ความรู้ความเข้าใจในทางที่ดี ได้แก่ ชอบ ยอมรับ เห็นด้วย ความรู้ความเข้าใจในทางที่ไม่ดี ได้แก่ ไม่ชอบ ไม่ยอมรับ ไม่เห็นด้วย

3. องค์ประกอบของความคิดเห็น

จากการศึกษาเรื่ององค์ประกอบของความคิดเห็น เทรนดิส[37] ได้อธิบายว่า องค์ประกอบของความคิดเห็นมี 3 ส่วน ได้แก่

3.1 องค์ประกอบด้านความรู้ (Cognitive Component) ได้แก่ ความรู้และความคิดที่บุคคลมีต่อสิ่งเร้า ซึ่งอาจเป็นบุคคล กลุ่มหรือสถานการณ์ใดๆ ความรู้และความคิดดังกล่าวจะเป็นส่วนกำหนดลักษณะและทิศทางของความคิดเห็นของบุคคล กล่าวคือ ถ้าบุคคลมีความรู้และการติดต่อกับสิ่งเร้าได้ครบถ้วนแล้ว บุคคลจะมีความคิดเห็นต่อสิ่งเร้าในทางบวกหรือลบชัดเจนขึ้น

3.2 องค์ประกอบด้านความรู้สึก (Affective Component) ได้แก่ อารมณ์หรือความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้า อารมณ์หรือความรู้สึกดังกล่าวจะเป็นสิ่งกำหนดลักษณะและทิศทางของความคิดเห็นของบุคคล กล่าวคือ ถ้าบุคคลมีอารมณ์หรือความรู้สึกที่ดีต่อสิ่งใด บุคคลก็จะมีความคิดเห็นทางบวกต่อสิ่งนั้น แต่ถ้าบุคคลมีอารมณ์หรือความรู้สึกไม่ดีต่อสิ่งใด บุคคลจะมีความคิดเห็นในทางลบ

3.3 องค์ประกอบด้านพฤติกรรม (Behavior Component) คือ พฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกต่อสิ่งเร้าอย่างใดอย่างหนึ่ง พฤติกรรมดังกล่าวจะเป็นสิ่งบอกลักษณะและทิศทางของความคิดเห็นของบุคคล กล่าวคือ ถ้าพฤติกรรมของบุคคลที่จะแสดงออกต่อสิ่งเร้านั้นชัดเจนแน่นอน ความคิดเห็นก็ย่อมมีลักษณะเป็นบวกหรือลบชัดเจนแน่นอน

4. การวัดความคิดเห็น

ความคิดเห็นเป็นสิ่งที่สามารถวัดได้โดยมีนักวิชาการใดให้ความเห็นเกี่ยวกับวิธีวัดความคิดเห็นไว้ดังนี้

นิกร จุมปา[38] ได้กล่าวว่า การวัดความคิดเห็นโดยทั่วไปต้องมีส่วนประกอบ 3 อย่าง คือ บุคคลที่ถูกวัด สิ่งเร้าและการตอบสนอง ซึ่งจะออกมาเป็นระดับสูง-ต่ำ มาก-น้อย วิธีวัดความคิดเห็นนั้นโดยมากจะใช้การตอบแบบสอบถามและการสัมภาษณ์โดยให้ผู้ที่ตอบคำถามเลือกตอบแบบสอบถาม

วิสิทธิ์ กันยะ[39] กล่าวว่าได้ว่า วิธีการที่ง่ายที่สุดจะบอกถึงความคิดเห็นก็คือ การแสดงออกให้เห็นถึงคำร้อยละของคำตอบในแต่ละข้อความเพราะจะทำให้เห็นว่าความคิดเห็นจะออกมาในลักษณะใดและจะทำตามข้อคิดเห็นเหล่านั้นอย่างไร

สุภาพร ก้านเหลือง[40] กล่าวถึงการสร้างมาตรารวัดทัศนคติ หรือความคิดเห็นว่ามีอยู่ด้วยกันหลายวิธีโดยวิธีที่แพร่หลายมีอยู่ 4 วิธี คือ

1. วิธีของเธอร์สโตน เป็นวิธีการสร้างมาตรวัดออกเป็นปริมาณแล้วเปรียบเทียบตำแหน่งของความคิดเห็นหรือทัศนคติไปในทางเดียวกันและเสมือนว่าเป็น scale ที่มีช่วงห่างกัน

2. วิธีกัตต์แมน เป็นวิธีการวัดทัศนคติหรือความคิดเห็นในแนวเดียวกัน และสามารถจัดอันดับข้อความทัศนคติสูงต่อแบบเปรียบเทียบได้ จากอันดับต่ำสุดถึงสูงสุดได้ และแสดงถึงการสะสมข้อแสดงความคิดเห็น

3. วิธีจำแนก S-D scale เป็นวิธีวัดทัศนคติหรือความคิดเห็น โดยอาศัยคู่คำคุณศัพท์ที่มีความหมายตรงข้าม เช่น ดี เลว ชี้เกียจ ขยัน เป็นต้น

4. วิธีแบบ Likert scale เป็นวิธีสร้างมาตรารวัดทัศนคติที่นิยมแพร่หลาย เพราะเป็นวิธีสร้างมาตรวัดที่ง่าย ประหยัดเวลา ผู้ตอบสามารถแสดงทัศนคติหรือความคิดเห็นในแต่ละระดับได้

เมื่อผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับเรื่องแนวคิดเกี่ยวกับความคิดเห็น จึงสรุปได้ว่าหลักการของแนวคิดเกี่ยวกับความคิดเห็น มีความสอดคล้องกับการวิจัยนี้ โดยวิธีวัดความคิดเห็นนั้น จะใช้การตอบแบบสอบถามโดยให้ผู้ที่ตอบคำถามเลือกตอบแบบสอบถามด้วยวิธีแบบ Likert scale

หลักสูตรการอบรมเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ในประเทศไทย

ในปัจจุบันได้มีการเปิดหลักสูตรหรือการอบรมที่มีการดำเนินการแล้ว ซึ่งได้รับการรับรองหลักสูตรจากกรมการแพทย์ หรือกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้แก่

- หลักสูตรการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ สำหรับบุคลากรทางการแพทย์
- หลักสูตรการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ สำหรับเภสัชกร
- หลักสูตรการอบรมวิทยากรครู ก หลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย
- หลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทยและตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่
- หลักสูตรกัญชาและแคนนาบินอยด์ทางการแพทย์
- หลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย
- หลักสูตรการอบรมการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ในโรกระบบประสาท
- หลักสูตรการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ สำหรับแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร
- หลักสูตรใช้น้ำมันกัญชาภายใต้รูปแบบพิเศษของการเข้าถึงยา (Special Access Scheme) [22]

ซึ่งในการศึกษานี้เป็นการศึกษาในเภสัชกร จึงนำหลักสูตรการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์สำหรับเภสัชกร มาเป็นกรอบความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์

ความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์

หลักสูตรการอบรมการใช้สารสกัดจากกัญชาทางการแพทย์ สำหรับเภสัชกร จัดโดยสภาเภสัชกรรม เป็นหลักสูตรการอบรมที่เน้นสำหรับเภสัชกรในบทบาทเกี่ยวกับการบังคับใช้กฎหมายและกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับกัญชาทางการแพทย์ บทบาทและหน้าที่เกี่ยวข้องกับการนำกัญชามาใช้ทางการแพทย์ ตั้งแต่การคัดเลือกสายพันธุ์กัญชา การสกัดสารสำคัญ การผลิตผลิตภัณฑ์ที่มีมาตรฐาน การจ่ายยาและการแนะนำการใช้อย่างถูกต้องเหมาะสม และการคุ้มครองผู้บริโภค ซึ่งสามารถแบ่งเป็นความรู้ 2 ด้าน ดังนี้

1. ด้านกฎหมายและการกำกับดูแลการใช้กัญชาทางการแพทย์

สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2558-2559 มีความเคลื่อนไหวจากหน่วยงานของทั้งภาครัฐและเอกชนในประเทศไทย เรียกร้องให้มีการทบทวนแก้ไขพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 เพื่อถอดกัญชาออกจากรายการยาเสพติด จนเมื่อวันที่ 18 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 ได้มีการประกาศพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 จัดกัญชาเป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 แต่อนุญาตให้ใช้กัญชาเฉพาะในทางการแพทย์เพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วย และการศึกษา

วิจัยได้เท่านั้น และยังระบุไว้ว่าหากมีในครอบครองไม่เกินปริมาณจำเป็นที่ใช้รักษาโรคเฉพาะตัว พร้อมมีหนังสือรับรองการใช้งานจากผู้อนุญาตก็จะไม่ผิดกฎหมาย[14] และได้มีการกำหนดข้อยกเว้นเพิ่มเติม ให้สาร CBD ซึ่งมีความบริสุทธิ์มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 99 โดยมีปริมาณ THC ผสมไม่เกินร้อยละ 0.01 โดยน้ำหนัก สารสกัด CBD หรือผลิตภัณฑ์จากสารสกัด CBD เป็นส่วนประกอบหลักและมีสาร THC ผสมไม่เกินร้อยละ 0.2 โดยน้ำหนัก ซึ่งเป็นยาหรือเป็นผลิตภัณฑ์สมุนไพร ตามกฎหมายว่าด้วยยาหรือสมุนไพร และต้องใช้ตามวัตถุประสงค์ทางยาหรือผลิตภัณฑ์สมุนไพรเท่านั้น จึงไม่ถือว่าเป็นสิ่งดังกล่าวเป็นยาเสพติดให้โทษ แต่การผลิต เพาะปลูก นำเข้า ส่งออก จำหน่าย ครอบครอง หรือเสพ โดยไม่ได้รับอนุญาตยังคงเป็นความผิดตามกฎหมาย[41] ประกาศกระทรวงสาธารณสุข กำหนดตำรับยาที่ให้เสพเพื่อรักษาโรคและศึกษาวิจัยได้ (ฉบับที่ ๑-๒) พ.ศ. ๒๕๖๒ ดังนี้

1. ตำรับยาที่ได้การรับรองจาก ออย. (ตำรับยาแผนปัจจุบันและตำรับยาแผนไทย)
2. ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ในตำราการแพทย์แผนไทย ตามบัญชีรายชื่อแนบท้าย (๑๖ ตำรับ)
3. ตำรับยาที่ได้รับอนุญาตให้ผลิตในประเทศ ภายใต้การรักษาโรคกรณีจำเป็นสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย (Special Access Scheme)
4. ตำรับยาที่ได้รับอนุญาตภายใต้โครงการศึกษาวิจัยที่ได้รับอนุญาตจาก ออย.
5. ตำรับยาที่ผู้ประกอบการวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์และหมอพื้นบ้านปรุงขึ้นจากองค์ความรู้และภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยที่ชัดเจน และได้รับการรับรองจากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

เมื่อมีการปลดล็อกกัญชา จึงต้องมีการควบคุมการใช้กัญชาในการศึกษาวิจัยและการใช้ในทางการแพทย์อย่างครบวงจร ดังนี้

1. ต้นน้ำ : การคัดเลือกพันธุ์และการปลูกกัญชา จะต้องควบคุมตั้งแต่สายพันธุ์กัญชาที่ดีที่เหมาะสมในการผลิตยา และใช้เทคนิคการปลูกในอาคารแบบ indoor ด้วยเทคโนโลยีระบบรากลอย (Aeroponics) ซึ่งเป็นระบบหนึ่งในระบบการปลูกกัญชาเกรดมาตรฐาน ตามหลักเกณฑ์มาตรฐานการปฏิบัติด้านการเพาะปลูกที่ดี (Good Agricultural Practices : GAP) และควบคุมตลอดการเจริญเติบโต เพื่อให้สร้างปริมาณสารสำคัญ (THC, CBD) สำหรับการผลิตยาได้ และปัจจุบันได้มีการจัดทำแนวทางพิจารณาอนุญาตให้ปลูกกัญชา และแนวทางปฏิบัติด้านการจัดเตรียมสถานที่ปลูกกัญชา โดยสามารถยื่นคำขออนุญาต ณ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข และต้องมีคุณสมบัติ ได้แก่

- หน่วยงานของรัฐที่มีหน้าที่ศึกษาวิจัยหรือจัดการเรียนการสอนทางการแพทย์ เภสัชกรรม วิทยาศาสตร์ หรือ เกษตรศาสตร์

- หน่วยงานของรัฐที่มีหน้าที่ให้บริการทางการแพทย์ เภสัชกรรม หรือวิทยาศาสตร์ หรือมีหน้าที่ให้บริการทาง เกษตรกรรมเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์หรือเภสัชกรรม

- ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพ การสัตวแพทย์ชั้นหนึ่ง ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์หรือ หมอพื้นบ้านตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการแพทย์แผนไทย

- สถาบันอุดมศึกษาตามกฎหมายว่าด้วยสถาบันอุดมศึกษาเอกชนที่มีหน้าที่ ศึกษาวิจัย หรือจัดการเรียนการสอน เกี่ยวกับทางการแพทย์หรือเภสัชศาสตร์

และมีแผนการผลิต แผนการจำหน่าย และแผนการใช้ประโยชน์ที่ชัดเจน รวมทั้งมีวิธีการ ดำเนินการ เช่น รายละเอียดและแหล่งที่มาของเมล็ดพันธุ์ วิธีการปลูก การดูแลรักษา การเก็บเกี่ยว ระยะเวลาในการดำเนินการ เป็นต้น สถานที่ปลูก ต้องมีเลขที่ตั้งและที่อยู่ชัดเจน มีระบบและ มาตรการรักษาความปลอดภัย พื้นที่เพาะปลูกใช้วัสดุในการสร้างที่มีความมั่นคงแข็งแรงและปิดกั้น เพื่อป้องกันการเข้าถึงจากบุคคลภายนอก สถานที่จัดเก็บเมล็ดพันธุ์กัญชา ผลผลิตกัญชาที่ได้ภายหลัง จากการเก็บเกี่ยว รวมถึงส่วนที่เหลือของกัญชาเพื่อรอทำลาย ควรมีมาตรการรักษาความปลอดภัย แยกเก็บเป็นสัดส่วนและไม่ปะปนกับวัตถุอื่นๆ และนำผลผลิตส่งตรวจวิเคราะห์พืชกัญชาที่ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ หรือ ห้องปฏิบัติการที่ได้มาตรฐาน หลังจากได้รับอนุญาตแล้ว หน้าที่ของ ผู้รับอนุญาตจะดำเนินการตามที่ได้รับอนุญาตเท่านั้น ป้องกันมิให้มีการรั่วไหลออกจากระบบการ ควบคุม และจัดทำรายงานและบัญชีรับ - จ่าย ตามแบบที่กฎหมายกำหนด[42]

2. กลางน้ำ : ขั้นตอนการแปรรูป/สกัด การศึกษาวิจัยในสัตว์ทดลอง การพัฒนาตำรับ/ ผลิตภัณฑ์ สำเร็จรูปต้องอยู่ภายใต้มาตรฐาน GMP/GLP และปัจจุบันได้มีการจัดทำแนวทางการ ปฏิบัติในการจัดเตรียมสถานที่สำหรับการผลิต (ประเภทอื่นๆ) จำหน่าย นำเข้า ส่งออก หรือมีไว้ใน ครอบครอง ในการดำเนินการควบคุมและป้องกันการรั่วไหลออกสู่ระบบ โดยภายในระยะ 5 ปี แรก การขอรับใบอนุญาตผลิต นำเข้า หรือส่งออก ยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 เฉพาะกัญชาเพื่อ ประโยชน์ทางการแพทย์ ให้อนุญาตได้เฉพาะกรณีผู้ขออนุญาตมีคุณสมบัติดังนี้

- หน่วยงานของรัฐที่มีหน้าที่ศึกษาวิจัยหรือจัดการเรียนการสอนทางการแพทย์ เภสัช กรรม วิทยาศาสตร์ หรือ เกษตรศาสตร์

- หน่วยงานของรัฐที่มีหน้าที่ให้บริการทางการแพทย์ เภสัชกรรม หรือวิทยาศาสตร์ หรือมีหน้าที่ให้บริการทาง เกษตรกรรมเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์หรือเภสัชกรรม

- สภากาชาดไทย

- ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพ การสัตวแพทย์ชั้นหนึ่ง ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์หรือ หมอพื้นบ้านตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการแพทย์แผนไทย

- สถาบันอุดมศึกษาตามกฎหมายว่าด้วยสถาบันอุดมศึกษาเอกชนที่มีหน้าที่ ศึกษาวิจัย หรือจัดการเรียนการสอน เกี่ยวกับทางการแพทย์หรือเภสัชศาสตร์

และมีแผนการผลิต การใช้ประโยชน์ เช่น มีแหล่งกระจายยาชัดเจน รวมทั้งมีการจัดเตรียม ห้องเก็บรักษาเฉพาะกัญชาสำหรับเก็บรักษา เพื่อแยกเก็บกัญชา เช่น สารสกัด ใบ ช่อดอก หรือ ผลิตภัณฑ์กัญชา (Finish product) ให้เป็นสัดส่วนไม่ปะปนกับผลิตภัณฑ์อื่นๆ หรือสารอื่นๆ และการ รักษาความปลอดภัยของกัญชา พร้อมทั้งจัดให้มีการสุ่มวิเคราะห์เพื่อตรวจสอบหาปริมาณสารสำคัญ ในกัญชา เช่น CBD หรือ THC ในการดำเนินการทุกครั้ง ด้วยวิธีการวิเคราะห์ที่ได้มาตรฐานตามหลัก GLP และจัดทำรายงานและบัญชีรับ-จ่ายตามแบบที่กฎหมายกำหนด[43]

3. ปลายน้ำ : การศึกษาวิจัยทางคลินิก การรับรองตำรับ และการใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ อ้างอิงตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขเกี่ยวกับการอนุญาตเพื่อศึกษาวิจัยในมนุษย์ ซึ่งได้มีจัดทำแนว ทางการขออนุญาตผลิต นำเข้า หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชา ซึ่งยังไม่ได้มีการรับรองตำรับจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เพื่อการศึกษาวิจัยทาง คลินิก โดยต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้

- หน่วยงานของรัฐที่มีหน้าที่ศึกษาวิจัยหรือจัดการเรียนการสอนทางการแพทย์ เภสัช กรรม วิทยาศาสตร์ หรือ เกษตรศาสตร์

- หน่วยงานของรัฐที่มีหน้าที่ให้บริการทางการแพทย์ เภสัชกรรม หรือวิทยาศาสตร์ หรือมีหน้าที่ให้บริการทาง เกษตรกรรมเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์หรือเภสัชกรรม

- สภากาชาดไทย

- ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพทันต กรรม ผู้ประกอบวิชาชีพ การสัตวแพทย์ชั้นหนึ่ง ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ผู้ประกอบ วิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์หรือ หมอพื้นบ้านตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการแพทย์แผนไทย

- สถาบันอุดมศึกษาตามกฎหมายว่าด้วยสถาบันอุดมศึกษาเอกชนที่มีหน้าที่ ศึกษาวิจัย หรือจัดการเรียนการสอน เกี่ยวกับทางการแพทย์หรือเภสัชศาสตร์

และยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ เฉพาะกัญชาที่ขออนุญาตผลิต นำเข้าหรือมีไว้ใน ครอบครองสำหรับเป็นยาวิจัยในโครงการศึกษาวิจัยทางคลินิก ต้องเป็นสารสกัดหรือผลิตภัณฑ์

สำเร็จรูป (finished product) และต้องผลิตภายใต้หลักการ GMP เพื่อให้มั่นใจว่าไม่เกิดความเสี่ยงต่ออาสาสมัคร และผลการทดลองทางคลินิกไม่ได้รับผลกระทบ จากคุณภาพ ความปลอดภัย และประสิทธิผลของยาที่ไม่เพียงพอ อันเนื่องจากการผลิตที่ไม่น่าพึงพอใจ นอกจากนี้ ยังมีวัตถุประสงค์เพื่อให้มั่นใจถึงความสม่ำเสมอของผลิตภัณฑ์ยาวิจัยชนิดเดียวกันในแต่ละรุ่นผลิตที่ใช้ในการทดลองทางคลินิกเดียวกัน หรือการทดลองทางคลินิกอื่น พร้อมทั้งจัดทำรายงานและบัญชีรับ-จ่ายและรายงานเหตุการณ์ไม่ประสงค์จากการใช้ยาเสพติดให้โทษในโครงการวิจัยให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาทราบ[44]

ในการนำกัญชาไปใช้ประโยชน์ทางการแพทย์เพื่อการรักษาโรค ได้มีการจัดทำแนวทางการขออนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชา เพื่อการรักษาผู้ป่วย (กรณีการแพทย์แผนปัจจุบัน) ซึ่งต้องมีคุณสมบัติเป็นหน่วยงานของรัฐที่มีหน้าที่ให้บริการทางการแพทย์เภสัชกรรม หรือ สภากาชาดไทย และเป็นผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบการวิชาชีพเภสัชกรรม ผู้ประกอบการวิชาชีพทันตกรรม ที่ต้องผ่านการอบรมหลักสูตรการใช้กัญชาและสารสกัดจากกัญชาในทางการแพทย์จากกระทรวงสาธารณสุข หรือหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขให้การรับรอง และลงทะเบียนเป็นผู้ส่งจ่ายกัญชาทางการแพทย์กับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชาที่จะจำหน่ายในสถานพยาบาล ต้องเป็นผลิตภัณฑ์สำเร็จรูปที่มี คุณภาพ ทราบปริมาณ สารสำคัญหรือสารออกฤทธิ์สำคัญ ไม่มีการปนเปื้อนของโลหะหนัก ยาฆ่าแมลง หรือสารเจือปนอื่นเกินมาตรฐานที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของผู้บริโภค และผลิตโดยผู้ได้รับอนุญาตจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ซึ่งกำหนดแนวทางการพิจารณาสั่งจ่ายผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์แก่ผู้ป่วย ดังนี้

1. ไม่ควรใช้กัญชาเป็นทางเลือกอันดับแรกในการรักษาโรคและภาวะใดๆของผู้ป่วย
2. ให้พิจารณาสั่งจ่ายกัญชาในรูปแบบของการเสริมการรักษา (adjuvant therapy)

กับวิธีมาตรฐาน

3. กรณีที่ไม่มีผลิตภัณฑ์กัญชาที่ได้รับการรับรองตำรับจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา อาจพิจารณา สั่งจ่ายผลิตภัณฑ์กัญชาที่ยังไม่ได้การรับรองตำรับจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาให้แก่ผู้ป่วยได้ ในกรณีจำเป็นในการรักษาโรคของผู้ป่วยเฉพาะราย ภายใต้รูปแบบพิเศษของการเข้าถึงยา (special access scheme: SAS)

4. จัดให้มีกระบวนการคัดกรอง วินิจฉัย ประเมินทางคลินิกและสั่งจ่ายโดยผู้เชี่ยวชาญ เฉพาะทาง กรณีสถานพยาบาลไม่มีแพทย์เฉพาะทาง แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือเวชปฏิบัติ ครอบครัวสามารถสั่งจ่ายกัญชาได้ ภายใต้คำแนะนำจากแพทย์เฉพาะทาง

5. ข้อบ่งใช้ของกัญชาทางการแพทย์ที่แนะนำแบ่งได้ ดังนี้

- กลุ่มโรค/ภาวะที่ได้ประโยชน์มีผลการศึกษาวิจัยสนับสนุนชัดเจน ได้แก่ ภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากเคมีบำบัด (chemotherapy induced nausea and vomiting), โรคลมชักที่รักษายาก (refractory epilepsy), ภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็ง (spasticity) ในผู้ป่วยโรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง (multiple sclerosis), ภาวะปวดประสาทที่ต่อการรักษาด้วยวิธีมาตรฐานแล้วไม่ได้ผล (intractable neuropathic pain), ภาวะเบื่ออาหารในผู้ป่วย AIDS ที่มีน้ำหนักตัวน้อย (cachexia), การเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care)

- กลุ่มโรค/ภาวะที่น่าจะได้ประโยชน์ในการควบคุมอาการต้องการข้อมูลวิชาการ และศึกษาวิจัยสนับสนุนเพิ่มเติม ได้แก่ Parkinson's disease, Alzheimer's disease, Post-traumatic stress disorder, กลุ่มโรคที่มีการอักเสบของระบบทางเดินอาหาร, ผู้ป่วยมะเร็งเพื่อใช้ในการบรรเทาอาการปวด

- ข้อบ่งใช้อื่นๆ ยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์หรือรายงานการวิจัยที่มีคุณภาพในการสนับสนุนยืนยันประสิทธิผลของการใช้ ให้พิจารณาสั่งจ่ายเฉพาะกรณีผู้ป่วยมีโรคและภาวะของโรคที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทางร่างกายหรือจิตใจซึ่งใช้การรักษาตามวิธีมาตรฐานทางการแพทย์แล้วไม่ได้ผลเสริมการรักษาตามวิธีมาตรฐาน [18]

6. ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโดยการแสดงความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรในเอกสารแสดงความยินยอม (Informed consent form)

7. จ่ายผลิตภัณฑ์กัญชาให้ผู้ป่วย ในแต่ละครั้งต้องไม่เกินปริมาณที่ใช้สำหรับ 30 วัน

8. ประเมินประสิทธิผลและความปลอดภัยของการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชา และบันทึกผลการประเมินทุกครั้งที่ผู้ป่วยมาพบ เพื่อติดตามผลการรักษา หากพบว่าใช้แล้วอาการไม่ดีขึ้น ไม่มีประสิทธิผล ไม่มีประโยชน์ตามที่มุ่งหวัง ภายใน 4-12 สัปดาห์ ให้หยุดการรักษาด้วยกัญชาโดยค่อยๆ ลดขนาดยาลง

9. หากสิ้นสุดการรักษา ให้แจ้ง อย.ทราบภายใน 30 วัน และให้ผู้ดูแลผู้ป่วยส่งคืนกัญชาทางการแพทย์ที่เหลืออยู่แก่สถานพยาบาล เพื่อพิจารณาดำเนินการทำลายหรือใช้ประโยชน์กับผู้ป่วยรายอื่นต่อไป

10. ติดตามประเมินประสิทธิผลและความปลอดภัยจากการใช้กัญชาในผู้ป่วยทุกราย และรายงาน อย. ทราบทุกเดือน ในรูปแบบของ SAS monitoring program ผ่านระบบ HPVC online [45]

ระบบการเฝ้าระวังและจัดการปัญหาผลิตภัณฑ์กัญชาในประเทศไทย

เมื่อสถานพยาบาลมีการจ่ายกัญชาให้กับผู้ป่วยเพื่อใช้ในทางการแพทย์ จำเป็นต้องมีการรายงานปัญหาการใช้กัญชาของผู้ป่วยทุกราย เพื่อติดตามเฝ้าระวังความเสี่ยงจากการใช้กัญชา ตรวจจับสัญญาณ ประเมินความเสี่ยง สื่อสารแจ้งเตือนภัย และเสนอมาตรการในการลดความเสี่ยง อันตรายต่อสุขภาพ ซึ่งผลิตภัณฑ์กัญชาที่ติดตามเฝ้าระวัง ครอบคลุมผลิตภัณฑ์กัญชาทุกประเภท ได้แก่

1. ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ (กรณีการแพทย์แผนปัจจุบัน) ที่ได้รับอนุญาตให้ผลิตและจำหน่ายจาก อย.ภายใต้รูปแบบพิเศษของการเข้าถึงยา (special access scheme: SAS)
2. ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ (กรณีการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน) ที่ได้รับอนุญาตให้ผลิตและจำหน่าย จาก อย.
3. กัญชาจากแหล่งอื่นที่ไม่ได้รับอนุญาตตามกฎหมาย

โดยต้องมีการรายงานประสิทธิผลและความปลอดภัยจากการใช้กัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยทุกราย รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (AE) และพิษจากกัญชา ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือประชาชนทั่วไป ซึ่งจะมีแพทย์ แพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยประยุกต์ หมอพื้นบ้าน หรือเภสัชกร ในสถานพยาบาลที่ได้รับอนุญาตให้ผลิตหรือจำหน่ายกัญชาทางการแพทย์ ประชาชนทั่วไปที่ประสบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้กัญชา บุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลเครือข่ายของศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์ สุขภาพ และนวัตวิทย์ในโครงการศึกษาวิจัยทางคลินิกเป็นผู้รายงานรายผ่านระบบ online ของศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์ สำนักงาน อย. ซึ่งการเข้าใช้งานระบบสารสนเทศเพื่อบันทึกข้อมูลการสั่งใช้กัญชาทางการแพทย์นั้นผู้ใช้งานต้องส่งคำขอเข้าใช้งานระบบมายังสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เพื่อขอ Username และ Password ในการเข้าใช้งานระบบรายงานการใช้กัญชาทางการแพทย์[46]










2. ด้านเภสัชวิทยาของกัญชา

2.1 การจำแนกสายพันธุ์กัญชา

กัญชาเป็นพืชให้ดอกในวงศ์ Cannabidaceae มีชื่อวิทยาศาสตร์ว่า Cannabis sativa L. เรียกกันโดยทั่วไปว่า cannabis, Marijuana, Ganja หรือ Indian Hemp พบได้พื้นที่ที่มีภูมิอากาศอบอุ่น เช่น เอเชีย, อเมริกาใต้ และตะวันออกกลาง ซึ่งสายพันธุ์กัญชาที่พบบ่อย ได้แก่ Cannabis sativa, Cannabis indica และ Cannabis ruderalis แต่ปัจจุบันส่วนใหญ่จะเป็นลูกผสม ต้นกัญชาเป็นพืชที่มีต้นตัวผู้และต้นตัวเมียแยกกัน (dioecious plant) ซึ่งแต่ละประเภทจะมีลักษณะการออกดอกที่แตกต่างกัน ต้นกัญชาเป็นพืชปีเดียว โดยทั่วไปต้นกัญชาจะสูงราว 2-3 เมตร และหลังจากออกดอกแล้วจะหยุดการเจริญเติบโตทางลำต้น หลังจากต้นเพศเมียได้รับการผสมพันธุ์ เมล็ดจะสุกและต้นจะตายไป ซึ่งแต่ละสายพันธุ์จำแนกได้ดังนี้ [47, 48]

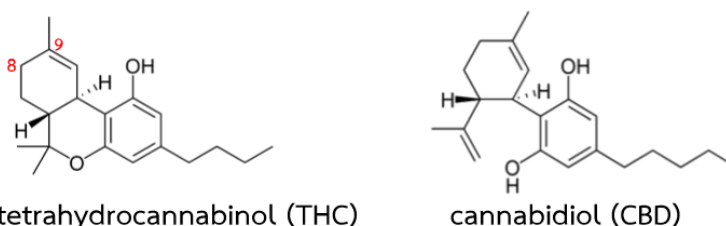
ตารางที่ 1 การจำแนกสายพันธุ์หลักของกัญชา

สายพันธุ์หลักของกัญชา	Cannabis Sativa	Cannabis Indica	Cannabis Ruderalis
ลักษณะเด่น	- ต้นสูงโปร่ง ช่วงโตเต็มวัยอยู่ที่ 150-250 เซนติเมตร - มีกิ่งก้านที่แผ่ขยาย ช่องว่างระหว่างกิ่งมาก - ใบสีเขียวและมีความหนาแน่นมาก - ดอกยาว ไม่แน่นอน - วัชระยะห่างพอสมควร - เนื่องจากการปรับตัวให้เข้ากับสภาพอากาศร้อนชื้น	- ต้นเป็นพุ่ม ลำต้นป้อมเตี้ย ช่วงโตเต็มวัยอยู่ที่ 100-150 เซนติเมตร - ใบมีขนาดกว้าง ใหญ่ และมีจำนวนแฉกน้อยกว่า Sativa - ดอกหนาแน่น น้ำหนักมาก ติดกันเป็นช่อเนื่องจากการปรับตัวให้เข้ากับสภาพอากาศหนาวเย็นและแห้ง	- ลำต้นที่เล็กและเตี้ย - ใบมีขนาดกว้างและเล็กผสมกัน - ออกดอกได้เร็ว - เนื่องจากการปรับตัวให้เข้ากับสภาพอากาศหนาวเย็นและมีแสงแดดตลอดเวลาเกือบทั้งวัน
ถิ่นกำเนิด	ประเทศเขตร้อนชื้นบริเวณใกล้เส้นศูนย์สูตรตั้งแต่ 30 องศาเหนือ ถึง 30 องศาใต้ เช่น ประเทศไทย เม็กซิโก โคลัมเบีย จาไมกา	ประเทศหนาวเย็น ห่างจากเส้นศูนย์สูตรออกไปในบริเวณ 30-50 องศาเหนือและ 30-50 องศาใต้ พบครั้งแรกในภูมิภาคตะวันออกกลาง คือ อัฟกานิสถาน ยังพบอีกในปากีสถาน จีน ธิเบต อินเดีย เนปาล	ประเทศหนาวเย็น และมีแสงสว่างเกือบตลอดทั้งวันในทุกฤดู อยู่ใกล้ขั้วโลกบริเวณ 50 องศาเหนือขึ้นไป และ 50 องศาใต้ลงมา

สายพันธุ์หลัก ของกัญชา	Cannabis Sativa	Cannabis Indica	Cannabis Ruderalis
ลักษณะใบ			
ลักษณะต้น			
ลักษณะดอก			
ปัจจุบันมัก เป็นสายพันธุ์ ลูกผสม (hybrid)	จะถือเป็นสายพันธุ์ Sativa หาก มีสัดส่วน Sativa มากกว่า 80% ในต้น	จะถือเป็นสายพันธุ์ Indica หากมีสัดส่วน Indica มากกว่า 80% ในต้น	Uncultivated group
%THC และ CBD	%THC สูง แต่ถ้าเป็นกัญชง จะมี THC < 1%	%THC น้อยกว่า Sativa %CBD มากกว่า	%CBD มากกว่า Indica และ Sativa (Auto Flowering)

2.2 องค์ประกอบทางเคมีในกัญชา

กัญชามีสารออกฤทธิ์ที่สำคัญ คือ สาร cannabinoids (phytocannabinoids) มากกว่า 100 ชนิด ซึ่งมีองค์ประกอบหลัก ได้แก่ delta-9-tetrahydrocannabinol(THC) และ cannabidiol (CBD) โดยจะถูกเปลี่ยนมาจากสารตั้งต้น Tetrahydrocannabinolic acid (THCA) จากกระบวนการ decarboxylation เมื่อให้ความร้อนช่อดอกกัญชาอย่างน้อย 180 องศาเซลเซียส ในเครื่องพ่นไอระเหย หรือให้ความร้อนกับสารสกัดจากช่อดอกกัญชาก่อนจะนำไปใส่ในสารละลาย



ภาพที่ 2 โครงสร้างทางเคมีของสาร delta-9-tetrahydrocannabinol(THC) และ cannabidiol (CBD) [49]

สาร THC จะมีผลต่อจิตและประสาท (psychoactive effects) เมื่อเสพเข้าไปจะเกิดอาการเคลิ้มสุข สามารถเพิ่มความอยากอาหารและลดอาการคลื่นไส้ ลดความเจ็บปวด การอักเสบและปัญหาในการควบคุมกล้ามเนื้อ ส่วนสาร CBD ไม่มีผลต่อจิตและประสาท (Non-psychoactive effects) จึงไม่ทำให้เกิดอาการเคลิ้มสุข แต่อาจจะช่วยลดความเจ็บปวดและการอักเสบ ควบคุมอาการชักในโรคลมชัก และอาจจะรักษาโรคจิตเวชบางชนิดได้อีกด้วย

สารเทอร์ปีน เป็นสารประกอบหลักอีกประเภทหนึ่งในกัญชา ซึ่งเป็นสารประกอบอะโรมาติกมากกว่า 120 ชนิด เช่น Myrcene, Alpha-Pinene และ BetaCaryophyllene ที่ทำให้กัญชาแต่ละพันธุ์มีกลิ่นและรสแตกต่างกัน สารเทอร์ปีนอาจมีฤทธิ์บำบัดโรคเพิ่มเติม โดยสารเหล่านี้อาจทำงานร่วมกับสารแคนนาบินอยด์เพื่อเปลี่ยนหรือเพิ่มฤทธิ์ทางยา ผลของการทำงานร่วมกันของสารนี้มีชื่อเรียกว่า เอ็นทูราจเอฟเฟกต์ (Entourage effect)[50]

ปริมาณสาร THC ในกัญชามีมากหรือน้อยและผลการกระตุ้นประสาทของพืชกัญชาขึ้นกับสภาพแวดล้อมของพื้นที่ที่ปลูก สายพันธุ์ วิธีการปลูกและส่วนของต้นกัญชาที่นำมาใช้ ทั้งนี้ส่วนของต้นกัญชาที่มีสารดังกล่าวมากที่สุด คือ ช่อดอก (flower heads) โดยเฉพาะในดอกเพศเมียที่ยังไม่ได้รับการผสมพันธุ์ มีปริมาณสาร THC 10-12% และใบ (leaves) มีปริมาณ THC 1-2% ตามลำดับ[3]

2.3 ระบบเอนโดแคนนาบินอยด์ (Endocannabinoids)

สาร cannabinoids แบ่งได้เป็น 3 ประเภท ได้แก่ 1) phytocannabinoids เป็น cannabinoids ที่ได้จากัญชาตามธรรมชาติ โดยเฉพาะจาก Cannabis sativa และ Cannabis indica 2) endocannabinoids เป็น cannabinoids ที่เป็นสารสื่อประสาทสร้างจากร่างกายของมนุษย์ โดยออกฤทธิ์กับ cannabinoid receptor และ 3) synthetic cannabinoids เป็น cannabinoids ที่สังเคราะห์ขึ้นในห้องปฏิบัติการ เพื่อให้มีโครงสร้างทางโมเลกุลเหมือนหรือคล้ายกับ cannabinoids สองประเภทข้างต้น[51]

ในระบบสมองและอวัยวะอื่น ๆ ของมนุษย์มีตัวรับสาร cannabinoids ที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ และสารเคมีที่จับกับตัวรับเหล่านั้น คือ ระบบ endocannabinoids ของมนุษย์ (ECS) ซึ่งมีหน้าที่รักษาความสมดุลของร่างกายให้ทำงานเป็นปกติ โดยการควบคุมการทำงานของระบบต่าง ๆ ระบบนี้มีหน้าที่สำคัญในระบบประสาทของเรา และควบคุมหลาย ๆ กระบวนการทางกายภาพ ซึ่งรวมถึงการปรับเปลี่ยนอาการตอบสนองต่อความปวด ความอยากอาหาร การย่อยอาหาร การนอน อารมณ์ การอักเสบ และการจดจำ ยังช่วยลดระดับช็อก (หรือโรคลมชัก) รวมถึงส่งผลต่อการทำงานร่วมกัน และกระบวนการอื่น ๆ เช่น ระบบภูมิคุ้มกัน การทำงานของ หัวใจ ระบบประสาทสัมผัส (การสัมผัส ความสมดุล การรับรู้พื้นที่) การเจริญพันธุ์ สรีระของกระดูก และระบบตอบสนองต่อความเครียดส่วนกลาง (HPAA) การพัฒนาระบบประสาท และความดันโลหิต[52]

ในร่างกายมนุษย์สามารถสร้างสาร cannabinoids เองได้ คือสาร endocannabinoids สารชนิดนี้สามารถออกฤทธิ์หรือกระตุ้นตัวรับแคนนาบินอยด์ ซึ่งมีกลไกการทำงานเช่นเดียวกับสาร phytocannabinoids ซึ่งจับกับตัวรับเหล่านั้น สาร cannabinoids จะออกฤทธิ์ผ่าน cannabinoid receptor หลัก 2 ชนิด คือ CB1 receptor ซึ่งพบมากในสมองและร่างกาย มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจ ความจำ ความเข้าใจ อารมณ์ การรับรู้ความปวดและการเคลื่อนไหว ส่วน CB2 receptor พบที่ระบบภูมิคุ้มกัน และระบบประสาทส่วนปลาย ม้าม ทอนซิล ต่อมไทมัส กระดูก ผิวหนัง และเลือด monocyte, macrophages, B-cells และ T-cells[2]

2.4 เกสัชจลนศาสตร์ของสาร THC และ CBD

การที่สาร THC และ CBD กระจายในร่างกาย (เภสัชจลนศาสตร์) แตกต่างกันไปโดยขึ้นอยู่กับวิธีการได้รับยา ระยะเวลาออกฤทธิ์จะขึ้นกับขนาดยา รูปแบบยาเตรียม และวิธีการให้ยา ทั้งทางปอด ปาก ลำไส้ หรือผิวหนัง

การดูดซึม (Absorption)

THC และ CBD เป็นสารประกอบที่ละลายได้ในไขมัน (เกาะกับไขมันได้ดี) ซึ่งจะถูกลดซึมอย่างรวดเร็วผ่านปอด ซึ่งส่งผลให้การสูดไอระเหยทำได้สะดวกและเป็นวิธีการบริหารยาที่ออกฤทธิ์เร็ว ทำให้การไทเทรต ปรับปริมาณยาที่ต้องการง่ายขึ้นและได้รับผลทางชีวภาพที่ต้องการ THC ที่สุดดมเข้าไปประมาณ 25% จะเข้าสู่ระบบไหลเวียนเลือด การดูดซึมสาร cannabinoids ที่สูดไอระเหยเข้าไปจะส่งผลให้ระดับความเข้มข้นในเลือดเพิ่มมากที่สุดภายในไม่กี่นาที ฤทธิ์ต่อสมองจะเริ่มแสดงผลภายในไม่กี่วินาทีจนถึงไม่กี่นาที และจะออกฤทธิ์สูงสุดหลังจากผ่านไป 15-30 นาที โดยฤทธิ์จะหมดภายใน 2-3 ชั่วโมง

การกลืนสาร cannabinoids จะทำให้การดูดซึมช้าลง ความเข้มข้นสูงสุดในเลือดจะมีปริมาณน้อยกว่าและเกิดช้าขึ้นลงเมื่อรับสารผ่านการกลืน ฤทธิ์ต่อสมองจะแสดงผลช้าลง 30-90 นาที และจะออกฤทธิ์สูงสุดหลังจากผ่านไป 2-3 ชั่วโมง ฤทธิ์จะมีผลอยู่ราว 4-12 ชั่วโมง

ชีวปริมาณออกฤทธิ์เป็นการระบุสัดส่วนยาที่เข้าสู่ระบบไหลเวียนเลือดหลังจากให้ยาชีวปริมาณออกฤทธิ์ของ THC และ CBD เมื่อให้ยาทางปากมีค่าต่ำ การสูดไอระเหยสาร cannabinoids จึงมีประสิทธิภาพดีกว่าและมีความน่าเชื่อถือมากกว่าเมื่อเทียบกับการให้สารผ่านทางปาก[53]

ตารางที่ 2 การดูดซึมของสาร cannabinoids ในรูปแบบต่างๆ

รูปแบบยา	Smoking/ Vaporisation	Oral	Oromucosal	Topical
เวลาที่เริ่มออกฤทธิ์	5-10 นาที	30-90 นาที	15-45 นาที	ไม่แน่นอน
ระยะเวลาการออกฤทธิ์สูงสุด	15-30 นาที	120-180 นาที	30 นาที	ไม่แน่นอน
อัตราและปริมาณการดูดซึมยา	2-56%	10-20%	10-20%	10%

การกระจายตัว (Distribution)

การกระจายตัวของสาร cannabinoids ในร่างกายถูกกำหนดจากการจับตัวกับไขมัน (การละลายในไขมันของสาร) และการจับกับโปรตีนในเลือด THC จะกระจายตัวไปทั่วทั้งร่างกาย โดยเฉพาะในเนื้อเยื่อไขมัน การสะสม THC ในร่างกายจะเพิ่มขึ้นตามความถี่ในการใช้สารและระยะเวลาในการใช้สารที่เพิ่มขึ้น ซึ่งมีปริมาตรการแพร่กระจายยา (volume of

distribution, Vd) 2.5-3.5 ลิตร/กิโลกรัม การกระจายแบ่งเป็นสองระยะ ซึ่งระยะแรกเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว หลังจากกัญชาเข้าสู่ร่างกาย จะเข้าสู่อวัยวะที่มีเลือดไปเลี้ยงค่อนข้างมาก ได้แก่ สมอง หัวใจ ตับ ค่าครึ่งชีวิตของการกระจายตัวของกัญชาช่วงนี้แค่เพียง 10 นาที หลังจากระยะแรกผ่านไป กัญชาจะค่อย ๆ กระจายตัวไปสะสมที่เนื้อเยื่อไขมันและอวัยวะที่มีเลือดไปเลี้ยงน้อยกว่า หลังจากหยุดใช้จะถูกปลดปล่อยออกมาจากเนื้อเยื่อไขมันได้เรื่อย ๆ อีกทั้งกัญชายังสามารถแพร่ผ่านทางรกและน้ำนมได้

การเมแทบอลิซึม (Metabolism)

กระบวนการเมแทบอลิซึมสาร cannabinoids ส่วนใหญ่จะผ่านกระบวนการเมแทบอลิซึมที่ตับ (first-pass metabolism) โดยการเปลี่ยนแปลงผ่าน CYP450 ซึ่ง THC ถูกเปลี่ยนแปลงผ่าน CYP 2C9, 3A4 และ CBD ถูกเปลี่ยนแปลงผ่าน CYP 2C9, 2C19, 3A4

ในบางกรณีเมทาบอไลต์อาจออกฤทธิ์แรงและยาวนาน สำหรับ THC นั้น ถูกเมทาบอไลต์เป็น 11-hydroxyTHC (11-OH-THC) ซึ่งมีการออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทมากกว่า THC เป็นสองเท่า และถูกเปลี่ยนเป็น 11-nor-delta-9-THC (THC-COOH) ซึ่งไม่มีฤทธิ์ในที่สุด การบริหารยา THC โดยการสูดไอระเหยจะเป็นการ หลีกเลี่ยงกระบวนการเมแทบอลิซึมในตับและการเปลี่ยนเป็น 11-OH-THC อย่างรวดเร็ว

นอกเหนือจากตับแล้วเนื้อเยื่ออื่นๆ เช่น หัวใจและปอดก็สามารถนำสาร cannabinoids ผ่านกระบวนการเมแทบอลิซึมได้ แม้ว่าจะทำได้ในระดับที่น้อยกว่า

การขับออก (Excretion)

การกำจัดยาออกเป็นการนำยาออกจากร่างกายของเราโดยสมบูรณ์ สำหรับ CBD จะถูกขับออกโดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงทางเคมีภายในระยะเวลา 5 วัน หลังจากรับยาไปครั้งหนึ่ง และ THC จะถูกขับออกไปประมาณ 80-90% โดย 25% จะถูกขับออกในรูป glucuronide conjugated ผ่านปัสสาวะ และ 65% ถูกขับออกผ่านทางอุจจาระ THC ปริมาณเพียงเล็กน้อยเท่านั้นที่ถูกขับออกโดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงทางเคมี ยาที่ได้รับทางปากปริมาณน้อยกว่า 5% ถูกพบว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลงทางเคมีในอุจจาระ

การกำจัดสาร cannabinoids และเมทาบอไลต์เกิดขึ้นอย่างช้า ๆ เนื่องจากสารพวกนี้เคลื่อนที่ออกจากไขมันและเนื้อเยื่ออื่น ๆ ในร่างกายกลับเข้าไปสู่กระแสเลือดอย่างช้า ๆ จึงพบได้ในปัสสาวะและอุจจาระเป็นระยะเวลาหลายสัปดาห์หลังจากหยุดใช้กัญชา (ประมาณ 2-3 สัปดาห์) [53, 54]

2.5 ผลิตภัณฑ์กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์

ในปัจจุบันได้มีการผลิตยาหลายชนิดจากกัญชาเพื่อใช้ในการรักษาโรค และได้รับการรับรองให้ใช้ได้ ในบางประเทศ เช่น ยา dronabinol และ nabilone เป็นสารสังเคราะห์ซึ่งมีส่วนประกอบของ THC ใช้ในการรักษาอาการคลื่นไส้ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด กระตุ้นความอยากอาหารในผู้ป่วยที่มีอาการเบื่ออาหารและสูญเสียน้ำหนักตัวจากความเจ็บป่วยและความทุกข์ของผู้ป่วยมะเร็งหรือผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยอื่น ๆ ที่เบื่ออาหารและน้ำหนักน้อย ยา Epidiolex® เป็นยาน้ำที่มีส่วนประกอบของ CBD ใช้ในการรักษาโรคลมชักชนิดรุนแรงในเด็ก (Dravet syndrome และ Lennex-Gastaut syndrome) ยาทั้งสามชนิดนี้ได้รับการรับรองจากองค์การอาหารและยาของประเทศสหรัฐอเมริกาให้ใช้ได้ตามข้อบ่งชี้ดังกล่าว ในประเทศสหราชอาณาจักร แคนาดา และประเทศในภาคพื้นยุโรปอีกหลายประเทศยังได้รับรองการใช้ยา nabiximols (Sativex®) ซึ่งเป็นยาพ่นปากที่มีส่วนประกอบของทั้ง THC และ CBD ในการรักษาปัญหาในการควบคุมกล้ามเนื้อที่เกิดจากโรค multiple sclerosis (MS) เป็นต้น[55]

สำหรับผลิตภัณฑ์กัญชาที่ผ่านการรับรองจาก ออย. ในประเทศไทย เป็นรูปแบบน้ำมันกัญชาหยดใต้ลิ้น (Sublingual Drop). โดยมี 3 สูตร ได้แก่ สูตรที่มีสาร THC สูง มีข้อบ่งใช้สำหรับภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากเคมีบำบัด (chemotherapy induced nausea and vomiting), ภาวะปวดประสาท (neuropathic pain) สูตรที่มีสาร CBD สูง มีข้อบ่งใช้สำหรับโรคลมชักที่รักษายาก และโรคลมชักที่ดื้อต่อการรักษา (intractable epilepsy) และสูตรที่มีอัตราส่วนสารทีเอชซีและซีบีดี 1:1 (THC : CBD 1:1) มีข้อบ่งใช้สำหรับภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็ง (spasticity) ในผู้ป่วยโรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง (multiple sclerosis)[56]

2.6 คำแนะนำการใช้กัญชาทางการแพทย์

โรคและภาวะที่ใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์

1. ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ได้ประโยชน์ เนื่องจากมีหลักฐานทางวิชาการที่มีคุณภาพสนับสนุนชัดเจน ได้แก่

1.1 ภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากเคมีบำบัด (chemotherapy induced nausea and vomiting) สามารถใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาเพื่อรักษาภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากเคมีบำบัด ภายใต้ข้อพิจารณาต่อไปนี้

- ไม่แนะนำให้ใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาเป็นการรักษาเริ่มต้น และไม่แนะนำให้ใช้ในกรณีของภาวะคลื่นไส้อาเจียนทั่วไป และภาวะคลื่นไส้อาเจียนในหญิงตั้งครรภ์ หรือมีอาการแพ้ท้องรุนแรง

- แนะนำให้ใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาเมื่อรักษาอาการคลื่นไส้จากเคมีบำบัดที่รักษาด้วยวิธีต่างๆ แล้วไม่ได้ผล โดยใช้เป็นการรักษาเสริมหรือควบรวมกับการรักษาตามมาตรฐาน และใช้สารสกัดกัญชาชนิดอัตราส่วน THC:CBD เป็น 1:1 หรือ ใช้สารสกัดกัญชาชนิด THC เด่น

1.2 โรคลมชักที่รักษายาก และโรคลมชักที่ดื้อต่อยารักษา (intractable epilepsy) ผู้สั่งใช้ควรเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบประสาท และได้รับการอบรมการใช้สารสกัดจากกัญชาเพื่อการรักษาผู้ป่วย

- แนะนำใช้ในโรคลมชักที่รักษายากในเด็ก ได้แก่ Dravet และ Lennox-Gastaut Syndrome(10) และโรคลมชักที่ดื้อต่อยารักษาตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป หากคาดว่าจะเกิด drugs interaction อาจพิจารณาใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาที่มี cannabidiol (CBD) สูง

1.3 ภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็ง (spasticity) ในผู้ป่วยโรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง (multiple sclerosis) สามารถใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาในกรณีการรักษาภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็งที่ดื้อต่อการรักษา ภายใต้ข้อพิจารณาต่อไปนี้

- ไม่แนะนำให้ใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาเป็นการรักษาเริ่มต้น
- แนะนำให้ปรึกษากับผู้ป่วยถึงประโยชน์และความเสี่ยงของผลิตภัณฑ์กัญชา ก่อนใช้ และควรใช้ในกรณีการรักษาด้วยวิธีมาตรฐานอย่างเหมาะสม (รวมถึงวิธีที่ไม่ใช่ยา) แล้วไม่ได้ผล โดยแนะนำให้ใช้สารสกัดกัญชาชนิดอัตราส่วน THC:CBD เป็น 1:1

1.4 ภาวะปวดประสาท (neuropathic pain) สามารถใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาในกรณีการรักษาภาวะปวดประสาทที่ดื้อต่อการรักษา ภายใต้ข้อพิจารณาต่อไปนี้

- ไม่แนะนำให้ใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาเป็นการรักษาเริ่มต้น
- แนะนำให้ปรึกษากับผู้ป่วยถึงประโยชน์และความเสี่ยงของผลิตภัณฑ์กัญชา ก่อนใช้ และใช้ในกรณีที่ทดลองใช้ยาบรรเทาอาการปวดอย่างสมเหตุผลแล้ว แต่ผู้ป่วยยังคงมีอาการปวด และเป็นการรักษาเสริมหรือควบรวมกับการรักษาตามมาตรฐาน โดยแนะนำให้ใช้สารสกัดกัญชาชนิดอัตราส่วน THC:CBD เป็น 1:1

1.5 ภาวะเบื่ออาหารในผู้ป่วย AIDS ที่มีน้ำหนักตัวน้อย

อาจใช้สารสกัดกัญชาชนิด THC เด่น เพื่อเพิ่มความอยากรับประทานอาหาร และทำให้ผู้ป่วย AIDS มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นได้ โดยเริ่มปริมาณน้อย วันละ 2 ครั้ง ก่อนอาหาร แล้วปรับเพิ่มขึ้นทีละน้อยตามดุลยพินิจของแพทย์

1.6 การเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง หรือผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต (end of life) ซึ่งเป็นการตัดสินใจของผู้รักษา มีข้อแนะนำดังนี้

- ไม่แนะนำให้ใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาเป็นการรักษาเริ่มต้น
- แนะนำให้ใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาเป็นการรักษาเสริมหรือหรือควบรวมกับการรักษา

ตามมาตรฐาน

2. ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์น่าจะได้ประโยชน์ในการควบคุมอาการ ต้องการข้อมูลวิชาการและศึกษาวิจัยสนับสนุนเพิ่มเติม ได้แก่ Parkinson's disease, Alzheimer's disease, Post-traumatic stress disorder, กลุ่มโรคที่มีการอักเสบของระบบทางเดินอาหาร, ผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อใช้ในการบรรเทาอาการปวด

3. ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์อาจได้ประโยชน์ในอนาคต ยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์หรือรายงานการวิจัยที่มีคุณภาพในการสนับสนุนยืนยันประสิทธิผลของการใช้ ให้พิจารณาส่งจ่ายเฉพาะกรณีผู้ป่วยมีโรคและภาวะของโรคที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทางร่างกายหรือจิตใจซึ่งใช้การรักษาตามวิธีมาตรฐานทางการแพทย์แล้วไม่ได้ผลเสริมการรักษาตามวิธีมาตรฐาน [18]

ขนาดยา และการบริหารยา

1. ไม่มีขนาดยาเริ่มต้นที่แน่นอนในผลิตภัณฑ์กัญชาแต่ละชนิด ขนาดยาที่เหมาะสมขึ้นกับลักษณะของผู้ป่วยแต่ละคนและปรับตามแต่ละผลิตภัณฑ์ โดยเริ่มต้นขนาดต่ำและปรับเพิ่มขนาดซ้ำๆ จนได้ขนาดยาเหมาะสม ที่ให้ผลการรักษาสูงสุดและเกิดผลข้างเคียงต่ำสุด ขนาดยาในระดับต่ำมีโอกาสเกิดผลข้างเคียงน้อย

2. ผู้ที่เริ่มต้นรักษา และได้รับผลิตภัณฑ์กัญชาเป็นครั้งแรกควรเริ่มต้นที่ขนาดต่ำมากๆ หากเกิดผลข้างเคียง ควรปฏิบัติดังนี้

2.1 ปรับลดขนาดยา เมื่อพบอาการเวียนศีรษะ (dizziness) เสียความสมดุล (loss of co-ordination) หัวใจเต้นช้า (bradycardia) ความดันโลหิตผิดปกติ (abnormal pressure)

2.2 หยุดใช้ทันที เมื่อพบอาการสับสน (disorientation) กระวนกระวาย (agitation) วิดกกังวล (anxiety) ประสาทหลอน (hallucination) โรควิต (psychosis)

3. การให้สารสกัดจากกัญชาในครั้งแรกควรให้เวลาก่อนนอนและมีผู้ดูแลใกล้ชิด เนื่องจากอาจเกิดผลข้างเคียงได้

4. เนื่องจากยังไม่มีข้อมูลการใช้สารสกัดกัญชาในรูปน้ำมัน หากเทียบเคียงกับการใช้

4.1 สารสกัดกัญชาที่มี cannabidiol (CBD) สูง ข้อมูลของการวิจัยคลินิกของ epidiolex® (CBD ใน ลักษณะน้ำมัน) แนะนำให้ใช้ CBD ขนาด 5-20 mg ต่อ kg ซึ่งเป็นขนาดยาสำหรับเด็ก ก่อนเริ่มรักษาควรตรวจการทำงานของตับ (liver function test) เป็นข้อมูลเบื้องต้น ภายหลังเริ่มต้นให้การรักษา 2 สัปดาห์ และทุก 2 สัปดาห์ภายหลังเพิ่มปริมาณที่ใช้ในแต่ละครั้ง

เนื่องจาก CBD จะเพิ่มระดับของยาหลายชนิดรวมถึงยากันชักเมื่อใช้ร่วมกับ CBD ซึ่งพบอุบัติการณ์ของตับอักเสบสูงขึ้น ดังนั้น เมื่อเริ่มคุมอาการชักของผู้ป่วยได้แล้ว ควรลดขนาด ยาอื่นๆ ที่ใช้ลง

4.2 สารสกัดกัญชาที่ขึ้นทะเบียน Sativex® (nabiximol) ในรูปสเปรย์ ซึ่งมีสัดส่วนโดยประมาณของ THC:CBD = 1:1 แนะนำให้ใช้ 1 สเปรย์ (THC 2.7 mg และ CBD 2.5 mg) ต่อวัน และเพิ่มปริมาณการใช้ได้ สูงสุด 12 สเปรย์ต่อวัน (THC 32.4 mg และ CBD 30 mg) [2]

4.3 สารสกัดกัญชาขององค์การเภสัชกรรมชนิด THC เด่นที่ใช้หยอดใต้ลิ้น (ไม่เกิด first-pass metabolism) จะมีปริมาณ THC 0.5 mg ต่อหยด โดยแนะนำดังนี้

- ใช้ปริมาณ 0.5-1 mg/ วัน หรือ 1-2 หยดต่อวัน ปริมาณสูงสุด 4 หยดต่อวัน หรือตามดุลยพินิจของแพทย์ กรณีเพิ่มความอยากอาหารและน้ำหนักตัวในผู้ป่วย AIDS อย่างไรก็ตาม สารสกัดกัญชาชนิด THC เด่น อาจเกิดอันตรกิริยาระหว่างยากับยาต้านไวรัสได้ ดังนั้นแพทย์จึงควรทราบข้อมูลหรือปรึกษาแพทย์ผู้จ่ายยาต้านไวรัสก่อนสั่งใช้

- ใช้ปริมาณ 0.5-1 mg/m² หรือ 1-2 หยด/m² ต่อครั้ง (พื้นที่ผิวของร่างกาย 1 ตารางเมตร) หรือตามดุลยพินิจของแพทย์ เมื่อใช้ลดอาการคลื่นไส้อาเจียนจากเคมีบำบัดชนิดปานกลางถึงรุนแรง ทั้งนี้ให้ปรับลดขนาดยาลงเมื่อผู้ป่วยมีภาวะหัวใจเต้นช้า (bradycardia) หรือหัวใจเต้นเร็ว (tachycardia) รวมถึงเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อื่นๆ

- วิธีใช้ยา โดยหยอดใต้ลิ้น ตามคำสั่งของแพทย์ ห้ามดื่มน้ำ ห้ามกลืนน้ำลาย ห้ามรับประทานอาหารหลังหยอดยาทันที (สามารถรับประทานอาหารได้หลังหยอดยาไปแล้ว 15-20 นาที)

5. ผู้สั่งใช้ต้องเฝ้าระวังและติดตามความปลอดภัยของการใช้สารสกัดกัญชา และเก็บรวบรวมข้อมูลของ ขนาดยาที่ใช้โดยเฉพาะเมื่อใช้ในผู้สูงอายุ และผู้ที่มีอายุน้อย [18]

ข้อห้ามใช้ผลิตภัณฑ์ที่มี THC เป็นส่วนประกอบ

1. ผู้ที่มีประวัติแพ้ผลิตภัณฑ์ที่ได้จากการสกัดกัญชา ซึ่งอาจเกิดจากส่วนประกอบอื่นๆ และ/หรือสารที่เป็นตัวทำละลาย (solvent) ที่ใช้ในการสกัด

2. ผู้ที่มีอาการรุนแรงของ unstable cardio-pulmonary disease (angina, peripheral vascular disease, cerebrovascular disease และ arrhythmia) หรือ มีปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ ห้ามใช้ในผู้ป่วยโรคหัวใจชั้นรุนแรงที่มีอาการความดันตก หรือหัวใจเต้นเร็ว เพราะเพิ่มความเสี่ยงหัวใจขาดเลือด

3. ผู้ที่เป็นโรคจิตมาก่อน หรือ มีอาการของโรคอารมณ์แปรปรวน (concurrent active mood disorder) หรือ โรควิตกกังวล (anxiety disorder)
4. หลีกเลี่ยงการใช้ในสตรีมีครรภ์ สตรีที่ให้นมบุตร รวมถึงสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่ไม่ได้คุมกำเนิด หรือสตรีที่วางแผนจะตั้งครรภ์เนื่องจากมีรายงานการศึกษาพบว่ามีการคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักตัวน้อย รวมถึงพบ cannabinoids ในน้ำนมแม่ได้ [2]

ข้อควรระวัง

1. การสั่งใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาที่มี THC เป็นส่วนประกอบในผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี เนื่องจากผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นส่งผลต่อสมองที่กำลังพัฒนาได้ ดังนั้น ผู้สั่งใช้ควรวิเคราะห์ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นก่อนการสั่งใช้ผลิตภัณฑ์จากกัญชา
2. ผู้ที่เป็นโรคตับและไต (ที่มีค่าเอนไซม์ตับที่ผิดปกติ มีค่าอัตราการกรองของไต (GFR) น้อยกว่า 60 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร)
3. ผู้ป่วยที่ติดสารเสพติด รวมถึงนิโคติน หรือเป็นผู้ดื่มสุรารายอย่างหนัก
4. ผู้ใช้ยาอื่นๆ โดยเฉพาะยากลุ่ม opioids และยาก่อมประสาท อาทิ benzodiazepines
5. ผู้ป่วยเด็กและผู้สูงอายุ เนื่องจากยังไม่มีข้อมูลทางวิชาการมากเพียงพอในสองกลุ่มนี้ กระบวนการ metabolism ของผู้สูงอายุจะช้ากว่า จึงดูเหมือนว่ามีการตอบสนองต่อกัญชาได้สูงกว่า ดังนั้นการใช้จึงควรเริ่มต้น ในปริมาณที่น้อยและปรับเพิ่มขึ้นช้าๆ [2]

ปฏิกิริยาระหว่างยาของสารสำคัญในกัญชา

1. ยาอื่นที่ส่งผลให้ระดับยาในเลือดของ THC และ CBD เปลี่ยนแปลง เนื่องจากสาร THC และ CBD ถูก metabolized โดย cytochrome P450 (CYP) หลายชนิดดังนี้
 - THC ถูก metabolized โดย CYP2C9, CYP2C19 และ CYP3A4
 - CBD ถูก metabolized โดย CYP2C19 และ CYP3A4 เป็นส่วนใหญ่ และถูก metabolized ส่วนน้อยโดย CYP1A1, CYP1A2, CYP2C9 และ CYP2D6
- ดังนั้นการใช้ THC และ CBD ร่วมกับยาอื่นที่มีผลยับยั้ง CYP450 โดยเฉพาะ CYP2C19 และ CYP3A4 เช่น fluoxetine อาจมีผลทำให้ระดับ THC และ CBD ในเลือดสูงขึ้น จนเกิดอาการข้างเคียงได้ ในทางตรงกันข้าม ถ้าใช้ THC และ CBD ร่วมกับยาที่มีฤทธิ์เป็น enzyme inducers เช่น rifampicin, carbamazepine จะทำให้ระดับ THC และ CBD ในเลือดลดลง

2. THC และ CBD มีฤทธิ์เปลี่ยนแปลงระดับยาอื่น เนื่องจาก THC และ CBD มีผลเป็นทั้ง enzyme inducer และ enzyme inhibitor ดังนี้

- THC มีผลเหนี่ยวนำ CYP1A2
- THC มีผลยับยั้ง CYP2C9, CYP2D6 และ CYP3A4 ซึ่งอาจส่งผลให้ยาอื่นที่ถูก metabolized ด้วย CYP เหล่านี้ จะมีระดับยาสูงขึ้น เช่น warfarin (ถูก metabolized ด้วย CYP2C9) มีผลทำให้ INR สูงขึ้นได้
- CBD มีผลยับยั้ง CYP1A1, CYP1A2, CYP1B1, CYP2B6, CYP2C19, CYP3A4 และ CYP2C9 อย่างแรง ดังนั้นการใช้ CBD ร่วมกับยาอื่นที่ถูก metabolized ด้วย CYP เหล่านี้ ตัวอย่างเช่น warfarin, clobazam (ถูก metabolized ด้วย CYP3A4 และ CYP2C19), ยากลุ่ม fluoroquinolones (ถูก metabolized ด้วย CYP1A2), ยากลุ่ม dihydropyridines (ถูก metabolized ด้วย CYP3A4) จะมีระดับยาสูงขึ้น ซึ่งอาจเกิดอาการข้างเคียงได้ [54, 57]

อาการไม่พึงประสงค์

ส่วนใหญ่ขึ้นกับการตอบสนองของแต่ละคน วิธีการใช้ขนาดยาที่ใช้

- อาการที่พบได้บ่อย ได้แก่ ง่วงนอน อ่อนเพลีย เวียนหัว วิดกกังวล คลื่นไส้ ปากแห้ง การเรียนรู้ลดลง
- อาการที่พบค่อนข้างบ่อย ได้แก่ เคลิ้มสุข ตาเบลอ ปวดหัว ท้องผูก
- อาการที่พบน้อย ได้แก่ ความดันตก โรคลจิต หัวใจระแวง ซึมเศร้า เดินเซ ใจสั่น (ช่วงเริ่มต้นใช้ยาที่ปรับขนาดยา) ท้องเสีย อาเจียนรุนแรง

การได้รับยาเกินขนาด

อาจทำให้การควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกายแย่ลง ความดันโลหิตตกเวลาเปลี่ยนท่า ง่วง ซึม ไม่มีสมาธิ ตอบสนองช้าลง พูดไม่ชัด ไม่มียาด้านฤทธิ์ที่จำเพาะ ควรรักษาตามอาการ ไม่แนะนำให้ใส่สายเพื่อล้างกระเพาะสำหรับผู้ที่มีปัญหา เนื่องจากพิษของกัญชามักไม่รุนแรงจากการกิน นอกจากนี้ถ้าผู้ป่วยซึ่มง่วงมาก อาจเพิ่มความเสี่ยงของการไอสำคัญอีกด้วย ถ้ามีอาการทางจิตประสาท เช่น อาการกระวนกระวาย อาการจิตเภทกำเริบชั่วคราว ให้รักษาโดยการแยกผู้ป่วยไปอยู่จุดที่เงียบสงบ สามารถให้ยาในกลุ่ม benzodiazepines (diazepam 5-10 มิลลิกรัม ฉีดทางหลอดเลือดดำ หรือ lorazepam 1-2 มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ) [18]

ความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์

1. ความปลอดภัยของกัญชาทางการแพทย์

ในปัจจุบันหลายประเทศทั่วโลกได้มีการนำสารสกัดจากกัญชามาใช้เพื่อเป็นยารักษาโรค เนื่องจากมีการศึกษาวิจัยสนับสนุนถึงประโยชน์ และโทษของกัญชามากขึ้น ดังเช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา เปิดให้มีการใช้กัญชาในทางการแพทย์ใน 29 รัฐ และเขตปกครองพิเศษโคลัมเบีย และ 8 รัฐที่อนุญาตให้ครอบครองกัญชาและใช้เพื่อการผ่อนคลาย ได้แก่ อะแลสกา, แคลิฟอร์เนีย, วอชิงตัน, โคโลราโด, โอเรกอน, แมสซาชูเซตส์, เมน และเนวาดา[6] ถึงแม้ว่ากฎหมายระดับประเทศ (Federal Law) ยังคงจัดกัญชาและกัญชงอยู่ใน Schedule I ตาม Controlled Substances Act (1970) นั่นคือ เป็นสารที่มีความเสี่ยงต่อการเสพติดสูงและไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ การครอบครองกัญชาจึงถือว่าผิดกฎหมาย เว้นแต่เพื่อการวิจัยที่ได้รับการรับรองจากองค์การอาหารและยา[58] แต่ในกฎหมายระดับมลรัฐ (state law) ได้มีการออกกฎหมายของรัฐเพื่ออนุญาตให้ใช้หรือครอบครองกัญชาได้ หรือออกมาตรการ decriminalization ทำให้แนวโน้มการเปิดเสรีการใช้กัญชามีมากขึ้นเรื่อยๆ รวมถึงในการประชุมผู้เชี่ยวชาญยาเสพติด (WHO Expert Committee on Drug Dependence) ครั้งที่ 41 ปี 2018 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศผลเรื่องกัญชาอย่างชัดเจน โดยแยกระหว่างสารหลักสำคัญ 2 สาร ได้แก่ delta-9-Tetrahydrocannabinoid (THC) และ Cannabidiol (CBD) สามารถใช้ได้ทางการแพทย์และต้องมีใบสั่งยาจากแพทย์ หรือใช้ในการวิจัยเท่านั้น การนำเข้า ส่งออก หรือการเก็บจะต้องได้รับการอนุญาตจากรัฐบาลเท่านั้น ส่วนสาร Pure CBD และสาร CBD ที่มีส่วนผสมของ THC น้อยกว่าร้อยละ 0.2 สามารถใช้ได้ทางการแพทย์โดยไม่ต้องมีใบสั่งยาได้เนื่องจากไม่ได้มีฤทธิ์มีนเมา และฤทธิ์เสพติด[59]

มหาวิทยาลัยโคโลราโดคริสเตียน(2018) [7] ทำการศึกษาผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมจากการเปิดกัญชาเสรี ในรัฐโคโลราโด ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยศึกษาเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายจากปัญหาด้านต่างๆ ที่เกิดจากการเปิดเสรีกัญชากับรายได้ของรัฐจากภาษีการขายกัญชาและมูลค่าที่ดินที่เพิ่มขึ้น พบว่า กัญชาทำให้เกิดเงินหมุนเวียนถึง 1,400 ล้านดอลลาร์ แต่กลับต้องมีค่าใช้จ่ายจากปัญหาต่างๆ ถึง 1,100 ล้านดอลลาร์ นั่นคือ แต่ละครั้งที่รัฐเก็บภาษีได้ 1 ดอลลาร์ จากการขายกัญชาได้ ชาวโคโลราโดจะต้องเสียเงิน 4.5 ดอลลาร์ เพื่อนำไปแก้ไขปัญหาผลกระทบที่เกิดขึ้นจากเสรีกัญชา ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นจากกฎหมายการอนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์อาจเป็นทั้งผลกระทบด้านบวกและด้านลบ โดยผลกระทบด้านบวกที่เกิดขึ้น ได้แก่ ประโยชน์ทางด้านการแพทย์สำหรับบำบัดผู้ป่วย เช่น รักษาอาการปวดเรื้อรังรุนแรงในผู้ใหญ่ที่ไม่ตอบสนองต่อยาแผนปัจจุบันที่มีอยู่ รักษาปัญหาการควบคุมกล้ามเนื้อเนื่องจาก โรค Multiple sclerosis รักษาภาวะคลื่นไส้อาเจียนที่เกิดจากการ

ได้รับเคมีบำบัด รักษาโรคมะเร็งบางชนิด เป็นต้น ผลกระทบด้านลบที่เกิดขึ้นและส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายของรัฐมากที่สุด ได้แก่ ผลกระทบด้านสุขภาพ รองลงมาคือ ด้านประสิทธิภาพการทำงาน, ด้านอาชญากรรม และด้านอุบัติเหตุ ตามลำดับ

Hall W และคณะ(2019) [8] ทำการประเมินผลกระทบด้านสาธารณสุขจากการทำให้ถูกต้องตามกฎหมายของการผลิต การขาย และการใช้กัญชาในอเมริกา พบว่าปัญหาที่เกิดจากระบบการควบคุมการใช้กัญชาทางการแพทย์ในหลายมลรัฐของประเทศสหรัฐอเมริกาที่อ่อนแอ ไม่สามารถควบคุมการใช้ได้จริงทำให้ผสมกันไปหมดระหว่างใช้ทางการแพทย์และใช้เสรี

2. ประสิทธิภาพในการรักษา

จากการทบทวนหลักฐานทางวิชาการของการนำกัญชามาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ในต่างประเทศพบว่ามีการศึกษาทางคลินิกที่สนับสนุนชัดเจนในด้านการบรรเทาอาการ ได้แก่ อาการปวดเรื้อรังในผู้ใหญ่, กล้ามเนื้อเกร็งในผู้ป่วยปลอกประสาทเสื่อม(Multiple sclerosis) และคลื่นไส้อาเจียนที่เกิดจากการได้รับเคมีบำบัด มีการศึกษาทางวิชาการระดับปานกลาง ได้แก่ การนอนหลับดีขึ้นในผู้ที่มีปัญหาการนอนหลับจากภาวะ obstructive sleep apnea syndrome, fibromyalgia, chronic pain, and multiple sclerosis มีการศึกษาทางวิชาการจำกัด ได้แก่ การเพิ่มความอยากอาหารและลดการสูญเสียน้ำหนักในผู้ป่วยเอดส์, กลุ่มอาการทูเรตต์ (Tourette syndrome) ดีขึ้น, อาการวิตกกังวลดีขึ้นในผู้ป่วย social anxiety disorders ประเมินโดยการทดสอบการพูดในที่สาธารณะ, อาการของโรคเครียดหลังเผชิญภัยพิบัติดีขึ้น, ภาวะสมองเสื่อม, ต้อหินที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา, ภาวะป่วยทางจิตจากเหตุการณ์รุนแรง(PSTD) ดีขึ้น, โรคซึมเศร้า และยังไม่มีการศึกษาทางวิชาการเพียงพอ ได้แก่ มะเร็งและเนื้องอกในสมองชนิด glioma, ภาวะทุพโภชนาการจากโรคมะเร็ง, อาการของโรค irritable bowel syndrome, โรคลมชัก, การเกร็งในผู้ป่วยอัมพาตที่เกิดจากการบาดเจ็บไขสันหลัง, อาการ Amyotrophic lateral sclerosis (ALS), กลุ่มอาการบางอย่างของโรคพาร์กินสัน[4, 5]

3. ผลกระทบต่อสุขภาพ

Tetrault JM และคณะ(2007) [9] ทำการทบทวนอย่างเป็นระบบในเรื่อง ผลของการสูบกัญชาต่อการทำงานของปอดและภาวะแทรกซ้อนทางเดินหายใจ การศึกษาที่ได้รับการคัดเลือกจากฐานข้อมูล MEDLINE, PsycINFO และ EMBASE ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ 34 การศึกษา พบว่า

ความสัมพันธ์ของการใช้กัญชาทางการแพทย์และปัญหาในระบบทางเดินหายใจในผู้ใช้กัญชา เช่น การเพิ่มขึ้นของอาการไอเรื้อรัง การมีเสมหะมากขึ้น ภาวะหลอดลมอักเสบเรื้อรัง

Moore TH และคณะ(2007) [10] ทำการทบทวนอย่างเป็นระบบในเรื่อง การใช้กัญชาและความเสี่ยงต่อผลสุขภาพจิตหรือสุขภาพจิต การศึกษาที่ได้รับการคัดเลือกจากฐานข้อมูล Medline, Embase, CINAHL, PsycINFO, ISI Web of Knowledge, ISI Proceedings, ZETOC, BIOSIS, LILACS และ MEDCARIB ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ 35 การศึกษา พบว่า การเปลี่ยนแปลงของการทำงานของสมองที่อาจนำไปสู่โรคทางจิตเวช ความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นเมื่อมีการใช้ในอายุน้อย และการใช้กัญชาในทางที่ผิด (cannabis use disorders)

Pacula RL และคณะ(2015) [11] ทำการศึกษาในเรื่อง การประเมินผลกระทบของกฎหมายกัญชาทางการแพทย์ต่อการใช้กัญชา ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างกฎหมายกัญชาทางการแพทย์และการใช้กัญชาเพื่อสันทนาการ โดยการตรวจสอบความสำคัญมิติของนโยบาย ได้แก่ ข้อกำหนดในการขึ้นทะเบียน การเพาะปลูกในบ้าน และร้านขายยา รวมทั้งระยะเวลาเมื่อมีการประกาศใช้นโยบายนี้ พบว่าการอนุญาตให้ผู้ป่วยปลูกในบ้านตนเองได้ ทำให้เกิดการเพิ่มจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยปัญหาการเสพติดกัญชา และการอนุญาตให้ร้านขายยาจำหน่ายกัญชาทางการแพทย์ได้อย่างถูกต้องตามกฎหมาย ส่งผลให้เกิดการเพิ่มขึ้นของความชุกของผู้ใช้กัญชา

4. ผลกระทบต่อสังคม

4.1 ประสิทธิภาพการทำงาน

National Institute on Drug Abuse (2018) [1] พบว่าการใช้กัญชาอย่างหนักจะมีความบกพร่องในการเรียนรู้ การตัดสินใจ มีพฤติกรรมเนือยนิ่ง กิจกรรมทางกายน้อยลง ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการมีรายได้ต่ำ การพึ่งพาสวัสดิการของรัฐ การว่างงาน และการไม่มีความสุขในชีวิต

Compton และคณะ(2016) [60] ทำการศึกษาในเรื่อง ผลลัพธ์การว่างงานและสารเสพติดในสหรัฐอเมริกา โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการว่างงานกับการใช้สารที่เป็นปัญหาซึ่งมีผู้เข้าร่วมการศึกษาจำนวน 405,000 คน ในการสำรวจระดับชาติด้านการใช้ยาและสุขภาพของสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ.2002-2010 ถูกนำมาใช้เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของสารระหว่างผู้ว่างงานและลูกจ้าง พบว่าผู้ที่เสพกัญชามีโอกาสถูกปลดออกจากงานมากกว่าปกติ

4.2 ด้านอาชญากรรม

Johnston LD และคณะ(2014) [12] พบการเกิดอาชญากรรมเพิ่มขึ้น ทั้งการโจรกรรม การใช้ความรุนแรง ซึ่งพบการกระทำผิดกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับกัญชาเพิ่มมากขึ้นประมาณร้อยละ 5-20 ในกลุ่มผู้ใหญ่เพศชาย

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (2017) [5] พบอาชญากรรมเกิดเพิ่มขึ้นหลายเท่าตัวในทั้งสี่รัฐ ทั้งการโจรกรรม การใช้ความรุนแรง แม้ว่าการอนุญาตให้ใช้กัญชาจะไม่ใช่เหตุผลโดยตรงหรือเหตุผลหลักที่อธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น แต่ผู้เชี่ยวชาญ ทั้งตำรวจ นักกฎหมาย และนักวิชาการต่างกล่าวว่าการเปลี่ยนกฎหมายนี้เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดอาชญากรรมเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังพบการลักลอบปลูก ซื้อ และขายกัญชาในตลาดมืดเพิ่มขึ้นร้อยละ 50 และมีการส่งขายกัญชาออนไลน์มากขึ้นถึงร้อยละ 884

4.3 ด้านอุบัติเหตุ

Canadian Centre (2018) [13] มีรายงานอัตราการตรวจพบการใช้กัญชาในผู้ที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรที่ได้รับการตรวจว่ามีสารเสพติดหรือไม่ เพิ่มขึ้นร้อยละ 15.4 เมื่อเปรียบเทียบในปี ค.ศ.2006-2010 และในปี ค.ศ. 2011-2014

Bridget Onders และคณะ(2016) [61] ทำการศึกษาการเปิดรับกัญชาในเด็กที่อายุน้อยกว่า 6 ปีในสหรัฐอเมริกา โดยใช้ข้อมูลจากระบบข้อมูลสารพิษแห่งชาติ จากปี 2000 ถึงปี 2013 มีเด็กที่อายุต่ำกว่า 6 ปีได้รับกัญชาในปี 1969 และมีอัตราการสัมผัส 5.90 ต่อล้าน อายุเฉลี่ยของเด็กที่ถูกสัมผัสคือ 1.81 ปี พบว่า เด็กส่วนใหญ่ได้รับสัมผัสจากการกลืนกิน (75.0%) และ 18.5% ของการสัมผัสต้องเข้ารับการรักษานในสถานพยาบาล และอัตราการเข้าห้องฉุกเฉินจากอุบัติเหตุการกลืนกินกัญชาในเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญในมลรัฐที่ผ่านกฎหมายเทียบกับมลรัฐที่ไม่ผ่านกฎหมาย อีกทั้งในรัฐโคโลราโดพบว่า อุบัติเหตุจราจรที่รุนแรงที่เกิดจากคนเมากัญชาแล้วขับเพิ่มขึ้นร้อยละ 88 ผู้เสียชีวิตจากคนเมากัญชาแล้วขับเพิ่มขึ้นร้อยละ 66 ส่วนในรัฐออซิงตันและรัฐโอเรกอนพบว่า อุบัติเหตุจากคนเมากัญชาแล้วขับเพิ่มขึ้นมากกว่าเดิมเช่นกัน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ ดังนี้

ความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์

Joy Hwang และคณะ(2016) [23] ทำการศึกษาในเรื่อง การสำรวจความรู้ ความกังวลและความสนใจก่อนเริ่มใช้กัญชาทางการแพทย์ เก็บข้อมูลโดยใช้การสำรวจออนไลน์ผ่านจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ไปยังเภสัชกรที่ขึ้นทะเบียนในรัฐมินิโซต้า ซึ่งมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 738 คน มีอายุเฉลี่ย 49 ปี พบว่า เภสัชกรไม่พร้อมให้คำแนะนำการใช้กัญชาทางการแพทย์และต้องการฝึกอบรมและศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องข้อกฎหมายและเภสัชบำบัดของกัญชา(Cannabis-pharmacotherapy) รวมทั้งสนใจการศึกษาอย่างต่อเนื่องผ่านทางออนไลน์

Lindsey Philpot และคณะ(2019) [24] ทำการศึกษาในเรื่อง การสำรวจทัศนคติ ความเชื่อและความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ในผู้ให้บริการ เก็บข้อมูลโดยใช้การสำรวจออนไลน์ผ่านจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ไปยังผู้ให้บริการ โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 62 คน มีอายุเฉลี่ย 46.3 ปี พบว่าผู้ให้บริการส่วนใหญ่ยังไม่เชื่อว่ากัญชาทางการแพทย์จะปรับปรุงด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ และร้อยละ 50 ของผู้ให้บริการยังไม่พร้อมในการตอบคำถามเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์และต้องการศึกษาเพิ่มเติม โดยปัญหาเรื่องช่องว่างของความรู้ในผู้ให้บริการเกี่ยวกับประสิทธิภาพและอันตรกิริยาระหว่างยาของกัญชาทางการแพทย์เป็นสิ่งที่ต้องได้รับการแก้ไข

Dara Szyliowicz และ Peter Hilsenrath (2019) [62] ทำการศึกษาในเรื่อง ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ เก็บข้อมูลโดยใช้การสำรวจออนไลน์ส่งไปยังเภสัชกรที่เป็นสมาชิกของสภาเภสัชกรรมในรัฐแคลิฟอร์เนีย โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 474 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง พบว่า เภสัชกรเชื่อว่ากัญชามีประสิทธิภาพทางการแพทย์ แต่ไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์มากนัก ส่วนใหญ่ระบุว่าพวกเขาจะหาข้อมูลเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ได้ที่ไหน แต่มีเภสัชกรน้อยกว่าร้อยละ 10 ที่มีความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ในระดับสูง ส่วนใหญ่ยอมรับว่ามีความรู้น้อยมาก (ร้อยละ 33) หรือบางส่วน (ร้อยละ 25) และร้อยละ 50 มีความรู้ต่ำเกี่ยวกับความเสี่ยงและอาการข้างเคียง และร้อยละ 70 ที่มีความรู้เพียงเล็กน้อยหรือไม่มีความรู้เกี่ยวกับขนาดและข้อบ่งใช้ของกัญชาทางการแพทย์ อย่างไรก็ตามเภสัชกรร้อยละ 92 รู้สึกว่าจำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับกัญชา

ความคิดเห็นเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์

Fiona Mitchell และคณะ (2016) [63] ทำการศึกษาในเรื่อง ความคิดเห็นเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ของเภสัชกรโรงพยาบาล เก็บข้อมูลโดยใช้การสำรวจออนไลน์ส่งไปยังเภสัชกรโรงพยาบาลในแคนาดา ซึ่งมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 769 คน อายุเฉลี่ย 40.5 ปี พบว่า เภสัชกรใน

แคนาดา มีข้อกังวลในเรื่องข้อบ่งชี้ในการใช้กัญชา การค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้อง การมีข้อมูลอ้างอิงที่เชื่อถือได้ การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับผลข้างเคียงและปฏิกิริยาระหว่างยา การจัดทำเอกสารการใช้กัญชาทางการแพทย์ และการรายงานผลข้างเคียงต่อกระทรวงสาธารณสุขของแคนาดา ซึ่งความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับกัญชาทางการแพทย์ถูกจำกัดจากการขาดความรู้หรือการฝึกอบรมที่เหมาะสม และหลักฐานเชิงประจักษ์ในการใช้กัญชาทางการแพทย์ ทำให้เกิดสภาพแวดล้อมการทำงานที่ยากลำบากสำหรับเภสัชกรในโรงพยาบาล

Anastasia Evanoff และคณะ (2017) [64] ทำการศึกษาในเรื่อง แพทย์ที่อยู่ในการฝึกอบรมไม่ได้เตรียมที่จะส่งจ่ายกัญชาทางการแพทย์ โดยทำการสำรวจหลักสูตรโรงเรียนแพทย์ของสหรัฐอเมริกา และแพทย์เฉพาะทางและแพทย์เฉพาะทางต่อยอดในมหาวิทยาลัยวอชิงตัน พบว่า การสำรวจที่ได้รับจากคณบดี 101 หลักสูตร และแพทย์เฉพาะทางและแพทย์เฉพาะทางต่อยอดจำนวน 258 คน คณบดีส่วนใหญ่ (ร้อยละ 66.7) รายงานว่าผู้สำเร็จการศึกษาไม่มีความพร้อมที่จะสั่งใช้กัญชาทางการแพทย์และ ร้อยละ 25.0 รายงานว่าบัณฑิตของพวกเขาไม่พร้อมที่จะตอบคำถามเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์เลย และแพทย์เฉพาะทางและแพทย์เฉพาะทางต่อยอด ร้อยละ 89.5 รู้สึกว่าไม่พร้อมที่จะสั่งใช้กัญชาทางการแพทย์ ในขณะที่ ร้อยละ 35.3 รู้สึกว่าไม่พร้อมที่จะตอบคำถามเลย และร้อยละ 84.9 รายงานว่าไม่ได้รับการศึกษาในโรงเรียนแพทย์ สุดท้ายมีเพียงร้อยละ 9 ของหลักสูตรโรงเรียนแพทย์เท่านั้นที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ในฐานะข้อมูลของสมาคมวิทยาลัยแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (Association of American Medical Colleges)

ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์ (2020) [65] ทำการศึกษาในเรื่อง กัญชาทางการแพทย์สำหรับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พบว่า อุปสรรคที่สำคัญเกิดจากแพทย์ยังขาดประสบการณ์และความมั่นใจ ขาดข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับประสิทธิภาพของกัญชา และการมีกฎระเบียบที่ยังยาก

สุรียัน บุญแท้ (2020) [66] ทำการศึกษาในเรื่อง โครงการสำรวจความรู้ความเข้าใจ และความคิดเห็นของประชาชนต่อเรื่องกัญชาทางการแพทย์และการใช้แบบสันตนาการ กรณีศึกษาประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปทั่วประเทศ โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5,439 คน พบว่า ส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ของกัญชาในประเด็นข้อบ่งใช้ เช่น กัญชารักษา มะเร็งได้, รักษาโรคนอนไม่หลับได้ เป็นต้น และข้อมูลเกี่ยวกับผลข้างเคียงหรืออันตรายจากการใช้กัญชา และส่วนใหญ่มีแนวโน้มเห็นด้วยต่อการนำกัญชามาใช้ทางการแพทย์ แต่ต้องอยู่ภายใต้การดูแลโดยโรงพยาบาลของรัฐเท่านั้น และไม่สนับสนุนการนำมาใช้เพื่อสันตนาการ

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ความรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ของเภสัชกรโรงพยาบาลรัฐ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ของเภสัชกรโรงพยาบาลรัฐ รวมถึงศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ของเภสัชกรโรงพยาบาลรัฐ

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยทำการเก็บข้อมูลช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งมาศึกษา (cross-sectional study)

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ เภสัชกรโรงพยาบาลของรัฐ ในประเทศไทย พ.ศ. 2561 จำนวน 12,052 คน[21]

ตารางที่ 3 การจำแนกจำนวนเภสัชกรและโรงพยาบาล ตามประเภทของโรงพยาบาล [21]

ประเภทของโรงพยาบาล	จำนวน โรงพยาบาล (แห่ง)	จำนวนเภสัชกร (คน)
โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	897	7,995
โรงพยาบาลนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	47	2,039
โรงพยาบาลของรัฐสังกัดกระทรวงอื่น	111	2,018
รวม	1,055	12,052

2. กลุ่มตัวอย่าง คือ เภสัชกรโรงพยาบาลของรัฐ ซึ่งทราบจำนวนที่แน่นอน จึงใช้สูตรคำนวณของ Yamane,Taro โดยมีระดับความคลาดเคลื่อน 5% และระดับความเชื่อมั่น 95 % ดังนี้

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

N = ขนาดของประชากร

e = ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้

$$\text{แทนค่า } n = \frac{12,052}{1 + (12,052)(0.05)^2}$$

$$n = 387.15 = 388 \text{ คน}$$

พบว่าที่ระดับความคลาดเคลื่อน 5% ต้องใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 388 คน เนื่องจากอัตราการตอบกลับในกลุ่มตัวอย่างเท่ากับร้อยละ 30[67] ผู้วิจัยจึงส่งแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่างมากกว่าจำนวนที่คำนวณได้ โดยเก็บข้อมูลเภสัชกรโรงพยาบาลรัฐจำนวน 1,055 แห่ง และในแต่ละโรงพยาบาลสุ่มตัวอย่างเภสัชกรผู้ตอบแบบสอบถามแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 2 คนต่อโรงพยาบาล กำหนดคุณสมบัติผู้ตอบแบบสอบถามในจดหมายนำส่งระบุให้เภสัชกรงานบริการเภสัชกรรมเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ทั้งหมดเท่ากับ 2,110 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ลักษณะของเครื่องมือที่ใช้ประกอบการศึกษาวิจัย คือ แบบสอบถาม มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิดและปลายปิด ซึ่งแบบสอบถามความรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ของเภสัชกรโรงพยาบาลรัฐนี้ จะแบ่งข้อมูลเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม มีลักษณะเป็นแบบสอบถามปลายปิด จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประเภทของโรงพยาบาล ระยะเวลาในการทำงาน เขตสุขภาพที่ปฏิบัติงาน หน่วยงานที่ปฏิบัติงานในรพ. นำร่องการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ การมีคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (Cannabis clinic) การอยู่ในทีมให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ประวัติการเข้าร่วมอบรมเกี่ยวกับกัญชา และหลักสูตรที่ผ่านการอบรมเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์

ข้อ 1 เพศ ได้แก่ เพศชาย เพศหญิง

ข้อ 2 อายุ

ข้อ 3 ระดับการศึกษา

- ข้อ 4 ประเภทของโรงพยาบาล
- ข้อ 5 ระยะเวลาในการทำงาน
- ข้อ 6 เขตสุขภาพที่ปฏิบัติงาน
- ข้อ 7 หน่วยงานที่ปฏิบัติอยู่ในรพ.นำร่องการให้บริการกัญชาทางการแพทย์
- ข้อ 8 การมีคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (Cannabis clinic)
- ข้อ 9 การอยู่ในทีมให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์
- ข้อ 10 ประวัติการเข้าร่วมอบรมเกี่ยวกับกัญชา
- ข้อ 11 หลักสูตรที่ผ่านการอบรมเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ของเภสัชกรโรงพยาบาลรัฐ พัฒนามาจากกรอบความรู้ของหลักสูตรการอบรมการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ สำหรับเภสัชกรของสภาเภสัชกรรม ซึ่งประกอบด้วยความรู้ด้านเภสัชวิทยา และด้านกฎหมายและการกำกับดูแลการใช้กัญชาทางการแพทย์ โดยมีลักษณะคำถามที่มีคำตอบให้เลือก 2 คำตอบ คือ ถูก ผิด จำนวน 15 ข้อ และมีระดับคะแนนดังนี้

ถูก	1	คะแนน
ผิด	0	คะแนน

โดยคะแนนความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ ผู้วิจัยได้นำคะแนนที่ได้มาหาค่าคะแนนรวมเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ และจัดกลุ่มระดับความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ของเภสัชกรโรงพยาบาลรัฐ ออกเป็น 3 กลุ่ม โดยใช้เกณฑ์

$$\begin{aligned} \text{ความกว้างของชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนกลุ่ม}} \\ &= \frac{15 - 0}{3} \\ &= 5 \end{aligned}$$

เกณฑ์การประเมินค่าคะแนนที่ได้จากการวัดข้อมูลจากแบบสอบถามส่วนที่ 2 เป็นการวัดข้อมูลประเภทอันตรภาค (Interval scale) ดังนี้

ระดับคะแนนเฉลี่ย	ระดับความรู้
0-5	ต่ำ
6-10	ปานกลาง
11-15	สูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาทางการแพทย์ของเภสัชกรโรงพยาบาลรัฐ พัฒนาข้อคำถามจากการทบทวนวรรณกรรมของต่างประเทศ ซึ่งประเด็นของข้อคำถามความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาทางการแพทย์ ได้แก่ ความปลอดภัย ประสิทธิภาพ ผลกระทบต่อสุขภาพ และผลกระทบต่อสังคม ในแง่ประสิทธิภาพทำงาน ด้านอาชญากรรม และด้านอุบัติเหตุ โดยให้เลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว จำนวน 10 ข้อ โดยแต่ละข้อคำถามมีคำตอบแบบ Likert scale ให้เลือก 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีค่าคะแนนดังนี้

ค่าคะแนน	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

โดยคะแนนความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาทางการแพทย์ ผู้วิจัยได้นำคะแนนที่ได้มาหาค่าคะแนนรวมเฉลี่ยของความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาทางการแพทย์ และจัดกลุ่มระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาทางการแพทย์ของเภสัชกรโรงพยาบาลรัฐ ออกเป็น 5 กลุ่ม โดยใช้เกณฑ์

$$\begin{aligned} \text{ความกว้างของชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนกลุ่ม}} \\ &= \frac{5 - 1}{5} \\ &= 0.80 \end{aligned}$$

เกณฑ์การประเมินค่าคะแนนที่ได้จากการวัดข้อมูลจากแบบสอบถามส่วนที่ 3 เป็นการวัดข้อมูลประเภทอันตรภาค (Interval scale) ดังนี้

ระดับคะแนนเฉลี่ย	ระดับความคิดเห็น
1.00 – 1.80	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1.81 – 2.60	ไม่เห็นด้วย
2.61 – 3.40	ไม่แน่ใจ
3.41 – 4.20	เห็นด้วย
4.21 – 5.00	เห็นด้วยอย่างยิ่ง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

1. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบคุณภาพ ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ดังนี้

- ญ.ดร.ผกากรอง ขวัญข้าว เกษัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร
- ภก.วิฑูร อุปรีชาติพงษ์ เกษัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลดอนตูม
- ญ.ประพรัตน์ วิเศษสิงห์ เกษัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา

และนำไปหาค่าความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับแบบสอบถาม (Index of Item-objective Congruence : IOC) และเกณฑ์การตัดสินค่า IOC ถ้ามีค่า 0.50 ขึ้นไป แสดงว่า ข้อคำถามนั้นถือว่ามีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาในระดับดี วัดได้ตรงจุดประสงค์ หรือตรงตามเนื้อหา

2. ปรับปรุงแบบสอบถามตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ โดยตัดข้อคำถามของแบบสอบถามความคิดเห็นที่มีค่า IOC น้อยกว่า 0.5 ออกจำนวน 1 ข้อ

3. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นและแก้ไขปรับปรุงตามผู้เชี่ยวชาญแล้วนำมาทดลองใช้ (Try out) ในเกสัชกรงานบริการเภสัชกรรมของโรงพยาบาลเอกชน จำนวน 30 คน และในส่วนค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้ Kuder - Richardson (KR - 20) เท่ากับ 0.83 ซึ่งมีค่ามากกว่า 0.80 แสดงว่า แบบสอบถามความรู้ มีความเชื่อมั่นสูง และความเชื่อมั่นของแบบวัดความคิดเห็นเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ โดยใช้สัมประสิทธิ์ของครอนบักเท่ากับ 0.84 ซึ่งมีค่ามากกว่า 0.80 แสดงว่าแบบสอบถามความคิดเห็น มีความเชื่อมั่นสูง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการส่งแบบสอบถามความรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ของเภสัชกรโรงพยาบาลรัฐพร้อม QR code ผ่านทางไปรษณีย์ธุรกิจตอบรับไปยังหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลรัฐทุกสังกัดและทุกระดับทั่วประเทศ จำนวน 1,055 แห่ง แห่งละ 2 คน ซึ่งผู้วิจัยได้ระบุที่อยู่ของผู้วิจัยเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างส่งแบบสอบถามกลับมายังผู้วิจัยทางไปรษณีย์ได้ หรือกลุ่มตัวอย่างสามารถเลือกตอบได้ผ่านทางแบบสอบถามออนไลน์จาก QR code โดยจะเลือกการตอบแบบสอบถามได้ช่องทางใดช่องทางหนึ่งเพียงเท่านั้น หลังจากส่งแบบสอบถามไปแล้ว 2 สัปดาห์ หากจำนวนแบบสอบถามได้น้อยกว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่าง จะมีการส่งจดหมายติดตามอีกครั้ง ซึ่งใช้ระยะเวลาระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง กรกฎาคม 2563 เมื่อผู้วิจัยรวบรวมแบบสอบถามได้ทั้งหมดแล้ว ทำการตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของแบบสอบถาม เพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. การวิเคราะห์เชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้การวิเคราะห์โดยการใชสถิติแจกแจงความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage) คำนวณหาค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) เพื่อทำการวิเคราะห์และอธิบายข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่าง ค่าคะแนนความรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ของกลุ่มตัวอย่าง

2. การวิเคราะห์เชิงอนุมาน (Inferential Statistics)

การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษาที่เป็นตัวแปรแบบกลุ่มกับระดับความรู้และระดับความคิดเห็นที่เป็นตัวแปรแบบกลุ่ม จะใช้สถิติ Pearson Chi-square test



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาเรื่อง “ความรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ของเภสัชกรโรงพยาบาลรัฐ” เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ของเภสัชกรโรงพยาบาลรัฐ ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการแจกให้เภสัชกรโรงพยาบาลรัฐทุกสังกัดและทุกระดับทั่วประเทศ 1,055 แห่ง แห่งละ 2 คน และได้รับแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์เพียงพอที่สามารถใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลจำนวน 684 ชุด คิดเป็นร้อยละ 32.4 โดยผู้วิจัยนำเสนอผลวิเคราะห์ ดังนี้

- ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปและประสบการณ์และหน่วยงานของผู้ตอบแบบสอบถาม
- ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ของเภสัชกรโรงพยาบาลรัฐ
- ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ของเภสัชกรโรงพยาบาลรัฐ
- ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทั่วไปและหน่วยงานกับระดับความรู้และระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์
- ส่วนที่ 5 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ของเภสัชกรโรงพยาบาลรัฐ



ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปและประสบการณ์และหน่วยงานของผู้ตอบแบบสอบถาม

กลุ่มตัวอย่างเภสัชกรโรงพยาบาลรัฐในการศึกษานี้มีจำนวน 684 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 484 คน คิดเป็นร้อยละ 70.8 อายุเฉลี่ย 37.4 ± 8.2 ปี มีระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับปริญญาตรีเภสัชศาสตรบัณฑิต 5 ปี ร้อยละ 40.4 ระยะเวลาในการทำงานเฉลี่ย 12.6 ± 8.5 ปี ซึ่งมีประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์โดยอยู่ในทีมให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ 56.7 และเคยเข้าร่วมการอบรมเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ 68.0 ซึ่งส่วนใหญ่จะเข้าร่วมอบรมหลักสูตรการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ร้อยละ 55.2 รองลงมาเป็นหลักสูตรการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ สำหรับเภสัชกร ร้อยละ 11.6 และกัญชาและแคนนาบินอยด์ทางการแพทย์ ร้อยละ 3.7 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ลักษณะทั่วไปและประสบการณ์ของผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ (n=684)		
ชาย	200	29.2
หญิง	484	70.8
อายุ (ปี) (n=671)		
น้อยกว่า 30 ปี	136	20.3
30-39 ปี	250	37.2
40-49 ปี	235	35.0
50 ปีขึ้นไป	53	7.5
อายุเฉลี่ย (ปี)	37.4±8.2	
ระดับการศึกษา (n=684)		
ปริญญาตรี เภสัชศาสตรบัณฑิต 5 ปี	276	40.4
ปริญญาตรี เภสัชศาสตรบัณฑิต 6 ปี	237	34.6
ปริญญาโท	167	24.4
ปริญญาเอก	4	0.6
ระยะเวลาในการทำงาน (ปี) (n=681)		
น้อยกว่า 6	180	26.4
6-10	156	22.9
11-15	70	10.3
16-20	125	18.4
21 ปีขึ้นไป	150	22.0
ระยะเวลาในการทำงานเฉลี่ย (ปี)	12.6±8.5	

ตารางที่ 4 ลักษณะทั่วไปและประสบการณ์ของผู้ตอบแบบสอบถาม (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
การอยู่ในทีมให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์(Cannabis clinic) (n=683)		
อยู่	387	56.7
ไม่อยู่	296	43.3
ประวัติการเข้าร่วมอบรมเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ (n=682)		
เคยเข้าร่วมการอบรม	464	68.0
ไม่เคยเข้าร่วมการอบรม	218	32.0
หลักสูตรที่ผ่านการอบรมเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
การใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ สำหรับบุคลากรทางการแพทย์	377	55.2
การใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ สำหรับเภสัชกร	79	11.6
กัญชาและแคนนาบินอยด์ทางการแพทย์	25	3.7
การใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทยและตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่	13	1.9
การอบรมวิทยากรครู ก หลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย	8	1.2
การใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย	7	1.0
อื่นๆ	14	2.0

กลุ่มตัวอย่างเภสัชกรโรงพยาบาลรัฐในการศึกษานี้ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข(สป.) จำนวน 599 คน (ร้อยละ 87.9) ซึ่งประกอบด้วยโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 468 คน (ร้อยละ 68.7), โรงพยาบาลทั่วไป 92 คน (ร้อยละ 13.5) และโรงพยาบาลศูนย์ 39 คน (ร้อยละ 5.7) รองลงมา คือ โรงพยาบาลของรัฐสังกัดกระทรวงอื่นๆ 42 คน (ร้อยละ 6.2) และโรงพยาบาลนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 40 คน (ร้อยละ 5.9) ตามลำดับ และอยู่ในเขตบริการสุขภาพที่ 1 จำนวน 99 คน (ร้อยละ 14.8) รองลงมา คือ อยู่เขตบริการสุขภาพที่ 5 จำนวน 67 (ร้อยละ 10.0) และเขตบริการสุขภาพที่ 9 จำนวน 64 คน (ร้อยละ 9.5) ตามลำดับ โดยเป็นโรงพยาบาลนำร่องในการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ 24.8 และมีคลินิกกัญชาทางการแพทย์ร้อยละ 51.6 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ลักษณะหน่วยงานของผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ประเภทของโรงพยาบาล (n=681)		
โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	599	87.9
- โรงพยาบาลชุมชน	468	68.7
- โรงพยาบาลทั่วไป	92	13.5
- โรงพยาบาลศูนย์	39	5.7
โรงพยาบาลของรัฐสังกัดกระทรวงอื่นๆ	42	6.2
โรงพยาบาลนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	40	5.9
เขตบริการสุขภาพที่ปฏิบัติงาน (n=671)		
เขตบริการสุขภาพที่ 1	99	14.8
เขตบริการสุขภาพที่ 2	41	6.0
เขตบริการสุขภาพที่ 3	40	6.0
เขตบริการสุขภาพที่ 4	50	7.5
เขตบริการสุขภาพที่ 5	67	10.0
เขตบริการสุขภาพที่ 6	44	6.6
เขตบริการสุขภาพที่ 7	40	6.0
เขตบริการสุขภาพที่ 8	60	8.9
เขตบริการสุขภาพที่ 9	64	9.5
เขตบริการสุขภาพที่ 10	47	7.0
เขตบริการสุขภาพที่ 11	46	6.9
เขตบริการสุขภาพที่ 12	52	7.7
เขตบริการสุขภาพที่ 13	21	3.1
การเป็นโรงพยาบาลนำร่องการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ (n=682)		
เป็น	169	24.8
ไม่เป็น	513	75.2
การมีคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (Cannabis clinic) (n=684)		
มี	353	51.6
ไม่มี	331	48.4

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ของเภสัชกรโรงพยาบาลรัฐ

ผลการประเมินความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละข้อคำถามพบว่า ความรู้ด้านเภสัชวิทยา ข้อคำถามที่ 1 “หลักการใช้ยากัญชา คือ เริ่มที่ขนาดต่ำๆ ปรับขนาดอย่างช้าๆ และคงขนาดยาต่ำๆที่ได้ผลการรักษา “start low, go slow, and stay low”” เป็นข้อที่มีผู้ตอบถูกต้องมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 93.8 รองลงมา คือ ข้อคำถามที่ 2 “กัญชาเป็นพืชให้ดอกในวงศ์ Cannabidaceae มีชื่อวิทยาศาสตร์ว่า Cannabis sativa L.” ผู้ตอบถูกต้องร้อยละ 92.6 และข้อคำถามที่ 3 “ระบบ endocannabinoids ของมนุษย์ (ECS) ซึ่งมีหน้าที่หลักรักษาความสมดุลของร่างกายให้ทำงานเป็นปกติ” ผู้ตอบถูกต้องร้อยละ 85.1 ตามลำดับ ในขณะที่ข้อคำถามที่ 10 “กัญชามีสารออกฤทธิ์ที่สำคัญ คือ สาร cannabinoids มากกว่า 100 ชนิด ซึ่งมีองค์ประกอบหลัก ได้แก่ delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) และ cannabidiol (CBD) ซึ่งมีฤทธิ์ทำให้เคลิ้มสุข” เป็นข้อที่มีผู้ตอบถูกต้องน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 25.2 รองลงมา คือ ข้อคำถามที่ 9 “กัญชาทางการแพทย์ถูกนำมาใช้ในกลุ่มโรคที่มีหลักฐานทางวิชาการเชิงประจักษ์ ได้แก่ เพื่อบรรเทาภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากเคมีบำบัด, โรคลมชักที่รักษายาก, โรคมะเร็ง, ภาวะปวดประสาทที่ต่อการรักษาด้วยวิธีมาตรฐานแล้วไม่ได้ผล (intractable neuropathic pain)” ผู้ตอบถูกต้องร้อยละ 26.9 และข้อคำถามที่ 8 “อาการข้างเคียงที่สำคัญจากการใช้กัญชา คือ อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นและความดันโลหิตสูง” ผู้ตอบถูกต้องร้อยละ 37.6 ตามลำดับ

ส่วนความรู้ด้านกฎหมายและการกำกับดูแลการใช้กัญชาทางการแพทย์ พบว่า ข้อคำถามที่ 11 “สถานพยาบาลที่ได้รับอนุญาตจำหน่ายผลิตภัณฑ์กัญชาให้แก่ผู้รับบริการผ่านโครงการรักษาด้วยช่องทางพิเศษต้องส่งรายงานผ่านระบบการติดตาม-ประเมินผลการใช้กัญชา(SAS/AUR)” เป็นข้อที่มีผู้ตอบถูกต้องมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 97 รองลงมา คือ ข้อคำถามที่ 12 “กัญชาเป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 แต่อนุญาตให้ใช้กัญชาเฉพาะในทางการแพทย์เพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วย และการศึกษาวิจัยได้เท่านั้น” ผู้ตอบถูกต้องร้อยละ 94.9 และข้อคำถามที่ 13 “การผลิต นำเข้า ส่งออกจำหน่าย มีไว้ในครอบครองของกัญชา จำเป็นต้องได้รับใบอนุญาตจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ก่อน” ผู้ตอบถูกต้องร้อยละ 94.5 ตามลำดับ และในขณะที่ข้อคำถามที่ 15 “ตำรับยากัญชาที่ได้รับการรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ครอบคลุมเฉพาะตำรับยาแผนปัจจุบัน” เป็นข้อที่มีผู้ตอบถูกต้องน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 68.6 ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของผู้ที่ตอบถูกต้องเกี่ยวกับความรู้กัญชาทางการแพทย์

ประเด็นคำถาม	ข้อคำถาม	จำนวนผู้ตอบ ถูกต้อง	ร้อยละของ ผู้ตอบถูกต้อง
	ความรู้ด้านเภสัชวิทยา		
การปรับ ขนาดยา	1. หลักการใช้ยากัญชา คือ เริ่มที่ขนาดต่ำๆ ปรับขนาดอย่าง ช้าๆ และคงขนาดยาต่ำๆ ที่ได้ผลการรักษา “start low, go slow, and stay low”	663	93.8
ชื่อทาง วิทยาศาสตร์	2. กัญชาเป็นพืชให้ดอกในวงศ์ Cannabidaceae มีชื่อ วิทยาศาสตร์ว่า Cannabis sativa L.	655	92.6
ระบบเอนโดคา- นาบินอยด์	3. ระบบ endocannabinoids ของมนุษย์ (ECS) ซึ่งมีหน้าที่ หลักรักษาความสมดุลของร่างกายให้ทำงานเป็นปกติ	602	85.1
ส่วนของกัญชา ที่นำมาใช้	4. ส่วนของต้นกัญชาที่มีสาร cannabinoids มากที่สุด คือ ช่อ ดอกเพศเมียที่ยังไม่ได้รับการผสมพันธุ์	599	84.7
สารอื่นที่เพิ่ม ฤทธิ์ทางชีวภาพ	5. สารกลุ่มเทอร์ปีน (terpenes) ที่พบในกัญชา จะเป็นตัว เสริมการออกฤทธิ์ทางยากับสารกลุ่มแคนนาบินอยด์ เรียก การเสริมฤทธิ์นี้ว่า “Entourage effect”	598	84.6
เภสัช- จลนศาสตร์	6. การให้สาร THC และ CBD ผ่านการรับประทานมีอัตราและ ปริมาณการดูดซึมยาได้เร็วกว่าทางการสูดหายใจเข้าปอด	529	74.8
กลไกการ ทำงาน	7. สาร cannabinoids จะออกฤทธิ์ผ่าน cannabinoid receptor หลัก 2 ชนิด คือ CB1 receptor พบที่ระบบ ภูมิคุ้มกัน และระบบประสาทส่วนปลาย ม้าม ทอนซิล ต่อม ไทมัส กระจก ผิวหนัง และเลือด และ CB2 receptor ซึ่ง พบมากในสมองและร่างกาย	294	41.6
อาการข้างเคียง	8. อาการข้างเคียงที่สำคัญจากการใช้กัญชา คือ อัตราการเต้น ของหัวใจเพิ่มขึ้นและความดันโลหิตสูง	266	37.6
ข้อบ่งใช้ทางการ แพทย์	9. กัญชาทางการแพทย์ถูกนำมาใช้ในกลุ่มโรคที่มีหลักฐานทาง วิชาการเชิงประจักษ์ ได้แก่ เพื่อบรรเทาภาวะคลื่นไส้ อาเจียนจากเคมีบำบัด, โรคลมชักที่รักษายาก, โรคมะเร็ง, ภาวะปวดประสาทที่ต่อการรักษาด้วยวิธีมาตรฐานแล้ว ไม่ได้ผล (intractable neuropathic pain)	190	26.9
องค์ประกอบ ทางเคมี	10. กัญชามีสารออกฤทธิ์ที่สำคัญ คือ สาร cannabinoids มากกว่า 100 ชนิด ซึ่งมีองค์ประกอบหลัก ได้แก่ delta- 9-tetrahydrocannabinol (THC) และ cannabidiol (CBD) ซึ่งมีฤทธิ์ทำให้เคลิ้มสุข	178	25.2

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของผู้ที่ตอบถูกต้องเกี่ยวกับความรู้กัญชาทางการแพทย์ (ต่อ)

ประเด็นคำถาม	ข้อความคำถาม	จำนวนผู้ตอบถูกต้อง	ร้อยละของผู้ตอบถูกต้อง
	ความรู้ด้านกฎหมายและการกำกับดูแลการใช้กัญชาทางการแพทย์		
ระบบการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์กัญชา	11. สถานพยาบาลที่ได้รับอนุญาตจำหน่ายผลิตภัณฑ์กัญชาให้แก่ผู้รับบริการผ่านโครงการรักษาด้วยช่องทางพิเศษ ต้องส่งรายงานผ่านระบบการติดตาม-ประเมินผลการใช้กัญชา(SAS/AUR)	686	97.0
กฎหมาย	12. กัญชาเป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 แต่อนุญาตให้ใช้กัญชาเฉพาะในทางการแพทย์เพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยและการศึกษาวิจัยได้เท่านั้น	671	94.9
การควบคุมกำกับดูแล	13. การผลิต นำเข้า ส่งออก จำหน่าย มีไว้ในครอบครองของกัญชา จำเป็น ต้องได้รับใบอนุญาตจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ก่อน	668	94.5
การควบคุมกำกับดูแล	14. การรักษากรณีจำเป็นสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย (Special Access Scheme :SAS) จะใช้ยาที่ผ่านการตรวจวิเคราะห์คุณภาพและได้รับอนุญาตให้ผลิตใช้ใน SAS เท่านั้น ซึ่งยังไม่ได้รับการรับรองการขึ้นทะเบียนตำรับ	569	80.5
การควบคุมกำกับดูแล	15. ตำรับยากัญชาที่ได้รับการรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ครอบคลุมเฉพาะตำรับยาแผนปัจจุบัน	485	68.6

ข้อ 1, 2, 4, 5, 8, 11, 12, 13, 14 คำตอบที่ถูกต้องคือ “ถูก” ข้อ 6, 7, 8, 9, 10, 15 คำตอบที่ถูกต้องคือ “ผิด”

จากการประเมินความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ของเภสัชกรโรงพยาบาลรัฐในแต่ละด้านของความรู้ ได้แก่ ด้านเภสัชวิทยา พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ย 6.5 ± 1.6 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 64.7 และด้านกฎหมายและการกำกับดูแลการใช้กัญชาทางการแพทย์ พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.4 ± 0.7 คะแนน จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 87.1

ผลการประเมินความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ของเภสัชกรโรงพยาบาลรัฐจากค่าคะแนนรวม พบว่า จากคะแนนเต็ม 15 คะแนน มีผู้ได้คะแนนรวมต่ำสุด 5 คะแนน ในขณะที่ผู้ที่ได้คะแนนรวมสูงสุดเท่ากับ 15 คะแนน โดยมีค่าคะแนนรวมเฉลี่ย 10.9 ± 1.9 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 72.2 ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์

ด้านความรู้	ค่าคะแนน ต่ำสุด-สูงสุด	ค่าคะแนน เฉลี่ย±SD	ร้อยละ จากคะแนนเต็ม
เภสัชวิทยา	1 - 10	6.5±1.6	64.7
กฎหมายและการกำกับดูแลการใช้ กัญชาทางการแพทย์	0 - 5	4.4±0.7	87.1
รวม	5 - 15	10.9±1.9	72.2

เมื่อนำคะแนนที่ได้จากการประเมินความรู้มาแบ่งกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่มีระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์สูง (11-15 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 53 รองลงมา คือ กลุ่มที่มีระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ปานกลาง (6-10 คะแนน) ร้อยละ 43.4 และกลุ่มที่มีระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ต่ำ (0-5 คะแนน) ร้อยละ 0.3 ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำแนกตามระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์

ระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์	จำนวน (N=684)	ร้อยละ
สูง (11-15 คะแนน)	375	53.0
ปานกลาง (6-10 คะแนน)	307	43.4
ต่ำ (0-5 คะแนน)	2	0.3

จากผลในส่วนที่ 2 พบว่า ส่วนใหญ่เภสัชกรโรงพยาบาลรัฐมีระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์อยู่ในระดับสูง เมื่อเปรียบเทียบด้านความรู้ทั้ง 2 ด้าน พบว่า เภสัชกรส่วนใหญ่มีความรู้ด้านกฎหมายและการกำกับดูแลการใช้กัญชาทางการแพทย์สูงกว่าด้านเภสัชวิทยา โดยด้านเภสัชวิทยา เภสัชกรส่วนใหญ่จะขาดความรู้ในเรื่ององค์ประกอบทางเคมี, ข้อบ่งใช้ในกลุ่มโรคที่มีหลักฐานทางวิชาการเชิงประจักษ์ และอาการข้างเคียงของกัญชา และในด้านกฎหมายและการกำกับดูแลการใช้กัญชาทางการแพทย์ เภสัชกรส่วนใหญ่จะขาดความรู้ในเรื่องการรับรองตำรับยาที่ให้เสพเพื่อรักษาโรคและศึกษาวิจัยได้

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ของเภสัชกรโรงพยาบาลรัฐ

ผลการศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ ประกอบด้วยข้อคำถามความคิดเห็นเชิงบวก จำนวน 4 ข้อ และข้อคำถามความคิดเห็นเชิงลบ จำนวน 6 ข้อ ดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็นของการใช้กัญชาทางการแพทย์

รายการ	จำนวน (ร้อยละ)				
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. ท่านคิดว่าการทำให้อาการต้องตามกฎหมายของกัญชาทำให้ดูปลอดภัยขึ้น	164 (24.0)	287 (41.9)	149 (21.8)	71 (10.4)	13 (1.9)
2. ท่านคิดว่าการทำให้อาการถูกกฎหมายนั้นเป็นที่ยอมรับของสังคมมากขึ้น	93 (13.6)	328 (48.0)	178 (26.0)	71 (10.4)	14 (2.0)
3. ท่านสนับสนุนให้การใช้กัญชาทางการแพทย์เป็นสิ่งที่ถูกกฎหมาย	110 (16.1)	315 (46.1)	147 (21.5)	84 (12.3)	28 (4.1)
4. ท่านคิดว่ากัญชาทางการแพทย์มีประสิทธิผลในการรักษาอาการที่เกี่ยวข้องทางการแพทย์ได้	52 (7.6)	380 (55.6)	208 (30.4)	35 (5.1)	9 (1.3)
5. ท่านคิดว่าการใช้กัญชาทางการแพทย์นั้นอาจทำให้ติดได้	123 (18.0)	349 (51.0)	133 (19.4)	73 (10.7)	6 (0.9)
6. ท่านคิดว่าการใช้กัญชาทางการแพทย์จะทำให้เกิดการใช้ยาในทางที่ผิด	138 (20.2)	278 (40.6)	181 (26.5)	84 (12.3)	3 (0.4)
7. ท่านคิดว่าการใช้กัญชาทางการแพทย์อาจเป็นประตุสารใช้ยาเสพติด	118 (17.3)	206 (30.1)	218 (31.8)	134 (19.6)	8 (1.2)
8. ท่านเห็นด้วยว่าการใช้กัญชาทางการแพทย์ทำให้ลดประสิทธิภาพการทำงานได้	51 (7.5)	199 (29.1)	282 (41.2)	145 (21.2)	7 (1.0)
9. ท่านเห็นด้วยว่าการใช้กัญชาทางการแพทย์ทำให้เพิ่มความเสี่ยงในเกิดอุบัติเหตุจราจรเพิ่มขึ้น	75 (11.0)	274 (40.1)	219 (32.0)	111 (16.2)	5 (0.7)
10. ท่านเห็นด้วยว่าการใช้กัญชาทางการแพทย์ทำให้เกิดอาชญากรรมเพิ่มขึ้น	69 (10.1)	154 (22.5)	274 (40.1)	175 (25.5)	12 (1.8)

ข้อ 1-4 เป็นความคิดเห็นเชิงบวก ข้อ 5-10 เป็นความคิดเห็นเชิงลบ

ในการวิเคราะห์ผลการศึกษา ผู้วิจัยได้ปรับเป็นข้อคำถามเชิงบวกแล้วทั้งหมด ซึ่งถ้าค่าคะแนนสูง หมายถึง ประเด็นที่ผู้ตอบแบบสอบถามมีความคิดเห็นสนับสนุน และถ้าค่าคะแนนน้อย หมายถึง ประเด็นที่ผู้ตอบแบบสอบถามมีความคิดเห็นไม่สนับสนุน

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 41.9 เห็นด้วยในข้อคำถาม “การทำให้อาการต้องตามกฎหมายของกัญชาทำให้ดูปลอดภัยขึ้น” รองลงมา คือ ร้อยละ 55.6 เห็นด้วยในข้อคำถาม “กัญชาทางการแพทย์มีประสิทธิผลในการรักษาอาการที่เกี่ยวข้องทางการแพทย์ได้” ร้อยละ 48 เห็นด้วยใน

ข้อความ“การทำให้กัญชาถูกกฎหมายนั้นเป็นที่ยอมรับของสังคมมากขึ้น” และร้อยละ 46.1 เห็นด้วยในข้อความ“การสนับสนุนให้การใช้กัญชาทางการแพทย์เป็นสิ่งที่ถูกกฎหมาย” ตามลำดับ ซึ่งประเด็นประสิทธิผล ความปลอดภัย การยอมรับกัญชาที่ถูกกฎหมาย และการทำให้กัญชาถูกกฎหมาย เป็นความเห็นที่สนับสนุนการใช้กัญชาทางการแพทย์

กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 40.1 ไม่แน่ใจในข้อความ “การใช้กัญชาทางการแพทย์ไม่ทำให้เกิดอาชญากรรมเพิ่มขึ้น” รองลงมา คือ ร้อยละ 41.2 ไม่แน่ใจในข้อความ “การใช้กัญชาทางการแพทย์ไม่ทำให้ลดประสิทธิภาพการทำงานได้” และร้อยละ 31.8 ไม่แน่ใจในข้อความ “การใช้กัญชาทางการแพทย์ไม่เป็นประตู่สู่การใช้ยาเสพติด” ซึ่งประเด็นการเกิดอาชญากรรม ประสิทธิภาพการทำงาน และประตู่สู่การใช้ยาเสพติด เป็นความเห็นที่ไม่แน่ใจกับการใช้กัญชาทางการแพทย์

และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 51 ไม่เห็นด้วยในข้อความ “การใช้กัญชาทางการแพทย์นั้นอาจไม่ทำให้ติดได้” รองลงมา ร้อยละ 40.6 ไม่เห็นด้วยในข้อความ “การใช้กัญชาทางการแพทย์จะไม่ทำให้เกิดการใช้ยาในทางที่ผิด” ร้อยละ 40.1 ไม่เห็นด้วยในข้อความ “การใช้กัญชาทางการแพทย์ไม่ทำให้เพิ่มความเสี่ยงในเกิดอุบัติเหตุจราจรเพิ่มขึ้น” ตามลำดับ ซึ่งประเด็นการติดกัญชา การใช้ยาในทางที่ผิด และอุบัติเหตุจราจรเป็นประเด็นที่ไม่สนับสนุนการใช้กัญชาทางการแพทย์ ดังแสดงในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ค่าคะแนนความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์

รายการ	จำนวน (ร้อยละ)					ค่าคะแนนเฉลี่ย±SD
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	
1. ท่านคิดว่าทำให้ถูกต้องตามกฎหมายของกัญชาทำให้ปลอดภัยขึ้น	164 (24.0)	287 (42.0)	149 (21.8)	71 (10.4)	13 (1.9)	3.76±1.0
2. ท่านคิดว่ากัญชาทางการแพทย์มีประสิทธิผลในการรักษาอาการที่เกี่ยวข้องทางการแพทย์ได้	52 (7.6)	380 (55.6)	208 (30.4)	35 (5.1)	9 (1.3)	3.63±0.8
3. ท่านคิดว่าทำให้กัญชาถูกกฎหมายนั้นเป็นที่ยอมรับของสังคมมากขึ้น	93 (13.6)	328 (48.0)	178 (26.0)	71 (10.4)	14 (2.0)	3.61±0.9
4. ท่านสนับสนุนให้การใช้กัญชาทางการแพทย์เป็นสิ่งที่ถูกกฎหมาย	110 (16.1)	315 (46.1)	147 (21.5)	84 (12.3)	28 (4.1)	3.58±1.0
5. ท่านเห็นด้วยว่าการใช้กัญชาทางการแพทย์ไม่ทำให้เกิดอาชญากรรมเพิ่มขึ้น	12 (1.8)	175 (25.6)	274 (40.1)	154 (22.5)	69 (10.1)	2.86±1.0
6. ท่านเห็นด้วยว่าการใช้กัญชาทางการแพทย์ไม่ทำให้ลดประสิทธิภาพการทำงานได้	7 (1.0)	145 (21.2)	282 (41.2)	199 (29.1)	51 (7.5)	2.79±0.9
7. ท่านคิดว่าการใช้กัญชาทางการแพทย์ไม่เป็นประตู่สู่การใช้ยาเสพติด	8 (1.2)	134 (19.6)	218 (31.9)	206 (30.1)	118 (17.3)	2.57±1.0

ตารางที่ 10 ค่าคะแนนความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์(ต่อ)

รายการ	จำนวน (ร้อยละ)					ค่าคะแนนเฉลี่ย±SD
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	
8. ท่านเห็นด้วยว่าการใช้กัญชาทางการแพทย์ไม่ทำให้เพิ่มความเสี่ยงในเกิดอุบัติเหตุจากรถเพิ่มขึ้น	5 (0.7)	111 (16.2)	219 (32.0)	274 (40.1)	75 (11.0)	2.56±0.9
9. ท่านคิดว่าการใช้กัญชาทางการแพทย์จะไม่ทำให้เกิดการใช้จ่ายในทางที่ผิด	3 (0.4)	84 (12.3)	181 (26.5)	278 (40.6)	138 (20.2)	2.32±0.9
10. ท่านคิดว่าการใช้กัญชาทางการแพทย์นั้นอาจไม่ทำให้ติดได้	6 (0.9)	73 (10.7)	133 (19.4)	349 (51.0)	123 (18.0)	2.25±0.9

คะแนนที่ได้จากการวัดความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ของกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ย 2.99 ± 0.62 คะแนน และเมื่อนำคะแนนที่ได้จากการวัดความคิดเห็นมาแบ่งกลุ่มเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มที่ไม่แน่ใจกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 49 รองลงมา คือ กลุ่มที่ไม่เห็นด้วยกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ 23.8 กลุ่มที่เห็นด้วยกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ 22.4 กลุ่มที่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ 3.9 และกลุ่มที่เห็นด้วยอย่างยิ่งกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ 0.9 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำแนกตามระดับคะแนนความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์

ระดับคะแนนความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์	จำนวน (N=684)	ร้อยละ
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1.00-1.80)	27	3.9
ไม่เห็นด้วย (1.81-2.60)	163	23.8
ไม่แน่ใจ (2.61-3.40)	335	49.0
เห็นด้วย (3.41-4.20)	153	22.4
เห็นด้วยอย่างยิ่ง (4.21-5.00)	6	0.9

จากผลในส่วนที่ 3 พบว่า ส่วนใหญ่เภสัชกรโรงพยาบาลรัฐมีระดับคะแนนความคิดเห็นอยู่ในระดับที่ไม่แน่ใจกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ โดยประเด็นที่เภสัชกรส่วนใหญ่ยังไม่แน่ใจ ได้แก่ เรื่อง

การลดประสิทธิภาพการทำงาน การเกิดอาชญากรรมเพิ่มขึ้น และการเป็นประตู่สู่การใช้ยาเสพติดชนิดอื่นๆ ประเด็นที่ไม่เห็นด้วย ได้แก่ เรื่องการใช้กัญชาทางการแพทย์ไม่ทำให้ติด ไม่นำไปใช้ในทางที่ผิด และการไม่เพิ่มความเสี่ยงในเกิดอุบัติเหตุจราจร และประเด็นที่เห็นด้วย ได้แก่ เรื่องประสิทธิผลในการรักษาและความปลอดภัยจากการใช้กัญชาทางการแพทย์ที่ถูกกฎหมาย และสนับสนุนให้กัญชาทางการแพทย์เป็นสิ่งที่ถูกกฎหมาย

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทั่วไปและหน่วยงานกับระดับความรู้และระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์

4.1 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทั่วไปและหน่วยงานกับระดับความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์

การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทั่วไปและหน่วยงานกับระดับความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ของกลุ่มตัวอย่างที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) โดยสถิติ Pearson chi-square พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ประเภทโรงพยาบาล ระยะเวลาในการทำงาน เขตสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงาน การมีคลินิกกัญชาทางการแพทย์ การอยู่ในทีมให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ และประวัติการเข้าร่วมอบรมเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ แต่ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านเพศ ระดับการศึกษา และการเป็นโรงพยาบาลนำร่องการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ ดังแสดงในตารางที่ 12 ดังนี้

4.1.1 อายุ

อายุ มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} 0.044$) โดยพบว่า ช่วงอายุ 40-49 ปี ร้อยละ 60.9 มีระดับความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์อยู่ในระดับสูง รองลงมา คือ ช่วงอายุ 50 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 58 อายุน้อยกว่า 29 ปี คิดเป็นร้อยละ 57.4 และ อายุ 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 48.4 ตามลำดับ

4.1.2 ประเภทของโรงพยาบาล

ประเภทของโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับระดับความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} 0.002$) โดยพบว่า โรงพยาบาลนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 75 มีระดับความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์อยู่ในระดับสูง รองลงมา คือ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 54.8 และโรงพยาบาลของรัฐสังกัดกระทรวงอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 35.7 ตามลำดับ

4.1.3 ระยะเวลาในการทำงาน

ระยะเวลาในการทำงาน มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value 0.026) โดยพบว่า ระยะเวลาในการทำงาน 16-20 ปี ร้อยละ 66.4 มีระดับความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์อยู่ในระดับสูง รองลงมา คือ ระยะเวลาในการทำงานน้อยกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.1 และ ระยะเวลาในการทำงานมากกว่า 21 ปี ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 54 ตามลำดับ

4.1.4 เขตสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงาน

เขตสุขภาพที่ปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value 0.032) โดยพบว่า เขตสุขภาพที่ 3 ร้อยละ 72.5 มีระดับความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์อยู่ในระดับสูง รองลงมา คือ เขตสุขภาพที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 70.7 และเขตสุขภาพที่ 12 คิดเป็นร้อยละ 67.3 ตามลำดับ

4.1.5 การมีคลินิกกัญชาทางการแพทย์

การมีคลินิกกัญชาทางการแพทย์มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <0.001) โดยพบว่า การมีคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ 65.4 มีระดับความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์อยู่ในระดับสูง รองลงมา คือ การไม่มีคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ 43.5 ตามลำดับ

4.1.6 การอยู่ในทีมให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์

การอยู่ในทีมให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <0.001) โดยพบว่า การอยู่ในทีมให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ 68.2 มีระดับความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์อยู่ในระดับสูง รองลงมา คือ การไม่อยู่ในทีมให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ 37.2 ตามลำดับ

4.1.7 ประวัติการเข้าร่วมอบรมเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์

ประวัติการเข้าร่วมอบรมเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <0.001) โดยพบว่า การเข้าร่วมอบรมเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ 65.7 มีระดับความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์อยู่ในระดับสูง รองลงมา คือ การไม่เคยเข้าร่วมการอบรมเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ 31.7 ตามลำดับ

ตารางที่ 12 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทั่วไปและหน่วยงานกับระดับความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์

ปัจจัยที่ศึกษา		ระดับความรู้		P-value
		ต่ำ-ปานกลาง	สูง	
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
เพศ (n=684)	ชาย	95 (47.5)	105 (52.5)	0.432
	หญิง	214 (44.2)	270 (55.8)	
อายุ (n=671)	< 29 ปี	58 (42.6)	78 (57.4)	0.044*
	30-39 ปี	129 (51.6)	121 (48.4)	
	40-49 ปี	92 (39.1)	143 (60.9)	
	50 ปีขึ้นไป	21 (42.0)	29 (58.0)	
ระดับการศึกษา (n=684)	ปริญญาตรี	229 (44.6)	284 (55.4)	0.626
	สูงกว่าปริญญาตรี	80 (46.8)	91 (53.2)	
ประเภทโรงพยาบาล (n=681)	รพ.สังกัด สป.	271 (45.2)	328 (54.8)	0.002*
	รพ.นอก สป.	10 (25.0)	30 (75.0)	
	รพ.สังกัดกระทรวงอื่นๆ	27 (64.3)	15 (35.7)	
ระยะเวลาในการทำงาน (n=681)	≤ 5 ปี	79 (43.9)	101 (56.1)	0.026*
	6-10	82 (52.6)	74 (47.4)	
	11-15	35 (50.0)	35 (50.0)	
	16-20	42 (33.6)	83 (66.4)	
	21 ปีขึ้นไป	69 (46.0)	81 (54.0)	
เขตสุขภาพที่ปฏิบัติงาน (n=671)	เขตบริการสุขภาพที่ 1	49 (49.5)	50 (50.5)	0.032*
	เขตบริการสุขภาพที่ 2	12 (29.3)	29 (70.7)	
	เขตบริการสุขภาพที่ 3	11 (27.5)	29 (72.5)	
	เขตบริการสุขภาพที่ 4	28 (56.0)	22 (44.0)	
	เขตบริการสุขภาพที่ 5	35 (52.2)	32 (47.8)	
	เขตบริการสุขภาพที่ 6	18 (40.9)	26 (59.1)	
	เขตบริการสุขภาพที่ 7	23 (57.5)	17 (42.5)	
	เขตบริการสุขภาพที่ 8	30 (50.0)	30 (50.0)	
	เขตบริการสุขภาพที่ 9	27 (42.2)	37 (57.8)	
	เขตบริการสุขภาพที่ 10	20 (42.6)	27 (57.4)	
	เขตบริการสุขภาพที่ 11	18 (39.1)	28 (60.9)	
	เขตบริการสุขภาพที่ 12	17 (32.7)	35 (67.3)	
	เขตบริการสุขภาพที่ 13	12 (57.1)	9 (42.9)	

ตารางที่ 12 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทั่วไปและหน่วยงานกับระดับความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ (ต่อ)

ปัจจัยที่ศึกษา		ระดับความรู้		P-value
		ต่ำ-ปานกลาง	สูง	
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
การเป็นโรงพยาบาลนำร่องการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ (n=682)	เป็น	67 (39.6)	102 (60.4)	0.097
	ไม่เป็น	241 (47.0)	272 (53.0)	
การมีคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (n=684)	มี	122 (34.6)	231 (65.4)	<0.001*
	ไม่มี	187 (56.5)	144 (43.5)	
การอยู่ในทีมให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (n=683)	อยู่	123 (31.8)	264 (68.2)	<0.001*
	ไม่อยู่	186 (62.8)	110 (37.2)	
ประวัติการเข้าร่วมอบรมเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ (n=682)	เคยเข้าร่วมการอบรม	159 (34.3)	305 (65.7)	<0.001*
	ไม่เคยเข้าร่วมการอบรม	149 (68.3)	69 (31.7)	



4.2 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทั่วไปและหน่วยงานกับระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับ กัญชาทางการแพทย์

การวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทั่วไปและหน่วยงานกับระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ของกลุ่มตัวอย่างที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) โดยสถิติ Pearson Chi-square พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการทำงาน เขตสุขภาพที่ปฏิบัติงาน, การเป็นโรงพยาบาลนำร่องการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ การมีคลินิกกัญชาทางการแพทย์ การอยู่ในทีมให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ และประวัติการเข้าร่วมอบรมเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ แต่ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านเพศ ระดับการศึกษา และประเภทของโรงพยาบาล ดังแสดงในตารางที่ 13 ดังนี้

4.2.1 อายุ

อายุ มีความสัมพันธ์กับระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} 0.001$) โดยพบว่า ช่วงอายุ 50 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 32.0 มีระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์อยู่ในระดับเห็นด้วย รองลงมา คือ ช่วงอายุ 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 28.5 ช่วงอายุน้อยกว่า 29 ปี คิดเป็นร้อยละ 20.6 และช่วงอายุ 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 18.8 ตามลำดับ

4.2.2 ระยะเวลาในการทำงาน

ระยะเวลาในการทำงาน มีความสัมพันธ์กับระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} 0.001$) โดยพบว่า ระยะเวลาในการทำงานมากกว่า 21 ปีขึ้นไป ร้อยละ 32 มีระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์อยู่ในระดับเห็นด้วย รองลงมา คือ ระยะเวลาในการทำงาน 11-15 ปี คิดเป็นร้อยละ 25.7 และระยะเวลาในการทำงาน 16-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 24.8 ตามลำดับ

4.2.3 เขตสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงาน

เขตสุขภาพที่ปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} 0.046$) โดยพบว่า เขตสุขภาพที่ 9 ร้อยละ 40.6 มีระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์อยู่ในระดับเห็นด้วย รองลงมา คือ เขตสุขภาพที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 35 และเขตสุขภาพที่ 6 คิดเป็นร้อยละ 34.0 ตามลำดับ

4.2.4 การเป็นโรงพยาบาลนำร่องการให้บริการกัญชาทางการแพทย์

การเป็นโรงพยาบาลนำร่องการให้บริการกัญชาทางการแพทย์มีความสัมพันธ์กับระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} 0.002$) โดย

พบว่า การเป็นโรงพยาบาลนำร่องการให้บริการ ร้อยละ 29.6 มีระดับความความคิดเห็นเกี่ยวกับ
กัญชาทางการแพทย์อยู่ในระดับเห็นด้วย รองลงมา คือ การไม่เป็นโรงพยาบาลนำร่องการให้บริการ
กัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ 21.2 ตามลำดับ

4.2.5 การมีคลินิกกัญชาทางการแพทย์

การมีคลินิกกัญชาทางการแพทย์มีความสัมพันธ์กับระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับ
กัญชาทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) โดยพบว่า กลุ่มที่มีคลินิกกัญชา
ทางการแพทย์ ร้อยละ 30 มีระดับความความคิดเห็นเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์อยู่ในระดับเห็น
ด้วย รองลงมา คือ การไม่มีคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ 16 ตามลำดับ

4.2.6 การอยู่ในทีมให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์

การอยู่ในทีมให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์มีความสัมพันธ์กับระดับความ
ความคิดเห็นเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) โดยพบว่า การอยู่
ในทีมให้บริการ ร้อยละ 29.5 มีระดับความความคิดเห็นเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์อยู่ในระดับที่
เห็นด้วย รองลงมา คือ การไม่อยู่ในทีมให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ 15.2 ตามลำดับ

4.2.7 ประวัติการเข้าร่วมอบรมเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์

ประวัติการเข้าร่วมอบรมเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์กับระดับ
ความคิดเห็นเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทาง (P-value 0.025) โดยพบว่า การเข้า
ร่วมอบรม ร้อยละ 26.3 มีระดับความความคิดเห็นเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์อยู่ในระดับที่เห็นด้วย
รองลงมา คือ การไม่เคยเข้าร่วมการอบรมเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ 17 ตามลำดับ

ตารางที่ 13 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทั่วไปและหน่วยงานกับระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์

ปัจจัยที่ศึกษา		ระดับความคิดเห็นต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์			P-value
		ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	
		จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	
เพศ (n=684)	ชาย	55 (27.5)	95 (47.5)	50 (25.0)	0.776
	หญิง	135 (27.9)	240 (49.6)	109 (22.5)	
อายุ (n=671)	< 29 ปี	43 (31.6)	65 (47.8)	28 (20.6)	0.001*
	30-39 ปี	89 (35.6)	114 (45.6)	47 (18.8)	
	40-49 ปี	46 (19.6)	122 (51.9)	67 (28.5)	
	50 ปีขึ้นไป	7 (14.0)	27 (54.0)	16 (32.0)	
ระดับการศึกษา (n=684)	ปริญญาตรี	152 (29.6)	249 (48.5)	112 (21.9)	0.112
	สูงกว่าปริญญาตรี	38 (22.2)	86 (50.3)	47 (27.5)	
ประเภทโรงพยาบาล (n=681)	รพ.สังกัด สป.	171 (28.6)	284 (47.4)	144 (24.0)	0.072
	รพ.นอก สป.	9 (22.5)	21 (52.5)	10 (25.0)	
	รพ.สังกัดกระทรวงอื่นๆ	9 (21.5)	29 (69.0)	4 (9.5)	
ระยะเวลาในการทำงาน (n=681)	≤ 5 ปี	63 (35.0)	85 (47.2)	32 (17.8)	0.001*
	6-10	50 (32.1)	76 (48.7)	30 (19.2)	
	11-15	21 (30.0)	31 (44.3)	18 (25.7)	
	16-20	35 (28.0)	59 (47.2)	31 (24.8)	
	21 ปีขึ้นไป	19 (12.7)	83 (55.3)	48 (32.0)	
เขตบริการสุขภาพที่ปฏิบัติงาน (n=671)	เขตบริการสุขภาพที่ 1	32 (32.3)	44 (44.4)	23 (23.3)	0.046*
	เขตบริการสุขภาพที่ 2	13 (31.7)	20 (48.8)	8 (19.5)	
	เขตบริการสุขภาพที่ 3	8 (20.0)	18 (45.0)	14 (35.0)	
	เขตบริการสุขภาพที่ 4	18 (36.0)	25 (50.0)	7 (14.0)	
	เขตบริการสุขภาพที่ 5	22 (32.8)	35 (52.2)	10 (15.0)	
	เขตบริการสุขภาพที่ 6	9 (20.5)	20 (45.5)	15 (34.0)	
	เขตบริการสุขภาพที่ 7	11 (27.5)	22 (55.0)	7 (17.5)	
	เขตบริการสุขภาพที่ 8	19 (31.7)	27 (45.0)	14 (23.3)	
	เขตบริการสุขภาพที่ 9	12 (18.8)	26 (40.6)	26 (40.6)	
	เขตบริการสุขภาพที่ 10	10 (21.2)	31 (66.0)	6 (12.8)	
	เขตบริการสุขภาพที่ 11	17 (37.0)	21 (45.7)	8 (17.3)	
	เขตบริการสุขภาพที่ 12	12 (23.1)	25 (48.1)	15 (28.8)	
	เขตบริการสุขภาพที่ 13	4 (19.0)	13 (62.0)	4 (19.0)	

ตารางที่ 13 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทั่วไปและหน่วยงานกับระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์(ต่อ)

ปัจจัยที่ศึกษา		ระดับความคิดเห็นต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์			P-value
		ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	
		จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	
การเป็นโรงพยาบาล นำร่องการให้บริการ กัญชาทางการแพทย์ (n=682)	เป็น	30 (17.8)	89 (52.6)	50 (29.6)	0.002*
	ไม่เป็น	160 (31.2)	244 (47.6)	109 (21.2)	
การมีคลินิกกัญชาทาง การแพทย์ (n=684)	มี	74 (21.0)	173 (49.0)	106 (30.0)	<0.001*
	ไม่มี	116 (35.0)	162 (49.0)	53 (16.0)	
การอยู่ในทีมให้บริการ คลินิกกัญชาทาง การแพทย์ (n=683)	อยู่	92 (23.8)	181 (46.7)	114 (29.5)	<0.001*
	ไม่อยู่	98 (33.1)	153 (51.7)	45 (15.2)	
ประวัติการเข้าร่วม อบรมเกี่ยวกับกัญชา ทางการแพทย์ (n=682)	เคยเข้าร่วมการอบรม	121 (26.1)	221 (47.6)	122 (26.3)	0.025*
	ไม่เคยเข้าร่วมการ อบรม	67 (30.7)	114 (52.3)	37 (17.0)	



ส่วนที่ 5 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ของเภสัชกรโรงพยาบาลรัฐ

ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ที่กลุ่มตัวอย่างต้องการได้รับเพิ่มเติมเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ และความคิดเห็นต่อการมีกัญชาทางการแพทย์ในประเทศไทย ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิดของแบบสอบถาม ส่วนที่ 4 สรุปได้ดังนี้

5.1 ความรู้ที่ต้องการได้รับเพิ่มเติมเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์

กลุ่มตัวอย่างต้องการได้รับข้อมูลความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ จำนวน 441 คน โดยพบว่าประเด็นความรู้ในเรื่องการเกิดอาการไม่พึงประสงค์เป็นเรื่องที่กลุ่มตัวอย่างต้องการได้รับความรู้เพิ่มเติมมากที่สุด (n=75) รองลงมา คือ เรื่องขนาดของกัญชาที่ใช้รักษาในแต่ละข้อบ่งใช้ที่ได้รับการรับรอง (n=72) และข้อบ่งใช้ของกัญชาทางการแพทย์ที่มีหลักฐานทางวิชาการเชิงประจักษ์สนับสนุน (n=60) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 14

ตารางที่ 14 ความรู้ที่เภสัชกรต้องการได้รับเพิ่มเติมเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์

ประเด็นความรู้	จำนวน (คน)
การเกิดอาการไม่พึงประสงค์	75
ขนาดของกัญชาที่ใช้รักษาในแต่ละข้อบ่งใช้ที่ได้รับการรับรอง	72
ข้อบ่งใช้ของกัญชาทางการแพทย์ที่มีหลักฐานทางวิชาการเชิงประจักษ์สนับสนุน	60
การติดตามผลการรักษาจากกัญชาทางการแพทย์	52
ข้อมูลความก้าวหน้าทางงานวิจัยที่เกี่ยวกับประสิทธิผลของกัญชาทางการแพทย์	35
การเลือกใช้สูตรตำรับในแต่ละข้อบ่งใช้	27
การปรับขนาดยาในกัญชาในแต่ละข้อบ่งใช้	18
การแก้ไขเมื่อเกิดอาการข้างเคียง	18
การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา-ยา อาหาร-ยา	18
ประสบการณ์การใช้กัญชาทางการแพทย์และกรณีศึกษาในการเปิดคลินิกกัญชา	15
รูปแบบการจัดตั้งคลินิกกัญชาทางการแพทย์	8
การควบคุมสูตรตำรับกัญชาทางการแพทย์	8
การควบคุมการปลูกกัญชาที่เป็นมาตรฐาน	7
การแก้ไขเมื่อการใช้กัญชาเกินขนาด	7

ตารางที่ 14 ความรู้ที่เภสัชกรต้องการได้รับเพิ่มเติมเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ (ต่อ)

ประเด็นความรู้	จำนวน (คน)
ผลการดำเนินงานของคลินิกกัญชาในแง่ของประสิทธิผล	6
การควบคุมการเตรียมสารสกัดกัญชา	6
การรายงานข้อมูลของคลินิกกัญชาทางการแพทย์	4
ปัญหาและอุปสรรคที่พบจากคลินิกกัญชาทางการแพทย์	2
การปรับขนาดยาในผู้ป่วยกลุ่มพิเศษ เช่น ตับ, ไต, ผู้สูงอายุ เป็นต้น	2
การควบคุมการเบิกจ่ายผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์	1

5.2 ความคิดเห็นต่อการที่ประเทศไทยจะมีการใช้กัญชาทางการแพทย์

5.2.1 กลุ่มตัวอย่างที่เห็นด้วยต่อการที่ประเทศไทยจะมีการใช้กัญชาทางการแพทย์ มีจำนวน 284 คน โดยมีเหตุผลประกอบ ดังแสดงในตารางที่ 15

ตารางที่ 15 เหตุผลที่เภสัชกรเห็นด้วยต่อการที่ประเทศไทยจะมีการใช้กัญชาทางการแพทย์

เหตุผล	จำนวน (คน)
เพราะเป็นทางเลือกในการรักษา	34
เพราะเป็นทางเลือกในการรักษาสำหรับผู้ที่ไม่ตอบสนองต่อยาแผนปัจจุบัน	26
ควรอยู่ภายใต้การควบคุมที่เหมาะสม	15
อาจจะมีประโยชน์ในการนำมาใช้ทางการแพทย์อย่างยิ่ง	9
เพราะเป็นทางเลือกในการรักษาในผู้ป่วยที่รักษาด้วยมาตรฐานแล้วไม่ได้ผล	8
เนื่องจากกัญชาอาจเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่จะใช้ในการรักษาผู้ป่วยเสริมจากการรักษาหลัก แต่อาจจะต้องอาศัยข้อมูลเพิ่มเติมในเรื่องของผลการรักษาและอาการข้างเคียง	7
เฉพาะตำรับที่มี indication ชัดเจน	3
แต่ควรมีการควบคุมการใช้ รวมถึงบทลงโทษที่ชัดเจนต่อผู้ที่ฝ่าฝืน	3
แต่ต้องใช้ในกรณีที่มีหลักฐานชัดเจน หรือใช้วิธีการรักษาหลักไม่ได้ผล	3
เพราะเป็นทางเลือกในการรักษา แต่ต้องมีระบบตรวจสอบควบคุมการใช้กัญชาที่ชัดเจน	3
กัญชามีประโยชน์ในกลุ่มโรคที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์	2
จากการใช้กัญชาของรพ.ประมาณ 5 เดือน ผู้ป่วยมีอาการหรือคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น	2
ใช้เฉพาะในกรณีเป็น additional therapy เท่านั้น และภาครัฐควรให้ความรู้ที่ถูกต้อง ประชาชน รวมถึงความร่วมมือระหว่างสาธารณสุขกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	2

ตารางที่ 15 เหตุผลที่เภสัชกรเห็นด้วยต่อการที่ประเทศไทยจะมีการใช้กัญชาทางการแพทย์ (ต่อ)

เหตุผล	จำนวน (คน)
ในกรณีที่ใช้ในโรคที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ เท่านั้น และเห็นด้วยเฉพาะยาแผนปัจจุบัน ในส่วนยาแผนไทยและแผนโบราณ ไม่เห็นด้วย เพราะเสี่ยงที่จะทำให้เกิดการใช้ในทางที่ผิดได้	2
เป็นทางเลือกให้กับผู้ป่วยที่ต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์ และพิจารณาความเหมาะสมในการให้แต่ละรายเพื่อประโยชน์สูงสุดในการใช้ และป้องกันการนำไปใช้ในทางที่ผิด	2
ผู้ป่วยที่ได้รับกัญชาจาก รพ. มีอาการดีขึ้นอย่างชัดเจนในกลุ่มอาการ กินข้าวไม่ได้, นอนไม่หลับ, ผู้ป่วย palliative care end state cancer	2
เพราะเป็นทางเลือกในการรักษา เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต	2
เพื่อใช้ในกรณีที่การรักษาตามมาตรฐานไม่ได้ผล และผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากภาวะโรคที่เป็นอยู่	2
มีประโยชน์ทางการแพทย์ แต่ต้องติดตามการนำไปใช้ในทางที่ผิด	2
ควรใช้เฉพาะ โรงเรียนแพทย์ หรือ โรงพยาบาลศูนย์ เท่านั้น.	2
หากมี benefit มากกว่า risk	2
กัญชาช่วยเสริมในการรักษาหลัก อาจช่วยบรรเทาอาการผู้ป่วยได้มากขึ้น	1
กัญชามีประโยชน์ทางการแพทย์ แต่ต้องระมัดระวังการใช้ในทางที่ผิด	1
กัญชามีประโยชน์หากมีการใช้ในทางที่ถูกและมีการควบคุมที่เหมาะสม ประเทศเราสามารถผลิตยาเองได้ เป็นการส่งเสริมให้ได้ประโยชน์สูงสุดจากกัญชา	1
การใช้กัญชาทางการแพทย์ในเคสที่มีความจำเป็นเหมาะสมในการใช้ ช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่ยังมีข้อจำกัดหากมีการสั่งจ่ายที่ไม่เหมาะสมอาจก่อให้เกิดโทษมากกว่าประโยชน์	1
การใช้กัญชาในคนไข้บางกลุ่มที่จำเป็นต้องใช้มีประโยชน์มาก แต่ควรจำกัดในทางการแพทย์ และการปลูกควรอยู่ในพื้นที่เฉพาะไม่ส่งเสริมให้ปลูกผ่านเกษตรกรทั่วไป	1
การใช้สารสกัดน้ำมันกัญชาโดยบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความรู้ความเข้าใจอย่างถูกต้อง จะเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยและเป็นทางเลือกสำหรับผู้ป่วยที่เข้ายาแผนปัจจุบันไม่ได้ผลในบางโรค	1
การทำให้ถูกต้อง เพื่อควบคุมและปลอดภัย	1
การมีคลินิกกัญชาที่ รพ. จะทำให้บุคลากรทางการแพทย์ดูแลได้ทั่วถึง มีการเก็บรายงานสถิติการใช้ดีกว่าผู้ป่วยไปหาซื้อมาใช้เอง	1
ควบคุมการเข้ายาและติดตามความปลอดภัยของผู้ป่วยได้	1
ควรจะมีการจำกัดการเข้าถึงและสั่งจ่ายโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น ส่วนการผลิตและมีไว้ในครอบครองจะต้องได้รับอนุญาตตามกฎหมายที่สามารถตรวจสอบได้	1
ควรใช้เฉพาะในโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงเรียนแพทย์ โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และมีทีมงานที่เชี่ยวชาญในการติดตามผู้ป่วย	1

ตารางที่ 15 เหตุผลที่เภสัชกรเห็นด้วยต่อการที่ประเทศไทยจะมีการใช้กัญชาทางการแพทย์ (ต่อ)

เหตุผล	จำนวน (คน)
ควรเป็นทางเลือกให้ผู้ป่วยที่หมดทางรักษาหรือทุกข์ทรมาน	1
ควรมีการศึกษาวិจัยการใช้กัญชาทางการแพทย์เพิ่มขึ้น และมีสูตรตำรับยา กัญชาทางการแพทย์มากขึ้นใช้กันอย่างแพร่หลายในคลินิกกัญชาทางการแพทย์	1
จะได้นำกัญชามาช่วยรักษาโรคที่ยังไม่สามารถควบคุมอาการได้ แต่อย่างไรก็ตามจะต้องมีการศึกษาถึงข้อดีข้อเสียอย่างละเอียด และต้องมีการควบคุมการใช้/การสั่งใช้/การเข้าถึงยา	1
เฉพาะการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วย แต่โรคอื่นๆ ที่ยังไม่มีการศึกษาที่เพียงพอไม่ควรใช้เกินความจำเป็น	1
ช่วยบรรเทาอาการ/ลดการใช้ยาแก้ปวด opioid	1
เชื่อว่าสมุนไพรไทยมีประสิทธิภาพดีซึ่งช่วยรักษาผู้ป่วยได้จริง และบรรเทาอาการของโรคมะเร็งได้	1
ใช้เฉพาะรายที่จำเป็นใช้ยาอื่นไม่ได้ผล	1
ใช้ในการรักษาโรคได้บางประเภท และควรใช้ในวงจำกัด	1
ใช้ในผู้ป่วยที่มีความจำเป็นเท่านั้นและไม่สามารถรักษาด้วยวิธีอื่นๆ แต่ต้องมีการกำกับการใช้ยา รวมทั้งเฝ้าระวังการที่ผู้อื่นอาจเป็นผู้ใกล้ชิดน่ายาของผู้ป่วยไปใช้ในทางที่ผิดอย่างเข้มงวด	1
ควรมีประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องเพื่อเน้นย้ำข้อบ่งชี้ทางการแพทย์	1
เดิมถูกใช้ในทางที่ผิดทำให้ไม่เกิดประโยชน์ หากทำให้ถูกกฎหมาย การนำทรัพยากรที่มีมาใช้ในทางที่ก่อประโยชน์ก็จะคุ้มค่ามากขึ้น	1
โดยใช้เป็นทางเลือกร่วมกับการรักษาแผนปัจจุบัน แต่ต้องใช้อย่างถูกต้องตามแนวทางการรักษา ในระยะเวลาที่เหมาะสม โดยต้องมีแพทย์สั่งใช้และติดตามผลการรักษาอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง	1
ตามที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ แต่ควรมีมาตรการควบคุมกำกับที่เข้มงวด มีประสิทธิภาพสามารถป้องกันการนำไปใช้ในทางที่ผิด	1
ตำรับยาสามารถช่วยผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น	1
แต่การเข้าถึงยาต้องไม่ใช่แบบที่เป็นอยู่ หลายที่ถูกบังคับเปิดคลินิกตามนโยบายกระทรวง การโปรโมทสรรพคุณเป็นยาวิเศษ การรับรู้ของผู้ป่วยที่ต้องการจะใช้เหมือนเป็นที่พึ่งสุดท้ายและมีความคาดหวังสูงมากเวลามารับบริการว่าจะต้องได้กัญชากลับไป	1
แต่ควรกำหนดให้ชัดเจนตั้งแต่ขั้นตอนการปลูก ผลิต สั่งใช้ สามารถตรวจสอบได้ภายใต้การควบคุมของแพทย์และแพทย์แผนไทย	1
แต่ควรควบคุมอย่างเข้มงวด มีกฎหมายที่รุนแรงกำกับเพื่อป้องกันการลักลอบใช้ในทางที่ผิดและมีผลต่อเยาวชน	1
แต่ควรจะใช้ตามข้อบ่งชี้และอัตราการใช้ควรจะเป็นไปตามการรักษาโรคจริงๆ	1

ตารางที่ 15 เหตุผลที่เภสัชกรเห็นด้วยต่อการที่ประเทศไทยจะมีการใช้กัญชาทางการแพทย์ (ต่อ)

เหตุผล	จำนวน (คน)
แต่ควรจำกัดการปลูกเฉพาะที่หรือองค์กรที่ไว้วางใจได้เพื่อไม่ให้เกิดปัญหาการใช้ไม่ถูกต้อง ไม่ให้เกิดการมอมเมาประชาชนทางอ้อม	1
แต่ควรใช้เฉพาะ palliative care	1
แต่ควรทำไปตามขั้นตอนที่เหมาะสมและปลอดภัยเพื่อประโยชน์ของคนไข้ แต่ไม่ใช่เพื่อประโยชน์ทางการเมือง	1
แต่ควรมีแนวทาง หรือการเรียนรู้ที่ชัดเจนมากกว่านี้ค่ะ การอบรมเพียง 1-2 วันไม่สามารถนำมาใช้กับคนไข้หรือในทางปฏิบัติได้จริง	1
แต่ควรมีระบบการตรวจสอบ ควบคุม และประเมิน	1
แต่ควรวางระบบให้ดีกว่านี้ ก่อนจะเริ่มใช้ยา	1
แต่ต้องควบคุมควบคุมการผลิตและการใช้ให้รัดกุม ซึ่งเสี่ยงต่อการนำไปใช้ในทางที่ผิด	1
แต่ต้องใช้ในการแพทย์ที่เหมาะสมตามข้อบ่งชี้และประสิทธิภาพ	1
แต่ต้องใช้ให้ถูกวิธีและข้อบ่งชี้	1
แต่ต้องมีการควบคุมการใช้อย่างเข้มงวด หรือมีการใช้เฉพาะในสถานพยาบาลที่มีแพทย์เฉพาะทางเท่านั้น	1
แต่ต้องมีการจัดการควบคุมที่รัดกุม และสามารถติดตามได้ และให้แก่ผู้ป่วยในปริมาณที่จำกัด เพื่อลดความเสี่ยงในกาเกิดการนำไปใช้ในทางที่ผิด ทั้งจากตัวผู้ป่วย และจากบุคคลรอบข้างของผู้ป่วย	1
แต่ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจน้อย อาจส่งผลต่อการใช้ยาในทางที่ผิด หรือเกิด ADR ได้มาก ควรปูพื้นฐานเกี่ยวกับความรู้สำหรับประชาชนมากกว่านี้	1
แต่ประเทศไทยยังไม่มีความพร้อมในการรับมือผลกระทบรอบด้าน	1
ถ้าควบคุมทางด้านกฎหมายได้ดี	1
ถ้าทำให้ถูกต้องและลดสารที่ทำให้ติดลง	1
ถ้านำมารักษาคอนไซค์ที่เป็นจริงๆ และไม่ใช่ใครก็สามารถปลูกได้	1
ถ้าในกรณีที่มีข้อมูลด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัยทั้งระยะสั้นและระยะยาวในทางคลินิกที่ชัดเจน และสามารถควบคุมการใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพและถูกต้องตามกฎหมาย	1
ถ้าประสิทธิผลของกัญชาช่วยรักษาอาการที่เกี่ยวข้องทางการแพทย์ได้ แต่อยากให้มีการควบคุมกำกับการใช้ให้ดี เพื่อไม่ให้เกิดการใช้ในทางที่ผิดหรือมีการลักลอบไปใช้ในทางอื่นที่ไม่ใช่ทางการแพทย์	1
ถ้ามีการควบคุม การผลิต การจ่าย โดยบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความรู้และมีการติดตามคนไข้อย่างดี	1
ถ้ามีการศึกษาทางคลินิกที่ชัดเจน รวมถึงคำนึงถึงความปลอดภัย อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น	1

ตารางที่ 15 เหตุผลที่เภสัชกรเห็นด้วยต่อการที่ประเทศไทยจะมีการใช้กัญชาทางการแพทย์ (ต่อ)

เหตุผล	จำนวน (คน)
ถ้ามีข้อมูลมากเพียงพอในการสนับสนุนในการใช้	1
ถ้าสามารถผลิตได้เองและคุณภาพดี จะทำให้ลดการนำเข้ายาหลายชนิด	1
ทำให้ติดตามและเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการใช้กัญชาได้	1
ที่จะมีการใช้ในรพ.ที่มีแพทย์เฉพาะทาง ไม่เห็นด้วยที่จะมีการใช้ในรพ.ชุมชน	1
เนื่องจากกัญชาทางการแพทย์อาจมีประโยชน์ในกรณีที่ใช้ยาอื่นไม่ได้ผล แต่ควรให้ใช้เท่าที่จำเป็น และควรมีการติดตามกำกับอย่างใกล้ชิด	1
เนื่องจากกัญชาเป็นสมุนไพร แต่ต้องทำให้ถูกกฎหมายและปราศจากนายทุนหรือการเมือง ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน	1
เนื่องจากการใช้ภายใต้บุคลากรทางการแพทย์มีขั้นตอนการควบคุมดูแลผู้ป่วยชัดเจนปลอดภัยมากกว่าการให้ผู้ป่วยมาซื้อใช้เอง	1
เนื่องจากข้อบ่งใช้ของกัญชากับอาการป่วยหรือโรคไม่ชัดเจน รวมไปถึงกฎหมายบังคับใช้เพื่อควบคุมการใช้ไม่เคร่งครัดอาจเกิดผลเสียมากกว่าผลดี	1
เนื่องจากจะเปิดให้มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับกัญชาได้มากขึ้น ผลวิจัยจะเป็นประโยชน์ต่อทิศทางของกัญชาในอนาคต	1
เนื่องจากเป็นทางเลือกสุดท้ายในการรักษาผู้ป่วยแต่ต้องมีมาตรการควบคุมที่รัดกุมไม่เช่นนั้นจะเป็นช่องทางให้เกิดการเสพติดได้ในอนาคต	1
เนื่องจากเป็นพืชที่มีอยู่ในประเทศไทย สามารถเจริญเติบโตได้ดีให้สารสำคัญในการรักษาโรคได้ ทำให้ต้นทุนการผลิตยาลดลง มียาราคาถูกใช้	1
เนื่องจากมีงานวิจัยสนับสนุนประสิทธิผลของการใช้กัญชาและมีสถานที่ผลิตที่น่าเชื่อถือ	1
เนื่องจากมีฤทธิ์การรักษาในบางข้อบ่งใช้ แต่ต้องรัดกุม	1
เนื่องจากมีหลักฐานเชิงประจักษ์เพิ่มมากขึ้น ประชาชนควรมีสิทธิเข้าถึงและใช้ประโยชน์มากขึ้น	1
ในกรณีใช้ใน รพ.ใหญ่ ในผู้ป่วยที่ไม่มีทางเลือกแล้วเท่านั้น	1
ในกรณีที่ผู้ป่วยผ่านการใช้อย่างมาตรฐานตามแผนการรักษาในปัจจุบันแล้วไม่ได้ผล	1
ในกรณีที่มีการยืนยันผลการรักษาทางการแพทย์อย่างชัดเจน มีการวิจัยศึกษาที่มากพอ	1
ในโรคบางอย่างที่ไม่สามารถให้ยาตัวอื่นในการรักษา แต่ไม่ควรใช้รักษาบางโรคที่ยังไม่มีข้อมูลทางคลินิกสนับสนุน	1
แต่ต้องข้อมูลวิชาการต้องชัดเจนกว่านี้	1
แต่ประโยชน์และความรู้ทางการแพทย์ยังมีการศึกษาน้อย	1
ประสิทธิภาพในการรักษาโรคต่างๆ ของกัญชาดี แต่ต้องมีความรัดกุมทุกอย่างและกฎหมายต้องเข้มแข็ง	1

ตารางที่ 15 เหตุผลที่เภสัชกรเห็นด้วยต่อการที่ประเทศไทยจะมีการใช้กัญชาทางการแพทย์ (ต่อ)

เหตุผล	จำนวน (คน)
ปัจจุบันประชาชนมีการใช้กัญชาโดยอาจจะหาเอง ซึ่งไม่ได้มาตรฐาน หากมีการใช้แบบถูกกฎหมายและมีการทำงานวิจัยควบคู่ไปด้วยน่าจะเป็นประโยชน์กับทางการแพทย์และประชาชนที่มีความจำเป็นต้องใช้ยา	1
เป็นความหวังของผู้ป่วยระยะสุดท้าย	1
เป็นทางเลือกของการรักษาทางหนึ่งในระบบสาธารณสุข แต่ต้องมีการจัดระบบให้ดี รองรับผลที่ไม่ดีที่ตามมาภายหลัง	1
เป็นทางเลือก ควรเก็บข้อมูลประกอบการศึกษานำไปสู่การแปลผลการใช้ต่อไป	1
เป็นทางเลือกที่ถูกกฎหมายสำหรับผู้ป่วยที่มีความเชื่อว่างัญชาสามารถรักษาหรือบรรเทาอาการเจ็บป่วยของตนได้	1
เป็นทางเลือกในการใช้สมุนไพรที่สามารถผลิตได้เองในประเทศ ให้คนไข้มีโอกาสใช้ยาทางเลือก แต่การสั่งใช้ยาจากแพทย์หรือการคัดคนไข้เข้าระบบยังทำได้ยากมากเนื่องจากแพทย์ยังมาทราบข้อมูลต่างๆ การจะนำมาใช้ให้เห็นผลควรเริ่มจาก รร.แพทย์ ให้มีตัวอย่างในงานวิจัยในการได้ยาและนำพาแพทย์ใช้ต่อ รวมถึงนโยบายภาครัฐอาจดูเหมือนปฏิบัติได้แต่ความเป็นจริงไม่ได้มีการสั่งใช้มากนัก	1
เป็นทางเลือกในการรักษาโรครักษาหายโรค แต่ต้องควบคุมการเบิกจ่ายและใช้	1
เป็นทางเลือกให้กับผู้ป่วยที่ต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์ แต่ควรมีการกำกับดูแลเป็นอย่างดี ไม่นำไปใช้ในทางที่ผิด	1
เป็นทางเลือกการรักษาโรครักษาหาย	1
เป็นประโยชน์ทางการแพทย์ และประเทศไทยสามารถปลูกเองได้ และพัฒนาสูตรตำรับที่เหมาะสม เป็นการลดการนำเข้ายาจากต่างประเทศ	1
เป็นพืชที่ปลูกง่ายในบ้านเรา และมีประโยชน์ในการรักษาทางการแพทย์ ควรได้รับการสนับสนุน	1
เป็นพืชที่มีประโยชน์ทางการแพทย์สูงและประเทศไทยมีสภาพภูมิประเทศที่เหมาะสมแก่การปลูก แต่ต้องมีการเข้มงวดด้านการปลูก การควบคุมกำกับตามกฎหมาย ป้องกันการนำไปใช้ในทางที่ผิด	1
เป็นยาทางเลือกที่ที่น่าสนใจ หากนำมาใช้ได้จริงก็จะเป็นประโยชน์มีตัวเลือกในการใช้ยามากขึ้น แต่บุคลากรต้องมีความรู้อย่างเพียงพอจริง	1
ผลิตในประเทศราคาถูก และมีประโยชน์ในการรักษาโรคหลายชนิด	1
ผู้ป่วยบางคนอาจจำเป็นต้องใช้ยา กัญชา	1
เพราะกัญชาสามารถเป็นยารักษาได้อีกมากมาย	1
เพราะใช้ยาสมุนไพรในประเทศ	1

ตารางที่ 15 เหตุผลที่เภสัชกรเห็นด้วยต่อการที่ประเทศไทยจะมีการใช้กัญชาทางการแพทย์ (ต่อ)

เหตุผล	จำนวน (คน)
เพราะในผู้ป่วยบางกลุ่มมีความจำเป็นต้องใช้จริง เพื่อบรรเทาอาการป่วยและเพิ่มคุณภาพชีวิต แต่ควรมีการให้ข้อมูลกับกลุ่มผู้ป่วยบางกลุ่มที่ไม่มีความจำเป็นต้องใช้แต่อยากใช้	1
เพราะเป็นทางเลือกในการรักษา กรณีรักษาหลักทุกทางไม่ได้ผล แต่ควรมีแนวทางกฎหมายที่เข้มขันเพื่อไม่ให้เกิดการใช้ในทางที่ผิด	1
เพราะเป็นทางเลือกในการรักษาตามแผนการรักษาในปัจจุบันแล้วไม่ได้ผล และเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วย	1
เพราะเป็นทางเลือกในการรักษา แต่ควรมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เหมาะสมและมากพอที่สามารถนำไปให้คำแนะนำ รวมถึงการพิจารณาการเข้าร่วมกับยาแผนปัจจุบันได้อย่างเหมาะสม	1
เพราะเป็นทางเลือกในการรักษาที่ต้องอยู่ในการควบคุมผู้เชี่ยวชาญและจำกัดในกรณีจำเป็น	1
เพราะเป็นทางเลือกในการรักษาในผู้ป่วยมะเร็ง	1
เพราะเป็นทางเลือกในการรักษา เพราะมีผู้ป่วยบางส่วนซื้อใช้เองอยู่แล้ว แต่ไม่ได้ถูกต้องตามกฎหมาย อยากให้ผู้ป่วยได้รับผลิตภัณฑ์ที่ดีมีคุณภาพ	1
เพราะเป็นทางเลือกในการรักษาสำหรับผู้ที่ไม่ตอบสนองต่อยาแผนปัจจุบัน แต่ควรต้องมีการควบคุมการใช้เช่นเดียวกับยาเสพติดให้โทษอื่นๆ เช่น morphine และควรสั่งใช้เฉพาะในโรงพยาบาลซึ่งสามารถควบคุมและติดตามได้	1
เพราะเป็นทางเลือกในการรักษาสำหรับผู้ที่ไม่ตอบสนองต่อยาแผนปัจจุบัน และการใช้ใน palliative care	1
เพราะเป็นทางเลือกในการรักษา หรือหากมีข้อมูลทางคลินิกที่ชัดเจนสามารถนำมาใช้ได้อย่างปลอดภัย จะเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงยาของผู้ป่วยได้	1
เพราะเป็นทางเลือกในการรักษาให้กับผู้ป่วย แต่ต้องมีการบังคับใช้กฎหมาย เสรีทางการแพทย์ แต่ไม่เสรีในการครอบครองเนื่องจากประชาชนยังมีการปลูกกัญชาตามบ้านเรือน และอาจเป็นช่องทางในการหาผลประโยชน์สำหรับคนบางกลุ่ม	1
เพราะเป็นทางเลือกในการรักษา ให้มีการศึกษาวิจัยอย่างแพร่หลาย	1
เพราะเป็นทางเลือกใหม่ในการรักษา และทำให้มีการศึกษากัญชาทางการแพทย์ได้อย่างชัดเจน เรื่องประสิทธิภาพการรักษาโรค	1
เพราะมีหลักฐานเชิงประจักษ์ในกลุ่มโรคที่สามารถใช้กัญชาทางการแพทย์รักษาได้ แต่ต้องรักษาด้วยวิธีมาตรฐานแล้วไม่ได้ผล จึงจะมาใช้กัญชาทางการแพทย์	1
เพราะโรคบางโรคจำเป็นต้องใช้กัญชาในการรักษา ซึ่งควรมีกัญชาเป็นหนึ่งในยาทางเลือกสำหรับการใช้	1
เพราะสามารถช่วยผู้ป่วยบางกลุ่มมีความจำเป็นต้องใช้และเป็นทางเลือกในการรักษา แต่ควรมีกำกับติดตามการใช้ที่ดี	1

ตารางที่ 15 เหตุผลที่เภสัชกรเห็นด้วยต่อการที่ประเทศไทยจะมีการใช้กัญชาทางการแพทย์ (ต่อ)

เหตุผล	จำนวน (คน)
เพิ่มทางเลือกในการรักษาแต่ควรวางระบบควบคุมติดตามให้ชัดเจน และไม่ให้ประชาชนนำไปใช้ในทางที่ผิด	1
เพื่อการวิจัยพัฒนาสมุนไพรในประเทศให้มีการนำมาใช้ประโยชน์เพิ่มขึ้น	1
เพื่อควบคุมการให้ยาให้ปลอดภัยกับผู้ป่วย	1
เพื่อใช้รักษาโรค/ภาวะที่มีหลักฐานทางวิชาการยืนยันว่าสามารถใช้กัญชารักษาได้ แต่ต้องวางระบบเพื่อป้องกันการนำไปใช้ในทางที่ผิดอย่างรอบคอบ รัดกุม	1
เพื่อนพัฒนาทางเลือกการรักษาทั้งนี้ต้องมีการควบคุมที่ดีกว่าเดิม	1
เพื่อนำกัญชามาใช้ทางการแพทย์กับกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะราย แต่ต้องมีเกณฑ์ควบคุมการใช้อย่างเข้มงวดเพื่อป้องกันการนำกัญชาไปใช้ในทางที่ผิด พร้อมทั้งให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไป	1
เพื่อนำมาใช้รักษาเอกราเฉพาะส่วนที่เกิดประโยชน์ แต่ระบบการควบคุมต้องจริงจัง ไม่จำเป็นต้องเร่งเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในเรื่องจำนวนผู้ป่วย	1
เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้ ภายใต้การดูแลของผู้ประกอบวิชาชีพ	1
เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์และในกรณีที่ไม่สามารถหาสิ่งใดทดแทนได้	1
เพื่อเป็นทางเลือกในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งหรือผู้ป่วยระยะสุดท้าย	1
เพื่อเป็นทางเลือกใหม่ๆ และเป็นการลดค่าใช้จ่ายของประเทศ	1
เพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงกัญชาที่ถูกต้องตามกฎหมาย	1
เพื่อมุ่งสู่การค้นพบประโยชน์ที่แท้จริงทางการแพทย์	1
เพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงกัญชาที่เป็นพืชสมุนไพรได้อย่างปลอดภัย และมีความรู้	1
เพื่อให้มีหลักฐานเชิงประจักษ์และการนำมาใช้ในทางที่ถูกต้องและมีประโยชน์ทางการแพทย์	1
มีการควบคุมอย่างรัดกุม แนวทางชัดเจนไม่มีการใช้โดยทั่วไป	1
มีการวิจัยประสิทธิผลในการรักษา แต่ควรสนับสนุนการวิจัยในข้อบ่งใช้เพิ่มเติม	1
มีข้อมูลจากการใช้ยาในผู้ป่วยมะเร็ง แล้วพบว่าเมื่อมีการใช้กัญชาาร่วมด้วยกับการรักษาแผนปัจจุบันแล้วอาการและคุณภาพชีวิตดีขึ้น	1
มีข้อมูลและงานวิจัยที่สนับสนุนการใช้กัญชาแล้วมีประสิทธิผล อีกทั้งยังเป็นทางเลือกในการรักษาให้กับผู้ป่วยได้อีก	1
มีคนจำนวนมากใช้กัญชาเพื่อรักษาโรครอยู่แล้ว แต่ผลิตภัณฑ์ที่ใช้ไม่ทราบแหล่งที่มา ความปลอดภัย ปริมาณสารสำคัญ การนำมาใช้แบบถูกต้องในระบบจะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยมากขึ้น	1
มีทางเลือกในการรักษามากขึ้น แต่ต้องมีการควบคุมการใช้เหมือนยา morphine	1
มีประโยชน์ทางการแพทย์ทดแทนยาแผนปัจจุบันและเสริมยาแผนปัจจุบัน	1

ตารางที่ 15 เหตุผลที่เภสัชกรเห็นด้วยต่อการที่ประเทศไทยจะมีการใช้กัญชาทางการแพทย์ (ต่อ)

เหตุผล	จำนวน (คน)
มีประโยชน์ทางการแพทย์ในบางโรค	1
มีประโยชน์ เป็นยาทางเลือกที่สามารถนำมาใช้รักษาโรคที่ได้รับการรับรองและในอนาคตอาจมีการศึกษาและรับรองให้ใช้เป็นตัวเลือกในการรักษาโรคอื่นเพิ่มเติม	1
มีหลักฐานการวิจัยที่แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพ ในหลายโรคที่ยาแผนปัจจุบันยังรักษาไม่ได้ หรือได้ผลไม่ดีเท่ากัญชา	1
เมื่อใช้เฉพาะการแพทย์เท่านั้น เสมือนยาชนิดอื่นที่ต้องผ่านกระบวนการต่างๆในการขึ้นทะเบียน	1
เมื่อมีประโยชน์กับผู้ป่วยในบางกรณี แต่ต้องทำให้ปลอดภัย รัดกุม การจัดตั้งคลินิกควรเริ่มต้นที่ความร่วมมือทุกด้าน บุคลากรพร้อม ไม่ควรเร่งรีบให้มีโดยที่ไม่พร้อม	1
เมื่อมีมาตรฐานควบคุมการใช้ที่ต่อยอดความเสี่ยงต่างๆ ได้เหมือนการใช้ Morphine pethidine ซึ่งมีการใช้มายาวนาน	1
รักษาอาการที่หายากจากการใช้ยาแผนปัจจุบัน	1
รักษาอาการป่วยที่มีหลักฐานชัดเจน และ palliative care	1
ลดปัญหาการใช้กัญชาใต้ดินที่ไม่ทราบแหล่งที่มาทั้งการผลิตและการปลูก และบุคลากรทางการแพทย์สามารถติดตามถึงประสิทธิผลและผลข้างเคียงจากการใช้ยาได้	1
ควรให้มีการใช้ในรายที่จำเป็น	1
สามารถช่วยบรรเทาความเจ็บป่วยของคนไข้ได้	1
สำหรับผู้ป่วยที่เข้ากันยากไม่ได้ผล ถือเป็นทางเลือกที่ดี และผู้ป่วย palliative ที่ต้องดูแลระยะสุดท้ายเพื่อลดความเจ็บปวดทรมานของผู้ป่วย	1
สำหรับผู้ป่วยที่เข้ายาแผนปัจจุบันไม่ได้ผล	1
หากการนำมาใช้แล้วเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย โดยต้องมีงานวิจัยรองรับตามมาตรฐานก่อนการใช้ เหมือนยาอื่นๆ	1
หากต้องมีการใช้จริงๆ ก็ควรมีกฎหมายที่ชัดเจนรัดกุม และควรมีกฎหมายคุ้มครองบุคลากรทางการแพทย์ไม่ให้โดนข่มขู่จากผู้ต้องการใช้กัญชาในทางที่ผิดให้ชัดเจนด้วย	1
หากนำมาใช้เฉพาะรายที่ได้ประโยชน์ในการใช้มากกว่าโทษ	1
1.หากนำมาใช้ในผู้ป่วยที่เป็นโรคที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าสามารถรักษาและบรรเทาอาการได้ 2.ใช้เป็นกรณีรักษาด้วยยาอื่นไม่ได้ผล 3.อยู่ในการดูแลควบคุม/ติดตามอาการและอาการข้างเคียงจากแพทย์อย่างใกล้ชิด	1

ตารางที่ 15 เหตุผลที่เภสัชกรเห็นด้วยต่อการที่ประเทศไทยจะมีการใช้กัญชาทางการแพทย์ (ต่อ)

เหตุผล	จำนวน (คน)
หากมีการพัฒนาและนำมาใช้ในทางที่ถูกต้อง แต่มีการจำกัดการใช้ในทางการแพทย์จริงๆ เพราะอาจมีการนำไปใช้ในทางที่ผิดเป็นสารเสพติดหรือผลประโยชน์ทางการค้ามากกว่า หากมีการใช้แบบเสรีในบุคคลที่ไม่มีความรู้ ไม่มีการควบคุม จะก่อให้เกิดความเสียหายมากกว่าประโยชน์	1
หากมีประโยชน์และเป็นทางเลือกสำหรับคนที่มีความจำเป็นต้องใช้ แต่ต้องใช้อย่างสมเหตุผล	1
หากมีผลการทดลองทางการแพทย์ที่เห็นผลชัดเจน และผลเสียด้านอื่น ๆ น้อย	1
หากมีผู้รับผิดชอบคลินิกในสถานพยาบาลที่มีความพร้อม	1
หากมีระบบการควบคุมดูแลอย่างชัดเจน ทั้งผู้สั่งใช้ยา และผู้ใช้ยา เพราะในความจริงกัญชาไม่ได้มีผลในเชิงบวกกับทุกโรคที่คนในสังคมเข้าใจ เช่นโรคทางจิตเวช ชาวบ้านเชื่อว่ากัญชาสามารถรักษาได้ แต่ในความจริงไม่มีผลการศึกษาไหนที่ได้ผลเป็นเชิงบวกในการนำกัญชามารักษาจิตเวช	1
หากมีระบบการจัดการและการติดตามผลจากการใช้ยาที่เหมาะสม	1
หากมีหลักฐานยืนยันประสิทธิภาพชัดเจน แต่ต้องควบคุมและให้ความรู้ที่ถูกต้องกับประชาชน ไม่ควรโอ้อวดสรรพคุณเกินจริง	1
อาจเกิดนวัตกรรมในวงการแพทย์สำหรับโรคที่ไม่มียารักษาและเป็นการพึ่งพาตนเองในประเทศ	1
โอกาสที่ได้ใช้ประโยชน์ในเด็กที่เป็นลมชักที่รักษายาก หรือปอกประสาทเสื่อม	1

5.2.2 กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เห็นด้วยต่อการที่ประเทศไทยจะมีการใช้กัญชาทางการแพทย์ มีจำนวน 94 คน โดยมีเหตุผลประกอบ ดังแสดงในตารางที่ 16

ตารางที่ 16 เหตุผลที่เกษตรกรไม่เห็นด้วยต่อการที่ประเทศไทยจะมีการใช้กัญชาทางการแพทย์

เหตุผล	จำนวน (คน)
อาจมีการนำไปใช้ในทางที่ผิดมากขึ้น	6
กฎหมายในการควบคุมการผลิต จัดจำหน่าย นำเข้าส่งออกของไทยยังไม่เข้มแข็ง ปัจจุบันพบเห็นการปลูกตามครัวเรือนอย่างผิดกฎหมายกันมาก และความเข้าใจการใช้อย่างผิดวิธีผิดวัตถุประสงค์	1
กฎหมายรองรับยังไม่ครอบคลุม ข้อมูลยังไม่เพียงพอ	1
กระบวนการนำไปใช้ยังไม่ชัดเจน เสี่ยงต่อการนำไปใช้ในทางที่ผิด	1
กลัวถูกนำไปใช้ในทางที่ผิดมากกว่า และการนำกัญชามาใช้ทางการแพทย์น่าจะเพื่อประโยชน์ของนักการเมืองบางกลุ่ม ที่ปลูกกัญชาไว้แถบภาคอีสาน/ประเทศเพื่อนบ้าน มากกว่าตั้งใจนำมาพัฒนาเพื่อประชาชน	1
กังวลในการดูแล การรักษาผู้ป่วยอาจขาดความต่อเนื่อง หากผู้ป่วยไม่เข้าใจถึงประโยชน์และโทษ อาจนำไปสู่การใช้ในทางที่ผิด และจะเกิดอันตรายขึ้นได้	1
กัญชาทางการแพทย์ทำให้เกิดการใช้ยาในทางที่ผิด เพราะเมื่อมีเคสใช้ยาจะเกิดการติดยา กัญชาในตลาดมืดจะมีมากขึ้น	1
กัญชาในประเทศไทยยังไม่มีการผลิตที่ควบคุมมาตรฐานที่มีฤทธิ์การรักษาที่แน่นอน ประชาชนยังขาดความเข้าใจในการใช้ที่ถูกต้อง ปลอดภัย	1
กัญชายังมีหลักฐานการใช้ที่ไม่แน่นอน และใช้เป็นทางเลือกในการรักษาสุดท้าย ซึ่งการใช้กัญชาอาจเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดอาการไม่พึงประสงค์และการใช้ยาในทางที่ผิดได้ ซึ่งอาจเป็นโทษมากกว่าประโยชน์และยังเพิ่มภาระงานให้แก่บุคลากร	1
การผลิต การสกัด มีข้อจำกัด ราคาแพง ผลิตภัณฑ์ผิดกฎหมายมีมาก ควบคุมยาก	1
การศึกษายังไม่เป็นที่ชัดเจนว่าเมื่อนำมาใช้จริงแล้วจะเกิดประโยชน์หรือโทษมากกว่ากัน	1
ขณะนี้ยังมีข้อมูลสนับสนุนการรักษาค่อนข้างน้อย ประชาชนยังมีความเข้าใจเรื่องกัญชาที่ไม่ถูกต้อง ส่วนใหญ่ใช้เพื่อสันทนาการ	1
ข้อมูลการนำมาใช้การวิจัยที่น่าเชื่อถือยังไม่ค่อยแน่ชัดและความเข้าใจในการนำไปใช้ที่ถูกต้องของประชาชนไม่ค่อยมี	1
ข้อมูลเรื่องประสิทธิภาพและความปลอดภัยที่มีในตอนนี้ยังไม่เพียงพอและยังไม่ค่อยมีหลักฐานเชิงประจักษ์มากพอ	1
ควบคุมการใช้ค่อนข้างยากบางทีก็เป็นเรื่องยากที่ประชาชนจะเข้าใจวิธีใช้อย่างถูกต้อง นำมาสู่ปัญหาการใช้ยาในทางที่ผิดได้ง่าย	1

ตารางที่ 16 เหตุผลที่เภสัชกรไม่เห็นด้วยต่อการที่ประเทศไทยจะมีการใช้กัญชาทางการแพทย์ (ต่อ)

เหตุผล	จำนวน (คน)
ควรจะมีการศึกษาวิจัยให้เห็นผลดีผลเสีย รวมถึงผลการรักษาที่ใช้กับโรคใดได้บ้าง แล้วจึงนำมาตัดสินใจอีกครั้งว่าควรนำมาใช้ทางการแพทย์หรือไม่	1
ควรมีการศึกษาวิจัยที่รองรับให้ชัดเจนมากกว่านี้ก่อน รวมถึงตำรับยาที่ควรได้รับการ approved ก่อนนำมาใช้ ถึงแม้ว่าจะเป็นกรณีทางเลือกหรือการรักษาเสริมก็ตาม ในการปฏิบัติงานจริงของบุคลากรทางการแพทย์กับการดูแลผู้ป่วยที่ทดลองใช้ยากัญชา ยังไม่มีความเชี่ยวชาญ และความเชี่ยวชาญน่าจะยังไม่เกิดขึ้นกับข้อมูลต่างๆที่ยังไม่ชัดเจนได้	1
คิดว่าการใช้อย่างเปิดกว้าง อาจมีผลให้การเข้าถึงยาและนำไปใช้อย่างไม่ถูกต้องเป็นไปได้ง่ายขึ้น	1
คิดว่าเป็นแค่นโยบายเร่งด่วนที่ออกมาจากกลุ่มที่มีผลประโยชน์ ประเทศมีมาตรการควบคุมดูแล สกัด ปลุก และใช้ในระดับนโยบายและงานที่ออกสื่อเท่านั้น การใช้ประโยชน์จริงกับผู้ป่วยดูว่าจะเกิดประโยชน์ไม่เท่ากับการนำเสนอผลงานวิชาการ ประชาชนบางกลุ่มไม่เข้าใจทำให้เกิดปัญหาการใช้ในทางที่ผิด การแสวงหาเพื่อนำมาใช้โดยที่ตนเองไม่ได้อยู่ในกลุ่มผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้	1
จากข้อบ่งใช้ของกัญชายังไม่แน่ใจว่าผู้ป่วยจะได้รับผลประโยชน์มากกว่าโทษ เนื่องจากข้อบ่งใช้ยังสามารถใช้ยาแผนปัจจุบันอื่นทดแทนได้ และยังไม่ทราบถึงผลกระทบต่อสังคมหากมีการผลักดันการใช้	1
ด้วยสภาพสังคมในปัจจุบัน การเข้าถึงข้อมูลและยามีมากขึ้น แต่คนส่วนใหญ่ยังไม่รู้ข้อมูลอีกด้าน เช่น ผลข้างเคียง ผลกระทบต่อสุขภาพ สังคม มีแนวโน้มทำให้เสพติดมากกว่าการนำไปใช้ประโยชน์	1
จำเป็นต้องทำเนื่องจากเป็นนโยบาย	1
แต่หากเป็นนโยบายก็ต้องทำตามและทำในบทบาทหน้าที่ที่ควรทำให้เต็มที่และมีประสิทธิภาพ	1
ถ้ายังเห็นประโยชน์ไม่ชัดเทียบกับความเสี่ยง และยังคงคุมเข้มถึง serial number เพราะเป็นยาเสพติดก็ทำให้ไม่อยากใช้หรือต้องใช้อย่างจำกัดวง เช่น รพศ., รพท. เป็นต้น	1
ทำให้ผู้คนเสพติด และเข้าถึงง่ายขึ้น	1
ทำให้แพร่หลายและหาได้ง่ายขึ้น กรณีนอกระบบที่ควบคุมไม่ดี	1
ไม่เห็นด้วยที่จะเอามาใช้ทั่วประเทศ แต่เห็นด้วยหากจะมีการนำมาใช้ในคนไข้ของแพทย์ผู้ที่มีความเชี่ยวชาญและสนใจจะใช้กัญชา เพราะหากผู้ที่นำกัญชามาใช้ยังไม่มีความเชี่ยวชาญ จะส่งผลให้การรักษาที่ไม่มีประสิทธิภาพ รวมไปถึงหากสั่งใช้โดยไม่ระมัดระวังอาจจะมีปัญหาการติดกัญชาตามมาได้ หรืออาจจะก่อให้เกิดปัญหาทางสังคมอื่นๆตามมาได้	1
นโยบายกัญชาทางการแพทย์เป็นผลพวงจากนโยบายทางการแพทย์ที่ต้องการผลักดันกัญชาให้ถูกกฎหมาย โดยไม่ดูบริบทและสถานการณ์สาธารณสุขในปัจจุบัน	1
น่าจะมีการศึกษาวิจัย เตรียมความพร้อมของทุกภาคส่วนให้พร้อมกว่านี้ ไม่ใช่เร่งทำเพื่อสนองนโยบาย	1

ตารางที่ 16 เหตุผลที่เภสัชกรไม่เห็นด้วยต่อการที่ประเทศไทยจะมีการใช้กัญชาทางการแพทย์ (ต่อ)

เหตุผล	จำนวน (คน)
การนำไปใช้ในกลุ่มคนที่มี 4 ข้อบ่งชี้ที่ได้ประโยชน์ซึ่งหลักฐานการวิจัยยังไม่หนักแน่น และประโยชน์ของกัญชาก็ไม่ได้เหนือกว่ายาหลัก	1
เนื่องจากการศึกษาเกี่ยวกับกัญชายังไม่มีมากพอเมื่อเทียบกับยาชนิดอื่นๆ ประกอบกับการใช้กัญชาอาจทำให้เกิดการฉ้อโกงในทางที่ผิด เนื่องจากประเทศไทยเป็นประเทศที่ประชาชนเข้าถึงยาได้ง่าย	1
เนื่องจากการศึกษาประสิทธิภาพของกัญชาที่ใช้ทางการแพทย์ในทุกภาวะโรคนั้น พบว่ามีประสิทธิภาพไม่ชัดเจน และมักใช้เป็นทางเลือกสุดท้ายของการรักษา โดยมียาที่เป็น first line ที่มีประสิทธิภาพอยู่แล้วไม่จำเป็นต้องใช้กัญชา	1
เนื่องจากข้อบ่งชี้ของกัญชากับอาการป่วยหรือโรคไม่ชัดเจน รวมไปถึงกฎหมายบังคับใช้เพื่อควบคุมการใช้ไม่เคร่งครัดอาจเกิดผลเสียมากกว่าผลดี	1
เนื่องจากเงื่อนไขของผู้ป่วยที่หลากหลาย ทำให้มีเกณฑ์ที่เหมาะสมค่อนข้างจำกัด และการส่งเสริมที่ไม่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจนทั้งด้านของแนวทางการปฏิบัติ	1
เนื่องจากปัจจุบันข้อมูลทางวิชาการและขนาดยาที่ใช้ในการรักษา ยังมีไม่เพียงพอ ทำให้ยังไม่สร้างความมั่นใจของบุคลากรทางการแพทย์ในการสั่งใช้ และมีปัญหาการใช้กัญชาในทางที่ผิดที่มีมากขึ้น มีผลกระทบต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์ที่ต้องเฝ้าระวัง ADR มากขึ้นด้วย	1
เนื่องจากผู้ป่วยในประเทศค่อนข้าง low education การอธิบายหลักการใช้อาจไม่สามารถป้องกันนำไปใช้ในทางที่ผิดทั้งต่อตนเองและต่อสังคมรอบข้างได้ รวมถึงประสิทธิภาพยังไม่ชัดเจน การนำไปใช้อาจทำให้เกิดผลเสียมากกว่าผลดีหากไม่ระมัดระวังเพียงพอ	1
เนื่องจากมาตรฐานการผลิตให้ได้สารสกัดที่ได้ขนาดสารสำคัญที่เป็นประโยชน์ทางการแพทย์ยังไม่ได้มาตรฐานเทียบเท่ากับการผลิตยาอื่นๆ ทำให้กำหนดขนาดยาในการใช้ที่เหมาะสมยาก อาจเกิดผลข้างเคียงกับผู้ป่วยได้	1
เนื่องจากมียาที่สามารถช่วยด้าน supportive care ที่มีข้อมูลการศึกษชัดเจน ใช้อยู่แล้ว ซึ่งกัญชาเองก็อาจจะต้องใช้เวลาในการศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องของความปลอดภัย คิดว่าควรมีหลักฐานที่ชัดเจนมากกว่านี้ก่อนนำมาใช้	1
เนื่องจากมีโอกาสนำกัญชาไปใช้ในทางที่ผิดสูง และมีโอกาสติดยา	1
เนื่องจากยังมีความพร้อมน้อยและมีทางใต้ดินเยอะ	1
เนื่องจากยังไม่มีการศึกษาทางคลินิกในการรักษาที่แน่ชัด 100% ในประสิทธิภาพการรักษาและแต่ละสายพันธุ์มีปริมาณ THC และ CBD ไม่เท่ากัน ขนาดยาที่ให้ไม่แน่นอน	1
เนื่องจากระบบสาธารณสุขไทยเรามีการใช้ยาเสพติดกลุ่มที่ทราบการออกฤทธิ์ที่ชัดเจนและมียาต้านพิษ เช่น morphine , pethidine แล้ว ส่วนกัญชาคิดว่าการออกฤทธิ์หลากหลายเกินไป	1
เนื่องจากหากยาอยู่ในมือผู้ป่วยแล้ว มีวัยรุ่นในบ้านอาจจะนำไปใช้ในทางที่ผิดได้	1

ตารางที่ 16 เหตุผลที่เภสัชกรไม่เห็นด้วยต่อการที่ประเทศไทยจะมีการใช้กัญชาทางการแพทย์ (ต่อ)

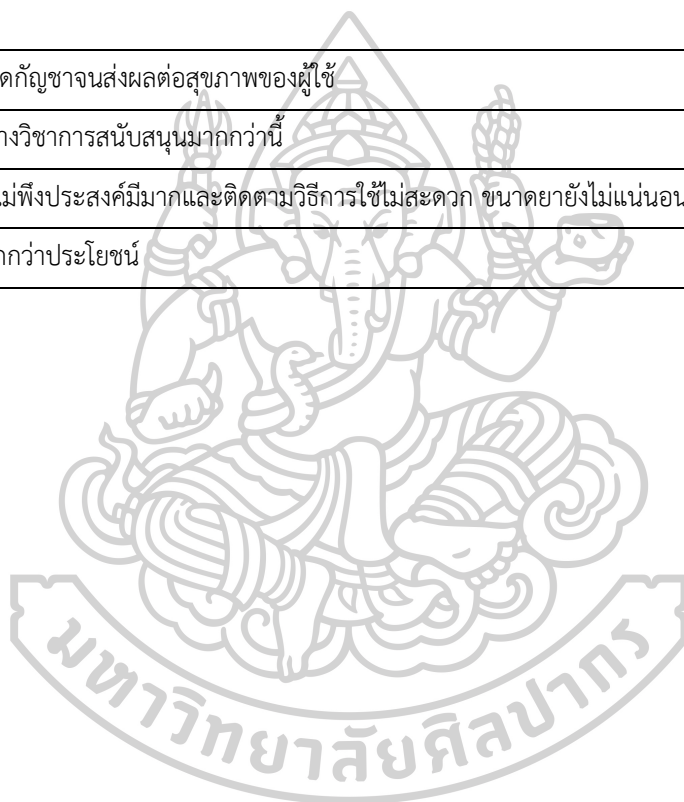
เหตุผล	จำนวน (คน)
ในมิติขอผลกระทบเชิงสังคม การควบคุมด้านการใช้ในทางที่ผิด การเกิดอาชญากรรม มาตรการต่างๆ เหล่านี้ยังมองไม่เห็นภาพการควบคุมที่ชัดเจน เนื่องจากจริงๆ ปัจจุบันปฏิเสธไม่ได้ ว่ายังคงมีปัญหาเรื่องการควบคุมสารเสพติดอื่นๆไม่ได้ และมีการใช้ในวงกว้าง รวมถึงทำให้มี ปัญหาด้านอาชญากรรมต่างๆมากมาย พบได้ตั้งแต่วัยเด็กขึ้นไป	1
บุคลากรทางการแพทย์ยังมีความรู้ไม่ทุกคน	1
ประชาชนจะเข้าใจว่ากัญชาสามารถใช้ได้ทั่วไปตามการบอกเล่าของหมอพื้นบ้าน ทำให้ประชาชน ถูกหลอกลวงได้ และทำให้คนติดกัญชามากขึ้น และเป็นยาทางเลือกที่มีผลข้างเคียงมาก	1
ประชาชนทั่วไปยังมองค้ความรู้ไม่เพียงพอและเป้าหมายผู้ป่วยที่จะใช้รักษายังเป็นแค่เฉพาะกลุ่ม มีจำนวนไม่มากที่จะผลิตออกมาแบบ mass product	1
ประชาชนยังไม่มีวุฒิภาวะต่อการดูแลตนเองในการใช้ยา	1
ประชาชนหรือผู้ป่วยมักจะเข้าถึงข้อมูลกัญชาไม่ครบถ้วน ส่วนใหญ่จะเข้าถึงข้อมูลเฉพาะด้านดี หรือเข้าใจว่าเป็นยาวิเศษที่รักษาได้ทุกอย่าง และไม่มีอาการข้างเคียง จึงปฏิเสธการเข้าถึงยาแผน ปัจจุบันและเสียโอกาสในการรักษาโรค ถ้าจะให้เกิดคลินิกกัญชาควรมีการควบคุมคลินิกกัญชาที่ ชัดเจน	1
ประเทศไทยต้องเตรียมและศึกษาวิจัยให้มากกว่านี้ และระบบที่ดีมีการให้ความรู้ที่ครบถ้วน	1
ประเทศไทยมียาที่มีประสิทธิภาพจะมีผลการศึกษาเชิงประจักษ์มากกว่ากัญชา เช่น มอร์ฟิน อยู่ แล้ว ไม่จำเป็นต้องมีกัญชา เนื่องจากมีโทษมากกว่าประโยชน์ ข้อมูลการศึกษาก็มีน้อยมาก	1
ประเทศไทยมีระบบการควบคุมที่หลากหลาย	1
ประสิทธิภาพยังไม่ชัดเจน	1
ประสิทธิภาพยังไม่ชัดเจน ยุ่งยาก อาการข้างเคียงค่อนข้างเยอะ	1
เป็นช่องทางให้มีการนำกัญชามาใช้ในทางที่ผิดได้ง่าย ประโยชน์ทางการแพทย์มีที่ใช้น้อย เฉพาะ บางโรคเท่านั้น แต่มีความเสี่ยงในการแพร่กระจายของยาเสพติดในสังคมมากขึ้น ผลเสียมากกว่า ผลดี	1
ผลการวิจัยยังไม่ชัดเจน มีทั้งสนับสนุนและคัดค้าน มีอาการข้างเคียงมากทำให้ต้องติดตามถึง ส่งผล ต่อการตัดสินใจในการเลือกใช้กัญชาของแพทย์ผู้สั่งใช้ยา	1
ผลเสียมากกว่าผลดี	1
ผู้ป่วยมีความรู้ไม่เพียงพอในการนำไปใช้อย่างถูกต้อง อาจเกิดอาการข้างเคียงจากยาได้	1
ผู้รับบริการ/ประชาชนทั่วไป สามารถเข้าถึงกัญชาได้ง่ายนำไปสู่การใช้ยามิถุนานผิดวิธีได้	1
เพราะการใช้กฎหมายของประเทศไทยยังไม่เด็ดขาดเหมือนบางประเทศอาจนำไปใช้ในทางที่ผิดได้	1
เพราะกำกับดูแลการใช้ยาก และประสิทธิภาพก็ไม่ได้เห็นเด่นชัด	1
เพราะประโยชน์ยังน้อยกว่าอาการข้างที่อาจเกิดขึ้น	1

ตารางที่ 16 เหตุผลที่เภสัชกรไม่เห็นด้วยต่อการที่ประเทศไทยจะมีการใช้กัญชาทางการแพทย์ (ต่อ)

เหตุผล	จำนวน (คน)
เพราะประสิทธิภาพเมื่อเทียบกับยาที่มีอยู่หรือสมุนไพรอื่นยังต่ำ และต้นทุนการผลิตหรือการควบคุมลำบาก	1
เพราะผลข้างเคียงเยอะ และประสิทธิภาพในการรักษาต่อยกกว่ายา first line	1
เพราะไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แน่ชัด Risk > Benefit	1
เพราะยังไม่มี การปูพื้นทางความคิดให้กับประชาชนก่อน.	1
เพราะยังไม่มีหลักฐานทางวิชาการรองรับชัดเจนในเรื่องประสิทธิภาพและอาการไม่พึงประสงค์ อีกทั้งยังเสี่ยงต่อผลข้างเคียงจากกัญชา	1
เพราะยังไม่เห็นถึงประโยชน์ที่ชัดเจน	1
เพราะว่าเพิ่มความเสี่ยงต่อระบบประสาททางจิตและอารมณ์พฤติกรรมได้ในระยะยาว	1
เพราะอาจควบคุมกัญชาชนิดการใช้แบบอื่นไม่ได้	1
เพราะ guideline ก็ยังมีไม่ชัดเจน การศึกษาก็ยังไม่เยอะ	1
ภาระงานเยอะมาก แต่มีเภสัชกรจำนวนน้อยในโรงพยาบาล	1
มียาที่สามารถรักษาแล้วได้ผลอยู่แล้ว ไม่จำเป็นต้องใช้ยากัญชา เพราะยังไม่แน่ใจในเรื่องผลข้างเคียง	1
ยังมียาชนิดอื่นที่ใช้ทดแทนกัญชาได้และมีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาใกล้เคียงกับกัญชาได้รับการขึ้นทะเบียนยาเรียบร้อยแล้ว	1
ยังมียาที่มีประสิทธิภาพอื่นๆ รักษาโรคต่างๆ ได้อยู่ ยกเว้น จะมีงานวิจัยในมนุษย์ที่พิสูจน์ได้ว่ากัญชาสามารถรักษาโรคที่ยังไม่มียารักษาได้ เช่น มะเร็ง	1
ยังไม่มีข้อกำหนดทางกฎหมายที่รัดกุมในการควบคุมการใช้มากพอ	1
ยังไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับขนาดการรักษาในแต่ละโรคที่ชัดเจน และยังไม่มีการศึกษาเรื่องอันตรกิริยาระหว่างยา และพิษจากการใช้ยาที่ชัดเจน	1
ระบบการควบคุมการใช้ในทางที่ผิดของไทยยังไม่ดีพอ ประกอบกับความตระหนักและความรับผิดชอบต่อสังคมในไทยยังไม่ดีพอสังเกตได้จากการมีน้ำมันกัญชาเถื่อนขายมากมายหลังจากมีข่าวจะปลดล็อก และควรมีความชัดเจนของปริมาณสารสกัดและขนาดการใช้	1
ระบบยังไม่ครอบคลุมในด้านที่ป้องกันการนำไปใช้ในทางที่ผิด	1
สถานการณ์กัญชาในไทยตอนนี้ไม่ได้มุ่งไปทางการแพทย์ ความรู้เรื่องขนาดที่แน่ชัดยังมีน้อยและไม่แพร่หลาย	1
เสี่ยงต่อการนำไปใช้ในทางที่ผิดมากกว่าจะเกิดประโยชน์	1
เสี่ยงต่อการเสพติด ประสิทธิภาพการรักษาไม่ชัดเจน เสี่ยงต่อการนำไปใช้ผิดวิธี คนเข้าใจผิดคิดว่า เป็นยาฝิ่นบอกรักษาได้ทุกโรค	1

ตารางที่ 16 เหตุผลที่เภสัชกรไม่เห็นด้วยต่อการที่ประเทศไทยจะมีการใช้กัญชาทางการแพทย์ (ต่อ)

เหตุผล	จำนวน (คน)
หลักฐานการวิจัยไม่หนักแน่นพอแม้ในต่างประเทศเอง อีกทั้งยังเป็นยาทางเลือกที่มียาแผนปัจจุบัน/แผนไทยตัวอื่นที่มีหลักฐานการวิจัยรองรับมากพออยู่ใช้ก่อนอยู่แล้ว และกฎหมายประเทศไทยไม่เข้มแข็งมากพอที่จะเอาผิดผู้นำกัญชาไปใช้ในทางที่ผิด	1
หากไม่มีการควบคุมที่ดีพอจะทำให้กัญชารั่วไหลออกจากระบบสาธารณสุข ทำให้เกิดการใช้ในทางที่ผิดได้	1
หากยังควบคุมการใช้ในทางที่ผิดไม่ได้ กฎหมายและข้อบังคับที่สามารถบังคับใช้ได้จริงก็อาจมีการใช้ในทางที่ผิดได้	1
อนาคตอาจมีคนติดกัญชาจนส่งผลต่อสุขภาพของผู้ใช้	1
อยากให้มีข้อมูลทางวิชาการสนับสนุนมากกว่านี้	1
โอกาสเกิดอาการไม่พึงประสงค์มีมากและติดตามวิธีการใช้ไม่สะดวก ขนาดยายังไม่แน่นอน	1
เกิดความเสี่ยงมากกว่าประโยชน์	1



บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่อง “ความรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ของเภสัชกรโรงพยาบาลรัฐ” เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ของเภสัชกรโรงพยาบาลรัฐ ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการแจกให้เภสัชกรโรงพยาบาลรัฐทุกสังกัดและทุกระดับทั่วประเทศ 1,055 แห่ง แห่งละ 2 ชุดและได้รับแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์เพียงพอที่สามารถใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลจำนวน 684 ชุด คิดเป็นร้อยละ 32.4 โดยเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน ถึง 31 กรกฎาคม 2563

สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเภสัชกรโรงพยาบาลรัฐในการศึกษานี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 70.8 อายุเฉลี่ย 37.4 ± 8.2 ปี มีระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับปริญญาตรี เภสัชศาสตรบัณฑิต 5 ปี ร้อยละ 40.4 ระยะเวลาในการทำงานเฉลี่ย 12.6 ± 8.5 ปี ซึ่งมีประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์โดยอยู่ในทีมให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ 56.6 และเคยเข้าร่วมการอบรมเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ 67.8 โดยส่วนใหญ่เข้าร่วมอบรมหลักสูตรการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ สำหรับบุคลากรทางแพทย์ ร้อยละ 55.1 และส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 87.6 อยู่ในเขตบริการสุขภาพที่ 1 ร้อยละ 14.5 รองลงมา คือ อยู่เขตบริการสุขภาพที่ 5 ร้อยละ 9.8 และเขตบริการสุขภาพที่ 9 ร้อยละ 9.4 ตามลำดับ และเป็นโรงพยาบาลนำร่องในการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ 24.8 โดยมีคลินิกกัญชาทางการแพทย์ร้อยละ 51.6

การประเมินความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ของเภสัชกรโรงพยาบาลรัฐ พบว่า ส่วนใหญ่เภสัชกรโรงพยาบาลรัฐมีความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 53) เมื่อเปรียบเทียบด้านความรู้ทั้ง 2 ด้าน พบว่า เภสัชกรส่วนใหญ่มีความรู้ด้านกฎหมายและการกำกับดูแลการใช้กัญชาทางการแพทย์ (ร้อยละ 87.1) สูงกว่าด้านเภสัชวิทยา (ร้อยละ 64.7) โดยด้านเภสัชวิทยา เภสัชกรส่วนใหญ่จะขาดความรู้ในเรื่ององค์ประกอบทางเคมี, ข้อบ่งใช้ในกลุ่มโรคที่มีหลักฐานทางวิชาการเชิงประจักษ์ และอาการข้างเคียงของกัญชา และในด้านกฎหมายและการกำกับดูแลการใช้กัญชาทางการแพทย์ เภสัชกรส่วนใหญ่จะขาดความรู้ในเรื่องการรับรองตำรับยาที่ให้เสพเพื่อรักษาโรคและศึกษาวิจัยได้

เมื่อประเมินด้านความคิดเห็นเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ พบว่า ส่วนใหญ่เภสัชกรโรงพยาบาลรัฐมีความคิดเห็นอยู่ในระดับที่ไม่แน่ใจกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ (ร้อยละ 49) โดยประเด็นที่เภสัชกรส่วนใหญ่ยังไม่แน่ใจ ได้แก่ เรื่องการลดประสิทธิภาพการทำงาน การเกิดอาการกรรรมเพิ่มขึ้น และไม่เป็นประตู่การใช้ยาเสพติดชนิดอื่นๆ ประเด็นที่ไม่เห็นด้วย ได้แก่ เรื่องการใช้กัญชาทางการแพทย์ไม่ทำให้ติด ไม่นำไปใช้ในทางที่ผิด และการไม่เพิ่มความเสี่ยงในเกิดอุบัติเหตุจากรถ และประเด็นที่เห็นด้วย ได้แก่ เรื่องประสิทธิผลในการรักษาและความปลอดภัยจากการใช้กัญชาทางการแพทย์ที่ถูกกฎหมาย และสนับสนุนให้กัญชาทางการแพทย์เป็นสิ่งที่ถูกกฎหมาย

การวิเคราะห์ข้อมูลหาความสัมพันธ์ที่ละตัวแปรอิสระ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ อายุ, ประเภทโรงพยาบาล, ระยะเวลาในการทำงาน, เขตสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงาน, การมีคลินิกกัญชาทางการแพทย์, การอยู่ในทีมให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์และประวัติการเข้าร่วมอบรมเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์

และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ อายุ, ระยะเวลาในการทำงาน, เขตสุขภาพที่ปฏิบัติงาน, การเป็นโรงพยาบาลนำร่องการให้บริการกัญชาทางการแพทย์, การมีคลินิกกัญชาทางการแพทย์, การอยู่ในทีมให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ และประวัติการเข้าร่วมอบรมเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแรกในการสำรวจความรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ของเภสัชกรโรงพยาบาลรัฐในประเทศไทย จากข้อมูลที่สำรวจพบว่าเภสัชกรโรงพยาบาลรัฐได้เข้าร่วมการอบรมเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ถึงร้อยละ 67.8 และส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 53) แต่เมื่อสอบถามความคิดเห็นกลับพบว่าเภสัชกรส่วนใหญ่ยังไม่แน่ใจกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ (ร้อยละ 49) ทั้งที่ส่วนใหญ่เห็นด้วยว่ากัญชาทางการแพทย์ปลอดภัยและมีประสิทธิผลในการรักษาเป็นทางเลือกสำหรับผู้ที่ไม่ตอบสนองต่อยาแผนปัจจุบัน และมีประโยชน์ในกลุ่มโรคที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ อีกทั้งยังช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตได้ โดยจะต้องอยู่ในการดูแลและติดตามความปลอดภัยจากทีมแพทย์อย่างใกล้ชิด และการส่งเสริมการใช้กัญชาทางการแพทย์จะทำให้มีการศึกษาวิจัยเพิ่มขึ้น

แต่ทั้งนี้เภสัชกรโรงพยาบาลรัฐเองยังไม่เห็นด้วยในแง่ของผลกระทบต่อสังคม จากกัญชาทางการแพทย์ที่ถูกกฎหมายทำให้ประชาชนเข้าถึงได้ง่ายขึ้น อาจเกิดโทษมากกว่าประโยชน์ได้ ซึ่ง

ประเด็นที่เภสัชกรโรงพยาบาลรัฐส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วย ได้แก่ การเสพติดกัญชา, การนำกัญชาไปใช้ผิดในทางที่ผิด, ประตุสู่การใช้ยาเสพติดชนิดอื่นๆ และการเกิดอุบัติเหตุจรรยาจร ซึ่งเกิดจากการจัดการเชิงนโยบายที่มาจากนโยบายทางการเมืองที่เร่งด่วน และการบังคับใช้กฎหมายในการควบคุมการใช้กัญชาทางการแพทย์ที่ยังไม่เข้มแข็งและครอบคลุม อีกทั้งข้อมูลทางวิชาการและการศึกษาประสิทธิผลของกัญชาในการรักษาที่จำกัด ยาหลักในแผนปัจจุบันยังมีประสิทธิภาพที่ดีกว่ากัญชาทางการแพทย์และความเสี่ยงในการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ จึงทำให้เกิดความไม่มั่นใจต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์ของบุคลากรทางการแพทย์ในทางปฏิบัติจริง และบุคลากรการแพทย์เองยังคงต้องการแนวทางการปฏิบัติในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ที่ชัดเจน

ข้อคิดเห็นเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่าแม้เภสัชกรโรงพยาบาลรัฐจะมีความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ดีแล้ว แต่ก็ยังมีความไม่มั่นใจต่อการใช้หรือไม่ต้องการตอบคำถามเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Joy Hwang และคณะ (2016) ที่พบว่า เภสัชกรในรัฐมินิโซต้ายังมีความกังวลและความไม่พร้อมให้คำแนะนำการใช้กัญชาทางการแพทย์ และยังต้องการฝึกอบรมและศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องข้อกฎหมายและเภสัชบำบัดของกัญชา (Cannabis-pharmacotherapy) [23] และการศึกษาของ Fiona Mitchell และคณะ (2016) ที่พบว่า เภสัชกรในแคนาดามีข้อกังวลในเรื่องข้อบ่งชี้ในการใช้กัญชา การค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้อง การมีข้อมูลอ้างอิงที่เชื่อถือได้ การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับผลข้างเคียงและปฏิกริยาระหว่างยา การจัดทำเอกสารการใช้กัญชาทางการแพทย์ และการรายงานผลข้างเคียงต่อกระทรวงสาธารณสุขของแคนาดา ซึ่งความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับกัญชาทางการแพทย์ถูกจำกัดจากการขาดความรู้หรือการฝึกอบรมที่เหมาะสม และหลักฐานเชิงประจักษ์ในการใช้กัญชาทางการแพทย์ ทำให้เกิดสภาพแวดล้อมการทำงานที่ยากลำบากสำหรับเภสัชกรในโรงพยาบาล [63] และสถานการณ์นี้ไม่เพียงแต่พบในเภสัชกรโรงพยาบาลรัฐเท่านั้น ยังพบในแพทย์ด้วย ซึ่งการศึกษาของ Anastasia Evanoff และคณะ (2017) ทำการศึกษาความพร้อมของแพทย์ในสหรัฐอเมริกาพบว่า แพทย์ร้อยละ 89.5 ไม่พร้อมที่จะสั่งใช้กัญชาทางการแพทย์ และร้อยละ 35.3 ไม่พร้อมที่จะตอบคำถามของคนไข้เกี่ยวกับกัญชา ซึ่งความไม่พร้อมนั้นเกิดจากการขาดความรู้และการศึกษาเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ [64] สอดคล้องการศึกษา Lindsey Philpot และคณะ (2019) ทำการสำรวจทัศนคติ ความเชื่อ และความรู้ของแพทย์ พบว่า ส่วนใหญ่เชื่อว่ากัญชาทางการแพทย์เป็นสิ่งที่ต้องทำให้ถูกกฎหมาย และยังไม่เชื่อว่ากัญชาทางการแพทย์จะปรับปรุงด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ อีกทั้งการขาดความรู้และข้อมูลงานวิจัยเป็นสิ่งที่ทำให้แพทย์ไม่พร้อมในการตอบคำถามเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์และต้องการศึกษาเพิ่มเติม [24] เช่นเดียวกับการศึกษาของปตพงษ์ เกษสมบูรณ์ (2020) ที่

พบว่าแพทย์ในประเทศไทยยังขาดประสบการณ์และความไม่มั่นใจในการสั่งใช้กัญชาทางการแพทย์ และขาดข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับประสิทธิภาพของกัญชา สิ่งเหล่านี้และการมีกฎระเบียบที่ยังยาก [65] อาจส่งผลให้มีการใช้ในสถานบริการภาครัฐที่น้อย

การศึกษาของสุริยัน บุญแท้ (2020) ในเรื่องการใช้กัญชาทางการแพทย์ในมุมมองของประชาชน พบว่า ส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ของกัญชาในประเด็นข้อบ่งใช้ เช่น กัญชารักษา มะเร็งได้, รักษาโรคนอนไม่หลับได้ เป็นต้น และข้อมูลเกี่ยวกับผลข้างเคียงหรืออันตรายจากการใช้กัญชา [66] ซึ่งทั้ง 2 ประเด็นนี้ เกสซ์กรโรงพยาบาลรัฐควรจะสามารถให้คำแนะนำที่ถูกต้องแก่ประชาชนได้ แต่จากการสำรวจกลับพบว่า เกสซ์กรโรงพยาบาลรัฐน้อยกว่าร้อยละ 40 ตอบถูกต้องในประเด็นดังกล่าว ซึ่งสอดคล้องการศึกษาของ Dara Szyliowicz และ Peter Hilsenrath (2019) ที่พบว่า เกสซ์กรในรัฐแคลิฟอร์เนียส่วนใหญ่ระบุว่าพวกเขาจะหาข้อมูลเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ได้ที่ไหน แต่มีเกสซ์กรน้อยกว่าร้อยละ 10 ที่มีความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ในระดับสูง ส่วนใหญ่ยอมรับว่ามีความรู้ที่น้อยมาก (ร้อยละ 33) หรือบางส่วน (ร้อยละ 25) และร้อยละ 50 มีความรู้ต่ำเกี่ยวกับความเสี่ยงและอาการข้างเคียง และร้อยละ 70 ที่มีความรู้เพียงเล็กน้อยหรือไม่มีความรู้เกี่ยวกับขนาดและข้อบ่งใช้ของกัญชาทางการแพทย์ อย่างไรก็ตาม เกสซ์กรร้อยละ 92 รู้สึกว่าจำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับกัญชา [62] จึงควรที่จะเพิ่มสัดส่วนชั่วโมงในหลักสูตรการอบรมที่เกี่ยวกับประเด็นในเรื่องข้อบ่งใช้ในกลุ่มโรคที่มีหลักฐานทางวิชาการเชิงประจักษ์ และอาการข้างเคียงของกัญชา

ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ พบว่า เกสซ์กรที่มีระยะเวลาในการทำงานมากกว่า 16 ปีขึ้นไป จะมีความรู้และเห็นด้วยกับการใช้กัญชาทางการแพทย์มากกว่าระยะเวลาในการทำงานน้อยกว่า 16 ปี เนื่องมาจากเกสซ์กรที่ทำงานมานานส่วนใหญ่จะอยู่ในระดับหัวหน้าซึ่งเป็นผู้ที่ได้เข้าร่วมประชุมในการรับนโยบายการใช้กัญชาทางการแพทย์ก่อน ต่อไปในอนาคตจึงควรที่จะให้เกสซ์กรที่มีอายุน้อยได้เข้าร่วมอบรมกัญชาทางการแพทย์

เกสซ์กรที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลของรัฐนอกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จะมีความรู้มากกว่าโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลของรัฐสังกัดกระทรวงอื่นๆ เนื่องจากส่วนใหญ่จะเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านมะเร็ง และสถาบันจิตเวชและการบำบัดยาเสพติด ซึ่งอยู่ภายใต้การดูแลของกรมการแพทย์ที่มีนโยบายการส่งเสริมการใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างชัดเจน และโดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลที่มีคลินิกกัญชาทางการแพทย์ และมีเกสซ์กรที่เคยเข้าร่วมอบรมกัญชาทางการแพทย์อยู่ในทีมให้บริการกัญชาทางการแพทย์จะมีความรู้และเห็นด้วยกับการใช้กัญชาทางการแพทย์มากกว่าโรงพยาบาลที่ไม่มีคลินิกและเกสซ์กรที่ไม่เคยเข้าร่วมอบรมกัญชาทางการแพทย์ในทีม สะท้อนให้เห็นถึงเกสซ์กรที่ทำงานในพื้นที่นี้มีโอกาสที่จะสัมผัสกับการใช้กัญชา

ทางการแพทย์ และการเข้าร่วมอบรมกัญชาทางการแพทย์มีนั้นผลต่อความสามารถในการจ่ายกัญชาของเภสัชกร แต่ทั้งนี้ยังมีเภสัชกรจำนวนมากที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่ไม่มีนโยบายเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ ซึ่งเป็นพื้นที่ที่ต้องการการพัฒนาโดยเฉพาะอย่างยิ่ง โดยหากแต่ละโรงพยาบาลมีนโยบายการเปิดคลินิกกัญชาทางการแพทย์เพิ่มขึ้นอาจจะส่งผลต่อความรู้และความคิดเห็นของเภสัชกรเพิ่มขึ้นได้เช่นกัน

การใช้กัญชาทางการแพทย์ของแต่ละเขตสุขภาพนั้น อาจจะขึ้นอยู่กับกำกับการขับเคลื่อนนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของแต่ละเขต ดังเช่นในเขตสุขภาพที่ 9 ได้แก่ จังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และสุรินทร์ ที่เห็นด้วยกับการใช้กัญชาทางการแพทย์มากกว่าเขตอื่นๆ เนื่องจากมีบุรีรัมย์ที่เป็นจังหวัดหลักในการดำเนินการตามนโยบายเรื่องการนำกัญชามาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ และโรงพยาบาลบุรีรัมย์นั้นเป็นโรงพยาบาลนำร่องของสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในปีงบประมาณ 2562 ที่สามารถเปิดให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ได้อย่างปลอดภัย มีประสิทธิภาพและทันความต้องการของประชาชน

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า เภสัชกรโรงพยาบาลรัฐทั่วประเทศยังต้องการการเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์อีกมาก เนื่องจากกัญชาทางการแพทย์เป็นเรื่องที่ค่อนข้างใหม่มากสำหรับประเทศไทย

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. กระทรวงสาธารณสุขควรจัดอบรมเพิ่มเติมความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ให้กับกลุ่มเภสัชกรปฏิบัติการและชำนาญการที่มีอายุในการทำงานไม่เกิน 16 ปี และปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขก่อน เนื่องจากมีสัดส่วนอยู่ในระดับความรู้ต่ำ-ปานกลางมากกว่ากลุ่มอื่น ซึ่งจะทำให้มีผู้ปฏิบัติงานหมุนเวียนเข้ามาทำงานกัญชาทางการแพทย์มากขึ้น

2. การจัดอบรมโดยเน้นเนื้อหาเกี่ยวกับคำแนะนำในการใช้และจ่ายกัญชาทางการแพทย์ในเรื่องข้อบ่งใช้และขนาดของกัญชาที่ใช้ในกลุ่มโรคที่มีหลักฐานทางวิชาการเชิงประจักษ์ การเลือกใช้สูตรตำรับและการปรับขนาดยา กัญชาในแต่ละข้อบ่งใช้ และในผู้ป่วยกลุ่มพิเศษ เช่น ตับ, ไต, ผู้สูงอายุ เป็นต้น อาการข้างเคียงของกัญชาและการแก้ไขเมื่อเกิดอาการข้างเคียง ซึ่งเป็นประเด็นที่เภสัชกรมีความรู้ไม่เพียงพอ โดยจะเป็นการปิดช่องว่างของความรู้และลดข้อกังวลเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ของเภสัชกรโรงพยาบาลรัฐ

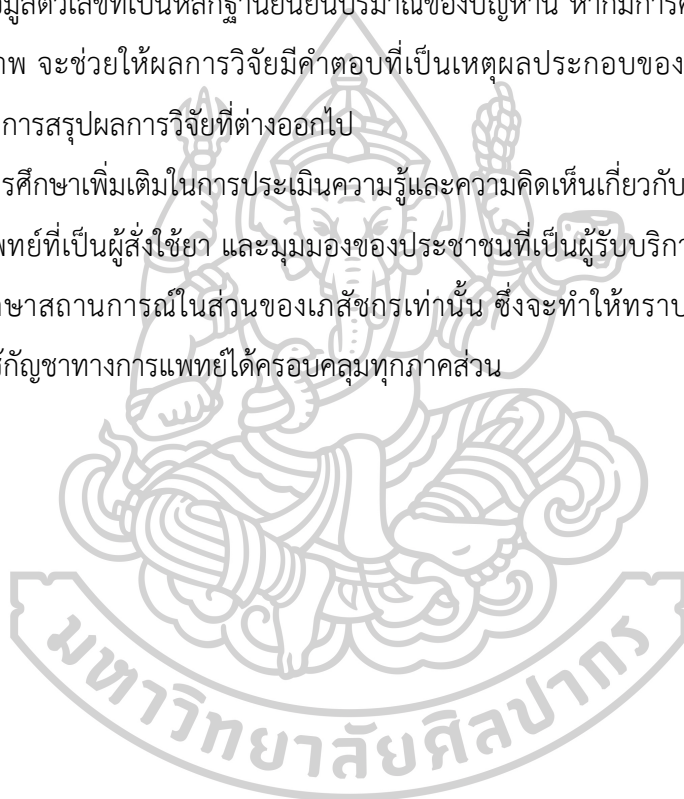
3. การจัดตั้งคลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์เพิ่มขึ้นในแต่ละเขต เนื่องจากการมีคลินิกกัญชาทางการแพทย์จะมีสัดส่วนของเภสัชกรที่มีความรู้และเห็นด้วยกับการใช้กัญชาทาง

การแพทย์มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีคลินิกกัญชาทางการแพทย์ โดยอาจจะใช้กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการบริหารจัดการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในแต่ละพื้นที่ เช่น ประสบการณ์การใช้กัญชาทางการแพทย์และกรณีศึกษาในการเปิดคลินิกกัญชา รูปแบบการจัดตั้งคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ผลการดำเนินงาน การรายงานข้อมูล และปัญหาและอุปสรรคที่พบจากคลินิกกัญชาทางการแพทย์

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษารั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งการศึกษาเชิงปริมาณจะเป็นเพียงข้อสรุปด้วยข้อมูลตัวเลขที่เป็นหลักฐานยืนยันปริมาณของปัญหา หากมีการศึกษาเพิ่มเติมด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ จะช่วยให้ผลการวิจัยมีคำตอบที่เป็นเหตุผลประกอบของรายบุคคลที่มากขึ้น ซึ่งอาจจะมีผลต่อการสรุปผลการวิจัยที่ต่างออกไป

2. ควรศึกษาเพิ่มเติมในการประเมินความรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ ในมุมมองของแพทย์ที่เป็นผู้สั่งใช้ยา และมุมมองของประชาชนที่เป็นผู้รับบริการ เนื่องจากการศึกษานี้ ดำเนินการศึกษาสถานการณ์ในส่วนของเภสัชกรเท่านั้น ซึ่งจะทำให้ทราบถึงสถานการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ได้ครอบคลุมทุกภาคส่วน



รายการอ้างอิง

- [1] National Institute on Drug Abuse. (2018). **Marijuana as medicine**. Accessed October 19. Available from: <https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/marijuana>
- [2] Queensland Health. (2018). **Clinical Guidance: for the use of medicinal cannabis products in Queensland** Accessed July 16. Available from: https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0023/634163/med-cannabis-clinical-guide.pdf
- [3] Rapeepong Suphanchaimat and Chosita Pavasuthipaisit. (2018). "Potential Benefits and Risks from Medicalisation and Legalisation of Cannabis " **Journal of Health Systems Research** 12,1: 71-94.
- [4] Whiting, Penny F. et al. (2015). "Cannabinoids for Medical Use: A Systematic Review and Meta-analysis." **Jama** 313,24: 2456-2473.
- [5] National Academies of Sciences, Engineering, and a. Medicine. (2017). **The health effects of cannabis and cannabinoids: The current state of evidence and recommendations for research**. Washington, DC: The National Academies Press.
- [6] Abuhasira, Ran., Shbiro, Liat., and Landschaft, Yuval. (2018). "Medical use of cannabis and cannabinoids containing products - Regulations in Europe and North America." **Eur J Intern Med** 49: 2-6.
- [7] Centennial Institute, *Economic and Social Costs of Legalized Marijuana*, Colorado Christian University, Editor. 2018.
- [8] Hall, Wayne. et al. (2019). "Public health implications of legalising the production and sale of cannabis for medicinal and recreational use." **Lancet** 394,10208: 1580-1590.
- [9] Tetrault, Jeanette M. et al. (2007). "Effects of marijuana smoking on pulmonary function and respiratory complications: a systematic review." **Archives of internal medicine** 167,3: 221-228.
- [10] Moore, Theresa. et al. (2007). "Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review." **Lancet** 370,9584: 319-328.

- [11] Pacula, Rosalie L. et al. (2015). "Assessing the effects of medical marijuana laws on marijuana use: the devil is in the details." **J Policy Anal Manage** 34,1: 7-31.
- [12] Johnston, Lloyd D. et al. (2014). "**Monitoring the Future national survey results on drug use:1975-2013:Overview, key findings on adolescent drug use.**"
- [13] Canadian Centre on Substance Abuse and Addiction. (2018). "**Canadian Drug Summary: Cannabis** ".
- [14] Narcotics Act B.E., Royal Gazette No.134, Part 19A (Feb 18, 2019). 2562.
- [15] United Nations Office on Drugs and Crime. (2017). **FACT SHEET ON STATISTICS AND TRENDS IN ILLICIT DRUGS**. Accessed July 11. Available from: http://www.unodc.org/wdr2017/press/WDR17_Fact_sheet.pdf
- [16] Princess Mother National institute on Drug Abuse Treatment. (2018). **Report of patient on drug addicts**. Accessed July 11. Available from: https://www.pmnidat.go.th/thai/index.php?option=com_content&task=view&id=2738&Itemid=53
- [17] พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ. (2562). 136 ตอนพิเศษ 94 ง เรื่อง กำหนดตำรับยาเสพติดให้โทษประเภท 5 ที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ที่ให้เสพเพื่อรักษาโรคและศึกษาวิจัยได้. เข้าถึงเมื่อ 1 พฤศจิกายน. เข้าถึงได้จาก http://www.fda.moph.go.th/sites/Narcotics/Laws/PKMOPH62_YS5_110462.PDF
- [18] Department of medical services. (2563). **Guidance on Cannabis for Medical Use** Accessed May 2. Available from: http://cannabis.fda.moph.go.th/wpcontent/uploads/PDF/manual/February_2020/Guidance-Updated-v4_update-20200120-cover.pdf
- [19] สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (2564). รายงานกัญชา. Accessed 2 พฤษภาคม Available from: http://toiminta2.fda.moph.go.th/Reports/powerbi/MRJN/hvpc_mrjn_bi_spsc_hospital?rs:embed=true&APP=GUEST
- [20] The Permanent Secretary Ministry of Public Health. and Health Administration Division. (2021). **Cannabis report system**. Accessed May 2. Available from: <https://ccd.moph.go.th/report/web/>
- [21] The Permanent Secretary Ministry of Public Health and Strategy and Planning

- Division. (2018). **Report on Public Health Resource**. Accessed September 23. Available from: http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/Report%20Health%20Resource%202018.pdf
- [22] Ministry of Public Health. (2021). **Information search system for health care providers have trained in medical cannabis course**. Accessed May 2. Available from: http://hemp.fda.moph.go.th/FDA_MARIJUANA/SAS/VISIT_DOCTOR
- [23] Hwang, Joy., Arneson, Tom., and St Peter, Wendy. (2016). "Minnesota Pharmacists and Medical Cannabis: A Survey of Knowledge, Concerns, and Interest Prior to Program Launch." **P & T : a peer-reviewed journal for formulary management** 41,11: 716-722.
- [24] Philpot, Lindsey M., Ebbert, Jon O., and Hurt, Ryan T. (2019). "A survey of the attitudes, beliefs and knowledge about medical cannabis among primary care providers." **BMC family practice** 20,1: 1-7.
- [25] Patrick, Meredith. (1961). **Learning, Remembering, and Knowing**. reprint ed.: English Universities Press. 174.
- [26] Benjamin Samuel, Bloom. et al. (1971). **Handbook on formative and summative evaluation of student learning**. McGraw-Hill.
- [27] ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2520). **ทัศนคติ: การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย**. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิชย์.
- [28] Carter V, Good., Winifred R, Merkel., and Phi Delta, Kappa. (1973). **Dictionary of education**. New York: McGraw-Hill.
- [29] Burgoon, Michael. (1974). **Approaching Speech/Communication**. New York: Holt Rinehartand Winston. Inc
- [30] Theodore, Peterson., Jay, Walbourne Jensen., and William L. Rivers, Holt. (1971). **The Mass Media and Modern Society**. Holt, Rinehart and Winston.
- [31] ดารารวรรณ ศรีสุกใส. (2542). "การเปิดรับข่าวสารการประชาสัมพันธ์โครงการรถไฟฟ้ามหานคร ที่มีผลต่อความรู้ทัศนคติและการใช้รถไฟฟ้าฟ้ามหานครของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร" **วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**
- [32] ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). **พจนานุกรมสังคมวิทยา อังกฤษ-ไทย**. กรุงเทพมหานคร: นานมีบุ๊คพับลิเคชั่น.

- [33] Garry, Hornby. (1968). **Working with Parents of Children with Special Needs.** United Kingdom: Cassell Academic.
- [34] Mary, Lowe Good. (2006). **Integrating the Individual and the Organization.** New York: Wiley.
- [35] อนันต์ ชันทรราช. (2535). "ความคิดเห็นในการพัฒนาตนเองของครูประจำการโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา จังหวัดเชียงใหม่." วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการศึกษา สาขาวิชาการ บริหารการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
- [36] พรทิพย์ ตรรกบุตร. (2554). "ความคิดเห็นของประชาชนที่มีต่อคุณภาพการบริการอุทยานการเรียนรู้เทศบาลเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา." วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการศึกษา สาขา รัฐประศาสนศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
- [37] Harry, Charalambos Triandis. (1971). **Attitude and Change.**, New York: Wiley.
- [38] นิกร จุมปา. (2553). "ความคิดเห็นของประชาชนในตำบลดงเจนต่อการบริหารงานขององค์การบริหาร ส่วนตำบลดงเจน อำเภอภูพาน จังหวัดเชียงราย." วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการศึกษา สาขา รัฐประศาสนศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
- [39] วิสิทธิ์ กัญยะ. (2554). "ความคิดเห็นต่อการดำเนินงานตามนโยบายประกันราคาข้าวเปลือกของ อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย." วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการศึกษา สาขา รัฐประศาสนศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
- [40] สุภาพร ก้านเหลือง. (2554). "ความคิดเห็นของบุคลากรที่มีต่อการพัฒนาสู่การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ในสำนักงานอัยการจังหวัดบุรีรัมย์ อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์." วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทบริหารการศึกษา สาขา รัฐประศาสนศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์
- [41] พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ. (2562). ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 136 ตอนพิเศษ 218 ง เรื่อง ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ (ฉบับที่ ๒). เข้าถึงเมื่อ 30 สิงหาคม. เข้าถึงได้จาก http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2562/E/218/T_0001.PDF
- [42] สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (2563). แนวทางการปฏิบัติด้านการจัดเตรียมสถานที่การ เก็บรักษาและการควบคุมการใช้สำหรับผู้ขอรับอนุญาตปลูก ซึ่งยาเสพติดให้โทษใน ประเภท ๕ เฉพาะกัญชา. เข้าถึงเมื่อ 2 พฤษภาคม. เข้าถึงได้จาก <https://qr.go.page.link/MHvPA>
- [43] สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (2562). แนวทางการปฏิบัติด้านการจัดเตรียมสถานที่การ เก็บรักษาและการควบคุมการใช้สำหรับผู้ขอรับอนุญาตผลิต (ประเภทอื่นๆ ที่ไม่ใช่ปลูก) นำเข้า ส่งออก ซึ่งยาเสพติด ให้โทษในประเภท ๕ เฉพาะกัญชา. เข้าถึงเมื่อ 9 พฤษภาคม.

- เข้าถึงเมื่อ 2 พฤษภาคม. เข้าถึงได้จาก <https://qrgo.page.link/1nKpU>
- [44] สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (2562). แนวทางการขออนุญาตผลิต นำเข้าหรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษประเภท ๕ เฉพาะกัญชา เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิก. เข้าถึงเมื่อ 9 พฤษภาคม. เข้าถึงได้จาก <https://qrgo.page.link/TVWXH>
- [45] สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (2562). แนวทางการขออนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ เฉพาะกัญชา เพื่อการรักษาผู้ป่วย (กรณีการแพทย์แผนปัจจุบัน). เข้าถึงเมื่อ 9 พฤษภาคม. เข้าถึงได้จาก <https://qrgo.page.link/R4HXW>
- [46] สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (2563). คู่มือการใช้ระบบสารสนเทศรายงานการสั่งใช้กัญชาทางการแพทย์และรายงานความปลอดภัยจากการใช้กัญชาทางการแพทย์. เข้าถึงเมื่อ 16 มิถุนายน. เข้าถึงได้จาก https://mnfda.fda.moph.go.th/narcotic/wp-content/uploads/2021/02/4.-manual63_AW_PMM.pdf
- [47] Ministry of Hemp. (2019). **Hemp vs Marijuana WHAT MAKES HEMP DIFFERENT FROM MARIJUANA?** Accessed October 10. Available from: <https://ministryofhemp.com/hemp/not-marijuana/>
- [48] Robert C. Clarke. and Mark D. Merlin. (2013). **Cannabis: Evolution and Ethnobotany**. University of California Press.
- [49] องค์การเภสัชกรรม. (2563). สารประกอบทางเคมีที่มีอยู่ในกัญชา. เข้าถึงเมื่อ 26 มกราคม. เข้าถึงได้จาก <https://www.gpo.or.th/LinkClick.aspx?fileticket=76LKeHoTSRs%3D&tabid=388&mid=1186&language=th-TH>
- [50] Russo, Ethan B. (2011). "Taming THC: potential cannabis synergy and phytocannabinoid-terpenoid entourage effects." **British journal of pharmacology** 163,7: 1344-1364.
- [51] Bertha K. Madras. (2015). **Update of Cannabis and its medical use**. Accessed October 14. Available from: https://www.who.int/medicines/access/controlled-substances/6_2_cannabis_update.pdf
- [52] Skaper, Stephen D. and Di Marzo, Vincenzo. (2012). "Endocannabinoids in nervous system health and disease: the big picture in a nutshell." **Philosophical transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological sciences** 367,1607: 3193-3200.
- [53] Grotenhermen, Franjo. (2003). "Pharmacokinetics and pharmacodynamics of cannabinoids." **clinical pharmacokinetics** 42,4: 327-360.

- [54] Lucas, Catherine J., Galettis, Peter., and Schneider, Jennifer. (2018). "The pharmacokinetics and the pharmacodynamics of cannabinoids." **British Journal of Clinical Pharmacology** 84,11: 2477-2482.
- [55] องค์การเภสัชกรรม. (2561). การวิจัยและพัฒนาสารสกัดกัญชาและกัญชงทางการแพทย์เพื่อการพัฒนาประเทศ. เข้าถึงเมื่อ 18 ตุลาคม. เข้าถึงได้จาก <https://www.gpo.or.th/LinkClick.aspx?fileticket=lfSuh2BTFA%3d&tabid=388&mid=1186&language=th-TH>
- [56] องค์การเภสัชกรรม. (2562). ความคืบหน้าโครงการผลิตสารสกัดต้นแบบกัญชาทางการแพทย์. เข้าถึงเมื่อ 30 กันยายน. เข้าถึงได้จาก <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/02/127102/>
- [57] Alsherbiny Muhammad A and Chun Guang Li. (2018). "Medicinal Cannabis-Potential Drug Interactions." **Medicines (Basel)** 6,1:1-12
- [58] US Drug Enforcement Administration. (2017). **Drugs of Abuse**. Accessed September 29. Available from: https://www.dea.gov/sites/default/files/drug_of_abuse.pdf
- [59] World Health Organization. (2018). **Cannabis and cannabis-related substances**. Accessed July 11. Available from: https://www.who.int/medicines/access/controlledsubstances/Annex_1_41_ECDD_recommendations_cannabis_22Jan19.pdf?ua=1
- [60] Compton, Wilson M. et al. (2014). "Unemployment and substance outcomes in the United States 2002-2010." **Drug and alcohol dependence** 142: 350-353.
- [61] Onders, Bridget. et al. (2016). "Marijuana Exposure Among Children Younger Than Six Years in the United States." **Clinical pediatrics** 55,5: 428-436.
- [62] Szyliowicz, Dara., and Hilsenrath, Peter. (2019). "Medical Marijuana Knowledge and Attitudes: A Survey of the California Pharmacists Association." **Journal of primary care & community health** 10: 1-6.
- [63] Mitchell, Fiona. et al. (2016). "Opinions of Hospital Pharmacists in Canada Regarding Marijuana for Medical Purposes." **The Canadian journal of hospital pharmacy** 69,2: 122-130.
- [64] Evanoff, Anastasia B. et al. (2017). "Physicians-in-training are not prepared to prescribe medical marijuana." **Drug and Alcohol Dependence** 180: 151-

155.

- [65] Pattapong Katesomboon. (2020). "Medical cannabis for family physician." **Journal of primary care and family medicine** 3,1: 13-20.
- [66] Suriyan Boonthae. (2020). "A survey of the knowledge, understanding and opinions about medical and recreational cannabis among public aged 15 years and over." **Centre for Addiction Studies**.
- [67] Nulty, Duncan. (2008). "The adequacy of response rates to online and paper surveys: what can be done? ." **Assessment & Evaluation in Higher Education** 33: 301-314.









มหาวิทยาลัยศิลปากร

หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

รหัสโครงการ: REC 63.0224-020-0877

ชื่อโครงการ (ภาษาไทย): ความรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาทางการแพทย์ของเภสัชกรโรงพยาบาลรัฐ

ชื่อโครงการ (ภาษาอังกฤษ): Knowledge and opinions towards medical cannabis among public hospital pharmacists.

ผู้วิจัยหลัก: นางสาวอัญญา เสงี่ยมวีจิราพร

สังกัด: คณะเภสัชศาสตร์

เอกสารที่รับรอง:

1. แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เวอร์ชัน 01 ฉบับลงวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2563
2. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (ฉบับภาษาไทย) เวอร์ชัน 01 ฉบับลงวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2563
3. เอกสารแจ้งผู้เข้าร่วมการวิจัย เวอร์ชัน 01 ฉบับลงวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2563

ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศิลปากร โดยมีมติเห็นชอบพร้อมคำประกาศ เสงี่ยมวีจิรา (Declaration of Helsinki) และมีความเห็นสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล ตลอดจนกฎหมายข้อบังคับ และข้อกําหนดภายในประเทศ



(ศาสตราจารย์ ดร.พรศักดิ์ ศรีสุวรรณศักดิ์)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยศิลปากร

หมายเลขใบรับรอง CCE 63.0228-017

วันที่รับรอง: 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2563

สำนักงานบริหารการวิจัย นวัตกรรมและการเรียนรู้
6 ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ ตำบลพระปฐมเจดีย์ อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม 73000
โทร 0-3425-5808 โทรสาร (Fax): 0-3425-5808
email : su.etheshumang@gmail.com



แบบสอบถาม

เรื่อง ความรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ของเภสัชกรโรงพยาบาลรัฐ

คำอธิบาย โปรดเติมข้อมูลลงในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย ✓ ใน หน้าข้อมูลที่ตรงกับตัวท่านในปัจจุบันมากที่สุด



หรือ ท่านสามารถเข้าไปตอบแบบสอบถามได้ที่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

1. เพศ

<input type="checkbox"/> (1) ชาย	<input type="checkbox"/> (2) หญิง
----------------------------------	-----------------------------------
2. อายุ.....ปี (หากอายุเกิน 6 เดือนให้นับเป็น 1 ปี)
3. ระดับการศึกษาสูงสุด

<input type="checkbox"/> (1) ปริญญาตรี เกษศาสตรบัณฑิต 5 ปี
<input type="checkbox"/> (2) ปริญญาตรี เกษศาสตรบัณฑิต 6 ปี
<input type="checkbox"/> (3) ปริญญาโท
<input type="checkbox"/> (4) ปริญญาเอก
4. ประเภทของโรงพยาบาลที่ท่านปฏิบัติงานอยู่

<input type="checkbox"/> (1) โรงพยาบาลชุมชน
<input type="checkbox"/> (2) โรงพยาบาลทั่วไป
<input type="checkbox"/> (3) โรงพยาบาลศูนย์
<input type="checkbox"/> (4) โรงพยาบาลของรัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข แต่อยู่นอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
<input type="checkbox"/> (5) โรงพยาบาลของรัฐสังกัดกระทรวงอื่นๆ
<input type="checkbox"/> (6) อื่นๆ ระบุ.....
5. ระยะเวลาในการทำงาน.....ปี
6. ท่านปฏิบัติงานอยู่ในเขตบริการสุขภาพที่.....
7. หน่วยงานที่ท่านปฏิบัติงานอยู่เป็นโรงพยาบาลนาร่องการให้บริการกัญชาทางการแพทย์หรือไม่

<input type="checkbox"/> (1) เป็น	<input type="checkbox"/> (2) ไม่เป็น
-----------------------------------	--------------------------------------
8. โรงพยาบาลของท่านมีคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (Cannabis clinic) ให้บริการหรือไม่

<input type="checkbox"/> (1) มี	<input type="checkbox"/> (2) ไม่มี
---------------------------------	------------------------------------
9. ท่านอยู่ในทีมให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (Cannabis clinic) ใช่หรือไม่

<input type="checkbox"/> (1) อยู่	<input type="checkbox"/> (2) ไม่อยู่
-----------------------------------	--------------------------------------

10. ท่านเคยเข้าร่วมอบรมเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์หรือไม่

- (1) เคยเข้าร่วมการอบรม (2) ไม่เคยเข้าร่วมการอบรม

11. หลักสูตรที่ท่านเคยผ่านการอบรมเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์

(กรณีข้อ 10 ตอบว่าเคยเข้าร่วม)

- (1) การใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ สำหรับบุคลากรทางการแพทย์
- (2) การใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ สำหรับเภสัชกร
- (3) การอบรมวิทยากรครู ก หลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย
- (4) การใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทยและตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่
- (5) กัญชาและแคนนาบินอยด์ทางการแพทย์
- (6) การใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย
- (7) อื่นๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่เลือก

ที่	ข้อความ	คำตอบ	
		ถูก	ผิด
1	กัญชาเป็นพืชให้ดอกในวงศ์ Cannabidaceae มีชื่อวิทยาศาสตร์ว่า Cannabis sativa L.		
2	ส่วนของต้นกัญชาที่มีสาร cannabinoids มากที่สุด คือ ช่อดอกเพศเมียที่ยังไม่ได้รับการผสมพันธุ์		
3	กัญชามีสารออกฤทธิ์ที่สำคัญ คือ สาร cannabinoids มากกว่า 100 ชนิด ซึ่งมีองค์ประกอบหลัก ได้แก่ delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) และ cannabidiol (CBD) ซึ่งมีฤทธิ์ทำให้เคลิ้มสุข		
4	สารกลุ่มเทอร์ปีน (terpenes) ที่พบในกัญชา จะเป็นตัวเสริมการออกฤทธิ์ทางยากับสารกลุ่มแคนนาบินอยด์ เรียกการเสริมฤทธิ์นี้ว่า “Entourage effect”		
5	สาร cannabinoids จะออกฤทธิ์ผ่าน cannabinoid receptor หลัก 2 ชนิด คือ CB1 receptor พบที่ระบบภูมิคุ้มกัน และระบบประสาทส่วนปลาย ม้าม ทอนซิล ต่อมไทมัส กระดูก ผิวหนัง และเลือดและ CB2 receptor ซึ่งพบมากในสมองและร่างกาย		
6	ระบบ endocannabinoids ของมนุษย์ (ECS) ซึ่งมีหน้าที่หลักรักษาความสมดุลของร่างกายให้ทำงานเป็นปกติ		
7	การให้สาร THC และ CBD ผ่านการรับประทานมีอัตราและปริมาณการดูดซึมยาได้เร็วกว่าทางการสูดหายใจเข้าปอด		

ที่	ข้อความ	คำตอบ	
		ถูก	ผิด
8	หลักการใช้อีกัญชา คือ เริ่มที่ขนาดต่ำๆ ปรับขนาดอย่างช้าๆ และคงขนาดยาต่ำๆที่ได้ผลการรักษา “start low, go slow, and stay low”		
9	กัญชาทางการแพทย์ถูกนำมาใช้ในกลุ่มโรคที่มีหลักฐานทางวิชาการเชิงประจักษ์ ได้แก่ เพื่อบรรเทาภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากเคมีบำบัด, โรคลมชักที่รักษายาก, โรคมะเร็ง, ภาวะปวดประสาทที่ติดต่อการรักษาด้วยวิธีมาตรฐานแล้วไม่ได้ผล (intractable neuropathic pain)		
10	อาการข้างเคียงที่สำคัญจากการใช้กัญชา คือ อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นและความดันโลหิตสูง		
11	กัญชาเป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 แต่อนุญาตให้ใช้กัญชาเฉพาะในทางการแพทย์เพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วย และการศึกษาวิจัยได้เท่านั้น		
12	การผลิต นำเข้า ส่งออก จำหน่าย มีไว้ในครอบครองของกัญชา จำเป็นต้องได้รับใบอนุญาตจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา		
13	ตำรับยากัญชาที่ได้รับการรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ครอบคลุมเฉพาะตำรับยาแผนปัจจุบัน		
14	การรักษากรณีจำเป็นสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย (Special Access Scheme :SAS) จะใช้ยาที่ผ่านการตรวจวิเคราะห์คุณภาพและได้รับอนุญาตให้ผลิตใช้ใน SAS เท่านั้น ซึ่งยังไม่ได้รับการรับรองการขึ้นทะเบียนตำรับ		
15	สถานพยาบาลที่ได้รับอนุญาตจำหน่ายผลิตภัณฑ์กัญชาให้แก่ผู้รับบริการผ่านโครงการรักษาด้วยช่องทางพิเศษต้องส่งรายงานผ่านระบบการติดตาม-ประเมินผลการใช้กัญชา(SAS/AUR)		

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์

คำชี้แจง ให้เลือกระดับความคิดเห็นในข้อความต่อไปนี้

ที่	รายการ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
การอนุญาตกฎหมายการใช้กัญชาทางการแพทย์						
1	ท่านคิดว่าทำให้ถูกต้องตามกฎหมายของกัญชาทำให้ดูปลอดภัยขึ้น					
2	ท่านคิดว่าทำให้กัญชาถูกกฎหมายนั้นเป็นที่ยอมรับของสังคมมากขึ้น					
3	ท่านสนับสนุนให้การใช้กัญชาทางการแพทย์เป็นสิ่งที่ถูกกฎหมาย					

ที่	รายการ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
ประสิทธิผลในการรักษา						
4	ท่านคิดว่ากัญชาทางการแพทย์มีประสิทธิผลในการรักษาอาการที่เกี่ยวข้องทางการแพทย์ได้					
ผลกระทบต่อสุขภาพ						
5	ท่านคิดว่าการใช้กัญชาทางการแพทย์นั้นอาจทำให้ติดได้					
6	ท่านคิดว่าการใช้กัญชาทางการแพทย์จะทำให้เกิดการใช้ในทางที่ผิด					
7	ท่านคิดว่าการใช้กัญชาทางการแพทย์อาจเป็นประตูล่อการใช้นาเสพติด					
ผลกระทบต่อสังคม						
8	ท่านเห็นด้วยว่าการใช้กัญชาทางการแพทย์ทำให้ลดประสิทธิภาพการทำงานได้					
9	ท่านเห็นด้วยว่าการใช้กัญชาทางการแพทย์ทำให้เพิ่มความเสี่ยงในเกิดอุบัติเหตุจราจรเพิ่มขึ้น					
10	ท่านเห็นด้วยว่าการใช้กัญชาทางการแพทย์ทำให้การเกิดอาชญากรรมเพิ่มขึ้น					

ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

4.1 ท่านต้องการได้รับความรู้เพิ่มเติมด้านใดในเรื่องกัญชาทางการแพทย์

.....

4.2 ท่านเห็นด้วยหรือไม่ ที่ประเทศไทยจะมีการใช้กัญชาทางการแพทย์

เห็นด้วย

เหตุผล.....

ไม่เห็นด้วย

เหตุผล

ขอบคุณที่เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาความรู้

ผู้วิจัยขอขอบคุณเป็นอย่างสูง



ภาคผนวก ค
หนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล



เอกสารแจ้งผู้เข้าร่วมการวิจัย (Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ความรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพและการแพทย์ของเภสัชกรโรงพยาบาลรัฐ
สถาบันวิจัย กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลรัฐทุกสังกัดและทุกระดับทั่วประเทศ
ผู้ทำวิจัย นางสาวณิษฐา เพลือวันเกียรติพร
ที่อยู่ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา อ.ปากพত্র อ.เมือง จ.กาญจนบุรี
 เบอร์โทรศัพท์ 094-587800 ต่อ 6156 โทรศัพท์มือถือ 089-5489688
วัตถุประสงค์ของการวิจัย โครงการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อประเมินความรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพและการแพทย์ของเภสัชกรโรงพยาบาลรัฐ ซึ่งประเมินขึ้นที่คาดว่าจะได้รับคือ เพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับการพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการแพทย์ของเภสัชกรโรงพยาบาลรัฐ รวมทั้งองค์ความรู้ในการพัฒนาคุณภาพองค์ความรู้ให้เหมาะสมเพื่อช่วยไม่ให้เภสัชกรโรงพยาบาลรัฐสามารถร่วมให้บริการสุขภาพทางการแพทย์ได้อย่างปลอดภัย และเป็นไปตามกฎหมาย

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นเภสัชกรประจำโรงพยาบาลของรัฐทุกสังกัดและทุกระดับทั่วประเทศ ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายที่ผู้วิจัยต้องการที่จะสำรวจความรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพและการแพทย์ เพื่อนำไปพัฒนาองค์ความรู้ที่เหมาะสมแก่เภสัชกรโรงพยาบาลรัฐและสามารถให้ข้อมูลแก่ผู้ให้บริการได้อย่างปลอดภัย โดยจะมีผู้เข้าร่วมการวิจัยนี้ทั้งสิ้น 2,110 คน ระยะเวลาที่จะทำการวิจัยทั้งสิ้นประมาณ 2 เดือน

ขั้นตอนการปฏิบัติกับท่านก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติ คือ สอดแนบสแกนบัตรประชาชนไว้บนโต๊ะสแกนบัตรประชาชนไว้กับผู้วิจัย ซึ่งแนบสแกนบัตรประชาชนไว้กับแนบของเอกสารบริการธุรกิจตลอดจนมาโทรศัพท์ร่วมกับตัวแล้ว ท่านสามารถติดฉลากและส่งกลับคืนได้โดยไม่ต้องติดฉลากว่าไปรษณีย์การพิมพ์ หรือท่านสามารถสแกนแนบสแกนผ่านทางแนบสแกนออนไลน์จาก QR code ที่แนบไว้ได้ โดยท่านต้องแนบสแกนบัตรประชาชนไว้ที่สถานที่ทางนี้เพียงเท่านั้น

ความเสี่ยงที่ท่านจะได้รับ

ท่านอาจมีความเสี่ยงเล็กน้อยที่ไม่มากกว่าความเสี่ยงในชีวิตประจำวันในการสอดแนบสแกน เช่น เสียเวลา ไม่สะดวก ไม่สบายใจ หรือสับสนกับคำถาม ท่านมีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้น และหากท่านไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จะไม่มีความเสี่ยงใดๆ ทั้งในปัจจุบันและอนาคตในทันทีที่การงาน และเรื่องความปลอดภัย ปกติของชีวิตของท่าน ทั้งนี้ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้โดยไม่เปิดเผยต่อสาธารณชนเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม ผู้มีสิทธิเข้าร่วมวิจัยทุกท่านจะมีความรู้เกี่ยวกับโครงการวิจัยนี้ และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เท่านั้น

หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัยได้ที่ นางสาวณิษฐา เพลือวันเกียรติพร ที่อยู่ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา อ.ปากพত্র อ.เมือง จ.กาญจนบุรี เบอร์โทรศัพท์ 094-587800 ต่อ 6156 โทรศัพท์มือถือ 089-5489688 E-mail termeeoom@gmail.com

ขอแสดงความยินดี

(นางสาวณิษฐา เพลือวันเกียรติพร)
 นักศึกษาระดับปริญญาโทสาขาวิชาการคุ้มครองผู้บริโภค
 คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	อภิญญา เหลืองวิเชียรพร
วัน เดือน ปี เกิด	29 ธันวาคม 2531
สถานที่เกิด	จังหวัดราชบุรี
วุฒิการศึกษา	พ.ศ. 2555 สำเร็จการศึกษาเกสัชศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ พ.ศ. 2560 ศึกษาต่อระดับปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร
ที่อยู่ปัจจุบัน	17 ม.8 ต.ดอนขมิ้น อ.ท่ามะกา จ.กาญจนบุรี 71120

