



การวิจัยเชิงประเมินผลการนำนโยบายกัญชาเพื่อสุขภาพและทางการแพทย์ไปปฏิบัติ
ในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด: การประยุกต์ใช้การประเมินแบบตอบสนอง
Evaluation research of health and medical cannabis policy implementation
in Roi-Et health network: applying responsive evaluation

ประวุฒิ ละครราช¹
Prawutlak Lakhonrat¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการนำนโยบายกัญชาเพื่อสุขภาพและทางการแพทย์ไปปฏิบัติในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่างเป็นทีมสหวิชาชีพ จำนวน 20 คน เครือข่ายผู้ปลูก ผู้แปรรูป และผู้ใช้สมุนไพรกัญชา/กัญชง จำนวน 80 คน และผู้รับบริการหรือญาติ จำนวน 119 คน ดำเนินการเดือนกันยายน 2565 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ 1) แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการนำนโยบายกัญชาเพื่อสุขภาพและทางการแพทย์ไปปฏิบัติ 2) แบบประเมินการวิเคราะห์บริบทเชิงระบบ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยนำเข้าโดยรวมมีเพียงพอและเหมาะสม (75%) กระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.99, S.D. = 0.52) และผลการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์ไปปฏิบัติพบว่า ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เกี่ยวกับกัญชาเพื่อสุขภาพและทางการแพทย์โดยรวม (70.1%) และการวิเคราะห์บริบทเชิงระบบและความพร้อมการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติของโรงพยาบาลพบว่าโดยรวมอยู่ในมากที่สุด ($\bar{X}$ = 3.69, S.D. = 0.78)

คำสำคัญ: กัญชาเพื่อสุขภาพและทางการแพทย์, การนำนโยบายไปปฏิบัติ, เครือข่ายสุขภาพ

Abstract

The purpose of this study was to evaluate the result of health and medical cannabis policy implementation in Roi-Et health network. Participants of this study were 20 health personnel from the multidisciplinary team, 80 of the growers, cannabis/marijuana herb processors and users, and 119 patients or relatives. Data was collected in September 2022 using 1) questionnaires on the health and medical cannabis policy implementation 2) systematic context analysis assessment. Data was analyzed using frequency, percentage, mean and standard deviation. The study found that overall input factors were sufficient and appropriate (75%). The overall policy implementation process was at a high level ($\bar{X}$ = 3.99, S.D. = 0.52), patients and relatives had overall knowledge about health and medical cannabis use overall (70.1%). Analysis of systemic context and readiness for policy implementation in hospitals found that overall was the most common ($\bar{X}$ = 3.69, S.D. = 0.78).

Keywords: Health and medical cannabis, Policy implementation, Health network

¹เภสัชกรเชี่ยวชาญ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

¹Pharmacist, Expert Level. Roi-Et Provincial Public Health Office. Email: Prawutlak1966@gmail



บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขดำเนินโครงการ "Meet the Press: กัญชา กัญชง ประโยชน์ทางการแพทย์ และเศรษฐกิจ" ซึ่งจัดขึ้นเมื่อวันที่ 17 สิงหาคม 2565 หลังจากการ "ปลดล็อกกัญชา" เมื่อวันที่ 9 มิถุนายน 2563 "นโยบายกัญชาเพื่อสุขภาพและทางการแพทย์" ของกระทรวงสาธารณสุข ไม่ได้ก่อให้เกิดผลกระทบด้านลบต่อสังคมอย่างที่หลายคนกังวลใจ โดยมีข้อมูลจากกรมการแพทย์ที่ระบุถึงจำนวนผู้ป่วยที่เกิดภาวะพิษเฉียบพลันจากการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชามีแนวโน้มไม่เพิ่มขึ้น ในขณะที่ข้อมูลจากห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่เข้าร่วมโครงการฯ เบื้องต้นระหว่างวันที่ 6 มิถุนายน – 16 สิงหาคม 2565 พบผู้ป่วยเพียง 66 ราย เนื่องมาจากการได้รับข้อมูลข่าวสารการใช้กัญชาที่ถูกต้องผ่านช่องทางต่าง ๆ ของรัฐไปทั่วประเทศ ซึ่งชี้ให้เห็นว่าประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจสามารถใช้ประโยชน์จากกัญชาได้อย่างถูกต้องและถูกวิธี ข้อดีที่ได้รับจึงมีมากกว่าโทษ แม้ขณะนี้นโยบายการใช้กัญชาทางการแพทย์จะอยู่ในช่วงรอยต่อของการบังคับใช้ พระราชบัญญัติกัญชา กัญชงอย่างเป็นทางการ และยังมีประกาศกระทรวงสาธารณสุข 4 ฉบับเพื่อควบคุมไม่ให้มีการใช้กัญชาในทางที่ผิดด้วยเรื่องของ "กัญชาทางการแพทย์" ถือว่ากระทรวงสาธารณสุขนั้นเป็นเจ้าภาพหลักที่กำกับดูแล ซึ่งจะมีหน่วยงานในสังกัดร่วมดำเนินงานด้านกัญชาทางการแพทย์ตามบริบทที่แต่ละฝ่ายรับผิดชอบ ได้แก่ กรมการแพทย์ กรมการแพทย์แผนไทย กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมอนามัย และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.)¹ การส่งเสริมการผลิตผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ในรูปแบบต่าง ๆ เช่น น้ำมันกัญชาหยดใต้ลิ้น (DMS Oil) ซีรัมบำรุงผิวและครีมชะลอวัยจาก CBD (Cannabidiol) สบู่ใบกัญชา (Cannabis Soap) และ โป ร ตี น ที่ ส ก ด จ า ก เม ลี ด กัญชง

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ได้ดำเนินการวิจัยกัญชาทางการแพทย์ โดยมุ่งเน้นการศึกษาวิจัยในด้านประสิทธิผลและความปลอดภัย ปัจจุบันมีงานวิจัยที่ดำเนินการเสร็จสิ้นแล้ว ได้แก่ การศึกษาประสิทธิผลและความปลอดภัยของสารสกัดกัญชาต่อเซลล์มะเร็งในหลอดทดลองและสัตว์ทดลอง ในผู้ป่วยโรคมะเร็งในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ส่วนงานวิจัยที่อยู่ระหว่างดำเนินการ ได้แก่ การศึกษาวิจัยในกลุ่มโรคมะเร็ง ผู้ป่วยแบบประคับประคอง กลุ่มโรคผิวหนัง กลุ่มโรคทางระบบประสาท และผลิตภัณฑ์จากกัญชา (อาหารเสริม เครื่องสำอาง)

เช่นเดียวกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดในฐานะหน่วยงานรัฐที่ดำเนินการ และภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการได้นำนโยบายกัญชาเพื่อสุขภาพและทางการแพทย์ไปปฏิบัติในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด โดยได้จัดทำวางแผน การบริหารงานบุคคล การฝึกอบรม การนิเทศติดตามการจัดสิ่งสนับสนุน การจัดการงบประมาณ การจัดการข้อมูลข่าวสาร และการจัดองค์การชุมชน หรือจัดทำแผนการพัฒนาด้านเศรษฐกิจและระดับครัวเรือน^{2,3} ดังเช่นโครงการที่สำคัญ ๆ คือ โครงการปลูกกัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ โครงการ Roi-Et Cannabis Model โครงการปลูกกัญชาแผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) โครงการปลูกกัญชาแผนไทยในโรงพยาบาลชุมชน โครงการพัฒนากัญชาสำหรับการใช้ทางการแพทย์ และโครงการพัฒนาศักยภาพและสร้างการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้ปลูกผู้แปรรูป และผู้ใช้สมุนไพรกัญชา/กัญชง จังหวัดร้อยเอ็ด การก่อตั้งคลินิกกัญชาทางการแพทย์ครบ 25 แห่ง ในจังหวัดร้อยเอ็ด ทั้งหน่วยงานภาครัฐและเอกชน และการเปิดคลินิกกัญชาทางการแพทย์



แผนไทยเชิงรุกที่ รพ.สต. ในเครือข่ายของโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ เป็นต้น

การประเมินโครงการครั้งนี้ผู้ประเมินได้ประเมินโครงการในภาพรวมทั้งหมด 6 โครงการ คือ โครงการปลูกกัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ โครงการ Roi-Et Cannabis Model โครงการปลูกกัญชาแผนไทยในโรงพยาบาลชุมชน โครงการพัฒนากัญชาสำหรับการใช้ทางการแพทย์ และโครงการพัฒนาศักยภาพและสร้างการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้ปลูกผู้แปรรูปและผู้บริโภคสมุนไพรกัญชา/กัญชง จังหวัดร้อยเอ็ด โดยใช้กรอบแนวคิดของโรเบิร์ต อี. สเตค (Robert E. Stake)⁴ เชื่อว่าเป็นรูปแบบการประเมินที่มุ่งเน้นการตอบสนองผู้รับบริการ (Clients) เป็นสำคัญโดยเฉพาะอย่างยิ่งประเด็นการประเมิน นอกจากนี้ การประเมินแบบตอบสนองเป็นการประเมินเชิงธรรมชาติที่เน้นการใช้เทคนิคการศึกษาเชิงคุณภาพ การประเมินแบบตอบสนองยังเน้นการรับรู้ร่วมกันของผู้ประเมินและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแต่ละกลุ่ม เพื่อให้การรวบรวมข้อมูลมีความถูกต้อง และนำเสนอสารสนเทศให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มผู้สนใจใคร่รู้ในแต่ละกลุ่ม ซึ่งรูปแบบการประเมินของสเตคถือได้ว่าเป็นรูปแบบหนึ่งที่นักประเมินนำมาประยุกต์ได้อย่างกว้างขวางในการประเมินโครงการ การประเมินตามความคิดของสเตคจึงเป็นกระบวนการที่เกี่ยวกับการบรรยายและการตัดสินใจคุณค่าของโครงการหรือเป็นกระบวนการที่เกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจจุดมุ่งหมายของการประเมินมี 2 ประการ คือ เพื่อต้องการได้ข้อมูลต่าง ๆ ที่นำมาบรรยายเกี่ยวกับโครงการนั้น และเพื่อต้องการได้ข้อมูลต่าง ๆ ที่สามารถนำมาใช้ในการตัดสินใจคุณค่าของโครงการ แนวคิดของสเตคจึงแตกต่างไปจากแนวคิดอื่น ๆ ตรงที่ว่าผลผลิตยังไม่ได้หมายความว่า การวางแผนไม่ดี แต่อาจบกพร่อง

ที่องค์ประกอบอื่น ๆ เช่น การจัดสภาพแวดล้อม ทีมสหวิชาชีพ ผู้บริหาร ผู้ป่วยหรือญาติหรือสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ก็ได้^{5,6}

จากการประมวลเอกสารและงานวิชาการที่เกี่ยวข้องข้างต้น ชี้ให้เห็นความสำคัญของการนำนโยบายกัญชาเพื่อสุขภาพและทางการแพทย์ไปปฏิบัติในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด ดังนั้น ผู้วิจัยและทีมงานจึงได้วิจัยเชิงประเมินผลการนำนโยบายกัญชาเพื่อสุขภาพและทางการแพทย์ไปปฏิบัติในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด : การประยุกต์ใช้การประเมินแบบตอบสนอง (Responsive Evaluation) ขึ้น เพื่อให้ได้สารสนเทศสำหรับการวางแผนปรับปรุงการดำเนินงาน โดยมีวัตถุประสงค์ของประเมินปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และประเมินผลการนำนโยบายกัญชาเพื่อสุขภาพและทางการแพทย์ไปปฏิบัติในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินผลการนำนโยบายกัญชาเพื่อสุขภาพและทางการแพทย์ไปปฏิบัติในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

การกำหนดรูปแบบการประเมิน สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัย ใช้รูปแบบการประเมินแบบจำลองเคาท์ทิงตามทัศนะของสเตค⁴ เชื่อว่าการประเมินต้องพิจารณาอย่างครอบคลุม แบ่งการประเมินออกเป็น 2 ส่วน คือ การบรรยาย (Description) และการตัดสินใจคุณค่า (Judgement) หรือเรียกตามโครงการของแบบจำลองการประเมินภายใต้ชื่อว่า Countenance Model ซึ่งโครงสร้างของแบบจำลองนี้ได้จำแนกข้อมูลการประเมินออกเป็น 2 ส่วน คือ เมตริกการบรรยาย (Description Matrix) และเมตริกการตัดสินใจคุณค่า (Judgement Matrix) ก่อนการประเมินโครงการ ผู้ประเมินจะต้องวิเคราะห์หลักการ เหตุผลและ



วัตถุประสงค์ของโครงการ

ผู้วิจัยได้กำหนดตัวชี้วัดที่จะศึกษาร่วมกับผู้ที่ต้องการใช้ผลการประเมิน และศึกษาเอกสารการดำเนินงานโครงการการนำนโยบายกัญชาเพื่อสุขภาพ

และทางการแพทย์ไปปฏิบัติในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ดของกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก ดังแสดงในตารางที่ 1 ประเด็นการประเมิน และตัวชี้วัดความสำเร็จของการดำเนินงานตามโครงการฯ

ตารางที่ 1 กรอบแนวคิดการประเมินและเกณฑ์ประสิทธิภาพของการนำนโยบายกัญชาเพื่อสุขภาพและทางการแพทย์ไปปฏิบัติ

ประเด็นการประเมิน	เกณฑ์ประสิทธิภาพ (Efficiency)
1. ปัจจัยนำเข้าของโครงการฯ	
1.1 จำนวนบุคลากรที่ดำเนินงานตามโครงการฯ	ไม่ต่ำกว่า 4.0
1.2 งบประมาณตามวัตถุประสงค์ของโครงการฯ	ไม่ต่ำกว่า 4.0
1.3 โรงเรือนและอุปกรณ์ส่วนควบ ผ้าพลาสติก ตาข่าย	ไม่ต่ำกว่า 4.0
1.4 ระบบไฟส่องสว่างและระบบระบายอากาศ	ไม่ต่ำกว่า 4.0
1.5 ระบบรักษาความปลอดภัย ประกอบด้วย รั้วลวดหนาม กล้องวงจรปิด	ไม่ต่ำกว่า 4.0
1.6 เครื่องสแกนลายนิ้วมือ ประตูควบคุมทางเข้า-ออก	ไม่ต่ำกว่า 4.0
1.7 ระบบน้ำ และการเพาะปลูก	ไม่ต่ำกว่า 4.0
1.8 อุปกรณ์การจัดเก็บ ทำลาย และค่าดำเนินการอื่น ๆ	ไม่ต่ำกว่า 4.0
1.9 ความเสี่ยงของโครงการ	ไม่ต่ำกว่า 4.0
2. กระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติตามโครงการฯ	
2.1 วัตถุประสงค์และมาตรฐานนโยบาย	ไม่ต่ำกว่าระดับ 3.5
2.2 ทรัพยากรนโยบาย	ไม่ต่ำกว่าระดับ 3.5
2.3 การสื่อสารระหว่างองค์กรและกิจกรรมการเสริมแรง	ไม่ต่ำกว่าระดับ 3.5
2.4 ลักษณะหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ	ไม่ต่ำกว่าระดับ 3.5
2.5 เงื่อนไขทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง	ไม่ต่ำกว่าระดับ 3.5
2.6 ทัศนคติต่อนโยบายของผู้ปฏิบัติ	ไม่ต่ำกว่าระดับ 3.5
3. ผลของโครงการฯ	
3.1 ความรู้เกี่ยวกับกัญชาเพื่อสุขภาพและทางการแพทย์ของผู้ป่วยและญาติ	ไม่ต่ำกว่าระดับ 3.5
3.2 การวิเคราะห์บริบทเชิงระบบและความพร้อมของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ	ไม่ต่ำกว่าระดับ 3.5



1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากร แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 เป็นบุคลากรสหวิชาชีพ ประกอบด้วยแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ และนักวิชาการแพทย์แผนไทยที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเครือข่ายสุขภาพในจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 20 คน กลุ่มที่ 2 เป็นเครือข่าย 3 กลุ่มย่อย คือ กลุ่มผู้ปลูก ผู้แปรรูป และผู้ใช้สมุนไพร ภัยสุขภาพ/ภัยชน จำนวน 80 คน และกลุ่มที่ 3 เป็นผู้รับบริการหรือญาติ จำนวน 119 คน

2) กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มที่ 1 เป็นบุคลากรสหวิชาชีพประกอบด้วยแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด และนักวิชาการแพทย์แผนไทยที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายสุขภาพในจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 20 คน กลุ่มที่ 2 เป็นเครือข่าย 3 กลุ่มย่อย คือ กลุ่มผู้ปลูก ผู้แปรรูปและผู้ใช้สมุนไพร ภัยสุขภาพ/ภัยชน จำนวน 80 คน โดยเลือกมาทั้งหมด และกลุ่มที่ 3 เป็นผู้รับบริการ หรือญาติ ได้จากคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้แกรมสำเร็จรูป G*power 3.1.9.4 ใช้พารามิเตอร์ Effect size $g = 0.15$, α err prob = 0.05, Power ($1 - \beta$ err prob) = 0.95, Constant proportion = 0.5 ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 119 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด คำนวณผู้รับบริการหรือญาติทั้งหมด 2,175 คนจาก 20 โรงพยาบาล กำหนด Proportion stratified random sampling จาก Sample size ทั้งหมด จำนวน 119 คน ใน 20 โรงพยาบาล แล้วเลือกตัวอย่างโดยใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน

2. วิธีการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการนำนโยบายกัญชาเพื่อสุขภาพและทางการแพทย์ไปปฏิบัติ ประกอบด้วยตอนที่ 1 ลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษาระดับสูงสุดสถานภาพ

สมรส และประสบการณ์การทำงาน ตอนที่ 2 การนำนโยบายไปปฏิบัติ เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุดให้ 5 คะแนน มากให้ 4 คะแนน ปานกลางให้ 3 คะแนน น้อยให้ 2 คะแนน และเห็นด้วยน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน จำนวน 32 ข้อ และตอนที่ 3 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการนำนโยบายกัญชาเพื่อสุขภาพและทางการแพทย์ไปปฏิบัติ จำนวน 9 ข้อ แบบสอบถามมีความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.89 แล้วนำค่าเฉลี่ยไปเทียบกับเกณฑ์ 2) แบบประเมินการวิเคราะห์บริบทเชิงระบบ เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุดให้ 5 คะแนน มากให้ 4 คะแนน ปานกลางให้ 3 คะแนน น้อยให้ 2 คะแนน และเห็นด้วยน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน จำนวน 32 ข้อ แบบสอบถามมีความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.92

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลตามขั้นตอน โดยติดต่อเครือข่ายสุขภาพอำเภอ เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการแจกแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยเป็นผู้แจกแบบสอบถามด้วยตนเองและนัดรับแบบสอบถามดำเนินการระหว่างเดือนกันยายน 2565 และเก็บรวบรวมแบบสอบถาม แล้วนำตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์

4. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้คำนึงถึงจริยธรรมและจรรยาบรรณนักวิจัย จึงมีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยโครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ทั้งนี้ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัยในจดหมายที่ส่งแบบสอบถามทุกฉบับ และเปิดโอกาสให้ผู้ตอบแบบสอบถามเข้าร่วมโดยสมัครใจ โดยระบุข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับปกปิดแหล่งข้อมูลอย่างเคร่งครัด การนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมไม่ชี้เฉพาะในส่วนของผู้ตอบแบบสอบถามและไม่ก่อให้เกิดความเสียหายใด ๆ ทั้งต่อบุคคลและองค์กร



5. การจัดทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการจัดทำข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

ผลการศึกษา

1. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยนำเข้าของการนำ

นโยบายกัญชาเพื่อสุขภาพและทางการแพทย์ไปปฏิบัติทั้งหมด 8 ประเด็นโดยรวมไม่ต่ำกว่าเกณฑ์ ($\bar{x} = 4.20$, S.D. = 0.38) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าไม่ต่ำกว่าเกณฑ์ 6 ข้อ (75%) แต่มี 2 ข้อที่ต่ำกว่าเกณฑ์ (25%) คือ โรงเรือนและอุปกรณ์ส่วนควบ ผ้าพลาสติกและตาข่าย ($\bar{x} = 3.65$, S.D. = 1.08) และเครื่องสแกนลายนิ้วมือ ประตูควบคุมทางเข้า-ออก ($\bar{x} = 3.35$, S.D. = 1.13) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของปัจจัยนำเข้าที่ดำเนินงานตามนโยบาย ($n = 20$)

ประเด็นการประเมิน	$\bar{x}$ (S.D.)	การตัดสินคุณค่า
1. จำนวนบุคลากรที่ดำเนินงานตามโครงการฯ	4.55 (0.51)	ไม่ต่ำกว่า 4.0
2. งบประมาณตามวัตถุประสงค์ของโครงการฯ	4.15 (0.67)	ไม่ต่ำกว่า 4.0
3. โรงเรือนและอุปกรณ์ส่วนควบ ผ้าพลาสติก และตาข่าย	3.65 (1.08)	ไม่ต่ำกว่า 4.0
4. ระบบไฟส่องสว่างและระบบระบายอากาศ	4.05 (0.94)	ไม่ต่ำกว่า 4.0
5. ระบบรักษาความปลอดภัย ประกอบด้วย รั้วลวดหนาม กล้องวงจรปิด	4.15 (0.98)	ไม่ต่ำกว่า 4.0
6. เครื่องสแกนลายนิ้วมือ ประตูควบคุมทางเข้า-ออก	3.35 (1.13)	ไม่ต่ำกว่า 4.0
7. ระบบน้ำ และการเพาะปลูก	4.25 (0.72)	ไม่ต่ำกว่า 4.0
8. อุปกรณ์การจัดเก็บ ทำลาย และค่าดำเนินการอื่นๆ	4.25 (0.91)	ไม่ต่ำกว่า 4.0
เฉลี่ยโดยรวม	4.20 (0.38)	ไม่ต่ำกว่า 4.0

2. กระบวนการนำนโยบายกัญชาเพื่อสุขภาพและทางการแพทย์ไปปฏิบัติในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ดโดยรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.99$, S.D. = 0.52) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าด้านทรัพยากรนโยบายมี

ค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{x} = 4.25$, S.D. = 0.78) รองลงมาคือ การสื่อสารระหว่างองค์กรและกิจกรรมการเสริมแรง ($\bar{x} = 4.10$, S.D. = 0.91) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และระดับกระบวนการปฏิบัติตามโครงการฯ โดยรวม และเป็นรายด้าน ($n = 20$)

การนำนโยบายไปปฏิบัติ	$\bar{x}$ (S.D.)	ระดับการปฏิบัติ	การตัดสินคุณค่า
1. วัตถุประสงค์และมาตรฐานของนโยบาย	3.95 (1.19)	มาก	ไม่ต่ำกว่าระดับ 3.5
2. ทรัพยากรนโยบาย	4.25 (0.78)	มาก	ไม่ต่ำกว่าระดับ 3.5
3. การสื่อสารระหว่างองค์กรและกิจกรรมการเสริมแรง	4.10 (0.91)	มาก	ไม่ต่ำกว่าระดับ 3.5
4. ลักษณะหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ	3.65 (1.08)	มาก	ไม่ต่ำกว่าระดับ 3.5
5. เจือปนทางเศรษฐกิจ สังคมและการเมือง	4.05 (1.14)	มาก	ไม่ต่ำกว่าระดับ 3.5
6. ทศนคติของผู้ปฏิบัติ	3.95 (1.05)	มาก	ไม่ต่ำกว่าระดับ 3.5
เฉลี่ยโดยรวม	3.99 (0.52)	มาก	ไม่ต่ำกว่าระดับ 3.5



3. ผลการดำเนินงานของโครงการ

3.1 ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เกี่ยวกับ ภัยสุขภาพเพื่อสุขภาพและการแพทย์โดยรวม (70.1%) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ควรเลือกใช้ภัยสุขภาพทางการแพทย์เป็นลำดับแรก เพราะมีความปลอดภัยสูงกว่ายาแผนปัจจุบันมีการตอบถูกมากที่สุด (79.8%)

รองลงมาคือ การใช้ภัยสุขภาพต่อเนื่องกันเป็นระยะเวลานาน จะทำให้ร่างกายเสื่อมโทรม ประสาทหลอนและโรค หรือภาวะที่สามารถใช้ภัยสุขภาพได้ (มีงานวิจัยสนับสนุน ที่หนักแน่น ได้แก่ การรักษาภาวะปวดเรื้อรัง ปวดประสาท โรคซึมเศร้า และโรคมะเร็ง (73.9%) ตามลำดับ ดังแสดง ในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของคะแนนความรู้เกี่ยวกับภัยสุขภาพเพื่อสุขภาพและการแพทย์ของผู้ป่วยและญาติ (n = 119)

ข้อคำถาม	ตอบถูก
1. ประเทศไทยภัยสุขภาพจัดเป็นยาเสพติดผิดกฎหมาย สามารถใช้ในทางการแพทย์เท่านั้น แต่ยังไม่สามารถใช้เพื่อการสันติภาพ หรือซื้อขายกันอย่างเสรีได้	78 (65.5)
2. การใช้ภัยสุขภาพต่อเนื่องกันเป็นระยะเวลานาน จะทำให้ร่างกายเสื่อมโทรม ประสาทหลอน	88 (73.9)
3. การใช้ภัยสุขภาพเกินขนาด ทำให้ความดันโลหิตแปรปรวน และความรู้สึกตัวผิดปกติ	84 (70.6)
4. น้ำมันภัยสุขภาพเป็นสารสกัดจากพืชภัยสุขภาพ สามารถผลิตเองหรือหาซื้อจากที่ใดก็ได้	81 (68.1)
5. ควรเลือกใช้ภัยสุขภาพทางการแพทย์เป็นลำดับแรก เพราะมีความปลอดภัยสูงกว่ายาแผนปัจจุบัน	95 (79.8)
6. ภัยสุขภาพเป็นพิษสมุนไพรที่มีคุณสมบัติเป็นยารักษาโรคหลายอย่างมีคุณมากกว่าโทษอีก ทั้งปริมาณการใช้ที่ปลอดภัยมีช่วงกว้างมากจึงควรสนับสนุนการใช้	86 (72.3)
7. โรคหรือภาวะที่สามารถใช้ภัยสุขภาพได้ (มีงานวิจัยสนับสนุนที่หนักแน่น) ได้แก่ การรักษา ภาวะปวดเรื้อรัง ปวดประสาท โรคซึมเศร้าและโรคมะเร็ง	88 (73.9)
8. สารแคนนาบินอยด์ในภัยสุขภาพ สามารถป้องกัน และยับยั้งการเกิดเซลล์มะเร็งได้ ปัจจุบันจึงเป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางในการนำมาใช้เพื่อรักษาโรคมะเร็งหลาย ๆ ชนิด	73 (61.3)
9. การใช้ภัยสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์เป็นอันตรายต่อทารกในครรภ์การใช้ภัยสุขภาพในคนที่ เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ปลอดภัยกว่าการใช้ยาแผนปัจจุบัน และมี ผลข้างเคียงจากการใช้น้อยกว่า	85 (71.4)
เฉลี่ยโดยรวม	84 (70.1)

3.2 การวิเคราะห์บริบทเชิงระบบ และความพร้อมการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติของ โรงพยาบาล พบว่าโดยรวมอยู่ในมากที่สุด ($\bar{x} = 3.69$, S.D. = 0.78) เมื่อพิจารณาบริบทเชิงระบบโดยรวมอยู่ในมากที่สุด ($\bar{x} = 3.75$, S.D. = 0.24) เมื่อพิจารณาเป็น รายข้อ พบว่าระบบสนับสนุนมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{x} = 3.91$, S.D. = 0.44) รองลงมาคือ ระบบการ

ให้บริการ ($\bar{x} = 3.85$, S.D. = 0.31) ส่วนการวิเคราะห์ "ความพร้อม" ของโรงพยาบาล โดยรวมอยู่ในระดับ มากที่สุด ($\bar{x} = 3.64$, S.D. = 0.26) เมื่อพิจารณาเป็น รายข้อ พบว่าความสามารถเฉพาะต่อนโยบายภัยสุขภาพทางการแพทย์มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{x} = 3.74$, S.D. = 0.41) รองลงมาคือ ความสามารถทั่วไป ($\bar{x} = 3.64$, S.D. = 0.33) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 5



ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการวิเคราะห์บริบทเชิงระบบของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ($n = 20$)

การนำนโยบายไปปฏิบัติ	$\bar{x}$ (S.D.)	ระดับการปฏิบัติ	การตัดสินคุณค่า
การวิเคราะห์บริบทเชิงระบบ			
1. ระบบการให้บริการ	3.85 (0.31)	มากที่สุด	ไม่ต่ำกว่าระดับ 3.5
2. ระบบสนับสนุน	3.91 (0.44)	มากที่สุด	ไม่ต่ำกว่าระดับ 3.5
3. การติดตามและประเมินผล	3.67 (0.44)	มากที่สุด	ไม่ต่ำกว่าระดับ 3.5
4. ระบบความช่วยเหลือทางเทคนิค	3.62 (0.58)	มากที่สุด	ไม่ต่ำกว่าระดับ 3.5
เฉลี่ยโดยรวม	3.75 (0.24)	มากที่สุด	ไม่ต่ำกว่าระดับ 3.5
การวิเคราะห์ "ความพร้อม" ของโรงพยาบาล			
1. ความสามารถทั่วไป	3.64 (0.33)	มากที่สุด	ไม่ต่ำกว่าระดับ 3.5
2. ความสามารถเฉพาะต่อนโยบายกัญชาทางการแพทย์	3.74 (0.41)	มากที่สุด	ไม่ต่ำกว่าระดับ 3.5
3. แรงจูงใจ	3.58 (0.35)	มากที่สุด	ไม่ต่ำกว่าระดับ 3.5
เฉลี่ยโดยรวม	3.64 (0.26)	มากที่สุด	ไม่ต่ำกว่าระดับ 3.5
โดยรวม	3.69 (0.78)	มากที่สุด	ไม่ต่ำกว่าระดับ 3.5

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดการนำนโยบายไปปฏิบัติในระดับซึ่งต้องเริ่มต้นจากหน่วยงานระดับล่างที่ได้รับการถ่ายทอด (Cascading) นโยบาย แผนงาน/โครงการ แล้วนำมาแปลงเป็นแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ในการประสานประโยชน์ระหว่างหน่วยงานเจ้าของนโยบายกับหน่วยงานระดับล่างหรือ “การปรับตัวเข้าหากันและกัน” กระบวนการปรับตัวอาศัยการตัดสินใจของผู้ปฏิบัติงานระดับล่างนั้นประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นการระดมพลัง (Mobilization) ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ได้แก่ การพิจารณารับนโยบาย โดยมีหลักเกณฑ์คือ ความเร่งด่วนและตรงกับเป้าหมายของหน่วยงาน และการแสวงหาการสนับสนุนจากสมาชิกในหน่วยงานบุคคลสำคัญ หรือหน่วยงานอื่น ๆ

สร้างการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายในท้องถิ่นเพื่อร่วมกันออกแบบและกำหนดแนวทางการดำเนินงานตั้งแต่เริ่มต้นเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการนำนโยบายไปปฏิบัติ 2) ขั้นการปฏิบัติ (Deliverer Implementation) คือ การปรับเปลี่ยนนโยบายที่ได้รับการยอมรับแล้วให้เป็นการปฏิบัติจริงโดยขึ้นอยู่กับดุลยพินิจในการตัดสินใจของผู้ปฏิบัติแต่ละบุคคล การให้บริการหรือรูปแบบการปฏิบัติงานจึงแตกต่างและหลากหลาย ซึ่งหน่วยงานระดับล่างต้องแสวงหาวิธีการปรับพฤติกรรมของบุคคลให้เป็นมาตรฐานเดียวกันตามที่หน่วยงานพึงประสงค์ 3) ขั้นการสร้างความเป็นปึกแผ่นหรือความต่อเนื่อง (Institutionalization/Continuation) คือ การที่นโยบายยังคงมีการปฏิบัติต่อไปในระยะยาว ถึงแม้ว่าระยะเวลาของนโยบาย



สิ้นสุดลงแล้วก็ตามเนื่องจากนโยบายได้ถูกปรับเปลี่ยน และได้รับการยอมรับจนเป็นหน้าที่ประจำวันของผู้ปฏิบัติไปแล้ว⁷

พบผลเช่นเดียวกับการศึกษาผลการนำนโยบาย การพัฒนากฎาทางการแพทย์ไปสู่การปฏิบัติในกลุ่ม วิชาชีพชุมชน โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก และพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการนำนโยบาย การพัฒนากฎาทางการแพทย์ไปสู่การปฏิบัติในกลุ่ม วิชาชีพชุมชน คือปัจจัยด้านวัตถุประสงค์ของนโยบาย การสื่อสารองค์การ โครงสร้างระบบราชการ ทัศนคติ ของหน่วยงานและผู้ปฏิบัติงานและบริบททางสังคม และเศรษฐกิจมีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการนำนโยบาย การพัฒนากฎาทางการแพทย์ไปสู่การปฏิบัติในกลุ่ม วิชาชีพชุมชน และข้อเสนอแนะในการพัฒนาการนำ นโยบายการพัฒนากฎาทางการแพทย์ไปสู่การปฏิบัติ ในกลุ่มวิชาชีพชุมชนคือ รัฐบาลมีนโยบายที่มีความชัดเจน ในการแก้ไขกฎหมายว่าด้วยกฎหมายไม่เป็นยาเสพติด หน่วยงานมีการบูรณาการภารกิจ รัฐบาลควรส่งเสริม สื่อสารความรู้ทางวิชาการให้ประชาชนได้รับทราบ เข้าใจในการใช้กฎหมายทางการแพทย์ องค์ความรู้ใน การเพาะปลูก เป็นต้น⁸ สอดคล้องกับการสำรวจความรู้ และความคิดเห็นเกี่ยวกับกฎหมายทางการแพทย์ พบว่า เกษตรกรมีคะแนนความรู้ในระดับสูงเพียงร้อยละ 53 เท่านั้น เมื่อเปรียบเทียบด้านความรู้ทั้ง 2 ด้าน พบว่า เกษตรกรที่ตอบแบบสอบถามมีคะแนนความรู้ด้านกฎหมาย และการกำกับดูแลการใช้กฎหมายทางการแพทย์ (ร้อยละ 87.1) มีระดับความคิดเห็นไม่แน่ใจกับการใช้กฎหมาย ทางทางการแพทย์ (ร้อยละ 49) แต่ยังไม่แน่ใจกับการใช้ กฎหมายทางการแพทย์ เนื่องจากมีข้อกังวลในแง่ผลกระทบ ต่อสังคมในทำนองเดียวกับผู้ขออนุญาตให้ปลูกกัญชา ในระดับพื้นที่จังหวัด กรณีศึกษาเขตสุขภาพที่ 3 คณะกรรมการฯ 126 คน ใน 5 จังหวัด (นครสวรรค์ กำแพงเพชร พิจิตร อุทัยธานี และชัยนาท) ผู้ตอบ แบบสอบถามส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60.0) มีความรู้เกี่ยวกับ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับกัญชาในการพิจารณาอนุญาต

ให้ปลูกกัญชาในระดับปานกลาง¹⁰ ส่วนการประเมินผล การนำนโยบายไปปฏิบัติ พบผลเช่นเดียวกับการศึกษา ในจังหวัดอำนาจเจริญ ซึ่งพบว่า ผลลัพธ์ในการ ดำเนินงานต้นน้ำ (การปลูก) มีผู้ยื่นขออนุญาตปลูก กัญชา 16 แห่ง ได้รับใบอนุญาตแล้ว 2 แห่ง (คิดเป็น ร้อยละ 12.50) รายได้จากการจำหน่ายกัญชามูลค่ารวม 261,860 บาท การดำเนินงานกลางน้ำ (แหล่งผลิต สมุนไพร) ศูนย์แพทย์แผนไทยโรงพยาบาลพนา อำเภอพนา จังหวัดอำนาจเจริญ เป็นโรงงานผลิตสมุนไพรและกัญชาที่ ได้มาตรฐาน WHO GMP และได้รับอนุญาตเป็นสถานที่ ผลิตยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 รายการผลิตภัณฑ์กัญชา จำนวน 11 รายการ และมีแผนการผลิตกัญชา 17 ตำรับ มีรายได้จากการผลิตผลิตภัณฑ์กัญชามูลค่ารวม 533,195 บาท การดำเนินงานปลายน้ำ (คลินิกกัญชาทาง การแพทย์) จัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบ บูรณาการครบทุกแห่ง (ร้อยละ 100) มีผู้ป่วยรับยาสะสม ทั้งหมด 561 คน รับยาต่อเนื่อง 526 คน โรงพยาบาลที่มี ผู้ป่วยรับยาต่อเนื่องมากที่สุดคือ โรงพยาบาลพนา ตำรับ ที่มีการจ่ายมากที่สุดคือ น้ำมันกัญชา สูตรอาจารย์ เดชา และข้อบ่งใช้ในการรับยามากที่สุดคือ อาการ นอนไม่หลับ¹¹

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าการนำนโยบายกัญชา เพื่อสุขภาพและการแพทย์ไปปฏิบัติในเครือข่าย สุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ดครั้งนี้ ผลการประเมินโดยรวม จะอยู่ในระดับดีก็ตาม แต่ส่วนใหญ่จะดำเนินงานเฉพาะ บุคลากรสาธารณสุขเท่านั้น หน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง มีการขับเคลื่อนน้อยมาก ส่งผลให้การดำเนินงานใน ภาพรวมมีปัญหา เช่น ปัญหาด้านความรู้ ความเข้าใจ และความเชื่อเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ ผลกระทบ ต่อระบบการดูแลรักษาทางการแพทย์ การแพร่ระบาดของ ข่าวลวง และโฆษณาประชาสัมพันธ์ลวง การขยายตัว อย่างรวดเร็วของธุรกิจค้าขายกัญชา ปัญหาด้านระบบ การสร้างองค์ความรู้ทางการแพทย์เกี่ยวกับกัญชาและ ปัญหาด้านสังคมจากนโยบายกัญชาทางการแพทย์ เป็นต้น¹²



การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการเนื่องจากข้อจำกัดในด้านระยะเวลาและทรัพยากรในการดำเนินการวิจัยอย่างจำกัด คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลยังมีจำนวนไม่มาก ไม่ครอบคลุมทุกองค์ประกอบของระบบสุขภาพทางการแพทย์ เนื่องจากเป็นระบบที่ซับซ้อนมาก เช่น ขาดข้อมูลจากผู้ปลูก ผู้ให้บริการนอกระบบ จึงควรที่จะแปลความหมายต่อข้อจำกัดนี้ และควรจะทำการศึกษาที่ครอบคลุมยิ่งขึ้นต่อไปในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

1. ควรกำหนดเป้าประสงค์ของนโยบายกฎหมายทางการแพทย์ที่ชัดเจนและเน้นประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้ทราบว่าบทบาทของประชาชนได้อะไรจากนโยบายนี้ ทั้งนี้จำเป็นต้องอาศัยความครบถ้วนของข้อมูลทั้งหมด ได้แก่ หลักฐานงานวิจัยทางคลินิก ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ และประสบการณ์จากประเทศอื่นเป็นฐานประกอบ เพื่อผนวกเข้ากับบริบทของสังคมไทย (Local Context) ซึ่งจะทำให้การกำหนดนโยบายการใช้กฎหมายเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์เป็นไปในลักษณะการสร้างนโยบายที่มาจากฐานข้อมูลเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดขึ้นจากความเข้าใจที่ไม่ตรงกัน อีกทั้ง ยังเป็นการลดความเสี่ยงต่อความล้มเหลวเมื่อนำนโยบายไปปฏิบัติ

2. ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติ หรือประชาชนทั่วไปในการใช้ประโยชน์จากกฎหมายทางการแพทย์ โดยการที่ประชาชนจะให้การสนับสนุนนโยบายใด แสดงว่านโยบายนั้นจะต้องสอดคล้องกับทัศนคติค่านิยม พื้นฐานความคิดความเข้าใจความต้องการของประชาชนและวิถีชุมชน

3. ควรมีการส่งเสริมให้ทุกคนที่เกี่ยวข้องทั้งต้นน้ำ กลางน้ำ และปลายน้ำได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการใช้กฎหมายทางการแพทย์ ทั้งการอบรมทางตรงและทางอ้อม โดยมีการออกแบบหลักสูตรที่เหมาะสมทั้งหลักสูตรทั่วไปและเฉพาะด้าน

4. ผู้ขอรับอนุญาตปลูกกฎหมายต้องควร 1) ผ่านการทดสอบความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ

กระบวนการปลูกกฎหมาย และแนวทางการปฏิบัติด้านการจัดเตรียมสถานที่ การเก็บรักษา และการควบคุมการใช้ 2) ควรมีการแต่งตั้งคณะกรรมการในส่วนภูมิภาค เพื่อทำหน้าที่พิจารณาคำขออนุญาตปลูกกฎหมายของผู้ประกอบการตามแนวทางการพิจารณาอนุญาตเกี่ยวกับการปลูกกฎหมาย พ.ศ. 2562 และแนวทางการปฏิบัติด้านการจัดเตรียมสถานที่ การเก็บรักษา และการควบคุมการใช้ สำหรับผู้ขอรับอนุญาตปลูกกฎหมาย 3) พนักงานเจ้าหน้าที่ฯ จะต้องมีการลงพื้นที่ตรวจสอบสถานที่จริง เพื่อทำการประเมินตรวจสอบสถานที่ก่อนอนุญาตให้ดำเนินการเพาะปลูกกฎหมายได้ และ 4) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ต้องมีการตรวจสอบเฝ้าระวังมาตรฐานของสถานที่เพาะปลูกกฎหมายอย่างน้อย 2 – 3 ครั้งต่อปี และคณะกรรมการฯ ในระดับจังหวัด ควรได้รับการอบรมเกี่ยวกับกฎหมายการขออนุญาตปลูกกฎหมาย รวมถึงกระบวนการปฏิบัติในการพิจารณาอนุญาตให้ปลูกกฎหมายตามแนวทางของ อย. เพื่อให้คณะกรรมการฯ มีความรู้ และมีศักยภาพเพียงพอต่อการปฏิบัติหน้าที่ สำหรับการส่งเสริมการนำกฎหมายไปใช้ประโยชน์ทางการแพทย์และป้องกันการนำกฎหมายไปใช้ในทางที่ผิดกฎหมาย

4. พัฒนาแผนเพื่อป้องกัน ควบคุม และแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดของข่าวลวง และโฆษณาประชาสัมพันธ์ลวงเพื่อหวังผลเชิงพาณิชย์และอื่น ๆ

5. วางแผนการศึกษาวิจัยกฎหมายทางการแพทย์อย่างเป็นระบบ โดยยึดตามมาตรฐานสากล

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณ ดร.นพ.สุรเดช ชวเดช นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ที่ให้คำปรึกษาและให้การสนับสนุนขอบคุณ ภญ.วิภาพร อุตตะมะ ดร.เสฐียรพงษ์ ศิวนาตลอดจนทีมวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดทุก ๆ ท่านที่ให้ข้อเสนอแนะและความคิดเห็นทีมงานแพทย์แผนไทยและบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกโรงพยาบาลในเขตจังหวัดร้อยเอ็ดที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล



เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์. กัญชาเพื่อการแพทย์. เรียนรู้ด้วยความเข้าใจวิธีใช้อย่างถูกต้องมีประโยชน์มหาศาล [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 10 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://tmc.or.th/tmc_knowledge.php
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด การดำเนินนโยบายด้านสุขภาพและการแพทย์กัญชา. กลุ่มงาน การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก; 2565.
3. อภิวัฒน์ จำตา. การบริหารจัดการของรัฐในการส่งเสริมกัญชาเสรีเพื่อการแพทย์ทางเลือกของไทย. บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย; 2564.
4. Stake, Robert E. Standards - Based and Responsive Evaluation. California: Sage Publications, Inc.; 2004.
5. พัฒนปกรณ ดอนตุ้มไพร, พิพัฒน์ พันมา, มัณฑนา หน่อแก้ว, โชติ บดีรัฐ. นโยบายกัญชาเสรีในฐานะ พืชทางการแพทย์. วารสารวิชาการร้อยแก่นสาร. 2564; 6(1): 85-98.
6. บัณฑิต ศรไพศาล และคณะ. คิดให้ชัดกับนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของประเทศไทย. วารสารวิชาการ สาธารณสุข. 2562; 28(4):7 55-66.
7. พิษณุภร จ่างจันทรา. กลไกการขับเคลื่อนคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลคูเมือง จังหวัด บุรีรัมย์. [รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต คณะรัฐศาสตร์]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2562.
8. พิทยา สุนทรประเวศ. การนำนโยบายการพัฒนา กัญชาทางการแพทย์ไปสู่การปฏิบัติในกลุ่มวิสาหกิจชุมชน. วารสารการบริหารและสังคมศาสตร์ปริทรรศน์. 2565; 5(6): 72-82.
9. อภิญา เหลืองวิเชียรพร. ความรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ของเภสัชกรโรงพยาบาล รัฐ. มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2563.
10. ณัฏฐา อ่อนปาน, ระพีพรรณ ฉลองสุข. การสำรวจความรู้และความคิดเห็นต่อแนวทางการปฏิบัติใน การพิจารณาอนุญาตให้ปลูกกัญชาของคณะกรรมการพิจารณาอนุญาตให้ปลูกกัญชาในระดับพื้นที่จังหวัด กรณ์ศึกษาเขตสุขภาพที่ 3. มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2563.
11. ชยพล สีนวรณ์. การประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานกัญชาทางการแพทย์และพืชเศรษฐกิจในพื้นที่จังหวัด อำนาจเจริญ. วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ. 2565; 2(2): 81-98.
12. อีระ วรณารัตน์. กรณีกศึกษานโยบายกัญชาทางการแพทย์สถานการณ์ ผลกระทบ แนวทางการจัดการ และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับประเทศไทย. คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2563.