

ผลของการให้บริการตามรูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับสหวิชาชีพใน คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย ณ โรงพยาบาลห้วยเกิ้ง จังหวัดอุดรธานี

ศักดิ์ชาย ขติยา¹, นุศราพร เกษสมบุญ²

¹นักศึกษาปริญญาโท คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อวัดผลลัพธ์ของการให้บริการตามรูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับสหวิชาชีพ (multidisciplinary pharmaceutical care model: MPCM) ณ คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลห้วยเกิ้ง จังหวัดอุดรธานี (คลินิกกัญชา) **วิธีการ:** การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ต่อเนื่องจากระยะวางแผน การศึกษาประกอบด้วย 3 ระยะ คือ 1. ระยะปฏิบัติการ โดยเก็บข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาจากการใช้ยา (drug related problems: DRPs) ในผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการในคลินิกกัญชาอย่างต่อเนื่องจำนวน 120 คน โดยเป็นผู้ป่วยในกลุ่มที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อและกระดูกเรื้อรัง โรคไมเกรน โรคนอนไม่หลับ และโรคกระเพาะอาหาร 30.8, 26.6, 17.5 และ 7.5 ตามลำดับ ต่อมาทดลองให้บริการตาม MPCM ที่ออกแบบจากระยะวางแผนในผู้ป่วย 3 เดือน 2. ระยะสังเกตการณ์เป็นการประเมินผลลัพธ์หลังการนำ MPCM จากจำนวน DRPs เฉลี่ยที่เปลี่ยนแปลง และ 3. ระยะสะท้อนผลเป็นการใช้วิธีการสนทนากลุ่มในทีมสหวิชาชีพเพื่อสอบถามความเห็นต่อ MPCM **ผลการศึกษา:** จำนวน DRPs ทั้งหมดก่อนการนำ MPCM มาใช้เท่ากับ 81 ครั้ง หรือเฉลี่ย 0.68 ปัญหาต่อราย หลังการนำ MPCM มาใช้พบ DRPs ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเหลือ 10 ครั้งหรือเฉลี่ย 0.08 ปัญหาต่อราย ($P=0.045$) ทั้งก่อนและหลังการนำ MPCM มาใช้พบว่า DRPs ประเภทที่ส่งผลต่อความปลอดภัยมากกว่าประเภทที่ส่งผลต่อการรักษา สาเหตุของ DRPs ที่พบมากที่สุด คือ พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยไม่เหมาะสม ซึ่งพบว่ามีจำนวนลดลงจาก 44 ครั้งเหลือ 4 ครั้ง (ลดลงร้อยละ 90.9) หลังจากนำ MPCM มาใช้ ทั้งนี้ในช่วงก่อนนำ MPCM มาใช้ เภสัชกรแก้ไข DRPs ด้วยความพยายาม 81 ครั้ง โดยเป็นผู้ประสานงานระหว่างแพทย์ พยาบาล เภสัชกรท่านอื่น ๆ ทั้งในและนอกโรงพยาบาล รวมถึงผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย มีการยอมรับการแก้ไขปัญหามีจำนวน 77 ปัญหา (ร้อยละ 95.0) ผู้ป่วย 105 ราย (ร้อยละ 87.5) มีผลการรักษาที่ดีขึ้นหลังจากการนำ MPCM มาใช้ ส่วนในขั้นตอนสะท้อนผล ทีมสหวิชาชีพเห็นตรงกันว่า MPCM ที่ร่วมกันออกแบบเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย และทำให้ระบบงานมีคุณภาพมากขึ้นและเห็นควรใช้ต่อไป **สรุป:** ขั้นตอนการบริการตาม MPCM ในคลินิกกัญชา ลด DRPs ทั้งระดับผู้ป่วยและระดับผู้สั่งใช้ยา โดยเภสัชกรมีบทบาทสำคัญในการค้นหา ป้องกัน และแก้ไข DRPs ร่วมกับทีมสหวิชาชีพและผู้ป่วย ส่งผลให้ผลการรักษาดีขึ้นและผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากการใช้ยามากขึ้น จึงควรนำ MPCM ไปปรับใช้ในคลินิกกัญชา ต่อไป

คำสำคัญ: การบริหารทางเภสัชกรรม สหวิชาชีพ คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

รับต้นฉบับ: 19 ก.ย. 2566, ได้รับบทความฉบับปรับปรุง: 31 ต.ค. 2566, รับผิดชอบพิมพ์: 6 พ.ย. 2566

ผู้ประสานงานบทความ: นุศราพร เกษสมบุญ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40002

E-mail: nusatati@gmail.com

Outcomes of Service Provision Based on Multidisciplinary Pharmaceutical Care Model in Thai Traditional Medical Cannabis Clinics at Huaikoeng Hospital in Udonthani

Sakchai Kuttiya¹, Nusaraporn Kessomboon²

¹Master Degree Student, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Khon Kaen University

²Faculty of Pharmaceutical Sciences, Khon Kaen University

Abstract

Objective: To measure the outcomes of providing services according to the multidisciplinary pharmaceutical care model (MPCM) at Thai Traditional Medical Cannabis Clinic Huaikoeng Hospital in Udonthani (Cannabis Clinic). **Method:** This study was a part of action research following the planning phase. The study consisted of 3 phases: 1) action phase involved the collection of data on drug related problems (DRPs) among 120 outpatients regularly receiving services at the Cannabis Clinic. The patients with chronic musculoskeletal pain, migraine, insomnia, and cancer accounted for 30.8%, 26.6%, 17.5%, and 7.5% of the total subjects, respectively. Later, the service based on the MPCM designed in the planning phase was provided to the patients for 3 months; 2) observation phase was to evaluate the outcomes after implementing the MPCM by observing the change in the average number of DRPs; and 3) The reflection phase was to conduct focus group discussion in multidisciplinary teams to collect their opinions on the MPCM. **Results:** The total number of DRPs before the implementation of the MPCM was 81 with an average of 0.68 DRP per patient. After the implementation of the MPCM, DRPs significantly decreased to 10 times, or an average of 0.08 DRP per patient ($P = 0.045$). During the periods before and after the introduction of the MPCM, DRPs affecting patient safety were more prevalent than those affecting treatment. The most common cause of DRPs was inappropriate behaviors on drug use among patients. It was found that the number of inappropriate behaviors decreased from 44 times to 4 times (reduced by 90.9 percent) after the MPCM was introduced. In the period before the MPCM was introduced, pharmacists resolved DRPs with 81 attempts by coordinating with physicians, nurses, other pharmacists within and outside the hospital, patients and their caregivers. A total of 77 recommendations by pharmacists for DRPs (95.0%) were accepted. 105 patients (87.5%) had improved treatment outcomes after the implementation of the MPCM. In the reflection phase, multidisciplinary team agreed that the participatory designed MPCM was beneficial to patient, improved the quality of work system and should be implemented in ongoing practice. **Conclusion:** Service provision based on the MPCM in the Cannabis Clinics reduces DRPs at both the patient and prescriber levels. Pharmacists play an important role in identifying, preventing, and resolving DRPs together with the multidisciplinary team and patients. As a result, treatment outcomes and patient safety are improved. Therefore, the MPCM should be implemented in ongoing practice within the Cannabis Clinics.

Keywords: pharmaceutical care, multidisciplinary, Thai traditional medical cannabis clinic, action research

บทนำ

ในช่วงปีพ.ศ.2562 กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการวิจัยเพื่อติดตามลักษณะการใช้และคุณภาพชีวิตของผู้ใช้น้ำมันกัญชาสูตรหมอเดชาที่ผลิตภายใต้ตามรูปแบบพิเศษของการเข้าถึงยาในคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย (1) โรงพยาบาลห้วยเก็งเป็นโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยประจำจังหวัดอุดรธานีเป็นหนึ่งใน 30 สถานพยาบาลทั่วประเทศที่เข้าร่วมการวิจัยนำร่องข้างต้น โรงพยาบาลจัดตั้งคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยที่เน้นการรักษาโรคทางการแพทย์แผนไทย โดยเปิดให้บริการทุกวันเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการให้มากขึ้น ทั้งนี้ในวันที่ 14 มิถุนายน พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยที่ได้รับการบริการและได้รับน้ำมันกัญชาสูตรหมอเดชาสะสม จำนวน 1,683 คน รวม 3,980 ครั้งของการบริการ โดยมีผู้ป่วยรายใหม่เฉลี่ย 10 คนต่อสัปดาห์ ผู้ป่วยรายเก่าที่เข้ารับบริการ 30 คนต่อสัปดาห์

ในช่วงแรก การให้บริการตรวจและจ่ายน้ำมันกัญชาทำโดยแพทย์แผนไทยที่มีใบประกอบวิชาชีพในสาขาเภสัชกรรมไทย อย่างไรก็ตาม แนวทางมาตรฐานการเปิดคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนปัจจุบันแบบบูรณาการ (2) แนะนำให้เภสัชกรทำหน้าที่จ่ายยาน้ำมันกัญชาในขั้นตอนสุดท้าย พร้อมทั้งให้คำแนะนำด้านการใช้ตามมาตรฐานวิชาชีพและติดตามปัญหาจากการใช้ยา (drug related problems; DRPs) ในผู้ป่วยทุกราย โดยเน้นการให้บริบาลทางเภสัชกรรมร่วมกับทีมสหวิชาชีพ การบริบาลทางเภสัชกรรมตามนิยามของของ Hepler และ Strand (3) และเครือข่ายการบริบาลทางเภสัชกรรมแห่งยุโรป (Pharmaceutical Care Network Europe: PCNE) (4) คือ การที่เภสัชกรค้นหา แก้ไข วางแผน และป้องกันปัญหาที่เกิดขึ้นหรืออาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา เพื่อให้ผู้ป่วยมีการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลและมีผลการรักษาที่ดีขึ้น กิจกรรมดังกล่าวครอบคลุมถึงสหวิชาชีพอื่น ๆ ที่มีส่วนร่วมในการบริบาลเภสัชกรรมด้วย

ข้อมูลจากแบบบันทึกการบริบาลทางเภสัชกรรม ณ คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลห้วยเก็ง (คลินิกกัญชาฯ) ในช่วงเดือนเมษายน พ.ศ.2563 - เมษายน พ.ศ.2564 พบว่า DRPs ในคลินิกกัญชาฯ ส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมการใช้ยาไม่เหมาะสมถึง 40 ครั้ง (ร้อยละ 67) ได้แก่ ผู้ป่วยปรับขนาดยาเอง โดยเพิ่มขนาดยาเอง จำนวน 20 ครั้ง ลดขนาดยาเอง 5 ครั้ง และรับประทาน

ไม่ถูกวิธีจำนวน 15 ครั้ง อีกทั้งพบอาการไม่พึงประสงค์ ได้แก่ อาการใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว นอนไม่หลับในผู้ป่วยจำนวน 3 ราย โดยอาการใจสั่นและหัวใจเต้นเร็วอาจเป็นอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน ซึ่งเป็นโรคที่เป็นข้อห้ามใช้น้ำมันกัญชา จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาระบบการบริบาลทางเภสัชกรรมร่วมกับสหวิชาชีพเพื่อลด DRPs โดยเฉพาะ DRPs ที่เกิดจากพฤติกรรมการใช้ยาไม่เหมาะสมเพื่อแก้ไขปัญหาในทันที

การทบทวนวรรณกรรมแบบพรรณนาเกี่ยวกับผลของการบริบาลเภสัชกรรมของเภสัชกรร่วมกับสหวิชาชีพในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ทั้งในและต่างประเทศ ที่เผยแพร่ในช่วงปีพ.ศ. 2565-2566 พบว่ามีการศึกษาค่อนข้างน้อยและยังมีข้อจำกัด เช่น การศึกษาของ Erin Prosk และคณะ (5) ไม่ได้วัดผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบของระบบคลินิกกัญชาฯ ที่พัฒนาขึ้น การศึกษาของ Ruiz-Ramos และคณะ ศึกษาผลลัพธ์ของการบริบาลเภสัชกรรมโดยการวิเคราะห์เชิงปริมาณ (6) พบว่าไม่มีงานวิจัยเกี่ยวกับคลินิกกัญชาทางการแพทย์รวมอยู่ในการทบทวนวรรณกรรมชิ้นนี้ และการศึกษาเชิงปฏิบัติการ ของศิรินุช ฉายแสง (7) พบว่าไม่ได้มีการจ่ายน้ำมันกัญชาไปด้วย แต่เป็นเพียงการศึกษาในคลินิกให้คำปรึกษาด้านกัญชาเท่านั้น ทำให้ผลการศึกษาในอดีตไม่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทที่มีการใช้น้ำมันกัญชาในคลินิกกัญชาฯ นอกจากนี้ พบเพียงงานวิจัยเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมฯ ร่วมกับสหวิชาชีพในคลินิกอื่น ๆ ที่ไม่ใช่คลินิกกัญชา (8-10) คือ คลินิกโรคไตวายเรื้อรัง คลินิกโรคจิตเภท และคลินิกโรคมะเร็ง

ผู้วิจัยจึงจัดทำงานวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (11) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก คือ ขั้นตอนการวางแผน การปฏิบัติการ การสังเกตการณ์ และการสะท้อนผล โดยการศึกษาครั้งนี้เป็นงานในขั้นตอนการปฏิบัติการ การสังเกตการณ์ และการสะท้อนผล ซึ่งต่อเนื่องจากงานวิจัยในระยะวางแผนของ ศักดิ์ชาย ชติยา และนุศราพร เกษรสมบุญณ์ เรื่อง การพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมร่วมกับสหวิชาชีพในคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย ณ โรงพยาบาลห้วยเก็ง จังหวัดอุดรธานี (12) งานวิจัยในขั้นวางแผนพบว่าปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาได้แก่ปัจจัยด้านผู้ป่วย ด้านยา ด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบบริการ ด้านโรคที่เป็น และด้านสังคมและเศรษฐกิจ-

ศาสตร์ งานวิจัยดังกล่าวปรับปรุงขั้นตอนและรูปแบบการให้
บริหารเภสัชกรรมโดยใช้แนวคิดระบบสินค้าที่เพิ่มบทบาทของ
ทีมสหวิชาชีพ จนได้รูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรม
ร่วมกับสหวิชาชีพ (multidisciplinary pharmaceutical care
model: MPCM) ซึ่งคาดว่าจะสามารถลด DRPs ทั้งในระดับ
ผู้ป่วยและระดับผู้สั่งใช้ยาและส่งผลให้ผู้ป่วยใช้น้ำมันกัญชา
ได้อย่างมีประสิทธิภาพและความปลอดภัย จึงเป็นที่มาของ
การศึกษาในครั้งนี้ โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อวัดผลลัพธ์
ของการใช้รูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมฯ ที่ร่วมกัน
ออกแบบต่อ DRPs

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นงานวิจัยเชิงปฏิบัติการในขั้นตอน
การปฏิบัติการ การสังเกตการณ์ และการสะท้อนผล ใน
ผู้ป่วยรายเดิมที่ได้รับน้ำมันกัญชาสูตรหมอเดชา (น้ำมัน
กัญชา) จากขั้นตอนการวางแผน ระยะเวลาศึกษาระหว่าง
วันที่ 28 เมษายน ถึง 29 สิงหาคม พ.ศ. 2566 การวิจัยนี้
ผ่านพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่รับรอง 4.3.04:4/2566 ลง
วันที่ 27 มีนาคม 2566

ขั้นตอนปฏิบัติการ

ระยะที่ 1 ก่อนนำ MPCM มาใช้

ก่อนนำ MPCM มาใช้ ผู้วิจัยค้นหา DRPs จาก
ผู้ป่วยทั้งหมดเป็นครั้งที่ 2 (ครั้งแรกทำในขั้นตอนการ
วางแผน) เนื่องจากในการเก็บข้อมูล DRPs ครั้งแรกยังไม่
ทราบพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยรายใหม่ที่เพิ่งเคยได้รับ
น้ำมันกัญชาฯ ในขั้นตอนการวางแผน เกณฑ์การคัดเข้า คือ
เป็นผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการในคลินิกกัญชาฯ อย่าง
ต่อเนื่องระหว่างวันที่ 28 เมษายนถึง 28 พฤษภาคม พ.ศ.
2566 และเป็นผู้ป่วยกลุ่มเดิมในขั้นตอนการวางแผน

การศึกษาเก็บข้อมูลทั่วไป คือ เพศ อายุ โรค
ประจำตัว และข้อบ่งใช้ของน้ำมันกัญชาฯ ที่ได้รับจาก
ฐานข้อมูล Hosxp ของโรงพยาบาล เมื่อผู้ป่วยเกิด DRPs
เภสัชกรประจำคลินิกกัญชาฯ ประเมิน DRPs โดยใช้
เครื่องมือ Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE)
version 9.1 (13) ในการจัดประเภทชนิดของ DRPs โดย
เลือกได้เพียง 1 ข้อ (P1 -P3 หรือประเภทที่ส่งผลต่อการ
รักษา ส่งผลต่อความปลอดภัย หรืออื่น ๆ ตามลำดับ)
จากนั้นประเมินความรุนแรงของ DRPs ตามคำนิยามของ

National Coordinating Council for Medication Error
Reporting and Prevention (NCC MERP) (14) จากนั้น
ประเมินสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหา (C1 -C8 ตามนิยามของ
PCNE) โดยเลือกได้มากที่สุด 3 ข้อ หลังจากนั้นเลือกวิธีการ
แก้ไขปัญหา (I0 -I4 ตามนิยามของ PCNE) ซึ่งสามารถ
เลือกได้มากที่สุด 3 วิธี จากนั้นประเมินการยอมรับการ
แก้ไขปัญหาด้านยา (A1-A3 ตามนิยามของ PCNE) โดย
เลือกได้เพียง 1 ข้อ และสรุปผลลัพธ์ของการจัดการ DRPs
โดยเลือกได้หัวข้อเดียว (O0-O3 ตามนิยามของ PCNE)

ส่วนการประเมินความเหมาะสมของพฤติกรรม
การใช้ยาในผู้ป่วยเป็นการวัดโดยตรงจากการสัมภาษณ์
ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย ควบคู่กับการวัดทางอ้อมจากการชั่ง
ปริมาณยาที่เหลือจากการมาตามนัดในแต่ละครั้ง ผล
การศึกษาในระยะนี้ทำให้ได้รายละเอียด DRPs ทั้งหมดเพื่อ
นำไปเปรียบเทียบ DRPs ภายหลังการนำ MPCM มาใช้

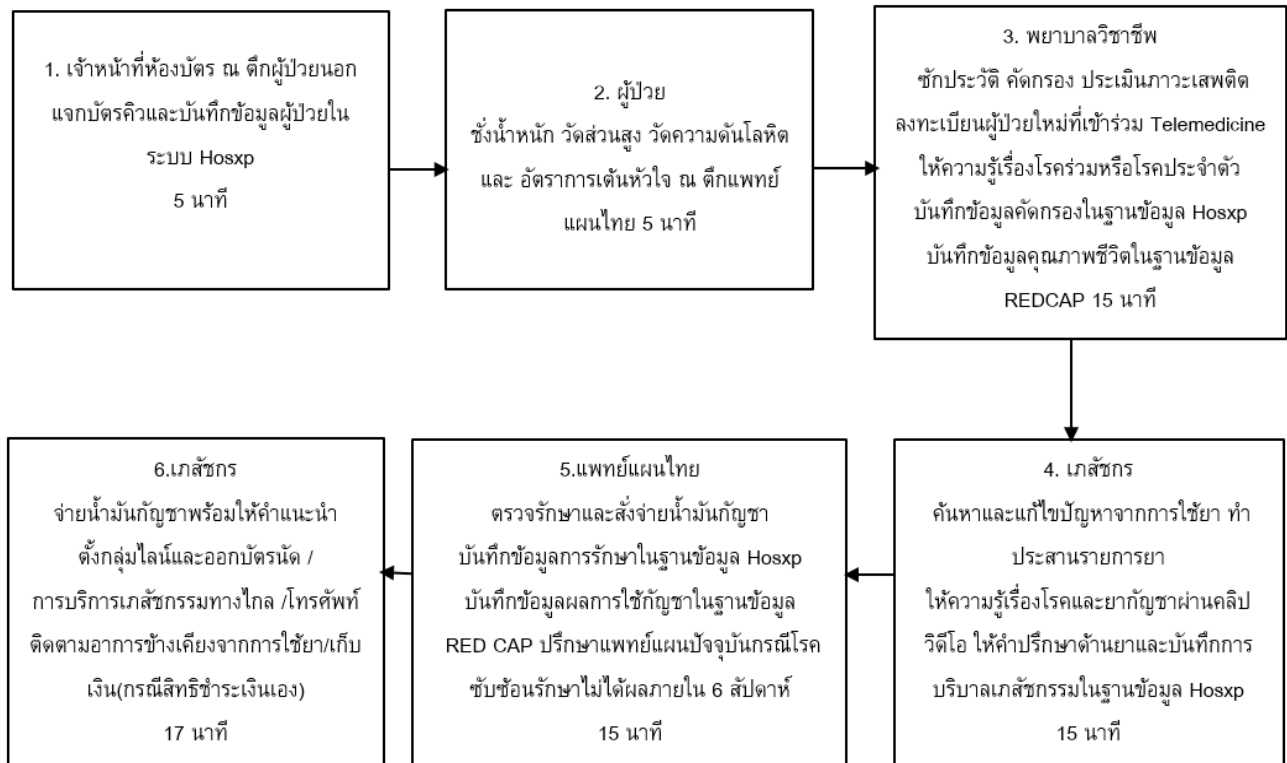
ระยะที่ 2 การนำ MPCM มาใช้

ผู้วิจัยนำรูปแบบและขั้นตอน MPCM ที่พัฒนาใน
ขั้นตอนวางแผนจากงานวิจัยของ ศักดิ์ชัย ชติยา และ
นุศราพร เกสรสมบูรณ์ (12) ตามรูปที่ 1 มาทดลองใช้ใน
ผู้ป่วยรายเดิม 120 รายที่อยู่ในการศึกษาขั้นตอนการ
วางแผนเป็นระยะเวลา 3 เดือนระหว่างวันที่ 29 พฤษภาคม
ถึง 29 สิงหาคม พ.ศ. 2566 บทบาทหน้าที่ของทีมสห
วิชาชีพใน MPCM มีดังนี้

1) พยาบาลวิชาชีพซักประวัติ คัดกรองผู้ป่วยตาม
เกณฑ์การคัดเข้าตามแนวทางการรักษาผู้ป่วยด้วยน้ำมัน
กัญชาฯ รวมถึงประเมินภาวะเสฟติคของผู้ป่วย และให้
ความรู้เรื่องโรคและข้อบ่งใช้ของการใช้น้ำมันกัญชาฯ
รวมถึงแนวทางการรักษาเบื้องต้น และบันทึกข้อมูลใน
ฐานข้อมูล Hosxp และ RED CAP (ฐานข้อมูลที่พัฒนาโดย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยร่วมกับกรมการแพทย์แผนไทยฯ
เพื่อใช้บันทึกข้อมูลผลการใช้น้ำมันกัญชาฯ ในการรักษา)

2) เภสัชกร ณ จุดให้บริการก่อนพบแพทย์ ทำ
หน้าที่ค้นหาและแก้ไข DRPs ทั้งในระดับผู้ป่วยและระดับผู้
สั่งใช้ยา ได้แก่ การประเมินความเหมาะสมในการรักษาด้วย
ยาทั้งข้อบ่งใช้ ขนาดการรักษา ข้อห้ามใช้ การเกิดอันตร-
กิริยาของยา การตรวจวัดผลทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง
กับข้อควรระวังหรือข้อห้ามใช้ตามแนวทางการรักษาที่เป็น
ปัจจุบัน โดยบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกทางเภสัชกรรม และ
ให้ความรู้เรื่องโรคและการใช้กัญชารักษาโรคแก่ผู้ป่วยเพื่อ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการใช้ยาให้เหมาะสม

ผู้ป่วยเดินมาตึกแผนไทย 5 นาที



รูปที่ 1. รูปแบบและขั้นตอนการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับสหวิชาชีพ (multidisciplinary pharmaceutical care model: MPCM) ที่ออกแบบในขั้นตอนวางแผน รวมใช้เวลาให้บริการทั้งหมด 72 นาที (12)

3) เภสัชกร ณ จุดให้บริการหลังผู้ป่วยพบแพทย์แผนไทย ทำหน้าที่จ่ายน้ำมันกัญชาฯ พร้อมให้คำแนะนำเกี่ยวกับ ADEs ทางโทรศัพท์ และสร้างไลน์กลุ่มเพื่อเฝ้าระวัง ADEs และให้คำแนะนำการแก้ไข ADEs ในทันที เภสัชกรเก็บข้อมูล ADEs จากน้ำมันกัญชาฯ ที่ได้รับในขนาดปกติ ซึ่งอาจเกิดจากความคลาดเคลื่อนทางยาและจากพฤติกรรมการใช้ยาไม่เหมาะสมในผู้ป่วย สำหรับผู้ป่วยรายใหม่ที่เพิ่งได้รับน้ำมันกัญชาฯ ครั้งแรก เภสัชกรติดตาม ADEs ทางโทรศัพท์ผู้ป่วยภายใน 60 นาทีแรกหลังใช้ยา และหลังจากนั้นติดตามทุก 1 สัปดาห์เป็นเวลา 1 เดือน เพื่อศึกษาพิษจากกัญชาในระยะเฉียบพลัน และติดตามต่อทุก 1 เดือนจนครบ 3 เดือน สำหรับผู้ป่วยรายเก่า ผู้วิจัยติดตาม ADEs ทุก 1 เดือนจากการมาตามนัดจนครบ 3 เดือนเพื่อศึกษาพิษจากกัญชาในระยะเรื้อรัง

4) แพทย์แผนไทยทำหน้าที่ตรวจรักษาและสั่งจ่ายน้ำมันกัญชาฯ และปรี้กษาหรือส่งต่อผู้ป่วยไปยังแพทย์แผนปัจจุบันกรณีพบโรคที่ซับซ้อนหรือจำเป็นต้องตรวจวัดผลทางห้องปฏิบัติการกรณีผู้ป่วยมีโรคร่วมที่เป็นข้อห้ามใช้หรือข้อควรระวัง รวมถึงประเมินผลลัพธ์การรักษา และบันทึกผลการรักษาในฐานข้อมูล Hosxp และ RED CAP

ขั้นตอนสังเกตการณ์

ระยะที่ 1 การศึกษา DRPs ที่เปลี่ยนแปลงไป

การศึกษาเก็บข้อมูล DRPs หลังจากนำ MPCM มาใช้ระหว่างวันที่ 29 กรกฎาคม พ.ศ.2566 ถึง 29 สิงหาคม พ.ศ. 2566 และเปรียบเทียบจำนวน DRPs ที่เปลี่ยนแปลง

ระยะที่ 2 การสนทนาในกลุ่มทีมสหวิชาชีพ

ผู้วิจัยจัดการสนทนากลุ่มในทีมสหวิชาชีพจำนวน 13 คน ซึ่งประกอบด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพจำนวน 2 คน แพทย์แผนไทยจำนวน 5 คน เภสัชกรจำนวน 2 คน ผู้ช่วยแพทย์แผนไทยจำนวน 2 คน และเจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ 1 คน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่มแบบกึ่งโครงสร้าง ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ คำถามส่วนที่ 1 คือคำถามเกี่ยวกับอายุ ตำแหน่ง ประสบการณ์การทำงาน ประสบการณ์ในการทำงาน ณ คลินิกกัญชาฯ คำถามส่วนที่ 2 คือ ความคิดเห็นต่อการเปลี่ยนแปลงของ DRPs ภายหลังการนำ MPCM มาใช้

การสนทนาเริ่มด้วยการนำเสนอผลการเปรียบเทียบจำนวน DRPs เฉลี่ยก่อนและหลังนำ MPCM มาใช้ 3 เดือนโดยผู้วิจัย หลังจากนั้น ทีมสหวิชาชีพให้ข้อเสนอแนะ

เพิ่มเติมต่อผลการศึกษา โดยทีมสหวิชาชีพเสนอให้มีการวัดผลลัพธ์ด้านประสิทธิภาพการรักษาทางคลินิกแยกรายกลุ่มโรคและรายละเอียดของ DRPs หลังนำ MPCM มาใช้ โดยเก็บข้อมูลย้อนหลังจากระบบฐานข้อมูล RED CAP เพิ่มเติมการวัดผลลัพธ์เพิ่มเติมด้านประสิทธิภาพการรักษาทางคลินิกเป็นการประเมินโดยแพทย์แผนไทย โดยแบ่งผลลัพธ์เป็น 3 กลุ่ม คือ 1) อาการดีขึ้น หมายถึง ผู้ป่วยมีอาการของโรคดีขึ้นภายหลังการรักษาด้วยน้ำมันกัญชาฯ หรือการรักษาได้ผล; 2) อาการไม่เปลี่ยนแปลง หมายถึง ผู้ป่วยมีอาการของโรคไม่เปลี่ยนแปลงภายหลังการรักษาด้วยน้ำมันกัญชาฯ หรือรักษาแล้วไม่ได้ผล; และ 3) อาการแย่ลง หมายถึง ผู้ป่วยมีอาการของโรคที่แย่ลงภายหลังการรักษาด้วยน้ำมันกัญชาฯ ซึ่งอาจเกิดจากการรักษาไม่ได้ผล ต้องรักษาด้วยวิธีอื่น หรือผู้ป่วยเกิด ADEs จากการใช้น้ำมันกัญชาฯ

ขั้นตอนสะท้อนผล

ผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษาเพิ่มเติมจากข้อเสนอแนะจากการสนทนากลุ่มโดยทีมสหวิชาชีพในขั้นตอนการสังเกตการณ์ ต่อทีมสหวิชาชีพชุดเดิม และรวบรวมความคิดเห็นต่อ MPCM ที่พัฒนาขึ้นในประเด็นปัญหาอุปสรรคจากการปฏิบัติงานตาม MPCM และข้อเสนอแนะในการปรับแก้ MPCM ให้เหมาะสม โดยหากมีปัญหากำหนดเป็นต้องแก้ไขขั้นตอนบริการซึ่งเป็นจุดสำคัญ ให้นำเข้าสู่ขั้นตอนการวางแผนในวงรอบใหม่ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาใช้สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ชนิด ความรุนแรง สาเหตุ และวิธีการแก้ไข DRPs ตลอดจนการยอมรับการแก้ไข ของ DRPs ผลลัพธ์การจัดการ ของ DRPs และผลการรักษาในผู้ป่วยรายกลุ่มโรค ส่วนการเปรียบเทียบ DRPs ก่อนและหลังการใช้ MPCM ใช้สถิติ paired t-test หากข้อมูลกระจายไม่ปกติใช้สถิติ Wilcoxon matched pair signed rank test

ผลการวิจัย

ขั้นตอนปฏิบัติการและสังเกตการณ์ระยะที่ 1

ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจำนวน 120 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 77.5) อายุเฉลี่ย

ตารางที่ 1. ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วย (n=120)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	93	77.5
หญิง	27	22.5
อายุเฉลี่ย (ค่าเฉลี่ย, ปี) $\pm$ SD	54.32 $\pm$ 12	
ข้อบ่งใช้น้ำมันกัญชา		
ปวดกล้ามเนื้อกระดูกเรื้อรัง	37	30.8
ไมเกรน	32	26.6
นอนไม่หลับ	21	17.5
มะเร็ง	9	7.5
สะกดเงิน	5	4.1
เบื่ออาหาร	5	4.1
พาร์กินสัน	5	4.1
อัลไซเมอร์	4	3.3
ภูมิแพ้	2	2.0
ผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการใช้ยา	72	60.0
พบ 1 ปัญหา	65	54.2
พบ 2 ปัญหา	5	4.2
พบ 3 ปัญหา	2	1.7

54.32 $\pm$ 12 ปี ผู้ป่วยใช้น้ำมันกัญชาฯ เพื่อรักษาหรือบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อหรือกระดูกเรื้อรังมากที่สุดจำนวน 37 (ร้อยละ 30.8) รองลงมาคือ โรคไมเกรน นอนไม่หลับ มะเร็ง สะกดเงิน อาการเบื่ออาหาร พาร์กินสัน อัลไซเมอร์ และภูมิแพ้ ตามลำดับ การศึกษาพบ DRPs ในผู้ป่วย 72 ราย จาก 120 ราย (ร้อยละ 60.0) แสดงดังตารางที่ 1

ปัญหาจากการใช้ยา

ในช่วงก่อนและหลังการนำ MPCM มาใช้ ในผู้ป่วย 120 ราย พบ DRPs ทั้งหมด 81 และ 10 ครั้ง ตามลำดับ โดยพบว่าลดลงร้อยละ 87.6 ทั้งนี้ จำนวน DRPs เฉลี่ยต่อผู้ป่วยในช่วงก่อนและหลังการนำ MPCM เท่ากับ 0.68 $\pm$ 0.67 และ 0.08 $\pm$ 0.45 ปัญหาต่อราย ตามลำดับ ซึ่งพบว่า ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.045$)

ชนิดของ DRPs ที่พบมากที่สุด คือ ปัญหาที่ส่งผลต่อความปลอดภัย โดยพบ 54 ครั้งในช่วงก่อนการนำ MPCM มาใช้ และลดลงภายหลังการนำ MPCM มาใช้จนเหลือ 8 ครั้ง (ลดลงร้อยละ 85.1) สาเหตุของ DRPs ที่พบมากที่สุดในช่วงก่อนการนำ MPCM มาใช้ คือ พฤติกรรมผู้ป่วยไม่เหมาะสม (พบ 44 ครั้ง) โดยผู้ป่วยเพิ่มขนาดยา

เอง ลดขนาดยาเอง หยุดทานยาเอง ทานยาไม่ตรงเวลา ลืมรับประทานยา และนำน้ำมันกัญชาไปใช้ในรูปแบบอื่น ในช่วงหลังการนำ MPCM มาใช้ พบพฤติกรรมผู้ป่วยไม่เหมาะสมเหลือ 4 ครั้ง (ลดลงร้อยละ 90.9) ดังแสดงในตารางที่ 2

การติดตาม ADEs ในผู้ป่วยหลังจากนำ MPCM มาใช้ พบว่า ADEs ที่พบมากที่สุดเกิดหลังการใช้กัญชา

60 นาที คือ อาการปากแห้งคอแห้ง เกสัชกรแก้ไข้ปัญหาโดยแจ้งแพทย์เพื่อพิจารณาให้ผู้ป่วยลดขนาดยา ส่วน ADEs ที่อาจเกี่ยวข้องกับโรคเส้นเลือดหัวใจตีบตันซึ่งเป็นข้อห้ามในการใช้น้ำมันกัญชา คือ อาการใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว โดยพบภายหลังผู้ป่วยได้รับน้ำมันกัญชา 3 เดือน เกสัชกรแก้ไข้ปัญหาโดยแจ้งให้ผู้ป่วยหยุดการใช้ยาทันทีและแจ้งแพทย์ให้ทราบภายหลัง (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2. รายละเอียดของ DRPs ตามเกณฑ์ PCNE Ver9.1 ก่อนและหลังนำ MPCM มาใช้

หัวข้อหลัก	จำนวนครั้ง (ร้อยละ)		ร้อยละที่เปลี่ยนแปลง
	ก่อนการใช้ MPCM	หลังการใช้ MPCM	
ชนิดปัญหา	81 (100)	10 (100)	87.6
P1: ส่งผลต่อการรักษา	27 (33.3)	2 (20.0)	92.5
P2: ส่งผลต่อความปลอดภัย	54 (66.7)	8 (80.0)	85.1
ความรุนแรงของปัญหาจากการใช้ยา ¹			
ระดับ B ปัญหาเกิดขึ้นแต่ยังไม่ถึงผู้ป่วย	3 (3.7)	0	100.0
ระดับ C ปัญหาเกิดขึ้นถึงผู้ป่วย แต่ไม่ได้รับอันตราย	27 (33.3)	4 (40.0)	85.1
ระดับ D ปัญหาเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ต้องเฝ้าระวัง	51 (63.0)	6 (60.0)	88.2
สาเหตุของปัญหา ²	109 (100)	17 (100)	84.4
C1: การเลือกยาไม่เหมาะสม	18 (16.5)	2 (11.7)	88.8
C3: ขนาดยาไม่เหมาะสม	16 (14.6)	3 (17.6)	81.2
C4: ระยะเวลาการรักษาไม่เหมาะสม	12 (11.0)	2 (11.7)	83.3
C7: พฤติกรรมผู้ป่วยไม่เหมาะสม	44 (40.3)	4 (23.5)	90.9
C8: ระบบการส่งต่อไม่เหมาะสม	5 (4.5)	0	100.0
C9: อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในขนาดปกติ	14 (13.1)	6 (35.3)	57.1
การแก้ไขปัญหาด้านยา ²	120 (100)	16 (100)	86.6
I1: ระดับผู้สั่งใช้ยา	48 (40.0)	5 (31.2)	89.5
I2: ระดับผู้ป่วย	64 (53.3)	5 (31.2)	92.1
I3: ระดับยาที่ใช้	8 (6.7)	6 (37.5)	25.0
การยอมรับข้อเสนอในการแก้ปัญหา			87.6
A1: ยอมรับ	77 (95.0)	10 (100)	87.0
A2: ไม่ยอมรับ	4 (5.0)	0	100.0
ผลลัพธ์การจัดการปัญหา			87.6
O1: ถูกแก้ไขแล้ว	70 (86.4)	9 (90.0)	87.1
O2: ถูกแก้ไขบางส่วน	7 (8.6)	1 (10.0)	85.7
O3: ไม่ถูกแก้ไข	4 (5.0)	0	100

1: ไม่พบความรุนแรงของ DRPs ระดับ A และ E ถึง I

2: สาเหตุของปัญหาและการแก้ปัญหาด้านยาเลือกได้มากที่สุด 3 ข้อ ทั้งนี้ ไม่พบสาเหตุของปัญหา C2, C5 และ C6

ตารางที่ 3. อุบัติการณ์ของ ADEs ที่พบจากการติดตามผู้ป่วยภายหลังการนำ MPCM มาใช้

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์	ผู้ป่วยรายใหม่ (19 คน)		ผู้ป่วยรายใหม่และรายเก่า (120 คน)		
	60 นาที	1 สัปดาห์	1 เดือน	2 เดือน	3 เดือน
มีเวียนศีรษะ	2	0	0	0	0
มีซึม ง่วงนอน	2	4	4	3	2
ปากแห้ง คอแห้ง	3	5	4	4	2
อยากอาหารมาก	1	1	1	1	0
ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว	0	0	0	0	2

หมายเหตุ: ไม่พบ ADEs ดังต่อไปนี้ คลื่นไส้อาเจียน ปวดท้อง เยื่อตาขาวแดง สับสน กระวนกระวาย วิดกกังวล ประสาทหลอน เจ็บแน่นหน้าอก หายใจลำบาก และแขนขาอ่อนแรง

ขั้นตอนสังเกตการณ์ระยะที่ 2

จากตารางที่ 4 ผู้ป่วย 105 รายจากทั้งหมด 120 รายมีอาการดีขึ้น (ร้อยละ 87.5) และอาการไม่เปลี่ยนแปลง 13 ราย (ร้อยละ 10.8) ผู้ป่วยที่ผลการรักษาแยลงมีจำนวน 2 ราย คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็ง 1 รายและผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ 1 ราย ผู้ป่วยทั้งสองหยุดการรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน และหันมาใช้สมุนไพรรักษา รักษาโรคแทน และมีผลทำให้อาการผู้ป่วยแยลง

เมื่อจำแนกตามกลุ่มอาการพบว่า ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นร้อยละ 80-100 ในทุกกลุ่มโรค ยกเว้นในผู้ป่วยมะเร็งปาร์กินสัน และอัลไซเมอร์ที่มีสัดส่วนของผู้ป่วยที่อาการดีขึ้นร้อยละ 66.7, 60 และ 25 ตามลำดับ หลังการใช้ MPCM

จำนวนผู้ป่วยที่พบ DRPs ลดลงร้อยละ 88.9 เมื่อจำแนกตามกลุ่มอาการพบว่า จำนวนผู้ป่วยที่พบ DRPs ลดลงร้อยละ 66.6-100

ขั้นตอนการสะท้อนกลับ

จากผลลัพธ์ที่พบหลังจากการนำ MPCM มาใช้ได้ 3 เดือนดังกล่าวมาแล้ว ทีมสหวิชาชีพ 13 รายที่เข้าร่วมการสนทนากลุ่มให้ความเห็นตรงกันว่า MPCM ที่ร่วมกันออกแบบเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและทำให้ระบบงานมีคุณภาพมากขึ้น เห็นควรใช้รูปแบบนี้ต่อไป และเสนอให้มีการปรับปรุงรูปแบบเพิ่มเติมใน 3 ด้าน คือ ด้านระบบและรูปแบบการให้บริการทางเภสัชกรรม ด้านสถานที่ให้บริการ

ตารางที่ 4. ผลการรักษาในผู้ป่วยรายกลุ่มโรคภายหลังการนำ MPCM มาใช้

กลุ่มอาการ	จำนวนผู้ป่วย	ผลการรักษา (จำนวนคน)			จำนวนผู้ป่วยที่พบ DRPs (คน)		
		ดีขึ้น (ร้อยละ)	ไม่เปลี่ยนแปลง	แยลง	ก่อนใช้ MPCM	หลังใช้ MPCM	ร้อยละที่เปลี่ยนแปลง
ปวดกล้ามเนื้อกระดูกเรื้อรัง	37	35 (94.6)	2	0	20	2	90.0
ไมเกรน	32	29 (90.6)	3	0	19	2	89.4
นอนไม่หลับ	21	20 (95.2)	1	0	18	2	88.8
มะเร็ง	9	6 (66.7)	2	1	5	0	100.0
สะกดเงิน	5	5 (100.0)	0	0	2	0	100.0
ลดอาการเบื่ออาหาร	5	4 (80.0)	1	0	1	0	100.0
พาร์กินสัน	5	3 (60.0)	2	0	3	1	66.6
อัลไซเมอร์	4	1 (25.0)	2	1	3	1	66.6
ภูมิแพ้	2	2 (100.0)	0	0	1	0	100.0
รวมทุกอาการ	120	105 (87.5)	13 (10.8)	2 (4.7)	72	8	88.9

และด้านสื่อและอุปกรณ์ในการให้ความรู้เรื่องโรคและยา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ระบบและการให้บริการทางเภสัชกรรม

รูปแบบ MPCM มีการปรับบริการจากรูปแบบเดิม โดยให้พยาบาลวิชาชีพมีส่วนร่วมและทำงานประจำในการซักประวัติ คัดกรองผู้ป่วยตามเกณฑ์ ประเมินภาวะเสพติด กัญชาทั้งผู้ป่วยรายใหม่และรายเก่า ลงทะเบียนผู้ป่วยรายใหม่ที่ประสงค์เข้ารับบริการในรูปแบบการแพทย์ทางไกล และให้ความรู้เรื่องโรคร่วมและโรคประจำตัว การบริการนี้อยู่ในขั้นตอนแรกโดยทำหน้าที่แทนผู้ช่วยแพทย์แผนไทย ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบเดิม แต่ทว่าปัจจุบันมีพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกกัญชาฯ เพียง 1 ท่าน หากพยาบาลท่านนี้ติดภารกิจ เช่น ไปราชการ ไปประชุม หรือลาพักผ่อน จะไม่มีผู้ที่ทำหน้าที่นี้ได้ ทางทีมสหวิชาชีพจึงเห็นควรแจ้งทีมนำ PCT และคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลถึงปัญหา และเสนอให้จัดตารางการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพท่านอื่น ๆ ให้เวียนมาทำงานในคลินิกกัญชาฯ เพื่อศึกษาถึงระบบการให้บริการในรูปแบบใหม่ และจัดตารางเวรเสริมพยาบาลกรณีพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกกัญชาฯ ติดภารกิจ เช่นเดียวกับเภสัชกรประจำคลินิกกัญชาฯ มีเพียง 1 ท่าน จึงควรจัดตารางการปฏิบัติงานและให้เภสัชกรทุกท่านได้เรียนรู้ระบบการทำงานในรูปแบบใหม่เช่นเดียวกับพยาบาลวิชาชีพ

การดำเนินงานพบปัญหาจากติดตามการใช้ยาในผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีเครื่องวัดความดันโลหิต และเครื่องวัดอัตราการเต้นของหัวใจที่บ้าน อีกทั้งผู้ป่วยส่วนใหญ่พักอาศัยนอกเขตตำบลห้วยเก็ง หากใช้น้ำมันกัญชาในขนาดสูงเป็นระยะยาวติดต่อกัน อาจมีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วย การติดตาม ADEs เฉพาะทางโทรศัพท์ อาจไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างทันเวลา โดยเฉพาะการเกิดพิษจากกัญชาในระยะเรื้อรัง ทีมสหวิชาชีพเห็นว่าควรนัดผู้ป่วยมาติดตามอาการที่โรงพยาบาลเป็นระยะ ๆ หรืออาจส่งต่อผู้ป่วยให้ติดตามความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้เคียง และรายงานให้แพทย์ทราบต่อไป

ปัจจุบันจำนวนผู้ป่วยลดลงและผู้ป่วยมารับยาไม่สม่ำเสมอมากขึ้น ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากการใช้ยาแล้วไม่ได้ผล และขอไปรับบริการที่สถานบริการอื่น และผู้ป่วยลืมหายาทิมสหวิชาชีพเห็นว่าควรให้เภสัชกรจัดทำตารางการนัดผู้ป่วยรายคนอย่างเป็นระบบตามวันที่แพทย์แผนไทย

บันทึกในระบบ Hosxp และโทรศัพท์นัดเตือนผู้ป่วยทุกรายล่วงหน้าอย่างน้อย 1 วันก่อนวันนัด โดยหากผู้ป่วยไม่สามารถมาตามนัดได้ สามารถเลื่อนนัดเป็นวันอื่น ๆ ได้

ข้อเสนอแนะที่พบเกี่ยวกับแนวทางการรักษาผู้ป่วยด้วยน้ำมันกัญชาและการรักษา ADEs จากการใช้น้ำมันกัญชาฯ คือ ควรอ้างอิงและปรับใช้แนวทางการรักษาจากกรมการแพทย์ เนื่องจากการปรับปรุงทุกปีจากหลักฐานเชิงประจักษ์ อีกทั้งจากข้อมูล DRPs หลังจากนำ MPCM มาใช้ในผู้ป่วย 3 เดือนยังคงพบว่า แพทย์สั่งจ่ายน้ำมันกัญชาในขนาดที่ต่ำเกินไปจำนวน 1 เหตุการณ์ รักษาด้วยน้ำมันกัญชานานเกินไปจำนวน 1 เหตุการณ์ และรักษาด้วยน้ำมันกัญชาสั้นเกินไปจำนวน 1 เหตุการณ์ ดังนั้น จึงมีความจำเป็นต้องทบทวน DRPs และการป้องกัน DRPs ที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยร่วมกันในทีมสหวิชาชีพทุกเดือน โดยทบทวนขนาดและระยะเวลาในการให้ยาตามแนวทางการรักษาที่เหมาะสม ทบทวนเกณฑ์การส่งต่อผู้ป่วยในโรคที่ซับซ้อนและรักษาแล้วอาการไม่ดีขึ้น หรือผู้ป่วยที่เกิด ADEs ทบทวนระบบการจัดการ ADEs ที่รุนแรงที่สามารถป้องกันได้ให้ท่วงทันเวลา ซึ่งอาจค้นพบโดยเภสัชกรจากการโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วย ซึ่งเภสัชกรจำเป็นต้องแนะนำให้หยุดยาหรือลดขนาดยาในขณะนั้นก่อนได้รับคำสั่งจากแพทย์ผู้รักษา

หลังจากที่นำ MPCM มาใช้พบว่า จุดที่ใช้ระยะเวลาเกินกว่าที่กำหนด คือ จุดพบพยาบาลวิชาชีพ โดยพบว่า พยาบาลมีเวลาให้ความรู้และอธิบายเรื่องโรคและแนวทางการรักษาเบื้องต้นเพียง 3 นาทีจากเวลาการให้บริการและบันทึกข้อมูลรวมทั้งหมด 15 นาที ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มเห็นว่า ควรเพิ่มเวลาเป็น 6 นาที รวมใช้ระยะเวลาทั้งหมด 18 นาที นอกจากนี้ จุดพบเภสัชกรจุดแรกใช้เวลาเกินเช่นกัน โดยระยะเวลาให้ความรู้เรื่องโรคและยากัญชาผ่านคลิปวิดีโอ 3 นาทีน้อยเกินไป ผู้ป่วยบางคนยังไม่เข้าใจในความรู้ที่สื่อสาร จึงเห็นควรเพิ่มเวลาการให้ความรู้ผู้ป่วยเป็น 6 นาที รวมใช้ระยะเวลาทั้งหมด 18 นาที ทั้งนี้ หลังจากนำ MPCM มาใช้ในผู้ป่วย 3 เดือน ยังคงพบพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยไม่เหมาะสม โดยผู้ป่วยปรับขนาดยาเอง 1 เหตุการณ์ ผู้ป่วยหยุดยาเอง 1 เหตุการณ์ ผู้ป่วยทานยาไม่ตรงเวลา 1 เหตุการณ์ และผู้ป่วยลืมรับประทานยา 2 เหตุการณ์ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่มีความรู้ความเข้าใจในการรับประทานยาที่ถูกต้อทีมสหวิชาชีพทุกคนจึงเห็นด้วยในการเพิ่มระยะเวลาในจุดนี้

สถานที่ให้บริการ

ปัจจุบันการบริการของคลินิกกัญชา ใช้อาคารสเป เป็นสถานที่ให้บริการชั่วคราว โดยมีห้องแยกจำนวน 3 ห้อง ได้แก่ ห้องคัดกรองโดยพยาบาลวิชาชีพ ห้องตรวจโดยแพทย์แผนไทย และห้องจ่ายน้ำมันกัญชาและให้คำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกร สถานที่รอคอยผู้ป่วยใช้ร่วมกับผู้ป่วยรอทำหัตถการแผนไทยทั่วไป และผู้ป่วยรอตรวจโรคทางกายแพทย์แผนไทยทั่วไป โดยพยาบาลวิชาชีพและแพทย์แผนไทยต้องใช้ห้องคัดกรองและห้องตรวจในผู้ป่วยอื่น ๆ นอกเหนือจากผู้ป่วยของคลินิกกัญชา ด้วย ทำให้ผู้ป่วยของคลินิกกัญชา ต้องรอนาน เกิดความเบื่อ และอาจไม่สนใจในการให้ความรู้เรื่องโรคและยาจากพยาบาลวิชาชีพและเภสัชกรได้ อีกทั้งเกิดความไม่สะดวกของทีมสหวิชาชีพในการติดต่อประสานงานและปรึกษาแก้ไข DRPs ร่วมกัน ทีมสหวิชาชีพจึงเห็นควรจัดตั้งคลินิกกัญชา เป็นห้องใหญ่รวมกัน โดยจัดมุมคัดกรอง มุมตรวจโรค และมุมจ่ายยาในห้องเดียวกัน ในขณะนี้ ห้องดังกล่าวอยู่ระหว่างการก่อสร้างในอาคารผู้ป่วยนอกซึ่งจะแล้วเสร็จในปีงบประมาณ 2568 นี้ อีกทั้งอาคารสเปที่ใช้เป็นคลินิกกัญชาชั่วคราวมีลักษณะเป็นอาคารยกสูง ทำให้ผู้ป่วยต้องขึ้นบันไดสูงชัน จึงไม่เหมาะกับผู้ป่วยของคลินิกกัญชา ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ

สื่อและอุปกรณ์ในการให้ความรู้เรื่อง

ทีมสหวิชาชีพเห็นว่าควรให้พยาบาลวิชาชีพและเภสัชกรแจกแผ่นพับหรือสมุดประจำตัวเล่มเล็กเพิ่มเติมแก่ผู้ป่วย ร่วมกับการเปิดคลิปวิดีโอให้ความรู้ด้วย เพื่อเตือนความจำผู้ป่วยหากผู้ป่วยลืมเนื้อหาความรู้ที่ได้รับ โดยอาจจะทำในรูปแบบสมุดเล่มเล็กประจำตัวผู้ป่วยที่บรรจุข้อมูลเกี่ยวกับโรคและยาที่ใช้ รวมถึงการเฝ้าระวัง ADEs ที่อาจเกิดขึ้นทั้งในระยะเฉียบพลันและเรื้อรัง และแนวทางการแก้ไขจัดการเบื้องต้น

การอภิปรายผล

ก่อนการนำ MPCM มาใช้ การศึกษาพบ DRPs ในผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในคลินิกกัญชา ในโรงพยาบาลห้วยเกิ้งจำนวน 72 ราย (ร้อยละ 60.0) ซึ่งพบมากกว่างานวิจัยก่อนหน้านี้ที่พบ DRPs ในผู้ป่วยเพียงร้อยละ 19.5-24.08 (15,16) เนื่องจากการใช้น้ำมันกัญชา ในประเทศไทยยังคงเป็นความรู้ใหม่ ซึ่งผู้สั่งจ่าย เภสัชกร และผู้ป่วยยังคงขาดความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการใช้น้ำมัน

กัญชา อีกทั้งในคลินิกกัญชา ยังขาดการประสานงานหรือร่วมกันแก้ DRPs ระหว่างวิชาชีพ ทำให้มีโอกาสพบ DRPs มากกว่าการศึกษาก่อนหน้านี้ แต่หลังจากนำ MPCM มาใช้พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่มี DRPs ลดลงเหลือ 8 ราย

DRPs ที่พบมากที่สุดในงานวิจัยครั้งนี้เป็น DRPs ที่ส่งผลต่อความปลอดภัยจากการใช้ยา (ร้อยละ 66.6) ซึ่งแตกต่างกับงานวิจัยของพิจักษณา มณีพันธุ์ และกรกมล รุกขพันธ์ ที่พบว่าร้อยละ 15.3 เป็น DRPs ที่เกี่ยวกับความปลอดภัย (17) การศึกษาดังกล่าวใช้เครื่องมือค้นหาและจัดการ DRPs ของ PCNE เช่นเดียวกันโดยพบว่า เครื่องมือของ PCNE ประเมิน DRPs เพื่อสืบค้นหาเหตุที่ซับซ้อนกว่าและครอบคลุมกระบวนการทำงานมากกว่าวิธีการของ Hepler และ Strand ที่มีวัตถุประสงค์เพียงเฉพาะการค้นหา DRPs เท่านั้น ทั้งนี้ผู้วิจัยสืบค้นงานวิจัยในต่างประเทศและในประเทศไทยไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือ PCNE ประเมิน DRPs ในการใช้กัญชาทางการแพทย์ จากงานวิจัย ผู้วิจัยเห็นว่า เครื่องมือ PCNE มีความสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยให้ค้นหา ป้องกัน และแก้ไข DRPs อย่างเป็นระบบมากขึ้น

จากการศึกษาครั้งนี้จะเห็นว่า เภสัชกร ณ จุดที่ให้บริการก่อนพบแพทย์แผนไทย ค้นพบ DRPs มากที่สุด โดยเภสัชกรสามารถแก้ไข DRPs โดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย หรือกับผู้สั่งจ่ายยาเพื่อปรับเปลี่ยนการสั่งจ่ายให้เหมาะสม โดยเป็นผู้ประสานงานระหว่างแพทย์ พยาบาล เภสัชกรท่านอื่น ๆ ทั้งในและนอกโรงพยาบาล รวมถึงผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย ทำให้ปัญหาได้รับการแก้ไขและลดลงถึงร้อยละ 87.1 ส่งผลให้ผู้ป่วยร้อยละ 87.5 มีผลการรักษาที่ดีขึ้นภายหลังจากการนำ MPCM มาใช้ อีกทั้ง ADEs ที่ส่งผลกระทบต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น อาการใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว ที่อาจนำไปสู่ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันซึ่งเป็นข้อห้ามของการใช้น้ำมันกัญชา ได้รับการค้นพบและแก้ไขอย่างทันที

การทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศเกี่ยวกับบทบาทของเภสัชกรในการให้คำปรึกษาด้านกัญชาซึ่งมีการใช้มายาวนานก่อนประเทศไทย พบการศึกษาจำนวน 5 เรื่อง (18-22) โดยทุกงานสรุปว่า เภสัชกรส่วนใหญ่ไม่มีความพร้อมในการให้คำปรึกษาด้านกัญชาทางการแพทย์แก่ผู้ป่วย เนื่องจากขาดความรู้ทั้งด้านกฎหมายและข้อมูลทางคลินิกที่น่าเชื่อถือ จึงจำเป็นต้องมีการอบรมเพิ่มเติม การศึกษาในต่างประเทศไม่ได้ระบุถึงบทบาทของเภสัชกร

ในการค้นหา หรือแก้ไข DRPs เกี่ยวกับการใช้กัญชา อย่างเป็นระบบ สำหรับในประเทศไทยกฎหมายอนุญาตให้นักงูชามาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 ความรู้เรื่องนี้จึงเป็นสิ่งใหม่สำหรับเภสัชกรและบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทำให้ต้องกำหนดเกณฑ์ให้เภสัชกรและแพทย์ที่ปฏิบัติงานในคลินิกกัญชาทั้งทาง การแพทย์แผนไทยหรือแผนปัจจุบัน ต้องผ่านการอบรม หลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์ แต่อย่างไรก็ตาม ใน การเปิดคลินิกกัญชา กฎหมายไม่ได้กำหนดให้จ่ายน้ำมัน กัญชา โดยเภสัชกรได้เท่านั้น แต่แพทย์แผนไทยที่ผ่าน การอบรมหลักสูตรการใช้กัญชา และได้รับใบประกอบ วิชาชีพการแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย สามารถจ่าย น้ำมันกัญชาให้แก่ผู้ป่วยได้ แต่ทว่าพบ DRPs เกิดขึ้น บ่อยครั้งทั้งในระดับผู้ป่วยและระดับผู้สั่งใช้ยาในคลินิก กัญชา จึงมีความจำเป็นอย่างยั้งที่ต้องมีเภสัชกรเพื่อค้นหา DRPs และประสานการแก้ไข DRPs ทั้งในระดับผู้ป่วยและ ผู้สั่งใช้ยา

จำนวน DRPs เฉลี่ยในช่วงก่อนและหลังนำ MPCM มาใช้ 3 เดือนเท่ากับ 0.68 ± 0.67 และ 0.08 ± 0.45 ปัญหาต่อผู้ป่วย ซึ่งลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.045$) สอดคล้องกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ บัณฑิต ช้างเพชร และ ผกามาศ ไมตรีมิตร (10) ที่พัฒนา รูปแบบการมีส่วนร่วมของเภสัชกรในการให้การบริบาลทาง เภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยมะเร็ง และสอดคล้องกับการศึกษาของ จินห์หวัรา สุขสะอาด และคณะ (23) ที่ศึกษาผลการบริบาล ทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยนอกโรคสมองเสื่อม ซึ่งส่งผลให้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีผลการรักษาที่ดีขึ้นหลังจากการนำ ระบบการบริบาลทางเภสัชกรรมฯ ที่ร่วมกันออกแบบมาใช้ และ ADEs ลดลงโดยได้รับการแก้ไขอย่างทันที โดยเฉพาะ ADEs ที่รุนแรงที่อาจนำไปสู่โรคกล้ามเนื้อหัวใจอุดตัน

ADEs ที่พบมากที่สุดในการผู้ป่วยรายใหม่ที่ติดตาม ภายหลังการใช้กัญชาได้ 60 นาทีเพื่อศึกษาภาวะพิษ เจริญพลันคือ อาการปากแห้งคอแห้ง โดยไม่พบ ADEs ต่อ ระบบหัวใจและหลอดเลือด แต่ทว่า พบ ADEs ที่อาจนำไปสู่ ภาวะหัวใจอุดตัน ได้แก่ อาการใจสั่นและความดันโลหิตสูง ในผู้ป่วยจำนวน 2 ราย ผู้ป่วยรายแรกเป็นชายไทยอายุ 52 ปี ไม่มีโรคประจำตัวและไม่มีการใช้ยาอื่นประจำ นอกเหนือจากการใช้น้ำมันกัญชา เพื่อรักษาภาวะปวด กล้ามเนื้อหยาบวันละ 6 หยดเช้าและเย็น หลังจากใช้น้ำมัน กัญชาได้ 3 เดือนผู้ป่วยไม่ได้มาคลินิกกัญชา ตามนัด

เภสัชกรจึงโทรศัพท์ติดตาม ADEs ผู้ป่วยแจ้งว่ามีอาการใจ สั่นและหัวใจเต้นเร็วบ่อยครั้ง แต่ไม่รู้สึกรุนแรง สามารถทำ กิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ โดยเป็นมาก่อนหน้านี้ ประมาณ 1 สัปดาห์ เภสัชกรพบว่า ผู้ป่วยใช้ยาในขนาด ปกติ ไม่ได้ใช้ยานอกเหนือแพทย์สั่ง จึงแจ้งให้ผู้ป่วยหยุดใช้ ยาและมาพบแพทย์ในแผนกฉุกเฉิน แพทย์วินิจฉัยเบื้องต้น จากผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจว่า พบภาวะหัวใจเต้นผิด จังหวะจากการใช้น้ำมันกัญชามากเกินไป จึงสั่งให้หยุดใช้ยา 1 เดือน และให้มาตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจซ้ำ ซึ่งพบว่าอยู่ใน เกณฑ์ปกติ จะเห็นว่าบทบาทสำคัญของเภสัชกรในคลินิก กัญชา คือ การติดตาม ADEs อย่างใกล้ชิดและถี่ขึ้น (intensive ADEs monitoring) เพื่อเฝ้าระวังภาวะพิษ เจริญพลันและเรื้อรัง ซึ่งแตกต่างจากการติดตาม ADEs ใน คลินิกโรคเรื้อรังอื่น ๆ ซึ่งมักให้ผู้ป่วยรายงานด้วยตนเอง หากเกิด ADEs จากการได้รับยาครั้งแรกและการติดตาม ADEs ระหว่างที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดในแต่ละเดือน จะไม่สามารถป้องกันอันตรายจากการเกิด ADEs ที่รุนแรง และเป็นข้อห้ามของการใช้น้ำมันกัญชา ที่เกิดขึ้นขณะที่ ผู้ป่วยอยู่บ้าน เช่น อาการหัวใจเต้นเร็ว ความดันผิดปกติ ภาวะวิตกกังวล หรืออาการทางจิต ผู้ป่วยอาจไม่ได้สังเกต ADEs ที่ตนเองเป็นอยู่หรือไม่รู้ตัว จึงจำเป็นต้องมีการ ติดตาม ADEs อย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันและแก้ไข ADEs ทันที โดยประสานงานร่วมกันในทีมสหวิชาชีพและผู้ป่วย การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในปี ค.ศ. 2023 (24) รายงานถึงพิษเรื้อรังของกัญชาต่อระบบสืบพันธุ์ทั้งในเพศ ชายและเพศหญิง ส่งผลให้เกิดภาวะเป็นหมันในสัตว์ทดลอง ได้และยังมีผลต่อการเกิดภาวะพิษต่อตับ ดังนั้นควรเฝ้า ระวังและติดตามภาวะพิษดังกล่าวหากใช้กัญชาเป็นระยะ เวลานานเกิน 3 เดือน

การสนทนากลุ่มในทีมสหวิชาชีพในขั้นตอนการ สังเกตการณ์เห็นว่า ควรมีการเก็บข้อมูลประสิทธิผลการ รักษา ก่อนและหลังการนำ MPCM มาใช้ เพื่อวัดผลลัพธ์ให้ ครอบคลุมทั้งด้านประสิทธิผลของการรักษาและความ ปลอดภัย โดยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีผลการรักษาที่ดีขึ้น ภายหลังจากการนำ MPCM มาใช้ สอดคล้องกับการศึกษา ของ ทิพย์สุคนธ์ เจริญพันธ์ และจันทรัตน์ สิทธิวรนนท์ (25) ที่พัฒนามาบทบาทเภสัชกรในทีมสหวิชาชีพสำหรับการ จัดการอาการปวดด้วยยาในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม พบว่า เภสัชกรในทีมสหวิชาชีพสำหรับการจัดการความ ปวดมีบทบาททำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นแก่ผู้ป่วยในด้านการ

จัดการอาการปวด คุณภาพชีวิต ความรู้ และความร่วมมือในการใช้ยา ผู้ป่วยและทีมมีความพึงพอใจต่อบทบาทของเภสัชกร ทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาภรณ์ แก้วชนะ (8) ที่พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังแบบทีมสหวิชาชีพ ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคไตและมีการปฏิบัติตัวที่ดีเพิ่มขึ้น ส่งผลช่วยลดการเสื่อมของไตและทำให้ผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้น การศึกษาข้างต้นเป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ มีรูปแบบและเครื่องมือการบริหารทางเภสัชกรรมที่ใกล้เคียงกับการศึกษาการบริหารทางเภสัชกรรมในคลินิกกัญชาฯ นี้ โดยมีการเพิ่มเภสัชกร ณ จุดให้บริการก่อนพบแพทย์ เพื่อให้ความรู้และปรับทัศนคติที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยให้ถูกต้องเหมาะสม ยกตัวอย่างเช่น การปรับพฤติกรรมการใช้น้ำมันกัญชา รักษาอาการปวด ซึ่งผู้ป่วยมักปรับเพิ่มขนาดยาเองเพื่อลดอาการปวด ซึ่งอาจทำให้เกิด ADEs ที่รุนแรงได้ เภสัชกรจึงให้ความรู้และปรับทัศนคติที่ถูกต้องเพื่อให้ผู้ป่วยใช้ยาในระดับที่เหมาะสมเพื่อบรรเทาอาการของโรค และลดการเกิด ADEs

ในขั้นตอนการสะท้อนผล ผลการสนทนากลุ่มในทีมสหวิชาชีพ พบว่า MPCM ที่พัฒนาขึ้นมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและทำให้ระบบงานมีคุณภาพมากขึ้น เห็นควรใช้รูปแบบนี้ต่อไป โดยเสนอให้มีการปรับปรุงรูปแบบเพิ่มเติมในประเด็นต่อไปนี้ เช่น การเพิ่มเวลาให้ความรู้เรื่องโรคโดยพยาบาลวิชาชีพและเรื่องยาโดยเภสัชกร การจัดให้มีมุมสำหรับให้บริการในแต่ละจุดภายในห้องเดียวกันเพื่อความคล่องตัวในการประสานงาน และจัดให้มีการแจกแผ่นพับหรือสมุดประจำตัวเล่มเล็กเพิ่มเติมแก่ผู้ป่วยร่วมกับการเปิดคลิปวิดีโอให้ความรู้ ซึ่งขั้นตอนสะท้อนผลเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานในแต่ละจุดจากมุมมองของเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการเพื่อลดปัญหาที่พบ หรือเพิ่มความเป็นไปได้ในการนำ MPCM ไปใช้ในการปฏิบัติงานจริง

การศึกษานี้พบว่า การให้บริการบริหารทางเภสัชกรรมในรูปแบบใหม่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง การศึกษา DRPs ในมุมมองของทั้งผู้ป่วยและผู้ให้บริการ และการประสานงานเพื่อแก้ไขปัญหาระหว่างทีมสหวิชาชีพ ซึ่งต่างจากรูปแบบเดิมที่มีเพียงเภสัชกรที่ทำหน้าที่บริหารเภสัชกรรม โดยทำหน้าที่เพียงตรวจจ่ายและแก้ไข DRPs ในผู้ป่วยเป็นราย ๆ ไป ซึ่งจะสามารถลด DRPs ได้ในระดับหนึ่งเป็นระยะเวลาดสั้น ๆ เนื่องจากการแก้ DRPs ที่เกิดขึ้นมีสาเหตุที่ซับซ้อนที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาทั้งในระดับผู้ป่วยและ

ระดับการสั่งจ่าย ซึ่งเป็นความคลาดเคลื่อนทางยา ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้อาศัยการมีส่วนร่วมทั้งผู้ป่วยและทีมสหวิชาชีพ ทำให้ได้ระบบการบริหารทางเภสัชกรรมในรูปแบบใหม่ที่ร่วมกันออกแบบ ส่งผลที่ดีต่อประสิทธิภาพและความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย

การศึกษานี้มีข้อจำกัด คือ ผู้ป่วยบางรายมี DRPs ที่ซับซ้อน เช่น ผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสันหรือโรคความจำเสื่อมที่ใช้ยาหลายชนิด ซึ่งควรได้รับการเยี่ยมบ้านประกอบด้วยเพื่อค้นหา DRPs ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของการใช้ยา และทำให้ทราบถึงบริบทต่าง ๆ ของผู้ป่วยที่ส่งผลต่อการรักษา นอกจากนี้ การศึกษาไม่มีการวัดผลลัพธ์ด้านความรู้ ความพึงพอใจ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังการนำ MPCM มาใช้

การศึกษานี้มีข้อเสนอแนะว่า ควรนำ MPCM ในคลินิกกัญชาฯ ที่พัฒนาขึ้นไปปรับใช้ในโรงพยาบาลอื่น ๆ ที่มีบริบทเทียบเคียงกันเพื่อประโยชน์ต่อผู้ป่วยในวงกว้าง และเสนอแนะให้กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก พิจารณาปรับเปลี่ยนแนวทางการติดตาม ADEs ตามแนวทางของการศึกษานี้

สรุป

การศึกษานี้เป็นงานวิจัยเชิงปฏิบัติการต่อเนื่องจากขั้นตอนการวางแผนในงานวิจัยก่อนหน้านี้ การใช้ขั้นตอนและรูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมในคลินิกกัญชาฯ ที่ทีมสหวิชาชีพร่วมกันพัฒนาขึ้น สามารถ ลด DRPs ทั้งระดับผู้ป่วยและระดับผู้สั่งจ่าย โดยเภสัชกรมีบทบาทสำคัญในการค้นหา ป้องกัน และแก้ไข DRPs ร่วมกับทีมสหวิชาชีพและผู้ป่วย ส่งผลให้ผลการรักษาดีขึ้น และผู้ป่วยที่ได้รับน้ำมันกัญชา มีความปลอดภัยจากยา

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยความอนุเคราะห์จาก ผู้ให้ข้อมูลทุกท่านทั้งผู้ป่วยและทีมสหวิชาชีพ ตลอดจนผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยเกิงและอาจารย์ที่ปรึกษาที่ให้คำแนะนำ ทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Thai Traditional and Alternative Medicine, Ministry of Public Health. Standards for

- providing services for Thai traditional medical cannabis clinics in hospitals [online]. 2019 [cited Jul 22, 2022]. Available from: thaicam.go.th/category/marijuana/
2. Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Guidelines for organizing integrated medical cannabis clinic services. Nonthaburi: Office of Printing Works Veterans Relief Organization; 2021.
 3. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm* 1990 ; 47: 533-43.
 4. Allemann SS, van Mil JW, Botermann L, Berger K, Griese N, Hersberger KE. Pharmaceutical care: the PCNE definition 2013. *Int J Clin Pharm* 2014; 36: 544-55. doi: 10.1007/s11096-014-9933-x.
 5. Prosk E, Arboleda MF, Rapin L, Hage CE, Dworkind M. The model of care at a leading medical cannabis clinic in Canada. *Complement Ther Med* 2021; 60: 102740. doi: 10.1016/j.ctim.2021.102740.
 6. Ruiz-Ramos J, Hernández MH, Juanes-Borrego AM, Milà R, Mangués-Bafalluy MA, Mestres C. The impact of pharmaceutical care in multidisciplinary teams on health outcomes: Systematic review and meta-analysis. *J Am Med Dir Assoc* 2021; 22: 2518-26. doi: 10.1016/j.jamda.2021.05.038.
 7. Chaisaeng S. Development of a counseling clinic model for medical cannabis extract use at Ban Non Du Tambon Health Promoting Hospital, Mueang District, Amnat Charoen Province. *Regional Health Promotion Center 9 Journal* 2022; 16: 45-58.
 8. Kaewchana S, Anusornsangiam W. Development of care model for patients with chronic kidney disease by multidisciplinary providers at Nang Rong Hospital. *Thai Journal of Pharmacy Practice* 2020; 12: 195-206.
 9. Seechiangsa K, Kanjanasilp J, Suttiruksa S. Development of the system for caring schizophrenic patients in community by multidisciplinary team of health network of Amphoe Ban Thaen, Chaiyaphum Province. *Thai Journal of Pharmacy Practice* 2019; 11: 457-69.
 10. Changpetch P., Miteemitr P. Development of participation of pharmacist for cancer patients in Jaokunpi-boonphanomtuan hospital. *Veridian E-Journal Science and Technology Silpakorn University* 2015; 2: 50-75.
 11. Chatakarn V. Action research. *Suratthani Rajabhat Journal* 2015; 2: 29-49
 12. Kuttiya S, Kessomboon N. Development of a multi-disciplinary pharmaceutical care model in Thai traditional medical cannabis clinics at HuaiKoeng hospital, Udonthani Province. *Thai Journal of Pharmacy Practice* In press. 2024; 16: 1080-97.
 13. Pharmaceutical Care Network Europe Foundation. PCNE classification for drug related problems V 9.1 [online]. 2020 [cited Feb 27, 2022]. Available from: www.pcne.org/upload/files/417_PCNE_classification_V9-1_final.pdf
 14. Hartwig SC, Denger SD, Schneider PJ. Severity indexed, incident report-based medication error reporting program. *Am J Hosp Pharm* 1991; 48: 2611-6.
 15. Kulprom W. Inpatient pharmaceutical care at Chatturus community hospital [master thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 1999.
 16. Chanatepaporn P. Assessments of pharmaceutical care in female-medical ward in university hospital. *Srinagarind Medical Journal* 2006; 21: 282–8.
 17. Maneephan P, Rookkapan K. Drug related problems in patients hospitalized to a community hospital within three border southern provinces and management of the problems by pharmacist. *Thai Journal of Pharmacy Practice* 2018; 10: 552-62.
 18. Isaac S, Saini B, Chaar BB. The role of medicinal cannabis in clinical therapy: pharmacists' perspectives. *PLoS ONE* 2016; 11: e0155113. doi: 10.1371/journal.pone.0155113.
 19. Hwang J, Arneson T, St Peter W. Minnesota pharmacists and medical cannabis: A survey of

- knowledge, concerns, and interest prior to program launch. *P & T* 2016; 41: 716–22.
20. Colbert J, McBane S, Anouty Y, Cheng T, Xinyu J, Dong J, et al. The pharmacist's role in medical marijuana counseling: Patient and pharmacist perspective. *J Contem Pharm Pract* 2018; 65: 24-9.
 21. Nichols MA, Arnett SJ, Fa B, Marchionda RA, Cutting MC, McDonald MR, et al. National survey identifying community pharmacist preceptors' experience, knowledge, attitudes, and behaviors influencing intent to recommend cannabidiol products. *J Am Pharm Assoc* 2021; 61: S91-104. doi: 10.1016/j.japh.2021.01.016.
 22. Patel S, Doroudgar S, Ip EJ. Community pharmacists' lack of knowledge and confidence in non-prescription cannabidiol products. *Res Soc Admin Pharm* 2021; 17: 1356–60.
 23. Sooksa-Art J, Thipraksa T, Hanrinth R, Kerdchan tuk P, Suttiruksa S. Outcomes of pharmaceutical care in outpatients with Alzheimer's disease: A pilot study. *Thai Journal of Pharmacy Practice* 2018; 10: 129-41.
 24. Kitdumrongthum S, Trachootham D. An individuality of response to cannabinoids: challenges in safety and efficacy of cannabis products. *Molecules* 2023; 28: 2791. doi.org/10.3390/molecules28062791
 25. Jaroenpan T, Sitthiworanan C. Development of the pharmacist's role as part of a multidisciplinary team providing home pain management treatment to advanced stage cancer patient Nongsua Hospital, Pathumthan. *Thai Bulletin Pharmaceutical Sciences* 2022; 17: 1-21