

ปัญหาและอุปสรรคในการให้บริการกัญชาทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง: มุมมองของบุคลากรทางการแพทย์ในจังหวัดปัตตานี

วิราภรณ์ ช่วยวงศ์¹, กรกมล รุกขพันธ์²

¹กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลปัตตานี

²สาขาวิชาเภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษากระบวนการทำงาน ปัญหาและอุปสรรคในระบบการให้บริการกัญชาทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในอำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี และนำเสนอแนวทางการพัฒนาระบบการให้บริการดังกล่าว

วิธีการ: ผู้วิจัยสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการกัญชาทางการแพทย์และการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในอำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี 15 ท่าน และสังเกตการให้บริการ จัดการสนทนากลุ่มผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน 8 ท่านเพื่อจัดทำแนวทางการพัฒนาระบบบริการ การเก็บข้อมูลดำเนินการระหว่าง มีนาคม-กันยายน พ.ศ. 2567 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์แก่นสาระ

ผลการวิจัย: การให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์เป็นระบบบริการแบบสหสาขาวิชาชีพ เชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ครอบคลุมการคัดกรอง วินิจฉัย สั่งจ่าย ให้คำแนะนำ และติดตามผล โดยมีการส่งต่อข้อมูลกับชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง ปัญหาในระบบการให้บริการกัญชาทางการแพทย์แบ่งเป็น 7 ด้าน คือ 1) ด้านบุคลากร พบข้อจำกัดด้านความรู้ ประสบการณ์ ความมั่นใจ และจำนวนกำลังคนไม่เพียงพอ 2) ด้านยา ยา กัญชาอายุสั้น รูปแบบยาหยดใช้งานยาก และการหยุดสนับสนุนยา 3) ด้านแนวทางการรักษา ยา กัญชาไม่ใช่ยาหลักและแนวทางปฏิบัติขัดแย้งกับนโยบายที่ต้องการเพิ่มการเข้าถึงยา 4) ด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อม ยังไม่เอื้อต่อการให้บริการ 5) ด้านระบบงาน ขาดความเชื่อมโยงระหว่างผู้ปฏิบัติงานและระหว่างโรงพยาบาลกับ รพ.สต. 6) ด้านการประชาสัมพันธ์ ประชาสัมพันธ์น้อยและขาดสื่อที่เป็นภาษาท้องถิ่น และ 7) ด้านผู้รับบริการ จำนวนลดลง ขาดความรอบรู้เรื่องกัญชา มีพฤติกรรมที่สร้างความไม่สบายใจแก่บุคลากร ปฏิเสธยา กัญชา และการใช้กัญชาขัดกับความเชื่อของผู้ป่วย แนวทางการพัฒนาการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ได้แก่ การสร้างความรอบรู้และความเชื่อมั่นแก่เจ้าหน้าที่ การปรับปรุงกระบวนการทำงานและเชื่อมโยงการจัดบริการระหว่างหน่วยงาน การพัฒนาสถานที่ให้บริการ การบริหารจัดการระบบยา การเพิ่มการประชาสัมพันธ์ การสร้างความรอบรู้เรื่องกัญชาแก่ประชาชน และการวิจัยเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์

สรุป: ปัญหาในการให้บริการกัญชาทางการแพทย์มี 7 ด้าน การแก้ไขปัญหาคควรทำโดยการสร้างความรู้และความมั่นใจของบุคลากร เตรียมความพร้อมด้านคน ยา และสถานที่ให้บริการ ปรับปรุงกระบวนการทำงาน เพิ่มการประชาสัมพันธ์ และสร้างความรอบรู้และความเชื่อมั่นของประชาชนในการใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างเหมาะสมและปลอดภัย

คำสำคัญ: ระบบการให้บริการ กัญชาทางการแพทย์ การดูแลแบบประคับประคอง บุคลากรทางการแพทย์

รับต้นฉบับ: 2 เม.ย. 2569, ได้รับบทความฉบับปรับปรุง: 21 พ.ค. 2569, รับลงตีพิมพ์: 31 พ.ค. 2569

ผู้ประสานงานบทความ: กรกมล รุกขพันธ์ สาขาวิชาเภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

E-mail: korngamon.r@psu.ac.th

Problems and Barriers in Providing Medical Cannabis Services for Palliative Care Patients: Perspectives of Healthcare Professionals in Pattani Province

Wirakarn Chuaywong¹, Korngamon Rookkapan²

¹Pharmacy Department, Pattani Hospital

²Department of Social and Administrative Pharmacy, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Prince of Songkla University

Abstract

Objectives: To examine the service delivery process, problems and barriers within medical cannabis service system for palliative care patients in Mueang District, Pattani Province, and to propose approaches for improving the service. **Methods:** The researchers in-depth interviewed 15 personnel involved in medical cannabis services and palliative care in Mueang District, Pattani Province and observed service delivery. The researchers also conducted a focus group discussion among 8 administrators and practitioners to propose system improvement approaches. Data were collected from March to September 2024 and analyzed using thematic analysis. **Results:** The medical cannabis clinic operates as a multidisciplinary service system, bridging hospitals and sub-district health promoting hospitals (SHPHs). The services encompass screening, diagnosis, prescribing, counseling, and follow-up, with information shared with the community to ensure patients receive appropriate and continuous care. Problems in the medical cannabis service system were categorized into 7 aspects: 1) personnel: limitations in knowledge, experience, confidence, and insufficient workforce 2) medication: short shelf life of medical cannabis, difficulty in using drop formulations, and discontinuation of drug supply 3) treatment guidelines: medical cannabis is not considered a first-line treatment, and practice guidelines conflict with policies aimed at increasing access 4) physical facility and environment: The current setup is not conducive to service delivery. 5) service system: lack of coordination among personnel and between hospitals and SHPHs 6) public relations: limited publicity and lack of local-language media and 7) patients receiving service: declining numbers, limited health literacy regarding cannabis, behaviors causing discomfort to healthcare staff, refusal of cannabis medications, and cannabis use conflicting with patients' personal beliefs. Approaches for improving medical cannabis services comprise fostering literacy and confidence among healthcare personnel, improving workflows and inter-organizational integration, upgrading service facilities, strengthening medication management systems, increasing public awareness, promoting cannabis literacy among the public, and conducting further research on medical cannabis use. **Conclusion:** Seven key problem areas were identified in medical cannabis services. Improvement should focus on enhancing the knowledge and confidence among healthcare personnel, ensuring readiness in terms of workforce, medications, and service facilities, improving service processes, increasing public awareness, and promoting cannabis literacy and public trust to support the appropriate and safe use of medical cannabis.

Keywords: service system, medical cannabis, palliative care, healthcare professionals

บทนำ

กัญชาเป็นพืชที่มีการใช้ประโยชน์ทางการแพทย์มายาวนาน การศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองพบว่า กัญชาช่วยบรรเทาอาการ ปวด นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ไม่สบายกาย ไม่สบายใจ คลื่นไส้ อาเจียน เพิ่มคุณภาพชีวิต และลดการใช้ยาแผนปัจจุบัน เช่น ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ได้ (1-5) กระทรวงสาธารณสุขกำหนดแนวทางการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (medical cannabis clinic: MCC) มีการฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ มีการพัฒนาวิทยาการทางการแพทย์และบรรจุเข้าในบัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร เช่น ยาน้ำมันสารสกัดกัญชาที่มีสาร THC (tetrahydrocannabinol) ยาน้ำมันสารสกัดกัญชาที่มี THC:CBD (cannabidiol) ในสัดส่วน 1:1 (6) นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขยังกำหนดตัวชี้วัดการดำเนินงานของโรงพยาบาล คือ ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคองที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์มากกว่าร้อยละ 5

ถึงแม้มี MCC ทั่วประเทศแล้ว แต่บางพื้นที่ผู้ป่วยยังไม่สามารถเข้าถึงกัญชาทางการแพทย์ได้ตามเป้าหมาย เนื่องจากศักยภาพองค์กรและข้อจำกัดทางด้านทรัพยากร โดยเฉพาะด้านบุคลากรทั้งอัตรากำลังและสมรรถนะ (7) มีรายงานปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานใน MCC ได้แก่ ความไม่ชัดเจนในบทบาท หน้าที่ แนวทางการรักษาและการประสานงานระหว่างสหสาขาวิชาชีพ (8) ประชาชนเข้าถึงบริการได้น้อยเพราะยากัญชามีราคาสูง ข้อจำกัดในการสั่งใช้ยา มีความซับซ้อน ผู้ให้และผู้รับบริการขาดความเชื่อมั่นในการใช้ยากัญชา (9) งานวิจัยก่อนหน้าที่ศึกษารูปแบบการให้บริการใน MCC (10-12) สะท้อนให้เห็นถึงความพยายามในการพัฒนาระบบเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการของ MCC

จังหวัดปัตตานีมี MCC ในโรงพยาบาลทุกแห่งมีแพทย์ เภสัชกร พยาบาล แพทย์แผนไทยที่ผ่านการอบรมการใช้กัญชาครบทุกโรงพยาบาล และมีสถานีกัญชาในรพ.สต. ที่มีแพทย์แผนไทย แต่สัดส่วนของผู้ป่วยระยะประคับประคองที่รับยากัญชาทางการแพทย์ยังไม่ผ่านเกณฑ์และมีแนวโน้มลดลง ในปีงบประมาณ 2566 และ 2567 มีผู้ป่วยระยะประคับประคองได้รับยากัญชา ร้อยละ 3.92 และ 2.86 ตามลำดับ (13) ซึ่งไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ร้อยละ 5 นอกจากนี้บริบทของจังหวัดชายแดนภาคใต้ยัง

มีอุปสรรคด้านความแตกต่างทางวัฒนธรรม ทั้งการนับถือศาสนาและภาษา จังหวัดปัตตานีมีประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม ตามหลักของศาสนาอิสลาม ถือว่ากัญชาทำให้มีเมามาและขาดสติจึงเป็นสิ่งต้องห้าม แต่นักนิติศาสตร์อิสลามได้ให้ความเห็นว่าสามารถใช้กัญชารักษาทางการแพทย์ได้ในกรณีที่มีความจำเป็นและไม่มียาอื่นทดแทน (14) ทั้งนี้ยังไม่มีข้อมูลว่าประเด็นดังกล่าวส่งผลอย่างไรต่อการรับบริการ ปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาเชิงคุณภาพที่อธิบายถึงการทำงานจริงของระบบบริการกัญชาทางการแพทย์ในบริบทจังหวัดชายแดนใต้ แม้การศึกษาก่อนหน้านี้จะได้รายงานถึงปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานของ MCC ในภาพรวม แต่ข้อค้นพบเหล่านั้นมักสะท้อนปัญหาที่เกิดจากข้อจำกัดด้านศักยภาพองค์กรหรือการขาดแคลนทรัพยากรเป็นหลัก ซึ่งไม่สามารถนำมาอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในพื้นที่จังหวัดปัตตานีได้อย่างครอบคลุม ช่องว่างการวิจัยที่สำคัญในระดับพื้นที่คือความย้อนแย้งระหว่างความพร้อมของโครงสร้างระบบบริการกับผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงานที่แม้จะมี MCC ในทุกโรงพยาบาล มีการเชื่อมโยงกับระหว่างโรงพยาบาลและรพ.สต. และมีบุคลากรที่พร้อมในการให้บริการ แต่การดำเนินงานก็ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย

วัตถุประสงค์ของการศึกษาค้นครั้งนี้ คือ เพื่อศึกษาระบบการให้บริการ ปัญหาและอุปสรรคของระบบการให้บริการกัญชาทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง และเสนอแนวทางการพัฒนาระบบบริการดังกล่าว ถึงแม้ในปัจจุบันการส่งเสริมนโยบายการเข้าถึงกัญชาทางการแพทย์ระดับโรงพยาบาล จะถูกปรับออกจากการเป็นตัวชี้วัดหลักในการตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุขแล้วก็ตาม แต่การศึกษาในบริบทของจังหวัดปัตตานียังคงมีความสำคัญและน่าสนใจ เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีความละเอียดอ่อนทางวัฒนธรรมสูง ผลการศึกษาที่ได้จากการทำความเข้าใจปัญหาและ การพัฒนาระบบบริการในพื้นที่นี้ จะเป็นความรู้ในการจัดการความขัดแย้งระหว่างนโยบายสุขภาพส่วนกลางกับความเชื่อระดับท้องถิ่น ซึ่งองค์ความรู้ในการบูรณาการมิติทางศาสนาและวัฒนธรรมเข้ากับระบบบริการสุขภาพนี้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางแก้ปัญหาการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ในพื้นที่อื่น ๆ ของประเทศที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมได้

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพที่ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ของโรงพยาบาลปัตตานี เมื่อวันที่ 1 พฤษภาคม 2566 หมายเลขรับรอง PTN-014-2566 ขอบเขตการวิจัย คือ การศึกษาระบบงานการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ ปัญหาอุปสรรคของการให้บริการดังกล่าว และแนวทางการพัฒนาระบบการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ ในบริบทการทำงานของโรงพยาบาลปัตตานีและ รพ.สต. ในอำเภอเมืองจังหวัดปัตตานี

ผู้ให้ข้อมูล

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลคือ บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการกัญชาทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่มีประสบการณ์ในการให้บริการกัญชาทางการแพทย์หรือดูแลผู้ป่วยประคับประคองไม่ต่ำกว่า 1 ปี รวมจำนวนผู้ให้ข้อมูล 15 คน ได้แก่ แพทย์ที่รับผิดชอบ MCC และงานดูแลผู้ป่วยประคับประคอง 2 คน แพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง 2 คน แพทย์อายุรกรรมที่ให้บริการผู้ป่วยนอก 1 คน แพทย์แผนไทยประจำ MCC ของโรงพยาบาล 2 คน แพทย์แผนไทยประจำสถานีกัญชาของ รพ.สต. 2 คน เกสัชกรประจำ MCC ของโรงพยาบาล 2 คน พยาบาลประจำ MCC ของโรงพยาบาล 1 คน พยาบาลผู้รับผิดชอบงานเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาล 1 คน และพยาบาลผู้รับผิดชอบงานเยี่ยมบ้านของ รพ.สต. 2 คน

ผู้วิจัย

ผู้วิจัยชื่อแรกเป็นผู้เก็บข้อมูลด้วยตนเอง ผู้เก็บข้อมูลมีภูมิลำเนาอยู่จังหวัดปัตตานี เริ่มเข้าทำงานที่กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ปัตตานี ในปี พ.ศ. 2562 โดยรับผิดชอบงานพัฒนาระบบบริการ (Service plan) กัญชาทางการแพทย์ โดยทำงานนี้ตั้งแต่เริ่มมีกฎหมายอนุญาตให้ใช้กัญชาเฉพาะเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ จนมาถึงการอนุญาตให้ประชาชนใช้อย่างเสรี ผู้เก็บข้อมูลมีบทบาทในงานการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการกัญชาทางการแพทย์ ทั้งยังมีหน้าที่ผลักดันให้เกิด MCC ในทุกโรงพยาบาล พัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการ วางระบบส่งต่อการรักษาของผู้ป่วย จัดซื้อจัดหายา กัญชาของจังหวัด เป็นผู้ประสานงานหลักในการดำเนินงานกัญชา เป็นวิทยากรให้ความรู้ ประชาสัมพันธ์ด้านกัญชาทางการแพทย์ให้แก่

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและประชาชนในพื้นที่ นิเทศงานตรวจราชการ และพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการด้านกัญชาทางการแพทย์ทุกปี นอกจากนี้ยังมีการติดต่อประสานงานกับผู้ปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ จึงคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูลเป็นอย่างดี ในปี พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยชื่อแรกย้ายมาปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลปัตตานี จึงรู้จักผู้ให้ข้อมูลจาก MCC ทุกคนด้วยเหตุนี้เชื่อได้ว่าผู้ให้ข้อมูลจะกล้าเปิดเผยข้อมูลอย่างตรงไปตรงมา ผู้วิจัยทั้งสองคนผ่านการอบรมหลักสูตรการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์มาแล้ว

การสัมภาษณ์

การวิจัยนี้เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม-กันยายน 2567 ด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกแบบซึ่งหน้าในสถานที่ที่เป็นส่วนตัว (11 คน) ผู้ที่ไม่สะดวกให้สัมภาษณ์ต่อหน้าใช้การสัมภาษณ์ออนไลน์ผ่านระบบ Google meet (4 คน) ก่อนการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยสร้างความไว้วางใจโดยการแนะนำตัวเอง พูดคุยเรื่องทั่วไปและสร้างบรรยากาศความเป็นกันเอง หลังจากนั้นชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัยแล้วเชิญชวนเป็นผู้ให้ข้อมูล หากผู้ให้ข้อมูลตอบรับ ผู้วิจัยขอให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ ขออนุญาตบันทึกเสียง และสัมภาษณ์โดยใช้แนวคำถามที่โครงสร้างตามวิชาชีพ 4 วิชาชีพ ได้แก่ 1) แพทย์และแพทย์แผนไทย 2) พยาบาล 3) เกสัชกร และ 4) เจ้าหน้าที่ รพ.สต. แบบสัมภาษณ์ผ่านการตรวจสอบความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญ 4 ท่าน ด้วยการหาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of item objective congruence: IOC) คำถาม 1 ข้อที่มีค่า IOC น้อยกว่า 0.5 ถูกตัดออก ผู้วิจัยใช้แบบบันทึกภาคสนาม เพื่อบันทึกบรรยากาศขณะสัมภาษณ์ อารมณ์ สีหน้าของผู้ให้ข้อมูล การสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ 40 นาที เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์แต่ละราย ผู้วิจัยถอดเทปแบบคำต่อคำ อ่านเพื่อทำความเข้าใจ ค้นหาประเด็นที่ต้องการศึกษา และวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาข้อสรุปเบื้องต้นก่อนจะเริ่มสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายถัดไป ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจนกระทั่งผลการศึกษามีตัวคือสัมภาษณ์เก็บข้อมูลจนการสัมภาษณ์ครั้งใหม่ไม่ก่อให้เกิดประเด็นหรือข้อมูลเชิงลึกใหม่ ๆ จึงถือว่าได้ข้อมูลที่อิ่มตัว

ในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยแจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลทราบว่า ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ รายงานการวิจัยจะไม่ระบุถึงชื่อจริงของผู้ให้ข้อมูล รวมถึงจะไม่กล่าวอ้างถึงบุคคลหรือข้อมูลใด ๆ ผู้วิจัยจัดเก็บรหัสเชื่อมโยงระหว่างข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้กับตัวผู้ให้ข้อมูล โดยมีเพียงผู้วิจัยที่

เข้าถึงรหัสได้ นอกจากนี้ในการนำเสนอและอภิปรายผลการวิจัย ผู้วิจัยจะใช้นามสมมติแทนตัวผู้ให้ข้อมูลและจะนำเสนอผลการศึกษาในลักษณะของภาพรวมเพื่อป้องกันการระบุตัวตนของผู้มีส่วนร่วม ผู้วิจัยจะดำเนินการทำลายรหัสและไฟล์ข้อมูลเสียงทั้งหมดหลังจากการวิจัยเสร็จสมบูรณ์ เพื่อให้แน่ใจว่าข้อมูลส่วนตัวทั้งหมดจะไม่ถูกนำไปใช้อีกต่อไป

การเก็บข้อมูลด้วยวิธีอื่น ๆ

ผู้วิจัยยังเก็บข้อมูลด้วยการตรวจสอบเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ คือ แบบคัดกรองผู้ป่วย ทั้งยังได้สังเกตบรรยากาศ สถานที่ให้บริการ สถานที่เก็บยา สิ่งแวดล้อม และสิ่งอำนวยความสะดวกหรือสิ่งสนับสนุนต่าง ๆ ของ MCC ของโรงพยาบาลและสถานีกัญชาของ รพ.สต. ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่รับยาจากกัญชาทางการแพทย์จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC) ของกระทรวงสาธารณสุข และตรวจสอบรายการผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ที่จำหน่ายให้ผู้ป่วยจากระบบ HOSxP

การสนทนากลุ่ม

หลังการสัมภาษณ์ 2 เดือน ผู้วิจัยจัดการสนทนากลุ่มเพื่อนำเสนอข้อมูลจากการวิจัย หลังจากนั้นระดมสมองเพื่อกำหนดแนวทางพัฒนาระบบให้บริการกัญชาทางการแพทย์ ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มประกอบด้วยผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการให้ MCC จำนวน 8 คน ประกอบด้วย ประธานคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบบริการสาขากัญชาทางการแพทย์ของจังหวัด 1 คน คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบบริการสาขากัญชาทางการแพทย์ สังกัด สสจ. บัตตานี และโรงพยาบาล แห่งละ 1 คน ตัวแทนพยาบาลเภสัชกร และแพทย์แผนไทย ที่ปฏิบัติงานใน MCC ของโรงพยาบาล วิชาชีพละ 1 คน และตัวแทนแพทย์แผนไทยที่ปฏิบัติงานในสถานีกัญชาของ รพ.สต. 2 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ใช้การวิเคราะห์แก่นสาระ (thematic analysis) ตามขั้นตอนของ Miles และ Huberman (15) โดยเริ่มจากถอดเทปการสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ ปกปิดข้อมูลของผู้ให้ข้อมูล ชัดเกลารายละเอียดยังคงความหมายเดิมไว้ ค้นหาข้อความหรือประโยคที่เกี่ยวกับประเด็นที่ต้องการศึกษา คัดเลือกเฉพาะข้อความที่มีความหมายสอดคล้องกับประเด็นที่ต้องการศึกษา กำหนดรหัสของข้อมูล ข้อความที่

มีความหมายเดียวกันจะมีรหัสเหมือนกัน จัดรหัสเป็นหมวดหมู่แล้วเชื่อมโยงใจความที่เข้ากันได้และที่บ่งบอกถึงเรื่องหรือแก่นสาระ (theme) เดียวกัน กรอบแนวคิดของการวิเคราะห์แก่นสาระประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเข้าถึงบริการสุขภาพ (Healthcare Access Theory) ของ Penchansky และ Thomas (16) ในการวิเคราะห์อุปสรรคเชิงระบบผ่าน 5 มิติ ได้แก่ ความพร้อมของบริการ การเข้าถึง ความสอดคล้องของการจัดบริการ ความสามารถในการจ่าย และการยอมรับบริการ ผู้วิจัย 2 คนร่วมตรวจสอบความเหมาะสม ของรหัสข้อมูล การจัดกลุ่มหมวดหมู่ และการตีความแก่นสาระ รวมทั้งมีการอภิปรายร่วมกันในกรณีที่มีความเห็นแตกต่างกันได้ข้อสรุปร่วมกันเพื่อให้เกิดความชัดเจนและเป็นการทดสอบความถูกต้องของเนื้อหา พร้อมทั้งสรุปผลโดยการบรรยายและตีความผลการวิจัย การนำเสนอข้อค้นพบแยกตามหมวดหมู่ของแก่นสาระและมีการแสดงข้อความสนับสนุนโดยใช้ข้อมูลจากคำพูดของผู้ให้ข้อมูลเพื่อเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์

ความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย

ผู้วิจัยคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูลเป็นอย่างดีจากประสบการณ์การทำงานร่วมกัน การศึกษามีวิธีการเพื่อลดอคติจากการวิจัยดังนี้ ก่อนการสัมภาษณ์มีการสร้างความไว้วางใจ สร้างสัมพันธภาพ สร้างบรรยากาศความเป็นกันเอง และชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัยกับผู้ให้ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลทุกคนกล้าเปิดเผยข้อมูลเมื่อสังเกตจากความร่วมมือ ท่าทางและน้ำเสียง การสัมภาษณ์ใช้คำถามที่เป็นกลางไม่มีการชี้นำ ผู้วิจัยรักษาความเป็นส่วนตัวและความลับของผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยนี้ตรวจสอบสามเส้าโดยการสัมภาษณ์เจาะลึก ร่วมกับการตรวจสอบเอกสารและการสังเกต และนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบเพื่อเพิ่มความเชื่อถือได้ของผลการวิจัย นอกจากนี้มีการตรวจสอบกระบวนการได้มาซึ่งข้อมูลและข้อสรุป (audit trial) โดยที่ปรึกษาการวิจัย ผลการวิจัยอธิบายบริบทละเอียดเพื่อให้ผู้อ่านพิจารณาว่าสามารถนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ได้หรือไม่ เนื่องจากผู้วิจัยปฏิบัติงานในพื้นที่ศึกษาและมีความคุ้นเคยกับบริบทและผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจึงใช้การสะท้อนตนเอง (reflexivity) ตลอดกระบวนการวิจัยโดยระมัดระวังอคติจากประสบการณ์เดิม และเปิดโอกาสให้ข้อมูลจากผู้ให้สัมภาษณ์เป็นตัวกำหนดประเด็นการวิเคราะห์มากกว่าการตีความตามสมมติฐานของผู้วิจัย

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล 15 คน เป็นเพศหญิง 13 คน อายุระหว่าง 28-55 ปี ผ่านการอบรมกัญชาทางการแพทย์ 10 คน และผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง 12 คน มี 8 คนที่ผ่านการอบรมทั้ง 2 หลักสูตร และ 1 คนที่ไม่ผ่านการอบรมใดเลย ผู้ให้ข้อมูลปฏิบัติงานใน MCC ของโรงพยาบาล 5 คน ปฏิบัติงานในสถานีกัญชา รพ.สต. 2 คน และเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง 8 คน

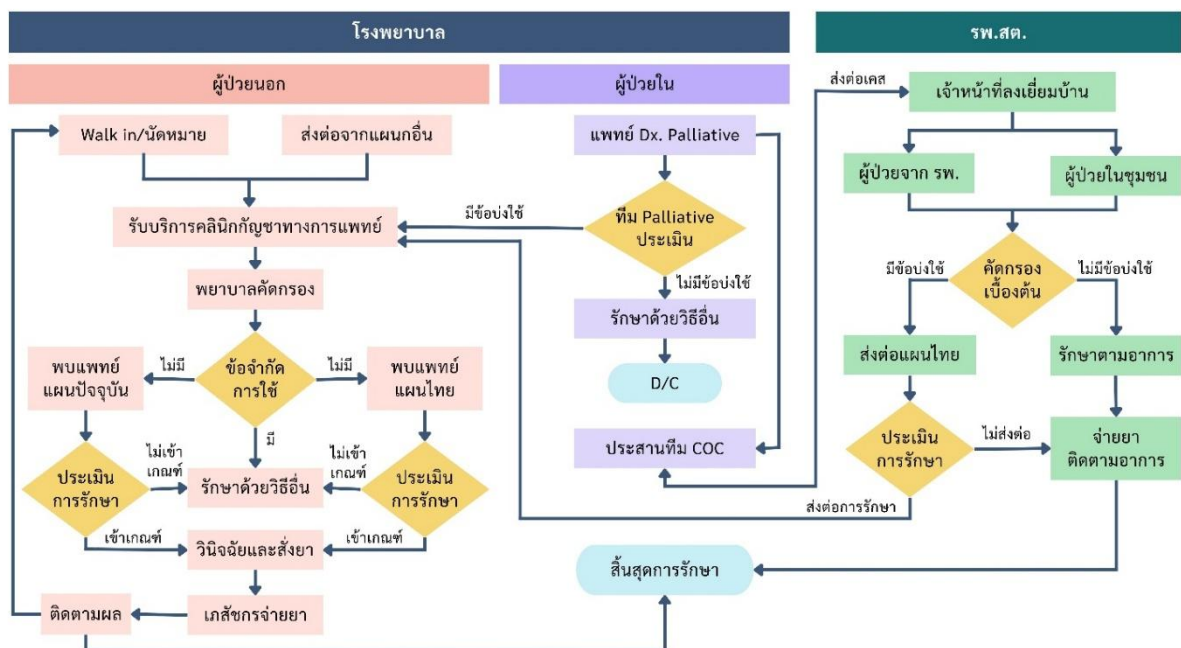
ระบบการให้บริการกัญชาทางการแพทย์

MCC ของโรงพยาบาลเปิดให้บริการทุกวัน พุธถึงสัปดาห์เช้า ส่วนสถานีกัญชาของ รพ.สต. เปิดให้บริการทั้งวันในทุกวัน โรงพยาบาลปัตตานี มีแพทย์ 114 คน แพทย์ทุกคนมีสิทธิสั่งใช้ยาทางการแพทย์ แต่มีแพทย์ที่ผ่านการอบรมการใช้กัญชาทางการแพทย์เพียง 3 คน ในจำนวนนี้ปฏิบัติงานใน MCC 2 คน แพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลมี 4 คน ผ่านการอบรมการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทยทั้งหมด แต่ปฏิบัติงานใน MCC เพียง 2 คน แพทย์แผนไทยใน รพ.สต. 6 คน ผ่านการอบรมและปฏิบัติงานในสถานีกัญชา รพ.สต. ทั้งหมด

ระบบการให้บริการกัญชาทางการแพทย์มีการเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลและ รพ.สต. ผู้ป่วยนอกของ

โรงพยาบาลมีทั้งที่เขามารักษาด้วยตนเอง มีนัดหมายหรือได้รับการส่งต่อมาจากแผนกผู้ป่วยในหรือจาก รพ.สต. ผู้ป่วยจะผ่านการคัดกรองจากพยาบาลก่อนที่จะรับการตรวจและสั่งจ่ายยาจากแพทย์หรือแพทย์แผนไทย หลังจากนั้นรับคำแนะนำและติดตามผลจากเภสัชกร สำหรับผู้ป่วยในที่อยู่ในระยะประคับประคอง ตอนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทีม Palliative care จะประเมินความจำเป็นในการใช้ยาและวางแผนการดูแลต่อเนื่องร่วมกับรพ.สต. สำหรับ รพ.สต. จะดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองในชุมชนซึ่งอาจเป็นผู้ป่วยที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลหรือผู้ป่วยรายใหม่ที่พบในชุมชน โดยเจ้าหน้าที่จะคัดกรองและส่งต่อให้แพทย์แผนไทยประเมินเพื่อจ่ายยาจากกัญชาหากผู้ป่วยมีอาการซับซ้อนหรือ รพ.สต. ไม่มียาจากกัญชา จะส่งต่อผู้ป่วยกลับไปยัง MCC ของโรงพยาบาลหรือปรึกษาทีมเยี่ยมบ้านเพื่อให้เกิดการรักษาที่ต่อเนื่องและเหมาะสม ระบบการให้บริการกัญชาทางการแพทย์แสดงดังรูปที่ 1

ข้อมูลจากระบบ HOSXP ของโรงพยาบาลบ่งชี้ว่าในช่วงเริ่มต้นของการบริการ ผลิตภัณฑ์ที่ส่งจ่ายเป็นส่วนใหญ่คือยาจากกัญชาแผนไทยซึ่งสนับสนุนโดยกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เช่น ตำรับยาสุขไสยาสน์ ยาน้ำมันกัญชา THC ยาน้ำมันกัญชาสูตรหมอดเฒ่า ปัจจุบันผลิตภัณฑ์ที่ส่งจ่ายเป็นสารสกัดแผนปัจจุบันหรือครีมแผนปัจจุบันเป็นหลัก ซึ่งสนับสนุนโดยโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ได้แก่ ยาน้ำมันกัญชา CBD ยาน้ำมันกัญชา



รูปที่ 1. ระบบการให้บริการกัญชาทางการแพทย์

THC:CBD (1:1) CBD cream ส่วนน้ำมันกัญชาสูตรหมอ
เดชา โรงพยาบาลเป็นผู้สั่งซื้อเอง

ปัญหาและอุปสรรคในการให้บริการ

การวิเคราะห์แก่นสาระเป็นกระบวนการแปลง
ข้อมูลดิบจากคำพูดของผู้ให้ข้อมูล ไปสู่การสังเคราะห์รหัส
เบื้องต้น รหัสหมวดหมู่ และแก่นสาระ แผนผังการให้รหัส
ข้อมูล (coding tree) แสดงดังตารางที่ 1

ปัญหาที่ถูกกล่าวถึงมากที่สุด คือ จำนวนผู้ป่วย
ลดลง (ผู้ให้ข้อมูล 8 ท่าน) รองลงมา คือ ผู้ให้บริการขาด
ความรู้และประสบการณ์ (ผู้ให้ข้อมูล 7 ท่าน) การ
ประชาสัมพันธ์น้อย (ผู้ให้ข้อมูล 7 ท่าน) และยาคุณภาพไม่ใช่
ยาหลักในการรักษา (ผู้ให้ข้อมูล 7 ท่าน) ซึ่งอุปสรรคสำคัญ
ที่ทำให้การส่งจ่ายยาในผู้ป่วยระยะประคับประคองน้อย
คือ การขาดความรู้และประสบการณ์ในการใช้กัญชาทาง
การแพทย์ของบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานใน MCC
และปฏิบัติงานในงานอื่น ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เช่น
งานเยี่ยมบ้าน งานดูแลต่อเนื่อง ปัญหาอุปสรรคในการ
ให้บริการกัญชาทางการแพทย์สรุปได้ 7 ด้าน รูปที่ 2 สรุป
ความเชื่อมโยงระหว่างปัญหาและอุปสรรคในการให้บริการ
กัญชาทางการแพทย์และจำนวนผู้กล่าวถึง

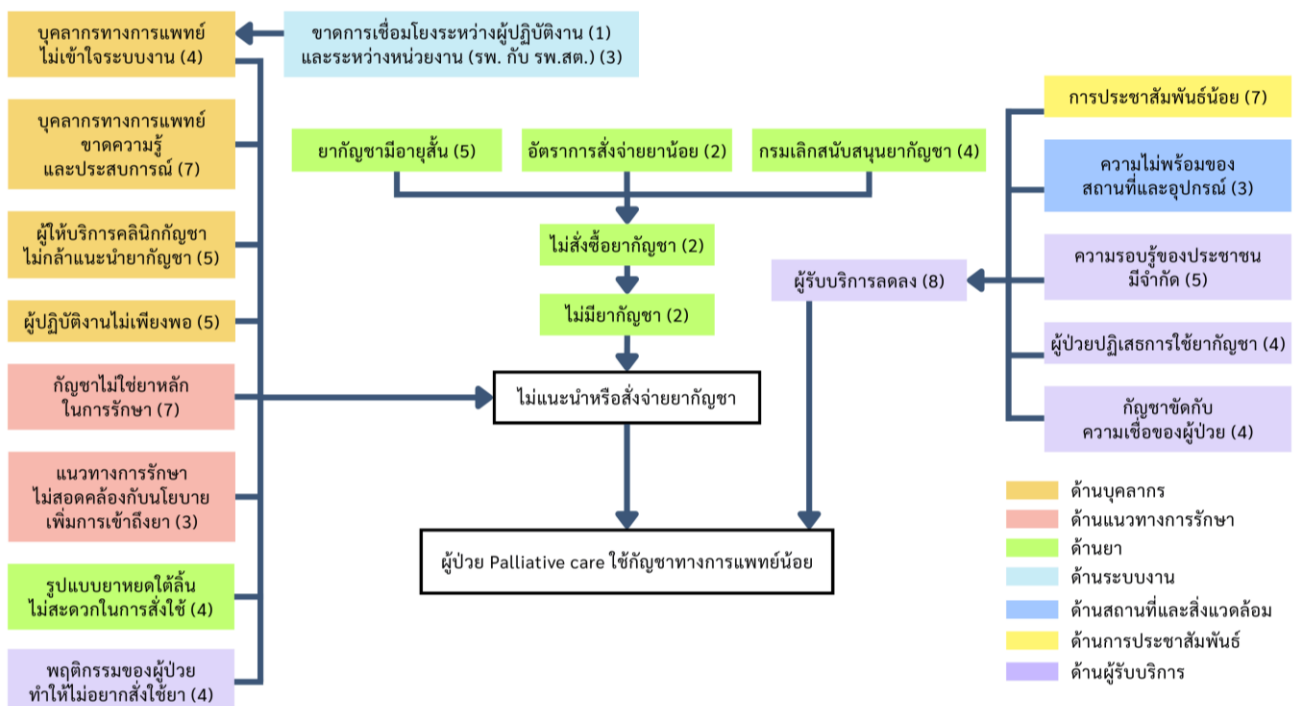
1. ด้านบุคลากร

1.1 การขาดความรู้และประสบการณ์: ผู้ให้
ข้อมูล 7 คน กล่าวว่า ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ไม่เคยเรียนเรื่อง
กัญชาทางการแพทย์มาก่อนเพราะไม่มีสอนในระดับ
มหาวิทยาลัย การใช้กัญชารักษาโรคเพิ่งเป็นที่รู้จักไม่นาน
มานี้ แพทย์และพยาบาลที่ไม่ได้อยู่ใน MCC วิชาชีพละ 1
คน เท่านั้นที่เคยผ่านการอบรมหลักสูตรการใช้กัญชาทาง
การแพทย์ นอกจากนี้จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการมีไม่มาก
ทำให้ขาดประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ดังคำกล่าว

“พื้นฐานเราไม่เคยมีความรู้ด้านนี้เลย แม้แต่เรา
เรียนมหาลัยก็ไม่ได้มี ถ้าเราต้องมาดูแลคนไข้ด้านนี้ เราก็
ควรจะมีความรู้ด้านนี้ ดังนั้นก็ควรจะมีการสอน” (เภสัชกร 1)

“แค่ฟังมาว่าเขาเอามาใช้ในการแพทย์ แต่การ
อบรมเขาจะให้ห้องแพทย์แผนไทยโดยเฉพาะ ถ้าพยาบาล
ใน รพ.สต. ยังไม่มีการอบรม” (พยาบาล 4)

1.2 การไม่กล้าแนะนำยากัญชา: ผู้ให้ข้อมูล 5 คน รู้สึกไม่
มั่นใจในการแนะนำยากัญชาให้กับผู้ป่วยเนื่องจากไม่แน่ใจ
ในประสิทธิภาพของยา กลัวผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น และ
รู้สึกกังวลว่าสิ่งที่แนะนำไปจะถูกปฏิเสธโดยผู้ป่วยหรือ
แพทย์ เพราะการตัดสินใจเลือกใช้ยาจะขึ้นอยู่กับแพทย์ผู้ให้
การรักษาเป็นหลัก ดังคำกล่าว



รูปที่ 2. ความเชื่อมโยงของปัญหาและอุปสรรคในการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ (จำนวนผู้ให้ข้อมูลที่กล่าวถึงปัญหานั้น)

ตารางที่ 1. แผนผังการให้รหัส (coding tree)

แก่นสาระหลัก	รหัสหมวดหมู่ / ประเด็นย่อย	รหัสเบื้องต้น	ตัวอย่างข้อมูลดิบจากผู้ให้ข้อมูล	ทฤษฎีการเข้าถึงบริการสุขภาพ
1. ด้านบุคลากร	1.1 ขาดความรู้และประสบการณ์	ขาดการเรียนรู้การสอนในระดับมหาวิทยาลัย ผู้เข้าอบรมกระจุกตัวเฉพาะบางวิชาชีพ	“พื้นฐานเราไม่เคยมีความรู้ด้านนี้เลย แม้แต่เราเรียนมหาลัยก็ไม่ได้มี ถ้าเราต้องมาดูแลคนไข้ด้านนี้ เราก็คงจะมีความรู้ด้านนี้”	ความพร้อมของบริการ
	1.2 ไม่กล้าแนะนำยากัญชา	ไม่มั่นใจในประสิทธิภาพยา กังวลผลข้างเคียงและการติดตามผล	“พี่เป็นเภสัชพี่ไม่มีสิทธิ์ส่ง...นี่พี่ก็ถอยมาก้าวหนึ่งแล้วเพราะการที่พี่จูนจูนว่าเคสไหนส่งได้ไหมมันก็รู้สึกไม่สบายใจนะ...”	การยอมรับบริการ
	1.3 ผู้ปฏิบัติงานไม่เพียงพอ	พยาบาลประจำ MCC มีคนเดียว คนที่ผ่านการอบรมไม่ได้มาปฏิบัติงานหน้า MCC	“พยาบาลขาด ตอนนี้มีพยาบาลคนเดียว...ถ้าแกลปั๊บจะไม่มีใครแทน”	ความพร้อมของบริการ
	1.4 ไม่เข้าใจระบบงาน	ไม่ทราบวัน-เวลาให้บริการของ MCC ไม่เข้าใจจุดเชื่อมโยงกับงานที่ตนรับผิดชอบ	“ตอนนี้พี่ไม่ทราบว่ามันมีคลินิกกัญชาทางการแพทย์ตอนไหนอะไรยังไง ต้องผ่านหมอ Palliative Care หรือเปล่า...”	ความพร้อมของบริการ
2. ด้านยา	2.1 ยาอายุสั้น	ยาหมดอายุเร็ว อัตราการใช้ต่ำ ไม่คุ้มค่าการจัดซื้อ	“ยาอายุสั้น ไม่ค่อยได้จ่ายยา เก็บไว้จนยาหมดอายุ”	ความสามารถในการจ่าย
	2.2 ข้อจำกัดของรูปแบบยา	ควบคุมปริมาณหยดได้ยาก (รูปแบบน้ำมัน) ผู้ป่วยใช้งานลำบาก	“ตอนนี้มันจะมีแบบหยดน้ำมัน มันไม่สามารถควบคุมปริมาณหยดของยาได้...มันก็มีผลข้างเคียงเกิดขึ้นกับเขานะอีก”	ความพร้อมของบริการ
	2.3 เลิกสนับสนุนยากัญชา	กรมการแพทย์แผนไทยฯ เลิกสนับสนุนยา ขาดงบประมาณในการส่งชื้อยา แพทย์แผนไทยจ่ายยาแผนปัจจุบันไม่ได้	“จะมีแค่คนมาขอคำปรึกษาเพราะตอนนี้เราไม่มียา...ถ้าส่งชื้อยาเป็นราย ๆ จะยากหน่อย...ซึ่งเราไม่รู้คนไข้จะมาเมื่อไร”	ความพร้อมของบริการ
3. ด้านแนวทางการรักษา	3.1 กัญชาไม่ใช่ยาหลัก	ใช้มอร์ฟีนหรือยาแผนปัจจุบันเป็นหลัก ใช้ยากัญชาเป็นทางเลือกสุดท้าย	“...ตอนเรียนและตอนดูแลเรื่องคนไข้ประคับประคองก็จะเป็นการใช้ยามอร์ฟีนเป็นหลัก ไม่ได้มีการพูดถึงการใช้กัญชาเลย”	การยอมรับบริการ
	3.2 แนวทาง Accommodation ไม่สอดคล้องกับนโยบาย	เกณฑ์การส่งใช้ยาซับซ้อนเข้าถึงยาก ตัวชี้วัด (KPI) กดดันให้ต้องเพิ่มยอดผู้ใช้	“กระทรวงกำหนดไกด์ไลน์...ในความเป็นจริง ถ้าเกิดยึดตามเงื่อนไขกระทรวงทุกเคสเราจะไม่ได้ตามเป้าตัวชี้วัด”	ความพร้อมของบริการ

ตารางที่ 1. แผนผังการให้รหัส (coding tree) (ต่อ)

แก่นสาระหลัก	รหัสหมวดหมู่ / ประเด็นย่อย	รหัสเบื้องต้น	ตัวอย่างข้อมูลดิบจากผู้ให้ข้อมูล	ทฤษฎีการเข้าถึงบริการสุขภาพ
4. ด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อม	ความไม่พร้อมของสถานที่/อุปกรณ์	ใช้พื้นที่ร่วมกับกลุ่มงานอื่น/ขาดความเป็นส่วนตัว ส่วนตัว จุดจ่ายเงินและ MCC อยู่คนละชั้น, อุปกรณ์ไอทีมีจำกัดและชำรุด	“สถานที่มันยังไม่โอเค...เครื่องพิมพ์ฉลากพิมพ์ไม่ค่อยได้...พิมพ์แล้วก็ออกมาไม่เป็นตัวอักษร”	การเข้าถึง
5. ด้านระบบงาน	5.1 ขาดการเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงาน	ปัญหาโครงสร้างการสังกัดที่ต่างกัน ขาดการพูดคุย งานไม่เชื่อมต่อกัน	“...ไม่แน่ใจว่ายากัญชาเราสามารถขอได้หรือไม่...ตอนนี้เวลาให้คำปรึกษาหนูส่งตัวไปอย่างเดียว”	ความสอดคล้องของการจัดบริการ
	5.2 ขาดการเชื่อมโยงระหว่างผู้ปฏิบัติงาน	งานแผนไทยและงานเยี่ยมบ้านทำงานแยกส่วนกัน ขาดการส่งต่อรายชื่อผู้ป่วย	“...งานโครงการมัน ไม่ได้ร่วมงานกันเท่าไร เลยจะไม่ทราบรายชื่อคนไข้ระดับประคองมีใครบ้าง”	ความสอดคล้องของการจัดบริการ
6. ด้านการประชาสัมพันธ์	การประชาสัมพันธ์น้อย	จำนวนสื่อลดลง ขาดป้ายบอกทางในโรงพยาบาล ขาดสื่อที่ใช้ภาษาท้องถิ่น	“...กระแสมันมาแรง เลยมีการประชาสัมพันธ์ไปถึงคนไข้เยอะ ตอนนี้การประชาสัมพันธ์ก็ลด...”	การเข้าถึง
7. ด้านผู้รับบริการ	7.1 ผู้รับบริการลดลง	หาซื้อผลิตภัณฑ์ได้เอง ขึ้นตอนในโรงพยาบาล ชับข้อและลำขา	“พอเขาปลดล็อกกัญชาเป็นเสรี คนไข้ลดลงแบบหายไปเลย เขาสามารถหาเองได้... ไม่ต้องมาถึงโรงพยาบาลที่ได้ยากเหลือเกิน”	การเข้าถึง
	7.2 ความรอบรู้มีจำกัด	เข้าใจประโยชน์ผิด มองเป็นยาเสพติด	“...ชาวบ้านคิดว่าอาจทำให้หายจากมะเร็ง...”	การยอมรับบริการ
	7.3 พฤติกรรมไม่ตรงเงื่อนไข	เวียนรับยาหลายโรงพยาบาล แนวโน้มติดยา กดดันเจ้าหน้าที่ให้จ่ายยา	“มีคนไข้รับยาที่หาได้ใหญ่ นราธิวาส แล้วก็เวียนมาที่เรา...เขาก็ไปบอกหัวหน้าเขาที่เป็นคนใหญ่คนโตมาบังคับให้เราจ่าย...”	การยอมรับบริการ
	7.4 ปฏิเสธการใช้ยา	กลัวผลข้างเคียง ไม่มั่นใจผลการรักษา	“...ส่วนใหญ่ได้แต่แนะนำไป เพราะคนไข้ไม่ประสงค์ที่จะใช้ค่ะ”	การยอมรับบริการ
	7.5 ขัดกับความเชื่อทางศาสนา	มองว่าเป็นของมีนเมา/ผิดหลักศาสนาอิสลาม	“...มันเป็นยาเสพติด มันไม่ถูกต้องกับหลักศาสนา ก็เลยทำให้เกิดข้อวิพากษ์วิจารณ์”	การยอมรับบริการ

“พี่เป็นเภสัช พี่ไม่มีสิทธิ์สั่ง ดังนั้นจะใช้ได้หรือไม่ จะเชื่อถือได้หรือไม่ ก็ต้องเป็นหมอที่สั่งจ่าย นี่พี่ก็ถอยมา ก้าวหนึ่งแล้วเพราะการที่พี่จู้จี้จ้านว่าเคสไหนสั่งได้ไหม มันก็รู้สึกไม่สบายใจนะ เพราะเหมือนไปชี้หน้าเขา” (เภสัชกร 1)

“เรายังไม่มั่นใจเรื่องผลข้างเคียง กลายเป็นเรา จะต้องติดตามตลอด แต่ถ้าจ่ายในระดับใหญ่ ๆ เราก็ไม่มั่นใจอีกว่าเราจะสามารถติดตามได้ครบทุกคนไหม หรือเราจะติดต่อกันไม่ได้ไหม” (แพทย์แผนไทย 2)

1.3 จำนวนผู้ปฏิบัติงานไม่เพียงพอ: บุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะพยาบาลประจำ MCC มีเพียง 1 คน ไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วย มีการอบรมการใช้กัญชาให้พยาบาลเพิ่มเติม แต่คนที่อบรมไม่ได้ปฏิบัติงานที่ MCC หากพยาบาลประจำ MCC ลาหยุด เภสัชกรหรือแพทย์แผนไทยต้องทำหน้าที่แทน ส่งผลให้การงานเกินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ โดยอาจไม่สามารถซักประวัติได้ละเอียดเท่าที่พยาบาลปฏิบัติ เพราะผู้ปฏิบัติงานแทนต้องทำทั้งหน้าที่พยาบาลและหน้าที่ตนเอง ดังคำกล่าว

“พยาบาลขาด ตอนนี้มีพยาบาลคนเดียว เดิมพี่เขาอบรมกัญชา ภาระงานของเขาเลยไปลงที่ palliative ด้วยเลยกลายเป็นแกร็บ 2 งาน ถ้าแกลบปั๊บ จะไม่มีใครแทน” (แพทย์แผนไทย 3)

“ควรอบรมเพิ่มพยาบาลที่ขาด แต่เห็นว่าเขาก็อบรมแล้ว แต่เขาไม่ได้ส่งมาที่คลินิกเรา” (เภสัชกร 1)

1.4 การไม่เข้าใจระบบงาน: แพทย์และพยาบาลที่ไม่ได้ปฏิบัติงานใน MCC ไม่ทราบข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับระบบงาน เช่น วันและเวลาการให้บริการของ MCC วิธีการเข้าถึงบริการ การสั่งจ่ายยา กัญชา หรือการทำงานของ MCC และไม่เข้าใจจุดเชื่อมโยงของงานที่ตนเองรับผิดชอบกับงานกัญชาทางการแพทย์ ดังคำกล่าว

“ตอนนี้พี่ไม่ทราบว่ามันมีคลินิกกัญชาทางการแพทย์ตอนไหน อะไรยังงี้ ต้องผ่านหมอ Palliative Care หรือเปล่า พี่ก็เลย consult ผ่าน Palliative Care ไปเลยคิดว่าเขาน่าจะเป็นคนจัดการต่อเนื่องได้” (แพทย์ 4)

2. ด้านยา

2.1 ยามีอายุสั้น: ยา กัญชาทางการแพทย์เป็นยาใหม่ มีอายุประมาณ 1 ปี เพราะอยู่ระหว่างการเก็บข้อมูลเพื่อศึกษาความคงตัวของยา โรงพยาบาลจึงไม่ต้องการสั่งชื้อยาเนื่องจากมีอัตราการใช้น้อย ยาหลายรายการหมดอายุอยู่ในคลัง ซึ่งสร้างความยุ่งยากในการบริหารคลังและการทำลายยา ดังคำกล่าว

“ตอนนี้พี่ไม่สั่งชื้อยาน้ำมันกัญชาเลยเพราะว่าทุกล็อตที่สั่งมาไว้หมดอายุ... ยามีอายุหนึ่งปี เพราะว่ามันยังเป็นยาใหม่อายุ มันไม่คุ้มค่ากับการที่เราเสียเงินไปโดยใช้เหตุผลเลย” (เภสัชกร 1)

“ยาอายุสั้น ไม่ค่อยได้จ่ายยา เก็บไว้จนยาหมดอายุ” (แพทย์แผนไทย 3)

จากการตรวจสอบคลังยาพบน้ำมันกัญชาหมดอายุตามที่ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวไว้ และระยะเวลาจากวันที่ได้รับสนับสนุนจนถึงวันหมดอายุของยามีเวลาไม่ถึง 1 ปี

2.2 ข้อจำกัดของรูปแบบยา: ผู้ให้ข้อมูล 4 คนให้ความเห็นว่า ยาในรูปแบบที่ใช้อยู่ เช่น น้ำมันกัญชา มีข้อจำกัดในด้านความแม่นยำของขนาดยาและความสะดวกในการใช้ เช่น น้ำมันที่ผู้ป่วยได้รับแต่ละครั้งที่หยดมีปริมาณไม่เท่ากัน และอาจเกิดความเสี่ยงได้ ดังคำกล่าว

“ตอนนี้มันจะมีแบบหยดน้ำมัน มันไม่สามารถควบคุมปริมาณหยดของยาได้ คนไข้บางคนเป็นพาร์กินสัน เราจะมีใจได้อย่างไรว่าเขาจะหยด 1... มันก็มีผลข้างเคียงเกิดขึ้นกับเขา... เป็นภาระของผู้ดูแลอีก” (แพทย์แผนไทย 2)

“ถ้ามันมีแคปซูลหมอกก็จะสั่งง่ายใจ ความแรงมันก็คงที่ ใช้ง่ายกว่าเยอะ... ถ้าเกิดเป็นน้ำมันกัญชา มันสั่งยาก แต่ถ้าพี่สั่งเป็นแบบตำรับยาจะสั่งง่าย แล้วพอตรวจมันเร็ว มันก็จะสะดวกคนไข้มากกว่า” (แพทย์ 4)

2.3 กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก: หลังจากที่ได้กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกหยุดสนับสนุนกัญชาแผนไทยและผลักดันให้หน่วยบริการจัดชื้อยาเอง ผู้ให้ข้อมูลมองว่า ความน่าเชื่อถือในประสิทธิภาพของยาลดลง ยาที่มีใช้เหลือเพียงสารสกัดกัญชาแผนปัจจุบันที่ยังคงสนับสนุนอยู่เท่านั้น ทำให้แพทย์แผนไทยไม่สามารถสั่งจ่ายยาได้ เพราะแพทย์แผนไทยได้รับอนุญาตให้จ่ายได้เฉพาะยา กัญชาแผนไทยเท่านั้น หน่วยบริการโดยเฉพาะ รพ.สต. ที่มีแพทย์แผนไทยจึงทำหน้าที่เพียงให้คำปรึกษา เพราะไม่มียาให้บริการ นอกจากนี้การสั่งชื้อยาต้องวางแผนงบประมาณล่วงหน้า แต่หน่วยบริการไม่สามารถคาดการณ์ปริมาณการใช้ได้ อีกทั้งผู้รับบริการมีน้อย ทำให้ไม่คุ้มค่าต่อการสั่งชื้อยามาสำรองไว้ ดังคำกล่าว

“เรื่องยา พอแกนหลักคือกรมการแพทย์แผนไทย ไม่ support ยา ความน่าเชื่อถือในตัวยานี้ลดลงแล้วนะ... อยากให้เราไปชื้อจากโรงพยาบาลเองหรือเปล่า แต่ในเมื่อแกนหลักยังไม่เห็นด้วย ไม่พร้อมสนับสนุน ไม่มียา support

ให้โรงพยาบาล นั้นหมายความว่าไม่ได้มีประโยชน์อะไรในมุมมองของพี่นะ” (เภสัชกร 1)

“จะมีแค่คนมาขอคำปรึกษาเพราะตอนนั้นเราไม่มียาส่วนใหญ่คนไข้เวลามาขอคำปรึกษาเสร็จ หนูจะส่งตัวไปโรงพยาบาล...ถ้าสั่งซื้อยาเป็นราย ๆ จะยากหน่อย เพราะของเราก็ต้องทำแผนไปก่อนว่าเดือนนี้เราต้องการอะไร เราต้องสั่งไปก่อน จะมาสั่งทีละรายแบบนี้ยาก เราต้องทำแผนล่วงหน้า ซึ่งเราไม่รู้คนไข้จะมาเมื่อไร” (แพทย์แผนไทย 4)

3. ด้านแนวทางการรักษา

3.1 กัญชาไม่ใช่ยาหลักในการรักษา: ผู้ให้ข้อมูล 7 คน กล่าวว่า ยา กัญชาไม่ใช่ยาหลักในการรักษาแบบประคับประคองตามคำแนะนำการใช้กัญชาทางการแพทย์ของกรมการแพทย์ กัญชาเป็นตัวเลือกสุดท้ายหรือตัวเลือกเสริมในกรณีที่ใช้ยาตามแผนการรักษาหลักแล้วไม่ดีขึ้น (17) ดังนั้นโอกาสที่จะใช้ยากัญชาทางการแพทย์จึงมีน้อย เพราะแพทย์จะเลือกยาแผนปัจจุบันตัวอื่นก่อน อีกทั้งการเรียนการสอนหลักสูตรการดูแลแบบประคับประคองก็ไม่ได้สนับสนุนการใช้กัญชาทางการแพทย์ ดังคำกล่าว

“หมอจบมาตั้งแต่ปี 60 ตอนนั้นยังไม่มีเรื่องกัญชา ยังเป็นยาเสพติด เพราะฉะนั้นตอนเรียนและตอนดูแลเรื่องคนไข้ประคับประคองก็จะเป็นการใช้ยามอร์ฟีนเป็นหลัก ไม่ได้มีการพูดถึงการใช้กัญชาเลย” (แพทย์ 1)

3.2 แนวทางการรักษาไม่สอดคล้องกับนโยบายเพิ่มการเข้าถึงยา: แม้ว่ายากัญชาจะถูกกฎหมายสำหรับการใช้ทางการแพทย์แล้ว แต่ผู้ป่วยยังคงเข้าถึงยาก การสั่งใช้ยามีส่วนที่ยังไม่สอดคล้องกับนโยบายที่กระทรวงกำหนดไว้ เพราะแนวทางการรักษากำหนดให้ใช้ยากัญชาเป็นตัวเลือกสุดท้ายและมีเกณฑ์การสั่งใช้ แต่ในนโยบายกระตุ้นให้มีการใช้ยากัญชาเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความรู้สึกขัดแย้งกับการปฏิบัติจริงในหน่วยบริการ ดังคำกล่าว

“กระทรวงกำหนดไกด์ไลน์ตามขั้นตอน 1 2 3 ให้ดูว่าไม่ได้เข้าถึงกัญชาง่ายนะ แต่หน่วยงานจ่ายไม่ตามไกด์ไลน์ไม่อย่างนั้นมันจะมีคำถามว่าทำไมของไม่ออกเลย...ในความเป็นจริง ถ้าเกิดยึดตามเงื่อนไขกระทรวงทุกเคส เราจะได้ไม่ได้ตามเป้าตัวชีวิต” (เภสัชกร 2)

4. ด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อม หรือความไม่พร้อมของสถานที่และอุปกรณ์: MCC ของโรงพยาบาลไม่มีห้องเฉพาะ ต้องขอใช้ห้องของกลุ่มงานอาชีวอนามัย ทำให้ไม่สะดวกและไม่เป็นส่วนตัวในการคุยกับผู้ป่วย ห้อง

การเงินอยู่คนละชั้นกับ MCC นอกจากนี้คอมพิวเตอร์และเครื่องพิมพ์สติกเกอร์ที่ใช้ในการจัดบริการมีจำกัดและเกิดปัญหาในบางครั้ง ดังคำกล่าว

“ห้องเป็นของอีกกลุ่มงานหนึ่ง ไปขอใช้ห้อง ในแต่ละสัปดาห์เขาก็จะมีกิจกรรมของกลุ่มงานเขาอยู่แล้ว จากเดิมที่ควรจะเป็นห้องของคลินิกในเวลาเช้าถึงเที่ยง มันกลายเป็นว่ามันจะมีงานกลุ่มของเขาเข้ามาแทรก ความเป็นส่วนตัวที่คนไข้จะให้ข้อมูลมันก็ไม่ต่อเนื่อง...คอมก็ใช้ร่วมกันแต่เป็นคอมของคลินิก” (แพทย์แผนไทย 3)

“สถานที่มันยังไม่โอเค เพราะบางครั้งคนไข้สิทธิจ่ายตรงก็ต้องลงมาห้องการเงินที่ชั้น 2 แล้วขึ้นไปเอายาที่คลินิกชั้น 5 บางทีคนไข้กลุ่มนี้เขาก็หงุดหงิด...คอมพิวเตอร์มีเครื่องเดียว เครื่องพิมพ์ฉลากพิมพ์ไม่ค่อยได้ ไม่รู้ว่ามันต้องเช็คอย่างไร...พิมพ์แล้วก็ออกมาไม่เป็นตัวอักษร” (เภสัชกร 2)

จากการสังเกตการให้บริการของ MCC ของโรงพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยต้องเดินขึ้นลงระหว่างชั้นเพื่อดำเนินการด้านการเงิน สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สะดวก เจ้าหน้าที่จะดำเนินการเรื่องยาและการเงินให้แทน นอกจากนี้กลุ่มงานที่อยู่ติดกันก็มีกิจกรรมอื่น ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่เป็นส่วนตัวในตอนชักประวัติ

5. ด้านระบบงาน

5.1 การขาดการเชื่อมโยงการทำงานระหว่างโรงพยาบาลและ รพ.สต.: MCC ของโรงพยาบาลและสถานี กัญชาของ รพ.สต. ต่างให้บริการผู้ป่วยของตนโดยไม่ได้เชื่อมโยงงานกัน เช่น กรณีมีผู้ป่วยที่ส่งต่อจากชุมชน รพ.สต. ก็จะแนะนำให้ผู้ป่วยไปรับบริการที่โรงพยาบาลโดยไม่ได้ส่งต่อข้อมูลใด ๆ ให้โรงพยาบาล ดังคำกล่าว

“เราสามารถขอยาสมุนไพรจากโรงพยาบาลได้ แต่ไม่แน่ใจว่ายากัญชาเราสามารถขอได้หรือไม่...ไม่รู้ระบบต้องเป็นอย่างไร...ตอนนั้นเวลาให้คำปรึกษา หนูส่งตัวไปอย่างเดียว” (แพทย์แผนไทย 4)

นอกจากนี้ในการจัดหา ยา โรงพยาบาลไม่ได้เตรียมยาเผื่อสำหรับให้บริการใน รพ.สต. หลังจากที่ รพ.สต. ย้ายไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ยิ่งทำให้การประสานงานระหว่างโรงพยาบาลกับ รพ.สต. ยากขึ้น

5.2 การขาดการเชื่อมโยงระหว่างผู้ปฏิบัติงาน: งานการแพทย์แผนไทยกับงานการออกเยี่ยมบ้านไม่ค่อยมีโอกาสนพบปะหรือทำงานร่วมกัน ส่งผลให้การดำเนินงานและการดูแลผู้ป่วยขาดความต่อเนื่อง นอกจากนี้ภายใน

หน่วยงานเดียวกันก็ยังไม่ทราบรายละเอียดการให้บริการของ MCC ทำให้การส่งต่อผู้ป่วยมาจากแผนกต่าง ๆ มีน้อย การประสานงานระหว่างบุคลากรทางการแพทย์มีอุปสรรคสำคัญ คือ การขาดการส่งต่อข้อมูล เช่น ไม่ได้ส่งรายชื่อผู้ป่วยระดับประคองให้ผู้ส่งเสีย ดังคำกล่าว

“อนามัยของเราใหญ่ เวลาทำงานแทบจะไม่เจอเจ้าหน้าที่กันเอง เราจะไม่ทราบเลยว่าคนไข้ในกลุ่มนี้มีใครบ้าง งานใครงานมัน ไม่ได้ร่วมงานกันเท่าไรเลยจะไม่ทราบรายชื่อคนไข้ระดับประคองมีใครบ้าง” (แพทย์แผนไทย 4)

6. ด้านการประชาสัมพันธ์: ผู้ให้ข้อมูล 7 คน มองว่าการประชาสัมพันธ์ในช่วงแรกมีความทั่วถึง เช่น การติดป้ายประชาสัมพันธ์ หรือการจัดทำสื่อ แต่ปัจจุบันการประชาสัมพันธ์ลดลง อีกทั้งป้ายหรือสื่อที่มีอยู่ก็ไม่ใช่ชัดเจนพอไม่ดึงดูดความสนใจ ทำให้ผู้ป่วยและบุคลากรบางส่วนไม่ทราบว่ามี MCC ดังคำกล่าว

“ช่วงนั้นกระแสมันมาแรง เลยมีการประชาสัมพันธ์ไปถึงคนไข้เยอะ ตอนนั้นการประชาสัมพันธ์ก็ลดน้อยลงคนไข้ก็เลยเหมือนห่างหายไปส่วนหนึ่ง...ณ ตอนนั้นคนที่เดินเข้ามาคัดกรองมีน้อย” (พยาบาล 1)

การสำรวจสถานที่ให้บริการพบว่า บริเวณชั้น 1 ของโรงพยาบาลที่มีผู้รับบริการจำนวนมาก ไม่มีป้ายประชาสัมพันธ์การให้บริการของ MCC อีกทั้งป้ายบอกชื่อคลินิกต่าง ๆ ที่หน้าลิฟต์ ก็ไม่ระบุตำแหน่งที่ตั้งของ MCC ส่วนบริเวณหน้า MCC เดิมเคยมีป้ายความรู้ต่าง ๆ ปัจจุบันไม่มีป้ายประชาสัมพันธ์ความรู้ เหลือแต่เพียงป้ายที่บอกชื่อ MCC เท่านั้น ในส่วนของ รพ.สต. มีเพียงป้ายประชาสัมพันธ์ที่บริเวณคลินิกการแพทย์แผนไทยเท่านั้น ซึ่งจะพบเห็นได้เฉพาะผู้ที่มาใช้บริการที่อาคารแพทย์แผนไทย นอกจากนี้สื่อความรู้มีเพียงแผ่นพับที่ทาง สสจ. พิมพ์แจกนามมาแล้ว สื่อที่ใช้ในการประชาสัมพันธ์ ไม่ว่าจะเป็นป้ายความรู้ ป้ายบอกทาง แผ่นพับ หรือโปสเตอร์ต่าง ๆ ล้วนสื่อสารด้วยภาษาไทย แต่มีประชากรจำนวนมากในพื้นที่สื่อสารด้วยภาษามลายู โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาอิสลาม

7. ด้านผู้รับบริการ

7.1 ผู้รับบริการลดลง: ผู้ให้ข้อมูล 8 คน กล่าวว่า ผู้รับบริการของ MCC ลดลง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่รับบริการเป็นผู้ป่วยเก่าที่รับยาต่อเนื่อง มีผู้ป่วยใหม่เข้ามาใช้บริการน้อย อาจเกิดจากการไม่ยอมเข้ามารับบริการในโรงพยาบาล เพราะมีขั้นตอนมากและล่าช้า ภายหลังจากมีกฎหมายกัญชาเสรี ผู้ป่วยสามารถหาซื้อผลิตภัณฑ์ได้เอง ดังคำกล่าว

“พอเขาปลดล็อกกัญชาเป็นเสรี คนไข้ลดลงแบบหายไปเลย เขาสามารถหาเองได้ เขาสามารถหาที่ไหนก็ได้ ไม่ต้องมาถึงโรงพยาบาลที่ได้ยากเหลือเกิน” (แพทย์แผนไทย 1)

“เราประเมินว่าคนไข้ต้องใช้จ่ายนะ แนะนำว่าให้เขาไปเอาที่โรงพยาบาล พอเสียเวลา เขาก็จะไม่ค่อยไปเอา” (แพทย์แผนไทย 4)

จากการสังเกตผู้มารับบริการ MCC ของโรงพยาบาลพบว่า ภายในวันที่เปิดบริการ มีผู้มารับบริการประมาณ 3 คน ต่อสัปดาห์ และส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเดิมมารับยาต่อเนื่อง ทั้งนี้ผู้ป่วยบางคนที่มารับยาไม่ได้เป็นผู้ป่วยระดับประคอง แต่เป็นผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารักษาเพื่อบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียนจากเคมีบำบัดหรือหรือผู้ป่วยทั่วไปที่มีอาการนอนไม่หลับ

7.2 ความรอบรู้เรื่องกัญชาทางการแพทย์ของประชาชนมีจำกัด: ผู้ให้ข้อมูล 5 คน มองว่า ประชาชนยังมีความรอบรู้ในเรื่องของกัญชาทางการแพทย์ไม่มากนัก อีกทั้งยังมีข่าวปลอมจากสื่อต่าง ๆ ทำให้เกิดความเข้าใจผิดและการหลงเชื่อข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง หากผู้ป่วยไม่ทราบถึงประโยชน์และโทษของการใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างดี อาจทำให้เสียไม่ถูกต้องหรือปฏิเสธการใช้กัญชาได้ ดังคำกล่าว

“กังวลเรื่องของความเข้าใจผิดของสังคม...ชาวบ้านคิดว่าอาจทำให้หายจากมะเร็ง แล้วนโยบายการเมืองก็ support ด้วยว่าไม่ผิดกฎหมาย ทำให้คนไข้อย่างเข้าใจผิดได้” (แพทย์ 2)

“บางทีคนไข้ก็ไม่แน่ใจว่า มันใช้ได้หรือเปล่า บางคนที่คิดว่ามันเป็นสารเสพติด” (แพทย์แผนไทย 1)

7.3 พฤติกรรมของผู้ป่วยไม่ตรงตามเงื่อนไขการจ่ายยาแต่อยากได้กัญชา: พฤติกรรมของผู้ป่วยทำให้บุคลากรทางการแพทย์เกิดความรู้สึกด้านลบต่อการจ่ายยากัญชาทางการแพทย์ เช่น มีผู้ป่วยที่ไม่เข้าเกณฑ์การรักษาแต่ต้องการใช้กัญชาเพื่อแก้ปัญหานอนไม่หลับ และมีผู้ที่นำเสนอว่าติดยาเวียนมารับยาตามโรงพยาบาลต่าง ๆ ในหลายจังหวัด ดังคำกล่าว

“มีคนไข้รับยาที่หาได้ใหญ่ นราธิวาส แล้วก็เวียนมาที่เรา เราสืบมาว่าคนไข้รับจากที่ไหนบ้าง เขาทะเลาะกับเจ้าหน้าที่ตรงจุดคัดกรองคนไข้ด้วย ตอนเขาขึ้นมาต้องให้ยามมาเฝ้า...อีกเคสหนึ่งที่ยากใช้กัญชาเพราะนอนไม่หลับ แต่เราไม่จ่ายให้เพราะไม่เข้า criteria เขาก็ไปบอกหัวหน้า

เขาที่เป็นคนใหญ่คนโตมาบังคับให้เราจ่ายให้เขา มากดดันผู้บริหารให้เราจ่าย แต่คนนั้นเหมือนมีประวัติจิตเวช เราก็ไม่ยอมจ่าย” (แพทย์แผนไทย 1)

7.4 ผู้ป่วยปฏิเสธการใช้ยาสมุนไพร: ผู้ให้ข้อมูล 4 คนกล่าวว่า ผู้ป่วยบางคนยังลังเลในการใช้ยาสมุนไพรในการรักษา เนื่องจากไม่มั่นใจในผลของยาและกลัวผลข้างเคียง ผู้ป่วยบางคนไม่กล้าใช้ยาสมุนไพรแม้จะได้รับคำปรึกษาจากบุคลากรทางการแพทย์แล้ว อีกทั้งการใช้ยาสมุนไพรทางการแพทย์ไม่ค่อยเป็นที่รู้จักมากนักในกลุ่มผู้ป่วย ดังคำกล่าว

“ถ้าคนไข้ประสงค์ใช้ยาสมุนไพรต้องมีการ consult หมออีกทีเพราะร่วมกันดูแลกับหมอและพยาบาล อาจต้อง consult สหวิชาชีพอีกทีหนึ่ง...ส่วนใหญ่ได้แต่แนะนำไปเพราะคนไข้ไม่ประสงค์ที่จะใช้ค่ะ” (แพทย์แผนไทย 2)

7.5 การใช้ยาสมุนไพรขัดกับความเชื่อของผู้ป่วย: ผู้ให้ข้อมูล 4 คน กล่าวถึงบริบทในพื้นที่ว่ายังมีความไม่เข้าใจหรือมีทัศนคติเชิงลบต่อการใช้ยาสมุนไพรโดยเฉพาะในจังหวัดปัตตานี ซึ่งประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม ยาสมุนไพรเป็นสิ่งต้องห้ามตามหลักศาสนา แม้ว่าจะอนุโลมให้ใช้ได้ในการแพทย์ แต่ยังมีบางชุมชนที่ปฏิเสธยาสมุนไพร ดังคำกล่าว

“มีคนไข้ท้วง บอกว่ายาสาเพ็ดติดเอามาใช้ไม่ได้ บางคนก็ไม่ได้ใช้แต่เห็นป้ายเพราะช่วงนั้นจะมีป้ายประกาศว่า ยาสมุนไพรเป็นยาใช้ในทางการแพทย์ เขาก็จะถามว่าทำไมถึงทำแบบนี้กับสังคมบ้านเราในเมื่อมันเป็นยาเสพติด มันไม่ถูกต้องกับหลักศาสนา ก็เลยทำให้เกิดข้อวิพากษ์วิจารณ์” (แพทย์แผนไทย 2)

อย่างไรก็ตามผู้ป่วยมุสลิมไม่ได้ปฏิเสธยาสมุนไพรทั้งหมด ผู้ที่มองว่าเป็นยาก็ยังจะใช้รักษาต่อ

แนวทางการพัฒนาระบบการให้บริการ

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูล 15 คนและการสนทนากลุ่มผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน 8 คน ได้แนวทางการพัฒนาระบบการให้บริการยาสมุนไพรทางการแพทย์ดังต่อไปนี้

1. การสร้างความรอบรู้เรื่องยาสมุนไพรทางการแพทย์ของเจ้าหน้าที่: การพัฒนาควรวางรากฐานความรู้ตั้งแต่ระดับมหาวิทยาลัย รวบรวมหลักฐานทางวิชาการงานวิจัยในประเทศเกี่ยวกับประสิทธิภาพของยาสมุนไพร วิธีใช้ และผลการรักษา เพื่อให้บุคลากรทาง

การแพทย์เกิดความเชื่อมั่นและใช้เป็นแนวทางในการสั่งจ่ายได้ง่าย การนำเสนอความรู้ที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรต้องอยู่ในรูปแบบที่กระชับและเข้าใจง่าย โดยสร้างสื่อความรู้ที่ดึงดูดและน่าสนใจ อบรมฟื้นฟูความรู้ของผู้ปฏิบัติงานโดยเน้นเรื่องผลลัพธ์ของการรักษาหรือประสิทธิภาพของยาสมุนไพร ทั้งนี้ การอบรมความรู้ในกลุ่มพยาบาลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยเฉพาะใน รพ.สต. ควรเน้นการอบรมแบบที่จัดในสถานที่ และมีคำสั่งหรือหนังสือเชิญที่ระบุรายชื่อผู้เข้าอบรมที่ชัดเจน การจัดอบรมอาจแยกเฉพาะเรื่องสมุนไพรหรือแทรกเนื้อหาในการประชุมหรืออบรมวิชาการของงานอื่น ๆ ดังคำกล่าว

“ด้านของการฝึกความรู้...เชิญเจ้าหน้าที่นอกจากแผนไทยเข้าประชุม...เวลาเราไปถ่ายทอด บางคนก็ยังไม่บอกว่าไม่ค่อยน่าใช้ คิดว่าน่าจะมีการเพิ่มการอบรมตรงนี้...อยากได้ออนไซด์ เป็นการบังคับไปเลย” (แพทย์แผนไทย 4)

2. การปรับปรุงกระบวนการทำงานภายในหน่วยงาน: การพัฒนาสามารถทำได้โดยทบทวนกระบวนการทำงาน จัดทำแนวทางที่ชัดเจน และมีการสื่อสารสู่ผู้ปฏิบัติงานอย่างทั่วถึง รวมถึงมีการสื่อสารระหว่างแพทย์แผนไทยและพยาบาลใน รพ.สต. ให้มากขึ้น เพื่อให้ทราบบทบาทการทำงานและวิธีการประสานงานระหว่างกัน

3. การเชื่อมโยงการจัดบริการระหว่างหน่วยงาน: การพัฒนาสามารถทำได้โดยเชื่อมโยงระบบงานกับงานกับงานเยี่ยมบ้าน เพื่อให้แพทย์แผนไทยมีส่วนร่วมในการประเมินและวางแผนการคัดกรองผู้ป่วยที่อาจเข้าเกณฑ์การรักษา สสจ. ควรกำกับติดตามการทำงานอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และมีการประชุมวางแผนร่วมกันระหว่าง สสจ. โรงพยาบาล และ รพ.สต. มากขึ้น เพื่อลดช่องว่างในการทำงาน โดยเฉพาะ รพ.สต. ที่ย้ายไปสังกัด อบจ. เพราะนโยบายการทำงานบางอย่างไม่สอดคล้องกัน จึงควรมีนโยบายที่ชัดเจน เพื่อเป็นแรงผลักดันที่ทำให้เกิดการขับเคลื่อนงานอย่างต่อเนื่อง ทำให้สามารถสื่อสารนโยบายไปยังผู้เกี่ยวข้องและขยายกลุ่มเป้าหมายการสั่งจ่ายยาสมุนไพร

4. พัฒนาสถานที่ให้บริการคลินิกยาสมุนไพรทางการแพทย์: จัดให้มีห้องที่เป็นส่วนตัวในการพูดคุยกับผู้ป่วย

“ทำเป็นห้องตรวจส่วนตัวที่เหมาะสมกับการให้บริการคนไข้” (แพทย์แผนไทย 3)

“การมีพื้นที่ไพรเวทหรือพื้นที่เฉพาะผมว่าก็น่าจะอาจจะช่วยให้คนกล้าเข้ามามากขึ้น” (แพทย์ 2)

5. การพัฒนาบริหารจัดการระบบยา: กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกควรสนับสนุนยา กัญชาทางการแพทย์แผนไทย เพื่อให้แพทย์แผนไทยใน โรงพยาบาล และ รพ.สต. สามารถสั่งจ่ายยาได้ เพราะผู้ป่วย มีจำนวนน้อยและไม่แน่นอน การสั่งจ่ายจึงไม่คุ้มค่า และ ควรมีการปรับแนวทางการเบิกจ่ายเงินชดเชยจาก สปสช. เพราะแนวทางปัจจุบันมีเงื่อนไขที่เป็นข้อจำกัดในการเบิก เงินชดเชย ซึ่งเบิกได้เฉพาะบางโรคหรือบางอาการและ จำกัดจำนวนการสั่งใช้

6. การเพิ่มการประชาสัมพันธ์: การพัฒนาควร จัดให้มีป้ายประชาสัมพันธ์ความรู้และการจัดบริการ MCC ที่เห็นชัดเจน ณ หน่วยบริการ ควรประชาสัมพันธ์การบริการ ของ MCC ไปยังแผนกอื่นและจุดต่าง ๆ ในโรงพยาบาล เช่น แผนกผู้ป่วยนอกควรรวบรวมความรู้เกี่ยวกับกัญชาทาง การแพทย์และการให้บริการ MCC ทั้งนี้ ควรประสานงาน กับ ฝ่ายโสตทัศนศึกษาเพื่อจัดทำเป็นสื่อประชาสัมพันธ์ตามจุด ต่าง ๆ เช่น จอประชาสัมพันธ์ในโรงพยาบาล สื่อ ประชาสัมพันธ์ควรมีทั้งภาษาไทยและภาษามลายู โดยเฉพาะอย่างยิ่งควรจัดทำสื่อที่เป็นคลิปวิดีโอเพื่อให้ ประชาชนเข้าถึงและเข้าใจได้ง่าย นอกจากนี้ควร ประชาสัมพันธ์ในชุมชนผ่านผู้นำชุมชนและผู้นำศาสนา เพื่อให้คนในชุมชนรู้ข้อมูล ดังคำกล่าว

“อยากได้ในเรื่องของการประชาสัมพันธ์ อย่างน้อย ก็ป้ายนี้ก็อาจจะต้องมีเหมือนคลินิกอื่นทั่ว ๆ ไป เรายังไม่เคยเห็นป้ายที่ขึ้น OPD กัญชา” (พยาบาล 1)

“สื่อภาษาไทยยังไม่มีเลยครับ สื่อภาษาท้องถิ่นยังไม่มี...ถ้าจะให้คนเข้าถึงกัญชาเรื่องสื่อคือจำเป็น” (แพทย์ 2)

7. การเพิ่มความรอบรู้เรื่องกัญชาทาง การแพทย์ของประชาชน: การพัฒนาควรทำโดยการให้ ความรู้แก่ประชาชนผ่านช่องทางต่าง ๆ เช่น วิทยุชุมชน การออกหน่วยใน รพ.สต. การประชาสัมพันธ์ ณ จุดบริการ ผู้ป่วยนอก การละหมาดวันศุกร์ การอบรมความรู้แก่ อสม. ผ่านเวทีประชาคม เวทีการประชุม หรือกลุ่มไลน์ เพื่อให้ สื่อสารความรู้ไปยังประชาชน หรือคัดกรองผู้รับบริการ เบื้องต้นได้

“ความรู้ความเข้าใจของคนในบ้านเรา education มันไม่เท่ากันเมื่อเทียบกับการศึกษาของต่างประเทศ เพราะฉะนั้นผมคิดว่าน่าจะต้องมีการให้ความรู้ความเข้าใจ กันมากกว่านี้” (แพทย์ 3)

“รพ.สต. สามารถเข้าถึงไต่อาหาม่าได้มัย หรือว่า ผู้นำศาสนาอะไรแบบเนี้ยคะ...ถ้าเกิดว่าเค้าคุยกับ ไต่อาหาม่าได้ เข้าถึงความรู้นะมากขึ้น เค้าก็จะได้ไปบอกเวลา ละหมาด...ก็เป็นการประชาสัมพันธ์” (แพทย์แผนไทย 3)

8. การวิจัยเกี่ยวกับผลการรักษาด้วยยา กัญชา: การพัฒนาอาจทำผ่านการประเมินผลการรักษาผู้ป่วยหลัง ใช้จ่ายกัญชา ในกรณีที่มีขนาดตัวอย่างน้อย อาจศึกษาเป็น case series หรือ case report และนำเสนอข้อมูลแก่ สหวิชาชีพเพื่อสร้างความมั่นใจในการใช้ยา นอกจากนั้นยัง ควรนำข้อมูลของผู้ป่วยที่รับบริการต่อเนื่องมาเขียนสรุป ผลการรักษาในเชิงวิชาการเพื่อเป็นกรณีตัวอย่างของ ผลสำเร็จในการรักษา และควรมีที่ปรึกษาในการทำวิจัย เพื่อให้การทำวิจัยมีประสิทธิภาพและสำเร็จ

“ถ้าเป็นไปได้ก็น่าจะต้องมีการพัฒนาด้านการ ปลูกฝังวิจัย...ลองศึกษาว่ากัญชามันตอบสนองกับอาการ ไหนอีกไหม มันใช้ในคนไข้โรคนี้ ในอาการนี้มี efficacy เท่าไหร่” (แพทย์ 4)

“เอาเคสแล้วเอาตัววิชาการหรือว่ารูปแบบวิธีวิจัย เข้ามาจับเนี้ย มันก็อาจจะทำให้มัน impact มากขึ้น...เสริม ความมั่นใจของเขามากขึ้น” (สสจ. 1)

จากการสนทนากลุ่มสามารถนำมาพัฒนาเป็น แนวทางเชิงปฏิบัติของจังหวัดปัตตานี เพื่อให้ผู้ป่วยที่ได้รับ การดูแลแบบประคับประคองเข้าถึงกัญชาทางการแพทย์ เพิ่มขึ้น โดยเริ่มจากระยะสั้น (เดือนที่ 1-3) การพัฒนา สามารถทำโดยจัดกิจกรรมอบรมพยาบาลและผู้รับผิดชอบ งาน Palliative care ใน รพ.สต. ให้ครบทุกแห่ง และอบรม อสม. ทุกตำบลเรื่องการคัดกรองอาการผู้ป่วยที่ควรได้รับยา กัญชาทางการแพทย์ (เช่น ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มี อาการปวด นอนไม่หลับ หรือเบื่ออาหาร) ในระยะกลาง (เดือนที่ 4-6) โรงพยาบาลสามารถจัดทำแนวทางคัดกรอง และส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการเข้าเกณฑ์ใช้ยา กัญชา พร้อมคู่มือ คัดกรองและช่องทางการให้คำปรึกษา ผ่าน LINE หรือ Primary Care Cluster Network นอกจากนี้ ควรกำหนด ระบบส่งต่อเพื่อเชื่อมโยงการทำงานระหว่างโรงพยาบาล แม่ข่ายกับ รพ.สต. ในรูปแบบเครือข่ายไร้รอยต่อ โดย กำหนดให้พยาบาลที่รับงาน Palliative care และทีมเยี่ยม บ้านใน รพ.สต. ซึ่งมีฐานข้อมูลผู้ป่วยประคับประคองใน ชุมชน ส่งต่อรายชื่อและทำงานร่วมกับแพทย์แผนไทยเพื่อ ประเมินผู้ป่วยอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้งเพื่อป้องกันไม่ให้ เกิดช่องว่างในการเข้าถึงยา สำหรับในระยะยาว (เดือนที่ 7-

12) ควรกำหนดให้ทุกทีมเยี่ยมบ้านเป็นด้านคัดกรองผู้ป่วย อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ร่วมกับให้ อสม. ที่ผ่านการอบรม ทำหน้าที่ค้นหาผู้ป่วยติดเตียงหรือผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน ระยะนี้ควรผลิตสื่อภาษามลายูที่สอดคล้องกับบริบท วัฒนธรรมของจังหวัดปัตตานี ผู้รับผิดชอบควรสร้างความร่วมมือกับผู้นำศาสนาและผู้นำชุมชน ตลอดจนเผยแพร่ความรู้สู่ประชาชนเพื่อปรับทัศนคติและสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องว่ากัญชาทางการแพทย์แตกต่างจากการใช้กัญชาอย่างเสรีและไม่ใชยาเสพติด

การอภิปรายผล

ระบบการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองมีปัญหาและอุปสรรค 7 ด้าน ได้แก่ ด้านบุคลากร ด้านยา ด้านแนวทางการรักษา ด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อม ด้านระบบงานด้านการประชาสัมพันธ์ และด้านผู้รับบริการ ปัญหาที่ถูกกล่าวถึงมากที่สุดในงานวิจัยนี้ คือ จำนวนผู้รับบริการลดลง โดยเฉพาะหลังการประกาศใช้กฎหมายกัญชาเสรี เนื่องจากผู้ป่วยสามารถหาผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ได้เอง สอดคล้องกับการศึกษาของสาวิตรี อึ้งฉนวนกรชัยและคณะ ที่พบว่า ผู้ให้บริการที่ไม่ได้รับอนุญาตตามกฎหมาย มักได้รับความนิยมมากกว่าผู้ประกอบการวิชาชีพที่ได้รับอนุญาต ใน MCC ของรัฐบาลเพราะมีความอบอุ่น เป็นมิตร ให้ความช่วยเหลือ มีทัศนคติที่ไม่ตัดสิน เข้าถึงได้ตลอดเวลา และรักษาฟรีหรือราคาถูก (18) งานวิจัยครั้งนี้พบว่า ระบบการให้บริการกัญชาทางการแพทย์มีขั้นตอนที่ยุงยาก ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมมารับบริการที่โรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาในอดีตที่พบว่า การให้บริการของคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยที่เพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการที่ทันสมัย เพื่อลดขั้นตอนการให้บริการ และลดระยะเวลาการรอคอย ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจของผู้รับบริการมากที่สุด (10)

ปัญหาสำคัญอีกประการหนึ่งที่พบในงานวิจัยนี้ คือ บุคลากรทางการแพทย์ขาดความรู้และความมั่นใจเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์เพราะไม่เคยเรียนมาก่อน ผู้ให้บริการต้องเข้าอบรมหลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์เพิ่มเติมด้วยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่า การที่ผู้ส่งยาไม่มั่นใจในประสิทธิภาพยาเป็นปัจจัยเร่งการส่งจ่ายยากัญชาอันดับ 3 รองจากความรู้สึกท้อแท้กับการบริหารจัดการบริการของ MCC และแพทย์ผู้ส่งยาขาด

ข้อมูลเพียงพอในการสั่งยา (11) การศึกษาในผู้ให้บริการสถานการดูแลระยะยาวของสหรัฐอเมริกาพบว่า อุปสรรคสำคัญต่อการแนะนำการใช้กัญชาทางการแพทย์ คือ บุคลากรขาดการฝึกอบรม แพทย์จำนวนมากรู้สึกว่าการขาดข้อมูลและไม่พร้อมที่จะส่งจ่ายกัญชา (19) การศึกษาในออสเตรเลียรายงานว่า แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปประเมินว่า ความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ของตนเองอยู่ในระดับต่ำ โดยเฉพาะความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ที่มีจำหน่าย ผลกระทบของผลิตภัณฑ์และวิธีการเข้าถึงผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วย นอกจากนี้ยังพบว่า แพทย์ที่มีความรู้เกี่ยวกับกัญชาในระดับดีมีแนวโน้มสนับสนุนการใช้กัญชามากกว่าแพทย์ที่มีความรู้เกี่ยวกับกัญชาในระดับต่ำ (20) การศึกษาในแคนาดาพบว่า พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเกือบทั้งหมดรายงานว่ามีความรู้เรื่องกัญชาไม่เพียงพอที่จะให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย (21)

การศึกษาค้นพบนโยบายกัญชาทางการแพทย์ไม่สอดคล้องกับความรู้เชิงปฏิบัติของแพทย์และแนวทาง การรักษาโดยใช้กัญชาทางการแพทย์ คือ กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้ยาเป็นยาเสริมหรือทางเลือกสุดท้าย แต่กลับมีนโยบายและตัวชี้วัดที่มุ่งเพิ่มจำนวนผู้ขาย รวมถึงอนุญาตให้แพทย์หรือแพทย์แผนไทยที่ไม่ผ่านการอบรมสามารถส่งจ่ายกัญชาทั้งที่อาจไม่มีความรู้ความเข้าใจที่เพียงพอ ทำให้ผู้ให้บริการกังวลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาในสหรัฐอเมริกาที่รายงานความไม่สอดคล้องกันระหว่างนโยบายกัญชาทางการแพทย์กับความรู้เชิงปฏิบัติของแพทย์ ที่แม้จะมีกฎหมายเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ใช้มานาน แต่การฝึกอบรมและการศึกษาของแพทย์ด้านความรู้เกี่ยวกับกัญชายังไม่เพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องปริมาณการใช้ยา ผู้ที่เคยศึกษาเกี่ยวกับกัญชามีระดับความรู้สูงกว่าผู้ที่ไม่เคยศึกษา แต่ความรู้ไม่ได้นำไปสู่ความมั่นใจในการใช้กัญชาดูแลผู้ป่วยเสมอไป (22) ประเด็นดังกล่าวสะท้อนช่องว่างระหว่างนโยบายกับการปฏิบัติ ซึ่งมักเกิดขึ้นเมื่อเป้าหมายเชิงนโยบายถูกกำหนดจากระดับส่วนกลางในลักษณะเดียวกันทั่วประเทศ โดยอาจไม่ได้สอดคล้องกับข้อจำกัดของบริบทการรักษาจริง ทั้งในด้านข้อบ่งใช้ทางคลินิก ความเชื่อมั่นของบุคลากร หลักฐานทางวิชาการ และบริบททางสังคมวัฒนธรรมของพื้นที่ ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความกดดันระหว่างการรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพกับการดำเนินงานให้บรรลุตัวชี้วัด นอกจากนี้ยังสะท้อนความทำ

หายของการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์ไปสู่การปฏิบัติในระบบสุขภาพไทย กล่าวคือ แม้นโยบายจะมุ่งส่งเสริมการเข้าถึงยา แต่ระบบบริการและแนวทางการรักษายังไม่ได้สนับสนุนให้กัญชาเป็นทางเลือกหลักในการรักษาอย่างชัดเจน ส่งผลให้การขับเคลื่อนนโยบายในระดับพื้นที่ยังมีลักษณะเชิงนโยบายมากกว่าทางคลินิก ดังนั้นการกำหนดตัวชี้วัดในอนาคตอาจต้องคำนึงถึงความเหมาะสมทางคลินิก คุณภาพการรักษา และบริบทของพื้นที่ ควบคู่กับจำนวนผู้เข้าถึงบริการ มากกว่าการใช้เป้าหมายเชิงปริมาณเพียงอย่างเดียว

การดำเนินงาน MCC พบปัญหาบุคลากรไม่เพียงพอและขาดแคลนพยาบาล แม้จะมีการอบรมพยาบาลเพิ่มเติมไม่ได้มาปฏิบัติงานใน MCC เกสเซอร์และแพทย์แผนไทยต้องปฏิบัติหน้าที่แทนพยาบาล ทำให้การดำเนินงานไม่ราบรื่น สอดคล้องกับงานวิจัยในอดีตที่พบว่า จังหวัดน่านมีโรงพยาบาลที่จัดตั้ง MCC แต่บางแห่งไม่ได้ให้บริการอย่างต่อเนื่องเพราะขาดทรัพยากรโดยเฉพาะบุคลากร (7) การศึกษาที่ถอดบทเรียนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขา กัญชา จังหวัดกาญจนบุรี พบปัญหาการขาดแคลนแพทย์แผนไทยและผู้ช่วยแพทย์แผนไทยในการปฏิบัติงาน และพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงาน คือ การสนับสนุนด้านบุคลากร (9)

การวิจัยนี้พบว่าการประชาสัมพันธ์ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้และบริการ MCC มีแนวโน้มลดลง ขาดสื่อใหม่ ๆ และช่องทางที่หลากหลาย อีกทั้งประชากรในพื้นที่จำนวนมากสื่อสารเป็นภาษามลายู แต่สื่อส่วนใหญ่เป็นภาษาไทย จึงอาจทำให้ประชาชนรับรู้ข้อมูลการให้บริการน้อยและเข้ารับบริการน้อย ในขณะที่การศึกษาในอดีตพบว่าการประชาสัมพันธ์การจัดบริการรวมถึงข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ผ่านสื่อที่หลากหลาย เช่น โทรศัพท์ สื่อสังคมออนไลน์ หรือรายการวิทยุ มีส่วนช่วยสนับสนุนการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยให้มีประสิทธิภาพ (10)

ปัญหาด้านยาที่พบ ได้แก่ ยามีอายุสั้นเพียง 1 ปี ในขณะที่จำนวนผู้ป่วยน้อยทำให้อัตราการจ่ายยามีไม่มาก ส่งผลให้ยาหมดอายุ จึงไม่คุ้มทุนในการสั่งซื้อ สอดคล้องกับการศึกษาถึงปัญหาในการบริหารจัดการยา กัญชาที่พบว่า ยา กัญชามีราคาสูง อายุสั้น จึงไม่คุ้มทุนในการสั่งซื้อ (9) นอกจากนี้ยังพบปัญหาการหยุดสนับสนุนยา กัญชาแผนไทยของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เพราะต้องการผลักดันให้หน่วยบริการสั่งซื้อยาจากผู้ผลิตยา

โดยตรง แต่ในความเป็นจริงหน่วยบริการไม่สั่งซื้อยาเพราะผู้รับบริการน้อย รพ.สต. มีปัญหาในการวางแผนงบประมาณล่วงหน้า ยาบางตัวมีข้อจำกัดในการเบิกเงินชดเชยจาก สปสช. การสั่งซื้อยาจึงไม่คุ้มทุน แพทย์แผนไทยในหน่วยบริการโดยเฉพาะ รพ.สต. จึงไม่มีรายจ่ายให้ผู้ป่วย ส่วนในโรงพยาบาลมีเพียงแพทย์ที่จ่ายสารสกัดกัญชาทางการแพทย์ ซึ่งเป็นตำรับที่ยังคงสนับสนุนอยู่

งานวิจัยนี้ค้นพบว่าแม้กัญชาทางการแพทย์จะได้รับการรับรองเชิงนโยบายจากภาครัฐ แต่ในบริบทจังหวัดปัตตานีซึ่งประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม การยอมรับการใช้กัญชายังคงถูกกำกับด้วยกรอบความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรม ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า ประชาชนบางส่วนยังมองกัญชาทางการแพทย์เป็นยาเสพติดและสิ่งต้องห้ามตามหลักศาสนาตาม สะท้อนให้เห็นว่า อุปสรรคในการเข้าถึงบริการไม่ได้เกิดจากข้อจำกัดเชิงระบบสุขภาพเพียงอย่างเดียว แต่ยังเกี่ยวข้องกับโครงสร้างความหมายทางสังคมและศาสนาที่กำหนดการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว จึงมีผู้ป่วยบางส่วนปฏิเสธการใช้กัญชาทางการแพทย์และมีกระแสด้านการใช้กัญชาจากชุมชน เมื่อผู้ป่วยไม่ได้ขอใช้ยา กัญชาประกอบกับผู้ให้บริการไม่กล้าเสนอยา กัญชาแก่ผู้ป่วย ทำให้การเข้าถึงยา กัญชาลดลง สอดคล้องกับงานวิจัยของโรงพยาบาลลำปางที่รายงานว่า อุปสรรคในการเข้าถึงกัญชาของผู้ป่วยระยะสุดท้ายคือทัศนคติเชิงลบของสังคมที่มีต่อกัญชาทางการแพทย์ ซึ่งส่งผลต่อการตัดสินใจเริ่มใช้ยา กัญชาของผู้ป่วย (23) และงานวิจัยในนิวซีแลนด์พบว่า ปัจจัยที่ส่งเสริมการสั่งจ่ายผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์อย่างสม่ำเสมอคือคำขอจากผู้ป่วย การสนทนาเกี่ยวกับกัญชาส่วนใหญ่เริ่มต้นจากผู้ป่วยมากกว่าการแนะนำโดยแพทย์ แม้ว่าแพทย์เหล่านั้นจะเคยสั่งจ่ายยา กัญชาให้กับผู้ป่วยรายอื่นมาก่อนก็ตาม (24) ผลการศึกษาชี้ให้เห็นความไม่สอดคล้องระหว่างนโยบายระดับชาติที่มุ่งเพิ่มการเข้าถึงกัญชาทางการแพทย์กับบริบททางสังคมวัฒนธรรมของพื้นที่ชายแดนใต้ ซึ่งการกำหนดตัวชี้วัดเชิงปริมาณเดียวกันทั่วประเทศอาจไม่สะท้อนความแตกต่างของบริบทพื้นที่ เนื่องจากในจังหวัดปัตตานีการตัดสินใจใช้กัญชาทางการแพทย์มิได้ขึ้นอยู่กับข้อบ่งชี้ทางคลินิกเพียงอย่างเดียว แต่ยังขึ้นกับการตีความทางศาสนา การยอมรับของชุมชน และทัศนคติของคนในพื้นที่ อย่างไรก็ตามงานวิจัยนี้พบว่า ผู้ป่วยมุสลิมไม่ได้ปฏิเสธ การใช้กัญชาทางการแพทย์ทั้งหมด บางส่วนยอมรับการใช้กัญชา

เมื่อรับรู้ไว้ใช้เพื่อการรักษาภายใต้ความจำเป็นทาง การแพทย์ สะท้อนว่าความเชื่อทางศาสนาไม่ได้เป็น อุปสรรคแบบตายตัว แต่สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามบริบท ของความเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมาน และความน่าเชื่อถือ ของระบบบริการสุขภาพ ประเด็นนี้จึงอาจถือเป็น ลักษณะเฉพาะของพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ ซึ่งแตกต่าง จากหลายพื้นที่ของประเทศไทย โดยเฉพาะในบริบทของ การดูแลแบบประคับประคองที่ครอบคลุมและชุมชนมี บทบาทสำคัญต่อการตัดสินใจรักษา สะท้อนให้เห็นว่าการ พัฒนาระบบบริการสุขภาพทางการแพทย์ในพื้นที่ดังกล่าว อาจไม่สามารถใช้แนวทางเดียวกับพื้นที่ทั่วไปได้

ปัญหาสำคัญของการให้บริการสุขภาพทาง การแพทย์ ได้แก่ ข้อจำกัดด้านความรู้และความมั่นใจของ บุคลากร สอดคล้องกับงานวิจัยที่สำรวจแพทย์จาก 17 ประเทศ พบว่าแพทย์มีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางการแพทย์ ไม่เพียงพอ (25) ผลการวิจัยในประเด็นความไม่ชัดเจนของ แนวทางปฏิบัติสอดคล้องกับการศึกษาในสหราชอาณาจักร ที่ไม่ได้ใช้ยาเคมีบำบัดเป็นทางเลือกแรกและในหลายโรค ยัง ขาดหลักฐานสนับสนุนในการใช้ (26) ผลการวิจัยในเรื่อง อุปสรรคการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยสอดคล้องกับงานวิจัย ในเนเธอร์แลนด์ซึ่งผู้ป่วยขาดข้อมูลที่ต้องการ ส่งผลต่อ ความรู้และการเข้าถึงบริการสุขภาพทางการแพทย์ (27) จะ เห็นว่าปัญหาบางส่วนเป็นความท้าทายในระดับสากลของ ระบบบริการสุขภาพ ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่า การ เข้าถึงสุขภาพทางการแพทย์ในจังหวัดปัตตานีไม่ได้ขึ้นอยู่กับ ปัจจัยด้านระบบบริการเพียงอย่างเดียว แต่ยังสัมพันธ์กับ บริบททางสังคม วัฒนธรรม และศาสนา ที่อาจส่งผลต่อการ เข้ารับบริการ ดังนั้นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพทาง การแพทย์ในพื้นที่จำเป็นต้องพัฒนารูปแบบบริการที่มีความ ไวต่อบริบททางศาสนาและวัฒนธรรม เช่น การสื่อสาร สุขภาพผ่านผู้นำศาสนา การจัดทำสื่อภาษามลายู การสร้าง ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักศาสนาอิสลามต่อการใช้สุขภาพทาง การแพทย์ และการสร้างพื้นที่พูดคุยระหว่างบุคลากรทาง การแพทย์กับชุมชนมุสลิม เพื่อเพิ่มความไว้วางใจและการ ยอมรับบริการ อีกทั้งจังหวัดปัตตานีใช้ระบบบริการปฐมภูมิ ในการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ทำให้การเข้าถึงบริการสุขภาพ ทางทางการแพทย์ของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพของระบบ ส่งต่อและการประสานงานระหว่างหน่วยบริการ การถ่าย โอน รพ.สต. ไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดยังอาจ ส่งผลต่อความต่อเนื่องของการดำเนินงานและการสนับสนุน

เชิงระบบ ซึ่งเป็นประเด็นที่ยังไม่ค่อยมีการกล่าวถึงใน งานวิจัยที่ผ่านมา ปัญหาที่พบในการศึกษานี้จึงมีทั้งลักษณะ ที่เป็นความท้าทายร่วมของระบบบริการสุขภาพทาง การแพทย์ในหลายประเทศ และลักษณะเฉพาะที่สัมพันธ์กับ บริบทระบบสุขภาพระดับพื้นที่ของจังหวัดปัตตานี ซึ่งควร ได้รับการพัฒนาแนวทางบริการที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ มากกว่าการใช้รูปแบบเดียวกันทั่วประเทศ

ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นข้อค้นพบในปี พ.ศ. 2567 ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สมุนไพรควบคุม (กัญชา) พ.ศ. 2568 ระบุให้มีการควบคุมการจำหน่ายช่อดอก และจะต้องจ่ายตามใบสั่งแพทย์เท่านั้น กฎหมายนี้อาจ ส่งผลให้ผู้ป่วยที่อยู่นอกระบบมีแนวโน้มเข้ามาใช้บริการใน MCC ของโรงพยาบาลมากขึ้น

จุดแข็งของการวิจัยนี้คือการสัมภาษณ์เชิงลึกกับ ผู้ปฏิบัติงานโดยตรง ทำให้เข้าใจปัญหาอย่างรอบด้าน มีการ ตรวจสอบแบบสามเส้าเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัย ค้นเคยกับผู้ใช้ข้อมูลจึงได้รับความไว้วางใจในการให้ข้อมูล ข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพทาง การแพทย์ได้มาจากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ เจาะลึก ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงทำให้มีความเป็นไปได้ใน การนำไปใช้จริง ข้อจำกัดของการวิจัยคือทำในพื้นที่อำเภอ เมือง จังหวัดปัตตานี ซึ่งมีบริบททางสังคมและวัฒนธรรม มุสลิม การขยายผลไปยังพื้นที่อื่น ๆ ต้องพิจารณาบริบท พื้นที่ด้วย นอกจากนี้ ข้อมูลนี้เป็นมุมมองจากฝั่งผู้ให้บริการ เพียงฝ่ายเดียว ยังขาดมุมมองจากผู้ป่วยและญาติซึ่งเป็น ส่วนสำคัญในระบบการดูแลแบบประคับประคอง การรับรู้ เพียงด้านเดียวอาจทำให้แนวทางการพัฒนาที่เสนอมามี ข้อจำกัดความต้องการที่แท้จริงของผู้รับบริการ

ข้อเสนอแนะ

งานวิจัยนี้มีข้อเสนอแนะดังนี้ ในระดับนโยบาย ควรจัดทำแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและสอดคล้องกับความเป็นจริงของหน่วยบริการ พร้อมระบบกำกับติดตามที่ ต่อเนื่องตั้งแต่ส่วนกลางถึงพื้นที่ ทั้งนี้เพื่อลดแรงกดดันจาก ตัวชี้วัดที่ไม่สอดคล้องเชิงปฏิบัติ ขณะเดียวกันต้องเร่ง สื่อสารเชิงนโยบายให้ทั่วถึงทุกวิชาชีพ กรมการแพทย์แผน ไทยและการแพทย์ทางเลือกควรเป็นหน่วยงานกลาง ในการ บริหารจัดการยาและสนับสนุนยาสุขภาพทางการแพทย์ นอกจากนี้ ควรปรับปรุงแนวทางการเบิกจ่าย เงินชดเชย ของ สปสช. ให้ครอบคลุมโรคที่หลากหลายขึ้น ส่วน รพ.สต. ควรวางแผนการใช้ยาล่วงหน้าและประสานงานกับ

โรงพยาบาลเพื่อเป็นตัวแทนในการจัดซื้อยา ในระดับหน่วยบริการควรพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกวิชาชีพสร้างความเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลและ รพ.สต. ประชาสัมพันธ์บริการสู่ประชาชนและแผนกอื่น ๆ ของโรงพยาบาลเพื่อเพิ่มการรับรู้และส่งต่อผู้ป่วย ตลอดจนเก็บข้อมูลผลการรักษาอย่างเป็นระบบเพื่อนำไปใช้ปรับปรุงคุณภาพบริการ และสร้างความเชื่อมั่นต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์ในกลุ่มบุคลากรและผู้ป่วย

ผู้เกี่ยวข้องควรมีการจัดประชุมหรือเวทีแลกเปลี่ยนระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ นักวิชาการศาสนา และผู้นำชุมชน เพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกันเกี่ยวกับข้อบ่งใช้ ประโยชน์ และข้อจำกัดของกัญชาทางการแพทย์ รวมทั้งร่วมตีความประเด็นศาสนาในบริบทของการรักษา พยาบาล ผู้เกี่ยวข้องควรพัฒนาสื่อประชาสัมพันธ์ภาษาสามัญและสื่อที่อธิบายประเด็นกัญชาทางการแพทย์ในมุมมองศาสนาอิสลาม เช่น หลักความจำเป็นในการรักษาหรือการใช้สารต้องห้ามเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ภายใต้ข้อจำกัดที่เหมาะสม เพื่อลดความกังวลและความเข้าใจคลาดเคลื่อนของประชาชน ทั้งนี้ ผู้นำศาสนาอาจมีบทบาทในการเชื่อมความเข้าใจระหว่างระบบบริการสุขภาพกับชุมชน โดยช่วยอธิบายเจตนารมณ์ของการใช้กัญชาทางการแพทย์ว่าเป็นไปเพื่อการรักษามีใช่เพื่อสันทนาการหรือการเสพติด ซึ่งอาจช่วยเพิ่มความไว้วางใจต่อระบบบริการและลดการปฏิเสธการรักษา

การวิจัยในอนาคตที่ควรทำคือ 1) ด้านแนวทางการบริการสุขภาพ เช่น การพัฒนาแนวทางปฏิบัติสำหรับการใช้กัญชาทางการแพทย์ในผู้ป่วยระดับประคอง โดยนำข้อมูลจากงานวิจัยนี้มาสร้างร่างแนวทางการปฏิบัติในโรงพยาบาล และทดลองใช้ในหน่วยบริการนำร่อง เพื่อให้ได้ต้นแบบแนวทางบริการที่เหมาะสมกับบริบทไทยตอนใต้หรือการประเมินประสิทธิผลของระบบบริการกัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลรัฐเพื่อวัดผลด้านการเข้าถึง ความพึงพอใจ และผลลัพธ์ของผู้ป่วย 2) ด้านพฤติกรรมบุคลากร เช่น การศึกษาทัศนคติ ความเชื่อ และเจตคติของแพทย์ต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์ การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความตั้งใจของบุคลากรทางการแพทย์ในการให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับกัญชา การวิจัยเชิงทดลองเพื่อเพิ่มความรู้และความมั่นใจของบุคลากร 3) ด้านผู้ป่วย เช่น การศึกษาทัศนคติและประสบการณ์ของผู้ป่วยระดับประคองที่ได้รับกัญชาทางการแพทย์ การศึกษาผลของการใช้กัญชาทางการแพทย์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระดับประคอง

การศึกษาความปลอดภัยและผลข้างเคียงจากการใช้กัญชาทางการแพทย์ในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ 4) งานวิจัยด้านนโยบายและสังคม เช่น การวิเคราะห์นโยบายการบริหารจัดการกัญชาทางการแพทย์ในระดับประเทศ การศึกษาผลกระทบทางสังคมและจริยธรรมของการใช้กัญชาทางการแพทย์ในผู้ป่วยระยะประคับประคอง การวิจัยประเมินผลการสื่อสารสาธารณะเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ของรัฐและ 5) ด้านเทคโนโลยีและเครื่องมือ เช่น การพัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยที่ใช้กัญชาทางการแพทย์ในระบบ HOSXP หรือ HDC การพัฒนาเครื่องมือประเมินความเหมาะสมในการใช้กัญชาทางการแพทย์

สรุป

ปัญหาอุปสรรคสำคัญของระบบการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่พบ ได้แก่ จำนวนผู้ป่วยลดลงเพราะสามารถหาซื้อยาเองได้ บุคลากรขาดความรู้ความมั่นใจ แนวทางการรักษาที่ไม่ได้ใช้ยาเป็นยาหลักการประชาสัมพันธ์ลดลงและไม่มีการใช้ภาษาท้องถิ่นให้คนในพื้นที่เข้าใจ ข้อจำกัดด้านยาที่มีอายุสั้น ใช้งานยากและไม่มียาสนับสนุน สถานที่ให้บริการไม่มีความพร้อม ขาดการเชื่อมโยงงานระหว่างแผนกต่าง ๆ และระหว่างโรงพยาบาลกับ รพ.สต. แนวทางการพัฒนาระบบการให้บริการกัญชาทางการแพทย์คือการเสริมสร้างความรู้และความมั่นใจของบุคลากรทุกระดับ โดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับข้อบ่งใช้ ขนาดยา ผลข้างเคียง และปฏิกริยากับยาอื่น ๆ ควบคู่กับการบริหารจัดการยาให้เหมาะสมและมีการสนับสนุนยากัญชาอย่างต่อเนื่อง พัฒนาสถานที่ให้พร้อม ต่อการจัดบริการเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยภายในหน่วยงานและส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลกับ รพ.สต. นอกจากนี้ควรเพิ่มการประชาสัมพันธ์โดยใช้สื่อที่เข้าใจง่ายและใช้ภาษาท้องถิ่นเพื่อสร้างความรอบรู้และความเชื่อมั่นของประชาชนในการใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างเหมาะสมและปลอดภัย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่านตลอดจนผู้เกี่ยวข้องทุกรายที่ให้ความอนุเคราะห์ในการทำวิจัยครั้งนี้ให้สำเร็จ งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากเงินกองทุนวิจัย คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (สัญญาเลขที่ PHA6604119S)

การใช้ปัญญาประดิษฐ์ในบทความ

AI ที่ใช้คือ Gemini 3.1 Pro และ Chat-GPT 5.3 ลักษณะของงานที่ใช้ AI คือ การแปลภาษาและการสืบค้นงานวิจัย ผู้เขียนยืนยันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาทั้งหมดที่ AI สร้างขึ้น และผู้เขียนขอรับผิดชอบต่อความถูกต้องความคิดริเริ่ม และความน่าเชื่อถือของเนื้อหาในบทความฉบับสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. Thaenkham T, Kessomboon P, Chumworathayi B, Dabpookhiew P, Pittayakittiwong P, Srivong T, et al. Quality of life and effects of cannabis use in cancer patients receiving palliative care. *Journal of Nursing Science and Health*. 2025; 48: 62-76.
2. Buamahakul R, Buamahakul T. Treatment effects and adverse drug reaction of Metta-Osot cannabis oil from medical records in end stage cancer patients received treatment at a cannabis clinic, Thai traditional and integrated medicine hospital, Bangkok. *Journal of Public Health and Development* 2024; 38: 1-11.
3. Singjai S. Effect of using medical cannabis clinic services in palliative care patients at MaeOn hospital, MaeOn district, Chiang Mai province. *Journal of Nakhonping Hospital*. 2024; 15: 321-35.
4. Thanasitthichai S, Simasatikul C, Srisubat A, Krongkaew W, Kunin B, Seedadard R, et al. Safety and efficacy evaluation of the 1st legalized pharmaceutical grade medical cannabis for palliative cancer in Thailand. *Journal of the Department of Medical Services*. 2020; 45: 116-22.
5. Lucas P, Boyd S, Milloy MJ, Walsh Z. Cannabis significantly reduces the use of prescription opioids and improves quality of life in authorized patients: results of a large prospective study. *Pain Med*. 2021; 22: 727-39.
6. Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Guidelines for providing integrated medical cannabis clinic services. Bangkok: WVO Office of Printing Mill; 2021.
7. Rattanachun V, Wongphuka K, Wongsampant N. Service management of medical cannabis clinics and cannabis product prescription at government hospitals in Nan province. *Journal of Thai Traditional and Alternative Medicine*. 2023; 21: 433-48.
8. Noksakda C, Peeratanarath W, Surawan J. Development of integrative cannabis clinic for medicine in Phon hospital, Khon Kaen. *Journal of Health Science of Thailand*. 2024; 33: 289-302.
9. Khaimuk P. Lesson in the development of the health service system (service plan) cannabis branch Kanchanaburi province. *Academic Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office*. 2024; 8: 151-67.
10. Onmuk P, Sangvichien S, Fakkham S. Study of Thai traditional medical cannabis clinic service model in department of Thai traditional and alternative medicine service, ministry of public health. *Journal of Applied Humanities Studies*. 2022; 7: 27-39.
11. Meksawasdachai C. Medical cannabis use in the health region 4 of Thailand. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal*. 2022; 17: 296-307.
12. Thuanyota K, Sasuk P, Suksai J. Model development of integrative medical cannabis clinic service in Phon Phisai hospital, Nong Khai. *Journal of Health Science and Community Public Health*. 2023; 6: 54-65.
13. Ministry of Public Health. Health data center (HDC) [online]. 2024 [cited Sep 7, 2025]. Available from: hdc.moph.go.th/center/public/standard-subcatalog/2908c586a168578a2c4aee3ab13963c9.
14. Nuchmee A. Medical use of cannabis in Islamic law perspective. *Journal of Liberal Arts, Rangsit University*. 2021; 15: 77-88.
15. Miles M, Huberman A. Qualitative data analysis: An expanded sourcebook. Thousand Oaks, CA: Sage; 1994.

16. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care*. 1981; 19: 127-40.
17. Department of Medical Services. Guidance on cannabis for medical use. 6th ed. Bangkok: Ministry of Public Health; 2024.
18. Assanangkornchai S, Saingam D, Thaikla K, Talek M. Views and practices on medical cannabis of unlicensed providers in Thailand: a qualitative study. *F1000Res*. 2024; 11: 365.
19. Attonito J, Freeman K, Bone MK, Howard H, Blum C, Luck G. Knowledge, attitudes, and beliefs regarding medical cannabis among patients and providers in Florida's long-term care facilities. *Cureus*. 2024; 16: e66115.
20. Karanges EA, Suraev A, Elias N, Manocha R, McGregor IS. Knowledge and attitudes of Australian general practitioners towards medicinal cannabis: a cross-sectional survey. *BMJ Open*. 2018; 8: e022101.
21. McLennan A, Kerba M, Subnis U, Campbell T, Carlson LE. Health care provider preferences for, and barriers to, cannabis use in cancer care. *Curr Oncol*. 2020; 27: e199-e205.
22. Kruger DJ, Mokbel MA, Clauw DJ, Boehnke KF. Assessing health care providers' knowledge of medical cannabis. *Cannabis Cannabinoid Res*. 2022; 7: 501-7.
23. Khamjae K, Techakehakij W, Thatayu W, Phetkub N, Subhamani N. Attitudes, and experiences about medical cannabis in palliative care patients and caregivers in Thailand: A qualitative study. *Palliat Med Pract*. 2025; 19: 15-21.
24. Withanarachchie V, Rychert M, Wilkins C. Barriers and facilitators to prescribing medicinal cannabis in New Zealand. *J Prim Health Care*. 2023; 15: 135-46.
25. Syed S, Singh J, Elkholy H, Rojnic Palavra I, Tomicevic M, Eric A, et al. International perspectives on physician knowledge, attitudes, and practices related to medical cannabis. *Front Public Health*. 2025; 13: 1463871.
26. Schlag A, Baldwin D, Barnes M, Bazire S, Coathup R, Curran H, et al. Medical cannabis in the UK: From principle to practice. *J Psychopharmacol* 2020; 34: 931-7.
27. Strada L, van Gelder N, Martinelli T, Fraser A, Hipple Walters B. Barriers to accessing prescribed medical cannabis: qualitative insights from people using non-prescribed cannabis for medicinal purposes in the Netherlands. *Harm Reduct J*. 2025; 23: 13.