

การพัฒนารูปแบบการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ โรงพยาบาลโพธิ์ชัย จังหวัดหนองคาย

กนกกาญจน์ เกื่อนโยธา¹, ปิยะพันธ์ สาสุข², จิรายุ สุกไสย³

(วันที่รับบทความ: 9 มิถุนายน 2566; วันที่แก้ไข: 30 กันยายน 2566; วันที่ตอบรับ: 24 ตุลาคม 2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ การพัฒนารูปแบบ และการศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ กลุ่มเป้าหมายแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มเป้าหมายเชิงคุณภาพ คือ บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการคลินิก กัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ จำนวน 9 คน และผู้ป่วยที่เคยมารับบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ จำนวน 5 คน โดยคัดเลือกแบบเจาะจงทั้ง 2 กลุ่ม เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก และเป้าหมายเชิงปริมาณคัดเลือกแบบเจาะจง คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ จำนวน 30 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ระยะเวลาดำเนินการคือเดือนตุลาคม 2564 ถึง ธันวาคม 2565 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติ อนุมาน ได้แก่ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ คือ “PPS MODEL หมายถึง” P: Patient focus การยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง P: Professional standard ให้บริการตามมาตรฐาน และ S: System perspective การทำงานเชิงระบบ และการศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบ พบว่า หลังการ พัฒนารูปแบบ ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์มีความรู้อยู่ในระดับดี ร้อยละ 93.3 รองลงมา อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 6.7 โดยเมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และมีความพึงพอใจ ในระดับดี ร้อยละ 93.3 สรุปได้ว่ารูปแบบการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการที่พัฒนาขึ้น สามารถนำไปเป็นแนวทางในการให้บริการผู้ป่วยเพื่อให้เกิดคุณภาพในการให้บริการและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อ ผู้ป่วยต่อไป

คำสำคัญ: กัญชาทางการแพทย์, คลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ, การให้บริการ, การพัฒนารูปแบบ

¹ แพทย์แผนไทยชำนาญการ, โรงพยาบาลโพธิ์ชัย อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดหนองคาย,

E-mail: kob_kanokkan@hotmail.com

² นายแพทย์ปฏิบัติการ, โรงพยาบาลโพธิ์ชัย อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดหนองคาย, E-mail: Save.my57@gmail.com

³ เภสัชกรชำนาญการ, โรงพยาบาลโพธิ์ชัย อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดหนองคาย, E-mail: Ja_ooh_3@hotmail.com

Corresponding author: กนกกาญจน์ เกื่อนโยธา, E-mail: kob_kanokkan@hotmail.com

Model Development of Integrative Medical Cannabis Clinic Service in Phon Phisai Hospital, Nong Khai

Kanokkan Thuanyota¹, Piyapun Sasuk², Jirayu Suksai³

(Received: 9th June 2023; Revised: 30th September 2023; Accepted: 24th October 2023)

Abstract

This participatory action research aimed to analyze situation, develop model and evaluate the developed model of integrative medical cannabis clinic service. The samples were categorized into two groups: 1) a qualitative sample group, the integrative medical cannabis clinic service providers, which included 9 persons and 5 integrative medical cannabis clinic service recipients, who were purposively selected. Data were collected by focus group discussion and in-depth interviews; and 2) a quantitative sample group, the integrative medical cannabis clinic service recipients, which included 30 persons, who were purposively selected. Data were collected using questionnaires. This study was performed during October 1st, 2021 to December 30th, 2022. Qualitative data were analyzed using content analysis and quantitative data were analyzed by descriptive statistics and Paired t-test.

The results revealed that the model developed from this research was called “PPS Model”, which included P—patient focus (patient-centered); P—professional standard (standardized service provision); and S—system perspective (systematic working). After implementing the developed model, it was found that most patients had their knowledge at a good level (93.3%) and then at a moderate level (6.7%). When comparing between pre- and post-model development, it was found that the scores of knowledge were increased with statistical significance in post-model development ($p\text{-value} < 0.001$). In addition, the model’s satisfaction of the samples was at a high level (93.3%). It could be concluded that the model development of integrative medical cannabis clinic service can be used as a guideline to provide quality services and optimal benefits for patients.

Keywords: Medical cannabis, Integrative medical cannabis clinic, Service, Model development

¹ Thai Traditional Medicine, Professional Level, Phon Phisai Hospital, Nong Khai,
E-mail: kob_kanokkan@hotmail.com

² Medical Physician, Practitioner Level, Phon Phisai Hospital, Nong Khai, E-mail: Save.my57@gmail.com

³ Pharmacist, Professional Level, Phon Phisai Hospital, Nong Khai, E-mail: Ja_ooh_3@hotmail.com

Corresponding author: Kanokkan Thuanyota, E-mail: kob_kanokkan@hotmail.com

บทนำ

กัญชาเป็นพืชสมุนไพรที่มีประโยชน์ทางการแพทย์ มีสารประกอบกลุ่ม Cannabinoid ที่สำคัญ 2 ชนิด ได้แก่ Tetrahydrocannabinol (THC) เป็นสารที่มีฤทธิ์ต่อจิตประสาท ทำให้ผ่อนคลาย นอนหลับ ลดการคลื่นไส้ อาเจียน กระตุ้นการอยากอาหาร และ Cannabidiol (CBD) เป็นสารที่มีฤทธิ์ช่วยลดการอักเสบ ลดการชักเกร็ง มีคุณสมบัติยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์เนื้องอกหลายชนิดในหลอดทดลอง ข้อบ่งใช้ของกัญชาทางการแพทย์แผนปัจจุบันที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้แก่ ภาวะคลื่นไส้ อาเจียนจากเคมีบำบัด โรคลมชักที่รักษายาก ภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็งในผู้ป่วยโรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง ภาวะปวดประสาทส่วนกลางที่รักษาด้วยวิธีมาตรฐานแล้วไม่ได้ผล ภาวะเบื่ออาหารในผู้ป่วยเอดส์ (AIDS) ที่มีน้ำหนักน้อย และเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประครอง หรือผู้ป่วยระยะสุดท้าย¹

ปัจจุบันหลายประเทศทั่วโลกมีความตื่นตัวในการนำสารสกัดกัญชามาใช้เพื่อเป็นยารักษาโรค ทำให้มีงานวิจัยสนับสนุนถึงประโยชน์และโทษของกัญชามากขึ้น สำหรับในประเทศไทยกระทรวงสาธารณสุขได้มีการส่งเสริมสนับสนุนนโยบายให้มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขาวิชาทางการแพทย์ และมีนโยบายนำร่องเปิดให้บริการในสถานพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ ทั้งหมด 233 แห่ง ซึ่งแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ให้บริการแบบแพทย์แผนปัจจุบัน 147 แห่ง และการแพทย์แผนไทย 86 แห่ง ข้อมูล ณ วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2563¹⁻² ต่อมากรมการแพทย์ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กรมสุขภาพจิต

โรงพยาบาลราชบุรี โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้พัฒนารูปแบบคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการขึ้น เพื่อเป็นคลินิกต้นแบบให้สถานพยาบาลได้นำไปใช้ตามบริบทของตนเอง ให้ประชาชนได้เข้าถึงการบริการกัญชาทางการแพทย์ที่เหมาะสมและปลอดภัย³

โรงพยาบาลโพธิ์พิสัยเป็นหนึ่งในโรงพยาบาลนำร่องระดับเขตสุขภาพที่ 8 ของจังหวัดหนองคาย ที่ได้จัดให้มีการเปิดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการที่ประกอบไปด้วยการให้บริการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์แผนไทย เกษัชกร และพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการใช้กัญชาทางการแพทย์ ให้บริการผู้ป่วยในเขตอำเภอโพธิ์พิสัย และอำเภอรัตนาปี่ จังหวัดหนองคาย และรับการส่งรักษาต่อจากโรงพยาบาลหนองคาย จากข้อมูลการจัดบริการในปี พ.ศ. 2564 - 2565 มีจำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น 67 คน และ 78 คน ตามลำดับ⁴ ถึงแม้ว่าที่ผ่านมาได้มีการดำเนินการตามนโยบาย แต่พบว่าการให้บริการยังขาดการบูรณาการที่ชัดเจนจากทีมสหสาขาวิชาชีพโดยเป็นการทำงานแบบแยกส่วน ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพของระบบการจัดบริการ และในส่วนของผู้ป่วยยังไม่มีความรู้ในการใช้กัญชาทางการแพทย์ ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงต้องการพัฒนารูปแบบการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ โดยการพัฒนารูปแบบภายใต้การมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้ป่วยที่เคยมารับบริการ เพื่อให้โรงพยาบาลโพธิ์พิสัยมีรูปแบบการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการที่ชัดเจนและเหมาะสมกับผู้ปฏิบัติงานรวมทั้งผู้ป่วยที่มาใช้บริการ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ และแนวทางการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ โรงพยาบาลโพธิสัย จังหวัดหนองคาย
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ โรงพยาบาลโพธิสัย จังหวัดหนองคาย
3. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบคลินิกคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ โรงพยาบาลโพธิสัย จังหวัดหนองคาย

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์และแนวทางการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ โดยผู้ร่วมวิจัยเป็นบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์ จำนวน 9 คน ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน เภสัชกร 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 1 คน และแพทย์แผนไทย 6 คน และเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยเป็นผู้ป่วยที่เคยมารับบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการอย่างน้อย 2 ครั้งขึ้นไป จำนวน 5 คน รวมเป็น 14 คน

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ โดยใช้ผู้ร่วมวิจัยและกลุ่มตัวอย่างเดิม จำนวน 14 คน

ระยะที่ 3 การศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบคลินิกคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบ

บูรณาการ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 30 คน ตามคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยที่มารับบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ ระหว่างเดือน พฤษภาคม ถึง ธันวาคม 2565 2) สามารถฟัง อ่าน เขียน สื่อสารให้ข้อมูลได้ 3) ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์และแนวทางการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ ประกอบด้วย ประเด็นการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) และประเด็นการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview)

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ ประกอบด้วย ประเด็นการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ประเด็นการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview)

ระยะที่ 3 การศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบคลินิกคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ ประกอบด้วย แบบสอบถามผู้มารับบริการคลินิกคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินความรู้ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ มีจำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ ถูก-ผิด ให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว คือ “ใช่” “ไม่ใช่” 3) แบบประเมินความพึงพอใจ จำนวน 17 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบบลิเคิร์ต (Likert) 5 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ประเด็นการสนทนากลุ่ม ประเด็นการสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบสอบถามผู้มารับบริการ

คลินิกคลินิกสุขภาพทางการแพทย์แบบบูรณาการ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบปรับปรุงแก้ไขให้เกิดความสมบูรณ์ ซึ่งใช้สูตรการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC: Index of congruence) โดยใช้เกณฑ์ตั้งแต่ 0.5-1.00⁵ ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้ค่าอยู่ระหว่าง 0.5-1.00 ทุกข้อ

2. แบบสอบถามผู้มารับบริการคลินิกคลินิกสุขภาพทางการแพทย์แบบบูรณาการ นำไปตรวจสอบหาความเที่ยง (Reliability) โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) กำหนดค่าตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป⁵ ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.89

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์และแนวทางการให้บริการคลินิกสุขภาพทางการแพทย์แบบบูรณาการ เป็นการศึกษาสถานการณ์เกี่ยวกับการให้บริการที่ผ่านมา (ช่วงเวลาระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 - 31 ธันวาคม 2564) โดยการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกในบุคลากรผู้ให้บริการในคลินิกสุขภาพทางการแพทย์แบบบูรณาการและผู้ป่วยที่เคยมารับบริการคลินิกสุขภาพทางการแพทย์แบบบูรณาการ พร้อมทั้งศึกษาเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำปัญหาข้อค้นพบมาประชุมชี้แจง กำหนดประเด็นและหาแนวทางการพัฒนารูปแบบ

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการให้บริการคลินิกสุขภาพทางการแพทย์แบบบูรณาการ (ระหว่าง วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2565 - 30 เมษายน 2565) โดยใช้แนวคิดการดำเนินการวิจัยของ Kemmis และ McTaggart⁶ ซึ่งมี 4 ขั้นตอน คือ

กระบวนการ PAOR ประกอบด้วย 1) การวางแผน (Planning: P) 2) การปฏิบัติ (Action: A) 3) การสังเกต (Observation: O) 4) การสะท้อนการปฏิบัติ (Reflection: R) โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) โดยในขั้นตอนนี้ ประกอบด้วย 1) การประชุมชี้แจงทีมผู้ร่วมพัฒนารูปแบบ และร่วมกันวิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการ 2) ร่วมกันวางแผนตัดสินใจ เสนอแนะ และเลือกรูปแบบการพัฒนา ร่วมกัน โดยการสนทนากลุ่ม ซึ่งได้ประยุกต์ใช้ค่านิยมของโรงพยาบาลโพธิ์ชัย เป็นแนวคิดต้นแบบ “PPS MODEL” หมายถึง P: Patient focus การยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง P: Professional standard ให้บริการตามมาตรฐาน และ S: System perspective การทำงานเชิงระบบ 3) ร่วมกันจัดทำรูปแบบการให้บริการสุขภาพทางการแพทย์แบบบูรณาการ

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติตามแผน (Action) โดยการปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้ตามรูปแบบการให้บริการคลินิกสุขภาพทางการแพทย์แบบบูรณาการที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 และติดตามผลการดำเนินการ ประกอบด้วย 1) การมอบหมายหน้าที่แก่บุคลากรผู้ให้บริการในคลินิกสุขภาพทางการแพทย์แบบบูรณาการโดยมีส่วนร่วมของผู้ป่วยที่เคยมารับบริการคลินิกสุขภาพทางการแพทย์แบบบูรณาการ จากนั้นมีการสนทนากลุ่ม เพื่อเสนอแนะแนวทาง นำมาปรับปรุงให้เหมาะสมต่อไป 2) การสนับสนุนความรู้และทักษะ ในการให้บริการคลินิกสุขภาพทางการแพทย์แบบบูรณาการ

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (Observation) เป็นการติดตามประเมินผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้นจากการสังเกตการให้บริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ และติดตามประเมินผล

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนการปฏิบัติ (Reflection) ประชุมผู้ร่วมวิจัยเพื่อถอดบทเรียนโดยการใช้ผลการประเมินจากการสังเกตในขั้นตอนที่ 3 นำมาสะท้อนผลการปฏิบัติ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น โดยนำปัญหา อุปสรรค ปัจจัยความสำเร็จ และสรุปผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในแต่ละขั้นตอนคืนแก่ทีมผู้ร่วมวิจัยและผู้ป่วย เพื่อพัฒนาปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสม

ระยะที่ 3 การศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบคลินิกคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มารับบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ จำนวน 30 คน ดังนี้ 1) ประเมินความรู้ก่อนและหลังการพัฒนาแบบ 2) ประเมินความพึงพอใจหลังการพัฒนาแบบ

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย การสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้วิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา การตีความ สรุปความ
2. ข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ความรู้ และความพึงพอใจ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. เปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการพัฒนาแบบ โดยใช้สถิติอนุमान ได้แก่ Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย เลขที่ 1/2565 ลงวันที่ 9 พฤศจิกายน 2564

ผลการวิจัย

1. การวิเคราะห์สถานการณ์และแนวทางการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ

ประเด็นที่ 1 ด้านรูปแบบการให้บริการหรือกระบวนการในการให้บริการเดิม พบว่า ขั้นตอนบริการมีรายละเอียดที่ต้องบันทึกมากกว่าผู้ป่วยทั่วไป ขาดการประชาสัมพันธ์หรือการประชาสัมพันธ์ไม่ทั่วถึง บุคลากรทางการแพทย์ขาดความมั่นใจในการใช้กัญชาทางการแพทย์ ไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการให้บริการร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ

ประเด็นที่ 2 ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน บุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการอบรมยังไม่ครอบคลุมทุกวิชาชีพ ประชาชนยังขาดความรู้ความเข้าใจในการใช้กัญชาทางการแพทย์ และสามารถเข้าถึงกัญชาที่ไม่ถูกต้องตามกฎหมายได้ง่าย และการบันทึกข้อมูลคัดกรองและติดตามข้อมูลผู้ป่วยโดยใช้โปรแกรม C-MOPH มีขั้นตอนหรือความซ้ำซ้อน และขาดการเชื่อมโยงกับโปรแกรมอื่นที่มีในระบบของหน่วยบริการ

ประเด็นที่ 3 ความต้องการหรือโอกาสพัฒนาหรือการพัฒนาส่วนขาด ซึ่งส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่าควรพัฒนารูปแบบให้มีขั้นตอนบริการให้ชัดเจนและเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลโพธิ์พิสัย

2. การพัฒนารูปแบบการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ

รูปแบบการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ คือ “PPS MODEL” หมายถึง P: Patient focus การยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง P: Professional standard ให้บริการตามมาตรฐาน และ S: System perspective การทำงานเชิงระบบ โดยมีขั้นตอนการให้บริการดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 จุดคัดกรองผู้ป่วยทำการคัดกรองผู้ป่วยเบื้องต้น โดยพยาบาลวิชาชีพ จากนั้นจุดคัดกรองผู้ป่วยให้คำแนะนำผู้ป่วยยื่นบัตรที่งานเวชระเบียน เพื่อส่งเข้าจุดซักประวัติ

ขั้นตอนที่ 2 พยาบาลวิชาชีพที่จุดหน้าห้องตรวจ ทำการซักประวัติ คัดกรองตามเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์การคัดออก ส่งห้องปฏิบัติการกรณีเป็นผู้ป่วยรายใหม่ทุกราย

ขั้นตอนที่ 3 เภสัชกรคัดกรองการใช้ยากรณีผู้ป่วยมีโรคประจำตัว แขนเอกสารในประวัติผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 4 แพทย์/แพทย์แผนไทยตรวจวินิจฉัย และพิจารณาสั่งจ่ายยากัญชา พร้อมลงระบบนัดติดตาม และเขียนใบ “ย.ส.5” พร้อมการให้คำปรึกษาในการใช้ยากัญชา การให้ความรู้การใช้ยากัญชา กรณีโรคร่วมให้การดูแลครอบคลุมตามความเหมาะสม

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n=30)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	11	36.7
หญิง	19	63.3
อายุ (ปีเต็ม)		
น้อยกว่า 40 ปี	4	13.3
40-60 ปี	14	46.7
มากกว่า 60 ปี	12	40.0
$\bar{x}$ (S.D.), Median (IQR), Min, Max	54(12.02), 47.75(16.25), 25, 81	

ขั้นตอนที่ 5 แพทย์แผนไทยจ่ายยากัญชาและให้คำแนะนำในการใช้ยาอย่างเคร่งครัดเพื่อให้ได้ขนาดที่เหมาะสม รวมทั้งมีการปรึกษาเภสัชกรเพื่อประเมินการใช้ยาซ้ำ คำนวณขนาดยาซ้ำเพื่อให้ได้ขนาดยาเหมาะสม พร้อมให้ข้อมูลด้านการใช้ยา ข้อห้ามต่างๆ และอาการข้างเคียงจากยา

ขั้นตอนที่ 6 การติดตามผลการรักษา โดยแพทย์แผนไทย ดังนี้ 1) ติดตามอาการหลังรับยากัญชา 24 ชั่วโมง 3 วัน และ 7 วัน ทางโทรศัพท์ทุกราย เพื่อติดตามอาการไม่พึงประสงค์หลังรับยากัญชา 2) บันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในระบบ C-MOPH

3. การศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ

3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.3 อายุเฉลี่ย 54.0 ปี (S.D.=12.0) ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 40-60 ปี ร้อยละ 46.7 เรียบจบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 30.0 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 60.0 โดยในกลุ่มที่มีโรคประจำตัว ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 10.0 มีประวัติแพ้ยา ร้อยละ 16.7 มีการสูบบุหรี่ ร้อยละ 6.7 และดื่มสุรา ร้อยละ 16.7 (ดังตารางที่ 1)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n=30)	ร้อยละ
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	7	23.3
มัธยมศึกษาตอนต้น	9	30.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย	6	20.0
ปริญญาตรี	6	20.0
สูงกว่าปริญญาตรี	2	6.7
การมีโรคประจำตัว		
ไม่มี	12	40.0
มี	18	60.0
โรคหลอดเลือดในสมองตีบ	1	3.3
โรคเก๊าต์	1	3.3
โรคพาร์คินสัน	1	3.3
โรคไมเกรน	2	6.7
โรคเบาหวาน	2	6.7
โรคความดันโลหิตสูง,เบาหวาน	2	6.7
โรคสะเก็ดเงิน	2	6.7
โรคสะเก็ดเงิน,ความดันโลหิตสูง	1	3.3
โรคมะเร็ง	2	6.7
โรคหมอนรองกระดูกทับเส้น	1	3.3
โรคความดันโลหิตสูง	3	10.0
การแพ้ยา		
มี	5	16.7
ไม่มี	25	83.3
การสูบบุหรี่ 1 ปีที่ผ่านมา		
สูบ	2	6.7
ไม่สูบ	28	93.3
การดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่เคยดื่ม	11	36.7
เคยดื่มแต่ปัจจุบันเลิกดื่ม	14	46.7
ปัจจุบันยังดื่มอยู่	5	16.7

3.2 ความรู้ก่อนและหลังการพัฒนาแบบ

3.2.1 ระดับความรู้ก่อนและหลังการพัฒนา
รูปแบบ ผลการศึกษา พบว่า ก่อนการพัฒนากลุ่ม
ตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับดี ร้อยละ 46.7
โดยมีคะแนนเฉลี่ย 7.63 คะแนน (S.D.=1.63) และมี

คะแนนอยู่ในช่วง 4-10 คะแนน หลังการพัฒนากลุ่ม
ตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับดี ร้อยละ 93.3
โดยมีคะแนนเฉลี่ย 8.77 คะแนน (S.D.=0.86) และมี
คะแนนอยู่ในช่วง 7-10 คะแนน (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของระดับความรู้ก่อนและหลังการพัฒนาแบบ (n=30)

ระดับความรู้	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา
ระดับต่ำ (0-5 คะแนน)	4 (13.3)	0 (0.0)
ระดับปานกลาง (6-7 คะแนน)	12 (40.0)	2 (6.7)
ระดับดี (8-10 คะแนน)	14 (46.7)	28 (93.3)
$\bar{x}$ (S.D.), Median (IQR), Min, Max	7.63(1.63), 7.00(2.0), 4, 10	8.77(0.86), 9.00(1.0), 7, 10

3.2.2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการพัฒนาแบบ พบว่า หลังการพัฒนา คะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการพัฒนาแบบ

การศึกษา	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าความต่าง	t-test	p-value
ก่อนพัฒนา	7.63	1.63	1.13	4.572	<0.001*
หลังพัฒนา	8.77	0.86			

* มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ p-value < 0.001 วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Paired t-test

3.3 ผลการประเมินความพึงพอใจหลังการพัฒนาแบบ ร้อยละ 93.3 รองลงมา มีความพึงพอใจระดับปานกลาง ร้อยละ 6.7 โดยมีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย 4.33 คะแนน (S.D. 0.46) ค่าเฉลี่ยต่ำสุด 3.06 และสูงสุด 5.00 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของระดับความพึงพอใจหลังการพัฒนาแบบ

ระดับความพึงพอใจ	หลังการพัฒนา
ระดับไม่ดี (1.00-2.66 คะแนน)	0 (0.0)
ระดับปานกลาง (2.67-3.66 คะแนน)	2 (6.7)
ระดับดี (3.67-5.00 คะแนน)	28 (93.3)
$\bar{x}$ (S.D.), Median (IQR), Min, Max	4.33(0.46), 4.35(0.61), 3.06, 5.00

การอภิปรายผล

จากการวิเคราะห์สถานการณ์และแนวทางการพัฒนาแบบพบว่ารูปแบบการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการยังไม่ชัดเจน บุคลากรสาธารณสุขขาดความรู้และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับด้านกัญชาทางการแพทย์ ส่งผลต่อคุณภาพการให้บริการ รวมทั้งการประชาสัมพันธ์ยังไม่เข้าถึงกลุ่มผู้ป่วยและผู้ป่วย

ไม่ได้รับความรู้ความเข้าใจในด้านกัญชาทางการแพทย์ที่เป็นมาตรฐาน จึงได้มีการพัฒนารูปแบบการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย โดยรูปแบบที่ได้จากการศึกษา คือ “PPS MODEL” หมายถึง P: Patient focus การยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง P: Professional standard ให้บริการตามมาตรฐาน และ S: System

perspective การทำงานเชิงระบบ ซึ่งได้จัดทำเป็น Flow chart ที่ชัดเจน ประกอบด้วย 1) คัดกรอง/ยืนยันบัตรทำงานเวชระเบียน 2) พยาบาลคัดกรอง ชักประวัติ คัดกรองตามเกณฑ์คัดเข้า/คัดออก ส่งห้องปฏิบัติการกรณีเป็นผู้ป่วยรายใหม่ทุกราย 3) เภสัชกรคัดกรองการใช้ยากรณีผู้ป่วยมีโรคประจำตัว แขนงเอกสารในประวัติผู้ป่วย 4) แพทย์/แพทย์แผนไทย ตรวจวินิจฉัย และพิจารณาสั่งจ่ายยากัญชา ลงระบบนัดติดตาม เขียนใบ “ย.ส.5” และออกใบนัด 5) แพทย์แผนไทยจ่ายยากัญชา และให้คำแนะนำ ความรู้การปฏิบัติตัว 6) การติดตามผลการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการจัดการระบบการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข³ โดยมีความจำเป็นที่ต้องอาศัยการทำงานเป็นทีมและความเข้าใจในระบบการสั่งจ่ายยากัญชาทางการแพทย์ให้ถูกกฎหมาย กฎระเบียบ จรรยาบรรณทางวิชาชีพ รวมถึงมาตรฐานแต่ละวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย และควรประกอบด้วยกระบวนการสำคัญ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ระบบคัดกรอง โดยบุคลากรองค์ความรู้ ความเข้าใจ และควรผ่านการอบรมกัญชาทางการแพทย์ 2) ระบบการจ่ายยา ที่มีตำรับยาและสารสกัดกัญชาทางการแพทย์ที่ผ่านการรับรองมาตรฐาน และการจ่ายยาโดยผู้ที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพที่ต้องตามกฎหมาย 3) ระบบการติดตามผล การเฝ้าระวัง การรายงาน การจัดเก็บข้อมูล³

การศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบคลินิกคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการพบว่า หลังการพัฒนาแบบ ผู้ป่วยที่มารับบริการกัญชาทางการแพทย์มีความรู้มากขึ้น และมีความพึงพอใจในรูปแบบที่พัฒนาขึ้น สอดคล้องกับ

การศึกษาของ ศิริสุข ฉายแสง⁷ หลังพัฒนารูปแบบพัฒนารูปแบบคลินิกให้คำปรึกษาการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ พบว่า ผู้รับบริการได้รับการดูแลสนองตอบความต้องการ ภายหลังการพัฒนาแบบการให้บริการคลินิกให้คำปรึกษาการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ผู้รับบริการมีความรู้เรื่องการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และมีความพึงพอใจต่อบริการคลินิกให้คำปรึกษาการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ในระดับมาก ส่วนผู้ให้บริการมีความพึงพอใจต่อแบบการให้บริการอยู่ในระดับมากสอดคล้องกับผลการวิจัยของ สุวิมล คำย่อย⁸ ที่ศึกษาความพึงพอใจของผู้มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยก อำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี พบว่าความพึงพอใจของผู้มารับบริการอยู่ระดับพึงพอใจมาก เป็นผลมาจากการออกแบบและปรับระบบบริการที่สอดคล้องและตอบสนองความต้องการและปัญหาสุขภาพทำให้ประชาชนเกิดความประทับใจและพึงพอใจในบริการที่ได้รับ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ภาวิณี อ่อนมุข⁹ ที่ศึกษาความคาดหวังและความพึงพอใจในคุณภาพการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยในหน่วยบริการของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ผู้รับบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยในหน่วยบริการของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มีระดับความคาดหวังในคุณภาพการให้บริการในภาพรวมอยู่ในระดับมากทุกด้านและมีระดับความพึงพอใจในการให้บริการในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด

ข้อเสนอแนะ

1. รูปแบบการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการที่ได้พัฒนาขึ้น สามารถนำไปเป็นแนวทางในการให้บริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลใกล้เคียงได้ โดยอาจปรับตามบริบทของโรงพยาบาลและความพร้อมของทรัพยากร

2. บุคลากรควรจะมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการอย่างต่อเนื่อง และควรให้ผู้ป่วยประเมินความพึงพอใจในการให้บริการเป็นระยะ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณบุคลากรผู้ให้บริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาผลงานวิจัยครั้งนี้ และในโอกาสนี้ ขอกราบขอบพระคุณ ดร.ชลกร ทรงศรี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดอุดรธานี ดร.เทพไทย โชติชัย และ ดร.ภานุวัฒน์ ศรีโยธา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ที่ให้ความรู้ด้านวิชาการ รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการทำการทําวิจัย และนางภรกต สุฝน หัวหน้างานวิจัยและพัฒนา กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลโพธิสัย ที่กรุณาเป็นที่ปรึกษาในการทำวิจัยในครั้งนี้อย่างยิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. สิริลักษณ์ รื่นรวย, โยธิน อำพิน, ปุณฺณชิตา บัวกลับ. การพัฒนาเครือข่ายชุมชนกัญชาทางการแพทย์ปลอดภัย ตำบลน้ำซึม อำเภอมะนัง จังหวัดอุทัยธานี. วารสารโรคและภัยสุขภาพ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์. 2564; 15(1): 5-19.

2. คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขากัญชาทางการแพทย์. คลินิกบริการกัญชาทางการแพทย์ (Medical Cannabis Clinic). นนทบุรี: กองบริหารสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
3. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2564.
4. โปรแกรม Health Data Center (HDC). ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขากัญชา [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 1 พฤศจิกายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://nki.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=2908c586a168578a2c4aee3ab13963c9
5. ปราณี มีหาญพงษ์, กรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยทางการแพทย์. วารสารพยาบาลทหารบก. 2561; 19(1): 9-15.
6. Kemmis S, McTaggart. The action research planner. Geelong: Deakin University Press; 1990.
7. ศิริสุข ฉายแสง. การพัฒนารูปแบบคลินิกให้คำปรึกษาการใช้สารเสพติดกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนตู อำเภอมะนัง จังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2565; 16(1): 45-58.

8. สุวิมล คำย่อย. ความพึงพอใจของ
ผู้รับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพ ตำบลบ้านหยวก อำเภอโนนไสม
จังหวัดอุดรธานี [การค้นคว้าอิสระ].
อุดรธานี: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลบ้านหยวก; 2555.

9. ภาวิณี อ่อนมุข, ศุภะลักษณ์ ฝึกคำ.
ความคาดหวังและความพึงพอใจใน
คุณภาพการให้บริการคลินิกกัญชาทาง
การแพทย์แผนไทยในหน่วยบริการของ
กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์
ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. การ
ประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัย
ระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 12
2564; 1(12): 742-52.