



การพัฒนาคุณภาพกำลังคน

เพื่อสนับสนุนการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์สู่การปฏิบัติ

Human Resource Development to Support the Implementation
of the Medical Cannabis Policy in Thailand

ณัฐญา พัฒนะวานิชนันท์
วิรุฬ ลิ้มสวาท
บุษบงก์ วิเศษพลชัย
ปารณัฐ สุขสุกดิ์

กระทรวงสาธารณสุข
2563

การพัฒนาคุณภาพกำลังคน
เพื่อสนับสนุนการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์สู่การปฏิบัติ
Human Resource Development to Support the
Implementation of the Medical Cannabis Policy in Thailand

ณัฐธญา
วีรุษ
บุษบงก์
ปารณัฐ

พัฒนาวาณิชนันท์
ลឹ้มสวาท
วิเศษพลชัย
สุขสุทธิ

กระทรวงสาธารณสุข

2563

คำนำ

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ มีเป้าหมายเพื่อทำความเข้าใจบริบทและปัจจัยที่มีผลต่อ “ความพร้อม” (readiness) ของโรงพยาบาล ในการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์ไปสู่การปฏิบัติ และเพื่อค้นหาแนวทางการพัฒนาคุณภาพกำลังคน เพื่อสนับสนุนให้การดำเนินนโยบายกัญชาทางการแพทย์บรรลุผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพแบบชาติพันธุ์วรรณาในทางมานุษยวิทยา โดยใช้การผสมผสานหลายแนวคิดทฤษฎี โดยมีแนวคิดทฤษฎีหลักจากศาสตร์การทำให้เกิดผลสัมฤทธิ์ (implementation science) ทำการศึกษาในเดือนกุมภาพันธ์ - มิถุนายน 2563 กลุ่มตัวอย่างคือโรงพยาบาลนำร่องของกระทรวงสาธารณสุขที่เริ่มให้บริการการใช้กัญชาทางการแพทย์ตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2562 จำนวน 8 โรงพยาบาล โดยการสังเคราะห์และประมวลผลการศึกษาแบ่งออกเป็น 3 มิติของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ได้แก่ (1) การวิเคราะห์ภาพรวมของนโยบาย (2) การวิเคราะห์บริบทเชิงระบบของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ และ (3) การวิเคราะห์ “ความพร้อม” ของโรงพยาบาล

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า นโยบายกัญชาทางการแพทย์ เป็นนโยบายด้านสุขภาพที่ไม่ได้เกิดจากความต้องการและแรงผลักดันจากฝ่ายการเมืองของรัฐบาลและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น แต่เป็นนโยบายที่เป็นการตอบสนองความต้องการของประชาชนชาวไทย ด้วยบริบททางวัฒนธรรมของนโยบายนี้ทำให้การสนับสนุนของบุคลากรเป็นปัจจัยสำคัญความสำเร็จของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ โดยที่การพัฒนาคุณภาพกำลังคนจะต้องให้ความสำคัญกับทั้งการพัฒนากำลังคนโดยตรงและการพัฒนาระบบการทำงาน ซึ่งจะเป็นการเสริมสร้าง “แรงจูงใจ” ของบุคลากรอันเป็นองค์ประกอบสำคัญของ “ความพร้อม” ของโรงพยาบาลในการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์ไปสู่การปฏิบัติจนเกิดผลสัมฤทธิ์ รวมถึงข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและข้อเสนอแนะเชิงวิชาการในการศึกษาครั้งต่อไป

และคณะผู้วิจัยคาดหวังว่าการศึกษาวิจัยการพัฒนาคุณภาพกำลังคนเพื่อสนับสนุนการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์สู่การปฏิบัติ จะช่วยให้เกิดความเข้าใจบริบทและปัจจัยที่มีผลต่อ “ความพร้อม” (readiness) ในการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุขไปสู่การปฏิบัติในโรงพยาบาล และได้แนวทางการพัฒนาคุณภาพกำลังคน เพื่อสนับสนุนให้การดำเนินนโยบายกัญชาทางการแพทย์บรรลุผลลัพธ์ที่พึงประสงค์

คณะผู้วิจัย
มิถุนายน 2563

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณรองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (นายอนุทิน ชาญวีรกูล) ปลัดกระทรวงสาธารณสุข (นายแพทย์สุขุม กาญจนพิมาย) รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข (นายแพทย์ศุภกิจ ศิริลักษณ์) เป็นอย่างสูง รวมทั้งผู้บริหารและผู้รับผิดชอบนโยบายกัญชาทางการแพทย์ กรมการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา องค์การเภสัชกรรม กองบริหารการสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สถาบันกัญชาทางการแพทย์ ผู้บริหาร ทีมงานคลินิก กัญชาทางการแพทย์และผู้ประสานงานของโรงพยาบาลนำร่องทั้ง 8 แห่ง ซึ่งเป็นหน่วยงานบุกเบิกคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ประกอบด้วย โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก โรงพยาบาลบุรีรัมย์ โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา โรงพยาบาลคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ โรงพยาบาลท่าฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ขอขอบคุณสำนักวิชาการสาธารณสุข รวมทั้ง คณะทำงานจัดการความรู้ และวิจัยการใช้กัญชาทางการแพทย์ ผู้อำนวยการศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ที่สนับสนุนการจัด VDO Conference คุณยุภา กลิ่นสุคนธ์ คุณแสงเดือน ยาสมุทร กองบริหารการสาธารณสุข และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ทุก ๆ ท่านที่ให้การสนับสนุนจนการศึกษาสำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์ ตลอดจนการดำเนินการวิจัยที่ผ่านมา คณะผู้วิจัย ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง และผู้เกี่ยวข้องสำคัญอื่น ๆ ที่ได้กรุณาอนุเคราะห์ ข้อมูล ซึ่งต้องขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

คณะผู้วิจัย
มิถุนายน 2563

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในครั้งนี้มีเป้าหมายเพื่อทำความเข้าใจบริบทและปัจจัยที่มีผลต่อ “ความพร้อม” (readiness) ของโรงพยาบาลในการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์ไปสู่การปฏิบัติ และเพื่อค้นหาแนวทางการพัฒนาคุณภาพกำลังคนเพื่อสนับสนุนให้การดำเนินนโยบายกัญชาทางการแพทย์บรรลุผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ การวิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบชาติพันธุ์วรรณนาในทางมานุษยวิทยา โดยใช้การผสมผสานหลายแนวคิดทฤษฎี โดยมีแนวคิดทฤษฎีหลักจากศาสตร์การทำให้เกิดผลสัมฤทธิ์ (implementation science) ทำการศึกษาในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - มิถุนายน 2563 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ โรงพยาบาลนำร่องของกระทรวงสาธารณสุข ที่เริ่มให้บริการการใช้กัญชาทางการแพทย์ตั้งแต่ เดือนสิงหาคม 2562 จำนวน 8 โรงพยาบาลโดยผลการสังเคราะห์และประมวลผลการศึกษาแบ่งออกเป็น 3 มิติของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ได้แก่ (1) การวิเคราะห์ภาพรวมของนโยบาย (2) การวิเคราะห์บริบทเชิงระบบของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ และ (3) การวิเคราะห์ “ความพร้อม” ของโรงพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่านโยบายกัญชาทางการแพทย์ เป็นนโยบายด้านสุขภาพที่ไม่ได้เกิดจากความต้องการและแรงผลักดันจากฝ่ายการเมืองของรัฐบาลและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น แต่เป็นนโยบายที่เป็นความต้องการของประชาชนชาวไทย ด้วยบริบททางวัฒนธรรมของนโยบายนี้ทำให้การสนับสนุนของบุคลากรจึงเป็นปัจจัยสำคัญของความสำเร็จของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ โดยที่การพัฒนาคุณภาพกำลังคนจะต้องให้ความสำคัญกับทั้งการพัฒนากำลังคนโดยตรงและการพัฒนาระบบการทำงาน ซึ่งจะเป็นการเสริมสร้าง “แรงจูงใจ” บุคลากรที่เป็นองค์ประกอบสำคัญของ “ความพร้อม” ของโรงพยาบาลในการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์ไปสู่การปฏิบัติจนเกิดผลสัมฤทธิ์

คำสำคัญ: การพัฒนาคุณภาพกำลังคน, กัญชาทางการแพทย์, ศาสตร์การทำให้เกิดผลสัมฤทธิ์

Abstract

This qualitative research aimed to explore the context and factors of hospitals' readiness for the implementation of the medical cannabis policy, and to identify the ways for human resource development to support the implementation. It was conducted from February to April 2020 using anthropological ethnographic methods utilizing multiple theories, including the main one from implementation science. The study samples were the eight pilot hospitals of the Ministry of Public Health that started providing medical cannabis service in August 2019. The results were analyzed and organized into three main aspects of the policy implementation: (1) the overall policy analysis, (2) the analysis of the system of policy implementation, and (3) the analysis of the hospitals' readiness. The results showed that the medical cannabis policy in Thailand was a health policy that was the result of not only the political requirement and enforcement of the cabinet and the Minister of Public Health, but also the needs of the Thai people. Because of the cultural context of this policy, the success of policy implementation depended primarily on the support from the health workforce. Therefore, human resource development should be focused on both the direct development of the workforce and the improvement of the work system. These ways would enhance the workforce's motivation, which is the core component of the readiness of the hospitals to support the success of the implementation of the policy.

Keywords: human resource development; medical cannabis; implementation science

บทสรุปผู้บริหาร

ชื่องานวิจัย การพัฒนาคุณภาพกำลังคนเพื่อสนับสนุนการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์สู่การปฏิบัติ

ผู้วิจัย

ดร.ณัฐธญา พัฒนระวาณิชนันท์ (วท.บ., พย.ม., รป.ด.)

ดร.นพ.วิรุฬ ลิ้มสวาท (พ.บ., Ph.D.)

ดร.บุษบงก์ วิเศษพลชัย (พย.บ., ส.ม., พย.ม., ปร.ด.)

น.ส. ปารณัฐ สุขสุทธิ (วท.บ, สค.ม.)

สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข

แหล่งทุน

สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข

1. ความเป็นมาและความสำคัญ

กัญชาเป็นพืชสมุนไพรที่เป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมการแพทย์ดั้งเดิมในหลายพื้นที่ของโลกรวมทั้งในประเทศไทย อย่างไรก็ตามด้วยกัญชามีส่วนประกอบที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทจึงถูกใช้ในลักษณะการเป็นสิ่งเสพติดด้วย จึงมีความพยายามในการควบคุมพืชชนิดนี้ผนวกไปกับการควบคุมฝิ่น จนองค์การสหประชาชาติได้มีมติให้รวมกัญชาและยางกัญชา (cannabis resin) ไว้ในรายการของ “ยาเสพติดให้โทษ” ในปี พ.ศ. 2504 ภายใต้อนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ค.ศ. 1961 ระบุเหตุผลว่าเป็นสิ่งที่มีโทษโดยที่คุณค่าในด้านการรักษาโรคมียากัดหรือไม่มีเลย แม้จะถูกคัดค้านจากหลายประเทศที่มีการใช้กัญชาในระบบการแพทย์ดั้งเดิมของตน แต่ก็ไม่สามารถต้านทานแรงผลักดันของนานาชาติได้

สำหรับประเทศไทย แม้จะมีการประกาศใช้กฎหมายควบคุมกัญชาฉบับแรก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2477 แต่กฎหมายฉบับดังกล่าว ก็ยังระบุให้สามารถ “มีไว้เพื่อประโยชน์ในทางโรคศิลปะก็ได้” ต่อมาหลังจากที่ประเทศไทยได้เข้าเป็นภาคีของอนุสัญญาขององค์การสหประชาชาติฉบับดังกล่าว จึงได้มีการยกเลิกกฎหมายกัญชาฉบับเดิม ในการประกาศใช้พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ที่บัญญัติให้กัญชาเป็นยาเสพติดให้โทษ ประเภทที่ 5 ทำให้การใช้กัญชาในประเทศไทยกลายเป็นสิ่งผิดกฎหมาย อย่างไรก็ตามด้วยคุณค่าในทางการแพทย์ของกัญชาทำให้ประชาชนยังมีการแอบใช้ แม้มีความเสี่ยงที่จะได้รับอันตรายจากการใช้กัญชาที่ไม่มีคุณภาพหรือมีสิ่งปนเปื้อนที่เป็นพิษ และยังทำให้เป็นอุปสรรคในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประโยชน์ของกัญชาในทางการแพทย์ ทำให้ในช่วง 20-30 ปีที่ผ่านมาหลายประเทศได้ดำเนินการปรับปรุงกฎหมายเพื่อแก้ไขข้อจำกัดเหล่านี้ ซึ่งในประเทศไทย นับแต่ปี พ.ศ. 2559 เป็นต้นมาภาคประชาสังคมได้มีการจัดกิจกรรมทางวิชาการและการเคลื่อนไหวทางสังคมเพื่อเรียกร้องให้มีการแก้ไขกฎหมาย เพื่อให้สามารถนำกัญชามาใช้ประโยชน์ ทั้งเพื่อประโยชน์ในทางการแพทย์ การวิจัยและพัฒนาเพื่อ “ความมั่นคงด้านยาของประเทศ” และเพื่อประโยชน์ในทางเศรษฐกิจ จนกระทั่งมีการประกาศใช้กฎหมายยาเสพติดให้โทษฉบับใหม่ ในวันที่ 18 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 และหลังจากการเลือกตั้งทั่วไปรัฐบาลได้บรรจุเรื่องของกัญชาเป็นส่วนหนึ่งในเรื่องเร่งด่วนของรัฐบาล และเดือนต่อมา นายอนุทิน ชาญวีรกูล รองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้แถลงนโยบายเกี่ยวกับกัญชาเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงการใช้กัญชาและสมุนไพรทางการแพทย์ได้อย่างปลอดภัย เพื่อสร้างโอกาสทางการรักษาด้านเศรษฐกิจ และการสร้างรายได้ของประชาชน

กระทรวงสาธารณสุข เร่งดำเนินการเพื่อให้ประชาชนทั่วประเทศสามารถเข้าถึงบริการกัญชาทางการแพทย์ได้อย่างทั่วถึง โดยในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2562 ได้มีการเปิดให้บริการคลินิกกัญชาในโรงพยาบาลนาร่อง 12 เขตสุขภาพ โดยเปิดบริการการใช้กัญชาในทางการแพทย์แผนปัจจุบัน 12 แห่ง และการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 7 แห่ง รวม 19 แห่ง และต่อมาได้มีการขยายพื้นที่การบริการ

เพิ่มขึ้นตามลำดับ เมื่อสิ้นสุดปี พ.ศ. 2562 ได้มีการสั่งการให้เปิดให้บริการกัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาล ในสังกัด ครอบคลุมทุกจังหวัดทั่วประเทศ อย่างไรก็ตามจำนวนของประชาชนที่เข้าถึงบริการ การใช้กัญชาทางการแพทย์ในคลินิกกัญชายังมีจำนวนเพิ่มขึ้นไม่มากเท่าที่ควร ยา กัญชาจำนวนมากไม่ได้ถูกส่งจ่าย ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องทำความเข้าใจสภาพปัญหาและค้นหาแนวทางในการพัฒนา เพื่อผลักดันให้การดำเนินการตามนโยบายนี้บรรลุผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมาย สำนักวิชาการสาธารณสุข จึงได้ดำเนินโครงการวิจัยเพื่อศึกษาการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติโดยใช้แนวทางที่ผสมผสานหลายแนวคิดทฤษฎี โดยมีแนวคิดทฤษฎีหลักจากศาสตร์การทำให้เกิดผลสัมฤทธิ์ (implementation science) ที่ได้เสนอกรอบแนวคิดเชิงระบบของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติและเสนอว่า “ความพร้อม” (readiness) ขององค์กร (ซึ่งในโครงการวิจัยนี้คือโรงพยาบาลแต่ละแห่ง) และการพัฒนาคุณภาพกำลังคน เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อความสำเร็จในการนำนวัตกรรมหรือนโยบายใหม่ไปสู่การปฏิบัติให้บรรลุผลสัมฤทธิ์

2. วัตถุประสงค์

- (1). เพื่อทำความเข้าใจบริบทและปัจจัยที่มีผลต่อ “ความพร้อม” (readiness) ของโรงพยาบาลในการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุขไปสู่การปฏิบัติ
- (2). เพื่อค้นหาแนวทางการพัฒนาคุณภาพกำลังคนเพื่อสนับสนุนให้การดำเนินนโยบายกัญชาทางการแพทย์บรรลุผลสัมฤทธิ์ที่พึงประสงค์

3. ระเบียบวิธีวิจัย

โครงการวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนาใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพแบบชาติพันธุ์วรรณาในทางมานุษยวิทยา โดยมีระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2563 - มิถุนายน 2563 รวม 5 เดือน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการอภิปรายกลุ่มควบคู่ไปกับการวิเคราะห์บริบทในเชิงระบบของกระบวนการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ โดยใช้การวิเคราะห์เอกสารและข้อมูลอื่น ๆ ร่วมไปกับการตีความโดยมุมมองของ “คนใน” ของคณะนักวิจัยที่เป็นบุคลากรวิชาชีพและมีประสบการณ์ทำงานในระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ได้ข้อมูลจากผู้เข้าร่วมวิจัยอาจไม่กล้าเปิดเผย เนื่องจากเป็นนโยบายที่ผู้บริหารให้ความสำคัญ

กลุ่มประชากรที่ศึกษาคือโรงพยาบาลนาร่องที่เปิดให้บริการคลินิกกัญชา ตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2562 คัดเลือกโดยใช้หลักเกณฑ์การมีจำนวนการจ่ายยา กัญชาสูงสุด รวมตั้งแต่เริ่มดำเนินการจนถึงกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 โดยแบ่งการคัดเลือกเป็นกลุ่มย่อย 2 กลุ่ม รวม 8 แห่ง ได้แก่

- (1). โรงพยาบาลที่เริ่มต้นด้วยการเปิดให้บริการคลินิกกัญชาแบบการแพทย์แผนปัจจุบัน มีจำนวน 12 แห่ง คัดเลือกเข้าร่วมโครงการวิจัยจำนวน 5 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลลำปาง จังหวัดลำปาง โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก โรงพยาบาลสระบุรี จังหวัดสระบุรี โรงพยาบาลบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ และโรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา
- (2). โรงพยาบาลที่เริ่มต้นด้วยการเปิดให้บริการคลินิกกัญชาแบบการแพทย์แผนไทย มีจำนวน 7 แห่ง คัดเลือกเข้าร่วมโครงการวิจัยจำนวน 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี โรงพยาบาลคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ และโรงพยาบาลท่าฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

4. ผลการวิจัย

- (1). ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่านโยบายกัญชาทางการแพทย์ มิได้เป็นเพียงนโยบายที่เกิดจากความต้องการและแรงผลักดันทางฝ่ายการเมืองของรัฐบาลหรือรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เท่านั้น แต่เป็นนโยบายที่เป็นความต้องการของประชาชนด้วย

- (2). ผลการศึกษาสนับสนุนแนวคิดเรื่องความพร้อมขององค์กรในการนำนโยบายมาสู่การปฏิบัติที่จะต้องมีองค์ประกอบทั้ง 3 ด้านคือความสามารถในการเปลี่ยนแปลงขององค์กรในการรับมือกับนโยบายใหม่ ๆ โดยทั่วไป (general capacity) และที่เฉพาะเจาะจงกับนโยบายนี้ (specific capacity) และแรงจูงใจ (motivation) ในภาพรวมขององค์กรต่อการนำนโยบายนี้ไปสู่การปฏิบัติ ทั้งนี้พบว่า “ความพร้อม” ขององค์กร มีผลต่อความสำเร็จของแต่ละโรงพยาบาลนำร่องทั้ง 8 แห่ง ในการเป็นผู้บุกเบิกในการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์ไปสู่การปฏิบัติ โดยต้องอาศัยปัจจัยในหลายระดับทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล และทั้งปัจจัยระดับองค์กร และปัจจัยระดับบุคคล
- (3). พบว่าความสำเร็จของนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุขขึ้นอยู่กับ การสนับสนุนของบุคลากร เนื่องจากบริบททางวัฒนธรรมของกระทรวงสาธารณสุข การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติไม่ได้เป็นไปในแบบจากบนลงล่าง (top-down) โดยสมบูรณ์แต่เป็นในลักษณะที่ผู้กำหนดนโยบายไม่สามารถบังคับควบคุมและติดตามผู้ปฏิบัติได้ทั้งหมด ดังนั้นปัจจัยพื้นฐานที่จะทำให้บุคลากรมีความเต็มใจที่จะสนับสนุนนโยบาย คือ การที่บุคลากรให้ความหมายต่อนโยบายนี้ว่าเป็นสิ่งที่ตอบสนองความต้องการของประชาชน โดยยกัญชาเป็นความหวังในการเยียวยารักษาโรคและความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจำนวนมาก
- (4). พบว่าอุปสรรคที่สำคัญในการสนับสนุนนโยบายคือข้อจำกัดในทางวิชาการ เนื่องจากนโยบายนี้เป็นการส่งเสริมการใช้ประโยชน์จาก “ยา กัญชา” ที่พัฒนาขึ้นท่ามกลางหลักฐานสนับสนุนที่ยังมีข้อจำกัดและข้อมูลโต้แย้งจากอันตรายในฐานะสิ่งเสพติด จึงกระทบโดยตรงกับความเป็นวิชาชีพ (professionalism) ของบุคลากร โดยเฉพาะหลักจริยธรรมที่ยึดมั่นในประโยชน์และความปลอดภัยของผู้ป่วย ดังนั้นจึงมีข้อเสนอ ว่าควรมีการพัฒนาข้อมูลเชิงประจักษ์ที่เพียงพอในการสร้างแรงจูงใจในประโยชน์ของกัญชาและความปลอดภัยในการใช้ และควรมีการแสดงให้เห็นว่ากัญชาสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างไรผ่านกรณีศึกษาที่ทรงพลัง
- (5). ผลการวิเคราะห์ในเชิงระบบ ช่วยให้เห็นว่าปัญหาของระบบรายงาน เป็นปัจจัยที่บุคลากรให้ความสำคัญ ซึ่งเป็นสิ่งที่มีผลอย่างมากต่อองค์ประกอบด้านแรงจูงใจขององค์กร โดยเป็นอุปสรรคสำคัญต่อความสำเร็จของนโยบายและความยั่งยืนของการจัดบริการการใช้กัญชาทางการแพทย์ของโรงพยาบาล กล่าวคือ ปัญหาของการมีระบบการลงทะเบียนผู้ป่วยและระบบรายงานการให้บริการที่แยกกันหลายระบบ และไม่เชื่อมโยงกัน ระบบมีปัญหาบ่อย ๆ และไม่เชื่อมโยงกับระบบปกติของโรงพยาบาล เป็นสิ่งที่เพิ่มภาระให้กับเจ้าหน้าที่ และส่งผลกระทบต่อบุคลากรจำนวนมากแม้จะเห็นประโยชน์ของบริการการใช้กัญชาทางการแพทย์ แต่ก็ไม่มีแรงดึงดูดใจที่จะมาทำงานนี้ จึงเป็นปัญหาที่มีความสำคัญ สมควรได้รับการจัดการแก้ไขอย่างเป็นระบบและรวดเร็ว
- (6). อาจกล่าวโดยสรุปได้ว่าการมีนโยบายที่ชัดเจนที่สนับสนุนให้เกิดการพัฒนาคุณภาพกำลังคนประกอบด้วยทั้งการพัฒนาที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรโดยตรงและการพัฒนาระบบการทำงานเพื่อเสริมสร้าง “แรงจูงใจ” ของบุคลากรอันเป็นองค์ประกอบสำคัญของ “ความพร้อม” ของโรงพยาบาลในการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์ไปสู่การปฏิบัติคือจุดคานงัดสำคัญของความสำเร็จของนโยบายนี้

5. ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

5.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

- (1). ควรกำหนดโครงสร้างอัตรากำลัง บทบาทหน้าที่ และความรับผิดชอบของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิกกัญชาของหน่วยบริการ/โรงพยาบาล รวมทั้งความเจริญก้าวหน้าของสายงานตามโครงสร้างอัตรากำลัง (career path) เพื่อสร้างแรงจูงใจและขวัญกำลังใจให้บุคลากรในการให้บริการการใช้กัญชาทางการแพทย์
- (2). ควรมีการส่งเสริมให้บุคลากรทุกคนที่เกี่ยวข้องได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ ทั้งการอบรมทางตรงและทางอ้อม โดยมีการออกแบบหลักสูตรที่เหมาะสมทั้งหลักสูตรทั่วไปและเฉพาะด้าน
- (3). ควรมีการพัฒนาหน่วยบริการ/โรงพยาบาลต้นแบบการใช้กัญชาทางการแพทย์เฉพาะด้าน เพื่อเป็นพี่เลี้ยงให้กับหน่วยบริการ/โรงพยาบาลอื่น ให้เป็นแหล่งเรียนรู้ศึกษาดูงาน และรองรับการฝึกอบรมเพิ่มพูนทักษะ
- (4). ควรมีการออกแบบระบบรายงานที่สามารถสะท้อนเป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ เป้าหมายการให้บริการที่เป็นระบบเดียวและเป็นไปได้จริงในทางปฏิบัติ ลดภาระบุคลากรที่ปฏิบัติงานในพื้นที่และสามารถใช้เป็นข้อมูลสะท้อนกลับในการพัฒนาคุณภาพบริการ
- (5). ควรมีนโยบายการพัฒนาคุณภาพกำลังคนที่เฉพาะเจาะจง ชัดเจน และวัดผลได้จริง ซึ่งต้องประกอบด้วยทั้งการพัฒนาที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรโดยตรงและการพัฒนาระบบการทำงานเพื่อเสริมสร้าง “แรงจูงใจ” ของบุคลากรที่เป็นองค์ประกอบสำคัญของ “ความพร้อม” ของโรงพยาบาลในการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์ไปสู่การปฏิบัติ
- (6). ควรมีการวางเป้าประสงค์ของนโยบายที่ชัดเจนการใช้กัญชาทางการแพทย์ที่ชัดเจน ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยความครบถ้วนของข้อมูลทั้งหมด ได้แก่ หลักฐานงานวิจัยทางคลินิก (research) ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ (knowledge) และประสบการณ์จากประเทศอื่นเป็นฐานประกอบ (experience) เพื่อผนวกเข้ากับบริบทของสังคมไทย (local context) ซึ่งจะทำให้การกำหนดนโยบายการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์เป็นไปในลักษณะการสร้างนโยบายที่มาจากฐานข้อมูล (evidence-informed policy-making) เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดขึ้นจากความเข้าใจที่ไม่ตรงกัน อีกทั้ง ยังเป็นการลดความเสี่ยงต่อความล้มเหลวเมื่อนำนโยบายไปปฏิบัติ
- (7). ควรมีการสร้างความพร้อมของทรัพยากรทางสาธารณสุข (public health resources) ซึ่งหมายถึงความรวมถึงทรัพยากรบุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่รับผิดชอบ กล่าวคือจะต้องมีหน่วยงานกลางกัญชาของกระทรวงสาธารณสุขที่มีศักยภาพอย่างแท้จริง เป็นผู้รับผิดชอบระบบการกำกับดูแลสนับสนุนโดยตรง เพื่อให้กลไกการควบคุม ตรวจสอบ ประเมินผลการนำนโยบายกัญชาไปปฏิบัติเป็นไปอย่างถูกต้องเหมาะสม และมั่นใจว่าจะบรรลุเป้าประสงค์การใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล
- (8). ควรมีระบบสนับสนุน โดยเฉพาะการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์ไปปฏิบัติอย่างเหมาะสม
- (9). ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการใช้ประโยชน์จากกัญชาทางการแพทย์ โดยการที่ประชาชนจะให้การสนับสนุนนโยบายใด แสดงว่านโยบายนั้นจะต้องสอดคล้องกับทัศนคติ ค่านิยม พื้นฐานความคิดความเข้าใจความต้องการของประชาชน และวิถีชุมชน

- (10). ควรมีการวางยุทธศาสตร์การดำเนินงานการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์สู่การปฏิบัติที่เป็น การดำเนินงานในระบบโครงสร้างทางราชการปกติ เพื่อความยั่งยืนของนโยบายแม้บริบท ทางการเมืองจะเปลี่ยนแปลงไป

5.2 ข้อเสนอแนะในเชิงปฏิบัติ

- (1). ควรมีกระบวนการปรับวิธีคิด (mindset) ของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการปฏิบัติงานคลินิกกัญชา ทางทางการแพทย์ทุกระดับ ด้วยการเปิดรับฟังความคิดเห็นจากผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่มากขึ้น
- (2). ควรมีการปรับการให้บริการให้มีความสอดคล้องกันระหว่างมาตรฐานการรักษาและความต้องการ ใช้ยา กัญชาทางการแพทย์ของผู้รับบริการ โดยควรพัฒนาแนวทางการสั่งใช้ยา กัญชา การพัฒนา คุณภาพบริการ ให้สามารถตอบสนองจำเป็นและความต้องการของผู้รับบริการอย่างมีประสิทธิภาพ
- (3). ควรมีการบูรณาการเชื่อมต่อกับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและทีมหมอครอบครัวด้านการ พัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการหลังจากการได้รับการสั่งใช้กัญชาจากหน่วยบริการ/ โรงพยาบาล
- (4). ควรมีการพัฒนาแนวทางปฏิบัติและการเสริมสร้างทักษะและความสามารถของหน่วยบริการ/ โรงพยาบาล ในการรับมือกับนโยบายกัญชาทางการแพทย์ซึ่งเป็นนโยบายใหม่

5.3 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการขยายพื้นที่การศึกษาวิจัยประเมินความพร้อม (readiness) ของหน่วยบริการ/โรงพยาบาลให้ ครบทั้ง 12 เขตสุขภาพ ทั้งก่อนและระหว่าง การเปิดให้บริการกัญชาทางการแพทย์ทั้งในประเด็นแรงจูงใจ (motivation) ความสามารถทั่วไป (general capacity) และความสามารถเฉพาะ (specific capacity) ขององค์กร เพื่อออกแบบกระบวนการพัฒนาความพร้อมของระบบบริการการใช้กัญชาทางการแพทย์ ให้สามารถให้บริการ ประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และได้ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์

6. การนำผลงานไปใช้ประโยชน์/อ้างอิง

- (1). ได้องค์ความรู้ในการทำความเข้าใจปัจจัยทั้งในระดับบุคคล ระดับองค์กร (สถานพยาบาล) และ ปัจจัยเชิงระบบของระบบการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ที่มีผลในการส่งเสริมให้สถานพยาบาลมี “ความพร้อม” และลดช่องว่าง (implementation gap) ในการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์ ไปสู่การปฏิบัติ
- (2). ได้ข้อเสนอแนะทั้งในเชิงนโยบายและการปฏิบัติในการพัฒนาคุณภาพกำลังคนเพื่อสนับสนุนการ ดำเนินนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข
- (3). บุคลากรมีแรงจูงใจและมีความสามารถเพิ่มมากขึ้นในการพัฒนาระบบและให้บริการการใช้กัญชา ทางทางการแพทย์ ซึ่งจะเป็นผลให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการนี้ได้อย่างปลอดภัยและทั่วถึงมาก ยิ่งขึ้น
- (4). ได้องค์ความรู้พื้นฐานเพื่อใช้ในการขยายผลการศึกษาวิจัยการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (implementation research) และการติดตามและประเมินผล นโยบายกัญชาทางการแพทย์ และนโยบายอื่น ๆ ที่มีลักษณะคล้ายกันต่อไป
- (5). ผลงานถูกใช้เป็นเอกสารอ้างอิง เพื่อการศึกษาค้นคว้า

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
กิตติกรรมประกาศ	ข
บทคัดย่อ ภาษาไทย	ค
บทคัดย่อ ภาษาอังกฤษ	ง
บทสรุปผู้บริหาร	จ1-จ5
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญรูปภาพ	ฌ
บทที่ 1 บทนำ	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	2
1.3 ขอบเขตการวิจัย	2
1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย	3
1.5 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย	3
1.6 ระยะเวลาและข้อจำกัดในการวิจัย	4
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
2.1 ข้อมูลทั่วไป	6
2.2 แผนการจัดระบบบริการสุขภาพ (service plan) กัญชาทางการแพทย์	26
2.3 แนวคิดกัญชาเพื่อการใช้ประโยชน์ทางการแพทย์	28
2.4 แนวคิดการเตรียมความพร้อมขององค์กร (Readiness)	28
2.5 แนวคิดการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ (Implementation science)	34
2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	37
2.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย	44
บทที่ 3 ระเบียบวิธีการวิจัย	
3.1 ขั้นตอนเตรียมการ	47
3.2 ขั้นตอนดำเนินการ	48
3.3 ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล	52

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัย	
4.1 การวิเคราะห์ภาพรวมและบริบทในเชิงระบบของนโยบาย	53
4.2 การวิเคราะห์ความพร้อมขององค์กรในการนำนโยบาย กัญชาทางการแพทย์สู่การปฏิบัติ	59
4.3 การวิเคราะห์เพิ่มเติมด้วยมุมมองและการตีความ (interpretation) ของทีมวิจัย	76
4.4 การวิเคราะห์แนวทางการพัฒนาคุณภาพกำลังคนเพื่อสนับสนุน การนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์ไปสู่การปฏิบัติใน ระบบบริการสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ	80
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	
5.1 สรุปผลการวิจัย	83
5.2 การอภิปรายผล	88
5.3 ข้อเสนอแนะ	89
บรรณานุกรม	91
ภาคผนวก	

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 แสดงจำนวนบุคลากรที่ได้รับการอบรมและปฏิบัติงานในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ รพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร	14
ตารางที่ 2 สรุปผลการบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร	14
ตารางที่ 3 แสดงจำนวนบุคลากรที่ได้รับการอบรมและปฏิบัติงานในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (รพ.พุทธชินราช)	15
ตารางที่ 4 สรุปผลการบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์โรงพยาบาลพุทธชินราช	15
ตารางที่ 5 แสดงจำนวนบุคลากรที่ได้รับการอบรมและปฏิบัติงานในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (รพ.ลำปาง)	16
ตารางที่ 6 สรุปผลการบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ รพ.ลำปาง	17
ตารางที่ 7 แสดงจำนวนบุคลากรที่ได้รับการอบรมและปฏิบัติงานในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (รพ.บุรีรัมย์)	19
ตารางที่ 8 อาการสำคัญของผู้ป่วยที่ใช้ผลิตภัณฑ์กัญชารักษาของ รพ.บุรีรัมย์	19
ตารางที่ 9 สรุปผลรวมการบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ รพ.บุรีรัมย์	20
ตารางที่ 10 แสดงจำนวนบุคลากรที่ได้รับการอบรมและปฏิบัติงานในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (รพ.สระบุรี)	21
ตารางที่ 11 ผลการดำเนินงานบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ รพ.สระบุรี	21
ตารางที่ 12 แสดงจำนวนบุคลากรที่ได้รับการอบรมและปฏิบัติงานในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (รพ.หาดใหญ่)	22
ตารางที่ 13 ผลการดำเนินงานบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ รพ.หาดใหญ่	23
ตารางที่ 14 แสดงจำนวนบุคลากรที่ได้รับการอบรมและปฏิบัติงานในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (รพ.คูเมือง)	24
ตารางที่ 15 ผลการดำเนินงานบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ รพ.คูเมือง	24
ตารางที่ 16 แสดงจำนวนบุคลากรที่ได้รับการอบรมและปฏิบัติงานในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (รพ.ท่าฉาง)	25
ตารางที่ 17 ผลการดำเนินงานบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ รพ.ท่าฉาง	26
ตารางที่ 18 ตารางแสดงพื้นที่ในการศึกษาวิจัย	48
ตารางที่ 19 ตารางแสดงกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาวิจัย	49
ตารางที่ 20 ตารางผลการวิเคราะห์ระบบการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์ไปสู่การปฏิบัติในโรงพยาบาล	57
ตารางที่ 21 ตารางผลการวิเคราะห์ระบบการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์ไปสู่การปฏิบัติในโรงพยาบาล	84
ตารางที่ 22 ผลการศึกษาองค์ประกอบของ “ความพร้อม” ของโรงพยาบาลในการนำนโยบายกัญชา ทางการแพทย์ไปสู่การปฏิบัติ	86

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดทั่วไปของการนำไปสู่การปฏิบัติ (General Implementation Framework)	36
ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดระบบปฏิสัมพันธ์สำหรับการกระจายและการนำไปสู่การปฏิบัติ (Interactive System Framework for Dissemination and Implementation หรือ ISF)	37
ภาพที่ 3 กรอบแนวคิดในการวิจัยและการพัฒนาในภาพรวม	38
ภาพที่ 4 กรอบแนวคิดในการวิจัย	44

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กัญชา เป็นพืชสมุนไพรที่มนุษย์ชาติมีการใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์มายาวนาน จึงเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมการแพทย์ดั้งเดิมในหลายพื้นที่ของโลก รวมถึงในประเทศไทยที่มีหลักฐานว่า การใช้กัญชารักษาความเจ็บป่วยมีมานานไม่น้อยกว่าสามร้อยปี (ปัตพงษ์, 2561) อย่างไรก็ตามด้วยกัญชามีส่วนประกอบที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทจึงถูกใช้ในลักษณะการเป็นสิ่งเสพติดด้วย ในราวหนึ่งศตวรรษที่ผ่านมาจึงมีความพยายามในการควบคุมพืชชนิดนี้ผนวกไปกับการควบคุมฝิ่น จุดเปลี่ยนที่สำคัญคือในการประชุมขององค์การสหประชาชาติในปี พ.ศ. 2504 (ค.ศ. 1961) ได้มีมติให้รวมกัญชาและยางกัญชา (cannabis resin) ไว้ในรายการของ “ยาเสพติดให้โทษ” ภายใต้อนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ค.ศ. 1961 โดยระบุเหตุผลว่าเป็นสิ่งที่มีโทษโดยที่คุณค่าในด้านการรักษาโรคมึจำกัดหรือไม่มีเลย (“its therapeutic value is very limited or inexistent”) แม้จะถูกคัดค้านจากหลายประเทศที่มีการใช้กัญชาในระบบการแพทย์ดั้งเดิมของตน แต่ก็ไม่สามารถต้านทานแรงผลักดันของนานาชาติในการต่อสู้กับภัยของการใช้กัญชาในฐานะยาเสพติดได้ (Aguilar et al., 2018) สำหรับประเทศไทย แม้จะมีการประกาศใช้กฎหมายควบคุมกัญชาฉบับแรก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2477 แต่กฎหมายฉบับดังกล่าว ก็ยังระบุให้สามารถ “มีไว้เพื่อประโยชน์ในทางโรคศิลปะก็ได้” (ปรุพห์, 2561) แต่ต่อมาหลังจากที่ประเทศไทยได้เข้าเป็นภาคีของอนุสัญญาขององค์การสหประชาชาติฉบับดังกล่าว จึงได้มีการยกเลิกกฎหมายกัญชาฉบับเดิม ในการประกาศใช้พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ที่บัญญัติให้กัญชาเป็นยาเสพติดให้โทษ ประเภทที่ 5 (ปรุพห์, 2561) ทำให้นับแต่ปี พ.ศ. 2522 เป็นต้นมา การใช้กัญชาในประเทศไทยเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมาย

อย่างไรก็ตามด้วยคุณค่าในทางการแพทย์ของกัญชา บทบัญญัติหรือกฎหมายก็ไม่สามารถหยุดยั้งการใช้ประโยชน์จากพืชสมุนไพรชนิดนี้ได้ และการที่กัญชากลายเป็นสิ่งผิดกฎหมาย ยิ่งทำให้ประชาชนมีความเสี่ยงที่จะได้รับอันตราย โดยเฉพาะอันตรายจากการใช้กัญชาที่ไม่มีคุณภาพหรือมีสิ่งปนเปื้อนที่เป็นพิษ (ปัตพงษ์, 2561) อีกทั้งยังเป็นการจำกัดการรวบรวมหลักฐานทางวิชาการและการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประโยชน์ของกัญชาในทางการแพทย์ ทำให้ในช่วง 20-30 ปีที่ผ่านมา หลายประเทศได้ดำเนินการปรับปรุงกฎหมายเพื่อแก้ไขข้อจำกัดเหล่านี้ (Aguilar et al., 2018) สำหรับในประเทศไทยนับแต่ปี พ.ศ. 2559 เป็นต้นมา ภาคประชาสังคมและหลาย ๆ ฝ่าย ได้มีการจัดกิจกรรมทางวิชาการและการเคลื่อนไหวทางสังคม เพื่อเรียกร้องให้มีการแก้ไขกฎหมายเพื่อให้สามารถนำกัญชามาใช้ประโยชน์ ทั้งเพื่อประโยชน์ในทางการแพทย์ การวิจัยและพัฒนาเพื่อ “ความมั่นคงด้านยาของประเทศ” และเพื่อประโยชน์ในทางเศรษฐกิจ (นิยดา, 2561; ระพีพงษ์และโชษิตา, 2561) ซึ่งต่อมาได้กลายเป็นประเด็นที่สังคมให้ความสนใจและหลายฝ่ายร่วมผลักดัน จนกระทั่งมีการประกาศใช้กฎหมายยาเสพติดให้โทษฉบับใหม่ ในวันที่ 18 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562

หลังจากการเลือกตั้งทั่วไปในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2562 รัฐบาลที่มาจากการเลือกตั้งได้แถลงนโยบายต่อรัฐสภาในเดือนกรกฎาคมปีเดียวกันนั้น โดยได้บรรจุเรื่องของกัญชาเป็นส่วนหนึ่งในเรื่องเร่งด่วนของรัฐบาล (คณะรัฐมนตรี, 2562) และในเดือนต่อมา นายอนุทิน ชาญวีรกูล รองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้แถลงนโยบายเกี่ยวกับกัญชาเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงการใช้กัญชาและสมุนไพรทางการแพทย์ ได้อย่างปลอดภัย เพื่อสร้างโอกาสทางการรักษา เศรษฐกิจ และการสร้างรายได้ของประชาชน

กระทรวงสาธารณสุขจึงเร่งดำเนินการเพื่อให้ประชาชนทั่วประเทศสามารถเข้าถึงบริการกัญชาทางการแพทย์ได้อย่างทั่วถึง โดยในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2562 ได้มีการเปิดให้บริการคลินิกกัญชาในโรงพยาบาล

นำร่องใน 12 เขตสุขภาพ โดยเปิดบริการการใช้กัญชาในทางการแพทย์แผนปัจจุบัน 12 แห่ง และการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 7 แห่ง รวม 19 แห่ง และต่อมาได้มีการขยายพื้นที่การบริการเพิ่มขึ้นตามลำดับ เมื่อสิ้นสุดปี พ.ศ. 2562 ได้มีการสั่งการให้เปิดให้บริการกัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลในสังกัดครอบคลุมทุกจังหวัดทั่วประเทศ อย่างไรก็ตามจำนวนของประชาชนที่เข้าถึงบริการการใช้กัญชาทางการแพทย์ในคลินิกกัญชายังมีจำนวนเพิ่มขึ้นไม่มากเท่าที่ควร ยากัญชาจำนวนมากไม่ได้ถูกส่งจ่าย

ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องทำความเข้าใจสภาพปัญหาและค้นหาแนวทางในการพัฒนาเพื่อผลักดันให้การดำเนินการตามนโยบายนี้บรรลุผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมาย สำนักวิชาการสาธารณสุข จึงได้ดำเนินโครงการวิจัยเพื่อศึกษาการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติโดยใช้แนวทางที่ผสมผสานหลายแนวคิดทฤษฎี (ศิรินาทและคณะ, 2561) โดยมีแนวคิดทฤษฎีหลักจากศาสตร์การทำให้เกิดผลสัมฤทธิ์ (implementation science) ที่ได้เสนอกรอบแนวคิดเชิงระบบของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติและเสนอว่า “ความพร้อม” (readiness) ขององค์กร (ซึ่งในโครงการวิจัยนี้คือโรงพยาบาลแต่ละแห่ง) เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อความสำเร็จในการนำนวัตกรรมหรือนโยบายใหม่ไปสู่การปฏิบัติให้บรรลุผลลัพธ์ (Scaccia et al., 2015)

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อทำความเข้าใจบริบทและปัจจัยที่มีผลต่อ “ความพร้อม” (readiness) ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุขไปสู่การปฏิบัติในการให้บริการการใช้กัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาล
2. เพื่อค้นหาแนวทางการพัฒนาคุณภาพกำลังคน เพื่อสนับสนุนให้การดำเนินนโยบายกัญชาทางการแพทย์บรรลุผลลัพธ์ที่พึงประสงค์

1.3 ขอบเขตการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ครอบคลุมกลุ่มประชากรที่ศึกษาคือโรงพยาบาลนำร่องที่เปิดให้บริการคลินิกกัญชา ตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2562 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักเกณฑ์การมีจำนวนการจ่ายยากัญชาสูงสุดรวมตั้งแต่เริ่มดำเนินการจนถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 โดยแบ่งการคัดเลือกเป็นกลุ่มย่อย 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 โรงพยาบาลที่เริ่มต้นด้วยการเปิดให้บริการคลินิกกัญชาแบบการแพทย์แผนปัจจุบัน และกลุ่มที่ 2 โรงพยาบาลที่เริ่มต้นด้วยการเปิดให้บริการคลินิกกัญชาแบบการแพทย์แผนไทย ในกระบวนการวิจัย มีการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) โดยการสัมภาษณ์บุคลากรของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง และการอภิปรายกลุ่ม (focus group discussion) ที่ทุกโรงพยาบาลเข้าร่วมพร้อมกัน แบ่งผู้เข้าร่วมการวิจัยออกเป็น 2 กลุ่ม โดยใช้แนวคำถาม (interview guide) ที่แตกต่างกัน คือ กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้บริหาร ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและแพทย์หัวหน้าแผนก ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ และ กลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้ปฏิบัติงาน ได้แก่ แพทย์ แพทย์แผนไทย เภสัชกรและพยาบาลวิชาชีพ

โครงการวิจัยนี้ต้องการทำความเข้าใจบริบทและปัจจัยที่มีผลต่อ “ความพร้อม” (readiness) ขององค์กร โดยการวิเคราะห์องค์ประกอบ 3 ประการ คือ แรงจูงใจ (motivation) ความสามารถทั่วไป (general capacity) และความสามารถเฉพาะ (innovation-specific capacity) ขององค์กรในการปรับใช้นวัตกรรมหรือการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งในทางทฤษฎีแล้วแต่ละองค์ประกอบมีรายละเอียดประเด็นที่เกี่ยวข้องจำนวนมาก (Scaccia et al., 2015) แต่ด้วยข้อจำกัดจากสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) คณะนักวิจัยจึงไม่ได้เก็บข้อมูลภาคสนามวิเคราะห์ในแต่ละประเด็นโดยละเอียด แต่เลือกเน้นในสิ่งที่มีความเด่นชัดจากข้อมูลที่ได้ จากกระบวนการวิจัย

1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. ต้องค้ความรู้ในการทำความเข้าใจปัจจัยทั้งในระดับบุคคล ระดับองค์กร (โรงพยาบาล) และปัจจัยเชิงระบบของระบบการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ที่มีผลในการส่งเสริมให้สถานพยาบาลมี “ความพร้อม” และลดช่องว่าง (implementation gap) ในการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์ไปสู่การปฏิบัติ
2. ได้ข้อเสนอแนะทั้งในเชิงนโยบายและการปฏิบัติในการพัฒนาคุณภาพกำลังคนเพื่อสนับสนุนการดำเนินนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข
3. ต้องค้ความรู้พื้นฐานเพื่อใช้ในการขยายผลการศึกษาวิจัยการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (implementation research) และการติดตามและประเมินผล นโยบายกัญชาทางการแพทย์และนโยบายอื่น ๆ ที่มีลักษณะคล้ายกันต่อไป
4. บุคลากรที่เข้าร่วมการวิจัยมีขวัญกำลังใจ มีความเข้าใจและแรงจูงใจที่จะมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการ (service plan) การใช้กัญชาทางการแพทย์ ซึ่งจะเป็นผลให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการนี้ได้อย่างปลอดภัยและทั่วถึงมากยิ่งขึ้น

1.5 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

1.5.1 นโยบายกัญชาทางการแพทย์ (medical cannabis policy)

ในโครงการวิจัยนี้ มีความหมายที่กว้างเพื่อให้ครอบคลุมการตีความและการปฏิสัมพันธ์ของบุคลากรและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่าย โดยหมายถึง “นโยบายด้านสุขภาพ” (health policy) ของประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ประโยชน์จากกัญชาในทางการแพทย์ โดยพจนานุกรมการสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2561 ฉบับ 100 ปี การสาธารณสุขไทย (สำนักวิชาการสาธารณสุข, 2562) ได้ให้ความหมาย “นโยบายด้านสุขภาพ” ไว้ว่า “คำประกาศเป็นทางการเกี่ยวกับการดำเนินการภายในสถาบันต่าง ๆ (โดยเฉพาะรัฐบาล) ซึ่งได้กำหนดลำดับความสำคัญและลักษณะกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพ ทรพยากรที่มีอยู่ และแรงผลักดันอื่น ๆ ทางการเมือง” โดยคำว่า “สุขภาพ” มีความหมายว่า “ภาวะของมนุษย์ที่ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญาและทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล” ดังนั้นประโยชน์ในทางสุขภาพของนโยบายนี้ จึงครอบคลุมตาม คำประกาศนโยบายที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข แถลงไว้เมื่อวันที่ 7 สิงหาคม 2563 ทั้ง “ร่างกายแข็งแรง” และประโยชน์ในทางเศรษฐกิจในการ “เพิ่มรายได้” และ “ทำให้เศรษฐกิจของประเทศแข็งแรง” นโยบายกัญชา ทางทางการแพทย์จึงเกี่ยวข้องกับทั้งห่วงโซ่อุปทาน (supply chain) ของกัญชาทางการแพทย์

1.5.2 การนำนโยบายสู่การปฏิบัติ (policy implementation)

ถึงแม้ว่า “นโยบายกัญชาทางการแพทย์” จะมีความหมายกว้าง และเกี่ยวข้องกับทั้งห่วงโซ่อุปทาน (supply chain) ของยา กัญชา แต่เพื่อให้การศึกษานำนโยบายไปสู่การปฏิบัติมีความเฉพาะเจาะจงเพียงพอ ในโครงการวิจัยนี้ จึงกำหนดขอบเขตของการศึกษาไว้ที่การนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์ไปสู่การปฏิบัติโดยกระทรวงสาธารณสุข ในการให้บริการการใช้กัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

โดยมีผลลัพธ์ (outcome) ที่เป็นตัวชี้วัดการบรรลุผลของนโยบายที่สำคัญคือ การที่ประชาชนเข้าถึงบริการของคลินิกกัญชาในโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีทั้งบริการการให้กรวินิจฉัยรักษา ให้คำแนะนำ และติดตามผลการรักษาและความปลอดภัยในการใช้ “ยา กัญชา” ดัชนีชี้วัดผลลัพธ์ของนโยบายจึง ได้แก่ (1) จำนวนการเข้ารับบริการที่คลินิกกัญชา (2) จำนวนการได้รับยา กัญชาและ (3) จำนวนการรายงานผลข้างเคียงจากการใช้ยา กัญชา

1.5.3 กำลังคน (human resource)

ในโครงการนี้ หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์ไปสู่การปฏิบัติโดยการให้บริการ “การใช้กัญชาทางการแพทย์” ในคลินิกกัญชา (cannabis clinic) ทั้งในส่วนของการให้บริการ (delivery system) โดยตรงและระบบสนับสนุน (supporting system) ในระดับโรงพยาบาล

1.5.4 ยา กัญชา (cannabis-based medicines)

ในโครงการวิจัยนี้ ครอบคลุม “ยา” ที่เป็นส่วนหนึ่งของการให้บริการของคลินิกกัญชาในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วยยาที่ระบุไว้ในแนวทางปฏิบัติที่กำหนดโดยกรมการแพทย์และกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ซึ่งในเว็บไซต์ “กัญชาทางการแพทย์” (www.medcannabis.go.th) ของกระทรวงสาธารณสุข ได้ระบุไว้ในหัวข้อ “ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์” ว่ามี 3 ประเภท ได้แก่ ยาสารสกัดกัญชา ตำรับยา กัญชาแผนไทย และน้ำมันกัญชาตำรับหมอฟันบ้าน

1.5.5 คลินิกกัญชา (cannabis clinic)

ในโครงการนี้หมายถึง หน่วยบริการที่เปิดให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยยา กัญชาในโรงพยาบาล จัดตั้งและดำเนินการตามแนวทางที่กำหนดไว้ใน คู่มือการแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) สาขาการใช้กัญชาทางการแพทย์

1.5.6 ความพร้อม (readiness) ในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ

ในโครงการนี้หมายถึง ความพร้อมของแต่ละโรงพยาบาล ในการดำเนินการตามนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่ง “ความพร้อม” (readiness) นี้มีองค์ประกอบในทางทฤษฎี 3 ประการ ได้แก่ แรงจูงใจ (motivation) ความสามารถทั่วไป (general capacity) และความสามารถเฉพาะด้าน (specific capacity) (Scaccia et al., 2015)

1.5.7 ระบบการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (policy implementation system)

หมายถึง ระบบความสัมพันธ์ขององค์ประกอบและบริบทที่มีผลต่อการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ (outcome) ของนโยบาย ซึ่งมีองค์ประกอบพื้นฐานคือระบบการให้บริการ (delivery system) และระบบสนับสนุน (supporting system) ซึ่งในโครงการนี้ จะทำการวิเคราะห์โดยอาศัยกรอบแนวคิดเชิงระบบของการกระจายและการนำไปสู่การปฏิบัติ (Interactive System Framework for Dissemination and Implementation หรือ ISF) (Scaccia et al., 2015)

1.6 ระยะเวลาและข้อจำกัดในการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ใช้ระยะเวลาดำเนินการทั้งสิ้น 5 เดือน ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2563 ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2563 ทั้งนี้แม้จะมีระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยระยะสั้นและจำกัด แต่คณะนักวิจัยได้พยายามอย่างเต็มที่ในการดำเนินการวิจัยด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพในทางมานุษยวิทยา ที่ใช้กระบวนการตีความด้วยมุมมองของ “คนใน” (Geertz, 1973) โดยอาศัยประสบการณ์และความรู้ของคณะนักวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากคณะนักวิจัยเป็นบุคลากรวิชาชีพของกระทรวงสาธารณสุข ที่มีประสบการณ์การทำงานทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค จึงมีความคุ้นเคยกับวัฒนธรรม ระบบการทำงานและกระบวนการนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข นอกจากนี้ วิชาการวิจัยนี้ยังช่วยให้สามารถสร้างความคุ้นเคย (rapport) กับผู้เข้าร่วมการวิจัยได้อย่างรวดเร็ว จึงสามารถได้ข้อมูลที่มีคุณภาพเพียงพอ และสามารถวิเคราะห์และตีความได้อย่างรอบด้านมากขึ้น ทั้งในการวิเคราะห์ภาพรวม ในเชิงระบบและการทำความเข้าใจ (empathizing) ในประเด็นละเอียดอ่อนที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยอาจยากจะอธิบายได้ โดยเฉพาะสิ่งที่ศึกษาเป็นนโยบายที่ผู้บริหารให้ความสำคัญและเร่งรัด

อย่างไรก็ตามงานวิจัยชิ้นนี้เกิดขึ้นในช่วงเวลาของการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ทำให้ทีมวิจัยไม่สามารถเดินทางไปเก็บข้อมูลวิจัยเชิงคุณภาพในพื้นที่วิจัยในจังหวัดต่าง ๆ ได้ แต่ได้ปรับเปลี่ยนวิธีการเก็บข้อมูลเป็นดำเนินการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ และดำเนินการอภิปรายกลุ่มโดยใช้ระบบการประชุมทางไกล video conference ของศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทำให้ไม่สามารถใช้การสังเกตการณ์อย่างมีส่วนร่วม (participant observation) ได้แต่คณะนักวิจัยได้ใช้สถานการณ์ให้เป็นโอกาสในการเก็บข้อมูลที่ดีขึ้น กล่าวคือการสัมภาษณ์ดำเนินการได้ในเวลาที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีความสะดวกและอยู่ในสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว และการอภิปรายกลุ่มด้วยระบบการประชุมทางไกล ทำให้ลดระยะเวลาการเดินทาง จึงเพิ่มโอกาสให้ผู้บริหารและบุคลากรที่ติดภารกิจอื่นในวันเดียวกันสามารถเข้าร่วมได้เพิ่มขึ้น กระบวนการอภิปรายกลุ่มจึงเกิดขึ้นได้อย่างมีพลวัตด้วยการสนทนาที่ทำให้เกิดความเข้าใจประเด็นต่าง ๆ ที่ลึกซึ้งและกว้างขวางมากยิ่งขึ้น

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive study) ใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) แบบชาติพันธุ์วรรณา (ethnography) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ทำความเข้าใจบริบทและปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อม (readiness) ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุขไปสู่การปฏิบัติในการให้บริการการใช้กัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาล 2) ค้นหาแนวทางการพัฒนาคุณภาพกำลังคน เพื่อสนับสนุนให้การดำเนินนโยบายกัญชาทางการแพทย์บรรลุผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ ทีมผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ เพื่อประมวลแนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างกรอบแนวคิดและใช้เป็นแนวทางในการวิจัยดังต่อไปนี้

2.1 ข้อมูลทั่วไป

- 2.1.1 นโยบายรัฐบาลเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ บุคลากรทิศทางการใช้ประโยชน์ ปลอดภัยกัญชา
- 2.1.2 การถ่ายทอดนโยบายกัญชาทางการแพทย์
- 2.1.3 การนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์ไปสู่การปฏิบัติ
- 2.1.4 การนำนโยบายคลินิกกัญชาทางการแพทย์สู่การปฏิบัติใน 8 โรงพยาบาล

2.2 แผนการจัดระบบบริการสุขภาพ (service plan) กัญชาทางการแพทย์

2.3 แนวคิดกัญชาเพื่อการใช้ประโยชน์ทางการแพทย์

2.4 แนวคิดการเตรียมความพร้อมขององค์กร (Readiness)

- 2.4.1 ความหมายความพร้อมขององค์กร
- 2.4.2 แนวคิดความพร้อมขององค์กร
- 2.4.3 การประเมินความพร้อมขององค์กร

2.5 แนวคิดการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ (implementation science)

2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

- 2.6.1 งานวิจัยเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์
- 2.6.2 งานวิจัยเกี่ยวกับนโยบายกัญชาทางการแพทย์ในประเทศไทยและต่างประเทศ
- 2.6.3 งานวิจัยการเตรียมความพร้อมขององค์กรสู่การปฏิบัติ

2.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.1 ข้อมูลทั่วไป

กัญชา เป็นพืชสมุนไพรที่มนุษยชาติมีการใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์มายาวนาน จึงเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมการแพทย์ดั้งเดิมในหลายพื้นที่ของโลก รวมถึงในประเทศไทยที่มีหลักฐานว่า การใช้กัญชารักษาความเจ็บป่วยมีมานานไม่น้อยกว่าสามร้อยปี (ปัตพงษ์, 2561) อย่างไรก็ตามด้วยกัญชามีส่วนประกอบที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทจึงถูกใช้ในลักษณะการเป็นสิ่งเสพติดด้วย ในราวหนึ่งศตวรรษที่ผ่านมาจึงมีความพยายามในการควบคุมพืชชนิดนี้ผนวกไปกับการควบคุมฝิ่น จุดเปลี่ยนที่สำคัญคือในการประชุมขององค์การสหประชาชาติในปี พ.ศ. 2504 (ค.ศ. 1961) ได้มีมติให้รวมกัญชาและยางกัญชา (cannabis resin) ไว้ในรายการของ “ยาเสพติดให้โทษ” ภายใต้อนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ค.ศ. 1961 โดยระบุเหตุผลว่าเป็นสิ่งที่มีโทษโดยที่คุณค่าในด้านการรักษาโรค มีจำกัดหรือไม่มีเลย (“its therapeutic value is very

limited or inexistent”) แม้จะถูกคัดค้านจากหลายประเทศที่มีการใช้กัญชาในระบบการแพทย์ดั้งเดิมของตน แต่ก็ไม่สามารถต้านทานแรงผลักดันของนานาชาติ ในการต่อสู้กับภัยของการใช้กัญชาในฐานะยาเสพติดได้ (Aguilar et al., 2018)

สำหรับประเทศไทย แม้จะมีการประกาศใช้กฎหมายควบคุมกัญชาฉบับแรก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2477 แต่กฎหมายฉบับดังกล่าว ก็ยังระบุให้สามารถ “มีไว้เพื่อประโยชน์ในทางโรคศิลปะก็ได้” (ปรุพท์, 2561) แต่ต่อมาหลังจากที่ประเทศไทยได้เข้าเป็นภาคีของอนุสัญญาขององค์การสหประชาชาติฉบับดังกล่าว จึงได้มีการยกเลิกกฎหมายกัญชาฉบับเดิม ในการประกาศใช้พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 ที่บัญญัติให้กัญชาเป็นยาเสพติดให้โทษ ประเภทที่ 5 (ปรุพท์, 2561) ทำให้นับแต่ปี พ.ศ.2522 เป็นต้นมา การใช้กัญชาในประเทศไทยเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมาย อย่างไรก็ตามด้วยคุณค่าในทางการแพทย์ของกัญชา บทบัญญัติหรือกฎหมายก็ไม่สามารถหยุดยั้งการใช้ประโยชน์จากพืชสมุนไพรชนิดนี้ได้ และการที่กัญชากลายเป็นสิ่งผิดกฎหมาย ยิ่งทำให้ประชาชนมีความเสี่ยงที่จะได้รับอันตราย โดยเฉพาะอันตรายจากการใช้กัญชาที่ไม่มีคุณภาพ หรือมีสิ่งปนเปื้อนที่เป็นพิษ (ปัตพงษ์, 2561) อีกทั้งยังเป็นการจำกัดการรวบรวมหลักฐานทางวิชาการ และการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประโยชน์ของกัญชาในทางการแพทย์ ทำให้ในช่วง 20-30 ปีที่ผ่านมา หลายประเทศได้ดำเนินการปรับปรุงกฎหมายเพื่อแก้ไขข้อจำกัดเหล่านี้ (Aguilar et al., 2018)

2.1.1 นโยบายรัฐบาลเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ บูรณาการทิศทางการใช้ประโยชน์ ปลอดภัย กัญชา

นโยบายการเปิดเสรีการใช้กัญชาในประเทศไทยเกิดขึ้นจากการเห็นคุณค่าและศักยภาพของกัญชาในฐานะพืชสมุนไพรและวัตถุดิบในการผลิตยาที่มีคุณค่าทั้งในด้านสุขภาพและด้านเศรษฐกิจ การพัฒนานโยบายนี้ของหน่วยงานภาครัฐ เริ่มชัดเจนขึ้นเมื่อมีการจัดประชุมวิชาการ เรื่อง “การวิจัยและพัฒนาสารสกัดกัญชาและกัญชงทางการแพทย์เพื่อการพัฒนาประเทศ” ที่จัดโดยองค์การเภสัชกรรมและองค์การภาคีเป็นการประชุมที่ทำให้เกิดการทบทวนและรวบรวมข้อมูลทางวิชาการอย่างรอบด้านครั้งแรก ทั้งข้อมูลทางพฤกษศาสตร์ของกัญชาและยา กัญชา การทบทวนผลการศึกษาวิจัยการใช้กัญชาในทางการแพทย์ ในต่างประเทศ การสำรวจการใช้กัญชาในทางการแพทย์ในประเทศไทย การรายงานการวิจัยทางเภสัชศาสตร์ ว่าด้วยสารออกฤทธิ์ประเภท bioactive compounds การคิดค้นและการพัฒนายากัญชา การวิจัยทางคลินิกถึงประสิทธิผลของยา ซึ่งรวมถึงงานวิจัยของสถาบันการศึกษาต่าง ๆ อาทิ มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยรังสิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น และมหาวิทยาลัยนเรศวร มีการนำเสนอและอภิปรายเกี่ยวกับแนวทางขององค์การอนามัยโลกว่าด้วยการใช้สมุนไพรสายพันธุ์กัญชาในทางการแพทย์ อีกทั้งยังมีนำเสนอและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์จากสารสกัดกัญชาและการนำเสนอและสนทนาเกี่ยวกับภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านในการใช้ประโยชน์จากสมุนไพรกัญชา (องค์การเภสัชกรรม, 2561)

ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าการพัฒนาเพื่อใช้ประโยชน์กัญชาทางการแพทย์ในประเทศไทย เริ่มต้นจากการทบทวนความรู้รอบด้าน รวมถึงการทบทวนการศึกษาวินิจฉัยที่ทำให้พบว่าข้อจำกัดสำคัญของการใช้ประโยชน์จากกัญชา หลังจากการประชุมดังกล่าว สถาบันการศึกษาได้ออกมาเรียกร้องให้มีการ “ปลดล็อก” กัญชาในทางกฎหมาย อาทิ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต มีการแถลงข่าว เมื่อวันที่ 23 เม.ย. 2561 เรื่อง ความคืบหน้าการวิจัยและพัฒนาผลิตภัณฑ์ตัวอย่างซึ่งสกัดจากกัญชา แสดงถึงสารสกัดกัญชาเพื่อบำบัดโรคมะเร็งที่วิจัยและพัฒนาขึ้นมาเป็นแบบสเปรย์พ่นปาก ซึ่งได้ผ่านการทดลองใช้ในสัตว์แล้ว เหลือเพียงการทดลองในคน ที่ยังไม่ได้รับอนุญาตจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ปัจจัยสำคัญคือข้อจำกัดของกฎหมายที่กัญชาเป็นสิ่งเสพติด คณะผู้วิจัยจึงเรียกร้องให้รัฐบาลช่วย “ปลดล็อก” ให้ทำการวิจัยขั้นต่อไปได้ โดยให้เหตุผลว่าเพื่อให้ตำรับยาไทยโบราณที่เป็นภูมิปัญญาตั้งแต่สมัยอยุธยา ได้ใช้ประโยชน์และได้รับ

การต่อยอด โดย รศ.ดร.ภญ.นริศ คำแก่น หัวหน้าทีมวิจัย กล่าวว่า ผลิตภัณฑ์นี้มุ่งเน้นไปที่การบำบัดอาการปวด จากโรคมะเร็ง ซึ่งมีอุบัติการณ์การเกิดโรคในประเทศไทยค่อนข้างมาก เพื่อลดอาการข้างเคียงเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด นับว่าเป็นการช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยอีกทางหนึ่ง จึงเป็นความรู้อยืนยันผลการใช้ประโยชน์จากกัญชา (วิทยาลัยเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต, 2561)

คณะรัฐมนตรีนำโดย ศ.คลินิกเกียรติคุณ นายแพทย์ปิยะสกล สกลสัตยาทร ซึ่งดำรงตำแหน่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้น มองเห็นทิศทางการใช้ประโยชน์พร้อมกับรับรู้ศักยภาพของกัญชาและกัญชงทั้งทางการแพทย์และในฐานะพืชเศรษฐกิจ ทั้งกัญชาและกัญชงเป็นพืชที่มีในท้องถิ่น สามารถสร้างรายได้ในประเทศด้วยในอนาคต จึงมีมติให้มีการส่งเสริมและสนับสนุนการใช้ประโยชน์จากกัญชาทางการแพทย์ รวมถึงการศึกษาวิจัยเพื่อให้ประชาชนสามารถใช้ประโยชน์จากกัญชาในทางการแพทย์ได้มากขึ้น ส่งเสริมให้ภาคอุตสาหกรรมสามารถพัฒนาผลิตภัณฑ์จากกัญชา และภาคเกษตรกรรมสามารถปลูกกัญชาให้เป็นพืชเศรษฐกิจเพื่อการส่งออก โดยมีเป้าหมายในการลดค่าใช้จ่ายในการรักษา ประหยัดงบประมาณในการนำเข้จากต่างประเทศ และขับเคลื่อนเศรษฐกิจให้มีการเติบโตแบบยั่งยืน จึงได้มีการดำเนินการเพื่อแก้ไขข้อจำกัดทางกฎหมาย ที่นำไปสู่การประกาศใช้กฎหมายยาเสพติดให้โทษฉบับใหม่ คือ พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 เปิดช่องให้นำยาเสพติดประเภท 5 “กัญชา-กระท่อม” ไปใช้ทางการแพทย์ ครอบคลุมถึงยาแผนโบราณและยาสมุนไพร แต่ระยะ 5 ปีแรกทำได้เฉพาะหน่วยงานรัฐหรือร่วมกับหน่วยงานอื่นเท่านั้น (ราชกิจจานุเบกษา, 2562) ซึ่งมีผลบังคับใช้วันที่ 18 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 เป็นการเริ่มต้นอย่างเป็นทางการของ “นโยบายการเปิดเสรีการใช้กัญชา” โดยเน้นทางการแพทย์ ถือเป็น “ปลดล็อก” และบูรณาการทิศทางการใช้ประโยชน์ ขึ้นในประเทศไทยครั้งแรก (ปิยะสกล, 2561)

ต่อมารัฐบาลโดยการนำของนายกรัฐมนตรี (พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา) แลลงนโยบายของคณะรัฐมนตรีต่อรัฐสภา เมื่อวันที่ 25 กรกฎาคม 2562 ที่สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี ถึง “นโยบายเร่งด่วนข้อ 4 การให้ความช่วยเหลือเกษตรกร พัฒนานวัตกรรม เร่งศึกษาวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีการใช้กัญชากัญชง และพืชสมุนไพรทางการแพทย์ อุตสาหกรรมทางการแพทย์ และผลิตภัณฑ์อื่น ๆ เพื่อสร้างโอกาสทางเศรษฐกิจและการสร้างรายได้ของประชาชน โดยกำหนดกลไกการดำเนินงานที่รัดกุม เพื่อมิให้เกิดผลกระทบทางสังคมตามที่กฎหมายบัญญัติไว้อย่างเคร่งครัด” ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขในฐานะเป็นผู้รับผิดชอบหลักด้านสาธารณสุขของรัฐบาล จึงได้นำนโยบายดังกล่าวสู่การปฏิบัติเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชน

ต่อมารัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (นายอนุทิน ชาญวีรกูล) ได้ประกาศนโยบาย “ลดรายจ่ายเพิ่มรายได้ ร่างกายแข็งแรง ทำให้เศรษฐกิจของประเทศแข็งแรง” ซึ่งมีเรื่อง “ผลักดันการพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยมีแนวทาง (1) ให้ประชาชนเข้าถึงการใช้กัญชาและสมุนไพรทางการแพทย์ได้อย่างปลอดภัย (2) ส่งเสริมนวัตกรรมและศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์และสาธารณสุข” เพื่อให้เกิดผลการนำไปปฏิบัติ เมื่อวันที่ 7 สิงหาคม 2562 (กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

2.1.2 การถ่ายทอดนโยบายกัญชาทางการแพทย์

กระทรวงสาธารณสุขได้จัดประชุมผู้บริหารทุกระดับเพื่อถ่ายทอดนโยบายการใช้กัญชาทางการแพทย์ เพื่อทำความเข้าใจถึงรายละเอียดในนโยบาย เมื่อวันที่ 8 สิงหาคม 2562 มีการระดมสมองในประเด็นต่าง ๆ คือ (1) การจัดตั้งแผนบริการสุขภาพเครือข่าย (service plan) สาขาการใช้กัญชาทางการแพทย์ (2) โรงพยาบาลนำร่อง การให้บริการกัญชาทางการแพทย์ (แพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์แผนไทย) (3) การจัดตั้งคลินิกกัญชา (cannabis clinic) ในสถานบริการ (4) การค้นหาคนไข้ที่จำเป็นต้องใช้กัญชาทางการแพทย์ (demand) (5) การติดตาม กำกับ ประเมินผล (monitoring) (ประพนธ์, 2562)

ในขณะเดียวกันกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์จัดประชุมเชิงปฏิบัติการขับเคลื่อนนโยบายกัญชาทางการแพทย์เร่งด่วนของรัฐบาลในด้านการบูรณาการทิศทางการใช้ประโยชน์ เมื่อวันที่ 14 สิงหาคม 2562 ในประเด็นข้อ 4 การให้ความช่วยเหลือเกษตรกรและพัฒนานวัตกรรม ในการเร่งการศึกษาวิจัยและพัฒนา เทคโนโลยีการใช้กัญชา กัญชง และพืชสมุนไพรทางการแพทย์ และผลิตภัณฑ์อื่น ๆ เพื่อสร้างโอกาสทางเศรษฐกิจและการสร้างรายได้ของประชาชน โดยกำหนดกลไกการดำเนินงานที่รัดกุม เพื่อมิให้เกิดผลกระทบทางสังคมตามที่กฎหมายบัญญัติไว้อย่างเคร่งครัด และกล่าวถึงนโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ประเด็นการให้ประชาชนเข้าถึงการใช้กัญชาและสมุนไพรทางการแพทย์ได้อย่างปลอดภัย เร่งศึกษาวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีการใช้กัญชา กัญชง และพืชสมุนไพรทางการแพทย์ อุตสาหกรรมการทางการแพทย์ เพื่อสร้างโอกาสทางการรักษา ทางเศรษฐกิจและการสร้างรายได้ของประชาชน โดยกำหนดกลไกการดำเนินงานที่รัดกุมเพื่อเพื่อมิให้เกิดผลกระทบทางสังคมตามที่กฎหมายบัญญัติไว้ (โอกาส, 2562)

2.1.3 การนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์ไปสู่การปฏิบัติ

กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการให้กัญชาเป็นยาที่ประชาชนสามารถเข้าถึงในส่วนที่เกิดประโยชน์ในทางการแพทย์ได้ เป็นยาหลักอยู่ในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติที่ผู้ป่วยจะเข้าถึงได้ เมื่อมีความจำเป็น และได้กำหนดให้มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ (medical cannabis service plan) เพื่อเพิ่มโอกาสในการรักษาโรคให้กับประชาชนที่เจ็บป่วยมานานจากกลุ่มโรคเรื้อรังเรื้อรัง และไม่ตอบสนองต่อการรักษาทั้งแพทย์แผนปัจจุบันหรือแพทย์แผนไทย กระทรวงสาธารณสุขได้มีการเตรียมความพร้อมการให้บริการ โดยมอบหมายให้กรมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัยและแพทย์พื้นบ้านหรือแพทย์แผนไทยได้ร่วมกันพัฒนาทำการวิจัยด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัยและองค์ความรู้แพทย์แผนไทยร่วมกันอย่างต่อเนื่องให้ได้ผลิตภัณฑ์และแนวทางการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ เพื่อเป็นการเสริมการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบันหรือแพทย์แผนไทยที่มีอยู่ ซึ่งจะสามารถลดความแออัดการรอคอยการรับบริการในโรงพยาบาลและสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตแก่ผู้ป่วยได้ จากนโยบายเร่งด่วนของรองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (กระทรวงสาธารณสุข, 2562 ข) เพื่อให้มีบริการการรักษาด้วยสารสกัดจากกัญชาทางการแพทย์แก่ประชาชนได้อย่างปลอดภัย รวดเร็วและครอบคลุม กระทรวงสาธารณสุขจึงให้มีการเปิดบริการ คลินิกกัญชาทางการแพทย์ (medical cannabis clinic) ผสมผสานแพทย์ปัจจุบันและแพทย์แผนไทย ในสถานพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้เป็นมาตรการเร่งด่วนโดยโรงพยาบาลนำร่องสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 19 แห่ง และภายในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 วางเป้าหมายเพิ่มเป็น 26 แห่งทั่วประเทศ ซึ่งแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่ให้บริการการแพทย์แผนปัจจุบัน 13 แห่ง และการแพทย์ทางเลือกและแพทย์แผนไทยอีก 13 แห่ง

และเพื่อให้สามารถนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์สู่การปฏิบัติตามกระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำโครงการต่าง ๆ ภายใต้แผนปฏิบัติราชการกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามนโยบาย โดยมีโครงการดังนี้ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2563 ก)

1. โครงการกัญชาทางการแพทย์: ตัวชีวิต (1) จำนวนคลินิกการให้บริการกัญชาของกรมการแพทย์นำร่องเขตสุขภาพละ 1 แห่ง (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข) (2) กลุ่มเป้าหมายมีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ 60 โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
2. โครงการวิจัยพัฒนาผลิตสารสกัดต้นแบบกัญชาทางการแพทย์: ตัวชีวิต (1) ได้สารสกัดที่มีสัดส่วนของสารสำคัญที่เหมาะสม (2) ได้เทคโนโลยีการสกัดที่มีประสิทธิภาพ โดยองค์การเภสัชกรรม

3. โครงการศึกษาประสิทธิผล และความปลอดภัยตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชา-กระท่อมเป็นส่วนประกอบ : ตัวชี้วัด ได้ข้อมูลประสิทธิผลและความปลอดภัย ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาและกระท่อมเป็นส่วนประกอบ 4 รายการ โดยกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

4. โครงการส่งเสริมและพัฒนากาใช้ประโยชน์จากกัญชา-กระท่อมทางการแพทย์แผนไทย : ตัวชี้วัด (1) มีรายการตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาและยาปรุงเฉพาะรายประกาศเป็นยาเสพติดให้โทษให้เสพได้เพิ่มเติมไม่น้อยกว่า 20 ตำรับ (2) มีผลการติดตามการใช้และประเมินผล การใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ 16 ตำรับ (3) ผลิตยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ใช้ในสถานบริการของรัฐ จำนวน 16 ตำรับ โดยกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

5. โครงการผลิตน้ำมันกัญชาและตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ : ตัวชี้วัด (1) ได้ผลิตภัณฑ์ต้นแบบน้ำมันกัญชาจากตำรับยาหม้อพื้นบ้าน (2) ได้ผลิตภัณฑ์น้ำมันกัญชาจากตำรับยาหม้อพื้นบ้าน (3) ดำเนินการส่งมอบผลิตภัณฑ์น้ำมันกัญชาจากตำรับยาหม้อพื้นบ้านให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาวิจัย ในโครงการติดตามลักษณะการใช้และคุณภาพชีวิตของผู้ใช้น้ำมันกัญชาในทางการแพทย์แผนไทย ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 22 แห่ง โดยกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

6. โครงการบูรณาการพัฒนากัญชาทางการแพทย์และผลิตภัณฑ์สุขภาพจากพืชกัญชา: ตัวชี้วัดได้สารมาตรฐานกัญชา 3 ชนิด (Tetrahydro cannabinoid (THC), Cannabidiol (CBD) และ Cannabinol (CBN))

จากการประชุมชี้แจง คณะกรรมการการสาธารณสุขวุฒิสภา โดยหน่วยงานต่าง ๆ ระดับกรม และกองที่เกี่ยวข้องในกระทรวงสาธารณสุขได้รายงานการดำเนินการขับเคลื่อนนโยบายคลินิกกัญชาทางการแพทย์ไปสู่การปฏิบัติ ตามบทบาทภารกิจ (คณะกรรมการการสาธารณสุขวุฒิสภา, 2562 ก) ดังนี้

กรมการแพทย์ โดยสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์จัดอบรมการใช้สารสกัดจากกัญชาทางการแพทย์สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งเป็นหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขให้การรับรอง เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกรจากโรงพยาบาลของภาครัฐและเอกชนทั่วประเทศ มีความรู้ความเข้าใจในการนำผลิตภัณฑ์จากกัญชามาใช้ทางการแพทย์ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม โดยผู้เข้ารับการอบรมที่ผ่านเกณฑ์การทดสอบความรู้หลังการอบรมจะได้รับใบประกาศรับรองจากกรมการแพทย์ เพื่อใช้ประกอบการขออนุญาตสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ในการเป็นผู้สั่งใช้และจ่ายผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ กลุ่มบุคลากรที่เข้าอบรมตามหลักเกณฑ์ ได้แก่ แพทย์ ที่มีใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม ทันตแพทย์ ที่มีใบประกอบวิชาชีพทันตกรรม และเภสัชกรที่มีใบประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม สำหรับวิทยากรที่มาถ่ายทอดความรู้ให้แก่ผู้เข้ารับการอบรมเป็นบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญด้านต่าง ๆ กรมการแพทย์ดำเนินการจัดอบรมต่อเนื่องเป็นประจำทุกเดือน รุ่นที่ 1 ระหว่างวันที่ 29 - 30 เมษายน 2562 จำนวน 200 คน ล่าสุดกรมการแพทย์ในฐานะที่เป็นหน่วยงานด้านวิชาการ ได้มีการจัดอบรมแก่เภสัชกรที่ต้องผ่านการอบรมเพื่อขึ้นทะเบียนกับ อย. ล่าสุดมีการอบรมรวมแล้วกว่า 6,000 คน ทั้งนี้ การเผยแพร่องค์ความรู้ช่วงที่ผ่านมา ทุกเขตสุขภาพมีความต้องการเรียนรู้แบบเร่งรัด จึงเปลี่ยนรูปแบบเป็น e-learning ผ่านอินเทอร์เน็ต ซึ่งเป็นรูปแบบวิดีโอที่บันทึกมาจากการอบรมแบบปกติ

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้ร่วมมือกับสภาการแพทย์แผนไทยจัดทำหลักสูตรและดำเนินการจัดอบรมวิทยากรครู ก. ซึ่งเป็นผู้แทนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้นำความรู้ที่ได้รับไปถ่ายทอดต่อแก่บุคลากร ในพื้นที่เขตสุขภาพ ทั้ง 13 เขตทั่วประเทศ โดยกำหนดให้มีการขับเคลื่อนจัดกิจกรรมการอบรมพร้อมกันทั่วประเทศ และ ดำเนินการนำกัญชามาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์แผนไทยของ มีการจัดวางโครงสร้างการทำงานผ่านการแต่งตั้งคณะกรรมการการนำกัญชาและกระท่อมมาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์แผนไทย เพื่อรับผิดชอบงานทั้ง 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านการปลูกและการผลิตตำรับยา 2) ด้านการฝึกอบรมและ

พัฒนาบุคลากร 3) ด้านการวิจัยและการพัฒนาวิชาการด้านตำรับยา และ 4) ด้านการประเมินรับรองตำรับยา และ การใช้ยา ขณะเดียวกันยังได้จัดตั้งสำนักงานจัดการกัญชาและกระท่อมทางการแพทย์แผนไทย เมื่อวันที่ 19 เมษายน 2562 โดยโยกย้ายอัตรากำลังและงบประมาณมาสนับสนุนการดำเนินการ ในด้านการผลิตในช่วงแรกกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้นำของกลาง จากสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) มาใช้ ต่อมาจึงมีการพัฒนาผ่านการลงนามความร่วมมือกับสถาบันการศึกษา และ วิสาหกิจชุมชนเพื่อเป็นหน่วยงานหลัก ในขั้นตอนการปลูก เช่น มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี วิทยาลัยเกษตรศาสตร์ และวิสาหกิจชุมชนเพลลาเพลลิน จังหวัดบุรีรัมย์ ส่วนขั้นตอนการผลิตเป็นความรับผิดชอบของโรงพยาบาล พระอาจารย์ฝั้น อาจาโร จังหวัดสกลนคร ดำเนินการตามมาตรฐานที่ดีในการผลิต (Good Manufacturing Practice: GMP) ขององค์การอนามัยโลก (WHO) เพื่อส่งไปยังโรงพยาบาลที่มีคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย นำร่อง 20 แห่ง ทั้งนี้ ขั้นตอนการขนส่งมีความซับซ้อนเนื่องด้วยความเป็นสารเสพติดทำให้มี มาตรการที่ต้องรัดกุมเป็นพิเศษ จึงจัดให้มีการลงนามความร่วมมือกับไปรษณีย์ไทย เพื่อการกระจายอย่างมี มาตรฐาน ซึ่งน้ำมันกัญชาแต่ละขวดจะมีเลขนำส่ง (tracking no.) ระบุอยู่ตามขั้นตอนของสำนักงาน คณะกรรมการอาหารและยา (อย.)

ในภาพรวมการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยในรอบปี พ.ศ. 2560 มีผู้เข้ารับบริการ ทั้งสิ้น 1,279 ราย มีผู้ผ่านเกณฑ์ 590 ราย และมีผู้ได้รับการจ่ายยาประมาณ 400 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 30 ซึ่งพบอาการไม่พึงประสงค์จากผู้ใช้ยาร้อยละ 30 โดยมีอาการ เช่น วิงเวียนศีรษะ แสบร้อนกลางหน้าอก คลื่นไส้ ง่วงซึม จึงทำให้มีการปรับปริมาณการใช้ จากเดิมใช้ครั้งละ 1 ซอง ขนาด 2 กรัม ก็เปลี่ยนเป็นให้เริ่มต้นการใช้ยา ในสัดส่วนหนึ่งส่วนสอง หรือหนึ่งส่วนสี่ ส่งผลให้อาการไม่พึงประสงค์ลดลงเหลือไม่ถึงร้อยละ 10 ส่วนการ ติดตามผลพบผู้ใช้ยาส่วนใหญ่ได้รับประสิทธิผล โดยตั้งแต่กลางปี พ.ศ. 2562 ที่เปิดให้มีการใช้น้ำมันกัญชา ส่งผลให้การใช้ตำรับยาแพทย์แผนไทยที่มีสารสกัดกัญชาลดลง เนื่องจากผู้ใช้ให้ความนิยมกับน้ำมันกัญชา มากกว่า

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ มีแนวความคิดการดำเนินการเกี่ยวกับกัญชาเพื่อใช้ทางการแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ มุ่งเน้นคำนึงถึงคุณภาพและความปลอดภัยเป็นสำคัญ โดยกัญชาจะต้อง ปราศจากสารตกค้างที่ทำให้เกิดอันตราย ซึ่งผู้ปลูกกัญชาที่ไม่ได้เป็น medical grade มักมีการใช้ยาฆ่าแมลง และสิ่งสำคัญที่ต้องเฝ้าระวัง คือ โลหะหนัก ได้แก่ ตะกั่ว ปรอท สารหนู โดยเฉพาะแคดเมียม ซึ่งกัญชามักมี สารปนเปื้อนชนิดนี้สูงซึ่งพบมากจากของกลางของสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) ที่นำมาใช้ทดลองสกัดสารกัญชาในช่วงแรก ดังนั้น ระบบของการทำงาน โดยตัวอย่างกัญชามักจะถูก ส่งมาตรวจสอบที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ค่อนข้างมาก เพื่อให้มีการตรวจสอบก่อนนำไปสกัดเป็นยา ด้วย เหตุนี้ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ในฐานะห้องปฏิบัติการอ้างอิงด้านยาและวัตถุเสพติดของประเทศ จึงได้มีการ จัดตั้ง “ศูนย์ประสานการตรวจกัญชาทางห้องปฏิบัติการ” โดยครอบคลุม 4 ภูมิภาคทั่วประเทศ ประกอบด้วย จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดชลบุรี จังหวัดนครราชสีมา และจังหวัดสงขลา กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ได้มีการ พัฒนาชุดทดสอบอย่างง่าย เพื่อให้ประชาชนสามารถนำไปใช้ตรวจสอบน้ำมันกัญชาที่มีการลักลอบขาย (กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, 2562)

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) มีการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 กำหนดไว้ในสองมาตรา คือ 1) มาตรา 26/2 กำหนดห้ามมิให้ผู้ใดผลิต นำเข้า หรือ ส่งออก ซึ่งยาเสพติดให้โทษประเภท 5 ยกเว้นกรณีจำเป็น เพื่อประโยชน์ของทางราชการและทางการแพทย์ เพื่อการรักษาผู้ป่วย ซึ่งต้องได้รับใบอนุญาตโดยความเห็นชอบจากคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ ดังนั้น การสันหนนาการจึงไม่อาจทำได้ 2) มาตรา 26/5 กำหนดให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.)

คือ ผู้อนุญาตโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ ในการผลิต นำเข้า ส่งออก จำหน่าย หรือมีไว้ในครอบครอง ซึ่งยาเสพติดประเภท 5 ได้ เมื่อปรากฏว่า ผู้ขออนุญาตเกี่ยวข้องกับงานด้าน การแพทย์ เภสัชกรรม วิทยาศาสตร์ การเกษตรกรรม หรือที่เกี่ยวกับการปราบปรามยาเสพติด คือ 1) หน่วยงานของรัฐ 2) ผู้ประกอบวิชาชีพ 3) สถาบันอุดมศึกษาเอกชนทางแพทย์/เภสัชศาสตร์ 4) ผู้ประกอบ อาชีพเกษตรกรรมที่รวมตัวเป็นวิสาหกิจชุมชน 5) ผู้ประกอบการขนส่งสาธารณะระหว่างประเทศ 6) ผู้ป่วย เดินทางระหว่างประเทศ 7) ผู้ขออนุญาตอื่น ๆ (คณะกรรมการอาหารการสาธารณสุขฯ, 2562 ข)

พบการรายงานว่าปี 2562 มีกระบวนการปลูก การผลิต/การสกัด/การแปรรูป จนถึงการจัดจำหน่าย มีห่วงโซ่สนับสนุน (supply chain) แบ่งได้เป็น 2 ระบบ คือ

1. ระบบห่วงโซ่สนับสนุน (supply chain) ของยาแผนปัจจุบัน มีดังนี้

1.1 องค์การเภสัชกรรม (อภ.) กับมหาวิทยาลัยแม่โจ้ จังหวัดเชียงใหม่ เป็นผู้ปลูกก่อนส่งตรวจ วิเคราะห์ไปยังกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ก่อนผลิตออกมาเป็นยาสารสกัดกัญชาส่งตรวจวิเคราะห์ไปยัง กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์อีกครั้ง จึงส่งให้สถานพยาบาลในฐานะผู้จ่ายยาดำเนินการจำหน่าย โดยแบ่งตาม ชนิดสารสกัดเป็น 3 ประเภท คือ 1) CBD cannabis oil (CBD 100 mg/ml) 2) THC cannabis oil (THC 13 mg/ml) และ 3) THC:CBD 1:1 cannabis oil (THC 27 mg/ml, CBD 25 mg/ml)

1.2 โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรเป็นผู้ปลูก ก่อนส่งตรวจวิเคราะห์ไปยังกรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์ ก่อนผลิตออกมาเป็นยาสารสกัดกัญชา แล้วส่งตรวจวิเคราะห์ไปยังกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์อีกครั้ง จึงส่งให้สถานพยาบาลในฐานะผู้จ่ายยาดำเนินการจำหน่ายยาสารสกัดกัญชาชนิด THC 1.7% w/v (THC 0.5 mg/drop)

ในภาพรวมการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ในสถานพยาบาลแพทย์แผนปัจจุบัน พบว่าองค์การ เภสัชกรรม (อภ.) จ่ายยาสารสกัดกัญชาให้สถานพยาบาล THC cannabis oil (THC 13 mg/ml) จำนวน 3,780 ขวด THC:CBD 1:1 cannabis oil จำนวน 434 ขวด และ CBD cannabis oil (CBD 100 mg/ml) จำนวน 200 ขวด ส่วนโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรมียอดผลิตและจ่ายยาสารสกัดกัญชาทั้งสิ้น 6,973 ขวด

2. ระบบห่วงโซ่สนับสนุน (supply chain) ของยาแผนไทย มีดังนี้

2.1 มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี จังหวัดสกลนคร เป็นผู้ปลูก ก่อนส่งตรวจ วิเคราะห์ไปยังกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ก่อนผลิตออกมาเป็นยาสารสกัดกัญชาที่โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร (ตำรับยาแผนไทย) แล้วส่งตรวจวิเคราะห์ไปยังกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์อีกครั้ง จึงส่งให้กรม การแพทย์แผนไทยกระจายไปสถานพยาบาลแพทย์แผนไทย และหมอพื้นบ้าน ในฐานะผู้จ่ายยา ดำเนินการ จำหน่าย ซึ่งมี 5 ตำรับ คือ 1) ยาสุขไสยาสน์ 2) ยาทาริตสีดวงทวารหนักและโรคผิวหนัง 3) ยาแก้ลมแก้เส้น 4) ยาทำลายพระสุเมรุ 5) ยาอัมฤตย์โอสถ

2.2 มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ จังหวัดสกลนคร เป็นผู้ปลูก ก่อนส่งตรวจวิเคราะห์ไปยัง กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ก่อนผลิตออกมาเป็นยาสารสกัดกัญชา ที่โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร (ตำรับยาแผนไทย) แล้วส่งตรวจวิเคราะห์ไปยังกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์อีกครั้ง จึงส่งให้กรมการแพทย์ แผนไทยกระจายไปสถานพยาบาลแพทย์แผนไทย และหมอพื้นบ้านในฐานะผู้จ่ายยาดำเนินการจำหน่าย ซึ่งมี 5 ตำรับ คือ 1) ยาสุขไสยาสน์ 2) ยาทาริตสีดวงทวารหนักและโรคผิวหนัง 3) ยาแก้ลมแก้เส้น 4) ยา ทำลายพระสุเมรุ 5) ยาอัมฤตย์โอสถ

2.1.4 การนำนโยบายคลินิกกัญชาทางการแพทย์สู่การปฏิบัติใน 8 โรงพยาบาล

โรงพยาบาลที่ทำการศึกษาค้างนี้จะเป็นโรงพยาบาลที่นำร่องจาก 19 แห่ง โดยเลือกจากโรงพยาบาลที่มีจำนวนผู้ป่วยมารับบริการมากในระดับต้น ๆ ของกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 8 โรงพยาบาล ดังนี้

1) โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี

เป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 500 เตียง

วิสัยทัศน์ โรงพยาบาลที่ให้บริการการแพทย์ที่มีมาตรฐาน เป็นที่พึ่งของประชาชน การแพทย์แผนไทยและสมุนไพรระดับนานาชาติ

- พันธกิจ**
1. บริการการแพทย์ที่มีมาตรฐาน
 2. เป็นศูนย์การเรียนรู้ด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร
 3. เป็นศูนย์แพทยศาสตรศึกษาที่ผลิตบุคลากรทางการแพทย์

ประเด็นยุทธศาสตร์

1. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
2. การพัฒนาบุคลากร
3. การเงินการคลัง
4. Smart & Digital
5. กัญชาทางการแพทย์ โดยเป็นโครงการตรวจเยี่ยมพื้นที่การปลูกกัญชา เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ ณ วิสาหกิจชุมชนกลุ่มรักจางฟาร์มวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา ปีงบประมาณ 2563 และ โครงการผลิตน้ำมันกัญชา

การดำเนินงานคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร, 2563)

โรงพยาบาลมีการดำเนินงานเปิดคลินิกกัญชาทางการแพทย์อย่างถูกต้องตามกฎหมายในอาเซียนเป็นแห่งแรก มีการผลักดันการใช้สารสกัดกัญชาเพื่อใช้ทางการแพทย์เริ่มตั้งแต่การดำเนินการปลูก โดยแบ่งเป็น 3 ระบบ คือ ระบบปิด 1) ปลูกในตู้คอนเทนเนอร์ ควบคุมสภาพแวดล้อมทุกอย่าง มีการพัฒนาวิจัยระบบน้ำและไฟเพื่อลดต้นทุน 2) ระบบกึ่งเปิดกึ่งปิด ปลูกในโรงเรือน หรือ Green House ใช้ดินที่ไม่มีสารพิษ ไม่ใช้ยาฆ่าแมลง 3) ระบบเปิด ปลูกโดยใช้พันธุ์ทางกระรอกของไทย ซึ่งระบบนี้ต้องดำเนินการตามมาตรการที่คุมเข้มของ อย. ที่กำหนดให้มีรั้วสองชั้นต้องมีกล้องวงจรปิดที่เคลื่อนไหวอัตโนมัติ ซึ่งการแยกระบบการปลูกสามารถช่วยให้ประเมินถึงคุณค่าในผลผลิตจากการลงทุน อีกทั้งยังต้องคำนึงถึงความเหมาะสมของสายพันธุ์ว่า CBD เด่น หรือ THC เด่น ซึ่งประเทศไทยอยู่ในเขตร้อนละติจูดที่ 30 องศาเหนือและใต้ จะเหมาะกับพันธุ์ SATIVA ให้ผลผลิต THC เด่น ซึ่งส่งผลให้เคลิบเคลิ้ม ส่วนละติจูดที่ 50 องศาเหนือ จะอยู่โซนทวีปยุโรปและอเมริกาเหนือ ซึ่งเหมาะกับพันธุ์ INDICA ให้ผลผลิต CBD เด่น โดย CBD จะถูกนำมาใช้รักษาโรคเป็นหลักตาม indication ของงานวิจัย เนื่องจากประเทศไทยได้เริ่มมีนโยบายให้นำกัญชามาใช้ทางการแพทย์ และจากนี้การนำ THC มาใช้รักษาโรค จะมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ

จำนวนบุคลากรผ่านการอบรมหลักสูตรกัญชาทางการแพทย์ ประกอบด้วย แพทย์ 6 คน ทันตแพทย์ 1 คน เภสัชกร 9 คน พยาบาล 3 คน แพทย์แผนไทย 9 คน โดยมีบุคลากรปฏิบัติงานในคลินิกกัญชา แพทย์ 2 คน เภสัชกร 3 คน พยาบาล 2 คน แพทย์แผนไทย 2 คน แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนบุคลากรที่ได้รับการอบรมและปฏิบัติงานในคลินิกกัญชาทางการแพทย์
รพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร

บุคลากร	แพทย์	ทันตแพทย์	เภสัชกร	พยาบาล	แพทย์แผนไทย	อื่น ๆ
1. จำนวนบุคลากรของโรงพยาบาล	71	12	33	490	20	-
2. ผ่านการอบรมหลักสูตรกัญชาทางการแพทย์	6	1	9	3	9	-
3. ปฏิบัติงานใน/นอกคลินิกกัญชา	2	-	3	2	2	-

ผลการรักษาพบว่า ผู้ป่วยพึงพอใจมากโดยเฉพาะโรคอัลไซเมอร์ พาร์กินสัน และลมชัก ได้ผลตอบรับดีมาก ส่วนใหญ่อาการดีขึ้น ร้อยละ 78 อาการคงเดิม ร้อยละ 15 และอาการแย่ลง ร้อยละ 7 ส่วนการรักษาโรคมะเร็งนั้นไม่ได้หมายความว่ารักษามะเร็งโดยตรง แต่หมายถึงการรักษาแบบ palliative care เพื่อช่วยให้คนไข้ที่เจ็บปวดมาก มีอาการซึมเศร้าลึกลง ในวาระสุดท้ายของชีวิตมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่ไม่ใช่ใช้เพื่อการนอนหลับ ซึ่งเป็นเรื่องที่คนไทยนำไปใช้ มากที่สุด โดยช่วงแรก มีผู้ป่วยโทรเข้ามาไม่น้อยกว่า 500 สาย เกือบทั้งหมดปรึกษาถึงอาการนอนไม่หลับกับอีกส่วนเป็นโรคมะเร็งเพราะเชื่อว่ารักษาได้ ขณะที่กัญชาทางการแพทย์แผนไทยอยู่ระหว่างการปลูกอีก 4 เดือน ก่อนนำไปผลิตตามตำรับศุขไสยาสน์ และทำลายพระสุเมรุ และมีผลการดำเนินงาน แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สรุปผลการบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

การจ่ายยา/สารสกัดกัญชา	จำนวนคนใช้ (คน)	จำนวนที่จ่าย (หน่วยนับ)	หมายเหตุ
THC	122	367 ขวด	-
THC : CBD (1:1)	-	-	-
CBD	39	100 ขวด	-
Decha's Oil	-	-	-
ยาตำรับทำลายพระสุเมรุ	4	108 ซอง	-
ยาตำรับศุขไสยาสน์	46	788 ซอง	-
ให้คำปรึกษา	500	-	-

สรุปข้อมูล ณ เดือนพฤษภาคม 2563

การติดตามความปลอดภัย

จากรายงานผลการติดตามผู้ป่วยที่ได้รับยาตำรับศุขไสยาสน์ผลการรักษาคุณภาพการนอนหลับ มีการติดตาม ผู้ป่วย จำนวน 12 ราย พบว่า ผู้ป่วย 11 ราย นอนหลับดีขึ้นผู้ป่วย 1 ราย ไม่เปลี่ยนแปลงและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ผู้ป่วยที่ขาดการรักษา จำนวน 7 ราย เสียชีวิต 2 ราย ติดต่оไม่ได้ 2 ราย อาการไม่ดีขึ้น 2 ราย ผลข้างเคียงอาการไม่พึงประสงค์ ที่พบจากยาผู้ป่วย 18 ราย พบอาการข้างเคียงที่พบ ร้อนปากไปจนถึงกระเพาะ ท้องผูก ปวดศีรษะคอแห้งหลังใช้ยา

2) โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก

เป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 1,030 เตียง

วิสัยทัศน์ โรงพยาบาลคุณธรรม นำสู่บริการที่เป็นเลิศ

พันธกิจ โรงพยาบาลพุทธชินราช ให้บริการสาธารณสุขครบทุกด้าน ให้การรักษาบริการได้ ทุกระดับ ร่วมผลิตและพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อสุขภาพของประชาชน

การดำเนินงานคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (โรงพยาบาลพุทธชินราช, 2563)

โรงพยาบาลพุทธชินราชจัดบริการทุกวันพฤหัสบดี ในระบบบูรณาการแพทย์แผนปัจจุบัน และแพทย์แผนไทย เวลา 08.30 – 12.00 น. ที่ ศูนย์สุขภาพเมือง สาขาบึงแก่งใหญ่ พิษณุโลก คลินิกกัญชาทางการแพทย์มีจัด และเพื่อเพิ่มช่องทางการบริการแก่ประชาชนให้เข้าถึงได้มากขึ้น ในเดือนมิถุนายน ปี 2563 จะเปิดคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยทุกวันตามเวลาราชการด้วย

จำนวนบุคลากรผ่านการอบรมหลักสูตรกัญชาทางการแพทย์ ประกอบด้วย แพทย์ 19 คน ทันตแพทย์ 2 คน เภสัชกร 18 คน พยาบาล 4 คน แพทย์แผนไทย 8 คน นักเทคนิคการแพทย์ 1 คน โดยมีบุคลากรปฏิบัติงานในคลินิกกัญชา แพทย์ 1 คน เภสัชกร 1 คน พยาบาล 1 คน แพทย์แผนไทย 1 คน แสดงดังตารางที่ 3 และมีผลการดำเนินงาน แสดงดังตารางที่ 4

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนบุคลากรที่ได้รับการอบรมและปฏิบัติงานในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (รพ.พุทธชินราช)

บุคลากร	แพทย์	ทันตแพทย์	เภสัชกร	พยาบาล	แพทย์แผนไทย	นักเทคนิคการแพทย์
1. จำนวนบุคลากรของโรงพยาบาล	254	25	57	890	8	1
2. ผ่านการอบรมหลักสูตรกัญชาทางการแพทย์	19	2	18	4	8	1
3. ปฏิบัติงานใน/นอกคลินิกกัญชา	1	-	1	1	3	-

ตารางที่ 4 สรุปผลการบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์โรงพยาบาลพุทธชินราช

การจ่ายยา/สารสกัดกัญชา	จำนวนคนไข้ (คน)	จำนวนที่จ่าย (ซอง)
THC	221	270 ซวด
THC : CBD (1:1)	109	136 ซวด
CBD	8	8 ซวด
Decha's Oil	55	60 ซวด
ยาดำรับทำลายพระสุเมรุ	9	138 ซอง
ยาดำรับสุขไสยาสน์	8	360 ซอง
ให้คำปรึกษา	34	34 คน

สรุปข้อมูล ณ เดือนพฤษภาคม 2563

การติดตามความปลอดภัย

จากรายงานโดยทีมงานคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ติดตามผลความปลอดภัย พบว่า ผู้ได้รับกัญชามีอาการดีขึ้นจำนวน 153 คน คิดเป็นร้อยละ 80.1 อาการคงเดิมจำนวน 38 คิดเป็นร้อยละ 19.9 และพบว่า คุณภาพชีวิตดีขึ้นจำนวน 148 คน คิดเป็นร้อยละ 77.4 คุณภาพชีวิตคงเดิมจำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 22.5

3) โรงพยาบาลลำปาง

เป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 743 เตียง

วิสัยทัศน์ ศูนย์รวมความเป็นเลิศด้านการแพทย์และสาธารณสุขของภาคเหนือ

พันธกิจ 1. ให้บริการด้านสุขภาพอย่างมีมาตรฐานทันสมัย

2. พัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

3. เป็นแหล่งผลิตบุคลากรทางการแพทย์และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ส่งเสริมงานวิจัยและจัดการความรู้ที่สอดคล้องกับบริบทของสังคมไทย

4. มีธรรมาภิบาลและรับผิดชอบต่อสังคม

ยุทธศาสตร์: เป็นศูนย์การแพทย์ที่ให้บริการมีคุณภาพ ทันสมัย สะดวก รวดเร็ว

การดำเนินงานคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (โรงพยาบาลลำปาง, 2563)

โรงพยาบาลลำปางเปิดคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบผสมผสานแผนปัจจุบันและแผนไทย เปิดให้บริการทุกวันพุธ เวลา 8.30-16.30 น. ณ ห้องตรวจคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ชั้น 3 อาคารผู้ป่วยนอก ผลิตภัณฑ์กัญชาที่ให้บริการ ประกอบด้วย 1) GPO THC oil 0.5 mg/drop 5 ml. 2) องค์กรเภสัชกรรม (GPO) THC : CBD 1:1 5 ml. 3) ตำรับยาสุขไสยาสน์ 4) ตำรับยาทำลายพระสุเมรุ 5) น้ำมันกัญชาสูตรอาจารย์เดชา ปัจจุบันได้มีการเปิดให้มีการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สารสกัดกัญชาทางการแพทย์มากขึ้น แพทย์สามารถจ่ายยาในผู้ป่วยในได้ รวมทั้งแพทย์ที่ผ่านการอบรมสามารถสั่งใช้กัญชาทางการแพทย์จากคลินิกเฉพาะโรคอื่นได้ โดยให้รับยาจากห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอกได้ในวันและเวลาราชการ

โรงพยาบาลลำปาง มีจำนวนบุคลากรผ่านการอบรมหลักสูตรกัญชาทางการแพทย์ ประกอบด้วย แพทย์ 27 คน ทันตแพทย์ 4 คน เภสัชกร 15 คน พยาบาล 39 คน แพทย์แผนไทย 3 คน โดยมีบุคลากรปฏิบัติงานในคลินิกกัญชา แพทย์ 1-2 คน เภสัชกร 1 คน พยาบาล 1 คน แพทย์แผนไทย 1 คน แสดงดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนบุคลากรที่ได้รับการอบรมและปฏิบัติงานในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (รพ.ลำปาง)

บุคลากร	แพทย์	ทันตแพทย์	เภสัชกร	พยาบาล	แพทย์แผนไทย	อื่น ๆ
1. จำนวนบุคลากรของโรงพยาบาล	153	24	49	926	3	-
2. ผ่านการอบรมหลักสูตรกัญชาทางการแพทย์	27	4	15	39	3	-
3. ปฏิบัติงานใน/นอกคลินิกกัญชา	1-2	-	1	1	1	-

จังหวัดลำปาง จัดให้มีสถานที่ปลูกกัญชา 1 แห่ง เป็นลักษณะวิสาหกิจชุมชนเกษตรอินทรีย์เพชรล้านนา อ.แจ้ห่ม จ.ลำปาง มีการส่งผลผลิตให้กับ รพ.สมเด็จพระยุพราชเด่นชัย จังหวัดแพร่ เพื่อผลิตยาเข้ากัญชา ตั้งแต่เดือนมีนาคม 2563

มีผู้ป่วยเข้ามาใช้บริการให้คำปรึกษาที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์จำนวน 664 ราย มีผู้ป่วยใช้ GPO THC oil 0.5 mg/drop จำนวน 54 คน จ่ายยาแล้ว 137 ขวด ผู้ป่วยใช้สูตร GPO THC:CBD 1:1 จำนวน 5 คน จ่ายยาแล้ว 6 ขวด ผู้ป่วยจำนวน 1 ใน 3 ที่เคยใช้กัญชามาก่อน สำหรับ GPO THC oil ใช้ในข้อบ่งใช้ ดังนี้คือ neuropathic pain (44%), Palliative care (49%), n/v from chemotherapy (2%) และ migraine(5%) ส่วน GPO THC:CBD 1:1 ใช้ในผู้ป่วยในข้อบ่งใช้ต่อไปนี้ คือ Alzheimer's disease, Palliative care (CA), Stroke และ neuropathic pain

จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับบริการแพทย์แผนไทย ที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์ ตั้งแต่วันที่ 2 ตุลาคม 2562 ถึงวันที่ 4 มีนาคม 2563 ผู้ป่วยรวมทั้งหมด 39 คน รับประทานสุขไสยาสน์ จำนวน 26 คน จ่ายยาไปแล้ว 302 ของ ใช้ใน ข้อบ่งใช้ นอนไม่หลับ 17 คน และเบื่ออาหาร 9 คน รับประทานทำลายพระสุเมรุ จำนวน 13 คน จ่ายยาไปแล้ว 702 ของ ใช้ในข้อบ่ง ใช้ ลมอัมพฤกษ์ 10 คน ลมปราบหลัง 2 คน และลมปราบขา 1 คน ปัจจุบัน รพศ. ลำปาง เป็นแม่ข่ายเปิดคลินิกกัญชาแพทย์แผนไทย ให้บริการครบทุกโรงพยาบาลชุมชน โดยได้รับการสนับสนุนตำรับยาสุขไสยาสน์ จากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ดำเนินการเปิดให้บริการพร้อมกันทุกโรงพยาบาลชุมชน เมื่อวันที่ 4 มีนาคม 2563 บุคลากรที่ผ่านการอบรมกัญชาทางการแพทย์ในจังหวัดลำปาง มีดังนี้ แพทย์ 55 คน ทันตแพทย์ 12 คน เภสัชกร 48 คน พยาบาล 39 คนและแพทย์แผนไทย 47 คน และมีผลการดำเนินงาน แสดงดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 สรุปผลการบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ รพ.ลำปาง

การจ่ายยา/สารสกัดกัญชา	จำนวนคนไข้ (คน)	จำนวนที่จ่าย (หน่วยนับ)	หมายเหตุ
THC	54	137	-
THC : CBD (1:1)	5	6	-
CBD	-	-	-
Decha's Oil	-	-	-
ยาตำรับทำลายพระสุเมรุ	13	702 ของ	-
ยาตำรับสุขไสยาสน์	26	302 ของ	-
ให้คำปรึกษา	664	-	ผู้ป่วยมะเร็ง/นอนไม่หลับ

สรุปข้อมูล ณ วันที่ 1 มิถุนายน 2563

การติดตามความปลอดภัย

โรงพยาบาลลำปางได้จัดให้สารสกัดกัญชาเป็น high alert drug จึงมีการจัดทำแนวทางในการ monitor และประกาศใช้ในโรงพยาบาล มีการประสานกับหน่วยงาน ER ในการเก็บข้อมูลผู้ป่วย ที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการใช้กัญชา มีการติดตามผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจหาสาร THC in urine (lab code : T16) รวมทั้งติดตามผู้ป่วยที่มีวินิจฉัยจากแพทย์ cannabis toxicity (ICD 10: T407) การติดตามความปลอดภัยทำโดยเภสัชกรในผู้ป่วยที่ใช้สารสกัดกัญชา เภสัชกรโทรติดตามผู้ป่วยหลังการใช้ในวันที่ 1 วันที่ 3 และวันที่ 7 และทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมาพบแพทย์ พบ minor side effect จำนวน 2 ราย มีอาการ มีน เวียนศีรษะ และใจสั่น พบผู้ป่วย 2 รายที่ต้องหยุดใช้ THC โดยพบว่ามีอาการหิวแหว่ว ประสาทหลอนจำนวน 1 ราย และมี Disorientation, Dizziness 1 ราย สำหรับตำรับกัญชาแผนไทย ติดตามความปลอดภัยโดยแพทย์แผนไทย ทั้งตำรับสุขไสยาสน์ และตำรับทำลายพระสุเมรุ ยังไม่พบ ADR และมีการลงโปรแกรม SAS และ AUR ทุกรายทุก visit การติดตามประสิทธิภาพของสารสกัดกัญชา GPO THC oil พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 50 ใช้ในขนาด 1 หยดต่อวัน และมีผู้ป่วยใช้ในขนาดสูงที่สุดคือ 16 หยดต่อวัน พบว่าการใช้

ในข้อบ่งใช้ n/v จาก chemotherapy ผู้ป่วยหายดีและสามารถหยุดยาได้ ในผู้ป่วย neuropathy และ Palliative care เมื่อวัดผลโดยใช้ Pain score พบผู้ป่วยร้อยละ 84 มี pain score ลดลงหลังจากใช้ยา และการวัดคุณภาพชีวิตโดยใช้แบบสอบถาม EQ5D5L พบว่าผู้ป่วยมีค่า utility เพิ่มขึ้นทุกราย

การบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ตั้งแต่เปิดจนถึงปัจจุบัน พบผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย cannabis toxicity จำนวน 1 ราย และพบผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ THC in urine จำนวน 24 ราย พบผล positive 4 ราย ปัจจุบันทีมคลินิกกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลลำปางเป็นที่เลี้ยงให้กับโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัด

การศึกษาวิจัย

ทีมบุคลากรคลินิกกัญชาทางการแพทย์ของโรงพยาบาล ได้จัดทำโครงร่างงานวิจัยในคลินิก 2 เรื่อง ได้แก่ (1) เรื่องประสิทธิผลของสารสกัดกัญชาทางการแพทย์ (GPO THC oil 0.5 mg/drop) คลินิกกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลลำปาง และ (2) การติดตามผลข้างเคียง อันตรกิริยาระหว่างยาและประสิทธิผล ของน้ำมันกัญชา

4) โรงพยาบาลบุรีรัมย์

เป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 900 เตียง

วิสัยทัศน์ โรงพยาบาลศูนย์คุณภาพชั้นเลิศ ระดับตติยภูมิ ภาควิชามีส่วนร่วม

- พันธกิจ**
1. พัฒนาการบริการสู่ความเป็นเลิศด้านอุบัติเหตุฉุกเฉิน/โรคหัวใจและหลอดเลือด/ทารกแรกเกิด จัดบริการสุขภาพโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมทั้งส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรครักษาและฟื้นฟูสุขภาพ หกอย่างมีคุณภาพมาตรฐาน
 2. ส่งเสริมสุขภาพให้ชุมชนดูแลตนเองได้อย่างมีคุณภาพและพัฒนาศักยภาพบริการปฐมภูมิ
 3. ผลิตและเสริมสร้างความเชี่ยวชาญของบุคลากรทางการแพทย์เพื่อให้บริการที่มีคุณภาพ
 4. บริหารจัดการและพัฒนาบุคลากรทุกระดับให้มีคุณภาพเสริมสร้างความสุขความรักและความผูกพันองค์กร
 5. จัดโครงสร้างพื้นฐานและระบบบริหารจัดการองค์กรเพื่อมุ่งสู่องค์กรดิจิทัลที่มีศักยภาพพึ่งตนเองได้

การดำเนินงานคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (โรงพยาบาลบุรีรัมย์, 2563)

โรงพยาบาลบุรีรัมย์ได้ดำเนินโครงการวิจัยร่วมกับสถาบันมะเร็งแห่งชาติ เรื่องการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ในผู้ป่วยมะเร็ง ทั้งนี้มีการดำเนินการขอจริยธรรมและลงนาม MOU ร่วมกับวิสาหกิจชุมชน เพื่อดำเนินการปลูกกัญชาใช้เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ และลงนาม MOU ร่วมกับโรงพยาบาลคูเมือง เพื่อผลิตสารสกัดกัญชาให้กับผู้ป่วย ครบทั้ง 3 สูตร คือ THC rich, CBD rich และ THC : CBD (1:1)

นวัตกรรมของโรงพยาบาลบุรีรัมย์

1. มีการจัดบริการแบบบูรณาการผสมผสานการแพทย์แผนไทยและแผนปัจจุบัน โดยมีรูปแบบเป็น one stop service จัดทำสื่อสอนวิธีการให้ยาผู้ป่วย ในรายที่อำเภอกระดกคืนไม่ได้
2. มีแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรโดยอบรมให้ความรู้บุคลากรทางการแพทย์ภายในโรงพยาบาลเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์
3. มีการทดลองใช้ในผู้ป่วยหลากหลายที่คาดว่าน่าจะได้ประโยชน์ ยกตัวอย่างเช่น Tourette syndrome ผู้ป่วยผ่าตัดสมองติดเตียง และมีภาวะเกร็งเป็นพักๆ ซึ่งในทุกรายมีแนวโน้มที่ดีขึ้น
4. มีการวางแผนขยายกลุ่มผู้ป่วยที่จะได้ประโยชน์ เช่น HIV ที่มีภาวะ Anorexia และ Palliative care ที่ admit เป็นผู้ป่วยใน

โรงพยาบาลบุรีรัมย์ มีจำนวนบุคลากรผ่านการอบรมหลักสูตรกัญชาทางการแพทย์ ประกอบด้วย แพทย์ 19 คน เภสัชกร 7 คน พยาบาล 1 คน แพทย์แผนไทย 3 คน โดยมีบุคลากรปฏิบัติงานในคลินิกกัญชา แพทย์ 14 คน เภสัชกร 1 คน พยาบาล 1 คน แพทย์แผนไทย 3 คน แสดงดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 แสดงจำนวนบุคลากรที่ได้รับการอบรมและปฏิบัติงานในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (รพ.บุรีรัมย์)

บุคลากร	แพทย์	ทันตแพทย์	เภสัชกร	พยาบาล	แพทย์แผนไทย	อื่น ๆ
1. จำนวนบุคลากรของโรงพยาบาล	134	23	63	860	3	-
2. ผ่านการอบรมหลักสูตรกัญชาทางการแพทย์	19	-	7	1	3	-
3. ปฏิบัติงานใน/นอกคลินิกกัญชา	1	-	1	1	1	-

ผลการดำเนินงานบริการจนถึงวันที่ 31 มกราคม 2563 สรุปดังนี้

1. จำนวนครั้งที่ให้บริการ 222 ครั้ง จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยรับยา 114 ครั้ง
2. ผู้ป่วยสะสมทั้งหมดที่ให้บริการ 50 คน ผู้ป่วยที่ยังรับยาต่อเนื่อง 41 คน
3. จำนวนผลิตภัณฑ์กัญชาที่จ่าย THC rich (GPO) 66 ขวด ตำรับยาสุขุไสยาสน์ 287 ซอง และตำรับยาทำลายพระสุเมรุ จำนวน 78 ซอง
4. อาการสำคัญของผู้ป่วยมารับผลิตภัณฑ์กัญชา แสดงดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 อาการสำคัญของผู้ป่วยที่ใช้ผลิตภัณฑ์กัญชารักษาของ รพ.บุรีรัมย์

อาการสำคัญ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
คลื่นไส้อาเจียนจากเคมีบำบัด	6	8.00
Neuropathic pain	14	18.67
Pakinson	2	2.67
Palliative care	8	10.67
มะเร็งระยะสุดท้าย	9	12.00
นอนไม่หลับ	14	18.67
มะเร็งร่วมกับภาวะนอนไม่หลับ/ปวด	12	16.00
มะเร็งร่วมกับภาวะนอนไม่หลับ/เบื่ออาหาร	1	1.33
อาการสำคัญ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
Tourette syndrome	1	1.33
มะเร็งและเบื่ออาหาร	2	2.67
Pasoriasis	2	2.67
Gout with Insomnia	1	1.33
Low back pain	1	1.33

Hypertension	1	1.33
เบื่ออาหาร	1	1.33
รวม	75	100.00

สรุปข้อมูล ณ 31 มกราคม 2563

5. การประเมินคุณภาพชีวิต ผลคือ ดีขึ้น ร้อยละ 80 คงที่ ร้อยละ 16 และแย่ลง ร้อยละ 4
6. อาการข้างเคียงที่พบ จำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 16
 - THC rich : ใจสั่น 1 ราย เวียนหน้า 1 ราย เสียสมดุล 1 ราย คลื่นไส้ 1 ราย แน่นหน้าอก 1 ราย
 - สุขไสยาสน์ : ท้องผูก 1 ราย ทูแหว่ 1 ราย (ใช้ 2 กรัม)
 - ทำลายพระสุเมรุ : ปากแห้ง 1 ราย

ผลการดำเนินงานบริการจนถึงวันที่ 31 มกราคม 2563 สรุปดังนี้ จำนวนครั้งที่ให้บริการ 354 ครั้ง จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยรับยา 209 ครั้ง มีผู้ป่วยสะสมทั้งหมดที่ให้บริการ 75 คน มีผู้ป่วยที่ยังรับยาต่อเนื่อง 59 คน สรุปผลการบริการ ผลรวมการบริการ แสดงดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 สรุปผลรวมการบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ รพ.บุรีรัมย์

การจ่ายยา/สารสกัดกัญชา	จำนวนคนใช้ (คน)	จำนวนที่จ่าย (หน่วยนับ)
THC	50 คน	119 ขวด
THC : CBD (1:1)	-	23 ขวด
CBD	-	-
Decha's Oil	-	21 ขวด
ยาตำรับทำลายพระสุเมรุ	-	136 ซอง
ยาตำรับสุขไสยาสน์	25	479 ซอง
ให้คำปรึกษา	100	-

สรุปข้อมูล สรุปข้อมูล ณ 31 มกราคม 2563

การติดตามความปลอดภัย

การติดตามความปลอดภัยทำโดยเภสัชกรและแพทย์แผนไทย ในผู้ป่วยที่ใช้สารสกัดกัญชาทุกราย พบว่า ผลการประเมินคุณภาพชีวิต ดีขึ้น ร้อยละ 80 คงที่ ร้อยละ 16 และแย่ลง ร้อยละ 4 โดยอาการข้างเคียงที่พบ จำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 16 คือ

- น้ำมันกัญชาสูตร THC rich พบอาการ ใจสั่น 1 ราย เวียนหน้า 1 ราย เสียสมดุล 1 ราย คลื่นไส้ 1 ราย แน่นหน้าอก 1 ราย
- ยาตำรับสุขไสยาสน์ พบอาการ ท้องผูก 1 ราย ทูแหว่ 1 ราย (เพราะใช้ 2 กรัม)
- ยาตำรับทำลายพระสุเมรุ พบอาการ ปากแห้ง 1 ราย

5) โรงพยาบาลสระบุรี

โรงพยาบาลสระบุรีเป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 700 เตียง

วิสัยทัศน์ (Vision)

“เป็นโรงพยาบาลชั้นนำด้านบริการสุขภาพและศูนย์โรคเฉพาะทางในระดับประเทศ”

พันธกิจ (Mission)

โรงพยาบาลสระบุรี มีภารกิจให้บริการแก่ประชาชนเพื่อให้ได้รับบริการตั้งนี้
การดำเนินงานคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (โรงพยาบาลสระบุรี, 2563, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี, 2563)

โรงพยาบาลสระบุรีเป็นโรงพยาบาลนำร่องคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในเขตสุขภาพที่ 4 เปิดบริการ
คลินิกกัญชาทางการแพทย์ Medical Cannabis Clinic แบบผสมผสานแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย
เป็นไปตามแนวทางการบริหารจัดการและ การปฏิบัติงานของสถานบริการสุขภาพ ตามข้อสั่งการของกระทรวง
สาธารณสุข ความก้าวหน้าในการจัดตั้งคลินิกกัญชาทางการแพทย์ของโรงพยาบาลสระบุรี มีการนำร่องจัดตั้ง
คลินิกช่วงทดลองโดยให้บริการตั้งแต่ปลายเดือนสิงหาคม 2562 และในวันที่ 6 กันยายน 2562 ได้มีการแต่งตั้ง
คณะกรรมการกัญชาทางการแพทย์ขึ้น โดยจัดตั้งคลินิกให้บริการทุกวันศุกร์ เวลา 13.00 - 15.00 น. ให้บริการ
โดยแพทย์ เภสัชกร พยาบาล ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการใช้สารสกัดจากกัญชาทางการแพทย์ เมื่อ 12 ก.พ. 2563
ปรับปรุงวันการให้เพิ่มเป็นบริการทุกวันศุกร์ที่ 1, 3, 5 ของเดือน เวลา 13.00-15.00 น.

จำนวนบุคลากรผ่านการอบรมหลักสูตรกัญชาทางการแพทย์ ประกอบด้วย แพทย์ 7 คน เภสัชกร
5 คน พยาบาล 5 คน แพทย์แผนไทย 2 คน โดยมีบุคลากรปฏิบัติงานในคลินิกกัญชา แพทย์ 1 คน เภสัชกร 1 คน
พยาบาล 1 คน แพทย์แผนไทย 1 คน แสดงดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 แสดงจำนวนบุคลากรที่ได้รับการอบรมและปฏิบัติงานในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (รพ.สระบุรี)

บุคลากร	แพทย์	ทันตแพทย์	เภสัชกร	พยาบาล	แพทย์แผนไทย	อื่น ๆ
1. จำนวนบุคลากรของ โรงพยาบาล	208	20	46	670	4	-
2. ผ่านการอบรมหลักสูตร กัญชาทางการแพทย์	7	-	5	5	2	-
3. ปฏิบัติงานใน/นอก คลินิกกัญชา	1	-	1	1	1	-

ผลการดำเนินงาน (สรุปข้อมูล เดือนตุลาคม 2562 - กุมภาพันธ์ 2563) มีข้อมูลลงทะเบียนผู้ป่วย
มีการประเมินผู้ป่วยตามแบบประเมินก่อนส่งจ่ายผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ ให้คำแนะนำตามแนวทาง
ปฏิบัติ มีการประเมินผู้ป่วยตามแบบสอบถามคุณภาพชีวิต (EQ-5D-5L) มีการติดตามเฝ้าระวังผู้ป่วยระยะ
บำบัด ตลอดการรักษาด้วยสารสกัดจากกัญชา ติดตามผลลัพธ์การบำบัดรักษาผู้ป่วยและประเมินผลข้างเคียง
อาการแสดงทางกายและจิตที่ไม่พึงประสงค์มีผู้มารับบริการจนถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2563 และมีผลการ
ดำเนินงาน แสดงดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ผลการดำเนินงานบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ รพ.สระบุรี

การจ่ายยา/สารสกัดกัญชา	จำนวนคนใช้ (คน)	จำนวนที่จ่าย (หน่วยนับ)
THC	51	57
THC : CBD (1:1)	-	-
CBD	-	-
Decha's Oil	3	3
ยาตำรับทำลายพระสุเมรุ	1	3
ยาตำรับสุขไสยาสน์	10	47
ให้คำปรึกษา	192	-

สรุปข้อมูล ณ เดือน 28 กุมภาพันธ์ 2563

อาการสำคัญที่คนป่วยมาขอรับรักษา

จากรายงานผู้ใช้บริการจำนวน 164 คน จากการรายงานคุณภาพชีวิต C-MOPH พบข้อบ่งชี้โรคที่เป็นอาการของคนป่วยที่มารับยาแก้ปวดได้แก่ ภาวะเคลื่อนไหวลำบากจากเคมีบำบัดจำนวน 6 คน ภาวะลมชักที่รักษายากจำนวน 3 คน ภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็งในผู้ป่วยโรคปลอกประสาทเสื่อมแข็งจำนวน 1 คน ภาวะปวดประสาทที่ต่อการรักษาจำนวน 7 คน โรคพาร์กินสันจำนวน 1 คน โรคอัลไซเมอร์จำนวน 15 คน ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองจำนวน 3 คน โรคปลอกประสาทอักเสบอื่น ๆ จำนวน 1 คน ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจำนวน 56 คน นอนไม่หลับจำนวน 45 คน เบื่ออาหารจำนวน 0 คน และอาการเครียด 2 คน

การติดตามความปลอดภัย

กลุ่มที่ได้รับน้ำมันกัญชา THC ส่วนใหญ่ไม่พบปัญหา มีเพียง 2 รายที่นอนไม่หลับ ผู้ป่วยที่ได้รับตำรับยาสมุนไพรมาด้วยอาการนอนไม่หลับ ติดตามผลสรุปพบว่าผู้ป่วยที่รับยาไปส่วนใหญ่อาการโดยทั่วไปดีขึ้น การนอนหลับดีขึ้น อาการปวดลดลงจากเดิม ทานอาหารได้มากขึ้น มี 1 ราย เสียชีวิตจากมะเร็งที่เป็นอยู่ และพบผู้ป่วยมีอาการไม่พึงประสงค์เป็นผู้ป่วยใช้ยาไปแล้วนอนไม่หลับมากกว่าเดิมจำนวน 1 ราย

6) โรงพยาบาลหาดใหญ่

เป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 721 เตียง

วิสัยทัศน์ “โรงพยาบาลชั้นนำที่คุณภาพเป็นเลิศ เพื่อท้องถิ่นภาคใต้”

- พันธกิจ**
1. สนับสนุนและพัฒนาระบบเครือข่าย 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง
 2. บริการสุขภาพถึงศูนย์ความเชี่ยวชาญเฉพาะโรค
 3. ผลิตบุคลากรทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ
 4. ชี้นำสุขภาพและการมีส่วนร่วมของชุมชน

การดำเนินงานคลินิกกัญชา (โรงพยาบาลหาดใหญ่, 2563)

คลินิกกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลหาดใหญ่ ได้รับสนับสนุนสารสกัดกัญชา สูตร THC จากกองบริหารการสาธารณสุข และตำรับยาแผนไทย ได้แก่ คุชไสยาสน์ ทำลายพระสุเมรุ แก้มแก้เส้น และน้ำมันกัญชา อ.เดชา จากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

จำนวนบุคลากรผ่านการอบรมหลักสูตรกัญชาทางการแพทย์ ประกอบด้วย แพทย์ 8 คน เภสัชกร 2 คน พยาบาล 3 คน แพทย์แผนไทย 2 คน โดยมีบุคลากรปฏิบัติงานในคลินิกกัญชา แพทย์ 3 คน เภสัชกร 2 คน พยาบาล 3 คน แพทย์แผนไทย 2 คน แสดงดังตารางที่ 12 และมีผลการดำเนินงาน แสดงดังตารางที่ 13

ตารางที่ 12 แสดงจำนวนบุคลากรที่ได้รับการอบรมและปฏิบัติงานในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (รพ.หาดใหญ่)

บุคลากร	แพทย์	ทันตแพทย์	เภสัชกร	พยาบาล	แพทย์แผนไทย	อื่น ๆ
1. จำนวนบุคลากรของโรงพยาบาล	281	25	54	959	-	-
2. ผ่านการอบรมหลักสูตรกัญชาทางการแพทย์	8	-	2	3	2	-
3. ปฏิบัติงานใน/นอกคลินิกกัญชา	3	-	2	3	2	-

ตารางที่ 13 ผลการดำเนินงานบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ รพ.หาดใหญ่

การจ่ายยา/สารสกัดกัญชา	จำนวนคนไข้ (คน)	จำนวนที่จ่าย (หน่วยนับ)
THC	138	392
THC : CBD (1:1)	12	68
CBD	(ยังไม่ได้รับยา)	
Decha's Oil	286	858
ยาตำรับทำลายพระสุเมรุ	19	667
ยาตำรับสุขไสยาสน์	57	766
แก้ลม แก้เส้น	31	538

สรุปข้อมูล ณ เดือนพฤษภาคม 2563

การติดตามความก้าวหน้า

เจ้าหน้าที่โทรติดตามหลังจากรับยาไปแล้ว 3 – 7 วัน โดยกำหนดการ follow up ทุก 1 – 2 เดือน ขึ้นกับการวินิจฉัยของแพทย์ ผลที่พบคือคนไข้ไม่มีอาการข้างเคียง มีอาการคงเดิม 90 ราย มีอาการมีน็ศีรษะ 12 ราย นอกจากนั้น พบคนไข้เอายาไปทาแผลด้วย 2 ราย สอบถามได้ข้อมูลว่า แผลยุบลง

7) โรงพยาบาลคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

เป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง

วิสัยทัศน์ (Vision)

เดิม : โรงพยาบาลคูเมือง โรงพยาบาลคุณภาพ ประชาชน สุขภาพดี ภาครัฐมีส่วนร่วม

ใหม่ : โรงพยาบาลคูเมือง โรงพยาบาลแม่ข่าย คุณภาพ ประชาชนสุขภาพดี ภาครัฐเข้มแข็ง

พันธกิจ (Mission)

- พัฒนาศักยภาพให้เป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายที่มีคุณภาพ
- ให้บริการด้านการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้รับบริการอย่างมีมาตรฐาน
- ส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญตามมาตรฐานวิชาชีพอย่างมีคุณภาพ
- ส่งเสริมให้มีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง
- ส่งเสริมสนับสนุนภาคีเครือข่ายให้มีส่วนร่วมและเข้มแข็งในการจัดการสุขภาพ
- ผลิตยาสมุนไพรใช้และรองรับการใช้ยาสมุนไพรของโรงพยาบาลภายในจังหวัด

การดำเนินงานคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (โรงพยาบาลคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์, 2563)

โรงพยาบาลคูเมืองมีงานด้านสมุนไพรและกัญชาโดยผลิตยาสมุนไพรทั่วไป 26 รายการ มีการรักษาด้วยยาสมุนไพรรายโรค และผลิตภัณฑ์ร่วมกับรัฐวิสาหกิจชุมชนโดยเป็น โครงการผลิตยาจากสมุนไพรกัญชาเพื่อใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ เป็นความร่วมมือระหว่างสำนักงานสาธารณสุขบุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยรังสิต โรงพยาบาลคูเมืองและ วิสาหกิจชุมชน ศูนย์พัฒนาสมุนไพรเพลาเพลินเพื่อชุมชน

คลินิกกัญชาทางการแพทย์โรงพยาบาลคูเมืองเปิดให้บริการทุกวันพุธ เวลา 08.30-12.00 น.

โรงพยาบาลคูเมือง มีจำนวนบุคลากรผ่านการอบรมหลักสูตรกัญชาทางการแพทย์ ประกอบด้วย แพทย์ 8 คน เภสัชกร 6 คน พยาบาล 1 คน แพทย์แผนไทย 3 คน โดยมีบุคลากรปฏิบัติงานในคลินิกกัญชา แพทย์ 1 คน เภสัชกร 1 คน พยาบาล 1 คน แพทย์แผนไทย 1 คน แสดงดังตารางที่ 14

ตารางที่ 14 แสดงจำนวนบุคลากรที่ได้รับการอบรมและปฏิบัติงานในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (รพ.คูเมือง)

บุคลากร	แพทย์	ทันตแพทย์	เภสัชกร	พยาบาล	แพทย์แผนไทย	อื่น ๆ
1. จำนวนบุคลากรของโรงพยาบาล	9	5	10	62	-	-
2. ผ่านการอบรมหลักสูตรกัญชาทางการแพทย์	8	-	6	1	3	-
3. ปฏิบัติงานใน/นอกคลินิกกัญชา	1	-	1	1	1	-

ผู้เข้ารับปรึกษาในคลินิก จำนวน 499 ราย สามารถรับยาได้ จำนวน 444 ราย (88.98%) ไม่สามารถรับยาได้ จำนวน 128 ราย (11.02%)

สาเหตุผู้ป่วยไม่ได้รับผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ (Drug ineration) 23 คน ควรรักษาแผนปัจจุบัน 13 คน ขอใบรับรองแพทย์ 9 คน CKD 4-5 1 คน โรคห้ามใช้ 1 คน ความดันสูง 1 คน รอยา สูตร CBD 1 คน ไม่ร้อพบแพทย์ 1 คน ต้องการกัญชาสูตรสูง 1 คน ผลการดำเนินงาน แสดงดังตารางที่ 15

ตารางที่ 15 ผลการดำเนินงานบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ รพ.คูเมือง

การจ่ายยา/สารสกัดกัญชา	จำนวนคนใช้ (คน)	จำนวนที่จ่าย (หน่วยนับ)
THC	152	32
THC : CBD (1:1)	-	-
CBD	-	-
Decha's Oil	200	73
ยาตำรับทำลายพระสุเมรุ	-	40
ยาตำรับสุขไสยาสน์	-	92
ให้คำปรึกษา	499	-

สรุปข้อมูล ณ เดือนพฤษภาคม 2563

การติดตามความปลอดภัย

จากการรายงานพบผลข้างเคียง ใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ อัตราการกรองของไตลดลง 4 คน หัวใจเต้นช้ากว่าปกติ (Bradycardia) 1 คน ปวดกล้ามเนื้อ 1 คน คอแห้ง 1 คน ท้องผูก 1 คน นอนไม่หลับ 1 คน

8) โรงพยาบาลท่าฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง

วิสัยทัศน์ โรงพยาบาลที่มีคุณภาพ ประชาชนมีสุขภาพดี ภายในปี 2564

- พันธกิจ
1. ให้บริการสุขภาพแบบองค์รวมครอบคลุมบริการ 4 มิติ คือ ส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู
 2. พัฒนาระบบการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกแบบครบวงจร
 3. มุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพเครือข่ายให้มีคุณภาพ
 4. บริหารการเงินการคลังอย่างมีประสิทธิภาพ
 5. พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศให้ทันสมัยและมีประสิทธิภาพ

6. บริหารทรัพยากรบุคคลอย่างมีประสิทธิภาพ
7. ส่งเสริมความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการจัดระบบสุขภาพแก่ประชาชนอย่างทั่วถึง
8. ส่งเสริมสนับสนุนการเรียนรู้ วิจัย และการสร้างนวัตกรรมของเครือข่าย

การดำเนินงานคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (โรงพยาบาลท่าฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี, 2563)

โรงพยาบาลท่าฉางจัดบริการคลินิกกัญชาตามหลักเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข นอกจากนี้ยังได้พัฒนาระบบการเชื่อมต่อข้อมูลจากสถานบริการอื่น ๆ ที่ประสงค์ส่งตัว การดำเนินงานคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยของโรงพยาบาลท่าฉางดำเนินการสนับสนุนของผู้อำนวยการโรงพยาบาลโดยตรง นอกจากเป็นการสร้างระบบสุขภาพทางเลือกให้แก่ประชาชนแล้ว ยังเป็นการเปิดโอกาสให้การแพทย์แผนไทยพัฒนาหลาย ๆ ด้าน ทั้งบุคลากร ยาสมุนไพร และการบริการกัญชาทางการแพทย์จึงสามารถเข้ามาส่งเสริมในช่องทางแพทย์แผนไทยตามหลักเกณฑ์และความรู้จากการอบรม โดยที่หากมีคนป่วยที่มีความต้องการใช้ยา กัญชาแต่ไม่อยู่ในหลักเกณฑ์ จะส่งต่อให้แพทย์ผู้อำนวยการผู้ศึกษาและสนใจการแพทย์แผนไทยอยู่ด้วยแล้ว เป็นผู้วินิจฉัยและตัดสินใจ ช่วยทำให้การจ่ายยา กัญชามีความเป็นไปได้อย่างสอดคล้องกับความต้องการและเกณฑ์การวินิจฉัยโรค มีการจัดตั้งศูนย์เฝ้าระวังและให้ข้อมูลเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ ในช่วงสถานการณ์โควิด-19 ทีมงานประกาศไม่ให้นำตรวจและรับยาที่โรงพยาบาล และใช้วิธีโทรประเมินและติดตามเฉพาะคนไข้เก่า

โรงพยาบาลท่าฉาง มีจำนวนบุคลากรผ่านการอบรมหลักสูตรกัญชาทางการแพทย์ ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน เภสัชกร 1 คน พยาบาล 2 คน แพทย์แผนไทย 4 คน โดยมีบุคลากรปฏิบัติงานในคลินิกกัญชา แพทย์ 1 คน เภสัชกร 1 คน พยาบาล 2 คน แพทย์แผนไทย 2 คน แสดงดังตารางที่ 16

ตารางที่ 16 แสดงจำนวนบุคลากรที่ได้รับการอบรมและปฏิบัติงานในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (รพ.ท่าฉาง)

บุคลากร	แพทย์	ทันตแพทย์	เภสัชกร	พยาบาล	แพทย์แผนไทย	อื่น ๆ
1. จำนวนบุคลากรของโรงพยาบาล	4	3	7	38	4	-
2. ผ่านการอบรมหลักสูตรกัญชาทางการแพทย์	1	-	1	2	4	-
3. ปฏิบัติงานใน/นอกคลินิกกัญชา	1	-	1	2	2	-

ผู้ป่วยที่มารับยามีอาการ ดังนี้ นอนไม่หลับ 355 ราย ปวดตามร่างกาย 42 ราย โรคพาร์กินสัน 26 ราย แขนขาอ่อนแรง 7 ราย อื่น ๆ 54 ราย นอกจากนี้ยังมีอาการอื่น ๆ ได้แก่ สะเก็ดเงิน อ่อนเพลีย ปวดท้อง ริดสีดวง งามูสวัด ภูมิแพ้อากาศ ปัสสาวะขัด อัมพาต และตาต้อ ผลการดำเนินงาน แสดงดังตารางที่ 17

ตารางที่ 17 ผลการดำเนินงานบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ รพ.ท่าฉาง

การจ่ายยา/สารสกัดกัญชา	จำนวนคนไข้ (คน)	จำนวนที่จ่าย(หน่วยนับ)
THC	492	-
THC : CBD (1:1)	-	-
CBD	-	-
Decha's Oil	200	2542 ขวด
ยาดำรับทำลายพระสุเมรุ	2	80 ซอง
ยาดำรับสุขไสยาสน์	13	500 ซอง
ให้คำปรึกษา	499	-

สรุปข้อมูล ณ เดือนพฤษภาคม 2563

การติดตามความปลอดภัย

โรงพยาบาลท่าฉางมีการติดตามผู้ป่วยที่รับยาทุกรายและดำเนินการการบูรณาการคลินิกกัญชาร่วมกับชุมชน โดยจัดตั้งศูนย์เฝ้าระวังและให้ข้อมูลเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์เพื่อให้ความรู้อย่างถูกต้องป้องกันไม่ไห้ประชาชนใช้น้ำมันกัญชาใต้ดิน เพราะอาจได้รับอันตรายจากสารปนเปื้อนทั้งโลหะหนักและยาฆ่าแมลงหรือป้องกันไม่ไห้หลงเชื่อคำโฆษณาอวดอ้างว่าสามารถรักษาได้ทุกโรค ซึ่งประโยชน์จากดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในโครงการนั้น ช่วยกระตุ้นให้เกิดการรับรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ที่ถูกต้องในชุมชนได้เป็นอย่างดี

2.2 แผนการจัดระบบบริการสุขภาพ (service plan) กัญชาทางการแพทย์ (กองบริหารสาธารณสุข, 2562)

กระทรวงสาธารณสุขได้มีคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เพื่อวางแผนการจัดการระบบบริการสุขภาพ (service plan) สาขาการใช้กัญชาทางการแพทย์วันที่ 5 สิงหาคม 2562 เพื่อขับเคลื่อนการดูแลการใช้กัญชาทางการแพทย์ในหน่วยบริการสาธารณสุข และได้จัดทำคู่มือแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) สาขาการใช้กัญชาทางการแพทย์ เผยแพร่ให้หน่วยงานสาธารณสุขนำไปใช้เป็นแนวทางการจัดคลินิกบริการกัญชาทางการแพทย์ (medical cannabis clinic) แบบผสมผสาน แพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทยในสถานพยาบาล ให้ใช้ประโยชน์อย่างมีประสิทธิภาพตามเป้าประสงค์บริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขโดยกองบริหารการสาธารณสุขกำหนดเป้าหมายว่า “จัดบริการให้ประชาชนเข้าถึงกัญชาทางการแพทย์อย่างปลอดภัย” มีการจัดทำข้อสั่งการดำเนินงานด้านการใช้กัญชาทางการแพทย์ในสถานบริการสุขภาพตามความสมัครใจ เป็นโรงพยาบาลที่มีบุคลากรผ่านการอบรมตามหลักสูตรกรมการแพทย์ มีเป้าหมายและผลการดำเนินงาน 2 ไตรมาส ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2562 ถึงเดือนมีนาคม 2563 มีดังนี้ ไตรมาสแรกกำหนดเป้าหมายจำนวนคลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์นาร่องอย่างน้อยเขตสุขภาพละ 1 แห่ง ผลการดำเนินงาน มีการจัดตั้งคลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์แผนปัจจุบันแบบผสมผสานแพทย์แผนไทย ครบทั้ง 12 เขตสุขภาพ โดยมีการจัดตั้งรวม 91 แห่ง แบ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) 31 แห่ง / โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) 60 แห่ง และเป้าหมายไตรมาสที่ 2 กำหนดให้

มีการจัดตั้งคลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์แผนปัจจุบันแบบผสมผสานแผนไทย คือ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป (รพศ./ รพท.) ร้อยละ 50 (60 แห่ง จาก 119 แห่ง) มีการจัดตั้งคลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์แผนปัจจุบันแบบผสมผสานแผนไทย รวม 103 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 75 (เกินเป้า) ดังนี้ โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) จัดตั้ง 32 แห่งจาก 34 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 94 โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) จัดตั้ง 71 แห่ง จาก 85 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 84 สรุปว่า ผลงานที่ดำเนินการจริงทำได้เกินเป้า คือ เมื่อสิ้นสุดไตรมาส 2 ปี 2563 มีการจัดตั้งคลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์แผนปัจจุบันแบบผสมผสานแพทย์แผนไทยครบทั้ง 12 เขตสุขภาพ รวม 103 แห่งจากทั้งหมด 119 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 75

การเปิดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ของโรงพยาบาลนำร่อง 13 แห่ง ตามนโยบายและคำสั่งการจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขช่วงปลายเดือนสิงหาคม 2562 ให้หน่วยบริการมีการจัดทีมบุคลากรประจำหน่วยบริการ cannabis clinic ที่ต้องผ่านการอบรมหลักสูตรการใช้สารสกัดจากทางกัญชาทางการแพทย์สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ (1) แพทย์ อย่างน้อย จำนวน 1 คน (2) เภสัชกร อย่างน้อย จำนวน 1 คน (3) พยาบาล หรือนักวิชาการ อย่างน้อย จำนวน 1 คน และ (4) แพทย์แผนไทย อย่างน้อย จำนวน 1 คน นอกเหนือจากนั้นยังมีบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ นักเทคนิคการแพทย์ แพทย์ระบบประสาทเป็นหน่วยสนับสนุน ผู้ให้คำปรึกษากลุ่มงานจิตเวชยาเสพติดเป็นหน่วยสนับสนุน ทีมบุคลากรห้องฉุกเฉิน (หน่วยสนับสนุน) อย่างน้อย จำนวน 1 คน ก่อนดำเนินการตามคู่มือและข้อสั่งการได้มีการประชุมเชิงปฏิบัติการระดมความคิดในการกำหนด แนวทางการบริหารจัดการและการปฏิบัติงานแก่สถานบริการสุขภาพ

กระทรวงสาธารณสุขเตรียมการสนับสนุนเพื่อขับเคลื่อนคลินิกกัญชาทางการแพทย์ให้เข้าถึงประชาชนอย่างทั่วถึง จึงให้กรมที่เกี่ยวข้องจัดทำแผนการจัดระบบบริการสุขภาพ (service plan) สนับสนุนในด้านความรู้ให้บุคลากรได้รับความรู้ และยากัญชาชนิดที่เป็นสารสกัดใช้บริการอย่างเพียงพอ สำหรับด้านงบประมาณนั้นให้โรงพยาบาลแต่ละแห่งบริหารจัดการดำเนินการกันเอง ให้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการกัญชาทางการแพทย์ โดยมีผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข สาธารณสุขนิเทศก์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เป็นที่ปรึกษาและผู้อำนวยการโรงพยาบาล เป็นประธาน และจัดตั้งทีมผู้เชี่ยวชาญที่ผ่านการรับรองจากกรมการแพทย์ เพื่อให้คำแนะนำปรึกษาพร้อมให้แนวทางการแก้ไขปัญหาแก่สถานบริการสุขภาพในเครือข่าย

การดำเนินการในช่วงแรกมีระยะเวลาการเตรียมการสั้นหลังจากการประกาศนโยบาย รวมถึงการแปรนโยบายสู่แนวทางการปฏิบัติของส่วนกลางร่วมกับผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ จากช่วงสิ้นปีงบประมาณเดือนกันยายน 2562 และการสนับสนุนต่าง ๆ หน่วยบริการเริ่มเปิดบริการราวในเดือนธันวาคม 2562 ปลายเดือนธันวาคม มีข่าวโรคระบาดใหม่ไวรัสโควิด19 ที่ประเทศจีน จนกลางเดือนมกราคม 2563 ประเทศไทยพบผู้ป่วยรายแรก หลังจากนั้นหน่วยบริการสุขภาพต่างต้องเตรียมรับมือกับสถานการณ์โรคระบาดใหม่ที่รุนแรง และเมื่อประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินส่งผลให้คลินิกบริการกัญชาที่หน่วยบริการปรับเปลี่ยนวิธีการให้บริการไม่รับคนไข้รายใหม่ ให้บริการทางการสื่อสารออนไลน์และโทรศัพท์แก่คนไข้เท่านั้น ตามที่กองบริหารการสาธารณสุขระบุไว้ว่า เขตบริการสุขภาพและจังหวัดสามารถปรับให้เหมาะกับปัญหาสุขภาพและบริบทของพื้นที่ได้

ปี 2563 กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (กองบริหารการสาธารณสุข, 2563) สรุปสถานการณ์ ดังนี้

(1) สถานการณ์ด้านนโยบายและการสั่งการ คณะกรรมการและคณะทำงานกัญชาทางการแพทย์ กำลังเร่งสั่งการให้มีการจัดตั้งคลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์แผนปัจจุบันแบบผสมผสานแผนไทยในส่วนที่เหลืออีก 11 แห่ง (รพศ. 2 แห่ง/รพท. 9 แห่ง) ให้เรียบร้อย

(2) ด้านการให้บริการ สถานบริการที่เปิดให้บริการแล้วทั้ง 108 แห่ง อยู่ในระหว่างการติดตาม

(3) ด้านผู้รับบริการยังมีผู้มารับบริการจำนวนไม่มาก โดยผู้มารับบริการส่วนใหญ่ที่รับยาแก้ปวด คือ กลุ่มอาการอัมพฤกษ์อัมพาต นอนไม่หลับ มะเร็ง ลมชัก ผลการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาแก้ปวด ยังไม่พบ

2.3 แนวคิดกัญชาเพื่อการใช้ประโยชน์ทางการแพทย์

กัญชามีทั้งด้านที่เป็นประโยชน์และโทษ การใช้กัญชาก่อให้เกิดอันตรายทั้งในส่วนบุคคลและสังคม โดยผลกระทบที่สำคัญ คือ อาจก่อให้เกิดโรคที่จิตเวช ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง กระตุ้นพัฒนาการ ทางสมอง และระบบทางเดินหายใจ การลดอันตรายที่อาจเกิดจากการใช้กัญชาได้โดยการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับธรรมชาติของกัญชา และผลกระทบที่จะตามมา รวมถึงการให้ข้อมูลเพิ่มเติมในผู้ที่ใช้กัญชา ในแง่ของการรักษา หากเป็นกรณีที่ใช้เพื่อความบันเทิงในทางที่ผิดกฎหมายฉบับแก้ไขที่ใช้ขณะนี้ยังคงควบคุมให้ผู้ใช้รับผิดตามฐานความผิด (กองบริหารการสาธารณสุข, 2562) แนวคิดการใช้ประโยชน์กัญชาทางการแพทย์ เพื่อให้เข้าถึงสุขภาพประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพและปลอดภัยของไทยมี 2 แนวทาง คือ การแพทย์แผนปัจจุบัน และการแพทย์แผนไทย (กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 2562)

การแพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์ที่จะนำสารสกัดกัญชาไปใช้รักษาทางการแพทย์ต้องผ่านการอบรมตามหลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์ของกรมการแพทย์ ส่วนการแพทย์แผนไทยให้ใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ตามที่กรมการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกประกาศให้ใช้ โดยหน่วยบริการเปิดให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยตามแนวทางการแพทย์แผนไทยควบคู่กับแพทย์แผนปัจจุบันและหลักเกณฑ์การจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย ให้การจ่ายยากัญชาทางการแพทย์แผนไทยโดยแพทย์แผนไทยที่ผ่านการอบรมหรือหมอพื้นบ้านที่ขึ้นทะเบียนผ่านการรับรองจากกรมการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก

ในทางปฏิบัติการจัดการบริการคลินิกกัญชาในระบบบริการที่เกิดขึ้น มีรูปแบบการผสมผสานการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์แผนไทย เพื่อให้สามารถเข้าถึงการดูแลสุขภาพประชาชนให้มากที่สุด

2.4 แนวคิดการเตรียมความพร้อมขององค์กร (Readiness)

2.4.1 ความหมายความพร้อมขององค์กร (Organizational Readiness)

คำว่า “พร้อม” ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ได้ให้ความหมายไว้ว่า คือ ครบถ้วน ส่วนคำว่า “ความพร้อม” เป็นคำนามซึ่งมีความหมายว่า ความครบครัน หรือมีทุกอย่างครบแล้ว โดยแนวคิดเรื่องความพร้อมขององค์กรได้รับการยอมรับว่าเป็นส่วนที่สำคัญของการนำนวัตกรรมหรือนโยบายใหม่ ๆ ลงสู่การปฏิบัติ (Weiner, 2009) โดยความพร้อมขององค์กร คือการที่องค์กรมีความพร้อมมีความเต็มใจและความสามารถที่จะนำนวัตกรรมหรือนโยบายที่มีความพิเศษ มีลักษณะเฉพาะมาใช้ (Weiner, 2009). ทั้งนี้ การมีความพร้อมขององค์กรถือเป็นองค์ประกอบแรกๆ ที่จำเป็นต่อการเปลี่ยนแปลงองค์กรที่ประสบความสำเร็จและมักจะอยู่ในการวางแผนและกรอบการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ (Greenhalgh et al., 2004).

ความสามารถในการรับนวัตกรรม/นโยบายขององค์กรยังประกอบด้วยกระบวนการหลากหลายขั้นตอนที่จะทำให้องค์กรต่าง ๆ เปลี่ยนความคิดและทำให้สามารถนำสิ่งใหม่ ๆ นโยบายใหม่ ๆ ไปใช้ได้ อาทิ

- ความสำคัญของบริบทองค์กรเป็นสิ่งที่เราต้องตระหนัก เนื่องจากไม่ว่านวัตกรรมหรือนโยบายใดก็ตามต่างก็มีความซับซ้อน ดังนั้นการเริ่มต้นของการจะรับหรือไม่จึงเป็นการตัดสินใจบนการที่นวัตกรรมหรือนโยบายนั้นเหมาะกับเทคโนโลยี โครงสร้างและบรรยากาศขององค์กรเพียงใด

- ถ้าวัตถกรรมหรือนโยบายและระบบสนับสนุนถูกจำกัดด้วยสถานการณ์ทางเศรษฐกิจ บรรยากาศของ ความขาดแคลนและความไม่แน่นอนนโยบายก็จะเป็นไปไม่ได้
- นวัตกรรมหรือนโยบายต้องสัมพันธ์กับเป้าหมายอื่น ๆ ขององค์กร ดังนั้นปัจจัยเชิงบริบทของนวัตกรรม ในระดับองค์กร ระหว่างองค์กรและหน่วยย่อยจึงสำคัญ (Weiner, 2009).

2.4.2 แนวคิดความพร้อมขององค์กร

โดยทั่วไปความพร้อมสามารถแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ ความพร้อมของปัจเจกบุคคลและ ความพร้อมขององค์กร ความพร้อมของปัจเจกคือสภาพการเตรียมตัวเพื่อการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง สภาพความ พร้อมของบุคคลนั้น ย่อมขึ้นอยู่กับองค์ประกอบที่สำคัญๆ หลายประการด้วยกัน อาทิ เช่น ภาวะสุขสมบูรณ์ ของปัจเจก การสร้างแรงจูงใจ และการฝึกอบรม เป็นต้น

Edward L.Thorndike (1905) ได้เสนอกฎแห่งความพร้อม (Law of Readiness) เพื่อเสริมกฎแห่งผล และได้อธิบายไว้ในรูปของการเตรียมตัว และการเตรียมพร้อม ในการที่จะตอบสนองกิจกรรมที่ตามมาหลังจากการที่ มีการเตรียมตัวพร้อมแล้ว

ขณะที่ Bryan J Weiner (2009) ได้เสนอทฤษฎีความพร้อมขององค์กรเพื่อการเปลี่ยนแปลง (A Theory organizational readiness for change) ไว้ว่า ความพร้อม หมายถึง การเตรียมที่จะดำเนินการทั้งทางด้าน จิตใจและทางด้านพฤติกรรมทางกาย เช่น ความเต็มใจ และความสามารถซึ่งคล้ายกับ Bandura A. (1982) ว่าความพร้อม หมายถึง ความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลง โดยสมาชิกในองค์กรสามารถแก้ไขปัญหาดำเนินการ ที่เกี่ยวข้องเพื่อการเปลี่ยนแปลง โดยเน้นที่จะร่วมกันแก้ปัญหาที่ซับซ้อนร่วมกันเป็นทีม โดยปัจจัยของความ พร้อมภายในองค์กรตามทฤษฎีความพร้อมขององค์กรเพื่อการเปลี่ยนแปลง ได้แก่ 1) วัฒนธรรมองค์กร (organizational culture) 2) นโยบายและขั้นตอนการทำงาน (policies and procedures) 3) ประสบการณ์เดิม (past experience) 4) ทรัพยากรขององค์กร (organizational resources) 5) โครงสร้างขององค์กร (organizational structure)

ในส่วนความพร้อมขององค์กร Bryan เสนอว่าหมายถึง ความมุ่งมั่นในการเปลี่ยนแปลงของสมาชิก ในองค์กรโดยการเปลี่ยนการรับรู้ ความสามารถเพื่อการดำเนินการเปลี่ยนแปลงองค์กร ที่สิ่งนี้จะเกิดขึ้นได้ ก็ต่อเมื่อสมาชิกในองค์กรยอมรับและให้ความสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงขององค์กรเนื่องจากสมาชิก มีความผูกพันต่อองค์กร และมีแรงจูงใจ มุ่งมั่นที่จะดำเนินการเปลี่ยนแปลงองค์กร กลยุทธ์ต่าง ๆ สำหรับการ สร้างความพร้อม ต้องเข้าใจว่ามีความแตกต่างเฉพาะบุคคล

อย่างไรก็ดีการเปลี่ยนแปลงความพร้อมขององค์กรเพื่อการเปลี่ยนแปลงนั้น ไม่ได้รับการพัฒนาภายใต้ ทฤษฎีอย่างกว้างขวางหรือการศึกษาเชิงประจักษ์มากนัก โดยทฤษฎีนี้มุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาทฤษฎี ในด้านของปัจจัยและผลลัพธ์ของความพร้อม ซึ่งมุ่งเน้นไปที่ระดับองค์กรจากการวิเคราะห์แนวโน้มที่สามารถ พัฒนา เพราะหลายองค์กรจะปรับปรุง องค์กรด้วยการออกแบบขึ้นมาใหม่ นั่นคือการเปลี่ยนแปลงพร้อมกัน หลายฝ่าย ประเด็นของการศึกษาของ Bryan เน้นที่บริบทของปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมขององค์กรซึ่ง Bryan ได้โต้แย้งกับข้อเสนอก่อนหน้านี้ที่ว่าบริบทเงื่อนไขที่มีผลต่อความพร้อมขององค์กรเพื่อการเปลี่ยนแปลง เช่น วัฒนธรรมองค์กร ที่ได้รับนวัตกรรม ภาวะความเสี่ยง และการเรียนรู้เพื่อสนับสนุนความพร้อมขององค์กร เพื่อการเปลี่ยนแปลง เน้นความสำคัญของนโยบายขององค์กรที่มี ความยืดหยุ่นและวิธีการทำงาน รวมทั้ง บรรยากาศขององค์กรเชิงบวก เช่น ความสัมพันธ์อันดีในที่ทำงานว่าจะสามารถส่งเสริมความพร้อมขององค์กร และเห็นว่าประสบการณ์เดิมรวมกับการเปลี่ยนแปลงสามารถส่งเสริมความพร้อมขององค์กร

โดย Bryan แย้งว่า ยังมีบริบทบางอย่างที่ส่งผลกระทบต่อความพร้อมขององค์กรเพิ่มเติมอีก เช่น การเปลี่ยนแปลงที่เกินพอดีอาจจะขัดต่อวัฒนธรรมองค์กร นโยบายขององค์กรและวิธีการทำงานเชิงบวก

หรือลบก็ส่งผลต่อการประเมิน นอกจากนี้ความต้องการงานของสมาชิกในองค์กร เช่น สมาชิกไม่คิดว่าจะเกิดการเปลี่ยนแปลงจริง ๆ และการตัดสินใจประสิทธิผลการเปลี่ยนแปลงเอง เช่น ไม่คิดว่าองค์กรจะมีประสิทธิภาพที่จะเปลี่ยนแปลงได้ ก็อาจเป็นสิ่งขัดขวางการยอมรับการเปลี่ยนแปลงได้

นอกจากนี้ความพร้อมขององค์กรยังมีกรอบทฤษฎีที่สำคัญคือการเปลี่ยนแปลงองค์กรไม่สามารถเกิดขึ้นได้หากปราศจากความเต็มใจ (willingness) คุณสมบัตินี้ (qualification) และความพร้อมของทรัพยากรมนุษย์ขององค์กร (readiness of the organization's human resources) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว การสร้างความเต็มใจและความสามารถในการนำการปรับเปลี่ยนองค์กรและกระบวนการทำงานเพื่อลดแรงต้านทานที่ต้องเผชิญในระหว่างการดำเนินการตามกระบวนการเปลี่ยนแปลง เพื่อให้การนำนโยบายใหม่ๆ ลงสู่การปฏิบัติขององค์กรได้รับการยอมรับเป็นอย่างดี เครื่องมือหลายอย่าง จึงได้รับการพัฒนาขึ้นเพื่อประเมินความพร้อม ในบริบทที่แตกต่างกัน

ทั้งนี้ยังรวมถึงการชี้แจงอย่างโปร่งใส สื่อสารอย่างตั้งใจ ออกแบบกระบวนการของการเปลี่ยนแปลง โดยการสร้างเกณฑ์มาตรฐานหรือระดับของประสิทธิภาพที่จำเป็นต้องมีเพื่อให้บรรลุ วัตถุประสงค์ การเปลี่ยนแปลงที่ต้องการ การเตรียมบุคลากรสำหรับการเปลี่ยนแปลงและเสริมสร้างความพร้อมของพวกเขา อาจยังต้องลงทุนเพื่อเพิ่มทักษะและความรู้ เพื่ออำนวยความสะดวกในการปฏิบัติการกิจใหม่

ดังนั้นจึงเป็นสิ่งสำคัญมากที่จะเข้าใจอุปสรรคและจุดอ่อนในความพร้อมก่อนเริ่มการเปลี่ยนแปลง การประเมินความพร้อมอาจเป็นเครื่องมือสำหรับสิ่งนี้ ความพร้อมขององค์กรเป็นแนวคิดที่ใช้ในการวิเคราะห์ปัจจัยต่าง ๆ ที่จำเป็นสำหรับองค์กรที่จะนำนวัตกรรมไปใช้อย่างประสบความสำเร็จ (Weiner, 2009)

2.4.3 การประเมินความพร้อมขององค์กร

วิธีการประเมินว่าองค์กรมีความพร้อมในการรับเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากนโยบายใหม่ๆ นั้นสามารถวิเคราะห์ได้จากหลายมิติ เช่น การเปลี่ยนแปลงเนื้อหาสาระในการทำงาน (change content) การเปลี่ยนแปลงบริบทในการทำงาน (change context) การเปลี่ยนแปลงกระบวนการในการทำงาน (change process) การเปลี่ยนแปลงคุณสมบัติเฉพาะของบุคลากร (individual attributes) ด้วยการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ไม่ว่าจะเล็กน้อยหรือสำคัญก็ต้องประเมินความพร้อมของทรัพยากรมนุษย์ขององค์กร การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจะลดความพร้อมมักจะล้มเหลว การเตรียมความพร้อมจึงมีความสำคัญต่อการพัฒนาและการสร้างความพร้อมของบุคลากร มิฉะนั้นองค์กรจะเผชิญกับการสูญเสียทรัพยากรเช่น เวลา เงิน และล้มเหลวในการเปลี่ยนแปลงสู่เป้าหมายที่ต้องการ การลงทุนเพื่อประเมินและส่งเสริมความพร้อม ที่จะลดแรงต้านต่อการเปลี่ยนแปลงของบุคลากรมีปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาความสามารถของมนุษย์ เช่น การเสริมพลังอำนาจ การเพิ่มระดับความสบายใจ ความสะดวกใจในการทำงานร่วมกัน การเพิ่มระดับความเชื่อว่างค์กรสามารถไปถึงจุดหมายของการเปลี่ยนแปลงได้ ซึ่งทั้งหมดนี้ต่างก็จะช่วยเพิ่มขีดความสามารถของบุคลากรเพิ่มระดับความมั่นใจในเพื่อนร่วมงานและเพิ่มระดับความเชื่อมั่นว่างค์กรมีความสามารถในการบรรลุเป้าหมายการเปลี่ยนแปลง โดยแนวคิดการประเมินความพร้อมขององค์กรจะมีความเฉพาะเจาะจงกับแต่ละบริบทที่การเปลี่ยนแปลงนั้นเกิดขึ้นสำหรับองค์กรที่จะใช้ EBIs ในระดับที่ประสบความสำเร็จมันเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ให้ทุน

The National Implementation Research Network (NIRN) ของประเทศสหรัฐอเมริกาเสนอ 4 ขั้นตอนของการเริ่มทำงานนโยบายใหม่ว่า ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

(1) การสำรวจ (exploration) บุคลากรในองค์กรเริ่มสำรวจความเป็นไปได้ในการใช้ประโยชน์จากนโยบายใหม่

(2) การดำเนินการ (installation) เช่น การจัดหาหรือปรับเปลี่ยนทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับการทำงานไปข้างหน้า

(3) การเริ่มการนำนโยบายใหม่มาใช้ (initial implementation) เริ่มมีการใช้นโยบายใหม่เป็นครั้งแรก

(4) การนำนโยบายใหม่มาใช้ได้อย่างเต็มรูปแบบ (full implementation) หมายถึงเมื่อ 50% หรือมากกว่าของบุคลากรในองค์กรใช้นโยบายอย่างมีประสิทธิภาพด้วยความซื่อสัตย์ (fidelity) และได้ผลลัพธ์ที่ดี (good outcomes)

ทั้งนี้ความพร้อมขององค์กรในสถานการณ์หนึ่งหรือช่วงเวลาหนึ่งอาจไม่ใช่ความพร้อมสำหรับช่วงต่อไป ดังนั้นองค์กรจะต้องพร้อมที่จะเข้าสู่การดำเนินการในแต่ละขั้นตอนไม่ว่าจะเป็น การสำรวจ การดำเนินการ เริ่มนำนโยบายใหม่มาใช้ และการนำนโยบายใหม่มาใช้ได้อย่างเต็มรูปแบบ ทั้งนี้จะมีประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับผู้มีส่วนได้เสีย เช่น ผู้นำ (leadership) ผู้ปฏิบัติ (implementers) สมาชิกชุมชน (community members) ผู้รับบริการ (clients) ที่จะได้หรือเกี่ยวกับความพร้อมอย่างต่อเนื่อง เพราะความพร้อมเป็นพลวัต (dynamic) กล่าวคือจะมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาของการดำเนินไปของการดำเนินนโยบาย หรือเหมือนเดิม หรือลดลง ในระยะต่าง ๆ และการอภิปรายเหล่านี้จะช่วยให้บุคลากรในองค์กรสามารถร่วมพิจารณาองค์ประกอบความพร้อมเมื่อเกิดความท้าทายใหม่และปรับเปลี่ยนแนวทางที่มีอยู่ เพื่อตอบสนองความต้องการเหล่านี้ด้วยตัวชี้วัดการประเมินความพร้อมขององค์กรที่สามารถประเมิน ผ่านวิธีการต่าง ๆ เช่น การสำรวจผู้ให้บริการ ลูกค้า สมาชิกชุมชน ด้วยวิธีการที่หลากหลาย เช่น การสนทนากลุ่ม การสังเกต

ตัวอย่างเช่น Beebe TJ และคณะ (2001) เสนอการประเมินความพร้อมชุมชนใน The community readiness survey: Development and initial validation. ว่าการประเมินความพร้อมของชุมชนต่อการนำนวัตกรรมมาใช้ประกอบด้วยหลากหลายมิติคือ

(1) ทศนคติชุมชนการรับรู้และความรู้เกี่ยวกับประเด็น

(2) การรับรู้ระดับความพร้อม

(3) ทรัพยากรรวมถึงความพยายามที่มีต่อเรื่องที่จะทำการเปลี่ยนแปลง

(4) ความเป็นผู้นำ โดย community readiness model (CRM) หรือการประเมินความพร้อมของชุมชน เป็นวิธีการการวัดความพร้อมของชุมชนในการร่วมกันปัญหาสังคมร่วมกัน แบ่งเป็น 9 ขั้นตอนของความพร้อม คือ

(1) ไม่มีการรับรู้ (ปัญหา)

(2) การปฏิเสธ

(3) การรับรู้ที่คลุมเครือ

(4) เริ่มมีการวางแผนล่วงหน้า

(5) มีการเตรียมการ

(6) มีการเริ่มต้น

(7) การดำเนินการเปลี่ยนแปลงเริ่มคงที่

(8) มีการยืนยันการเปลี่ยนแปลง / การขยาย

(9) เกิดความเป็นมืออาชีพที่ผู้คนมีความรู้เกี่ยวกับปัญหา ชุมชนมีส่วนร่วม ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญให้การสนับสนุนและมีความพยายามออกแบบการทำงานที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

ขณะที่การประเมินความพร้อมขององค์กร (organizational readiness) (Scaccia et al., 2015; Weiner, 2009) ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความสำเร็จหรือล้มเหลวของการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ ซึ่งควรทำใน 4 ช่วงเวลาสำคัญคือ

(1) ก่อนที่จะมีการเลือกนโยบายใหม่ที่จะนำมาสู่การปฏิบัติ

- (2) ก่อนที่จะมีการนำนโยบายใหม่มาสู่การปฏิบัติ
 - (3) ระหว่างการนำนโยบายใหม่มาสู่การปฏิบัติ
 - (4) ระหว่างการออกแบบให้นโยบายใหม่มาสู่การปฏิบัติมีความยั่งยืน
- โดยการประเมินความพร้อมขององค์กรประกอบด้วย 3 องค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์กันดังนี้

$$R = MC^2 \quad (\text{Scaccia et al. ,2015})$$

ความพร้อม (R) = แรงจูงใจ (M) x ความสามารถทั่วไปขององค์กร (C) x ความสามารถเฉพาะ (C)

การทำความเข้าใจความพร้อมขององค์กรคือการทำความเข้าใจ 3 องค์ประกอบ (1) แรงจูงใจ (2) ความสามารถทั่วไปขององค์กรและ (3) ความสามารถเฉพาะสำหรับนโยบายใหม่ โดยมีข้อสังเกตสำคัญคือ ถ้าองค์ประกอบใด ๆ เป็นศูนย์หรือใกล้ศูนย์ ด้วยความสัมพันธ์แบบทวีคูณนี้แปลว่าองค์กรไม่พร้อมที่จะรับนโยบายใหม่ๆ โดยมีรายละเอียดแต่ละองค์ประกอบดังนี้ (Scaccia et al. ,2015)

(1) แรงจูงใจ (motivation) หมายถึงสิ่งที่ได้รับอิทธิพลมาจากการรับรู้ผลตอบแทนที่เป็นเงินและไม่ใช่งาน ที่กลายเป็นความปรารถนาที่จะใช้นโยบายใหม่มาสู่การปฏิบัติ เนื่องจากความปรารถนาที่จะเปลี่ยนแปลงคือสิ่งที่อยู่ในหัวใจของแรงจูงใจจึงเป็นประโยชน์ในการตรวจสอบทั้งปัจจัยทางความคิดและอารมณ์ภายในบุคคลที่มีส่วนทำให้ความปรารถนาในการนำการเปลี่ยนแปลงมาใช้ แรงจูงใจจึงเป็นทั้งของปัจเจกและองค์กร แรงจูงใจมีความเฉพาะเจาะจงกับนโยบายใหม่ งานใหม่แต่ละระดับ

แรงจูงใจเกี่ยวข้องทั้งกับปัจจัยความรู้ความเข้าใจ (cognitive factors) รวมถึงการรับรู้ของค่าของสิ่งใหม่ในส่วนของบุคคลหรือการให้ค่าขององค์กร การรับรู้ปัญหาของการเปลี่ยนแปลงและการรับรู้การสนับสนุนสำหรับการเปลี่ยนแปลงนอกจากนี้ยังมี ปัจจัยทางอารมณ์ (affective factors) ได้แก่ อารมณ์ที่อาจมาพร้อมกับความคิดเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงเช่นความรู้สึกของความเพลิดเพลิน (enjoyment) ความไว้วางใจ (trust) ความหวัง (hope) ความภาคภูมิใจ (pride) ความสนใจ (interest) ความยุ่งยาก (frustration) ความกลัวและความโกรธ (fear and anger) โดยสิ่งที่ต้องตระหนักเสมอคือ แรงจูงใจต้องสัมพันธ์ไปกับความสามารถทั่วไปและความสามารถเฉพาะเสมอ โดยแรงจูงใจประกอบด้วย

แรงจูงใจจากความได้เปรียบเชิงสัมพัทธ์ (relative advantage) หมายถึง การรับรู้ว่าสิ่งที่กำลังเริ่มทำใหม่เมื่อเปรียบเทียบแล้วดีกว่าวิธีแบบเดิม และสามารถรับรู้ของผลลัพธ์ที่คาดการณ์ไว้

แรงจูงใจจากความเหมาะสมสอดคล้อง (compatibility) หมายถึง ความสอดคล้องกับการให้คุณค่าที่มีอยู่ บรรทัดฐานทางวัฒนธรรมประสบการณ์และความต้องการของผู้ใช้ที่มีศักยภาพ

แรงจูงใจจาก (complexity) หมายถึง การที่นโยบายใหม่มาสู่การปฏิบัติยากเกินกว่าจะเข้าใจหรือใช้งาน ซึ่งในที่นี้ยึดการตีความของปัจเจกเป็นหลักมิใช่ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

แรงจูงใจจากความสามารถในการนำไปทดลองใช้ (trialability) หมายถึง ระดับความสามารถในการทดลองใช้นโยบายใหม่ในชีวิตประจำวัน/ในงานประจำก่อนที่จะนำไปขยายต่อเพราะนั้นจะสร้างความมั่นใจ ความรู้สึกว่าสามารถใช้หรือทำสิ่งนี้ได้ของปัจเจกและสะท้อนความสามารถทั่วไปและความสามารถที่เฉพาะเจาะจงของคนในองค์กรด้วย

แรงจูงใจจากความโดดเด่นเห็นได้ชัด (observability) หมายถึง การที่ปัจเจกสามารถเห็นผลลัพธ์ที่เป็นผลมาจากการนำนโยบายใหม่มาสู่การปฏิบัติได้อย่างชัดเจนทั้งในองค์กรตนเองและองค์กรอื่น และหมายถึงผลลัพธ์นั้นมีความหมายต่อตัวปัจเจกด้วย

แรงจูงใจจากการจัดลำดับความสำคัญ (priority) หมายถึงการที่ปัจเจกรับรู้ว่่านโยบายใหม่มีความเหมาะสม ตรงกับความคาดหวัง และมีความสำคัญมากกว่านวัตกรรม/นโยบายใหม่อื่น ๆ

(2) **ความสามารถทั่วไปขององค์กร (general capacity)** คือ ความสามารถทั่วไปขององค์กรที่ทำให้องค์กรสามารถรักษาสภาพปกติขององค์กรในการทำงานเอาไว้ได้ เช่น การจัดการบุคลากรให้มีเพียงพอ ความเป็นผู้นำขององค์กรที่มีประสิทธิภาพ และความสามารถในการเชื่อมต่อกับองค์กรอื่นและชุมชน ซึ่งรวมถึงบริบทวัฒนธรรมโครงสร้างพื้นฐานปัจจุบัน และกระบวนการขององค์กรที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการใช้นวัตกรรมใหม่ๆ และรวมถึงทรัพยากรมนุษย์ การเงินการคลัง เทคนิคและการประเมินผล ความสามารถทั่วไปเป็นกระบวนการสำคัญที่จะทำให้องค์กร สามารถดำเนินการไปได้อย่างราบรื่นจนทำให้สามารถทำกระบวนการนำนโยบายสู่การปฏิบัติได้เป็นผลสำเร็จ ความสามารถทั่วไปเกี่ยวข้องกับ ความเป็นผู้นำ ทรัพยากร ความสัมพันธ์ ทูณ โครงสร้างองค์กร ที่จะสามารถจัดการผู้คน เทคนิค ทูณที่จำเป็น และการประเมินผลได้ สมรรถนะของทรัพยากรมนุษย์คือความเป็นผู้นำและทักษะที่จำเป็นเพื่อให้องค์กรสามารถดำเนินงานได้ลุล่วง สมรรถนะทางเทคนิคหมายถึงความสามารถที่จะทำให้องค์กรประสบความสำเร็จโดยความสามารถทั่วไปประกอบด้วย

วัฒนธรรม (culture) หมายถึงวัฒนธรรมขององค์กรที่เกี่ยวกับการคาดหวังถึงการทำสิ่งต่าง ๆ ในองค์กร ความเข้าใจเป้าหมายและทิศทางขององค์กรร่วมกัน และการทำงานร่วมกันของคนในองค์กร

บรรยากาศ (climate) หมายถึง ลักษณะการปฏิบัติงาน การมอบหมายหน้าที่และความรับผิดชอบ ความเป็นอิสระและอำนาจในการตัดสินใจในการปฏิบัติงานของบุคลากร ความรู้สึกเต็มใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรความสัมพันธ์กันในองค์กร บรรยากาศในองค์กรจะมีผลต่อการรับรู้ ประเมินและรู้สึกเกี่ยวกับสภาพปัจจุบันของบุคลากร

ความคิดริเริ่มขององค์กร (organizational innovativeness) หมายถึงการยอมรับโดยทั่วไปต่อการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการริเริ่มหรือนำนวัตกรรมใหม่ๆ มาพัฒนางาน การมีส่วนร่วมในการคิดค้น เปลี่ยนแปลงวิธีการทำงาน พัฒนางานที่เป็นปัญหาด้วยการคิดค้นวิธีการทำงานใหม่ หรือนวัตกรรมใหม่ การสนับสนุนความคิด ริเริ่ม หรือ การทดลองวิธีการทำงานใหม่ๆ ในหน่วยงาน สภาพแวดล้อมการเรียนรู้ขององค์กร

การใช้ทรัพยากร (resource utilization) หมายถึง การจัดสรรทรัพยากรเพื่อใช้ในนโยบายใหม่ขององค์กร กระบวนการจัดลำดับความสำคัญของทรัพยากรประเภทต่าง ๆ และการกระจายทรัพยากร ความคุ้มค่าในการใช้ทรัพยากร

ความเป็นผู้นำ (leadership) หมายถึง กระบวนการที่ผู้มีอำนาจสื่อสารและสนับสนุนกิจกรรมขององค์กร การกำหนดทิศทาง นโยบาย และกระบวนการพัฒนาหน่วยงานของท่านที่ผ่านมา การมีส่วนร่วมในการบริหารงานของหน่วยงานของผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ

โครงสร้าง (structure processes) หมายถึงกระบวนการที่มีอิทธิพลต่อการทำงานพื้นฐานขององค์กร ในแต่ละวันจำนวนบุคลากรในหน่วยงาน ความเพียงพอกับปริมาณงาน การกำกับติดตามดูแลผู้ปฏิบัติงาน การสื่อสารภายในองค์กร ปัญหาในการสื่อสารของหน่วยงาน

ความสามารถบุคลากร (staff capacity general skills) หมายถึง ทักษะ ระดับการศึกษา และความเชี่ยวชาญที่บุคลากรมี ความสามารถขั้นพื้นฐานและประสบการณ์ที่จำเป็นของบุคลากร ความเชี่ยวชาญการทำงานร่วมมือหน่วยงานอื่นการสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานกับหน่วยงานภายนอก การพัฒนาศักยภาพบุคลากร

ความสามารถของกระบวนการ (process capacity) หมายถึง การกำหนดแผนยุทธศาสตร์ ความสามารถของบุคลากรในหน่วยงานด้านการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ เป้าหมาย และการนำแผนยุทธศาสตร์ สู่การปฏิบัติ กระบวนการประเมินผลงาน การประเมินผลลัพธ์ และเป้าหมายของการพัฒนานวัตกรรมของหน่วยงาน

(3) **ความสามารถเฉพาะด้าน (innovation-specific capacity)** หมายถึง เจือปนของบุคลากร เทคนิค และเงินทองทางการเงินที่สำคัญ เพื่อความสำเร็จในการใช้นวัตกรรมและนโยบายใหม่ๆ โดยเฉพาะกับคุณภาพที่แต่ละนวัตกรรมและนโยบายใหม่ๆ มีชุดของความรู้และทักษะที่จำเป็นที่เฉพาะเจาะจงอยู่ ความสามารถเฉพาะด้าน ประกอบด้วย

ความรู้และทักษะเฉพาะในการรับนวัตกรรมและนโยบายใหม่ (intervention-specific knowledge, skills, and abilities) หมายถึง ความรู้ทักษะและความสามารถเฉพาะด้านที่จำเป็นสำหรับนวัตกรรมและนโยบายใหม่ การพัฒนา หลักเกณฑ์การมอบหมายหน้าที่ในการรับนโยบายใหม่ การคัดเลือกผู้นำในการดำเนินกิจกรรม ระยะในการสร้างผู้นำ

แผนการสร้างผู้สนับสนุน (program champion key stakeholder) หมายถึง การพัฒนาผู้มีส่วนได้เสียที่สนับสนุนการใช้นโยบายใหม่ผ่านการเชื่อมต่อความรู้ความเชี่ยวชาญและอิทธิพลทางสังคม การมีแผนพัฒนากำลังคน

บรรยากาศและการสนับสนุนการนำไปปฏิบัติใช้ (specific implementation climate supports) หมายถึง สภาพแวดล้อมที่สร้างขึ้นเพื่อรองรับสนับสนุนนโยบายใหม่ที่แข็งแกร่งเชื่อถือได้และแสดงให้เห็นได้

ความสัมพันธ์กับองค์กรอื่น (interorganizational relationships) หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรผู้ให้บริการต่าง ๆ ที่ใช้เพื่ออำนวยความสะดวกในการดำเนินการ ทั้งในองค์กรนอก องค์กรชุมชน ความสามารถในการถ่ายทอดการนำนโยบายใหม่ลงสู่การปฏิบัติให้กับคนภายในหน่วยงาน หรือ นอกหน่วยงาน

เนื่องจากแต่ละนโยบายใหม่มีความเป็นเอกลักษณ์ของตนเองทั้ง ความรู้ทักษะความสามารถและการสนับสนุนที่จะนำมาใช้ให้ประสบความสำเร็จองค์กรต้องตรวจสอบให้แน่ใจว่าพวกเขามีความสามารถเฉพาะนโยบายใหม่ที่เหมาะสำหรับนโยบายใหม่ที่เขาต้องการใช้ ความสามารถเฉพาะของนวัตกรรม/นโยบายใหม่ที่ให้ความสำคัญกับแรงจูงใจ

โดยในงานวิจัยนี้ใช้แนวคิดการประเมินความพร้อม $R = MC^2$ เพื่อใช้ประเมินความพร้อมของการนำนโยบายกัญชาสู่การปฏิบัติเพื่อวิเคราะห์เหตุปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมของกำลังคนในการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์ไปสู่การปฏิบัติและค้นหาแนวทางการพัฒนาคุณภาพกำลังคนให้เกิดความพร้อมในการสนับสนุนให้การนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์ไปปฏิบัติในโรงพยาบาลสามารถบรรลุผลลัพธ์ที่พึงประสงค์

2.5 แนวคิดการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ (Implementation science)

กระบวนการนโยบาย (policy process) ไม่ว่าจะเป็นนโยบายสาธารณะ นโยบายระดับองค์กรหรือนโยบายระดับอื่น ๆ เป็นสิ่งที่มีความซับซ้อน แต่เพื่อให้สามารถทำความเข้าใจได้ จึงมีความพยายามในการพัฒนาเครื่องมือการทำความเข้าใจที่มองกระบวนการนโยบายเป็นขั้นตอนต่าง ๆ (stages heuristic) โดยเข้าใจว่าเป็นการวิเคราะห์ในเชิงทฤษฎีเท่านั้น เนื่องจากในความเป็นจริงกระบวนการนโยบายไม่ได้มีลักษณะเป็นขั้นตอนที่ชัดเจน ทั้งนี้การแบ่งขั้นตอนของกระบวนการนโยบายมีหลายแบบ ซึ่งมักจะครอบคลุมกระบวนการหลัก ๆ (Buse, Mays, และ Walt, 2005) ได้แก่

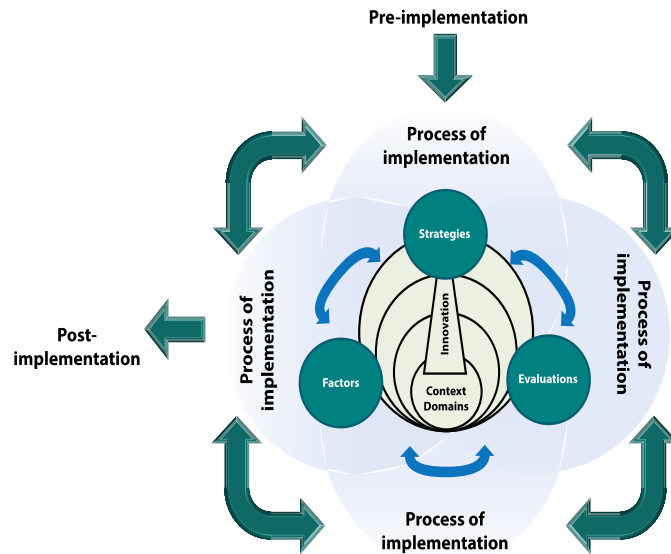
- (1) การรับรู้ประเด็นปัญหา (problem identification and issue recognition)
- (2) การเกิดขึ้นของนโยบาย (policy formulation)
- (3) การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (policy implementation) และ
- (4) การติดตามและประเมินผลนโยบาย (policy evaluation)

ทั้งนี้ การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (policy implementation) เป็น ขั้นตอน หนึ่งที่สำคัญ ในกระบวนการนโยบาย ที่ทำให้นโยบายนั้นเกิดผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมใน โลกแห่งความเป็นจริง ซึ่งต้องใช้องค์ความรู้ที่ต่างไปจากการพัฒนานโยบาย (ศิรินาถ และคณะ, 2561)

การพัฒนาองค์ความรู้และแนวคิดทฤษฎีในส่วนนี้แต่เดิมนั้นเป็นการทำงานศึกษาวิจัยที่เรียกว่า การวิจัยการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (policy implementation research) ซึ่งมักศึกษานโยบายสาธารณะ (public policy) ซึ่งมีความสลับซับซ้อนและอาจมีระยะเวลายาวนาน แต่ต่อมาเมื่อมีความสนใจในการพัฒนา องค์ความรู้ในเรื่องการนำไปสู่การปฏิบัติทั้งการนำนโยบายใหม่หรือนวัตกรรม เพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงทั้งใน ระดับกว้างหรือในระดับองค์กร โดยเฉพาะในงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่มีความซับซ้อน จึงมีการนำ กระบวนการวิจัยทางวิทยาศาสตร์และแนวคิดการปฏิบัติที่อ้างอิงหลักฐานทางวิชาการของการแพทย์ (evidence-based medicine) จึงมีการพัฒนาศาสตร์ที่เรียกว่า implementation science ขึ้น (โดยมีพัฒนาการที่ชัดเจนคือ การเกิดขึ้นของวารสารวิชาการนานาชาติที่ชื่อว่า Implementation Science ที่เริ่มต้นขึ้นในปี ค.ศ. 2005) ซึ่งมักจะเน้นการเปลี่ยนแปลงในระดับย่อย ที่เกิดจากนวัตกรรมหรือนโยบายที่มีจุดเริ่มต้นและสิ้นสุดที่ชัดเจน ในระยะเวลาไม่นาน แต่ก็ได้นำองค์ความรู้จากการวิจัยการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติไปพัฒนาต่อยอดได้ (Nilsen et al., 2013) ในทางเดียวกันการวิจัยและพัฒนาการนำไปสู่การปฏิบัติของนโยบายระดับกว้าง ก็สามารถใช้อองค์ความรู้จากศาสตร์นี้มาใช้ประโยชน์ได้เช่นกัน โดยเฉพาะองค์ความรู้เกี่ยวกับกรอบแนวคิด เชิงระบบของกระบวนการนำไปสู่การปฏิบัติ (implementation process) และแนวคิดเรื่องการสร้างความเปลี่ยนแปลงในระดับองค์กร (organization change)

2.5.1 กรอบแนวคิดเชิงระบบ

การวิเคราะห์เพื่อทำความเข้าใจและค้นหาแนวทางพัฒนากระบวนการนำนโยบายหรือนวัตกรรม ไปสู่การปฏิบัติ มีความจำเป็นที่จะต้องเข้าใจภาพรวมของกระบวนการ จึงมีความพยายามพัฒนารอบแนวคิด (framework) ที่เป็นภาพรวมของกระบวนการนำนโยบายหรือนวัตกรรมไปสู่การปฏิบัติขึ้นจำนวนมากที่มีความแตกต่างหลากหลาย ดังนั้น Moullin และคณะ (2015) จึงได้ทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ และสังเคราะห์ กรอบแนวคิดทั่วไปของการนำไปสู่การปฏิบัติ (general implementation framework) หรือ GIF ขึ้น (ภาพที่ 1) โดยมีลักษณะสำคัญคือการที่กระบวนการการนำไปสู่การปฏิบัติ ไม่ได้เป็นเส้นตรงและมีการวนซ้ำ (จากภาพลูกศรสองทางที่ต่อกันเป็นวงกลม) โดยที่ศูนย์กลางของกระบวนการ คือ นวัตกรรม (หรือนโยบายใหม่) โดยมีสิ่งที่เป็นวงล้อมนวัตกรรมนั้นคือขอบเขต (domain) หรือระดับของบริษัทที่ส่งผลกระทบต่อ การนำไปสู่การปฏิบัติ (เช่น การแบ่งขอบเขตเป็นภายนอก ภายใน หรือการแบ่งระดับเป็นระดับองค์กร และที่ กว้างกว่านั้น) โดยในแต่ละขอบเขตหรือระดับนั้น สิ่งที่ต้องให้ความสำคัญคือ เหตุปัจจัย (factors) ยุทธศาสตร์ (strategies) และการประเมินผล (evaluations) ทั้งนี้ในภาพรวมนั้น GIF แสดงให้เห็นว่ากรอบแนวคิดใน ภาพรวมนั้น น่าจะต้องรวมถึงระยะก่อน (pre-implementation) และ หลัง (post-implementation) กระบวนการการนำไปสู่การปฏิบัติ ด้วย ทั้งนี้ Moullin และคณะ (2015) ได้ชี้ว่า GIF อาจไม่ใช่ของใหม่ แต่เป็น จุดเริ่มต้นที่ช่วยให้เข้าใจว่า แนวคิดทฤษฎีหรือกรอบแนวคิดที่พัฒนาขึ้นนั้นครอบคลุมองค์ประกอบพื้นฐาน ครบถ้วนหรือไม่



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดทั่วไปของการนำไปสู่การปฏิบัติ (General Implementation Framework)
(Moullin et al, 2015)

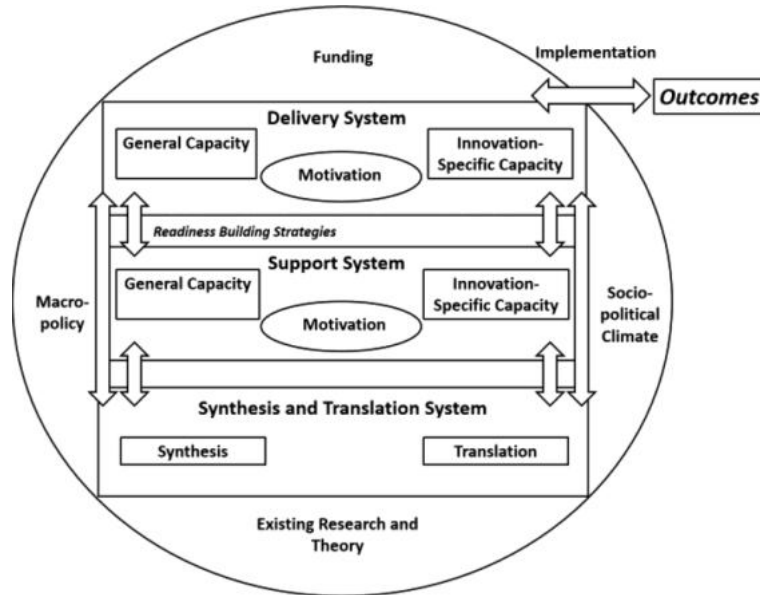
2.5.2 แนวคิดเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงระดับองค์กร

การเปลี่ยนแปลงในระดับองค์กรเป็นส่วนหนึ่งของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ต้องการให้เกิดขึ้นในองค์กรหลาย ๆ องค์กร ดังนั้น การทำความเข้าใจเหตุปัจจัยของการเปลี่ยนแปลงจึงมีความสำคัญต่อนโยบายสาธารณะไปสู่การปฏิบัติเช่นกัน ซึ่ง Weiner (2009) ได้ชี้ให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงของการบริการสุขภาพ (healthcare delivery) อาศัยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกัน (collective behavioral change) ที่ทำให้เกิดการออกแบบระบบใหม่ (system redesign) ทั้งนี้ต่อมาเขาและคณะ (2011) ได้เสนอสิ่งที่มักมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงในระดับองค์กร คือสิ่งที่เรียกว่าบรรยากาศในองค์กร (organization climate) โดยเสนอแนวคิดใหม่ที่เรียกว่า “บรรยากาศในการนำไปสู่การปฏิบัติ” (implementation climate) โดยชี้ให้เห็นว่าเป็นสิ่งที่มีความสอดคล้องกับเรื่องการนำนวัตกรรมหรือนโยบายใหม่ไปสู่การปฏิบัติมากขึ้น เนื่องจากให้ความสนใจโดยตรงกับเรื่องการนำไปสู่การปฏิบัติ และมีความเจาะจงกับนวัตกรรมหรือนโยบายใหม่แต่ละอย่างเป็นการเฉพาะ ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดที่เขาเสนอไว้ในปี 2009 คือแนวคิดที่เรียกว่า “ความพร้อมขององค์กรต่อการเปลี่ยนแปลง” (organization readiness for change) (Weiner, 2009)

2.5.3 แนวคิดเชิงระบบของการถ่ายทอดองค์ความรู้ใหม่หรือนวัตกรรมไปสู่การปฏิบัติ

แนวคิดทฤษฎีหนึ่งที่ผสมผสานระหว่างการทำความเข้าใจภาพในเชิงระบบและการเปลี่ยนแปลงในระดับหน่วยย่อย คือ กรอบแนวคิดที่เสนอโดย Scaccia และคณะ (2015) ที่ได้ชี้ให้เห็นประเด็นที่สำคัญคือ กระบวนการนำนโยบายหรือนวัตกรรมไปสู่การปฏิบัติเกิดขึ้นในระบบความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนและเป็นพลวัตร โดยได้ต่อยอดจากกรอบแนวคิดเชิงระบบที่ Wandersman และคณะ (2008) พัฒนาขึ้นที่เรียกว่า “กรอบแนวคิดระบบปฏิสัมพันธ์สำหรับการกระจาย และการนำไปสู่การปฏิบัติ” (interactive system Framework for dissemination and implementation หรือ ISF) ที่แสดงให้เห็นความสำคัญและปฏิสัมพันธ์ของการสร้าง และสังเคราะห์ความรู้ใหม่และการที่จะต้องเชื่อมโยงปฏิสัมพันธ์กับระบบการให้บริการ (delivery system) และระบบสนับสนุน (supporting system) โดยในแต่ละระบบย่อยนั้นจะต้องมีความสามารถทั่วไป

(general capacity) และความสามารถเฉพาะ (specific capacity) ทั้งนี้ Scaccia และคณะ (2015) ได้ต่อยอดระบบดังกล่าว โดยเพิ่มส่วนประกอบที่สามคือ แรงจูงใจ (motivation) เข้าไปทั้งในส่วนของระบบการให้บริการ และระบบสนับสนุน (ภาพที่ 2) โดยได้เสนอเครื่องมือทำความเข้าใจ (heuristic) เกี่ยวกับ “ความพร้อม” ที่ใช้ตัวอักษรย่อว่า R = MC² ซึ่งได้ขยายความในรายละเอียดไว้ในหัวข้อที่ 2.4 แนวคิดการเตรียมความพร้อมขององค์กร



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดระบบปฏิสัมพันธ์สำหรับการกระจายและการนำไปสู่การปฏิบัติ (Interactive System Framework for Dissemination and Implementation หรือ ISF) (Scaccia et al., 2015)

2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.6.1 งานวิจัยเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์

จากรายงานสรุปผลการประชุมวิชาการ เรื่อง การวิจัยและพัฒนาสารสกัดกัญชาและกัญชงทางการแพทย์เพื่อการพัฒนาประเทศ วันที่ 8-9 กุมภาพันธ์ 2561 (องค์การเภสัชกรรม, 2561) เสนอว่าในประเทศไทยมีการใช้สารสกัดกัญชาเป็นยารักษาโรค อาทิ อังกฤษและอเมริกา อีกทั้งในบางมลรัฐของสหรัฐอเมริกายอมรับสาร CBD เป็นสารที่ถูกต้องตามกฎหมาย สารสกัดจากกัญชาให้ผลยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งหลายชนิดมีฤทธิ์แก้ปวดที่ตีรักษาอาการเกร็งกล้ามเนื้อแบบ spastic รักษาโรคลมชักในเด็ก รักษาอาการคลื่นไส้อาเจียนและความไม่ย่อยอาหารในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด รักษาอาการไม่ย่อยอาหารในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งกลุ่มโรคที่กล่าวมาข้างต้นเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ จากรายงานทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์ในหลายประเทศ ซึ่ง ได้ตีพิมพ์ในวารสารทางการแพทย์ที่มีการยอมรับสูงในระดับสากล ได้แก่ สหรัฐอเมริกา อังกฤษ อิสราเอล สวีเดน พบกัญชามีสารแคนนาบินอยด์ (cannabinoids) หลายชนิด เช่น tetrahydrocannabinoid (THC) และ cannabidiol (CBD) สารนี้ออกฤทธิ์ยับยั้งกระตุ้นหรือปรับสภาวะสมดุลของระบบประสาท ฮอร์โมนภูมิคุ้มกันและระบบอื่นของร่างกาย

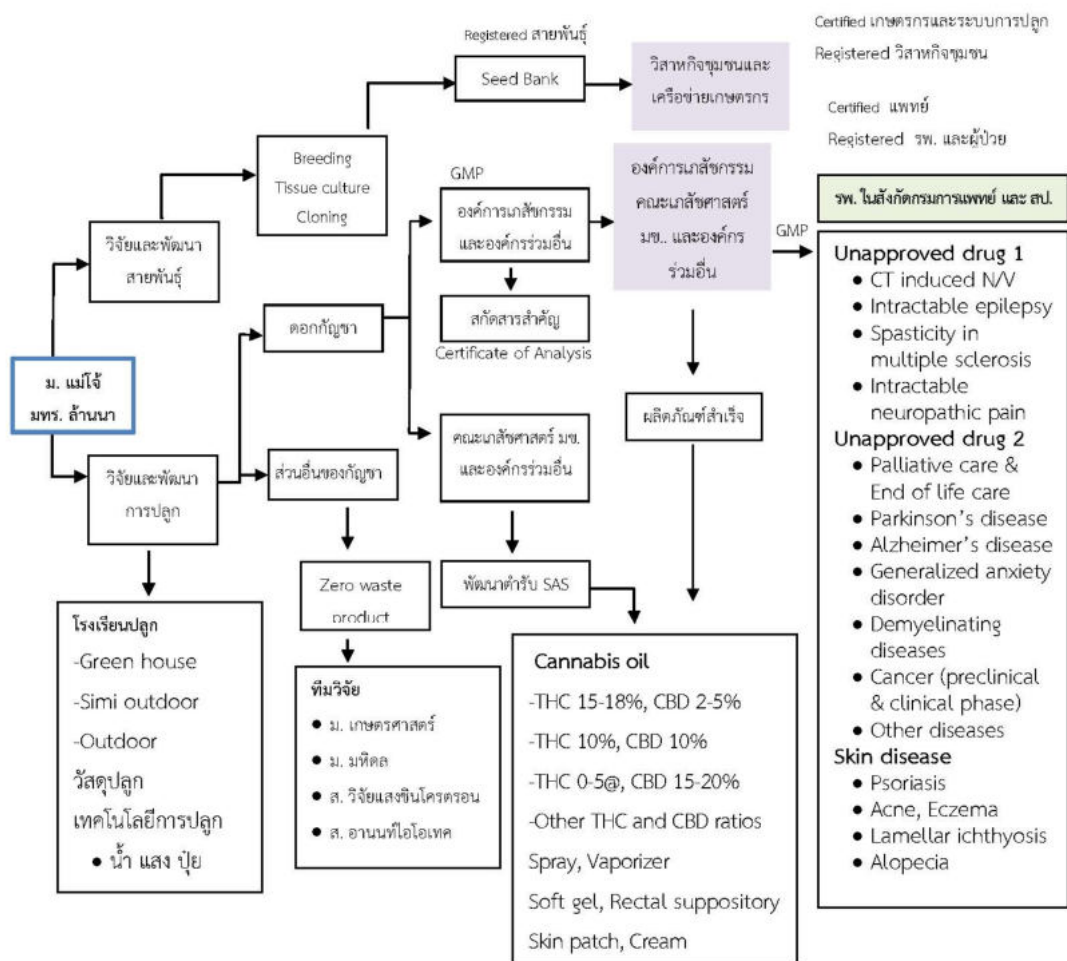
จากที่ประชุมวิชาการ เรื่องการวิจัยและพัฒนาสารสกัดกัญชาและกัญชงทางการแพทย์เพื่อการพัฒนาประเทศมีข้อสรุปและข้อเสนอเรื่องการวิจัยและพัฒนาสารสกัดกัญชาและกัญชงทางการแพทย์เพื่อการพัฒนาประเทศ ดังนี้ (องค์การเภสัชกรรม, 2561)

1. เร่งรัดการแก้ไขร่างพระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด ฉบับใหม่ เพื่อให้สามารถใช้กัญชาในการบำบัดรักษาตามการสั่งจ่ายของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย สาขาเวชกรรมไทยหรือผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ รวมถึงการออกกฎหมายลำดับรองถัดไป เพื่อรองรับการวิจัยและพัฒนา กัญชาและกัญชงเพื่อใช้ทางการแพทย์ต่อไป

2. ส่งเสริมและสร้างเครือข่ายการวิจัยและพัฒนาจากสารสกัดกัญชาตามหลักการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนปัจจุบัน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยา ลดการนำเข้ายาที่มีราคาแพงจากต่างประเทศ และเพื่อการพึ่งพาตนเองในด้านยาอย่างยั่งยืน

3. ผลักดันให้การวิจัยและพัฒนาสารสกัดกัญชาและกัญชงทางการแพทย์เป็นวาระแห่งชาติโดยมีผู้แทนจากทุกภาคส่วน ทั้งด้านการแพทย์ การเกษตร สังคม และกฎหมาย เพื่อให้ร่วมกันบูรณาการหามาตรการการวิจัย มาตรการควบคุมกัญชาตั้งแต่พื้นที่ปลูก ตลอดจนการเก็บเกี่ยวเพื่อนำไปใช้ไปวิจัยในห้อง ปฏิบัติการรวมทั้งมาตรการทางกฎหมาย และมาตรการการป้องกันการนำไปใช้ผิดประเภท

ในการประชุมเชิงปฏิบัติการการขับเคลื่อนนโยบายกัญชาทางการแพทย์ นพ.โอภาส การย์กวินพงศ์ อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ได้นำเสนอภาพรวมขับเคลื่อนนโยบายกัญชาทางการแพทย์ วันที่ 14 สิงหาคม 2562 และได้เสนอภาพรวมงานวิจัยเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ด้วย (โอภาส, 2562). ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 กรอบแนวคิดในการวิจัยและการพัฒนาในภาพรวม (โอภาส, 2562).

และจากการประชุมดังกล่าว พบว่ามีหน่วยงานต่าง ๆ ที่ดำเนินการศึกษาวิจัยสารสกัดกัญชา ได้แก่ มหาวิทยาลัยรังสิตที่ให้ความสำคัญกับประโยชน์ของกัญชาทางการแพทย์ เป็นมหาวิทยาลัยแห่งแรกของประเทศไทยที่ขออนุญาตวิจัยกัญชาทางการแพทย์อย่างถูกต้อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 และได้รับอนุญาตเป็นรายแรกในปี 2560 เป็นต้นมา มีเป้าหมายเพื่อวิจัยและพัฒนาจากสารสกัดกัญชาให้มีคุณภาพ มีความปลอดภัย และมีประสิทธิผล มีการจัดตั้ง “สถาบันวิจัยกัญชาเพื่อการแพทย์” ก่อนหน่วยงานอื่น ๆ เพื่อให้สามารถทำงานวิจัยกัญชาได้ทุกมิติ ในด้านการบำบัดโรคและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ได้รับอนุญาตให้ผลิตและมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 จากคณะกรรมการยาเสพติดให้โทษแห่งชาติโดยได้รับวัตถุดิบกัญชาของกลางจำนวน 40 กิโลกรัม จากกองบัญชาการตำรวจปราบปรามยาเสพติด ภายใต้การกำกับดูแลจากคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข สถาบันวิจัยฯ มีแผนการดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น 4 ภารกิจ คือ การสกัดและแยกสาร การพัฒนาผลิตภัณฑ์ต้นแบบ การควบคุมคุณภาพ และการทดสอบฤทธิ์ของสารสกัดกัญชา

ปี 2560 คณาจารย์และนักวิจัย วิทยาลัยเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต ได้วิจัยและพัฒนาผลิตภัณฑ์ตัวอย่างจากสารสกัดกัญชา โดยกระบวนการสกัดสารสำคัญใช้ตัวทำละลายและเทคนิคพิเศษที่ทันสมัยจนได้สารสกัดเพื่อนำมาใช้เตรียม “ตำรับสเปรย์ฉีดพ่นในช่องปากจากสารสกัดกัญชา”

ปี 2561 – 2562 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เภสัชกรหญิง สุรางค์ ลีละวัฒน์ ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยกัญชาเพื่อการแพทย์ วิทยาลัยเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต ทำการวิจัยฤทธิ์ด้านมะเร็งของสารจากกัญชาในสัตว์ทดลองโรคมะเร็งปอดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งในผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งผู้ชายและผู้หญิงทั่วโลก โดยเป็นโรคมะเร็งที่มีอัตราการเสียชีวิตสูง

ทีมวิจัยของมหาวิทยาลัยรังสิต จึงดำเนินการวิจัยภายใต้โครงการ “การพัฒนาตำรับสเปรย์ฉีดพ่นช่องปากแคนนาบินอยด์และผลของแคนนาบินอยด์ต่อการนอนหลับ” เพื่อพัฒนาผลิตภัณฑ์ช่วยคลายวิตกกังวล ทำให้นอนหลับได้ดี ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

กรมการแพทย์อยู่ระหว่างดำเนินงานโครงการศึกษาวิจัยสารสกัดน้ำมันกัญชาใน 4 โรค ได้แก่ ภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากเคมีบำบัด โรคลมชักที่รักษายาก และโรคลมชักที่ดื้อต่อการรักษา ภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็งในผู้ป่วยโรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง และภาวะปวดประสาท ศึกษาต่อกับกลุ่มเป้าหมายที่ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ และสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

การวิจัยตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ โดยกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร่วมกับสถาบันการศึกษา และโรงพยาบาลต่าง ๆ (2563) มีดังนี้

(1) การติดตามลักษณะการใช้และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ 16 ตำรับ ผลสรุป ไม่พบรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เป็นอันตราย

(2) โครงการทดสอบการปนเปื้อนของสาร Aflatoxin และความเป็นพิษเฉียบพลันในสัตว์ทดลองของตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ ผลการวิเคราะห์ ไม่พบการปนเปื้อนของสาร Aflatoxin

(3) โครงการศึกษาประสิทธิผลและความปลอดภัยตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาและกระท่อมเป็นส่วนประกอบ (ตำรับยาแก้ลมแก้เส้น และตำรับแก้ร้อนไม่หลับ/แก้ไข้ผอมเหลือง)

(4) โครงการการศึกษาติดตามผลการใช้น้ำมันสนันไตรภพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชุมชน (การศึกษานำร่อง) ร่วมกับมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มีพื้นที่วิจัยที่ รพ.สต.บ้านนายอ จ.สกลนคร รพ.สต.เชียงพิณ จ.อุดรธานี และ รพ.สต.คลองม่วง จ.นครราชสีมา

(5) ศึกษาวิเคราะห์ปริมาณ Reserpine ในสมุนไพรระยองม ก่อนและหลังการวิเคราะห์สฤ วิเคราะห์ ปริมาณ Reserpine ในตำรับยาแก้โรคลจิต ตรวจวิเคราะห์ที่ศูนย์วิเคราะห์คุณภาพผลิตภัณฑ์มหาวิทยาลัยมหิดล ตำรับยาที่หมอพื้นบ้าน ได้แก่

(1) โครงการติดตามลักษณะการใช้และคุณภาพชีวิตของผู้ใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก (Thai cannabis PQ study) ศึกษาตำรับยาแก้ลมแก้เส้น และตำรับยาแก้นอนไม่หลับ โดยกลุ่มงานเภสัชกรรมแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย มีความร่วมมือกับคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย

(2) โครงการศึกษาคุณภาพชีวิตและความปลอดภัยของการใช้ตำรับยาอดยาคำประมงในการรักษา ผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจาย เป็นการศึกษานำร่องร่วมกับมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พื้นที่วิจัย รพ.สต. บ้านนายอเหนือ และวัดคำประมง จ.สกลนคร

สารสกัดกัญชาและน้ำมันกัญชา ได้แก่

(1) การวิเคราะห์แบบแผนเมตาบอลิซึมของสารสกัดกัญชาและน้ำมันกัญชาใช้เทคโนโลยี เมแทบอลิโอมิกส์ (Global metabolic profile analysis of cannabis extract and cannabis oil using metabolomic technology) เป็นการวิจัยร่วมกับคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

(2) การวิจัยผลและประสบการณ์การใช้กัญชาทางการแพทย์

(3) โครงการติดตามลักษณะการใช้และคุณภาพชีวิตของผู้ใช้น้ำมันกัญชาในทางการแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก Thai cannabis practice pattern and quality of life study (Thai cannabis PQ study) โดย กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

2.6.2 งานวิจัยเกี่ยวกับนโยบายกัญชาทางการแพทย์ในประเทศไทยและต่างประเทศ

นโยบายกัญชาทางการแพทย์ เป็นสิ่งที่มีพัฒนาการคู่มาับประวัติศาสตร์การควบคุมกัญชา ตั้งแต่ นโยบายระดับโลก ทั้งนี้ในปัจจุบัน “นโยบาย” ในระดับโลกยังไม่มีข้อสรุปรวมทั้งชัดเจน โดยที่การทบทวน สถานการณ์นโยบายกัญชาในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกที่ตีพิมพ์ในปี ค.ศ. 2018 โดย International Drug Policy Consortium (IPDC) (Aguilar et al., 2018) ได้สรุปว่าในขณะนั้น มีประเทศต่าง ๆ จำนวน 16 ประเทศ แต่หากนับ จำนวนรัฐของสหรัฐอเมริกาแยกออกจากกันเป็นเขตอำนาจกฎหมายระดับรัฐ (jurisdictions) จะรวมเป็นว่ามี 40 พื้นที่ของโลกที่มีการอนุญาตให้มีการใช้กัญชาได้ถูกต้องตามกฎหมายในระดับใดระดับหนึ่ง โดยในตอนท้าย ได้สรุปข้อเสนอแนะในเชิงนโยบาย ได้ 11 ประเด็น ดังนี้

(1) การให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ได้อย่างถูกกฎหมายควรมีพื้นฐานอยู่บนหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ ที่สนับสนุนประโยชน์ในการรักษา

(2) ควรรวมการให้อนุญาตสารสกัดจากกัญชาที่ผลิตขึ้นในประเทศด้วย

(3) ควรมีการปรับกฎหมายเพื่อให้มีการสนับสนุนงบประมาณสำหรับการศึกษวิจัยอย่างต่อเนื่อง

(4) ควรมีการเชื่อมประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อเร่งกระบวนการทั้งในทางเทคนิคและทาง สุขอนามัยเพื่อให้การพัฒนาใหม่เข้าสู่ตลาดได้อย่างรวดเร็วและมีการพัฒนามาตรฐานที่ดีที่สุดในการคุ้มครอง ผู้บริโภค

(5) ควรมีการจัดตั้งกลไกที่หลีกเลี่ยงการผูกขาดหรือการควบคุมตลาดโดยกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งที่จะครอบครอง การจดสิทธิบัตรและใบอนุญาตการขายที่จะสร้างความเสียหายต่อสวัสดิการด้านสุขภาพและเศรษฐกิจของ ประชาชนโดยรวม

(6) ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมอยู่ในกระบวนการตัดสินใจทั้งในการพัฒนาระบบกฎหมาย และควรพัฒนาแนวทางการทำงานที่ตอบสนองต่อความต้องการและบริบทเฉพาะของแต่ละพื้นที่

(7) หลีกเลี่ยงการเกิดขึ้นของแนวคิดการใช้ยาเกินขนาดที่ไม่มีหลักฐานทางวิชาการสนับสนุน ที่อาจมีผลกระทบต่อการใช้ยาหรือการได้รับประโยชน์จากยานั้น ๆ

(8) ควรมีระบบการสนับสนุนทางเทคนิค (technical assistance) ให้กับบุคลากรทางการแพทย์ และให้เครื่องมือที่จะทำให้บุคลากรเข้าใจทั้งประโยชน์และความเสี่ยงต่อสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาทางการแพทย์

(9) ควรมีการดำเนินการทำให้ความรู้และการรณรงค์เพื่อสร้างความตระหนักแก่สาธารณชนและผู้ป่วยเกี่ยวกับเรื่องการใช้ยาทางการแพทย์

(10) มาตรการทางกฎหมายต่าง ๆ ควรครอบคลุมเรื่องของการควบคุมการผลิตภายในประเทศ โดยควรมีมาตรการส่งเสริมผู้ผลิตรายย่อยในประเทศ มากกว่าการให้การอนุญาตและส่งเสริมผู้ผลิตที่เป็นบริษัทข้ามชาติ

(11) เกษตรกรรายย่อยที่เกี่ยวข้องกับการปลูกยาควรได้มีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจเพื่อให้ได้มีโอกาสแสดงความต้องการของตน และควรได้รับการสนับสนุนทางเทคนิคเพื่อให้สามารถเข้าสู่ “ตลาด” ของยาทางการแพทย์ได้

สำหรับงานวิชาการที่เกี่ยวข้องกับเนื้อหาและการออกแบบนโยบายยาทางการแพทย์ในประเทศไทย มีงานที่สำคัญอยู่ 2 เรื่อง ได้แก่

ซึ่งผลงานวิชาการเรื่องแรกตีพิมพ์เผยแพร่ในปี พ.ศ. 2561 ในขณะที่ประเด็นเรื่อง “การใช้ยาทางการแพทย์และการเปิดเสรีการใช้ยา” กำลังได้รับความสนใจจากสังคม ดำเนินการวิจัยโดย ระพีพงษ์ สุพรรณไชยมาตย์ และโซซิดา ภาวสุทธิไพศิฐ์ ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิจัยระบบสาธารณสุขของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เป็นงานนิพนธ์ต้นฉบับ ที่ใช้วิธีการทบทวนวรรณกรรม (literature review) เพื่อทบทวนสถานการณ์การใช้ยาทางการแพทย์และประสบการณ์การเปิดเสรียาในต่างประเทศ โดยใช้ตัวอย่างจากประเทศเนเธอร์แลนด์ สหรัฐอเมริกา และอูรุกวัย เป็นกรณีศึกษา โดยในด้านการออกแบบนโยบายยา ผู้วิจัยชี้ว่า ในประเทศที่มีการเปิดเสรีการใช้ยา มักใช้เวลาเตรียมการค่อนข้างยาวนานและการแก้ไขกฎหมายทำแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยมักจะคงกฎหมายหลักเรื่องการควบคุมยาไว้ แต่ปรับกฎหมายเฉพาะ ที่ต้องใส่ใจในรายละเอียด ทั้งการควบคุมผู้ประกอบการ ผู้ขาย และการบำบัด “ผู้เสพยา” และการจัดการกับข้อถกเถียงเกี่ยวกับนโยบายจะต้องกำหนดขอบเขตของข้อถกเถียงให้ชัดเจน “ว่าเป็นประเด็นเรื่องการใช้ยาในทางการแพทย์ หรือการเปิดเสรีการใช้ยาเพื่อผ่อนคลาย” ซึ่งหากมองในมุมของการพัฒนาโยบายนั้น การแยกประเด็นข้อถกเถียงระหว่างการใช้ยาทางการแพทย์และการใช้เพื่อผ่อนคลาย เป็นเนื้อหาของนโยบาย (policy content) ที่สำคัญ (ระพีพงษ์ สุพรรณไชยมาตย์ และโซซิดา ภาวสุทธิไพศิฐ์, 2561)

ผลงานวิชาการอีกเรื่องหนึ่งตีพิมพ์เผยแพร่ในปี พ.ศ. 2562 ภายหลังจากการประกาศใช้ พรบ.ยาเสพติดให้โทษ ฉบับใหม่ในเดือนกุมภาพันธ์ปีเดียวกัน โดยเป็นบทความพิเศษ (special article) ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสาธารณสุข ที่ดำเนินการโดยสำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดย บัณฑิต ศรไพศาลและคณะนักวิจัยชาวต่างประเทศ โดยได้ทำการทบทวนประเด็นสำคัญที่เกี่ยวกับนโยบายยาทางการแพทย์ในประเทศไทย ที่เสนอว่าควรมีการคิดให้ชัด โดยได้เสนอข้อเท็จจริงและข้อสรุปในประเด็นต่าง ๆ 8 ประเด็น (บัณฑิต และคณะ, 2562) ได้แก่

- (1) ยาเป็นยาเสพติดหรือสมุนไพร
- (2) ยาสามารถ “รักษาได้บางโรคบรรเทาอาการได้บางอาการ” “รักษาโรคให้หายขาดได้จำนวนมาก”
- (3) ยา [ควรมองด้วย] มุมมองด้าน “การแพทย์” หรือ “การสาธารณสุข”
- (4) โมเดลการควบคุมการใช้ยาทางการแพทย์ “แบบหลวม ๆ” หรือ “แบบเข้มข้น”
- (5) ยา กับระบบการแพทย์ “แผนปัจจุบัน” และ “แผนไทย”

(6) บทบาทของการวิจัยและระบบการเฝ้าระวัง กับนโยบายกัญชาทางการแพทย์

(7) ประเทศไทยกับโมเดลกัญชาเพื่อเศรษฐกิจ

(8) บทเรียนจากประสบการณ์การใช้กัญชาและฝิ่นทางการแพทย์ในประเทศแคนาดาและสหรัฐอเมริกา

ซึ่งในตอนท้ายบัณฑิตและคณะ (2562) ได้สรุปและให้ข้อเสนอแนะว่า กัญชาเป็นยาเสพติดที่มีประโยชน์ทางการแพทย์ที่รักษาและบรรเทาอาการได้บางโรคบางอาการ การออกแบบนโยบายต้องใช้มุมมองควบคู่กันทั้งทางการแพทย์ที่มองประโยชน์ของผู้ป่วยแต่ละคนที่ได้รับประโยชน์จากการใช้และการสาธารณสุขที่มองประโยชน์ของคนทั้งสังคมคือการป้องกันผลกระทบในทางลบ และควรออกแบบให้ระบบการแพทย์แผนปัจจุบันและแผนไทยทำงานเชื่อมประสานกับ ต้องการลงทุนกับการศึกษาวิจัยและการพัฒนาระบบเฝ้าระวังอย่างจริงจัง ในขณะที่การพัฒนาเพื่อใช้ประโยชน์ในทางเศรษฐกิจนั้นจำเป็นต้องพัฒนาระบบการควบคุมกำกับให้ดีเสียก่อน

2.6.3 งานวิจัยการเตรียมความพร้อมขององค์กรสู่การปฏิบัติ

จากการทบทวนวรรณกรรมการวิจัยเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมขององค์กรก่อนการนำนโยบายและนวัตกรรมใหม่ๆ สู่การปฏิบัติพบว่า มีงานวิจัยจำนวนมากในหลากหลายพื้นที่ที่แสดงให้เห็นว่าการวัดความพร้อมขององค์กรก่อนการนำนวัตกรรม/นโยบายใหม่ๆ มาใช้เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้ การนำลงสู่การปฏิบัติประสบความสำเร็จ

ในงานวิจัย Exploring Teacher Readiness: What Features of Professional Development Enhance Motivation to Implement Technology Innovations? (2016) โดย Markle, R. S.(2016) ได้ชี้ให้เห็นว่าหากนวัตกรรมโรงเรียนเป็นหลักฐานของการประสบความสำเร็จโรงเรียน ก็จะต้องออกแบบการเตรียมสมรรถนะที่เพียงพอที่จะทำให้ครูสามารถสร้างและใช้นวัตกรรมอย่างมีคุณภาพ โดยนักวิจัยเลือกใช้กรอบแนวคิดการประเมินความพร้อมขององค์กร $R = MC^2$ ที่เป็นการวัด 3 องค์ประกอบคือ ความสามารถทั่วไป ความสามารถเฉพาะด้านนวัตกรรมและแรงจูงใจ โดยนักวิจัยให้ความสำคัญกับการศึกษาลักษณะเฉพาะที่จะพัฒนาความเป็นมืออาชีพ (professional development) เช่น ลักษณะสำคัญของการพัฒนาอาชีพ ระยะเวลาในการฝึก ลักษณะการทำงานร่วมกัน (collaboration) การให้ข้อเสนอแนะ (feedback) ที่สามารถส่งผลต่อแรงจูงใจของครูในการใช้นวัตกรรมเพื่อการศึกษา โดยงานวิจัยนี้ต้องการตอบคำถามสำคัญ 2 ข้อ คือ 1) ลักษณะของการพัฒนาทางวิชาชีพที่มีคุณภาพสัมพันธ์กับองค์ประกอบของแรงจูงใจที่อธิบายไว้ในแนวคิด $R = MC^2$ หรือไม่อย่างไร และ 2) แรงจูงใจเป็นสื่อกลางที่สำคัญของความสัมพันธ์ระหว่างการพัฒนาคุณภาพวิชาชีพและการทำให้ครูสามารถนำนวัตกรรมใหม่ๆ สู่การปฏิบัติอย่างไร

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยครูในโรงเรียนทุกระดับชั้น 39 โรงเรียนจำนวนทั้งสิ้น 1,509 คน โดยเก็บข้อมูลจากครูที่ใช้นวัตกรรมการสอนแบบใหม่ที่ใช้เทคโนโลยี (PAC-Tech) ในการสอนนักเรียนเกรด 3-12 โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มการเรียนรู้ส่วนบุคคลของนักเรียน งานวิจัยใช้สถิติ multi-level regression เพื่อวิเคราะห์ตัวแปรที่มีผลที่สุด ต่อการพัฒนาความสามารถในการใช้นวัตกรรมที่มีประสิทธิภาพ ผลการวิเคราะห์พบว่าแรงจูงใจที่มีผลที่สุดคือ 1) แรงจูงใจจากความสามารถหลอมรวมนวัตกรรมใหม่กับองค์ความรู้ที่มีอยู่เดิมของครู 2) การออกแบบนวัตกรรมให้มีความเฉพาะเจาะจงกับครูแต่ละคน 3) การมีโอกาสในการทำงานร่วมกันของครู 4) การให้ข้อเสนอแนะที่สอดคล้องกับครูแต่ละคน งานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าการประเมินความพร้อมขององค์กรและบุคลากรจำเป็นอย่างยิ่งในการที่จะนำนวัตกรรมหรือนโยบายใหม่ๆ ไปใช้เพื่อเพิ่มคุณภาพการทำงานที่ประสบความสำเร็จ

ขณะที่ใน Utilising the 'Getting to Outcomes' Framework in Community Engagement for Development and Implementation of Sickle Cell Disease Newborn Screening in

Kaduna State, Nigeria. (2018) โดย **Baba P.D. Inusa และคณะ** เสนอว่า Sickle Cell Disease (SCD) ซึ่งได้รับการกำหนดจากองค์การอนามัยโรค (WHO) ว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขในทวีปแอฟริกาทางตอนใต้ของทะเลทรายซาฮารา (sub-Saharan Africa) โดยการพัฒนากการคัดกรองโรค Sickle Cell Disease ในทารกแรกเกิด (Newborn Screening) มีความสำคัญต่อการลดลงของของอัตราการเจ็บป่วย (morbidity) และอัตราการเสียชีวิต (mortality) ของโรคนี้ ทำให้การมีกลยุทธ์ที่ดีในการประยุกต์ใช้การคัดกรองในทารกแรกเกิดจากประเทศที่ร่ำรวยมาใช้ในบริบททางวัฒนธรรมที่แตกต่างในแอฟริกาจึงเป็นสิ่งสำคัญ หนึ่งในกลยุทธ์ดังกล่าวคือการมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกระดับของระบบการดูแลสุขภาพและกรอบการดำเนินงานวิทยาศาสตร์ที่นำไปใช้อย่างกว้างขวางคือการไปถึงซึ่งผลลัพธ์ (Getting to Outcomes) ซึ่งออกแบบการประเมินผลคุณภาพการนำนโยบายสู่การปฏิบัติในหลายระดับอย่างต่อเนื่องโดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

โดยงานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) เพื่อรับข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นกับการคัดกรองในทารกแรกเกิดในกลุ่มชาติพันธุ์และที่ตั้ง (ชนบทและเมือง) ที่แตกต่างกัน ในระบบการดูแลสุขภาพของรัฐคานูนา (Kaduna) ในไนจีเรีย (Nigeria) (2) เพื่อประเมินความพร้อมของรัฐคานูนา ในการดำเนินการคัดกรองในทารกแรกเกิดอย่างยั่งยืน โดยมีวิธีการวิจัยคือ การประเมินความต้องการการดำเนินการกับกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นเวลาสองวันในรัฐคานูนา มีผู้เข้าร่วมประชุม 52 คน ด้วยคำถามที่มีโครงสร้างเพื่อทำความเข้าใจจุดแข็งและจุดอ่อนในการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ ข้อค้นพบสำคัญเช่น พบว่ามีช่องว่างของการสื่อสารที่สำคัญระหว่างผู้กำหนดนโยบายและกลุ่มผู้ปฏิบัติ สรุปผลการวิจัยว่า การเตรียมความพร้อมเรื่องความร่วมมือของชุมชน และการที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้มีส่วนร่วมทำงานร่วมกัน แบ่งปันความรู้กัน จะเป็นตัวช่วยให้การนำนโยบายสู่การปฏิบัติประสบความสำเร็จในการแก้ไขปัญหา

เช่นเดียวกับงานวิจัย **Organizational readiness for innovation in health care: some lessons from the recent literature. (2012)** โดย **lestyn Williams** ใช้การทบทวนวรรณกรรมเพื่อเสนอว่าการพัฒนาระบบบริการสุขภาพนั้นไม่สามารถทำได้ด้วยกระบวนการใดกระบวนการหนึ่งเพียงครั้งเดียวแล้วจะสามารถกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพได้ มากไปกว่านั้นสิ่งที่ต้องเข้าใจคือนวัตกรรมในการดูแลสุขภาพเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างนวัตกรรมและบริบทของการนำนวัตกรรมนั้น ๆ ไปใช้ที่มีความซับซ้อนระหว่างตัวแปร ทำให้เริ่มมีการเห็นความสำคัญของการเตรียมความพร้อมขององค์กร ในการนำนวัตกรรมหรือนโยบายสู่การปฏิบัติและเข้าใจว่าการปรับเปลี่ยนนวัตกรรมหรือนโยบายที่นำไปใช้ และบริบทขององค์กรให้เปิดกว้างและเหมาะสมสำหรับนวัตกรรมหรือนโยบายเท่านั้น ที่สามารถทำให้การพัฒนาเพิ่มขึ้นได้เมื่อเวลาผ่านไป

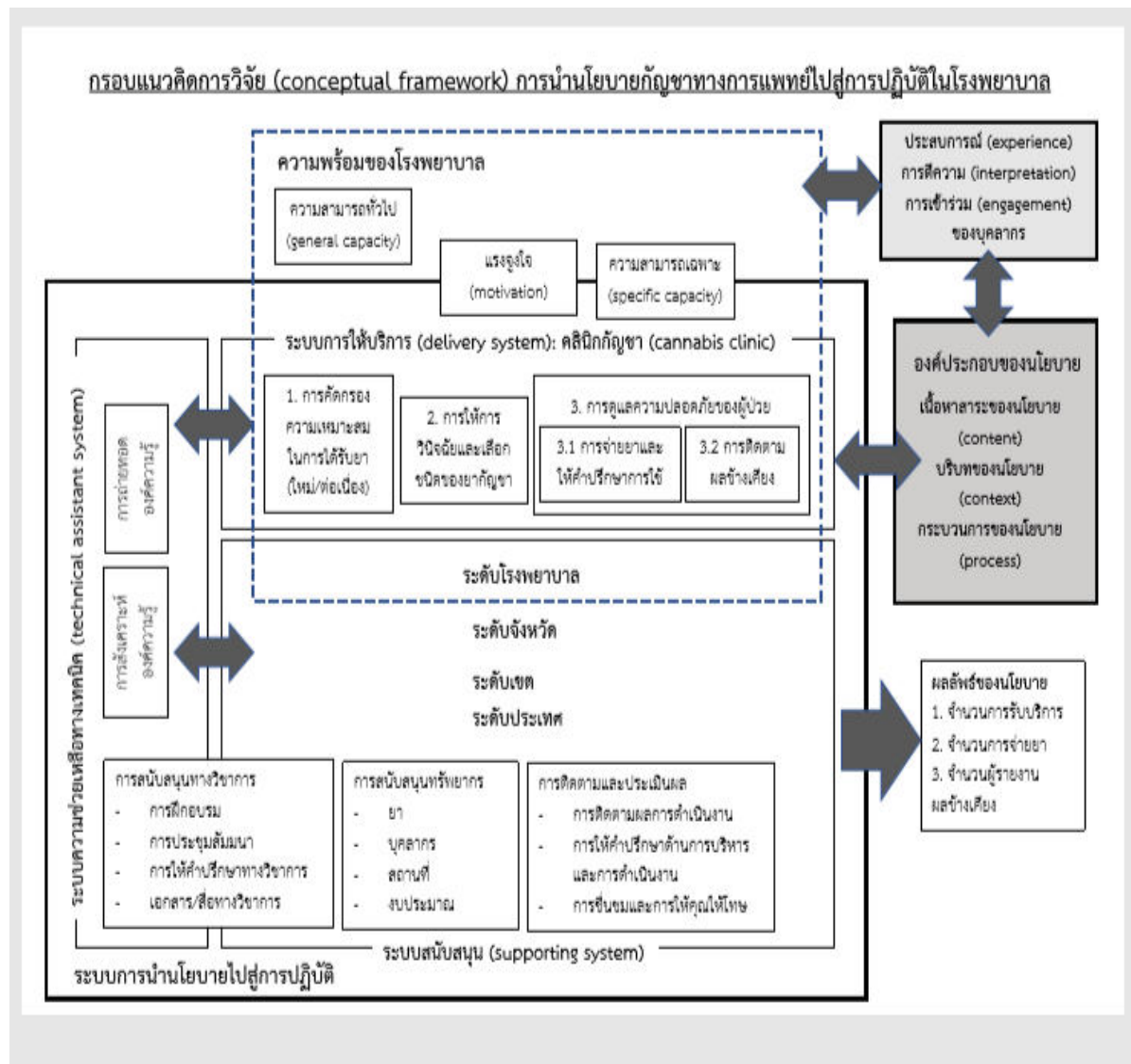
บทความนี้เสนอการเพิ่มความพร้อมขององค์กรด้านการดูแลสุขภาพเพื่อการนำนวัตกรรมหรือนโยบายสู่การปฏิบัติ ว่ากลยุทธ์องค์กรที่สำคัญ ได้แก่ การพัฒนาสิ่งจูงใจ (development of incentives) การจัดการความรู้ การประสานงานและการทำงานร่วมกันระหว่างองค์กรและในองค์กร และการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานสำหรับด้านนวัตกรรม โดยจำเป็นต้องให้ความสนใจมากขึ้นในประเด็นการทดแทนในภาวะเศรษฐกิจปัจจุบัน

รวมทั้งมีงานวิจัยที่เสนอว่าการวัดความพร้อมนั้นเป็นกระบวนการที่ต้องทำอย่างต่อเนื่อง ดังเช่น **Analysis of Determinants of Readiness for Professional Development Among Polish Nurses. (2011)** โดย **Bartosiewicz, Anna และคณะ** เสนอว่าการพัฒนาอย่างต่อเนื่องของวิทยาศาสตร์การแพทย์และการมีวิธีการวินิจฉัยและการรักษาใหม่ๆ ด้วยการใช้อุปกรณ์พิเศษอย่างต่อเนื่องหมายความว่าความรู้และทักษะที่ได้รับระหว่างการศึกษานในมหาวิทยาลัยนั้นไม่เพียงพออีกต่อไป จำเป็นต้องมีกระบวนการที่จะยกระดับคุณภาพวิชาชีพเพื่อให้มีคุณภาพการบริการทางการแพทย์ที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ความพร้อมของพยาบาลในการเรียนรู้และพัฒนาและปัจจัยที่กำหนดความพร้อมนี้

โดยทำการศึกษาในพยาบาล 756 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถามเพื่อประเมินความพร้อมของพนักงานเพื่อการเรียนรู้และพัฒนา (readiness of employees for learning and development RELD) และแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ลักษณะเศรษฐกิจสังคมของผู้ตอบ เพื่อทำความเข้าใจความสัมพันธ์ของตัวแปรและการพัฒนาความสามารถในการเรียนรู้และการพัฒนา ผลการวิจัยพบว่าความพร้อมของพยาบาลในการเรียนรู้และพัฒนาอยู่ในระดับปานกลางโดย พยาบาลที่อายุน้อยกว่าและมีระยะเวลาการทำงานน้อยกว่ามีความพร้อมสูงในการเรียนรู้และพัฒนา

งานวิจัยทั้ง 4 ชิ้นจึงแสดงให้เห็นว่าการเตรียมความพร้อมขององค์กรก่อนการนำนวัตกรรม/นโยบายใหม่ๆ สู่การปฏิบัติมีความจำเป็นและเป็นตัวแปรอันสำคัญของความสำเร็จของการนำนโยบายใหม่ลงสู่การปฏิบัติ ที่สามารถทำได้ในหลากหลายพื้นที่และหลากหลายวิธีเช่นเดียวกับการศึกษาการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์สู่การปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลจำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมขององค์กรเช่นกัน

2.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 4 กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบความคิดของการวิจัย (conceptual framework) ในโครงการนี้ พัฒนาขึ้นจากกรอบความคิดในเชิงทฤษฎี (theoretical framework) ที่เลือกนำมาใช้ 4 แนวคิดทฤษฎี ได้แก่

1. กรอบแนวคิดมานุษยวิทยาของนโยบาย (anthropology of policy) ที่เริ่มด้วยแนวคิดที่ว่า การจะทำความเข้าใจนโยบายใด ๆ จะต้องเริ่มด้วยการทำความเข้าใจว่า นโยบายนั้นเป็นสิ่งที่ถูกสร้างขึ้นในบริบทและกระบวนการทางสังคมและวัฒนธรรมโดยเป็นสิ่งที่สะท้อนแนวทางในการคิด (ways of thinking) เกี่ยวกับสังคมและแนวทางในการปฏิบัติ (ways of acting) ต่อสังคม โดยสิ่งที่มีอยู่ภายในนโยบายคือตัวแบบ (model) ขององค์ประกอบและโครงสร้างของสังคมและวิสัยทัศน์เกี่ยวกับว่าผู้คนจะมีความสัมพันธ์กับสังคมอย่างไร และมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันอย่างไร (Shore, 2012) วิธีการในการศึกษา จึงให้ความสำคัญกับแนวทางที่ผู้คนที่เกี่ยวข้อง รับรู้ผ่านประสบการณ์ (experience) ตีความ (interpret) และเข้าร่วมปฏิสัมพันธ์ (engage) กับกระบวนการต่าง ๆ ของนโยบาย และให้ความสนใจว่านโยบายนั้น “มีความหมาย” (mean) อย่างไรในบริบทที่แตกต่างกัน (Shore, 2012)

2. การวิเคราะห์ภาพรวมของนโยบายโดย “สามเหลี่ยมการวิเคราะห์นโยบาย” (policy analysis triangle) (Buse, Mays, and Walt, 2005) ที่ให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ระหว่าง 4 องค์ประกอบ ได้แก่ เนื้อหาสาระของนโยบาย (policy content) บริบทของนโยบาย (policy context) และกระบวนการของนโยบาย (policy process) และผู้ปฏิบัติ (agents) ทั้งระดับบุคคล กลุ่ม หรือองค์กร โดยในการวิเคราะห์ จะมีผู้ปฏิบัติ (agents) เป็นศูนย์กลางในการทำความเข้าใจองค์ประกอบอื่น ๆ ซึ่งในโครงการนี้ ผู้ปฏิบัติมีทั้งระดับบุคคล คือบุคลากรแต่ละคน และระดับองค์กรคือแต่ละโรงพยาบาล

ทั้งนี้ ในการทำความเข้าใจเนื้อหาสาระ (policy content) ที่สำคัญของนโยบายที่ศึกษา จะพิจารณาผ่านการทำความเข้าใจองค์ประกอบย่อย ๆ ของบริบทและกระบวนการของนโยบาย ดังนี้

- บริบทของนโยบาย (policy context) ประกอบด้วยปัจจัย 4 ประเภท ได้แก่ (1) ปัจจัยด้านสถานการณ์ (situational factors) (2) ปัจจัยด้านโครงสร้าง (structural factors) (3) ปัจจัยด้านวัฒนธรรม (cultural factors) และ (4) ปัจจัยจากต่างประเทศหรือจากภายนอก (international or exogenous factors)
- กระบวนการของนโยบาย (policy process) ประกอบด้วย 4 กระบวนการย่อย ได้แก่ (1) การรับรู้ประเด็นปัญหา (problem identification and issue recognition) (2) การเกิดขึ้นของนโยบาย (policy formulation) (3) การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (policy implementation) และ (4) การติดตามและประเมินผลนโยบาย (policy evaluation)

อย่างไรก็ตาม การประมวลผลการวิเคราะห์ในแต่ละองค์ประกอบหลัก จะเลือกเน้นบางประเด็นที่โดดเด่นที่จะสามารถทำความเข้าใจความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนระหว่างองค์ประกอบต่าง ๆ ของนโยบายได้อย่างชัดเจน เพื่อหลีกเลี่ยงการแจกแจงรายประเด็นที่ซ้ำซ้อนและอาจสร้างความสับสนให้กับผู้อ่านผลการศึกษา

3. กรอบแนวคิดระบบการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (policy implementation system) ที่พัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎี ระบบความสัมพันธ์ขององค์ประกอบและบริบทที่มีผลต่อการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ (outcome) ของนโยบาย ซึ่งมีองค์ประกอบพื้นฐานคือ ระบบการให้บริการ (delivery system) และระบบสนับสนุน (supporting system) ซึ่งในโครงการนี้ จะทำการวิเคราะห์โดยอาศัยกรอบแนวคิดเชิงระบบของการกระจายและการนำไปสู่การปฏิบัติ (Interactive System Framework for Dissemination and Implementation หรือ ISF) ที่พัฒนาขึ้นโดย Scaccia และคณะ (2015)

4. กรอบแนวคิด “ความพร้อม” ของการนำนโยบายหรือนวัตกรรมไปสู่การปฏิบัติหรือปรับใช้ (readiness) ที่เสนอว่า ความพร้อมเป็นปัจจัยสำคัญ โดยประกอบด้วย ซึ่งมีองค์ประกอบย่อย 3 ประการ ได้แก่

แรงจูงใจ (Motivation) ความสามารถทั่วไป (General Capacity) และความสามารถเฉพาะด้าน (Specific Capacity) ตามกรอบแนวคิด $R=MC^2$ ที่เสนอโดย Scaccia และคณะ (2015)

โดยในโครงการนี้กำหนด เป้าหมายในการวิเคราะห์คือการทำทำความเข้าใจ “ความพร้อม” (readiness) ในระดับองค์กรของแต่ละโรงพยาบาลในการดำเนินงานคลินิกกัญชา (cannabis clinic) ซึ่งประกอบด้วยระบบการให้บริการ (delivery system) ของคลินิกกัญชา และระบบการสนับสนุน (supporting system) ในระดับโรงพยาบาล โดยให้ความสำคัญกับกระบวนการให้บริการ 3 ส่วน ที่เป็นผลลัพธ์ของนโยบายกัญชาทางการแพทย์ในส่วนการให้บริการ ได้แก่ 1) การคัดกรองความเหมาะสมในการได้รับยา ทั้งของผู้ป่วยใหม่ และ ผู้ที่รับยาต่อเนื่อง 2) การให้การวินิจฉัยและเลือกชนิดยากัญชาทั้ง ยาที่เป็นการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน และ 3) การดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยทั้งในขั้นตอนการจ่ายยา และให้คำปรึกษา และ การติดตามผลข้างเคียง โดยมีผลลัพธ์ของนโยบาย (policy outcomes) ของแต่ละกระบวนการ ได้แก่ 1) จำนวนการรับบริการ 2) จำนวนการจ่ายยา และ 3) จำนวนการรายงานผลข้างเคียง

ทั้งนี้การวิเคราะห์ “ความพร้อม” ขององค์กร ทำควบคู่ไปกับการวิเคราะห์เชิงระบบของกระบวนการน่านโยบายไปสู่การปฏิบัติ ที่ประกอบด้วย ระบบสนับสนุนทั้งในระดับจังหวัด ระดับเขตสุขภาพและระดับประเทศใน 3 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนทางวิชาการ การสนับสนุนทรัพยากร และการติดตามและประเมินผล โดยที่การสนับสนุนทางวิชาการ จะเชื่อมโยงกับองค์ประกอบที่สำคัญอีกส่วนหนึ่งของระบบโดยรวม คือ ระบบความช่วยเหลือทางเทคนิค (technical assistance system) ที่ประกอบด้วยการสังเคราะห์องค์ความรู้และการถ่ายทอดความรู้

ทั้งนี้ การทำความเข้าใจ “ความพร้อม” ขององค์กร จะต้องทำความเข้าใจโดยมีการวิเคราะห์ภาพรวมของนโยบายทั้งในส่วนของเนื้อหาสาระของนโยบาย (policy content) บริบทของนโยบาย (policy context) และกระบวนการนโยบาย (policy process) ในระดับต่าง ๆ โดยที่การทำความเข้าใจต้องอาศัยกระบวนการศึกษาทางมานุษยวิทยาในการทำความเข้าใจ ประสบการณ์ (experience) การตีความ (interpretation) และการเข้าร่วม (engagement) ของบุคลากร ที่ทำหน้าที่ต่าง ๆ ในการน่านโยบายกัญชาทางการแพทย์ไปสู่การปฏิบัติในแต่ละโรงพยาบาล

บทที่ 3

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นเป็นงานวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive study) ใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) แบบชาติพันธุ์วรรณา (ethnography) โดยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยกระบวนการต่าง ๆ ร่วมไปกับวิเคราะห์ข้อมูล การสอบทานความถูกต้อง (triangulation) และการจัดระเบียบข้อมูลโดยอาศัยหลายแนวคิดทฤษฎีร่วมกัน ประกอบไปกับการวิเคราะห์และตีความ (interpret) โดยนักวิจัยด้วยมุมมองของ “คนใน” ตามแนวทางการศึกษาทางมานุษยวิทยาสังคมและวัฒนธรรม (sociocultural anthropology)

การเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ใช้ทางโทรศัพท์โดยปรับวิธีการจากการสัมภาษณ์ในพื้นที่การทำงานในโรงพยาบาลในเวลาราชการ และการสนทนากลุ่มด้วยระบบการสื่อสารทางไกล เนื่องจากเป็นการวิจัยในช่วงสถานการณ์การระบาดของ โควิด-19 ที่จำเป็นต้องมีการรักษาระยะห่างทางสังคม (social distancing) เพื่อลดการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ โดยมีระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ 2563 - มิถุนายน 2563 รวม 5 เดือนมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ทำความเข้าใจบริบทและปัจจัยที่มีผลต่อ ความพร้อม (readiness) ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุขไปสู่การปฏิบัติให้บริการการใช้กัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาล 2) ค้นหาแนวทางการพัฒนาคุณภาพกำลังคน เพื่อสนับสนุนให้การดำเนินนโยบายกัญชาทางการแพทย์บรรลุผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ออกแบบวิธีการวิจัยเป็น 3 ขั้นตอนดังรายละเอียดดังนี้

- 3.1 ขั้นเตรียมการ
- 3.2 ขั้นดำเนินงาน
- 3.3 ขั้นการวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 ขั้นเตรียมการ

ขั้นนี้เป็นไปเพื่อการเตรียมการประกอบด้วยประสานงานกับพื้นที่ การรวบรวมเอกสารและข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมของกำลังคนในการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์ไปสู่การปฏิบัติ และแนวทางการพัฒนาคุณภาพกำลังคน เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้น รวมทั้งการขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ในขั้นตอนนี้ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนสำคัญ คือ

3.1.1 เขียนโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โดยได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ในสถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สคม.) ตั้งแต่วันที่ 20 มีนาคม 2563 ตามเอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ IHRP No. 020-2563

3.1.2 ประสานพื้นที่วิจัยเพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัยและเพื่อสร้างความเข้าใจในขั้นตอนการวิจัย

3.1.3 ศึกษาทบทวนเอกสารและข้อมูลอ้างอิงที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ เพื่อรวบรวมองค์ความรู้ในประเด็นที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

3.1.3.1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับ นโยบายรัฐบาลเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ การบูรณาการทิศทางการใช้ประโยชน์ ปลอดภัยกัญชา การถ่ายทอดนโยบายการใช้กัญชาทางการแพทย์และการนำนโยบายคลินิกกัญชาทางการแพทย์ไปสู่การปฏิบัติ รวมทั้งรายละเอียดข้อมูล 8 โรงพยาบาลซึ่งเป็นพื้นที่วิจัย

3.1.3.2 แผนการจัดระบบบริการสุขภาพ (service plan)

3.1.3.3 แนวคิดกัญชาเพื่อการแพทย์

- 3.1.3.4 แนวคิดการเตรียมความพร้อมขององค์กร (readiness)
- 3.1.3.5 แนวคิดการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ (Implementation science)
- 3.1.3.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- ก. งานวิจัยเกี่ยวกับกัญชาเพื่อการแพทย์
 - ข. งานวิจัยเกี่ยวกับนโยบายกัญชาเพื่อการแพทย์
 - ค. งานวิจัยเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมขององค์กร

3.2 ขั้นตอนดำเนินการ

ขั้นนี้เป็นไปเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัย เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

3.2.1 รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยใช้ การสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์และการสนทนากลุ่มด้วยระบบการสื่อสารทางไกล

3.2.2 พื้นที่ในการวิจัย

พื้นที่ในการวิจัยนี้เป็นโรงพยาบาลนำร่องที่เปิดให้บริการคลินิกกัญชา ตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2562 จำนวน 19 โรงพยาบาล คัดเลือกโดยใช้หลักเกณฑ์การมีจำนวนการจ่ายยากัญชาสูงสุด (รวมตั้งแต่เริ่มดำเนินการจนถึงเดือน ก.พ. 2563) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม แสดงดังตารางที่ 18

ตารางที่ 18 ตารางแสดงพื้นที่ในการศึกษาวิจัย

กลุ่ม	จำนวน รพ. ทั้งหมด	จำนวน รพ. ที่คัดเลือก	รายชื่อ รพ. ที่คัดเลือก
1. โรงพยาบาลที่เปิดให้บริการคลินิกกัญชาแบบการแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย”	12	5	- โรงพยาบาลลำปาง จังหวัดลำปาง - โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก - โรงพยาบาลสระบุรี จังหวัดสระบุรี - โรงพยาบาลบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ - โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา
2. โรงพยาบาลที่จัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน	7	3	- โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี - โรงพยาบาลคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ - โรงพยาบาลท่าฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี
รวมจำนวนโรงพยาบาล	19	8	

3.2.3 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา การวิจัยนี้กลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาคือบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานคลินิกกัญชาในโรงพยาบาลนำร่องระยะแรก 8 โรงพยาบาล รายละเอียด แสดงดังตารางที่ 19

ตารางที่ 19 ตารางแสดงกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง	บุคลากร	จำนวนคน
กลุ่มผู้บริหาร	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล แพทย์หัวหน้าแผนกอายุรกรรมหรือหัวหน้าแผนกอื่นที่กำกับดูแลคลินิกกัญชาทางการแพทย์ หัวหน้าพยาบาล หัวหน้าแผนกอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์	อย่างน้อย 4 คน หรือจนข้อมูลอิ่มตัว (Saturation of data)
กลุ่มผู้ปฏิบัติงาน	ผู้ปฏิบัติงาน ในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ได้แก่ แพทย์ แพทย์แผนไทย พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ กลุ่มงานจิตเวชยาเสพติด หรือบุคลากรอื่น ๆ ที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานใน คลินิกกัญชา	อย่างน้อย 2 ใน 3 ของบุคลากรทั้งหมดในกลุ่มนี้ของ รพ.แห่งนั้น หรือจนข้อมูลอิ่มตัว (Saturation of data)

3.2.4 ขั้นตอนในการเก็บข้อมูล ในขั้นนี้แบ่งเป็น 4 ขั้นตอนย่อยคือ

3.2.4.1 จัดทำ protocol เพื่อใช้ในการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์

3.2.4.2 ประสานงานกับโรงพยาบาลพื้นที่วิจัยเพื่อชี้แจงขั้นตอนการเก็บข้อมูล

3.2.4.3 ประสานงานกับกลุ่มตัวอย่างเพื่ออธิบายรายละเอียดของโครงการ ระเบียบการของการยินยอมให้ข้อมูล การสมัครใจและการเซ็นยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย มีการรักษาความลับและความเป็นส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูล โดยให้สิทธิผู้เข้าถึงข้อมูลเฉพาะผู้วิจัยเท่านั้น มีการบันทึกเสียง การถ่ายภาพ แต่ไม่มีการบันทึกชื่อของผู้ให้ข้อมูล และทำการลบทำลายข้อมูลดิบ หลังจากเขียนรายงานการวิจัยเสร็จสิ้น ภายใน 1 ปี ผลการวิเคราะห์ที่ได้จะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ไม่นำเสนอเป็นรายบุคคล ผู้วิจัยมีการสร้าง แรงจูงใจ โดยการอธิบายถึงประโยชน์ต่อกลุ่มตัวอย่างต่อหน่วยงาน ต่อโรงพยาบาล และต่อระบบสุขภาพ โดยรวม ซึ่งจำเป็นต้องได้ข้อมูลจากการสอบถามกรณีกลุ่มตัวอย่างที่มาร่วมการวิจัยอาจมีข้อขัดแย้งหรือ เป็นที่สงสัยของสังคมรอบข้างในการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะชี้แจงผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าหน่วยงาน หรือผู้นำชุมชนของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อป้องกันข้อครหาของสังคมรอบข้าง อีกทั้งเป็นไปด้วยความสมัครใจ โดยไม่มีผลกระทบต่อสังคมและผู้อื่นในสังคม ทีมผู้วิจัยได้ทำการขออนุญาตจากทีมผู้บริหารของโรงพยาบาล เพื่อให้ สามารถบริหารจัดการไม่ให้เกิดการดำเนินโครงการวิจัยเป็นอุปสรรคต่อการทำงาน ประเด็นสำคัญคือหากกลุ่ม ตัวอย่างไม่สะดวกสามารถถอนตัวได้ทันทีและตลอดเวลา

3.2.4.4 เก็บข้อมูลโดยแบ่งเป็น 2 วิธีการคือ

(1) การสัมภาษณ์ประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้

- ก. ผู้ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเซ็นใบยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย
- ข. ผู้วิจัยนัดหมายการสัมภาษณ์ล่วงหน้าอย่างน้อย 3 วัน
- ค. ผู้วิจัยแจ้งถึงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการศึกษาวิจัยโดยสังเขป

- ง. ผู้วิจัยชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทราบเกี่ยวกับงานวิจัย การสมัครใจ ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย รวมทั้งการได้รับความคุ้มครองสิทธิ การไม่เปิดเผยข้อมูลรายบุคคล การออกจากการศึกษาวิจัยที่สามารถทำได้โดยไม่มี ผลกระทบใด ๆ การสัมภาษณ์จะบันทึกข้อมูลด้วยวิธีการเขียนจดบันทึกโดยผู้ บันทึกข้อมูลและการบันทึกเสียง
- จ. ผู้วิจัยแจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลทราบว่าใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 60 นาที – 90 นาที
- ฉ. การสัมภาษณ์จะทำเฉพาะในบุคลากรที่สมัครใจและเซ็นยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัยเท่านั้น

(2) การสนทนากลุ่มด้วยระบบการสื่อสารทางไกลประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้

- ก. ผู้ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเซ็นใบยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย
- ข. ผู้วิจัยนัดหมายวันเวลาพบอาสาสมัครในการสนทนากลุ่มก่อนล่วงหน้า 1 สัปดาห์
- ค. ผู้วิจัยพบกลุ่มอาสาสมัครตามที่นัดหมาย ก่อน 15 นาที ชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดของการศึกษาวิจัยโดยสังเขป การสมัครใจและการเซ็น ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย รวมทั้งการได้รับความคุ้มครองสิทธิ การไม่เปิดเผยข้อมูลรายบุคคล การออกจากการศึกษาวิจัยที่สามารถทำได้โดยไม่มี ผลกระทบใด ๆ การสนทนากลุ่มจะบันทึกข้อมูลด้วยวิธีการเขียนจดบันทึกโดย ผู้บันทึกข้อมูลและการบันทึกเสียง
- ง. ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการอภิปรายในการสนทนากลุ่ม
- จ. ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมในการสนทนากลุ่ม โดยชี้แจงแนวทางการสนทนา กลุ่ม และบทบาทของผู้จัดบันทึกและผู้อำนวยความสะดวกในการสนทนากลุ่ม และดำเนินการสนทนา ด้วยบรรยากาศที่ผ่อนคลาย ไม่ทำให้ผู้ร่วมสนทนา เกิดความรู้สึกตึงเครียด เมื่อสิ้นสุดการสนทนา ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ร่วม สนทนา ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการสนทนากลุ่มประมาณ 120 นาที
- ฉ. ผู้วิจัยสรุปประเด็นการสนทนา วิเคราะห์ข้อมูลและเขียนรายงานผลการสนทนากลุ่ม

3.2.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

งานวิจัยนี้ใช้แนวคำถามการสัมภาษณ์ที่พัฒนาขึ้นจากการศึกษาแนวคิดทฤษฎี ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเรื่องความพร้อมขององค์กร (readiness) และการใช้กัญชาทางการแพทย์ จากนั้นนำไปปรึกษาผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และนำผลที่ได้ มาปรับปรุงแก้ไข โดยแบ่งการแนวคำถามในการสัมภาษณ์เป็น 2 กลุ่ม คือ

1. แนวคำถามการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มความพร้อมขององค์กรกลุ่มผู้บริหารในประเด็น ประสิทธิภาพการดำเนินงานตามนโยบาย (Implementation) เพื่อทำความเข้าใจกระบวนการนำ นโยบายสู่การปฏิบัติ การมีส่วนร่วมและอำนาจตัดสินใจต่อนโยบายของพื้นที่ การพัฒนาศักยภาพและสนับสนุน บุคลากร เพื่อทำงานตามนโยบาย การประเมินผลนโยบาย แรงจูงใจของผู้บริหารหน่วยงานต่อการดำเนินงาน ตามนโยบาย และบทเรียนของการนำนโยบายสู่การปฏิบัติในพื้นที่ ซึ่งประกอบด้วย 6 หัวข้อ ดังนี้

(รายละเอียดดังกล่าว)

- 1.1 กระบวนการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ
- 1.2 การมีส่วนร่วมและอำนาจตัดสินใจต่อนโยบายของพื้นที่
- 1.3 การพัฒนาศักยภาพและสนับสนุนบุคลากรเพื่อทำงานตามนโยบาย
- 1.4 การประเมินผลนโยบาย
- 1.5 แรงจูงใจของผู้บริหารหน่วยงานต่อการดำเนินงานตามนโยบาย
- 1.6 บทเรียนของการนำนโยบายสู่การปฏิบัติในพื้นที่
- 1.7 ประสบการณ์การนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์สู่การปฏิบัติในพื้นที่

2. แนวคำถามการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มความพร้อมขององค์กรกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน ประกอบด้วย 4 ประเด็นคือ (รายละเอียดดังกล่าว)

2.1 ประเด็นประสบการณ์การดำเนินงานตามนโยบาย (Implementation) ประกอบด้วย รายละเอียด ดังนี้

- 2.1.1 กระบวนการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ
- 2.1.2 การมีส่วนร่วมและอำนาจตัดสินใจต่อนโยบายของพื้นที่
- 2.1.3 การพัฒนาศักยภาพและสนับสนุนบุคลากรเพื่อทำงานตามนโยบาย
- 2.1.4 การประเมินผลนโยบาย
- 2.1.5 แรงจูงใจของผู้บริหารหน่วยงานต่อการดำเนินงานตามนโยบาย
- 2.1.6 บทเรียนของการนำนโยบายสู่การปฏิบัติในพื้นที่

2.2 ประเด็นประสบการณ์การพัฒนา/ผลงานเด่นของหน่วยงานประกอบด้วย รายละเอียด ดังนี้

- 2.2.1 ผลลัพธ์ของผลงานเด่นที่ผ่านมา
- 2.2.2 การเลือกตัดสินใจพัฒนาผลงาน
- 2.2.3 ผู้นำการพัฒนาผลงานเด่นในหน่วยงาน
- 2.2.4 กระบวนการพัฒนาผลงานเด่นในหน่วยงาน
- 2.2.5 การพัฒนาบุคลากรเพื่อพัฒนาผลงานเด่นในหน่วยงาน
- 2.2.6 ปัญหาและอุปสรรค
- 2.2.7 ประสบการณ์การนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์สู่การปฏิบัติในพื้นที่

2.3 ประเด็นประสบการณ์การประเมินความพร้อม (Readiness study) ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อยดังนี้

2.3.1. ทักษะความสามารถทั่วไป (General Capacity) แนวคำถามในหัวข้อ “ทักษะความสามารถทั่วไป” เกี่ยวข้องกับ “ความรู้ ทักษะ และลักษณะเฉพาะขององค์กร” ที่ช่วยให้บุคลากรสามารถนำนโยบายใหม่มาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมาและในการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์สู่การปฏิบัติ ประกอบด้วยหัวข้อ

- 2.3.1.1 วัฒนธรรม
- 2.3.1.2 บรรยากาศ
- 2.3.1.3 โครงสร้าง
- 2.3.1.4 ความคิดริเริ่มขององค์กร
- 2.3.1.5 การใช้ทรัพยากร

2.3.1.6 ความเป็นผู้นำ

2.3.1.7 ศักยภาพของบุคลากรและศักยภาพเชิงกระบวนการ

2.3.2 ทักษะความสามารถใหม่และเฉพาะด้านในการเปลี่ยนแปลง (Innovation-Specific Capacity) แนวคำถามในหัวข้อ “ทักษะความสามารถใหม่และเฉพาะด้านในการเปลี่ยนแปลง” จะถามเกี่ยวกับ “ความรู้” และ “ทักษะ” ที่จำเป็นในการนำนโยบายเฉพาะด้านไปปฏิบัติใช้จริง ในช่วงระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมาและในการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์สู่การปฏิบัติประกอบด้วยหัวข้อ

2.3.2.1 ความรู้และทักษะเฉพาะในการรับนโยบายใหม่ๆ

2.3.2.2 แผนการสร้างผู้สนับสนุน

2.3.2.3 บรรยากาศและการสนับสนุนการนำไปปฏิบัติใช้

2.3.2.4 ความสัมพันธ์กับองค์กรอื่น

2.3.2.5 ปัญหาและอุปสรรค

2.3.3 แรงจูงใจ (Motivation) แนวคำถามนี้ต้องการถามเกี่ยวกับความเชื่อและมุมมองเกี่ยวกับแรงจูงใจสำหรับการมีส่วนร่วมในการนำนโยบายใหม่ลงสู่การปฏิบัติ ในช่วงระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมาและในการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์สู่การปฏิบัติ ประกอบด้วยหัวข้อ

2.3.3.1. แรงจูงใจภายใน

2.3.3.2. แรงจูงใจภายนอก

2.3.3.3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับแรงจูงใจ

1) ข้อดีเชิงเปรียบเทียบ

2) ความเหมาะสมสอดคล้อง

3) ความซับซ้อน

4) ความสามารถในการนำไปทดลองใช้

5) ความโดดเด่นเห็นได้ชัด

6) การจัดลำดับความสำคัญ

2.4 ประสบการณ์การใช้กัญชาทางการแพทย์

3.3 ชั้นการวิเคราะห์ข้อมูล

ทั้งนี้ตลอดขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลทีมผู้วิจัยจะมีการทบทวนและตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลเป็นระยะ ๆ โดยการที่ผู้วิจัยจะทำการจัดระเบียบข้อมูล แสดงข้อมูล หาข้อสรุปการตีความและการตรวจสอบความถูกต้องตรงประเด็นของผลการวิจัยเพื่อหาข้อสรุปและการตีความหมายของผลหรือข้อค้นพบที่ได้จากการแสดงข้อมูล รวมถึงตรวจสอบว่า ข้อสรุปความหมายที่ได้นั้นมีความ ถูกต้องตรงประเด็น และน่าเชื่อถือ นอกจากนี้ทีมผู้วิจัยยังใช้วิธีการศึกษาแบบชาติพันธุ์วรรณนา (ethnography) ที่ใช้การวิเคราะห์ตีความ (interpretation) ด้วยมุมมองของ “คนใน” (Geertz, 1973) โดยอาศัยข้อมูลที่ได้จากการสังเกตการวิเคราะห์ เอกสาร และสื่อต่าง ๆ ด้วยประสบการณ์และองค์ความรู้ของคณะนักวิจัยที่เป็นบุคลากรวิชาชีพ และมีประสบการณ์ทำงานในระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อทำความเข้าใจกระบวนการ และช่องว่างของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติได้อย่างรอบด้าน และเสนอแนวทางในการพัฒนาคุณภาพกำลังคน เพื่อสนับสนุนการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์ไปสู่การปฏิบัติได้อย่างครอบคลุม

บทที่ 4 ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่องการพัฒนาคุณภาพกำลังคนเพื่อสนับสนุนการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์สู่การปฏิบัติ ในครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive study) ใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) แบบชาติพันธุ์วรรณา (ethnography) โดยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยกระบวนการต่าง ๆ ร่วมไปกับวิเคราะห์ข้อมูล การสอบทานความถูกต้อง (triangulation) และการจัดระเบียบข้อมูลโดยอาศัยหลายแนวคิดทฤษฎีร่วมกัน ประกอบไปกับการวิเคราะห์และตีความ (interpret) โดยนักวิจัยด้วยมุมมองของ“คนใน” ตามแนวทางการศึกษาทางมานุษยวิทยาสังคมและวัฒนธรรม (sociocultural anthropology)

ทั้งนี้เพื่อให้การศึกษาสามารถครอบคลุมการตีความและการปฏิสัมพันธ์ของบุคลากรและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่าย นโยบายกัญชาทางการแพทย์ในการศึกษานี้มีความหมายกว้างขวางในฐานะ “นโยบายด้านสุขภาพ” (health policy) ของประเทศไทย ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ประโยชน์จากกัญชาในทางการแพทย์อย่างไรก็ตาม เพื่อให้การศึกษาเกี่ยวกับ “การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ” (policy implementation) มีความเฉพาะเจาะจงเพียงพอ ในโครงการวิจัยนี้ จึงกำหนดขอบเขตของการศึกษาไว้ที่การนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์ไปสู่การปฏิบัติโดยกระทรวงสาธารณสุข ในการให้บริการการใช้กัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้น ผู้ปฏิบัติงานของนโยบาย (policy agents) ที่เป็นกลุ่มเป้าหมายในการศึกษา จึงเป็นระดับองค์กรคือโรงพยาบาล และระดับบุคคลคือบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการการใช้กัญชาทางการแพทย์ โดยเฉพาะในการให้บริการของคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (cannabis clinic) ของโรงพยาบาล

เพื่อให้สามารถนำเสนอผลการวิจัยได้อย่างครอบคลุมและรอบด้าน จึงแบ่งการนำเสนอออกเป็น 4 หัวข้อ ดังนี้

- 4.1 การวิเคราะห์ภาพรวมและบริบทในเชิงระบบของนโยบาย
- 4.2 การวิเคราะห์ความพร้อมขององค์กรในการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์สู่การปฏิบัติ
- 4.3 การวิเคราะห์เพิ่มเติมด้วยมุมมองและการตีความ (interpretation) ของทีมวิจัย
- 4.4 การวิเคราะห์แนวทางการพัฒนาคุณภาพกำลังคนเพื่อสนับสนุนการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์ไปสู่การปฏิบัติในระบบบริการสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ

4.1 การวิเคราะห์ภาพรวมและบริบทในเชิงระบบของนโยบาย

ด้วยแนวคิดทางมานุษยวิทยาในการศึกษานโยบายสาธารณะ (anthropology and public policy) ที่ว่าการจะทำความเข้าใจนโยบายใด ๆ จะต้องเริ่มด้วยการทำความเข้าใจว่า นโยบายนั้นเป็นสิ่งที่ถูกสร้างขึ้นในบริบทและกระบวนการทางสังคมและวัฒนธรรมอย่างไร วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยนี้จึงต้องการทำความเข้าใจ “บริบท” และ “ปัจจัย” ที่มีผลต่อความพร้อม (readiness) ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุขไปสู่การปฏิบัติ ดังนั้นผลการวิจัยในส่วนแรกนี้จึงเป็นการประมวลผลจากการรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ตีความของคณะนักวิจัยในสองมิติของบริบทการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติในโรงพยาบาล ได้แก่

4.1.1. การวิเคราะห์ภาพรวมของนโยบายโดย “สามเหลี่ยมการวิเคราะห์นโยบาย” (policy analysis triangle) ที่ให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ระหว่าง 4 องค์ประกอบ ได้แก่ เนื้อหาสาระของนโยบาย (policy content) บริบทด้านสถานการณ์ของนโยบาย (policy context) และกระบวนการของนโยบาย (policy

process) และผู้ปฏิบัติ (agents) โดยในการวิเคราะห์จะมีผู้ปฏิบัติ (agents) เป็นศูนย์กลางในการทำ ความเข้าใจประเด็นสำคัญขององค์ประกอบอื่น ๆ ของนโยบายในภาพรวม ซึ่งในโครงการนี้ ผู้ปฏิบัติมีทั้งระดับบุคคล คือบุคลากรแต่ละคน และระดับองค์กรคือแต่ละโรงพยาบาล

4.1.2. การวิเคราะห์บริบทในเชิงระบบของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (policy implementation system) ที่พัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีระบบความสัมพันธ์ขององค์ประกอบและบริบทที่มีผลต่อ “ความพร้อม” ขององค์กรในการปรับใช้นวัตกรรมหรือการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ (outcome) โดยการแยกแยะองค์ประกอบ 3 ระบบย่อย ได้แก่ ระบบการให้บริการ (delivery system) ระบบสนับสนุน (supporting system) และระบบการสนับสนุนทางเทคนิค (technical assistance system)

4.1.1 การวิเคราะห์ภาพรวมของนโยบาย

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบของนโยบายพบว่า มีประเด็นที่สำคัญดังนี้

4.1.1.1 เนื้อหาสาระที่สำคัญของนโยบาย

ดังที่ได้กล่าวไว้ในบทนำที่ว่า ช่วง 20-30 ปีที่ผ่านมาหลายประเทศได้ดำเนินการปรับปรุงกฎหมายเพื่อแก้ไขข้อจำกัดในเรื่องความปลอดภัยของประชาชนในการใช้ยาสูบและการพัฒนาทางวิชาการ (Aguilar et al, 2018) ซึ่งเป็นเนื้อหาสาระสำคัญของนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของประเทศต่าง ๆ รวมถึงในประเทศไทย ที่นับแต่ปี พ.ศ. 2559 เป็นต้นมาภาคประชาสังคมและหลาย ๆ ฝ่าย ได้มีการจัดกิจกรรมทางวิชาการและการเคลื่อนไหวทางสังคมเพื่อเรียกร้องให้มีการแก้ไขกฎหมายเพื่อให้สามารถนำกัญชามาใช้ประโยชน์ ทั้งเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ การวิจัยและพัฒนาทางการแพทย์ อย่างไรก็ตามในบางประเทศและในประเทศไทยเอง นโยบายนี้ยังมีเนื้อหาสาระในการเชื่อมโยงกับเรื่องประโยชน์ในทางเศรษฐกิจ ทั้งด้านที่เชื่อมโยงกับทางการแพทย์และการสาธารณสุขอย่างเป็นประเด็นเรื่อง “ความมั่นคงด้านยาของประเทศ” (นิยดา, 2561) และการเป็นแหล่งรายได้ใหม่ของประชาชนและของประเทศ (ระพีพงษ์และ โชษิตา, 2561) ซึ่งต่อมาได้กลายเป็นประเด็นที่สังคมให้ความสนใจและหลายฝ่ายร่วมผลักดัน จนกระทั่งมีการประกาศใช้กฎหมายยาเสพติดให้โทษฉบับใหม่ ในวันที่ 18 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562

หลังจากการเลือกตั้งทั่วไปในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2562 รัฐบาลที่มาจากการเลือกตั้งตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 ได้แถลงนโยบายต่อรัฐสภาในเดือนกรกฎาคมปีเดียวกันนั้น โดยได้บรรจุเรื่องของกัญชาเป็นส่วนหนึ่งในเรื่องเร่งด่วน 12 เรื่องของรัฐบาลในเรื่องที่ 4 การพัฒนานวัตกรรมเพื่อสร้างโอกาสทางเศรษฐกิจและการสร้างรายได้ของประชาชน (คณะรัฐมนตรี, 2562) และในเดือนต่อมา นายอนุทิน ชาญวีรกูล รองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้แถลงนโยบายเกี่ยวกับกัญชาในการประชุมผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข ในวันที่ 7 สิงหาคม 2562 ภายใต้แนวนโยบายที่ว่า “ลดรายจ่าย เพิ่มรายได้ ร่างกายแข็งแรง ทำให้เศรษฐกิจประเทศแข็งแรง” โดยนโยบายกัญชาทางการแพทย์ ถูกระบุอยู่ในหัวข้อที่ 4 “ผลักดันการพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมทางการแพทย์และสาธารณสุข” เป็นข้อที่ 4.1 มีข้อความที่เขียนไว้ในสไลด์ประกอบการแถลงว่า “ให้ประชาชนเข้าถึงการใช้กัญชาและสมุนไพรทางการแพทย์ ได้อย่างปลอดภัย เพื่อสร้างโอกาสทางการรักษา เศรษฐกิจ และการสร้างรายได้ของประชาชน โดยกำหนดกลไกการดำเนินงานที่รัดกุมตามที่กฎหมายบัญญัติไว้” (อนุทินและสาธิต, 2562) ซึ่งนโยบายนี้ได้สรุปไว้ในข้อความสั้น ๆ ที่ปรากฏอยู่ในหน้าหลักของเว็บไซต์ “กัญชาทางการแพทย์” (www.medcannabis.go.th) ของกระทรวงสาธารณสุข มีเครื่องหมายอัญประกาศระบุว่าเป็นคำกล่าวของรองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข แสดงถึงการย้ำสำรตถะสำคัญของนโยบายนี้ คือ “ปลอดภัย...กัญชาทางการแพทย์เสรี”

นโยบายกัญชาทางการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข จึงมีเป้าหมายทั้งด้านการแพทย์สาธารณสุข และด้านเศรษฐกิจ จึงมีการดำเนินการที่ครอบคลุมตลอดห่วงโซ่อุปทาน (supply chain) ตั้งแต่ส่วน “ต้นน้ำ” คือการปลูกต้นกัญชา และ “กลางน้ำ” คือการผลิตยา กัญชา ไปจนถึงส่วน “ปลายน้ำ” คือการให้บริการกัญชาทางการแพทย์แก่ประชาชน โดยที่การพัฒนาบริการที่ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึง (access) ยา กัญชา ได้เพิ่มมากขึ้น เป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้เกิดอุปสงค์ (demand) ที่จะขับเคลื่อนกระบวนการของห่วงโซ่อุปทาน ที่จะทำให้นโยบายของรัฐเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์จากกัญชา นี้ เกิดผลสำเร็จประโยชน์แก่ประเทศชาติและประชาชนส่วนรวม

4.1.1.2 บริบทด้านสถานการณ์และกระบวนการที่สำคัญของนโยบาย

นโยบายกัญชาทางการแพทย์ ตามนิยามของ “นโยบายด้านสุขภาพ” ตอนหนึ่งว่าเป็น “คำประกาศเป็นทางการเกี่ยวกับการดำเนินการภายในสถาบันต่าง ๆ (โดยเฉพาะรัฐบาล)” (สำนักวิชาการสาธารณสุข, 2562) จึงมีความสมเหตุสมผลที่จะกล่าวว่าการประกาศใช้ พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 เป็นหมุดหมายของการที่ “นโยบายกัญชาทางการแพทย์เกิดขึ้นครั้งแรกในประวัติศาสตร์ชาติไทย” ทั้งนี้ เนื่องจากกฎหมายฉบับดังกล่าวได้รับการ “ประกาศ” ในเล่มที่ 136 ตอนที่ 19 ก ของราชกิจจานุเบกษา ซึ่งเป็นหนังสือรวบรวมข่าวสารของทางราชการ “เพื่อเผยแพร่ให้ราษฎรได้ทราบทั่วถึงกัน” ที่จัดทำขึ้นอย่างต่อเนื่องมานับแต่ปี พ.ศ. 2401 โดยที่ได้รับการประกาศในราชกิจจานุเบกษา ประเภท ก ที่เป็นฉบับกฎหมาย จึงเป็นการประกาศอย่างเป็นทางการถึงการ “ปลดล็อก” ในทางกฎหมายให้สามารถใช้ประโยชน์จากกัญชาในทางการแพทย์ได้อย่างถูกต้องและโดยได้ระบุไว้ในมาตราสุดท้ายให้ผู้รักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ คือ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้น จึงเป็นบทบาทตามกฎหมายของกระทรวงสาธารณสุขในฐานะกลไกของรัฐ ในการดำเนินการตามแนวนโยบายของรัฐเกิดผลสำเร็จประโยชน์แก่ประเทศชาติและประชาชนส่วนรวม ดังนั้นการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์ไปสู่การปฏิบัติโดยกระทรวงสาธารณสุข จึงเริ่มต้นนับแต่การประกาศใช้กฎหมายฉบับใหม่ในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 เป็นต้นมา อย่างไรก็ตามในการวิเคราะห์ การดำเนินการตามนโยบายโดยหน่วยงานและบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุข ในการเปิดให้บริการการใช้กัญชาทางการแพทย์ ที่เริ่มต้นในเดือนสิงหาคม 2562 จะต้องอ้างอิง “คำประกาศเป็นทางการ” ในการแถลงนโยบายของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในวันที่ 7 สิงหาคม 2562 ซึ่งนโยบายนี้ได้สรุปไว้ในข้อความสั้น ๆ ที่ปรากฏอยู่ในหน้าหลักของเว็บไซต์ “กัญชาทางการแพทย์” ของกระทรวงสาธารณสุข มีเครื่องหมายอัฒประกาศระบุว่าเป็นคำกล่าวของ รองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข แสดงถึง การย่ำสารัตถะสำคัญของนโยบายนี้ คือ “ปลดล็อก...กัญชาทางการแพทย์เสรี”

นอกจากนี้ ด้วยความหมายของ “นโยบายด้านสุขภาพ” ที่มีใจความตอนหนึ่งว่า “...เพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพ ทรัพยากรที่มีอยู่ และแรงผลักดันอื่น ๆ ทางการเมือง” ซึ่งในบริบทของประเทศไทย ในปี 2561 ที่พจนานุกรมเล่มนี้ได้รับการจัดทำขึ้น คำว่า “การเมือง” มีความหมายของ “การเมืองแนวใหม่” (new politics) ที่ให้ความสำคัญกับ การเมืองภาคประชาชน ภายหลังการแก้ไขรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยในปี พ.ศ. 2540 “ส่งเสริมเรื่องสิทธิเสรีภาพ การมีส่วนร่วมทางการเมืองของประชาชน” ซึ่งในส่วนที่เป็นรูปธรรมคือการให้ประชาชนเข้ามามีบทบาทโดยตรงในการเสนอร่างกฎหมาย (จุมพล และ สุรวงศ์, 2562) ดังนั้น การที่บัณฑิตและคณะ (2562) กล่าวว่า “ประเทศไทยมีนโยบายกัญชาทางการแพทย์ครั้งแรกขึ้นในประวัติศาสตร์ชาติไทยในปี พ.ศ.2562” โดยอ้างอิงการประกาศกฎหมาย พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562” ในวันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2562 จึงเป็นการเน้นความสำคัญของ “กฎหมาย” ต่อ “การเมือง” ที่ราชบัณฑิตยสถาน (<http://www.royin.go.th/dictionary>) ให้ความหมายว่าเป็น

“งานที่เกี่ยวกับรัฐหรือแผ่นดิน” ดังนั้น การศึกษา “นโยบายกัญชาทางการแพทย์” ที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้แถลงไว้เมื่อวันที่ 7 สิงหาคม 2562 จึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับ “ความต้องการด้านสุขภาพ ทรัพยากรที่มีอยู่ และแรงผลักดันอื่น ๆ ทางการเมือง” ของประเด็นเรื่อง “กัญชาทางการแพทย์” ในประเทศไทยโดยเฉพาะ นับแต่นั้นประเด็นนี้ได้ก่อตัวขึ้นอย่างชัดเจนเป็นประเด็นของ “การเมืองภาคประชาชน”

4.1.1.3 ลักษณะเฉพาะของผู้ปฏิบัติและบริบททางวัฒนธรรมที่มีผลต่อภาพรวมของนโยบาย

แม้การดำเนินการตามนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุขจะเป็นในลักษณะการสั่งการจากผู้บริหารระดับสูง ในลักษณะของนโยบายจากบนลงล่าง (top - down) แต่ผู้ปฏิบัติตามนโยบายนี้ โดยเฉพาะในสถานพยาบาลต่าง ๆ นั้นเป็นบุคลากรวิชาชีพ ดังนั้นบริบททางวัฒนธรรมการดำเนินงานจึงเป็นแบบผสมผสานระหว่างวัฒนธรรมราชการและวัฒนธรรมวิชาชีพ เป็นการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (policy implementation) ในลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างผู้กำหนดนโยบาย (principals) และผู้ปฏิบัติ (agents) ที่ผู้กำหนดนโยบายไม่สามารถบังคับควบคุมและติดตามได้ทั้งหมด (Buse, Mays and Walt, 2005) และจากพัฒนาการของนโยบายกัญชาทางการแพทย์ที่ได้นำเสนอมาข้างต้น จะเห็นได้ว่านโยบายนี้เป็นการส่งเสริมการใช้ประโยชน์จาก “ยา” (medicine) ที่พัฒนาขึ้นท่ามกลางหลักฐานสนับสนุนที่ยังมีข้อจำกัดและข้อมูลโต้แย้งจากอันตรายของมันในฐานะสิ่งเสพติด การที่นโยบายนี้ผลักดันให้มีการใช้นี้กับผู้ป่วย จึงเป็นนโยบายที่มีผลกระทบต่อโดยตรงกับความเป็นวิชาชีพ (professionalism) ของบุคลากร โดยเฉพาะหลักจริยธรรมที่ยึดมั่นในประโยชน์และความปลอดภัยของผู้ป่วย ดังนั้นความสำเร็จของนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุขจึงขึ้นอยู่กับ การสนับสนุนของบุคลากร โดยเฉพาะบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำหน้าที่ตัดสินใจเลือกและสั่งจ่ายยากัญชาให้กับผู้ป่วย

4.1.2 การวิเคราะห์บริบทในเชิงระบบของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (policy implementation system)

แม้การประกาศใช้พระราชบัญญัติยาเสพติดฉบับใหม่ จะเป็นหมุดหมายของการเกิดขึ้นของนโยบายในประวัติศาสตร์ชาติไทย แต่การนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์ไปสู่การปฏิบัติของกระทรวงสาธารณสุข ได้มีการดำเนินการตั้งแต่ก่อนการ “ประกาศอย่างเป็นทางการ” นี้ โดยหน่วยงานองค์กรและกลไกต่าง ๆ ของกระทรวงสาธารณสุข ได้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องยาวนาน โดยเฉพาะการทำงานวิชาการและการขับเคลื่อนทางสังคมร่วมไปกับภาคประชาชนและฝ่ายต่าง ๆ ในกระบวนการก่อตัวของนโยบาย

แต่ภายหลังจากการประกาศนโยบายอย่างเป็นทางการ ด้วยการถูกเร่งรัดจากหลายฝ่าย กระทรวงสาธารณสุขจึงเร่งดำเนินการเพื่อให้ประชาชนทั่วประเทศสามารถเข้าถึงบริการกัญชาทางการแพทย์ได้อย่างทั่วถึง โดยมีการจัดทำระบบการขึ้นทะเบียนและการควบคุมกำกับการผลิตและการใช้ยากัญชา การพัฒนาหลักสูตรและการอบรมผู้ให้บริการยากัญชา การกำหนดมาตรฐานและแนวทางปฏิบัติสำหรับการเปิดให้บริการคลินิกกัญชา (cannabis clinic) การดำเนินการผลิตและกระจายยากัญชาให้กับสถานพยาบาล และการเปิดให้บริการแก่ประชาชนโดยในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2562 ได้เปิดให้บริการคลินิกกัญชาในสถานบริการนำร่องใน 12 เขตสุขภาพ โดยเปิดบริการการใช้กัญชาในทางการแพทย์แผนปัจจุบัน 12 แห่ง และการแพทย์แผนไทย 7 แห่ง รวม 19 แห่ง และต่อมาได้มีการขยายพื้นที่การบริการเพิ่มขึ้นตามลำดับ โดยข้อสั่งการของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กล่าวคือในรอบที่สองเดือนกันยายน พ.ศ. 2562 จำนวน 32 แห่ง รอบที่สาม (พฤศจิกายน พ.ศ. 2562) จำนวน 71 แห่ง และรอบที่สี่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 จำนวน 37 แห่ง รวมทั้งสิ้นเมื่อสิ้นสุดปี พ.ศ. 2562 มีการสั่งการให้เปิดให้บริการกัญชาทางการแพทย์ในสถานบริการสุขภาพในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขแล้วจำนวน 159 แห่ง ครอบคลุมทุกจังหวัดทั่วประเทศ

ผลการวิเคราะห์พบว่ากระบวนการหลักที่กระทรวงสาธารณสุขใช้ คือ การเร่งรัดให้บริการรักษาทางการแพทย์ ถูกผนวกเป็นส่วนหนึ่งในระบบการบริการสุขภาพ (health care delivery system) ของกระทรวงสาธารณสุข โดยใช้ระบบการบริหารเชิงยุทธศาสตร์ ที่เรียกว่า “แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ” หรือ Service Plan ที่มีการจัดเครือข่ายเขตสุขภาพ การวางแผน และการพัฒนาที่ครอบคลุมรอบด้าน ที่กระทรวงสาธารณสุขพัฒนาขึ้นและนำมาใช้ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2556 เป็นต้นมา ในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2562 บริการ “การใช้รักษาทางการแพทย์” จึงได้รับการพัฒนาในฐานะบริการสาขาที่ 20 ในการดำเนินงานเพื่อให้เกิด “ระบบสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการของประชาชน” (กองบริหารการสาธารณสุข, 2560) ของกระทรวงสาธารณสุข โดยผลการวิเคราะห์ระบบการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ สามารถสรุปได้แสดงดังตาราง ที่ 20

ตารางที่ 20 ตารางผลการวิเคราะห์ระบบการนำนโยบายรักษาทางการแพทย์ไปสู่การปฏิบัติในโรงพยาบาล

ระบบย่อยและองค์ประกอบ	ผลการวิเคราะห์
ระบบการให้บริการ	
<ul style="list-style-type: none"> • การให้บริการการใช้รักษาทางการแพทย์ในโรงพยาบาล • การคัดกรองความเหมาะสมในการได้รับยา • การให้การวินิจฉัยและเลือกชนิดของยากี่รักษา • การจ่ายยาและให้คำปรึกษาการใช้ • การติดตามผลข้างเคียง • การบันทึกข้อมูลการให้บริการ 	<ul style="list-style-type: none"> • มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์เป็นประจำ ทั้งแบบที่แยกระหว่างการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านและแบบผสมผสานการแพทย์หลายระบบคู่กันไป บางโรงพยาบาลเริ่มมีการให้บริการนอกคลินิกกัญชาทางการแพทย์ • การคัดกรอง การวินิจฉัยและเลือกชนิดของยากี่รักษา ดำเนินการตามแนวทางที่ส่วนกลางกำหนด ผู้ป่วยที่ไม่เข้าเกณฑ์แผนปัจจุบัน • การแนะนำให้ใช้ยาแผนไทยเป็นทางเลือก เมื่อส่วนกลางปรับเกณฑ์ทำให้มีผู้ได้รับยาเพิ่มขึ้น • การจ่ายยาและให้คำปรึกษาพบว่า มีผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์แต่ รพ. ไม่มียาไว้ให้บริการ โดยเฉพาะยา CBD เด่น และผู้ป่วยบางรายปฏิเสธที่จะรับยาแผนไทย • การติดตามผลข้างเคียง มีการติดตามหลังรับยา 3-7 วันและทุกครั้งที่มารับการตรวจติดตาม แต่ด้วยบุคลากรที่มีอยู่จำกัดเมื่อจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น การติดตามจึงไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ • มีระบบการลงทะเบียนผู้ป่วยและระบบรายงานการให้บริการที่แยกกันหลายระบบ ที่ไม่เชื่อมโยงกัน ระบบมีปัญหาบ่อย ๆ และไม่เชื่อมโยงกับระบบปกติของโรงพยาบาล ด้วยอุปสรรคต่าง ๆ ทำให้การรายงานข้อมูลมาที่ส่วนกลางของแต่ละ รพ. ยังไม่เป็นข้อมูลปัจจุบัน และไม่แสดงความก้าวหน้าของงานล่าสุดได้
ระบบสนับสนุน	
การสนับสนุนทางวิชาการ <ul style="list-style-type: none"> • การฝึกอบรม/ประชุมสัมมนา 	<ul style="list-style-type: none"> • มีการจัดอบรมความรู้การใช้ยากี่รักษาโดยกรมการแพทย์ และกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และโดยเขตสุขภาพ • มีบุคลากรและวิทยากรที่สามารถให้คำปรึกษาได้ และมีการขอคำปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญหรือบุคลากรอื่น ๆ โดยอาศัยความสัมพันธ์ส่วนบุคคล

ระบบย่อยและองค์ประกอบ	ผลการวิเคราะห์
<ul style="list-style-type: none"> • การให้คำปรึกษาทางวิชาการ • เอกสาร/สื่อทางวิชาการ • โครงการภายใต้แผนปฏิบัติการกระทรวงสาธารณสุข 	<ul style="list-style-type: none"> • หน่วยงานส่วนกลางมีการจัดทำเอกสารคู่มือและมีฉบับปรับปรุงเป็นระยะ • มีการจัดทำโครงการต่าง ๆ ภายใต้แผนปฏิบัติการกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามนโยบาย โดยมีโครงการดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> • โครงการกัญชาทางการแพทย์ (สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา) • โครงการวิจัยพัฒนาผลิตภัณฑ์ต้นแบบกัญชาทางการแพทย์ (องค์การเภสัชกรรม) • โครงการศึกษาประสิทธิผล และความปลอดภัยตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชา-กระท่อมเป็นส่วนประกอบ (กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก) • โครงการส่งเสริมและพัฒนาการใช้ประโยชน์จากกัญชา-กระท่อมทางการแพทย์แผนไทย (กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก) • โครงการผลิตน้ำมันกัญชาและตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ (กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก) • โครงการบูรณาการพัฒนากัญชาทางการแพทย์และผลิตภัณฑ์สุขภาพจากพืชกัญชา (กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์)
<p>การสนับสนุนทรัพยากร</p> <ul style="list-style-type: none"> • ยา • บุคลากร • สถานที่และอุปกรณ์ • งบประมาณ 	<ul style="list-style-type: none"> • ยาสารสกัดกัญชามีทั้งส่วนที่ โรงพยาบาลได้รับการสนับสนุนและที่ต้องซื้อเอง สำหรับยากัญชาบริการในคลินิกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านได้รับการสนับสนุนจากส่วนกลาง • มีการจัดสรรบุคลากรตามแนวทางที่ส่วนกลางกำหนด โดยเป็นงานเพิ่มเติมของบุคลากรที่ผ่านการอบรมจำนวนหนึ่ง มีทั้งที่หมุนเวียนกันและดูแลเป็นประจำ • โรงพยาบาลจัดสรรพื้นที่และอุปกรณ์สำหรับการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์เป็นประจำ มีการปรับเปลี่ยนวัน เวลาและสถานที่ตามบริบทที่เปลี่ยนไป • การจัดบริการของ โรงพยาบาลใช้งบประมาณการดำเนินงานตามปกติ
<p>การติดตามและประเมินผล</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • การติดตามและประเมินผล • การให้คำปรึกษาด้านการบริหารและการดำเนินงาน • การชื่นชมและให้คุณให้โทษ 	<ul style="list-style-type: none"> • มีการพัฒนาระบบข้อมูลกลางที่เรียกว่า C-MOPH เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลทุกระบบเข้าด้วยกัน แต่ยังคงมีความยุ่งยากซับซ้อนของการบันทึกข้อมูลและไม่ครอบคลุมทุกโรงพยาบาล • มีการดำเนินการโดยใช้ระบบเขตบริการสุขภาพ ตามแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) • ยังไม่มีระบบการชื่นชมและให้คุณให้โทษที่ชัดเจนต่อผลการดำเนินงาน แต่มีการเร่งรัดการลงข้อมูลในระบบรายงาน

ระบบย่อยและองค์ประกอบ	ผลการวิเคราะห์
ระบบความช่วยเหลือทางเทคนิค	
<ul style="list-style-type: none"> • การสังเคราะห์องค์ความรู้ • การถ่ายทอดองค์ความรู้ 	<ul style="list-style-type: none"> • มีการวิจัยและพัฒนาโดยกรมวิชาการที่รับผิดชอบและมีความร่วมมือกับสถาบันวิชาการ • ยังไม่มีการสังเคราะห์ข้อมูลและองค์ความรู้จากข้อมูลในระบบรายงาน • ยังไม่มีความชัดเจนในการถ่ายทอดองค์ความรู้จากการวิจัยและพัฒนาและระบบรายงานกลับไปสู่ผู้ปฏิบัติ

4.2 การวิเคราะห์ความพร้อมขององค์กรในการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ

การวิเคราะห์ความพร้อมขององค์กรในการนำนโยบายสู่การปฏิบัติในส่วนนี้เป็นการวิเคราะห์การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (policy implementation system) ที่วิเคราะห์ผ่านระบบความสัมพันธ์ขององค์ประกอบและบริบทที่มีผลต่อการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งประกอบด้วยการวิเคราะห์ 2 ระบบย่อย ได้แก่ ระบบการให้บริการ (delivery system) และระบบสนับสนุน (supporting system) ร่วมกับกรอบแนวคิด “ความพร้อม” ของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (readiness) ซึ่งประกอบด้วยการวิเคราะห์ 3 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ ความสามารถทั่วไป (general capacity) ความสามารถเฉพาะด้าน (specific capacity) และแรงจูงใจ (Motivation) ตามกรอบแนวคิด $R=MC^2$ (scaccia et al., 2015)

การวิเคราะห์ข้อมูลจาก 8 โรงพยาบาลในพื้นที่วิจัยหลังจากมีการดำเนินงานคลินิกกัญชามาแล้ว 8 เดือน (สิงหาคม 2562 - พฤษภาคม 2563) เป็นการเก็บข้อมูลวิจัยเชิงคุณภาพผ่านประสบการณ์ (experience) การตีความ (interpret) และเข้าร่วมปฏิสัมพันธ์ (engage) กับกระบวนการต่าง ๆ ของนโยบายประสบการณ์ของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในคลินิกกัญชาทั้ง 8 โรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยโรงพยาบาลที่จัดบริการคลินิกกัญชาแบบผสมผสานแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทยจำนวน 5 แห่ง ประกอบด้วย 1) โรงพยาบาลลำปาง จังหวัดลำปาง 2) โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก 3) โรงพยาบาลสระบุรี จังหวัดสระบุรี 4) โรงพยาบาลบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ 5) โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา และโรงพยาบาลที่จัดบริการคลินิกกัญชาแบบการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานจำนวน 3 แห่ง ประกอบด้วย 1) โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี 2) โรงพยาบาลคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ 3) โรงพยาบาลท่าฉาง จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นข้อมูลจากบุคลากรที่เป็นผู้บริหารประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและแพทย์หัวหน้าแผนกที่เกี่ยวข้องกับการบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ จำนวน 7 คน และเป็นข้อมูลจากกลุ่มผู้ปฏิบัติงานประกอบด้วย แพทย์ แพทย์แผนไทย และพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 19 คน รวมเป็นผู้ให้ข้อมูลผ่านการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ทั้งสิ้น 26 คน ใช้เวลาในการสัมภาษณ์โดยเฉลี่ย คนละ 1 ชั่วโมง 30 นาที - 2 ชั่วโมง รวมทั้งเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลจากจัดประชุมเชิงปฏิบัติการการนำนโยบายสู่การปฏิบัติของกลุ่มเป้าหมายทั้งผู้ทำงานเชิงนโยบายและกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่วิจัยทั้ง 8 โรงพยาบาลในวันที่ 12 มิถุนายน 2563 โดยแบ่ง เป็นประเด็นการวิเคราะห์ในส่วนนี้ 4 หัวข้อดังนี้

4.2.1 การวิเคราะห์การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (policy implementation system)

4.2.2 การวิเคราะห์ความพร้อมขององค์กรในประเด็นศักยภาพทั่วไป (general capacity) แบ่งเป็น 7 ประเด็นย่อยคือ

- 1) วัฒนธรรม
- 2) บรรยากาศ

- 3) การบริหารจัดการภายใน
- 4) การเรียนรู้สิ่งใหม่ขององค์กร
- 5) การใช้ทรัพยากร
- 6) ความเป็นผู้นำ
- 7) ศักยภาพของบุคลากรและศักยภาพเชิงกระบวนการ

4.2.3 การวิเคราะห์ความพร้อมขององค์กรในประเด็นศักยภาพใหม่และเฉพาะด้านในการเปลี่ยนแปลง (innovation-specific capacity)

- 1) ความรู้และทักษะเฉพาะด้านนวัตกรรม
- 2) ผู้สนับสนุน
- 3) บรรยากาศและการสนับสนุนที่เอื้ออำนวย
- 4) ความสัมพันธ์กับองค์กรอื่น

4.2.4 การวิเคราะห์ความพร้อมขององค์กรในประเด็นแรงจูงใจ (motivation)

- 1) ข้อดีเชิงเปรียบเทียบ
- 2) ความเหมาะสมสอดคล้อง
- 3) ความเรียบง่าย
- 4) การจัดลำดับความสำคัญ

4.2.1 การวิเคราะห์การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (policy implementation system) ข้อมูลในประเด็นนี้จะเกี่ยวข้องกับกระบวนการนำนโยบายสั่งการเรื่องกัญชาทางการแพทย์มาปฏิบัติในแต่ละโรงพยาบาลที่เริ่มภายหลังคณะรัฐมนตรีแถลงนโยบายเร่งด่วน เมื่อวันที่ 25 กรกฎาคม 2562 ทำให้กระทรวงสาธารณสุขจัดประชุมทำความเข้าใจถึงการสั่งจ่ายกัญชาในสถานบริการสาธารณสุข รวมถึงลงรายละเอียดในนโยบายการใช้กัญชาทางการแพทย์ของกระทรวง และให้รายงานความคืบหน้าความพร้อมของการผลิตกัญชาในแต่ละหน่วยงาน โดยให้ความสำคัญใน 4 ประเด็นหลักคือ (1) การจัดตั้งแผนบริการสุขภาพเครือข่าย (service plan) สาขาการใช้กัญชาทางการแพทย์ (2) โรงพยาบาลนำร่องการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ (แพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์แผนไทย) (3) การจัดตั้งคลินิกกัญชา (cannabis clinic) ในสถานบริการ (4) การค้นหาคนไข้ที่จำเป็นต้องใช้กัญชาทางการแพทย์ (demand) (5) การติดตาม กำกับ ประเมินผล (monitoring) จึงได้มีการเปิดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (medical cannabis clinic) แบบผสมผสานแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทยในสถานพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ให้เป็นมาตรการเร่งด่วนโดยโรงพยาบาลนำร่องสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 26 แห่งทั่วประเทศ ภายในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 ซึ่งแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่ให้บริการการแพทย์แผนปัจจุบัน 13 แห่ง และการแพทย์ทางเลือกและแพทย์แผนไทย 13 แห่ง โดยในส่วนนี้แบ่งการวิเคราะห์เป็น 2 ประเด็นย่อยมีรายละเอียดดังนี้

4.2.1.1 การวิเคราะห์ระบบการให้บริการ (delivery system) ในส่วนนี้จะวิเคราะห์การนำนโยบายสู่การปฏิบัติในส่วนของการดำเนินการตามนโยบายเพื่อจัดการระบบการให้บริการ โดยมีข้อค้นพบสำคัญของการจัดระบบบริการคือ กระบวนการออกแบบระบบบริการใหม่ให้สอดคล้องกับบริบทของตนเองของแต่ละสถานบริการ

ทั้งนี้เนื่องจากการเปิดคลินิกกัญชาในรอบแรกคือวันที่ 19 สิงหาคม 2562 เป็นการเปิดในโรงพยาบาลที่ได้รับการคัดสรรแล้วว่า มีความพร้อมในการเปิดคลินิกกัญชาเพื่อการแพทย์มากกว่าโรงพยาบาลอื่นในเขตสุขภาพเดียวกันทำให้สามารถกล่าวได้ว่าเป็นการเปิดในโรงพยาบาลที่มีต้นทุนบางประการอย่างไรก็ดีจากการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์พบว่าแม้จะมีแนวทางการบริหารจัดการหน่วยบริการคลินิกกัญชา

ทางการแพทย์ (medical cannabis clinic) ในสถานพยาบาล (กองบริหารการสาธารณสุข, 2562 ค) แต่เมื่อต้องนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์สู่การปฏิบัติจริงในโรงพยาบาลก็จำเป็นต้องมีการออกแบบระบบบริการใหม่ให้เหมาะสมกับบริบทของตน ซึ่งสัมพันธ์ไปกับ 3 สิ่งสำคัญ คือ 1) ระบบการบริหารจัดการภายในและระบบสนับสนุนที่เอื้ออำนวย 2) ผู้นำและทีมงาน 3) ศักยภาพของบุคลากร โดยในองค์กรที่มีระบบการบริหารจัดการภายในและระบบสนับสนุนที่เอื้ออำนวย มีผู้นำและทีมงานที่มีการวางแผนยุทธศาสตร์ในการออกแบบระบบบริการคลินิกกัญชาและสร้างการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานคลินิกกัญชาในการออกแบบระบบบริการ รวมทั้งมีบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเฉพาะจึงจะเป็นองค์กรที่สามารถออกแบบระบบบริการคลินิกกัญชาได้ราบรื่นกว่าการไม่มีองค์ประกอบครบ นอกจากนี้การขาดต้นแบบของคลินิกกัญชาที่ยังสร้างความยากลำบากในการออกแบบระบบบริการอีกด้วย

จึงมีข้อเสนอเรื่องการออกแบบระบบบริการว่าควรมีทีมที่ปรึกษาการออกแบบระบบบริการ มีหน่วยบริการ/โรงพยาบาลต้นแบบ มีกระบวนการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดระบบบริการ ดังเช่นการสะท้อนของผู้ให้ข้อมูลว่า

“เรื่องกัญชาตอนนี้มีหนูทำอยู่คนเดียว พี่เขาโยนตุ้มมา เพราะหนูไปอบรมมาก่อน ตอนนี้เป็นคนที่รู้เรื่องอยู่คนเดียว แต่ก็พยายามบอกว่า เขาให้ไปอบรมกันทุกคน จะได้ช่วยๆกัน บางทีหนูรับคนเดียวก็ไม่ไหว ตอนแรกรู้สึกงานหนักมาก มันไม่มีตัวอย่างที่เออะๆ ที่ทำให้เราได้พลิกแพลงวิธีคิดได้เออะ ก็เหมือนลองผิดลองถูกไป”

“ช่วงใหม่ ๆ นี้ต้องยอมรับว่ากัญชาไม่มีแผนให้กับโรงพยาบาลมาเลยว่าจะเริ่มจากยังไงว่าจะดำเนินการอย่างไรโรงพยาบาลต้องคิดตั้งแต่ flow คนไข้จะรับคนไข้ยังไงเราต้องมาคิดเองก็เหมือนกับฝึกฝนตนเอง มีปัญหาที่ต้องแก้ไขกันแต่ก็ได้แลกเปลี่ยนนะคะในแง่ของผู้เน็ต ก็ได้แลกเปลี่ยนกับลูกบ้านอื่น ๆ กับโรงพยาบาลอื่น ๆ ว่ามีปัญหากันที่เค้าเปิดทีหลังก็แลกเปลี่ยนปัญหา ประสบการณ์กัน”

“เห็นโรงพยาบาลเล็ก ๆ เสนอว่าอยากจะให้สอนว่าจะต้องเปิดคลินิกยังไงเพราะตอนนี้เขากระจายคลินิกไปโรงพยาบาลชุมชน เขาจับต้นชนปลายไม่ถูกว่าจะต้องเริ่มอย่างไรดีวิธีแก้ของเราคือ เอาตัวอย่างไปดูเลย เรื่อบอกว่าต้องมีแบบนี้ๆ เราทำสรุปขึ้นมาเองเลยว่าขั้นตอนแรกสิ่งที่โรงพยาบาลต้องมีจะต้องทำอะไรบ้าง ตอนนี้นำแล้วส่งเป็นไฟล์ให้เขา”

4.2.1.2 การวิเคราะห์ระบบสนับสนุน (supporting system) ในส่วนนี้เป็นการวิเคราะห์การนำนโยบายสู่การปฏิบัติในส่วนของจัดการระบบสนับสนุนเพื่อการดำเนินนโยบายกัญชาทางการแพทย์ เนื่องจากนโยบายกัญชาทางการแพทย์เป็นนโยบายที่ถือเป็นหนึ่งในเรื่องเร่งด่วนของรัฐบาล ในประเด็นของการพัฒนานวัตกรรมเพื่อสร้างโอกาสทางเศรษฐกิจและการสร้างรายได้ของประชาชน (ราชกิจจานุเบกษา, 2562) ทำให้กระทรวงสาธารณสุขต้องเร่งดำเนินการเพื่อให้ประชาชนทั่วประเทศสามารถเข้าถึงบริการกัญชาทางการแพทย์ได้อย่างทั่วถึง จึงมีการจัดการระบบสนับสนุนตั้งแต่ระบบการขึ้นทะเบียนและการควบคุมกำกับการผลิตและการใช้ยากัญชา การพัฒนาหลักสูตรและการอบรมผู้ให้บริการยากัญชา การกำหนดมาตรฐานและแนวทางปฏิบัติสำหรับการเปิดให้บริการคลินิกกัญชา (cannabis clinic) การดำเนินการผลิตและกระจายยากัญชาให้กับหน่วยบริการ/โรงพยาบาล โดยระบบสนับสนุนในที่นี้หมายถึงการสนับสนุนทางวิชาการ การฝึกอบรมการจัดการประชุม การให้คำปรึกษา การสนับสนุนทรัพยากร ยา บุคลากร สถานที่ งบประมาณ

การติดตามประเมินผลการดำเนินงาน โดยการวิเคราะห์ระบบสนับสนุนพบว่าระบบสนับสนุน
กัญชาทางการแพทย์มีทั้งจุดแข็งและจุดอ่อน

จุดแข็งของระบบสนับสนุน อาจแบ่งได้เป็น 2 ระดับคือระบบสนับสนุนจากส่วนกลาง เช่น กรมต่าง ๆ
ในกระทรวงและระบบสนับสนุนในระดับภูมิภาค เช่น การสนับสนุนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จากผล
การวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าระบบสนับสนุนทั้ง 2 ระดับต่างมีความสำคัญและหากมีการหนุนเสริมกันก็จะทำให้
เป็นจุดแข็งของระบบสนับสนุนที่ทำให้นโยบายกัญชาทางการแพทย์สู่การปฏิบัติได้ผลลัพธ์ตามต้องการ ดังเช่น
การสะท้อนของผู้ให้ข้อมูลว่า

“เพราะเหมือนกับว่าเรามี สสจ. มาช่วยในการพัฒนาอีกจุดหนึ่ง

มาช่วยในการขับเคลื่อนนโยบายอีกอัน เหมือนกระทรวงมา

สสจ.ก็รับลูกมากก็กระจายให้โรงพยาบาลชุมชน ทำให้การทำงานของเราราบรื่น”

ขณะที่จุดอ่อนของระบบสนับสนุนนั้นมีการสะท้อนในหลายประเด็นทั้งในประเด็นการสนับสนุน
ทางวิชาการ การฝึกอบรมที่มีปัญหาในทางปฏิบัติและการสนับสนุนวิชาการ ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ยังไม่ตอบ
โจทย์การเปลี่ยนวิธีคิดต่อยากัญชาและยังไม่สามารถทำให้เห็นประโยชน์ของยา กัญชาได้อย่างแท้จริง ดังเช่น
การสะท้อนของผู้ให้ข้อมูลว่า

“อบรมแล้วมันไม่ฟรีก็ไม่มีใครอยากไป เวลาให้ไปก็ไปได้ไม่ครบ”

“ต้องยอมรับว่าแพทย์แต่ละท่านให้ความเชื่อมั่นกัญชาทางการแพทย์ไม่เหมือนกัน

บางท่านค่อนข้างสนับสนุน แต่บางท่านก็ไม่สนับสนุนเลย ท่านที่ไม่สนับสนุน
บางทีเจอคนไข้ที่มีข้อบ่งชี้ท่านก็ไม่ส่งต่อมาให้เราดู เพราะว่าแพทย์ที่ส่งคลินิกกัญชาได้
จะต้องเป็นแพทย์ผ่านการอบรม แพทย์คนอื่น บางทีมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
ก็ไม่ส่งมาที่คลินิกนี้ เราก็ไม่ได้เจอคนไข้กลุ่มนี้”

“ส่วนกลางนี้อาจจะต้องแบบมีการประชาสัมพันธ์ให้คนรับรู้มากขึ้น
แพทย์รับรู้มากขึ้นว่าจะ การใช้กัญชาตามที่ว่าหลักเกณฑ์ทางการแพทย์มีอะไรบ้าง”

“อยากให้ทุกคนอบรมหมดเลย น่าจะเป็นความรู้พื้นฐานที่ทุกคนได้รู้
เพราะว่าข่าวก็ออกไปเยอะเรื่องกัญชา แต่ว่าบุคลากรทางการแพทย์ยังไม่รู้ทุกคน
แล้วเวลาคนไข้หรือผู้ป่วย คนที่มีความสนใจเขาอยากจะทำเพราะว่า
กระทรวงยังมาแล้วว่า โรงพยาบาลมีนโยบายกัญชาทางการแพทย์
คนในสาธารณสุขก็น่าจะมีความรู้เรื่องนี้ แต่ว่าตอนนี้ก็ยังไม่ได้อบรมอะไรกันทุกคน”

“อบรมก็มีส่วนช่วยนะ เห็นหลายท่านบางทีไปอบรมแล้วเปลี่ยนมุมมองก็มีเหมือนกันนะ
บางคนไปอบรมก็ยังไม่เปลี่ยนมุมมอง แต่ก็ยังดีกว่าไม่อบรมอะไรเลย ไม่ทำอะไรเลย
บางทีการอบรมสามารถเปลี่ยนมุมมองบางคนได้ ก็ถือเป็นโอกาส”

เรื่องการสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงาน การจัดการระบบสนับสนุนให้ยั่งยืน

“โรงพยาบาลชุมชนเข็มนั่นค่อนข้างจำกัดเรื่องงบประมาณหน่อยหนึ่ง คือการที่จะมาสร้างเรื่อง กัญชา ทำยาจากกัญชา ส่วนหนึ่งเรื่องงบประมาณ มีผลอย่างหนึ่งที่เรจะต้องมาขยายเงินนั้นเพื่อจะให้เข้ากับ มาตรฐานการผลิตยาจากกัญชา ที่นี้ด้วยความที่เราจำกัดด้วยเรื่องงบประมาณ ตรงจุดนี้มันก็อาจจะ ติดขัดหน่อยหนึ่ง แต่ในเรื่องบุคลากรเราพร้อมอยู่แล้ว เพราะเรามีเภสัชกร มีแพทย์แผนไทย เราพร้อมอยู่แล้ว ทุกจุด แต่ขาดเรื่องงบประมาณ เพราะต้องมาทำอันนั้นอันนี้เยอะขึ้นอีกหน่อยเพราะจะได้เข้ามาตรฐาน เราได้อยู่แล้วว่างประมาณน้อย มันก็ไม่ได้เยอะ ต้องอาศัยงบประมาณจากส่วนกลางด้วย จริง ๆ จะราบรื่น เลยทีเดียวก็ไม่ใช้ แต่ว่าติดขัดทำอะไรไม่ได้เลยมันก็ไม่ใช้ เพียงแต่ว่าเราได้รับการสนับสนุนงบประมาณมาเนี่ย น่าจะราบรื่นกว่านี้”

การสนับสนุนที่ยังไม่สอดคล้องกับความต้องการของทั้งผู้ให้และผู้รับบริการในพื้นที่ซึ่งส่วนหนึ่ง เป็นเพราะปัญหาวัตถุดิบในการผลิตยา กัญชา

“พอเป็นแพทย์แผนปัจจุบัน ก็เหมือนยาทั่วไปที่ต้องสกัดออกมาเป็นสารของมัน สารเฉพาะ สารเดี่ยว คือ แพทย์แผนปัจจุบันก็สกัดออกมาได้ ๓ แบบ คือ ทีเอสซี ซีบีดี และสูตรผสม คือปัญหาที่ผ่านมาจากส่วนกลาง จะสนับสนุนแต่ทีเอสซี ซึ่งทีเอสซีมีข้อบ่งชี้การใช้ทางการแพทย์ที่อาจจะน้อยกว่าสูตรผสมหรือซีบีดี อันนี้ก็เป็น ปัญหาเหมือนกัน เพราะฉะนั้นเวลาเปิดคลินิกให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ คนไข้มารับบริการ ก็ได้บาง คนเนี่ยก็ตรงกับเกณฑ์ที่จะได้ซีบีดี กับสูตรผสมนะแต่ก็ไม่มี เพราะเราไม่มีผลิตภัณฑ์สองอย่างนี้ ก็จะได้แต่ทีเอส ซี ซึ่งคนไข้กลุ่มนี้ก็มีแต่ไม่ค่อยหลากหลาย เพราะแหล่ง ตั้งแต่ต้นน้ำกัญชาที่มาผลิตสารสกัดได้ซีบีดีเนี่ย สายพันธุ์ของเมืองไทยมันไม่ให้ เมืองไทยมันให้แต่ที่เป็นทีเอสซี ก็เป็นปัญหาพอสมควร”

“ที่กังวลนิดหนึ่งคือว่า แหล่งต้นน้ำกัญชา แหล่งผลิตต้องเพิ่มแหล่งผลิตให้ได้ผลิตภัณฑ์ อย่างที่บอกก็กลับมาเหมือนเดิม ก็ได้ผลิตภัณฑ์สารสกัดที่มีซีบีดีมากขึ้นสูตรผสมมากขึ้น”

“เรื่องทรัพยากรอื่นต้องให้มีมาให้เพียงพอ มีสูตรที่มันหลากหลายมากขึ้น”

จึงมีข้อเสนอว่าในระยะที่เริ่มเปิดดำเนินการไประยะหนึ่งแล้ว ควรพิจารณาดำเนินการเพิ่ม รายการยา กัญชาทางการแพทย์ เพื่อให้ผู้มารับบริการเข้าถึงการบริการได้ครอบคลุมมากขึ้น นอกจากนี้ควรให้ เกิดการสนับสนุนชุดทดสอบ (test kit) จากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ เพื่อใช้ตรวจสอบสารสกัดกัญชาต่าง ๆ ในผลิตภัณฑ์กัญชา

ขณะที่การสนับสนุนเรื่องโครงสร้างบุคลากรยังเป็นสิ่งที่ขาดหายไป รวมถึงระบบรายงานที่ยัง ข้ำซ้อนและไม่เป็นเอกภาพ และการสื่อสารนโยบายที่ไม่ชัดเจนที่สร้างความสับสนแก่ผู้ปฏิบัติงาน

“นโยบายช่วงแรกทำงานยากเพราะยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงไปเรื่อย ๆ ทั้งตัวนโยบาย รูปแบบการทำงาน เพราะว่าตอนที่ไปประชุมของกระทรวงครั้งแรก มันเหมือนไม่มีอะไรเลย มาระดมสมองกันในห้องนั้น ข้อมูลอะไรต่าง ๆ มันแยกเป็นตอน ๆ มันไม่มีบอกว่าต้องทำอะไร อันนี้เป็นของกบรล. อันนี้เป็นของกรมนี้ มันแยก แล้วทำให้เวลากรอกข้อมูลมันต้องกรอกหมดเลย แต่เขาก็พยายามเมริจบ้างอย่างเหมือนกันแล้ว ที่เราต้องกรอกของ สปสช.ต้องกรอก ก็ยังแยกกันอยู่”

“เสนอกระทรวงให้ข้อมูลทุกอย่างชัดเจน จะให้ทำอะไรยังไง ไม่ใช่เปลี่ยนไปเปลี่ยนมา ตอนแรกหงุดหงิดเดี๋ยวก็เปลี่ยนอีกแล้ว อยากออกมาให้คุยกับแน่นอนแล้วค่อยออกออกข่าวประชาสัมพันธ์ว่า มีเรื่องนี้ ความรู้สึกเราเหมือนไม่ได้วางแผนอะไรเลย แล้วก็มาเร่งด่วน เร่งด่วนว่าจะให้ทำ เราเข้าใจว่าคนข้างบนก็คิดแบบนี้ ก็โดนสั่งมาให้ทำก็ต้องทำ”

“เราคาดหวังการสนับสนุนว่า ถ้ามีผู้ศึกษาเรื่องนี้ มีการพยายามนำความรู้ให้แต่ละสาขาเนี่ย ไม่ได้ให้ตกแก่ทีมใดทีมหนึ่ง ไม่ใช่เฉพาะทีม ไม่ใช่แค่ผู้ปฏิบัติเฉพาะอะไรแบบนี้ว่าจะ มีการกระจายความรู้หลายชั้นให้หลากหลายอย่างที่กระทรวงได้เห็นว่ามันไม่ประชาชนเข้าไม่ถึง ประกอบกับไม่มีความมั่นใจในการใช้ ตรงนี้ก็คือเรื่องคาดหวังค่ะ ทางกระทรวงก็ต้องหันมาประชาสัมพันธ์”

“อยากให้ระบบรายงานเป็นระบบเดียว จากปัญหาตอนนี้ที่ใช้ระบบรายงานมี 3 ระบบ ทำให้ เจ้าหน้าที่ต้องคีย์ ๓ ครั้ง ข้อมูลจาก ผู้ป่วย ลง paper ลงในระบบ PMK และรอลง c-moph แล้ว และไม่มีการประมวลข้อมูลมาใช้งานให้ทันสถานการณ์ และบางจังหวัดระบบข้อมูลไม่เชื่อมกันด้วย คีย์ไม่เข้า รายงานผลไม่ได้ ไม่อัปเดต”

4.2.2 การวิเคราะห์ความพร้อมขององค์กรในประเด็นศักยภาพทั่วไป (general capacity) ข้อมูลในประเด็นนี้เกี่ยวข้องกับ “ความรู้ ทักษะ และลักษณะขององค์กร” ที่ช่วยให้บุคลากรสามารถนำนโยบายสู่การปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความสามารถทั่วไปขององค์กรที่ทำให้องค์กรสามารถรักษาสภาพปกติขององค์กรในการทำงานเอาไว้ได้ สามารถดำเนินการไปได้อย่างราบรื่นจนทำให้สามารถทำกระบวนการนำนโยบายกัญชาสู่การปฏิบัติได้เป็นผลสำเร็จ เช่น การจัดการบุคลากรให้มีเพียงพอ ความเป็นผู้นำขององค์กรที่มีประสิทธิภาพ และความสามารถในการเชื่อมต่อกับองค์กรอื่นและชุมชน ซึ่งรวมถึงบริบทวัฒนธรรมโครงสร้างพื้นฐานปัจจุบัน และกระบวนการขององค์กรที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการใช้นวัตกรรมใหม่ๆ และทรัพยากรมนุษย์ การเงินการคลัง เทคนิคและการประเมินผล โดยศักยภาพทั่วไปในการวิเคราะห์นี้จะหมายถึง ศักยภาพทั่วไปของทั้งองค์กรในภาพรวมและศักยภาพทั่วไปขององค์กรที่ต้องรับผิดชอบต่อการนำนโยบายกัญชาเพื่อการแพทย์สู่การปฏิบัติ โดยวิเคราะห์ใน 7 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นที่ 1 การวิเคราะห์ความพร้อมขององค์กรในประเด็นวัฒนธรรมองค์กร ในประเด็นนี้มีข้อค้นพบสำคัญ ในเรื่องของความพร้อมของวัฒนธรรมองค์กรที่ทำให้โรงพยาบาลมีความพร้อมในการนำนโยบายกัญชาสู่การปฏิบัติ คือ องค์กรที่มีการสร้างวัฒนธรรมองค์กรให้ทุกคนในองค์กรเข้าใจพันธกิจและวิสัยทัศน์ขององค์กร มีความรู้สึกเป็นเจ้าของและเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร การที่คนในองค์กรเข้าใจเป้าหมายขององค์กร ทำให้มีเป้าหมายร่วมกันทั้งในประเด็นของกัญชาโดยตรง เช่น ในโรงพยาบาลที่มีพันธกิจเรื่องสมุนไพร หรือในทางอ้อมเช่นในโรงพยาบาลที่มีพันธกิจเรื่องการพัฒนาการดูแลสุขภาพชีวิตประชาชน

โดยการมีกระบวนการในการสร้างวัฒนธรรมในการนำนโยบายใหม่ที่มีการส่งการลงมา มาอธิบายผ่านพันธกิจและวิสัยทัศน์ขององค์กรเพื่อสะท้อนการให้คุณค่าการทำงานขององค์กร ทำให้การนำนโยบายลงสู่การปฏิบัติจะสามารถไปถึงผลลัพธ์ได้ดียิ่งขึ้น เช่น จากการสะท้อนของผู้ให้ข้อมูลว่า

“คือส่วนหนึ่งที่เราเคลื่อนเราก็คือเคลื่อนจากนโยบายด้วย คือเราเป็นโรงพยาบาลที่เป็นจุดแข็งด้านนี้ ถ้าเราไม่เคลื่อนมันก็ตอบคำถามทุกที่ไม่ได้”

“เวลามีนโยบายลงมาแล้วมันเป็นพันธกิจของโรงพยาบาลโดยตรง
มันก็ทำให้เวลาเราทำงานมันทำงานง่ายขึ้น หรือมีใครมาบอกเราก็ได้ว่ามันเป็นพันธกิจเราตรงไหน
อันนี้พูดถึงตอนที่เขาให้เราทำด้วย”

“จริง ๆ นี่ก็เป็นนโยบายจากส่วนกลางมา และเป็นกฎหมายด้วยแหละ
เพราะฉะนั้นเราต้องทำ แต่เรามองว่าช่วยในเรื่องของให้ประชาชนได้เข้าถึงได้ดีขึ้น
เราก็ให้ความสำคัญตรงนี้ มากขึ้นด้วย”

“นโยบายกัญชาถูกผลักดันจากรัฐมนตรี หนึ่งเร่งด่วนและรวดเร็ว ทำตามหน้าที่เพราะเราอยู่ในกระทรวง
และถูกผลักดัน อยู่ในคลินิกกัญชา ได้รับการอบรมมาจนทำให้รู้ว่าน่าจะมีประโยชน์ในคนไข้บางกลุ่ม ทศนคติ
ต่อนโยบายกัญชาค่อนข้างดี ทุกคนก็ตั้งใจอยากให้มันเกิด เน้นเอาว่ามันมีประโยชน์จริง ๆ แล้วทุกนโยบายที่
กระทรวงทำมาก็มีประโยชน์ทั้งนั้นแหละ ไม่ใช่ว่าต้องเอานโยบายกัญชาดีเด่น คือทำทุกนโยบายให้ดี
เหมือน ๆ กัน ภูมิใจมันเป็นนโยบายที่สามารถทำเป็นออกมาเป็นรูปธรรมได้ ทำมาเยอะแต่มันก็เหมือนนโยบาย
อื่น ๆ นั้นแหละนโยบายกัญชา”

อย่างไรก็ตามมีข้อสังเกตสำคัญจากการวิเคราะห์ในประเด็นนี้คือในบางองค์การนำนโยบายกัญชา
สู่การปฏิบัติกลับไม่ได้ใส่ใจกับกระบวนการเชื่อมโยงนโยบายที่มีการสั่งการใหม่กับวิสัยทัศน์และพันธกิจของ
องค์การทำให้บุคลากรไม่รู้สึกละเอียดเชื่อมโยงกับนโยบายนั้นแต่มองเป็นเพียงอีกนโยบายหนึ่งที่ถูกลงมา เช่น
การสะท้อนของผู้ให้ข้อมูลว่า

“เป็นนโยบายหนึ่งที่ถูกลงมา สั่งมากก็ต้องทำให้ได้นะ”

“มันไม่ใช่ในนโยบายโรงพยาบาลถูกสั่งให้ทำ ต้องยาก่อน ทุกโรงพยาบาลถูกสั่งให้ทำ
มีคำสั่งมาเลยมาให้สร้างอย่างโน้นอย่างนี้ คำสั่งแรกให้ตั้งก็โรงพยาบาลก่อน
คำสั่งที่สองกำหนดรายชื่อโรงพยาบาลมาเลย
เป็นคำสั่งไม่ใช่ในนโยบายโรงพยาบาลเป็นนโยบายของส่วนกลาง”

ดังนั้นการมีวัฒนธรรมขององค์กรที่มีการให้คุณค่าในการทำงานตามนโยบายที่สัมพันธ์กับ
วิสัยทัศน์และพันธกิจองค์กรก็จะเป็นการทำให้องค์กรนั้นมีความพร้อมต่อการนำนโยบายลงสู่การปฏิบัติ

ประเด็นที่ 2 การวิเคราะห์ความพร้อมขององค์กรในประเด็นบรรยากาศองค์กร ซึ่งในที่นี้
หมายถึงบรรยากาศขององค์กรที่จะสร้างความรู้สึกรู้สึกถึงการเป็นส่วนหนึ่งขององค์กรที่มี
ความพร้อมในการรับมือกับการดำเนินงานตามนโยบายใหม่ๆ ที่ถูกลงมา ในประเด็นนี้มีข้อค้นพบสำคัญ
คือ บรรยากาศขององค์กรที่จะทำให้คนในองค์กรมีความพร้อม คือบรรยากาศการทำงานในองค์กรที่คนใน
องค์กรเห็นถึงความพยายาม ความกระตือรือร้นในการทำงานของทีมงานที่ต่างช่วยกัน ใช้ความพยายามอย่าง
มาก เพื่อช่วยกันทำให้งานประสบผลสำเร็จ ที่ทำให้การมาถึงของนโยบายใหม่ๆ มาอยู่ในบรรยากาศการทำงาน
ที่มีความพร้อมในการดำเนินงาน ที่มีการจัดการตามบริบทที่แตกต่างกันไปของแต่ละองค์กร และให้ได้
ความรู้สึกของบรรยากาศการทำงานที่มีความพร้อม ดังเช่นการสะท้อนของผู้ให้ข้อมูลว่า

“ทำคลินิกกัญชา หาดบ้านให้อยู่ก่อน มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง อยู่ตรงไหน ใครเป็นเจ้าของบ้านบ้าง พอมีบ้านก็คือมีที่อยู่ คนไข้ก็มาง่าย ทุกคนก็เป็นสมาชิก เป็นเจ้าของบ้าน คนจะรู้ว่าตนมีหน้ามีอะไร หน้าทีหลักต้องทำอย่างไร อันดับต่อไป ใครจะคุยกับใคร งานมันก็จะเดิน”

“ที่มองนะคะอาจจะเป็นจากเรื่องของตัวองค์กรเอง เช่น การให้ความร่วมมือบางอย่างหลาย ๆ อย่าง ก็เป็นทีมสหวิชาชีพ เราต้องใช้ความร่วมมือจากหลาย ๆ หน่วยงานในโรงพยาบาล ถ้าสมมติว่าเราไปให้ทาง พยาบาลหรือทางทีมไหนช่วยแล้วทางนั้นเขาตั้งอยู่แล้ว ความสำเร็จร่วมมืออาจจะไม่เต็มที่แล้วหลาย ๆ งานที่ แผนไทยจะต้องรับมาทำเอง ในหลาย ๆ บทบาท มันก็เลยทำให้เราเหมือนกันรับหลายหน้าที่ ก็อาจจะหลุดไป บางจุด เช่นการเก็บข้อมูลคนไข้ อาจจะไม่ครบหรือหลุดบางประเด็น เท่าที่มองจากการทำงานนะคะ”

อย่างไรก็ตามมีข้อสังเกตสำคัญจากการวิเคราะห์ในประเด็นนี้คือปัญหาเรื่องปริมาณงานที่หลายครั้ง การที่นโยบายใหม่ที่ถูกสั่งการลงมาไม่มีการกำหนดโครงสร้าง กำหนดเจ้าภาพหลักที่ชัดเจนทำให้บุคลากรรู้สึก ว่า ปริมาณงานของแต่ละคนในองค์กรถูกแบ่งอย่างไม่เท่าเทียม ไม่สมเหตุสมผล ทำให้คนในองค์กรเสียกำลังใจ ส่งผลกระทบต่อความพร้อมขององค์กรในการดำเนินงานตามนโยบายใหม่ๆ ที่ถูกสั่งการลงมา เช่นการสะท้อน ของผู้ให้ข้อมูลว่า

“นโยบายลงมาไม่มีเจ้าภาพเห็นที่นี้ห้องว่างก็มาเปิดที่นี้เป็นคลินิก เราก็เลยต้องรับผิดชอบไป”

ประเด็นที่ 3 การวิเคราะห์ความพร้อมขององค์กรในประเด็นการบริหารจัดการภายในองค์กร
ในส่วนนี้มีข้อค้นพบสำคัญคือ การบริหารจัดการภายในองค์กรที่มีความพร้อมต่อการนำนโยบายกัญชาสู่การปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพควรเป็นองค์กรที่มีการบริหารจัดการภายใน ให้องค์กรมีความสามารถในการเปลี่ยนแปลงกระบวนการเรียนรู้และแก้ไขปัญหาอย่างรวดเร็วเมื่อเกิดปัญหาในองค์กร ทีมทำงานมีวิธีแก้ปัญหาภายในที่ดี มีความตื่นตัวในการพ้ององค์กรบรรลุเป้าหมาย ซึ่งขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพของการสื่อสารและการทำงานเป็นทีมคนในองค์กรที่มีการสื่อสารกันได้อย่างชัดเจน เข้าใจในสิ่งที่คนอื่นพูด มีวิธีการแลกเปลี่ยนข้อมูลภายในองค์กรที่ชัดเจนมีประสิทธิภาพ เช่นการสะท้อนของผู้ให้ข้อมูลว่า

“ในแง่การบริการคลินิกกัญชา เราจะไม่ทำเป็นเดี่ยว ๆ เราทำในรูปวิชาชีพ ถ้าเราจะทำ เราไม่ได้มีอิสระ แต่เราสามารถเข้าไปมีส่วนในการดำเนินงานตรงจุดนี้จริง ๆ จะเป็นอิสระหรือเปล่านั้นก็ทำในรูปแบบ คณะกรรมการ มันไม่ใช่เดี่ยว ๆ เพราะว่าตรงนี้เราต้องใช้ความร่วมมือจากทุกจุด ไม่ใช่เกล็ดขักรที่เดียว แต่แน่ ๆ พอเราลงไปทำเราทำในรูปแบบของคณะกรรมการมากกว่า แต่เราก็มีสิทธิ์คิดโน่นคิดนี่ เข้าไปสู่คณะกรรมการ อีกครั้งหนึ่งเพื่อถ่วงถ่วงออกมาเพื่อให้เป็นส่วนที่ดีที่สุดที่เราจะเอามาปฏิบัติตรงหน้างานได้”

“ก็มีการส่งคนไปอบรมเพื่อให้กลับมาทำงานเฉพาะด้านมากขึ้น อย่างเราจะดูว่าเราพัฒนาไปทางไหน เราก็จะวางแผนส่งคนไปพัฒนา อย่างเช่นเราวางแผนจะเปิดการผ่าตัดหัวใจละ ซึ่งเรามี เราก็ส่งคนไปเรียน หรือรับสมัครคนมา แล้วเตรียมเครื่องมือเครื่องมือที่จะมา จะสามารถเปิดผ่าตัดหัวใจได้”

“ส่วนหนึ่งเพราะเราปฏิบัติตรงจุดนี้ได้ ในรูปแบบของคณะกรรมการ รูปแบบของสหวิชาชีพ มีการแลกเปลี่ยน การปะทะสังสรรค์เชิงความคิด ความรู้ การแก้ปัญหาร่วมกัน มีกินข้าวด้วยกันก่อนประชุม”

อย่างไรก็ตามมีข้อสังเกตสำคัญจากการวิเคราะห์ในประเด็นนี้คือการบริหารจัดการที่ดีนั้นต้องมีระบบการสื่อสารที่ดีที่ทำให้คนในองค์กรเข้าใจที่มีที่ไปวิธีการบริหารจัดการ จึงจะช่วยลดความขัดแย้ง

ประเด็นที่ 4 ความพร้อมขององค์กรในประเด็นการเรียนรู้สิ่งใหม่ขององค์กร ในประเด็นนี้ มีข้อค้นพบสำคัญคือ มุมมองที่เปิดกว้างต่อการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นของคนในองค์กรที่ทำให้คนในองค์กรจะพยายามหาวิธีในการพัฒนาสิ่งต่าง ๆ อยู่เสมอ โดยความพร้อมนี้เกิดจากการที่คนในองค์กรมองว่านโยบายใหม่ๆ คือความท้าทายและโอกาสในการพัฒนางาน เป็นความตื่นตัวในการพัฒนา เกิดจากการที่องค์กรมีการกระตุ้นให้บุคลากรแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน ภายในองค์กรมีการรับฟังความคิดเห็นใหม่ๆ องค์กรเรียนรู้จากความผิดพลาด เมื่อประสบปัญหาภายในองค์กร คนในองค์กรเรียนรู้และพยายามอย่างจริงจังเพื่อค้นหาวิธีการทำงานใหม่ๆ องค์กรมีการใช้กลยุทธ์ในการเปลี่ยนแปลง องค์กรสามารถปรับตัวในการเปลี่ยนแปลงได้ดีเช่นการสะท้อนของผู้ให้ข้อมูลว่า

“โรงพยาบาลเราเป็นโรงพยาบาลที่ชอบในการคิดนวัตกรรมใหม่ๆ การเชื่อมโยงหลายๆอย่าง ในจังหวัด อย่างก็ภูษานี้ เราสามารถภูมิใจได้นะ เพราะโรงพยาบาลเราเป็นโรงพยาบาลนำร่อง สามารถเป็นตัวอย่างให้กับที่อื่น ชี้นะโรงพยาบาลอื่นอื่น ทั้ง ๆ เป็นโรงพยาบาลนำร่องเหมือนกัน มีการแลกเปลี่ยนกับหน่วยอื่น การให้ความสำคัญเกี่ยวกับนวัตกรรม ให้ความสำคัญกับทุกคนนโยบายเหมือนกัน”

“มองว่าโอกาสมันมาให้เราเปลี่ยน เพราะก่อนหน้านี้มีนโยบายหลายนโยบายมันมาแล้วกระตุ้นไม่ได้ แต่อันนี้เป็นจุดที่ถ้าเราเสริมเข้าไป หรือถ้าเราออกนโยบายมาให้มันเหมาะสมในช่วงของเวลา มันจะช่วยได้เยอะในการปรับเปลี่ยนอะไรที่เป็นเชิงนโยบายของระบบราชการที่สั่งลงมา”

“ก็คิดในเรื่องของโรงพยาบาลเป็นการเรามาנדูเรื่องแนวทางการจ่าย ระบบตัวคลินิก รวมถึงแบบฟอร์มที่เราเก็บข้อมูลคนไข้ หรือว่าเอาเครื่องมืออะไรมาใช้ในการเก็บข้อมูล เราออกแบบพัฒนาจากปัญหาหน้างาน”

อย่างไรก็ตามมีข้อสังเกตสำคัญจากการวิเคราะห์ในประเด็นนี้คือแม้องค์กรจะมีความพร้อมในการเรียนรู้สิ่งใหม่ แต่หากเป็นนโยบายหรือสิ่งใหม่ที่ดูแปลกแยก หรือไม่สอดคล้องสัมพันธ์กับระบบบริการเดิมขององค์กรเลย บุคลากรในองค์กรก็ย่อมไม่พร้อมในการเรียนรู้สิ่งใหม่เช่นการสะท้อนของผู้ให้ข้อมูลว่า

“อย่างนโยบายรับยาใกล้บ้านในบางจังหวัดอาจจะดี แต่ของเรามีปัญหา คือโดยบริบทของจังหวัด เป็นจังหวัดที่ไม่มีขนส่งมวลชน การจะเดินทางมาโรงพยาบาล คนจะมาโรงพยาบาลส่วนหนึ่งมาด้วยรถมอเตอร์ไซด์ บางคนมาด้วยรถยนต์ส่วนบุคคลหรือจ้างเหมารถมา ขนส่งทั่วไปที่เขาจ้างกันมาอย่างเช่นตุ๊กๆ ค่าบริการระยะทางสมมุติว่าประมาณ ๓ กิโลเมตรก็ ๗๐ บาทแล้ว นโยบายนี้พอเราเอามาสำรวจ สมมุติว่าเราต้องการลดแออัดนะตรงนี้ คนไข้มาตรวจเสร็จเรียบร้อย อีกรวันเขาไปรับยาที่ร้านยา ที่นี้ของเราบางที่ไม่ได้อยู่ในเมือง ร้าน

ยามี้ใกล้ๆเขาต้องใช้รถไปรับมันก็ลื่นเปลืองหลาย พอเราสำรวจผลก็จะออกมาว่าเขายินดีรอ ยินดีที่จะรอยาเลย เพื่อที่จะจบในวันนั้น มันก็เลยเป็นนโยบายที่ไม่เข้ากับเรา”

ประเด็นที่ 5 ความพร้อมขององค์กรในประเด็นการใช้ทรัพยากรขององค์กร ในประเด็นนี้ มีข้อค้นพบสำคัญคือ เนื่องจากเสียงสะท้อนส่วนใหญ่จากพื้นที่ที่มีการพูดถึงนโยบายที่มีการสั่งการลงมาไม่สอดคล้องกับการสนับสนุนในเรื่องของทรัพยากรทำให้ความพร้อมขององค์กรในประเด็นการใช้ทรัพยากรขององค์กร ความพร้อมที่องค์กรจะมีความสามารถที่จะจัดการกับทรัพยากรที่มีอยู่ในมือ เช่น เวลา เงิน คน และเทคโนโลยี ให้สามารถรับมือกับนโยบายที่ถูกสั่งการลงมาจึงเป็นความพร้อมที่สำคัญในการนำนโยบายลงสู่การปฏิบัติ รวมทั้งความสามารถขององค์กรที่จะมีความสามารถในการเข้าถึงทรัพยากร จากแหล่งทุนต่าง ๆ ในสังคม เช่น ทุนจากภาคประชาสังคม การใช้ทรัพยากรขององค์กรจึงเป็นประเด็นท้าทายความพร้อมขององค์กรมาก ซึ่งในหลายองค์กรความพร้อมนี้เกิดจากการที่องค์กรมีต้นทุนเดิมที่ได้สะสมเอาไว้ทั้งต้นทุนในเชิงทรัพยากรที่จับต้องได้และต้นทุนทางสังคมที่เป็นส่วนสนับสนุนสำคัญที่ทำให้องค์กรสามารถมีความพร้อมในการใช้ทรัพยากรขององค์กรได้

โดยต้นทุนทางสังคมที่องค์กรมีอยู่ในมือสัมพันธ์กับวิธีการทำงานขององค์กรตั้งแต่อดีตที่มีความสัมพันธ์ที่ดีกับองค์กรอื่น ๆ รวมทั้งภาคประชาสังคมและการมีวิสัยทัศน์ของผู้นำในการสร้างเครือข่ายความสัมพันธ์ที่ทำให้เข้าถึงทรัพยากรแหล่งอื่นได้ เช่น การสะท้อนของผู้ให้ข้อมูลว่า

“เราเรียกตัวเองว่าเป็นผู้ประสาน เราทำงานได้กับภาคประชาสังคมทุกกลุ่ม เราช่วยเขา เขาช่วยเรา การทำงานโรงพยาบาลมันต้องวางยุทธศาสตร์เรื่องการมีส่วนร่วม มันจึงทำให้เราได้รับการสนับสนุน”

อย่างไรก็ตามข้อสังเกตสำคัญจากการวิเคราะห์ในประเด็นนี้คือสิ่งที่องค์กรหลายแห่งขาดไปคือการมีแผนการเงินชัดเจนที่สามารถสร้างความยั่งยืนได้ และกระบวนการที่ชัดเจนในการจัดลำดับความสำคัญของทรัพยากรประเภทต่าง ๆ และการกระจายทรัพยากร แต่กลายเป็นการจัดการทรัพยากรแบบแก้ปัญหาเฉพาะหน้า นอกจากนี้การสนับสนุนทรัพยากรที่เพียงพอต่อการดำเนินงานตามนโยบายที่มีการประเมินความต้องการทรัพยากรก่อนนั้นก็ช่วยเพิ่มความพร้อมในการใช้ทรัพยากรขององค์กร เช่นการสะท้อนของผู้ให้ข้อมูลว่า

“ให้เราเปิดคลินิกแต่ไม่มีงบประมาณอะไรมาเลย ห้องก็ต้องไปขอแบ่งเขามา อยากทำเอกสารสักชิ้น ป้ายหน้าห้องสักหน่อยก็ไม่มีเงินทำ จริง ๆ อยากจัดอบรม ให้ความรู้พื้นฐานเรื่องกัญชากับคนทั้งโรงพยาบาล แต่ก็จัดไม่ได้ติดที่ไม่มีเงิน”

“เรื่องยาที่ตอนนี้ให้ฟรีเราก็ไม่แน่ใจว่าในอนาคตจะฟรีไหม บางทีก็ไม่แน่ใจว่าจะตอบคนไข้ว่าในอนาคตจะเป็นอย่างไร”

ประเด็นที่ 6 ความพร้อมขององค์กรในประเด็นความเป็นผู้นำ ในประเด็นนี้ มีข้อค้นพบสำคัญคือการทำงานตามนโยบายของภาครัฐที่อิงอยู่บนสายการบังคับบัญชา นั้น ประสิทธิภาพของผู้นำองค์กรถือเป็นอีกความพร้อมหนึ่งของการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ อย่างไรก็ตามในการนำนโยบายกัญชาสู่การปฏิบัติ “ความเป็นผู้นำ” ในที่นี้ต้องมีทั้งความเป็นผู้นำตามสายการบังคับบัญชาและความเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงของคนทำงาน การมีความเป็นผู้นำตามสายการบังคับบัญชาที่ชัดเจนภายในองค์กร คือผู้นำทำหน้าที่เป็นผู้สนับสนุนนโยบายที่

กำลังดำเนินอยู่ ผู้นำทำหน้าที่สร้างความร่วมมือภายในองค์กรด้วยการสร้าง “ความเชื่อใจ” ระหว่างบุคลากร ผู้นำแสดงความมั่นใจต่อความสามารถของคนในองค์กร ผู้นำจดจำและชื่นชมคนที่ทำงานได้ดี ผู้นำมีการวางแผนก่อนลงมือทำงาน และผู้นำมีความสามารถในการสื่อสารนโยบาย

ขณะที่ความเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงของคนทำงานหมายถึงการเป็นผู้นำในการออกแบบระบบการทำงานของตนเองที่เหมาะสมกับบริบทขององค์กร ซึ่งการมีความเป็นผู้นำเช่นนี้ของคนทำงานก็จะสัมพันธ์ไปกับความเป็นผู้นำของผู้นำตามสายการบังคับบัญชาที่ต้องเปิดโอกาสให้คนทำงานได้มีอิสระในการออกแบบงานของตนเองตามนโยบายที่สั่งการลงมาระดับหนึ่งเพื่อเสริมพลังอำนาจในการจัดการ (autonomy) ให้คนทำงาน เช่นการสะท้อนของผู้ให้ข้อมูลว่า

“ถามว่าพอเป็นนโยบายมันดีมีมันดีกว่าแต่ก่อน คือเราเริ่มก่อนหน้านั้น เราเริ่มตั้งแต่มันยังไม่มันนโยบายลงมา มันเคลื่อนไหวยาก นโยบายมันทำให้โรงพยาบาลเคลื่อนได้มากขึ้น แต่มันอยู่ที่ว่าในส่วนขอโรงพยาบาลมันจะเคลื่อน ผู้บริหารจะมองยังไงมากกว่า เท่าที่ผ่านมา ผู้บริหารทุกคนมองเห็น และสนับสนุนมันก็เคลื่อนไปได้”

“กระบวนการถ่ายทอด ของโรงพยาบาลมีผลค่ะ ก็ถ้าเกิดหัวหน้างานที่มาถ่ายทอดนโยบาย เขามีทัศนคติยังไงกับนโยบายอันนั้นแล้วเขามาถ่ายทอดให้เรามีมุมมองไปทางไหนอย่างนี้มีผลค่ะ”

“ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเราจะเป็นคนถ่ายทอดนโยบายได้ดีค่ะ คือสามารถบอกเราได้ว่าทำแล้วมีประโยชน์กับโรงพยาบาลยังไง แล้วเขาก็ไม่ทิ้ง แกกลางมือทำให้ดู และปรึกษาเรา ให้เราทำเองได้ด้วย”

“สมุนไพร่ที่บูมออกมาแต่ละตัว ตัวนั้น ๆ ทุกคนจะเข้าใจว่ามันใช้อะไรได้ เหมือนกับเวลาที่เราให้คืออันนี้ไม่ใช่ในนโยบายระดับประเทศนะ แต่เหมือนนโยบายของผู้บริหาร ผู้บริหารระดับโรงพยาบาล มันต้องตั้งอยู่บนฐานความเป็นจริงมากที่สุด โชคดีที่ผู้บริหารเราเป็นแบบนั้น”

อย่างไรก็ตามข้อสังเกตสำคัญจากการวิเคราะห์ในประเด็นนี้คือควรมีการทำให้นโยบายกัญชาเป็นตัวชี้วัดของผู้นำเพื่อกระตุ้นผู้นำในการทำให้การนำนโยบายไปทำงานนั้นเกิดขึ้นจริง เช่นการสะท้อนของผู้ให้ข้อมูลว่า

“ถ้าอยากให้ผู้บริหารเขาดันเรื่องนี้สุดตัวก็ต้องกำหนดมาเลยว่านโยบายกัญชาเป็นตัวชี้วัดของเขา”

ประเด็นที่ 7 ความพร้อมขององค์กรในประเด็นศักยภาพของบุคลากรและศักยภาพเชิงกระบวนการ ในประเด็นนี้มีข้อค้นพบสำคัญคือ ในส่วนของศักยภาพของบุคลากรนั้น แม้การมีจำนวนบุคลากรที่เพียงพอเพื่อให้นโยบายที่ถูกสั่งการลงมาสามารถดำเนินไปได้ แต่ความพร้อมของศักยภาพบุคลากรที่มีนั้นยังสำคัญมาก การทำความเข้าใจว่าบุคลากรมีศักยภาพอะไรและยังขาดศักยภาพอะไรเพื่อออกแบบการพัฒนาที่เหมาะสมกับนโยบายจึงถือเป็นส่วนหนึ่งของความพร้อมของศักยภาพของบุคลากรด้วยเพื่อให้มีศักยภาพที่เพียงพอเพื่อให้งานประสบความสำเร็จ โดยรวมถึงศักยภาพของการทำงานเป็นทีม (collaborative activities) ด้วย

ขณะที่นโยบายใดจะประสบความสำเร็จหรือไม่ ความพร้อมของศักยภาพเชิงกระบวนการในการมีความสามารถในการวางแผน ปฏิบัติตามแผน และประเมินผลและความพร้อมในการมีความสามารถในการใช้แผนยุทธศาสตร์เป็นเครื่องมือในการทำให้การทำงานประสบผลสำเร็จได้ เป็นความพร้อมของศักยภาพ

เชิงกระบวนการที่ทำให้คนในองค์กรรู้ว่าจะประเมินความต้องการได้อย่างไร คนในองค์กรสามารถพัฒนาเป้าหมายที่เหมาะสมต่อองค์กร มีความสามารถในการเลือกแผนยุทธศาสตร์ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์รองรับและเหมาะสมกับความต้องการขององค์กร และต้องสามารถระบุทักษะที่จำเป็นต่อการนำนโยบายไปใช้ทำงานจริงให้ได้ เช่นการสะท้อนของผู้ให้ข้อมูลว่า

“ในส่วนของคนทำงาน คือถ้าจะทำให้โครงสร้างมันยั่งยืน มันอาจจะต้องมีบรรจูลงไป ถ้าเราเห็นว่าเรื่องนั้นมันมีความสำคัญต่อระบบสาธารณสุข มันต้องบรรจุตั้งแต่โครงสร้างลงไปที่จะสนับสนุน เพราะมีคนถามว่าฉันทำไป ฉันได้อะไรเธอ”

“การมีส่วนร่วมในการสร้างความรู้ ร่วมในงานวิจัย ในเรื่องของงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง มันสำคัญมันจะให้ทักษะเขา เหมือนการจัดเวรขึ้นมาพิเศษ ให้ intensive พิเศษ สำหรับจะมาดูแลคนไข้ลักษณะนี้ ก็เป็นอีกอันหนึ่งที่ฝั่งแพทย์แผนปัจจุบันเขาก็มุ่งหมายถึงเขาก็เริ่มมีมิติที่มันเป็นเรื่องของการรักษาทั้งสองด้าน มันต้องใช้เงินด้วยในช่วงแรกๆ”

“ทำงานไปได้อย่างทุกวันนี้บอกได้คำเดียวเลยว่าเราโชคดีที่มีทีมดี มีหมอคอยเป็นแบ็คให้ช่วยแก้ปัญหาเฉพาะหน้า ทีมดี ๆ มันทำให้งานเดิน”

4.2.3 การวิเคราะห์ความพร้อมขององค์กรในประเด็นศักยภาพเฉพาะด้านการเปลี่ยนแปลง (innovation-specific capacity) ข้อมูลในประเด็นนี้จะเกี่ยวข้องกับ “ความรู้” และ “ทักษะ” ที่จำเป็นในการนำนโยบายไปปฏิบัติใช้จริงเพราะนโยบายกัญชามีชุดของความรู้และทักษะจำเป็นที่เฉพาะเจาะจง มีเงื่อนไขของบุคลากร มีเทคนิคและเงื่อนไขทางการเงินที่สำคัญเพื่อความสำเร็จในการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ ความสามารถเฉพาะด้าน โดยวิเคราะห์ใน 4 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นที่ 1 ความพร้อมขององค์กรในประเด็นความรู้และทักษะเฉพาะด้านนโยบายกัญชาทางการแพทย์

ในประเด็นนี้ มีข้อค้นพบสำคัญคือ ระบบสนับสนุนของการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์สู่การปฏิบัติ มีการจัดการอบรมให้ความรู้แก่ 3 กลุ่มวิชาชีพคือ แพทย์ เภสัชกร และแพทย์แผนไทย นั้นยังไม่เพียงพอในการสร้างความพร้อมขององค์ความรู้และทักษะเฉพาะในการใช้กัญชาทางการแพทย์ เพราะเป็นเพียงการให้ความรู้เบื้องต้น ดังนั้นในการดำเนินงานจริงในพื้นที่ของแต่ละองค์กร ความรู้ที่ทำให้เกิดทักษะเฉพาะอย่างแท้จริงในการทำงานคือความรู้จากประสบการณ์ตรงในการนำกัญชามาใช้กับผู้ป่วย ที่มาผนวกรวมกับความรู้จากประสบการณ์เดิม ความรู้จากการเก็บข้อมูลเชิงประจักษ์และความรู้จากการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างคนทำงานด้วยกัน เช่นการสะท้อนของผู้ให้ข้อมูลว่า

“อย่างเช่นตอนนี้คนไข้ที่เป็นสะเก็ดเงินที่เขาปวดมาก เขาใช้กัญชาเขาดิขึ้นเยอะเลย หลายโรคที่เราเห็นมันได้ผลจริง ๆ ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เราเห็นเลยคะว่ามันได้จริง ๆ จริง ๆ ถ้าเอามาบรรจุในยาของเรานั้นก็โอเค เพียงแต่ว่าอาจต้องจำกัดชนิดหนึ่งคือ เอาทุกโรคที่มันใช้ เอาบางส่วนที่เป็นจริง ๆ อันนี้เราเห็นประโยชน์จริง ๆ นะ เพราะว่า มันเห็นผล แต่ว่าถ้าในการรักษามะเร็งเราจะไม่ได้รับ มันต้องดูก่อน ดูโน่น ดูนี้นะ แต่พอมาเป็นส่วนๆบูบเราอาจรักษาได้ในเรื่องของมะเร็งเราอาจไม่ได้ดูชัดเจนว่ามันจะลดลงหรือเปล่า มันอาจทำได้ แต่บางอย่างเราสามารถตรงจุดอื่นได้ก่อน รักษาได้ชำนาญกว่าใช้กัญชา ในความคิดเห็นของตนเองนะ ก็ด้วยความที่ตัวเองเรียนมาทางวิทยาศาสตร์มาเหมือนกันก็อาจจะ บางส่วนอาจจะเน้นงานจิตเวชมากกว่าจะเอากัญชาไปแทนกลุ่มนั้น แต่ว่าบางคนไม่ได้จริง ๆ ก็อาจมาใช้ตรงจุดนี้ได้”

“ถ้าอย่างตัวคลินิกก็งูขา อาจจะเป็นเพราะว่า ความสนใจส่วนตัวด้วยส่วนหนึ่ง แล้วก็จากข้อมูลด้วย เพราะว่าพอเราทราบข้อมูลตัวก็งูขาว่า เราทำอย่างนั้นอย่างนี้ได้ แล้วก็มีการรับ ก็น่าจะลองใช้ดูว่าตัวรับนี้ ตัวรับโบราณมันโอเคมันก็น่าจะสนับสนุนผลักัน ต่อเหมือนมันมียาที่มีข้อมูลแล้ว แล้วก็น่าจะสนใจ น่าลองใช้ดูคือเรามีข้อมูลสนับสนุนแล้วใช้ดู ยาใหม่มันน่าจะสนใจเป็นประโยชน์มาให้เราได้ใช้”

“แรกเริ่มจริง ๆ ตอนที่ลงจะไป ผู้บริหารส่งเราไปเรียนทางด้านนี้ ตอนแรกก่อนไปมุมมองเราก็เป็นแบบหนึ่ง ก่อนไปเรามองว่ากลับมาเราจะเอามาเป็นลักษณะของการรักษาเอามาเสริมที่เราใช้ยาแผนปัจจุบันอยู่บ้าง เอามาเสริมด้วยเป็นส่วนหนึ่ง พอกลับมาเราเริ่มในส่วนนี้แล้วเริ่ม ประยุกต์ใช้ในเรื่องของยาไทยแทน แล้วมันก็มีเรื่องของประสบการณ์ ผลลัพธ์กับคนไข้ ดีไม่ดีเราก็จะมาประมวลแล้วว่าสิ่งที่เขาไปกลับมาแล้ว มันต้องไม่เกิดโทษกับคนไข้แน่ ๆ แต่ได้ประโยชน์มากน้อยขนาดไหนนั้นอีกเรื่องหนึ่ง”

อย่างไรก็ตามมีข้อสังเกตสำคัญจากการวิเคราะห์ในประเด็นนี้คือ ระบบสนับสนุนในการพัฒนาศักยภาพ เฉพาะของการดำเนินนโยบายกัญชาทางการแพทย์ให้บุคลากร ยังเป็นระบบที่ทำหน้าที่ไม่สมบูรณ์เพราะยัง ขาดการจัดการสนับสนุนงานทางวิชาการ งานวิจัยอย่างเป็นทางการ รวมทั้งการจัดการให้เกิดกระบวนการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหน่วยงานที่จะเป็นองค์ประกอบสำคัญในการทำให้ความพร้อมของความรู้และทักษะ เฉพาะได้รับการพัฒนา

“อยากให้มีการจัดประชุมที่มีการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างหน่วยงานเยอะๆ เราอยากรู้ว่าเขาใช้อะไร มีผลข้างเคียงไหม เขาก็อยากรู้ว่าเราใช้ยังไง เพราะยากัญชามันเป็นยาที่ค่อนข้างเฉพาะกับแต่ละคน”

ประเด็นที่ 2 ความพร้อมขององค์กรในประเด็นผู้สนับสนุน ในประเด็นนี้ มีข้อค้นพบสำคัญคือการมี ผู้สนับสนุน หรือผู้มีอิทธิพลทางความคิด (influencer) ในองค์กรที่สามารถสนับสนุนการนำกัญชาทาง การแพทย์ไปใช้อย่างเป็นรูปธรรม เป็นบุคคลสำคัญในองค์กรที่สามารถสื่อสารได้อย่างชัดเจนเกี่ยวกับประโยชน์ ของกัญชาทางการแพทย์ สามารถแสดงให้เห็นข้อดีของกัญชาทางการแพทย์แก่คนที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดำเนิน นโยบายกัญชาทางการแพทย์โดยตรงได้ รวมทั้งสามารถถ่ายทอดเรื่องราวความก้าวหน้าให้แก่องค์กรอื่นได้ คือ ความพร้อมอันสำคัญที่ทุกองค์กรต้องมี ทั้งนี้ผู้ทรงอิทธิพลนี้ไม่จำเป็นต้องเป็นผู้บริหารหรือเป็นแพทย์ แต่เป็นผู้ ที่สามารถทำหน้าที่ตามที่กล่าวข้างต้นได้อย่างดีก็เพียงพอแล้ว ซึ่งสัมพันธ์กับการวางแผนยุทธศาสตร์ของแต่ละ องค์กร ดังเช่นการสะท้อนของผู้ให้ข้อมูลว่า

“บางทีพอมีนโยบายลงมา สมมุติหน่วยงานจะเลือกใครไปอบรม หน่วยงานต้องมองว่า ไปแล้วเขาจะกลับมามันจะเกิด out come อะไร คือหลายโรงพยาบาลที่เห็นเขาส่งคนไป คือคนที่อยากไปแต่ไม่ได้อยากกลับมาทำ ไม่ได้อยากกลับมาขับเคลื่อนอะไร เพราะฉะนั้น มันต้องมีในหัวก่อนส่งไป อย่างที่โรงพยาบาลจะถามก่อนเลยว่าถ้าเขาไปแล้ว เขาจะเอาตรงนี้มาใช้ประโยชน์อะไร หน้าที่ของเราคือ เมื่อเขามาถึง เราก็ต้องเปิดให้เขาได้ทำ เพราะฉะนั้นมันก็มี out come ออกมาให้เราเห็น แล้วก็ต้องเชียร์เขาด้วย”

“ที่โรงพยาบาลมีหมอท่านหนึ่งที่ท่านใช้ยากัญชากับผู้ป่วยระยะสุดท้ายทำให้คนไข้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ท่านก็เลยสนับสนุนเต็มตัว เวลาท่านพูดให้ใครฟังคนอื่นก็เห็นประโยชน์”

“งานกัญชามันต้องมีคนดันนะ ไม่ต้องเยอะหรอก แต่ต้องดันสุดตัว”

ประเด็นที่ 3 ความพร้อมขององค์กรในประเด็นบรรยากาศและการสนับสนุนที่เอื้ออำนวยใน ประเด็นนี้ มีข้อค้นพบสำคัญคือ บรรยากาศและการสนับสนุนที่เอื้ออำนวยให้การนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์สู่การปฏิบัติประสบความสำเร็จ ไม่ได้หมายถึงเพียงแค่การสนับสนุนในคลินิกเท่านั้น แต่หมายถึงความสัมพันธ์ภายในองค์กรที่สนับสนุนการดำเนินงานทั้งในและนอกคลินิก ทั้งการสนับสนุนของผู้ที่เกี่ยวข้องโดยตรงในองค์กรและที่ไม่เกี่ยวข้องโดยตรง อย่างไรก็ตามความพร้อมในประเด็นนี้ในเกือบทุกองค์กรมีลักษณะคล้ายกันคือ ขาดความพร้อมเรื่องบรรยากาศและการสนับสนุนที่เอื้ออำนวยโดยมีเหตุผลสำคัญคือ เนื่องจากนโยบายกัญชาเป็นนโยบายที่ถูกสั่งการมาอย่างเร่งรีบ และไม่มีระบบการสนับสนุนทรัพยากรที่ชัดเจน ทำให้องค์กรขาดความพร้อมเรื่องทรัพยากรในหลายๆ มิติโดยเฉพาะเรื่องคนทำงาน อย่างไรก็ตามสำหรับบางองค์กรก็สามารถปรับให้สอดคล้องกับบริบทตนเองได้เพราะการมีทีมงานหลักที่เข้มแข็ง เช่นการสะท้อนของผู้ให้ข้อมูลว่า

“ตอนนี้ก็เข้าระบบอยู่นะคะ พอเป็นระบบของแผนไทย ก็คือแผนไทยจะจัดการเองทั้งหมดคะ ตั้งแต่ออกบัตร จนคิดเงิน ก็คือมันจบที่แผนไทย เพราะฉะนั้นถ้าเราจะเปลี่ยนของเราอันนี้ไม่ยากเท่าไร”

“ปัญหาของโรงพยาบาลใหญ่คือมันยากที่จะคุยกัน ต้องมีเหตุก่อน ถึงจะมาคุยกัน ต้องมีอะไรผิดพลาดถึงจะมาคุย แต่ถ้ามันflow ไปเรื่อย ๆ ไม่มีอะไรผิดพลาดก็จะได้มีการคุยรวมกัน เขาจะมีกรู๊ปของเขาเอง แยกของเขาเองตามสาขาวิชาชีพ”

“จุดแข็งของโรงพยาบาลคือการมีบุคลากรที่มีคุณภาพ คนเก่ง ผู้บริหารมองขาด มองทุกนโยบาย อย่างนี้จะไปอย่างนี้ผู้บริหารที่นี้จะหาคนมีความรู้ ความชำนาญมาทำ เลือกคนมาทำได้ และไม่ใช่มีแค่คนกลุ่มเดียวที่ทำปรับตัวได้ไว พร้อมรับนโยบายมา คิดเลยว่าใครจะมาทำบ้าง คือวางคนถูกงาน ที่เหลือก็สนับสนุนเต็มที่ อยากได้อะไรเขียนมา วัฒนธรรมองค์กร ไม่ต่างจากที่อื่น เป็นองค์กรที่ใหญ่ จำนวนคนเยอะ จุดแข็งคือผู้บริหารมองขาด ทำให้เราผ่านทุกอย่างไปได้ มองขาดว่าจะให้ใครมาทำ บรรยายในการทำงาน มันก็เหมือนโรงพยาบาลศูนย์ทุก ๆ ที่คนมันเยอะหลายๆ อย่าง จริงอยู่ถ้าระบบมันดี แต่ต้องขึ้นอยู่กับสายสัมพันธ์ ระบบจะไปได้ดีก็ด้วยความสัมพันธ์ ขึ้นอยู่กับว่างานนั้นเขาจะเอาอะไร ถ้าสายป่านดีก็ไปได้หมด ปัญหาเรื่องคนมีบ้างแหละ คนมีหลายแบบเหมือนกัน องค์กร เอาคนเก่งๆ มาทำ วางฐานวางระบบก็ไปได้สถานที่ให้บริการชัดเจน”

ประเด็นที่ 4 ความพร้อมขององค์กรในประเด็นความสัมพันธ์กับองค์กรอื่น ในประเด็นนี้ มีข้อค้นพบสำคัญคือ ความพร้อมของการมีความสัมพันธ์กับองค์กรอื่นที่จะสนับสนุนและการมีความสามารถในการทำงานร่วมกับองค์กรอื่น สื่อสารได้เป็นอย่างดีกับองค์กรภาคีที่ทำงานเชื่อมโยงกันจึงจะช่วยให้นโยบายสำเร็จ

“ความสัมพันธ์กับที่อื่นงานหลายอย่างมันก็ใช้เวลา ความเกี่ยวข้องกันอยู่ หลักๆ สสจ. รพช. และก็พวกองค์กรท้องถิ่น วันนั้นก็ประชุมกันไปก็ครบคลุมดี ความสัมพันธ์มันไม่ได้ทำวันเดียวอยู่แล้ว โรงพยาบาลเราเป็นที่เกื้อกูลกันในเรื่องการรับเรื่องการเจ็บป่วยอยู่แล้ว คนก็จะอยากจะช่วยโรงพยาบาลเป็นมิตรกับโรงพยาบาลหลายๆ อย่าง อย่างเช่นช่วงโควิดที่ผ่านมา มีคนบริจาคเยอะมาให้กับโรงพยาบาล คือ เราก็เห็นจากที่ในช่วงที่เราลำบาก อีกอย่างมันขึ้นอยู่กับผู้บริหารด้วย ถ้าผู้บริหารมีสัมพันธ์ดีกับหน่วยงานอื่น ก็จะประคับประคองกันมา นโยบายกัญชาช่วงแรก ๆ แอบกังวลเหมือนกันว่านะ **รอดไหม เพราะมาเร็วแล้วจะไปเร็วไหม** ทุกอย่างเกิดขึ้นเร็วไปหมด แต่เท่าที่ดูแล้ว มันก็สามารถไปได้อยู่แหละ เพราะว่า ถ้าหากทุกระบบที่เกี่ยวข้องกันอยู่สามารถรันต่อไปได้เรื่อย ๆ”

อย่างไรก็ตามมีข้อสังเกตสำคัญจากการวิเคราะห์ในประเด็นนี้คือเนื่องจากนโยบายกัญชามีความคาดหวังของประชาชนเข้ามาเกี่ยวข้อง ที่ทำให้เกิดต้นตอความสัมพันธ์กับประชาชนมากกว่านโยบายอื่น ๆ การรักษาความสัมพันธ์กับภาคประชาสังคมจึงสำคัญที่ผู้ให้บริการหน่วยงานต้องรักษาจุดสมดุล

“ผู้ใหญ่มองไม่คิดว่ามีพวกติดยา เข้าใจว่าเขาคิดแสบวก รักษาคนไข้ คนไข้จะมา แต่ความเป็นจริงพวกติดยาก็มา ทำให้หน่วยงานต้องรับมือกับคนพวกนี้ ซึ่งอาจมีอันตราย”

“เราต้องเจอกับคนปฏิบัติงาน เจอกับประชาชนโดยตรงซึ่งมีความคาดหวังในการใช้และถ้ายิ่งผู้บริหารระดับกระทรวงโปรโมทเยอะเยอะด้วยทั้งที่หน่วยงานก็ยังไม่พร้อม ไม่มั่นใจคนไข้ไม่ค่อยมั่นใจ เป็นอะไรที่การจ่ายกัญชา”

“ถ้านโยบายอื่นน่าจะจบ ส่วนใหญ่เป็นการดำเนินการในโรงพยาบาล ในโรงพยาบาลบริหารเอง แต่อันนี้นั้นมีภาคประชาชนมาเกี่ยวข้องก็ต้องอธิบายว่าเค้าไม่มีข้อบ่งชี้จริง ๆ ให้ไม่ได้เพราะอะไร เพราะเรากลัวว่าเค้าจะมีปัญหาแต่ถ้าเค้ามีข้อบ่งชี้อยู่บ้างก็พยายามให้ ก็ให้เขาใช้อย่างระวัง แล้วก็ต้องเก็บข้อมูลของยาอย่างจริง ๆ จัง ๆ แล้วก็ต้องเก็บข้อมูลเพื่อทำวิจัย”

4.2.4 การวิเคราะห์ความพร้อมขององค์กรในประเด็นแรงจูงใจ (Motivation) ข้อมูลในประเด็นนี้จะเกี่ยวข้องกับ “ความรู้สึก” ของบุคลากรที่ส่งผลต่อแรงจูงใจในการทำงานตามนโยบายกัญชาทางการแพทย์เป็นผลมาจากการรับรู้ผลตอบแทนทั้งที่เป็นเงินและไม่ใช่งาน แรงจูงใจมาจากปัจจัยทางความคิดและอารมณ์ภายในบุคคลที่มีส่วนทำให้เกิดความปรารถนาในการนำกัญชาทางการแพทย์มาใช้ แรงจูงใจเป็นทั้งของปัจเจกและองค์กรและมีความเฉพาะเจาะจงกับนโยบายกัญชาทางการแพทย์ในแต่ละระดับ แรงจูงใจจะสัมพันธ์ไปกับความสามารถทั่วไปและความสามารถเฉพาะเสมอ โดยวิเคราะห์ใน 4 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นที่ 1 ความพร้อมขององค์กรในประเด็นข้อดีเชิงเปรียบเทียบ ในประเด็นนี้ มีข้อค้นพบสำคัญคือแรงจูงใจ ในประเด็นนี้เกิดเมื่อบุคลากรนำประโยชน์ที่เกิดจากการใช้กัญชาในการรักษาผู้ป่วยไปเปรียบเทียบกับยาตัวอื่นแล้วพบว่ากัญชาให้ผลดีกว่าจึงทำให้เกิดแรงจูงใจในการใช้กัญชาทางการแพทย์เพิ่มขึ้นซึ่งเป็นกระบวนการสร้างแรงจูงใจที่ต้องให้ความสำคัญกับกระบวนการศึกษาเปรียบเทียบ ดังเช่นการสะท้อนของผู้ให้ข้อมูลว่า

“พอเราได้ลงมือทำการรักษาแล้วพบว่าหลายเคสมันกลายเป็นจุดที่การแพทย์ตะวันตกไม่ตอบโจทย์ของคนไข้ ทางเลือกของกลุ่มตรงนี้เรียกว่าทางเลือกของผู้ป่วย ผู้ป่วยบางคนรู้สึกว่าไม่ตอบโจทย์ตรงนั้นแล้วเขามาฝั่งนี้ แล้วเราช่วยได้มีการลดยาแผนปัจจุบันลงจนกลายเป็นว่าบางเคสเราหยุดยาไปได้เลยยา มันเปิดมุมมองเราว่าจริง ๆ แล้วมันอาจไม่ใช่แค่เสริมด้วย แต่เต็มรพ.เราก็มีมุมมองฝั่งแพทย์แผนปัจจุบันแล้วแอนตี้แผนไทยเหมือนกับเรื่องกัญชาแรก ๆ ฝั่งแผนปัจจุบันก็ออกมาว่าไม่น่าเชื่อถือ ก็คิดว่ามันต้องมีจุดตรงกลางที่มันผสมกันได้พอดีแล้วเป็นประโยชน์กับผู้มารับบริการ อย่างโอพีดีกัญชาตอนนี้เราก็ใช้ช่วยในการรักษาคนไข้มะเร็งระยะสุดท้าย”

“ยากัญชาสำหรับบางกลุ่มโรคชัดเจนมาก อย่างเช่นมะเร็งระยะต้นๆเราก็สามารถช่วยเขาได้ หรือกลุ่มโรคที่อยู่ในระยะสุดท้ายก็ทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้นและเขานอนหลับได้”

“จากตอนแรกที่เราไม่ได้ศรัทธาเลย พอไปทำจริง ๆ แล้วเราเห็นว่ามันเป็นผลดีต่อคนไข้หรือคนที่มารับบริการ”

“มันจะมีกลุ่มคนไข้มะเร็งระยะสุดท้ายถ้าเราให้น้ำมันกัญชาไป คือมันได้มากกว่าเสีย สมมุติจ่ายยาไป นัดมารับยาทุก ๑ เดือน เดือนที่สองเราอาจจะยังไม่เห็นอะไรชัดเจน แต่เห็นในการนัดรอบสอง พอเรานัดมา ล้วงที่เราเห็นคือหน้าตาดี สดชื่นขึ้น ข้าวได้มากขึ้นเป็นสิ่งที่เกินกรอบ ที่แรกว่าจะเอามาช่วยในการระงับปวด แต่ถ้าถามในเรื่องของกัญชาระงับปวดถ้าเทียบกับมอฟิน มันเทียบไม่ได้เพราะมอฟินการระงับปวดก็ยังเป็นจุด แข็งเขาอยู่ แต่กัญชาเวลาหมอเพิ่มการปรับยามอฟินหมอบริเวณน้อยลง คือมันเอามาเสริมกัน เอามาช่วยกัน แล้ว ก็คนไข้จะได้ในเรื่องของการลดการอักเสบ อย่างเช่นแผลผ่าตัดที่มีการเนา ปรากฏว่าแผลมันดูดีขึ้นโดยเราไม่ คาดหวัง คือแผลมันดี แผลมันปิด อันนี้ก็เป็นอีกจุดหนึ่งที่เราเห็น คือมันไปส่งผลทั้งตัว ให้คนไข้ทั้งตัว”

ประเด็นที่ 2 ความพร้อมขององค์กรในประเด็นความเหมาะสมสอดคล้องในประเด็นนี้ มีข้อ ค้นพบสำคัญคือ การหาพื้นที่ที่เหมาะสมสอดคล้องกับกระบวนการนำกัญชาทางการแพทย์ไปใช้และสอดคล้อง กับประโยชน์ของยากัญชาจะช่วยสร้างแรงจูงใจให้บุคลากร ดังเช่นการสะท้อนของผู้ให้ข้อมูลว่า

“กัญชามันควรจะลงในกลุ่มของเวชศาสตร์ครอบครัว เพราะว่าเขายู่กับชาวบ้าน ชุมชน เขาเห็นในสิ่งที่เขาทำ และจริง ๆ โดยเบสิกของการใช้ยา มันไม่ได้มีอะไรอะไรมากมาย และการติดตามอะไรต่าง ๆ มันควรอยู่ในแฟมเมต มันเลยเหมาะสมสำหรับเรา

“คนไข้ส่วนใหญ่จะคะคนไข้ก็มีหยอดกัญชามาอยู่แล้ว เคสเหล่านี้เวลามาหาที่โรงพยาบาล เราบอกได้เลยว่าใช้ยากัญชาอยู่ แต่เป็นกัญชาใต้ดิน แล้วเราสาธารณสุขเราก็ไม่ได้รู้ว่าผลดีผลเสียของกลุ่มนี้ ซึ่งเราไม่ได้ติดตาม ซึ่งมันเยอะๆ เพราะฉะนั้นเราดึงขึ้นมาบนดินเราก็เจาะเลือด ตับไตมันก็เป็นส่วนที่กัญชาเข้ามาในเวลาที่เหมาะสม มาเติมเต็มพอดี”

“สำหรับโรคที่มันไม่มีทางรักษาแล้ว กัญชาถือเป็นทางเลือกสำหรับคนไข้ที่ไม่มีทางเลือก จุดนี้มันทำให้เราอยากใช้กัญชาขึ้นมา เพราะมันเป็นทางเลือกของคนไข้ เราจะไปกล้าปิดทางเลือกเขาได้ยังไง”

“ที่ผ่านมามันมีการสนองที่ดีกับกัญชาที่เราจ่าย แต่ว่าคนตอนนี้เขาใช้กันเยอะมาก จากใต้ดิน เขาใช้อยู่แล้ว เขากินกันอยู่แล้ว เขาแอบปลูกกันอยู่แล้ว เขากินกันอยู่แล้ว เราแค่พาเขาเข้าสู่ระบบ เป็นอะไรที่ปลอดภัยขึ้น คือความกังวลในการใช้ของเราเริ่มน้อยลงไปเรื่อย ๆ จากใหม่ ๆ ที่เราเคยคิดกัน จะใช้กับคนไข้สักคนก็โทรถามกัน ตอนหลัง ๆ เราเริ่มรู้สึกเหมือนยาตัวหนึ่ง ความเชื่อมั่นไม่เหมือนกัน ทางพวกเราที่เรียนมาเราถูกสอนให้มีความเชื่อต้องเชื่อเมื่อมีการพิสูจน์ พวกนี้มันต้องใช้เวลา”

“ด้วยความที่เขาเคยเสพยา กัญชามา เขาก็มีอยู่แล้วที่มารับบริการมันก็มีอยู่แล้ว แต่ว่าด้วยโรคหลายโรคที่เข้ามาที่มีประโยชน์กับเขาเหมือนกันเช่นโรคมะเร็งพวกนี้ เขารักษาหลายทางแล้ว จุดนี้ก็เป็นทางเลือกในการรักษาของเขาที่จะสามารถยื้อเขาไว้ได้เขามีความสุขที่สุดในชีวิตของเขา”

ประเด็นที่ 3 ความพร้อมขององค์กรในประเด็นความเรียบง่าย ในประเด็นนี้มีข้อค้นพบสำคัญ คือ นโยบายกัญชามีจุดอ่อนสำคัญคือความยุ่งยากของระบบการนำไปใช้ ทั้งระบบการจ่ายยาที่ยังไม่ชัดเจน

การเบิกยาและโดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบรายงานที่มีความซ้ำซ้อนจนส่งผลกระทบต่อบุคลากรในด้านแรงจูงใจ ดังเช่นการสะท้อนของผู้ให้ข้อมูลว่า

“พอมิเรื่องก็รายงานส่วนกลาง เขาก็บอกว่ายังไม่มีนโยบายให้ชาวต่างชาติใช้เพราะว่า มันเป็นลือตฟรี ไม่มีค่ายา เขาก็อยากทำมาเพื่อคนไทย พวกเราก็ขอว่ามันมีเป็นลายลักษณ์อักษรมัยว่าใช้เฉพาะอันนี้ จะได้ใช้เวลาคนไข้ถามจะได้เอาอันนี้อ้าง สรุปแล้วก็คือว่าไม่มี เขาบอกว่ามันเป็นการคุยกับปลัดกระทรวงอะไร อย่างนี้ คุยปากเปล่า มันเลยทำให้เราลำบากใจไม่รู้จะตอบคนไข้ยังไง”

“การใช้กัญชาขึ้นอยู่กับการใช้ ก็คือแพทย์ มันมีการใช้กัญชาในโรงพยาบาล ขึ้นอยู่กับแพทย์ มีการสั่งใช้มากน้อย เรามีการให้ข้อมูลการสั่งใช้มากมายมันรวมทั้ง ข้อบ่งใช้ต่าง ๆ คือ ตอนนี้เหมือนมีการให้สั่งเยอะๆ ทำไม่โรงพยาบาลนี้สั่งน้อย โรงพยาบาลนี้ก็สั่งน้อย แต่อย่าลืมนึกว่ากัญชา ข้อบ่งใช้มากมายที่ติดตามมันมา กว่าเราจะสั่งใช้ได้หนึ่งคน มีกระบวนการที่เยอะ และ รายงาน อุปสรรคอยู่ดี ๆ ก็โผล่ให้มาใช้ มันไม่ได้ผ่านการวิจัย เฟส 1 เฟส 2 แต่อย่างใด คนสั่งกัญชาต้องเข้าใจมันเลยซับซ้อน”

“นโยบายนั้นมันต้องพอดี คำว่าพอดีมันต้องอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลที่เป็นวิทยาศาสตร์พอสมควร ไม่งั้นมันจะเป็นประเด็นที่เราไปสร้างความคาดหวังให้กับผู้ป่วย แล้วเราก็ยังทำงานยาก”

“ตอนนี้เรามีปัญหาที่กัญชาใกล้หมดอายุแล้วกัญชาตกลงเป็นยาอะไร ในบัญชีหลัก เป็นสมุนไพร ไม่ชัดเจน ส่งผลให้ไม่สบายใจแก่ผู้ปฏิบัติ”

“ระบบรายงานมีปัญหามาก น้องเภสัชเขาต้องเก็บข้อมูลเยอะมาก ต้องรวบรวมข้อมูล ข้อมูลก็จะเป็นอาการ ผลข้างเคียง คือมันจะมีข้อมูลเรื่องอาการผู้ป่วย และผลข้างเคียงด้วย เก็บแล้วเราก็ส่ง จริง ๆ ฐานข้อมูลตรงนี้เราก็ทำผ่านระบบข้อมูลที่รายงานไปที่องค์การอาหารและยาอยู่แล้ว อย. จะดูในภาพรวมของตรงนี้อยู่ แต่ประเด็นของเรา บางทีนโยบายมาแต่ว่าข้อมูลที่เป็นฐานข้อมูล ที่ส่งผ่านระบบที่ลิงก์กันมันไม่เสถียร อย่างระบบซีมีอบ ไปทุกจังหวัดก็จะบ่นในปัญหาเดียวกัน ระบบมันต้องคีย์ไปหลายจุดมาก จริง ๆ มันควรจะคีย์จุดเดียวแล้วเชื่อมได้ทุกส่วน มันทำให้คนทำงานเบื่อ”

ประเด็นที่ 4 ความพร้อมขององค์กรในประเด็นการจัดลำดับความสำคัญ ในประเด็นนี้ มีข้อค้นพบสำคัญคือหากสามารถสร้างความตระหนักว่านโยบายกัญชาทางการแพทย์เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยพัฒนาสุขภาพของประชาชนก็จะช่วยสร้างแรงจูงใจให้บุคลากร ดังเช่นการสะท้อนของผู้ให้ข้อมูลว่า

“สำหรับงานกัญชาช่วงแรกเราไม่รู้ทิศทางประกอบกับเราไม่มีประสบการณ์การสั่งจ่าย ก็เลยทำให้เราไม่ค่อยมีความสุขกับการทำงานกับงานกัญชาเลย แต่ต่อมาเริ่มคุยกับคนไข้ก็เกิดความเข้าใจ ประกอบกับระบบเริ่มลงตัว เรารู้ว่าว่ากระบวนการของเราในคลินิกกัญชาคืออะไร มันสำคัญกับองค์กร ยิ่งก็เข้าใจมากขึ้นว่าเราจะทำอะไรต่อ เริ่มปรับตัวแล้วก็ เข้าใจมากขึ้นว่าเราจะทำอะไรต่อถ้าผู้ใหญ่ หรือว่ากลุ่มชี้แจงอะไรนโยบายอะไรมาใหม่ใหม่ก็รับฟังเอามาเสริมต่อที่เรามาประจำอยู่”

“ตอนนี้เราเริ่มขยายงานมีการลงรพสต. คัดกรองคนไข้แล้วมีคนไข้มารับบริการที่โรงพยาบาลตามวันเวลา ที่กำหนดที่ขยายงานแบบนี้ก็เพราะรู้สึกว่าการเข้าถึงมากเป็นโอกาสของคนไข้ที่เขาควรได้รับเลยมีความคาดหวังให้ประชาชนเข้าถึงมากขึ้น **อยากให้ทางกรมทางผู้ใหญ่สร้างแนวทางที่ชัดเจนลงไปทุกเขตทุกโรงพยาบาล ประชาชนจะได้มีการเข้าถึงมากขึ้นรู้จักการใช้ถูกต้องมากขึ้นมีความเข้าใจที่ถูกต้องมากขึ้น เพื่อประโยชน์ของประชาชนค่ะ”**

4.3 การวิเคราะห์เพิ่มเติมด้วยมุมมองและการตีความ (interpretation) ของทีมวิจัย

ในส่วนนี้จะเป็นการใช้การศึกษาแบบชาติพันธุ์วรรณา (ethnography) เพื่อการวิเคราะห์ตีความ (interpretation) ด้วยมุมมองของ “คนใน” (Geertz, 1973) โดยอาศัยข้อมูลที่ได้จากการสังเกต การวิเคราะห์เอกสาร และสื่อต่าง ๆ ด้วยประสบการณ์และองค์ความรู้ของทีมวิจัยที่เป็นบุคลากรวิชาชีพและมีประสบการณ์ทำงานในระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อทำความเข้าใจกระบวนการและช่องว่างของการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์สู่การปฏิบัติรวมทั้งเสนอแนวทางในการพัฒนาคุณภาพกำลังคนเพื่อสนับสนุนการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์ไปสู่การปฏิบัติ

4.3.1 การวิเคราะห์ตีความข้อมูล โดย ดร.ณัฐธญา พัฒนะวานิชพันธ์ ปฏิบัติงานที่ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลศิริราช 13 ปี ปฏิบัติงานกับชุมชน 10 ปี ปฏิบัติระดับเขตสุขภาพเพื่อขับเคลื่อนน่านโยบายลงไปสู่การปฏิบัติ 6 ปี และปฏิบัติงานระดับกระทรวง 8 ปี ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาแนะนำข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการกำหนดนโยบายการพัฒนากำลังคน (HRD) ด้านการวิจัยและพัฒนานวัตกรรม ที่ตอบโจทย์การพัฒนากระทรวงสาธารณสุขและประเทศและอำนวยความสะดวกการจัดการความรู้กระทรวงสาธารณสุข เพื่อนำมาใช้พัฒนาบุคลากร ตลอดจนการบริหารจัดการความรู้เพื่อนำมาใช้ในการกำหนดนโยบาย ได้แบ่งการวิเคราะห์ตีความข้อมูลเป็น 3 ประเด็นคือ

ประเด็นที่ 1 การวิเคราะห์ความสำเร็จของนโยบาย ในส่วนนี้ผู้วิเคราะห์ขอเสนอปัจจัยความสำเร็จ 4 ประการ ได้แก่

1) ต้องมีการวางเป้าประสงค์ การใช้กัญชาทางการแพทย์ที่ชัดเจน ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยความครบถ้วนของข้อมูลทั้งหมด ได้แก่ หลักฐานงานวิจัยทางคลินิก(research) ความรู้ทางวิทยาศาสตร์(knowledge) และประสบการณ์จากประเทศอื่นเป็นฐานประกอบ (experience) เพื่อผนวกเข้ากับบริบทของสังคมไทย (local context) ซึ่งจะทำการกำหนดนโยบายการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์เป็นไปในลักษณะการสร้างนโยบายที่มาจากฐานข้อมูล (evidence-informed policy-making) เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดขึ้นจากความเข้าใจที่ไม่ตรงกัน อีกทั้ง ยังเป็นการลดความเสี่ยงต่อความล้มเหลวนำนโยบายไปปฏิบัติ

2) ความพร้อมของทรัพยากรทางสาธารณสุข (public health resources) ซึ่งหมายความรวมถึงทรัพยากรบุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่รับผิดชอบ กล่าวคือจะต้องมีหน่วยงานกลางกัญชาของกระทรวงสาธารณสุขที่มีศักยภาพอย่างแท้จริง เป็นผู้รับผิดชอบระบบการกำกับดูแลสนับสนุนโดยตรง เพื่อให้กลไกการควบคุม ตรวจสอบ ประเมินผลการนำนโยบายกัญชาไปปฏิบัติเป็นไปอย่างถูกต้องเหมาะสม และมั่นใจว่าจะบรรลุเป้าประสงค์การใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล นอกจากนี้กำลังคนเช่น แพทย์ เภสัช พยาบาล แพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์พื้นบ้านหรือแพทย์ทางเลือก นักวิชาการ บุคลากรสาธารณสุข ต้องมีคุณภาพ มีทัศนคติ มีความรู้ความสามารถ

3) มีระบบสนับสนุน โดยเฉพาะการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์ไปปฏิบัติอย่างเหมาะสม

4) ประชาชนจะต้องมีส่วนร่วม โดยการที่ประชาชนจะให้การสนับสนุนนโยบายใด แสดงว่านโยบายนั้นจะต้องสอดคล้องกับทัศนคติ ค่านิยม พื้นฐานความคิดความเข้าใจ ความต้องการของประชาชน และวิถีชุมชน

ประเด็นที่ 2 การวิเคราะห์เส้นทางสู่ความสำเร็จของนโยบายในอนาคต อาจกล่าวได้ว่าเหตุผลหนึ่งทีนโยบายนี้สามารถเร่งรัดดำเนินการได้อย่างรวดเร็วเป็นเพราะเป็นนโยบายที่ฝ่ายการเมืองให้ความสำคัญ จึงอาจมีความไม่แน่นอน ดังนั้นเส้นทางสู่ความสำเร็จของนโยบายในอนาคตจึงจำเป็นต้องมีการวางยุทธศาสตร์ การดำเนินงานการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์สู่การปฏิบัติที่เป็นการดำเนินงานในระบบโครงสร้างทางราชการปกติเพื่อความยั่งยืนของนโยบาย

ประเด็นที่ 3 การวิเคราะห์การออกแบบ“นโยบายการพัฒนาคุณภาพกำลังคน” ข้อค้นพบสำคัญประการหนึ่ง ของงานวิจัยนี้คือความสำเร็จของนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข ขึ้นอยู่กับการสนับสนุนของบุคลากร เนื่องจากบริบททางวัฒนธรรมของกระทรวงสาธารณสุข การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติไม่ได้เป็นไปในแบบจากบนลงล่าง (top-down) โดยสมบูรณ์แต่เป็นในลักษณะ ที่ผู้กำหนดนโยบายไม่สามารถบังคับควบคุมและติดตามผู้ปฏิบัติได้ทั้งหมด

ดังนั้นหากต้องการให้บุคลากรมีความเต็มใจที่จะสนับสนุนนโยบาย ต้องมีการออกแบบกระบวนการที่ทำให้บุคลากรให้ความหมายต่อนโยบายนี้ว่า “เป็นสิ่งที่ตอบสนองความต้องการของประชาชน” จากการศึกษาเป็นความหวังในการเยียวยารักษาโรคและความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจำนวนมาก ด้วยเหตุนี้ การมีนโยบายที่เฉพาะเจาะจง ชัดเจน และวัดผลได้จริง ที่สนับสนุนให้เกิดการพัฒนาคุณภาพกำลังคนอันเป็นจุดคานงัดสำคัญของความสำเร็จของนโยบายนี้ ประกอบด้วย 2 สิ่งสำคัญคือ

1) การออกแบบกระบวนการพัฒนาที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรโดยตรง ประกอบด้วย การออกแบบยุทธศาสตร์การอบรมให้ครบทุกมิติ ทั้งการออกแบบหลักสูตรการอบรมที่ตรงตามผลลัพธ์ที่ต้องการให้เกิดในการนำนโยบายสู่การปฏิบัติในพื้นที่ การเลือกบุคลากรเข้าสู่กระบวนการอบรม การมีระบบสนับสนุนให้บุคลากรสามารถนำความรู้ที่ได้จากการอบรมไปสู่การปฏิบัติ

2) การออกแบบกระบวนการพัฒนาระบบการทำงานเพื่อเสริมสร้าง“แรงจูงใจ”ของบุคลากรอันเป็นองค์ประกอบสำคัญของ“ความพร้อม”ของโรงพยาบาลในการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์ไปสู่การปฏิบัติ

4.3.2 การวิเคราะห์ตีความข้อมูล โดยดร.นพ.วิรุฬ ลิ้มสวาท จบแพทย์ศาสตร์บัณฑิต จากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดลในปี พ.ศ. 2544 มีประสบการณ์การทำงานในฐานะแพทย์ชนบทเป็นระยะเวลา 8 ปี โดยทำหน้าที่ให้บริการด้านเวชกรรมและด้านสาธารณสุขชุมชน ทำหน้าที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน 2 แห่ง และได้ร่วมงานเป็นกรรมการกลางของชมรมแพทย์ชนบท ในการพัฒนาและปฏิรูประบบบริการสุขภาพเพื่อชาวชนบท โดยเฉพาะการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และต่อมาได้ลาศึกษาต่อปริญญาโทและปริญญาเอก ณ มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด ประเทศสหรัฐอเมริกาเป็นระยะเวลา 8 ปี โดยจบการศึกษาปริญญาโทสาขามานุษยวิทยาการแพทย์ (medical anthropology) ในปี พ.ศ. 2555 โดยทำวิทยานิพนธ์เรื่องเกี่ยวกับวัฒนธรรมการแพทย์แผนปัจจุบันในประเทศไทย และจบการศึกษาปริญญาเอก สาขามานุษยวิทยาสังคม (social anthropology) ในปี พ.ศ. 2561 โดยทำวิทยานิพนธ์เกี่ยวกับความเป็นวิชาชีพ (professionalism) และระบบราชการ (bureaucracy) ในประเทศไทย

ผลการวิเคราะห์ที่ต้องการเพิ่มเติมในการศึกษานี้ เกิดจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างนโยบายกัญชาทางการแพทย์ พ.ศ. 2562 กับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2545 ดังนี้

4.3.2.1 ด้านการดำเนินนโยบาย พบว่านโยบายทั้งสองนี้ต่างเป็นนโยบายที่ได้รับการผลักดันในฐานะนโยบายของพรรคการเมือง ที่มีการเร่งรัดการดำเนินการตามนโยบายที่ให้สัญญาไว้กับประชาชนภายหลังที่พรรคได้รับการเลือกตั้ง มีการผลักดันให้มีการประกาศใช้กฎหมายฉบับใหม่ กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการโดยเริ่มต้นในพื้นที่นำร่อง แล้วขยายไปทั่วประเทศภายในระยะเวลาไม่ถึงหนึ่งปี ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าการผลักดันการดำเนินนโยบายที่ถูกเร่งรัดจากฝ่ายการเมืองในแบบนี้ เป็นสิ่งที่บุคลากรและกลไกของกระทรวงสาธารณสุข ได้มีการเรียนรู้และเตรียมความพร้อมไว้แล้ว

4.3.2.2. ด้านเนื้อหาของนโยบาย อาจวิเคราะห์ได้ว่านโยบายทั้งสองต่างต้องการให้ประชาชน “เข้าถึง” (access) “บริการสุขภาพ” ที่ประชาชนมีความต้องการ โดยความต้องการของประชาชนที่ผลักดันผ่านนโยบายในปี พ.ศ. 2544 คือการที่คนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่จำเป็น ในขณะที่ในปี พ.ศ. 2562 เป็นการต่อยอดการ “เข้าถึง” บริการพื้นฐานที่จำเป็นนี้ออกไป โดยอาจพิจารณาได้ว่ารูปธรรมในปัจจุบันของ “บริการขั้นพื้นฐาน” คือการพัฒนาบริการสุขภาพ (service plan) ในสาขาต่าง ๆ ที่มีอยู่ที่ “การใช้จ่ายสุขภาพทางการแพทย์” เป็นสาขาใหม่ที่เพิ่มเติมขึ้นมา ในบริบทของวัฒนธรรมผสมระหว่างความเป็นราชการกับความเป็นวิชาชีพ ความต้องการและผลประโยชน์ในด้านสุขภาพของประชาชนนี้ เป็นแรงผลักดันสำคัญที่ทำให้บุคลากรของกระทรวง “ฟันฝ่า” อุปสรรคต่าง ๆ เพื่อผลักดันให้นโยบายประสบผลสำเร็จ

4.3.2.3. ระบบการทำงานของกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2562 เป็นผลที่เกิดจากการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เริ่มต้นในปี พ.ศ. 2544 ที่ทำให้เกิดการจัดเครือข่ายหน่วยบริการระดับต่าง ๆ โดยใช้จำนวนและความต้องการของประชากรเป็นตัวกำหนด เป็นที่มาของการพัฒนาระบบการแบ่งพื้นที่และเครือข่ายแบบเขตสุขภาพและการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) ที่เริ่มต้นดำเนินการ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 ระบบเครือข่ายนี้จึงเป็นโครงสร้างพื้นฐานที่เป็นการเตรียมความพร้อมในเชิงการบริหารจัดการ สำหรับนโยบายสุขภาพทางการแพทย์

4.3.2.4 การเริ่มดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในปี พ.ศ. 2544 เป็นส่วนหนึ่งของการปฏิรูประบบบริหารจัดการภาครัฐที่มีการนำแนวคิดการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ (new public Management) เข้ามาใช้ในประเทศไทย จึงทำให้ในระบบงานของกระทรวงสาธารณสุข มีการนำแนวคิดเทคนิควิธีการ และเครื่องมือการบริหารจัดการสมัยใหม่เข้ามาใช้ เช่น การบริหารเชิงกลยุทธ์ ที่มีการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ ขององค์กร หรือ การบริหารผลสัมฤทธิ์ ที่มีการใช้ระบบตัวชี้วัดต่าง ๆ (key performance indicators: KPIs) และการพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อการบริหาร (management information system: MIS) ที่มีการพัฒนาระบบการรายงานและเชื่อมโยงข้อมูลผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งพบว่าระบบและเครื่องมือเหล่านี้กลายเป็นส่วนหนึ่งของระบบการทำงาน ที่มีทั้งส่วนที่ช่วยสนับสนุนให้การพัฒนางานใหม่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว และส่วนที่กลายเป็นอุปสรรค โดยเฉพาะระบบ MIS ที่ต้องใช้ต้นทุนสูงมากหากต้องการพัฒนาให้สมบูรณ์อย่างรวดเร็ว แต่ด้วยงบประมาณที่จำกัดโดยเฉพาะงบประมาณด้านเทคโนโลยีสารสนเทศที่มักมีไม่เพียงพอ ทำให้การพัฒนาระบบ MIS ในงานที่เริ่มต้นใหม่ต้องใช้ระยะเวลาในการพัฒนายาวนาน จึงกลายเป็นปัญหาอุปสรรคที่สำคัญ เนื่องจากกลายเป็นภาระของบุคลากร ในขณะที่หน่วยงานส่วนกลางที่เห็นความสำคัญของระบบ MIS ก็ใช้วิธีการเร่งรัดเพื่อให้ได้ข้อมูลให้ครบถ้วน ทั้งส่วนที่เป็น KPIs และข้อมูลอื่น ๆ ในขณะที่ระบบยังไม่สมบูรณ์และหน่วยงานผู้ปฏิบัติก็ไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากระบบ MIS ดังนั้น จึงไม่น่าแปลกใจที่ในโครงการนี้จะพบว่า ปัญหาของระบบรายงานจะถูกยกขึ้นมาเป็นเรื่องสำคัญที่บุคลากรต้องการให้เร่งแก้ไข

4.3.3 การวิเคราะห์ตีความข้อมูล โดยพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ดร.บุษบงก์ วิเศษพลชัย นักวิจัยมีความเชี่ยวชาญในการทำวิจัยคุณภาพ การออกแบบกระบวนการและเป็นวิทยากรประเด็นงานบันดล

ใจ องค์กรสร้างสุข นักสร้างสุของค์กรและการพัฒนาคุณภาพกำลังคน โดยแบ่งการวิเคราะห์ตีความข้อมูลเป็น 2 ประเด็นคือ

4.3.3.1 นโยบายกัญชาทางการแพทย์และแรงจูงใจ (motivation) เนื่องด้วยนโยบายกัญชาทางการแพทย์เป็นนโยบายที่มีจุดอ่อนสำคัญคือการที่นโยบายถูกสั่งการลงมาโดยไม่มีเตรียมความพร้อมเรื่องโครงสร้างแม้จะมีแผนการจัดระบบบริการสุขภาพ (service plan) แต่ก็กล่าวได้ว่าขาดทรัพยากรเพื่อมาสนับสนุนการดำเนินงานที่เหมาะสมและยังไม่มีชัดเจนของความก้าวหน้าตามสายการทำงาน (career path) ของผู้ที่ปฏิบัติงานในคลินิกกัญชา ทำให้ขาดแรงจูงใจจากภายนอก (extrinsic rewards) อย่างไรก็ดีสิ่งที่ทำให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ยังมีแรงจูงใจในการทำงานและพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง คือแรงจูงใจจากภายใน (intrinsic rewards) ที่หล่อหลอมมาจากวัฒนธรรมวิชาชีพ (professionalism) ของบุคลากร โดยเฉพาะหลักจริยธรรมที่ยึดมั่นในประโยชน์และความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เป็นแรงจูงใจจากภายในที่ทำให้บุคลากรมีความมุ่งมั่นทุ่มเทที่จะดำเนินงานคลินิกกัญชาทางการแพทย์เมื่อรับรู้ถึงคุณค่าและประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ ดังนั้นความสำเร็จของนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุขจึงขึ้นอยู่กับกระบวนการพัฒนาคุณภาพกำลังคนที่จะต้องมีการออกแบบกระบวนการ เพื่อสร้างแรงจูงใจภายในให้บุคลากรที่มีความเฉพาะเจาะจงกับประโยชน์ของกัญชาทางการแพทย์และสามารถสร้างอารมณ์ความรู้สึกไปจนถึงการเปลี่ยนวิธีคิด ทักษะคิดต่อกัญชาทางการแพทย์ได้ เช่น การใช้กระบวนการเขียนเรื่องเล่าทางการแพทย์ (narrative medicine) เพื่อให้บุคลากรเห็นถึงประโยชน์ของการใช้กัญชา เพื่อการรักษาผู้ป่วยผ่านเรื่องเล่าที่เป็นชีวิตของผู้ป่วยจริง ๆ และทำให้แรงจูงใจนี้ดำรงอยู่อย่างยั่งยืน

4.3.3.2 นโยบายกัญชาทางการแพทย์กับการเตรียมความพร้อมทั่วไป (general capacity) และความสามารถเฉพาะด้าน (innovation-specific capacity) ให้กับโรงพยาบาลด้วยวัฒนธรรมราชการ มีระบบความสัมพันธ์ระหว่างผู้กำหนดนโยบาย (principals) และผู้ปฏิบัติ (agents) ที่ผู้กำหนดนโยบายมักไม่สามารถบังคับควบคุมและติดตามผู้ปฏิบัติ ได้ทั้งหมด (Buse, Mays, และ Walt, 2005) ขณะเดียวกันกระบวนการสั่งการของนโยบายใหม่ๆ ลงมาสู่ผู้ปฏิบัติก็มักอนุมานว่าพื้นที่ต้องสามารถนำนโยบายนั้น ๆ ลงสู่การปฏิบัติได้ทันที ทำให้ขาดการประเมินความสามารถทั่วไปขององค์กรที่จะทำให้องค์กรสามารถรักษาสภาพปกติขององค์กรในการทำงานเมื่อต้องนำนโยบายใหม่ไปสู่การปฏิบัติได้ เช่น การบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์ การเงินการคลัง แต่จากการตีความข้อมูลกลับพบว่าวัฒนธรรมองค์กรที่จะเข้าใจเป้าหมายและทิศทางขององค์กรร่วมกัน จะนำไปสู่การทำงานร่วมกันของคนในองค์กร การสร้างบรรยากาศการทำงานที่ดีของคนในองค์กรนั้นจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง และเป็นจุดอ่อนในการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์สู่การปฏิบัติเมื่อขาดการเตรียมความพร้อมของการเตรียมความพร้อมทั่วไปให้องค์กร

ขณะที่ความสามารถเฉพาะด้าน ที่เป็นความรู้ทักษะและความสามารถเฉพาะด้านที่จำเป็นสำหรับการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์สู่การปฏิบัติซึ่งมีการออกแบบกระบวนการผ่านการอบรมหลักสูตรกัญชาทางการแพทย์ สำหรับแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร โดยกรมการแพทย์ การอบรมการจัดตั้งคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย สำหรับแพทย์แผนไทยโดยกรมแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกก็ยังไม่สามารถสร้างความครอบคลุมให้กับสหวิชาชีพได้ เช่น วิชาชีพพยาบาล ทำให้เป็นจุดอ่อนในการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์อันมีความเป็นเอกลักษณ์ของความรู้ทักษะความสามารถและการสนับสนุนที่จะทำให้นโยบายประสบความสำเร็จ

ดังนั้นจึงจำเป็นที่การวางแผนพัฒนาคุณภาพกำลังคนที่คาดหวังความสำเร็จของนโยบายกัญชาทางการแพทย์ในอนาคตต้องให้ความสำคัญและเปลี่ยนจุดอ่อนเหล่านี้ให้กลายเป็นจุดแข็งให้ได้

4.3.4 การวิเคราะห์ตีความข้อมูล ด้วยมุมมองของนักวิจัย น.ส.ปารณัฐ สุขสุทธิ จบการศึกษา สาธารณสุขศาสตร์ สาขานามัยชุมชน เรียนรู้การศึกษาลงพื้นที่ชุมชนและวางแผนจัดลำดับสำคัญแก้ปัญหาชุมชนจึงพบความสนใจ การแก้ปัญหาชุมชนด้วยการพึ่งตนเองด้านสุขภาพจึงจะยั่งยืนจึงมีโอกาทำงาน สาธารณสุขมูลฐานในด้านการส่งเสริมการใช้สมุนไพรและการแพทย์พื้นบ้านในชุมชนตามทิศทางแผนพัฒนา การสาธารณสุขฉบับที่ 5 (พ.ศ.2526-2530) ได้พบภูมิปัญญาชาวบ้านและศักยภาพชุมชน จึงสนใจว่าชุมชนมีความรู้และวัฒนธรรม จึงได้ศึกษาปริญญาโทสาขามานุษยวิทยาประยุกต์ และมีโอกาทำงานสาธารณสุขในโครงการต่าง ๆ ที่ใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพและมุมมองด้านสังคมวิทยา มานุษยวิทยา ตำแหน่งงานปัจจุบันคือนักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ

ตามมุมมองของผู้ศึกษาที่มีประสบการณ์ทำงานสาธารณสุขมูลฐานเพื่อส่งเสริมการพึ่งตนเองด้านสุขภาพประชาชนย่อมเห็นด้วย ด้วยการที่กัญชาเป็นพืชท้องถิ่นและมีข้อมูลที่ชาวบ้านเคยใช้กันในรูปแบบต่าง ๆ แต่ขณะเดียวกันย่อมเป็นความยากลำบากของบุคลากรสุขภาพที่ได้รับการฝึกฝนวิธีคิดและบ่มเพาะมุมมองในด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ในหลักสูตรการศึกษาและระบบการทำงาน เมื่อได้รับโจทย์ให้ร่วมศึกษาเรื่องนี้แต่แรกจึงเกิดความสนใจอยากรู้ว่า ความขัดแย้งทางความรู้และแนวความคิดที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร โรงพยาบาลจะออกแบบแนวทางดำเนินงานอย่างไร และบุคลากรสาขาวิชาชีพทางการแพทย์ เกสัชกร พยาบาลและแพทย์แผนไทย ที่เป็นทีมหน้าด่านรับและจ่ายยาให้กับประชาชนที่มาด้วยข้อมูลและความต้องการต่าง ๆ กันนั้น บุคลากรจะทำงานนี้กันอย่างไร

ความขัดแย้งของความรู้เกิดขึ้นนั้นไม่ได้เกิดมาจากการขาดข้อมูลและความรู้จากการศึกษาวิจัยตามจารีตวิทยาศาสตร์เพียงเท่านั้น ที่จะทำให้ได้รับข้อมูลหรือความรู้ไม่เท่ากันเพียงอย่างเดียว แต่เป็นเพราะมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์ ที่ถูกกำกับจากระบบสุขภาพหลักที่สังกัดอยู่เป็นระบบการแพทย์สมัยใหม่ (Modern medical science system) การตัดสินใจของแพทย์มีแบบแผนและวิธีคิดทางวิทยาศาสตร์กำกับอยู่ รวมถึงเกสัชกรและพยาบาล แม้ในช่วงหลังยุคงานสาธารณสุขมูลฐานและการเกิดขึ้นของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สองกระแสนโยบายที่นำแนวคิดทางสังคมวัฒนธรรมมาขับเคลื่อนให้บุคลากรได้เรียนรู้ประสบการณ์ที่แตกต่างไปจากหลักสูตรการศึกษา บริบทการทำงานของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง นโยบายของผู้บริหารส่งผลให้บุคลากรได้มีประสบการณ์จัดการความรู้ที่ขัดแย้งนี้ บุคลากรได้ศึกษาความรู้และลงมือทำ ได้พบคุณค่าใหม่บางอย่างทั้งจากการทำงานและยา กัญชา คุณค่าที่บุคลากรไปถึงคือความใส่ใจประชาชนที่เจ็บป่วยและต้องการใช้ยา กัญชา และพบคุณค่า กัญชา ในเรื่องการเพิ่มคุณภาพชีวิตแก่คนป่วยในกลุ่มโรคหรืออาการที่รักษาทางแผนปัจจุบันไม่ได้ผล

สำหรับผู้ศึกษาได้พบคุณค่าของบุคลากรสุขภาพในการทำงานดูแลรักษาประชาชนอย่างทุ่มเท นโยบายใหม่ๆ ที่ลงไปให้พื้นที่ปฏิบัติมีมากมาย และยังมีสภาพปัญหาเดิม ๆ คือ การแย่งงานตามหน่วยงาน และรายงานผลตามหน่วยงาน แต่บุคลากรก็ยังพยายามทำทุกอย่างอย่างเต็มที่ นี่คือข้อค้นพบสำหรับตัวนักวิจัยที่ทำให้รู้สึกชอบคุณค่าบุคลากรสุขภาพทุกคนเสมอเมื่อทำงานวิจัยเสร็จ

4.4 การวิเคราะห์แนวทางการพัฒนาคุณภาพกำลังคนเพื่อสนับสนุนการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์ไปสู่การปฏิบัติในระบบบริการสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ

การวิเคราะห์แนวทางการพัฒนาคุณภาพกำลังคนในส่วนนี้ เป็นการวิเคราะห์ผ่านทั้งการมองในเชิงระบบของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ที่ประกอบด้วยระบบบริหารหรือระบบสนับสนุน (supporting system) ระบบการให้บริการ (delivery system) และระบบการสนับสนุนในทางเทคนิค (technical assistant system) ระบบการให้บริการ (delivery system) ระบบสนับสนุน (supporting system) และการพิจารณา

“ความพร้อม” ของแต่ละโรงพยาบาลในองค์ประกอบด้านแรงจูงใจ (motivation) ความสามารถทั่วไป (general capacity) และความสามารถเฉพาะด้าน (specific capacity) โดยประมวลผลการวิจัยออกเป็น 3 ประเด็น คือ

4.4.1 แนวทางทางการพัฒนาคุณภาพกำลังคน ด้านระบบบริหาร

4.4.1.1 ควรมีกระบวนการปรับวิธีคิด (mindset) ของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินนโยบายในทุกๆระดับในประเด็นแนวทางการใช้กัญชาทางการแพทย์ของหน่วยบริการและคลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ ทั้งระบบการรักษาโรคด้วยยา กัญชาของแพทย์แผนปัจจุบัน กัญชาในตำรับยาแผนไทย และกัญชาในตำรับของหมอยาพื้นบ้านให้สอดคล้องไปในทางเดียวกัน โดยในระดับบริหารซึ่งทำหน้าที่ด้านการขับเคลื่อนนโยบายและอำนวยความสะดวกสนับสนุนการใช้กัญชาทางการแพทย์ของหน่วยบริการ/โรงพยาบาล ควรปรับการออกแบบการบริหารด้วยการเปิดรับฟังความคิดเห็นจากผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่มากขึ้น ขณะที่บุคลากรในฐานะสหวิชาชีพซึ่งทำหน้าที่ให้บริการควรปรับกระบวนการคิดมุมมอง ทักษะ และความเชื่อให้มีความสอดคล้องกันระหว่างมาตรฐานการรักษา และความต้องการใช้ยา กัญชาทางการแพทย์ของผู้รับบริการจริง

4.4.1.2 ควรกำหนดโครงสร้างอัตรากำลัง บทบาทหน้าที่ และความรับผิดชอบของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ของหน่วยบริการ/โรงพยาบาล รวมทั้งความเจริญก้าวหน้าของสายงานตามโครงสร้างอัตรากำลัง (career path) เพื่อสร้างแรงจูงใจ (motivation) ให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิกกัญชา

4.4.1.3 ควรมีการส่งเสริมการฝึกอบรมหลักสูตรการใช้ยา กัญชาทางการแพทย์ให้ครอบคลุมบุคลากรทุกคนที่เกี่ยวข้อง ทั้งทางตรงและทางอ้อมโดยมีการออกแบบหลักสูตรที่เหมาะสมเพื่อสร้างทัศนคติที่ดี ส่งเสริมทักษะการใช้ยา กัญชาได้อย่างสมเหตุผลและเพื่อพัฒนาทักษะเฉพาะ (specific capacity) ให้กับบุคลากร

4.4.1.4 ควรมีการพัฒนาหลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์เฉพาะด้านและอบรมบุคลากรทางการแพทย์เพื่อเป็นพี่เลี้ยงสนับสนุน เป็นวิทยากรในการจัดอบรม ในระดับภูมิภาค หรือเขตบริการ เพื่อให้ครอบคลุมการให้บริการ

4.4.1.5 ควรมีการพัฒนาหน่วยงาน/ระบบบริการต้นแบบการใช้กัญชาทางการแพทย์เฉพาะด้าน เพื่อรองรับการฝึกอบรมเพิ่มพูนทักษะ

4.4.1.6 ควรมีนโยบายการพัฒนาคุณภาพกำลังคนที่เฉพาะเจาะจง ชัดเจน และวัดผลได้จริง ซึ่งต้องประกอบด้วยทั้งการพัฒนาที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรโดยตรงและการพัฒนาระบบการทำงานเพื่อเสริมสร้าง “แรงจูงใจ” ของบุคลากรที่เป็นองค์ประกอบสำคัญของ “ความพร้อม” ของโรงพยาบาลในการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์ไปสู่การปฏิบัติ

4.4.2 แนวทางทางการพัฒนาคุณภาพกำลังคน ด้านระบบบริการ

4.4.2.1 ควรพัฒนาแนวทางการสั่งใช้กัญชาทางการแพทย์ให้สามารถตอบความจำเป็นและความต้องการของผู้รับบริการอย่างมีประสิทธิภาพ กำหนดหลักเกณฑ์และเงื่อนไขให้ง่ายและสอดคล้องกับความจำเป็นและความต้องการเข้าถึงบริการกัญชาทางการแพทย์ รวมทั้งลดขั้นตอนด้านการบันทึกข้อมูลลงระบบโปรแกรมการให้บริการกัญชาทางการแพทย์และการเรียกเก็บค่าชดเชยการให้บริการของหน่วยบริการ/โรงพยาบาล

4.4.2.2 ควรกำหนดแนวทางการพัฒนาคุณภาพการให้บริการกัญชาทางการแพทย์และการส่งต่อผู้ป่วยของหน่วยบริการ ตั้งแต่ขั้นตอนการประชาสัมพันธ์แก่ผู้ที่สนใจและสมัครใจเข้ารับบริการ การคัดกรอง

การเริ่มต้นกระบวนการรักษาด้วยยาสมุนไพร หรือตำรับกัญชาแผนไทย การติดตามความก้าวหน้าการสั่งใช้กัญชาทางการแพทย์แก่ผู้รับบริการ และการฟื้นฟูสภาพทั้งในคลินิกหน่วยบริการและในชุมชน บูรณาการเชื่อมต่อกับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและทีมหมอครอบครัวด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการหลังจากการได้รับการสั่งใช้กัญชาจากหน่วยบริการ/โรงพยาบาล รวมทั้งพัฒนาทักษะการบริหารจัดการในการรับมือกับนโยบายกัญชาทางการแพทย์ซึ่งเป็นนโยบายใหม่ (general capacity) ให้กับหน่วยบริการ/โรงพยาบาล

4.4.2.3 ควรจะมีการประเมินความพร้อม (readiness) ของหน่วยบริการ/โรงพยาบาล ทั้งก่อนและระหว่างการเปิดให้บริการกัญชาทางการแพทย์ทั้งในประเด็นแรงจูงใจ (motivation) ทักษะความสามารถทั่วไป (general capacity) และทักษะเฉพาะ (specific capacity) เพื่อออกแบบกระบวนการพัฒนาความพร้อมของระบบบริการกัญชาทางการแพทย์ให้สามารถให้บริการประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและไปถึงผลลัพธ์ที่ต้องการ (outcomes) ตามที่มีการออกแบบนโยบายไว้

4.4.3 แนวทางทางการพัฒนาคุณภาพกำลังคน ผ่านการพัฒนากระบวนการให้ความช่วยเหลือทางเทคนิค (technical assistant system)

4.4.3.1 ควรมีการดำเนินการศึกษาวิจัยการใช้ประโยชน์จากกัญชาในทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องทั้งในทางการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน เพื่อให้มีหลักฐานสนับสนุนให้การให้บริการการใช้กัญชาทางการแพทย์ของบุคลากรวิชาชีพ รวมถึงควรมีการสังเคราะห์องค์ความรู้จากต่างประเทศและการสร้างความร่วมมือทางวิชาการกับต่างประเทศ

4.4.3.2 ควรมีการสังเคราะห์องค์ความรู้จากระบบรายงานเพื่อเป็นข้อมูลย้อนกลับในการพัฒนาระบบการทำงานและระบบการให้บริการทั้งระดับพื้นที่และระดับประเทศ และมีระบบการถ่ายทอดข้อมูลย้อนกลับไปยังผู้ปฏิบัติ ผ่านช่องทางและกลไกต่าง ๆ เช่น ระบบการนิเทศงาน ระบบพี่เลี้ยง รวมถึงการมีแหล่งข้อมูลทางวิชาการ online สำหรับบุคลากร

4.4.3.3 ควรมีระบบการให้คำปรึกษากับบุคลากรทุกระดับทั้งในด้านวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการการใช้กัญชาทางการแพทย์ และประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการและพัฒนาระบบบริการ

4.4.3.4 ควรมีการพัฒนาการฝึกอบรมและการให้ความรู้กับบุคลากรทั้งผู้ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการและผู้ที่เกี่ยวข้องกับระบบสนับสนุน

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการวิจัย

โครงการวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive study) ใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) แบบชาติพันธุ์วรรณา (ethnography) เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) และการอภิปรายกลุ่ม (focus group discussion) ด้วยแนวคำถามที่ใช้ในการวิเคราะห์ ปัจจัยที่มีผลต่อ“ความพร้อม”ของโรงพยาบาลในการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์ไปสู่การปฏิบัติดำเนินการ เก็บข้อมูลควบคู่ไปกับการวิเคราะห์บริบทในเชิงระบบของกระบวนการการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ โดยใช้ การวิเคราะห์เอกสารและข้อมูลอื่น ๆ ร่วมไปกับการวิเคราะห์ประเด็นเพิ่มเติม โดยการตีความ (interpretation) ด้วยมุมมองของ “คนใน” ของคณะนักวิจัยที่เป็นบุคลากรวิชาชีพ และมีประสบการณ์ทำงาน ในระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข โดยการสังเคราะห์และประมวลผลการศึกษาแบ่งออกเป็น 3 มิติของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ได้แก่

5.1.1 การวิเคราะห์ภาพรวมของนโยบาย

ในการประมวลผลการศึกษาภาพรวมของนโยบายตามสามเหลี่ยมการวิเคราะห์นโยบาย (policy analysis triangle) พบว่ามีประเด็นสำคัญดังนี้

(1) บริบทและกระบวนการตั้งแต่การเกิดขึ้นของนโยบายเน้นย้ำสาระสำคัญที่ยังคงอยู่ จนถึงปัจจุบัน

นโยบายกัญชาทางการแพทย์ ตามนิยามของ “นโยบายด้านสุขภาพ” ตอนหนึ่งว่าเป็น “คำประกาศเป็นทางการเกี่ยวกับการดำเนินการภายในสถาบันต่าง ๆ โดยเฉพาะรัฐบาล” จึงมีความ สมเหตุสมผลที่จะกล่าวว่าการประกาศใช้ พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 เป็นหมุด หมายที่ “นโยบายกัญชาทางการแพทย์เกิดขึ้นครั้งแรกในประวัติศาสตร์ชาติไทย” ทั้งนี้ เนื่องจากกฎหมายนี้ ได้รับการ “ประกาศ” ในเล่มที่ 136 ตอนที่ 19 ก ของ ราชกิจจานุเบกษา ประเภท ก ที่เป็นฉบับกฤษฎีกา จึงเป็นการประกาศอย่างเป็นทางการถึงการ “ปลดล็อก” ในทางกฎหมาย ให้สามารถใช้ประโยชน์จากกัญชา ในทางการแพทย์ได้อย่างถูกต้อง และการระบุไว้ในมาตราสุดท้ายว่า ผู้รักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ คือ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข จึงทำให้กระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทตามกฎหมายฐานะกลไก ของรัฐในการดำเนินการให้นโยบายเกิดผลสำเร็จประโยชน์แก่ประเทศชาติและประชาชนส่วนรวม การนำ นโยบายกัญชาทางการแพทย์ไปสู่การปฏิบัติโดยกระทรวงสาธารณสุข จึงเริ่มต้นนับแต่เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 เป็นต้นมา อย่างไรก็ตามในการวิเคราะห์การดำเนินการตามนโยบายโดยหน่วยงานและบุคลากรของ กระทรวงสาธารณสุขในการเปิดให้บริการการใช้กัญชาทางการแพทย์ ที่เริ่มต้นในเดือนสิงหาคม 2562 จะต้อง อ้างอิง “คำประกาศเป็นทางการ” ในการแถลงนโยบายของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในวันที่ 7 สิงหาคม 2562 ซึ่งนโยบายนี้ได้สรุปไว้ในข้อความสั้น ๆ ที่ปรากฏอยู่ในหน้าหลักของเว็บไซต์ “กัญชา ทางการแพทย์” ของกระทรวงสาธารณสุขมีเครื่องหมายอัญประกาศระบุว่าเป็นคำกล่าวของ รองนายกรัฐมนตรี และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข แสดงถึงการย้ำสำรตละสำคัญของนโยบายนี้ คือ “ปลดล็อก...กัญชา ทางการแพทย์เสรี”

อย่างไรก็ตาม ตามนิยามอีกตอนหนึ่งของนโยบายด้านสุขภาพ ที่ว่า “... เพื่อตอบสนอง ความต้องการด้านสุขภาพ ทรพยากรที่มีอยู่ และแรงผลักดันอื่น ๆ ทางการเมือง” ซึ่งในบริบทของประเทศไทย

ในปี 2562 คำว่า “การเมือง” มีความหมายของ “การเมืองแนวใหม่” (new politics) ชัดเจนที่เป็นรูปธรรมคือ การให้ประชาชนเข้ามามีบทบาทโดยตรงในการเสนอร่างกฎหมาย ซึ่งการทบทวนกระบวนการผลักดัน การแก้ไขกฎหมายที่นำมาสู่การประกาศใช้พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 นั้น เกิดขึ้น จากความต้องการและแรงผลักดันของภาคประชาสังคมและฝ่ายต่าง ๆ ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า สารัตถะสำคัญ อีกประการหนึ่งของนโยบายกัญชาทางการแพทย์ คือ นโยบายนี้ไม่ได้เป็นนโยบายที่เกิดจากความต้องการและ แรงผลักดันทางฝ่ายการเมืองของรัฐบาลหรือรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น แต่เป็นนโยบายที่เป็น ความต้องการของประชาชนด้วย

(2) ลักษณะเฉพาะของผู้ปฏิบัติและบริบททางวัฒนธรรมมีผลต่อความสำเร็จของนโยบาย

แม้การดำเนินการตามนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุขจะเป็นในลักษณะ การสั่งการจากผู้บริหาร ในลักษณะของนโยบายจากบนลงล่าง (top - down) แต่บริบทของกระทรวง สาธารณสุขที่มีการผสมผสานระหว่างวัฒนธรรมราชการและวัฒนธรรมวิชาชีพ ทำให้การนำนโยบายไปสู่ การปฏิบัติเป็นไปในลักษณะความสัมพันธ์ที่ผู้กำหนดนโยบายไม่สามารถบังคับควบคุมและติดตามได้ทั้งหมด และจากการที่นโยบายนี้เป็นการส่งเสริมการใช้ประโยชน์จาก “ยาเสพติด” ที่พัฒนาขึ้นท่ามกลางหลักฐาน สนับสนุนที่ยังมีข้อจำกัดและข้อมูลโต้แย้งจากอันตรายในฐานะสิ่งเสพติด ทำให้เป็นนโยบายที่ผลักดันให้มีการ ใช้ยากับผู้ป่วย ซึ่งเป็นสิ่งที่กระทบโดยตรงกับความเป็นวิชาชีพ (professionalism) ของบุคลากร โดยเฉพาะหลักจริยธรรมที่ยึดมั่นในประโยชน์และความปลอดภัยของผู้ป่วย ดังนั้นความสำเร็จของนโยบาย กัญชาทางการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุขจึงขึ้นอยู่กับ การสนับสนุนของบุคลากร โดยเฉพาะบุคลากร ทางการแพทย์ที่ทำหน้าที่ตัดสินใจเลือกและสั่งจ่ายยาเสพติดให้โทษให้กับผู้ป่วยอย่างมีจริยธรรมทางวิชาชีพ

5.1.2 การวิเคราะห์บริบทเชิงระบบของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ

การวิเคราะห์บริบทในเชิงระบบของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ใช้กรอบแนวคิดที่พัฒนามา จากทฤษฎีระบบความสัมพันธ์ขององค์ประกอบและบริบทที่มีผลต่อ “ความพร้อม” ขององค์กรในการปรับใช้ นวัตกรรมหรือการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ (outcome) โดยการแยกแยะองค์ประกอบ 3 ระบบย่อย ได้แก่ ระบบการให้บริการ (delivery system) ระบบสนับสนุน (supporting system) และ ระบบการสนับสนุนทางเทคนิค (technical assistance system) สามารถสรุปผลการวิเคราะห์และประมวลผล การศึกษาได้ดังตารางที่ 21

ตารางที่ 21 ตารางผลการวิเคราะห์ระบบการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์ไปสู่การปฏิบัติในโรงพยาบาล

ระบบย่อยและองค์ประกอบ	ผลการวิเคราะห์
1. ระบบการให้บริการ	
1.1 การให้บริการการใช้กัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาล	<ul style="list-style-type: none"> มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์เป็นประจำ ทั้งแบบที่แยกระหว่างการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านและแบบผสมผสานการแพทย์หลายระบบคู่กันไป บางโรงพยาบาลเริ่มมีการให้บริการนอกคลินิกกัญชาทางการแพทย์
1.2 การคัดกรองความเหมาะสมในการได้รับยา	<ul style="list-style-type: none"> การคัดกรอง การวินิจฉัยและเลือกชนิดของยาเสพติด ดำเนินการตามแนวทางที่ส่วนกลางกำหนด ผู้ป่วยที่ไม่เข้าเกณฑ์แผนปัจจุบัน
1.3 การให้การวินิจฉัยและเลือกชนิดของยาเสพติด	<ul style="list-style-type: none"> การแนะนำให้ใช้ยาแผนไทยเป็นทางเลือก เมื่อส่วนกลางปรับเกณฑ์ ทำให้มีผู้ได้รับยาเพิ่มขึ้น

ระบบย่อยและองค์ประกอบ	ผลการวิเคราะห์
<p>1.4 การจ่ายยาและให้คำปรึกษาการใช้</p> <p>1.5 การติดตามผลข้างเคียง</p> <p>1.6 การบันทึกข้อมูลการให้บริการ</p>	<ul style="list-style-type: none"> • การจ่ายยาและให้คำปรึกษาพบว่า มีผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์แต่ รพ. ไม่มียาไว้ให้บริการ โดยเฉพาะยา CBD เด่น และผู้ป่วยบางรายปฏิเสธที่จะรับยาแผนไทย • การติดตามผลข้างเคียง มีการติดตามหลังรับยา 3-7 วันและทุกครั้งที่มารับการตรวจติดตาม แต่ด้วยบุคลากรที่มีอยู่จำกัดเมื่อจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น การติดตามจึงไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ • มีระบบการลงทะเบียนผู้ป่วยและระบบรายงานการให้บริการที่แยกกัน หลายระบบ ที่ไม่เชื่อมโยงกัน ระบบมีปัญหาบ่อย ๆ และไม่เชื่อมโยงกับระบบปกติของโรงพยาบาล ด้วยอุปสรรคต่าง ๆ ทำให้การรายงานข้อมูลมาที่ส่วนกลางของแต่ละ รพ. ยังไม่เป็นข้อมูลปัจจุบัน และไม่แสดงความก้าวหน้าของงานล่าสุดได้
2. ระบบสนับสนุน	
<p>2.1 การสนับสนุนทางวิชาการ การฝึกอบรม/ประชุมสัมมนา การให้คำปรึกษาทางวิชาการ เอกสาร/สื่อทางวิชาการ</p>	<ul style="list-style-type: none"> • มีการจัดอบรมความรู้การใช้ยากัญชาโดยกรมการแพทย์ และกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และโดยเขตสุขภาพมีบุคลากรและวิทยากรที่สามารถให้คำปรึกษาได้ และมีการขอคำปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญหรือบุคลากรอื่น ๆ โดยอาศัยความสัมพันธ์ส่วนบุคคลหน่วยงานส่วนกลางมีการจัดทำเอกสารคู่มือและมีฉบับปรับปรุงเป็นระยะ
<p>2.2 การสนับสนุนทรัพยากร</p> <ul style="list-style-type: none"> • ยา • บุคลากร • สถานที่และอุปกรณ์ • งบประมาณ • โครงการภายใต้แผนปฏิบัติราชการกระทรวงสาธารณสุข 	<ul style="list-style-type: none"> • ยาสารสกัดกัญชามีทั้งส่วนที่โรงพยาบาลได้รับการสนับสนุนและที่ต้องซื้อเอง สำหรับยากัญชาบริการในคลินิกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านได้รับการสนับสนุนจากส่วนกลาง • มีการจัดสรรบุคลากรตามแนวทางที่ส่วนกลางกำหนด โดยเป็นงานเพิ่มเติมของบุคลากรที่ผ่านการอบรมจำนวนหนึ่ง มีทั้งที่หมุนเวียนกันและดูแลเป็นประจำ • โรงพยาบาลจัดสรรพื้นที่และอุปกรณ์สำหรับการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์เป็นประจำ มีการปรับเปลี่ยนวันและสถานที่ตามบริบทที่เปลี่ยนไป • การจัดการบริการของ โรงพยาบาลใช้งบประมาณการดำเนินงานตามปกติ • มีการออกแบบโครงการของหน่วยราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในการสนับสนุนการดำเนินงานตามนโยบาย
<p>2.3 การติดตามและประเมินผล</p> <ul style="list-style-type: none"> • การติดตามและประเมินผล 	

ระบบย่อยและองค์ประกอบ	ผลการวิเคราะห์
<ul style="list-style-type: none"> • การให้คำปรึกษาด้านการบริหารและการดำเนินงาน • การชื่นชมและให้คุณให้โทษ 	<ul style="list-style-type: none"> • มีการพัฒนาระบบข้อมูลกลางที่เรียกว่า C-MOPH เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลทุกระบบเข้าด้วยกัน แต่ยังคงมีความยุ่งยากซับซ้อนของการบันทึกข้อมูลและไม่ครอบคลุมทุก รพ. • มีการดำเนินการโดยใช้ระบบเขตบริการสุขภาพ ตามแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) • ยังไม่มีระบบการชื่นชมและให้คุณให้โทษที่ชัดเจนต่อผลการดำเนินงาน แต่มีการเร่งรัดการลงข้อมูลในระบบรายงาน
3. ระบบความช่วยเหลือทางเทคนิค	
<ul style="list-style-type: none"> • การสังเคราะห์องค์ความรู้ • การถ่ายทอดองค์ความรู้ 	<ul style="list-style-type: none"> • มีการวิจัยและพัฒนาโดยกรมวิชาการและมีความร่วมมือกับสถาบันวิชาการ • ยังไม่มีการสังเคราะห์ข้อมูลและองค์ความรู้จากข้อมูลในระบบรายงาน • ยังไม่มีความชัดเจนในการถ่ายทอดองค์ความรู้จากการวิจัยและพัฒนาและระบบรายงานกลับไปสู่ผู้ปฏิบัติ

5.1.3 การวิเคราะห์ “ความพร้อม” ของโรงพยาบาล

จากการเก็บข้อมูลด้วยกระบวนการสัมภาษณ์เชิงลึก และการอภิปรายกลุ่ม สามารถประมวลปัจจัยที่ส่งผลต่อ “ความพร้อม” ของโรงพยาบาลในการให้บริการการใช้กัญชาทางการแพทย์ และข้อเสนอแนะจากความเห็นของบุคลากร สามารถวิเคราะห์และประมวลผลเป็นองค์ประกอบ 3 ประการ ดังตารางที่ 22

ตารางที่ 22 ผลการศึกษาองค์ประกอบของ “ความพร้อม” ของโรงพยาบาลในการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์ไปสู่การปฏิบัติ

องค์ประกอบ	ข้อค้นพบ	ข้อเสนอแนะ
ความสามารถทั่วไป (General Capacity)	<ul style="list-style-type: none"> • มีการใช้พันธกิจและวิสัยทัศน์ขององค์กรเพื่อสร้างความเชื่อมโยงระหว่างนโยบายที่สั่งการลงมาและความรู้สึกเป็นเจ้าของของคนในองค์กร • มีวัฒนธรรมองค์กรในการสร้างความเชื่อและการให้คุณค่าในการทำงานขององค์กร • คนในองค์กรมีความรู้สึกเป็นเจ้าของและเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร • องค์กรมีความสามารถในการเปลี่ยนแปลงกระบวนการเรียนรู้และแก้ไขอย่างรวดเร็วถ้าเกิดปัญหา • มีวัฒนธรรมการการรับฟังความคิดเห็น 	ควรมีกระบวนการเพื่อช่วยเหลือองค์กรในการพัฒนาความสามารถที่จะจัดหา เข้าถึง และกระจายทรัพยากร เนื่องจาก การจัดการนโยบายเร่งด่วนเช่นนโยบายกัญชาจำเป็นต้องมีการบริหารจัดการทรัพยากรอันจำกัดของแต่ละโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ทรัพยากรมนุษย์ รวมทั้งยังขาดศักยภาพในการเข้าถึงทรัพยากรจากแหล่งทุนต่าง ๆ ในสังคม เช่น ทุนจากรัฐบาล ทุนจากองค์กรเอกชน

องค์ประกอบ	ข้อค้นพบ	ข้อเสนอแนะ
	<ul style="list-style-type: none"> • มีวัฒนธรรมการเรียนรู้จากความผิดพลาด • มีผู้นำที่สามารถสร้างความร่วมมือภายในองค์กรด้วยการสร้างความไว้วางใจระหว่างบุคลากร • มีผู้นำที่สนับสนุนการดำเนินงานของบุคลากรผ่านการวางแผนยุทธศาสตร์ที่มีประสิทธิภาพ 	
ความสามารถเฉพาะต่อนโยบายกัญชาทางการแพทย์ (Innovation-Specific Capacity)	<ul style="list-style-type: none"> • องค์กรมีศักยภาพเพียงพอที่จะให้บริการการกัญชาทางการแพทย์ • องค์กรมีความรู้สามารถนำนโยบายกัญชามาออกแบบใหม่ให้เหมาะสมกับบริบทขององค์กรตนเอง • องค์กรสามารถใช้เครือข่ายที่มีทำงานร่วมกับองค์กรอื่นและประสบความสำเร็จได้ • มีบุคคลสำคัญในองค์กรที่เป็นแบบอย่างในการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์สู่การปฏิบัติและสามารถสื่อสารได้อย่างชัดเจนเกี่ยวกับความต้องการของประชาชนและประโยชน์ของกัญชาทางการแพทย์ 	<p>เนื่องจากสัดส่วนบุคลากรที่มีความเข้าใจและศักยภาพในการใช้ประโยชน์จากกัญชาทางการแพทย์ในแต่ละองค์กรยังมีสัดส่วนน้อยกว่าผู้ที่ไม่เข้าใจทำให้การใช้กัญชาในแต่ละองค์กรค่อนข้างติดขัดจึงจำเป็นต้องขยายศักยภาพอย่างน้อยก็ในความเข้าใจที่ตรงกันทั้งองค์กรให้ได้ 100 เปอร์เซ็นต์</p>
แรงจูงใจ (Motivation)	<ul style="list-style-type: none"> • การรับรู้ถึงความทุกข์ (suffering) ของผู้ป่วย ที่มากกว่าแค่การรักษาโรค (disease) ทำให้มองเห็นว่ากัญชาไม่ได้เป็นไปเพื่อการรักษาแต่เป็นไปเพื่อการเยียวยา • การมองกัญชาในฐานะทางเลือกของผู้ป่วยที่มีทางเลือกน้อย เช่น ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยมะเร็ง • การมองนโยบายกัญชาทางการแพทย์ในฐานะเครื่องมือที่ช่วยให้ผู้ป่วยที่เคยใช้กัญชา “ใต้ดิน” หรือกัญชาผิดกฎหมายให้ขึ้นมา “บนดิน” หรือมา 	<ul style="list-style-type: none"> • ควรมีการพัฒนาข้อมูลเชิงประจักษ์ที่เพียงพอในการสร้างแรงจูงใจในประโยชน์ของกัญชาและความปลอดภัยในการใช้ • ควรมีการสร้างแรงจูงใจในการแสดงให้เห็นว่ากัญชาสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างไรผ่านกรณีศึกษาที่ทรงพลัง • ควรมีระบบการจัดการความรู้และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างองค์กรที่มีการนำกัญชาทางการแพทย์ไปใช้เพื่อสนับสนุนแรงจูงใจซึ่งกันและกัน

องค์ประกอบ	ข้อค้นพบ	ข้อเสนอแนะ
	<p>รับการรักษาในระบบสุขภาพที่ปลอดภัยกว่า</p> <ul style="list-style-type: none"> มีความรู้สึกว่าได้รับการสนับสนุนจากทีมงาน 	<ul style="list-style-type: none"> ควรมีการสนับสนุนให้มีโครงสร้างการทำงานที่มีผู้รับผิดชอบโดยตรงที่ชัดเจน

5.2 การอภิปรายผล

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่านโยบายกัญชาทางการแพทย์ ไม่ได้เป็นนโยบายที่เกิดจากความต้องการและแรงผลักดันทางฝ่ายการเมืองของรัฐบาลหรือรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น แต่เป็นนโยบายที่เป็นการตอบสนองความต้องการของประชาชน และความสำเร็จของนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข จึงขึ้นอยู่กับ การสนับสนุนของบุคลากร

ผลการศึกษานับสนับสนุนแนวคิดเรื่องความพร้อมขององค์กรในการนำนโยบายมาสู่การปฏิบัติ ที่จะต้องมีองค์ประกอบทั้ง 3 ด้านคือความสามารถในเปลี่ยนแปลงขององค์กรในการรับมือกับนโยบายใหม่ ๆ โดยทั่วไป (general capacity) และที่เฉพาะเจาะจงกับนโยบายนี้ (specific capacity) และแรงจูงใจ (motivation) ในภาพรวมขององค์กรต่อการนำนโยบายนี้ไปสู่การปฏิบัติ ทั้งนี้พบว่า “ความพร้อม” ขององค์กร มีผลต่อความสำเร็จของแต่ละโรงพยาบาลนำร่องทั้ง 8 แห่ง ในระยะแรกของการเป็นผู้บุกเบิกการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์ไปสู่การปฏิบัติ โดยต้องอาศัยปัจจัยหลายระดับทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล และทั้งปัจจัยระดับองค์กรและปัจจัยระดับบุคคล

ทั้งนี้ในบริบททางวัฒนธรรมของกระทรวงสาธารณสุข การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติไม่ได้เป็นไปในแบบจากบนลงล่าง (top-down) โดยสมบูรณ์ แต่เป็นในลักษณะที่ผู้กำหนดนโยบายไม่สามารถบังคับควบคุมและติดตามผู้ปฏิบัติได้ทั้งหมด ดังนั้นปัจจัยพื้นฐานที่จะทำให้บุคลากรมีความเต็มใจ (willingness) ทำงานสนับสนุนนโยบายคือการที่บุคลากรให้ความหมาย (meaning) ต่ออนนโยบายนี้ว่า เป็นสิ่งที่ตอบสนองความต้องการของประชาชน โดยยากัญชาเป็นความหวังในการเยียวยารักษาโรคและความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจำนวนมาก อย่างไรก็ตามด้วยวัฒนธรรมวิชาชีพทำให้มีอุปสรรคสำคัญในการสนับสนุนนโยบายคือข้อจำกัดในทางวิชาการ ที่เป็นอีกสิ่งหนึ่งที่ต้อง “ปลดล็อก” โดยมีข้อเสนอในส่วนขององค์ประกอบด้าน “แรงจูงใจ” ของ “ความพร้อม” ขององค์กร ว่าควรมีการพัฒนาข้อมูลเชิงประจักษ์ที่เพียงพอในการสร้างแรงจูงใจให้ยอมรับประโยชน์ของกัญชาและความปลอดภัยในการใช้ และควรมีการแสดงให้เห็นว่ากัญชาสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างไรผ่านกรณีศึกษาที่ทรงพลัง

ผลการวิเคราะห์ภาพรวมของนโยบายช่วยเน้นย้ำความสำคัญของ ประเด็นคำถามสำคัญของนโยบายกัญชาทางการแพทย์ในประเทศไทย ตามที่บัณฑิตและคณะ (2562) เสนอไว้ว่ายังมีแนวความคิด และข้อมูลที่ขัดแย้งกัน หรือเป็นประเด็นที่ควรได้รับการพัฒนาให้ชัดเจน ได้แก่ (1) กัญชาเป็นยาเสพติดหรือสมุนไพร (2) กัญชาสามารถ “รักษาได้บางโรคบรรเทาอาการได้บางอาการ” หรือ “รักษาโรคให้หายขาดได้จำนวนมาก” (3) ควรมองนโยบายกัญชาด้วยมุมมองด้าน “การแพทย์” หรือ “การสาธารณสุข” (3) การควบคุมการใช้กัญชาทางการแพทย์ควรเป็น “แบบหลวม ๆ” หรือ “แบบเข้มขึ้น” (5) การเชื่อมประสานกันระหว่างระบบการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์แผนไทยในเรื่องการใช้ยากัญชาและ (6) บทบาทของการวิจัยและระบบการเฝ้าระวังในนโยบายกัญชาทางการแพทย์ควรเป็นอย่างไร

การวิเคราะห์ในเชิงระบบ ช่วยให้เห็นว่าปัญหาของระบบรายงาน เป็นปัจจัยที่บุคลากรให้ความสำคัญ ซึ่งเป็นสิ่งที่มีผลอย่างมากต่อองค์ประกอบด้านแรงจูงใจของบุคลากร โดยเป็นอุปสรรคสำคัญต่อความสำเร็จของ

นโยบายและความยั่งยืนของการจัดบริการการใช้กัญชาทางการแพทย์ของโรงพยาบาล กล่าวคือ ปัญหาของการมีระบบการลงทะเบียนผู้ป่วยและระบบรายงานการให้บริการแยกกันหลายระบบและไม่เชื่อมโยงกัน ยิ่งไปกว่านั้นการศึกษาระบบมีปัญหาลดครั้งและไม่เชื่อมโยงกับระบบปกติของโรงพยาบาลกลายเป็นเพิ่มภาระให้กับเจ้าหน้าที่ และเป็นสิ่งที่ทำให้บุคลากรจำนวนมากแม้จะเห็นประโยชน์ของบริการการใช้กัญชาทางการแพทย์ แต่ก็ไม่อยากจะมาทำงานนี้ จึงเป็นปัญหาที่มีความสำคัญที่ควรได้รับการจัดการแก้ไขอย่างเป็นระบบและรวดเร็ว

อาจกล่าวโดยสรุปได้ว่าการมีนโยบายอย่างชัดเจนและสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาคุณภาพกำลังคนที่ประกอบด้วยทั้งการพัฒนาระบบสนับสนุนส่งเสริมบุคลากรโดยตรงและการพัฒนาระบบการทำงานเพื่อเสริมสร้าง “แรงจูงใจ” ของบุคลากรอันเป็นองค์ประกอบสำคัญของ “ความพร้อม” ของโรงพยาบาลในการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์ไปสู่การปฏิบัติ นับว่าเป็นจุดคานงัดสำคัญของความสำเร็จของนโยบายนี้

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

(1). ควรกำหนดโครงสร้างอัตรากำลัง บทบาทหน้าที่ และความรับผิดชอบของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิกกัญชาของหน่วยบริการ/โรงพยาบาล รวมทั้งความเจริญก้าวหน้าของสายงานตามโครงสร้างอัตรากำลัง (career path) เพื่อสร้างแรงจูงใจและขวัญกำลังใจให้บุคลากรในการให้บริการการใช้กัญชาทางการแพทย์

(2). ควรมีการส่งเสริมให้บุคลากรทุกคนมีความรู้และบุคลากรที่เกี่ยวข้องได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ ทั้งการอบรมทางตรงและทางอ้อม โดยมีการออกแบบหลักสูตรที่เหมาะสมทั้งหลักสูตรทั่วไปและเฉพาะด้าน

(3). ควรมีการพัฒนาหน่วยบริการ/โรงพยาบาล ต้นแบบการใช้กัญชาทางการแพทย์เฉพาะด้าน เพื่อเป็นพี่เลี้ยงให้กับหน่วยบริการ/โรงพยาบาลอื่น เป็นที่ศึกษาดูงาน และรองรับการฝึกอบรมเพิ่มพูนทักษะ

(4). ควรมีการออกแบบระบบรายงานที่สามารถสะท้อนเป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ เป้าหมายการให้บริการที่เป็นระบบและเป็นไปได้จริงในทางปฏิบัติ ลดภาระบุคลากรที่ปฏิบัติงานในพื้นที่และสามารถใช้เป็นข้อมูลสะท้อนกลับในการพัฒนาคุณภาพบริการ

(5). ควรมีนโยบายการพัฒนาคุณภาพกำลังคนที่เฉพาะเจาะจง ชัดเจน และวัดผลได้จริง ซึ่งต้องประกอบด้วยทั้งการพัฒนาที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรโดยตรงและการพัฒนาระบบการทำงานเพื่อเสริมสร้าง “แรงจูงใจ” ของบุคลากรที่เป็นองค์ประกอบสำคัญของ “ความพร้อม” ของโรงพยาบาลในการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์ไปสู่การปฏิบัติ

(6). ควรมีการวางเป้าประสงค์ของนโยบายที่ชัดเจนการใช้กัญชาทางการแพทย์ที่ชัดเจน ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยความครบถ้วนของข้อมูลทั้งหมด ได้แก่ หลักฐานงานวิจัยทางคลินิก (research) ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ (knowledge) และประสบการณ์จากประเทศอื่นเป็นฐานประกอบ (experience) เพื่อผนวกเข้ากับบริบทของสังคมไทย (local context) ซึ่งจะทำให้การกำหนดนโยบายการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์เป็นไปในลักษณะการสร้างนโยบายที่มาจากฐานข้อมูล (evidence-informed policy-making) เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดขึ้นจากความเข้าใจที่ไม่ตรงกัน อีกทั้งยังเป็นการลดความเสี่ยงต่อความล้มเหลวเมื่อนำนโยบายไปปฏิบัติ

(7). ควรมีการสร้างความพร้อมของทรัพยากรทางสาธารณสุข (public health resources) ซึ่งหมายความรวมถึงทรัพยากรบุคคลและหน่วยงานรับผิดชอบที่เกี่ยวข้อง กล่าวคือจะต้องมีหน่วยงานกลาง ศึกษารองศาสตราจารย์สาธารณสุขที่มีศักยภาพเต็มที่ เป็นผู้รับผิดชอบระบบการกำกับดูแลสนับสนุนโดยตรง เพื่อให้กลไกการควบคุม ตรวจสอบ ประเมินผลการดำเนินงานนโยบายสุขภาพไปปฏิบัติเป็นไปอย่างถูกต้องเหมาะสม และมั่นใจว่าจะบรรลุเป้าประสงค์การใช้สุขภาพทางการแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

(8). ควรมีระบบสนับสนุน โดยเฉพาะการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานนโยบายสุขภาพทางการแพทย์ไปปฏิบัติอย่างเหมาะสม

(9). ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน จากการศึกษาที่ประชาชนจะให้การสนับสนุนนโยบายใด แสดงว่านโยบายนั้นจะต้องสอดคล้องกับทัศนคติ ค่านิยม พื้นฐานความคิดความเข้าใจ ความต้องการของประชาชน และวิถีชุมชน

(10). ควรมีการวางยุทธศาสตร์การดำเนินงานการดำเนินงานนโยบายสุขภาพทางการแพทย์สู่การปฏิบัติที่เป็น การดำเนินงานในระบบโครงสร้างทางราชการปกติ เพื่อความยั่งยืนของนโยบาย แม้บริบททางการเมืองจะ เปลี่ยนแปลงไป

5.3.2 ข้อเสนอแนะในเชิงปฏิบัติ

(1). ควรมีกระบวนการปรับวิธีคิด (mindset) ของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการปฏิบัติงานคลินิกสุขภาพ ทางการแพทย์ทุกระดับ ด้วยการเปิดรับฟังความคิดเห็นจากผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่มากขึ้น ลดขั้นตอน ภาระด้าน การบันทึกข้อมูลและระบบรายงานให้สามารถเป็นไปได้จริงในทางปฏิบัติ

(2). ควรมีการปรับการให้บริการให้มีความสอดคล้องกันระหว่างมาตรฐานการรักษาและ ความต้องการใช้ยาสุขภาพทางการแพทย์ของผู้รับบริการ โดยควรพัฒนาแนวทางการสั่งใช้ยาสุขภาพ การพัฒนา คุณภาพบริการให้สามารถตอบสนองความจำเป็นและความต้องการของผู้รับบริการอย่างมีประสิทธิภาพ

(3). ควรมีการบูรณาการเชื่อมต่อกับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและทีมหมอครอบครัว ด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ หลังจากการได้รับการสั่งใช้ยาสุขภาพจากหน่วยบริการ/โรงพยาบาล

(4). ควรมีการพัฒนาแนวทางปฏิบัติและการเสริมสร้างทักษะและความสามารถของหน่วยบริการ/ โรงพยาบาล ในการรองรับกับนโยบายสุขภาพทางการแพทย์ซึ่งเป็นนโยบายใหม่

5.3.3 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

(1). ควรมีการขยายพื้นที่การศึกษาวิจัยประเมินความพร้อม (readiness) ของหน่วยบริการ/ โรงพยาบาลให้ครบทั้ง 12 เขตสุขภาพ ทั้งก่อนและระหว่างการเปิดให้บริการสุขภาพทางการแพทย์ทั้งในประเด็น แรงจูงใจ (motivation) ความสามารถทั่วไป (general capacity) และความสามารถเฉพาะ (specific capacity) ขององค์กรเพื่อออกแบบ กระบวนการพัฒนาความพร้อมของระบบบริการการใช้สุขภาพทางการแพทย์ สามารถ ให้บริการประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและได้ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์

(2). ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อการสร้างนโยบายพัฒนาคุณภาพบุคลากรที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based policy) ทั้งการศึกษาวินิจฉัยนโยบายการพัฒนาที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรโดยตรง และการศึกษา วิจัยนโยบายการพัฒนาระบบการทำงานเพื่อเสริมสร้าง “แรงจูงใจ” ของบุคลากรอันเป็นองค์ประกอบสำคัญของ “ความพร้อม” ของโรงพยาบาลในการดำเนินงานนโยบายสุขภาพทางการแพทย์ไปสู่การปฏิบัติ

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. (2562 ก). คู่มือการจัดตั้งคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย ในสถานบริการสุขภาพ. (เอกสารอัดสำเนา).
- กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. (2562 ข). สรุปผลการดำเนินงานกัญชาทางการแพทย์แผนไทย. สำนัก (เอกสารอัดสำเนา).
- กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2562). รายงานผลการดำเนินการกัญชาทางการแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. นนทบุรี: ศูนย์ประสานการตรวจกัญชาทางห้องปฏิบัติการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์.
- กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. (2562,1 ตุลาคม). เผยแพร่คู่มือและมาตรฐานการตรวจกัญชา. [ผู้จัดการออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก <https://mgronline.com/qol/detail/9620000094547> .
- กระทรวงสาธารณสุข. (2562). คู่มือแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขากัญชาทางการแพทย์ คลินิกบริการกัญชาทางการแพทย์ (Medical Cannabis Clinic) แบบผสมผสานแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทยในสถานพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กองบริหารการสาธารณสุข.
- กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2560). การขับเคลื่อนแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) พ.ศ. 2560-2564. นนทบุรี: กองบริหารการสาธารณสุข.
- กองบริหารการสาธารณสุข. (2562). คู่มือแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขากัญชาทางการแพทย์ คลินิกบริการกัญชาทางการแพทย์ (Medical Cannabis Clinic) แบบผสมผสานแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทยในสถานพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: กองบริหารการสาธารณสุข; หน้า 4.
- กองบริหารการสาธารณสุข. (2563). บทสรุปสำหรับผู้บริหาร ปีงบประมาณ 2563 รอบที่ 1. ประเด็นที่ : กัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ. (เอกสารอัดสำเนา).
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2563). แผนติดตามผลการดำเนินงาน โครงการสำคัญ ของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2563. เข้าถึงได้จาก http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/monitor_project63.pdf.pdf
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2563). แผนบริหารความเสี่ยงยุทธศาสตร์ สำหรับกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2563. เข้าถึงได้จาก http://bps.moph.go.th/new_bps/Public_Document

- กีรติ ยศยิ่งยง. (ม.ป.ป.) ขีดความสามารถ Competency based approach. กรุงเทพฯ: มิสเตอร์กอบปี้ (ประเทศไทย). คณะกรรมการการสาธารณสุข. (2562). บันทึกการประชุมคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ครั้งที่ 7/2562 วันที่ 6 พฤศจิกายน 2562 ณ ห้องประชุม หมายเลข 2205 ชั้น 22 อาคารสุขประพฤติ. หน้า 4-5. (เอกสารอัดสำเนา).
- คณะกรรมการการสาธารณสุข. (2562). รายงานการประชุมคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ครั้งที่ 8/2562 วันที่ 13 พฤศจิกายน 2562 ณ ห้องประชุม หมายเลข 2205 ชั้น 22 อาคารสุขประพฤติ. หน้า 4-5. (เอกสารอัดสำเนา).
- คณะรัฐมนตรี. (2562). คำแถลงนโยบาย ของคณะรัฐมนตรี พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี แถลงต่อรัฐสภา วันพฤหัสบดีที่ 25 กรกฎาคม 2562. ราชกิจจานุเบกษา, เล่ม 136, ตอนพิเศษ 186ง.
- คณะกรรมการพิจารณาข้อมูลเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์.(2562). คำแนะนำสำหรับแพทย์ การใช้กัญชาทางการแพทย์ จัดทำโดยแพทยสภา ตามมติของกรรมการแพทยสภา ที่ 57/2562. ฉบับที่ 1 ตุลาคม 2562. เข้าถึงได้จาก https://tmc.or.th/pdf/fact/guideline_cannabis_101062.pdf .
- จุมพล นิมพานิช, และ สุรวงศ์ วรณปักษ์. (2562). การเมืองภาคประชาชน/การเมืองภาคพลเมือง : ทางออกของการเมืองไทย. กรุงเทพฯ. สถาบันพระปกเกล้า.
- ณัฐพล ยิ่งกล้า. (ม.ป.ป.). ราชกิจจานุเบกษา. สืบค้นจาก <http://wiki.kpi.ac.th/index.php?title=%E0%B8%A3%E0%B8%B2%E0%B8%8A%E0%B8%81%E0%B8%B4%E0%B8%88%E0%B8%88%E0%B8%B2%E0%B8%99%E0%B8%B8%E0%B9%80%E0%B8%9A%E0%B8%81%E0%B8%A9%E0%B8%B2>
- นิตดา เกียรติยิ่งอังคสิ. (2561). กระท่อมและกัญชาเป็นความมั่นคงด้านยาของประเทศ. ยาวิพากษ์: จดหมายข่าวศูนย์ข้อมูลเฝ้าระวังระบบยา, 9 (36), 3-8.
- บัณฑิต ศรีไพศาล, Manthey, J., & Rehm, J. (2562). คิดให้ชัดกับนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของประเทศไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 28 (4), 755-766.
- ปรุพท์ รุจนารงค์. (2561). ข้อกฎหมายเกี่ยวกับพืชกระท่อมและกัญชาในทางการแพทย์. ยาวิพากษ์: จดหมายข่าวศูนย์ข้อมูลเฝ้าระวังระบบยา, 9(36), 19-22.
- ประพนธ์ ตั้งศรีเกียรติกุล. การพัฒนาระบบบริการการใช้กัญชาทางการแพทย์. ในการประชุมการสนับสนุนข้อมูลเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาการใช้กัญชาทางการแพทย์ตามหน่วยงานที่รับผิดชอบ วันที่ 8 สิงหาคม 2562. ณ กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

- ปิยะสกล สานต่อ “ประจัน” ปลดล็อกกฎหมาย ด้านองค์การเภสัชกรรมท่ม 120 ล้านเตรียมผูกโรงงานกัญชาแห่งแรกในไทย. (วันที่ 7 พฤศจิกายน 2561). ประชาชาติธุรกิจออนไลน์. เข้าถึงได้จาก <https://www.prachachat.net/economy/news-246686> .
- ปตพงษ์ เกษสมบูรณ์. (2561). กัญชาทางการแพทย์. ยาวิพากษ์: จดหมายข่าวศูนย์ข้อมูลเฝ้าระวังระบบยา, 9(36), 13-15.
- ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์, และ โชชิตา ภาวสุทธิไพศิฐ. (2561). ประโยชน์และโทษที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้กัญชาในทางการแพทย์และการเปิดเสรีการใช้กัญชา. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 12(1), 71-94. Retrieved from <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4856>.
- ราชกิจจานุเบกษา. (2562). พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ.2562. สืบค้นจาก http://www.ratchakittha.soc.go.th/DATA/PDF/2562/A/019/T_0001.PDF .
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2556). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554. ราชบัณฑิตยสถาน. กรุงเทพฯ: พิมพ์ครั้งที่ 2
- โรงพยาบาลคูเมือง. (2563). สรุปผลการดำเนินงานคลินิกกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลคูเมือง. รวบรวมโดย เภสัชกรรุ่งลาวัลย์ เมินไธสง และทีมงานคลินิกกัญชาทางการแพทย์. (เอกสารอัดสำเนา).
- โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร. (2562). สรุปผลการดำเนินงานคลินิกกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร. (เอกสารอัดสำเนา).
- โรงพยาบาลท่าฉาง (2563). รายงานความก้าวหน้าคลินิกกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลท่าฉาง จังหวัดจังหวัดสุราษฎร์ธานี. โดย ทีมงานการแพทย์แผนไทยและสหวิชาซีพ.(เอกสารอัดสำเนา).
- โรงพยาบาลบุรีรัมย์. (2563). แบบรายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2563 ประเด็นที่ 2 กัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ หัวข้อ กัญชาทางการแพทย์ เขตสุขภาพที่ 9 โรงพยาบาลบุรีรัมย์ รอบที่ 1/2563 รวบรวมโดย นพ.วัชชัย ทองประเสริฐ น.ส.วรัญญา จวนสง และนางฉัตรจณา ศรีหล้า. [ไฟล์ power point], (เอกสารอัดสำเนา).
- โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก. (2563). สรุปรายงานแบบรายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ประเด็นที่ 2 กัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ หัวข้อทางการแพทย์ เขตสุขภาพที่ 2 รอบที่ 1/2563 รวบรวมโดย ภก.สามารถ เอี่ยมเก็บ. (เอกสารอัดสำเนา).
- โรงพยาบาลลำปาง. (2563). สรุปแบบรายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2563 ประเด็นที่ 2 กัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ หัวข้อ กัญชาทางการแพทย์ เขตสุขภาพที่ 1 รอบที่ 1/2563 รวบรวมโดย ภญ. ปิยวรรณ เหลืองจิรโนทัย. (เอกสารอัดสำเนา).
- โรงพยาบาลสระบุรี. (2563). แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2563 (Inspection Guideline). (เอกสารอัดสำเนา).

- โรงพยาบาลสระบุรี. (2563). รายงาน กัญชาทางการแพทย์. การนำเสนอวันที่ 11 มีนาคม 2563 รวบรวม โดย ภญ.นภัคภณ อ้วนไพศาลวงษ์ และทีมงานคลินิกกัญชาทางการแพทย์. (เอกสารอัดสำเนา).
- โรงพยาบาลหาดใหญ่และเขตสุขภาพที่ 12. (2563). แบบรายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2563. ประเด็น กัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ หัวข้อ “กัญชาทางการแพทย์” เขตสุขภาพที่ 12 รอบที่ 1/2563. (เอกสารอัดสำเนา).
- วิทยาลัยเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต. (2562). กัญช้ายับยั้งเซลล์มะเร็งปอด 4 ผลิตภัณฑ์นวัตกรรมต้นแบบ จากสารสกัดกัญชา. [สารรังสิตออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก <https://www2.rsu.ac.th/sarnrangsit-online-detail/Medicinalcannabis>
- ศิรินาถ ตงศิริ, ศุภวิดา แสนศักดิ์, ชนิตตา พลอยล้อมแสง, วรพจน์ พรหมสัตยพรต และสมัทนา กลางคาร. (2561). ทฤษฎีและกรอบแนวคิดของการวิจัยเพื่อนำนโยบายสาธารณสุขไปสู่การปฏิบัติ: การวิจัยอย่างเป็นระบบเพื่อค้นหากลยุทธ์การปฏิบัติตามนโยบายที่มีประสิทธิภาพ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 12 (1), 7-26.
- ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. (ม.ป.ป.). คำแนะนำการดูแลรักษา ผู้ป่วยที่มีการใช้กัญชา. เข้าถึงได้จาก <https://thaicam.go.th/wp-content/uploads/2019/09/.pdf>.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี. (2563). ผลการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan). สาขาการใช้กัญชาทางการแพทย์ เขตสุขภาพที่ 4 ปีงบประมาณ 2563 ไตรมาส 3.
- สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2561). พจนานุกรมการสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2561 ฉบับ 100 ปี การสาธารณสุขไทย. นนทบุรี: สำนักวิชาการสาธารณสุข.
- หนังสือที่ สธ 0207.04/ว 1846 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ลงวันที่ 22 สิงหาคม 2562 เรื่อง ข้อเสนอแนะการดำเนินงานด้านการใช้กัญชาทางการแพทย์ในสถานบริการสุขภาพ. เข้าถึงได้จาก <https://phdb.moph.go.th/main/index/downloadlist/1/0>
- องค์การเภสัชกรรม. (2561). รายงานสรุปผลการประชุมวิชาการ เรื่อง การวิจัยและพัฒนาสารสกัดกัญชาและ กัญชงทางการแพทย์เพื่อการพัฒนาประเทศ ณ ห้องแกรนด์ฮอลล์ 2 โรงแรมรามาคาร์เดนิส กรุงเทพฯ วันที่ 8-9 กุมภาพันธ์ 2561. จัดโดยองค์การเภสัชกรรมและภาคีเครือข่าย. (เอกสารอัดสำเนา).
- อภิสิทธิ์ ไชยดีและคณะ. (2562). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความคิดเห็นของแพทย์ใช้ทุนและแพทย์ประจำบ้านใน โรงพยาบาลแห่งหนึ่งต่อการนำกัญชามาใช้ทางการแพทย์. ในกัญชาทางการแพทย์ โดย ผศ.ดร.นพ. ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์ นำเสนอวันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2562. เข้าถึงได้จาก <https://thaigpfm.org/wp-content/uploads/2019/03/e0b881e0b8b1e0b88de0b88ae0b8b2e0b897e0b8b2e0b887e0b881e0b8b2e0b8a3e0b981e0b89ee0b897e0b8a2e0b98> .สืบค้นวันที่ 26 พ.ค. 2562.

- อนุทิน ชาญวีร์กุล. (2562). นโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข. ในการประชุมผู้บริหารระดับสูงกระทรวงสาธารณสุข วันที่ 7 สิงหาคม 2562 ณ ห้องประชุมชัชวาทนเรนทร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี.
- อนุทิน ชาญวีร์กุล และสุขุม กาญจนพิมาย. ในการประชุมเสวนา เรื่อง ฝ่าทางตัน การใช้กัญชาเสรีทางการแพทย์. เมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2562 ณ กระทรวงสาธารณสุข. เข้าถึงได้จาก <https://www.hfocus.org/content/2019/11/18107>
- อนุทิน ชาญวีร์กุล และสาธิต ปิตุเตชะ. (2562). นโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข. Paper presented at the การประชุมผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข, วันที่ 7 สิงหาคม 2562. ณ ห้องประชุมชัชวาทนเรนทร กระทรวงสาธารณสุข: นนทบุรี.
- โอภาส การ์ยกวินพงศ์. (2562). ภาพรวมขับเคลื่อนนโยบายกัญชาทางการแพทย์. ในการประชุมเชิงปฏิบัติการการขับเคลื่อนนโยบายกัญชาทางการแพทย์ วันที่ 14 สิงหาคม 2562

ภาษาอังกฤษ

- Aguilar, S., Gutiérrez, V. c., Sánchez, L., & Nougier, M. (2018). Medicinal cannabis policies and practices around the world. Retrieved from http://fileserv.idpc.net/library/Medicinal%20cannabis%20briefing_ENG_FINAL.PDF
- Baba Inusa, Kofi A. Anie, and Lewis L. Hsu (2018) Utilising the ‘Getting to Outcomes®’ Framework in Community Engagement for Development and Implementation of Sickle Cell Disease Newborn Screening in Kaduna State, Nigeria. Neonatal Screen. 2018, 4(4), 33.doi.org/10.3390/ijns4040033
- Bandura, A. (1982). Self-Efficacy Mechanism in Human Agency. American Psychologist, 37, 122-147. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.37.2.122> .
- Bartosiewicz, Anna.,Łuszczki, Edyta, Róžański, Andrzej., and Nagórska, Małgorzata. (2011). Analysis of Determinants of Readiness for Professional Development Among Polish Nurses. Int J Environ Res Public Health. May; 16(10): 1800. doi: 10.3390/ijerph16101800 .

- Beebe TJ, Harrison PA, Sharma A, Hedger S. (2001).The community readiness survey: Development and initial validation. *Eval Rev* 2001;25:55-71.
- Bloom, B. S. (1956). Taxonomy of educational objectives: the classification of educational goals; Handbook I: Cognitive domain. In M. D. Engelhart, E. J. Furst, W. H. Hill, & D. R. Krathwohl (Eds.), *Taxonomy of educational objectives: the classification of educational goals; Handbook I: Cognitive domain*. New York: David McKay.
- Bryan J Weiner *Implementation Science* (2009). p.4:67 doi:10.1186/1748-5908-4-67 .
- Buse, K., Mays, N., & Walt, G. (2005). *Making Health Policy*. Berkshire: Open University Press. Conceptual nature of Knowledge Management (KM) Knowledge management is a discipline (branch of knowledge) that has been defined in various ways by scholars globally over the years, 13-14, 127-128.
- Edwards RW, Jumper-Thurman P, Plested BA, et al. (2001). Community readiness: Research to practice. *J Community Psychol* 2000;28:291-307
- Geertz, C. (1973). *The interpretation of cultures* (Vol. 5019): Basic books.
- Greenhalgh, T., Robert, G., MacFarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovationsinserviceorganizations: Systematicreviewandrecommendations. *The Milbank Quarterly*, 82(4), 581–629. Retrieve from <https://www.youtube.com/watch?v=ivWepOOhxg4> 2019, Aug. 24 .
- Markle, R. S.(2016). *Exploring Teacher Readiness: What Features of Professional Development Enhance Motivation to Implement Technology Innovations?.* (Doctoral dissertation). Retrieved from <http://scholarcommons.sc.edu/etd/3879> .
- Marquardt, M. J. (1996). *Building The Learning Organization : A Systems Approach to Quantum improvement and Global Success*. New York : Mc Graw – Hill.
- Moullin, J. C., Sabater-Hernández, D., Fernandez-Llimos, F., & Benrimoj, S. I. (2015). A systematic review of implementation frameworks of innovations in healthcare and resulting generic implementation framework. *Health Res Policy Syst*, 13, 16. doi:10.1186/s12961-015-0005-z .
- Nilsen, P., Ståhl, C., Roback, K., & Cairney, P. (2013). Never the twain shall meet?--a comparison of implementation science and policy implementation research. *Implement Sci*, 8, 63. doi:10.1186/1748-5908-8-63 .

- Nonaka, Kujiro and Takeuchi, hirotaka (2000) *Classic Work : Theory of Organizational Knowledge Creation in Morey, D., M.T. and Thuraisingham, B.M. Knowledge Management : Classic and Contemporary Work. Mass : The MIT Press.*
- Scaccia, J. P., Cook, B. S., Lamont, A., Wandersman, A., Castellow, J., Katz, J., & Beidas, R. S. (2015). A practical implementation science heuristic for organizational readiness: R = MC (2). *Journal of community psychology, 43(4), 484-501.* doi:10.1002/jcop.21698
- Shore, C. (2012). Anthropology and public policy. In R. Fardon, O. Harris, T. H. J. Marchand, M. Nuttall, C. Shore, V. Strang, & R. A. Wilson (Eds.), *The Sage Handbook of Social Anthropology, 29-100.*
- Thorndike, E. L. (1905). *The elements of psychology.* New York: A. G. Seiler.
- Wandersman, A., Duffy, J., Flaspohler, P., Noonan, R., Lubell, K., Stillman, L., ... Saul, J. (2008). Bridging the gap between prevention research and practice: The interactive systems framework for dissemination and implementation. *American Journal of Community Psychology, 41, 171– 181.* Weiner, B. J. (2009). A theory of organizational readiness to change. *Implementation Science, 4(67).*
- Weiner, B. J. (2009). A theory of organizational readiness for change. *Implementation Science, 4(1), 67.* doi:10.1186/1748-5908-4-67 .
- Weiner, B. J., Belden, C. M., Bergmire, D. M., & Johnston, M. (2011). The meaning and measurement of implementation climate. *Implementation Science, 6(1), 78.* doi:10.1186/1748-5908-6-78.
- Williams, Iestyn.(2012). Organizational readiness for innovation in health care: some lessons from the recent literature. *Health Serv Manage Res. 2012 Nov;24(4):213-8.* doi: 10.1258/hsmr.2011.011014.

ภาคผนวก

แนวคำถามในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

คำแนะนำในการใช้

1. เป็นการเก็บข้อมูลคุณภาพในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์สู่การปฏิบัติ
2. กลุ่มเป้าหมายในการศึกษา ประกอบด้วยกลุ่มผู้บริหาร ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล แพทย์หัวหน้าแผนกอายุรกรรม หัวหน้าพยาบาล และผู้ปฏิบัติงานในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ได้แก่ แพทย์ แพทย์แผนไทย พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ กลุ่มงานจิตเวชยาเสพติด
3. ใช้วิธีการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม ระยะเวลา 60 – 90 นาที

แนวคำถามนี้แบ่งเนื้อหาออกเป็น 4 ส่วนได้แก่

1. ประสพการณ์การดำเนินงานตามนโยบาย Implementation
2. ประสพการณ์การนำนโยบายสู่การปฏิบัติ/จุดเด่นของหน่วยงาน
3. การประเมินความพร้อมในการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ
4. ประสพการณ์การใช้กัญชาทางการแพทย์ในการให้บริการ

**แนวทางการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มความพร้อมขององค์กร
ผู้บริหาร**

1. ชื่อหน่วยงาน.....

2. ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ชื่อ.....นามสกุล.....

ตำแหน่ง..... ลักษณะงาน.....

วุฒิการศึกษา ประสบการณ์ทำงานในตำแหน่ง.....ปี

ประสบการณ์การดำเนินงานตามนโยบาย (Implementation)

ประเด็น	แนวคำถาม
1. กระบวนการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ	<ol style="list-style-type: none"> 1. โดยปกติเมื่อมีนโยบายจากกระทรวงสั่งการลงมาในพื้นที่ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา นโยบายเหล่านั้นมีกระบวนการมาสู่ผู้ปฏิบัติอย่างไร เริ่มต้นที่ไหน ใครสั่งการมาสั่งอย่างไร 2. นโยบายใหม่จะทำได้หรือไม่ได้ท่านคิดว่ามีตัวแปรอะไรบ้าง นโยบายที่ทำไม่ได้สาเหตุหลักเป็นเพราะอะไร แล้วทำอย่างไรถ้าทำไม่ได้ มีการอบรมเพิ่มศักยภาพหรือไม่ 3. นโยบายใหม่ มีการกำกับควบคุม อย่างไร
2. การมีส่วนร่วมและอำนาจตัดสินใจต่อนโยบายของพื้นที่	<ol style="list-style-type: none"> 1. ทุกวันนี้ท่านมีเป้าหมาย (Purpose) มีอิสระ (Autonomy) หรือมีอำนาจการจัดการ (Mastery) กับงานเพียงใด อย่างไร เพราะสาเหตุใด 2. ท่านมีส่วนร่วมในการคิด ก่อร่างแบบ การทำ กับงานที่รับผิดชอบมากน้อยอย่างไร 3. ท่านได้รับความไว้วางใจ ได้รับการให้โอกาสในการทำงานที่รับผิดชอบอย่างไร
3. การพัฒนาศักยภาพและสนับสนุนบุคลากรเพื่อทำงานตามนโยบาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. ในหน่วยงานของท่านมีการสื่อสารนโยบายใหม่อย่างไร ผลเป็นอย่างไร 2. ในการดำเนินการตามนโยบายใหม่ทุกครั้งของหน่วยงานท่านมีการพัฒนาบุคลากรอย่างไรบ้าง 3. มีระบบสนับสนุนบุคลากรเพื่อให้บุคลากรสามารถทำงานตามนโยบายหรือไม่ อย่างไร ยกตัวอย่าง 4. กรณีพื้นที่ หรือ ผู้ปฏิบัติงานไม่สามารถดำเนินงานได้ตามนโยบาย มีการดำเนินการสนับสนุนอย่างไร
4. การประเมินผลนโยบาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. การดำเนินนโยบายใหม่ที่ผ่านมามีกระบวนการรายงานผลการดำเนินงานจากพื้นที่อย่างไร 2. การกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินนโยบายใหม่ที่ผ่านมาทำอย่างไร ท่านรู้สึกอย่างไรกับวิธีการดังกล่าว 3. มีการนำผลการประเมินผลการดำเนินนโยบายมาใช้เพื่อให้รางวัลกับพื้นที่ที่ประสบผลสำเร็จ หรือไม่อย่างไร ท่านรู้สึกอย่างไร

<p>5.แรงจูงใจของ ผู้บริหารหน่วยงานต่อ การดำเนินงานตาม นโยบาย</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. นโยบายอะไรที่ทำให้ท่านรู้สึกอยากทำ/ปฏิบัติ ทำไมท่านจึงรู้สึกเช่นนั้น 2. นโยบายอะไรที่ทำให้ท่านรู้สึกไม่อยากทำ/ปฏิบัติ ทำไมท่านจึงรู้สึกเช่นนั้น 3. งานที่ทำอยู่ตอนนี้ มีงานที่ไม่อยากทำแต่ต้องทำ คืออะไร ยกตัวอย่าง งานเหล่านี้เมื่อทำไปแล้วท่านรู้สึกอย่างไร (ดีขึ้นมีไหม หรือยิ่งแย่ลง) 4. ท่านคิดว่านโยบายที่สามารถนำสู่การปฏิบัติในพื้นที่ได้ควรมีลักษณะอย่างไร กระบวนการนำนโยบายสู่การปฏิบัติควรมีขั้นตอนอย่างไรจึงจะ ประสบผลสำเร็จ 6. ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมานโยบายที่ถูกนำมาปฏิบัติในพื้นที่ ประสบผลสำเร็จหรือไม่ประสบผลสำเร็จมากกว่ากัน เพราะอะไร
<p>6.บทเรียนของการนำ นโยบายสู่การปฏิบัติใน พื้นที่</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีนโยบายเรื่องอะไรที่ท่านนำมาสู่การปฏิบัติแล้วท่านทำแล้วประสบผลสำเร็จมากที่สุดในการทำงานของท่าน 2. นโยบายนั้นมีขั้นตอนกระบวนการดำเนินงานนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างไร 3. นโยบายดังกล่าวทำให้เกิดผลลัพธ์ต่อตัวท่าน องค์กร และ ต่อสุขภาพชุมชนอย่างไร 4. มีนโยบายเรื่องอะไรที่ท่านนำมาสู่การปฏิบัติแล้วท่านทำแล้วไม่ประสบผลสำเร็จเลยในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา 5. นโยบายนั้นมีขั้นตอนกระบวนการดำเนินงานนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างไร 6. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานตามนโยบายนั้นมีอะไรบ้าง เกิดจากอะไร
<p>7. ประสบการณ์การ นำนโยบายกัญชาทาง การแพทย์สู่การปฏิบัติ ในพื้นที่</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. การจัดการกับการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของท่านลงสู่การปฏิบัติเหมือนหรือต่างจากการจัดการนำนโยบายอื่นสู่การปฏิบัติหรือไม่ อย่างไร 2. ความสำเร็จหรือล้มเหลวของนโยบายกัญชาทางการแพทย์มีตัวแปรอะไรบ้าง ศักยภาพใดสำหรับผู้เกี่ยวข้องที่ท่านคิดว่าจำเป็นต้องเพิ่ม เพื่อให้งานสำเร็จ 3. นโยบายกัญชาทางการแพทย์ มีการกำกับควบคุมอย่างไร

**แนวทางการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มความพร้อมขององค์กร
ผู้ปฏิบัติงานในคลินิกกัญชาทางการแพทย์**

- 1 ชื่อหน่วยงาน.....
2. ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล
- ชื่อ.....นามสกุล.....
- ตำแหน่ง..... ลักษณะงาน.....
- วุฒิการศึกษา ประสบการณ์ทำงานในตำแหน่ง.....ปี

ส่วนที่ 1 ประสิทธิภาพการดำเนินงานตามนโยบาย (Implementation)

ประเด็น	แนวคำถาม
1.กระบวนการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ	<ol style="list-style-type: none"> 1. โดยปกติเมื่อมีนโยบายจากกระทรวงการลงมาในพื้นที่ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา นโยบายเหล่านั้นมีกระบวนการมาสู่ผู้ปฏิบัติอย่างไร เริ่มต้นที่ไหน ใครสั่งการมา สั่งอย่างไร 2. นโยบายใหม่ๆ แล้วนโยบายเก่าที่เคยทำเลิกไปหรือไม่ งานเลิกไปเพราะอะไร 3. นโยบายใหม่ทำได้หรือไม่ได้มีตัวแปรอะไร นโยบายที่ทำไม่ได้สาเหตุหลักเป็นเพราะอะไร แล้วทำอย่างไรถ้าทำไม่ได้ มีการอบรมเพิ่มศักยภาพหรือไม่ 4. นโยบายใหม่ มีการกำกับควบคุม อย่างไร
2.การมีส่วนร่วมและอำนาจตัดสินใจต่อนโยบายของพื้นที่	<ol style="list-style-type: none"> 1. ทุกวันนี้ท่านมีเป้าหมาย (Purpose) มีอิสระ (Autonomy) หรือมีอำนาจการจัดการ (Mastery) กับงานเพียงใด อย่างไร เพราะสาเหตุใด 2. ท่านมีส่วนร่วมในการคิด ก่อออกแบบ การทำ กับงานที่รับผิดชอบมากน้อยอย่างไร 3. ท่านได้รับความไว้วางใจ ได้รับการให้ออกาสในการทำงานที่รับผิดชอบอย่างไร
3.การพัฒนาศักยภาพและสนับสนุนบุคลากรเพื่อทำงานตาม	<ol style="list-style-type: none"> 1. ในหน่วยงานของท่านมีการสื่อสารนโยบายใหม่อย่างไร ผลเป็นอย่างไร 2. ในการดำเนินการตามนโยบายใหม่ทุกครั้งของหน่วยงานท่านมีการพัฒนาบุคลากรอย่างไรบ้าง 3. มีระบบสนับสนุนบุคลากรเพื่อให้บุคลากรสามารถทำงานตามนโยบายหรือไม่ อย่างไร ยกตัวอย่าง

นโยบาย	4. กรณีพื้นที่ หรือ ผู้ปฏิบัติงานไม่สามารถดำเนินงานได้ตามนโยบาย มีการดำเนินการสนับสนุนอย่างไร
4.การประเมินผลนโยบาย	1. การดำเนินนโยบายใหม่ที่ผ่านมามีกระบวนการรายงานผลการดำเนินงานจากพื้นที่อย่างไร 2. การกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินนโยบายใหม่ที่ผ่านมามีอย่างไร ท่านรู้สึกอย่างไรกับวิธีการดังกล่าว 3. มีการนำการประเมินผลการดำเนินนโยบาย(งาน) มาใช้เพื่อให้รางวัลกับพื้นที่ที่ประสบผลสำเร็จ หรือไม่อย่างไร ท่านรู้สึกอย่างไร
5.แรงจูงใจของผู้บริหารหน่วยงานต่อการดำเนินงานตามนโยบาย	1. นโยบายอะไรที่ทำให้ท่านรู้สึกอยากทำ/ปฏิบัติ ทำไมท่านจึงรู้สึกเช่นนั้น 2. นโยบายอะไรที่ทำให้ท่านรู้สึกไม่อยากทำ/ปฏิบัติ ทำไมท่านจึงรู้สึกเช่นนั้น 3. งานที่ทำอยู่ตอนนี้ มีงานที่ไม่อยากทำแต่ต้องทำ คืออะไร ยกตัวอย่าง งานเหล่านี้เมื่อทำไปแล้วท่านรู้สึกอย่างไร (ดีขึ้นมีไหม หรือยิ่งแย่ลง) 4. ท่านคิดว่านโยบายที่สามารถนำสู่การปฏิบัติในพื้นที่ได้ควรมีลักษณะอย่างไร กระบวนการนำนโยบายสู่การปฏิบัติควรมีขั้นตอนอย่างไรจึงจะประสบผลสำเร็จ 6. ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมานโยบายที่ถูกนำลงมาปฏิบัติในพื้นที่ ประสบผลสำเร็จหรือไม่ประสบผลสำเร็จมากกว่ากัน เพราะอะไร
6.บทเรียนของการนำนโยบายสู่การปฏิบัติในพื้นที่	1. มีนโยบายเรื่องอะไรที่ท่านนำมาสู่การปฏิบัติแล้วท่านทำแล้วประสบผลสำเร็จมากที่สุดในหน่วยงานของท่าน 2. นโยบายนั้นมีขั้นตอนกระบวนการดำเนินนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างไร 3. นโยบายดังกล่าวทำให้เกิดผลลัพธ์ต่อตัวท่าน องค์กร และ ต่อสุขภาพชุมชนอย่างไร 4. มีนโยบายเรื่องอะไรที่ท่านนำมาสู่การปฏิบัติแล้วท่านทำแล้วไม่ประสบผลสำเร็จเลยในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา 5. นโยบาย(งาน) นั้นมีขั้นตอนกระบวนการดำเนินนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างไร 6. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานตามนโยบายนั้นมีอะไรบ้าง เกิดจากอะไร

ส่วนที่ 2 ประสิทธิภาพการพัฒนา/ผลงานเด่นของหน่วยงาน

ประเด็น	แนวคำถาม
1. ผลลัพธ์ของผลงานเด่นที่ผ่านมา	1. ในอดีตที่ผ่านมาหน่วยงานของท่านเคยมีผลงานเด่นหรือนวัตกรรม ที่ได้รับรางวัลเรื่องใดที่ท่านมีความภาคภูมิใจที่สุด ช่วยเล่ารายละเอียดให้ฟังด้วย 2. ผลงานที่ได้รับรางวัลก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในบุคคล องค์กร หน่วยงาน ชุมชน อย่างไรบ้าง 3. ชุมชนพูดถึงผลงานที่หน่วยงานของท่านได้รับรางวัลว่าอย่างไรบ้าง
2. การเลือกตัดสินใจพัฒนาผลงาน	1. เหตุผลที่หน่วยงานของท่านเลือกพัฒนาผลงานเด่นเรื่องดังกล่าวมีสาเหตุเกิดจากอะไร 2. ผู้มีส่วนร่วมในการเลือกพัฒนาผลงานเด่นดังกล่าวประกอบด้วยใครบ้าง มีกระบวนการเลือกตัดสินใจอย่างไร
3. ผู้นำการพัฒนาผลงานเด่นในหน่วยงาน	1. ผู้นำหลักในการดำเนินกิจกรรมพัฒนาผลงานเด่นของหน่วยงานที่ผ่านมาคือใคร ท่านเลือกจากเหตุผลอะไร มีหลักเกณฑ์ในการมอบหมายงานในการพัฒนาผลงานเด่นอย่างไร 2. ในฐานะผู้บริหารท่านสนับสนุนการพัฒนาจนได้รับรางวัลและมีผลงานโดดเด่นอย่างไร
4. กระบวนการพัฒนาผลงานเด่นในหน่วยงาน	1. หน่วยงานของท่านมีขั้นตอนหรือกระบวนการพัฒนาผลงานเด่นอย่างไร 2. สมาชิกในหน่วยงานมีส่วนร่วมในการพัฒนาหรือสนับสนุนผลงานเด่นของหน่วยงานอย่างไร การขยายผลการใช้ผลงานเด่นในหน่วยงานทำอย่างไร
5. การพัฒนาบุคลากรเพื่อพัฒนาผลงานเด่นในหน่วยงาน	1. วิธีการหรือกระบวนการพัฒนาบุคลากรในหน่วยงานให้สามารถดำเนินการพัฒนาผลงานเด่นที่ผ่านมา ทำอย่างไร 2. ผลการพัฒนาบุคลากรเป็นอย่างไร วิธีการพัฒนาบุคลากรดังกล่าวใช้ระยะเวลาและงบประมาณอย่างไร
6. ปัญหาและอุปสรรค	1. ปัญหาในการพัฒนาผลงานเด่นของหน่วยงานที่ผ่านมาคืออะไร มีสาเหตุเกิดจากอะไร 2. สิ่งที่เป็นอุปสรรคสำคัญของการพัฒนาผลงานเด่น หรือ นวัตกรรมในหน่วยงานของท่านที่ผ่านมาคืออะไรบ้าง มีบทเรียนในการจัดการปัญหาอย่างไร ช่วยยกตัวอย่าง

ส่วนที่ 3 ประสพการณ์การประเมินความพร้อม (Readiness study)

1. ทักษะความสามารถทั่วไป General Capacity

แนวคำถามในหัวข้อ “ทักษะความสามารถทั่วไป” เกี่ยวข้องกับ “ความรู้ ทักษะ และลักษณะเฉพาะขององค์กร” ที่ช่วยให้บุคลากรสามารถนำนโยบายใหม่มาใช้งานได้โดยมีประสิทธิภาพ ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมาและในการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์สู่การปฏิบัติ

หัวข้อย่อย	คำถาม
1. วัฒนธรรม	<ol style="list-style-type: none">1. ในฐานะที่ท่านสมาชิกส่วนหนึ่งของหน่วยงานท่านมีความเข้าใจเป้าหมายและทิศทางของหน่วยงานท่านอย่างไร2. ท่านมีความรู้สึกอย่างไรกับหน่วยงาน กับเพื่อนร่วมงาน ของท่าน เหตุผลอะไรที่ทำให้ท่านรู้สึกเช่นนั้น3. สิ่งที่ทำให้คนในหน่วยงานของท่านทำงานร่วมกันคืออะไร หน่วยงานของท่านมีวัฒนธรรมการทำงานร่วมกันอย่างไร4. ท่านรู้สึกอย่างไรกับวัฒนธรรมการทำงานเช่นนี้ของหน่วยงานท่าน ท่านเคยประสบปัญหาความลำบากใจในการปฏิบัติตามวิธีการทำงานหรือวัฒนธรรมในหน่วยงานใหม่ สาเหตุเกิดจากอะไร5 ท่านคิดว่าวัฒนธรรมการทำงานเช่นนี้จะช่วยสนับสนุนหรือเป็นปัจจัยขัดขวางการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์สู่การปฏิบัติหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใด
2. บรรยากาศ	<ol style="list-style-type: none">1. ลักษณะการปฏิบัติงานในหน่วยงานท่านเป็นอย่างไร มีการมอบหมายหน้าที่และความรับผิดชอบกันอย่างไร2. ความเป็นอิสระ และ อำนาจในการตัดสินใจในการปฏิบัติงานของท่าน เป็นอย่างไร3. ความชัดเจนของระเบียบและแนวทางปฏิบัติงานของหน่วยงานเป็นอย่างไร ท่านสามารถปฏิบัติตามระเบียบและแนวทางในการปฏิบัติงานของหน่วยงานท่านได้หรือไม่ อย่างไร ท่านรู้สึกเต็มใจในการปฏิบัติหรือไม่อย่างไร4. ความสัมพันธ์ของท่านกับหัวหน้ามีความ เป็นอย่างไร ความสัมพันธ์ของท่านกับเพื่อนร่วมงาน เป็นอย่างไร ท่านเคยประสบปัญหาความลำบากใจในการทำงานร่วมกับคนในหน่วยงานใหม่ สาเหตุเกิดจากอะไร5. ในปีที่ผ่านมาในหน่วยงานของท่านมีการจัดกิจกรรมให้ผู้ปฏิบัติงานได้ร่วมกิจกรรมสร้างความสัมพันธ์ร่วมกันหรือไม่ อย่างไร ในหน่วยงานของท่านมีคนลาออก หรือ ย้าย หรือไม่ สาเหตุเกิดจากอะไร6. การสั่งการของหน่วยงานท่าน มีความรวดเร็ว และคล่องตัวทันต่อเหตุการณ์ หรือไม่อย่างไร7 ท่านคิดว่าบรรยากาศการทำงานเช่นนี้จะช่วยสนับสนุนหรือเป็นปัจจัยขัดขวางการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์สู่การปฏิบัติหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใด

3. โครงสร้าง	<ol style="list-style-type: none"> 1. จำนวนบุคลากรในหน่วยงานของท่านแต่ละประเภทมีจำนวนกี่คน มีจำนวนความเพียงพอกับปริมาณงานหรือไม่อย่างไร 2. หน่วยงานของท่านมีการบริหารงาน และ การกำกับติดตามดูแลผู้ปฏิบัติงานอย่างไร ปัญหาการบริหารงานขององค์กรที่ผ่านมาคืออะไร 3. การสื่อสารภายในองค์กรส่วนใหญ่ใช้วิธีการใด ผลลัพธ์การสื่อสารที่ผ่านมาเป็นอย่างไร ปัญหาในการสื่อสารของหน่วยงานที่ผ่านมาเป็นอย่างไร 4. ผลลัพธ์การปฏิบัติงานในรอบปีที่ผ่านมาของหน่วยงานท่านเป็นอย่างไร บรรลุเป้าหมายของหน่วยงานหรือไม่อย่างไร 5 ท่านคิดว่าโครงสร้างการทำงานเช่นนี้จะช่วยสนับสนุนหรือเป็นปัจจัยขัดขวางการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์สู่การปฏิบัติหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใด
4. ความคิดริเริ่มขององค์กร	<ol style="list-style-type: none"> 1. ในหน่วยงานมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการริเริ่มหรือนำนวัตกรรมใหม่ๆ มาพัฒนางาน หรือไม่ อย่างไร 2. ที่ผ่านมาสมาชิกในหน่วยงานมีการพัฒนางานที่เป็นปัญหาด้วยการคิดค้นวิธีการทำงานใหม่หรือนวัตกรรมใหม่หรือไม่ อย่างไร ลองยกตัวอย่าง 3. ผู้บริหารสนับสนุนความคิด ริเริ่ม หรือ การทดลองวิธีการทำงานใหม่ๆ ในหน่วยงานอย่างไร 4. ท่านคิดว่าด้วยมุมมองต่อนวัตกรรมเช่นนี้จะช่วยสนับสนุนหรือเป็นปัจจัยขัดขวางการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์สู่การปฏิบัติหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใด
5. การใช้ทรัพยากร	<ol style="list-style-type: none"> 1. หน่วยงานมีกระบวนการจัดลำดับความสำคัญของทรัพยากรประเภทต่างๆ และการกระจายทรัพยากรอย่างไร 2. แผนงบประมาณประจำปีของหน่วยงานที่ผ่านมาเป็นงบประมาณรายจ่ายด้านใด และ จำนวนเท่าไร 3. ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมาหน่วยงานได้รับงบประมาณสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอกหรือไม่ อย่างไร 4. ท่านคิดว่าหน่วยงานของท่านใช้ทรัพยากรได้คุ้มค่าหรือไม่ อย่างไร 5. ท่านคิดว่าด้วยวิธีการใช้ทรัพยากรเช่นนี้จะช่วยสนับสนุนหรือเป็นปัจจัยขัดขวางการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์สู่การปฏิบัติหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใด
6. ความเป็นผู้นำ	<ol style="list-style-type: none"> 1. การกำหนดทิศทาง นโยบาย และกระบวนการพัฒนาหน่วยงานของท่านที่ผ่านมาทำอย่างไร ใครเป็นผู้นำ ผลลัพธ์เป็นอย่างไร 2. ผู้ปฏิบัติงานทุกระดับในหน่วยงานสามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาได้มากน้อยแค่ไหน อย่างไร ผู้บริหารหน่วยงานของท่านได้สนับสนุนการตัดสินใจของท่านอย่างไร 3. ผู้บริหารหน่วยงานของท่านเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานทุกระดับมีส่วนร่วมในการบริหารงานของหน่วยงานอย่างไร 4. ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมาหน่วยงานของท่านมีปัญหาวิกฤติในการทำงานเกิดขึ้นหรือไม่ ผู้บริหารของหน่วยงานได้ช่วยจัดการกับปัญหาและอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานผู้ปฏิบัติอย่างไร ผลอย่างไร ท่านรู้สึกอย่างไร

	5 ท่านคิดว่าความเป็นผู้นำจะช่วยสนับสนุนหรือเป็นปัจจัยขัดขวางการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์สู่การปฏิบัติหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใด
7. ความสามารถของบุคลากร	<p>1. บุคลากรในหน่วยงานมีจำนวนทั้งหมดเท่าไร จบการศึกษาระดับใดบ้าง ความสามารถขั้นพื้นฐานและประสบการณ์ที่จำเป็นของบุคลากรในหน่วยงานคืออะไร</p> <p>2. บุคลากรในหน่วยงานมีความสามารถหรือความเชี่ยวชาญด้านใดบ้าง และส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในหน่วยงานนี้ยาวนานเท่าไร</p> <p>3. บุคลากรในหน่วยงานมีในการทำงานร่วมมือหน่วยงานอื่นในด้านสุขภาพเป็นอย่างไร มีการสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานกับหน่วยงานภายนอกของหน่วยงานเป็นอย่างไร ผลเป็นอย่างไร</p> <p>4. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่ผ่านมาทำงานอย่างไร ผลเป็นอย่างไร สมรรถนะของบุคลากรในหน่วยงานมี ความสามารถเหมาะสมกับงาน ที่รับผิดชอบอยู่ อย่างไร</p> <p>5.ท่านคิดว่าในการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์สู่การปฏิบัติ ปัจจัยเรื่องความสามารถของบุคลากรเช่นองค์กรท่านมีผลอย่างไรเพราะเหตุใด</p>
8. ความสามารถของกระบวนการ	<p>1. หน่วยงานมีกระบวนการกำหนดแผนยุทธศาสตร์อย่างไร กำหนดจากอะไร มีเป้าหมายอย่างไร แผนยุทธศาสตร์ของหน่วยงานมีความสอดคล้องกับอะไรบ้าง</p> <p>2. ความสามารถของบุคลากรในหน่วยงานด้านการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ เป้าหมาย และการนำแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ เป็นอย่างไร</p> <p>3. กระบวนการประเมินผลงาน การประเมินผลลัพธ์ และเป้าหมายของการพัฒนานวัตกรรมของหน่วยงานทำอย่างไร ผลเป็นอย่างไร</p> <p>4.ท่านคิดว่าในการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์สู่การปฏิบัติ ปัจจัยเรื่องความสามารถของกระบวนการเช่นองค์กรท่านมีผลอย่างไรเพราะเหตุใด</p>
9. ทักษะความสามารถทั่วไปและการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์สู่การปฏิบัติ	<p>1.ท่านคิดว่าความสามารถทั่วไปใดของบุคลากรในองค์กรที่จะช่วยให้บุคลากรสามารถนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์มาสู่การปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ</p> <p>2 ท่านคิดว่าความสามารถทั่วไปใดที่ช่วยให้บุคลากรในองค์กรสามารถนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์มาสู่การปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพที่บุคลากรในองค์กรท่านมีอยู่แล้ว ท่านประเมินจากสิ่งใด</p> <p>3 ท่านคิดว่าความสามารถทั่วไปใดที่ช่วยให้บุคลากรในองค์กรสามารถนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์มาสู่การปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพที่บุคลากรในองค์กรท่านขาดไป ท่านประเมินจากสิ่งใด</p> <p>4 ท่านคิดว่าจะสามารถเติมเต็มความสามารถทั่วไปนั้นได้อย่างไร</p>

2. ทักษะความสามารถใหม่และเฉพาะด้านในการเปลี่ยนแปลง (Innovation-Specific Capacity)

แนวคำถามในหัวข้อ “ทักษะความสามารถใหม่และเฉพาะด้านในการเปลี่ยนแปลง” จะถามเกี่ยวกับ “ความรู้” และ “ทักษะ” ที่จำเป็นในการนำนโยบายเฉพาะด้านไปปฏิบัติใช้จริง ในช่วงระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมาและในการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์สู่การปฏิบัติ

หัวข้อย่อย	คำถาม
1. ความรู้และทักษะเฉพาะในการรับนโยบายใหม่ๆ	<ol style="list-style-type: none"> 1. หน่วยงานมีหลักเกณฑ์มอบหมายหน้าที่ในการรับนโยบายใหม่อย่างไร ผู้นำในการดำเนินกิจกรรมของนโยบายของหน่วยงานที่ผ่านมาคือใคร มีเกณฑ์การคัดเลือกคนอย่างไร 2. ความรู้และทักษะที่จำเป็นของผู้การนำนโยบายใหม่ลงสู่การปฏิบัติมีอะไรบ้าง ความรู้และทักษะเหล่านี้เกิดขึ้นมาได้อย่างไร ใช้ระยะเวลานานเท่าไรในการสร้างผู้นำเหล่านี้ 3. นโยบายใหม่ที่นำมาใช้ในหน่วยงานทำให้บุคลากรในหน่วยงานมีความรู้และทักษะในการพัฒนาระบบสุขภาพได้หรือไม่ อย่างไร 4. ท่านคิดว่าในการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์สู่การปฏิบัติ ปัจจัยข้างต้นส่งผลอย่างไรเพราะเหตุใด
2. แผนการสร้างผู้สนับสนุน	<ol style="list-style-type: none"> 1. หน่วยงานของท่านมีแผนหรือกระบวนการพัฒนาบุคลากรให้สามารถดำเนินการนำนโยบายใหม่ลงสู่การปฏิบัติได้อย่างไร ยกตัวอย่างแผนพัฒนากำลังคนที่เกี่ยวข้องกับนำนโยบายใหม่ลงสู่การปฏิบัติ 2. ผู้ปฏิบัติการในหน่วยงานทุกคนสามารถดำเนินการเกี่ยวกับนำนโยบายใหม่ลงสู่การปฏิบัติได้หรือไม่อย่างไร มีการสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรหรือทีมงานให้มีทักษะเกี่ยวกับการนำนโยบายใหม่ลงสู่การปฏิบัติในหน่วยงานท่านมีหรือไม่ อย่างไร 3. อุปกรณ์เครื่องมือ งบประมาณ และ บุคลากรที่ใช้ในการนำนโยบายใหม่ลงสู่การปฏิบัติมีเพียงพอหรือไม่ เคยประสบภาวะขาดแคลนทรัพยากรหรือไม่ และ ที่ผ่านมามีได้ดำเนินการจัดการปัญหาอย่างไร 4. ท่านคิดว่าในการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์สู่การปฏิบัติ ปัจจัยข้างต้นส่งผลอย่างไรเพราะเหตุใด
3. บรรยากาศและการสนับสนุนการนำไปปฏิบัติใช้	<ol style="list-style-type: none"> 1. เหตุผลที่หน่วยงานของท่านเลือกนำวิธีการนโยบายใหม่ลงสู่การปฏิบัติดังกล่าวมีสาเหตุเกิดจากอะไร 2. ผู้มีส่วนร่วมในการเลือกนำวิธีการนโยบายใหม่ลงสู่การปฏิบัติดังกล่าวประกอบด้วยใครบ้าง 3. สมาชิกในหน่วยงานมีส่วนร่วมหรือสนับสนุนการพัฒนาการนำวิธีการนโยบายใหม่ลงสู่การปฏิบัติของหน่วยงานอย่างไร 4. การนำนโยบายใหม่ลงสู่การปฏิบัติมาใช้ในหน่วยงานที่ผ่านมาเคยเกิดปัญหาหรือไม่ มีระบบการติดตามประเมินผลอย่างไร เมื่อมีปัญหาการปฏิบัติเกี่ยวกับนำวิธีการนโยบายใหม่ลงสู่การปฏิบัติในหน่วยงาน มีการจัดการกับปัญหาอย่างไร 5. คนในหน่วยงานพูดถึงการนำนโยบายใหม่ลงสู่การปฏิบัติอย่างไรบ้าง และท่านรู้สึกอย่างไรกับการใช้นโยบายนี้ในหน่วยงาน 6. ท่านคิดว่าในการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์สู่การปฏิบัติ ปัจจัยข้างต้นส่งผลอย่างไรเพราะเหตุใด

<p>4. ความสัมพันธ์กับองค์กรอื่น</p>	<p>1. การพัฒนาการนำวิธีการนโยบายใหม่ลงสู่การปฏิบัติของหน่วยงานช่วยพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน หรือ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในบุคคล องค์กร หน่วยงาน ชุมชน อย่างไร ชุมชนพูดถึงการนำนโยบายใหม่ลงสู่การปฏิบัติของหน่วยงานท่านว่าอย่างไรบ้าง</p> <p>2. มีคนในหน่วยงานที่สามารถถ่ายทอดการนำนโยบายใหม่ลงสู่การปฏิบัติให้กับคนภายในหน่วยงาน หรือ นอกหน่วยงานได้หรือไม่อย่างไร</p> <p>3. การพัฒนาวิธีการนำนโยบายใหม่ลงสู่การปฏิบัติของหน่วยงาน มีหน่วยงานหรือองค์กรภายนอกร่วมด้วยหรือไม่ อย่างไร มีการขยายการนำนโยบายใหม่ลงสู่การปฏิบัติไปยังหน่วยงานอื่นหรือไม่ อย่างไร</p> <p>4. ท่านคิดว่าในการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์สู่การปฏิบัติ ปัจจัยข้างต้นส่งผลอย่างไรเพราะเหตุใด</p>
<p>6. ปัญหาและอุปสรรค</p>	<p>1. ปัญหาในการนำนโยบายใหม่ลงสู่การปฏิบัติที่ผ่านมาคืออะไร มีสาเหตุเกิดจากอะไร</p> <p>2. สิ่งที่เป็นอุปสรรคสำคัญของนำนโยบายใหม่ลงสู่การปฏิบัติในหน่วยงานของท่านที่ผ่านมาคืออะไรบ้าง ในความคิดของท่านอุปสรรคเหล่านั้นควรจัดการอย่างไร</p> <p>3. ท่านคิดว่าในการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์สู่การปฏิบัติ ปัจจัยข้างต้นส่งผลอย่างไรเพราะเหตุใด</p>
<p>7 ทักษะความสามารถเฉพาะและการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์สู่การปฏิบัติ</p>	<p>1. ท่านคิดว่าความสามารถเฉพาะใดของบุคลากรในองค์กรที่จะช่วยให้บุคลากรสามารถนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์มาสู่การปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ</p> <p>2. ท่านคิดว่าความสามารถเฉพาะใดที่ช่วยให้บุคลากรในองค์กรสามารถนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์มาสู่การปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพที่บุคลากรในองค์กรท่านมีอยู่แล้ว ท่านประเมินจากสิ่งใด</p> <p>3. ท่านคิดว่าความสามารถเฉพาะใดที่ช่วยให้บุคลากรในองค์กรสามารถนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์มาสู่การปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพที่บุคลากรในองค์กรท่านขาดไป ท่านประเมินจากสิ่งใด</p> <p>4. ท่านคิดว่าจะสามารถเติมเต็มความสามารถเฉพาะนั้นได้อย่างไร</p>

3. แรงจูงใจ (Motivation)แนวคำถามนี้ต้องการถามเกี่ยวกับความเชื่อและมุมมองเกี่ยวกับแรงจูงใจสำหรับการมีส่วนร่วมในการนำนโยบายใหม่ลงสู่การปฏิบัติ ในช่วงระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมาและในการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์สู่การปฏิบัติ

หัวข้อย่อย	คำถาม
1.แรงจูงใจภายใน	1. ท่านเคยมีประสบการณ์ในการนำนโยบายใหม่ลงสู่การปฏิบัติของหน่วยงานหรือไม่ (ถ้ามี) เป็นนโยบายเรื่องอะไร ท่านมีบทบาทใดในการนำนโยบายใหม่ลงสู่การปฏิบัติ ท่านมีแรงจูงใจอะไรที่ทำให้ท่านนำนโยบายใหม่ลงสู่การปฏิบัติ 2. ในการนำนโยบายใหม่ลงสู่การปฏิบัติท่านมีความเชื่อและความคาดหวังต่อนโยบายนั้นอย่างไร มีความเชื่อความกังวลเกี่ยวกับนโยบายอย่างไร 3. ท่านรู้สึกอย่างไรกับการนำนโยบายใหม่ลงสู่การปฏิบัติ นโยบายเหล่านี้มีคุณลักษณะอย่างไร สามารถช่วยตอบสนองปัญหาของท่าน ขององค์กร และ ของชุมชนอย่างไร 4.ท่านคิดว่าในการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์สู่การปฏิบัติ ปัจจัยข้างต้นส่งผลอย่างไรเพราะเหตุใด
2.แรงจูงใจภายนอก	1. ในการนำนโยบายใหม่ลงสู่การปฏิบัติท่านได้รับการสนับสนุนอย่างไรบ้าง 2. นำวิธีการนโยบายใหม่ลงสู่การปฏิบัติได้รับการสนับสนุนไปสู่การใช้วัตรกรรมอย่างไรบ้างภายในหน่วยงาน และ ภายนอกหน่วยงาน 3. ชุมชน ผู้บริหาร และเพื่อนร่วมงานกล่าวถึงการนำนโยบายใหม่ลงสู่การปฏิบัติว่าอย่างไร ท่านรู้สึกอย่างไร พวกเขามีข้อเสนอแนะในการนำนโยบายใหม่ลงสู่การปฏิบัติอย่างไร 4. จากผลงานการนำนโยบายใหม่ลงสู่การปฏิบัติที่ผ่านมาทำให้ท่านได้รับประโยชน์ตอบแทนจากหน่วยงาน จากเพื่อนร่วมงานอย่างไรบ้าง 5.ท่านคิดว่าในการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์สู่การปฏิบัติ ปัจจัยข้างต้นส่งผลอย่างไรเพราะเหตุใดเพราะเหตุใด
3.ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับแรงจูงใจ	
3.1 ข้อดีเชิงเปรียบเทียบ	1. ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมาหน่วยงานได้มีการนำนโยบายใหม่ลงสู่การปฏิบัติเรื่องอะไรบ้าง วิธีการนโยบายใหม่ลงสู่การปฏิบัตินั้นมีวิธีการเลือกอย่างไร 2. นโยบายใหม่นั้นทำให้กระบวนการทำงานของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่ อย่างไร 3. การนำนโยบายใหม่ลงสู่การปฏิบัติที่ถูกนำพัฒนาขึ้นในองค์กรท่านมีความแตกต่างจากที่อื่นอย่างไร 4.ท่านคิดว่าในการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์สู่การปฏิบัติ ปัจจัยข้างต้นส่งผลอย่างไรเพราะเหตุใด

3.2 ความเหมาะสมสอดคล้อง	<ol style="list-style-type: none"> 1. วิธีการการนำนโยบายใหม่ลงสู่การปฏิบัติที่ถูกนำมาใช้ในหน่วยงานท่าน ใช้ในกิจกรรมอะไร นโยบายใหม่แตกต่างหรือสอดคล้องกับแนวทางการปฏิบัติงานของหน่วยงานหรือไม่อย่างไร 2. คนในหน่วยงานของท่านกล่าวถึงนโยบายเรื่องนี้ว่าอย่างไร ท่านเห็นด้วยหรือไม่ อย่างไร 3. นโยบายใหม่ที่ถูกนำมาใช้ในหน่วยงานที่ท่านสามารถช่วยให้การทำงานพัฒนาระบบสุขภาพของท่านเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร 4. ท่านคิดว่าในการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์สู่การปฏิบัติ ปัจจัยข้างต้นส่งผลอย่างไรเพราะเหตุใด
3.3 ความซับซ้อน	<ol style="list-style-type: none"> 1. นโยบายใหม่ที่ถูกนำมาใช้ในองค์กรที่ท่านผ่านมาทุกคนสามารถปฏิบัติได้หรือไม่ เพราะเหตุใด 2. นโยบายใหม่ที่ถูกนำมาใช้ในองค์กรที่ท่านมีความยุ่งยาก ซับซ้อน ต่อการทำความเข้าใจหรือไม่ อย่างไร 3. ท่านคิดว่าในการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์สู่การปฏิบัติ ปัจจัยข้างต้นส่งผลอย่างไรเพราะเหตุใด
3.4 ความสามารถในการนำไปทดลองใช้	<ol style="list-style-type: none"> 1. วิธีการนำนโยบายใหม่ลงสู่การปฏิบัติในหน่วยงานถ้าทดลองแล้วไม่ได้ผล หน่วยงานมีวิธีการทำงานอย่างไร 2. เป้าหมายของการนำนโยบายใหม่ลงสู่การปฏิบัติในการทำงานของหน่วยงานท่านคืออะไร เพราะเหตุใด 3. ท่านคิดว่าในการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์สู่การปฏิบัติ ปัจจัยข้างต้นส่งผลอย่างไรเพราะเหตุใด
3.5 ความโดดเด่นเห็นได้ชัด	<ol style="list-style-type: none"> 1. นโยบายใหม่ที่ถูกนำมาใช้ในองค์กรที่ท่านผ่านมาทำให้เกิดผลลัพธ์ต่อองค์กร ต่อชุมชน อย่างไร ยกตัวอย่างผลงานหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกิดขึ้นจากนโยบายใหม่นี้ 2. ชุมชนกล่าวถึงนโยบายใหม่นี้อย่างไร ชุมชนมองเห็นประโยชน์ของนโยบายใหม่กับชุมชนอย่างไร 3. ท่านคิดว่าในการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์สู่การปฏิบัติ ปัจจัยข้างต้นส่งผลอย่างไรเพราะเหตุใด
3.6 การจัดลำดับความสำคัญ	<ol style="list-style-type: none"> 1. หน่วยงานของท่านให้ความสำคัญกับการนำนโยบายใหม่ลงสู่การปฏิบัติอย่างไร เพราะเหตุใด 2. นโยบายใหม่ๆ มีความจำเป็นกับการทำงานของท่านหรือไม่ อย่างไร ที่ผ่านมามีผลงานเด่น หรือนวัตกรรมในการช่วยพัฒนาสุขภาพของชุมชน หรือไม่ อย่างไร 3. ท่านคิดว่าในการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์สู่การปฏิบัติ ปัจจัยข้างต้นส่งผลอย่างไรเพราะเหตุใด

ส่วนที่ 4 ประสิทธิภาพการใช้อีกุษาทางการแพทย

หัวข้อย่อย	คำถาม
1. ประสิทธิภาพ	1. ประสิทธิภาพทำงานที่ผ่านมามีเคยใช้อีกุษาทางการแพทยในการให้บริการหรือไม่ ท่านรู้สึกอย่างไรในการใช้อีกุษาทางการแพทย 2. ท่านเคยใช้อีกุษาทางการแพทยกับตนเองหรือญาติหรือไม่ ท่านรู้สึกอย่างไรต่อการใช้อีกุษาทางการแพทยกับตนเองหรือญาติ
2. ความรู้และทักษะในการดูแล	1. จากการประเมินตนเองท่านคิดว่าความรู้และทักษะในการใช้อีกุษาทางการแพทยในการให้บริการของท่านเป็นอย่างไร 2. ท่านเคยใช้แบบประเมินการใช้อีกุษาทางการแพทยในการให้บริการหรือไม่ (ถ้าเคย)ท่านให้แบบประเมินอะไร ท่านมั่นใจกับความแม่นยำในการประเมินของตนเองอย่างไร 3. การใช้อีกุษาทางการแพทยในการให้บริการที่ผ่านมามีทำอย่างไร ช่วยเล่ารายละเอียด ผลการดูแลที่ผ่านมาเป็นอย่างไร (ยกตัวอย่าง Case) 4. ในการการใช้อีกุษาทางการแพทยในการให้บริการที่ท่านพบปัญหาอะไรบ้าง สาเหตุเกิดจากอะไร และ ต้องการพัฒนาความรู้และทักษะด้านใดบ้าง
3. การแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการใช้อีกุษาทางการแพทยในการให้บริการ	1. การใช้อีกุษาทางการแพทยในการให้บริการที่ผ่านมามีเคยออกแบบการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นหรือไม่หรือไม่ (ถ้าเคย) ท่านทำอย่างไร ท่านได้รับความรู้หรือทักษะเหล่านี้จากที่ไหน อย่างไร 2. ผลลัพธ์การแก้ปัญหาดังกล่าวเป็นอย่างไร ท่านรู้สึกอย่างไรกับการทำกิจกรรมดังกล่าว



กระทรวงสาธารณสุข
2563