



การประเมินผลความรู้และการปฏิบัติของผู้ประกอบวิชาชีพที่ผ่านการอบรม
การใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม



โดย
นางสาวอรปภา จันทร์หอม

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาเภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร แผน ก แบบ ก 2 ปริญญามหาบัณฑิต

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

ปีการศึกษา 2565

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยศิลปากร

การประเมินผลความรู้และการปฏิบัติของผู้ประกอบวิชาชีพที่ผ่านการอบรม
การใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม



โดย
นางสาวอรปภา จันทร์หอม

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาเภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร แผน ก แบบ ก 2 ปริญญามหาบัณฑิต

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

ปีการศึกษา 2565

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยศิลปากร

KNOWLEDGE AND PRACTICE ASSESSMENT OF THAI TRADITIONAL
PRACTITIONER WHO PARTICIPATED IN THAI TRADITION CANNABIS TRAINING
PROGRAMME.



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for Master of Pharmacy (SOCIAL AND ADMINISTRATIVE PHARMACY)

Graduate School, Silpakorn University

Academic Year 2022

Copyright of Silpakorn University

หัวข้อ การประเมินผลความรู้และการปฏิบัติของผู้ประกอบวิชาชีพที่ผ่าน
การอบรม
การใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม
โดย นางสาวอรปภา จันทร์หอม
สาขาวิชา เกษศาสตร์สังคมและการบริหาร แผน ก แบบ ก 2 ปริญญา
มหาบัณฑิต
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก รองศาสตราจารย์ ระพีพรรณ ฉลองสุข

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร ได้รับพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรเกษตรศาสตรมหาบัณฑิต

.....คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย (ผู้รักษาการแทน)
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สาริต นิรัติศัย)

พิจารณาเห็นชอบโดย

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. น้ำฝน ศรีบัณฑิต)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(รองศาสตราจารย์ ระพีพรรณ ฉลองสุข)

.....ผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ภาณุพัฒน์ พุ่มพฤษย์)

.....ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ผกามาศ ไมตรีมิตร)

61362311 : เกษัชศาสตร์สังคมและการบริหาร แผน ก แบบ ก 2 ปริญญามหาบัณฑิต

คำสำคัญ : กัญชา, ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย, การใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย

นางสาว อรภา จันทร์หอม: การประเมินผลความรู้และการปฏิบัติของผู้ประกอบวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : รองศาสตราจารย์ ระพีพรรณ ฉลองสุข

วิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลความรู้และการปฏิบัติของผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยที่ผ่านการอบรมการใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมและศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการนำความรู้จากการอบรมไปปฏิบัติใช้จริง ในกลุ่มตัวอย่างผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยที่ผ่านอบรมการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย จำนวน 452 คน โดยส่งแบบสอบถามและแบบทดสอบให้กับผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรวิทยากร ครู ก และหลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย ระหว่างมิถุนายน 2563 – กรกฎาคม 2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การทดสอบแมนวิทนีย์ยู และการทดสอบไคสแควร์

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ประกอบวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมมีผลการทดสอบการประเมินผลความรู้และการปฏิบัติ โดยมีคะแนนสูงสุด 40 คะแนน และคะแนนต่ำสุด 8 คะแนน จากคะแนนเต็ม 40 คะแนน เมื่อใช้เกณฑ์การผ่านการทดสอบด้วยคะแนน 60% ของคะแนนเต็ม พบว่ามีผู้ผ่านเกณฑ์เพียง 340 คน (ร้อยละ 75.22) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนของผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรวิทยากร ครู ก และหลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($P\text{-value} = 0.000$) เมื่อจำแนกตามจุดประสงค์ 4 ด้าน พบว่า ความรู้ด้านหลักการและแนวทางการปรุงยาเฉพาะรายเป็นด้านที่ผู้ตอบตอบถูกมากที่สุด มีค่าเฉลี่ย 4.32 ± 0.86 คะแนน (เต็ม 5 คะแนน, สูงสุด = 5, ต่ำสุด = 1) และด้านการเฝ้าระวังความปลอดภัยการใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่เป็นด้านที่ผู้ตอบถูกน้อยที่สุด มีค่าเฉลี่ย 2.11 ± 1.03 คะแนน (เต็ม 5 คะแนน, สูงสุด = 5 คะแนน, ต่ำสุด = 0) นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยด้านเพศ อายุ ใบอนุญาตการประกอบวิชาชีพ ประสบการณ์ทำงานด้านการแพทย์แผนไทย และประสบการณ์ทำงานด้านกัญชาทางการแพทย์แผนไทยกับคะแนนการประยุกต์ใช้ความรู้ของผู้ประกอบวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทยไม่มีความสัมพันธ์กัน กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นต่อปัญหาและอุปสรรคต่อการสั่งใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม ได้แก่ กัญชาเป็นยาเสพติดให้โทษที่ต้องมีกระบวนการคัดกรองผู้ป่วยจนถึงการรายงานหลายขั้นตอน ขาดประสบการณ์การสั่งใช้ยา ประชาชนยังขาดความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ กังวลผลข้างเคียงจากการใช้กัญชาทำให้ไม่กล้าสั่งใช้ยา เป็นต้น ดังนั้นควรมีการปรับปรุงหลักสูตรโดยเพิ่มเติมความรู้เชิงปฏิบัติและรูปแบบคำถามประเมินผลผู้ผ่านการอบรมในเชิงกรณีศึกษาเพื่อเน้นการประยุกต์ใช้ความรู้ของผู้เข้ารับการอบรม และจัดทำหลักสูตรเพิ่มพูนทักษะ หรือการศึกษาต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาความรู้ในการนำไปใช้ในการปฏิบัติงานของผู้ผ่านการอบรม

61362311 : Major (SOCIAL AND ADMINISTRATIVE PHARMACY)

Keyword : Cannabis, Thai traditional practitioners, Thai traditional medical cannabis use

MISS ORNPAPHA CHANHOM : KNOWLEDGE AND PRACTICE ASSESSMENT OF THAI TRADITIONAL PRACTITIONER WHO PARTICIPATED IN THAI TRADITION CANNABIS TRAINING PROGRAMME. THESIS ADVISOR : RAPEEPUN CHALONGSUK

The purposes of this research were to assess the knowledge and practice of Thai traditional practitioners who participated in the Thai traditional cannabis training programme and to study the problems and obstacles in applying the knowledge from the training to practice in a sample of 452 Thai traditional medicine practitioners who participated in Thai tradition cannabis training programme. The questionnaires and tests were delivered for those who have passed the course of training for the trainer, Kru Kor, and courses of Thai traditional cannabis training between June 2020 - July 2021. Data were analyzed by descriptive statistics such as frequency, percentage, mean, standard deviation, and inferential statistics with Mann-Whitney U Tests and Chi-square test.

The results found that Thai traditional practitioners who participated in the Thai traditional cannabis training programme had a knowledge application test with a maximum score of 40 points and a minimum score of 8 out of 40 points. The number of trainees who passed the test score of 60% of the full score is 340 people, representing 75.22% (P-value = 0.000), the expected value at 100 percent of the trainees. The mean scores of those trained in the training for the trainer, Kru Kor course, and the Thai traditional medical cannabis training course were significantly different (P-value = 0.000). The objectives in 4 areas were found that the knowledge of principles and guidelines for customized medicine preparation were answered most correctly had a mean of 4.32 ± 0.86 points (out of 5 points, highest = 5, lowest = 1) and safety surveillance of Thai traditional cannabis drug as the least correct respondent had a mean of 2.11 ± 1.03 points (out of 5 points, highest = 5 points, lowest = 0). There was no correlation between gender, age, professional license, work experience in Thai traditional medicine, working experiences in Thai traditional medical cannabis, and knowledge application scores of practitioners trained in Thai traditional medical cannabis. The sample group had opinions on problems and obstacles in prescribing Thai traditional cannabis medicines, such as marijuana as a narcotic drug that requires a multi-step process of screening patients to reporting, lack of prescribing experience, lack of proper knowledge's people about medical cannabis, concerned about the side effects from using cannabis, making them afraid to prescribe the drug. Therefore, the course should be improved by adding practical knowledge in the case study assessment question to emphasize the application of the trainees' knowledge and creating courses to enhance skills or continuing education for continually developing knowledge to apply in the practice of trained traditional practitioner.

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความอนุเคราะห์จากเภสัชกร รองศาสตราจารย์ระพีพรรณ ฉลองสุข อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ให้ความช่วยเหลือ ที่คอยให้คำปรึกษา คำแนะนำ และแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น จนทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณเภสัชกรหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์น้ำฝน ศรีบัณฑิต ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ เภสัชกร ผู้ช่วยศาสตราจารย์กานพัฒน์ พุ่มพฤษ และเภสัชกรหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ผกาภาศ ไมตรีมิตร ผู้ทรงคุณวุฒิและกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้คำแนะนำแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์

ขอขอบคุณอาจารย์มาลา สร้อยสำโรง ผู้อำนวยการสำนักงานจัดการกัญชาและกระท่อมทางการแพทย์แผนไทย อาจารย์ไกรสิทธิ์ ลิ้มประเสริฐ และอาจารย์ณัฐวัฒน์ ชินธนะเศรษฐ์ ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์แผนไทย ที่ช่วยให้คำปรึกษาในการทำวิทยานิพนธ์ รวมถึงผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย และผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ที่ผ่านการอบรมการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทยทุกท่านที่ร่วมกันให้ความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถามทั้งหมด

ขอขอบพระคุณบิดา มารดา และเพื่อนๆ ที่คอยสนับสนุนและให้กำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสมอมา

นางสาว อรปภา จันทร์หอม

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	2
สมมติฐานของการวิจัย.....	3
ขอบเขตของการวิจัย.....	3
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	3
ประโยชน์ที่ได้รับ.....	3
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	4
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	5
สถานการณ์ปัญหาทางการแพทย์ในประเทศไทย.....	5
นโยบายกัญชาทางการแพทย์.....	9
กฎหมายที่เกี่ยวข้อง.....	13
กัญชาในการรักษาโรค.....	19
ความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์แผนไทย.....	23
แนวคิดเกี่ยวกับความรู้และความเข้าใจ.....	27

แนวคิดเกี่ยวกับการประเมินผลความรู้และการปฏิบัติ.....	29
แนวคิดเกี่ยวกับการประเมินผลการอบรม	32
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	34
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	36
รูปแบบการวิจัย	36
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	36
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	39
การเก็บรวบรวมข้อมูล	42
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	42
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	44
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม.....	46
ส่วนที่ 2 แบบทดสอบการประเมินผลความรู้และการปฏิบัติของผู้ประกอบวิชาชีพที่ผ่านการ อบรม	49
ส่วนที่ 3 แบบสอบถามด้านปัญหาและอุปสรรคในการนำความรู้จากการอบรมไปปฏิบัติใช้จริง	54
ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบผลการประเมินความรู้ของแต่ละหลักสูตร.....	56
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	60
สรุปผลการศึกษา.....	60
อภิปรายผลการวิจัย.....	62
ข้อเสนอแนะต่อหลักสูตร	64
ภาคผนวก.....	66
ภาคผนวก ก เครื่องมือในการวิจัย	66
ภาคผนวก ข เอกสารคำแนะนำหรือแจ้งข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยหรืออนุญาต.....	81
ภาคผนวก ค เอกสารอนุมัติโครงการวิจัย	84
ภาคผนวก ง รายการตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาผสม 16 ตำรับ.....	85

ภาคผนวก จ	หลักสูตรการอบรมการใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม.....	91
รายการอ้างอิง		93
ประวัติผู้เขียน.....		99



สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 รายชื่อตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมที่ให้เสพเพื่อรักษาโรคหรือการศึกษาวิจัยได้ ..	26
ตารางที่ 2 จำนวนผู้ผ่านการอบรมการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย	36
ตารางที่ 3 สัดส่วนของผู้ผ่านการอบรมการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย รายเขตสุขภาพ	38
ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละของการตอบกลับแบบสอบถามเปรียบเทียบกับประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ถูก สุ่ม สำหรับกลุ่มที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย	44
ตารางที่ 5 ข้อมูลปัจจัยด้านส่วนตัว	46
ตารางที่ 6 ข้อมูลปัจจัยด้านการทำงาน	47
ตารางที่ 7 ข้อมูลปัจจัยด้านการอบรม	48
ตารางที่ 8 ผลการประเมินความรู้และการปฏิบัติของผู้ประกอบวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการใช้ตำรับยา แผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม จำแนกตามหลักสูตร	49
ตารางที่ 9 ผลการประเมินความรู้และการปฏิบัติของผู้ประกอบวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการใช้ตำรับยา แผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม จำแนกตามจุดประสงค์ 4 ด้าน	50
ตารางที่ 10 ผลการประเมินความรู้และการปฏิบัติของผู้ประกอบวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการใช้ตำรับ ยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม จำแนกตามข้อคำถาม	50
ตารางที่ 11 ความเห็นต่อหลักสูตรในการนำไปปฏิบัติตามหลักวิชาการ.....	54
ตารางที่ 12 ความเห็นต่อหลักสูตรในการนำไปใช้ได้ตามกฎหมาย	55
ตารางที่ 13 ความเห็นต่อปัญหาหรืออุปสรรคที่ส่งผลต่อการสั่งใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม ในการปฏิบัติงานจริง	55
ตารางที่ 14 การหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลกับคะแนนการประเมินผลความรู้ และการปฏิบัติของผู้ประกอบวิชาชีพที่ผ่านการอบรมฯ	58
ตารางที่ 15 การหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานด้านประสบการณ์การทำงานกับคะแนนการ ประเมินผลความรู้และการปฏิบัติของผู้ประกอบวิชาชีพที่ผ่านการอบรมฯ.....	59

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย 4



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในประเทศไทย “กัญชา” ถูกใช้เป็นยารักษาโรคในอดีตมาอย่างกว้างขวางและยาวนานตามหลักฐานที่ปรากฏในตำราสมัชชโบริณ ตำราพระโอสถพระนารายณ์ซึ่งเป็นตำราที่เก่าแก่และยาวนานราว ๆ สามร้อยกว่าปีมาแล้ว นอกจากนี้ยังพบตำรับยาที่มีกัญชาเป็นส่วนประกอบในตำรายีกหลายเล่ม เช่น ตำราแพทยศาสตร์สงเคราะห์ ตำรายาศิลาจารึกในวัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม เป็นต้น ในตำรากล่าวไว้ว่า กัญชา ช่วยเจริญอาหาร ช่วยให้นอนหลับ บำรุงร่างกาย ตัวอย่างตำรับยาที่มีกัญชาเป็นส่วนประกอบหลัก อ้างอิงจากคัมภีร์ธาตุพระนารายณ์ (ฉบับโบราณ). กรมหลวงวงศาฯ กรมหมื่นไชยนาท ประทาน พ.ศ. 2459 เช่น ตำรับสุขไสยาสน์ ที่ประกอบด้วยกัญชา 12 ส่วน มีสรรพคุณช่วยให้นอนหลับ และเจริญอาหารจึงกล่าวได้ว่า สมุนไพร กัญชา เป็นสมุนไพรทางภูมิปัญญาของประเทศไทย [1]

ในประเทศไทย พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 กำหนดให้ กัญชาเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ตามมาตรา 7 ทำให้กัญชาถูกห้ามผลิต นำเข้า ส่งออก หรือมีไว้ในครอบครอง ต่อมาได้มีการผ่อนคลายเป็นกัญชา สามารถนำมาใช้ในกรณีจำเป็นเพื่อประโยชน์ของทางราชการ การแพทย์ การศึกษาผู้ป่วย หรือการศึกษาวิจัยและพัฒนาการศึกษาวิจัยทางการแพทย์ได้ ตามประกาศพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 ในวันที่ 18 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 [2] กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุขได้มีการขับเคลื่อนและดำเนินงานให้สอดคล้องกับพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 โดยได้ส่งคายนาดำรับยาแผนไทยของชาติจาก 26,000 กว่าตำรับ พบว่ามีตำรับที่มีกัญชาปรุงผสม 200 กว่าตำรับและได้ตัดความซ้ำซ้อนออก เหลือตำรับที่มีกัญชาปรุงผสม 90 ตำรับ และได้มีประกาศรายชื่อตำรับยา 16 ตำรับแนบท้ายในประกาศกระทรวงสาธารณสุข ข้อ 2 เรื่อง กำหนดตำรับยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ที่ให้เสพเพื่อรักษาโรคหรือการศึกษาวิจัยได้ พ.ศ. 2562 นอกจากนี้ยังมีประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดผู้ประกอบการวิชาชีพการแพทย์แผนไทยและหมอพื้นบ้านตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ที่จะสามารถปรุง หรือส่งจ่ายตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ได้ พ.ศ. 2562 ซึ่งกำหนดให้ผู้ประกอบการวิชาชีพการแพทย์แผนไทย และหมอพื้นบ้านที่สามารถปรุงหรือส่งจ่ายตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ ต้องผ่านการอบรมหลักสูตรการใช้ตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่จากกระทรวงสาธารณสุข หรือหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขหรือสภาวิชาชีพการแพทย์แผนไทยให้การรับรองและในการปรุง หรือส่งจ่ายต้อง

ดำเนินการภายใต้สถานพยาบาลของรัฐหรือสถานพยาบาลเอกชนด้วยนโยบายกัญชาทางการแพทย์เป็นนโยบายเร่งด่วนของกระทรวงสาธารณสุข [3, 4]

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจึงได้เตรียมความพร้อมด้านบุคลากรเพื่อรองรับการจัดบริการกัญชาทางการแพทย์แผนไทย และจากการที่กัญชาถูกจัดเป็นยาเสพติดให้โทษมาเป็นระยะเวลา 20 กว่าปี จึงทำให้ผู้ประกอบการวิชาชีพไม่มีประสบการณ์การใช้ตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมตามตำรายาแผนไทยที่อ้างอิง จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องจัดหลักสูตรอบรมให้กับผู้ประกอบการวิชาชีพผู้สั่งใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทยเพื่อให้มีความรู้และสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม [5] กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกร่วมกับสภาการแพทย์แผนไทยได้จัดการอบรมหลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทยขึ้น มีการประเมินความรู้โดยการทดสอบก่อนอบรม (Pre-test) และหลังอบรม (Post-test) โดยผู้ผ่านการอบรมจะต้องมีคะแนนผลการทดสอบหลังอบรมมากกว่าหรือเท่ากับ 60% ของคะแนนเต็ม โดยจัดอบรม 2 หลักสูตร คือ จัดอบรมวิทยากรครู ก หลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย เพื่อสร้างวิทยากร ครู ก เพื่อไปสอนต่อ และเป็นผู้มีสิทธิสั่งใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทยตามกฎหมายกำหนด มีกลุ่มเป้าหมายคือ แพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยประยุกต์ หมอพื้นบ้าน และเภสัชกร จาก 13 เขตสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน (เภสัชกรจะได้ใบประกาศนียบัตรวิทยากร ครู ก แต่ไม่สามารถเป็นผู้สั่งใช้ยาตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2556) [6] พบว่า มีผู้ผ่านการอบรมเป็นวิทยากร ครู ก จำนวน 161 คน ทั้งนี้ เป็นผู้มีสิทธิสั่งใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย จำนวน 127 คน และหลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทยในหลายหน่วยงาน เพื่อสร้างผู้มีสิทธิสั่งใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทยตามกฎหมายกำหนด มีกลุ่มเป้าหมายคือ แพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยประยุกต์ และหมอพื้นบ้าน ใน 13 เขตสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน

ในการประเมินผลผู้เข้าร่วมการอบรมของหลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทยในรูปแบบการทดสอบก่อนการอบรม - หลังการอบรม เป็นการทดสอบที่ประเมินความรู้หลังจากสิ้นสุดการอบรมเท่านั้น จึงควรมีการประเมินผลความรู้และการปฏิบัติของผู้ประกอบการวิชาชีพที่ผ่านการอบรมหลักสูตรดังกล่าวร่วมด้วย เพื่อจะได้นำข้อมูลมาใช้ในการพัฒนาศักยภาพและหลักสูตรของการอบรมผู้ประกอบการวิชาชีพการแพทย์แผนไทยในการบริการกัญชาทางการแพทย์แผนไทยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประเมินผลความรู้และการปฏิบัติของผู้ประกอบการวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม
2. เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการนำความรู้จากการอบรมไปปฏิบัติใช้จริง

สมมติฐานของการวิจัย

1. ผู้ประกอบวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมมีผลการทดสอบการประเมินผลความรู้และการปฏิบัติผ่านเกณฑ์การทดสอบที่ 60% ของคะแนนเต็ม
2. กลุ่มการอบรมวิทยากร ครู ก มีค่าเฉลี่ยคะแนนมากกว่ากลุ่มการอบรมผู้สั่งใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย
3. ปัจจัยพื้นฐานที่แตกต่างกันกับคะแนนการประเมินผลความรู้และการปฏิบัติของผู้ประกอบวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมมีความสัมพันธ์

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study) ทำการศึกษาผลของการประเมินความรู้และการปฏิบัติของผู้ประกอบวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม จำนวน 5,402 คน ครอบคลุม 13 เขตสุขภาพ เป็นระยะเวลา 13 เดือน เริ่มตั้งแต่มิถุนายน 2563 – กรกฎาคม 2564

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ประกอบวิชาชีพ หมายถึง ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์แผนไทย การแพทย์แผนไทยประยุกต์ และหมอพื้นบ้านที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย

หลักสูตร หมายถึง หลักสูตรวิทยากร ครู ก การใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทยและหลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย

การประเมินความรู้และการปฏิบัติ หมายถึง การทดสอบความรู้และการทดสอบภาคปฏิบัติจากสถานการณ์จำลองในรูปแบบกรณีศึกษา

ประโยชน์ที่ได้รับ

เพื่อนำผลการวิจัยไปเป็นแนวทางในการให้ข้อมูลและปรับปรุงหลักสูตรผู้สั่งใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย ซึ่งเป็นการเพิ่มคุณภาพในระบบบริการกัญชาทางการแพทย์แผนไทยมากขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาทฤษฎี แนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาสนับสนุนในการกำหนดแนวทางและกรอบในการวิเคราะห์ดังต่อไปนี้

1. สถานการณ์กัญชาทางการแพทย์ในประเทศไทย
2. กฎหมายที่เกี่ยวข้อง
3. ความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์แผนไทย
4. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้และความเข้าใจ
5. แนวคิดเกี่ยวกับการประเมินผลความรู้และการปฏิบัติ
6. แนวคิดเกี่ยวกับการประเมินผลการอบรม
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สถานการณ์กัญชาทางการแพทย์ในประเทศไทย

กัญชาเป็นพืชสมุนไพรที่เป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมการแพทย์ดั้งเดิมในหลายพื้นที่ของโลก รวมทั้งในประเทศไทย อย่างไรก็ตามด้วยกัญชามีส่วนประกอบที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทจึงถูกใช้ในลักษณะการเป็นสิ่งเสพติดด้วย จึงมีความพยายามในการควบคุมพืชชนิดนี้ผนวกไปกับการควบคุมฝิ่น จนองค์การสหประชาชาติได้มีมติให้รวมกัญชาและยางกัญชา (cannabis resin) ไว้ในรายการของ “ยาเสพติดให้โทษ” ในปี พ.ศ. 2504 ภายใต้อนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ค.ศ. 1961 ระบุเหตุผลว่าเป็นสิ่งที่มีโทษโดยที่คุณค่าในด้านการรักษาโรคมะเร็งจำกัดหรือไม่มีเลย แม้จะถูกคัดค้านจากหลายประเทศที่มีการใช้กัญชาในระบบการแพทย์ดั้งเดิมของตน แต่ก็ไม่สามารถต้านทานแรงผลักดันของนานาชาติได้ [7]

สำหรับประเทศไทย แม้จะมีการประกาศใช้กฎหมายควบคุมกัญชาฉบับแรก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2477 แต่กฎหมายฉบับดังกล่าวก็ยังระบุให้สามารถ “มีไว้เพื่อประโยชน์ในทางโรคศิลปะก็ได้” ต่อมาหลังจากที่ประเทศไทยได้เข้าเป็นภาคีของอนุสัญญาขององค์การสหประชาชาติฉบับดังกล่าว จึงได้มีการยกเลิกกฎหมายกัญชาฉบับเดิม ในการประกาศใช้พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ที่บัญญัติให้กัญชาเป็นยาเสพติดให้โทษ ประเภทที่ 5 ทำให้การใช้กัญชาในประเทศไทยกลายเป็นสิ่งผิดกฎหมาย อย่างไรก็ตามด้วยคุณค่าในทางการแพทย์ของกัญชา ทำให้ประชาชนยังมีการแอบใช้แม้มี

ความเสี่ยงที่จะได้รับอันตรายจากการใช้กัญชาที่ไม่มีคุณภาพหรือมีสิ่งปนเปื้อนที่เป็นพิษ และยังทำให้เป็นอุปสรรคในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประโยชน์ของกัญชาในทางการแพทย์ ทำให้ในช่วง 20-30 ปีที่ผ่านมาหลายประเทศได้ดำเนินการปรับปรุงกฎหมายเพื่อแก้ไขข้อจำกัดเหล่านี้

ภาคประชาสังคมได้มีการจัดกิจกรรมทางวิชาการและการเคลื่อนไหวทางสังคมเพื่อเรียกร้องให้มีการแก้ไขกฎหมายเพื่อให้สามารถนำกัญชามาใช้ประโยชน์ ทั้งเพื่อประโยชน์ในทางการแพทย์ การวิจัยและพัฒนาเพื่อ “ความมั่นคงด้านยาของประเทศ” และเพื่อประโยชน์ในทางเศรษฐกิจ จนกระทั่งมีการประกาศใช้กฎหมายยาเสพติดให้โทษฉบับใหม่ ในวันที่ 18 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 และหลังจากการเลือกตั้งทั่วไปรัฐบาลได้บรรจุเรื่องของกัญชาเป็นส่วนหนึ่งในเรื่องเร่งด่วนของรัฐบาล และเดือนต่อมา นายอนุทิน ชาญวีรกูล รองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้แถลงนโยบายเกี่ยวกับกัญชาเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงการใช้กัญชาและสมุนไพรทางการแพทย์ ได้อย่างปลอดภัย เพื่อสร้างโอกาสทางการรักษา ด้านเศรษฐกิจ และการสร้างรายได้ของประชาชน

การขับเคลื่อนนโยบายกัญชาทางการแพทย์

กระทรวงสาธารณสุขเร่งดำเนินการเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการกัญชาทางการแพทย์ได้อย่างทั่วถึงเมื่อมีความจำเป็น โดยมุ่งหวังให้กัญชาเป็นยาหลักที่อยู่ในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ และได้กำหนดให้มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ (medical cannabis service plan) เพื่อเพิ่มโอกาสในการรักษาโรคให้กับประชาชนที่เจ็บป่วยทรมานจากกลุ่มโรคร้ายแรงเรื้อรังและไม่ตอบสนองต่อการรักษาทั้งแพทย์แผนปัจจุบันหรือแพทย์แผนไทย กระทรวงสาธารณสุขได้มีการเตรียมความพร้อมการให้บริการโดยมอบหมายให้กรมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัยและแพทย์พื้นบ้านหรือแพทย์แผนไทยได้ร่วมกันพัฒนาทำการวิจัยด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัยและองค์ความรู้แพทย์แผนไทยร่วมกันอย่างต่อเนื่องให้ได้ผลิตภัณฑ์และแนวทางการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ เพื่อเป็นการเสริมการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบันหรือแพทย์แผนไทยที่มีอยู่ ซึ่งจะสามารถลดความแออัดการรอคอยการรับบริการในโรงพยาบาลและสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตแก่ผู้ป่วยได้ จากนโยบายเร่งด่วนของรองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (กระทรวงสาธารณสุข, 2562) โดยในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2562 ได้มีการเปิดให้บริการคลินิกกัญชาในโรงพยาบาลน่าน 12 เขตสุขภาพ โดยเปิดบริการการใช้กัญชาในทางการแพทย์แผนปัจจุบัน 12 แห่ง และในวันที่ 2 กันยายน 2562 ได้เปิดคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย (น่าน) 13 แห่ง ครอบคลุม 13 เขตสุขภาพ ต่อมาได้มีการขยายพื้นที่การบริการเพิ่มขึ้นตามลำดับ เมื่อสิ้นสุดปี พ.ศ. 2562 ได้มีการสั่งการให้เปิดให้บริการกัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลในสังกัด ครอบคลุมทุกจังหวัดทั่วประเทศ โดยกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์

ทางเลือกได้จัดทำแนวทางและคู่มือการจัดตั้งคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย เพื่อส่งเสริมให้เกิดการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยมากขึ้น

จากการประชุมชี้แจงคณะกรรมการการสาธารณสุขสุขุติสภาโดยหน่วยงานต่าง ๆ ระดับกรมและกองที่เกี่ยวข้องในกระทรวงสาธารณสุขได้รายงานการดำเนินการขับเคลื่อนนโยบายคลินิกกัญชาทางการแพทย์ไปสู่การปฏิบัติ ตามบทบาทภารกิจ(คณะกรรมการการสาธารณสุขสุขุติสภา, 2562ก) ดังนี้

กรมการแพทย์ โดยสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์จัดอบรมการใช้สารสกัดจากกัญชาทางการแพทย์สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งเป็นหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขให้การรับรอง เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกรจากโรงพยาบาลของภาครัฐและเอกชนทั่วประเทศ มีความรู้ความเข้าใจในการนำผลิตภัณฑ์จากกัญชามาใช้ทางการแพทย์ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม โดยผู้เข้ารับการอบรมที่ผ่านเกณฑ์การทดสอบความรู้หลังการอบรมจะได้รับประกาศนียบัตรรับรองจากกรมการแพทย์ เพื่อใช้ประกอบการขออนุญาตสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ในการเป็นผู้สั่งใช้และจ่ายผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ กลุ่มบุคลากรที่เข้าอบรมตามหลักเกณฑ์ ได้แก่ แพทย์ ที่มีใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม ทันตแพทย์ ที่มีใบประกอบวิชาชีพทันตกรรม และเภสัชกรที่มีใบประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม สำหรับวิทยาการที่ถ่ายทอดความรู้ให้แก่ผู้เข้ารับการอบรมเป็นบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญด้านต่างๆ กรมการแพทย์ดำเนินการจัดอบรมต่อเนื่องเป็นประจำทุกเดือนรุ่นที่ 1 ระหว่างวันที่ 29 -30 เมษายน 2562 จำนวน 200 คน กรมการแพทย์ในฐานะที่เป็นหน่วยงานด้านวิชาการได้มีการจัดอบรมแก่เภสัชกรที่ต้องผ่านการอบรมเพื่อขึ้นทะเบียนกับ อย. มีการอบรมรวมแล้วกว่า 6,000 คน ทั้งนี้ การเผยแพร่องค์ความรู้ช่วงที่ผ่านมา ทุกเขตสุขภาพมีความต้องการเรียนรู้แบบเร่งรัด จึงเปลี่ยนรูปแบบเป็น e-learning ผ่านอินเทอร์เน็ตซึ่งเป็นรูปแบบวิดีโอที่บันทึกมาจากการอบรมแบบปกติ

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้ร่วมมือกับสภาการแพทย์แผนไทยจัดทำหลักสูตรและดำเนินการจัดอบรมวิทยากรครู ก ซึ่งเป็นผู้แทนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้นำความรู้ที่ได้รับไปถ่ายทอดต่อแก่บุคลากรในพื้นที่เขตสุขภาพ ทั้ง 13 เขตทั่วประเทศ โดยกำหนดให้มีการขับเคลื่อนจัดกิจกรรมการอบรมพร้อมกันทั่วประเทศ และดำเนินการนำกัญชามาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์แผนไทย มีการจัดวางโครงสร้างการทำงานผ่านการแต่งตั้งคณะกรรมการการนำกัญชาและกระท่อมมาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์แผนไทย เพื่อรับผิดชอบงานทั้ง 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านการปลูกและการผลิตตำรับยา 2) ด้านการฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากร 3) ด้านการวิจัยและการพัฒนาวิชาการด้านตำรับยา และ 4) ด้านการประเมินรับรองตำรับยาและการใช้ยา ขณะเดียวกันยังได้จัดตั้งสำนักงานจัดการกัญชาและกระท่อมทางการแพทย์แผนไทยเมื่อวันที่ 19 เมษายน 2562 โดยโยกย้ายอัตรากำลังและงบประมาณมาสนับสนุนการดำเนินการในด้านการผลิต ในช่วงแรกกรมการแพทย์แผน

ไทยและการแพทย์ทางเลือกได้นำของกลาง จากสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) มาใช้ ต่อมาจึงมีการพัฒนาผ่านการลงนามความร่วมมือกับสถาบันการศึกษา และวิสาหกิจชุมชนเพื่อเป็นหน่วยงานหลัก ในขั้นตอนการปลูก เช่น มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตสกลนคร มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตสกลนคร ส่วนขั้นตอนการผลิตตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมเป็นความรับผิดชอบของโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร จังหวัดสกลนคร ดำเนินการตามมาตรฐานที่ดีในการผลิต (Good Manufacturing Practice: GMP) ขององค์การอนามัยโลก (WHO) เพื่อส่งไปยังโรงพยาบาลที่มีคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ ทั้งนี้ ขั้นตอนการขนส่งมีความซับซ้อนเนื่องด้วยความเป็นสารเสพติดทำให้มีมาตรการที่ต้องรัดกุมเป็นพิเศษ จึงจัดให้มีการลงนามความร่วมมือกับบริษัท ไปรษณีย์ไทย จำกัด เพื่อการกระจายอย่างมีมาตรฐาน ซึ่งผลิตภัณฑ์ยาที่มีกัญชาเป็นส่วนประกอบทั้งหมดจะมีเลขนำส่ง (tracking no.) ระบุอยู่ตามขั้นตอนของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.)

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ มีแนวความคิดดำเนินการเกี่ยวกับกัญชาเพื่อใช้ทางการแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ มุ่งเน้นคำนึงถึงคุณภาพและความปลอดภัยเป็นสำคัญ โดยกัญชาจะต้องปราศจากสารตกค้างที่ทำให้เกิดอันตราย ซึ่งผู้ปลูกกัญชาที่ไม่ได้เป็น medical grade มักมีการใช้ยาฆ่าแมลง และสิ่งสำคัญที่ต้องเฝ้าระวัง คือ โลหะหนัก ได้แก่ ตะกั่ว ปรอท สารหนู โดยเฉพาะแคดเมียม ซึ่งกัญชามักมีสารปนเปื้อนชนิดนี้สูงซึ่งพบมากจากของกลางของสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) ที่นำมาใช้ทดลองสกัดสารกัญชาในช่วงแรก ดังนั้น ระบบของการทำงาน โดยตัวอย่างกัญชามักจะถูกส่งมาตรวจสอบที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ค่อนข้างมาก เพื่อให้มีการตรวจสอบก่อนนำไปสกัดเป็นยา ด้วยเหตุนี้ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ในฐานะห้องปฏิบัติการอ้างอิงด้านยาและวัตถุเสพติดของประเทศ จึงได้มีการจัดตั้ง “ศูนย์ประสานการตรวจกัญชาทางห้องปฏิบัติการ” โดยครอบคลุม 4 ภูมิภาคทั่วประเทศ ประกอบด้วย จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดชลบุรี จังหวัดนครราชสีมาและจังหวัดสงขลา กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ได้มีการพัฒนาชุดทดสอบอย่างง่าย เพื่อให้ประชาชนสามารถนำไปใช้ตรวจสอบน้ำมันกัญชาที่มีการลักลอบขาย (กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, 2562)

ในภาพรวมการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยในรอบปี พ.ศ.2562-2564 มีผู้เข้ารับบริการกว่า 23,000 ราย [8] ข้อมูลจากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยกว่า 800 แห่ง แบ่งเป็น โรงพยาบาลศูนย์ 34 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 86 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 503 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 101 แห่ง (ข้อมูล ณ วันที่ 6 มิถุนายน 2564) มีตำรับยาที่สั่งใช้ในคลินิก ได้แก่ ตำรับยาแผนไทย 16 ตำรับ (ยกเว้น ยาแก้โรคจิต) และน้ำมันกัญชา (ตำรับหมอดเธา) พบอาการไม่พึงประสงค์จากผู้ใช้ยา เช่น วิงเวียนศีรษะ แสบร้อนกลางหน้าอก คลื่นไส้ ง่วงซึม เป็นต้น ในการนำกัญชามาใช้ทางการแพทย์นั้น

ได้กำหนดให้ผู้รับอนุญาตผลิตหรือจำหน่ายตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่โดยการปรุงยาสำหรับคนไข้ เฉพาะรายติดตามประเมินประสิทธิผลและความปลอดภัยจากการใช้ตำรับยาที่ตนปรุงขึ้น และ รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทุกราย (targeted spontaneous reporting) ตามแบบ NAR 5 Herb C 2 และรายงานผลการดำเนินงาน ให้เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและ ยาทราบเป็นรายเดือนภายใน 10 วันนับแต่วันสิ้นเดือน ตามแบบ NAR 5 Herb C 1 [9]

จากการสนับสนุนตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมทั้ง 15 ตำรับ (ยกเว้นตำรับยาแก้ โรครจิต) และน้ำมันกัญชา (ตำรับหอมเดชา) พบว่า ปริมาณการใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม 5 อันดับแรก ได้แก่ ตำรับน้ำมันกัญชา (ตำรับหอมเดชา) ตำรับยาทำลายพระสุเมรุ ตำรับสุขไสยาสน์ ตำรับยาแก้ลมแก้เส้น และตำรับยาทาริตสีดวงทวารหนักและโรคผิวหนัง

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้ผลักดันตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุง ผสมเข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติ แล้วจำนวน 4 ตำรับ ได้แก่ ตำรับยาสุขไสยาสน์ ตำรับยาแก้ลมแก้เส้น ตำรับยาทำลายพระสุเมรุ ซึ่งจัดอยู่ในบัญชีย่อย 2 และตำรับน้ำมันกัญชา (ตำรับหอมเดชา) ซึ่งจัดอยู่ ในบัญชีย่อย 3 เพื่อขยายสิทธิประโยชน์ในการเข้าถึงบริการของประชาชน [10, 11]

นโยบายกัญชาทางการแพทย์

सानิตย์ ฉัตรวีรณัฐ [12] ได้ทำงานวิจัยเรื่อง มายาคติและความหมายเรื่องพืชกัญชาใน สังคมไทย ให้ข้อมูลหลักของงานวิจัย จำนวน 20 คน แบ่งออกเป็น 6 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มหน่วยงาน ภาครัฐ กลุ่มผู้บริหาร นักวิชาการ กลุ่มนักเคลื่อนไหวทางสังคม กลุ่มแพทย์แผนปัจจุบัน กลุ่มแพทย์ แผนทางเลือก หมอพื้นบ้าน และ กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้กัญชาในการรักษาโรค ผลวิจัยพบว่า 1. ภาพลักษณ์ ของสังคมไทยต่อกัญชา ถูกสร้างจากสองทาง คือ ศาสตร์ความรู้ตะวันตกที่ผ่านการเรียนการสอนใน โรงเรียนแพทย์ ทำให้ตำรับยา บทบาทของหมอพื้นบ้านหายไปจากสังคมไทย และอีกทาง คือ กฎหมายของรัฐที่ได้มีการสร้างวาทกรรม 2. การใช้ประโยชน์จากกัญชา และการให้ความหมายของ พืชกัญชาในสังคมไทย องค์กรความรู้ แบบตะวันตกที่มีผลต่อการจัดระบบการจัดการศึกษาได้สร้างมายา คติการใช้ประโยชน์จากกัญชาที่ต้องเรียกโรงงานวิจัยทดลองแบบวิทยาศาสตร์ ตำรับยาดั้งเดิมและ องค์กรความรู้แบบแพทย์พื้นบ้านถูกลบด้วย ชุดมายาคติแบบแผนการศึกษาตามแบบตะวันตก และเมื่อ ไม่มีงานวิจัยในรูปแบบของหน่วยวิชาเภสัชศาสตร์ กัญชาจึงไม่ได้รับการยอมรับให้เป็นยาในการรักษา ตามประโยชน์โดยแท้จริง 3. คนไทยมีสิทธิเข้าถึงพืชกัญชานี้ได้ และเมื่อต้องต้องแฟงกับกฎหมายก็จึง ต่อสู้ เรียกร้อง และ การเคลื่อนไหวทางสังคมแบบใหม่ (New Social Movement) ในมิติด้านกัญชา กลไกทางสังคมเรื่องกัญชากับการสร้างมายาคติ กระบวนการสำคัญอยู่ที่การตัดสินใจและการมีส่วนร่วม ของภาคประชาชน ในการกำหนดนโยบาย 4. การเคลื่อนไหวทางสังคมแบบใหม่เรื่องกัญชา มีการ เปลี่ยนแปลงสังคมและการเมืองที่ไปไกลกว่าเรื่องของการเปลี่ยนแปลงอำนาจรัฐ

วีรยา ภาอุปชิตและนุศราพร เกษสมบุรณ์ [13] ทำการวิเคราะห์เรื่อง นโยบายการใช้กัญชาทางการแพทย์ในไทย สหรัฐ แคนาดา เยอรมันและอิสราเอล และสังเคราะห์นโยบายที่เหมาะสมกับประเทศไทย โดยการทบทวนเอกสารและการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้มีส่วนได้เสียกับนโยบาย พบว่าระบบการส่งจ่ายยากัญชาทางการแพทย์คล้ายคลึงกันในทุกประเภท คือ ส่งจ่ายโดยแพทย์ มีหน่วยงานกลาง “Cannabis Agency” ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข ผลการศึกษาและความเห็นของผู้เชี่ยวชาญสอดคล้องในทางเดียวกัน คือเห็นด้วยในการนำกัญชามาใช้ทางการแพทย์และมีข้อเสนอเชิงนโยบายต่อการใช้ทางการแพทย์ดังนี้ รัฐบาลควรจัดตั้งหน่วยงานกัญชากลาง โดยครอบคลุมทั้งระบบตลอดห่วงโซ่อุปทานตั้งแต่ปลูก แปรรูป ขนส่ง จำหน่าย และการใช้ กระทรวงสาธารณสุขควรมีระบบการรักษาด้วยกัญชาทางการแพทย์ให้เหมาะสมกับบริบทของไทย มีระบบการส่งจ่ายยาทั้งแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย โดยควบคุมการนำไปใช้ในทางที่ผิด โดยอนุญาตให้ใช้กัญชาได้ทุกระดับ ได้แก่ การใช้รักษาตนเองของประชาชนและการใช้รักษาผู้ป่วยโดยผู้ให้บริการ โดยมีการควบคุมเท่าที่จำเป็นเท่านั้น และต้องไม่ให้เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงกัญชารักษาโรค มีระบบการให้ความรู้แก่ประชาชนเพื่อให้ใช้กัญชาอย่างเหมาะสม มีระบบการให้ความรู้แก่บุคลากรสาธารณสุข เพื่อให้การใช้กัญชาเป็นไปอย่างเหมาะสม มีระบบการสร้างความรู้ที่มีประสิทธิภาพ มีระบบการกระจายยาที่มีประสิทธิภาพ มีระบบควบคุมการโฆษณา และมีระบบเฝ้าระวังระบบการค้ำที่ก่ออันตราย ภาครัฐยังควรส่งเสริมการพัฒนายาใหม่จากกัญชาในรูปยาสามัญประจำบ้าน โดยไม่ควรจำกัดเฉพาะให้เป็นยาควบคุมพิเศษหรือยาที่ต้องสั่งจ่ายโดยผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขเท่านั้น และจัดให้มีระบบสิทธิพื้นฐานของผู้ป่วย เพื่อลดการนำเข้ายาและประเทศสามารถพึ่งตนเองได้อย่างแท้จริง

Sofia Aguilar และคณะ [14] ได้ศึกษานโยบายและการปฏิบัติของทั่วโลกเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ โดยรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับนโยบายกัญชาทางการแพทย์จากหลายๆ ประเทศ ประเทศละตินอเมริกาซึ่งเป็นผู้ดำเนินการสร้างนโยบายที่อนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ได้โดยมีประเทศแรกที่มีการใช้กัญชาทางการแพทย์คือประเทศอูรุกวัย มีสถาบันสำหรับควบคุมและกำกับการใช้กัญชาซึ่งจะเป็นผู้ดูแลว่าใครสามารถปลูกได้บ้างและปริมาณที่สามารถบริโภคได้ การใช้ทางสันหนนาการขึ้นกับว่าได้รับอนุญาตประเภทใด ได้แก่ การปลูกเพื่อใช้ส่วนตัว การเปิดร้านกัญชาคลับ หรือการซื้อในร้านขายยา ในการใช้กัญชาทางการแพทย์ยังไม่สามารถใช้ได้เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขของประเทศยังไม่อนุญาตให้มีการขายกัญชาทางการแพทย์ ประเทศจาไมกา มีการใช้กัญชาทางการแพทย์ซึ่งต้องจ่ายโดยแพทย์ที่ผ่านการขึ้นทะเบียนโดยกระทรวงสาธารณสุขแล้วเท่านั้น ประเทศบราซิลอนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ได้แต่ไม่อนุญาตให้แพทย์ส่งจ่ายกัญชาที่ยังไม่ผ่านการแปรรูปให้กับคนไข้ และยังไม่อนุญาตให้ปลูกใช้เอง ประเทศอาเจนตินาอนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ได้ และปลูกเพื่อใช้เอง แต่ต้องผ่านการขึ้นทะเบียนก่อน ประเทศออสเตรเลีย อนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์เป็นรายกรณี

ที่แพทย์ต้องการสั่งจ่าย และสามารถใช้ในการศึกษาวิจัยคลินิกเท่านั้น ประเทศแคนาดา ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงกัญชาได้ในกรณีใช้เพื่อทางการแพทย์ เช่น คลื่นไส้ อาเจียนจากการได้รับเคมีบำบัด เบื่ออาหารและน้ำหนักลดจากโรคมะเร็งหรือเอดส์ อาการปวดกล้ามเนื้อและเกร็งจากโรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง ปวดปลายประสาท ปวดจากโรคมะเร็งขั้นรุนแรง ผู้ป่วยระดับประคองระยะสุดท้าย เป็นต้น ส่วนการปลูกจะต้องได้รับอนุญาตจากการสาธารณสุขของแคนาดา สาธารณรัฐเชก อนุญาตให้ปลูก ขายและบริโภคภายใต้ปริมาณที่จำกัด สามารถปลูกใช้เองได้ไม่เกิน 5 ต้นและครอบครองไม่เกิน 30 กรัมต่อเดือน ประเทศฟินแลนด์ การใช้ทางการแพทย์ถูกสั่งใช้ภายใต้การดูแลของแพทย์เฉพาะทางด้านประสาทวิทยาเท่านั้น ประเทศฝรั่งเศส อนุญาตให้ใช้เฉพาะโครงการวิจัย ประเทศเยอรมัน ยังไม่อนุญาตให้ปลูกใช้เอง แต่สามารถใช้ได้ในรูปผลิตภัณฑ์ยาสำเร็จรูปและช่อดอกแห้ง ซึ่งถูกจ่ายโดยแพทย์ที่มีใบอนุญาต ประเทศกรีซ ห้ามใช้ในผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 21 ปี ประเทศฟิลิปปินส์ อนุญาตให้ใช้เฉพาะในศูนย์บำบัดโรคกัญชาทางการแพทย์ ประเทศอังกฤษอนุญาตให้ใช้เฉพาะ Sativex ในโรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง ประเทศสหรัฐอเมริกา อนุญาตให้ใช้กัญชาได้ใน 28 รัฐและโคลัมเบีย รวมถึงการปลูกใช้เอง

Marianne M.J. van Ooyen-Houben และคณะ [15] ศึกษาผลการประเมินนโยบายร้านจำหน่ายกัญชา (Coffee shop) ในประเทศเนเธอร์แลนด์ โดยนโยบายของประเทศมีการควบคุมให้ร้าน coffee shop สามารถให้บริการกับบุคคลที่มีอายุไม่ต่ำกว่า 18 ปี กัญชาต้องเป็นสายพันธุ์ที่มีสาร THC น้อยกว่าร้อยละ 30 ส่วน coffeeshop นั้น ต้องอยู่ห่างจากสถานศึกษาอย่างน้อย 250 เมตร จำหน่ายได้ไม่เกิน 5 กรัมต่อคน (เดิมจำหน่ายได้ 30 กรัม) ห้ามโฆษณา ห้ามมีกัญชาในครอบครองเกินกว่า 500 กรัม ผู้ประกอบการมีหน้าที่ควบคุมผู้ใช้ไม่ให้ก่อความรำคาญกับชุมชน และในแต่ละเมืองสามารถกำหนดโควตาเพื่อควบคุมการเปิด coffeeshop ได้ การควบคุม coffeeshop มีความเข้มข้นขึ้นเรื่อยๆ ในปี ค.ศ. 2012 มีการออกกฎหมายให้ coffeeshop รับลูกค้าได้เฉพาะสมาชิกเท่านั้น ส่งผลให้อุปทานลดลงแต่การใช้กัญชาที่ผิดกฎหมายเพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นถึงอำนาจของนโยบายและความยืดหยุ่นของอุปทานกัญชาในตลาดดัตช์ ในเวลาต่อมาก็ได้มีการยกเลิกนโยบายดังกล่าวไป

Howard S. Kim และ Andrew A. Monte [16] ได้ศึกษาสถานการณ์การทำให้กัญชาถูกกฎหมายในรัฐโคโลราโดแลผลกระทบต่อการดูแลฉุกเฉิน ซึ่งรัฐโคโลราโดอนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ตั้งแต่ปี 2000 และมีจำนวนใบอนุญาตการใช้กัญชาทางการแพทย์ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเพิ่มขึ้นในปี 2009 ถึง 2011 จาก 5,051 เป็น 118,895 ฉบับ การใช้กัญชาเพื่อสันตนาการเริ่มขึ้นในปี 2014 และมี 8 รัฐที่อนุญาตให้ใช้กัญชาเพื่อสันตนาการ ได้แก่ อะแลสกา แคลิฟอร์เนีย วอชิงตัน โคโลราโด โอเรกอน แมสซาชูเซตส์ เมน และเนวาดา พบว่าหลังจากมีการอนุญาตให้ใช้กัญชาอย่างถูกกฎหมายแล้ว มีจำนวนผู้ป่วยที่มาด้วยพิษเฉียบพลันจากกัญชาเข้าห้องฉุกเฉินและนอนโรงพยาบาล

มากขึ้น และพบว่ามีจำนวนมากขึ้นเป็นสองเท่าหลังจากมีการเปิดใช้กัญชาเพื่อสันทนาการ ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลอาการพิษเฉียบพลันที่เกิดจากกัญชาที่มาจากห้องฉุกเฉิน เช่น อาการทางจิตประสาท ซึมเศร้า อาการปวดท้อง อาเจียน ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นผิดจังหวะ และยังพบ cannabinoid hyperemesis syndrome ซึ่งมีอาการอาเจียนและปวดท้อง ใช้น้ำแก้อาเจียนแล้วไม่ดีขึ้น ใช้น้ำแก้อาเจียนแล้วไม่ดีขึ้น เกิดกับผู้ป่วยที่ใช้กัญชาเป็นเวลานาน ซึ่งผู้ป่วยอาจจะบอกว่าอาการนี้ดีขึ้นได้ชั่วคราวเมื่ออาบน้ำอุ่น แสดงให้เห็นว่า แพทย์ฉุกเฉินควรตระหนักเป็นพิเศษถึงอาการเฉพาะของผลิตภัณฑ์กัญชาที่ผู้ป่วยรับประทาน ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดอาการรุนแรงในผู้ที่ไม่เคยใช้มาก่อนหรือเด็ก

Samuel T. Wilkinson และคณะ [17] ได้ศึกษาผลกระทบต่อแพทย์และสาธารณสุขจากการที่กัญชาถูกกฎหมาย พบว่าหลักฐานการใช้กัญชาหรือสารแคนนาบินอยด์ในทางการแพทย์อย่างถูกกฎหมายนั้นมีข้อบ่งชี้เพียงไม่กี่ข้อเท่านั้น เช่น HIV/AIDS ภาวะผอมแห้ง อาการคลื่นไส้/อาเจียนที่เกี่ยวข้องกับเคมีบำบัด ปวดระบบประสาท และโรคปอดประสาทเสื่อมแข็ง แต่ก็ยังขาดหลักฐานทางคลินิกที่น่าเชื่อถือ ปัญหาด้านสาธารณสุขบางอย่างมีความสัมพันธ์กับการใช้กัญชา รวมถึงผลกระทบจากการมีเมแทบอลิซึมเฉียบพลันต่อความสามารถในการขับชี่ การได้รับกัญชาโดยไม่ได้ตั้งใจในเด็ก เช่น กินยาแก้ปวดของผู้ปกครอง หรือพี่เลี้ยง การกินคุกกี้ของปู่/ตา/ยาย/ย่า กินเค้กที่มีส่วนผสมของกัญชา [18] ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้กัญชากับฝัน และอาจจะมีเพิ่มขึ้นในปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการใช้กัญชา เช่น การถอนยา การติดยาเสพติด โรคจิตเภทและความผิดปกติของปอด ในแง่ของกฎหมายที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วจำเป็นต้องมีการวิจัยเพิ่มเติมอย่างเร่งด่วนเพื่อให้เข้าใจถึงผลกระทบได้ดีขึ้นในด้านสาธารณสุข

กรพินท์ ปานวิเชียร และปร.ต.ราชา โยคะ [19] ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการใช้กัญชาทางการแพทย์ โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างประชาชนในจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 350 คน แบบสอบถามที่ใช้ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะการใช้กัญชา การรับรู้ข้อดีข้อเสียของกัญชาทางการแพทย์และระดับพฤติกรรมการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ พบว่า ปัจจัย 3 ลำดับแรกคือ การรับรู้เรื่องสารสกัดกัญชาที่ได้มาจากส่วนของต้นกัญชามากที่สุด รองลงมาคือ การรับรู้ขนาดของยาควรพิจารณาผลตามการรักษาที่ได้รับเป็นหลัก และยากัญชาใช้ได้กับผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมและอารมณ์

ปรีดาภรณ์ สายจันเกตุ พิมพ์พร โนนจันทร์ นิติรัตน์ มีกายและรัศมี สุขนรินทร์ [20] ได้ศึกษาเรื่อง ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการใช้กัญชาในการรักษาโรคของประชาชนในจังหวัดพิษณุโลก ผลการวิจัยความรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ยังอยู่ในระดับที่ต้องได้รับการให้ข้อมูลความรู้ที่ถูกต้องและทำความเข้าใจด้านทัศนคติสำหรับการใช้กัญชาทางการแพทย์และยังเป็นข้อมูลให้กับเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขในการให้ความรู้เรื่องกัญชาทางการแพทย์

ภาณุชนาถ อ่อนไกล และกฤษกันทร สุวรรณพันธ์ [21] ได้ศึกษาเรื่อง ความรอบรู้ทางสุขภาพ ในการใช้กัญชาทางการแพทย์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดขอนแก่น โดยศึกษาในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 33,161 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้ด้านความรู้ทางสุขภาพด้านการใช้กัญชาทางการแพทย์ของอสม. ยังอยู่ในระดับต่ำและมีความรู้ความเข้าใจที่ยังไม่ถูกต้อง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพัฒนา ด้านดังกล่าวให้กับอสม.

กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

1. พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562

ในประเทศไทยกัญชาถูกจัดอยู่ในกลุ่มยาเสพติดให้โทษประเภท 5 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ต่อมาได้แก้ไขเพิ่มเติมกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ พระราชบัญญัตินี้มีบทบัญญัติบางประการเกี่ยวกับการจำกัดสิทธิและเสรีภาพของบุคคล จึงมีการประกาศพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษฉบับใหม่ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 ในวันที่ 18 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 [2] ซึ่งมีประเด็นหลักสำคัญที่ได้ปรับแก้ไขเพื่อให้สอดคล้องกับการนำกัญชามาใช้ในทางการแพทย์แผนไทย โดยอนุญาตให้สามารถผลิต นำเข้า หรือส่งออกซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ในกรณีจำเป็นเพื่อประโยชน์ของทางราชการ การแพทย์ การรักษาผู้ป่วย หรือการศึกษาวิจัยและพัฒนา ทั้งนี้ให้รวมถึงการเกษตรกรรม พาณิชยกรรม วิทยาศาสตร์ หรืออุตสาหกรรม เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ด้วย ซึ่งผู้ขออนุญาตนั้นต้องเป็นหน่วยงานของรัฐที่มีหน้าที่ศึกษาวิจัยหรือจัดการเรียนการสอนทางการแพทย์ เกษษศาสตร์ วิทยาศาสตร์ หรือเกษตรศาสตร์ หรือมีหน้าที่ให้บริการทางการแพทย์ เกษษกรรม หรือวิทยาศาสตร์หรือมีหน้าที่ให้บริการทางเกษตรกรรมเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์หรือเกษตรกรรม หรือหน่วยงานของรัฐที่มีหน้าที่ในการป้องกัน ปราบปราม และแก้ไขปัญหายาเสพติด หรือสภากาชาดไทย รวมถึงผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ชั้นหนึ่ง ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ หรือหมอพื้นบ้านตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการแพทย์แผนไทย และเปิดโอกาสให้ผู้ประกอบอาชีพเกษตรกรรมที่รวมกลุ่มเป็นวิสาหกิจชุมชนซึ่งจดทะเบียนตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมวิสาหกิจชุมชน วิสาหกิจเพื่อสังคมตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น หรือสหกรณ์การเกษตร ซึ่งจดทะเบียนตามกฎหมายว่าด้วยสหกรณ์ ซึ่งดำเนินการภายใต้ความร่วมมือและกำกับดูแลของหน่วยงานภาครัฐหรือสถาบันการศึกษา

กฎหมายได้กำหนดให้ตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมที่จะใช้เสพเพื่อวิจัยหรือทางการแพทย์จะต้องเป็นไปตามคำสั่งของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ หรือหมอพื้นบ้านตาม

กฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการแพทย์แผนไทยที่ได้รับใบอนุญาต ทั้งนี้ ตำรับยาที่เสฟได้ให้เป็นไปตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด [2]

มีการกำหนดตำรับยาที่ประกาศโดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ให้เป็นตำรับยาเสฟติดให้โทษในประเภท 5 ที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ที่ให้เสฟเพื่อรักษาโรคหรือการศึกษาวิจัยได้ 5 ประเภท ดังนี้

1. ตำรับยาที่ได้รับการรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ซึ่งครอบคลุมทั้งตำรับยาแผนปัจจุบันและตำรับยาแผนไทย
2. ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ในตำราการแพทย์แผนไทย โดยคำแนะนำของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกและสภาการแพทย์แผนไทย ซึ่งได้รับการประกาศแล้ว จำนวน 16 ตำรับ ต่อมาได้มีการประกาศระบุชื่อยาเสฟติดให้โทษในประเภท 5 พ.ศ. 2563 ได้กำหนดให้ส่วนของกัญชาบางส่วนไม่จัดเป็นยาเสฟติดให้โทษ ได้แก่ (ก) เปลือก ลำต้น เส้นใย กิ่งก้าน และราก (ข) ใบ ซึ่งไม่มียอดหรือช่อดอกติดมาด้วย (ค) สารสกัดที่มีสารแคนนาบินาไดโอด (cannabidiol, CBD) เป็นส่วนประกอบ และต้องมีสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (tetrahydrocannabinol, THC) ไม่เกินร้อยละ 0.2 โดยน้ำหนัก (ง) กากหรือเศษที่เหลือจากการสกัดกัญชาและต้องมีสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (tetrahydrocannabinol, THC) ไม่เกินร้อยละ 0.2 โดยน้ำหนัก [22] ทำให้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมที่เคยได้รับการประกาศรายชื่อตำรับยาเสฟติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชามีการปรับปรุง เนื่องจากบางตำรับที่มีกัญชาในส่วนที่ไม่ใช่ยาเสฟติดเป็นส่วนประกอบในตำรับ ได้แก่ ตำรับสุขไสยาสน์ ตำรับแก้ลมแก้เส้น ตำรับแก้ไข้หอมเหลือง/แก้ร้อนไม่หลับ และตำรับยาทาริตสีดวงทวารหนักและโรคผิวหนัง ซึ่งใช้ส่วนใบกัญชาเป็นส่วนประกอบในตำรับ และตำรับยาแก้โรคจิต ที่ใช้ส่วนก้านกัญชาเป็นส่วนประกอบในตำรับ [23]
3. ตำรับยาที่ได้รับอนุญาตให้ผลิตในประเทศ ภายใต้การรักษาโรครณีจำเป็นสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย (Special Access Scheme)
4. ตำรับยาที่ได้รับอนุญาตภายใต้โครงการศึกษาวิจัยที่ได้รับอนุญาตจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
5. ตำรับยาที่หมอพื้นบ้านปรุงขึ้นจากองค์ความรู้และภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยที่ชัดเจน และได้รับการรับรองจากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ทั้งนี้ วัตถุประสงค์จากกัญชาต้องไม่สามารถแยกเป็นช่อดอก ใบ เพื่อนำไปใช้ในทางที่ผิดได้ [24] ต่อมาได้มีการปรับปรุงให้เพิ่มเติมเป็นตำรับยาที่ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์และหมอพื้นบ้านตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการแพทย์แผนไทย เป็นผู้ปรุงและได้รับการรับรองจากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก [25] มีตำรับที่ได้รับการประกาศแล้ว 2 ตำรับ ได้แก่ (1) น้ำมันจอตกระดุก ชื่อผู้ปรุง นายนาต ศรีหาคา ที่อยู่ 82 หมู่ที่ 6 ตำบลสบงเปลือย

อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ (2) น้ำมันหอมระเหย ชื่อผู้ปรุง นายเดชา ศิริภัทร ที่อยู่ 13/1 หมู่ที่ 3 ถนนเทศบาลท่าเสด็จ 1 ซอย 6 ตำบลสระแก้ว อำเภอเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี” [26]

นอกจากนี้กฎหมายยังได้กำหนดเกี่ยวกับคุณสมบัติของผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย และหมอพื้นบ้านตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ที่จะสามารถปรุง หรือสั่งจ่ายตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ได้ จะต้องผ่านการอบรมหลักสูตรการใช้ตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่จาก กระทรวงสาธารณสุข หรือหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขหรือสภาวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ให้การรับรอง และในการปรุง หรือสั่งจ่ายต้องดำเนินการภายใต้สถานพยาบาลของรัฐหรือสถานพยาบาลเอกชน ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล ในส่วนของหมอพื้นบ้านที่จะสามารถปรุง หรือสั่งจ่ายตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ ต้องผ่านการอบรมหลักสูตรการใช้ตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่จาก กระทรวงสาธารณสุข หรือหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขหรือสภาวิชาชีพการแพทย์แผนไทยให้การรับรอง สามารถขออนุญาตผลิต (ปรุง) ที่บ้านของหมอพื้นบ้านได้

2. พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564

ประเทศไทยได้ยกเลิกพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษและพระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามยาเสพติดทุกฉบับ พระราชกำหนดป้องกันการใช้สารระเหย พระราชบัญญัติมาตรการในการปราบปรามผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด และพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และได้ตราพระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ขึ้นมาเมื่อวันที่ 8 พฤศจิกายน 2564 [27] ประกอบไปด้วย 186 มาตรา แบ่งเนื้อหาออกเป็น 3 ภาค ได้แก่ ภาค 1: การป้องกัน ปราบปราม และควบคุมยาเสพติด, ภาค 2: การบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสภาพทางสังคมแก่ผู้ติดยาเสพติด และ ภาค 3: บทกำหนดโทษ โดยมีประเด็นหลักๆ ที่มีการเปลี่ยนแปลงได้ ดังนี้

2.1 เพื่อเป็นการรวบรวมข้อกำหนดให้เป็นระบบและเป็นเอกภาพ โดยใช้ระบบคณะกรรมการเข้ามาขับเคลื่อน ซึ่งประกอบด้วยคณะกรรมการ 4 คณะ ได้แก่ คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) ซึ่งมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน เป็นกลไกหลักที่ดูแลด้านนโยบาย คณะกรรมการควบคุมยาเสพติด มีหน้าที่รับผิดชอบด้านการควบคุมยาเสพติด คณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ทำหน้าที่รับผิดชอบด้านการบำบัดดูแลผู้เสพหรือผู้ติดยาเสพติด คณะกรรมการตรวจสอบทรัพย์สิน ทำหน้าที่รับผิดชอบด้านการตรวจสอบและยึดทรัพย์สิน

2.2 เพื่อเป็นการเปิดช่องให้สามารถนำยาเสพติดไปใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์ การศึกษาวิจัย และเศรษฐกิจ โดยอนุญาตให้สามารถผลิต นำเข้า ส่งออก จำหน่าย หรือครอบครองยาเสพติด เพื่อนำไปใช้ในวัตถุประสงค์ทางการแพทย์ได้ ในปริมาณที่ไม่เกินจำเป็น โดยไม่ต้องขออนุญาต เช่น การนำยาเสพติดไปใช้ในการรักษาโรคหรือปฐมพยาบาล อย่างไรก็ตาม หากเป็นยาเสพติดบางประเภท การผลิต นำเข้า ส่งออก จำหน่าย หรือครอบครอง จำเป็นต้องได้รับอนุญาตโดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เพื่อใช้ประโยชน์ในการศึกษาวิจัย หรือการใช้ประโยชน์ในทาง

การแพทย์ วิทยาศาสตร์ และอุตสาหกรรม นอกจากนี้ ประมวลกฎหมายยังให้อำนาจคณะกรรมการในการตราพระราชกฤษฎีกา เพื่อกำหนดให้เขตพื้นที่หนึ่งพื้นที่ใด เพื่อการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งได้แก่ 1. ทดลองเพาะปลูกพืชที่เป็นหรือให้ผลผลิตเป็นยาเสพติดให้โทษหรือวัตถุออกฤทธิ์ หรืออาจใช้ผลิตเป็นยาเสพติดให้โทษหรือวัตถุออกฤทธิ์ 2. ผลิตและทดสอบเกี่ยวกับยาเสพติด 3. เสพหรือครอบครองยาเสพติดตามประเภทและปริมาณที่กำหนด

2.3 ปรับเปลี่ยนแนวทางการลงโทษผู้ทำผิดให้สมเหตุสมผลขึ้น โดยมุ่งเน้นปราบปรามไปที่กลุ่มผู้ค้า-ขบวนการค้ายา

2.4 ปรับมุมมองผู้เสพเป็นผู้ป่วย เน้นนำวิธีทางสาธารณสุขเข้ามาแก้ปัญหาผู้เสพยา โดยใช้กระบวนการบำบัดรักษาฟื้นฟู

ในหมวด 3 หมวด ของพระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ.2564 กำหนดประเภทของยาเสพติดให้โทษขึ้นใหม่ ตามมาตรา 29 โดยแบ่งยาเสพติดให้โทษเป็น 5 ประเภท คือ

ประเภท 1 ยาเสพติดให้โทษชนิดร้ายแรง เช่น เฮโรอีน (Heroin)

ประเภท 2 ยาเสพติดให้โทษทั่วไป เช่น มอร์ฟีน (Morphine) โคคาอีน (Cocaine) โคเดอีน (Codeine) หรือฝิ่นยา (Medicinal Opium)

ประเภท 3 ยาเสพติดให้โทษที่มีลักษณะเป็นตำรับยา และมียาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ผสมอยู่ด้วย ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขโดยการเสนอแนะของคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดประกาศกำหนด

ประเภท 4 สารเคมีที่ใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษในประเภท 1 หรือประเภท 2 เช่น อาเซติก แอนไฮไดรด์ (Acetic Anhydride)

ประเภท 5 ยาเสพติดให้โทษที่มีได้เข้าอยู่ในประเภท 1 ถึงประเภท 5 เช่น ฝิ่นฝิ่น โดยการการระบุชื่อยาเสพติดให้โทษว่ายาเสพติดให้โทษชื่อใดอยู่ในประเภทใดตามวรรคหนึ่ง (1) (2) (4) และ (5) และการเพิกถอนหรือเปลี่ยนแปลงชื่อหรือประเภทยาเสพติดให้โทษดังกล่าว ให้เป็นไปตามที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการ ป.ป.ส. ประกาศกำหนด

หลังจากมีพระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 กระทรวงสาธารณสุขก็ได้ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 พ.ศ. 2565 [28] โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดออกประกาศไว้ ดังนี้

ข้อ 1 ให้ยาเสพติดให้โทษที่ระบุชื่อยาต่อไปนี้ เป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด

(1) ฝิ่นฝิ่น ฝิ่น ซึ่งมีชื่อพฤกษศาสตร์ว่า *Papaver somniferum* L. และ *Papaver bracteatum* Lindl. หรือที่มีชื่ออื่นในสกุลเดียวกันที่ให้ฝิ่นหรือแอลคาลอยด์ของฝิ่น

(2) เห็ดขี้ควายหรือพืชเห็ดขี้ควาย ซึ่งมีชื่อวิทยาศาสตร์ว่า *Psilocybe cubensis* (Earle) Singer หรือที่มีชื่ออื่นในสกุลเดียวกันที่ให้สาร psilocybin หรือ psilocin

(3) สารสกัดจากทุกส่วนของพืชกัญชาหรือกัญชง ซึ่งเป็นพืชในสกุล *Cannabis* ยกเว้น สารสกัดดังต่อไปนี้

(ก) สารสกัดที่มีปริมาณสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (tetrahydrocannabinol, THC) ไม่เกินร้อยละ 0.2 โดยน้ำหนัก เฉพาะที่ได้รับอนุญาตให้สกัดจากพืชกัญชาหรือกัญชงที่ปลูกภายในประเทศ

(ข) สารสกัดจากเมล็ดของพืชกัญชาหรือกัญชง ที่ได้จากการปลูกภายในประเทศ

ข้อ 2 กรณียาเสพติดให้โทษตามข้อ 1 ที่เป็นสารควบคุมคุณภาพในการตรวจวิเคราะห์และควบคุมคุณภาพของการตรวจสารเสพติดในร่างกาย ซึ่งเป็นเครื่องมือแพทย์ตามกฎหมายว่าด้วยเครื่องมือแพทย์ และต้องใช้ตามวัตถุประสงค์ของเครื่องมือแพทย์นั้น ให้ยกเว้นจากการเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 5

ข้อ 3 ประกาศนี้ให้ใช้บังคับเมื่อพ้นกำหนดหนึ่งร้อยยี่สิบวันนับแต่วันประกาศในราชกิจจานุเบกษา (9 มิถุนายน 2565)

3. พระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2556

ในพ.ร.บ.วิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2556 ได้ให้ความหมายของคำที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

“การประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย” หมายความว่า การประกอบวิชาชีพที่กระทำหรือมุ่งหมายจะกระทำต่อมนุษย์ เกี่ยวกับการแนะนำ การตรวจโรค การวินิจฉัยโรค การบำบัดโรค การรักษาโรค การป้องกันโรค การส่งเสริมและการฟื้นฟูสุขภาพ โดยอาศัยองค์ความรู้ด้านเวชกรรมไทย เภสัชกรรมไทย การผดุงครรภ์ไทยการนวดไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย และองค์ความรู้ด้านอื่นตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด โดยคำแนะนำของคณะกรรมการ ทั้งนี้ ด้วยกรรมวิธีการแพทย์แผนไทยซึ่งถ่ายทอดหรือพัฒนาสืบต่อกันมาตามตำราการแพทย์แผนไทยหรือจากสถานศึกษาที่สภาการแพทย์แผนไทยรับรอง

“การประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์” หมายความว่า การประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย โดยอาศัยองค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์และวิทยาศาสตร์การแพทย์ซึ่งศึกษาจากสถานศึกษาที่สภาการแพทย์แผนไทยรับรอง รวมทั้งการประยุกต์ใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ ทั้งนี้ ตามระเบียบและข้อบังคับของสภาการแพทย์แผนไทย

“กรรมวิธีการแพทย์แผนไทย” หมายความว่า กรรมวิธีที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทยที่สภาการแพทย์แผนไทยกำหนดหรือรับรอง แล้วแต่กรณี

มาตรา 4 วิชาชีพการแพทย์แผนไทยตามพระราชบัญญัตินี้ ประกอบด้วย

(1) การประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ได้แก่ การประกอบวิชาชีพด้านเวชกรรมไทย เภสัชกรรมไทย การผดุงครรภ์ไทย การนวดไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย หรือการแพทย์แผนไทย ประเภทอื่นตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดโดยคำแนะนำของคณะกรรมการ

(2) การประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ [6]

ตามมาตรา 8(2) คณะอนุกรรมการการประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยได้จัดทำเกณฑ์ มาตรฐานและกรรมวิธีการแพทย์แผนไทย ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย โดยกำหนดความรู้ ความสามารถ สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ด้านเภสัชกรรมไทย ตามหลักเกณฑ์ 4 ประการ ดังนี้

1. เกษีษวัตฤ

รู้จักหลักการศึกษากษีษวัตฤ โดยอาศัยหลักการพิจารณาและจำแนกเกษีษวัตฤ 5 ประการ ได้แก่ รู้จักรูปลักษณะ รู้จักสี รู้จักกลิ่น รู้จักรส รู้จักชื่อ

รู้จักพืชสมุนไพร จำพวกต้น เถา-เครือ หัว-เหง้า ผัก หน้า และเห็ด

รู้จักสัตว์วัตถุ จำพวกสัตว์บก สัตว์น้ำ และสัตว์อากาศ

รู้จักธาตุวัตถุ จำพวกสลายสลายตัวง่ายและสลายตัวยาก

รู้จักตัวยาที่มีหลายชื่อ ชื่อตัวยาที่เป็นปริศนา ตัวยาที่ใช้แทนกันได้ ตัวยาที่มีคุณสมบัติ

รู้จักสมุนไพรที่มีพิษ

2. สรรพคุณเภสัช

รู้จักและจำแนกรสยาที่ผ่านการปรุงเป็นยาตำรับแล้ว (รสประธาน 3 รส) ตลอดจนสามารถหา ความสัมพันธ์ระหว่างรสยาประธานเพื่อเชื่อมโยงกับสรรพคุณยาเพื่อนำไปใช้ได้

รู้จักและจำแนกรสของยา 9 รส รสยา 8 รส รสยา 6 รส รสยา 4 รส รสยาแสดงกับโรค ตลอดจนสามารถหาความสัมพันธ์ระหว่างรสยาเพื่อเชื่อมโยงกับสรรพคุณยาเพื่อนำไปใช้ได้

รู้จักรสยาและสามารถหาความสัมพันธ์ระหว่างรสยาประจำโลหิตและผิวหนัง รสยาประจำ ธาตุ ตัวยาประจำธาตุ รสยาประจำฤดู 3 รสยาแก้ตามวัย รสยาแก้ตามกาล 3 และรสยาแก้ตามกาล 4

3. คณาเภสัช

รู้จักจุลพิภัก ต่างกันที่ขนาด ต่างกันที่สี ต่างกันที่รส ต่างกันที่ชนิด(เพศ) ต่างกันที่ถิ่นที่เกิด

รู้จักพิภักทยา พิภักตเว พิภักตตรี พิภักตจตุ พิภักตเบญจ พิภักตสัตตะ พิภักตเนาวะ พิภักตศ พิภักต พิเศษ

รู้จักมหาพิภัก มหาพิภักตตรี มหาพิภักตเบญจกุล มหาพิภักตอภินญาณเบญจกุล มหาพิภักตโสฬส เบญจกุล มหาพิภักตโสฬสเบญจกุล มหาพิภักตศเบญจกุล มหาพิภักตศเบญจจันท์

รู้จักมหาพิภักตทั่วไปที่ใช้ในกองเตโชธาตุ กองวาโยธาตุ กองอาโปธาตุ กองปลวี่ธาตุ กำเรียบ หย่อน พิการ

4. เกษีขกรรม

รู้จักการคัดเลือกและการเก็บตัวยยา เช่น เก็บยาตามฤดู เก็บยาตามทิศ เก็บยาตามวัน และเวลา เก็บยาตามกาล ตลอดจนสามารถตรวจสอบ ตรวจสอบ ควบคุมคุณภาพ ของวัตถุดิบและยาแผนไทย

รู้จักมาตรา ชั่ง ตวงวัด ของไทยและสากล

รู้จักการใช้น้ำกระสายยาชนิดต่าง ๆ ตลอดจนการแต่งสีกลิ่น รส และสารปรุงแต่ง

รู้จักการใช้ยาข้มฤทธิ์ยาคุมฤทธิ์และการทำให้ตัวยามีพิษน้อยลง เช่น การระสตุ ประสะ ข่าฤทธิ์

รู้หลักและข้อควรระวังในการใช้ยาสมุนไพรจากสมุนไพร ตามบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชีรายการยาสามัญประจำบ้าน สมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐานและสมุนไพรพืชพิษเพื่อใช้ในการผลิตและการปรุงยาด้วยกรรมวิธีการแพทย์แผนไทย

รู้จักหลักการปรุงยา การปรุงยาให้มีสรรพคุณดีสามารถปรุงยาและจ่ายยาตามใบสั่งยาของผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยหรือตามใบสั่งยาของผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ตลอดจนมีความรู้ความสามารถในการผลิตยาและการจัดจำหน่ายยาตามกฎหมายว่าด้วยยาหรือกฎหมายว่าด้วยผลิตภัณฑ์สมุนไพร ตามกรรมวิธีการแพทย์แผนไทย [29]

กัญชาในการรักษาโรค

Penny F. Whiting และคณะ [30] ได้ศึกษาเกี่ยวกับการใช้กัญชาในทางการแพทย์ โดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและวิเคราะห์แบบอภิมาน ซึ่งเลือกเฉพาะการศึกษาที่เป็น Randomized clinical trials วัตถุประสงค์ทางการรักษาเฉพาะโรค การใช้ชีวิตประจำวัน คุณภาพชีวิต พบว่า ความพึงพอใจในการเปลี่ยนแปลง และผลข้างเคียงจากการใช้ยาที่มีกัญชา พบว่ากัญชาช่วยรักษาอาการปวดเรื้อรังและการเกร็ง และมีหลักฐานที่มีคุณภาพระดับต่ำที่แสดงว่ากัญชาช่วยบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียนจากเคมีบำบัด เพิ่มน้ำหนักในผู้ป่วย HIV ช่วยเรื่องการนอนหลับ และอาการทูเรตต์ (Tourette Syndrome) และการใช้กัญชาจะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ในระยะสั้น

Nancy A. Haug และคณะ [31] ได้ศึกษาการฝึกอบรมและการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ผู้จ่ายยากัญชาในสหรัฐอเมริกา ทั้งผลิตภัณฑ์กัญชาที่เป็นยาและไม่เป็นยา โดยวิธีการสำรวจแบบออนไลน์ ประเมินการฝึกอบรม ความรู้ ทักษะและการสั่งจ่ายยา จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 55 ราย พบว่าเจ้าหน้าที่ผู้จ่ายยา ร้อยละ 55 ได้รับการอบรมหลักสูตรอบรมที่เป็นทางการ เนื้อหาที่อบรมได้แก่ การบริการลูกค้า ธุรกิจ ยา วิทยาศาสตร์ และอื่นๆ การอบรมอื่นๆ ได้แก่ budtender (ผู้รับฟังความต้องการของลูกค้าและคัดเลือกสายพันธุ์) หรือหลักสูตรเกี่ยวกับกัญชา (Cannabis 101) หรือ ความปลอดภัยและกฎหมาย (SellSmart, METRC) และร้อยละ 20 มีการฝึกอบรมโดยการศึกษาจาก

รายงานทางการแพทย์ และยังพบว่าผู้ส่งจ่ายยาให้คำแนะนำเฉพาะเพิ่มเติมกับผู้ป่วย ได้แก่ การเลือกสายพันธุ์ หากเป็นสายพันธุ์ indica จะแนะนำให้ใช้กับอาการวิตกกังวล ปวดเรื้อรัง นอนไม่หลับ ฝันร้ายตอนกลางคืน และอาการทูเรตต์ (Tourette Syndrome) สายพันธุ์ indica และ hybrid จะแนะนำให้ใช้ในโรคหรืออาการผิดปกติทางจิตใจหลังจากประสบสถานการณ์รุนแรง หรือ PTSD (Post-traumatic stress disorder) และกล้ามเนื้อแข็งเกร็ง นอกจากนี้ยังแนะนำการใช้ในความแรงต่างๆ ได้แก่ ความเข้มข้น THC:CBD 1:1 ใช้ในอาการวิตกกังวล Crohn's disease, hepatitis C และ PTSD ความเข้มข้น THC สูง ใช้ในการกระตุ้นความอยากอาหาร ความเข้มข้น CBD สูง ใช้ในอาการปวดข้อและโรคอัลไซเมอร์ เป็นต้น

Caroline A. MacCallum และ Ethan B. Russo [32] ได้ศึกษาเกี่ยวกับข้อพิจารณาในเชิงปฏิบัติของการบริหารยาและการปรับขนาดยาที่กัญชาทางการแพทย์ พบว่ารูปแบบการบริหารยามีทั้งแบบสูบ ระเหย รับประทานทางปาก ทา เหน็บ ซึ่งมีระยะเวลาที่ยาเริ่มออกฤทธิ์ และระยะเวลาที่ยาออกฤทธิ์ แตกต่างกัน ซึ่งรูปแบบการสูบมีระยะเวลาที่ยาเริ่มออกฤทธิ์เร็ว แต่ระยะเวลาที่ยาออกฤทธิ์สั้น รูปแบบรับประทานมีระยะเวลาที่ยาเริ่มออกฤทธิ์ช้า แต่ระยะเวลาที่ยาออกฤทธิ์นาน ในการปรับขนาดยาที่กัญชาขึ้นอยู่กับโรคและความแตกต่างแต่ละบุคคล มีหลักการคือ start low, go slow, and stay low' เพื่อลดผลข้างเคียงจากการใช้ยา ในวันที่ 1-2 ควรได้รับ THC 2.5 มก. วันที่ 3-4 เพิ่มเป็น 2.5 มก. วันละ 2 ครั้ง เพิ่มได้จนถึง 15 มก.ต่อวัน และพบว่าขนาดยาที่มี THC 20-30 มก.ต่อวัน อาจเพิ่มผลข้างเคียงหรือทำให้เกิดการทนต่อยาโดยไม่ได้เพิ่มประสิทธิผลในการรักษา

Ethan B Russo [33] ได้ศึกษาถึงการออกฤทธิ์ของ THC และการเสริมฤทธิ์ของสาร endocannabinoids ใน กัญชา พบว่า phytocannabinoids ชนิดอื่น เช่น tetrahydrocannabivarin, cannabigerol และสารอื่นๆ มีส่วนช่วยให้ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีกว่า การกินยาที่สกัดมาเป็น cannabinoids บริสุทธิ์ เนื่องจาก entourage effect ของกัญชา จึงเป็นการยากที่จะประเมินขนาดของการใช้กัญชาที่เหมาะสม หรือประเมินผลข้างเคียงของสารต่างๆ ในกัญชาได้ ในอดีตเคยมีการบันทึก antidote จากพิษของกัญชา เช่น ในศตวรรษที่ 10 ของเปอร์เซียมีการใช้น้ำมันมะนาวแก้พิษจากกัญชา ในอายุรเวชของอินเดียใช้ผงรากว่านน้ำผสมกับกัญชาในการสูบจะช่วยลดอาการข้างเคียงจากกัญชาได้ นอกจากนี้ยังมีถั่วเม็ดสน และพริกไทยดำ

CamilaPantoja-Ruiz และคณะ [34] ได้ศึกษาการใช้กัญชาเพื่อลดอาการปวด โดยการสืบค้นและรวบรวมการศึกษาที่เกี่ยวข้อง พบว่า ข้อมูลการลดการปวดปลายประสาท ปวดข้อ และปวดศีรษะ ในขณะเดียวกันพบว่ามีหลักฐานของข้อมูลในการลดปวดในโรคหลอดเลือดแข็งเกร็ง และใช้เสริมการรักษาในอาการปวดจากมะเร็ง ยังไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะแนะนำให้ใช้กัญชาเพื่อลดการใช้ยาในกลุ่ม opioids และอาการไม่พึงประสงค์ประเภทไม่รุนแรงจากการใช้กัญชาที่พบบ่อย ได้แก่ ง่วงนอน ผ่อนคลาย ความจำเสื่อม ไร่จริง เหงื่อออกมาก หัวดกระแวง และสับสน ข้อมูลด้านความ

เสียงยังไม่มีภาวะวิเคราะห้อย่างเป็นระบบ จึงมีความกังวลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยบางกลุ่มเช่น กลุ่มผู้สูงอายุ

Arun Bhaskar และคณะ [35] ศึกษาแนวทางการส่งจ่ายกัญชาในขนาดและการบริหารยาในผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรัง โดยกระบวนการเดลฟาย จากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 20 คน จาก 9 ประเทศ พบว่ามี 3 แนวทาง ได้แก่ Routine protocol จะเริ่มใช้ยาที่มี CBD เต้น เริ่มที่ 5 mg วันละ 2 ครั้ง ค่อยๆเพิ่มขนาด 10 mg ต่อวันทุก 2-3 วัน จนถึงขนาดที่เหมาะสม หากผู้ป่วยยังไม่ดีขึ้นที่ขนาดมากกว่า 40 mg ต่อวัน ให้เริ่มใช้ THC 2.5 mg ต่อวัน ค่อยๆเพิ่มขนาด 2.5 mg ทุก 2-7 วัน จนถึงขนาดที่เหมาะสม หรือขนาดสูงสุด 40 mg ต่อวัน Conservative protocol จะเริ่มใช้ยาที่มี CBD เต้น เริ่มที่ 5 mg วันละ 1-2 ครั้ง ค่อยๆเพิ่มขนาด 5-10 mg ต่อวันทุก 2-3 วัน จนถึงขนาดที่เหมาะสม หากผู้ป่วยยังไม่ดีขึ้นที่ขนาดมากกว่า 40 mg ต่อวัน ให้เริ่มใช้ THC 1 mg ต่อวัน ค่อยๆเพิ่มขนาด 1 mg ทุก 7 วัน จนถึงขนาดที่เหมาะสม หรือขนาดสูงสุด 40 mg Rapid protocol จะเริ่มใช้ยาสูตร THC:CBD 2.5-5.0 mg วันละ 1-2 ครั้ง ค่อยๆเพิ่มขนาด 2.5-5 mg ทุก 2-3 วัน จนถึงขนาดที่เหมาะสม หรือขนาดสูงสุด 40 mg

Carrie Cuttler และคณะ [36] ได้ศึกษาผลในระยะสั้นและระยะยาวของกัญชาในอาการปวดศีรษะและไมเกรน โดยประเมินจาก Strainprint Cannabis Tracker App ซึ่งเป็นแอปพลิเคชันสำหรับให้ผู้ป่วยติดตามอาการก่อนและหลังการใช้สายพันธุ์หรือขนาดที่ต่างกัน พบว่าการสูบกัญชาสามารถลดอาการปวดศีรษะและไมเกรนได้ ซึ่งจะลดอาการได้ในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง การใช้รูปแบบสารสกัดสามารถลดอาการปวดศีรษะได้ดีกว่ารูปแบบดอกกัญชาแห้ง การใช้กัญชาแบบสูบสามารถลดอาการปวดศีรษะได้ถึงร้อยละ 50 อย่างไรก็ตามประสิทธิภาพลดลงเมื่อเวลาผ่านไปและผู้ป่วยมีแนวโน้มจะใช้ปริมาณที่มากขึ้นเมื่อเวลาผ่านไป

Janet Schloss และคณะ [37] ได้ศึกษาผลทางคลินิกของกัญชาในผู้ป่วยเนื้องอกสมองกลิโอมาโดยการทดลองแบบสุ่ม ในผู้ป่วยจำนวน 88 ราย ได้รับสารสกัดกัญชา 2 สูตรที่มีอัตราส่วน THC:CBD ต่างกัน ได้แก่ 1:1 และ 4:1 และวัดผลการรักษาด้วย Functional Assessment of Cancer Therapy- Brain (FACT-Br) ระหว่าง baseline และที่ 12 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มที่ได้รับสารสกัดกัญชาสูตร 1:1 มีความสามารถทางกายภาพและการทำงาน รวมทั้งการนอนหลับดีกว่ากลุ่มที่ได้รับสูตร 4:1 การดำเนินไปของโรคลดลง 11% อาการคงที่ 34% อาการแย่ลง 10% ไม่พบอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง พบเพียงอาการข้างเคียงที่ไม่รุนแรงได้แก่ ปากแห้ง เพื่อยในตอนกลางคืน วิงเวียน และง่วงนอน

Sarah S. Stith และคณะ [38] ทำการศึกษาเรื่อง การรายงานอาการของผู้ป่วยจากการใช้กัญชาทางการแพทย์ โดยใช้ Releaf App มีการบันทึกข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2,830 ราย โดยประเมินความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย ที่มีคะแนน 0-10 คะแนน พบว่าอาการส่วนใหญ่ที่

รายงานคืออาการปวด กระวนกระวาย และซึมเศร้า การใช้กัญชาช่วยลดความรุนแรงของอาการได้ 2.8-4.6 คะแนน โดยเฉลี่ยความรุนแรงของอาการที่สูงก่อนการให้ยาสัมพันธ์กับการบรรเทาอาการที่มากขึ้น คะแนนความรุนแรงของอาการหลังใช้กับก่อนใช้ยามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในการบรรเทาอาการวิตกกังวลหรืออาการซึมเศร้ามากกว่าเพื่อบรรเทาอาการปวด

Emilia Lombardi และคณะ [39] ทำการศึกษาเรื่อง ทศนคติของแพทย์ในไอโฮโอต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์และนโยบายกัญชาทางการแพทย์ โดยนโยบายการใช้กัญชาทางการแพทย์ของรัฐไอโฮโอ นั้นมีข้อกำหนดให้แพทย์ผู้ที่จะส่งจ่ายกัญชาให้ผู้ป่วยจะต้องเข้าร่วมการอบรมเป็นเวลา 2 ชั่วโมง เกี่ยวกับความปลอดภัยและเงื่อนไขในการรักษาผู้ป่วยด้วยกัญชาและจะได้รับประกาศนียบัตรว่าเป็นผู้ผ่านการอบรม จากการสำรวจพบว่า มีแพทย์ที่ผ่านการอบรมแล้วเพียง 42 คน (จาก 334 คน) แพทย์ที่ไม่แนะนำให้ผู้ป่วยใช้กัญชามีสูงถึง 62% และมีความเชื่อมั่นว่านโยบายกัญชาทางการแพทย์ค่อนข้างจะเคร่งครัดเกินไป แสดงให้เห็นว่าอาจจะมีแพทย์ที่ไม่เข้าร่วมนโยบาย และจะเป็นปัญหาต่อการเข้าถึงของผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้กัญชาทางการแพทย์ เนื่องจากมีแพทย์ที่ผ่านการอบรมกระจายอยู่ไม่เพียงพอ รวมถึงการขาดความรู้ความเข้าใจในการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยที่ใช้กัญชาทั้งที่ถูกกฎหมายและไม่ถูกกฎหมาย ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อระบบการรักษายาบาลได้

Martyna Hordowicz และคณะ [40] ศึกษามุมมองของนโยบายกัญชาทางการแพทย์และความรู้ที่จำเป็นของแพทย์ในประเทศโปแลนด์ ประเทศโปแลนด์เริ่มใช้กัญชาอย่างถูกกฎหมายตั้งแต่ปี 2017 มีข้อกำหนดให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ได้ไม่เกิน 90 วัน และไม่ได้จำกัดปริมาณสูงสุดของการใช้กัญชาทางการแพทย์ นอกจากนี้ยังไม่อนุญาตให้ผู้ป่วยปลูกกัญชาเพื่อใช้เอง จึงทำให้ยากัญชาที่ใช้ต้องนำเข้าจากต่างประเทศ มีการจ่ายชดเชยค่ายาในโรคที่กำหนด แพทย์ในโปแลนด์ได้รับอนุญาตให้สั่งใช้กัญชาได้ภายใต้ความเชี่ยวชาญของจน ในขณะที่เดียวกันก็พบว่าการตัดสินใจสั่งจ่ายกัญชาและการปรับขนาดยาขึ้นกับแพทย์แต่ละคน เนื่องจากยังไม่มีแนวทางการใช้กัญชาทางการแพทย์ที่เป็นทางการ ผลการศึกษาของการสำรวจแพทย์ 57 คน พบว่าเกินกว่าครึ่งหนึ่งไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ จึงขาดความรู้ในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย และมีควรจะมีแนวทางเวชปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ รวมถึงการเบิกชดเชยค่ายาในโรคอื่นๆเพิ่มเติม

Alexandra Sideris และคณะ [41] ศึกษาการรับรู้และความรู้การใช้กัญชาทางการแพทย์ของแพทย์ในรัฐนิวยอร์ก กฎหมายในรัฐนิวยอร์กกำหนดให้ใช้กัญชาใน 10 กลุ่มโรคนั้น และแพทย์จะต้องได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ที่สามารถสั่งใช้กัญชาแก่ผู้ป่วยโดยผ่านการอบรมหลักสูตร 4 ชั่วโมง มีเนื้อหาเกี่ยวกับระบบ endo-cannabinoid สรีระวิทยาและผลข้างเคียงของcannabinoid และแนวทางของขนาดและการบริหารยาในการสั่งใช้กัญชา ทำการศึกษาในรูปแบบสำรวจและตอบแบบสอบถาม มีแพทย์ตอบแบบสอบถามกลับมา 164 คน พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่เห็นด้วยกับโปรแกรมกัญชาทางการแพทย์แต่ยังไม่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้สั่งใช้ และมักจะส่งต่อเคสผู้ป่วยให้กับแพทย์ที่

ขึ้นทะเบียนแล้ว เหตุผลส่วนใหญ่ที่ยังไม่ขึ้นทะเบียนเนื่องจากขาดความเชี่ยวชาญและกัญชายังจัดเป็น ยาเสพติด แพทย์ส่วนใหญ่ที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้สั่งใช้แพทย์ในสาขา Palliative care ผู้เชี่ยวชาญ ด้านการจัดการความปวด อาการที่แพทย์จะแนะนำให้ผู้ป่วยใช้กัญชาคือ อาการปวด และส่วนใหญ่จะ พิจารณาใช้กัญชาเป็นยาเสริม และมีความเชื่อว่ายาในกลุ่ม opioid มีความเสี่ยงมากกว่ากัญชา

ธนพล นิมสมบุรณ์ [42] ได้ศึกษาข้อมูลด้านพิษวิทยาของกัญชา กล่าวไว้ว่าภาวะพิษ เฉียบพลันที่เกิดจากการเสพกัญชา ซึ่งสามารถเกิดได้ในผู้เสพกัญชาเป็นประจำแต่เสพในปริมาณมาก ผู้ที่เพิ่งเริ่มเสพกัญชาและผู้ป่วยที่เริ่มใช้กัญชาเพื่อการรักษาเป็นครั้งแรก อาการแสดงของภาวะพิษ เฉียบพลัน ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง กล้ามเนื้ออ่อนแรง มือสั่น เหงื่อออก ง่วงซึม ความดันโลหิต ต่ำจากการเปลี่ยนอิริยาบถ ไม่มีสมาธิ พูดไม่ชัด สติสัมปชัญญะลดลง กระสับกระส่าย ชัก วิดตกังวล ใจสั่น เจ็บหน้าอก หายใจลำบาก ก้าวร้าว และไตวายเฉียบพลัน นอกจากนี้มีรายงานการเกิด กล้ามเนื้อหัวใจตาย (myocardial infarction) และภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ได้แก่ atrial fibrillation และ ventricular tachycardia จากข้อมูลทางเภสัชจลนศาสตร์พบว่า ระยะเวลาที่ใช้ เพื่อให้ได้ระดับยาสูงสุดของการใช้กัญชาทางการสูดหายใจเร็วที่สุด รองลงมา คือ การหยุดใต้ลิ้น และ การรับประทาน ตามลำดับ แต่ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มเกิดอาการผิดปกติจากการใช้กัญชาจะแตกต่างกัน ขึ้นกับปริมาณกัญชาที่ผู้ป่วยใช้ความเข้มข้นของสารออกฤทธิ์ และความถี่ของการใช้กัญชา

ความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์แผนไทย

ประวัติศาสตร์ของกัญชา

กัญชา เป็นพืชในวงศ์ Cannabidaceae มีสายพันธุ์ที่พบบ่อยคือ Cannabis sativa, Cannabis indica และ Cannabis ruderalis สำหรับสายพันธุ์ที่พบมากในประเทศไทยจะเป็นสายพันธุ์ Cannabis sativa ซึ่งสามารถเจริญเติบโตได้ดีในลักษณะอากาศแบบร้อนชื้น ซึ่งมีสารเคมีภายใน อยู่เป็นร้อยชนิด รวมถึง phytocannabinoids ลักษณะการใช้กัญชาในอดีตมีลักษณะตามชื่อเรียกคือ การใช้ผงแห้งของใบและดอกมาขยี้เป็นบุหรี่สูบซึ่งชาวเม็กซิกันเรียกว่ามาริฮวนา (Marijuana) และ การใช้ขยี้จากต้นมาเผาไฟและสูดดมตามภาษาอาหรับที่เรียกว่าแฮฌอิฌ (Hashish)

จากประวัติศาสตร์พบว่าการใช้กัญชาเพื่อรักษาโรคนั้นเริ่มขึ้นในประเทศจีนเมื่อ 2600 ปีก่อน คริสตกาล(BC) จักรพรรดิเสินหนิงของจีน (ShunNung ; 2737 ปีก่อนคริสตกาล) ซึ่งเป็นผู้ค้นพบ วิธีการชงชาและการต้มชาเป็นผู้อธิบายสรรพคุณทางยาของพืชกัญชาในตำรายาสมุนไพรจีนเป็นครั้งแรก และริเริ่มให้มีการเพาะปลูกพืชกัญชาเพื่อใช้เป็นยารักษาโรคนับจากนั้นเป็นต้นมา การปลูกกัญชา ได้ขยายไปในประเทศเพื่อนบ้านในแถบเอเชียและประเทศอินเดียจนกระทั่งในปี ค.ศ. 1839 (พ.ศ. 2382) นายแพทย์ชาวอังกฤษ (William O'Shaughnessy) ซึ่งขณะนั้นกำลังปฏิบัติงานอยู่ในประเทศ อินเดียได้ทำการทดลองและค้นพบว่ากัญชานั้นมีสรรพคุณทางการแพทย์สามารถใช้ระงับอาการปวด

เพิ่มความอยากอาหาร ลดการอาเจียน คลายกล้ามเนื้อและลดอาการชักได้ โดยได้ตีพิมพ์ผลงานวิจัยนี้ในวารสารทางยาในสมัยนั้นและได้มีการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์กันอย่างแพร่หลาย ทั้งในประเทศอังกฤษและในกลุ่มประเทศตะวันตก ตลอดจนมีการซื้อขายกัญชาในร้านยาทั่วไปได้โดยไม่ผิดกฎหมาย มีการบรรจุสรรพคุณทางยาของสารสกัดจากกัญชาและยาทิงเจอร์ใน British Pharmacopoeia และ United States Pharmacopoeia มีการบันทึกในประวัติศาสตร์ด้วยว่า แพทย์มีการสั่งจ่ายกัญชาเพื่อใช้ลดอาการปวดประจำเดือนแก่พระราชินีวิกตอเรียของประเทศอังกฤษ จนกระทั่งในปี ค.ศ. 1937 (พ.ศ. 2480) ในประเทศอเมริกาได้มีการรายงานว่าการใช้กัญชามีผลทำให้ผู้ใช้ขาดสติ เกิดอาการประสาทหลอนและก่อให้เกิดอาชญากรรมขึ้นได้ จึงมีการถอนกัญชาออกจาก United States Pharmacopoeia และยกเลิกการใช้กัญชาในการรักษาโรค มีการห้ามใช้กัญชาในการรักษาโรคในอังกฤษและยุโรป ตั้งแต่ในปี ค.ศ. 1971 (พ.ศ. 2514) เป็นต้นมา [43]

ในประเทศไทยกัญชาถูกจัดอยู่ในกลุ่มยาเสพติดให้โทษประเภท 5 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 แต่ได้มีการประกาศพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษฉบับใหม่ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 ในวันที่ 18 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 ซึ่งอนุญาตให้สามารถนำมาใช้ในกรณีจำเป็นเพื่อประโยชน์ของทางราชการการแพทย์การรักษาผู้ป่วยหรือการศึกษาวิจัยและพัฒนาการศึกษาวิจัยทางการแพทย์ได้ โดย 2 ชนิดหลักของ phytocannabinoids ที่ได้นำมาใช้ในด้านการแพทย์ ได้แก่ delta-9-Tetrahydrocannabinol (THC) ที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท และ cannabidiol (CBD) ที่ไม่มีฤทธิ์เสพติด สารประกอบ cannabinoids ออกฤทธิ์ผ่าน cannabinoid receptor หลัก 2 ชนิด คือ CB₁ receptor ซึ่งพบมากในสมองและร่างกาย มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจ ความจำ ความเข้าใจ อารมณ์ การรับรู้ความปวดและการเคลื่อนไหว ส่วน CB₂ receptor พบที่ระบบภูมิคุ้มกัน และระบบประสาทส่วนปลาย ม้าม ทอนซิล ต่อมไทมัส กระจก ผิวหนัง และเลือด monocyte, macrophages, B-cells และ T-cells [44] ในร่างกายสามารถสร้าง endocannabinoid ซึ่งเป็น cannabinoids โดยธรรมชาติ (ที่มีการศึกษาส่วนใหญ่ คือ anandamide และ arachidonoyl-glycerol (2-AG)) endocannabinoid ถูกสร้างขึ้นเพื่อกำกับการทำงานต่างๆ ของร่างกายโดยจะไปจับกับ CB₁ และ CB₂ receptor นอกจากนี้ การศึกษาต่างๆ พบว่า endocannabinoids ส่งผลเกี่ยวข้องกับการทำงาน of ร่างกาย อาทิ ความจำ อารมณ์ ความอยากอาหาร การนอนหลับ ความปวด การติดยาและการอักเสบ รวมถึงอาจมีบทบาทในการป้องกันที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของสมอง ระบบ metabolism ของร่างกาย อาทิ lipolysis, glucose metabolism และ energy balance [45]

ในประเทศไทย “กัญชา” ถูกใช้เป็นยารักษาโรคในอดีตมาอย่างกว้างขวางและยาวนาน ตามหลักฐานที่ปรากฏในตำราสมัยโบราณ ตำราพระโอสถพระนารายณ์ซึ่งเป็นตำราที่เก่าแก่และยาวนาน โดยสมเด็จพระนารายณ์มหาราชทรงครองราชย์ระหว่างปีพุทธศักราช 2199 ถึง 2231 ตำรับยาในตำราโอสถพระนารายณ์ในส่วนที่ระบุวันเดือนปี ที่แพทย์ประกอบยาถวาย ส่วนมากจะอยู่ในช่วงปี

เอกศก (ปีพุทธศักราช 2202 เป็นปีที่ 4 ในรัชกาลสมเด็จพระนารายณ์มหาราช) กับปิณฺฑู ตรีศก (ปีพุทธศักราช 2204 เป็นปีที่ 6 มีเพียงยาขนานเดียวที่ระบุว่าเป็นประกอบในปิณฑู อัฐศก (ปีพุทธศักราช 2230 เป็นปีที่ 32 ในรัชกาลสมเด็จพระนารายณ์มหาราช) ในรัชกาลสมเด็จพระนารายณ์มหาราช) อันเป็นช่วงปลายแผ่นดิน (Pichansoonthon et al., 1999) นี้คือหลักฐานสำคัญที่แสดงว่าตำราพระโอสถพระนารายณ์นี้อาจรวบรวมขึ้นภายหลังรัชสมัยสมเด็จพระนารายณ์มหาราชหรือราว ๆ สามร้อยกว่าปีมาแล้ว นอกจากนี้ยังพบตำรับยาที่มีกัญชาเป็นส่วนประกอบในตำราอีกหลายเล่ม เช่น ตำราแพทยศาสตร์สงเคราะห์ ตำรายาศิลาจารึกในวัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม เป็นต้น ในตำรากล่าวไว้ว่า กัญชา ช่วยเจริญอาหาร ช่วยให้นอนหลับ บำรุงร่างกาย จึงกล่าวได้ว่า สมุนไพร กัญชา เป็นสมุนไพรทางภูมิปัญญาของประเทศไทย [1] ตัวอย่างตำรับยาที่มีกัญชาเป็นส่วนประกอบหลัก อ้างอิงจากคัมภีร์ธาตุพระนารายณ์ (ฉบับโบราณ). เช่น กรมหลวงวงศาฯ กรมหมื่นไชยนาทประทาน พ.ศ. 2459 เช่น ตำรับสุขุไสยาสน์ ที่ประกอบด้วยกัญชา 12 ส่วน “ยาสุขุไสยาสน์ ให้เอา การบูร 1 ส่วน ไบสเดา 2 ส่วน สหฺสฺศุณเทศ 3 ส่วน สมุลแว้ง 4 ส่วน เทียนดำ 5 ส่วน โกฏฺฏกระดุก 6 ส่วน ลูกจันทน์ 7 ส่วน ดอกบุนนาค 8 ส่วน พริกไทย 9 ส่วน ชิงแห้ง 10 ส่วน คีปสี 11 ส่วน ใบกันทา 12 ส่วน ทำเปนจุมละลายน้ำผึ้งเมื่อจะกินเคกด้วยสัฟฟิดโย 3 จบ แล้วกินพอควร แก้กสรรพโรคทั้งปวงหายสิ้น มีกำลังกินเข้าได้ นอนเป็นสุขนกกแลฯ” ตำรับยาทิพภาค ที่ประกอบด้วยกัญชา 16 ส่วน “ยาทิพภาค ให้เอา ยาตำ เทียนดำ ลูกจันทน์ ดอกจันทน์ กระวาน พิมเสน สิ่งละส่วน การบูร 4 ส่วน ผีน 8 ส่วน ใบกันทา 16 ส่วน สุราเปนกระสาย บดทำแท่ง น้ำกระสายใช้ให้ขอบโรคร้อนแลเย็น กินพอควร แก้กสรรพัตทั้งหลายอันให้ระส่ำระสาย กินเข้ามิได้ นอนมิหลับตบุงพโพลหิต ลงแดงหายแลฯ” เป็นต้น

สรรพคุณของกัญชา

เมล็ด ตำรายาไทยจะใช้เมล็ดกินเป็นยาชูกำลัง ช่วยเจริญอาหาร แก้กกระหายน้ำ แก้กท้องผูก แต่ถ้ากินมากจะมีอาการหวาดกลัวและหมดสติ

ดอก ใช้เป็นยาแก้โรคประสาท เช่น นอนไม่หลับ คิดมาก หรือใช้กับผู้ป่วยที่เบื่ออาหาร โดยนำมาปรุงกับอาหารให้รับประทาน

ใบ ใช้เป็นยาแก้ไข้ผอมเหลือง ไม่มีกำลัง ตัวสั่น เสียงสั่น รักษาโรคหอบหืด ช่วยขยายหลอดลมและลดการหดตัวของหลอดลม ด้วยการนำใบสดมาหั่นให้เป็นฝอย แล้วเอาไปตากแห้ง จากนั้นนำมาสูบเป็นยารักษาโรค

ทั้งต้น ช่วยแก้ประจำเดือนไม่ปกติของสตรี แก้กโรคผิวหนังกลากเกลื้อน แก้กกล้ามเนื้อกระตุก

ข้อควรระวัง : ในกรณีที่ได้รับประทานมากเกินไป ทำให้เกิดประสาณหลอน ตาตาย ชัก หรือกลายเป็นเสพติด ในผู้ชายหากได้รับประทานมากเกินไปจะทำให้ น้ำกามเคลื่อน ส่วนสตรีที่ได้รับประทานมากเกินไปจะทำให้เกิดอาการตกขาว [46]

ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม [47]

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้ส่งคายนาดำรับยาแผนไทยของชาติจาก 26,000 กว่าตำรับ พบว่ามีตำรับที่มีกัญชาปรุงผสม 200 กว่าตำรับและได้ตัดความซ้ำซ้อนออก เหลือ ตำรับที่มีกัญชาปรุงผสม 90 ตำรับ มีการแบ่งตำรับยาออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่ม ก เป็นตำรับยาที่มีประสิทธิผล มีความปลอดภัย วิธีการผลิตไม่ยุ่งยากซับซ้อน ด้วยยาหาไม่ยาก และมีสรรพคุณตำรับที่แก้ปัญหาสาธารณสุข จำนวน 16 ตำรับ

กลุ่ม ข เป็นตำรับยาที่มีประสิทธิผล แต่มีวิธีการผลิตไม่ชัดเจนและมีตัวยายาก จำนวน 11 ตำรับ

กลุ่ม ค เป็นตำรับยาที่เห็นควรให้มีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม จำนวน 32 ตำรับ

กลุ่ม ง เป็นตำรับยาที่มีส่วนประกอบอยู่ในอนุสัญญา CITES หรือ WHO ประกาศ หรือตัวยาที่กฎหมายไม่อนุญาตให้ใช้ จำนวน 31 ตำรับ และได้มีประกาศรายชื่อตำรับยา 16 ตำรับ (กลุ่ม ก) แนบท้ายในประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดตำรับยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ที่ให้เสพเพื่อรักษาโรคหรือการศึกษาวิจัยได้ พ.ศ. 2562

เพื่อเป็นการขับเคลื่อนการใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างเป็นรูปธรรม จึงได้ประกาศรายชื่อตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมในกลุ่ม ก จำนวน 16 ตำรับ แนบท้ายในประกาศกระทรวงสาธารณสุข ข้อ 2 เรื่อง กำหนดตำรับยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ที่ให้เสพเพื่อรักษาโรคหรือการศึกษาวิจัยได้ พ.ศ. 2562 ตามมาตรา 58 แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 ดังนี้

ตารางที่ 1 รายชื่อตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมที่ให้เสพเพื่อรักษาโรคหรือการศึกษาวิจัยได้

ชื่อตำรับยา	ที่มาของตำรับยา
ยาอัคคินิวคณะ	คัมภีร์ธาตุพระนารายณ์
ยาคุชไสยาศน์	คัมภีร์ธาตุพระนารายณ์
ยาแก้ลมเนาวนารีวาโย	ตำรายาศิลาจารึกในวัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม
ยาน้ำมันสนันไตรภพ	ตำรายาศิลาจารึกในวัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม, จารึกตำรายา วัดราชโอรสารามวรวิหาร
ยาแก้ลมขึ้นเบื้องสูง	ตำรายาศิลาจารึกในวัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม
ยาไฟอาวุธ	แพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ เล่ม 1 พระยาพิศณุประสาทเวช
ยาแก้ลมไม่หลับ / ยาแก้ไข้หอมเหลือง	แพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ เล่ม 1 พระยาพิศณุประสาทเวช
ยาแก้สั่นชมาต กล่อนแห้ง	แพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ เล่ม 2 พระยาพิศณุประสาทเวช
ยาอัมฤตโอสถ	แพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ เล่ม 2 พระยาพิศณุประสาทเวช

ชื่อตำรับยา	ที่มาของตำรับยา
ยาอโภยสาลี	เวชศึกษา พระยาพิศณุประสาทเวช
ยาแก้ลมแก้เส้น	เวชศาสตร์วิวัฒนาการ
ยาแก้โรคจิต	อายุรเวทศึกษา (ขุนนิเทศสุขกิจ) เล่ม 2
ยาไพสาลี	อายุรเวทศึกษา (ขุนนิเทศสุขกิจ) เล่ม 2
ยาทาริตสีดวงทวารหนักและโรค ผิวหนัง	อายุรเวทศึกษา (ขุนนิเทศสุขกิจ) เล่ม 2
ยาทำลายพระสุเมรุ	คัมภีร์แพทย์ไทยแผนโบราณ เล่ม 2 ขุนโสภิตบรรณลักษณ์
ยาทัพยาคิณ	คัมภีร์แพทย์ไทยแผนโบราณ เล่ม 2 ขุนโสภิตบรรณลักษณ์

แนวคิดเกี่ยวกับความรู้และความเข้าใจ

ความหมายของความรู้

ได้มีนักวิชาการได้ให้ความหมายของความรู้ไว้หลากหลาย ดังนี้

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 (ราชบัณฑิตยสถาน, 2546, หน้า 232) ได้อธิบายว่า ความรู้คือสิ่งที่สะสมมาจากการศึกษาเล่าเรียน การค้นคว้าหรือประสบการณ์ รวมทั้งความสามารถเชิงปฏิบัติและทักษะ หรือสารสนเทศที่ได้รับมาจากรับประสบการณ์ที่ได้รับมาจากการได้ยิน ได้ฟัง การคิด หรือการปฏิบัติต่อองศวิชาในแต่ละสาขา

Davenport and Prusak [48] ได้ให้ความหมายว่าความรู้หมายถึงสวนผสมของกรอบประสบการณ์ คุณค่า สารสนเทศที่เป็นสภาพแวดล้อมและกรอบการทำงานสำหรับการประเมินและรวมกันของประสบการณ์และสารสนเทศใหม่

จากความหมายข้างต้นจะเห็นได้ว่า ความรู้ หมายถึง ข้อมูลที่ผู้หนึ่งได้รับการเรียนรู้ ประสบการณ์ สารสนเทศจนเกิดเป็นความเข้าใจ ผ่านกระบวนการคิด วิเคราะห์ และนำไปใช้ประโยชน์ในการตัดสินใจเลือกกระทำกรใดๆ ในสถานการณ์โดยไม่จำกัดช่วงเวลา

พฤติกรรมที่แสดงออกด้านความรู้

ความรู้ความคิด (Cognitive Domain) เป็นผลการเรียนรู้ที่ผู้เรียนมีความรู้ความสามารถและทักษะทางสมอง (Intellectual ability) เป็นพฤติกรรมการเรียนรู้ที่แสดงออกทางสมองเป็นผู้มีความรู้ความคิด (Thinking) บลูมและคณะ ได้แบ่งพฤติกรรมที่แสดงว่าเป็นผู้มีความรู้

ความคิดแบ่งออกเป็น 6 ชั้น (อุทุมพร ทองอุทัย, 2523 : 191-1999 อ้างถึงในสมฤดี ทัพพรหม, 2551: 29)

(1) ความรู้ – ความจำ (Knowledge) หมายถึง การระลึกถึงเรื่องราวต่างๆ ที่เคยมีประสบการณ์มาแล้วและได้รวบรวมถึงการจำเนื้อเรื่องต่างๆ ที่ปรากฏอยู่ในแต่ละเนื้อหาวิชา และที่เกี่ยวกับเนื้อวิชานั้นความรู้ – ความจำ แบ่งออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่

(1.1) ความรู้เฉพาะสิ่ง (Knowledge of Specifics) ได้แก่ ความสามารถในการระลึกหรือจำได้ในเรื่องเกี่ยวกับ คำศัพท์เฉพาะ (Terminology) และข้อเท็จจริงเฉพาะสิ่ง (Specifics facts)

(1.2) ความรู้เรื่องวิถีและวิธีการจัดการกระทำกับสิ่งเฉพาะ (Knowledge of Ways and Means of Dealing with Specifics) ได้แก่ ความรู้ในวิถีและวิธีการที่เกี่ยวกับ แบบแผนนิยม (Conventions) แนวโน้มและลำดับเหตุการณ์ (Trend and Sequences) การจัดจำพวกและประเภท (Classifications and Categories) เกณฑ์ (Criteria) และระเบียบวิธี (Methodology)

(1.3) ความรู้เรื่องสากล และนามธรรมในสาขาต่างๆ (Knowledge of the Universals and Abstracts in a Field) เป็นความรู้ความสามารถในเรื่องแผนและรูปแบบที่สำคัญๆ ทั้งที่เป็นโครงสร้าง ทฤษฎีและข้อสรุป ได้แก่ ความรู้ ความสามารถเกี่ยวกับหลักการและข้อสรุปทั่วไป (Principles and Generalizations) ทฤษฎีและโครงสร้าง (Theories and Structures)

(2) ความเข้าใจ (Comprehension) หมายถึง ความรู้ ความสามารถและทักษะในการแปลการตีความ และการสรุปอ้างอิง ซึ่งจะต้องเข้าใจ จับใจความสำคัญของเรื่อง และสามารถดัดแปลงของที่พบเห็นที่คล้ายกับของเขาที่เคยประสบมาแล้ว ก็ได้ แบ่งออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ การมีความสามารถและทักษะเกี่ยวกับการแปล (Translation) การตีความ (Interpretation) และการขยายความ (Extrapolation)

(3) การประยุกต์ (Application) หมายถึง ความรู้ ความสามารถในการนำความรู้ ความเข้าใจในเนื้อเรื่องต่างๆ ที่ได้เรียนรู้แล้วไปใช้ในสถานการณ์ต่างๆ ทั้งในสถานการณ์จริงและสถานการณ์จำลอง สามารถนำกฎเกณฑ์ หลักการและวิธีการที่ได้เรียนรู้มาไปใช้แก้ปัญหา หรือทำความเข้าใจสถานการณ์ใหม่ได้

(4) การวิเคราะห์ (Analysis) หมายถึง ความรู้ ความสามารถในการจำแนกเรื่องต่างๆ ให้กระจายออกเป็นหน่วยย่อยหรือส่วนย่อยๆ เพื่อให้ได้ลำดับขั้นของความคิด หรือความสัมพันธ์ระหว่างความคิดที่ชัดเจน แบ่งได้เป็น 3 ประเภท ได้แก่ ความสามารถในการวิเคราะห์ให้เห็นความสำคัญ (Elements) ความสัมพันธ์ (Relationships) และหลักการจัดระเบียบ (Organizational Principles)

(5) การสังเคราะห์ (Synthesis) หมายถึง ความรู้ ความสามารถในการผสมผสานส่วนย่อย ๆ เข้าเป็นเรื่องเดียวกัน หรือนำมาจัดเรียงขึ้นใหม่ในโครงสร้างหรือรูปแบบที่ไม่เหมือนเดิมแบ่งเป็น 3 ประเภท ได้แก่ ความสามารถในการสังเคราะห์เกี่ยวกับ ผลผลิตจากการสื่อความหมายเฉพาะ (Production of a unique communications) ผลผลิตจากแผนงานหรือชุดเสนอเพื่อปฏิบัติการ

(Production of a plan of proposed of operations) ความสัมพันธ์เชิงนามธรรม (Derivation of a set of abstract relations)

(6) การประเมินผล (Evaluation) หมายถึง ความรู้ ความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับคุณค่าของเนื้อหาและวิธีการตามกฎเกณฑ์

แนวคิดเกี่ยวกับการประเมินผลความรู้และการปฏิบัติ

ความหมายของการประเมิน

สุวิมล ว่องวานิช [49] ได้ให้ความหมายของการประเมินผลว่า หมายถึง การตัดสินใจคุณค่าของสิ่งที่ถูกวัดโดยการเทียบกับเกณฑ์ จุดเน้นของการประเมินจะอยู่ที่ความยุติธรรมและความเหมาะสมของเกณฑ์ที่ใช้ในการตัดสินใจที่โปร่งใส และเปิดเผย นอกจากนี้การประเมินผลที่ดีต้องอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลที่มีความตรงและเชื่อถือได้ ซึ่งได้มาจากกระบวนการวัดผลที่มีคุณภาพซึ่งสามารถให้ผลการวัดที่ถูกต้องสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง

ศิริชัย กาญจนวาสี [50] ได้นำเสนอพัฒนาการความหมายของประเมินและสรุปว่า ความหมายของการประเมินได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเริ่มต้นจากความเข้าใจว่าการประเมินเป็นสิ่งเดียวกับการวัดผลการเรียนรู้ของผู้เรียน (Measurement-oriented) การประเมินเป็นกระบวนการศึกษาสิ่งต่าง ๆ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัย (Research-oriented) การประเมินเป็นการตรวจสอบการบรรลุผลตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ (Objectives-oriented) การประเมินเป็นการช่วยเสนอสารสนเทศเพื่อการตัดสินใจ (Decision-oriented) การประเมินเป็นการสนองสารสนเทศแก่ผู้เกี่ยวข้องทั้งหลายด้วยการบรรยายอย่างลุ่มลึก (Description-oriented) และการประเมินเป็นการตัดสินใจคุณค่าของสิ่งที่มุ่งประเมิน (Judgment-oriented)

จากความหมายของการประเมินตามแนวคิดของนักวิชาการดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น จึงกล่าวได้ว่าการประเมิน หมายถึง กระบวนการพิจารณาตัดสินคุณค่าของสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่มีมุ่งประเมินโดยการเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้

เกณฑ์ (Criteria)

เกณฑ์เป็นสิ่งที่มีความสัมพันธ์กับตัวบ่งชี้ และเป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญในการประเมิน ดังนั้นนักวิชาการได้กล่าวถึงความหมายของเกณฑ์ไว้ ดังนี้

ไพศาล หวังพานิช [51] ได้เสนอความหมายของเกณฑ์ว่า หมายถึง หลักหรือข้อกำหนดที่ใช้สำหรับวินิจฉัย หรือตัดสินคุณค่า คุณภาพ ระดับ

สุวิมล ว่องวานิช [49] ได้ให้ความหมายของเกณฑ์ว่า คือ ระดับที่ใช้ในการตัดสินความสำเร็จของการดำเนินงานตามตัวบ่งชี้ที่กำหนด เช่น ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของผู้เรียนที่ถือว่าอยู่ในระดับดี กำหนดเกณฑ์การตัดสินว่าต้องสอบได้ 80% จึงจะได้เกรด A ถ้าได้น้อยกว่า 50% ถือว่าสอบตก

ศิริชัย กาญจนวาสิ [50] ได้กล่าวว่าเกณฑ์ หมายถึง คุณลักษณะ หรือ ระดับที่ถือว่าเป็น คุณภาพ ความสำเร็จหรือความเหมาะสมของทรัพยากร การดำเนินงานหรือผลการดำเนินงาน เช่น เกณฑ์ผลสำเร็จของการเรียนการสอนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย คือ นักเรียนอย่างน้อย 90% สอบ ได้ GPA เกิน 2.50 และสำเร็จการศึกษาภายในระยะเวลาที่กำหนด นักเรียนสอบเข้ามหาวิทยาลัยได้ อย่างน้อย 80% บัณฑิตได้งานทำ 100% ภายในระยะเวลา 1 ปี ที่จบการศึกษา

การประเมินการปฏิบัติ

สมนึก ภัททิยธนี [52] ให้ความหมายของการประเมินการปฏิบัติ หมายถึง การวัดผลงานที่ให้นักเรียนลงมือปฏิบัติที่สามารถวัดได้ทั้งกระบวนการและสภาพตามธรรมชาติ หรือสภาพที่กำหนดขึ้น (สถานการณ์จำลอง) และกล่าวได้ว่า เป็นการวัดทักษะที่แบบทดสอบชนิดเขียนตอบไม่สามารถวัดได้

สุวิมล ว่องวาณิช [53] สรุปว่า เอกสารที่เกี่ยวข้องกับทักษะปฏิบัติหรือการปฏิบัติ มักกล่าวถึง คำศัพท์เฉพาะ 3 คำ ได้แก่ “psychomotor skill” “practical skill” และ “performance” ซึ่งมีความหมายที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติเหมือนกันหากแต่มิใช่แตกต่างกันเล็กน้อย โดย “psychomotor skill” เน้นการเคลื่อนไหวร่างกายแบบพื้นฐานที่เป็นกลไกของอวัยวะและกล้ามเนื้อ ซึ่งกมลวรรณ ตั้ง ธนกันนท์ (2559, น. 1) ได้ขยายความครอบคลุมถึงการเคลื่อนไหวแบบเคลื่อนที่ (locomotor) การเคลื่อนไหวอยู่กับที่ (non locomotor) และการเคลื่อนไหวแบบประกอบอุปกรณ์ (manipulative movement) ในขณะที่ Simpson (1972) ให้ความหมาย psychomotor skill ว่าเป็นการเคลื่อนไหวทางกายภาพ การประสานสัมพันธ์ในการเคลื่อนไหวและการใช้ทักษะที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหว ซึ่งการพัฒนาทักษะเหล่านี้ต้องได้รับการฝึก และมีการประเมินในมิติของความเร็ว ความแม่นยำ ระยะทาง ขั้นตอนหรือเทคนิคการทำงานส่วนคำว่า “practical skill” เน้นการปฏิบัติที่อาศัยความสามารถทางสมอง อาทิ ทักษะการอ่านทักษะการเขียน ทักษะการคิดคำนวณ ส่วน “performance” เน้นการแสดงผลหรือการทำงานตามกระบวนการต่าง ๆ ที่อาศัยความสามารถทางสมอง และจิตใจนอกเหนือจากการเคลื่อนไหวทางร่างกาย อาทิ การเล่นดนตรี การร้องเพลง การวาดภาพ เป็นต้น

การประเมินการปฏิบัติ เป็นกระบวนการตัดสินคุณค่าการประยุกต์ใช้องค์ความรู้และทักษะของผู้เรียน ซึ่งในกระบวนการประเมินการปฏิบัติจำเป็นต้องมีการปฏิบัติงานหรือแสดงกระบวนการปฏิบัติ การปฏิบัติงานต้องอาศัยกลไกการทำงานของอวัยวะส่วนต่าง ๆ ของร่างกายที่ประสานสัมพันธ์กัน การปฏิบัติงานควรมีการกระทำซ้ำหลายครั้ง และการปฏิบัติงานเป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ (สุวิมล ว่องวาณิช, 2546) การเข้าใจเกี่ยวกับประเภทของเครื่องมือประเมินการปฏิบัติ และการสร้างเครื่องมือประเมินการปฏิบัติประเภทต่าง ๆ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ประเมิน ทั้งนี้ เพื่อให้สามารถเลือกใช้วิธีการประเมินและเครื่องมือประเมินการปฏิบัติได้เหมาะสม นำมาซึ่งผลการวัดที่มีความตรง

ประเภทของการประเมินการปฏิบัติ

การทดสอบภาคปฏิบัติ เป็นการวัดทักษะความสามารถของคน โดยการวัดจะเน้นวิธีการ (process) และ ผลผลิต (product) โดยการวัดมี 5 ลักษณะ ดังนี้

1. การปฏิบัติงานโดยข้อเขียน (Paper and pencil performance)
2. การระบุชื่อและกระบวนการปฏิบัติ (Identification test)
3. การสร้างสถานการณ์จำลอง (Simulated performance)
4. การกำหนดงาน (Work sample)
5. การทดสอบจากสถานการณ์จริง (Authentic performance)

1. การทดสอบภาคปฏิบัติงานด้วยข้อเขียน (Paper and pencil performance)

การทดสอบภาคปฏิบัติในลักษณะนี้ จะแตกต่างจากการทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน โดยการทดสอบภาคปฏิบัติเน้นในการประยุกต์ความรู้และทักษะที่เรียนมาประยุกต์กับสถานการณ์ใหม่ ลักษณะของการทดสอบนั้นจะให้นักเรียนได้มีการวางแผน การเสนอโครงการ แต่ยังไม่ได้ปฏิบัติจริง ตัวอย่างงานที่ให้ทำ เช่น จงสร้างแบบบ้านประหยัดพลังงาน จงเขียนวงจรไฟฟ้าบนกระดาษ จงสร้างแผนที่การท่องเที่ยวของจังหวัด จงสร้างแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) สำหรับประเมินการอ่านของตนเอง เป็นต้น การประเมินควรใช้ประเภทแยกเป็นด้าน ๆ (Trait-analytic) โดยพิจารณาองค์ประกอบต่าง ๆ เช่น ความรอบรู้เกี่ยวกับงาน ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ แผนการดำเนินการ (กระบวนการและยุทธวิธีและการส่งงานตรงเวลา เป็นต้น

2. การทดสอบภาคปฏิบัติโดยให้ระบุชื่อ (Identification test)

เป็นการทดสอบที่ให้ระบุชื่อ เครื่องมือ หรือชิ้นส่วนของอุปกรณ์ต่างๆ พร้อมทั้ง ระบุหน้าที่ของสิ่งเหล่านี้ด้วย รวมทั้งความสามารถในการใช้และเลือกใช้เครื่องมือให้เหมาะสมกับงาน เช่น ให้ฟังเสียงดนตรีแล้วตอบว่าเป็นเครื่องดนตรีประเภทใด และเป็นเสียงโน้ตตัวใด ถ้าหลอดไฟฟ้า (ฟลูออเรสเซนต์) ไม่ติด มีสาเหตุมาจากอะไร และให้ระบุถึงเครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ที่จะใช้ในการซ่อมแซมด้วย ให้นักเรียนฟังเสียงการทำงานของเครื่องจักรกลหรือเครื่องยนต์ที่ชำรุด แล้วให้ระบุส่วนที่ชำรุดของเครื่องจักรกลนั้น พร้อมทั้งระบุกระบวนการซ่อมบำรุงด้วย ให้บอกชื่อของชิ้นส่วนหรือสิ่งที่เห็นจากกล้องจุลทรรศน์ ให้บอกชื่อสารเคมีที่อยู่ในหลอดทดลองพร้อมทั้งบอกสมบัติของสารด้วย ให้บอกถึงกระบวนการแก้ปัญหาโจทย์คณิตศาสตร์ เป็นต้น เกณฑ์การให้คะแนนควรเป็น 0 - 1 คือ ตอบถูกหรือปฏิบัติได้ ได้ 1 คะแนนแต่ถ้าตอบผิด หรือปฏิบัติผิดได้ 0 คะแนน

3. การทดสอบภาคปฏิบัติจากสถานการณ์จำลอง (Simulated performance)

การทดสอบแบบนี้ เนื่องจากไม่สามารถที่จะนำผู้เรียนไปทดสอบภาคปฏิบัติกับสถานการณ์จริงได้ อาจจะเนื่องจากมีอันตราย มีเวลาจำกัด มีเครื่องมือหรืออุปกรณ์จำกัด เป็นต้น จำเป็นต้อง

กำหนดสถานการณ์ขึ้นมาให้คล้ายคลึงกับสภาพความเป็นจริงมากที่สุด เช่น การฝึกขับรถยนต์จากจอภาพ การฝึกโดรนจากจอ การฝึกขับเครื่องบินจากคอมพิวเตอร์ สำหรับการประเมินการฝึกทักษะจากสถานการณ์จำลองนั้น ควรประเมินทั้งกระบวนการ (Process) และผลงาน (Product) โดยประเมินจากการเตรียมอุปกรณ์ (ถ้าผู้สอบต้องเตรียมมาเอง) กระบวนการทำงานทั้งการใช้และการวาง และเก็บเครื่องมือได้ถูกที่ในขณะที่ปฏิบัติงาน ผลงานเสร็จและเป็นไปตามที่กำหนดหรือไม่ และการให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงานกลุ่ม การจัดเก็บ บำรุงรักษา และทำความสะอาดเครื่องมือและสถานที่ปฏิบัติงาน

4. การทดสอบจากตัวอย่างงาน (Work sample performance)

เป็นการทดสอบการปฏิบัติจากตัวอย่างงาน หรือสถานการณ์จริงที่ครูต้องคอยกำกับดูแลเช่น การขับรถบนถนนโดยมีครูนั่งประกบ การให้ผู้เรียนสร้างเก้าอี้ 1 ตัวโดยใช้วัสดุอุปกรณ์ตามที่กำหนด และสร้างตามขนาดที่กำหนดให้การทดลองทางวิทยาศาสตร์ การปฏิบัติงานในวิชาชีพขั้นต้น เช่น งานประดิษฐ์ งานเกษตร งานบ้าน เป็นต้น ในการประเมินผลนั้น ควรประเมินทั้งวิธีการ (Process) และผลงาน (Product) รวมทั้งการจัดเตรียมอุปกรณ์และลักษณะนิสัยการทำงานด้วย

5. การทดสอบจากสถานการณ์จริง (Authentic Performance)

เป็นการให้ผู้เรียนได้ปฏิบัติงานจากสภาพจริง หรือคล้ายจริงมากที่สุด เพื่อต้องการให้ผู้เรียนได้มีทักษะในการปฏิบัติ ให้เกิดการเรียนรู้ที่ยั่งยืน และสามารถสร้างองค์ความรู้ด้วยตนเอง สามารถพัฒนาชีวิตของตนเองได้ และนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ โดยสิ่งที่ควรเน้น คือ การได้มีโอกาสเลือกแนวทางปฏิบัติด้วยตนเอง ผู้เรียนมีการประยุกต์ความรู้มาใช้ในการปฏิบัติงาน โดยอาจจะประยุกต์ใช้ความรู้ตรง ๆ (use knowledge) ปรับปรุงบ้างเล็กน้อย (apply knowledge) หรือ ปรับแต่งและพัฒนาระบบ (Enhance knowledge) การประเมินการปฏิบัติงานจากสภาพจริง ควรประเมินกระบวนการทำงาน ผลงาน และลักษณะนิสัย ตลอดจนคุณธรรมในการปฏิบัติงาน [54]

แนวคิดเกี่ยวกับการประเมินผลการอบรม

นันทนา รางชากร [55] มีความเห็นว่าการประเมินผลการฝึกอบรมในเชิงปฏิบัติน่าจะหมายถึง กระบวนการศึกษาพฤติกรรม 3 ประการ ได้แก่ พฤติกรรมด้านความคิด (Thinking) ความรู้สึก (Feeling) และการปฏิบัติ (Acting) ของผู้ผ่านการอบรมว่าเปลี่ยนแปลงอย่างไรหลังจากผ่านการอบรมช่วงระยะหนึ่ง โดยเปรียบเทียบกับวัตถุประสงค์ของโครงการที่วางไว้”

อาชวัน วายวานนท์ และวินิต ทรงประทุม [56] เห็นว่าหากมองการบริหารงานฝึกอบรมในรูประบบแล้ว การประเมินผลการฝึกอบรม หมายถึง “การที่ตัวระบบเองถูกนำมาพิจารณาและประเมินเพื่อให้แน่ใจว่าเนื้อหาลำดับ กลยุทธ์ เจ้าหน้าที่ สิ่งอำนวยความสะดวก อุปกรณ์และเอกสาร เกี่ยวกับการฝึกอบรมต่าง ๆ ได้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์เหมาะสมกับผู้เข้าอบรมและได้ทำงานต่าง ๆ ตามที่กำหนดไว้จริง ๆ หรือไม่” ส่วนการติดตามผลการอบรมหมายถึง “การทำให้ระบบการฝึกอบรม

สมบูรณ์ด้วยการติดตามผลผู้สำเร็จการอบรมไปแล้ว เพื่อให้ทราบผลพิสูจน์อันแท้จริงของประสิทธิผลของระบบการฝึกอบรมและพัฒนาโดยการวัดคุณภาพของผลการปฏิบัติงานของผู้สำเร็จการอบรม”

รูปแบบของการประเมินผลการฝึกอบรมรูปแบบการประเมินจะเป็นกรอบหรือแนวความคิดที่สำคัญที่แสดงให้เห็นถึงกระบวนการหรือรายการประเมิน การจะใช้รูปแบบการประเมินใดจึงอยู่ที่จุดเน้นและจุดมุ่งหมายของการประเมิน ซึ่งโดยทั่วไปนิยมแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

1. รูปแบบการประเมินที่เน้นจุดมุ่งหมาย (Objective Based Model) เป็นรูปแบบที่เน้นการตรวจสอบผลที่คาดหวังว่าเกิดขึ้นหรือไม่ หรือประเมินโดยตรวจสอบผลที่ระบุไว้ในจุดมุ่งหมายเป็นหลักโดยดูว่าผลที่เกิดจากการปฏิบัติงานบรรลุจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ เช่น รูปแบบการประเมินของไทเลอร์ (Tyler) ครอนบาค (Cronbach) เคิร์กแพททริค (Kirkpatrick) เป็นต้น

2. รูปแบบการประเมินที่เน้นการตัดสินคุณค่า (Judgemental Evaluation Model) เป็นรูปแบบการประเมินที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลสารสนเทศสำหรับกำหนดและวินิจฉัยคุณค่าของโครงการนั้น เช่น รูปแบบการประเมินของสเตค (Stake) สคริฟเวน (Scriven) โพรวิส (Provus) เป็นต้น

3. รูปแบบการประเมินที่เน้นการตัดสินใจ (Decision –Oriented Evaluation Model) เป็นรูปแบบการประเมินที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลและข่าวสารต่าง ๆ เพื่อช่วยผู้บริหารในการตัดสินใจเลือกทางเลือกต่างๆ ได้อย่างถูกต้อง เช่น รูปแบบการประเมินของเวลช์ (Welch) สตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam) อัลคิน (Alkin) เป็นต้น มีนักทฤษฎีการประเมินการฝึกอบรมได้เสนอรูปแบบการประเมินการฝึกอบรมไว้มากมายซึ่งแต่ละรูปแบบก็จะมี ความแตกต่างกันบ้าง ตามแต่ลักษณะของโครงการฝึกอบรมที่ทำการประเมิน ทั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางในการนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับโครงการฝึกอบรมของแต่ละหน่วยงาน รูปแบบที่ค่อนข้างเป็นที่นิยมในการนำไปประยุกต์ใช้กับการประเมินการฝึกอบรมในหน่วยงานต่างๆ อย่างมาก ได้แก่ The Kirkpatrick Approach (อดิศักดิ์ จินดานุกุล, 2545:27-28)

โดนัลด์ แอล เคิร์กแพททริค [57] ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการฝึกอบรมและการประเมินผลการฝึกอบรมว่า “การฝึกอบรมเป็นการช่วยเหลือบุคลากรให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพในการฝึกอบรมใดๆ ควรจะจัดให้มีการประเมินผลการฝึกอบรมซึ่งถือเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยให้รู้ว่าการจัดฝึกอบรมนั้นมีประสิทธิผลเพียงใด” มีขั้นตอนการประเมินผลการฝึกอบรมเป็น 4 ขั้นตอน คือ

1. การประเมินปฏิกิริยาตอบสนอง (Reaction Evaluation) หมายถึง การวัดผลเพื่อให้ทราบว่า ผู้เข้ารับการอบรมมีปฏิกิริยาอย่างไรต่อภาพรวมของการจัดการฝึกอบรม การประเมินขั้นนี้มีวัตถุประสงค์ให้รู้ว่าผู้ที่เข้ารับการอบรมนั้นมีความรู้สึกอย่างไรต่อการฝึกอบรม พอใจหรือไม่ต่อสิ่งที่

ได้รับจากการฝึกอบรม เช่น หลักสูตร เนื้อหาสาระ วิทยากร เอกสาร สถานที่ โสตทัศนูปกรณ์ ระยะเวลา ฯลฯ และพอใจมากน้อยเพียงใด

2. การประเมินการเรียนรู้ (Learning Evaluation) หมายถึง การวัดการเพิ่มขึ้นของความรู้ ความสามารถ ทั้งก่อนและหลังการฝึกอบรม ซึ่งความรู้ไม่ได้ครอบคลุมถึงความรู้ในงานที่ทำ แต่เป็น ความรู้ที่ได้รับจากการฝึกอบรม การประเมินผลในขั้นนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะให้รู้ว่า ผู้เข้ารับการ ฝึกอบรมได้รับความรู้ เกิดความเข้าใจ และทักษะอะไรบ้าง และมีเจตคติอะไรบ้างที่เปลี่ยนแปลงไป จากเดิม ทั้งนี้เพราะความรู้ ทักษะ เจตคติ ล้วนเป็นองค์ประกอบพื้นฐานสำคัญที่จะช่วยให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการทำงานของผู้เข้ารับการอบรมในโอกาสต่อไป

3. การประเมินพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปหลังการอบรม (Behavior Evaluation)

การประเมินในระดับนี้เป็นการประเมินว่าผู้ที่ผ่านการอบรมมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยเฉพาะพฤติกรรมในการทำงาน (job behavior) อย่างไร การประเมินผลในขั้นนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อตรวจสอบว่าผู้เข้ารับการฝึกอบรมได้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการทำงานไปในทิศทางที่พึง ประสงค์หรือไม่ ซึ่งการประเมินผลขั้นนี้นับว่ายากและใช้เวลามากกว่าการประเมินผลในสองขั้นแรก เพราะจะต้องติดตามประเมินผลในสถานที่ทำงานจริงๆ ของผู้เข้ารับการฝึกอบรม

4. การประเมินผลลัพธ์ที่เกิดต่อองค์กร (Results Evaluation) การประเมินเป็นการประเมิน ถึงผลสัมฤทธิ์ที่ได้รับจากการฝึกอบรม ในขั้นนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะให้รู้ว่าการฝึกอบรมได้ก่อให้เกิดผลดี ต่อหน่วย งานอย่างไรบ้าง (Out Comes) เป็นการประเมินผลที่ต้องการจะเกิดขึ้นกับหน่วยงาน เช่น การลดค่าใช้จ่าย การปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงาน การเพิ่มปริมาณการขายและการผลิต อัตราการลาออกลดลง เป็นต้น

ทั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้วิธีการประเมินการปฏิบัติในรูปแบบการสร้างสถานการณ์จำลอง (Simulated performance) โดยการพัฒนาแบบทดสอบเป็นคำถามกรณีศึกษาในการประเมินผลการ ปฏิบัติของผู้ประกอบวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Nancy Baron [58] จัดทำแนวทางสำหรับการฝึกอบรมผู้ฝึกอบรมด้านการแทรกแซงด้าน สุขภาพจิตในประเทศที่ได้รับผลกระทบจากสงคราม ความรุนแรง และภัยธรรมชาติ โดยให้คำแนะนำ ว่า Training of Trainers (ToT) model ควรเลือก trainer ที่มีประสบการณ์ ความรู้และทักษะ เพียงพอก่อนที่จะไปถ่ายทอดให้กับผู้อื่น ควรมีการอบรมให้กับ trainer เช่น การปฏิบัติทักษะการ อบรมในห้องเรียน การปฏิบัติถ่ายทอดในสถานการณ์จริงที่มีผู้ควบคุมการอบรมคอยประเมินผล จัดทำแนวทางการอบรมที่ชัดเจน ติดตามและประเมินผลความรู้ผู้ได้รับการอบรม

อักษรภาค หลักทอง [59] ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเรียนรู้ด้วยใจผ่านเจตคติต่อการเรียนกับลักษณะความใฝ่รู้เพื่อพัฒนาตนเองของเยาวชนในมหาวิทยาลัย ได้ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการเรียนรู้ด้วยใจผ่านเจตคติต่อการเรียนรู้ใน 4 มิติ ได้แก่ ด้านเนื้อหา ด้านอาจารย์ผู้สอน ด้านกิจกรรมการเรียนรู้ และสิ่งที่ได้รับการเรียน กับคุณลักษณะความเป็นผู้ใฝ่รู้เพื่อพัฒนาตนเอง กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 596 คน เก็บข้อมูล โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ผ่านแบบวัดเจตคติต่อการเรียนรู้และข้อความคำถามที่ครอบคลุมคุณลักษณะความเป็นผู้ใฝ่รู้เพื่อพัฒนาตนเอง ผลการศึกษาจากการวิเคราะห์หุ้ตัวแปร พบว่า เจตคติต่อสิ่งที่ได้รับจากการเรียนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณลักษณะความเป็นผู้ใฝ่รู้เพื่อพัฒนาตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่เจตคติต่อกิจกรรมการเรียนรู้มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเป็นผู้ใฝ่รู้เพื่อพัฒนาตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสองตัวแปร (Bivariate Analysis) พบว่า เพศที่แตกต่างกันมีเจตคติการเรียนรู้และลักษณะความเป็นผู้ใฝ่รู้เพื่อพัฒนาตนเองไม่แตกต่างกัน



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง “การประเมินผลความรู้และการปฏิบัติของผู้ประกอบวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลความรู้และการปฏิบัติของผู้ประกอบวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมและศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการนำความรู้จากการอบรมไปปฏิบัติใช้จริง มีขั้นตอนดำเนินการศึกษา ดังนี้

1. รูปแบบการวิจัย
2. ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลและการตรวจสอบเครื่องมือ
4. การเก็บรวบรวมข้อมูล
5. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

รูปแบบการวิจัย

ศึกษาแบบตัดขวาง (Cross-sectional survey) ในผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรที่ศึกษา

ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย การแพทย์แผนไทยประยุกต์ และหมอพื้นบ้านที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย จำนวน 5,402 คน
ตารางที่ 2 จำนวนผู้ผ่านการอบรมการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย

ลำดับ	หน่วยงาน / หลักสูตร	จำนวน (คน)
1	ครู ก (ผู้ใช้) วันที่ 29-30 เมษายน 2562	127
2	หลักสูตรการใช้กัญชาฯ รุ่นที่ 1 27 พฤษภาคม 2562	2,810
3	หลักสูตรการใช้กัญชาฯ รุ่นที่ 2 รุ่น 3 วันที่ 25-26 กันยายน 2562	1,845

ลำดับ	หน่วยงาน / หลักสูตร	จำนวน (คน)
4	สภากาชาดไทย 4 รุ่น รุ่น 1-2 วันที่ 16-17 กันยายน 2562 รุ่น 3 วันที่ 4 ตุลาคม 2562 รุ่น 4 วันที่ 29 ตุลาคม 2562	423
5	วสส.พิษณุโลก วันที่ 23 มิถุนายน 2562	98
6	สสจ.เชียงราย วันที่ 30 กรกฎาคม 2562	99
	รวม	5,402

(ข้อมูล ณ วันที่ 29 ตุลาคม 2562 ที่มา : สรุปจำนวนผู้ผ่านการอบรมการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย สำนักงานจัดการกัญชาและกระท่อมทางการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก)

2.2 การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เลือกกลุ่มตัวอย่าง จากรายชื่อผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรกัญชาทางการแพทย์แผนไทย สำนักงานจัดการกัญชาและกระท่อมทางการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ข้อมูล ณ วันที่ 29 ตุลาคม 2562 แบ่งเป็น

1. กลุ่มวิทยากร ครู ก การใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย เลือกมาทั้งหมด จำนวน 127 คน
2. กลุ่มการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย ซึ่งมีจำนวน 5,275 คน จึงใช้วิธีคำนวณ

เพิ่มเติม ดังนี้

กรณีทราบขนาดของประชากร คำนวณโดยใช้สูตรของ ทาโร ยามาเน่ [60]

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

N = ขนาดของประชากร

e = ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้

e ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ คือ 0.05

$$n = \frac{5,275}{1+(5,275)(0.05)^2} \quad \text{ดังนั้น} \quad n = 371.81 \quad \text{คน}$$

จำนวนที่ต้องการคือ 372 คน แต่อัตราการตอบกลับกรณีเก็บข้อมูลทางไปรษณีย์ประมาณ 64% จึงประมาณการตัวอย่างของกลุ่มการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทยเป็น 578 คน

แล้วใช้การสุ่มตัวอย่างแบบชั้น (Stratified Random Sampling) ตามสัดส่วนประชากรโดยคำนวณจากสัดส่วนของผู้ผ่านการอบรมในแต่ละเขตสุขภาพ

ตารางที่ 3 สัดส่วนของผู้ผ่านการอบรมการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย รายเขตสุขภาพ

เขตสุขภาพ	รวม (คน)	จำนวนตัวอย่าง (คน)
เขตสุขภาพ 1	445	47
เขตสุขภาพ 2	389	42
เขตสุขภาพ 3	262	29
เขตสุขภาพ 4	359	40
เขตสุขภาพ 5	391	43
เขตสุขภาพ 6	195	23
เขตสุขภาพ 7	353	39
เขตสุขภาพ 8	579	63
เขตสุขภาพ 9	353	39
เขตสุขภาพ 10	416	44
เขตสุขภาพ 11	468	52
เขตสุขภาพ 12	447	47
เขตสุขภาพ 13	195	25
ภาคเอกชน	423	45
รวม	5,275	578

ดังนั้น กลุ่มสุ่มตัวอย่างทั้งหมด คือ 705 คน แบ่งเป็น

กลุ่มวิทยากร ครู ก การใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย จำนวน 127 คน

กลุ่มการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย จำนวน 578 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. การสร้างและพัฒนาเครื่องมือ

1.1 ศึกษารายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับการประเมินการปฏิบัติของผู้ผ่านการอบรมและรายละเอียดของหลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย รวมทั้งข้อกำหนดที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โครงสร้างหลักสูตร คู่มือการอบรมหลักสูตร องค์ความรู้ของตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม รูปแบบการประเมินการปฏิบัติหลังการอบรม โดยศึกษาจาก หนังสือ วิทยานิพนธ์และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อทำความเข้าใจกับเนื้อหาที่กำลังศึกษาวิจัยแล้วนำมาสร้างแบบสอบถาม

1.2 สร้างแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำตอบในช่องว่าง จำนวน 7 ข้อ

1.3 สร้างแบบทดสอบเพื่อประเมินความรู้และการปฏิบัติของผู้ผ่านการอบรม โดยแบ่งสัดส่วนของจำนวนข้อคำถามให้สอดคล้องกับสัดส่วนชั่วโมงการอบรมในแต่ละหัวข้อ จากนั้นได้ขอความอนุเคราะห์ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์แผนไทยเป็นผู้ตั้งคำถามและตัวเลือก 4 ตัวเลือก เป็นคำถามเชิงประยุกต์ความรู้การสั่งใช้ในสถานการณ์ของผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการ ซึ่งสอดคล้องกับหัวข้อการอบรม จำนวน 40 ข้อ โดยแต่ละข้อคำถามมีคะแนน 1 และ 0 คะแนน คะแนนรวมของแบบทดสอบ คือ 40 คะแนน และเกณฑ์วัดการประเมินผลคือ มีคะแนนไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 (24 คะแนน) เทียบเกณฑ์ประเมินผลจากการเกณฑ์ประเมินผลการสอบใบประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยซึ่งต้องไม่น้อยกว่า ร้อยละ 60

1.4 สร้างแบบสอบถามความคิดเห็นด้านปัญหาและอุปสรรคในการนำความรู้จากการอบรมไปปฏิบัติใช้จริง เพื่อทราบปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ผ่านการอบรมหลังการอบรมหลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย เป็นคำถามแบบปลายเปิด จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ การนำไปใช้ประโยชน์ด้านเวชปฏิบัติของการใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม การนำไปใช้ประโยชน์ด้านกฎหมาย ข้อกำหนดและระเบียบที่เกี่ยวข้อง และปัญหาหรืออุปสรรคที่ส่งต่อการสั่งใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม

2. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ [61]

1) ความยากง่าย (difficulty) ของแบบทดสอบ สัดส่วนหรือร้อยละของผู้สอบที่ตอบข้อสอบข้อนั้นถูก ค่าความยากคำนวณได้จากสูตร

$$\text{ความยาก (P)} = \frac{\text{จำนวนผู้สอบที่ตอบตัวเลือกนั้นถูก} \times 100}{\text{จำนวนผู้สอบทั้งหมด}}$$

เลือกข้อสอบที่มีค่าความยากอยู่ระหว่าง 0.2 - 0.8 เพื่อเลือกคำถามสำหรับใช้ในแบบทดสอบ

2) ความเที่ยงตรงของแบบสอบถามและแบบทดสอบ (validity)

เพื่อให้ได้แบบสอบถามและแบบทดสอบที่สามารถวัดผลความรู้และการปฏิบัติของผู้ประกอบวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทยได้ จะนำแบบทดสอบให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ซึ่งมีประสบการณ์ในด้านวิชาการทางการแพทย์แผนไทย หรือเป็นวิทยากรผู้อบรมวิทยากร ครู ก ดังนี้

1. อาจารย์มาลา สร้อยสำโรง แพทย์แผนไทยชำนาญการพิเศษ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

2. อาจารย์ไกรสิทธิ์ ลิ้มประเสริฐ ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์แผนไทย

3. อาจารย์ณัฐวัฒน์ ชินธนะเศรษฐ์ ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์แผนไทย

ค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาหรือดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index :IOC)ควรมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.60 - 1.00 (ไพศาล วรคำ , 2555: 262-263)

$$\text{สูตร} \quad \text{IOC} = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ

IOC = ดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence)

R = คะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ คำถามแต่ละข้อ

N = จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

โดยกำหนดคะแนนที่ผู้เชี่ยวชาญให้ ดังนี้

+1 หมายถึง คำถามนั้นสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

-1 หมายถึง คำถามนั้นไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

0 หมายถึง ไม่แน่ใจว่าคำถามนั้นสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

ผลการตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามและแบบทดสอบในด้านความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน พบว่า ผลการวิเคราะห์ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) มีค่าความสอดคล้อง ระหว่าง 0.60 – 1.00 แสดงว่าข้อคำถามทุกข้อในแบบสอบถามและแบบทดสอบมีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยที่ต้องการวัด ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขคำถามตามประเด็นที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้คำแนะนำแล้ว

3) ความเชื่อมั่น (reliability)

- นำแบบทดสอบส่วนที่ 3 ไปทดสอบกับแพทย์แผนไทยที่ผ่านหลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย (Pilot test) จำนวน 10 คน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างก่อนนำแบบทดสอบไปใช้ในการ

เก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบ์ (Cronbach's alpha coefficient) มีสูตรดังนี้

$$r_{tt} = \frac{k}{k-1} \left[1 - \frac{\sum pq}{s^2} \right]$$

เมื่อ r_{tt}	แทน ค่าความเชื่อมั่น KR-20
k	แทน จำนวนข้อสอบทั้งหมดของเครื่องมือวัด
p	แทน สัดส่วนจำนวนคนตอบถูกต้องกับจำนวนคนทั้งหมด
q	แทน สัดส่วนจำนวนคนตอบผิดกับจำนวนคนทั้งหมดหรือ $1 - p$
s^2	แทน ความแปรปรวนของคะแนนการสอบของกลุ่ม

ได้มีการพิจารณาจากเกณฑ์การประเมินความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ดังนี้ (ศิริชัย กาญจนวาสี, 2544)

ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α)	การแปลความหมายระดับความเที่ยง
มากกว่า .9	ดีมาก
มากกว่า .8	ดี
มากกว่า .7	พอใช้
มากกว่า .6	ค่อนข้างพอใช้
มากกว่า .5	ต่ำ
น้อยกว่า หรือ เท่ากับ .5	ไม่สามารถรับได้

ในการหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.82

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

แบบสอบถามและแบบทดสอบความรู้ที่สร้างขึ้นหลังปรับปรุงแล้วประกอบด้วย 3 ส่วน (ภาคผนวก ก) ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ วิชาชีพ หลักสูตรที่อบรม ประสบการณ์ทำงานด้านการแพทย์แผนไทย และประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านกัญชาทางการแพทย์แผนไทย

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบการประเมินผลความรู้และการปฏิบัติของผู้ประกอบวิชาชีพที่ผ่านการอบรม จำนวน 40 ข้อ ซึ่งมีตัวเลือกคำตอบ 4 ตัวเลือก เป็นคำถามที่สอดคล้องกับการประเมินตามหัวข้อการอบรม ดังนี้

- กฎหมาย ระเบียบ ประกาศ ข้อบังคับ การรายงานยาเสพติดให้โทษ ประเภท 5 และความรับผิดชอบตามกฎหมาย จำนวน 5 ข้อ
- การเฝ้าระวังความปลอดภัยการใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ จำนวน 5 ข้อ

- ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่และความรู้พื้นฐานสมุนไพร กัญชา จำนวน 25 ข้อ
- หลักการและแนวทางการปรุงยาเฉพาะราย จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามด้านปัญหาและอุปสรรคในการนำความรู้จากการอบรมไปปฏิบัติใช้จริง จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ การนำไปปฏิบัติได้ตามหลักวิชาการ และใช้ตำรับยาได้อย่างถูกต้องปลอดภัยและมีประสิทธิผล การนำไปใช้ได้อย่างถูกต้องตามกฎหมาย และปัญหาหรืออุปสรรคใดที่ส่งผลต่อการสั่งใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมในการปฏิบัติงานจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาศึกษาวิจัยในคนด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก รหัสโครงการ 03-2563 (วันที่อนุมัติ 23 มิถุนายน 2564) ดำเนินการเก็บข้อมูล ระหว่างวันที่ 30 มิถุนายน 2563 – 30 กรกฎาคม 2564

1. สุ่มเลือกผู้ผ่านการอบรมการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทยรายเขตสุขภาพจากฐานข้อมูลผู้ผ่านการอบรมตามจำนวนตัวอย่างที่ได้คำนวณ โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) คำนวณหาอัตราส่วนระหว่างกลุ่มประชากรกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเรียงรายชื่อตามเลขที่ใบประกาศนียบัตร

2. ส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ให้กับกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่วันที่ 30 มิถุนายน 2563 ตามชื่อที่อยู่ของผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย โดยมีรายละเอียดชี้แจงและสร้างความเข้าใจในวัตถุประสงค์การศึกษาและอธิบายเนื้อหาสาระ เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิในการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง และอำนวยความสะดวกให้ผู้ตอบด้วยการแนบซองติดแสตมป์สำหรับส่งคืนทางไปรษณีย์ ภายใน 15 วัน หลังจากได้รับแบบสอบถาม

3. หลังจากส่งแบบสอบถาม 18 วัน ได้ติดตามโดยการสอบถามทางโทรศัพท์กลับไปยังผู้ตอบแบบสอบถาม 1 ครั้ง เพื่อขอความอนุเคราะห์ข้อมูลและส่งแบบสอบถามถึงผู้ผ่านการอบรมที่ยังไม่ตอบกลับไปรษณีย์อีกครั้ง มีผู้ตอบแบบสอบถามกลับมาเพิ่มเติม 12 คน

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป IBM® SPSS® Statistics for Windows, Version 25.0 โดยใช้สถิติวิเคราะห์ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ วิชาชีพ หลักสูตรที่อบรม ประสบการณ์ทำงานด้านการแพทย์แผนไทย และประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านกัญชาทาง

การแพทย์แผนไทย จำนวน 7 ข้อ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ การหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบการประเมินผลความรู้และการปฏิบัติของผู้ประกอบวิชาชีพที่ผ่านการอบรม จำนวน 40 ข้อ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistic) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยใช้สถิติ Non-parametric เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่ปกติ ดังนี้

- ใช้การทดสอบ Mann-Whitney U Tests เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของกลุ่มการอบรมวิทยากร ครู ก มากกว่ากลุ่มการอบรมผู้ใช้ฯ

- ใช้การทดสอบ Chi-Square เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยพื้นฐานที่มีผลต่อความรู้และการปฏิบัติของผู้ประกอบวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม ได้แก่ เพศ อายุ ใบนุญตการประกอบวิชาชีพ ประสบการณ์การทำงานด้านการแพทย์แผนไทย และประสบการณ์การทำงานด้านกัญชาทางการแพทย์แผนไทย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามด้านปัญหาและอุปสรรคในการนำความรู้จากการอบรมไปปฏิบัติใช้จริง จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1 การนำไปปฏิบัติได้ตามหลักวิชาการ และใช้ตำรับยาได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัยและมีประสิทธิผล ข้อ 2 การนำไปใช้ได้ถูกต้องตามกฎหมาย ข้อ 3 ปัญหาหรืออุปสรรคใดที่ส่งผลต่อการสั่งใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมในการปฏิบัติงานจริง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการจัดกลุ่มความเห็นของปัญหาและอุปสรรค



บทที่ 4 ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง “การประเมินผลความรู้และการปฏิบัติของผู้ประกอบวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม” เป็นการวิจัยแบบตัดขวาง (Cross-sectional survey) ในผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบทดสอบความรู้ ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการส่งแบบสอบถามให้ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย กลุ่มตัวอย่าง 705 ชุด แต่ละชุดประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบการประเมินผลความรู้และการปฏิบัติของผู้ประกอบวิชาชีพที่ผ่านการอบรม และแบบสอบถามด้านปัญหาและอุปสรรคในการนำความรู้จากการอบรมไปปฏิบัติใช้จริง และได้รับแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์นำไปวิเคราะห์ข้อมูลได้จำนวน 452 ชุด คิดเป็นร้อยละ 64.11 ซึ่งมีความเพียงพอที่ใช้เป็นตัวแทนของประชากรได้

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละของการตอบกลับแบบสอบถามเปรียบเทียบกับประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ถูกสุ่ม สำหรับกลุ่มที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย

กลุ่มหลักสูตรการใช้	ประชากร (ร้อยละ)	จำนวนที่ส่งแบบสอบถาม (ร้อยละ)	จำนวนที่ตอบกลับ (ร้อยละ)
เขตสุขภาพ 1	445 (8.44)	47 (8.13)	31 (8.33)
เขตสุขภาพ 2	389 (7.37)	42 (7.27)	28 (7.53)
เขตสุขภาพ 3	262 (4.97)	29 (5.02)	17 (4.57)
เขตสุขภาพ 4	359 (6.81)	40 (6.92)	23 (6.18)
เขตสุขภาพ 5	391 (7.41)	43 (7.44)	25 (6.72)

กลุ่มหลักสูตร การใช้ฯ	ประชากร (ร้อยละ)	จำนวนที่ถูกสุ่ม (ร้อยละ)	จำนวนที่ตอบกลับ (ร้อยละ)
เขตสุขภาพ 6	195 (3.70)	23 (3.98)	13 (3.49)
เขตสุขภาพ 7	353 (6.69)	39 (6.75)	23 (6.18)
เขตสุขภาพ 8	579 (10.98)	63 (10.90)	44 (11.83)
เขตสุขภาพ 9	353 (6.69)	39 (6.75)	25 (6.72)
เขตสุขภาพ 10	416 (7.89)	44 (7.61)	30 (8.06)
เขตสุขภาพ 11	468 (8.87)	52 (9.00)	32 (8.60)
เขตสุขภาพ 12	447 (8.47)	47 (8.13)	29 (7.80)
เขตสุขภาพ 13	195 (3.70)	25 (4.33)	22 (5.91)
ภาคเอกชน	423 (8.02)	45 (7.79)	30 (8.06)
รวม	5,275	578	372

โดยผู้วิจัยได้แบ่งการนำเสนอผลการวิจัยออกเป็น ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบการประเมินผลความรู้และการปฏิบัติของผู้ประกอบวิชาชีพที่ผ่านการอบรม

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามด้านปัญหาและอุปสรรคในการนำความรู้จากการอบรมไปปฏิบัติใช้จริง

ส่วนที่ 4 การทดสอบสมมติฐาน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

1.1 ปัจจัยด้านส่วนตัว

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 452 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 72.57 มีอายุน้อยกว่า 30 ปีคิดเป็นร้อยละ 53.76 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 32.07 ปี เป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ด้านเวชกรรม คิดเป็นร้อยละ 58.85

ตารางที่ 5 ข้อมูลปัจจัยด้านส่วนตัว

ปัจจัยด้านส่วนตัว	จำนวน	ร้อยละ
เพศ (n=452)		
ชาย	124	27.43
หญิง	328	72.57
อายุ (n=452)		
น้อยกว่า 30 ปี	243	53.76
30-40 ปี	135	29.87
41-50 ปี	49	10.84
50 ปีขึ้นไป	25	5.53
ค่าเฉลี่ย 32.07 ± 8.57 ปี ค่าต่ำสุด 22 ปีค่าสูงสุด 68 ปี		
การประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย (n=452)		
การแพทย์แผนไทยประยุกต์	186	41.15
การแพทย์แผนไทย ด้านเวชกรรมไทย	266	58.85

1.2 ปัจจัยด้านการทำงาน

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 452 คน ส่วนใหญ่สังกัดหน่วยงานรัฐ คิดเป็นร้อยละ 91.37 มีประสบการณ์ในการทำงานด้านการแพทย์แผนไทย น้อยกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 51.33 ค่าเฉลี่ย 5.58 ± 4.29 ปี ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านกัญชาทางการแพทย์แผนไทย 6 - 12 เดือน คิดเป็นร้อยละ 32.52 ค่าเฉลี่ย 8.81 ± 14.63 เดือน

ตารางที่ 6 ข้อมูลปัจจัยด้านการทำงาน

ปัจจัยด้านการทำงาน (n=452)	จำนวน	ร้อยละ
สังกัดหน่วยงาน		
รัฐ	413	91.37
เอกชน	39	8.63
ประสบการณ์ในการทำงานด้านการแพทย์แผนไทย		
น้อยกว่า 5 ปี	232	51.33
5-10 ปี	179	39.60
11-15 ปี	8	1.77
16-20 ปี	27	5.97
20 ปีขึ้นไป	6	1.33
ค่าเฉลี่ย 5.58 ± 4.29 ปี ค่าต่ำสุด 0.66 ปี ค่าสูงสุด 29 ปี		
ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านกัญชาทางการแพทย์แผนไทย		
ไม่มีประสบการณ์	140	30.97
น้อยกว่า 6 เดือน	81	17.92
6-12 เดือน	147	32.52
13-18 เดือน	29	6.42
มากกว่า 18 เดือน	55	12.17
ค่าเฉลี่ย 8.81 ± 14.63 เดือน ค่ามัธยฐาน 6 เดือน ค่าต่ำสุด 0 เดือน ค่าสูงสุด 180 เดือน		

1.3 ปัจจัยด้านการอบรม

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 452 คน แบ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยที่ผ่านการอบรมหลักสูตร วิทยากร ครู ก การใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย 80 คน คิดเป็นร้อยละ 17.70 และผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย 372 คน คิดเป็นร้อยละ 82.30 ส่วนใหญ่เป็นผู้เข้ารับการอบรมในศูนย์ฝึกอบรมของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จำนวน 112 คน คิดเป็นร้อยละ 24.78 รองลงมาคือ เขตสุขภาพที่ 8 จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 9.96 และเป็นผู้เข้ารับการอบรมในศูนย์ฝึกอบรมของเขตสุขภาพที่ 6 จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 3.10

ตารางที่ 7 ข้อมูลปัจจัยด้านการอบรม

ปัจจัยด้านการอบรม	จำนวน	ร้อยละ
หลักสูตร (n=452)		
วิทยากร ครู ก	80	17.70
การใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย	372	82.30
ศูนย์ฝึกอบรม (n=452)		
กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	112	24.78
เขตสุขภาพที่ 1	31	6.86
เขตสุขภาพที่ 2	30	6.64
เขตสุขภาพที่ 3	17	3.76
เขตสุขภาพที่ 4	27	5.97
เขตสุขภาพที่ 5	26	5.75
เขตสุขภาพที่ 6	14	3.10
เขตสุขภาพที่ 7	24	5.31
เขตสุขภาพที่ 8	45	9.96
เขตสุขภาพที่ 9	25	5.53
เขตสุขภาพที่ 10	31	6.86
เขตสุขภาพที่ 11	39	8.63
เขตสุขภาพที่ 12	31	6.86

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบการประเมินผลความรู้และการปฏิบัติของผู้ประกอบวิชาชีพที่ผ่านการอบรม

2.1 ผลการประเมินความรู้และการปฏิบัติของผู้ประกอบวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม โดยแบบทดสอบ จำนวน 40 ข้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 452 คน มีค่าเฉลี่ยของคะแนน เท่ากับ 26.96 คะแนน มีคะแนนสูงสุด 40 คะแนน และคะแนนต่ำสุด 8 คะแนน เมื่อจำแนกตามหลักสูตร ค่าเฉลี่ยของคะแนนในกลุ่มที่ผ่านการอบรมหลักสูตรวิทยากร ครู ก และหลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย เท่ากับ 29.41 และ 26.44 คะแนนตามลำดับ ตารางที่ 8 ผลการประเมินความรู้และการปฏิบัติของผู้ประกอบวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม จำแนกตามหลักสูตร

หลักสูตร	ค่าเฉลี่ยของคะแนน	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน	คะแนนสูงสุด	คะแนนต่ำสุด
วิทยากร ครู ก	29.41	5.56	40	15
การใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย	26.44	5.35	40	8
ทั้งสองหลักสูตร	26.96	5.50	40	8

2.2 ผลการประเมินความรู้และการปฏิบัติของผู้ประกอบวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม จำนวน 40 ข้อ พบว่าความรู้ด้านหลักการและแนวทางการปรุงยาเฉพาะรายเป็นด้านที่ผู้ตอบตอบถูกมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 86.40 ของคะแนนเต็ม) รองลงมาคือ กฎหมาย ระเบียบ ประกาศ ข้อบังคับ การรายงาน ยส.5 และความรับผิดชอบทางกฎหมาย (คะแนนเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 74.80 ของคะแนนเต็ม) และด้านการเฝ้าระวังความปลอดภัยการใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ ตอบถูกน้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 42.20 ของคะแนนเต็ม) ส่วนตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่และความรู้พื้นฐานสมุนไพร กัญชา โดยเฉลี่ยตอบถูกเพียงร้อยละ 66.68 ของคะแนนเต็ม (ตารางที่ 9) เมื่อพิจารณาการตอบรายข้อ กลุ่มผู้ตอบตอบถูกมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 98.89 ของคะแนนเต็ม) คือ หลักการและแนวทางการปรุงยาเฉพาะราย ส่วนความรู้การเฝ้าระวังความปลอดภัยการใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ เป็นเรื่องที่ตอบถูกน้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 12.17 ของคะแนนเต็ม) (ตารางที่ 10)

ตารางที่ 9 ผลการประเมินความรู้และการปฏิบัติของผู้ประกอบวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม จำแนกตามจุดประสงค์ 4 ด้าน

จุดประสงค์การประเมิน	ค่าเฉลี่ยของคะแนน	คะแนนสูงสุด	คะแนนต่ำสุด	คะแนนเต็ม
1. กฎหมาย ระเบียบ ประกาศ ข้อบังคับ การรายงาน ยส.5 และความรับผิดชอบทางกฎหมาย ได้แก่ คำถามข้อที่ 6,7,18,21 และ 37 (5 คะแนน)	3.74 ± 1.11	5	0	5
2. การเฝ้าระวังความปลอดภัยการใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ ได้แก่ คำถามข้อที่ 8,14,28,30 และ 36 (5 คะแนน)	2.11 ± 1.03	5	0	5
3. ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่และความรู้พื้นฐานสมุนไพร กัญชา ได้แก่ คำถามข้อที่ 2,3,4,5,9,10,11,12,13,15,16,17,19,20,22, 23,24,25,26,27,29,34,35,38 และ 40 (25 คะแนน)	16.69 ± 4.33	25	5	25
4. หลักการและแนวทางการปรุงยาเฉพาะราย ได้แก่ คำถามข้อที่ 1,31,32,33 และ 39 (5 คะแนน)	4.32 ± 0.86	5	1	5

ตารางที่ 10 ผลการประเมินความรู้และการปฏิบัติของผู้ประกอบวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม จำแนกตามข้อคำถาม

ข้อที่	ความรู้-การประยุกต์ใช้ความรู้	จำนวนผู้ที่ตอบถูก (คน)	ร้อยละของผู้ตอบถูก
1.	กฎหมาย ระเบียบ ประกาศ ข้อบังคับ การรายงาน ยส.5 และความรับผิดชอบทางกฎหมาย (5 คะแนน)		
6	กระบวนการรายงานหลังจากสั่งใช้ตำรับยา	382	84.51
21	ขั้นตอนการขอใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมของตนกับผู้ป่วย	382	84.51
7	ระยะเวลาของใบอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษประเภท 5	358	79.20
18	การเพิ่มวัตถุดิบในตำรับยาที่กระทรวงสาธารณสุข	285	63.05

ข้อที่	ความรู้-การประยุกต์ใช้ความรู้	จำนวนผู้ที่ตอบถูก (คน)	ร้อยละของผู้ตอบถูก
	ประกาศ		
37	การขอใช้สูตรตำรับยาปรุงเฉพาะรายของตนเอง ซึ่งไม่เหมือนตำรับยาที่ประกาศในประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดตำรับยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ที่ให้เสพเพื่อรักษาโรคหรือการศึกษาวิจัยได้	283	62.61
2. การเฝ้าระวังความปลอดภัยการใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ (5 คะแนน)			
30	กิจกรรมการเฝ้าระวังความปลอดภัยจากการใช้ยา	393	86.95
28	ข้อควรระวังการจ่ายยาทำลายพระสุเมรุกับผู้ผู้ป่วยมีการรับประทานยา Rifampicin อยู่เป็นประจำ	277	61.28
8	การรายงานจำนวนผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในรอบ 1 เดือนเพื่อเฝ้าระวังความปลอดภัยจากตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม	121	26.77
14	การรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่มีกัญชาเป็นส่วนประกอบผ่านระบบ HPVC (ศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ)	106	23.45
36	การรายงาน AUR (Actual Use Research: การวิจัยจากการใช้จริง) เพื่อเป็นการติดตามด้านประสิทธิภาพของการรักษาผ่านระบบ HPVC	55	12.17
3. ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่และความรู้พื้นฐานสมุนไพร กัญชา (25 คะแนน)			
9	สรรพคุณของยาอัคคีนิวกณะ	428	94.69
3	ข้อห้ามในการใช้ยาอัคคีนิวกณะ	394	87.17
5	สรรพคุณของกัญชาในตำรับยาอายุาศุขไสยาสน์	391	86.50
19	สรรพคุณของยาน้ำมันสนันไตรภพ	390	86.28
29	เหตุผลของการห้ามใช้ยาทำลายพระสุเมรุร่วมกับยา Rifampicin	370	81.86
13	ตำรับยากัญชาที่เหมาะสมสำหรับอาการในระบบทางเดินอาหาร ทั้งระบบย่อย และระบบขับถ่าย	346	76.55

ข้อที่	ความรู้-การประยุกต์ใช้ความรู้	จำนวนผู้ที่ตอบถูก (คน)	ร้อยละของผู้ตอบถูก
25	ระยะเวลาในการใช้ตำรับยาเนาวนาวิวโย	331	73.23
10	น้ำกระสายยาสำหรับยาอัคคินิวคณะ	328	72.57
23	ข้อห้ามจ่ายยาเนาวนาวิวโย	318	70.35
16	วิธีการใช้ยาแก้โรคจิตของผู้ป่วยครั้งแรก	315	69.69
22	ยาตำรับที่เหมาะสมกับผู้ป่วยหญิงรายหนึ่ง อายุ 35 ปี น้ำหนัก 60 กิโลกรัม สูง 156 เซนติเมตร BMI = 26.66 (อยู่ในเกณฑ์อ้วนระดับ 1) ระดับความดันโลหิต 138/86 มิลลิเมตรปรอท ค่าตับ ค่าไต อยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีโรคประจำตัว มีอาการปวดตึงบริเวณปลายมือปลายเท้า อาการปวดมีอาการลามขึ้นมาบริเวณต้นคอ ทำให้คอแข็ง เคลื่อนไหวคอไม่ได้	314	69.47
35	ยาน้ำมันสนันไตรภพสามารถลดอาการกษัยเหล็กเมื่อเทียบเคียงตามคัมภีร์แพทย์แผนไทย	312	69.03
24	น้ำกระสายยาสำหรับตำรับยาเนาวนาวิวโย	310	68.58
34	สรรพคุณของยาน้ำมันสนันไตรภพ	308	68.14
2	รสประธานของตำรับยาที่ยาสุขไสยาสน์	305	67.48
12	ตำรับที่มีสรรพคุณสำหรับอาการในระบบทางเดินอาหาร ทั้งระบบย่อย และระบบขับถ่าย	301	66.59
11	ตัวยาในตำรับยาอัคคินิวคณะที่จะช่วยชูกำลังสำหรับอาการคลื่นไส้อาเจียน อาจมีอาการอ่อนเพลียร่วมด้วย	293	64.82
17	การปรับเพิ่มขนาดยาแก้โรคจิตในกรณีผู้ป่วยยังคงมีอาการนอนไม่หลับ	293	64.82
15	การเลือกใช้ตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมในผู้ป่วยที่มีอาการนอนไม่หลับและรับประทานยานอนหลับร่วมด้วย	290	64.16
20	วิธีการบริหารยาตำรับยาน้ำมันสนันไตรภพ	258	57.08
27	ยาสำหรับแก้อาการของหญิงหลังคลอดอายุ 30 ปี ไม่ได้ อยู่ในช่วงให้นมบุตร มีอาการปวดต้นคอ ร้าวลงแขน ไม่มีอาการชา ไม่มีอาการอ่อนแรง ไม่มีโรคประจำตัว ไม่ได้	243	53.76

ข้อที่	ความรู้-การประยุกต์ใช้ความรู้	จำนวนผู้ที่ตอบถูก (คน)	ร้อยละของผู้ตอบถูก
	รับประทานยาแผนปัจจุบัน		
4	สมุนไพรที่ช่วยบรรเทาอาการดังกล่าวของผู้ป่วยหากผู้ป่วยมีอาการใจสั่น คลื่นไส้ อาเจียน หลังรับประทานยา ยาคุมขไสยาสน์	230	50.88
26	ตำรับยาสำหรับหญิงหลังคลอดอายุ 30 ปี อยู่ในช่วงให้นมบุตร มีอาการปวดต้นคอ ร้าวลงแขน ไม่มีอาการชา ไม่มีอาการอ่อนแรง ไม่มีโรคประจำตัว ไม่ได้รับประทานยาแผนปัจจุบัน	216	47.79
40	ข้อห้ามของการใช้ยาอัมฤตย์โอสถ เป็นยารสร้อน เนื่องจากมีพริกไทยในปริมาณสูง	174	38.50
38	ผู้ป่วย เพศชาย เดี่ยว อายุ 67 ปี น้ำหนัก 43 กิโลกรัม สูง 169 เซนติเมตรมีอาการปวดเมื่อย ตึงตามเนื้อตามตัวเนื่องจากมีอาชีพทำนาทำไร่ มีอาการมือเท้าชา ไม่มีแรงร่วมด้วย กระจายยาสำหรับการใช้ยาอัมฤตย์โอสถ ในการบรรเทาอาการดังกล่าว เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังมากขึ้นด้วย	84	18.58
4. หลักการและแนวทางการปรุงยาเฉพาะราย ได้แก่ คำถามข้อที่ 1,31,32,33 และ 39 (5 คะแนน)			
1	สรรพคุณของยาคุมขไสยาสน์	447	98.89
31	คุณลักษณะของวาตะสมุฏฐาน	392	86.73
32	สรรพคุณของยาธรณีสังฆฆาต	309	68.36
33	การดูแลหลังจากหากรับประทานยาธรณีสังฆฆาตแล้ว อาการของผู้ป่วยยังไม่ดีขึ้น	395	87.39
39	ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติที่ใช้ทดแทนยาอัมฤตย์โอสถ	409	90.49

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามด้านปัญหาและอุปสรรคในการนำความรู้จากการอบรมไปปฏิบัติใช้จริง

ข้อมูลด้านปัญหาและอุปสรรคในการนำความรู้จากการอบรมไปปฏิบัติใช้จริง โดยเป็นคำถามปลายเปิดจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ การนำไปปฏิบัติได้ตามหลักวิชาการ และใช้ตำรับยาได้อย่างถูกต้องปลอดภัยและมีประสิทธิผล การนำไปใช้ได้อย่างถูกต้องตามกฎหมาย และปัญหาหรืออุปสรรคที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมในการปฏิบัติงานจริง ซึ่งอยู่ในแบบสอบถามส่วนที่ 3 สรุปได้ดังนี้

3.1 ประเด็นความเห็นต่อหลักสูตรที่อบรมกับการนำไปปฏิบัติใช้ตามหลักวิชาการ

กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามแสดงความเห็นต่อหลักสูตรกับการนำไปปฏิบัติตามหลักวิชาการ จำนวน 376 คน คิดเป็นร้อยละ 83.19 โดยพบว่าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 81.65) มีความเห็นว่าหลักสูตรที่อบรมช่วยให้มีความรู้ในหลักการการใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมและนำไปใช้ได้จริง รองลงมา คือ ช่วยสร้างความเชื่อมั่นให้ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย (ร้อยละ 9.31) ตามลำดับ (ตารางที่ 11)

ตารางที่ 11 ความเห็นต่อหลักสูตรในการนำไปปฏิบัติตามหลักวิชาการ

จัดกลุ่มความเห็น	จำนวน (คน)	ร้อยละของผู้ตอบคำถาม (n=376)
ช่วยให้มีความรู้ในหลักการการใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมและนำไปใช้ได้จริง	307	81.65
ช่วยสร้างความเชื่อมั่นให้ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย	35	9.31
ยังไม่ครอบคลุม ควรลงรายละเอียดแต่ละตำรับให้มากขึ้น	13	3.46
ควรเพิ่มความรู้เชิงปฏิบัติเพิ่มขึ้น เพื่อให้เกิดความมั่นใจ	12	3.19
ยังไม่มีกรใช้ยา ทำให้ยังไม่มีประสบการณ์ใช้จริง	6	1.60
สามารถนำไปใช้ได้แต่ควรเก็บข้อมูลหรือวิจัยเพิ่มเติม	3	0.80

3.2 ประเด็นความเห็นต่อหลักสูตรที่อบรมกับการนำไปใช้ตามกฎหมาย

กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามแสดงความเห็นต่อหลักสูตรกับการนำไปใช้ได้ตามกฎหมาย จำนวน 347 คน คิดเป็นร้อยละ 76.99 โดยพบว่าส่วนใหญ่มีความเห็นว่าหลักสูตรช่วยให้สามารถใช้กัญชาได้อย่างถูกต้องตามกฎหมาย (n=343)

ตารางที่ 12 ความเห็นต่อหลักสูตรในการนำไปใช้ได้ตามกฎหมาย

จัดกลุ่มความเห็น	จำนวน (คน)	ร้อยละของผู้ตอบ คำถาม (n=347)
ช่วยให้สามารถใช้กัญชาได้อย่างถูกต้องตามกฎหมาย	343	91.71
สามารถนำข้อกฎหมายไปอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจในการใช้ยา กัญชาที่จัดเป็นยาเสพติดให้โทษได้ เช่น การใช้ยาใน รูปแบบ SAS ที่มีการลงนาม consent form	2	0.58
สามารถให้คำแนะนำแก่ชาวบ้านที่ยังมีความเข้าใจผิดใน การปลูกกัญชาได้	1	0.29
เป็นแนวทางในการให้บริการและให้การประชาสัมพันธ์แก่ ประชาชนในแนวทางการใช้และการครอบครองเพื่อให้ ประชาชนเข้าถึงการใช้ได้อย่างถูกต้อง	1	0.29

3.3 ปัญหาหรืออุปสรรคที่ส่งผลต่อการสั่งใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมในการ
ปฏิบัติงานจริง

กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามแสดงความเห็นต่อปัญหาหรืออุปสรรคที่ส่งผลต่อการสั่งใช้ตำรับยา
แผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมในการปฏิบัติงานจริง จำนวน 370 คน คิดเป็นร้อยละ 81.86 โดยพบว่า
ส่วนใหญ่มีความเห็นว่างัญชาเป็นยาเสพติดทำให้ต้องมีกระบวนการคัดกรองผู้ป่วยจนถึงการรายงาน
หลายขั้นตอน ส่งผลให้แพทย์แผนไทยเปลี่ยนไปใช้ยาอื่นทดแทน (n=110)

ตารางที่ 13 ความเห็นต่อปัญหาหรืออุปสรรคที่ส่งผลต่อการสั่งใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม
ในการปฏิบัติงานจริง

จัดกลุ่มความเห็น	จำนวน (คน)	ร้อยละของผู้ตอบ คำถาม (n=370)
กัญชาเป็นยาเสพติดทำให้ต้องมีกระบวนการคัดกรองผู้ป่วย จนถึงการรายงานหลายขั้นตอน ส่งผลให้แพทย์แผนไทย เปลี่ยนไปใช้ยาอื่นทดแทน	110	29.73
ขาดประสบการณ์การสั่งใช้ยา ทำให้ไม่กล้าสั่งใช้ยากัญชา	85	22.97
ประชาชนยังขาดความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ที่ ถูกต้อง ผู้ป่วยเข้าใจว่ากัญชาไร้พิษภัย ทำให้ต้องทำ ความเข้าใจกับผู้ป่วยในการใช้กัญชา	50	13.51

จัดกลุ่มความเห็น	จำนวน (คน)	ร้อยละของผู้ตอบ คำถาม (n=370)
ยาไม่เพียงพอและยังไม่มี การสนับสนุนยาในภาคเอกชน ส่งผลให้ยังไม่ได้สั่งใช้ยากับผู้ป่วยจริง	40	10.81
กังวลเรื่องผลข้างเคียงจากการใช้ยาต่อผู้ป่วย ทำให้ยังไม่ กล้าสั่งใช้ยากัญชา	33	8.92
ขาดงานวิจัยสนับสนุน แพทย์แผนไทยยังขาดความเชื่อมั่น ใจในความปลอดภัยของตำรับยา	23	6.22
แนวทางการใช้ยายังไม่ชัดเจน แพทย์แผนไทยจึงยังไม่มั่นใจ ในการสั่งใช้	20	5.41
รูปแบบยาผงไม่สะดวกต่อการใช้ ทำให้แพทย์แผนไทยยังไม่ สั่งใช้มากนัก	15	4.05
สถานการณ์โควิด ทำให้ต้องปิดคลินิกและการส่งยาเสพติด ทางไปรษณีย์ยังทำได้ยาก	12	3.24
การบูรณาการงานกับสาขาอื่นๆยังไม่ดีพอ ส่งผลให้ไม่มี การส่งต่อผู้ป่วยไปคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย	11	2.97
กังวลเรื่องคุณภาพของแหล่งวัตถุดิบกัญชาที่ได้จากการ เพาะปลูกนำมาผลิตยา	4	1.08

หมายเหตุ 1 คนสามารถเสนอได้มากกว่า 1 ประเด็น

ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบผลการประเมินความรู้ของแต่ละหลักสูตร

สมมติฐานที่ 1 ผู้ประกอบวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมมีผลการทดสอบการประเมินผลความรู้และการปฏิบัติ ผ่านเกณฑ์การทดสอบที่ 60% ของคะแนนเต็ม

พบว่า ประกอบวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมมีผลการทดสอบการประยุกต์ใช้ความรู้ ผ่านเกณฑ์การทดสอบ 60% ของคะแนนเต็ม มีจำนวน 340 คน จากจำนวนทั้งหมด 452 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 75.22 ดังนั้น จำนวนผู้ประกอบวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมมีผลการทดสอบการประยุกต์ใช้ความรู้ ผ่านเกณฑ์การทดสอบ 60% ของคะแนนเต็มน้อยกว่าร้อยละ 100

สมมติฐานที่ 2 กลุ่มการอบรมวิทยากร ครู ก มีค่าเฉลี่ยคะแนนมากกว่ากลุ่มการอบรมผู้ใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย

H0 : ค่าเฉลี่ยคะแนนของผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรวิทยากร ครู ก และหลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทยไม่แตกต่างกัน

H1 : ค่าเฉลี่ยคะแนนของผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรวิทยากร ครู ก และหลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทยแตกต่างกัน

เมื่อวิเคราะห์การแจกแจงของกลุ่มตัวอย่าง (Tests of Normality) โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov สำหรับจำนวนตัวอย่างมากกว่า 50 คน พบว่าค่าคะแนนของทั้ง 2 กลุ่มไม่ได้มีการแจกแจงแบบปกติ ($P < 0.05$) และกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มเป็นอิสระต่อกัน จึงเลือกใช้สถิติ Mann-Whitney U Tests เพื่อทดสอบสมมติฐาน

จากผลการวิเคราะห์และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรวิทยากร ครู ก และหลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย โดย Mann-Whitney U Tests ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ค่ามัธยฐานคะแนนของผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรวิทยากร ครู ก (30 คะแนน), และค่ามัธยฐานคะแนนของผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย (27 คะแนน) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($P\text{-value} = 0.000$) โดยค่ามัธยฐานคะแนนของผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรวิทยากร ครู ก มากกว่าหลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย

สมมติฐานที่ 3 ปัจจัยพื้นฐานที่แตกต่างกันกับคะแนนการประเมินผลความรู้และการปฏิบัติของผู้ประกอบวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมมีความสัมพันธ์

3.1 ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล

จากการทดสอบการแจกแจงข้อมูล (Normality test) ของกลุ่มตัวอย่างพบว่าไม่ได้มีการแจกแจงแบบปกติ ดังนั้นจึงเลือกใช้สถิติ Chi-square test ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับคะแนนการประเมินผลความรู้และการปฏิบัติของผู้ประกอบวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม

3.1.1 เพศ

การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับจำนวนคนที่ผ่านเกณฑ์คะแนนที่มากกว่าร้อยละ 60 พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน ($P\text{-value} = 0.424$)

3.1.2 อายุ

การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างอายุซึ่งจำแนกออกเป็น 4 กลุ่มกับจำนวนคนที่ผ่านเกณฑ์คะแนนที่มากกว่าร้อยละ 60 ของผู้ผ่านการอบรม พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน (P-value = 0.474)

3.1.3 การประกอบวิชาชีพ

การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มที่ประกอบวิชาชีพต่างๆ กับจำนวนคนที่ผ่านเกณฑ์คะแนนที่มากกว่าร้อยละ 60 พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน (P-value = 0.365)

ตารางที่ 14 การหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลกับคะแนนการประเมินผลความรู้และการปฏิบัติของผู้ประกอบวิชาชีพที่ผ่านการอบรมฯ

ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล		การประเมินผลความรู้และการปฏิบัติ (คน)		P-value
		ผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ 60)	ไม่ผ่านเกณฑ์ (น้อยกว่าร้อยละ 60)	
เพศ (n=452)	ชาย	90 (19.9)	34 (7.5)	0.424
	หญิง	250 (55.3)	78 (17.3)	
อายุ (n=452)	น้อยกว่า 30	185 (40.9)	58 (12.8)	0.474
	30 - 40	96 (21.2)	39 (8.6)	
	41 - 50	38 (8.4)	11 (2.4)	
	50 ปีขึ้นไป	21 (4.6)	4 (0.9)	
การประกอบวิชาชีพ (n=452)	แพทย์แผน ไทยประยุกต์	144 (31.9)	42 (9.3)	0.365
	เวชกรรมไทย	196 (43.4)	70 (15.5)	

* The mean difference is significant at the 0.05 level.

3.2 ปัจจัยพื้นฐานด้านประสบการณ์การทำงาน

3.2.1 ประสบการณ์ทำงานด้านการแพทย์แผนไทย

การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ทำงานด้านการแพทย์แผนไทยซึ่งจำแนกออกเป็น 5 กลุ่ม กับจำนวนคนที่ผ่านเกณฑ์คะแนนที่มากกว่าร้อยละ 60 ของผู้ผ่านการอบรม พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน (P-value = 0.173)

3.2.1 ประสพการณ์ทำงานด้านกัญชาทางการแพทย์แผนไทย

การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างประสพการณ์ทำงานด้านกัญชาทางการแพทย์แผนไทยซึ่งจำแนกออกเป็น 5 กลุ่ม กับจำนวนคนที่ผ่านเกณฑ์คะแนนที่มากกว่าร้อยละ 60 ของผู้ผ่านการอบรม พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน (P-value = 0.090)

ตารางที่ 15 การหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานด้านประสพการณ์การทำงานกับคะแนนการประเมินผลความรู้และการปฏิบัติของผู้ประกอบวิชาชีพที่ผ่านการอบรมฯ

ปัจจัยพื้นฐานด้านประสพการณ์การทำงาน		การประเมินผลความรู้และการปฏิบัติ (คน)		P-value
		ผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ 60)	ไม่ผ่านเกณฑ์ (น้อยกว่าร้อยละ 60)	
ประสพการณ์ทำงานด้าน การแพทย์แผนไทย (n=452)	น้อยกว่า 5 ปี	165 (36.5)	67 (14.8)	0.173
	5-10 ปี	141 (31.2)	38 (8.4)	
	11-15 ปี	24 (5.3)	5 (1.1)	
	16-20 ปี	4 (0.9)	2 (0.4)	
	มากกว่า 20 ปี	6 (1.3)	0 (0.0)	
ประสพการณ์ทำงานด้านกัญชาทางการแพทย์แผนไทย (n=452)	ไม่มีประสพการณ์	96 (21.2)	44 (9.7)	0.090
	น้อยกว่า 6 เดือน	58 (12.8)	23 (5.1)	
	6-12 เดือน	120 (26.5)	27 (6.0)	
	12-18 เดือน	24 (5.3)	5 (1.1)	
	มากกว่า 18 เดือน	42 (9.3)	13 (2.9)	

* The mean difference is significant at the 0.05 level.

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบตัดขวาง (Cross-sectional survey) เพื่อประเมินผลความรู้และการปฏิบัติของผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยที่ผ่านการอบรมการใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมและศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการนำความรู้จากการอบรมไปปฏิบัติใช้จริง โดยการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบการประเมินผลความรู้และการปฏิบัติของผู้ประกอบวิชาชีพที่ผ่านการอบรมในสถานการณ์ของผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการ จำนวน 40 ข้อ และแบบสอบถามความคิดเห็นด้านปัญหาและอุปสรรคในการนำความรู้จากการอบรมไปปฏิบัติใช้จริง จำนวน 3 ข้อ โดยเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 30 มิถุนายน 2563 – 30 กรกฎาคม 2564 ซึ่งมีแบบสอบถามที่นำมาวิเคราะห์ข้อมูลจำนวน 452 คน คิดเป็นร้อยละ 64.11

สรุปผลการศึกษา

ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยที่ผ่านการอบรมการใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.57 อายุเฉลี่ย 32.07 ± 8.57 ปี เป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ด้านเวชกรรมไทย ร้อยละ 59.85 ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในหน่วยงานสังกัดรัฐ ร้อยละ 91.37 มีประสบการณ์ในการทำงานด้านการแพทย์แผนไทยเฉลี่ย 5.58 ± 4.29 ปี และมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านกัญชาทางการแพทย์แผนไทยเฉลี่ย 8.81 ± 14.63 เดือน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย ร้อยละ 82.30 และส่วนใหญ่ได้รับการอบรมจากศูนย์ฝึกอบรมของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 24.78

การประเมินความรู้และการปฏิบัติของผู้ประกอบวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม พบว่า มีค่าเฉลี่ยของคะแนน เท่ากับ 26.96 ± 5.50 คะแนน โดยผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรวิทยากร ครู ก (29.41 ± 5.56 คะแนน) มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าหลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย (26.44 ± 5.35) และเมื่อจำแนกตามจุดประสงค์ 4 ด้าน พบว่า ความรู้ด้านหลักการและแนวทางการปรุงยาเฉพาะรายเป็นด้านที่ผู้ตอบตอบถูกมากที่สุด (ร้อยละ 86.04)

รองลงมาคือ กฎหมาย ระเบียบ ประกาศ ข้อบังคับ การรายงาน ยส.5 และความรับผิดชอบทางกฎหมาย (ร้อยละ 74.80) และด้านการเฝ้าระวังความปลอดภัยการใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ ต่อบุญกนน้อยที่สุด (ร้อยละ 42.20) เมื่อพิจารณาการตอบรายข้อ พบว่าคำถามข้อ 1 มีผู้ตอบถูกมากที่สุด (ร้อยละ 98.89) ซึ่งเป็นคำถามเกี่ยวกับหลักการและแนวทางการปรุงยาเฉพาะราย และคำถามข้อ 36 เป็นเรื่องต่อบุญกนน้อยที่สุด (ร้อยละ 12.17) ซึ่งเป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้การเฝ้าระวังความปลอดภัยการใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่

กลุ่มตัวอย่างให้ความเห็นเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการนำความรู้จากการอบรมไปปฏิบัติใช้จริง ในแต่ละประเด็น ดังนี้

1. ความเห็นต่อหลักสูตรกับการนำไปปฏิบัติตามหลักวิชาการ มีจำนวนผู้ให้ความเห็นร้อยละ 69.37 ส่วนใหญ่มีความเห็นว่าหลักสูตรที่อบรมช่วยให้มีความรู้ในหลักการการใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมและนำไปใช้ได้จริง
2. ความเห็นต่อหลักสูตรที่อบรมกับการนำไปใช้ตามกฎหมาย มีจำนวนผู้ให้ความเห็นร้อยละ 68.08 ส่วนใหญ่มีความเห็นว่าหลักสูตรช่วยให้สามารถใช้กัญชาได้อย่างถูกต้องตามกฎหมาย
3. ปัญหาหรืออุปสรรคที่ส่งผลต่อการสั่งใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมในการปฏิบัติงานจริง มีจำนวนผู้ให้ความเห็นร้อยละ 68.27 ส่วนใหญ่เห็นว่ากัญชาเป็นยาเสพติดทำให้ต้องมีกระบวนการคัดกรองผู้ป่วยจนถึงการรายงานหลายขั้นตอน ส่งผลให้แพทย์แผนไทยเปลี่ยนไปใช้อื่นทดแทน

การประเมินความรู้ของผู้ผ่านการอบรมการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย พบว่า ผู้ผ่านการอบรมมีผลการทดสอบการประยุกต์ใช้ความรู้ ผ่านเกณฑ์การทดสอบ 60% จำนวน 340 คน (คิดเป็นร้อยละ 75.22) และผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของผู้ผ่านการอบรม 2 หลักสูตร พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนของผู้ผ่านการอบรมในหลักสูตรวิทยากร ครู ก และหลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($P\text{-value} = 0.000$) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนของผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรวิทยากร ครู ก มากกว่าหลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย นอกจากนี้ ปัจจัยพื้นฐานด้านเพศ อายุ ใบอนุญาตการประกอบวิชาชีพ ประสบการณ์ทำงานด้านการแพทย์แผนไทย และประสบการณ์ทำงานด้านกัญชาทางการแพทย์แผนไทยกับผลความรู้และการปฏิบัติของผู้ประกอบวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมไม่มีความสัมพันธ์กัน

อภิปรายผลการวิจัย

การประเมินผลการประยุกต์ใช้ความรู้ในเชิงปฏิบัติของผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย พบว่าผู้ผ่านการอบรมในหลักสูตรที่แตกต่างกันมีผลการประเมินการประยุกต์ใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทยที่แตกต่างกัน โดยผู้ผ่านการอบรมวิทยากร ครู ก มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการทดสอบการประยุกต์ใช้มีความรู้มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการอบรมในหลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย ซึ่งหลักสูตรวิทยากร ครู ก ถูกถ่ายทอดความรู้โดยผู้เชี่ยวชาญแต่ละหัวข้อของการอบรมโดยตรงและใช้เวลาในการอบรม 12 ชั่วโมง ในขณะที่หลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทยนั้นถูกถ่ายทอดโดยผู้ผ่านการอบรมวิทยากรครู ก ของแต่ละเขตสุขภาพและใช้เวลาในการอบรม 8 ชั่วโมง จึงอาจเป็นผลจากการถ่ายทอดความรู้โดยวิทยากรแต่ละเขตมีทักษะการเป็นวิทยากร และทักษะการถ่ายทอดความรู้ที่ไม่แตกต่างกันโดยวิทยากร ครู ก ของแต่ละเขตสุขภาพถูกคัดเลือกมาจากสำนักงานเขตสุขภาพ ซึ่งกำหนดคุณสมบัติเพียงการเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยหรือเภสัชกรเท่านั้น ซึ่งตามหลักการ Training of Trainers (ToT) model [58] ควรมีการคัดเลือกผู้เข้าร่วมอบรมที่มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องที่จะอบรมและมีทักษะการถ่ายทอดไปยังผู้อื่น มีการฝึกทักษะการอบรมของผู้เข้าอบรมในสถานการณ์จริงภายใต้การดูแลของผู้ให้การอบรม และมีการประเมินการสอนของผู้เข้าอบรม จะช่วยให้ผู้ผ่านการอบรมการเป็นวิทยากรสามารถถ่ายทอดไปยังผู้อบรมได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

การวิเคราะห์ปัจจัยพื้นฐานด้านเพศ อายุ ใบบอนุญาตการประกอบวิชาชีพ ประสบการณ์ทำงานด้านการแพทย์แผนไทย และประสบการณ์ทำงานด้านกัญชาทางการแพทย์แผนไทยกับการประยุกต์ใช้ความรู้ของผู้ประกอบวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทยไม่มีความสัมพันธ์กัน สอดคล้องกับการศึกษาของอักษรภักดิ์ หลีกทอง [59] อธิบายว่าเพศชายและเพศหญิงมีทักษะการเรียนรู้ เจตคติต่อการเรียนรู้และการใฝ่รู้ในตนเองที่ไม่แตกต่างกัน และไม่พบความสัมพันธ์ของปัจจัยพื้นฐานด้านใบบอนุญาตการประกอบวิชาชีพ ประสบการณ์ทำงานด้านการแพทย์แผนไทย และประสบการณ์ทำงานด้านกัญชาทางการแพทย์แผนไทยกับ คะแนนการประเมินผลความรู้และการปฏิบัติของผู้ประกอบวิชาชีพที่ผ่านการอบรมไม่มีความสัมพันธ์กัน อาจเพราะผู้เข้าร่วมอบรมยังมีความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ไม่เพียงพอ และเป็นเรื่องใหม่ที่ไม่เคยมีการเรียนการสอนในหลักสูตรการแพทย์แผนไทยมาก่อน อีกทั้งส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการใช้กัญชาไม่ถึง 1 ปี ทำให้ยังขาดประสบการณ์ในการปฏิบัติซึ่งควรต้องมีการฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง แต่การอบรมของหลักสูตรทั้ง 2 หลักสูตร ยังขาดการประเมินผลเชิงปฏิบัติร่วมด้วยตามแนวคิดเกี่ยวกับการฝึกอบรมและการประเมินผล [57] เช่น การทดสอบภาคปฏิบัติจากสถานการณ์จำลอง

(Simulated performance) มีประเมินทั้งกระบวนการ (Process) และผลงาน (Product) ดังนั้น หากมีการปรับปรุงหลักสูตรให้เรียนรู้จากสถานการณ์จริงหรือได้ลงมือปฏิบัติจริง จะช่วยเพิ่มความมั่นใจในการใช้ความรู้ที่ได้อบรมไปใช้ในการปฏิบัติงานจริง

ผู้ประกอบการวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมมีความรู้และการปฏิบัติในด้านการเฝ้าระวังการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ อันตรกิริยาและการรายงานการใช้ตำรับยา กัญชาน้อยสุด จากการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่า กัญชาถูกจัดเป็นยาเสพติดให้โทษ ประเภท 5 มาเป็นระยะเวลาานาน ทำให้ไม่มีข้อมูลและประสบการณ์การใช้กัญชาในทางการแพทย์แผนไทยของบุคลากรทางการแพทย์และผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์แผนไทย และตามข้อกำหนดของคณะกรรมการยาเสพติดให้โทษ ได้กำหนดให้มีการเฝ้าระวังความปลอดภัยของตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมแบบ targeted spontaneous reporting ซึ่งเป็นวิธีการเฝ้าระวังที่มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมาย (ยาหรือผู้ป่วย) และ/หรือความเสี่ยงที่สนใจ มีชุดคำถามที่ครอบคลุมทุกประเด็นของความเสี่ยง เก็บข้อมูลเฉพาะความเสี่ยงที่สนใจ เพื่อยืนยันความปลอดภัยของการใช้ยาในคนไทย นอกจากนี้การให้ความรู้กับผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยเกี่ยวกับการเฝ้าระวังความปลอดภัยจากการใช้ยาสมุนไพรยังไม่ครอบคลุมเรื่องกัญชา ตามเกณฑ์มาตรฐานและกรรมวิธีการแพทย์แผนไทย ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย โดยกำหนดความรู้ ความสามารถ สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ด้านเภสัชกรรมไทย [29] ซึ่งกำหนดเนื้อหาเกี่ยวกับเภสัชกรรมไทยไว้เพียงการศึกษาหลักและข้อควรระวังในการใช้ยาสมุนไพร ยาจากสมุนไพรตามบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชียาสามัญประจำบ้านแผนโบราณ สมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน และสมุนไพรพืชพิษ จึงควรมีการเพิ่มเติมความรู้เรื่องการเฝ้าระวังความปลอดภัยของสมุนไพรใหม่ๆ ให้กับผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย เช่น การอบรมเพิ่มเติม การศึกษาต่อเนื่องของการแพทย์แผนไทย หรือการเพิ่มเนื้อหาในหลักสูตรของสถาบันการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างให้ความเห็นต่อหลักสูตรกับการนำไปปฏิบัติตามหลักวิชาการ ในเชิงบวกโดยมีความเห็นว่าหลักสูตรที่อบรมช่วยให้มีความรู้ในหลักการการใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม และนำไปใช้ได้จริง เนื่องจากความรู้เกี่ยวกับตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมจากตำราการแพทย์แผนไทยในอดีตยังไม่เคยถูกนำมาสอนและให้ความรู้เชิงวิชาการ อีกทั้งกัญชาเป็นยาเสพติดให้โทษ จึงเป็นสมุนไพรที่ไม่เคยนำมาใช้จริง ดังนั้นการอบรมความรู้ในหลักการการใช้ตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสม จึงช่วยให้ผู้ประกอบวิชาชีพได้รับความรู้เพิ่มเติมเพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลรักษาคนไข้ได้จริง สอดคล้องกับงานวิจัยของปริดาภรณ์ สายจันเกตุ พิมพ์พร โนจันทร์ นิตริรัตน์ มีกายและรัศมี สุข

นรินทร์ [32] ซึ่งมีผลการวิจัยความรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ยังอยู่ในระดับที่ต้องได้รับการให้ข้อมูลความรู้ที่ถูกต้องและทำความเข้าใจด้านทัศนคติสำหรับการใช้กัญชาทางการแพทย์และยังเป็นข้อมูลให้กับเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขในการให้ความรู้เรื่องกัญชาทางการแพทย์ ทั้งนี้ ผู้ผ่านการอบรมที่ตอบแบบสอบถามเป็นกลุ่มวิทยากร ครู ก ในสัดส่วนที่มากกว่ากลุ่มผู้ผ่านการอบรมการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย จึงอาจได้ความเห็นยังไม่ครอบคลุม

ผู้ประกอบการวิชาชีพการแพทย์แผนไทยผ่านการอบรมส่วนใหญ่มีความเห็นว่ากัญชาเป็นยาเสพติดที่จะต้องมีการควบคุมการคัดกรองผู้ป่วยและการรายงานหลายขั้นตอน ซึ่งเป็นอุปสรรคที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสม อาจเนื่องมาจากการปรับเปลี่ยนกฎหมายและการวางนโยบายการใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างเร่งรัด ภายใต้ข้อจำกัดของข้อมูลผลข้างเคียงของยา จึงทำให้ต้องมีกระบวนการคัดกรองและการเก็บข้อมูลของผู้ป่วยอย่างละเอียด รวมทั้งกัญชายังจัดเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 5 จึงต้องมีรายงานการครอบครอง การจำหน่ายอย่างรัดกุม เช่น การรายงานซีเรียลของยาทุกขวด/ซอง เป็นต้น ทั้งนี้ ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมส่วนใหญ่เป็นรูปแบบยาผงที่มีขนาดการรับประทาน 1-2 ซองต่อวัน จำเป็นต้องรายงานซีเรียลทุกซองที่จำหน่ายให้ผู้ป่วย นอกจากนี้ การขาดประสบการณ์การสั่งใช้ยา การกังวลเรื่องผลข้างเคียงจากการใช้ยา ยังขาดความเชื่อมั่นในความปลอดภัยของตำรับยา แสดงให้เห็นว่าผู้ประกอบการวิชาชีพการแพทย์แผนไทยที่ผ่านการอบรมจำเป็นต้องได้รับการเพิ่มเติมความรู้อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากเรื่องกัญชายังเป็นเรื่องใหม่ ขาดข้อมูลเชิงวิจัยที่เพียงพอ ควรมีการส่งเสริมและเร่งศึกษาวิจัยเกี่ยวกับตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม เพื่อให้มีข้อมูลเชิงวิชาการสนับสนุนให้ผู้ประกอบการวิชาชีพการแพทย์แผนไทยมีความมั่นใจในการสั่งใช้ยาตามนโยบายการใช้กัญชาทางการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข

ข้อเสนอแนะต่อหลักสูตร

1. การปรับปรุงหลักสูตรโดยเพิ่มเติมทักษะการปฏิบัติและประเมินผลการอบรมในเชิงกรณีศึกษาเพื่อเน้นความรู้เชิงปฏิบัติและการประยุกต์ใช้ความรู้ของผู้ผ่านการอบรม ซึ่งจะช่วยให้ผู้อบรมมีประสบการณ์ และมีความมั่นใจในการนำความรู้ไปปฏิบัติงานยิ่งขึ้น สอดคล้องตามโมเดลการประเมินผลการฝึกอบรมของ Donald L. Kirkpatrick เพื่อประเมินผลสัมฤทธิ์ของการอบรมโดยมีการแบ่งระดับของการประเมินออกเป็น 4 ระดับ (Kirkpatrick, 1960) ได้แก่ ระดับปฏิกิริยา (Reaction) ระดับการเรียนรู้ (Learning) จะใช้แบบทดสอบที่มีการกำหนดตัวชี้วัดระดับความรู้ ซึ่งสามารถใช้ทดสอบก่อนและหลังการฝึกอบรม แล้วนำผลลัพธ์มาเปรียบเทียบกัน ในการประเมินผลอาจใช้วิธีการ

สังเกตหรือให้ทำแบบฝึกหัดหรือให้มีการทดลองปฏิบัติงาน ระดับพฤติกรรม (Behavior) และระดับผลลัพธ์ (Result)

2. การจัดทำหลักสูตรเพิ่มพูนทักษะ หรือการศึกษาต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่อง และนำไปปฏิบัติงาน ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ปฏิบัติมีการศึกษาต่อเนื่อง จึงอาจใช้การศึกษาต่อเนื่องเป็นเงื่อนไขหนึ่งสำหรับการพิจารณาเกี่ยวกับการต่ออายุใบอนุญาตผู้ประกอบการวิชาชีพการแพทย์แผนไทยเหมือน การประกอบวิชาชีพสาขาอื่นๆ

3. ปรับปรุงแนวทางการคัดเลือกวิทยากร ครู ก โดยเพิ่มเกณฑ์เกี่ยวกับทักษะเฉพาะ เช่น การสื่อสารและถ่ายทอดความรู้ไปยังผู้รับการอบรม

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ปรับปรุงขั้นตอนในการรายงานข้อมูลเพื่อลดภาระงานของผู้ปฏิบัติหน้าที่ และอำนวยความสะดวกในการส่งใช้ยาตามนโยบายของกระทรวง
2. ประสานกับสถาบันการศึกษาเพื่อนำความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังความปลอดภัยจากการใช้ตำรายาที่มีกัญชาปรุงผสมเพิ่มในหลักสูตรของสถาบันการศึกษาหรือการศึกษาต่อเนื่อง

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้รับข้อมูลจากกลุ่มหมอพื้นบ้านเนื่องด้วยเป็นผู้สูงวัยและไม่สะดวกที่จะตอบกลับแบบสอบถาม จึงทำให้ขาดผลการประเมินความรู้และการปฏิบัติ รวมทั้งความเห็นของหมอพื้นบ้าน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งถัดไป

1. ศึกษาการประเมินถ่ายโอนความรู้ (transfer of training) ของผู้ผ่านการอบรมการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทยภายหลังการอบรม ในการประยุกต์ใช้ความรู้และทักษะที่ได้จากการฝึกอบรมไปใช้ในการทำงาน การส่งผ่านความรู้จะเป็นการเชื่อมโยงระหว่างการเรียนรู้ในห้องเรียนกับการปฏิบัติในงานจริง

2. ศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย เช่น ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการทำงานที่เหมาะสม ความพึงพอใจ นโยบายขององค์กร เป็นต้น เพื่อนำมาปรับปรุงแนวทาง/นโยบายให้สอดคล้องกับการปฏิบัติงานจริงภายใต้กรอบกฎหมายและการประกอบวิชาชีพที่ถูกต้องและเหมาะสม

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

เครื่องมือในการวิจัย

แบบสอบถามและแบบทดสอบการประเมินผลความรู้และการปฏิบัติ ของผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามและแบบทดสอบนี้เป็นการประเมินผลความรู้และการปฏิบัติของผู้ประกอบวิชาชีพที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทยและศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการนำความรู้จากการอบรมไปปฏิบัติใช้จริง เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในมาตรฐานการให้บริการของผู้ผ่านการอบรมในการนำความรู้ไปปฏิบัติใช้ได้จริงในการให้บริการผู้ป่วย และนำไปสู่การพัฒนาหลักสูตรเพิ่มพูนทักษะของผู้ส่งใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย

2. แบบสอบถามและแบบทดสอบ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 7 ข้อ

(กรุณาทำเครื่องหมาย ในกล่องสี่เหลี่ยมและเติมตัวเลขในช่องว่าง)

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบการประเมินผลความรู้และการปฏิบัติของผู้ประกอบวิชาชีพที่ผ่านการอบรม จำนวน 40 ข้อ

(ให้ท่านเลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียวแล้วทำเครื่องหมาย วงกลม หน้าข้อ ก. ข. ค. หรือ ง.)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามด้านปัญหาและอุปสรรคในการนำความรู้จากการอบรมไปปฏิบัติใช้จริง จำนวน 3 ข้อ

3. ขอให้ท่านตอบคำถามให้ครบทุกข้อ ทั้งนี้ ในการตอบแบบสอบถามนี้ ท่านสามารถขอคำปรึกษาจากผู้อื่น/ผู้เชี่ยวชาญ หรือเปิดตำราตอบได้

4. เมื่อท่านตอบคำถามครบถ้วนแล้ว ให้ส่งแบบสอบถามและแบบทดสอบทั้ง 3 ส่วน ในซองเปล่าที่จำหน่ายซองถึงผู้วิจัย ภายใน 15 วัน นับจากวันที่ได้รับแบบสอบถาม (ตามที่ผู้วิจัยได้แนบไปพร้อมกับแบบสอบถามและแบบทดสอบ)

5. ขอความกรุณาให้ท่านส่งกลับมายังผู้วิจัยตามที่อยู่ที่จำหน่ายซองไว้

นางสาวอรุภา จันทร์หอม

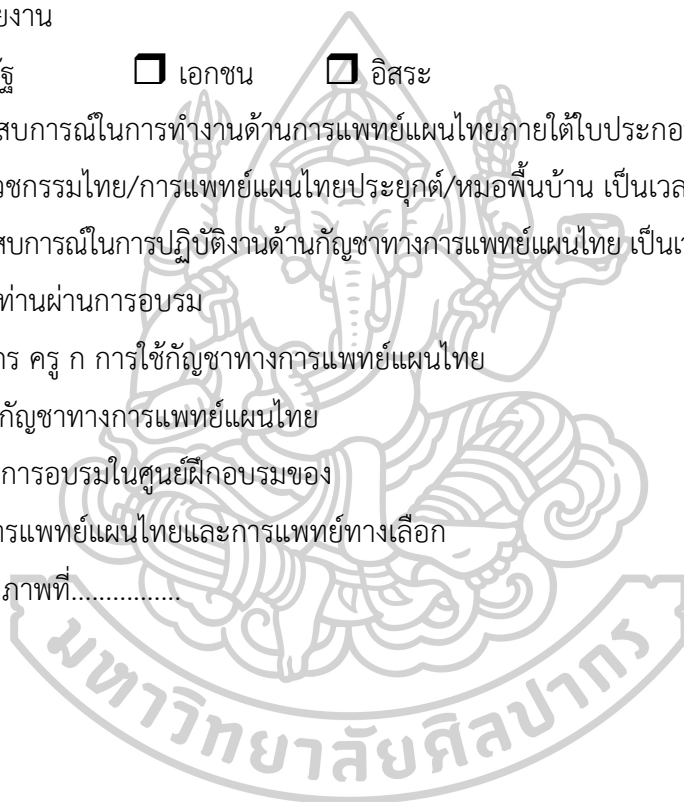
88/23 หมู่ 4 กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข ตำบลตลาดขวัญ

อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทร 092-249-8331

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

(กรุณาทำเครื่องหมาย ในกล่องสี่เหลี่ยมและเติมตัวเลขในช่องว่าง)

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ท่านเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ
 - การแพทย์แผนไทย ด้านเวชกรรมไทย การแพทย์แผนไทยประยุกต์
 - หมอพื้นบ้าน
4. สังกัดหน่วยงาน
 - รัฐ เอกชน อิสระ
5. ท่านมีประสบการณ์ในการทำงานด้านการแพทย์แผนไทยภายใต้ใบประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ด้านเวชกรรมไทย/การแพทย์แผนไทยประยุกต์/หมอพื้นบ้าน เป็นเวลา.....ปี
6. ท่านมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านกัญชาทางการแพทย์แผนไทย เป็นเวลา.....ปี.....เดือน
7. หลักสูตรที่ท่านผ่านการอบรม
 - วิทยากร ครู ก การใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย
 - การใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย
8. ท่านเข้ารับการอบรมในศูนย์ฝึกอบรมของ
 - กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
 - เขตสุขภาพที่.....



**ส่วนที่ 2 แบบทดสอบการประเมินผลความรู้และการปฏิบัติของผู้ประกอบวิชาชีพที่ผ่านการอบรม
คำชี้แจง**

1. แบบทดสอบฉบับนี้เป็นแบบปรนัยชนิดเลือกตอบ 4 ตัวเลือก จำนวน 40 ข้อ
2. ให้ท่านเลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียวแล้วทำเครื่องหมาย วงกลม หน้าข้อ ก. ข. ค. หรือ ง.

ข้อมูลต่อไปนี้ตอบคำถามในข้อ 1 - 5

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยเพศ ชาย อายุ 49 ปี

วัน เดือน ปีเกิด(สากล) 24 กันยายน 2514 วัน เดือน ปีเกิด(ไทย) ขึ้น 5 ค่ำ เดือน 11 ปีกุล

เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย อาชีพ รับจ้าง

ที่อยู่ปัจจุบัน จ. กรุงเทพมหานคร

ภูมิลำเนาเดิม จ.ชลบุรี

วัน เดือน ปี ที่มารับการรักษา 20 พฤศจิกายน พ.ศ.2562

วัน เดือน ปี ที่เจ็บป่วย 10 สิงหาคม พ.ศ.2562

ประวัติการเจ็บป่วย

อาการสำคัญ นอนไม่หลับ มา 3 เดือน

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

มีอาการนอนไม่หลับมา 3 เดือน ส่วนมากเข้านอนเวลา 22.00 น. นอนหลับได้เวลา 02.00 น. มักสะดุ้งตื่นกลางดึก ไม่สามารถนอนหลับต่อได้ ไม่เคยพบแพทย์แผนปัจจุบัน

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการผ่าตัด ปฏิเสธการแพ้ยาและแพ้อาหาร

ประวัติครอบครัว

สมาชิกในครอบครัวแข็งแรงดี ปฏิเสธโรคทางพันธุกรรม

ประวัติส่วนตัว

รับประทานอาหาร 3 มื้อ เข้า กลางวัน เย็น ตรงเวลา ตื่นน้ำวันละ 8 แก้ว นอนวันละ 4 ชั่วโมง
ปัสสาวะวันละ 3 ครั้ง ลักษณะสีเหลืองใส ไม่แสบขัด อุจจาระวันละ 1 ครั้ง ลักษณะเป็นก้อนไม่แข็ง
ไม่สับสนหรือ

ประวัติอื่นๆ

มีอาชีพเป็นพนักงานรักษาความปลอดภัย

การตรวจร่างกาย

อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที ลักษณะการเต้นสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ
18 ครั้งต่อนาที

ความดันโลหิต 120/80 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 56 กิโลกรัม ส่วนสูง 175 ค่าดัชนีมวลกาย 18.29
(ค่อนข้างผอม)

1. จากข้อมูลข้างต้นหากท่านเป็นแพทย์ผู้ให้การรักษา จะจ่ายยาตำรับใดแก่ผู้ป่วยรายนี้

- ก. ยาคุซไฮยาสน์
- ข. ยาทำลายพระสุเมรุ
- ค. ยาอัคคินิวคณะ
- ง. ยาแก้ลมขึ้นเบื้องสูง

2. จากคำตอบในข้อ 1 ตำรับยาที่แพทย์จ่ายให้ผู้ป่วยรายนี้มีรสประธานใด

- ก. เย็น
- ข. สุกชุม
- ค. ร้อน
- ง. ไม่มีข้อใดถูก

3. จากคำตอบในข้อ 2. แพทย์ไม่ควรจ่ายยาตำรับนี้หากผู้ป่วยมีอาการร่วมใด

- ก. ปวดสะโพกร้าวลงขา
- ข. เหงื่อที่ปลายมือปลายเท้า
- ค. แสบร้อนในท้อง
- ง. หนาวในกระดุก

4. หากผู้ป่วยมีอาการใจสั่น คลื่นไส้อาเจียน หลังรับประทานยาที่ท่านจ่าย สมุนไพรใดที่ช่วยบรรเทา
อาการดังกล่าวของผู้ป่วยได้

- ก. ขมิ้นชัน
- ข. ยาตำ

- ค. มะนาว
- ง. เทียนแดง
5. ข้อใดไม่ถูกต้องเกี่ยวกับสรรพคุณของกัญชาในตำรับยาสุขไสยาศน์
- ก. ช่วยทำให้นอนหลับได้ดี
- ข. ช่วยลดอาการวิตกกังวล
- ค. ช่วยบรรเทาอาการท้องอืด เพื่อ
- ง. ช่วยรักษาฝีหรือเนื้องอก
6. หลังจากสั่งใช้ตำรับยาไปแล้ว ผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์แผนไทยควรจะต้องปฏิบัติตามข้อใด
- ก. ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยจะต้องรายงานผลการใช้ยาทุกราย
- ข. ผู้รับอนุญาตจะต้องจัดทำบัญชีรับจ่าย และรายงาน ส่งเป็นรายเดือนและปี
- ค. สถานบริการจะต้องขอใบอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษ ประเภท 5 ทุกสิ้นปี
- ง. ถูกทุกข้อ
7. หากใบอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษ ประเภท 5 สิ้นอายุวันที่ 31 ธ.ค. 2562 แพทย์แผนไทยที่ผ่านการอบรมต้องการสั่งใช้ยาให้กับคนไข้วันที่ 2 ม.ค. 2563 ได้หรือไม่ เพราะเหตุใดข้อใดไม่ถูกต้องในการปฏิบัติตามกฎหมายยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562
- ก. ได้ เพราะผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยเป็นผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขรับรองแล้ว
- ข. ได้ เพราะมีตำรับยาพร้อมจำหน่าย
- ค. ไม่ได้ เพราะสถานบริการจะต้องได้รับอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษ ประเภท 5
- ง. ไม่ได้ เพราะผู้รับอนุญาตจะต้องจัดทำบัญชีรับจ่าย และรายงานต่อคณะกรรมการอาหารและยาก่อน
8. สิ่งที่ท่านต้องปฏิบัติเพื่อเฝ้าระวังความปลอดภัยจากตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม คือข้อใด
- ก. รายงานจำนวนผู้ป่วยที่ใช้ยาทุกสัปดาห์
- ข. รายงานจำนวนผู้ป่วยที่ใช้ยาทุกเดือน
- ค. รายงานจำนวนผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในรอบ 1 เดือน
- ง. ถูกทุกข้อ

ข้อมูลต่อไปนี้เป็นคำตอบคำถามในข้อ 9 – 11

ผู้ป่วยเพศ หญิง อายุ 28 ปี

วัน เดือน ปีเกิด(สากล) 5 กุมภาพันธ์ 2535 วัน เดือน ปีเกิด(ไทย) ขึ้น 2 ค่ำ เดือน
สาม ปีมะแม

เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย อาชีพ รับจ้าง

ที่อยู่ปัจจุบัน จ. ปัตตานี ภูมิลำเนาเดิม จ.ปัตตานี

วัน เดือน ปี ที่มารับการรักษา 20 ตุลาคม พ.ศ.2562

วัน เดือน ปี ที่เจ็บป่วย 15 ตุลาคม พ.ศ.2562

ประวัติการเจ็บป่วย

อาการสำคัญ คลื่นไส้ อาเจียน มา 5 วัน

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

มีอาการคลื่นไส้ อยากจะอาเจียน มา ๑ สัปดาห์ มักมีอาการหลังรับประทานอาหารใหม่ๆ

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการผ่าตัด ปฏิเสธการแพ้ยาและแพ้อาหาร

ประวัติครอบครัว

สมาชิกในครอบครัวแข็งแรงดี ปฏิเสธโรคทางพันธุกรรม

ประวัติส่วนตัว

รับประทานอาหาร 3 มื้อ เข้า กลางวัน เย็น ตรงเวลา ดื่มน้ำวันละ 8 แก้ว นอนวันละ 4 ชั่วโมง

ปัสสาวะวันละ 3 ครั้ง ลักษณะสีเหลืองใส ไม่แสบขัด อุจจาระวันละ 1 ครั้ง ลักษณะเป็นก้อนไม่แข็ง
ไม่สับสนุหรี

ประวัติอื่นๆ

การตรวจร่างกาย

อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที ลักษณะการเต้น สม่ำเสมอ อัตราการหายใจ
18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 120/80 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 60 กิโลกรัม ส่วนสูง 170 ค่า
ดัชนีมวลกาย 20.76 (อยู่ในเกณฑ์ปกติ)

9. ตำรับยาใดเหมาะสมกับการจ่ายให้ผู้ป่วยรายนี้

ก. ยาคุชโลยาสัน

ข. ยาอัคินีวคณะ

ค. ยาแก้สัณฆาต กร่อนแห้ง

ง. ยาแก้โรคจิต

10. จากข้อ 9 ตำรับยาที่แพทย์จ่ายให้ผู้ป่วยรายนี้ควรใช้น้ำกระสายยาใด

ก. น้ำผึ้ง

ข. น้ำมะนาว

ค. น้ำข้าวเช็ด

ง. น้ำส้มซ่า

11. ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน อาจมีอาการอ่อนเพลียร่วมด้วย ท่านคิดว่าตัวยาใดในตำรับยาข้างต้นที่จะช่วยชูกำลังได้

ก. น้ำขิง

ข. น้ำตาลกรวด

ค. ชะเอมเทศ

ง. น้ำมันเนย

ข้อมูลต่อไปนี้ตอบคำถามในข้อ 12 – 13

ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 28 ปี ไม่มีโรคประจำตัว ไม่ได้รับประทานยาแผนปัจจุบัน มีอาการจุกเสียดแน่นท้องมา 3 วันถ่ายอุจจาระลำบาก ลักษณะอุจจาระแข็ง สีน้ำตาลเข้ม อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 70 ครั้ง/นาที ลักษณะการเดิน สม่่าเสมอ อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 120/80 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 50 กิโลกรัม ส่วนสูง 150 ค่าดัชนีมวลกาย 22.22 (อยู่ในเกณฑ์ปกติ)

12. จากข้อมูลที่กล่าวมา ผู้ป่วยมีอาการในระบบทางเดินอาหาร ทั้งระบบย่อย และระบบขับถ่าย ยาตำรับใด ไม่เหมาะสมในการจ่ายมากที่สุด

ก. ยาไฟอาวุธ

ข. ยาแก้สัณฆาต กร่อนแห้ง

ค. ยาทำลายพระสุเมรุ

ง. ยาแก้โรคจิต

13. จากข้อ 12 ยาตำรับใดเหมาะสมในการจ่ายมากที่สุด

ก. ยาไฟอาวุธ

ข. ยาแก้สัณฆาต กร่อนแห้ง

ค. ยาทำลายพระสุเมรุ

ง. ยาแก้โรคจิต

14. กรณีผู้ป่วยเกิดอาการแสบร้อนยอดอก ร้อนท้อง ท่านจะต้องทำอย่างไร

ก. รายงานอาการไม่พึงประสงค์ผ่านระบบ HPVC (ศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ)

ข. รายงานอาการไม่พึงประสงค์ให้สสจ.ทราบ

ค. รายงานอาการไม่พึงประสงค์ผ่านระบบ C-MOPH (แบบบันทึกข้อมูลกัญชาทางการแพทย์)

ง. ถูกทุกข้อ

ข้อมูลต่อไปนี้อยู่ในข้อ 15 – 17

หากผู้ป่วยหญิงรายหนึ่ง อายุ 50 ปี น้ำหนัก 56 กิโลกรัม สูง 155 เซนติเมตร BMI = 23.31 (อยู่ในเกณฑ์อ้วนระดับ 1) อุนหภูมิร่างกาย 37.0 องศาเซลเซียส ระดับความดันโลหิต 120/80 มิลลิเมตรปรอท ค่าตับ ค่าไต อยู่ในเกณฑ์ปกติไม่มีโรคประจำตัว มีอาการนอนไม่หลับมา 1 สัปดาห์ เข้านอนเวลาเที่ยงคืน นอนหลับได้เวลา ตี 2 ผู้ป่วยผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเรื่องปัญหาการเงินภายในครอบครัว

15. หากผู้ป่วยรับประทานยานอนหลับร่วมด้วย ควรจ่ายยาตำรับใดให้กับผู้ป่วยรายนี้

ก. ยาซุซไฮยาซีน

ข. ยาแก้นอนไม่หลับ แก้ไขผอมเหลือง

ค. ยาแก้โรคจิต

ง. ก หรือ ข ก็สามารถจ่ายได้

16. จากข้อ 15 หากท่านจ่ายตำรับยาดังกล่าว ให้แก่ผู้ป่วยรายนี้เป็นครั้งแรก ควรมีวิธีการรับประทานยาอย่างไร

ก. รับประทานครั้งละ 1 กรัม ก่อนอาหาร เช้า กลางวัน และเย็น

ข. รับประทานครั้งละ 1 กรัม หลังอาหาร เช้าและเย็น

ค. รับประทานครั้งละ 500 มิลลิกรัม ก่อนอาหาร เช้า และเย็น

ง. รับประทานครั้งละ 100 มิลลิกรัม หลังอาหาร เช้า กลางวัน และเย็น

17. จากข้อ 16 หลังจากรับประทานยาครั้งแรก หากผู้ป่วยยังคงมีอาการนอนไม่หลับควรปรับการรับประทานยาอย่างไร

ก. รับประทานเพิ่มเป็นครั้งละ 1 กรัม ก่อนอาหาร เช้า และเย็น

ข. รับประทานเพิ่มเป็นครั้งละ 1 กรัม หลังอาหาร เช้า กลางวัน และเย็น

ค. รับประทานเพิ่มเป็นครั้งละ 500 มิลลิกรัม ก่อนอาหาร เช้า กลางวัน และเย็น

- ง. รับประทานเพิ่มเป็นครั้งละ 250 มิลลิกรัม หลังอาหาร เช้าและเย็น
18. หากท่านต้องการจะเพิ่มขิงในตำรับยานี้ ทำได้หรือไม่ และขัดต่อกฎหมายหรือไม่
- ก. ได้ เนื่องจากเป็นความรู้ตามหลักการทางวิชาชีพการแพทย์แผนไทย
- ข. ไม่ได้ เนื่องจากการเพิ่มยาอื่นเข้าไปถือเป็นยาตำรับใหม่ ไม่เป็นไปตามตำรับยาที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศ
- ค. ไม่ได้ เนื่องจากกัญชาที่นำมาปรุงจะต้องเป็นพันธุ์ท้องถิ่น
- ง. ไม่มีข้อใดถูก

ข้อมูลต่อไปนี้อธิบายคำถามในข้อ 19 –20

19. ผู้ป่วยชาย อายุ 40 ปี ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์แผนไทยประยุกต์ว่าเป็นโรคกระษัยเหล็ก ไม่ได้รับประทานยาแผนปัจจุบันใดๆ สามารถให้การรักษาโดยการจ่ายยาตำรับใด
- ก. ยาน้ำมันสนันไตรภพ
- ข. ยาแก้สั่นชงขาด กล่อนแห้ง
- ค. ยาทาริตสีดวงทวารหนักและโรคผิวหนัง
- ง. ยาแก้ลมเนาวนารีวาโย
20. จากข้อ 19 วิธีการบริหารยาข้อใดเหมาะสมมากที่สุด
- ก. รับประทานครั้งละ 1 กรัม ก่อนอาหาร เช้าและเย็น
- ข. ใช้น้ำมันทาริตท้อง เป็นเวลา 3 วัน จากนั้นรับประทานครั้งละ 3 – 5 มิลลิกรัม เป็นเวลา 3 วัน
- ค. รับประทานครั้งละ 500 มิลลิกรัม ก่อนอาหาร เช้า กลางวันและเย็น
- ง. ใช้น้ำมันทาบริเวณที่มีอาการ เป็นเวลา 3 วัน
21. หากท่านมีตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมเป็นของตน และประสงค์จะสั่งใช้ตำรับของตน จะต้องปฏิบัติอย่างไร
- ก. ขออนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษ ประเภท 5
- ข. ขออนุญาตผลิต/ปรุงยาเสพติดให้โทษ ประเภท 5
- ค. ขออนุญาตครอบครองยาเสพติดให้โทษ ประเภท 5
- ง. ข้อ ก และ ข ถูกต้อง

ข้อมูลต่อไปนี้อธิบายคำถามในข้อ 22 – 24

ผู้ป่วยหญิงรายหนึ่ง อายุ 35 ปี น้ำหนัก 60 กิโลกรัม สูง 156 เซนติเมตร BMI = 26.66 (อยู่ในเกณฑ์อ้วนระดับ 1) ระดับความดันโลหิต 138/86 มิลลิเมตรปรอท ค่าตับ ค่าไต อยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีโรค

ประจำตัว มีอาการปวดตึงบริเวณปลายมือปลายเท้า อาการปวดมีอาการลามขึ้นมาบริเวณต้นคอ ทำให้คอแข็ง เคลื่อนไหวคอไม่ได้

22. จากข้อมูลข้างต้น ควรจ่ายยาตำรับใดให้กับผู้ป่วยรายนี้มากที่สุด

ก. ยาทำลายพระสุเมรุ

ข. ยาเนาวนาริวาโย

ค. ยาไพสาลี

ง. ก ข และ ค ถูกต้อง

23. จากข้อ 22 ห้ามจ่ายยานี้ในผู้ป่วยรายใด

ก. ผู้ป่วยที่มีอายุครรภ์ต่ำกว่า 3 เดือน

ข. ผู้ป่วยที่มีอาการนอนไม่หลับ

ค. ผู้ป่วยหลังคลอด

ง. ไม่มีข้อใดถูก

24. ในตำรับยาที่ท่านเลือกจ่ายให้ผู้ป่วยรายนี้ กระจายใดเหมาะสมที่สุด ตามวิธีใช้ในตำรับยา

ก. น้ำผึ้ง

ข. น้ำต้มลูกผักชี

ค. น้ำต้มเทียนดำ

ง. น้ำส้มซ่า

25. ตำรับยาที่แพทย์เลือกจ่ายให้ผู้ป่วยรายนี้ ควรรับประทานติดต่อกันกี่วัน

ก. 3 วัน

ข. 5 วัน

ค. 7 วัน

ง. 9 วัน

ข้อมูลต่อไปนี้ออกคำถามในข้อ 26 – 29

26. หญิงหลังคลอดอายุ 30 ปี อยู่ในช่วงให้นมบุตร มีอาการปวดต้นคอ ร้าวลงแขน ไม่มีอาการชา ไม่มีอาการอ่อนแรง ไม่มีโรคประจำตัว ไม่ได้รับประทานยาแผนปัจจุบัน การจ่ายยาตำรับใดเหมาะสมมากที่สุด

ก. ยาแก้ลมเนาวนาริวาโย

ข. ยาแก้ลมขึ้นเบื้องสูง

ค. ยาแก้ลมแก้เส้น

ง. ไม่มีข้อใดถูก

27. จากข้อ 26 หากหญิงหลังคลอดรายนี้ ไม่ได้อยู่ในช่วงให้นมบุตร การจ่ายยาตำรับใดเหมาะสมมากที่สุด

ก. ยาแก้อักเสบแวนนาอีโรน

ข. ยาแก้อักเสบซึนเบียงสูง

ค. ยาแก้อักเสบแก๊ส

ง. ไม่มีข้อใดถูก

28. หากผู้ป่วยมีการรับประทานยา Rifampicin อยู่เป็นประจำ ควรระวังการจ่ายยาตำรับใด

ก. ยาทำลายพระสุเมรุ

ข. ยาสุขไสยาสน์

ค. ยาแก่นอนไม่หลับ/แก้ไข้พอมเหลือง

ง. ยาอัคคีนิวกณะ

29. จากข้อ 28 เนื่องจากเหตุผลใด

ก. เนื่องจากเป็นตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่

ข. เนื่องจากเป็นตำรับยาที่มีพริกไทยปรุงผสมอยู่ในปริมาณสูง

ค. เนื่องจากเป็นตำรับยาที่มีพิมเสนปรุงผสมอยู่

ง. เนื่องจากเป็นตำรับยาที่มีระย้อมปรุงผสมอยู่

30. สิ่งใดที่ท่านควรปฏิบัติเพื่อเป็นการเฝ้าระวังความปลอดภัยจากการใช้ยา

ก. นัดผู้ป่วยมาพบทุกสัปดาห์

ข. ให้เอกสารเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา

ค. ให้ผู้ป่วยนำยาที่เหลือกลับมาให้ดูทุกครั้งทีนัด

ง. ถูกทุกข้อ

ข้อมูลต่อไปนี้ตอบคำถามในข้อ 31 - 35

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยเพศ ชาย อายุ 62 ปี

วัน เดือน ปีเกิด(สากล) 26 กรกฎาคม 2500 วัน เดือน ปีเกิด(ไทย) แรม 14 ค่ำ เดือน 8 ปีระกา

เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย อาชีพ ค้าขาย (ขายอาหารตามสั่ง)

ที่อยู่ปัจจุบัน จ.กรุงเทพมหานคร

ภูมิลำเนาเดิม จ.นนทบุรี

วัน เดือน ปี ที่มารับการรักษา 20 เมษายน พ.ศ.2562
 วัน เดือน ปี ที่เจ็บป่วย ประมาณ 2 ปี ก่อนมาพบแพทย์

ประวัติการเจ็บป่วย

อาการสำคัญ แน่นท้อง เป็นมา 1 เดือน

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

มีอาการแน่นท้องเป็นมา 1 เดือน มีอาการจุกลิ้นปี่ หายใจไม่สะดวก และเบื่ออาหารร่วมด้วย อาการเป็นมาหลังรับประทานอาหารในช่วงเย็น บรรเทาอาการโดยการซื้อยาลดกรดมารับประทานเอง อาการทุเลาลงเล็กน้อย แต่ไม่หายขาด จึงขอเข้ารับการรักษาที่คลินิกการแพทย์แผนไทย

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

- โรคประจำตัว : ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง รับประทานยาแผนปัจจุบันควบคุมอาการกรดไหลย้อน ซื้อยามารับประทานเอง เมื่อมีอาการ
- ปฏิเสธการผ่าตัด ปฏิเสธการแพ้ยาและแพ้อาหาร

ประวัติครอบครัว

- บิดา : โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ปัจจุบันเสียชีวิตแล้ว
- สมาชิกอื่นในครอบครัวแข็งแรงดี

ประวัติส่วนตัว

- รับประทานอาหาร 2 มื้อ เช้า เย็น ไม่ตรงเวลา มักรับประทานอาหารรสเค็ม ประเภทผัด ทอด
- ดื่มน้ำวันละ 5 แก้ว มักดื่มน้ำเย็น
- นอนวันละ 5 ชั่วโมง เข้านอนประมาณ 24.00 น. หลับสนิท ไม่มีตื่นกลางดึก
- ปัสสาวะวันละ 6 ครั้ง ลักษณะสีเหลืองใส ไม่แสบขัด
- อุจจาระวันละ 3 วัน/ครั้ง แห้งแข็ง เป็นก้อนซีแพะ
- ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา

การตรวจร่างกาย

อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้ง/นาที ลักษณะการเต้น สม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 140/92 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 78 กิโลกรัม ส่วนสูง 170 ค่าดัชนีมวลกาย 26.99 (น้ำหนักเกิน)

31. จากข้อมูลข้างต้นผู้ป่วยอยู่ในช่วงอายุสมมุติฐานใด
- ก. เสมหะสมมุติฐาน
 - ข. ปิตตะสมมุติฐาน
 - ค. วาตะสมมุติฐาน
 - ง. ปลูกสมมุติฐาน
32. จากข้อมูลข้างต้นหากท่านเป็นแพทย์ผู้ให้การรักษา จะจ่ายยาตำรับใดในบัญชียาหลักแห่งชาติแก่ผู้ป่วยรายนี้ จึงจะเหมาะสมที่สุด
- ก. ยาเขียวหอม
 - ข. ยาตรีหอม
 - ค. ยารรณีสัณฆฆาต
 - ง. ยาหอมเทพจิตร
33. จากข้อ 32 หากรับประทานยานั้นแล้ว อาการของผู้ป่วยยังไม่ดีขึ้น ควรปรับแผนการรักษาใดเพิ่มเติม จึงจะเหมาะสมที่สุด
- ก. รับประทานยา และอบสมุนไพร
 - ข. รับประทานยา และนวดรีดท้อง
 - ค. รับประทานยา และนั่งถ่าน
 - ง. รับประทานยา และทักหม้อเกลือ
34. ตำรับยาที่ผสมกัญชาใน 16 ตำรับ ตำรับใดที่สามารถนำมาใช้ในการรักษา และมีความเหมาะสมกับอาการของผู้ป่วยมากที่สุด
- ก. ยาแก้ลมแก้เส้น
 - ข. ยาแก้ลมขึ้นเบื้องสูง
 - ค. ยาอัมฤตโอสถ
 - ง. ยาน้ำมันสนั่นไตรภพ
35. ตำรับที่ท่านเลือก สามารถลดอาการใดของผู้ป่วย เมื่อเทียบเคียงตามคัมภีร์แพทย์แผนไทย
- ก. กษัยปฐ
 - ข. กษัยเหล็ก
 - ค. มานทะเลลุน
 - ง. ฝักรวงผึ้ง
36. สิ่งใดที่ท่านต้องรายงานเพื่อเป็นการติดตามด้านประสิทธิผลของการรักษาผ่านระบบ HPVC
- ก. การรายงาน AUR (Actual Use Research: การวิจัยจากการใช้จริง)

ข. การรายงานบัญชี จ2

ค. การรายงาน ADR (Adverse Drug Reaction: อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา)

ง. ถูกทุกข้อ

37. หากท่านประสงค์จะใช้สูตรตำรับยาปรุงเฉพาะรายของตนเอง ซึ่งไม่เหมือนตำรับยาที่ประกาศในประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดตำรับยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ ที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ที่ให้เสพเพื่อรักษาโรคหรือการศึกษาวิจัยได้ จะต้องปฏิบัติอย่างไร

ก. ท่านสามารถปรุงได้เลย เนื่องจากเป็นไปตามพรบ.วิชาชีพการแพทย์แผนไทย

ข. ท่านจะต้องขออนุญาตนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

ค. ท่านจะต้องขอรับรองตำรับยากับคณะกรรมการรับรองตำรับยาฯ ของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ง. ท่านจะต้องขออนุญาตครอบครองยาเสพติดให้โทษ ประเภท 5

ข้อมูลต่อไปนี้อยู่ในข้อ 38 – 40

38. ผู้ป่วย เพศชาย เดี่ยว อายุ 67 ปี น้ำหนัก 43 กิโลกรัม สูง 169 เซนติเมตรมีอาการปวดเมื่อย ตึงตามเนื้อตามตัวเนื่องจากมีอาชีพทำนาทำไร่ มีอาการมือเท้าชา ไม่มีแรงร่วมด้วย หากหมอใช้ยาอัมฤตยโอสถในการบรรเทาอาการดังกล่าว ควรใช้กระสายยาใดเพื่อทำให้ผู้ป่วยมีกำลังมากขึ้นด้วย

ก. น้ำจิง

ข. น้ำนมสัตว์

ค. น้ำผึ้ง

ง. น้ำตาลกรวด

39. จากข้อข้างต้นหากหมอไม่มียาอัมฤตยโอสถ เราสามารถใช้ยาใดในบัญชียาหลักแห่งชาติเพื่อบรรเทาอาการดังกล่าวให้ผู้ป่วยได้

ก. ยาอัมฤตวาที

ข. ยาไฟประลัยกัลป์

ค. ยาสหัสธารา

ง. ยามหานิลแห่งทอง

40. ยาอัมฤตยโอสถ เป็นยารสร้อนเนื่องจากมีพริกไทยในปริมาณสูง จึงห้ามใช้ยานี้กับบุคคลประเภทใด

ก. ผู้สูงอายุ

ข. ผู้ที่รับประทานร่วมกับยาในกลุ่มสารกันเลือดเป็นลิ่ม และยาต้านการแข็งตัวของเลือด

ค. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ

ง. หญิงตั้งครรภ์ ผู้ที่มีไข้ และเด็ก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามด้านปัญหาและอุปสรรคในการนำความรู้จากการอบรมไปปฏิบัติใช้จริง

1. ท่านคิดว่า หลักสูตรผู้ใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทยมีส่วนช่วยให้ท่านสามารถนำความรู้ไปปฏิบัติใช้จริงตามหลักวิชาการ การใช้ตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ ได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย และมีประสิทธิผลกับผู้ป่วยหรือไม่ อย่างไร

2. ท่านคิดว่า หลักสูตรผู้ใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทยมีส่วนช่วยให้ท่านสามารถนำความรู้ไปปฏิบัติใช้จริงให้ถูกต้องตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 และตามกฎหมายวิชาชีพหรือไม่ อย่างไร

3. ท่านคิดว่า ปัญหาหรืออุปสรรคใดที่ส่งผลต่อการใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมในการปฏิบัติงานจริง

ภาคผนวก ข

เอกสารคำแนะนำหรือแจ้งข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยหรืออนุญาต

(Patient or Participant information sheet)

เอกสารแนะนำสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย

1. ชื่อโครงการ: วิจัยการประเมินผลความรู้และการปฏิบัติของผู้ประกอบวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม

2. ชื่อผู้วิจัย : นางสาวอรปภา จันทร์หอม ตำแหน่ง : เกษีขกรปฏิบัติการ

3. สถานที่ปฏิบัติงาน : สำนักงานจัดการกัญชาและกระท่อมทางการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

หมายเลขโทรศัพท์ / โทรสาร / โทรศัพท์เคลื่อนที่ ที่ติดต่อได้สะดวก เช่น

โทรศัพท์เคลื่อนที่	092-249-8331
โทรศัพท์ที่บ้าน	-
โทรศัพท์ที่ทำงาน	02-149-5647
โทรสาร	-

4. เนื้อหาสาระของโครงการและความเกี่ยวข้องของผู้เข้าร่วมการวิจัย ได้แก่

4.1 เหตุผลและความจำเป็นที่ต้องทำการศึกษาวิจัย

การประเมินความรู้ของผู้ผ่านการอบรมเป็นการทดสอบที่วัดความรู้หลังจากสิ้นสุดการอบรมเท่านั้น ผู้เข้าอบรมทั้งหมดยังไม่เคยถูกประเมินการสั่งใช้ยาในสถานการณ์ของผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการ จึงควรมีการประเมินผลความรู้และการปฏิบัติของผู้ประกอบวิชาชีพที่ผ่านการอบรมหลักสูตรดังกล่าวร่วมด้วย เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในมาตรฐานการให้บริการของผู้ผ่านการอบรมในการนำความรู้ไปปฏิบัติใช้ได้จริงในการให้บริการผู้ป่วย และนำไปสู่การพัฒนาหลักสูตรเพิ่มพูนทักษะของผู้สั่งใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทยต่อไป

4.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย

1. เพื่อประเมินการประเมินผลความรู้และการปฏิบัติของผู้ประกอบวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม
2. เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการนำความรู้จากการอบรมไปปฏิบัติใช้จริง

4.3 วิธีการศึกษาวิจัยโดยสังเขป

1. ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามและแบบทดสอบประเมินการประเมินผลความรู้และการปฏิบัติของผู้ประกอบวิชาชีพที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 7 ข้อ

(กรุณาทำเครื่องหมาย ✕ ในกล่องสี่เหลี่ยมและเติมตัวเลขในช่องว่าง)

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบการประเมินผลความรู้และการปฏิบัติของผู้ประกอบวิชาชีพที่ผ่านการอบรม จำนวน 40 ข้อ

(ให้ท่านเลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียวแล้วทำเครื่องหมาย วงกลม หน้าข้อ ก. ข. ค. หรือ ง.) โดยท่านสามารถขอคำปรึกษาจากผู้อื่น/ผู้เชี่ยวชาญ หรือเปิดตำราตอบได้

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามด้านปัญหาและอุปสรรคในการนำความรู้จากการอบรมไปปฏิบัติใช้จริง จำนวน 3 ข้อ (ให้ท่านเขียนบรรยายความคิดเห็นของท่านลงในกระดาษ)

2. ผู้วิจัยจัดส่งแบบสอบถามและแบบทดสอบทางไปรษณีย์ให้กับผู้เข้าร่วมวิจัย

3. เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามและแบบทดสอบทุกข้อเรียบร้อยแล้ว นำแบบสอบถามและแบบทดสอบใส่ในซองเปล่าที่เจ้าหน้าที่ส่งถึงผู้วิจัย โดยผู้วิจัยได้จัดเตรียมไว้ให้แล้ว

4. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลและนำไปวิเคราะห์ผลการวิจัย

4.4 ระยะเวลาที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยต้องเกี่ยวข้องในการศึกษาวิจัย

1-2 สัปดาห์

4.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นทั้งต่อผู้เข้าร่วมการวิจัยและต่อผู้อื่น

การตอบแบบสอบถามและแบบทดสอบของท่าน จะไม่เป็นประโยชน์โดยตรงต่อตัวท่าน แต่จะทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาหลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย ตลอดจนการพัฒนามาตรฐานการบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย

4.6 ความเสี่ยงหรือความไม่สบายทุกประการที่คาดว่าจะเกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมการวิจัยในการเข้าร่วมการศึกษา หรือความเสี่ยงทางร่างกาย จิตใจ และผลกระทบทางสังคม

ท่านอาจจะเสียเวลาในการทำแบบสอบถามและแบบทดสอบ ประมาณ 1-2 ชั่วโมง และอาจจะเกิดความเครียดหรือความกังวลระหว่างทำแบบทดสอบดังกล่าว

4.7 การป้องกันความเสี่ยง และการแก้ไขกรณีเกิดปัญหา

ขอให้ท่านทำจิตใจให้สบาย หากยังมาสามารถตอบคำถามข้อใดได้ ให้ท่านพักสักครู่ จนกว่าจิตใจจะปลอดโปร่ง ในการตอบแบบสอบถามและแบบทดสอบนี้จะไม่มีผลใดๆ ต่อตัวท่าน เป็นเพียงการให้ข้อมูลที่จะนำไปสู่การพัฒนาหลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทยเท่านั้น

4.8 ขอบเขตการดูแลรักษาความลับของข้อมูลต่างๆ ของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้อมูลส่วนตัวและข้อมูลการตอบแบบสอบถามและแบบทดสอบของท่าน จะถูกรวบรวมและเก็บไว้ โดยจำกัดการเข้าถึงข้อมูลของท่าน ผู้วิจัยจะนำข้อมูลของท่านมาใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในด้านการศึกษาเท่านั้น และข้อมูลของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้ความลับ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

4.9 ท่านจะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยหลังจากได้ลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วได้หรือไม่

ท่านสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยไม่จำเป็นต้องบอกเหตุผลแก่คณะผู้วิจัยและการถอนตัวจากโครงการของท่านจะไม่กระทบต่อการดูแลรักษาที่พึงได้รับตามปกติ

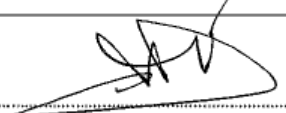
4.10 หากท่านมีคำถามที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ขอให้ท่านติดต่อผู้วิจัยตามชื่อที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์ ดังนี้

ผู้เข้าร่วมโครงการสามารถติดต่อกับผู้วิจัยหลักคือ นางสาวอรปภา จันทร์หอม โดยสามารถติดต่อได้ที่ สำนักงานจัดการกัญชาและกระท่อมทางการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข โทรศัพท์ 092-249-8331 ตลอด 24 ชั่วโมง

ภาคผนวก ค
เอกสารอนุมัติโครงการวิจัย

AF 02-007

ผลการพิจารณาโครงการวิจัย
โดยคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคนด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ประชุมครั้งที่ -	วันที่ - เดือน - พ.ศ. -
รหัสโครงการวิจัย 03-2563	
โครงการวิจัย : การประเมินผลความรู้และการปฏิบัติของผู้ประกอบวิชาชีพผ่านการอบรมการใช้ตำรายาแผนไทยที่มีคุณภาพผสม	
ผู้วิจัยหลัก : นางสาวอรภา จันทร์หอม	
สถาบัน : สำนักงานจัดการศึกษาและกระท่อมทางการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	
<input type="checkbox"/> เป็นการพิจารณาโครงการวิจัยแบบเร่งรัด <input type="checkbox"/> เป็นการพิจารณาโครงการวิจัยที่ส่งเข้ามาครั้งแรก <input checked="" type="checkbox"/> เป็นการพิจารณาโครงการวิจัยที่แก้ไข โดยครั้งก่อน พิจารณาวันที่ 30 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2563 ผลการพิจารณาของคณะกรรมการครั้งนี้ (1) <input checked="" type="checkbox"/> อนุมัติ วันที่พิจารณาอนุมัติ 23 มิ.ย. 2563 ถึง 23 มิ.ย. 2564 โครงการวิจัย version 2 วันที่ 28 พฤษภาคม 2563 เอกสารคำแนะนำผู้เข้าร่วมการวิจัย version 2 วันที่ 28 พฤษภาคม 2563 แบบบันทึกข้อมูล (Case report form) version 2 วันที่ 28 พฤษภาคม 2563 Investigator brochure ฉบับที่ วันที่ เดือน พ.ศ. ผู้วิจัยต้องรายงานความก้าวหน้าของการดำเนินโครงการวิจัย ให้กรรมการทราบทุก.....เดือน (2) ปรับปรุงแก้ไขเพื่ออนุมัติ (3) ปรับปรุงแก้ไขและนำเข้าพิจารณาใหม่ (4) เลื่อนการพิจารณา (5) ไม่อนุมัติ เนื่องจาก	
ลงนาม.....  (นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์) ประธานกรรมการ วันที่.....23..... เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2563	
หมายเหตุ - ท่านสามารถร้องขอเพื่อทราบเหตุผล และรายละเอียดในการพิจารณาของคณะกรรมการ โดยแจ้งความจำนง และเหตุผลในการร้องขอต่อประธานกรรมการเป็นสายลัทธิอักษร (ICH GCP 3.3.9) - อนึ่ง คณะกรรมการขอแจ้งเกี่ยวกับหน้าที่และความรับผิดชอบของผู้วิจัยภายหลังจากได้รับการอนุมัติ คือ ต้องรายงานความก้าวหน้าของการวิจัย (AF 07-009) ให้คณะกรรมการฯ ทราบตามกำหนด และเมื่อเกิดเหตุการณ์ต่อไปนี้ ทุกครั้ง ได้แก่ 1) เมื่อมีอาการไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นในโครงการวิจัย หากเป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่ร้ายแรงต้องรายงานให้คณะกรรมการทราบโดยเร็วและให้ผู้วิจัยวิเคราะห์สถานการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์ว่าเกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยที่ท่านรับผิดชอบหรือไม่อย่างไร หากเกี่ยวข้อง เกี่ยวข้องในระดับใด รวมทั้งการดูแลรักษาและป้องกันผู้เข้าร่วมการวิจัยด้วย (AF 01-017, AF 02-017) 2) เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงในโครงการวิจัยต้องระบุให้ชัดเจนว่า มีการเปลี่ยนแปลงอะไร อย่างไร พร้อมทั้งเหตุผลที่เปลี่ยนแปลงเพื่อขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการฯ ก่อน (AF 02-006) 3) เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงหัวหน้าโครงการวิจัย หรือเพิ่มเติมคณะผู้วิจัย ต้องส่งประวัติของคนที่เปลี่ยนแปลง พร้อมเหตุผลเสนอคณะกรรมการ เพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบก่อน 4) เมื่อโครงการวิจัยยุติลงต้องรายงานต่อคณะกรรมการ ซึ่งอาจจะเป็นการดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้นสมบูรณ์ (AF 01-013) หรืออาจจะไม่สามารถดำเนินการวิจัยต่อไปได้ พร้อมทั้งแจ้งสาเหตุของการยุติโครงการวิจัยให้ทราบด้วย (AF 01-016)	

ภาคผนวก ง

รายการตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาผสม 16 ตำรับ

1. ตำรับยาอัคคินิวคณะ

“อัคคินิวคณะ ให้เอา กันชา ยิงสม สิ่งละส่วน เปลือกอบเชย ใบกระวาน กานพลู สะค้าน สิ่งละ 2 ส่วน ชิงแห้ง 3 ส่วน รากเจตมูลเพลิง ดีปลี สิ่งละ 4 ส่วน น้ำตาลกรวด 6 ส่วน กระทบเป็นจุ่ม น้ำผึ้งรวงเป็นกระสาย บดเสวยหนักสลิ้ง 1 แก้วอาเจียน 4 ประการ ด้วยติ๊กกะขาคินีกำเร็บ และวิสมา มันทาคินีอันทุพล จึงคลิ่นเหียนอาเจียน มิให้เสวยพระกระยาหารได้ ให้จำเริญพระธาตุทั้ง 4 ให้เสวยพระกระยาหาร เสวยมีรสชุกกำลังยิ่งนัก

ข้าพระพุทธเจ้า ขุนประสิทธิ์โอสถจีน ประกอบทูลเกล้าฯถวาย ครั้งสมเด็จพระนารายณ์เปนเจ้าเมืองลพบุรี เสวยเพลเข้าอตรา ดินักแลฯ”

สรรพคุณตามตำรา แก้อาการที่เกิดจากไฟย่อยอาหารผิดปกติ ทำให้การเคลื่อนตัวของลำไส้ทำให้เกิดอาการผิดปกติ ได้แก่ คลื่นเหียนอาเจียน เบื่ออาหาร กินอาหารแล้วมีอาการลำไส้เคลื่อนไม่สะดวก ร้อนไม่สบายท้อง พะอืดพะอม จะเรอก็เรอไม่ออก จะผายลมก็ผายลมไม่ออก

2. ตำรับยาสุขไสยาสน์

“ยาสุขไสยาสน์ ให้เอา การบูร 1 ส่วน ใบเสเดา 2 ส่วน สหัสคุณเทศ 3 ส่วน สมุลแว้ง 4 ส่วน เทียนดำ 5 ส่วน โกฎกระดุก 6 ส่วน ลูกจันทน์ 7 ส่วน ดอกบุนนาค 8 ส่วน พริกไทย 9 ส่วน ชิงแห้ง 10 ส่วน ดีปลี 11 ส่วน ใบกันชา 12 ส่วน ทำเป็นจุ่มละลายน้ำผึ้งเมื่อจะกินเศกด้วยสัพพีติโย 3 จบ แล้วกินพอควร แก่สรรพโรคทั้งปวงหายสิ้น มีกำลังกินเข้าได้ นอนเป็นสุขหนักแลฯ”

ข้อบ่งใช้ ช่วยให้นอนหลับ เจริญอาหาร

3. ตำรับยาแก้ลมเนาวนารีวาโย

“สิทธิการิยะ จะกล่าวลักษณะกำเนิดแห่งลม อันชื่อว่าเนาวนารีวาโย เป็นคาร์บ 18 นั้น เกิดแต่ปลายปัตตาคตปลายสันทมาตเจือกันกล่าวคือจับต้นคอเป็นต้นก็ดี ในลำคอกี้ดี เหตุว่าแล่นถึงกันมักบังเกิดแก่สตรีทรงครรภ์ กระทบทำให้ปลายมือปลายเท้า ดุจปลาตุยกออก แล้วขึ้นมาจับเอาต้นคอให้คอแข็ง จะเป็อนคอกี้มิได้ สมมติว่าคอแข็งแล้วกระทำพิชให้ร้อนเป็นกำลัง จึงพระฤษีเพทะกะเทพให้แตงยานี้แก้อากัญชา 1, ดีปลี 1, พริกไทย 1, ชิงแห้ง 1, ขอบชะนางทั้ง 1, ดานหม่อน 1, ลูกจันทน์ 1, ดอกจันทน์

1, สมุลแว้ง 1,อบเชย 1, กานพลู 1, เอาเสมอภาค ทำเป็นจุ่มบดละลายน้ำผึ้งกินหนัก 1 สลึง ให้กินเข้าเย็น อาจารย์ท่านกล่าวไว้ว่าให้กิน 7 วันหายวิเศษนัก ๆ”

สรรพคุณตามตำรา คลายอาการปวดตึงบริเวณปลายมือปลายเท้าตึงร้าวไปกำด้นต้นคอ ทำให้คอแข็ง เคลื่อนไหวคอไม่สะดวก มักเกิดกับสตรีที่ตั้งครรภ์หมายถึง เริ่มเกิดเมื่อตั้งครรภ์แต่จะแสดงอาการเมื่อคลอดแล้ว ที่มีอาการปวดตึง ต้นคอ แขน ขา ปลายมือ ปลายเท้า อาการปวดจากเส้นประสาทอักเสบ ปลอกประสาทอักเสบ

4. ตำรับยาน้ำมันสนั่นไตรภพ

“๑ ลิทธิการิยะ จะกล่าวลักษณะกระษัยโรคอันบังเกิดขึ้นเป็นอุปาทิก คือกระษัยเหล็กนั้นเป็นค้ำรบ 3 มีประเภทกระทำให้น้ำเหนียวและท้องน้อยนั้นแข็งดุจตั้งแผ่นศิลา และจะไหวตัวไปมาก็มิได้ ครั้นแก่เข้าแข็งลามขึ้นไปถึงยอดอก และให้บริโภคอาหารมิได้ ให้ปวดขบดั่งจะขาดใจตายดังนี้ ๆ

อนึ่ง เอาใบกะเพรา ใบแมงลัก ใบเสี้ยนผี กระชาย กัญชา พริกไทย หอมแดง หญ้าไซ

เกลือ ลูกคัดเค้า ยาทั้งนี้เอาน้ำสิ่งละทะนาน 1 น้ำมันงาทะนาน 1 หุงให้คงแต่น้ำมันแล้ว จึงเอา ลูกจันทน์ ดอกจันทน์ กระวาน กานพลู เทียนดำ เทียนขาว การบูร สิ่งละ 1 สลึง ทำเป็นจุ่มปรุงลงในน้ำมันนั้น แล้วจึงเอามาทาท้องริดเสียให้ได้ 3 วันก่อน แล้วจึงกินน้ำมันนี้อีก 3 วันหายวิเศษนัก ยาน้ำมันขนานนี้ชื่อ สนั่นไตรภพ แก้ก้อนกระษัยทั้งปวงหายดีนัก ๆ”

สรรพคุณตามตำรา แก้กกระษัยเหล็ก แก้กดานทุกประเภท แก้กอาการหัวหนาวท้องน้อยแข็งเกร็ง เวลาขยับแล้วปวด มีอาการมากจะเจ็บตึงถึงยอดอก กินอาหารไม่ได้

5. ตำรับยาแก้ลมขึ้นเบื้องสูง

“๑ ลิทธิการิยะ จะกล่าวด้วยตำรายาคือวิเศษสรรพคุณสำเร็จ อันอาจารย์เจ้าในก่อนประมวลไว้ ให้แก้สรรพโรคทั้งปวงต่าง ๆ สืบกันมา ๆ

ในที่นี้จะว่าแต่สรรพคุณวิเศษ คือคณะสรรพยาที่จะแก้ซึ่งโรคสรรพลมทั้งปวงอันกำเริบพัดขึ้นเบื้องบนนั้นโดยนัยดังนี้ ๆ

ยาแก้ลมขึ้นสูง เอายาดำ, กัญชา, อุตพิต, ดองดึง สิ่งละ 4 ส่วน กระเทียม 6 ส่วน, ว่านนํ้า, ชะเอมเทศ, โกฎน้ำเต้า, โกฎพุงปลา, มหาหิงค์ สิ่งละ 8 ส่วน ว่านเปราะ, ผลผักชี สิ่งละ 12 ส่วน ชิงแห้ง, แก่นเสมหะเล, รากส้มกุ่ม, สะค้าน สิ่งละ 16 ส่วน พริกไทย, เปลือกกันเกรา สิ่งละ 24 ส่วน ทำเป็นจุ่มบดละลายน้ำผึ้งรวง ให้กินหนัก 1 สลึง แก้ลมขึ้นสูงหายดีนัก ๆ”

สรรพคุณตามตำรา แก้อาการของลมชื้นเบื้องสูง คือ กลุ่มอาการปวดศีรษะ หน้ามืด มึนงง หูอื้อ ใจสั่น อ่อนเพลีย สวิงสวาย ที่มักจะเกิดจากการไหลเวียนเลือดและการทำงานของระบบประสาทที่แปรปรวน คล้ายขาดความดันโลหิตสูง บรรเทาอาการโรคลมปะกั๊ง

6. ตำรับยาไฟอาวุธ

“...อันว่าลมที่กึ่งขึ้นกึ่งลงแลล้นอยู่ในท้องที่เป้นข้างคลื่นดุจดังลูกฟูกนั้นก็หาย ถ้าไม่หาย ท่านให้แต่ง ยาอันชื่อว่าอินทจักร์นั้นให้กินต่อไป ถ้ามีฟิงยาอันใดแล้ว ท่านให้แต่งยาอันชื่อว่าไฟอาวุธ นั้นให้กินต่อไป ยาชื่อไฟอาวุธขนานนี้ เอาผลจันทร์ 1 ดอกจันทร์ 1 กระจวาน 1 กานพลู 1 โกฎ์ทั้ง 5 เทียนทั้ง 5 ชะเอมเทศ 1 กันทา 1 แก่นแสมทะเล 1 เอาลิ่งละ 1 ส่วน อุดพิต 1 เปลือกสมุลแว้ง 1 ตีป्ली 1 ใบพิมเสน 1 เอาลิ่งละ 2 ส่วน รากจิงจ้อ 1 รากส้มกุ่ม 1 รากเปล้าน้อย 1 รากเปล้าใหญ่ 1 รากสะค้าน 1 รากพาชไหน 1 เอาลิ่งละ 3 ส่วน สหคคุณเทศ 4 ส่วน บุกรอ 9 ส่วน พริกไทย 1 ชิงแห้ง 1 รากเจตมูล 1 เอาลิ่งละ 16 ส่วน รวมยา 32 สิ่งนี้ ทำเปนจุน เอาน้ำมะนาวเปนกระสายบดทำแห้งไว้ กินแก้ทราง 7 จำพวก แก้กานโจรทั้ง 12 จำพวก แก่หีดน้ำนมทั้ง 7 จำพวก แก่ไอผอมเหลือง แล แก่ไส้พองท้องใหญ่ แก่พุงโรแลลมจุกเสียด แลแก้บ้าง แก่ม้ามแก้ดานเสมหะให้ปวดมวนเสียดแทง แก่ อุจจาระเปนเสมหะโลหิตระคนกันมักให้ถอยกำลัง มักให้เปนไข้ ไม่รู้สึกตัวให้ลงเปนโลหิต แก้ไข้เพื่อ เสมหะเพื่อลม”

สรรพคุณตามตำรา แก่ลมจุกเสียด ปวดมวนท้อง แก่ดานเสมหะ แก้ท้องมาน

7. ตำรับยาแก้ไข้ผอมเหลือง/แก่นอนไม่หลับ

“กัญชา แก้ไข้ผอมเหลืองหากำลังมิได้ ให้ตัวสันเสียงสันเปนด้วยวาโยธาตุกำเรบ แก่นอน มิหลับ เอาตรีกะฎุก 1 จันท์ทั้ง 2 ใบสะเดา 1 ใบคนทีเขมา 1 พริกอ่อนเสมอภาค **ใบกันทา** เต่ายา ทั้งหลายทำผง เอาน้ำมะพร้าว น้ำผึ้ง น้ำส้มซ่า น้ำตาลทราย กระทือสด น้ำเบ็ญจทับทิมต้มละลายยา กินหายแล”

สรรพคุณตามตำรา อ่อนเพลีย ผอมแห้ง ตัวสันมือสัน กินข้าวไม่ได้ นอนไม่หลับ

8. ตำรับยาแก้สัณฑฆาต กล่อนแห้ง

“จะว่าด้วยโรคสำหรับบุรุษหรือสตรีก็เหมือนกัน แต่จะว่าด้วยบุรุษนั้นก่อน ถ้าผู้ใดเป็น โทษสันฆาตกล่อนแห้ง มักให้ผูกพรรตักแลลมเสียดแทง ให้เป็นลูกเป็นก้อนเป็นดานในท้องให้ เมื่อยขบทั่วสรรพางค์ มักให้เจ็บบั้นเอว ให้มือเท้าตายเป็นเหน็บชา มักขัดหัวเหน่าหน้าตะโพก ดึงสอง

ราวข้างไปจนตลอดทวารหนัก ปัสสาวะเป็นโลหิตให้ปวดสีสะวิงเวียนหน้าตา ปากเปี้ยวตาแหงเสียง
 แห่งเราไม่ใคร่ได้ยิน จักขุมืดหูหนัก แลจุกเสียดท้องขึ้นแน่นน่าอก เสพอาหารไม่มีรส โรคทั้งนี้ เป็น
 เพื่อวาทะ, เสมหะ, โลหิต, กำเริบ เมื่อจะเป็นนั้นให้หมื่นเนื้อตัวแลอาหารถอย บางทีให้จับสะบัดร้อน
 สะท้านหนาว มักอยากของเปรี้ยวหวานแลเย็น เป็นทั้งนี้ เพราะโลหิตแห่งติดกระดูกสันหลัง บุรุษแล
 สตรีเป็นเหมือนกันจะแก้ท่านให้ต่างยานี้ ยาแก้โรคสำหรับบุรุษชานานนี้ เอาเถาสะค่าน 1 ผักแพวแดง
 1 หัวตองดิง 1 ว่านน้ำ 1 มหาหิงคุ์ 1 เนื้อในฝักราชพฤกษ์ 1 โกรฐสอ 1 โกรฐพุงปลา 1 โภคจุลาลำภา 1
 กันชา 1 หัวตูปิด 1 ชะเอมเทศ 1 ดีปลี 1 แก่นสมททะเล 1 ยาทั้งนี้ เอาเสมอภาค พริกไทยกึ่งยา แต่
 ว่าผ่อนตามกำลัง ทำผงแล้วเอาน้ำใบกะเม็ง 1 น้ำผลประคำดีควาย 1 เอาเทำกันเคล้ายาให้ได้ 7 ครั้ง
 ผึ่งให้แห้งแล้วบดกับน้ำผึ้งรับประทาน หนัก 1 สลึง แก้โรคดังกล่าวมาแล้วแต่หลัง”

สรรพคุณตามตำรา อากาโรที่เกิดจากโทษสันชมาตและกร่อนแห้ง ที่มีอาการท้องผูกเป็นพรรตึก
 อากาโรปวดเมื่อยทั่วร่างกาย มือชาเท้าชาปวดศีรษะ หน้ามืดวิงเวียน จุก
 เสียดท้อง แน่นหน้าอก

9. ตำรับยาอัมฤตโอสถ

“ชานานหนึ่งชื่ออัมฤตยโอสถ แก้มโกลษยทั้งปวงเอา สหัทคฺณ 1 แก่นสมททะเล 1 รากส้มกุ่ม 1 ลูก
 มะตูม 1 ลูกมะแหน 1 ลูกพิลังกาสา 1 สมอเทศ 1 สมอไทย 1 โภฏเขมา 1 เทียนดำ 1 เทียนขาว 1 ลูก
 จันทน์ 1 ดอกจันทน์ 1 กระวาน 1 กานพลู 1 ดีปลี 1 ยาทั้งนี้เอาเสมอภาค เอาเปลือกหอยโข่ง 1 เปลือก
 หอยขม 1 เปลือกหอยแครง 1 เบี้ยผู้เฒ่า 1 เอาลิ่งละ 3 ส่วน เอากันชา 10 ส่วน เอาพริกไทย 2 เทำยา
 ทั้งหมด ตำผงกระสายยักย้ายใช้ให้ชอบโรคทั้งหลายเถิด”

สรรพคุณตามตำรา อากาโรรุ่งจากความเสื่อมของร่างกาย ทำให้ตึง เมื่อยล้ากล้ามเนื้อ เปื่อ
 อาหาร ผอมแห้ง มือเท้าอ่อนแรง แขนขาอ่อนโรย

10. ตำรับยาอโภยสาลี

“ยาอโภยสาลี เอาลูกจัน 1 สลึง ดอกจัน 2 สลึง ลูกกระวาน 3 สลึง กานพลู 1 บาท ลูก
 พิลังกาสา 1 บาท 2 สลึง ว่านน้ำ 1 บาท 3 สลึง โกรฐสอ 2 บาท โภฏเขมา 2 บาท 1 สลึง เทียนเข้าเปลือก 2
 บาท 2 สลึง เทียนแดง 2 บาท 3 สลึง เทียนขาว 2 บาท เทียนตาตึกแตน 2 บาท 1 สลึง เจตมูลเพลิง 3
 บาท สมอไทย 3 บาท 1 สลึง สมอเทศ 3 บาท 1 สลึง หัวบุงกรอ 3 บาท 3 สลึง สหัทคฺณเทศ 1 ตำลึง 2
 บาท จันทน์เทศ 1 ตำลึง กัญชา 3 บาท 3 สลึง พริกอ่อน 1 ตำลึง กินเข้าเย็นทุกวัน แก้กสารพัดลม 80
 จำพวก แก้โลหิต 20 จำพวก แก้วริดสีดวง 20 จำพวก ยานี้กินได้ 3 เดือน หายโรคาพยาธิมิได้มีเลย

อายุวัฒนะทั้งเกิดปัญญารู้หลักนักปราชญ์มากกว่าคนทั้งปวง ถ้าผู้ใดพบให้ทำกินวิเศษนัก ใครกินยานี้
ดุจยาทิพย์นั้นแล ฯ”

สรรพคุณตามตำรา แก้โรคลม บำรุงร่างกาย อายุวัฒนะ

11. ตำรับยาแก้ลมแก้เส้น

“ขนานหนึ่งเอา เทียนขาว 1 เทียนดำ 2 เทียนข้าวเปลือก 3 ชิง 4 เจตมูล 5 ใบกันชา
20 พริกไทย 40 ส่วน ทำเป็นจุนละลายน้ำผึ้ง น้ำส้มช่ากินแก้ลมแก้เส้นแก้เมื่อยแก้เหน็บชาแก้ตื่นตายมือ
ตายหายดีนัก”

สรรพคุณตามตำรา บรรเทาอาการปวดเมื่อยตึงล้ากล้ามเนื้อ กระดูก เส้นเอ็น และข้อตามร่างกาย
ลดอาการมือชาเท้าชา แขนขาอ่อนโรย อาการเมื่อยล้า ปวดตามเส้น

12. ตำรับยาแก้โรคจิต

“1483. ยาแก้โรคจิต ขนานที่ 1 เอาเปลือกกุ่มน้ำ 2 บาท เปลือกมะรุ่ม 6 บาท หัวหมู
เปล้าน้อย เปล้าใหญ่ รวงแดง จันทน์เทศ เปลือกมะตูม ก้านกล้วยชา บอระเพ็ด เปลือกโมกมัน หล้า
ชันกาด สนเทศ สิ่งละ 1 บาท ระย้อมเทายาทั้งหลาย รวมตำผงละลายน้ำร้อนแทรกพิมเสน กินครั้ง
แรกหนัก 2 ไพ ถ้านอนไม่หลับให้ทวียาขึ้นไปถึง 1 สลึง”

สรรพคุณตามตำรา ลดความวิตกกังวล ลดความเครียด ช่วยให้นอนหลับได้ง่ายขึ้น

13. ตำรับยาไฟสาลี

“ ยา ไฟสาลี ว่า พระพุทธเจ้า ทรงให้พระอานนท์ทำแจกเป็นทาน เอาลูกจันทน์ ดอกจันทน์
สิ่งละ 1 สลึง กระวาน 1 สลึง 1 เพ็อง กานพลู 2 สลึง ดีปลี 2 สลึง 1 เพ็อง ลูกพิลังกาสา 3 สลึง ว่านน้ำ
3 สลึง 1 เพ็อง เกลือลินเฮอร์ 1 บาท เทียนดำ 1 เพ็อง เทียนเยาพาณี 6 สลึง 1 เพ็อง การบูร 7 สลึง สมอ
เทศ 7 สลึง 1 เพ็อง เทียนข้าวเปลือก 6 สลึง สมอไทย 2 บาท สมอพิเภก 2 บาท 1 เพ็อง โกรฐล่อ 9 สลึง
โกรฐเขมา 9 สลึง 1 เพ็อง บุกรอ 7 สลึง ชิงแห้ง 10 สลึง 1 เพ็อง เจตมูลเพลิง 7 สลึง หัสศุนเทศ 5 บาท
กล้วยชา 30 บาท พริกไทยร้อน 60 บาท ยาทั้งนี้ทำเป็นผงละลายน้ำผึ้งน้ำอ้อยแดง น้ำนมโคก็ได้ กิน หนัก
1 สลึง กิน 3 เวลา แก้กสารพัดโรค ไล่เลื้อนกล่อน หืดไอ กุขฐัง เสมหะ ตามีต ตาฟาง หูหนวก หูตึง ลมสติ
มักหลงลืม เจ็บตะโพก จุกเสียด ลมสลักอก ชี้อร้อน คุดทะราด เป็นฝีในเพดานและลำคอ ลมมักให้หาว
เรอ ใ้รากสะอึก ลมสะแกเวียน นอนไม่หลับ ใ้ง่วงเหงาหาวนอน ลมปวดมวนในท้อง เป็นป้างเป็น
จุกผวมม้ามย่อย หงอย เพ้อ พุดมิซัด ”

สรรพคุณตามตำรา แก้โรคลม บำรุงร่างกาย อายุวัฒนะ

14. ตำรับยาแก้ริดสีดวงทวารหนักและโรคผิวหนัง

“เอาขมิ้นชัน ใบกัญชา ลิงละ 15 กรัม น้ำมันเมล็ดฝ้าย พอเปียก ใส่แก้ริดสีดวงทวารหนัก ใส่แก้โรคผิวหนังต่าง ๆ”

สรรพคุณตามตำรา รักษาหัวริดสีดวงทวารหนักที่อักเสบ รักษาโรคผิวหนัง เช่น ฝีเนื้องอก ฝีเนื้องอก

15. ตำรับยาทำลายพระสุเมรุ

“ยาทำลายพระสุเมรุ เอาลูกจันทน์ 1 เฟื้อง ดอกจันทน์ 1 สลึง ลูกกระวาน 1 สลึงเฟื้อง กานพลู 2 สลึง เกลือสินเธาว์ 3 สลึง ดีปลี 2 สลึงเฟื้อง หัวน้ำ 3 สลึงเฟื้อง โกฎสุ 1 บาท โกฎเขมา 1 บาท เฟื้อง เทียนดำ 5 สลึง เทียนแดง 5 สลึงเฟื้อง เทียนขาว 6 สลึง เทียนตาตุ๊กแตน 6 สลึงเฟื้อง เทียนข้าวเปลือก 7 สลึง ขิงแห้ง 7 สลึงเฟื้อง กัญชา 2 บาท รากเจตมูลเพลิง 2 บาทเฟื้อง หัวบุงกรอ 9 สลึง เนื้อลูกสมอไทย 9 สลึงเฟื้อง เนื้อลูกสมอเทศ 10 สลึง การะบูน 10 สลึงเฟื้อง หักกุนเทศ 10 สลึงเฟื้อง พริกไทยล่อน 57 บาท 3 สลึง บดเป็นผงละลายน้ำอ้อยแดง หรือน้ำนมโค กินครั้งละ 1 สลึง แก้มจุกเสียด ลมปะทะอก ลมตามีดหูหนัก ปวดหัวมีนตึง ลมเมื่อยขบในร่างกาย ลมสะดุ้งแล่นไปทั้งตัว ลมเปรี๊ยะดำ แก้มจุกผามม้าน้อย มารกะไชย ไล่ฟองท้องใหญ่ ลมคั่งเพื่อ ลมอัมพะฤกษ์อัมพาต ลมปัตฆาต แก้โรคผิวหนัง ลมชักปากเบี้ยวตาแฉก แก้ริดสีดวงทวาร แก้โรคเสมหะโลหิตเรื้อรัง หายแล”

สรรพคุณตามตำรา แก้มจุกเสียด ลมปะทะอก ลมตามีดหูหนัก ปวดหัวมีนตึง ลมเมื่อยขบในร่างกาย ลมสะดุ้งและแล่นไปทั้งตัว ลมเปรี๊ยะดำ ลมอัมพะฤกษ์อัมพาต ลมปัตฆาต

16. ตำรับยาทัพยาธิคุณ

“ยาชื่อทัพยาธิคุณ เอาสะค้าน ผักแพ้วแดง ดองดิง หัวน้ำ ยาตำ มหาหิงคุ์ โกฎสุ โกฎจูลา ลำพา โกฎพุงปลา กัญชา หัวอุตพิต เนื้อฝักราชพฤกษ์ ชะเอมเทศ ดีปลี แก่นแสมทะเล เอาลิงละ 1 ส่วน พริกไทยล่อนเท่ายาทั้งหลาย ตำเป็นผง เอาน้ำใบกำเริง น้ำลูกประคำดีควาย เคล้ายาผงตากแดด ให้แห้งลิงละ 7 ครั้ง แล้วบดด้วยน้ำผึ้งกินหนัก 1 สลึง แก้ก้อน 5 ประการ ซึ่งให้จุกเสียดแลเป็นพรรตัก แก้มเป็นก้อนในอุทร ให้เจ็บทั่วร่างกาย เจ็บสะเอว มือเท้าตายกระด้างแลเมื่อยขบทุกข้อทุกลำ ขัดแข้งขา เจ็บทวารหนัก เบาพิการต่าง ๆ เจ็บศีรษะเวียนหน้าตา เจ็บไหล่ทั้งสอง ปากเปรี๊ยะเสียงแหบแห้ง ขัดสีข้าง ขัดอก ท้องขึ้น กินอาหารไม่มีรส นอนไม่ใคร่หลับ โรคทั้งนี้ เป็นเพราะเสมหะแห้ง บุรุษและสตรีเป็นเหมือนกัน”

สรรพคุณตามตำรา แก้ก้อน 5 ประการ ที่ทำให้จุกเสียดเป็นพรรตัก เจ็บเมื่อยขบตามร่างกาย กินอาหารไม่รู้รส นอนไม่หลับจากเสมหะแห้ง

ภาคผนวก จ

หลักสูตรการอบรมการใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม

1. โครงสร้างหลักสูตรอบรม อบรมภาคทฤษฎี

- 1.1 กฎหมาย ระเบียบ ประกาศ ข้อบังคับ การรายงาน ยส.5 และความรับผิดทางกฎหมาย
- 1.2 การเฝ้าระวังความปลอดภัยการใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาเป็นส่วนผสม
- 1.3 ความรู้พื้นฐานของพืชสมุนไพร กัญชา
- 1.4 ตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ (16 ตำรับ)
- 1.5 หลักการและแนวทางการปรุงยาเฉพาะราย

2. แนวสังเขปรายวิชา

2.1 กฎหมาย ระเบียบ ประกาศ ข้อบังคับ การรายงาน ยส.5 และความรับผิดทางกฎหมาย
ศึกษากฎหมาย ระเบียบข้อบังคับต่างๆ ที่เกี่ยวกับกัญชา บทกำหนดโทษตามกฎหมาย การ
รายงานสำหรับการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย และศึกษานโยบาย ทิศทางการนำกัญชามาใช้
ทางการแพทย์แผนไทย และการกระจายยา

2.2 การเฝ้าระวังความปลอดภัยการใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาเป็นส่วนผสม
ศึกษาเกี่ยวกับความสำคัญของการเฝ้าระวัง วิธีเฝ้าระวัง การประเมินและการส่งรายงาน
เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และการติดตามการใช้กัญชาในตำรับยาแผนไทย

2.3 ความรู้พื้นฐานของพืชสมุนไพร กัญชา
ศึกษาความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับกัญชา การปลูกขยายพันธุ์ ลักษณะทางพฤกษศาสตร์ ส่วนที่ใช้ สารสำคัญ
กลไกการออกฤทธิ์ รส สรรพคุณ การเก็บรักษา และการใช้กัญชาตามภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย

2.4 ตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ (16 ตำรับ)
ศึกษาการใช้ตำรับยาแผนไทย ตามพระราชบัญญัติยาเสพติด พ.ศ.2562 (ฉบับที่ 7) เกี่ยวกับ
สูตรตำรับ สมุนไพรในตำรับ ข้อบ่งใช้ ขนาดและวิธีใช้ ข้อห้าม ข้อควรระวัง ข้อมูลเพิ่มเติม และ
แนวทางเวชปฏิบัติในการเลือกใช้ตำรับยาแผนไทย 16 ตำรับที่มีกัญชาผสมอยู่

2.5 หลักการและแนวทางการปรุงยาเฉพาะราย
ศึกษาหลักการปรุงยาเฉพาะราย การใช้เครื่องยาที่กึ่งกลาง และแนวทางการขอรับรอง
ตำรับยาปรุงเฉพาะรายสำหรับหมอพื้นบ้าน

3. การประเมินผลการอบรม

- 3.1 ผู้เข้ารับการอบรมต้องเข้ารับการรับการอบรมตามรายวิชาครบตามเกณฑ์ที่กำหนดอย่างน้อย
ร้อยละ 80
- 3.2 ผู้จบหลักสูตรการอบรมต้องผ่านการประเมินตามรายวิชาด้วยคะแนนไม่น้อยกว่าร้อยละ 60

3.3 ให้ศูนย์ฝึกอบรมแจ้งรายชื่อผู้ผ่านการอบรมไปยังกรมการแพทย์แผนไทยแผนไทยและการแพทย์ทางเลือก พร้อมเก็บหลักฐานต่างๆไว้ที่ศูนย์ฝึกอบรมเพื่อเป็นหลักฐานสำหรับการตรวจสอบในการอนุมัติให้เป็นผู้ใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ.2562

4. การรับรองหลักสูตร

ศูนย์ฝึกอบรมที่ผ่านการรับรองจากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ต้องได้รับอนุมัติหลักสูตรจากคณะกรรมการอำนวยการ การนำกัญชามาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

หัวข้อวิชา	วิทยากรครู ก		การใช้กัญชา	
	เวลา (ชั่วโมง)	วิทยากร	เวลา (ชั่วโมง)	วิทยากร
1. กฎหมาย ระเบียบ ประกาศ ข้อบังคับ การรายงาน ยส.5 และความรับผิดทางกฎหมาย	2	ผู้แทนจากอย.	1	วิทยากรครู ก
2. การเฝ้าระวังความปลอดภัย การใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชา ปรุงผสมอยู่	2	ผู้แทนจากอย.	1	วิทยากรครู ก
3. ความรู้พื้นฐานของพืช สมุนไพร	2	ศ.ดร.ภก.ชยันต์ พิเชียรสุนทร	1	วิทยากรครู ก
4. ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชา ปรุงผสมอยู่ (16 ตำรับ)	4	อ.เนตรดาว ยวงศรี / อ.ฉัตรวิรัชย์ พวงมาลัย / อ.คมสัน ทินกร ณ อยุธยา / ภก.ศศิพงศ์ ทิพย์รัชดาพร	4	วิทยากรครู ก
5. หลักการและแนวทางการ ปรุงยาเฉพาะราย	2	อ.ไกรสิทธิ์ ลิ้มประเสริฐ / ศ.ดร.ภก.ชยันต์ พิเชียรสุนทร	1	วิทยากรครู ก
รวม	12		8	

รายการอ้างอิง

1. วีรยา ถาอุปชิต และ นุศราพร เกษสมบุรณ์. การใช้กัญชาทางการแพทย์. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน 2560. 13(Supplement): 228-40.
2. พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 136, ตอนพิเศษที่ 19 ก (ลงวันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2562).
3. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวง เรื่อง กำหนดผู้ประกอบการวิชาชีพการแพทย์แผนไทย และหมอฟันบ้านตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ที่จะสามารถปรุง หรือสั่งจ่ายตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ได้ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 136, ตอนพิเศษที่ 94 ง (ลงวันที่ 11 เมษายน 2562).
4. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวง เรื่อง กำหนดผู้ประกอบการวิชาชีพการแพทย์แผนไทย และหมอฟันบ้านตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ที่จะสามารถปรุง หรือสั่งจ่ายตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ได้ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 136, ตอนพิเศษ 199 ง (ลงวันที่ 8 สิงหาคม 2562).
5. สำนักงานจัดการกัญชาและกระท่อมทางการแพทย์แผนไทย. โครงการอบรมสื่อสารความรู้การใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาเป็นส่วนประกอบ (ภายใต้โครงการศึกษาวิจัยและพัฒนาการนำกัญชามาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์แผนไทย). 2562: กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก.
6. พระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2556. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 130, ตอนที่ 10 ก (ลงวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2556).
7. ญัตติฐาน พัฒนาพาณิชย์ภัณฑ์และคณะ. การพัฒนาคุณภาพกำลังคนเพื่อสนับสนุนการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์สู่การปฏิบัติ. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2563. 29(3): 455-66.
8. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. รายงานประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และความปลอดภัย จาก การใช้ กัญ ชา. 2564 [cited 2564 12 มีนาคม 2564]; Available from: http://toiminta2.fda.moph.go.th/Reports/powerbi/MRJN/hvpc_bi?rs:embed=true&APP=GUEST.
9. ประกาศคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ. แบบและวิธีการติดตามประสิทธิผลและความปลอดภัย และรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ พ.ศ. 2564.
10. คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ. ประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง

- บัญญัติยาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร พ.ศ. 2564. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 138, ตอนพิเศษ 103ง (ลงวันที่ 14 พฤษภาคม 2564).
11. คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ. ประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2564. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 138, ตอนพิเศษ 120ง (ลงวันที่ 4 มิถุนายน 2564).
 12. สานิตย์ ฉัตรวรัญช์, มายาคติและความหมายเรื่องพืชกัญชาในสังคมไทย. วารสารนิเทศ ศาสตร์ปริทัศน์ 2563. 24(3): 193-206.
 13. วีรยา ถาอูปชิต และ นุศราพร เกษสมบุรณ์. นโยบายกัญชา: การวิเคราะห์เปรียบเทียบไทย สหรัฐอเมริกา แคนาดาเยอรมันและอิสราเอล. วารสารเภสัชกรรมไทย 2564. 1: 4-16.
 14. Sofia Aguilar, et al., Medicinal cannabis policies and practices around the world. International Drug Policy Consortium., 2018: 1-31.
 15. van Ooyen-Houben, M.M., B. Bieleman, and D.J. Korf, Tightening the Dutch coffee shop policy: Evaluation of the private club and the residence criterion. Int J Drug Policy, 2016. 31: 113-20.
 16. Kim, H.S. and A.A. Monte, Colorado Cannabis Legalization and Its Effect on Emergency Care. Ann Emerg Med, 2016. 68(1): 71-5.
 17. Wilkinson, S.T., et al., Marijuana Legalization: Impact on Physicians and Public Health. Annu Rev Med, 2016. 67: 453-66.
 18. Wang, G.S., G. Roosevelt, and K. Heard, Pediatric marijuana exposures in a medical marijuana state. JAMA Pediatr, 2013. 167(7): 630-3.
 19. กรพินท์ ปานวิเชียร และ ราชา โยคะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี, 2563. 3(1): 31-42.
 20. ปริดาภรณ์ สายจันเกตุและคณะ. ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการใช้กัญชาในการรักษาโรคของประชาชนในจังหวัดพิษณุโลก. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 2563. 18(3): 595-603.
 21. ภาณุชนาถ อ่อนไกล และ กฤษกันทร สุวรรณพันธ์. ความรอบรู้ทางสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดขอนแก่น. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน, 2563. 3(28-38).
 22. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวง ระบุซื้อขายเสพติดให้โทษในประเภท 5 พ.ศ. 2563. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 137, ตอนพิเศษ 290 ง (ลงวันที่ 14 ธันวาคม 2563).

23. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวง กำหนดตำรับยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ที่ให้เสพเพื่อรักษาโรคหรือการศึกษาวิจัยได้ พ.ศ. 2564. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 138, ตอนพิเศษ 35 ง (ลงวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2564).
24. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวง เรื่อง กำหนดตำรับยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ที่ให้เสพเพื่อรักษาโรคหรือการศึกษาวิจัยได้ พ.ศ. 2562. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 136, ตอนพิเศษที่ 94 ง (ลงวันที่ 11 เมษายน 2562).
25. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวง กำหนดตำรับยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ที่ให้เสพเพื่อรักษาโรคหรือการศึกษาวิจัยได้ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 136, ตอนพิเศษ 199 ง (ลงวันที่ 8 สิงหาคม 2562).
26. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวง กำหนดตำรับยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ที่ให้เสพเพื่อรักษาโรคหรือการศึกษาวิจัยได้ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2562. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 136, ตอนพิเศษ 210 ง (ลงวันที่ 23 สิงหาคม 2562).
27. พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564. ราชกิจจานุเบกษา 138 ตอนที่ 73 ก (ลงวันที่ 8 พฤศจิกายน 2564). 2564.
28. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 2565. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 139, ตอนพิเศษ 35 ง (ลงวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2565).
29. สภาการแพทย์แผนไทย. เกณฑ์มาตรฐานและกรรมวิธีการแพทย์แผนไทย ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย. 2563.
30. Whiting, P.F., et al., Cannabinoids for Medical Use: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA, 2015. 313(24): 2456-73.
31. Haug, N.A., et al., Training and Practices of Cannabis Dispensary Staff. Cannabis Cannabinoid Res, 2016. 1(1): 244-251.
32. MacCallum, C.A. and E.B. Russo, Practical considerations in medical cannabis administration and dosing. Eur J Intern Med, 2018. 49: 12-19.
33. Russo, E.B., Taming THC: potential cannabis synergy and phytocannabinoid-terpenoid entourage effects. Br J Pharmacol, 2011. 163(7): 1344-64.
34. Pantoja-Ruiz, C., et al., Cannabis and pain: a scoping review. Braz J Anesthesiol, 2021.
35. Bhaskar, A., et al., Consensus recommendations on dosing and administration of medical cannabis to treat chronic pain: results of a modified Delphi process. J Cannabis Res, 2021. 3(1): 22.

36. Cuttler, C., et al., Short- and Long-Term Effects of Cannabis on Headache and Migraine. *J Pain*, 2020. 21(5-6): 722-730.
37. Schloss, J., et al., A Phase 2 Randomised Clinical Trial Assessing the Tolerability of Two Different Ratios of Medicinal Cannabis in Patients With High Grade Gliomas. *Front Oncol*, 2021. 11: 1-13.
38. Stith, S.S., et al., Patient-Reported Symptom Relief Following Medical Cannabis Consumption. *Front Pharmacol*, 2018. 9: 916.
39. Lombardi, E., J. Gunter, and E. Tanner, Ohio physician attitudes toward medical Cannabis and Ohio's medical marijuana program. *Journal of Cannabis Research*, 2020. 2(1).
40. Hordowicz, M., et al., Polish Physicians' Perspectives on Medical Cannabis Policy and Educational Needs: Results of An Online Survey. *J Clin Med*, 2021. 10(19).
41. Sideris, A., et al., New York Physicians' Perspectives and Knowledge of the State Medical Marijuana Program. *Cannabis Cannabinoid Res*, 2018. 3(1): 74-84.
42. ชนพล นิ่มสมบูรณ์. พิษวิทยาของกัญชา. วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล, 2562. 30(2): 125-136.
43. ผกาทิพย์ รื่นระเริงศักดิ์. กัญชากับการรักษาโรค 2562; Available from: <https://pharmacy.mahidol.ac.th/th/knowledge/article/453>.
44. Perrucca E, Cannabinoids in the Treatment of Epilepsy: Hard Evidence at Last? . *J Epilepsy Res* 2017. 7: 61-76.
45. กระทรวงสาธารณสุข. คำแนะนำการใช้กัญชาทางการแพทย์ guidance for medical use. พิมพ์ครั้งที่ 4. 2564, นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
46. วิทยา บุญวรพัฒน์. สารานุกรมสมุนไพรไทย-จีนที่ใช้บ่อยในประเทศไทย. 2554, กรุงเทพมหานคร: สมาคมศาสตร์การแพทย์แผนจีนในประเทศไทย.
47. กระทรวงสาธารณสุข. คำแนะนำการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย Guidance on the Use of Cannabis in Thai Traditional Medicine. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 2562.
48. Thomas H Davenport and Laurence Prusak, Working Knowledge : How Organizations Manage What They Know. 1998, the United States of America Harvard Business School Press.
49. สุวิมล ว่องวานิช. คู่มือการประเมินผลภายในของสถานศึกษาตามมาตรฐานการศึกษา : การ

- ออกแบบระบบการประเมินผลภายใน. พิมพ์ครั้งที่ 2. 2544, กรุงเทพมหานคร: สถาบันส่งเสริมการประเมินคุณภาพและมาตรฐานการศึกษาแห่งชาติสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ.
50. ศิริชัย กาญจนวาสิ. ทฤษฎีการประเมิน. พิมพ์ครั้งที่ 3. 2545, กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
 51. ไพศาล หวังพานิช. การวัดและประเมินผลระดับอุดมศึกษา. 2543, กรุงเทพมหานคร: ทบวงมหาวิทยาลัย.
 52. สมนึก ภัททิยธนี. การวัดผลการศึกษา. 2555, กทม: ประสานการพิมพ์.
 53. สุวิมล ว่องวานิช. การประเมินผลการเรียนรู้แนวใหม่. 2546, กรุงเทพมหานคร: คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
 54. ทิวต์ มณีโชติ. การประเมินจากการปฏิบัติ (Performance Assessment) 2564; Available from: http://khmerbasak.blogspot.com/2010/12/blog-post_683.html.
 55. นันทนา ราชชากร. หลักการและแนวทางการประเมินผลการฝึกอบรมหลักสูตรนักบริหารระดับต่างๆของกระทรวงสาธารณสุข. 2531, นนทบุรี: กองฝึกอบรม กระทรวงสาธารณสุข.
 56. อาชวัน วายวานนท์ และวินิต ทรงประทุม. การฝึกอบรมและพัฒนาผู้ปฏิบัติงานในรูประบบเอกสารประกอบการฝึกอบรม หลักสูตรการบริหารงานฝึกอบรม. 2523, กรุงเทพมหานคร: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
 57. Krikpatrick DL, Evaluation the ASTD training and development handbook, ed. 2nd. 1996, New York: Mcgraw Hil.
 58. Baron., N., The 'TOT': a global approach for the training of trainers for psychosocial and mental health interventions in countries affected by war, violence and natural disasters. Intervention 2006. 4(2): 109 -126.
 59. อักษรภาค หลักทอง. ความสัมพันธ์ระหว่างการเรียนรู้ด้วยใจผ่านเจตคติต่อการเรียนกับลักษณะความรู้เพื่อพัฒนาตนเองของเยาวชนในมหาวิทยาลัย. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 2563. 14(35): 495-507.
 60. Yamane, T., Statistics: An Introduction Analysis., ed. 5th. 1967, Tokyo: Haeper International Education.
 61. อารยา องค์เอี่ยม และ พงศ์ธรรา วิจิตเวชไพศาล. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย. วิสัณฐีสาร, 2561. 44(1): 36-42.



ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางสาวอรปภา จันทร์หอม
วัน เดือน ปี เกิด	23 กันยายน 2531
สถานที่เกิด	จังหวัดอุดรธานี
วุฒิการศึกษา	ปี 2550-2555 คณะเกษตรศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร
ที่อยู่ปัจจุบัน	5/573 หมู่บ้านประชานิเวศน์ 2 ระยะ 3 ต.บางตลาด อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120

