

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การพัฒนาคุณภาพกำลังคนเพื่อสนับสนุนการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์สู่การปฏิบัติ

ณัฐธัญญา พัฒนะวานิชนันท์ วท.บ., พย.ม., รป.ด.

วิรุฬ ลิ้มสวาท พ.บ., Ph.D.

บุษบงก์ วิเศษพลชัย พย.บ., ส.ม., พย.ม., ปร.ด.

ปารณัฐ สุขสุทธิ วท.บ, สค.ม.

สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข

วันรับ:	1 เม.ย. 2563
วันแก้ไข:	2 พ.ค. 2563
วันตอบรับ:	14 พ.ค. 2563

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในครั้งนี้มีเป้าหมายเพื่อทำความเข้าใจบริบทและปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมของโรงพยาบาลในการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์ไปสู่การปฏิบัติ และเพื่อค้นหาแนวทางการพัฒนาคุณภาพกำลังคนเพื่อสนับสนุนให้การดำเนินนโยบายกัญชาทางการแพทย์บรรลุผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ การวิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบชาติพันธุ์วรรณนาในทางมานุษยวิทยา โดยใช้การผสมผสานหลายแนวคิดทฤษฎี โดยมีแนวคิดทฤษฎีหลักจากศาสตร์การทำให้เกิดผลสัมฤทธิ์ ทำการศึกษาในเดือนกุมภาพันธ์ - มิถุนายน 2563 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือโรงพยาบาลนำร่องของกระทรวงสาธารณสุขที่เริ่มให้บริการการใช้กัญชาทางการแพทย์ตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2562 จำนวน 8 แห่ง โดยการสังเคราะห์และประมวลผลการศึกษาแบ่งออกเป็น 3 มิติของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ได้แก่ (1) การวิเคราะห์ภาพรวมของนโยบาย (2) การวิเคราะห์บริบทเชิงระบบของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ และ (3) การวิเคราะห์ความพร้อมของโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่านโยบายกัญชาทางการแพทย์ เป็นนโยบายด้านสุขภาพที่ไม่ได้เกิดจากความต้องการและแรงผลักดันจากฝ่ายการเมืองของรัฐบาลและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น แต่เป็นนโยบายที่เป็นความต้องการของประชาชนชาวไทย ด้วยบริบททางวัฒนธรรมของนโยบายนี้ทำให้การสนับสนุนของบุคลากรเป็นปัจจัยสำคัญความสำเร็จของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ โดยที่การพัฒนาคุณภาพ กำลังคนจะต้องให้ความสำคัญกับทั้งการพัฒนากำลังคนโดยตรงและการพัฒนาระบบการทำงาน ซึ่งจะเป็นการเสริมสร้างแรงจูงใจของบุคลากรอันเป็นองค์ประกอบสำคัญของความพร้อมของโรงพยาบาลในการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์ไปสู่การปฏิบัติจนเกิดผลสัมฤทธิ์

คำสำคัญ: การพัฒนาคุณภาพกำลังคน; กัญชาทางการแพทย์; ศาสตร์การทำให้เกิดผลสัมฤทธิ์

บทนำ

กัญชาเป็นพืชสมุนไพรที่เป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมการแพทย์ดั้งเดิมในหลายพื้นที่ของโลกรวมทั้งในประเทศไทย⁽¹⁾ อย่างไรก็ตามด้วยกัญชามีส่วนประกอบที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทจึงถูกใช้ในลักษณะการเป็นสิ่ง-

เสพติดด้วย จึงมีความพยายามในการควบคุมพืชชนิดนี้ผนวกไปกับการควบคุมฝิ่น จนองค์การสหประชาชาติได้มีมติให้รวมกัญชาและยางกัญชา (cannabis resin) ไว้ในรายการของยาเสพติดให้โทษในปี พ.ศ. 2504 ภายใต้อนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ค.ศ. 1961⁽²⁾

ระบุเหตุผลว่าเป็นสิ่งที่มีโทษโดยที่คุณค่าในด้านการรักษาโรคมียาจำกัดหรือไม่มีเลย แม้จะถูกคัดค้านจากหลายประเทศที่มีการใช้กัญชาในระบบการแพทย์ดั้งเดิมของตน แต่ก็ไม่สามารถต้านทานแรงผลักดันของนานาชาติได้⁽²⁾

สำหรับประเทศไทย แม้จะมีการประกาศใช้กฎหมายควบคุมกัญชาฉบับแรก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2477 แต่กฎหมายฉบับดังกล่าว ก็ยังระบุให้สามารถมีไว้เพื่อประโยชน์ในทางโรคศิลปะก็ได้⁽³⁾ ต่อมาหลังจากที่ประเทศไทยได้เข้าเป็นภาคีของอนุสัญญาขององค์การสหประชาชาติฉบับดังกล่าว จึงได้มีการยกเลิกกฎหมายกัญชาฉบับเดิม ในการประกาศใช้พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ที่บัญญัติให้กัญชาเป็นยาเสพติดให้โทษ ประเภทที่ 5⁽⁴⁾ ทำให้การใช้กัญชาในประเทศไทยกลายเป็นสิ่งผิดกฎหมาย อย่างไรก็ตามด้วยคุณค่าในทางการแพทย์ของกัญชาทำให้ประชาชนยังมีการแอบใช้แม้มีความเสี่ยงที่จะได้รับอันตรายจากการใช้กัญชาที่ไม่มีคุณภาพหรือมีสิ่งปนเปื้อนที่เป็นพิษ⁽¹⁾ และยังทำให้เป็นอุปสรรคในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประโยชน์ของกัญชาในทางการแพทย์ ทำให้ในช่วง 20-30 ปีที่ผ่านมาหลายประเทศได้ดำเนินการปรับปรุงกฎหมายเพื่อแก้ไขข้อจำกัดเหล่านี้⁽²⁾ ซึ่งในประเทศไทย นับแต่ปี พ.ศ. 2559 เป็นต้นมา ภาคประชาสังคมได้มีการจัดกิจกรรมทางวิชาการและการเคลื่อนไหวทางสังคมเพื่อเรียกร้องให้มีการแก้ไขกฎหมายเพื่อให้สามารถนำกัญชามาใช้ประโยชน์ ทั้งเพื่อประโยชน์ในทางการแพทย์ การวิจัยและพัฒนาเพื่อความมั่นคงด้านยาของประเทศ และเพื่อประโยชน์ในทางเศรษฐกิจ^(4,5) จนมีการประกาศใช้กฎหมายยาเสพติดให้โทษฉบับใหม่ในวันที่ 18 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 และหลังจากการเลือกตั้งทั่วไปรัฐบาลได้บรรจุเรื่องของกัญชาเป็นส่วนหนึ่งในเรื่องเร่งด่วนของรัฐบาล⁽⁶⁾ และเดือนต่อมา นายอนุทิน ชาญวีรกูล รองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้แถลงนโยบายเกี่ยวกับกัญชาเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงการใช้กัญชาและสมุนไพรทางการแพทย์ ได้อย่างปลอดภัย เพื่อสร้างโอกาสทางการรักษาเศรษฐกิจ และการสร้างรายได้ของประชาชน⁽⁷⁾

กระทรวงสาธารณสุขจึงเร่งดำเนินการเพื่อให้ประชาชนทั่วประเทศสามารถเข้าถึงบริการกัญชาทางการแพทย์ได้อย่างทั่วถึง โดยในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2562 ได้มีการเปิดให้บริการคลินิกกัญชาในโรงพยาบาลนำร่องใน 12 เขตสุขภาพ โดยเปิดบริการการใช้กัญชาในทางการแพทย์แผนปัจจุบัน 12 แห่ง และการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 7 แห่ง รวม 19 แห่ง และต่อมาได้มีการขยายพื้นที่การบริการเพิ่มขึ้นตามลำดับ เมื่อสิ้นสุดปี พ.ศ. 2562 ได้มีการสั่งการให้เปิดให้บริการกัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลในสังกัด ครอบคลุมทุกจังหวัดทั่วประเทศ อย่างไรก็ตามจำนวนของประชาชนที่เข้าถึงบริการการใช้กัญชาทางการแพทย์ในคลินิกกัญชายังมีจำนวนเพิ่มขึ้นไม่มากเท่าที่ควร ยา กัญชาจำนวนมากไม่ได้ถูกส่งจ่าย ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องทำความเข้าใจสภาพปัญหาและค้นหาแนวทางในการพัฒนาเพื่อผลักดันให้การดำเนินการตามนโยบายนี้บรรลุผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมาย สำนักวิชาการสาธารณสุขจึงได้ดำเนินโครงการวิจัยเพื่อศึกษาการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติโดยใช้แนวทางที่ผสมผสานหลายแนวคิดทฤษฎี⁽⁸⁾ โดยมีแนวคิดทฤษฎีหลักจากศาสตร์การทำให้เกิดผลสัมฤทธิ์ (implementation science) ที่ได้เสนอกรอบแนวคิดเชิงระบบของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติและเสนอว่า ความพร้อมขององค์กร (ซึ่งในงานวิจัยนี้คือโรงพยาบาลแต่ละแห่ง) เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อความสำเร็จในการนำนวัตกรรมหรือนโยบายใหม่ไปสู่การปฏิบัติให้บรรลุผลสัมฤทธิ์⁽⁹⁾

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจบริบทและปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมของโรงพยาบาลในการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุขไปสู่การปฏิบัติ และเพื่อค้นหาแนวทางในการพัฒนาคุณภาพกำลังคนเพื่อสนับสนุนให้การดำเนินนโยบายกัญชาทางการแพทย์บรรลุผลสัมฤทธิ์ที่พึงประสงค์

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive study) ใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพแบบชาติพันธุ์วรรณนา (ethnography)

โดยมีระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2563 - มิถุนายน 2563 รวม 5 เดือน

เนื่องจากการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจปรากฏการณ์ที่ยังไม่เคยมีการศึกษาในลักษณะเดียวกันมาก่อน จึงเลือกใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพที่เป็นการหาคำตอบแบบคำถามปลายเปิด⁽¹⁰⁾ และด้วยบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของระบบสาธารณสุขไทย โดยเฉพาะสิ่งที่ศึกษาเป็นนโยบายที่ผู้บริหารให้ความสำคัญ การทำความเข้าใจบริบทในเชิงระบบและปัจจัยที่ส่งผลต่อความพร้อมขององค์กรที่เป็นหน่วยราชการ จึงไม่สามารถวิเคราะห์ได้โดยตรงจากคำสัมภาษณ์หรือความเห็นในการอภิปรายกลุ่มของบุคลากรสาธารณสุข เนื่องจากผู้เข้าร่วมการวิจัยอาจไม่กล้าเปิดเผยข้อมูลที่มีความละเอียดอ่อน แต่มีความสำคัญ จึงต้องใช้วิธีการศึกษาแบบชาติพันธุ์วรรณา (ethnography) ที่ใช้การวิเคราะห์ตีความ (interpretation) ด้วยมุมมองของคนใน⁽¹¹⁾ โดยอาศัยข้อมูลที่ได้จากการสังเกต การวิเคราะห์เอกสาร และสื่อต่างๆ ด้วยประสบการณ์และองค์ความรู้ของคณะนักวิจัยที่เป็นบุคลากรวิชาชีพและมีประสบการณ์ทำงานในระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อสามารถทำความเข้าใจกระบวนการและช่องว่างของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติได้อย่างรอบด้าน และเสนอแนวทางในการพัฒนาคุณภาพกำลังคนเพื่อสนับสนุนการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์ไปสู่การปฏิบัติได้อย่างครอบคลุม และเนื่องจากในกระบวนการวิจัยมีการสัมภาษณ์บุคลากรของโรงพยาบาลที่ศึกษาและการอภิปรายกลุ่ม จึงได้ดำเนินการขอรับการรับรองจริยธรรมการวิจัย โดยได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ในสถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ ตั้งแต่วันที่ 20 มีนาคม พ.ศ. 2563 ตามเอกสารรับรองโครงการวิจัย เลขที่ IHRP No. 020-2563

งานวิจัยนี้ครอบคลุมกลุ่มประชากรที่ศึกษาคือโรงพยาบาลนาร่องที่เปิดให้บริการคลินิกกัญชา ตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2562 การคัดเลือกโดยใช้หลักเกณฑ์การมีจำนวนการจ่ายยา กัญชาสูงสุดรวมตั้งแต่เริ่มดำเนินการ

จนถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 โดยแบ่งการคัดเลือกเป็นกลุ่มย่อย 2 กลุ่ม รวมโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 8 แห่ง ได้แก่

กลุ่มที่ 1 โรงพยาบาลที่เริ่มต้นด้วยการเปิดให้บริการคลินิกกัญชาแบบการแพทย์แผนปัจจุบัน มีจำนวน 12 แห่ง คัดเลือกเข้าร่วมโครงการวิจัยจำนวน 5 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลลำปาง จังหวัดลำปาง โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก โรงพยาบาลสระบุรี จังหวัดสระบุรี โรงพยาบาลบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ และโรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

กลุ่มที่ 2 โรงพยาบาลที่เริ่มต้นด้วยการเปิดให้บริการคลินิกกัญชาแบบการแพทย์แผนไทย มีจำนวน 7 แห่ง คัดเลือกเข้าร่วมโครงการวิจัยจำนวน 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี โรงพยาบาลคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ และโรงพยาบาลท่าฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ในกระบวนการวิจัย มีการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยการสัมภาษณ์บุคลากรของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง และการอภิปรายกลุ่มที่ทุกโรงพยาบาลเข้าร่วมพร้อมกัน โดยการสัมภาษณ์แบ่งผู้เข้าร่วมการวิจัยออกเป็น 2 กลุ่มโดยใช้แนวคำถามที่แตกต่างกัน คือ กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้บริหาร ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและแพทย์หัวหน้าแผนกที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ จำนวน 7 คน และ กลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้ปฏิบัติงาน ได้แก่ แพทย์ แพทย์แผนไทย เภสัชกรและพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 19 คน รวมผู้ให้ข้อมูลผ่านการสัมภาษณ์ทั้งสิ้น 26 คน โดยใช้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์คนละประมาณ 90 - 120 นาที โดยดำเนินการสัมภาษณ์ในช่วงเดือนเมษายน - พฤษภาคม 2563 และรวบรวมข้อมูลจากการสรุปผลดำเนินงานของโรงพยาบาล ทั้งนี้เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จึงต้องปรับเปลี่ยนวิธีการเก็บข้อมูลเป็นดำเนินการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ และดำเนินการอภิปรายกลุ่มโดยใช้ระบบการประชุมทางไกล (video conference) ของศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ สำนักงานปลัดกระทรวง-

สาธารณสุข

ตามเป้าหมายในการทำความเข้าใจบริบทของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติของโรงพยาบาล การวิจัยนี้จึงใช้แนวคิดทางมานุษยวิทยาในการศึกษานโยบายสาธารณะ (anthropology and public policy)⁽¹²⁾ และใช้การวิจัยชาติพันธุ์วรรณนาในทางมานุษยวิทยา ที่การเก็บข้อมูลดำเนินการไปควบคู่กับการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้กรอบแนวคิดการวิจัยที่พัฒนาขึ้นจากการผสมผสานแนวคิดทฤษฎีต่างๆ เข้าด้วยกัน โดยในโครงการนี้ใช้ 3 แนวคิดทฤษฎีในการวิเคราะห์และประมวลผลข้อมูลเป็น 3 ส่วน ได้แก่

1. การวิเคราะห์ภาพรวมของนโยบายโดย “สามเหลี่ยมการวิเคราะห์นโยบาย” (policy analysis triangle) ที่ให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ระหว่าง 4 องค์ประกอบ ได้แก่ เนื้อหาสาระของนโยบาย (policy content) บริบทของนโยบาย (policy context) กระบวนการของนโยบาย (policy process) และผู้ปฏิบัติ (agents) ทั้งระดับบุคคล กลุ่ม หรือองค์กร⁽¹³⁾ ทั้งนี้เพื่อให้การศึกษานโยบายกัญชาทางการแพทย์ มีความครอบคลุมการตีความและการปฏิสัมพันธ์ของบุคลากรและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่าย ในโครงการวิจัยนี้ จึงให้นิยามนโยบายนี้ในความหมายที่กว้างของการเป็นนโยบายด้านสุขภาพ (health policy) ตามที่พจนานุกรมการสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2561 บัญญัติไว้ว่า หมายถึง คำประกาศเป็นทางการเกี่ยวกับการดำเนินการภายในสถาบันต่างๆ (โดยเฉพาะรัฐบาล) ซึ่งได้กำหนดลำดับความสำคัญและลักษณะกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพ ทรัพยากรที่มีอยู่ และแรงผลักดันอื่นๆ ทางการเมือง⁽¹⁴⁾

การวิเคราะห์ภาพรวมของนโยบาย มีการผสมผสานการวิเคราะห์เอกสาร (text analysis) ที่วิเคราะห์ทั้งเนื้อหาและบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของเอกสาร และการเชื่อมโยงกับหลักฐานอื่นๆ มีเอกสารสำคัญที่ทำการวิเคราะห์คือ

1) พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ.

2562 ที่การประกาศใช้กฎหมายนี้ ถูกระบุว่าเป็นการที่นโยบายกัญชาทางการแพทย์เกิดขึ้นครั้งแรกในประวัติศาสตร์ชาติไทย⁽¹⁵⁾ โดยให้ความสำคัญกับการที่กฎหมายนี้ได้รับการประกาศในราชกิจจานุเบกษา ซึ่งจัดทำขึ้นอย่างต่อเนื่องมานับแต่ปี พ.ศ. 2401⁽¹⁶⁾

2) การแถลงนโยบายของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในวันที่ 7 สิงหาคม 2562⁽⁷⁾

3) เว็บไซต์ “กัญชาทางการแพทย์” ของกระทรวงสาธารณสุข⁽¹⁷⁾

โดยให้ความสำคัญกับบริบททางการเมืองของประเทศไทยในปี 2562 ที่เป็นการเมืองแนวใหม่ (new politics) ภายหลังจากแก้ไขรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ในปี พ.ศ. 2540 ที่ส่งเสริมเรื่องสิทธิเสรีภาพ การมีส่วนร่วมทางการเมืองของประชาชน⁽¹⁸⁾

ในส่วนของการวิเคราะห์บริบททางวัฒนธรรมของนโยบาย ได้ให้ความสำคัญกับบริบทของกระทรวงสาธารณสุขที่มีการผสมผสานระหว่างวัฒนธรรมราชการและวัฒนธรรมวิชาชีพ ทำให้การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (policy implementation) เป็นลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างผู้กำหนดนโยบาย (principals) และผู้ปฏิบัติ (agents) ที่ผู้กำหนดนโยบายไม่สามารถบังคับควบคุมและติดตามได้ทั้งหมด⁽¹³⁾

2. การวิเคราะห์บริบทในเชิงระบบของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (policy implementation system) ที่พัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีระบบความสัมพันธ์ขององค์ประกอบและบริบทที่มีผลต่อความพร้อมขององค์กรในการปรับใช้นวัตกรรมหรือการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ (outcome) โดยการแยกแยะองค์ประกอบ 3 ระบบย่อย ได้แก่ ระบบการให้บริการ (delivery system) ระบบสนับสนุน (supporting system) และระบบการสนับสนุนทางเทคนิค (technical assistance system)⁽⁹⁾ ทั้งนี้เพื่อให้การศึกษามีความเฉพาะเจาะจงเพียงพอ จึงกำหนดขอบเขตของการวิเคราะห์ไว้ที่การนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์ไปสู่การปฏิบัติโดยกระทรวงสาธารณสุข ในการให้บริการการใช้กัญชาทางการแพทย์

ในโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

3. การวิเคราะห์องค์ประกอบของความพร้อมขององค์กรในการปรับใช้นวัตกรรมหรือการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ โดยใช้แนวคิดที่เสนอว่าความพร้อมนี้ประกอบด้วย องค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ ได้แก่ แรงจูงใจ (motivation) ความสามารถทั่วไป (general capacity) และความสามารถเฉพาะ (specific capacity)⁽⁹⁾ โดยในโครงการนี้กำหนดเป้าหมายในการวิเคราะห์คือการทำ ความเข้าใจความพร้อมของแต่ละโรงพยาบาลในการดำเนินงานคลินิกกัญชา (cannabis clinic) ซึ่งประกอบด้วยระบบการให้บริการของคลินิกกัญชา และระบบการสนับสนุนในระดับโรงพยาบาล

ผลการศึกษา

1. การวิเคราะห์ภาพรวมของนโยบาย

บริบทและกระบวนการในการเกิดขึ้นของนโยบายนโยบายกัญชาทางการแพทย์ ตามนิยามของ “นโยบายด้านสุขภาพ” ตอนหนึ่งว่าเป็นคำประกาศเป็นทางการเกี่ยวกับการดำเนินการภายในสถาบันต่างๆ (โดยเฉพาะรัฐบาล) จึงมีความสมเหตุสมผลที่จะกล่าวว่าการประกาศใช้ พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 เป็นหมุดหมายที่นโยบายกัญชาทางการแพทย์เกิดขึ้นครั้งแรกในประวัติศาสตร์ชาติไทย ทั้งนี้เนื่องจากกฎหมายนี้ได้รับการประกาศในเล่มที่ 136 ตอนที่ 19 ก ของ ราชกิจจานุเบกษา ประเภท ก ที่เป็นฉบับกฤษฎีกา จึงเป็นการประกาศอย่างเป็นทางการถึงการปลดล็อกในทางกฎหมาย ให้สามารถใช้ประโยชน์จากกัญชาในทางการแพทย์ได้อย่างถูกต้อง และการระบุไว้ในมาตราสุดท้ายว่า ผู้รักษาการตามพระราชบัญญัตินี้คือ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข จึงทำให้กระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทตามกฎหมายในฐานะกลไกของรัฐ การดำเนินการให้นโยบายเกิดผลสำเร็จประโยชน์แก่ประเทศชาติและประชาชนส่วนรวม การนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์ไปสู่การปฏิบัติโดยกระทรวงสาธารณสุข จึงเริ่มต้นนับแต่

เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 เป็นต้นมา

อย่างไรก็ตามในการวิเคราะห์การดำเนินการตามนโยบายโดยหน่วยงานและบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุขในการเปิดให้บริการการใช้กัญชาทางการแพทย์ ที่เริ่มต้นในเดือนสิงหาคม 2562 จะต้องอ้างอิงคำประกาศเป็นทางการในการแถลงนโยบายของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในวันที่ 7 สิงหาคม 2562 ซึ่งนโยบายนี้ได้สรุปไว้ในข้อความสั้น ๆ ที่ปรากฏอยู่ในหน้าหลักของเว็บไซต์ “กัญชาทางการแพทย์” ของกระทรวงสาธารณสุขมีเครื่องหมายอัฒภาคระบุว่า เป็นคำกล่าวของรองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข แสดงถึงการย้ำสำรัดที่สำคัญของนโยบายนี้คือ ปลดล็อก...กัญชาทางการแพทย์เสรี

อย่างไรก็ตาม การนิยามอีกตอนหนึ่งของนโยบายด้านสุขภาพ ที่ว่า “... เพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพทรัพยากรที่มีอยู่ และแรงผลักดันอื่น ๆ ทางการเมือง” ซึ่งในบริบทของประเทศไทยในปี 2562 คำว่า การเมืองมีความหมายของการเมืองแนวใหม่ (new politics) ในส่วนที่เป็นรูปธรรมคือการให้ประชาชนเข้ามามีบทบาทโดยตรงในการเสนอร่างกฎหมาย ซึ่งการทบทวนกระบวนการผลักดันการแก้ไขกฎหมายที่นำมาสู่การประกาศใช้พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 นั้น เกิดขึ้นจากความต้องการและแรงผลักดันของภาคประชาสังคมและฝ่ายต่างๆ ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า นโยบายกัญชาทางการแพทย์ ไม่ได้เป็นนโยบายที่เกิดจากความต้องการและแรงผลักดันทางฝ่ายการเมืองของรัฐบาลหรือรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น แต่เป็นนโยบายที่เป็นความต้องการของประชาชนด้วย

บริบททางวัฒนธรรม

แม้การดำเนินการตามนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุขเป็นไปในลักษณะการสั่งการจากผู้บริหาร ในลักษณะของนโยบายจากบนลงล่าง (top down) แต่บริบทของกระทรวงสาธารณสุขที่มีการผสมผสานระหว่างวัฒนธรรมราชการและวัฒนธรรมวิชาชีพ

ทำให้การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติเป็นไปในลักษณะ ความสัมพันธ์ที่ผู้กำหนดนโยบายไม่สามารถบังคับ ควบคุมและติดตามได้ทั้งหมด และจากการที่นโยบายนี้ เป็นการส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากยาที่พัฒนาขึ้น ท่ามกลางหลักฐานสนับสนุนที่ยังมีข้อจำกัดและข้อมูลโต้แย้งจากอันตรายในฐานะสิ่งเสพติด ทำให้เป็นนโยบายที่ ผลักดันให้มีการใช้ยากับผู้ป่วย ซึ่งเป็นสิ่งที่กระทบโดยตรง กับความเป็นวิชาชีพ (professionalism) ของบุคลากร โดยเฉพาะหลักจริยธรรมที่ยึดมั่นในประโยชน์และความปลอดภัยของผู้ป่วย ดังนั้นความสำเร็จของนโยบายกัญชา ทางการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุขจึงขึ้นอยู่กับ การสนับสนุนของบุคลากร โดยเฉพาะบุคลากรทางการแพทย์

ที่ทำหน้าที่ตัดสินใจเลือกและสั่งจ่ายยากัญชาให้แก่ผู้ป่วย
2. การวิเคราะห์บริบทเชิงระบบของการนำนโยบาย ไปสู่การปฏิบัติ

ระบบการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์ไปสู่การ ปฏิบัติในการให้บริการการใช้กัญชาในโรงพยาบาล สามารถวิเคราะห์ในเชิงระบบได้ดังตารางที่ 1

3. การวิเคราะห์ความพร้อมของโรงพยาบาล
จากการเก็บข้อมูลด้วยกระบวนการสัมภาษณ์เชิงลึก และการอภิปรายกลุ่ม สามารถประมวลปัจจัยที่ส่งผลต่อ ความพร้อมของโรงพยาบาลในการให้บริการการใช้กัญชา ทางการแพทย์ และข้อเสนอแนะจากความเห็นของ บุคลากร สามารถประมวลได้ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ระบบการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์ไปสู่การปฏิบัติในโรงพยาบาล

ระบบย่อยและองค์ประกอบ	ผลการวิเคราะห์
<p>ระบบการให้บริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> • การให้บริการการใช้กัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาล • การบันทึกข้อมูลการให้บริการ 	<ul style="list-style-type: none"> • มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ทั้งที่แยกระหว่างการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน และแบบผสมผสาน บางโรงพยาบาลเริ่มมีการให้บริการนอกคลินิกกัญชาทางการแพทย์ • มีระบบการลงทะเบียนผู้ป่วยและระบบรายงานการให้บริการที่แยกกันหลายระบบ ที่ไม่เชื่อมโยงกัน ระบบมีปัญหาบ่อยๆ และไม่เชื่อมโยงกับระบบปกติของโรงพยาบาล
<p>ระบบสนับสนุน</p> <p>การสนับสนุนทางวิชาการ</p> <ul style="list-style-type: none"> • การฝึกอบรม/ประชุมสัมมนา • การให้คำปรึกษาทางวิชาการ • เอกสาร/สื่อทางวิชาการ 	<ul style="list-style-type: none"> • มีการจัดอบรมความรู้การใช้ยากัญชาโดยกรมการแพทย์ และกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และโดยเขตสุขภาพ • มีบุคลากรและวิทยากรที่สามารถให้คำปรึกษาได้ และมีการขอคำปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญหรือบุคลากรอื่น ๆ โดยอาศัยความสัมพันธ์ส่วนบุคคล • หน่วยงานส่วนกลางมีการจัดทำเอกสารคู่มือและมีฉบับปรับปรุงเป็นระยะ
<p>การสนับสนุนทรัพยากร</p> <ul style="list-style-type: none"> • ยา • บุคลากร • สถานที่และอุปกรณ์ • งบประมาณ 	<ul style="list-style-type: none"> • ยาสารสกัดกัญชามีทั้งส่วนที่ รพ. ได้รับการสนับสนุนและที่ต้องซื้อเอง ส่วนยาที่กัญชาตำรับทาง การแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านได้รับการสนับสนุน • มีการจัดสรรบุคลากรตามแนวทางที่ส่วนกลางกำหนด โดยเป็นงานเพิ่มเติมของบุคลากรที่ผ่าน การอบรมจำนวนหนึ่ง มีทั้งที่หมุนเวียนกันและดูแลเป็นประจำ • รพ. จัดสรรพื้นที่และอุปกรณ์สำหรับการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์เป็นประจำ มีการ ปรับเปลี่ยนวัน เวลา และสถานที่ตามบริบทที่เปลี่ยนไป • การจัดการบริการของ รพ. ใช้งบประมาณการดำเนินงานตามระบบปกติเดิมที่ทำกันอยู่

การพัฒนาคุณภาพกำลังคนเพื่อสนับสนุนการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์สู่การปฏิบัติ

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ระบบการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์ไปสู่การปฏิบัติในโรงพยาบาล (ต่อ)

ระบบย่อยและองค์ประกอบ	ผลการวิเคราะห์
<p>การติดตามและประเมินผล</p> <ul style="list-style-type: none"> • การติดตามและประเมินผล • การให้คำปรึกษาด้านการบริหารและการดำเนินงาน • การชื่นชมและให้คุณให้โทษ 	<ul style="list-style-type: none"> • มีการพัฒนาระบบข้อมูลกลางที่เรียกว่า C-MOPH เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลทุกระบบเข้าด้วยกัน แต่ยังไม่มีความยุ่งยากซับซ้อนของการบันทึกข้อมูลและไม่ครอบคลุมทุกโรงพยาบาล • มีการดำเนินการโดยใช้ระบบเขตบริการสุขภาพ ตามแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) • ยังไม่มีระบบการชื่นชมและให้คุณให้โทษที่ชัดเจนต่อผลการดำเนินงาน แต่มีการเร่งรัดการลงข้อมูลในระบบรายงาน
<p>ระบบความช่วยเหลือทางเทคนิค</p> <ul style="list-style-type: none"> • การสังเคราะห์องค์ความรู้ • การถ่ายทอดองค์ความรู้ 	<ul style="list-style-type: none"> • มีการวิจัยและพัฒนาโดยกรมวิชาการและมีความร่วมมือกับสถาบันวิชาการ • ยังไม่มีการสังเคราะห์ข้อมูลและองค์ความรู้จากข้อมูลในระบบรายงาน • ยังไม่มีความชัดเจนในการถ่ายทอดองค์ความรู้จากการวิจัยและพัฒนาและระบบรายงานกลับไปสู่ผู้ปฏิบัติ

ตารางที่ 2 ผลการศึกษาองค์ประกอบของความพร้อมของโรงพยาบาลในการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์ไปสู่การปฏิบัติ

องค์ประกอบ	ข้อค้นพบ	ข้อเสนอแนะ
<p>ความสามารถทั่วไป (general capacity)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • มีการใช้พันธกิจและวิสัยทัศน์ขององค์กรเพื่อสร้างความเชื่อมโยงระหว่างนโยบายที่สั่งการลงมาและความรู้สึกเป็นเจ้าของของคนในองค์กร • มีวัฒนธรรมองค์กรในการสร้างความเชื่อและการให้คุณค่าในการทำงานขององค์กร • คนในองค์กรมีความรู้สึกเป็นเจ้าของและเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร • องค์กรมีความสามารถในการเปลี่ยนแปลงกระบวนการเรียนรู้และแก้ไขอย่างรวดเร็วถ้าเกิดปัญหา • มีวัฒนธรรมการรับฟังความคิดเห็น • มีวัฒนธรรมการเรียนรู้จากความผิดพลาด • มีผู้นำที่สามารถสร้างความร่วมมือภายในองค์กรด้วยการสร้างควมไว้วางใจระหว่างบุคลากร • มีผู้นำที่สนับสนุนการดำเนินงานของบุคลากรผ่านการวางแผนยุทธศาสตร์ที่มีประสิทธิภาพ 	<p>ควรมีกระบวนการเพื่อช่วยเหลือองค์กรในการพัฒนาความสามารถที่จะจัดหา เข้าถึง และกระจายทรัพยากร เนื่องจากการจัดการนโยบายเร่งด่วนเช่นนโยบายกัญชาจำเป็นต้องมีการบริหารจัดการทรัพยากรอันจำกัดของแต่ละโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ทรัพยากรมนุษย์ รวมทั้งยังขาดศักยภาพในการเข้าถึงทรัพยากรจากแหล่งทุนต่าง ๆ ในสังคม เช่น ทุนจากรัฐบาล ทุนจากองค์กรเอกชน</p>
<p>ความสามารถเฉพาะต่อนโยบายกัญชาทางการแพทย์ (innovation-specific capacity)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • องค์กรมีศักยภาพเพียงพอที่จะให้บริการกัญชาทางการแพทย์ • องค์กรมีความรู้สามารถนำนโยบายกัญชามาออกแบบใหม่ให้เหมาะสมกับบริบทขององค์กรตนเอง • องค์กรสามารถใช้เครือข่ายที่มีทำงานร่วมกับองค์กรอื่นและประสบความสำเร็จได้ • มีบุคคลสำคัญในองค์กรที่เป็นแบบอย่างในการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์สู่การปฏิบัติและสามารถสื่อสารได้อย่างชัดเจนเกี่ยวกับความต้องการของประชาชนและประโยชน์ของกัญชาทางการแพทย์ 	<p>เนื่องจากสัดส่วนบุคลากรที่มีความเข้าใจและศักยภาพในการใช้ประโยชน์จากกัญชาทางการแพทย์ในแต่ละองค์กรยังมีสัดส่วนน้อยกว่าผู้ที่ไม่เข้าใจทำให้การใช้กัญชาในแต่ละองค์กรค่อนข้างติดขัด จึงจำเป็นต้องขยายศักยภาพนี้ อย่างน้อยคือการสร้างความเข้าใจที่ตรงกันให้ได้ทั้งองค์กร</p>

ตารางที่ 2 ผลการศึกษาองค์ประกอบของความพร้อมของโรงพยาบาลในการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์ไปสู่การปฏิบัติ (ต่อ)

องค์ประกอบ	ข้อค้นพบ	ข้อเสนอแนะ
แรงจูงใจ (motivation)	<ul style="list-style-type: none"> การรับรู้ถึงความทุกข์ (suffering) ของผู้ป่วย ที่มากกว่าแค่การรักษาโรค (disease) ทำให้มองเห็นว่ากัญชาไม่ได้เป็นไปเพื่อการรักษาแต่เป็นไปเพื่อการเยียวยา การมองกัญชาในฐานะทางเลือกของผู้ป่วยที่มีทางเลือกน้อย เช่น ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยมะเร็ง การมองนโยบายกัญชาทางการแพทย์ในฐานะเครื่องมือที่ช่วยให้ผู้ป่วยที่เคยใช้กัญชา “ไต่ดิน” หรือกัญชาผิดกฎหมายให้ขึ้นมา “บนดิน” หรือมารับการรักษาในระบบสุขภาพที่ปลอดภัยกว่า มีความรู้สึกว่าได้รับการสนับสนุนจากทีมงาน 	<ul style="list-style-type: none"> ควรมีการพัฒนาข้อมูลเชิงประจักษ์ที่เพียงพอในการสร้างแรงจูงใจในประโยชน์ของกัญชาและความปลอดภัยในการใช้ ควรมีการสร้างแรงจูงใจผ่านกรณีศึกษาที่ทรงพลังในการแสดงให้เห็นว่ากัญชาสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างไร ควรมีระบบการจัดการความรู้และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างองค์กรที่มีการนำกัญชาทางการแพทย์ไปใช้เพื่อสนับสนุนแรงจูงใจซึ่งกันและกัน ควรมีการสนับสนุนให้มีโครงสร้างการทำงานที่มีผู้รับผิดชอบโดยตรงที่ชัดเจน

วิจารณ์

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่านโยบายกัญชาทางการแพทย์ ไม่ได้เป็นนโยบายที่เกิดจากความต้องการและแรงผลักดันทางฝ่ายการเมืองของรัฐบาลหรือรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น แต่เป็นนโยบายที่เป็นความต้องการของประชาชน และความสำเร็จของนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุขจึงขึ้นอยู่กับ การสนับสนุนของบุคลากร

ผลการศึกษาสนับสนุนแนวคิดเรื่องความพร้อมขององค์กรในการนำนโยบายมาสู่การปฏิบัติที่จะต้องมีองค์ประกอบทั้ง 3 ด้านคือความสามารถในการเปลี่ยนแปลงขององค์กรในการรับมือกับนโยบายใหม่ๆ โดยทั่วไป (general capacity) และที่เฉพาะเจาะจงกับนโยบายนี้ (specific capacity) และแรงจูงใจ (motivation) ในภาพรวมขององค์กรต่อการนำนโยบายนี้ไปสู่การปฏิบัติ ทั้งนี้พบว่า ความพร้อมขององค์กรมีผลต่อความสำเร็จของแต่ละโรงพยาบาลนำร่องทั้ง 8 แห่งในการเป็นผู้บุกเบิกในการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์ไปสู่การปฏิบัติ โดยต้องอาศัยปัจจัยในหลายระดับทั้งภายในและภายนอก

โรงพยาบาล และทั้งปัจจัยระดับองค์กรและปัจจัยระดับบุคคล

ทั้งนี้ในบริบททางวัฒนธรรมของกระทรวงสาธารณสุข ที่การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติไม่ได้เป็นไปในแบบจากบนลงล่าง (top-down) โดยสมบูรณ์แต่เป็นในลักษณะที่ผู้กำหนดนโยบายไม่สามารถบังคับควบคุมและติดตามผู้ปฏิบัติได้ทั้งหมด ดังนั้นปัจจัยพื้นฐานที่จะทำให้บุคลากรมีความเต็มใจ (willingness) ที่จะสนับสนุนนโยบาย คือ การที่บุคลากรให้ความหมาย (meaning) ต่อนโยบายนี้ว่าเป็นสิ่งที่ตอบสนองความต้องการของประชาชน โดยยกัญชาเป็นความหวังในการเยียวยารักษาโรคและความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจำนวนมาก อย่างไรก็ตามด้วยวัฒนธรรมวิชาชีพทำให้อุปสรรคที่สำคัญในการสนับสนุนนโยบายคือข้อจำกัดในทางวิชาการ ที่เป็นอีกสิ่งหนึ่งที่ต้องปลดล็อคโดยมีข้อเสนอในส่วนขององค์ประกอบด้านแรงจูงใจของความพร้อมขององค์กร ว่าควรมีการพัฒนาข้อมูลเชิงประจักษ์ที่เพียงพอในการสร้างแรงจูงใจในประโยชน์ของกัญชาและความปลอดภัยในการใช้ และควรมีการแสดงให้เห็นว่ากัญชาสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

อย่างไรผ่านกรณีศึกษาที่ทรงพลัง

โดยการวิเคราะห์ภาพรวมของนโยบายช่วยย้าความสำคัญของแต่ละประเด็นคำถามสำคัญของนโยบายกัญชาทางการแพทย์ในประเทศไทยที่บัณฑิต ศรไพศาล และคณะ⁽¹⁵⁾ เสนอไว้ว่ายังมีแนวความคิด และข้อมูลที่ขัดแย้งกัน หรือเป็นประเด็นที่ควรได้รับการพัฒนาให้ชัดเจน ได้แก่ (1) กัญชาเป็นยาเสพติดหรือสมุนไพร (2) กัญชาสามารถรักษาได้บางโรคบรรเทาอาการได้บางอาการ หรือรักษาโรคให้หายขาดได้จำนวนมาก (3) ควรมองนโยบายกัญชาด้วยมุมมองด้านการแพทย์หรือการสาธารณสุข (3) การควบคุมการใช้กัญชาทางการแพทย์ควรเป็นแบบหลวมๆ หรือแบบเข้มข้น (5) การเชื่อมประสานกันระหว่างระบบการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์แผนไทยในเรื่องการใช้ยา กัญชา และ (6) บทบาทของการวิจัยและระบบการเฝ้าระวังในนโยบายกัญชาทางการแพทย์ ควรเป็นอย่างไร

การวิเคราะห์ในเชิงระบบ ช่วยให้เห็นว่าปัญหาของระบบรายงาน เป็นปัจจัยที่บุคลากรให้ความสำคัญ ซึ่งเป็นสิ่งที่มีผลอย่างมากต่อองค์ประกอบด้านแรงจูงใจขององค์กร โดยเป็นอุปสรรคสำคัญต่อความสำเร็จของนโยบายและความยั่งยืนของการจัดบริการการใช้กัญชาทางการแพทย์ของโรงพยาบาล กล่าวคือ ปัญหาของการมีระบบการลงทะเบียนผู้ป่วยและระบบรายงานการให้บริการที่แยกกันหลายระบบ และไม่เชื่อมโยงกัน ระบบมีปัญหาบ่อย ๆ และไม่เชื่อมโยงกับระบบปกติของโรงพยาบาล เป็นสิ่งที่เพิ่มภาระให้กับเจ้าหน้าที่ และเป็นสิ่งที่ทำให้บุคลากรจำนวนมากแม้จะเห็นประโยชน์ของบริการการใช้กัญชาทางการแพทย์ แต่ก็ไม่อยากจะทำมาทำงานนี้ จึงเป็นปัญหาที่มีความสำคัญ ที่ควรได้รับการจัดการแก้ไขอย่างเป็นระบบและรวดเร็ว

อาจกล่าวโดยสรุปได้ว่าการพัฒนาคุณภาพกำลังคนจะต้องประกอบด้วยทั้งการพัฒนาที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรโดยตรงและการพัฒนาระบบการทำงานเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจของบุคลากรที่เป็นองค์ประกอบสำคัญของความ

พร้อมของโรงพยาบาลในการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์ไปสู่การปฏิบัติ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

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

2. ควรมีการส่งเสริมให้บุคลากรทุกคนที่เกี่ยวข้อง ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ ทั้งการอบรมทางตรงและทางอ้อม โดยมีการออกแบบหลักสูตรที่เหมาะสมทั้งหลักสูตรทั่วไปและเฉพาะด้าน

3. ควรมีการพัฒนาหน่วยบริการ/โรงพยาบาลต้นแบบการใช้กัญชาทางการแพทย์เฉพาะด้าน เพื่อเป็นพี่เลี้ยงให้กับหน่วยบริการ/โรงพยาบาลอื่น เป็นที่ศึกษาดูงาน และรองรับการฝึกอบรมเพิ่มพูนทักษะ

4. ควรมีการออกแบบระบบรายงานที่สามารถสะท้อนเป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ เป้าหมายการให้บริการที่เป็นระบบเดียวและเป็นไปได้จริงในทางปฏิบัติ ลดภาระบุคลากรที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ และสามารถใช้เป็นข้อมูลสะท้อนกลับในการพัฒนาคุณภาพบริการ

ข้อเสนอแนะในเชิงปฏิบัติ

1. ควรมีกระบวนการปรับวิธีคิด (mindset) ของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการปฏิบัติงานคลินิกกัญชาทางการแพทย์ทุกระดับ ด้วยการเปิดรับฟังความคิดเห็นจากผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่มากขึ้น

2. ควรมีการปรับการให้บริการให้มีความสอดคล้องกันระหว่างมาตรฐานการรักษาและความต้องการใช้ยา กัญชาทางการแพทย์ของผู้รับบริการ โดยควรพัฒนาแนวทางการสั่งใช้ยากัญชา การพัฒนาคุณภาพบริการ ให้สามารถตอบสนองความจำเป็นและความต้องการของผู้รับบริการอย่างมีประสิทธิภาพ

3. ควรมีการบูรณาการเชื่อมต่อกับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและทีมหมอครอบครัวด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการหลังจากรับการสั่งใช้กัญชาจากหน่วยบริการ/โรงพยาบาล

4. ควรมีการพัฒนาแนวทางปฏิบัติและการเสริมสร้างทักษะและความสามารถของหน่วยบริการ/โรงพยาบาลในการรับมือกับนโยบายกัญชาทางการแพทย์ซึ่งเป็นนโยบายใหม่

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการขยายพื้นที่การศึกษาวิจัยประเมินความพร้อมของหน่วยบริการ/โรงพยาบาลให้ครบทั้ง 12 เขตสุขภาพ ทั้งก่อนและระหว่างการเปิดให้บริการกัญชาทางการแพทย์ทั้งในประเด็นแรงจูงใจ (motivation) ความสามารถทั่วไป (general capacity) และความสามารถเฉพาะ (specific capacity) ขององค์กรเพื่อออกแบบ กระบวนการพัฒนาความพร้อมของระบบบริการการใช้กัญชาทางการแพทย์ให้สามารถให้บริการประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและได้ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์

ข้อจำกัดของงานวิจัย

งานวิจัยชิ้นนี้เกิดขึ้นในช่วงเวลาของการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ทำให้ทีมวิจัยไม่สามารถเดินทางไปเก็บข้อมูลวิจัยเชิงคุณภาพในพื้นที่วิจัยในจังหวัดต่างๆ ได้ แต่ได้ปรับเปลี่ยนวิธีการเก็บข้อมูลเป็นดำเนินการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ และดำเนินการอภิปรายกลุ่มโดยใช้ระบบการประชุมทางไกล Video Conference ของศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทำให้ไม่สามารถใช้การสังเกตการณ์อย่างมีส่วนร่วมได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นอย่างสูง รวมทั้งกรมการแพทย์ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สำนักงานคณะ-

กรรมการอาหารและยา กองบริหารการสาธารณสุข สถาบันกัญชาทางการแพทย์ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน องค์การเภสัชกรรม โรงพยาบาลนาร์่องทั้ง 8 แห่ง สำนักวิชาการสาธารณสุข และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกๆ ท่าน ที่ให้การสนับสนุนให้การศึกษสำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์

เอกสารอ้างอิง

1. บัตพงษ์ เกษสมบุรณ์. กัญชาทางการแพทย์. ยาวิพากษ์: จดหมายข่าวศูนย์ข้อมูลเฝ้าระวังระบบยา 2561;9(36):13-5.
2. Aguilar S, Gutiérrez Vc, Sánchez L, Nougier M. Medicinal cannabis policies and practices around the world [internet]. London: International Drug Policy Consortium; 2018 [cited 2020 Apr 1]. 32 p. Available from: http://fileserver.idpc.net/library/Medicinal%20cannabis%20briefing_ENG_FINAL.PDF.
3. ปรุฬห์ รุจนธำรงค์. ข้อกฎหมายเกี่ยวกับพืชกระท่อมและกัญชาในทางการแพทย์. ยาวิพากษ์: จดหมายข่าวศูนย์ข้อมูลเฝ้าระวังระบบยา 2561;9(36):19-22.
4. นิชดา เกียรติยิ่งอังคสุลี. กระท่อมและกัญชาเป็นความมั่นคงด้านยาของประเทศ. ยาวิพากษ์: จดหมายข่าวศูนย์ข้อมูลเฝ้าระวังระบบยา 2561;9(36):3-8.
5. ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์, โชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ. ประโยชน์และโทษที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้กัญชาในทางการแพทย์และการเปิดเสรีการใช้กัญชา. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2561;12(1):71-94.
6. คณะรัฐมนตรี. คำแถลงนโยบาย ของคณะรัฐมนตรี พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี แถลงต่อรัฐสภา วันพฤหัสบดีที่ 25 กรกฎาคม 2562. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 136, ตอนพิเศษ 186 (ลงวันที่ 25 กรกฎาคม 2562).
7. อนุทิน ชาญวีรกูล, สาทิต ปิตุเตชะ. นโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข. การประชุมผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข; วันที่ 7 สิงหาคม 2562; ณ ห้องประชุม ชัยนาทเรนทร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
8. ศิรินาถ ตงศิริ, ศุภวิดา แสนศักดิ์, ชนัดดา พลอยเลื่อมแสง, วรพจน์ พรหมสัตยพรต, สุมัณฑา กลางคาร. ทฤษฎีและกรอบแนวคิดของการวิจัยเพื่อนำนโยบายสาธารณสุขไปสู่การ

- ปฏิบัติ: การวิจัยอย่างเป็นระบบเพื่อค้นหากลยุทธ์การปฏิบัติตามนโยบายที่มีประสิทธิภาพ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2561;12(1):7-26.
9. Scaccia JP, Cook BS, Lamont A, Wandersman A, Castellon J, Katz J, et al. A practical implementation science heuristic for organizational readiness: $R=MC^2$. J Community Psychol 2015;43(4):484-501.
 10. Creswell JW. Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches, 4th ed. Los Angeles: SAGE Publications; 2013.
 11. Geertz C. The interpretation of cultures. New York: Basic books; 1973.
 12. Shore C. Anthropology and public policy. In: Fardon R, Harris O, Marchand THJ, Nuttall M, Shore C, Strang V, et al, editors. The SAGE handbook of social anthropology. London: SAGE Publications 2012. p. 89-104.
 13. Buse K, Mays N, Walt G. Making health policy. Berkshire: Open University Press; 2005.
 14. ภูษิต ประคองสาย, มนทิรา อุตมานันท์, จิรภฎา วาณิชชองกูร, สุภาวิณี แซดกระโทก, บรรณธิการ. นโยบายด้านสุขภาพ. ใน : พจนานุกรมการสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2561 ฉบับ 100 ปี การสาธารณสุขไทย. นนทบุรี: สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2561.
 15. บัณฑิต ศรไพศาล, Manthey J, Rehm J. คิดให้ชัดกับนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของประเทศไทย. วารสารวิชาการ-สาธารณสุข 2562;28(4):755-66.
 16. ณัฐพล ยิ่งกล้า. ราชกิจจานุเบกษา [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 1 เม.ย. 2563]. แหล่งข้อมูล:<http://wiki.kpi.ac.th/index.php?title=%E0%B8%A3%E0%B8%B2%E0%B8%8A%E0%B8%81%E0%B8%B4%E0%B8%88%E0%B8%88%E0%B8%B2%E0%B8%99%E0%B8%B8%E0%B9%80%E0%B8%9A%E0%B8%81%E0%B8%A9%E0%B8%B2>.
 17. คณะกรรมการขับเคลื่อนประชาสัมพันธ์การใช้กัญชาเพื่อการแพทย์. ปลดล็อคกัญชาทางการแพทย์เสรี [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2563 [สืบค้นเมื่อ 1 เม.ย. 2563]. แหล่งข้อมูล : <http://www.medcannabis.go.th/>.
 18. จุมพล หนิมพานิช, สุรวงศ์ วรรณปักษ์. การเมืองภาคประชาชน/การเมืองภาคพลเมือง: ทางออกของการเมืองไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันพระปกเกล้า; 2562.

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

Nattaya Patanavanichanan, B.Sc., M.N.S., D.P.A.; Wirun Limsawart, M.D., Ph.D.; Bussabong Wisetpholchai, B.N.S., B.P.H., M.N.S., Ph.D.; Paranat Suksut, B.Sc., M.A.

Health Technical Office, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, Thailand

Journal of Health Science 2020;29(3):455-66.

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

Keywords: human resource development; medical cannabis; implementation science