

โครงการการศึกษาฉบับสมบูรณ์ (Protocol/Full proposal)
ประกอบการขอรับพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

1. ชื่อโครงการ

ชื่อภาษาไทย โครงการศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันของการใช้กัญชาทางการแพทย์ในประเทศไทย
English title Population Size Estimation of Current Medical Cannabis Users in Thailand

2. ชื่อนักวิจัยหลัก (Principal Investigator)

ชื่อ-สกุล ศ.ดร.พญ.สาวิตรี อัสณางค์กรชัย
Prof.Dr. Sawitri Assanangkornchai
ตำแหน่ง อาจารย์
หน่วยงาน หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
โทรศัพท์ที่ทำงาน 074 451 165
โทรศัพท์มือถือ
E-mail savitree.a@psu.ac.th
งานที่รับผิดชอบ ออกแบบกระบวนการวิจัย ควบคุมและกำกับการทำงานของคณะวิจัย

3. รายชื่อนักวิจัยร่วม (Sub-investigator) /นักวิจัยหลักร่วม (Co-investigator)

3.1 ชื่อ-สกุล นางสาวกนิษฐา ไทยกล้า
Miss Kanittha Thaikla
ตำแหน่ง นักวิจัย
หน่วยงาน สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
โทรศัพท์ที่ทำงาน 0-5393-6148
โทรศัพท์มือถือ 08-882-8661
E-mail kthaikla@hotmail.com

งานที่รับผิดชอบ ปฏิบัติการภาคสนาม ออกแบบวิธีจัดเก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล

3.2 ชื่อ-สกุล ดร.นพ.มุฮัมมัดฟาห์มี ตาเล

Dr.Muhammadfahmee Talek

ตำแหน่ง อาจารย์

หน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

โทรศัพท์ที่ทำงาน 073-313-928-50

โทรศัพท์มือถือ 084-997-5688

E-mail tmfahmee@gmail.com

งานที่รับผิดชอบ ปฏิบัติการภาคสนาม ออกแบบวิธีจัดเก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล

4. การสนับสนุนนักศึกษา

ทำเครื่องหมาย ✓ ใน ()

(✓) ไม่เกี่ยวข้อง

() ผลิตบัณฑิตศึกษา (ระบุ พชท, พจบ, นักศึกษา ป.โท หรือ ป.เอก) จำนวนคน

5. คำสำคัญ (keywords) ของโครงการวิจัย (3-5 คำ)

ประมาณการ ผู้ใช้กัญชา กัญชาทางการแพทย์ ประเทศไทย

6. ความสำคัญและที่มาของปัญหาที่ทำการวิจัย (Background and rationale)

ในระยะเวลาหลายปีที่ผ่านมา ในประเทศไทยมีบุคคลและองค์กรหลายฝ่ายสนับสนุนให้ “ปลดล็อกกัญชา” เพื่อให้สามารถทำการศึกษาวิจัยทางการแพทย์ โดยให้เหตุผลว่าในตำราแพทย์แผนไทยแต่โบราณ รวมทั้งการศึกษาวิจัยสมัยใหม่ทั่วโลกจำนวนมากพบว่ากัญชาเป็นสมุนไพรใช้เพื่อยารักษาโรคหรือบรรเทาอาการเจ็บปวดได้ แต่ก็ผู้คัดค้านหรือไม่เห็นด้วยหลายฝ่ายเช่นกัน ด้วยมองว่ากัญชายังเป็นยาเสพติดให้โทษ และสามารถทำให้เกิดผลกระทบทางลบต่อสุขภาพและสังคมได้หลายชนิดเช่นกัน ในขณะเดียวกัน ก็มีผู้ป่วยไทยจำนวนหนึ่งที่ลักลอบนำเข้าและผลิตกัญชาเพื่อรักษาโรค และมีผู้จัดจำหน่ายในราคาแพง โดยผลิตภัณฑ์เหล่านี้ยังไม่มีมีการตรวจสอบว่ามีคุณภาพ หรือมีสารปนเปื้อน หรือมีการใช้อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการแพทย์หรือไม่

นอกจากนี้ในช่วง 3-4 ปีที่ผ่านมา มีกระแสความเคลื่อนไหวเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์อยู่หลายครั้ง ทั้งการค้นคว้าทางวิชาการ การเสนอโครงการวิจัย จัดประชุมสัมมนา อมรบทหลักสูตร การยกร่าง พ.ร.บ.กัญชา รวมถึงสำรวจผู้ป่วยที่ใช้กัญชารักษารักษาโรครจริง ๆ และเมื่อเดือนพฤษภาคม 2561 กระทรวงสาธารณสุขได้ออกคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาการนำกัญชามาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์จำนวน 22 คน โดยมี นพ.โสภณ เมฆธน ประธาน

กรรมการองค์การเภสัชกรรม (อภ.) เป็นประธานกรรมการ เพื่อทำหน้าที่เสนอแนะนโยบายและแผนการพัฒนา การนำภูมิปัญญามาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์และการศึกษาวิจัยภายในประเทศต่อกระทรวงสาธารณสุข พัฒนาและวางระบบการนำภูมิปัญญามาใช้ประโยชน์ให้ครบวงจรตั้งแต่การปลูก การปรับปรุงสายพันธุ์ การผลิตสารสำคัญที่ได้จาก ภูมิปัญญา การพัฒนาผลิตภัณฑ์ และการนำไปใช้ประโยชน์รวมถึงการวางระบบการควบคุม (1)

ต่อมาได้มีการออกพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๖๒ และบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ถัดจากวัน ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ณ วันที่ ๑๗ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๒ เหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัติฉบับนี้ คือ “โดยที่พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. ๒๕๖๒ ได้ใช้บังคับมาเป็นเวลานานและมีบทบัญญัติบางประการที่ไม่ทันต่อสถานการณ์ปัจจุบัน นอกจากนี้ปรากฏผลการวิจัยว่าสารสกัดจากภูมิปัญญาและพืชกระท่อมมีประโยชน์ทาง การแพทย์เป็นอย่างมาก ซึ่งหลายประเทศทั่วโลกได้แก้ไขเพิ่มเติมกฎหมาย เพื่อเปิดโอกาสให้มีการอนุญาตให้ ประชาชนใช้ภูมิปัญญาและพืชกระท่อมเพื่อประโยชน์ในการรักษาโรคและประโยชน์ในทางการแพทย์ได้ ตาม พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. ๒๕๖๒ ภูมิปัญญาและพืชกระท่อมเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ ที่ห้ามมิให้ ผู้ใดเสพหรือนำไปใช้ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยหรือนำไปใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์และยังกำหนดโทษทั้งผู้เสพและผู้ ครอบครองด้วย ดังนั้น เพื่อเป็นการรับรองและคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยที่จะได้รับและใช้ภูมิปัญญาเพื่อประโยชน์ในการ รักษาและพัฒนาทางการแพทย์ ภายใต้คำแนะนำของแพทย์ผู้ได้รับอนุญาต เพื่อให้ถูกต้องตามหลักวิชาการให้ทำได้ โดยชอบด้วยกฎหมาย และเพื่อสร้างความมั่นคงทางด้านยาของประเทศ และป้องกันไม่ให้เกิดการผูกขาดทางด้านยา สมควรแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. ๒๕๖๒ เพื่อเปิดโอกาสให้สามารถนำภูมิปัญญาและพืช กระท่อมไปทำการศึกษาวิจัยและพัฒนาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ และสามารถนำไปใช้ในการรักษาโรคภายใต้การ ดูแลและควบคุมของแพทย์ได้ จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้”

สาระสำคัญในกฎหมายฉบับนี้ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการใช้ภูมิปัญญาทางการแพทย์ คือ

- ห้ามมิให้ผู้ใดผลิต นำเข้าหรือส่งออกยาเสพติดประเภท 5 คือ ภูมิปัญญา เว้นแต่ในกรณีที่ทำเป็น โดยได้รับ อนุญาตจากผู้อนุญาต เพื่อประโยชน์ทางราชการ การแพทย์ การรักษาผู้ป่วย หรือการศึกษาวิจัยและพัฒนา รวมถึง เกษตรกรรม พาณิชยกรรม วิทยาศาสตร์ หรืออุตสาหกรรม และอนุญาตให้พกพาเพื่อใช้รักษาโรคในปริมาณที่ทำเป็น โดยต้องมีใบสั่งยาหรือหนังสือรับรองของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ทันตกรรม แพทย์แผนไทย การแพทย์แผนไทย ประยุกต์ หรือหมอพื้นบ้าน โดยเป็นไปตามเงื่อนไขที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขกำหนดและผ่านความ เห็นชอบของคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ

- ขณะเดียวกันยังมีความเพิ่มเติมในส่วนของคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) ให้มี อำนาจให้กำหนดเขตพื้นที่ เพื่อทดลองปลูกพืชที่เป็นหรือให้ผลผลิตที่เป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 5 และทดสอบยา เสพติดประเภท 5 ได้ตามพื้นที่ที่กำหนด

- การขออนุญาตผลิต นำเข้า ส่งออก จำหน่าย หรือมีไว้ครอบครอง ภูมิปัญญา ตามกฎหมายให้สิทธิเฉพาะ (1) หน่วยงานของรัฐ ที่มีหน้าที่ศึกษาวิจัยหรือการเรียนการสอนวิชาด้านการแพทย์ เกษตรศาสตร์ (2) หน่วยงานรัฐที่มี หน้าที่ป้องกัน ปราบปรามและแก้ปัญหายาเสพติด หรือสภากาชาดไทย (3) ผู้ประกอบวิชาชีพเครือข่ายแพทย์ทั้งไทย และหมอพื้นบ้านตามเงื่อนไขที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด (4) สถาบันอุดมศึกษาที่ศึกษาและวิจัย และเรียนด้าน การแพทย์ (5) ผู้ประกอบอาชีพเกษตรกรที่รวมตัวเป็นวิสาหกิจชุมชนซึ่งจดทะเบียนตามกฎหมาย (6) ผู้ประกอบการ ขนส่งสาธารณะระหว่างประเทศ (7) ผู้ป่วยที่เดินทางระหว่างประเทศที่มีความจำเป็นต้องใช้ยาเสพติดติดตัว (8) ผู้ขอ

อนุญาตที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเห็นชอบ ทั้งนี้ผู้ที่ได้รับอนุญาตสามารถส่งต่อให้กับทายาทหรือผู้ได้รับความยินยอมได้ กรณีที่ผู้ได้รับอนุญาตเสียชีวิตก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุ

นอกจากนี้ในมาตรา ๒๖ ของพระราชบัญญัติฉบับนี้ได้ระบุว่า “กฎกระทรวง ระเบียบ หรือประกาศที่ออกตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. ๒๕๒๒ ที่ใช้บังคับอยู่ในวันก่อนวันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ ให้ใช้บังคับได้ต่อไปเท่าที่ไม่ขัดหรือแย้งกับพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. ๒๕๒๒ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัตินี้ จนกว่าจะมีกฎกระทรวง ระเบียบ หรือประกาศที่ออกตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. ๒๕๒๒ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ

การดำเนินการออกกฎกระทรวง ระเบียบ หรือประกาศตามวรรคหนึ่ง ให้ดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในสองปีนับแต่วันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ หากไม่สามารถดำเนินการได้ ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรายงานเหตุผลที่ไม่อาจดำเนินการได้ต่อคณะรัฐมนตรี” (2)

ต่อมาในวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2562 ก็ได้มีประกาศจากกระทรวงสาธารณสุขในราชกิจจานุเบกษา ซึ่งเป็นกฎหมายลำดับรองจาก พ.ร.บ.ยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๖๒ จำนวน 3 ฉบับ เกี่ยวกับการนิรโทษการครอบครองกัญชา ได้แก่

ฉบับที่ 1 เรื่อง การแจ้งการมีไว้ในครอบครองกัญชา สำหรับผู้มีคุณสมบัติตามมาตรา ๒๖/๕ และบุคคลอื่นที่มีผู้ป่วย ตามมาตรา ๒๒ (๒) ก่อนพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๖๒ ใช้บังคับ ให้ไม่ต้องรับโทษ พ.ศ. ๒๕๖๒ โดยกำหนดให้หน่วยงานหรือบุคคลผู้ครอบครองกัญชาก่อนกฎหมายมีผลใช้บังคับ เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ การรักษาผู้ป่วย การใช้รักษาโรคเฉพาะตัว หรือการศึกษาวิจัย ต้องแจ้งลักษณะและปริมาณกัญชาที่มีไว้ในครอบครองภายในเก้าสิบวันนับแต่พระราชบัญญัตินี้ดังกล่าว ใช้บังคับ

ฉบับที่ 2 เรื่อง การครอบครองยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ เฉพาะกัญชา สำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้ เพื่อรักษาโรคเฉพาะตัว ก่อนพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๖๒ ใช้บังคับ ให้ไม่ต้องรับโทษ พ.ศ. ๒๕๖๒ กำหนดให้ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ เฉพาะกัญชาเพื่อรักษาโรคเฉพาะตัว และมีไว้ในครอบครองยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ ดังกล่าวก่อนวันที่พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๖๒ ใช้บังคับ ให้แสดงเอกสารหรือหลักฐานที่แสดงอาการความเจ็บป่วยจากผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ หรือหมอพื้นบ้านตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการแพทย์แผนไทย และให้ผู้ป่วยหรือผู้แทนแจ้งการมีไว้ในครอบครอง ภายในกำหนดเก้าสิบวันนับแต่พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๖๒ ใช้บังคับ และให้ใช้ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ เฉพาะกัญชาดังกล่าวในการรักษาโรคเฉพาะตัว ต่อไปได้ ทั้งนี้ ปริมาณของกัญชาที่มีไว้ในครอบครองในการรักษาโรคเฉพาะตัว ต้องเหมาะสมกับลักษณะของโรค ปริมาณที่จำเป็นต้องใช้ ต้องไม่เกินเก้าสิบวันนับแต่วันที่พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๖๒ ใช้บังคับ

ฉบับที่ 3 เรื่อง การกำหนดให้ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ เฉพาะกัญชาตกเป็นของกระทรวงสาธารณสุข หรือให้ทำลายกัญชาที่ได้รับมอบจากบุคคล ซึ่งไม่ต้องรับโทษ ตามมาตรา ๒๒ แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๖๒

หลังจากประกาศฉบับที่ 2 นี้ออกมา กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานอาหารและยา (อย.) กระทรวงสาธารณสุข ก็ได้จัดทำคู่มือการดำเนินการสำหรับแจ้งการครอบครองกัญชาตามมาตรา ๒๒ แห่งพระราชบัญญัติยา

เสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๖๒ และเปิดรับแจ้งการขอครอบครองที่สำนักงานอาหารและยาสำหรับพื้นที่ ส่วนกลาง และที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสำหรับพื้นที่ส่วนภูมิภาค โดยผู้ที่มีความจำเป็นต้องใช้กัญชาในการรักษา โรคต้องมาแจ้งการครอบครองต่อเจ้าหน้าที่ภายในระยะที่เวลาที่กำหนดคือ 21 พฤษภาคม 2562 สำหรับตัวเลขสะสม ตั้งแต่วันที่เริ่มเปิดรับแจ้ง 27 กุมภาพันธ์ 2562 จนถึงวันที่ 21 พฤษภาคม 2562 มีผู้โทรศัพท์สอบถามเรื่องกัญชาเข้า มาที่ อย. จำนวน 139,977 ราย และแจ้งครอบครองกัญชาแล้ว 31,177 ราย(3) นอกจากนี้ สำหรับผู้ประกอบการวิชาชีพ ทั้งแผนปัจจุบันและแผนไทย ที่จะใช้ยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ ต้องได้รับการอบรมหลักสูตรจากกระทรวงสาธารณสุข หรือหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขให้การรับรอง ซึ่งปัจจุบันมีเฉพาะกรรมการแพทย์ และกรรมการแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือกเท่านั้น แพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร สามารถรับการอบรมได้ที่กรรมการแพทย์ ส่วนแพทย์แผน ไทย แผนไทยประยุกต์ และหมอพื้นบ้าน รับการอบรมกับกรรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ส่วนการ อบรมในหลักสูตรอื่น ๆ ที่กระทรวงสาธารณสุขไม่ได้ให้การรับรอง จะไม่สามารถนำมาใช้ประกอบการขออนุญาตเพื่อ ใช้กัญชากับผู้ป่วยได้ (4)

ในช่วงเดือนสิงหาคมถึงกันยายน พ.ศ. 2562 กระทรวงสาธารณสุขได้เตรียมเปิดคลินิกกัญชาทางการแพทย์ โดยใช้สารสกัดน้ำมันกัญชาทางการแพทย์ขององค์การเภสัชกรรม โดยบุคลากรทางการแพทย์ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกรที่ผ่านการอบรมในโรงพยาบาล 12 แห่งทั่วประเทศ ได้แก่ รพ.ลำปาง รพ.พุทธชินราช จ.พิษณุโลก รพ.สวรรคต ประจักษ์ จ.นครสวรรค์ รพ.สระบุรี รพ.ราชบุรี รพ.ระยอง รพ.ขอนแก่น รพ.อุดรธานี รพ.บุรีรัมย์ รพ.สรรพสิทธิ ประสงค์ จ.อุบลราชธานี รพ.สุราษฎร์ธานี รพ.หาดใหญ่ จ.สงขลา โดยให้โรงพยาบาลตั้งคณะกรรมการ Canabis Clinic เพื่อกำหนดแนวทางการดำเนินงานของคลินิก จัดทำคู่มือและแนวทางปฏิบัติเพื่อดูแลรักษา ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อ การรักษาสำหรับแพทย์ แพทย์แผนไทย และสหวิชาชีพ ได้แก่ แนวทางการใช้กัญชาทางการแพทย์สำหรับแพทย์แผน ปัจจุบันกำหนดกลุ่มโรคและกลุ่มอาการที่จะใช้สารสกัดน้ำมันกัญชาทางการแพทย์ อาทิ กล้ามเนื้อหดเกร็งในผู้ป่วย โรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง โรคลมชักที่ดื้อต่อยาแผนปัจจุบัน คลื่นไส้ อาเจียนจากยาเคมีบำบัด ภาวะปวดประสาทที่ ใช้การรักษาอื่น ๆ แล้วไม่ได้ผล สำหรับแพทย์แผนไทยจะใช้ยาดำรับแผนไทยปรุงผสมกัญชา 16 ตำรับ เช่น ผู้ป่วยโรค เื่อรังที่มีอาการนอนไม่หลับ ช่วยเจริญอาหาร ผู้ป่วยที่มีอาการจุกเสียด ท้องแข็งเกร็งเป็นเถาดาน เสียงแหบแห้ง ผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต ที่มีอาการเกร็งของกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง ผู้ป่วยที่มีอาการท้องผูก ปวดเมื่อยทั่วร่างกาย ขี้บวม และผู้ป่วยที่มีอาการลมจุกเสียดปวดมวนท้อง รวมทั้งได้จัดทำแนวทางการรักษาพิษจากการใช้สารสกัดน้ำมัน กัญชาและผลิตภัณฑ์กัญชาสำหรับหน่วยงานที่รับผู้ป่วยฉุกเฉิน กำหนดกลุ่มโรคและกลุ่มอาการ ข้อบ่งใช้สารสกัด น้ำมันกัญชาและยาดำรับแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม ขั้นตอนการเข้ารับบริการของผู้รับบริการ และข้อปฏิบัติในการ ดูแล รักษา ส่งต่อผู้ป่วย การเฝ้าระวังความปลอดภัย สถานพยาบาลที่ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย 7 แห่ง จะ ได้รับน้ำมันกัญชาสูตรตำรับแพทย์แผนไทย ได้แก่ พรพร.เด่นชัย จ.แพร่ รพ.หนองฉาง จ.อุทัยธานี รพ.ดอนตูม จ. นครปฐม รพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร จ.ปราจีนบุรี รพ.พระอาจารย์ฝั้น อาจาโร จ.สกลนครรพ.คูเมือง จ.บุรีรัมย์ และ รพ.ท่าฉาง จ.สุราษฎร์ธานี (<https://www.prachachat.net/spinoff/health/news-361967>)

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าจะมีประกาศเกี่ยวกับการนิรโทษครอบครองกัญชาและการให้บริการสารสกัดกัญชา ในโรงพยาบาลดังกล่าว ก็คาดการณ์ได้ว่ายังมีผู้ใช้กัญชาเพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์อีกจำนวนมากที่ไม่ได้มา แจ้งขอครอบครองฯ หรือไม่สามารถเข้าถึงยาจากโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งอาจจะมีผู้ใช้ กัญชาด้วยวัตถุประสงค์อื่นนอกเหนือจากการใช้เพื่อรักษาโรคอยู่ด้วย และอาจจะมาแจ้งขอครอบครองโดยอ้างเหตุผล

ทางการแพทย์เช่นกัน นอกจากนี้ ยังมีแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ทั้งแผนไทยและแผนปัจจุบันที่มีความคิดเห็น ความรู้และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างหลากหลาย ในส่วนของผู้ผลิตกัญชาและสารสกัดจากกัญชาเพื่อเป็นยารักษาโรคก็มีกลุ่มที่หลากหลาย ทำให้มีผลิตภัณฑ์กัญชา/สารสกัดจากกัญชาที่มีคุณภาพหลายระดับ กลุ่มผู้ผลิตเหล่านี้มีทั้งกลุ่มที่เปิดเผยตนเอง ผลิตและแจกจ่ายในลักษณะการกุศล เช่น มูลนิธิวัณข้าว วัดป่าสิริโพธิญาณ ต.ท้ายน้ำ อ.โพทะเล จ.พิจิตร เป็นต้น และกลุ่มที่ทำการค้าและยังค่อนข้างซ่อนเร้นอยู่ในปัจจุบัน (กลุ่มใต้ดิน)

การศึกษาสถานการณ์จริงในประเทศไทยในปัจจุบันเกี่ยวกับกลุ่มผู้ใช้กัญชาทางการแพทย์ รวมทั้งผู้ผลิต และผู้เกี่ยวข้องในบทบาทต่าง ๆ เช่นผู้รักษา และผู้ส่งจ่ายยา เป็นต้น ทั้งกลุ่มที่เปิดเผยตนเอง กลุ่มที่มาแจ้งขอครอบครอง กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยากัญชาจากโรงพยาบาลศูนย์ของกระทรวงสาธารณสุขและสถานพยาบาลทางการแพทย์แผนไทย และกลุ่มซ่อนเร้นที่ยังไม่เปิดเผยตนเองหรือไม่แจ้งขอครอบครองฯ จึงมีความจำเป็น เพื่อจะได้ทราบจำนวนความต้องการหรือความจำเป็นของผู้ใช้กัญชาทางการแพทย์ ศักยภาพการผลิต รูปแบบและคุณภาพของผลิตภัณฑ์ที่มีใช้อยู่ในปัจจุบัน เพื่อหาแนวทางพัฒนา และกำกับดูแลคุณภาพหรือมาตรฐานการผลิต เพื่อป้องกันผลกระทบทางลบที่อาจจะเกิดขึ้นจากการใช้ยาหรือผลิตภัณฑ์ที่ไม่มีคุณภาพเพียงพอ รวมทั้งทำให้นโยบายการใช้กัญชาทางการแพทย์นี้เกิดประโยชน์มากขึ้นกับประชาชนไทย

ในการนี้ผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ได้ประสานให้มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ เป็นองค์กรเชื่อมประสานหน่วยงานวิจัยต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการพัฒนางานวิจัยเพื่อศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันในประเทศไทย ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ และระดมความเห็นจากผู้มีส่วนได้เสียอย่างรอบด้าน เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาข้อเสนอแนะ/มาตรการ/แนวปฏิบัติย่อยที่เกี่ยวข้องต่อไป

7. วัตถุประสงค์ (Objectives)

7.1 วัตถุประสงค์หลัก

“เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันในด้านผู้ใช้กัญชาเพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์ในประเทศไทย”

7.2 วัตถุประสงค์รอง

1. เพื่อศึกษากลุ่มผู้ใช้กัญชาเพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์ในด้าน จำนวนโดยประมาณ การกระจายทางพื้นที่ ลักษณะประชากร ลักษณะทางสังคมและเศรษฐกิจ ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ของการใช้กัญชาหรือสารสกัดจากกัญชา ที่มาและความสามารถในการเข้าถึงกัญชาหรือสารสกัดของกัญชา การรับรู้ต่อประโยชน์และโทษของการใช้ รวมทั้งประสบการณ์ด้านผลกระทบทั้งทางบวกและทางลบที่เกิดขึ้นจริงจากการใช้กัญชาหรือสารสกัดจากกัญชา
2. เพื่อศึกษาผู้เกี่ยวข้องกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ในบทบาทของ ผู้ผลิต/พัฒนายาหรือผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์จากกัญชา แพทย์หรือบุคลากรสุขภาพผู้รักษา บุคลากรของรัฐและองค์กรภาคประชาชนหรือเอกชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลด้านกฎหมาย/นโยบายสาธารณะและสวัสดิการสังคม ผู้อยู่เบื้องหลังการผลิตกัญชาเพื่อการรักษา แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่รับภาระการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจากการใช้กัญชา ญาติผู้ป่วยที่ใช้กัญชาเพื่อรักษาโรค และเครือข่ายผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใช้กัญชาทาง

การแพทย์ ในด้านความรู้ความเข้าใจ ความคิดเห็น และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการใช้กัญชาทางการแพทย์

8. กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual framework)

ภายหลังการประกาศใช้พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๖๒ และมีประกาศ กฎหมาย ย่อย หรือแนวปฏิบัติในการรับแจ้งขอครอบครองกัญชาเพื่อใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ รวมทั้งประกาศหรือแนวปฏิบัติอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง จะมีผู้มาแจ้งขอครอบครองกัญชาจำนวนหนึ่ง ซึ่งจำนวนผู้มาขอครอบครองฯ นี้จะไม่ใช่อีกจำนวนผู้ใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์จริงที่อยู่ในประเทศไทย เพราะน่าจะมีผู้ใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์อีกจำนวนหนึ่งที่ไม่ได้มาแจ้งขอครอบครองฯ (ผู้ใช้ได้ดิน) ในขณะเดียวกันย่อมมีผู้ที่มาขอครอบครองฯ แต่ไม่ได้ใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ (ผู้ขอแอบแฝง) ดังนั้นจำนวนจริงของประชากรผู้ใช้กัญชาทั้งที่ใช้เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์และเพื่อวัตถุประสงค์อื่น ย่อมมีมากกว่าผู้ที่มาแจ้งขอครอบครองตามกฎหมาย

ในการศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันในด้านผู้ใช้กัญชาเพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์ในประเทศไทยตามวัตถุประสงค์หลักของโครงการนี้ จึงประกอบด้วยการศึกษาในผู้ใช้กัญชาที่มาจากแจ้งครอบครองฯ ผู้ใช้ยาที่ ได้รับจากโรงพยาบาลที่มีคลินิกให้บริการยา กัญชา ผู้ใช้ที่ได้รับยาจากแหล่งอื่นๆ รวมทั้งที่ใช้แอบแฝงซึ่งไม่ได้ใช้ กัญชาเพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์อีกด้วย (กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ) นอกจากนี้ เพื่อให้ได้ข้อมูล/ความรู้ทั้ง จากฝั่งผู้ใช้กัญชาทางการแพทย์ และผู้ที่เกี่ยวข้องในด้านอื่นๆ จึงรวมการศึกษาในผู้ผลิตยา กัญชา ผู้ให้บริการ กัญชาทางการแพทย์ ผู้สนับสนุนผลักดันการใช้กัญชาทางการแพทย์ และผู้ได้รับผลกระทบจากการใช้กัญชาทาง การแพทย์อีกด้วย (กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ) ซึ่งผู้ใช้กัญชาและผู้เกี่ยวข้องเหล่านี้จะกระจายอยู่ในพื้นที่ต่างๆ ของ ประเทศ และมีลักษณะทางประชากร/สังคม/เศรษฐกิจ พหุวัฒนธรรมการใช้ การเข้าถึงกัญชา/สารสกัดจากกัญชา ความรู้และความคิดเห็นแตกต่างกัน กรอบแนวคิดของโครงการนี้ จึงครอบคลุมการศึกษาผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายและ ประเด็นต่างๆ ดังกล่าว

9. การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (Literature review)

9.1 การใช้กัญชาทางการแพทย์

กัญชาเป็นสารเสพติด ซึ่งถูกจัดให้เป็นยาเสพติดประเภทที่ 5 ตาม พ.ร.บ.ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ใน ประเทศไทย คำว่า การใช้กัญชาทางการแพทย์ (medical cannabis or marijuana) หมายถึง การใช้พืชกัญชาทั้งต้น ที่ยังไม่ได้ถูกแปรรูปหรือการใช้สารสกัดจากพืชกัญชาในการรักษาอาการของความเจ็บป่วย โรค หรือภาวะต่าง ๆ ทาง การแพทย์

สารออกฤทธิ์ที่มีอยู่ในกัญชาเรียกว่า สาร cannabinoids ซึ่งมีอยู่กว่า 100 ชนิด ปัจจุบันมีหลักฐานชัดเจนว่า กัญชามีสาร cannabinoids ที่เป็นประโยชน์ในการผลิตเป็นยาเพื่อใช้ในการรักษาทางการแพทย์ สารที่สำคัญมีสอง ชนิด คือ delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) และ cannabidiol (CBD) THC เป็นตัวที่ทำให้เกิดอาการเคลิ้มสุข (high) ในผู้ที่เสพกัญชา สามารถเพิ่มความอยากอาหารและลดอาการคลื่นไส้ THC ยังอาจจะสามารถลดความเจ็บปวด

การอักเสบ (อาการบวมแดง) และปัญหาในการควบคุมกล้ามเนื้อ ส่วน CBD เป็น cannabinoid ที่ไม่มีฤทธิ์ให้เกิดอาการเคลิ้มสุข จึงไม่ค่อยเป็นที่นิยมในการนำมาใช้เพื่อการบันเทิง เพราะไม่ทำให้เกิดอาการ “เมาเกิน” CBD อาจจะเป็นประโยชน์ในการลดความเจ็บปวดและอักเสบ ควบคุมอาการชักในโรคลมชัก และอาจจะใช้ในการรักษาโรคทางจิตเวชบางชนิดได้อีกด้วย

ในปัจจุบันได้มีการผลิตยาหลายชนิดจากกัญชาเพื่อใช้ในการรักษาโรค และได้รับการรับรองให้ใช้ได้ในประเทศ เช่น ยา dronabinol และ nabilone เป็นสารสังเคราะห์ซึ่งมีส่วนประกอบของ THC ใช้ในการรักษาอาการคลื่นไส้ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด กระตุ้นความอยากอาหารในผู้ป่วยที่มีอาการเบื่ออาหาร และสูญเสียน้ำหนักตัวจากความเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยมะเร็งหรือผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยอื่น ๆ ที่เบื่ออาหาร และน้ำหนักน้อย ยา Epidiolex® เป็นยาน้ำที่มีส่วนประกอบของ CBD ใช้ในการรักษาโรคลมชักชนิดรุนแรงในเด็ก (Dravet syndrome และ Lennox-Gastaut syndrome) ยาทั้งสามชนิดนี้ได้รับการรับรองจากองค์การอาหารและยาของประเทศสหรัฐอเมริกาให้ใช้ได้ตามข้อบ่งชี้ดังกล่าว ในประเทศสหราชอาณาจักร แคนาดา และประเทศในภาคพื้นยุโรปอีกหลายประเทศยังได้รับรองการใช้ยา nabiximols (Sativex®) ซึ่งเป็นยาพ่นปากที่มีส่วนประกอบของทั้ง THC และ CBD ในการรักษาปัญหาในการควบคุมกล้ามเนื้อที่เกิดจากโรค multiple sclerosis (MS) เป็นต้น (5) นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาวิจัยทั้งในระดับพรีคลินิกและคลินิกเกี่ยวกับประโยชน์ของ THC, CBD, และสาร cannabinoids ชนิดอื่นในการรักษาโรค จากหลักฐานวิชาการ ณ ปัจจุบันสามารถสรุปถึงผลของกัญชาและสาร cannabinoids ในการรักษาโรคได้ดังนี้ (6)

ระดับของหลักฐานวิชาการ	ข้อสรุป
มีข้อสรุปยืนยันหนักแน่นมาก ว่ากัญชาหรือสาร cannabinoids มีประสิทธิผล	<ol style="list-style-type: none"> 1) รักษาอาการปวดเรื้อรังในผู้ใหญ่ (cannabis) 2) เป็นยาด้านอาการอาเจียน (antiemetics) ในการรักษาภาวะคลื่นไส้ อาเจียนที่เกิดจากการได้รับเคมีบำบัด (oral cannabinoids) 3) ช่วยทำให้อาการกล้ามเนื้อเกร็ง (spasticity) ที่รายงานโดยผู้ป่วยเอง ในผู้ป่วย multiple sclerosis ดีขึ้น (oral cannabinoids)
หลักฐานวิชาการระดับปานกลาง ว่ากัญชาหรือสาร cannabinoids มีประสิทธิผล	ช่วยให้อาการนอนหลับดีขึ้นในผู้ป่วยที่มีปัญหาการนอนหลับจากภาวะ obstructive sleep apnea syndrome, fibromyalgia, chronic pain, and multiple sclerosis (cannabinoids, primarily nabiximols)

ระดับของหลักฐานวิชาการ	ข้อสรุป
หลักฐานวิชาการจำกัด (น้อย) ว่า กัญชาหรือสาร cannabinoids มีประสิทธิภาพ	<ol style="list-style-type: none"> 1) เพิ่มความอยากอาหาร และลดการสูญเสียน้ำหนักในผู้ป่วย HIV/AIDS (cannabis and oral cannabinoids) 2) ช่วยทำให้อาการกล้ามเนื้อเกร็ง (spasticity) ที่ประเมินโดยผู้รักษา ในผู้ป่วย multiple sclerosis ดีขึ้น (oral cannabinoids) 3) ช่วยทำให้อาการของ Tourette syndrome ดีขึ้น (THC capsules) 4) ช่วยทำให้อาการวิตกกังวลดีขึ้น ในผู้ป่วยโรค social anxiety disorders ประเมินโดยการทดสอบการพูดในที่สาธารณะ (cannabidiol) 5) ช่วยทำให้อาการของโรคเครียดหลังเผชิญภัยพิบัติดีขึ้น (nabilone)
ยังไม่มีหลักฐานวิชาการเพียงพอที่จะสรุปว่า กัญชาหรือสาร cannabinoids มีประสิทธิภาพในการรักษา	<ol style="list-style-type: none"> 1) มะเร็ง และเนื้องอกในสมองชนิด glioma (cannabinoids) 2) ผอมแห้งภาวะทุพโภชนาการ จากโรคมะเร็ง (Cancer-associated anorexia cachexia syndrome) และโรค anorexia nervosa (cannabinoids) 3) อาการของโรค irritable bowel syndrome (dronabinol) 4) โรคลมชัก (cannabinoids) 5) อาการเกร็งในผู้ป่วยอัมพาตที่เกิดจากการบาดเจ็บของไขสันหลัง spinal cord injury (cannabinoids) 6) อาการของโรค amyotrophic lateral sclerosis (cannabinoids) 7) Chorea และอาการทางจิตประสาทของโรค Huntington's disease (oral cannabinoids) 8) อาการของระบบกล้ามเนื้อจากโรค Parkinson's disease หรือ levodopa-induced dyskinesia (cannabinoids) 9) Dystonia (nabilone and dronabinol) 10) ภาวะติดสารเสพติด (cannabinoids) 11) อาการทางจิตเวชในผู้ป่วย schizophrenia หรือ schizophreniform psychosis (cannabidiol)

สำหรับประเทศไทย คณะทำงานเพื่อพิจารณานำกัญชามาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ (ชุด 3) กระทรวงสาธารณสุข ได้สรุปข้อมูล ณ วันที่ 11 ธันวาคม 2561 แบ่งการใช้ประโยชน์ของกัญชาทางการแพทย์ออกเป็นสามกลุ่มตามหลักฐานวิชาการเชิงประจักษ์ (7) ได้แก่

กลุ่มที่ 1 มีข้อมูลเชิงประจักษ์ว่า “ได้ประโยชน์” ในโรค/ภาวะต่อไปนี้

- ภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากเคมีบำบัด
- โรคลมชักรักษายากในเด็ก & โรคลมชักที่ดื้อต่อยารักษา
- ภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็งในผู้ป่วยปลูกประสาทเสื่อมแข็ง
- อาการปวดประสาทที่รักษาด้วยวิธีต่างๆ ไม่ได้ผล

กลุ่มที่ 2 มีข้อมูลเชิงประจักษ์ว่า “น่าจะได้ประโยชน์ (ควบคุมอาการ)” ในโรค/ภาวะต่อไปนี้

- โรคพาร์กินสัน โรคอัลไซเมอร์
- โรคปลูกประสาทอักเสบ โรควิตกกังวลไปทั่ว
- ผู้ป่วยที่ดูแลแบบประคับประคอง ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

กลุ่มที่ 3 มีข้อมูลเชิงประจักษ์ว่า “อาจจะได้ประโยชน์” ในโรค/ภาวะต่อไปนี้

- การรักษามะเร็งต่างๆ โดยต้องศึกษาในหลอดทดลอง สัตว์ทดลอง ก่อนศึกษาในมนุษย์

การใช้กฎหมายทางการแพทย์แผนไทย แพทย์ทางเลือก และแพทย์พื้นบ้าน

กฎหมายมีการใช้ในทางการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกมาตั้งแต่อดีตแล้ว โดยตำรับยาดั้งเดิมที่มีกฎหมายเป็นส่วนผสมมีกว่า 60 ตำรับ เมื่อวันที่ 11 เมษายน พ.ศ.2562 ที่ผ่านมา รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขออกประกาศตำรับยาแผนไทยที่มีกฎหมายปรุงผสมอยู่ในตำราการแพทย์แผนไทย โดยคำแนะนำของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกและสภาการแพทย์แผนไทย โดยเป็นตำรับยาที่ได้รับอนุญาตให้ผลิตในประเทศ ภายใต้การรักษาโรคกรณีจำเป็นสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย และเป็นตำรับยาที่ได้รับอนุญาตภายใต้โครงการศึกษาวิจัย ที่ได้รับอนุญาตจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ตำรับยาที่หมอพื้นบ้านปรุงขึ้นจากองค์ความรู้ และภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยที่ชัดเจน และได้รับการรับรองจากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ทั้งนี้ วัตถุประสงค์จากกฎหมายต้องไม่สามารถแยกเป็นช่อดอก ใบ เพื่อนำไปใช้ในทางที่ผิดได้ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

สำหรับตำรับยาดังกล่าวมี 16 ตำรับ ได้แก่ ยาอัคคินิวดณะ ยาสุขไสยาสน์ ยาแก้ลมเนาวนาริวิโย ยาน้ำมันสนั่นไตรภพ ยาแก้ลมขึ้นเบื้องสูง ยาไฟอาวุธ ยาแก้ลมอ่อนไม่หลับหรือยาแก้ไข่มอมเหลื่อง ยาแก้สั่นทขาด กล่อนแห้ง ยาอัมฤตโอสถ ยาโกลยาสาลี ยาแก้ลมแก้เส้น ยาแก้โรคจิต ยาไฟสาธิต ยาพาริตสิดวงทวารหนักและโรคผิวหนัง ยาทำลายพระสุเมรุ และยาทัพยาริ ทั้งนี้ ยาทั้ง 16 ตำรับดังกล่าว ส่วนใหญ่ใช้รักษาเรื่องลม การนอนหลับ แก้ปวดรับประทานอาหารได้ เน้นการส่งเสริมสุขภาพ ดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง (8)

9.2 สถานการณ์ปัญหาการเสกกฎหมายในทางที่ผิดและผลกระทบในประเทศไทย

ถึงแม้ว่ากฎหมายจะมีประโยชน์ทางการแพทย์มากมายดังกล่าวนั้นแล้ว แต่การเสกกฎหมายก็ทำให้เกิดอันตรายได้มากมายเช่นกัน กฎหมายมีผลเสียต่อประสาทสมองและร่างกายหลายอย่าง ผลเสียที่เกิดขึ้นทันทีหลังเสกได้แก่ ความจำระยะสั้น สมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถทางปัญญาอื่น ๆ บกพร่อง การเคลื่อนไหวและการทรงตัว บกพร่อง หัวใจเต้นเร็ว วิตกกังวล หวาดระแวง และอาจมีอาการทางจิต เมื่อใช้ต่อไปในระยะเวลานานขึ้นจะทำให้เกิดความบกพร่องในการประสานเคลื่อนไหว และมีอาการนอนไม่หลับ ประสาทหลอน หลงผิด หวาดระแวง ความคิด

สับสน ไม่สามารถควบคุมสิ่งต่าง ๆ ได้ ตื่นตกใจง่าย ส่วนในผู้ที่เสพกัญชาเป็นประจำเป็นเวลานาน จะทำให้เกิดภาวะเสพติดกัญชา มีความบกพร่องในการเรียนรู้ ความจำ และสติปัญญา หลอดลมอักเสบ ไอเรื้อรัง เพิ่มความเสี่ยงในการติดสารเสพติดชนิดอื่น และสัมพันธ์กับการเกิดโรคทางจิตเวชได้หลายชนิด เช่น ทำให้เกิดโรคจิต เพิ่มความเสี่ยงของการเป็นโรคจิตเภทในคนที่มีความผิดปกติทางพันธุกรรม โรคซึมเศร้า การฆ่าตัวตาย และโรควิตกกังวล เป็นต้น การใช้กัญชาอย่างหนักยังมีความสัมพันธ์กับการมีรายได้น้อยการพึ่งพิงสวัสดิการของรัฐ การว่างงาน และการไม่มีความสุขในชีวิต (9)

จากการสำรวจครัวเรือนระดับชาติเพื่อประมาณการจำนวนผู้ใช้สารเสพติดล่าสุดในปี พ.ศ. 2559 พบว่าประชากรซึ่งรายงานว่า มีประสบการณ์ “เคยใช้สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่งในชีวิต” ซึ่งเป็นผู้ใช้สารเสพติดสะสมมีจำนวนประมาณ 2,964,444 คน หรือคิดเป็น 58.16 ต่อ 1,000 ของประชากรอายุ 12-65 ปี ผู้ที่รายงาน “ใช้สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่งใน 1 ปี” ซึ่งเป็นกลุ่มที่ควรเฝ้าระวังมีจำนวนประมาณ 1,425,342 คนหรือคิดเป็น 27.97 ต่อประชากร 1,000 คน โดยพบว่ากัญชาเป็นสารเสพติดที่คนนิยมใช้เป็นอันดับสองรองลงมาจากใบกระท่อม คาดประมาณประชากรไทยผู้เคยเสพยาในหนึ่งปีก่อนการสำรวจใน ปีพ.ศ. 2559 มีจำนวนทั้ง สิ้น 188,496 คน หรือคิดเป็นอัตรา 3.70 ต่อประชากร 1,000 คนที่มีอายุ 12-65 ปี อัตราการใช้กัญชาสูงที่สุดอยู่ในภาคเหนือ (8.42 ต่อ 1,000 คน) รองลงมาเป็นภาคใต้ (5.13 ต่อ 1,000 คน) ภาคกลาง (2.34 ต่อ 1,000 คน) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (2.27 ต่อ 1,000 คน) และกรุงเทพฯ (0.43 ต่อ 1,000 คน) ตามลำดับ โดยผู้ใช้ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่า ความชุกของการใช้กัญชาสูงที่สุดอยู่ที่กลุ่มอายุ 25-44 ปี คิดเป็นอัตราความชุก 27.23 ต่อ 1,000 คน รองลงมาได้แก่ กลุ่มอายุ 45-65 ปี มีอัตราความชุก 23.82 ต่อ 1,000 คน กลุ่มอายุ 20-24 ปีมีอัตราความชุก 12.58 ต่อ 1,000 คน และกลุ่มอายุ 12-19 ปีมีอัตราความชุก 7.54 ต่อ 1,000 คน ตามลำดับ (10) นอกจากนี้ การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตระดับชาติ พ.ศ. 2556 ประมาณการความชุกตลอดชีพ (lifetime prevalence) ของภาวะความผิดปกติจากการใช้กัญชา (cannabis use disorders) เท่ากับร้อยละ 0.67 (11)

9.3 ผลกระทบจากการอนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์

ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากกฎหมายการอนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์อาจเป็นทั้งผลกระทบด้านบวกและด้านลบ โดยผลกระทบด้านบวกที่เกิดขึ้น ได้แก่ ประโยชน์ทางการแพทย์สำหรับบำบัดรักษาผู้ป่วย เช่น รักษาอาการปวดเรื้อรังรุนแรงในผู้ใหญ่ที่ไม่ตอบสนองต่อยาแผนปัจจุบันที่มีอยู่ รักษาปัญหาการควบคุมกล้ามเนื้อจากโรค Multiple Sclerosis รักษาภาวะคลื่นไส้อาเจียนที่เกิดจากการได้รับเคมีบำบัด รักษาโรคมะเร็งบางชนิด เป็นต้น นอกจากนี้ยังเป็นการเปิดช่องให้สามารถทำการศึกษาวิจัยและพัฒนา กัญชาเพื่อการบำบัดรักษาหรือพัฒนาตำรับได้มากขึ้น ซึ่งจะเป็ประโยชน์ทางการแพทย์ในอนาคต รวมทั้งหากอนุญาตให้มีการรวมกลุ่มเพาะปลูกกัญชาได้ ก็อาจจะเป็ผลดีต่อเกษตรกรในประเทศ ในด้านอุตสาหกรรม อาจมีการสกัด แปรรูป และจัดทำผลิตภัณฑ์สำเร็จรูปของกัญชาเพื่อการบริโภคในประเทศ ซึ่งจะช่วยลดการนำเข้ายาเข้าจากต่างประเทศ และสามารถส่งออกผลิตภัณฑ์ดังกล่าวไปยังต่างประเทศ และกระตุ้นการเติบโตของเศรษฐกิจได้อีกทาง

ประเทศสหรัฐอเมริกาได้เริ่มอนุญาตให้กัญชาถูกต้องตามกฎหมายได้ในสองรัฐ ได้แก่ รัฐโคโลราโด และรัฐวอชิงตัน ในปี พ.ศ. 2555 และอนุญาตเพิ่มขึ้นอีกสองรัฐ ได้แก่ รัฐโอเรกอน และรัฐอิลลาซกา ในปี พ.ศ. 2557 และต่อมาในอามะเอดิลัมเบียในวอชิงตันดิสก็อนุญาตให้เพาะปลูกและครอบครองกัญชาได้ในปี พ.ศ. 2557 เป็นต้นมา โดยในรัฐโคโลราโดเริ่มให้มีการซื้อขายกัญชาได้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 เป็นต้นมา

จากการศึกษารวบรวมผลกระทบของการอนุญาตให้ใช้กัญชาถูกต้องตามกฎหมายในสี่รัฐของประเทศสหรัฐอเมริกา พบข้อมูลที่สำคัญในด้านต่างๆ ดังนี้ (12)

ผลกระทบต่อสังคมและเยาวชน หลังการอนุญาตให้ใช้ได้ 4 รัฐ พบว่าเยาวชนจำนวนมากเริ่มทดลองใช้ ทำให้จำนวนผู้ใช้กัญชาที่มีอายุระหว่าง 12-17 ปี ในรอบ 1 เดือน สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ โดยเฉพาะในรัฐอลาสก้า และรัฐโอเรกอนที่ขึ้นเป็นอันดับต้น ๆ ของประเทศทันที รัฐโคโลราโดมีจำนวนผู้ใช้กัญชาในช่วงอายุเยาวชนเพิ่มขึ้นร้อยละ 65 จากปีก่อนหน้า และมีรายงานตัวเลขของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จที่ตรวจพบสารกัญชาในร่างกายเพิ่มขึ้นเช่นกัน การควบคุมการขายปลีก แม้จะมีการอนุญาตให้ขายกัญชาได้อย่างถูกกฎหมาย แต่ทั้ง 4 รัฐก็ยังคงมีเงื่อนไข บางอย่างในการจำกัดการขาย เช่น อายุผู้ซื้อ เวลาในการซื้อขาย และปริมาณ ในทางปฏิบัติพบว่ามีการละเมิดข้อกำหนด โดยเฉพาะการแอบขายให้เด็กที่อายุไม่ถึงเกณฑ์ ซึ่งพบมากกว่าครึ่งหนึ่งจาก 424 กรณีที่ละเมิดเงื่อนไขทั้งหมด การใช้สารเสพติดชนิดอื่น ๆ แม้จะมีการคาดการณ์ว่าเมื่ออนุญาตให้ใช้กัญชาได้ทั่วไปแล้ว จะทำให้ประชาชนลดการใช้สารเสพติดชนิดอื่น แต่ในความเป็นจริง สารเสพติดอื่นไม่ได้ลดลงไปด้วย ในรัฐโอเรกอนพบว่าเยาวชนที่อายุต่ำกว่า 21 ปี ที่กลายเป็นนักดื่มแบบหนัก ส่วนหนึ่งเป็นกลุ่มเดียวกันกับผู้ใช้กัญชาที่เริ่มใช้ครั้งแรกหลังการเปลี่ยนกฎหมาย นอกจากนั้น ในรัฐโคโลราโดพบว่าปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์เฉลี่ยเพิ่มขึ้นร้อยละ 8 หลังการอนุญาตให้ใช้กัญชาถูกกฎหมาย

นอกจากนั้นยังพบว่าการอนุญาตให้ใช้กัญชาอย่างเสรี จะทำให้มีผู้ใช้ยาเสพติดกลุ่มสารฝิ่นเพิ่มมากขึ้น โดยรูปแบบการใช้จะเหมือนกับการใช้ยาเสพติดในที่อื่น ๆ ของโลก โดยผู้ใช้จะเริ่มใช้จากยาเสพติดที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทน้อยไปหา มาก ดังนั้นเยาวชนที่เริ่มใช้กัญชายังใช้มากเท่าไร ก็คาดเดาได้ว่าในอนาคตจะมีผู้ใช้ยาเสพติดกลุ่มสารฝิ่นมากยิ่งขึ้น จากข้อมูลที่เก็บรวบรวมในรัฐโคโลราโด 5 ปีหลังการเปิดเสรีกัญชา พบว่าจำนวนผู้เสียชีวิตจากการใช้ยาเสพติดกลุ่มสารฝิ่นกลับเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนที่จะเปิดเสรีกัญชา

ผู้ป่วยในโรงพยาบาลและห้องฉุกเฉิน เมื่อกัญชาเสกกันง่าย ตัวเลขของผู้ป่วยที่ถูกส่งเข้าโรงพยาบาลเพราะเสกกัญชาเพิ่มขึ้นอย่างน่าตกใจ ในรัฐออริกอนก่อนหน้านี้จะอนุญาตให้ใช้กัญชาได้ จำนวนผู้ป่วยของห้องฉุกเฉินที่มาด้วยภาวะที่เกี่ยวข้องกับการใช้กัญชาเฉลี่ยที่ 32 คนต่อเดือน แต่หลังจากอนุญาตเพิ่มขึ้นเป็น 434 คน หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 2000 ที่รัฐโคโลราโดและรัฐวอชิงตันมีการโทรศัพท์เข้ามาในศูนย์พิษวิทยาของรัฐ เพื่อสอบถามข้อมูลของอาการพิษจากกัญชามากขึ้นถึงร้อยละ 210 และร้อยละ 70 ตามลำดับ

กัญชาในตลาดมืด เนื่องจากเงื่อนไขในการปลูก ซื้อ และ ขายกัญชา อย่างถูกกฎหมายค่อนข้างซับซ้อน จึงทำให้เกิดการลักลอบปลูก ซื้อ และขายในตลาดมืด ความตั้งใจจะลดปัญหากัญชาผิดกฎหมายของรัฐจึงสวนทางกับข้อเท็จจริงทางสถิติ โดยพบว่า ในรัฐโคโลราโดมีการลักลอบปลูกกัญชาเพิ่มขึ้นร้อยละ 50 มีการจับกุมกัญชาผิดกฎหมายมากขึ้น มีการส่งกัญชาออกไปขายต่างรัฐด้วยปริมาณมากขึ้น ทำให้มีการจับกุมการลักลอบขายกัญชาออนไลน์นี้มากขึ้นถึงร้อยละ 884 นอกจากนั้นมีการประเมินว่าปริมาณการซื้อขายกัญชาในตลาดทั้งหมดของรัฐออริกอนอยู่ในตลาดมืดถึงร้อยละ 70

อาชญากรรม อาชญากรรมเกิดขึ้นหลายเท่าตัวในทั้งสี่รัฐ ทั้งการโจรกรรม การใช้ความรุนแรง แม้ว่าการอนุญาตให้ใช้กัญชาจะไม่ใช้เหตุผลโดยตรงหรือเหตุผลหลักที่อธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น แต่ผู้เชี่ยวชาญ ทั้งตำรวจ นักกฎหมาย และนักวิชาการต่างกล่าวว่าการเปลี่ยนกฎหมายนี้เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้อาชญากรรมเพิ่มขึ้น

เมา (กัญชา) แล้วขับ ในรัฐโคโลราโดพบว่า อุบัติเหตุจราจรที่รุนแรงที่เกิดจากคนเมากัญชาแล้วขับเพิ่มขึ้นร้อยละ 88 ผู้เสียชีวิตจากคนเมากัญชาแล้วขับเพิ่มขึ้นร้อยละ 66 ส่วนในรัฐวอชิงตันและรัฐออริกอนพบว่าอุบัติเหตุจากคนเมากัญชาแล้วขับเพิ่มขึ้นมากกว่าเดิมเช่นกัน

โดยสรุป ผลกระทบด้านลบที่มีการศึกษาและรายงานไว้ในต่างประเทศ อาจแบ่งได้เป็น

1) ผลกระทบทางตรงต่อสุขภาพของผู้ใช้กัญชา เช่น งานวิจัยในสหรัฐอเมริกาการค้นพบความสัมพันธ์ของการใช้กัญชาทางการแพทย์และปัญหาในระบบทางเดินหายใจในผู้ใช้กัญชา เช่น การเพิ่มขึ้นของอาการไอเรื้อรัง การมีเสมหะมาก ภาวะหลอดลมอักเสบเรื้อรัง และการเปลี่ยนแปลงของการทำงานของสมองที่อาจนำไปสู่โรคทางจิตเวช และ cannabis use disorders เป็นต้น (6,13,14)

2) ผลกระทบทางด้านสุขภาพของบุคคลในครอบครัวหรือชุมชน เช่น งานวิจัยพบว่า อัตราการใช้ห้องฉุกเฉินจากอุบัติเหตุการกลืนกินกัญชาในเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญในมลรัฐที่ผ่านกฎหมายฯ เทียบกับมลรัฐที่ไม่ผ่านกฎหมายฯ เป็นต้น นอกจากนี้ หากได้รับกัญชาในปริมาณที่มากเกินไปส่งผลต่อความสามารถในการขับชีพาหนะ นำไปสู่การเกิดอุบัติเหตุที่เพิ่มขึ้นได้ (15,16)

3) ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและสังคม เช่น การอนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์อาจส่งผลให้ความต้องการใช้กัญชาเพิ่มขึ้น จากการวิเคราะห์ข้อมูลในฐานข้อมูลของมลรัฐ Oregon และ Colorado พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับกัญชาร้อยละ 90 รายงานว่ามีอาการปวดรุนแรงเรื้อรัง ซึ่งเป็นภาวะที่รายงานโดยผู้ป่วยเอง(17) นอกจากนี้การอนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ในกลุ่มผู้ป่วยบางกลุ่ม อาจทำให้เกิดผลกระทบทางลบต่อประชากรส่วนใหญ่ได้ เนื่องจากจำนวนผู้ใช้กัญชาที่ถูกส่งไปสถานบำบัดยาเสพติดเพิ่มสูงขึ้นหลังจากมีการประกาศใช้กฎหมายดังกล่าว ซึ่งเป็นภาระงบประมาณสำหรับการจัดบริการ โดยสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนี้ส่วนหนึ่งเกิดจากการรับรู้เกี่ยวกับอันตรายของกัญชาลดลง สังคมสามารถยอมรับการใช้กัญชาได้มากขึ้น(18,19) ซึ่งเป็นข้อกังวลว่าการใช้กัญชาอาจนำไปสู่การใช้ยาเสพติดชนิดรุนแรงกว่าในอนาคตได้

9.4 การสำรวจเพื่อประมาณจำนวนประชากรกลุ่มซ่อนเร้น

วิธีการสำรวจโดยการเก็บข้อมูลเพื่อประมาณค่าประชากรกลุ่มเสี่ยงตามที่องค์การอนามัยโลกแนะนำมีทั้งการเก็บข้อมูลจากประชากรทั่วไป เพื่อประมาณค่าประชากรกลุ่มที่เข้าถึงยาก และวิธีการสำรวจด้วยการเก็บข้อมูลในกลุ่มประชากรที่เข้าถึงยากโดยตรง (20) วิธีที่จะกล่าวถึงในการศึกษาครั้งนี้คือ การขยายเครือข่ายกลุ่มเป้าหมาย หรือ Respondent-driven Sampling : RDS ซึ่งเป็นวิธีที่มีการนำไปใช้อย่างแพร่หลาย โดยพัฒนาจากการสุ่มตัวอย่างแบบก้อนหิมะ (snowball sampling) กลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการสำรวจจัดเป็นการสุ่มตัวอย่างแบบไม่ใช้ความน่าจะเป็นที่มีการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง โดยเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่เข้าถึงยาก กลุ่มที่ซ่อนเร้นหรือกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น ผู้ที่ใช้สารเสพติดชนิดฉีด ชายรักชาย หญิงขายบริการทางเพศ ชายขายบริการทางเพศ เป็นต้น เทคนิคการสุ่มตัวอย่างแบบการขยายเครือข่ายกลุ่มเป้าหมายนี้ลดความลำเอียงในการสุ่มตัวอย่างแบบก้อนหิมะโดยมีเงื่อนไขที่สำคัญคือ การให้ค่าตอบแทนในการให้สัมภาษณ์และการที่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ช่วยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างถัดไปหรือเพื่อน ขั้นตอนเริ่มจากเจ้าหน้าที่คัดเลือกตัวอย่างหน่วยแรกเพื่อเป็นตัวอย่างตั้งต้น หลังจากนั้นให้ตัวอย่างทำการคัดเลือกเพื่อนสำหรับมาเป็นตัวอย่างถัดไปมาอีก 3 คน โดยจะได้รับค่าตอบแทน 2 ครั้ง ค่าตอบแทนครั้งที่

1 จะได้รับเมื่อสัมภาษณ์เสร็จ ค่าตอบแทนครั้งที่ 2 จะได้รับเมื่อแนะนำเพื่อนคนถัดไป เมื่อตัวตั้งต้นเลือกเพื่อนมาจากเครือข่ายของตนเองและผ่านการสัมภาษณ์เรียบร้อยแล้ว จะถือว่ารุ่นที่ 1 เสร็จสมบูรณ์ ในทำนองเดียวกัน ตัวอย่างรุ่นที่ 1 ก็จะกลายเป็นผู้คัดเลือก ซึ่งทำหน้าที่เลือกกลุ่มสมาชิกมาเข้าร่วมการสำรวจต่อไป โดยตัวอย่างรุ่นแรกไม่ถือว่าได้มาจากการสุ่มเลือกตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างรุ่นหลัง (ตั้งแต่รุ่น2เป็นต้นไป) เป็นอิสระจากรุ่นแรก การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจะจบลงก็ต่อเมื่อสัดส่วนในตัวแปรที่สนใจของกลุ่มตัวอย่างที่ค่าคงที่ โดยปกติแล้วการสุ่มตัวอย่างจะทำต่อไปเรื่อย ๆ จำนวน 4-6 รุ่น ถึงจะได้สัดส่วนคงที่ ซึ่งเรียกว่า จุดดุลยภาพ และการที่จะประเมินว่าถึงจุดดุลยภาพหรือไม่นั้น ทำได้ด้วยการติดตามดูการแกว่ง (ความไม่คงที่) ของสัดส่วนตัวแปรที่สนใจจากรุ่นต่อรุ่นในช่วงที่ทำการสุ่มตัวอย่าง และถ้าการแกว่งมีน้อยกว่าระดับที่ตั้งไว้ก่อนไม่เกินร้อยละ 2 จะถือว่าได้ถึงจุดดุลยภาพ โดยช่วยลดความลำเอียง 4 ข้อ ที่เกิดจากการสุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบก้อนหิมะ (snowball sampling) ดังนี้คือ

- 1) การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่ม เนื่องจากผู้เข้าร่วม ถูกคัดเลือกโดยการสุ่มผ่านเครือข่ายเพื่อนอย่างน้อยสี่รุ่น
- 2) แนวโน้มที่ผู้เข้าร่วมจะคัดเลือกคนที่มีลักษณะเหมือนตนเอง เมื่อผู้เข้าร่วมโครงการกลุ่มแรกคัดเลือกสมาชิกรุ่นถัดจากตนเอง จะมีแนวโน้มที่จะคัดเลือกเพื่อนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตนเอง เช่น เป็นคนเชื้อชาติเดียวกัน มีสถานะทางสังคม หรือการศึกษาระดับเดียวกัน หรือมีความสนใจบางอย่างร่วมกัน แต่อย่างไรก็ตามการคัดเลือกแบบลูกโซ่เกิดจากการคัดเลือกสมาชิกอย่างน้อยสี่รุ่น ซึ่งทำให้สามารถเจาะลึกเข้าไปในเครือข่ายของกลุ่มตัวอย่างได้มากกว่า ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลายกว่าสามารถเป็นตัวแทนกลุ่มได้ และถึงจุดดุลยภาพของกลุ่มได้เร็วกว่า
- 3) แนวโน้มจากการที่ผู้ที่ให้ความร่วมมือจะเข้าโครงการ และผู้ที่ไม่ให้ความร่วมมือจะไม่เข้าร่วมโครงการ การใช้ระบบให้ค่าตอบแทนสองทาง (คนชวน และคนเข้าร่วม) ทั้งด้านวัตถุโดยนำคุปองมาแลก และทางด้านสังคม คือ การใช้เพื่อนในเครือข่ายเป็นผู้คัดเลือกจะช่วยให้ผู้ถูกคัดเลือกสนใจอยากเข้าร่วมในโครงการมากขึ้น (Peer pressure) นอกจากนี้ ผู้คัดเลือกเพื่อนแต่ละรายจะได้รับคุปองเพียงคนละ 3 ใบเท่านั้น ซึ่งจะช่วยเหลือไม่ให้เกิดการคัดเลือกมากเกินไปจากกลุ่มที่ให้ความร่วมมืออยู่แล้วและกลุ่มที่ชอบสังคมกับคนอื่นอยู่แล้ว
- 4) ขนาดที่ต่างกันของเครือข่ายที่ได้รับการคัดเลือก หากกลุ่มหนึ่งมีประสิทธิภาพในการคัดเลือกสมาชิกมากกว่าอีกกลุ่มหนึ่ง กลุ่มนั้นก็จะถูกคัดเลือกเข้ามาามากเกินไปก็ได้ การกำหนดโควตาของคุปองที่ใช้คัดเลือกจะช่วยแก้ปัญหาดังกล่าว นอกจากนี้ในระหว่างดำเนินยังสามารถเลือกตัวตั้งต้นขึ้นมาใหม่ในกลุ่มที่การคัดเลือกผู้เข้าร่วมโครงการไม่ค่อยมีประสิทธิภาพ และยังสามารถแก้ปัญหาดังกล่าวได้ในขั้นตอนการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรม RDSAT หรือ RDS Analyst ในส่วนของการวิเคราะห์ข้อมูลถ่วงน้ำหนัก ข้อมูลจะมีน้ำหนักผกผันตามขนาดเครือข่ายทางสังคมของบุคคล

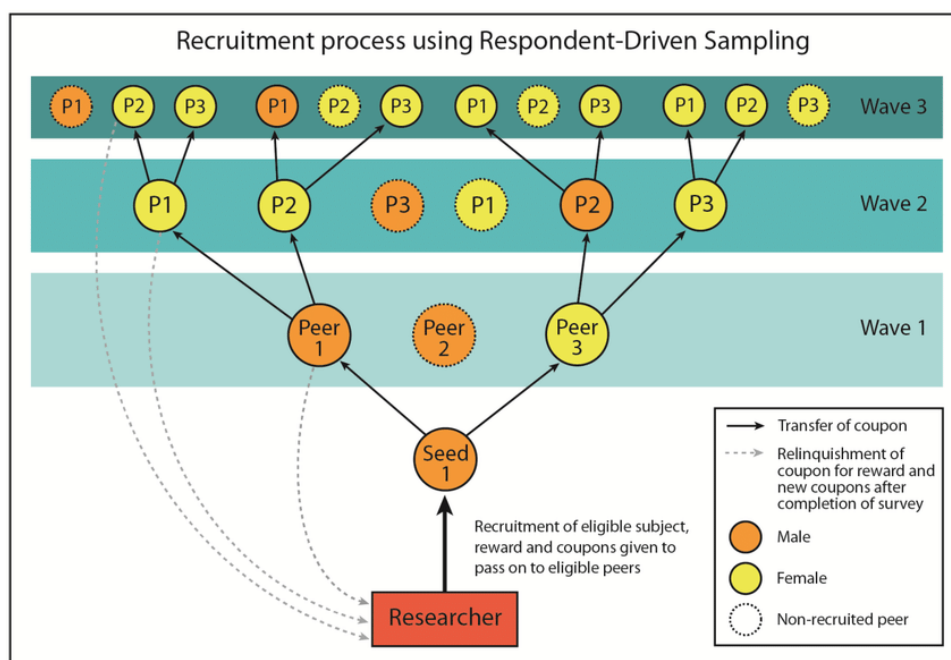


Figure 1 แผนภาพการทำงานของ RDS เริ่มต้นจากผู้วิจัยคัดเลือก Seed และ Seed เชิญชวนสมาชิกเครือข่ายใน wave ถัดไปตามลำดับ

งานวิจัยในต่างประเทศที่มีการนำวิธีการ RDS ไปใช้สำรวจในกลุ่มประชากรที่ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดมีมากมายในทุกภูมิภาคทั่วโลก เช่น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547-2552 ได้มีการศึกษาการประมาณการความชุกของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดในสาธารณรัฐคิริบาส ลิทัวเนีย มอลโดวา ทาจิกิสถาน ปี พ.ศ. 2550 มีการนำวิธี RDS ใช้ในการศึกษาไม่น้อยกว่า 29 ประเทศทั่วโลก

สำหรับประเทศไทยที่ผ่านมา มีงานวิจัยที่นำเทคนิควิธีการ RDS มาใช้ในการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดในกรุงเทพมหานครและจังหวัดเชียงใหม่ ประเทศไทย ด้วยวิธี RDS หลังจากนั้นมีการนำมาใช้ในการสำรวจอย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะสำนักกระบาด กรมควบคุมโรคได้มีการนำวิธีการ RDS มาใช้ในการสำรวจในกลุ่มประชากรที่เข้าถึงยาก เช่น ชายรักชาย ชายขายบริการทางเพศ หญิงขายบริการทางเพศ และการเฝ้าระวังโรคเอดส์ประเทศไทย และใน ปี 2560 ได้มีการพัฒนาคู่มือสำหรับการดำเนินงาน IBBS ในกลุ่มพนักงานหญิงบริการทางเพศ นอกสถานบริการทั่วประเทศ

ไพโรจน์ จันทรมณี, สุปิยา จันทรมณี.(2559) ศึกษาความชุกการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในประเทศไทย โดยวิธีการสุ่มเลือกตัวอย่างแบบวัน เวลา สถานที่ และการสุ่มเลือกตัวอย่างแบบส่งต่อ วัตถุประสงค์การศึกษาเพื่อศึกษาความชุกการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และศึกษาข้อดีข้อด้อยในมุมมองของการดำเนินงานเฝ้าระวัง โรคฯ ระหว่างวิธีการ VDTs ในพื้นที่ 3 จังหวัด (กรุงเทพมหานคร ภูเก็ต เชียงใหม่) และ RDS ในพื้นที่ 2 จังหวัด(ราชบุรี ชลบุรี) จากกลุ่มตัวอย่าง MSM จำนวน 1,681 คน มีเครื่องมือที่ใช้ในการเฝ้าระวังโรคฯ คือ palmtopassisted self-interview (PASI) พร้อมเก็บตัวอย่างปัสสาวะหาการติดเชื้อ Chlamydia trachomatis และ Neisseria gonorrhoeae และเก็บสารน้ำในช่องปากหาการติดเชื้อ HIV สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลคือ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย มัธยฐานส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนวิธีการ RDS ใช้การวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม RDS analyst ผลการศึกษาในปี พ.ศ. 2557 พบว่า อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในภาพรวมเฉลี่ย

ประมาณร้อยละ 9.7 (สูงสุดร้อยละ 19.8, ต่ำสุดร้อยละ 1.9) พบการติดเชื้อ Chlamydia trachomatis (CT) มากที่สุดในจังหวัดราชบุรีร้อยละ 8.4 และพบการติดเชื้อ Neisseria gonorrhoeae (NG) มากที่สุดในจังหวัดราชบุรี ร้อยละ 2.8 รูปแบบการสัมผัสตัวอย่างที่ต่างกันระหว่าง VDTs และ RDS ให้ผลลัพธ์ที่แตกต่างกันแต่ไม่มาก การนำเสนอผลการเฝ้าระวังโรคฯ ของวิธี RDS จะทำให้ทราบลักษณะของเครือข่ายในการแพร่ระบาดของโรค ส่วนการสำรวจของ VDTs จะทำให้เราได้แผนที่การรวมตัวของกลุ่มตัวอย่าง โดยสรุปรูปแบบการสัมผัสตัวอย่างแบบ RDS มีความเหมาะสมกับการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคฯ ของกลุ่มประชากรที่เข้าถึงได้ยาก มากกว่าวิธีการ VDTs แต่ถ้ารู้สถานที่รวมตัวที่ชัดเจนของกลุ่มประชากร วิธีการสัมผัสตัวอย่าง VDTs จะมีความคล่องตัวและรวดเร็วกว่า RDS

จุฑาทิพย์ คงปั้น กุลยา นาคสวัสดิ์, ธนรัชต์ ผลิพัฒน์, มธุรส ทิพย์มงคลกุล(มปป.) การศึกษาความชุกของการเกิดเอชไอวีและพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มชายขายบริการ ด้วยวิธีการสัมผัสตัวอย่างแบบ RDS ในเขตเมืองพัทยา ประเทศไทย 2553 วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุก และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายขายบริการ ในพื้นที่เมืองพัทยา ระหว่างเดือนสิงหาคมถึงเดือนกันยายน 2553 โดยใช้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบลูกโซ่ (RDS) ในกลุ่มชายขายบริการทั้งหมด 310 คน ผลการศึกษาพบกลุ่มชายขายบริการทางเพศกลุ่มนี้มีอายุเฉลี่ย 26 ปี (ต่ำสุด 18 ปี สูงสุด 46 ปี) ร้อยละ 63.7 ไม่ได้ทำงาน และร้อยละ 94.9 ไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัยกับลูกค้าในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีพบร้อยละ 14.0 (95% CI: 8.7 – 20.4) และความชุกของโรคซิฟิลิสร้อยละ 23.9 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงซ้อนแบบถดถอยพหุคูณโลจิสติก พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายขายบริการ ได้แก่ การระบุตนเองอยู่ในกลุ่มรักร่วมเพศ (adjusted OR = 6.09, 95% CI: 1.85 – 20.01, p = 0.003) การมีลูกค้าจำนวน 2 – 5 คน ในสามเดือนที่ผ่านมา (adjusted OR = 5.81, 95% CI: 2.13 – 15.82, p = 0.001) และการมีอาการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในสามเดือนที่ผ่านมา (adjusted OR = 2.99, 95% CI: 1.12 – 7.98, p = 0.029) การศึกษานี้บอกได้ถึงความจำเป็นในการปรับปรุงพฤติกรรมทางสุขภาพการเข้ารับบริการสุขภาพ ทั้งการป้องกันการรักษาและการเฝ้าระวังทางสุขภาพในกลุ่มชายขายบริการทางเพศเพื่อการป้องกันการและการเฝ้าระวังสำหรับการติดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสต่อไป

Ame Stormer, Waimar Tun, [...], and Silva Bino(2006) การศึกษาเปรียบเทียบการใช้ RDS ด้วยการสัมผัสตัวอย่างผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด 200 ราย จากตัวตั้งต้น 13-15 Seed พบว่า เครือข่ายผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดของเพศชาย และเพศหญิงมีความแตกต่างกันมาก เครือข่ายผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดของเพศหญิงในตรานามีขนาดเครือข่ายเล็กกว่าเพศชาย ซึ่งแตกต่างจากในเซนต์ปีเตอर्सเบิร์กที่เครือข่ายผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดของผู้หญิงมีขนาดเครือข่ายที่ใหญ่กว่าเครือข่ายผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดของเพศชาย วิธีการ RDS พิสูจน์แล้วว่าเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการสำรวจประชากรที่เข้าถึงยาก

9.5 การประมาณการประชากรแบบ successive sampling–population size estimation (SS-PSE)

RDS นอกจากเป็นวิธีการสัมผัสตัวอย่างในกลุ่มประชากรซ่อนเร้นแล้ว ข้อมูลที่ได้กระบวนการณ์ยังสามารถนำมาใช้ในประมาณการจำนวนประชากรกลุ่มซ่อนเร้นเองด้วย โดยวิธีการคำนวณขนาดประชากรจากการเก็บข้อมูลแบบ RDS มีชื่อว่า successive sampling–population size estimation (SS-PSE)(21,22) , ซึ่งเป็นกระบวนการคำนวณทางคณิตศาสตร์ที่ใช้ทฤษฎีที่เรียกว่า Bayesian framework ในการสร้างสมการซึ่งใช้ข้อมูลจากการสัมผัสตัวอย่าง RDS เป็นข้อมูลพื้นฐานที่ใช้ในการประมาณการทางคณิตศาสตร์ หลักการโดยสังเขปของการประมาณการโดยวิธีนี้คือ บุคคลที่มี

ความกว้างขวางในเครือข่ายสมาชิก (large network size) มีโอกาสที่จะถูกเลือกสุ่มเข้ามาใน RDS มากกว่า และ มีโอกาสถูกสุ่มตั้งแต่ wave แรก ๆ ดังนั้นเมื่อเราพิจารณาขนาดเครือข่ายประชากร (network size) จากลำดับ wave จะพบว่า ยิ่งกลุ่มตัวอย่างที่มีความกว้างขวางในเครือข่ายสมาชิกถูกเข้ามาใน wave แรก ๆ และใน wave ถัดไปขนาดเครือข่ายของกลุ่มตัวอย่างเริ่มเล็กลงเรื่อย ๆ มีความเป็นไปได้ว่าประชากรทั้งหมดที่เราสนใจจะประมาณการนั้น อาจมีจำนวนไม่มากไปกว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่าง แต่ในทางกลับกันหากขนาดเครือข่ายที่กลุ่มตัวอย่างผ่านไปแล้ว wave แล้ว ค่าเฉลี่ยของขนาดประชากรไม่ลดลงมากนัก หมายความว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้ามาใน RDS นั้นอาจเป็นเพียงกลุ่มคนส่วนน้อยในกลุ่มประชากรทั้งหมด ซึ่งหมายความว่าประชากรกลุ่มนี้มีความเป็นไปได้ที่มีขนาดใหญ่กว่าจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่ถูกสุ่มเข้ามา

ดังนั้นในการประมาณการในวิธี SS-PSE นั้น ผู้วิจัยต้องใช้ข้อมูลจาก RDS ดังต่อไปนี้

- ค่าประมาณการเฉลี่ยของขนาดสมาชิกในเครือข่ายของผู้เข้าร่วมใน RDS ทั้งหมด โดยซึ่งนิยามสมาชิกในเครือข่ายได้ คือ บุคคลที่มีคุณสมบัติตรงเกณฑ์การคัดเลือกเข้าของงานวิจัย เป็นบุคคลที่รู้จักกันและกัน มีพฤติกรรมเฉพาะเหมือนกัน (ตามแต่โจทย์วิจัยจะค้นหา เช่น เป็นกลุ่มชายรักชาย ผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นเลือด หรือ ผู้หญิงขายบริการทางเพศ เป็นต้น) และมีการพบกันในช่วงเวลาที่กำหนด

- วันที่ ที่กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมในการวิจัยและรหัสบนคูโปงที่ระบุถึงรหัสผู้ที่แจกคูโปงและรหัสเฉพาะของคูโปงนั้น ๆ เพื่อใช้ในการจัดเรียงลำดับก่อน-หลัง ของการเข้าสู่ RDS ของกลุ่มตัวอย่างทุกคน (ใช้ในการวาดแผนผัง Seed และ Wave ใน RDS)

ข้อมูลดังกล่าวจะถูกนำเข้าวิเคราะห์ในโปรแกรม RDS analyst (23) หรือ sspse package ในโปรแกรม R ทั้งสองโปรแกรมสามารถใช้สำหรับการวิเคราะห์ขนาดประชากรที่ผู้วิจัยต้องการประมาณการด้วยวิธี SS-PSE ได้

9.6 การประมาณการประชากรซ่อนเร้นด้วยวิธีพหุคูณ Multiplier method

การประมาณการจำนวนประชากรกลุ่มซ่อนเร้นอีกวิธีหนึ่งที่ถูกใช้กันมากในหลายการศึกษาคือการประมาณการด้วยวิธี Multiplier method (24) วิธีการนี้ใช้ข้อมูลจาก 2 แหล่งนั้นคือ

- 1) Benchmark data (M) คือ จำนวนของกลุ่มประชากรที่ผู้วิจัยสนใจ ที่บันทึกอยู่ในฐานข้อมูลที่มีรายละเอียดชัดเจน สามารถระบุตัวตนได้ และมีขอบเขตระยะเวลาที่ทำการเก็บข้อมูล เช่น จำนวนของผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นเลือดที่เข้ารับการรักษาโดยการให้เมทาโดนทดแทน ซึ่งจะมีการบันทึกรายชื่อในฐานข้อมูลของโรงพยาบาล
- 2) Multiplier data (P) คือ สัดส่วนของประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ผู้วิจัยทำการสำรวจในพื้นที่ที่อยู่ในฐานข้อมูล M ต่อจำนวนกลุ่มเป้าหมายทั้งหมดที่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนั้น

โดยสมการอย่างง่ายของการประมาณการจำนวนประชากรกลุ่มซ่อนเร้นด้วยวิธี ***multiplier method คือ $N = M/P$***

ตัวอย่างของประมาณการด้วยวิธีนี้เช่น การศึกษาเพื่อประมาณการจำนวนผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นในจังหวัดกรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ. 2561 ผู้วิจัยได้เลือกฐานข้อมูลที่บันทึกรายชื่อของผู้เข้ารับการรักษาอาการติดเฮโรอีนด้วยเมทาโดนจากโรงพยาบาลรัฐทั่วกรุงเทพมหานครในช่วงปี พ.ศ.2561 เป็นข้อมูลฐานในการเทียบ (Benchmark data) จำนวนผู้เข้ารับการรักษาจากฐานข้อมูลพบว่าทั้งสิ้น 2,000 คน

ขณะเดียวกันผู้วิจัยทำการสำรวจผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นในพื้นที่จังหวัดกรุงเทพมหานคร โดยทำการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธี snowball จนได้กลุ่มตัวอย่าง 300 คน และใน 300 คนดังกล่าว มีจำนวน 150 คน ที่เป็นผู้เข้ารับการรักษาบำบัดโดยเมทาโดนในโรงพยาบาลในพื้นที่จังหวัดกรุงเทพมหานคร ดังนั้นค่า P ที่ได้จากการศึกษานี้คือ 150/300 คือ 0.5

ดังนั้นจำนวนประชากรผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นเลือดในพื้นที่กรุงเทพมหานครในปี.ศ. 2561 ที่ได้จากการประมาณการด้วยวิธี multiplier method เท่ากับ
 $2,000 / 0.5 = 4,000$ คน

10. ระเบียบวิธีวิจัย (Methods)

10.1 รูปแบบการวิจัย (Study design)

โครงการนี้ประกอบด้วยงานสองขั้นตอนหลัก ได้แก่ การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informant in-depth interviews) และการสำรวจภาคตัดขวาง (cross-sectional survey)

10.2 สถานที่ทำวิจัย (Study setting)

การศึกษานี้ทำการศึกษาผู้ใช้กัญชาทางแพทย์ในแต่ละภาคของประเทศไทย ได้แก่ ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้ โดยมีศูนย์เก็บข้อมูลอยู่ที่ จังหวัด กรุงเทพฯ (สำหรับผู้ใช้ที่อยู่ในพื้นที่ภาคกลาง) เชียงใหม่ (สำหรับผู้ใช้ที่อยู่ในพื้นที่ภาคเหนือ) ขอนแก่น (สำหรับผู้ใช้ที่อยู่ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) สงขลาและปัตตานี (สำหรับผู้ใช้ที่อยู่ในพื้นที่ภาคใต้) รวมถึงผู้ใช้กัญชาที่อยู่ในโลกออนไลน์จากทุกพื้นที่ทั่วประเทศ เหตุผลที่เลือกจังหวัดเหล่านี้เป็นศูนย์เก็บข้อมูล เนื่องจากจังหวัดดังกล่าวเป็นศูนย์กลางของแต่ละภาค สามารถเดินทางไปยังจังหวัดอื่นๆ ในภาคนั้นๆ ได้สะดวก ส่วนการเลือกจังหวัดปัตตานีเป็นศูนย์เก็บข้อมูลด้วย เนื่องจาก สามารถจะเดินทาง/เข้าถึงผู้ใช้กัญชาหรือผู้เกี่ยวข้องในสามจังหวัดชายแดนใต้ได้สะดวก

10.3 ประชากรเป้าหมาย (Target population)

ผู้ป่วยในประเทศไทยที่สามารถใช้ประโยชน์จากกัญชาหรือสาร Cannabinoid เพื่อการรักษาโรคได้

10.4 ประชากรศึกษา (Study population)

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วยสองกลุ่มหลัก คือ

1. กลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ ได้แก่ ผู้ปลูกกัญชา ผู้แปรรูปกัญชาเป็นยา ผู้จ่ายยา (กัญชาเพื่อการรักษา) แพทย์หรือบุคลากรสุขภาพผู้รักษา เช่น มุลนิธิวัณข้าว มุลนิธิชีวิติ (ไบโอไทย) วัดปาวชิรโพธิญาณ ต.ท้ายน้ำ อ.โพทะเล จ.พิจิตร ลุงตุ๋ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร เป็นต้น บุคลากรของรัฐและองค์กรภาคประชาชนหรือเอกชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลด้านกฎหมาย/นโยบาย สาธารณะและสวัสดิการสังคม แอดมินหรือสมาชิกเพจหรือกลุ่มไลน์ที่เกี่ยวข้อง เช่น เพจกัญชาชน เพจ Medical cannabis ญาติผู้ป่วยที่ใช้กัญชาทางการแพทย์ เครือข่ายผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใช้กัญชาทางการแพทย์ เช่น เครือข่ายผู้ใช้กัญชาแห่งประเทศไทย เครือข่ายแม่เด็กโรคลมชัก เครือข่ายผู้ป่วยมะเร็ง

และเครือข่ายผู้ป่วยพาร์กินสัน เป็นต้น รวมทั้งผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอื่นๆ ที่อาจจะไม่เห็นด้วยกับนโยบายอนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ ซึ่งรวมถึงแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้กัญชาที่มีปัญหาสุขภาพ อาการเป็นพิษจากกัญชา (cannabis intoxication) หรืออาการข้างเคียงอีกด้วย

2. กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้กัญชาหรือสารสกัดจากกัญชาเพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์ ซึ่งรวมทั้งผู้ที่มาแจ้งขอครอบครองกัญชา ตามมาตรา 22 แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 (ผู้ขออนิโรหกรรม) ผู้ป่วยที่ได้รับยากัญชาจากโรงพยาบาลศูนย์ 12 แห่งของกระทรวงสาธารณสุข ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจากแพทย์แผนไทยจากสถานพยาบาลที่ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย 7 แห่ง และผู้ใช้กัญชาเพื่อการรักษาโรคที่ยังไม่เปิดเผยตน (ผู้ใช้ซ่อนเร้น หรือ “ใต้ดิน”) ซึ่งผู้ที่ใช้กัญชาเพื่อรักษาโรคเหล่านี้รวมถึงผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ และผู้ที่วินิจฉัยด้วยตนเองว่ามีโรคหรืออาการเจ็บป่วยที่ควรใช้กัญชาเพื่อรักษา (เช่น ผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับ วิดกกังวล หลงลืม เบื่ออาหาร ซึ่งใช้กัญชาด้วยตนเองเพื่อรักษาอาการเหล่านี้ โดยไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาจากแพทย์ เป็นต้น)

วิธีการสุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลหลักสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก จะใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยเริ่มจากผู้ที่เปิดเผยตนเองว่าสนับสนุนการใช้กัญชาทางการแพทย์ และนักวิจัยสามารถเข้าถึงได้ เช่น แพทย์/นักวิชาการที่เป็นที่รู้จักกันดีในสังคมว่าสนับสนุนเรื่องนี้ หรือผู้ที่เข้ารับการอบรมในหลักสูตรการนำกัญชามาใช้ทางการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข แอดมินหรือสมาชิกเพจที่เกี่ยวข้อง ญาติผู้ป่วยที่ใช้กัญชาเพื่อรักษาโรค และแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้กัญชาที่มีปัญหาสุขภาพ ซึ่งอาจจะไม่เห็นด้วยกับนโยบายอนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ เป็นต้น และขอให้ผู้ให้ข้อมูลหลักแนะนำผู้ให้ข้อมูลคนอื่นต่อไปเรื่อย ๆ (snowballing) จนได้ข้อมูลอิ่มตัว ประมาณตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลหลัก 30 คนทั่วประเทศ โดยเป็นผู้มีบทบาทแต่ละด้านๆ ละอย่างน้อยสองคน

2. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ใช้กัญชาเพื่อรักษาโรคสำหรับการสำรวจเชิงปริมาณ ประกอบด้วย ผู้ใช้กัญชาเพื่อรักษาโรคอายุ 18 ปีขึ้นไป ซึ่งบางส่วนยังเป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมซ่อนเร้น ดังนั้นจึงใช้วิธีเทคนิคการสุ่มตัวอย่างแบบส่งต่อ (respondent-driven sampling : RDS) (25–27) โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างหน่วยแรก ซึ่งเป็นผู้เปิดเผยตนเองว่าเป็นผู้ป่วยที่ใช้กัญชาเพื่อการรักษาโรค (seed) แบบเจาะจง และขอให้กลุ่มตัวอย่างแรกแนะนำญาติ เพื่อน หรือคนที่รู้จัก หรือเครือข่ายทางสังคม ต่อให้อีกสามคน และทำแบบนี้ไปเรื่อย ๆ จนได้จำนวนตัวอย่างครบตามที่ต้องการ และกลุ่มตัวอย่างมีความสมดุล (equilibrium) ทางอายุ เพศ และอาชีพ การเก็บข้อมูลส่วนนี้จะทำในแต่ละภาคของประเทศ โดยมีศูนย์เก็บข้อมูลอยู่ในจังหวัดหลักของแต่ละภาค ได้แก่ กรุงเทพฯ เชียงใหม่ ขอนแก่น สงขลาและปัตตานี

10.5 เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

ผู้ที่เข้าร่วมในการศึกษาเชิงปริมาณ คือกลุ่มผู้ใช้กัญชาเพื่อรักษาโรค จะต้องมีคุณสมบัติดังนี้

- อายุไม่ต่ำกว่า 18 ปี
- อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่ทำการศึกษา
- ใช้กัญชาหรือสารสกัดหรือยาจากกัญชาเพื่อการรักษาโรคหรืออาการเจ็บป่วยของตนเอง

- สัญชาติไทย

10.6 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- เคยเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ จากพื้นที่อื่นมาก่อน
- อยู่ในอาการเมา ยา เมา ค้าง หรือมีอาการทางจิต จนทำให้ไม่สามารถให้คำยินยอม หรือข้อมูลในระหว่างการสัมภาษณ์ได้ด้วยตนเอง

10.7 เกณฑ์การนำอาสาสมัครออกจากโครงการ (Subject withdrawal criteria)

เนื่องจากการเป็นกรวิจัยแบบภาคตัดขวาง อาสาสมัครเข้ามาให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัยเพียง 1 ครั้งเท่านั้น ไม่มีการติดตามต่อเนื่อง จึงไม่ได้กำหนดเกณฑ์ดังกล่าวไว้

10.8 เกณฑ์การหยุดทำโครงการวิจัย (Study termination criteria)

เนื่องจากการเป็นกรวิจัยแบบภาคตัดขวาง อาสาสมัครเข้ามาให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัยเพียง 1 ครั้งเท่านั้น ไม่มีการติดตามต่อเนื่อง อาสาสมัครสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาที่ทำการสัมภาษณ์

10.9 ขนาดตัวอย่าง

ใช้สูตรเพื่อประมาณสัดส่วนของผู้ใช้กัญชาทางการแพทย์ที่ลงทะเบียนแจ้งขอครอบครองในประชากรผู้ใช้กัญชาทางการแพทย์ทั่วประเทศ (with finite population correction) จากข้อมูลของสำนักงานอาหารและยา (อย.) ตั้งแต่วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2562 (เปิดรับลงทะเบียนวันแรก) จนถึงวันที่ 5 เมษายน 2562 มีผู้โทรศัพท์สอบถามเรื่องกัญชาเข้ามาที่ อย. จำนวน 8,152 ราย และลงทะเบียนแจ้งขอครอบครองกัญชาแล้ว 814 ราย ดังนี้ (Wayne W. 1995; Ngamjarus C. 2014)

$$n = \frac{Np(1-p)z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}{d^2(N-1)+p(1-p)z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}$$

$$n_{Adjust} = n \times deff$$

โดย N = 8,152 (สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา 2562) อนุมานว่าสัดส่วนผู้ใช้กัญชาทางการแพทย์ที่แจ้งครอบครองในผู้ใช้กัญชาทั้งหมด (p) = 0.1 ความคลาดเคลื่อนในการสุ่มตัวอย่าง (d) = 0.10

Alpha (α) = 0.05 $Z(0.975) = 1.959964$ Design effect (deff) = 2 compensation for non-response rate 10%

ได้จำนวนตัวอย่างผู้ใช้กัญชาทางการแพทย์สำหรับการสุ่มตัวอย่างแบบ RDS อย่างน้อยพื้นที่ละ 120 คน รวมสี่พื้นที่ อย่างน้อย 480 คน (ประกอบด้วยทั้งผู้ใช้ที่มาลงทะเบียนแจ้งขอครอบครองฯ และผู้ใช้ที่ไม่ได้ลงทะเบียนฯ)

10.10 ตัวแปรและคำจำกัดความของตัวแปรต่าง ๆ (Operational definition)

ขอบเขตด้านเนื้อหา

การศึกษานี้ครอบคลุมเนื้อหาในด้านพฤติกรรม ทักษะ ความเชื่อ และความคิดเห็นของกลุ่มประชากรที่เกี่ยวข้องกับการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ ตั้งแต่ผู้ปลูกกัญชา ผู้แปรรูปกัญชาเป็นยา ผู้จ่ายยา (กัญชาเพื่อการรักษา) ผู้ใช้กัญชาเพื่อการรักษา ผู้ที่ซื้อนิรโทษกรรม ผู้อยู่เบื้องหลังการผลักดันกัญชาเพื่อการรักษา เป็นต้น

10.11 วิธีดำเนินการวิจัย (Procedure)

1. ทบทวนรวบรวมข้อมูลเอกสารงานวิจัยจากสื่อออนไลน์ สื่อสิ่งพิมพ์ รายงานข้อมูลการจับกุม ข้อมูลการลักลอบปลูกแปรรูป ข้อมูลการแจ้งขอครอบครองฯ ข้อมูลแพทย์/ทันตแพทย์/เภสัชกร/แพทย์แผนไทยที่เข้ารับการอบรมหลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์ ข้อมูลเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ที่แปรรูปเพื่อการรักษา กลุ่มหรือเครือข่ายที่มีพฤติกรรมเกี่ยวข้องกับการนำกัญชามาใช้เพื่อการรักษา จากหน่วยงานทั้งภาครัฐ และไม่ใช่ภาครัฐที่เกี่ยวข้อง
2. ประชุมคณะทำงาน กำหนดกรอบตัวแปร โครงสร้างข้อมูลสำหรับการสังเกตและการสัมภาษณ์
3. ติดต่อสมาชิกและ/หรือแอดมินเครือข่ายสังคมออนไลน์ที่เกี่ยวข้องกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ที่เข้าถึงได้ รวมทั้งสมัครเข้าเป็นสมาชิกผู้ใช้งานเครือข่ายที่เป็นกลุ่มเปิด เพื่อเข้าเครือข่าย สำหรับติดตามความเคลื่อนไหวต่าง ๆ
4. ค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ด้วยระบบ Organic Search ในสื่อสังคมออนไลน์ เช่น เฟสบุ๊ก ทวิตเตอร์ อินสตราแกรม เป็นต้น
5. อบรมทีมพนักงานเก็บข้อมูลถึงเทคนิควิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การเตรียมตัว ฝึกซ้อม การปฏิบัติตามบทการใช้ไหวพริบในสถานการณ์ต่าง ๆ เทคนิคการสังเกตแบบมีส่วนร่วม
6. ทำการศึกษาลักษณะของเครือข่ายของผู้ที่มีพฤติกรรมเกี่ยวข้องกับการนำกัญชามาใช้เพื่อการรักษา (Formative Assessment) สำหรับนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการกำหนดคุณลักษณะของ “ตัวตั้งต้น (Seed)” ตัวตั้งต้น (Seed) ต้องเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมเกี่ยวข้องกับการนำกัญชามาใช้เพื่อการรักษา เป็นผู้กว้างขวางสามารถชักนำเครือข่ายที่มีขนาดใหญ่ และเป็นตัวแทนของกลุ่มผู้มีพฤติกรรมเกี่ยวข้องกับการนำกัญชามาใช้เพื่อการรักษา กระบวนการคัดเลือกตัวตั้งต้นมีดังนี้
 - ศึกษาลักษณะข้อมูลของผู้ที่มีพฤติกรรมเกี่ยวข้องกับการนำกัญชามาใช้เพื่อการรักษา ที่ได้จากการทบทวน ค้นหา ในขั้นตอนที่ 1 และ 4 (ด้านบน)
 - จัดทำตารางเพื่อสุ่มเลือกผู้มีพฤติกรรมเกี่ยวข้องกับการนำกัญชามาใช้เพื่อการรักษา จำแนกตามลักษณะ พฤติกรรม ต่าง ๆ
 - ตรวจสอบข้อมูลบุคคลของผู้ที่มีพฤติกรรมเกี่ยวข้องกับการนำกัญชามาใช้เพื่อการรักษา ว่าเป็นผู้ที่สามารถติดต่อได้หรือไม่ หากสามารถติดต่อได้ ทีมวิจัยจะติดต่อ ประสานงานเพื่อสอบถามข้อมูลในระดับลึกต่อไป โดยในขั้นตอนนี้ จะคัดเลือกบุคคลที่เข้าข่ายที่จะเป็น “ตัวตั้งต้น (Seed)” ในจำนวนที่มากกว่าที่โครงการต้องการ คือ ประมาณพื้นที่ละ 3-4 คน
 - ทีมวิจัยจะสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้ที่มีพฤติกรรมเกี่ยวข้องกับการนำกัญชามาใช้เพื่อการรักษา เพื่อประเมินความเหมาะสมและเป็นไปได้ที่จะให้เป็น “ตัวตั้งต้น (Seed)”

- สำหรับผู้ที่ได้รับคัดเลือกให้เป็น “ตัวตั้งต้น (Seed)” จะได้รับการชี้แจงกระบวนการเข้าร่วมในการศึกษา ขอรับคำยินยอมในการเข้าร่วมโครงการ และเข้าสู่กระบวนการศึกษา ตามกำหนดวันเวลาที่นัดหมายต่อไป

7. การเก็บข้อมูลโดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม จะใช้วิธีการ ดู ชักถาม ฟัง และบันทึกสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นแบบไม่มีโครงสร้าง โดยจะไม่มีการจดบันทึกการสังเกตทันที ต้องการทำให้เข้ากับธรรมชาติ ไม่ก่อให้เกิดความระแวงความสงสัยจากกลุ่มตัวอย่าง และจดบันทึกเหตุการณ์ สภาพแวดล้อม บริบทของสถานที่ผลิตกระบวนการผลิตแปรรูป วิธีการจำหน่ายแจก พฤติกรรมเมื่อมีโอกาสเหมาะสมหลังจากการสังเกตทันที เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก
8. การเก็บข้อมูลเชิงลึกจากผู้ให้ข้อมูลหลัก จะใช้การสัมภาษณ์แบบต่อหน้า ด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง การสัมภาษณ์ในลักษณะของการสนทนาในชีวิตประจำวัน โดยพิจารณาความพร้อม การยินดีที่จะให้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก ผู้ช่วยวิจัยในแต่ละพื้นที่จะเป็นผู้มีประสบการณ์ในการเก็บข้อมูลในโครงการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมซ่อนเร้น เช่น การใช้สารเสพติด หรือการวิจัยในผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นต้น มาก่อน และได้รับการฝึกอบรมให้รู้จักวิธีสร้างสัมพันธภาพ (rapport) กับอาสาสมัคร การให้เกียรติและเคารพอาสาสมัครในฐานะเพื่อนมนุษย์คนหนึ่ง รวมทั้งการรับฟังอย่างตั้งใจ และไม่ด่วนตัดสิน (non-judgmental attitude) ในกระบวนการสัมภาษณ์แบบต่อหน้าจะใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที ในบริเวณที่สัมภาษณ์จะไม่มีบุคคลอื่นร่วมอยู่ด้วย จะมีเพียงผู้ถูกสัมภาษณ์และพนักงานสัมภาษณ์เท่านั้น และขณะที่สัมภาษณ์จะไม่มีบุคคลอื่นได้ยินถึงสิ่งที่สัมภาษณ์ ไม่มีการบันทึกชื่อ เบอร์โทรศัพท์ ที่อยู่ หรือข้อความอื่นใดที่สามารถระบุตัวตนของผู้ตอบแบบสอบถามได้ สถานที่ใช้ในการสัมภาษณ์ตามความสะดวกของหน่วยตัวอย่าง ก่อนการสัมภาษณ์ ผู้ช่วยวิจัยจะขออนุญาตเพื่อขอบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ หากผู้ให้ข้อมูลยินดียิ่งจะทำการบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ หากผู้ให้ข้อมูลไม่ยินยอม ผู้ช่วยวิจัยก็จะไม่บันทึกเสียง แต่จะใช้วิธีจดจำเพื่อมาบันทึกในแบบบันทึกข้อมูลหลังเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์แล้วเท่านั้น
9. การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณแบบ RDS จะใช้การสัมภาษณ์แบบต่อหน้า ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที ในบริเวณที่สัมภาษณ์จะไม่มีบุคคลอื่นร่วมอยู่ด้วย จะมีเพียงผู้ถูกสัมภาษณ์และพนักงานสัมภาษณ์เท่านั้น และขณะที่สัมภาษณ์จะไม่มีบุคคลอื่นได้ยินถึงสิ่งที่สัมภาษณ์ ไม่มีการบันทึกชื่อ เบอร์โทรศัพท์ ที่อยู่ หรือข้อความอื่นใดที่สามารถระบุตัวตนของผู้ตอบแบบสอบถามได้ สถานที่ใช้ในการสัมภาษณ์ตามความสะดวกของหน่วยตัวอย่าง
10. ตรวจสอบความครบถ้วน ความถูกต้องของข้อมูล จัดระเบียบข้อมูล ตรวจสอบความครบถ้วน ความถูกต้อง ความเชื่อมโยงของข้อมูล
11. วิเคราะห์ประมวลผลข้อมูลเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ

10.12 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาและการวัดผล (Study tools and outcome measurement)

ในการสำรวจครั้งนี้ใช้เครื่องมือสำรวจเป็นแบบบันทึกการสังเกต แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสัมภาษณ์แบบต่อหน้า

1. การสังเกต เนื้อหาประกอบด้วย ลักษณะพื้นที่ปลูก ผลิต กระบวนการปลูก การแปรรูป การ รูปแบบแจกจ่ายการขาย ราคา บรรจุภัณฑ์ กลุ่มลูกค้า เป็นต้น ในพื้นที่ที่มีการปลูก/แปรรูป งานประชุมที่เกี่ยวข้องกับกัญชา รวมถึงสื่อสังคมออนไลน์ต่าง ๆ
2. การสัมภาษณ์เชิงลึก
 - ด้านอุปทาน เนื้อหาประกอบด้วย มุมมองแนวคิดที่มีต่อกฎหมายกัญชา การนำกัญชามาแปรรูปเพื่อการรักษา กระบวนการปลูก การแปรรูป รูปแบบการขาย/แจกจ่าย ราคา บรรจุภัณฑ์ กลุ่มลูกค้า เป็นต้น
 - ด้านอุปสงค์ เนื้อหาประกอบด้วย ความรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์แปรรูปกัญชาที่นำมาใช้เพื่อการรักษา ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ของการใช้กัญชาหรือสารสกัดจากกัญชา ประโยชน์และโทษของการใช้กัญชาทางการแพทย์ วิธีการได้รับข้อมูลข่าวสาร การได้มาซึ่งผลิตภัณฑ์แปรรูปกัญชา ค่าใช้จ่ายรูปแบบวิธีการนำไปใช้ ประสิทธิภาพตรงและผลกระทบที่ได้รับจากการใช้ เป็นต้น
3. การสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถาม สำหรับผู้ป่วยที่ใช้กัญชาทางการแพทย์ เนื้อหาประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป วิธีการได้รับข้อมูลข่าวสาร รูปแบบวิธีการซื้อหรือเข้าถึง พฤติกรรมการใช้เพื่อการรักษา (ประเภท ความถี่ ปริมาณการ ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ในใช้ เป็นต้น) การรับรู้ต่อประโยชน์และโทษของการใช้ รวมทั้งประสบการณ์ด้านผลกระทบทั้งทางบวกและทางลบที่เกิดขึ้นจริงจากการใช้กัญชาหรือสารสกัดจากกัญชา ความคิดเห็นที่มีต่อกฎหมาย การนิรโทษกรรม เป็นต้น
4. การประมาณการจำนวนผู้ใช้กัญชาเพื่อรักษาโรคในประเทศไทย จะใช้สองวิธีคือ

วิธีพหุคูณ (Multiplier method) ซึ่งสามารถทำได้จากสูตร $N = M / P$

โดย: N คือ ขนาดของประชากรที่ต้องการประมาณค่า, M เป็น ข้อมูลเทียบเคียง (benchmark data) ซึ่งจะกำหนดต่อไปว่าในโครงการนี้ควรจะใช้เป็นฐานข้อมูลจากแหล่งใด เช่น จำนวนสมาชิกของเครือข่ายสังคมของผู้ใช้กัญชา (เพจเสรีกัญชาชน เครือข่ายผู้ใช้กัญชาแห่งประเทศไทย หรือกลุ่มไลน์ Medical cannabis), P เป็นสัดส่วนของผู้ใช้กัญชาทางการแพทย์ที่เป็นหน่วยตัวอย่างในการสำรวจแบบ RDS ที่รายงานว่าเป็นสมาชิกของเครือข่ายสังคมนั้นด้วย หรืออยู่ในฐานข้อมูลเทียบเคียงนั้นด้วย ในระยะเวลาเดียวกันกับที่ทำการสำรวจในโครงการนี้

และใช้วิธี SS-PSE โดยใช้ข้อมูลที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบ RDS ได้ขนาดเครือข่ายประชากรของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน วันที่เข้าร่วมการศึกษา และ รหัสเฉพาะบนคุปองเพื่อระบุลำดับของ wave นำข้อมูลทั้งหมดวิเคราะห์ในโปรแกรม RDS analyst

10.13 การเก็บข้อมูล (Data collection)

ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก

- ด้านอุปทาน เนื้อหาประกอบด้วย มุมมองแนวคิดที่มีต่อกฎหมาย การนิรโทษกรรม การนำกัญชามาแปรรูปเพื่อการรักษา กระบวนการปลูก การแปรรูป การแปรรูป การ รูปแบบแจกจ่ายการขาย ราคา บรรจุภัณฑ์ กลุ่มลูกค้า เป็นต้น

• ด้านอุปสงค์ เนื้อหาประกอบด้วย ความรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์แปรรูปกัญชาที่นำมาใช้เพื่อการศึกษา ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ของการใช้กัญชาหรือสารสกัดจากกัญชา ประโยชน์และโทษของการใช้กัญชาทางการแพทย์ วิธีการได้รับข้อมูลข่าวสาร การได้มาซึ่งผลิตภัณฑ์แปรรูปกัญชา ค่าใช้จ่ายรูปแบบวิธีการนำไปใช้ ประสิทธิภาพตรงและผลกระทบที่ได้รับจากการใช้ เป็นต้น

ข้อมูลเชิงปริมาณจากการสัมภาษณ์ที่ผู้เข้าร่วมโครงการผ่านการสุ่มตัวอย่างแบบ RDS

เนื้อหาประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป วิธีการได้รับข้อมูลข่าวสาร รูปแบบวิธีการซื้อหรือเข้าถึงพฤติกรรมการใช้เพื่อการศึกษา (ประเภท ความถี่ ปริมาณการ ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ในใช้ เป็นต้น) การรับรู้ต่อประโยชน์และโทษของการใช้ รวมทั้งประสบการณ์ด้านผลกระทบทั้งทางบวกและทางลบที่เกิดขึ้นจริงจากการใช้กัญชาหรือสารสกัดจากกัญชา ความคิดเห็นที่มีต่อกฎหมาย การนิรโทษกรรม เป็นต้น

วิธีเก็บข้อมูลและวิธีบันทึกข้อมูล

การเก็บข้อมูลเชิงลึกจากผู้ให้ข้อมูลหลัก จะใช้การสัมภาษณ์แบบต่อหน้า ด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง การสัมภาษณ์ในลักษณะของการสนทนาในชีวิตประจำวัน โดยพิจารณาความพร้อม การยินดีที่จะให้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก ก่อนการสัมภาษณ์ ผู้ช่วยวิจัยจะขออนุญาตเพื่อขอบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ หากผู้ให้ข้อมูลยินดีที่จะทำการบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ หากผู้ให้ข้อมูลไม่ยินดี ผู้ช่วยวิจัยจะไม่บันทึกเสียง แต่จะใช้วิธีจดจำเพื่อมาบันทึกในแบบบันทึกข้อมูลหลังเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์แล้วเท่านั้น

การเก็บข้อมูลโดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม จะใช้วิธีการ ดู ชักถาม ฟัง และบันทึกสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นแบบไม่มีโครงสร้าง โดยจะไม่มีกรอบบันทึกการสังเกตทันที ต้องการทำให้เข้ากับธรรมชาติ ไม่ก่อให้เกิดความระแวงความสงสัยจากกลุ่มตัวอย่าง และจดบันทึกเหตุการณ์ สภาพแวดล้อม บริบทของสถานที่ผลิต กระบวนการผลิตแปรรูป วิธีการจำหน่ายแจก พฤติกรรมเมื่อมีโอกาสเหมาะสมหลังจากการสังเกตทันที เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก

การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณแบบ RDS จะใช้การสัมภาษณ์แบบต่อหน้า ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที ในบริเวณที่สัมภาษณ์จะไม่มีบุคคลอื่นร่วมอยู่ด้วย จะมีเพียงผู้ถูกสัมภาษณ์และพนักงานสัมภาษณ์เท่านั้น และขณะที่สัมภาษณ์จะไม่มีบุคคลอื่นได้ยินถึงสิ่งที่สัมภาษณ์ ไม่มีการบันทึกชื่อ เบอร์โทรศัพท์ ที่อยู่ หรือข้อความอื่นใดที่สามารถระบุตัวตนของผู้ตอบแบบสอบถามได้ สถานที่ใช้ในการสัมภาษณ์ตามความสะดวกของหน่วยตัวอย่าง

หลังจากสัมภาษณ์เสร็จสิ้น ผู้ช่วยวิจัยจะมอบเอกสารแผ่นพับ/อินโฟกราฟิกที่ให้ความรู้และข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ ให้กับอาสาสมัคร เพื่อให้อาสาสมัครศึกษาและทำความเข้าใจได้ด้วยตนเอง รวมทั้งมอบของขวัญ/ของชำร่วยมูลค่าไม่เกิน 300 บาท เพื่อเป็นการตอบแทนการให้ข้อมูลและแนะนำอาสาสมัครคนต่อไปเข้าร่วมโครงการ

คู่มือสำหรับการเก็บข้อมูลแบบ RDS

ทีมสำรวจจะมอบคู่มือให้กับตัวตั้งต้น เพื่อใช้ในการชักชวนเพื่อนให้มาเข้าร่วมในการศึกษาจำนวน 3 คน และเพื่อนแต่ละคนที่มาเข้าร่วมการศึกษาจะได้รับคู่มืออีกคนละ 3 ใบ เพื่อนำไปแจกและชักชวนให้เพื่อนคนอื่น ๆ มาเข้าร่วมในการศึกษานี้ก็เป็นทอดๆ คู่มือจะมีชื่อโครงการ รหัสคู่มือ ระบุวันหมดอายุที่ต้องไปชักชวนเพื่อนคนอื่น หมายเลขโทรศัพท์ของทีมวิจัยสำหรับการติดต่อนัดหมาย คู่มือจะไม่ระบุ

ข้อมูลนี้อาจนำไปสู่การตีตรา พนักงานสัมภาษณ์จะเป็นผู้เดินทางไปหาหน่วยตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลเอง ณ สถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก

รหัสคู่มือจะระบุเป็นตัวเลขที่แสดงถึงลำดับและห่วงโซ่ของการส่งต่อ เช่น ผู้ให้ข้อมูลตั้งต้น (seed) คนแรก จะได้รับรหัส “1” เพื่อนอีกสามคนที่ผู้ให้ข้อมูลคนนี้เชิญชวนเข้าร่วมโครงการจะได้คู่มือที่มีรหัส “1-1”, “1-2”, “1-3” ตามลำดับ เพื่อนอีกสามคนที่ผู้ให้ข้อมูลคนที่สอง สาม และสี่เชิญชวนเข้าร่วมโครงการจะได้คู่มือที่มีรหัส “1-1-1, 1-1-2, 1-1-3”, “1-2-1, 1-2-2, 1-2-3” และ “1-3-1, 1-3-2, 1-3-3” ตามลำดับ และเพื่อนลำดับถัดไปก็จะได้รับคู่มือที่มีรหัส “1-1-1-1, 1-1-1-2, 1-1-1-3”, “1-2-1-1, 1-2-1-2, 1-2-1-3” และ “1-3-1-1, 1-3-1-2, 1-3-1-3” ไปเรื่อยๆ จนกว่าห่วงโซ่การส่งต่อของแต่ละสายจะสิ้นสุดลง (ไม่สามารถเชิญชวนเพื่อนคนใหม่เข้าร่วมโครงการได้เพิ่มขึ้น)

โครงการศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันของการใช้กัญชาทางการแพทย์ในประเทศไทย

หมายเลขคู่มือ

คู่มือหมดอายุวันที่

หมายเลขโทรศัพท์ที่มียกยสำหรับติดต่อด่วน

ตัวอย่างคู่มือ

คุณสมบัติผู้เก็บข้อมูล

เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการเก็บข้อมูลวิจัยภาคสนามไม่น้อยกว่า 5 ปี มีความรู้ในการเรื่องกัญชาเป็นอย่างดี ผ่านการอบรมจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ไม่เกินกว่า 2 ปี

เวลาที่ใช้ การเก็บข้อมูลในการสัมภาษณ์เชิงลึกจะใช้เวลาไม่เกิน 30-40 นาที ต่อการสัมภาษณ์ และการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณแบบ RDS จะใช้เวลา 15-20 นาที

ระยะเวลาของการเก็บรักษาข้อมูล

ข้อมูลที่ถูกบันทึกในกระดาษจะถูกเก็บรักษาอย่างดีในตู้เอกสารที่มีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่เข้าถึงได้ โดยจะเก็บเป็นระยะเวลา 2 ปี ข้อมูลที่เป็นไฟล์เสียงจะถูกเก็บรักษาอย่างดีในตู้เอกสารที่มีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่เข้าถึงได้ และจะทำลายทันทีเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลและเขียนรายงานสำหรับโครงการนี้เสร็จสิ้น

ส่วนข้อมูลที่เป็นไฟล์ดิจิทัล จะถูกเก็บรักษาอย่างดีในฮาร์ดิสต์ที่เข้าถึงได้เฉพาะผู้วิจัยเท่านั้น และหากมีหน่วยงานอื่นต้องการใช้ข้อมูล ต้องขออนุญาตอย่างเป็นทางการ และผ่านการพิจารณาของคณะผู้วิจัยเท่านั้น

10.14 การจัดการข้อมูล (Data management)

ข้อมูลที่เก็บจากภาคสนามจะถูกบันทึกในสองรูปแบบคือ ในกระดาษแบบสอบถาม และ ไฟล์เสียง ข้อมูลที่บันทึกในแบบสอบถามจะถูกแปลงบันทึกในไฟล์ดิจิทัล ด้วยโปรแกรม Epidata จัดเก็บในฮาร์ดดิสก์ของโครงการ ซึ่งสามารถเข้าถึงได้เฉพาะผู้วิจัยเท่านั้น จากนั้นข้อมูลจากไฟล์ดิจิทัลจะถูกนำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม R และ RDS Analyst

10.15 การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis)

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์แบบ Thematic เพื่อหาข้อสรุปที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ข้อมูลเชิงปริมาณที่เก็บโดยใช้แบบสอบถามจะถูกนำเข้าเป็นไฟล์ดิจิทัลด้วยโปรแกรม Epidata และวิเคราะห์ทางสถิติ ด้วยโปรแกรม R โดยใช้วิธีวิเคราะห์ Demographic เชิงพรรณนา

การวิเคราะห์ข้อมูล RDS วิเคราะห์การเข้าถึง (การกระจายตัวของการชักชวน, การขาดช่วง และจุดบรรจบของเครือข่าย) การวิเคราะห์ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจะใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูล RDS Analyst (www.hpmrg.org). ข้อมูลคูปองในระบบข้อมูล RDS จะใช้เพื่อติดตามการชักชวนและหมายเลข/จำนวนคูปองโดยการตรวจสอบเป็นรายสัปดาห์โดยนักวิจัยหลัก เพื่อหาข้อมูลที่มีความซ้ำซ้อนหรือเกิดความผิดพลาดเพื่อประเมินตัดสินใจในการลดจำนวนคูปองและการหยุดให้คูปอง ณ ช่วงเวลาใด การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติขั้นสูงซึ่งสามารถทำในระบบ RDS Analyst

11. ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม (Ethical issues)

11.1 ความเสี่ยง/ผลข้างเคียงที่อาจเกิดต่ออาสาสมัครและชุมชน และวิธีการลดความเสี่ยง

ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นต่ออาสาสมัครได้แก่ ความเสี่ยงในการเปิดเผยตัวตนว่าเป็นผู้ใช้กัญชาซึ่งหากยังไม่ลงทะเบียนเป็นผู้ใช้กัญชาทางการแพทย์กับสำนักงานอาหารและยา จะยังคงเป็นการใช้ที่ไม่อนุญาตตามกฎหมาย วิธีลดความเสี่ยงคือการปกปิดชื่อ สกุล และ รายละเอียดที่จะนำไปสู่การระบุตัวตนของอาสาสมัคร รวมถึงการแสดงความยินยอมโดยวาจาเท่านั้น นอกจากนี้ยังมีความเสี่ยงต่อสภาพจิตใจ เนื่องจากการสอบถามถึงพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ถูกตีตราในสังคม การลดความเสี่ยงคือการใช้ผู้เก็บข้อมูลที่มีประสบการณ์ในการเก็บข้อมูลในกลุ่มอาสาสมัครที่เป็นกลุ่มซ่อนเร้นต่อสังคม (hidden population) และผ่านการอบรมก่อนเก็บข้อมูลโดยนักวิจัย

11.2 การเคารพความเป็นส่วนตัวและการเก็บรักษาความลับของข้อมูลอาสาสมัคร

ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกปิดเป็นความลับเข้าถึงได้เฉพาะคณะผู้วิจัยเท่านั้น การบันทึกข้อมูลทั้งในแบบสอบถามและไฟล์เสียงจะไม่มีการระบุชื่อ นามสกุล และที่อยู่ที่สามารถระบุตัวตนของกลุ่มตัวอย่างได้ โดยใช้การบันทึกเป็นรหัสแทน การขอความยินยอมจะใช้การขอความยินยอมโดยวาจาแทนการขอความยินยอมโดยการลงลายมือชื่อ เพื่อให้ข้อมูลส่วนตัวปรากฏในเอกสาร

11.3 ประโยชน์โดยตรงต่ออาสาสมัคร และประโยชน์ต่อหน่วยงาน ชุมชน สังคม

อาสาสมัครจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากโครงการวิจัย แต่จะได้ร่วมเป็นส่วนหนึ่งในการให้ข้อมูลที่จะเป็นประโยชน์ต่อการร่างนโยบายที่เกี่ยวข้องกับกัญชา ซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อสังคม

11.4 กระบวนการชี้แจงและขอคำยินยอมจากอาสาสมัคร (Informed consent process)

ผู้สัมภาษณ์จะทำการอธิบายใจความสำคัญของโครงการวิจัย วัตถุประสงค์หลักของโครงการวิจัย และข้อมูลที่ต้องการจากอาสาสมัคร ใช้เวลาประมาณ 5 นาที หลังจากนั้นจะให้อาสาสมัครอ่านเอกสารขอความยินยอมเพื่อเข้าร่วมวิจัยโดยละเอียดใช้เวลา 5 นาที เพื่อให้อาสาสมัครตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วม โดยเอกสารชี้แจงและขอความยินยอมจะแยกเป็นสองฉบับ สำหรับกลุ่มตัวอย่างผู้เกี่ยวข้องกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ (กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ) หนึ่งฉบับ และสำหรับผู้ใช้กัญชาเพื่อรักษาโรค (กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ) อีกหนึ่งฉบับ หากอาสาสมัครตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยให้กล่าวเป็นวาจา และ เริ่มทำการเก็บข้อมูลหลังจากได้รับความยินยอมทางวาจาจากอาสาสมัคร หากอาสาสมัครปฏิเสธการเข้าร่วมให้สิ้นสุดการเก็บข้อมูล

11.5 ข้อปฏิบัติเมื่ออาสาสมัครขอถอนตัวออกจากการวิจัย

อาสาสมัครสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา หากอยู่ในระหว่างการสัมภาษณ์เก็บข้อมูล อาสาสมัครสามารถกล่าวโดยวาจาเพื่อถอนตัวจากการวิจัย ขั้นตอนทุกอย่างของการเก็บข้อมูลจะสิ้นสุดทันที ข้อมูลของอาสาสมัครที่อยู่ในรูปไฟล์เสียงและกระดาษแบบสอบถามจะถูกทำลายทันทีและไม่ถูกนำมาวิเคราะห์

11.6 การดูแลรักษาและการจ่ายค่าชดเชยแก่อาสาสมัครหากเกิดอันตรายที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

เนื่องจากโครงการวิจัยนี้เป็นโครงการวิจัยที่ไม่ได้เก็บตัวอย่างจากเลือด ไม่มี invasive intervention ใด ๆ ต่ออาสาสมัคร ความเสี่ยงที่อาสาสมัครจะได้รับจำกัดอยู่เพียงข้อมูลส่วนตัวซึ่งคณะผู้วิจัยได้ลดความเสี่ยงแล้ว จึงคาดว่าจะไม่มีอันตรายที่รุนแรงจะเกิดขึ้นต่ออาสาสมัคร

11.7 การจ่ายค่าตอบแทนหรือค่าเสียเวลาแก่อาสาสมัคร

ทางโครงการจะมอบของขวัญ/ของชำร่วยเพื่อเป็นการตอบแทนในการให้ข้อมูลและแนะนำอาสาสมัครคนอื่นเป็นมูลค่าไม่เกิน 300 บาท อนึ่ง เนื่องจาก ผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้เดินทางไปพบอาสาสมัคร ณ สถานที่ที่อาสาสมัครสะดวก ดังนั้น จึงไม่มีการจ่ายค่าเดินทางให้กับอาสาสมัคร

11.8 การเก็บตัวอย่างชีวภาพเพื่อใช้ในการศึกษาในอนาคต (ถ้ามี)

ไม่มี

11.9 โครงการที่มีประเด็นต้องพิจารณาพิเศษอื่น ๆ (ถ้ามี)

ไม่มี

12. ข้อจำกัดของการวิจัยและอุปสรรคที่อาจมีและแผนการป้องกัน (Limitations and plans for mitigation)

ไม่มี

13. ตารางเวลาการดำเนินงาน (Time table)

ระยะเวลาการดำเนินการ

ตั้งแต่วันที่ 1 ก.ค. พ.ศ.2562 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ.2562 รวมระยะเวลา...0...ปี ...6....เดือน

กิจกรรม	1	2	3	4	5	6	ผู้รับผิดชอบ
	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	
1. การประชุมทีมวิจัยเพื่อวางแผนและติดตามการดำเนินงาน	*	*	*	*	*	*	มสช.
2. การทบทวนองค์ความรู้ทั้งจากในและจากต่างประเทศ		*	*	*			นักวิจัย
3. การเก็บข้อมูลสัมภาษณ์เชิงลึกและสำรวจ		*	*	*			นักวิจัย
4. การวิเคราะห์ข้อมูลและจัดทำรายงาน			*	*	*		นักวิจัย
5. การจัดประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียรวมถึงผู้เชี่ยวชาญ			*			*	มสช.
6. การสื่อสารสาธารณะเพื่อเผยแพร่ผลการวิจัย						*	มสช.

14. งบประมาณและแหล่งทุน

แหล่งทุน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

กิจกรรม	รายละเอียดงบประมาณ	บาท
หมวดค่าจ้าง / ค่าตอบแทน		
1.1 ค่าตอบแทนที่ปรึกษาโครงการ	3,000 บาท x 6 เดือน	18,000
1.2 ค่าตอบแทน หัวหน้าโครงการ	15,000 บาท x 6 เดือน	90,000
1.3 ค่าตอบแทนผู้วิจัย/คณะผู้วิจัย	10,000 บาท x 6 เดือน x 3 คน	180,000
1.5 ค่าจ้างผู้ช่วยนักวิจัย (จัดทำรายงานผลการวิจัย)	5,000 บาท x 6 เดือน	30,000
1.6 ค่าตอบแทนผู้จัดการโครงการ	9,000 บาท x 6 เดือน x 1 คน	54,000
1.6 ค่าตอบแทนผู้ประสานงานโครงการ (ประสานงาน, บัญชี และการเงิน)	8,000 บาทx 6 เดือน X 2 คน	96,000
รวมค่าจ้าง / ค่าตอบแทน		468,000
หมวดค่าดำเนินงาน		
การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก		
ค่าตอบแทนผู้ให้ข้อมูลหลัก	500 บาท x 1 ครั้ง x 30 คน	15,000
ค่าเดินทางและสัมภาษณ์ของเจ้าหน้าที่วิจัย	800 บาท x 1 ครั้ง x 30 คน	24,000
ค่าถอดเทป	500 บาท x 1 ครั้ง x 30 คน	15,000
ค่าประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล	30000 บาท x 1 ครั้ง x 1 คน	30,000
รวมค่าดำเนินการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก		84,000
การสำรวจเชิงปริมาณ		
ค่าตอบแทนผู้ให้ข้อมูล	300 บาท x 1 ครั้ง x 500 คน	150,000
ค่าเดินทางและสัมภาษณ์ของเจ้าหน้าที่วิจัย	600 บาท x 1 ครั้ง x 500 คน	300,000
ค่าบันทึกข้อมูล	10 บาท x 2 ครั้ง x 500 ชุด	10,000

ค่าประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล	30000 บาท x 1 ครั้ง x 1 คน	30,000
รวมค่าดำเนินงานสำรวจเชิงปริมาณ		490,000
การสังเกต/เก็บข้อมูลในพื้นที่		
ค่าเดินทางเจ้าหน้าที่วิจัย	7000 บาท x 6 ครั้ง x 2 คน	84,000
เบี้ยเลี้ยง	2000 x 6 ครั้ง x 2 คน	24,000
ค่าที่พัก	1500 x 6 ครั้ง x 2 คน	18,000
ค่าบัตรเข้าสถานที่หรือของขวัญ	1000 x 6 ครั้ง x 2 คน	12,000
รวมค่าดำเนินการสังเกต/เก็บข้อมูลในพื้นที่		138,000
ค่าจัดประชุมทีมวิจัย		
ค่าเดินทาง	8000 บาท x 3 ครั้ง x 6 คน	144,000
ค่าเบี้ยเลี้ยง	1000 x 3 ครั้ง x 6 คน	18,000
ค่าที่พัก	1500 x 3 ครั้ง x 4 คน	18,000
ค่าอาหารและห้องประชุม	650 x 3 ครั้ง x 6 คน	11,700
รวมค่าดำเนินงานจัดประชุมทีมวิจัย		191,700
การประชุมรับฟังความเห็นประสบการณ์เครือข่ายกัญชาทางการแพทย์ จำนวน 40 คน		
ค่าตอบแทนประธานการประชุม	2,000 บาท x 1 คน	2,000
ค่าตอบแทนวิทยากร	1,500 บาท x 3 คน	4,500
ค่าอาหารและเครื่องดื่มผู้เข้าร่วมประชุม	800 บาท x 40 คน	32,000
ค่าพาหนะเดินทางตัวแทนองค์กรขับเคลื่อนประเด็น	500 บาท x 32 คน	16,000
ค่าพาหนะเดินทางผู้แทนหน่วยงานต่างจังหวัด	5000 บาท x 8 คน	40,000
ค่าที่พักผู้เข้าประชุมจากต่างจังหวัด	1,800 บาท x 8 ห้อง	14,400
ค่าไปรษณีย์, ค่าโทรศัพท์ ประสานงาน และอื่น ๆ	3000 บาท x 1 ครั้ง	3,000
ค่าจัดทำเอกสารต้น แผ่นพับ, เอกสารประกอบการประชุม		50,000
รวมค่าดำเนินการประชุมรับฟังความเห็นประสบการณ์เครือข่ายฯ		161,900
การประชุมเวทีสื่อสารสาธารณะนำผลงานวิจัยสู่การใช้ประโยชน์ จำนวน 40 คน		

ค่าตอบแทนประธานการประชุม	2,000 บาท x 1 คน	2,000
ค่าตอบแทนวิทยากร	1,500 บาท x 3 คน	4,500
ค่าอาหารและเครื่องดื่มผู้เข้าร่วมประชุม	800 บาท x 40 คน	32,000
ค่าพาหนะเดินทางตัวแทนองค์กรขับเคลื่อนประเด็น	500 บาท x 32 คน	16,000
ค่าพาหนะเดินทางผู้แทนหน่วยงานต่างจังหวัด	5000 บาท x 8 คน	40,000
ค่าที่พักผู้เข้าประชุมจากต่างจังหวัด	1,800 บาท x 8 ห้อง	14,400
ค่าไปรษณีย์, ค่าโทรศัพท์ ประสานงาน และอื่น ๆ	3000 บาท x 1 ครั้ง	3,000
ค่าจัดทำเอกสารต้น แผ่นพับ, เอกสารประกอบการประชุม		50,000
รวมค่าดำเนินการประชุมเวทีสื่อสารสาธารณะฯ		161,900
ค่าติดต่อประสานงาน และวัสดุอุปกรณ์สำนักงาน (หน่วยประสานงาน)	10,000 บาท x 6 เดือน	60,000
รวมหมวดค่าจ้าง ค่าตอบแทน และค่าดำเนินการ		1,755,500
ค่าธรรมเนียมอุดหนุนสถาบัน 10 %		175,550
รวมงบประมาณโครงการ (ค่าตอบแทน+ค่าดำเนินการ+ค่าอุดหนุนสถาบัน) ทั้งสิ้น		1,931,050

15. ผลลัพธ์ของโครงการที่คาดหวัง

ผลผลิต / ผลลัพธ์	ตัวชี้วัด	
	เชิงปริมาณ	เชิงคุณภาพ
รายงานผลการวิจัย (Full report)	หนึ่งฉบับ	สมบูรณ์ ทันสมัย ถูกต้อง คุณภาพสูง

ผลผลิต / ผลลัพธ์	ตัวชี้วัด	
	เชิงปริมาณ	เชิงคุณภาพ
เอกสารสรุปข้อเสนอเชิงนโยบาย (Policy brief)	หนึ่งฉบับ	เหมาะสมกับบริบทประเทศไทยมีความสมบูรณ์ของเนื้อหา ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลจำนวนประมาณการลักษณะ พฤติกรรม ความคิดเห็นความจำเป็นและความต้องการของผู้เกี่ยวข้องกับการใช้กัญชาทางการแพทย์และข้อเสนอเชิงนโยบายแนวทางในการจัดระบบการกำกับดูแลประชากรกลุ่มนี้
เอกสารข้อเท็จจริง (Factsheet) และเอกสารเผยแพร่ความรู้ ข่าว แจก (press release)	4 ฉบับหรือ ประเด็น	ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง อ่านง่าย และเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย เช่น บุคลากรสุขภาพ ผู้บริหาร/กำหนดนโยบาย ประชาชนทั่วไป นักทำงานด้านประชาสัมพันธ์ เป็นต้น

16. ประโยชน์ที่จะได้รับ

ข้อมูลข้อสนเทศและองค์ความรู้ที่ได้จากโครงการวิจัย จะเป็นประโยชน์ให้กับหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงยุติธรรม และหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในการกำกับดูแลมาตรการและระบบในการควบคุม ผลิต และจัดบริการที่เกี่ยวข้องกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ในประเทศไทย ป้องกันและลดผลกระทบทางลบที่อาจเกิดขึ้นต่อประเทศ เพิ่มการใช้ประโยชน์จากกัญชาและสารสกัดในทางการแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นสามารถเข้าถึงบริการบำบัดรักษาที่เหมาะสมได้มากขึ้น และเป็นการสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ให้กับบุคลากรสุขภาพ ผู้ป่วย และสังคม

17. หน่วยงานผู้ใช้ประโยชน์จากงานวิจัย ผู้มีส่วนได้เสียสำคัญซึ่งทีมวิจัยจะปรึกษาหารือ เก็บข้อมูลหรือดึงเข้าร่วมในขั้นตอนต่าง ๆ ของกระบวนการวิจัย

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม ซึ่งมีบทบาทรับผิดชอบงานสารเสพติดทั้งระบบของประเทศ ทั้งในด้านการเป็นหน่วยออกนโยบาย ดำเนินการ และกำกับติดตาม กระบวนการควบคุมการผลิต พัฒนา แปรรูป กัญชารวมทั้งป้องกันและปราบปรามการใช้กัญชาในทางที่ผิด

สำนัก กรมกอง ที่เกี่ยวข้องของกระทรวงสาธารณสุข อาทิ องค์การอาหารและยา องค์การเภสัชกรรม กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กรมสุขภาพจิต กรมสนับสนุนบริการ และกรมแพทย์แผนไทย เป็นต้น ซึ่งมีบทบาทกำกับดูแลการจัดบริการทางการแพทย์ การผลิตและแปรรูป การนำยาจากกัญชาเข้าสู่ตลาด การควบคุมปริมาณ คุณภาพ ความปลอดภัย และการกระจายยา การติดตามและประเมินผล

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม และกรมบัญชีกลางกระทรวงการคลัง ซึ่งมีบทบาทของ
ผู้จ่ายเงินในระบบบริการสุขภาพ

18. เอกสารอ้างอิง

1. “โสภณ เมฆธน” นั่งเก้าอี้ ปธ.คณะกรรมการใช้กัญชาสำหรับทางการแพทย์ [Internet]. 77 ข่าวเด็ด. 2018 [cited 2019 May 19]. Available from: <https://www.77kaoded.com/content/91825>
2. ยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ๗) พ.ศ.๒๕๖๒. ๑๗ กุมภาพันธ์ พ.ศ.๒๕๖๒.
3. ‘หมอธีระวัฒน์’ ยัน “กัญชา” รักษาโรคทางสมองได้ ถูกกว่ายาปัจจุบัน [Internet]. [cited 2019 Jun 15]. Available from: <https://www.bangkokbiznews.com/news/detail/837386>
4. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.). อย. เผยแจ้งครอบครองกัญชาภายใน 19 พ.ค.62 นี้ พร้อมแจ้งผู้ประกอบการวิชาชีพ ต้องได้รับการอบรมจาก สธ. หรือหลักสูตรที่ สธ. รับรองเท่านั้น [Internet]. 2562 [cited 2019 May 19]. Available from: https://oryor.com/digi_dev/detail/media_news/1612
5. National Institute on Drug Abuse. Marijuana as Medicine [Internet]. <https://www.drugabuse.gov>. 2018 [cited 2019 May 19]. Available from: <https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/marijuana-medicine>
6. National Academies of Sciences E. The Health Effects of Cannabis and Cannabinoids: The Current State of Evidence and Recommendations for Research [Internet]. 2017 [cited 2019 May 19]. Available from: <https://www.nap.edu/catalog/24625/the-health-effects-of-cannabis-and-cannabinoids-the-current-state>
7. นพ.โสภณ เมฆธน. ความก้าวหน้าการศึกษาการนำกัญชามาใช้ทางการแพทย์ โดยประธานกรรมการพิจารณาการนำกัญชามาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2561.
8. สารานุกรมสุข ออกราชกิจจาฯ รับรอง 16 ตำรับยา ใช้กัญชารักษาโรคได้ [Internet]. www.sanook.com/news. 2562 [cited 2019 May 19]. Available from: <https://www.sanook.com/news/7742899/>
9. NIDA NI on DA. Marijuana [Internet]. [cited 2019 May 19]. Available from: <https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/marijuana>

10. มานพ คณะโต, อภินันท์ อร่ามรัตน์, สาวิตรี อัษณางค์กรชัย, อุษณีย์ พึ่งปาน, ศยามล เจริญรัตน์, นกมล กรรณิกา, et al. รายงานผลการสำรวจครัวเรือนเพื่อคาดประมาณจำนวนประชากรผู้ใช้สารเสพติดของประเทศไทย ปี 2559. กรุงเทพฯ: คณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม; 2560.
11. Kittirattanapaiboon P, Tantirangsee N, Chutha W, Tantiaree A, Kwansanit P, Assanangkornchai S. Prevalence of mental disorders and mental health problems: Thai national mental health survey 2013. J Ment Health Thail. 2017 Jan 31;25(1):1–19.
12. LESSONS LEARNED FROM MARIJUANA LEGALIZATION IN FOUR U.S. STATES AND D.C. [Internet]. Smart Approaches to Marijuana (SAM); 2018 Mar. Available from: <https://learnaboutsam.org/wp-content/uploads/2018/04/SAM-Lessons-Learned-From-Marijuana-Legalization-Digital.pdf>
13. Moore TH, Zammit S, Lingford-Hughes A, Barnes TR, Jones PB, Burke M, et al. Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. The Lancet. 2007 Jul 28;370(9584):319–28.
14. Tetrault JM, Crothers K, Moore BA, Mehra R, Concato J, Fiellin DA. Effects of marijuana smoking on pulmonary function and respiratory complications: a systematic review. Arch Intern Med. 2007 Feb 12;167(3):221–8.
15. Onders B, Casavant MJ, Spiller HA, Chounthirath T, Smith GA. Marijuana Exposure Among Children Younger Than Six Years in the United States. Clin Pediatr (Phila). 2016;55(5):428–36.
16. Volkow ND, Baler RD, Compton WM, Weiss SRB. Adverse Health Effects of Marijuana Use. N Engl J Med. 2014 Jun 5;370(23):2219–27.
17. Stoecker WV, Rapp EE, Malters JM. Marijuana Use in the Era of Changing Cannabis Laws: What Are the Risks? Who is Most at Risk? Mo Med. 2018 Oct;115(5):398–404.
18. Amirav I, Luder A, Viner Y, Finkel M. Decriminalization of cannabis--potential risks for children? Acta Paediatr Oslo Nor 1992. 2011 Apr;100(4):618–9.
19. Keyes KM, Wall M, Cerdá M, Schulenberg J, O'Malley PM, Galea S, et al. How does state marijuana policy affect US youth? Medical marijuana laws, marijuana use and perceived harmfulness: 1991-2014. Addict Abingdon Engl. 2016;111(12):2187–95.

20. กนิษฐา ไทยกกล้า. เทคนิคการสำรวจเพื่อประมาณค่าประชากรกลุ่มเสี่ยงที่เข้าถึงยาก. พ.ศ. 2558. นนทบุรี: สำนักพิมพ์คอร์ฟังก์ชั่น.
21. Johnston LG, McLaughlin KR, Rouhani SA, Bartels SA. Measuring a hidden population: A novel technique to estimate the population size of women with sexual violence-related pregnancies in South Kivu Province, Democratic Republic of Congo. *J Epidemiol Glob Health*. 2017 Mar 1;7(1):45–53.
22. Handcock MS, Gile KJ, Mar CM. Estimating hidden population size using Respondent-Driven Sampling data. *Electron J Stat*. 2014;8(1):1491–521.
23. RDS Analyst - HPMRG - Lisa G. Johnston [Internet]. [cited 2019 Jun 23]. Available from: <http://www.lisagjohnston.com/respondent-driven-sampling/rds-analyst---hpmrg>
24. Fearon E, Chabata ST, Thompson JA, Cowan FM, Hargreaves JR. Sample Size Calculations for Population Size Estimation Studies Using Multiplier Methods With Respondent-Driven Sampling Surveys. *JMIR Public Health Surveill*. 2017 Sep 14;3(3):e59.
25. Heckathorn DD. Respondent-Driven Sampling: A New Approach to the Study of Hidden Populations. *Soc Probl*. 1997 May 1;44(2):174–99.
26. Johnston LG, Hakim AJ, Dittrich S, Burnett J, Kim E, White RG. A Systematic Review of Published Respondent-Driven Sampling Surveys Collecting Behavioral and Biologic Data. *AIDS Behav*. 2016;20(8):1754–76.
27. กนิษฐา ไทยกกล้า. เทคนิคการสำรวจเพื่อประมาณค่าประชากรกลุ่มเสี่ยงที่เข้าถึงยาก. พ.ศ. 2558. เชียงใหม่: สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ.

คำรับรองจากผู้วิจัยหลัก

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่า

- ข้อความในโครงร่างการศึกษาและเอกสารที่เสนอทั้งหมด ถูกต้อง เป็นจริง มิได้คัดลอกผลงานของผู้อื่น
- ข้าพเจ้า จะจัดให้มีกระบวนการแสดงความยินยอมอย่างเหมาะสม และเคารพสิทธิในการตัดสินใจของอาสาสมัคร
- ข้าพเจ้า จะจัดให้มีกระบวนการกำกับ ตรวจสอบ และดูแลความปลอดภัยของอาสาสมัครอย่างเต็มความสามารถ
- ข้าพเจ้า จะจัดให้มีกระบวนการติดตาม และจัดการข้อมูลให้มีความถูกต้องน่าเชื่อถือ

หลังจากโครงการได้รับการรับรองการพิจารณาจริยธรรม ให้ดำเนินการวิจัยได้

- ข้าพเจ้า จะรายงานการแก้ไขเพิ่มเติมโครงการวิจัย (Amendment report form: AP-016) ให้คณะกรรมการจริยธรรมรับรองหรือรับทราบ ก่อนที่จะเปลี่ยนแปลงขั้นตอนการวิจัย หรือใช้เอกสารที่ยังไม่ได้รับการพิจารณา
- ข้าพเจ้า จะรายงานความก้าวหน้า (Progress report form: AP-014) ตามที่คณะกรรมการกำหนดไว้ในใบรับรอง (อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง) นับตั้งแต่วันที่ได้รับการรับรองด้านจริยธรรม
- ข้าพเจ้า จะรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงของอาสาสมัคร (SAE report form: AP-017, AP-018) ภายในกรอบเวลาที่กำหนดใน SOP version 2.0 บทที่ 11 ให้คณะกรรมการจริยธรรม
- ข้าพเจ้า จะรายงานการไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนด (Deviation report form: AP-019) หากได้ดำเนินการใดๆ ที่ต่างไปจากโครงร่างการศึกษาหรือเอกสารฉบับล่าสุดที่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการ
- ข้าพเจ้า จะจัดทำ รายงานสรุปผลการวิจัย (Final report form: AP-020) ต่อคณะกรรมการจริยธรรมเมื่อเสร็จสิ้นโครงการวิจัย โดยจะดำเนินการวิจัยให้แล้วเสร็จตามกรอบเวลาที่เสนอไว้ในโครงร่างการศึกษานี้

ข้าพเจ้า เข้าใจความหมายข้างต้นทุกประการและ ขอให้คำมั่นว่า จะปฏิบัติตามจรรยาวิชาชีพวิจัยอย่างดีที่สุด

ลงชื่อ.....

(.ศ.ดร.พญ. สาวิตรี อัมฉนงค์กรชัย)

ตำแหน่ง..ศาสตราจารย์.

ผู้วิจัยหลัก

วันที่. 29 เดือน สิงหาคม. พ.ศ.2562.