

การประชุมชี้แจงการใช้โปรแกรม
บันทึกข้อมูลน้ำมันกัญชาขมมันทอง
เขตสุขภาพที่ 8
(R8-COT)

โดย สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี
วันที่ 3 กันยายน 2564



วาระการประชุม

➤ วาระที่ 1 เรื่องประธานแจ้งที่ประชุมทราบ

1.1 โครงการศึกษาติดตามลักษณะการใช้และคุณภาพชีวิตของผู้ใช้น้ำมันกัญชาชนิดที่มีทองในผู้ป่วยรับบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาล เขตสุขภาพที่ 8

โดย ดร.นพ.ประเมษฐ์ กิ่งไก่อ ผู้อำนวยการเขตสุขภาพที่ 8

➤ วาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุม

➤ วาระที่ 3 เรื่องแจ้งเพื่อทราบ

3.1 ความก้าวหน้าโครงการศึกษาติดตามลักษณะการใช้และคุณภาพชีวิตของผู้ใช้น้ำมันกัญชาชนิดที่มีทองในผู้ป่วยรับบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาล เขตสุขภาพที่ 8

โดย ภก.มะโนตร์ นาคะวัจนะ เกษัชกรเชี่ยวชาญ หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค

3.2 ชี้แจงการใช้โปรแกรมบันทึกข้อมูลน้ำมันกัญชาชนิดที่มีทอง (R8-COT)

โดย นายวิระวัฒน์ ศิริรัตน์ไพบูลย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8
นายพัฒนรัฐ พุดห้ำ นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8

➤ วาระที่ 4 เรื่องพิจารณา

➤ วาระที่ 5 เรื่องอื่น ๆ



3.1 ความก้าวหน้าโครงการศึกษา ติดตามลักษณะการใช้และคุณภาพชีวิต ของผู้ใช้น้ำมันกัญชาขมมันทอง

ในผู้ป่วยรับบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์
แผนไทยในสถานพยาบาล เขตสุขภาพที่ 8

โดย ภก.มะโนตร์ นาคะวัจนะ เกสัชกรเชี่ยวชาญ
ผู้ช่วยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

ความสำคัญและที่มา

นโยบายกระทรวงสาธารณสุข

- ประเทศไทยมีนโยบายกัญชาทางการแพทย์เกิดขึ้นเป็นประเทศแรกในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ อนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างถูกต้องตามกฎหมาย

ประโยชน์ของกัญชาและขมิ้นชันทางการแพทย์

- ความพร้อมในการให้บริการของบุคลากรทางการแพทย์จังหวัดอุดรธานี
- ความพร้อมในการผลิตของโรงพยาบาลห้วยเกิ้ง

- กัญชา CannabinoidTHC, CBD
- ขมิ้นชัน Curcuminoids ต้านการอักเสบ บรรเทาปวด รักษาข้อเข่าเสื่อม แก้ฟกช้ำ

- เขตสุขภาพที่ 8 มีบุคลากรผู้ได้รับการอบรมหลักสูตรการกัญชาทางการแพทย์ ครอบคลุมทุกโรงพยาบาล ทั้ง 90 แห่ง
- เป็นแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร แพทย์แผนไทย พยาบาล
- โรงพยาบาลห้วยเกิ้ง (โรงงานผลิตยาสมุนไพรมาตรฐาน GMP)
- โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้นอาจารโ (โรงงานผลิตยาสมุนไพรมาตรฐาน GMP)



โครงการวิจัยการศึกษาติดตามลักษณะการใช้และคุณภาพชีวิต ของผู้ใช้น้ำมันกัญชาขม้นทอง เขตสุขภาพที่ 8

วัตถุประสงค์

1. เพื่อติดตามประเมินผลการใช้้ำมันกัญชาขม้นทองทางการแพทย์แผนไทยต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
2. เพื่อศึกษาลักษณะการสั่งใช้น้ำมันกัญชาขม้นทองทางการแพทย์แผนไทยของแพทย์แผนไทย / แพทย์แผนไทยประยุกต์
3. เพื่อติดตามประเมินผลอาการข้างเคียง และจัดการแก้ไขปัญหาอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการใช้น้ำมันกัญชาขม้นทองทางการแพทย์แผนไทย

คำถามการวิจัย

การใช้น้ำมันกัญชาขม้นทองทางการแพทย์แผนไทยทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น

ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยการใช้น้ำมันกัญชาสูตรอาจารย์เดชา ของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก



ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ



1

การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
- เครื่องมือ EQ-5D-5L และ ESAS

2

น้ำมันกัญชาขมมันทองทางการแพทย์แผนไทย
วิเคราะห์ THC CBD การปนเปื้อนจุลินทรีย์ สารปนเปื้อน
(โลหะหนัก และยาฆ่าแมลง)

3

ลักษณะการใช้น้ำมันกัญชาขมมันทอง
ทางการแพทย์แผนไทย

โครงการวิจัยการศึกษาติดตามลักษณะการใช้และคุณภาพชีวิต ของผู้ใช้น้ำมันกัญชาชนิดสกัดเข้มข้น เขตสุขภาพที่ 8

Where

สถานที่ศึกษา

สถานที่ศึกษา คลินิกบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 8 จำนวน 7 จังหวัด

Time

ระยะเวลาดำเนินการ

ธันวาคม 2563 - พฤศจิกายน 2564
(ระยะเวลา 12 เดือน)

n

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากการวิจัยการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทยสูตรน้ำมันกัญชาชนิดสกัดเข้มข้นซึ่งเป็นสูตรที่คิดค้นโดยนักการแพทย์แผนไทย
โรงพยาบาลห้วยเกิ้ง จังหวัดอุดรธานี และเป็นการศึกษาการใช้ครั้งแรกจึงกำหนดขนาดตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่จะเข้าร่วมโครงการ
จำนวน 5,000 คน

ที่	จังหวัด	จำนวนประชากร ในจังหวัด(คน)	ขนาดตัวอย่าง (คน)	กลุ่มอาการที่ รับผิดชอบ
1	อุดรธานี	1,294,905	1,430	มะเร็ง,สะเก็ดเงิน
2	สกลนคร	941,906	1,040	สันนิบาตลูกนก
3	นครพนม	587,806	650	เบื่ออาหาร
4	เลย	525,986	580	ภูมิแพ้
5	หนองคาย	425,922	470	ลมปะกำ
6	หนองบัวลำภู	420,690	460	ปวดเรื้อรัง
7	บึงกาฬ	340,641	370	นอนไม่หลับ

โครงการวิจัยการศึกษาติดตามลักษณะการใช้และคุณภาพชีวิต
 ของผู้ใช้น้ำมันกัญชาขม้นทอง เขตสุขภาพที่ 8

การจัดสรรน้ำมันกัญชาขม้นทอง (รอบที่ 1 จำนวนจัดสรร 5600 ขวด)

ที่	จังหวัด	ขนาดตัวอย่าง (คน)	จำนวนน้ำมันขม้น ทอง(ขวด)	กลุ่มอาการที่รับผิดชอบ
1	อุดรธานี	1,430	1,600	**มะเร็ง,สะกิดเงิน**
2	สกลนคร	1,040	1,000	**สันนิบาตลูกนก**
3	เลย	580	1,000	**ภูมิแพ้**
4	นครพนม	650	500	เบื่ออาหาร
5	หนองคาย	470	500	ลมปะกำง
6	หนองบัวลำภู	460	500	ปวดเรื้อรัง
7	บึงกาฬ	370	500	นอนไม่หลับ
รวม		5,000	5,600	

โครงการ
วิจัยเชิงลึก





ตำรับน้ำมัน กัญชาขมมีนทอง

การวิเคราะห์ตำรับยา ทางแพทย์แผนไทย

จากตำรา เกษัชกรรมแผนไทย กองประกอบโรคศิลปะ สำนักงาน
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เรื่องสรรพคุณเภสัช ว่าด้วย ยารสประธาน
รสของตัวยา ตำรับยาน้ำมันกัญชาขมมีนทอง ซึ่งมีขมมีนชัน(เหง้าแก่)
รสร้อนปรา ใช้เป็นตัวยาเสริมตัวยาหลัก ให้ออกฤทธิ์ได้ดีขึ้น ช่วยขับ
ลม และแก้ท้องอืดท้องเฟ้อ ลดปวด อักเสบ

THC 2.3 mg/ml



CBD 0.162 mg/ml



ผู้ขอรับการรับรอง พท.ป. กัญญารัตน์ แก้วกันยา
แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ โรงพยาบาลห้วยเกิ้ง จ.อุดรธานี

ตำรับน้ำมัน กัญชาขมมี้นทอง

สูตรตำรับประกอบด้วย

ลำดับ	ส่วนประกอบ	ส่วนที่ใช้	น้ำหนักยา
1	กัญชาแห้ง	ช่อดอก	100 g
2	ขมิ้นชันแห้ง	เหง้าแก่	100 g
3	น้ำมันมะพร้าวสกัดเย็น	น้ำมันมะพร้าวสกัดเย็น	1000 ml

โดยมีความเข้มข้นที่ระบุในฉลาก THC 2 mg/ml
- ความเข้มข้นที่ผลิตได้ THC 2.3 mg/ml
(ความเข้มข้นของตำรับอยู่ในช่วง 1.6-2.4 mg/ml)

ผลิตโดย
โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร



การใช้ตำรับ น้ำมันกัญชาขมมันทอง



ขนาด และวิธีใช้

- ตามคำสั่งแพทย์แผนไทย และแพทย์แผนปัจจุบัน
- วิธีใช้ภายนอก ทาวันละ 2 ครั้ง เช้า – เย็น

คำแนะนำเพิ่มเติม

วิธีหยदन้ำมันกัญชา ให้หยดรับประทาน โดยให้ญาติเป็นผู้หยดให้ หรือหยดใส่ช้อนก่อนรับประทาน เพื่อป้องกันการใช้ยาเกินขนาด

ข้อห้ามใช้ หรือ ข้อควรระวัง

ควรระมัดระวัง ในการใช้ในผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 18 ปี สตรีมีครรภ์หรืออยู่ในช่วงให้นมบุตร ทั้งนี้ตามดุลยพินิจของผู้ประกอบวิชาชีพ



การใช้ตำรับ

น้ำมันกัญชาขมมี้นทอง

- 1 มะเร็ง
- 2 สะเก็ดเงิน
- 3 นอนไม่หลับ
- 4 เบื่ออาหาร
- 5 ลมปะกำง (ไมเกรน)
- 6 ปวดเรื้อรัง
- 7 สันนิบาตลูกนก (พาร์กินสัน)
- 8 ริดสีดวงทวาร
- 9 ภูมิแพ้/SLE

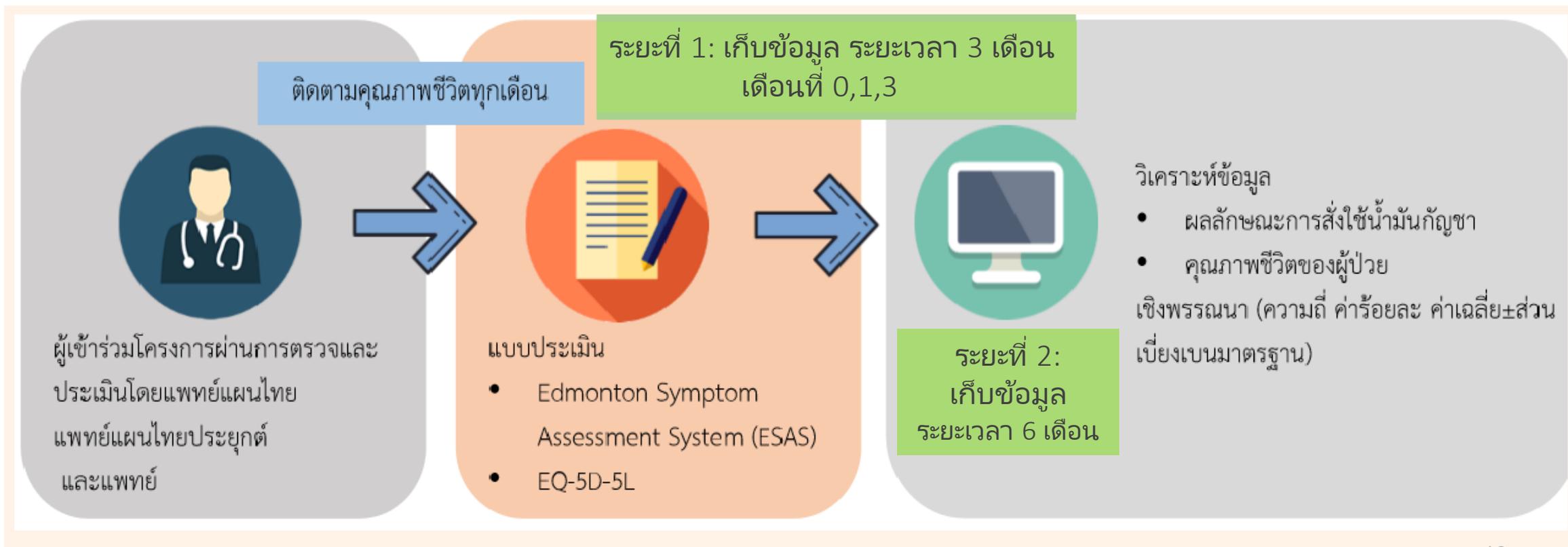
โครงการวิจัยการศึกษาติดตามลักษณะการใช้และคุณภาพชีวิต ของผู้ใช้น้ำมันกัญชาชนิดสกัดเข้มข้น เขตสุขภาพที่ 8

การเก็บข้อมูล

แบ่งเป็น 2 ระยะ

ระยะที่ 1: เชงปริมาณ

ระยะที่ 2: เชงคุณภาพ



แบบสอบถามหรือแบบสัมภาษณ์ โครงการวิจัย

ส่วนที่ 1

แบบสอบถามอาสาสมัครที่ได้รับน้ำมันกัญชาขมื่นทองทางการแพทย์แผนไทย

- 1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ
- 1.2 Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)
- 1.3 แบบสอบถามเรื่องสุขภาพ EQ-5D-5L
- 1.4 แบบสอบถามผลกระทบและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

ส่วนที่ 2

แบบบันทึกข้อมูลอาสาสมัครที่ได้รับน้ำมันกัญชาขมื่นทองทางการแพทย์แผนไทย

ส่วนที่ 3

แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) แพทย์แผนไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์ ที่ใช้น้ำมันกัญชาขมื่นทองทางการแพทย์แผนไทย

แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ของโครงการวิจัย

ส่วนที่ 1

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามอาสาสมัครที่ได้รับน้ำมันกัญชาขี้ผึ้ง

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

โครงการติดตามลักษณะการใช้และคุณภาพชีวิตของผู้ใช้น้ำมันกัญชา ขี้ผึ้งในทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	Page: 1/7
หมายเลขแบบสอบถาม: □ □ / □ □ □ □	

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามอาสาสมัครที่ได้รับน้ำมันกัญชาขี้ผึ้งทางการแพทย์แผนไทย

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องสี่เหลี่ยม หรือ กรอกข้อมูลในช่องว่างให้ครบถ้วน

เพศ: <input type="checkbox"/> หญิง <input type="checkbox"/> ชาย	อายุ.....ปี.....เดือน
น้ำหนักตัว.....กิโลกรัม	ความสูง.....เซนติเมตร
ความดันโลหิต(ตัวบน/ตัวล่าง)/.....mmHg	อัตราการหายใจ.....ครั้ง/นาที
ประวัติแพ้ยา/อาหารอื่นๆ	<input type="checkbox"/> 1 ไม่มี <input type="checkbox"/> 2 มี (ระบุ).....
อาชีพ	<input type="checkbox"/> 1 เกษตรกร (ทำไร่ทำนาทำสวน) <input type="checkbox"/> 2 นักเรียน/นักศึกษา <input type="checkbox"/> 3 ลูกจ้าง (บริษัท/โรงงาน/รับจ้างรายวัน) <input type="checkbox"/> 4 ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ <input type="checkbox"/> 5 อาชีพส่วนตัว (เจ้าของธุรกิจ/ค้าขาย) <input type="checkbox"/> 6 ไม่ได้ประกอบอาชีพ <input type="checkbox"/> 7 อื่นๆ.....
โรคประจำตัว	<input type="checkbox"/> 1 ไม่มี <input type="checkbox"/> 2 มี (ระบุ).....
ยาที่ได้รับประทานเป็นประจำ เนื่องมาจากอาการโรค ประจำตัว	<input type="checkbox"/> 1 ไม่มี <input type="checkbox"/> 2 มี (ระบุ).....
ยาอื่นที่ได้รับในเวลาเดียวกับที่ ใช้ยาจากสมุนไพรที่ไม่ใช่ยารักษา โรคประจำตัว ได้แก่ ยาแผน ปัจจุบัน/ยาสมุนไพร/ผลิตภัณฑ์ สุขภาพ	<input type="checkbox"/> 1 ไม่มี <input type="checkbox"/> 2 มี (ระบุ).....
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ถ้ามี)

1.2 Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)

โครงการติดตามลักษณะการใช้และคุณภาพชีวิตของผู้ใช้น้ำมันกัญชา ขี้ผึ้งในทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	Page: 2/7
หมายเลขแบบสอบถาม: □ □ / □ □ □ □	

ครั้งที่.....วันที่ประเมิน...../...../.....

Edmonton System Assessment System (ESAS) ฉบับภาษาไทย

โปรดวงกลมหมายเลขที่ตรงกับระดับความรู้สึของท่านมากที่สุด ณ ขณะนี้

(การวัดแต่ละอาการ จะถูกแบ่งเป็นหมายเลข 0-10 โดยเลข 0 หมายถึงไม่มีอาการ และเลข 10 หมายถึง มีอาการมากที่สุด)

ไม่มีอาการปวด	มีอาการปวดรุนแรงที่สุด
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
ไม่มีอาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย	มีอาการเหนื่อย/อ่อนเพลียมากที่สุด
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
ไม่มีอาการคลื่นไส้	มีอาการคลื่นไส้มากที่สุด
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
ไม่มีอาการซึมเศร้า	มีอาการซึมเศร้ามากที่สุด
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
ไม่วิตกกังวล	วิตกกังวลรุนแรงที่สุด
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
ไม่มีอาการง่วงซึม/เซื่องซึม	มีอาการง่วงซึม/เซื่องซึมมากที่สุด
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
ไม่เบื่ออาหาร	เบื่ออาหารมากที่สุด
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
สบายทั้งกายและใจ	ไม่สบายทั้งกายและใจเลย
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ	มีอาการเหนื่อยหอบมากที่สุด
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
ปัญหาอื่นๆได้แก่	
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

- * แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ
- * Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)
- * แบบสอบถามเรื่องสุขภาพ EQ-5D-5L
- * แบบสอบถามผลกระทบและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา



แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ของโครงการวิจัย

ส่วนที่ 1

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามอาสาสมัครที่ได้รับน้ำมันกัญชาขมิ้นทอง

1.3 แบบสอบถามเรื่องสุขภาพ EQ-5D-5L

โครงการติดตามลักษณะการใช้และคุณภาพชีวิตของผู้ใช้น้ำมันกัญชา
ขมิ้นทองในทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก Page:3/7
หมายเลขแบบสอบถาม: □□/□□□□

แบบสอบถามเรื่องสุขภาพ EQ-5D-5L

ในแต่ละหัวข้อ กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องสี่เหลี่ยม เพียงช่องเดียว

EQ-5D-5L
1.การเคลื่อนไหว
<input type="checkbox"/> ข้าพเจ้าไม่มีปัญหาในการเดิน
<input type="checkbox"/> ข้าพเจ้ามีปัญหาในการเดินเล็กน้อย
<input type="checkbox"/> ข้าพเจ้ามีปัญหาในการเดินปานกลาง
<input type="checkbox"/> ข้าพเจ้ามีปัญหาในการเดินอย่างมาก
<input type="checkbox"/> ข้าพเจ้าเดินไม่ได้
2.การดูแลตนเอง
<input type="checkbox"/> ข้าพเจ้าไม่มีปัญหาในการอาบน้ำหรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเอง
<input type="checkbox"/> ข้าพเจ้ามีปัญหาในการอาบน้ำหรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเองเล็กน้อย
<input type="checkbox"/> ข้าพเจ้ามีปัญหาในการอาบน้ำหรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเองปานกลาง
<input type="checkbox"/> ข้าพเจ้ามีปัญหาในการอาบน้ำหรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเองอย่างมาก
<input type="checkbox"/> ข้าพเจ้าอาบน้ำหรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเองไม่ได้
3.กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ(เช่น ทำงาน เรียนหนังสือ ทำงานบ้าน กิจกรรมในครอบครัว หรือกิจกรรมยามว่าง)
<input type="checkbox"/> ข้าพเจ้าไม่มีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ
<input type="checkbox"/> ข้าพเจ้ามีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำเล็กน้อย
<input type="checkbox"/> ข้าพเจ้ามีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำปานกลาง
<input type="checkbox"/> ข้าพเจ้ามีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำอย่างมาก
<input type="checkbox"/> ข้าพเจ้าทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำไม่ได้
4.ความเจ็บปวด/อาการไม่สบายตัว
<input type="checkbox"/> ข้าพเจ้าไม่มีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัว
<input type="checkbox"/> ข้าพเจ้ามีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัวเล็กน้อย
<input type="checkbox"/> ข้าพเจ้ามีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัวปานกลาง
<input type="checkbox"/> ข้าพเจ้ามีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัวอย่างมาก
<input type="checkbox"/> ข้าพเจ้ามีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัวอย่างมากที่สุด
5.ความรู้สึกกังวล/ความซึมเศร้า
<input type="checkbox"/> ข้าพเจ้าไม่รู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้า
<input type="checkbox"/> ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าเล็กน้อย
<input type="checkbox"/> ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าปานกลาง
<input type="checkbox"/> ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าอย่างมาก
<input type="checkbox"/> ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าอย่างมากที่สุด

1.3 แบบสอบถามเรื่องสุขภาพ EQ-5D-5L (ต่อ)

โครงการติดตามลักษณะการใช้และคุณภาพชีวิตของผู้ใช้น้ำมันกัญชา
ขมิ้นทองในทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก Page:4/7
หมายเลขแบบสอบถาม: □□/□□□□

เราอยากทราบว่าสุขภาพของท่านเป็นอย่างไรในวันนี้

- เกล็ดสุขภาพนี้มีตัวเลขตั้งแต่ 0 ถึง 100
- 100 หมายถึง สุขภาพที่ดีที่สุด ตามความคิดของท่าน
- 0 หมายถึง สุขภาพที่แย่ที่สุด ตามความคิดของท่าน
- ทำเครื่องหมาย x บนสเกลเพื่อระบุสุขภาพของท่านเป็นอย่างไรในวันนี้
- ตอนนี้ กรุณาใส่ตัวเลขที่คุณได้ทำเครื่องหมายไว้บนสเกลในช่องสี่เหลี่ยมด้านล่างนี้

สุขภาพในวันนี้ของท่าน =



- * แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ
- * Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)
- * แบบสอบถามเรื่องสุขภาพ EQ-5D-5L
- * แบบสอบถามผลกระทบและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา



แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ของโครงการวิจัย

ส่วนที่ 1

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามอาสาสมัครที่ได้รับน้ำมันกัญชาขมิ้นทอง

1.4 แบบสอบถามผลกระทบและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

โครงการติดตามลักษณะการใช้และคุณภาพชีวิตของผู้ใช้น้ำมันกัญชาขมิ้นทองในทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	Page:5/7 หมายเลขแบบสอบถาม: □□□□□□
---	--------------------------------------

แบบติดตามอาการอันไม่พึงประสงค์ของอาสาสมัคร (Case record form)

โครงการติดตามลักษณะการใช้และคุณภาพชีวิตของผู้ใช้น้ำมันกัญชาขมิ้นทองในผู้ให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาล จังหวัดอุดรธานี

ตอนที่ 1 ประเมินผลกระทบจากการใช้น้ำมันกัญชาขมิ้นทอง

1.1 การสังเกตอาการด้านจิตใจในผู้ป่วย: ประเมินว่าผู้ป่วยมีอาการเหล่านี้หรือไม่ ให้ประเมินความรุนแรงของอาการเหล่านี้ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

อาการ	มี	ไม่มี
อาการ	อาการ	อาการ
สัญญาณเตือนก่อนเกิดอาการ psychotic		
1. วิตกกังวล (anxiety) ที่รบกวนเกินเหตุ มีความคิดไม่ได้ตั้งใจคิด หายใจไม่อิ่ม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ซึมเศร้า (depression) เบื่อ ท้อแท้ ไม่สนใจทำอะไร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. แพนิค (panic attack) ตื่นตระหนก กระสับกระส่าย ควบคุมตัวเองไม่ได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ตื่นเต้น กระวนกระวาย (excitement)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ความรู้สึกผิด คิดฆ่าตัวตาย (guilt feeling) ไม่อยากมีชีวิตอยู่ มีความคิดฆ่าตัวตาย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ไม่สามารถควบคุม ตัดสินใจหรือเริ่มสิ่งต่าง ๆ ได้ด้วยตัวเอง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. สมาธิไม่ได้ ความสนใจเสียไป (poor attention)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ความสามารถในการควบคุมตัวเองไม่ได้ (poor impulse control)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. การสนทนาไม่เป็นธรรมชาติ ไม่สนใจต่อเรื่อง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย (affective lability)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ไม่รู้วัน เวลา และสถานที่ (disorientation) บอกรวัน เวลา สถานที่ไม่ได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
อาการ psychosis		
12. ความคิดสับสน (conceptual disorganization)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ประสาทหลอน (hallucination) เช่น หูแว่ว ภาพหลอน ฯลฯ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ความรู้สึกหวาดระแวงว่ามีคนมุ่งร้าย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ความคิดว่าตนมีความสามารถเกินจริง (grandiosity)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.2 การประเมินผู้ป่วยในการใช้ยาในทางที่ผิด

รายการ	ใช่	ไม่ใช่
1. ขอเลื่อนนัดเร็วขึ้นบ่อย ๆ โดยมีข้ออ้าง เช่น ยาหาย ไม่สะดวกเดินทาง เป็นต้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. มีประวัติรับการรักษาด้วยกัญชาจากโรงพยาบาลอื่น ๆ หรือซื้อกัญชาได้ดิน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ใช้ยาเกินขนาดกว่าที่แพทย์สั่งให้ใช้ เช่น ใช้มากกว่าที่สั่ง ให้เพื่อวัตถุประสงค์อื่น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ดื่มสุราหรือใช้ยาอื่น ๆ เพื่อไปเพิ่มฤทธิ์ของกัญชา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. สุ่มตรวจปัสสาวะหาสารเสพติดที่ผิดกฎหมายผลเป็นบวก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

โครงการติดตามลักษณะการใช้และคุณภาพชีวิตของผู้ใช้น้ำมันกัญชาขมิ้นทองในทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	Page:6/7 หมายเลขแบบสอบถาม: □□□□□□
---	--------------------------------------

ตอนที่ 2 ประเมินอาการไม่พึงประสงค์

2.1 ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์หรือไม่

1. ไม่เกิด
 2. เกิด (ให้ทำข้อ 3.2-3.5)

2.2 อาการไม่พึงประสงค์อื่น ๆ ที่พบ

อาการ	มีอาการ	ไม่มีอาการ
1. ตาพร่า	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. หน้าวสัน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. วิงเวียน เป็นลม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. เหงื่อออกมาก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. อ่อนเพลีย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. สับสน มึนงง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. หัวใจเต้นผิดปกติ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ความดันโลหิตต่ำ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. คอแห้งมาก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ตาแดง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ชักเกร็ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. คลื่นไส้/ อาเจียน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. กระสับกระส่าย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ระบบหายใจผิดปกติ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ภูมิแพ้ตาช่าย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. สูญเสียความทรงจำ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. อื่น ๆ (ระบุ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.3 ความร้ายแรงของอาการไม่พึงประสงค์

1. ไม่ร้ายแรง
 2. ร้ายแรง คือ (เลือกตอบเพียงข้อเดียว)
 1. เสียชีวิต (ระบุ ว/ศ/ป)
 2. อันตรายถึงชีวิต
 3. เลือกข้อใดข้อหนึ่ง
 1. ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
 2. ทำให้เพิ่มระยะเวลาในการรักษานานขึ้น
 4. ความพิการถาวร/ ไร้ความสามารถ
 5. อื่น ๆ ที่มีความสำคัญทางการแพทย์(ระบุ).....

โครงการติดตามลักษณะการใช้และคุณภาพชีวิตของผู้ใช้น้ำมันกัญชาขมิ้นทองในทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	Page:7/7 หมายเลขแบบสอบถาม: □□□□□□
---	--------------------------------------

2.4 อาการหลังหยุดใช้สารสกัดกัญชา

1. อาการดีขึ้นอย่างชัดเจน
 2. อาการไม่ดีขึ้น
 3. ไม่ทราบ

2.5 ผลลัพธ์ที่เกิดหลังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

1. หายเป็นปกติโดยไม่มีร่องรอยเดิม
 2. หายโดยมีร่องรอยเดิม
 3. อาการดีขึ้นแต่ยังไม่หาย
 4. ยังมีอาการอยู่
 5. เสียชีวิต (เลือกตอบเพียงข้อเดียว)
 1. เนื่องจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์
 2. เนื่องจากอาจเกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์สารสกัดจากกัญชา
 3. เนื่องจากสาเหตุอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์สารสกัดจากกัญชา(ระบุสาเหตุ)
6. ไม่สามารถติดตามผลได้

แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ของโครงการวิจัย

ส่วนที่ 2

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลของผู้สั้งใช้น้ำมันกัญชาขมิ้นทองทางการแพทย์แผนไทย

Subject No. □□/□□□□

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลอาสาสมัครที่ได้รับน้ำมันกัญชาขมิ้นทองทางการแพทย์แผนไทย
กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องสี่เหลี่ยม หรือ กรอกข้อมูลในช่องว่างให้ครบถ้วน

1 ข้อมูลการใช้้ำมันกัญชาขมิ้นทองทางการแพทย์	
1.1 วันที่เข้ารับการรักษา วันที่.....เดือน.....พ.ศ.25.....	
1.2 ครั้งที่*..... <input type="checkbox"/> Dose adjustmen ครั้งที่..... *หากตอบตั้งแต่ครั้งที่ 2 ขึ้นไป โปรดข้ามไปตอบข้อที่ 3	
2 ข้อมูลการเริ่มใช้น้ำมันกัญชาขมิ้นทองทางการแพทย์แผนไทย	
2.1 วันที่ผู้ป่วยเริ่มใช้น้ำมันกัญชาขมิ้นทอง วันที่.....เดือน.....พ.ศ.25.....	
2.2 ข้อบ่งใช้ในการสั้งใช้น้ำมันกัญชาขมิ้นทองทางการแพทย์แผนไทย	
<input type="checkbox"/> 1 มะเร็ง (โปรดระบุ).....	<input type="checkbox"/> 2 ไมเกรน (ลมปะกัง)
<input type="checkbox"/> 3 บรรเทาอาการปวด (โปรดระบุ).....	<input type="checkbox"/> 4 ช่วยให้นอนหลับ
<input type="checkbox"/> 5 สูมิแพ้.....	<input type="checkbox"/> 6 ซัก
<input type="checkbox"/> 7 สันนิบาตลูกนก.....	<input type="checkbox"/> 8 อื่นๆ (ระบุ).....
2.3 ขนาดรับประทานครั้งละ.....หยด วันละ.....ครั้ง	
<input type="checkbox"/> เช้า <input type="checkbox"/> กลางวัน <input type="checkbox"/> เย็น <input type="checkbox"/> ก่อนนอน	
<input type="checkbox"/> ก่อนอาหาร <input type="checkbox"/> หลังอาหาร	
2.4 ได้รับยาจำนวน.....ขวด Lot number.....	
3 ข้อมูลการปรับขนาดยาน้ำมันกัญชาขมิ้นทองทางการแพทย์แผนไทย	
3.1 มีการปรับขนาดน้ำมันกัญชาขมิ้นทองหรือไม่** <input type="checkbox"/> ไม่มีการปรับ <input type="checkbox"/> มีการปรับ **หากไม่มีการปรับ กรุณาข้ามไปตอบข้อ 4	
3.2 ขนาดรับประทาน ครั้งละ.....หยด วันละ.....ครั้ง	
3.3 ได้รับยาจำนวน.....ขวด Lot number.....	
4 ข้อมูลความร่วมมือในการใช้น้ำมันกัญชาขมิ้นทองทางการแพทย์แผนไทย	
4.1 ผู้ป่วยใช้น้ำมันกัญชาขมิ้นทองได้ครบตามที่กำหนดหรือไม่	
<input type="checkbox"/> 1. ใช้ตามที่กำหนดทุกครั้งหรือเกือบทุกครั้ง	<input type="checkbox"/> 2. สิมบ้างเป็นบางครั้ง (เฉลี่ย 2-3 ครั้งใน 10 ครั้ง)
<input type="checkbox"/> 3. สิมค่อนข้างบ่อย (เฉลี่ย 4-5 ครั้งใน 10 นาที)	<input type="checkbox"/> 4. ไม่ค่อยได้ใช้ตามแพทย์สั้ง (ใช้น้อยกว่าครึ่งหนึ่งที่แพทย์สั้ง)



ส่วนที่ 3 แบบสอบถามอาสาสมัครผู้สั่งใช้น้ำมันกัญชาขมิ้นทอง

หมายเลขบันทึก : 00/0000

หน้าที่ 1/2

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In - depth interview)

แพทย์แผนไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์ที่สั่งใช้น้ำมันกัญชาขมิ้นทองทางการแพทย์แผนไทย
ประเด็นคำถาม

คำถามส่วนที่ 1 ประวัติส่วนตัว ประวัติการศึกษา และประวัติการทำงานอย่างย่อ ของผู้ถูกสัมภาษณ์
(ชื่อ เพศ อายุ ตำแหน่ง ประสบการณ์การทำงาน ประสบการณ์ใช้กัญชา)

คำถามส่วนที่ 2 แนวทางและลักษณะของการใช้ยา

1. ท่านมีแนวทางในการคัดกรองหรือวินิจฉัยโรคในผู้ป่วยที่ได้รับน้ำมันกัญชาขมิ้นทองทางการแพทย์แผนไทยได้อย่างไร
2. ผู้ป่วยกลุ่มใดบ้างที่คิดว่าควรได้รับน้ำมันกัญชาขมิ้นทองทางการแพทย์แผนไทย
3. ท่านคิดว่าขนาดและระยะเวลาในการรักษาที่เหมาะสมควรเป็นเท่าใด และในกรณีให้การรักษาในหลายกลุ่มอาการ ขนาดยามีความแตกต่างกันหรือไม่
4. ท่านมีวิธีปรับขนาดอย่างไร
5. ท่านให้คำแนะนำการใช้ยา/วิธีปฏิบัติตัวของผู้ป่วย/ผลข้างเคียงของยาที่ผู้ป่วยควรได้รับทราบก่อนการใช้ยาอย่างไร

คำถามส่วนที่ 3 การติดตามผลการรักษา และแนวทางการจัดการปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา

1. ท่านมีการประเมินและติดตามผลการรักษาอย่างไรบ้าง ความถี่ในการติดตามผู้ป่วย
2. หากพบอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ท่านมีวิธีการดูแลผู้ป่วยอย่างไร
3. ท่านมีการจัดการปัญหาที่เกิดจากผู้ป่วยที่ไม่สมควรได้รับยาอย่างไร เช่น กรณีผู้ป่วยต้องการใช้ยาโดยไม่สมเหตุผล/มีข้อห้ามใช้ยา เป็นต้น
4. ท่านมีความประสงค์จะสั่งใช้ยาต่อไปนี้กับผู้ป่วยกลุ่มโรค/อาการนี้หรือไม่

ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ : ประมาณ 2 ชั่วโมง

หมายเลขบันทึก : 00/0000

หน้าที่ 2/2

การติดตามผลการรักษา และแนวทางการจัดการปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา

1. ท่านมีการประเมินและติดตามผลการรักษาอย่างไรบ้าง ความถี่ในการติดตามผู้ป่วย
2. หากพบอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ท่านมีวิธีการดูแลผู้ป่วยอย่างไร
3. ท่านมีการจัดการปัญหาที่เกิดจากผู้ป่วยที่ไม่สมควรได้รับยาอย่างไร เช่น กรณีผู้ป่วยต้องการใช้ยาโดยไม่สมเหตุผล/มีข้อห้ามใช้ยา เป็นต้น
4. ท่านมีความประสงค์จะสั่งใช้ยาต่อไปนี้กับผู้ป่วยกลุ่มโรค/อาการนี้หรือไม่

วันที่บันทึก.....

ส่วนที่ 3

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามอาสาสมัครผู้สั่งใช้น้ำมันกัญชาชนิดขมิ้นทอง

หมายเลขบันทึก : 00/0000
หน้าที่ 1/2

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In - depth interview)
แพทย์แผนไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์ที่สั่งใช้น้ำมันกัญชาชนิดขมิ้นทองทางการแพทย์แผนไทย
ประเด็นคำถาม

คำถามส่วนที่ 1 ประวัติส่วนตัว ประวัติการศึกษา และประวัติการทำงานอย่างย่อ ของผู้ถูกสัมภาษณ์
(ชื่อ เพศ อายุ ตำแหน่ง ประสบการณ์การทำงาน ประสบการณ์ใช้กัญชา)

คำถามส่วนที่ 2 แนวทางและลักษณะของการใช้ยา

1. ท่านมีแนวทางในการคัดกรองหรือวินิจฉัยโรคในผู้ป่วยที่ได้รับน้ำมันกัญชาชนิดขมิ้นทองทางการแพทย์แผนไทยได้อย่างไร
2. ผู้ป่วยกลุ่มใดบ้างที่คิดว่าควรได้รับน้ำมันกัญชาชนิดขมิ้นทองทางการแพทย์แผนไทย
3. ท่านคิดว่าขนาดและระยะเวลาในการรักษาที่เหมาะสมควรเป็นเท่าใด และในกรณีให้การรักษาในหลายกลุ่มอาการ ขนาดยามีความแตกต่างกันหรือไม่
4. ท่านมีวิธีปรับขนาดอย่างไร
5. ท่านให้คำแนะนำการใช้ยา/วิธีปฏิบัติตัวของผู้ป่วย/ผลข้างเคียงของยาที่ผู้ป่วยควรได้รับทราบก่อนการใช้ยาอย่างไร

คำถามส่วนที่ 3 การติดตามผลการรักษา และแนวทางการจัดการปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา

1. ท่านมีการประเมินและติดตามผลการรักษาอย่างไรบ้าง ความถี่ในการติดตามผู้ป่วย
2. หากพบอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ท่านมีวิธีการดูแลผู้ป่วยอย่างไร
3. ท่านมีการจัดการปัญหาที่เกิดจากผู้ป่วยที่ไม่สมควรได้รับยาอย่างไร เช่น กรณีผู้ป่วยต้องการใช้ยาโดยไม่สมเหตุผล/มีข้อห้ามใช้ยา เป็นต้น
4. ท่านมีความประสงค์จะสั่งใช้ยาต่อไปนี้กับผู้ป่วยกลุ่มโรค/อาการนี้หรือไม่

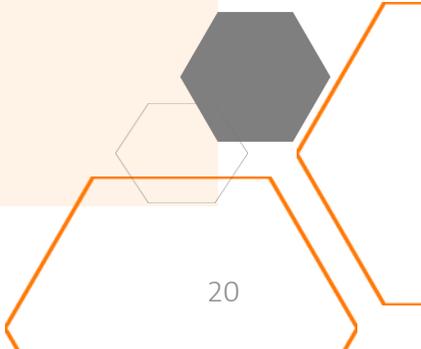
ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ : ประมาณ 2 ชั่วโมง

หมายเลขบันทึก : 00/0000
หน้าที่ 2/2

การติดตามผลการรักษา และแนวทางการจัดการปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา

1. ท่านมีการประเมินและติดตามผลการรักษาอย่างไรบ้าง ความถี่ในการติดตามผู้ป่วย
2. หากพบอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ท่านมีวิธีการดูแลผู้ป่วยอย่างไร
3. ท่านมีการจัดการปัญหาที่เกิดจากผู้ป่วยที่ไม่สมควรได้รับยาอย่างไร เช่น กรณีผู้ป่วยต้องการใช้ยาโดยไม่สมเหตุผล/มีข้อห้ามใช้ยา เป็นต้น
4. ท่านมีความประสงค์จะสั่งใช้ยาต่อไปนี้กับผู้ป่วยกลุ่มโรค/อาการนี้หรือไม่

วันที่บันทึก.....



โปรแกรมบันทึกข้อมูลน้ำมันกัญชาขมิ้นทอง เขตสุขภาพที่ 8 (R8-COT)



R8-COT

R8-Cannabis Oil with Turmeric

Username Or Email

Password

ลืมรหัสผ่าน

Sign in

หากยังไม่ได้ลงทะเบียน ลงทะเบียน





3.2 ชี้แจงการใช้โปรแกรมบันทึกข้อมูล น้ำมันกัญชาขมมันทอง (R8-COT)

โดย

นายวิระวัฒน์ ศิริรัตน์ไพบูลย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8
นายพัฒนรัฐ พุดหล้า นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8