



ชมรมเภสัชสาธารณสุขจังหวัดแห่งประเทศไทย



วารสาร

การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (Online)

JOURNAL OF HEALTH CONSUMER PROTECTION (Online)

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1

มกราคม - มิถุนายน 2564

Vol.1 No.1 January - June 2021

ISSN: 2773-8647(Online)



ที่ปรึกษา

เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา
นายกสภาเภสัชกรรม
ผู้อำนวยการวิทยาลัยคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพแห่งประเทศไทย
นายกสมาคมเภสัชสาธารณสุขจังหวัดแห่งประเทศไทย

บรรณาธิการที่ปรึกษา

กก. วรวิทย์ ทิตตวงศ์สุนทร
รศ.ภญ.ดร.วรรณ ศรีวิริยานุภาพ
ผศ.ภญ.ดร.สุนทรี ท.ชัยสัมฤทธิ์โชค
กก.บรรเจิด เดชาศิลป์ชัยกุล

วิทยาลัยการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยา และสุขภาพแห่งประเทศไทย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ที่ปรึกษาระดับกระทรวงสาธารณสุข นักวิชาการอาหาร และยาทรงคุณวุฒิ

บรรณาธิการอำนวยการ

กก.วีระศักดิ์ เจียมอนุกุลกิจ

ประธานชมรมเภสัชสาธารณสุขจังหวัดแห่งประเทศไทย

กองบรรณาธิการ

รศ.ดร.ชื่นจิตร์ กองแก้ว
ดร.ศักดิ์สิทธิ์ ศรีภา
ผศ.ภญ.ดร.เพ็ญกาญจน์ กาญจนรัตน์
รศ.ภก.ดร. สุรศักดิ์ ไชยสงค์
ผศ.ดร.ภาณุพงษ์ พุทธรักษ์
ผศ.ดร.ภก.บุญส่ง หวังสินทวิกุล
ดร.ภควดี ศรีภรณ์มัย
ดร.สรีย์ เวชวิฐาน
กก.ภาณุโชติ ทองยิ่ง
ภญ.มัลลิกา สุพล
กก.สุนัย ประเสริฐสุข
ภญ.วนิษา สุประดิษฐอากรณ
ภญ.อังศุรัตน์ ยี่มะละมัย
ภญ.น้ำทิพย์ มุมมมาลา
ภญ.นัทธินี วัฒนวราสินตี
กก.ราชน คงชุม
กก.วันชัย นนทกิจไพศาล
ภญ.ฐิติพร อินทร

มหาวิทยาลัยนเรศวร หัวหน้ากองบรรณาธิการ
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

ผู้กลั่นกรองและประเมินบทความวิจัย(Peer review)

กก.ประสาท ลีมดุษย์
ผศ.ภญ.ดร.ณัฐจิญา คำผล
ผศ.ภญ.ดร.นันทวรรณ ทิตถรรณากรณ์
ดร.ภญ.ภัทรวดี ศรีคุณ
ดร.อนุวัฒน์ วัฒนพิชญานุกุล
กก.ชัยวัฒน์ สิงห์สิทธิบุญสรณ์
ภญ.กนกพร ชนะคำ
ภญ.มัลลิกา สุพล
ภญ.กนกพร ธัญมณีสิน

ข้าราชการบำนาญ
มหาวิทยาลัยศิลปากร
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
มหาวิทยาลัยบูรพา
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น



บทบรรณาธิการ

วารสารวิชาการฉบับนี้ จัดทำขึ้นโดยชมรมเภสัชสาธารณสุขจังหวัดแห่งประเทศไทย เป็นวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อใช้เป็นสื่อกลาง และเป็นเวทีทางวิชาการ ในการเผยแพร่ผลการทำงานด้านอาหาร ยา เครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์ วัตถุอันตราย วัตถุเสพติด สถานพยาบาล สถานบริการด้านสุขภาพ ของนักวิชาการ ภาครัฐ องค์กรเอกชน และประชาชน รับผิดชอบต่อคุณภาพในด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ในเล่มประกอบไปด้วยเนื้อหาหลัก 5 ส่วน ที่ได้รับการประสานความร่วมมือจากเภสัชกร จากสำนักงานสาธารณสุขเป็นคอลัมนิสต์ ฉบับนี้ ได้แก่ บทเรียนการทำงาน (Lesson Learned) เรื่อง บทเรียนการทำงานการจัดการปัญหาการใช้สเตียรอยด์ในทางที่ไม่เหมาะสม บทความวิชาการ (Academic Article) เรื่องเภสัชกรกับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค ในการบริหารจัดการวัคซีนโควิด 19 บทความวิจัย (Research Article) จำนวน 3 เรื่อง เกร็ดกฎหมาย (Law Anecdote) เรื่อง วิวัฒนาการกฎหมายพีชกระท่อมในประเทศไทยและ เรื่องเล่าชาวฟาร์ (Narrative pharmacy) ที่เป็นเรื่องราวจากการทำงานคุ้มครองผู้บริโภค ทั้งหมด 25 เรื่อง

หวังเป็นอย่างยิ่งว่าวารสารที่ทางทีมงานของเราได้จัดทำขึ้นด้วยความมุ่งมั่นตั้งใจ ครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อพี่น้องชาวคุ้มครองผู้บริโภค และเรายังคงยึดมั่นว่า ในฉบับต่อไป จะคิดสรรเนื้อหาผลงานทางวิชาการที่เป็นปัจจุบันและเป็นประโยชน์ต่อท่านผู้อ่านทุกท่านอย่างเต็มที่

เภสัชกรวีระศักดิ์ เจียมอนุกุลกิจ
ประธานชมรมเภสัชสาธารณสุขจังหวัดแห่งประเทศไทย



วารสาร

ISSN: 2773-8647(Online)

การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (Online)

JOURNAL OF HEALTH CONSUMER PROTECTION (Online)

ชมรมเภสัชสาธารณสุขจังหวัดแห่งประเทศไทย

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2564

Vol.1 No.1 January – June 2021

บทบรรณาธิการ (Editorial Note)

วิระศักดิ์ เจียมอนุกุลกิจ

บทเรียนการทำงาน (Lesson Learned)

บทเรียนการทำงานการจัดการปัญหาการใช้สเตอรอยด์ในทางที่ไม่เหมาะสม
สุภณีย์ ประเสริฐสุข

1-10

บทความวิชาการ (Academic Article)

เภสัชกรกับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคในการบริหารจัดการวัคซีนโควิด 19
ภาณุโชติ ทองยัง, กนกพร ธิญมณีสิน

11-14

บทความวิจัย (Research Article)

สถานการณ์และความรอบรู้ด้านยาของพระในวัดอำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ

15-26

Situation and Monk's Drug Literacy in the temple,
Pathumratchawongsa District AmnatCharoen Province.

จิรินทร์จรรย์ ดอกบัว, กมลชนก ชันทะ

ผลการสร้างศักยภาพของชุมชนในการจัดการปัญหาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสม

27-36

ในชุมชนบ้านหนองท่อม อำเภอพยัคฆ์ จังหวัดศรีสะเกษ

The effect of Community Empowerment to management of drug
and healthcare product problem in Ban NongThum, Phayu District, Sisaket Province.

จินดาพร อุปัทม์

สถานการณ์การจำหน่ายยาในร้านขายของชำ อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ

37-44

The situation of drug distribution in the grocery store,
Pathumratchawongsa District Amnatcharoen Province.

จิรินทร์จรรย์ ดอกบัวและคณะ

เกร็ดกฎหมาย (Law anecdote)

วิวัฒนาการกฎหมายพิษกระท่อมในประเทศไทย

45-48

ราชัน คงชุม

เรื่องเล่าชาวฟาร์ (Narrative pharmacy)

ก่อนจะมาเป็นเรื่องเล่า

49-51

นัทธินี วัฒนวรานันต์

บทเรียนการทำงานการจัดการปัญหาการใช้สเตอรอยด์ในทางที่ไม่เหมาะสม

ภก.สุภณีย์ ประเสริฐสุข

และเครือข่ายติดตามปัญหาการนำสเตอรอยด์ไปใช้ในทางที่ไม่เหมาะสม

ปัญหาการนำสเตอรอยด์ไปใช้ในทางที่ไม่เหมาะสมนั้นมีสะสมมานานมากกว่า 40 ปี การศึกษาของสำลี ใจดี และคณะ ในปี พ.ศ.2519¹ ได้ระบุถึงสภาพปัญหาของการใช้ยาของประชาชนที่มีการดูแลรักษาด้วยตนเองว่า มีความนิยมนำยาในกลุ่มปฏิชีวนะ กลุ่มยาแก้ปวด กลุ่มยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตอรอยด์รวมถึงกลุ่มคอร์ติโคสเตอรอยด์มาใช้ โดยมีการใช้ที่ขาดความรู้อย่างเพียงพอเป็นจำนวนมาก การพยายามทำความเข้าใจและรับรู้ถึงสถานการณ์ปัญหาของการใช้ยาอย่างผิดๆในช่วงเวลาดังกล่าวนี้ อาจจะเรียกได้ว่าเป็นช่วงเวลาของการรู้แจ้ง (Enlightenment) ของปัญหาการใช้ยาที่มีรูปแบบต่างๆของการใช้ที่ไม่เหมาะสมโดยเฉพาะประเด็นเรื่องของสเตอรอยด์

ช่วงสมัยใหม่ของปัญหาสเตอรอยด์

ช่วงระหว่างปี 2525 – 2540 เป็นช่วงเวลาของการเรียนรู้ทำความเข้าใจและแก้ไขปัญหายาที่มีรูปแบบการใช้ที่ไม่เหมาะสม สเตอรอยด์ถูกหยิบยกขึ้นเป็นหนึ่งในประเด็นปัญหาสำคัญเนื่องจากพบว่ามีมีการนำมาใช้ในรูปแบบที่ไม่เหมาะสมมากขึ้นเรื่อยๆอย่างน่าวิตก

การให้ความสำคัญเรื่องของสเตอรอยด์โดยตรงนั้น ไม่ปรากฏชัดเจนในนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข แต่ได้ให้ความสำคัญกับการลดปัญหาขาด โดยนโยบายดังกล่าวปรากฏอยู่ในนโยบายของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาปี 2526 ที่ให้มีการกวาดล้างให้ยาขาดหมดไป เนื่องจากพบว่ายาขาดที่ใช้นั้นแพร่หลายมาก ได้แก่ ยาขาดแก้ปวดเมื่อย ยาขาดแก้ไข้หวัด มักพบว่ามีสเตอรอยด์ผสมอยู่ด้วยเสมอ

มีความพยายามในการศึกษาและทำความเข้าใจถึงเหตุและผลของการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมของสังคมไทย จำนวนมากมายในช่วงเวลาดังกล่าว จนอาจได้ว่าเป็นช่วงเวลาที่เป็นเฟื่องฟูของการศึกษาและทำความเข้าใจในประเด็นดังกล่าวเป็นอย่างมาก

การพยายามทำความเข้าใจสถานการณ์และสภาพปัญหาในช่วงเวลานี้พบว่ามีทั้งการประเมินและตรวจสอบสถานการณ์ปัญหาขาดในสังคมไทยทุกภาคส่วน เพื่อศึกษาและเตรียมความพร้อมสำหรับการแก้ไขปัญหานี้ในพื้นที่ โดยหลายการศึกษาพบว่ามีความนิยมในการใช้ยาแก้ปวด ยาขาด ยาปฏิชีวนะ ยาฉีดเพื่อหวังผลในการบรรเทาอาการปวดข้อและการอักเสบของกล้ามเนื้ออย่างมาก โดยจะซื้อยาต่างๆเหล่านี้ได้โดยง่ายจากร้านขายของชำที่กระจายอยู่ทั่วไป ด้วยการบอกชื่อยาที่ต้องการ ซึ่งข้อมูลเกี่ยวกับยาที่ใช้นั้นล้วนได้รับการแนะนำมาจากบุคคลใกล้เคียง การโฆษณาชวนเชื่อผ่านสื่อต่างๆและประสบการณ์ของตนเองในอดีต ซึ่งมีผลอย่างมากต่อการตัดสินใจเลือกซื้อยามารับประทานเองซึ่งมักมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม โดยพฤติกรรมที่ผู้คนนิยมรักษาดูแลตนเองด้วยการเลือกซื้อยาใช้เองนี้ยังคงเป็นที่นิยมแม้ว่าระบบสวัสดิการด้านสุขภาพจะมีการพัฒนาให้ดีขึ้นแล้วก็ตาม

¹สำลี ใจดีและคณะ. รายงานการปฏิบัติตัวของประชาชนเมื่อเจ็บป่วย อ.แก่งคอย จ.สระบุรี. 2519

หลักเกณฑ์ที่ผู้คนในสังคมใช้สำหรับการตัดสินใจเลือกใช้ยาคือการทำมาหากิน การหาเลี้ยงปากเลี้ยงท้อง สำคัญกว่าอันตรายที่จะเกิดจากยาในภายหลัง การเลือกกินยาชุดก็เพื่อให้สามารถทำงานต่อได้ เกิดค่านิยมว่า ยาดี ต้องเป็นยาที่แรงและได้ผลรวดเร็วในการรักษาบรรเทาอาการเจ็บป่วย โดยยาสามัญประจำบ้านที่ได้รับมาจาก สถานีอนามัยหรือแม้กระทั่งจากโรงพยาบาลนั้นได้รับความเชื่อถือน้อยมาก โดยเชื่อว่ายาสามัญประจำบ้านนั้น ไม่ว่าจะได้รับจากที่ไหนก็ตามจะมีความแรงน้อยและได้ผลช้ากว่ายาที่หาซื้อได้จากร้านขายของชำ โดยยาที่ได้จากร้านขายของชำจะมีความหมายต่อชาวบ้านมาก ที่สำคัญคือชาวบ้านเชื่อว่ายาจากร้านขายของชำไม่น่าจะอันตราย เพราะถ้ามีอันตรายเจ้าหน้าที่รัฐคงจะไม่ปล่อยให้ออกมาวางจำหน่าย

ในช่วงเวลาดังกล่าวมีข้อเสนอแนะและแนวทางการแก้ไขปัญหามากมายตั้งแต่การให้ความสนใจ กับแหล่งกระจายยาของชุมชนในรูปแบบใหม่ๆ เพื่อส่งเสริมการให้ยาให้ถูกต้อง การให้ความสนใจกับการจัดหายา ที่ปลอดภัยมาทดแทนยาที่เป็นปัญหาของชุมชน แผนการจัดอบรมและเผยแพร่ให้ความรู้แก่ชาวบ้านให้เข้าใจถึงโทษ และภัยของยาชุดและยาสเตอรอยด์มีอยู่ในแผนปฏิบัติงานประจำปีของพื้นที่ต่างๆ และการฝึกอบรมด้วยวิธีการใหม่ๆ ด้วยการให้ความรู้ที่เข้าใจง่ายและฝึกปฏิบัติเองได้เองในชุมชน โดยมีทั้งความรู้เรื่องโรค ยาและการนวดไทยเพื่อ แก้ไขปัญหาอาการปวดเมื่อยและลดการใช้ยาชุด ยาแก้ปวด จนถึงแนวคิดการใช้กฎหมายในการจัดการกับปัญหา เช่น การแก้หลักเกณฑ์เกี่ยวกับยาเพื่อแก้ไขปัญหาค่าใช้จ่ายยาที่ไม่เหมาะสมของประชาชน

ช่วงเวลาดังกล่าวนี้ กระแสของการเรียนรู้ ทำความเข้าใจและแก้ไขปัญหายาของสเตอรอยด์ที่ไม่เหมาะสมนั้น จะอยู่ในรูปแบบ ยาชุด - YACHUD ที่มุ่งเป้าไปที่ผู้ใช้ยาและแหล่งกระจายยาต่างๆ ช่วงเวลาดังกล่าวมีความเชื่อว่า ผู้ใช้ยาขาดความรู้และเข้าใจผิดเกี่ยวกับอันตรายของการใช้สเตอรอยด์ รูปแบบการแก้ไขปัญหาล้วนใหญ่คือ การส่งเสริมและเพิ่มเติมองค์ความรู้ในทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหายา

สเตอรอยด์กับยาชุดนั้นอาจดูเหมือนเป็นเรื่องเดียวกัน แต่ความเป็นจริงนั้นมีความซับซ้อนที่ไม่แนบสนิท กันอยู่ เพราะในปัจจุบันยาชุดไม่ได้หายไปไหนยังคงมีอยู่ในร้านขายยา ร้านขายของชำและมียาสเตอรอยด์อยู่ร่วม ด้วยเสมอ แต่ที่ที่มีความแตกต่างจากอดีตคือ สถานการณ์สเตอรอยด์มีความซับซ้อนและลุกลามมากขึ้น เพราะมีการนำสเตอรอยด์ไปปลอมปนในผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่นๆ



ในระดับพื้นที่ปฏิบัติงานนั้น มีการตรวจพบเสถียรอยด์ในผลิตภัณฑ์อื่น ๆ นอกจากยาลูกกลอนอยู่เนืองๆ โดยเฉพาะพื้นที่แถบภาคกลาง ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่ามีการปลอมปนเสถียรอยด์ในยาน้ำแผนโบราณจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ รวมทั้งมีผู้เสียชีวิตจากการได้รับยาดังกล่าว หนังสือพิมพ์ลงข่าวเป็นระยะๆ ระหว่างปี 2546 และ 2548

กระทั่งเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ภก.เชิดชัย อริยานุชิตกุล เป็นประธานในขณะนั้น) ได้ประสานงานกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาผลักดันให้เกิดการแก้ไขปัญหาเสถียรอยด์อย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น และต่อมา ช่วงระหว่างเมษายน-ธันวาคม 2550 สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ในการแก้ไขปัญหาเสถียรอยด์เสนอต่อกระทรวงสาธารณสุข โดยมีมาตรการระยะสั้นระยะกลางและระยะยาว มีการบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวดกับผู้ผลิต ผู้นำเข้าและผู้จำหน่าย

ช่วงเวลาหลังสมัยใหม่ของปัญหาเสถียรอยด์

จากช่วงเวลาสมัยใหม่สู่หลังสมัยใหม่ของปัญหาเสถียรอยด์นั้น มีจุดเปลี่ยนอยู่ที่มุมมองในการจัดการแก้ไขปัญหา การศึกษาของรัชตะ รัชตะนาวิน และคณะ² ได้แสดงให้เห็นภาพปัญหาระดับบุคคล ที่ โดยชี้ว่า ผลกระทบจากการใช้เสถียรอยด์ในทางที่ไม่เหมาะสมทั้งที่ตั้งใจและที่ถูกลอกหลวงให้ใช้ คือภาวะความเจ็บป่วยและค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการรักษา

เด่นชัย ดอกพอง³ ได้ทำการศึกษาโดยนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาของรัชตะ มาต่อยอดและเสนอแนวทางการดูแลและจัดการปัญหาที่แตกต่างจากในอดีต ที่เสนอการจัดการปัญหาโดยพัฒนาแนวทางการค้นหาการคัดกรอง การวินิจฉัยและการรักษา โดยการมีส่วนร่วมตั้งแต่ระดับหมู่บ้าน (อสม.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งต่อมาในปี 2555 ได้ขยายการดำเนินงานในลักษณะดังกล่าวไปยัง อ.อุทุมพรพิสัย อ.กันทรารมย์ อ.เมือง จ.ศรีสะเกษ อ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี และอีกบางอำเภอใน จ.ร้อยเอ็ด จ.สกลนคร จ.อำนาจเจริญ จ.สุรินทร์ และ จ.ยโสธร

²รัชตะ รัชตะนาวิน, อมรินทร์ ทักขิณเสถียร, ละออ ชัยสิทธิ์และคณะ. การศึกษาความชุกของปัญหาทางคลินิกที่เกิดจากการใช้สารเสถียรอยด์ปะปนโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์. กรุงเทพมหานคร. คณะแพทยศาสตร์ รามาธิบดี; 2545

³เด่นชัย ดอกพอง(2552). การจัดการเสถียรอยด์:การสร้างระบบดูแลผู้ป่วยโดยเครือข่ายชุมชน. ยาวีพักษ์(ตุลาคม 2555). แผนงานสร้างกลไกเฝ้าระวังและพัฒนาาระบบยา; p11:2555

การดำเนินการเพื่อจัดการปัญหาเตอรอยด์ของเครือข่ายจัดการปัญหาเตอรอยด์ที่มีการนำไปใช้ในทางที่ไม่เหมาะสมในช่วงหลังสมัยใหม่ มีดังนี้

- เครือข่ายเภสัชสาธารณสุขเขต 5 และแผนงานกลไกเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา (กพย.) ดำเนินโครงการเฝ้าระวังและจัดการปัญหาเตอรอยด์ปลอมปนในผลิตภัณฑ์ต่างๆ เพื่อศึกษาปัญหาและพัฒนากระบวนการแก้ปัญหาในช่วงปี 2554

- ประมาณปี 2554 เป็นต้นมา เครือข่ายเภสัชกรภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนใต้ (ศรีสะเกษ อุบลราชธานี อำนาจเจริญ บุรีรัมย์) ได้ร่วมกันริเริ่มแก้ปัญหาเตอรอยด์อย่างจริงจัง เน้นการสร้างระบบดูแลผู้ป่วยในชุมชน โดยการสนับสนุนของแผนงานกพย.

- เครือข่ายเภสัชกรโรงพยาบาลชุมชน จ.ร้อยเอ็ด ดำเนินการจัดการปัญหาที่ไม่เหมาะสมในชุมชนในปี 2555 ที่เน้นการทำงานเชิงรุกทั้งในระดับบุคคล คริวเรือนและชุมชนไปพร้อมๆกัน ซึ่งต่อมาได้เป็นต้นแบบของแนวคิดการจัดการปัญหาการนำเตอรอยด์ไปใช้ในทางที่ไม่เหมาะสม

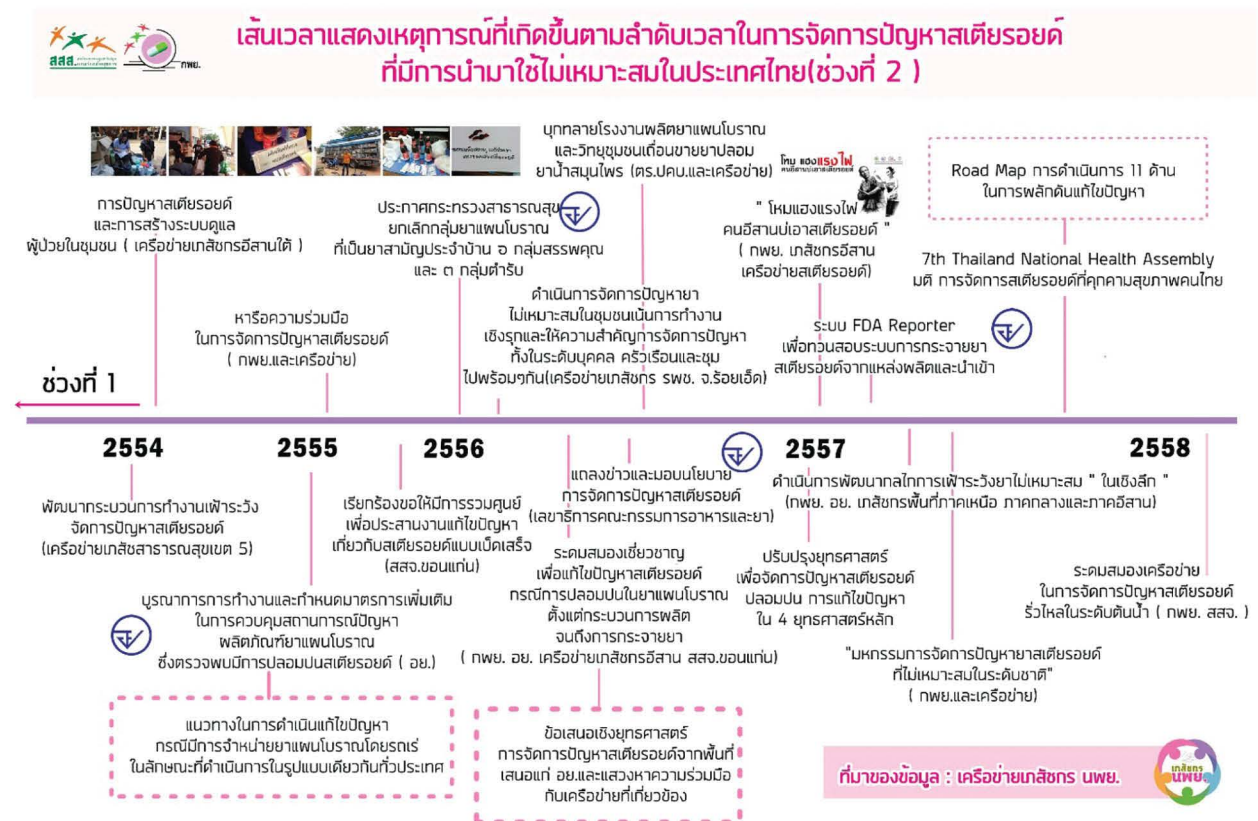
- กพย.จัดประชุมระดมความร่วมมือในการจัดการปัญหาเตอรอยด์ เมื่อวันที่ 19-20 มีนาคม 2555 ณ โรงแรมเดอะทวินทาวเวอร์ เพื่อหารือถึงแนวทางการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับเตอรอยด์

- สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา จัดประชุมเมื่อวันที่ 2 เมษายน 2555 ณ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เพื่อบูรณาการการทำงานและกำหนดมาตรการเพิ่มเติมในการควบคุมสถานการณ์ปัญหาผลิตภัณฑ์ยาแผนโบราณ ซึ่งมีการปลอมปนเตอรอยด์ โดยสรุปว่าจะมีการจัดทำแนวทางแก้ไขปัญหา กรณีมีการจำหน่ายยาแผนโบราณโดยพลไรในลักษณะที่ดำเนินการในรูปแบบเดียวกันทั่วประเทศ เพื่อที่จะสามารถดำเนินการแก้ไขปัญหาได้อย่างเบ็ดเสร็จ

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ทำหนังสือลงวันที่ 10 กันยายน 2555 ถึง กพย.และ อย. ขอให้มีการรวมศูนย์เพื่อประสานงานแก้ไขปัญหากับเตอรอยด์แบบเบ็ดเสร็จ และต่อมาเมื่อวันที่ 16 มกราคม 2556 สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้แก้ไขประกาศกระทรวงสาธารณสุข ยกเลิกกลุ่มยาแผนโบราณที่เป็นยาสามัญประจำบ้าน 6 กลุ่มสรรพคุณ และ 3 กลุ่มตำรับ ทำให้มีการกำกับยาแผนโบราณเหล่านี้อย่างรัดกุมมากยิ่งขึ้น

- สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา แผนงานพัฒนากลไกเฝ้าระวังระบบยา (กพย.) เครือข่ายเภสัชกร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ(เครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ: คบส.ภาคอีสาน) และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ร่วมกันจัดสัมมนาผู้เชี่ยวชาญเพื่อแก้ไขปัญหาเตอรอยด์ กรณีการปลอมปนในยาแผนโบราณตั้งแต่กระบวนการผลิตจนถึงการกระจายยา ระหว่างวันที่ 11-12 กุมภาพันธ์ 2556 ณ โรงแรมเซนทาราแกรนด์คอนเวนชั่นเซ็นเตอร์ จ.ขอนแก่น ได้ข้อสรุปเชิงยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาเตอรอยด์ในประเทศไทยเพื่อเสนอแก่อย.และได้ขอความร่วมมือจากเครือข่ายในการจัดการปัญหาอย่างจริงจังโดยดำเนินการไปพร้อมๆกันทุกจังหวัดในเครือข่าย

- สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาและคส.ภาคอีสานแถลงข่าวและมอบนโยบายการจัดการปัญหาสเตอรอยด์ เมื่อ 26 มีนาคม 2556 ในการประชุมคส.ภาคอีสาน ครั้งที่ 1/2556 ณ โรงแรมประจักษ์ตรา จ.อุดรธานี ให้ทุกจังหวัดดำเนินการไปตามยุทธศาสตร์ที่ได้จัดทำขึ้นร่วมกัน
- คส.ภาคอีสานร่วมกับอย. บก.ปคบ.และ กสทช.บุกทลายโรงงานผลิตยาแผนโบราณในเขต อ.ชนบท จ.ขอนแก่น เมื่อวันที่ 23 กันยายน 2556 โรงงานนี้ใช้วิถีชุมชนเถื่อนโฆษณาขายยาปลอมด้วย พยาที่มีทั้ง ทะเบียนปลอม การสวมทะเบียน และยาที่ไม่มีทะเบียน
- เครือข่ายจัดการปัญหาสเตอรอยด์ ร่วมกับอย.จัดประชุมปรับปรุงยุทธศาสตร์เพื่อจัดการปัญหาสเตอรอยด์ปลอมปน และวางแผนดำเนินการขับเคลื่อน 4 ยุทธศาสตร์หลัก ระหว่างวันที่ 3-4 กุมภาพันธ์ 2557 ณ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
- คส.ภาคอีสานจัดการอบรมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาไกลเฟอราะวังการกระจายยาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีการปลอมปนสเตอรอยด์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ “โหมแสวงแรงไฟ คนอีสานบ่เอาสเตอรอยด์” ระหว่างวันที่ 21-23 พฤษภาคม 2557 ณ โรงแรมเจริญโฮเต็ล จ.อุดรธานี เพื่อจัดการกลไกในการเชื่อมร้อยและส่งต่อข้อมูลสำหรับการเฝ้าระวังในระดับพื้นที่
- เครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคเขตบริการสุขภาพที่ 7 ได้พัฒนาแอปพลิเคชัน “TORAKhong” (โทรโข่ง) เพื่อช่วยในการส่งต่อข้อมูลการเฝ้าระวังสเตอรอยด์ปลอมปนที่กระจายในพื้นที่



- สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ดำเนินการตามยุทธศาสตร์ว่าด้วยการจัดการระบบสารสนเทศ เพื่อจัดการปัญหาสเตอรอยด์ มีระบบ FDA Reporter เพื่อทวนสอบระบบการกระจายยาสเตอรอยด์จากแหล่งผลิต และแหล่งนำเข้า

- กพย. ชมรมเภสัชชนบท มูลนิธิหมอชาวบ้าน และเครือข่ายรณรงค์จัดการปัญหาสเตอรอยด์ จัดงาน “มหกรรมจัดการปัญหาสเตอรอยด์ที่ไม่เหมาะสมในระดับชาติ” วันจันทร์ที่ 21 กรกฎาคม พ.ศ.2557 เวลา 08.30 - 17.00 น. ณ โรงแรมแมนดาริน สามย่าน กทม. เพื่อร่วมกันทบทวนและพัฒนากระบวนการแก้ไข ปัญหาสเตอรอยด์ พร้อมกับเปิดตัว Application KnowSteroids สำหรับประชาชน

- กพย. ชมรมเภสัชชนบท มูลนิธิหมอชาวบ้าน เครือข่ายรณรงค์จัดการปัญหาสเตอรอยด์และสภาเภสัชกรรม ร่วมกันผลักดันเรื่องปัญหาสเตอรอยด์เข้าสู่กระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 7 มติ 4 เรื่องการจัดการ สเตอรอยด์ที่คุกคามสุขภาพคนไทย

- ภาศึต่างๆร่วมกันพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายประเด็นการจัดการสเตอรอยด์ที่คุกคามสุขภาพคนไทย เมื่อ 12 กันยายน 2557 ณ โรงแรมปรีซ์พาลเลซ มหานคร กรุงเทพมหานคร เพื่อนำเข้าสู่การพิจารณาในสมัชชา สุขภาพครั้งที่ 7

- การประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 7 (7th Thailand National Health Assembly) ระหว่าง วันที่ 24-26 ธันวาคม 2557 ณ อิมแพ็คฟอรัม เมืองทองธานี มีฉันทมติต่อประเด็นการจัดการสเตอรอยด์ที่คุกคาม สุขภาพคนไทย โดยยอมรับข้อเสนอยุทธศาสตร์การดำเนินการทั้ง 16 ด้านในการผลักดันแก้ไขปัญหาร่วมกับ หน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง

สถานการณ์สเตอรอยด์ที่มีการนำไปใช้อย่างไม่เหมาะสมระดับปลายน้ำในประเทศไทย

ในระดับปลายน้ำหรือชุมชนหมู่บ้านนั้น แม้จะทุ่มเทความพยายามในการแก้ไขปัญหามากแค่ไหน ปัญหา การใช้สเตอรอยด์ก็ไม่มีที่ท่าว่าจะลดหรือบรรเทาความรุนแรงลงแต่อย่างใด

แต่เดิมเรามีข้อมูลการปลอมปนสเตอรอยด์โดยเฉพาะในยาเม็ดลูกกลอนและการมีสเตอรอยด์ร่วมในยาชุด ชนิดต่างๆเพียงเท่านั้น แต่ต่อมาเราพบการระบาดของยาน้ำแผนโบราณสามัญประจำบ้านที่ปลอมปนสเตอรอยด์เสมอ ความพยายามในการแก้ไขปัญหายังไม่ก้าวหน้าไปเท่าที่ควรนัก แม้ว่าสำนักงานคณะกรรมการอาหารจะปรับเปลี่ยน หลักเกณฑ์เกี่ยวกับยาสามัญประจำบ้านที่เป็นยาน้ำแผนโบราณก็ตาม เราก็พบอีกว่ามีการปลอมปนสเตอรอยด์ ในอาหารประเภทเครื่องดื่มสมุนไพร

ส่วนการผสมสเตอรอยด์ลงไปเครื่องสำอางนั้นก็มีการลักลอบผลิตและขายกันเรื่อยมาแม้จะไม่เอิกเกริกนัก แต่จะเจาะจงในการกระจายและการโฆษณาเฉพาะกลุ่มเป้าหมายบางกลุ่มโดยตรง ผลิตภัณฑ์ที่มีปัญหามีทั้ง เครื่องสำอางที่ไม่มีฉลาก และเครื่องสำอางที่มีฉลาก มีการจัดแจ้งครบถ้วนถูกต้อง ช่องทางการจำหน่ายเครื่องสำอาง เหล่านี้ นอกจากร้านค้าทั่วไปแล้ว แม้แต่คลินิกเสริมความงาม ก็ยังมีการใช้สเตอรอยด์โดยที่ไม่มีแพทย์สั่งจ่าย ส่วนการโฆษณาและการจำหน่ายผ่านสื่อสังคมออนไลน์ก็ยากที่จะควบคุมดูแลได้อย่างทั่วถึง



สเตอรอยด์รั่วไหลออกนอกระบบการควบคุมกำกับ

แม้ว่าจะมีกฎหมายและหลักเกณฑ์ต่างๆในการควบคุมการผลิตและการจำหน่ายสเตอรอยด์ แต่เหตุใดก็ยังมีสเตอรอยด์แพร่หลายในสถานที่อันมิบังควรอยู่เสมอ การศึกษาของดวงทิพย์และคณะ⁴ ได้ระบุว่า ผู้ผลิตและผู้นำเข้าสเตอรอยด์มีการแสดงรายงานการผลิตนำเข้าต่อสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาที่ต่ำกว่าปริมาณที่เป็นจริงร้อยละ 22.2 มีการกระจายให้แก่ร้านขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุน้ำหนักที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ (ขย.2) ร้อยละ 15.08 ร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ขย.1) มีการขายยาสเตอรอยด์โดยไม่มีใบสั่งแพทย์ถึงร้อยละ 57.7-77.3 ขณะที่ร้านขายยาประเภท 2 ซึ่งไม่สามารถขายยาสเตอรอยด์ได้นั้น พบว่า มีการขายยาดังกล่าวถึงร้อยละ 15.2-48.3 และมีลักษณะที่คล้ายกันในพื้นที่ของกรุงเทพมหานคร

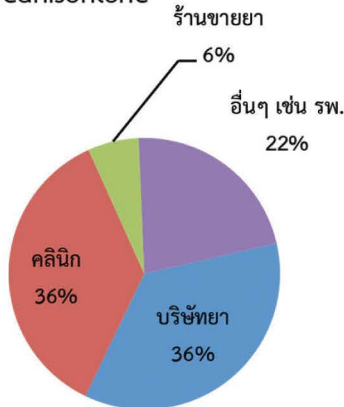
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา มีรายงานว่ามีบริษัทที่ผลิตและนำเข้ายา prednisolone ในรูปแบบเม็ดรับประทานจำนวน 54 แห่ง มีทะเบียนยา 129 ตำรับ ขณะที่บริษัทที่ผลิตและนำเข้ายา dexamethasone รูปแบบเม็ดมีจำนวน 36 แห่ง มีทะเบียนยา 128 ตำรับ ปริมาณที่มีการผลิตและนำเข้ายาสำเร็จรูประหว่างปี 2551 – 2555 สำหรับ prednisolone มีจำนวนประมาณ 220 ล้านเม็ด โดยมีการกระจายไปยังบริษัทาร้อยละ 35.77 คลินิกร้อยละ 36.1 และร้านขายยาร้อยละ 6.08 ส่วน dexamethasone มีการผลิตและนำเข้าจำนวนโดยประมาณ 430 ล้านเม็ด มีการกระจายไปยังบริษัทยามากถึงร้อยละ 91.05 ขณะที่กระจายไปยังโรงพยาบาลเพียงร้อยละ 0.87

จากข้อมูลข้างต้น เชื่อได้ว่า การนำไปใช้ในโรงพยาบาลและสถานพยาบาลนั้น มีการใช้ในลักษณะที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ตามความจำเป็น ขณะที่ dexamethasone ซึ่งผลิตและนำเข้ามากในประเทศไทยจำนวนมากนั้นไปอยู่นอกระบบโรงพยาบาลเพื่อนำไปผลิตยาชุด ผสมในยาลูกกลอนและยาแผนโบราณ การศึกษาของเนาวรัตน์⁵ พบว่า มีการรั่วไหลของ prednisolone และ dexamethasone ไปในทางที่ไม่เหมาะสมร้อยละ 53.8 และร้อยละ 97.44 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์จริงในพื้นที่ซึ่งมักพบการปลอมปน dexamethasone ในผลิตภัณฑ์สุขภาพต่างๆเป็นส่วนใหญ่

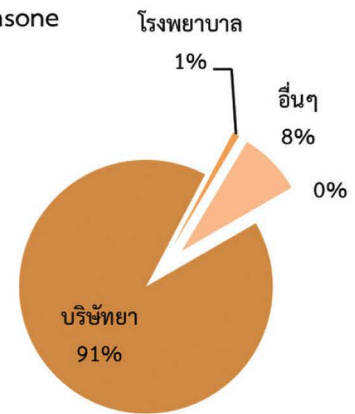
⁴ดวงทิพย์ หงส์สมุทร(2541) ปัญหาและแนวทางการพัฒนาการเฝ้าระวังสถานที่และผลิตภัณฑ์: กรณีศึกษาการแพร่ระบาดของยาเม็ดสเตอรอยด์. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

⁵เนาวรัตน์ ทิพย์อุทัย (2556).โครงการศึกษาความคิดเห็นต่อมาตรการการกำหนดรูปแบบหรือการแสดงสัญลักษณ์ของยา steroid รูปแบบรับประทาน: แผนงานพัฒนาวิชาการและกลไกคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ.

การกระจายของ Prednisonlone



การกระจาย Dexamethasone



ภาพที่ 1 แสดงการกระจายยาในกลุ่มคอร์ติโคสเตอรอยด์ในพื้นที่ประเทศไทย ที่มา: เนาวรัตน์ ทิพย์อุทัย (2556). โครงการศึกษาความคิดเห็นต่อมาตรการการกำหนดรูปแบบหรือการแสดงสัญลักษณ์ของยา steroid รูปแบบรับประทาน: แผนงานพัฒนาวิชาการและกลไกคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

ระบบเฝ้าระวังการรั่วไหลของ อย. (FDA Reporter Raw Material to Finish Product) นั้น สามารถกำกับดูแลได้เฉพาะยาสเตอรอยด์ที่บริษัทและโรงงานต้องการรายงานเท่านั้น ยังไม่สามารถพัฒนากลไกจัดการปัญหาการรั่วไหลของสเตอรอยด์ออกนอกระบบได้

ตัวอย่างการดำเนินคดีเกี่ยวกับสเตอรอยด์นอกระบบการกำกับดูแล ที่ร้านขายยาแห่งหนึ่งในจ.ขอนแก่น โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาและสถานีตำรวจภูธรบ้านไผ่ พบสเตอรอยด์ที่ไม่มีทะเบียน (ไม่มีการแสดงฉลาก) จำนวน 1,560,000 เม็ด พร้อมยาชุดจำนวน 162 ชุด ในสเตอรอยด์จำนวน 1,560,000 เม็ดนั้น สามารถจำแนกได้ 11 รูปแบบที่แตกต่างกัน

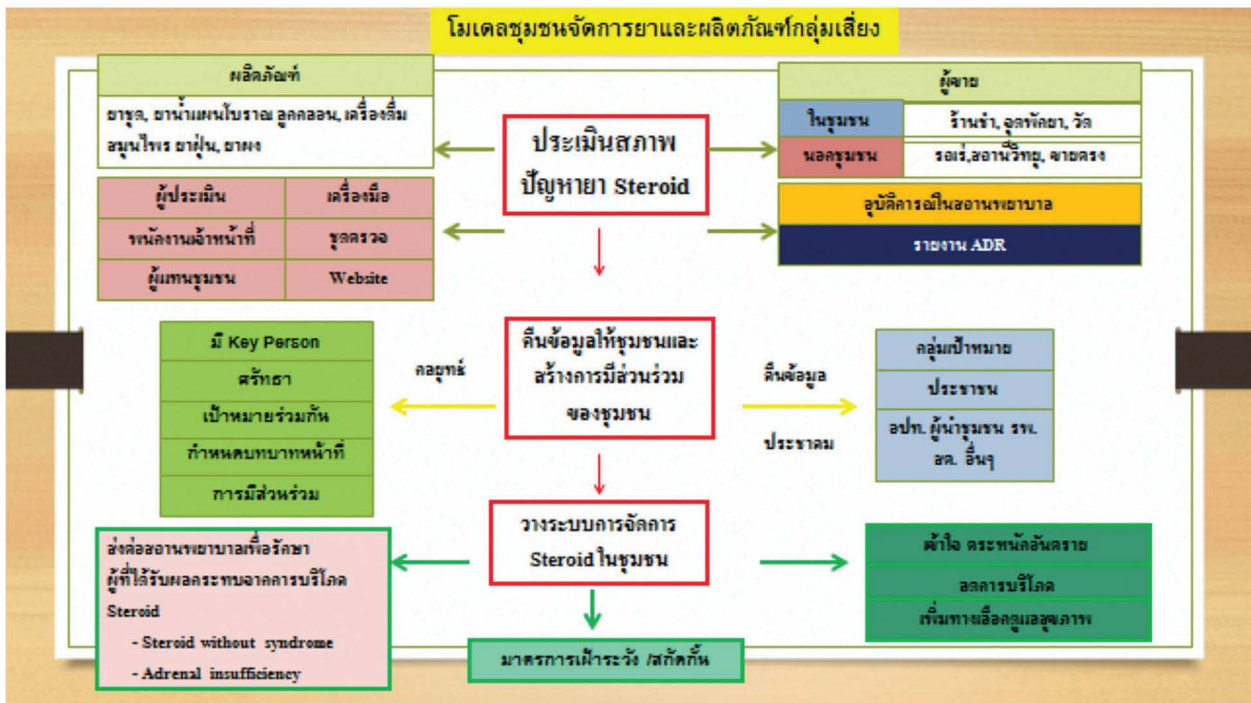
การลักลอบนำเข้าเภสัชเคมีภัณฑ์ในประเทศไทยเกิดขึ้นได้ไม่ยาก ทางหนึ่งคือด้านชายแดนทั่วไปที่มักไม่เข้มงวด เช่น ด้านชั่วคราวหรือด้านวัฒนธรรม ซึ่งทางเหนือสามารถเชื่อมต่อไปยังประเทศจีนซึ่งเป็นแหล่งใหญ่ของเภสัชเคมีภัณฑ์ได้ อีกทางหนึ่งคือ ทางด้านตามระบบปกติโดยผู้นำเข้าจะสำแดงเท็จในรูปแบบต่างๆ

บทเรียนจากการจัดการปัญหาสเตอรอยด์ของเครือข่ายติดตามปัญหา

การจัดการปัญหาสเตอรอยด์ระดับชุมชนและครอบครัวมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและยาวนานแทบจะเรียกได้ว่าเป็นการทำงานแนวทางแรกๆที่เครือข่ายบุคลากรสาธารณสุขร่วมกันดำเนินงานและต่อยอดการจัดการปัญหา

กระนั้นก็ดีปัญหาดังกล่าวก็ยังไม่สามารถจัดการให้ลุล่วงได้ผลเป็นที่น่าพอใจ ผู้ป่วยในพื้นที่ยังเจ็บป่วยและได้รับผลกระทบจากสเตอรอยด์โดยไม่รู้ตัว ปัญหาส่วนหนึ่งคือการมองปัญหาที่เกิดขึ้นว่าเป็นหน้าที่ของบุคลากรสาธารณสุข ที่ต้องทำงานแก้ไขปัญหาโดยลำพัง ขณะที่ชุมชนยังไม่สามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการจัดการปัญหาที่ยั่งยืนและซับซ้อนนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เครือข่ายเภสัชกรซึ่งทำงานในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง มีบทเรียนการทำงานเพื่อจัดการปัญหาสเตอรอยด์ที่สามารถสรุปได้พอเป็นสังเขปดังนี้

การพัฒนารูปแบบการทำงาน : จากสถานการณ์การจ่ายยาผู้ป่วยนอก ได้พบผู้ป่วยที่ได้รับผลข้างเคียงจากการใช้ยาที่หลากหลาย จึงไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วย พบการบริโภคผลิตภัณฑ์ต่างๆอย่างผิดๆ รวมถึงยาแผนโบราณที่ไม่มีทะเบียนยา มีการปลอมปนสเตอรอยด์ จึงคิดค้นแนวทางแก้ไขปัญหา โดยเริ่มจากการสืบค้นข้อมูล ระบุปัญหาหรือความเสี่ยง สื่อสารความเสี่ยงหรือคืนข้อมูลสู่ชุมชนโดยใช้โมเดลชุมชนจัดการยาและผลิตภัณฑ์กลุ่มเสี่ยง ควบคู่ไปกับการบังคับใช้กฎหมาย โดยประสานงานกับหน่วยงานตำรวจ ร่วมกับทีมงานสุขภาพอำเภอพัฒนาเป็นเครือข่ายศูนย์รับเรื่องร้องเรียนด้านสุขภาพ มีนายอำเภอเป็นประธาน มีสม.สายลับสเตอรอยด์ มีสม.ต้นแบบงานคุ้มครองผู้บริโภค มีต้นแบบเครือข่ายการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพสำหรับการถ่ายทอดประสบการณ์สู่พื้นที่อื่นต่อไป



จุดเด่น : สร้างต้นแบบและถอดบทเรียนเผยแพร่ข้อมูลสู่พื้นที่ใกล้เคียง โดยใช้แนวทางการจัดการความเสี่ยงในการแก้ไขปัญหา ใช้มาตรการในชุมชนในการดำเนินการ จัดทำข้อตกลงความร่วมมือในการเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่เหมาะสมในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของผู้ประกอบการ ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และให้ทางเลือกในการหลีกเลี่ยงสารสเตอรอยด์โดยอาศัยความร่วมมือกับงานแพทย์แผนไทย เน้นการขับเคลื่อนของเครือข่ายอำเภอไปสู่นโยบายระดับจังหวัด

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ : มีเครือข่ายเฝ้าระวังในชุมชน / กลุ่มเป้าหมายคือคนในชุมชน และผู้ประกอบการ / มีศูนย์เฝ้าระวังในชุมชน / มีข้อตกลงและมาตรการทางสังคมของหมู่บ้าน มีเครือข่ายผู้นำชุมชน องค์กรส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมผลักดันเป็นนโยบาย

ทั้งนี้ปัญหาการนำสเตอรอยด์ไปใช้ในทางที่ไม่เหมาะสมในปัจจุบันยังคงอยู่ ในพื้นที่ยังคงพบปัญหาและมีสภาพความเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมพอสมควร มีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้นและเกิดปัญหาในรูปแบบใหม่ๆ ที่เกี่ยวโยงกัน ผู้เกี่ยวข้องกับการจัดการปัญหาไม่เหมาะสมในชุมชนทุกรูปแบบต้องตั้งหลักให้ดี มองให้เลยไปกว่ารูปแบบปัญหาที่เกิดขึ้นหน้างานทั้งในพื้นที่และระดับการจัดการเชิงนโยบาย บทเรียนการทำงานได้สะท้อนให้เห็นว่าปัญหาก็มีพลวัตรปรับตัวไปตามสภาพการจัดการปัญหาไปด้วย แต่สิ่งที่ยังคงอยู่ไม่ได้เปลี่ยนแปลงคือ ต้นทางของปัญหาและคำถามที่ยังทำลายคนทำงานคือ “ สเตอรอยด์ไม่ได้หล่นมาจากฟ้า ” ก็ยังคงร่วมสมัยกำหนดทิศทางการทำงานจัดการปัญหาร่วมกันได้อย่างชัดเจน

เภสัชกร กับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคในการบริหารจัดการวัคซีนโควิด 19

ภก.ภาณุโชติ ทองยัง*

ภญ.กนกพร ธัญมณีสิน**

*สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม **สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

สิทธิผู้บริโภค

แนวคิดเรื่องสิทธิของผู้บริโภคได้รับการยอมรับในระดับสากลมานานแล้ว สหพันธ์องค์การผู้บริโภคระหว่างประเทศ (International Organization of Consumer Union : IOCU) ได้กำหนดสิทธิ 8 ประการที่ผู้บริโภคพึงได้รับ ดังนี้¹

1. สิทธิในการได้รับบริการขั้นพื้นฐาน ที่จำเป็นต่อการมีสุขภาพดี (The right to basic needs)
2. สิทธิที่จะได้รับความปลอดภัยจากสินค้าหรือบริการ (The right to safety)
3. สิทธิที่จะมีอิสระในการเลือกบริโภคสินค้าหรือบริการ (The right to choose)
4. สิทธิที่จะได้รับการพิจารณาชดเชยความเสียหาย (The right to Redress)
5. สิทธิที่จะร้องเรียนเพื่อความเป็นธรรม (The right to be heard)
6. สิทธิที่จะได้รับข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วนเกี่ยวกับสินค้าหรือบริการ (The right to be informed)
7. สิทธิที่จะได้รับความรู้เกี่ยวกับบริโภคศึกษา (The right to consumer education)
8. สิทธิที่จะได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สะอาด (The right to healthy environment)

ในประเทศไทย พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ.2522 ได้กำหนดสิทธิเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคไว้ 5 ประการ ได้แก่²

1. สิทธิที่จะได้รับข่าวสารหรือคำพรรณนาคุณภาพที่ถูกต้องและเพียงพอเกี่ยวกับสินค้าและบริการ เพื่อใช้ในการตัดสินใจเลือกซื้อ หรือเลือกใช้สินค้าหรือบริการนั้นๆ
2. สิทธิที่จะมีอิสระในการเลือกซื้อสินค้าหรือบริการ สิทธิในข้อนี้ยังรวมถึงสิทธิในการเลือกไม่ซื้อหรือใช้บริการอีกด้วย
3. สิทธิที่จะได้รับความปลอดภัยจากการใช้สินค้าหรือบริการ ผู้บริโภคทุกคนมีสิทธิที่จะบริโภคสินค้าหรือบริการที่มีคุณภาพ ปลอดภัย โดยไม่เกิดอันตรายจากสินค้าหรือบริการนั้นๆ
4. สิทธิที่จะได้รับความเป็นธรรมในการทำสัญญา ผู้บริโภคทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับข้อสัญญา โดยไม่ถูกเอารัดเอาเปรียบจากผู้ประกอบธุรกิจ สัญญาดังกล่าวต้องมีความเป็นธรรมทั้ง 2 ฝ่าย
5. สิทธิที่จะได้รับการพิจารณาและชดเชยความเสียหาย ผู้บริโภคมีสิทธิที่จะร้องเรียนความเป็นธรรม หากไม่ได้รับความเป็นธรรมจากการบริโภคสินค้าหรือบริการ รวมทั้งมีสิทธิที่จะได้รับความชดเชยความเสียหายที่เกิดขึ้น จากการบริโภคสินค้าหรือบริการ

ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับเภสัชกร วิทยาลัยการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพแห่งประเทศไทย สภาเภสัชกรรม ได้มีการพูดถึงเภสัชกรคุ้มครองผู้บริโภค ปรากฏในหลักสูตรการฝึกอบรมเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ระบุว่า การคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพ เป็นงานที่ต้องประยุกต์ใช้องค์ความรู้ทางเภสัชศาสตร์ร่วมกับทักษะในการบริหารจัดการและผสมผสานกับองค์ความรู้ในศาสตร์สาขาอื่นๆ อาทิ

นิติศาสตร์ รัฐประศาสนศาสตร์ เศรษฐศาสตร์ สาธารณสุขศาสตร์ และสังคมศาสตร์ เพื่อคุ้มครองผู้บริโภคให้ได้รับความปลอดภัย ความเป็นธรรมและความคุ้มค่าจากการบริโภคฯ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ และบริการสุขภาพ เพื่อให้เภสัชกรที่ทำงานด้านนี้มีความรอบรู้และเชี่ยวชาญในการกำกับดูแลระบบฯ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ และบริการสุขภาพ ตั้งแต่การคัดเลือก การผลิตและนำเข้า การจัดหา การกระจายและการใช้อย่างสมเหตุผล รวมถึงการเฝ้าติดตามและประเมินผลกระทบที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับสภาพวิถีชีวิตของประชาชนโดยคำนึงถึงระบบบริการสุขภาพ มิติทางเศรษฐกิจ การเมือง และสังคมทั้งระดับประเทศและสากล โดยสภาพความเชื่อมโยงเกี่ยวเนื่องที่ซับซ้อนนี้ ต้องการความเชี่ยวชาญของบุคลากรเพื่อการแก้ไขปัญหา เภสัชกรต้องได้รับการเพิ่มพูนความรู้ บ่มเพาะวิธีคิด วิธีค้นหาปัญหาและหาแนวทางแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบมีมาตรฐานทางวิชาการเป็นที่ยอมรับจากสังคม รวมทั้งการเสนอแนะเชิงนโยบายด้านการคุ้มครองผู้บริโภคระดับประเทศ

ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เมื่อพิจารณาแนวทางการให้วัคซีนโควิด 19 ในสถานการณ์การระบาดปี 2564 ของประเทศไทย 4 จะพบว่า เภสัชกรในส่วนภูมิภาค ทั้งจาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ต่างเกี่ยวข้องกับกระบวนการบริหารจัดการวัคซีนในด้านต่างๆ หากพิจารณาในแง่มิติของการคุ้มครองผู้บริโภค เภสัชกรล้วนมีบทบาทแทบจะทุกขั้นตอนในการบริหารจัดการดังกล่าว โดยเฉพาะอย่างยิ่งเภสัชกรที่รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภค จะยังเห็นมิติของงานชัดเจนขึ้น

การจัดสรรวัคซีน

แม้ในแนวทางการให้วัคซีนโควิด 19 ของกรมควบคุมโรคจะมีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายของผู้ได้รับการฉีด โดยแบ่งเป็นกลุ่มต่างๆ อาทิเช่น กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขด่านหน้าทั้งภาครัฐและเอกชน บุคคลที่มีโรคประจำตัว เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรคโควิด 19 ที่มีโอกาสสัมผัสกับผู้ป่วย เภสัชกรที่รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภค ซึ่งมีข้อมูลต่างๆมากมาย จะสามารถวิเคราะห์และให้รายละเอียดในเชิงวิชาการ เกี่ยวกับความเสี่ยงในแต่ละกลุ่มเป้าหมายได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่หลายส่วนอาจมองไม่ชัดเจน เช่น ข้อมูลกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขด่านหน้าในภาคเอกชน จากสถานพยาบาลประเภทต่างๆ ร้านยา ฯลฯ การได้รับข้อมูลเพิ่มเติม และเสนอแนะแนวทางที่เหมาะสมในการจัดสรรวัคซีนตามความเสี่ยง จะทำให้กลุ่มบุคลากรดังกล่าว ได้รับโอกาสในการเข้าถึงวัคซีนได้ทั่วถึงมากขึ้น

การกระจายวัคซีน

ในแง่มิติของการคุ้มครองผู้บริโภค ผู้บริโภคทุกคนมีสิทธิที่จะบริโภคสินค้าหรือบริการที่มีคุณภาพ ปลอดภัย เภสัชกรจึงมีบทบาทสำคัญในการออกแบบระบบเพื่อควบคุม ติดตามกำกับ และตรวจสอบมาตรฐานการดำเนินงานในระบบห่วงโซ่ความเย็น (Cold Chain) ตั้งแต่ การตรวจรับวัคซีนที่มาส่ง การเก็บรักษา การกระจาย ตลอดจนการเบิกจ่ายวัคซีนโควิด 19 และขนส่งไปยังจุดบริการฉีดต่างๆ ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะ และร่วมแก้ไขในกรณีที่เกิดปัญหาต่างๆ

การเฝ้าระวังอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค Adverse Event Following Immunization (AEFI)

เป็นการติดตามเฝ้าระวัง ในขอบเขตที่กว้างกว่าการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยา (Adverse Drug Reaction : ADR) ที่พวกเภสัชกรคุ้นชิน เพราะการเฝ้าระวังนี้เป็นการเฝ้าระวังความผิดปกติ ที่เกิดขึ้นภายหลังจากได้รับวัคซีน ซึ่งจะตรวจจับทุกเหตุการณ์ผิดปกติที่เกิดขึ้นภายหลังจากได้รับวัคซีน ภายในกำหนดระยะเวลาการติดตามเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของวัคซีนนั้นๆ

เนื่องด้วยวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นวัคซีนที่มีการพัฒนาขึ้นใหม่เพื่อใช้ในภาวะฉุกเฉิน ซึ่งอาการไม่พึงประสงค์อยู่ในระหว่างการศึกษา ดังนั้นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นภายหลังจากได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อาจจะมีเหตุการณ์ใหม่ๆที่ยังไม่เคยเกิดขึ้นในระหว่างการศึกษาที่ผ่านมา พยาธิสภาพของโรค รวมถึงยาหลายรายการที่ใช้ในการรักษาโรคมาระยะเกี่ยวข้องด้วย ดังนั้นในมิติของการคุ้มครองผู้บริโภคให้ได้รับความปลอดภัย จึงเป็นภารกิจที่เภสัชกรจะต้องเข้ามาร่วมดำเนินงานติดตามเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีน นอกเหนือจากภารกิจในการบริหารจัดการการให้บริการวัคซีน การจัดการระบบคลังเวชภัณฑ์ที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน

โดยเภสัชกรที่รับผิดชอบงาน AEFI มีบทบาทในการพัฒนาระบบการติดตามเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคทั้งในระดับจังหวัด อำเภอ และหน่วยบริการ การดูแลความปลอดภัยในการใช้ยาให้แก่ผู้ป่วยที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีน การสอบสวนประเมินความสัมพันธ์เชิงสาเหตุร่วมกับทีมสหวิชาชีพภายหลังเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ การประสานข้อมูล การวิเคราะห์ ประเมินร่วมกับทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและสหวิชาชีพในการพัฒนาระบบการติดตามเฝ้าระวัง การวางแผน เตรียมการ ป้องกันเพื่อลดการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ รวมถึงการประสานข้อมูลและผู้รับผิดชอบเพื่อเยียวยาผู้เสียหายภายหลังได้รับวัคซีนตามระบบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เนื่องด้วยการจัดการระบบการให้บริการวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นภารกิจเร่งด่วน และต้องให้บริการกับกลุ่มประชากรจำนวนมากภายในระยะเวลาจำกัด ดังนั้นการจัดระบบโครงสร้างการทำงานเพื่อติดตามเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนดังกล่าว จึงต้องจัดเตรียมโครงสร้างของบุคลากรให้ครอบคลุมทุกหน่วยงานและองค์กรต่างๆที่เกี่ยวข้อง ทั้งหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการอุดมศึกษาฯ กระทรวงกลาโหม โรงพยาบาลเอกชน สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล และ อาสาสมัครสาธารณสุข เป็นต้น

ในแง่สิทธิของผู้บริโภคที่จะได้รับการพิจารณาและชดเชยความเสียหาย ผู้บริโภคมีสิทธิที่จะร้องเรียนความเป็นธรรม รวมทั้งมีสิทธิที่จะได้รับความชดเชยความเสียหายที่เกิดขึ้น จากการบริโภคสินค้าหรือบริการ ประชาชนที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019(COVID-19) ซึ่งเป็นวัคซีนตามแผนงาน โครงการหรือกิจกรรมการป้องกันและขจัดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของหน่วยงานภาครัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย จึงมีสิทธิอันชอบธรรมที่จะได้รับความคุ้มครองดูแล โดยหากเกิดอาการไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนจะสามารถยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีได้รับความเสียหายจากการได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ได้ที่หน่วยบริการ หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพในเขตพื้นที่ โดยมีเอกสารประกอบคำร้อง ซึ่งเภสัชกรก็ควรเข้ามามีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล แนะนำ ตลอดจนร่วมพิจารณารายละเอียดต่างๆ

การร่วมกับเครือข่ายต่างๆในการคุ้มครองผู้บริโภค

1. เครือข่ายภาคประชาชน

ผู้บริโภคมีสิทธิที่จะได้รับข่าวสารหรือคำพินิจคุณภาพที่ถูกต้องและเพียงพอเกี่ยวกับสินค้าและบริการ เพื่อใช้ในการตัดสินใจเลือกซื้อ หรือเลือกใช้สินค้าหรือบริการนั้นๆ เมื่อพิจารณาในเรื่องที่เกี่ยวกับวัคซีนโควิด 19 ซึ่งประชาชนจะได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆมากมาย ทั้งข้อมูลจริง ข้อมูลเท็จ ทั้งครบถ้วนและไม่ครบถ้วน ดังรูปธรรมที่ปรากฏว่า ประชาชนหลายคนไม่กล้าที่จะฉีดวัคซีนเนื่องจากเกรงอันตรายที่จะเกิดขึ้น

เภสัชกรจึงมีหน้าที่สำคัญในการให้ข้อมูลต่างๆกับผู้บริโภคอย่างถูกต้องเหมาะสม รวมทั้งประสานงานกับเครือข่ายต่างๆทั้งภาครัฐและภาคประชาชน เพื่อให้ประชาชนผู้บริโภคได้รับข้อมูลที่ถูกต้องอย่างครบถ้วน ในด้านต่างๆ เช่น ประสิทธิภาพ/ประสิทธิผลของวัคซีน ผลข้างเคียง การดูแลและเฝ้าระวัง AEFI อันจะทำให้ผู้บริโภคมีความมั่นใจในการตัดสินใจต่างๆได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

2. เครือข่ายเภสัชกรร้านยา

นอกจากการประสานงานกับเครือข่ายผู้บริโภคเพื่อให้ความรู้ต่างๆแล้ว เภสัชกรสาขาคุ้มครองผู้บริโภคควรมีบทบาทสำคัญในการประสานงานกับเภสัชกรร้านยา และร่วมกันพัฒนาบทบาทของเภสัชกรร้านยา ในการเข้ามามีส่วนร่วมในเรื่องเกี่ยวกับการบริการวัคซีนโควิด 19 เช่น บทบาทเป็นที่ปรึกษาประชาชน การเฝ้าระวัง AEFI การร่วมรับรู้ข่าวสารต่างๆในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการได้รับวัคซีนของประชาชน และเป็นแหล่งบริการข้อมูลวิชาการเกี่ยวกับวัคซีน ตลอดจนข้อมูลต่างๆด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องให้กับผู้รับบริการและประชาชนในชุมชน ตลอดจนเป็นเครือข่ายในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยในช่วงสถานการณ์โควิดอีกด้วย

ข้อเสนอแนะ

1. หากมองในมิติของการคุ้มครองผู้บริโภค เภสัชกรซึ่งมีความรู้ความเข้าใจอย่างดีในเรื่องยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ควรออกจากพื้นที่เดิมๆจากงานที่เคยทำ(หรือ Safe Zone) โดยขยายกรอบในการมองระบบงานให้กว้างและลึกขึ้น เพื่อก้าวออกมาพัฒนาระบบงานเดิมๆที่เคยทำ ให้สอดคล้องกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพมากยิ่งขึ้น ใ้บทบาทวิชาชีพเภสัชกรรม ร่วมกับการมองในมิติของสิทธิผู้บริโภค มาเป็นกรอบในการออกแบบและพัฒนางานของเภสัชกร เพื่อให้เกิดรูปแบบที่เหมาะสม และเกิดประโยชน์ต่อผู้บริโภคมากที่สุด

2. เภสัชกรคุ้มครองผู้บริโภค ควรประยุกต์หลักวิชาการของงานคุ้มครองผู้บริโภคในด้านต่างๆ เช่น ด้านนโยบายและการบริหารระบบยา ด้านการวิเคราะห์การจัดการความเสี่ยง ด้านการทำงานคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชน ด้านระบาดวิทยา เพื่อนำมาใช้ประกอบการบริหารจัดการวัคซีนต่อไป ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชนและประเทศชาติ

บรรณานุกรม

1. consumersinternational.org[Internet] [updated 2021 July 16] Available from: <https://www.consumersinternational.org/who-we-are/consumer-rights/>.
2. ocpb.go.th[Internet] [updated 2021 July 16] Available from: <https://www.ocpb.go.th>.
3. cphcp.ac.th[Internet] [updated 2021 July 16] Available from: <http://www.cphcp.ac.th/>.
4. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการให้วัคซีนโควิด 19 ในสถานการณ์การระบาดปี 2564 ของประเทศไทย ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 . ม.ป.ท.:2564

สถานการณ์และความรอบรู้ด้านยาของพระในวัด
อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ
Situation and Monk's Drug Literacy in the temple,
Pathumratchawongsa District Amnat Charoen Province.

จันทร์จรรย์ ดอกบัว¹, กมลชนก ชันทะ²

Janjaree Dokbua¹, Kamolchanok Khantha²

บทคัดย่อ

ปัญหาการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในวัด ได้แก่ การใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา เป็นต้น ส่งผลให้เกิดอันตรายแก่พระเณรได้ วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และความรอบรู้ด้านยาของพระในวัด เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่างคือพระที่จำพรรษาในวัดในตำบลสี่ นาป่าแขง และหนองข่า อำเภอปทุมราชวงศา รวมทั้งหมด 31 แห่ง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่และคำนวณค่าร้อยละ ผลการศึกษาพบว่า พระทั้งหมด 110 รูป เป็นโรคเรื้อรัง ร้อยละ 26.36 ในจำนวนนี้ส่วนมากเป็นเบาหวาน และความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 48 และ 28 ตามลำดับ) มีการใช้ยาไม่ถูกต้อง ร้อยละ 45 เช่น เก็บยารวมในขวดโหล หรือไม่ใส่ซองยา ทักยาโดยการกัด เป็นต้น ร้อยละ 77 ได้ยามาจากสังฆทาน พบยาอันตราย ยาปฏิชีวนะ ยาแก้ปวด หรือยากลุ่มยาบรรเทาอาการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ร้อยละ 10, 0.2 และ 9 ตามลำดับ พบการใช้ยาสมุนไพร เป็นยาต้มฟ้าทะลายโจร ร้อยละ 48 และพบยาเสื่อมสภาพและยาหมดอายุ (ร้อยละ 10.55 และ 11.08 ตามลำดับ) ในด้านความร่วมมือและความรอบรู้ด้านยาพบว่า ส่วนใหญ่พระสงฆ์ให้ความร่วมมือในการใช้ยา ร้อยละ 60.8 ส่วนใหญ่มีความสามารถในการจดจำได้ดี มองเห็นชัดเจน ได้ยินชัดเจน อ่านได้คล่อง มีความเข้าใจดี ไปโรงพยาบาลตามนัดได้ทุกครั้ง และทราบถึงผลเสียของโรคที่เป็นอยู่ พระสงฆ์ส่วนมากเห็นด้วยว่าควรรับประทานผัก ผลไม้ และการดื่มน้ำมากจะช่วยลดอาการท้องผูกและทำให้ร่างกายสดชื่น พระสงฆ์มีความรู้จากการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพน้อย อาจทำให้รู้ไม่เท่าทันสื่อ ด้านความคิดเห็นและมุมมองเรื่องสังฆทานยาพบว่า ยามีคุณภาพในระดับน้อย และตัดสินใจไม่ใช้ยาในสังฆทานยาเพื่อรักษาโรคที่เป็นอยู่ (ร้อยละ 30.7 และ 55.3 ตามลำดับ)

สรุปได้ว่า พระภิกษุยังคงเป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มการเกิดปัญหาการใช้ยา และความรอบรู้ด้านยายังเป็นเรื่องที่สำคัญ ดังนั้นจึงควรมีการนำข้อมูลสถานการณ์การใช้ยาในวัดมาใช้ในการดำเนินงานเฝ้าระวังและจัดระบบยาในวัด ขับเคลื่อนงานผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ หรือการขับเคลื่อนงานผ่านธรรมนูญพระสงฆ์ เพื่อให้เกิดระบบยาที่ปลอดภัยและมีคุณภาพ เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลต่อไป

คำสำคัญ : ยา วัด พระ

¹ หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ

² นักศึกษาคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

Abstract

Problems with drug use and health products in the temple include using the wrong drug, non-compliance resulting in danger to the monks.. Objective to study situation and monk's drug literacy in the temple. Method of study is survey research, data were collected by interviewing with questionnaires from a sample group of monks in the Pathumratchawongsa area of all 31 temples conducted during April-May 2021. Data were analyzed by descriptive statistics.

The results showed that a total of 110 monks had chronic disease 26.36% including diabetic and hypertension, 48 and 28%, respectively. 45% used the wrong medication, such as collecting pills in jars or without pill bags, break the pill by biting. Reserving 77% of the medicines used in the temples was obtained from sermon set, and 10, 0.2 and 9% of dangerous drugs, antibiotics, analgesic drug or non-steroidal anti-inflammatory drugs were found, respectively. 48% of herbal medicines were used, namely, Andrographis decoction. Deteriorated and expired drugs were found at 10.55 and 11.08%, respectively. Compliance and Drug literacy found that most of the monks cooperated in the use of drugs, 60.8%, most of them had good memorization ability. See clearly, hear clearly, read fluently, have good understanding. Come by appointment every time and know the consequences of existing diseases. Most monks agree that eating fruits and vegetables and drinking plenty of water will help reduce constipation. and refresh the body. Monks have little knowledge of accessing health information may not be able to keep up with the media. In terms of opinions and views on the topic of sermon set, it was found that Medicines are of low quality. and decided not to use the drug in the sermon set to treat their existing disease 30.7 and 55.3%, respectively.

Conclusion and recommendation , Monks are still a group that is prone to drug use problems. And drug literacy is also important. Therefore, information on the situation of drug use in the temple should be used for monitoring and organizing the drug regimen in the temple. Driving work through the district health board mechanism or driving work through the constitution of monks to create a safe and quality drug system The rational use of drugs continues.

Keywords : Drug, temple, Monks

บทนำ

โดยธรรมชาติของมนุษย์ เมื่อเกิดปัญหาต่าง ๆ มักจะทำการแก้ไขปัญหานั้นด้วยตัวเองเป็นลำดับแรก แต่หากยังไม่สามารถแก้ไขปัญหานั้นให้คลี่คลายได้ หนทางต่อมามักเป็นการแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้อื่น ซึ่งปัญหาทางด้านสุขภาพ อาการไม่สบายกายไม่สบายใจ รวมถึงความเจ็บป่วย สิ่งเหล่านี้นับเป็นหนึ่งในปัญหาที่ต้องเผชิญเช่นเดียวกัน ทุกคนต่างต้องการดูแลตัวเองให้มีสุขภาพดีอยู่เสมอ สุขสบายทั้งกายและใจ ดังเช่น คำกล่าวที่ว่า “อโรคยา ปรมาลาภา ความไม่มีโรคเป็นลาภอันประเสริฐ” อย่างไรก็ตาม ปัญหาด้านสุขภาพมักเกิดขึ้นโดยที่เราไม่ได้ต้องการ เมื่อเกิดขึ้นแล้วคนเราย่อมต้องการหาทางแก้ไขให้หลุดพ้นจากความเจ็บป่วยเหล่านั้น ยิ่งเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ยิ่งต้องเพิ่มระดับความใส่ใจต่อสุขภาพมากขึ้น มีการปรับตัวและสร้างเสริมพลังให้สมดุลกับวิถีชีวิตความเป็นอยู่ หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งโรคเรื้อรังนี้เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย เช่นเดียวกับกับประเทศอื่นทั่วโลก จากรายงานประจำปี พ.ศ. 2561 ของสำนักโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กรมควบคุมโรค พบว่า กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก คิดเป็นร้อยละ 71 ของการเสียชีวิตทั้งหมด และเมื่อกล่าวถึงสถานการณ์กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย พบสาเหตุการเสียชีวิตสามอันดับแรก ได้แก่ โรคมะเร็งรวมทุกประเภท โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจขาดเลือด ตามลำดับ⁽¹⁾

อีกหนึ่งกลุ่มบุคคลที่มักมีความเกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรังในฐานะผู้ป่วยโรคเรื้อรังคือเพศบรรพชิต อันเช่น พระภิกษุสงฆ์ พระภิกษุณี สามเณร และแม่ชี เป็นต้น บุคคลเหล่านี้อาศัยอยู่ในวัดวาอาราม ยึดมั่นถือมั่นในศาสนา ปฏิบัติตนตามกฎของสงฆ์ที่แตกต่างจากบุคคลทั่วไป มีข้อปฏิบัติทางการดำเนินชีวิตที่เป็นกลางตามธรรมชาติ ซึ่งทำให้มีข้อจำกัดต่อการรับรู้เรื่องโรคและความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังได้ โดยเฉพาะพระสงฆ์ผู้อาวุศ ต้องดูแลตัวเองด้วยตนเอง ควรได้รับการบริการและการปรับตัวในการอยู่กับโรคเรื้อรังที่อาจยาวนานหรือตลอดชีวิต จากข้อมูลรายงานอุบัติการณ์

พระเณรที่เข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลจากการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสมพบว่า สาเหตุเกิดจากอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ ร้อยละ 0.05 นอกจากนี้ยังมีพระสงฆ์จำนวนหนึ่งที่ต้องรับยาโรคเรื้อรัง และมีการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง จำเป็นต้องได้รับคำปรึกษาในการใช้ยา มีบางส่วนที่ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา อีกทั้งยังเจอยาอันตรายในชุดสังฆทาน และพระบางรูปยังมีพฤติกรรมการเอายาพระรูปอื่นมาใช้ จากข้อมูลพระสงฆ์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสงฆ์ ปีพ.ศ. 2560 พบว่า มีพระสงฆ์อาพาธเข้ารับการรักษาด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคไขมันในโลหิตสูง โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน เป็นลำดับต้น ๆ ซึ่งสาเหตุมาจากการบริโภคอาหารเป็นหลัก(2) และในการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเครือข่ายพระภิกษุสงฆ์ในเขตเทศบาลนครสวรรค์ พบว่า พระสงฆ์มีโรคประจำตัว ร้อยละ 41.3 โดยโรคประจำตัวที่เป็นมากที่สุดคือ โรคเบาหวาน, ภูมิแพ้ และความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 15.1, 12.1 และ 9.0 ตามลำดับ(3)

ถึงแม้ว่าในยุคสมัยนี้จะมีเทคโนโลยีเข้ามาช่วยเสริมสร้างและกระจายข้อมูลความรู้ความเข้าใจสามารถสืบค้นได้ด้วยตนเอง แต่โดยมากมักเป็นข้อมูลที่เป็กลาง พบได้โดยทั่วไป ไม่ได้เฉพาะต่อตัวบุคคลใดบุคคลหนึ่ง หรือไม่ก็เป็นข้อมูลที่สร้างความเข้าใจผิดไม่ได้มีการถ่วงรองข้อเท็จจริง อันส่งผลให้เกิดความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดพลาดจากการศึกษาในช่วงปีพ.ศ. 2547-2556 จากทุกภาคของไทยพบการโฆษณา ยา, อาหาร และเครื่องสำอางผิดกฎหมาย คิดเป็นร้อยละ 50-64, 46-84 และ 30-56 ของจำนวนโฆษณา ตามลำดับ^(4,5,6,7) และในการสำรวจโฆษณาและอาหารในวิทยุกระจายเสียงทั่วประเทศไทยในปีพ.ศ. 2536 พบว่า มีการโฆษณายาฝ่าฝืนกฎหมาย ร้อยละ 90 และการโฆษณาอาหารฝ่าฝืนกฎหมาย ร้อยละ 89 ของจำนวนโฆษณา 351 ชิ้น(8) และยังผู้ส่งต่อข้อมูลเป็นเพศบรรพชิต มีผู้ให้ความเคารพนับถือ เข้าพบด้วยความศรัทธา ได้ฟังข้อมูลเกี่ยวกับยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพและนำไปบอกเล่ากระจายข้อมูลต่อในชุมชน

หากข้อมูลที่ได้มาเป็นข้อเท็จจริงอันเป็นประโยชน์ นับว่าเป็นผลดี แต่หากข้อมูลใดเป็นข้อมูลลวง เมื่อนั้น จะเกิดปัญหาสุขภาพอื่นตามมาได้

สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในเขตพื้นที่ ปทุมราชวงศา ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาสถานการณ์ การใช้ยาของพระและความรอบรู้ด้านยา เพื่อนำข้อมูล มาจัดระบบเฝ้าระวังยาจากโรงพยาบาลสู่ในชุมชน และการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคในส่วนของวัด ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการจัดการด้านระบบยาในวัดเป็นไปในรูปแบบเดียวกัน ส่งผลให้พระใช้ยาและผลิตภัณฑ์ สุขภาพได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและมีความปลอดภัย โดยบูรณาการเข้ากับงานวัดส่งเสริมสุขภาพหรือ วัดประชารัฐ

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาสถานการณ์และความรอบรู้ด้านยา ของพระในวัด อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ

ขอบเขตการวิจัย

วัดในเขตพื้นที่ตำบลสี่ นานาแปง และหนองข่า อ.ปทุมราชวงศา จ.อำนาจเจริญ จำนวน 31 วัด

วิธีดำเนินการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือพระภิกษุที่จำพรรษาอยู่ที่วัดในเขต อำเภอปทุมราชวงศา จำนวน 100 แห่ง สุ่มโดย สุ่มตำบลในอำเภอมานา 3 ตำบลด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย ได้ ตำบลสี่ นานาแปง และหนองข่า มีวัดทั้งหมด 31 แห่ง กลุ่มตัวอย่างคือพระภิกษุที่จำพรรษาในวัดทั้งหมดใน 3 ตำบลที่สุ่มได้ จำนวน 110 รูป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยคือแบบสำรวจสถานการณ์ การใช้ยาในวัด และแบบสัมภาษณ์ความร่วมมือและความรอบรู้ด้านยา โดยแบบสัมภาษณ์สถานการณ์ การใช้ยาในวัดแบ่งออกเป็น 3 ตอน ตอนที่ 1 สถานการณ์ทั่วไป เช่น วัด เจ้าอาวาส จำนวนพระ ทั้งหมด จำนวนพระที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง เป็นต้น

ตอนที่ 2 ข้อมูลพระที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังและการใช้ยา เช่น ชื่อพระ โรคเรื้อรังที่เป็น รายการยาที่ได้ เป็นต้น ตอนที่ 3 ข้อมูลเรื่องตัวยา/สภาพยาในตัวยา/ยาในชุด สังฆทานยา เช่น สถานที่ตั้งตู้ยาหรือกล่องยา ยาที่พบ เป็นต้น สำหรับแบบสัมภาษณ์ความร่วมมือและความรอบรู้ด้านยา แบ่งออกเป็น 5 ตอน ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เช่น ชื่อ อายุ เป็นต้น ตอนที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา เช่น ปัจจัยทางด้านบุคคล เป็นต้น ตอนที่ 3 ความร่วมมือในการใช้ยา โดยวัดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาจาก Morisky Medication Adherence Scale 8-item (MMAs 8-item) ตอนที่ 4 แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ: ความฉลาดทางสุขภาพ เช่น ทักษะ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ทักษะการสื่อสารข้อมูล เป็นต้น ตอนที่ 5 ความคิดเห็นและมุมมองเรื่อง สังฆทานยา เช่น การจัดการสังฆทานยา การใช้ยาใน สังฆทานยา เป็นต้น

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยการ ประสานงานกับตัวแทนวัดในพื้นที่ ขอความยินยอม ในการให้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างก่อนการสำรวจและ สัมภาษณ์ทุกราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่และ คำนวณค่าร้อยละ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลสถานการณ์การใช้ยาในวัด

กลุ่มตัวอย่างพระในอำเภอปทุมราชวงศา ทั้งสิ้น 110 รูป (ตาราง 1)

พระที่ป่วยส่วนมากโรคที่เป็นคือโรคเบาหวาน จำนวน 14 รูป (ร้อยละ 48) รองลงมาคือโรค ความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในเลือดผิดปกติ จำนวน 8 และ 5 รูป ตามลำดับ (ร้อยละ 28 และ 17 ตามลำดับ) มีพระป่วยที่ใช้ยาไม่ถูกต้อง 13 รูป (ร้อยละ 45) ตัวอย่างเช่น เก็บรักษายาโดยเก็บรวมกัน

ในขวดโหล เก็บยาโดยไม่ใส่ซองยา หักยาโดยการกัด หยุดใช้ยาหรือปรับขนาดยาด้วยตัวเอง เคี้ยวยา เนื่องจากมีความเชื่อว่ายาจะเป็นพิษต่อไตน้อยลง หากเคี้ยว เป็นต้น

ตาราง 1 จำนวนพระในเขตพื้นที่ที่ศึกษา

จำนวน (ร้อยละ)	อ.ปทุมราชวงศา	ต.ลือ	ต.นาป่าแขง	ต.หนองข่า
พระทั้งหมด	110 (100.00)	38 (34.55)	53 (48.18)	19 (17.27)
พระที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง	29 (100.00)	12 (41.38)	11 (37.93)	6 (20.69)

การสำรองยาไว้ใช้ภายในวัด พบวัดที่มียาสำรองไว้ในวัดจำนวน 24 วัด (ร้อยละ 77) มีเพียง 7 วัดเท่านั้นที่ไม่มียาสำรองในวัด ยาที่มีในวัดมีแหล่งที่มาจากหลายแหล่ง ประเภทยาที่พบเป็นยาสามัญประจำบ้าน ร้อยละ 52.29 (ตาราง 2) มีการใช้ยาสมุนไพร 19 วัด (ร้อยละ 61) ส่วนมากเป็นยาต้มฟ้าทะลายโจร

การจัดเก็บยาที่สำรองไว้ใช้ภายในวัด โดยมากไม่มีการจัดเก็บยาในวัด จำนวน 15 วัด ส่วนวัดที่มีการจัดเก็บยาจะจัดเก็บไว้ในกล่องยา และตู้ยา จำนวน 9 และ 7 วัด ตามลำดับ กล่องยาและตู้ยาที่มีอยู่ในวัดส่วนมากได้รับบริจาคจากรพ.สต.ที่อยู่ใกล้วัด สถานที่ในการจัดเก็บยาขึ้นอยู่กับความสะดวกในการหยิบใช้ของแต่ละวัด โดยมากจัดเก็บไว้ที่กุฏิเจ้าอาวาส จำนวน 11 วัด รองลงมาคือศาลาวัด จำนวน 7 วัด (ตาราง 3) ซึ่งหากมีการเก็บยาที่ไม่ถูกต้อง มีความชื้น เก็บไม่พ้นแสง มีการเก็บยาหลายชนิดไว้ร่วมกัน ไม่มีการตรวจสอบการเสื่อมสภาพของยาและวันหมดอายุ สิ่งเหล่านี้อาจก่อให้เกิดปัญหา ยาเสื่อมสภาพและยาหมดอายุขึ้นได้ โดยจากการเก็บข้อมูลการจัดเก็บยาและสถานที่ที่ใช้ในการจัดเก็บยาพบว่า มียาเสื่อมสภาพ

และยาหมดอายุ คิดเป็นร้อยละ 10.55 และ 11.08 ตามลำดับ (ตาราง 2)

ตาราง 2 ข้อมูลยาที่พบในวัด

ข้อมูลยาที่พบในวัด	จำนวน (ร้อยละ)
แหล่งที่มา	
สังฆทาน	15 (35.71)
ยาบริจาค	7 (16.67)
รพ./รพ.สต.	10 (23.81)
ซื้อเอง	3 (7.14)
ไม่มี/ไม่ทราบ	7 (16.67)
ประเภทยา	
ยาสามัญประจำบ้าน	52.29
ยาอันตราย	10.41
ยาปฏิชีวนะ	0.19
ยาแก้ปวด, NSIADs	8.58
ยาใช้ภายนอก	13.97
ยาเสื่อมสภาพ	10.55
ยาหมดอายุ	11.08

ส่วนที่ 2 ความร่วมมือและความรอบรู้ด้านยาของพระ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

พระภิกษุสงฆ์ ส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 28.2) โดยมากอาศัยอยู่ที่หมู่ 6 ตำบลนาป่าแขง (ร้อยละ 45.9) เป็นพระลูกวัด ร้อยละ 76.3 มีการศึกษาทางโลกส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 47.1 มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 37.6 ก่อนจะเข้าอุปสมบทมีอาชีพหลักเป็นเกษตรกรมากที่สุด ร้อยละ 56.5 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 41.2 โดยโรคประจำตัวที่พบ เช่น โรคเบาหวาน ภูมิแพ้ และไขมันในเลือดสูง หากมีความจำเป็นต้องเข้ารับบริการในสถานบริการสุขภาพ พระจะเลือกใช้

สถานบริการสุขภาพเป็นโรงพยาบาลของรัฐ ร้อยละ 40 ส่วนอีกร้อยละ 60 จะเข้ารับบริการในสถานบริการเอกชน ส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาเป็นสิทธิ สปร. พระภิกษุ ร้อยละ 50.6 รองลงมาคือ ชำระเงินเอง และสปร.ผู้สูงอายุ ร้อยละ 38 และ 5.1 ตามลำดับ โดยพระภิกษุสงฆ์เข้ารับบริการสุขภาพ 1 ครั้ง/เดือน ร้อยละ 19.4 ส่วนใหญ่มีคนมาส่งที่สถานบริการทางสุขภาพ ร้อยละ 68.2 เดินทางโดยรถยนต์ส่วนตัว ร้อยละ 47.3 การรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพส่วนใหญ่มีแหล่งข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ ร้อยละ 21.2 รองลงมาคือ ช่องทางอินเทอร์เน็ต สังคมออนไลน์ ร้อยละ 11.8 นอกเหนือจากนี้มีการรับรู้ข้อมูลผ่านทางหลายสื่อ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ เป็นต้น โดยการเข้าถึงสื่อผ่านช่องทางอินเทอร์เน็ต สังคมออนไลน์ ร้อยละ 37.6 รองลงมาคือโทรทัศน์ ร้อยละ 12.9

ตาราง 3 ข้อมูลการจัดเก็บยาที่พบในวัด

ข้อมูลการจัดเก็บยา	จำนวน (ร้อยละ)
การจัดเก็บยา	
ตู้ยา	15 (35.71)
กล่องยา	7 (16.67)
ไม่มี	10 (23.81)
สถานที่จัดเก็บยา	
ศาลา	7 (22.58)
โรงครัว	1 (3.23)
กุฏิเจ้าอาวาส	11 (35.48)
หอดฉัน	1 (3.23)
ห้องพระอาจารย์	1 (3.23)
ชุมชนชายชุดสังฆทานยา	1 (3.23)
ห้องพระอาจารย์	1 (3.23)
ไม่มี	8 (25.81)

ตอนที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา

พระภิกษุส่วนใหญ่มีความสามารถในการจดจำได้ดี, มองเห็นชัดเจน, ได้ยินชัดเจน, พูดคล่อง, อ่านได้คล่อง, เขียนได้คล่อง, เมื่ออ่านฉลากยาแล้วมีความเข้าใจได้ดี, กรณีแพทย์นัดมาตามนัดได้ทุกครั้ง และทราบถึงผลเสียของโรคที่เป็นอยู่ คิดเป็นร้อยละ 53.7, 63.0, 76.8, 72.5, 62.2, 58.5, 72.8, 87.1 และ 68.7 ตามลำดับ โดยส่วนมากมีความเข้าใจในการสื่อสารของบุคลากรทางการแพทย์, มีความเชื่อมั่นในตัวบุคลากรทางการแพทย์ และมีความรู้สึกชื่นชอบแพทย์ผู้ทำการตรวจรักษา คิดเป็นร้อยละ 71.3, 90.9 และ 72 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบความถี่ในการนัดและระยะเวลาตรวจมีผลต่อการตัดสินใจมารพ. ร้อยละ 76.7 และ 75 ตามลำดับ พระส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตนเองได้, ไม่มีผู้ดูแล และมีผู้จัดเตรียมอาหารให้ (ร้อยละ 91.5, 58.4 และ 90.7 ตามลำดับ) ด้านปัญหาจากการใช้ยาพบว่าส่วนใหญ่เกิดปัญหาจากการใช้ยาเม็ด และบรรจุภัณฑ์แบบสติริป (Strip) คิดเป็นร้อยละ 80.5 และ 98.6 ตามลำดับ การจัดการยาก่อนรับประทานส่วนใหญ่แกะยาออกจากภาชนะบรรจุก่อนรับประทานยาในมือนั้น (ร้อยละ 64.6) รองลงมาคือแกะยาออกจากแผงมารวมกันไว้หยิบมารับประทานเมื่อถึงมือยา (ร้อยละ 10.1) โดยมียาที่ต้องรับประทานหรือฉีดต่อมือน้อยส่วนใหญ่มี 1 ชนิด (ร้อยละ 43.8) หากเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา พระส่วนใหญ่จะหยุดรับประทานยานั้น คิดเป็นร้อยละ 48.8

ตอนที่ 3 ความร่วมมือในการใช้ยา

โดยส่วนมาก พระไม่เคยลืมรับประทานยา, ภายใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาหากลืมรับประทานยาเกิดจากการลืมรับประทานยาของพระองค์เองไม่ได้เกิดจากสาเหตุอื่น, หากรับประทานยาแล้วมีอาการแสบลง พระจะไม่ลดหรือหยุดยาเองโดยไม่แจ้งแพทย์, กรณีจำเป็นต้องเดินทางออกจากวัดจะนำยาติดตัวไปด้วย, รับประทานยาครบ ไม่หยุดรับประทานยาเอง, มีความร่วมมือในการรับประทานยาเป็นประจำด้วยความเต็มใจ และมีความรู้สึกว่าการใช้ยาไม่ใช่เรื่องยาก คิดเป็นร้อยละ 60.8, 85.3, 70.6, 67.6, 64.1, 44.3 และ 70.7 ตามลำดับ

ตอนที่ 4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: ความฉลาดทางสุขภาพ

ด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค โดยส่วนมากเห็นด้วยว่า ควรตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี, ควรนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อยวันละ 4 ชั่วโมง, ควรรับประทานอาหารเนื้อปลาเป็นอาหารที่ย่อยง่ายและมีคุณค่าทางอาหารสูงเหมาะกับผู้ที่ให้สัมภาษณ์, ควรรับประทานผัก ผลไม้ และการดื่มน้ำมาก ช่วยลดอาการท้องผูก และทำให้ร่างกายสดชื่น, การดื่มน้ำมากกว่าวันละ 8 แก้ว จะทำให้ปัสสาวะสีเหลืองเข้ม, การประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น เดินบิณฑบาต กวาดลานวัด ต่อเนื่องมากกว่าหรือเท่ากับ 1 ชั่วโมง ถือเป็นกิจกรรมออกกำลังกายอย่างหนึ่ง, ควรพักอยู่ชั้นล่างของบ้านพัก เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุและการลื่นล้มจากการขึ้นลงบันได, ความอ้วน มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคต่าง ๆ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง คิดเป็นร้อยละ 85.5, 91.6, 92.7, 96.3, 42.5, 91.6, 77.1, 88.0 ตามลำดับ และไม่เห็นด้วยว่า เมื่อมีอาการเวียนศีรษะ ควรลุกเดินทันที เพื่อให้อาการทุเลา, ยาแก้ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ควรกินตอนท้องว่าง และหากเครียดวิตกกังวล มีภาวะซึมเศร้า จะส่งผลให้อนหลังง่ายขึ้น คิดเป็นร้อยละ 68.7, 66.3 และ 75.9 ตามลำดับ

ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ เมื่อต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ผู้พระสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลได้ทันที เป็นบางครั้ง, สามารถค้นหาข้อมูลจากหลาย ๆ แหล่งได้ เป็นบางครั้ง, สามารถค้นหาหรือสอบถามจากผู้รู้จนได้ข้อมูลที่ถูกต้อง เป็นบางครั้ง, นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบกับผู้รู้หรือตำราจนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือได้ เป็นบางครั้ง และนำข้อมูลการดูแลสุขภาพที่ได้มาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้ ทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 51.3, 48.1, 51.9, 48.7 และ 49.4 ตามลำดับ

ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ด้านการอ่านเอกสารแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพแล้วมีความเข้าใจดี

ทุกครั้ง, เมื่อฟังคำแนะนำเรื่องสุขภาพแล้วเข้าใจดีทุกครั้ง, ในบางครั้งต้องขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เพื่อทำความเข้าใจข้อความจากสื่อสุขภาพ, บอกต่อหรือแนะนำบุคคลอื่นเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น เป็นบางครั้ง, สามารถโน้มน้าวให้ผู้อื่นยอมรับข้อมูลการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องได้ บางครั้ง และสามารถชักชวนให้ผู้อื่นทำตามหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพให้ดีขึ้นได้ ทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 50.7, 63.2, 51.4, 50.7, 54.1 และ 44.6 ตามลำดับ

ทักษะการตัดสินใจ พระที่เป็นโรคเบาหวานแล้วมีคนซื้อน้ำอัดลมมาฝาก ส่วนใหญ่จะกินน้ำอัดลมดังกล่าว, หากเป็นโรคความดันโลหิตสูง จะไม่กินอาหารรสเค็ม, หากมีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อจะไม่ซื้อยามารับประทานเอง, หากมีอาการเวียนศีรษะเป็นประจำ โดยส่วนใหญ่จะเลือกการออกกำลังกายโดยการเดินช้าๆ, หากต้องตัดสินใจรับการฝังเข็มเพื่อลดอาการปวดตึงของกล้ามเนื้อ ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่เลือกที่จะไม่ฝังเข็ม คิดเป็นร้อยละ 82.5, 88.5, 53.8, 92.8 และ 67.2 ตามลำดับ

ทักษะการจัดการตนเอง โดยส่วนใหญ่พระได้กำหนดเป้าหมายเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง เช่น การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เป็นบางครั้ง, ได้วางแผนเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง ภายในระยะเวลา 1-3 เดือน เช่น การออกกำลังกาย ครั้งละ 30 นาที อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ เป็นบางครั้ง, สามารถทำตามแผนการดูแลสุขภาพที่วางไว้ได้ เป็นบางครั้ง, มีการทบทวนการดูแลสุขภาพที่ทำไปว่าเป็นไปตามแผนที่วางไว้หรือไม่ เป็นบางครั้ง และหลังจากทบทวนแล้วได้ปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น เป็นบางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 47.4, 48.7, 50, 48.7 และ 43.4 ตามลำดับ

ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ส่วนใหญ่เชื่อโฆษณาเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ ตัวอย่างเช่น อาหารเสริม เครื่องดื่มบำรุงสมอง ที่สื่อนำเสนอ เป็นบางครั้ง, ได้นำเนื้อหาหรือข้อมูลที่สื่อนำเสนอเกี่ยวกับสุขภาพมา

ตรวจสอบกับผู้รู้ หรือตำรา เป็นบางครั้ง, ได้เปรียบเทียบเนื้อหาหรือข้อมูลที่สื่อแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพในเรื่องเดียวกันจากหลาย ๆ สื่อ เป็นบางครั้ง, คิดว่าข้อมูลจากสื่อเกี่ยวกับสุขภาพนั้นถูกต้อง สามารถนำข้อมูลจากสื่อมาปฏิบัติต่อตนเองได้ เป็นบางครั้ง และคิดว่าข้อมูลจากสื่อเกี่ยวกับสุขภาพนั้นถูกต้อง ได้นำข้อมูลจากสื่อไปแนะนำคนรอบข้าง เป็นบางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 58.4, 67.1, 55.8, 54.5 และ 55.3 ตามลำดับ

ตอนที่ 5 ความคิดเห็นและมุมมองเรื่องสังฆทานยาของพระ

ความคิดเห็นและมุมมองของพระต่อสังฆทานยาส่วนใหญ่มีความเห็นว่าสังฆทานยามีความสำคัญและจำเป็นในระดับปานกลาง, สังฆทานยามีประโยชน์ในระดับปานกลาง, สังฆทานยาที่มีผู้นำมาถวายสามารถนำไปใช้ในการป้องกันหรือรักษาโรคให้หายได้จริงในระดับปานกลาง, เมื่อเปรียบเทียบกับยาที่ได้รับจากสถานบริการสุขภาพกับยาในสังฆทาน มีความคิดเห็นว่ายามีคุณภาพในระดับน้อย และตัดสินใจไม่ใช้ยาในสังฆทานยาเพื่อรักษาโรคที่เป็นอยู่ คิดเป็นร้อยละ 35.9, 27.3, 29.9 30.7 และ 55.3 ตามลำดับ

สำหรับการจัดการสังฆทานยา ส่วนมากผู้ที่มีหน้าที่จัดเก็บชุดสังฆทานยาเป็นพระลูกวัด, หลังจากได้รับสังฆทานมาแล้วจะมีการคัดแยกยาออกจากสังฆทาน เพื่อนำมาจัดเก็บอย่างเหมาะสม, ไม่ได้ตรวจนับจำนวนยาในแต่ละวัน, ไม่มีการแยกชนิดยาในแต่ละวัน, ไม่มีการบันทึกรายการยาในแต่ละวัน, การจัดเก็บชุดสังฆทานยาจะมีที่เก็บโดยเฉพาะ และสถานที่จัดเก็บยามีการควบคุมสิ่งแวดล้อมอย่างเหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 39.1, 80.6, 72.9, 71.4, 81.2, 62.5 และ 63.9 ตามลำดับ

การใช้ยาจากสังฆทานยา แนวโน้มการใช้ยาจากสังฆทานยาของพระลดลง, ไม่มีการติดตามการใช้ยาจากสังฆทานยาของพระสงฆ์ และพระสงฆ์ที่ใช้ยาในสังฆทานไม่ได้สืบค้นข้อมูลการใช้ยาเพิ่มเติม คิดเป็นร้อยละ 50.7, 67.1, 54.2, และ 53.4 ตามลำดับ พระส่วนใหญ่จะไม่ใช้ยาในสังฆทานยา หากไม่มีรายละเอียดวันผลิต วันหมดอายุ, ขนาด และวิธีการ

ใช้ยาระบุไว้ในฉลากยา คิดเป็นร้อยละ 68.0, 75.0 และ 72.2 ตามลำดับ

การจัดการกับยาหมดอายุหรือเสื่อมคุณภาพ มีการตรวจหรือเฝ้าระวังยาจากสังฆทานยาที่หมดอายุหรือเสื่อมสภาพ และมีการบริหารจัดการยาจากสังฆทานยาที่หมดอายุหรือเสื่อมสภาพ คิดเป็นร้อยละ 71.3 และ 79.5 ตามลำดับ

การจำหน่ายจ่ายแจกยาในชุดสังฆทาน โดยส่วนมาก ไม่มีผู้ที่มีหน้าที่เฉพาะในการจำหน่ายจ่ายแจกยาที่มาจากสังฆทานยา และไม่มีระบบบันทึกการเบิกใช้ยาที่มาจากสังฆทานยา คิดเป็นร้อยละ 59.7 และ 76.4 ตามลำดับ ไม่มีการนำยาจากสังฆทานยาในวัดไปบริจาค และนำออกไปใช้ในสถานที่อื่นนอกจากวัด คิดเป็นร้อยละ 79.5 และ 72.2 ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

ผู้วิจัยแบ่งประเด็นอภิปรายผลออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 สถานการณ์การใช้ยาในวัด

จากผลการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างพระ 110 รูป ในอำเภอปทุมราชวงศา พบว่า มีพระเป็นโรคเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 26.36 ซึ่งส่วนมากเป็นโรคเบาหวาน (ร้อยละ 48) รองลงมาคือโรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในเลือดผิดปกติ (ร้อยละ 8 และ 5 ตามลำดับ) สอดคล้องกับการศึกษาของมินตรา สาระรักษ์ และคณะ(9) ที่มีการศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของพระภิกษุสงฆ์ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยผลการศึกษาพบว่าความชุกของกลุ่มโรคเรื้อรัง 3 กลุ่มแรกในพระภิกษุสงฆ์ คือ โรคความดันโลหิตสูง, เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 65.63, 18.75 และ 12.50 ตามลำดับ) ซึ่งทำให้ต้องมีการใช้ยาเป็นประจำ ทั้งนี้ในส่วนของลำดับความชุกของโรคเรื้อรังทั้ง 3 กลุ่ม อาจขึ้นอยู่กับอีกหลากหลายปัจจัย เช่น พื้นที่ อายุ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง พฤติกรรม เป็นต้น และจากการที่ต้องใช้ยาเป็นประจำ ทำให้พบว่ายังมีการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องอยู่ (ร้อยละ 45) เช่น เก็บรักษายาโดยเก็บรวมกันในขวดโหล เก็บยาโดยไม่ใส่ซองยา

หักยาโดยการกัด หยุดิใช้ยาหรือปรับขนาดยาด้วยตัวเอง เป็นต้น

ในส่วนของวัดที่มีการสำรองยา ซึ่งมีแหล่งที่มา ยาจากหลายแหล่ง เช่น สังฆทาน, ยาบริจาค, โรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และซื้อเอง คิดเป็นร้อยละ 63, 29, 41 และ 13 ตามลำดับมากที่สุดคือมาจากสังฆทาน โดยพบทั้งยาสามัญประจำบ้าน, ยาอันตราย, ยาปฏิชีวนะ, ยากลุ่ม NSAIDs และอื่นๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโชติภณ สำเภานนท์ และคณะ(10) ที่พบยาหลากหลายประเภทในชุดสังฆทาน เช่น ยาสามัญประจำบ้าน ยาอันตราย และยาสมุนไพรบางชนิดเช่นเดียวกัน ซึ่งจากผลการศึกษาดังกล่าวอาจส่งผลให้เกิดการใช้ยาไม่เหมาะสมในวัดได้ และการจัดเก็บยาในวัด พบว่ายังมีการจัดเก็บยาที่ไม่เหมาะสม ดังเช่น มีการจัดเก็บที่โรงครัว หอฉัน ห้องพระอาจารย์ และซุ้มชายชุดสังฆทานยา ซึ่งเป็นสถานที่ที่ไม่เหมาะสมแก่การเก็บยา เนื่องจากอาจมีความชื้น รวมถึงปัจจัยอื่นที่อาจทำให้ยาเสื่อมสภาพได้ จึงควรมีการแนะนำในเรื่องของการจัดเก็บยาที่ถูกต้องและเหมาะสม โดยมากจัดเก็บไว้ที่กุฏิเจ้าอาวาส จำนวน 11 วัด (ร้อยละ 36) โดยการศึกษาของโชติภณ สำเภานนท์ และคณะ(10) มีการสัมภาษณ์พระสงฆ์รูปหนึ่ง โดยกล่าวในด้านการมีสถานที่เฉพาะและการควบคุมสิ่งแวดล้อมในการจัดเก็บสังฆทานยาไว้ว่า “พระแต่ละรูปก็จะแยกเก็บเป็นส่วนตัวตามกุฏิ ซึ่งมันก็ไม่โดนแดด โดนฝนอยู่แล้ว” การเก็บยาในกุฏิเจ้าอาวาสจึงมีความเหมาะสมแล้ว แต่อาจมีการเสนอแนะเพิ่มเติมให้มีการแนะนำเรื่องการจัดเก็บยาที่ถูกต้องเหมาะสมเพิ่มเติม

ส่วนที่ 2 ความร่วมมือในการใช้ยาและปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา

จากการศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาของพระสงฆ์ ในการสัมภาษณ์ มีการตอบข้อคำถาม โดยภาพรวมในการตอบ พบว่า การให้ความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างพระสงฆ์ในการศึกษานี้ค่อนข้างให้ความร่วมมือในการใช้ยา เช่น ไม่เคยลืมรับประทานยา คิดเป็นร้อยละ 60.8, ภายใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา หากผู้ให้สัมภาษณ์ลืมรับประทานยาไม่ได้เกิดจาก

สาเหตุอื่นนอกจากการลืมรับประทานยา คิดเป็นร้อยละ 85.3, หากรับประทานยาแล้วมีอาการแสบท้อง ผู้ให้สัมภาษณ์จะไม่ลดหรือหยุดยาเองโดยไม่แจ้งแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 70.6 และกรณีจำเป็นต้องเดินทางออกจากวัดจะนำยาติดตัวไปด้วย คิดเป็นร้อยละ 67.6 เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของภนิตา สรรพกิจภิญโญ และคณะ(11) ซึ่งเป็นการศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาของพระภิกษุสูงอายุในโรงพยาบาลสงฆ์ โดยในงานวิจัยฉบับนี้ ได้มีการศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาโดยใช้คำถามเป็นไปแนวทางเดียวกัน ผลพบว่าการตอบคำถามในแต่ละข้อคำถามส่วนใหญ่ค่อนข้างให้ความร่วมมือในการใช้ยาไปในทางที่ดีมากกว่า ดังเช่น ไม่เคยลืมรับประทานยา คิดเป็นร้อยละ 37.8, ภายใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาหากผู้ให้สัมภาษณ์ลืมรับประทานยาไม่ได้เกิดจากสาเหตุอื่นนอกจากการลืมรับประทานยา คิดเป็นร้อยละ 77.5, หากรับประทานยาแล้วมีอาการแสบท้องผู้ให้สัมภาษณ์จะไม่ลดหรือหยุดยาเองโดยไม่แจ้งแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 91 และกรณีจำเป็นต้องเดินทางออกจากวัดจะนำยาติดตัวไปด้วย คิดเป็นร้อยละ 71.2 เป็นต้น ซึ่งค่อนข้างเป็นไปในแนวทางเดียวกันกับการศึกษาของผู้วิจัย

สำหรับส่วนของการศึกษาข้อมูลปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา ในส่วนของปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์ พบว่า ส่วนมากมีความเข้าใจในการสื่อสารของบุคลากรทางการแพทย์, มีความเชื่อมั่นในตัวบุคลากรทางการแพทย์ และมีความรู้สึกชื่นชอบแพทย์ผู้ทำการตรวจรักษา คิดเป็นร้อยละ 71.3, 90.9 และ 72 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของภนิตา สรรพกิจภิญโญ และคณะ(11) ที่พบว่ามากกว่าร้อยละ 90 ของพระภิกษุ มีความเข้าใจในการสื่อสารของบุคลากรทางการแพทย์

สำหรับส่วนของปัจจัยทางด้านบุคคลเอง ส่วนใหญ่มีความสามารถในการจดจำได้ดี, มองเห็นชัดเจน, ได้ยินชัดเจน, พุดคล่อง, อ่านได้คล่อง, เขียนได้คล่อง, เมื่ออ่านฉลากยาแล้วมีความเข้าใจได้ดี, กรณีแพทย์นัดมาตามนัดได้ทุกครั้ง และทราบถึงผลเสียของโรคที่เป็นอยู่ สอดคล้องกับการศึกษาของ

ภนิดา สรรพกิจภิญโญ และคณะ(11) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการจดจำยาและวิธีรับประทานได้ดีถึงร้อยละ 66.7 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 56.5) มียาที่ใช้เป็นประจำ จึงทำให้มีความร่วมมือในการใช้ยาที่ดี

ส่วนที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: ความฉลาดทางสุขภาพ

จากการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์ โดยใช้แบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพ หรือ Health Literacy จำนวน 38 ข้อ ดังนี้ ความฉลาดทางด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ และการป้องกันโรค ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตัวเอง และทักษะการรู้เท่าทันสื่อ พบว่า พระสงฆ์ส่วนมากเห็นด้วยว่า ควรรับประทานผัก ผลไม้ และการดื่มน้ำมาก ช่วยลดอาการท้องผูก และทำให้ร่างกายสดชื่น มากที่สุด รองลงมาคือ ควรรับประทานเนื้อปลาเป็นอาหารที่ย่อยง่ายและมีคุณค่าทางอาหารสูงเหมาะกับผู้ที่สัมผัสภาชนะ เนื่องจากเรื่องดังกล่าวเป็นเรื่องที่มีการเรียนรู้มาจากการเรียนตั้งแต่เด็ก และบางส่วนมีการเรียนรู้จากประสบการณ์ส่วนตัว ทำให้เรื่องดังกล่าวมีความเห็นด้วยมากที่สุด และเรื่องที่พระสงฆ์เห็นด้วยน้อยที่สุดคือ ควรพักอยู่ชั้นล่างของบ้านพักเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุและการลื่นล้มจากการขึ้นลงบันได ส่วนเรื่องที่พระสงฆ์ไม่เห็นด้วยมากที่สุดคือ หากเครียดวิตกกังวล มีภาวะซึมเศร้า จะส่งผลให้นอนหลับง่าย รองลงมาคือ เมื่อมีอาการเวียนศีรษะ ควรลุกเดินทันที เพื่อให้อาการทุเลา และสุดท้ายคือ ยาแก้ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ควรกินตอนท้องว่าง

หากพระสงฆ์ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ มีพระสงฆ์เพียงแค่ครึ่งหนึ่งจากการสัมภาษณ์ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ที่เห็นได้บางครั้ง สามารถค้นหาข้อมูลจากหลาย ๆ แหล่งได้บางครั้ง สามารถค้นหาหรือสอบถามจากผู้รู้จนได้ข้อมูลที่ถูกต้องบาง

ครั้ง และนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบกับผู้รู้หรือตำราจนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือได้บางครั้ง เนื่องจากวัดหลายแห่งอยู่ห่างไกล ไม่มีบุคลากรที่สามารถสอบถามหรือให้ข้อมูลทางสุขภาพได้อย่างถูกต้อง รวมถึงอาจไม่มีอุปกรณ์ในการค้นหาข้อมูลได้ แต่พระสงฆ์เกือบร้อยละ 50 หากได้ข้อมูลสุขภาพจะนำมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้ทุกครั้ง เหตุผลคือพระสงฆ์มีความเข้าใจข้อมูลดังกล่าว และคิดว่าข้อมูลนั้นจะทำให้สุขภาพของตนเองดีขึ้นได้ จึงนำข้อมูลมาปฏิบัติตาม

ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ เนื่องจากพระสงฆ์มีความรู้และการหาข้อมูลสุขภาพที่ทำได้ยาก อาจทำให้มีทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพได้น้อยลง

จากข้อมูลยังมีพระสงฆ์จำนวนมากที่ยังมีทักษะการตัดสินใจที่ไม่ถูกอยู่ เช่น หากผู้ให้สัมภาษณ์เป็นโรคเบาหวานแล้วมีคนซื้อน้ำอัดลมมาฝาก ส่วนใหญ่จะฉันทน้ำอัดลมดังกล่าว ซึ่งอาจจะเป็นผลมาจากบริบทของพระสงฆ์ที่ไม่สามารถเลือกฉันทอาหารได้ ฉันทของตามที่ฆราวาสถวายมา หรือหากมีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อจะซื้อยามารับประทานเอง ที่อาจเป็นผลจากการอยู่ไกลจากโรงพยาบาลหรือรพ.สต. ทำให้ไม่สะดวกไปได้ จึงมีการซื้อยามารับประทานเองเพื่อบรรเทาอาการ

ทักษะการจัดการตัวเองของพระสงฆ์ยังมีการจัดการตัวเองที่ไม่มากนัก เนื่องจากบริบทของพระสงฆ์ที่ไม่สามารถทำได้ ทักษะการรู้เท่าทันสื่อของพระสงฆ์เนื่องจากพระสงฆ์มีความรู้จากการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่น้อย อาจทำให้ไม่รู้เท่าทันสื่อ มีการเข้าใจผิดได้อยู่

ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นและมุมมองเรื่องสังฆทานยา

จากผลการศึกษาพบว่า สังฆทานยามีความสำคัญและความจำเป็น, มีประโยชน์ และสามารถนำไปใช้ในการป้องกันหรือรักษาโรคให้หายได้จริงในระดับปานกลางเท่านั้น เมื่อเปรียบเทียบกับยาที่ได้รับจากสถานบริการสุขภาพกับยาในสังฆทาน คิดเป็นร้อยละ 35.9, 27.3 และ 29.9 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังมีความคิดเห็นว่ายามีคุณภาพในระดับน้อย และตัดสินใจไม่ใช้ยาในสังฆทานยาเพื่อรักษาโรคที่เป็นอยู่

ถึงร้อยละ 30.7 และ 55.3 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโชติภณ สำเภานนท์ และคณะ(10) ที่ทำการศึกษาความคิดเห็นและการจัดการชุดสังฆทานยาของพระสงฆ์ในวัดเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ จากการศึกษาพบว่า มีพระสงฆ์บางส่วนที่มีความคิดเห็นว่าชุดสังฆทานยาที่มีความสำคัญและความจำเป็น รวมถึงมีประโยชน์ในระดับน้อย เนื่องจากวัดอยู่ใกล้โรงพยาบาลและร้านยาที่สามารถเดินทางไปรับการดูแลรักษาได้สะดวก และมีความไม่มั่นใจในคุณภาพของยาในสังฆทาน เพราะยาในสังฆทานไม่ได้จัดโดยเภสัชกรหรือบุคลากรทางการแพทย์ แต่จัดทำโดยผู้ประกอบการที่มุ่งหวังผลกำไร

การจัดการสังฆทานยา ส่วนมากผู้ที่มีหน้าที่จัดเก็บชุดสังฆทานยาเป็นพระลูกวัด หลังจากได้รับสังฆทานมาแล้วจะมีการคัดแยกยาออกจากสังฆทานเพื่อนำมาจัดเก็บอย่างเหมาะสม, ไม่ได้ตรวจนับจำนวนยาในแต่ละวัน, ไม่มีการแยกชนิดยาในแต่ละวัน, และ ไม่มีการบันทึกรายการยาในแต่ละวัน คิดเป็นร้อยละ 39.1, 80.6, 72.9, 71.4, และ 81.2 ตามลำดับ ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของโชติภณ สำเภานนท์ และคณะ(10) ที่ทำการศึกษาความคิดเห็นและการจัดการชุดสังฆทานยาของพระสงฆ์ในวัดเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า พระสงฆ์ส่วนใหญ่ไม่มีบุคคลที่คอยจัดเก็บยา ไม่มีการตรวจนับจำนวนยา ไม่มีการแยกชนิดยา และไม่มีการจดบันทึกรายการยาจากสังฆทานในแต่ละวัน โดยสาเหตุน่าจะมาจากการที่พระสงฆ์คิดว่าไม่มีความจำเป็นในการทำและยาในสังฆทานมีการใช้ไม่บ่อยนัก นาน ๆ ที่จะมีการใช้หากจะใช้จ่ายก็นำยาออกมาจากกล่องตามการใช้งาน และพระสงฆ์ไม่ค่อยมีเวลาที่จะมาทำเนื่องจากภารกิจของสงฆ์มากในแต่ละวัน เหตุนี้จึงไม่มีการจดบันทึกรายการยา

ส่วนมากไม่มีผู้ที่มีหน้าที่เฉพาะในการจำหน่ายจ่ายแจกยาที่มาจากสังฆทานยา และไม่มียระบบบันทึกการเบิกจ่ายยาที่มาจากสังฆทานยา คิดเป็นร้อยละ 59.7 และ 76.4 ตามลำดับ ด้วยเหตุนี้จึงอาจทำให้เกิดความ

ไม่ปลอดภัยจากการใช้ยาได้ เช่น การใช้ยาที่หมดอายุไปแล้ว ซึ่งจากผลการศึกษาลักษณะการศึกษาศึกษาของโชติภณ สำเภานนท์ และคณะ(10) ที่มีการศึกษาความคิดเห็นและการจัดการชุดสังฆทานยาของพระสงฆ์ในวัดเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ จากการศึกษาพบว่า พระสงฆ์ไม่ค่อยมีความรู้เรื่องยา หากมีการเจ็บป่วยก็จะดูแลกันเองทำให้ไม่มีบุคคลที่คอยมาแจกจ่ายยาให้ แต่ถ้ามีอาการรุนแรงจะนำส่งโรงพยาบาล และทุกวัดไม่มีระบบบันทึกการเบิกจ่ายยาเนื่องจากมีความคิดว่าการใช้ยาจากสังฆทานไม่บ่อย จึงไม่มีความจำเป็นต้องจดบันทึก ดังนั้นหากมีระบบในการจดบันทึก หรือมีบุคคลที่มีความรู้ด้านยาเป็นผู้คอยดูแลแจกจ่ายยาให้กับพระสงฆ์ในวัด จะสามารถเพิ่มความปลอดภัยจากการใช้ยาของพระสงฆ์ได้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

ควรมีการนำข้อมูลสถานการณ์การใช้ยาในวัดและความรอบรู้ด้านยาของพระมาใช้ในการดำเนินงานเฝ้าระวังและจัดการความเสี่ยงยาในวัดนั้น และบูรณาการเข้ากับการดำเนินการของวัดส่งเสริมสุขภาพกรมอนามัย และวัดประจำรัฐ กระทรวงมหาดไทย ซึ่งควรมีการกำหนดหลักเกณฑ์ในประเด็นยาร่วมกัน ตั้งแต่การคัดเลือก จัดทำ กระจาย และ การใช้ยาของวัด และพระในวัด ตลอดจนระบบการติดตามประเมินผล ซึ่งควรมีการประกาศนโยบายที่ชัดเจนตั้งแต่ต้นน้ำจนกระทั่งสู่ปลายน้ำ และต้องอาศัยความร่วมมือในการทำงานจากทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคประชาชน และภาคสังคม รวมถึงการประสานงานการจัดระบบการให้บริการของ NCD Clinic ในสถานบริการที่ต้องมีการเชื่อมโยงข้อมูลและกระบวนการทำงานร่วมกัน นอกจากนี้อาจมีการผนวกเข้ากับการทำงานในรูปแบบของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ หรือการขับเคลื่อนงานผ่านธรรมนูญพระสงฆ์ และเชื่อมโยงการทำงานร่วมกับสำนักพระพุทธศาสนา ทั้งนี้เพื่อให้เกิดระบบยาที่ปลอดภัยและมีคุณภาพเกิดการใช้อย่างสมเหตุผลต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. รายงานประจำปี 2561 สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี; 2562.
2. กรมการแพทย์. ข่าวเพื่อสื่อมวลชน. [ออนไลน์]. 2560. เข้าถึงได้จาก: <http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/prnews/prnews20112017101111.pdf>.
3. ชรินทร์ ห่วงมิตร. การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพเครือข่ายพระภิกษุสงฆ์ในเขตเทศบาลนครนครสวรรค์. รายงานวิจัย. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
4. Suwanmanee O, Lerkiatbundit S. Illegal advertising of products classified as drugs by law among local radios. Thai Journal of Pharmacy Practice. 2011;3:41-55.
5. Chandrawongse M. Situation and impacts of drug and health product advertisements with legal problems on community radio broadcasts toward consumers in Chiang Mai province. Chiang Mail: Chiang Mai University. 2011.
6. Lomas K, Chanthapasa K. The situation of radio advertisement of drug and food claimed as drug in Phraibuang municipality, Sisaket province. Isan Journal of Pharmaceutical Sciences. 2012;8:55-60.
7. Ampant P. Situations, problems and solutions to problems of the broadcasting radio station of Sisaket province in advertising health products. Research and Development Health System Journal. 2015;8:26-37.
8. Tangchroensathien V, Kongsawat S, Wadwongtham A, Eurchaikul C, Eupamayun Y, Taruekachong S, et al. Survey on radio advertisement of food, drug and cosmetics in 1993. 1993.
9. มินตรา สารรักษ์, วรรัตน์ สังวะลี และวิลาศ คำแพงศรี. การศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของพระภิกษุสงฆ์ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี [อินเทอร์เน็ต]. 2560;19(1):37-48. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaiscience.info/journals/Article/JSUU/10985131.pdf>.
10. โชติภณ สำเภานนท์, ณัฐวุฒิ สัตย์ชื่อ และอภิชาติ แดงคำดี. ความคิดเห็นและการจัดการกับชุดสังฆทานยาของพระสงฆ์ในวัดเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2553.
11. ภนิดา สรรพภักขิณัญญ และภันธิลา สุภัทรศักดิ์ดา. การศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาของพระภิกษุสงฆ์ในโรงพยาบาลสงฆ์. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2560.

ผลการสร้างศักยภาพของชุมชนในการจัดการปัญหาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสม ในชุมชนบ้านหนองทุ่ม อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ

The effect of Community Empowerment to management of drug and healthcare product problem in Ban Nong Thum, Phayu District, Sisaket Province.

จินดาพร อุปถัมภ์¹

Jindaporn Uppatham¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาของประชาชน ก่อนและหลังการพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการจัดการปัญหาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสม พื้นที่ในการศึกษาคือ ชุมชนบ้านหนองทุ่ม อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) ของกลุ่มตัวอย่าง คือ ตัวแทนครัวเรือนบ้านหนองทุ่ม ทุกครัวเรือน ก่อนและหลังการพัฒนาศักยภาพของชุมชน จำนวน 127 คน ติดตามผลการพัฒนาศักยภาพของชุมชน 3 เดือน มีตัวแทนครัวเรือนเข้าร่วมกิจกรรม เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประเมินความรู้และพฤติกรรมการบริโภคยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ และการวิเคราะห์ทางสถิติใช้ paired t - test กำหนดนัยสำคัญที่ $P < 0.05$ รวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2563 ถึง 31 สิงหาคม 2563

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 127 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.3 อายุ 51-60 ปี ร้อยละ 34.6 วุฒิการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 70.1 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 63.0 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 89.0 หลังการพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการจัดการปัญหาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสม คะแนนความรู้โดยรวมของประชาชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (6.0 ± 2.0 vs. 9.0 ± 1.2 , $p < 0.001$) โดยเพิ่มจากระดับดีเป็นระดับดีมาก และระดับพฤติกรรมโดยรวมของประชาชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (2.7 ± 0.6 vs. 3.7 ± 0.3 , $p < 0.001$) โดยเพิ่มจากระดับดีเป็นระดับดีมาก ดังนั้นรูปแบบการจัดการปัญหาและผลิตภัณฑ์สุขภาพของชุมชนต้นแบบของจังหวัดสามารถใช้กับชุมชนบ้านหนองทุ่มได้ เพราะทำให้ประชาชนในชุมชนมีความรู้และพฤติกรรมการบริโภคยาอย่างปลอดภัยในทางที่ดีขึ้น และเกิดแนวทางการจัดการปัญหาการโฆษณาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมาย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในรูปแบบของธรรมนูญชุมชน ซึ่งสามารถนำไปขยายผลยังชุมชนที่มีปัญหาลักษณะเดียวกันได้

คำสำคัญ : การสร้างศักยภาพของชุมชน การจัดการปัญหาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ

¹ เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

¹ Pharmacist, Professional Level. Department of Consumer Protection and Public Health Pharmacy, Sisaket Public Health Office. Email : preang3@hotmail.com

Abstract

The quasi experimental study aims to compared knowledge and behavioral of drug consumption of people before and after of Community Empowerment to management of drug and healthcare product problem in Ban Nong Thum, Phayu District, Sisaket Province. 127 examples are all of Ban Nong Thum household. 127 examples are all of Ban Nong Thum household participate between 1 June 2020 and 31 August 2020 about 3 months. The data were collected by questionnaire about knowledge and behavior of drug consumption and analyzed using frequency, percentage and paired t-test was used to define significance at $p < 0.05$.

The results showed, the sample group was 127 people, most of them were female 58.3%, age 51-60 years old 34.6%, elementary education level 70.1%, farmers occupation 63.0% had no congenital disease 89.0%. After the development of community capacity for problem management, the knowledge score of inappropriate drugs and health products were increased statistically (6.0 ± 2.0 vs. 9.0 ± 1.2 , $p < 0.001$) from good to very good. The level of behavior of the people increased statistically (2.7 ± 0.6 vs. 3.7 ± 0.3 , $p < 0.001$) from good to very good. So, the model of community health product and drug management of the province can be applied to the Ban Nong Thum community because it gives people in the community knowledge and safe method of medicine in a better way and comes up with a guideline for problem management. The advertisement of illegal drugs and health products through community participation in the form of community fair which can be amplified to the community with characteristic problems.

Key words : Community Empowerment, management of drug and healthcare product problem, healthcare products

บทนำ

ประเทศไทยพบปัญหาเกี่ยวกับยาในชุมชนที่หลากหลาย ได้แก่ การจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมในชุมชน การกระจายของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีการปลอมปนสเตียรอยด์ การโฆษณาหลอกลวงให้หลงใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมาย ปัญหาเหล่านี้ล้วนซับซ้อน แก้ไขยาก และมีแนวโน้มที่รุนแรงขึ้นในอนาคต ในขณะที่ภาครัฐยังไม่สามารถจัดการปัญหาในระดับนโยบายหรือระดับต้นน้ำเพื่อลดหรือตัดตอนปัญหาที่จะมากระทบกับชุมชนได้

การทำงานเพื่อจัดการปัญหา จึงเป็นความรับผิดชอบของเภสัชกรในระดับชุมชน ในรูปแบบของการดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ ในขณะที่เรื่อง “ยา” เป็นเรื่องซับซ้อนและเข้าใจยากสำหรับประชาชนทั่วไป การแก้ปัญหาที่ผ่านมาจึงยังไม่เกิดความยั่งยืน รวมทั้งปัญหารูปแบบใหม่ๆ ในผลิตภัณฑ์ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพใหม่ๆ ที่เข้ามาก่อปัญหาในชุมชน⁽¹⁾

ผลการดำเนินงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคของจังหวัดศรีสะเกษ ในปีงบประมาณ 2562 ในระดับจังหวัด พบมีการจำหน่ายยา อาหารและเครื่องสำอางที่ไม่เหมาะสมในร้านชำ คิดเป็นร้อยละ 13.00, 1.55 และ 0.55 ตามลำดับ⁽²⁾ ในระดับอำเภอของอำเภอพยุห์ พบปัญหาและความเสี่ยงด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ได้แก่ ร้านชำร้อยละ 77.30 จำหน่ายยาไม่เหมาะสม ตรวจพบสารสเตียรอยด์ในผลิตภัณฑ์ที่ต้องสงสัย ร้อยละ 85.00 และมีผู้บริโภคผลิตภัณฑ์ที่ผสมสารสเตียรอยด์ จำนวน 19 คน เกิดอันตรายรุนแรง จำนวน 3 คน และแพทย์วินิจฉัยเป็น Cushing Syndrome จำนวน 1 คน⁽³⁾ และปัญหาด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในเขตชุมชนบ้านหนองทุ่ม ได้แก่ ประชาชนขาดความรู้และความเข้าใจในการบริโภคยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ

ร้านชำในชุมชนมียาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยจำหน่าย ปัญหาเรื้อรายยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในหมู่บ้าน และปัญหาการโฆษณาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมาย⁽⁴⁾ จะเห็นได้ว่าแม้จะมีมาตรการการเฝ้าระวังที่ครอบคลุมและต่อเนื่อง แต่ยังไม่สามารถจัดการปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพให้หมดไปจากชุมชนได้อย่างยั่งยืน โดยเฉพาะผลิตภัณฑ์ยาในชุมชนซึ่งถือเป็นประเด็นที่มีความซับซ้อน จึงควรมีแนวทางหรือมาตรการที่เหมาะสมอื่นๆ มาใช้ควบคู่กันไป

ในปีงบประมาณ 2562 จังหวัดศรีสะเกษเป็นหนึ่งในจังหวัดนำร่องในการดำเนินโครงการเพื่อจัดการปัญหาเรื่องยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชนด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน ภายใต้ชื่อโครงการ บวร.ร. “ชุมชนโดนเอาว์ร่วมใจ ป้องกันภัยจากยา” จังหวัดศรีสะเกษ เกิดรูปแบบกระบวนการสร้างศักยภาพของชุมชนในการจัดการปัญหาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสม ของชุมชนต้นแบบจังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1. การประชาคมค้นหาปัญหาในชุมชน 2. การให้ความรู้เรื่องยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพแก่ประชาชน 3. การประชาคมเพื่อร่วมหาแนวทางแก้ปัญหาในชุมชน 4. การดำเนินการแก้ปัญหาตามแนวทางที่ได้ 5. การสรุปผลและคืนข้อมูลสู่ชุมชน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลการพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการจัดการปัญหาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสม จากรูปแบบกระบวนการดังกล่าวในพื้นที่ชุมชนบ้านหนองทุ่ม อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งเป็นชุมชนใกล้เคียงมีบริบทและปัญหาที่แตกต่างจากชุมชนบ้านโดนเอาว์ ซึ่งเป็นชุมชนชนบท เพื่อให้ยืนยันได้ว่าสามารถปรับใช้ได้ในพื้นที่บริบทที่แตกต่างกันได้ นำไปสู่การพัฒนาขยายผลสู่ชุมชนอื่นๆ ในจังหวัดศรีสะเกษต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบกระบวนการสร้างศักยภาพชุมชนในการจัดการปัญหาและผลิตภัณธ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสมในพื้นที่ชุมชนบ้านหนองทุ่ม อำเภอยุพาร์ท จังหวัดศรีสะเกษ ดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้การบริโภคผลิตภัณธ์ยาของประชาชนก่อนและหลังการพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการจัดการปัญหาและผลิตภัณธ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสม

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการบริโภคผลิตภัณธ์ยาของประชาชนก่อนและหลังการพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการจัดการปัญหาและผลิตภัณธ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสม

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) ในลักษณะกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลัง (Pre – test – Post – test Control one – group design) โดยการวัดความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาของตัวแทนครัวเรือนในชุมชนเป้าหมายก่อนดำเนินการทดลองแล้ว ดำเนินกระบวนการตามรูปแบบกระบวนการสร้างศักยภาพชุมชนในการจัดการปัญหาและผลิตภัณธ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสม แล้ววัดความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาของตัวแทนครัวเรือนในชุมชนเป้าหมายซ้ำโดยการนำรูปแบบการพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการจัดการปัญหาและผลิตภัณธ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสม ของชุมชนต้นแบบจังหวัดศรีสะเกษ คือ ชุมชนบ้านโดนเอารี ตำบลรุง อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ จากโครงการ บวร.ร. “ชุมชนโดนเอารีร่วมใจ ป้องกันภัยจากยา” จังหวัดศรีสะเกษ ประจำปีงบประมาณ 2562 มาใช้เพื่อการพัฒนาศักยภาพของชุมชนบ้านหนองทุ่ม ตำบลยุพาร์ท อำเภอยุพาร์ท จังหวัดศรีสะเกษ โดยศึกษาตั้งแต่วันที่

1 มิถุนายน 2563 ถึง 31 สิงหาคม 2563 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ประชาชนตัวแทนครัวเรือนในบ้านหนองทุ่ม ตำบลยุพาร์ท อำเภอยุพาร์ท จังหวัดศรีสะเกษ โดยใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวนประชากรทั้งหมด จำนวน 127 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถาม เรื่อง ผลการสร้างศักยภาพของชุมชนในการจัดการปัญหาและผลิตภัณธ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสมในชุมชนบ้านหนองทุ่ม อำเภอยุพาร์ท จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งปรับปรุงมาจากแบบสอบถามการวิจัย เรื่อง ความรู้และพฤติกรรมกรรมการบริโภคผลิตภัณธ์สุขภาพของประชาชนในโครงการเครือข่ายชุมชนร่วมใจป้องกันภัยผลิตภัณธ์สุขภาพ ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล เป็นคำถามแบบปลายปิดให้เลือกตอบและปลายเปิดให้เติมข้อความ ประกอบด้วย เพศ อายุ วุฒิการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบริโภคยาและผลิตภัณธ์สุขภาพของกลุ่มตัวอย่างให้เลือกตอบ ถูก หรือ ผิด จำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 10 คะแนน มีข้อคำถามเชิงบวกและข้อคำถามเชิงลบรวมคะแนน จากนั้นแปลความหมายเป็น 4 ระดับ⁽⁵⁾ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมายระดับความรู้ดังนี้

ข้อคำถามเชิงบวก	ให้คะแนน
ตอบ ถูก	1
ตอบ ผิด	0
ข้อคำถามเชิงลบ	ให้คะแนน
ตอบ ถูก	0
ตอบ ผิด	1

การแปลความหมายคะแนนความรู้จากคะแนนที่ได้จากแบบสอบถาม โดยคิดคะแนนจาก (คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด) / จำนวนขั้น = $(10 - 0) / 4 = 2.50$ สรุปผลเป็น 4 ระดับ คือ ระดับดีมาก ดี ปานกลาง น้อย ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง	7.51 – 10.00	หมายถึง	มีความรู้ระดับดีมาก
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง	5.01 – 7.50	หมายถึง	มีความรู้ระดับดี
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง	2.51 – 5.00	หมายถึง	มีความรู้ระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง	0.00 – 2.50	หมายถึง	มีความรู้ระดับน้อย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ให้เลือกตอบตามระดับตรงกับการปฏิบัติ 4 ระดับ จำนวน 10 ข้อ มีข้อความเชิงบวกและข้อความเชิงลบ หาค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม จากนั้นแปลความหมายเป็น 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมายระดับพฤติกรรมดังนี้

ข้อความเชิงบวก	ให้คะแนน
ปฏิบัติทุกครั้ง	4
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	3
ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	2
ไม่เคยปฏิบัติ	1
ข้อความเชิงลบ	ให้คะแนน
ปฏิบัติทุกครั้ง	1
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	2
ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	3
ไม่เคยปฏิบัติ	4

การแปลความหมายคะแนนพฤติกรรมจากคะแนนที่ได้จากแบบสอบถาม โดยคิดคะแนนจาก (คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด) / จำนวนขั้น = $(4 - 1) / 4 = 0.75$

สรุปผลเป็น 4 ระดับ คือ ระดับดีมาก ดี ปานกลาง น้อย ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง	3.26 – 4.00	หมายถึง	มีความรู้ระดับดีมาก
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง	2.51 – 3.25	หมายถึง	มีความรู้ระดับดี
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง	1.76 – 2.50	หมายถึง	มีความรู้ระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง	1.00 – 1.75	หมายถึง	มีความรู้ระดับน้อย

3. วิธีการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลความรู้และพฤติกรรมก่อนและหลังการให้ชุดกิจกรรมการสร้างศักยภาพของชุมชนในการจัดการปัญหาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสมแก่กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรม โดยอบรมวิธีการเก็บข้อมูลแบบสอบถามแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (อสม. 1 คน รับผิดชอบ 10 -15 ครัวเรือน) เพื่อเป็นผู้ช่วยวิจัยในการเก็บข้อมูลแบบสอบถาม ทั้ง 2 ครั้ง

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ วุฒิการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว ใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลด้านความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคยาอย่างปลอดภัย ใช้สถิติเชิงอนุมาน Paired t – test กำหนดนัยสำคัญที่ $P < 0.05$

5. ขั้นตอนในการทดลอง

ขั้นเตรียมการ ได้แก่ ประชุมวางแผนหาแนวทางร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่และแกนนำชุมชน และเก็บแบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมก่อนการสร้างศักยภาพของชุมชนในการจัดการปัญหาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสม

ขั้นตอนดำเนินการ โดยให้ชุดกิจกรรม การสร้างศักยภาพของชุมชนในการจัดการปัญหา และผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสม แก่กลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 5 กิจกรรม ดังนี้

1) การประชาคมค้นหาปัญหาสุขภาพ ในชุมชน ปัญหาที่พบ ได้แก่ ปัญหาเรื้อรังยาใน หมู่บ้าน การกระจายยาที่ไม่ปลอดภัยในชุมชน เช่น การจำหน่ายยาอันตราย ในร้านชำ และการหลง เชื่อโฆษณาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมาย และได้ทราบจุดแข็งของชุมชน ได้แก่ มีวัดเป็นศูนย์รวม จิตใจ อสม. มีความเข้มแข็ง และชุมชนให้ความร่วมมือ

2) การให้ความรู้เรื่องยาและผลิตภัณฑ์ สุขภาพแก่ประชาชน โดยใช้การอบรมให้แก่แกนนำ ในรูปแบบต่างๆ เพื่อนำไปบอกต่อแก่ครัวเรือน ได้แก่ อสม.เชี่ยวชาญงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์ สุขภาพ (คปส.) อย.น้อย ผู้ประกอบการร้านชำ และ เจ้าอาวาสวัดบ้านหนองทุ่ม

3) การประชาคมเพื่อร่วมหาแนวทาง แก้ปัญหาในชุมชน ให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการ แสดงความคิดเห็น โดยมีเภสัชกรและเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขเป็นผู้พาทำกระบวนการ

4) การดำเนินการแก้ปัญหาตามแนวทาง ที่ได้ ได้แก่ ให้วัดและผู้นำชุมชน เป็นศูนย์กลาง การประชาสัมพันธ์ความรู้ การบอกต่อความรู้แก่ ครัวเรือนโดย อสม. เชี่ยวชาญงาน คปส. การจัดทำ สื่อประชาสัมพันธ์ความรู้แก่ประชาชน การตรวจ เฝ้าระวังประจำปี โดย อสม.เชี่ยวชาญงาน คปส. และ อย.น้อย และร่วมสร้างกติกา หรือข้อตกลงในการ จัดการปัญหาหลงเชื่อโฆษณาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่ผิดกฎหมายของชุมชน

5) การสรุปผลและคืนข้อมูลสู่ชุมชน ใช้การ อบรมสรุปและคืนข้อมูลด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่ไม่ปลอดภัยในชุมชนในรูปแบบของเวทีเสวนา

ขั้นตอนการประเมินและสรุปผลการศึกษา เก็บแบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมหลังการ สร้างศักยภาพของชุมชนในการจัดการปัญหา และผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสม ทำการตรวจสอบ ความถูกต้องครบถ้วนของแบบสอบถาม ลงรหัสตาม ตัวแปรที่กำหนด จากนั้นนำไปวิเคราะห์ข้อมูล ได้ รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการ วิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ SPPH 2018-0036

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 127 คน ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง ร้อยละ 58.27 อายุ 51 - 60 ปี ร้อยละ 34.65 วุฒิการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 70.08 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 62.99 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 88.98

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคยาอย่าง ปลอดภัยก่อนและหลังการสร้างศักยภาพของชุมชน ในการจัดการปัญหาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่ไม่เหมาะสม

พบว่า หลังการพัฒนาศักยภาพของชุมชน ในการจัดการปัญหาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่ไม่เหมาะสม คะแนนความรู้โดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (5.98 ± 2.04 vs. 9.04 ± 1.18 , $p < 0.001$) โดยเพิ่มจากระดับดี เป็นระดับดีมาก ดังตารางที่ 1 (ดังตาราง 1)

ตาราง 1 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการบริโภคยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังให้ชุดกิจกรรมการสร้างศักยภาพของชุมชนในการจัดการปัญหาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสม n = 127

ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคยา อย่างปลอดภัย	คะแนน		\bar{x}	S.D.	ระดับ	T	p - value
	ต่ำสุด	สูงสุด					
ก่อนสร้างศักยภาพของชุมชน	1	9	5.98	2.04	ดี	- 14.997	< 0.001
หลังสร้างศักยภาพของชุมชน	5	10	9.04	1.18	ดีมาก		

เมื่อจัดระดับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคยาอย่างปลอดภัยของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ก่อนให้ชุดกิจกรรมการสร้างศักยภาพของชุมชนในการจัดการปัญหาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสม ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีความรู้ระดับดี ที่ร้อยละ 37.79 ระดับปานกลาง ดีมาก และน้อย ที่ร้อยละ 33.86, 22.05 และ 6.30 ตามลำดับ โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยที่ 5.98 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.04 มีค่า

มัธยฐาน 6 ค่าต่ำสุด 1 และ ค่าสูงสุด 9 และหลังให้ชุดกิจกรรมการสร้างศักยภาพของชุมชนในการจัดการปัญหาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสม ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีความรู้ระดับดีมาก ที่ร้อยละ 85.87 ระดับดีและปานกลาง ที่ร้อยละ 13.38 และ 0.79 ตามลำดับ โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยที่ 9.04 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.18 มีค่ามัธยฐาน 9 ค่าต่ำสุด 5 และ ค่าสูงสุด 10 (ดังตาราง 2)

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพก่อนและหลังให้ชุดกิจกรรมการสร้างศักยภาพของชุมชนในการจัดการปัญหาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสม

การให้ชุดกิจกรรม	ระดับความรู้ (n = 127)			
	น้อย	ปานกลาง	ดี	ดีมาก
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
ก่อนสร้างศักยภาพของชุมชน	8(6.30)	43(33.86)	48(37.79)	28(22.05)
หลังสร้างศักยภาพของชุมชน	0(0.00)	1(0.79)	17(13.38)	109(85.87)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคยาอย่างปลอดภัยก่อนและหลังการสร้างศักยภาพของชุมชนในการจัดการปัญหาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสม

พบว่า หลังการพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการจัดการปัญหาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่

ไม่เหมาะสม ระดับพฤติกรรมโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (2.7 ± 0.6 vs. 3.7 ± 0.3 , $p < 0.001$) โดยเพิ่มจากระดับดีเป็นระดับดีมาก (ดังตาราง 3)

ตาราง 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังให้ชุดกิจกรรมการสร้างศักยภาพของชุมชนในการจัดการปัญหาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสม n = 127

ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคยา อย่างปลอดภัย	คะแนน		\bar{x}	S.D.	ระดับ	T	p - value
	ต่ำสุด	สูงสุด					
ก่อนสร้างศักยภาพของชุมชน	1	4	2.70	0.59	ดี	- 16.447	< 0.001
หลังสร้างศักยภาพของชุมชน	2	4	3.66	0.27	ดีมาก		

เมื่อจัดระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคยาอย่างปลอดภัยของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ก่อนให้ชุดกิจกรรมการสร้างศักยภาพของชุมชนในการจัดการปัญหาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสม ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีพฤติกรรมระดับดี ที่ร้อยละ 42.52 ระดับปานกลาง ดีมาก และน้อย ที่ร้อยละ 33.86, 19.68 และ 3.94 ตามลำดับ โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยที่ 2.70 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.59 มีค่า

มัธยฐาน 2.70 ค่าต่ำสุด 1 และ ค่าสูงสุด 4 และหลังให้ชุดกิจกรรมการสร้างศักยภาพของชุมชนในการจัดการปัญหาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสม ผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมระดับดีมาก ที่ร้อยละ 92.91 ระดับดีและปานกลางที่ร้อยละ 6.30 และ 0.79 ตามลำดับ โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยที่ 3.66 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.27 มีค่ามัธยฐาน 3.70 ค่าต่ำสุด 2 และ ค่าสูงสุด 4 (ดังตาราง 4)

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ก่อนและหลังให้ชุดกิจกรรมการสร้างศักยภาพของชุมชนในการจัดการปัญหาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสม

การให้ชุดกิจกรรม	ระดับความรู้ (n = 127)			
	น้อย	ปานกลาง	ดี	ดีมาก
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
ก่อนสร้างศักยภาพของชุมชน	5(3.94)	43(33.86)	54(42.52)	25(19.68)
หลังสร้างศักยภาพของชุมชน	0(0.00)	1(0.79)	8(6.30)	118(92.91)

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาผลการสร้างศักยภาพของชุมชนในการจัดการปัญหาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสม ในชุมชนบ้านหนองทุ่ม อำเภอยุฑา จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า รูปแบบการจัดการปัญหาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสม ของชุมชนต้นแบบ จังหวัดศรีสะเกษ ทำให้ประชาชนในชุมชนมีความรู้

และพฤติกรรมกรบริโภคยาอย่างปลอดภัยในทางที่ดีขึ้น

ประชาชนในชุมชนมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคยาอย่างปลอดภัยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยเฉลี่ยเพิ่มขึ้น จาก 5.98 ± 2.04 เป็น 9.04 ± 1.18 โดยเพิ่มจากระดับดีเป็นระดับดีมาก ดังตาราง 1 และประชาชนในชุมชนมีพฤติกรรม

เกี่ยวกับการบริโภคอย่างปลอดภัยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 2.70 ± 0.59 เป็น 3.66 ± 0.27 โดยเพิ่มจากระดับดีเป็นระดับดีมาก ดังตาราง 2 สอดคล้องกับการศึกษาของ สิริลักษณ์ รื่นรวย⁽⁶⁾ ซึ่งพบว่าวิธีการจัดการ DHPRP ในชุมชนโดยเครือข่าย บวร.ร มีผลทำให้ความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอย่างปลอดภัยของตัวอย่างดีขึ้น การศึกษาของ ประภาส อนันตา และ จริญญา ทองเอนก⁽⁷⁾ ซึ่งพบว่าความรู้และทักษะการปฏิบัติงานในการเยี่ยมบ้านของ อสม. มีความรู้เพิ่มมากขึ้นหลังจากได้รับการฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพเครือข่าย อสม. ในการเยี่ยมบ้าน และการศึกษาของ นวเรศ เหลืองใส และ ชิตชนก เรือนก้อน (2561)⁽⁸⁾ ซึ่งพบว่าหลังการให้สิ่งทดลอง คือการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเรื่องร้านค้าคุณภาพซึ่งปลอดภัย ห้ามจำหน่าย กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้มากกว่ากลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองมีการปฏิบัติงานมากกว่ากลุ่มควบคุม

จากการใช้รูปแบบการจัดการปัญหาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสม ของชุมชนต้นแบบจังหวัดศรีสะเกษ ในชุมชนบ้านหนองทุ่ม อำเภอยุพัต จังหวัดศรีสะเกษ นอกจากประชาชนในชุมชนมีความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอย่างปลอดภัยในทางที่ดีขึ้นแล้ว ยังพบความสำเร็จในการจัดการปัญหาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน ดังต่อไปนี้ 1. ไม่พบร้านชำในชุมชนที่จำหน่ายยาอันตราย และทุกร้านผ่านการประเมินร้านค้าคุณภาพ 100% 2. ไม่พบรถเร่ขายยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมายเข้ามาในชุมชน และมีเครือข่ายเฝ้าระวังระดับชุมชนและอำเภอ 3. ความสำเร็จที่เป็นข้อค้นพบใหม่ คือมีกติกาสมาชิกเพื่อจัดการปัญหาการหลงเชื่อโฆษณาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมาย ในรูปแบบธรรมนูญชุมชน

ข้อจำกัดในการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากมีเวลาในการศึกษาที่จำกัดเพียง 3 เดือน จึงเลือกใช้แบบ

สอบถามเป็นเครื่องมือวัดพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอย่างปลอดภัย เพื่อความสะดวกและประหยัดเวลาในการรวบรวมข้อมูล ซึ่งแบบสอบถามเป็นเครื่องมือที่เหมาะสมสำหรับใช้วัดพฤติกรรมภายในของบุคคลเกี่ยวกับความรู้สึก ความคิดเห็น เจตคติ ความสนใจ จึงมีโอกาสนที่ผู้ตอบแบบสอบถามอาจไม่ได้ตั้งใจตอบหรือไม่ให้ความสำคัญต่อข้อมูลที่แท้จริงหรือมอบให้คนอื่นตอบแทน ทำให้ข้อมูลที่ได้อาจไม่ตรงหรือคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง หากใช้วิธีวัดด้วยการสังเกตด้วยเครื่องมือแบบสังเกตร่วมด้วย ซึ่งเป็นวิธีที่ใช้ประสาธสัมพันธ์ของผู้สังเกตเพื่อติดตามศึกษาพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกได้ทุกด้านโดยไม่ให้ผู้ถูกสังเกตรู้ตัว ก็จะทำให้ได้ข้อมูลที่แท้จริงหรือใกล้เคียงกับความเป็นจริงและที่น่าเชื่อถือมากกว่าการใช้แบบสอบถามเพียงอย่างเดียว

ดังนั้นรูปแบบการจัดการปัญหาและผลิตภัณฑ์สุขภาพของชุมชนต้นแบบของจังหวัดศรีสะเกษ สามารถใช้กับชุมชนบ้านหนองทุ่มได้ เพราะทำให้ประชาชนในชุมชนมีความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอย่างปลอดภัยในทางที่ดีขึ้น และเกิดข้อค้นพบใหม่คือ แนวทางการจัดการปัญหาการโฆษณาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมาย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในรูปแบบของธรรมนูญชุมชน ซึ่งสามารถนำไปขยายผลยังชุมชนที่มีปัญหาลักษณะเดียวกันได้

ข้อเสนอแนะ

ผลของการศึกษาผลการสร้างศักยภาพของชุมชนในการจัดการปัญหาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสม ในชุมชนบ้านหนองทุ่ม อำเภอยุพัต จังหวัดศรีสะเกษ ผู้วิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ควรมีการพัฒนาศักยภาพชุมชนแก่ภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดความรู้ทางสุขภาพของชุมชน สู่การคุ้มครองผู้บริโภคผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชนที่ยั่งยืนอย่างแท้จริง

2. ควรเน้นการพัฒนาศักยภาพชุมชนในงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขที่ถือเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนางานเภสัชกรรมปฐมภูมิ ซึ่งสามารถเชื่อมโยงกับงาน RDU Community ในส่วนของ Community participation ได้

3. ควรมีการนำรูปแบบการจัดการปัญหาฯ และผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสม ของชุมชนต้นแบบจังหวัดศรีสะเกษนี้ไปขยายผลในชุมชนอื่นของจังหวัด ในรูปแบบต่างๆ ที่เหมาะสม เพื่อหาวิธีปฏิบัติที่ดี หรือนวัตกรรม ในการพัฒนางานในภาพจังหวัดต่อไป

4. ควรมีการขับเคลื่อนการจัดการปัญหาการโฆษณาฯ และผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชนบ้านหนองพุ่มต่อด้วยธรรมณูญชุมชนที่มี โดยต้องมีการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง และนำไปใช้ขยายผลในชุมชนที่มีปัญหาและบริบทคล้ายคลึงกัน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นพ.วรารุช ชื่นตานายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ และ ภญ.มัลลิกา สุพล หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข ที่ได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งผู้ช่วยวิจัยและเครือข่ายการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ ชุมชนบ้านหนองพุ่มและอำเภอพยุห์ทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือในการทำวิจัยให้สามารถดำเนินไปได้ด้วยดี และขอขอบพระคุณ รศ.ดร.ภญ.วรรณมา ศรีวิริยานุภาพ ภญ.พรพรรณสุนทรธรรม และ ผศ. (พิเศษ) ดร.ภญ.รุ่งทิวา หมื่นปา ที่ให้คำแนะนำในการทำวิจัยและตรวจแก้ไขงานวิจัยให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. แผนงานพัฒนาโลกใฝ่ระว่างระบบยา. ผู้จัดการ กพย. แดลง. ยาวิพากษ์. 2558; 6: 2.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. สรุปผลการดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ 2562. ม.ป.ท.: ม.ป.ป.; 2562.
3. โรงพยาบาลพยุห์. สรุปผลการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ 2562. ม.ป.ท.: ม.ป.ป.; 2562.
4. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพยุห์. สรุปผลการดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ 2562. ม.ป.ท.: ม.ป.ป.; 2562.
5. บุญมี พันธุ์ไทย. ระเบียบวิธีวิจัยการศึกษาเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 4. มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2557.
6. สิริลักษณ์ รื่นรวย. การจัดการปัญหาฯ และผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชนโดยเครือข่าย บวร.ร.. วารสารเภสัชกรรมไทย 2563; 3: 855-68.
7. ประกาศ อนันตดา และจรัญญู ทองเอนก. ผลของการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเยี่ยมบ้าน ตำบลขวาว อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ปี พ.ศ. 2555. สำนักงานป้องกัน ควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น 2555; 1: 1-8.
8. นวเรศ เหลืองใส และชิตชนก เรือนก้อน. ผลการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเรื่องร้านชำคุณภาพซึ่งปลอดยาห้ามจำหน่าย. วารสารเภสัชกรรมไทย 2562; 3: 638-47.

สถานการณ์การจำหน่ายยาในร้านขายของชำ อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ The situation of drug distribution in the grocery store, Pathumratchawongsa District Amnatcharoen Province.

จันทร์จรรย์ ดอกบัว¹รัตนภรณ์ ขันติมั่ง²หทัยรัชต์ พุกสอาด, ณัฐพร สู้หนองบัว³Janjaree Dokbua¹Rattanaporn Kuntimong²Hathairat Puksahad, Nattaporn Sunongbua³

บทคัดย่อ

เมื่อเกิดการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย ประชาชนมักจะซื้อยาจากร้านชำมาใช้เบื้องต้น เนื่องจากอยู่ใกล้และสะดวกที่สุด แต่พบว่า ร้านชำมีการจำหน่ายยาอื่น ๆ นอกเหนือจากยาสามัญประจำบ้านที่ประชาชนสามารถใช้ได้เอง เป็นสาเหตุให้เกิดการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมได้ การรับทราบสถานการณ์การขายยาที่ไม่ได้รับอนุญาตให้ขายได้ในร้านขายของชำจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เพื่อนำไปสู่การวางแผนการจัดการการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในชุมชน การศึกษารุ่นนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การจำหน่ายยาในร้านขายของชำในอำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ เก็บข้อมูลโดยการสำรวจและสอบถามผู้ประกอบการร้านชำหรือตัวแทนในอำเภอปทุมราชวงศาทั้งหมด 202 โดยใช้แบบเก็บข้อมูลและแบบสัมภาษณ์ ปีพ.ศ. 2561-2563 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่และคำนวณค่าร้อยละ

ผลการศึกษา พบว่า ยาประเภทที่ไม่ได้รับอนุญาตให้ขายในร้านชำ ที่พบวางขายมากที่สุด ในปี 2561 2562 และ 2563 คือ ยาอันตราย คิดเป็นร้อยละ 27.12, 17.33 และ 16.58 ของร้านที่สำรวจในแต่ละปี ตามลำดับ ยาแผนโบราณ ร้อยละ 15.43, 15.34 และ 13.86 ตามลำดับและแหล่งต้นทางที่กระจายยาสู่ร้านชำในชุมชนจากข้อมูลที่มีในปี 2561 2562 และ 2563 ที่มากที่สุดอันดับหนึ่ง คือ ร้านยา (ขย.1) คิดเป็นร้อยละ 51.92 43.06 และ 46.32

สรุปผลและข้อเสนอแนะ การจำหน่ายยาในร้านชำ ยังคงเป็นปัญหาที่อาจส่งผลกระทบต่อการใช้ยาไม่เหมาะสมในชุมชนและในส่วนของเส้นทางการกระจายยาสู่ร้านชำในชุมชนเกิดจากร้านยา ขย.1 เป็นหลัก ดังนั้นข้อมูลสถานการณ์ดังกล่าวควรมีการคืนข้อมูลให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมดทราบเพื่อนำไปสู่การจัดการปัญหา และควรมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยในการนำยาที่ไม่เหมาะสมมาจำหน่ายในร้านขายของชำร่วมด้วยเพื่อนำไปสู่การจัดการในเชิงระบบต่อไป

คำสำคัญ : ร้านขายของชำ ยาไม่เหมาะสม

¹ หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ

² เจ้าพนักงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ

³ นักศึกษาคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร

Abstract

When a minor illness, people tend to choose to use grocery stores. Because it is the nearest and most convenient service unit, but found that the grocery store sells other medicines besides household drug this cause inappropriate use of drugs. It is therefore very important to study the situation where drugs are prohibited from being sold in grocery stores. This will lead to the process of managing inappropriate drug use in the community in Pathumratchawongsa district. The objective was to study the situation of drug distribution in grocery stores Pathumratchawongsa district Amnatcharoen province, an exploratory research data were collected by a survey with a population data model, a total of 202 grocery store operators in the Pathumratchawongsa area, conducted during the year B.E. 2018-2020. Data analysis using descriptive statistics.

The results showed that the most common types of drugs not allowed to be sold in grocery stores in 2018, 2019 and 2020 were dangerous drugs, representing 27.12%, 17.33% and 16.58% of stores surveyed each year, respectively. Traditional medicines were 15.43%, 15.34% and 13.86%, respectively, and the source of origins distributed to community grocery stores, according to data available in 2018, 2019 and 2020, the largest of which were drug stores 51.92%, 43.06% and 46.32%.

In conclusion and recommendations, the sale of drugs in grocery stores remains an issue that may affect the use of inappropriate drugs in the community and in the way the distribution of drugs to grocery stores in the community is caused by drug stores. Therefore, the information should be returned to all stakeholders to lead to the management of problem, and there should be studies on the factors in the use of inappropriate drugs in the grocery store to lead to further systemic management.

Keywords : groceries, inappropriate drugs

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้น การเข้าถึงบริการสุขภาพมิใช่การเข้ารับบริการสุขภาพเพียงเท่านั้น แต่หมายรวมถึงการเข้าถึงข้อมูลการบริการสุขภาพ นั่นคือข้อมูลที่เกี่ยวกับยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง และครบถ้วนสมบูรณ์ หากแต่ความจริงนั้นยังมีประชาชนที่ยังไม่สามารถข้อมูลดังกล่าวได้ถูกต้องทำให้เกิดความเข้าใจผิด ซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพขึ้นได้

เมื่อเกิดการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย ประชาชนมักจะเลือกใช้บริการร้านชำ เนื่องจากเป็นหน่วยบริการที่ใกล้และสะดวกที่สุด จากการจัดลำดับความสำคัญของสินค้าที่ไม่ปลอดภัย พบว่า ยาไม่เหมาะสมในร้านชำเป็นปัญหา 3 ลำดับแรกในพื้นที่ปทุมราชวงศา ส่งผลให้มีประชาชนเจ็บป่วย ต้องเข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลถึงร้อยละ 10 เกิดการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น หรือเกิดการแพ้ยาซ้ำ (รายงานสรุปงานคุ้มครองผู้บริโภค, 2562)

ตามพระราชบัญญัติ พ.ศ. 2510 ระบุว่ายาที่สามารถจำหน่ายได้ทั่วไปมีเฉพาะยาสามัญประจำบ้านเท่านั้น⁽¹⁾ กล่าวคือยาสามัญประจำบ้านเป็นยาที่กระทรวงสาธารณสุขได้พิจารณาเอาไว้ว่าเป็นยาที่เหมาะสม สามารถให้ประชาชนทั่วไปหาซื้อมาใช้ได้เองตามร้านขายยาทั่วไปโดยไม่ต้องมีใบสั่งแพทย์ เพื่อใช้ในการรักษาอาการเจ็บป่วยที่ไม่ได้มีความรุนแรง เป็นความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวัน แต่กลับพบว่าร้านชำมีการจำหน่ายยาอื่น ๆ นอกเหนือจากยาสามัญประจำบ้าน ทั้งยาอันตราย ยาควบคุมพิเศษ ยาชุดที่มีส่วนผสมของสเตียรอยด์ หรือยาปฏิชีวนะ เป็นต้น ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมได้

จากการสำรวจร้านชำทั้ง 53 ร้านในโครงการ

ร้านชำคุณภาพ ใส่ใจผู้บริโภค เขตรับผิดชอบ รพ.สต. บ้านพุด จังหวัดพัทลุง พบว่ามีการจำหน่ายยาแผนปัจจุบัน ยาอันตราย ยาควบคุมพิเศษ (นอกเหนือจากยาสามัญประจำบ้าน) มากถึง 23 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 43.4⁽²⁾ รวมถึงการสำรวจความชุกของการจำหน่ายยาอย่างผิดกฎหมายในร้านชำที่อยู่ในอำเภอสนามชัย เขต จังหวัดฉะเชิงเทรา จาก 198 ร้าน พบว่าร้านชำ 188 ร้าน (ร้อยละ 94.94) ที่มีการขายยาที่ผิดกฎหมายคือเป็นยาทุกชนิดที่ไม่ใช่ยาสามัญประจำบ้าน⁽³⁾ จากทั้ง 2 การศึกษาพบว่ายังมีการขายยาที่ไม่ได้รับอนุญาตให้ขายได้ในร้านชำอยู่จำนวนมาก

ดังนั้นการลงสำรวจร้านชำทุกร้านในพื้นที่อำเภอปทุมราชวงศา โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรวมถึงผู้นำชุมชนที่ร่วมลงทีมศึกษาสถานการณ์การขายยาที่ไม่ได้รับอนุญาตให้ขายได้ในร้านชำจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เพื่อนำไปสู่กระบวนการจัดการการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในชุมชน ให้เป็นชุมชนที่ปลอดภัยการใช้ยาอันตราย และเพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการใช้ยาของประชาชนในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาสถานการณ์การจำหน่ายยาในร้านขายของชำ อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ **ระเบียบวิธีการวิจัย**

ประชากรศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง สุ่มมาจากร้านขายของชำในอำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ จำนวนทั้งสิ้น 202 ร้าน

การเก็บข้อมูล การรวบรวมข้อมูลทำโดยการสำรวจตรวจสอบรายการยาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่อยู่ในร้าน และสัมภาษณ์เจ้าของร้านหรือผู้ขายในร้าน กรณีเจ้าของร้านไม่อยู่ และผู้เก็บข้อมูลจะทำการเก็บข้อมูลดำเนินการระหว่าง ปี 2561-2563

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยการแจกแจงความถี่และคำนวณค่าร้อยละเปรียบเทียบแต่ละปี

ผลการวิจัย

เสนอผลการวิจัยเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 สถานการณ์ยาไม่เหมาะสมในชุมชน อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ

1) สถานการณ์การกระจายยาในชุมชน

จากการสำรวจร้านค้าในอำเภอปทุมราชวงศา ปี 2561 จำนวน 188 ร้าน พบการขายยาที่ไม่ได้ อนุญาตให้ขายได้ในร้านชำคือ ยาอันตรายทั้งหมด 51 ร้าน (ร้อยละ 27.12) ยาแผนโบราณที่ไม่ใช่ ยาสามัญประจำบ้าน 29 ร้าน (ร้อยละ 15.43) ยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายและ ยาควบคุมพิเศษ 10 ร้าน (ร้อยละ 5.32) ยาเสื่อมสภาพ หรือยาหมดอายุ 9 ร้าน (ร้อยละ 4.79) ยาควบคุม พิเศษ 2 ร้าน (ร้อยละ 1.06) และยาไม่มีเลขทะเบียน ดำรับ 1 ร้าน (ร้อยละ 0.53) ดังตารางที่ 1

ผลสำรวจร้านค้าในอำเภอปทุมราชวงศา ปี 2562 จำนวน 202 ร้าน พบการขายยาที่ไม่ได้ อนุญาตให้ขายได้ในร้านชำ พบยาอันตรายทั้งหมด 35 ร้าน (ร้อยละ 17.33) ยาแผนโบราณที่ไม่ใช่ ยาสามัญประจำบ้าน 31 ร้าน (ร้อยละ 15.35) ยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายและ ยาควบคุมพิเศษ 12 ร้าน (ร้อยละ 5.94) ยาเสื่อม/ ยาหมดอายุ 2 ร้าน (ร้อยละ 0.99) และยาควบคุม พิเศษ 1 ร้าน (ร้อยละ 0.5) ดังตารางที่ 2

ผลการสำรวจร้านค้าในอำเภอปทุมราชวงศา ปี 2563 จำนวน 202 ร้าน พบการขายยาที่ไม่ได้ อนุญาตให้ขายได้ในร้านชำ พบยาอันตรายทั้งหมด 33 ร้าน (ร้อยละ 16.58) และยาแผนโบราณที่ไม่ใช่ ยาสามัญประจำบ้าน 28 ร้าน (ร้อยละ 13.86) ตารางที่ 3

ตารางที่ 1 จำนวนร้านขายของชำในอำเภอปทุมราชวงศา ที่ไม่ขาย และ ขายยาไม่เหมาะสมประเภทต่างๆ
ในปีงบประมาณ 2561 (จำนวน 188 ร้าน)

ประเภทยา	ยาสำหรับคน	
	ไม่ขาย	ขาย
ยาชุด	188	0
ยาเสื่อม/ยาหมดอายุ	179	9
ยาไม่มีเลขทะเบียนดำรับ	187	1
ยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายและยาควบคุมพิเศษ	178	10
ยาอันตราย	137	51
ยาควบคุมพิเศษ	186	2
ยาแผนโบราณ (ที่ไม่ใช่ยาสามัญประจำบ้าน)	159	29
ยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 3	188	0
วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท	188	0

ตารางที่ 2 จำนวนร้านขายของชำในอำเภอปทุมราชวงศา ที่ไม่ขาย และ ขายยาประเภทต่างๆ
ในปีงบประมาณ 2562 (จำนวน 202 ร้าน)

ประเภทยา	ยาสำหรับคน	
	ไม่ขาย	ขาย
ยาชุด	202	0
ยาเสื่อม/ยาหมดอายุ	200	2
ยาไม่มีเลขทะเบียนตำรับ	202	0
ยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายและยาควบคุมพิเศษ	190	12
ยาอันตราย	167	35
ยาควบคุมพิเศษ	201	1
ยาแผนโบราณ (ที่ไม่ใช่ยาสามัญประจำบ้าน)	171	31
ยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 3	202	0
วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท	202	0

ตารางที่ 3 จำนวนร้านขายของชำในอำเภอปทุมราชวงศา ที่ไม่ขาย และ ขายยาประเภทต่างๆ
ที่ไม่เหมาะสมในปีงบประมาณ 2563 (จำนวน 202 ร้าน)

ประเภทยา	ยาสำหรับคน	
	ไม่ขาย	ขาย
ยาชุด	202	0
ยาเสื่อม/ยาหมดอายุ	200	0
ยาไม่มีเลขทะเบียนตำรับ	202	0
ยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายและยาควบคุมพิเศษ	202	0
ยาอันตราย	166	33
ยาควบคุมพิเศษ	202	0
ยาแผนโบราณ (ที่ไม่ใช่ยาสามัญประจำบ้าน)	174	28
ยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 3	202	0
วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท	202	0

2) เปรียบเทียบข้อมูลสถานการณ์การกระจายยาที่ไม่ได้รับอนุญาตให้ขายในร้านค้าในชุมชนแต่ละปีงบประมาณ

จากการสำรวจการขายยาที่ไม่ได้รับอนุญาตให้ขายได้ในร้านชำของร้านค้าทั้งหมดในเขตอำเภอปทุมราชวงศาในปีงบประมาณ 2561, 2562 และ 2563 พบว่า ร้อยละของร้านที่ขายยาอันตราย เป็น 27.12, 17.32 และ 16.58 ตามลำดับ ขายยาแผนโบราณที่ไม่ใช่ยาสามัญประจำบ้าน เป็นร้อยละ 15.43, 15.34 และ 13.86 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

3) เส้นทางกระจายยาสู่อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ

จากการสำรวจเส้นทางกระจายยาสู่อำเภอปทุมราชวงศา พบว่า ในปี 2561 ร้านชำมีการซื้อยามาจากร้านยา(ขย.1), ร้านขายของส่ง, รถเร่ และห้างสรรพสินค้า จำนวน 81, 48, 12 และ 3 ร้าน ตามลำดับ (ร้อยละ 51.92, 30.77, 7.69 และ 1.92 ตามลำดับ)

ในปี 2563 ร้านชำมีการซื้อยามาจากร้านยา(ขย.1), ร้านขายของส่ง, รถเร่ และห้างสรรพสินค้า จำนวน 63, 57, 5 และ 4 ร้าน ตามลำดับ (ร้อยละ 46.32, 41.91, 3.68 และ 2.94 ตามลำดับ) ตารางที่ 5

ตารางที่ 4 ร้อยละของร้านค้าที่มีการขายยาที่ไม่ได้รับอนุญาตให้ขายแต่ละประเภท ปี 2561-2563

ประเภทยาที่ขาย	ร้อยละ		
	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
ยาอันตราย	27.12	17.32	16.58
ยาแผนโบราณ (ที่ไม่ใช่ยาสามัญประจำบ้าน)	15.43	15.34	13.86
ยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายและยาควบคุมพิเศษ	5.32	5.94	0
ยาเสื่อม/ยาหมดอายุ	4.79	0.99	0
ยาควบคุมพิเศษ	1.06	0.50	0

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของร้านขายของชำจำแนกตามต้นทางที่ยากระจายมา ปีงบประมาณ 2561-2563

แหล่งต้นทางหลัก	2561		2562		2563	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ร้านขายของส่ง	48	30.77	50	36.50	57	41.91
ร้านยา (ขย.1)	81	51.92	59	43.06	63	46.32
ห้างสรรพสินค้า	3	1.92	6	4.39	4	2.94
รถเร่	12	7.69	12	8.75	5	3.68
ไม่ระบุ	12	7.69	10	7.30	7	5.15
รวม	156	100.00	137	100.00	136	100.00

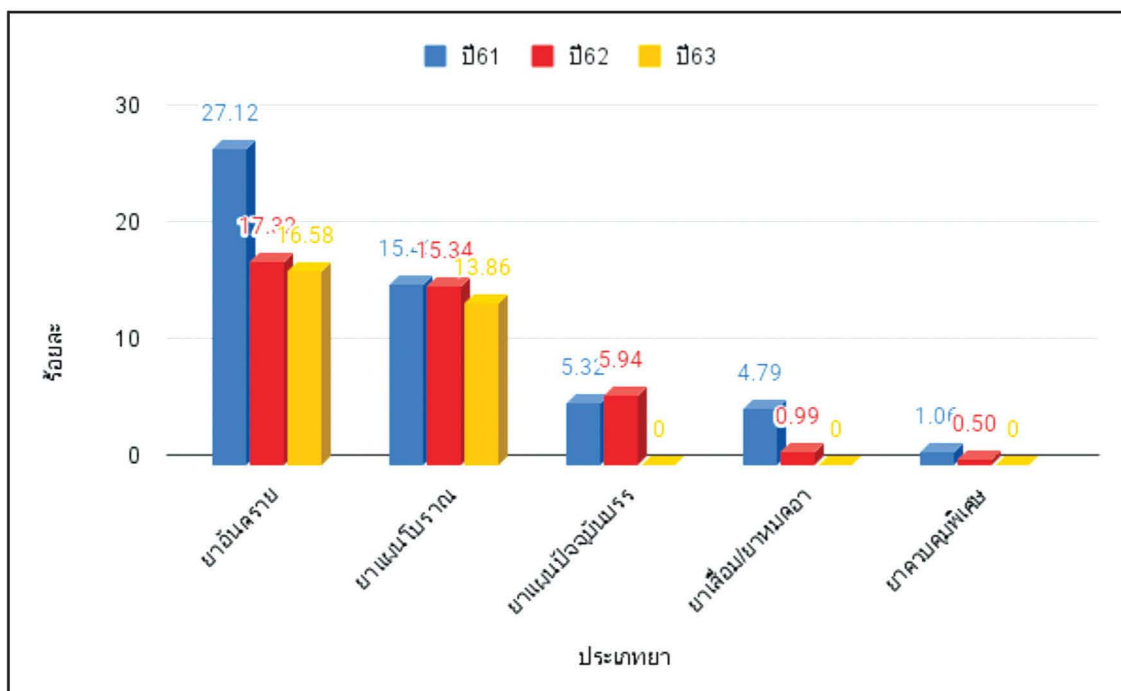
สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1) สถานการณ์ยาไม่เหมาะสมในชุมชน อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ

จากการสำรวจสถานการณ์การจำหน่ายยาที่ไม่อนุญาตให้ขายได้ในร้านขายของชำ อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ พบว่า ในปี 2561 ร้านชำในชุมชนของอำเภอปทุมราชวงศา มีการขายยาอันตรายมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 27.12 รองลงมาได้แก่ ยาแผนโบราณที่ไม่ใช่ยาสามัญประจำบ้าน, ยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายและยาควบคุมพิเศษ, ยาเสื่อม/ยาหมดอายุ และยาควบคุมพิเศษ คิดเป็นร้อยละ 15.43, 5.32, 4.79 และ 1.06 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับงานของวิวัฒน์ เสนาทิพย์⁽²⁾

เป็นการสำรวจร้านขายของชำในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพุด จังหวัดพัทลุง ในปี 2563 พบการขายยาอันตรายนอกเหนือจากยาสามัญประจำบ้านถึง 23 ร้าน จากการสำรวจทั้งหมด 53 ร้าน (คิดเป็นร้อยละ 43.4) ซึ่งจะเห็นได้ว่า สถานการณ์การขายยาที่ไม่ได้รับอนุญาตให้ขายได้ในร้านชำยังคงพบได้อยู่ในหลายพื้นที่ของประเทศไทย

โดยในส่วนของร้านชำในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลปทุมราชวงศาเอง หลังจากได้มีการสำรวจและให้คำแนะนำเรื่องการขายยาในร้านชำจากเภสัชกรและเจ้าพนักงานเภสัชกรรมแล้ว ในปีต่อมา (ปี 2562 และ 2563) พบว่า การขายยาที่ไม่เหมาะสมในร้านชำมีแนวโน้มลดลงในทุกปี ดังแสดงในรูปที่ 1



ตารางที่ 1 แผนภูมิแท่งเปรียบเทียบร้อยละของการจำหน่ายยาที่ไม่ได้รับอนุญาตขายในร้านชำ แต่ละประเภทยา

2) สถานการณ์เส้นทางกระจายยาสู่ร้านชำ ในชุมชน อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ

จากการสำรวจเส้นทางกระจายยาสู่ร้านชำในชุมชนจากข้อมูลที่มีในปี 2561 และ 2563 พบว่า แหล่งกระจายยาสู่ร้านชำ ได้แก่ ร้านยา (ขย.1) มาก

เป็นอันดับหนึ่ง ในทั้ง 2 ปี (คิดเป็นร้อยละ 51.92 และ 46.32 ตามลำดับ) รองลงมาได้แก่ ร้านขายส่ง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของอารีรัตน์ คุณยศยิ่ง⁽⁴⁾ ที่ได้ทำการศึกษาความชุกและลักษณะของร้านชำที่จำหน่ายยาปฏิชีวนะในเขตอำเภอวังเหนือ จังหวัด

ลำปาง ในปี 2558 พบว่า การขายยาในร้านชำทั้งหมด 34 ร้านมีแหล่งที่มาของยาปฏิชีวนะอันดับแรกคือร้านขายยา มากถึง 18 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 53.0

การศึกษาเส้นทางการกระจายยาสู่อร้านชำในชุมชนเขตอำเภอปทุมราชวงศาในครั้งนี้มีข้อจำกัดคือการเข้าถึงข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน พบว่าบางร้านยังให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน ซึ่งอาจจะส่งผลต่อการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการสร้างแนวทางในการแก้ไขปัญหาการขายยาที่ไม่เหมาะสมในร้านชำนี้ได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

ในการเก็บข้อมูล ควรมีการเก็บข้อมูลที่เป็นระบบมากขึ้น อาจมีการใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วยในการ

บันทึกข้อมูล ป้องกันข้อมูลสูญหาย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและครบถ้วน

ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยในการนำยาที่ไม่เหมาะสมมาขายในร้านขายของชำ เพื่อการจัดการปัญหาที่เหมาะสมในแต่ละปัจจัย

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้ต้องขอขอบพระคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน รวมถึงผู้ประกอบการร้านขายของชำในอำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ เจ้าหน้าที่กลุ่มงานเภสัชกรรม เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทีมอาสาสมัครสาธารณสุข และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านในการให้ข้อมูลในงานวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กองพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. ยาสามัญประจำบ้าน มีติดบ้านไว้... ดี. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พ.ค. 2564]. จาก http://pca.fda.moph.go.th/public_media_detail.php?id=6&cat=56&content_id=1159.
2. วิวัฒน์ เสนาทิพย์. โครงการร้านชำคุณภาพ ใส่ใจผู้บริโภค เขตรับผิดชอบ รพ.สต.บ้านพุด [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พ.ค. 2564]. จาก <https://localfund.happynetwork.org/project/82950>.
3. ศิริพร จิตรประสิทธิ์ศิริ. ความชุกของการจำหน่ายยาอย่างผิดกฎหมายในร้านชำ อำเภอสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารเภสัชกรรมไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พ.ค. 2564]; 11(2):387-96. จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/TJPP/article/view/171540/123213>.
4. อาริรัตน์ คุณยศยิ่ง. ความชุกและลักษณะของร้านชำที่จำหน่ายยาปฏิชีวนะในเขตอำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง. วารสารเภสัชกรรมไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [สืบค้นเมื่อวันที่ 30 พ.ค. 2564]; 7(2):114-20. จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/TJPP/article/download/169560/121961/>.

วิวัฒนาการกฎหมายพืชกระท่อมในประเทศไทย

ราชัน คงชุม ภบ., นบ.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง

กระท่อม *Mitragyna Speciosa* (Korth.) เป็นไม้ยืนต้นในตระกูล Rubiaceae มีถิ่นกำเนิดในเขตร้อนชื้น แถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ในประเทศไทยมีการนำมาใช้เป็นยาแก้โรคบิด ท้องร่วง และปวดมวนท้อง ชาวานิยมบริโภคโดยการเคี้ยวใบสด หรือเอาใบมาทำให้เปรี้ยวและตำผสมกับน้ำพริกรับประทานเป็นอาหาร เพื่อให้มีแรงทำงานและสามารถทนตากแดดอยู่กลางแจ้งได้เป็นเวลานานโดยไม่รู้สึกเหนื่อย ชาวมลายูใช้ใบกระท่อมตำพอกแผล และใช้ทั้งใบเผาให้ร้อนวางบนท้องรักษาโรคม้ามโต ตลอดจนใช้กระท่อมเพื่อทดแทนฝิ่นในท้องที่ซึ่งหาฝิ่นไม่ได้ ย้อนประวัติกฎหมายไทยไปถึง พ.ศ.1903 สมัยพระรามาธิบดีที่ 1 (พระเจ้าอู่ทอง) ปฐมกษัตริย์แห่งกรุงศรีอยุธยาในกฎหมายตราสามดวงว่าด้วยลักษณะโจร ไม่ได้บัญญัติให้กระท่อมเป็นสิ่งผิดกฎหมาย คงมีแต่เฉพาะฝิ่นเท่านั้นที่ห้ามการบริโภค ครอบครองหรือจำหน่าย (1)

พืชกระท่อมจัดเป็นยาเสพติดครั้งแรกในประเทศไทย ตามพระราชบัญญัติพืชกระท่อม พ.ศ.2846 ซึ่งห้ามมิให้ผู้ใดนำเข้ามาหรือส่งออกราชอาณาจักรซึ่งพืชกระท่อม เว้นแต่ได้รับอนุญาต ห้ามมิให้ผู้ใดเสพ ปลูก มี ซื่อขาย ให้ หรือแลกเปลี่ยนพืชกระท่อม มีบันทึกหลักการและเหตุผลในการออกกฎหมายว่า...“...ประชาชนชาวไทยนิยมเสพกันแพร่หลายมาก การเสพใบกระท่อมเป็นการให้โทษแก่ร่างกายโดยทำให้ผู้เสพติดและเกิดอาการมึนเมา ท้องอืด เบื่ออาหาร เป็นโรคหัวใจอ่อนและโรคประสาทตื่นเต้น...” (2) รัฐบาลขณะนั้นต้องการควบคุมหรือจำกัดการเสพพืชกระท่อมของประชาชน เนื่องจากมีประชาชนมาจดทะเบียนสูบฝิ่นกับทางราชการลดน้อยลง อีกทั้งในช่วงสงครามโลกครั้งที่ 2 ประเทศไทยประสบปัญหาวิกฤตเศรษฐกิจ อยู่ในภาวะข้าวยากหมากแพง ผู้ที่เคยเสพฝิ่นหันไปใช้ใบกระท่อมที่มีราคาถูกแทน ทำให้รัฐบาลสูญเสียรายได้จากฝิ่นเป็นอันมาก จึงต้องหันมาควบคุมหรือห้ามการเสพพืชกระท่อมแทน เพราะพืชกระท่อมเป็นคู่แข่งสำคัญของธุรกิจฝิ่นของรัฐบาล (3) ดังความเห็นในการอภิปรายของ พล.ต.พิน อมรวิสัยสารเดช(ลำปาง) ว่า “...ฝิ่นนั้นมีภาษีมาก แต่พืชกระท่อมไม่มีภาษี เมื่อฝิ่นแพง คนก็หันไปสูบบุหรี่แทนฝิ่น ทำให้การค้ำฝิ่นของรัฐบาลลดหย่อนลงเช่นนี้ เพื่อให้ต้องตามวัฒนธรรมอันดีงามแล้ว จึงเห็นว่าฝิ่นสำคัญกว่าควรจะเลิก...” (4) เมื่อมีการตราพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 ได้ยกเลิกพระราชบัญญัติพืชกระท่อม พ.ศ.2486 และได้กำหนดให้กระท่อมเป็นยาเสพติดในประเภทที่ 5 ในกลุ่มเดียวกับกัญชา (5) ทั้งนี้พืชกระท่อมมิได้จัดเป็นยาเสพติดที่ถูกควบคุมตามกฎหมายยาเสพติดระหว่างประเทศ ตามอนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติด ค.ศ.1961 (Single Convention on Narcotic Drugs, 1961) และมีได้เป็นวัตถุวัตถุออกฤทธิ์ที่ถูกควบคุมตาม “อนุสัญญาว่าด้วยวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ค.ศ.1971” (Convention on Psychotropic Substances, 1971) (6) การกำหนดให้พืชกระท่อมเป็นยาเสพติดประเภทที่ 5 จึงถือเอาตามพระราชบัญญัติพืชกระท่อม พ.ศ.2486 ซึ่งได้กำหนดให้พืชกระท่อมมีสถานะไม่ต่างจากยาเสพติดให้โทษ (3)

การที่ประเทศไทยบัญญัติให้กระท่อมเป็นยาเสพติด ส่งผลให้ผู้เสพหรือผู้ใช้ใบกระท่อมถือมีความผิดตามกฎหมาย เมื่อเปรียบเทียบกับกฎหมายต่างประเทศแล้ว กฎหมายไทยปิดโอกาสในการนำพืชกระท่อมมาใช้ประโยชน์ในด้านต่างๆ โดยเฉพาะการใช้เพื่อประโยชน์ต่อสุขภาพหรือบำบัดรักษาโรค ซึ่งแตกต่างจากกฎหมายของต่างประเทศที่เปิดช่องให้นำพืชกระท่อมมาใช้ประโยชน์ได้มากกว่า ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การควบคุมพืชกระท่อมในประเทศต่างๆ (3)

ประเทศ	สถานะพืชกระท่อม	ผลการควบคุม
มาเลเซีย	วัตถุเสพติดในบัญชี 1 (First Schedule) กลุ่มเดียวกันสารนิโคตินในใบยาสูบตาม Poison Act 1952	อนุญาตให้นำใบกระท่อมไปใช้ในการรักษาโรค หรือเพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์ได้
สหรัฐอเมริกา	ไม่เป็นยาเสพติด เฉพาะบางมลรัฐกำหนดให้พืชกระท่อมเป็นยาเสพติด	เป็น Herbal supplement และ traditional prescription opioids
ออสเตรเลีย	ไม่สามารถปลูก นำเข้าจำหน่ายหรือครอบครอง ใบกระท่อมหรือผลิตภัณฑ์จากใบกระท่อมตาม Therapeutic Goods Act 1989	สามารถศึกษาและวิจัยในทางการแพทย์ ทางวิทยาศาสตร์หรือใช้ในการเรียนการสอนได้
นิวซีแลนด์	ไม่ได้เป็นยาเสพติด Medicines Act 1981	เป็นยาตามบัญชี 1 ประเภทยาที่ต้องมีใบสั่ง (Prescription Medicine)
ไทย	เป็นยาเสพติดให้โทษ ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522	ไม่สามารถใช้ประโยชน์หรือนำมารักษาโรค

การห้ามครอบครองใบกระท่อมส่งผลกระทบต่อการทำวิจัยทางการแพทย์ การหาวัตถุดิบและสารออกฤทธิ์ในการศึกษามีความยากลำบาก ขณะเดียวกันก็พบว่านักวิจัยญี่ปุ่นได้จดทะเบียนรับสิทธิบัตรจำนวน 3 สิทธิบัตรครอบคลุมอนุพันธ์จากสารสกัดใบกระท่อม คือ สาร Mitragynine และ 7-Hydroxymitragynine (7)

เมื่อประเทศไทยออกพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ.2562 มีสาระสำคัญเพื่อเปิดโอกาสให้สามารถนำกัญชาและพืชกระท่อมไปทำการศึกษาวิจัยเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ และใช้ในการรักษาโรคภายใต้การดูแลและควบคุมของแพทย์ (8) และการออกพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 8) พ.ศ.2564 (9) ยกเลิกพืชกระท่อมออกจากการเป็นยาเสพติดให้โทษ น่าจะส่งผลดีต่อการใช้ประโยชน์พืชกระท่อมได้มากขึ้น เพื่อให้สอดคล้องกับหลักสากลและบริบทของสังคมไทย เพราะในบางพื้นที่มีการบริโภคพืชกระท่อม ตามวิถีชาวบ้าน เช่น การเคี้ยวใบสดโดยอย่างยิ่งในพื้นที่ภาคใต้ ทั้งนี้ในประเทศภูมิภาคอาเซียนไม่ได้กำหนดให้พืชกระท่อมเป็นยาเสพติดให้โทษแต่อย่างใด (1)

นับตั้งแต่การออกพระราชบัญญัติพืชกระท่อม พ.ศ.2486 ซึ่งเริ่มกำหนดให้พืชกระท่อมเป็นยาเสพติด จนกระทั่งการออกพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 8) พ.ศ.2564 ยกเลิกพืชกระท่อมจากยาเสพติด นับถึงปัจจุบันเป็นเวลา 78 ปี ที่ประเทศไทยเสียโอกาสในการนำพืชกระท่อมมาใช้เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ หากย้อนไปดูตำรับยาที่มีพืชกระท่อมเป็นส่วนประกอบตามภูมิปัญญาพื้นบ้านจำนวน 3 ตำรายา ประกอบด้วย

1. คัมภีร์แพทย์ไทยแผนโบราณขุนโสภิตบรรณลักษณะ มีตำรับยาที่มีพืชกระท่อมเป็นส่วนประกอบได้แก่ ยาหนุมาน จองถนนปิดสมุทร ยาแก้บิดลงเป็นเลือด ยาแก้บิดหัวลูก ยาประสะภาพแดง ยาประสะกระท่อม ยาทำให้อดฝิ่น
2. ประมวลตำรับยาโรคยาศาล วัดป่ากุดฉนวนอุทุมพร ตำรับที่มีพืชกระท่อมเป็นส่วนประกอบคือ ยาเหลืองกระท่อม
3. ประมวลศิลาจารึกตำรับยาวัตรราชโอรสาราม ในประมวลศิลาจารึกว่าดวงริดสีดวง บิด เลือดเน่า ศิลาจารึกแผ่นที่ 28 มีตำรับยาที่มีพืชกระท่อมเป็นส่วนประกอบคือ ยาแก้บิดลงเลือด (10) หากมองในแง่มุมมองของการแพทย์แผนปัจจุบันก็พบว่าพืชกระท่อมเป็นแหล่งของสารออกฤทธิ์หลายชนิด เช่น แอลคาลอยด์ ฟลาโวนอยด์ ไตรเทอร์ปีน เฟนิลโพรพานอยด์ แอลคาลอยด์ที่พบมากที่สุดในใบกระท่อม คือ มิตรากัยนีน ซึ่งมีคุณสมบัติจับกับตัวรับ (receptor) หลายชนิด เช่น opioid serotonin, adrenergic เป็นต้น ทำให้มีคุณสมบัติทางเภสัชวิทยาในการแก้ปวด แก้ไอ แก้ท้องเสีย ลดการหลั่งของกรด คลายกล้ามเนื้อ ลดการบีบตัวของลำไส้ ลดความอยากอาหาร แก้อักเสบ (11)

ขณะเดียวกันมีความพยายามในการเสนอร่างพระราชบัญญัติพืชยา กัญชา กระท่อม พ.ศ..... เข้าสู่การพิจารณาของรัฐสภา (12) จากเครือข่ายภาคประชาชนไม่ว่าจะเป็น ศูนย์วิชาการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา (กพย.) คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา เป็นต้น เพื่อต้องการส่งเสริมสนับสนุนการนำกระท่อมและพืชยาอื่นๆ มาใช้ในการศึกษาวิจัย การใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ สุขภาพ การใช้ตามวิถีชุมชน และธรรมนูญชุมชน การสร้างความมั่นคงทางยาของประเทศ ตลอดจนระบบเศรษฐกิจให้เกิดการนำทรัพยากรในประเทศมาใช้ให้เกิดประโยชน์อย่างจริงจัง ทั้งนี้หากสามารถออกกฎหมายว่าด้วย พืชยา กัญชา กระท่อม ออกมาบังคับได้จริง ก็จะเป็นจุดเปลี่ยนอีกครั้งของระบบการควบคุมและการใช้ประโยชน์จากพืชที่ถูกมองว่าเป็นภัยร้าย ให้กลับมาามีคุณค่าต่อชีวิตมนุษย์

ก่อนจะมาเป็นเรื่องเล่า

ภญ.นัทธินี วัฒนวรราชันตี¹

พูดถึงเภสัชกร คนส่วนใหญ่มักนึกถึงคนจ่ายยาที่โรงพยาบาล หรือคนขายยาที่ร้านขายยา แต่มีน้อยคนนักที่จะรู้ว่าเภสัชกรบางคนทำงานแบบสายลับและตรวจจับแบบตำรวจ งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นอาหาร ยา เครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์ วัตถุอันตราย ฯลฯ จนไปถึงงานตรวจจับสถานพยาบาลเถื่อน หมอเถื่อน ล้วนแล้วเป็นงานของพนักงานเจ้าหน้าที่เภสัชกรที่รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภค การทำงานด้านนี้จึงเป็นเรื่องยากที่เภสัชกรที่สำเร็จด้านยาเป็นส่วนใหญ่ ต้องมาดำเนินคดี ขึ้นโรงขึ้นศาล เกิดความเครียดและท้อแท้ได้ง่าย มีเรื่องราวทั้งรอยยิ้มและน้ำตามากมาย แต่ด้วยความรักในวิชาชีพ และความรักในงานคุ้มครองผู้บริโภค จึงเป็นหัวใจสำคัญของคนทำงานคุ้มครองผู้บริโภค

ทำไมต้องเรื่องเล่าเหล่าเภสัชกร คบส. เนื่องด้วยสมัยก่อนมีการอบรมการเขียนเรื่องเล่าของแพทย์ พยาบาล เภสัชกรที่ทำงานอยู่ในโรงพยาบาล นำทีมอบรมโดย**อาจารย์โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์** (อดีตผู้อำนวยการสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ) ซึ่งเป็นเรื่องราวที่ต่างจากหนังสือทั่วไป เป็นหนังสือที่เขียนเรื่องการทำงานของคนทำงานทางการแพทย์ในโรงพยาบาลที่พบปะเรื่องราว คนไข้ คนร่วมงาน มีทั้งความสุข และความทุกข์ของการสูญเสียสิ่งที่อาจารย์โกมาตรนำมาสู่การเขียนของทีมงานโรงพยาบาลไม่ใช่เพียงแค่ถ่ายทอดให้คนอ่านรับรู้และซึ่งใจประทับใจเท่านั้น แต่ส่วนสำคัญของเรื่องเล่าคือการเยียวยาหัวใจของผู้เขียนเอง **เรื่องเล่าทางการแพทย์และการเยียวยา (narrative medicine)** ซึ่งข้าพเจ้าได้ฟังจากคำบอกเล่าของพี่สนิทท่านหนึ่งที่เคยอบรมและร่วมเป็นทีมผู้ช่วยอาจารย์ ทำให้ข้าพเจ้าอยากเข้าร่วมอบรม อยากฟัง และอยากให้ทีมเภสัชกรคบส.ได้เรียนรู้และเขียนหนังสือกับเขาบ้าง แต่ด้วยการทำงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจึงไม่มีโอกาสได้เข้าร่วมอบรมเนื่องด้วยกลุ่มเป้าหมายมุ่งเน้นเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล ในเมื่อไม่สามารถเข้าร่วมอบรมได้ก็เลือกที่จะจัดอบรมเอง เรื่องเล่าเหล่าเภสัชกร (คบส) ครั้งแรกจึงเริ่มเกิดขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2556 ด้วยข้าพเจ้ามีกัลยามิตรเป็นนักทำหนังสือและรู้จักนักเขียนหลายท่าน สำนักพิมพ์วงกลมได้ประสานติดต่อนักเขียนระดับรางวัลซีไรต์ คุณบินหลา สันกาลาศีรี เป็นวิทยากรคนแรกของเหล่าเภสัชกรจังหวัดเชียงใหม่ ทำให้การอบรมครั้งแรกเป็นที่ตื่นเต้นที่ได้กระทบไหล่กับนักเขียน รุ่นใหญ่ ที่มาเล่าประสบการณ์ เทคนิคการเขียน ทำให้นึกอยากเล่าที่ไม่เคยเขียนหนังสือแบบเรื่องเล่ามาก่อนสามารถเขียนออกมาเป็นรูปเล่มได้ ในชื่อ “สินค้าจอมวายร้าย คนขายจอมหลอกลวง”

¹ เภสัชกรชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

ต่อมาในปี พ.ศ. 2557 ยังไม่สามารถติดต่อ อาจารย์โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ มาเป็นวิทยากรได้แต่ด้วยความช่วยเหลือจาก **เภสัชกรพรพิมล ศักดิ์สูง** โรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย ผู้ผ่านการอบรมและร่วมเป็นวิทยากรผู้ช่วยที่งานอาจารย์โกมาตร มาช่วยถ่ายทอดส่งต่อเรื่องราวการเขียนแบบ Narrative medicine เรื่องเล่าเล่มที่ 2 “สินค้าจอมวายร้าย คนขายจอมหลอกลวง ภาค 2 ” ก็ได้ตีพิมพ์ในเวลาต่อมา

ในปี พ.ศ. 2558 มีการประชุมโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน HA ที่อิมแพ็ค อารีน่า ซึ่งมีการบรรยายเรื่องเล่าและงานบันเทิงใจ ของอาจารย์โกมาตร ข้าพเจ้าไม่รอช้ากลางงานและหาบัตรเข้าร่วมประชุมซึ่งได้กัลยามิตรท่านเดิมแนะนำข้าพเจ้าได้รู้จักอาจารย์ ข้าพเจ้าได้มีโอกาสเล่าถึงงานของเภสัชกร คบส.และขอเชิญท่านเป็นวิทยากรพร้อมคำสัญญาว่าจะมีการอบรมเภสัชกรคุ้มครองผู้บริโภคทั่วประเทศขึ้น ซึ่งในตอนนั้นยังไม่มียงบประมาณใดๆ ท่านยินดีและให้เบอร์ติดต่อเลขหาไว้ให้ข้าพเจ้า และต้องขอขอบคุณสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ที่เห็นความสำคัญและสนับสนุนงบประมาณ ทำให้เภสัชกรคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพทั่วประเทศกลุ่มเล็กๆ 30 คนได้มีโอกาสเข้าร่วมอบรมกับอาจารย์โกมาตร และทีมงาน สำนักงานวิจัยสังคมและสุขภาพ ได้เรียนรู้แนวทางการเขียน และได้เล่าเรื่องราวประสบการณ์การทำงานคุ้มครองผู้บริโภคเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการทำงาน มีทั้งเรื่องประทับใจ ท้อใจ และความหวาดหวั่นการถูกฟ้องกลับ ทำให้บรรยากาศของการอบรมทั้งผู้อบรมและผู้สอนสนุกไปด้วยกัน อาจารย์โกมาตรถึงกับพูดว่า “เภสัชกรทำงานแบบนี้ด้วยเหรอ” เรื่องเล่า เล่มที่ 3 “ล้อมวงเล่า” ก็ได้จัดพิมพ์ขึ้นในปี พ.ศ. 2558

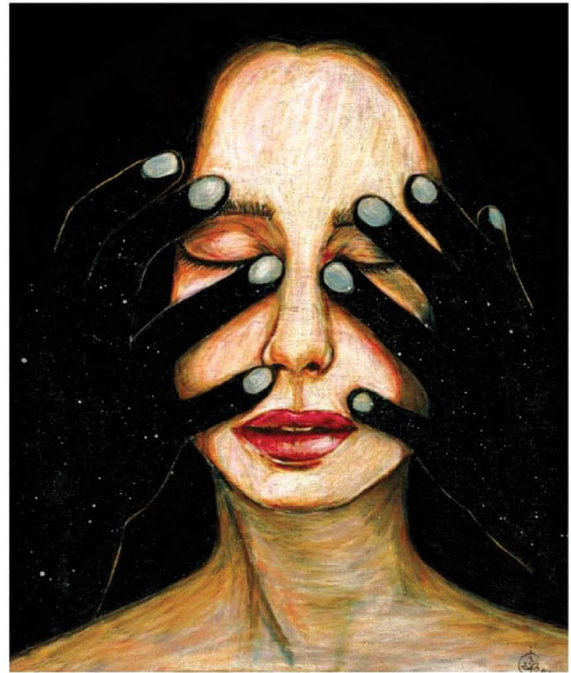
แม้ว่าอาจารย์โกมาตร จะเกษียณอายุราชการไปแล้ว แต่ได้ส่งไม้ต่อแนวทางการเขียนเรื่องเล่า “เรื่องเล่าทางการแพทย์และการเยียวยา หรือ Narrative Medicine” ดร. บุษบงก์ วิเศษพลชัย วิทยากรหลัก การเขียนเรื่องเล่าทางการแพทย์ จึงยังคงดำเนินต่อไป

“ล้อมวงเล่า เหล่าเภสัชกร(คบส.)” เป็นเล่มที่ 4 ผลงานของเภสัชกรคบส. ทั้งคลื่นลูกเก่าและลูกใหม่ ร่วมกันเขียนในเล่มนี้ ซึ่งได้รับเกียรติจาก **ดร. บุษบงก์ วิเศษพลชัย** เป็นวิทยากรหลัก และจัดพิมพ์เสร็จเมื่อปลายเดือนพฤษภาคม 2564 พร้อมกับลงในเว็บไซต์ “วารสารคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ”นี้ ท่านที่สนใจอ่านสามารถดาวน์โหลด QR Code เปิดอ่านเป็นรูปแบบ file pdf. หรือสนใจอ่านเป็นรูปเล่มได้ที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ

ขอขอบคุณผู้มีส่วนร่วมในการเขียนเรื่องเล่าเล่มนี้และเล่มอื่นๆที่ผ่านมา จะทยอยให้ท่านได้อ่าน และยังคงมีเรื่องเล่าอีกมากมาย ที่เภสัชกรอีกหลายท่านที่กำลังคิด อยากเขียน “เรื่องเล่า” ขอขอบคุณที่อ่าน และ สนใจเรื่องราว “เภสัชกร คบส.”



ชาว คบส. ในที่นี้คือ กลุ่มเภสัชกรที่ทำงานคุ้มครองผู้บริโภค
เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ
รวมถึงงานด้านเภสัชสาธารณสุข



ล้ามวงเล่า

เหล่าเภสัชกร (คบส.)



Download

ล้ามวงเล่า

เหล่าเภสัชกร (คบส.)