



ISSN: 2773-8647 (Online)



วารสาร

การคุ้มครองผู้บริโภค ด้านสุขภาพ (Online)

JOURNAL OF HEALTH CONSUMER PROTECTION (Online)

ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2565 Vol.2 No.1 January - June 2022

ชมรมเภสัชสาธารณสุขจังหวัดแห่งประเทศไทย



ที่ปรึกษา

เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา

นายกสภาเภสัชกรรม

นายกสมาคมเภสัชสาธารณสุขจังหวัดแห่งประเทศไทย

บรรณาธิการที่ปรึกษา

รศ.ดร.ภญ.วรรณภา ศรีวิริยานุภาพ

ผศ.ดร.ภญ.สุนทรี ท.ชัยสัมฤทธิ์โชค

ภก.บรรเจิด เตชะศิลปชัยกุล

ผู้อำนวยการวิทยาลัยคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพแห่งประเทศไทย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อดีตที่ปรึกษาระดับกระทรวงสาธารณสุข นักวิชาการอาหารและยาทรงคุณวุฒิ

บรรณาธิการอำนวยการ

ภก.กฤษ โชติการณ

ประธานชมรมเภสัชสาธารณสุขจังหวัดแห่งประเทศไทย

กองบรรณาธิการ

รศ.ดร.ภญ.ชื่นจิตร กองแก้ว

ดร.ภก.ศักดิ์สิทธิ์ ศรีภา

ผศ.ดร.ภญ.เพ็ญกาญจน์ กาญจนรัตน์

รศ.ดร.ภก.สุรศักดิ์ ไชยสงค์

ผศ.ดร.ภก.กานพพงศ์ พุทธิรักษ์

ผศ.ดร.ภก.บุญส่ง หวังสินทวีกุล

ดร.ภก.ภควดี ศรีภิรมย์

ดร.ภญ.สรียา เวชวิฐาน

ดร.สาตี อินทร์เจริญ

ภก.กานุโชติ ทองยัง

ภญ.มัลลิกา สุกพล

ภก.สุภณัย ประเสริฐสุข

ภญ.วนิษา สุประดิษฐอาภรณ์

ภญ.อังศุรัตน์ ยิ้มละมัย

ภญ.น้ำทิพย์ มุมมาลา

ภญ.นันทินี วัฒนวรานันต์

ภก.ราชัน คงชุม

ภก.วันชัย นนทกิจไพศาล

ภญ.ฐิติพร อินสร

มหาวิทยาลัยนเรศวร

บรรณาธิการ

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

มหาวิทยาลัยสารคาม

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ



ผู้กลั่นกรองและประเมินบทความวิจัย (Peer review)

ภก.ประสพ ลิ้มตุลย์

ผศ.ดร.ภญ.ณัฐฐิญา คำผล

ผศ.ดร.ภญ.นันทวรรณ กิติกรรณารณ

ผศ.ดร.อารีย์ บุตรสอน

ดร.ภญ.ภัทรวดี ศรีคุณ

ดร.อนุวัฒน์ วัฒนพิชญากุล

ภก.ชัยวัฒน์ สิงห์หิรัญนุสรณ์

ภญ.กนกพร ชนะคำ

ภญ.มัลลิกา สุปล

ภญ.กนกพร ธีรมณีนสิน

ข้าราชการบำนาญ

มหาวิทยาลัยศิลปากร

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

มหาวิทยาลัยบูรพา

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น



บทบรรณาธิการ

วารสารวิชาการฉบับนี้ คือฉบับที่ 1 ปีที่ 2 รวมแล้วก็ถือว่าเป็นฉบับที่ 3 ของทีมงานชมรมเภสัชสาธารณสุขจังหวัดแห่งประเทศไทย ที่ยังคงมีความตั้งใจอย่างแน่วแน่ ในการพัฒนาคุณภาพงานวิชาการ งานวิจัย สารสนเทศต่าง ๆ จากการทำงานด้านคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อเป็นแนวทางในการทำงานให้กับผู้อ่านได้อย่างมีแท้จริง วารสารของเราเป็นวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ จัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นสื่อกลางและเป็นเวทีทางวิชาการ ในการเผยแพร่ผลการทำของนักวิชาการ ภาครัฐ องค์กรเอกชน และประชาชน รับผิดชอบต่อคุณภาพในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ภายในเล่มได้รับการประสานความร่วมมือจากเภสัชกรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นคอลัมนิสต์ เนื้อหาในฉบับนี้ยังคงมีความเข้มข้นและมุ่งเน้นเนื้อหาสาระของบทความที่เป็นปัจจุบัน ประกอบไปด้วยเนื้อหาหลัก 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 บทเรียนการทำงาน (Lesson Learned) เรื่อง บทเรียนการบังคับใช้กฎหมายจัดการปัญหาที่ไม่เหมาะสมระดับพื้นที่ : พวกแมวเก้าชีวิตต้องร่วมกันตะลุมบอนให้จอดสนิท ส่วนที่ 2 บทความวิชาการ (Academic Article) เรื่อง ข้อกฎหมายที่ใช้ในการตรวจสอบสถานที่ผลิต สถานที่จำหน่ายเครื่องสำอางและสถานเสริมความงาม ส่วนที่ 3 บทความวิจัย (Research Article) จำนวน 8 เรื่อง ส่วนที่ 4 เกร็ดกฎหมาย (Law Anecdote) เรื่อง การวิเคราะห์ประมวลกฎหมายอาญาเพื่อใช้ในการปราบปรามผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ ส่วนที่ 5 เรื่องเล่าชาวฟาร์ (Narrative pharmacy) จำนวน 3 เรื่อง ได้แก่ เรื่อง น้ำปลา น้ำตา เรื่อง หากเจอกันครั้งที่ 3 ฉันคงต้องเพิ่มน้ำหนัก และเรื่อง ...แหมมนี้ว...

หวังเป็นอย่างยิ่งว่าวารสารที่ทางทีมงานของเราได้จัดทำขึ้นด้วยความมุ่งมั่นตั้งใจครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อพี่น้องชาวคุ้มครองผู้บริโภค และเรายังคงยึดมั่นที่จะคัดสรรเนื้อหาผลงานทางวิชาการที่เป็นปัจจุบันและเป็นประโยชน์ต่อท่านผู้อ่านทุกท่านอย่างเต็มที่ในฉบับต่อไป

เภสัชกรฤช โชติการณ์

ประธานชมรมเภสัชสาธารณสุขจังหวัดแห่งประเทศไทย



วารสาร

การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (Online)

JOURNAL OF HEALTH CONSUMER PROTECTION (Online)
ชมรมเภสัชสาธารณสุขจังหวัดแห่งประเทศไทย

ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2565 Vol.2 No.1 January - June 2022

บทบรรณาธิการ (Editorial Note)

กฤษฎา โชติการณ

บทเรียนการทำงาน (Lesson Learned)

บทเรียนการบังคับใช้กฎหมายจัดการปัญหาไม่เหมาะสมระดับพื้นที่ :
พวกแกวเก่าชีวิตต้องร่วมกันตะลุมให้จวดสนิท

1-6

สุภณัย ประเสริฐสุข

บทความวิชาการ (Review Article)

จังกฎหมายที่ใช้ในการตรวจสอบสถานที่ผลิต สถานที่จำหน่ายเครื่องสำอาง
และสถานเสริมความงาม

7-12

ศินลิน ดันสุขโกศล

บทความวิจัย (Research Article)

การประเมินผลการพัฒนางานกำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพก่อนออกสู่ตลาด
ของศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จจังหวัดเชียงใหม่
สู่ความเป็นเลิศโดยประยุกต์ใช้แนวทางของศาสตร์พระราชา

13-32

Evaluation for continuous improvement of Pre-marketing Control
of Chiang Mai One Stop Service Center towards
the Excellence by Applying the King's Philosophy Guideline.

จันทนา วิสุทธิกุล, ประวิทย์ สุวรรณ, นันทนา วงศ์พรหม, วรณพร ทิพย์ภาติลล

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
ในชุมชนเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพยุหะ

33-43

The System development of Rational Drug Use Community
Stewardship Program in Phayu District.

ภาสกรณ โพธิ์ศรี

พฤติกรรมการใช้ยารักษาตนเองใน 3 กลุ่มโรคของประชาชน
ตำบลคลีกล้วย อำเภอสีลาลาด จังหวัดศรีสะเกษ

44-61

Buying behavior for self-medication in 3 disease groups among people living in
Klee Kling Subdistrict, Silalad District, Sisaket Province.

สมจิต อธิพงษ์

ความรู้ ทัศนคติ และการพฤติกรรมในการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนที่มาใช้บริการ
แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีรัตน: อำเภอศรีรัตน จังหวัดศรีสะเกษ

62-70

Knowledge attitudes and practices regarding antibiotics use
in outpatient department at Sirattana Hospital.

ปรีชา อินทร์พงศ์



วารสาร

การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (Online)

JOURNAL OF HEALTH CONSUMER PROTECTION (Online)

ชมรมเภสัชสาธารณสุขจังหวัดแห่งประเทศไทย

ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2565 Vol.2 No.1 January - June 2022

บทความวิจัย (Research Article)

**ผลของนวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วยเอ็นไขว้ข้อไหล่ฉีกขาดต่อการลดความปวดหลังผ่าตัด
แผนกออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพรตราชธานี** 71-82

The effect of innovation in the care of shoulder ligament torn patients
on pain reduction after surgery in the orthopedic department
Nopparat Ratchathani Hospital.

ยสวันต์ กะระโสมณ, กุลวรี รักษ์เรืองนาม

การพัฒนาระบบเฝ้าระวังอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค 83-99
(Adverse Events Following Immunization: AEFI)

ประกาย หมายมั่น

รูปแบบการจ่ายยาแบบใหม่ที่บ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขตเทศบาลตำบลบึงบอระเพ็ด 100-112
อำเภอบึงบอระเพ็ด จังหวัดศรีสะเกษ ช่วงการระบาดโรคติดเชื้อ COVID-19

New dispensing model at Patients' Houses with Chronic diseases in Buengboon Municipality,
Buengboon District, Sisaket Province during the COVID-19 pandemic.

คเชนทร์ ชนะชัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด 113-129
ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลน้ำเกลี้ยง จังหวัดศรีสะเกษ

Factors related to Warfarin adherence among patients
in Numkling Hospital, Sisaket province.

มนชญา ลักขมีพิเชษฐ์

เกร็ดกฎหมาย (Law Anecdote)

การวิเคราะห์ประมวลกฎหมายอาญา เพื่อใช้ในการปราบปราม 130-134
ผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ

อดุลย์ ลาภะแนน

เรื่องเล่าชาวฟาร์ (Narrative Pharmacy)

น้ำปลา น้ำตา 135-137
กฤษฎา โชติการณ

...แหม่นนี้... 138-140
วิไลวรรณ สาครินทร์

หากเจอกันครั้งที่ 3 อันคงต้องเพิ่มน้ำหนัก 141-143
มิ่งขวัญ ธนเศรษฐกร

บทเรียนการบังคับใช้กฎหมายจัดการปัญหาไม่เหมาะสมระดับพื้นที่ : พวกแมวเก้าชีวิตต้องร่วมกันตะลุมบอนให้จอดสนิท

ภก.สุภณีย์ ประเสริฐสุข

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู

เครือข่ายจัดการปัญหาสแตมป์ยาเสพติดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ช่วงกลางเดือนกุมภาพันธ์ 2565 มีเหตุการณ์เล็ก ๆ เกิดขึ้นและส่งต่อกันอย่างกว้างขวางของคน ที่ทำงานจัดการปัญหาไม่เหมาะสมในพื้นที่ เนื่องจากการเผยแพร่ข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เชียงใหม่ว่า มีการตรวจพบสแตมป์ยาเสพติดในเครื่องดื่มสมุนไพร ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจริงในพื้นที่ต่าง ๆ ว่ามี การจำหน่ายอย่างแพร่หลายผ่านการกระจายและการโฆษณาที่เป็นเท็จ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพในการรักษาโรค เรื้อรังต่าง ๆ ทางสถานียาและเครือข่ายเคเบิลทีวี โดยข้อเท็จจริงซึ่งตรวจสอบในภายหลังพบว่าผลิตภัณฑ์ ดังกล่าวมีการปลอมปนสแตมป์ยาเสพติดลงในผลิตภัณฑ์ โดยที่สรรพคุณที่แท้จริงก็ไม่ได้ได้รับการอนุญาตจากสำนักงาน คณะกรรมการอาหารและยา ซึ่งได้กลายเป็นการซ้ำเติมและขยายวงของปัญหาให้กว้างและลึกมากยิ่งขึ้น

ขณะที่ปัจจุบันข้อมูลจากการเฝ้าระวังพบว่าการปลอมปนสแตมป์ยาเสพติดลงในครีมและเครื่องสำอาง จำนวนมาก โดยเฉพาะเครื่องสำอางที่ไม่มีฉลาก หรือแม้กระทั่งเครื่องสำอางที่มีฉลากและมีการจดแจ้งครบถ้วน ถูกต้องพบว่าเมื่อนำไปตรวจสอบการปลอมปนสแตมป์ยา¹ ก็พบการปลอมปนสแตมป์ยาอยู่ด้วยเสมอ เพื่อให้เห็นผลเร็วชัดเจนและสามารถโฆษณาประชาสัมพันธ์ได้ว่าครีมหรือผลิตภัณฑ์ของตนนั้นดีจริง ซึ่งช่วยเพิ่มยอดขายทางการตลาดได้มากยิ่งขึ้น

ปัจจุบันช่องทางการจำหน่ายสินค้าเหล่านี้เปิดกว้างและใกล้ชิดผู้บริโภคมากยิ่งขึ้น ไม่ว่าจะเป็น การไปรับบริการจากคลินิกเสริมความงาม ที่แบ่งบรรจุครีมและในบางครั้งก็ไม่มีแพทย์มาทำหน้าที่ตรวจ การจำหน่ายผ่านสื่อสังคมออนไลน์ซึ่งโฆษณาหน้าด้วยกลยุทธ์ทางการตลาดต่าง ๆ การโฆษณาทางสื่อโทรทัศน์ ดาวเทียม อินเทอร์เน็ต ช็อปปิงออนไลน์ต่าง ๆ



ภาพที่แสดงกรณีศึกษาของพื้นที่หนึ่งใน จ.แพร่ ที่มีการส่งต่อข้อมูลการเฝ้าระวังอย่างเป็นระบบจนสามารถดำเนินการจัดการปัญหาลดการขายยา ในพื้นที่

* ประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่อง ชนิดของยา เภสัชเคมีภัณฑ์ เกลือของเภสัชเคมีภัณฑ์ และเภสัชเคมีภัณฑ์กึ่งสำเร็จรูปที่ผู้นำ เข้ามาในราชอาณาจักรต้องได้รับความเห็นชอบเป็นหนังสือจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา



แม้ว่าจะมีกฎหมายและหลักเกณฑ์ต่าง ๆ ในการควบคุมกำกับการและจัดการปัญหาการนำสเตียรอยด์ไปใช้ในทางที่ไม่เหมาะสมแต่ก็พบปัญหาตลอดการเลื่อนไหลของสเตียรอยด์การศึกษาของดวงทิพย์และคณะเมื่อปี 2540 ได้ระบุว่าผู้ผลิตนำเข้ามีการแสดงรายงานการผลิตนำเข้าต่อสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาต่ำกว่าปริมาณที่เป็นจริงร้อยละ 22.2 มีการกระจายให้แก่ร้านขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ (ขย.2) ร้อยละ 15.08 ร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ขย.1) มีการขายยาสเตียรอยด์โดยไม่มีใบสั่งแพทย์ถึงร้อยละ 57.7-77.3 ขณะที่ร้านขายยาประเภท 2 ซึ่งไม่สามารถขายยาสเตียรอยด์ได้นั้นพบว่าการขายยาดังกล่าวถึงร้อยละ 15.2-48.3 และมีลักษณะที่คล้ายกันในพื้นที่ของกรุงเทพมหานคร²

ในหลายพื้นที่พบว่ามีการร้องเรียนของประชาชน ทักขออนของผู้ประกอบวิชาชีพ ทั้งทางตรงและทางอ้อม ในการขายสเตียรอยด์โดยตรงและการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ที่มีการปลอมปนสเตียรอยด์ โดยพบว่าข้อมูลในการดำเนินคดีด้านยาของพนักงานเจ้าหน้าที่ในร้านขายยานั้นพบน้อยมาก³ เนื่องจากลักษณะงานบังคับใช้กฎหมายนั้นมีความเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้อง ขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ข้อจำกัดเรื่องกำลังคนและนโยบายของพื้นที่⁴ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การบังคับใช้กฎหมายขาดประสิทธิภาพ บทเรียนการทำงานหนึ่งสำหรับพนักงานเจ้าหน้าที่ในการบังคับใช้กฎหมาย

แนวทางการจัดการปัญหาโดยการบังคับใช้

กฎหมาย

ข้อมูลจากอดีตจะพบว่าพนักงานเจ้าหน้าที่/ผู้ปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคในระดับพื้นที่มีการเฝ้าระวัง และดำเนินการตามกฎหมายกับรถเร่ขายยาเพื่อระงับเหตุและจัดการปัญหาการกระจายยาเข้าไปในพื้นที่มาโดยตลอด โดยข้อมูลจากพื้นที่ดำเนินการคือผลตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์ซึ่งพบว่าการปลอมปนสเตียรอยด์และบันทึกข้อมูลจากชาวบ้านว่าซื้อยาดังกล่าวมาจากรถเร่ขายยาที่เข้ามาในหมู่บ้านซึ่งเมื่อจังหวัดต้นทางแหล่งผลิตเข้าไปตรวจสอบและนำตัวอย่างยาไปตรวจวิเคราะห์มักจะพบว่าสถานที่ผลิตนั้น ๆ มียาที่มีการปลอมปนสเตียรอยด์จึงเป็นเหตุให้จังหวัดที่มีแหล่งผลิตยังไม่สามารถดำเนินการใด ๆ ในเชิงการป้องปรามได้

ปัญหาที่สำคัญและเป็นจุดวิกฤตในระบบการเลื่อนไหลของสเตียรอยด์ที่มีการนำไปใช้ที่ไม่เหมาะสม คือ การเชื่อมและส่งต่อข้อมูลการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพรวดเร็วและไร้รอยต่อ ผู้ศึกษาพบว่า การดำเนินการบังคับใช้กฎหมายในพื้นที่เกิดเหตุอย่างครบถ้วน จะส่งผลในการดำเนินการในระดับต่อไปมีความสมบูรณ์และได้ผลในเชิงการบังคับใช้กฎหมายที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ดังนั้นพื้นที่เกิดเหตุทุกพื้นที่ จึงควรดำเนินการภายใต้แนวคิดนี้ร่วมกัน “เหตุเกิดที่ไหน พื้นที่นั้นดำเนินการก่อน” โดยมีแนวทางปฏิบัติงานและบังคับใช้กฎหมายดังต่อไปนี้

² ดวงทิพย์ หงส์สมุทร(๒๕๔๐) ปัญหาและแนวทางการพัฒนาการเฝ้าระวังสถานที่และผลิตภัณฑ์: กรณีศึกษาการแพร่ระบาดของยามีสเตียรอยด์. บทปริทัศน์: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา



ขั้นตอนที่ 1. เมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ในพื้นที่พบเห็นร้านขายของชำขายยาแผนโบราณ, พบเจอรถเร่ขายยา, การโฆษณาโอ้อวดสรรพคุณยาให้ดำเนินการ (หรือประสานงานกับ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพื้นที่) และดำเนินการดังต่อไปนี้

1.1. ใช้ชุดตรวจสอบสเตียรอยด์เบื้องต้นอย่างง่าย (Steroid Kit Test) ตรวจสอบการปลอมปนสเตียรอยด์ในผลิตภัณฑ์ก่อนพร้อมบันทึกข้อมูลและภาพถ่ายให้ครบถ้วน

1.2. จัดทำบันทึกคำให้การ:

กรณีผู้ขาย: ให้ระบุพฤติการณ์ (ใคร ทำอะไร ที่ไหน เมื่อไหร่ อย่างไร) ว่าใครเป็นผู้ขาย, เกี่ยวข้องกับบริษัทอย่างไร โดยระบุทะเบียนรถและพฤติกรรมการขายประกอบด้วย เช่น เร่ขายอย่างไร ราคาเท่าไร ผลตรวจเบื้องต้น รวมถึงแหล่งที่มาของยาและการยอมรับสารภาพ

กรณีผู้ซื้อ/พยาน: ให้ระบุพฤติการณ์ว่าซื้อจากใคร ราคาเท่าไร รถทะเบียนอะไร

1.3. เก็บตัวอย่างพร้อมบันทึกเก็บตัวอย่างยาเพื่อส่งตรวจวิเคราะห์ โดยยาที่มีขนาด 750 ซีซี ให้เก็บจำนวน 6 ขวด กรณีมีขนาดน้อยกว่า 750 ซีซี ให้เก็บจำนวน 12 ขวด

1.4. ตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับการอนุญาต: ใบอนุญาตผลิต ใบอนุญาตโฆษณา เลขทะเบียนตำรับยา (ตรวจสอบความถูกต้องได้จาก Website สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา) และประเภทของยา

1.5. เก็บหลักฐานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ภาพถ่ายพื้นที่ ภาพผู้ต้องสงสัย ภาพทะเบียนรถ

สภาพร้านค้า เทป /วัสดุเสียง บันทึกเสียงโฆษณา

1.6 ดำเนินการประมวลข้อเท็จจริงกับข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้องแล้วแจ้งความกับตำรวจในพื้นที่(ร้องทุกข์กล่าวโทษ) หรือให้คำแนะนำตักเตือนตามความเหมาะสม

ขั้นตอนที่ 2. ส่งเรื่องพร้อมหลักฐานและเอกสารที่เกี่ยวข้องให้สำนักงานสาธารณสุขในพื้นที่รับผิดชอบ เพื่อการขยายผลไปจัดการที่ “ต้นน้ำ”

ขั้นตอนที่ 3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพื้นที่เกิดเหตุเมื่อได้รับแจ้งจากพนักงานเจ้าหน้าที่ระดับอำเภอแล้ว ดำเนินการประสานและแจ้งเรื่องต่อมายังสำนักงานสาธารณสุขซึ่งเป็นที่ตั้งของสถานที่ผลิตนั้น พร้อมสำเนาเรื่องส่งให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาทราบ

ขั้นตอนที่ 4. สำนักงานสาธารณสุขซึ่งเป็นที่ตั้งของสถานที่ผลิตดำเนินการดังต่อไปนี้

4.1. เข้าตรวจสอบผลิตภัณฑ์ ณ แหล่งผลิตว่ามีการปลอมปนหรือไม่ รวมทั้งตรวจสอบความเรียบร้อย

- กรณีพบการกระทำผิดดำเนินการบังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัด

- กรณีไม่พบความผิดปกติ : ดำเนินการขอความร่วมมือให้ส่งมอบข้อมูลการจำหน่ายยา Lot No. ดังกล่าวให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและส่งข้อมูลให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาต่อไป เพื่อรวมและดำเนินการโดยเฉพาะกรณีที่สงสัยว่าเป็นแหล่งกระจายรายใหญ่ ผลกระทบสูง หรือ รายเล็กที่มีความเชื่อมโยง



4.2 กรณีที่เคยเข้าตรวจสอบสถานที่แล้ว และหากพบปัญหาซ้ำ (ไม่พบความผิดปกติในสถานที่ผลิตแต่ยังมีเรื่องร้องเรียนมาอย่างต่อเนื่อง) ให้ป้องปรามและสร้างความตระหนักกับผู้ผลิตและให้ทราบถึงพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ประกอบการอย่างต่อเนื่อง ด้วยวิธีการอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้

- เชิญผู้ประกอบการ (ผู้ผลิต) กรณีข้ามจังหวัด เข้าพบเพื่อชี้แจงข้อเท็จจริง กรณีตรวจพบว่า (ร้านชำ, ร้านค้า, รถเร่ขายยา)

นำยาแผนโบราณมาจำหน่ายในพื้นที่ ซึ่งเป็นเพียงเชิญเรียก พบว่าชี้แจงข้อเท็จจริง ซึ่งไม่จำเป็นต้องดำเนินคดีที่มีฐานความผิดใด ๆ ก็ได้

- มีหนังสือแจ้งสถานการณ์ให้ทราบ หลังจากนั้น ให้มีหนังสือรายงานการดำเนินการทั้งหมด แจ้งทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพื้นที่เกิดเหตุ และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาในด้านใบอนุญาตทราบ

ตารางสรุปข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการในระดับปลายน้ำ (กรณีรถเร่ขายยาและสถานที่ผลิต)

ลำดับ	สถานการณ์	ประเด็น	ข้อกฎหมาย	หลักฐานที่ต้องการ
1	พบเห็นการจำหน่ายยาชุด ในสถานที่ที่ไม่มีใบอนุญาต เช่น ร้านยาค้าปลีก	ผลิต จำหน่าย ยาแผนปัจจุบัน โดยไม่มีใบอนุญาต	มาตรา 12 พ.ร.บ. ยา	- บันทึกการตรวจสถานที่ - บันทึกคำให้การ - บันทึกการยึดยา เก็บตัวอย่างยา
2	พบเห็นการจำหน่ายยาชุด ในร้านขายยา	จำหน่ายยาชุด โดยมีใบอนุญาตขายยา	มาตรา 75 ทวิ พ.ร.บ. ยา	
3	พบการผลิตจำหน่าย ยาแผนโบราณที่ปลอมปนยา สเตียรอยด์ ซึ่งทำโดยโรงงานที่ไม่ได้รับอนุญาต	ผลิต จำหน่ายยา (แผนปัจจุบัน) โดยไม่ได้รับอนุญาต	มาตรา 12 พ.ร.บ. ยา	
4	พบการผลิต จำหน่าย ยาแผนโบราณที่ปนยาสเตียรอยด์ ซึ่งทำโดยโรงงานที่ได้รับอนุญาต ผลิตยาแผนโบราณ	(กรณีไม่มีทะเบียนตำรับ) : ผลิต จำหน่าย ยาที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนตำรับ (กรณีที่มีทะเบียนตำรับ) : ผลิตยาปลอม	มาตรา 72(4) มาตรา 72(1)	- ภาพถ่ายบริเวณเก็บรักษา
5	พบการผลิต จำหน่ายอาหาร (น้ำผลไม้) ที่ปนยาสเตียรอยด์	การผลิต จำหน่ายอาหารไม่บริสุทธิ์	มาตรา 25(1) พ.ร.บ. อาหาร	

* ดวงทิพย์ หงส์สมุทร(๒๕๓๙) ปัญหาและแนวทางการพัฒนาการเฝ้าระวังสถานที่และผลิตภัณฑ์: กรณีศึกษาการแพร่ระบาดของยาเม็ดสเตียรอยด์. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

กรณีปัญหายาชุดที่มีอยู่ในชุมชนนั้น ส่วนหนึ่งของปัญหานั้นต้องให้การแก้ไขทั้งระบบ ให้สเต็มยรอยต์ในระดับต้นน้ำอยู่ให้ถูกที่ถูกทาง ไม่ให้สามารถกระจายให้ประชาชนเลือกซื้อ หรือใช้เองได้โดยไม่ถูกต้อง หรือขาดข้อแนะนำ และข้อบ่งชี้ทางการแพทย์เพราะสเต็มยรอยต์ มีความเป็นพิษสูงและส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เป็นอย่างมาก แต่ขณะเดียวกันการแก้ไขปัญห ความชื่นชอบและยินดีที่จะใช้ยาชุดของชาวบ้านนั้น ก็จำเป็นจะต้องแก้ไขในระดับตัวบุคคลและชุมชน ไปพร้อม ๆ กัน

กล่าวคือ มีการศึกษามากมายในอดีตที่ทำ

การแก้ไขปัญหายาชุด (รวมถึงยาไม่เหมาะสมอื่น ๆ ในชุมชน) ทั้งการหายามาทดแทนยาชุด เช่น โครงการยาดีไถ่ยาเสีย โครงการกองทุนยาประจำ หมู่บ้าน การใช้วิธีนวด หรือใช้เครื่องมืออุปกรณ์ ทางการแพทย์ต่าง ๆ เพื่อช่วยนวดแก้ปวดเมื่อย ทดแทนการใช้ยา การสร้างหลักเกณฑ์ประชาคม หมู่บ้านเพื่อลดปัญหายาชุด รวมไปถึงการบังคับใช้ กฎหมายปราบปรามผู้ขายยาชุดในหมู่บ้าน และเราได้เรียนรู้พร้อมทั้งมีข้อมูลในทาง มานุษยวิทยาและสังคมวิทยาการแพทย์ ถึงความจำเป็นและเหตุผลที่ชาวบ้านเลือกที่จะใช้ ยาชุดเพื่อประทุษชีวิต



อย่างไรก็ดีปัญหาสเต็มยรอยต์ในยาชุด ก็ได้ปรับตัวเองไป ตามการเปลี่ยนแปลงของเวลา การศึกษาของสุภณัย ประเสริฐสุข เรื่องการใช้ยา ในมิติทางสังคมวัฒนธรรมของชุมชนเขตเมือง⁵ ได้เสนอแนวทางการจัดการปัญหายาชุดโดยใช้

มุมมองที่ทำความเข้าใจวัฒนธรรมการใช้ยาภายใต้ ฐานคิดทางวิชาการว่า การผลิตสร้างมายาคติ (Myth) หรือใส่สัญญาณ (Sign) เรื่องความเชย ความไม่ร่วมสมัย (Otherness) ให้ผูกติดยาชุด จะเป็นอีกทางเลือกในการแก้ไขปัญหายาชุด ในกลุ่มคนรุ่นต่อมา

⁵ สุภณัย ประเสริฐสุข , วิบูลย์ วัฒนนามกุล.(๒๕๕๔) การใช้ยาในมิติทางสังคมวัฒนธรรมของชุมชนเขตเมือง. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น;ปีที่ ๗ มค.-เม.ย. ๒๕๕๔:๒๕๕๔



ความเขยและความไม่ร่วมสมัยจะเป็นแรงขับที่สำคัญซึ่งทำให้ยาชุดไม่ได้รับความนิยมสำหรับคนเมืองบางกลุ่ม นอกเหนือจากการที่สามารถเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับอันตรายและโทษของการใช้ยาชุดซึ่งถูกสื่อ และถ่ายทอดให้อย่างต่อเนื่อง อีกทั้งความพร้อมของสถานบริการทางด้านสุขภาพแล้ว ซึ่งเมื่อนำไปปรับใช้แนวคิดนี้กับชุมชนในชนบทโดยสอดแทรกไปกับการให้ความรู้ ทศนคติเกี่ยวกับยาชุดก็น่าจะทำให้ปัญหาความนิยมชมชอบยาชุดค่อย ๆ ลดลงได้

เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในพื้นที่เหล่านี้เมื่อพิจารณาในแง่ปรากฏการณ์ทางสังคมแล้วก็ไม่ถือเป็นเรื่องแปลกแต่อย่างใดกลับกันถือเป็นพัฒนาการและเป็นสิ่งซึ่งบ่งว่า สเตียรอยด์ยังคงรื้อไหลไม่หยุดในระบบการควบคุมกำกับซึ่งเป็นสิ่งชี้วัดการทำงานจัดการปัญหายังทำได้ไม่ดีเพียงพอ

ปัญหาการเกิดผลิตภัณฑ์ในรูปแบบต่าง ๆ ที่แปลกและพิสดารจะยังคงอยู่ตราบเท่าที่สเตียรอยด์ยังคง มีการรื้อไหลจากระบบการกำกับ

ดูแล และน่าจะมีแนวโน้มที่ยากเกินคาดเดามากยิ่งขึ้น และผู้บริโภคไม่มีวันที่จะทราบได้เลยว่าผลิตภัณฑ์ที่เลือกบริโภคนั้นมีความปลอดภัยมากน้อยเพียงใด เพราะส่วนหนึ่งการกระตุ้น เร่งเร้าให้เกิดการใช้โดยใช้กลยุทธ์ทางการตลาดในรูปแบบต่าง ๆ การเห็นผลที่ชัดเจนรวดเร็วในวัตถุประสงค์ต่าง ๆ ของการใช้

การปรับเปลี่ยนแหล่งกระจายยา สเตียรอยด์ดูเหมือนจะไม่ใช้ทางออกที่ดีที่สุดของการแก้ไขปัญหา เพราะตัวยาเองนั้นมีประโยชน์และผู้ป่วยจำนวนมาก ก็จำเป็นต้องเข้าถึงยาดังกล่าว เพียงแต่หากเราสามารถแก้ไขปัญหารื้อไหลจากระบบการกำกับดูแลได้ก็น่าจะทำให้สถานการณ์ความรุนแรงเบาลงได้จนเห็นผลชัดเจน

ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนเป็นภาพที่ปรากฏบนยอดภูเขาน้ำแข็ง สะท้อนความเป็นจริงของปัญหาได้ดี ขณะที่เจ้าหน้าที่จำนวนหนึ่งต้องทุ่มเทและลงแรงในการจัดการและแก้ไขปัญหา กลับพบว่าต้นตอที่แท้จริง คือ สเตียรอยด์ไม่ได้ลดลงไปเลย



ข้อกฎหมายที่ใช้ในการตรวจสอบสถานที่ผลิต สถานที่จำหน่ายเครื่องสำอางและสถานเสริมความงาม

ภญ.คินลิน ตันสุขโกศล
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง

ปัจจุบันเครื่องสำอางทุกกลุ่มผลิตภัณฑ์ไม่ว่าจะเป็น ผลิตภัณฑ์บำรุงผิว ผลิตภัณฑ์แต่งเติมสีส้นบนใบหน้า ผลิตภัณฑ์ที่ใช้ทำความสะอาดส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เป็นส่วนสำคัญในชีวิตประจำวัน ส่งผลให้ตลาดเครื่องสำอางได้รับผลตอบแทนที่ดีจากผู้บริโภค ทั้งการจำหน่ายผ่านหน้าร้านค้า และการจำหน่ายในรูปแบบออนไลน์ผ่านช่องทางต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็น ผ่าน Facebook, การ Live สด, Instagram, Line เมื่อมีผลประโยชน์ทางการค้ามาเกี่ยวข้อง จึงพบปัญหาผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางที่ไม่มีคุณภาพ ลักลอบผลิต นำเข้า ลักลอบผสมสารห้ามใช้ หรือการแสดงสรรพคุณทางยาในการบำบัดรักษาโรคทางผิวหนัง การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของร่างกาย หรือโอ้อวดเกินความจริง เช่น ทำให้ผิวขาว ผิวใส รักษาสิวฝ้า ด้วยเหตุนี้จึงต้องควบคุมกำกับการจำหน่ายเครื่องสำอาง เพื่อคุ้มครองผู้บริโภคจากผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางให้ปลอดภัย

การกำกับดูแลผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางหลังออกสู่ตลาด (Post-marketing cosmetic control) มีส่วนสำคัญในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง โดยตรวจสอบ กำกับ ดูแล เฝ้าระวังเครื่องสำอาง สถานประกอบการด้านเครื่องสำอางและการโฆษณาเครื่องสำอางให้เป็นไปตามกฎหมาย และส่งเสริมให้ความรู้ การขายเครื่องสำอางให้ได้คุณภาพตามมาตรฐาน ในการออกตรวจสอบและเฝ้าระวังสถานที่ประกอบการผลิต และจำหน่ายเครื่องสำอาง รวมถึงสถานเสริมความงามให้เป็นไปตามกฎหมายนั้น จำเป็นต้องมีความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากอาจพบความผิดที่เป็นการฝ่าฝืนกฎหมายต่าง ๆ โดยกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับเครื่องสำอางในปัจจุบันใช้อ้างอิงจากพระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ.2558 เป็นฉบับล่าสุดที่เหมาะสมกับในสถานการณ์ปัจจุบัน ซึ่งหลักกฎหมายเครื่องสำอางที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมเครื่องสำอาง แบ่งได้เป็นเครื่องสำอางที่ไม่ปลอดภัยในการใช้ เครื่องสำอางปลอม เครื่องสำอางผิดมาตรฐาน ฉลากเครื่องสำอาง และการโฆษณาเครื่องสำอาง และนอกเหนือจากความผิดตามพระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ.2558 แล้ว อาจพบการกระทำความผิดที่ฝ่าฝืนกฎหมายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พระราชบัญญัติยา พ.ศ.2510 พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ.2522 พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541 พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ.2559 บทความนี้จะกล่าวถึงการสรุปข้อกฎหมายและอัตราโทษที่เกี่ยวข้องซึ่งอาจพบการกระทำความผิดของสถานที่ประกอบการผลิต จำหน่ายเครื่องสำอาง และสถานเสริมความงาม โดยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าบทความนี้จะมีประโยชน์ต่อประชาชนทั่วไปในฐานะผู้บริโภคผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง และผู้ประกอบการสถานที่ผลิต จำหน่ายเครื่องสำอาง สถานเสริมความงาม โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีประโยชน์ต่อพนักงานเจ้าหน้าที่และผู้ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานควบคุมกำกับผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง



สรุปอัตราโทษความผิดตามพระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับสถานที่ผลิต สถานที่จำหน่ายเครื่องสำอาง และสถานเสริมความงาม

พฤติการณ์	ข้อหาความผิด		โทษ		พระราชบัญญัติ
	มาตรา	ความผิด	มาตรา	อัตราโทษ	
เครื่องสำอางที่ไม่ปลอดภัยในการใช้					
มีสารห้ามใช้					
ผลิตเครื่องสำอางที่มีสารห้ามใช้ เช่น ปปรอท ไฮโดรควิโนน สเตียรอยด์ กรดเรติโนอิก	27(1) ประกอบ 28(4)	ผลิตเพื่อขาย เครื่องสำอาง ที่ไม่ปลอดภัยในการใช้	74 วรรค หนึ่ง	จำคุกไม่เกิน 5 ปี หรือปรับไม่เกิน 500,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ	พระราชบัญญัติ เครื่องสำอาง พ.ศ.2558
ขายเครื่องสำอางที่มีสารห้ามใช้ เช่น ปปรอท ไฮโดรควิโนน สเตียรอยด์ กรดเรติโนอิก	27(1) ประกอบ 28(4)	ขายเครื่องสำอาง ที่ไม่ปลอดภัยในการใช้	74 วรรค สอง	จำคุกไม่เกิน 3 ปี หรือปรับไม่เกิน 300,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ	พระราชบัญญัติ เครื่องสำอาง พ.ศ.2558
ภาชนะบรรจุไม่ถูกสุขลักษณะ /เครื่องสำอางมีสารอันสลายตัวได้ที่อาจเกิดอันตรายรวมอยู่					
ผลิตเครื่องสำอาง ที่ใช้ภาชนะบรรจุไม่สะอาด ผลิตเครื่องสำอางมีสารอันสลายตัว ได้ที่อาจเกิดอันตรายรวมอยู่	27(1) ประกอบ 28 (1) และ (2)	ผลิตเพื่อขาย เครื่องสำอาง ที่ไม่ปลอดภัย ในการใช้	72 วรรค หนึ่ง	จำคุกไม่เกิน 1 ปี หรือปรับไม่เกิน 100,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ	พระราชบัญญัติ เครื่องสำอาง พ.ศ.2558
ขายเครื่องสำอางที่ใช้ ภาชนะบรรจุไม่สะอาด ขายเครื่องสำอางมีสารอันสลายตัว ได้ที่อาจเกิดอันตรายรวมอยู่	27(1) ประกอบ 28 (1) และ (2)	ขายเครื่องสำอาง ที่ไม่ปลอดภัย ในการใช้	72 วรรค สอง	จำคุกไม่เกิน 3 เดือน หรือปรับไม่ เกิน 30,000 บาท หรือทั้งจำทั้ง ปรับ	พระราชบัญญัติ เครื่องสำอาง พ.ศ.2558
เครื่องสำอางปลอม					
ฉลากหลวงซื้อและสถานที่ผลิต /สารสำคัญในเครื่องสำอางขาด/เกินมากกว่าร้อยละ 20 ที่แจ้งต่อผู้รับจดแจ้ง					
ผลิตเครื่องสำอางโดยใช้ฉลากแจ้ง ชื่อผู้ผลิต หรือแหล่งผลิต ที่ไม่ใช่ความจริง	27 (2) ประกอบ 29(1)	ผลิตเพื่อขาย เครื่องสำอางปลอม	75 วรรคหนึ่ง	จำคุกไม่เกิน 1 ปี หรือปรับไม่เกิน 100,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ	พระราชบัญญัติ เครื่องสำอาง พ.ศ.2558
ขายเครื่องสำอางที่ใช้ฉลากแจ้ง ชื่อผู้ผลิต หรือแหล่งผลิต ที่ไม่ใช่ความจริง	27 (2) ประกอบ 29(1)	ขายเครื่องสำอางปลอม	75 วรรคสอง	จำคุกไม่เกิน 3 เดือน หรือปรับไม่ เกิน 30,000 บาท หรือทั้งจำทั้ง ปรับ	พระราชบัญญัติ เครื่องสำอาง พ.ศ.2558
ผลิตเครื่องสำอางโดยมีสารสำคัญ ขาด/เกินมากกว่าร้อยละ 20 ที่แจ้งต่อผู้รับจดแจ้ง	27 (2) ประกอบ 29(2)	ผลิตเพื่อขาย เครื่องสำอางปลอม	75 วรรคหนึ่ง	จำคุกไม่เกิน 1 ปี หรือปรับไม่เกิน 100,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ	พระราชบัญญัติ เครื่องสำอาง พ.ศ.2558
ขายเครื่องสำอางโดยมีสารสำคัญ ขาด/เกินมากกว่าร้อยละ 20 ที่แจ้งต่อผู้รับจดแจ้ง	27 (2) ประกอบ 29(2)	ขายเครื่องสำอางปลอม	75 วรรคสอง	จำคุกไม่เกิน 3 เดือน หรือปรับไม่ เกิน 30,000 บาท หรือทั้งจำทั้ง ปรับ	พระราชบัญญัติ เครื่องสำอาง พ.ศ.2558
สวมเลขที่ใบรับแจ้งของผู้อื่น					
ผลิตเครื่องสำอางโดยระบุเลขที่ใบ รับแจ้งของผู้อื่น หรือใช้เลขที่ใบรับ แจ้งเครื่องสำอางที่ไม่มีอยู่จริง	27 (2) ประกอบ 29(4)	ผลิตเพื่อขาย เครื่องสำอางปลอม	76 วรรคหนึ่ง	จำคุกไม่เกิน 2 ปี หรือปรับไม่เกิน 200,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ	พระราชบัญญัติ เครื่องสำอาง พ.ศ.2558



พฤติกรรม	ข้อหาความผิด		ระวางโทษ		พระราชบัญญัติ
	มาตรา	ความผิด	มาตรา	อัตราโทษ	
ขายเครื่องสำอางที่ระบุเลขที่ใบรับแจ้งของผู้อื่น หรือมีเลขที่ใบรับแจ้งเครื่องสำอางที่ไม่มีอยู่จริง	27 (2) ประกอบ 29(4)	ขายเครื่องสำอางปลอม	76 วรรคสอง	จำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 50,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ	พระราชบัญญัติ เครื่องสำอาง พ.ศ.2558
เครื่องสำอางผิดมาตรฐาน					
ผลิตเครื่องสำอางโดยมีสารสำคัญในเครื่องสำอางขาด/เกินกว่าที่แจ้งต่อผู้รับจดแจ้ง (น้อยกว่าร้อยละ 20)	27 (3) ประกอบ 30	ผลิตเพื่อขาย เครื่องสำอางผิด มาตรฐาน	77 วรรค หนึ่ง	ปรับไม่เกิน 40,000 บาท	พระราชบัญญัติ เครื่องสำอาง พ.ศ.2558
ขายเครื่องสำอางโดยมีสารสำคัญในเครื่องสำอางขาด/เกินกว่าที่แจ้งต่อผู้รับจดแจ้ง (น้อยกว่าร้อยละ 20)	27 (3) ประกอบ 30	ขายเครื่องสำอางผิด มาตรฐาน	77 วรรคสอง	ปรับไม่เกิน 5,000 บาท	พระราชบัญญัติ เครื่องสำอาง พ.ศ.2558
ฉลากเครื่องสำอาง					
ผลิตเครื่องสำอางที่ฉลากเครื่องสำอางระบุข้อมูลไม่ครบถ้วน คือ - ชื่อเครื่องสำอางและชื่อทางการค้า - ชื่อและที่ตั้งของผู้ผลิต กรณีที่ผลิตในประเทศ ชื่อและที่ตั้งของผู้นำเข้า และชื่อผู้ผลิตและประเทศที่ผลิต กรณีที่นำเข้า - ปริมาณ วิธีใช้ ข้อแนะนำ คำเตือน - ปีที่ผลิตและที่หมดอายุ เลขที่หรืออักษรแสดงครั้งที่ผลิต และชื่อของสารทุกชนิดที่ใช้เป็นส่วนผสมในการผลิต	22 วรรคสอง (3)	ผลิตเครื่องสำอางที่ ฉลากเครื่องสำอาง ไม่ ระบุข้อมูลให้ครบถ้วน ตามมาตรา 22 วรรค สอง(3)	68 วรรคหนึ่ง	จำคุกไม่เกิน 3 เดือน หรือปรับไม่เกิน 30,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ	พระราชบัญญัติ เครื่องสำอาง พ.ศ.2558
ขายเครื่องสำอางที่ฉลากเครื่องสำอางระบุข้อมูลไม่ครบถ้วน คือ - ชื่อเครื่องสำอางและชื่อทางการค้า - ชื่อและที่ตั้งของผู้ผลิต กรณีที่ผลิตในประเทศ ชื่อและที่ตั้งของผู้นำเข้า และชื่อผู้ผลิตและประเทศที่ผลิต กรณีที่นำเข้า - ปริมาณ วิธีใช้ ข้อแนะนำ คำเตือน - ปีที่ผลิตและที่หมดอายุ เลขที่หรืออักษรแสดงครั้งที่ผลิต และชื่อของสารทุกชนิดที่ใช้เป็นส่วนผสมในการผลิต	32(4)	ขายเครื่องสำอาง เครื่องสำอางที่มีฉลาก ซึ่งไม่เป็นไปตามมาตรา 22 วรรคสอง (2) หรือ (3)	68 วรรคสอง	จำคุกไม่เกิน 1 เดือน หรือปรับไม่เกิน 1 หมื่น บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ	พระราชบัญญัติ เครื่องสำอาง พ.ศ.2558



พฤติการณ์	ข้อหาความผิด		ระวางโทษ		พระราชบัญญัติ
	มาตรา	ความผิด	มาตรา	อัตราโทษ	
อื่น ๆ					
เครื่องสำอางที่ไม่ได้จดแจ้ง (ไม่มีเลขที่ใบรับแจ้ง)					
ผลิตเครื่องสำอางโดยไม่ขอจดแจ้ง รายละเอียดต่อผู้รับจดแจ้ง (ไม่มีเลขที่ใบรับแจ้ง)	14 วรรค หนึ่ง	ผลิตเครื่องสำอางโดยไม่ ขอจดแจ้งรายละเอียด ต่อผู้รับจดแจ้ง	62	จำคุกไม่เกิน 6 เดือนหรือ ปรับไม่เกิน 50,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ	พระราชบัญญัติ เครื่องสำอาง พ.ศ.2558
ขายเครื่องสำอางที่ไม่ได้ จดแจ้ง	32(1)	ขายเครื่องสำอางที่ไม่ได้ จดแจ้งตามมาตรา 14 วรรคหนึ่ง	78 วรรค หนึ่ง	ปรับไม่เกิน 20,000 บาท	พระราชบัญญัติ เครื่องสำอาง พ.ศ.2558
เครื่องสำอางหมดอายุ					
ผลิตเพื่อขายเครื่องสำอางที่หมดอายุ	32(6)	ผลิตเพื่อขาย เครื่องสำอางที่หมดอายุ	79 วรรคสอง	ปรับไม่เกิน 50,000 บาท	พระราชบัญญัติ เครื่องสำอาง พ.ศ.2558
ขายเครื่องสำอางที่หมดอายุ	32(6)	ขายเครื่องสำอางที่ หมดอายุ	79 วรรคหนึ่ง	ปรับไม่เกิน 10,000 บาท	พระราชบัญญัติ เครื่องสำอาง พ.ศ.2558
การโฆษณาเครื่องสำอาง					
โฆษณาเครื่องสำอางด้วยข้อความดังต่อไปนี้ (1) เป็นเท็จหรือโอ้อวดเกินจริง (2) ข้อความที่จะก่อให้เกิดความเข้าใจผิดใน สาระสำคัญเกี่ยวกับเครื่องสำอาง (3) ข้อความที่แสดงสรรพคุณที่เป็นการรักษา โรคหรือที่มีใช้จุดมุ่งหมายเป็นเครื่องสำอาง (4) ข้อความที่ทำให้เข้าใจว่ามีสรรพคุณบำรุง งาม (5) ข้อความที่เป็นการสนับสนุนให้มีการ กระทำผิดกฎหมายหรือศีลธรรม หรือนำไปสู่ ความ เสื่อมเสียในวัฒนธรรมของชาติ (6) ข้อความที่จะทำให้เกิดความแตกแยก หรือเสื่อมเสียความสามัคคีในหมู่ประชาชน (7) ข้อความอย่างอื่นตามที่กำหนดใน กฎกระทรวง	41(1) 41(2) 41(3) 41(4) 41(5) 41(6) 41(7)	โฆษณาเครื่องสำอาง โดยใช้ข้อความที่ฝ่าฝืน มาตรา 41	84	จำคุกไม่เกิน 1 ปี หรือปรับ ไม่เกิน 100,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ	พระราชบัญญัติ เครื่องสำอาง พ.ศ.2558
โฆษณาเครื่องสำอางด้วยวิธีการอันอาจเป็น อันตรายต่อสุขภาพร่างกาย หรือจิตใจ หรือ ขัดต่อศีลธรรมอันดีงามของประชาชน หรือ อันอาจก่อให้เกิดความเดือดร้อนรำคาญแก่ ผู้บริโภค	42	โฆษณาเครื่องสำอาง ด้วยวิธีการอันอาจเป็น อันตรายต่อสุขภาพ ร่างกาย หรือจิตใจ หรือ ขัดต่อศีลธรรมอันดีงาม ของประชาชน หรืออัน อาจก่อให้เกิดความ เดือดร้อนรำคาญแก่ ผู้บริโภค	84	จำคุกไม่เกิน 1 ปี หรือปรับ ไม่เกิน 100,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ	พระราชบัญญัติ เครื่องสำอาง พ.ศ.2558



พระราชบัญญัติอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

พฤติกรรม	ข้อหาความผิด		ระวางโทษ		พระราชบัญญัติ
	มาตรา	ความผิด	มาตรา	อัตราโทษ	
ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร					
ขายผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ลักลอบผสมสารปลอมปน ได้แก่ สารที่มีผลในการลดน้ำหนัก (เช่น ไซบูทรามิน, ฟลูออซิทิน, บิซาโคดิล), สารที่มีผลเสริมสมรรถภาพทางเพศ (เช่น ซิลดีนาฟิล(ไวอากร้า))	25(1) ประกอบ 26(1)	ขายอาหารที่ไม่บริสุทธิ์	58	จำคุกไม่เกิน 2 ปี ปรับไม่เกิน 20,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ	พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ.2522
ขายผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่หมดอายุ	25(4) ประกอบ 29(1)	ขายอาหารที่ไม่ปลอดภัยในการบริโภค	61	จำคุกไม่เกิน 5 ปี ปรับไม่เกิน 50,000 บาท หรือทั้งจำและปรับ	พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ.2522
ยาอันตราย					
ขายยาภายในร้าน โดยไม่ได้เป็นผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน (กรณียามีเลขทะเบียนยา)	12	ขายยาแผนปัจจุบันโดยไม่ได้รับอนุญาต	101	จำคุกไม่เกิน 5 ปีและปรับไม่เกิน 10,000 บาท	พระราชบัญญัติยา พ.ศ.2510
ขายยาภายในร้าน โดยไม่ได้เป็นผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน (กรณียาไม่มีเลขทะเบียนยา)	72(4)	ขายยาที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนตำรับยา	122	จำคุกไม่เกิน 3 ปี หรือปรับไม่เกิน 5,000 บาท	พระราชบัญญัติยา พ.ศ.2510
บริการเสริมความงาม					
มีบริการเสริมความงามที่ก้าวล่วงการประกอบวิชาชีพเวชกรรม โดยไม่ได้เป็นผู้รับอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ได้แก่ การฉีดผิว ฉีดหน้า การฉีดสารโบท็อกเพื่อความสวยงาม การร้อยไหม หรือการใช้เครื่องมือแพทย์ที่ต้องใช้โดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม	16	ประกอบกิจการสถานพยาบาลโดยไม่ได้รับอนุญาต	57	จำคุกไม่เกิน 5 ปี หรือปรับไม่เกิน 100,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ	พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541
	24	ดำเนินการสถานพยาบาลโดยไม่ได้รับอนุญาต	57	จำคุกไม่เกิน 5 ปี หรือปรับไม่เกิน 100,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ	พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541
	26	ประกอบวิชาชีพเวชกรรม โดยไม่ได้ขึ้นทะเบียนและรับอนุญาต	43	จำคุกไม่เกิน 3 ปี หรือปรับไม่เกิน 30,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ	พระราชบัญญัติประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525
มีบริการที่เข้าข่ายการเป็นสปาเพื่อสุขภาพ โดยที่ไม่ได้ขออนุญาตประกอบกิจการสปาเพื่อสุขภาพ ได้แก่ บริการนวด และบริการที่มีการใช้น้ำ ร่วมกับบริการเพื่อความสวยงาม ผ่อนคลาย (เช่น ขัดผิว นวดหน้า ประคบพอกผิว เป็นต้น)	12	ประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ	42	จำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 50,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ	พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ.2559



เอกสารอ้างอิง

1. พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ.2558 (2558, 9 กันยายน). ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 132 ตอนที่ 86ก.
2. พระราชบัญญัติยา พ.ศ.2510 (2510, 20 ตุลาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 84 ตอนที่ 101 ฉบับพิเศษ.
3. พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ.2522 (2022, 13 พฤษภาคม) ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 96 ตอนที่ 79 ฉบับพิเศษ.
4. พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541 (2541, 24 มีนาคม) ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 115 ตอนที่ 15ก.
5. พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ.2559 (2559, 31 มีนาคม) ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 133 ตอนที่ 30ก.
6. พระราชบัญญัติประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2525 (2525, 11 สิงหาคม) ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 99 ตอนที่ 111 ฉบับพิเศษ.
7. กลุ่มควบคุมเครื่องสำอาง สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (2559) กลุ่มควบคุมเครื่องสำอาง. [ออนไลน์]. เข้าถึงเมื่อ 9 ธันวาคม 2564. เข้าถึงได้จาก :<https://www.fda.moph.go.th/sites/Cosmetic/SitePages/Organization.aspx>.



การประเมินผลการพัฒนางานกำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพ
ก่อนออกสู่ตลาดของศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จจังหวัดเชียงใหม่
สู่ความเป็นเลิศโดยประยุกต์ใช้แนวทางของศาสตร์พระราชา
Evaluation for continuous improvement
of Pre-marketing Control of Chiang Mai One Stop Service Center
towards the Excellence by Applying the King's Philosophy Guideline.

จันทนา วิสุทธิกุล¹, ประวิทย์ สุวรรณ², นันทนา วงศ์พรหม³, วรณพร ทิพภาดิลก⁴.

Jantana Wisuttikun¹, Prawit Suwan², Nuntana Wongprom³, Wannaporn Thippaphadilok⁴

บทคัดย่อ

จากผลการดำเนินงานของการให้บริการงานกำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพก่อนออกสู่ตลาดของศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ จังหวัดเชียงใหม่ ที่ผ่านมามีในอดีดยังไม่ถึงเป้าหมายที่ต้องการของหน่วยงาน จึงได้นำแนวทางศาสตร์ของพระราชามาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาความเป็นเลิศของการให้บริการเพื่อประเมินผลการพัฒนาความเป็นเลิศในการให้บริการงานกำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพก่อนออกสู่ตลาดของศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ จังหวัดเชียงใหม่ ตามแนวทางของศาสตร์พระราชาเป็นการวิจัยเชิงประเมินผลหลังสิ้นสุดการพัฒนางานตามแนวทางแห่งศาสตร์พระราชาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558-2564 เกณฑ์การประเมินความเป็นเลิศ ได้แก่ (1) เกณฑ์ประสิทธิภาพของการให้บริการ กระบวนการอนุญาตโดย (1.1) เทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาให้บริการแล้วเสร็จกับระยะเวลาที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาประกาศไว้ในคู่มือประชาชน ด้วยสถิติ One sample t-test และ (1.2) จำนวนสถานประกอบการมากกว่าร้อยละ 90 ผ่านการประเมินโดยไม่มีการแก้ไขปรับปรุง (2) เกณฑ์คุณภาพของการบริการวัดจากคะแนนเฉลี่ยของผู้รับบริการที่ประเมินด้วยแบบสอบถามความพึงพอใจต้องมากกว่าร้อยละ 85 และร้อยละ 100 ของการอนุญาตมีความครบถ้วนถูกต้องตามกระบวนการมาตรฐาน (3) ความมีธรรมาภิบาล และ (4) การเป็นที่ยอมรับขององค์กรภายนอก จากการศึกษา (1) เกณฑ์ประสิทธิภาพของการให้บริการหลังการพัฒนา พบว่าสามารถลดระยะเวลาที่ใช้ปฏิบัติการจนไม่มีกระบวนการใดใช้เวลาเกินกว่าเกณฑ์สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาประกาศไว้ในคู่มือประชาชน 3 กระบวนการอนุญาตหลักที่ดำเนินการแล้วเสร็จได้รวดเร็วมากที่สุด ได้แก่ (ก) งานขออนุญาตและแก้ไขรายการผลิตภัณฑ์อาหารประเภท

เภสัชกรชำนาญการ ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ 10 ถนนสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่
Professional Pharmacist One stop service center Chiang Mai Provincial public health office No.10, Suthep Road, Suthep sub-district, Mueang Chiang Mai district, Chiang Mai
E-mail: prawit.su@moph.mail.go.th



ไอศกรีม เครื่องดื่มในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท อาหารในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ร้อยลเยลลี่ และผลิตภัณฑ์ร้อยลเยลลี่ เครื่องดื่มเกลือแร่ และกาแฟปรุงสำเร็จ (ข) งานขออนุญาตตั้งโรงงานผลิตอาหาร และสถานที่ผลิตอาหารที่ไม่เข้าข่ายโรงงาน (กรณีไม่มีการปรับปรุงสถานที่) และ (ค) งานขออนุญาตขายยา แผนปัจจุบัน มีระยะเวลาปฏิบัติการรวมเฉลี่ยอยู่ที่ 2.7 วัน, 10.5 และ 4.6 วัน ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 9.6, 18.1 และ 46.0 ของระยะเวลาที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาประกาศไว้ตามลำดับ (1.2) ร้อยละ 100 ของสถานประกอบการ 327 แห่งตรวจผ่านตามเกณฑ์การออกใบอนุญาตโดยไม่ต้องปรับปรุงแก้ไข (2) ตัวชี้วัดความเป็นเลิศด้านคุณภาพการให้บริการวัดได้จากคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยของผู้รับบริการในปี พ.ศ. 2564 จำนวน 109 คนอยู่ที่ร้อยละ 92.6 ± 8.7 และการอนุญาตมีความถูกต้อง ครบถ้วนของเอกสารและมีมาตรฐานตรงตามที่กำหนดร้อยละ 100 (3) ความมีธรรมาภิบาลขององค์กรเห็นได้จากการประกาศใช้คู่มือบริการประชาชนของศูนย์ให้บริการเบ็ดเสร็จจังหวัดเชียงใหม่เพื่อแสดงความโปร่งใสในการทำงานรวมทั้งไม่มีเรื่องร้องเรียนหรือคดีความเกี่ยวกับการทุจริต (4) สำหรับตัวชี้วัดการยอมรับจากหน่วยงานภายนอก พบว่ามี 5 หน่วยงานภายนอกขอมาศึกษาดูงาน ดังนั้น การนำศาสตร์พระราชามาประยุกต์ใช้ทำให้งานขออนุญาตของงานกำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพก่อนออกสู่ตลาดของศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ จังหวัดเชียงใหม่ สามารถประสบความสำเร็จตามเป้าหมายในทุกมิติ หน่วยงานอื่นสามารถเรียนรู้และนำไปปรับใช้ตามบริบทของตนได้

คำสำคัญ : การกำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพ ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ ศาสตร์พระราชา

Abstract

Due to the previous outcomes of Pre-marketing Control by Chiang Mai One Stop Service Center (OSSC) had not achieved the desirable goal. The King's Philosophy was applied for developing service excellence. To evaluate the development towards excellence of Pre-marketing Control service of OSSC, Chiang Mai, using the King's Philosophy as a paradigm of improvement. This outcome evaluation research was employed for ex-post evaluation of continuous improvements which has been done following the King's Philosophy since A.D. 2015 to 2021. Excellence criteria were (1) service efficacy outcomes including (1.1) comparison of the mean period for granting of licenses and the period as specified by the licensing manual for the public of food and drug administration office using One sample t-test, and (1.2) more than 90% of establishments got the license without building modification or demolition,



(2) service quality outcomes measured through customer satisfaction questionnaire to score more than 90%, and 100% completeness and accuracy for permission according to standard procedures. (3) good governance indicators and (4) acceptability of external organizations. The result of after work continuous quality improvement (A.D. 2021), (1) excellent outcomes for service efficiency were evident. (1.1) The period for the granting of licenses was significantly less than the period for consideration as specified by the licensing manual for the public of food and drug administration office. Three fastest licensing processes were (a) applying for food production permission and correction food details: for ice cream, beverages in sealed container, food in a hermetically sealed container, food supplements, royal jelly, royal jelly products, electrolyte beverage and mixed instant coffee, (b) applying for permission to establish a food production factory and applying for food production premises "Not recognized as a factory", and (c) applying for permission to sell modern drugs. Duration for the granting of licenses of 3 processes were 2.7, 10.5, and 4.6 days, equal to 9.6, 18.1 and 46.0 in percentage of the FDA's licensing manual for the public, respectively. (1.2) 100 percent of 327 establishments gained the license without building modification or demolition. (2) The average customer satisfaction score, was obtained from 109 participated clients in the year 2021, was 92.6 ± 8.7 %. The completeness and accuracy permission according to standard procedures were 100%. (3) Publishing of the licensing manual for the public of OSSC, *Chiang Mai*, indicated work with transparency, and no complaint or lawsuit about corruption pointed out good governance indicators. (4) Acceptability of external organizations was also indicated as 5 external organizations requested for study visits. So, The development of Pre-marketing Control Service of OSSC toward excellence by using the King's Philosophy as a method of development has revealed successful in all work dimensions.

Key words : control of health product, one stop service center, King's Philosophy, sufficiency economy

บทนำ

นับตั้งแต่พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2545 มาตรา 3/1 กำหนดให้การบริหารราชการต้องเป็นไปเพื่อประโยชน์สุขของประชาชน เกิดผลสัมฤทธิ์ต่อการภารกิจของรัฐ มีประสิทธิภาพ มีความคุ้มค่าในเชิงภารกิจแห่งรัฐ ลดขั้นตอนการปฏิบัติงาน ลดภารกิจและยุบเลิกหน่วยงานที่ไม่จำเป็น การกระจายภารกิจและทรัพยากรให้แก่ท้องถิ่น การกระจายอำนาจการตัดสินใจ เพื่ออำนวยความสะดวกและการตอบสนองความต้องการของประชาชน¹ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ได้ปรับการบริหารงานให้เป็นแบบกระจายอำนาจการพิจารณาอนุญาตผลิตภัณฑ์สุขภาพมาให้กับแต่ละจังหวัด และให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) จัดตั้งเป็นศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ (One stop service center) ในปี พ.ศ. 2548² สสจ. เชียงใหม่อยู่ในเขตสุขภาพที่ 1 จัดอยู่ในกลุ่มจังหวัดขนาดใหญ่ (ขนาด XL) ได้มอบหมายให้การดำเนินงานของศูนย์ดังกล่าวอยู่ในความรับผิดชอบของงานกำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพก่อนออกสู่ตลาด (Pre-marketing control) ภายใต้การกำกับของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข ทั้งนี้ขั้นตอนการดำเนินงานจะเป็นไปตามที่ อย. กำหนดให้ จากผลประเมินคุณภาพการให้บริการอนุญาตผลิตภัณฑ์สุขภาพของ สสจ. เชียงใหม่โดยสำนักวิจัยเอแบคโพลด์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ ในปี 2549 ที่ได้ทำการสำรวจความพึงพอใจของประชาชนที่มารับบริการในส่วนของงาน

ขอใบอนุญาตอาหารและยา จำนวน 49 ราย พบว่าคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยทุกด้านของผู้รับบริการอยู่ที่ร้อยละ 77.9 ด้านที่พึงพอใจมากที่สุดคือด้านผลของการให้บริการโดยรวม ร้อยละ 81 รองลงมาคือ ด้านเจ้าหน้าที่/บุคลากร ผู้ให้บริการ ร้อยละ 80.3 ด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการ ร้อยละ 78.9 และด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ร้อยละ 73.8 ตามลำดับ พร้อมทั้งมีข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนา ซึ่งผลการประเมินอยู่ในระดับที่ไม่น่าพึงพอใจของหน่วยงาน³ ศูนย์ฯจึงต้องทบทวนและปรับปรุงการทำงานเพื่อพัฒนางานให้ดีขึ้น อย่างไรก็ตามด้วยข้อจำกัดในเรื่องบุคลากร สถานที่ อุปกรณ์อำนวยความสะดวกในการทำงาน รวมทั้งงบประมาณสนับสนุน เป็นเหตุให้พัฒนางานไม่คืบหน้า เมื่อมีประกาศใช้พระราชบัญญัติการอำนวยความสะดวกในการพิจารณาอนุญาตของทางราชการ พ.ศ. 2558 เป็นการอำนวยความสะดวกให้กับประชาชนและป้องกันการทุจริต⁴ ซึ่งทาง อย. ได้แบ่งกระบวนการขออนุญาตออกเป็นหลายกระบวนการพร้อมกำหนดตัวชี้วัดการให้บริการ ทำให้ศูนย์ฯ สามารถกำหนดเป้าหมายของการพัฒนาได้ชัดเจนขึ้น ประกอบกับผู้วิจัยได้ศึกษาทำความเข้าใจเกี่ยวกับศาสตร์พระราชาวาดด้วยหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง และหลักการทรงงานแบบ “เข้าใจ เข้าถึง พัฒนา” ซึ่งพระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศรมหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช ทรงใช้กับทั้งคน วัตถุ สังคม สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรม จึงได้น้อมนำมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางพัฒนางานอย่างจริงจัง

เมื่อทดลองพัฒนาแล้วเห็นความก้าวหน้าและความเป็นไปได้ที่จะทำให้ผลการดำเนินงานมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ทีมผู้วิจัยจึงปรับเป้าหมายให้ท้าทายโดยมุ่งที่จะพัฒนาการให้บริการของศูนย์ฯ ตามแนวทางแห่งศาสตร์พระราชามีความเป็นเลิศ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่มีประสิทธิภาพ มีคุณภาพ และพึงพอใจสูงสุด รวมถึงลดการเสียโอกาสในทางธุรกิจของผู้ประกอบการให้เหลือน้อยที่สุด หลังผ่านการพัฒนาจนอยู่ตัวจึงทำการวิจัยเพื่อประเมินผลลัพธ์ของการปฏิบัติงานว่าบรรลุความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้เพียงใด ซึ่งข้อมูลที่ได้จะช่วยให้เกิดความมั่นใจและนำไปสู่การตัดสินใจเพื่อพัฒนางานให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

ระเบียบวิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงประเมินผล (Evaluation research) หลังสิ้นสุดการดำเนินงานพัฒนาสู่ความเป็นเลิศของศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพ เบ็ดเสร็จ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจดำเนินโครงการต่อหรือการพัฒนารูปแบบการทำงานใหม่ การพัฒนาตามแนวทางแห่งศาสตร์พระราชาก็ได้เริ่มอย่างจริงจังตั้งตั้งแต่ปี 2558 จนถึงกันยายน ปี 2564 โดยรูปแบบที่ใช้ประเมินผลลัพธ์จะประยุกต์ตามแนวทางการประเมินแบบ summative evaluation ของ Michael Scriven (อ้างใน ศุภมณ จันทรสกุล)⁶ คือเน้นผลลัพธ์ต่อผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ (สสจ.) และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.)

วิธีการวิจัย

กำหนดวัตถุประสงค์โครงการ

เพื่อประเมินผลการพัฒนาสู่ความเป็นเลิศตามเกณฑ์ที่กำหนดในการให้บริการงานกำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพก่อนออกสู่ตลาดของศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ จังหวัดเชียงใหม่ หลังสิ้นสุดการพัฒนาตามแนวทางศาสตร์พระราช

หน่วยในการวิเคราะห์ (Unit of Analysis)

การศึกษานี้จะศึกษาระดับองค์กรย่อยคือ หน่วยงานกำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพก่อนออกสู่ตลาด (การขออนุญาตผลิตภัณฑ์สุขภาพ 7 ผลิตภัณฑ์ ได้แก่ อาหาร ยา เครื่องสำอาง วัตถุอันตราย เครื่องมือแพทย์ วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท และยาเสพติดให้โทษ) โดยวิเคราะห์จากผู้มารับบริการขออนุญาตผลิตภัณฑ์ 109 ราย เพิ่มตรวจประเมินสถานประกอบการจำนวน 327 แห่ง และคำขอรับบริการ 13,745 คำขอ

กระบวนการพัฒนา (Process) และปัจจัยพื้นฐาน (Input)

กระบวนการพัฒนางานสู่ความเป็นเลิศได้ประยุกต์ใช้หลักคิดและวิธีการของศาสตร์พระราชเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนอันประกอบด้วยหลักสำคัญคือ (1) แนวคิดการทำงานตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ประกอบด้วยสามท่วงสองฐาน คือความพอประมาณ ความมีเหตุผล มีภูมิคุ้มกันในตัว บนฐานความรู้ และฐานคุณธรรม (2) วิธีการของศาสตร์พระราช คือทำงานแบบ “เข้าใจ เข้าถึง พัฒนา” (3) ปัจจัยพื้นฐานที่เข้าถึงและนำเข้าไปวางแผนการพัฒนาครอบคลุมใน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านกระบวนการดำเนินงาน

ให้บริการ ระบบเอกสารที่เกี่ยวข้องในกระบวนการอนุญาต บุคลากร สิ่งอำนวยความสะดวกและอาคารสถานที่ และงบประมาณ (4) ทำการวางแผนเพื่อประยุกต์ให้เกิดเป็นกิจกรรมหรือโครงการพัฒนาต่าง ๆ ซึ่งต้องเป็นกิจกรรมที่มีความเป็นไปได้ สามารถปรับเข้ากับวิธีการทำงานจริงได้ จากนั้นนำไปปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ กิจกรรมไหนทำได้ง่ายก็ทำก่อน โดยใช้หลักการว่าต้องทำด้วยใจ ไม่ยึดติดตำรา ปรับได้ตามสภาพบุคคล สังคม พื้นที่และสถานการณ์ เพื่อให้เกิดการประยุกต์ใช้อย่างยั่งยืน (5) กำหนดผลลัพธ์ในระดับกิจกรรมและเป้าหมายความเป็นเลิศติดตามประเมินผลและวางแผนปรับปรุงพัฒนา กิจกรรมให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นเรื่อย ๆ จนบรรลุตามเป้าหมายความเป็นเลิศในการให้บริการตามที่กำหนดไว้ ภาพรวมของกรอบแนวคิดการพัฒนาภายใต้ปรัชญาและวิธีการของศาสตร์พระราชนั้น ผู้วิจัยได้ดัดแปลงการนำเสนอมาจากรูปแบบตารางของ ปณณพงศ์ วงศ์ณาคร และวีรณัฐ พรหมจักร⁷ และได้สรุปไว้ในตารางที่ 1

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

- ประชากรสำหรับประเมินความเห็นและความพึงพอใจเป็นผู้มารับบริการขออนุญาตผลิตภัณฑ์สุขภาพ 7 ผลิตภัณฑ์ที่ศูนย์ ฯ ในปีงบประมาณ 2564 หลังเสร็จสิ้นการให้บริการทุกคนที่สมัครใจให้ข้อมูลจำนวน 109 คน

- การสุ่มตัวอย่างเพิ่มข้อมูลการอนุญาตจำนวนร้อยละ 20 (65 แพ้ม) จากทั้งหมด 327 แพ้ม เพื่อตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของเอกสารตามเกณฑ์การอนุญาต โดยสุ่มเป็นระบบตามลำดับที่มารับบริการทุก 5 แพ้ม

- จำนวนคำขอรับบริการที่ศูนย์ ฯ ในปีงบประมาณ 2564 ทั้งหมด 13,745 คำขอเพื่อศึกษาประสิทธิภาพการให้บริการ

เครื่องมือในการเก็บข้อมูลและวัดผล

- แบบเก็บข้อมูลที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเพื่อเก็บข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาของผู้มารับบริการ ระยะเวลารวมที่มาติดต่อจนแล้วเสร็จ ประเภทที่มายื่นขออนุญาต และหัวข้อที่มายื่นขอรับบริการ

- แบบสอบถามความพึงพอใจที่สำนักวิจัยเอแบคโพลด์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญใช้ประเมินผลการทำงานของหน่วยงานภาครัฐในปี พ.ศ. 2549 และ อย. ใช้เป็นตัวชี้วัดหนึ่งของการดำเนินงานของศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จจนถึงปัจจุบัน มีทั้งหมด 10 ข้อแต่ละข้อจะแบ่งระดับความพึงพอใจแบบมาตราประมาณค่า Likert's Scale เป็น 5 ระดับโดยให้คะแนนแต่ละระดับดังนี้ ไม่พอใจ 1 คะแนน, พอใจน้อย 2 คะแนน, พอใจปานกลาง 3 คะแนน, พอใจมาก 4 คะแนน, พอใจมากที่สุด 5 คะแนน เมื่อนำมาทดสอบหาความเชื่อมั่นโดยวัดความสอดคล้องภายในด้วยวิธีคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัก (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.92 ซึ่งหมายความว่ามีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

- เก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากคำขอ เอกสารการบันทึก รายงานผลปฏิบัติงาน เรื่องร้องเรียนในช่วงปีงบประมาณ 2564 และข้อมูลการมาศึกษาดูงานจากหน่วยงานภายนอก ในระหว่างปี พ.ศ. 2558-2564

- ผลประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ
ในปีงบประมาณ 2564 ด้วยแบบสอบถามความพึงพอใจ
หลังการให้บริการได้ดำเนินการแล้วเสร็จ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ประสิทธิภาพการให้บริการ
โดยเปรียบเทียบผลลัพธ์ระยะเวลาดำเนินการ
แล้วเสร็จหลังการพัฒนาเทียบกับเกณฑ์ที่ อย.
กำหนดโดยใช้สถิติ One sample t-test กำหนด
นัยสำคัญทางสถิติ (α) ที่ 0.05 วิเคราะห์ข้อมูล
ด้านคุณภาพ ความมีธรรมาภิบาลและการเป็นที่ยอมรับด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ โดยเทียบผลลัพธ์
หลังการพัฒนากับเกณฑ์ความเป็นเลิศที่ผู้วิจัย
กำหนด

ประเด็นการประเมิน ตัวชี้วัด และค่าเป้าหมาย ความเป็นเลิศ

เกณฑ์มาตรฐาน (Standard Criteria)
เพื่อวัดความสำเร็จของโครงการที่ บ่งบอกถึง
ความเป็นเลิศในงานกำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพ
ก่อนออกสู่ตลาด ดังนี้

(1) ประสิทธิภาพการให้บริการที่เป็นเลิศ
ประเมินจาก

1.1 ความรวดเร็วในการให้บริการ
โดยประเมินจากระยะเวลารวมเฉลี่ยที่ใช้
ดำเนินการจนแล้วเสร็จ ซึ่งเกณฑ์ชี้วัดความสำเร็จ
คือ ต้องไม่มีกระบวนการใดใช้เวลามากกว่า
เกณฑ์ที่ อย. กำหนด และระยะเวลารวมเฉลี่ย
ต้องน้อยกว่าที่ อย. ประกาศไว้ อย่างมีนัยสำคัญ

1.2 จำนวนสถานประกอบการ
ที่ดำเนินการตรวจแล้วเสร็จและตรวจผ่านตามเกณฑ์
การออกใบอนุญาตโดยไม่ต้องปรับปรุงสถานที่
ผู้วิจัยกำหนดไว้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 ของคำขอ
ตรวจสถานที่ทั้งหมด

(2) คุณภาพที่เป็นเลิศของการให้บริการ
พิจารณาจาก

2.1 ความถูกต้อง ครบถ้วนของ
เอกสารการให้อนุญาตตามมาตรฐานในแต่ละ
กระบวนการที่กำหนดไว้ในคู่มือประชาชน
ตามพระราชบัญญัติการอำนวยความสะดวก
ในการพิจารณาอนุญาตของทางราชการ
พ.ศ. 2558 ร้อยละ 100 จากการสุ่มตรวจสอบ
แฟ้มเอกสารการขออนุญาตสถานประกอบการ
ทุกรายโดยหัวหน้าศูนย์ฯ

2.2 ความพึงพอใจจากผู้รับบริการ
จากการประเมินด้วยแบบสอบถามที่ อย.
นำมาใช้ติดตามผลการปฏิบัติงานโดยผู้วิจัย
กำหนดคะแนนความพึงพอใจโดยรวม
ต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 90

(3) มีธรรมาภิบาลในการปฏิบัติงาน
คือการปฏิบัติงานด้วยความสุจริต โปร่งใส
ตรวจสอบได้ ประเมินได้จาก

3.1 มีการประกาศใช้คู่มือประชาชน
ของจังหวัดซึ่งระบุขั้นตอนและระยะเวลา
แล้วเสร็จของกระบวนการขออนุญาตชัดเจน
เพื่อแสดงถึงความโปร่งใส และ

3.2 ต้องไม่มีเรื่องร้องเรียนทั้งจาก
ผู้รับฟังความคิดเห็น รวมทั้งการร้องเรียนหรือ
ฟ้องร้องจากช่องทางอื่น ๆ อันเกี่ยวกับความโปร่งใส
ทุจริต รวมทั้งไม่มีคดีความที่เกี่ยวข้องกับ
งานกำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพก่อนออกสู่ตลาด

(4) การเป็นที่ยอมรับของหน่วยงาน
ภายนอก ประเมินจากการมีหน่วยงานภายนอก
ขอมาศึกษาดูงานหรือเชิญไปนำเสนอผลงานหรือ
แลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยเก็บข้อมูลตั้งแต่ปี 2558
ถึงปี 2564



ตารางที่ 1 กรอบแนวคิดของศาสตร์พระราชากับพัฒนางานกำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพก่อนออกสู่ตลาด ของศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จสู่ความเป็นเลิศ

ปรัชญาที่เป็นหลักแนวทาง	พัฒนาสู่ความเป็นเลิศ ด้านงานกำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพก่อนออกสู่ตลาด ตัวชี้วัดความเป็นเลิศ : บริการอย่างมีประสิทธิภาพ มีคุณภาพ มีธรรมาภิบาลและเป็นที่ยอมรับ เพื่ออำนวยความสะดวกและตอบสนองความต้องการของประชาชน			ผลลัพธ์
ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง (Sufficiency Economy Philosophy) - พอประมาณ (พอประมาณทั้งการพูด การแสดงความคิดเห็น ให้อื่นเห็นแสดงความคิดเห็นและรับฟังซึ่งกันและกัน มีความพอดี เหมาะสมกับบริบท พัฒนาเท่าที่พอมีกำลังทำได้) - ความมีเหตุผล (การตัดสินใจอยู่บน เหตุผลที่ต้องโดยคำนึงถึงปัจจัย/ ผลกระทบที่เกี่ยวข้อง ทำงานมี เป้าหมาย เรียงลำดับความสำคัญ เลือกแนวทางที่ทำได้จริงในทาง ปฏิบัติ) - มีภูมิคุ้มกันในตัว (ยืดหยุ่น ปรับตัวรับ การเปลี่ยนแปลง มีการค้นหาและ วางแผนบริหารจัดการความเสี่ยง)	ผลลัพธ์จากการประยุกต์ใช้			บทประยุกต์ (Applications) (ให้ยืดหยุ่น, บูรณาการ, ไม่ยึด ติดตัว, ปรับ ตามสภาพ)
	1. ปรับปรุงด้านกระบวนการให้บริการ ให้มี ประสิทธิภาพ ผู้รับบริการพอใจ - ปรับลดขั้นตอนการพิจารณาอนุญาตเพื่อ ความรวดเร็ว - ปรับเพิ่มขั้นตอนการให้คำปรึกษาเรื่องแบบ แปรณก่อนก่อสร้างสถานที่ประกอบการ เพื่อ ลดปัญหาการปรับปรุงแก้ไขสถานที่ - ปรับระบบให้คำปรึกษาตามความเชี่ยวชาญ ตามระดับความยากง่าย - ปรับระบบตรวจสอบสถานประกอบการให้ได้ มาตรฐานเดียวกัน - พัฒนาการให้บริการด้านหน้า เพื่อตอบสนอง ความต้องการของผู้รับบริการ - ปรับระบบนัดหมายให้มีประสิทธิภาพ ลด ความซ้ำซ้อน 2. พัฒนาด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ - ปรับระบบจัดเก็บเอกสารให้มีประสิทธิภาพ เอื้อการทำงาน ลดการสูญหาย - พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศให้มี ประสิทธิภาพ ทันสมัย รองรับการใช้งานใน ปัจจุบันและอนาคต เชื่อมโยงกับหน่วยงานอื่น		3. พัฒนาด้านบุคลากรให้มีสมรรถนะที่ เหมาะสมและทำงานเป็นทีม - การพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรให้มี ความรู้ ความเชี่ยวชาญ แบบพืสอน้องให้เก่ง - การสร้างความผูกพัน ค่านิยมการทำงาน เป็นทีมในองค์กร ให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการ ทำงาน การแสดงความคิดเห็น - ปรับระบบการพิจารณาความดีความชอบให้ เป็นที่ยอมรับ - กำหนดบทบาทความรับผิดชอบชัดเจนตาม ภาระงานและความเชี่ยวชาญ 4. ส่งเสริมธรรมาภิบาลในการทำงาน ประกาศนโยบายธรรมาภิบาลการให้บริการ จัดทำประกาศขั้นตอนและระยะเวลาการ ให้บริการในแต่ละขั้นตอนของจังหวัด เพื่อ ความโปร่งใส	
เงื่อนไขของการตัดสินใจและทำ กิจกรรมเพื่อพัฒนางาน ฐานความรู้ (รอบรู้ รอบคอบ ระมัดระวัง) - ใช้ความรู้ความเชี่ยวชาญใน กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับงาน - ใช้ความรู้ทางเภสัชกรรม - พัฒนางานภายใต้กรอบ มาตรฐานวิชาชีพ ฐานคุณธรรม - ตระหนักในคุณธรรม ซื่อสัตย์ สุจริต - ความเพียร อดทน - มุ่งประโยชน์ส่วนรวม - เสียสละ และแบ่งปัน - ใช้สติปัญญาในการ ดำเนินการ	เข้าใจ (Understanding) (ใช้ข้อมูลที่มีอยู่ ข้อมูลเชิง ประจักษ์ วิเคราะห์ วิจัย ทดลองทำงานได้ผล) - มีการนำองค์กรที่ เข้มแข็ง วิเคราะห์ทำ ความเข้าใจภาพรวม องค์กร เข้าใจจุดอ่อน/จุด แข็ง ภายในองค์กรตนเอง - นำข้อมูลที่มี และองค์ ความรู้ที่เกี่ยวข้องมาใช้ - พัฒนาด้วยกระบวนการ วิเคราะห์ข้อมูล ปัญหาที่ เกี่ยวข้อง/ทบทวนการ ทำงานที่ผ่านมา/หา โอกาสพัฒนา/วางแผน พัฒนา/ทดลองปรับปรุง/ ประเมินผลงานได้ผลจริง	เข้าถึง (Connecting) (ตระหนัก รู้ ระเบิดจากข้างใน เข้าใจ กลุ่มเป้าหมาย สร้างปัญญา) - รู้ความต้องการ ความคาดหวัง ปัญหาของผู้รับบริการจากการ สัมภาษณ์ การสำรวจความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ ข้อร้องเรียน และจาก การประเมินความพึงพอใจ - รู้ความต้องการ ความคาดหวัง ปัญหาของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (คือ สสจ.เชียงใหม่, ออ.) จากนโยบาย ผลลัพธ์จากการประเมินผลงาน ข้อเสนอแนะ ระเบียบและแนวทาง ปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง - พัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ ความ เข้าใจ เกิดปัญญาเพื่อให้อยาก เปลี่ยนแปลง และ ออานำความรู้ไป พัฒนางานองค์กร - สร้างความผูกพันองค์กร ค่านิยมใน การทำงาน สร้างเครือข่าย	พัฒนา (Development) (บริหารจัดการ เริ่มต้นด้วย ตนเอง ที่พึ่งพาตนเองได้ ต้นแบบเผยแพร่ความรู้) - ส่งเสริมให้บุคลากรเข้าใจ มี ส่วนร่วมในการพัฒนา - อะไรสำคัญให้ทำก่อน อะไร ทำได้พึ่งตนเองได้ก็ทำไปก่อน ไม่ต้องรอรัฐ ค่อยๆ ขยับ ขยายไปทีละจุด - ปัญหาไหนพัฒนาไม่ได้ เกิน ความสามารถก็ปรับตัว ปรับ งานอื่นเพื่อให้ปัญหาบรรเทา - พัฒนาอย่างประหยัดแต่ ถูกต้องตามมาตรฐาน - สิ่งที่ดีอยู่แล้วเห็นผลแล้ว ให้ นำมาใช้หรือเป็นต้นแบบเพื่อ เรียนรู้และประยุกต์ให้เข้ากับ บริบทของหน่วยงาน	วิธีการแห่ง ศาสตร์พระราช (Means)
	บุคลากร กระบวนการ งบประมาณ ระบบเอกสารการอนุญาต สิ่งอำนวยความสะดวกและสถานที่			มิติที่เข้าถึง/ ปัจจัยพื้นฐาน



ผลการศึกษา

จำนวนการขอรับบริการที่ศูนย์ฯ ทั้งสิ้น 19,189 รายโดยรับบริการผ่านระบบอินเทอร์เน็ต (Skynet) ร้อยละ 28.4 มารับบริการที่ศูนย์ฯ ร้อยละ 71.6 ทุกคำขอได้รับการดำเนินการแล้วเสร็จ (ตารางที่ 2) จากจำนวนผู้มาขอรับบริการที่ศูนย์ฯ ทั้งหมด 13,745 รายเมื่อจำแนกตามประเภทและลักษณะของบริการพบว่า เป็นบริการด้านอาหารมากที่สุด (ร้อยละ 41.2) รองลงมา คือ

ด้านเครื่องสำอาง (ร้อยละ 32.3) ยา (ร้อยละ 17.7) วัตถุอันตราย (ร้อยละ 1.5) และอื่น ๆ ตามลำดับ โดยลักษณะการขอรับบริการที่ศูนย์ฯ มากที่สุดจะเป็นเรื่องการขอคำแนะนำปรึกษา (ร้อยละ 46.6) รองลงมาคือ การรับใบอนุญาต (ร้อยละ 20.3) การต่ออายุใบอนุญาต (ร้อยละ 11.9) การขออนุญาตสถานที่ (ร้อยละ 2.6) การแจ้งเลิกใบอนุญาต (ร้อยละ 2.2) ตามลำดับและการขออนุญาตอื่น ๆ เช่น งานสถานพยาบาล ยาแผนโบราณ (ร้อยละ 16.4) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 จำนวนการขอรับบริการและระดับความสำเร็จของการให้บริการตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2563

ถึงวันที่ 30 กันยายน 2564 จำแนกตามวิธีการรับบริการ

ประเภทของบริการ	มารับบริการที่ศูนย์ฯ		รับบริการผ่านระบบ Skynet		รวม	ร้อยละ
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. จำนวนการขอรับบริการ	13,745	71.6	5,444	28.4	19,189	100.0
2. จำนวนบริการที่ดำเนินการแล้วเสร็จตามที่ขอ	13,745	71.6	5,444	28.4	19,189	100.0



ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของการมารับบริการที่ศูนย์ให้บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบื้องต้น แยกตามประเภทและลักษณะของบริการ

ลักษณะของบริการ	ประเภทของบริการ											
	อาหาร		ยา		เครื่องสำอาง		วัตถุอันตราย		อื่น ๆ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
- การขออนุญาตสถานที่	188	3.3	78	3.2	52	1.2	9	4.2	33	3.3	360	2.6
- การขออนุญาตอื่น ๆ	943	16.7	215	8.9	1,027	23.1	63	29.7	0	0.0	2,248	16.4
- การขอคำแนะนำ/ปรึกษา	2,945	52.0	430	17.7	2,634	59.3	113	53.3	281	27.9	6,403	46.6
- การต่ออายุใบอนุญาต	165	2.9	667	27.5	466	10.5	16	7.5	328	32.6	1,642	11.9
- การรับใบอนุญาต	1,296	22.9	960	39.6	169	3.8	9	4.2	359	35.7	2,793	20.3
- การแจ้งเลิกใบอนุญาต	122	2.2	77	3.2	93	2.1	2	0.9	5	0.5	299	2.2
- การร้องเรียน	0		0		0		0		0		0	0
รวม	5,659	41.2	2,427	17.7	4,441	32.3	212	1.5	1,006	7.3	13,745	100

1. ประสิทธิภาพการให้บริการ

1.1 ความรวดเร็วของการดำเนินงานอนุญาต

หลังการพัฒนาพบว่าสามารถลดระยะเวลาที่ใช้ดำเนินการแล้วเสร็จในกระบวนการอนุญาตย่อยทั้งหมด 51 กระบวนการลงเมื่อเทียบกับก่อนการพัฒนา (พ.ศ. 2549) ทุกกระบวนการใช้ระยะเวลาดำเนินการแล้วเสร็จไม่เกินเกณฑ์ที่ อย. กำหนดล่าสุด (ปี พ.ศ. 2563) กระบวนการอนุญาตที่มีผู้ให้บริการจำนวนมากและพัฒนาได้โดดเด่น

มี 3 กระบวนการหลักตามลำดับ คือ 1. การขออนุญาตและแก้ไขรายการผลิตภัณฑ์อาหารประเภทไอศกรีม เครื่องดื่มในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท อาหารในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร รอยัลเยลลี่ และผลิตภัณฑ์รอยัลเยลลี่ เครื่องดื่มเกลือแร่ และกาแฟปรุงสำเร็จ 2. การขออนุญาตตั้งโรงงานผลิตอาหารและสถานที่ผลิตอาหารที่ไม่เข้าข่ายโรงงาน (กรณีไม่มีการปรับปรุงสถานที่) 3. การขออนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน



ตารางที่ 4 แสดงจำนวนวันรวมเฉลี่ยและร้อยละของระยะเวลาที่ใช้ดำเนินการแล้วเสร็จหลังสิ้นสุดการพัฒนาเทียบก่อนการพัฒนาและเกณฑ์ประกาศของ อย. คือ 2.7, 10.5, and 4.6 วันทำการ คิดเป็นร้อยละ 9.6, 18.1 และ 46 ตามลำดับ หรือเร็วกว่า 10.4, 5.5 และ 2.2 เท่า เมื่อเทียบกับระยะเวลาดำเนินการตามเกณฑ์ประกาศของ อย.

ส่วนกระบวนการอื่น ได้แก่ งานขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงทะเบียนตำรับยาแผนโบราณ

แม้จะพัฒนาได้ดีคือใช้ระยะเวลาเพียง 20 วัน เมื่อเทียบกับที่ อย. ประกาศไว้ 150 วัน (ระยะเวลาแล้วเสร็จคิดเป็นร้อยละ 13.3 ของเกณฑ์ประกาศ) แต่เนื่องจากปริมาณงานในแต่ละปีมีน้อยจึงไม่ถือเป็นงานเด่น สำหรับกระบวนการอนุญาตด้านวัตถุอันตราย, เครื่องมือแพทย์ และเครื่องมือสำอำนนั้นสามารถลดระยะเวลาดำเนินการลงได้ไม่มากนัก แต่ก็ไม่มีกระบวนการใดใช้เวลาเกินเกณฑ์ที่ อย. กำหนด

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของระยะเวลาพิจารณาอนุญาตแล้วเสร็จหลังการพัฒนา ของ สสจ. เชียงใหม่ เทียบกับเกณฑ์ที่สำนักงานอาหารและยาประกาศ (พ.ศ. 2563)

	ระยะเวลาพิจารณาอนุญาตแล้วเสร็จ (เฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)			P Value ^c
	สสจ. เชียงใหม่	อย.	ร้อยละของระยะเวลา รวมที่ใช้ดำเนินการ แล้วเสร็จเมื่อเทียบกับ อย.	
1. การขออนุญาตและแก้ไขรายการผลิตภัณฑ์อาหารประเภท ไอศกรีม เครื่องดื่มในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท อาหารในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร รอยัลเซลล์ และผลิตภัณฑ์รอยัลเซลล์ เครื่องดื่มเกลือแร่ และกาแฟปรุงสำเร็จ				
1.1 การขออนุญาตจดทะเบียนอาหาร/แจ้งรายละเอียดอาหาร (สบ.5)	(n=265)			
- ตรวจสอบเอกสาร	9.2±1.3 นาที	15 วัน		
- การพิจารณา	1.7±0.4 วัน	ไม่ได้แยก		
- เสนอใบอนุญาต (ผ่าน หัวหน้างาน หัวหน้ากลุ่มงาน รองนายแพทย์ สสจ.)	ไม่มี	ระยะเวลาเป็น รายการกิจกรรม		
- ลงนาม	1±0.1 วัน	13 วัน		
ระยะเวลารวม สบ.5	2.9±0.5 วัน	28 วัน	10.4	<0.001



ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของระยะเวลาพิจารณาอนุญาตแล้วเสร็จหลังการพัฒนา ของ สสจ. เชียงใหม่
เทียบกับเกณฑ์ที่สำนักงานอาหารและยาประกาศ (พ.ศ. 2563) (ต่อ)

	ระยะเวลาพิจารณาอนุญาตแล้วเสร็จ (เฉลี่ย+ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)			P ^c Value
	สสจ. เชียงใหม่	อย.	ร้อยละของระยะเวลา รวมที่ใช้ดำเนินการ แล้วเสร็จเมื่อเทียบ กับ อย.	
1.2 การขออนุญาตแก้ไขรายละเอียด อาหารที่จดทะเบียนอาหาร/แจ้งรายละเอียด อาหาร (สบ.6)	(n=49)		6.1	<0.001
- ตรวจสอบเอกสาร	7.5±0.9 นาที	15 วัน		
- การพิจารณา	1±0 วัน	ไม่ได้แยก ระยะเวลาเป็น รายการกิจกรรม		
- เสนอใบอนุญาต (ผ่าน หัวหน้างาน หัวหน้ากลุ่มงาน รองนายแพทย์ สสจ.)	ไม่มี			
- ลงนาม	0.6±0.5 วัน			
ระยะเวลารวม สบ.6	1.7±0.5 วัน	28 วัน		
ระยะเวลารวมเฉลี่ยของ สบ.5 และ สบ.6	2.7 ± 0.7 วัน	28 วัน	9.6	<0.001
2. การขออนุญาตตั้งโรงงานผลิตอาหาร และ สถานที่ผลิตอาหารที่ไม่เข้าข่ายโรงงาน (กรณีไม่มีการปรับปรุงสถานที่)	(n=140)		18.1	<0.001
- การตรวจสอบความครบถ้วนของ เอกสาร	14.9±4.2 นาที	ไม่ได้แยก ระยะเวลา เป็นราย กิจกรรม		
- การนัดตรวจสอบสถานที่	5.7±3.0 วัน			
- การพิจารณา	1.6±0.9 วัน			
- ลงนาม	3.0±1.6 วัน	90 นาที		
ระยะเวลารวม	10.5±3.4 วัน	58 ^a วัน		
3.การขออนุญาตขยายแผนปัจจุบัน	(n=63)		46.0	<0.001
- รับคำขอ ตรวจสอบเอกสาร	27.1±2.9 นาที	1 วัน		
- การพิจารณา	2.0±0.9 วัน	6 วัน		
- เสนอใบอนุญาต	ไม่มี	1 วัน		
- ลงนาม		1 วัน		
- แจ้งผลการพิจารณา		1 วัน		
ระยะเวลารวม	4.6±1.2 วัน	10 วัน		

^a สถานที่ประกอบการอยู่ต่างจังหวัด; ^b การลงนามและแจ้งผลการพิจารณา รวมอยู่ในขั้นตอนเดียวกัน; ^c One sample t-test

1.2 จำนวนสถานประกอบการที่ผ่านการตรวจตามเกณฑ์การออกใบอนุญาตโดยไม่ต้องปรับปรุงสถานที่

หลังจากหาวิธีพัฒนาปรับกระบวนการอย่างต่อเนื่อง เช่น การหมุนเวียนบุคลากรจากงานฝ่ายอื่นมาช่วยหรือโครงการทดลองพัฒนาและมอบหมายให้เจ้าหน้าที่ระดับอำเภอทำหน้าที่ตรวจประเมินสถานประกอบการที่อยู่นอกเขตอำเภอเมืองก็ไม่ได้ทำให้ระยะเวลาการตรวจ

สถานที่เร็วขึ้น สุดท้ายพบว่า การเพิ่มกระบวนการให้คำปรึกษาแนะนำการจัดเตรียมสถานที่ที่จะขออนุญาตก่อนการก่อสร้างจริงทำให้ลดการแก้ไขปรับปรุงสถานที่ หรือถ้ามีแก้ไขก็เป็นประเด็นเล็กน้อยเท่านั้น จากการคำขอตรวจประเมินสถานประกอบการในปี 2564 จำนวน 327 ราย พบว่าสถานประกอบการทุกรายสามารถผ่านการตรวจตามเกณฑ์การออกใบอนุญาตโดยไม่ต้องปรับปรุงสถานที่ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของการผ่านการตรวจอนุญาตสถานที่ประกอบการ

ประเภท	จำนวนและร้อยละของการผ่านการตรวจสถานที่ตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด					
	ผ่านแต่ต้องปรับปรุงแก้ไขโครงสร้าง		ผ่านแบบไม่ต้องแก้ไขหรือมีการปรับปรุงเล็กน้อย		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาหาร	0	0	188	100	188	57.5
ยา	0	0	78	100	78	23.9
เครื่องสำอาง	0	0	52	100	52	15.9
วัตถุอันตราย	0	0	9	100	9	2.8
รวม	0	0	327	100	327	100

2. ผลลัพธ์ความเป็นเลิศด้านคุณภาพของการให้บริการ

2.1 ความถูกต้อง ครบถ้วนตามมาตรฐานในการอนุญาต

จากการตรวจสอบเอกสาร หลักฐานจากการสุ่มแฟ้มเอกสารขออนุญาต 65 ราย ทุกรายมีความถูกต้องครบถ้วนตามมาตรฐานของแต่ละกระบวนการที่กำหนดไว้ในคู่มือประชาชน

2.2 ความพึงพอใจของผู้รับบริการ

ผู้ที่มารับบริการที่ศูนย์ 109 คน ส่วนใหญ่เป็นหญิง (ร้อยละ 66) อายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี (ร้อยละ 47.2) การศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 70.9) (ตารางที่ 6) ผลประเมินคะแนนความพึงพอใจรวมในทุกด้านเฉลี่ย 46.3 ± 4.4 คะแนนคิดเป็นร้อยละ 92.6 ± 8.7 จากคะแนนเต็ม 50 คะแนน เกินเกณฑ์ความเป็นเลิศที่ตั้งไว้ที่ร้อยละ 90 หัวข้อที่ได้รับคะแนนพึงพอใจเฉลี่ย



จากผู้รับบริการมากที่สุดคือ การให้บริการมีความ
เสมอภาคเป็นไปตามลำดับก่อน – หลัง (เฉลี่ย 4.8 ± 0.4
คะแนน) ต่ำที่สุดคือ สิ่งอำนวยความสะดวก (น้ำดื่ม

หนังสือพิมพ์ นิตยสาร ฯลฯ) (เฉลี่ย 4.3 ± 0.8 คะแนน)
(ตารางที่ 7)

ตารางที่ 6 ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการที่ศูนย์

		จำนวนคน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	37	34.0
	หญิง	72	66.0
อายุ	1. 20-30 ปี	26	24.1
	2. 31-40 ปี	52	47.2
	3. 41-50 ปี	27	25.0
	4. 51 ปีขึ้นไป	4	3.7
การศึกษา	1. มัธยมศึกษา	4	3.9
	2. อนุปริญญา/ปวส.	7	6.8
	3. ปริญญาตรี	73	70.9
	4. สูงกว่าปริญญาตรี	19	18.4
	5. ไม่ระบุ	6	5.8
รวม		109	100.0

ตารางที่ 7 ร้อยละของระดับความพึงพอใจและคะแนนความพึงพอใจต่อการให้บริการของผู้รับบริการจำนวน 109 คน

	ร้อยละของระดับความพึงพอใจ					คะแนน	
	ไม่ พอใจ	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มากที่สุด	เฉลี่ย	sd.
1. เจ้าหน้าที่ยิ้มแย้มแจ่มใส สุภาพ พูดจาไพเราะ อธิบายดี	0	0.0	3.7	26.6	69.7	4.7	0.5
2. เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลชัดเจน ตอบข้อ ซักถามได้	0	0.0	1.8	23.9	74.3	4.7	0.5



ตารางที่ 7 ร้อยละของระดับความพึงพอใจและคะแนนความพึงพอใจต่อการให้บริการของผู้รับบริการจำนวน 109 คน (ต่อ)

	ร้อยละของระดับความพึงพอใจ					คะแนน	
	ไม่พอใจ	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	พึงพอใจรายข้อ	เฉลี่ย
3. เจ้าหน้าที่ยิ้มแย้มแจ่มใส สุภาพ พุดจาไพเราะ อธิบายดี	0	0.0	3.7	26.6	69.7	4.7	0.5
4. เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลชัดเจน ตอบข้อซักถามได้	0	0.0	1.8	23.9	74.3	4.7	0.5
5. เจ้าหน้าที่ให้บริการอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง ครบถ้วน	0	0.0	2.8	22.0	75.2	4.7	0.5
6. การให้บริการมีความเสมอภาค เป็นไปตามลำดับก่อน - หลัง	0	0.0	0.0	22.9	77.1	4.8	0.4
7. มีการแสดงขั้นตอนและรายละเอียดในการให้บริการอย่างชัดเจน	0	0.0	0.9	22.0	77.1	4.7	0.5
8. ระยะเวลาในการให้บริการมีความเหมาะสม	0	0.0	1.8	22.0	76.1	4.7	0.5
9. สถานที่ให้บริการสะอาดเป็นระเบียบ	0	0.0	0.9	25.7	73.4	4.7	0.5
10. สถานที่รอรับบริการเพียงพอ	0	0.0	0.9	25.7	73.4	4.6	0.6
11. สิ่งอำนวยความสะดวก (น้ำดื่ม หนังสือพิมพ์ นิตยสาร ฯลฯ)	0	2.8	12.8	33.9	50.5	4.3	0.8
12. สถานที่ให้บริการเด่นชัด หาง่าย	0	1.8	14.7	29.4	54.1	4.4	0.8
คะแนนรวม (10 ข้อ)	เฉลี่ย 46.3±4.4 คะแนน					คิดเป็นร้อยละ 92.6±8.7 จากคะแนนเต็ม 50 คะแนน	
13. คะแนนความพึงพอใจต่อภาพรวมของการให้บริการ	เฉลี่ย 9.6±0.7 คะแนน					คิดเป็นร้อยละ 96 จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน	

3. ความมีธรรมาภิบาล

เพื่อแสดงถึงความสุจริต โปร่งใส ตรวจสอบได้ทางศูนย์ฯ มีการประกาศใช้คู่มือประชาชนของจังหวัดเชียงใหม่ซึ่งระบุขั้นตอนและระยะเวลาแล้วเสร็จของกระบวนการขออนุญาต ตลอดระยะเวลาดำเนินงานของศูนย์ฯ ที่ผ่านมาไม่เคยมีเรื่องร้องเรียนหรือคดีความที่เกี่ยวข้องกับการทุจริตประพฤติดีมิชอบของงานกำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพก่อนออกสู่ตลาด รวมทั้งไม่มีปัญหาหรือเรื่องร้องเรียนระหว่างบุคลากรภายในศูนย์ฯ

4. การเป็นที่ยอมรับของหน่วยงานภายนอก

มีหน่วยงานภายนอกจากหลายเขตสุขภาพทั้งสิ้น 5 แห่ง ขอมาศึกษาดูการดำเนินงานของศูนย์ฯ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างเป็นทางการ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี จังหวัดกาญจนบุรี จังหวัดนครราชสีมา จังหวัดกาฬสินธุ์ และจังหวัดภูเก็ต

อภิปรายผล

เชียงใหม่จัดอยู่ในกลุ่มจังหวัดขนาดใหญ่ (XL) มีภาระงานสูงในขณะที่มีบุคลากรรับผิดชอบให้บริการโดยตรงเพียง 5 คน จำนวนการขอรับบริการที่ศูนย์ฯ ในปีงบประมาณ 2564 (โควิด-19 กำลังระบาด) สูงถึง 13,754 คำขอ อัตราการดำเนินให้บริการแล้วเสร็จอยู่ที่ร้อยละ 100 (ตารางที่ 2) จากปัญหาที่ผ่านมามีกระบวนการที่พบว่าอัตราให้บริการแล้วเสร็จต่ำและใช้เวลานาน คือการตรวจประเมินสถานประกอบการ โดยเฉพาะการขออนุญาตด้านอาหารซึ่งมักจะถูกให้แก้ไขปรับปรุงสถานที่เพื่อให้ถูกต้องตามเกณฑ์

อนุญาตที่กำหนด ทำให้ใช้เวลานาน ผู้ประกอบการเสียเงินและขาดโอกาสดำเนินธุรกิจ เจ้าหน้าที่ต้องเสียเวลาไปประเมินซ้ำ ๆ หลายครั้งในหนึ่งสถานประกอบการ หลังพัฒนาโดยศูนย์ฯ สสจ.เชียงใหม่เป็นแห่งแรกที่เพิ่มขั้นตอนการให้คำแนะนำปรึกษา ก่อนก่อสร้างจริง พบว่าทำให้ประสิทธิภาพการตรวจประเมินสถานประกอบการผ่านแบบไม่ต้องแก้ไขดีขึ้นอย่างมากโดยในปีงบประมาณ 2564 ทำได้ถึงร้อยละ 100 (ตารางที่ 5) เมื่อเทียบกับ สสจ.นครราชสีมา ซึ่งเป็นหน่วยงานที่เคยมาศึกษาดูงานที่ สสจ.เชียงใหม่ จากรายงานการศึกษาของบุญสงค์ ลีสุรพลานนท์ และคณะ⁸ เรื่องความสำเร็จของศูนย์บริการเบ็ดเสร็จและความพึงพอใจของผู้ประกอบการที่มาใช้บริการที่ศูนย์ฯ ที่มีผู้มารับบริการที่ศูนย์ฯ ในปี พ.ศ. 2562 เพียง 4,210 คำขอซึ่งภาระงานน้อยกว่า สสจ.เชียงใหม่ 3.3 เท่า โดยประเภทที่ขอรับบริการมากที่สุดเป็นด้านอาหารเหมือนกัน มีอัตราการดำเนินแล้วเสร็จของทุกคำขอยุ่ที่ร้อยละ 99.6 แต่ไม่ได้ประเมินประสิทธิภาพและคุณภาพของความสำเร็จในการให้บริการอนุญาต

ระยะเวลาให้บริการแล้วเสร็จเฉพาะงานที่มีภาระงานสูงสุดและพัฒนาได้ดี 3 ประเภท ได้แก่ 1. การขออนุญาตและแก้ไขรายการผลิตภัณฑ์อาหาร 2. การขออนุญาตตั้งโรงงานผลิตอาหารและสถานที่ผลิตอาหารที่ไม่เข้าข่ายโรงงาน (กรณีไม่มีการปรับปรุงสถานที่) 3. การขออนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน มีระยะเวลาดำเนินการแล้วเสร็จรวมเฉลี่ย 2.7, 10.5, และ 4.6 วันทำการ เมื่อเทียบกับระยะเวลาดำเนินการตามเกณฑ์ประกาศของ อย.



กำหนดไว้ล่าสุด (ปี พ.ศ. 2563) คือ 28, 58 และ 10 วันทำการตามลำดับหรือคิดเป็นร้อยละ 9.6, 18.1 และ 46 หรือให้บริการได้แล้วเสร็จเร็วกว่าที่ อย. ประกาศไว้ 10.4, 5.5 และ 4.6 เท่าตามลำดับ ในขณะที่ปี 2562 สสจ. นครราชสีมา มีค่ามัธยฐานของระยะเวลาให้บริการแล้วเสร็จทั้งงานอนุญาตด้านยาและอาหารอยู่ที่ 40 วันทำการ^๑

ความพึงพอใจมักถูกนำมาใช้สะท้อนถึงประสิทธิภาพและคุณภาพของการให้บริการ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความพึงพอใจชุดที่ อย. นำมาใช้ติดตามการทำงานของศูนย์ฯ ทั่วประเทศ อย่างไรก็ตาม อย. ไม่ได้กำหนดเกณฑ์เอาไว้ ผู้วิจัยจึงได้กำหนดคะแนนรวมเฉลี่ยเบื้องต้นของความเป็นเลิศไว้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 จากผลการประเมินความพึงพอใจของผู้มารับบริการที่ศูนย์ฯ มีคะแนนเฉลี่ยรายข้อตั้งแต่ 4.3-4.8 คะแนน ข้อที่ได้คะแนนสูงสุดคือ การให้บริการมีความเสมอภาคเป็นไปตามลำดับก่อน – หลัง (เฉลี่ย 4.8 ± 0.4 คะแนน) ต่ำที่สุดคือ สิ่งอำนวยความสะดวก (น้ำดื่ม หนังสือพิมพ์ นิตยสาร ฯลฯ) (เฉลี่ย 4.3 ± 0.8 คะแนน) คะแนนรวมเฉลี่ยทั้ง 10 ข้อ 46.3 ± 4.4 (จากคะแนนเต็ม 50) คิดเป็นร้อยละ 92.6 ± 8.7 ผลประเมินความพึงพอใจในภาพรวมต่อการมาใช้บริการเฉลี่ย 9.6 ± 0.7 คะแนน (หรือร้อยละ 96 จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน) หากเทียบคะแนนภาพรวมความพึงพอใจต่อการมาใช้บริการเฉลี่ยจะสูงกว่าผลประเมินความพึงพอใจในภาพรวมต่อการมาใช้บริการของ สสจ. นครราชสีมา (เฉลี่ย 4.18 ± 0.9 คะแนน หรือร้อยละ 83.6 จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน)

ซึ่งใช้แบบประเมินที่พัฒนาขึ้นมาใช้เอง แต่ก็พบว่าความพึงพอใจด้านสิ่งอำนวยความสะดวกและสภาพแวดล้อมได้คะแนนต่ำ (เฉลี่ย 3.97 คะแนน) เช่นเดียวกัน ในการนำหลักการพัฒนางานของศาสตร์พระราชามาประยุกต์ใช้ อะไรสำคัญให้ทำก่อน อะไรทำได้พึ่งตนเองได้ก็ทำไปก่อน ไม่ต้องรอรัฐ ค่อย ๆ ขยับขยายไปที่ละจุด ปัญหาไหนพัฒนาไม่ได้ เกินความสามารถก็ปรับตัวปรับงานอื่นเพื่อให้ปัญหาบรรเทา ทำให้เรียนรู้จากข้อมูลคะแนนเฉลี่ยรายข้อในตารางที่ 7 ว่ายังมีโอกาสพัฒนาต่อไปเพื่อเพิ่มความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการได้เพราะบางข้อสามารถเริ่มต้นและพึ่งตนเองได้ เช่น ปรับพฤติกรรมการให้บริการด้านหน้าให้ยิ้มแย้มแจ่มใส มีอัธยาศัยมากขึ้น, พัฒนาองค์ความรู้ความเชี่ยวชาญของบุคลากรเพื่อให้สามารถอธิบายและตอบข้อซักถามได้ดีขึ้น เป็นต้น แต่ในส่วนปัญหาที่พัฒนาไม่ได้ก็ต้องปรับตัวให้อยู่กับมันได้ เช่น ปัญหาเกี่ยวข้องกับสิ่งอำนวยความสะดวก สถานที่ให้บริการ ซึ่งการพัฒนาทำได้ยากด้วยข้อจำกัดในเรื่องสถานที่และงบประมาณที่ได้รับ

ในแง่ของธรรมาภิบาลในการทำงาน งานอนุญาตมีโอกาสเกิดการแสวงหาผลประโยชน์ได้สูงทั้งจากการเรียกรับของเจ้าหน้าที่หรือการเสนอให้ของผู้ประกอบการเพื่อให้ได้รับการอนุญาตโดยเร็วหรือให้อนุญาตแบบไม่สอดคล้องกับมาตรฐาน ด้วยหลักแนวคิดการทำงานตามศาสตร์พระราชาที่เน้นให้มีคุณธรรม ซื่อสัตย์ สุจริต มุ่งประโยชน์ส่วนรวมทางศูนย์ฯ ได้ประกาศเป็นนโยบายภายในชัดเจน

เพื่อสร้างคานิยมใหกับเจาหนาที่และผูประกอบการ ว่าการอนุญาตทุกขั้นตอนจะเปนไปตามมาตรฐาน ห้ามมีการเรียกรับหรือเสนอผลประโยชน ห้ามการรับ ของฝากหรือของขวัญ รวมถึงไมมีการรับเลี้ยง อาหารจากผูประกอบการเมื่อกตรวจสถานที่

ด้วยเหตุที่ตัวชี้วัดธรรมาภิบาลในการทำงาน ยังไมมีเกณฑ์มาตรฐานของประเทศหรือข้อมูล ของหนวยงานอื่นใหเปรียบเทียบ อาศัยหลักการ ประยุกตการทำงานตามศาสตรพระราชาที่ตองมี ความยึดหยุน ปรับตัวตามบริบท ไมติดยึดกับกรอบ หรือตำรา ผูวิจัยจึงกำหนดเกณฑ์ที่พออยอมรับได ง่ายต่อการประเมินและไมสรางภาระในการปฏิบัติ หรือเก็บข้อมูลแตก็สามารถบอกถึงผลลัพธได หากในอนาคตมีเกณฑ์ประเมินมาตรฐานชัดเจน ทางศูนยฯ ก็พรอมจะปรับตาม โดยตัวชี้วัด ที่นำมาใชแสดงถึงความโปรงใสในกระบวนการ อนุญาตในที่นี้ คือ ความสามารถจัดทำคู่มือ การให้บริการประชาชนซึ่งจะระบุรายละเอียด ขั้นตอนของแต่ละกระบวนการและประกาศเกณฑ์ ระยะเวลารวมในการให้บริการแลวเสร็จเปนของ จังหวัดเชียงใหม อีกตัวชี้วัดที่นำมาสะท้อนถึง ผลลัพธดานความซื่อสัตย์สุจริตคือ จำนวนเรื่อง ร้องเรียนหรือคดีความการทุจริตคอร์ปชั่น ที่เกี่ยวข้องกับงานอนุญาตฯ ซึ่งที่ผานมาทางศูนยฯ ไมเคยปรากฏเรื่องเหลานี้เลย

การเปนที่ยอมรับของหนวยงานภายนอก จะประเมินจากการที่มีองค์กรภายนอกเห็น ผลสำเร็จและขอมาศึกษาดูงานเพื่อนำไปพัฒนา หนวยงานของตน การพัฒนาที่ สสจ.เชียงใหม ทำได้สำเร็จอาจจะนำไปใช้กับที่อื่นไม่ได้ตองปรับ

ใหเข้ากับบริบทของแต่ละที่ ซึ่ง สสจ.นครราชสีมา เปนหนวยงานที่เคยมาศึกษาดูงานที่ สสจ.เชียงใหม และได้ทำการพัฒนางานให้มีประสิทธิ ภาพ เปนที่พึงพอใจต่อผูรับบริการมากขึ้น⁸

ข้อจำกัดของการวิจัย

การทำความเข้าใจและประยุกตแนวคิด ของศาสตรพระราชาไมกับงานราชการที่มีกรอบ การทำงานชัดเจนเปนเรื่องยาก ตองใช้เวลาลองผิด ลองถูก จุดอ่อนที่ได้เรียนรู้คือการจัดเก็บข้อมูล ที่ผานมาหลายอยางยังไมเปนระบบ ข้อมูลบางอยาง ซ้ำซ้อนหรือซ้ำซ้อนสรางภาระในการเก็บรวบรวม ตัวชี้วัดบางอยางเป็นนามธรรมยากที่จะจำแนก เปนนियามเป็นจำนวนนับทำให้ข้อมูลบางส่วน ไม่สมบูรณ์ทำให้ไมเห็นการเปลี่ยนแปลงของ การพัฒนาในบางช่วงเวลา

สรุปผล

การพัฒนางานกำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพ ก่อนออกสู่ตลาดภายใต้หลักแนวคิดและวิธีการของ ศาสตรพระราชาอย่างต่อเนื่องและควรพิจารณา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องใหรอบด้าน สามารถช่วยให้บรรลุ เป้าหมายความเป็นเลิศได้แบบค่อยเป็นค่อยไป ตามบริบทและมีความกลมกลืนเป็นธรรมชาติของ องค์กร สิ่งสำคัญคือการนำองค์กร ส่งเสริมใหทุกคน มีส่วนร่วม มีการทำงานเป็นทีม เกิดความผูกพัน องค์กร สร้างความรู้สึกรักอยากพัฒนาตนเองและ องค์กร เมื่อแนวคิดนี้ฝังแน่นเป็นวัฒนธรรมองค์กร นำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน ความสำเร็จของ กระบวนการพัฒนาดวยศาสตรพระราชา สามารถ เรียนรู้กันได้แต่อาจนำไปใช้โดยตรงไม่ได้ตองปรับ ใหเข้ากับบริบทของหนวยงานตนเอง



ข้อเสนอแนะ

1. การทำงานของศูนย์ฯ ควรมีลำดับขั้นของการบริหารจัดการน้อยที่สุด หรือขึ้นตรงกับนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพื่อให้เกิดความคล่องตัว โดยแยกส่วนกับการบริหารที่ยังคงอยู่ภายใต้การกำกับของหัวหน้ากลุ่มงาน
2. ควรออกแบบเก็บรวบรวมข้อมูลที่ง่าย ๆ เป็นระบบและการวิเคราะห์ปัญหาเพื่อหาโอกาสพัฒนา
3. การพัฒนาควรมองให้รอบด้านหลายมิติซึ่งมันอาจส่งผลทางตรงหรือทางอ้อมต่อการบรรลุเป้าหมาย

4. เทคโนโลยีสารสนเทศเป็นสิ่งจำเป็น ต้องมีใช้สนับสนุนการทำงานอย่างเพียงพอ

5. ระบบการให้คำปรึกษาจากผู้ที่มีความเชี่ยวชาญกว่าเป็นเรื่องที่เป็นประโยชน์อย่างมากต่องานอนุญาต

6. สิ่งสำคัญคือหัวหน้าศูนย์ฯ ต้องมุ่งมั่นอดทน มีความเป็นผู้นำ มีคุณธรรม เป็นแบบอย่างที่ดี สร้างบรรยากาศการทำงานให้เป็นทีม สร้างการเข้าใจในองค์กร เข้าถึงความต้องการ และส่งเสริมให้บุคลากรคิดอยากพัฒนางานอย่างเป็นธรรมชาติ ฝังแน่นจนกลายเป็นวัฒนธรรมการทำงานนำไปสู่การพัฒนาองค์กรอย่างยั่งยืน



เอกสารอ้างอิง

1. พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2545. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 119, ตอนที่ 99 ก (ลงวันที่ 2 ตุลาคม 2545).
2. กระทรวงสาธารณสุข. ที่ สธ 1009/3/ว 614 เรื่อง โครงการพัฒนาศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพ เบ็ดเสร็จในส่วนภูมิภาค (ลงวันที่ 23 ธันวาคม 2548).
3. สำนักวิจัยเอแบคโพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ. รายงานผลโครงการการสำรวจความพึงพอใจเกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2549. (กรุงเทพมหานคร): (มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ); 2549.
4. พระราชบัญญัติการอำนวยความสะดวกในการพิจารณาอนุญาตของทางราชการ พ.ศ. 2558 ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 132, ตอนที่ 4 ก (ลงวันที่ 22 มกราคม 2558).
5. ภาณุพงษ์ ไชยสุวรรณ, อังคนา พิญญาณ, อำพร แสนศรี. ศาสตร์พระราชาสู่การพัฒนาอย่างยั่งยืน; [เข้าถึงเมื่อ 25 เมษายน 2564]; 1 หน้า. เข้าถึงได้จาก:
<https://sites.google.com/site/iungkhanakws2561/sastr-phra-racha-su-kar-pdibati-xyang-yangyun>.
6. ศุภามณ จันทรสกุล. ยุคสมัยของการประเมินผลและแนวคิดทฤษฎีของนักประเมิน. วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2557; 8(1):68-79.
7. ปณณพงศ์ วงศ์ณาสร, วีรณัฐ พรหมจักร. ศาสตร์พระราชากับการพัฒนาท้องถิ่น. วารสารปัญญา 2563; 27(2):139-146.
8. บุญสงค์ ลีสุรพลานนท์, จักรี แก้วคำบัง, ปทาน ศรีจันทร์, ฤชากร ศรีจันทร์. ความสำเร็จของ ศูนย์บริการเบ็ดเสร็จและความพึงพอใจของผู้ประกอบการที่มาใช้บริการ ณ ศูนย์บริการ ผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา. วารสารอาหารและยา 2564; 28 (2): 58-68. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/fdajournal/index>.



การพัฒนาแบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพยุห์

The System development of Rational Drug Use Community

Stewardship Program in Phayu District.

ภาสกรณ โปธิศรี¹

Passakorn Phosi¹

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลรูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพยุห์ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 137 คน ประกอบด้วย 1. คณะกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพยุห์ 2. เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3. ตัวแทนครอบครัวในชุมชนต้นแบบ ได้แก่ บ้านหนองโสน ตำบลพรหมสวัสดิ์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2563 – 20 ธันวาคม 2564 โดยใช้แบบเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน Paired t -test ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา การพัฒนาแบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนฯ ได้แก่ 1. การเฝ้าระวังความปลอดภัยเชิงรุกในสถานบริการสาธารณสุข ด้วยการค้นหาผู้ป่วยจากฐานข้อมูลการวินิจฉัยโรค พบว่ามีผู้ป่วยที่แพ้ยาจากการซื้อยาใช้เองจากแหล่งกระจายยาในชุมชนจำนวน 14 ราย 2. การเฝ้าระวังความปลอดภัยเชิงรุกในชุมชน ด้วยการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยมีการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยจำนวน 9 ราย (ร้อยละ 29.03) 3. การสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมจากประชาชนภายในชุมชน ด้วยการจัดตั้งศูนย์รับเรื่องร้องเรียนและจัดตั้งเครือข่ายเฝ้าระวังและแจ้งเตือนภัยสุขภาพ พบการร้องเรียนและแจ้งเตือน 7 ครั้ง 4. การพัฒนาร้านชำปลอดภัย โดยการอบรมผู้ประกอบการ และการตรวจเฝ้าระวังโดย อสม. และเจ้าหน้าที่ พบว่าไม่มีการจำหน่ายยาอันตรายและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมาย 5. การสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน ด้วยการอบรมเชิงปฏิบัติการ และวัดความรอบรู้ก่อนและหลังการอบรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) จากงานวิจัยพบว่ารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ที่เฝ้าระวังความปลอดภัยและลดปัจจัยเสี่ยงจากการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัย เชื่อมโยงจากสถานบริการสาธารณสุขสู่ชุมชนแบบมีส่วนร่วม ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ทำให้ประชาชนมีความปลอดภัยและสามารถนำไปขยายผลกับชุมชนอื่นที่มีลักษณะเดียวกันได้

คำสำคัญ: การใช้ยาอย่างสมเหตุผล

1 เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ

1 Pharmacist, Professional Level. Department of Pharmacy and Consumer Protection, Phayu Hospital.

Email : passminum@gmail.com



Abstract

This action research aimed to develop and study the effect of an approach for promoting rational drug use in the community. Phayu District Health Service Network. The study population totally 137 people consisting of 1. board for the promotion of rational drug use, Phayu District Health Service Network 2. staff working in hospitals and health promoting hospitals in sub-districts and 3. stakeholders in pilot community. The research tools consisted of a quantitative and qualitative data collection form. The quantitative data were analyzed by distribution of frequency, percentage, mean. The qualitative data was used by content analysis method. The researcher also developed an approach to promote rational drug use in the community comprising 1. active surveillance in health care facilities with active search for patients from the diagnosis database. As a result, it found that 14 cases of drug allergy what they buy from store in community. 2. active surveillance in the community, home visits for chronic disease patients. It found that 29.03 percent of patients who used unsafe drugs and health products. 3. creating a process for participation from people in the community with 2 activities: establish a complaint center and establish an active health surveillance and network thus, there were 9 complaints and notifications. 4. the development of good private sector in 3 activities: entrepreneur training, media support of knowledge management and active surveillance training by village health volunteers, VHV. It found that no dangerous drugs and illegal health products were sold. 5. build up rational drug use literacy with workshop activities. The Pretest-Posttest design was used with the paired sample t-test ($p < 0.05$) in data analysis. The result of education shows the increase in their score of rational drug use literacy with significantly statistical ($p < 0.001$). The research found that the approach for promoting rational drug use in the community consisted of 5 main activities that monitor safety and reduce risk factors from unsafe drugs and health products in association with public health facilities to the community with participation.

Keywords: RDU Community, rational drug use



บทนำ

ปัญหาความไม่ปลอดภัยจากการใช้ยาในชุมชนเป็นปัญหาที่มีในประเทศไทยเป็นเวลานาน สาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจากผู้ขายยาขาดความรู้ที่ถูกต้อง มีความเชื่อที่ผิด ๆ และมีแหล่งขายยาที่ไม่เหมาะสมและผิดกฎหมายกระจายอยู่ทั่วไป ส่งผลให้เกิดการใช้ยาและการกระจายยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่เหมาะสม ในขณะเดียวกันหากผู้จำหน่ายที่ขายยาให้ประชาชน ไม่มีความรู้ด้านการรักษาโรคและการใช้ยา ย่อมทำให้เกิดโอกาสที่จะเกิดอันตรายแก่ผู้ที่ใช้ยาด้วยเช่นกัน ซึ่งพฤติกรรมการซื้อยารักษาตนเองของประชาชนยังคงเป็นที่นิยม แม้ว่าจะระบบบริการสุขภาพจะพัฒนาให้ดีขึ้นแล้วก็ตาม⁽¹⁾

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้สำรวจร้านค้าปลีกในระดับตำบลภายใต้โครงการส่งเสริมการใช้ยาปลอดภัยในชุมชน ในปี 2560 และปี 2561 พบว่า ร้านค้าปลีกจำนวนมาก ขายยาอันตราย ยาควบคุมพิเศษ และพบผลิตภัณฑ์ที่มีความเสี่ยงจะพบการปนเปื้อนสารสเตียรอยด์ เช่น ยาแผนโบราณ ยาสมุนไพร ซึ่งมีหลายรูปแบบทั้ง ยาผง ยาเม็ด ยาลูกกลอน ยาน้ำ ยาต้ม นอกจากร้านค้าปลีกแล้ว ผลิตภัณฑ์เหล่านี้ยังพบในแหล่งกระจายยาอื่น ๆ ในชุมชน เช่น รถเร่ ตลาดนัด ตลาดทั่วไป วัด ตัวแทนขายของบริษัท เป็นต้น⁽²⁾ ซึ่งสอดคล้องกับผลสำรวจของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ในปี 2562 ที่พบว่า มีการจำหน่ายยา อาหารและเครื่องสำอางที่ไม่เหมาะสมในร้านขายของชำ คิดเป็นร้อยละ 13.00, 1.55 และ 0.55 ตามลำดับ⁽³⁾

การใช้เครือข่ายบ้าน วัด โรงเรียน โรงพยาบาล หรือบวร.ร. เพื่อจัดการปัญหาด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน พบว่า เครือข่ายบวร.ร. ที่ศึกษาปัญหาและวางแผนแก้ปัญหาาร่วมกัน ทำให้ปัญหาด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽⁴⁾ และการรูปแบบกระบวนการสร้างศักยภาพชุมชนในการจัดการปัญหาด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ทำให้ประชาชนมีความรู้ด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพมากขึ้น และมีการสร้างแนวทางการจัดการปัญหาร่วมกันในแต่ละชุมชน⁽⁵⁾

สถานการณ์ความปลอดภัยด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในอำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ ในปี 2562 พบว่า ร้านขายของชำร้อยละ 77.30 ขายยาที่ไม่เหมาะสม ตรวจพบสารสเตียรอยด์ในผลิตภัณฑ์ที่ต้องสงสัยร้อยละ 85 มีผู้บริโภคผลิตภัณฑ์ที่ผสมสารสเตียรอยด์จำนวน 19 คน มีผู้ได้รับอันตรายจำนวน 3 คน⁽⁶⁾ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพยุห์ โดยอาศัยแนวคิดการดำเนินงานการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน 5 กิจกรรมหลัก (5 key activities) ในการดำเนินงาน ได้แก่ 1. การจัดทำข้อมูลความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลเพื่อส่งต่อข้อมูลให้กับชุมชนนำไปแก้ไขปัญหาในพื้นที่ (Proactive Hospital Based Surveillance) 2. การเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกในชุมชน (Active Community Based



Surveillance) 3. กระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในชุมชน (Community Participation) 4. การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในภาพเอกชน (Good Private Sector) 5. ส่งเสริมและสนับสนุนให้คนในชุมชนมีความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลมีวิจักษณ์ญาณในการตัดสินใจเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เหมาะสม (RDU Literacy) โดยการวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการครบทั้ง 5 กิจกรรมโดยปรับปรุงกระบวนการดำเนินงานให้เหมาะสมกับพื้นที่และทดลองในพื้นที่ต้นแบบ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์เป็นรูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสม เพื่อขยายผลในพื้นที่อื่นของอำเภอพุทธต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพุทธ

2. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพุทธ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อศึกษารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน โดยใช้แนวทางการดำเนินงานพัฒนาระบบการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (Rational Drug Use Community: RUD Community) ของกองการบริหารสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 5 กิจกรรมหลัก

(5 key activities) โดยศึกษาตั้งแต่ธันวาคม 2563 – ธันวาคม 2564 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 137 คน ประกอบด้วย 1. คณะกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพุทธ จำนวน 18 คน 2. เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 12 คน 3. ตัวแทนครอบครัวในชุมชนต้นแบบ บ้านหนองโสน ตำบลพรหมสวัสดิ์ อำเภอพุทธ จังหวัดศรีสะเกษ ทุกครอบครัว ๆ ละ 1 คน จำนวน 107 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยปรับปรุงแบบเก็บข้อมูลจากคู่มือแนวทางการดำเนินงานพัฒนาระบบการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนของกองการบริหารสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้แก่

1. แบบเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในสถานบริการ (Proactive Hospital Based Surveillance)

2. แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลและติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

3. แบบรายงานการเฝ้าระวังและแจ้งเตือนภัยความเสี่ยงด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ (Community Participation)

4. แบบตรวจประเมินร้านค้าร้านชำ (Good Private Sector)



5. แบบประเมินความรอบรู้ด้านยา (RDU Literacy)

เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ คือ แบบอภิปรายกลุ่มแบบไม่มีโครงสร้างเป็นแบบปลายเปิดเน้นการเจาะลึกควบคู่กับการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ได้แก่

1. แบบบันทึกการอภิปรายกลุ่ม
2. แบบบันทึกการสังเกตแบบมีส่วนร่วม

3. วิธีการเก็บข้อมูล

1. ข้อมูลผลของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผลในชุมชน ใช้การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสำรวจและแบบรายงานใน 5 กิจกรรม

2. ข้อมูลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผลในชุมชน ใช้การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากการอภิปรายกลุ่มและการสังเกตแบบมีส่วนร่วม

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณของการดำเนินการตามรูปแบบการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผลในชุมชน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ข้อมูลด้านความรอบรู้การใช้อย่างสมเหตุผล ใช้สถิติเชิงอนุมาน Paired t -test กำหนดนัยสำคัญที่ $p < 0.05$

ข้อมูลเชิงคุณภาพของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผลในชุมชน ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาด้วยการจำแนกถ้อยคำหรือใจความที่อย่างตัวอย่างแสดงความคิดเห็นแล้วนำมาตีความ เพื่อจัดกลุ่มเนื้อหาและสร้างข้อสรุป

ขั้นตอนในการทดลอง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 เป็นการสำรวจสถานการณ์วิเคราะห์การใช้ยาในชุมชน และวางแผนการแก้ไขปัญหา

ระยะที่ 2 การปฏิบัติ โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอน (Plan-Do-Check-Reflecting) ตามแนวทางการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผลในชุมชน 5 ด้าน

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลลัพธ์และสรุปผลของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผลในชุมชน

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 รูปแบบการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล อำเภอพยุห์ มีรูปแบบการดำเนินการตาม 5 กิจกรรมหลัก ดังนี้

1. การเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในสถานบริการ (Proactive Hospital Based Surveillance) ดำเนินการโดยการสืบค้นจากเวชระเบียนในโปรแกรมให้บริการ HIM PRO. (Retrospective case finding) เป็นการค้นหาผู้ป่วยจากฐานข้อมูลการวินิจฉัยโรคด้วยรหัส ICD 10 โดยกำหนดรหัสที่สัมพันธ์กับการใช้ยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยตามที่กำหนดได้แก่ Y42.0, K92.0, Y45.3, N17.x-N19, Y45.3 และการค้นหาผู้ป่วยแพทย์ที่มีสาเหตุจากการซื้อยาใช้เอง โดยประมวลผลผู้ป่วยแพทย์และคัดกรองข้อมูลแหล่งได้รับยาจากการซื้อยาจากชุมชน เช่น ร้านชำ รถเร่ คนเร่ขายยา



2. การเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกในชุมชน (Active Community Based Surveillance) ดำเนินการโดยกิจกรรมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 7 กลุ่มโรค (Routine case finding) เป็นการปฏิบัติงานเป็นประจำของเภสัชกรปฐมภูมิ ทีมสหวิชาชีพและอาสาสมัครสาธารณสุขโดยมุ่งเน้นผู้ป่วยโรคเรื้อรังประกอบด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ไตวายเรื้อรัง หอบหืด เก๊าท์ ปวดข้อ เพื่อติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และสำรวจยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยที่บ้านผู้ป่วย

3. กระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในชุมชน (Community Participation) ดำเนินการโดยการจัดทำป้ายห้ามรถเร่จำหน่ายยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสมในชุมชน และจัดตั้งศูนย์รับเรื่องเรียนและแจ้งเตือนภัยด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยกำหนดให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นศูนย์รับเรื่องร้องเรียน

4. การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในภาพเอกชน (Good Private Sector) ดำเนินการโดยการตรวจแนะนำ ให้ความรู้ มอบโปสเตอร์ภาพเปรียบเทียบรายการยาอันตรายที่ไม่สามารถจำหน่ายได้และรายการยาสามัญประจำบ้านที่สามารถจำหน่ายได้ในร้านค้าร้านชำ โดยเจ้าหน้าที่ และการตรวจเฝ้าระวังซ้ำ โดย อสม.

5. การส่งเสริมและสนับสนุนให้คนในชุมชนมีความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล มีวิจารณญาณในการตัดสินใจเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เหมาะสม (RDU Literacy) ดำเนินการโดย การอบรมเชิงปฏิบัติการ มีฐาน

กิจกรรมความรู้ และประเมินความรอบรู้ก่อนและหลังอบรม โดยแบบประเมินความรอบรู้ด้านยา (RDU Literacy) แก่ตัวแทนครอบครัวทุกครัวเรือน

ส่วนที่ 2 ผลของรูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาที่สมเหตุผล อำเภอพยุห์ มีผลการดำเนินการตาม 5 กิจกรรมหลัก ดังนี้

1. การเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในสถานบริการ (Proactive Hospital Based Surveillance) จากการค้นหาผู้ป่วยจากฐานข้อมูลการวินิจฉัยโรคด้วยรหัส ICD 10 โดยกำหนดรหัสที่สัมพันธ์กับการใช้ยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยตามที่กำหนด ได้แก่ Y42.0, K92. คู่กับ Y45.3, N17.x-N19.x คู่กับ Y45.3 ไม่พบผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยการเจ็บป่วยที่เกิดจากการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม และการค้นหาผู้ป่วยแพ้ยามีสาเหตุจากการซื้อยาใช้เอง พบว่า มีผู้ป่วยแพ้ยาราย 14 ราย ที่ซื้อยาจากแหล่งกระจายยาในชุมชน

2. การเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกในชุมชน (Active Community Based Surveillance) ดำเนินการโดยกิจกรรมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 7 กลุ่มโรค (Routine case finding) พบว่าจากผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนต้นแบบบ้านหนองโสน จำนวน 31 ราย มีผู้ป่วยที่ใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัย ได้แก่ ยาน้ำสมุนไพร ยาชุด ยาลูกกลอน อาหารเสริมที่อ้างสรรพคุณเกินจริง มีการใช้ยากลุ่ม NSAIDs ในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 ขึ้นไป จำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 29.03 รายละเอียดดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยที่สำรวจพบในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ผลิตภัณฑ์สุขภาพ	ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	
	ความถี่ที่พบ	ร้อยละ
ยาชุด	1	11.12
อาหารเสริมที่อ้างสรรพคุณเกินจริง	2	22.22
ยาน้ำสมุนไพรแผนโบราณ	4	44.44
ยาแผนปัจจุบัน (NSAIDs)	2	22.22
รวม	9	100

3. กระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในชุมชน (Community Participation) พบว่ามีรายงานเรื่องร้องเรียนและแจ้งเตือน 7 ครั้ง ส่วนใหญ่เป็นรถเร่ขายยา 4 ครั้ง (ร้อยละ 57.14) และคนเร่ขายตรง จำนวน 3 ครั้ง (ร้อยละ 42.86)

4. การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในภาพเอกชน (Good Private Sector) พบว่า

ก่อนการดำเนินกิจกรรมมีการจำหน่ายยาอันตราย ยาชุด และผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมายทั้ง 5 ร้าน หลังดำเนินกิจกรรมไม่มีการจำหน่ายยาอันตราย ยาชุด และผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมายในร้านชำที่เข้าร่วมกิจกรรม รายละเอียดดังตาราง 2

ตารางที่ 2 การจำหน่ายยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการพัฒนา

หัวข้อ	จำนวนร้านก่อนดำเนินการ			จำนวนร้านหลังดำเนินการ		
	ที่สำรวจ	ที่พบ	ร้อยละ	ที่สำรวจ	ที่พบ	ร้อยละ
1.จำหน่ายยาแผนปัจจุบัน ยาอันตราย ยาควบคุมพิเศษ	5	5	100	5	0	0
2.การจำหน่ายยาชุด ยาปฏิชีวนะ ยาด้านการอักเสบ	5	5	100	5	0	0
3.จำหน่ายยาแผนโบราณ ยาสมุนไพร	5	2	40	5	0	0
4.พบยาหมดอายุ/เสื่อมสภาพ	5	1	20	5	0	0



5. การส่งเสริมและสนับสนุนให้คนในชุมชนมีความรอบรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผล มีวิจารณญาณในการตัดสินใจเลือกซื้อยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เหมาะสม (RDU Literacy) ของชุมชนต้นแบบบ้านหนองโสน ตำบลพรหมสวัสดิ์ อำเภอยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า

5.1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแทนครัวเรือนทุกครัวเรือนจำนวน 107 คนพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.70 อายุ 41-50 ปี ร้อยละ 36.40 วุฒิการศึกษาระดับประถมศึกษา

ร้อยละ 72.00 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 76.60 ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 71.10 และมีสถานะทางสังคมเป็นประชาชนทั่วไปร้อยละ 83.2

5.2 ความรอบรู้ด้านการใช้ยาสมเหตุผล ก่อนและหลังการอบรมความรอบรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผลสำหรับประชาชน

พบว่า หลังการอบรมหลักสูตรการอบรมความรอบรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผลสำหรับประชาชน คะแนนความรอบรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผลของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการอบรมหลักสูตรการอบรมความรอบรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผลสำหรับประชาชน $n = 107$

ความรอบรู้ด้านการใช้ ยาอย่างสมเหตุผล	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{D}$	SD $\bar{D}$	95% confidence Interval of the difference		t	p - value
					Lower	Upper		
ก่อนการอบรม	6.21	2.46	-4.96	1.83	-5.31	-4.61	-27.77	< 0.001
หลังการอบรม	11.17	2.69						



สรุปผลการศึกษา

การพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพยุหะ ได้รูปแบบและผลการดำเนินงานในชุมชนต้นแบบดังนี้

1. การเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในสถานบริการ (Proactive Hospital Based Surveillance) ทำการสืบค้นจากเวชระเบียนในโปรแกรมให้บริการ HIM PRO. (Retrospective case finding) พบผู้ป่วยแพ้ยาจากการซื้อยาใช้เองจากแหล่งกระจายยาในชุมชนจำนวน 14 คน

2. การเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกในชุมชน (Active Community Based Surveillance) ดำเนินการโดยกิจกรรมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 7 กลุ่มโรค (Routine case finding) พบมีการยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยจำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 29.03

3. กระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในชุมชน (Community Participation) ดำเนินการจัดทำป้ายห้ามมรดกจำหน่ายยา และจัดตั้งศูนย์รับเรื่องเรียนและแจ้งเตือนภัย พบมีการร้องเรียนเรื่องการเร่ขายยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสมจำนวน 7 เรื่อง

4. การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในภาพเอกชน (Good Private Sector) ดำเนินการตรวจแนะนำ ให้ความรู้ โดยเจ้าหน้าที่ และการตรวจเฝ้าระวังซ้ำ โดยอสม. พบว่า หลังการดำเนินงานไม่พบร้านชำจำหน่ายยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัย

5. การส่งเสริมและสนับสนุนให้คนในชุมชนมีความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล มีวิจรณ์ญาณในการตัดสินใจเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เหมาะสม (RDU Literacy) พบว่า หลังการอบรมหลักสูตรการอบรมความรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสำหรับประชาชน คะแนนความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$)

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาการพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาที่สมเหตุผล อำเภอพยุหะ พบว่า

1. แนวคิดการดำเนินงานการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน 5 กิจกรรมหลัก (5 key activities) ตามคำแนะนำในคู่มือแนวทาง การดำเนินงานพัฒนาระบบการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน กองการบริหารสาธารณสุขสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข⁽²⁾ สามารถนำมาปรับใช้ในการดำเนินงานให้เข้ากับบริบทของพื้นที่ต้นแบบ อำเภอพยุหะ จังหวัดศรีสะเกษได้

2. การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในภาพเอกชน (Good Private Sector) พบว่า ก่อนการดำเนินกิจกรรมมีการจำหน่ายยาอันตราย ยาชุด และผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมายในร้านชำ ซึ่งสอดคล้องกับผลสำรวจของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษในปี 2562 ⁽³⁾ และพบว่าภายหลังการตรวจแนะนำ ให้ความรู้ โดยเจ้าหน้าที่และตรวจติดตามโดย อสม. ร้านชำดังกล่าวก็ให้ความร่วมมือในการงดจำหน่ายยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัย



เอกสารอ้างอิง

1. สุภณีย์ ประเสริฐสุข.บทเรียนการทำงานการจัดการปัญหาการใช้สเตอรอยด์ในทางที่ไม่เหมาะสม. วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (ออนไลน์).2564;1:1-10.
2. กองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.แนวทางการดำเนินงานพัฒนาระบบการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผลในชุมชน.นนทบุรี;2563.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ.สรุปผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2562.ม.ป.ท. ม.ป.ป.;2562.
4. สิริลักษณ์ รื่นรวย.การจัดการปัญหาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชนโดยเครือข่ายบวร.ร.. วารสารเภสัชกรรมไทย 2563;3:855-68.
5. จินดาพร อุปถัมภ์.ผลการสร้างศักยภาพของชุมชนในการจัดการปัญหาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสมในชุมชนบ้านหนองทุ่ม อำเภอยะผะ จังหวัดศรีสะเกษ.วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (ออนไลน์).2564;1:27-36.
6. โรงพยาบาลพุทธ.สรุปผลดำเนินงานประจำปี 2562.ม.ป.ท.;ม.ป.ป.;2562.
7. เจริญลักษณ์ อิศรางกูร ณ อยุธยา.ผลการให้ความรู้ผลิตภัณฑ์สุขภาพต่อพฤติกรรมกรรมการเลือกบริโภคชุมชนบ้านใหม่พัฒนา ตำบลน้ำเกี๋น อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดน่าน.วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (ออนไลน์).2564;2:24-39.



เอกสารอ้างอิง

1. สุกนัย ประเสริฐสุข.บทเรียนการทำงานการจัดการปัญหาการใช้สเตอรอยด์ในทางที่ไม่เหมาะสม. วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (ออนไลน์).2564;1:1-10.
2. กองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.แนวทางการดำเนินงานพัฒนาระบบการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผลในชุมชน.นนทบุรี;2563.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ.สรุปผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2562.ม.ป.ท. ม.ป.ป.;2562.
4. สิริลักษณ์ รื่นรวย.การจัดการปัญหาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชนโดยเครือข่ายบวร.ร. วารสารเภสัชกรรมไทย 2563;3:855-68.
5. จินดาพร อุปถัมภ์.ผลการสร้างศักยภาพของชุมชนในการจัดการปัญหาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสมในชุมชนบ้านหนองพุ่ม อำเภอยะผะ จังหวัดศรีสะเกษ.วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (ออนไลน์).2564;1:27-36.
6. โรงพยาบาลพยุห์.สรุปผลดำเนินงานประจำปี 2562.ม.ป.ท.;ม.ป.ป.;2562.
7. เจริญลักษณ์ อิศรางกูร ณ อยุธยา.ผลการให้ความรู้ผลิตภัณฑ์สุขภาพต่อพฤติกรรมกรรมการเลือกบริโภคชุมชนบ้านใหม่พัฒนา ตำบลน้ำเกี๋ยน อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดน่าน.วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (ออนไลน์).2564;2:24-39.



พฤติกรรมการใช้ยารักษาตนเองใน 3 กลุ่มโรคของประชาชน

ตำบลคลีกลิ้ง อำเภอศิลาลาด จังหวัดศรีสะเกษ

Buying behavior for self-medication in 3 disease groups among people living in Klee Kling Subdistrict, Silalad District, Sisaket Province.

สมจิต อสีพงษ์¹

Somjit Asipong¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาความรู้และพฤติกรรมการใช้ยารักษาตนเองใน 3 กลุ่มโรคของประชาชน ตำบลคลีกลิ้ง อำเภอศิลาลาด จังหวัดศรีสะเกษ 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับยาและการใช้ยารักษาตนเองใน 3 กลุ่มโรคของประชาชน ตำบลคลีกลิ้ง อำเภอศิลาลาด จังหวัดศรีสะเกษ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในตำบลคลีกลิ้ง อำเภอศิลาลาด จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 304 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ระหว่าง วันที่ 1 เมษายน ถึง 31 พฤษภาคม 2563 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับ ความรู้ กับพฤติกรรมการใช้ยารักษาตนเองใน 3 กลุ่มโรคโดยใช้สถิติสถิติไค-สแควร์ (Chi-square test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีความรู้เกี่ยวกับยาและการใช้ยารักษาตนเองอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 42.1 มีพฤติกรรมการใช้ยารักษาด้วยตนเองอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ย 3.17 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรู้เกี่ยวกับยาและการใช้ยารักษาตนเอง พบว่า เพศ อายุ ระยะทางจากบ้านถึงสถานพยาบาลใกล้บ้าน และวิธีการเดินทางไปสถานพยาบาลใกล้บ้าน มีความสัมพันธ์กับความรู้ที่เกี่ยวกับยาและการใช้ยารักษาตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p -value = 0.009, 0.022, <0.001 และ <0.001 ตามลำดับ) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการใช้ยารักษาตนเอง พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยารักษาตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p -value = 0.043) การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สามารถนำไปวางแผนดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและจัดทำแผนให้ความรู้แก่ประชาชน ตำบลคลีกลิ้ง อำเภอศิลาลาด จังหวัดศรีสะเกษ

คำสำคัญ: พฤติกรรม การใช้ยารักษาตนเอง 3 กลุ่มโรค

¹ เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลศิลาลาด จังหวัดศรีสะเกษ

¹ Pharmacist, Professional Level. Department of Pharmacy and Consumer Protection, Silalad Hospital.

Email : Somjit_tong@yahoo.co.th



Abstract

This study aims 1) To study the knowledge and behavior of self-medication purchases in 3 disease groups of people in Klee Kling Sub-district, Silalad District, Sisaket Province. 2) To study the factors related to knowledge about medicine and self-medication in 3 disease groups of people in Khli Kling Sub-district, Silalad District, Sisaket Province. This was a descriptive research study. The sample group was people aged 15 years and over who lived in Kli Kling Subdistrict, Silalat District, Sisaket Province, number of 304 people. Data were collected using questionnaires between April 1 and May 31, 2020. Data were analyzed using descriptive statistics. The relationship of personal factors, knowledge, and self-medication purchasing behavior in 3 disease groups was analyzed by using Chi-square statistical statistics (Chi-square test), defined as statistical significance at $p < 0.05$. The results found that the majority of the sample, 42.1%, had a low level of knowledge about drugs and self-medication. The self-medication purchase behavior was at a good level with a mean score average of 3.17. The results of the analysis of the relationship between personal factors and knowledge about drugs and self-medication of people in Khli Kling Subdistrict, Silalad District, Sisaket Province and the use of self-medication of the people of Khli Kling Subdistrict, Silalat District, Sisaket Province. It was found that sex, age, distance from home to hospital near home and how to get to the nearest hospital Relationship with knowledge about medicine and self-medication statistically significant at the 0.05 level (p -value = 0.009, 0.022, < 0.001 and < 0.001 , respectively). The results of the analysis of the relationship between personal factors and self-medication purchasing behavior It was found that age was related to self-medication purchasing behavior of the people of Klee Kling Sub-district, Silalad District, Sisaket Province statistically significant at the 0.05 level (p -value = 0.043). This study can be used to plan operations to promote rational use of drugs and to create an educational plan for the people of Klee Kling Sub-District, Silalad District, Sisaket Province.

keyword: Buying behavior of self-medication in 3 groups of diseases

บทนำ

1.ความเป็นมาและความสำคัญของประเด็นปัญหา การซื้อยาเพื่อรักษาตนเอง (Self-medication) เป็นการตัดสินใจเลือกชนิดของยา วิธีการใช้ยา รวมทั้งวิธีปฏิบัติตัวระหว่างใช้ยาเพื่อการดูแลสุขภาพเบื้องต้นด้วยตนเอง ซึ่งขึ้นกับความรู้และทัศนคติของผู้ป่วยเองทั้งหมด (James et al., 2006 อ้างถึงใน (ไอศกรูย์ พิศาลกุล และ กฤษณพันธ์, 2557)

การใช้ยาดด้วยตนเองเกิดขึ้นในทุกประเทศทั่วโลก โดยในประเทศลาวพบความชุกของการใช้ยาดด้วยตนเองเพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาร้อยละ 72.7 (วงศ์สานสุวัน, กาญจนราช, และ ชนะบุญ, 2562) ในประเทศมาเลเซียพบมีการใช้ยาดด้วยตนเองเพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยร้อยละ 83.9 (Mohamed Azhar, et al., 2013) ประเทศซาอุดีอาระเบีย มีการใช้ยาดด้วยตนเองเพื่อรักษาอาการปวด ร้อยละ 38.3 (Makeen, et al., 2019) และในประเทศอินโดนีเซีย มีการสำรวจการใช้ยาด้านจุลชีพและยาทั่วไปด้วยตนเองของนักศึกษาแพทย์ในเมืองโยคยาคาร์ตา พบว่า มีการใช้ยาปฏิชีวนะด้วยตัวเอง ร้อยละ 49.0 (Sandhu, Suryani, Dwiprahasto, & Atthobari, 2017)

มีรายงานว่า คนไทย 1 ใน 3 ตัดสินใจและเลือกซื้อยาเพื่อรักษาตนเอง (Self-medication) แทนการเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลแผนปัจจุบันด้วยเหตุผล

หลายประการ ได้แก่ จากการแนะนำของญาติเพื่อน จากการฟังโฆษณา การบอกความต้องการใช้ยาจากสื่อการค้า เล่าอาการให้ฟัง เอาตัวอย่างยาที่ต้องการมาเปรียบเทียบ ใช้ยาโดยอาศัยประสบการณ์เดิม และมีการทดลองใช้ยาโดยไม่มีความรู้ที่ถูกต้อง ไม่สนใจกับข้อมูลในฉลาก ให้ความสำคัญกับการหายป่วยโดยไม่สนใจโทษอื่น ๆ ของยา พลิกแพลงการใช้ยาดด้วยตนเอง เช่น การใช้ยาปฏิชีวนะชนิดเม็ดทั้งกินและบดเป็นผงโรยแผล ส่วนอีก 2 ใน 3 เป็นการบริโภคโดยผ่านการตัดสินใจหรือคำแนะนำจากผู้ประกอบวิชาชีพ เช่น แพทย์ เภสัชกร และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (กิตติมาภรณ์, 2550) นอกจากนี้ประชาชนจำนวนไม่น้อยตัดสินใจใช้ยาด้านจุลชีพด้วยตนเองก่อนจะไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยเฉพาะในกรณีที่มีอาการโรคระบบทางเดินหายใจและระบบทางเดินอาหาร โดยพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 38.6 มีประวัติการใช้ยาปฏิชีวนะก่อนมาโรงพยาบาล (ตันเถียร, 2552) พบมีการดูแลสุขภาพตนเองโดยซื้อยาแผนปัจจุบันจากร้านขายยามารักษาตนเองโดยไม่ไปสถานบริการทางการแพทย์ร้อยละ 27.2 (ศรีภิรมย์, และคนอื่น ๆ, 2560) และพบว่าโรคหรืออาการป่วยสำคัญ ๆ ที่เป็นสาเหตุให้ประชาชนไทยซื้อยากินเองมากที่สุด คือ อาการเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ ได้แก่ อาการปวดศีรษะ เป็นไข้ ไข้หวัด ไอ ปวดท้อง อาการของโรคกระเพาะอาหารอักเสบ และอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย ซึ่งเป็นอาการที่



สอดคล้องกับชนิดของยาที่ประชาชนนิยมซื้อ เพื่อการรักษาตนเอง คือ กลุ่มยาแก้ปวดลดไข้ กลุ่มยาโรคทางเดินอาหาร และยารักษาโรคเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ โดยซื้อยาจากร้านชำมากินเองไม่ใช่ยาที่แพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสั่งใช้ (จึงเสถียรทรัพย์, ศรีเงินวง, และ เปานิธิ, 2550) การใช้ยาด้วยตนเองของประชาชน หากใช้ยาไม่ถูกต้องและไม่เหมาะสมจะทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายจากการใช้ยา เกิดปัญหาเชื้อดื้อยา เกิดปัญหาแพ้ยา เกิดโรคอื่น ๆ จากการใช้ยา ซึ่งปัญหาเหล่านี้ได้รับความสนใจจากภาครัฐมาอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน

ปี พ.ศ. 2559 กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายที่จะส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use: RDU) และสร้างการตระหนักรู้แก่ทุกคนที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา เพื่อให้ประชาชนปลอดภัย ลดค่าใช้จ่ายด้านยาลดปัญหาการใช้ยาด้านจุลชีพเกินความจำเป็น ใน 3 กลุ่มโรค ได้แก่ โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรคท้องร่วงเฉียบพลัน และแผลสด โดยมีการจัดอบรมบุคลากรสาธารณสุขเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่ประชาชนอย่างต่อเนื่อง และ ในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยมุ่งสู่การเป็นประเทศใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU Country) โดยมีแนวคิดในการพัฒนาระบบการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและปลอดภัยในชุมชน (RDU Community) ซึ่งมีเป้าหมายให้ประชาชนมีความปลอดภัยในการใช้ยา มีความรอบรู้ในการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างสมเหตุผล ซึ่งรวมถึงการดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้น จังหวัด

ศรีสะเกษได้ให้ความสำคัญกับนโยบายดังกล่าวและอำเภอศีลาลาดได้นำนโยบายดังกล่าวมาดำเนินการ โดยระยะแรกมีการดำเนินการเฉพาะในสถานพยาบาลของรัฐ แต่การนำนโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผลมาดำเนินการในภาคประชาชนยังเป็นไปอย่างจำกัด และมีเพียงการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เท่านั้น

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการซื้อยารักษาตนเองใน 3 กลุ่มโรคของประชาชน ซึ่งรวมถึง การศึกษาความรู้ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการซื้อยารักษาตนเองของประชาชนใน 3 กลุ่มโรค ได้แก่ โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรคท้องร่วงเฉียบพลัน และแผลสดของประชาชน ตำบลคลีกลิ้ง อำเภอศีลาลาด จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งเป็นตำบลที่มีระยะทางห่างไกลจากตัวอำเภอมากที่สุด โดยมีระยะทางห่างจากอำเภอศีลาลาด ประมาณ 10 กิโลเมตร โดยหวังว่าจะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่มีประโยชน์ต่อการวางแผนดำเนินงานพัฒนาระบบการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและปลอดภัยในชุมชน (RDU Community) ตำบลคลีกลิ้ง อำเภอศีลาลาด จังหวัดศรีสะเกษต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรู้และพฤติกรรมการซื้อยารักษาตนเองใน 3 กลุ่มโรคของประชาชนตำบลคลีกลิ้ง อำเภอศีลาลาด จังหวัดศรีสะเกษ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับยาและการใช้ยารักษาตนเอง



ใน 3 กลุ่มโรคของประชาชน ตำบลลี้ลิ่ง อำเภอสืบสาน จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการวิจัยของ วราวุธ จวงจันทร์ (2560) และบททวนวรรณกรรมและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านโดยแบ่งข้อคำถามออกเป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป คำถามเกี่ยวกับ

1.1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 7 ข้อ ซึ่งมีลักษณะเป็นคำถามปลายปิดแบบมีตัวเลือกให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว

1.2 การเข้าถึงสถานพยาบาล เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 4 ข้อ ซึ่งมีลักษณะเป็นคำถามปลายปิดแบบมีตัวเลือก ให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว ได้แก่ สิทธิการรักษาพยาบาลของท่าน ระยะทางจากบ้านถึงสถานพยาบาล วิธีการเดินทางไปสถานพยาบาลใกล้บ้าน และความสะดวกในการไปสถานพยาบาลใกล้บ้าน

ส่วนที่ 2 ประสบการณ์ในการซื้อยารักษาตนเองใน 3 กลุ่มโรค เป็นคำถามแบบเติมคำและเลือกตอบจำนวน 5 ข้อ ได้แก่

1. ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาท่านมีอาการเจ็บป่วยหรือไม่

2. ท่านได้ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล/รพ.สต.หรือไม่

3. เมื่อท่านเจ็บป่วยกรณีที่ท่านไม่ได้ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลหรือรพ.สต. ท่านซื้อยาเพื่อรักษาตนเองจากแหล่งใด

4. แหล่งข้อมูลในการประกอบการตัดสินใจซื้อยารักษาตนเอง

ส่วนที่ 3 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับยาและการใช้ยา ลักษณะคำถามแบบเลือกตอบใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ จำนวน 17 ข้อ โดยแบ่งเป็นคำถามความรู้เกี่ยวกับข้อบ่งใช้ของยา จำนวน 8 ข้อ คำถามความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยา จำนวน 2 ข้อ คำถามเกี่ยวกับการสังเกตวันหมดอายุ การเสื่อมสภาพของยาและ การเก็บรักษา จำนวน 3 ข้อ คำถามเกี่ยวกับกฎหมายยา จำนวน 4 ข้อ โดยมีข้อคำถามที่เป็นคำถามเชิงลบ จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 1,2,4,5,7,8,9,12 และ 16 ถ้าตอบถูกต้อง 1 คะแนน ตอบผิดและไม่ทราบได้ 0 คะแนน โดยคำถามเชิงลบจะให้คะแนนตรงกันข้าม และนำคะแนนมารวมกันและคำนวณเป็นร้อยละ หลังจากนั้นนำคะแนนมาจัดกลุ่มแบ่งอิงเกณฑ์ของ Bloom (Bloom: 1976 อ้างถึงใน (จวงจันทร์, 2560) โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

ระดับความรู้ ร้อยละคะแนน ข้อที่ตอบถูกต้อง

สูง	80-100	> 13
ปานกลาง	60-79	11 – 1
ต่ำ	0-59	≤ 10



ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการซื้อยารักษาตนเองการเจ็บป่วยเล็กน้อย มีจำนวนทั้งหมด 11 ข้อ โดยลักษณะของแบบสอบถามเป็นลักษณะแบบมาตราส่วนประมาณค่าของ (Rating Scale) (ธดาทิพย์ อินชัย, 2556 อ้างถึงใน (สุขสมัย, 2559, หน้า 35): มี 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์ในการแบ่งระดับ ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามมีพฤติกรรมนั้นเป็นประจำมากกว่า 2 ครั้ง/เดือน

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามมีพฤติกรรมนั้น 2 ครั้ง/เดือน

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามมีพฤติกรรมนั้น 1 ครั้ง/เดือน

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามไม่ได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเลย

คำถามเชิงบวก คำถามเชิงลบ

ปฏิบัติเป็นประจำ	4 คะแนน	1 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	3 คะแนน	2 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	2 คะแนน	3 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	1 คะแนน	4 คะแนน

$$\text{พิสัย} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$= \frac{4 - 1}{3}$$

$$= 1$$

การแปลความหมายคะแนนโดยใช้เกณฑ์การประเมินผล ดังนี้(เชียงขุนทด, และคนอื่น ๆ, 2556) คะแนน 3.01-4.00 หมายถึง มีการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับดี

คะแนน 2.01-3.00 หมายถึง มีการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับพอใช้

คะแนน 1.01-2.00 หมายถึง มีการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับควรปรับปรุง

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล:

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือน เมษายน - พฤษภาคม พ.ศ. 2563 โดยมีขั้นตอนดังนี้

4.1 เสนอขอรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษเพื่อพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

4.2 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ และทำความเข้าใจเกี่ยวกับแบบสอบถามถึงขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลและฝึกการใช้แบบสอบถามให้กับผู้ช่วยผู้วิจัยก่อนเก็บข้อมูล ซึ่งผู้ช่วยผู้วิจัยคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) หมู่บ้านละ 1 คน ทั้งหมด 11 หมู่บ้าน

4.3 ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยชี้แจงวัตถุประสงค์และลงลายมือชื่อยินยอมพร้อมกับแจกแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มครัวเรือนตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ ในแต่ละหมู่บ้านและแจกแบบสอบถามครัวเรือนละ 1 ชุดโดยเลือกผู้ตอบแบบสอบถามเป็นบุคคลที่มีบทบาทในการดูแลคนในครอบครัวเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วย กรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาเกี่ยวกับสายตาหรืออ่านหนังสือไม่ออกให้ผู้ช่วยผู้วิจัยอ่านแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างฟัง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 304 คน ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลประมาณ 10- 15 นาทีต่อคน



4.4 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ นำข้อมูลไปบันทึก และทำการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 5 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลมาประมวลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

5.1 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา : เพื่ออธิบายการกระจายของข้อมูลนำเสนอด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของข้อมูลทั่วไป ความรู้ และพฤติกรรมการซื้อยารักษาตนเองใน 3 กลุ่มโรคของประชาชน ตำบลคลีกลิ้ง อำเภอศีลาลาด

5.2 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของข้อมูลทั่วไปกับ ระดับความรู้ และระดับพฤติกรรมการซื้อยารักษาอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยโดยใช้สถิติทดสอบไค-สแควร์ (Chi-square test)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ยึดหลักจริยธรรมในทุกขั้นตอน โดยเสนอโครงร่างผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดศรีสะเกษ และได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งแจ้งให้ทราบว่าการให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูลเป็นไปด้วยความสมัครใจ หากไม่สมัครใจหรือเปลี่ยนใจที่จะเข้าร่วมสามารถถอนตัวจากการสอบถามได้ตลอดเวลาโดยไม่สูญเสียสิทธิประโยชน์ใด ๆ ข้อมูลของผู้เข้าร่วม

การศึกษาทุกรายจะถูกเก็บไว้เป็นความลับจะไม่ถูกเปิดเผยเป็นรายบุคคล และนำเสนอผลของการศึกษาเป็นภาพรวม เพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น ไม่มีผลกระทบใดต่อกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะของประชากรและการเข้าถึงสถานพยาบาล

1.1 ข้อมูลคุณลักษณะของประชากร
กลุ่มตัวอย่างจำนวน 304 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.5 อายุระหว่าง 46 – 60 ปี ร้อยละ 45.7 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 44.77 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 12.03 สถานภาพสมรส ร้อยละ 64.8 การศึกษาต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 52 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 65.5 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท ร้อยละ 77.6 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 21.1 โดยเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 32.8 รองลงมาคือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 29.7 และเป็นทั้งโรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 17.2

1.2 การเข้าถึงสถานพยาบาล ส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 88.5 ระยะทางจากบ้านถึงสถานพยาบาลใกล้บ้าน 1.1 – 3 กิโลเมตร ร้อยละ 58.9 โดยรถจักรยานยนต์ ร้อยละ 75.3 มีความสะดวกในการเดินทางไปสถานพยาบาลใกล้บ้าน ร้อยละ 98.4



ส่วนที่ 2 ประสบการณ์การเจ็บป่วยและ วิธีการดูแลรักษาตนเองใน 3 กลุ่มโรค

จากการศึกษาประสบการณ์การเจ็บป่วย
และวิธีการดูแลรักษาตนเอง พบว่า ในช่วง 3 เดือน
ที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่าง มีอาการเจ็บป่วยจำนวน
97 คน คิดเป็นร้อยละ 31.9 ส่วนมากเป็นไข้หวัด
ร้อยละ 36.0 รองลงมาคือ ท้องร่วงเฉียบพลัน/
ปวดท้อง ร้อยละ 22.7 โดยซื้อยารับประทานเอง
จำนวน 35 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.1 ซื้อยาที่ร้าน
ขายยา ร้อยละ 77.1 และซื้อจากร้านขายของชำ
ร้อยละ 22.9 โดยซื้อจากประสบการณ์ของตน
ที่เคยใช้แล้วหายร้อยละ 74.3

ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับยาและการใช้ ยารักษาตนเองใน 3 กลุ่มโรคของประชาชน

ผลการศึกษาความรู้เกี่ยวกับยาและการ
ใช้ยารักษาตนเองของประชาชน จำนวน 17 ข้อ
พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากร้อยละ 42.1 มีความรู้
เกี่ยวกับยาและการใช้ยารักษาตนเองอยู่ในระดับต่ำ
รองลงมาคือมีความรู้ในระดับสูง และระดับ
ปานกลาง ร้อยละ 33.6, 24.3 ตามลำดับ
โดยมีคะแนนเฉลี่ย 11.27 และส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน เท่ากับ 3.94 คะแนน ต่ำสุด 0 คะแนน
และคะแนนสูงสุด 17 คะแนน ดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 1.1 ระดับความรู้เกี่ยวกับยาและการใช้ยารักษาตนเองของประชาชนในภาพรวม (n=304)

ระดับคะแนนความรู้		จำนวน (คน)	ร้อยละ
สูง	(ตอบถูก ≥ 13 คะแนน)	102	33.6
ปานกลาง	(ตอบถูก 11-13 คะแนน)	74	24.3
ต่ำ	(ตอบถูก ≤ 10 คะแนน)	128	42.1
รวม		304	100
$\bar{x} = 11.27$ S.D. = 3.94 Min. = 0 Max. = 17			

เมื่อพิจารณาความรู้ตามรายข้อ พบว่า
คำถาม “การใช้ยาฆ่าเชื้อแบคทีเรียในขนาด
ที่เพิ่มขึ้นสามารถฆ่าเชื้อโรคได้เพิ่มขึ้น”
กลุ่มตัวอย่างตอบถูก ร้อยละ 82.6 ส่วนข้อ

กลุ่มตัวอย่างตอบไม่ถูกหรือมีความรู้ที่ไม่ถูกต้อง
มากที่สุด คือ “เมื่อมีอาการเจ็บคอต้องกินยาฆ่า
เชื้อแบคทีเรียอาการจึงจะดีขึ้น” กลุ่มตัวอย่าง
ตอบถูกเพียงร้อยละ 49.3



ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการซื้อยารักษา ตนเองการเจ็บป่วยเล็กน้อย

ผลการศึกษาพฤติกรรมการซื้อยารักษา
ด้วยตนเองใน 3 กลุ่มโรคของประชาชน ตำบล
คลีกล้วย อำเภอสีลาสาท จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า
กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี
ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.17 ± 0.29 โดยเมื่อพิจารณา
พฤติกรรมการใช้ยาเป็นรายข้อ พบว่าพฤติกรรม
“ท่านแกะแคปซูลยาปฏิชีวนะเพื่อใช้โรยแผล”
มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดเท่ากับ 3.81 ± 0.59
โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยปฏิบัติ ร้อยละ
88.2 รองลงมาคือ “ท่านซื้อยารักษาตนเอง
จากรถเร่ขายยาในชุมชน” ค่าเฉลี่ยเท่ากับ $3.78 \pm$
 0.45 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนมากไม่เคยปฏิบัติ
ร้อยละ 79.6 ส่วนพฤติกรรมระดับพอใช้
ที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ “ท่านซื้อยารักษา
ตนเองจากร้านขายยาที่มีเภสัชกร” มีพฤติกรรม
ระดับที่ปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.06 ± 0.63
โดยกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติประจำเพียงร้อยละ 13.2
รองลงมาคือ “ท่านรับประทานยาฆ่าเชื้อ
แบบที่เรียดติดต่อกันทุกวันจนยาหมด” มีคะแนน

เฉลี่ย 2.50 ± 1.25 โดยกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติ
ประจำเพียงร้อยละ 33.6

ส่วนที่ 5 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ และ พฤติกรรมการซื้อยารักษาด้วยตนเอง ของ ประชาชน ตำบลคลีกล้วยอำเภอสีลาสาท จังหวัดศรีสะเกษ

5.1 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์
ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรู้เกี่ยวกับยา
และการใช้ยารักษาตนเองใน 3 กลุ่มโรคของ
ประชาชน ตำบลคลีกล้วยอำเภอสีลาสาท
จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า เพศ อายุ ระยะทาง
จากบ้านถึงสถานพยาบาลใกล้บ้านมีและวิธีการ
เดินทางไปสถานพยาบาลใกล้บ้านความสัมพันธ์
กับความรู้ที่เกี่ยวกับยาและการใช้ยารักษาตนเอง
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value
= 0.009, 0.022, <0.001 และ <0.001ตามลำดับ)
ส่วน สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน รายได้ สิทธิ การรักษา
พยาบาล โรคประจำตัว และความสะดวกในการ
เดินทางไปสถานพยาบาลใกล้ ไม่มีความสัมพันธ์
กับความรู้ที่เกี่ยวกับยาและการใช้ยารักษาตนเอง
ดังตารางที่ 4.2



ตารางที่ 4.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรู้เกี่ยวกับยาและการใช้ยารักษาตนเอง
ของประชาชน ตำบลคลีกั้ง อำเภอสีลาลาด จังหวัดศรีสะเกษ (n=304)

		ระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยารักษาตนเอง						
ปัจจัยส่วน		จำนวน(ร้อยละ)				χ^2	df	P-value*
บุคคล		ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม			
1	เพศ							
	ชาย	59(52.2)	27(23.9)	27(23.9)	113(100)	9.379	2	0.009*
	หญิง	69(36.1)	47(24.6)	75(39.3)	191(100)			
2	อายุ							
	16-35 ปี	30(46.2)	16(24.6)	19(29.2)	65(100)	11.470	4	0.022*
	36-55ปี	70(37.2)	43(22.9)	75(39.9)	188(100)			
	56 ปีขึ้นไป	28(54.9)	15(29.4)	8(15.7)	51(100)			
3	สถานภาพสมรส							
	โสด	34(50.0)	13(19.1)	21(30.9)	68(100)	8.137	4	0.87
	สมรส	72(36.5)	55(27.9)	70(35.5)	197(100)			
	หย่าร้าง/หม้าย /แยกกันอยู่	22(56.4)	6(15.4)	11(28.2)	39(100)			
4	ระดับการศึกษา							
	ไม่ได้เรียน/ ประถมศึกษา	74(46.5)	40(25.2)	45(28.3)	159(100)	6.811	6	0.339
	มัธยมศึกษา	24(44.4)	10(18.5)	20(37.0)	54(100)			
	ตอนต้น							
	มัธยมศึกษา	19(31.7)	17(28.3)	24(40.0)	60(100)			
	ตอนปลาย							
	ปริญญาตรี/ สูงกว่า ปริญญาตรี	11(35.5)	7(22.6)	13(41.9)	31(100)			



ตารางที่ 4.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรู้เกี่ยวกับยาและการใช้ยารักษาตนเอง
ของประชาชน ตำบลลี้ลิ่ง อำเภอศีลาลาด จังหวัดศรีสะเกษ (n=304) (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล		ระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยารักษาตนเอง				χ^2	df	P-value*
		จำนวน (ร้อยละ)						
		ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม			
5	อาชีพ							
	ไม่ได้ทำงาน	15(48.4)	5(16.1)	11(35.5)	31(100)	3.818	8	0.873
	เกษตรกร	81(40.7)	48(24.1)	70(35.2)	199(100)			
	รับจ้างทั่วไป	19(44.2)	13(30.2)	11(25.6)	43(100)			
	ธุรกิจ	9(47.4)	5(26.3)	5(26.3)	19(100)			
	ส่วนตัว/ ค้าขาย							
	รับราชการ/ พนักงาน รัฐวิสาหกิจ	4(33.3)	3(25)	5(41.7)	12(100)			
6	รายได้ต่อเดือน							
	≤5,000 บาท	102(43.2)	57(24.2)	77(32.6)	236(100)	4.442	4	0.350
	5,001– 10,000	9(45.0)	7(35.0)	4(20.0)	20(100)			
	≥10,000 บาท	17(35.4)	10(20.8)	21(43.8)	48(100)			
7	โรคประจำตัว							
	มี	32(50.0)	13(23.3)	19(19.7)	64(100)	2.10	2	0.350
	ไม่มี	96(40.0)	61(25.4)	83 (34.6)	240(100)			



ตารางที่ 4.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรู้เกี่ยวกับยาและการใช้ยารักษาตนเอง
ของประชาชน ตำบลลี้ลิ่ง อำเภอลี้ลาด จังหวัดศรีสะเกษ (n=304) (ต่อ)

		ระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยารักษาตนเอง				χ^2	df	P-value*
		จำนวน(ร้อยละ)						
ปัจจัยส่วนบุคคล		ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม			
การเข้าถึงสถานบริการ								
8	ระยะทางจากบ้านถึงสถานพยาบาลใกล้บ้าน							
	น้อยกว่า 1 กิโลเมตร	61(78.2)	5(6.4)	12(15.4)	78(100)			
	1.1 – 3 กิโลเมตร	50(27.9)	50(27.9)	79(44.1)	179(100)			
	3.1 - 5 กิโลเมตร	11(44.0)	10(40.0)	4(16.0)	25(100)	66.064	6	<0.001*
	> 5 กิโลเมตร	6(27.3)	9(40.9)	7(31.8)	22(100)			
9	วิธีการเดินทางไปสถานพยาบาลใกล้บ้าน							
	รถยนต์	15(27.3)	20(36.4)	20(36.4)	55(100)			
	จักรยานยนต์	94(41.0)	53(23.1)	82(35.8)	229(100)	29.886	4	<0.001*
	จักรยาน/เดิน	19(95.0)	1(5)	0(0.0)	20(100)			



ตารางที่ 4.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรู้เกี่ยวกับยาและการใช้ยารักษาตนเอง
ของประชาชน ตำบลคลีลิ่ง อำเภอสีลาลาด จังหวัดศรีสะเกษ (n=304) (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยารักษาตนเอง			χ^2	df	P-value*
	จำนวน(ร้อยละ)					
บุคคล	ต่ำ-ปานกลาง	สูง	รวม			
10 สิทธิการรักษาพยาบาล						
บัตรทอง 30 บาท	180(66.2)	92(33.8)	272(100)	0.596	2	0.742
สวัสดิการข้าราชการ	8(61.5)	5(38.5)	13(100)			
ประกันสังคม	14(73.7)	5(26.3)	19(100)			
11 ความสะดวกในการเดินทางไปสถานพยาบาลใกล้บ้าน						
สะดวก	191(66.2)	101(33.8)	299(100)	0.667*		0.328
ไม่สะดวก	4(80.0)	1(20.0)	5(100)			

*Fisher's Exact test

5.2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการซื้อยารักษาตนเองใน 3 กลุ่มโรค ของประชาชนตำบลคลีลิ่ง อำเภอสีลาลาด จังหวัดศรีสะเกษ

พบว่าอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการซื้อยารักษาตนเอง ของประชาชนตำบลคลีลิ่ง อำเภอสีลาลาด จังหวัดศรีสะเกษ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value <0.043) ส่วนเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สิทธิการรักษาพยาบาล โรคประจำตัว ระยะทางจากบ้านถึงสถานพยาบาลใกล้บ้าน วิธีการเดินทางไปสถานพยาบาลใกล้บ้าน และ ความสะดวกในการเดินทางไปสถานพยาบาลใกล้บ้าน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการซื้อยารักษา

ตนเอง ของประชาชนตำบลคลีลิ่ง อำเภอสีลาลาด จังหวัดศรีสะเกษ

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาความรู้เกี่ยวกับยาและการใช้ยารักษาตนเองใน 3 กลุ่มโรคของประชาชนตำบลคลีลิ่ง อำเภอสีลาลาด จังหวัดศรีสะเกษ ในครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมาก ร้อยละ 42.1 มีความรู้เกี่ยวกับยาและการใช้ยารักษาตนเองใน 3 กลุ่มโรคอยู่ในระดับต่ำซึ่งอาจเกิดจากความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาใน 3 โรคเป็นความรู้เฉพาะ กลุ่มตัวอย่างอาจจะยังไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับเรื่องนี้ทำให้ผลการศึกษาความรู้เกี่ยวกับยาและการใช้ยารักษาตนเองใน 3 กลุ่มโรคอยู่ในระดับต่ำ จึงควรได้รับความรู้เพิ่มเติม



เกี่ยวกับการซื้อยารักษาตนเองใน 3 กลุ่มโรค สอดคล้องกับการศึกษาของคุณากร ปาปะชา และวงศา เล้าหศิริวงศ์ (2561) ที่ศึกษาสถานการณ์ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาปฏิชีวนะ ของกลุ่มวัยทำงาน ในจังหวัดมหาสารคาม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องยาและการใช้ยา ปฏิชีวนะอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 37.98 ปาปะชา และวงศา เล้าหศิริวงศ์ (2561) แตกต่างจากการศึกษาของปริญดา ไศศุรย์สกุล, ฉัตรวดี กฤษณพันธ์ (2557) (ไอศศุรย์พิศาลกุล และ กฤษณพันธ์, 2557, หน้า 47) ที่สำรวจความรู้ ด้านยาและการปฏิบัติตัวในการใช้ยารักษา ตนเองของนิสิตชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ ผลการศึกษาพบว่า ในภาพรวม ความรู้ในการใช้ยารักษาตนเองของกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ย 12.55 ± 2.86 ซึ่งอยู่ในระดับ ปานกลาง แตกต่างการศึกษาของจาก วรารุช จวงจันทร์ (จวงจันทร์, 2560) ที่ศึกษา ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตัวในการใช้ยาปฏิชีวนะ ในโรกระบบทางเดินหายใจส่วนบนโรคท้องร่วง และแผลเลือดออกของควินทำงาน ณ โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอกันทรัง จังหวัดตรัง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความ รู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 69.7 และ แตกต่างกับการศึกษาของ วิรัตน์ แก้วภูมิแท้ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การใช้ยาอย่างเหมาะสมและปลอดภัย ของอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องการใช้ยาอย่างเหมาะสม

และปลอดภัยในระดับมาก ร้อยละ 58.0 (แก้ว ภูมิแท้, 2560)

การศึกษาพฤติกรรมการซื้อยารักษา ด้วยตนเองใน 3 กลุ่มโรคของประชาชน ตำบล คลีกล้วย อำเภอกีลาลาด จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.17 ± 0.29 โดยเมื่อพิจารณา พฤติกรรมการใช้ยาเป็นรายข้อ พบว่าพฤติกรรม “ท่านแกะแคปซูลยาปฏิชีวนะเพื่อใช้โรยแผล” มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดเท่ากับ 3.81 ± 0.59 โดยกลุ่ม ตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยปฏิบัติร้อยละ 88.2 รองลงมาคือ “ท่านซื้อยารักษาตนเองจากรถเร่ ขายยาในชุมชน” ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.78 ± 0.45 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนมากไม่เคยปฏิบัติ ร้อยละ 79.6 ส่วนพฤติกรรมระดับพอใช้ ที่มีคะแนน เฉลี่ยน้อยที่สุดคือ “ท่านซื้อยารักษาตนเอง จากร้านขายยาที่มีเภสัชกร” โดยกลุ่มตัวอย่าง ปฏิบัติประจำเพียงร้อยละ 13.2 ซึ่งการซื้อยา รักษาตนเองควรซื้อจากร้านขายยาที่มีเภสัช กรเพื่อให้ได้รับยาที่เหมาะสม รองลงมาคือ “ท่านรับประทานยาฆ่าเชื้อแบคทีเรียติดต่อกัน ทุกวันจนยาหมด” โดยกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติ ประจำเพียงร้อยละ 33.6 ซึ่งยาต้านแบคทีเรีย ต้องรับประทานติดต่อกันทุกวันจนยาหมด เพื่อป้องกันเชื้อดื้อยา ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย ของ วรารุช จวงจันทร์ (จวงจันทร์, 2560, หน้า 98) ที่ศึกษา ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตัวใน การใช้ยาปฏิชีวนะในโรกระบบทางเดินหายใจ ส่วนบนโรคท้องร่วง และแผลเลือดออกของคน

วัยทำงาน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอกันทรัง จันทบุรี พบว่าส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับดีและสอดคล้องกับการศึกษาของदारुंग คำวงศ์และ ทิวทัศน์ สังฆวัตร (2558) (คำวงศ์ และ สังฆวัตร, 2558, หน้า 123) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 82.8 มีพฤติกรรมการใช้ยาอยู่ในระดับดี แตกต่างจากการศึกษาของปริยดา ไศศุรย์พิศาลกุลและ ฉัตรวดี กฤษณพันธ์ (ไศศุรย์พิศาลกุล และ กฤษณพันธ์, 2557, หน้า 48) ที่สำรวจความรู้ด้านยาและการปฏิบัติตัวในการใช้ยารักษาตนเองของนิสิตชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวในการใช้ยารักษาตนเองมีการปฏิบัติตัวในการใช้ยารักษาตนเองในระดับปานกลางร้อยละ 78

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรู้เกี่ยวกับยาและการใช้ยารักษาตนเอง พบว่า เพศ อายุ ระยะทางจากบ้านถึงสถานพยาบาลใกล้บ้าน และวิธีการเดินทางไปสถานพยาบาลใกล้บ้าน มีความสัมพันธ์กับความรู้ที่เกี่ยวกับยาและการใช้ยารักษาตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p -value = 0.009, 0.022, <0.001 และ <0.001 ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวรารุช จวงจันทร์ (จวงจันทร์, 2560, หน้า 99) ที่ศึกษา ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตัวในการใช้ยาปฏิชีวนะในโรกระบบทางเดินหายใจส่วนบน โรคหอบหืด และแผลเลือดออกของคน

วัยทำงาน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอกันทรัง จันทบุรี พบว่า อายุ ศาสนา และการใช้ยาอื่น ๆ (ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา) มีความสัมพันธ์กับความรู้ที่เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการใช้ยารักษาตนเอง พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยารักษาตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p -value = 0.043) ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของวรารุช จวงจันทร์(2561) ที่ศึกษาความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตัวในการใช้ยาปฏิชีวนะในโรกระบบทางเดินหายใจส่วนบน โรคหอบหืด และแผลเลือดออกของคนวัยทำงาน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอกันทรัง จันทบุรี พบว่า เพศ และการใช้ยาอื่น ๆ (ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา) มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวในการใช้ยาปฏิชีวนะในโรกระบบทางเดินหายใจส่วนบน, โรคหอบหืด และแผลเลือดออก ของคนวัยทำงาน ณโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันทรัง อำเภอกันทรัง จันทบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. จากผลการวิจัยที่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยาและการใช้ยารักษาตนเอง ใน 3 กลุ่มโรคของประชาชนตำบลคลีกล้วย อำเภอสีลาสาท จังหวัดศรีสะเกษอยู่ในระดับต่ำ และมีพฤติกรรมการใช้ยาในการใช้ยารักษาตนเองใน 3 โรคยังไม่เหมาะสม



ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดปัญหาเชื้อดื้อยา และแพ้ยา ตามมา ดังนั้นประชาชนตำบาศลิกิ่ง อำเภอสีลาลาด จังหวัดศรีสะเกษจึงควรได้รับการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับยาและการใช้ยารักษาตนเองใน 3 กลุ่มโรคเพิ่มเติม

2. การนำผลการศึกษานี้ไปใช้จะต้องกระทำด้วยความระมัดระวัง เนื่องจากการศึกษานี้เก็บข้อมูลจากประชากรที่อาศัยอยู่ในตำบลคลิกิ่งนั้นจึงอาจจะยังไม่สามารถเป็นตัวแทนของพฤติกรรมการใช้ยารักษาตนเองใน 3 กลุ่มโรคของประชาชนอำเภอสีลาลาด ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปจึงควรศึกษาให้ครอบคลุมพื้นที่ทั้งอำเภอสีลาลาด เพื่อเป็นข้อมูลจัดทำนโยบายส่งเสริมการใช้ยารักษาตนเองใน 3 กลุ่มโรคอย่างสมเหตุสมผลของประชาชนอำเภอสีลาลาดต่อไป

3. การศึกษายังมีข้อจำกัดเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถระบุชื่อยาที่ซื้อมาใช้รักษาตนเองแต่ระบุได้เฉพาะกลุ่มยาตามอาการ

ที่เป็นเท่านั้น ดังนั้นในการศึกษาครั้งถัดไปควรศึกษาโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายแพทย์ธนา คลองงาม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิลาลาด นายสืบตระกูล โคตรอาษา ผอ.รพ.สต.คลิกิ่ง นายอดุล การเกษ ผอ.รพ.สต.เตือ ที่ได้อำนวยความสะดวกในการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณนางสุนันท์ทิพย์ นรสาร ภญ.ทิววรรณ สกุลจันทร์ และ ภญ.สุขุมล กาฬเนตร ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณ รศ.พรทิพย์ กิระพงษ์ ที่ให้คำแนะนำในการทำวิจัยและตรวจแก้ไขงานวิจัยให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอขอบพระคุณผู้ช่วยวิจัยได้แก่ เจ้าหน้าที่ รพ.สต.คลิกิ่ง เจ้าหน้าที่รพ.สต.เตือ และอสม.ทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือในการเก็บแบบสอบถาม การวิจัยได้อย่างครบถ้วน



เอกสารอ้างอิง

1. กิติมาภรณ์. (2550). คนไทยใช้ยาแซงหน้านานาชาติ. เข้าถึงได้จาก https://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/media16_5.pdf
2. คุณากร ปาปะชา, และ วงศา เล้าหศิริวงศ์. (2561). สถานการณ์ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาปฏิชีวนะของกลุ่มวันทำงาน ในจังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ, 13-22.
3. จันสุก วงษ์สานสุวัน, ทิพากร กาญจนราช, และ สุทิน ชนะบุญ. (2562). การใช้ยาด้วยตนเองในอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย ของประชาชน แขวงเวียงจันทน์ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว. เกสัชกรรมไทย, 171-180.
4. นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, ดร.ลือชัย ศรีเงินวง, และ ดร.วิจิต เปานิล. (2550). ยากับชุมชน: มิติทางสังคมวัฒนธรรม. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.
5. ดวงพร สุขสมัย. (2559). ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตัวในการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง. วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง สถาบันสมทบมหาวิทยาลัยบูรพา.
6. ดาวรุ่ง คำวงศ์, และ ทิวทัศน์ สังฆวัตร. (2558). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน. ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 123.
7. ปริญญา ไสศรย์พิศาลกุล, และ ฉัตรวดี กฤษณพันธ์. (1 มกราคม-เมษายน 2557). การสำรวจความรู้ด้านยาและการปฏิบัติตัวในการใช้ยารักษาตนเองของนิสิตชั้นปีที่1 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ว.เภสัชอีสาน, 42-55.
8. พิณทรา ดันเถียร. (ตุลาคม-ธันวาคม 2552). อุปนิสัยการใช้ยาเองในคนไทย. วารสารโลหิตวิทยาและเวชศาสตร์บริการโลหิต, หน้า 309-316.
9. รังสรรค์ ศรีภิรมย์, ธนรรจ รัตนโชติพานิช, ภาณุมาศ ภูมาศ, สมนต์ สกลไชย, กรแก้ว จันทภาษา, สุกุล ลิ้มวัฒนานนท์, . . . วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. (2560). การดูแลรักษาพยาบาลตนเองของประชาชนไทยโดยการซื้อยาจากร้านขายยาแผนปัจจุบัน. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 369-377.
10. วราวุธ จวงจันทร์. (2560). ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตัวในการใช้ยาปฏิชีวนะในโรกระบบทางเดินหายใจส่วนบน, โรคท้องร่วง และแผลเลือดออกของคนวัยทำงาน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง.



เอกสารอ้างอิง

11. วิรัตน์ แก้วภูมิแท้. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาอย่างเหมาะสมและปลอดภัย ของอาสาสมัครสาธารณสุข. *วารสารวิชาการการแพทย์เขต11*, 61-71.
12. สุวรรณณา เชียงขุนทด, ชนิตา มัททวงกูร, กุลธิดา จันทร์เจริญ, เนตร หงษ์ไกรเลิศ, นารี รมย์นุกูล, ฐิติมา อุดมศรี, และ สมหญิง เหง้ามูล. (2556). *ความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของคนภาคีเจริญ*. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).
13. Makeen, H., Albarraq, A., Banji, O. J., Taymour, S., Meraya, A., Alqhatani, S., & Banji, D. (2019). Knowledge, attitudes, and practices toward self-medication in a rural population in South-Western Saudi Arabia. *Saudi Journal for Health Sciences / Published by Wolters Kluwer - Medknow*, 54-59.
14. Mohamed Azhar , M. I., Gunasekaran , K., Kadirvelu , A., Sunil , G., Sivalal, S., & Kshatriya , B. M. (2013). Self-medication: Awareness and Attitude among Malaysian Urban Population. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health*, 436-443.
15. Sandhu, S., Suryani, Y., Dwiprahasto , I., & Atthobari, J. (2017). A SURVEY OF ANTIBIOTIC SELF-MEDICATION AND OVER THE COUNTER DRUG USE AMONG UNDERGRADUATE MEDICAL STUDENTS IN YOGYAKARTA, INDONESIA. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*, 1290-1298.



ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนที่มาใช้บริการ
แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีรัตน อำเภอสรรคบุรี จังหวัดศรีสะเกษ
Knowledge attitudes and practices regarding antibiotics use
in outpatient department at Sirattana Hospital.

ปรีชา อินทร์พงศ์¹

Preecha inratsapong¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนที่มาใช้บริการ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีรัตน อำเภอสรรคบุรี จังหวัดศรีสะเกษ ตามปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลที่แตกต่างกัน โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 180 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปวิเคราะห์หาค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ t-test, One-way ANOVA และทำการเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธี ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการใช้ยาปฏิชีวนะอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 0.74 3.89 และ 3.94 คะแนนตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลที่แตกต่างกัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีเพศ และอายุต่างกัน มีทักษะ และพฤติกรรมไม่แตกต่างกัน ส่วนความรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีความรู้ไม่แตกต่างกัน ส่วนทักษะและพฤติกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่างกันมีความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: ความรู้, ทักษะ, พฤติกรรม, การใช้ยาปฏิชีวนะ

¹ เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลศรีรัตน

¹ Pharmacist, Professional Level. Department of Pharmaceutical and Consumer Protection, Sirattana Hospital

Email : preechains123@gmail.com



Abstract

Knowledge attitudes and practices regarding antibiotics use in outpatients at Sirattana Hospital. This descriptive research aimed to study the level of knowledge attitudes and practices regarding antibiotics use in outpatients at Sirattana Hospital, Sirattana district, Sisaket province with personal factors are different. The sample of 180 people, were interviewed using a structures questionnaire. The descriptive analysis is performed and the results to be presenting as percentages, means, standard deviations, F-test and t-test will be used to compare the means of two groups. Least Significant Difference (LSD) is used for hypothesis testing. The study showed, the level of knowledge attitudes and practices, Overall in the high ($\bar{X} = 0.74$, $\bar{X} = 3.89$, $\bar{X} = 3.94$). The comparison of knowledge attitudes and practices regarding antibiotics use with different personal factors. It was found that the samples with different gender and age, the attitudes and practice not different but knowledge was significantly different ($p < .05$). The samples with different marital status, the knowledge not different but attitudes and practices was significantly different ($p < .05$). The samples with different education level occupation and income, the knowledge attitudes and practices was significantly different ($p < .05$).

Keywords: Knowledge, attitudes, practices, antibiotics

บทนำ

ปัญหาการใช้ยาอย่างพร่ำเพรื่อโดยเฉพาะยาปฏิชีวนะถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกเพราะนอกจากจะส่งผลต่อค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพและความสูญเสียทางเศรษฐกิจที่เพิ่มขึ้นแล้วยังจะส่งผลต่อการเกิดปัญหาการระบาดของเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ในประเทศไทยพบว่าแต่ละปีมีจำนวนคนติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพประมาณ 100,000 ราย สูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างน้อย 40,000 ล้านบาท (0.6% GDP)⁽¹⁾ การใช้ยาปฏิชีวนะในประเทศไทยส่วนใหญ่จะถูกใช้อย่างพร่ำเพรื่อไม่มีข้อบ่งชี้และไม่สมเหตุผลในอัตราที่สูง สาเหตุส่วนใหญ่ของปัญหาการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่เหมาะสมเกิดจากความรู้ความตระหนักที่ไม่ถูกต้องของประชาชน จากผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2562 ในด้านความรู้และความตระหนักเรื่องการใช้อย่างเหมาะสมและเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพของประชาชนในประเทศไทยพบว่าประชาชนมีความรู้เรื่องการใช้อย่างเหมาะสมและเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพของประชาชนในประเทศไทยพบว่ามีประชาชนมีความรู้เรื่องการใช้อย่างเหมาะสมและเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพเพียงร้อยละ 24.3 โดยมากกว่าครึ่งที่เข้าใจไม่ถูกต้องในประเด็น “ยาปฏิชีวนะไม่สามารถฆ่าเชื้อไวรัส” “ยาปฏิชีวนะไม่สามารถรักษาไข้หวัด” “ยาปฏิชีวนะไม่ใช่ยาแก้ไอ” และ “การได้รับยาปฏิชีวนะบ่อยครั้งก่อให้เกิดผลข้างเคียงได้ โรคหรือสาเหตุในการใช้ยาต้านจุลชีพของประชาชนส่วนใหญ่ (ร้อยละ 43.2) คือไข้หวัดใหญ่ ซึ่งจัดเป็นการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสม⁽²⁾ นอกจากนี้ยังพบปัญหาการกระจายยาที่มีอยู่ทั่วไปและขาดการควบคุมกำกับอย่างจริงจังจึงทำให้ประชาชนเข้าถึงยาปฏิชีวนะได้ง่ายโดยแหล่งที่มีการ

กระจายยาปฏิชีวนะมากที่สุด คือร้านยา และคลินิก ซึ่งมีอัตราการใช้อย่างปฏิชีวนะในโรคที่ไม่จำเป็นสูงประมาณร้อยละ 40 ถึง 60⁽³⁾ ในอำเภอศรีรัตนชนพบแนวโน้มมูลค่าการบริโภคยาปฏิชีวนะของประชาชนเพิ่มสูงขึ้น นอกจากนี้ยังพบปัญหาการซื้อยาปฏิชีวนะบริโภคเอง อย่างพร่ำเพรื่อและไม่เหมาะสม ดังนั้นผู้วิจัย จึงต้องการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการใช้อย่างปฏิชีวนะของผู้มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีรัตนชน อำเภอศรีรัตนชน จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ในการวางแผนและกำหนดแนวทางการทำงานเพื่อป้องกันปัญหาที่เกิดจากการใช้อย่างปฏิชีวนะที่ไม่เหมาะสมดังกล่าว

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม ในการใช้อย่างปฏิชีวนะของประชาชนที่มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีรัตนชน อำเภอศรีรัตนชน จังหวัดศรีสะเกษ
2. เพื่อเปรียบเทียบ ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม ในการใช้อย่างปฏิชีวนะของประชาชนที่มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีรัตนชน อำเภอ ศรีรัตนชน จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีการดำเนินการศึกษา

รูปแบบการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Study) กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

ตัวแปรอิสระ คือ ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

ตัวแปรตาม คือ ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม ในการใช้ยาปฏิชีวนะ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในศึกษา คือ ประชาชนที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีรัตน อำเภอสรีรัตน จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 336 คน (โดยประมาณ ค่าเฉลี่ยต่อเดือนจากสถิติผู้มารับบริการ 3 เดือนย้อนหลัง) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ตารางขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Krejcie and Morgan⁽⁴⁾ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 180 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถาม มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในด้านความตรง และความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งผลการทดสอบได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.87

ในการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ศึกษาใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ในการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ ร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) สถิติที่ใช้ในการเปรียบเทียบปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล กับค่าเฉลี่ยระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม ในการใช้ยาปฏิชีวนะ โดยการทดสอบค่าที (t- test for independent samples) และวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว One way analysis of variance (One-way ANOVA) เมื่อพบความแตกต่าง จะใช้การทดสอบรายคู่ด้วยวิธี LSD กำหนดค่านัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 180 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 63.9) มีอายุอยู่ระหว่าง 30-39 ปี (ร้อยละ 33.3) มีสถานภาพ สมรส (ร้อยละ 68.3) มีระดับการศึกษาสูงสุดคือ มัธยมศึกษา (ร้อยละ 37.2) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 31.7) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาท (ร้อยละ 48.9)

ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะ พบว่า โดยภาพรวม กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะ อยู่ในเกณฑ์ระดับสูง ($\bar{X} = 0.74$, S.D. = 0.17) ทักษะในการใช้ยาปฏิชีวนะ อยู่ในเกณฑ์ระดับสูง ($\bar{X} = 3.89$, S.D. = 0.40) และพฤติกรรมในการใช้ยาปฏิชีวนะ อยู่ในเกณฑ์ระดับสูง ($\bar{X} = 3.94$, S.D. = 0.47)

ผลการเปรียบเทียบระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการใช้ยาปฏิชีวนะ จำแนกตามปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีเพศ และอายุต่างกัน มีทักษะ และพฤติกรรมไม่แตกต่างกัน ส่วนความรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีความรู้ไม่แตกต่างกัน ส่วนทักษะและพฤติกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่างกันมีความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

อภิปรายผล

จากการศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม ในการใช้ยาปฏิชีวนะ ของประชาชน ที่มารับบริการ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีรัตน อำเภอสรรคบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการใช้ยาปฏิชีวนะ ของประชาชนที่มารับบริการ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีรัตนโดยภาพรวม อยู่ในเกณฑ์ระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ช่อผกา นาคมิตร⁽⁵⁾ ทำการศึกษาเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ อย่างสมเหตุผลในกลุ่มผู้สูงอายุจังหวัดสุราษฎร์ธานี ตามความแตกต่างของลักษณะประชากรพบคะแนนเฉลี่ยของการมีความรู้ที่ถูกต้อง การมีทักษะ และพฤติกรรมที่ดี และผลการศึกษาของ ชนิษฐา มณีแนม⁽⁶⁾ ทำการศึกษา เรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติในการใช้ยาของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลควนเนียง จังหวัดสงขลา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง ส่วนทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง และ ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วสาวิ กลิ่นขจร และศิริรัตน์ กาญจนวชิรกุล⁽⁷⁾ ทำการศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะในระดับต่ำ ส่วนพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะระดับพอใช้ โดยมีหลายด้านที่ยังไม่ถูกต้องเหมาะสม และผลการศึกษาของ Mohamed, Alanizy, Almutairi, Alshamari & Akelly⁽⁸⁾ ศึกษาเกี่ยวกับ รูปแบบ ความรู้ และทัศนคติในการ

ใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุผลในชุมชนประเทศ ซาอุดีอาระเบีย พบว่าความรู้และทัศนคติต่อการ ใช้ยาปฏิชีวนะส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ

การเปรียบเทียบระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการใช้ยาปฏิชีวนะ ของประชาชนที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีรัตน อำเภอสรรคบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี จำแนกตามปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า 1) ประชาชนที่มารับบริการ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีรัตน อำเภอสรรคบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี ที่มีเพศต่างกัน มีความรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะแตกต่างกัน ส่วนทัศนคติ และพฤติกรรมไม่แตกต่างกัน ซึ่งมีความสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ทิพวรรณ วงเวียน⁽⁹⁾ ทำการศึกษาเรื่องความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจส่วนบนของผู้ป่วยนอกที่เป็นโรคดังกล่าวในโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จังหวัดชลบุรี พบว่า ปัจจัยด้านเพศ ไม่มีผลต่อความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ และส่วนใหญ่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชนิษฐา มณีแนม⁽⁶⁾ ทำการศึกษา เรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติในการใช้ยาของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลควนเนียง จังหวัดสงขลา พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตัวเรื่องการใช้ยาจะเห็นว่ามี ความสอดคล้องกันเฉพาะด้านความรู้เท่านั้น ส่วนด้านเจตคติ และการปฏิบัติไม่สอดคล้องกัน 2) ประชาชนที่มารับบริการ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีรัตน อำเภอสรรคบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี ที่มีอายุต่างกัน มีความรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะแตกต่างกัน

ส่วนทัศนคติและพฤติกรรมไม่แตกต่างกัน เทียบกับ ผลการศึกษาของ Oh et al.⁽¹⁰⁾ ศึกษาเรื่อง ความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้ป่วย ที่มารับบริการในแผนกเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลป็นัง ประเทศมาเลเซีย มีความ สอดคล้องกันเฉพาะด้านทัศนคติ ที่พบว่า มีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านอายุ และสอดคล้อง โดยส่วนใหญ่กับผลการศึกษาของ ซ่อมกา นาคมิตร⁽⁵⁾ ที่ศึกษาเปรียบเทียบ ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในกลุ่มผู้สูงอายุ จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่าช่วงอายุที่ต่างกันมีความรู้ และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติส่วนทัศนคติไม่แตกต่างกัน

3) ประชาชนที่มารับบริการ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีรัตนะ อำเภอสรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีทัศนคติ และพฤติกรรม ในการใช้ยาปฏิชีวนะแตกต่างกัน ส่วนความรู้ ไม่แตกต่างกัน ซึ่งส่วนใหญ่ไม่สอดคล้องกับ ผลการศึกษาของกาญจนชญา ศิริโชติ⁽¹¹⁾ ทำการศึกษาเพื่อการประเมินความรู้ ทัศนคติ และ การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ ในตำบล ควนธานี อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง พบว่า มีความสัมพันธ์กันระหว่างความรู้ ทัศนคติ กับ สถานภาพสมรส ส่วนการปฏิบัติไม่มีความสัมพันธ์ กัน

4) ประชาชนที่มารับบริการ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีรัตนะ อำเภอสรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ ที่มีระดับการศึกษาสูงสุดต่างกัน มีความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการใช้ยาปฏิชีวนะแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของกาญจนชญา ศิริโชติ⁽¹¹⁾ ทำการศึกษาเพื่อประเมินความรู้ ทัศนคติ และ

และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ ในตำบลควนธานี อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง พบว่า มีความสัมพันธ์ กันระหว่างความรู้ ทัศนคติ และการ ปฏิบัติในการใช้ยาและไม่สอดคล้องกับผลการศึกษา ของ ทิพวรรณ วงเวียน⁽⁹⁾ ทำการศึกษา เรื่องความรู้ เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อเฉียบพลัน ของระบบทางเดินหายใจส่วนบนของผู้ป่วยนอกที่ เป็นโรคดังกล่าวในโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราช เทวี ณ ศรีราชา จังหวัดชลบุรี พบว่า ปัจจัยด้าน ระดับการศึกษา ไม่มีผลต่อความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ปฏิชีวนะ และผลการศึกษาของ สุวัฒน์ ปิรสฤทธิพิพร และมณฑนา เหมชะญาตี⁽¹²⁾ ทำการศึกษาเรื่องปัจจัย ที่ผลต่อการ ใช้ยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการ ใน โรงพยาบาลชลง จังหวัดจันทบุรี ปัจจัยที่มีอำนาจ ทำนายพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ พบว่า ระดับ การศึกษาเป็นปัจจัยที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

5) ประชาชนที่มารับบริการ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีรัตนะ อำเภอสรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ ที่มีอาชีพต่างกัน มีความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม ในการใช้ยาปฏิชีวนะแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับ ผลการศึกษาของ ขนิษฐา มุณีแนม⁽⁶⁾ ทำการศึกษา เรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กับความรู้ ทัศนคติ และการ ปฏิบัติในการใช้ยาของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล ควนเนียง จังหวัดสงขลาพบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์ กับความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติตัวเรื่องการใช้ยา และไม่สอดคล้อง กับผลการศึกษาของ กาญจนชญา ศิริโชติ⁽¹¹⁾ ทำการศึกษาเพื่อการประเมินความรู้ ทัศนคติ และ การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการใช้ยา ปฏิชีวนะ ในตำบลควนธานี อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กันระหว่างความรู้ ทัศนคติ



และการปฏิบัติในการใช้ยาปฏิชีวนะ กับปัจจัยด้านอาชีพ 6) ประชาชนที่มารับบริการ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีรัตน อําเภอสรรคตนะ จังหวัดศรีสะเกษ ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่างกัน มีความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมในการใช้ยาปฏิชีวนะแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของชนิษฐา มุณีแนม⁽⁶⁾ ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติในการใช้ยาของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลควนเนียง จังหวัดสงขลา พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตัวเรื่องการใช้ยา และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ จิรัชัย มงคลชัยภักดิ์, จิรวรรณ ร่มสุข และเอมอร ชัยประทีป⁽¹³⁾ ทำการศึกษาเรื่องความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการใน ร้านยาชุมชน จังหวัดปทุมธานี พบว่า รายได้ของตนเองเฉลี่ย (ต่อเดือน) ไม่มีผลต่อระดับความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการ

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการศึกษา พบว่าประชาชนยังมีความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการใช้ยาปฏิชีวนะไม่ถูกต้องและเหมาะสมในหลายประเด็น เช่น ความสำคัญของเวลาในการรับประทานยา การอ่านสัญลักษณ์บนฉลากยา และวิธีการเก็บรักษายา นอกจากนี้ยังพบว่ามีความแตกต่างกันในหลาย ๆ ปัจจัย ดังนั้นเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข รวมทั้งผู้ที่มีส่วน

เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ควรนำผลการศึกษาไปใช้ในการวางแผนในการให้ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง รวมทั้งควรมีการส่งเสริมให้ประชาชนมีความเชื่อและพฤติกรรมในการใช้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสม โดยเน้นในประเด็นที่ยังเป็นปัญหาและจำแนกกลุ่ม เป้าหมายตามปัจจัยส่วนบุคคลที่แตกต่างกัน

2. ควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้น และขยายขอบเขตการศึกษาให้กว้างขึ้นเพื่อให้ทราบถึงความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนโดยทั่วไป

3. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง กับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการใช้ยาปฏิชีวนะเพิ่มเติม เพื่อนำมาวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสำคัญและนำไปใช้เพื่อประโยชน์ในการดำเนินงานต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายแพทย์พงศนาถ หาญเจริญพิพัฒน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีรัตน ที่ได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งผู้เชี่ยวชาญ ที่สละเวลาในการตรวจทานแก้ไข ข้อบกพร่อง ตรวจทานความถูกต้องของภาษา และพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และขอขอบพระคุณ ประชาชนที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีรัตน อําเภอสรรคตนะ จังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ทำให้การจัดทำการวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี



เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2558 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). นนทบุรี: บริษัทสมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด; 2559.
2. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. [อินเทอร์เน็ต]. (ม.ป.ท.). [เข้าถึงเมื่อ 23 ส.ค. 2564].
เข้าถึงได้จาก: <http://ihppthaigov.net/DB/publication/attachresearch/430/chapter2.pdf>
3. นิธิมา สุ่มประดิษฐ์, เสาวลักษณ์ ชุนนางกุล, ภูษิต ประคองสาย และวิชญ์ ธรรมลิขิตกุล. การกระจาย และการใช้ยาปฏิชีวนะของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คลินิก และร้านยา. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2556;7:268-280.
4. Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. Determining sample size for research activities. Journal of Educational and Psychological Measurement 1970; 30:607-610.
5. ช่อผกา นาคมิตร. ความชุก ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลและผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงปลอมปนสเตียรอยด์ในกลุ่มผู้สูงอายุจังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารไทยเฝ้าระวังนิพนธ์ 2563;15:81-94.
6. ขนิษฐา มณีแนม. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติในการใช้ยาของผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลควนเนียง จังหวัดสงขลา. วารสารเภสัชกรรมคลินิก 2557;21:66-80.
7. วสววิ กลิ่นขจร และศิริรัตน์ กาญจนวชิรกุล. พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3. [อินเทอร์เน็ต] 2554. [เข้าถึงเมื่อ 6 ก.ย. 2564].
เข้าถึงได้จาก: <http://hpc3.anamai.moph.go.th/hpc/vijai/tong1.20454.pdf>
8. Mohamed, H. F., Alanizy, N., Almutairi, S., Alshamari, E., & Akelly, H. Patterns, Knowledge and Attitudes of Irrational Antibiotic Use in the Saudi Community. [Internet]. 2014. [cited 2021 Aug 31]. Available from: <http://www.iiste.org/Journals/index.php/JBAH/article/download/11220/11512>
9. ทิพวรรณ วงเวียน. ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจ ส่วนบนของผู้ป่วยนอกที่เป็นโรคดังกล่าวในโรงพยาบาล สมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา. วารสารเภสัชกรรมไทย 2557; 6:106-114.
10. Oh, A. L., Hassali, M. A., Al-Haddad, M. S., Sulaiman, S. A., Shafie, A. A., & Awaisu, A. Public knowledge and attitudes towards Antibiotic usage: a cross-sectional study among the general public in the state of Penang, Malaysia. [Internet]. 2011. [cited 2021 Aug 30]. Available from: <http://www.jidc.org/index.php/journal/article/view%20File/21628809/544>



เอกสารอ้างอิง

11. กาญจนชญา ศิริโชติ. การประเมินความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะใน
ตำบลควนธานี อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง ประเทศไทย. [อินเทอร์เน็ต]. 2555. [เข้าถึงเมื่อ 18 ส.ค.
2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/45155>
12. สุวัฒน์ ปริสุทธิวิมลพร และมณฑนา เหมชะญาติ. ปัจจัยที่ผลต่อการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการใน
โรงพยาบาลลพบุรี จังหวัดลพบุรี. วารสารศูนย์การแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า
2557; 31:114-127.
13. จิรัชัย มงคลชัยภักดี, จิรวัดน์ รามสุข และเอมอร ชัยประทีป. การศึกษาความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับ
การใช้ยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการในร้านยาชุมชนจังหวัดปทุมธานี. วารสารวิชาการ EAU
Heritage Journal มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย (ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี) 2555; 6:90-99.



ผลของนวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วยเอ็นข้อไหล่ฉีกขาดต่อการลดความปวดหลังผ่าตัด

แผนกอร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

The effect of innovation in the care of shoulder ligament torn patients on pain reduction after surgery in the orthopedic department

Nopparat Ratchathani Hospital.

ยสวันต์ กระระโสภณ¹, กุลวรี รักษ์เรืองนาม²

Yuzawa Karasophon¹, Kulwaree Rakreangnam²

บทคัดย่อ

การพัฒนานวัตกรรมอุปกรณ์ในการพยุงแขนลดความปวดหลังผ่าตัดเส้นหัวไหล่เอ็นฉีกขาด มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรมต่อการลดความปวดหลังผ่าตัดเอ็นไหล่ฉีกขาด กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่มารับบริการด้วยโรคเอ็นข้อไหล่ฉีกขาดที่ได้รับการผ่าตัด จำนวน 25 คน เครื่องมือใช้แบบสอบถามสถิติวิเคราะห์ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Repeated Measures Anova ผลการศึกษาพบว่า คะแนนความปวดหลังผ่าตัดรวมกับการใช้นวัตกรรมเริ่มใช้ในวันที่ 1, 2, 3 วัด 3 ช่วงเวลาใน 1 วันคือ 24 ชม. หลังผ่าตัดวัดระดับความปวดในวันที่ 1 ค่าเฉลี่ย = 4.093, 2.986, 1.84, SD = .589, 0.565, 0.452 วันที่ 2 ค่าเฉลี่ย 4.28, 4.24, 3.76, SD = .67, .66, .72 วันที่ 3 ค่าเฉลี่ย 3.20, 2.96, 2.80 SD = .70, .61, .57 ตามลำดับ การจัดระดับความปวด วันที่ 1 หลังผ่าตัดอยู่ในระดับ 4 (ความปวดเล็กน้อยพอทนได้) วันที่ 2 ความปวดอยู่ในระดับ 2-3 (ความปวดเล็กน้อยพอทนได้) วันที่ 3 ระดับความปวด 0-1 (ความปวดยอมรับได้) รวม 3 วัน ความปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < .05) ระดับความพึงพอใจใน 10 ด้านอยู่ในระดับพึงพอใจมาก 9 ด้านดังนี้ 1) มีน้ำหนักเบาพอดี 2) มีความปลอดภัย 3) ใช้งานง่ายไม่ซับซ้อน 4) ลดปวดได้ถ้าไม่มีไข้ 5) ยอมรับลดปวด 6) ราคาเหมาะสม 7) สุขสบาย 8) สะดวกในการพกพา และ 9) เหมาะสมการใช้งาน โดยมีค่าเฉลี่ย = 3.70, 3.68, 3.68, 3.64, 3.64, 3.60, 3.60, 3.60, 3.52, SD = 0.46, 0.47, 0.48, 0.48, 0.48, 0.50, 0.50, 0.50, 0.50 ตามลำดับ ในด้านที่ 10 ด้านความพอดีในการวางแขน มีคะแนนความพึงพอใจระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 3.36, SD = 0.48)

คำสำคัญ: ผู้ป่วยเอ็นข้อไหล่ฉีกขาด, การลดความปวดหลังผ่าตัด

1.ยสวันต์ กระระโสภณ: พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ Email: yosawan2707@gmail.com

2. กุลวรี รักษ์เรืองนาม: พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ Email: kulwareerakreangnam@gmail.com

1,2 Bachelor of Nursing Science Orthopedic Surgery Outpatient Department, Nopparatrchathane Hospital
Khan Na Yao Subdistrict, Khan Na Yao District, Bangkok 10230.



Abstract

The development of innovative arm support devices to reduce pain after shoulder ligament torn surgery Objective: To study the level of satisfaction in using the innovation for reducing pain after shunt shoulder ligament surgery. The sample consisted of 25 patients who received services with a torn shoulder ligament disease who had undergone surgery. The statistic was analyzed using percentage, mean, standard deviation, and Repeated Measures Anova. The results showed that Postoperative pain score with innovation was applied on days 1, 2, 3, measured on day 3. The time interval was 24 h after surgery, on day 1, mean = 4.093, 2.986, 1.84, SD= .589, 0.565, 0.452 Day 2 Mean 4.28, 4.24, 3.76, SD= .67, .66, .72 Day 3 Mean 3.20, 2.96, 2.80 SD= .70, .61, .57 according to No. Pain Rating: Day 1 after surgery, Level 4 (tolerable mild pain), Day 2, Pain level 2-3 (Slight Pain, Tolerable), Day 3, Pain Level 0-1 (acceptable pain) Total 3 days, statistically significant reduction in pain, P-value < .05. The satisfaction level were very satisfied in 9 aspects as follows: 1) light weight 2) safety 3) ease of use and uncomplicated 4) pain relief if not used 5) acceptance of pain reduction 6) reasonable price 7) comfortable 8) easy to carry and 9) suitable for use with the corresponding average satisfaction score of 3.70, 3.68, 3.68, 3.64, 3.64, 3.60, 3.60, 3.60, 3.52, SD= 0.46, 0.47, 0.48, 0.48, 0.48, 0.50, 0.50, 0.50, 0.50, in the 10th Domains the fit of the arm placement was at moderately satisfied ($\bar{x}$ = 3.36, SD=0.48)

Keywords: ligament torn patients, pain reduction after surgery



บทนำ

ภาวะเส้นเอ็นไหล่ฉีกขาดเป็นปัญหาที่พบบ่อย ผู้ป่วยมักมาด้วยอาการปวดและไม่สามารถใช้งานไหล่ได้อย่างปกติ ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า มีผู้ป่วยมาพบแพทย์ด้วยปัญหาภาวะเส้นเอ็นในไหล่ ประมาณ 2,000,000 คนต่อปีเนื่องจากโครงสร้างทางอายุของประชากรมีการเปลี่ยนแปลงไป สัดส่วนของประชากรวัยเด็กและวัยแรงงานมีแนวโน้มลดน้อยลงขณะที่ประชากรกลุ่มผู้สูงอายุ (อายุมากกว่า 60 ปี) มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติคาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. 2573 ประเทศไทยจะมีประชากรผู้สูงอายุมากถึง 17 ล้านคน และเป็นผู้สูงอายุในเขตเมือง ร้อยละ 59 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด คิดเป็นจำนวน 10.5 ล้านคน โรคเอ็นหุ้มข้อไหล่ฉีกขาด (rotator cuff tear) เป็นหนึ่งในโรคที่พบในกลุ่มผู้สูงอายุ อุบัติการณ์ของโรคเอ็นหุ้มข้อไหล่ฉีกขาดตลอดความหนา (full-thickness rotator cuff tear) ในผู้สูงอายุอยู่ที่ประมาณร้อยละ 20 และหนึ่งในสามของผู้ที่มีเอ็นหุ้มข้อไหล่ฉีกขาดตลอดความหนาจะแสดงอาการ 2 ส่วนกลุ่มที่ยังไม่มีอาการพบว่า มีโอกาสเสี่ยงที่จะมีอาการของโรคเกิดขึ้น ร้อยละ 51 ภายในระยะเวลา 2.8 ปี จึงสามารถคาดการณ์ได้ว่า ภายในระยะเวลา 12 ปีข้างหน้า (ปี พ.ศ. 2573) ประเทศไทยอาจมีผู้ป่วยโรคเอ็นหุ้มข้อไหล่ฉีกขาดประมาณ 3 ล้านคน ในจำนวนนี้จะแสดงอาการของโรคประมาณ 1 ล้านคน โดยเป็น

กลุ่มผู้สูงอายุในเขตเมืองมากถึง 7 แสนคน ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีปัญหาด้านการใช้งานของหัวไหล่ มีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน การออกกำลังกาย จากการสำรวจระดับความสุขของผู้สูงอายุในเขตเมืองพบว่า ปัญหาด้านสุขภาพที่มีผลต่อการพึ่งพาตนเองเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อระดับความสุขของผู้ป่วย ดังนั้นการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและต่อสังคมรอบข้าง¹ เมื่อมีเส้นเอ็นไหล่ฉีกขาดจะทำให้มีภาวะอ่อนแรงลงของข้อไหล่ ผู้ป่วยจะใช้งานไหล่ในชีวิตประจำวันได้ลดลง เช่น การหิ้วม็ว การใส่เสื้อ ก็จะมีอาการเจ็บหรือจะทำได้ยากขึ้น² สาเหตุของอาการปวดไหล่ อาจเกิดจากปัญหาของโครงสร้างในข้อไหล่เอง เช่น เยื่อหุ้มข้อ เส้นเอ็น กล้ามเนื้อ หรือถุงหุ้มเส้นเอ็น หรือจากภาวะข้อไหล่ไม่มั่นคง หรือจากอาการปวดในที่ต่าง ๆ เช่น จากกระดูกต้นคอ, ทรวงอกหรือในช่องท้อง ซึ่งอาการปวดในแต่ละโรค อาจมีลักษณะเหมือนกันหรือแตกต่างกันก็ได้ แต่สาเหตุที่พบบ่อยของอาการปวดไหล่ ได้แก่ กระดูกงอกทับเส้นเอ็นหัวไหล่ ภาวะเส้นเอ็นหัวไหล่ฉีก ข้อไหล่ติด ข้อไหล่หลุด และข้ออักเสบ³ ภาวะเส้นเอ็นหัวไหล่ฉีกในกลุ่มคนที่อยู่วัยทำงาน และผู้สูงอายุเกิดจากการเสียดสีระหว่างเส้นเอ็นหุ้มข้อไหล่กับปลายกระดูกสะบัก ในขณะที่ยกแขนขึ้นเหนือศีรษะอย่างรวดเร็ว จึงทำให้เกิดอาการปวดที่ไหล่เป็น ๆ หาย ๆ ผลตามมามีการเสื่อมสภาพของเส้นเอ็นจนท้ายที่สุดอาจทำให้เส้นเอ็นหุ้มข้อไหล่ขาดได้



สำหรับข้อไหล่ติด พบได้ประมาณ 2% ของประชากร ปกติพบมากในช่วงอายุ 50-60 ปี โดยพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย ในอัตรา 3:2 สาเหตุเกิดจากการอักเสบของเยื่อหุ้มข้อไหล่ แล้วเกิดพังผืดในข้อไหล่ ทำให้ข้อไหล่ขยับได้น้อยลงจะพบบ่อยในกรณีที่มีการฉีกหักบริเวณแขน ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยขยับแขนลดลง หรือพบบ่อยกับโรคบางอย่าง เช่น โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคไทรอยด์ เป็นต้น ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดผ่านกล้องเพื่อทำการรักษา คือ ผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาแล้วไม่ได้ผลใน 6 เดือน ข้อไหล่หลุด ข้อไหล่เป็นข้อที่พบอุบัติการณ์การเกิดข้อไหล่หลุดสูงที่สุดในร่างกาย คิดเป็น 45-50% ของอุบัติการณ์ข้อหลุดทั้งหมดในร่างกาย สาเหตุหลักที่ทำให้เกิดข้อไหล่หลุด คือ จากอุบัติเหตุซึ่งอาจสูงได้ถึง 96% ข้อไหล่หลุดประเภทหลุดเคลื่อนมาทางด้านหน้า ผลการรักษาด้วยวิธีทั่วไปไม่ค่อยดีนัก อัตราการเกิดโรคซ้ำอยู่ที่ 17-100% และพบว่าสูงมากขึ้น ในกลุ่มผู้ป่วยที่อายุน้อย

ในด้านการรักษา ปัจจุบันวิวัฒนาการทางการแพทย์ทางออร์โธปิดิกส์มีความพัฒนาขึ้นมาก ผลผ่าตัดเล็ก เสียเลือดขณะผ่าตัดน้อย พักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพียง 1-2 วัน และฟื้นตัวเร็วขึ้น วิธีการรักษาโรคของหัวไหล่ที่พบบ่อยและสามารถรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดผ่านกล้องการรักษา โดยการผ่าตัดไหล่ผ่านกล้อง ปัจจุบันถือเป็นมาตรฐานการรักษาโรคของข้อไหล่ที่ยอมรับกันทั่วโลก นอกจากสามารถให้การวินิจฉัยแล้วยังเป็นการรักษาในคราวเดียวกัน ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดส่องกล้องข้อไหล่ คือ โรคของข้อไหล่ที่ทำการรักษาด้วยยา เช่น พาราเซตามอล ยาลดอาการอักเสบที่

ไม่ใช่สเตียรอยด์ และยากลายกล้ามเนื้อ ร่วมกับกายภาพบำบัดแล้วไม่ได้ผลเป็นเวลานานอย่างน้อย 3-6 เดือน โดยวิธีการผ่าตัดจะขึ้นอยู่กับโรคที่ผู้ป่วยเป็นวิธีของการผ่าตัดผ่านกล้องนั้นสามารถทำได้โดยการเปิดแผลขนาด 0.5-1 cm ประมาณ 2-3 แผล เพื่อใส่กล้องขนาดประมาณ 4 มิลลิเมตร ใส่เข้าไปในข้อเพื่อขยายพื้นที่ในการผ่าตัด และใส่อุปกรณ์การผ่าตัดเพื่อทำการรักษา

การดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในสัปดาห์แรกถึง 4 สัปดาห์ เป็นการลดอาการปวด บวม โดยให้ผู้ป่วยออกกำลังกายขยับไหล่ไว้โดยให้กางแขนใน 0-60 องศา และหลังจากนั้นสัปดาห์ 4-8 แพทย์นัดตรวจประเมินผลของการผ่าตัด โดยส่วนใหญ่จะเริ่มให้เคลื่อนไหวข้อไหล่เอง หรือทำการถอดชุดประคองแขน และนักกายภาพบำบัดเคลื่อนไหวข้อต่อและคลายพังผืดที่เกิดขึ้นได้อย่างเต็มที่บริเวณรอบข้อไหล่และสะบัก โดยมีอาการบาดเจ็บ เพื่อลดความตึงตัวและการยึดติดของข้อต่อโดยรอบ การออกกำลังกายและการเคลื่อนไหวข้อต่อได้ในทุกทิศทาง ปัญหาโรคข้อไหล่ติดจะมีอาการเจ็บ ปวด ขยับเขยื้อนไหล่ได้ลำบาก พบ 2-3 % ในช่วงอายุ 40-60 ปีและเกิดกับหญิงได้มากกว่าชาย⁴

โรงพยาบาลมีผู้ป่วยโรคเอ็นข้อไหล่ฉีกขาดที่มาับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกกระดูกและข้อมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเฉลี่ยเดือนละ 100 คน คิดเป็นร้อยละ 30 มีผู้ได้รับการผ่าตัด ส่องกล้องหัวไหล่ 5 รายต่อเดือน คิดเป็น ร้อยละ 20⁵ ผู้มารับบริการมีหลายอาชีพ เป็นชาวไทยรวมทั้งชาวต่างประเทศ เช่น พม่า ลาว กัมพูชา ตามแผนการรักษาของแพทย์ผู้ที่ได้รับการผ่าตัดจะต้องมีอุปกรณ์ในการช่วยพยุง



ข้อไหลหลังผ่าตัดที่ต้องให้พุงแขนกางไว้ 0-60 องศา ต้องใช้อุปกรณ์พุงแขนที่เบาไม่หนัก พุงไว้ได้รั้งแน่นปีไว้ตลอดระยะเวลาประมาณ 1 เดือนเพื่อลดปวดและบวมและออกกำลังกาย ปัญหาที่พบในแผนกคือ ราคาที่ใช้จ่ายการซื้อ อุปกรณ์แพง ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถซื้อได้ ปัจจุบันต้องขอรับบริจาคจากผู้ที่ใช้แล้วให้มาบริจาคให้กับผู้ที่ไม่สามารถซื้อได้โดยนำมาใช้ต่อ ๆ กัน เป็นทอด ๆ จนชำรุด

จากข้อมูลข้างต้น คณะผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนานวัตกรรมขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีภาวะเส้นหัวใจเอ็นฉีกขาดที่ได้รับการผ่าตัด มีการดูแลที่ถูกต้องตามแนวทางการรักษาตั้งแต่ระยะก่อนการผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัดใน 72 ชั่วโมง และมีการใช้สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการออกแบบพัฒนานวัตกรรมดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเส้นเอ็นหัวใจฉีกขาด โดยการศึกษาถึงข้อมูลซึ่งประกอบด้วย 1) การระบุปัญหา (problem) เริ่มจากการมองเห็นปัญหา และต้องการแก้ไขปัญหานั้นให้ประสบความสำเร็จอย่างมีคุณภาพ 2) การกำหนดจุดมุ่งหมาย เพื่อจัดทำหรือพัฒนานวัตกรรมให้มีคุณสมบัติหรือลักษณะตรงตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้ 3) การศึกษาข้อจำกัด (constraints) ต่าง ๆ โดยศึกษาข้อมูลปัญหาและข้อจำกัดของการใช้นวัตกรรมนั้น เพื่อประโยชน์ในการนำไปใช้ได้จริง 4) การประดิษฐ์คิดค้นนวัตกรรม ผู้พัฒนานวัตกรรมจะต้องมีความรู้ ประสบการณ์ และความคิดสร้างสรรค์ อาจนำของเก่ามาดัดแปลง หรืออาจ

คิดค้นขึ้นมาใหม่ทั้งหมดเพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหา และทำให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น 5) การทดลองใช้นวัตกรรม (experimentation) ประเมินผลและปรับปรุงแก้ไขผลการทดลอง จะทำให้ได้ข้อมูลที่สามารถนำมาใช้ในการปรับปรุงและพัฒนา นวัตกรรมต่อไป และ 6) การเผยแพร่ (dissemination) เมื่อนวัตกรรมที่สร้างขึ้นมีประสิทธิภาพ จะมีการนำไปเผยแพร่สู่สาธารณะให้เป็นที่รู้จัก⁶

วัตถุประสงค์

ศึกษาระดับความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรม อุปกรณ์พุงไหล่ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเอ็นหัวใจฉีกขาด ต่อการลดความปวดหลังผ่าตัดเอ็นหัวใจฉีกขาด แผนกออโรโธปิดิกส์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา เป็นการศึกษาความพึงพอใจนวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วยเอ็นหัวใจฉีกขาดต่อการลดความปวดหลังผ่าตัด แผนกออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้ป่วยโรคเส้นเอ็นหัวใจฉีกขาดที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี แผนกผู้ป่วยนอกกระดูก
2. ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเส้นเอ็นหัวใจฉีกขาด โดยคัดเลือก

การคัดเลือก

1. ผู้ป่วยทุกรายที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคเส้นเอ็นหัวใจฉีกขาดและได้รับการผ่าตัดเอ็นหัวใจฉีกขาด



2. ผู้ป่วยที่แพทย์อนุญาตให้ใช้อุปกรณ์พุงไหลได้หลังผ่าตัด

3. เป็นผู้ที่ยินยอมใช้อุปกรณ์พุงไหลได้หลังผ่าตัด ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจะเก็บทุกรายที่ได้รับการผ่าตัด ช่วงเดือน 1 กรกฎาคม 2563 - 30 เมษายน 2564 จึงไม่ต้องใช้สูตรคำนวณ (คำนวณจากข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไม่แน่นอนเฉลี่ยประมาณ 3 รายต่อเดือน) สถิติการผ่าตัดการผ่าตัดเอ็นไหล่ฉีกขาด มียอดผ่าตัด 40 รายต่อปี ในปี 2562 ที่ใช้อุปกรณ์พุงไหล⁷ จะเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างหลังการหลังการใช้นวัตกรรมพุงไหลทุกรายที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามทั่วไป เช่น เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ ประเภทการทำงาน

2. แบบวัดระดับความปวดในการใช้นวัตกรรม ใช้แบบวัดความปวดตามแนวการวัดความปวดของโรงพยาบาลพระรัตนราชธานี

3. ความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรม อุปกรณ์พุงไหลแบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรมพุงไหลเป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตามแบบ Likert Scale

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยวิเคราะห์ปัญหาผู้มารับบริการที่แผนกกระดูกและข้อโรคเอ็นไหล่ฉีกขาดและได้รับการผ่าตัดเอ็นไหล่ฉีกขาด

2. ผู้วิจัยศึกษาทบทวนเอกสารความรู้จากตำรา วารสารต่าง ๆ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคเอ็นไหล่ฉีกขาดและได้รับการผ่าตัดเอ็นไหล่ฉีกขาดโดยการส่องกล้อง

3. ผู้วิจัยนำโครงร่างวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมของโรงพยาบาลพระรัตนราชธานี

4. เมื่อได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระรัตนราชธานี

5. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดจากผู้มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกกระดูกและข้อ

6. ทำแบบสอบถามและส่งแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญเรียบร้อยแล้วและผ่าน

7. นำแบบสอบถามมาทดสอบกับผู้ป่วยข้อโรคเอ็นไหล่ฉีกขาดและได้รับการผ่าตัดเอ็นไหล่ฉีกขาด จำนวน 15 ราย

8. นำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

9. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลจริง กับผู้ป่วยโรคเอ็นไหล่ฉีกขาดและได้รับการผ่าตัดเอ็นไหล่ฉีกขาดจำนวน 25 คน

ดำเนินการการเก็บข้อมูล

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. พัฒนาด้านแบบนวัตกรรม
2. ทดลองใช้และปรับปรุงต้นแบบนวัตกรรม และ
3. สรุปผลการทดลองและรายงานผล

ขั้นตอนที่ 1 พัฒนาด้านแบบนวัตกรรมโดยวิเคราะห์ ปัญหาสถานการณ์การอุปกรณ์พุงไหลกำหนดประเด็นสำคัญในการพัฒนา กำหนดวัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด นำเสนอต่อผู้บริหาร ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับนวัตกรรมหรือกรณีตัวอย่างนวัตกรรมที่หลากหลาย สรุปแนวคิดหลักเพื่อสร้างต้นแบบนวัตกรรม (D1 = Development ครั้งที่ 1)

ขั้นตอนที่ 2 ทดลองใช้และปรับปรุงต้นแบบนวัตกรรม โดยการทดลองและประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของต้นแบบนวัตกรรมในกลุ่มตัวอย่าง ขนาดเล็ก (R1 = Research ครั้งที่ 1) ปรับปรุงต้นฉบับ นวัตกรรม (D2) แล้วนำมาทดลองในกลุ่มตัวอย่าง ที่มีขนาดใหญ่ขึ้น (R2) ประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของต้นแบบนวัตกรรมที่ปรับปรุงดำเนินการจนได้ต้นแบบนวัตกรรมที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด นำนวัตกรรมไปใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัด ประเมินการใช้และประเมินการ

ลดความปวดหลังใช้ 3 วันหลังผ่าตัด 72 ชั่วโมง ประเมินความพึงพอใจหลังใช้

ขั้นตอนที่ 3 สรุปผลการทดลองและรายงานผล โดย การวิเคราะห์ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของนวัตกรรม ตามวัตถุประสงค์และตัวชี้วัดที่กำหนด แล้วสรุปผลการทดลองและรายงานผลนำไปปฏิบัติใช้งานจริงเผยแพร่ไปยังหน่วยงานอื่น ๆ ของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลในเครือข่ายรูปแบบนวัตกรรม มีการเตรียมอุปกรณ์ การนำนวัตกรรมไปใช้ มีลักษณะดังนี้



ภาพชุดแถวที่1 อุปกรณ์การเตรียมทำนวัตกรรม



ภาพชุดแถวที่ 2 การนำนวัตกรรมไปใช้ พยุงไหล่หลังผ่าตัด



สถิติที่ใช้ในงานวิเคราะห์และประมวลผลข้อมูล ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรม SPSS โดยข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนค่า และการวัดความแปรปรวนใช้ Repeated Measure Anova

สถานที่ในการทดลองเก็บข้อมูล ผู้ป่วยที่มาใช้บริการรักษาโรงพยาบาลนพรัตนราชธานีหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก

สรุปผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเอ็นข้อไหล่ฉีกขาดต่อการลดความปวดหลังผ่าตัดแผนกออร์โธปิดิกส์เพศของผู้ป่วยเอ็นข้อไหล่ฉีกขาดต่อการลดความปวดหลังผ่าตัดแผนกออร์โธปิดิกส์ที่มาใช้บริการพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.7 และเพศชาย ร้อยละ 6.7 อายุของผู้ป่วยพบมากที่สุดในช่วงอายุ

61-70 ปี พบร้อยละ 33.3 รองลงมาพบช่วงอายุ 51-60 ปี ร้อยละ 20 อันดับสามอายุช่วง 30-40 พบร้อยละ 13.3 ในช่วงอายุ 41-50 พบร้อยละ 10.0 ช่วงอายุ 71-80 พบร้อยละ 6.7 ระดับการศึกษา ผู้มารับบริการจบการศึกษาชั้นประถมศึกษาพบมากที่สุด ร้อยละ 53.3 รองลงมาคือ จบปริญญาตรี ร้อยละ 13.3 มัธยมศึกษาตอนต้น อาชีวะปัจจุบันของผู้ป่วยพบว่าเป็นผู้ชราอยู่บ้าน พบมากที่สุด ร้อยละ 36.7 อาชีพค้าขายรองลงมาพบร้อยละ 33.3 การออกกำลังกายของผู้ป่วยพบว่า ไม่ชอบออกกำลังกายอยู่เฉย ๆ พบร้อยละ 53.3 รองลงมาพบคือการออกกำลังกายโดยการเดิน พบร้อยละ 13.3 การยกของที่มีน้ำหนักของผู้ป่วยที่มาใช้บริการมีการยกของที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 25 Kg พบมากที่สุด ร้อยละ 80.0 ยกน้ำหนักมากกว่า 25 Kg พบร้อยละ 3.3

ตารางที่ 1 การวัดระดับความปวด ใน วันที่ 1 , 2 , 3 หลังผ่าตัด (N=25)

ความปวด หลังผ่าตัด	วันที่ 1				วันที่ 2				วันที่ 3			p-value
ระยะเวลา	Mean	Pain Score	STD.	p-value	Mean	Pain	STD.	p-value	Mean	Pain Score	STD.	
8.-16.00 น.	4.28	4	.67	.00	3.20	2-3	.70	.00	2.24	2-3	.52	.00
16-24.00 น.	4.24	4	.66		2.96	2-3	.61		1.88	0-1	.60	
24-8.00 น.	3.76	4	.72		2.80	2-3	.57		1.40	0-1	.57	



จากตารางที่ 1 อธิบายว่า ระดับความปวด ในวันที่ 1 ครั้งที่ 1 ใน 8.00-16.00 น. ครั้งที่ 2 16.00- 24.00 น. ครั้งที่ 3 ใน 24.00-8.00 น. ค่าเฉลี่ย 4.28, 4.24, 3.76 และ SD= .67, .66, .72 ตามลำดับ ความปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value < .05 วันที่ 2 ระดับความปวดในวันที่ 2 ครั้งที่ 1 ใน 8.00-16.00 น. ครั้งที่ 2 16.00-24.00 น. ครั้งที่ 3 ใน 24.00-8.00 น. ค่าเฉลี่ย 3.20, 2.96, 2.80 และ SD= .70, .61, .57 ตามลำดับ ความปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value < .05

ระดับความปวดในวันที่ 3 ครั้งที่ 1 ใน 8.00-16.00 น. ครั้งที่ 2 16.00-24.00 น. ครั้งที่ 3 ใน 24.00-8.00 น. ค่าเฉลี่ย 2.24, 1.88, 1.40 และ SD= .52, .60, .57 ตามลำดับ ความปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value < .05 การจัดระดับความปวด วันที่ 1 หลังผ่าตัดอยู่ในระดับ 4 (ความปวดเล็กน้อยพอทนได้) วันที่ 2 ความปวดอยู่ในระดับ 2-3 (ความปวดเล็กน้อยพอทนได้) วันที่ 3 ระดับความปวด 0-1 (ความปวดยอมรับได้)

ตอนที่ 3 ความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเส้นเอ็นไหล่ขาดตอนวัตรกรรมอุปกรณ์พยุงข้อไหล่หลังผ่าตัด

ตารางที่. 2 ข้อมูลความพึงพอใจผู้ป่วยผ่าตัดเอ็นข้อไหล่ฉีกขาดร่วมกับการใช้วัตรกรรม (N=25)

No	ประเด็นความพึงพอใจในการใช้วัตรกรรม	ค่าเฉลี่ย	SD.	ความพึงพอใจ	ระดับ
1	ความพอใจต่ออุปกรณ์พยุงข้อไหล่ ราคามีความเหมาะสมยอมรับได้	3.60	0.500	4	มาก
2	อุปกรณ์พยุงข้อไหล่ มีความพอดีกับการวางแผนสามารถลดปวด	3.36	0.489	3	ปานกลาง
3	อุปกรณ์พยุงไหล่ มีน้ำหนักพอดี เหมาะสม	3.52	0.509	4	มาก
4	อุปกรณ์พยุงข้อไหล่ ใช้งานง่าย สะดวกสำหรับติดตัวได้ตลอด	3.60	0.500	4	มาก
5	อุปกรณ์พยุงข้อไหล่ มีความปลอดภัยในการใช้งาน	3.68	0.476	4	มาก
6	การยอมรับอุปกรณ์พยุงไหล่หลังผ่าตัดในการลดความปวด	3.64	0.489	4	มาก
7	อุปกรณ์พยุงไหล่ มีน้ำหนักพอดี เบาติดตัวได้ตลอด	3.708	0.464	4	มาก
8	การยอมรับอุปกรณ์พยุงไหล่ ลดปวดได้	3.64	0.489	4	มาก
9	การสามารถ ใช้งานง่าย ไม่ซับซ้อน	3.68	0.476	4	มาก
10	การพอใจในการใช้ตลอดในการใช้อุปกรณ์	3.64	0.489	4	มาก
	รวม	3.60	0.287	4	มาก



จากตารางที่ 2 พบว่า ประเด็นความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรมอุปกรณ์พยุงข้อไหล่

- 1) ราคาเหมาะสมที่ยอมรับได้ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับมาก โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.60, SD=.500
- 2) มีความพอดีกับการวางแผนสามารถลดปวดอาการหลังผ่าตัดได้ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับมาก โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.36, SD=.509
- 3) มีน้ำหนักพอดี เหมาะสมต่อการใช้งานมีความสุขสบายผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับมากโดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.52, SD=.509
- 4) การใช้งานง่าย สะดวกสำหรับติดตัวได้ตลอดผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับมากโดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.60, SD=.500 หมายถึง มีความพึงพอใจในราคาระดับมาก
- 5) มีความปลอดภัยในการใช้งานผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับมาก โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.68, SD=.476 หมายถึง มีความพึงพอใจในราคาระดับมาก
- 6) การยอมในการลดความปวดเปรียบเทียบกับไม่มีการใช้อุปกรณ์ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับมาก โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.64, SD=.476 หมายถึง มีความพึงพอใจในราคาระดับมาก
- 7) มีน้ำหนักพอดี เบาติดตัวได้ตลอดผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับมาก โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.708, SD=.464
- 8) การยอมรับอุปกรณ์พยุงข้อไหล่ ลดปวดได้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับมาก โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.64, SD=.489
- 9) การสามารถใช้งานง่ายไม่ซับซ้อน ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับมาก โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.68, SD=.476
- 10) การพอใจในการใช้ตลอดในการใช้อุปกรณ์ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับมาก โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.64, SD=.489

จากการศึกษาการใช้นวัตกรรมอุปกรณ์พยุงข้อไหล่ พบว่า ระดับความปวดในวันที่ 1 24 ชั่วโมง (8.00-16.00 น., 16.00-24.00 น., 24.00-8.00 น.) ค่าเฉลี่ย = 4.28, 4.24, 3.76 , SD = .67, .66, .72 ตามลำดับ ความปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value < .05 วันที่ 2 ระดับความปวดในวันที่ 2 ค่าเฉลี่ย 3.20, 2.96, 2.80 SD=.70, .61, .57 ตามลำดับ ความปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value < .05 ระดับความปวดในวันที่ 3 ค่าเฉลี่ย 2.24, 1.88, 1.40, SD= .52, .60, .57 ตามลำดับ ความปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value < .05 การจัดระดับความปวด วันที่ 1 หลังผ่าตัดอยู่ในระดับ 4 (ความปวดเล็กน้อยพอทนได้) วันที่ 2 ความปวดอยู่ในระดับ 2-3 (ความปวดเล็กน้อยพอทนได้) วันที่ 3 ระดับความปวด 0-1 (ความปวดยอมรับได้) โดยรวมอุปกรณ์สามารถลดความปวดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value < .05 ระดับความพึงพอใจของผู้มารับบริการเป็นผู้ป่วยในที่ได้รับการผ่าตัดเอ็นข้อไหล่ฉีกขาด ร่วมกับการใช้นวัตกรรมการประเมินความพึงพอใจการใช้อุปกรณ์ใน 10 ด้านคือด้าน 1) มีน้ำหนักเบาพอดี 2) มีความปลอดภัย 3) ใช้งานง่ายไม่ซับซ้อน 4) ลดปวดได้ ถ้าไม่มีใช้ 5) ยอมรับลดปวด 6) ราคาเหมาะสม 7) สุขสบาย 8) สะดวกในการพกพา และ 9) เหมาะสมการใช้งาน ค่าเฉลี่ย = 3.70, 3.68, 3.68, 3.64, 3.64, 3.60, 3.60, 3.60, 3.52 , SD = 0.46, 0.47, 0.48, 0.48, 0.48, 0.50, 0.50, 0.50, 0.50 ตามลำดับ ในด้านที่ 10 ด้านความพอใจในการวางแผน พอใจระดับปานกลาง $\bar{x}$ = 3.36 , SD=0.48



การอภิปรายผล

นวัตกรรมพวงไพลเป็นสิ่งประดิษฐ์ขึ้นมาเพื่อแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดหรือผู้ป่วยที่มีปัญหาข้อไหล่ติดสาเหตุต่าง ๆ จัดทำนวัตกรรมขึ้นเพื่อช่วยลดความปวดได้ เช่นเดียวกับงานวิจัยของสุมาลี เอี่ยมสมัย, 2557 ศึกษาผลการใช้นวัตกรรมลูกบอลคลายปวดนวดตัวเอง และศึกษาความพึงพอใจของการใช้ผลนวัตกรรมลูกบอลคลายปวดนวดตัวเองพบว่า นวัตกรรมลูกบอลคลายปวดนวดตัวเองมีประสิทธิภาพร้อยละ 97.89 ประชาชนมีความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมลูกบอลคลายปวดนวดตัวเองภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด และอาทิตย์ รุ่งราศ และคณะ, 2559 วงล้อบริหารหัวไหล่ติดแก้จากปัญหาประชาชนที่ทำงานมีภาวะหัวไหล่ติดจะมีอาการรู้สึกปวดไหล่จึงคิดประดิษฐ์นวัตกรรมขึ้นมา วัตถุประสงค์เพื่อลดและป้องกันหัวไหล่ติดแข็ง เพิ่มมุมการเคลื่อนไหวของหัวไหล่และแขน และเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหัวไหล่และแขนพบว่า หลังจากที่ใช้ผู้ป่วยได้มีการใช้นวัตกรรมวงล้อบริหารหัวไหล่ติด ทำให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวข้อไหล่ได้ดีขึ้น และสนใจ โจ๊ะประโคน และคณะ, 2564 มีการพัฒนานวัตกรรมหมอนหนุนกะลาบรรเทาอาการปวด กล้ามเนื้อคอ ป่า ไหล่ สำหรับผู้มารับบริการการ พบว่าบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อคอ ป่า ไหล่ มีทั้งการนวดตนเอง ให้ผู้อื่นนวดใช้อุปกรณ์

ข้อเสนอแนะงานวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาโดยการทูลานนวัตกรรมมาใช้ในผู้ป่วยที่มารับบริการเฉพาะแผนกผู้ป่วยผ่าตัดเอ็นข้อไหล่ฉีกขาดเท่านั้นสามารถนำไปปรับใช้ได้ในกรณีเดียวกันได้ที่เป็นในการใช้
2. ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุการซักถามข้อมูลต้องมีญาติซักถามดูแลร่วมด้วยบางครั้งข้อมูลระดับความปวดผู้สูงอายุจะหลงลืม
3. การทำนวัตกรรมในครั้งนี้เป็นการทำขึ้นจากปัญหาทางเศรษฐกิจที่ผู้ป่วยสามารถลดต้นทุนในการจ่ายค่าอุปกรณ์ที่มีราคาแพงให้ลดลงจากเดิม 3 เท่าแนวคิดนี้สามารถนำไปปรับปรุงการทำนวัตกรรมอื่น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาจากผู้ป่วยแผนกกระดูกและข้อผู้ที่ให้คำปรึกษารวมถึงการให้คำแนะนำจาก น.ส ศรินยา แอนตะริสนักวิชาการสถิติ ที่ให้คำปรึกษาในเรื่องสถิติ และการสังเคราะห์ผลการวิจัย นพ. สืบวงศ์ ภูพิชญพงษ์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางออร์โธปิดิกส์ ดร.วันวิสาข์ ทิมมานพ พยาบาลวิชาชีพทางอายุรกรรมและวิชาการ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สมปอง พุ่มระย้า หัวหน้าหน่วยงานทางศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ที่ปรึกษาและให้คำแนะนำ



เอกสารอ้างอิง

1. Mat Pramathikun et al., Assessment of torn shoulder ligaments and suture techniques. using binoculars [Internet]. 2020 [accessed May 1, 2020]
<http://umcvajira.com/files/pct/>.
2. Yuthawat Tirakanoksathit. shoulder surgery Institute of Sports Medicine and Exercise, Hospital Bangkok, Bangkok [Internet]. 2020 [accessed May 1, 2020]
<https://www.bangkokhospital.com/th/disease-treatment/rotator-cuff-tear>.
3. Banha Chuenchuchit. Assorted shoulder problems. orthopedic surgeon Vejthani Hospital Bangkok; 2020.
4. Wanlop Samranvet. Complications after surgery Bangkok Hospital; 2019 [Internet]. [Accessed May 1, 2020] <https://www.bangkokhospital.com/doctor/dr-wallob-samranvedhya>.
5. Nopparat Rajathanee Hospital. Orthopedics Department, Khan Na Yao District, Bangkok 10230; 2020.
6. Roger E.M. Diffusion of Innovation. 4th ed. New York: Free Press.
7. Nopparat Rajathanee Hospital. Orthopedics Department, Khan Na Yao District, Bangkok 10230; 2019.
8. Sumalee Iamsamai. Study on the effect of using innovative self-massage roller to relieve pain. in the people of Pukrang Subdistrict Phra Phutthabat District Saraburi Journal of the Royal Thai Army Nursing 15 (2) 2014.
9. Somjai Jopraknon and team. The development of innovative pillows to support the coconut shell to relieve neck and shoulder pain for those who come to Prakhonchai Hospital. Prakhon Chai District Buriram Province academic journal Public Health30 (1) 2021.



การพัฒนาระบบเฝ้าระวังอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

(Adverse Events Following Immunization: AEFI)

ประกาย หมายมั่น¹

Prakai Maimon¹

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระบบ ปัญหาและแนวทางการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (Adverse Events Following Immunization: AEFI) ในโรงพยาบาล โดยเป็นการวิจัยแบบผสานวิธี ระหว่างงานวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยช่วงแรกเป็นทั้งการวิจัยและการพัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูล อาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ระบบการแจ้งเตือน จากนั้นเก็บข้อมูลเชิงปริมาณเกี่ยวกับอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในช่วงเวลาที่กำหนด จากฐานข้อมูลในโรงพยาบาล แล้วเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เจาะลึกและจัดสนทนากลุ่มผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคและผู้เกี่ยวข้องกับระบบรักษาพยาบาล เพื่อค้นหาปัญหาและหาแนวทางพัฒนาระบบเฝ้าระวังอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณจากฐานข้อมูลรายงานอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่และคำนวณค่าร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหาแบบแก่นสาระ (Thematic analysis) ผลการวิจัยปัญหาสำคัญที่พบคือ ระบบการแจ้งข้อมูล เมื่อผู้ได้รับวัคซีนเกิดอาการไม่พึงประสงค์ อาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์หลังได้รับวัคซีน โดยปรับปรุงกระบวนการเพิ่มเติมดังนี้ 1) เพิ่มแบบคัดกรองผู้รับวัคซีนเพื่อให้มีข้อมูลที่ครบถ้วนสำหรับการบันทึกรายงานเมื่อเกิดอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยปรับปรุงแบบคัดกรองให้มีข้อมูลที่จำเป็นเพิ่มเติม 2) เพิ่มแบบติดตามอาการไม่พึงประสงค์ภายหลังการฉีดวัคซีน เพื่อให้ผู้รับวัคซีนสามารถประเมินตนเองเมื่อเกิดอาการ 3) เพิ่มระบบการแจ้งเตือนในระบบบริการผู้ป่วย เพื่อให้แพทย์ พยาบาล หรือเภสัชกรสามารถตรวจสอบประวัติการได้รับวัคซีนได้ครบถ้วน รวดเร็วมากขึ้น ดังนั้น ปัญหาของระบบเฝ้าระวังอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ที่สำคัญคือการแจ้งเตือนหรือการค้นหาผู้ป่วยที่สงสัยอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ดังนั้นการพัฒนาระบบเฝ้าระวังอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่สำคัญคือการสร้างเครื่องมือให้ผู้ได้รับวัคซีนสามารถประเมินอาการตนเองได้ ในระบบบริการผู้ป่วยต้องมีระบบการแจ้งเตือนให้ผู้ให้บริการทราบถึงประวัติการได้รับวัคซีนเพื่อประกอบการพิจารณาการรักษาผู้ป่วยและส่งต่อข้อมูลในระบบรายงานอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ต่อไป

คำสำคัญ: ระบบเฝ้าระวังอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค, วัคซีน

¹ เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ

¹ Pharmacist, Professional Level, Department of Pharmacy and Consumer Protection, Wanghin Hospital.

Email : p_maimon@hotmail.com



Abstract

The objective to was identify the system problems and guidelines for developing an Adverse Events Following Immunization (AEFI) surveillance system in hospitals. This is a mixed method research which combines both quantitative and qualitative research. The first phase was both research and development of AEFI storage system, notification system. Then, quantitative data about AEFI is collected at specified intervals from the hospital database. Qualitative data were collected through in-depth interviews and group discussions with those responsible for immunization and those involved in the healthcare system. To find problems and find ways to develop AEFI surveillance system. Quantitative analysis of data from AEFI report database. Data were analyzed by frequency distribution and percentage calculation. The qualitative data was based on thematic analysis of content. Results, A key problem was found in the AEFI vaccination reporting system for the development of an adverse reaction surveillance system after vaccination. Additional processes have been improved as follows: 1) Add a screening form for vaccination recipients to provide complete information for recording reports in the event of AEFI symptoms. 2) Add a follow-up form for adverse reactions after vaccination so that vaccinated recipients can self-assess themselves when symptoms occur. 3) Add a notification system (Pop up) in the patient service system. So that the doctor, nurse or pharmacist can check the complete vaccination history more fast. Conclusion, The key problem with AEFI surveillance system is the alert or search of suspected AEFI patients. Therefore, the development of a symptom surveillance system after immunization is important to create a tool for vaccinated persons to assess. self In the patient service system, there must be a system to notify providers of vaccination history. For consideration of the treatment of patients and forwarding the information in the AEFI reporting system.

Key words : Adverse Events Following Immunization, AEFI, Vaccine



บทนำ

การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (Immunization) เป็นขบวนการสร้างเสริมหรือเพิ่มพูนภูมิคุ้มกันโรคให้เกิดขึ้นในร่างกาย ซึ่งทำได้ 2 วิธี ได้แก่ Active Immunization คือ การให้วัคซีนต่าง ๆ และ ท็อกซอยด์ เข้าไปกระตุ้นให้เซลล์ของร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันขึ้น และ Passive Immunization คือการให้สารภูมิคุ้มกันสำเร็จรูป ซึ่งสามารถป้องกันโรคได้ทันที เช่น Antitoxin, Serum, Immunoglobulin เป็นต้น ไม่ว่าจะให้โดยวิธีใดก็ตาม เป้าหมายที่สำคัญคือ เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันที่จะต่อต้านและป้องกันไม่ให้ป่วยเป็นโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน⁽¹⁾ การให้วัคซีนอาจทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (Adverse Events Following Immunization; AEFI) ได้เหมือนกับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse Drug Reaction; ADR) ได้โดยอาการไม่รุนแรงที่พบได้บ่อย มีทั้งอาการเฉพาะที่ได้แก่ ปวด บวม แดง บริเวณที่ฉีด หรืออาการที่เกิดจากปฏิกิริยาต่อระบบอื่น ๆ เช่น อาการไข้ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม วัคซีนอาจทำให้เกิดอาการที่รุนแรง เช่น อาการแพ้ที่รุนแรง (Anaphylaxis) เกล็ดเลือดต่ำ (Thrombocytopenia) อาการของระบบประสาทส่วนกลาง อาการชัก และมีโอกาสทำให้เสียชีวิตได้ นอกจากนี้ การเกิด AEFI มีผลกระทบต่อความเชื่อมั่นต่อการ

รับวัคซีน ส่งผลให้ความครอบคลุมในการรับวัคซีนน้อยลง

ในการศึกษานี้ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค หมายถึง เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคภายใน 30 วัน อาจเป็นอาการไม่สบาย หรือมีผลการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการผิดปกติ โดยไม่จำเป็นต้องมีสาเหตุจากการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค⁽¹⁾ แต่เกิดจากความวิตกกังวลของผู้รับบริการ วัคซีน หรือภาวะร่วมอื่น ๆ ที่เกิดในช่วงเวลาเดียวกัน ซึ่งระบบเฝ้าระวัง AEFI หมายถึง ระบบที่รวบรวมอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นหลังจากได้รับวัคซีน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาผู้ป่วยและรายงานความผิดปกติที่เกิดขึ้นหลังได้รับวัคซีนแต่ละชนิดและรุ่นที่ผลิต เพื่อการตอบสนองและแก้ไขปัญหาต่อความผิดปกติที่เกิดภายหลังจากการได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่ทันเวลา และทราบอัตราการเกิดอาการภายหลังการได้รับวัคซีนแต่ละชนิด⁽²⁾ เพื่อกำกับติดตามความปลอดภัยและประกันความมั่นใจของประชาชนต่อวัคซีนและงานบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค⁽¹⁾

ระบบการเฝ้าระวัง (Surveillance) คือ การติดตาม สังเกต พิจารณาลักษณะการเปลี่ยนแปลงของการเกิดโรค และเหตุการณ์หรือปัญหาสาธารณสุข รวมทั้งปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงนั้น ๆ



อย่างต่อเนื่อง ด้วยกระบวนการที่เป็นระบบ และมีขั้นตอน ประกอบด้วยการรวบรวม เรียบเรียง วิเคราะห์ แผลผล และกระจายข้อมูลข่าวสาร สู่ผู้ใช้ประโยชน์ เพื่อการวางแผนกำหนดนโยบาย การปฏิบัติงานและการประเมินมาตรฐานการ ควบคุมป้องกันโรคอย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับ Intensive ADR monitoring system คือ ระบบ การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ที่มีวิธีดำเนินการในการติดตามผลการใช้ยา อย่างพินิจพิเคราะห์ โดยมีการดูแลแต่ละรายตั้งแต่ เริ่มต้นกระบวนการใช้ยาจนกระทั่งสิ้นสุดการรักษา ซึ่งเป็นการติดตามเฝ้าระวังการเกิดอาการ ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาอย่างใกล้ชิด⁽⁴⁾ ระบบ การรายงาน ADR นั้นเภสัชกรมีหน้าที่ในการ รายงานไปยังศูนย์ติดตามอาการไม่พึงประสงค์จาก การใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ส่วนระบบการเฝ้าระวัง AEFI นั้น กระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้สถาน บริการสาธารณสุขที่เป็นเครือข่ายเฝ้าระวัง สร้างทีมงานเฝ้าระวังสอบสวนเหตุการณ์ ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริม ภูมิคุ้มกันโรค ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยา งานสร้างเสริม ภูมิคุ้มกันโรค โดยการส่งรายงานเหตุการณ์ เหตุการณ์ที่เข้านิยามการเฝ้าระวังเหตุการณ์ ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริม ภูมิคุ้มกันโรคให้กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ภายใน 7 วัน นับจากวันที่พบผู้ป่วยหรือพบ

เหตุการณ์ฯ โดยส่งข้อมูลผ่านโปรแกรมฐานข้อมูล เฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ฯ

จากระบบรายงานข้อมูลผู้ป่วยเฉพาะราย อาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (AEFI) อำเภอวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ ตั้งแต่ ปี 2555 - 2559 พบว่ามีการรายงานผู้ป่วยเกิด อาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (AEFI) เพียง 9 ราย ปี 2557 รายงาน 8 ราย ปี 2559 รายงาน 1 ราย โดยผู้ป่วยตามรายงาน ดังกล่าวเป็นผู้ป่วยที่กลับมาโรงพยาบาลด้วยอาการ ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (AEFI) ซึ่งอาจไม่ใช่ผู้ป่วยที่เกิดอาการทุกราย ในปี 2564 ประเทศไทยเริ่มให้บริการวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 หรือวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ตั้งแต่ปลายเดือนกุมภาพันธ์ 2564 โดยกระทรวง สาธารณสุขได้จัดระบบเฝ้าระวังติดตามอาการ ภายหลังได้รับวัคซีนโควิด 19 ไว้ 3 ระบบ ได้แก่ ระบบเฝ้าระวังเชิงรับ (existing AEFI surveillance) ระบบติดตามความปลอดภัยเชิงรุกสำหรับวัคซีน โควิด-19 (Active surveillance system for COVID-19 vaccine) และการเฝ้าระวังกลุ่มอาการที่ อาจ เกี่ยวข้องกับการได้รับวัคซีนโควิด-19 (Adverse event of special interest: AESI) จากข้อมูล การเฝ้าระวัง AEFI จากวัคซีนโควิด-19 ณ วันที่ 21 พฤษภาคม 2564 มีการฉีดวัคซีนไปแล้ว 2,811,549 โดส พบมีการรายงานเหตุการณ์ ไม่พึงประสงค์ที่สำคัญ คือ การแพ้รุนแรง



(Anaphylaxis) จำนวน 15 ราย คิดเป็นอัตราการแพ้รุนแรง 5 ต่อล้านโดสของวัคซีนที่ฉีด และอาการชาหรืออ่อนแรงจากภาวะ Immunization stress related reaction (ISRR) จำนวน 123 ราย คิดเป็นอัตราการรายงาน 43 ต่อล้านโดส⁽³⁾

จากข้อมูลรายงาน AEFI ของโรงพยาบาล และเพื่อเป็นการกำกับติดตามความปลอดภัยและประกันความมั่นใจของประชาชนต่อวัคซีน ผู้วิจัยจึงเห็นว่าการเฝ้าระวัง AEFI ของการให้บริการฉีดวัคซีนโควิด 19 เป็นกระบวนการที่มีความสำคัญ จำเป็นต้องพัฒนาให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยการนำกระบวนการ Intensive Monitoring System ซึ่งเป็นการติดตามเฝ้าระวังการเกิดอาการ อันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาอย่างใกล้ชิด มาใช้ในการเฝ้าระวังติดตามอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (AEFI) เพื่อให้สามารถพบผู้ป่วยที่เกิดอาการ มีการรายงานที่รวดเร็วและการตอบสนองแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ทันท่วงที เป็นการสร้างความมั่นใจของประชาชนต่อการบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค เพื่อประกันความมั่นใจของประชาชนต่อการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคว่า มีความปลอดภัยและสามารถป้องกันโรค ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เสริมสร้างความเข้มแข็งระบบการเฝ้าระวังอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (AEFI) ได้

วัตถุประสงค์

การพัฒนาระบบเฝ้าระวังอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (Adverse Events Following Immunization: AEFI) มีวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพื่อศึกษาระบบการเฝ้าระวังอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมสุขภาพภูมิคุ้มกันโรค (Adverse Events Following Immunization: AEFI)

2. เพื่อพัฒนาระบบการเฝ้าระวัง AEFI ในโรงพยาบาลวังหินและเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน ระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยการรวบรวมข้อมูลจากรายงานฐานข้อมูลเวชระเบียนที่เกี่ยวข้องกับระบบเฝ้าระวัง AEFI ส่วนข้อมูลคุณภาพได้จากการสังเกต การสัมภาษณ์เจาะลึก และการสนทนากลุ่ม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและเป็นการทวนสอบความถูกต้องของข้อมูลข้อมูลจากฐานข้อมูลเวชระเบียนและรายงาน AEFI เป็นหลักฐานที่แสดงถึงความถี่ ความสัมพันธ์และคุณภาพของการรายงาน การสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ให้ข้อมูลรายบุคคลทำให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถให้ข้อมูลที่เป็นมาจากรายการที่ได้ปฏิบัติจริง การลงพื้นที่



สถานที่ปฏิบัติงานให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระหว่างการทำสัมภาษณ์ทำให้ผู้วิจัยสามารถสังเกตการทำงานจากสถานที่จริงได้ สำหรับการสนทนากลุ่มทำเพื่อเป็นการทวนสอบความถูกต้องของข้อมูล รวมทั้งการค้นหาคำตอบที่อาจยังหาแนวทางพัฒนาไม่ได้ การสนทนากลุ่มจะเป็นการร่วมค้นหาคำตอบ และร่วมคิดหาแนวทางพัฒนาระบบเฝ้าระวังอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (Adverse Events Following Immunization: AEFI)

การศึกษาข้อมูลจากระบบเฝ้าระวัง AEFI

ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องจากระบบเฝ้าระวัง AEFI จากเครื่องมือดังนี้

1) แบบเก็บข้อมูลการรับบริการฉีดวัคซีนโควิด-19 โรงพยาบาลวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งได้ปรับปรุงจากแบบบันทึกข้อมูลผ่านแอปพลิเคชัน หรือ web-based portal⁽⁵⁾

2) แบบติดตามอาการไม่พึงประสงค์ภายหลังการฉีดวัคซีนโควิด-19 โรงพยาบาลวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ โดยแบบติดตามนี้ เภสัชกรจะมอบให้ผู้มารับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 พร้อมให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเฝ้าระวังอาการที่อาจเกิดขึ้น โดยผู้ที่ฉีดวัคซีนโควิด-19 เข็มที่ 1 จะแนะนำส่งคืนแบบติดตามนี้ ในวันนัดฉีดวัคซีนโควิด-19 เข็มที่ 2 สำหรับผู้ที่ฉีดวัคซีนโควิด-19 เข็มที่ 2 แนะนำให้ส่งคืนแบบติดตามนี้ เมื่อครบรอบติดตามอาการ หลังฉีดวัคซีนครบ 30 วัน

นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้ปรับปรุงระบบสารสนเทศเพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวัง AEFI โดยนำกระบวนการแจ้งเตือนคล้ายกับระบบแจ้งเตือนของระบบยาใช้ในการแจ้งเตือนข้อมูลการฉีดวัคซีนโควิด-19 ของผู้มารับบริการเพื่อเตือนให้แพทย์หรือผู้ให้บริการทราบขณะปฏิบัติงาน

การรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวัง AEFI นั้น เก็บจากข้อมูลผู้มารับบริการฉีดวัคซีนโควิด-19 ในช่วงเดือนเมษายน -กรกฎาคม 2564 โดยทำการศึกษาเฉพาะเป็นผู้มารับบริการและรายงาน AEFI ถึงเดือนสิงหาคม 2564 (แต่ละรายติดตามเก็บข้อมูลภายหลังฉีดวัคซีน 30 วัน)

การสัมภาษณ์เจาะลึก

ผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกคือพยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานวัคซีนหรืองานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ของโรงพยาบาลวังหินและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอวังหิน แพทย์ เภสัชกรและพยาบาลผู้ปฏิบัติงานด้านการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลวังหิน ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลในประเด็นคำถามดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล 2) ข้อมูลการปฏิบัติงาน 3) ขั้นตอนการปฏิบัติงานในระบบเฝ้าระวังอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค 4) ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานในระบบเฝ้าระวังอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค 5) ข้อเสนอแนะ

ในการแก้ไขปรับปรุงและพัฒนาระบบการเฝ้าระวัง
อาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนนี้ จะเป็นการ
วิเคราะห์ที่สัมภาษณ์ไปในเวลาเดียวกัน โดยหลัง
การสัมภาษณ์ผู้วิจัยอ่านคำบรรยายทวนสอบ
ความถูกต้องของข้อมูล ผลจากการสัมภาษณ์
ผู้ให้ข้อมูลรายแรกจะนำไปปรับคำถามในการ
สัมภาษณ์รายต่อไปเพื่อยืนยันข้อมูล และขยาย
ข้อมูล บางประเด็นเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจน
ครบถ้วน และ Saturated

การสนทนากลุ่ม

ผู้วิจัยจัดการสนทนากลุ่ม 1 ครั้ง ณ โรงพยาบาล
วังหิน จังหวัดศรีสะเกษ ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม
ประกอบด้วยพยาบาลและนักวิชาการสาธารณสุข
ผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค พยาบาล
ผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยกรณีพบอาการภายหลัง
ได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค บางคนเคยผ่าน
การสัมภาษณ์เจาะลึกมาแล้ว โดยผู้เข้าร่วมสนทนา
กลุ่มทุกคนมีประสบการณ์เกี่ยวกับงานด้านวัคซีน
และมีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับ
กระบวนการเฝ้าระวังอาการภายหลังได้รับการ
สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้การสนทนากลุ่มในการ
ค้นหารูปแบบการพัฒนาระบบเฝ้าระวังอาการ
ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
(Adverse Events Following Immunization:
AEFI) โดยผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม ได้แก่ เภสัช
กร พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข ซึ่งเป็นผู้ที่มี
ประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับวัคซีนใน

โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
รวมทั้งผู้มีประสบการณ์ในการคัดกรอง ตรวจรักษา
ผู้ป่วยที่มาใช้บริการ โดยมีแนวคำถามหลัก
(1) ขั้นตอนการปฏิบัติงานในระบบเฝ้าระวัง
อาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
(2) ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานในระบบ
เฝ้าระวังอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริม
ภูมิคุ้มกันโรค (3) ข้อเสนอแนะในการแก้ไข
ปรับปรุงและพัฒนาระบบการเฝ้าระวังอาการ
ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
ในประเด็น วิธีการค้นหาผู้ที่มีอาการ AEFI
การเตรียมข้อมูลให้เพียงพอต่อการสอบสวนและ
การบันทึกรายงาน การประสานงานภายใน
เครือข่ายเฝ้าระวัง AEFI การจัดการหากเกิด
Serious AEFI และการสนับสนุนที่ต้องการ
โดยนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบการเฝ้าระวัง
AEFI ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน
รายงาน AEFI ที่ได้จากการศึกษาเอกสาร ปัญหา
ในระบบการเฝ้าระวัง AEFI ที่ได้จากการสัมภาษณ์
เจาะลึกก่อนเริ่มการสนทนากลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล-ความน่าเชื่อถือ

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลและข้อมูลเชิง
ปริมาณจากรายงาน AEFI วิเคราะห์โดยการ
แจกแจงความถี่และคำนวณค่าร้อยละ ข้อมูลที่ได้
จากการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์
เนื้อหาแบบ Thematic analysis โดยผู้วิจัย
ประยุกต์ใช้แนวคิดการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ
ของ Miles & Huberman (1994)⁽⁶⁾ ซึ่งมีองค์ประกอบ
หลัก 3 ประการ คือ 1) การจัดระเบียบข้อมูลโดย



การถอดเทปการสัมภาษณ์แบบคำต่อคำและอ่านข้อความจากการสัมภาษณ์ซ้ำจนเข้าใจ จากนั้นค้นหาประเด็นที่ต้องการศึกษา ผู้วิจัยได้จัดระเบียบข้อมูลให้เสร็จหลังการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละคน เพื่อนำไปปรับปรุงคำถามในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนต่อไป 2) การแสดงข้อมูล ผู้วิจัยจัดหมวดหมู่ข้อมูลเพื่อให้ได้ประเด็นที่เป็นปัญหาในระบบเฝ้าระวัง AEFI สาเหตุและแนวทางในการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง AEFI 3) การหาข้อสรุป การตีความและการตรวจสอบความถูกต้องตรงประเด็นโดยการบรรยายและตีความผลการวิจัยโดยยึดกรอบการดำเนินการตามระบบเฝ้าระวังเชิงรุก

ในระหว่างการสัมภาษณ์ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลโดยการตรวจสอบสามเส้า Triangulation check และ ความเพียงพอของข้อมูล (Saturation) โดยพิจารณาจากความซ้ำ และการกระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลทุกคนกล้าเปิดเผยข้อมูลโดยสังเกตจากความร่วมมือในการสัมภาษณ์การยกตัวอย่างประกอบการให้ข้อมูล ท้าทาย น้ำเสียง หากมีประเด็นที่ผู้วิจัยมีข้อสงสัยสามารถสอบถามเพิ่มเติมเพื่อทวนสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้

ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ SPPH 2022-007

ผลการศึกษา

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 16 คน มีตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 13 คน นักวิชาการ

สาธารณสุข 1 คน แพทย์ 1 คน และเภสัชกร 1 คน อายุเฉลี่ย 46 ปี (พิสัย 28-57 ปี) เป็นเพศหญิง 14 คน จบปริญญาตรี 15 คน ปริญญาโท 1 คน เป็นผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจำนวน 11 คน โดยในจำนวนนี้มีระยะเวลาในการรับผิดชอบงานเฉลี่ย 15 ปี (พิสัย 2-36 ปี)

รายงานเวชระเบียนผู้มารับบริการฉีดวัคซีนโควิด-19 ที่จุดบริการฉีดวัคซีนโรงพยาบาลวังหิน ในช่วงเดือนเมษายน – กรกฎาคม 2564 จำนวนทั้งสิ้น 4,266 โดส

ระบบเฝ้าระวังอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (AEFI)

ระบบเฝ้าระวัง AEFI มีความเกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงาน ในระบบรายงานของกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้สถานบริการสาธารณสุขที่เป็นเครือข่ายเฝ้าระวัง องค์ประกอบของระบบ

1) ทีมงานเฝ้าระวังสอบสวนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

2) เครื่องมือในการรายงานและรวบรวมผลเหตุการณ์ฯ ประกอบด้วย

- แบบรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (AEFI1) เป็นแบบรายงานข้อมูลผู้ป่วยแต่ละราย

- โปรแกรมฐานข้อมูลเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (AEFI) เป็นโปรแกรม Online ที่ใช้บันทึกข้อมูลตามแบบรายงาน (AEFI1) จากสถานพยาบาลและ



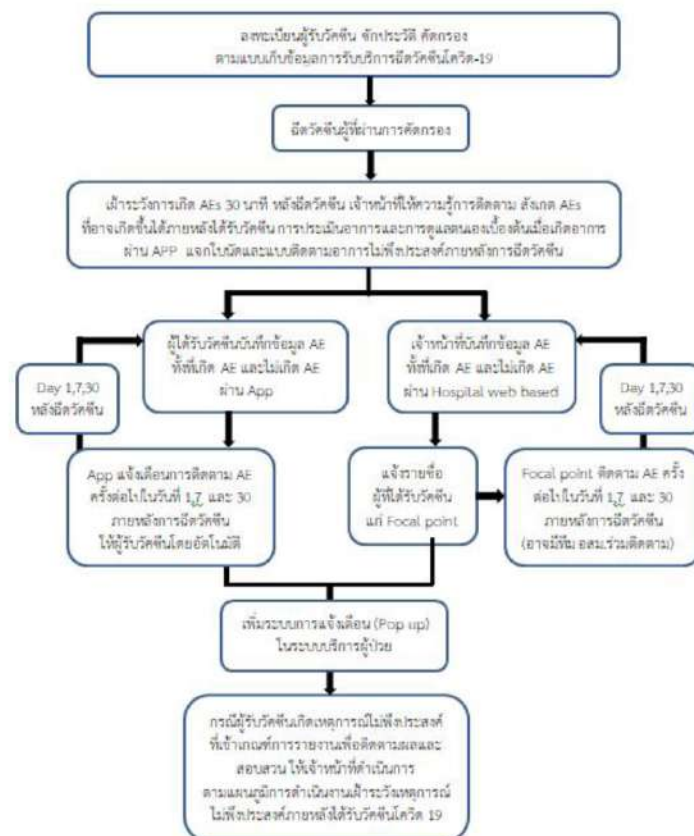
ห้องชั้นสูงทั่วประเทศ ส่งข้อมูลไปยังกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

การให้บริการวัคซีนโควิด-19 มีขั้นตอนการให้บริการวัคซีนและสังเกตอาการภายหลังได้รับวัคซีน โดยกำหนดให้ผู้รับวัคซีนนั่งพักสังเกตอาการประมาณ 30 นาที ภายใต้การดูแลของบุคลากรทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่ให้ความรู้ในการติดตามสังเกตอาการที่อาจเกิดขึ้นภายหลังได้รับวัคซีน การดูแลตนเองเบื้องต้น การติดตามเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ผ่านแอปพลิเคชันหรือให้เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลผ่าน HIS หรือ Web application

ระบบการให้บริการฉีดวัคซีนของโรงพยาบาลวังหิน ได้ปรับปรุงแบบเก็บข้อมูลการให้บริการฉีดวัคซีนโควิด-19 และแบบติดตาม

อาการไม่พึงประสงค์ภายหลังการฉีดวัคซีนเพื่อให้สามารถจัดเก็บข้อมูลเพื่อประกอบการรายงานการเกิด AEFI ได้ครบถ้วนมากขึ้น

แนวทางการติดตามความปลอดภัยเชิงรุกของวัคซีนโควิด 19 ของโรงพยาบาลวังหิน ได้มีการปรับปรุงแบบคัดกรองตามแบบเก็บข้อมูลการให้บริการฉีดวัคซีนโควิด-19 แบบติดตามอาการไม่พึงประสงค์ภายหลังการฉีดวัคซีน และเพิ่มระบบการแจ้งเตือน (Pop up) ในระบบบริการผู้ป่วยเพื่อให้สามารถเก็บรายละเอียดข้อมูลและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดยในแนวทางปฏิบัตินี้ เภสัชกรมีบทบาทในการให้ความรู้ การติดตาม AEs ในจุดเฝ้าระวังการเกิด AEs 30 นาที แสดงดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 แนวทางติดตามความปลอดภัยเชิงรุกของวัคซีนโควิด-19



ผลการศึกษาข้อมูลจากแบบเก็บข้อมูล การรับบริการฉีดวัคซีนโควิด-19 จำนวน ผู้รับบริการวัคซีนทั้งหมด 4,266 โดส หลังจาก นั้งพักสังเกตอาการ 30 นาที พบว่ามีอาการปกติ จำนวน 4,039 คน (ร้อยละ 94.68) พบอาการ ไม่พึงประสงค์อย่างน้อย 1 อาการ จำนวน 227 คน (ร้อยละ 5.32) โดยอาการที่พบมากที่สุด คือ ปวด บวม แดง ร้อน คัน บริเวณที่ฉีด จำนวน 59 คน (ร้อยละ 1.38) อาการชาเล็กน้อย 31 คน (ร้อยละ 0.73) ปวดศีรษะ 26 คน (ร้อยละ 0.61) วิงเวียน 16 คน (ร้อยละ 0.38) ส่วนอาการอื่น ๆ จำนวน 71 คน

(ร้อยละ 1.66) นั้น ส่วนใหญ่เป็นภาวะความดัน โลหิตสูงหลังฉีดวัคซีน ซึ่งหลังจากประเมินหลังจาก นัดต่อเนื่องพบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีประวัติเป็นโรค ความดันโลหิตสูงเดิม ในการเฝ้าระวังอาการ ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนโควิด-19 นี้ เภสัชกรทำหน้าที่เฝ้าระวังอาการที่อาจเกิดจาก เหตุการณ์ในผู้ที่รับประทานยาต้านการแข็งตัว ของเลือดชนิด Warfarin โดยสังเกตอาการเลือด ไหลไม่หยุด โดยผู้ที่รับยา Warfarin ที่รับบริการฉีด วัคซีนโควิด 19 ทั้งหมด 12 คน ไม่พบอาการ ดังกล่าว ดังตารางที่ 1

ตาราง 1 จำนวนผู้รับวัคซีนแต่ละกลุ่มเป้าหมายจำแนกตามอาการไม่พึงประสงค์ที่พบหลังการเฝ้าระวัง อาการภายหลังได้รับวัคซีนโควิด-19 ภายใน 30 นาที

อาการไม่พึงประสงค์จากวัคซีน	กลุ่มผู้รับบริการฉีดวัคซีน				ร้อยละ
	7 กลุ่มโรค (n=423)	60 ปี (n=1,782)	ทั่วไป (n=2,061)	รวมทั้งสิ้น (n=4,266)	
1. อาการปกติ	407	1,716	1,916	4,039	94.68
2. พบมีอาการไม่พึงประสงค์หลังฉีดวัคซีน	16	66	145	227	5.32
2.1) ปวด บวม แดง ร้อน คัน ณ บริเวณ ที่ฉีด	4	18	37	59	1.38
2.2) ปวดกล้ามเนื้อ	0	2	5	7	0.16
2.3) เหนื่อย อ่อนเพลีย ไม่มีแรง	1	3	3	7	0.16
2.4) ชาเล็กน้อย	0	3	28	31	0.73
2.5) ไข้	0	0	0	0	0.00
2.6) ปวดศีรษะ	1	9	16	26	0.61



ตาราง 1 จำนวนผู้รับวัคซีนแต่ละกลุ่มเป้าหมายจำแนกตามอาการไม่พึงประสงค์ที่พบหลังการเฝ้าระวังอาการภายหลังได้รับวัคซีนโควิด-19 ภายใน 30 นาที (ต่อ)

อาการไม่พึงประสงค์จากวัคซีน	กลุ่มผู้รับบริการฉีดวัคซีน				ร้อยละ
	7 กลุ่มโรค (n=423)	60 ปี (n=1,782)	ทั่วไป (n=2,061)	รวมทั้งสิ้น (n=4,266)	
2.7) เลือดไหลไม่หยุด	0	0	0	0	0.00
2.8) ใจสั่น/แน่นหน้าอก	1	2	3	6	0.14
2.9) คลื่นไส้/อาเจียน	1	1	3	5	0.12
2.10) ท้องเสีย	0	1	1	2	0.05
2.11) วิงเวียน	0	2	14	16	0.38
2.12) ผื่น	0	0	4	4	0.09
2.13) อื่น ๆ	9	26	36	71	1.66

ปัญหาการเฝ้าระวัง AEFI ในขั้นตอน
นึ่งพักรอ 30 นาทีที่ได้จากสัมภาษณ์เชิงลึกและการ
สนทนากลุ่มคือการบันทึกข้อมูลอาการที่เกิดขึ้น
ภายหลังได้รับวัคซีนภายใน 30 นาที เนื่องจากระบบการบันทึกข้อมูลเป็นแบบเอกสารทำให้การบันทึกข้อมูลเพื่อรวบรวมรายงานส่งต่อทำได้ยากหากมีระบบบันทึกข้อมูลที่รวดเร็วจะทำให้การประมวลผลรายงานได้รวดเร็ว ครบถ้วนมากขึ้น
ดังคำให้สัมภาษณ์ว่า

“การรายงานทำได้ยาก บางทีลืมรายงานก็มี เพราะกว่าจะได้ส่งรายงานก็ต้องหลังจากฉีดวัคซีนครบแล้ว บางทีก็เลิกงานไปต้องรายงานในวันรุ่งขึ้น”

“ถ้าสามารถกรอกรายงานผ่าน online ได้เลยคงจะดีขึ้น”

“ถ้ามีระบบให้ประชาชนบันทึกรายงานเองคงจะดี ให้เขาดำเนินการอะไรบ้าง”

และปัญหาที่พบอีกประเด็นคือระยะเวลาที่เกิดอาการ เนื่องจากผู้ได้รับวัคซีนบางคนไม่สามารถให้ข้อมูลที่ชัดเจนว่าเกิดอาการเมื่อใด ทำให้มีข้อมูลสำหรับการบันทึกในระบบรายงาน AEFI อาจไม่ถูกต้อง ครบถ้วน ส่งผลต่อการประเมินความสัมพันธ์และความรุนแรงของการเกิด AEFI ได้

ในช่วงเวลาที่ศึกษามีผู้รับบริการฉีดวัคซีนโควิด-19 ทั้งหมด 4,266 โดส โดยผู้ได้รับวัคซีน



บันทึกข้อมูล AE ผ่านแอปพลิเคชันหรือแบบติดตามอาการฯ พบว่ามีผู้บันทึกข้อมูลเกิดอาการไม่ประสงค์ฯ จำนวน 457 คน (ร้อยละ 10.71) โดยเป็นการประเมินผ่านแอปพลิเคชัน 233 คน (ร้อยละ 5.46) ประเมินผ่านแบบติดตามฯ 224 คน (ร้อยละ 5.25) โดยอาการไม่พึงประสงค์ที่พบมากที่สุด คือ (1) ปวดศีรษะ ร้อยละ 3.98 (2) ปวดกล้ามเนื้อ ร้อยละ 3.59 (3) เหนื่อย อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ร้อยละ 3.28 (4) ไข้ ร้อยละ 2.37 (5) ปวดบวม แดง ร้อน บริเวณที่ฉีด ร้อยละ 2.13 ดังตารางที่ 2

ปัญหาการเฝ้าระวัง AEFI ในช่วง 1,730 วัน หลังจากได้รับวัคซีนที่ได้จากสัมภาษณ์เชิงลึก

และการสนทนากลุ่ม คือประชาชนบางกลุ่มยังไม่พร้อมสำหรับการประเมินอาการผ่านแอปพลิเคชัน หรือแบบประเมินติดตามฯ ทำให้ข้อมูลที่ได้ในระบบรายงานอาจไม่ครบถ้วน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ เมื่อมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น ทำให้มีการบอกเล่าปากต่อปากส่งผลกระทบต่อความเชื่อมั่นในการมารับวัคซีนดังคำให้สัมภาษณ์ว่า

“บางทีมีคนแพ้วัคซีนแต่เขาไม่ได้มาบอกเรา พูดต่อ ๆ กัน ทำให้หลัง ๆ มาไม่ค่อยมีคนมาฉีดวัคซีนเพราะกลัวแพ้เหมือนคนนั้น”

ตารางที่ 2 จำนวนผู้รับวัคซีนแต่ละกลุ่มเป้าหมายจำแนกตามอาการไม่พึงประสงค์ที่พบจากการประเมินตนเองหลังการเฝ้าระวังอาการภายหลังได้รับวัคซีนโควิด-19 จำแนกตามอาการที่รายงาน

อาการไม่พึงประสงค์ที่พบ	7 กลุ่มโรค (n=423)	60 ปี (n=1,782)	ทั่วไป (n=2,061)	รวมทั้งสิ้น (n=4,266)	ร้อยละ
ไม่มีอาการไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีน	378	1,756	1,675	3,809	89.29
มีอาการไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีน	45	26	386	457	10.71
รูปแบบการประเมินตนเอง				0	
1) ประเมินด้วยตัวเองผ่านระบบหมอพร้อม	9	6	218	233	5.46
2) ประเมินตัวเองแบบติดตามอาการฯ	36	20	168	224	5.25
อาการไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีน					
1) ไข้	14	4	83	101	2.37
2) ปวด บวม แดง ร้อน บริเวณที่ฉีด	14	6	71	91	2.13
3) ปวดศีรษะ	14	12	144	170	3.98
4) วิงเวียน	0	0	1	1	0.02



ตารางที่ 2 จำนวนผู้รับวัคซีนแต่ละกลุ่มเป้าหมายจำแนกตามอาการไม่พึงประสงค์ที่พบจากการประเมินตนเองหลังการเฝ้าระวังอาการภายหลังได้รับวัคซีนโควิด-19 จำแนกตามอาการที่รายงาน (ต่อ)

อาการไม่พึงประสงค์ที่พบ	7 กลุ่มโรค (n=423)	60 ปี (n=1,782)	ทั่วไป (n=2,061)	รวมทั้งสิ้น (n=4,266)	ร้อยละ
5) เหนื่อย อ่อนเพลีย ไม่มีแรง	15	8	117	140	3.28
6) ปวดกล้ามเนื้อ	11	9	133	153	3.59
7) ปวดกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อ อ่อนแรง	3	0	17	20	0.47
8) คลื่นไส้	8	2	38	48	1.13
9) อาเจียน	7	1	14	22	0.52
10) ท้องเสีย	6	1	23	30	0.70
11) ผื่น	1	2	21	24	0.56
12) ง่วงนอน	3	0	34	37	0.87
13) ปวดข้อ	7	7	37	51	1.20
14) แขนขา ชาขา	1	0	5	6	0.14
15) จุดจ้ำเลือด*	0	0	0	0	0.00
16) ตาพร่ามัว	1	0	1	2	0.05
17) หายใจลำบาก	1	0	9	10	0.23
19) ใจสั่น	5	2	15	22	0.52
20) เจ็บหน้าอก	0	0	3	3	0.07
23) อื่น ๆ	0	2	22	24	0.56

การประเมินสาเหตุของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์
ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

ผลการศึกษาประวัติการรับบริการ
ที่โรงพยาบาลภายใน 30 วันหลังฉีดวัคซีน จากการ
ทบทวนเวชระเบียนของผู้ที่มารับบริการวัคซีน
โควิด-19 โดยทบทวนต่อเนื่องไป 30 วันหลังจาก
ได้รับวัคซีน จากจำนวนผู้รับบริการวัคซีนโควิด-19

ทั้งหมด 4,266 คน (ในการศึกษานี้มีจำนวนคนที่
มาซ้ำในกรณีที่รับวัคซีน 2 เข็ม) พบว่าไม่มีประวัติ
กลับมารับบริการที่โรงพยาบาล 4,036 คน
(ร้อยละ 94.61) โดยในจำนวนนี้มีรายงาน
เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการประเมินตนเอง
ผ่านแอปพลิเคชันหรือแบบติดตามอาการ
ไม่พึงประสงค์ฯ 424 คน แสดงให้เห็นว่าผู้ได้รับ



วัคซีนบางรายสามารถดูแลตัวเองเบื้องต้นได้
สำหรับผู้ได้รับวัคซีนที่มีประวัติกลับมารับบริการที่
โรงพยาบาลภายใน 30 วัน จำนวน 230 คน
(ร้อยละ 5.39) นั้น มาตามแพทย์นัดของโรคเดิม

จำนวน 83 คน (ร้อยละ 1.95) มาด้วยโรคหรือสาเหตุ
อื่นที่ไม่เกี่ยวกับวัคซีน จำนวน 76 คน (ร้อยละ 1.78)
มาด้วยอาการ ที่อาจเกี่ยวข้องกับวัคซีน จำนวน 71 คน
(ร้อยละ 1.66) รายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนผู้ได้รับวัคซีนแต่ละกลุ่มที่มีประวัติมารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 30 วันหลังได้รับ
วัคซีนจำแนกตาม สาเหตุการมารับบริการ

ประวัติการมารับบริการที่โรงพยาบาล	7 กลุ่มโรค (n=423)	60 ปี (n=1,782)	ทั่วไป (n=2,061)	รวมทั้งสิ้น (n=4,266)	ร้อยละ
ทั้งหมด	423	1,782	2,061	4,266	100.00
ไม่มีประวัติมารับบริการใน รพ. ภายใน 30 วัน	353	1,693	1,990	4,036	94.61
มีรายงาน AEFI จากแอปพลิเคชัน/แบบประเมิน	37	25	362	424	9.94
เคยมารับบริการใน รพ. ภายใน 30 วัน	70	89	71	230	5.39
สาเหตุที่มารับบริการ					
1) มาตามนัดเดิมของโรคที่เคยเป็น	45	26	12	83	1.95
2) มาด้วยโรคหรือสาเหตุอื่นที่ไม่เกี่ยวกับวัคซีน	14	29	33	76	1.78
3) มาด้วยอาการที่อาจเกี่ยวข้องกับวัคซีน	11	34	26	71	1.66

กลุ่มเชื้อโรคหรือกลุ่มอาการที่แพทย์วินิจฉัย
ผู้ป่วยที่กลับมารับบริการในโรงพยาบาลวังหิน
พบว่าจากจำนวนผู้กลับมารับบริการทั้งหมด
71 คน มีผู้ที่เข้าข่ายเหตุการณ์ที่ร้ายแรง (Serious
AEFI) จำนวน 3 ราย (Fatigue 1 ราย, Immunization
Stress-Related Responses 2 ราย) ทั้ง 3 ราย
แพทย์พิจารณาให้ออนพักรักษาในโรงพยาบาล
และส่งรายงานให้ผู้เชี่ยวชาญประเมินต่อไป
สำหรับการประเมินสาเหตุเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเบื้องต้น
นั้น จากการสัมภาษณ์เชิงลึกแพทย์ผู้ทำการรักษา
ให้ข้อมูลว่าหากแพทย์วินิจฉัยว่ากลุ่มโรค
หรืออาการนั้นมีความเกี่ยวข้องกับวัคซีนจะวินิจฉัย
โดยใช้ ICD-10 รหัส U129 : COVID-19 vaccines
causing adverse effects in therapeutic use,
unspecified พบว่ามีผู้ที่แพทย์ให้รหัสโรค U129
จำนวน 17 ราย (ดังตารางที่ 4)



ตารางที่ 4 จำนวนผู้ได้รับวัคซีนที่กลับมารับบริการในโรงพยาบาลจำแนกตามความรุนแรงกลุ่มอาการ

ชื่อโรคหรือกลุ่มอาการที่พบ	จำนวน	ร้อยละ	ให้รหัส U129		ความรุนแรง	
			มี	ไม่มี	ไม่รุนแรง	นอนโรงพยาบาล
Immunization Stress-Related Responses	2	2.82	2	0	0	2
Fatigue	4	5.63	1	3	3	1
Acute diarrhea	2	2.82	2	0	2	0
Dyspepsia	3	4.23	2	1	3	0
Nausea	1	1.41	0	1	1	0
Allergic urticaria	1	1.41	1	0	1	0
Itching	1	1.41	0	1	1	0
Rash	1	1.41	0	1	1	0
Arthus's phenomenon	3	4.23	3	0	3	0
Muscle strain	4	5.63	1	3	4	0
Myalgia	1	1.41	0	1	1	0
Numbness	2	2.82	0	2	2	0
Dizziness	14	19.72	2	12	14	0
Febrile illness	1	1.41	0	1	1	0
Fever	2	2.82	1	1	2	0
Fever	2	2.82	1	1	2	0
Serum sickness	2	2.82	2	0	2	0
Headache	2	2.82	0	2	2	0
Herpes zoster	1	1.41	0	1	1	0
other chest pain	1	1.41	0	1	1	0
hypertension	23	32.39	0	23	23	0



การพัฒนาระบบการเฝ้าระวัง AEFI

รูปแบบพัฒนาระบบเฝ้าระวังอาการ ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ที่ได้จากการสนทนากลุ่มสนทนากลุ่มผู้รับผิดชอบ งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคและผู้เกี่ยวข้องกับ ระบบโรงพยาบาล วัคซีน โดยปรับปรุงกระบวนการ เพิ่มเติมดังนี้

1) เพิ่มแบบคัดกรองผู้รับวัคซีนเพื่อให้มี ข้อมูลที่ครบถ้วนสำหรับการบันทึกรายงาน เมื่อเกิดอาการ AEFI โดยปรับปรุงแบบคัดกรอง ให้มีข้อมูลที่จำเป็นเพิ่มเติม

2) เพิ่มแบบติดตามอาการไม่พึงประสงค์ ภายหลังการฉีดวัคซีนเพื่อให้ผู้รับวัคซีนสามารถ ประเมินตนเองเมื่อเกิดอาการ

3) เพิ่มระบบการแจ้งเตือน (Pop up) ในระบบบริการผู้ป่วย เพื่อให้แพทย์ พยาบาล หรือ เภสัชกรสามารถตรวจสอบประวัติการได้รับวัคซีน ได้ครบถ้วน รวดเร็วมากขึ้น

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนา ระบบเฝ้าระวังอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริม ภูมิคุ้มกันโรค โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะคือ เพื่อศึกษาระบบ ปัญหาและเสนอแนวทาง การพัฒนาระบบการเฝ้าระวัง AEFI ในโรงพยาบาล โดยใช้สถานการณ์การให้วัคซีนโควิด-19 เป็นต้นแบบในการศึกษา ศึกษาโดยการทบทวน ระบบ ปัญหาและแนวทางการพัฒนาในขั้นตอน การให้บริการฉีดวัคซีนโควิด-19 ข้อมูลรายงาน

AEFI ที่พบ การส่งต่อข้อมูลเพื่อรักษาต่อเนื่อง ระบบการแจ้งเตือน การลงบันทึกรายงานและ การส่งรายงาน งานวิจัยนี้พบว่าปัญหาของระบบ เฝ้าระวังฯ ที่พบมากที่สุดคือการแจ้งเตือน หรือการค้นหาผู้เกิดอาการ AEFI ให้ครอบคลุม และทันเวลา เพื่อให้ทันต่อการส่งต่อข้อมูลเพื่อการ แก้ไขอาการที่เกิดขึ้น การส่งต่อข้อมูลรายงาน และการแก้ไขเหตุการณ์ที่อาจส่งผลกระทบต่อครอบครัว และสังคม แม้ว่าอาการ AEFI ที่เกิดพบส่วนใหญ่ เป็นอาการที่ไม่รุนแรงสามารถรักษาได้เอง อาจทำให้ผู้เกิดอาการไม่แจ้งเมื่อเกิดอาการ

ข้อจำกัดของงานวิจัยนี้คือ ผู้วิจัยไม่ได้ ศึกษากระบวนการเฝ้าระวัง AEFI ทั้งระบบ โดยศึกษา ในระบบการปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค เพื่อให้สามารถค้นหาผู้ป่วยที่สงสัย AEFI เป็นหลัก สำหรับระบบการรายงาน AEFI การประเมิน ความสัมพันธ์ AEFI กับวัคซีนนั้น ผู้วิจัยยังไม่สามารถ ศึกษาได้ เนื่องจากต้องอาศัยข้อมูลเชิงลึก รวมทั้ง ข้อมูลผลการประเมินรายงาน AEFI จากคณะ ผู้เชี่ยวชาญที่พิจารณา AEFI ด้วย ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ข้อมูลที่ได้จากบันทึกเวชระเบียนผู้มารับ บริการในโรงพยาบาลวังหินเท่านั้น ซึ่งผู้ได้รับ วัคซีนแล้วเกิดอาการ AEFI อาจไปรับการรักษา ที่สถานพยาบาลอื่นได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นพ.ธนกร ชมาฤกษ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวังหินและภญ.มัลลิกา สุพล หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัช



สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
ที่ได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ และ
ช่วยเหลือประสานงานระบบเฝ้าระวัง AEFI
ในระดับจังหวัด ทีมสหวิชาชีพผู้รับผิดชอบงาน
สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเครือข่ายบริการสุขภาพ
อำเภอวังหินทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือ

ในการทำวิจัยให้สามารถดำเนินไปได้ด้วยดี
และขอขอบคุณ ภญ.ทิววรรณ สกุลจันทร์ หัวหน้า
กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค
โรงพยาบาลยางชุมน้อย ที่ให้คำแนะนำในการ
ตรวจแก้ไขงานวิจัยให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). แนวทางการเฝ้าระวังและตอบโต้เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศไทย. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด แคนนา กราฟฟิค.
2. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2551). คู่มือการเฝ้าระวังและสอบสวนอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค Surveillance and Investigation of Adverse Events Following Immunization (AEFI). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). แนวทางการให้วัคซีนโควิด 19 ในสถานการณ์การระบาดปี 2564 ของประเทศไทย ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1. (สิงหาคม 2564).
4. ศูนย์ติดตามอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (2544). แนวทางปฏิบัติงานติดตามอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา Practice Guideline for Adverse Drug Reaction Monitoring. พิมพ์ครั้งที่ 2.
5. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). แนวทางการให้วัคซีนโควิด 19 ในสถานการณ์การระบาดปี 2564 ของประเทศไทย ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1. (มิถุนายน 2564).
6. ชาย โพสิตา. (2549). ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.



รูปแบบการจ่ายยาแนวใหม่ที่บ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขตเทศบาลตำบลบึงบูรพ์
อำเภอบึงบูรพ์ จังหวัดศรีสะเกษ ช่วงการระบาดโรคติดเชื้อ COVID-19
New Dispensing Model at Patients' Houses with Chronic Diseases
in Buengboon Municipality, Buengboon District, Sisaket Province
during the COVID-19 Pandemic.

คเชนทร์ ชนะชัย¹

Kachen Chanachai¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยแบบผสมผสานระหว่างการวิจัยปฏิบัติการและเชิงสำรวจ เพื่อพัฒนาระบบบริการเดิมยาเดิมผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่องไม่ขาดยา ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สามารถรับยาที่บ้านได้ ค้นหาปัญหาการใช้ยาที่บ้านของผู้ป่วย และ พัฒนาระบบเภสัชกรรมปฐมภูมิช่วงการระบาดโรคติดเชื้อ COVID-19 พื้นที่ในการศึกษาคือ เขตเทศบาลตำบลบึงบูรพ์ อำเภอบึงบูรพ์ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่าง คือ จำนวนผู้ป่วยที่ให้บริการตามเกณฑ์ที่กำหนดทั้งหมด 435 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รวบรวมข้อมูลตั้งแต่ มกราคม ถึง กุมภาพันธ์ 2564 ผลการศึกษาพบว่าระบบเภสัชกรรมปฐมภูมิช่วงการระบาดโรคติดเชื้อ COVID-19 แนวใหม่คือ ลงข้อมูลการสั่งยาในระบบ จัดยา เช็กยา เตรียมลงพื้นที่ เภสัชกรจ่ายยา เก็บรวบรวมปัญหาจากการใช้ยาโดยใช้แบบบันทึกมาตรฐานและแบบสัมภาษณ์ เจ้าพนักงานเภสัชกรรมตรวจสอบยาเดิม ทอนยา พยาบาลซักประวัติ สอบถามอาการ พนักงานบริการประสาน ขับรถนำทาง เภสัชกรส่งต่อข้อมูลปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยให้แพทย์ได้รับทราบ จากระบบเดิมคือให้ อสม. เป็นผู้นำส่งยา ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง 435 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.06 อายุเฉลี่ย 68 ปี (SD= 7.22 ปี) สิทธิในการรักษาเบิกจ่ายตรงมากที่สุด ร้อยละ 40.22 มีโรคประจำตัวรวม 3 โรคมากที่สุด ร้อยละ 45.06 มีมูลค่ายาเหลือ 13,600 บาท รายการยาคงเหลือ 3 อันดับแรก ได้แก่ Simvastatin tab 20 mg, Amlodipine tab 5 mg และ Metformin tab 500 mg ตามลำดับ ยาที่เหลือทั้งหมดจะทำการทดยาและนำยาใหม่คืนมาใช้ พบปัญหาจากการใช้ยา 178 ราย มากที่สุด คือปัญหายาเหลือในผู้ป่วย ร้อยละ 64.04 ลืมรับประทานยา ร้อยละ 12.92 ตั้งใจรับยาเอง ร้อยละ 5.62 เกิดผลข้างเคียงจากยาหรือเข้าใจวิธีการรับประทานยาคลาดเคลื่อน ร้อยละ 3.37 ผลการประเมินความพึงพอใจผู้ป่วยที่ได้รับบริการ ร้อยละ 76.09 ต้องการให้มีการจ่ายยาผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้านโดยเภสัชกร ร้อยละ 23.91 ไม่แน่ใจและยังอยากไปรับยาที่โรงพยาบาล ระบบบริการรับยาลดความแออัด รูปแบบการจ่ายยานี้ทำให้ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาครบถ้วน เข้าใจวิธีการใช้ยา ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาได้รับการแก้ไข ลดมูลค่ายาเหลือ โดยควรส่งต่อข้อมูลให้บุคลากรทางการแพทย์ท่านอื่นได้รับทราบเพื่อการแก้ไขปัญหายาอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: รูปแบบการจ่ายยาที่บ้าน , เภสัชกรรมปฐมภูมิ , ปัญหาการใช้ยา , ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

¹ เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลบึงบูรพ์ จังหวัดศรีสะเกษ

¹ Pharmacist, Professional Level. Department of Pharmacy and Consumer Protection, Buengboon Hospital.

Email : kachenrx@gmail.com



Abstract

This is a cross-sectional study. The objectives of this study were to develop the home medication refill service system for the patients with chronic diseases including diabetes mellitus, hypertension or chronic disease with none of complications for care who eligible for dispensing medication to their own home to discover the drug-related problems at the patients' home developing the primary care pharmacy system during the COVID-19 pandemic. The study area was Buengboon Municipality, Buengboon District, Sisaket Province. The sample were 435 patients who got the service according to the defined criteria. The data was analyzed using frequency and percentage. The information has been collected since January to February 2021. The new dispensing model was keying the prescription, drug preparing, drug checking, fieldwork preparing, dispensing by the pharmacists, collecting the data of drug-related problems in the standard medication record format, medication reconciliation, drug decreasing, history taking and asking about symptoms, coordinating by the officers, driving guide, forwarding the data of drug-related problems to the physician. The results revealed that most of the 435 sample were female, 65.06 percent, and they had the average age of 68 years. The highest value of direct disbursement of medical expense was 40.22 percent. The highest 3 types of congenital disease were 45.06 percent. The leftover drug prices were 13,600 baht. The first three rank of leftover medicine lists were Simvastatin tab 20 mg, Amlodipine tab 5 mg and Metformin tab 500 mg respectively. All leftover medicine would be carried and replaced by the new drug. 178 patients indicated the drug-related problems which the highest problem was unused medicine in patients for 64.04 percent, forgetting to take the medicine with 12.92 percent, self-adjustment of medication doses with 5.62 percent, getting drug side effects or medication error 3.37 percent. The result of patient's satisfaction evaluation found that the patients preferred to get the dispensing by the pharmacist at their house 76.09 percent, while 23.91 percent of the patients were not assured and preferred to get the dispensing at hospital. It was found that the dispensing at patient's house by the pharmacist resulted in the patients got the correct drug instruction and understand medicine taking correctly. The drug-related problems were resolved, including the price of drug using was decreased, obviously. The data should be forwarded to the other medical officers for acknowledgement and solving the drug-related problems continually.

Keywords: dispensing at house, primary care pharmacy, drug-related problems, patients with non-communicable diseases

บทนำ

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (Coronavirus disease 2019: COVID-19) องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 เป็น "การระบาดใหญ่" หลังจากเชื้อลุกลามไปอย่างรวดเร็วในทุกภูมิภาคของโลก โดยเชื้อไวรัสสามารถแพร่กระจายจากคนสู่คนได้ ผ่านทางการไอ จามสัมผัส น้ำมูก น้ำลายที่มีเชื้อโรคเข้าสู่ระบบทางเดินหายใจ โดยผู้ป่วยมักมีอาการแสดง คือ มีไข้ร่วมกับอาการทางเดินหายใจ เช่น ไอจาม มีน้ำมูก เหนื่อยหอบ และมีประวัติเดินทางมาจากเมืองที่มีการประกาศเป็นพื้นที่ระบาด ภายใน 14 วันก่อนเริ่มมีอาการป่วย⁽¹⁾ ปัจจุบันยังไม่มียารักษาโรคหรือวัคซีนป้องกันโดยเฉพาะจึงรักษาโรคตามอาการเป็นหลัก⁽²⁾ ส่วนมาตรการป้องกันโรคที่สำคัญ คือ วิธีรักษา ระยะทางสังคม (Social distancing) เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 โดยมีหลักฐานทางวิชาการยืนยันว่าสามารถลดการติดเชื้อไวรัสของคนในสังคมได้⁽³⁾ การรักษา ระยะทางสังคม คือ การสร้างระยะห่างระหว่างบุคคลในสังคม รวมถึงการลดการออกจากที่อยู่อาศัยโดยไม่จำเป็น หลีกเลี่ยงการใช้ขนส่งสาธารณะ การไม่เข้าร่วมกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นและการทำงานอยู่ที่บ้าน ทั้งนี้การรักษา ระยะทางสังคมจะช่วยลดอัตราการแพร่ระบาดของไวรัสจากคนสู่คนได้⁽⁴⁾ ในช่วงเวลาที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสการทำการกิจกรรมหรือการไปยังบริเวณที่มีคนจำนวนมากจึงมีความเสี่ยงที่ได้รับเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 โดยเฉพาะการมารับบริการที่โรงพยาบาลของ

ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว ยิ่งมีความเสี่ยงสูงมากขึ้น โดยถ้าหากผู้ป่วยได้รับเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 โอกาสที่ผู้ป่วยจะมีอาการรุนแรงมีภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ได้สูงยิ่งขึ้น ดังนั้นการลดจำนวนและความถี่ของผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลจึงเป็นมาตรการหนึ่งซึ่งจะช่วยลดการแพร่กระจายของเชื้อไวรัสลงได้

โรงพยาบาลบึงบูรพ์เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง มีผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่นัดมารับในช่วงเดือน มกราคม – กุมภาพันธ์ 2563 มีผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวนทั้งสิ้น 1,077 คน จากสภาพปัญหาการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลบึงบูรพ์ อำเภอบึงบูรพ์ จังหวัดศรีสะเกษ จึงได้มีแนวคิดริเริ่มการพัฒนา ระบบให้บริการเพื่อลดความแออัดในการรับบริการในโรงพยาบาล โดยกรมการแพทย์ได้เสนอแนวทางลดความแออัดในโรงพยาบาลเพื่อลดการแพร่กระจายของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 แนะนำให้ใช้กระบวนการเติมยา (Drug refill) สำหรับผู้ป่วยที่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ดี โดยช่องทางการเติมยาหรือกระจายยาสามารถพิจารณาดำเนินการตามบริบท ในช่วงแรกของการระบาด โรงพยาบาลบึงบูรพ์ได้มีการจัดส่งยาโดยบุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)⁽⁵⁾ แต่พบปัญหาการไม่ได้รับยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลังจากที่มีการระบาดของโรค COVID-19 ช่วงแรกในเดือนมิถุนายน 2563 เภสัชกรและหน่วยงาน NCDs ได้เริ่ม ทดลองจัดรูปแบบการจ่ายยาที่บ้าน

ผู้ป่วย พบว่านอกจากจะทำให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่อง ลดการสัมผัสเชื้อแล้ว ยังเพิ่มโอกาสให้เภสัชกรในการค้นหาปัญหาการใช้ยาที่บ้านของผู้ป่วย แต่ยังคงขาดรูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจน ดังนั้นเมื่อโรค COVID-19 กลับมาระบาดระลอกใหม่เป็นวงกว้าง หน่วยงานเภสัชกรรมจึงร่วมกับหน่วยงาน NCDs วางแผนจัดทำรูปแบบ การจ่ายยาแนวใหม่ที่บริการผู้ป่วยถึงบ้าน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบบริการในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับยาเดิมอย่างต่อเนื่องไม่ขาดยา ลดโอกาสการสัมผัสและแพร่กระจายโรคติดเชื้อ COVID-19
2. เพื่อค้นหาปัญหาการใช้ยาที่บ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
3. เพื่อสร้างระบบเภสัชกรรมปฐมภูมิช่วงการระบาดโรคติดเชื้อ COVID-19

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยผสมผสานระหว่างการวิจัยปฏิบัติการ กับการวิจัยเชิงปริมาณ การวิจัยปฏิบัติการเพื่อพัฒนาระบบดำเนินการ โดยการทบทวนระบบการจ่ายยาโรคเรื้อรังเดิม และระดมความคิดของผู้เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาเป็นระบบ ซึ่งหมายถึงแนวทางและขั้นตอนปฏิบัติในการเติมยาให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน ส่วนการวิจัยเชิงปริมาณคือการสำรวจ ความพึงพอใจและปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย การพัฒนางานเภสัชกรรมปฐมภูมิ โดยการประมวลกิจกรรมที่เภสัชกรจัดกระบวนการจ่ายยาให้ผู้ป่วยที่บ้านร่วมกับเจ้าพนักงานเภสัชกรรม

พื้นที่ในการศึกษาคือ เขตเทศบาลตำบลบึงบุรี อำเภอบึงบุรี จังหวัดศรีสะเกษ โดยศึกษาตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ถึง 28 กุมภาพันธ์ 2564 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป้าหมายในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอบึงบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือโรคความดันโลหิตสูงในตำบลบึงบุรี อำเภอบึงบุรี ที่มีนัดรับยาที่โรงพยาบาลบึงบุรี ในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2564 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ต่อไปนี้

1. อยู่ในเขตอำเภอบึงบุรี
2. ไม่ได้เป็นผู้ป่วยที่มีนัดหลังถูกจำหน่ายออกจากตึกผู้ป่วยใน
3. ไม่มีการนัดตรวจพิเศษต่างๆ เช่น x-ray, EKG
4. ไม่ได้อยู่ระหว่างการรักษาโดยใช้ยารักษา
5. เป็นผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือดของ visit ล่าสุดอยู่ในเกณฑ์ต่อไปนี้

1) ผลตรวจ DTX อยู่ระหว่าง 80 – 150 mg% (กรณีผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน)

2) BP อยู่ระหว่าง 100/60 ถึง 140/90 mmHg

3) Pulse อยู่ระหว่าง 60 – 100 ครั้ง/นาที

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณครั้งนี้คือแบบประเมินความพึงพอใจการจ่ายยาให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน ในช่วงการระบาด COVID-19 โดยเภสัชกรร่วมกับกลุ่มงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลบึงบุรี จังหวัดศรีสะเกษ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ



ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล เป็นคำถามแบบปลายปิดให้เลือกตอบและปลายเปิด ให้เติมข้อความ ประกอบด้วย เพศ อายุ สิทธิการรักษาพยาบาล โรคประจำตัว จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาของผู้ป่วย เป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบและปลายเปิดให้เติมข้อความ จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้สึกรังเกียจใจของท่านต่อการจ่ายยาให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน โดยเภสัชกรของกลุ่มตัวอย่าง ให้ให้เลือกตอบตามระดับตรงกับการปฏิบัติ 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมายระดับพฤติกรรมดังนี้

ข้อคำตอบ	ให้คะแนน
มากที่สุด	5
มาก	4
ปานกลาง	3
น้อย	2
น้อยที่สุด	1

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับความเห็นของท่านต่อการจ่ายยาให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน โดยเภสัชกร จำนวน 2 ข้อ เป็นคำถามแบบปลายปิดให้เลือกตอบและปลายเปิดให้เติมข้อความ

3. วิธีการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลเก็บปัญหาจากการใช้ยาโดยใช้แบบบันทึกมาตรฐาน สอบถามความพึงพอใจการให้บริการโดยใช้แบบสัมภาษณ์

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สิทธิการรักษาโรคประจำตัว ปัญหาจากการใช้ยา ความพึงพอใจใน

การให้บริการใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ขั้นตอนการพัฒนาระบบโดยการวิจัย

ปฏิบัติการ มี 3 ขั้นตอน ประกอบด้วย

ขั้นที่ 1 การร่างแนวทาง โดย

1. ศึกษาแนวทางการดำเนินงานควบคุมและการส่งเสริมป้องกันโรคโควิด-19

2. ประชุมทีม เภสัชกร พยาบาล เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรม (จพ.เภสัชกรรม) พนักงานบริการ ร่วมวางรูปแบบระบบบริการ รับผิดชอบต่อความแออัดรูปแบบการบริการใหม่

ขั้นที่ 2 การวางระบบ

1. คัดกรองผู้ป่วยที่สามารถรับยาที่บ้านได้
2. ทำตารางเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ม.ค.-ก.พ.2564
3. ลงข้อมูลการสั่งยาในระบบจัดยา เช็ดยาเตรียมลงพื้นที่ ลงพื้นที่ เภสัชกรจ่ายยา เก็บปัญหาจากการใช้ยาโดยใช้แบบบันทึกมาตรฐาน สอบถามความพึงพอใจการให้บริการโดยใช้แบบสัมภาษณ์

4. จพ.เภสัชกรรม ตรวจสอบยาเดิม ทอนยา พยาบาลซักประวัติ สอบถามอาการ พนักงานบริการ ประสาน ขับรถนำทาง

ขั้นที่ 3 จุดเปลี่ยนของระบบ

1. บริบทเดิม พยาบาลคัดกรอง ลงข้อมูลการสั่งยาในระบบ เภสัชกรเช็ดยา จพ.เภสัชกรรมจัดยา อสม. นำยาไปส่งให้ผู้ป่วย

2. เปลี่ยนเป็นให้เภสัชกรออกจ่ายยาที่บ้าน พยาบาล จพ.เภสัชกรรม ร่วมออกจ่ายยาที่บ้านและตรวจสอบพร้อมเก็บข้อมูลยาเดิมของผู้ป่วย



ขั้นตอนการประเมินและสรุปผลการศึกษาเชิงปริมาณ เก็บแบบเก็บข้อมูลมาตรฐานและแบบสอบถามความพึงพอใจ ทำการตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของแบบสอบถาม จากนั้นนำไปรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูล สรุปและรายงานผล

ผลการศึกษา

1. ระบบการจ่ายยาที่บ้านโดยเภสัชกร บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้ได้รับยาเดิมอย่างต่อเนื่องไม่ขาดยา ลดโอกาสการสัมผัสและแพร่กระจายโรคติดเชื้อ COVID-19 มีขั้นตอน (Work procedure) มีดังนี้

1.จัดทำตารางออกเยี่ยมบ้านทุกวันศุกร์ โดยเภสัชกร 1 คน จพ.เภสัชกรรม 1 คน ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ถึง 28 กุมภาพันธ์ 2564

2. เภสัชกรรวบรวมรายชื่อผู้ป่วยที่พบปัญหาจากการมารับยาที่ห้องยา และทำการคัดกรองผู้ป่วยที่จะออกเยี่ยมบ้านร่วมกับกลุ่มงานเวชปฏิบัติ ครอบครัวและชุมชน หาข้อมูลผู้ป่วยเพิ่มเติมสำหรับผู้ป่วยที่พบปัญหาจากการใช้ยา กรณีจำเป็น

3. จพ.เภสัชกรรม จัดเตรียมยาที่ต้องนำไปจ่ายให้ผู้ป่วยตามรายการที่มีการสั่งยาผ่านทางระบบคอมพิวเตอร์ และแบบเก็บข้อมูลยาเหลือเพื่อทอนยาให้ผู้ป่วย

4. เตรียมเครื่องมือเก็บข้อมูลปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย และอุปกรณ์ที่จำเป็นในการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ประสานเจ้าหน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อออกจ่ายยาผู้ป่วย

5. ออกเยี่ยมบ้านร่วมกับสหวิชาชีพ เภสัชกรค้นหาปัญหาการใช้ยา ดูแลการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่น ๆ ของผู้ป่วยที่บ้าน ประเมินปัญหา วิเคราะห์สาเหตุและหาแนวทางแก้ไขปัญหา

ให้กับผู้ป่วย จพ.เภสัชกรรมทำการตรวจสอบการใช้ยาโรคเรื้อรัง ทำการทอนยา

6. เภสัชกรเขียนสรุปรายงานการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย และสื่อสารวิธีแก้ไขปัญหามายังผู้ป่วยให้กับแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์อื่น หรือหน่วยงานอื่นได้รับทราบปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วย

2. ผลการประเมินเชิงปริมาณ เป็นดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่าง 435 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.06 เพศชาย ร้อยละ 34.94 อายุเฉลี่ย 68 ปีอายุน้อยที่สุด 47 ปี อายุมากที่สุด 92 ปี สิทธิในการรักษาเบิกจ่ายตรง ร้อยละ 40.22 บัตรทอง ร้อยละ 30.34 ผู้สูงอายุ ร้อยละ 15.40 ผู้มีรายได้น้อย ร้อยละ 7.36 ประกันสังคม ร้อยละ 3.49 รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 3.22 มีโรคประจำตัวรวม 3 โรค ร้อยละ 45.06 โรคประจำตัวรวม 2 โรค ร้อยละ 37.47 โรคประจำตัวรวม 1 โรค ร้อยละ 14.02 โรคประจำตัวรวมมากกว่า 4 โรค ร้อยละ 3.49

ส่วนที่ 2 ปัญหาจากการใช้ยาในผู้ป่วย

จากผู้ป่วยที่ลงจ่ายยาที่บ้าน 435 ราย พบปัญหาจากการใช้ยา 178 ราย ปัญหาที่พบมากที่สุดในผู้ป่วยคือ คือปัญหายาเหลือในผู้ป่วย ร้อยละ 64.04 สัมรับประทานยา ร้อยละ 12.92 ตั้งใจปรับยาเอง ร้อยละ 5.62 เกิดผลข้างเคียงจากยาหรือเข้าใจวิธีการรับประทานยาคลาดเคลื่อน ร้อยละ 3.37 สำหรับการบริหายาในผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่รับประทานยาได้ถูกต้องร้อยละ 85.98 และมีผู้ป่วยอีกร้อยละ 14.02 ที่รับประทานยา ไม่ถูกต้อง ซึ่งเภสัชกรได้ให้คำแนะนำรวมทั้งแก้ไขปัญหามายังผู้ป่วยแต่ละราย โดยปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาของผู้ป่วย ปรากฏตามตารางที่ 1 ดังนี้



ตาราง 1 แสดงปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาของผู้ป่วยค้นพบจากการใช้ระบบบริการรับยาลดความแออัด รูปแบบการบริการใหม่ “จ่ายยาที่บ้านผู้ป่วย ในช่วง การระบาดของโรค COVID-19” N = 435

ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาของผู้ป่วย ที่ค้นพบ	N = 435		n = 178	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.ผู้ป่วยบริหารยาถูกต้อง	374	85.98	-	-
2.ผู้ป่วยบริหารยาไม่ถูกต้อง	61	14.02	-	-
3.ปัญหายาเหลือในผู้ป่วย	-	-	114	64.04
4.ลืมรับประทานยา	-	-	23	12.92
5.ตั้งใจปรับยาเอง	-	-	10	5.62
6.เข้าใจวิธีการรับประทานยาคคลาดเคลื่อน	-	-	6	3.37
7.เกิดผลข้างเคียงจากยา	-	-	6	3.37
8.ใช้ยาชุด/ยาสมุนไพร/ยาอันตรายอื่น	-	-	5	2.81
9.พบยาหมดอายุ	-	-	4	2.25
10. เก็บรักษายาไม่ถูกต้อง	-	-	1	0.56
11. อื่น ๆ	-	-	9	5.06

หลังจากมีระบบบริการรับยาลดความแออัด โดยรูปแบบการบริการใหม่ จ่ายยาที่บ้านผู้ป่วย ในช่วงการระบาดของโรค “COVID-19” ได้มีการประเมินความพึงพอใจผู้ป่วยจำนวน 435 ราย โดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจ ผลการประเมิน

ความพึงพอใจผู้ป่วยที่ได้รับบริการ ร้อยละ 76.09 ต้องการให้มีการจ่ายยาผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน โดยเภสัชกร ร้อยละ 23.91 ไม่แน่ใจและยังอยากไปรับยาที่โรงพยาบาลได้ผลประเมินปรากฏตามตารางที่ 2 ดังนี้



ตาราง 2 ร้อยละของผู้ป่วยจำแนกตามระดับความพึงพอใจในแต่ละประเด็นของระบบการให้บริการผู้ป่วยด้วยระบบบริการจ่ายยาลดความแออัด รูปแบบการบริการใหม่ “จ่ายยาที่บ้านผู้ป่วย ในช่วงการระบาดของโรค COVID-19”

ประเด็นความรู้สึkfพึงพอใจ	ระดับความพึงพอใจ (N = 435)				
	มากที่สุด (ร้อยละ)	มาก (ร้อยละ)	ปานกลาง (ร้อยละ)	น้อย (ร้อยละ)	น้อยที่สุด (ร้อยละ)
1. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาที่ครบถ้วน	58	36	6	0	0
2. ท่านเข้าใจวิธีการใช้ยา	64	34	2	0	0
3. ท่านเข้าใจวิธีการเก็บรักษายาที่ถูกต้อง	58	38	4	0	0
4. ปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาของท่านได้รับการแก้ไข	48	40	8	2	2
5. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรคและวิธีปฏิบัติตัว	54	42	2	2	0
6. ความสะดวกสบายที่ได้รับ	48	50	2	0	0
7. การพูดจา กิริยามารยาทของเจ้าหน้าที่	58	40	2	0	0
8. เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยความสะดวกรวดเร็ว	50	42	8	0	0
9. ท่านได้รับการประชาสัมพันธ์ว่าจะมีการออกจ่ายยาที่บ้าน	52	42	6	0	0
10. ความพอใจโดยรวมกับในการมารับบริการ	58	40	2	0	0

ในส่วนของความเห็นของผู้ป่วยต่อบริการรูปแบบใหม่จากการตอบแบบประเมินพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 76.09 ต้องการให้มีการจ่ายยาผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้านโดยเภสัชกรในช่วงการระบาดของโรค COVID-19 โดยผู้ป่วยระบุข้อดีของระบบ ดังนี้

“สะดวก”

“ไม่ต้องเดินทางมา สะดวกสบาย”

“สะดวกสบาย”

“สะดวกต่อคนไข้”

“บริการดีมาก”

“ลดความเสี่ยงในการแพร่เชื้อโรค”

“ไม่อยากมาโรงพยาบาล”

“บางคนไม่สะดวกเดินทางมารักษา”

“เป็นผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการติดเชื้อ”

“เราต้องการให้ปลอดภัย”



“ดีมาก”

“ให้ไปตรวจเยี่ยมคนป่วยติดเตียงที่บ้าน”

“เนื่องจากจะเป็นการลดความเสี่ยงในการมารับยาและลดการแพร่โรคระบาด”

และมีผู้ป่วยร้อยละ 23.91 ยังไม่แน่ใจ โดยมีเหตุผลว่า ควรจะต้องไปรับยาที่โรงพยาบาล เนื่องจากต้องการตรวจโรค “เบาหวานต้องการหาค่าน้ำตาลที่ชัดเจน”

ส่วนที่ 3 มูลค่ายาเหลือจากการลงจ่ายยาที่บ้าน พบปัญหาเหลือในผู้ป่วย

มูลค่ายาเหลือจากการลงจ่ายยาที่บ้าน

ผู้ป่วยจำนวน 435 ราย พบปัญหาเหลือในผู้ป่วย 114 ราย โดยมีมูลค่ายาเหลือ 13,600 บาท หรือเฉลี่ย 119.30 บาทต่อราย รายการยา คงเหลือจำนวนมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ Simvastatin tab 20 mg, Amlodipine tab 5 mg และ Metformin tab 500 mg ตามลำดับ โดยยาที่เหลือทั้งหมด จพ.เภสัชกรรมจะทำการทดยาและนำยาใหม่คืนมาใช้ โดยมีรายละเอียดของรายการยา จำนวนยา และมูลค่ายาที่เหลือจากการตรวจสอบและทอนยาให้ในบ้านของผู้ป่วย ปรากฏตามตารางที่ 3 ดังนี้

ตาราง 3 จำนวนยา และมูลค่ายาที่เหลือในบ้านผู้ป่วยจากการใช้ระบบบริการรับยาลดความแออัดรูปแบบการบริการใหม่ “จ่ายยาที่บ้านผู้ป่วย ในช่วง การระบาดของโรค COVID-19” จำแนกตามรายการยา (พบจากผู้ป่วย 114 รายจากทั้งหมด 435 ราย)

รายการยา	จำนวน(เม็ด, หลอด)	ราคารวม(บาท)
Simvastatin 20 mg	2,501	2,501
Amlodipine 5 mg	2,047	2,047
Metformin 500 mg	1,875	1,875
Seretide Accuhaler	2	1,154
Hydralazine 25 mg	410	717.5
Enalapril 5 mg	1,420	710
Losartan 50 mg	451	676.5
Enalapril 20 mg	609	609
Gemfibrozil 300 mg	325	487.5
Levodopa tabs	110	440
Doxazosin 2 mg	280	420
ISDN 10 mg	220	330
Salbutamol MDI	4	328
GlipiZide 5 mg	570	285
Allopurinol 100 mg	170	255
Folic 5 mg	170	170
Budesonide MDI	1	138
Fluoxetine 20 mg	80	120



ตาราง 3 จำนวนยา และมูลค่ายาที่เหลือในบ้านผู้ป่วยจากการใช้ระบบบริการรับยาลดความแออัดรูปแบบการบริการใหม่ “จ่ายยาที่บ้านผู้ป่วย ในช่วง การระบาดของโรค COVID-19” จำแนกตามรายการยา (พบจากผู้ป่วย 114 รายจากทั้งหมด 435 ราย) (ต่อ)

รายการยา	จำนวน(เม็ด, หลอด)	ราคารวม(บาท)
Aspirin 81 mg	180	90
Omeprazole 20 mg	55	82.5
Calcium carbonate 60 0mg	155	77.5
Lorazepam 1 mg	50	50
HCTZ 25 mg	70	35
รวมมูลค่า		13,600

3. ระบบเภสัชกรรมปฐมภูมิช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 มีการให้ อสม. ส่งยาพบว่า ผู้ป่วยเกิดปัญหาจากการใช้ยาจำนวนมาก ดังนั้น กลุ่มงานเภสัชกรรมฯ โรงพยาบาลบึงบูรพ์ จึงสร้างระบบการลงเยี่ยมบ้านทุกวันศุกร์พร้อมกับทีมสหวิชาชีพ เมื่อพบปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยที่มารับยาที่โรงพยาบาล จะมีการค้นหาปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยโดยเภสัชกร จะมีการส่งข้อมูลให้กับ เภสัชกรปฐมภูมิเพื่อลงเยี่ยมบ้าน ขั้นตอนการดำเนินงานประกอบด้วย

1.การดำเนินงานก่อนออกเยี่ยมบ้าน โดยคัดกรองผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนด เมื่อได้รายชื่อผู้ป่วยแล้วต้องเตรียมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยให้ครบถ้วน และเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นรวมถึงเตรียมยาเพื่อนำไปทอนยาที่เหลือจากบ้านผู้ป่วย

2. การดำเนินงานขณะออกเยี่ยมบ้านให้ความสำคัญกับการสร้างความสัมพันธ์และการสื่อสารกับผู้ป่วยเพื่อค้นหาปัญหา วิเคราะห์สาเหตุและแนวทางแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วยโดยการสนทนาทั้งสองฝ่าย รวมถึงการรวบรวมข้อมูล ประเมินการใช้ยาอื่น ผลลัพธ์สุขภาพ สมุนไพรอื่น ๆ ประเมินความเจ็บป่วยอื่น และการประเมินผู้ดูแลของผู้ป่วยอีกด้วย ตรวจสอบการใช้ยาโรคเรื้อรังและดำเนินการทอนยาตามจำนวน

3.การดำเนินงานหลังออกเยี่ยมบ้านใช้การบันทึกการเยี่ยมบ้านของฝ่ายเภสัชกรรมหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง สร้างระบบการจัดเก็บข้อมูลที่ง่ายต่อการเข้าถึงเพื่อใช้ในการประสานงานและส่งต่อข้อมูลกับทีมสหวิชาชีพ เช่น การส่งข้อมูลโดยบันทึกในระบบคอมพิวเตอร์ หรือเอกสารแนบสมุดประจำตัวผู้ป่วยแจ้งแพทย์หรือสหวิชาชีพ



อื่นให้ได้รับทราบ และหากพบปัญหาที่เกี่ยวกับหน่วยงานภายนอก เภสัชกรต้องดำเนินการสื่อสารต่อไปยังหน่วยงานอื่นโดยจัดทำหนังสือราชการเป็นต้น และนำข้อมูลการเยี่ยมบ้านมาปรับปรุงพัฒนาระบบงานเภสัชกรรมต่อไป

จากการดำเนินงานพบว่า ระบบบริการรับยาลดความแออัด รูปแบบการบริการใหม่ “จ่ายยาที่บ้านผู้ป่วย ในช่วงการระบาดของโรค COVID-19”

โดยการจ่ายยาของเภสัชกรทำให้ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาที่ครบถ้วน เข้าใจวิธีการใช้ยา ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาได้รับการแก้ไข นอกจากผู้ป่วยได้รับคำแนะนำการใช้ยาโดยตรงจากเภสัชกรแล้ว ผู้ดำเนินการยังได้รับคำแนะนำจากผู้ป่วยเพื่อ ปรับปรุงพัฒนางานลดความแออัดในโรงพยาบาลต่อไปได้ผลประมึนปรากฏตามตารางที่ 4 ดังนี้

ตาราง 4 เปรียบเทียบการดำเนินงานระหว่างรูปแบบเดิม รูปแบบใหม่ และการพัฒนาต่อไป

	บริบทเดิม	รูปแบบการบริการใหม่	การพัฒนาต่อ
พยาบาล	คัดกรองผู้ป่วย คีย์ยา	คัดกรองผู้ป่วย คีย์ยา ร่วมออกจ่ายยาที่บ้าน	คัดกรองผู้ป่วย คีย์ยา ร่วมออกจ่ายยาที่บ้าน
เภสัชกร	เช็คยา	เช็คยา จ่ายยาที่บ้าน	เช็คยา จ่ายยาที่บ้าน ส่งต่อข้อมูลปัญหาที่เกิดขึ้น
จพ.เภสัชกรรม	จัดยา	จัดยา ร่วมออกจ่ายยาที่บ้าน (ตรวจสอบ&เก็บข้อมูลยาเดิม)	จัดยา ร่วมออกจ่ายยาที่บ้าน (ตรวจสอบ&เก็บข้อมูลยาเดิม)
อสม.	จ่ายยาที่บ้าน		
แพทย์		รับ consult กรณีพบปัญหา	รับ consultกรณีพบปัญหา ร่วมออกเยี่ยมบ้านในบางกรณี

สรุปและอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่าง 435 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.06 อายุเฉลี่ย 68 ปี สิทธิในการรักษาเบิกจ่ายตรงมากที่สุด ร้อยละ 40.22 มีโรคประจำตัวรวม 3 โรคมากที่สุด ร้อยละ 45.06 มีมูลค่ายาเหลือ 13,600 บาท หรือเฉลี่ย 119.30 บาทต่อราย สอดคล้องกับงานวิจัยงานวิจัยมูลค่ายาเหลือในผู้ป่วยโรคเบาหวานเฉลี่ย 159.11 บาทต่อราย⁽⁶⁾

โดยยาที่เหลือทั้งหมด จพ.เภสัชกรรมจะทำการทดยาและนำยาใหม่คืนมาใช้ พบปัญหาจากการใช้ยา 178 ราย ปัญหาที่พบมากที่สุด คือ ปัญหายาเหลือ ปัญหาการบริหารยาไม่ถูกต้อง เกิดผลข้างเคียงจากยา การใช้ยาชุด/สมุนไพร/ยาอันตราย การเก็บรักษาไม่ถูกต้อง ยาหมดอายุ ตามลำดับ สอดคล้องกับงานวิจัยติดตามปัญหาเกี่ยวกับยาของผู้ป่วยในเขตชุมชนของภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย



พบปัญหาเกี่ยวกับยาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่รักษาตนเองที่บ้านเกิดจากการบริหารยาไม่เป็นเป็นส่วนใหญ่⁽⁷⁾ พบปัญหายาเหลือในผู้ป่วย ร้อยละ 64.04 สัมรับประทานยา ร้อยละ 12.92 ตั้งใจรับยาเอง ร้อยละ 5.62 เกิดผลข้างเคียงจากยาหรือเข้าใจวิธีการรับประทานยาคลาดเคลื่อน ร้อยละ 3.37 ผลการประเมินความพึงพอใจผู้ป่วยที่ได้รับการ ร้อยละ 76.09 ต้องการให้มีการจ่ายยาผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้านโดยเภสัชกร ร้อยละ 23.91 ไม่แน่ใจและยังอยากไปรับยาที่โรงพยาบาล สอดคล้องกับการวิจัยผลของการให้บริการทางเภสัชกรรมที่บ้านแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความพึงพอใจต่อการให้บริการนี้และยังมีผลเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา⁽⁸⁾

จากบริบทการจ่ายยาเดิมพยาบาลมีหน้าที่คัดกรองผู้ป่วย คี้อยา เภสัชกรมีหน้าที่เช็ดยา จพ.เภสัชกรรม มีหน้าที่จัดยา อสม. มีหน้าที่จ่ายยาที่บ้าน พบปัญหาผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ยาไม่ครบถ้วนจากการส่งยาในระดับดังกล่าว จึงได้มีการพัฒนารูปแบบโดยให้เภสัชกรเข้าไปมีบทบาทในการดำเนินงานตามมาตรฐานเภสัชกรรม คือ พยาบาลมีหน้าที่คัดกรองผู้ป่วย คี้อยาร่วมออกจ่ายยาที่บ้าน เภสัชกรมีหน้าที่เช็ดยา และออกจ่ายยาที่บ้าน จพ.เภสัชกรรม มีหน้าที่จัดยาร่วมออกจ่ายยาที่บ้าน (ตรวจสอบ&เก็บข้อมูลยาเดิม) แพทย์มีหน้าที่รับ consult กรณีพบปัญหา

ระบบบริการรับยาลดความแออัด รูปแบบบริการใหม่ จ่ายยาที่บ้านผู้ป่วยโดยเภสัชกรมีการดำเนินงานตามมาตรฐานเภสัชกรรมปฐมภูมิทำให้ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาครบถ้วน เข้าใจวิธีการใช้ยา ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาได้รับการแก้ไข ลดมูลค่าการใช้ยา

อย่างชัดเจน และควรส่งต่อข้อมูลให้บุคลากรทางการแพทย์ท่านอื่นได้รับทราบเพื่อการแก้ไขปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และควรมีการศึกษาข้อมูลการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่นร่วมกับการใช้ยาของผู้ป่วยเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการศึกษาสาเหตุปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยอย่างครอบคลุมต่อไปอีกด้วย

ข้อจำกัดในการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากมีเวลาในการศึกษาที่จำกัดเพียง 2 เดือน และเป็นช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ทำให้การสื่อสารกับผู้ป่วยมีข้อจำกัด

ข้อเสนอแนะ

ผลของการศึกษารูปแบบการจ่ายยาแนวใหม่ที่บ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขตเทศบาลตำบลบึงบุรี อำเภอบึงบุรี จังหวัดศรีสะเกษ ช่วงการระบาดโรคติดเชื้อ COVID-19 ผู้วิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ควรมีการนำรูปแบบการจ่ายยาแนวใหม่ที่บ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังนี้ไปขยายผลในชุมชนอื่นให้ครอบคลุมในอำเภอบึงบุรี และดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เพื่อขยายผลในการช่วยลดปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยได้

2. ควรมีการพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายองค์กรผู้บริโภคเพื่อปฏิบัติงานร่วมจ่ายยาแนวใหม่ที่บ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขตเทศบาลตำบลบึงบุรี อำเภอบึงบุรี เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

3. เมื่อมีการปรับปรุงและประยุกต์ใช้รูปแบบการจ่ายยาแนวใหม่อย่างครบถ้วนตามมาตรฐานเภสัชกรรมปฐมภูมิแล้ว ควรมีการวิจัยประเมินผลอย่างเป็นระบบด้านผลลัพธ์ทางการรักษาหรือประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับอย่างแท้จริง



กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นพ.พิเชฐ งามเจริญ
รองนายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบึงบูรพ์ และ ภญ.มัลลิกา สุพล
หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้กรุณา
ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งเจ้าหน้าที่
กลุ่มงานเภสัชกรรมฯ โรงพยาบาลบึงบูรพ์ผู้ช่วยวิจัย
และเครือข่ายการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ
อำเภอบึงบูรพ์ทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือในการทำวิจัย
ให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Sohrabi C, Alsafi Z, O'Neill N, Khan M, Kerwan A, Al-Jabir A, et al. **World Health Organization declares global emergency: a review of the 2019 novel coronavirus (COVID-19).** Int J Surg .2020;76:71-6.
2. Manmana S, Iamsirithaworn S, Uttayamakul S. **Coronavirus Disease-19 (COVID-19).** bamras J .2020;14(2):E1-10.
3. Cunningham AC, Goh HP, Koh D. **Treatment of COVID-19: old tricks for new challenges.** Crit Care 2020;24(1):91.
4. Ahmed F, Zviedrite N, Uzicanin A. **Effectiveness of workplace social distancing measures in reducing influenza transmission: a systematic review.** BMC Public Health. 2018;18(1):518.
5. Fong MW, Gao H, Wong JY, Xiao J, Shiu EYC, Ryu S, Cowling BJ. **Nonpharmaceutical measures for pandemic influenza in nonhealthcare settings-social distancing measures.** Emerg Infect Dis. 2020;26(5):976-84.
6. วิภาดา ปุณณภาไพศาล และคณะ. **การออกแบบระบบการจัดการยาเหลือใช้ในผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการวิเคราะห์หาสาเหตุราก.** วารสารเภสัชกรรมไทย 2563; 3: 855-68.
7. เพ็ญภา ศิริหัง และคณะ. **การติดตามปัญหาเกี่ยวกับยาของผู้ป่วยในการรักษาตนเองที่บ้านในเขตชุมชนของภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย.** เอกสารสรุปโครงการวิจัย วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น. ม.ป.ท.: ม.ป.ป.; 2557.
8. วิลาวัลย์ จรุงเกียรติจร.(2560) **ผลของการให้บริบาลทางเภสัชกรรมที่บ้านแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน.** (ปริญญาานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). สงขลา : มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา-warfarin ของผู้ป่วย
ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลน้ำเกลี้ยง จังหวัดศรีสะเกษ

Factors related to Warfarin adherence among patients
in Numkling Hospital, Sisaket Province.

มนชญา ลักขมีพิเชษฐ์¹

Monchaya Laksameepichate¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา-warfarin ของผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลน้ำเกลี้ยง จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับยา-warfarin ทุกคนที่มารับบริการที่คลินิก-warfarin โรงพยาบาลน้ำเกลี้ยงจำนวน 59 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบสอบถามชนิดสัมภาษณ์ ระหว่างรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ พฤศจิกายน 2564 – กุมภาพันธ์ 2565 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุดและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับความร่วมมือในการใช้ยา-warfarin ของผู้ป่วยโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก มีระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา-warfarin อยู่ในระดับปานกลาง และมีระดับความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับดี เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา-warfarin ของผู้ป่วย พบว่าการสนับสนุนทางสังคมและค่า INR มีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการใช้ยา ($r = -.103$; $P = 0.44$ และ $-.152$; $P = 0.25$ ตามลำดับ) สำหรับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา-warfarin อาชีพ และระยะเวลาที่ได้รับยา-warfarin พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยา-warfarin ($r = .165$; $P = 0.21$, $.157$; $P = 0.23$ และ $.121$; $P = 0.36$ ตามลำดับ) และในส่วนของปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โรคที่เป็นร่วม รูปแบบการใช้ยา-warfarin และการเกิดเลือดออกผิดปกติ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา-warfarin ของผู้ป่วย ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าแรงสนับสนุนทางสังคม จากครอบครัว ญาติและบุคลากรด้านสาธารณสุขเป็นสำคัญที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือและการรักษาผู้ป่วยที่ใช้ยา-warfarin ควรมีการออกแบบและพัฒนาการออกบริการเยี่ยมบ้านแบบทีมสหวิชาชีพที่มีประสิทธิภาพ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยา-warfarin ในการรักษาโรค

คำสำคัญ : ปัจจัย, ความสัมพันธ์, ความร่วมมือ, ยา-warfarin

¹ เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลน้ำเกลี้ยง จังหวัดศรีสะเกษ

¹ Pharmacist, Professional Level. Pharmaceutical and Consumer protection division, Numkling hospital,

Sisaket province. Email : monchaya2521@hotmail.co.th



Abstract

Factors related to medication adherence among Warfarin drug patients in Numlking Hospital, Sisaket Province. To determine the factors relate to medication adherence Warfarin drug patients in Numkling Hospital. This is a descriptive study was conducted to describe factor related to medication adherence in Warfarin patients. A sample 59 patients at warfarin Clinic was recruited from Numkling Hospital in Sisaket Province. Data were collected from November 2021 through February 2022. The instruments included demographic questionnaires, social support scale, disease knowledge scale and medication adherence scale. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, and Pearson's correlation was used to define significance at $p < 0.05$. Results during the study period 59 Warfarin patients were reviews Male 35 and female 23. The most patients were receiving social support in high scale, Warfarin using knowledge in moderate scale and medication adherence in high scale. The factors significantly negative related to medication adherence were social support and INR indicator ($r = -.103$; $P = 0.44$ and $-.152$; $P = 0.25$). The factor significantly positive related to medication adherence were warfarin using knowledge, occupation, duration of use warfarin ($r = .165$; $P = 0.21$, $.157$; $P = 0.23$ and $.121$; $P = 0.36$). The factors significantly not related to medication adherence were sex, age, and another factors of demographic. The promote medication adherence, recommendations should include promote social support, patient empowerment by team medical personnel.

Keywords : Factor, medication adherence, Warfarin

บทนำ

ยาแวนาร์ฟาริน (warfarin) เป็นยากลุ่มต้านการแข็งตัวของเลือด ยานี้มีข้อบ่งใช้เพื่อป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดในโรคต่าง ๆ เช่น โรคหลอดเลือดสมองอุดตัน (ischemic stroke) ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ (venous thromboembolism) เป็นต้น^(1,2) ยาแวนาร์ฟารินเป็นยาที่มีดัชนีการรักษาแคบ (narrow therapeutic index) เกิดอันตรกิริยาระหว่างยาอื่นและอาหารได้มาก และการตอบสนองต่อยาในผู้ป่วยแต่ละคนมีความแตกต่างกัน⁽¹⁾ การประเมินประสิทธิผลของยาไม่สามารถประเมินจากระดับยาในเลือด แต่จะประเมินประสิทธิผลโดยการวัดการแข็งตัวของเลือด โดยใช้ค่าทางห้องปฏิบัติการมาตรฐานคือ International Normalized Ratio (INR) ระดับของ INR เป้าหมาย จะแตกต่างกันไปขึ้นกับข้อบ่งใช้ของผู้ป่วยแต่ละราย ถ้าค่า INR สูงกว่าระดับเป้าหมายจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกผิดปกติที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิต เช่น เลือดออกในสมอง ในขณะที่ค่า INR ต่ำกว่าระดับเป้าหมาย อาจส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดลิ่มเลือดอุดตัน^(3,4,5)

ปัจจุบันได้มีการพัฒนาวิธีการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาแวนาร์ฟาริน เพื่อช่วยให้การรักษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ลดปัญหาภาวะแทรกซ้อนจากยา และเพิ่มความร่วมมือต่อการรักษา^(6,7) วิธีที่ได้ผลเป็นที่ยอมรับคือ การจัดตั้งหน่วยหรือระบบในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาแวนาร์ฟารินเป็นพิเศษ ได้แก่ anticoagulation clinic หรือ warfarin clinic ภายใต้ความรับผิดชอบของเภสัชกร โดยความร่วมมือ

ของทีมสหวิชาชีพ กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลน้ำเกลี้ยง ได้ดำเนินการจัดตั้งคลินิกแวนาร์ฟาริน เริ่มประมาณปี 2559 ได้มีการประสานความร่วมมือกันระหว่างทีมสหวิชาชีพตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ในเรื่องแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) การดำเนินงานของคลินิกแวนาร์ฟารินจากข้อมูลผู้ป่วยของโรงพยาบาลน้ำเกลี้ยง ในช่วงเดือนตุลาคม 2563 – กันยายน 2564 มีผู้ป่วยนอกมารับยาแวนาร์ฟาริน 98 ราย มีการเจาะเลือดหาค่า INR จำนวน 3,834 ครั้ง จำนวน INR ที่อยู่ในช่วงเป้าหมาย (2 -3) คือ 1,639 ครั้ง (ร้อยละ 42) ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างต่ำ ที่ผ่านมาพบปัญหาในการดูแลผู้ป่วยหลายประการ คือ ในผู้ป่วยบางรายไม่มีการระบุการวินิจฉัยโรคที่ชัดเจน หรือมีข้อมูลไม่ครบถ้วนในเวชระเบียน ทำให้ไม่ทราบว่ ผู้ป่วยใช้แวนาร์ฟารินด้วยข้อบ่งใช้ใด ส่งผลให้ไม่สามารถประเมินผลการรักษารวมถึงไม่สามารถวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้ ขาดระบบการติดตามผู้ป่วยที่ชัดเจนทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก บางครั้งผู้ป่วยมาผิदनัด หรือมีการออกบัตรนัดในวันที่ไม่ใช่วันคลินิก ทำให้ผู้ป่วยที่ใช้ยาแวนาร์ฟารินมารับบริการแบบกระจายกระจ่าย มีผลต่อการวางแผนบริหารจัดการได้ยาก บางครั้งมีการสั่งจ่ายยาโดยไม่ได้พิจารณาค่า INR ทำให้ประเมินผลไม่ได้ การมีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับยาแวนาร์ฟารินมีมากขึ้นเรื่อย ๆ แต่ผู้ป่วยไม่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมที่ครบทุกราย ผู้ป่วยบางรายต้องนอนโรงพยาบาลเพื่อปรับขนาดยาหรือให้การรักษา เนื่องจากมีค่า INR มากกว่าค่าเป้าหมายและเกิดภาวะเลือดออก การดำเนินงานของคลินิกแวนาร์ฟารินในช่วงที่ผ่านมา

มีการบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยที่มารับบริการ แต่ยังไม่พบว่าจำนวนผู้ป่วยมีค่า INR อยู่ในช่วงเป้าหมายค่อนข้างต่ำ ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์จึงต้องให้ความสำคัญกับการสร้างความร่วมมือในการใช้ยา วาร์ฟารินของผู้ป่วย แต่จากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา วาร์ฟารินของผู้ป่วย งานวิจัยครั้งนี้จึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา วาร์ฟารินของผู้ป่วย ซึ่งผลจากการศึกษาครั้งนี้จะนำไปสู่การกำหนดแนวทางในการสร้างความร่วมมือในการใช้ยา วาร์ฟารินของผู้ป่วยโรค เพื่อนำไปพัฒนากระบวนการให้บริการผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา วาร์ฟารินของผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลน้ำเกลี้ยง จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ใช้ยา วาร์ฟารินทุกคน ที่มารับการรักษาที่คลินิก วาร์ฟาริน โรงพยาบาลน้ำเกลี้ยง จังหวัดศรีสะเกษ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลสำหรับการวิจัยเชิงปริมาณ ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถามชนิดสัมภาษณ์ (Interviewed questionnaire) ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบประเมินความรู้ที่เกี่ยวข้องในการใช้ยา วาร์ฟาริน

ของปฐวิ โลหะรัตนกรและคณะ (2559) แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่ได้รับยา โรคร่วม ยาที่ใช้ร่วม รูปแบบการใช้ยา วาร์ฟาริน เป็นต้น จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ใช้มาตราวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย โดยให้ค่าคะแนนดังนี้

- ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากให้ 3 คะแนน

- ได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง

ให้ 2 คะแนน

- ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยให้ 1

คะแนน

การแปลผลคะแนนอิงเกณฑ์ของ Bloom (1986) แปลความหมายเป็นระดับการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

- การสนับสนุนทางสังคมระดับน้อย

ได้คะแนนในช่วง 0 - 26 คะแนน (<60%)

- การสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง

ได้คะแนนในช่วง 27 - 35 คะแนน (60 - 79%)

- การสนับสนุนทางสังคมระดับมาก

ได้คะแนนในช่วง 36 - 45 คะแนน ($\geq 80\%$)

ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา วาร์ฟาริน จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามในด้านความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรค และความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา วาร์ฟารินของผู้ป่วย เป็นคำถามให้เลือกตอบ ถูก กับ ผิด มีเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้

- ตอบคำถามถูก ให้ 1 คะแนน

- ตอบคำถามผิด ให้ 0 คะแนน

- ตอบไม่ทราบ ให้ 0 คะแนน



เกณฑ์การแปลความหมายของช่วงคะแนน
อิงเกณฑ์ของ Bloom (1986) แปลความหมาย
ของคะแนนเป็นระดับความรู้ 3 ระดับ ดังนี้

- มีระดับความรู้ น้อย ได้คะแนนในช่วง
0 - 5 คะแนน (<60%)
- มีระดับความรู้ ปานกลาง ได้คะแนน
ในช่วง 6 - 7 คะแนน (60 - 79%)
- มีระดับความรู้ มาก ได้คะแนนในช่วง
8 - 10 คะแนน ($\geq 80\%$)

ส่วนที่ 4 ความร่วมมือในการปฏิบัติตัว
เกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วย จำนวน 8 ข้อ
เป็นข้อคำถามวัดการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยในด้าน
การใช้ยา ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วน
ประเมินค่า (Rating Scale) ใช้มาตราวัดแบบลิเคิร์ต
(Likert Scale) ซึ่งมีตัวเลือก 3 ระดับ เป็นข้อคำถาม
ในด้านบวก 5 ข้อ และข้อคำถามในด้านลบ 3 ข้อ
มีเกณฑ์การให้คะแนนสำหรับข้อคำถามด้านบวก
และด้านลบ ดังนี้

ระดับการปฏิบัติ คำถามด้านบวก คำถามด้านลบ

ประจำ	3	1
บางครั้ง	2	2
ไม่เคยปฏิบัติ	1	3

เกณฑ์แปลความหมายของคะแนนด้านความร่วมมือ
ในการใช้ยาของผู้ป่วย อิงเกณฑ์ของ Bloom (1986)
แปลความหมายของคะแนนเป็นระดับความร่วมมือ
ในการใช้ยา 3 ระดับ ดังนี้

- ความร่วมมือในการใช้ยาระดับไม่ดี
ได้คะแนนในช่วง 0 - 14 คะแนน (<60%)
- ความร่วมมือในการใช้ยาระดับปานกลาง
ได้คะแนนในช่วง 15 - 18 คะแนน (60 - 79%)

- ความร่วมมือในการใช้ยาระดับดี ได้คะแนน
ในช่วง 19 - 24 คะแนน ($\geq 80\%$)

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จาก
แบบสอบถามมาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน
ของข้อมูลก่อนการนำข้อมูลมาวิเคราะห์ โดยใช้
โปรแกรมสำเร็จรูป คอมพิวเตอร์ โดยใช้สถิติดังนี้

1) การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิง
พรรณนา หาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

2) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ
กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย
โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's
correlation)

5. วิธีการเก็บข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้
ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยผู้วิจัย
จะแนะนำตัวและแจ้งวัตถุประสงค์ของการเก็บข้อมูล
ให้ผู้ป่วยทราบ หากผู้ป่วยยินยอมให้ข้อมูล จึงจะ
ดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัย โดยในการเก็บข้อมูล
ผู้วิจัยจะอ่านข้อคำถามให้ผู้ป่วยหรือญาติฟังจนเข้าใจ
แล้วถามหรือเขียนคำตอบลงในแบบสอบถาม
ชนิดสัมภาษณ์ ตามที่ผู้ป่วยตอบ ดำเนินการเก็บข้อมูล
ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2564 - กุมภาพันธ์ 2565

ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณา
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ 52/2564



ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ผลการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 59 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 59.3, อายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 71.2, ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 71.2, จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 81.4, สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 79.7, ระยะเวลาที่ได้รับยารวาร์ฟาริน มากกว่า 5 ปี ร้อยละ 54.2, ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคที่เป็นร่วมกับ

โรคอื่น ๆ ร้อยละ 57.6, มียาที่รับประทานใช้ร่วมรักษาโรคที่เป็นอยู่ จำนวนรายการยามากกว่า 5 ชนิด ร้อยละ 57.6, สำหรับรูปแบบการใช้ยารวาร์ฟาริน ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับประทานขนาดยาอื่นคือ อาจเป็นวันเว้นวัน หรือรับประทานยาเฉพาะ ร้อยละ 62.7 แล้วผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เคยเกิดเลือดออกมาผิดปกติจากยารวาร์ฟาริน ร้อยละ 91.5, สำหรับค่า INR ที่วัดได้ ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 2 -3 ร้อยละ 61 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N=59)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	35	59.3
หญิง	23	39.0
อายุ(ปี)		
น้อยกว่า 45	5	8.5
45 – 59	12	20.3
60 ปีขึ้นไป	42	71.2
(mean=65.3, SD=1.4, min=19, max=90)		
อาชีพ		
เกษตรกร	42	71.2
ค้าขาย	2	3.4
ไม่ได้ทำงาน	15	25.4



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N=59) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	6	10.2
ประถมศึกษา	48	81.4
มัธยมศึกษา	4	6.8
ปริญญาตรีขึ้นไป	1	1.7
สถานะภาพ		
โสด	8	13.6
คู่	47	79.7
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	4	6.8
ระยะเวลาที่ได้รับยาแอฟริกัน		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี	26	44.1
มากกว่า 5 ปี	32	54.2



ส่วนที่ 2 การสนับสนุนทางสังคม

ผลการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 59 คน พบว่าข้อมูลการสนับสนุนทางสังคมของ

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก ร้อยละ 72.9 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับน้อย (0 -26 คะแนน)	3	5.1
ระดับปานกลาง (27 – 35 คะแนน)	13	22.0
ระดับมาก (36 คะแนนขึ้นไป)	43	72.9
(mean=38.4, SD=5.05.7, min=24.0, max=45)		
รวม	59	100.0

ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาแอสไพริน

ผลการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 59 คน ในด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาแอสไพรินของกลุ่มตัวอย่าง จากคะแนนความรู้

เต็ม 10 คะแนนพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาแอสไพริน อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.8 รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาแอสไพริน

ระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาแอสไพริน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับน้อย (0 – 5 คะแนน)	10	16.9
ระดับปานกลาง (6 – 7 คะแนน)	30	50.8
ระดับมาก (8 คะแนนขึ้นไป)	19	32.2
(mean=6.8, SD=1.6, min=3, max=10)		
รวม	59	100.0



ส่วนที่ 4 ความร่วมมือในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการใช้ยา

ผลการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 59 คน ในด้านความร่วมมือในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่

มีระดับความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับดี ร้อยละ 72.9 รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความร่วมมือในการใช้ยา

ระดับความร่วมมือในการใช้ยา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับไม่ดี (0 -14 คะแนน)	1	1.7
ระดับปานกลาง (15 – 18 คะแนน)	15	25.4
ระดับดี (19 คะแนนขึ้นไป)	43	72.9
(mean=30.9, SD=1.7, min=26, max=33)		
รวม	59	100.0

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ อันได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ระยะเวลาการที่ได้รับยา วาร์ฟาริน โรคที่เป็นร่วม รูปแบบการใช้ยา วาร์ฟาริน ประสบการณ์การเกิดเลือดออกมา

ผิดปกติ ระดับค่า INR การสนับสนุนทางสังคมและ ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา วาร์ฟาริน กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยที่ใช้ยา วาร์ฟาริน ผู้วิจัยได้ใช้ สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation) โดยทำการแปลงตัวแปรต้นที่มีระดับการวัดเป็นกลุ่ม เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variables)



ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับความร่วมมือในการใช้ยา

ปัจจัย	ค่าสหสัมพันธ์ (r)	p-value
เพศ	.081	0.55
อายุ	.032	0.81
อาชีพ	.157	0.23
ระดับการศึกษา	-.019	0.89
สถานภาพสมรส	-.001	0.99
ระยะเวลาที่ได้รับยา	.121	0.36
โรคที่เป็นร่วม	-.071	0.56
ยาที่ใช้ร่วม	.039	0.77
รูปแบบการใช้ยารักษา	-.025	0.85
การเกิดเลือดออกผิดปกติ	-.008	0.95
ค่า INR	-.152	0.25
การสนับสนุนทางสังคม	-.103	0.44
ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยารักษา	.165	0.21

หมายเหตุ *p < 0.05

ผลการวิจัย มีดังต่อไปนี้

- เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา
- อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา
- อาชีพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยา
- ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา

- สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา
- ระยะเวลาที่ได้รับยารักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยา
- โรคที่เป็นร่วม ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา
- ยาที่ใช้ร่วม ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา

- รูปแบบการใช้ยาแวกซ์พาริน ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา
- การเกิดเลือดออกผิดปกติ ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา
- ค่า INR มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยา
- การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการใช้ยา
- ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาแวกซ์พาริน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยารายละเอียดดังตารางที่ 5

สรุปผลการศึกษา

การวิจัยเชิงพรรณนา เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาแวกซ์พารินของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลน้ำเกลี้ยง จังหวัดศรีสะเกษ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาและวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาแวกซ์พารินของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลน้ำเกลี้ยง จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยคือ ผู้ป่วยที่ได้รับยาแวกซ์พารินทุกคนที่มารับบริการที่คลินิกแวกซ์พาริน โรงพยาบาลน้ำเกลี้ยง จำนวน 59 คน ซึ่งได้จากการเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามชนิดสัมภาษณ์ (Interviewed questionnaire) ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบประเมินความรู้ที่เกี่ยวข้องในการใช้ยาแวกซ์พาริน ของปฐวี โลหะรัตนกรและคณะ (2559) แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนที่ 2 ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยส่วนที่ 3

ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาแวกซ์พาริน และ ส่วนที่ 4 ความร่วมมือในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการใช้ยาแวกซ์พารินของผู้ป่วย ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญและทดสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) จากโปรแกรมสำเร็จรูป ผลวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้ เท่ากับ 0.62 และค่าความเชื่อมั่นด้านการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.83 เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2564 – กุมภาพันธ์ 2565 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับความร่วมมือในการใช้ยาแวกซ์พารินของผู้ป่วย โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก มีระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาแวกซ์พาริน อยู่ในระดับปานกลาง และมีระดับความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับดี

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาแวกซ์พารินของผู้ป่วย พบว่าการสนับสนุนทางสังคมและค่า INR มีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการใช้ยา ($r = -0.103$ และ -0.152 ตามลำดับ)** สำหรับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาแวกซ์พาริน อาชีพ และระยะเวลาที่ได้รับยาแวกซ์พาริน พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือ

ในการใช้ยารักษา ($r = .165, .157$ และ $.121$ ตามลำดับ)** และในส่วนของปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โรคที่เป็นร่วม รูปแบบการใช้ยารักษา และการเกิดเลือดออกผิดปกติ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยารักษาของผู้ป่วย

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

1. ความร่วมมือในการใช้ยา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับดี อธิบายได้ว่าจากการที่กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ชนบท ซึ่งโดยอุปนิสัยพื้นฐานของคนในชนบทมักจะเชื่อฟังต่อคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ ดังนั้นเมื่อได้รับคำแนะนำด้านยาจากบุคลากรทางการแพทย์แล้วกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ก็จะปฏิบัติตามคำแนะนำดังกล่าว

สำหรับความร่วมมือในการใช้น้อยที่สุดพบในเรื่องรับประทานยารักษาในช่วงเวลาเดิมของทุกวัน ขณะที่รับประทานยารักษาจำเป็นต้องระมัดระวังเรื่องอาหาร เช่น การรับประทานผักใบเขียวต่าง ๆ หรืออาหารเสริมต่าง ๆ และขณะที่รับประทานยารักษา สามารถรับประทานผักใบเขียวได้แต่ควรรับประทานในปริมาณเท่าเดิมทุกวัน มากถึงร้อยละ 35.6, 40.7 และ 44.1 ตามลำดับ ดังนั้นในกระบวนการให้สุขศึกษาหรือให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยโรค ผู้ศึกษาวิจัยควรให้ความสำคัญเกี่ยวกับปัจจัยด้านพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี ประกอบอาชีพเกษตรกร และจบการศึกษา

ระดับประถมศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับสำนักกระบวนวิชา กระทรวงสาธารณสุข (รจนาไฉน สิงห์เรศร์, 2550) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 20.7 อาจมีการดูแลสุขภาพน้อยลง ขาดความระมัดระวังตัวเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวอย่างถูกสุขอนามัย และประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 36.8 ซึ่งอาจมีการหักโหมในการทำงาน พักผ่อนไม่เพียงพอ ทำให้ร่างกายอ่อนแอ สำหรับด้านการศึกษาเป็นปัจจัยสำคัญในการพิจารณาตัดสินใจต่าง ๆ อย่างมีเหตุผล ผู้มีการศึกษาสูง มีโอกาสได้ความรู้เกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ โดยเฉพาะความรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองได้มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย (รจนาไฉน สิงห์เรศร์, 2550) ดังนั้นการศึกษาในระดับประถมศึกษา จึงอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยโรค ให้ความร่วมมือในการใช้น้อย

2. การสนับสนุนทางสังคมและค่า INR มีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการใช้ยารักษาของผู้ป่วย ($r = -.103$ และ $r = -.152$)

การสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว คนใกล้ชิดและบุคลากรทีมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการใช้ยารักษาของผู้ป่วยนั้น ($r = -.103$) อาจเนื่องมาจากช่วงการเก็บข้อมูล กำลังอยู่ในช่วงสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ทำให้ความสัมพันธ์กับครอบครัว ญาติ คนใกล้ชิด คนในสังคม หมู่บ้าน จำเป็นจะต้องมีการใช้ชีวิตประจำวัน แบบ New Normal การพบปะ พูดคุย เยี่ยมเยียน และกิจกรรม

งานบุญ ประเพณีประจำปี งานเลี้ยงต่าง ๆ จำเป็นต้องงด และลดลงจนแทบไม่มีกิจกรรม ทุกคนต้องปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคติดต่อ โควิด อยู่ร่วมกันแบบห่าง ๆ

ผลการศึกษาในครั้งนี้จึงไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของศิริธร รุ่งสว่าง (2560) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนาดของผู้สูงอายุ โดยพบว่าปัจจัยเรื่องการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกจากครอบครัว คนใกล้ชิดและบุคลากรทีมสุขภาพอยู่ในระดับสูงค่าเฉลี่ยเท่ากับ 42.82 (SD = 4.35) แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุได้รับการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิดและทีมสุขภาพเป็นอย่างดี และมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r=.597$)

ผลการศึกษาของ รจนาไฉน สิงห์เรศร์ (2550) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยวัณโรคพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ($r = .285, p < .01$) การรับรู้ถึงความซับซ้อนในการรับประทานยา ($r = -.200, p < .01$) การรับรู้อาการข้างเคียงที่เกิดจากยา ($r = -.143, p < .05$) การได้รับการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง เมื่อผู้ป่วยวัณโรคได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก จะมีการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอมาก

สำหรับ ค่า INR มีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ($r = -0.152^{**}$) แสดงให้เห็นว่า หากทำให้ค่า INR

ยิ่งน้อยลง ก็จะเป็นความร่วมมือในการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด เนื่องจากผู้ป่วยจำเป็นต้องให้ความร่วมมือรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดอย่างสม่ำเสมอทุกวัน เพื่อต้องการค่า INR ให้อยู่ในเกณฑ์การรักษา จะได้ป้องกันไม่ให้เกิดลิ่มเลือด และไม่ให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด

3. ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด และระยะเวลาที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ($r = .165, .157$ และ $.121$ ตามลำดับ)

ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด และระยะเวลาที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ($r = .165$ และ $.157$) ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของศิริยา เล็กเจริญ และกฤษณ์ อนันตโชติ ที่ศึกษาการประเมินผลลัพธ์ของการให้คำแนะนำโดยเภสัชกรแก่ผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด ณ โรงพยาบาลสมุทรปราการ พบว่า การให้ความรู้และคำแนะนำของเภสัชกรในคลินิกการแพทย์ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน มีผลทำให้เพิ่มความเข้าใจในการใช้ยาของผู้ป่วย ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามได้เหมาะสมมากขึ้น ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และช่วยให้เกิดการประหยังบประมาณได้ด้วย จึงควรสนับสนุนคลินิกการแพทย์ เพื่อให้การรักษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยในการใช้ยา

ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ($r = .121$) ผลการศึกษา

ในครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของศุภปริญญา แสงสุวรรณและคณะ (2562) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับ INR และประสิทธิผลของการให้กล่อยาต่อความร่วมมือในการใช้ยาและการควบคุมระดับ INR ในผู้ป่วยที่ใชยวาร์ฟารินพบว่า ผู้ป่วยรายเก่าสามารถควบคุมระดับ INR ให้ได้ตามเป้าหมายได้มากกว่ากลุ่มผู้ป่วยรายใหม่ 5.31 เท่า ($P=0.027$) อาจเนื่องจากผู้ป่วยรายใหม่จำเป็นต้องใช้เวลาช่วงแรกในการปรับเปลี่ยนขนาดยาให้เหมาะสม สำหรับในการวิจัยนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยรายเก่า มีระยะเวลาที่ได้รับยวาร์ฟารินมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 54.2

4. ในส่วนของปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โรคที่เป็นร่วมรูปแบบการใช้ยวาร์ฟาริน และการเกิดเลือดออกผิดปกติ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยวาร์ฟารินของผู้ป่วย ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของศศิธร รุ่งสว่าง (2560) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือการใช้ยาหลายขนาดของผู้สูงอายุ โดยพบว่าปัจจัยเรื่องเพศ และระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุ อาจเนื่องจากสภาพสังคมไทยปัจจุบันพบว่าเพศชายและหญิงมีบทบาทเท่าเทียมกันมากขึ้น ร่วมกับการปรับบทบาทภายในครอบครัว เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย จึงมีการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่หลักของบุคคลในครอบครัว เพื่อช่วยเหลือกันในการดูแลทางด้านสุขภาพให้เกิดความสมดุล

หนึ่งหทัย นาคีสังข์ (2556:บทคัดย่อ) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหา

จากการใช้ยาด้านโรค โดยพบว่าปัจจัยเรื่อง เพศ อายุ โรคประจำตัว ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติการสูบบุหรี่ และยาสูตรแรก ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดปัญหาจากการใช้ยาและสอดคล้องกับการผลการศึกษาของ รจนาไฉน สิงห์เรศ (2550) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยโรคพบว่า ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาในการรักษา และการรับรู้ที่เป็นตราบาป

ข้อเสนอแนะ

1.จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยา ดังนั้น ญาติ สมาชิกในครอบครัว บุคลากรด้านสาธารณสุขและผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทุกคน ควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลข่าวสารคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วย ให้ปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวันและมาเยี่ยมเยียนผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง โดยหน่วยงานสาธารณสุขและทีมบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วย ควรมีการออกแบบและพัฒนาการออกบริการเยี่ยมบ้านที่มีประสิทธิภาพ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญและมีความร่วมมือในการใช้ยวาร์ฟารินได้เพิ่มขึ้น

2.ประเด็นความรู้เกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยาน้อยที่สุด ร้อยละ 35.6 คือ ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องรับประทานยวาร์ฟารินในช่วงเวลา



เดิมของทุกวัน และขณะที่ผู้ป่วยรับประทานยา วาร์ฟาริน ไม่จำเป็นต้องระมัดระวังเรื่องอาหาร เช่น การรับประทานผักใบเขียวต่าง ๆ หรืออาหารเสริมต่าง ๆ ดังนั้นในกระบวนการให้สุขศึกษา หรือให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยนั้น บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องควรเน้นย้ำให้ผู้ป่วย เข้าใจว่ายา วาร์ฟาริน ควรรับประทานในช่วงเวลาเดิมของทุกวัน เพื่อให้มีระดับยาในเลือดที่คงที่ และให้ความสำคัญในการผลของผักใบเขียวและอาหารเสริมต่าง ๆ มีผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงของค่า INR ดังนั้นการช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจ ตระหนักถึงความสำคัญและทราบค่าเป้าหมายของค่าการแข็งตัวของเลือดที่เหมาะสม และข้อควรปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหารขณะใช้ยา วาร์ฟาริน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาส่วนใหญ่ที่พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้ต่ำในเรื่องอาหารที่มีวิตามินเคสูงเช่น ผักใบเขียว ที่อาจมีผลต่อการออกฤทธิ์ของยา วาร์ฟาริน (7-9) ความรู้ความเข้าใจของวิตามินเคในอาหารและผลรบกวนการออกฤทธิ์ของยา วาร์ฟาริน เป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งต่อการควบคุมค่า INR พบว่าการเปลี่ยนแปลงระดับวิตามินเคเพียงเล็กน้อย เช่น 25-50 ไมโครกรัมต่อวัน อาจมีผลลดระดับ INR ของผู้ป่วยได้ (11,12) ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์จึงควรให้ความสำคัญการให้ความรู้เรื่องการระมัดระวังการรับประทานอาหารเสริม และรับประทานผักใบเขียวในได้แต่ควรรับประทานในปริมาณเดิมทุกวัน เพื่อให้ค่า INR มีระดับยาในเลือดที่คงที่

3.จากผลการศึกษาความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา วาร์ฟารินตอบถูกน้อยที่สุดในประเด็น เมื่อมีอาการ

ไม่พึงประสงค์จากการรับประทานยา วาร์ฟาริน เช่น เลือดออกจมูก หรือจ้ำเลือด จะปรับลดขนาดยา ลงตามที่เห็นว่าสมควรได้โดยไม่ต้องปรึกษาแพทย์ หรือเภสัชกร ตอบถูกร้อยละ 52.5 และปัญหาที่พบได้บ่อยในการรับประทานยา วาร์ฟารินคือ เลือดออกผิดปกติ ตอบถูกร้อยละ 55.9 ดังนั้นในกระบวนการให้สุขศึกษา หรือให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยนั้น บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องควรอธิบายทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและญาติให้เข้าใจถึงแนวทางปฏิบัติกรณีที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการรับประทานยา วาร์ฟาริน ห้ามปรับลด เปลี่ยนแปลงขนาดยาเอง และในกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องควรหาเน้นให้ ความรู้ปัญหาที่ พบบ่อยจากยา วาร์ฟาริน คือ เลือดออกผิดปกติ

4.การวิจัยครั้งนี้ เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปในการสร้างและพัฒนา รูปแบบในการให้บริการ โดยการจัดกิจกรรมส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยา วาร์ฟารินในผู้ป่วยและญาติ โดย การให้ความรู้เกี่ยวกับยา การปฏิบัติตัวและ ใช้การสนับสนุนทางสังคม เป็นแนวทางการวางแผนให้เกิดประสิทธิภาพ

5.การศึกษาวิจัยนี้ มีข้อจำกัดบางประการ ได้แก่ ระยะเวลาของการทำวิจัยมีจำกัดและ สถานการณ์การระบาดของโควิด ทำให้ผู้วิจัย ไม่สามารถเก็บข้อมูลผู้ป่วยได้ตามจำนวน กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการคือ 98 ราย ซึ่งอาจส่งผลต่อการวิเคราะห์ทางสถิติ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ดังนั้น จึงควรมี การศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากขึ้น



กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลน้ำเกลี้ยง จังหวัดศรีสะเกษ สำเร็จลงได้ด้วยความรู้จากบุคคลหลายท่านที่ได้อนุเคราะห์ให้ความช่วยเหลืออย่างดียิ่ง ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นพ.อติบ สีธีระประเสริฐ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน้ำเกลี้ยง ที่อนุญาต

ให้ศึกษาและได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ในกลุ่มงานเภสัชกรรม และคุ้มครองผู้บริโภค ทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือในการทำวิจัยส่งผลให้การศึกษาสำเร็จลุล่วงด้วยดี ผู้ศึกษารู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านและขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้ ขอขอบคุณผู้ป่วยที่รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดที่โรงพยาบาลน้ำเกลี้ยงทุกท่านที่กรุณาให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Ansell J, Hirsh J, Hylek E, Jacobson A, Crowther M, Palareti G. Pharmacology and management of the vitamin K antagonists. The eighth ACCP Guidelines on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy. Chest 2008; 133: 160s – 98s.
2. Gotsman I, Ezra O, Hirsh Raccach B, Admon D, Lotan C, Dekeyser Ganz F. Patient – specific tailored intervention improves INR time in therapeutic range and INR variability in heart failure patients. Am J Med 2017; 130:982-9.
3. Hirst J, Fuster V, Ansell J, Halperin JL. American Heart Association/American College of Cardiology Foundation guide to warfarin. Circulation 2003; 107: 1692 – 711.
4. Holbrook A, Schulman S, Witt DM, Vandvik PO, Fish J, Kovacs MJ, et al. Evidence-based management of anticoagulant therapy: Antithrombotic therapy and prevention of thrombosis, 9th ed: American college of Chest Physicians Evidence – Based Clinical Practice Guideline. Chest 2012; 141 :e152S-84S.
5. Lip GYH, Al-Saady N, Jin J, Sun M, Melino M, Winters SM, et al. Anticoagulation control in warfarin-treated patients undergoing cardioversion of atrial fibrillation. Am J Cardiol 2017; 120:792-6.



เอกสารอ้างอิง

6. Witt DM, Sadler MA, Shanahan RL, et al. Effect of a centralized clinical pharmacy anticoagulation service on the outcomes of anticoagulation therapy. Chest 2005; 127;1515.
7. แนวทางการรักษาผู้ป่วยด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทาน. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์(ออนไลน์) 2564. (อ้างอิงเมื่อ 20 ตุลาคม 2564). จาก http://www.thaiheart.org/images/column_1292154183/warfarin_Guideline%281%29.pdf
8. ปฐวี โลหะ, พลอยไพลิน ฤทธิบุญ, ยุธิดา หงส์ริญา และคณะ. ความรู้ในการใช้ยาแอสไพรินและการควบคุมค่า International normalized ratio เป้าหมาย ของผู้ป่วยนอก ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาควิชาอายุรศาสตร์. ศรีนครินทร์เวชสาร 2559; 31(3): 257 – 265.
9. ศุภปริชญ์ แสงสุวรรณ, สัจจาภรณ์ ทองใบ, ปิยะภรณ์ กางกั้นและคณะ. ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับ INR และประสิทธิผลของการให้กลืนยาต่อความร่วมมือในการใช้ยาและการควบคุมระดับ INR ในผู้ป่วยที่ใช้ยาแอสไพริน. วารสารเภสัชกรรมไทย 2562; 11(1): 50 – 60.
10. ศิระยา เล็กเจริญ และภู่รี อนันต์โชติ. การประเมินผลลัพธ์ของการให้คำแนะนำโดยเภสัชกรแก่ผู้ป่วยที่รับประทานยาแอสไพริน ณ โรงพยาบาลสมุทรปราการ. ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ 2554; 6(2): 91 – 99.
11. ศศิธร รุ่งสว่าง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือการใช้ยาหลายขนาดของผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาล มหาวิทยาลัยสยาม 2560; 18(35): 6-23.
12. เพชรน้อย สิงห์ช่วงชัย. (2535). การวิจัยทางการแพทย์. สงขลา: สำนักพิมพ์อัลลายด์ เพลส.
13. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ [ออนไลน์] 2556 [อ้างเมื่อ 25 ตุลาคม 2564]. จาก <http://www.gotoknow.org/blogs/posts/115420>
14. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.แบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ [ออนไลน์] 2556 [อ้าง25 ตุลาคม 2564]. จาก <http://www.gotoknow.org/blogs/posts/115416>
15. รจนาไฉน สิงห์เรศ. (2550). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยวัณโรค. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยบูรพา. ชลบุรี.
16. หนึ่งหยั นาคีสังข์. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาจากการใช้ยาต้านวัณโรค โรงพยาบาลขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ, 1 พฤษภาคม 2556. <http://www.dr-sommai.com/index.php>



การวิเคราะห์ประมวลกฎหมายอาญา

เพื่อใช้ในการปราบปรามผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ

อดุลย์ ลาภะแนน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

สถานการณ์ความไม่ปลอดภัยจากการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ได้คุณภาพหรือผิดกฎหมาย เป็นปัญหาที่พบได้อย่างต่อเนื่อง การตรวจสอบเฝ้าระวังมาตรฐานของผลิตภัณฑ์สุขภาพควบคู่กับมาตรการ บังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัดเป็นกลไกสำคัญ ในการประเมินสถานการณ์และกำหนดแนวทางการจัดการ ให้ผลิตภัณฑ์สุขภาพมีความปลอดภัยลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและส่งผลกระทบต่อสุขภาวะที่ดีของคนไทย โดยที่ปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมายเป็นปัญหาสำคัญที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ให้ความสำคัญและมุ่งแก้ไขมาอย่างต่อเนื่อง

สถานการณ์การฝ่าฝืนกฎหมายด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นแสดงให้เห็นว่าการบังคับใช้ กฎหมายว่าด้วยผลิตภัณฑ์สุขภาพซึ่งเป็นกฎหมายเฉพาะ เป็นมาตรการที่มีประสิทธิภาพไม่เพียงพอ จึงมีความจำเป็นต้องนำกฎหมายอื่นมาใช้ การใช้ประมวลกฎหมายอาญาในการปราบปรามผู้กระทำความผิด เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ เป็นอีกช่องทางหนึ่งเพื่อใช้ในการปฏิบัติการบังคับใช้กฎหมายของพนักงาน เจ้าหน้าที่ให้มีประสิทธิภาพเพื่อลงโทษและยับยั้งผู้กระทำความผิดและบุคคลอื่นเป็นตัวอย่างให้เกิด ความเกรงกลัวโทษ จนไม่กล้ากระทำความผิดขึ้นอีก

ประมวลกฎหมายมี 398 มาตรา แบ่งเป็น 3 ภาค ได้แก่ ภาค 1 บทบัญญัติทั่วไป ภาค 2 ความผิด และภาค 3 โทษ (1) นอกเหนือจากความผิดตามกฎหมายว่าด้วยผลิตภัณฑ์สุขภาพได้ระบุไว้เป็นการเฉพาะ แล้ว ข้อหาหรือฐานความผิดที่พนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายว่าด้วยผลิตภัณฑ์สุขภาพอาจใช้กล่าวหา หรือฟ้องร้องเพื่อให้ผู้กระทำความผิดได้รับโทษตามประมวลกฎหมายอาญามีได้หลายกรณี อาทิ การกล่าวโทษ ผู้ประกอบการผลิตอาหารฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา กรณีพบผลิตภัณฑ์เสริมอาหารลักลอบใส่สารไซบูทรามิน แล้วผู้บริโภคซื้อมารับประทาน จนเป็นเหตุให้เสียชีวิตในเวลาต่อมา หรือกรณีการกล่าวโทษผู้ประกอบการ ผลิตและจำหน่ายเครื่องสำอางฐานฉ้อโกง โดยสามารถสรุปได้ เป็น 5 กลุ่มความผิด แบ่งเป็นกลุ่มความผิด ที่เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพโดยตรง 2 กลุ่มและกลุ่มความผิดที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภค ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพอีก 3 กลุ่มความผิด ทั้งที่เป็นการกระทำความผิดเดียวผิดกฎหมายหลายบท หรือ การกระทำหลายกรรมต่างกัน (2) ดังนี้



1.กลุ่มความผิดที่เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยตรง

1.1 กลุ่มความผิดเกี่ยวกับการก่อให้เกิดอันตรายต่อประชาชน ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 236-239 เช่น การปลอมปนอาหารและยา ซึ่งมาตรานี้ควรนำมาใช้ควบคู่กับพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 และพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 ได้ โดยมาตรา 236 ส่วนแรกมีองค์ประกอบภายนอกความผิดคือ 1) ผู้ใด 2) ปลอมปน 3) อาหาร ยา หรือเครื่องอุปโภคบริโภคอื่นใด 4) การปลอมปนนั้นน่าจะเป็นเหตุให้เกิดอันตรายแก่สุขภาพ ส่วนท้ายมีองค์ประกอบภายนอกคือ จำหน่ายหรือเสนอขายสิ่งเช่นนั้น การปลอมปน จำหน่าย หรือ เสนอขาย จะต้องกระทำโดยมีเจตนาพิเศษคือเพื่อบุคคลอื่นเสพหรือใช้ (3)

1.2 กลุ่มความผิดต่อชีวิตและร่างกาย ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 288-300 โดย มาตรา 288 มีองค์ประกอบภายนอก คือ 1) ผู้ใด 2) ฆ่า 3) ผู้อื่น ซึ่งการฆ่าคือการทำให้ผู้อื่นถึงแก่ความตายโดยวิธีใดก็ได้ การฆ่าตามฐานความผิดนี้จะต้องกระทำโดยเจตนา (4) เช่น เมื่อมีการปลอมปนอาหารแล้วเกิดผู้บริโภคเสียชีวิตจากการปลอมปนนั้นกรณีดังกล่าวถือเป็นการฆ่าโดยเจตนา และสามารถใช้ควบคู่กับพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 หรือพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 ได้เช่นเดียวกัน

2.กลุ่มความผิดที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน คุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

2.1 กลุ่มความผิดต่อเจ้าพนักงานรวมทั้งเจ้าพนักงานในการยุติธรรม ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 136-166 ซึ่งกฎหมายกำหนดให้พนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายว่าด้วยผลิตภัณฑ์สุขภาพเป็นเจ้าพนักงานตามประมวลกฎหมายอาญา

2.2 กลุ่มความผิดเกี่ยวกับเอกสาร ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 264-269 เช่น การยื่นคำขอพร้อมเอกสารประกอบเท็จต่อเจ้าพนักงานหรือการทำให้การเท็จต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมาย ถือเป็นการแจ้งความเท็จ

2.3 กลุ่มความผิดฐานอื่นๆ เช่น ฉ้อโกงประชาชน ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 343

ข้อหาหรือฐานความผิดดังกล่าวมาข้างต้นหากมีพยานหลักฐานที่แน่นหนาพิสูจน์ความผิดของผู้กระทำความผิดได้ พนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมาย ควรที่จะเริ่มต้นการดำเนินคดีอาญาควบคู่กับคดีตามกฎหมายว่าด้วยผลิตภัณฑ์สุขภาพเฉพาะเรื่องด้วยการแจ้งความร้องทุกข์หรือกล่าวโทษต่อพนักงานสอบสวน ในท้องที่เกิดเหตุตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาต่อไป การนำประมวลกฎหมายอาญามาใช้ร่วมด้วยจะทำให้การคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์



สุขภาพมีประสิทธิภาพมากขึ้น การทำงานร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพด้านกระบวนการยุติธรรมทางอาญาอาทิ พนักงานเจ้าหน้าที่ ตำรวจ อัยการ และศาล อัตราโทษที่เหมาะสม ไม่เบาเกินไป จะทำให้ผู้กระทำความผิดได้รับโทษเกิดความเข็ดหลาบ ไม่กล้ากระทำความผิดอีกรวมถึงบุคคลอื่นที่เห็นตัวอย่างทำให้เกิดความเกรงกลัวโทษ จนไม่กล้ากระทำความผิดขึ้น (5)(6)

ข้อหาหรือฐานความผิดที่ พนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายว่าด้วยผลิตภัณฑ์สุขภาพ อาจใช้กล่าวหาหรือฟ้องร้องเพื่อให้ผู้กระทำความผิดได้รับโทษตามประมวลกฎหมายอาญา ให้มาตรการทางอาญาเป็นการลงโทษผู้กระทำความผิดที่มีประสิทธิภาพและช่วยยับยั้งบุคคลอื่นที่เห็นตัวอย่างให้เกิดความเกรงกลัวโทษจนไม่กล้ากระทำความผิดขึ้นอีก โดยสรุปสามารถแบ่งกลุ่มความผิดที่เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพโดยตรง 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มความผิดเกี่ยวกับการก่อให้เกิดอันตรายต่อประชาชน ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 236-239 และ 2) กลุ่มความผิดที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ส่วนอีก 3 กลุ่มความผิดไม่ใช่ความผิดเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพโดยตรง คือ 1) กลุ่มความผิดต่อเจ้าพนักงานรวมทั้งเจ้าพนักงานในการยุติธรรมตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 136-166 2) กลุ่มความผิดเกี่ยวกับเอกสาร ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 264-269 และ 3) กลุ่มความผิดฐานอื่น ๆ เช่นฉ้อโกงประชาชน ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 343 (7)(8)

ทั้งที่เป็นการกระทำความผิดเดียวผิดกฎหมายหลายบท หรือ การกระทำหลายกรรมต่างกัน โดยความผิดฐานปลอมปนอาหาร ยาหรือเครื่องอุปโภคบริโภคอื่นใดเพื่อบุคคลอื่นเสพหรือใช้ตาม มาตรา 236 เป็นฐานความผิดที่ควรพิจารณานำมาใช้ควบคู่กับกฎหมายเฉพาะมากที่สุดเพราะมีองค์ประกอบความผิดสามารถเอาผิดได้ครอบคลุมทั้งผู้ผลิตและผู้จำหน่าย

คำแนะนำแนวทางการดำเนินการของพนักงานเจ้าหน้าที่

1. การแสวงหาข้อเท็จจริงและหลักฐาน เพื่อที่จะทราบรายละเอียดแห่งความผิดกระทำ ได้หลากหลายช่องทางเช่นจากการเฝ้าระวังตามอำนาจหน้าที่ปกติ หรือ ได้รับเรื่องร้องเรียนหรือแจ้งเบาะแส พนักงานเจ้าหน้าที่ดำเนินการตรวจสอบเรื่องร้องเรียนโดยสืบสวนวิเคราะห์หาสาเหตุ ประสานงานกับ เจ้าพนักงานตำรวจหรือเจ้าหน้าที่อื่น เพื่อร่วมดำเนินการหรือวางแผนร่วมดำเนินการแล้วแต่กรณี ในการตรวจสอบสถานที่การยึด การอายัด เก็บตัวอย่างตรวจวิเคราะห์บันทึกภาพและบันทึกหลักฐานในส่วนที่เกี่ยวข้อง

2. การรวบรวมพยานหลักฐาน (พยานเอกสาร พยานวัตถุ พยานบุคคล) เพื่อที่จะทราบข้อเท็จจริงหรือพิสูจน์ความผิด การรวบรวมพยานหลักฐานต้องกระทำโดยคำนึงถึงองค์ประกอบความผิดในแต่ละฐาน เช่น การปลอมปนอาหารมีองค์ประกอบ



ภายนอกของความผิดฐานนี้ คือ 1) ผู้ใด 2) ปลอมปน 3) อาหาร 4) การปลอมปนนั้นน่าจะเป็นเหตุให้เกิดอันตรายแก่สุขภาพ (พฤติการณ์ประกอบการกระทำ) (9)(10) พนักงานเจ้าหน้าที่ต้องจัดทำบันทึกต่าง ๆ เพื่อเป็นพยานเอกสารอย่างละเอียด ได้แก่ บันทึกการตรวจสถานที่ บันทึกคำให้การ บันทึกการยึดอายัด บันทึกการเก็บตัวอย่างและผลการตรวจวิเคราะห์ บันทึกภาพถ่าย บันทึกวิดีโอ

3. การกล่าวโทษในครั้งแรกควรกระทำโดยแจ้งเป็นหนังสือจากหน่วยงานเพื่อแสดงว่าผู้บังคับบัญชาได้มอบหมายให้เจ้าหน้าที่ผู้นั้นเป็นผู้ดำเนินการ หากไม่สามารถระบุรายละเอียดแห่งความผิดได้ทั้งหมด ก็อาจจะระบุว่าได้มอบหมายให้ผู้ใดเป็นผู้กล่าวโทษ เป็นต้น โดยหากการสอบสวนยังไม่แล้วเสร็จพนักงานเจ้าหน้าที่อาจกล่าวหาเพิ่มเติมหรือแก้ไขปรับปรุงข้อกล่าวโทษได้ การกล่าวโทษอาจตกลงกันระหว่างพนักงานเจ้าหน้าที่กับเจ้าพนักงานตำรวจว่าจะให้ผู้ใดเป็นผู้กล่าวโทษในฐานความผิดนั้น ๆ พนักงานเจ้าหน้าที่สามารถกล่าวโทษผู้กระทำความผิดตามประมวลกฎหมายอาญาได้

4. การบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยผลิตภัณฑ์สุขภาพของส่วนราชการควรควบคู่กับการบังคับใช้ประมวลกฎหมายอาญาในการปราบปรามผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพเพื่อให้การลงโทษผู้กระทำความผิดเกิดประสิทธิภาพและช่วยยับยั้งบุคคลอื่นที่เห็นตัวอย่างให้เกิดความเกรงกลัวโทษจนไม่กล้ากระทำความผิดขึ้นอีก

5. การบูรณาการงานร่วมกัน การประสานงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานหลักในกระทรวงสาธารณสุข เช่น สำนักงานกรรมการอาหารและยา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และกรมควบคุมโรค ในการปฏิบัติงาน หรือการแก้ไข ปรับปรุงยกระดับบทบาทของพนักงานเจ้าหน้าที่ในพระราชบัญญัติที่อยู่ในความรับผิดชอบ ทั้งนี้เพื่อให้การแก้ไขปรับปรุง และการบังคับใช้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และระหว่างกระทรวงที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงเกษตรฯ หรือกระทรวงอุตสาหกรรม ที่มีการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้วยกัน ควรมีการจัดตั้งคณะกรรมการร่วมกันในการปรับปรุง ทบทวนยกระดับ เพื่อให้การบังคับใช้พระราชบัญญัติที่มีความทันสมัย และเหมาะสมในสถานการณ์ในปัจจุบันและมีแนวทางในการปฏิบัติการบังคับใช้กฎหมายให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อเป็นการคุ้มครองผู้บริโภคอย่างแท้จริง



เอกสารอ้างอิง

1. พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ. 2499 (2499,๑๕ พฤศจิกายน). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม ๗๓ ตอนที่ ๙๕ ฉบับพิเศษ หน้า ๑.
2. วิสาร พันธนะ,ลาวัลย์ หอนพรัตน์. ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับกฎหมายอาญาและลักษณะทั่วไปของกฎหมายอาญา[ออนไลน์].2561 [เข้าถึงเมื่อ 13 เมษายน 2561];เข้าถึงได้จาก: <http://law.stou.ac.th/dynfiles/หน่วยที่%201%20%20กม.อาญา%201%20%20ฉบับล่าสุด.pdf>.
3. หนังสือพิมพ์แนวหน้า.สั่งปิดโรงงาน 'สิน' 120 วัน จ่อหมายจับข้อหาหนัก 'ฆ่าโดยเจตนา' หลังคนกินดับ [ออนไลน์].ฉบับ 12 พฤษภาคม 2561[เข้าถึงเมื่อ 13 พฤษภาคม 2561 2561];เข้าถึงได้จาก: <http://www.naewna.com/local/338460>.
4. ฐานความผิดที่มีอัตราโทษประหารชีวิตตามประมวลกฎหมายอาญา [ออนไลน์].2561[เข้าถึงเมื่อ 13 พฤษภาคม 2561 2561];เข้าถึงได้จาก: http://www.rlpd.go.th/rlpdnew/images/rlpd_1/HRC/2557/e1.pdf.
5. วิทยา กุลสมบูรณ์.การตั้งข้อหาโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพเกินจริงเพื่อให้การลงโทษมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ก่อเหตุ [ออนไลน์].2561[เข้าถึงเมื่อ 13 พฤษภาคม 2561 2561]; เข้าถึงได้จาก:<http://www.thaihealthconsumer.org/news/health-product-adv/>.
6. ณัฐวัฒน์ สุทธิโยธิน.ทฤษฎีการลงโทษ [ออนไลน์].2561[เข้าถึงเมื่อ 13 พฤษภาคม 2561 2561]; เข้าถึงได้จาก:http://www.stou.ac.th/Schools/Slw/upload/41716_6.pdf.
7. หนังสือพิมพ์ไทยรัฐ.แจ้งข้อหาทาราแบบจัดเต็ม รีวิว-เมจิกสกิน วีระลัยถัน จัดระเบียบศิลป์ [อินเทอร์เน็ต].ฉบับ 27 เมษายน 2561 [เข้าถึงเมื่อ 13 พฤษภาคม 2561 2561];เข้าถึงได้จาก: <https://www.thairath.co.th/content/1266462>.
8. นักวิชาการรีวิวความผิดข้อกฎหมาย คดีดารา เน็ตไอดอล รีวิวสินค้าปลอมแปลง-เถื่อน ออกสื่อ. [ออนไลน์].2561[เข้าถึงเมื่อ 13 พฤษภาคม 2561 2561];เข้าถึงได้จาก: HTTP://WWW.THAI TRIBUNE.ORG/CONTENTS/DETAIL/329?CONTENT_ID=32132&RAND=1525052238.
9. บังอร บุญชูและคณะ.ระวังอาหารปลอม.[ออนไลน์].2561[เข้าถึงเมื่อ 13 พฤษภาคม 2561 2561]; เข้าถึงได้จาก:http://lib3.dss.go.th/fulltext/dss_j/2557_62_194_P7-9.pdf.
10. กรมอนามัย.ฉีดยาฆ่าแมลงปนเปื้อนอาหารผิด พ.ร.บ.สาธารณสุข-กฎหมายอาญา [ออนไลน์].2561[เข้าถึงเมื่อ 13 พฤษภาคม 2561 2561];เข้าถึงได้จาก: <http://www.consumerthai.org/news-consumerthai/consumers-news/food-and-drug/4093-601204.html>.

น้ำปลา น้ำตา

ภก.กฤษ โชติการณ์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

“ฉันจะฆ่าตัวตาย” เสียงที่ดังขึ้นตรงหน้าในทันทีทันใดกระตุกผมจากกองเอกสารตรงหน้า เงยหน้าขึ้นมองเจ้าของเสียง สตรีวัยสามสิบเศษ หน้าตาสะสวย

“ฉันจะฆ่าตัวตาย หากโรงงานฉันถูกปิด !” เธอพูดประโยคเดิมซ้ำอีกครั้งด้วยเสียงสั่นเครือ แล้วตามมาด้วยเสียงสะอื้นให้ ผมหยิบกระดาษทิชชูตรงหน้าให้เธอซับน้ำตาที่ไหลหลังพรั่งพรูออกมาอย่างกับทำนบแตก

“มันเกิดอะไรขึ้นหรือครับ” ผมถามเธอเสียงราบเรียบ พร้อมพยายามนึกทบทวนความทรงจำว่าเธอคือใคร เหตุใดมาบอกว่าจะฆ่าตัวตายตรงหน้าเรา คงพอจะนึกภาพออก หากมีผู้หญิงหน้าตาสะสวยมาบอกว่า จะฆ่าตัวตายต่อหน้าเจ้าหน้าที่หนุ่ม คนที่ได้ฟังทันทีจะคิดไปถึงเรื่องอะไรจากนั้นเธอก็เริ่มเล่า

“คุณจำฉันไม่ได้เหรอ อาทิตย์ก่อนคุณพาตำรวจและเจ้าหน้าที่ อย.ไปจับโรงงานน้ำปลาดัน และสั่งปิดโรงงาน คราวนี้ฉันจะมีชีวิตอยู่อย่างไร สามฉันเพิ่งตายเดือนที่แล้ว ลูกฉันสองคนเพิ่งจะเรียนประถม ลูกน้องฉันยี่สิบคนเขาจะกินอะไร ครอบครัวพวกเขาจะอยู่อย่างไร ?” พูดจบเธอก็ปล่อยโฮออกมา อย่างไม่อายใคร เพื่อนร่วมงานเริ่มหันมามองเป็นจุดเดียวกัน พร้อมบางคนหันหน้าไปซุบซิบ ผมหยิบกระดาษทิชชูให้เธออีกครั้ง หลังจากเธอร้องไห้จนพอและหยุดสะอื้นสะอื้น ผมก็พูดปลอบเธอไปว่า “ขอให้ใจเย็น ๆ การฆ่าตัวตาย ไม่ใช่ทางออกของปัญหา แต่จะสร้างปัญหาใหม่ตามมา ลูก ๆ จะอยู่อย่างไรลูกน้องจะเป็นอย่างไร” เธอหยุดสะอื้นสะอื้นแต่ยังมีคราบน้ำตาอาบแก้ม

อุไร คือชื่อของเธอ อดีตเธอมีอาชีพเป็นนักร้องประจำห้องอาหารแห่งหนึ่งในจังหวัดใหญ่ข้างเคียง เป็นนักร้องระดับแม่เหล็ก ในแต่ละวันจะมีเสียทั้งหนุ่มทั้งไม่หนุ่ม มาเที่ยวและคล้องพวงมาลัยให้เธอทุกคืน จนมีรายได้ต่อวันมากกว่าเพื่อนร่วมอาชีพทุกคน มีเสียหนุ่มใหญ่คนหนึ่งมาเที่ยวทุกวันซื้อเสียชัย แนะนำตัวและแสดงความจริงใจว่าเป็นเจ้าของโรงงานน้ำปลาแห่งหนึ่ง เป็นม่าย ภรรยาเสียชีวิต มาเที่ยวคาเฟ่และคล้องพวงมาลัยให้เธอทุกวัน จนในที่สุดเอาชนะใจเธอได้ มีงานแต่งงานจริงจัง ใช้ชีวิตคู่ร่วมกัน เสียชัยมีลูกติดมาด้วยสองคนชาย หญิง กำลังเรียนชั้นประถมปีที่หก และปีที่สาม

จากชีวิตนักร้องคาเฟ่ระดับดาว เปลี่ยนตัวเองมาเป็นเจ้าแม่ในวัยสามสิบต้นพร้อมลูกติดสามีสองคน ซึ่งเธอก็ไม่ได้รังเกียจ ให้ความรักและดูแลเลี้ยงดูเสมือนเป็นลูกแท้ ๆ ของเธอเอง

ดังสายฟ้าฟาด เช้าวันหนึ่งสามีของเธอ เสียชีวิตสิ้นลมในห้องพักที่บ้าน เส้นโลหิตในสมองแตก หลังนอนโรงพยาบาลได้หนึ่งสัปดาห์ก็สิ้นใจอย่างสงบ ทั้งกิจการโรงงานน้ำปลา คนงานยี่สิบชีวิต พร้อมลูกติดสองคนตกไปอยู่บนความรับผิดชอบของอุไร อย่างไม่ทันได้เตรียมตัวเตรียมใจ



ย้อนไปเมื่อสัปดาห์ก่อน ทางหน่วยงานได้รับการประสานจาก ออ.ส่วนกลางว่าได้รับเรื่องร้องเรียนว่ามีการผลิตและจำหน่ายน้ำปลาปลอมที่ใช้ฉลากยี่ห้อดัง และฝ่ายสืบสวนสอบสวนได้ข้อมูลแน่ชัดว่าแหล่งผลิตอยู่ในพื้นที่ต่างอำเภอแห่งหนึ่งในจังหวัด ทีมสารวัตรอาหารและยาจากส่วนกลางได้ประสานตำรวจภาค และตำรวจท้องที่ลงมาดำเนินการจับกุมดำเนินคดี ในฐานะเจ้าของพื้นที่ต้องออกไปร่วมดำเนินการจับกุมด้วย

วันนั้น ฝนตกปรอย ๆ ตลอดทั้งวัน บนรถตู้พร้อมคนขับรถเพียงสองคน เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ทำงานคุ้มครองผู้บริโภคในจังหวัดเล็ก ๆ แห่งหนึ่งทางภาคอีสานต้องทำงานเพียงลำพัง ทั้งด้านอาหาร ด้านยา ด้านสถานพยาบาล ระหว่างทางที่เดินทางไปบนเส้นทางลูกรังแฉะและเข้าไปในหมู่บ้าน ทำให้พอมีเวลาทบทวนกระบวนการและขั้นตอนในการดำเนินงาน แวบหนึ่งของความคิดเกิดคำถามว่า “เภสัชกรอย่างเรา ต้องมาทำงานอะไรกันนี้ ”

ถึงที่นัดหมาย เป็นอาคารโรงเรือนหลังคาสังกะสี เสาไม้ไผ่เย็บ กลิ่นอันรุนแรงของน้ำปลาโชยมากระทบนาสิก กระตุกความคิดให้กลับมาอยู่กับความจริง ตรงหน้า ตำรวจในเครื่องแบบ จากเครื่องหมายประดับยศบนอกทำให้ทราบว่าเขาคือหัวหน้าชุดเข้ามาพูดคุย พร้อมเจ้าหน้าที่ชายวัยกลางคนในเสื้อแจ็คเก็ตสีดำ ปักกลางหลังว่า FDA และหญิงชายอีกสองคน แนะนำตัวว่าเป็นเจ้าหน้าที่ ออ. มาจากส่วนกลาง ที่โทรมาคุยเมื่อวันก่อน ตรงหน้าเป็นสตรีวัยสามสิบเศษ หน้าตาสวยสะดุดตา แต่งแต้มด้วย

เครื่องสำอางบางเบา แต่สีหน้าวิตกกังวลรอให้ปากคำ รอบ ๆ บริเวณโรงงานมีคนงานทั้งชาย หญิง สักประมาณยี่สิบคนถูกสั่งให้ไปอยู่รวมกันในมุมหนึ่งของบริเวณโรงงาน เจ้าหน้าที่ ออ. เริ่มสอบถามปากคำทุกคน ทีละคน ๆ พร้อมเขียนบันทึกคำให้การการทำงานผ่านไปอย่างเชื่องช้า และเต็มไปด้วยความอึดอัดมากขึ้น ๆ จนผ่อนคลายลงในที่สุด

ในตอนท้ายของการเขียนบันทึกคำให้การ ผมถูกขอให้ลงชื่อจับกุม และหัวหน้าชุดจับกุมแจ้งกับสตรีสวยนางนั้น ซึ่งเราทราบในเวลาต่อมาว่าเป็นเจ้าของโรงงานโรงงานจะต้องถูกปิด เพราะกระทำผิดกฎหมาย ผลิตอาหารปลอม เพราะแสดงฉลากเพื่อลวง เป็นการทำให้ผู้บริโภคเข้าใจผิด เจ้าของโรงงานต้องถูกดำเนินคดีอาญา มีโทษถึงจำคุก หลังเซ็นชื่อในบันทึกคำให้การและบันทึกคำให้การ ทุกคนก็จากมา ท่ามกลางความมึนงงสับสน ซ้ำซ้อนกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นของเจ้าของโรงงานและคนงานทุกคน สตรีเจ้าของโรงงานต้องขึ้นรถไปกับเจ้าหน้าที่ตำรวจ เพื่อไปให้ปากคำต่อที่สถานีตำรวจ

หลังตั้งสติและตั้งหลักได้ เธอเริ่มสงบผมก็เริ่มพูดคุยกับเธอว่าทุกอย่างมีทางออก เราสามารถผ่อนหนักเป็นเบาได้ เรื่องทางคดีก็คงต้องแล้วแต่ความเมตตาของศาล ให้คำแนะนำให้เธอรับสารภาพ ให้การไปตามข้อเท็จจริง ส่วนเรื่องโรงงานที่ถูกสั่งปิด สามารถกลับมาขอเปิดใหม่ได้ หลังสถานการณ์คลี่คลาย เธอดูคลายความกังวลและไหว้ขอบคุณผมที่เห็นใจและเข้าใจเธอก่อนจากนั้น



หลังจากนั้นเดือนต่อมาเธอก็กลับมาพร้อมเอกสารมายื่นขออนุญาตตั้งโรงงานผลิตน้ำปลาในชื่อใหม่ ยี่ห้อใหม่ พร้อมแบบแปลนการก่อสร้างใหม่ แต่ก็สร้างในที่เดิม พร้อมพูดอย่างดีใจว่าศาลตัดสินคดีของเธอแล้ว โทษจำคุกครองอาญาเพราะศาลเมตตา และมีปรับเป็นเงินส่วนหนึ่ง เธอทำตามคำแนะนำของผม มาวันนี้เธอจะลุกขึ้นสู้และมาขออนุญาตตั้งโรงงานใหม่ ขอเลขทะเบียนอย. ใหม่ แต่ยังขาดเรื่องเงินทุนอยู่บางส่วน ผมก็แสดงความยินดีกับเธอ พร้อมให้คำแนะนำเรื่องเงินทุนกู้ยืมดอกเบี้ยต่ำ และเป็นตัวกลางประสานกับ อย. ส่วนกลางเรื่องการปรับปรุงสถานที่ผลิตที่ถูกต้องตามกฎหมาย การพัฒนาผลิตภัณฑ์น้ำปลาที่ปลอดภัย ซึ่งต้องขออนุญาตให้ถูกต้องไปที่ อย. ส่วนกลาง

จนกระทั่งบ่ายวันหนึ่ง ในเดือนธันวาคมของปีเดียวกันนั้น สัปดาห์สุดท้ายของเดือนและใกล้วันสิ้นปี เสียงเพลงปีใหม่แว่วมา ชักล่อมให้การทำงานในช่วงท้ายของปีเป็นไปอย่างผ่อนคลาย และนึกถึงงานเลี้ยงฉลองวันส่งท้ายปีเก่า ขึ้นปีใหม่ที่จะมาไม่ถึงในไม่กี่วันข้างหน้า

“สวัสดีปีใหม่ค่ะ หมอ” เสียงใสทักทายพร้อมกลิ่นน้ำหอมตรงหน้าทำให้ผมเงยหน้าขึ้นมองอีกครั้ง ในขณะที่แรกจำไม่ได้ว่าสตรีสาวสวยตรงหน้า

คือใคร เธอมาพร้อมกระเช้าของขวัญปีใหม่เป็นผลไม้หลากชนิด ถามว่าจำเธอได้ไหม ผมก็ตอบไปว่า “คล้ายคล้ายคล้าคล้าอยู่ครับ”

เธอก็รีบเฉลยว่า เธอคืออู๋ไร เจ้าของโรงงานน้ำปลา วันนี้เธอมาสวัสดีปีใหม่ และมาขอบคุณที่ช่วยให้เธอไม่ต้องฆ่าตัวตาย และเธอก็กลับมาเปิดโรงงานน้ำปลาใหม่อีกครั้งหนึ่ง แม้ว่าจะเป็นยี่ห้อใหม่ไม่ต้องไปใช้ยี่ห้อของคนอื่น แต่ลูกค้าเก่าของสามีเธอยังให้ความเมตตาซื้อออเดอร์มาอย่างสม่ำเสมอและธุรกิจเติบโตขึ้นเรื่อย ๆ เธอมีความสุขกับการทำงานและในหน้าที่เจ้าของกิจการ แม้ว่าเธอจะต้องเรียนรู้ใหม่ทั้งหมด ทั้งการผลิต การตลาด การทำบัญชี การดูแลลูกค้า แต่เธอก็ค่อย ๆ ทำไปจนได้ดี ลูกน้องเก่าของสามีก็ช่วยเธอได้มาก หลังพูดคุยกันสักพักเธอก็ยกมือไหว้ขอลากลับไปพร้อมไม่ลืมขอบคุณอีกครั้ง

ผมนั่งลงและยิ้มกับตัวเอง ก่อนหน้านี้ยังถามตัวเองหลายครั้งว่าเหตุใด เราต้องมาทำงานนี้ ทั้งที่มีทางเลือกอื่นให้เลือก วันนี้มีคำตอบแล้ว งานเราทั้งจะต้องให้ความปลอดภัย และความมั่นใจกับผู้บริโภคแล้ว ยังต้องดูแลผู้ประกอบการให้เขาอยู่ได้ให้เขาสร้างงาน ที่เป็นงานสุจริต ให้เขาสร้างรายได้ให้ตนเอง ให้ชุมชน ตลอดจนให้ประเทศชาติได้

หลังจากนั้นผมก็เอนตัวลงเก้าอี้ พร้อมยกถ้วยชาเขียวอุ่น ๆ ขึ้นจิบ

...แหมมนีว...

ภญ.วิไลวรรณ สาครินทร์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา

“พี่ๆ เห็นข่าวหนังสือพิมพ์กันรึยังคะ?” เสียงเจ้าหน้าที่สาววิ่งตะโกนหน้าตาตื่นเข้ามาในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแห่งหนึ่งพร้อมหนังสือพิมพ์ในมือ ทุกสายตาจับจ้องไปที่ต้นเสียง พลาญลุกขึ้นจากโต๊ะไปที่นั่งหิ้งผู้ทำหน้าที่รายงานข่าวเข้าวันนี้ “พบนีวมีคนอื่นในแหมม”

“อ้าว ! แหมมยี่ห้อนี้ของจังหวัดเรานี้ !”

“เป็นไปไม่ได้แหมมป่าณี (นามสมมติ) สะอาด โรงงานผ่านมาตรฐาน GMP”

ในวงสนทนายังคงมีอีกหลายความคิดเห็น “นุชได้ยื่นข่าววิทยุเมื่อเช้านี้ด้วยคะ” “ปุกก็ได้ยื่นข่าวทีวีด้วยคะ ไม่คิดว่าเป็นโรงงานป่าณี”

ฉันในฐานะหัวหน้าเภสัชกรผู้ดูแลงานคุ้มครองผู้บริโภคขอถูรายละเอียดเพิ่มเติม “นางสาวแพรวซื้อแหมมจากร้านสะดวกซื้อ จังหวัดสุราษฎร์ธานี พอกัดแหมมจะเคี้ยว รู้สึกกัดโดนอะไรแปลก ๆ พอคายออกมาแทบอาเจียน เมื่อเจอชิ้นส่วนคล้ายนีวมีคนอื่น ประมาณหนึ่งชิ้นนี้”

ด้วยประสบการณ์ในการทำงานเมื่อพบเหตุการณ์เช่นนี้ ฉันจึงรีบดำเนินการ “โทรแจ้งโทรไปสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานีหน่อย ถามซิว่า เรื่องนี้ข้อเท็จจริงเป็นยังไง.....แล้วโทรไปถามศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ด้วยว่า จะเก็บตัวอย่างแหมมส่งตรวจ ใช้ตัวอย่างกี่กรัม?”

ฉันหันไปสั่งงานลูกน้องอีกคน “นุช....ช่วยทำขออนุมัติออกตรวจให้พี่หรั่ง แล้วก็ปุกด้วยแล้วก็ช่วยเตรียมบันทึกตรวจสถานที่ผลิตอาหาร แบบประเมินมาตรฐาน GMP บันทึกเก็บตัวอย่าง บันทึกคำให้การ กระดาษภาวถูกใส่ตัวอย่าง ให้พร้อมด้วยนะคะ”

ส่วนปุกรีบเดินไปหยิบแบบฟอร์มขอรถออกพื้นที่ มาให้เซนต์โดยไม่ต้องสั่งขณะที่ทุกคนกำลังวุ่นวายเสียงโทรศัพท์ก็ดังขึ้น ปุกเดินไปรับโทรศัพท์ พูดคุยสักพักก็เอามือปิดโทรศัพท์แล้วหันมาบอกฉันว่า “นักข่าวจะขอสัมภาษณ์เรื่องแหมมนีวคะ”

เสียงโทรศัพท์นั้นยังเป็นตัวเร่งให้พวกเราลงพื้นที่ ทุกอย่างถูกเตรียมอย่างเร็วพลัน หรั่งถือกระเป๋าใส่บันทึกต่าง ๆ ปุกสะพายกล้อง ฉันเดินนำหน้าไปขึ้นรถ เมื่อรถเริ่มเคลื่อนออกจากสำนักงานไปสู่เป้าหมายการวางแผนการทำงานก็เริ่มขึ้นด้วย ใคร...จะเข้าไปตรวจในสายการผลิต ใครจะเก็บตัวอย่าง ใครจะเขียนบันทึกระหว่างทาง ก็ชักซ้อมคำพูดกัน จะพูดยังไง ให้ได้ข้อมูลจริง ถ้าเจอ...จะผิดข้อหาอะไร จะยึดสินค้าทั้งหมด หรือจะอายัดสินค้า พูดคุยกันเพลิน จนรถเลี้ยวเข้าซอย เห็นป้ายหน้าซอย “สุขซอย แหมมป่าณี สะอาด อร่อย”



พอเริ่มเข้าซอย พวกเราเห็นรถตู้ รถกระบะ รถเก๋ง จอดอยู่ใกล้ ๆ โรงงานหลายคัน รถบางคันก็มีป้ายโลโก้ ของทีวีช่องดังอยู่ พอถึงหน้าโรงงาน พวกเรายังนั่งอยู่ในรถ มองออกไปข้างนอก มองไม่เห็นประตูโรงงานเลย มีผู้หญิง ผู้ชายเกือบสิบคน ยืนอยู่หน้าประตูโรงงาน บางคนมีกล้องถ่ายรูปคล้องคอ บางคนถือโทรศัพท์ บางคนถือสมุดโน้ต ปากกา ดินวอนเวียน อยู่หน้าโรงงาน บ้างก็เขย่งเท้าเพื่อจะมองลอดช่องด้านบนของประตูเข้าไป บ้างก็เขย่าประตูเพื่อจะเข้าข้างใน แต่พอรถเรามาถึง คนเหล่านั้นก็เปลี่ยนเป้าหมาย จากหน้าประตูโรงงาน ตรงมาที่รถของพวกเราทันที จนต้องเจรจากันอยู่นานเพื่อขอทางเข้าไปในโรงงาน โดยไม่ให้กองทัพนักข่าวตามเข้าไป

เมื่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้าไปในโรงงานพบว่าบรรยากาศภายในเงียบเหงามาก แตกต่างจากทุกครั้งที่จะมีป้ายนิเทศ วิทยุกลางคน รูปร่างท้วมท่าทางใจดี ออกมาต้อนรับด้วยสีหน้ายิ้มแย้ม อารมณ์ดี ทักทายและชวนเข้าไปดื่มน้ำก่อนเข้าตรวจ แต่วันนี้กลับไม่เห็นเจ้าของโรงงานผู้นั้น เราเดินผ่านห้องเก็บวัตถุดิบ ห้องเตรียม ซึ่งเป็นห้องติดมุ้งลวดป้องกันแมลง ปกติจะเห็นคนงานนั่งขีดและตัดใบตอง เพื่อเตรียมส่งเข้าไปใช้ห่อขนม แต่วันนี้ในห้องไม่มีใครสักคน ข้างนอกมีคนงานหญิงชายจับกันเป็นกลุ่ม ๆ ซุบซิบคุยกันเบา ๆ ทุกคนสีหน้าหม่นหมอง ไม่เห็นรอยยิ้มเลยสักคน

พวกเราสามคนเดินเลยไปยังห้องบดหมู ปกติจะได้ยินเสียงเครื่องบดดัง วันนี้ก็เงียบ เครื่องบดตัวต้นเหตุตั้งอยู่ เห็นใบมีดที่มีลักษณะเป็นเกลียวตัว

ใหญ่ ถูกถอดวางอยู่ข้าง ๆ เครื่อง ผ่านไปยังห้องห่อขนม และห้องเก็บขนมที่ห่อเสร็จแล้ว ซึ่งปกติจะมีคนงานนั่งห่อขนมเกือบเต็มห้องเช่นกัน แต่วันนี้ไม่มีใครเลย แม้ว่าทุกห้องเงียบียบแตกต่างจากที่เคยเป็น แต่ทุกห้องยังเห็นถึงความสะอาด และมีระเบียบ ซึ่งโรงงานถือปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

เราทั้งสามคนเดินไปยังบ้านที่อยู่ติดโรงงาน มีคนงานซึ่งมีมือบอกว่า ป้าณี อยู่ในห้องรับแขก ฉันทบไม่เชื่อสายตา ในห้องมีลังใส่ขนมกองอยู่เต็มไปหมด เจ้าของโรงงานขนมชื่อดังนั่งเอามือกุมขมับไม่พูดจา สักพักเสียงโทรศัพท์ดังขึ้น เด็กลูกไปรับโทรศัพท์ และพูดขึ้นว่า “ป้าณี ร้านขนมมินิมาร์ทเขาจะคืนขนมค่ะ” เสียงโทรศัพท์ดังขึ้นอีก “ป้าณี ร้านอาหารบ้านสวน ยกเลิกออเดอร์ที่สั่งพรุ่งนี้ค่ะ” “ป้าณี ห้างโอเชียน ยกเลิกออเดอร์ค่ะ”

เจ้าของโรงงานตอบกลับอย่างหมดความอดทน “บอกมัน...ให้มันเอาไปทิ้งให้หมด ไม่ต้องเอามาคืน” “หมดกัน....หมดตัว.....ไม่เหลืออะไรอีกแล้ว” ป้าณีไถตัวเองลงมานั่งที่พื้น ร้องไห้ฟูมฟาย ตีอก ชกตัว “ฉันอยากตาย.....อยากตาย.....ไม่เหลืออะไรอีกแล้ว...ทำไม?...ทำไม?” ป้าณีคนที่สดใส แววตามีแต่รอยยิ้ม กลายเป็นหญิงแก่ที่มีแต่ความทุกข์ นัยน์ตาแดงก่ำกระวนกระวาย หาทางออกไม่ถูก สิ้นหวังฉันทบเพิ่งเข้าใจคำว่า “สื่อฆ่าคน” ก็ตอนนี้เอง ฉันทบและน้อง ๆ ทีมงานพยายามอธิบาย ปลอบใจ แต่ดูเหมือนว่าเธอจะไม่ฟังอะไร เสียงของพวกเราเหมือนสายลมผ่านไป เราจึงขอตัวกลับก่อน

วันรุ่งขึ้น เรากลับไปหาป้าณีแต่เช้า สื่อมวลชนยังคงเฝ้ารออยู่หน้าโรงงานเหมือนเดิม



โรงงานเจียบสัด แต่ป้าณีเริ่มพูดคุยและให้ข้อมูลจนได้ทราบว่า มีคนงานที่ทำหน้าที่บดหมู เกิดอุบัติเหตุเครื่องบดหมูบาดปลายนิ้ว เธอยังเล่าต่อว่า ให้คนพาเด็กนั้นไปโรงพยาบาลเพื่อทำแผล และให้คนงานเอาหมู Lot นั้นมาทิ้งทั้งหมด พร้อมถอดเครื่องมือออกมาล้างอย่างดี ก่อนที่จะผลิตต่อ ดังนั้นโรงงานจึงมั่นใจมากกว่า ไม่น่าจะมีเศษนิ้วติดไป สักพักป้าณีให้คนไปตามคนงานที่เกิดอุบัติเหตุมา ก็พบว่าเด็กนั้นมีแผลที่ปลายนิ้วจริง ๆ แต่แค่ปลายนิ้ว ไม่ใช่หนึ่งข้อตามที่เข่าว่า ป้าณีให้ความร่วมมืออย่างดีทุกเรื่อง รวมทั้งจะยอมให้ตรวจพิสูจน์ DNA ของเด็กคนงานเพื่อเทียบกับ DNA ของชิ้นเนื้อที่เจอในแฮมหลักฐานต่าง ๆ ถูกรวบรวมส่งพนักงานสอบสวน ขณะที่เข่ายังคงอยู่หน้าหนึ่งอีกหลายวัน

เวลาผ่านไป เหตุการณ์ก็จางลง จนกระทั่งถึงเวลาเย็นต่ออายุใบอนุญาต ป้าณีปล่อยให้ใบอนุญาตหมดอายุไป ฉันให้น้องไปตามก็ไม่พบโรงงานปิดเงียบ ไม่มีใครได้ข่าวอีกเลย เวลาผ่านไปเกือบสองปี จึงได้ข่าวว่า ศาลพิพากษาให้ป้าณีซึ่งเป็นผู้รับอนุญาตผลิตอาหาร ชำระค่าปรับเป็นเงิน

หนึ่งหมื่นบาท ส่วนโทษจำคุกรอลงอาญา ในข้อหาฝ่าฝืน มาตรา ๒๕ (๑) ผลิตอาหารไม่บริสุทธิ์ เพราะมีสิ่งที่น่าจะเป็นอันตรายแก่สุขภาพเจียบอยู่เนื่องจากผลชิ้นเนื้อที่เจอในแฮมตรงกันกับคนงานที่เกิดอุบัติเหตุ ทำให้ป้าณีต้องยอมรับผลการตัดสินของความผิดที่ไม่ได้ตั้งใจ

เรื่องราวของแฮมชื่อดังในอดีต ยังเป็นเรื่องที่ถูกพูดถึงอยู่เสมอ ทุกคนก็ยังระลึกถึงแฮมป้าณี และอยากจะเห็นป้าณีกลับมาเข้มแข็งอีกครั้ง

เช้าวันนี้อากาศสดชื่น กลิ่นกาแฟหอมกรุ่นเข้ามา เสียงน้องหรีง “หัวหน้าคะ รีบผ่านแฟ้มให้หน่อยนะคะ” มีใบอนุญาตสำคัญ รอพิจารณาอยู่ ใจฉันจดจ่อ เมื่อเปิดแฟ้มเห็นชื่อที่เคยคิดถึง “ด้วย นางปราณี สุพรรณรัช (นามสมมุติ) ยื่นความประสงค์จะผลิตอาหาร ประเภทอาหารที่ผลิต “แฮม” พนักงานเจ้าหน้าที่ตาม พรบ.อาหาร พ.ศ. ๒๕๒๒ ได้ตรวจสอบคำขอ เอกสารและตรวจสอบสถานที่ผลิตแล้ว ผ่านมาตรฐาน GMP จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาต” ฉันอ่านจบพร้อมรอยยิ้มอย่างมีความหวังว่าจะได้ชิมแฮมรสชาติที่คุ้นเคยอีกครั้ง



หากเจอกันครั้งที่ 3 ฉันคงต้องเพิ่มน้ำหนัก

ภญ.มิ่งขวัญ ธนเศรษฐกร

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

วันที่ฝนตกกระหน่ำราวกับฟ้าร้อง ฉันต้องนั่งรถเดินทางจากอำเภอหนึ่งไปยังอีกอำเภอหนึ่ง เพื่อไปทำภารกิจลับ ซึ่งปกติแล้วหากใช้ทางเลี่ยงตัวเมืองในการเดินทางโดยรถยนต์คงใช้เวลาไม่เกินหนึ่งชั่วโมง แต่ในวันนั้นกลับพบว่าเส้นทางดังกล่าวรถแทบจะไม่ยับเขยื้อนออกจากตัวเมืองได้เลยต้องใช้เวลาก่อหนึ่งชั่วโมงกว่าจะถึงช่องทางเปลี่ยนการเดินรถได้ เพื่อกลับไปวิ่งเส้นทางหลักสายเก่า ที่จะทำให้ไปถึงเป้าหมายดังที่ตั้งใจไว้ เนื่องจากบนถนนข้างหน้ามีน้ำท่วมขังจนรถไม่สามารถขับต่อไปได้อีก ถึงแม้แผนการเดินทางจะต้องเปลี่ยน แต่ก็ทำให้ถึงเป้าหมายได้เหมือนกัน

ในที่สุดก็ถึงที่นัดหมายไว้ เภสัชกรผู้หญิงตัวไม่เล็กไม่ใหญ่มากตามมาตรฐานหญิงไทย ทำหน้าที่รับผิดชอบงานร้องเรียน ดำเนินคดี และเปรียบเทียบปรับเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ ประจำกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค และเภสัชสาธารณสุข เป็นครั้งแรกที่ฉันไปถึงช้ากว่าทีมตำรวจ และเป็นครั้งแรกที่จะได้ร่วมงานกับสารวัตรคนใหม่ แต่ในทีมตำรวจนั้นยังคงมีพี่ ๆ บางคนที่เคยร่วมงานกันมาก่อน ทำให้ยังคงรู้สึกอุ่นใจที่เรายังคงได้เจอกัน เพื่อมาปฏิบัติการกิจลับร่วมกันอีกในวันนี้

ภารกิจที่วานี้ คือ การร่วมกันวางแผน ล่อซื้อ จับกุมการใช้แพทย์ปลอมในคลินิกที่ได้รับอนุญาต ให้เปิดรักษาผู้ป่วยอย่างถูกต้อง แต่ภายหลังกลับมีการให้บุคคลอื่นที่ไม่ใช่แพทย์มาทำการตรวจรักษาแทนแพทย์จริง จำนวน 2 แห่ง พวกเราชาวเภสัชกรจึงถูกแบ่งออกเป็น 3 ทีม โดยทีมของฉันประกอบด้วยฉัน และน้องเภสัชกรชาย ทำงานอยู่ในโรงพยาบาลชุมชนประจำอำเภอนั้น เป็นทีมที่เข้าจุดที่ 1 พร้อมกับพี่ตำรวจอีก 3 นาย ซึ่งพี่ตำรวจนายหนึ่งยินดีจะเป็นสายลับให้ ส่วนอีกทีมหนึ่งเข้าจุดที่ 2 โดยทีมนี้เภสัชกรจะทำหน้าที่เป็นสายลับเอง แล้วเราก็แยกย้ายไปปฏิบัติการกิจ

เมื่อฉันไปถึงเป้าหมายซึ่งเป็นคลินิกโรคทั่วไปที่ตั้งอยู่ในอาคารพาณิชย์ห้องที่สองนับจากทางซ้ายมือเข้ามา คลินิกแห่งนี้มีการติดกล้องวงจรปิดไว้ทั้งด้านหน้าและด้านหลัง และมีที่จอดรถอยู่ด้านข้างตัวตึกด้านซ้าย ส่วนอีกด้านเป็นทางตัน จากนั้นได้ปล่อยสายลับเข้าไปตรวจรักษาและขอใบรับรองแพทย์ออกมา สายลับได้เข้าไปตรวจนานประมาณ 15 นาที ก็ออกมาหาฉันในรถที่จอดซุ่มอยู่บริเวณนั้นพร้อมถุงยาและใบรับรองแพทย์ พร้อมกับเล่าให้ฟังว่าคนที่เข้าหามีลักษณะเป็นผู้ชายมีอายุเป็นผู้ตรวจให้ ถ้าหากเข้าไปตอนนี้คือคนที่กำลังนั่งรับประทานอาหารอยู่ด้านข้างหน้าห้องตรวจ ถัดไปจากเคาน์เตอร์จ่ายยาซึ่งมีเด็กผู้ชายผิวคล้ำประจำอยู่ทำหน้าที่เป็นผู้จ่ายยาและเก็บเงิน



หลังจากได้ข้อมูลจากสายลับเรียบร้อยแล้ว ก็ให้พี่สายลับรออยู่ในรถ พร้อมกับคอยช่วยสังเกตการณ์ทางด้านหลังตึกไว้ ส่วนพวกเราที่เหลือ 4 คน ก็เดินเข้าไปในคลินิก แล้วแสดงตัวขอตรวจสอบ โดยพบเด็กผู้ชายที่บริเวณจ่ายยา และเก็บเงิน ถัดจากบริเวณแรกเข้ามาจะพบชายสูงวัยคนหนึ่งที่กำลังรับประทานอาหารอยู่ตรงตามพี่สายลับเล่าเมื่อสายตาฉันได้สบตาพี่สายตาของหมอปลอม ชายคนนั้นสามารถเข้าใจได้ในทันทีว่าฉันต้องการอะไร ฉันจึงพูดสั้น ๆ ว่า “ขอเชิญเข้าห้องตรวจค่ะ” ผู้ต้องหาจึงหยุดรับประทานข้าวทันที และเดินคอดกเข้าห้องตรวจอย่างว่าง่าย

นี่ไม่ใช่การพบกันครั้งแรก ย้อนกลับไปเมื่อไม่กี่เดือนก่อนหน้านี้ ในเหตุการณ์ที่คล้ายกันนี้ ฉันได้พบชายสูงวัยคนหนึ่งนั่งตรวจแทนแพทย์ที่คลินิกแห่งหนึ่ง จึงได้ดำเนินการแจ้งความผิดให้เจ้าหน้าที่ตำรวจจับกุม พร้อมได้มีโอกาสซักถามพูดคุยกับชายคนนั้นอยู่นาน ซึ่งก่อนจากกันในครั้งนี้ ฉันได้ขอร้องและหวังว่าเราจะได้พบกันอีก

แต่คำขอร้องและคำภาวนาในใจฉัน ไม่เป็นผล ฉันจึงมาพบกับเขาอีกครั้ง ฉันได้เรียกพี่ตำรวจนายหนึ่งเดินเข้าไปในห้องตรวจพร้อมกับฉัน ซึ่งชายสูงวัยดังกล่าวได้เดินเข้าไปยืนรออยู่ก่อนแล้ว ฉันจึงขอให้ช่วยหยิบใบรับรองแพทย์ออกมา ชายสูงวัยก็ค่อย ๆ เอื้อมมือไปเปิดลิ้นชักด้วยมือที่สั่นเทา แล้วค่อย ๆ หยิบใบรับรองแพทย์ออกมาแต่โดยดี เมื่อพี่ตำรวจเห็นดังนั้นก็คลายใจปล่อยฉันทิ้งไว้เพียงลำพังกับชายสูงวัย เพื่อที่จะเดินออกไปช่วยดูยาและเงินของกลางบริเวณเคาน์เตอร์ต่อ

ฉันสังเกตว่าชายสูงวัยมีท่าทีที่อึดอัด หน้าซีด และคอดกอยู่ตลอดเวลา ฉันจึงถามว่า “พี่ทราบไหมคะว่าจะเจออะไร” ชายสูงวัยก็พยักหน้า และพยายามค่อย ๆ ขยับตัวไปทางโซนด้านหลัง ซึ่งฉันสังเกตเห็นว่าโซนด้านหลังนั้นเป็นห้องครัว และมีหน้าต่างบานเลื่อนใบใหญ่อยู่ ฉันจึงตะโกนเรียกพี่ตำรวจ แต่เสียงฉันคงเบาเกินไป เพราะพี่ตำรวจไม่ตอบสนองต่อเสียงเรียกของฉัน ชายคนนั้นก็เงยหน้ามองฉันนิดหนึ่งก่อนที่จะขยับตัวต่อ ฉันสังเกตที่จะตามเข้าไปอย่างกระชั้นชิด แต่ ณ เวลานั้น ชายสูงวัยไม่สังเกตที่จะหยุดเคลื่อนไหวตัวต่อและกำลังจะถึงประตูด้านหลัง ฉันจึงตะโกนเรียกพี่ตำรวจอีกครั้งหนึ่ง แต่ทุกอย่างก็ดูนิ่งเงียบ ชายคนนั้นได้หันกลับมาดูฉันอีกทีพร้อมกับโค้งศีรษะให้ฉันเล็กน้อย แล้วหันหลังกลับ

ทันใดนั้น หมอปลอมเตรียมกระโดดหน้าต่าง วินาทีนั้นฉันตัดสินใจพุ่งตัวตามเข้าไปถึงแม้จะเป็นห้องครัว และมีมีดวางอยู่ สิ่งที่ฉันคว้าได้เป็นเพียงแค่เข็มขัดด้านหลังของเขา แต่ก็คว้าได้เพียงชั่วระยะเวลาสั้นๆ ไม่กี่วินาทีก็ต้องปล่อย เพราะฉันไม่สามารถสู้กับแรงกระโดดพร้อมกับแรงโน้มถ่วงของโลกได้ จึงเปลี่ยนเป็นหยิบมือถือในกระเป๋า มาอัคคิปปิวดิโอ เพื่อบันทึกภาพพร้อมเสียงขณะที่ผู้ต้องหากำลังหลบหนี โดยใช้รถยนต์เป็นพาหนะ พร้อมอ่านทะเบียนรถเก็บเสียงไว้ด้วยเพื่อความชัดเจนยิ่งขึ้น วินาทีที่ผู้หลบหนีกำลังถอยรถ ก็เป็นจังหวะเดียวกับที่พี่ตำรวจวิ่งมาถึงและกระโดดหน้าต่างตามไป ชายสูงวัยน่าจะสติกระเจิงแล้วเพราะถอยรถไปชนรถคันหนึ่งที่จอดไว้อยู่ ฉันจึงตะโกนห้าม



พี่ตำรวจที่พี่กระโดดตามผู้ต้องหาไปทางหน้าต่างว่า “ระวังเขานะ” ด้วยความเป็นห่วงอันตรายของเพื่อนร่วมทีม และเขาก็หนีไปได้

จากนั้นพวกเราจึงรวบรวมพยานหลักฐานที่เหลืกลับไประวมตัวกันกับอีกทีมเพื่อทำบันทึกจับกุม ระหว่างทางที่อยู่บนรถ พี่ตำรวจที่เป็นสายลับที่คอยเฝ้าระวังทางด้านหลังของคลินิกก็เล่าว่า พี่เขาพยายามขวางแล้ว แต่ไม่ตัดสินใจจับรถชนให้หยุด เพราะคิดว่าจะเกิดความเสียหายเกินไป ได้ไม่คุ้มเสีย ฉันเลยบอกไปว่าไม่เป็นไรค่ะ ส่วนพี่ที่ช่วยเข้าไปในคลินิกก็มีสีหน้ากังวล เมื่อถึงที่นัดหมายรวมตัวในตอนแรกพี่เค้าก็รายงานให้ผู้บังคับบัญชาทราบ แล้วกลับมานั่งพักเอามือที่หน้าผาก ฉันจึงตัดสินใจพูดว่า “ไม่เป็นไรค่ะ ทราบชื่อนามสกุล และเลขบัตรประชาชนค่ะ เราเคยเจอกันแล้วครั้งหนึ่ง เตี้ยๆ ค่อยให้ร้อยเวรออกหมายเรียกเอาค่ะ”

หลังจากนั้น ฉันก็มาเล่าเหตุการณ์ดังกล่าวให้พี่ ๆ เภสัชกรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทราบ เพื่อวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้น พร้อมแนวทางแก้ไข ฉันได้ข้อสรุปพร้อมข้อเสนอแนะว่า เราควรวางแผนการจับกุมให้ดี ไม่ควรปล่อยให้ผู้หญิงตัวเล็ก ๆ อยู่กับผู้ต้องหาเพียงลำพัง หากวันนั้นเขาไม่มีทางหนี และมีอาวุธ อาจหันกลับมาสู้หรือทำร้ายเราได้ หรือหากเกิดเหตุการณ์แบบนี้ขึ้นอีก ปัจจัยภายนอกเราควบคุมได้ยากเราควรเป็นที่พึ่งแห่งตน จะไปเพะกะล้ามรีก็คงต้องใช้เวลา ทางที่ง่ายที่สุดและเร็ว คือ ฉันควรไปเพิ่มน้ำหนักแข่งกับแรงกระโดดพร้อมกับแรงโน้มถ่วงของโลกจะดีกว่า หลังจากผ่านเหตุการณ์คับขัน กลับกลายเป็นเรื่องราวขำขัน เรียกเสียงหัวเราะไปได้อย่างไม่น่าเชื่อ

ชมรมเภสัชสาธารณสุขจังหวัดแห่งประเทศไทย
3/38 ถ.บายพาส-ทุ่งมน อ.เมือง จ.กาฬสินธุ์ 46000

เบอร์โทรศัพท์ : 089-8427177

