



ชมรมเภสัชสารารณสูงจังหวัดแห่งประเทศไทย

วารสาร

การคุ้มครองผู้บริโภค
ด้านสุขภาพ (Online)

JOURNAL OF HEALTH CONSUMER PROTECTION (Online)



ปีที่ 2 ฉบับที่ 2
กรกฎาคม - ธันวาคม 2565
Vol.2 No.2
July - December 2022

ISSN: 2773-8647 (Online)



ที่ปรึกษา

เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา

นายกสภาเภสัชกรรม

นายกสมาคมเภสัชสาธารณสุขจังหวัดแห่งประเทศไทย

บรรณาธิการที่ปรึกษา

รศ.ดร.ภญ.วรรณมา 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

รศ.ดร.ภก.ภานุพงศ์ พุทธิรักษ์

ผศ.ดร.ภก.บุญส่ง หวังสินทวีกุล

ดร.ภญ.ภควิทย์ ศรีภิรมย์

ดร.ภญ.สรียา เวชวิฐาน

ดร.สาธิต อินทร์เจริญ

ภก.ภานุโชติ ทองยัง

ภญ.มัลลิกา สุพล

ภก.สุกัญญา ประเสริฐสุข

ภญ.วนิษา สุประดิษฐ์อาภรณ์

ภญ.อังศุรัตน์ ยิ้มละมัย

ภญ.น้ำทิพย์ มุมมาลา

ภญ.นันทินี วัฒนวรานันต์

ภก.ราชัน คงชุม

ภก.วันชัย นนทกิจไพศาล

ภญ.รุ่งนภา กงวงษ์

ภญ.ฐิติพร อินทร

มหาวิทยาลัยนเรศวร

บรรณาธิการ

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

มหาวิทยาลัยสารคาม

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง

โรงพยาบาลวารินชำราบ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ



ผู้กลั่นกรองและประเมินบทความวิจัย (Peer review)

ภก.ประสาท ลิ้มคุลย์	ข้าราชการบำนาญ
ผศ.ดร.ภญ.ณัฐฐิญา คำผล	มหาวิทยาลัยศิลปากร
ผศ.ดร.ภญ.นันทวรรณ กิติกรณากรณ์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ผศ.ดร.อารีย์ บุตรสอน	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ดร.ภญ.ภัทรวดี ศรีคุณ	มหาวิทยาลัยบูรพา
ดร.อนุวัฒน์ วัฒนพิชญากุล	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ภก.ชัยวัฒน์ สิงห์หิรัญนุสรณ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท
ภญ.กนกพร ชนะคำ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์
ภญ.มัลลิกา สุกพล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
ภญ.กนกพร วัฒนณีนสิน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น



บทบรรณาธิการ

วารสารวิชาการฉบับนี้ คือฉบับที่ 2 ปีที่ 2 รวมแล้วถือว่าเป็นฉบับที่ 4 ของทีมงานชมรมเภสัชสาธารณสุขจังหวัดแห่งประเทศไทย ที่ยังคงมีความมุ่งมั่นตั้งใจ ในการพัฒนาคุณภาพงานวิชาการ งานวิจัย ความรู้ต่าง ๆ จากการทำงานด้านคุ้มครองผู้บริโภคเพื่อเป็นแนวทางในการทำงานให้กับผู้อ่านได้อย่างแท้จริง จัดทำเป็นวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ เพื่อใช้เป็นสื่อกลาง ในการเผยแพร่ผลงาน ของนักวิชาการ ภาครัฐ องค์กรเอกชน และประชาชน รับผิดชอบต่อคุณภาพ ในด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ บริการสุขภาพและการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านอื่น ๆ กองบรรณาธิการคัดสรรเรื่องเพื่อการนำเสนอที่น่าสนใจ และพร้อมจะปฏิบัติหน้าที่ อย่างสุดความสามารถเพื่อให้ผู้อ่านได้รับประโยชน์อย่างสูงสุด เนื้อหาในฉบับนี้ยังคงมีความเข้มข้นและมุ่งเน้นเนื้อหาสาระของบทความที่เป็นปัจจุบัน ประกอบไปด้วยเนื้อหาหลัก 5 ส่วน ได้แก่ 1.บทเรียนการทำงาน (Lesson Learned) เรื่อง บทเรียนจากการทำงานการจัดการยา ไม่เหมาะสมในชุมชนภายใต้เครือข่ายเข้มแข็งคือแรงส่งเสริมอันทรงพลัง 2.บทความวิชาการ (Academic Article) เรื่อง การสร้างความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ 3.บทความวิจัย (Research Article) จำนวน 7 เรื่อง 4.เกร็ดกฎหมาย (Law Anecdote) เรื่อง การควบคุมและการใช้ประโยชน์จากกัญชาในประเทศไทย และ 5.เรื่องเล่าชาวฟาร์ (Narrative pharmacy) จำนวน 3 เรื่อง ได้แก่ เรื่อง “ไม่เห็นเกี่ยวกับเราเลย” เรื่อง “ครั้งแรกกับสถานพยาบาลเถื่อน” และเรื่อง “...ความสุข...ความภาคภูมิใจ..ในหน้าที่...”

หวังเป็นอย่างยิ่งว่าวารสารที่ทีมงานของเราได้จัดทำขึ้นด้วยความมุ่งมั่นตั้งใจครั้งนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อพี่น้องชาวคุ้มครองผู้บริโภค และเรายังคงยึดมั่นว่าจะคัดสรรเนื้อหาผลงานทางวิชาการที่เป็นปัจจุบันและเป็นประโยชน์ต่อท่านผู้อ่านทุกท่านอย่างเต็มที่ในฉบับต่อไป

เภสัชกรกฤษ โชติการณ

ประธานชมรมเภสัชสาธารณสุขจังหวัดแห่งประเทศไทย



บทบรรณาธิการ (Editorial Note)

กฤษ โขติการณ

บทเรียนการทำงาน (Lesson Learned)

บทเรียนจากการทำงานการจัดการยาไม่เหมาะสมในชุมชน
ภายใต้เครือข่ายเข้มแข็งคือแรงส่งเสริมอันทรงพลัง

1-10

จันทร์จรรย์ ดอกบัว

บทความวิชาการ (Review Article)

การสร้างความรู้รอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

11-18

คชาพล นิมิตเดช

บทความวิจัย (Research Article)

การจัดการความเสี่ยงจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในผักและผลไม้สด
ณ แหล่งผลิตและจำหน่าย จังหวัดอุดรธานี

19-32

Risk Management of Pesticides in Fresh Fruits and Vegetables
at Production and Distribution Sites in Udon Thani Province

ศุทธิณี เหลือวงศ์, เสกสรร ชันศรีมันต์

การพยากรณ์แนวโน้มการเกิดเรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ
ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

33-45

Forecasting Trends of Health Product Complaints
in the Northeastern Region of Thailand

ชยพล สีนวรัตน์

การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการเรื่องร้องเรียน

46-58

ในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

Development of a Complaint Management Model

in the Situation of the COVID-19 Pandemic Samut Prakan Provincial Public Health Office

รังสรรค์ วงษ์บุญหนัก

การพัฒนารากฐานวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อมด้านเครื่องสำอาง

59-80

ในจังหวัดสงขลาสู่มาตรฐานสากล

The Foundation Improvement of Small and Medium Cosmetic Manufacturing Facilities
in Songkhla Province to International Standard

วิไลวรรณ สาครินทร์, อารยา ส่องศรี, ดุริพัธ แจ่มใจ



**การประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานกัญชาทางการแพทย์และพืชเศรษฐกิจ
ในพื้นที่จังหวัดอำนาจเจริญ**

81-98

Assessment the Outcomes of Medical Cannabis and Economic Crops
in the Area of Amnat Charoen Province

ชยพล สีนวรัตน์

**ผลของกระบวนการ Medication Reconciliation ต่อความปลอดภัยในการใช้ยา
ของผู้ป่วยในตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ**

99-110

The Effect of Medication Reconciliation for Patient's Safety in an Inpatient Unit
of Phayu Hospital in Phayu District, Sisaket Province

กฤษฎา จักรไชย, ประเสริฐ ประสมรักษ์

**การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อผลการประเมินร้านขายยาในจังหวัดเพชรบุรี
ตามเกณฑ์วิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน**

111-125

A Study of Factors Affecting Drug Store Assessment Results in
Phetchaburi Province Based on Good pharmacy practice

พงศ์พิสิฐ นานานุกูล

เกร็ดกฎหมาย (Law Anecdote)

การควบคุมและการใช้ประโยชน์จากกัญชาในประเทศไทย

126-129

Controllation and Utilization from Cannabis in Thailand

ราชัน คงชุม

เรื่องเล่าชาวฟาร์ (Narrative Pharmacy)

ไม่เห็นเกี่ยวกับเราเลย

130-132

จันทร์จรัส จงสุขวิโรจน์

เรื่องเล่าชาว คบ. “ครั้งแรกกับสถานพยาบาลเถื่อน”

133-136

วิศรุต ศิริลำปาง

“...ความสุข...ความภาคภูมิใจ..ในหน้าที่...”

137-139

ธนาภณ ผ่องใส

บทเรียนจากการทำงานการจัดการยาไม่เหมาะสมในชุมชน ภายใต้เครือข่ายเข้มแข็งคือแรงส่งเสริมอันทรงพลัง

จันทร์จรรย์ ดอกบัว

พชอ.ปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ

ผลิตภัณฑ์สุขภาพส่วนใหญ่เป็นผลิตภัณฑ์ที่เราใช้อยู่ในชีวิตประจำวัน ได้แก่ ยา อาหาร เครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์และวัตถุอันตรายที่ใช้ในบ้านเรือน ผลิตภัณฑ์เหล่านี้หากใช้ไม่ถูกต้องเหมาะสม อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ จึงมีกฎหมายของแต่ละผลิตภัณฑ์ออกมาบังคับใช้ เพื่อให้มีการดำเนินการให้เป็นไปตามกฎหมาย เช่น กฎหมายว่าด้วยยา อาหาร เครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์ และวัตถุอันตราย เป็นต้น การคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ เป็นการดำเนินการเพื่อให้ประชาชนได้บริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีคุณภาพปลอดภัยและสมประโยชน์ โดยมีเป้าหมายสูงสุดให้ ประชาชนปลอดภัย เพื่อมุ่งสู่สังคมสุขภาพดี สำหรับในส่วน ของต้นน้ำและกลางน้ำนั้นมีการออกกฎหมาย ได้แก่ พระราชบัญญัติ กฎกระทรวง ประกาศกระทรวงสาธารณสุข กฎระเบียบต่าง ๆ เพื่อใช้บังคับ และมีการปรับปรุงให้เหมาะสมหรือสอดคล้องกับสภาพปัญหาหรือสถานการณ์ รวมทั้งพัฒนาระบบและกลไกต่าง ๆ เพื่อให้มีการบังคับใช้กฎหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการกำกับดูแล ก่อนผลิตภัณฑ์ออกสู่ท้องตลาด (Pre-marketing) ตัวอย่างเช่น การรับขึ้นทะเบียนตำรับยา อาหาร เครื่องมือ แพทย์ วัตถุอันตรายที่ใช้ในบ้านเรือน การรับจดทะเบียนหรือแจ้งรายละเอียดอาหาร เครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์ วัตถุอันตรายที่ใช้ในบ้านเรือน ซึ่งก่อนที่จะอนุญาตให้ผลิตหรือนำเข้าเพื่อขายต้องผ่านการกลั่นกรองด้วยความ ปลอดภัยและประสิทธิผลของผลิตภัณฑ์นั้นโดยผู้ทรงคุณวุฒิ รวมถึงความถูกต้องเหมาะสมของการแสดงข้อมูล บนฉลากด้วย นอกจากนี้ การโฆษณา ยา อาหาร เครื่องมือแพทย์ ก็ต้องได้รับอนุญาตก่อนเช่นกัน และมีการกำกับ ดูแลหลังผลิตภัณฑ์ออกสู่ท้องตลาด (Post-marketing) เป็นการเฝ้าระวัง และตรวจสอบคุณภาพมาตรฐาน ของผลิตภัณฑ์ สถานประกอบการรวมถึงการโฆษณา และผลอันไม่พึงประสงค์ของผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ ตลอดจนการ ติดตามหรือเฝ้าระวังข้อมูลข่าวสารด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพจากภายในและภายนอกประเทศด้วย ส่วนของปลายน้ำ มีการพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการให้ได้มาตรฐาน มีการประกอบการเป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด ผลิตหรือนำเข้าผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีคุณภาพได้มาตรฐานและปลอดภัย และมีการพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค ให้รู้เท่า รู้ทัน รู้ป้องกันไม่ให้เกิดเป็นเหยื่อการโฆษณา หรือระบบการขายตรง หรือการโอ้อวดสรรพคุณเกินจริง สามารถเลือกซื้อ เลือกใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างถูกต้อง มีพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสม และรู้จักรักษาสិทธิผู้บริโภค โดยการร้องเรียนเมื่อพบปัญหา

อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่สามารถดำเนินการได้สำเร็จด้วยองค์กรเพียงองค์กรเดียว ดังนั้นภาคีเครือข่ายจึงเป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยให้การคุ้มครองผู้บริโภคประสบผลสำเร็จ โดยคำนึงถึงหลักการที่ว่าทุกคนต้องสร้างภูมิคุ้มกันเพื่อคุ้มครองตนเองเป็นอันดับแรก และร่วมมือกับเครือข่ายเพื่อให้เกิดพลังสังคมที่เข้มแข็ง สามารถกำหนดมาตรการทางสังคม ร่วมกันตรวจสอบ เฝ้าระวัง เพื่อลด ขจัด และป้องกันปัญหาที่เกิดจากการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ นอกจากนี้ต้องมีภาคส่วนอื่น ๆ มาร่วมกันขับเคลื่อนกิจกรรมในการคุ้มครองผู้บริโภคให้บรรลุเป้าหมายสูงสุดเพื่อให้การคุ้มครองผู้บริโภคบรรลุผลต่อไป

ส่วนการจัดการปัญหาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมแบบชุมชนมีส่วนร่วม โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้นำระดับท้องถิ่น รวมทั้งภาคีเครือข่ายจากทุกภาคส่วนช่วยขับเคลื่อน และคอยให้คำแนะนำ เป็นการกระตุ้นให้ทุกคนเข้าใจ ประเด็นปัญหาดังกล่าวนั้นเป็นปัญหาที่กระทบต่อตน และชุมชน มีการคืนข้อมูลผลกระทบต่าง ๆ สู่ชุมชน ซึ่งเป็นผลกระทบต่อทั้งสุขภาพและเศรษฐกิจ ความเป็นอยู่ ดังนั้นการแก้ไขหรือกำจัดปัญหาจะต้องทำโดยชุมชนเองโดยชุมชนและเพื่อชุมชนเป็นสำคัญ นอกจากนี้จากการดำเนินกิจกรรมดังกล่าวทำให้เห็นได้ว่าภาคีเครือข่ายนั้นสำคัญ และการนำประเด็นปัญหาในเรื่องดังกล่าวเข้าสู่เวทีต่าง ๆ ในระดับอำเภอ ระดับจังหวัด ระดับเขต ระดับภาค และระดับประเทศโดยที่ผู้ใหญ่ได้รับรู้ถึงผลกระทบ ความรุนแรงของปัญหา มีฐานข้อมูลต่าง ๆ

ชัดเจนนั้น จะทำให้การดำเนินการในการจัดการปัญหาที่ทีมงานไม่สามารถจัดการได้เนื่องจากอยู่ในพื้นที่ ทำให้ปัญหาบางอย่างคลี่คลายไปในทางที่ดี คนทำงานก็จะสำราญ งานก็จะสำเร็จ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยพยายามก้าวเข้าสู่ประเทศอุตสาหกรรมใหม่ ประเทศจึงมีนโยบายที่จะขับเคลื่อนระบบเศรษฐกิจและอุตสาหกรรมให้ก้าวหน้า แต่ในขณะเดียวกันสิ่งหนึ่งที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการกำหนดทิศทางประเทศหลงลืมไป คือ พื้นที่ชุมชนชนบทที่ห่างไกลความเจริญหาเข้ากินค่า พื้นที่ที่ยังเข้าไม่ถึงข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ รวมถึงการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง อันส่งผลให้เกิดความเข้าใจที่ทั้งถูกและผิดปะปนกัน ส่งผลต่อระบบสุขภาพของคนในชุมชน

การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ส่งผลให้ยาหรือผลิตภัณฑ์เหล่านั้นเปรียบกับ “ดาบสองคม” ที่เกิดประโยชน์ในทางการบำบัดรักษา หากนำมาใช้อย่างถูกต้องเหมาะสม ในขณะเดียวกันก็พร้อมที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพหากนำไปใช้อย่างไม่ถูกต้องเหมาะสม ตัวอย่างที่พบบ่อย ๆ ในชุมชน คือ “การบริหารยาปฏิชีวนะ” โดยส่วนใหญ่พบว่ายังขาดความรู้ความเข้าใจในการรับประทานยา ซึ่งกินเองจากร้านขายของชำในชุมชนแบบปากต่อปาก หลังจากรับประทานแล้วอาการเจ็บป่วยหายหรือบรรเทาลงก็หยุดรับประทาน ทำให้ได้รับยาไม่ครบตามระยะเวลาที่ควรได้ ส่งผลให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเชื้อดื้อยา นอกจากนั้นยังมี

ความเข้าใจว่าซื้อการค้าที่เรียกแตกต่างกัน บรรจุภัณฑ์แตกต่างกัน รูปร่างลักษณะภายนอกของยาหรือผลิตภัณฑ์ที่แตกต่างกัน ย่อมไม่ใช่ยาตัวเดียวกันแน่นอน ซึ่งในความเป็นจริงแม้ซื้อการค้าแตกต่างกัน บรรจุภัณฑ์และลักษณะภายนอกแตกต่างกัน แต่ตัวยาสสำคัญในการออกฤทธิ์นั้นอาจเป็นยาตัวเดียวกันและออกฤทธิ์ทางการรักษาแบบเดียวกัน จากความเข้าใจผิดดังกล่าวนี้ อาจส่งผลให้กรณีที่ใช้เคยแพ้ยามาก่อนเกิดการกลับมาแพ้ซ้ำได้ โดยการแพ้ซ้ำมักจะเกิดแบบรวดเร็วและความรุนแรงของการแพ้ก็มากขึ้นกว่าเดิมที่เคยเป็นมาก่อน

นอกจากนั้นการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพแบบถูก ๆ ผิด ๆ ยังเป็นก่อให้เกิดช่องโหว่ที่เอื้อต่อกลุ่มมีฉ้อฉลบางกลุ่มเข้ามาแสวงหาผลประโยชน์อันมิชอบกับประชาชน โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยแบบเรื้อรัง ที่อยู่ในเขตพื้นที่ห่างไกลความเจริญต่อการรับบริการด้านสุขภาพ กลุ่มมีฉ้อฉลจะมาในรูปแบบต่าง ๆ มากมาย ไม่ว่าจะเป็นการโฆษณาผ่านคลื่นวิทยุชุมชน รถเร่ที่มีสัตว์มาแสดง รถเร่ที่มีภาพยนตร์มาฉาย แล้วแอบแฝงด้วยการโฆษณาผลิตภัณฑ์ที่อวดอ้างสรรพคุณมากล้นเหลือร่วมกับโปรโมชันผ่อนชำระ ลดแลกแจกแถม ที่เฝ้าชวนใจกระตุ้นให้คนแห่เข้ามาซื้อผลิตภัณฑ์ไปใช้ ที่พบมากในชุมชน คือ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ยาแผนโบราณ ยาประดง ที่มีการตรวจพบสารสเตียรอยด์ปลอมปนในผลิตภัณฑ์ กลุ่มมีฉ้อฉลแสวงหาผลประโยชน์โดยวิธีการนำเอาสารสเตียรอยด์ปลอมปนในผลิตภัณฑ์ แล้วอาศัยการออกฤทธิ์ทางคลินิก

ในการลดการปวด ทำให้คนสูงอายุ คนทำงานหนัก คนเป็นโรคไขข้ออักเสบแบบเรื้อรัง เกิดภาวะติดสารสเตียรอยด์ที่ปลอมปนในผลิตภัณฑ์ แม้ว่าในช่วงแรกที่ได้รับประทานจะรู้สึกหายปวดเมื่อย มีเรี่ยวมีแรง กินข้าวได้มากขึ้นกินอร่อยขึ้น และหลับสบายก็ตาม ทว่าหากรับประทานติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน จะพบว่าแขนขาเริ่มบวม หน้าจะบวมกลมคล้ายพระจันทร์เต็มดวง มีโหนกขึ้นบริเวณหลังคอ คล้ายวัวควาย ปวดเมื่อยกระดูกและกล้ามเนื้อ ตรวจพบการทำงานของตับหรือไตผิดปกติ เกิดแผลในกระเพาะอาหาร อาการเจ็บป่วยเรื้อรังดังกล่าวอาจนำมาซึ่งความตายและการสูญเสียทรัพย์สินเกินความจำเป็น ที่เลวร้ายไปกว่านั้น สำหรับผู้ป่วยที่ติดสเตียรอยด์ ไม่สามารถเลิกรับประทานผลิตภัณฑ์ดังกล่าวได้ จำเป็นจะต้องเข้ารับการรักษากับแพทย์อย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง

ในการดำเนินงานครั้งนี้มีการกำหนดวัตถุประสงค์ไว้สองประการคือ เพื่อให้เกิดระบบกลไกการดูแลสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในชุมชน แบบยั่งยืนและเพื่อให้เกิดระบบและกลไกในการเฝ้าระวังยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมในชุมชน โดยมีวิธีการดำเนินการเริ่มจากการจัดตั้งคณะกรรมการในการทำงานโดยการมีส่วนร่วมทุกภาคฝ่ายแบบภาคีเครือข่าย กำหนดทิศทางการทำงาน โดยการจัดทำแผนปฏิบัติการประจำปีแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้มีมติในการดำเนินการเป็นไปในทิศทางอันหนึ่งอันเดียวกัน การจัดทำแผนการตรวจสอบเฝ้าระวังภัยของชุมชน เชิงรุกและรับ การจัดทำแผนให้การศึกษาชุมชน การสร้างความตื่นตัว รู้เท่าทัน ค้นหาปัญหา ความต้องการ

แก้ไขปัญหามิใช่ในชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชน สิ่งสำคัญคือการทำให้ทุกคนเห็นปัญหาที่เกิดขึ้น ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับส่วนรวม เป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นแล้วรุนแรง จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือกับทุกภาคฝ่ายในการแก้ไขหรือช่วยกันเฝ้าระวัง ป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นซ้ำ มีการเก็บรวมข้อมูลปัญหา หรือความต้องการในชุมชน เพื่อนำข้อมูลดังกล่าวไปพิจารณาในการแก้ไขปัญหามิใช่ในชุมชน หรือหาแนวทางในการพัฒนาในการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของชุมชน ในการนำเสนอต่อที่ประชุม ก่อนนำเสนอในเวทีการประชุมประจำเดือนของอำเภอ ระดมทุกภาคฝ่ายกระตุ้นภาคประชาชน ให้ตระหนักในเวทีประชุมประจำเดือนของอำเภอ เพื่อให้ตัวแทนที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นท่านนายอำเภอ ท่านผู้ใหญ่บ้าน อบต./อปท. ตัวแทนผู้ประกอบการ คณะครูอาจารย์ พระภิกษุสงฆ์ ฯลฯ เป็นต้น ได้นำประเด็นปัญหาหรือประเด็นที่ต้องพัฒนาไปแจ้งในพื้นที่ให้ทราบและปฏิบัติร่วมกัน การลงพื้นที่เพื่อสำรวจและเฝ้าระวัง ประธานเจ้าหน้าที่ตำรวจ ในกรณีที่จำเป็นต้องอาศัยอำนาจทางกฎหมาย ในการดำเนินการ การใช้สื่อในการประสานงานและการคืนข้อมูลสู่ชุมชน การจัดเวทีประชาคมสมัชชาสุขภาพพื้นที่เฉพาะประเด็น การพัฒนานโยบายสาธารณะของชุมชนในรูปแบบเทศบัญญัติ ข้อตกลงจัดการตนเองของชุมชน ฯลฯ การจัดทำมาตรการ การจัดการความเสี่ยงของชุมชน และการกำกับติดตาม สนับสนุนโดยทีมเครือข่าย และมีการสรุปผลการดำเนินงาน ถอดบทเรียนในแต่ละปี

ผลลัพธ์ที่ได้จากการทำงาน

- มีระบบกลไกในการเฝ้าระวังที่ชัดเจน ส่งผลให้เกิดการทำงานที่มีประสิทธิภาพ มีแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน อีกทั้งยังเกิดการพัฒนาระบบงานอย่างต่อเนื่อง เพราะสามารถค้นหาปัญหา หรือความต้องการของชุมชนได้ชัดเจน จึงสามารถที่จะแก้ไขจุดบกพร่องในการทำงานเชิงระบบได้ ขณะเดียวกันก็เสริมกลยุทธ์วิธีการที่เป็นจุดแข็ง ในการพัฒนางานได้ง่ายภายในบริบทของการมีส่วนร่วมในชุมชน ส่งผลให้เกิดระบบการดูแลสุขภาพองค์กรแบบยั่งยืน
- มีศูนย์เฝ้าระวังการใช้จ่ายหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพภายในชุมชนทั้งอำเภอที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม ส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่นต่อคนในชุมชน ในการเลือกซื้อหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพในการอุปโภคบริโภค
- เกิดองค์ความรู้ในชุมชน เนื่องจากศูนย์เฝ้าระวังฯ คอยให้คำปรึกษา เป็นแหล่งแลกเปลี่ยนเรียนรู้สำหรับคนในชุมชนให้คนในชุมชนได้ทราบข้อเท็จจริงที่ถูกต้อง ไม่หลงเชื่อในคำเชิญชวนหรือคำโฆษณาที่ผิด ๆ ไม่เป็นเหยื่อมิฉฉาพทางการค้า
- ประชาชนในชุมชนตื่นตัวให้ความสนใจ และใส่ใจในการใช้จ่ายหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพมากขึ้น กรณีมียาหรือผลิตภัณฑ์ที่ไม่คุ้นเคย ไม่เคยพบ มีคนมาบอกหรือมีการเชิญชวน ประชาชนจะสอบถามมายัง อสม. หรือเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์เฝ้าระวังฯ อย่างสม่ำเสมอ

- ความปลอดภัยในการเลือกซื้อยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชนมีมากขึ้น ชุมชนมียาที่เหมาะสมและถูกกฎหมาย

- ลดการเข้ามารับการรักษาภายในโรงพยาบาล หรือ รพ.สต. และลดการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน จากการใช้ยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม

- ลดค่าใช้จ่ายเกินความจำเป็น ส่งผลให้เศรษฐกิจภายในครัวเรือนดีขึ้น เนื่องจากไม่จำเป็นต้องซื้อยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เกินความจำเป็น เพราะมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องมากยิ่งขึ้น

- มีการขยายผลให้มีการจัดการยาอันตราย และยาไม่เหมาะสมในร้านชำทั้งอำเภอ โดยการดำเนินการประกาศเป็นนโยบายในระดับอำเภอ มีการทำบันทึกข้อตกลง MOU ระหว่างนายอำเภอ กับผู้ประกอบการทั้งอำเภอ โดยมีสื่อมวลชนเข้าร่วมในการจัดทำข่าว และอาศัยกลไกผ่านช่องทางผู้นำชุมชน กำนันผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) รวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่ตำรวจ และเครือข่ายสาธารณสุขทั้งหมดในการดำเนินการสร้างกลไกในการเฝ้าระวังและการจัดการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ

- ชุมชนเกิดภูมิคุ้มกันด้วยตัวของชุมชนเอง มีการจัดการแก้ไขปัญหารวดเร็วขยายยา มีการช่วยกันแจ้งเตือนภัยเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพให้กับชาวบ้านในชุมชนทราบและเลิกใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ และในบางหมู่บ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังตกเป็นเหยื่อ

ของธุรกิจขายตรงจนถึงแก่ความตาย ทำให้ชุมชนเกิดความอึดใจในการที่จะจัดการปัญหา ที่สำคัญคือเกิดภาคีเครือข่ายที่ช่วยกันดำเนินงานในกิจกรรมดังกล่าวในทุกระดับ มีการดำเนินงานตามแผนการตรวจสอบเฝ้าระวัง รวมทั้งการตั้งกฎกติกาของหมู่บ้าน ดำเนินการตามกฎดังกล่าว ส่งผลให้เป็นหมู่บ้านปลอดภัยไม่เหมาะสมและปลอดภัยร้อยได้มากที่สุด

- จากงานเฝ้าระวังฯ สู่การจัดการความเสี่ยงในชุมชนกรณีการโฆษณาโอ้อวดเกินจริงในผลิตภัณฑ์สุขภาพบางอย่าง โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้แทนจำหน่าย ซึ่งนับได้ว่าเป็นความท้าทายของพื้นที่ในการจัดการปัญหาเพื่อไม่ให้ประชาชนหลงเชื่อและตกเป็นเหยื่อของการโฆษณาการจัดการดังกล่าวต้องอาศัยความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายหลาย ๆ ภาคส่วน ส่งผลให้ในที่สุดผลิตภัณฑ์สุขภาพดังกล่าวหมดไปจากพื้นที่

- ผู้ประกอบการร้านชำ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยาอันตรายที่ห้ามขายในร้านชำ

- เกิด อสม.เชี่ยวชาญงาน คบส. และมีทักษะในการเป็นสายลับเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสมในชุมชน

- เกิดกฎของหมู่บ้าน แผนกิจกรรม แผนให้สุขศึกษา จากการลงพื้นที่ประชาคมหมู่บ้านนำร่องเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์ที่ไม่เหมาะสมในชุมชน

- เกิดบุคคลตัวอย่างที่สามารถเลิกยาชุดที่มีสเตียรอยด์ผสมได้ ปัจจุบันใช้ยาสมุนไพรคือ เถาวัลย์เปรียงแทน

บทเรียนที่ได้จากการทำงาน

ในการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาในงานคุ้มครองผู้บริโภคนั้น ควรดำเนินการโดยภาคีเครือข่ายความร่วมมือและบูรณาการงานกับหน่วยงานต่าง ๆ เครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพจึงควรเป็นภาคีเครือข่ายที่มาจากหลายภาคส่วนที่มุ่งเน้นให้แต่ละภาคส่วนที่เข้าร่วมเป็นเครือข่ายได้ใช้ความรู้ความสามารถและบทบาทอำนาจหน้าที่มาเสริมศักยภาพซึ่งกันและกัน เช่น อัยการ ตำรวจ สถานีศึกษา ฝ่ายปกครอง องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สื่อมวลชน องค์การภาคประชาชน ผู้ประกอบการ หน่วยงานสาธารณสุข และหน่วยงานอื่น ๆ ตามความเหมาะสมในแต่ละพื้นที่นั้น ๆ

การดำเนินงานในกระทรวงสาธารณสุขควรมีนโยบายพร้อมทั้งนำแนวทางลงไปสู่การปฏิบัติที่ชัดเจนทุกระดับ กล่าวคือจากกระทรวง ภาคเขตตรวจราชการจังหวัด อำเภอ จนถึงระดับชุมชน และขยายเครือข่ายการดำเนินงานไปสู่หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง กำหนดตัวชี้วัดที่จะติดตามประเมินผลงานอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งมีการนิเทศติดตามอย่างจริงจัง ทุกส่วนควรร่วมกันผลักดันให้บรรลุเป้าหมาย ปรับเปลี่ยนและเสริมส่วนที่ขาด มุ่งแก้ไขปัญหาเชิงระบบ โดยมีแนวทางการแก้ไขปัญหาตามระดับภารกิจที่เรียกว่า ดันน้ำ กลางน้ำ ปลายน้ำ โดยแนวทางการดำเนินงานเพื่อมุ่งไปสู่คุณลักษณะที่โดดเด่นของ ดันน้ำ กลางน้ำ และปลายน้ำ ดังนี้

1. “ดันน้ำ”

ดันน้ำ คือ เครือข่ายการดำเนินงาน

ระดับประเทศ โดยมีศูนย์กลางของเครือข่าย คือ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาและเครือข่ายความร่วมมือกับหน่วยงานอื่น ๆ ที่มีหน้าที่กำกับดูแลในเรื่องที่เกี่ยวข้อง ได้แก่หน่วยงานที่ดูแลมาตรฐานคุณภาพผลิตภัณฑ์ หน่วยงานที่ตรวจสอบยืนยันความปลอดภัยของยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ โรงงานผลิตอาหารและยา หน่วยงานที่กำกับดูแลสื่อวิทยุโทรทัศน์ เป็นต้น ข้อเสนอต่อการดำเนินงานระดับต้นน้ำ ดังนี้

1. กำหนดกฎเกณฑ์ที่รัดกุมในการขึ้นทะเบียนตำรับยา อาหาร เครื่องสำอาง การควบคุมโฆษณาที่จะกลั่นกรองยาและผลิตภัณฑ์ก่อนที่จะออกสู่ตลาด มีการทบทวนเกณฑ์ และมีช่องทางรับข้อมูลสถานการณ์และผลกระทบต่อผู้บริโภคหลังจากผลิตภัณฑ์ออกสู่ตลาดแล้ว

2. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาประสานความร่วมมือกับศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.) คณะเภสัชศาสตร์ และองค์กรผู้บริโภคในการจัดตั้งทีมเฉพาะกิจเพื่อการแก้ไขปัญหาตามข้อร้องเรียนหรือรายงาน

3. จัดตั้งศูนย์ข้อมูล (Data Center) เพื่อเป็นศูนย์รับแจ้งเรื่องร้องเรียนด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยช่องทางต่าง ๆ เช่น หนังสือหรือเอกสารทางออนไลน์ ทางโทรศัพท์ โดยมีผู้รับผิดชอบจัดการข้อมูล ประสานทีมเฉพาะกิจเพื่อแก้ไขปัญหาและเป็น

ศูนย์ข้อมูลของส่วนกลางสำหรับให้หน่วยงานต่าง ๆ ได้นำไปใช้ในการดำเนินงาน

4. วัดผล ประเมินผลการแก้ปัญหาทั้งระบบ เพื่อเป็นการกำกับติดตาม และมีกรรมการในการกำกับติดตาม ทั้งกรรมการยา และกรรมการพัฒนาระบบยา ผ่านอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

5. ประสานงานผ่านผู้ตรวจราชการในการกำหนดนโยบาย ตัวชี้วัด แนวทางการดำเนินงาน เพื่อให้มีการติดตามกำกับและประเมินผลการแก้ไขปัญหาด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีการบังคับใช้กฎหมาย ได้แก่ พระราชบัญญัติยา พ.ศ.2510 พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 และกฎหมายด้านการโฆษณา อย่างจริงจัง เหมาะกับสภาพปัญหาของพื้นที่

6. มุ่งเน้นสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายภาคประชาชนระดับปลายน้ำ เพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล

2. “กลางน้ำ”

กลางน้ำ เป็นส่วนของกลไกการดำเนินงานในเครือข่ายระดับจังหวัด โดยมีสำนักงานสาธารณสุขเป็นแกนหลัก ที่มีบทบาทในการจัดการทั้งระบบในจังหวัด ได้แก่ กำหนดนโยบาย กำหนดตัวชี้วัด การประเมินผล สนับสนุนด้านวิชาการ รวมถึงการบูรณาการเชื่อมต่อกับหน่วยงานภาคส่วนอื่น ๆ เช่น อัยการ ตำรวจ สถานศึกษา ฝ่ายปกครอง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สื่อมวลชน องค์กรภาค

ประชาชน เป็นต้น บทบาทสำคัญของเครือข่ายระดับจังหวัด คือ คอยให้การสนับสนุนเครือข่ายระดับอำเภอและชุมชน ด้านวิชาการ การใช้มาตรการทางกฎหมาย การจัดการต่อหากใช้มาตรการทางชุมชนแล้วยังไม่สามารถแก้ไขได้ โดยสรุปข้อเสนอแนะ บทบาทหน้าที่และการดำเนินงานของกลางน้ำ มีดังนี้

1. กำหนดนโยบายและตัวชี้วัด แผนงาน โครงการ ด้านความปลอดภัยในระบบยาครอบคลุมทุกมิติ ในระดับจังหวัด พร้อมจัดสรรงบประมาณสำหรับดำเนินงานโครงการต่อเนื่อง

2. ใช้ข้อมูลจากเครือข่ายปลายน้ำ ไปใช้ในการตรวจสอบเฝ้าระวังและดำเนินการตามกฎหมายกับแหล่งที่เป็นจุดกระจายยาไม่เหมาะสมในชุมชน มีมาตรการปิดกั้นเส้นทางกระจายยาที่ไม่เหมาะสม

3. ประชาสัมพันธ์ จัดประชุมหารือการดำเนินงานระดับจังหวัด

4. พัฒนาศักยภาพเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคให้กับทีมระดับชุมชน อำเภอ และจังหวัด

5. ประสานข้อมูล การดำเนินงาน ต่อไปยังหน่วยงานเครือข่ายหรือส่วนกลาง เช่น เขต ภาค และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เป็นต้น เพื่อการจัดการปัญหาอย่างเป็นระบบ

6. ประสานข้อมูล การดำเนินงาน ต่อไปยังหน่วยงานเครือข่ายหรือส่วนกลาง เช่น กระทรวงศึกษาธิการ เป็นต้น เพื่อการจัดการปัญหาอย่างเป็นระบบในเรื่องของยาในโรงเรียน

3. “ปลายน้ำ”

ปลายน้ำ คือ เครือข่ายระดับอำเภอและในชุมชน ซึ่งเป็นพื้นที่ที่ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพกระจายลงไปถึงผู้บริโภค ปลายน้ำควรพัฒนาส่งเสริมให้มีกระบวนการสร้างมาตรการป้องกันภัยแบบมีส่วนร่วมของชุมชน มีวิธีการจัดการกับผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยในชุมชนให้เหมาะสมกับบริบทของตนเอง โดยมีเป้าหมายหลักคือ สร้างกลไกเฝ้าระวัง ผลักดันให้แต่ละชุมชนมุ่งไปถึงลักษณะร่วมที่โดดเด่นของชุมชน โดยมีเครือข่ายระดับอำเภอเป็นตัวเชื่อมระหว่างเครือข่ายชุมชนกับเครือข่ายระดับจังหวัด ภาครัฐหลักในอำเภอมีโครงสร้างเครือข่ายและกระบวนการทำงาน ล้อตามเครือข่ายระดับจังหวัด ซึ่งประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ตำรวจองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน สถานศึกษา วัด ราษฎร์ชาวบ้าน ผู้ประกอบการ และบุคลากรสาธารณสุข โดยข้อเสนอแนวคิดการทำงาน ปลายน้ำมีดังนี้

1. สร้างเครือข่ายการดำเนินงานด้านเฝ้าระวังจัดการปัญหาด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยมีภาครัฐหลักได้แก่ บุคลากรจาก องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำท้องที่ ท้องถิ่น สถานศึกษา วัด ราษฎร์ชาวบ้าน ผู้ประกอบการ เจ้าหน้าที่ตำรวจ โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลชุมชน

2. บุคลากรสาธารณสุข ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงคอยสนับสนุนและพัฒนาศักยภาพสมาชิกของเครือข่ายชุมชน ด้านความรู้ ทักษะที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานและพัฒนาความเป็นผู้นำ

3. สร้างช่องทางการติดต่อประสานงานของเครือข่าย โดยรับข้อมูลจากชุมชนและสะท้อนสถานการณ์ ที่มีแรงกระแทกเกินศักยภาพของชุมชนสู่เครือข่ายภายนอกที่มีศักยภาพสูงกว่า เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือหน่วยงานภายนอกจังหวัด

4. คอยกระตุ้นให้มีการดำเนินกิจกรรมในเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งจัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ ร่วมกัน

5. ส่งเสริมการบูรณาการงานในชุมชนผ่านนโยบายสาธารณะของชุมชน เช่น ธรรมนูญหรือแผนพัฒนาตำบล ข้อมติจากการประชุม เพื่อให้การขับเคลื่อนพร้อมกัน สนับสนุนอุปกรณ์ เครื่องมือในการปฏิบัติงาน

6. เรียนรู้ความรู้ด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ปลอดภัย มีความตื่นตัว รู้เท่าทันการขายและโฆษณาในรูปแบบต่าง ๆ รู้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกลยุทธ์ในการปฏิบัติงานชุมชนมีความสามารถจัดการปัญหาโดยตนเองและสร้างเครือข่ายนอกชุมชนให้ช่วยจัดการปัญหาที่เกิดในชุมชน

7. สร้างแกนนำที่มีความรู้ความกล้าที่จะนำชุมชนให้สามารถต้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยหรือไม่ถูกต้องตามกฎหมายไม่ให้เข้ามาสู่ชุมชน และมีความสามารถในการประสานกับหน่วยงานอื่นได้

สิ่งสำคัญในการดำเนินงาน คือ การเชื่อมโยงข้อมูลเพื่อการจัดการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับประชาชนในชุมชน หากผู้นำชุมชนและประชาชนมีความรู้ความเข้าใจ ชุมชนมีกลไกการเฝ้าระวังส่งต่อข้อมูลให้แก่เจ้าหน้าที่ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานประสานงานต่อกับหน่วยงานระดับสูงขึ้น หากเกินศักยภาพในการจัดการปัญหา เช่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ศูนย์วิชาการด้านยา ศูนย์ตรวจสอบยืนยันข้อมูล เครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภค เป็นต้น จึงจะสามารถลดปัญหา

ยาที่ไม่เหมาะสมในชุมชน ให้สามารถคุ้มครองผู้บริโภคให้ปลอดภัย ทำให้เกิดกลไกในการเฝ้าระวังเป็นระบบ นอกจากนี้ผลกระทบจากการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ เกิดขึ้นในชุมชนอย่างต่อเนื่อง แต่ระบบการรายงานข้อมูลสู่ศูนย์กลางระดับประเทศ บางส่วนยังไม่สามารถรองรับได้ รายงานจึงยังมีน้อย ข้อมูลส่วนใหญ่นำไปใช้เฉพาะในระดับพื้นที่ ซึ่งข้อมูลผู้ได้รับผลกระทบ เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ เป็นตัวอย่างที่จะนำไปสู่การให้ความรู้แก่ประชาชน หรือเป็นข้อมูลที่น่าสนใจในการขับเคลื่อนนโยบายที่เกี่ยวข้องได้ เพราะผลกระทบต่อสุขภาพนำไปสู่ผลกระทบต่อเรื่องอีกหลายด้าน เช่น ด้านเศรษฐกิจ เรื่องค่าใช้จ่ายส่วนบุคคล ค่าใช้จ่ายในระบบการรักษาพยาบาล ด้านสังคม เกี่ยวข้องกับความเป็นอยู่ คุณภาพชีวิตของคนในชุมชน





การสร้างความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

ศุภาพล นิยมเดช

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

สุขภาพตามแนวคิด “สร้างนำซ่อม” ของกฎบัตรออตตาวาเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (Ottawa Chapter for Health Promotion-1986) เน้นให้เห็นความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมามากกว่าการรักษาโรคซึ่งเป็นการแก้ไขปัญหที่ปลายเหตุ การสร้างเสริมสุขภาพควรเป็นการพัฒนาแบบบูรณาการหรือการพัฒนาแบบองค์รวมเน้นความสำคัญทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ การสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ใช้กลยุทธ์ 5 ประการตามกฎบัตรออตตาวา ได้แก่ สร้างนโยบายสาธารณะ สร้างสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุน เพิ่มความเข้มแข็งของชุมชน พัฒนาทักษะส่วนบุคคล และปรับเปลี่ยนระบบบริการสาธารณสุขนำไปสู่กระบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม ความรับผิดชอบร่วมกันของสังคม ตลอดจนส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน ความร่วมมือ ระหว่างภาครัฐ เอกชน และการเสริมสร้างศักยภาพทั้งปัจเจกบุคคลและชุมชน การปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศไทยตั้งแต่ปี 2545 ได้มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุขเป็นไปตามพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545 โดยในมาตรา 42 ระบุว่า “กระทรวงสาธารณสุข มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกัน ควบคุม และรักษาโรคภัย การฟื้นฟูสมรรถภาพของประชาชน และราชการอื่นตามที่มีกฎหมายกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขหรือส่วนราชการที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข” ในปี 2555 สถานอนามัยได้รับการยกระดับไปสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และการปรับโครงสร้างของโรงพยาบาลทุกระดับเพิ่มขีดความสามารถในการให้บริการและการสร้างเสริมสุขภาพ นำไปสู่เป้าประสงค์ตามแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข คือ “ประชาชนทุกภาคส่วนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมีส่วนร่วมในการวางระบบในการดูแลสุขภาพได้รับโอกาสที่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นและอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงภายใต้ระบบสาธารณสุขที่เป็นเอกภาพและการอภิบาลระบบที่ดี” การสร้างความรู้ด้านสุขภาพในปัจจุบันได้รับการพัฒนาอย่างกว้างขวางรวมถึงการสร้างความรู้ด้านสุขภาพในเรื่องเฉพาะ ⁽¹⁾ บทความฉบับนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรม และได้นำเสนอถึงที่มาของกรอบแนวคิดในการสร้างความรู้ นำไปสู่วิธีการการสร้างความรู้ และการประเมินผลด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในประเทศไทยพร้อมนำเสนอตัวอย่าง เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการประยุกต์ใช้การสร้างความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและการสร้างความรู้ในด้านอื่น ๆ ต่อไป

องค์การอนามัยโลกได้ให้คำนิยามของ “ความรู้ด้านสุขภาพ” ตั้งแต่ปี 1998 ไว้ว่า “health literacy represents the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health” หมายถึง “ทักษะทางปัญญาและสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ

และใช้ข้อมูลในลักษณะที่สร้างเสริมดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี” จากมติการประชุมกระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 8 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560 ได้ให้ความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) คือ ความรอบรู้และความสามารถด้านสุขภาพของบุคคล ในการที่จะกลั่นกรอง ประเมิน และตัดสินใจ ที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เลือกใช้บริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างเหมาะสม มีเป้าหมายให้ประชาชนไทยมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีบนหลักการสร้างนำซ่อม และผู้ที่ไม่ใช่ประชาชนไทยที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย มีโอกาสเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นอย่างมีคุณภาพ หลายประเทศได้ให้ความสำคัญกับวิธีการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยถือว่าการสร้างความรอบรู้ไม่ได้เป็นเพียงปัจจัยที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีของระบบสุขภาพเท่านั้น แต่ควรนับให้การสร้างความรอบรู้เป็นหนึ่งในผลลัพธ์ที่สำคัญของระบบสุขภาพด้วย Nutbeam เสนอกรอบแนวคิด (Conceptual model) ของความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นครั้งแรก “conceptual model of health literacy as a risk” โดยเสนอองค์ประกอบหลักของความรอบรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะ การตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อ และมีผู้นำเสนอกรอบแนวคิดการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างกว้างขวาง โดยสรุปกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วย 4 กระบวนการหลัก ได้แก่ การเข้าถึงความรู้ (Access) การเข้าใจ (Understand) การประเมินตัดสินใจ (Appraise) และการบอกต่อนำไปใช้ (Apply) ซึ่งการสร้างความ

รอบรู้ด้านสุขภาพเริ่มจากความสามารถในการเข้าใจถึงองค์ความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้องของปัจเจกบุคคล เป็นผลมาจากความสามารถพื้นฐานในการอ่าน การคำนวณ และองค์ความรู้เดิม ตลอดจนการศึกษา และการสื่อสารที่เคยได้รับ หากบุคคลได้รับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้องจนเกิดความสามารถในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ทักษะในการบริหารจัดการสุขภาพการตนเองจนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมแล้ว จะนำไปสู่การขยายผลการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจากระดับปัจเจกบุคคลสู่ระดับสังคมโดยใช้วิธีการมีส่วนร่วมทางกิจกรรมสุขภาพร่วมกับสังคม ทักษะความสามารถของโน้มน้าวจนเปลี่ยนแปลงบรรทัดฐานและการปฏิบัติด้านสุขภาพของสังคม ในที่สุดการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพทำให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี การสร้างทางเลือกและโอกาสทางสุขภาพ รายละเอียดแสดงดังในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อผลลัพธ์สุขภาพ ของ Nutbeam

การสร้างความรู้รอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ เป็นเรื่องเฉพาะที่มุ่งเน้นการสร้างทักษะของบุคคล ให้สามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูล มีความเข้าใจ และสามารถตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพได้ จนส่งผลให้เกิดพฤติกรรมในการเลือกซื้อและบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างถูกต้องปลอดภัย รวมถึงจัดการและสื่อสารความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพได้ กลวิธีในการสร้างความรู้รอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ได้มีการพัฒนาอย่างกว้างขวางโดยมุ่งเน้นการเข้าถึงผู้บริโภคทุกกลุ่มวัย ซึ่งแต่ละกลุ่มวัยมีระดับความรู้ที่และมีปัญหาในการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่แตกต่าง กันโดยอาศัยการใช้สื่อความรู้ที่เข้าถึงได้ง่าย ความร่วมมือจากเครือข่าย กลไกทางสังคม การปรับ สิ่งแวดล้อมในชุมชนให้เอื้อต่อการสร้างความรู้รอบรู้ ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ เป็นต้น บทความนี้มีวัตถุประสงค์ในการทบทวนการศึกษาและ การดำเนินการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสร้าง ความรู้รอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่มีมิติต่าง ๆ เชื่อมโยงกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในส่วนกลาง และส่วนภูมิภาค

บทวิเคราะห์

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบหลักในด้านการส่งเสริม ให้ผู้บริโภคมีความรู้รอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ได้มีการออกแบบโครงการและพัฒนาสื่อในการสร้าง ความรู้รอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ และการแก้ปัญหา ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพเชิงระบบหลายรูปแบบทำให้เกิดการขับเคลื่อนนโยบายระดับชาติสู่ชุมชน ได้แก่ 1) การสำรวจความรู้และพฤติกรรมผู้บริโภค ผลิตภัณฑ์สุขภาพของประชาชนในชุมชนดำเนินการ

ภายใต้โครงการเครือข่ายชุมชนร่วมใจป้องกันภัย ผลิตภัณฑ์สุขภาพ 2) โครงการเครือข่ายชุมชน ร่วมใจป้องกันภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ (บวร.ร.) เพื่อ ส่งเสริมให้ประชาชนลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ มุ่งพัฒนาศักยภาพและองค์ความรู้ให้ผู้บริโภค มีพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง และเหมาะสม รวมถึงพัฒนาขยายเครือข่ายภาค ประชาชนและภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง 3) การสำรวจ ความรู้รอบรู้สุขภาพด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ปี 2563 จากกลุ่มตัวอย่าง 2,931 ราย จาก 17 จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพมหานคร (875) สมุทรปราการ (150) นนทบุรี (148) ปทุมธานี (130) จันทบุรี (90) เชียงใหม่ (185) ลำปาง (90) นครสวรรค์ (120) ขอนแก่น (200) บุรีรัมย์ (129) อุตรธานี (176) นราธิวาส (80) สงขลา (151) สุราษฎร์ธานี (116) เพชรบูรณ์ (89) นครปฐม (89) และศรีสะเกษ (95) 4) โครงการ ออย.น้อย เพื่อให้เด็กนักเรียนมีการเรียนรู้ จากการปฏิบัติจริงและได้ช่วยเหลือเพื่อน ๆ ครอบครัว และชุมชน ด้วยการให้ความรู้การบริโภค อย่างเหมาะสม ปลอดภัย มีการบูรณาการความรู้ ด้านอาหารและยาเข้าไปกับหลักสูตรการเรียน การสอน และสร้างเครือข่าย ออย.น้อย ไปยังโรงเรียน ช้างเคียง เป็นต้น

การบูรณาการร่วมกันกับหน่วยงานต่าง ๆ

ที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบาย เร่งด่วนในการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และ ลดค่าใช้จ่ายโดยรวมทางการแพทย์ ตัวอย่างเช่น นโยบายการยาสมเหตุผลได้มีการกำหนดเป้าหมาย ในการสร้างความรู้รอบรู้สุขภาพด้านผลิตภัณฑ์ สุขภาพเฉพาะด้านให้สอดคล้องกับนโยบาย

สำหรับบุคลากรสาธารณสุขและประชาชนทั่วไป ตัวอย่างเช่น กำหนดการสร้างความรู้เป็นหนึ่ง ในตัวชี้วัดในการประเมินผลการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ในชุมชน (RDU community) แสดงให้เห็นถึงการ ให้ความสำคัญของการสร้างความรู้ด้านยา และผลิตภัณฑ์สุขภาพในการทำให้เกิดการใช้ยา อย่างเหตุผลในชุมชน เพื่อให้เกิดการสร้างความรู้ 3 ระดับ ได้แก่ 1) ขั้นพื้นฐาน (Functional health literacy) เป็นทักษะขั้นต้นที่พัฒนาขึ้นจากความสามารถ ในการฟัง พูด อ่าน และเขียน เช่น สามารถอ่าน ฉลากยา หรือรับฟังวิธีการใช้ยา คำเตือนการใช้ยา ตามที่บุคลากร สาธารณสุขแจ้งให้ทราบ จนสามารถ ปฏิบัติตามคำแนะนำ 2) ขั้นมีปฏิสัมพันธ์ (interactive health literacy) เป็นทักษะการสื่อสาร และปฏิสัมพันธ์ เพื่อทำความเข้าใจและเลือกใช้ สิ่บค้นและประเมินข้อมูลจากช่องทางที่หลากหลาย และ 3) ขั้นวิจารณ์ญาณ (Critical health literacy) เป็นทักษะในระดับที่สูงขึ้น คือสามารถวิเคราะห์และ ใช้ข้อมูลได้อย่างเหมาะสมในการจัดการดูแลสุขภาพ รวมถึงความสามารถในการร่วมผลักดันชุมชน หรือสังคม ให้เป็นไปในทิศทางที่ส่งเสริมการใช้ยา และผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน นอกจากนี้ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ได้ให้ความสำคัญกับ การคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชนต่อเนื่องกว่า 10 ปี โดยมีการจัดตั้งศูนย์แจ้งเตือนภัย เฝ้าระวัง และรับ เรื่องร้องเรียนปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน และ พัฒนา อสม. นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน ในการติดตาม เฝ้าระวัง สามารถใช้แบบทดสอบ อย่างง่าย เพื่อทดสอบสารปนเปื้อนในยา อาหาร เครื่องสำอาง ที่น่าสงสัย รวมถึงแจ้งเตือนแก่

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และสร้างความรอบรู้ให้แก่ ประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้มีการ ประกวด อสม.ดีเด่นหลายสาขาระดับชาติอย่าง ต่อเนื่องทุกปี โดย อสม. สาขากการคุ้มครองผู้บริโภค ได้รับการยกย่องเชิดชูการในการดำเนินแก้ไข ปัญหา ของผู้บริโภค และการสร้างความรู้ด้านผลิตภัณฑ์ สุขภาพ ในชุมชน เป็นต้น

ความเชื่อมโยงกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ

การประเมินผลความรู้ด้านสุขภาพ ของประชาชนในประเทศได้ถูกกำหนดในแผน ยุทธศาสตร์เพื่อประเมินผลสัมฤทธิ์ในการสร้าง ความรู้ด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้ประยุกต์เครื่องมือจากแนวคิดของ Nutbeam และยุโรป โดยแบ่งมิติความรู้ด้านสุขภาพ ออกเป็น 6 มิติ ได้แก่ มิติเข้าถึง มิติเข้าใจ มิติโต้ตอบ มิติชักถาม มิติตัดสินใจ มิติเปลี่ยนพฤติกรรม และ มิติบอกต่อ เชื่อมโยงกับ 4 ระบบที่มีผลต่อสุขภาพ ได้แก่ การจัดบริการสุขภาพ การป้องกันโรค การสร้างเสริมสุขภาพ และการเลือกรับผลิตภัณฑ์ สุขภาพ ได้มีกำหนดประเด็นสื่อสารหลักที่ประชาชน ควรรู้และปฏิบัติได้ จำนวน 66 ประเด็น สอดคล้อง กับกรอบแนวคิดระบบพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ของประเทศไทย เรียกว่า ชุดข้อมูลความรู้ พื้นฐาน ที่สำคัญและจำเป็นเพื่อความรู้ด้านสุขภาพ 66 ข้อ (Thai Health Literacy 66: THL-66) ต่อมา กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมอนามัย ภายใต้การ สนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้ดำเนินโครงการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของ ประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป พ.ศ. 2560 (ระยะ ที่ 1) และพัฒนาเครื่องมือการประเมินความรู้

ด้านสุขภาพใหม่ โดยแบ่งมิติความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็น 5 มิติ ได้แก่ มิติเข้าถึง มิติเข้าใจ มิติทบทวน/โต้ตอบ/ซักถาม มิติตัดสินใจ และมิติเปลี่ยนพฤติกรรม เชื่อมโยงกับ 4 ระบบสุขภาพเดิม และเพิ่มการมีส่วนร่วมประชาชนในการออกแบบ แบบประเมินประกอบด้วย 87 ข้อ ซึ่งมีข้อคำถามในเรื่องระบบการเลือกรับผลิตภัณฑ์สุขภาพ 12 ข้อ ได้แก่

- 1) ท่านสามารถค้นหาข้อมูลที่เชื่อถือได้เกี่ยวกับยา เครื่องสำอาง สมุนไพร อาหารเสริม
- 2) ท่านสามารถค้นหาข้อมูลที่เชื่อถือได้เกี่ยวกับการบริการ เครื่องมือที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่ออกมาใหม่ ๆ (เช่น การ ผ่าตัดเทคนิคใหม่ ๆ เครื่องวัดความดัน สายวัดข้อมืออัจฉริยะ)
- 3) ท่านเข้าใจฉลากยา เครื่องสำอาง อาหารเสริม สมุนไพรเครื่องมือแพทย์ วัตถุอันตราย เข้าใจบริการสุขภาพที่ออกมาใหม่ ๆ เช่น กำไลรับสมดุล การผ่าตัดเทคนิคใหม่ ๆ
- 4) เข้าใจบริการสุขภาพที่ออกมาใหม่ ๆ เช่น กำไลรับสมดุล การผ่าตัดเทคนิคใหม่ ๆ
- 5) ท่านซักถามข้อมูลเกี่ยวกับ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ (เช่น ยา อาหารเสริม เครื่องสำอาง สมุนไพร) จากแพทย์
- 6) ท่านซักถามข้อมูลเกี่ยวกับ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ (เช่น ยา อาหารเสริม เครื่องสำอาง สมุนไพร) จากพยาบาล
- 7) ท่านซักถามข้อมูลเกี่ยวกับ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ (เช่น ยา อาหารเสริม เครื่องสำอาง สมุนไพร) จากอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม., อสส., อสค.)
- 8) หลังจากได้ข้อมูล เรื่อง อาหารเสริม สมุนไพร ทำให้ท่านตัดสินใจได้ว่าท่านควรเลือกใช้อย่างไร

9) อ่านและตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับเครื่องสำอาง โดยดูที่มี เครื่องหมายรับรองมาตรฐานการผลิตที่ดี (GMP)

10) อ่านและตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับอาหาร หรือผลิตภัณฑ์ลด ความอ้วน โดยดูที่มี เครื่องหมายรับรองมาตรฐานการผลิตที่ดี (GMP)

11) อ่านและตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับอาหารเสริมสุขภาพหรือ สมุนไพร โดยดูที่มีเครื่องหมายรับรองมาตรฐานการผลิตที่ดี (GMP)

12) ค้นคว้าตรวจสอบผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ เครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์ วัตถุอันตรายจากแหล่งที่เชื่อถือได้และรู้ว่า ร้องเรียนได้ที่ใด

กองพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เป็นหน่วยงานหลักในการสร้างความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ มีเป้าหมายเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพต่อเป้าหมายการ ดำเนินงานที่ยั่งยืน ได้กำหนดแผนงานและกลยุทธ์ที่ดำเนินการ เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในระดับประเทศ ได้แก่ เสริมสร้างความเข้มแข็งในการสร้างชุมชนและองค์กรรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ การพัฒนาสื่อประชาสัมพันธ์และโปรแกรม การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ สสำรวจและประเมินผลความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ เป็นต้น แบบประเมินในส่วนความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 40 ข้อ ครอบคลุมทั้ง 6 มิติ และเน้นเฉพาะเรื่องผลิตภัณฑ์สุขภาพ ตัวอย่างข้อคำถาม 1) คุณสามารถหาข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง 2) คุณสามารถเข้าถึงข้อมูลผลิตภัณฑ์สุขภาพจากสื่อต่าง ๆ ของเอกชน/

ผู้ผลิต (เว็บ/กระทู้ สาธารณะ) ได้ง่าย 3) คุณสามารถแยกประเภทผลิตภัณฑ์สุขภาพจากเลขทะเบียนอนุญาตได้ 4) คุณเข้าใจฉลากสัญลักษณ์ฉลากหวาน มัน เค็ม (GDA) 5) คุณเข้าใจฉลากโภชนาการทางเลือกสุขภาพ (healthier choice) 6) คุณสามารถประเมินผลการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ 7) คุณแนะนำผลิตภัณฑ์สุขภาพจากประสบการณ์ที่คุณใช้ให้บุคคลอื่นหรือบุคคลใกล้ชิด เป็นต้น อย่างไรก็ตามได้มีการพัฒนาแบบประเมินความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่เป็นเรื่องเฉพาะเพื่อสำรวจและประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ เช่น แบบประเมินความรู้สุขภาพด้านการใช้อย่างสมเหตุผล และแบบประเมินความรู้เรื่องกัญชาทางการแพทย์ เป็นต้น

บทสรุป

การสร้างความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพให้แก่มูลนิธิสาธารณสุขและประชาชน

เป็นเรื่องที่ได้รับความสำคัญและมีการพัฒนารูปแบบวิธีการให้เหมาะสมบริบทของสังคมเข้าถึงประชากรทุกกลุ่มวัยซึ่งต้องได้รับการพัฒนาทั้งทักษะที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้และองค์ความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ แนวคิดในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพรวมถึงการสร้างความรู้สุขภาพเฉพาะด้านที่ได้รับการยอมรับใช้กันอย่างกว้างขวางนั้น เน้นการออกแบบกระบวนการพัฒนานโยบายครอบคลุมมิติความรู้ด้านสุขภาพ 6 มิติ ได้แก่ มิติเข้าถึง มิติเข้าใจ มิติได้ตอบ มิติซักถาม มิติตัดสินใจ มิติเปลี่ยนพฤติกรรม และมิติบอกต่อ จากระดับปัจเจกบุคคลขยายผลสู่มหภาคตามแนวคิดทางทฤษฎี ผู้กำหนดนโยบาย ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน และการมีส่วนร่วมของสังคมเพื่อสอดคล้องกับเป้าหมายของผู้กำหนดนโยบายรูปแบบการพัฒนาสร้างความรู้สามารถนำไปใช้ได้จริงทางการปฏิบัติทั้งในส่วนของการพัฒนานโยบาย ติดตามผล และการประเมินผลความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ



เอกสารอ้างอิง

1. Baker, D. W. The meaning and measure of health literacy. *Journal of General Internal Medicine* 2021; 878–883.
2. Diviani N, van den Putte B, Giani S, van Weert JC. Low health literacy and evaluation of online health information: a systematic review of the literature. *J Med Internet Res* 2015; 7;17(5):e112. doi: 10.2196/jmir.4018. PMID: 25953147; PMCID: PMC4468598.
3. DeWalt, D. A., Berkman, N. D., Sheridan, S., Lohr, K. N., & Pignone, M. P. Literacy and health outcomes: a systematic review of the literature. *Journal of General Internal Medicine* 2019; 128–139.
4. WHO Commission on the Social Determinants of Health. Achieving health equity: From root causes to fair outcomes. Geneva: World Health Organisation. Available from: http://www.who.int/social_determinants/resources/interim_statement/en/index.html. Accessed 14.8.22.
5. World Health Organization (1997) *Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century*. World Health Organization, Geneva.
6. Nutbeam, D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st Century. *Health Promotion International* 2000; 259–267.
7. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med* 2008; 67(12):2072-8. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.09.050. Epub 2008 Oct 25. PMID: 18952344.
8. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เข้าถึง เข้าใจ และการนำไปใช้. บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน) กรุงเทพฯ: 2561.
9. กองพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข. [อินเทอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ 14 สิงหาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://mnfda.fda.moph.go.th/dis/fda-pca/>
10. วิมล โรมา, ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์, มธุรส ทิพยมงคลกุล, ณัฐนารี เอมยงค์, นรีมาลย์ นีละไพจิตร, สายชล คล้อยเอี่ยม, และมุกดา สำนวนกลาง. รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป พ.ศ. 2560 (ระยะที่ 1) [อินเทอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ 14 สิงหาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hsri.or.th/researcher/research/new-release/detail/11454> Accessed 14.8.22



เอกสารอ้างอิง

11. ตวงรัตน์ โพระ, กุสาวดี เมลืองนนท์, เพ็ญกาญจน์ กาญจนรัตน์, และสมหญิง พุ่มทอง. รายงานฉบับสมบูรณ์การพัฒนาเครื่องมือและประเมินความรอบรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผลของประชาชนไทย [อินเทอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ 14 สิงหาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5595?locale-attribute=th>
12. แนวทางการดำเนินงานพัฒนาระบบการใช้อย่างสมเหตุผลในชุมชน (Rational Drug Use Community: RDU Community) [อินเทอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ 14 สิงหาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://www.thaidrugwatch.org/download/books/rdu_community-2e.pdf
13. ภาณุชนาถ อ่อนไกร และกฤษกันทร สุวรรณพันธุ์. ความรอบรู้ทางสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดขอนแก่น. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน 2563; 3(2), 28-38.

การจัดการความเสี่ยงจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในผักและผลไม้สด

ณ แหล่งผลิตและจำหน่าย จังหวัดอุดรธานี

Risk Management of Pesticides in Fresh Fruits and Vegetables
at Production and Distribution Sites in Udon Thani Provinceศุทธิณี เหลือวงศ์, เสกสรร ชันศรีมนต์¹Suthinee Leauwong, Seksan Khansrimon¹

บทคัดย่อ

เพื่อศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างในผักและผลไม้สด กำหนดมาตรการจัดการความเสี่ยง และศึกษาผลของกระบวนการจัดการความเสี่ยงจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในผักและผลไม้สด ณ แหล่งผลิตและจำหน่าย ในจังหวัดอุดรธานี การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการประยุกต์ แบ่งการศึกษาเป็นสองระยะ ระยะที่หนึ่ง ศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ความเสี่ยงโดยใช้ตารางความเสี่ยง โดยผู้วิจัยประเมินค่าคะแนนแต่ละด้านด้วยตัวเอง จัดสนทนากลุ่มเครือข่าย จำนวน 30 คน และกำหนดมาตรการลดความเสี่ยง ระยะที่สองเป็นการประเมินผลจากการดำเนินการตามมาตรการจัดการความเสี่ยง โดยอาศัย CIPP Model เก็บข้อมูลส่วนของ Context และ Input โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก คณะกรรมการอาหารปลอดภัย ประเมิน Process โดยการสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติ ประเมิน Product จากข้อมูลสารเคมีตกค้าง ปี 2560 ถึง 2564 ผลการศึกษามาตรการจัดการความเสี่ยง ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ 1) มีนโยบายการควบคุมกำกับของคณะกรรมการอาหารปลอดภัยจังหวัดอุดรธานี 2) สร้างภาคีเครือข่าย พัฒนาระบบการกำกับดูแลส่งเสริมศักยภาพผู้ผลิตและผู้จำหน่าย 3) การตรวจสอบเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมาย ผลสถานการณ์สารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตและคาร์บาเมตในผักและผลไม้สด มีแนวโน้มที่ลดลง โดยปี 2560 ถึง 2564 พบเกินมาตรฐาน ร้อยละ 2.58, 2.36, 2.07, 1.06 และ 1.00 ตามลำดับ ปัญหาสารเคมีกำจัดศัตรูพืชยังคงเป็นความเสี่ยงทางด้านสุขภาพ ถึงแม้ว่าจะมีการตรวจเฝ้าระวังจากหน่วยงานสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง การกำหนดมาตรการทั้ง 3 ด้าน จะสามารถลดความเสี่ยงจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างได้ ควรมีการผลักดันให้เกิดเป็นระบบความปลอดภัยควบคุมตั้งแต่แหล่งผลิตจนถึงแหล่งจำหน่าย

คำสำคัญ: สารเคมีกำจัดศัตรูพืช การจัดการความเสี่ยง แหล่งจำหน่าย แหล่งผลิต

¹เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

¹ Pharmacist, Professional Level. Department of Consumer Protection and Public Health Pharmacy,

Udon Thani Public Health Office. Email : suthinee.lw@gmail.com



Abstract

To study the situation and analyze the health risk factors from pesticide residues in fresh fruits and vegetables. To determine risk management measures and to study the effects of pesticide risk management processes in fresh fruits and vegetables at the source of production and distribution in Udon Thani Province. This applied action research was divided into two phases. The first phase uses a risk analysis and stakeholder process group meeting and set measures to reduce the risk of pesticide residues in fresh fruits and vegetables. The second phase is the study of the results of the risk management process. Assessing risk management measures, data were collected using in-depth interviews with the Udon Thani Food Safety Committee. The results to determine measures to manage risks in 3 areas: policy and supervision of the Food Safety Committee, Udon Thani Province. Creating network partners for the development of the supervision system. Promote the potential of manufacturers and distributors. Promote the potential of manufacturers and distributors. Monitoring, Surveillance and Law Enforcement. The situation of organophosphate and carbamate pesticide residues in fresh fruits and vegetables tends to decrease. In 2017-2021, found to exceed the standard by 2.58%, 2.36, 2.07, 1.06 and 1.00, respectively. From the results of this study, it was concluded that pesticides remain a health risk problem. Although there are ongoing surveillance from the public health agency. The establishment of three main measures can reduce the risk of pesticide residues in fresh fruits and vegetables. And it is critical that there is a need to push for a safety control system from the production sites to the distribution sites.

Key words: Pesticides, Risk Management, Production Sites, Distribution Sites

บทนำ

ปัญหาสารเคมีกำจัดศัตรูพืชหรือยาฆ่าแมลงตกค้างในผักและผลไม้สด เป็นปัญหาที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพของคนไทยในปัจจุบัน เนื่องจากมีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งแบบพิษเฉียบพลัน เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ หายใจติดขัด ตาพร่า ส่วนพิษสะสมระยะยาวจะมีผลต่อระบบประสาท ระบบพันธุกรรม และการเกิดมะเร็ง⁽¹⁾ สารเคมีกำจัดศัตรูพืชหลายชนิดทำให้เกิดมะเร็งเต้านม มะเร็งตับ มะเร็งปอด และมะเร็งเม็ดเลือดขาวในเด็ก ซึ่งปัจจุบันการเกษตรกรรมในประเทศไทยได้รับแนวความคิดการผลิตภาคเกษตรกรรมแบบตะวันตกซึ่งพึ่งพาสารเคมีมาใช้แทนแนวความคิดแบบดั้งเดิม มุ่งทำการเกษตรหลากหลายที่ตอบสนองกับความต้องการยังชีพ มีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก จากข้อมูลของกรมวิชาการเกษตร พบว่าประเทศไทยได้นำเข้าสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเป็นอันดับต้น ๆ ของโลก ในปี 2551-2561 ไทยนำเข้า “วัตถุอันตรายทางการเกษตร” ปริมาณรวม 1,663,780 ตัน มูลค่ารวม 246,715 ล้านบาท⁽²⁾

จากข้อมูลการเข้ารับบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้รายงานผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต่าง ๆ มีสาเหตุจากการได้รับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช จำนวน 3,067 ราย เสียชีวิต 407 รายเบิกจ่ายค่ารักษากว่า 14.64 ล้านบาท ข้อมูลแยกผู้ป่วยตามประเภทของสารเคมีที่ได้รับ คือ 1. ยา ฆ่าแมลงกลุ่มออร์แกโนฟอสเฟต และคาร์บาเมต จำนวน 705 ราย เสียชีวิต 58 รายเบิกจ่ายค่ารักษา 4.27 ล้านบาท 2. ยาฆ่าหญ้า

และยาฆ่าเชื้อรา (Herbicides and fungicides) จำนวน 1,337 ราย เสียชีวิต 336 ราย เบิกจ่ายค่ารักษา 6.79 ล้านบาท⁽³⁾

ผลการตรวจวิเคราะห์สารเคมีตกค้างจากเครือข่ายเตือนภัยสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ในปี 2563 โดยสุ่มตรวจผักผลไม้ทั้งหมด 509 ตัวอย่างจากทั่วประเทศ ผลพบว่า มีผักและผลไม้มากถึง 58.7 % ที่พบสารพิษตกค้างเกินมาตรฐาน⁽⁴⁾ งานวิจัยของพัชรี ภคกษมา และคณะ ได้ตรวจสอบการตกค้างของสารเคมีฆ่าแมลงในกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟต และคาร์บาเมตในตัวอย่างผักจากตลาดสด และผักปลอดสารพิษจากห้างสรรพสินค้าที่จำหน่ายในพื้นที่จังหวัดสมุทรปราการ ในตัวอย่างผัก 5 ชนิด คือ ผักคะน้า ถั่วฝักยาว พริกสด แตงกวา และมะเขือ พบว่ามีสารตกค้างของสารเคมีกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตและคาร์บาเมตในผักตัวอย่างทั้ง 2 แหล่งอยู่ในระดับที่ไม่ปลอดภัยค่อนข้างสูง คิดเป็นร้อยละ 86.22⁽⁵⁾

ในปี 2559 สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ได้จัดทำโครงการเฝ้าระวังผักและผลไม้สดที่อยู่ในภาชนะบรรจุและที่ไม่อยู่ในภาชนะบรรจุ ณ แหล่งจำหน่าย โดยหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร เขตสุขภาพที่ 8 เก็บตัวอย่างผักและผลไม้สด ในพื้นที่ 6 จังหวัดในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน สุ่มตรวจวิเคราะห์ด้วยใช้ชุดทดสอบเบื้องต้น ในผักและผลไม้ จำนวน 5 ชนิด ได้แก่ คะน้า พริกชี้ฟ้า กะหล่ำปลี ถั่วฝักยาว และฝรั่ง จำนวน 175 ตัวอย่าง พบตกมาตรฐานจำนวน 19 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 10.86⁽⁶⁾

จากสถานการณ์ข้างต้นจะเห็นว่า ปัญหาสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างในผักและผลไม้สดเป็นปัญหาต่อสุขภาพของคนไทยมาโดยตลอด ดังนั้น แม้จะมีการเฝ้าระวังสารเคมีตกค้างในผักและผลไม้จากแหล่งผลิตและจำหน่ายอยู่ตลอดเวลาจะสามารถช่วยลดปัญหาความเสี่ยงที่เกิดขึ้นได้ระดับหนึ่ง เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นจึงต้องมีการจัดการความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการประยุกต์ แบ่งเป็นสองระยะ ดังนี้

ระยะที่หนึ่ง ศึกษาสถานการณ์สารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างในผักและผลไม้สดและประเมินความเสี่ยงฯ ในจังหวัดอุดรธานี โดยใช้ผลการตรวจวิเคราะห์ตัวอย่างทางห้องปฏิบัติการหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร เขตสุขภาพที่ 8 (Mobile Unit) และประเมินความเสี่ยงด้วยตารางความเสี่ยง และกำหนดมาตรการดำเนินการลดความเสี่ยงจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างในผักและผลไม้สด โดยประชุมกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Focus Group) ประกอบด้วย โดยการสนทนากลุ่มกับผู้เกี่ยวข้องประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เจ้าหน้าที่หน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร เขตสุขภาพที่ 8 อุดรธานี ผู้แทนสำนักงานเกษตรจังหวัดอุดรธานี ผู้แทนสำนักงานเทศบาลนครอุดรธานี กลุ่มผู้ประกอบการปลูกผักอินทรีย์ ผู้ประกอบการคัดบรรจุผัก ผู้แทนห้างค้าปลีกและค้าส่งในจังหวัดอุดรธานี จำนวน 30 คน วิเคราะห์ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยใช้ Stakeholder Mapping

ระยะที่สอง ศึกษาผลของกระบวนการจัดการความเสี่ยง ประเมินมาตรการจัดการความเสี่ยงใช้แนวคิดและโมเดลชิพของสตฟเฟิลบีม (Stufflebeam's CIPP Model) การรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก รายละเอียดดังนี้

ผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย

1. คณะกรรมการอาหารปลอดภัยจังหวัดอุดรธานี หรือตัวแทน และหน่วยงานภาครวมจำนวน 7 คน

2. ผู้ปฏิบัติงาน อาหารปลอดภัย ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เจ้าหน้าที่หน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร เขตสุขภาพที่ 8 อุดรธานี จำนวน 3 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลผลตรวจวิเคราะห์สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ทั้ง 2 ช่วง คือ ระหว่างปี 2558 – 2559 กับระหว่างปี 2560-2564 จากรายงานของหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร เขตสุขภาพที่ 8 ศูนย์อุดรธานี

ข้อมูลความคิดเห็น

1. จากการสนทนากลุ่ม
2. จากการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มตัวอย่าง ณ สถานที่ปฏิบัติงานของผู้ให้ข้อมูล ในระหว่างเดือนสิงหาคม-กันยายน 2565 โดย ผู้วิจัยเป็นผู้นำสนทนา และสัมภาษณ์ด้วยตัวเองโดยใช้เวลา 45-60 นาทีต่อครั้ง ในการสัมภาษณ์เชิงลึกตามกรอบแนวคิดโมเดลชิพ (CIPP Model) ประเมินผล 4 ด้าน



งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจาก
คณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ของสำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานีแล้ว เลขที่ UDREC
4065 วันที่รับรอง 8 กันยายน 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลสถานการณ์ วิเคราะห์โดยคำร้อยละ
ของตัวอย่างที่ปนเปื้อน ความเสี่ยงวิเคราะห์ด้วย
Matrix ความเสี่ยง

ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดยใช้
ความเห็นร่วม และความเห็นพ้อง

ผลการวิจัย

การจัดการความเสี่ยงจากสารเคมีกำจัด
ศัตรูพืชตกค้างในผักและผลไม้สด ณ แหล่งผลิต

และจำหน่าย ในจังหวัดอุดรธานี ผลการศึกษา
แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ 1) สถานการณ์และวิเคราะห์
ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช
ตกค้างในผักและผลไม้สด 2) กำหนดมาตรการ
จัดการความเสี่ยง 3) ประเมินผลมาตรการ

ส่วนที่ 1 สถานการณ์วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง
ทางสุขภาพจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างในผัก
และผลไม้สดในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี และประเมิน
ความเสี่ยงทางสุขภาพ

สถานการณ์สารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้าง
ในผักและผลไม้สด ในปี 2559 ที่พบสูงขึ้น
เมื่อเปรียบเทียบกับปี 2558 ทั้งในจังหวัดอุดรธานี และ
จังหวัดอื่น ๆ ในภาพรวมเขตสุขภาพที่ 8 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ผักและผลไม้ที่ตรวจวิเคราะห์หาสารเคมีกำจัดศัตรูพืชและพบสารตกค้างใน
ในระดับที่อันตราย ของเขตสุขภาพที่ 8 และ ของจังหวัดอุดรธานี ระหว่าง ปี 2558-2559

ผลตรวจวิเคราะห์	ปี 2558			ปี 2559		
	จำนวน ทั้งหมด	พบเกิน มาตรฐาน	ร้อยละ	จำนวน ทั้งหมด	พบเกิน มาตรฐาน	ร้อยละ
จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 8	7,230	25	0.35	8,559	132	1.54
จังหวัดอุดรธานี	2,547	3	0.12	3,047	35	1.14

หมายเหตุ : ข้อมูลผลการตรวจวิเคราะห์หาสารกำจัดศัตรูพืชในผักผลไม้ โดย Mobile Unit เขตสุขภาพที่ 8

การประเมินความเสี่ยงสารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยประเมินความสัมพันธ์ของปัจจัยร่วมในการก่อให้เกิดผลเสียของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชต่อสุขภาพ เกี่ยวข้องกับการวัดระดับหรือขนาดหรือความเข้มข้นของสิ่งคุกคาม ความถี่คุณลักษณะและระยะเวลาของการได้รับสัมผัสในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต และประชากรกลุ่มเสี่ยงตามรูปภาพความเสี่ยง (Risk Matrix) ผลที่ได้ดังนี้

ผลที่ตามมา (Consequence)	โอกาสของการเกิด (Likelihood)			
	น้อยมาก (1)	น้อย (2)	ปานกลาง (3)	มาก (4)
ต่ำ (1)				
ปานกลาง (2)			6	
สูง (3)				

รูปภาพที่ 1 ความเสี่ยง ขนาด 3X4 (Risk Matrix)

ความเสี่ยงมีค่า เท่ากับ 6 จะพบว่าสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างในผักและผลไม้สดเป็นปัญหาที่มีความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดผลกระทบระดับปานกลาง ซึ่งเป็นความเสี่ยงที่เพิ่มอัตราป่วยอาจมีผลต้องบประมาณ

ส่วนที่ 2 กำหนดมาตรการจัดการความเสี่ยงจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างในผักและผลไม้สด จังหวัดอุดรธานี

จากการศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างในผักและผลไม้สดในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี จึงได้จัดการประชุมกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Focus Group) เพื่อประเมินและกำหนดมาตรการจัดการ

ความเสี่ยงจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างในผักและผลไม้สด จังหวัดอุดรธานี ดังนี้

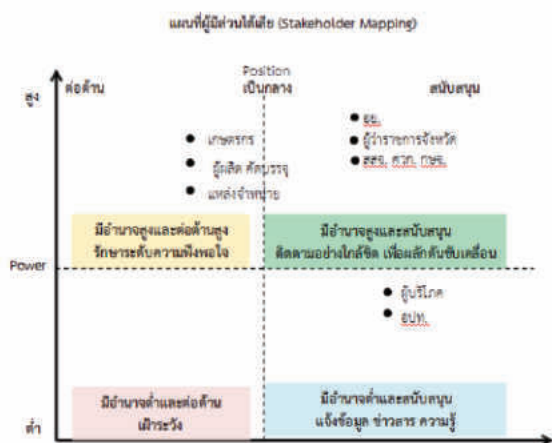
1. มาตรการด้านนโยบาย การควบคุมกำกับคณะกรรมการอาหารปลอดภัยจังหวัด

จังหวัดอุดรธานีได้มีการทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการอาหารปลอดภัยจังหวัด โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดอุดรธานีเป็นประธาน คณะกรรมการหัวหน้าส่วนราชการประจำจังหวัด เช่น ท้องถิ่นจังหวัด นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด นายกเทศมนตรีนครอุดรธานี เกษตรจังหวัด พาณิชย์จังหวัด ประชาสัมพันธ์จังหวัด ประธานชมรมผู้ประกอบการอาหารจังหวัดอุดรธานี เป็นต้น โดยมีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานีเป็นเลขานุการคณะอนุกรรมการ โดยมีบทบาทหน้าที่ ดังนี้

- 1) กำหนดนโยบาย และยุทธศาสตร์ด้านความปลอดภัยของอาหาร
- 2) จัดให้มีหรือส่งเสริม สนับสนุนให้มีกระบวนการในการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านคุณภาพอาหาร ความปลอดภัยด้านอาหารของจังหวัดอุดรธานี
- 3) ให้คำแนะนำข้อเสนอแนะต่อหน่วยงานต่าง ๆ ในการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพอาหาร และความปลอดภัยด้านอาหารของจังหวัด
- 4) กำกับดูแล ติดตาม และประเมินผล

2. มาตรการสร้างภาคีเครือข่ายการพัฒนากระบวนการกำกับดูแลผักและผลไม้สดปลอดภัย และส่งเสริมศักยภาพผู้ผลิตและผู้จำหน่าย

จากการประชุมกลุ่มเครือข่ายและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อวิเคราะห์ความเสี่ยงปัญหาสารเคมีตกค้างในผักและผลไม้สด ซึ่งเครือข่ายประกอบด้วย เจ้าหน้าที่จากหน่วยงาน สำนักงานเกษตรจังหวัดอุดรธานี สำนักงานเกษตรและสหกรณ์จังหวัดอุดรธานี ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 8 อุดรธานี สำนักงานเทศบาลนครอุดรธานี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในเขตบริการสุขภาพที่ 8 โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดอุดรธานี ตัวแทนห้างค้าส่งและค้าปลีกผู้ประกอบการตัดแต่ง/บรรจุผักผลไม้ และเกษตรกรผู้ผลิต จำนวน 30 คน สามารถระบุผู้มีส่วนได้เสียในการจัดการปัญหาสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างในผักและผลไม้สด และวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้เสีย ตาม Stakeholder Mapping ได้ดังนี้



รูปภาพที่ 2 ผู้มีส่วนได้เสีย ตาม Stakeholder Mapping

กลุ่มผู้มีส่วนได้เสียสามารถแบ่งได้ 3 กลุ่มดังนี้ กลุ่มที่ 1 กลุ่มที่มีอำนาจ และมีการต่อต้าน ได้แก่ เกษตรกร ผู้ผลิต แหล่งจำหน่าย ซึ่งกลุ่มนี้ควรรักษาระดับความพึงพอใจไว้ โดยการสนับสนุนและสร้างแรงจูงใจกลุ่มที่ 2 กลุ่มที่มีอำนาจสูง

และให้การสนับสนุน ได้แก่ สำนักคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) คณะกรรมการอาหารปลอดภัยระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ สำนักงานเกษตรจังหวัด ซึ่งกลุ่มนี้มีศักยภาพในการแก้ไขปัญหาความเสี่ยงสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างในผักและผลไม้ได้ จึงควรติดตามอย่างใกล้ชิดเพื่อผลักดันให้ขับเคลื่อนมาตรการมากยิ่งขึ้น และกลุ่มที่ 3 กลุ่มที่มีอำนาจต่ำ และให้การสนับสนุน ได้แก่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้บริโภค ซึ่งควรได้รับการแจ้งข้อมูล ข่าวสาร ความรู้เป็นระยะ ๆ

3. มาตรการการตรวจสอบเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมาย

การสำรวจเฝ้าระวังสถานการณ์ความปลอดภัยด้านอาหาร ตามภารกิจของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ร่วมกับหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร เขตสุขภาพที่ 8 และหน่วยงานเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคระดับอำเภอ เป็นการปฏิบัติงานเชิงรุกโดยดำเนินการตรวจสอบเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านอาหารด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น ณ สถานที่จำหน่ายและผลิตอาหาร การตรวจสอบสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างในผักและผลไม้สด เป็นการตรวจทางเคมีด้วยชุดทดสอบยาฆ่าแมลง (GT) และชุดทดสอบ GPO TM Kit และมีการสุ่มเก็บตัวอย่างจากแหล่งผลิตคัดบรรจุผักและผลไม้เพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และดำเนินคดีกรณีพบสารเคมีตกค้างเกินมาตรฐาน

ผลการกำหนดมาตรการ 3 ด้าน จากรายงานผลการดำเนินงานหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัย



ด้านอาหาร เขตสุขภาพที่ 8 ศูนย์จังหวัดอุดรธานี
ผลตรวจวิเคราะห์สารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้าง
ในผักและผลไม้สดในจังหวัดอุดรธานี โดยใช้
ชุดตรวจ GT และ TM Kit ในระหว่างปี 2560-2564

พบตกมาตรฐาน ร้อยละ 2.58, 2.36, 2.07, 1.06
และ 1.00 ตามลำดับ ซึ่งผลตรวจวิเคราะห์สารเคมี
กำจัดศัตรูพืชตกค้าง จาก 8 จังหวัดในเขตสุขภาพ
ที่ 8 ก็มีแนวโน้มลดลง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการตรวจวิเคราะห์สารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างในผักและผลไม้สด ในจังหวัดอุดรธานี ปี 2560-2564

ปี พ.ศ.	จำนวนตรวจ	เกินมาตรฐาน (ตัวอย่าง)	ร้อยละ
2560	1,702	44	2.58
2561	1,823	43	2.36
2562	1,548	32	2.07
2563	1,603	17	1.06
2564	1,505	15	1.00

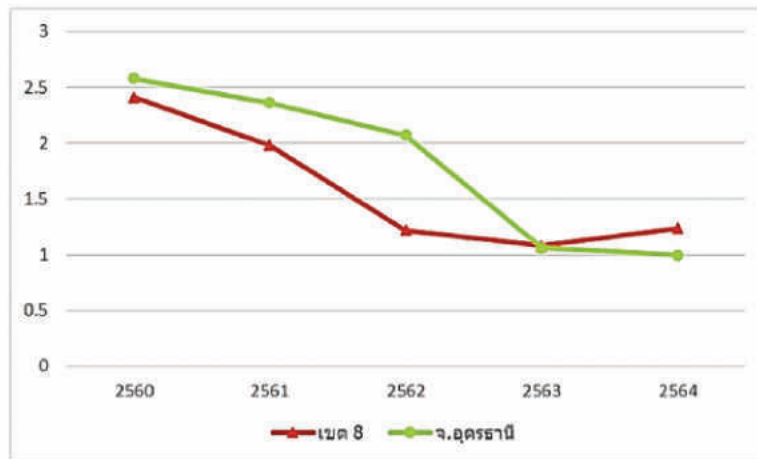
สถานการณ์สารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างในผัก และผลไม้สด ใน 7 จังหวัด เขตสุขภาพที่ 8 ปี
2560-2564 พบตกค้างลดลง ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการตรวจวิเคราะห์สารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างในผักและผลไม้สดจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 8
ปี 2560-2564

ปี พ.ศ.	จำนวนตรวจ	เกินมาตรฐาน (ตัวอย่าง)	ร้อยละ
2560	8,290	201	2.41
2561	9,264	198	2.14
2562	8,005	98	1.22
2563	7,603	82	1.08
2564	6,882	85	1.24

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบผลการตรวจ
วิเคราะห์สารเคมีตกค้างในผักและผลไม้สด

ในจังหวัดอุดรธานี และจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 8
ปี 2560-2564 พบว่ามีแนวโน้มลดลง ดังกราฟที่ 1



กราฟที่ 1 เปรียบเทียบผลการตรวจวิเคราะห์สารเคมีตกค้างในผักและผลไม้สดในจังหวัดอุดรธานี
และจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 8 ระหว่าง ปี 2560-2564

ผลการประเมินมาตรการดำเนินการจัดการ
ความเสี่ยงจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้าง
ในผักและผลไม้สด จังหวัดอุดรธานี ทั้ง 3 ด้าน
ดังนี้ (ตารางที่ 4)

ความเห็นของผู้ให้สัมภาษณ์ทั้งหมดรับรู้
และเห็นด้วยกับมาตรการทั้งสามมาตรการ

1. ความเห็นต่อมาตรการนโยบาย
และการควบคุมกำกับของคณะกรรมการอาหาร
ปลอดภัย

ผลการศึกษา พบว่า ผู้บริหารและ
ผู้รับผิดชอบงานหน่วยงานระดับจังหวัด เห็นว่า
นโยบายสร้างความร่วมมือให้กับหน่วยงาน
ทุกระดับ แต่ควรมีการทบทวนคำสั่งคณะกรรมการ
อาหารปลอดภัยระดับจังหวัดเพื่อให้สอดคล้องกับ

ภารกิจในปัจจุบันเพื่อให้เครือข่ายระดับอำเภอ
และหน่วยงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
ได้รับทราบและเข้ามามีบทบาทในการทำงาน
ไปในทิศทางเดียวกัน ควรมีการสนับสนุน
งบประมาณวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินงานในพื้นที่
อย่างเพียงพอ และพัฒนาขีดความสามารถ
ให้กับเจ้าหน้าที่อย่างสม่ำเสมอ

2. ความเห็นต่อมาตรการสร้างภาคี
เครือข่ายการพัฒนากระบวนการกำกับดูแลผักและ
ผลไม้สดปลอดภัยและส่งเสริมศักยภาพผู้ผลิต
และผู้จำหน่าย

ผลการศึกษา พบว่า ผู้บริหารและ
ผู้รับผิดชอบงานหน่วยงานระดับจังหวัด เห็นด้วย
กับนโยบายของผู้บริหารตลาดค้าส่ง ห้างค้าปลีก

ในการพัฒนาระบบกำกับดูแลผักและผลไม้สด ณ สถานที่จำหน่าย จัดตั้งจุดตรวจวิเคราะห์สารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้าง ควรส่งเสริมให้ดำเนินการอย่างต่อเนื่องและพัฒนาความรู้ศักยภาพของผู้ผลิตและจำหน่ายในการตรวจสอบผักและผลไม้สดด้วยชุดทดสอบเบื้องต้นอย่างสม่ำเสมอ

3. ความเห็นต่อมาตรการตรวจสอบ
เฝ้าระวัง และบังคับใช้กฎหมาย

ผลการศึกษา พบว่า ผู้บริหารและ
ผู้รับผิดชอบงานหน่วยงานระดับจังหวัด เห็นด้วย
กับมาตรการตรวจสอบเฝ้าระวัง การวางแผน
ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง มีระบบการสนับสนุน
งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินงานจาก
หน่วยงานรับผิดชอบจากส่วนกลางอย่างเพียงพอ
แต่ควรเพิ่มกระบวนการสื่อสารความเสี่ยง
และการประชาสัมพันธ์ผลการตรวจสอบเฝ้าระวัง
ให้ผู้บริหารและหน่วยงานภาคีเครือข่าย และควรมี
การดำเนินการบังคับกฎหมายอย่างเข้มงวด

ตารางที่ 4 ผลการประเมินมาตรการดำเนินการจัดการความเสี่ยงจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างในผัก
และผลไม้สด จังหวัดอุดรธานี ทั้ง 3 ด้าน

ประเด็น Context	ประเด็น Input	ประเด็น Process	ประเด็น Product
มาตรการที่ 1 ด้านนโยบายและการควบคุมกำกับของคณะกรรมการอาหารปลอดภัย จังหวัดอุดรธานี			
- มีการมอบนโยบาย สร้างความร่วมมือของ หน่วยงานสาธารณสุข ทุกระดับแต่หน่วยงาน ท้องถิ่นยังขาดความ ร่วมมือในระดับอำเภอ	- มีการจัดโครงสร้าง ผู้รับผิดชอบอย่าง เหมาะสม - มีการสนับสนุน งบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ในการ ดำเนินงาน	- มีรูปแบบและขั้นตอน ในการดำเนินงานทั้ง เชิงรุกและเชิงรับ - กระบวนการ ดำเนินการสื่อสาร กับภาคีเครือข่าย ยังไม่ชัดเจน	- มีการรับรู้ ความคิดเห็นต่อนโยบาย - มีการถ่ายทอด นโยบายและดำเนินการ อย่างต่อเนื่อง
มาตรการที่ 2 สร้างภาคีเครือข่ายการพัฒนาระบบการกำกับดูแลผักและผลไม้สดปลอดภัย และส่งเสริม ศักยภาพผู้ผลิตและผู้จำหน่าย			
- มีนโยบายพัฒนาระบบ การกำกับดูแลของ ผู้บริหารตลาดค้าส่ง ห้างค้าปลีก	- มีงบประมาณสนับสนุน - มีการพัฒนาและ ถ่ายทอดความรู้	- มีระบบกำกับดูแลผัก และผลไม้สดในตลาด ค้าส่ง และห้างค้าปลีก	- มีจุดตรวจวิเคราะห์ สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ตกค้าง - มีการพัฒนาและ ถ่ายทอดความรู้

ตารางที่ 4 ผลการประเมินมาตรการดำเนินการจัดการความเสี่ยงจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างในผักและผลไม้สด จังหวัดอุดรธานี ทั้ง 3 ด้าน (ต่อ)

ประเด็น Context	ประเด็น Input	ประเด็น Process	ประเด็น Product
มาตรการที่ 3 การตรวจสอบเฝ้าระวัง และบังคับใช้กฎหมาย			
- หน่วยงานกำกับดูแลมีการวางแผนดำเนินการอย่างต่อเนื่อง	- มีการงบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ สนับสนุนในการดำเนินงาน - มีการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่	- การสุ่มตรวจวิเคราะห์ตัวอย่างผักและผลไม้สดตามแผนดำเนินการ - การสื่อสารความเสี่ยงและการประชาสัมพันธ์	- ผลการตรวจวิเคราะห์ในปี 2560-2564 มีแนวโน้มลดลง - มีการดำเนินคดีตามกฎหมายกับผู้ผลิตที่พบสารเคมีเกินมาตรฐาน

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

จากผลตรวจวิเคราะห์ตัวอย่างผักและผลไม้สด โดยหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร เขตสุขภาพที่ 8 ศูนย์อุดรธานี ในปี 2559 พบเกินมาตรฐาน ร้อยละ 1.14 โดยเพิ่มขึ้นจากปี 2558 ที่พบเกินมาตรฐานเพียง ร้อยละ 0.12 และในงานวิจัยของ ธนพงศ์ ภูผาสีและคณะ⁽⁷⁾ ศึกษาความชุกของการมีสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างในผักจากตลาดและห้างสรรพสินค้า พบตกค้างเกินมาตรฐาน ถึงร้อยละ 16.00 สถานการณ์สารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างในผักและผลไม้สด จึงเป็นปัญหาที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้บริโภค เมื่อวิเคราะห์ความเสี่ยงตามตารางความเสี่ยง (Risk Matrix) มีค่า = 6 จะพบว่าสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างในผักและผลไม้สดเป็นปัญหา

ที่มีความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดผลกระทบระดับปานกลาง ซึ่งเป็นความเสี่ยงที่เพิ่มอัตราป่วย อาจมีผลต้องงบประมาณ นำไปสู่การตรวจสอบว่ามาตรการป้องกันและลดผลกระทบที่มีอยู่เดิมเพียงพอและเหมาะสม และอาจมีการเพิ่มมาตรการหรือปรับปรุงมาตรการที่มีอยู่ได้สอดคล้องกับผลกระทบที่เกิดขึ้น มาตรการจัดการความเสี่ยง 3 ด้าน ที่กำหนด

1. มินนโยบายและการควบคุมกำกับของผู้บริหารและคณะกรรมการอาหารปลอดภัย จังหวัด เพื่อกำหนดทิศทางการดำเนินงานอาหารปลอดภัย โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ได้วางแผนการเก็บตัวอย่างอาหารให้ครอบคลุมทุกอำเภอในจังหวัดเพื่อตรวจวิเคราะห์ห้องปฏิบัติการหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร เขตสุขภาพที่ 8 ศูนย์อุดรธานี

2. การสร้างภาคีเครือข่ายการพัฒนา
ระบบการกำกับดูแลผักและผลไม้สดปลอดภัย
และส่งเสริมศักยภาพผู้ผลิตและผู้จำหน่าย เป็นการ
สร้างภาคีเครือข่ายผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ต้นน้ำ คือ
เกษตรกรผู้ปลูก กลางน้ำ คือ ผู้ผลิตคัดและบรรจุ
ผักผลไม้ ผู้จำหน่าย ห้างค้าปลีกค้าส่ง ซึ่งเป็นผู้
มีส่วนได้ส่วนเสียมาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และ
ความคิดเห็นในการประชุมกลุ่ม เพื่อพัฒนาระบบ
ดูแลผักและผลไม้สดปลอดภัยตลอดห่วงโซ่ และ
เกิดประเด็นในการบูรณาการการดำเนินงาน
สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุภาพร ภูมิเวียงศรี
และคณะ⁽⁶⁾ บ่งชี้ว่าการจัดการปัญหาสารเคมีกำจัด
ศัตรูพืชปนเปื้อนในผัก ผลไม้ และผลิตภัณฑ์
ทางการเกษตรอย่างยั่งยืนได้ จะต้องเกิดจาก
การมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานราชการ
ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องให้ความร่วมมือ สนับสนุน
และส่งเสริมการดำเนินการจัดการปัญหา

3. การตรวจสอบเฝ้าระวัง และบังคับใช้
กฎหมาย ถือเป็นการทำงานในระดับปลายน้ำ
การตรวจวิเคราะห์สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในผัก
และผลไม้ หน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัย
ด้านอาหารเขตสุขภาพที่ 8 อุตรธานี และ
กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรณีตรวจยืนยันผล
ทางห้องปฏิบัติการพบสารเคมีตกค้างเกินมาตรฐาน
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรธานีจะมีการ
ดำเนินคดีตามกฎหมาย

ส่วนที่ 3 การประเมินผลมาตรการจัดการ ความเสี่ยง 3 ด้าน

การจัดการความเสี่ยงจากสารเคมี
กำจัดศัตรูพืชตกค้างในผักและผลไม้สด ภายใต้
สามมาตรการ มีหลักการ แนวคิดและกระบวนการ
ดำเนินการที่สอดคล้องกันและมีเป้าหมายเชิงผลลัพธ์
ร่วมกัน คือ เพื่อให้ประชาชนมีความปลอดภัย
ลดความเสี่ยงจากการบริโภคผักและผลไม้
ที่มีสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้าง ซึ่งผู้ที่เกี่ยวข้อง
ในหน่วยงานและภาคีเครือข่ายทั้งหมดเห็นด้วยกับ
มาตรการทั้งสามนี้ อย่างไรก็ตาม การนำนโยบาย
ไปสู่การปฏิบัติ จำเป็นต้องมีการจัดการโครงสร้าง
องค์กร การทำงาน แผนงาน การสนับสนุนทรัพยากร
บุคลากร วัสดุ อุปกรณ์เครื่องมือ อย่างเพียงพอ
เพื่อขับเคลื่อนให้การดำเนินงานแต่ละมาตรการ
ให้มีความต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ มีการ
ตั้งคณะทำงานที่ชัดเจน รวมถึงเครือข่ายในพื้นที่
ระดับอำเภอที่เข้มแข็ง

ข้อเสนอแนะ

ผลจากการประเมินกระบวนการจัดการ
ความเสี่ยงสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้าง ผู้วิจัยได้ให้
ข้อเสนอแนะดังนี้

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรธานี
มีบทบาทในการสำคัญในการตรวจสอบเฝ้าระวัง
ความปลอดภัยด้านอาหาร ต้องดำเนินการวางแผน

การรายงานผล รวมทั้งนำเสนอปัญหาอุปสรรค และแนวทางแก้ไขเสนอผู้บริหารให้รับทราบ อย่างสม่ำเสมอ

2. ควรเพิ่มการสื่อสารข้อมูลประชาสัมพันธ์ ให้ประชาชนผู้บริโภค และผู้ประกอบการได้ทราบ สถานการณ์ความปลอดภัย

3. มาตรการทั้งสามมาตรการควรดำเนินการ อย่างต่อเนื่องเพื่อสร้างระบบความปลอดภัย ที่ควบคุมตั้งแต่แหล่งผลิตจนถึงแหล่งจำหน่าย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ดร. นพ. ประเมษฐ์ กิ่งไก่อ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี และ ภก. มะโนตร์ นาคะวัจนะ หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครอง ผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข ที่กรุณาได้อนุเคราะห์ ข้อมูลและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ รวมทั้ง ผู้ช่วยวิจัยและเครือข่ายคณะกรรมการอาหารปลอดภัย จังหวัดอุดรธานีทุกท่าน ที่ได้ให้ความช่วยเหลือ ในการทำวิจัยให้สามารถสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานเศรษฐกิจเกษตร. ปริมาณและมูลค่าการนำเข้าสารกำจัดศัตรูพืช. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 6 ก.พ.2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://oae.go.th/>.
2. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์ และผลต่อสุขภาพจากสารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืช ปี พ.ศ. 2556. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 2 สิงหาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.epid.moph.go.th/wesr>
3. ศูนย์ข้อมูลและข่าวสืบสวนเพื่อสิทธิพลเมือง. 11 ปี ไทยนำเข้าสารเคมี 1.66 ล้านตัน 2.46 แสนล้านบาท เจ็บป่วยปีละ 4 พันราย. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 2 สิงหาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://www.tcijthai.com/news/2019/05/scoop/9456>
4. ข่าวร้ายปลายปี 2563 ไทยแพนพบผักผลไม้ 58.7% พบสารพิษตกค้างเกินมาตรฐาน. [ออนไลน์]. Thai - PAN. [เข้าถึงเมื่อ 3 สิงหาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://thaipan.org/highlights/2283>
5. พัทรี ภคกษมา, สุวรรณีย์ สายสิน, ศรมน สุทิน. การตรวจสอบสารเคมีฆ่าแมลงตกค้างของกลุ่มออร์แกน ฟอสเฟตและคาร์บาเมตในผักในพื้นที่จังหวัดสมุทรปราการ. สำนักงานคณะกรรมการอาหารยา ปีที่ 5. 2559; 1: 22-29.
6. มะโนตร์ นาคะวัจนะ. รายงานการเฝ้าระวังความเสี่ยงการปนเปื้อนยาฆ่าแมลงในผัก ณ แหล่งรับซื้อ เขตบริการสุขภาพที่ 7, 8 ภายใต้คณะกรรมการขับเคลื่อนด้านคุณภาพและความปลอดภัย คณะกรรมการอาหารแห่งชาติ. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. 2559; 32-35.



เอกสารอ้างอิง

7. ธนงพงศ์ ภูผาลี, อรุณช วงศ์วัฒนาเสถียร, สมศักดิ์ อาภาศรีทองสกุล, มาลี สุปันตี. ความซุกของการมีสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างในผักจากตลาดและห้างสรรพสินค้า ในอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2559; 2: 399-409.
8. สุภาพร ภูมิศรีเวียง, นฤมล สีนสุพรรณ, อำนาจ ชนะวงศ์. การพัฒนารูปแบบและจัดการปัญหาสารเคมีกำจัดศัตรูพืชปนเปื้อนในผัก ผลไม้ และผลิตภัณฑ์ทางการเกษตรอย่างยั่งยืน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย อำเภอหนองนาคำ จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2564; 14: 36-56.

การพยากรณ์แนวโน้มการเกิดเรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ Forecasting Trends of Health Product Complaints in the Northeastern Region of Thailand

ชยพล สินวรรณ¹

Chayapol Sinworn¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์การเกิดเรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ส่งผลต่อสุขภาพและความปลอดภัยของประชาชนในปัจจุบัน 2) เพื่อเปรียบเทียบปริมาณการเกิดเรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่เกิดขึ้นจริงกับการพยากรณ์แนวโน้มการเกิดเรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในอนาคต และ 3) เพื่อนำข้อมูลพยากรณ์แนวโน้มการเกิดเรื่องร้องเรียน ไปใช้ในการวางแผนการดำเนินงานหรือช่วยในการกำหนดแนวทางในการจัดการเรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพต่อไป ใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) ระหว่างการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยรวบรวมข้อมูลจากรายงานปริมาณการเกิดเรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) โดยการใช้ Forecast sheet เพื่อพยากรณ์ข้อมูลแบบอนุกรมเวลา แล้วทำนายโอกาสของการเกิดเหตุการณ์ และทำการทดสอบการพยากรณ์แนวโน้มการเกิดเรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือด้วยวิธีการพยากรณ์แบบปรับเรียบเอ็กซ์โปเนนเชียลแบบง่าย (Simple Exponential Smoothing Method) เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Selection) จำนวน 20 คน ได้แก่ ผู้บริหาร 1 คน หัวหน้างาน/รองหัวหน้า 9 คน และผู้ปฏิบัติงาน 10 คน จากกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพื้นฐานหาค่าร้อยละ, ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทำการทดสอบและนำผลการพยากรณ์วัดประสิทธิภาพของการพยากรณ์ด้วยค่าเฉลี่ยของร้อยละความผิดพลาดสัมบูรณ์ (Mean Absolute Percentage Error, MAPE) สรุปผลและเสนอในรูปของความเรียง ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า 1) การพยากรณ์แบบเรียบเอ็กซ์โปเนนเชียลแบบง่าย (Simple Exponential Smoothing Method) เป็นวิธีการที่มีความสอดคล้องกับข้อมูลปริมาณการเกิดเรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุดเนื่องจากข้อมูลอนุกรมเวลาของการเกิดเรื่องร้องเรียนที่ไม่มีอิทธิพลของฤดูกาล

¹ เภสัชกรชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ

¹ Pharmacist, Senior Professional Level. Department of Consumer Protection and Public Health Pharmacy,

Amnat Charoen Public Health Office. Email : Chayapolapha@gmail.com

เข้ามาเกี่ยวข้อง ซึ่งผลการทดสอบการพยากรณ์แนวโน้มการเกิดเรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ พบว่า การดำเนินคดีเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ มีค่าการพยากรณ์แม่นยำสูงสุด ($MAPE = 23.59$) 2) การเกิดเรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สถิติย้อนหลัง 6 ปีงบประมาณ (พ.ศ.2560-2565) พบว่า มีการจัดการเรื่องร้องเรียนเทียบกับจำนวนการร้องเรียน คิดเป็นอัตราร้อยละ 92.88 ซึ่งสะท้อนการดำเนินการจัดการข้อร้องเรียนอยู่ในระดับดีมาก โดยมีการดำเนินงานจัดการเรื่องร้องเรียนผลิตภัณฑ์สุขภาพมากที่สุดในการให้บริการข่าวสารความรู้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ รองลงมา คือ การกำกับและควบคุมผลิตภัณฑ์สุขภาพ และการบริการเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ ตามลำดับ และ 3) แนวโน้มการเกิดเรื่องร้องเรียน ในอนาคต 5 ปี จากปี พ.ศ. 2566 – 2570 พบว่า มีแนวโน้มปริมาณการเกิดเรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์ที่สูงขึ้น การดำเนินงานจัดการเรื่องร้องเรียน ถือเป็นกลไกสำคัญในควบคุมผลกระทบที่จะช่วยลดปริมาณการเกิดข้อร้องเรียนในด้านอื่น ๆ ได้ การเพิ่มมาตรการและกลไกในการดำเนินงานจัดการข้อร้องเรียนที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสมและทันทั่วทั้งที่ จะช่วยลดแนวโน้มปริมาณการเกิดเรื่องร้องเรียนด้านอื่น ๆ ตามไปด้วย ดังนั้น การวางแผน การกำหนดแนวทางการดำเนินงานที่ดีด้านผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพในอนาคตให้เป็นไปตามนโยบายของประเทศ ตามกรอบมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกำหนดจะช่วยลดผลกระทบต่อสุขภาพและความปลอดภัยของประชาชนได้

คำสำคัญ: การพยากรณ์ เรื่องร้องเรียน ผลิตภัณฑ์สุขภาพ

Abstract

The objectives of this research are 1) To study the situation of health product complaints in the Northeast Thailand that have an impact on people's health and safety. 2) To compare the actual number of health product complaints in the Northeastern region with the forecasting trend of health product complaints in the future And 3) To use forecasting data on the tendency of complaints to support in operational planning or assist in formulating guidelines for handling complaints related to health products in the future. Mixed methods research were used in the research between survey research collecting data from the Health Product Complaints Report of the Consumer Protection and Pharmacy Group, Northeastern Provincial Public Health Office and experimental research, Using a Forecast sheet to forecast time-series data and predict the likelihood of an incident and testing the forecasting trend of health product complaints in the Northeast by the Simple Exponential Smoothing Method. Purposive selection was used to choose the 20 people who are 1 executive, 9



supervisors/deputy heads and 10 workers of the Consumer Protection Unit from the Northeast's Provincial Public Health Offices. Basic statistics as percentage, mean, and standard deviation were used to analyze the data. The mean absolute percentage error, or MAPE, was used to measure the forecast results. Then the results were summarized and presented in the form of an essay. The research found that 1) The test's findings indicate a propensity for complaints about health products. It was found that litigation involving health products had the highest predictive value (MAPE = 23.59). 2) Statistics on the occurrence of health product complaints in the Northeastern region over the previous six fiscal years (2017-2022) found that 92.88% of the total number of complaints were resolved. This illustrates the excellent quality of complaint management. The most effective management of complaints for health products are the service of information and knowledge of health products, followed by supervision and control of health products and finally service complaints related to health products. And 3) the trend of complaints in the next 5 years (2023 – 2027) will be a tendency to increase the number of product complaints. The management of complaints is a crucial control mechanism that will assist in lowering the number of complaints in other areas. Increasing measures and mechanisms for handling complaints that arise appropriately and promptly will reduce the tendency of the number of complaints in other areas as well. Therefore, planning, setting guidelines for good health product operations in the future in accordance with the policy of the country and the standard framework set by the Ministry of Public Health or related agencies, it will reduce the impact on health and increase the safety of people.

Key words: Forecasting, Complaints, Health products

บทนำ

สถานการณ์ปัญหาเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในปัจจุบัน ยังคงเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ไม่ว่าจะเป็นปัญหาด้านคุณภาพ มาตรฐาน และความปลอดภัยของสินค้าผลิตภัณฑ์สุขภาพ หน่วยงานภาครัฐไม่สามารถควบคุม กำกับ ดูแลได้อย่างทั่วถึง จนนำไปสู่การเกิดเรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามไปด้วย ผู้บริโภค ผู้ร้องเรียนที่แจ้งเบาะแสเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ นับว่าเป็นบุคคลสำคัญที่ช่วยเป็นหูเป็นตาให้กับทางราชการ ในการแจ้งเกี่ยวกับการผลิต นำเข้า และการโฆษณาที่ไม่ถูกต้อง เพื่อที่ทางราชการจะได้ตรวจสอบข้อเท็จจริง ซึ่งบางเรื่องเป็นเรื่องที่มีผลต่อชีวิตและทรัพย์สิน หากไม่ได้รับความร่วมมือจากผู้ร้องเรียน อาจเกิดความเสียหายที่รุนแรงกระทบต่อสุขภาพอนามัยและความปลอดภัยของประชาชนได้ การกำหนดแนวทางในการจัดการข้อร้องเรียนที่ชัดเจน ครอบคลุม และตอบสนองความต้องการของผู้บริโภค จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่จะควบคุมความรุนแรงของปัญหา และแนวโน้มการเกิดเรื่องร้องเรียนจากผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในปัจจุบันได้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประกอบด้วย 20 จังหวัด ได้แก่ นครราชสีมา กาฬสินธุ์ ขอนแก่น ชัยภูมิ นครพนม บึงกาฬ บัณฑิตบุรี มหาสารคาม มุกดาหาร ยโสธร ร้อยเอ็ด ศรีสะเกษ เลย สกลนคร สุรินทร์ หนองคาย หนองบัวลำภู อุดรธานี อุบลราชธานี และอำนาจเจริญ มีอำนาจหน้าที่ ในการกำกับ ดูแล ประเมินผล และสนับสนุนการปฏิบัติงานของ

หน่วยงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่จังหวัด เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามกฎหมาย มีการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและมีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ การแก้ไขข้อร้องเรียนจากการละเมิดสิทธิผู้บริโภค เพื่อให้การบริหารจัดการเรื่องร้องเรียนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ การคาดการณ์อนาคตบนพื้นฐานของข้อมูลมาใช้ในการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลแนวโน้มการเกิดเรื่องร้องเรียนจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อจะช่วยให้สามารถเรียนรู้ผลการดำเนินงานและพัฒนาแนวทางการปฏิบัติงานของพนักงานเจ้าหน้าที่ การรายงานผล การสำรวจตรวจสอบผลิตภัณฑ์ สถานประกอบการ โฆษณาในพื้นที่ กำหนดแนวทางแก้ไขปัญหา ปรับปรุงการสื่อสารให้มีประสิทธิภาพและสร้างเครือข่ายผู้บริโภคในการจัดการเรื่องร้องเรียน ข้อมูลสารสนเทศที่ใช้สำหรับผู้บริหารระดับกลางและระดับสูงจึงนับเป็นสิ่งสำคัญยิ่งในส่วนของวางแผน จากในอดีตการวางแผนการจะอาศัยจากการคาดเดา ใน 2 ลักษณะ คือ อาศัยจากประสบการณ์ของผู้บริหาร หรือไม่ก็ศึกษาจากข้อมูลในอดีตว่ามีอัตราเปลี่ยนแปลงเป็นเช่นไร สองวิธีที่กล่าวมานี้ค่อนข้างเป็นวิธีที่เป็นศาสตร์ชั้นมาและประสบผลสำเร็จในระดับหนึ่ง ซึ่งผู้บริหารส่วนใหญ่จะตัดสินใจโดยอาศัยข้อมูลในอดีตเป็นบรรทัดฐาน นอกจากการศึกษาข้อมูลในอดีตแล้ว ผู้บริหารยังจำเป็นต้องมีภาระหน้าที่ในการวางแผนเพื่อเตรียมการด้านต่าง ๆ ในอนาคต ด้วยเหตุผลของการคาดเดาโดยไม่มีหลักการย่อมมีจุดอ่อน ดังนั้นเทคนิคหรือวิธีที่จะพยากรณ์ค่าต่าง ๆ ในอนาคตนับเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้บริหารจำเป็นต้องรู้ เพราะถ้าผู้บริหารไม่รู้วิธีหรือเทคนิคในการพยากรณ์ค่าตัวเลข

ต่าง ๆ ในอนาคตได้ผู้บริหารก็จะไม่สามารถคาดคะเนหรือบอกได้ว่าค่าของสิ่งที่ต้องการรู้ในอนาคตนั้นควรอยู่ในระดับใด กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข จังหวัดอำนาจเจริญ จึงได้ทำการศึกษาการพยากรณ์แนวโน้มการเกิดเรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพื่อศึกษาพฤติกรรมการพยากรณ์และวิเคราะห์ปริมาณการเกิดเรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ส่งผลต่อสุขภาพและความปลอดภัยของประชาชนในปัจจุบัน เปรียบเทียบปริมาณการเกิดเรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่เกิดขึ้นจริงกับการพยากรณ์แนวโน้มการเกิดเรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในอนาคต และข้อมูลพยากรณ์แนวโน้มการเกิดเรื่องร้องเรียน ไปใช้ในการวางแผนการดำเนินงานหรือช่วยในการกำหนดแนวทางในการจัดการเรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการพยากรณ์และวิเคราะห์ปริมาณการเกิดเรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ส่งผลต่อสุขภาพและความปลอดภัยของประชาชนในปัจจุบัน
2. เพื่อเปรียบเทียบปริมาณการเกิดเรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่เกิดขึ้นจริงกับการพยากรณ์แนวโน้มการเกิดเรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในอนาคต
3. เพื่อนำข้อมูลพยากรณ์แนวโน้มการเกิดเรื่องร้องเรียน ไปใช้ในการวางแผนการดำเนินงานหรือช่วยในการกำหนดแนวทางในการจัดการเรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบของการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) ระหว่างการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) และวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) โดยการทดสอบแบบจำลอง (Model Development) และสำรวจความคิดเห็นจากกลุ่มตัวอย่างด้วยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Selection) จากผู้ที่มีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบในการดำเนินงานด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ผู้บริหาร ผู้อำนวยการ หัวหน้างาน รองหัวหน้ากลุ่มงาน คุ้มครองผู้บริโภค สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Selection) ในการสอบถามความคิดเห็นต่อการเกิดเรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 20 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

1. ข้อมูลจากรายงานปริมาณการเกิดเรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สถิติย้อนหลัง 6 ปีงบประมาณ (พ.ศ. 2560-2565) ด้วยโปรแกรม Microsoft Office Excel

2. แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการเกิดเรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

3. วิธีการเก็บข้อมูล

ผู้ศึกษาได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

3.1 เก็บรวบรวมข้อมูลปริมาณการเกิดเรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยผู้วิจัยได้ติดต่อประสานงานขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลงานวิจัยกับกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยส่งแบบฟอร์มสำรวจด้วย Google Form ทางไปรษณีย์ อี เล็กทรอนิกส์ เพื่อสำรวจและรวบรวมข้อมูลปริมาณการเกิดเรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และนำแบบสอบถามที่ได้รับมาตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้อง เพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

3.2 เก็บรวบรวมข้อมูลความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้บริหาร ผู้อำนวยการ หัวหน้างาน รองหัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่มีต่อการเกิดเรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพจากแบบสอบถาม/แบบสัมภาษณ์ออนไลน์ที่ผู้วิจัยได้ติดต่อประสานงานขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามไปยังกลุ่มตัวอย่างที่ได้ทำการคัดเลือกไว้ และนำแบบสอบถามที่ได้รับมาตรวจสอบความสมบูรณ์และนำข้อมูลไปวิเคราะห์

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 นำข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมข้อมูลสถิติผลการเกิดเรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตามช่องทางการรับเรื่องร้องเรียนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่กำหนด ได้แก่

แบบฟอร์มการร้องเรียน ระบบออนไลน์ ระบบบันทึกใ้การแจ้งการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพทางวิทยุ จากรายงานการเกิดเรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สถิติย้อนหลัง 6 ปีงบประมาณ (พ.ศ. 2560-2565)

4.2 ตรวจสอบข้อมูลที่ครบถ้วนสมบูรณ์มาทำการแยกหมวดหมู่เพื่อทำการวิเคราะห์ โดยใช้วิธีการพยากรณ์แบบปรับเรียบเอ็กโปเนนเชียลสามารถคำนวณได้จากสูตร

$$F_{t+1} = \alpha X_t + (1-\alpha)F_t$$

โดยที่ F_{t+1} = ค่าพยากรณ์ในคาบเวลาต่อไป

X_t = ค่าข้อมูลจริงที่ คาบเวลาปัจจุบัน (ที่ เวลา t)

F_t = ค่าพยากรณ์ในคาบเวลา t

α = ค่า Smoothing Constant

$$(0 < \alpha < 1)$$

4.3 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

4.4 การทดสอบแบบจำลองเพื่อพยากรณ์ โดยการนำข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมมาประมวลผลโดยการลงรหัสข้อมูลและบันทึกข้อมูลลงในคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรม Microsoft Office Excel เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลที่มีตัวแปรและปริมาณข้อมูลจำนวนมาก และคาดคะเนแนวโน้มในอนาคตจากปริมาณการเกิดเรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

โดยใช้ Forecast Sheet เพื่อพยากรณ์ข้อมูลแบบอนุกรมเวลา แล้วทำนายโอกาสของการเกิดเหตุการณ์ และทำการทดสอบการพยากรณ์แนวโน้มการเกิดเรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือด้วยวิธีการพยากรณ์แบบปรับเรียบเอ็กซ์โปเนนเชียลแบบง่าย (Simple Exponential Smoothing Method) และนำผลการพยากรณ์มาวัดประสิทธิภาพของการพยากรณ์ด้วยค่าเฉลี่ยของร้อยละความผิดพลาดสัมบูรณ์ (Mean Absolute Percentage Error, MAPE)

4.5. นำข้อมูลจากแบบสอบถามความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้บริหาร ผู้อำนวยการ หัวหน้างาน รองหัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีต่อการเกิดเรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่เป็นข้อเสนอแนะและความคิดเห็นมาวิเคราะห์แนวทางเบื้องต้นในการจัดการเรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ผู้ศึกษาใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางด้านสถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งใช้สถิติพื้นฐานในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าร้อยละ (Percentage), ค่าเฉลี่ย (Mean), ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) รายละเอียดดังนี้

5.1 ค่าความถี่และค่าร้อยละ (Percentage)

5.1.1 นำข้อมูลจากแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง มาแจกแจงความถี่และวิเคราะห์ข้อมูลเป็นค่าร้อยละ และนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

5.1.2 นำข้อมูลจากการสัมภาษณ์เสนอในรูปแบบของความเรียงโดยเรียงตามลำดับความถี่

ขั้นตอนการประเมินและสรุปผลการศึกษา

การศึกษาเป็นการวิจัยเชิงสำรวจ การวิจัยเชิงทดลอง และการวิจัยเชิงคุณภาพ การดำเนินงานศึกษาครั้งนี้แยกเป็น 2 ข้อมูล คือ ข้อมูลที่ 1 การดำเนินการพยากรณ์แนวโน้มการเกิดเรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ จากข้อมูลจากรายงานปริมาณการเกิดเรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ ผลิตภัณฑ์ที่มีการร้องเรียน ผลการดำเนินงานจัดการเรื่องร้องเรียน ประเด็นเรื่องร้องเรียนผลิตภัณฑ์สุขภาพ ผลการดำเนินคดีเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ และข้อมูลที่ 2 ความคิดเห็นต่อการเกิดเรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ เสนอในรูปแบบของความเรียงโดยเรียงตามลำดับความถี่

ผลการศึกษา

การดำเนินงานศึกษาครั้งนี้แยกเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 คือ การพยากรณ์แนวโน้มการเกิดเรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ จากข้อมูลจากรายงานปริมาณการเกิดเรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ ผลิตภัณฑ์ที่มีการร้องเรียน ผลการดำเนินงานจัดการเรื่องร้องเรียน ประเด็นเรื่องร้องเรียนผลิตภัณฑ์สุขภาพ ผลการดำเนินคดีเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ และส่วนที่ 2 ความคิดเห็นต่อการเกิดเรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์

สุขภาพ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รายละเอียด ดังนี้

ผลการศึกษาข้อมูลส่วนที่ 1 คือ การพยากรณ์ แนวโน้มการเกิดเรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

1) ข้อมูลจากรายงานปริมาณการเกิดเรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สถิติย้อนหลัง 6 ปีงบประมาณ (พ.ศ. 2560-2565) พบว่า ผลิตภัณฑ์ที่มีการร้องเรียนมากที่สุด ได้แก่ ผลิตภัณฑ์อาหาร รองลงมา คือ ผลิตภัณฑ์ยา และผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง ตามลำดับ การดำเนินงานจัดการเรื่องร้องเรียนที่มีการดำเนินงานมากที่สุด ได้แก่ ผลิตภัณฑ์อาหาร รองลงมา คือ ผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง และผลิตภัณฑ์สมุนไพร ตามลำดับ ประเด็นเรื่องร้องเรียนผลิตภัณฑ์สุขภาพมากที่สุด ได้แก่ คุณภาพอาหาร พบสิ่งแปลกปลอม, หมดอายุก่อนกำหนด, มีสารปนเปื้อนส่งผลกระทบต่อร่างกาย รองลงมา คือ ฉลากไม่ระบุ วันเดือนปีที่ผลิต/หมดอายุ, ฉลากไม่มีเลขสารบบอาหาร และการโฆษณาอาหารเกินจริง, โฆษณาโดยไม่ได้รับอนุญาต ตามลำดับ ผลการดำเนินคดีเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพมากที่สุด ได้แก่ จำนวนคดีที่สั่งระงับโฆษณา/ส่งกลุ่มหน่วยงานดำเนินงานดำเนินคดี รองลงมา คือ ยุติคดี และส่งต่อหน่วยงานอื่นเพื่อดำเนินการเพิ่มเติม ตามลำดับ

2) การพยากรณ์การเกิดเรื่องร้องเรียนทดสอบด้วยวิธีการพยากรณ์แบบเรียบเอ็กซ์โปเนนเชียลแบบง่าย (Simple Exponential Smoothing Method) เนื่องจากข้อมูลอนุกรมเวลาของการเกิดเรื่อง

ร้องเรียนที่ไม่มีอิทธิพลของฤดูกาลเข้ามาเกี่ยวข้อง โดยจำแนกผลการทดสอบการพยากรณ์แนวโน้มการเกิดเรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพออกเป็นรายด้าน พบว่า การดำเนินคดีเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ มีค่าการพยากรณ์พอใช้ (MAPE = 23.59 และ MAE = 41.03) รองลงมา คือ ผลิตภัณฑ์ที่มีการร้องเรียน (MAPE = 33.35 และ MAE = 81.66) การดำเนินงานจัดการข้อร้องเรียน (MAPE = 35.97 และ MAE = 81.66) และประเด็นเรื่องร้องเรียนผลิตภัณฑ์สุขภาพ (MAPE = 40.21 และ MAE = 57.83)

3) การพยากรณ์อนุกรมเวลา (Time Series Forecasting) เพื่อพยากรณ์แนวโน้มการเกิดเรื่องร้องเรียนในอนาคต 5 ปี จากปี พ.ศ. 2566 - 2570 พบว่า การเกิดเรื่องร้องเรียนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คิดเป็นอัตราเฉลี่ย 247 ครั้ง/ปี การดำเนินงานจัดการเรื่องร้องเรียนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คิดเป็นอัตราเฉลี่ย 248 ครั้ง/ปี ประเด็นข้อร้องเรียนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คิดเป็นอัตราเฉลี่ย 141 ครั้ง/ปี การดำเนินคดีเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพเฉลี่ยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คิดเป็นอัตราเฉลี่ย 181 ครั้ง/ปี

ผลการศึกษาข้อมูลส่วนที่ 2 ความคิดเห็นต่อการเกิดเรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

1) ความคิดเห็นต่อการเกิดเรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ระดับสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 65 มีอายุเฉลี่ย 40.85 ปี มีระดับการศึกษาปริญญาตรีและปริญญาโท คิดเป็นร้อยละ 50 ส่วนใหญ่

มีตำแหน่งงานเภสัชกรชำนาญการ คิดเป็นร้อยละ 60 ส่วนใหญ่เป็นผู้ปฏิบัติงาน คิดเป็นร้อยละ 50 มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานระหว่าง 1 – 5 ปี, 6 – 10 ปี และมากกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 30 มีประสบการณ์ด้านงานคุ้มครองผู้บริโภคมากที่สุด ในงานยา (ร้ายขายยา) คิดเป็นร้อยละ 85 รองลงมา คือ งานอาหาร คิดเป็นร้อยละ 80 และงานสถานพยาบาล งานเครื่องสำอาง งานกัญชา งานกัญชง คิดเป็นร้อยละ 70 ตามลำดับ ความคิดเห็นต่อการเกิดเรื่องร้องเรียน ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.15) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ การให้บริการข่าวสารความรู้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ($\bar{X}$ = 4.18) รองลงมา คือ การกำกับและควบคุม ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ($\bar{X}$ = 4.15) และการบริการเรื่อง ร้องเรียนเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ ($\bar{X}$ = 4.11) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาการดำเนินงานเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การตรวจสอบและ เฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพในท้องตลาดทั่วถึง ทุกผลิตภัณฑ์สุขภาพภายในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบ ($\bar{X}$ = 4.30) รองลงมา คือ มีช่องทางการเผยแพร่ ข่าวสารความรู้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่หลากหลาย เช่น Facebook, เว็บไซต์ของกลุ่มงาน, วิดีทัศน์, ใบปลิว หรือลิงค์เว็บไซต์ที่เกี่ยวข้อง เช่น อย. มีช่องทางการ ร้องเรียนเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพที่หลากหลาย เช่น ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (E-mail) สายด่วน แอปพลิเคชัน อินเทอร์เน็ต ทางไปรษณีย์ ร้องเรียน ด้วยตนเอง ($\bar{X}$ = 4.25) และความพึงพอใจต่อการ ให้บริการข่าวสาร ความรู้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ($\bar{X}$ = 4.20) ตามลำดับ

2) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างกับความคิดเห็น ต่อการเกิดเรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในภาค ตะวันออกเฉียงเหนือโดยรวม พบว่า ปัจจัยด้านเพศ ของกลุ่มตัวอย่าง มีผลต่อความคิดเห็นต่อการเกิด เรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนปัจจัย ระดับการศึกษา ไม่มีผลต่อความคิดเห็นต่อการเกิด เรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนปัจจัยกลุ่มอายุต่างกัน ไม่มีผลต่อความคิดเห็นต่อการเกิดเรื่องร้องเรียน ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ส่วนปัจจัยประเภทตำแหน่งงานต่างกัน ไม่มีผลต่อความคิดเห็นต่อการเกิดเรื่องร้องเรียน ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ส่วนปัจจัยระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน ในหน่วยงานต่างกัน ไม่มีผลต่อความคิดเห็นต่อการ เกิดเรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปและอภิปรายผล

1) การพยากรณ์แบบเรียบเอ็กโปเนนเชียล แบบง่าย (Simple Exponential Smoothing Method) เป็นวิธีการที่มีความสอดคล้องกับข้อมูลปริมาณการ เกิดเรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในภาค ตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุดเนื่องจากข้อมูล อนุกรมเวลาของการเกิดเรื่องร้องเรียนที่ไม่มีอิทธิพล ของฤดูกาลเข้ามาเกี่ยวข้อง ซึ่งผลการทดสอบการ พยากรณ์แนวโน้มการเกิดเรื่องร้องเรียนด้าน ผลิตภัณฑ์สุขภาพ พบว่า การดำเนินคดีเกี่ยวกับ

ผลิตภัณฑ์สุขภาพ มีค่าการพยากรณ์แม่นยำสูงสุด (MAPE = 23.59) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ปิยะพันธ์ จำเริญจรสุข (2564) ที่ทำการศึกษาค่าการพยากรณ์ปริมาณการจัดซื้อยา : กรณีศึกษาโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ผลการวิจัยพบว่า การพยากรณ์วิธีการปรับรูปแบบเอกซโพเนนเชียลขั้นเดียวซึ่งค่าสัมประสิทธิ์การปรับเรียบเท่ากับ 0.9 นั้นมีความแม่นยำสูงสุด โดยค่า MAPE ต่ำสุด เท่ากับ 19 เมื่อจำแนกตามระดับตามระดับความแม่นยำของ MAPE พบว่า วิธีการปรับรูปแบบเอกซโพเนนเชียลขั้นเดียวซึ่งค่าสัมประสิทธิ์การปรับเรียบเท่ากับ 0.9 มีค่าร้อยละความแม่นยำสูงสุด (MAPE น้อยกว่า 10) เป็น 24.6 ซึ่งสูงกว่าวิธีอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญ $P < 0.001$ และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ ศึกษา กิรติภรณ์ (2556) ที่ได้ทำการศึกษาค่าการพยากรณ์แนวโน้มการมรณะจำแนกสาเหตุการตายในประเทศไทย ผลการวิจัยพบว่า ในทุกสาเหตุการตาย อัตราการสูงขึ้นตามอายุแบบเอกซโพเนนเชียลแต่ลดลงในวัยผู้สูงอายุยกเว้นสาเหตุการตายภายนอกของการป่วยและตายที่มีแนวโน้มลดลงในช่วงอายุ 2-14 ปี และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจนกระทั่งอายุ 85 ปี และสอดคล้องกับงานวิจัยของวริยา วงศ์พานิช (2564) ที่ทำการศึกษาค่าการพยากรณ์ข้อมูลอนุกรมเวลาทางการแพทย์ด้วยตัวแบบอาร์มา ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมจะเลือกตัวแบบที่เหมาะสมกับข้อมูลที่สุ่มมาให้ ทำให้ผู้พยากรณ์สามารถเลือกตัวแบบได้สะดวกขึ้น แต่ผู้พยากรณ์ควรพิจารณาเลือกตัวแบบที่ได้มาให้ความถูกต้องมากที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอีกครั้ง เพื่อจะได้ตัวแบบที่เหมาะสมกับข้อมูลอนุกรมเวลานั้น ๆ ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์น้อยที่สุด สำหรับการพยากรณ์ข้อมูลอนุกรมเวลาในอนาคต

2) การเกิดเรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สถิติย้อนหลัง 6 ปีงบประมาณ (พ.ศ. 2560-2565) พบว่า มีการจัดการเรื่องร้องเรียนเทียบกับจำนวนการร้องเรียนคิดเป็นร้อยละ 92.88 ซึ่งสะท้อนการดำเนินการจัดการข้อร้องเรียนอยู่ในระดับดีมาก สอดคล้องกับความคิดเห็นต่อการเกิดเรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของกลุ่มตัวอย่างที่มีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบในการดำเนินงานดังกล่าวที่มีความคิดเห็นต่อผลการดำเนินงานจัดการเรื่องร้องเรียนผลิตภัณฑ์สุขภาพ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.15$) โดยมีการดำเนินงานจัดการเรื่องร้องเรียนผลิตภัณฑ์สุขภาพมากที่สุด ในด้านการให้บริการข่าวสารความรู้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ รองลงมา คือ การกำกับและควบคุมผลิตภัณฑ์สุขภาพ และการบริการเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ รัชну กริธาธร และ ภูมิพัฒน์ อรุณากูร (2564) ที่ได้สำรวจความพึงพอใจผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของ อย. ประจำปีงบประมาณ 2564 ผลการวิจัยพบว่า ความพึงพอใจในภาพรวมของผู้บริโภคอยู่ในระดับพึงพอใจมาก ในด้านการกำกับและควบคุมผลิตภัณฑ์สุขภาพของ อย. รองลงมา คือ ด้านการให้บริการข้อมูลข่าวสารความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพของ อย. และการจัดการเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพของ อย. และ 3) แนวโน้มการเกิดเรื่องร้องเรียนในอนาคต 5 ปี จากปี พ.ศ. 2566 – 2570 พบว่า มีแนวโน้มปริมาณการเกิดเรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์ที่สูงขึ้น การดำเนินงานจัดการเรื่องร้องเรียน ถือเป็นกลไกสำคัญในควบคุมผลกระทบที่จะช่วยลดปริมาณการเกิดข้อร้องเรียนในด้านอื่น ๆ ได้ การเพิ่มมาตรการและกลไกในการดำเนินงานจัดการ

ข้อร้องเรียนที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสมและทันท่วงที จะช่วยลดแนวโน้มปริมาณการเกิดเรื่องร้องเรียน ด้านอื่น ๆ ตามไปด้วย ดังนั้น การวางแผน การกำหนด แนวทางการดำเนินงานที่ดีด้านผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพ ในอนาคตให้เป็นไปตามนโยบายของประเทศ ตามกรอบมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขหรือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกำหนดจะช่วยลดผลกระทบต่อสุขภาพและความปลอดภัยของประชาชนได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ จีรโรจน์ ตอสะสุกุล (2564) ที่ได้ทำการศึกษาแบบจำลองการพยากรณ์ การระบาดของโรคไข้เลือดออกโดยใช้เทคนิคการทำ เหมืองข้อมูลเพื่อหาแบบจำลองสำหรับการพยากรณ์ การระบาดของโรคไข้เลือดออกเขตพื้นที่ในความ รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก โดยประยุกต์ใช้เทคนิคการทำ เหมืองข้อมูล ผลการวิจัยพบว่า การสร้างแบบจำลอง สำหรับการพยากรณ์การระบาดของโรคไข้เลือดออก ที่เหมาะสมที่สุด โดยแบบจำลองสำหรับการพยากรณ์ ที่เหมาะสมที่สุดจะเป็นประโยชน์สำหรับการนำไปใช้ ประกอบการวางแผนนโยบายและการรณรงค์ เพื่อป้องกันการระบาดของโรคไข้เลือดออกได้ ตรงกลุ่มเสี่ยงมากที่สุดภายใต้งบประมาณและ ทรัพยากรที่จำกัด ดังนั้น จึงควรมีการจัดการในเรื่อง ของผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพในอนาคตให้ดี เป็นไปตาม นโยบายของประเทศ ตามกรอบที่กระทรวงฯ กำหนดเพื่อช่วยลดการเกิดข้อร้องเรียนต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้น อันจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อ

ประชาชนผู้ใช้ผลิตภัณฑ์ ตลอดจนทำให้เกิดการ ดำเนินคดีต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1) การศึกษาครั้งนี้สามารถนำข้อมูลที่ได้มา ใช้กำหนดแนวทางในการจัดการเรื่องร้องเรียน ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและลดอัตราการร้องเรียน ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในอนาคต

2) ควรมีการดำเนินงานรวบรวมจัดเก็บข้อมูล ให้มีขึ้นของอนุกรมเวลาที่มีรายละเอียดมากขึ้น เพื่อนำไปใช้กับการศึกษาการพยากรณ์ในรูปแบบอื่น ๆ ที่หลากหลายเหมาะสมกับสถานการณ์ที่จะนำไปใช้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายแพทย์ปฐมพงศ์ ปรุโปร่ง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ นางฤดีวรรณ วงศ์เจริญ รองนายแพทย์สาธารณสุข จังหวัดอำนาจเจริญ และผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาให้ คำแนะนำให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ตลอดจน ปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่ อย่างดียิ่ง และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่กลุ่มงาน คุ้มครองผู้บริโภค สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือทุกท่านที่ให้ข้อมูลต่าง ๆ ที่เอื้อต่อการทำงานวิจัย ตลอดจนให้ความร่วมมือใน การตอบแบบสอบถาม จนทำให้ผลงานวิจัยนี้สำเร็จ ลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กฤษดา เขียววัฒนสุข. (2557). [ออนไลน์]. การพยากรณ์. [สืบค้นเมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2565].
จาก : <https://www.slideshare.net>
2. จิรโรจน์ ตอสะสุกุล. (2564). การศึกษาแบบจำลองการพยากรณ์การระบาดของโรคไข้เลือดออกโดยใช้เทคนิคการทำเหมืองข้อมูล. วารสารวิชาการชาแนล มรภ.ภูเก็ต ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2564.
3. นิติบดี ศุขเจริญ. (2562). การมองอนาคต Foresight. วารสารสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม ปีที่ 13 ฉบับที่ 3. 33-42. [สืบค้นเมื่อวันที่ 25 พฤศจิกายน 2564].
จาก : https://www.researchgate.net/profile/Nitibodee-Sukjaroen/publication/339209841_Foresight/links/5e4414efa6fdccd9659f838e/Foresight.pdf
4. ปณลี นวนพ, สราวุธ คงพันธ์ และอัญชลี สีทา. (2562). การศึกษาแนวการพยากรณ์ยอดขายเครื่องมือทางการแพทย์ บริษัท KP ปีโตรเลียม บ้านด่านแม่คำมัน จังหวัดอุดรธานี. โครงการสาขาวิชาการบัญชี วิทยาลัยอาชีวศึกษาอุดรธานี.
5. ปภาวรา ท่อนทองมีสุข. (2562). [ออนไลน์]. เทคนิคการพยากรณ์ที่เหมาะสมสำหรับการสั่งซื้อหลอดทองแดงอาบยา : กรณีศึกษารัฐกิจค้าปลีก. [สืบค้นเมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2565].
จาก : <https://e-research.siam.edu>
6. ปิยะพันธ์ จำเริญจรสุข. (2564). การพยากรณ์ปริมาณการจัดซื้อยา กรณีศึกษาโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง. วิทยานิพนธ์ (ภ.ม.). มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
7. พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2541.
8. พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. 2558 (10 สิงหาคม พ.ศ.2558).
9. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545.
10. พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 (8 พฤษภาคม พ.ศ.2522).
11. พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 (15 ตุลาคม พ.ศ. 2510).
12. พระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ 6) พ.ศ. 2562 (16 เมษายน 2562). ราชกิจจานุเบกษา, เล่มที่ 126 (ตอน 50 ก), หน้า 220-229.
13. พระราชบัญญัติคณะกรรมการอาหารแห่งชาติ พ.ศ. 2551 (8 กุมภาพันธ์ 2551). ราชกิจจานุเบกษา, เล่มที่ 125 (ตอน 31 ก), หน้า 39-46.
14. ระเบียบสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาว่าด้วยการนำเข้าอาหารเพื่อเป็นตัวอย่างในการขึ้นทะเบียนตำรับอาหารหรือเพื่อพิจารณาในการสั่งซื้อ พ.ศ. 2560 (2 กุมภาพันธ์ 2560). ราชกิจจานุเบกษา, เล่มที่ 134 (ตอนพิเศษ 155 ง), หน้า 2-3.

เอกสารอ้างอิง

15. ระเบียบสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาว่าด้วยการดำเนินการเกี่ยวกับเลขสารบบอาหาร (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2564 (1 เมษายน 2564). ราชกิจจานุเบกษา, เล่มที่ 138 (ตอนพิเศษ 103 ง), หน้า 3.
16. รัชну กริธธร และภูมิพัฒน์ อรุณากูร (2564). รายงานผลสำรวจความพึงพอใจผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของ อย. ประจำปีงบประมาณ 2564 (กลุ่มผู้ร้องเรียน). สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา.
17. วรียา วงศ์พานิช. (2564). การพยากรณ์ข้อมูลอนุกรมเวลาทางการแพทย์ด้วยตัวแบบอาร์มา. สารศิริราช ปีที่ 14 ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2564 หน้า 38-49.
18. ศึกษา กิรติภารัตน์. (2556). การพยากรณ์แนวโน้มการมรณะจำแนกตามสาเหตุการตายในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ (วท.ม.). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
19. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. **คู่มือประชาชน ฉบับผู้บริโภค**. ฉบับปรับปรุงล่าสุดวันที่ 1 ตุลาคม 2560 [สืบค้นเมื่อวันที่ 25 พฤศจิกายน 2564]. จาก : https://oryor.com/%E0%B8%AD%E0%B8%A2/detail/media_printing/1598
20. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (2563). **โครงการสำรวจความพึงพอใจของผู้มารับบริการจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563** (กลุ่มผู้ร้องเรียน). กลุ่มพัฒนาระบบบริหารสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา.
21. อดุลย์ พุกอินทร์. (2562). การแก้ปัญหาการหาขนาดที่เหมาะสมของการผลิตผลิตภัณฑ์ เพื่อการพยากรณ์ความต้องการใช้แร่เหล็กน้ำฟี้เพื่อกดของกลุ่มีสาหกิจชุมชนดาบเหล็กน้ำฟี้. วารสารสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลตะวันออก ปีที่ 8 ฉบับที่ 2. 175-183.
22. Regression Analysis: Step by Step Articles, Videos, Simple Definitions. [สืบค้นเมื่อวันที่ 10 เมษายน 2564]. จาก : <https://www.statisticshowto.com/probability-and-statistics/regression-analysis/>

การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการเรื่องร้องเรียน ในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

Development of a Complaint Management Model in the Situation of the COVID-19
Pandemic Samut Prakan Provincial Public Health Officeรังสรรค์ วงษ์บุญหนัก¹Rungsan Wongboonnak¹

บทคัดย่อ

งานวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการเรื่องร้องเรียน ในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการพัฒนา กระบวนการ เป็นการสัมภาษณ์เชิงลึกพนักงานเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง 10 คน วิเคราะห์ข้อมูลรูปแบบการพัฒนา คุณภาพการบริหารจัดการเรื่องร้องเรียนในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 โดยการรวบรวม จัดหมวดหมู่ และการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการบริหารจัดการเรื่องร้องเรียนในสถานการณ์ระบาดของ โรคโควิด-19 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ ประกอบด้วย 3P คือ 1) P: Priority มีการจัดลำดับ ความสำคัญของเรื่องร้องเรียน โดยเน้นเรื่องที่มีผลกระทบในวงกว้างและรุนแรงก่อน และมีการคัดกรองการรับเรื่อง เฉพาะที่ตรงกับภารกิจความรับผิดชอบ 2) P: Plan มีการวางแผนการดำเนินการที่ชัดเจน มีการใช้เทคโนโลยี เช่น Video call ช่วยในการตรวจสอบและในการลงพื้นที่ที่ต้องเตรียมการศึกษาข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เครื่องมือ พื้นที่ พาหนะและเอกสารต่าง ๆ ก่อนลงพื้นที่ 3) P: Perfect เพื่อให้เกิดการทวนสอบ และเกิดการแลกเปลี่ยน เรียนรู้จากการบริหารจัดการเรื่องร้องเรียน จึงจัดให้มีการทำ Case Conference การพัฒนารูปแบบเป็นไปตาม วัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

คำสำคัญ: การร้องเรียน คุ้มครองผู้บริโภค ผลิตภัณฑ์สุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

การพัฒนารูปแบบ บริหารจัดการเรื่องร้องเรียน โรคโควิด-19

¹เภสัชกรชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

¹ Pharmacist, Senior Professional Level. Department of Consumer Protection and Public Health Pharmacy, Samutprakan Public Health Office. Email : Rungsan.w@gmail.com



Abstract

Action research aims to study the factors affecting complaint management and propose guidelines for improving the quality of complaint management during the COVID-19 outbreak. The study was conducted through in-depth interviews with 10 relevant competent officials, content analysis, and synthesizing a model for quality improvement in complaint management. The results showed that Complaint Management Model in the COVID-19 Pandemic Situation Samut Prakan Provincial Public Health Office consists of 3P principles: 1. P: Priority, there is a screening of receipts. Only those that meet the mission responsibilities Complaints are prioritized. Emphasis is placed on severe impacts or broad impacts first. 2. P: Plan There is a clear plan of action. Technology such as video calls is used to assist in monitoring. If it is necessary to visit the area prepare the relevant laws, tools, vehicles, and documents. 3. P: Perfect to achieve verification and knowledge exchange. Therefore, a case conference was organized for interesting or broad and severe impact cases. Resulting in being able to help work interchangeably if the main in charge person was on a mission related to COVID-19 and the model development was in accordance with the objectives set.

Keywords: complaint, consumer protection, health product, Provincial Public Health Office, development of a complaint management model in the situation of the COVID-19

บทนำ

สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 (COVID-19) เริ่มต้นขึ้นในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 ในนครอู่ฮั่น เมืองหลวงของมณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน⁽¹⁾ ต่อมาในวันที่ 11 มีนาคม 2563 องค์การอนามัยโลกประกาศให้โรคโควิด-19 ระบาดแบบ Pandemic คือเป็นการระบาดในวงกว้างทั่วโลก รัฐบาลประเทศต่าง ๆ จึงต้องใช้มาตรการเชิงรุกอย่างเร่งด่วนในขณะที่มีการแพร่ระบาดไปมากกว่า 100 ประเทศทั่วโลก⁽⁴⁾ สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย พบผู้ติดเชื้อรายแรกเป็นนักท่องเที่ยวจีนที่เดินทางเข้าประเทศไทยเมื่อวันที่ 12 มกราคม 2563 และพบผู้ป่วยติดเชื้อที่เกิดจากการติดเชื้อภายในประเทศรายแรกในวันที่ 31 มกราคม 2563⁽⁶⁾ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ออกประกาศกำหนดให้โรคโควิด-19 เป็นโรคติดต่ออันตราย ลำดับที่ 14 ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2563 หากพบผู้ป่วยและสงสัยว่าติดเชื้อ โควิด-19 ให้แจ้งต่อเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อภายใน 3 ชั่วโมง หากฝ่าฝืนมีโทษปรับไม่เกิน 20,000 บาท⁽⁷⁾ เพื่อประโยชน์ในการเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคติดต่ออันตราย นายกรัฐมนตรีได้แถลงประกาศใช้พระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 หรือ พรก.ฉุกเฉิน เพื่อควบคุมสถานการณ์การระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2019 หรือ COVID-19 ซึ่งให้มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 26 มีนาคม 2563 เป็นต้นไป ซึ่งมีประกาศห้ามมิให้บุคคลใดออกนอกเคหสถานภายในระยะเวลาที่กำหนด⁽⁸⁾ ในท่ามกลางการระบาดที่แพร่กระจาย

ไปทั่วประเทศอย่างรวดเร็ว มีการรายงานสถานการณ์รายวัน เนื่องจากเป็นโรคอุบัติใหม่ การสื่อสารให้ความรู้ คำแนะนำ ข้อควรปฏิบัติ ข้อควรระวังต่าง ๆ กับประชาชนที่ติดเชื้อ ผู้สัมผัสเสี่ยงสูง และประชาชนทั่วไปจึงมีความสำคัญมาก ภาครัฐมีมาตรการหลายอย่างในการควบคุมโรคที่กระทบกับการดำเนินชีวิตปกติของประชาชน เช่น การเดินทางไปทำงาน ให้มีการทำงานที่บ้าน (Work From Home) เด็กไม่สามารถไปเรียนในโรงเรียนได้ ต้องปรับเปลี่ยนเป็นเรียนออนไลน์ ห้างร้านต้องปิดทำการ การบังคับให้ใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลาที่อยู่นอกบ้าน เป็นต้น สรุปได้ว่า โควิด-19 ส่งผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อชีวิตความเป็นอยู่ของคนไทยในแทบทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมทางสุขภาพ ชีวิตการเรียน การทำงาน การท่องเที่ยวเดินทาง แม้กระทั่งความสัมพันธ์ในครอบครัว ซึ่งผลกระทบเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อคุณภาพชีวิตคนไทยในระยะสั้นและระยะยาว⁽⁹⁾

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข จังหวัดสมุทรปราการ มีภารกิจหลายด้าน ทั้งงานกำกับตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพ ก่อนออกสู่ท้องตลาด (Pre-Marketing Control) งานกำกับตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพหลังออกสู่ท้องตลาด (Post-Marketing Control) งานเภสัชสาธารณสุข และด้วยจังหวัดสมุทรปราการเป็นจังหวัดปริมณฑล ซึ่งมีสถานประกอบการจำนวนมาก ทำให้ภาระงานของกลุ่มงานต่าง ๆ มากทวิคูณตามไปด้วย เมื่อมีสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 และรุนแรงเป็นอันดับ 2 ของประเทศ นอกจากจะต้องแบ่งกำลังคนและทรัพยากรเข้าช่วยงานที่เกี่ยวข้อง

กับโควิด-19 แล้ว ในขณะเดียวกันยังต้องดำเนินงานภารกิจหลักเดิมไปด้วย และจากมาตรการต่าง ๆ ของภาครัฐ ทำให้การทำงานหลาย ๆ ภารกิจของกลุ่มงานได้รับการกระทบ เนื่องจากไม่สามารถลงพื้นที่ดำเนินการได้ตามปกติ ขณะเดียวกันเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพในช่วงสถานการณ์โควิดไม่ได้น้อยลง เนื่องจากมีการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพมากขึ้น ทั้งสมุนไพรฟ้าทะลายโจร กระชายขาว แอลกอฮอล์เจล น้ำยาฆ่าเชื้อ หน้ากากอนามัย ชุด Antigen Test Kit สำหรับตรวจโควิด-19 ซึ่งในบางช่วงของการระบาดของโควิด-19 สินค้าในท้องตลาดไม่เพียงพอต่อความต้องการ มีการกักตุนสินค้า ทำให้เกิดสินค้าปลอม หรือไม่ได้มาตรฐานเกิดขึ้น ซึ่งกระทบต่อผู้บริโภคโดยตรง มีการร้องเรียนมากขึ้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาเรื่องการบริหารจัดการเรื่องร้องเรียนในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 ว่ามีการเปลี่ยนแปลงและต้องปรับตัวอย่างไร เพื่อที่จะลดข้อบกพร่องที่เกิดขึ้น หาแนวทางแก้ไข ปรับปรุงพัฒนาให้มีประสิทธิภาพในการดำเนินการ

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาการพัฒนาแบบการบริหารจัดการเรื่องร้องเรียนในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาการพัฒนาแบบการบริหารจัดการเรื่องร้องเรียนในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

2. เพื่อเสนอแนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการเรื่องร้องเรียนในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

วิธีดำเนินการวิจัย

ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เป็นการวิจัยประยุกต์ที่มุ่งนำผลที่ได้จากการศึกษาวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติ พัฒนาปรับปรุง ผลการปฏิบัติงานขององค์กรให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด เน้นการประยุกต์ใช้ความรู้ เทคโนโลยีและนวัตกรรมที่ได้จากการศึกษาวิจัยมากกว่าการมุ่งสร้างและพัฒนาองค์ความรู้ (Body of Knowledge) ของศาสตร์นั้น ๆ จึงมีความเหมาะสมในการที่จะนำมาใช้เพื่อการศึกษาวิจัยนี้ ซึ่งต้องการพัฒนาการดำเนินการบริหารจัดการเรื่องร้องเรียน ของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

โดยผ่านการพิจารณาจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ เลขที่โครงการวิจัย 6/2565 วันที่ 25 กรกฎาคม 2565

กลุ่มประชากร : พนักงานเจ้าหน้าที่ เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน ในกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ ทั้งหมด รวม 27 คน

กลุ่มตัวอย่าง : พนักงานเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องร้องเรียนไม่น้อยกว่า 5 ปี ในกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ รวม 10 คน

การดำเนินการและเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงาน เรื่องร้องเรียนของ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและ เภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สมุทรปราการ ช่วงก่อนสถานการณ์โควิด-19 และ การดำเนินงานในช่วงสถานการณ์โควิด-19 และ ทดสอบความแตกต่างกันของจำนวนเรื่องร้องเรียน ระหว่างก่อนสถานการณ์ระบาดฯ กับในช่วงสถานการณ์ ระบาดฯ

2. ข้อมูลความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัย ที่ส่งผลกระทบต่อการบริหารจัดการเรื่องร้องเรียน และแนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการ เรื่องร้องเรียนในสถานการณ์การระบาดของโรค โควิด-19 เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกจากกลุ่ม ตัวอย่าง เป็นทำการสัมภาษณ์แบบซึ่งหน้า ในสถานที่ ที่จัดไว้เฉพาะ ทำการสัมภาษณ์ครั้งละ 1 ราย ผู้สัมภาษณ์อธิบายวัตถุประสงค์งานวิจัย และประเด็น ที่ต้องการสัมภาษณ์ สนทนาโดยใช้คำถามปลายเปิด ให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถให้ข้อมูลได้อย่างอิสระ โดยใช้ เวลาประมาณ 40-50 นาทีต่อราย เมื่อสัมภาษณ์ เสร็จจะทำการคัดแยกข้อมูล จัดหมวดหมู่ประเด็น ปัญหา สรุปเนื้อหา แล้วจึงสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลราย ต่อไป หากพบประเด็นใหม่ที่ผู้ให้ข้อมูลก่อนหน้านี้ ไม่มีการกล่าวถึงหรือพบข้อมูลที่ยังไม่ครบถ้วน ผู้สัมภาษณ์สามารถกลับไปขอข้อมูลเพิ่มเติมได้ เพื่อความสมบูรณ์ของเนื้อหา

3. ทำการรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ เชิงลึกทั้งหมด ทำการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) สังเคราะห์รูปแบบการบริหารจัดการเรื่อง ร้องเรียนในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19

4. จัดสนทนากลุ่ม (Focus Group) พนักงาน เจ้าหน้าที่ของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัช สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ เพื่อประเมินรูปแบบการบริหารจัดการเรื่องร้องเรียน ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ที่พัฒนาขึ้นมา

5. นำข้อมูลที่ได้จากการ Focus Group มาพัฒนารูปแบบหรือจัดทำเป็นคู่มือในการบริหารจัดการเรื่อง ร้องเรียนในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 หรือในสถานการณ์วิกฤตฉุกเฉินใกล้เคียงกันในอนาคต การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้รวบรวม จัดหมวดหมู่ การตีความและ การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตรวจสอบ ความน่าเชื่อถือโดยวิธีตรวจสอบสามเส้า (Triangulation)

ผลการศึกษา

จากสถิติข้อมูลเรื่องร้องเรียนของกลุ่มงาน คุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ โดยทำการเก็บ รวบรวมข้อมูลในช่วงก่อนสถานการณ์การระบาด ของโรคโควิด-19 เป็นระยะเวลา 18 เดือน คือ ตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2561 - 25 มีนาคม 2563 มีผลการ รับเรื่องร้องเรียน จำนวนทั้งสิ้น 180 เรื่อง คิดเป็น จำนวนเฉลี่ย 10 เรื่องต่อเดือน และในช่วงที่มี สถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 จำนวน 18 เดือน คือ ตั้งแต่วันที่ 26 มีนาคม 2563 - 30 กันยายน 2564 มีเรื่องร้องเรียนจำนวนทั้งสิ้น 262 เรื่อง คิดเป็นจำนวนเฉลี่ย 14.56 เรื่องต่อเดือน และเมื่อนำจำนวนเรื่องร้องเรียนแต่ละเดือน มาทดสอบ ความแตกต่างกันของจำนวนเรื่องร้องเรียนระหว่าง ก่อนสถานการณ์ระบาดฯ กับในช่วงสถานการณ์ระบาดฯ

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลจำนวนเรื่องร้องเรียน ก่อนและในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

เรื่องร้องเรียน	จำนวน (เรื่อง)	เฉลี่ย (จำนวนเรื่อง/เดือน)
ก่อน สถานการณ์โรคโควิด-19	180	10.00
ในช่วง สถานการณ์โรคโควิด-19	262	14.56
รวม	442	12.28

ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการบริหารจัดการเรื่องร้องเรียน

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกพนักงานเจ้าหน้าที่จำนวน 10 คน เป็นเพศหญิง 7 คน ชาย 3 คน อายุเฉลี่ย 41.2 ปี มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานด้านคุ้มครองผู้บริโภคและการจัดการเรื่องร้องเรียนเฉลี่ย 12.4 ปี ทำให้ทราบเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของการบริหารจัดการเรื่องร้องเรียนในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 สามารถรวบรวมประเด็นเรื่องปัจจัยทั้งหมดที่ส่งผลกระทบต่อการบริหารจัดการเรื่องร้องเรียนได้ดังนี้

1. ด้านพนักงานเจ้าหน้าที่

1.1 ด้านกำลังคน กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการเป็นหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่จำเป็นต้องมีส่วนร่วมในการทำงานของศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินของจังหวัดสมุทรปราการ (Emergency Operation Center: EOC จังหวัด) ในการดำเนินการป้องกัน ควบคุม สอบสวนโรค บริหารจัดการวัคซีน การบริหารจัดการวัสดุอุปกรณ์ที่ต้องใช้ในสถานการณ์ฉุกเฉิน ซึ่งเป็นหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

โดยตรง และนโยบายหลักของผู้บริหารที่ต้องการให้เข้าช่วยเหลือประชาชนในภาวะวิกฤตฉุกเฉินเป็นลำดับแรก ในขณะเดียวกันภาระงานประจำของกลุ่มงานเดิมยังมีอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่งานในส่วนของการร้องเรียนเพิ่มมากขึ้น จำนวนเจ้าหน้าที่เท่าเดิมทำให้กำลังเจ้าหน้าที่ที่มีอยู่เดิมต้องทำงานหนักขึ้นส่งผลให้การจัดการเรื่องร้องเรียนทำได้ช้าลง

1.2 ด้านความเสี่ยงของพนักงานเจ้าหน้าที่จากภารกิจของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคที่ต้องติดต่อประสานงานกับหลายฝ่าย ทั้งผู้รับบริการ ผู้ประกอบการ หน่วยงานอื่น ๆ รวมทั้งภาระงานต่าง ๆ ใน EOC จังหวัด จึงต้องพบปะคนหลากหลายมีโอกาสเสี่ยงที่จะสัมผัสผู้ติดเชื้อโควิด-19 และอาจจะนำเชื้อไปกระจายสู่ผู้อื่นได้ จึงจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนวิธีการทำงานให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น ลดการเข้าพบเจ้าหน้าที่ที่สำนักงานโดยตรง ใช้ช่องทางสื่อสารอื่น ๆ เพิ่มขึ้น เช่น โทรศัพท์ Line และวิดีโอคอล เป็นต้น เพื่อลดการสัมผัสและเว้นระยะห่าง

2. ด้านผู้ประกอบการ ด้วยสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 สถานประกอบการบางแห่ง

ปิดทำการ บางแห่งไม่อนุญาตให้บุคคลภายนอกเข้า และบางแห่งมีการกำหนดมาตรการในการเข้า สถานที่อย่างเข้มงวด เช่น ต้องตรวจ ATK ก่อนเข้า สถานที่ มีการตรวจหลักฐานการฉีดวัคซีน ซึ่งกระทบ ต่อการตรวจสอบเรื่องร้องเรียน ทำให้การเข้า ตรวจสอบแบบไม่แจ้งล่วงหน้าของพนักงาน เจ้าหน้าที่ไม่สามารถกระทำได้นอกจากนี้บางกรณี เมื่อทำการตรวจสอบเรื่องร้องเรียน เจ้าหน้าที่ของ สถานประกอบการไม่อยู่ปฏิบัติหน้าที่ มีการ Work From Home หรือเป็นกลุ่มสัมผัสเสี่ยงสูงหรือเป็นผู้ ติดเชื้อโควิด-19 อยู่ระหว่างการกักตัว การทำการ ตรวจสอบเรื่องร้องเรียนเกิดความล่าช้า

3. ด้านทรัพยากรสนับสนุน การทำงานในการกิจ ของศูนย์ EOC จังหวัดเป็นงานที่ต้องมีการติดตาม สถานการณ์รายวัน มีการปรับเปลี่ยนการทำงาน ไปตามสถานการณ์ซึ่งไม่ทราบล่วงหน้า เช่น การเปิด โรงพยาบาลสนาม การเปิดศูนย์ฉีดวัคซีน การจัดสรร วัคซีน ฯลฯ เป็นภารกิจที่ต้องใช้ทั้งคนและทรัพยากร อื่น ๆ โดยเฉพาะยานพาหนะ ซึ่งปกติใช้ในการกิจ งานประจำของสำนักงานอย่างเดียว เมื่อมีภารกิจ ของ EOC ด้วย ทำให้ไม่เพียงพอ และตารางการใช้ อาจมีข้อจำกัดหลายอย่าง ทำให้การบริหารจัดการ เรื่องร้องเรียนที่ไม่เร่งด่วน ต้องรอและขยายเวลา ออกไปในการดำเนินการ

4. ด้านนโยบายการควบคุมโรค ในช่วงการระบาด ของโควิด-19 มาตรการของภาครัฐ ที่ออกมาเพื่อ ควบคุมการระบาดของโรคโควิด-19 เพื่อลดการ เจ็บป่วยและอัตราการเสียชีวิตของประชาชน อันได้แก่ คำสั่งศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาด ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ศบค.) คำสั่ง

กระทรวงสาธารณสุข คำสั่งคณะกรรมการโรคติดต่อ จังหวัดสมุทรปราการ ที่ได้มีการออกมาบังคับหรือ เป็นแนวทางให้ประชาชน ผู้ประกอบการภาคเอกชน รวมถึงเจ้าหน้าที่ทั้งภาครัฐ ต้องดำเนินการตาม มาตรการที่ทางภาครัฐกำหนด ซึ่งเป็นคำสั่งที่ออกมา ตามพระราชกำหนดการบริหารราชการใน สถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 และพระราชบัญญัติ ควบคุมโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ประกอบกับประชาชน เองมีความตระหนักในการป้องกันตัวเอง หรือมี ความเกรงกลัวต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19 อย่างมาก จึงปฏิบัติตามอย่างเข้มงวด เช่น มาตรการเรื่อง Covid Free Setting ซึ่งเป็นมาตรการปลอดภัย สำหรับองค์กร มาตรการ Work From Home มาตรการ Universal Prevention ซึ่งทุกมาตรการ จะเน้นให้เว้นระยะห่าง ป้องกันการแพร่เชื้อใน สถานประกอบการเพื่อควบคุมโรค การประสานงาน ระหว่างหน่วยงาน หรือการประสานกับผู้ประกอบการ ลำบากมากขึ้น เป็นอุปสรรคต่อการจัดการเรื่อง ร้องเรียนต่าง ๆ

การดำเนินการบริหารจัดการเรื่องร้องเรียน ในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19

การรับเรื่องร้องเรียน ในสถานการณ์การ ระบาดของโควิด-19 ทำให้ต้องมีคัดกรองเรื่อง ร้องเรียนเบื้องต้นมากขึ้น โดยเลือกให้ความสำคัญ กับเฉพาะเรื่องที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ รับผิดชอบโดยตรงก่อน และให้ทำการพิจารณา ตัดเรื่องที่ไม่เกี่ยวข้องกับพระราชบัญญัติที่กลุ่มงาน รับผิดชอบโดยตรงออกไป รวมถึงเรื่องร้องเรียน ไม่มีสาระความผิดที่ชัดเจนเพียงพอ จะพิจารณา ดำเนินการทีหลัง เช่น เรื่องร้องเรียนกรณีการขอคืน

การรักษาในสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับความงามที่ไม่เป็นไปตามข้อตกลง ซึ่งเป็นการร้องเรียนเป็นความผิดเกี่ยวกับสัญญา ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 หรือความผิดตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ เนื่องจากกลุ่มงานฯ ดูแลเฉพาะในประเด็นการร้องเรียนที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลและมาตรฐานการประกอบวิชาชีพของผู้ถูกร้อง แต่ทางหน่วยงานอื่นๆ เมื่อเห็นว่าเป็นเรื่องสถานพยาบาล มักส่งมาให้กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ ดำเนินการ โดยไม่ได้ดูรายละเอียดประเด็นการร้องเรียนก่อน และประเด็นเหล่านี้มีจำนวนการร้องเรียนเพิ่มมากขึ้นในช่วงที่มีคำสั่งของจังหวัดที่ให้ทำการปิดสถานพยาบาลประเภทเสริมความงาม หรือกรณีเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับสถานพยาบาลที่ได้รับอนุญาตถูกต้องตามกฎหมาย แต่ทำการรับตรวจยืนยันและค้นหาผู้ป่วยโควิด-19 ทำให้มีประชาชนที่พักอยู่บริเวณนั้นเกิดความไม่พอใจและกลัวที่จะนำเชื้อโควิด-19 มาแพร่กระจาย ซึ่งเป็นประเด็นความผิดพระราชบัญญัติควบคุมโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ประกอบกับเป็นเหตุร้ายกาจ ตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 แต่เกิดในสถานพยาบาลทำให้ประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องส่งเรื่องร้องเรียนมายังกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ ซึ่งในกรณีเช่นนี้จะไม่ได้อยู่ในอำนาจหน้าที่ของพนักงานเจ้าหน้าที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ โดยตรง

ในการดำเนินการจัดการเรื่องร้องเรียน จากเดิมจะดำเนินการในลักษณะเรียงลำดับตามการรับเรื่อง แต่ในสถานการณ์โควิด-19 ด้วยปัจจัยต่าง ๆ ที่เข้ามากระทบต่อการดำเนินงาน การจัดลำดับ

ความสำคัญของเรื่องร้องเรียนจึงมีความสำคัญขึ้นอย่างมาก เรื่องร้องเรียนบางเรื่องมีผลกระทบรุนแรงหรือมีผลกระทบในวงกว้าง เช่น เป็นข่าวทางสื่อสารมวลชนหรือประชาชนส่วนรวมให้ความสนใจ ขณะที่บางเรื่องเป็นเรื่องของความไม่พึงพอใจหรือความเข้าใจผิดของผู้ร้องเรียนผลกระทบเกิดเฉพาะตัวบุคคลและยังไม่เกิดผลกระทบกับวงกว้างกลุ่มงานฯ ได้มีการจัดลำดับความสำคัญของเรื่องร้องเรียนในการออกดำเนินการ โดยให้ความสำคัญกับเรื่องร้องเรียนที่มีผลกระทบต่อประชาชนจำนวนมากหรือมีความรุนแรงของเรื่องมากมาก่อน เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับการคุ้มครองประชาชนในภาพรวมและองค์กร เช่น ประเด็นการร้องเรียนเรื่องประสิทธิภาพของ Alcohol ล้างมือ หรือหน้ากากอนามัย ซึ่งอยู่ในความสนใจของประชาชนในขณะนั้น หรือมีการลงในสื่อสารมวลชนหรือ Social Media และประชาชนให้ความสนใจอย่างมาก ผู้บริหารในทุกระดับให้ความสนใจติดตามผลการรายงาน

การวางแผนในการดำเนินการที่ชัดเจนมากขึ้น ต้องมีการหาแนวทางในการดำเนินการเรื่องร้องเรียนในภาพรวม ในสถานการณ์ที่มีทรัพยากรจำกัด ต้องมีการทบทวนขั้นตอนการปฏิบัติงานให้กระชับ รวมถึงต้องสรุปข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับก่อนออกดำเนินการ และจากการที่สถานประกอบการบางแห่งถูกปิด บางแห่งมีมาตรการเข้มงวดในการเข้าสถานที่ของบุคคลภายนอก และเพื่อเป็นการลดความเสี่ยงในการติดเชื้อโควิด-19 ของพนักงานเจ้าหน้าที่ จึงมีการพิจารณานำเอาเทคโนโลยีเข้ามาช่วย เช่น การตรวจและเก็บตัวอย่าง

โดยใช้ Video Call แต่ในบางกรณีที่หลีกเลี่ยงการลงพื้นที่เพื่อตรวจสอบสถานที่ไม่ได้ จำเป็นต้องมีวางแผนการออกตรวจที่รัดกุม มีการประสานงานกับพื้นที่ทุกครั้ง ป้องกันปัญหาการเข้าพื้นที่ไม่ได้ เสียเวลาในการลงพื้นที่ซ้ำ พร้อมทั้งต้องประสานงานเรื่องการขอใช้รถยนต์และคนขับรถในการออกตรวจเป็นอย่างดี ก่อนนัดหมาย

เพื่อให้การดำเนินการจัดการเรื่องร้องเรียนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ต้องทำการจัดการความรู้และถอดบทเรียนที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะประเด็นเรื่องร้องเรียนใหม่ ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่มงานหากมีประเด็นเรื่องร้องเรียนที่ใกล้เคียงกันสามารถทำงานช่วยเหลือกันได้มากขึ้นในระหว่างพนักงานเจ้าหน้าที่ เช่น ประเด็นการร้องเรียนเกี่ยวกับแอลกอฮอล์เจล ซึ่งมีจำนวนมากและซ้ำ ๆ กัน หรือกรณีหน้ากากอนามัยไม่มีเลข อย. ปัญหาที่เกิดจากการฉีดวัคซีน การสรุปบทเรียนที่ดีจะมีการครอบคลุมไปถึงการวางแผนประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบและเข้าใจในประเด็นที่เป็นปัญหานั้น ๆ ได้ โดยสามารถทำงานร่วมกับทีมประชาสัมพันธ์ในสถานการณ์วิกฤตฉุกเฉิน หรือ Public Information Officer (PIO) ซึ่งมีหน้าที่ประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับมาตรการและความรู้เกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 โดยตรงอยู่แล้ว เพื่อลดข้อสงสัยและข้อร้องเรียนของประชาชนอันเกิดมาจากความเข้าใจผิดเข้ามาได้อย่างมาก

แนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการเรื่องร้องเรียน

ผู้วิจัยจึงได้สังเคราะห์รูปแบบการบริหารจัดการในสถานการณ์โควิด-19 ขึ้นและทำการ Focus Group ในกลุ่มพนักงานเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อระดมความเห็นต่อรูปแบบการบริหารจัดการที่พัฒนาขึ้นดังกล่าว โดยได้สรุปรูปแบบที่มีหลัก 3P ในการบริหารจัดการเรื่องร้องเรียนในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ดังนี้

1. P: Priority การจัดลำดับความสำคัญในการจัดการเรื่องร้องเรียนในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ซึ่งมีข้อจำกัดหลายด้าน จำเป็นต้องมีการคัดกรองเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องภารกิจของกลุ่มงาน และจัดลำดับความสำคัญของเรื่องร้องเรียน โดยเน้นเรื่องมีผลกระทบรุนแรงหรือมีผลกระทบในวงกว้างก่อน เพื่อให้การดำเนินการตรวจสอบเรื่องร้องเรียนเป็นไปได้อย่างดี ไม่เกิดความล่าช้าและไม่เกิดผลกระทบที่เสียหายต่อภาพรวมขององค์กรและประชาชน เรื่องร้องเรียนต่าง ๆ ได้รับการแก้ไขปัญหาได้ในระยะเวลาที่เหมาะสม

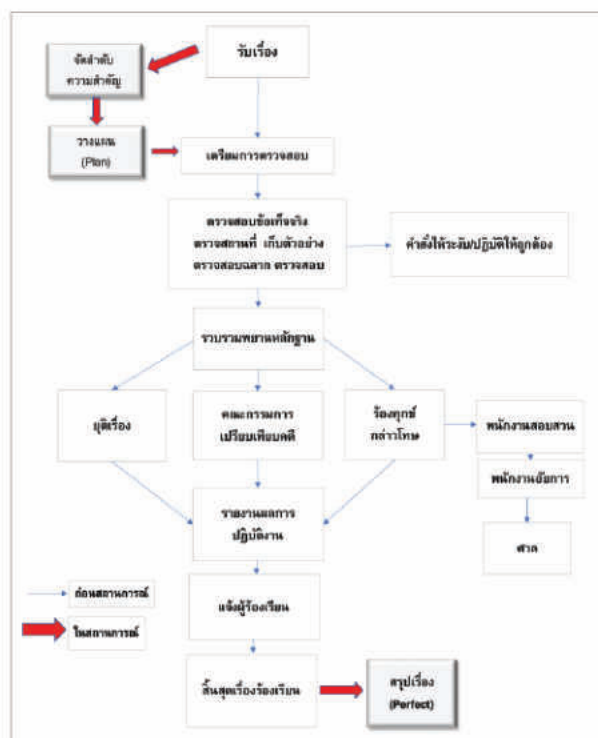
2. P: Plan การวางแผน เรื่องร้องเรียนแต่ละเรื่องต้องมีการวางแผนในการออกดำเนินการที่ชัดเจน มีมาตรฐานในการดำเนินการที่ถูกต้องเป็นแนวทางเดียวกัน มีแนวทางในการออกปฏิบัติงานที่ชัดเจนในรูปของคู่มือหรือแนวทางในการปฏิบัติ เพื่อให้พนักงานเจ้าหน้าที่ที่จะออกปฏิบัติงาน

ดำเนินการได้โดยสะดวก มีขั้นตอนการวางแผนในแต่ละเรื่องของเรื่องร้องเรียน วางแผนในการลงพื้นที่ในการตรวจสอบสถานที่เท่าที่จำเป็น นำ Video Call เข้ามาช่วยตรวจสอบแทนการลงพื้นที่ และในกรณีที่มีความจำเป็นต้องลงพื้นที่จริง ต้องมีแนวทางในการประสานงานในการลงพื้นที่ที่ตรวจสอบที่สามารถยืนยันความชัดเจนของสถานที่ได้ ไม่ส่งผลเสียต่อรูปคดี จัดทำ Flow chart ที่ลงรายละเอียดในแต่ละขั้นตอน รวมทั้งมีการจัดทำคู่มือที่เกี่ยวข้องกับกฎหมาย ทั้งกฎหมายโดยตรงและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง รวมถึงแนวทางในการประสานงานกับเจ้าหน้าที่ตำรวจ การขอหมายศาลในการเข้าตรวจสอบสถานที่

3. P: Perfect การสรุปเรื่องอย่างสมบูรณ์ เรื่องร้องเรียนที่ดำเนินการแล้ว จะต้องมีการถอด

บทเรียน จัดการความรู้โดยทำ Case Conference หรือมีระบบที่ทำการสรุปบทเรียนในกรณีศึกษาที่มีความน่าสนใจหรือเป็นกรณีที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน เพื่อเป็นแนวทางในการบริหารจัดการที่ดี ดำเนินการต่อเนื่องอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการบริหารจัดการเรื่องร้องเรียนต่อไป นอกจากนี้การทำ Case Conference ยังเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่มงาน กระตุ้นให้เกิดการประสานช่วยเหลือกันภายในกลุ่มงานมากขึ้นโดยเฉพาะเรื่องร้องเรียนที่มีลักษณะคล้ายกัน

ผู้วิจัยได้จัดทำเป็นรูปแบบและคู่มือการบริหารจัดการเรื่องร้องเรียนในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 ที่มีการปรับเปลี่ยนและเพิ่มเติมไปจากก่อนสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 โดยมี Flow Chart ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 รูปแบบการบริหารจัดการเรื่องร้องเรียนในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19

อภิปรายและสรุปผลวิจัย

รูปแบบการบริหารจัดการเรื่องร้องเรียนในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 ที่พัฒนาขึ้นมาและสามารถนำไปใช้งานได้อย่างเหมาะสมนี้เกิดจากการพัฒนาจากข้อมูลพื้นฐานในพื้นที่ของจังหวัดสมุทรปราการที่มีจำนวนเคสเรื่องร้องเรียนจำนวนมากและผู้ติดเชื้อจำนวนมากเช่นกัน ผู้มีส่วนได้เสียได้เข้าร่วมกระบวนการครบถ้วน เปิดโอกาสให้ผู้ร่วมกระบวนการเสนอแนะอย่างอิสระ และนำผลมาเชื่อมโยงกับทฤษฎีและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ทำการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการเรื่องร้องเรียน โดยใช้ PESTEL Analysis คือ การเมือง (Political) เศรษฐกิจ (Economic) สังคม (Social) เทคโนโลยี (Technology) สิ่งแวดล้อม (Environment) และกฎหมาย (Legal) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยภายนอกที่ส่งผลกระทบต่อจัดการเรื่องร้องเรียน และใช้ SWOT Analysis จุดแข็ง (Strengths) จุดอ่อน (Weaknesses) โอกาส (Opportunities) สิ่งคุกคาม (threats) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยทั้งหมดที่มีผลต่อการบริหารจัดการเรื่องร้องเรียน

แนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการเรื่องร้องเรียนในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 จึงเพิ่มคุณภาพและประสิทธิภาพการทำงานเรื่องการบริหารจัดการเรื่องร้องเรียน ดังนี้

1. P: Priority มีการจัดลำดับความสำคัญของเรื่องร้องเรียน โดยเน้นเรื่องมีผลกระทบรุนแรงหรือมีผลกระทบในวงกว้างก่อน มีการคัดกรองการรับเรื่อง เฉพาะที่ตรงกับภารกิจความรับผิดชอบ

ซึ่งสอดคล้องกับคู่มือการใช้เกณฑ์การจัดลำดับความสำคัญของสินค้าไม่ปลอดภัย ที่ให้ความสำคัญกับ 1. กรณีสินค้าไม่ปลอดภัยที่เป็นเรื่องเร่งด่วนในสังคม (Hot Issue) ซึ่งเป็นประเด็นที่เกิดขึ้นแล้วมีผลกระทบกับผู้บริโภคจำนวนมาก 2. ประเด็น (Issue Prioritization) ที่มีความสำคัญสูงและส่งผลกระทบต่อผู้บริโภคจำนวนมาก หรือส่งผลกระทบต่อระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ⁽¹¹⁾

2. P: Plan มีการวางแผนการดำเนินการที่ชัดเจน มีการใช้เทคโนโลยี เช่น Video Call ช่วยในการตรวจสอบ หากกรณีที่ต้องลงพื้นที่จะต้องเตรียมความพร้อมในการศึกษาข้อกฎหมายที่อาจเกี่ยวข้อง เครื่องมือ พื้นที่ พาหนะและเอกสารต่าง ๆ ก่อนลงพื้นที่

3. P: Perfect เพื่อให้เกิดการทวนสอบและเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการบริหารจัดการเรื่องร้องเรียน จึงจัดให้มีการทำ Case Conference เพื่อถอดบทเรียนเรื่องที่นำเสนอหรือเกิดผลกระทบมากทำให้เกิดการช่วยเหลือทำงานแทนกันได้ หากผู้รับผิดชอบหลักติดภารกิจด้านโควิด-19

จะเห็นว่าการดำเนินงานการบริหารจัดการเรื่องร้องเรียนที่ดำเนินมาสอดคล้องกับหลักการบริหารการจัดการเชิงคุณภาพแบบต่อเนื่อง ตามวงจรเดมมิง (Deming Cycle) หรือ PDCA ได้แก่ Plan (วางแผน) Do (ลงมือปฏิบัติ) Check/Study (ตรวจสอบ/ศึกษากำหนดมาตรการปรับปรุง แก้ไข) Act (เน้นให้มีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องเป็นวงจร)⁽¹²⁾ ซึ่งเป็นวงจรคุณภาพเพื่อพัฒนาสินค้าหรือบริการ

ข้อเสนอแนะ

1. การทำวิจัยในครั้งนี้มุ่งเน้นพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการเรื่องร้องเรียนในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 เป็นหลัก จึงควรทำวิจัยเพื่อพัฒนาต่อยอดให้เกิดรูปแบบที่เหมาะสมในการบริหารจัดการเรื่องร้องเรียนในทุก ๆ สถานการณ์วิกฤติที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

2. ควรทำศึกษาและสรุปรวบรวมข้อกฎหมายที่สำคัญและจำเป็นต้องใช้ทั้งหมด ตามพระราชบัญญัติที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ รับผิดชอบ และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้องทั้งหมด เพื่อเป็นคู่มือให้กับพนักงานเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นพ.นเรศฤทธิ์ ชัดทะสีมานายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ และ ผศ.ภญ.ปิยะวัน วงษ์บุญหนัก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติที่ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ และขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาและหัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ ในเขตสุขภาพที่ 6 ที่ให้ข้อมูลและคำแนะนำในการทำวิจัยให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. What is COVID-19? [Internet]. [cited 2022 May 30]. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/searo/thailand/update-28-covid-19-what-we-know---june2020---thai.pdf?sfvrsn=724d2ce3_0
2. World Health Organization. COVID-19 Public health emergency of international concern (PHEIC) global research and innovation forum: towards a research road map [Internet]. [cited 2022 May 30]. Available from: [https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-public-health-emergency-of-international-concern-\(pheic\)-global-research-and-innovation-forum](https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-public-health-emergency-of-international-concern-(pheic)-global-research-and-innovation-forum)
3. World Health Organization. Timeline: WHO's COVID-19 response [Internet]. [cited 2022 May 30]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/interactive-timeline#>
4. ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ฉบับที่ 69 วันที่ 12 มีนาคม 2563 เวลา 22.30 น. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 30 พฤษภาคม 2563]. แหล่งข้อมูล: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situation-no69-120363n.pdf>

เอกสารอ้างอิง

5. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา. แผนปฏิบัติการรองรับโรคโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 30 พฤษภาคม 2565]. แหล่งข้อมูล:
<http://odpc9.ddc.moph.go.th/EOC/Content/2565-HSP.pdf>
6. สำนักข่าวไทยพีบีเอส. วันที่ไทยรู้จัก COVID-19. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 30 พฤษภาคม 2565].
แหล่งข้อมูล: <https://news.thaipbs.or.th/content/290347>
7. ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ฉบับที่ 58 วันที่ 1 มีนาคม 2563 เวลา 21.00 น. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 30 พฤษภาคม 2565]
แหล่งข้อมูล: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situation-no58-010363.pdf>
8. สถาบันส่งเสริมความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน(องค์การมหาชน). ประกาศ/มาตรการ. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 30 พฤษภาคม 2565]. แหล่งข้อมูล:
<https://www.to-sh.or.th/covid-19/index.php/announce>
9. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (วปส.). สุขภาพคนไทย 2565 : ครอบครัวไทยในวิกฤตโควิด-19 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด(มหาชน); 2565.
[สืบค้นเมื่อ 30 พฤษภาคม 2565]. แหล่งข้อมูล:
<https://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/report/ThaiHealth2022t.pdf>
10. วายุ จินดาพล. รายงานวิจัยผลกระทบของพฤติกรรมผู้บริโภคในยุคดิจิทัลต่อการแก้ไขปัญหาเรื่องร้องทุกข์ ปี 2563. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค; 2563
[สืบค้นเมื่อ 30 พฤษภาคม 2565]. แหล่งข้อมูล:
https://www.ocpb.go.th/download/article/article_20210429195831.pdf
11. ศูนย์วิชาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ(คคส). คู่มือการใช้เกณฑ์การจัดลำดับความสำคัญของสินค้าไม่ปลอดภัย. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.
12. The W.Edwards Deming institute. Enriching society through the Deming philosophy [Internet]. [cited 2022 May 30]. Available from: <https://deming.org/explore/pdsa/>

การพัฒนารากฐานวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อมด้านเครื่องสำอาง
ในจังหวัดสงขลาสู่มาตรฐานสากล

The Foundation Improvement of Small and Medium cosmetic
Manufacturing Facilities in Songkhla Province to International Standard

วิไลวรรณ สาครินทร์¹, อารยา สองศรี², ดุริพัธ แจ่มใจ³

Wilaiwan Sakarin, Araya Songsri, Duripat Jangjai

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาและสถานการณ์ของสถานที่ผลิตเครื่องสำอางพัฒนาสถานที่ผลิตเครื่องสำอางที่เข้าข่ายวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อมให้เป็นไปตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการผลิตหรือนำเข้าเครื่องสำอาง พ.ศ. 2561 และพัฒนาต่อยอดสถานที่ผลิตที่มีศักยภาพสูงให้ได้รับรองมาตรฐานสากล (ASEAN COSMETIC GMP) โดยมีวิธีการศึกษา 3 ขั้นตอน ขั้นที่ 1 สำรวจปัญหาและสถานการณ์ของสถานที่ผลิตเครื่องสำอางในเขตสุขภาพที่ 12 จำนวน 560 แห่ง ที่ปรากฏข้อมูลในระบบ E-Submission ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสำรวจสถานที่ผลิตเครื่องสำอาง ขั้นที่ 2 พัฒนาสถานที่ผลิตเครื่องสำอางที่เข้าข่ายวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม และผลการสำรวจพบว่ายังมีการผลิต จำนวน 62 แห่ง โดยใช้กระบวนการตามวัฏจักร Deming (Plan-Do-Check-Act: PDCA) 2 รอบ ประเมินผลโดยใช้แบบประเมินสถานที่ผลิตตามประกาศฯ ขั้นที่ 3 พัฒนาคัดเลือกสถานที่ผลิตที่มีศักยภาพสูง และมีความพร้อมในจังหวัดสงขลา จำนวน 1 แห่ง โดยใช้กระบวนการ Mentor ให้ได้รับรองมาตรฐานสากล (ASEAN COSMETIC GMP) ผลการศึกษา พบสถานที่ผลิตเครื่องสำอางตรงตามที่จัดแจ้งเพียงร้อยละ 11.07 สถานที่ซึ่งไม่พบตามที่จัดแจ้งไว้นั้น ส่วนใหญ่เป็นอาคารที่ไม่ใช่สถานที่ผลิตและผู้ประกอบการว่าจ้างผู้อื่นให้ทำการผลิตเครื่องสำอางให้ รองลงมาพบว่าเป็นบ้านไม่มีผู้อยู่อาศัย บ้านร้าง บ้านปิด หรือประกอบกิจการอื่น สำหรับสถานที่ผลิตเครื่องสำอางที่มีการผลิตตามที่จัดแจ้งไว้และเข้าข่ายเป็นวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม จำนวน 62 แห่ง ได้รับการพัฒนาสถานที่ผลิตตามวัฏจักร Deming 2 รอบ พบว่า ผลการประเมินในรอบที่ 2 มีคะแนนสูงกว่ารอบที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$) สถานที่ผลิตเครื่องสำอางผ่านเกณฑ์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 32.26 เป็นร้อยละ 87.09

¹เภสัชกรชำนาญการพิเศษ ฝ่ายคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหารและยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา

Pharmacist, Senior Professional Level. Division of Health Consumer Protection Songkhla Provincial Health Office

^{2,3}เภสัชกรชำนาญการ ฝ่ายคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหารและยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา

Pharmacist, Professional Level. Division of Health Consumer Protection Songkhla Provincial Health Office

เมื่อพิจารณาคะแนนประเมินสถานที่ผลิตเป็นรายหมวด พบว่า คะแนนประเมินในรอบที่ 2 สูงกว่ารอบที่ 1 ทุกหมวด หมวดที่มีคะแนนประเมินเพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ หมวดข้อร้องเรียน รองลงมา คือ หมวดการควบคุมคุณภาพ และหมวดข้อมูลทั่วไป และผลการพัฒนาขั้นที่ 3 พบว่า สถานที่ผลิตเครื่องสำอางที่ได้รับการพัฒนาตามกระบวนการ Mentor สามารถดำเนินการให้เป็นไปตามแนวทางวิธีการที่ดีในการผลิตเครื่องสำอางอาเซียน ASEAN COSMETIC GMP โดยไม่พบข้อบกพร่อง ผลการศึกษานี้ ทำให้ทราบสภาพปัญหาและสถานการณ์สถานที่ผลิตเครื่องสำอางในภาพรวมระดับเขต นำมาเป็นข้อมูลในการพัฒนาสถานที่ผลิตเครื่องสำอางตามวัฏจักร Deming ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์เพิ่มขึ้น และสามารถพัฒนาต่อยอดไปสู่การรับรองมาตรฐานสากล (ASEAN COSMETIC GMP) ส่งผลให้สถานที่ผลิตนั้นสามารถส่งออกเครื่องสำอางไปจำหน่ายในต่างประเทศ และในอาเซียน ซึ่งเป็นการกระตุ้นเศรษฐกิจ ส่งผลกระทบทางบวกแก่ประเทศชาติ และเป็นต้นแบบ เป็นตัวอย่างที่ดีให้กับวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อมด้านเครื่องสำอางในจังหวัด ในเขต และระดับประเทศต่อไป แต่ยังคงมีสถานที่ผลิตจำนวนหนึ่งที่ไม่ผ่านเกณฑ์ในบางประเด็น ดังนั้น จึงควรมีการพัฒนาและติดตามอย่างต่อเนื่อง เพิ่มมาตรการด้านการบังคับใช้กฎหมายในกรณีและผู้ผลิตเครื่องสำอางไม่ให้ความร่วมมือในการพัฒนาสถานที่ให้เป็นไปตามประกาศฯ และควรสร้างแรงจูงใจแก่สถานที่ผลิตที่ผ่านมาตรฐานด้วยการประกาศเชิดชูเกียรติ มอบป้าย และประชาสัมพันธ์

คำสำคัญ: การพัฒนา วิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม เครื่องสำอาง มาตรฐานสากล

Abstract

The objective to study the problems and situation of cosmetic manufacturing facilities (CMF) in Health Region 12 and to improve small and medium of CMFs to be in accordance with the Notification of the Ministry of Public Health regarding rules, procedures and conditions for the production or import of cosmetics, B.E. 2561. Then to develop the CMFs with a high potential to meet the ASEAN COSMETIC GMP. The study was divided into 3 steps. Step 1 investigated the problems of 560 CMFs in Health Region 12 as appeared in the e-submission system of the Food and Drug Administration. The study collected data using the CMF assessment form. Step 2 involved the development of 62 target small and medium CMFs from the step 1 by using the Deming Cycle (Plan-Do-Check-Act: PDCA) for 2 rounds and evaluated using the CMF assessment form according to the notification. Step 3 selected a CMF that was ready and had high potential, developed it further to be certified according to the ASEAN COSMETIC GMP by using the Mentor process. The result of the visits to the places



registered as CMFs in the database revealed only 11.07 percent of them were CMFs. Most places not considered CMFs were buildings for other purposes with entrepreneurs hiring other CMFs to produce cosmetics for them. Some were abandoned houses, deserted houses with no residents, locked houses or buildings for other businesses. Step 2 it was found that all small and medium CMFs participating in the improvement program of the study had a significantly higher score on the quality of CMFs after the second round of improvement according to the Deming cycle, compared to that after the first round ($p < 0.01$). The proportion of CMFs passing standard increased 32.26 to 87.09 percent. When considering the evaluation scores of CMFs in each domain, it was found that the scores in the second round were higher than those in the first round in every domain. The domain with the most increased score was complaints handling, followed by quality control and general information. The last step found that the selected CMF can proceed according to the ASEAN COSMETIC GMP without any defects. Conclusion: the results of the study show the problems of CMFs in the Health Region 12 area and using the data to develop the small and medium CMFs according to the Deming cycle has led to an increased proportion of CMFs meeting the requirements of the notification. The CMF that is certified by ASEAN COSMETIC GMP can export cosmetics to overseas and ASEAN markets, which stimulates the economy. It can be a role model for small and medium CMFs in the province and at the national level. However, there were still some CMFs that did not meet certain criteria. They need continuous improvement and monitoring of CMF quality along with an increase in legal enforcement when cosmetic manufacturers do not cooperate in the improvement of CMFs in accordance with the notification and motivate CMFs that meet certain criteria by announcement of honor and give honorary badge.

Key words: improvement, small and medium cosmetic manufacturing facilities,
Deming cycle, international standard

บทนำ

วิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม (SMEs) ถือได้ว่าเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาประเทศ มีความสำคัญต่อระบบเศรษฐกิจไทยในหลายมิติ ทั้งในด้านการเป็นผู้ผลิตที่ช่วยเพิ่มความหลากหลายให้แก่สินค้าและบริการการสร้างรายได้ การแก้ไขปัญหาความยากจน รวมถึงมีบทบาทอย่างมากต่อการจ้างงานของประเทศ โดยเฉพาะธุรกิจเกี่ยวกับความงาม ซึ่งในปัจจุบันพบว่าการแข่งขันทางธุรกิจที่สูงมาก จากข้อมูลมูลค่าการตลาดเครื่องสำอาง ปี พ.ศ. 2564 พบมูลค่าตลาดสูงถึง 3 แสนล้านบาท จำแนกเป็นมูลค่าตลาดในประเทศ 1.8 แสนล้านบาท มูลค่าการส่งออก 1.2 แสนล้านบาท (ที่มา: สมาคมผู้ผลิตเครื่องสำอางไทย)

แต่ในช่วงที่ผ่านมา SMEs ด้านเครื่องสำอาง ต้องเผชิญความท้าทายจากเทคโนโลยีที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วต่อกระบวนการผลิต การดำเนินธุรกิจ ทั้งในส่วนกระบวนการยื่นขออนุญาตที่ปรับเป็นการยื่นผ่านระบบออนไลน์ E-Submission และการออกประกาศกระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวกับมาตรฐานสถานที่ผลิตเครื่องสำอาง ในขณะที่ SMEs ด้านเครื่องสำอางยังมีปัญหาการผลิตเครื่องสำอางให้ได้มาตรฐาน และการสร้างมูลค่าเพิ่ม อันเนื่องมาจากผู้ประกอบการขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดเตรียมสถานที่ บุคลากร การผลิตรวมถึงการจัดทำเอกสารคุณภาพ และสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่ง คือ ยังไม่มีการให้คำปรึกษาแนะนำ อย่างเป็นระบบจึงทำให้การพัฒนาสถานที่ผลิตไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการตามที่กฎหมายกำหนดและไม่สามารถบรรลุเป้าหมาย

ตามนโยบายของรัฐบาล ซึ่งการผลิตที่ไม่ได้มาตรฐาน ส่งผลต่อคุณภาพผลิตภัณฑ์ และจะส่งผลกระทบต่อวงกว้างได้ทั้งในส่วนของผู้บริโภคที่อาจได้รับอันตรายจากการใช้ผลิตภัณฑ์ และส่งผลกระทบต่อผู้ประกอบการเอง ทำให้ไม่สามารถแข่งขันด้านการตลาดได้

ดังนั้น จึงต้องให้ความสำคัญกับการผลักดันให้วิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อมมีการเติบโตอย่างต่อเนื่อง และมีศักยภาพในการแข่งขันทั้งในประเทศและในระดับสากลสูงขึ้น โดยการสร้างความเข้มแข็ง เพิ่มโอกาสทางการตลาด และสร้างระบบนิเวศน์ที่เอื้อต่อการดำเนินธุรกิจของผู้ประกอบการวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม (SMEs) ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพในระยะเวลาที่กำหนด กอปรกับข้อกำหนดการส่งออกเครื่องสำอางไปยังต่างประเทศนั้น สถานที่ผลิตเครื่องสำอางต้องได้รับการรับรองมาตรฐานสากล หรือเกณฑ์มาตรฐานเทียบเท่าอื่น ๆ ที่สูงกว่า

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในฐานะหน่วยงานที่ทำหน้าที่กำกับ ดูแล และส่งเสริมสถานที่ผลิตเครื่องสำอางในจังหวัด จึงได้ร่วมกันหาแนวทางในการพัฒนาวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อมด้านเครื่องสำอางในเขตสุขภาพที่ 12 ให้ได้รับมาตรฐานตามกฎหมาย และยกระดับผู้ประกอบการที่มีศักยภาพสู่มาตรฐานสากล (ASEAN COSMETIC GMP) ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการศึกษาสภาพปัญหาสถานที่ผลิตเครื่องสำอางในเขตสุขภาพที่ 12 และหาแนวทางในการพัฒนาสถานที่ผลิตเครื่องสำอางที่เข้าข่ายวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม โดยนำแนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องตามแนวคิดวัฏจักรเดมมิง (PDCA) มาใช้เป็นเครื่องมือในการ

พัฒนาให้เป็นไปตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการผลิต หรือนำเข้า เครื่องสำอาง พ.ศ. 2561 รวมถึง ส่งเสริมการประกอบธุรกิจด้านเครื่องสำอางให้เป็นที่ยอมรับ และผู้บริโภคได้รับผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพ รวมถึงเพิ่มโอกาส ในการส่งออกเครื่องสำอาง ไปจำหน่ายยังประเทศสมาชิกอาเซียนได้ เป็นการ กระตุ้นเศรษฐกิจของประเทศไทย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัญหาและสถานการณ์ของ สถานที่ผลิตเครื่องสำอาง
2. เพื่อพัฒนาสถานที่ผลิตเครื่องสำอาง ที่เข้าข่ายวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม ให้เป็นไปตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการผลิต หรือนำเข้าเครื่องสำอาง พ.ศ. 2561
3. เพื่อพัฒนาต่อยอดสถานที่ผลิตที่มี ศักยภาพสูงให้ได้รับรองมาตรฐานสากล (ASEAN COSMETIC GMP)

วิธีการศึกษา

แบ่งวิธีการศึกษา เป็น 3 ขั้นตอน ตาม วัตถุประสงค์ ดังนี้

ขั้นที่ 1 สำรวจปัญหาและสถานการณ์ ของสถานที่ผลิตเครื่องสำอาง

กลุ่มเป้าหมายในการศึกษา

กลุ่มเป้าหมายในการศึกษา คือ สถานที่ ผลิตเครื่องสำอางที่ปรากฏข้อมูลในระบบ e-submission ของสำนักงานคณะกรรมการ อาหารและยาซึ่งตั้งอยู่ในจังหวัด 7 จังหวัดของ เขตสุขภาพที่ 12 ได้แก่ สงขลา ตรัง พัทลุง สตูล

ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส จำนวน 560 แห่ง ซึ่งเป็นผู้ผลิตที่ได้จัดแจ้งการผลิตก่อนที่ประกาศ กระทรวงสาธารณสุข เรื่องหลักเกณฑ์ วิธีการ และ เงื่อนไขในการผลิตหรือนำเข้าเครื่องสำอาง พ.ศ. 2561⁽¹⁾ จะมีผลบังคับใช้

เครื่องมือและวิธีเก็บและการวิเคราะห์ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม คือแบบ สำรวจ ที่ผู้วิจัยสร้างประกอบด้วย 4 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไปของสถานที่ผลิต ส่วนที่ 2 เป็น ข้อมูลสถานที่ผลิตจากการสำรวจในพื้นที่พร้อม ระบุพิกัด GPS แผนที่ และภาพถ่าย ส่วนที่ 3 เป็น ผลการตรวจสอบสุขลักษณะของสถานที่ผลิต และ ส่วนที่ 4 เป็นการสรุปผลตรวจและข้อเสนอแนะ เก็บข้อมูลโดยให้เจ้าหน้าที่ จากสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด 7 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 12 ที่ได้รับการชี้แจงวิธีการเป็นผู้สำรวจและเก็บข้อมูล สถานที่ในแต่ละจังหวัดตามแบบสำรวจ จังหวัดสงขลา ผู้วิจัยร่วมกับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครอง ผู้บริโภคของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาล ชุมชน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ รวมถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นผู้สำรวจและเก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยการ แจกแจงความถี่และคำนวณค่าร้อยละ

ขั้นที่ 2 พัฒนาสถานที่ผลิตเครื่องสำอาง โดยใช้วัฏจักร Deming

กลุ่มเป้าหมายในการศึกษา

กลุ่มเป้าหมายในการศึกษา คือ สถานที่ ผลิตเครื่องสำอางที่ผลการสำรวจจากขั้นที่ 1 พบว่า มีการผลิตตามที่จัดแจ้งไว้ และเข้าข่ายวิสาหกิจ ขนาดกลางและขนาดย่อม จำนวน 62 แห่ง

ดำเนินการพัฒนาโดยใช้วัฏจักร Deming หรือ PDCA (Plan-Do-Check-Act)⁽²⁾ จำนวน 2 รอบ ดังนี้

การดำเนินงานรอบ 1 ประกอบด้วย ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 วางแผนปฏิบัติการ (Plan) ดังนี้

1. จัดทำร่างแนวทางการพัฒนาสถานที่ผลิตเครื่องสำอางรอบที่ 1 โดยประมวลสังเคราะห์จากข้อมูล ข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ทบทวนหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขในการผลิตเครื่องสำอางตามกฎหมาย และเอกสารวิชาการต่าง ๆ

2. พัฒนาเป็นแนวทางการพัฒนาที่จะใช้ในการพัฒนาสถานที่ผลิตเครื่องสำอางรอบที่ 1 ของเขตสุขภาพที่ 12 รับฟังความคิดเห็นเพื่อขัดเกลาแนวทาง โดย ประชุมร่วมกับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภค 7 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 12 จำนวน 14 คน โดยใช้กระบวนการกลุ่มนำเสนอความคิดเห็นเกี่ยวกับสถานที่ผลิตเครื่องสำอางและสภาพปัญหาของแต่ละแห่งที่พบจากการศึกษาในช่วงที่ 1 ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดประเด็นปัญหาให้ชัดเจน พร้อมพิจารณาและปรับปรุงแนวทางการพัฒนาที่ผู้วิจัยได้ร่างขึ้นร่วมกัน

3. ระดมเครือข่ายร่วมพัฒนา โดยประชุมภาคีเครือข่าย ได้แก่ พัฒนาชุมชนจังหวัด เกษตรและสหกรณ์จังหวัด อุตสาหกรรมจังหวัด เกษตรจังหวัด บริษัทประชารัฐ และเครือข่ายเกษตรกรอินทรีย์ เพื่อหาเครือข่ายร่วมในการพัฒนากลุ่มวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อมด้านเครื่องสำอาง หาช่องทางการสนับสนุนด้านเงินทุนในการพัฒนา และหาแหล่งวัตถุดิบประเภทสมุนไพรที่ปลอดภัยให้กับสถานที่ผลิต

4. กำหนดแผนปฏิบัติการ โดยทำความเข้าใจแนวทางการพัฒนาสถานที่ผลิตเครื่องสำอางรอบที่ 1 รวมทั้งแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบ กำหนดระยะเวลาในการดำเนินการและติดตามประเมินผลที่ชัดเจน

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติตามแผน: ผู้เกี่ยวข้องนำแนวทางการพัฒนาสถานที่ผลิตเครื่องสำอางในรอบที่ 1 ไปใช้ตามแผนปฏิบัติการที่กำหนด โดยดำเนินการพัฒนาสถานที่ผลิตเครื่องสำอางเป้าหมายทุกแห่งที่ผลการสำรวจพบว่ามีการผลิตเครื่องสำอางจริงและมีการผลิตอย่างต่อเนื่อง โดยให้เวลาผู้ผลิตในการปรับปรุงสถานที่ผลิตเครื่องสำอางให้ได้ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผล: ประเมินผลการพัฒนาสถานที่ผลิตเครื่องสำอาง โดยใช้แบบประเมินการปฏิบัติตามข้อกำหนดในประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการผลิตหรือนำเข้าเครื่องสำอาง พ.ศ.2561 การประเมินใช้วิธีการสังเกตและซักถามผู้เกี่ยวข้องในสถานที่ผลิตเครื่องสำอาง

ขั้นตอนที่ 4 ปรับปรุงแนวทางการพัฒนาสถานที่ผลิตเครื่องสำอาง: โดยประชุมทีมจากเขตสุขภาพที่ 12 นำเสนอผลการประเมินสถานที่ผลิตเครื่องสำอางเป้าหมายที่ได้รับการพัฒนาตามแนวทางที่กำหนดในรอบที่ 1

ร่วมกันประเมินปัญหา อุปสรรคและวิเคราะห์หาจุดอ่อนและจุดแข็งของแนวทางการพัฒนาในรอบที่ 1 ที่ประชุมระดมสมองหาแนวทางในการปรับปรุงแก้ไข และพัฒนาแนวทางการพัฒนาสถานที่ผลิตเครื่องสำอางในรอบที่ 2 ให้มีความชัดเจน และมีประสิทธิภาพมากขึ้น

การดำเนินงานรอบ 2

การดำเนินงานรอบที่ 2 ประกอบด้วย ขั้นตอนเช่นเดียวกับรอบที่ 1 โดยนำแนวทางการพัฒนาสถานที่ผลิตเครื่องสำอาง (รอบ 2) มาทำแผนปฏิบัติการ และดำเนินการพัฒนาตามขั้นตอนของแผนปฏิบัติการ มีการติดตามประเมินผล รวมถึงสรุปผล และหาแนวทางแก้ไข ปรับปรุงกระบวนการพัฒนา โดยใช้กระบวนการเช่นเดียวกับรอบ 1

เครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบประเมินสถานที่ผลิตตามข้อกำหนดในประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการผลิตหรือนำเข้าเครื่องสำอาง พ.ศ. 2561 ประกอบด้วย 10 หมวด มีข้อกำหนดจำนวน 56 ข้อ โดยมีข้อกำหนดที่เป็นข้อวิกฤตจำนวน 10 ข้อ การให้คะแนนแต่ละข้อมี 3 ระดับ ระดับดี หมายถึง ผลการตรวจเป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในประกาศกระทรวงฯ (ได้คะแนนเท่ากับ 2) ระดับพอใช้ หมายถึง ผลการตรวจเป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในประกาศกระทรวงฯ แต่ยังพบข้อบกพร่องซึ่งยอมรับได้ เนื่องจากข้อบกพร่องไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพมาตรฐานและความปลอดภัยของเครื่องสำอาง หรือไม่มีผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงาน (ได้คะแนนเท่ากับ 1) และระดับปรับปรุง/ไม่ผ่าน หมายถึง ผลการตรวจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในประกาศกระทรวงฯ หรือพบข้อบกพร่องที่มีผลกระทบต่อคุณภาพมาตรฐานและความปลอดภัยของเครื่องสำอางหรือความ

ปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงาน (ได้คะแนนเท่ากับ 0) โดยกำหนดเกณฑ์ “ผ่านการประเมิน” คือ ผลการตรวจประเมินสถานที่ฯ ต้องได้คะแนนรวมทั้ง 10 หมวด ตั้งแต่ร้อยละ 60 ขึ้นไป และทุกข้อกำหนดที่เป็นข้อวิกฤตต้องไม่มีข้อใดที่มีคะแนนเป็น 0 ตามแนวทางการ “ผ่านเกณฑ์” ของหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดีในการผลิตอาหาร (GMP) เนื่องจากข้อกำหนดและรายละเอียดของแบบประเมินมีความใกล้เคียงกัน และ GMP ของอาหารถูกกำหนดเป็นกฎหมาย และมีข้อปฏิบัติที่ชัดเจนตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 193) พ.ศ. 2543 เรื่องวิธีการผลิต เครื่องมือ เครื่องใช้ การผลิต และการเก็บรักษาอาหาร⁽³⁾

การวิเคราะห์ข้อมูล

คำนวณ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ คะแนน การประเมิน รายหมวด และ คะแนนรวมเปรียบเทียบคะแนนประเมินสถานที่ผลิตเครื่องสำอางเป้าหมาย รอบ 1 และรอบ 2 ของการพัฒนา โดยใช้สถิติ paired t-test

ขั้นที่ 3 พัฒนาค่ายยอตสถานที่ผลิตเครื่องสำอางสู่มาตรฐาน ASEAN COSMETIC GMP กลุ่มเป้าหมายในการศึกษา

คัดเลือกสถานที่ผลิตที่ผ่านมาตรฐานตามเกณฑ์กฎหมาย และมีคะแนนสูงสุด และผู้ประกอบการมีความพร้อมในการพัฒนา แล้วจึงลงพื้นที่ใช้กระบวนการ Mentor เพื่อพัฒนาสู่การขอรับรองมาตรฐาน ASEAN COSMETIC GMP

เครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบตรวจประเมินสถานที่ผลิตตามแนวทางวิธีการที่ดี

ในการผลิตเครื่องสำอางอาเซียน มีเกณฑ์ประเมินจำนวน 13 หมวด โดยระดับการให้คะแนนประกอบด้วย (1) Conformity (C) สอดคล้องกับข้อกำหนด (2) Non conformity (N/C) ไม่สอดคล้องกับข้อกำหนด หรือมีข้อบกพร่อง (ข้อบกพร่องแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ข้อบกพร่องวิกฤต (Critical defect), ข้อบกพร่องสำคัญ (Major defect) และข้อบกพร่องเล็กน้อย (Minor defect)) (3) Non available (N/A) ไม่มีการประเมินในหัวข้อดังกล่าว (4) Observation (ข้อสังเกต) มีการปฏิบัติงานหรือมีข้อเท็จจริงที่ตรวจพบที่มีโอกาสก่อให้เกิดความไม่สอดคล้องกับข้อกำหนด ซึ่งมีเกณฑ์การผ่านประเมิน คือ ต้องไม่พบข้อบกพร่องวิกฤต (Critical defect) และหากพบข้อบกพร่องสำคัญ (Major defect) หรือข้อบกพร่องเล็กน้อย (Minor defect) ต้องทำการแก้ไขให้เสร็จก่อน จึงจะผ่านเกณฑ์ประเมิน และหากพบข้อสังเกต (Observation) ต้องจัดทำแผนงานเพื่อป้องกันโอกาสที่อาจจะก่อให้เกิดความไม่สอดคล้องกับข้อกำหนด⁽⁴⁾

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ระดับคะแนนรายชื่อ ในแบบประเมินสถานที่ผลิตตามแนวทางวิธีการที่ดีในการผลิตเครื่องสำอางอาเซียน ASEAN COSMETIC GMP ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ผลการวิจัย

1. ผลการสำรวจปัญหาและสถานการณ์ของสถานที่ผลิตเครื่องสำอาง

จากข้อมูลระบบ E-Submission ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา พบว่าจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 12 จำนวน 7 จังหวัด มีผู้ประกอบการยื่นจดแจ้งผลิตเครื่องสำอางผ่านระบบ จำนวน 560 แห่ง ผลการสำรวจ พบสถานที่ผลิตเครื่องสำอางที่ผลิตจริงตรงตามที่จดแจ้งไว้ในระบบ จำนวน 62 แห่ง (ร้อยละ 11.07) ของจำนวนที่สำรวจ และไม่พบการผลิตเครื่องสำอาง จำนวน 498 แห่ง (ร้อยละ 88.93) ของจำนวนที่สำรวจ สำหรับสถานที่ซึ่งไม่มีการผลิตเครื่องสำอางจริงตามที่จดแจ้งไว้ จำนวน 498 แห่ง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการจ้างสถานที่ผลิตอื่นทำการผลิตให้ จำนวน 142 แห่ง (ร้อยละ 28.51) รองลงมา คือ พบสถานที่ตามที่อยู่ที่อยู่ปรากฏแต่ไม่มีการผลิตจริงและไม่มีข้อมูลการผลิต เช่น เป็นบ้านร้าง บ้านปิด หรือไม่มีผู้พักอาศัย จำนวน 138 แห่ง (ร้อยละ 27.71) พบสถานที่ตามที่อยู่ที่อยู่ปรากฏ แต่ผู้อยู่อาศัยในบ้านดังกล่าวแจ้งว่าไม่เคยทราบเรื่องการจดแจ้งเครื่องสำอางเลย จำนวน 93 แห่ง (ร้อยละ 18.67) เป็นสถานที่ที่เคยผลิตแต่ไม่ได้ผลิตแล้ว จำนวน 66 แห่ง (ร้อยละ 13.25) และอีกจำนวน 59 แห่ง (ร้อยละ 11.85) ไม่พบสถานที่ผลิตตามที่อยู่ที่อยู่แจ้งเลย เนื่องจากหลายสาเหตุ เช่น มีการเปลี่ยนแปลงบ้านเลขที่โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กลายเป็นที่ดินเปล่าโดยมีซากการรื้อถอนอาคาร เป็นต้น ดังรูปที่ 1 ก, ข และ ค



ก. สภาพที่ตรวจพบเป็นบ้านร้าง



ข. สภาพที่พบเป็นบ้านที่ถูกปิด ไม่มีผู้พักอาศัย



ค. สภาพที่พบเป็นบ้านพักอาศัย ไม่ใช่สถานที่ผลิต

รูปที่ 1. ตัวอย่างสภาพอาคารที่แจ้งว่าเป็นสถานที่ผลิตเครื่องสำอาง

2. ผลการพัฒนาสถานที่ผลิตเครื่องสำอาง ที่เข้าข่ายวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม โดยใช้วัฏจักร Deming

สถานที่ผลิตเครื่องสำอางเป้าหมาย
เป็นสถานที่ผลิตที่ได้รับการสำรวจจากชั้นที่ 1 พบว่า
มีการผลิตตามที่จดแจ้งไว้ จำนวน 62 แห่ง พบว่า
เข้าข่ายวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อมทุกแห่ง
(ร้อยละ 100) ลักษณะของสถานที่ผลิตส่วนใหญ่
เป็นการดัดแปลงอาคารหรือที่พักอาศัยบางส่วน
เพื่อใช้เป็นสถานที่ผลิตเครื่องสำอาง จำนวน 39 แห่ง
(ร้อยละ 62.90) เป็นอาคารสำหรับผลิตเครื่องสำอาง
โดยเฉพาะ จำนวน 14 แห่ง (ร้อยละ 22.58) และมี
ลักษณะเป็นอาคารพาณิชย์ที่ใช้ผลิตเครื่องสำอาง
เพียงอย่างเดียว จำนวน 9 แห่ง (ร้อยละ 14.52)
ซึ่งสถานที่ผลิตส่วนใหญ่ยื่นจดแจ้งผลิตเครื่องสำอาง

น้อยกว่า 10 รายการ จำนวน 44 แห่ง และมีเพียง
3 แห่ง ที่ผลิตมากกว่า 100 รายการ

การพัฒนาในรอบที่ 1

แนวทางการพัฒนาสถานที่ผลิตเครื่องสำอาง
ในรอบที่ 1 ซึ่งได้จากการประชุมระดมสมองของ
ทีมผู้เกี่ยวข้อง คือการจัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้ผลิต
โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ได้แก่
การบรรยายความรู้เกี่ยวกับกฎหมายในเรื่องการ
ผลิตเครื่องสำอาง ประกอบการฉายวิดีโอ และ
การสร้างการมีส่วนร่วมในการปรับปรุงแก้ไข
สถานที่ผลิต โดยให้ผู้ประกอบการร่วมวางแผนการ
แก้ไขปรับปรุง มีการพูดคุย ถกเถียงและหาข้อยุติ
ร่วม ซึ่งทำให้ผู้ผลิตเข้าใจและสามารถดำเนินการ
ปรับปรุงสถานที่ฯ ได้จริงและเกิดความยั่งยืน
(รูปที่ 2 ก. และ ข.)



ก. การจัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้ผลิต



ข. การวางแผนการแก้ไขปรับปรุงร่วมกัน

รูปที่ 2 การพัฒนาสถานที่ผลิตเครื่องสำอางรอบที่ 1

ผลการพัฒนาในรอบที่ 1

ผู้วิจัยร่วมกับทีมผู้เกี่ยวข้องได้กำหนดระยะเวลาในการปรับปรุงแก้ไขสถานที่ผลิตเครื่องสำอาง โดยมีทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยงให้คำปรึกษาทั้งทางโทรศัพท์และการลงพื้นที่ดูสถานที่ผลิตจริง ให้คำแนะนำในการปรับปรุงแก้ไขและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เมื่อผู้ผลิตดำเนินการปรับปรุงสถานที่ผลิต ตามระยะเวลาที่กำหนดในแผนปฏิบัติการแล้ว ผู้วิจัยร่วมกับทีมจึงตรวจประเมินสถานที่ผลิตเครื่องสำอางรอบที่ 1

ผลการตรวจประเมิน พบว่า มีสถานที่ผลิตเครื่องสำอางผ่านเกณฑ์ จำนวน 20 แห่ง (ร้อยละ 32.26 ของกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 62 แห่ง) และเมื่อพิจารณาคะแนนรวมเฉลี่ย เท่ากับ 54.51 จากคะแนนเต็ม 108 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 50.47 ของคะแนนเต็ม ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์การผ่านตามที่กำหนด

เมื่อพิจารณาผลการประเมินจำแนกเป็นรายหมวด พบว่า หมวดที่ได้คะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ หมวดที่ 4 เครื่องมือ เครื่องใช้ อุปกรณ์การผลิต รองลงมา คือ หมวดที่ 3 สถานที่ผลิต และหมวดที่ 2

บุคลากร ได้คะแนนเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 80.38, 79.45 และ 63.98 ตามลำดับ สำหรับหมวดที่ได้คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ หมวดที่ 10 ข้อร้องเรียน หมวดที่ 7 การควบคุมคุณภาพ และหมวดที่ 8 เอกสารการผลิต ได้คะแนนเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 14.52, 20.56 และ 28.43 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาจำแนกตามระดับคะแนนที่ได้ในแต่ละหมวด พบว่า เกณฑ์ที่เป็นข้อบกพร่องของสถานที่ผลิตเครื่องสำอางได้คะแนน 0 มากที่สุด คือ ข้อ 7.1 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องสำอาง รองลงมาคือ ข้อ 8.2 การจัดทำบันทึกการผลิต และข้อ 6.2.1.5 การควบคุมกระบวนการผลิต คิดเป็นร้อยละ 92.11, 89.47 และ 71.05 ของสถานที่ผลิต ตามลำดับ พบจุดอ่อนของการพัฒนารอบแรก คือ การอบรมให้ความรู้ทางทฤษฎีและติดตามให้คำแนะนำโดยพนักงานเจ้าหน้าที่ มีพลังไม่เพียงพอต่อการพัฒนา จึงควรมีการพัฒนาให้เกิดเป็นทักษะความชำนาญ โดยฝึกฝน ลงมือปฏิบัติจริง โดยเฉพาะในเรื่องของการตรวจสอบคุณภาพเครื่องสำอาง การจัดทำบันทึกการผลิต และการควบคุม

กระบวนการผลิต ซึ่งเป็นข้อกำหนดที่เป็นข้อวิกฤต นอกจากนี้ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการผลิตหรือนำเข้าเครื่องสำอาง พ.ศ. 2561 เป็นประกาศฉบับใหม่ พนักงานเจ้าหน้าที่ผู้ประเมินสถานที่ผลิตเครื่องสำอางยังขาดทักษะและความเชี่ยวชาญในการตรวจประเมินสถานที่ผลิตตามหลักเกณฑ์ฯ ดังกล่าว ทำให้ไม่สามารถให้คำแนะนำในการพัฒนาสถานที่ผลิตแก่ผู้ผลิตได้อย่างแม่นยำและชัดเจน และอาจมีการให้คะแนนที่แตกต่างกัน จึงควรมีการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ พร้อมทั้งปรับมาตรฐานในการตรวจประเมินให้มีมาตรฐานใกล้เคียงกัน

การพัฒนาในรอบที่ 2

วิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางการพัฒนาผู้วิจัยประชุมร่วมกับทีมฯ นำผลการประเมินสถานที่ผลิตฯ ในรอบที่ 1 มาวิเคราะห์และหาแนวทางการพัฒนาในรอบที่ 2 ซึ่งได้ข้อสรุปกิจกรรมที่ต้องดำเนินการ ดังนี้ 1) จัดหมวดหมู่ ปัญหาที่ผู้ประกอบการไม่สามารถดำเนินการได้ให้ชัดเจน เพื่อหาแนวทางแก้ไขได้ตรงประเด็น 2) เพิ่มศักยภาพเจ้าหน้าที่โดยการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการและศึกษาดูงาน ณ สถานที่ผลิตจริง (รูปที่ 3 ก. และ ข.) 3) จัดทำคู่มือการผลิตเครื่องสำอาง 4) เพิ่มทักษะ โดยการฝึกปฏิบัติจริง ณ สถานที่ผลิตเครื่องสำอาง (On the Job Training) (รูปที่ 4)



ก. การอบรมพนักงานเจ้าหน้าที่



ข. การศึกษาดูงานการผลิตเครื่องสำอาง

รูปที่ 3 การพัฒนาเจ้าหน้าที่ในการพัฒนาสถานที่รอบที่ 2



รูปที่ 4 การฝึกปฏิบัติและแนะนำ ณ สถานที่ผลิตจริง

จัดทำคู่มือการผลิตเครื่องสำอางโดยประยุกต์จากคู่มือสำหรับพนักงานเจ้าหน้าที่ (เล่ม 2) เรื่อง แนวทางการตรวจสอบสถานที่ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขในการผลิต หรือนำเข้าเครื่องสำอาง พ.ศ. 2561 มีการปรับเนื้อหาให้เหมาะสมและเข้าใจง่าย พร้อมทั้งใส่แบบฟอร์มตัวอย่างเอกสารและบันทึกต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทำการฝึกปฏิบัติจริง ณ สถานที่ผลิตเครื่องสำอาง มีการสนับสนุนคู่มือดังกล่าวให้กับผู้ผลิต โดยมีการฝึกปฏิบัติและแนะนำจำนวน 2 ครั้ง ในสถานที่ผลิตแต่ละแห่ง หลังจากผู้ผลิตดำเนินการปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่อง พัฒนาสถานที่ฯ ตามระยะเวลาที่กำหนดแล้ว จากนั้น จะมีการตรวจประเมินสถานที่ผลิตเครื่องสำอางรอบที่ 2

ผลการพัฒนาในรอบที่ 2

ผลการพัฒนารอบ 2 พบว่า สถานที่ผลิตเครื่องสำอางมีการพัฒนาผ่านเกณฑ์ จำนวน 54 แห่ง (ร้อยละ 87.09 ของกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 62 แห่ง) และคะแนนรวมเฉลี่ย เท่ากับ 85.65 คะแนน จากคะแนนเต็ม 108 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 79.30 ของคะแนนเต็ม คะแนนเป็นรายหมวดหมวดที่ได้คะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ หมวดที่ 1 ข้อมูลทั่วไป รองลงมา คือ หมวดที่ 3 สถานที่ผลิต และหมวดที่ 4 เครื่องมือ เครื่องใช้ อุปกรณ์การผลิต ได้คะแนนเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 96.77, 93.73 และ 90.86 ตามลำดับ ในขณะที่ หมวดที่ได้คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ หมวดที่ 8 เอกสารการผลิต รองลงมาคือ หมวดที่ 10 ขอร้องเรียน และหมวดที่ 7 การควบคุมการผลิต คิดเป็นร้อยละ 61.69, 64.00 และ 64.11 ตามลำดับ

สถานที่ผลิตเครื่องสำอางที่มีผลประเมินในเกณฑ์ที่เป็นข้อบกพร่องเป็น 0 มากที่สุด คือ ข้อ 8.2 การจัดทำบันทึกการผลิต รองลงมาคือ ข้อ 6.2.1.5 การควบคุมกระบวนการผลิต คิดเป็นร้อยละ 43.55 และ 32.26 ของกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 62 แห่ง ตามลำดับ

ผลการพัฒนาสถานที่ผลิตเครื่องสำอางตามวัฏจักร Deming รอบ 1 และรอบ 2 พบว่า สถานที่ผลิตเครื่องสำอางมีการพัฒนาและผ่านเกณฑ์เพิ่มขึ้นจาก 20 แห่ง เป็น 54 แห่ง และคะแนนรวมเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 50.47 ± 18.99 เป็น 79.30 ± 15.55 ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -22.07$, $df = 61$, $P < 0.01$)

คะแนนเฉลี่ยในแต่ละหมวดของการประเมินรอบ 1 กับรอบ 2 พบว่า คะแนนเฉลี่ยทั้ง 10 หมวดของสถานที่ผลิตในรอบที่ 2 สูงกว่ารอบที่ 1 โดยหมวดที่มีคะแนนเพิ่มมากที่สุด คือ หมวดที่ 10 ขอร้องเรียน รองลงมา คือ หมวดที่ 7 การควบคุมคุณภาพ และหมวดที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

การเปรียบเทียบจำนวนสถานที่ผลิตที่ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ที่เป็นข้อบกพร่องในช่วงหลังการพัฒนาตามวัฏจักร Deming รอบที่ 1 และรอบที่ 2 พบว่า จำนวนสถานที่ซึ่งได้คะแนน 0 ในเกณฑ์ดังกล่าวหลังการพัฒนารอบ 2 ลดลงจากรอบ 1 ในทุกข้อกำหนด (ตารางที่ 2)

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การพัฒนาสถานที่ผลิตเครื่องสำอางโดยเน้นการมีส่วนร่วมการอบรมและการฝึกปฏิบัติจริงของผู้ผลิต ประกอบกับการติดตามการพัฒนาอย่างใกล้ชิดโดยเจ้าหน้าที่ ที่ผ่านการอบรมและมีความรู้ความเชี่ยวชาญ ทำให้สถานที่ผลิตเครื่องสำอางมีการพัฒนาให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์เพิ่มขึ้น



ตารางที่ 1 คะแนนประเมินสถานที่ผลิตเครื่องสำอางหลังการพัฒนาในรอบที่ 1 และรอบที่ 2

หมวด	คะแนนเต็ม	หลังการพัฒนารอบที่ 1		หลังการพัฒนารอบที่ 2	
		คะแนนเฉลี่ย (ร้อยละ)	ต่ำสุด-สูงสุด	คะแนนเฉลี่ย (ร้อยละ)	ต่ำสุด-สูงสุด
ข้อมูลทั่วไป	2	1.13 (56.45)	0 – 2	1.94 (96.77)	0 – 2
บุคลากร	6	3.84 (63.98)	0 – 6	5.27 (87.90)	3 – 6
สถานที่ผลิต	18	14.31 (79.48)	5 – 18	16.87 (93.73)	11 – 18
เครื่องมือ เครื่องใช้	6	4.82 (80.38)	3 – 6	5.45 (90.86)	3 – 6
อุปกรณ์ การผลิต					
สุขลักษณะและ สุขอนามัย	26	14.56 (56.02)	0 – 26	22.08 (84.93)	8 – 26
การดำเนินการผลิต	36	12.34 (34.27)	0 – 36	24.77 (68.82)	0 – 36
การควบคุมคุณภาพ	4	0.82 (20.56)	0 – 4	2.56 (64.11)	0 – 4
เอกสารการผลิต	4	1.14 (28.43)	0 – 4	2.47 (61.69)	0 – 4
การเก็บรักษา	2	0.90 (45.16)	0 – 2	1.45 (72.58)	0 – 2
ข้อร้องเรียน	4	0.58 (14.52)	0 – 4	2.77 (69.35)	0 – 4
คะแนนรวมทุกหมวด	108	54.51 (50.47)	24 – 108	85.65 (79.30)	41 – 108

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของสถานที่ผลิตเครื่องสำอาง จำแนกตามผลการประเมินเกณฑ์ที่เป็นข้อวิฤตฯ หลังการพัฒนาตามวัฏจักร Deming รอบที่ 1 และรอบที่ 2

เกณฑ์ที่เป็นข้อวิฤตฯ	คะแนน 0		คะแนน 1		คะแนน 2	
	รอบ 1	รอบ 2	รอบ 1	รอบ 2	รอบ 1	รอบ 2
หมวด 3 สถานที่ผลิต						
3.4 มีห้องที่เป็นสัดส่วน แยกออกจากกันอย่างน้อย 2 ห้อง (ห้องผลิตและห้องเก็บ)	18 (29.03)	0 (0.00)	9 (14.52)	10 (16.13)	35 (56.45)	52 (83.87)
3.5 ห้องผลิตแยกบริเวณพักอาศัย และไม่ผ่านทางเดินผ่าน	13 (20.97)	0 (0.00)	11 (17.74)	9 (14.52)	38 (61.29)	53 (85.48)
หมวด 4 เครื่องมือ เครื่องใช้ อุปกรณ์การผลิต						
4.1 อุปกรณ์การผลิตไม่มีลักษณะที่ก่อให้เกิดการปนเปื้อน	2 (3.23)	0 (0.00)	27 (43.55)	12 (19.35)	33 (53.23)	50 (80.65)
4.2 อุปกรณ์การผลิตทำด้วยวัสดุที่ไม่ทำปฏิกิริยากับเครื่องสำอาง	0 (0.00)	0 (0.00)	27 (43.55)	10 (16.13)	35 (56.45)	52 (83.87)

ตารางที่ 2. จำนวนและร้อยละของสถานที่ผลิตเครื่องสำอาง จำแนกตามผลการประเมินเกณฑ์ที่เป็นข้อวิฤตฯ หลังการพัฒนาตามวัฏจักร Deming รอบที่ 1 และรอบที่ 2 (ต่อ)

เกณฑ์ที่เป็นข้อวิฤตฯ	คะแนน 0		คะแนน 1		คะแนน 2	
	รอบ 1	รอบ 2	รอบ 1	รอบ 2	รอบ 1	รอบ 2
หมวด 6 การดำเนินการผลิต						
6.1.1 วัตถุดิบและวัสดุบรรจุอยู่ในสภาพที่ดี	2 (3.23)	2 (3.23)	30 (48.39)	0 (0.00)	30 (48.39)	60 (96.77)
6.2.1.1 วัตถุดิบ อยู่ในภาชนะป้องกันการปนเปื้อน มีป้ายแสดงข้อมูลครบถ้วน ไม่หมดอายุ	3 (4.84)	2 (3.23)	46 (74.19)	17 (27.42)	13 (20.97)	43 (69.35)
6.2.1.5 มีการควบคุมกระบวนการผลิตให้เป็นไปตามสูตรแม่บท	35 (56.45)	20 (32.26)	22 (35.48)	24 (38.71)	5 (8.06)	18 (29.03)
หมวด 7 การควบคุมคุณภาพ						
7.1 มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องสำอาง	46 (74.19)	4 (6.45)	14 (22.58)	38 (61.29)	2 (3.23)	20 (32.26)
หมวด 8 เอกสารการผลิต						
8.1 มีสูตรแม่บท	31 (50.00)	2 (3.23)	17 (27.42)	34 (54.84)	14 (22.58)	26 (41.94)
8.2 มีการจัดทำบันทึกการผลิต	41 (66.13)	27 (43.55)	17 (27.42)	16 (25.81)	4 (6.45)	19 (30.65)

3. ผลการพัฒนาต่อยอดสถานที่ผลิตเครื่องสำอางสู่มาตรฐาน ASEAN COSMETIC GMP

ผู้วิจัยคัดเลือกสถานที่ผลิตที่ผ่านมาตรฐานตามกฎหมาย มีศักยภาพสูง และพร้อมที่จะรับการพัฒนาศูมาตรฐาน (ASEAN COSMETIC GMP) จากสถานที่เครื่องสำอางที่ได้รับการพัฒนาระยะที่ 2 พบว่ามีเพียงแห่งเดียว คือ บริษัท เทพไทย โปรดักต์ จำกัด จังหวัดสงขลา ซึ่งเป็นสถานที่ผลิตที่มีคะแนนประเมินตามเกณฑ์ในการพัฒนาระยะที่ 2 ได้คะแนนสูงสุด จึงดำเนินการพัฒนาเชิงรุกโดยใช้กระบวนการ

Mentor ผ่านกระบวนการ อบรมเชิงปฏิบัติการ หน่วยงาน ณ สถานที่ผลิตจริง รับฟังปัญหาของผู้ประกอบการ มีการวิเคราะห์ปัญหาร่วมกัน และร่วมออกแบบการปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้สามารถดำเนินการสอดคล้องตามเกณฑ์มาตรฐาน โดยไม่เป็นอุปสรรคต่อการทำงาน ซึ่งจะทำให้การพัฒนานั้นต่อเนื่องและยั่งยืน จากนั้นติดตามการปรับปรุงพัฒนาเป็นระยะ ๆ โดยให้คำปรึกษาแนะนำ ทุกประเด็นรวมถึงการจัดทำรายงาน ตรวจสอบเบื้องต้นเพื่อเตรียมการขอรับการรับรองมาตรฐานฯ ในด้านสถานที่ บุคลากรและระบบเอกสารคุณภาพ (รูปที่ 5 ก. และ ข.)



ก. การอบรมเชิงปฏิบัติการ



ข. ให้คำแนะนำ ณ สถานที่ผลิตจริง

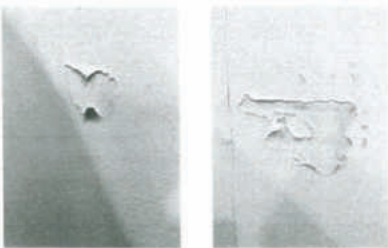
รูปที่ 5 การอบรมเชิงปฏิบัติการ ณ สถานที่ผลิต และให้คำแนะนำ

ผลการพัฒนา

จากการประเมินสถานที่ผลิตเครื่องสำอางของ บริษัท เทพไทย โปรดักต์ จำกัด ตามแนวทางวิธีการที่ดีในการผลิตเครื่องสำอางอาเซียน (ASEAN COSMETIC GMP) ก่อนการพัฒนา พบว่า ยังไม่เป็นไปตามแนวทางที่กำหนด โดยพบข้อบกพร่องระดับ Major Defect จำนวน 3 รายการ และ Minor Defect 4 รายการ หลังจากกระบวนการปรับปรุงพัฒนาเชิงรุกโดยการอบรมเชิงปฏิบัติการ ณ สถานที่ผลิต วิเคราะห์

ปัญหา และให้คำแนะนำ/คำปรึกษาอย่างใกล้ชิด สร้างการมีส่วนร่วมในการปรับปรุงแก้ไข โดยวางแผนการแก้ไขปรับปรุงร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้ประกอบการ ซึ่งจะทำให้ผู้ประกอบการเข้าใจ และผลการปรับปรุงแก้ไขได้ใช้ประโยชน์จริง ๆ และยังยินดีให้ผ่านเกณฑ์การประเมินเท่านั้น ซึ่งพบว่า บริษัท เทพไทย โปรดักต์ จำกัด สถานที่ผลิตเครื่องสำอางสามารถดำเนินการปรับปรุงข้อบกพร่องต่าง ๆ ได้ครบถ้วน ดังตารางที่ 3

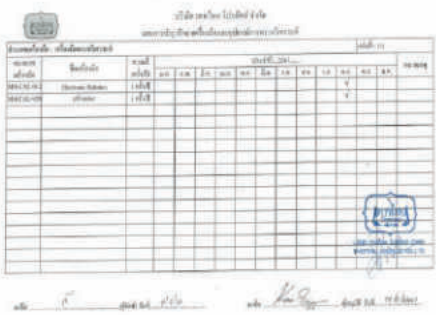
ตารางที่ 3 ข้อบกพร่อง และการปรับปรุงหลังการพัฒนา

ลำดับ	ข้อบกพร่องที่พบ	หลังการพัฒนา
1	พบผนังห้องหลุดลอกที่ห้องบรรจุหลอด ซึ่งมีโอกาสปนเปื้อนลงในผลิตภัณฑ์ ซึ่งไม่เป็นไปตามข้อกำหนด 3.5.11 (Major Defect) ก่อนการปรับปรุง 	ดำเนินการแจ้งฝ่ายอาคารสถานที่ทำการปรับปรุงแก้ไขแล้ว หลังการปรับปรุง 

ตารางที่ 3 ข้อบกพร่อง และการปรับปรุงหลังการพัฒนา (ต่อ)

ลำดับ	ข้อบกพร่องที่พบ	หลังการพัฒนา
2	ไม่พบการบันทึกแผนการบำรุงรักษาเครื่องจักร ซึ่งไม่เป็นไปตามข้อกำหนด 4.3.2 (Major Defect)	- ค้นหาสาเหตุ พบว่า ยังไม่มีการขึ้นทะเบียนแผนการบำรุงรักษา - แนวทางการแก้ไข ดำเนินการขึ้นทะเบียนแบบฟอร์มแผนการบำรุงรักษาเครื่องจักรและทบทวนเอกสารอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง 
3	ไม่พบแผนการสอบเทียบอุปกรณ์เครื่องมือการผลิต ไม่เป็นไปตามข้อกำหนด 4.3.1 (Major Defect)	จัดทำแผนการสอบเทียบอุปกรณ์เครื่องมือการผลิตให้เป็นไปตามข้อกำหนด 
4	ไม่พบฟอร์มบันทึกการตรวจสอบปฏิบัติงานของแผนกบรรจุ ซึ่งไม่เป็นไปตามข้อกำหนด 8.1.5 (Minor Defect)	- ค้นหาสาเหตุ พบว่า พนักงานบางแผนกขาดความรู้เกี่ยวกับกรใช้งานเอกสาร และหัวหน้างานขาดการติดตามตรวจสอบ - แนวทางการแก้ไข ดำเนินการแจกจ่ายแบบฟอร์มการตรวจสอบปฏิบัติงานให้แผนกที่เกี่ยวข้อง และอบรมให้ความรู้การใช้แบบฟอร์ม รวมถึงมีการติดตามผลการดำเนินงานแล้ว 

ตารางที่ 3 ข้อบกพร่อง และการปรับปรุงหลังการพัฒนา (ต่อ)

ลำดับ	ข้อบกพร่องที่พบ	หลังการพัฒนา
5	ไม่มีการจัดทำแผนการบำรุงรักษาเครื่องมือและอุปกรณ์การตรวจวิเคราะห์ ซึ่งไม่เป็นไปตามข้อกำหนด 7.1.2 (Minor Defect)	จัดทำแผนการบำรุงรักษาเครื่องมือและอุปกรณ์การตรวจวิเคราะห์ และให้มีการทบทวนเอกสารอย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง 
6	ไม่พบป้ายแสดงสถานะการทำความสะอาด Clean Tag ซึ่งไม่เป็นไปตามข้อกำหนด 5.3.3 (Minor Defect)	- ค้นหาสาเหตุ พบว่า จากการตรวจสอบพบว่า มีการลงบันทึกการทำความสะอาดในแบบฟอร์ม แต่ไม่มีการติดป้ายและลงข้อมูลในป้ายที่ติดกับเครื่องมืออุปกรณ์ - แนวทางการแก้ไข ได้มีการลงบันทึกข้อมูลในป้ายแสดงการทำความสะอาดและลงลายมือชื่อกำกับทุกครั้ง หลังทำความสะอาด   
7	พบบัญชีรายชื่อเครื่องจักร ในรูปแบบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ แต่ยังไม่ขึ้นทะเบียนแบบฟอร์มเอกสารควบคุมคุณภาพ ไม่เป็นไปตามข้อกำหนด 4.3.3 (Minor Defect)	ดำเนินการขึ้นทะเบียนแบบฟอร์มบัญชีรายชื่อเครื่องจักรให้เป็นไปตามข้อกำหนด - 

“หลังการพัฒนา บริษัท เทพไทย โปรดักต์ จำกัด ได้รับการตรวจประเมินสถานที่ผลิตตามแนวทางวิธีการที่ดีในการผลิตเครื่องสำอางอาเซียนจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา พบว่าบริษัทฯ สามารถดำเนินการให้เป็นไปตามแนวทางวิธีการที่ดี ในการผลิตเครื่องสำอางอาเซียน ASEAN COSMETIC GMP โดยไม่พบข้อบกพร่อง”

อภิปรายผล

1. จากการสำรวจสถานที่ผลิตเครื่องสำอางในเขตสุขภาพที่ 12 จำนวน 560 แห่ง พบสถานที่ผลิตเครื่องสำอางที่ผลิตจริงตรงตามที่จดทะเบียนในระบบจำนวน 62 แห่ง (ร้อยละ 11.07) เข้าข่ายเป็นวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อมร้อยละ 100 และไม่พบการผลิตเครื่องสำอาง จำนวน 498 แห่ง (ร้อยละ 88.93) ของจำนวนทั้งหมด โดยพบในลักษณะดังต่อไปนี้ 1. ว่าจ้างสถานที่ผลิตอื่นเป็นผู้ผลิตให้ แต่แจ้งในระบบโดยใช้สถานที่ของตนเป็นสถานที่ผลิต 2. เป็นบ้านที่ไม่มีผู้พักอาศัย ร้าง หรือปิด 3. เคยมีการผลิตเครื่องสำอาง แต่ปัจจุบันเลิกผลิตแล้ว และ 4. เจ้าของสถานที่แจ้งว่าไม่เคยทราบเรื่องการจดทะเบียนเครื่องสำอางมาก่อน ทั้งนี้ ข้อมูลผู้ผลิตที่ไม่ตรงตามจริง อาจเนื่องมาจากการจดทะเบียนระบบสารสนเทศผ่านอินเทอร์เน็ตด้วยตนเอง (Auto E-Submission) ทำได้ง่าย เป็นเพียงการยื่นเอกสาร โดยไม่มีการตรวจสถานที่ผลิตจริงผู้ประกอบการจ้างผู้อื่นผลิตและ/หรือจ้างผู้อื่นยื่นขอเลขจดทะเบียนให้ หรืออาจเนื่องจากข้อมูลของผู้ผลิตในระบบเป็นข้อมูลที่สะสมต่อเนื่อง เพราะในช่วงที่การกักกันดูแลอยู่ภายใต้พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. 2535 ยังไม่มีการกำหนดวันหมดอายุของใบรับจดทะเบียน ทำให้ผู้จดทะเบียนรายเก่าที่ไม่มีการผลิตหรือเปลี่ยนสภาพไปแล้วไม่มาแจ้งเลิกหรือถูกยกเลิก ข้อมูล

จึงยังคงอยู่ในระบบฐานข้อมูล ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของรุ่งดารา เนียมโก๊ะ และสุรศักดิ์ เสาแก้ว⁽⁵⁾ ที่สำรวจสถานที่ผลิตเครื่องสำอางทั่วประเทศ และไม่พบสถานที่ผลิตจริงตามที่จดทะเบียนร้อยละ 23.08 โดยลักษณะที่พบ คือ 1. ที่อยู่ของผู้ประกอบการที่จดทะเบียนไว้กับ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ไม่ครบถ้วน 2. พบเป็นสถานที่ปิด ไม่มีผู้ออกมาแสดงตน 3. มีการเปลี่ยนแปลงเลขที่บ้าน 4. ไม่มีสภาพเป็นสถานที่ผลิตเครื่องสำอาง เช่น เป็นที่รกร้างว่างเปล่า สภาพเป็นหอพัก 5. เจ้าของสถานที่แจ้งว่าไม่เกี่ยวข้องกับการจดทะเบียนผลิตเครื่องสำอาง

จากการที่ไม่พบสถานที่ผลิตจริง ย่อมส่งผลกระทบต่ออย่างมากต่อผู้บริโภค โดยเฉพาะกรณีที่มีการผลิตเครื่องสำอางที่ไม่มีคุณภาพ ไม่ปลอดภัย หรือใส่สารห้ามใช้ ทำให้พนักงานเจ้าหน้าที่ไม่สามารถตรวจติดตามสถานที่ผลิตเพื่อระงับเหตุได้ทันทั่วทั้งการปกกับการจดทะเบียนที่ง่าย ทำให้ผู้ประกอบการบางรายฉวยโอกาสใช้ช่องว่างหาประโยชน์ โดยการจดทะเบียนเครื่องสำอางหลายรายการ แบบไม่มีการควบคุมคุณภาพเนื่องจากไม่มีสถานที่ผลิตจริง

จากสภาพปัญหาที่พบดังกล่าว ผู้วิจัยได้เป็นตัวแทนภาคได้นำเสนอผลการดำเนินงานในการประชุมสัมมนาเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคระดับประเทศ ซึ่งจัดโดยคณะกรรมการอาหารและยาเพื่อผลักดันให้มีแก้ไขเชิงนโยบาย โดยการปรับระบบการขอจดทะเบียนเพื่อผลิตเครื่องสำอางให้ต้องมีการตรวจสถานที่ก่อน จึงจะดำเนินการจดทะเบียนได้ (ก่อนหน้านี้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาสามารถออกเลขจดทะเบียนผ่านระบบ Auto E-Submission ได้โดยไม่ตรวจสอบสถานที่ผลิตเครื่องสำอางก่อน ใช้เพียงการตรวจเอกสารหลักฐานตามระบบเท่านั้น) ทั้งนี้

จากผลการสำรวจสภาพปัญหาของสถานที่ผลิตเครื่องสำอางดังกล่าว ประกอบกับสถานการณ์ปัญหาของผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับประเทศ ทำให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้มีการออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการผลิต หรือนำเข้าเครื่องสำอาง พ.ศ. 2561 เพื่อให้มีการตรวจสอบสถานที่ผลิตเครื่องสำอางให้ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดก่อนการจดทะเบียน นับว่าเป็นเรื่องที่มีประโยชน์มากสร้างความปลอดภัยให้ผู้บริโภค และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา รวมถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสามารถเข้าตรวจสอบรับเหตุได้ทันทั่วถึง กรณีเกิดเรื่องร้องเรียนขึ้นไม่ให้ขยายผลไปในวงกว้าง

2. การพัฒนาสถานที่ผลิตเครื่องสำอางที่เข้าข่ายวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม โดยใช้วัฏจักร Deming หรือ PDCA⁽²⁾ P คือ การวางแผนงาน โดย รวบรวมและวิเคราะห์ปัญหา และกำหนดขั้นตอนการปฏิบัติ D คือ การลงมือประเมินสถานที่ผลิตจริงตามแผนปฏิบัติการที่วางไว้ C คือ การตรวจสอบผลการประเมิน และ A คือ การประชุมร่วมกันเพื่อปรับปรุงแก้ไขและกำหนดการดำเนินงานใหม่เพื่อใช้เป็นแนวปฏิบัติในการพัฒนาการทำงาน วัฏจักร Deming เป็นวงจรการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้สถานที่ผลิตเครื่องสำอางเป้าหมายเกิดการพัฒนาขึ้นอย่างชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาของพัฒนาพงษ์สนธิ สงครามชัย สิทธิทองดี และ จุฬารักษ์ โสตะในศูนย์เด็กเล็กอำเภอยะรัง จ.ปัตตานี⁽⁶⁾ ที่ประยุกต์ใช้วัฏจักร Deming และการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ทำให้บุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับศูนย์เด็กเล็กมีส่วนร่วมในการพัฒนาตามวงจร PDCA และทำให้การดำเนินงานของศูนย์เด็กเล็กมีคุณภาพอยู่ในระดับดี ผ่านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กน้อย

คะแนนเฉลี่ยในภาพรวมของการประเมินในรอบที่ 1 ต่ำกว่าเกณฑ์เกือบทุกหมวด เนื่องจากผู้ประกอบการยังไม่มี ความเข้าใจในกฎระเบียบและวิธีปฏิบัติที่ถูกต้องตามประกาศกระทรวงฯ พบว่ามีสถานที่ผลิต จำนวน 20 แห่ง (ร้อยละ 32.26) ที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน สถานที่ผลิตอีก จำนวน 42 แห่ง (ร้อยละ 67.74) ไม่ผ่านเกณฑ์ฯ สอดคล้องกับการศึกษาของสมศรี ปรีชาทวีกิจ⁽⁷⁾ ที่ตรวจประเมินสถานที่ผลิตเครื่องสำอาง จำนวน 93 แห่งในปี พ.ศ. 2561 มีสถานที่ผลิตที่ไม่ผ่านเกณฑ์ประเมินจำนวน 78 แห่ง (ร้อยละ 83.87) สำหรับการศึกษาครั้งนี้ หมวดที่ได้คะแนนต่ำ ได้แก่ การจัดการซื้อวัตถุดิบ การควบคุมกระบวนการผลิต และเอกสารการผลิต ส่วนเกณฑ์ในข้อวิฤตที่ได้คะแนน 0 มากที่สุด คือ ข้อ 7.1 การควบคุมกระบวนการผลิต รองลงมา คือ ข้อ 8.2 บันทึกการผลิตเครื่องสำอางทุกครั้งที่เกิด ระบุขั้นตอนของการดำเนินการผลิต และข้อ 6.2.1.5 วิธีการควบคุมกระบวนการผลิตให้เป็นไปตามข้อกำหนดของสูตรแม่บทของเครื่องสำอาง มีหลักฐานแสดงว่าได้ปฏิบัติตามวิธีการควบคุมกระบวนการผลิตอย่างครบถ้วนถูกต้อง ทั้งนี้ อาจเนื่องจากการควบคุมกระบวนการผลิตต้องอาศัยทักษะความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง ตลอดจนการบันทึกและการจัดทำเอกสารทุกขั้นตอนเป็นเรื่องยุ่งยาก ซึ่งสถานที่ผลิตส่วนใหญ่เป็นวิสาหกิจชุมชนขนาดกลาง/ขนาดย่อมซึ่งที่ไม่มีความถนัดหรือทักษะด้านเอกสาร/การจดบันทึก ส่วนหมวดที่ได้คะแนนประเมินในรอบแรกสูง ได้แก่ หมวดที่ 4 เครื่องมือ เครื่องใช้ อุปกรณ์การผลิต หมวดที่ 3 สถานที่ผลิต และหมวดที่ 2 บุคลากร ตามลำดับ อาจเนื่องมาจากสถานที่ผลิตกลุ่มเป้าหมาย ยังคงมีการผลิตอยู่ ดังนั้นตัวอาคารสถานที่ผลิตและอุปกรณ์จึงมีอยู่และมีการดูแลรักษาเมื่อเจ้าหน้าที่ เข้าไปอบรม แนะนำให้จัดวาง จัดเตรียม

หรือจัดหาเพิ่มเติม และทำความสะอาดให้เหมาะสม
หมวดนี้ผู้ผลิตจึงสามารถดำเนินการได้ ทำให้ได้คะแนน
ประเมินสูง

เมื่อนำผลการประเมินในรอบที่ 1 มาทบทวน
วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค และเชิญผู้เกี่ยวข้องรวมถึง
ผู้ผลิตมาร่วมกันวางแผนปรับปรุงแก้ไข จัดทำคู่มือ
การผลิต อบรมเชิงปฏิบัติการ แนะนำให้ความรู้ ศึกษา
ดูงาน และปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ที่พบใน
รอบแรก ทำให้ผลการพัฒนาในรอบที่ 2 ผู้ผลิตทุกราย
มีการพัฒนาขึ้นอย่างชัดเจน สถานที่ผลิตผ่านเกณฑ์
มาตรฐานเพิ่มขึ้นเป็น 54 แห่ง (ร้อยละ 87.09 ของ
ผู้ผลิตในกลุ่มเป้าหมาย) สอดคล้องกับการศึกษาของ
วิระสุธา สวัสดิ์ ญัฐจาพร พิชัยณรงค์ และสุพร ลอยหา⁽⁸⁾
ที่พัฒนาการดำเนินงานห้องปฏิบัติการชั้นสูงของ รพ.สต.
อำเภอเขียงใน จังหวัดอุบลราชธานี โดยประยุกต์ใช้
วัฏจักร Deming ส่งผลให้ห้องปฏิบัติการชั้นสูง
สาธารณสุขของ รพ.สต. ในพื้นที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน
เพิ่มขึ้น และผู้เกี่ยวข้องมีการเปลี่ยนแปลงความรู
ทักษะการปฏิบัติ ความพึงพอใจ และการมีส่วนร่วม
ดีขึ้น ในการศึกษาครั้งนี้ การประเมินสถานที่ผลิตฯ
รอบที่ 2 พบว่า คะแนนรวมเฉลี่ยสูงขึ้นจาก ร้อยละ
50.47 เป็น 79.30 ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยคะแนน
ประเมินในรอบที่ 2 เพิ่มขึ้นจากรอบที่ 1 มากที่สุด
ในหมวดที่ 10 ข้อร้องเรียน รองลงมา คือ หมวดที่ 7
การควบคุมคุณภาพ ทั้งนี้ เนื่องจากแผนการพัฒนาใน
รอบที่ 2 แก้ปัญหาได้ตรงประเด็น เน้นการมีส่วนร่วม
ของผู้ผลิตมากขึ้น มีการฝึกปฏิบัติจริงหน้างาน
ได้ศึกษาดูงานสถานที่ผลิตที่มีมาตรฐาน มีคู่มือเป็น
แนวทาง ทำให้เข้าใจกระบวนการควบคุมคุณภาพ
ส่งผลให้ได้คะแนนประเมินในหมวดนี้สูงขึ้น สอดคล้อง
กับข้อเสนอแนะของเฟลีน จำแนกพล⁽⁹⁾ ที่แนะนำให้มี

การพัฒนาผู้ประกอบการผลิตเครื่องสำอาง โดยการ
อบรมให้ความรู้และจัดทำคู่มือเพื่อให้สถานที่ผลิต
เครื่องสำอางพัฒนาเป็นไปตามมาตรฐาน

ถึงแม้หมวด 7 การควบคุมคุณภาพ จะเป็น
หมวดที่ผลการประเมินมีคะแนนสูงเป็นลำดับต้น ๆ
แต่ยังพบว่าผู้ผลิตบางแห่งได้คะแนนประเมินเป็น 0
ทำนองเดียวกับหมวด 6 การดำเนินการผลิต และ
หมวด 8 เอกสารการผลิต ทั้งนี้เนื่องจากสถานที่ผลิต
ขนาดกลางและขนาดย่อมส่วนใหญ่จะไม่บันทึกเรื่อง
ของการทำบันทึก และการจัดทำเอกสาร สถานที่ผลิต
บางแห่งมีพนักงานเป็นต่างด้าวที่ไม่มีความถนัดเรื่องการใช้
ภาษา การจดบันทึกหรือการจัดทำเอกสาร ดังนั้น
ผู้ประกอบการทุกกลุ่มจึงควรได้รับการพัฒนาเรื่อง
การดำเนินการผลิตให้เป็นไปตามเอกสารสูตรแม่บท
และการจัดทำเอกสารสูตรแม่บท การจัดทำบันทึกการผลิต

3. จากกระบวนการปรับปรุงพัฒนาเชิงรุก
โดยกระบวนการ Mentor คือ ให้คำแนะนำ/คำปรึกษา
อย่างใกล้ชิด นอกเหนือจากการอบรมเชิงปฏิบัติการ
ณ สถานที่ผลิต รวมถึงการวิเคราะห์ปัญหา และ สร้าง
การมีส่วนร่วมในการปรับปรุงแก้ไข โดยวางแผน
การแก้ไขปรับปรุงร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่และ
ผู้ประกอบการ ซึ่งจะทำให้ผู้ประกอบการเข้าใจ และ
ผลการปรับปรุงแก้ไขได้ใช้ประโยชน์จริง ๆ และยั่งยืน
มิใช่เพื่อให้ผ่านเกณฑ์การประเมินเท่านั้น ทำให้สถานที่
ผลิตเป้าหมายสามารถดำเนินการให้เป็นไปตาม
แนวทางวิธีการที่ดีในการผลิตเครื่องสำอางอาเซียน
ASEAN COSMETIC GMP โดยไม่พบข้อบกพร่อง เป็น
การพัฒนาต่อยอดจากมาตรฐานตามกฎหมายของ
ประเทศ เพื่อให้มีสถานผลิตที่ได้รับการรับรอง
มาตรฐานสากล ส่งผลให้สถานที่ผลิตนั้นสามารถ
ส่งออกเครื่องสำอางไปจำหน่ายในต่างประเทศ
โดยเฉพาะประเทศในอาเซียน ซึ่งเป็นการกระตุ้น
เศรษฐกิจ ส่งผลกระทบทางบวกแก่ประเทศชาติ

และเป็นต้นแบบ เป็นตัวอย่างที่ดีให้กับสถานที่ผลิตเครื่องสำอางในจังหวัด ในเขตและระดับประเทศต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ภาครัฐควรมีการสร้างแรงจูงใจเชิงบวกแก่ผู้ประกอบการ เช่น การประชาสัมพันธ์ การมอบป้ายเชิดชูเกียรติให้แก่สถานที่ผลิตที่ได้มาตรฐาน เพื่อเป็นการกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาที่ต่อเนื่องและยั่งยืน ขณะเดียวกัน ควรมีมาตรการบังคับใช้กฎหมายกับผู้ผลิตเครื่องสำอางที่ไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย เพื่อเป็นการคุ้มครองผู้บริโภคให้ปลอดภัย

2. ในการยื่นขออนุญาตจดทะเบียนรายละเอียดผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง ควรเพิ่มข้อกำหนดให้ยื่นเอกสารแสดงแผนที่ตั้ง และพิกัด GPS เพื่อให้สามารถควบคุมกำกับ ตรวจสอบเฝ้าระวังและดำเนินการได้กรณีมีเรื่องร้องเรียน

3. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาควรมอบอำนาจให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสามารถยกเลิกเลขจดทะเบียนของสถานที่ผลิตเครื่องสำอางที่ตรวจพบว่าไม่มีตัวตน หรือไม่ต่ออายุใบอนุญาตเพื่อข้อมูลผลิตภัณฑ์จะได้เป็นปัจจุบัน ผู้บริโภคตรวจสอบได้ง่าย รวดเร็ว และเกิดความปลอดภัยต่อผู้บริโภค

เอกสารอ้างอิง

1. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2561 เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการผลิตหรือนำเข้าเครื่องสำอาง พ.ศ. 2561. (23 พฤษภาคม 2561). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 135 ตอนพิเศษ 117 ง.
2. สุธาสิณี โพธิ์จันทร์. (2015, 27 มีนาคม). วงจร PDCA หรือ Deming Cycle. Industry network. <https://www.ftpi.or.th/2015/2125>.
3. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 193) พ.ศ.2543 เรื่อง วิธีการผลิต เครื่องมือเครื่องใช้ในการผลิต และการเก็บรักษาอาหาร. (24 มกราคม พ.ศ.2544). *ราชกิจจานุเบกษาฉบับประกาศทั่วไป*. เล่ม 118 ตอนพิเศษ 6 ง.
4. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (2561).คู่มือการตรวจประเมินสถานที่ผลิตตามแนวทางวิธีการที่ดีในการผลิตเครื่องสำอางอาเซียน ASEAN GUIDELINES FOR COSMETIC GOOD MANUFACTURING PRACTICE.
5. รุ่งดารา เนียมโมกะ และสุรศักดิ์ เสาก้าว. (2562). การศึกษาสถานการณ์ของสถานที่ผลิตเครื่องสำอางและศักยภาพของผู้ผลิตเครื่องสำอางในประเทศไทย พ.ศ. 2561. *วารสารอาหารและยา*, 26(3), 54-67.
6. พัฒนา พงษ์สนธิ, สงครามชัย ลีทองดี, และจุฬารณย์ โสตะ. (2556). การพัฒนาคุณภาพศูนย์เด็กเล็กตามเกณฑ์มาตรฐานเด็กเล็กน่ายุ : กรณีศึกษาศูนย์เด็กเล็กเทศบาลอำเภอยะรัง จ.ปัตตานี. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม*, 7(2), 75-83.
7. สมศรี ปรีชาทวีกิจ. (2562). การประเมินสถานที่ผลิตเครื่องสำอางตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการผลิตเครื่องสำอาง. *วารสารอาหารและยา*, 26(3), 68-78.



เอกสารอ้างอิง

8. วีระสุตา สวัสดิ์, ณัฐจาพร พิชัยณรงค์, และสุพร ลอยหา. (2560). การพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน
ห้องปฏิบัติการชั้นสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอเชียงใน จังหวัดอุบลราชธานี.
วารสารศรีวันาลัยวิจัย มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี, 7(2), 133-143.
9. เฟลิน จำแนกพล. (2559). ทางเลือกเชิงนโยบายเพื่อการควบคุมสถานที่ผลิตเครื่องสำอางควบคุม. วารสาร
อาหารและยา, 23(2), 54-62.
10. พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. 2558. (8 กันยายน 2558). ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 132 ตอนที่ 86 ก.

การประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานกัญชาทางการแพทย์และพืชเศรษฐกิจ
ในพื้นที่จังหวัดอำนาจเจริญ

Assessment the Outcomes of Medical Cannabis and Economic Crops
in the Area of Amnat Charoen Province

ชยพล สินวรณ์¹

Chayapol Sinworn¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการดำเนินงานกัญชาทางการแพทย์และพืชเศรษฐกิจในพื้นที่จังหวัดอำนาจเจริญ โดยศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานกัญชาทางการแพทย์ตั้งแต่ต้นนโยบาย การดำเนินการและผลการดำเนินการ เรียบเรียงตามกระบวนการดำเนินงาน ตั้งแต่ต้นน้ำ กลางน้ำและปลายน้ำ และศึกษาความคิดเห็นและปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานกัญชาทางการแพทย์และพืชเศรษฐกิจในพื้นที่จังหวัดอำนาจเจริญ เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) ระหว่างการวิจัยเอกสาร (Documentary Research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และการสนทนากลุ่มแบบเจาะจง (Focus Group Discussion) ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informants) จำนวน 19 คน ประกอบด้วย 1. ผู้ให้ข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) จำนวน 3 คน ได้แก่ ผู้ว่าราชการจังหวัดอำนาจเจริญ รองผู้ว่าราชการจังหวัดอำนาจเจริญ และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ 2. ผู้ให้ข้อมูลการสนทนากลุ่มแบบเจาะจง (Focus Group Discussion) จำนวน 16 คน โดยแบ่งกลุ่มย่อย เป็น 3 กลุ่มตามบทบาทการดำเนินงานด้านต้นน้ำ กลางน้ำ และปลายน้ำ ผู้ให้ข้อมูลหลักประกอบด้วย ผู้นำชุมชน ประธานกลุ่มวิสาหกิจชุมชน จำนวน 2 คน ตัวแทนกลุ่มวิสาหกิจชุมชน/เครือข่าย จำนวน 3 คน ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์จำนวน 11 คน (ทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์แผนปัจจุบัน จำนวน 1 คน แพทย์แผนไทย จำนวน 3 คน เภสัชกร จำนวน 5 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 คน) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย 1. แบบรายงานผลการดำเนินงานกัญชาทางการแพทย์จังหวัดอำนาจเจริญ (Document Analysis) 2. แบบบันทึกการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) 3. แบบบันทึกข้อมูลจากการใช้กระบวนการกลุ่ม (Focus group) วิเคราะห์ข้อมูลโดยสรุปความคิดเห็นร่วมและความคิดเห็นต่าง นำมาตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data triangulation) รวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2564 ถึง 30 มิถุนายน 2565 ผลการศึกษาพบว่า 1. ผลลัพธ์ในการ

¹ เภสัชกรชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ

¹ Pharmacist, Senior Professional Level. Department of Consumer Protection and Public Health Pharmacy, Amnat Charoen Public Health Office. Email : Chayapolapha@gmail.com

ดำเนินงานต้นน้ำ (การปลูก) มีผู้ยื่นขออนุญาตปลูกกัญชา 16 แห่ง ได้รับใบอนุญาตแล้ว 2 แห่ง (คิดเป็นร้อยละ 12.50) รายได้จากการจำหน่ายกัญชา (ณ วันที่ 21 เมษายน 2565) มูลค่ารวม 261,860 บาท การดำเนินงาน กลางน้ำ (แหล่งผลิตสมุนไพร) ศูนย์แพทย์แผนไทยโรงพยาบาลนา อำเภอนา เป็นโรงงานผลิตสมุนไพรและ กัญชาที่ได้มาตรฐาน WHO GMP และได้รับอนุญาตเป็นสถานที่ผลิตยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 รายการ ผลิตกัญชา จำนวน 11 รายการ และมีแผนการผลิตกัญชา 17 ตำรับ มีรายได้จากการผลิตผลิตภัณฑ์กัญชา (ข้อมูล ณ 31 มีนาคม 2565) มูลค่ารวม 533,195 บาท การดำเนินงานปลายน้ำ (คลินิกกัญชาทางการแพทย์) จังหวัดอำนาจเจริญดำเนินการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการครบทุกแห่ง (ร้อยละ 100) มีผู้ป่วยรับยาสะสมทั้งหมด 561 คน รับยาต่อเนื่อง 526 คน (ข้อมูล ณ 30 เมษายน 2565) โรงพยาบาลที่มี ผู้ป่วยรับยาต่อเนื่องมากที่สุดคือ โรงพยาบาลนา ตำรับที่มีการจ่ายมากที่สุดคือ น้ำมันกัญชา สูตรอาจารย์เดชา ขอบ่งใช้ในการรับยามากที่สุดคือ อาการนอนไม่หลับ 2. ประเด็นความคิดเห็นที่สอดคล้องกันของผู้ให้ข้อมูล หลักด้านนโยบายการดำเนินงานและการส่งเสริมต้นน้ำ การปลูกกัญชา กัญชง ถือเป็นโอกาสในการขับเคลื่อน เศรษฐกิจของจังหวัดอำนาจเจริญ ที่ถูกประกาศให้เป็นเมืองสมุนไพร และมีมุมมองการพัฒนาคุณภาพให้กัญชา จังหวัดอำนาจเจริญเป็นกัญชาที่มีคุณภาพส่งเสริมให้เป็น Supply Chain ทุกด้าน และผู้ให้ข้อมูลหลักยังมี มุมมองที่สอดคล้องกันในประเด็น ข้อจำกัดของกฎหมายที่ยังไม่เปิดเสรี และยังอยู่ในกลุ่มเฉพาะ ได้แก่ กลุ่มวิสาหกิจชุมชน กลุ่มเกษตรกรที่ได้รับการอนุญาตเท่านั้น ทำให้ประชาชนปลูกน้อยและยังขาดองค์ความรู้ ในการปลูกกัญชา กัญชง จึงควรมีการถอดบทเรียนถึงกระบวนการปลูก การเตรียมโรงเรือนการปลูก จะส่งเสริม แต่มีการควบคุมจากกระทรวงสาธารณสุข และข้อจำกัดในด้านการนำผลิตภัณฑ์กัญชาไปใช้ประโยชน์ยังน้อย “ปลายท่อไม่ไหล หมอไม่จ่ายก็ขายไม่ได้มันก็ไม่ไหล” หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการวิเคราะห์ปัญหา ปัญหาเชิงระบบการทำความเข้าใจเกี่ยวกับกัญชาว่าจะส่งเสริมหรือแนะนำประชาชนไปในทิศทางใด หน่วยงานเอง เข้าใจประโยชน์มากนัก ตอนนี้มีมุมมองการใช้ประโยชน์ยังแคบ เฉพาะในหน่วยงานสาธารณสุข ซึ่งยังไม่ครอบคลุมหน่วยงานอื่น ๆ กลางน้ำ (การผลิตแปรรูปกัญชา) ผู้ให้ข้อมูลหลักมีความคิดเห็นตรงกัน ในประเด็นการให้โรงพยาบาลนาเป็นแหล่งผลิตแห่งเดียวในจังหวัดอำนาจเจริญและจังหวัดอื่น ๆ ในเขต สุขภาพที่ 10 พร้อมกับพัฒนาตำรับกัญชาเฉพาะของโรงพยาบาลเพื่อเป็นผลงานที่มีคุณค่าและการผลิตจะต้อง พิจารณาว่าขายได้หรือไม่ การบังคับขายให้หน่วยงานภาครัฐด้วยกันไม่ยั่งยืน ควรมีการพัฒนาผลิตภัณฑ์อื่น ๆ เช่น พัฒนาวัตถุกรรมด้านอาหาร ส่งเสริมการนำไปใช้ด้านอื่น ๆ เช่น สปา เสริมสวย ด้านปลายน้ำ มีความมุ่งหวัง ให้กัญชาเกิดประโยชน์กับผู้ป่วยเป็นหลัก เพิ่มการเข้าถึงกัญชาทางการแพทย์ และการแก้ไขปัญหาเชิงระบบ ด้านการสื่อสาร เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจกับบุคลากรทางการแพทย์ในการสั่งใช้ ผู้ให้ข้อมูลหลักมีมุมมอง ที่สอดคล้องในประเด็นปัญหาและอุปสรรคในด้านนโยบายของรัฐบาลและกฎหมายที่ยังไม่เปิดกว้าง รัฐบาลควรมีแผนยุทธศาสตร์(Road Map) ที่ชัดเจนสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องให้กับประชาชนและบุคลากรทางการแพทย์

คำสำคัญ: กัญชาทางการแพทย์และพืชเศรษฐกิจ, ต้นน้ำ กลางน้ำ ปลายน้ำ



Abstract

The objective of this study was to assess the operations of medical cannabis and economic crops in the area of Amnat Charoen Province by studying the documentation related. From the implementation policy and the results of operations, compiled according to upstream, midstream and downstream operations. This research also examined opinions, problems and obstacles in implementation of medical cannabis and economic crops operations in Amnat Charoen Province. This research is mixed methods research using documentary and qualitative approach with in-depth interview and focus group discussion. Nineteen key informants consisted of 1. three in-depth interview participants including Amnat Charoen Provincial Governor, Amnat Charoen Provincial Deputy Governor, and Amnat Charoen Provincial Public Health Doctor, 2. sixteen participants focus group discussions that divided into three subgroups according to their roles in upstream, midstream and downstream operations. The key informants consisted of a community leader, two chairpersons of community enterprises, three representatives of community enterprises/networks, eleven participants from multi-disciplinary teams involved in medical cannabis clinic services (the multi-disciplinary team, including a modern medical doctor, three Thai traditional medical doctors, five pharmacists, and two registered nurses). The tools used to collect data include: Medical cannabis performance report form Amnat Charoen Province (Document Analysis). In-depth Interview. Data record form from using the focus group process (one group discussion activity took about 2 hours). The data were analyzed by summarizing common and differing opinions with the data triangulation. The data was collected between December 1, 2021 and June 30, 2022. The study's findings revealed that majority of the key informants of interviews and group discussions were male, between the ages of 25 and 35, with a bachelor's degree, government service, and medical cannabis clinic service staff. Results of upstream operations (cultivation), there are sixteen applications for cannabis cultivation, two of which have been licensed (accounting for 12.50%), revenue from cannabis sales (as of April 21, 2022) value 261,860 baht in total. In midstream operation (Herbal production site), Thai Traditional Medicine Center, Phana Hospital, Phana District, is the herb and cannabis factory that meets WHO GMP standards and is licensed as a place to produce eleven cannabis productions, narcotics in category 5, and has plans to produced seventeen recipes of cannabis, earned income from the cannabis products (as of March 31, 2022), total value 533,195 baht. In downstream operations (Medical cannabis clinic), Amnat Charoen Province operates all integrated medical cannabis clinics (100%) with a total of 561 patients receiving the medication, 526 patients receiving consecutive medication (as of April 30, 2022). The hospital with the most continuation of



patients receiving medication was Pana Hospital. The formula that dispensed the most was Ajarn Decha's cannabis oil formula. The most important indications for taking the medication were insomnia. Key informants had consistent opinions on policies of implementation, upstream encouragement, cannabis and hemp cultivation, which is an opportunity to drive the economy of Amnat Charoen Province where was declared as a herbal city and has a view of improving the quality of cannabis in the Province, promoting it to be a supply chain in all aspects. The key informants also have a consistent view on the restrictions of laws issues that are not yet liberalized to public apart from a specific group, such as community enterprise groups and permitted farmers groups only. This circumstance causes people to grow less cannabis and still lack the knowledge of cannabis and hemp cultivation. Therefore, there should be lessons learned about the cultivation process and the greenhouse preparation. Although the government wants to promote medical cannabis, it is still regulated by the Ministry of Health and there are some restrictions on the use of cannabis products. “When doctors (downstream) don't dispense medical cannabis, the produce from the upstream cannot be sold. The stream cannot flow”. Relevant organizations should analyze the problem systematically to understand the direction to encourage or guide people on cannabis. The organizations itself will also understand the benefits of cannabis. For now, views on cannabis used are limited to public health areas which does not cover to other departments. In the midstream (cannabis production and processing), key informants agree on the issue of Pana Hospital as the only source of production in Amnat Charoen Province and other provinces in the 10th Health Area, along with Develop a hospital-specific cannabis formulation as a valuable contribution, and production must be considered salable. Sales should not be sold only in hospitals to hospitals. Forced sales to government sections are not sustainable. Other products such as spa treatments, beauty salons, and downstream products should be developed, with the aim of cannabis benefiting mainly to patients. Increase access to medical cannabis and solve systemic problems in communication to create knowledge and understanding of the indications of this group of drugs with healthcare professionals. Key informants also have consistent views on issues and obstacles to medical cannabis implementation in Amnat Charoen Province which is government policy issues that are not 100% open, the government should have a clear road map to create the correct knowledge and understanding for the people and medical personnel.

Key words : medical cannabis and economic crops, upstream, midstream, downstream

บทนำ

เนื่องด้วยกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาการใช้กัญชาทางการแพทย์ (Medical Cannabis Service Plan) เพื่อเพิ่มโอกาสในการรักษาโรคให้กับประชาชนที่เจ็บป่วยมานานจากกลุ่มโรคเรื้อรังและไม่สามารถตอบสนองต่อการรักษาทั้งแพทย์แผนปัจจุบันหรือแพทย์แผนไทย ซึ่งปัจจุบันมีผู้ป่วยดังกล่าวเพิ่มจำนวนมากขึ้น สรรสัดจากกัญชาทางการแพทย์จึงเป็นหนึ่งในนวัตกรรมทางการแพทย์ที่สามารถช่วยบรรเทาอาการเจ็บป่วยมานานแก่ผู้ป่วยได้ โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขมอบเป็นนโยบายเร่งด่วนเพื่อให้มีการบริการการรักษาด้วยสารสกัดจากกัญชาทางการแพทย์แก่ประชาชนได้อย่างปลอดภัยรวดเร็วและครอบคลุม กระทรวงสาธารณสุขจึงมีการเปิดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (Medical Cannabis Clinic) แบบผสมผสานแพทย์ปัจจุบันและแพทย์แผนไทยในสถานพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

จังหวัดอำนาจเจริญ มี รพศ./รพท.ที่จัดตั้งคลินิกการใช้กัญชาทางการแพทย์ผสมผสานแพทย์แผนไทย และโรงพยาบาลที่มีการจัดตั้งคลินิกให้คำปรึกษาการใช้กัญชาทางการแพทย์สำหรับประชาชน ในพื้นที่เขตรับผิดชอบทั้งหมด 7 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองอำนาจเจริญ, อำเภอขามนา, อำเภอปทุมราชวงศา, อำเภอพนา, อำเภอเสนางคนิคม, อำเภอหัวตะพาน และอำเภอลืออำนาจ โดยกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ เป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลักในการประเมินผลการดำเนินงานคลินิกให้บริการกัญชาทางการแพทย์

ในเขตพื้นที่จังหวัดอำนาจเจริญ และเล็งเห็นความสำคัญต่อการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย จึงได้ทำการศึกษาการประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานกัญชาทางการแพทย์และพืชเศรษฐกิจในพื้นที่จังหวัดอำนาจเจริญ เพื่อนำมาพัฒนาแนวทางการดำเนินงานกัญชาทางการแพทย์ ขับเคลื่อนแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาและส่งเสริมการจัดระบบบริการสุขภาพทุกระดับให้มีคุณภาพ (Service Excellence Strategy)

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการดำเนินงานกัญชาทางการแพทย์และพืชเศรษฐกิจในพื้นที่จังหวัดอำนาจเจริญดังนี้

1. เพื่อศึกษาติดตามประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานกัญชาทางการแพทย์และพืชเศรษฐกิจในพื้นที่จังหวัดอำนาจเจริญ
2. เพื่อประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินงานกัญชาทางการแพทย์และพืชเศรษฐกิจในพื้นที่จังหวัดอำนาจเจริญ
3. เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินงานกัญชาทางการแพทย์และพืชเศรษฐกิจในพื้นที่จังหวัดอำนาจเจริญ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) ระหว่างการวิจัยเอกสาร (Documentary Research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ศึกษาจากรายงานผลการดำเนินงานนโยบายกัญชาทางการแพทย์จังหวัดอำนาจเจริญ สัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informants) จำนวน 19 คน รายละเอียดดังนี้

1.1 กลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ได้แก่ ผู้ว่าราชการจังหวัดอำนาจเจริญ รองผู้ว่าราชการจังหวัดอำนาจเจริญ และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ

1.2 กลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลโดยการให้กระบวนการกลุ่ม (Focus Group) จำนวน 16 คน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน ประธานกลุ่มวิสาหกิจชุมชน จำนวน 2 คน, ตัวแทนกลุ่มวิสาหกิจชุมชน/เครือข่าย จำนวน 3 คน, บุคลากรผู้ให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (ทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์แผนปัจจุบัน จำนวน 1 คน แพทย์แผนไทย จำนวน 3 คน เภสัชกร จำนวน 5 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 คน), ผู้รับบริการ/ผู้ป่วยจากโรงพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 1 คน และผู้ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการในการดำเนินงานกัญชาทางการแพทย์ จำนวน 1 คน แบ่งกลุ่มออกเป็น 3 กลุ่ม ตามลักษณะการดำเนินงานกัญชาทางการแพทย์และพื้นที่การดำเนินงาน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ศึกษาสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยจากการรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานศึกษาที่เกี่ยวข้อง ออกแบบคำถามเพื่อใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview Questions) เป็นลักษณะคำถามแบบปลายเปิด (Open End) ที่ใช้ในการสัมภาษณ์เดี่ยว และกำหนดหัวข้อประเด็นการอภิปรายในการจัดสนทนากลุ่มร่วมกับวิธีการสังเกต เพื่อรวบรวมรายละเอียดข้อมูล โดยแบ่ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยออกเป็น 3 ชุด ดังนี้

2.1 แบบรายงานผลการดำเนินงานนโยบายกัญชาทางการแพทย์จังหวัดอำนาจเจริญ

2.2 แบบบันทึกการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview)

2.3 แบบบันทึกข้อมูลจากการใช้กระบวนการกลุ่ม (Focus Group)

3. วิธีการเก็บข้อมูล

ผู้ศึกษาได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

3.1 ข้อมูลรายงานผลการดำเนินงานนโยบายกัญชาทางการแพทย์จังหวัดอำนาจเจริญจากเอกสารรายงาน ผลการบันทึกกิจกรรม การดำเนินงานตามขั้นตอนที่เกี่ยวข้อง นำมาเรียบเรียงผลการดำเนินงานทั้งหมดตามข้อเท็จจริงที่มีเอกสารยืนยันจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3.2 ข้อมูลความคิดเห็นและปัญหาได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) กลุ่มผู้บริหารจังหวัดที่มีอำนาจหน้าที่บริหารราชการที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการในการดำเนินงานกัญชาทางการแพทย์โดยในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลนั้น ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์จนกว่าจะได้ข้อมูลที่อิ่มตัว (Data Saturation) โดยไม่พบข้อสงสัยหรือไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้น

3.3 ข้อมูลจากการบันทึกรายละเอียดการใช้กระบวนการกลุ่ม (Focus Group) ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ตามลักษณะการดำเนินงานกัญชาทางการแพทย์ (ต้นน้ำ กลางน้ำ ปลายน้ำ) และพื้นที่การดำเนินงาน โดยจัดกิจกรรมสนทนากลุ่ม ๆ ละ 1 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง ใช้วิธีการจดบันทึกการบันทึกเสียงจากบทสนทนาตามประเด็นหัวข้อ

การอภิปรายที่กำหนด และการสังเกตลักษณะพฤติกรรมของผู้ร่วมสนทนาที่มีความคิดเห็นสอดคล้องหรือแตกต่างกัน และสรุปข้อมูลการสนทนากลุ่มตามความคิดเห็นหรือความรู้สึกตามทัศนะของผู้ให้ข้อมูลโดยตรงไม่ผ่านการตีความ

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษาได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

4.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

4.1.1 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) ที่ได้จากการสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่มแบบเจาะจง (Focus Group Discussion) ดังนี้

1) จัดทำข้อมูล (Data) ของผู้ให้สัมภาษณ์ และร่วมสนทนากลุ่ม ในรูปของการจดบันทึก การบันทึกเสียง นำมาถอดเทป และพิมพ์ บันทึกสรุปข้อมูลตามรายละเอียดเป็นคำพูดที่สำคัญ

2) เมื่อได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์และการใช้กระบวนการสนทนากลุ่มผู้ศึกษาจัดเข้าสู่วัตถุประสงค์การศึกษา โดยจัดหมวดหมู่ของคำพูดหรือความคิดเห็นที่กลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลแสดงออกมาซ้ำ ๆ โดยการแจกแจงความถี่ นำมาเรียงลำดับความคิดเห็นหรือความรู้สึก ตามทัศนะของผู้ให้ข้อมูล

3) ผู้ศึกษาเลือกวิธีการตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data Triangulation) โดยตรวจสอบแหล่งที่มาของข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเอกสาร รายงานผลการดำเนินงานนโยบายกัญชาทางการแพทย์จังหวัดอำนาจเจริญ กับข้อมูลที่ได้มาจากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่มและการสังเกต โดยเปรียบเทียบมุมมองที่มาจากผู้ให้ข้อมูล

ที่มีความเกี่ยวข้องในการดำเนินงานที่แตกต่างกัน กับข้อมูลเรื่องเดียวกัน และมุมมองผู้ให้ข้อมูลหลาย ๆ คน ที่อยู่ในกลุ่มเดียวกัน นำเสนอและแสดงข้อมูลในเชิงพรรณนาจากข้อมูลความคิดเห็นหรือความรู้สึก ตามทัศนะของผู้ให้ข้อมูลโดยตรงไม่ผ่านการตีความ

5. ขั้นตอนการดำเนินงาน

การวิเคราะห์ข้อมูลเอกสาร

ศึกษาและวิเคราะห์เอกสาร (Documentary Analysis) จากรายงานผลการดำเนินงานนโยบายกัญชาทางการแพทย์จังหวัดอำนาจเจริญที่เกี่ยวข้อง โดยละเอียด วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์และการใช้กระบวนการสนทนากลุ่มด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data Triangulation) โดยตรวจสอบแหล่งที่มาของข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเอกสาร รายงานผลการดำเนินงานนโยบายกัญชาทางการแพทย์จังหวัดอำนาจเจริญ กับข้อมูลที่ได้มาจากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่มและการสังเกต โดยเปรียบเทียบมุมมองที่มาจากผู้ให้ข้อมูลที่มีความเกี่ยวข้องในการดำเนินงานที่แตกต่างกัน กับข้อมูลเรื่องเดียวกัน และมุมมองผู้ให้ข้อมูลหลาย ๆ คน ที่อยู่ในกลุ่มเดียวกัน นำเสนอและแสดงข้อมูลในเชิงพรรณนาจากข้อมูลความคิดเห็นหรือความรู้สึก ตามทัศนะของผู้ให้ข้อมูลโดยตรงไม่ผ่านการตีความ

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลจำนวน 19 คน ส่วนใหญ่เป็นชาย ร้อยละ 73.7 อายุ 25 - 35 ปี ร้อยละ 31.5 วุฒิการศึกษาระดับ

ปริญญาตรี ร้อยละ 57.9 อาชีพรับราชการ ร้อยละ 78.9 เป็นบุคลากรผู้ให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ 57.9

ส่วนที่ 2 ผลการดำเนินงาน

การดำเนินงานนโยบายกัญชาทางการแพทย์และกัญชงเพื่อเป็นพืชเศรษฐกิจของจังหวัดอำนาจเจริญ

ผลการดำเนินงานต้นน้ำ (สถานที่ปลูก) มีผู้ยื่นขออนุญาตปลูกกัญชา 16 แห่ง ได้รับใบอนุญาตแล้ว 2 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 12.5 ส่วนผู้ขออนุญาตปลูกกัญชาที่ยังไม่ได้รับใบอนุญาต 14 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 87.50 ซึ่งอยู่ระหว่างขั้นตอนการตรวจพื้นที่รายได้จากการจำหน่ายกัญชาของ ทั้ง 2 แห่ง (ณ วันที่ 21 เมษายน 2565) มูลค่ารวม 261,860 บาท การดำเนินงานกลางน้ำ (แหล่งผลิตสมุนไพร) ศูนย์แพทย์แผนไทยโรงพยาบาลพนา อำเภอพนา เป็นโรงงานผลิตสมุนไพรและกัญชาที่ได้มาตรฐาน WHO GMP และได้รับอนุญาตเป็นสถานที่ผลิตยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 รายการผลิตภัณฑ์กัญชาจำนวน 11 รายการ และมีแผนการผลิตกัญชา 17 ตำรับ มีรายได้จากการผลิตผลิตภัณฑ์กัญชา (ข้อมูล ณ 31 มีนาคม 2565) มูลค่ารวม 533,195 บาท รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 รายการผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์แผนไทยของโรงพยาบาลพนา จังหวัดอำนาจเจริญ

รายการผลิตภัณฑ์กัญชา	จำนวน	หน่วย	ราคา/หน่วย (บาท)	มูลค่า (บาท)
ยาสมุนไพรแก้ปวด 500 mg (10 แคปซูล*10 แคปซูล/กล่อง)	237	กล่อง	350	82,950.00
ยาแก้ลมแก้เส้นแก้ปวด 500 mg (10 แคปซูล*10 แคปซูล/กล่อง)	709	กล่อง	350	248,150.00
ยารักษาความดันและโรคหัวใจ (15 ซอง/กล่อง)	11	กล่อง	350	3,850.00
ยาฟ้าทะลายโจรสมุนไพร 500 mg (10 แคปซูล*10 แคปซูล/กล่อง)	400	กล่อง	200	80,000.00
กัญชุปอกซี่ 20 มล. กลิ่น Thai Stick oil	49	ลิตร	35	1,715.00
กัญชุปอกซี่ 20 มล. กลิ่น White Wilder oil	49	ลิตร	35	1,715.00
กัญชุปอกซี่ 20 มล. กลิ่น OG Kush oil	49	ลิตร	35	1,715.00
กัญชุปอกซี่ 80 มล. สูตรร้อน	100	ขวด	150	15,000.00
กัญชุปอกซี่ 80 มล. สูตรเย็น	100	ขวด	150	15,000.00
Brightening cream 30 กรัม	196	ขวด	150	29,400.00
Soothing and relaxing serum 10 ml.	537	ขวด	100	53,700.00
รวม				533,195.00

ที่มา : ข้อมูลจากโรงพยาบาลพนา ณ วันที่ 31 มีนาคม 2565

การดำเนินงานปลายน้ำ (คลินิกกัญชาทางการแพทย์) จังหวัดอำนาจเจริญดำเนินการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการครบทุกแห่ง (ร้อยละ 100) และมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลที่จัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ผสมผสานนำร่อง 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลอำนาจเจริญ และโรงพยาบาลพนา ผลการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในเขตพื้นที่จังหวัดอำนาจเจริญ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2563 ถึงวันที่ 30 เมษายน 2565 ผู้ป่วยสะสมจำนวน 561 คน มีสถิติการรับยา คิดเป็นร้อยละ 91.49 จำนวนครั้งที่ให้บริการ คิดเป็นร้อยละ 67.27 และมีจำนวนผู้ป่วยที่รับยาต่อเนื่อง คิดเป็นร้อยละ 93.76 โรงพยาบาลที่มีผู้ป่วยรับยาต่อเนื่องมากที่สุดคือ โรงพยาบาลพนา ตำรับที่มีการจ่ายมากที่สุดคือ น้ำมันกัญชา สูตรอาจารย์เดชา ช้อบ่งใช้ในการรับยามากที่สุดคือ อากาโรนนอนไม่หลับ มีสัดส่วนการเกิดอาการข้างเคียงในผู้ป่วยที่มารับยาในคลินิกให้บริการกัญชาทางการแพทย์ในเขตพื้นที่จังหวัดอำนาจเจริญ 1:763

ผลการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview)

ผู้บริหารทั้ง 3 ท่านมีความคิดเห็นพ้องต้องกันต่อนโยบายกัญชาทางการแพทย์และกัญชงพืชเศรษฐกิจของจังหวัดอำนาจเจริญ ในประเด็นต้นน้ำ (การปลูก) เป็นโอกาสในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจของจังหวัด แต่ยังมีข้อจำกัดของกฎหมายและยังอยู่ในกลุ่มเฉพาะ ได้แก่ กลุ่มวิสาหกิจชุมชน กลุ่มเกษตรกรที่ได้รับการอนุญาตเท่านั้น ประชาชนยังปลูกน้อยเพราะจำกัดที่กฎหมายยังไม่เปิดกว้าง การปลูกยังต้องเป็นวิสาหกิจชุมชน หรือบริษัท ประชาชนยังขาดองค์ความรู้ในการปลูกกัญชา กัญชง ควรมีการถอดบทเรียนถึงกระบวนการปลูก

การเตรียมโรงเรียนการปลูก หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีข้อมูลสารสนเทศที่ถูกต้องและเพียงพอในการ ประกอบการตัดสินใจให้กับประชาชนผู้สนใจ กลางน้ำ (การผลิตแปรรูปกล้วยฯ) ผู้บริหารทั้ง 3 ท่านมีความคิดเห็นตรงกันในประเด็นการให้โรงพยาบาล หนาเป็นแหล่งผลิตแห่งเดียวในจังหวัดอำนาจเจริญ และจังหวัดอื่น ๆ ในเขตสุขภาพที่ 10 แต่การผลิต จะผลิตได้มากน้อยเพียงใดต้องพิจารณาว่าขายได้ หรือไม่ การขายไม่ควรขายแค่ในโรงพยาบาลกับ โรงพยาบาลต้องมีการพัฒนาผลิตภัณฑ์อื่น ๆ เช่น การทำสปา เสริมสวย การบังคับขายให้หน่วยงาน ภาครัฐด้วยกันไม่ยั่งยืน ด้านปลายน้ำ ผู้บริหารทั้ง 3 ท่าน มีมุมมองที่สอดคล้องกันในประเด็นการ มุ่งหวังการให้กัญชาเกิดประโยชน์กับผู้ป่วยเป็นหลัก เพิ่มการเข้าถึงกัญชาทางการแพทย์ และการแก้ไข ปัญหาเชิงระบบด้านการสื่อสารสร้างความรู้ความ เข้าใจข้อบ่งชี้ของยาสมุนไพรของบุคลากรทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่สหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

ประเด็นความคิดเห็นในการส่งเสริมการ ปลูกกัญชาและกัญชงในพื้นที่จังหวัดอำนาจเจริญ ผู้บริหารทั้ง 3 ท่านเห็นพ้องต้องกันในประเด็นการ ส่งเสริมการปลูกกัญชาและกัญชงจึงยังไม่เปิดกว้าง เนื่องจากติดในเรื่องกฎหมายที่ยังไม่เปิดกว้างเพราะ จะส่งเสริมแต่มีการควบคุมจากกระทรวงสาธารณสุข และข้อจำกัดในด้านการนำผลิตภัณฑ์กัญชาไปใช้ ประโยชน์ยังน้อย “ปลายท่อไม่ไหล หมอไม่จ่าย ก็ขายไม่ได้มันก็ไม่ไหล” หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีการวิเคราะห์ปัญหา ปัญหาเชิงระบบ การทำ ความเข้าใจเกี่ยวกับกัญชาว่าจะส่งเสริมหรือนำ ประชาชนไปในทิศทางใด หน่วยงานเองเข้าใจ

ประโยชน์มากน้อยเพียงใด ตอนนี้มีมุมมองการใช้ประโยชน์ ยังแคบ เฉพาะในหน่วยงานสาธารณสุข ซึ่งยังไม่ ครอบคลุมหน่วยงานอื่น ๆ ประชาชนในจังหวัด อำนาจเจริญสนใจการว่าหากจะส่งเสริมให้ประชาชน ในจังหวัดอำนาจเจริญปลูกกัญชาควรมีประชาสัมพันธ์ ให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องกัญชา ที่ถูกต้อง การนำไปใช้ในทางการแพทย์หรือใน ชีวิตประจำวัน

ผู้บริหารทั้ง 3 ท่านมีความคิดเห็นไปใน ทิศทางเดียวกันเรื่องการสนับสนุนและพัฒนา ศักยภาพการผลิตผลิตภัณฑ์กัญชา ในประเด็นดังนี้ จังหวัดอำนาจเจริญ มีโรงงานผลิตผลิตภัณฑ์กัญชา คือ โรงงานผลิตยาสมุนไพร ศูนย์แพทย์แผนไทย โรงพยาบาลหนา ถูกตั้งให้เป็นโรงงานผลิตกัญชา ของเขตสุขภาพที่ 10 ซึ่งเป็นการขอเฉพาะบางตำรับ ผลผลิตที่ได้ปัจจุบันเป็นวัตถุดิบจาก โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนตู โรงพยาบาลขานูมาน การพัฒนาคุณภาพของโรงงานของการผลิตต่อไป คือ มีแผนในการผลิตยาแก้กัญชาทางการแพทย์อื่น ๆ เพิ่มเติม และการพัฒนาสูตรที่เป็นตำรับเฉพาะที่เป็น ของจังหวัดอำนาจเจริญจากภูมิปัญญาดั้งเดิมเพื่อ ให้เกิดความแตกต่าง

ประเด็นการเข้าถึงบริการกัญชาทาง การแพทย์ของประชาชนจังหวัดอำนาจเจริญใน ปัจจุบัน กับการใช้น้ำมันกัญชาจากแหล่งที่ไม่ถูก กฎหมาย ผู้บริหารทุกท่านแสดงความคิดเห็นว่า ทศนะเชิงบวกในการจ่าย (กัญชาทางการแพทย์) ซึ่งเป็นส่วนปลายน้ำ การส่งจ่ายยามีความสัมพันธ์กัน กับกระบวนการผลิตและตอบโต้ภัยในเชิงเศรษฐกิจ การสร้างความรู้ความเข้าใจ ประโยชน์และผลกระทบ

ในการนำมาใช้ในทางการแพทย์ ให้กับสาขาวิชาชีพทางการแพทย์ บุคลากร สหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง การความเข้าใจในกระบวนการร่วมกันมีความจำเป็น เพื่อให้มองเห็นประโยชน์กับผู้ป่วยที่มีอาการโรคที่เฉพาะกลุ่ม ซึ่งยังอยู่ในวงแคบ และควรมองไปถึงประโยชน์ที่เกิดกับประชาชนทั่วไปที่มีความคาดหวังว่า ภัยสุขภาพเป็นยาหรืออาหารที่สามารถใช้ในครอบครัวเขาได้

ในส่วนของแผนงานในการพัฒนางาน ภัยสุขภาพทางการแพทย์ในจังหวัดอำนาจเจริญ ปีงบประมาณ 2565 และในอนาคตผู้บริหารทั้ง 3 ท่านมีความคิดเห็นสอดคล้องในประเด็นดำเนินงาน ต่อเนื่องมาจาก ปี 2564 การดำเนินงานตั้งแต่ต้นน้ำ กลางน้ำ ปลายน้ำ ส่วนของปลายน้ำ ที่เป็นส่วนของ ผู้บริโภคเอง ได้แก่ ผู้ส่งจ่ายและผู้ใช้ในทางการแพทย์ ซึ่งสถานบริ การของสาธารณสุข ในจังหวัดอำนาจเจริญมีการเปิดให้มีการใช้ภัยสุขภาพและ ผลิตภัณฑ์ภัยสุขภาพที่เป็นยาได้ครบทุกโรงพยาบาล ซึ่งการดำเนินงานในอนาคตจะมีการใช้หรือให้บริการ ภัยสุขภาพทางการแพทย์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล ในส่วนที่ไม่ใช่สารเสพติดของภัยสุขภาพ ซึ่งเกี่ยวข้องโดยตรงกับการเข้าถึงบริการจึงต้องมีการ เตรียมความพร้อมด้านข้อมูล ได้แก่ จำนวนภัยสุขภาพ ปริมาณและจำนวนการจ่ายยาภัยสุขภาพ จำนวนการ เข้าถึงของการใช้ยา รวมไปถึงข้อมูลการออกไปใช้ นอกกรอบที่ ไม่สามารถควบคุมคุณภาพได้ การดำเนินงานในส่วนของการคุ้มครองผู้บริโภค ควรมี ระบบการตรวจสอบผลิตภัณฑ์ที่มาจากนอกระบบ เพื่อการจัดการด้านคุณภาพ เพื่อสร้างความมั่นใจ ให้กับผู้ป่วยหรือประชาชนในการใช้ภัยสุขภาพและ ผลิตภัณฑ์ภัยสุขภาพส่วนด้านการผลิตดำเนินงาน ต่อเนื่องโดยโรงพยาบาลพบาในการผลิตผลิตภัณฑ์

ภัยสุขภาพและพัฒนาตำรับอื่น ๆ ต่อไป ด้านการขอ อนุญาตปลูกมีการรวมตัวในรูปแบบของกลุ่ม วิสาหกิจชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งทางจังหวัดได้ส่งเสริมให้มีการปลูกและพัฒนา ในการปลูกโดยร่วมกับมหาวิทยาลัยมหิดล ในการ ดำเนินงานเก็บข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัยต่อไป ส่วนภัยขง มีการเตรียมความพร้อมในอนาคต หากภาคเอกชนหรือประชาชนสนใจปลูก ด้านข้อมูล ที่อำนวยความสะดวก การส่งเสริมในเรื่องของภัยขง เชื่อมโยงไปจนถึงกระท่อม ด้านการปลูกที่เป็นเรื่อง ของวิธีการ อาจจะต้องขอความร่วมมือจากภาคส่วน อื่น เช่น หน่วยงานในสังกัดของกระทรวงเกษตร เพื่อมาช่วยดูแลในหลักการจัดการ มาตรฐานคุณภาพ จะต้องมีช่องทางสำหรับให้คำแนะนำ ในการขออนุญาต ควรมีการวางระบบที่ดี เพื่อให้ประชาชนที่มาขอรับ บริการขอคำแนะนำสามารถเข้าใจในระบบขั้นตอน ทั้งหมด ทั้งเรื่องของการปลูก การผลิต กฎหมายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งของสำนักงานคณะกรรมการอาหาร และยา และกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัช สาธารณสุข ในรูปแบบของศูนย์บริการผลิตภัณฑ์ สุขภาพเบ็ดเสร็จ (One Stop Service) ปัญหาและ อุปสรรคที่จะทำให้การขับเคลื่อนงานภัยสุขภาพทาง การแพทย์ในจังหวัดอำนาจเจริญ นโยบายที่ยังไม่ เปิดกว้าง ข้อจำกัดของกฎหมาย รัฐบาลควรมีแผน กลยุทธ์ (Road Map) ที่ชัดเจน เช่น การดำเนินงาน ในระยะแรก ควรเป็นการทดลองเพื่อถอดบทเรียน ระยะที่สอง ควรเป็นการส่งเสริมให้เกษตรกรเข้ามา ปลูกโดยใช้องค์ความรู้ที่เกิดการเรียนรู้ที่มีอยู่ ระยะ ที่สาม เปิดกว้างในระดับครอบครัวที่สนใจปลูก จำนวนที่สามารถปลูกได้ มีแหล่งรับซื้อจากรัฐ เช่น เขตสุขภาพ การมีแผนกลยุทธ์ (Road Map) ที่ชัด

และเปิดกฎหมายที่เป็นระบบขึ้น จะทำให้ประชาชนมีความเข้าใจมากขึ้น เพื่อลดการเกิดปัญหาอุปสรรคในเชิงนโยบายสำหรับประชาชน ในเรื่องขององค์ความรู้ ประสบการณ์ ทักษะ ควรมีการสร้างความรู้ความเข้าใจให้แก่ประชาชน เช่น สารที่อยู่ในกัญชา สาร THC สาร CBD สาเหตุที่ต้องมีโรงเรือน สารตกค้างที่เกิดจากการปลูกที่ไม่ได้มาตรฐาน โทษที่เกิดจากการรับประทานสารพิษ เป็นต้น จึงเป็นหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขในการให้คำแนะนำสร้างการรับรู้ที่ถูกต้อง เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานกัญชาทางการแพทย์ต่อไป

นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informant) ได้เสนอแนะแนวทางสำหรับการดำเนินงานกัญชาทางการแพทย์และพืชเศรษฐกิจในพื้นที่ จังหวัดอำนาจเจริญ ดังนี้

- 1) ควรพัฒนาการเข้าถึงบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ในกลุ่มที่ต้องการรักษาในเชิงของการประคับประคอง (Palliative Care) หรือ ผู้ใช้ที่มีข้อบ่งชี้ที่ต้องใช้ยากกลุ่มนี้เหมาะสมและพอเพียง
- 2) ผู้สืบทอดกัญชา ควรต้องทบทวนในเรื่องขององค์ความรู้ ความพร้อมที่จะส่งต่อกัญชา
- 3) การจะสื่อสารทำความเข้าใจให้กับบุคลากร เช่น พยาบาล เจ้าหน้าที่สหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลต่าง ๆ องค์ความรู้ต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความมั่นใจในประโยชน์ของกัญชา เกิดความยั่งยืนที่จะนำมาพัฒนาต่อในเรื่องของการนำไปใช้
- 4) การควบคุมคุณภาพของผลิตภัณฑ์กัญชา ความปลอดภัยปราศจากสารปนเปื้อนต่าง ๆ จากกระบวนการผลิต (ปลูก) การควบคุมการส่งชื้อน้ำมันกัญชา/ผลิตภัณฑ์สารสกัดกัญชา หรือการใช้กัญชาที่ผิดกฎหมายไม่ได้มาตรฐานในตลาดมืด

ผลการใช้กระบวนการกลุ่ม (Focus Group Discussion)

ในส่วนของการกระบวนการส่งเสริมการปลูกกัญชา ทั้ง 3 กลุ่มมีความคิดเห็นสอดคล้องในประเด็น กระบวนการส่งเสริมในรูปแบบกลุ่มวิสาหกิจเป็นรูปแบบที่ดี มีการสนับสนุนการปลูกกัญชา ผลักดันเพื่อใช้ทางการแพทย์และเพิ่มรายได้ให้กับชุมชน ซึ่งได้รับความสนใจจากประชาชนในพื้นที่ ได้รับการให้ข้อมูลเบื้องต้นและสนับสนุนเอกสารคู่มือแก่ผู้ที่สนใจปลูกกัญชาจากโรงพยาบาลมอญผลัดที่ เป็นประโยชน์กับผู้ประกอบการนำไปใช้รักษาให้กับประชาชนในพื้นที่จังหวัดอำนาจเจริญ และในอนาคตมีแผนดำเนินการในเป็นรูปแบบการปลูกครัวเรือนละหกด่าน เป็นโรงงานผลิตกัญชาและเป็นแหล่งที่รับซื้อในส่วนของช่อดอก และผลิตผลิตภัณฑ์กัญชา ปัจจุบันมีกฎหมายรองรับมากขึ้น แพทย์ผู้ให้การรักษาไม่มีความกังวลในการสั่งจ่ายยา หากการรักษาเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยการดำเนินงานจะมีความต่อเนื่องต่อไป ซึ่งมองในมิติด้านการรักษาไม่ได้มองในมิติทางการเมือง

ในส่วนของการสนับสนุน งบประมาณทรัพยากรต่าง ๆ ทั้ง 3 กลุ่มมีความคิดเห็นสอดคล้องในประเด็น ศูนย์แพทย์แผนไทยโรงพยาบาลพนาได้รับการสนับสนุนจากเขตสุขภาพที่ 10 และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ สำหรับการผลิตยาสมุนไพร ยังไม่มีการระดมทุนเพิ่มเติม เนื่องจากยังมีทุนเดิมจากการสนับสนุนภายนอกในระยะแรก ไม่ได้คิดเรื่องการหารายได้เป็นหลัก ดำเนินงานปลูกเพื่อส่งต่อให้โรงพยาบาลพนาไปผลิตผลิตภัณฑ์ให้ประชาชนได้นำไปใช้ประโยชน์ทางการแพทย์

ในส่วนของความเข้มแข็ง ความร่วมมือร่วมใจของชุมชนกับนโยบายการปลูกกัญชาทางการแพทย์ ทั้ง 3 กลุ่มมีความคิดเห็นสอดคล้องในประเด็น มีแผนรองรับการจัดซื้อผลผลิตจากข้อมูลปริมาณการใช้ ปริมาณความต้องการของวัตถุดิบแต่ละส่วนประกอบ และนโยบายนี้ได้รับความสนใจจากชาวบ้าน อยากปลูกอยากมีรายได้ แต่ยังเข้าใจถึงข้อมูลข่าวสาร ชาวบ้านมีความคาดหวังให้กัญชาสามารถใช้ได้เสรีมากขึ้น ไม่ผิดกฎหมาย

ในส่วนของมุมมองทิศทาง ตลาดแหล่งรองรับ และผลผลิต ทั้ง 3 กลุ่มมีความคิดเห็นสอดคล้องในประเด็น กลุ่มวิสาหกิจมีแหล่งรองรับผลผลิต ได้ลงนามในบันทึกข้อตกลงความร่วมมือกับบริษัทเอกชน ซึ่งรองรับซื้อผลิตภัณฑ์ทั้งหมด และกลุ่มลูกค้าบางส่วนของกลุ่มวิสาหกิจเป็นผู้ประกอบการที่เปิดแฟรนไชส์ ปัจจุบันอ้างอิงราคาจากมหาวิทยาลัยแม่โจ้ หากเปิดเสรีในการปลูกกัญชาและมีหน่วยงานส่วนกลางในการรับซื้อยอดอก และเมล็ด จะสามารถเพิ่มมูลค่าเศรษฐกิจให้กับประชาชนในเขตพื้นที่ได้ การนำไปใช้ในชีวิตประจำวันอาจเพิ่มฐานลูกค้าได้มากขึ้น ความต้องการและมูลค่าย่อมสูงขึ้น ในเชิงธุรกิจจะมีโอกาสเติบโตมากยิ่งขึ้น อาจเป็นทางเลือกที่น่าสนใจมากกว่า เพราะมีข้อบ่งใช้ระบุอยู่ และการเข้าถึงง่ายกว่านำไปใช้ในการรักษา สามารถซื้อ-ขาย เข้าถึงได้ง่าย

ในส่วนของการสื่อสารประชาสัมพันธ์ การใช้กัญชาทางการแพทย์ การตอบสนองต่อการรักษา การรับรู้ในระบบ การรักษาระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ ทั้ง 3 กลุ่มมีความคิดเห็นสอดคล้องในประเด็น การใช้กัญชาทางการแพทย์ในการรักษาคนไข้ ได้รับการตอบรับเป็นอย่างดี และอยากให้ช่วย

ประชาสัมพันธ์จากคนที่เคยใช้แล้วที่กลับมารักษายากให้แนะนำคนไข้ที่สนใจเข้ามาใช้บริการที่คลินิกตามขั้นตอนที่ถูกต้อง ที่ผ่านการวินิจฉัยให้ความเห็นจากแพทย์ ไม่อยากให้เอาไปแบ่งกันเอง และคลินิกกัญชาทางการแพทย์ได้รับการตอบรับเป็นอย่างดีจากคนไข้ มีการประชาสัมพันธ์ร่วมกับแพทย์แผนไทยเพื่อเพิ่มการรับรู้ให้กับคนไข้ที่สนใจต้องการรักษาเพื่อทราบข้อบ่งชี้ของกัญชา ปัจจุบันทัศนคติของแพทย์ มีมุมมองเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีจากนโยบายและผลลัพธ์ที่เห็นในปัจจุบัน ที่เน้นตัวชีวิตคนไข้รักษาแบบประคับประคอง (Palliative Care) มีกิจกรรมแลกเปลี่ยนความรู้ให้แพทย์ในโรงพยาบาลจากแพทย์ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรเรื่องคลินิกกัญชา มีการสร้างการรับรู้ร่วมกันระหว่างแพทย์แผนปัจจุบันกับแพทย์แผนไทย คนไข้พึงพอใจได้ผลตอบรับที่ดีจากผู้รับบริการที่มาขอรับการรักษาและร่างกายตอบสนองการรักษาทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและยังมีชีวิตอยู่ ส่วนผู้รับบริการ/ผู้ป่วยจากโรงพยาบาล ต้องการให้แพทย์แผนไทยมีการออกไปประชาสัมพันธ์ให้มากขึ้นลงไปในระดับชุมชน และส่งเสริมการอบรมหลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทยเพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจในการสั่งจ่าย ข้อบ่งชี้ของการใช้กัญชา ปริมาณของสารสกัด

ในส่วนของปัญหาอุปสรรค ทั้ง 3 กลุ่มมีความคิดเห็นสอดคล้องในประเด็น พบปัญหาในระยะแรก การเริ่มต้นในการปลูกค่อนข้างยาก การเตรียมดิน อุณหภูมิในโรงเรือน เพราะยังไม่รู้วิธีการปลูก ไม่มีสื่อในการสอนผู้ที่สนใจส่วนใหญ่เป็นเกษตรกรสนใจอยากปลูกแต่ไม่ทราบรายละเอียดขั้นตอน จึงต้องการข้อมูลที่ถูกต้องตามหลักกฎหมาย

เกิดความสับสนในการขอขึ้นทะเบียนกัญชาที่ใช้ระยะเวลานาน ด้านการเบิกจ่ายยา ปริมาณสารสกัด THC ที่อยู่ในยาแต่ละรุ่นการผลิตที่ไม่เท่ากัน ซึ่งพบในน้ำมันกัญชา (น้ำมันเดชา) เมื่อคนใช้นำไปใช้อาจจะคลาดเคลื่อน หรือมีอาการข้างเคียงได้ หากมีการปลดล็อกกฎหมายดังกล่าว จะทำให้เกิดความเท่าเทียม ระบบคลังยา รหัส (Lot Number) การส่งต่อข้อมูลที่ยังยาก อยากให้เพิ่มความร่วมมือในระดับเขตสุขภาพในการเชื่อมโยงของข้อมูลการใช้ยาของคนไข้ และการกำหนดราคากลางเพื่อใช้ในการรับซื้อในเขตสุขภาพ ประชาชนยังเข้าถึงการใช้พืชกัญชาหรือสมุนไพรทางการแพทย์ได้น้อย และยังไม่ทราบข้อมูลการนำกัญชาไปใช้ ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งจ่ายมีจำนวนน้อย เนื่องจากกลุ่มอาการไม่ตรงตามข้อบ่งชี้ของการใช้กัญชา ซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่มีผู้มารับบริการน้อย

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนนโยบายกัญชาทางการแพทย์ ทั้งต้นน้ำ กลางน้ำ ปลายน้ำ มีความคาดหวังการเกิดผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์กับผู้ป่วยเป็นหลัก เพื่อเป็นทางเลือกในการรักษาและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของประชาชนในพื้นที่จังหวัดอำนาจเจริญ ที่เกิดประโยชน์ในมิติทางการแพทย์เพื่อการรักษามากกว่ามิติด้านเศรษฐกิจหรือนโยบายด้านการเมือง ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ ญัตติญา พัฒนะวณิชนันท์ และคณะ ที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพกำลังคนเพื่อสนับสนุนการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์สู่การปฏิบัติ ที่รายงานว่ นโยบายกัญชาทางการแพทย์ เป็นนโยบายด้านสุขภาพที่ไม่ได้เกิดจากความต้องการและแรงผลักดันจากฝ่ายการเมืองของ

รัฐบาลและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น แต่เป็นนโยบายที่เป็นความต้องการของประชาชนชาวไทย⁽⁶⁾

ด้านความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินงานกัญชาทางการแพทย์และพืชเศรษฐกิจในพื้นที่จังหวัดอำนาจเจริญ สิทธิในการเข้าถึง มีความยืดหยุ่นในการเข้าถึงกัญชาเพื่อใช้ในการรักษาโรค ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีสิทธิได้รับยาตามที่กฎหมายกำหนด สิทธิในการเข้าถึงการใช้กัญชาทางการแพทย์ครอบคลุมมากขึ้น แต่การเข้าถึงบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ยังมีข้อจำกัดและเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานกัญชาทางการแพทย์ ได้แก่ ค่ารับยาสำหรับใช้ในโรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุขในจังหวัดอำนาจเจริญที่มีอยู่อย่างจำกัด และข้อบ่งชี้ของการใช้กัญชา ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ เรนาทา โซริมีนิ และคณะ ความผิดปกติของระบบประสาทในการใช้กัญชาทางการแพทย์: การปรับปรุง ที่รายงานว่าการใช้กัญชาทางการแพทย์สามารถนำไปสู่ผลที่ขัดแย้งกันขึ้นอยู่ กับปริมาณของเตลต้า-9-tetrahydrocannabinol (THC) คล้ายกับ Cannabinoids ที่เตรียมไว้ ดังนั้น ความผิดปกติหรืออาการทางระบบประสาทบางอย่าง (เช่น เส้นโลหิตตีบ ลมชัก โรคลมบ้าหมู ปวดศีรษะ) อาจเกิดหรือกำเริบขึ้นได้จากการรักษาในแบบเดียวกัน การทบทวนในปัจจุบันนำเสนอการปรับปรุงจากผลข้างเคียงทางระบบประสาทที่เกิดจากการใช้กัญชาเพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์โดยเน้นถึงความจำเป็นในการชั่งน้ำหนัก ประโยชน์และความเสี่ยง เมื่อใช้การรักษาด้วย Cannabinoid Based

ปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินงานคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในจังหวัดอำนาจเจริญ

ข้อจำกัดของกฎหมาย จากนโยบายที่ยังไม่เปิดกว้าง จำกัดเฉพาะกลุ่มเป้าหมายกัญชาทางการแพทย์ ที่ได้รับการอนุญาตตามควบคุมจากข้อกฎหมาย ได้แก่ กลุ่มวิสาหกิจชุมชน โรงพยาบาล การส่งเสริม จึงจำกัดเฉพาะกลุ่ม ยังไม่เปิดกว้างให้กับประชาชน ทั่วไป ประชาชนยังไม่สามารถดำเนินการปลูกได้อย่างเสรี การบูรณาการร่วมกันระหว่างภาคส่วน การขับเคลื่อนการดำเนินงานตามนโยบาย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นหน่วยงานหลักในการขับเคลื่อนการจัดการดำเนินงานกัญชาทางการแพทย์ ยังไม่มีการบูรณาการร่วมกันกับภาคส่วนอื่นในด้านการขับเคลื่อนทางเศรษฐกิจของจังหวัด การให้ข้อมูลจึงยังไม่ครอบคลุมทุกมิติ เช่น การปลูก วิธีการ การจัดการมาตรฐาน การควบคุมกำกับ คุณภาพ เป็นต้น ข้อมูลข่าวสาร ชุดความรู้ในเรื่อง กัญชาและสารสกัดจากกัญชาที่ใช้ทางการแพทย์ ที่ยังไม่เพียงพอ ถูกต้อง ทันสมัยและเหมาะสม ที่เป็นไปตามมาตรฐานของหลักวิชาการ เพื่อสร้างความเข้าใจให้กับผู้เกี่ยวข้อง ตั้งแต่ต้นน้ำ กลางน้ำ ปลายน้ำ ควรพัฒนารูปแบบการให้บริการข้อมูลแบบครบวงจรศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ (One Stop Service) ด้านความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยหรือประชาชนในการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ ปัญหาในเชิงระบบ การกำหนดราคาผลิตภัณฑ์ของโรงงานผลิตผลิตภัณฑ์กัญชาที่แตกต่างกัน ไม่ใช้กลไกการตลาด เกิดการกำหนดราคาผลิตภัณฑ์กัญชาที่ต่ำกว่า เกิดปัญหาการขาดตลาด ส่งผลต่อการตัดสินใจของลูกค้า การผูกขาดจากการเลือกซื้อสินค้าที่สามารถคืนหรือแลกเปลี่ยนได้ ตัดโอกาสการถูกเลือกซื้อผลิตภัณฑ์ที่ผลิตจากโรงงานอื่น และเกิดส่วนแบ่งการตลาดที่ไม่เท่าเทียม

ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ อภิวัฒน์ จำตา ที่ศึกษาเกี่ยวกับการบริหารจัดการของรัฐในการส่งเสริมกัญชาเสรีเพื่อการแพทย์ทางเลือกของไทย รายงานว่า สภาพการบริหารจัดการของรัฐในการส่งเสริมกัญชาเสรีเพื่อการแพทย์ทางเลือกของไทย โดยรัฐบาล มีการกำหนดขึ้นเป็นนโยบายสาธารณะในด้านสุขภาพ มีเป้าหมายเพื่อสร้างเสริมสิ่งแวดล้อมทั้งทางสังคม และทางกายภาพ มุ่งให้ประชาชนมีทางเลือกสามารถเข้าถึงทางเลือกที่ก่อให้เกิดสุขภาพดีได้องค์ประกอบที่มีผลต่อระบบบริหารจัดการของรัฐในการส่งเสริมกัญชาเสรีเพื่อการแพทย์ทางเลือกของไทย 8 ด้าน คือ 1. การวางแผน 2. การบริหารงานบุคคล 3. การฝึกอบรม 4. การนิเทศติดตาม 5. การจัดสิ่งสนับสนุน 6. การจัดการงบประมาณ 7. การจัดการข้อมูลข่าวสาร 8. การจัดองค์กรชุมชน⁽¹⁶⁾

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาผลลัพธ์การดำเนินงานกัญชาทางการแพทย์และพืชเศรษฐกิจในพื้นที่จังหวัดอำนาจเจริญ ผู้วิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะ ดังนี้

เชิงระบบ

1. กำหนดแนวทางราคากลาง แนะนำการซื้อขายวัตถุดิบกัญชา เพื่อให้ผู้ประกอบการมีส่วนร่วมในการกำหนดราคากลาง ในการซื้อขายอย่างยุติธรรม โดยอ้างอิงจากราคากลางของตลาดกลาง

2. การกำหนดราคาผลิตภัณฑ์กัญชา ควรใช้กลไกการตลาด เพื่อควบคุมการกำหนดราคาผลิตภัณฑ์กัญชาที่ต่ำกว่า เพื่อลดปัญหาการขาดตลาดให้เกิดแรงจูงใจต่อลูกค้า เพื่อให้ได้ส่วนแบ่งการตลาดที่สูงขึ้น

3. การยกเว้นการสงวนสิทธิ์ในการคืนผลิตภัณฑ์กัญชา ที่ยังจำกัดเฉพาะสินค้าที่ผลิตจากโรงงานบางแห่ง เพื่อลดการผูกขาดจากการเลือกซื้อสินค้าที่สามารถคืนหรือแลกเปลี่ยนได้ เพิ่มโอกาสการถูกเลือกซื้อผลิตภัณฑ์ที่ผลิตจากโรงงานอื่น และส่วนแบ่งการตลาดที่เท่าเทียม

เชิงนโยบาย

1. บุคลากรหน่วยงานที่มีบทบาทเกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนการดำเนินงานกัญชาทางการแพทย์ และพืชเศรษฐกิจในพื้นที่ จังหวัดอำนาจเจริญ มีการวางแผนการดำเนินงาน ประสานความร่วมมือกับทุกภาคส่วน ระดมความคิด ผ่านกิจกรรมหรือโครงการต่าง ๆ ที่ชัดเจนโดยแจ้งผลการดำเนินงานในการประชุมหัวหน้าส่วนราชการทุกเดือน

2. การขับเคลื่อนนโยบายกัญชาระดับจังหวัดผ่านคณะกรรมการกัญชาและกัญชงทางการแพทย์ มีการกระจายงานให้ทุกส่วนราชการที่เกี่ยวข้องรับผิดชอบร่วมกัน มีการกำกับติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องทั้งส่วนของต้นน้ำ กลางน้ำ และปลายน้ำ พัฒนาระบบการช่วยเหลือให้คำปรึกษา เพื่อแก้ไขปัญหาอุปสรรคได้อย่างทันท่วงที

3. การดำเนินงานประสานความร่วมมือกับสถาบันการศึกษามหาวิทยาลัยมหิดล ประชาชนชาวบ้านเพื่อบูรณาการร่วมศึกษา วิจัย พัฒนาตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาที่มีความเฉพาะของจังหวัดอำนาจเจริญ ที่มาจากองค์ความรู้และภูมิปัญญาท้องถิ่น พัฒนานวัตกรรมด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีส่วนผสมของกัญชา สร้างความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะจังหวัดอำนาจเจริญ ผลักดันประโยชน์กัญชา

ในมิติด้านเศรษฐกิจและสุขภาพ นำไปสู่การเพาะปลูกที่สร้างรายได้แก่ประชาชนในพื้นที่ ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

เชิงปฏิบัติการ

1. สถานพยาบาลที่ให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ควรสนับสนุนการเพิ่มพูนองค์ความรู้การใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ให้มีความทันสมัย โดยการส่งเสริมให้เข้าฝึกอบรมในหลักสูตรอบรมบุคลากรทางการแพทย์ให้ครอบคลุม เพื่อเตรียมความพร้อมและการปฏิบัติงานคลินิกที่มีประสิทธิภาพ

2. การสร้างความรู้ความเข้าใจให้กับแพทย์แผนปัจจุบัน/แพทย์แผนไทย พยาบาลเภสัชกร ทีมสหวิชาชีพ ถึงแนวทางการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ เพื่อสามารถนำไปปรับปรุงและพัฒนารูปแบบการให้บริการที่เหมาะสม การปรับเปลี่ยนทัศนคติตามระยะเวลาและองค์ความรู้ที่เปลี่ยนแปลงไป จากการอบรมหลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์โดยกรมวิทย์ฯ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้บุคลากรทางการแพทย์ทุก 6 เดือน

3. การเปิดรับฟังความคิดเห็นจากผู้ป่วยที่เคยใช้หรือประชาชนและผู้ที่ต้องการกัญชาทางการแพทย์แต่ยังเข้าไม่ถึงบริการกัญชาทางการแพทย์ ให้มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา โดยมีผู้รับฟังความคิดเห็นที่หน่วยบริการทุกแห่งในพื้นที่ จังหวัดอำนาจเจริญ เพื่อสร้างความเชื่อมั่น ความมั่นใจ ทัศนคติเชิงบวกต่อการเข้าถึงบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ

4. ปรับรูปแบบการประชาสัมพันธ์เชิงรุก ด้วยวิธีการจัดทำแผ่นพับประชาสัมพันธ์ขั้นตอนการให้บริการรักษาทางการแพทย์ของจังหวัดอำนาจเจริญ ณ หน่วยบริการทางการแพทย์และองค์การบริหารส่วนตำบลทุกแห่ง การออกเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัว ที่ใช้ผลิตภัณฑ์รักษาทางการแพทย์ โดยมี เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ร่วมเยี่ยม เดือนละ 1 ครั้ง เพื่อติดตามการใช้ยา

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณนายทวีป บุตรโพธิ์ ผู้ว่าราชการจังหวัดอำนาจเจริญ นายพิจิตร บุญทัน รองผู้ว่าราชการจังหวัดอำนาจเจริญ (ตำแหน่งขณะ

ให้ข้อมูล) นายแพทย์ปฐมพงศ์ ปุโรโปรง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ นางอัญชลี หน่อแก้ว อดีตรองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ นายวุฒิพงษ์ สิ้นทรัพย์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนงานชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ ที่กรุณาให้คำแนะนำเป็นที่ปรึกษาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ตลอดจนปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดี รวมทั้งผู้ช่วยวิจัยและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องการดำเนินงานรักษาทางการแพทย์ในพื้นที่จังหวัดอำนาจเจริญทุกท่านที่ให้ข้อมูลต่าง ๆ ที่เอื้อต่อการทำการศึกษาทีมงานทุกท่าน ที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานกิจกรรมต่าง ๆ อย่างเข้มแข็ง จนทำให้การศึกษานี้สำเร็จไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2562). คำแนะนำการใช้รักษาทางการแพทย์. (พิมพ์ครั้งที่ 2).
2. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2562). รูปแบบคลินิกให้คำปรึกษาการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์. (พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
3. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. (2563). คู่มือการจัดตั้งคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสุขภาพ. นนทบุรี.
4. คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขการใช้กัญชาทางการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2562). คลินิกบริการกัญชาทางการแพทย์ (Medical Cannabis Clinic) แบบผสมผสาน แพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทยในสถานพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี : กองบริหารการสาธารณสุข.
5. จิราภา สันประเทีย. (2565). ทศนคติของประชาชนที่มีผลต่อการใช้พืชเศรษฐกิจ "กัญชา" ในการรักษาโรคมะเร็ง ในเขตพื้นที่จังหวัดสระแก้ว. (บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยรามคำแหง, กรุงเทพฯ.
6. ญัตติธรรมา พัฒนะวาณิชนันท์ และคณะ. (2563). การพัฒนาคุณภาพกำลังคนเพื่อสนับสนุนการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์สู่การปฏิบัติ. กระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี.



เอกสารอ้างอิง

7. นริศ คำแก่น และเจริญ ตรีศักดิ์. (2562) กัญชาทางการแพทย์สำหรับมะเร็ง. วารสาร ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ 2562; 1(1) :16-19.
8. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ระบุยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 พ.ศ. 2565. (2565, 8 กุมภาพันธ์). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 139 ตอนพิเศษ 35 ง. หน้า 8.
9. ปรีดาภรณ์ สายจันเกตุ และคณะ. (2563). ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการใช้กัญชาในการรักษาโรคของประชาชนในจังหวัดพิษณุโลก. ภาควิชาการแพทย์แผนไทย. วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร, พิษณุโลก.
10. พีระ อารีรัตน์. (2564) ความรู้ และความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ของผู้รับบริการ ในโรงพยาบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2564 : 1-12.
11. แพทยสภา คณะอนุกรรมการพิจารณาข้อมูลเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์. (2562). คำแนะนำสำหรับแพทย์ การใช้กัญชาทางการแพทย์. (พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี.
12. วีรยา ถาอุปชิต, นุศราพร เกษสมบูรณ์. (2560). การใช้กัญชาทางการแพทย์. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน 2560 ; (Supplement): 228-240.
13. สิริกร นามลาบุตร, ชนิตา เพชรทองคำ. (2563). การศึกษากรอบและติดตามประเมินผลนโยบายกัญชาในจังหวัดหนองคาย. แผนงานศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด (ศศก.). คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
14. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ. (2563). รายงานประจำปี 2562 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ. อำนาจเจริญ.
15. อรพรรณ เล่าธนตรา, พิพัฒน์ ไทยอารี. (2562). ความคิดเห็นของประชาชนต่อนโยบายการปลูกกัญชาในประเทศไทย ศึกษาในหมู่บ้านประชานิเวศน์ 2 ระยะ 3 จังหวัดนนทบุรี. (รัฐประศาสนศาสตร์มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต, กรุงเทพฯ.
16. อภิวัฒน์ จำตา. (2564) การบริหารจัดการของรัฐในการส่งเสริมกัญชาเสรีเพื่อการแพทย์ทางเลือกของไทย (ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์). มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
17. Erika MacDonald and Kelly Farrah. Medical Cannabis Use in Palliative Care : Review of Clinical Effectiveness and Guidelines - An Update, Ottawa (ON) : Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2019 Oct 29, สืบค้นเมื่อวันที่ 30 ธันวาคม 2563, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551867/>



เอกสารอ้างอิง

18. E. Alfonso Romero-Sandoval, Ashley L Kolano, P Abigail Alvarado-Vázquez. **Cannabis and Cannabinoids for Chronic Pain.** Curr Rheumatol Rep. 2017 Oct 5; 19(11) : 67.
19. Laura M. Borgelt, Kari L. Franson, Abraham M. Nussbaum & George S. Wang. **The Pharmacologic and Clinical Effects of Medical Cannabis.** PHARMACOTHERAPY Volume 33, Number 2, 2013 : 195–209.
20. Mary Barna Bridgeman & Daniel T. Abazia. **Medicinal Cannabis: History, Pharmacology, And Implications for the Acute Care Setting.** Rutgers, The State University of New Jersey. Article in P&T. Volume 42, Number 3, 2017: 180–188.
21. Renata Solimini, Maria Concetta Rotolo, Simona Pichini, Roberta Pacifici. **Neurological Disorders in Medical Use of Cannabis: An Update.** CNS & Neurological Disorders - Drug Targets, Volume 16 , Issue 5 , 2017 : 527-533 .
22. Richard J. Schrot & John R. Hubbard. (2016) **Cannabinoids: Medical implications.** Annals of Medicine, Volume 48 Number 3 : 128-141 .
<https://doi.org/10.3109/07853890.2016.1145794>

ผลของกระบวนการ Medication Reconciliation ต่อความปลอดภัยในการใช้ยาของผู้ป่วย ในตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ

The Effect of Medication Reconciliation for Patient's Safety in an Inpatient Unit of
Phayu Hospital in Phayu District, Sisaket Province

กฤษฎา จักรไชย¹, ประเสริฐ ประสมรักษ์²
Kritsada Chakchai¹, Prasert Prasomruk²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของกระบวนการ Medication Reconciliation ต่อความปลอดภัยในการใช้ยาของผู้ป่วยในตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขตพื้นที่บริการของโรงพยาบาลพยุห์ ที่เข้ารับการรักษาระหว่าง 1 มกราคม 2565 ถึง 30 มิถุนายน 2565 จำนวน 352 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบบันทึก Medication Reconciliation วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 69.89 อายุเฉลี่ย 68.27 ปี (S.D.=4.43) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 61–80 ปี ร้อยละ 44.89 ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 43.47 ผลการประเมินความคลาดเคลื่อนทางยาสูงกว่าตัวชี้วัด โดยความคลาดเคลื่อนทางยาในระหว่างการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล พบร้อยละ 9.94 ส่วนใหญ่ปัญหาที่พบคือผู้ป่วยไม่ได้รับยาเดิมที่ควรจะได้รับ และปัญหาการเปลี่ยนแปลงการสั่งใช้ยาร้อยละ 5.11 และ 3.41 ตามลำดับ ส่วนความคลาดเคลื่อนทางยาขณะจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านหรือส่งต่อสถานพยาบาลอื่น พบร้อยละ 12.78 ส่วนใหญ่พบการสั่งใช้ยาที่ผู้ป่วยไม่เคยได้รับมาก่อน และผู้ป่วยไม่ได้รับยาเดิมที่ควรจะได้รับ ร้อยละ 7.10 และ 3.41 ตามลำดับ ในด้านระดับความรุนแรง พบว่า ทั้งสองขั้นตอนส่วนใหญ่เป็นระดับ B ซึ่งเป็นระดับที่ไม่อันตราย โดยเฉพาะในขั้นตอนการจำหน่าย ทำให้ระดับความรุนแรงระดับ C และ D ในขั้นตอนการจำหน่ายต่ำกว่าขั้นตอนการรักษาตัวในโรงพยาบาล จากผลการวิจัยกระบวนการ Medication Reconciliation ช่วยเพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยา

คำสำคัญ : ความคลาดเคลื่อนทางยา การประสานรายการยา medication reconciliation

¹เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ

²อาจารย์ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ

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

Email : kritsada025@gmail.com

² Lecturer. Public Health Program, Amnatchareon Campus, Mahidol University



Abstract

The study aimed to effect of medication reconciliation for patient's safety in an inpatient unit of Phayu Hospital in Phayu District, Sisaket Province. The sample included 352 patients with chronic disease in the service area of Phayu Hospital, who received treatment between 1 January 2022 and 30 June 2022. The data were collected by using a medication reconciliation form. Descriptive statistic consists of average, percentage and standard deviation was used in this study. The result found that most of the samples were female (69.89%), age average 68.27 years (S.D.=4.43), age between 61-80 years old (44.89%), have hypertension disease (43.47%). The medication error was higher than the indicators. Medication errors during hospitalizations were 9.94%. Most of the problems were patients not receiving the medication, they were supposed to be taking (5.11%) and changing prescriptions (3.41%). Medication errors while the patient was discharged or referred to another found up to 12.78%. Most found prescribing drugs that patients had never received before (7.10%) and did not receive the same medication they should have received (3.41%). Most of the two stages were B level in terms of severity level, which was a level that was not dangerous. Especially in the discharge process, therefore the severity levels C and D were lower than that in the hospitalization process. Form research results, medication reconciliation improves the drug's safety.

Keyword: medication error, medication reconciliation

บทนำ

The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) เป็นองค์กรในการดูแลด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในประเทศสหรัฐอเมริกาได้วิเคราะห์รายงานความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือเกิดความเจ็บป่วยอย่างรุนแรงหรือเพิ่มความเสี่ยงต่ออันตรายจำนวน 350 รายงาน และพบว่าร้อยละ 63 ของความคลาดเคลื่อนเป็นผลมาจากการผิดพลาดในการสื่อสารข้อมูลระหว่างบุคลากรสาธารณสุขซึ่งเกิดขึ้นในขั้นตอนของการรับผู้ป่วย การย้ายหอผู้ป่วย และการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล⁽¹⁾ โดย Institute of Medicine (IOM) ระบุว่า ความคลาดเคลื่อนทางการแพทย์เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย 44,000 – 98,000 คนต่อปี โดยยาเป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของความคลาดเคลื่อนนี้ซึ่งจะพบในผู้ป่วยถึงร้อยละ 3.7⁽²⁾

สำหรับการศึกษาในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2561 จันทน์ ฉัตรวิริยวงศ์ และ สุรพงษ์ ดุลาพันธ์ ได้ศึกษาความคลาดเคลื่อนทางยา ส่วนใหญ่พบความคลาดเคลื่อนทางยาที่ระดับความรุนแรงระดับ B โดยพบในขั้นตอนการรักษาตัวในโรงพยาบาลร้อยละ 60.30 และในขั้นตอนการจำหน่าย ร้อยละ 75.60 รองลงมาพบความรุนแรงระดับ C, D และ E ซึ่งพบในขั้นตอนการรักษาตัวในโรงพยาบาลมากกว่าในขั้นตอนการจำหน่ายทุกระดับ⁽³⁾ และในปี พ.ศ. 2558 กรองหทัย มะยะเฉียว และ โพนม วงศ์ภูวรักษ์ ได้ศึกษาความคลาดเคลื่อนทางยา ส่วนใหญ่พบความคลาดเคลื่อนขณะแรกรับเป็นความรุนแรงระดับ B ร้อยละ 98.00 และ

ความคลาดเคลื่อนที่พบขณะจำหน่ายเป็นความรุนแรงระดับ B ร้อยละ 100.00⁽⁴⁾ นอกจากนี้ยังพบว่าในปี พ.ศ. 2556 ศิริรัตน์ ไส้ไทย และ โพนม วงศ์ภูวรักษ์ ได้ศึกษาความคลาดเคลื่อนทางยาพบว่าความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นส่งผลให้เกิดความรุนแรงระดับ B, C, A และ D ร้อยละ 48.70, 25.60, 21.91 และ 3.70⁽⁵⁾ ตามลำดับ

จากผลการดำเนินงานความปลอดภัยด้านยา โรงพยาบาลพุทธ จังหวัดศรีสะเกษ ด้วยระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงของสถานพยาบาล (Healthcare Risk Management System: HRMS) ในปีงบประมาณ 2564 พบว่ามีรายงานการเกิดความเสี่ยงทั้งหมด 611 รายงาน แบ่งออกเป็น รายงานความเสี่ยงด้านคลินิก จำนวน 432 รายงาน (ร้อยละ 70.70) รายงานความเสี่ยงด้านทั่วไป 179 รายงาน (ร้อยละ 29.30) และจากรายงานความเสี่ยงด้านคลินิก จำนวน 432 รายงาน พบรายงานความเสี่ยงที่เกิดจากยาถึง 196 รายงาน (ร้อยละ 32.07)⁽⁶⁾ ซึ่งสูงกว่าค่าเป้าหมาย ตัวชี้วัดความคลาดเคลื่อนทางยาของความปลอดภัยระบบยาที่ร้อยละ 5.00 และพบว่าเพิ่มขึ้นจากปี 2562-2563 ที่พบความคลาดเคลื่อนทางยาร้อยละ 21.54 และ 25.78 ตามลำดับ

เป็นที่ทราบกันดีว่าความคลาดเคลื่อนเป็นผลมาจากการผิดพลาดในการสื่อสารข้อมูลระหว่างบุคลากรสาธารณสุขซึ่งเกิดขึ้นในขั้นตอนของการรับผู้ป่วย การย้ายหอผู้ป่วย และการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ทั้งนี้กลไกที่นำมาใช้ในการแก้ปัญหาความคลาดเคลื่อนทางยาที่เป็นที่ยอมรับคือ Medication Reconciliation โดยการศึกษา

ที่ผ่านมาพบว่ากระบวนการ Medication Reconciliation เป็นระบบงานที่สามารถสร้างความปลอดภัยให้ผู้ป่วยและลดความคลาดเคลื่อนทางยาได้⁽³⁾ สามารถช่วยค้นหาและป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาได้เป็นอย่างดี⁽⁷⁾

โรงพยาบาลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ ได้นำกระบวนการ Medication Reconciliation มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพองค์กร โดยคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) ได้วางแผนพัฒนาระบบยา โดยกำหนดมาตรการของระบบยา 7 ด้าน ซึ่งการดำเนินการประสานความสอดคล้องทางยา (Medication Reconciliation: MR) โดยเน้นในผู้ป่วยที่มียาเดิมทุกราย ที่รับรักษาไว้แบบผู้ป่วยใน ต้องผ่านกระบวนการ Medication Reconciliation ทั้ง 4 กระบวนการ โดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้พบทบทวนการใช้ยาและหาปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา ซึ่งโรงพยาบาลพยุห์ ได้นำมาออกแบบเป็นลำดับขั้นตอนสำคัญ 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) พยาบาล ณ จุดรับผู้ป่วย รวบรวมรายการยาเดิม บันทึกลงใน E-Med Reconcile 2) แพทย์ทบทวนการใช้ยา สั่งการรักษา 3) เภสัชกรตรวจสอบรายการยาที่สั่ง รายการยาเดิม จำนวนยาที่ได้รับ จัดยาให้ผู้ป่วย และเก็บรักษายาเดิมของผู้ป่วยไว้ 4) เมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล พยาบาลผู้ป่วยในบันทึกรายการยากลับบ้านในสมุดผู้ป่วย เพื่อเป็นข้อมูลในการติดตามผลการรักษา 5) ห้องยาตรวจสอบยาที่ส่งกลับบ้าน จัดยาและตรวจสอบยาคืนแก่ผู้ป่วย

จากสถานการณ์อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาที่ยังพบสัดส่วนที่สูง แม้จะอยู่ในระดับที่ไม่เป็นอันตราย แต่สะท้อนคุณภาพและ

ประสิทธิภาพของการบริหารยา แม้จะมีการนำ Medication Reconciliation มาใช้โดยมีวัตถุประสงค์ลดความคลาดเคลื่อนแต่ที่ผ่านมายังไม่มี การประเมินผลของกระบวนการ Medication Reconciliation ต่อความคลาดเคลื่อนทางยา ให้น้อยกว่าร้อยละ 5.00 ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องมีการวิจัยประเมินผล เพื่อเป็นข้อมูลนำเสนอผู้บริหารในการขยายผลสู่จุดให้บริการผู้ป่วย จุดอื่นต่อไป ตลอดจนขยายผลในกลุ่มโรคอื่นต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของกระบวนการ Medication Reconciliation ต่อความปลอดภัยในการใช้ยาของผู้ป่วยในตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาผลการใช้กระบวนการ Medication Reconciliation ต่อความปลอดภัยในการใช้ยาของผู้ป่วยในตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยศึกษาตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2565 ถึง 30 มิถุนายน 2565

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษา ครั้งนี้คือผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคหอบหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหัวใจ โรคไตวายเรื้อรังและวัณโรค ในเขตพื้นที่บริการโรงพยาบาลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่เข้ารับการรักษา ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2565 ถึง วันที่ 30 มิถุนายน 2565 จำนวน 352 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบบันทึก Medication Reconciliation สำหรับผู้ป่วยใน ประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วนด้วยกัน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ โรคที่เป็นสาเหตุทำให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โรคประจำตัว เป็นแบบสอบถามเลือกตอบและแบบปลายเปิด

ส่วนที่ 2 ข้อมูลรายการยา ประกอบด้วย 2 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 รายการยาขึ้นตอนการรักษาตัวในโรงพยาบาล ประกอบด้วย รายการยาก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงข้อมูลของขนาดยา ความถี่และวิธีการใช้ยาพร้อมระบุจำนวนเม็ดยาร่วมด้วย และรายการยาในการสั่งใช้ยา ณ วันแรกรับ ประกอบด้วยข้อมูลการใช้ยาต่อการหยุดใช้ยา การปรับเปลี่ยนพร้อมระบุเหตุผลที่หยุดใช้หรือปรับเปลี่ยน

ตอนที่ 2 รายการยาขึ้นตอนการจำหน่าย ประกอบด้วยข้อมูล การใช้ยาต่อการหยุดใช้ยา การปรับเปลี่ยนพร้อมระบุเหตุผลที่หยุดใช้หรือปรับเปลี่ยน

ส่วนที่ 3 การประเมินระดับความรุนแรง ความคลาดเคลื่อนทางยา โดยใช้เกณฑ์ประเมินความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยาตามเกณฑ์ของ NCCMERP (National Coordinating Council of Medication Error Reporting and Prevention) ⁽⁸⁾ ดังนี้

ไม่มีความคลาดเคลื่อนทางยา ได้แก่

Category A: ไม่มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่มีเหตุการณ์ที่อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อน

มีความคลาดเคลื่อนแต่ไม่เป็นอันตราย ได้แก่

Category B: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเนื่องจากความคลาดเคลื่อนไม่ไปถึงผู้ป่วย

Category C: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยถึงแม้ว่าความคลาดเคลื่อนนั้นจะไปถึงผู้ป่วยแล้ว

Category D: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แม้ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยแต่ยังจำเป็นต้องมีการติดตามผู้ป่วยเพิ่มเติม

มีความคลาดเคลื่อนและเป็นอันตราย ได้แก่

Category E: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเพียงชั่วคราวรวมถึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาหรือแก้ไขเพิ่มเติม

Category F: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเพียงชั่วคราวรวมถึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลหรือยืระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลออกไป

Category G: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยถาวร

Category H: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนถึงแก่ชีวิต (เช่น การแพ้ยาแบบ Anaphylaxis และหัวใจหยุดเต้น)

มีความคลาดเคลื่อนและเป็นอันตรายจนถึงเสียชีวิต ได้แก่

Category I: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนถึงแก่ชีวิต

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลชี้แจงการเก็บข้อมูลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ในการเก็บข้อมูล

ความคลาดเคลื่อนทางยาทั้งกรณีปกติ และกรณี
ห้องยาปิดการให้บริการคือ ตั้งแต่เวลา 20.00 น.
ถึง 08.00 น. ของวันถัดไปและเภสัชกรดำเนินการ
ตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์อีกครั้ง

2. ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลความ
คลาดเคลื่อนทางยาโดยใช้กระบวนการ
Medication Reconciliation ในขั้นตอนการรักษา
ตัวในโรงพยาบาลและขั้นตอนการจำหน่ายผู้ป่วย
กลับบ้านหรือส่งต่อสถานพยาบาลอื่น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของแบบ
บันทึก จากนั้นนำไปวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติ
เชิงพรรณนา ด้วยความถี่ ร้อยละ เพื่อพรรณนา
คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลความ
คลาดเคลื่อนทางยา

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับอนุมัติจากคณะ /
กรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 352 คน ส่วนใหญ่
เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.89 อายุ 61 – 80 ปี ร้อยละ
44.89 อายุเฉลี่ย 68.27 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
4.43 โรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง
ร้อยละ 43.47

2. ความคลาดเคลื่อนทางยาที่พบในขั้นตอน การรักษาตัวในโรงพยาบาล

จากการดำเนินการตามกระบวนการ MR
ระยะเวลา 6 เดือน ทำให้ความคลาดเคลื่อนทางยา
ลดลงจาก ร้อยละ 23.08 ในเดือนมกราคม จนเหลือ
เพียงร้อยละ 3.28 ในเดือนมิถุนายน โดยภาพรวม
พบความคลาดเคลื่อนทางยา ร้อยละ 9.94 ซึ่งยัง
สูงกว่าค่าเป้าหมาย ปัญหาที่พบมากที่สุดคือ ผู้ป่วย
ไม่ได้รับยาเดิมที่ควรจะได้รับ และการเปลี่ยนแปลง
การสั่งจ่ายยา (ขนาดยา ความถี่และวิธีการจ่ายยา)
โดยพบภาพรวมร้อยละ 5.11 และ 3.41 ตามลำดับ
อย่างไรก็ตาม ความคลาดเคลื่อนจากการไม่ได้รับ
ยาเดิมที่ควรจะได้รับสามารถทำให้หมดไปตั้งแต่
ในเดือนพฤษภาคม (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ร้อยละของความคลาดเคลื่อนทางยาที่พบในขั้นตอนการรักษาตัวในโรงพยาบาล โรงพยาบาลพยุห์
อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ (ค่าเป้าหมายไม่เกินร้อยละ 5)

ความคลาดเคลื่อนทางยา	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	รวม
ผู้ป่วยในที่เข้าเกณฑ์การวิจัย (คน)	52	67	58	54	60	61	352
ผู้ป่วยที่พบความคลาดเคลื่อนทางยา	23.08	5.97	13.79	11.11	5.00	3.28	9.94
ประเภทของความคลาดเคลื่อน							
ผู้ป่วยไม่ได้รับยาเดิมที่ควรจะได้รับ	19.23	2.99	8.62	1.85	0.0	0.0	5.11
การเปลี่ยนแปลงการสั่งจ่ายยา	3.85	1.49	3.45	5.56	3.33	3.28	3.41
การสั่งจ่ายซ้ำซ้อน	0.0	1.49	0.0	0.0	1.67	0.0	0.57
การสั่งจ่ายยาที่ผู้ป่วยไม่เคยได้รับมาก่อน	0.0	0.0	1.72	3.70	0.0	0.0	0.85

3. ความคลาดเคลื่อนทางยาที่พบในขั้นตอนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลหรือส่งต่อสถานพยาบาลอื่น

จากการดำเนินการตามกระบวนการ MR ระยะเวลา 6 เดือน ทำให้ความคลาดเคลื่อนทางยา ลดลงจาก ร้อยละ 17.31 ในเดือนมกราคมจนถึงเหลือเพียงร้อยละ 3.28 ในเดือนมิถุนายน โดยภาพรวม

พบความคลาดเคลื่อนทางยา ร้อยละ 12.78 ปัญหาที่พบมากที่สุดคือการสั่งใช้ยาที่ผู้ป่วยไม่เคยได้รับมาก่อนและผู้ป่วยไม่ได้รับยาเดิมที่ควรจะได้รับ โดยพบภาพรวมร้อยละ 7.10 และ 3.41 ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยาซ้ำซ้อนสามารถทำให้หมดไปตั้งแต่ในเดือนกุมภาพันธ์ (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ร้อยละความคลาดเคลื่อนทางยาที่พบในขั้นตอนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลหรือส่งต่อสถานพยาบาลอื่น โรงพยาบาลพุทธอำนาจแพทย์ จังหวัดศรีสะเกษ

ความคลาดเคลื่อนทางยา	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	รวม
ผู้ป่วยในที่เข้าเกณฑ์การวิจัย (คน)	52	67	58	54	60	61	352
ผู้ป่วยที่พบความคลาดเคลื่อนทางยา	17.31	23.88	15.52	9.26	6.67	3.28	12.78
ประเภทความคลาดเคลื่อนทางยา							
ผู้ป่วยไม่ได้รับยาเดิมที่ควรจะได้รับ	3.85	7.46	6.90	0.0	0.0	1.64	3.41
การเปลี่ยนแปลงการสั่งใช้ยา	3.85	4.48	0.0	3.70	0.0	0.0	1.99
การสั่งใช้ยาซ้ำซ้อน	1.92	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.28
การสั่งใช้ยาที่ผู้ป่วยไม่เคยได้รับมาก่อน	7.69	11.94	8.62	5.56	6.67	1.64	7.10

4. ระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยา

ภาพรวมของระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยาส่วนใหญ่พบระดับความรุนแรงระดับ B ร้อยละ 80.00 รองลงมาคือระดับ C และ D ร้อยละ 18.75 และ 1.25 ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาความคลาดเคลื่อนทางยาในแต่ละ

ขั้นตอน พบว่า ความคลาดเคลื่อนทางยาระดับ B จะพบสัดส่วนที่สูงในขั้นตอนการจำหน่าย ถึงร้อยละ 86.67 และในขั้นตอนการรักษาในโรงพยาบาล พบ ร้อยละ 71.43 ทำให้ความคลาดเคลื่อนทางยาระดับ C และ D ที่มีความรุนแรงกว่าระดับ B ในขั้นตอนการจำหน่ายมีสัดส่วนที่น้อยกว่าในขั้นตอนการรักษาตัวในโรงพยาบาล (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยา

ขั้นตอนบริการ	ระดับความรุนแรงความคลาดเคลื่อนทางยา จำนวน (ร้อยละ)			
	ระดับ B	ระดับ C	ระดับ D	รวม
ขณะรักษาใน รพ.	25 (71.43)	9 (25.71)	1 (2.86)	35 (43.75)
ขณะจำหน่าย	39 (86.67)	6 (13.33)	0 (0.0)	45 (56.25)
รวม	64 (80.00)	15 (18.75)	1 (1.25)	80 (100)

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากระบวนการ Medication Reconciliation ในขั้นตอนการรักษาตัวในโรงพยาบาล สามารถค้นพบความคลาดเคลื่อนทางยาได้ในผู้ป่วยร้อยละ 9.94 เมื่อแพทย์ผู้ทำการรักษาได้รับการประสานงานจากเภสัชกรและพยาบาล พบว่าแพทย์แก้ไขปัญหาคความคลาดเคลื่อนที่พบในผู้ป่วยทุกราย อย่างไรก็ตาม กระบวนการที่ใช้ควรต้องได้รับการพัฒนาต่อไป เพราะไม่อาจมั่นใจในความถูกต้องของประวัติการใช้ยาที่รวบรวมได้ ทำให้เภสัชกรและพยาบาล ไม่อาจประสานงานกับแพทย์ผู้รักษาได้ ทำให้ปัญหาที่มีอยู่อาจไม่ได้รับการแก้ไข โรงพยาบาลกำหนดเป้าหมายความคลาดเคลื่อนทางยาของความปลอดภัยระบบยา ไม่เกินร้อยละ 5.00 ผลการประเมินพบว่ากระบวนการในปัจจุบันนั้น ยังขาดประสิทธิภาพส่งผลให้ความคลาดเคลื่อนยังสูงกว่าค่าเป้าหมายตามตัวชี้วัด แต่เมื่อพิจารณาผลการศึกษารายเดือนพบว่าความคลาดเคลื่อนปรับลดลงตามลำดับ โดยเดือนมกราคม พบมากที่สุดร้อยละ 23.08 อาจเกิดจากการนำกระบวนการ Medication Reconciliation มาใช้

ครั้งแรกหลังจากนั้นจึงลดลงอาจเนื่องมาจากบุคลากรเริ่มมีความชำนาญและเป็นที่ยอมรับแล้ว ในเดือนมิถุนายนพบว่า ความคลาดเคลื่อนลดลงอย่างมากเหลือร้อยละ 3.28 ซึ่งอาจแสดงถึงประสิทธิภาพของกระบวนการว่าสามารถลดปัญหาได้ อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลควรมีการเก็บข้อมูลอย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนากระบวนการนี้ต่อไป

ในขั้นตอนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลหรือส่งต่อสถานพยาบาลอื่น กระบวนการ Medication Reconciliation พบความคลาดเคลื่อนทางยาร้อยละ 12.78 แพทย์แก้ไขปัญหามีในผู้ป่วยเมื่อเภสัชกรและพยาบาลประสานงานกับแพทย์ โรงพยาบาลกำหนดเป้าหมายความคลาดเคลื่อนทางยาของความปลอดภัยระบบยา ไม่เกินร้อยละ 5.00 ซึ่งก็ยิ่งสูงกว่าค่าเป้าหมาย จึงต้องมีการพัฒนาระบบต่อไป โดยควรมีข้อตกลงระดับโรงพยาบาล แต่เมื่อพิจารณาผลการศึกษารายเดือนพบว่า ความคลาดเคลื่อนลดลงตามลำดับ โดยเดือนกุมภาพันธ์ พบมากที่สุดร้อยละ 23.88

ความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นที่มีความรุนแรงระดับ D คือ มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น

แต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย แต่จำเป็นต้องติดตามผู้ป่วยเพิ่มเติม พบร้อยละ 2.86 ในขั้นตอนการรักษาตัวในโรงพยาบาลแต่ไม่พบในขั้นตอนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลหรือส่งต่อสถานพยาบาลอื่น เช่น ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานแล้วยังไม่ได้รับยา ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องเฝ้าระวังติดตามระดับน้ำตาลในเลือด

ในภาพรวมความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยนั้นถูกสกัดด้วยกระบวนการ Medication Reconciliation เกสัชกรควรมีส่วนร่วมในการค้นหาประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับยาโดยแพทย์หรือพยาบาลสามารถติดต่อหรือปรึกษาเภสัชกรได้ตลอดเวลา ดังนั้น โรงพยาบาลควรจัดให้มีเภสัชกรบริการตลอด 24 ชั่วโมงด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น โทรศัพท์สายด่วนถึงเภสัชกร เป็นต้น นอกจากนี้ควรมีเภสัชกรเข้าร่วมทีมตรวจเยี่ยมผู้ป่วยทางคลินิก (Clinical Round) กับแพทย์และพยาบาลเพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยและข้อมูลยาใหม่ ยาที่มีการสั่งใช้ไม่บ่อย และข้อมูลอื่น ๆ ที่มีประโยชน์แก่แพทย์โดยตรงเมื่อมีการสั่งใช้ยาอย่างใดก็ตาม การศึกษานี้ต้องอาศัยความร่วมมือกันระหว่างวิชาชีพ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นได้ว่าเภสัชกรมีบทบาทสำคัญในกระบวนการ Medication Reconciliation ซึ่งเป็นระบบงานที่สามารถสร้างความปลอดภัยให้ผู้ป่วยและลดความคลาดเคลื่อนทางยาแต่ระบบนี้จะประสบความสำเร็จได้ต้องอาศัยความร่วมมือและความรับผิดชอบจากหลายฝ่าย ดังนั้น สหสาขาวิชาชีพ

จึงมีบทบาทมากในการเพิ่มความปลอดภัยให้ผู้ป่วยระหว่างขั้นตอนการรักษาและจำหน่าย

ผลการศึกษาสรุปได้ว่าเภสัชกรและพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการรวบรวมประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยเพื่อเปรียบเทียบกับรายการยาที่แพทย์สั่งใช้เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลและเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลหรือส่งต่อสถานพยาบาลอื่น กระบวนการ Medication Reconciliation เป็นระบบงานที่สามารถสร้างความปลอดภัยให้ผู้ป่วยและลดความคลาดเคลื่อนทางยา แต่ระบบนี้จะประสบความสำเร็จได้ต้องอาศัยความร่วมมือและความรับผิดชอบจากหลายฝ่าย ดังนั้น สหสาขาวิชาชีพจึงมีบทบาทมากในการช่วยเพิ่มความปลอดภัยให้ผู้ป่วย

จากการศึกษาในผู้ป่วยจำนวน 352 คน พบว่ากระบวนการ Medication Reconciliation สามารถช่วยค้นหา ป้องกันและแก้ไขความคลาดเคลื่อนทางยาได้ร้อยละ 9.94 ในขั้นตอนการรักษาตัวในโรงพยาบาลและร้อยละ 12.78 ในขั้นตอนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลหรือส่งต่อสถานพยาบาลอื่นแต่ก็ยังเกินค่าเป้าหมาย (ไม่เกินร้อยละ 5) สอดคล้องกับการศึกษาของ จักรี แก้วคำบัง⁽⁹⁾ ที่ศึกษาผลของการนำกระบวนการ Medication Reconciliation มาใช้ในหอผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 6.84 และร้อยละ 12.94 เกิดความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยาในขั้นตอนการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลและขั้นตอนการจำหน่าย ทั้งนี้ อาจมีสาเหตุเนื่องจากเภสัชกรไม่สามารถอยู่ปฏิบัติหน้าที่

ได้ตลอด 24 ชั่วโมง เพราะอัตรากำลังไม่เพียงพอ จึงต้องนำทีมสหวิชาชีพมาร่วมปฏิบัติงาน ซึ่งอาจมีความเข้าใจ ความตระหนักต่างจากเภสัชกร สอดคล้องกับการศึกษาของ ฉัตรภรณ์ พรหมโคตร และ มณีรัตน์ รัตนมัทธนะ⁽¹⁰⁾ พบว่า บุคลากร เข้าใจความหมายแต่ขาดความตระหนักมองไม่เห็น ประโยชน์ ของกระบวนการ Medication Reconciliation

ความคลาดเคลื่อนทางยาปัญหาผู้ป่วย ไม่ได้รับยาเต็มทีควรจะได้รับ (Omission Error) ร้อยละ 51.43 ในขั้นตอนการรักษาตัวใน โรงพยาบาล เช่นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ไม่ได้ รับยาลดความดันโลหิต เดือนเด่น บุญรังสรรค์ และ คณะ⁽¹¹⁾ พบว่า ความคลาดเคลื่อนทางยาที่พบส่วนใหญ่คือได้รับยาไม่ครบชนิดที่เคยใช้และความ คลาดเคลื่อนทางยาปัญหาการสั่งจ่ายที่ผู้ป่วยไม่เคยได้รับมาก่อน (Commission Error) ร้อยละ 55.55 ในขั้นตอนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลหรือ ส่งต่อสถานพยาบาลอื่น อาจมีสาเหตุมาจากผู้ป่วย มีอาการอื่นแทรกซ้อนเป็นสาเหตุให้แพทย์สั่งจ่ายยา ใหม่ที่ผู้ป่วยไม่เคยได้รับมาก่อนก็เป็นได้ สามารถ แก้ไขได้ในทันทีโดยเภสัชกรหรือสหวิชาชีพ ประสานแพทย์ผู้สั่งจ่ายและอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ ถึงรายการยาที่ต้องใช้ต่อเนื่องในปัจจุบัน

ระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อน ทางยาส่วนมากพบความรุนแรงระดับ B ร้อยละ 71.43 และ ร้อยละ 86.67 ซึ่งเกิดความ คลาดเคลื่อนขึ้นแต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย วราภรณ์ ภูมิอิทธิรัตน์⁽¹²⁾ พบว่า หลังดำเนินการ

พบความคลาดเคลื่อนในระดับ B มีความคลาด เคลื่อนเกิดขึ้นแต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเนื่องจาก ความคลาดเคลื่อนไปไม่ถึงผู้ป่วย ร้อยละ 100 เนื่องจากกระบวนการ Medication Reconciliation ช่วยป้องกัน แก้ไขความคลาดเคลื่อนทางยา ได้อย่างทันทั่วถึงที่ส่งผลให้ความคลาดเคลื่อนไป ไม่ถึงผู้ป่วย ในภาพรวมความคลาดเคลื่อนทางยา สามารถป้องกัน แก้ไขได้ด้วยกระบวนการ Medication Reconciliation จันทน์ ฉัตรวิริยา วงศ์และสุรพงษ์ ดุลาพันธ์⁽³⁾ พบว่า กระบวนการ Medication Reconciliation เป็นระบบงานที่สามารถ สร้างความปลอดภัยให้ผู้ป่วยและลดความ คลาดเคลื่อนทางยาได้ และ จักรี แก้วคำบัง⁽⁷⁾ พบว่ากระบวนการ Medication Reconciliation สามารถช่วยค้นหาและป้องกันความคลาดเคลื่อน ทางยาได้

ข้อจำกัดของการวิจัย

เนื่องจากเภสัชกรไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ ได้ตลอด 24 ชั่วโมง จึงต้องให้ทีมสหวิชาชีพปฏิบัติ หน้าที่แทน ซึ่งมีองค์ความรู้ ความเข้าใจในการ ประเมินระดับความรุนแรงและความคลาดเคลื่อน ทางยาต่างกัน และยังไม่มีข้อมูลยืนยันว่าผู้ประเมิน ต่างคนกันจะประเมินผลในลักษณะเดียวกันหรือไม่ อาจส่งผลต่อข้อมูลการวิจัย

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอในการนำผลวิจัยไปใช้

1. กระบวนการ Medication Reconciliation ที่ดำเนินการต่อเนื่อง และประยุกต์ใช้ระบบ เทคโนโลยีสารสนเทศมาปรับใช้ ยังไม่สามารถลด

ความเคลื่อนไหวยาให้ได้ตามตัวชี้วัด จึงต้องวิเคราะห์
เชิงสาเหตุและปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

2. ระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อน
ทางยาในขั้นตอนการจำหน่ายยังอยู่ในระดับสูง
จึงควรจัดทำระบบ Online Consult เกสซ์กร
ตลอดเวลา 24 ชั่วโมง

ข้อเสนอเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการประเมินผลลัพธ์ของกระบวนการ
Medication Reconciliation ทางด้านเศรษฐศาสตร์
ร่วมกับผลลัพธ์ทางด้านคลินิก

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลพุทธ และหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม
และคุ้มครองผู้บริโภค ที่ให้ ข้อเสนอแนะที่เป็น
ประโยชน์ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้ความ
ร่วมมือในการปฏิบัติงานและรวบรวมข้อมูล และ
ขอขอบคุณ อ.ภก.ชินวัจน์ แสงอังศุมาลี ที่ให้
คำแนะนำในการทำวิจัยและตรวจแก้ไขงานวิจัย
ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Using medication reconciliation to prevent errors: in sentinel event alert [online]. 2006 [cited 2009 Oct 30]. Available from: http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/SentinelEventAlert/sea_35.htm.
2. ธิดา นิงสานนท์. Medication reconciliation. ใน: ธิดา นิงสานนท์, ปรีชา มณฑาทิฏฐ์ สุวัฒนา จุฬารัตน, บรรณาธิการ. Medication reconciliation. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : บริษัทประชาชนจำกัด; 2551. หน้า 1-26.
3. จันทน์ ฉัตรวิริยวงศ์, สุรพงษ์ ตูลาพันธุ์. ผลของกระบวนการประสานรายการยาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. สรรค์ประชารักษ์เวชสาร 2561; 3: 95-02.
4. กรองหทัย มะยะเฉียวและไพยม วงศ์ภูวรักษ์. ผลของกระบวนการสร้างความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมของโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง. วารสารเภสัชกรรมไทย 2559; 8(1): 84-91.
5. ศิริรัตน์ สไไทยและไพยม วงศ์ภูวรักษ์. ผลของกระบวนการสร้างความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาในหอผู้ป่วย อายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง. วารสารเภสัชกรรมไทย 2556; 5(1): 1-15.
6. โรงพยาบาลพุทธ. สรุปผลการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ 2564. ศรีสะเกษ: โรงพยาบาลพุทธ, 2564.
7. จักรี แก้วคำบัง. ผลของกระบวนการ Medication Reconciliation ในหอผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชน แห่งหนึ่ง. วารสารเภสัชกรรมไทย 2552; 2: 162-71.
8. National coordination council of medication error reporting and prevention. NCC MERP taxonomy of medication error [online]. 1998 [cited 2009 Nov 11]. Available from: <http://www.nccmerp.org/pdf/taxo2001-07-31.pdf>



เอกสารอ้างอิง

9. จักรี แก้วคำบัง. ผลของกระบวนการ Medication Reconciliation ในหอผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชน
แห่งหนึ่ง. วารสารเภสัชกรรมไทย 2552; 1(2): 162-171.
10. ฉัตรภากรณ์ พรหมโคตร, มณีรัตน์ รัตนามหัทธนะ. การพัฒนาและประเมินผลกระบวนการตรวจสอบความ
สอดคล้องของการสั่งใช้ยาในโรงพยาบาล: กรณีศึกษาผู้ป่วยเบาหวาน ณ หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลทั่วไป
ขนาดเล็กในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน 2560; 13(3) : 49-58.
11. เตือนเด่น บุญรังสรรค์, ณัฏฐิญา คำผล, วารณี บุญช่วยเหลือ. การพัฒนาระบบสั่งจ่ายยาโดยกระบวนการ
medication reconciliation เพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยาของผู้ป่วยที่มาติดตามการรักษา ณ
โรงพยาบาลสวนผึ้ง. วารสารแพทย์เขต 4-5 2553; 29(3): 385-91.
12. วราภรณ์ ภูมิอภิรัตน์, นัทที พรประภา. การประเมินผลกระบวนการประสานรายการยาที่มีผลต่อความ
คลาดเคลื่อนทางยาผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานจากหน่วยบริการปฐมภูมิ ณ โรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี.
วารสารอิเล็กทรอนิกส์ สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยศิลปากร 2558; 2(1): 65-73.

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อผลการประเมินร้านขายยาในจังหวัดเพชรบุรี ตามเกณฑ์วิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน

A Study of Factors Affecting Drug Store Assessment Results in Phetchaburi Province based on Good Pharmacy Practice

พงศ์พิสิฐ นานานุกูล¹

Pongpist Nananukool¹

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อผลการประเมินร้านขายยาในจังหวัดเพชรบุรีตามเกณฑ์วิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันในจังหวัดเพชรบุรี จำนวน 102 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ และบันทึกการประเมินวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน ระหว่างเดือนมิถุนายน 2565 ถึง กรกฎาคม 2565 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอโดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อผลการประเมินร้านขายยาในจังหวัดเพชรบุรีตามเกณฑ์วิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนโดยใช้สถิติ ไค-สแควร์ กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ผลการวิจัยพบว่า หมวดที่พบว่ามีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือหมวดที่ 2 อุปกรณ์ คิดเป็นร้อยละ 92.39 ค่าเฉลี่ยคะแนนรวมทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 89.30 ปัจจัยที่มีผลต่อผลการประเมินร้านขายยาในจังหวัดเพชรบุรีตามเกณฑ์วิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน คือ เพศ อาชีพ รายได้ต่อเดือน สถานภาพสมรสของผู้รับอนุญาต ประเภทร้านขายยา จำนวนชั่วโมงที่เปิดทำการ อำเภอที่ตั้งร้านขายยา ความเป็นเจ้าของอาคาร และระยะเวลาในการประกอบกิจการ ปัจจัยที่ไม่มีผลต่อความพึงพอใจในบริการคือ อายุ ระดับการศึกษา และจำนวนเภสัชกรที่ปฏิบัติการ หากมีการศึกษาวิจัยปัจจัยเชิงลึกอื่นเพิ่มเติมโดยเฉพาะในร้านขายยาที่มีผลการประเมินต่ำ หรือไม่ผ่านการประเมิน และกำหนดแนวทางการพัฒนา ปรับปรุงร้านขายยา เมื่อร้านขายยาได้ดำเนินการพัฒนา ปรับปรุงตามแนวทางแล้ว จึงดำเนินการประเมินเพื่อให้คะแนนประเมินของร้านขายยาเพิ่มมากขึ้น ประชาชนก็จะได้รับการจากร้านขายยาที่มีคุณภาพ

คำสำคัญ: ร้านขายยา, เกณฑ์วิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน

¹ เภสัชกรชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี

¹ Specialized Pharmacist Phetchaburi Provincial Public Health Office

E-mail: p_nananukool@hotmail.com



Abstract

This cross-sectional descriptive study aim was to examine drug store assessment results in Phetchaburi Province, including the factors affecting assessment results, based on Good Pharmacy Practice. The samples, collected from June to July 2022, covered 102 modern drug stores in Phetchaburi Province. Structured questionnaires and Good Pharmacy Practice Assessment Record were used for data collection. Statistics employed in this study were descriptive statistics, including percentage, average, and standard deviation. Factors which affect the assessment results of drug stores in Phetchaburi were examined by Good Pharmacy Practice, using chi-square. The level of significance was set at 0.05. According to the assessment results, category 2 Equipment got the highest score with 92.39 percent, and the total assessment results earned 88.30 percent. Factors that affected drug store assessment results in Phetchaburi Province were sex, occupation, monthly income, marital status, drug store type, open hours, district, building ownership, and operation period. Age, education, and the number of pharmacists have no influence on the assessment results. If there are further research studies on other depth factors, especially in low-performing pharmacies or the ones that did not pass the assessment, and setting development guidelines to improve drug stores, when drug stores had developed according to the practice, another assessment would be held for more scores. People will also receive services from qualified drug stores.

Keyword: Drug Store, Good Pharmacy Practice

บทนำ

ร้านยาเป็นหน่วยหนึ่งของระบบสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดประชาชน ไม่เพียงแต่ทำหน้าที่ด้านการกระจายยาเท่านั้น แต่ยังมีบทบาทสำคัญเปรียบเสมือนเป็น “ที่พึ่งด้านสุขภาพของชุมชน” เป็นทางเลือกหนึ่งของประชาชนในการใช้บริการเมื่อมีอาการหรือเจ็บป่วยเบื้องต้น (Common Illness) นอกจากนี้ ร้านยายังเป็นแหล่งที่สามารถให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพตนเอง การแนะนำและส่งต่อไปยังแพทย์ผู้เชี่ยวชาญตามความเหมาะสม ประเทศไทยมีร้านยาจำนวนมาก และกระจายในเขตต่าง ๆ ทั่วประเทศ ในปี พ.ศ. 2559 พบว่าร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ข.ย.1) ในประเทศไทยมีจำนวน 16,053 ร้าน โดยเขตสุขภาพที่ 13 ซึ่งเป็นพื้นที่ของกรุงเทพมหานคร มีร้านยามากที่สุด (4,774 ร้าน) คิดเป็นร้อยละ 29.74 ของจำนวนทั้งประเทศ ในส่วนภูมิภาคพบว่าเขตสุขภาพที่ 4 มีร้านยามากที่สุด (1,780 ร้าน) คิดเป็นร้อยละ 11.09 และเขตสุขภาพที่ 3 มีจำนวนร้านยาน้อยที่สุด (333 ร้าน) คิดเป็นร้อยละ 2.07 เมื่อดูจำนวนร้านยารายจังหวัด พบว่าจำนวนร้านยา มากที่สุด คือ กรุงเทพมหานคร (4,774 ร้าน) คิดเป็นร้อยละ 29.74 ⁽¹⁾ ในส่วนภูมิภาคพบว่าจังหวัดเพชรบุรี มีจำนวนร้านขายยาแผนปัจจุบัน 102 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 5.98 ⁽²⁾ ร้านยาดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งของระบบสาธารณสุขส่วนใหญ่ร้านยาจะเปิดบริการช่วงเวลายาวและเปิดทุกวัน ยกเว้นบางร้าน อาจเลือกปิดเป็นบางวัน ประชาชนจึงเข้าถึงบริการได้ง่าย ประกอบกับร้านยาเป็นหน่วยหนึ่งในภาคเอกชน การบริหารจัดการหรือการดำเนินการต่าง ๆ จึงสามารถช่วย

ประหยัดงบประมาณการคลังของรัฐในการดูแลสุขภาพของคนไทยซึ่งมีแนวโน้มที่เพิ่มมากขึ้นมาโดยตลอดได้ ⁽³⁾

ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้ออกกฎกระทรวงว่าด้วยการขออนุญาต และการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน พ.ศ. 2556 ⁽⁴⁾ สาระสำคัญที่เพิ่มเติมจากกฎกระทรวงฉบับเดิมที่สำคัญคือ การกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขในการต่ออายุใบอนุญาต โดยนำเรื่องการผ่านการตรวจประเมิน วิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน และประวัติการกระทำผิดตามกฎหมายว่าด้วยยา มาใช้ประกอบการพิจารณาเพื่อต่ออายุ สำหรับ “หลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน: Good Pharmacy Practice (GPP)” โดยร้านขายยาแผนปัจจุบันทุกประเภท ได้แก่ ร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ข.ย.1) ร้านขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสำเร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ (ข.ย.2) ร้านขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสำเร็จสำหรับสัตว์ (ข.ย.3) และร้านขายส่งยาแผนปัจจุบัน (ข.ย.4) จะต้องปฏิบัติตาม และจะต้องผ่านการประเมิน GPP ดังกล่าวเพื่อให้สามารถต่ออายุใบอนุญาตได้ โดยการบังคับนี้จะส่งผลทันทีกับร้านขายยาที่ได้รับอนุญาตหลังจากวันที่กฎกระทรวงฯ มีผลบังคับ คือ ร้าน ขายยาแผนปัจจุบันทุกประเภทที่ได้รับอนุญาตตั้งแต่วันที่ 25 มิถุนายน 2557 เป็นต้นไป สำหรับร้านขายยาที่ได้รับอนุญาตก่อนหน้านี้จะมีเวลาผ่อนผันในช่วงไม่เกิน 8 ปี นับแต่วันที่กฎกระทรวงมีผลบังคับ ⁽⁵⁾

สำหรับในปี 2562 รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขได้มีการนำร้านขายยาเข้าร่วมเป็นหน่วยบริการในระบบบริการสาธารณสุข เพื่อลด

ความแออัดในการที่ผู้ป่วยไปเข้าคิวรอรับยาที่โรงพยาบาลเป็นเวลานาน โครงการดังกล่าวนี้รองรับโดยเลือกร้านยาที่เป็นร้านยาคุณภาพ หรือร้านขายยาที่ผ่านตามเกณฑ์วิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน ทั้งนี้จังหวัดเพชรบุรีได้รับการคัดเลือกให้เป็นพื้นที่นำร่อง⁽⁶⁾ ซึ่งเป็นโอกาสที่ดีของร้านขายยาในจังหวัดเพชรบุรีที่จะมีส่วนร่วมในการให้บริการประชาชน ทำให้ร้านยามีความมั่นคงทางเศรษฐกิจ รวมถึงเภสัชกรได้แสดงบทบาทหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพเภสัชกรรมมากขึ้น แต่ยังพบว่ามียาขายยาที่ยังไม่สามารถ พัฒนาร้านของตนให้ผ่านเกณฑ์วิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนได้ ทำให้ร้านขายยาไม่สามารถประกอบกิจการต่อไปได้ ซึ่งการที่ร้านขายยาจะผ่านเกณฑ์การประเมินได้อาจมีปัจจัยทั้งในส่วนบุคคล หรือสภาพแวดล้อม ที่อาจมีผลต่อการพัฒนาร้านขายยา ผู้รับอนุญาตอาจดำเนินการปรับปรุงปัจจัยนั้น ๆ เพื่อส่งผลให้ผลการประเมินผ่านตามเกณฑ์วิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีต่อผลการประเมินร้านขายยาในจังหวัดเพชรบุรีตามเกณฑ์วิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน ทั้งในส่วนปัจจัยด้านบุคคลของผู้รับอนุญาต เช่น เพศ อายุ รายได้ อาชีพอื่น สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ได้แก่ ประเภทของร้านขายยา อำเภอที่ตั้ง ความเป็นเจ้าของกิจการ จำนวนเภสัชกรที่ปฏิบัติการ เป็นต้น อันจะเป็นประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาร้านขายยาแผนปัจจุบันในการปฏิบัติตามเกณฑ์วิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน เพื่อเป็นร้านยาที่มีคุณภาพและมาตรฐานสำหรับประชาชนในจังหวัดเพชรบุรี

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลการประเมินร้านขายยาในจังหวัดเพชรบุรี ตามเกณฑ์วิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการศึกษาวิจัยปัจจัยที่มีผลต่อผลการประเมินร้านขายยาในจังหวัดเพชรบุรี ตามเกณฑ์วิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนดให้ผู้รับอนุญาตร้านขายยาแผนปัจจุบันต้องปฏิบัติตาม และผู้รับอนุญาตขายยาในจังหวัดเพชรบุรี มีความแตกต่างของปัจจัยหลาย ๆ ปัจจัย อันจะส่งผลให้ผลการประเมินตามเกณฑ์วิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนไม่เหมือนกัน

สถานที่และระยะเวลาศึกษาวิจัย

ขอบเขตในการศึกษา (Scope of the Study)

การศึกษาปัจจัยของผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันในจังหวัดเพชรบุรี ที่มีผลต่อผลการประเมินตามเกณฑ์วิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน มีขอบเขตการศึกษา ดังนี้

1. ขอบเขตด้านพื้นที่และประชากร ศึกษาผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน ในจังหวัดเพชรบุรี รวม 102 แห่ง ได้แก่ อำเภอเมือง 43 แห่ง อำเภอท่าทาง 12 แห่ง อำเภอเขาย้อย 11 แห่ง อำเภอแก่งกระจาน 2 แห่ง อำเภอชะอำ 22 แห่ง อำเภอบ้านลาด 6 แห่ง และอำเภอบ้านแหลม 6 แห่ง

2. ขอบเขตด้านเนื้อหา ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อผลการประเมินร้านขายยาตามเกณฑ์วิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน โดยปัจจัยที่นำมาศึกษามีดังนี้ ปัจจัยส่วนบุคคลทั่วไปเกี่ยวกับ

ผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพอื่น รายได้สถานภาพสมรส ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ได้แก่ ประเภทร้านขายยา จำนวนชั่วโมงเปิดทำการ อำเภอที่ตั้งร้านขายยา ความเป็นเจ้าของอาคาร และจำนวนเภสัชกรที่ปฏิบัติการ

3. ขอบเขตด้านเวลา ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อผลการประเมินร้านขายยาในจังหวัดเพชรบุรีตามเกณฑ์วิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน ตั้งแต่เดือน มิถุนายน- กรกฎาคม 2565

รูปแบบและวิธีการวิจัย (Research Design and Methodology)

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางเพื่อศึกษาผลการประเมินและปัจจัยที่มีผลต่อผลการประเมิน ร้านขายยาในจังหวัดเพชรบุรี ตามหลักเกณฑ์วิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and Sampling)

ประชากร

ประชากรในการศึกษานี้ คือผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน ในจังหวัดเพชรบุรีรวม 102 แห่ง

กลุ่มตัวอย่าง

คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยการประมาณค่าสัดส่วนจากประชากรขนาดเล็ก โดยวิธีของเครซี มอร์แกน⁽⁷⁾

$$n = \frac{x^2 N p (1 - p)}{e^2 (N - 1) + x^2 p (1 - p)}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

e = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้

x = ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% (x = 3.841)

p = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (ถ้าไม่ทราบให้กำหนด p = 0.5)

แทนค่า $n = \frac{(3.841)(102)(0.5)(0.5)}{(0.05)(0.05)(102-1) + (3.841)(0.5)(0.5)}$ n = 81 จากจำนวนประชากร 102 ร้าน คำนวณด้วยวิธีของเครซี มอร์แกน เนื่องจากทราบจำนวนประชากรที่แน่นอนและประชากรมีความแตกต่างกัน ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 81 ร้าน จากนั้น กระจายกลุ่มตัวอย่างคำนวณตามสัดส่วนของประชากรในแต่ละกลุ่ม โดยแบ่งประชากรออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มที่หนึ่ง คือ ร้านขายยาที่มีผู้รับอนุญาตกับเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการคนละคน กลุ่มที่สอง คือ กลุ่มที่มีเภสัชกรเป็นทั้งผู้รับอนุญาตและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ และกลุ่มที่สาม คือ กลุ่มแฟรนไชส์

การสุ่มตัวอย่าง การเลือกกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มจะสุ่มเลือกจากประชากรโดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ตามเลขที่ใบอนุญาต

ตารางที่ 1 คัดเลือกตามสัดส่วนของประชากรแต่ละกลุ่ม

ประชากรทั้งหมด 102 ร้าน		
แฟรนไชส์	เกสซักรับผู้รับอนุญาตคนเดียวกัน	เกสซักรับผู้รับอนุญาตคนละคน
15	57	30
กลุ่มตัวอย่าง 81 ตัวอย่าง		
12	45	24

เครื่องมือในการวิจัย (Research Instrument)

ในการศึกษาวิจัยใช้เครื่องมือในการวิจัยเป็น

1. แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง แบ่งเนื้อหาเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพอื่น รายได้สถานภาพสมรส ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ได้แก่ ประเภทร้านขายยา จำนวนชั่วโมงเปิดทำการ อำเภอที่ตั้งร้านขายยา ความเป็นเจ้าของอาคาร และจำนวนเกสซักรับผู้รับอนุญาตที่มีลักษณะเป็นข้อความและภาครื่องหมายเลือก ตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหาคำถาม (Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้ IOC = 1.00

2. บันทึกการประเมินวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน ในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน ตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557

นำแบบสัมภาษณ์ที่ได้ปรับปรุงแล้ว และบันทึกการประเมินวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนไปทดสอบก่อน (Pre-Test) กับผู้รับอนุญาตขายยา

ในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จำนวน 30 คน เพื่อดำเนินการปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามและนำผลการประเมินตามบันทึกการประเมินวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในแต่ละหมวดที่ประเมิน ไปแบ่งกลุ่มคะแนนเพื่อทดสอบหาความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาค ในการศึกษาครั้งนี้ มีดังนี้

มาตรวัดผลการประเมินวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน หมวดที่ 1 สถานที่ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.964

มาตรวัดผลการประเมินวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน หมวดที่ 2 อุปกรณ์ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.922

มาตรวัดผลการประเมินวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน หมวดที่ 3 บุคลากร ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.935

มาตรวัดผลการประเมินวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน หมวดที่ 4 การควบคุมคุณภาพ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.920

มาตรวัดผลการประเมินวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน หมวดที่ 5 การปฏิบัติตามวิธี

ปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.928

มาตรวัดผลการประเมินวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน เฉลี่ยรวมได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.917

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้อาสาสมัครจากเจ้าหน้าที่ในกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค ก่อนเก็บข้อมูลได้มีการอบรมอาสาสมัคร ให้เข้าใจในแบบสัมภาษณ์ จากนั้นอาสาสมัครสัมภาษณ์ผู้รับอนุญาตแต่ละราย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่อจัดหมวดหมู่และให้ทราบลักษณะพื้นฐานทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยนำเสนอในรูปของการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ที่ใช้ในการวิเคราะห์หาความแตกต่างระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตามเพื่อทดสอบสมมติฐานคือ ไค-สแควร์ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยนำผลการประเมินของร้านขายยาแต่ละแห่ง มาจัดกลุ่มคะแนนผลการประเมินเป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่ม 1 คะแนนน้อยกว่า ร้อยละ 70, กลุ่ม 2 ระดับคะแนนตั้งแต่ ร้อยละ 70 ถึง 79.99, กลุ่ม 3 ระดับคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ถึง 89.99, กลุ่ม 4 ระดับคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 90 ขึ้นไป จากนั้นจึงนำไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS ต่อไป

จริยธรรมการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ความเสี่ยงด้านร่างกายที่อาจเกิดขึ้นและวิธีการป้องกันแก้ไข

ความเสี่ยงด้านร่างกายต่ำมาก ซึ่งผู้วิจัยมีการแก้ไขโดยการแนะนำตัวและแจ้งสถานที่ติดต่อกรณีเกิดปัญหาด้านร่างกาย

ความเสี่ยงด้านจิตใจที่อาจเกิดขึ้นและวิธีการป้องกันแก้ไข

อาสาสมัครวิจัยอาจมีความวิตกกังวลในคำถามบางข้อ และอาจรู้สึกอึดอัดที่รบกวนเวลาส่วนตัว ผู้วิจัยมีการป้องกันแก้ไขโดยการแจ้งกล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ในการตอบแบบสัมภาษณ์ (10 นาที) และประโยชน์โดยรวมที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะใช้ผลการวิจัยในการพัฒนาแนวทางการสนับสนุนร้านขายยาให้ผ่านการประเมินได้อย่างมีคุณภาพ

ความเสี่ยงด้านสังคมที่อาจเกิดขึ้นและวิธีการป้องกันแก้ไข

อาสาสมัครวิจัยอาจรู้สึกไม่ปลอดภัยในการให้ข้อมูลส่วนตัว เช่น ระดับการศึกษา รายได้ ฯลฯ ผู้วิจัยแก้ไขโดยการแจ้งถึงการรักษาความลับของข้อมูล การรายงานผลการวิจัยที่รายงานในภาพรวม ไม่ระบุชื่อและตำแหน่งที่อยู่ของร้านขายยา ซึ่งให้สิทธิ์ผู้เข้าถึงข้อมูลเฉพาะผู้วิจัยเท่านั้น และลบทำลายข้อมูลดิบทั้งหมดหลังจากการเขียนรายงานการวิจัยเสร็จสิ้นภายใน 1 ปี

ความเสี่ยงด้านกฎหมาย/ด้านอื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้นและการป้องกันแก้ไข

อาสาสมัครวิจัยมีสิทธิในการตัดสินใจอย่างอิสระในการตอบแบบสัมภาษณ์ และบอกเลิกการให้ข้อมูลได้ทุกเมื่อ โดยไม่มีผลใด ๆ ต่อการตรวจประเมินร้านขายยา และการปฏิบัติงานของอาสาสมัครวิจัย

ประเด็นเกี่ยวกับความลับ

ไม่มีเนื่องจากไม่มีข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลผลการประเมินร้านขายยาที่สามารถระบุตัวตนของอาสาสมัครวิจัย และทำลายข้อมูลหลังจากเสร็จสิ้นการศึกษารายงานภายใน 6 เดือน

ผลการวิจัย (Result)

ผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันที่ได้ทำการศึกษา ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.0 อายุผู้รับอนุญาตขายยา เฉลี่ยอายุ 44.32 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 10.28570อายุน้อยที่สุด 27 ปี และอายุมากที่สุด 78 ปี ส่วนใหญ่มีอายุตั้งแต่ 40 - 49 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.8 ระดับการศึกษาของผู้รับอนุญาต ส่วนใหญ่จบ

การศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 84.0 ผู้รับอนุญาตขายยาส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพอื่น คิดเป็นร้อยละ 51.9 โดยเฉลี่ยมีรายได้ต่อเดือน 82,129.63 บาท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 80,875.20393 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนตั้งแต่ 100,000 บาท ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 35.8 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 56.8 ประเภทร้านขายยาส่วนใหญ่เป็นร้านที่มีเภสัชกรเป็นผู้รับอนุญาต คิดเป็นร้อยละ 54.3 จำนวนชั่วโมงที่เปิดทำการเฉลี่ย 8.06 ชั่วโมงต่อวัน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 4.23776 ส่วนใหญ่จะเปิดร้านมากกว่า 10 ชั่วโมงต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 38.3 อำเภอที่มีร้านขายยามากที่สุดคืออำเภอเมือง คิดเป็นร้อยละ 34.6 ผู้รับอนุญาตขายยาส่วนใหญ่เป็นเจ้าของอาคาร คิดเป็นร้อยละ 58.0 ส่วนใหญ่จะมีเภสัชกรปฏิบัติการ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 96.3 ระยะเวลาที่ประกอบกิจการร้านขายยามาแล้วเฉลี่ย 9.78 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 8.36062 ส่วนใหญ่จะประกอบกิจการมาแล้วมากกว่า 9 ปี ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 40.7

ตารางที่ 2 ลักษณะทางประชากรศาสตร์ของผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน

ลักษณะทางประชากรศาสตร์	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	SD
เพศ			
ชาย	37.0		
หญิง	63.0		
อายุ			
		44.32	10.28570
ไม่เกิน 30 ปี	2.5		
30 - 39 ปี	30.9		
40 - 49 ปี	35.8		
50 - 59 ปี	24.7		
60 ปี ขึ้นไป	6.2		



ตารางที่ 2 ลักษณะทางประชากรศาสตร์ของผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน (ต่อ)

ลักษณะทางประชากรศาสตร์	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	SD
ระดับการศึกษา			
มัธยมศึกษาตอนต้น	1.2		
อนุปริญญา/ปวส.	1.2		
ปริญญาตรี	84.0		
สูงกว่าปริญญาตรี	13.6		
อาชีพอื่น			
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	51.9		
ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	23.5		
รับราชการ	24.7		
รายได้ต่อเดือน		82,129.63	80,875.20393
ไม่เกิน 49,999 บาท	30.9		
50,000 – 99,999 บาท	33.3		
100,000 บาท ขึ้นไป	35.8		
สถานภาพสมรส			
โสด	42.0		
สมรส	56.8		
หย่าร้าง	1.2		
ประเภทร้านขายยา			
เป็นร้านขายยาที่มีหลายสาขา	14.8		
ผู้รับอนุญาตเป็นเภสัชกร	54.3		
ผู้รับอนุญาตไม่ใช่เภสัชกร	30.9		
จำนวนชั่วโมงที่เปิดทำการ		8.06	4.23776
น้อยกว่า 5 ชั่วโมง	34.6		
5 – 9 ชั่วโมง	27.2		
มากกว่า 10 ชั่วโมง	38.3		



ตารางที่ 2 ลักษณะทางประชากรศาสตร์ของผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน (ต่อ)

ลักษณะทางประชากรศาสตร์	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	SD
อำเภอที่ตั้งร้านขายยา			
เมือง	34.6		
ท่าช้าง	12.3		
ชะอำ	19.8		
บ้านแหลม	11.1		
บ้านลาด	6.2		
เขาย้อย	13.6		
แก่งกระจาน	2.5		
ความเป็นเจ้าของอาคาร			
เป็นเจ้าของอาคาร	58.0		
ไม่ได้เป็นเจ้าของอาคาร	42.0		
จำนวนเภสัชกรที่ปฏิบัติการ			
1 คน	96.3		
มากกว่า 1 คน	3.7		
ระยะเวลาในการประกอบกิจการมา			
		9.78	8.36062
น้อยกว่า 5 ปี	35.8		
5 – 9 ปี	23.5		
มากกว่า 9 ปีขึ้นไป	40.7		

ผลการประเมินตามเกณฑ์การประเมินวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน

ตารางที่ 3 ผลการประเมินตามเกณฑ์การประเมินวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน

หมวด	คะแนนเต็ม	ค่าเฉลี่ย
หมวดที่ 1 สถานที่	100	89.6763
หมวดที่ 2 อุปกรณ์	100	92.3869
หมวดที่ 3 บุคลากร	100	90.6069
หมวดที่ 4 การควบคุมคุณภาพยา	100	85.1669
หมวดที่ 5 การปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน	100	87.7354
ร้อยละเฉลี่ยรวม	100	89.2989

ค่าเฉลี่ยผลการประเมินในแต่ละหมวด อยู่ใน
ระดับที่เกินร้อยละ 80 ทั้งสิ้น หมวดที่พบว่ามีค่าเฉลี่ย
สูงสุด คือ หมวดที่ 2 อุปกรณ์ คิดเป็นร้อยละ 92.3869

ต่ำสุด คือ หมวดที่ 4 การควบคุมคุณภาพยา คิดเป็น
ร้อยละ 85.1669 ค่าเฉลี่ยคะแนนรวมทั้งหมด คิดเป็น
ร้อยละ 89.2989

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ผลการประเมินตามเกณฑ์การประเมินวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน จำแนกตามปัจจัยที่ทำการศึกษา

ปัจจัย	เกณฑ์การประเมินวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน						
		สถานที่	อุปกรณ์	บุคลากร	การควบคุมคุณภาพยา	การปฏิบัติตาม GPP	ร้อยละเฉลี่ยรวม
เพศ	Chi-Square	4.842	4.892	4.479	8.687	3.624	12.123
	Sig	0.184	0.180	0.214	0.034	0.305	0.007
อายุ	Chi-Square	18.368	8.081	16.010	16.995	12.575	16.813
	Sig	0.105	0.779	0.191	0.150	0.401	0.157
ระดับการศึกษา	Chi-Square	1.223	4.424	7.592	3.783	2.741	6.039
	Sig	0.999	0.881	0.576	0.925	0.974	0.736
อาชีพ	Chi-Square	4.766	5.072	8.776	5.743	12.191	13.998
	Sig	0.574	0.535	0.187	0.453	0.058	0.030
รายได้ต่อเดือน	Chi-Square	8.921	8.417	10.508	8.038	16.602	15.596
	Sig	0.178	0.209	0.105	0.235	0.011	0.016
สถานภาพสมรส	Chi-Square	6.106	9.738	6.036	17.730	12.868	10.310
	Sig	0.411	0.136	0.419	0.007	0.045	0.112
ประเภทร้านขายยา	Chi-Square	11.203	12.584	24.155	17.508	27.010	27.228
	Sig	0.082	0.050	0.000	0.008	0.000	0.000
จำนวนชั่วโมงที่เปิดทำการ	Chi-Square	3.571	6.221	7.362	9.532	11.647	13.489
	Sig	0.735	0.399	0.289	0.146	0.070	0.036
อำเภอที่ตั้งร้านยา	Chi-Square	24.516	19.133	29.678	21.782	25.878	28.810
	Sig	0.139	0.384	0.041	0.242	0.103	0.051
ความเป็นเจ้าของอาคาร	Chi-Square	3.842	4.090	12.761	21.527	9.061	10.239
	Sig	0.279	0.252	0.005	0.000	0.028	0.017
จำนวนเภสัชกรที่ปฏิบัติการ	Chi-Square	3.439	1.780	0.721	1.534	4.911	2.077
	Sig	0.329	0.619	0.868	0.675	0.178	0.557
ระยะเวลาในการประกอบกิจการมาแล้ว	Chi-Square	8.151	4.706	5.729	11.802	13.370	7.162
	Sig	0.227	0.582	0.454	0.067	0.038	0.306

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติต่ำกว่า 0.05

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

การประเมินตามเกณฑ์การประเมินวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน เป็นการประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด ในประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน ในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557⁽⁴⁾ และการผ่านประเมินต้องเป็นไปตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการผ่านการตรวจประเมินตามวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน ข้อ 5⁽⁷⁾ คือ ไม่พบข้อบกพร่องที่เป็นข้อบกพร่องร้ายแรง (Critical Defect) และคะแนนเฉลี่ยในแต่ละหมวดต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 จะเห็นได้ว่าค่าเฉลี่ยผลการประเมินในแต่ละหมวดอยู่ในระดับที่เกินร้อยละ 80 ทั้งสิ้น หมวดที่พบว่ามีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ หมวดที่ 2 อุปกรณ์ คิดเป็นร้อยละ 92.3869 ต่ำสุด คือ หมวดที่ 4 การควบคุมคุณภาพยา คิดเป็นร้อยละ 85.1669 ค่าเฉลี่ยคะแนนรวมทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 89.2989

ปัจจัยที่ได้ทำการศึกษา จะเห็นได้ว่า ในแต่ละหมวดที่ดำเนินการประเมิน มีปัจจัยที่มีผลต่อผลการประเมินแตกต่างกัน ปัจจัยเพศเป็นปัจจัยที่มีผลต่อผลการประเมินตามเกณฑ์การประเมินวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน หมวดที่ 4 การควบคุมคุณภาพยา และ ร้อยละของผลการประเมินเฉลี่ยรวม อาจเนื่องจากความแตกต่างของเพศที่มีความละเอียด ในการทำเอกสารที่แตกต่างกัน สอดคล้องกับผลการวิจัยของ เขมิกา กิตติพงศ์⁽⁸⁾ ปัจจัยรายได้ต่อเดือน อาชีพอื่น ๆ สถานภาพสมรส

เป็นปัจจัยที่มีผลต่อผลการประเมินตามเกณฑ์การประเมินวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน ซึ่งร้านขายยาที่มีรายได้มากกว่า ย่อมมีศักยภาพในการปรับปรุงร้านตามเกณฑ์ได้ดีกว่า และการที่ผู้รับอนุญาตมีอาชีพอื่นนอกจากกิจการร้านขายยาเพียงอย่างเดียว ย่อมมีรายได้มากกว่า ส่วนสถานภาพสมรสในสังคมปัจจุบันที่คู่สมรมักจะทำงานด้วยกันทั้งคู่ก็อาจทำให้ผู้รับอนุญาตที่มีสถานภาพสมรสมีรายได้ครอบคลุมมากกว่า ส่งผลต่อศักยภาพในการปรับปรุงร้านตามเกณฑ์การประเมินวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนเช่นเดียวกันสอดคล้องกับผลการวิจัยของณิชนันต์ ธรรมสุวรรณ⁽⁹⁾ ปัจจัยประเภทของร้านขายยาเป็นปัจจัยที่มีผลต่อผลการประเมินตามเกณฑ์การประเมินวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนเกือบทุกหมวด ยกเว้น หมวดที่ 1 สถานที่ โดยเฉพาะร้านขายยาประเภทที่เภสัชกรเป็นผู้รับอนุญาตเอง ย่อมตระหนักถึงการปฏิบัติตามเกณฑ์การประเมินวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน ร้านขายยาประเภทเฟรนไชส์ส่วนใหญ่จะพยายามพัฒนาร้านให้ได้คุณภาพอยู่แล้วเพื่อให้ประชาชนมั่นใจในการใช้บริการในแต่ละสาขา สอดคล้องกับผลการวิจัยของศุทธิณี เหลืองวงศ์⁽¹⁰⁾ ที่ศึกษาพบว่ามีความแตกต่างของประเภทร้านขายยาที่จะปฏิบัติตามเกณฑ์การประเมินวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน ปัจจัยจำนวนชั่วโมงที่เปิดทำการ ระยะเวลาที่เปิดร้านยาเป็นปัจจัยที่มีผลต่อผลการประเมินตามเกณฑ์การประเมินวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน ซึ่งการที่ร้านขายยาเปิดกิจการมานานและมีจำนวนที่เปิดทำการในแต่ละวันหลาย ๆ ชั่วโมง ย่อมเป็นร้านขายยาที่มีรายได้มากกว่า และต้องพยายามปรับปรุงคุณภาพของ

ร้านขายยาตามเกณฑ์การประเมินวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน ให้สามารถประกอบกิจการต่อไปได้ สอดคล้องกับผลการวิจัยของเทพศักดิ์ อังคนวิสัย⁽¹¹⁾ ปัจจัยอำเภอที่ตั้ง ความเป็นเจ้าของกิจการ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อผลการประเมินตามเกณฑ์การประเมินวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน โดยเฉพาะอำเภอที่อยู่ในเขตชุมชนหรือในเขตเมืองส่วนใหญ่จะเป็นร้านขายยาขนาดใหญ่ และยังเป็นเจ้าของอาคารที่เปิดกิจการด้วยแล้วย่อมต้องปรับปรุงร้านตามเกณฑ์การประเมินวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน เพื่อให้ร้านของตนสามารถประกอบกิจการต่อไปได้ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ อภิรักษ์ วงศ์รัตนชัย และคณะ⁽¹²⁾

การดำเนินการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ยังเป็นการเร่งรัดให้การประเมินร้านขายยาในจังหวัดเพชรบุรี มีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น ผู้รับอนุญาตขายยาที่ได้รับการประเมินจะทราบข้อบกพร่องของตน เพื่อดำเนินการแก้ไขข้อบกพร่อง ปรับปรุงพัฒนาร้านขายยาของตน ให้มีคะแนนผลการประเมินมากขึ้น อันจะส่งผลให้ได้รับการต่ออายุใบอนุญาตในปี 2565 สามารถประกอบกิจการต่อไปได้ในปี 2566 ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยเพศ อาชีพอื่น รายได้ต่อเดือน สถานภาพสมรส ประเภทร้านยา จำนวนชั่วโมงที่เปิดทำการ อำเภอที่ตั้งร้านขายยา ความเป็นเจ้าของอาคาร และระยะเวลาในการประกอบกิจการ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อผลการประเมิน ในแต่ละหมวดที่แตกต่างกัน บางปัจจัยเป็นปัจจัยที่ผู้รับอนุญาตสามารถปรับปรุงเปลี่ยนแปลงได้ ซึ่งการปรับปรุง เปลี่ยนแปลงนั้น ย่อมส่งผลต่อคะแนนผลการประเมินที่มากขึ้น เช่น การเพิ่มชั่วโมงที่เปิดทำการโดยจัดให้มีเภสัชกรมาปฏิบัติการที่ร้านตามจำนวนชั่วโมงที่เพิ่มขึ้น การตัดสินใจเข้าเป็นเจ้าของอาคารที่ตั้งร้านขายยา

ซึ่งปัจจัยนี้มีผลต่อผลการประเมิน 3 หมวด รวมถึงคะแนนเฉลี่ยรวมในทุกหมวด

ข้อเสนอแนะ

หากมีการศึกษาวิจัยปัจจัยเชิงลึกอื่นเพิ่มเติม โดยเฉพาะในร้านขายยาที่มีผลการประเมินต่ำหรือไม่ผ่านการประเมิน รวมทั้งนำปัจจัยที่มีผลเกณฑ์การประเมินจากการศึกษาในครั้งนี้ ไปศึกษาเพิ่มเติมให้ละเอียดมากขึ้น ทำให้ทราบว่า ต้องปรับปรุงปัจจัยในส่วนใดบ้าง เพื่อให้คะแนนดีขึ้น รวมทั้งร้านขายยาที่มาขออนุญาตใหม่ก็จะได้ใช้เป็นข้อมูลในการประเมินตนเองก่อนตัดสินใจเปิดกิจการได้ คะแนนการประเมินจะมีผลต่อการพิจารณาต่ออายุใบอนุญาตในปี 2565 หากไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินตามที่ประกาศกระทรวงกำหนด การกำหนดแนวทางการพัฒนา ปรับปรุงร้านขายยาจากการดำเนินการศึกษาวิจัยปัจจัยที่มีผลต่อผลการประเมิน รวมทั้งปัจจัยเชิงลึกอื่นเพิ่มเติม เมื่อร้านขายยาได้ดำเนินการพัฒนา ปรับปรุงตามแนวทางในช่วงเวลาที่กำหนดแล้ว จึงดำเนินการประเมินเพื่อให้คะแนนประเมินของร้านขายยาได้ คะแนนผลการประเมินเพิ่มมากขึ้น จะส่งผลให้ประชาชนได้รับบริการจากร้านขายยาที่มีคุณภาพต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ดร.ธัญพร ชื่นกลิ่น ดร.ภก.ชูเกียรติ เพียรชนะ และ ดร.อุไรรัตน์ บุญแท้ ที่ได้ช่วยตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหา ของเครื่องมือวิจัย และให้คำชี้แนะเกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัยเพื่อให้นักศึกษามีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอขอบคุณผู้ช่วยวิจัยทุกท่าน ที่ทำให้การศึกษามีความสมบูรณ์และเก็บข้อมูลได้อย่างครบถ้วน

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัล. (2560). รายงานประจำปี 2559 สำนักงานสถิติแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี. (2565). สถิติสถานประกอบการด้านยาจังหวัดเพชรบุรี (ข้อมูล ณ วันที่ 29 เมษายน 2565). [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 29 เมษายน 2565]. แหล่งข้อมูล: <http://pbio.moph.go.th/upload/2022/04/202204291751316421.pdf>
3. สมุน นิติการุญ และนิลวรรณ อยู่ภักดี. (2563). การกระจายร้านยากับความต้องการด้านสุขภาพในประเทศไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 14(1), 71-87.
4. กฎกระทรวงการขออนุญาตและการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน พ.ศ. ๒๕๕๖. (27 ธันวาคม 2556). ราชกิจจานุเบกษา. 130(126ก). หน้า 1-7.
5. ทรงศักดิ์ วิมลกิตติพงษ์. (2561). หลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน (Good Pharmacy Practice :GPP) ตอนที่ 1. สืบค้น 24 สิงหาคม 2561, จาก http://newsser.fda.moph.go.th/advancepharmacy/2009/_file/201624163259.pdf
6. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2564). ผลการดำเนินงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 6 เดือน ปีงบประมาณ 2564 (1 ตุลาคม 2562-31 มีนาคม 2564). [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 20 กรกฎาคม 2564]. แหล่งข้อมูล: https://www.nhso.go.th/operating_results/48.
7. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการผ่านการตรวจประเมินตามวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน. (27 พฤษภาคม 2559). ราชกิจจานุเบกษา ฉบับพิเศษ. 133(123ง). หน้า 17.
8. เขมิกา กิตติพงษ์. (2558). ปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงานของพนักงานบริษัทกรู๊ปรักษาสุขภาพบริการจำกัด สำนักงานใหญ่อาคารสุขุมวิท. วารสารวิชาการการตลาดและการจัดการมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี, 2(2), 51-62.
9. นิชนันท์ ธรรมสุวรรณ. (2550). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจและประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของพนักงาน กรณีศึกษา บริษัท กิ๊ตส์เอ็มเอฟจี (ไทยแลนด์) จำกัด (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
10. ศุทธิณี เหลือวงศ์. (2561). การขับเคลื่อนนโยบายการพัฒนามาตรฐานของร้านยาในจังหวัดอุดรธานี. วารสารเภสัชกรรมไทย, 10(1), 38.
11. เทพศักดิ์ อังคนาวินิจฉัย. (2557). ความพร้อมของร้านขายยาแผนปัจจุบัน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ในการปฏิบัติตาม (ร่าง) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง วิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรม. ม.ป.ท.: ม.ป.พ.
12. อภิรักษ์ วงศ์รัตนชัย, เพชรกุลชล เตียวตระกูล, ปิยพร เงินทองเนียม, และสุนันทา คำทวี. (2550). ความคิดเห็นของผู้มารับบริการที่มีต่องานบริการของร้านยาคุณภาพในกรุงเทพมหานคร. วารสารวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์, 21(1), 55-66.



เอกสารอ้างอิง

13. Krejcie, R.v. & Morgan, W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educ Psychol Meas*, 30(3), 607-9.
14. World Health Organization. (2011). Good Pharmacy Practice joint FIP/WHO Guidelines on GPP: Standards for quality of pharmacy services. Forty-fifth Report of the WHO Expert Committee on Specifications for Pharmaceutical Preparations. WHO Technical Report Series, 961, 310-323.

การควบคุมและการใช้ประโยชน์จากกัญชาในประเทศไทย

Controllation and Utilization from Cannabis in Thailand

ราชัน คงชุม

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง

พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ได้กำหนดกัญชา⁽¹⁾ เป็นยาเสพติดประเภท 5 ซึ่งหมายถึง ยาเสพติดให้โทษที่มีได้เข้าอยู่ในประเภท 1 ถึงประเภท 4 เช่น กัญชา พืชกระท่อม แต่เมื่อมีการออกพระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ได้ยกเลิกพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 และได้ระบุข้อความใหม่ไว้ใน มาตรา 29 (5) ของประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ว่ายาเสพติดประเภท 5 หมายถึงยาเสพติดให้โทษที่มีได้เข้าอยู่ในประเภท 1 ถึงประเภท 4 เช่น พืชฝิ่น ทั้งนี้ ไม่ได้รวมกัญชาไว้ในรายการยาเสพติดประเภท 5 กระทรวงสาธารณสุขจึงออกประกาศ เรื่อง ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 พ.ศ. 2565⁽²⁾ กำหนดให้ พืชฝิ่น เห็ดขี้ควาย และสารสกัดจากทุกส่วนของพืชกัญชา หรือ กัญชง เป็นยาเสพติดให้โทษ ประเภท 5 ยกเว้นสารสกัดที่มีปริมาณสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (Tetrahydrocannabinol, THC) ไม่เกินร้อยละ 0.2 โดยน้ำหนัก ทั้งนี้จะต้องเป็นกัญชาหรือกัญชงที่ได้รับอนุญาตให้สกัดจากพืชกัญชาหรือกัญชงที่ปลูกในประเทศ หรือเป็นสารสกัดจากเมล็ดของพืชกัญชาหรือกัญชงที่ได้จากการปลูกในประเทศเท่านั้น จะเห็นได้ว่าเฉพาะสารสกัดของกัญชาหรือกัญชงที่มีปริมาณสาร THC เกินร้อยละ 0.2 โดยเท่านั้นที่จะเป็นยาเสพติดประเภท 5 ส่วนช่อดอกหรือส่วนประกอบของอื่น ๆ ของกัญชา ย่อมไม่ใช่ยาเสพติดประเภท 5 อีกต่อไป

จะเกิดอะไรขึ้นหากมีการนำช่อดอกของกัญชาไปใช้สูบเข้าสู่ร่างกายเพื่อการสันทนาการ หรือเสพด้วยวิธีอื่น หากนำไปใช้ผิดวัตถุประสงค์ทางการแพทย์แล้ว ย่อมมีผลเสียเกิดขึ้นต่อร่างกายผู้เสพ ตลอดจนเกิดผลเสียต่อสังคมตามมาได้ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องกำหนดให้การกระทำให้เกิดกลิ่น หรือควันจากกัญชา กัญชง หรือพืชอื่นใด เป็นเหตุรำคาญ พ.ศ. 2565⁽³⁾ เนื่องจากการกระทำให้เกิดกลิ่นหรือควันกัญชาเป็นเหตุรำคาญ เช่น การสูบกัญชาเพื่อการสันทนาการ โดยควันของกัญชาจะมีอนุภาคขนาดเล็กที่สามารถเข้าสู่ปอดได้ด้วยการหายใจเอาควันเข้าไป ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย เช่น โรคปอด หอบหืด หลอดลมอักเสบ เพื่อควบคุมและป้องกันมิให้ เกิดผลกระทบจนเป็นเหตุให้เสื่อมหรืออาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพของผู้อยู่อาศัยบริเวณใกล้เคียงหรือ ผู้ที่ต้องประสบกับเหตุนั้น เป็นที่มาของการออกประกาศเหตุรำคาญ ตามมาตรา 25 (5) แห่งพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535⁽⁴⁾

อย่างไรตาม การจัดการเหตุรำคาญจะต้องให้เจ้าพนักงานท้องถิ่นอันหมายถึง นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด นายกเทศมนตรีสำหรับในเขตเทศบาล นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสำหรับในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร นายกเมืองพัทยาสำหรับในเขตเมืองพัทยา⁽⁴⁾ มีอำนาจห้าม

ผู้หนึ่งผู้ใดมิให้ก่อเหตุรำคาญในที่ หรือทางสาธารณะ หรือสถานที่เอกชน รวมทั้งการระงับเหตุรำคาญในเขตของตน ซึ่งเจ้าพนักงานท้องถิ่นมีอำนาจออกคำสั่งเป็นหนังสือเพื่อระงับ กำจัดและควบคุมเหตุรำคาญต่าง ๆ ได้ ดังนั้น การทำให้เกิดควันจากการเสกัญชาในทางสาธารณะหรือในที่เอกชน เป็นหน้าที่ของเจ้าพนักงานท้องถิ่นในการจัดการเหตุรำคาญเกิดขึ้น โดยเจ้าพนักงานท้องถิ่นมีอำนาจออกคำสั่งเป็นหนังสือให้บุคคลซึ่งเป็นต้นเหตุหรือเกี่ยวข้องกับการก่อหรืออาจก่อให้เกิดเหตุรำคาญนั้น ระงับหรือป้องกันเหตุรำคาญภายในเวลาอันสมควรตามที่ระบุไว้ในคำสั่ง หากในกรณีที่ปรากฏว่าไม่มีการปฏิบัติตามคำสั่งของเจ้าพนักงานท้องถิ่นและเหตุรำคาญที่เกิดขึ้นอาจเกิดอันตรายอย่างร้ายแรง ผู้ฝ่าฝืนต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามเดือน หรือปรับไม่เกินสองหมื่นห้าพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ เหตุรำคาญจากการทำให้เกิดควันจากการเสกัญชาจึงเป็นการให้อำนาจแก่เจ้าพนักงานท้องถิ่นในการจัดการซึ่งเป็นเรื่องใหม่ของท้องถิ่น อาจกล่าวได้ว่าจะเกิดปัญหาในทางปฏิบัติในการระงับยับยั้งเหตุรำคาญที่เกิดขึ้น อีกทั้งการสร้างเหตุรำคาญโดยการเสกัญชาเป็นเพียงการกระทำการเพียงขณะใดขณะหนึ่ง การปฏิบัติควบคุมเหตุรำคาญอาจมีความยุ่งยากหากไม่มีการปฏิบัติร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ เช่น ตำรวจ ฝ่ายปกครอง ฝ่ายสาธารณสุข

เมื่อการควบคุมเหตุรำคาญจากควันกัญชาจัดการได้ยาก เนื่องจากช่อดอกกัญชาประชาชนสามารถหาซื้อได้ง่ายไม่มีกฎหมายควบคุม จึงเป็นที่มาของการออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องสมุนไพรควบคุม (กัญชา) พ.ศ. 2565⁽⁵⁾ กำหนดให้กัญชาหรือสารสกัดจากกัญชาซึ่งเป็นพืชในสกุล Cannabis เป็นสมุนไพรควบคุม อนุญาต

ให้ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ยี่สิบปีขึ้นไปเท่านั้นสามารถครอบครอง ใช้ประโยชน์ ขนย้าย หรือสามารถจำหน่ายได้ โดยห้ามใช้ประโยชน์โดยการสูบห้ามจำหน่ายให้กับผู้ที่มีอายุต่ำกว่ายี่สิบปี สตรีมีครรภ์หรือสตรีให้นมบุตร ทั้งนี้ได้อนุญาตให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนจีน และหมอพื้นบ้านตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการแพทย์แผนไทย สามารถใช้ประโยชน์จากสมุนไพรควบคุม (กัญชา) ให้กับผู้ป่วยของตนได้โดยไม่ต้องขออนุญาต ในปริมาณการใช้ไม่เกินสามสิบวัน ประกาศฉบับนี้ออกตามพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542⁽⁶⁾ ซึ่งเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติฉบับนี้คือ เพื่อให้ประชาชนดูแลสุขภาพและบำบัดโรคด้วยการแพทย์แผนไทยการใช้สมุนไพร เพื่อการพึ่งพาตนเองในระดับครอบครัว ชุมชน และระดับชาติ ส่งเสริมและการวิจัยพัฒนายาจากสมุนไพรเพื่อผลทางเศรษฐกิจทำให้ประเทศไทยพึ่งตนเองด้านการผลิตยาได้มากขึ้น แต่การออกประกาศเรื่อง สมุนไพรควบคุม (กัญชา) เป็นการพิจารณาในประเด็น เพื่อเป็นการลดช่องว่างของการควบคุมกัญชา ด้วยเหตุไม่มีกฎหมายในการควบคุมช่อดอกของกัญชาที่ยังไม่ได้แปรรูป หรือยังไม่ได้เป็นสารสกัด นอกจากนี้ยังห้ามมิให้ผู้ใดศึกษาวิจัยหรือส่งออกสมุนไพรควบคุม หรือจำหน่าย หรือแปรรูปสมุนไพรควบคุมเพื่อการค้า เว้นแต่จะได้รับใบอนุญาตจากผู้อนุญาต การขอรับใบอนุญาตและการออกใบอนุญาตซึ่งมุ่งเน้นในการควบคุมช่อดอกของกัญชา เพื่อป้องกันการนำช่อดอกไปใช้เพื่อการสันตนาการ

ประกาศสมุนไพรควบคุม (กัญชา) จึงเป็นการออกข้อกำหนดที่เป็นการควบคุมกัญชาหรือสารสกัดกัญชา จากทุกส่วนของกัญชา ตั้งแต่ราก ลำต้น ใบ ดอก เมล็ด หรือสารสกัด จึงอาจเป็นออกข้อบังคับที่เข้าซ้อนกับกฎหมายระดับรองอื่น ๆ เนื่องจากหากประชาชนหรือผู้ประกอบการต้องการใช้ประโยชน์กัญชาเพื่อการค้า จะต้องปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องสมุนไพรควบคุม และหากนำส่วนประกอบของกัญชาหรือกัญชง ไปผลิต ผสม หรือปรุงเป็นผลิตภัณฑ์สุขภาพต่าง ๆ ต้องปฏิบัติตามข้อกำหนดตามกฎหมายของผลิตภัณฑ์นั้น ๆ ไม่ว่าจะเป็นกฎหมายว่าด้วยยา กฎหมายว่าด้วยผลิตภัณฑ์สมุนไพร กฎหมายว่าด้วยเครื่องสำอาง กฎหมายว่าด้วยอาหาร

ทั้งนี้ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 427) พ.ศ. 2564 ออกตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 เรื่อง ผลิตภัณฑ์อาหารที่มีส่วนประกอบของส่วนของกัญชาหรือกัญชง (7) ในประกาศฉบับนี้ได้กำหนดให้ผลิตภัณฑ์อาหารที่มีส่วนประกอบของกัญชาเป็นอาหารควบคุมเฉพาะ โดยส่วนของกัญชาที่สามารถนำมาใช้ในการผลิตอาหาร ได้แก่ เปลือก ลำต้น เส้นใย กิ่ง ก้าน และราก ใบที่ไม่มียอดหรือช่อดอกติดมาด้วย หากนำไปตรวจวิเคราะห์สาร โดยให้ใช้วิธีการตรวจยืนยันที่ห้องปฏิบัติการตรวจวิเคราะห์ด้วยเครื่องมือที่ใช้หลักการโครมาโตกราฟีแบบของเหลวสมรรถนะสูง (High Performance Liquid Chromatography, HPLC) หรือสูงกว่า จะพบสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (THC) ได้ไม่เกิน 1.6 มิลลิกรัมต่อหน่วยบรรจุ ตรวจพบสารแคนนาบิไดออล (CBD) ไม่เกิน 1.41 มิลลิกรัม

ต่อหน่วยบรรจุ ส่วนฉลากจะต้องแสดงข้อความคำเตือนอย่างครบถ้วนตามข้อกำหนดของประกาศ

การนำกัญชาและกัญชงไปใช้ในเครื่องสำอาง จะต้องปฏิบัติตามประกาศคณะกรรมการเครื่องสำอาง เรื่องฉลากของเครื่องสำอางที่มีส่วนผสมของสารสกัดที่มีสารแคนนาบิไดออลจากกัญชาและกัญชง พ.ศ. 2564 กำหนดให้ผู้ผลิตหรือผู้รับจ้างผลิตเครื่องสำอางที่มีสารสกัดที่มีสารแคนนาบิไดออลจากกัญชาและกัญชงเป็นส่วนผสมในการผลิตเครื่องสำอางจัดทำฉลากให้สอดคล้องกับประกาศคณะกรรมการเครื่องสำอาง เรื่อง ฉลากของเครื่องสำอาง พ.ศ. 2562⁽⁸⁾ รวมทั้งการแจ้งคำเตือนให้ผู้บริโภคทราบ

ส่วนการนำกัญชาไปใช้ในผลิตภัณฑ์หรือผลิตภัณฑ์สมุนไพร จำเป็นต้องพิจารณาตามสูตรตำรับยาที่ซึ่งต้องเป็นไปตามตำรายาที่ประกาศรับรอง หรือหากเป็นกรณีตำรับผลิตภัณฑ์สมุนไพรใหม่ หรือยาใหม่ จะต้องมีการศึกษาวิจัยส่งพิจารณาความปลอดภัยให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาพิจารณาตามหลักเกณฑ์ของพระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2562 หรือหลักเกณฑ์ของพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510

เมื่อยังไม่มีข้อกำหนดในการควบคุมอนุญาตการปลูกกัญชา ตลอดจนระบบการติดตามการปลูกกระทรวงสาธารณสุขจึงเปิดรับจัดแจ้งในการปลูกกัญชาโดยสมัครใจ ส่วนการควบคุมการจำหน่ายช่อดอกกัญชาให้บังคับตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องสมุนไพรควบคุม (กัญชา) พ.ศ.2565 โดยจะต้องเป็นกัญชาที่ยังไม่ผ่านกระบวนการสกัด หากสกัดได้พบค่า THC มากกว่าร้อยละ 0.2 โดยน้ำหนักจึงถือเป็นยาเสพติดประเภท 5 ต้องบังคับตามประมวลกฎหมายยาเสพติด

หากแปรรูปกัญชาเพื่อนำไปใช้ในการผลิตเป็นอาหาร ยา เครื่องสำอาง จะต้องมีความของ THC ไม่เกินข้อกำหนดของผลิตภัณฑ์นั้น ๆ และปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดของตัวผลิตภัณฑ์

การควบคุมกัญชาโดยให้เป็นสมุนไพรควบคุม แม้จะไม่ตรงเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติส่งเสริมและคุ้มครองภูมิปัญญาแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542 ก็ตาม แต่อย่างน้อยก็เป็นหลักประกันในการสร้างความปลอดภัยแก่ประชาชนได้ในระดับหนึ่ง ทั้งนี้ปริมาณช่อดอกกัญชาในประเทศจะมากหรือน้อย

ย่อมแปรผันตามแหล่งปลูก เนื่องจากขณะนี้การปลูกยังไม่มีหลักเกณฑ์ในการอนุญาตแต่อย่างใด ทำให้ไม่ทราบปริมาณช่อดอกที่ได้จากการปลูกแต่ละแหล่งได้ หากไม่สามารถติดตามและควบคุมการใช้ช่อดอกของกัญชาได้อย่างดีพอ อาจเกิดปัญหายาเสพติดตามมาได้ ดังนั้น ไม่ว่าจะการควบคุมการใช้ประโยชน์จากกัญชาจะใช้กฎหมายใดก็ตาม ประเทศไทยก็ยังคงมีพันธสัญญาที่จะต้องปฏิบัติตามอนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ค.ศ. 1961 และพิธีสารแก้ไขเพิ่มเติมอนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ค.ศ. 1972⁽⁹⁾

เอกสารอ้างอิง

1. พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 96 ตอน 63 ก. 27 เมษายน 2522.
2. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเทศ 5 พ.ศ.2565. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 139 ตอนพิเศษ 35 ง. 9 กุมภาพันธ์ 2565: หน้า 8.
3. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดให้การกระทำให้เกิดกลืน หรือควั่นกัญชา กัญชง หรือพืชอื่นใด เป็นเหตุร้าย พ.ศ.2565. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 139 ตอนพิเศษ 134 ง. 14 มิถุนายน 2565: หน้า 2.
4. พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2535. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 109 ตอนที่ 38 หน้า 27. 5 เมษายน 2535: หน้า 5.
5. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สมุนไพรควบคุม (กัญชา) พ.ศ.2565. 16 มิถุนายน 2565: หน้า 9.
6. พระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ.2542. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 116 ตอนที่ 120 ก. 29 พฤศจิกายน 2542: หน้า 16.
7. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 427) พ.ศ.2564 ออกตามความในพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ.2522 เรื่องผลิตภัณฑ์อาหารที่มีส่วนประกอบของส่วนของกัญชาหรือกัญชง. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 138 ตอนพิเศษ 168 ง. 23 กรกฎาคม 2564: หน้า 22-24.
8. ประกาศคณะกรรมการเครื่องสำอาง เรื่อง ฉลากของเครื่องสำอาง พ.ศ. 2562. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 138 ตอนพิเศษ 105 ง. 17 พฤษภาคม 2564: หน้า 8.
9. กองนิติการ สำนักงาน ป.ป.ส. กระทรวงยุติธรรม. รวมอนุสัญญาสหประชาชาติเกี่ยวกับการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กรุงเทพฯ: สำนักงานงบประมาณความช่วยเหลือป้องกันและปราบปรามยาเสพติด; 2546.

ไม่เห็นเกี่ยวกับเราเลย

จันทร์จรัส จงสุขวิโรจน์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี

เวลาใกล้เที่ยงของวันที่ร้อนอบอ้าว ภายในห้องทำงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ที่เงียบจนได้ยินเสียงแอร์คอนดิชันเนอร์ดังเบา ๆ ซึ่งทำให้ห้องเย็นเฉียบ ไฟนีออนดวงยาวสีขาวติดบนเพดาน เพิ่มแสงสว่างภายในห้องที่อบอวลไปด้วยความตึงเครียด โต๊ะทำงานหลายตัวที่วางเรียงรายจนแทบมองไม่เห็นทางเดิน บนโต๊ะเต็มไปด้วยแฟ้มและเอกสารเรื่องโครงการอาหารปลอดภัยกองทัพบก ๆ กัน กระจัดกระจาย

ในขณะที่เกสซกรอย่างฉันทกำลังนั่งคิดถึงงานที่ได้รับมอบหมาย ทันใดนั้น เสียงกรีดร้องโทรศัพท์ดังขึ้นอย่างต่อเนื่องไม่ขาดสายสายโทรศัพท์ “ไครนะ” เมื่อฉันทเงยหน้าแล้วมองไปทางต้นเสียง ก็เห็นรอยยิ้มที่อบอุ่นและอ่อนโยนของเพื่อนร่วมงานคนหนึ่ง เกสซกรเอ เป็นเกสซกรประจำสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.... เธอเป็นผู้หญิงร่างอวบ ผิวเนียนขาว สิ่งที่ยืนยันว่าเธอเป็นคนไทยเชื้อสายจีน เพราะมีตาชั้นเดียวนั่นเอง แม้ว่าฉันทไม่ได้ยินเสียงคนที่โทรศัพท์มาหาเกสซกรเอแต่ก็พอเดาได้ว่าน่าจะเป็นลูกชายของเกสซกรเอ

“ฮัลโลว ว่าไงลูก หนูกินข้าวเที่ยงหรือยัง แล้วน้ำที่ซื้อไปกินพอกินไหมครับลูก”

คำพูดของพี่เอกับลูกชายทำให้ฉันทเกิดความคิดใหม่.....เมื่อเกสซกรเอวางสายโทรศัพท์ ฉันทก็ไม่รอช้าที่ถามคำถามที่สงสัย

“พี่เอคะ ทำไมต้องซื้อน้ำให้ลูกไปกินที่โรงเรียนด้วยคะ ที่โรงเรียนไม่มีน้ำให้กินหรือคะ”

“มีคะน้องนุ๊ก แต่มันไม่สะอาด วันก่อนพี่ไปโรงเรียนลูกแล้วไปกดน้ำของโรงเรียนกิน พอยกแก้วขึ้นมา กำลังจะกิน พี่ดันเห็นสีน้ำมันขุ่น ๆ เหมือนมีตะกอน หลังจากนั้นพี่เลยไม่ให้ลูกกินน้ำของโรงเรียนอีกเลย”

ฉันทถามต่อด้วยคำถามที่ยังคาใจ “มันไม่สะอาดจริงหรือคะ จันทไม่รู้โรงเรียนอื่น จะเป็นแบบนี้เหมือนกันหรือเปล่านะคะ ถ้าเกิดกินแล้วท้องเสียขึ้นมาคงเป็นเรื่องใหญ่แน่เลย”

คำตอบที่ได้รับมาทำให้เกิดอีกหลายคำถามวนเวียนอยู่ในหัวสมองตลอดเวลา...โรงเรียนใช้เครื่องกรองน้ำหรือเปล่า...แล้วถ้าใช้เครื่องกรอง ใครเป็นคนดูแลเครื่องกรอง...เครื่องกรองได้ทำความสะอาดบ้างไหม...หรือไม่มีเครื่องกรอง แล้วเอาน้ำอะไรให้นักเรียนดื่ม ... คำถามไม่หมดไปจากหัวสมอง

“จันทันควรทำเรื่องน้ำดื่มสะอาดในโรงเรียนดีไหม” ฉันทไม่รอช้า จึงเล่าเรื่องให้หัวหน้าฟัง เมื่อหัวหน้าได้ฟังก็บอกว่าน่าสนใจมาก เด็ก ๆ จะได้ดื่มน้ำสะอาด จะได้ท้องไม่เสีย

แล้วโครงการน้ำดื่มปลอดภัยในโรงเรียนก็เกิดขึ้น ฉันทแจ้งสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง ด้วยหัวใจที่พองโตและตื่นเต้น แต่แล้วสิ่งที่ไม่ได้คิดก็เกิดขึ้นเมื่อมีพี่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ ก ยกมือขึ้นถามอย่างไม่ทันตั้งตัว

“เภสัชกร...เราต้องทำโครงการนี้ด้วยหรือไม่เห็นเกี่ยวกับเราเลยแล้วยังต้องไปช่วยโรงเรียนดูแลเครื่องกรองอีก พวกพี่ดูไม่เป็นหรอกนะ ทำความสะอาดเครื่องกรองยังไงก็ไม่รู้ แล้วอำเภอกำลังงานก็น้อย พี่ขอไม่ได้ไหม”

ฉันตั้งสติตอบกลับไปว่า “แต่นักเรียนที่อยู่ในโรงเรียนได้ประโยชน์นะคะ แล้วถ้ายังเป็นโรงเรียนของลูกพี่ ๆ ลูกพี่ ๆ ก็จะได้ดื่มน้ำสะอาดและปลอดภัยด้วย ส่วนเรื่องเครื่องกรองน้ำเดี๋ยวเราจะช่วยลงไปดูแลแล้วสอนพี่ ๆ พร้อมกับคนรับผิดชอบเครื่องกรองน้ำของโรงเรียนด้วยเลย”

เมื่อพี่ ๆ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ ได้ยินเช่นนั้น ก็ยังมีเสียงคัดค้านเดิม ๆ อยู่ในคำถามเดิม ๆ แต่แล้วก็ยังมีพี่สาธารณสุขอำเภอ ข. ถามขึ้นมาอีกว่า

“เภสัชกร...ผลตรวจวิเคราะห์น้ำสามารถเอาไปใช้ประเมินโรงเรียนระดับเพชรได้ไหมครับ ถ้าเอามาใช้ประเมินโรงเรียนระดับเพชรไม่ได้ พี่มองว่าโรงเรียนเค้าไม่ยอมทำหรอก เหมือนเราไปบังคับเค้าให้ทำนะ”

ฉันตอบกลับไปว่า “ผลวิเคราะห์ที่ไม่สามารถนำมาใช้ในการประเมินโรงเรียนระดับเพชรได้คะ แต่โรงเรียนสามารถแจ้งผู้ปกครองได้เต็มปากนะคะว่าน้ำของโรงเรียนสะอาด แล้วเราก็ส่งตัวอย่างน้ำตรวจที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ด้วยคะ ถ้าผลตรวจวิเคราะห์ไม่ผ่านด้านเชื้อจุลินทรีย์ เราจะได้ช่วยโรงเรียนหาสาเหตุและช่วยแก้ปัญหา เด็ก ๆ จะได้ไม่ต้องเสียจากน้ำที่ไม่สะอาดด้วยคะ”

เหมือนคำตอบที่ฉันตอบไปจะไม่สามารถโน้มน้าวพี่ ๆ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอได้เลย

เสียงพูดคุ้ยยังดังก้องไม่หยุดหย่อนฉันเดินไล่ตักออกมา เหมือนจะหมดแรง “นี่ฉันทำถูกต้องหรือเปล่านะ”

พี่เภสัชกรเอเห็นเหตุการณ์อยู่ตลอดเวลาพูดว่า “ไม่เป็นไรนะ ลองทำดูนะ ยังไงพี่ก็เห็นดีด้วยกับโครงการนี้ สู้ ๆ” เมื่อได้ยินเช่นนั้นฉันกลับมาตั้งสติอีกครั้งคิดถึงอดีตที่ผ่านมา มันมีหลายครั้งที่เราคิดว่าทำไม่ได้แต่กลับทำได้ทราบใดเราไม่ยอมแพ้ ย่อมมีหนทางเสมอ ความคิดที่มีแต่ด้านกลับมามีโลกเล่นพร้อมเตรียมงานทุกอย่างให้เรียบร้อยเพื่อให้โครงการนี้บรรลุเป้าหมายอย่างที่ตั้งใจไว้

แล้ววันที่ต้องเริ่มต้นโครงการนี้ก็มาถึงฉันลงไปช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและโรงเรียนที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการในเรื่องการดูแลรักษาเครื่องกรองน้ำพร้อมเก็บตัวอย่างน้ำของโรงเรียนส่งตรวจที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ตามที่ได้คุยกันไว้ อำเภอแล้วอำเภอเล่าจนครบทุกอำเภอ

เสียงสะท้อนที่ตอบรับกลับมาก็ยังไม่สู้ดีนักคำถามเดิมๆยังเกิดขึ้นแม้แต่ผู้อำนวยการโรงเรียนก็ยังถามคำถามเดียวกับพี่ ๆ สาธารณสุขอำเภอเช่นเดียวกันฉันคิดในใจ “โครงการนี้พี่น่าจะไม่มีอีกแล้วแน่ ๆ ”

และแล้ววันสำคัญก็มาถึงหนังสือแจ้งผลการตรวจวิเคราะห์ตัวอย่างน้ำดื่มในโรงเรียนผ่านหมดทุกแห่งความรู้สึกเหมือนยกภูเขาออกจากอก หลังจากหนักอกหนักใจมานานหลายเดือนได้หายไปในระดับหนึ่ง อย่างน้อยนักเรียนโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการนี้ก็ได้อดน้ำสะอาดกัน

เวลาผ่านไปประมาณหนึ่งเดือน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอที่เคยตั้งคำถามในที่ประชุมเดินมาหาฉันที่ห้องทำงาน

“เภสัชกร พี่ขอส่งตัวอย่างน้ำดื่มในโรงเรียนเพิ่มได้ไหม”

ฉันตอบกลับไปว่า “นกกก็อยากให้ส่งเพิ่มเหมือนกันคะ แต่งบประมาณหมดแล้ว แต่ถ้าจะให้นกไปช่วยแนะนำวิธีดูแลรักษาเครื่องกรองน้ำในโรงเรียน นกยินดีนะคะ”

แล้ว เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ เล่าว่าได้แจ้งผลตรวจวิเคราะห์น้ำดื่มในโรงเรียนและขั้นตอนการทำงานของโครงการนี้ให้ที่ประชุมระดับอำเภอ ซึ่งมีนายอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้อำนวยการโรงเรียน เจ้าหน้าที่ตำรวจ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ ในที่ประชุมเห็นพ้องกันว่าปีหน้าน่าจะทำโครงการนี้ทุกโรงเรียนในอำเภอ

ส่วนพี่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภออื่นมาเล่าว่าแจ้งผลวิเคราะห์ให้โรงเรียนทราบเมื่อผู้อำนวยการโรงเรียนมีประชุมแล้วเจอกันข่าวแพร่กระจายด้วยการพูดปากต่อปาก ทำให้โรงเรียนอื่น ๆ ที่ยังไม่ได้เข้าร่วมโครงการมาถามพี่ว่าปีหน้าจะมีโครงการนี้อีกไหม อยากเข้าร่วมโครงการด้วย ถ้าจะให้ดีน่าจะทำทุกโรงเรียนในจังหวัดเลย

เมื่อฉันได้ยินเช่นนั้น ฉันก็พลอยยิ้มออกอย่างไม่รู้ตัวคิดว่าตนเองโชคดีที่ได้รับโอกาสในการทำโครงการนี้ จากที่ใครหลายคนมองว่า ถ้าทำแล้วไม่ได้ชื่อเสียง เกียรติยศ หรือของรางวัล ถ้าทำไปคงเหนื่อยเปล่า กลายเป็นทุกคนมองเห็นความสำคัญน้ำดื่มที่สะอาดที่มีผลต่อสุขภาพร่างกายของเด็ก ๆ ที่เป็นอนาคตของชาติ...

เรื่องเล่าชาว คบ. “ครั้งแรกกับสถานพยาบาลเถื่อน”

วิศรุต ศิริลำปาง

โรงพยาบาลดอยเต่า

สวัสดิ์ครับผมเป็นหนุ่มดอยเต่า เกสซ์กรหนุ่มจบใหม่ไฟแรงมากหลังจบมาใช้ทุนได้ 1 ปี จึงย้ายมาทำงานที่บ้านเกิดในอำเภอดอยเต่าซึ่งเป็นพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารห่างจากตัวเมืองเชียงใหม่ 136 กิโลเมตร ใช้เวลาในการเดินทางประมาณสามชั่วโมงเนื่องจากเป็นทางคดเคี้ยวขึ้นเขาแม้มีทางลาดยางแต่ก็ไม่ได้รับการดูแลจนพื้นผิวไม่ต่างกับลูกรังมากนัก ผมก็ใช้ชีวิตแบบข้าราชการธรรมดาทั่วไปตื่นเช้าไปทำงาน พอตกเย็นก็เที่ยวบ้าง นั่งเบื่อ ๆ อยู่บ้านบ้าง ออกกำลังกายบ้าง ชีวิตไม่ค่อยมีอะไรพิเศษสักเท่าไร แต่ที่นี้ความเงียบ ความมืดจะมาเร็วเป็นพิเศษ อยู่มาวันหนึ่งหลังจากเลิกงานตอนสี่โมงเย็น ผมก็รีบไปร้านสะดวกซื้อซื้อของที่เพิ่งเข้ามาเปิดใหม่ตามกระแสนั้นที่เข้ามาเยี่ยมชมน้อยของกัน ว่ากันว่ามียี่ห้อด้วย ผู้คนเนืองแน่นมากพอสมควร เดินเล่นได้ไม่นานก็มีเบอร์ปริศนาโทรเข้าเครื่องโทรศัพท์ ผมมองหน้าจอโทรศัพท์สักระยะก็กลัวก่อนจะรับสาย พอได้ฟังก็รู้ว่าเป็นลุงนวยพยาบาลอาวุโสประจำโรงพยาบาลแกลโทรมาบอกผมอย่างตื่นเต็นว่า

“เกสซ์ อยู่ที่ไหน ? อสม. แจ้งว่ามีตรวจสุขภาพเถื่อนที่บ้านวังหลวง หมอโสภา (หมออนามัย) ไปสังเกตการณ์ดูแล้ว” ผมจึงบอกลุงแกลไปว่า “อยู่หน้า 7-11 ครับผม” สักพักแกลก็มารับอย่างรวดเร็วพร้อมลุงรพ. พนักงานขับรถ แล้วรีบไปที่จุดเกิดเหตุซึ่งเป็นหมู่บ้านกระเหรี่ยงห่างจากบริเวณที่เราอยู่ไปประมาณ 5 กิโลเมตร เท่านั้น ระหว่างทางเราปรึกษากันว่าเราจะไปเตือนเท่านั้นเพราะตอนนั้นผมเองก็นึกอะไรไม่ออกเหมือนกันว่าจะทำอะไรต่อไปดี ปกติก็แค่เห็นแต่ในโทรทัศน์หรือหนังสือพิมพ์ไม่นึกว่าจะมาเจอในท้องที่ที่เรารับผิดชอบ “ช่วยชะมัด!!”

พอถึงสถานที่เกิดเหตุ มีกลุ่มคน 4-5 คน แต่งตัวทันสมัยใส่ชุดพนักงานบริษัทข้างบนเป็นเสื้อเชิ้ตสีขาว พร้อมโลโก้บริษัทกางเกงขายาวสีดำดูน่าเชื่อถือ กำลังตรวจสุขภาพชาวบ้านด้วยแท่งสีเงินแท่งหนึ่งพร้อมอุปกรณ์คอมพิวเตอร์อีกหนึ่งเครื่อง โดยสถานที่ตรวจเป็นบริเวณศาลาหน้าบ้านซึ่งเป็นร้านขายของชำเล็ก ๆ ติดถนนใหญ่ สามารถมองเข้าไปเห็นได้จากถนนได้ ผมสำรวจสายตาไปทั่วก็พบผลิตภัณฑ์เสริมอาหารจำนวนหนึ่ง สักพักก็มีมือมาสะกิดผมเบา ๆ แล้วพูดว่า

“เกสซ์ ๆ งานนี้ผมขอไม่เกี่ยวนะครับ เดี่ยวชาวบ้านจะว่าให้เอา” เสียงของหมอโสภาระบิบ้าง ๆ ผมภาษากระเหรี่ยงสลับกับภาษาเหนือ ผมจึงพยักหน้าเบา ๆ แล้วเดินเข้าไปหาพนักงานที่ตรวจสุขภาพทุกสายตาที่เต็มไปด้วยความสงสัยต่างจับจ้องที่ผม ผมตื่นเต็นมาก ๆ ตื่นเต็นจนรู้สึกว่ามีสั่น ๆ พนักงานบางคนก็ทำหน้าที่สงสัยว่าผมมาทำไม บางคนก็เหมือนจะเกรง ๆ ชาวบ้านที่อยู่ในบริเวณนั้น 4 – 5 คน มองตากัปริบ ๆ ผมจึงเข้าแสดงตัวตามแบบที่อบรมพนักงานเจ้าหน้าที่ของเชียงใหม่เป๊ะ ! พร้อมตะโกนเบา ๆ ว่า

“ทุกคนกรุณาหยุดตรวจก่อนครับ ! ผมเมส้ากร
ประจำโรงพยาบาลดอยเต่าเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่
ขอสั่งให้หยุดตรวจสุขภาพก่อนครับ” ความจริง
อยากจะพูดยาว ๆ หลาย ๆ คำ แต่มันพูดไม่ออกเสียง
ก็สั่นพลางคิดในใจว่า “จะสั้นทำไมวะ!” ทันใดนั้น
ชาวบ้านรีบลุกออกจากสถานที่นั่งตรงนั้นอย่าง
รวดเร็ว พร้อมกับที่ลุงนวยและหมอโสภารีบหลบไป
นั่งบริเวณใต้ต้นมะขามที่ห่างออกไปสัก 5 เมตร
เหลือแค่พนักงานของบริษัทที่ตรวจสุขภาพ 5 คน
เท่านั้น ผมเดินไปหาผู้หญิงคนหนึ่งดูมีอายุและ
เหมือนจะเป็นหัวหน้าทีมแล้วขอดูใบอนุญาตตรวจ
สุขภาพ แก่แก่กับผมว่า “ไม่มี” พร้อมกับรีบเก็บ
ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่แก่นามา

ผมบอกแก่ว่า “หยุดก่อน ห้ามทำอะไร
ทั้งสิ้น ห้ามเคลื่อนย้าย จำหน่าย จ่ายโอน เพราะผม
จะขอยึดของทั้งหมดนี้แล้วไปเอาคืนที่ สสจ.”
แกดูมีอาการหงุดหงิดแต่ก็ทำตามที่ผมบอก จากนั้น
จึงให้พนักงานสาธารณสุขตรวจสุขภาพพร้อมกับผม
ถ่ายรูปและวิดีโอไว้ด้วยโทรศัพท์เก่า ๆ ของผม
ซึ่งการกระทำลักษณะดังกล่าวผมพอทราบว่า
มีความผิดในลักษณะประกอบเวชกรรมโดยไม่ได้
รับอนุญาตเนื่องจากมีการตรวจสุขภาพ มีการ
วินิจฉัยโรคและจ่ายผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเพื่อรักษา
โรค ประกอบกับโฆษณาคุณประโยชน์อาหารเกินจริง
ซึ่งมันก็เกินจริงไปมาก ๆ ผมเลยลองตรวจของผมเอง
ปรากฏเครื่องรายงานว่าผมเป็นโรคร้ายแรงถึง 3 โรค
คือ ลิ้นหัวใจบนขวาไม่แข็งแรง ไตข้างขวาไม่แข็งแรง
และโรคกระเพาะอาหารรุนแรง และจ่ายผลิตภัณฑ์
อาหารเสริมให้ผมมูลค่าถึง 4,000 กว่าบาท และเชื้อ
หรือไม่ว่า “มีคนยอมจ่าย!” ซึ่งผมได้ชี้แจงกับ

พนักงานบริษัททุกคนถึงความผิดตามกฎหมาย
ที่ได้กระทำลงไป

สักพักมีเบอร์ปริศนาโทรเข้ามาอีกครั้ง
ผมจึงรับโทรศัพท์พอได้ยินเสียงเท่านั้นแหละชัดเจน
เลยครับ! ผอ.โรงพยาบาลโทรมาพร้อมถามผม
ถึงแนวทางปฏิบัติผมจึงแจ้งแก่ว่า “ขอตักเตือน”
แต่ท่าน ผอ. คัดค้านบอกว่าตักเตือนไม่ได้
“ต้องดำเนินคดี”

เอาแล้วซิครับงานเข้าแล้วครับ...เอกสาร
อะไรไม่ได้เอามาสักอย่างและผมคิดว่าถ้าบอกว่า
จะดำเนินคดีผู้ต้องหาหนีกระเจิงแน่ ๆ ครับ ผมจึง
ไม่พูดอะไร แล้วเดินไปพบผู้ต้องหาแล้วแจ้งว่า
ผมถือเอกสารไว้ที่โรงพยาบาล จะมีเจ้าหน้าที่อยู่เฝ้า
ที่นี่ห้ามหนีเด็ดขาดพร้อมชี้ไปที่หมอโสภารที่นั่งข้าง ๆ
ลุงนวย ทั้งสองคนมองหน้าผมทำนองมองตาปริบ ๆ
พร้อมกันกับที่ผมอนุญาตขอเก็บบัตรประชาชน
ของทุกคนไว้เพราะว่าเกรงว่าจะหนี ผมจึงกลับไปเอา
เอกสารต่าง ๆ ที่โรงพยาบาลเพื่อดำเนินคดีตามคำสั่ง
ผู้บังคับบัญชา

ระหว่างขึ้นรถกลับโรงพยาบาลผมได้โอกาส
จึงโทรประสานไปยัง 191 ทางเจ้าหน้าที่ก็ให้
ความร่วมมืออย่างดี ผมใช้เวลาประมาณ 15 นาที
ไป-กลับ จากโรงพยาบาลในใจก็แอบหวังเจ้าหน้าที่
ที่อยู่กับผู้ต้องหา พอกลับมาก็สบายใจไม่มีอะไร
เกิดขึ้นเจ้าหน้าที่ได้รับการดูแลอย่างดี แต่ตำรวจ
ยังไม่มา ผมสังเกตมีชายหญิงคู่หนึ่งทำทางเป็นคน
มีอายุและน่าจะมึนเมาเข้ามาขอพบผม เมื่อผมเข้าไป
บริเวณที่ตรวจสุขภาพก็แจ้งทุกคนว่า “ต้องขอภัย
ด้วยนะครับ ท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลให้
ดำเนินคดีกับทุกคนเกี่ยวข้องครับ”

จากนั้นสายตานิ้วนางงานทุกคนก็เปลี่ยนไป ผมนำบัตรประชาชนมานั่งเขียนบันทึกคำให้การ และบันทึกยึดของต่าง ๆ ชายที่ดูมีสีแต่งตัวลักษณะ ภูมิฐานเสื้อแขนยาวแบบตราตารางสีแดง กางเกง ยีนส์ แบบเสื้อเข้าในกางเกง คาคติวิทยุที่เอว ดูมีอายุ น้อย ๆ น่าจะรุ่นราวคราวพ่อ ลักษณะดูคล้ายกับ ตำรวจนอกเครื่องแบบแถมมาพร้อมกับผู้หญิงดูมีอายุ อีกคน ซึ่งน่าจะเป็นภรรยาของแก ทั้งสองพยายาม ขอเข้ามาคุยกับผมเจรจาไกล่เกลี่ยเพื่อไม่ให้เป็นคนดี

ผมจึงแจ้งว่า “ไม่ได้ครับ หน่วยเหนือสั่งผม มาผมจำเป็นต้องทำครับ หากไม่ทำผมจะโดนละเว้น การปฏิบัติหน้าที่” ผู้ชายคนนั้นจึงดึงบัตรข้าราชการ ตัวเองซึ่งมียศเป็น พันโท ให้ผมดู พร้อมถามผมว่า “ชื่ออะไร สังกัดหน่วยงานไหน” ผมจึงเอาบัตร ข้าราชการของผมแสดงให้แก แกจึงหยิบบัตรผมไป ถ่ายรูปเก็บไว้พร้อมกับเจ้าหน้าที่ของผมทุกคน ซึ่งผมก็รู้สึกกลัวอะไรเลยกลับรู้สึกตลกด้วยซ้ำ ว่าจะมีเหตุการณ์แบบนี้เกิดขึ้นในชีวิตจริงเพราะปกติ เห็นแต่ในละครทีวีเท่านั้น

สักพักตำรวจก็มาถึงสถานที่เกิดเหตุ ผมจึงเข้าไปอธิบายเหตุการณ์ให้กับเจ้าหน้าที่ตำรวจ ฟังพร้อมแจ้งความประสงค์จะดำเนินคดี คุณลุง พันโทก็ตามผมไปและขอคุยแบบลับกับเจ้าหน้าที่ ตำรวจแต่รู้สึกว่าการตำรวจคงไม่ยอม สุดท้ายตำรวจ ก็ขอดำเนินคดีตามความประสงค์ของผม พอตอนยึด ของเกิดเหตุชุดมุนนิตน้อยเนื่องจากผู้ต้องหาไม่ยอม ให้ยึด โดยมีป้าที่มากับลุงพันโทเป็นแกนนำ ตำรวจ เองก็ไม่ยอม จึงยกของทั้งหมดขึ้นรถไปในครั้งเดียว และให้ทุกคนตามไปที่สถานีตำรวจดอยเต่า

จากนั้นเราก็มาพร้อมกันที่โรงพักดอยเต่า ผมส่งหลักฐานทั้งหมดเป็นรูปถ่าย วิดีโอ บันทึก เหตุการณ์และบันทึกคำให้การ ที่ฝ่ายเจ้าหน้าที่ บันทึกไว้ให้กับตำรวจ สักพักผู้หญิงที่มากับลุงพันโท ก็มาถามผมว่า “ชื่ออะไร ผู้กำกับชื่ออะไร นายอำเภอ ชื่ออะไร ผอ.โรงพยาบาลชื่ออะไร” คุณลุงพันโทก็มา พุดซ้ำอีกว่า “เจ้าของเขาเป็นระดับหมื่นล้าน เขามี เงิน เขาจะย้ายพวกคุณเมื่อไหร่ก็ได้” ซึ่งเจ้าหน้าที่ ตำรวจก็อยู่บริเวณนั้นและได้ยินในสิ่งที่ลุงคนนั้นพูด เมื่อเขาพูดมาก ๆ เข้า ผมจึงบอกแกไปว่า “ผมไม่ได้ กลัวนะครับแต่ผมรู้สึกรำคาญ ถ้ายังไม่หยุดพูด ผมจะฟ้องหมิ่นเจ้าพนักงาน” ตำรวจรอบ ๆ ผมเหมือนจะเห็นด้วยกับผมจึงพร้อมใจกัน กรูเข้ามาแล้วก็บอกว่า “ผมก็จะฟ้องด้วย” ลุงพันโท หน้าจ๋อยเดินออกไปอย่างช้า ๆ

สักพักแกก็มาอีกขณะที่ผมให้ปากคำกับ พนักงานสอบสวนอยู่แกให้ผมคุยกับ ดร. และหมอ อะไรสักคนหนึ่ง ผมจึงชี้แจงทั้งสองไปถึงความผิด และทั้งคู่ก็เถียงผมไม่ได้ในเรื่องข้อกล่าวหา ต่อมาทนายความของบริษัทโทรมาอีกขู่จะฟ้องผม ต่าง ๆ นานา อาทิ บุกรุก เข้าจับกุมโดยมิชอบ จึงโดนผมสวนกลับทนายหน้าแตกไม่เป็นท่าและ สอนกฎหมายสาธารณสุขให้ทนายบริษัทอีกชุดใหญ่ เพราะแกเองไม่รู้ว่ามีผมก็เรียนนิติศาสตร์ มสธ. มาเช่นกัน

สักพักท่านผู้อำนวยการ หัวหน้าฝ่ายเภสัช กรรมและสาธารณสุขอำเภอก็เข้ามาดูเหตุการณ์และ รายงานนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งท่านก็ทราบเรื่องแล้ว และพี่ ๆ ที่จังหวัดก็ให้คำปรึกษา อย่างดีเกี่ยวกับรูปคดี

พอออกจากห้องพนักงานสอบสวนผมจึงขอคุยกับทนายต้องหาอีกครั้ง อธิบายเหตุผลที่ต้องดำเนินคดีแนะนำให้ติดต่อญาติมาประกันตัวและให้รับสารภาพในชั้นสอบสวน ข้อเสนอแรกทุกคน “ยอมรับ” โดยดี แต่ข้อสุดท้ายขอปรึกษาทนายบริษัทคนเดิม ทนายแนะนำให้ “ปฏิเสธ” ผมเลยแจ้งกับผู้ต้องหาว่าเป็นคำแนะนำที่แย่มาก ๆ และบอกว่าถ้าปฏิเสธจะเกิดอะไรขึ้นแต่ทุกคนยืนยันว่าเชื่อทนาย เพราะว่าผมเป็นเจ้าหน้าที่รัฐจะดำเนินคดีกับพวกเขา

“ไม่เป็นไรครับ” ผมบอกทุกคน ก่อนที่จะออกจากห้องไปเสี่ยงลงพื้นที่ไปตามหลังทำให้ผมต้องหันไปมอง

“เจอกันในศาลนะ” ลงพื้นที่ตะโกนเสียงดังพร้อมกับแสบะยิ้ม

ผมจึงปิดประตูห้องออกไปเพื่อนับของกลางต่อในวันนั้นผมได้ดำเนินคดีกับผู้ต้องหาทั้งห้าคน โดยที่ผมเป็นคนฟ้องเองเพราะตำรวจให้เหตุผลว่าโรงพยาบาลเป็นผู้พบเหตุก่อน ตำรวจเลยไม่ขอเป็นโจทก์ร่วมผมก็เข้าใจ โดยผมฟ้องทั้งสี่ข้อหา คือ ประกอบวิชาชีพเวชกรรมโดยมิได้รับอนุญาต และ โฆษณาสรรพคุณอาหารโดยมิได้รับอนุญาต ด้วยความร่วมมือจากทางเจ้าหน้าที่ตำรวจ และ คำปรึกษาจากพี่ ๆ ที่ สสจ. ทำให้การดำเนินคดีแรกของผมจบที่ติดสอง ที่เด็ดกว่านั้นคือ วันนี้เป็นงานเลี้ยงรุ่นดอยเต่าวิทยาคมโรงเรียนเดิมของผม ซึ่งผมเป็นแกนนำนัดเพื่อนในรุ่นไว้ทั้งหมด “ลืมไปสนิทเลย”

วนคิดถึงตอนทำงานที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นเพียงลูกมือที่เกสซ์ พอมาทำคดีจริง ๆ

ความรู้สึกต่างกันลิบลับเลยครับ ตลอดเวลาที่ทำคดีคือ ความกดดันทั้งหมดตั้งรับมือกับผู้ต้องหาตลอดเวลา รับมือกับการยั่วยุ อารมณ์และความกลัวต่าง ๆ นานา แต่เพราะกำลังใจจากพี่ ๆ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลยทำให้สบายใจลงเป็นอย่างมากถึงอย่างไรก็ตามตอนเช้าของอีกวัน ผมขอลงพื้นที่ในหมู่บ้านอีกรอบเพื่อดูท่าทีของชาวบ้านและเจ้าบ้านความจริงก็คือกลัวชาวบ้านฟ้องบุกรุกตามที่ลงพื้นที่คนนั้นบอกนั่นเองหลังจากลงพื้นที่ก็สบายใจเพราะชาวบ้านทุกคนพร้อมสนับสนุนเจ้าหน้าที่รัฐยิ่งเป็นคนบ้านเดียวกันด้วยทำงานได้สบายเลยครับ

งานนี้ยังสู้กันต่ออีก 6 เดือน ต่อมาทางสาธารณสุขต้องยื่นเอกสารสู้กับผู้ต้องหาพี่ ๆ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ อำนวยความสะดวกเรื่องข้อมูลและประสานทางกระทรวงสาธารณสุขให้ หลังจากสู้กันมา 6 เดือนก็ชนะคดีผู้ต้องหาทั้งห้าคนถูกพิพากษาจำคุกคนละ 1 ปี รอลงอาญา 2 ปี และปรับคนละ 10,000 บาท โดยที่บริษัทปฏิเสธความเกี่ยวข้องกับผู้ต้องหาในชั้นศาลถือว่าผู้ต้องหาทุกคนยังโชคดีที่โทษจำคุก รอลงอาญา

บทเรียนครั้งแรกสอนให้รู้ว่าการทำงานต้องมีความพร้อมซึ่งการดำเนินคดีครั้งแรกของผมมันไม่มีความพร้อมอะไรเลย ไม่ได้เตรียมการอะไรเลยสักอย่าง แต่ยังโชคดีที่ได้ประสบการณ์การทำงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมาก่อน ไม่อย่างนั้นคงไปไม่เป็นเหมือนกัน จากเหตุการณ์ครั้งนี้ทำให้ทีมงานคุ้มครองผู้บริโภคระดับอำเภอจัดทำแนวทางการดำเนินคดีเพื่อเป็นแนวทางสำหรับรับมือเหตุการณ์ในครั้งต่อไป

“...ความสุข...ความภาคภูมิใจ..ในหน้าที่...”

ธนภณ ผ่องใส

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี

การทำงานด้วยหน้าที่นั้น..ผลลัพธ์ที่ได้ก็คือ.. “ผลงาน” แต่..การทำงานด้วยใจ ผลลัพธ์ที่ได้คือ.. “ผลงาน กับความภาคภูมิใจและความสุข” ในงานและหน้าที่..นั้น

ความเหน็ดเหนื่อยที่ถาถมเภสัชกรหนุ่มวัยทำงานจากการตรากตรำอดตาหลับขับตานอน ดิ้นรนมาทำงาน เพื่อประชาชนในตอนตีสามตีสี่ของทุกวันตลอดระยะเวลาสองสัปดาห์ติดต่อกัน เพื่อคิดกระบวนการกลวิธี ในการเตรียมการสอน ตลอดจนผลิตสื่อวีดีโอ ทั้ง ๆ ที่ไม่ได้เล่าเรียนมา หรือศึกษาจบด้านการผลิตสื่อวีดีโอ หรือการสอนเลยแม้แต่น้อย แต่ด้วยหัวใจที่แข็งแกร่งดังเพชรและมีความมุ่งมั่นที่จะทำเพื่อประชาชน อยากเห็น ชุมชนดูแลกันเองโดยคนในชุมชนเพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพดีของคนในชุมชนอย่างยั่งยืน เพราะที่ผ่านมาพบว่าหลาย ๆ ชุมชนยังไม่ตระหนักถึงการคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชน อาทิเช่น ร้านขายยังมีการขายสินค้าหมดอายุ มีการขายอาหาร สำเร็จรูปที่ไม่มีเลขสารบบอาหาร เช่น เครื่องดื่มน้ำผลไม้ ขนมอบัง แชนวิช เป็นต้น มีการขายยาอันตราย หรือแม้กระทั่งความสะอาดความเป็นระเบียบของร้านขายในชุมชนฯ ตลอดจนคนในชุมชนยังไม่ตระหนัก ถึงการอยู่ร่วมกันในชุมชน เขาจึงได้เรียนรู้วิธีการต่าง ๆ ด้วยตนเอง และผลิตสื่อวีดีโอ ตลอดจนเสาะหาสื่อวีดีโอ เพื่อใช้สำหรับบรรยายและปลูกจิตสำนึกสร้างความตระหนักให้ทุกคนรักชุมชนของตนภายใต้หลักการ... “รู้ ตระหนัก รัก แบ่งปัน” ...

ภายหลังการเตรียมงานอย่างขะมักเขม้นเข้มข้นแล้ว อีกไม่นานโครงการก็ถูกดำเนินงานอย่างเป็นทางการ โดยคัดเลือกตัวแทนผู้ประกอบการร้านขายของแต่ละตำบลในจังหวัดมาเข้ารับการอบรมฯ

หลังจากคำกล่าวเชิญของผู้ทำหน้าที่พิธีกรสิ้นสุดลง เสียงปรบมือดังสนั่นลั่นห้องประชุมต้อนรับ ชายหนุ่ม รูปร่างสูงโปร่งสมส่วน คมเข้มดูมีเสน่ห์แบบไทย ๆ ชวนให้น่าหลงใหลที่กำลังเดินขึ้นสู่กลางเวที เขาโปรยรอยยิ้ม อันหอมหวานพร้อมกับสาธิตสาธิตทั้งสองให้กับทุกคนที่อยู่ในห้องประชุมภายใต้อากาศเย็นสบาย ๆ จากเครื่องปรับอากาศภายใต้แสงนีออนบนฝ้าเพดานที่ส่องประกายกระจายทั่วห้อง ทุกสายตาของทุกคนในห้องประชุมพุ่งตรงมากระหน่ำตาของชายหนุ่มอย่างจ้องจ้องทะลุทะลวงเข้าถึงหัวใจของเขา ด้วยคำถามว่า “มึงจะให้กูมาฟังมึงพูดอะไรวะเนี่ย..?” เขาตกใจแบบไม่ทันตั้งตัวและรับรู้ได้ว่าเสียงปรบมือต้อนรับที่สิ้นสุดลง เมื่อสักครู่นี้มันตรงกันข้ามกับแววตาทั้งสองข้างของทุกคนที่สาดมาด้วยความเคลือบแคลงสงสัยและต่อต้าน ส่งผ่านมาสู่เขาที่กำลังยืนอยู่กลางเวที เขารีบสุดลมหายใจเข้าไปเติมปอดเพื่อดึงสติของตัวเองกลับมาให้เร็วที่สุด

ชายหนุ่มยังคงโปรยรอยยิ้มอันอ่อนหวานสู่พร้อมกับกล่าวทักทายทุกคนอย่างนอบน้อมด้วยความเป็นมิตร รับประทานอาหารความเป็นกันเองเสมือนเป็นเพื่อนที่นั่งอยู่เคียงข้าง โดยปริปากว่า “ผมเป็นเด็กบ้านนอกคนหนึ่ง.....” “ทุกคนในที่นี้คือคนสำคัญของชุมชน.....” หลายคนเริ่มมีส่วนร่วมที่จะปรินึก หลายคนมีปฏิกิริยาตอบสนองด้วยการแอบอมยิ้ม สายตาเปล่งประกายแวววาว บางคนกล้าที่จะพูดออกมาพร้อมระเบิดความคิดเห็นออกมา เสียงหัวเราะและรอยยิ้มเริ่มกระจายกระจาย โลกแล่นอยู่ทั่วห้องประชุม เขาเริ่มสัมผัสได้ว่าทุกคนเริ่มเป็นพวกเดียวกันและไวใจเขาแล้ว เขานำทุกคนเข้าเรื่องผ่านวิดีโอเพลงที่จัดทำขึ้นเองชื่อ “บ้านของเรา ชุมชนของเรา ความสุขของเรา” ที่ถ่ายทอดให้เห็นว่าทุกคนต้องตระหนักและรู้ว่าตนเองคือคนสำคัญที่จะเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน และจะทำให้คนในชุมชนมีสุขภาพดีในฐานะที่เป็นผู้ประกอบการร้านชำ หลังจากวิดีโอจบ ชายหนุ่มประเมินสถานการณ์แล้วพบว่าทุกคนกำลังมีอารมณ์ร่วมจนลืมไปว่าวิดีโอจบลงแล้ว เขาจึงเรียกทุกคนในห้องประชุมกลับจากภวังค์ด้วยเสียงที่ดังและแข็งกร้าว และพาทุกคนเดินตามเสียงบรรยายให้ความรู้ต่อตามแผนและกระบวนการของเขาต่อไป

เสียงซุบซิบๆ คุ้ยกัน แคมป์ปรึกษาตลอดออกมาแข่งกับเสียงของชายหนุ่มที่กำลังจะจบการบรรยาย ในหัวข้อกฎหมายที่ร้านชำต้องรู้สายตาของคนกลุ่มหนึ่งในห้องถูกส่งไปยังเขาราวกระสุนปืนที่พุ่งตรงกระหน่ำย่นตาอย่างจัง บ่งบอกให้รู้ถึงความขัดแย้งและต่อต้านการบรรยายที่จบลง ซึ่งร้านชำส่วนใหญ่กระทำผิดกฎหมายกัน เช่น ขายยาอันตราย

ชายหนุ่มและเครื่องดื่มที่มีฉลากไม่ถูกต้อง ชายหนุ่มขมใจอยู่ครู่หนึ่ง แล้วนำทุกคนสู่ภาพยนตร์สั้นเรื่อง “คำขอโทษ ทดแทนไม่ได้” ความเจ็บคืบคลานเข้ามาทดแทนเสียงซุบซิบๆ ในทันที หลังจากภาพยนตร์สั้นจบลง ที่สื่อและสะท้อนให้เห็นการสูญเสียคนในครอบครัวซึ่งเป็นภรรยาของนักธุรกิจคนหนึ่งไปอย่างไม่มีวันกลับด้วยความเห็นแก่ได้ที่เป็นเจ้าของธุรกิจที่หวังแต่กำไรจนลืมความสูญเสียและความปลอดภัยของคนรอบข้าง... แววดาที่เศร้าสลดหดหู่ และคิดได้ของคนในห้องประชุมว่า “ฉันจะต้องไม่เป็นเหมือนนักธุรกิจในภาพยนตร์นี้” ถูกส่งผ่านให้ชายหนุ่มรับรู้หลังจากภาพยนตร์สั้นนั้นจบลง และเขาปิดท้ายการบรรยายด้วยวิดีโอเพลง “พรุ่งนี้ ต้องดีกว่า” ที่เขาทำขึ้นเอง

“มีใครสนใจจะเข้าร่วมเป็นร้านชำมาตรฐานบ้างครับ” ประโยคคำถามจากชายหนุ่มดังก้องลั่นห้องประชุม เขาได้คำตอบอย่างรวดเร็ว ผ่านมือขวาที่ชูขึ้นตระหง่านด้วยความตั้งใจของทุกคนจนแน่นห้องประชุม

“หมอ...! แล้วป้ายร้านชำมาตรฐานจะได้เมื่อไหร่ อยากรู้” เสียงแทรกขึ้นมาพร้อมกันอย่างท่วมท้น

ป้ายร้านชำมาตรฐาน ที่ผ่านการปลุกเสกจากพระเกจิอาจารย์ชื่อดัง มีคำว่า “ร้านนี้ดี คำขายร่ำรวย” มีรูปพระเกจิอาจารย์ดังซึ่งเป็นที่รู้จักและรูปร่างกวักในป้ายนั้นเป็นหนึ่งในกุศโลบายการกระตุ้นการได้รับมอบป้ายจากนายอำเภอในเวทีประชุมกำนันผู้ใหญ่บ้านประจำเดือนเพื่อประกาศยกย่อง



ให้ทุกตำบลในอำเภอได้ทราบว่าเป็นร้านชำมาตรฐาน
มันเป็นแรงผลักดันให้ทุกคนที่เป็นเจ้าของร้านชำ
อยากได้และพร้อมที่จะเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน
ทำให้คนในชุมชนมีสุขภาพดี ภายใต้หลักการ
“รู้ ตระหนัก รัก แบ่งปัน”

เสียงดังกึกก้องในหัวว่า “ลุงไม่รู้เลยหมอ...!!
ว่ายาที่ลุงขายมันผิดกฎหมาย ลุงจะกลับไปทำให้

ถูกต้อง” และสองมืออุ่นๆ ของสาวสูงวัยจับมือของ
ชายหนุ่มที่ ลงมาจากเวที และส่งเสียงดังว่า
“ป้าจะไปปรับปรุงร้านชำของป้าจากร้านชำน้ำร้อน...!!
เป็นร้านชำน้ำช้อนะหมอ..ซึ่งมันเหมือนเสียงสวรรค์
ที่ได้รับรู้ว่าการอบรมครั้งนี้เกิดการ “รู้ ตระหนัก
รัก แบ่งปัน” และมันคุ้มค่ากับความตั้งใจและ
ความพยายามของเภสัชกรหนุ่มคนหนึ่ง

