

คุณภาพทางจุลชีววิทยาของวัตถุดิบและยาแคปซูลฟ้าทะลายโจร ที่ผลิตในโรงพยาบาลของรัฐ ในเขตสุขภาพที่ 10

The study of microbiological quality of raw materials and andrographis capsules in government hospitals In the 10th Public Health Region

กนกวรรณ มุจรินทร์¹

Kanokwan Mudjarin¹

บทคัดย่อ

ฟ้าทะลายโจรมีชื่อวิทยาศาสตร์ว่า *Andrographis paniculata* (Burm.f.) Nees อยู่ในวงศ์ Acanthaceae มีสารสำคัญคือสารกลุ่ม Lactone เช่น Andrographolide ได้รับการบรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2562 เป็นยารักษาอาการของระบบทางเดินอาหาร กลุ่มอาการระบบทางเดินหายใจ ปัจจุบันนำมาใช้อย่างแพร่หลายในโรงพยาบาลของรัฐ ในปีงบประมาณ 2564 ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 10 อุบลราชธานี จึงสนใจศึกษาคุณภาพทางชีววิทยาของวัตถุดิบและยาแคปซูลฟ้าทะลายโจรที่ผลิตในโรงพยาบาลของรัฐ ในเขตสุขภาพที่ 10 เพื่อศึกษาการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ในตัวอย่างวัตถุดิบและยาแคปซูลฟ้าทะลายโจรที่ผลิตในโรงพยาบาลของรัฐ ในเขตสุขภาพที่ 10 โดยทดสอบตัวอย่างวัตถุดิบและยาแคปซูลฟ้าทะลายโจรตามตำรามาตรฐานยาสมุนไพรไทย (Thai Herbal Pharmacopoeia 2021) ในหัวข้อ Total aerobic microbial count, Total combined yeasts and moulds count, Bile-tolerant gram-negative bacteria, *Escherichia coli*, *Clostridium* spp. และ *Salmonella* spp. จำนวน 65 ตัวอย่าง เก็บตัวอย่างโดยใช้หลักการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ระหว่างเดือนตุลาคม 2563 ถึง เดือนกันยายน 2564 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและนำเสนอโดยใช้ค่าร้อยละ ผลการวิจัยพบว่า ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 2 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 3.1 และไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 63 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 96.9 สาเหตุคือตรวจพบ Total aerobic microbial count 40 ตัวอย่าง, Total combined yeasts and moulds count 37 ตัวอย่าง, Bile-tolerant gram-negative bacteria 59 ตัวอย่าง และ *Escherichia coli* 26 ตัวอย่าง *Salmonella* spp. 2 ตัวอย่าง และ *Clostridium* spp. 55 ตัวอย่าง การศึกษานี้แสดงให้เห็นได้ว่าตัวอย่าง

¹เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 10 อุบลราชธานี

¹Pharmacist, Professional Level. Division of Consumer Protection and Public Health, Regional Medical Sciences Center 10 Ubonratchathani. E-mail: k_muj@hotmail.com

วัตถุดิบและยาแคปซูลฟ้าทะลายโจรที่ผลิตในโรงพยาบาลของรัฐ ในเขตสุขภาพที่ 10 ยังมีการตรวจพบเชื้อจุลินทรีย์ ซึ่งถือว่าไม่ได้คุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน หากจะใช้เป็นยาในการรักษาโรคจำเป็นต้องแจ้งข้อมูลให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อแจ้งเตือนประชาชน และแจ้งผู้ผลิตเพื่อทำการปรับปรุงผลิตภัณฑ์ให้ได้มาตรฐานต่อไป

คำสำคัญ: คุณภาพทางจุลชีววิทยา, วัตถุดิบ, ยาแคปซูลฟ้าทะลายโจร, โรงพยาบาลของรัฐ

Abstract

Andrographis paniculata (Burm.f.) Nees is in the family Acanthaceae has important substances in the lactone group called andrographolide which is classified as a herbal medicine in the Announcement of the National Drug System Development Committee on the National List of Essential Medicines A.D. 2019 with indications for the treatment of gastrointestinal and respiratory. In 2021 the Regional Medical Sciences Center 10 Ubonratchathani studied the microbiological quality of raw materials and andrographis capsules in government hospitals in the 10th Public Health Region which studied microbial contamination in raw material samples and andrographis capsules Products in government hospitals in the 10th Public Health Region. 65 samples were analysed using Thai Herbal Pharmacopoeia 2021 in the topic of Total aerobic microbial count, Total combined yeasts and moulds count, Bile-tolerant gram-negative bacteria, *Escherichia coli*, *Clostridium* spp. and *Salmonella* spp. Samples were collected by using specific sample selection principles between October 2020 and September 2021. The results showed 2 samples of standards passed (3.1%) and failed to meet the 63 samples (96.9%). The samples failed to meet standards 40 detected total aerobic microbial, 37 detected total combined yeasts and moulds count, 59 detected bile-tolerant gram-negative bacteria, 26 detected *Escherichia coli*, 2 detected *Salmonella* spp. and 55 detected *Clostridium* spp. Most raw materials and andrographis capsules failed to meet quality. If it is used as a medicine for the treatment of diseases it is necessary to inform the Provincial Public Health Office for awareness.

Keywords: Microbiological qualities, Raw material, Andrographis capsules, Government hospitals

บทนำ

ประเทศไทยมีนโยบายสนับสนุนการใช้ประโยชน์จากสมุนไพรโดยแผนงานพัฒนาระบบบริการแพทย์แผนไทย ในแผนยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2550 - 2554 ว่าด้วยแผนพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย ระบุให้มีการจัดองค์ความรู้เรื่องยาไทยและยาสมุนไพรที่มีคุณภาพในการรักษาเพื่อเพิ่มมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรและมีกลไกการคุ้มครองภูมิปัญญาไทยรวมถึงมาตรการเร่งรัดการใช้ยาสมุนไพร โดยเพิ่มมูลค่าและปริมาณการใช้ยาสมุนไพรอย่างน้อยร้อยละ 25 ภายใน 5 ปี⁽¹⁾ ในปี พ.ศ. 2558 พบว่า การดำเนินงานส่วนใหญ่ยังไม่ได้ตามเป้าหมาย⁽²⁾ ในปีงบประมาณ 2562 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดตัวชี้วัดระดับประเทศในการสั่งใช้ยาสมุนไพรโดยมีเป้าหมายให้มีการสั่งใช้ร้อยละ 6 ของการสั่งใช้ยาทั้งหมด⁽³⁾

ฟ้าทะลายโจร เป็นพืชสมุนไพรชนิดหนึ่ง มีชื่อวิทยาศาสตร์ คือ *Andrographis paniculata* (Burm. f.) Wall. ex Nees จัดอยู่ในกลุ่มยาพัฒนาจากสมุนไพร ในประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2563 เป็นยารักษากลุ่มอาการของระบบทางเดินอาหาร (บรรเทาอาการท้องเสียชนิดที่ไม่เกิดจากการติดเชื้อ เช่น อุจจาระไม่เป็นมูก หรือมีเลือดปน และเป็นยารักษาอาการระบบทางเดินหายใจ (บรรเทาอาการเจ็บคอ บรรเทาอาการของโรคหวัด (Common cold) เช่น เจ็บคอ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ)⁽⁴⁾ ปัจจุบันผู้บริโภคนิยมใช้ผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรมากขึ้น และในโรงพยาบาลของรัฐที่เป็นแหล่งผลิตก็ผลิตผลิตภัณฑ์มากขึ้น

เพื่อตอบสนองนโยบายรัฐบาล บางส่วนคุณภาพเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน แต่บางส่วนอาจไม่ได้มาตรฐาน หากไม่มีการควบคุมคุณภาพการผลิตที่ดีอย่างสม่ำเสมอ ก็อาจพบว่ามีคุณภาพต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานได้

การปนเปื้อนจุลินทรีย์เป็นข้อกำหนดคุณภาพหนึ่งในการควบคุมคุณภาพสมุนไพร เนื่องจากประเทศไทยเป็นประเทศที่มีอากาศร้อนและชื้น จุลินทรีย์หลายชนิดเจริญได้ดี เพื่อความปลอดภัยในการใช้สมุนไพร จึงต้องระมัดระวังในเรื่องการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์⁽⁵⁾ การปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์เป็นปัญหาสำคัญของผลิตภัณฑ์ที่ได้จากธรรมชาติ และส่งผลเสียต่อผู้บริโภค อีกทั้งยังอาจส่งผลต่อลักษณะทางกายภาพ และประสิทธิภาพในการออกฤทธิ์ของสมุนไพรด้วย

เชื้อจุลินทรีย์ที่อาจพบปนเปื้อนในยาที่ผลิตจากสมุนไพร ได้แก่ เชื้อ *Staphylococcus aureus* ซึ่งเป็นต้นเหตุของการเกิดฝี หนอง จากการอักเสบของบาดแผล เชื้อ *Salmonella* spp. เป็นแบคทีเรียที่พบบ่อยในสัตว์โอกาสปนเปื้อนในพืชสมุนไพรมาจากมูลของนกและหนูระหว่างการผึ่งตัวยาให้แห้ง แบคทีเรียทั้งสองชนิดนี้ทำให้เกิดอาการท้องร่วงพร้อมกับมีอาการอาเจียนร่วมด้วย เชื้อ *Escherichia coli* เป็นแบคทีเรียตามธรรมชาติที่อาศัยในลำไส้ของมนุษย์และสัตว์ ส่วนเชื้อ *Enterobacteria* จะพบตามธรรมชาติในพืช ยีสต์ (Yeasts) ไม่เป็นอันตรายต่อมนุษย์แต่รา (Moulds) บางชนิดที่ผลิต Mycotoxin จะทำให้เกิดอันตรายต่อมนุษย์ได้ เชื้อ *Clostridium* spp. เป็นแบคทีเรียที่สร้างสปอร์ได้⁽⁶⁾ ในปี พ.ศ. 2550 ลัดดา พูลสวัสดิ์

และคณะ ตรวจการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ในยาแผนโบราณ จำนวน 660 ตัวอย่าง พบผิดมาตรฐานร้อยละ 22.1 สาเหตุหลักคือการปนเปื้อนจากเชื้อ *Clostridium perfringens* สปอร์ของเชื้อ *Clostridium perfringens* ถ้าเจริญเติบโตได้จะสร้างพิษที่ทำให้เกิดอาการท้องร่วงอาเจียน ปริมาณที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้บริโภคคือมากกว่า 1×10^7 CFU ต่อกรัมของตัวอย่าง⁽⁷⁾ รายงานในปี พ.ศ. 2554 ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 2 พิษณุโลก กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ได้ประเมินความเสี่ยงด้านคุณภาพและความปลอดภัยของสมุนไพรด้านการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ จำนวน 13 ตัวอย่าง พบผิดมาตรฐาน 9 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 69.2 สาเหตุเกิดจากการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ในหัวข้อ Total viable aerobic bacteria count ประเภทที่พบการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์มากที่สุดคือ ประเภทแคปซูล (ร้อยละ 46.1)⁽⁸⁾ และในปี พ.ศ. 2554 สำนักยาและวัตถุเสพติด กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ได้ตรวจการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ในยาแผนโบราณที่ขอขึ้นทะเบียนตำรับยา จำนวน 281 ตัวอย่าง พบผิดมาตรฐาน 64 ตัวอย่าง (ร้อยละ 22.8) พบผิดมาตรฐานตรวจพบเชื้อ *Clostridium* spp.⁽⁹⁾ ตามรายงานข้างต้นจึงสมควรทำการศึกษาคุณภาพทางจุลชีววิทยาของวัตถุดิบและยาแคปซูลฟ้าทะลายโจรที่ผลิตในโรงพยาบาลของรัฐ ในเขตสุขภาพที่ 10 โดยใช้เกณฑ์ตามตำรามาตรฐานยาสมุนไพรไทย (Thai Herbal Pharmacopoeia 2021)⁽¹⁰⁾

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาคุณภาพทางจุลชีววิทยาของวัตถุดิบและยาแคปซูลฟ้าทะลายโจรที่ผลิตในโรงพยาบาลของรัฐ ในเขตสุขภาพที่ 10

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยการศึกษาวิเคราะห์การปนเปื้อนของตัวอย่างวัตถุดิบและยาแคปซูลฟ้าทะลายโจรที่ผลิตในโรงพยาบาล

ตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

เก็บตัวอย่างโดยใช้หลักการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ซึ่งเก็บตัวอย่างวัตถุดิบและยาแคปซูลฟ้าทะลายโจรที่ผลิตในโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 10 รวม 65 ตัวอย่าง แบ่งเป็น

- อุบลราชธานี วัตถุดิบ 9 ตัวอย่าง แคปซูล 6 ตัวอย่าง
- ศรีสะเกษ วัตถุดิบ 1 ตัวอย่าง แคปซูล 1 ตัวอย่าง
- ยโสธร วัตถุดิบ 6 ตัวอย่าง แคปซูล 6 ตัวอย่าง
- อำนาจเจริญ วัตถุดิบ 9 ตัวอย่าง แคปซูล 9 ตัวอย่าง
- มุกดาหาร วัตถุดิบ 9 ตัวอย่าง แคปซูล 9 ตัวอย่าง)

ดำเนินการเก็บตัวอย่าง ระหว่างเดือนตุลาคม 2563 - กันยายน 2564 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและนำเสนอโดยใช้ร้อยละ

เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัย

ตู้อบเพาะเชื้อผลิตภัณฑของ Termaks รุ่น B8420 ตู้อบเพาะเชื้ออุณหภูมิต่ำผลิตภัณฑของ Eyela รุ่น LTI600 SD เครื่องนึ่งทำลายเชื้อผลิตภัณฑของ Hirayama รุ่น HA-300 MD ตู้อบลมร้อนผลิตภัณฑของ Memmert รุ่น UNE-500 เครื่องชั่งไฟฟ้าผลิตภัณฑของ Precisa รุ่น 1620 C และผลิตภัณฑของ Mettler Toledo รุ่น MS1602S เครื่องวัดความเป็นกรด-ด่างผลิตภัณฑของ OHAUS รุ่น a-AB33PH กล้องจุลทรรศน์ผลิตภัณฑของ OLYMPUS รุ่น CH30 เครื่องนับโคโลนีผลิตภัณฑของ IUL Instruments รุ่น C605 อุปกรณ์ที่ใช้ในห้องปฏิบัติการอื่น ๆ เช่น จานเพาะเชื้อ ปิเปตขวดพร้อมฝาเกลียว หลอดทดลองพร้อมฝาปิด ข้อน กรรไกร ครีมนินบ เป็นต้น

อาหารเลี้ยงเชื้อ

อาหารเลี้ยงเชื้อผลิตภัณฑของ Difco ได้แก่ Trypticase soy agar, Trypticase soy broth, Sabouraud dextrose broth, Sabouraud dextrose agar, MacConkey broth, MacConkey agar, Eosin methylene blue agar, Brilliant green agar, Bismuht sulfite agar และ EE Broth Mossel Enrichment

อาหารเลี้ยงเชื้อ ผลิตภัณฑของ Merck ได้แก่ Columbia agar, Tryptose Sulfite cycloserine agar และ Violet red bile dextrose agar

อาหารเลี้ยงเชื้อผลิตภัณฑของ Oxoid ได้แก่ Xylose-Lysine-Deoxycholate agar และ Rappaport-vassiliadis soya peptone broth

อาหารเลี้ยงเชื้อผลิตภัณฑของ Himedia ได้แก่ Reinforced medium for clostridia สารเคมีที่ใช้ ได้แก่ Phosphate Buffer pH 7.2, Chloramphenicol, D-cycloserine, Liquid paraffin และชุดน้ำยาย้อมแกรม

เชื้อจุลินทรีย์มาตรฐาน

ได้รับจากสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ดังนี้

<i>Escherichia coli</i>	DMST 15537
<i>Salmonella abony</i>	DMST 21863
<i>Clostridium sporogenes</i>	DMST 15282

วิธีการวิจัย

1. การวิเคราะห์ ตรวจวิเคราะห์โดยใช้เทคนิคปลอดเชื้อ (Aseptic technique) ตามตำรามาตรฐานยาสมุนไพรไทย (Thai Herbal Pharmacopoeia 2021) ดังนี้

1.1 การตรวจหาจำนวนจุลินทรีย์ทั้งหมด (Total aerobic microbial count)

1.2 การตรวจหาเชื้อยีสต์และรา (Total combined yeasts and moulds count)

1.3 การตรวจหา Bile-tolerant gram-negative bacteria

1.4 การตรวจหาแบคทีเรีย *Escherichia coli*

1.5 การตรวจหา *Salmonella* spp.

1.6 การตรวจหา *Clostridium* spp.

2. เกณฑ์การตัดสิน

ประเมินตามตำรามาตรฐานยาสมุนไพรไทย (Thai Herbal Pharmacopoeia 2021) ในตัวอย่าง 1 กรัม ต้องมีปริมาณ Total aerobic microbial count,

Total combined yeasts and moulds count และ ๕ Bile-tolerant gram-negative bacteria ไม่เกิน 5×10^5 , 5×10^4 และ 10^2 ตามลำดับ ต้องไม่พบ *Escherichia coli*, *Clostridium* spp. ในตัวอย่าง 25 กรัม ต้องไม่พบ *Salmonella* spp.

ผลการวิจัย

การศึกษาคูณภาพทางจุลชีววิทยาของ วัตถุดิบและยาแคปซูลฟ้าทะลายโจรที่ผลิต ในโรงพยาบาลของรัฐ ในเขตสุขภาพที่ 10 ผลการศึกษาได้รับตัวอย่างวัตถุดิบและยาแคปซูล

ฟ้าทะลายโจรจากโรงพยาบาลตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี วัตถุดิบ 9 ตัวอย่าง แคปซูล 6 ตัวอย่าง โรงพยาบาลห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ วัตถุดิบ 1 ตัวอย่าง แคปซูล 1 ตัวอย่าง โรงพยาบาลกุดชุม จังหวัดยโสธร วัตถุดิบ 6 ตัวอย่าง แคปซูล 6 ตัวอย่าง โรงพยาบาลพนา จังหวัดอำนาจเจริญ วัตถุดิบ 9 ตัวอย่าง แคปซูล 9 ตัวอย่าง โรงพยาบาลนิคมคำสร้อย จังหวัดมุกดาหาร วัตถุดิบ 9 ตัวอย่าง แคปซูล 9 ตัวอย่าง รวม 65 ตัวอย่าง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและประเภทตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาล จำแนกตามรายจังหวัด

จังหวัด	โรงพยาบาล	ประเภทตัวอย่าง	จำนวนตัวอย่างทั้งหมด
อุบลราชธานี	ตระการพืชผล	วัตถุดิบ	9
		ยาแคปซูล	6
อำนาจเจริญ	พนา	วัตถุดิบ	9
		ยาแคปซูล	9
ศรีสะเกษ	ห้วยทับทัน	วัตถุดิบ	1
		ยาแคปซูล	1
ยโสธร	กุดชุม	วัตถุดิบ	6
		ยาแคปซูล	6
มุกดาหาร	นิคมคำสร้อย	วัตถุดิบ	9
		ยาแคปซูล	9
รวม			65

ตรวจพบว่า ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 2 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 3.1 และไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 63 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 96.9 สาเหตุเกิดจากการตรวจพบจำนวนจุลินทรีย์ทั้งหมด (Total aerobic microbial count) 40 ตัวอย่าง, ตรวจพบจำนวนยีสต์และรา (Total combined yeasts

and moulds count) 37 ตัวอย่าง, ตรวจพบจำนวน Bile-tolerant gram-negative bacteria 59 ตัวอย่าง, ตรวจพบเชื้อ *Escherichia coli* 26 ตัวอย่าง, ตรวจพบเชื้อ *Salmonella* spp. 2 ตัวอย่าง และ ตรวจพบเชื้อ *Clostridium* spp. 55 ตัวอย่าง ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการตรวจวิเคราะห์ จำแนกตามรายโรงพยาบาล

โรงพยาบาล	ประเภทตัวอย่าง	จำนวนตัวอย่าง	ผลการตรวจวิเคราะห์(ตัวอย่าง)					
			TAMC	TYMC	Bile-tolerant gram negative bacteria	<i>E.coli</i>	<i>Salmonella</i> spp.	<i>Clostridium</i> spp.
ตระการพืชผล	วัตถุดิบ	9	1	2	9	2	0	9
	ยาแคปซูล	6	4	3	6	1	1	6
พนา	วัตถุดิบ	9	8	3	9	5	0	9
	ยาแคปซูล	9	6	8	9	4	0	8
ห้วยทับทัน	วัตถุดิบ	1	1	1	1	0	0	1
	ยาแคปซูล	1	1	1	1	0	0	1
กุดชุม	วัตถุดิบ	5	1	0	3	1	0	0
	วัตถุดิบ	1	0	0	0	0	0	0
	ยาแคปซูล	5	0	1	3	0	0	3
	ยาแคปซูล	1	0	0	0	0	0	0
นิคมคำสร้อย	วัตถุดิบ	9	9	9	9	6	1	9
	ยาแคปซูล	9	9	9	9	7	0	9
รวม		65	40	37	59	26	2	55

TAMC:Total aerobic microbial count

TYMC;Total combined yeasts and moulds count

เมื่อแบ่งตัวอย่างตามประเภท ได้แก่ วัตถุดิบ จำนวน 34 ตัวอย่าง พบว่า ตรวจพบจำนวน จุลินทรีย์ทั้งหมด (Total aerobic microbial count) 20 ตัวอย่าง, ตรวจพบจำนวนยีสต์และรา (Total combined yeasts and moulds count) 15 ตัวอย่าง, ตรวจพบจำนวน Bile-tolerant gram-negative bacteria 31 ตัวอย่าง, ตรวจพบ เชื้อ *Escherichia coli* 14 ตัวอย่าง, ตรวจพบเชื้อ *Salmonella* spp. 1 ตัวอย่าง และ ตรวจพบเชื้อ *Clostridium* spp. 28 ตัวอย่าง สำหรับแคปซูล

31 ตัวอย่าง พบว่า ตรวจพบจำนวนจุลินทรีย์ ทั้งหมด (Total aerobic microbial count) 20 ตัวอย่าง, ตรวจพบจำนวนยีสต์และรา (Total combined yeasts and moulds count) 22 ตัวอย่าง, ตรวจพบจำนวน Bile-tolerant gram-negative bacteria 28 ตัวอย่าง, ตรวจพบ เชื้อ *Escherichia coli* 12 ตัวอย่าง, ตรวจพบเชื้อ *Salmonella* spp. 1 ตัวอย่าง และ ตรวจพบเชื้อ *Clostridium* spp. 27 ตัวอย่าง ดังแสดงในตาราง ที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการตรวจวิเคราะห์ จำแนกตามประเภทตัวอย่าง

ประเภท ตัวอย่าง	จำนวน ตัวอย่าง	ผลการตรวจวิเคราะห์(ตัวอย่าง)					
		TAMC	TYMC	Bile-tolerant gram negative bacteria	<i>E.coli</i>	<i>Salmonella</i> spp.	<i>Clostridium</i> spp.
วัตถุดิบ	34	20	15	31	14	1	28
ยาแคปซูล	31	20	22	28	12	1	27
รวม	65	40	37	59	26	2	55

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

จากตัวอย่างทั้งหมด 65 ตัวอย่าง ผล การศึกษา พบว่าผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามเกณฑ์ ดำรามาตรฐานยาสมุนไพรไทย เพียง 2 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 3.1 เท่านั้น ส่วนใหญ่ไม่ผ่านเกณฑ์ มาตรฐาน จำนวน 63 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 96.9 สาเหตุคือตรวจพบ Total aerobic microbial count 40 ตัวอย่าง เป็นการตรวจจำนวนทั้งหมด ของจุลินทรีย์ที่ใช้อากาศ แม้จะไม่ใช่เชื้อก่อโรค

แต่เป็นเชื้อจุลินทรีย์ที่สามารถพบได้ในสิ่งแวดล้อมทั่วไป หากมีการปนเปื้อนที่มากเกินไปเกินเกณฑ์มาตรฐาน จะชี้ให้เห็นถึงแนวโน้มว่าผลิตภัณฑ์ดังกล่าว ผ่านกรรมวิธีการผลิตที่ไม่ดีพอ มีโอกาสส่งผลเสีย ต่อผู้บริโภคได้ ตรวจพบ Total combined yeasts and moulds count 37 ตัวอย่าง จุลินทรีย์ ประเภทนี้เจริญได้ง่าย แม้มีความชื้นเพียง เล็กน้อย มีการสร้างสปอร์ที่มีความทนทานต่อ สิ่งแวดล้อมสูง ทำลายได้ยาก ส่วนยีสต์ (Yeasts)

ไม่เป็นอันตรายต่อมนุษย์ แต่รา(Moulds) บางชนิดที่ผลิต Mycotoxin จะทำให้เกิดอันตรายต่อมนุษย์ได้ ตรวจพบ Bile-tolerant gram-negative bacteria 59 ตัวอย่าง เป็นเชื้อแบคทีเรียแกรมลบที่ทนน้ำดี จะพบตามธรรมชาติในพืช ตรวจพบเชื้อ *Escherichia coli* 26 ตัวอย่าง เป็นแบคทีเรียตามธรรมชาติที่อาศัยในลำไส้ของมนุษย์และสัตว์ ตรวจพบเชื้อ *Salmonella* spp. 2 ตัวอย่าง เป็นแบคทีเรียที่พบบ่อยในสัตว์ โอกาสปนเปื้อนในพืชสมุนไพรมาจากมูลของนกและหนูระหว่างการผึ่งตัวยาให้แห้ง ทำให้เกิดอาการท้องร่วงพร้อมกับมีอาการอาเจียนร่วมด้วย และ ตรวจพบเชื้อ *Clostridium* spp. 55 ตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ตรวจการปนเปื้อน *Clostridium* spp. เท่านั้น ไม่ได้ตรวจพิสูจน์ว่าเป็น *Clostridium perfringens* หรือ *Clostridium botulinum* เนื่องจากเกณฑ์ตามตำรามาตรฐานยาสมุนไพรไทยระบุว่ายาจากสมุนไพรต้องไม่พบการปนเปื้อนเชื้อ *Clostridium* spp. เนื่องจากเชื้อ *Clostridium* spp. เพียง 1 เซลล์ ถ้าสามารถเจริญเติบโตต่อไปได้ก็สามารถสร้างพิษ (Toxin) และทำให้เกิดอันตรายได้เป็นแบคทีเรียที่สร้างสปอร์ที่ทนต่อความร้อนได้ สปอร์ของเชื้อ *Clostridium perfringens* ถ้าเจริญเติบโตได้จะสร้างพิษที่ทำให้เกิดอาการท้องร่วงอาเจียน อาจเป็นอันตรายต่อผู้บริโภคเป็นเชื้อแบคทีเรียที่มักพบในดินและทำให้เกิดโรค ซึ่งส่วนใหญ่สมุนไพรที่เป็นพืชหัว รากใต้ดิน หรือพืชขนาดเล็กที่มีลำต้นเดี่ยวและใบอยู่ใกล้ดิน มักพบการปนเปื้อนค่อนข้างสูง⁽¹¹⁾ และการศึกษานี้ตัวอย่างส่วนใหญ่ตรวจพบการปนเปื้อนเชื้อ

มากกว่าสองชนิดขึ้นไป ซึ่งสอดคล้องกับรายงานในปี พ.ศ. 2550 ลัดดา พูลสวัสดิ์ และคณะ ตรวจการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ในยาแผนโบราณ จำนวน 660 ตัวอย่าง พบผิดมาตรฐานร้อยละ 22.1 สาเหตุหลักคือการปนเปื้อนจากเชื้อ *Clostridium perfringens*⁷ และรายงานในปี พ.ศ. 2554 ตัวอย่างส่วนใหญ่ตรวจพบการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ตั้งแต่สองชนิดขึ้นไปเมื่อพิจารณาคุณภาพวัตถุดิบและยาแคปซูลฟ้าทะลายโจรที่ประเมินตามตำรามาตรฐานยาสมุนไพรไทย (Thai Herbal Pharmacopoeia 2021) อาจเนื่องจากประเทศไทยเป็นประเทศที่มีอากาศร้อนและชื้น จุลินทรีย์หลายชนิดเจริญได้ดี และอาจเนื่องมาจากการเก็บเกี่ยวที่มีการปนเปื้อนสิ่งสกปรก เมื่อนำมาล้างก็ไม่สะอาดพอ กระบวนการผลิต การบรรจุรวมไปถึงการเลือกใช้ชนิดของแคปซูลไม่เหมาะสมทำให้ยาแคปซูลฟ้าทะลายโจรสัมผัสกับความชื้น เชื้อจุลินทรีย์จึงเจริญได้ดี⁽⁹⁾ สอดคล้องกับรายงานในปี พ.ศ. 2554 ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 2 พิษณุโลก กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ได้ประเมินความเสี่ยงด้านคุณภาพและความปลอดภัยของสมุนไพรด้านการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ จำนวน 13 ตัวอย่าง พบผิดมาตรฐาน 9 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 69.2 สาเหตุเกิดจากการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ในหัวข้อ Total viable aerobic bacteria count ประเภทที่พบการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์มากที่สุดคือ ประเภทแคปซูล (ร้อยละ 46.1) ประกอบกับตัวอย่างวัตถุดิบและยาแคปซูลฟ้าทะลายโจรที่ได้รับนั้น เป็นสมุนไพรเดี่ยวที่มีการบดละเอียด รุนผลิตเดียวกัน ก่อนผู้ผลิตจะนำไปเข้ากระบวนการ

อัดแคปซูลต้องนำไปผ่านกระบวนการอบเพื่อไล่ความชื้นและบรรจุในแคปซูลที่เหมาะสม⁽⁸⁾ สอดคล้องกับรายงานในปี พ.ศ.2557 ดำรับยาที่ตรวจพบการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ทั้ง Total aerobic microbial count, Bile-tolerant gram-negative bacteria และ *Clostridium* spp. ในพืชสมุนไพรที่มาจากส่วนที่เป็นราก ลำต้นใต้ดิน สมุนไพรส่วนที่สัมผัสกับดินได้ง่าย สมุนไพรที่มีขนาดเล็ก และทำความสะอาดยาก ซึ่งสาเหตุการปนเปื้อนดังกล่าวอาจเกิดจากการใช้วัตถุดิบสมุนไพรจากแหล่งปลูกที่มีการปนเปื้อนเชื้อ การทำความสะอาดสมุนไพรไม่เหมาะสม และจากการตรวจวิเคราะห์การปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ในตัวอย่างยาจากสมุนไพรในโรงพยาบาลผู้ผลิตยาจากสมุนไพรในทุกภาค จำนวน 116 ตัวอย่าง ผลการวิเคราะห์พบการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานในยา 7 ดำรับ 30 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 25.9 โดยพบการปนเปื้อน Total aerobic microbial count สูงสุด 27 ตัวอย่าง

รองลงมาคือ *Clostridium* spp. 13 ตัวอย่าง และ Bile-tolerant gram-negative bacteria 6 ตัวอย่าง มีตัวอย่างที่ตรวจพบการปนเปื้อนทั้ง Total aerobic microbial count, Bile-tolerant gram-negative bacteria และ *Clostridium* spp.⁽¹²⁾ ดังนั้นหากต้องการลดและป้องกันการปนเปื้อนผู้ผลิตควรดูแลและมีตระวังใส่ใจทุกขั้นตอน เขียนแนวทางปฏิบัติการที่ดีในการผลิต และปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด และทางเลือกหนึ่งคือการฉายรังสีแกมมาที่สามารถกำจัดการปนเปื้อนเชื้อได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนางมธุรส ทาทอง ผู้อำนวยการศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 10 อุบลราชธานี ที่ให้การสนับสนุนงบประมาณการดำเนินงานเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องของทุกสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องของทุกโรงพยาบาลที่เป็นแหล่งผลิตในเขตสุขภาพที่ 10 ที่ช่วยประสานงานและเก็บตัวอย่างส่งตรวจวิเคราะห์

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการการจัดทำยุทธศาสตร์การพัฒนากฎมียาไทย สุขภาพวิถีไทย. แผนยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนากฎมียาไทย สุขภาพวิถีไทย พ.ศ. 2550-2554. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ ทหารผ่านศึก; 2552.
2. คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ฉบับที่ 11 พ.ศ.2555-2559. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2555.
3. สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข. สรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2562 รอบที่ 1. ม.ป.ท.; 2562.

เอกสารอ้างอิง

4. คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ. บัญชียาจากสมุนไพร. [online]. 2562 [cited 2023 Jan10]. Available from: <http://dmsic.moph.go.th/index/detail/7760>
5. สถาบันวิจัยสมุนไพร กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานสมุนไพร Standard of Thai Herbal Pharmacopoeia เล่มที่ 1 พืชหลายใจ. *Andrographis paniculata* (Burm.f.) Nees กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2542.
6. นันทนา สิทธิชัย. มาตรฐานของสมุนไพรในตำรามาตรฐานสมุนไพรไทย. วารสารสมุนไพรไทย. 2547; 11(1): 21-32.
7. ลัดดา พูลสวัสดิ์, สันติพงษ์ วงศ์เพ็ญทักษ์, สมมาตร กลมกลิ้ง. การสำรวจปริมาณเชื้อ *Clostridium perfringens* ในยาแผนโบราณ. ใน : ในการประชุมวิชาการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ครั้งที่ 15 เรื่องวิทยาศาสตร์การแพทย์เพื่อความมั่นคงสุขภาพ. นนทบุรี: กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2550: 133.
8. ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 2 พิษณุโลก กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. [online]. 2554[cited 2021 May 5]. Available from: URL:http://www.tako.moph.go.th/archivesImages/2554/138errand/29029_1_o.pdf
9. รายงานประจำปีสำนักงานและวัตถุเสพติด กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. [online]. 2554[cited 2021 May 5]. Available from: URL:<https://bdn.go.th/th/aboutus/25/>
10. Thai Herbal Pharmacopoeia, 2021. Appendix 10.2: Microbial Limit Tests and Appendix 10.5: Limit for microbial contamination. Department of Medical Sciences., 722-754.
11. สกฤตน์ รัตนเกียนดี. การศึกษาคุณภาพทางจุลชีววิทยาของยาจากสมุนไพรรูปแบบของแข็ง. ใน : ในการประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานระดับชาติ The 5th annual northeast pharmacy research conference of 2013 "pharmacy profession: moving forward to ASEAN harmonization" มหาสารคาม: คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2556: 128-132.
12. จิตรา ชัยวัฒน์ จิราณู แจ่มทวีกุล สันติพงษ์ วงศ์เพ็ญทักษ์ และปรัชญาพร อินทองแก้ว. ความปลอดภัยของยาจากสมุนไพรในบัญชีหลักแห่งชาติ. วารสารกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ 2557; 56(3): 123-134.

คุณภาพยาเม็ดโพรพรานอลอล ไฮโดรคลอไรด์ ในร้านขายยาในเขตสุขภาพที่ 10

Study on the quality of Propranolol hydrochloride tablets

in 10th Public Health Regionกนกวรรณ มุจรินทร์¹Kanokwan Mudjarin¹

บทคัดย่อ

ยาเม็ดโพรพรานอลอล ไฮโดรคลอไรด์ เป็นยาเบต้าบล็อกเกอร์ (Beta-blocker) ที่นำมาใช้รักษาความดันโลหิตสูง กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ และใช้รักษาภาวะที่เกี่ยวข้องกับหัวใจและระบบไหลเวียนโลหิตอื่น ๆ นอกจากนั้นยังนำมาใช้เพื่อลดความรุนแรงและความถี่ของอาการปวดไมเกรน ซึ่งมีขายในร้านขายยา และในฐานะข้อมูลของประเทศไทยมีขึ้นทะเบียนไว้ จำนวน 23 ผู้ผลิต 50 เลขทะเบียน แต่ยังขาดข้อมูลผลวิเคราะห์คุณภาพยาเม็ดโพรพรานอลอล ไฮโดรคลอไรด์ในร้านขายยา จึงได้คัดเลือกมาศึกษาในโครงการการศึกษาคุณภาพยาเม็ดโพรพรานอลอล ไฮโดรคลอไรด์ ในร้านขายยาในเขตสุขภาพที่ 10 โดยการสุ่มเก็บตัวอย่างจากร้านขายยา 5 จังหวัด (อุบลราชธานี, ศรีสะเกษ, ยโสธร, อำนาจเจริญ และมุกดาหาร) ระหว่างตุลาคม พ.ศ. 2562 ถึงกันยายน พ.ศ. 2563 เพื่อตรวจวิเคราะห์คุณภาพตามมาตรฐานตำรายา (The United States Pharmacopeia 42) ในหัวข้อการตรวจเอกลักษณ์ของยา ปริมาณตัวยาสำคัญ ความสม่ำเสมอของตัวยาในแต่ละหน่วย ความแตกต่างจากน้ำหนักเฉลี่ย และการละลายของตัวยา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและนำเสนอโดยใช้คำร้อยละ ผลการวิเคราะห์ตัวอย่างยาทั้งหมด 31 ตัวอย่าง แบ่งเป็นขนาดยา 10 มิลลิกรัม จากผู้ผลิต 5 ราย 5 เลขทะเบียน และ 40 มิลลิกรัม จากผู้ผลิต 2 ราย 2 เลขทะเบียน พบว่า ทุกตัวอย่างเข้ามาตรฐานการตรวจเอกลักษณ์ของยา ปริมาณตัวยาสำคัญ ความสม่ำเสมอของตัวยาในแต่ละหน่วย ความแตกต่างจากน้ำหนักเฉลี่ย การละลายของตัวยา จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่ายาเม็ดโพรพรานอลอล ไฮโดรคลอไรด์ มีคุณภาพ สามารถนำข้อมูลไปใช้ประกอบการคัดเลือกยาของร้านขายยา และเป็นการประกันคุณภาพยาให้กับประชาชนผู้บริโภคได้

คำสำคัญ : คุณภาพ, ยาเม็ดโพรพรานอลอล, ไฮโดรคลอไรด์, ร้านขายยา

¹เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 10 อุบลราชธานี

¹Pharmacist, Professional Level. Division of Consumer Protection and Public Health, Regional Medical Sciences Center 10 Ubonratchathani. E-mail: k_mujar@hotmail.com



Abstract

Propranolol hydrochloride tablets are beta-blockers used to treat high blood pressure, acute myocardial infarction, arrhythmias and used to treat heart-related conditions and other circulatory systems, In addition, it is also used to reduce the severity and frequency of migraines which is sold in drug stores. In Thailand's database there are 23 registered manufacturers and 50 registration numbers. However there is still a lack of analysis results data on the quality of propranolol hydrochloride tablets in drug stores. Therefore, Propranolol hydrochloride tablets should have to selected for study on the quality of propranolol hydrochloride tablets in 10th Public Health Region project. The samples were randomized form drug store from 5 provinces (Ubonratchathani, Srisaket, Yasothon, Aumnatjarern and Mukdahan) between October 2019 to September 2020 to analyzed the quality of drugs using the United States Pharmacopeia 42 for identification, assay, content uniformity, weight variation and dissolution test. The data was analyzed by using descriptive statistics and presented by percentage values. The 31 samples, Are 28 samples from 10 mg from 5 manufactory 5 registered numbers and 3 samples form 40 mg from 2 manufactory 2 registered numbers. In result all samples passed in identification, assay, content uniformity, weight variation and dissolution test. The study showed that all propranolol hydrochloride tablets met the standard quality. The information can be used to support drug selection in drug stores and also assure drug quality for consumers.

Keywords : Propranolol hydrochloride Tablets, Quality, Pharmacy, Drug store

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขประกาศนโยบายลดความแออัดในโรงพยาบาล โดยหนึ่งในมาตรการลดความแออัดคือ การที่ผู้ป่วยไม่ต้องรอรับยาภายในโรงพยาบาลแต่ให้ผู้ป่วยนำใบสั่งยารับยาที่ร้านยาแผนปัจจุบัน (ข.ย.1) ที่ได้มาตรฐานหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน (Good Pharmacy Practice : GPP) ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา โดยในช่วงเริ่มต้นจะดูแลผู้ป่วย 4 กลุ่มโรคคือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หอบหืด และโรคทางจิตเวช รวมถึงโรคเรื้อรังอื่นที่ไม่ซับซ้อนในส่วนกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ก็เป็นหน่วยงานหนึ่งที่มีบทบาทหน้าที่ในการควบคุมคุณภาพยาซึ่งได้ดำเนินการโครงการสร้างหลักประกันคุณภาพและมาตรฐานบริการด้านยา เพื่อเฝ้าระวังคุณภาพยาที่มีใช้ในหน่วยบริการสุขภาพของภาครัฐตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา และในรายงานประจำปี พ.ศ. 2548 ของศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 3 นครสวรรค์ พบว่าคุณภาพยาเม็ด Propranolol hydrochloride จำนวน 76 ตัวอย่าง เข้ามาตรฐานทุกตัวอย่าง⁽¹⁾ ซึ่งเป็นข้อมูลเฉพาะในส่วน of โรงพยาบาล แต่ในร้านขายยายังไม่มีข้อมูลการควบคุมคุณภาพยา

ยา Propranolol hydrochloride เป็นยาที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2562⁽²⁾ เป็นยาเบต้าบล็อกเกอร์ (Beta-blocker) ที่นำมาใช้รักษาความดันโลหิตสูง กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ และใช้รักษาภาวะที่เกี่ยวข้องกับหัวใจและระบบไหลเวียนโลหิตอื่น ๆ

นอกจากนั้นยังนำมาใช้เพื่อลดความรุนแรงและความถี่ของอาการปวดไมเกรน⁽³⁾ เป็นยาตัวหนึ่งที่จะดูแลผู้ป่วยใน 4 กลุ่มโรค และในฐานข้อมูลของประเทศมีขึ้นทะเบียนไว้ จำนวน 23 ผู้ผลิต 50 เลขทะเบียน⁽⁴⁾ ดังนั้นศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 10 อุบลราชธานี จึงจำเป็นต้องอย่างยิ่งที่จะมีการศึกษาคุณภาพยาในร้านขายยาควบคู่กันไป โดยได้คัดเลือกยาเม็ด Propranolol hydrochloride มาศึกษาคุณภาพยาในร้านขายยาในเขตสุขภาพที่ 10 ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพยาเม็ด Propranolol hydrochloride ในร้านขายยาในเขตสุขภาพที่ 10 ตามมาตรฐานตำรายา (The United States Pharmacopeia 42)⁽⁵⁾ การศึกษานี้อาจทำให้ประชาชนเข้าถึงยาที่มีคุณภาพมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และเป็นการควบคุมคุณภาพมาตรฐานของยา เพื่อสนับสนุนนโยบายของรัฐให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้บริโภคต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาคุณภาพยาเม็ดโพรพรานอลอลไฮโดรคลอไรด์ ในร้านขายยาในเขตสุขภาพที่ 10

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยการศึกษาคุณภาพยาเม็ดโพรพรานอลอล ไฮโดรคลอไรด์ ในร้านขายยา

ตัวอย่างยาที่ใช้ในการวิจัย

เก็บตัวอย่างโดยใช้หลักการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ซึ่งเก็บยาเม็ด Propranolol hydrochloride ขนาด 10 mg จำนวน 28 ตัวอย่าง

จากผู้ผลิต 5 ราย รวม 5 เลขทะเบียน ขนาด 40 mg จำนวน 3 ตัวอย่างจากผู้ผลิต 2 ราย รวม 2 เลขทะเบียน เก็บจากร้านขายยาในเขตสุขภาพที่ 10 จำนวน 5 จังหวัด (อุบลราชธานี, ศรีสะเกษ, ยโสธร, อำนาจเจริญ และมุกดาหาร) ดำเนินการระหว่างตุลาคม พ.ศ. 2562 ถึงกันยายน พ.ศ. 2563 โดยศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 10 อุบลราชธานี เป้าหมายการวิเคราะห์ เพื่อตรวจวิเคราะห์คุณภาพตามมาตรฐานตำรายา (The United States Pharmacopeia 42) ในหัวข้อการตรวจเอกลักษณ์ของยา ปริมาณตัวยาสําคัญ ความสม่ำเสมอของตัวยาในแต่ละหน่วย ความแตกต่างจากน้ำหนักเฉลี่ย และการละลายของตัวยา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและนำเสนอโดยใช้คาร์้อยละ

วัสดุและวิธีการ

สารเคมีและสารมาตรฐาน

1. USP Propranolol hydrochloride RS : CAT.No. 1471506 Lot I0M494
2. Procainamide hydrochloride : SIGMA-ALDRICH CAS.614-39-1
3. Ortho-Phosphoric acid : ผลิตภัณฑ์ของ MERCK
4. Acetonitrile (HPLC grade) : ผลิตภัณฑ์ของ MERCK
5. Methanol : ผลิตภัณฑ์ของ MERCK
6. Hydrochloric acid : ผลิตภัณฑ์ของ MERCK
7. Sodium dedocyl sulfat : ผลิตภัณฑ์ของ SIGMA-ALDRICH
8. น้ำ : Purified water

เครื่องมือและอุปกรณ์

1. High Performance Liquid Chromatography (HPLC) : Agilent Technology, Germany ; Rapid Resolution Liquid Chromatography (RRLC) 1200 series ประกอบด้วย
 - Binary Pump
 - Detector DAD-SL
 - Column oven TCC-SL
 - Degasser
2. Spectrophotometer : UV Visible Model Lamda 365
3. Analytical Balance : Sartorius, Germany, Model CP224S
4. Dissolution Tester : Electrolab, Model TDT 14 L
5. Ultrasonic bath : Crest Ultrasonics, USA, Model 575HTAE
6. Column : C8 Column (L7 packing), 4.6 mm x 25 cm, 5 μ m

วิธีการวิจัย

1. การวิเคราะห์เอกลักษณ์ของยา

(Identification)

Retention times ของโครมาโทแกรมหลักของตัวอย่างต้องตรงกับโครมาโทแกรมหลักของสารละลายมาตรฐาน

เกณฑ์การตัดสิน

The United States Pharmacopeia 42 กำหนดมาตรฐานการตรวจเอกลักษณ์ของตัวยา ตรวจพบ Propranolol hydrochloride

2. การวิเคราะห์ปริมาณด้วยสำคัญ (Assay)

การเตรียมสารละลายมาตรฐาน

1. ชั่งสารมาตรฐาน USP Propranolol hydrochloride RS อย่างแม่นยำให้มีปริมาณด้วยยา ประมาณ 100 mg ลงใน Volumetric flask ขนาด 100 ml

2. ปิเปตจากข้อ 1 มา 10 ml ลงใน Volumetric flask ขนาด 50 ml ละลายและปรับปริมาตรด้วย Methanol ให้สารละลายมาตรฐานมีความเข้มข้นของ Propranolol hydrochloride ประมาณ 0.2 mg/ml

3. กรองสารละลายมาตรฐานผ่าน syringe filter 0.2 μ m

4. เก็บใส่ขวดสำหรับวิเคราะห์ด้วยเครื่องโครมาโทกราฟชนิดของเหลวประสิทธิภาพสูง (HPLC)

การเตรียมสารละลายตัวอย่าง

1. ชั่งตัวอย่างยา 20 เม็ด คำนวณหาน้ำหนักเฉลี่ยของยาต่อเม็ด บดตัวอย่างทั้ง 20 เม็ดให้ละเอียดจนเป็นเนื้อเดียวกัน แล้วชั่งผงยาอย่างแม่นยำให้มีปริมาณด้วยยา Propranolol hydrochloride ประมาณ 50 mg ใส่ใน Volumetric flask ขนาด 50 ml

2. ละลายด้วย Methanol ปริมาตร 40 ml แล้วนำไปเขย่าประมาณ 5 นาที และ sonicate ประมาณ 5 นาที

3. ละลายและปรับปริมาตรด้วย Methanol

4. กรองสารละลายตัวอย่างผ่าน syringe filter 0.45 μ m

5. ปิเปตจากข้อ 4 มา 5 ml ลงใน Volumetric flask ขนาด 25 ml ละลายและปรับปริมาตรด้วย Methanol ให้สารละลายตัวอย่างมีความเข้มข้นของ Propranolol hydrochloride ประมาณ 0.2 mg/ml

6. กรองสารละลายตัวอย่างผ่าน syringe filter 0.2 μ m

7. เก็บใส่ขวดสำหรับวิเคราะห์ด้วยเครื่องโครมาโทกราฟชนิดของเหลวประสิทธิภาพสูง (HPLC)

วิธีวิเคราะห์

วิเคราะห์หาปริมาณด้วยสำคัญ โดยนำสารละลายตัวอย่างที่ได้มาฉีดเข้าเครื่อง HPLC เปรียบเทียบกับสารละลายมาตรฐาน ตาม The United States Pharmacopeia 42 Propranolol hydrochloride Tablets ซึ่งมีสภาวะในการวิเคราะห์ Chromatographic system ดังนี้

Mobile Phase : Dissolve 0.5 g of Sodium dodecyl sulfate in 18 ml of 0.15 M, Phosphoric acid. Add 90 ml each of acetonitrile and methanol, dilute with water to make 250 ml, and pass through a suitable filter of 0.5 μ m pore size

Column : Zorbax Eclipse Plus (C8), 5 μ m, 4.6 mm x 250 mm

Detector : UV 290 nm

Flow rate : 1.5 ml per minute

Injection Volume : 5 μ l

System suitability : the resolution,

is not less than 2 between the procainamide and propranolol hydrochloride peaks the tailing factor for the propranolol hydrochloride peak is not more than 3.0 the relative standard deviation for the propranolol hydrochloride is not more than 2.0%

การคำนวณหาปริมาณตัวยาสำคัญ

สูตรการคำนวณปริมาณตัวยาสำคัญ (%La)

(%La) = $R_u/R_s \times \text{Standard Weight(mg)}$

$\times \% \text{purity} \times D_u \times 100/D_s \times W_t.\text{per}$

$\text{tab}/W_t.\text{taken}$

โดย R_s : peak area response of standard

R_u : peak area response of sample

D_s : dilution factor of standard

D_u : dilution factor of sample

$W_t.\text{per tab}$: weight of sample per tablet (mg)

$W_t.\text{taken}$: weight of sample taken (mg)

เกณฑ์การตัดสิน

Propranolol hydrochloride Tablets contain not less than 90.0 percent and not more than 110.0 percent of the labeled amount of $C_{16}H_{21}NO_2 \cdot HCl$

3. การวิเคราะห์ความสม่ำเสมอของตัวยาในแต่ละหน่วย (Content uniformity) สำหรับยาขนาด 10 mg

การเตรียมสารละลายมาตรฐาน

1. ชั่งสารมาตรฐาน USP Propranolol hydrochloride RS อย่างแม่นยำให้มีปริมาณตัว

ยา ประมาณ 25 mg ลงใน Volumetric flask ขนาด 25 ml

2. ปิเปตจากข้อ 1 มา 4 ml ลงใน Volumetric flask ขนาด 100 ml ละลายและปรับปริมาตรด้วย Methanol ให้สารละลายมาตรฐานมีความเข้มข้นของ Propranolol hydrochloride ประมาณ 0.04 mg/ml

3. นำไปวัดด้วยเครื่อง UV-Vis Spectrophotometer ที่ความยาวคลื่น 290 nm โดยใช้ Methanol เป็น blank

การเตรียมสารละลายตัวอย่าง

1. ใส่ เม็ดยา Propranolol hydrochloride 10 mg (1 เม็ด) ลงใน Volumetric flask ขนาด 100 ml

2. เติมน Dilute hydrochloric acid (1 in 100) ปริมาตร 5 ml หมุนจนกระทั่งเม็ดยาแตก

3. เติมน Methanol ปริมาตร 70 ml และ sonicate 1 min

4. ละลายและปรับปริมาตรด้วย Methanol

5. ผสมและปั่นเหวี่ยง

6. ปิเปตสารละลายส่วนใสจากข้อ 5. มา 10 ml ใส่ใน Volumetric flask ขนาด 25 ml

7. ละลายและปรับปริมาตรด้วย Methanol ให้สารละลายมาตรฐานมีความเข้มข้นของ Propranolol hydrochloride ประมาณ 0.04 mg/ml

8. นำไปวัดด้วยเครื่อง UV-Vis Spectrophotometer ที่ความยาวคลื่น 290 nm โดยใช้ Methanol เป็น blank

คำนวณหา % La ของ Propranolol hydrochloride จำนวน 10 เม็ด แล้วคำนวณค่า

Acceptance value ดังนี้

- คำนวณหาค่าเฉลี่ย (X_{mean}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) จากค่าเฉลี่ยที่คำนวณได้ จะได้ค่า Reference Value (M) ซึ่งเปลี่ยนแปลงไปตามค่าเฉลี่ย (X_{mean}) ดังนี้

$$98.5 \% \leq (X_{\text{mean}}) \leq 101.5 \% \longrightarrow M = X_{\text{mean}}$$

$$(X_{\text{mean}}) < 98.5 \% \longrightarrow M = 98.5 \%$$

$$(X_{\text{mean}}) > 101.5 \% \longrightarrow M = 101.5 \%$$

- คำนวณหาค่า Acceptance value (AV) จากสมการ $AV = |M - X_{\text{mean}}| + ks$

โดย k คือ Acceptability constant

(If $n = 10$, $k = 2.4$)

(If $n = 30$, $k = 2.0$)

นำค่า AV ที่ได้ไปเปรียบเทียบกับค่า

Maximum allowed acceptance value (L_1)

โดยกำหนดให้ L_1 มีค่า เท่ากับ 15.0

ในกรณีคำนวณได้ค่า AV มากกว่าค่า L_1 ต้องชั่งตัวอย่างเม็ดยาแต่ละเม็ดเพิ่มอีก 20 เม็ด แล้วจึงคำนวณค่า AV รวมทั้งหมด 30 เม็ด นำค่าที่ได้ไปเปรียบเทียบกับค่า L_1

เกณฑ์การตัดสิน

จำนวน 10 เม็ด ($n = 10$) ได้ค่า $AV \leq L_1$

กรณีจำนวน 30 เม็ด ($n = 30$) ได้ค่า $AV \leq L_1$

และไม่มีเม็ดใดอยู่นอกช่วง $(1 - (L_2 \times 0.01)) \times M_{30}$ ถึง $(1 + (L_2 \times 0.01)) \times M_{30}$

โดย L_1 : Maximum allowed acceptance value มีค่าเท่ากับ 15.0

L_2 : Maximum allowed acceptance value มีค่าเท่ากับ 25.0

M_{30} : ค่า M ที่ได้จากการวิเคราะห์ความแตกต่างจากน้ำหนักเฉลี่ยของปริมาณตัวยา 30 เม็ด

เกณฑ์การยอมรับ : Acceptance value น้อยกว่าหรือเท่ากับ 15.0%

4. การวิเคราะห์ความแตกต่างจากน้ำหนักเฉลี่ย (Weight variation) สำหรับยาขนาด 40 mg

การศึกษานี้กำหนดให้ค่า T เป็น 100 เนื่องจากไม่มีข้อกำหนดค่าเฉพาะไว้ใน monograph มีขั้นตอนในการทดสอบดังนี้

กรณี $T \leq 101.5 \%$

1. ชั่งตัวอย่างยาแต่ละเม็ด จนครบ 10 เม็ด

2. คำนวณหาร้อยละของปริมาณตัวยาที่แจ้งในแต่ละเม็ด โดยคำนวณจากผลการตรวจวิเคราะห์หาปริมาณตัวยาสำคัญดังนี้

- คำนวณหาค่าเฉลี่ย (X_{mean}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) จากค่าเฉลี่ยที่คำนวณได้ จะได้ค่า Reference Value (M) ซึ่งเปลี่ยนแปลงไปตามค่าเฉลี่ย (X_{mean}) ดังนี้

$$98.5 \% \leq (X_{\text{mean}}) \leq 101.5 \% \longrightarrow M = X_{\text{mean}}$$

$$(X_{\text{mean}}) < 98.5 \% \longrightarrow M = 98.5 \%$$

$$(X_{\text{mean}}) > 101.5 \% \longrightarrow M = 101.5 \%$$

- คำนวณหาค่า Acceptance value (AV) จากสมการ

$$AV = |M - X_{\text{mean}}| + ks$$

โดย k คือ Acceptability constant

(If $n = 10$, $k = 2.4$)

(If $n = 30$, $k = 2.0$)

นำค่า AV ที่ได้ไปเปรียบเทียบกับค่า
Maximum allowed acceptance value (L_1)

โดยกำหนดให้ L_1 มีค่า เท่ากับ 15.0

ในกรณีคำนวณได้ค่า AV มากกว่าค่า L_1
ต้องชั่งตัวอย่างเม็ดยาแต่ละเม็ดเพิ่มอีก 20 เม็ด
แล้วจึงคำนวณหาค่า AV รวมทั้งหมด 30 เม็ด
นำค่าที่ได้ไปเปรียบเทียบกับค่า L_1

เกณฑ์การตัดสิน

จำนวน 10 เม็ด ($n = 10$) ได้ค่า $AV \leq L_1$
กรณีจำนวน 30 เม็ด ($n = 30$) ได้ค่า $AV \leq L_1$
และไม่มีเม็ดใดอยู่นอกช่วง $(1 - (L_2 \times 0.01)) \times M_{30}$
ถึง $(1 + (L_2 \times 0.01)) \times M_{30}$

โดย L_1 : Maximum allowed acceptance
value มีค่าเท่ากับ 15.0

L_2 : Maximum allowed acceptance
value มีค่าเท่ากับ 25.0

M_{30} : ค่า M ที่ได้จากการวิเคราะห์
ความแตกต่างจากน้ำหนักเฉลี่ยของปริมาณ
ตัวยา 30 เม็ด

5. การวิเคราะห์การละลายของตัวยา (Dissolution)

การเตรียมสารละลายมาตรฐาน

1. ชั่งสารมาตรฐาน USP Propranolol
hydrochloride RS อย่างแม่นยำให้มีปริมาณ
ตัวยา ประมาณ 10 mg ลงใน Volumetric flask
ขนาด 100 ml

2. ละลายและปรับปริมาตรด้วย Methanol
ให้สารละลายมาตรฐานมีความเข้มข้นของ
Propranolol hydrochloride ประมาณ 0.1 mg/ml

3. ปิเปตสารละลายจากข้อ 2 จำนวน 10 ml
ลงใน volumetric flask ขนาด 100 ml

4. ละลายและปรับปริมาตรด้วย
Methanol ให้สารละลายมาตรฐานมีความเข้มข้น
ของ Propranolol hydrochloride ประมาณ
0.01 mg/ml

5. นำไปวัดด้วยเครื่อง UV-Vis Spec-
trophotometer

การทดสอบการละลายของตัวยา

นำยา 1 เม็ด ทดสอบการละลายด้วย
เครื่องทดสอบการละลายของตัวยา (วิเคราะห์
ทั้งหมด 6 เม็ด)

ซึ่งมีสถานะในการทดสอบดังนี้

Dissolution Medium : Dilute Hydro-
chloric acid (1:100), 1000 ml

Apparatus 1 : 100 rpm

Time : 30 min

Wavelength : 289 nm

Blank : Medium

เมื่อครบเวลา ดูดสารละลายตัวอย่างจาก
แต่ละ vessel มากรองผ่านกระดาษกรองขนาด
0.45 μ m ปรับความเข้มข้นให้เท่ากับสารละลาย
มาตรฐาน แล้วนำไปวัดด้วยเครื่อง UV-Vis
Spectrophotometer ที่ความยาวคลื่น 289 nm
โดยใช้ Medium เป็น blank เปรียบเทียบกับ
สารละลายมาตรฐาน

การคำนวณหาปริมาณตัวยาสำคัญที่ละลาย
ในแต่ละเม็ดและร้อยละของปริมาณที่แจ้ง

การคำนวณหาปริมาณตัวยาสำคัญ

$$\text{ปริมาณตัวยาสำคัญ (\%la)} = \frac{\text{Au/As} \times \text{Standard Weight(mg)} \times \% \text{purity}/100 \times \text{Du/Ds}}{\times 100/\text{la}}$$

โดย As : Absorbance of standard

Au : Absorbance of sample

Ds : Dilution factor of standard

Du : Dilution factor of sample

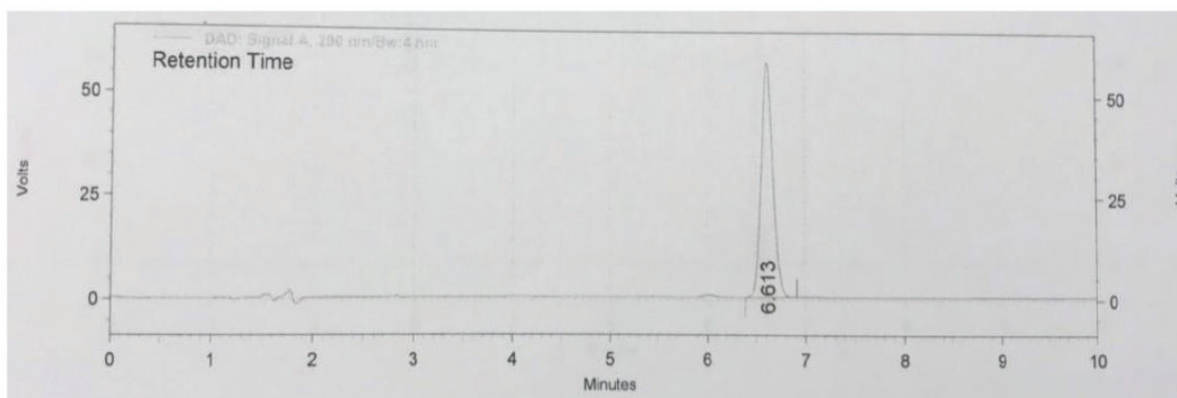
la : Labeled amount of active ingredient in tablet (mg)

เกณฑ์การตัดสิน

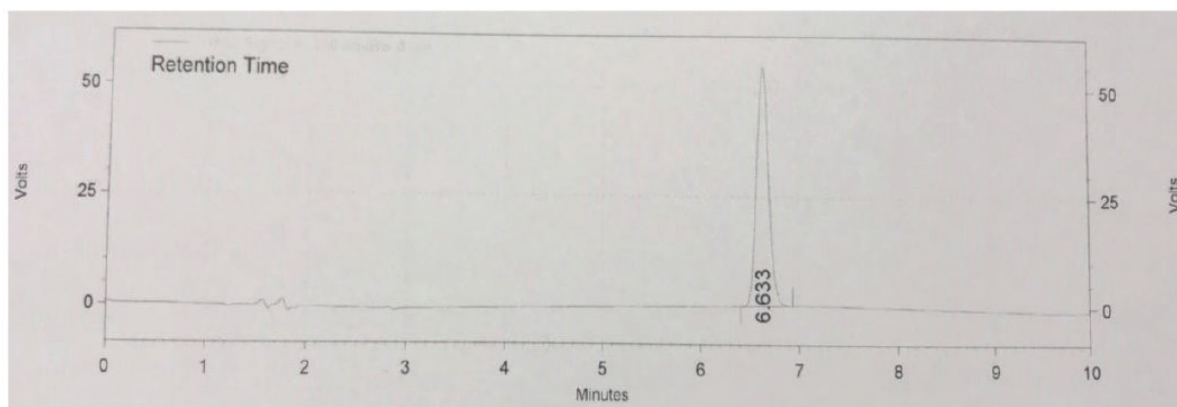
Not less than 75%(Q) of the labeled amount of $\text{C}_{16}\text{H}_{21}\text{NO}_2 \cdot \text{HCl}$ is dissolved in 30 minutes

ผลการวิจัย

จากการตรวจวิเคราะห์หาปริมาณตัวยาสำคัญโดยใช้เครื่อง HPLC พบโครมาโทแกรมของสารมาตรฐาน Propranolol hydrochloride ที่เวลา 6.613 min ตัวอย่างยาที่เวลา 6.633 min ที่ความยาวคลื่น 290 nm มาตรฐานตำรายา The United States Pharmacopeia 42 กำหนดให้ทดสอบระบบของ HPLC ก่อนการวิเคราะห์ (System suitability) ด้วยสารมาตรฐาน ดังแสดงในรูปที่ 1 และ 2 ตามลำดับ



รูปที่ 1 โครมาโทแกรมของสารมาตรฐาน USP Propranolol hydrochloride RS



รูปที่ 2 โครมาโทแกรมของสารละลายตัวอย่างผลิตภัณฑ์ยา (Sample)

จากการตรวจวิเคราะห์ยาเม็ด Propranolol Hydrochloride ในปีงบประมาณ 2563 จำนวน ทั้งหมด 31 ตัวอย่างจากผู้ผลิต 5 ราย รวม 7 เลขทะเบียน ผลการศึกษาพบว่า ทุกตัวอย่าง เข้ามาตรฐานการตรวจเอกลักษณ์ของยา ปริมาณ

ตัวยาสสำคัญ ความสม่ำเสมอของตัวยานในแต่ละ หน่วย ความแตกต่างจากน้ำหนักเฉลี่ย และการ ละลายของตัวยา ดังแสดงตามตารางที่ 1 ตารางที่ 2 และตารางที่ 3 ดังนี้

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของตัวอย่างยาเม็ด Propranolol hydrochloride ที่ผลการวิเคราะห์ได้มาตรฐาน จำแนกรายประเด็นการทดสอบ

หัวข้อการทดสอบ	จำนวน (ตัวอย่าง)	เข้า มาตรฐาน (ตัวอย่าง)	ร้อยละ	ผิด มาตรฐาน (ตัวอย่าง)	ร้อยละ
1. การตรวจเอกลักษณ์ของยา	31	31	100.0	0	0.0
2. ปริมาณตัวยาสสำคัญ	31	31	100.0	0	0.0
3. ความสม่ำเสมอของตัวยานในแต่ละหน่วย	28	28	100.0	0	0.0
4. ความแตกต่างจากน้ำหนักเฉลี่ย	3	3	100.0	0	0.0
5. การละลายของตัวยา	31	31	100.0	0	0.0

ตารางที่ 2 ผลการผลการตรวจวิเคราะห์ของยาเม็ด Propranolol hydrochloride จำแนกตามผู้ผู้ผลิต

บริษัทผู้ผลิต	จำนวนตัวอย่าง ทั้งหมด	จำนวนเลข ทะเบียน	จำนวน รุ่นผลิต	เข้ามาตรฐาน (ตัวอย่าง)	ผิดมาตรฐาน (ตัวอย่าง)	สาเหตุที่ผิด มาตรฐาน
A	17	2	12	17	0	-
B	8	2	7	8	0	-
C	2	1	2	2	0	-
D	3	1	1	3	0	-
E	1	1	1	1	0	-
รวม	31	7	23	31	0	

ตารางที่ 3 ผลวิเคราะห์ของยาเม็ด Propranolol hydrochloride จำแนกตามขนาดความแรงยา

ขนาดยา	จำนวนตัวอย่างทั้งหมด	จำนวนเลขทะเบียน	จำนวนรุ่นผลิต	เข้ามาตรฐาน (ตัวอย่าง)	ผิดมาตรฐาน (ตัวอย่าง)	สาเหตุที่ผิดมาตรฐาน
10 mg	28	5	20	28	0	-
40 mg	3	2	3	3	0	-
รวม	31	7	23	31	0	

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาคุณภาพยาเม็ด Propranolol Hydrochloride ในร้านขายยาในเขตสุขภาพที่ 10 โดยการสุ่มเก็บตัวอย่างจากร้านขายยา 5 จังหวัด (อุบลราชธานี, ศรีสะเกษ, ยโสธร, อำนาจเจริญ และมุกดาหาร) โดยทำการตรวจเอกลักษณ์ของยา (Identification) ปริมาณตัวยาสำคัญ (Assay) ความสม่ำเสมอของตัวยาในแต่ละหน่วย (Content uniformity) ความแตกต่างจากน้ำหนักเฉลี่ย (Weight variation) และการละลายของตัวยา (Dissolution) ผลการศึกษาพบว่าตัวอย่างยาเม็ด Propranolol hydrochloride จำนวนทั้งหมด 31 ตัวอย่างจากผู้ผลิต 5 ราย รวม 7 เลขทะเบียน ทุกตัวอย่างเข้ามาตรฐาน ซึ่งสอดคล้องตามรายงานประจำปี 2548 ของศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 3 นครสวรรค์ ที่พบว่าคุณภาพยาเม็ด Propranolol hydrochloride จำนวน 76 ตัวอย่าง เข้ามาตรฐาน ทุกตัวอย่าง อาจเนื่องมาจากกระทรวงสาธารณสุข ประกาศนโยบายลดความแออัดในโรงพยาบาล

โดยหนึ่งในมาตรการลดความแออัดคือ การที่ผู้ป่วยไม่ต้องรอรับยาภายในโรงพยาบาลแต่ให้ผู้ป่วยนำใบสั่งยารับยาที่ร้านยาแผนปัจจุบัน (ข.ย.1) ที่ได้มาตรฐานหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน (Good Pharmacy Practice : GPP) ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา โดยในช่วงเริ่มต้นจะดูแลผู้ป่วย 4 กลุ่มโรคคือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หอบหืด และโรคทางจิตเวช รวมถึงโรคเรื้อรังอื่นที่ไม่ซับซ้อน และกระทรวงสาธารณสุขได้ออกกฎกระทรวงภายใต้พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 เรื่อง การขออนุญาตและการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน พ.ศ. 2556 ให้ผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันต้องปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน หรือที่เรียกกันโดยทั่วไปว่า GPP (Good Pharmacy Practice) เพื่อเป็นการควบคุมมาตรฐานสถานที่ขายยาให้ได้คุณภาพมาตรฐาน และออกประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรม

ชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557 เพื่อให้ผู้ประกอบการทราบถึงรายละเอียดและข้อกำหนดที่ต้องดำเนินการให้ได้ตามมาตรฐาน ในวันที่ 8 เมษายน 2559 สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง หลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขในการผ่านการตรวจประเมินตามวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน ซึ่งได้กำหนดหน่วยงานหรือองค์กรวิชาชีพผู้ทำหน้าที่ตรวจประเมินวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน กำหนดรายการข้อบกพร่องร้ายแรงที่ต้องตรวจไม่พบ และกำหนดให้คะแนนเฉลี่ยในแต่ละหมวดต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 จึงจะผ่านการประเมินและประกาศกระทรวงสาธารณสุข ลงวันที่ 19 กรกฎาคม 2560 เรื่อง กำหนดระยะเวลาผู้รับอนุญาตขายยา แผน ปัจจุบัน และผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการต้องปฏิบัติตามกฎกระทรวงการขออนุญาตและการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน พ.ศ. 2556 กำหนดให้ผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันที่ได้รับอนุญาตก่อนกฎกระทรวงการขออนุญาตและการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน พ.ศ. 2556 ดำเนินการตามกฎหมายกระทรวงดังกล่าวแบบเป็นขั้น เริ่มจากกำหนดให้ดำเนินการขั้นที่หนึ่งภายในหนึ่งปี ขั้นที่สองภายในสามปี นับตั้งแต่ประกาศฉบับนี้ใช้บังคับ และต้องดำเนินการให้ครบถ้วนตามกำหนดทุกข้อภายใน

วันที่ 25 มิถุนายน 2565 ซึ่งทราบกันโดยทั่วไปในชื่อ “บันได 3 ขั้นสู่ GPP”⁽⁶⁾ อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้มีผู้ผลิตเพียง 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.74 และ 7 เลขทะเบียน คิดเป็นร้อยละ 14.00 เมื่อเปรียบเทียบกับฐานข้อมูลของประเทศที่ขึ้นทะเบียนไว้ (จำนวน 23 ผู้ผลิต 50 เลขทะเบียน) ยังไม่ครอบคลุม ควรจะมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาเป็นการสุ่มเก็บตัวอย่างในร้านขายยาในเขตสุขภาพที่ 10 ซึ่งได้จำนวนตัวอย่างจำกัด อาจจะเป็นตัวแทนที่ไม่หลากหลายหากต้องการให้ได้ตัวอย่างที่มากขึ้น และได้ข้อมูลที่จะนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชน ควรมีการประสานความร่วมมือกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลกำกับร้านขายยา สุ่มเก็บตัวอย่างในระดับภาค ระดับประเทศ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเฝ้าระวัง ติดตาม ประเมินอย่างต่อเนื่องเพื่อรักษาคุณภาพมาตรฐานต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ดร.กมล ฝอยสิทธิ์ ผู้อำนวยการศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 10 อุบลราชธานี ที่ให้การสนับสนุนงบประมาณการดำเนินงาน และเจ้าหน้าที่ของกลุ่มงานยา สมุนไพร และเครื่องสำอางทุกท่าน



เอกสารอ้างอิง

1. รายงานประจำปีศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 3 นครสวรรค์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. [ออนไลน์]. 2548 [เข้าถึงเมื่อ 2020 May 25]. เข้าถึงได้จาก: URL: <http://nakhonsawan.dmsc.moph.go.th/2017/file/annual2548.pdf><4D6963726F667420576F7264202D20C3D2C2A7D2B9BBC3D0A8D3BBD52032353438>
2. บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ.2562 คณะกรรมการพัฒนายาแห่งชาติ. [ออนไลน์]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2020 May 26]. เข้าถึงได้จาก: URL:http://www.ratchkitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2562/E/095/T_0008.PDF
3. Sweetman SC, Parsons AV. Matindale: The Extra Pharmacopoeia. 30th ed. London:
4. The pharmaceutical press; 1993. 638-40. ข้อมูลยา. [ออนไลน์]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2020 May 19]. เข้าถึงได้จาก: URL:http://nid.fda.moph.go.th/drug_info/index?name=Propranolol+hydrochloride&brand=&rctype=&drugno=
5. The United States Pharmacopeia 42. The National Formulary 37th ed. Rockville : The United States Pharmacopeia Convention, Inc.; 2019.
6. สุรศักดิ์ จริยาสิริสุข, สุรศักดิ์ เสาแก้ว. การประเมินวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันของจังหวัดกำแพงเพชร. วารสารเภสัชกรรมไทย 2563; 1: 174-175.

ความรู้และพฤติกรรมทางสุขภาพด้านคุ้มครองผู้บริโภค
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดลำพูน
Knowledge and health behavior on consumer protection
of village health volunteers in Lamphun Province

สาธิต เจริญพงษ์^{*1}
Sathit Charoenphong^{*1}

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความรู้และพฤติกรรมทางสุขภาพด้านคุ้มครองผู้บริโภคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในจังหวัดลำพูน จำนวน 456 คน โดยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้น ระหว่างเมษายน พ.ศ. 2564 ถึง กันยายน พ.ศ. 2565 วิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมานด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows version 22.0 ผลการศึกษาพบว่า อสม. ที่เข้าร่วมการศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.9 มีอายุเฉลี่ย 53.4 ปี (S.D. = 10.1 ปี) มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 37.0 จบการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา ร้อยละ 39.7 มีรายได้อยู่ในระดับ ที่น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 47.4 มีบทบาทและความรับผิดชอบด้านการเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อ ร้อยละ 60.3 มีระยะเวลาเฉลี่ยการเป็น อสม. ที่ 14.1 ปี (S.D. = 10.2 ปี) และเคยผ่านการอบรมทางสุขภาพ ร้อยละ 80.7 คะแนนความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพเฉลี่ย ก่อนการอบรม 11.8 คะแนน (S.D. = 2.5 คะแนน) และคะแนนความรู้เฉลี่ยหลังการอบรม 13.8 คะแนน (S.D. = 1.1 คะแนน) ซึ่งพบความแตกต่างกันของคะแนนความรู้เฉลี่ยก่อนและหลังการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยระยะเวลาที่เป็น อสม. มีผลต่อความรู้ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สำหรับพฤติกรรมทางสุขภาพของ อสม. มีคะแนนพฤติกรรมเฉลี่ย 38.6 คะแนน (S.D. = 4.1 คะแนน) อสม. ร้อยละ 77.2 มีคะแนนพฤติกรรมอยู่ในระดับดี โดยช่วงอายุที่ต่างกัน มีผลต่อพฤติกรรมทางสุขภาพ ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้ ความรู้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า อสม. ในพื้นที่ที่มีความรู้ด้านคุ้มครองผู้บริโภคและมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี โดยการจัดกระบวนการเสริมสร้างความรู้ผ่านการจัดอบรม โดยเฉพาะใน อสม. ที่มีอายุงานการเป็น อสม. มากกว่า 30 ปี และกลุ่ม อสม. ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ของ อสม. อย่างต่อเนื่อง เพิ่มพูนองค์ความรู้ใหม่ และทำให้ อสม. มีความรู้ที่ทันต่อสถานการณ์ปัจจุบัน ซึ่งจะช่วยพัฒนาการปฏิบัติงานด้านคุ้มครองผู้บริโภคได้อย่างยั่งยืน

คำสำคัญ : ความรู้ พฤติกรรม การคุ้มครองผู้บริโภค อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

¹ เภสัชกรชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน

¹ Pharmacist, Senior Professional Level, Division of Consumer Protection and Public Health Pharmacy,
Lamphun Provincial Public Health Office

E-mail : tom_thit@hotmail.com



Abstract

The objective of this cross-sectional descriptive study was to assess the knowledge and health behaviors in terms of consumer protection among village health volunteers (VHVs) in the period from April 2021 to September 2022 in Lamphun Province in which 456 individuals in charge of consumer protection in the district level were randomly selected. The descriptive and inferential analysis was carried out using the SPSS for Windows version 22.0 program. The study found that 78.9% of the VHVs participating in the study were female with an average age of 53.4 years, working as general employees (37.0%) and earning less than 5,000 baht per month (47.4%). The highest education for most VHVs is at the primary level (39.7%). The sample group, whose roles and responsibilities are surveillance, prevention, and control of communicable diseases (60.3%), has been working as VHVs for an average of 14.1 years (S.D. = 10.2 years). 80.7% of them have successfully passed health training. Before the training, the VHVs received an average score of 11.8 points (S.D. = 2.5 points), while they achieved an average score of 13.8 points and gained more knowledge with a statistically significant level of 0.01 after the training. As shown in the study, different working periods of VHVs led to different knowledge gains, with statistical significance at the 0.05 level. The VHVs had an average behavioral score of 38.6 points (S.D. = 4.1 points). 77.2% of them reached a “good” score level. Different age ranges had significantly different effects on health behaviors at the 0.05 level. However, knowledge was positively correlated with health behaviors at the 0.01 level. The study indicated that the VHVs in the area, especially individuals who have been working as VHVs for more than 30 years and who are over 50 years old, had good knowledge of consumer protection and health behaviors through the process of enhancing knowledge as training, which created continuous learning experiences, increase new knowledge, and enable them to gain up-to-date knowledge of current situations. This could help sustainably develop consumer protection practices.

Keywords: Knowledge, Behavior, Consumer protection, Village health volunteer

บทนำ

ปัจจุบัน ผู้บริโภคสามารถเข้าถึงผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ ทั้งผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ยา เครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์ การรับบริการที่คลินิก และสถานประกอบการเพื่อสุขภาพได้ง่าย ส่วนหนึ่งอาจเนื่องมาจากการโฆษณาที่ล่อลวงสรรพคุณที่อาจโอ้อวดเกินจริง ผ่านสื่อช่องทางต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสื่อออนไลน์ที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย หรือ การอ้างบุคคลที่มีชื่อเสียงทำให้เกิดความเชื่อถือ เพื่อกระตุ้นความต้องการอยากใช้อายากลอง ตามกลุ่มเป้าหมายของสินค้า เช่น กลุ่มเด็ก กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มผู้ใช้แรงงาน และที่สำคัญคือ กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังและกลุ่มวัยสูงอายุที่มีการเน้นการโฆษณาสรรพคุณรักษาบรรเทาอาการได้ทุกโรค ครอบคลุมการดูแลสุขภาพรับจากผู้บริโภค ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพต่าง ๆ ตามมา ดังนั้น แผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุขระยะ 20 ปี⁽¹⁾ จึงมีเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาโดยเริ่มตั้งแต่วัยรุ่น มุ่งเน้นให้ความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน ยกย่องคุณภาพบริการด้านสาธารณสุข สร้างช่องทางการสื่อสารเผยแพร่ความรู้ที่ประชาชนเข้าใจได้ง่าย เพื่อให้เข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพอย่างทั่วถึง สร้างกิจกรรมการเรียนรู้รูปแบบต่าง ๆ เพื่อให้ประชาชนมีความเข้าใจทางสุขภาพ ส่งเสริมการนำข้อมูลข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพเข้าไปอยู่

ในกิจกรรมของชุมชน และส่งเสริมให้เกิดการพึ่งตนเองได้ ด้วยความร่วมมือของทุกภาคส่วน เกิดการช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพร่วมกัน โดยให้ประชาชนมีโอกาสในการ ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมทำ และร่วมในการอภิบาลแบบเครือข่าย โดยเฉพาะเครือข่ายด้านสุขภาพภาคประชาชน คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่เข้ามามีส่วนร่วมดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน ซึ่ง อสม. เป็นบุคลากรด้านสาธารณสุขที่อาจมีความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลทางสุขภาพ เพื่อทำให้เกิดการตัดสินใจด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสม⁽²⁾ จึงได้มีแนวทางในการพัฒนาระดับ อสม. เป็นหมอประจำบ้าน ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข⁽³⁾ ในประเด็นระดับระบบ บริการรองรับสังคมสูงวัยและลดอัตราตายโรคสำคัญ “เพิ่มศักยภาพ 3 หมอ ดูแลแบบใกล้ชิด ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” พร้อมกับการใช้เทคโนโลยี เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพระบบการบริการสาธารณสุข ในชุมชนควบคู่ไปกับการเพิ่มบทบาทของ อสม. เพื่อลดโรคและปัญหาสุขภาพ ส่งเสริมให้ประชาชนพึ่งตนเองได้⁽⁴⁾ และปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขที่มีการผลักดัน และให้ความสนใจกันเป็นอย่างมาก คือ ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases หรือ NCDs) ปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial resistance)

และการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุสมผล โดยพบว่า ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 จนถึงปัจจุบัน มีอุบัติการณ์การเจ็บป่วย ด้วยโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคอ้วน โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะไตวายเรื้อรัง เพิ่มขึ้น อย่างต่อเนื่องในทุกพื้นที่⁽⁵⁾ ส่วนหนึ่งอาจมีสาเหตุ มาจากการเข้าถึงยาอันตรายได้ง่ายโดยเฉพาะ กลุ่มยาปฏิชีวนะ (Antibiotics) กลุ่มยาด้านการ อักเสบชนิดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ Non-Steroidal Anti-Inflammatory (NSAIDs) การแพร่กระจาย ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัย⁽⁶⁾ เช่น ผลิตภัณฑ์ เสริมอาหารลดน้ำหนัก ยาแผนโบราณผสม สเตียรอยด์ เครื่องสำอางที่ไม่ถูกต้อง เป็นผลิตภัณฑ์ สุขภาพที่ผู้บริโภคหาซื้อได้ง่าย ตามสื่อออนไลน์ สื่อ วิทยุโทรทัศน์ หรือแหล่งกระจายต่าง ๆ ได้แก่ ร้านขายของชำ ตลาดนัด หรือจากผู้แนะนำ

จากข้อมูลตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562 - 2564 จังหวัดลำพูน พบปัญหาการเจ็บป่วย และ อัตราตายจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยพบอัตราตาย ในโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด รองลงมาคือ โรคหัวใจขาดเลือด ความดันโลหิตสูง และ เบาหวานตามลำดับ⁽⁵⁾ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดลำพูนและหน่วยงานในสังกัด ได้ดำเนินงาน คัดกรองผู้บริโภคและมีการตรวจสอบเฝ้าระวัง ผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

จากการตรวจสอบยังพบเครื่องดื่มสมุนไพร ที่มีสเตียรอยด์ปลอมปน การใช้ยาที่ไม่สมเหตุสมผล การโฆษณาโอ้อวดเกินจริง การออกตรวจสุขภาพ เคลื่อนที่โดยไม่ได้รับอนุญาต และมีเรื่องร้องเรียน เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพในพื้นที่ ซึ่งอาจทำให้ผู้บริโภคไม่ได้รับความปลอดภัย และ ถูกหลอกลวงได้ การแก้ไขปัญหาดังกล่าวจะประสบ ผลสำเร็จได้ ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุก เครือข่ายภาคส่วน โดยเฉพาะ อสม. ที่มีบทบาท สำคัญในการสร้างความตระหนักและปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ ที่ไม่เหมาะสมของประชาชนที่มี ความใกล้ชิดกับประชาชนในพื้นที่ และเป็นผู้ ประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับ ชุมชนด้วย ทั้งนี้หาก อสม. มีความรู้และพฤติกรรม ทางสุขภาพด้านคุ้มครองผู้บริโภคที่ดี อาจจะส่งผล ต่อการจัดการปัญหาคุ้มครองผู้บริโภคในพื้นที่ที่ดี ตามไปด้วย ในปี พ.ศ. 2564 จังหวัดลำพูนมี อสม. ทั้งหมดจำนวน 10,880 คน⁽⁷⁾ ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน ซึ่งการประเมินความรู้และพฤติกรรมทางสุขภาพ ด้านคุ้มครองผู้บริโภคของ อสม. อาจจะเป็นข้อมูล หนึ่ง ที่นำไปใช้ในการวางแผนการเสริมสร้างความรู้ ให้กับ อสม. ได้อย่างเหมาะสม และออกแบบแนวทางการจัดการปัญหาคุ้มครองผู้บริโภคได้อย่างมี ประสิทธิภาพ ซึ่งจะสามารถลดอัตราการป่วยหรือ อัตราการเสียชีวิตจากโรค ไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่ได้

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อประเมินความรู้และพฤติกรรมสุขภาพด้านคุ้มครองผู้บริโภค ผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดลำพูน

2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ กับปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดลำพูน

วิธีการดำเนินการศึกษา

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ดำเนินการศึกษาตั้งแต่เดือนเมษายน 2564 – กันยายน 2565 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

ตัวแปรอิสระ คือ ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเป็น อสม. บทบาทในการปฏิบัติงานของ อสม. การได้รับการอบรมความรู้ทางสุขภาพ

ตัวแปรตาม คือ ความรู้ พฤติกรรมด้านคุ้มครองผู้บริโภค ผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดลำพูน จำนวน 10,880 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของ เครซี่และมอร์แกน ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 371 คน กลุ่มตัวอย่างจะเป็นการคัดเลือกแบบสุ่มจากผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคระดับอำเภอ รวมทั้ง 8 อำเภอ โดยจำนวนกลุ่มตัวอย่างขึ้นอยู่กับงบประมาณที่ได้รับจัดสรรการศึกษาครั้งนี้

ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 456 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถามสำรวจความรู้และพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพของประชากรไทย ของศูนย์วิชาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ดำเนินงานร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน ผู้ศึกษานำมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขความเหมาะสมให้ตรงกับบริบทการทำงานคุ้มครองผู้บริโภคในจังหวัดลำพูน ให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) แล้วนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) พบว่ามีค่าเท่ากับ 0.98 และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยนำไปทดลอง (Tryout) ในกลุ่ม อสม. พื้นที่ตำบลแม่ก้า อำเภอสันป่าตอง และตำบลขมิ้น อำเภอสารภ จังหวัดเชียงใหม่ รวมจำนวน 32 คน วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.783

การเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษาและผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคทุกอำเภอร่วมกันจัดอบรมให้ความรู้แก่ อสม. และให้ตอบแบบสอบถามเพื่อประเมินความรู้ด้านคุ้มครองผู้บริโภค ก่อนและหลังการอบรม (Pre-test Post-test) และพฤติกรรมการบริโภค ผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ รวมถึงการจัดการคุ้มครองผู้บริโภค บันทึกข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows version 22

วิเคราะห์หาสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน (Analytical statistics) ได้แก่ การทดสอบค่าที (Paired t-test) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เฉลี่ยก่อนและหลังอบรม และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way Analysis of Variance) เปรียบเทียบปัจจัยภายในส่วนบุคคล กับคะแนนความรู้และพฤติกรรม การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ (Pearson's Correlation) หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ

จริยธรรมวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน กระทรวงสาธารณสุข เลขที่โครงการวิจัย REC 2564-15 โดยได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา การเก็บรวบรวมข้อมูล การตอบแบบสอบถามขึ้นกับความสมัครใจ และไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้ตอบแบบสอบถามข้อมูลที่ได้รับจะถูกนำเสนอเชิงวิชาการในภาพรวมเท่านั้น

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

อสม. ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 456 คน

ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 78.9) มีอายุอยู่ระหว่าง 50 - 59 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 44.5) มีอายุเฉลี่ย 53.4 ปี (S.D. = 10.1 ปี) ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 37.0 จบการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 39.7 ร้อยละ 47.4 มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท มีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบในด้านการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ ร้อยละ 60.3 มีระยะเวลาเฉลี่ยของการเป็น อสม. ที่ 14.1 ปี (S.D. = 10.2 ปี) และ เคยผ่านการอบรมความรู้ทางสุขภาพ ร้อยละ 80.7

ผลการวิเคราะห์คะแนนความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพก่อนการอบรมเฉลี่ย 11.8 คะแนน (S.D. = 2.5 คะแนน) และคะแนนความรู้หลังการอบรมเฉลี่ย 13.8 คะแนน (S.D. = 1.1 คะแนน) ซึ่งพบว่าคะแนนความรู้เฉลี่ยหลังการอบรมแตกต่างจากคะแนนความรู้เฉลี่ยก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 เมื่อแบ่งคะแนนความรู้ที่ได้ตามระดับความรู้ก่อนและหลังการอบรม ในภาพรวมพบว่า หลังการอบรม สัดส่วนของ อสม. ที่ได้คะแนนความรู้อยู่ในระดับสูง (คะแนนอยู่ในช่วง 12-15 คะแนน) (ร้อยละ 96.3) มากกว่าก่อนการอบรม (ร้อยละ 62.1) ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนความรู้เฉลี่ยและจำนวน อสม. แบ่งตามระดับความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ ก่อนและหลังการอบรม

คะแนนความรู้	ก่อนอบรม	หลังอบรม	p-value ¹
คะแนนรวม (mean $\pm$ S.D.)	11.84 $\pm$ 2.49 Min ² = 4, Max ³ = 15	13.78 $\pm$ 1.12 Min ² = 10, Max ³ = 15	<0.01
ระดับความรู้	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
ความรู้ระดับสูง (12-15 คะแนน)	283 (62.1)	439 (96.3)	
ความรู้ระดับปานกลาง (9-11 คะแนน)	129 (28.3)	17 (3.7)	
ความรู้ระดับต่ำ (0-8 คะแนน)	44 (9.6)	0 (0.0)	

¹ เปรียบเทียบคะแนนความรู้เฉลี่ยก่อนและหลังอบรม ด้วยสถิติ Paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01

² คะแนนต่ำสุด

³ คะแนนสูงสุด

ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคลพบว่า ช่วงอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ บทบาทหรือหน้าที่ของ อสม. และการผ่านการอบรมความรู้ทางสุขภาพ ที่ต่างกัน ไม่ส่งผลกระทบต่อคะแนนความรู้ ในขณะที่ระยะเวลาที่เป็น อสม. มีผลต่อคะแนนความรู้

เกี่ยวกับงานคุ้มครองผู้บริโภคผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญสถิติ ที่ระดับ 0.05 โดยพบว่า อสม. กลุ่มที่เป็น อสม. น้อยกว่า 2 ปี และกลุ่มที่เป็น อสม. มากกว่า 30 ปี มีแนวโน้มที่คะแนนรู้น้อยกว่ากลุ่ม อสม. ที่เป็น อสม. ในช่วง 2-30 ปี ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้เฉลี่ยเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพจำแนกตามระยะเวลาที่เป็น อสม.

		ค่าเฉลี่ย	p-value				
ระยะเวลาที่เป็น อสม.	(คะแนน)		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
< 2 ปี	(1)	11.17		0.032*	0.066	0.062	0.603
2 - 10 ปี	(2)	12.03			0.739	0.984	0.018*
>11 - 20 ปี	(3)	11.94				0.806	0.033*
>21 - 30 ปี	(4)	12.03					0.031*
> 30 ปี	(5)	10.87					

*มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ($p < 0.05$)

ผลการวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์หรือบริการสุขภาพของ อสม. ในภาพรวม อสม. มีคะแนนพฤติกรรมเฉลี่ย 38.6 คะแนน (S.D. = 4.1 คะแนน) โดย อสม. ร้อยละ

77.2 มีคะแนนพฤติกรรมอยู่ในเกณฑ์ระดับดี (ได้คะแนนพฤติกรรมอยู่ระหว่าง 36 - 45 คะแนน) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนพฤติกรรมเฉลี่ย และจำนวน อสม. แบ่งตามระดับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์หรือบริการสุขภาพ

คะแนนพฤติกรรม		
คะแนนรวม (mean $\pm$ S.D.)		
38.56 $\pm$ 4.05		
Min ¹ = 26, Max ² = 45		
ระดับพฤติกรรม	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมระดับดี (36-45 คะแนน)	352	77.2
พฤติกรรมระดับปานกลาง (26-35 คะแนน)	104	22.8
พฤติกรรมระดับไม่ดี (15-25 คะแนน)	0	0.0

¹ คะแนนต่ำสุด

² คะแนนสูงสุด

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อคะแนนพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพของ อสม. พบว่า ระดับการศึกษา อาชีพ บทบาท หรือหน้าที่ของ อสม. ช่วงระยะเวลาที่เป็น อสม. และการผ่านการอบรมความรู้ทางสุขภาพ ไม่ได้ทำให้พฤติกรรมดังกล่าวของ อสม. มีความแตกต่างกัน ในขณะที่ ช่วงอายุของ อสม. ที่ต่างกัน จะมีผลต่อ

พฤติกรรมในการบริโภคผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่า อสม. ที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี มีคะแนนพฤติกรรมต่ำกว่า อสม. ที่มีอายุ 40-49 ปี และ อสม. ที่มีอายุ 30 - 49 ปี มีแนวโน้มที่คะแนนพฤติกรรมสูงกว่า อสม. ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมเฉลี่ยในการบริโภคผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพจำแนกตามช่วงอายุของ อสม.

ช่วงอายุ	ค่าเฉลี่ย (คะแนน)	p-value					
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
≤ 30 ปี (1)	37.50		0.091	0.025*	0.481	0.701	0.854
>30 - 40 ปี (2)	39.63			0.559	0.064	0.029*	0.042*
>40 - 50 ปี (3)	40.10				0.001*	0.000*	0.007*
>50 - 60 ปี (4)	38.28					0.473	0.301
60 - 70 ปี (5)	37.93						0.501
≥ 70 ปี (6)	37.24						

*มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ($p < 0.05$)

นอกจากนี้ การศึกษานี้ยังพบว่า คะแนนความรู้โดยรวมของ อสม. ด้านคุ้มครองผู้บริโภคผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์

เชิงบวกกับคะแนนพฤติกรรม ($r = 0.348$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความรู้กับพฤติกรรมด้านคุ้มครองผู้บริโภคผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพโดยรวมของ อสม.

	พฤติกรรม		
	r	p-value	แปลผล
คะแนนความรู้	0.348	<0.01	มีความสัมพันธ์เชิงบวก

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการประเมินความรู้และพฤติกรรมทางสุขภาพด้านคุ้มครองผู้บริโภคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในจังหวัดลำพูน พบว่า อสม. มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับด้านคุ้มครองผู้บริโภคผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพก่อนการอบรม 11.8 คะแนน (S.D. = 2.5 คะแนน) และคะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้น

หลังการอบรมเป็น 13.8 คะแนน (S.D. = 1.1 คะแนน) ซึ่ง อสม. ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูงทั้งก่อนและหลังการอบรม อาจเนื่องจาก อสม. ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ทำงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่ อีกทั้ง อสม. ส่วนใหญ่เคยผ่านการอบรมด้านสุขภาพหรือด้านคุ้มครองผู้บริโภคผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพมาแล้ว เกิดความต่อเนื่องในการรับความรู้เกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคฯ และเมื่อ

ได้มีการอบรมความรู้ทางวิชาการเกี่ยวกับงานคุ้มครองผู้บริโภคเพิ่มเติม อันได้แก่ การฝึกใช้เทคโนโลยีในการสืบค้นข้อมูลผลิตภัณฑ์สุขภาพ เช่น Line FDAThai ส่งผลให้ อสม. มีความรู้ที่เพิ่มขึ้น หลังการอบรม ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ จิตติยา ใจคำ⁽⁸⁾ ที่ศึกษาเรื่องความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ้านไธสง จังหวัดลำพูน พบว่า อสม. มีความรู้ด้านสุขภาพ ตามหลัก 3อ. 2ส. คือ รักษ ป้องกันโรค โดยรวมอยู่ในระดับมาก อธิบายได้ว่า เนื่องจาก อสม. ได้รับการให้ความรู้และข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนตามนโยบายของ ภาครัฐ ในการพัฒนาศักยภาพการเป็น อสม. 4.0 ที่มุ่งเน้นการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ รวมทั้ง ผลักดันให้เป็นผู้นำด้านการเปลี่ยนแปลงสุขภาพ

ทั้งนี้ ผลการศึกษาค้างนี้ พบว่าระยะเวลาของการเป็น อสม. มีผลต่อความรู้ โดยระยะเวลาที่เป็น อสม. น้อยกว่า 2 ปี และมากกว่า 30 ปี ส่งผลให้คะแนนความรู้ด้านคุ้มครองผู้บริโภค น้อยกว่า ในกลุ่มอื่น ๆ แสดงให้เห็นว่าการขาดประสบการณ์ในพื้นที่ (เป็น อสม. น้อยกว่า 2 ปี) และการทำงานเป็น อสม. มานานกว่า 30 ปี ซึ่งส่วนใหญ่ อสม. เคยผ่านการอบรมมาเพียง ครั้งเดียว และไม่ต่อเนื่อง ทำให้ความรู้ที่มีไม่ทันต่อสถานการณ์ปัจจุบัน และส่งผลต่อคะแนนความรู้ที่ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ไพบุลย์ อินทมาส⁽⁹⁾ ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

หมู่บ้าน ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อำเภอเขาฉกรรจ์บุรี จังหวัดกำแพงเพชร ซึ่งพบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพในภาพรวม อยู่ในระดับสูง และความรู้มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ อสม. เมื่อเปรียบเทียบความรู้ กับปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลพบว่า ระยะเวลาการเป็น อสม. ที่มากขึ้น มีผลต่อความรู้เกี่ยวกับงานคุ้มครองผู้บริโภคผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญ ที่ 0.05 อาจเนื่องจาก อสม. มีการปฏิบัติงานและประสบการณ์การทำงานมาแล้วพอสมควร รวมทั้ง อสม. ได้รับการอบรมความรู้พื้นฐานทักษะที่ต้องให้ทันต่อสถานการณ์ด้านคุ้มครองผู้บริโภคผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพในปัจจุบัน ส่งผลให้ อสม. มีความรู้ที่เพิ่มมากขึ้นได้ นอกจากนี้ ผลการศึกษาค้างนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ธัญมล ช่วงโชติ และอารี บุตรสอน⁽¹⁰⁾ ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคของ อสม. วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชนในสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี เขตสุขภาพที่ 10 ซึ่งพบว่า ระยะเวลาการเป็น อสม. นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ เนื่องจากระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็น อสม. วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชนเป็นการสะสมประสบการณ์ ความรู้เพื่อเพิ่มทักษะความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านงานคุ้มครองผู้บริโภค แต่ระยะเวลายังเป็น อสม. นานเกินไปหรือการขาดการอบรมในด้านคุ้มครองผู้บริโภคสุขภาพ

ที่ต่อเนื่อง รวมทั้งภารกิจด้านสาธารณสุขของ อสม. มีความหลากหลาย ก็อาจทำให้ อสม. มีความรู้ในด้านคุ้มครองผู้บริโภคที่ลดลงได้ ดังนั้น การอบรมให้ความรู้ด้านคุ้มครองผู้บริโภค ผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ ให้ทันต่อยุคสมัยและสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปแก่อสม. จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อที่ อสม. จะนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานและสามารถเผยแพร่ให้แก่คนในชุมชนต่อไป ทั้งนี้ มีการศึกษาก่อนหน้านี้ที่แสดงให้เห็นความสำคัญของการอบรมให้ความรู้อย่างต่อเนื่องที่จะส่งผลเพิ่มพูนความรู้ให้กับ อสม. และจะส่งผลต่อความสำเร็จในการปฏิบัติงานของ อสม. ต่อไป อาทิเช่น การศึกษาของ พิมลพร อินตะขัตติ⁽¹¹⁾ ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยต่อความสำเร็จในการปฏิบัติงานของ อสม. อำเภอ ดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ปัจจัยส่วนหนึ่งที่มีผลต่อความสำเร็จการปฏิบัติงานของ อสม. ได้แก่ การอบรมให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งงบประมาณสนับสนุนการทำงานให้ อสม. และ การศึกษาของ ชาตรี จันทรตา⁽¹²⁾ ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของ อสม. เทศบาลตำบลหางดง จังหวัดเชียงใหม่ ที่พบว่า การได้รับการอบรมอย่างต่อเนื่อง การได้รับการนิเทศงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และความพึงพอใจในการเป็น อสม. มีผลต่อการการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของ อสม.

สำหรับพฤติกรรมกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพของ อสม. จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า อสม. มีคะแนนพฤติกรรมเฉลี่ย 38.6 คะแนน (S.D. = 4.1 คะแนน) และ อสม. ส่วนใหญ่

(ร้อยละ 77.2) มีพฤติกรรมอยู่ในเกณฑ์ระดับดี อาจเนื่องจาก อสม. ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ทำงานด้านสุขภาพมาแล้ว จึงทำให้ อสม. มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อเป็นแบบอย่างให้กับประชาชนในพื้นที่ได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจวรรณ บัวชุม⁽¹³⁾ ที่ได้ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของ อสม. ตำบลป่าจั่ว อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัด เชียงราย ที่ผลการศึกษาพบว่า อสม. มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก คือ ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม รวมทั้ง อสม. มีช่วงระยะเวลาการปฏิบัติงานมานานและถือว่าเป็นบุคคลต้นแบบของชุมชนในเรื่องการป้องกันโรคดูแลสุขภาพของตนเอง รวมถึงผลการศึกษาของ กรรณิการ์ ไคว้เจริญ และอาภาพรณ์ บุญเรือง⁽¹⁴⁾ ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและภาวะเสี่ยงทางสุขภาพของ อสม. ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร พบว่า พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร มีระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับดี เนื่องจากจาก อสม. ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้รับการอบรมในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นประจำทุกปี ทำให้มีรับรู้ความเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรคเรื้อรัง เกิดความกลัวที่จะเป็นโรค ถ้าหากไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง ทั้งนี้ ในการศึกษาพบว่า ช่วงอายุของ อสม. ที่ต่างกันมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า อสม. ในช่วง

อายุ 30 - 49 ปี มีพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพดีกว่าช่วงอายุอื่น อาจเนื่องจาก อสม. มีการส่งเสริมประสบการณ์ในการป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพ และเป็นช่วงอายุที่มีความสามารถเข้าถึงเทคโนโลยีในการสืบค้นและรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ถูกต้อง และการปฏิบัติเป็น อสม. ต้องมีพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ดีเพื่อเป็นแบบอย่างให้กับประชาชนในพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ธวัช วิเชียรประภา⁽¹⁵⁾ ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดจันทบุรี โดยพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากอายุจะมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ พัฒนาการวุฒิภาวะรวมถึงความแตกต่างในกระบวนการตัดสินใจที่ดีกว่า ทำให้แสดงออกถึงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกว่าบุคคลที่ไม่มีความสามารถในการตัดสินใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลสุขภาพตนเอง อย่างไรก็ตาม ผลการวิเคราะห์จากการศึกษานี้ แสดงให้เห็นว่า อสม. ที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไปจะมีคะแนนพฤติกรรมในการบริโภคผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพเฉลี่ยลดลง และมีความแตกต่างจากกลุ่ม อสม. ที่มีอายุน้อยกว่า 50 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หรืออาจกล่าวได้ว่า จะพบพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของ อสม. กลุ่มที่มีอายุมากกว่า 50 ปี ได้

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมของ อสม. เกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ

พบว่า มีค่าความสัมพันธ์กันในเชิงบวก แต่อยู่ในระดับต่ำ ($r=0.348$) อาจเนื่องจาก อสม. ส่วนใหญ่ได้รับการอบรมความรู้ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและด้านสาธารณสุขมาแล้ว จึงทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมสามารถจัดการกับปัญหาคุ้มครองผู้บริโภคผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพด้วยตนเองได้ ซึ่งเป็นไปในทางเดียวกันกับผลการศึกษาของ สุพัตรา กิ่งเนตร⁽¹⁶⁾ ที่ได้ศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของ อสม. ในการเฝ้าระวังโรคไข้หวัดนก ตำบลแม่หล่าย อำเภอเมือง จังหวัดแพร่ ซึ่งพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมในการเฝ้าระวังโรคไข้หวัดนกมีความสัมพันธ์กันทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ อสม. ได้รับการอบรมความรู้ในการเฝ้าระวังโรคไข้หวัดนกจากหน่วยงานของรัฐคือ กระทรวงสาธารณสุข ทุก 1 เดือน จะทำให้เกิดความรู้ความชำนาญในการปฏิบัติงาน อสม. จะเกิดพฤติกรรมการเฝ้าระวังเป็นกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับด้านคุ้มครองผู้บริโภคผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพในการศึกษาคั้งนี้อยู่ในระดับต่ำ ซึ่งการที่มีความรู้อย่างเดียวไม่ได้เป็นเครื่องยืนยันว่าบุคคลจะมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติตามสิ่งที่เขารู้เสมอไป แต่ยังขึ้นกับปัจจัยอีกหลายประการ⁽¹⁷⁾ เช่น ค่านิยม ขนบธรรมเนียมประเพณี สิ่งแวดล้อม ความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ ความตั้งใจ และความสนใจ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์

ผลการศึกษาสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดกระบวนการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจ หรือจัดทำหลักสูตรการเรียนรู้ในงานคุ้มครองผู้บริโภคให้กับ อสม. โดยเฉพาะในกลุ่ม อสม. ที่มีอายุงานการเป็น อสม. มากกว่า 30 ปี และกลุ่ม อสม. ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ของ อสม. อย่างต่อเนื่อง เพิ่มพูนองค์ความรู้ใหม่ และทำให้ อสม. มีความรู้ที่ทันต่อสถานการณ์ปัจจุบันมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการสำรวจภาคตัดขวาง ไม่ได้ติดตามและประเมินผลการประเมินความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคอย่างต่อเนื่องในระยะยาว ทำให้มีข้อจำกัดของการแปลผลการประเมิน ผู้วิจัยจึงเสนอให้มีการศึกษาติดตามและประเมินผลความรู้และพฤติกรรมดังกล่าวของ อสม. อย่างต่อเนื่อง

เพื่อให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของความรู้และพฤติกรรมในระยะยาว และผลกระทบที่เกิดจากทั้งปัจจัยส่วนบุคคล และจากการอบรมที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลำพูน เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคทุกอำเภอ ที่ได้ช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในการทำวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณเภสัชกรเชี่ยวชาญและเภสัชกรผู้รับผิดชอบงานอนุญาตผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพก่อนและหลังออกสู่ท้องตลาด (Pre-Post Marketing Control) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน ที่เป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ขอขอบคุณ ผศ.ดร.ภญ.ศิตาพร ยังกง คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ให้คำแนะนำทำให้งานวิจัยมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอขอบพระคุณ อสม.ทุกท่านที่ได้ดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคและตอบแบบสอบถามในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข; 2559 [เข้าถึงเมื่อ 10 มีนาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก : <https://waa.inter.nstda.or.th/stks/pub/2017/20171117-MinistryofPublicHealth>
2. Ishikawa H, Nomura K, Sato M, Yano E. Developing a measure of communicative and critical health literacy: a pilot study of Japanese office workers. Health Promotion International. 2008; (23) : 269-274.
3. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์. นโยบายและทิศทางการดำเนินงานกระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 12 ตุลาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.moph.go.th/document/LWD3hpT4E50JDENWStm Q2GJohDDMJRfs.pdf>
4. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. คู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่เพื่อการยกระดับ อสม. เป็นอสม.ประจำบ้าน [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 10 มีนาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก : http://phc.moph.go.th/www_hss/frontend/theme
5. กองโรคไม่ติดต่อ. ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 10 มีนาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaincd.com/2016/mission3>
6. ศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ. สถิติภาพรวม AE ปี 1984 – 2019 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา; 2019 [เข้าถึงเมื่อ 15 มิถุนายน 2564]. เข้าถึงได้จาก : <http://thaihpvc.fda.moph.go.th/thaihvc/Public/ Webpage/main.jsp>.
7. กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ. เอกสารข้อมูลจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดลำพูน ประจำปี พ.ศ. 2564 : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน; 2564.
8. จิตติยา ใจคำ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน. [ปริญญาานิพนธ์ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2564.
9. ไพบุลย์ อินทมาส. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อำเภอขามเฒ่าลักษ์บุรี จังหวัดกำแพงเพชร. [ปริญญาานิพนธ์ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัย ธรรมาธิราช; 2561.

เอกสารอ้างอิง

10. ธิญมล ช่วงโชติ และอารี บุตรสอน. ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชนในสถานีนานามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนาวมินทราชนิเขตสุขภาพที่ 10. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2565; 3 : 723-740.
11. พิมลพร อินต๊ะชาติ. ปัจจัยต่อความสำเร็จในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอต๋อยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่. [ปริญญานิพนธ์ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2554.
12. ชาตรี จันทรตา. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลตำบลหางดง จังหวัดเชียงใหม่. [ปริญญานิพนธ์ ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2552.
13. เบญจวรรณ บัวชุม. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลป่าจั่ว อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2563 ;3 : 49-58.
14. กรรณิการ์ ไคว้เจริญ และอาภาพรณ์ บุญเรือง. พฤติกรรมสุขภาพและภาวะเสี่ยงทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร [อินเทอร์เน็ต]. 2560. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 15 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก : <http://www.med.nu.ac.th/fom/th/nuhoffice/nuhOffice>
15. ธวัช วิเชียรประภา. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดจันทบุรี. [ปริญญานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2555.
16. สุพัตรา กิ่งเนตร. ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเฝ้าระวังโรคไข้หวัดนกตำบลแม่หล่าย อำเภอเมือง จังหวัดแพร่. [ปริญญานิพนธ์ ปริญญาพยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2549.
17. ประภาเพ็ญ สุวรรณ. พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา. กรุงเทพฯ: เจ้าพระยาระบบการพิมพ์.

การประเมินผลการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง
การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน
ในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557 ในจังหวัดมุกดาหาร
Evaluation of compliance according to the Notification of the Ministry of
Public Health on the determination of place, equipment and practice of
community pharmacy practice in modern drug stores according with
the Drug Act B.E. 2557 in Mukdahan Province

สุภาพ วงศ์พัฒน์วุฒิ¹

Supab Wongpattanawut¹

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการประเมินผลการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557 ในจังหวัดมุกดาหาร เพื่อนำเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหา พัฒนา และสนับสนุนให้ผู้รับอนุญาตดำเนินการตามกฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายกับผู้บริหารให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้นต่อไป โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการปฏิบัติ, ศึกษาการรับรู้ของผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะที่มีต่อประกาศกระทรวงสาธารณสุขดังกล่าว จากการศึกษาถึงระดับการรับรู้พบว่าส่วนใหญ่รับรู้ถึงข้อกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันในระดับสูงมาก คิดเป็นร้อยละ 98.39 สำหรับระดับการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขดังกล่าว พบว่าด้านข้อกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงมาก คิดเป็นร้อยละ 95.24 ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยสนับสนุนกับการรับรู้ ได้แก่ อายุ และระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และด้านปัจจัยสนับสนุนกับการปฏิบัติ ได้แก่ อายุ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันมานาน และการผ่านการฝึกอบรม มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในส่วนของปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะที่มีต่อประกาศกระทรวงสาธารณสุขดังกล่าว พบว่ามีประเด็นในด้าน

¹ เภสัชกรชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร.

¹ Pharmacist, Senior Professional Level. Division of Consumer Protection and Public Health Pharmacy. Mukdahan Provincial Public Health Office.

ข้อกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน สำหรับปัญหาอุปสรรค คือ การสอบเทียบอุปกรณ์ หาสถานที่รับสอบเทียบยาก มีข้อเสนอแนะ คือ ภาครัฐควรจัดหา และแนะนำหน่วยงานที่ให้บริการสอบเทียบอุปกรณ์ในร้านขายยา ประเด็นด้านการควบคุมคุณภาพยา ปัญหาอุปสรรค คือ อุณหภูมิยาของบริษัทขนส่งบางบริษัทไม่เป็นไปตามกำหนดของยา มีข้อเสนอแนะ คือ ควรมีการกำกับดูแลการขนส่งให้เป็นไปตามมาตรฐาน

คำสำคัญ: การประเมินผล วิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน

Abstract

This study was to evaluate the implementation of the Notification of the Ministry of Public Health on the determination of place, equipment and practice of community pharmacy practice in modern drug stores according with the Drug Act B.E. 2557 in Mukdahan Province. The findings will be used to establish a guideline to to solve problems, develop and support the law enforcement efficiently, and also to achieve an effective and efficeint policy recommendations to the executives. This research was aimed to assess the performance, study the entrepreneurs' perception, obtain obstacles and suggestions according to this Notification. The results showed that most or 98.39% of the entrepreneurs perceive at very high level about the requirements of modern drug stores. Most or 95.25% of the entrepreneurs' compliance according to the Notification was at very high level on the requirements for the place where modern drugs were sold. As for the relationship of personal factors and factors contributing to awareness according to this Notification, namely age and the working period in modern drug stores were statistically significant at the 0.05 level. Tthe supporting factors for compliance with this Notification were age, the working period in modern drug stores and being trained were related statistically significant at the 0.05 level. Problems, obstacles, and suggestions were found in the requirements for places to sell modern drugs. The problems and obstacles were getting the equipment calibrated because it was difficult to find a place that would perform calibration so it was suggested that the government sector should provide or help find the person that could do this. Problems on drug quality control requirements were found since the logistics of the drugs didn't have any temperture control so suggestions were that logistics of drugs should have temperatue control specifications.

Keywords : Evaluation, Community pharmacy practice

บทนำ

สถานที่ขายยาแผนปัจจุบันเป็นหน่วยหนึ่งของระบบบริการสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดและเป็นทางเลือกแรก ๆ ของประชาชนที่ใช้บริการเมื่อเจ็บป่วยในเบื้องต้น จากการสำรวจที่ผ่านมาพบว่าประชาชนร้อยละ 60 – 70 ที่ใช้บริการร้านยาเป็นแห่งแรกเมื่อเกิดการเจ็บป่วย⁽¹⁾ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้สถานที่ขายยาแผนปัจจุบันต้องปฏิบัติตามได้พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 และในปี พ.ศ. 2556 กระทรวงสาธารณสุขได้ออกกฎกระทรวงการขออนุญาต และการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน พ.ศ. 2556⁽²⁾ ซึ่งเป็นกฎหมายที่ออกโดยอาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม เป็นการออกกฎหมายขึ้นแทนที่กฎกระทรวง ฉบับที่ 15 (พ.ศ. 2525) และกฎกระทรวง ฉบับที่ 21 (พ.ศ. 2528) ออกตามความในพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 เนื่องจากเป็นกฎหมายฉบับเดิมที่บังคับใช้มาเป็นเวลานาน ซึ่งต่อมาไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน และในปี พ.ศ. 2557 ได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557⁽³⁾ โดยประกาศกระทรวงฯ ฉบับนี้ เป็นกฎหมายลำดับรองที่ออกตามความในข้อ 6, 7 และ 11 ของกฎกระทรวงว่าด้วยการ ขออนุญาต และออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน พ.ศ. 2556

จากการตรวจสอบเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพประจำปี 2564 ของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค และเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

มุกดาหาร⁽¹¹⁾ ผลการตรวจสอบเฝ้าระวังร้านขายยาเพื่อต่ออายุใบอนุญาต พบว่ามีสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน (ข.ย. 1) ทั้งหมด 66 แห่งเป็นสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันที่ได้รับอนุญาตก่อนกฎกระทรวงมีผลใช้บังคับ (ก่อน 25 มิถุนายน 2557) ซึ่งได้รับการผ่อนผันการปฏิบัติตามหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนตามกฎหมายกระทรวงฯ ข้อ 6, 7 และ 11 ตามความในกฎกระทรวงฯ ข้อ 23 และ 24 ในระยะเวลาไม่เกิน 8 ปี นับแต่วันที่กฎกระทรวงฯ มีผลบังคับใช้ มีจำนวน 56 แห่ง และสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันที่ได้รับอนุญาตหลังกฎกระทรวงมีผลใช้บังคับมีจำนวน 10 แห่ง

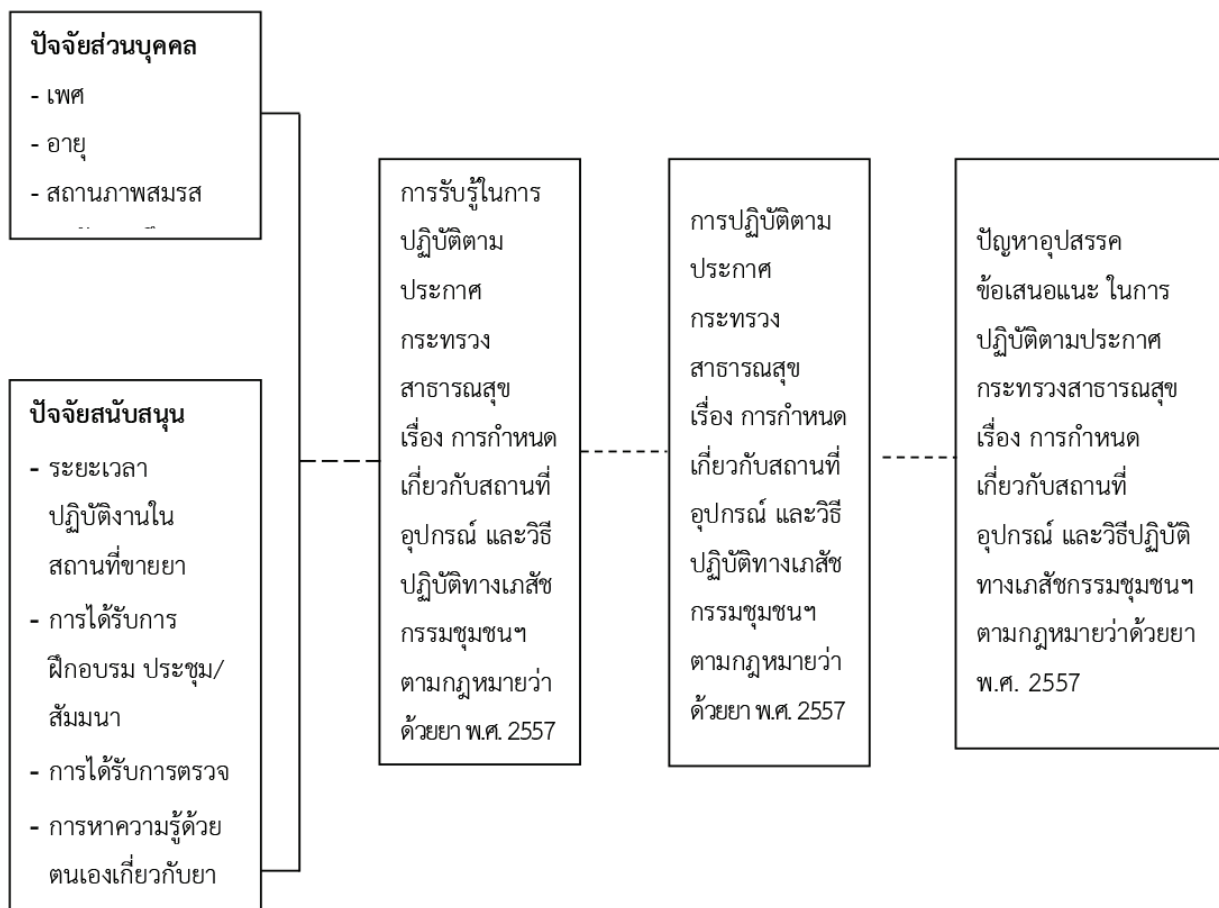
จากความสำคัญของปัญหาดังกล่าว และเนื่องจากยังไม่มีการศึกษาถึงการประเมินผลการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557 ในจังหวัดมุกดาหาร หลังจากการที่ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557 มีผลใช้บังคับมาก่อน ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุขของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหารจึงมีความสนใจจะทำการศึกษา เรื่อง การประเมินผลการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557 ในจังหวัดมุกดาหาร

ว่ามีผลเป็นเช่นไร เพื่อนำผลการศึกษาวិจัยการครั้งนี้ไปจัดทำแนวทางในการแก้ไขปัญหา พัฒนา และสนับสนุนให้ดำเนินการตามกฎหมายมีประสิทธิภาพ และเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายให้ผู้บริหาร นำไปปรับใช้เพื่อพัฒนาการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคของจังหวัดมุกดาหารให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินผลการปฏิบัติ ศึกษาการรับรู้ของผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน และศึกษาปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ จากการบังคับใช้ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557

กรอบแนวคิดของการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด เรื่อง การประเมินผลการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557 ในจังหวัดมุกดาหาร พร้อมปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ทำการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันทุกรายในจังหวัดมุกดาหาร รวมทั้งสิ้นจำนวน 66 ราย มีผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 63 ราย คิดเป็นร้อยละ 95.45

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 2 อย่าง ได้แก่

1. แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐาน ประกอบด้วยข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ข้อมูลปัจจัยสนับสนุนของผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน ข้อมูลการรับรู้ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน ตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557 เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนความรู้ที่เกี่ยวข้องแบบสอบถามประกอบด้วยข้อมูล 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล และข้อมูลปัจจัยสนับสนุนของผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน ประกอบด้วย

- 1) ปัจจัยส่วนบุคคล : อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานะในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน ระยะเวลาการปฏิบัติงานในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันนับตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงปัจจุบัน

- 2) ปัจจัยสนับสนุน : การฝึกอบรม ประชุม/สัมมนา ศึกษาดูงาน การได้รับการตรวจสอบ/ติดตาม ในระยะเวลา 1 ปี และการหาความรู้เพิ่มเติมด้วยตนเอง ในระยะเวลา 1 ปี

ส่วนที่ 2 การรับรู้ และการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข

ส่วนที่ 3 ปัญหาอุปสรรคของการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข

ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะที่มีต่อการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข

ทดสอบเครื่องมือการวิจัยในช่วงวันที่ 10 - 15 สิงหาคม 2565

2. แบบการตรวจประเมินประเมินวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนสำหรับร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ข.ย.1) ใช้แบบประเมินที่กำหนดโดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา โดยแบบประเมินแบ่งออกเป็น 5 หมวดย่อย ได้แก่ หมวดสถานที่ หมวดอุปกรณ์ หมวดบุคลากร หมวดการควบคุมคุณภาพยา และหมวดการให้บริการทางเภสัชกรรมในร้านยา ข้อมูลปัญหา และอุปสรรค ที่พบ และข้อเสนอแนะ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือน สิงหาคม 2565 - ธันวาคม 2565 ด้วยการออกตรวจสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน โดยใช้แบบการตรวจประเมินวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนสำหรับร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ข.ย.1) และแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานประกอบด้วยข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล และข้อมูลปัจจัยสนับสนุนของผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน ข้อมูลการรับรู้ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557



บทบรรณาธิการ (Editorial Note)

กฤษฎา โชติการณ

บทเรียนการทำงาน (Lesson Learned)

บทเรียนการจัดการปัญหาโฆษณา

1 - 17

ผลิตภัณฑ์สุขภาพทางสถานีวิทยุกระจายเสียง จังหวัดเชียงใหม่

นัทธินี วัฒนวรารสันต์

บทความวิชาการ (Review Article)

ยาสามัญประจำบ้านในร้านชำ

18 - 20

ราชัน คงชุม

บทความวิจัย (Research Article)

การใช้วิธีวิเคราะห์ ABC-VEN ในการบริหารคลังยาในโรงพยาบาลแพร่

21 - 32

Application of ABC-VEN analysis for inventory management in Phrae Hospital

สุมาลี สงวนศักดิ์, ชุตติมา รัตนขมภู

การพัฒนาระบบงานเภสัชสนเทศเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพ

33 - 51

งานระบบยา โรงพยาบาลลำพูน ปี 2558 - 2562

The development of the pharmaceutical information system to drive the improvement of the quality of the pharmaceutical system in Lamphun Hospital 2015 - 2019

อัญชกรณ์ คำสาร, ศุภลักษณ์ วงศ์ปาลี, จินดาวิทย์ อัสระโชติ

ประสิทธิผลการใช้โปรแกรมคำนวณปริมาณยาและจำนวนเม็ดยา

52 - 69

ในคลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ

Effectiveness of dosage and pills calculator program in Warfarin Clinic, Kantararom Hospital, Sisaket Province

สุชุมาล กาฬเนตร

การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

70 - 85

ในร้านชำจังหวัดศรีสะเกษ

Development of a healthcare product surveillance model in grocery store in Sisaket Province

จินดาพร อุบัติมภ์, คณัฐวุฒิ หลวงเทพ, สิริธร บัวขจร

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการตรวจสอบ และรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร วันที่ 24 กรกฎาคม 2565 เลขที่ EC 34.0033.2565

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำแบบการตรวจประเมินวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนสำหรับร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ข.ย.1) และแบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยสนับสนุนของผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน การรับรู้ การปฏิบัติ ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ ไปคำนวณคะแนน ประมวลผล แล้วคำนวณหาค่าสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติ Chi-square test ประกอบการอภิปรายผล

ผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่าระดับการรับรู้ด้าน

ข้อกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงมาก คิดเป็นร้อยละ 98.39 รองลงมาคือระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 1.61, ด้านข้อกำหนดเกี่ยวกับอุปกรณ์ที่ใช้ในการขายยา การเก็บและการควบคุมหรือรักษาคุณภาพยาในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงมาก คิดเป็นร้อยละ 92.06 รองลงมาคือระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 6.35, ด้านบุคลากรส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงมาก คิดเป็นร้อยละ 84.13 รองลงมาคือระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 14.29, ด้านการควบคุมคุณภาพยา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงมาก คิดเป็นร้อยละ 79.37 รองลงมาคือระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 20.63, ด้านการให้บริการทางเภสัชกรรมในร้านยา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงมาก คิดเป็นร้อยละ 88.89 รองลงมาคือระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 11.11 และโดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก คิดเป็นร้อยละ 96.83 รองลงมาคือระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 3.17 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้รับอนุญาตขายยา จำแนกตามระดับการรับรู้ในแต่ละด้านด้านการรับรู้ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557

หัวข้อ	ต่ำ		ปานกลาง		สูง		สูงมาก	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ด้านข้อกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน	0	0.00	0	0.00	1	1.61	61	98.39
2. ด้านข้อกำหนดเกี่ยวกับอุปกรณ์ที่ใช้ในการขายยา การเก็บ และการควบคุมหรือรักษาคุณภาพยาในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน	1	1.59	0	0.00	4	6.35	58	92.06

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้รับอนุญาตขายยา จำแนกตามระดับการรับรู้ในแต่ละด้านด้านการรับรู้ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557 (ต่อ)

หัวข้อ	ต่ำ		ปานกลาง		สูง		สูงมาก	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
3. ด้านบุคลากร	0	0.00	1	1.59	9	14.29	53	84.13
4. ด้านการควบคุมคุณภาพยา	0	0.00	0	0.00	13	20.63	50	79.37
5. ด้านการให้บริการทางเภสัชกรรมในร้านยา	0	0.00	0	0.00	7	11.11	56	88.89
รวม	0	0.00	0	0.00	2	3.17	61	96.83

ระดับการปฏิบัติ พบว่าด้านข้อกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงมาก คิดเป็นร้อยละ 95.24 รองลงมาคือระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 4.76 ด้านข้อกำหนดเกี่ยวกับอุปกรณ์ที่ใช้ในการขายยา การเก็บ และการควบคุมหรือรักษาคุณภาพยาในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงมาก คิดเป็นร้อยละ 87.30 รองลงมาคือระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 6.35 ด้านบุคลากร ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงมาก

คิดเป็นร้อยละ 79.37 รองลงมาคือระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 15.87 ด้านการควบคุมคุณภาพยา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงมาก คิดเป็นร้อยละ 69.84 รองลงมาคือระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 23.81 ด้านการให้บริการทางเภสัชกรรมในร้านยา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงมาก คิดเป็นร้อยละ 87.30 รองลงมาคือระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 11.11 โดยภาพรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงมาก คิดเป็นร้อยละ 88.89 รองลงมาคือระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 9.52 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้รับอนุญาตขายยา จำแนกตามระดับการปฏิบัติในแต่ละด้านตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557

หัวข้อ	ต่ำ		ปานกลาง		สูง		สูงมาก	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ด้านข้อกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน	0	0.00	0	0.00	3	4.76	60	95.24

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้รับอนุญาตขายยา จำแนกตามระดับการปฏิบัติในแต่ละด้านตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557 (ต่อ)

หัวข้อ	ต่ำ		ปานกลาง		สูง		สูงมาก	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
2. ด้านข้อกำหนดเกี่ยวกับอุปกรณ์ที่ใช้ในการขายยา การเก็บ และการควบคุมหรือรักษาคุณภาพยาในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน	4	6.35	0	0.00	4	6.35	55	87.30
3. ด้านบุคลากร	2	3.17	1	1.59	10	15.87	50	79.37
4. ด้านการควบคุมคุณภาพยา	4	6.35	0	0.00	15	23.81	44	69.84
5. ด้านการให้บริการทางเภสัชกรรมในร้านยา	1	1.59	0	0.00	7	11.11	55	87.30
รวม	1	1.59	0	0.00	6	9.52	56	88.89

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสนับสนุนกับการรับรู้ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557 พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสนับสนุนกับการรับรู้ ได้แก่ อายุ และระยะเวลาปฏิบัติงานในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 3

ว่าด้วยยา พ.ศ. 2557 พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสนับสนุนกับการรับรู้ ได้แก่ อายุ และระยะเวลาปฏิบัติงานในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสนับสนุนกับการรับรู้ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557

ความสัมพันธ์	Chi-Square Tests
- อายุกับปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยสนับสนุนกับการรับรู้ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557	0.000**

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสนับสนุนกับการรับรู้ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557 (ต่อ)

ความสัมพันธ์	Chi-Square Tests
- เพศกับปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยสนับสนุนกับการรับรู้ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557	0.687
- สถานภาพสมรสกับปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยสนับสนุนกับการรับรู้ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557	0.966
- วุฒิมัธยมศึกษาสูงสุดกับปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยสนับสนุนกับการรับรู้ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557	0.897
- สถานะในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันกับปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยสนับสนุนกับการรับรู้ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557	0.146
- ระยะเวลาปฏิบัติงานในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันกับปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยสนับสนุนกับการรับรู้ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557	0.000**
- สถานที่ขายยาแผนปัจจุบันของท่านเปิดดำเนินการก่อนหรือหลังวันที่ 25 มิถุนายน 2557 กับปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยสนับสนุนกับการรับรู้ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557	0.979
- ผ่านการฝึกอบรม ประชุม/สัมมนา ศึกษาดูงาน กับปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยสนับสนุนกับการรับรู้ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557	0.507

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยสนับสนุนกับการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557 พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยสนับสนุนกับการปฏิบัติตามประกาศกระทรวง

สาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557 ได้แก่ อายุ ระยะเวลาปฏิบัติงานในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน การผ่านการฝึกอบรมประชุม/สัมมนา ศึกษาดูงาน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสนับสนุนกับการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557

ความสัมพันธ์	Chi-Square Tests
- อายุกับปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสนับสนุนกับการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557	0.011**
- เพศกับปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยสนับสนุนกับการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557	0.588
- สถานภาพสมรสกับปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยสนับสนุนกับการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557	0.908
- วุฒิการศึกษาสูงสุดกับปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยสนับสนุนกับการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557	0.935
- สถานะในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันกับปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยสนับสนุนกับการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557	0.779

ตารางที่ 4 แสดงปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยสนับสนุนกับการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557 (ต่อ)

ความสัมพันธ์	Chi-Square Tests
- ระยะเวลาปฏิบัติงานในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันกับปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยสนับสนุนกับการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557	0.018**
- สถานที่ขายยาแผนปัจจุบันของท่านเปิดดำเนินการก่อนหรือหลังวันที่ 25 มิถุนายน 2557 กับปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยสนับสนุนกับการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557	0.902
- การผ่านการฝึกอบรม ประชุม/สัมมนา ศึกษาดูงาน กับปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยสนับสนุนกับการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557	0.043**
- การศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมด้วยตนเอง กับปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยสนับสนุนกับการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557	0.452

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ จากการบังคับใช้ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557 พบว่า ด้านข้อกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรค คือ การสอบเทียบอุปกรณ์ หาสถานที่

รับสอบเทียบยาก มีข้อเสนอแนะคือ ภาครัฐควรจัดหาและแนะนำหน่วยงานที่ให้บริการสอบเทียบอุปกรณ์ในร้านขายยา เช่น เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดความดันโลหิต สำหรับด้านการควบคุมคุณภาพยา ปัญหาอุปสรรค คือ อุดหนุนยาของบริษัทขนส่งบางบริษัทไม่เป็นไปตามกำหนดของยาชนิดนั้น หรือบางบริษัทไม่ควบคุมอุณหภูมิขณะขนส่ง และการทำรายงาน

ขย. ไม่มีประโยชน์ ไม่เห็นความจำเป็นในการที่จะต้องทำยาบางชนิดจำเป็นต้องใช้กลับใช้ไม่ได้ จำกัดการใช้เป็นการแก้ปัญหาจากที่ปลายเหตุ และด้านการให้บริการทางเภสัชกรรมในร้านยา พบว่าปัญหาอุปสรรค คือ อนุญาติยาของบริษัทขนส่งบางบริษัทไม่เป็นไปตามกำหนดของยาชนิดนั้น หรือบางบริษัทไม่ควบคุมอุณหภูมิขณะขนส่ง

สรุปผลการศึกษา

ระดับการรับรู้ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557 พบว่าข้อกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงมาก คิดเป็นร้อยละ 98.39 รองลงมาคือระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 1.61, ด้านข้อกำหนดเกี่ยวกับอุปกรณ์ที่ใช้ในการขายยา การเก็บ และการควบคุมหรือรักษาคุณภาพยาในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงมาก คิดเป็นร้อยละ 92.06 ด้านบุคลากร ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงมาก คิดเป็นร้อยละ 84.13, ด้านการควบคุมคุณภาพยา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงมาก คิดเป็นร้อยละ 79.37 ด้านการให้บริการทางเภสัชกรรมในร้านยา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงมาก คิดเป็นร้อยละ 88.89 และโดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก คิดเป็นร้อยละ 96.83

ระดับการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่

อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557 พบว่าด้านข้อกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงมาก คิดเป็นร้อยละ 95.24 ด้านข้อกำหนดเกี่ยวกับอุปกรณ์ที่ใช้ในการขายยา การเก็บ และการควบคุมหรือรักษาคุณภาพยาในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงมาก คิดเป็นร้อยละ 87.30 ด้านบุคลากร ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงมาก คิดเป็นร้อยละ 79.37 ด้านการควบคุมคุณภาพยา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงมาก คิดเป็นร้อยละ 69.84 ด้านการให้บริการทางเภสัชกรรมในร้านยา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงมาก คิดเป็นร้อยละ 87.30 โดยภาพรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงมาก คิดเป็นร้อยละ 88.89

ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ จากการบังคับใช้ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557 พบว่าด้านข้อกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรคคือ การสอบเทียบอุปกรณ์หาสถานที่รับสอบเทียบยาก มีข้อเสนอแนะ คือ ภาครัฐควรจัดหา และแนะนำหน่วยงานที่ให้บริการสอบเทียบอุปกรณ์ในร้านขายยา เช่น เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดความดันโลหิต ด้านการควบคุมคุณภาพยา ปัญหาอุปสรรคคือ อนุญาติยาของบริษัทขนส่งบางบริษัทไม่เป็นไปตามกำหนดของยาชนิดนั้น หรือบางบริษัท

ไม่ควบคุมอุณหภูมิขณะขนส่ง และการทำรายงานขาย. ไม่มีประโยชน์ไม่เห็นความจำเป็นในการที่จะต้องทำยาบางชนิดจำเป็นต้องใช้กลับใช้ไม่ได้ จำกัดการใช้เป็นการแก้ปัญหาจากที่ปลายเหตุ ด้านการให้บริการทางเภสัชกรรมในร้านยา พบว่าปัญหาอุปสรรคคืออุณหภูมิยาของบริษัทขนส่งบางบริษัทไม่เป็นไปตามกำหนดของยาชนิดนั้นหรือบางบริษัทไม่ควบคุมอุณหภูมิขณะขนส่ง

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานของรัฐควรจัดหา และแนะนำหน่วยงานที่ให้บริการสอบเทียบอุปกรณ์ในร้านขายยา เช่น เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดความดันโลหิต
2. ควรมีการบวกรับการศึกษา และจัดการเรื่อง อุณหภูมิยาของบริษัทขนส่งบางบริษัทไม่เป็นไปตามกำหนดของยาชนิดนั้น หรือบางบริษัทไม่ควบคุมอุณหภูมิขณะขนส่ง

เอกสารอ้างอิง

1. ช้องมาศ นิติศฤงคาริน. ทำไมต้องร้านยาคุณภาพ. คู่มือการฝึกปฏิบัติงานเภสัชกรรมชุมชน. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการอาหาร และยา; 2551.
2. กระทรวงสาธารณสุข. กฎกระทรวงการขออนุญาต และการออกใบอนุญาตขายยาแผน ปัจจุบัน พ.ศ.2556 [อินเทอร์เน็ต]. ราชกิจจานุเบกษา; ฉบับประกาศ และงานทั่วไป เล่ม 130 ตอนที่ 136 ก. วันที่ 27 ธันวาคม 2556. [เข้าถึงเมื่อ 1 สิงหาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.fda.moph.go.th/sites/drug/GPPPageFile/Staff/d5.pdf>
3. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557 [อินเทอร์เน็ต]. ราชกิจจานุเบกษา; เล่ม 131 ตอนพิเศษ 223 ง วันที่ 5 พฤศจิกายน 2557. [เข้าถึงเมื่อ 1 สิงหาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.fda.moph.go.th/sites/drug/GPPPageFile/Staff/gpp.pdf>
4. Good Pharmacy Practice. Available in http://www.fip.org/www/index.php?page=good_pharmacy_practice Accessed at 25 February 2016
5. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดระยะเวลาผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน และผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการต้องปฏิบัติตามกฎกระทรวงการขออนุญาต และการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน พ.ศ. 2556 [อินเทอร์เน็ต]. ราชกิจจานุเบกษา; เล่ม 134 ตอนพิเศษ 215 ง วันที่ 31 สิงหาคม 2560. [เข้าถึงเมื่อ 1 สิงหาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.fda.moph.go.th/sites/drug/Shared%20Documents/Law03-TheMinistryOfHealth/Law03-26-01.PDF>

เอกสารอ้างอิง

6. อินทริยา อินทพันธุ์. เรื่อง การประเมินการปฏิบัติตามกฎกระทรวงว่าด้วยการอนุญาต และการกำหนดสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนของร้านขายยาแผนปัจจุบันในจังหวัดลำพูน. วารสารเภสัชกรรมไทย 2558; 2: 94-103.
7. สุวัฒน์ แซ่อึ้ง, วิรินทร์ อันล้ำเลิศ. เรื่อง การสำรวจผลการประเมินตนเอง ปัญหา และข้อเสนอแนะในการดำเนินการ ตามวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนภายหลังการประกาศบังคับใช้ในมุมมองของผู้ประกอบการร้านขายยาแผนปัจจุบันในจังหวัดนครราชสีมา. วารสารเภสัชกรรมไทย 2563; 2: 421-436.
8. ภูริดา เวียนทอง, ดุจดดี ชินวงศ์, สุระรอง ชินวงศ์, พลแก้ว วัชรชัยสุรพล, อัญญา ดุจจานุทัศน์, สกนธ์ สุภากุล. เรื่อง ความพร้อมของเภสัชกรร้านยาในจังหวัดเชียงใหม่ในการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงว่าด้วยการอนุญาต และการกำหนดสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน. วารสารเภสัชกรรมไทย 2560; 1: 92-101.
9. สุรศักดิ์ จริยาสิริสุข, สุรศักดิ์ เสาก้าว. เรื่อง การศึกษาผลการประเมินวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน จังหวัดกำแพงเพชร. วารสารเภสัชกรรมไทย 2563; 1: 173-184.
10. ระพีพรรณ ฉลองสุข, กมลวรรณ ลิ้มทรัพย์เจริญ, พรศิริ รัตนะนิล, วรกมล ศรีตระกูล, วรธนา ราตรี. เรื่อง การศึกษาการรับรู้ และแนวทางการปรับตัวของสมาชิกชมรมร้านขายยาเกี่ยวกับการปฏิบัติตามกฎกระทรวงการขออนุญาต และการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน พ.ศ. 2556. วารสารไทยเภัชวิทยนิพนธ์ 2561; 2: 41-51.
11. กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค และเภสัชสาธารณสุข. สรุปผลการปฏิบัติงานประจำปี 2564. จังหวัดมุกดาหาร: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร; 2564.

การพัฒนาแบบการจัดการความรู้ด้านเภสัชสนเทศ ตามบริบทไทยแลนด์ 4.0 The development of drug information service knowledge management model in the context of Thailand 4.0

สุภาพ วงศ์พัฒน์วุฒิ¹

Supab Wongpattanawut¹

บทคัดย่อ

ประเทศไทยอยู่ในระยะ “เปลี่ยนผ่าน” วิถีทางเศรษฐกิจและการเมืองหลายต่อหลายครั้ง ควบคู่กับการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างของโลกในศตวรรษที่ 21 หากประเทศไทยไม่มีการกำหนด วิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศ ตลอดจนไม่ดำเนินการเพื่อขับเคลื่อนประเทศผ่านการปฏิรูปและการปรับเปลี่ยนอย่างจริงจัง ประเทศไทยอาจจะประสบกับสถานะเสื่อมถอยจากประเทศในโลกที่สองในปัจจุบันนี้ เป็นประเทศในโลกที่สามในอนาคตก็เป็นได้ แต่หากดำเนินการปฏิรูปสำเร็จจะทำให้ประเทศไทย สามารถก้าวไปสู่ “ประเทศในโลกที่หนึ่ง” ปัญหา อุปสรรค ข้อจำกัด และความต้องการพัฒนาความรู้ทางเภสัชสนเทศ ทำให้เกิดแนวคิดเรื่องการจัดการความรู้ของเภสัชกรที่ให้บริการเภสัชสนเทศ ตามบริบทไทยแลนด์ 4.0 โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสาร วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้ เพื่อพัฒนาระบบการจัดการความรู้ของเภสัชกรที่ให้บริการเภสัชสนเทศ ตามบริบทไทยแลนด์ 4.0 กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษาคือ เภสัชกร และบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านสารสนเทศในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดมุกดาหาร เครื่องมือที่ใช้เชิงคุณภาพสัมภาษณ์เชิงลึกและแบบสอบถาม ระยะเวลาตั้งแต่ ตุลาคม 2564 - กันยายน 2565 สถิติที่ใช้ในการศึกษา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษาค้นคว้าทำให้ได้รูปแบบการเภสัชสนเทศที่สามารถใช้ในการจัดการความรู้ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) การกำหนดความรู้ 2) การสร้างความรู้ 3) การแสวงหาและจัดเก็บความรู้ 4) การแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้ 5) การประยุกต์ใช้ความรู้ ข้อเสนอแนะทั่วไป คือ ควรเผยแพร่รูปแบบกระบวนการจัดการความรู้ของเภสัชกรในทุกโรงพยาบาล และ 5) การจัดการความรู้ให้กับหน่วยงานอื่นและมีการอบรมพัฒนาศักยภาพเพื่อรองรับการนำแนวทางจัดการความรู้ไปใช้ รวมทั้งควรมีการวิจัยเพื่อสร้างยุทธศาสตร์อื่น ๆ ในองค์กรเพิ่มเติม

คำสำคัญ : การจัดการความรู้ เภสัชสนเทศ ไทยแลนด์ 4.0

¹ เภสัชกรชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร.

¹ Pharmacist, Senior Professional Level. Division of Consumer Protection and Public Health Pharmacy. Mukdahan Provincial Public Health Office.



Abstract

Thailand has and is facing many economic and political crises along with structural changes in the world in the 21st century. If Thailand does not set any vision and national development strategy as well as not taking action to drive the country through serious reforms and transformations, Thailand may be experiencing a recession from a second world country or even a third world country in the future. But if the reform is successful it will advance Thailand as the "First World Country". After reviewing all of the problems, obstacles, limitations, and needs for knowledge development in pharmaceutical information, knowledge management of pharmacists who provide pharmaceutical information services in the context of Thailand 4.0 by using information technology and communication became a concept to study. The objective of this study is to develop a knowledge management process for pharmacists who provide pharmaceutical information services in the context of Thailand 4.0. The participants in the study consisted of pharmacists and personnel who work in information technology field in community hospitals, Mukdahan Province. Qualitative tools used were in-depth interviews and questionnaires. Data were collected from October 2021 – September 2022. Statistics used in the study are percentage, mean and standard deviation. The result of this study resulted in pharmaceutical information processes that could be used in knowledge management, namely 1) problem improvement, 2) leadership in knowledge management, 3) organizational culture in knowledge management, 4) technology in management knowledge. The general recommendation is that knowledge management guidelines should be disseminated to other departments and personnel development training should be provided to support knowledge management implementation, and more research should undergo to find new strategies in the organization.

Keywords: Knowledge management, Drug information service (DIS), Thailand 4.0

บทนำ

งานบริการเภสัชสนเทศ (Drug Information Service : DIS) ถือเป็นมาตรฐานหนึ่งใน 6 มาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรมโรงพยาบาล โดยกิจกรรมหลักของงานเภสัชสนเทศ ตามมาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรมโรงพยาบาล พ.ศ. 2561 – 2565 ของสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย) มีหลายกิจกรรม เช่น การบริการตอบปัญหาด้านยาแก่ผู้ป่วย ประชาชน และบุคลากรทางการแพทย์ การจัดทำสื่อข้อมูลจดหมายข่าว และ/หรือจุลสารด้านยาสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ การจัดทำ ข้อมูลของยา (Medication Therapy Monographs) รวมไปถึงจัดทำรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ซึ่งทักษะในการสืบค้นข้อมูล และการตอบคำถามอย่างเป็นระบบ⁽¹⁾ ถือเป็นเกณฑ์มาตรฐานหนึ่งในการสอบทักษะตามเกณฑ์ ความรู้ความสามารถทางวิชาชีพของผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม (สมรรถนะร่วม) พ.ศ. 2562 ที่กำหนดโดยสภาเภสัชกรรม และจากข้อกำหนดของคู่มือทักษะตามเกณฑ์ ความรู้ความสามารถทางวิชาชีพของผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม (สมรรถนะร่วม) พ.ศ. 2562⁽²⁾ ที่ได้กำหนดวัตถุประสงค์เชิงทักษะที่เกี่ยวข้องกับงานเภสัชสนเทศว่า เภสัชกรต้องสามารถสืบค้นข้อมูล จากแหล่งข้อมูลที่เหมาะสม และมีกระบวนการในการตอบคำถามทางยา จะเห็นได้ว่างานเภสัชสนเทศ เภสัชกรที่ปฏิบัติงานจำเป็นต้องมีความรู้ และทักษะหลายด้านประกอบกัน เพื่อทำให้งานประสบความสำเร็จ⁽¹⁾

ในระยะสองปีที่ผ่านมาการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ส่งผลกระทบในหลายมิติทั่วโลก รวมทั้งผลกระทบ

ในหลายแง่มุม ตั้งแต่การหยุดให้บริการด้านสาธารณสุข ในหลายด้าน เช่น การบริการทันตสาธารณสุข บริการทางการแพทย์แผนไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในด้านการให้บริการเชิงรุกแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยต้องได้รับการบริการอย่างต่อเนื่อง แต่ด้วยเหตุปัจจัยดังกล่าวกระบวนการให้บริการเชิงรุกเปลี่ยนไปกระชั้นชิด ไม่สามารถให้บริการในลักษณะการรวมคนจำนวนมาก จึงต้องมีการวิเคราะห์ สังเคราะห์ เพื่อกำหนดรูปแบบการให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการการให้บริการในสถานการณ์โรคระบาดดังกล่าว โดยปัจจัยที่เกิดจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ส่งผลให้เป็นแรงผลักดันให้เกิดการปรับตัวและนำมาซึ่งการใช้เทคโนโลยีนวัตกรรมรูปแบบใหม่ ๆ ที่ช่วยให้ประชาชนได้เรียนรู้ด้วยตนเองในรูปแบบใหม่ ๆ ที่สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่ การบริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน ในเขตรับผิดชอบมีความจำเป็นจะต้องดำเนินการเพื่อที่จะให้การบริการด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนไม่มีรอยต่อ ในระหว่างการให้บริการ การพัฒนารูปแบบเพื่อให้การดำเนินการด้านเภสัชสนเทศเป็นสิ่งจำเป็นที่จะต้องเร่งให้เกิดขึ้นโดยเร็ว เพื่อให้การบริการเป็นไปด้วยความเรียบร้อยมีประสิทธิภาพ แม้จะเกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก็ตาม⁽³⁾

ในยุคสังคมแห่งฐานความรู้ แนวคิดการจัดการความรู้ได้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการบริหารจัดการทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และการศึกษา ความต้องการในการพัฒนาประเทศในด้านต่าง ๆ ส่งผลให้องค์การเกิดการแข่งขันกันด้วยความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรม “การจัดการความรู้”

เป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยในการพัฒนาบุคลากรทางการศึกษาให้สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลสารสนเทศทั้งที่มีอยู่ในปัจเจกบุคคล องค์กรและชุมชน เพื่อการพัฒนาศักยภาพของตนเอง และพัฒนาคุณภาพผู้เรียน บทความเรื่องการจัดการความรู้ มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความหมายและความสำคัญของการจัดการความรู้ กระบวนการจัดการความรู้ รูปแบบการจัดการความรู้ การพัฒนาองค์กรให้มีการจัดการความรู้ กิจกรรมที่ใช้ในการจัดการความรู้ ประโยชน์รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคในการจัดการความรู้ ผู้บริหาร และบุคลากรทางการศึกษา รวมทั้งผู้เรียนสามารถนำแนวคิดต่าง ๆ ไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาตนเอง ตลอดจนพัฒนาหน่วยงานและองค์กรให้เป็นสังคมแห่งการเรียนรู้ที่ส่งเสริมให้คนไทยได้เรียนรู้ตลอดชีวิตอย่างมีคุณภาพ ตามแนวการปฏิรูปการศึกษาในทศวรรษที่สองต่อไป⁽⁴⁾

การนำแนวคิดเรื่องการจัดการความรู้มาใช้ในลักษณะของเครือข่ายความร่วมมือบริการเภสัชสนเทศจากโรงพยาบาลและร้านยา เข้ามาร่วมกันตอบคำถามแก่บุคลากรทางการแพทย์ และประชาชน ซึ่งจากรายงานการประเมินระบบการบริการเภสัชสนเทศพบว่าผู้ใช้บริการทั้งผู้ตอบคำถาม และผู้ถามคำถามมีความพึงพอใจต่อระบบในภาพรวมอยู่ในระดับมาก แต่มีข้อเสนอแนะให้มีการจัดทำฐานข้อมูลต่าง ๆ เพื่อการสืบค้น นอกจากนี้การแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ก็เป็นสิ่งจำเป็นที่ควรเร่งให้มีการดำเนินการเพื่อประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน

ในปัจจุบันจึงยังไม่มีการพัฒนากระบวนการจัดการความรู้สำหรับเภสัชกรที่ปฏิบัติงานด้าน

เภสัชสนเทศโดยตรง ซึ่งจากปัญหาเรื่องการที่มีความสามารถในระดับปานกลางด้านเภสัชสนเทศและอุปสรรค ข้อจำกัดเรื่องแหล่งข้อมูลมีจำกัด ขาดความทันสมัย และไม่ทราบแหล่งข้อมูลในการสืบค้น ประกอบกับความต้องการให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการตอบคำถาม หรือการเลือกใช้แหล่งข้อมูล และการฝึกอบรมความรู้ที่เกี่ยวข้องของเภสัชกรที่ให้บริการเภสัชสนเทศ ดังกล่าวมาแล้วข้างต้น จึงเป็นประเด็นที่ผู้วิจัยเห็นถึงประโยชน์ในการนำเรื่องการจัดการความรู้มาใช้กับเภสัชกรที่ให้บริการเภสัชสนเทศที่รวบรวมแหล่งความรู้ที่เป็นประโยชน์ในการปฏิบัติงานช่วยพัฒนาความรู้ของเภสัชกรที่ให้บริการเภสัชสนเทศ และมีกิจกรรมที่เอื้ออำนวยต่อการเพิ่มพูนความรู้ และทักษะของเภสัชกรที่ปฏิบัติงานเภสัชสนเทศ ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเทคนิคในการปฏิบัติงานด้านเภสัชสนเทศ

วัตถุประสงค์

พัฒนากระบวนการจัดการความรู้ของเภสัชกรที่ให้บริการเภสัชสนเทศ ตามบริบทไทยแลนด์ 4.0

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นรูปแบบการวิจัย Routine to Research (R2R) โดยเน้นความสำคัญของการจัดการความรู้จากงานประจำ 1) การสำรวจความรู้ ภายในองค์กร 2) การวางแผนความรู้เพื่อการรวบรวมและจัดเก็บ 3) การพัฒนาความรู้ 4) การถ่ายทอดความรู้ (Knowledge Transfer) หรือการแบ่งปันความรู้ (Knowledge Sharing) เพื่อก่อให้เกิดองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization)”

องค์กรแห่งการเรียนรู้เป็นรูปแบบการบริหารที่มุ่งเน้นพัฒนาความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ และความสามารถของบุคลากรโดยสร้างบรรยากาศของการสนับสนุน ส่งเสริมและกระตุ้นให้บุคลากรทุกคนมีโอกาสเรียนรู้ และพัฒนาขีดความสามารถของตนเองได้อย่างเต็มที่เพื่อสร้างงานและการบรรลุเป้าหมายแห่งงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อการพัฒนาองค์กรให้มีความเจริญก้าวหน้าอย่างมั่นคง⁽⁵⁾

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการตรวจสอบและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร วันที่ 10 มีนาคม 2564 เลขที่ EC 71.0032.2564

สรุปผลการวิจัย

รูปแบบการจัดการความรู้ด้านเภสัชสนเทศตามบริบทไทยแลนด์ 4.0 จังหวัดมุกดาหารมีรายละเอียดดังนี้

ผลการพัฒนากระบวนการจัดการความรู้ของเภสัชกรที่ให้บริการเภสัชสนเทศ ตามบริบทไทยแลนด์ 4.0

จากการศึกษาพบว่า งานบริการเภสัชสนเทศในจังหวัดมุกดาหารยังไม่มีนโยบายด้านการจัดการความรู้ จึงไม่มีรูปแบบการจัดการความรู้ที่ชัดเจนแต่อย่างไรก็ตามมีการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ที่สอดคล้องกับกระบวนการจัดการความรู้⁽⁵⁾ ซึ่งกล่าวว่ากระบวนการจัดการความรู้ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1. การกำหนดความรู้ 2. การสร้างความรู้ 3. การแสวงหาและจัดเก็บความรู้ 4. การแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้ และขั้นตอนสุดท้ายคือ 5. การประยุกต์ใช้ความรู้

โดยในรูปแบบการจัดการความรู้ด้านเภสัชสนเทศตามบริบทไทยแลนด์ 4.0 จังหวัดมุกดาหาร ประกอบด้วย 1. ปรับปรุงปัญหา กำหนดให้มีบุคคลหรือทีมรับผิดชอบในการจัดกลุ่มความรู้ทั้งองค์กรและกำหนดเครือข่ายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่ชัดเจน 2. ภาวะผู้นำในการจัดการความรู้ ผู้บริหารระดับสูงยอมรับและให้องค์กรเป็นแบบอย่างที่จะเกิดขึ้นได้ง่ายและผู้บริหารระดับสูงต้องกำหนดกลยุทธ์ 3. วัฒนธรรมองค์กรในการจัดการความรู้ ผู้บริหารต้องกำหนดให้มีนโยบายสนับสนุนการทำงานเป็นทีมทำให้การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของบุคลากรเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินผลและพัฒนาบุคลากรผู้บริหาร เพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีในการจัดการความรู้ในองค์กร 4. เทคโนโลยีในการจัดการความรู้ ผู้บริหารระดับสูงต้องสนับสนุนนำเทคโนโลยีที่เอื้อต่อการสร้างคลังความรู้มาเพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้

อภิปรายผล

จากการศึกษาปัญหาในการจัดการความรู้ ปัญหา และเสนอแนวทางวิธีการจัดการความรู้ต่อไป

1. การอภิปรายปัญหาในภาพรวม จากผลการศึกษาปัญหาในการจัดการความรู้ พบว่าด้านเทคโนโลยีในการจัดการความรู้ เป็นปัญหาอันดับสูงสุด ผู้วิจัยมีความเห็นว่าองค์กรมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ที่จะต้องมีการนำเทคโนโลยีที่เอื้อต่อการสร้างคลังความรู้มาใช้ เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้ อีกทั้งต้องมีการนำระบบสารสนเทศที่ทันสมัยมาใช้ในองค์กร เพื่อสามารถให้ข้อมูลได้ในเวลาที่ต้องการ

2. ปัญหาจำแนกรายด้าน มีประเด็นสำคัญในการอภิปรายแต่ละด้าน ดังนี้

2.1 ด้านกระบวนการในการจัดการความรู้ พบว่าไม่ดีพอ คือยังมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องกระบวนการ องค์การยังไม่ได้มีนํ้าการจัดการความรู้เข้ามาใช้อย่างเป็นทางการ ประกอบกับบุคลากรยังมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการความรู้ไม่ดีเท่าที่ควร ผู้บริหารระดับสูงต้องยอมรับและให้ความสำคัญกับการจัดการความรู้ในองค์กร และต้องกำหนดนโยบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับการนํ้าการจัดการความรู้มาใช้ในองค์กร อีกทั้งทำความเข้าใจกับคนในองค์กรเกี่ยวกับการจัดการความรู้ รวมถึงผลักดันให้มีการจัดการความรู้ในองค์กร สนับสนุนการถ่ายทอดความรู้ ทักษะและประสบการณ์ออกแบบระบบและกำหนดเป็นระเบียบเพื่อให้เกิดการสั่นไหวของความรู้อย่างเป็นระบบ ที่สำคัญผู้บริหารควรเป็นแบบอย่างที่ดีในการจัดการความรู้ในองค์กร

2.2 ด้านภาวะผู้นำในการจัดการความรู้ ด้านภาวะผู้นำในการจัดการความรู้ พบว่าปัญหาอันดับสูงสุด คือ ยังไม่มีกิจกรรมเพื่อเสริมสมรรถนะที่มีอยู่และสร้างสมรรถนะใหม่ ๆ ซึ่งเป็นปัญหามากสืบเนื่องมาจากที่องค์กรยังไม่ได้มีนํ้าการจัดการความรู้เข้ามาใช้ในองค์กรอย่างเป็นรูปธรรม บุคลากรยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการความรู้อย่างถ่องแท้

2.3 ด้านวัฒนธรรมองค์กรในเรื่องการจัดการความรู้ พบว่าปัญหาอันดับสูงสุด คือ บรรยากาศมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน เป็นสิ่งที่เป็ประโยชน์ต่อการพัฒนา

2.4 ด้านเทคโนโลยีในการจัดการความรู้ พบว่าปัญหาอันดับสูงสุด คือ องค์กรไม่มีการใช้ระบบสารสนเทศที่ทันสมัย ยังไม่สามารถให้ข้อมูลได้ในเวลาที่ต้องการใช้

2.5 ด้านการวัดผลในการจัดการความรู้ พบว่าปัญหาอันดับสูงสุด คือการช่วยเพิ่มพูนความรู้ให้เห็นได้ชัด

3. รูปแบบการจัดการความรู้ จากการร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางการจัดการความรู้ ตามลำดับดังนี้

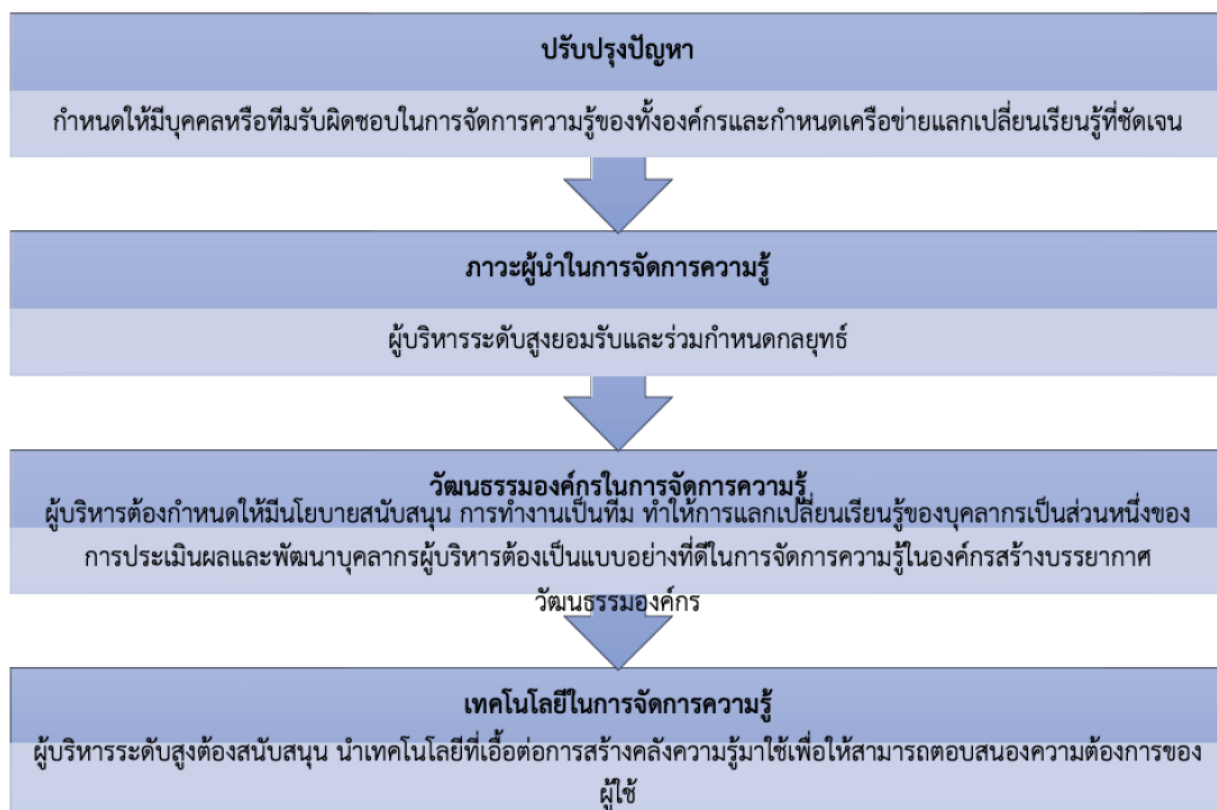
3.1 ปรับปรุงปัญหาโดยสรุป คือ กำหนดให้มีบุคคลหรือทีมรับผิดชอบในการจัดการความรู้ของทั้งองค์กรและกำหนดเครือข่ายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่ชัดเจนเพื่อให้เกิดการสั่นไหวของความรู้อย่างเป็นระบบ โดยที่ผู้บริหารต้องให้การสนับสนุนการถ่ายทอดความรู้ ทักษะและประสบการณ์ในการทำงานแก่คนในองค์กร มีการดำเนินงานที่เป็นขั้นตอนชัดเจนในการค้นหาข้อบกพร่องและแก้ไขปรับปรุงข้อบกพร่องนั้น และดำเนินงานที่เป็นขั้นตอนชัดเจนในการถ่ายทอดวิธีปฏิบัติที่ดีและต้องจัดทำเอกสารรวบรวมข้อมูลที่ได้ อีกทั้งต้องเปิดโอกาสให้เจ้าหน้าที่เข้ามามีส่วนร่วมในการนำเสนอแนวความคิดใหม่ ๆ ด้วย

3.2 ด้านภาวะผู้นำในการจัดการความรู้ จากผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้มาเสนอแนวทางการจัดการความรู้ ปรับปรุงปัญหาด้านภาวะผู้นำในการจัดการความรู้โดยสรุป คือสังเกตได้ว่าเมื่อผู้บริหารระดับสูงยอมรับและเป็นแบบอย่างที่ดีในการจะเกิดขึ้นได้ง่ายและผู้บริหารระดับสูงต้องกำหนดกลยุทธ์เกี่ยวกับการสร้างบรรยากาศการแบ่งปันแลกเปลี่ยน

เรียนรู้กำหนดทิศทางและกลยุทธ์ที่ชัดเจนของการจัดการความรู้เพื่อนำเอาเป้าหมายของการจัดการความรู้นั้น มากำหนดเป็นแผนงานและกิจกรรมต่าง ๆ ควรให้การสนับสนุนการอบรมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทักษะและประสบการณ์ในการทำงานกับองค์กรอื่น อีกทั้งให้การสนับสนุนผลักดันให้มีการจัดการความรู้ในองค์กร ควรมีการจัดตั้งทีมให้คำปรึกษา กิจกรรมความรู้

3.3 ผู้บริหารระดับสูงยอมรับให้และให้องค์กรเป็นแบบอย่างที่จะเกิดขึ้นได้ง่ายและผู้บริหารระดับสูงต้องกำหนดกลยุทธ์ โดยสรุป คือผู้บริหารต้องกำหนดให้มีนโยบายสนับสนุน การทำงานเป็นทีม ทำให้การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของบุคลากรเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินผลและพัฒนาบุคลากร ผู้บริหารต้องเป็นแบบอย่างที่ดีในการจัดการความรู้ในองค์กร สร้างบรรยากาศ วัฒนธรรมองค์กรให้บุคลากรกล้าคิด กล้าทำ กล้าเปิดเผยตัวเอง และไว้วางใจกัน ผู้บริหารจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงโดยที่ผู้บริหารต้องให้การสนับสนุนการเผยแพร่และเพิ่มพูนความรู้ในการทำงานแก่คนในองค์กร ต้องมีการปลูกฝังแนวคิดเชิงบวกให้คนในองค์กรและต้องสร้างให้แนวคิดเชิงบวก เป็นวัฒนธรรมในองค์กรให้ได้ ต้องทำการค้นหาการปฏิบัติที่เป็นเลิศ แล้วนำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน เสนอให้มีการจัดกิจกรรมพิเศษ

3.4 ด้านเทคโนโลยีในการจัดการความรู้จากผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้นำมาเสนอแนวทางการจัดการความรู้ด้านเทคโนโลยีในการจัดการความรู้⁶ โดยสรุป คือ ผู้บริหารระดับสูงต้องสนับสนุนนำเทคโนโลยีที่เอื้อต่อการสร้างคลังความรู้มาใช้ เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้และใช้ได้ง่าย ต้องนำระบบสารสนเทศที่ทันสมัยมาใช้ เพื่อให้ข้อมูลได้ในเวลาที่ต้องการ ต้องจัดอบรมบุคลากรให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีและให้สามารถใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีได้อย่างถูกต้อง แนวทางการจัดการความรู้ ปรับปรุงปัญหาด้านการวัดผลในการจัดการความรู้ โดยสรุปคือผู้บริหารต้องตั้งตัวชี้วัดและตั้งเกณฑ์เพื่อใช้และผู้บริหารต้องกำหนดให้ทำการวัดผลในองค์กรทุก 3 เดือน เพื่อทบทวนแก้ไขข้อบกพร่องของกระบวนการต่าง ๆ และปรับปรุงให้ประสบผลสำเร็จมากขึ้น ข้อบกพร่องของกระบวนการและปรับปรุงให้ประสบผลสำเร็จมากขึ้นซึ่งตัวชี้วัดที่ดีต้องสอดคล้องและเชื่อมโยงกับกลยุทธ์การจัดการความรู้ขององค์กร ผลจากการวัดความสำเร็จของการจัดการความรู้จะเป็นสิ่งที่โน้มน้าวให้บุคลากรทุกระดับตั้งแต่ผู้บริหารระดับสูงจนถึงพนักงานระดับปฏิบัติได้เห็นถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการจัดการความรู้และการแลกเปลี่ยนความรู้



แผนภาพที่ 1 แสดงรูปแบบของการจัดการความรู้ด้านเภสัชสนเทศ ตามบริบทไทยแลนด์ 4.0

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะทั่วไป

ให้กับหน่วยงานอื่น

1. ควรเผยแพร่แนวทางการจัดการความรู้
2. ควรมีการอบรมพัฒนาบุคลากรเพื่อรองรับการนำแนวทางจัดการความรู้ไปใช้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการวิจัยเพื่อสร้างยุทธศาสตร์อื่น ๆ ในองค์กรเพิ่มเติม



เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล. มาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรมโรงพยาบาล [อินเทอร์เน็ต].กรุงเทพมหานคร; 2561 [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 2 มีนาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก <http://www.pknhospital.com/2019/data/drug/drugsystem/drug1.pdf>
2. สภาเภสัชกรรม. คู่มือทักษะตามเกณฑ์ความรู้ความสามารถทางวิชาชีพ ของผู้ประกอบการวิชาชีพเภสัชกรรม (สมรรถนะร่วม) พ.ศ. 2562. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี:บริษัท เอช อาร์ พรินซ์ แอนด์ เทรนนิง จำกัด; 2562.
3. กาญจนา รอดแก้ว. การพัฒนารูปแบบการเสริมพลังชุมชน การเฝ้าระวังทางสังคมและดูแลช่วยเหลือผู้ที่ได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคมจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19. J Soc Work. 26 ธันวาคม 2021; 29(2): 189-220.
4. นันทวัฒน์ เจริญกุล. การจัดการความรู้: Knowledge Management-KM. วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2552; 21(1): 13-25.
5. บุษกร วัฒนบุตร. การจัดการความรู้เพื่อองค์กรแห่งการเรียนรู้. วารสารวิทยาลัยสงฆ์นครลำปาง [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 4 มกราคม 2564] ;2014 เข้าถึงได้จาก <https://so04.tci-thaijo.org/index.php/NBJ/article/view/253132>
6. จริญญา ทะหลวย. การจัดเก็บความรู้ด้วยการเรียนรู้แบบร่วมมือในยุคการศึกษา 4.0. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มทร.สุวรรณภูมิ J Sci Technol RMUTSB. 2561; 2(2): 35-35.

การพัฒนาแบบการบริหารจัดการยารักษาเบาหวาน จังหวัดมุกดาหาร

Development of drug management model for diabetes mellitus in Mukdahan Province

สุภาพ วงศ์พัฒน์วุฒิ¹

Supab Wongpattanawut¹

บทคัดย่อ

รูปแบบการบริหารจัดการยารักษาเบาหวาน จังหวัดมุกดาหาร เป็นกระบวนการของงานบริการส่งมอบยาและให้คำแนะนำการใช้ยาร่วมกับเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ ยังไม่มีมาตรฐานการปฏิบัติที่ชัดเจน การกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติที่เหมาะสมจะต้องอาศัยข้อมูลวิจัย ซึ่งต้องเป็นการวิจัยที่ลงมือปฏิบัติงานในสถานการณ์จริง ด้วยรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อการพัฒนาแบบการบริหารจัดการยารักษาเบาหวาน จังหวัดมุกดาหาร และเพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการพัฒนาระบบงานบริการส่งมอบยา รูปแบบการวิจัยเป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ที่เน้นการวิเคราะห์ปัญหา และศึกษาแนวทางแก้ไข การวางแผน การปฏิบัติตามแผน และการติดตามประเมินผล กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกเบาหวานของ รพ.สต.โพธิ์ทราย จำนวน 136 คน ระหว่างเดือนตุลาคม 2563 ถึงพฤศจิกายน 2564 และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลโพธิ์ทราย จำนวน 6 คน ผลการศึกษาพบว่าระบบงานบริการส่งมอบยา และการให้คำแนะนำการใช้ยา โดยการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิ มีกระบวนการดังนี้ 1) การศึกษาบริบทของพื้นที่ และเจ้าหน้าที่ 2) การสร้างทีม 3) การวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ และกำหนดกิจกรรมในการแก้ปัญหา 4) การวางแผนการปฏิบัติงานบริการส่งมอบยาและให้คำแนะนำการใช้ยา 5) การดำเนินงานส่งมอบยาและให้คำแนะนำการใช้ยา

คำสำคัญ : การพัฒนาระบบงานบริการส่งมอบยา, การมีส่วนร่วม

¹เภสัชกรชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร.

¹ Pharmacist, Senior Professional Level. Division of Consumer Protection and Public Health Pharmacy. Mukdahan Provincial Public Health Office.



Abstract

Diabetes mellitus medication management model Mukdahan Province is a drug delivery and giving advice on drug use in conjunction with primary care staff. There is no clear standard of practice so establishing appropriate performance standards will rely on research data that was conducted in real situations from a participatory action research method with the purpose of research for the development of a diabetes mellitus drug management model Mukdahan Province and to analyze factors related to the process of drug delivery service system development. The research model is participatory action research that focuses on problem analysis, studying solutions, planning, implementing of plans, monitoring and evaluation. The sample group was diabetic mellitus patients who came for treatment at the Diabetes mellitus Clinic at Phon Sai District Health Promoting Hospital between October 2020 and November 2021 and 6 district health promoting hospital personnel. The study found that delivery service system and medication advice process with the participation of primary care staff are as follows 1) Study the context of the area and staff 2) Team building 3) Problem analysis, causes, and setting activities to solve problems 4) Drug delivery service operation planning 5) Drug delivery operations and drug usage advice giving.

Keywords: Development of drug delivery service system, Participation

บทนำ

ปัจจุบันงานบริการเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ จัดเป็นงานหนึ่งในการจัดองค์กรของงานเภสัชกรรมในโรงพยาบาล โดยใช้ชื่อเรียกเป็นส่วนใหญ่ว่างานเภสัชกรรมปฐมภูมิ งานดังกล่าวเป็นการประยุกต์ความเชี่ยวชาญด้านวิชาชีพ ได้แก่ ความเชี่ยวชาญด้านยาและคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข เข้ากับบริบทด้านปฐมภูมิที่เน้นองค์รวม ผสมผสาน และต่อเนื่อง⁽¹⁾ งานเภสัชกรรมปฐมภูมิประกอบด้วยงานบริหารเวชภัณฑ์ งานบริการส่งมอบยาและให้คำแนะนำในการใช้ยา งานดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง และงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข รูปแบบของการให้บริการยังมีความแตกต่างหลากหลาย และขึ้นอยู่กับแต่ละพื้นที่ แต่สำหรับงานที่ยังเป็นบทบาทหน้าที่หลักของเภสัชกรคืองานบริการส่งมอบยาและให้คำแนะนำการใช้ยา ซึ่งเป็นสิทธิของประชาชนในการได้รับบริการดังกล่าวจากเภสัชกรตามมาตรฐานวิชาชีพ แต่มาตรฐานการส่งมอบยาและการให้คำแนะนำการใช้ยาดังกล่าว เป็นมาตรฐานขั้นสูงที่ใช้กับสถานบริการระดับทุติยภูมิหรือตติยภูมิ การนำมาตรฐานดังกล่าวมาใช้ในงานบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ซึ่งอยู่ภายใต้ข้อจำกัดด้านอัตรากำลังในสถานการณ์ปัจจุบันต้องประยุกต์มาตรฐาน ดังกล่าวให้สอดคล้องกับบริบทของสถานบริการแต่ละแห่ง โดยมุ่งเน้นการรักษาไว้ซึ่งคุณภาพ การบริการด้านยาที่ดีที่สุด⁽¹⁾

กลุ่มงานเภสัชกรรมมีบทบาทหน้าที่ในการให้บริการและสนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายโรงพยาบาล ทั้งให้การสนับสนุนด้านบุคลากรในการออกปฏิบัติงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพใน

งานบริการรักษาพยาบาล และการจัดซื้อจัดหาเวชภัณฑ์สำหรับหน่วยปฐมภูมิ ซึ่งในระยะแรกของการก่อตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ การบริหารจัดการด้านเภสัชกรรมยังดำเนินการโดยไม่มีต้นแบบ แต่ปัจจุบันได้ดำเนินการโดยใช้รูปแบบการดำเนินงานตามคู่มือเภสัชกรรมปฐมภูมิของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับแผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ โดยปรับรูปแบบการดำเนินงานให้เข้ากับบริบทของแต่ละพื้นที่ และเน้นบทบาทการดำเนินงานในเชิงรุกให้มากขึ้น สำหรับงานบริการส่งมอบยาและให้คำแนะนำการใช้ยาด้วยการขาดอัตรากำลังของเภสัชกร จึงต้องจัดให้มีระบบรองรับตามแนวทางของการพัฒนางานเภสัชกรรมหน่วยปฐมภูมิ ซึ่งบุคลากรที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนา คือเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ⁽¹⁾

จากการดำเนินงานที่ผ่านมาในการจัดระบบงานบริการส่งมอบยาและให้คำแนะนำการใช้ยา ประกอบด้วยกำหนดยุทธศาสตร์ตามรูปแบบการให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ การกำหนดขอบเขตของผู้สั่งใช้ยา และการส่งมอบยาที่สอดคล้องกับศักยภาพของผู้สั่งใช้ยา ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ มีการจัดเอกสารควบคู่กับการส่งมอบยาและให้คำแนะนำการใช้ยา ได้แก่ คู่มือการใช้ยาในหน่วยบริการปฐมภูมิ และเอกสารคำแนะนำการใช้ยาเทคนิคพิเศษ มีระบบขอคำปรึกษาจากเภสัชกร กรณีพบปัญหาในการส่งมอบยาและให้คำแนะนำการใช้ยาโดยผ่านทางอุปกรณ์สื่อสาร ได้แก่ โทรศัพท์ และอินเทอร์เน็ต รวมทั้งการพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับงานเภสัชกรรมในหน่วยปฐมภูมิ ทางกลุ่มงานเภสัชกรรมใช้รูปแบบ

ของการพัฒนาโดยการอบรมให้ความรู้ทางวิชาการ ด้านยาเป็นประจำทุกปี โดยเริ่มดำเนินงานตั้งแต่ ปี 2556 ได้รับความพึงพอใจจากผู้ร่วมการอบรมมากกว่า ร้อยละ 85 แต่ยังมีปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน ได้แก่ ความไม่ชัดเจนในเรื่องของการกำหนดขอบเขต การสั่งใช้ยา การขาดความสม่ำเสมอในการใช้คู่มือ การใช้ยา และเอกสารคำแนะนำในการใช้ยาเทคนิค พิเศษ สำหรับในเรื่องการพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้อง กับงานเภสัชกรรมหน่วยปฐมภูมิ พบปัญหาอุปสรรค เรื่องของการขาดความครอบคลุมในการจัดอบรม ให้กับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ทุกคน เจ้าหน้าที่ประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ เจ้าพนักงานสาธารณสุข และนักวิชาการสาธารณสุข จะมีบทบาทหน้าที่ ร่วมกัน คือ งานบริการรักษาพยาบาล รวมทั้งงาน บริการส่งมอบยาและให้คำแนะนำการใช้ยา ซึ่งถือเป็นหนึ่งในบทบาทร่วม จากคู่มือเภสัชกรรมปฐมภูมิ สนับสนุนให้มีการจัดกระบวนการเรียนรู้ในการทบทวน คำสั่ง และการส่งมอบยา ที่เป็นกระบวนการสนับสนุน ให้เกิดองค์ความรู้ และทักษะของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ทั้งหมดในกระบวนการเพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ทำให้เกิดแนวความคิดในการ พัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาศักยภาพของ บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับงานบริการเภสัชกรรมใน หน่วยปฐมภูมิขึ้น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของงาน บริการเภสัชกรรม

การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในองค์กร ด้วยการสร้างกระบวนการเรียนรู้ ควรมีคุณลักษณะ เป็นการเรียนรู้ที่ควบคู่ไปกับการปฏิบัติ หรือการทำ กิจกรรมต่าง ๆ นั่นคือกระบวนการเรียนรู้แบบ Learning

by Doing และเป็นการเรียนรู้ร่วมกันของคนหลาย ๆ คนที่มาทำกิจกรรมร่วมกัน เป็นการสร้างและขยาย เครือข่ายการเรียนรู้ ดังการเรียนรู้ในลักษณะของ การพัฒนาองค์กร ควรเป็นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกัน และช่วยกันดำเนินงานให้บรรลุผลสำเร็จได้ กระบวนการ การเรียนรู้ เป็นการยกระดับความสามารถในการ คิดวิเคราะห์ปัญหาสาเหตุ หาทางเลือกของการแก้ปัญหา การตัดสินใจเลือกทางเลือกในการแก้ปัญหา และ การสรุปทบทวนเพื่อยกระดับสติปัญญาให้สูงขึ้น

จากการศึกษาแนวคิดของการมีส่วนร่วม ในบทบาทของเบญจพร ศิลารักษ์, จุฬารัตน์ ลิ้มวัฒนานนท์, สุลล ลิ้มวัฒนานนท์ และ พรธณี บุญเกะ⁽²⁾ พบว่าการทำงานร่วมกันของเภสัชกร กับเจ้าหน้าที่ต่าง ๆ ในทีมศูนย์สุขภาพชุมชน ทำให้ เกิดความสัมพันธ์ที่ดี และเกิดเป้าหมายร่วมกันใน การดูแลชุมชน รวมทั้งทีมสหสาขาวิชาชีพ อาจเกิด ประโยชน์สูงสุด เมื่อเริ่มดำเนินการในหน่วยปฏิบัติ เล็ก ๆ หรือทีมบุคลากรไม่มากนัก การเอื้อให้เกิด การปฏิบัติงานร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพในกลุ่ม ย่อยนี้ สามารถเพิ่มศักยภาพในการพัฒนาคุณภาพ ของหน่วยปฏิบัติที่ใหญ่ต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ การมีส่วนร่วมส่งผลให้ผู้มีส่วนร่วม เกิดความรู้สึกร ความเป็นเจ้าของ และยินยอมปฏิบัติตาม และ รวมถึงร่วมรับผลที่เกิดขึ้นตามมาได้อย่างสมัครใจ เต็มใจ และสบายใจ ดังรูปแบบของการวิจัยที่ ประยุกต์ และเป็นการรวมเอาแนวความคิดของ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) กับ การวิจัยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Research) มาผสมผสานเข้าด้วยกัน คือการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

แบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research)⁽³⁾ การมีส่วนร่วมจากผู้เกี่ยวข้องของทุกฝ่ายที่เข้าร่วมกิจกรรมวิจัย ในการวิเคราะห์สภาพปัญหาหรือสถานการณ์อันใดอันหนึ่งแล้วร่วมในกระบวนการตัดสินใจ และการดำเนินการจนกระทั่งสิ้นสุดการวิจัย ในขณะเดียวกันการวิจัยยังเป็นการสร้างองค์ความรู้ให้แก่กลุ่มบุคคลที่เข้าร่วมกิจกรรมการวิจัย ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนาอย่างได้ผล และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยจุดที่แตกต่างกันของงานวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมกับงานวิจัยแบบมีส่วนร่วม คือการวิจัยแบบมีส่วนร่วมเป็นการวิจัยที่เน้นในมิติของการเก็บข้อมูล แต่การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นการประยุกต์หาวิธีการแก้ไขปัญหาไปพร้อม ๆ กัน โดยคุณลักษณะเด่นของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมคือ เป็นกระบวนการทางสังคมที่จะนำไปสู่การพัฒนาปัจเจกชน เน้นการมีส่วนร่วมของทุกคนในกลุ่มร่วมกันวิจัยเรื่องของตนเองทุกขั้นตอน เน้นการปฏิบัติที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ของคนในสังคมองค์กร และเป็นวงจรการเปลี่ยนแปลงเพื่อการเรียนรู้ ซึ่งน่าจะเป็นรูปแบบงานวิจัยอีกรูปแบบหนึ่ง ที่จะช่วยพัฒนากระบวนการทำงานของงานเภสัชกรรมหน่วยปฐมภูมิให้สามารถสร้างเป็นกระบวนการเรียนรู้ ให้เกิดองค์ความรู้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้องได้ และสามารถเชื่อมโยงกับระบบงานเภสัชกรรมจากโรงพยาบาลแม่ข่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น⁽⁴⁾

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาและพัฒนากระบวนการของงานบริการส่งมอบยาและให้คำแนะนำการใช้ยาร่วมกับเจ้าหน้าที่ประจำ

หน่วยบริการปฐมภูมิโดยอาศัยการทดลอง ลงมือปฏิบัติงานในสถานการณ์จริง ด้วยรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม⁽⁵⁾ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน ที่เน้นการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนการดำเนินงาน ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา การศึกษาแนวทางแก้ไข การวางแผน การปฏิบัติตามแผน และการติดตามประเมินผล พร้อมทั้งศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนากระบวนการงานบริการส่งมอบยาและให้คำแนะนำการใช้ยา เพื่อกำหนดรูปแบบงานบริการเภสัชกรรมด้านการส่งมอบยา และให้คำแนะนำการใช้ยาที่มีประสิทธิภาพเหมาะสมกับบริบทของหน่วยบริการปฐมภูมิ และก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีด้านสุขภาพของประชาชน

วัตถุประสงค์

ศึกษาการพัฒนาระบบงานบริการส่งมอบยา และให้คำแนะนำการใช้ยา โดยการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิ

รูปแบบการวิจัย

เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ (Action Research) โดยเป็นวิจัยปฏิบัติการรอบเดียว (Single Loop) ประกอบด้วยขั้นตอน

การวิเคราะห์ปัญหา การศึกษาแนวทางแก้ไข การวางแผน การปฏิบัติตามแผน และการติดตามประเมินผล เพื่อให้ได้กระบวนการของระบบงานบริการส่งมอบยา และการให้คำแนะนำการใช้ยาในหน่วยปฐมภูมิแบบมีส่วนร่วมกับเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยผู้วิจัยมีบทบาทเป็นวิทยากรกระบวนการ คือเป็นผู้ประสานการดำเนินงาน หรือผู้อำนวยกลุ่ม (Facilitator)

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

จากกรอบแนวคิดการวิจัย สามารถกำหนดเป็นขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยได้ดังนี้

ขั้นตอนการเตรียมการ ประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้

(1) ศึกษารูปแบบ ศึกษาสถานการณ์ บริบทของพื้นที่ หาปัญหาของรูปแบบการจัดการเดิม

(2) พัฒนารูปแบบ วางแผนรูปแบบใหม่ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

(3) ศึกษาผลลัพธ์ โดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ การสนทนากลุ่ม

กลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โพนทราย ระหว่างเดือนตุลาคม 2563 ถึงพฤศจิกายน 2564 โดยมีเกณฑ์การคัดตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย คือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือดอย่างน้อย 1 ชนิด และได้รับการรักษาที่ รพ.สต. โพนทราย ไม่น้อยกว่า 3 เดือน ได้ทั้งหมด 136 คน

2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพ.สต. โพนทราย ทั้งหมด 6 คน

ขั้นตอนการวิจัย

วิเคราะห์ปัญหา ศึกษาแนวทางแก้ไข วิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุของงานบริการส่งมอบยา และให้คำแนะนำในการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานของ รพ.สต. จากการรวบรวมข้อมูลในการศึกษาบริบทของพื้นที่ และข้อมูลจากการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการกับ

เจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. รวมทั้งข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย

การวางแผน

กิจกรรมที่ได้ดำเนินการเป็นการประชุมเพื่อร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์สภาพปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน โดยประชาชนในพื้นที่ต้องมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาทุกขั้นตอนซึ่งจะนำไปสู่ความต่อเนื่องและยั่งยืน

การปฏิบัติตามแผน

ในขั้นตอนนี้ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน การอบรมภาคีเครือข่ายให้มีความรู้ความเข้าใจ ตระหนักถึงบทบาทหน้าที่ และมีทักษะในการดำเนินงาน ในขั้นตอนนี้เป็นการพัฒนาศักยภาพของทีมเพื่อให้สามารถลงไปปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การติดตามวัดประเมินผล

กิจกรรมการอบรมให้ความรู้เพิ่มเติมในเรื่องยาให้กับผู้เข้าร่วมการวิจัยกำหนดแนวทางปฏิบัติให้ผู้วิจัยเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ให้กับผู้เข้าร่วมการวิจัย มีการประเมินความรู้ของผู้เข้าร่วมการวิจัยหลัก ด้วยแบบทดสอบเปรียบเทียบความรู้ก่อน-หลังการอบรม นำผลที่ได้มาสะท้อนให้กับพื้นที่

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการตรวจสอบและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร วันที่ 15 กันยายน 2563 เลขที่ EC 101.0032.2563

ผลการวิจัย

กระบวนการพัฒนาระบบงานบริการส่งมอบยา และการให้คำแนะนำการใช้ยา โดยการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาบริบทของพื้นที่และเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิเป้าหมาย รพ.สต. โพนทราย ตั้งอยู่หมู่ที่ 3 ตำบลโพนทราย อำเภอเมืองมุกดาหาร จังหวัดมุกดาหาร ห่างจากโรงพยาบาลมุกดาหาร (โรงพยาบาลแม่ข่าย) 12 กิโลเมตร รับผิดชอบ 7 หมู่บ้าน และ 1 เทศบาล ประชาชนส่วนใหญ่ในพื้นที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีบุคลากรประจำ จำนวน 6 คน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ 1 คน ทันตภิบาล 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข 2 คน เจ้าพนักงานสาธารณสุข 1 คน และหัวหน้าหน่วยปฐมภูมิ นอกจากนี้ ยังมีบุคลากรที่ได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพ ออกให้บริการที่ รพ.สต.

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างผู้เข้าร่วมการวิจัย เจ้าหน้าที่ประจำหน่วยปฐมภูมิ ซึ่งถือเป็นเจ้าหน้าที่ รพ.สต. มีบทบาทในการดำเนินงาน ตั้งแต่ร่วมกันศึกษาข้อมูล วิเคราะห์ปัญหา วางแผนการปฏิบัติงาน ปฏิบัติตามขั้นตอน และติดตามผล เพื่อให้ผู้ร่วมวิจัยเข้าใจในบทบาทของผู้เข้าร่วมการวิจัยจึงพัฒนาความรู้ และทักษะทีมในเรื่องระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เทคนิคการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ การสังเกตพฤติกรรม การสนทนากลุ่ม และการบันทึกข้อมูล รวมทั้งให้ข้อมูลการพัฒนาระบบงานบริการส่งมอบยา และให้คำแนะนำในการใช้ยาที่ผ่านมาของโรงพยาบาลแม่ข่าย พบว่าผู้เข้าร่วมการวิจัยให้

ความสนใจกับข้อมูลการพัฒนางานดี และเริ่มมองเห็นปัญหาของระบบในหน่วยปฐมภูมิของตัวเองมากขึ้น โดยเฉพาะประเด็นปัญหาเรื่องเจ้าหน้าที่ได้รับการอบรมความรู้เรื่องยาไม่ครบทุกคน

ขั้นตอนที่ 3 การวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ และกำหนดกิจกรรมในการแก้ปัญหา จากการค้นหาปัญหางานวิจัย ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงความเห็นว่าการพัฒนางานบริการส่งมอบยา และให้คำแนะนำในการใช้ยาควรเริ่มจากกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งมารับการรักษาต่อเนื่องที่ รพ.สต. คำถามงานวิจัยที่ถูกพัฒนาขึ้นร่วมกันคือ “กระบวนการในการพัฒนางานบริการส่งมอบยา และให้คำแนะนำในการใช้ยาในบริบทของหน่วยบริการปฐมภูมิในผู้ป่วยเบาหวาน ควรเป็นอย่างไร” ผู้เข้าร่วมการวิจัยร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา และสาเหตุของงานบริการส่งมอบยา และให้คำแนะนำในการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานของ รพ.สต. จากการรวบรวมข้อมูลในการศึกษาบริบทของพื้นที่ และข้อมูลจากการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการกับเจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. รวมทั้งข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยที่เก็บก่อนดำเนินการในเดือนสิงหาคม 2562 ผู้เข้าร่วมการวิจัยกำหนดกิจกรรมในการพัฒนาระบบ 2 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมการอบรมให้ความรู้เพิ่มเติมในเรื่องยาให้กับผู้เข้าร่วมการวิจัยและกิจกรรมการปรับปรุงระบบบริการผู้ป่วยเบาหวาน

ขั้นตอนที่ 4 การวางแผนปฏิบัติงานบริการส่งมอบยาและให้คำแนะนำการใช้ยา จากการกำหนดกิจกรรมในการพัฒนาระบบงานบริการส่งมอบยา และให้คำแนะนำการใช้ยา ทั้ง 2 กิจกรรม ผู้เข้าร่วมการวิจัยร่วมกันวางแผนแนวทางการปฏิบัติงานในแต่ละกิจกรรมดังนี้ กิจกรรมการอบรมให้ความรู้เพิ่มเติม

ในเรื่องยาให้กับผู้เข้าร่วมการวิจัยกำหนดแนวทางปฏิบัติให้ผู้วิจัยเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ให้กับผู้เข้าร่วมการวิจัยหลัก มีการประเมินความรู้ของผู้เข้าร่วมการวิจัยด้วยแบบทดสอบเปรียบเทียบความรู้ก่อน-หลังการอบรม เกณฑ์คะแนนที่ผ่านคือ มากกว่าร้อยละ 60 การดำเนินการเริ่มต้นจากการสำรวจความต้องการของผู้เข้าร่วมการวิจัยในเนื้อหาที่ทีมต้องการเรียนรู้ พร้อมทั้งจะมีการปรับปรุงเนื้อหาตามความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

กิจกรรมการปรับปรุงระบบบริการผู้ป่วยเบาหวาน ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้ร่วมกันในการกำหนดแนวทางปฏิบัติ เริ่มจากการชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบถึงการพัฒนา ระบบ การปรับเกณฑ์การนัดผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายให้ต่อเนื่อง และครอบคลุม เพื่อติดตามอาการ นัดให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ทุกเดือน (จากเดิมนัดทุก 2 เดือน) ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 150 mg/dL และความดันโลหิตเกินกว่า 150/100 mmHg การปรับวันนัดของผู้ป่วยขึ้นกับความสมัครใจหรือตามความจำเป็นของผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 5 การดำเนินงานส่งมอบยาและให้คำแนะนำการใช้ยา การวิจัยแบ่งช่วงการพัฒนาเป็น 2 รอบ และแต่ละรอบประกอบด้วย 4 ขั้นตอนย่อย คือ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตผล และการสะท้อนผล ผู้วิจัยนำเสนอผลการดำเนินงานแยกทีละกิจกรรม แต่การดำเนินงานจริงของแต่ละกิจกรรมจะดำเนินการไปพร้อม ๆ กัน

กิจกรรมการอบรมความรู้เพิ่มเติมในเรื่องยาให้กับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เป็นกิจกรรมในรอบแรกของการพัฒนาใช้เวลาในการอบรมครั้งละ 1 ชั่วโมง อบรมทั้งหมด 3 ครั้ง ประเมินความรู้ด้วยแบบทดสอบ

เปรียบเทียบความรู้ก่อน-หลังการอบรม ผลการประเมินความรู้ พบว่า หลังการอบรมครั้งที่ 3 เจ้าหน้าที่ รพ.สต. มีคะแนนผ่านเกณฑ์ทุกคน พบปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินงานคือ ความกังวลใจที่มีต่อการทดสอบหลังการอบรมทุกครั้ง ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลที่ได้นำเสนอให้กับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ร่วมวิเคราะห์ข้อมูลและปรับปรุงเพื่อการดำเนินการรอบใหม่

การดำเนินการในรอบที่ 2 เป็นการจัดอบรมเรื่องเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานอีกครั้ง ซึ่งใช้รูปแบบการอบรมเชิงปฏิบัติการโดยใช้กรณีศึกษา และปรับปรุงเนื้อหาให้ สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ของ รพ.สต. แล้วให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยร่วมกันศึกษาข้อมูล และร่วมกันแสดงความคิดเห็น การอบรมครั้งนี้ไม่มีการทดสอบหลังการอบรม ผลการดำเนินการพบว่า ผู้เข้าร่วมการวิจัยเห็นร่วมกันว่าในกระบวนการส่งมอบยาให้กับผู้ป่วย บุคลากรควรแนะนำผู้ป่วยในการปรับการใช้ยา และการดูแลตนเอง ให้เข้ากับรูปแบบของวิถีชีวิต อาชีพ และครอบครัวของผู้ป่วยแต่ละคน มากกว่าการสั่งให้ผู้ผู้ป่วยทำตามคำสั่งการใช้ยาของแพทย์เท่านั้น รวมทั้งให้ความสำคัญกับญาติที่ดูแลผู้ป่วยที่ควรมีความรู้ความเข้าใจกับโรคของผู้ป่วย เพื่อให้สามารถร่วมดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น

กิจกรรมการปรับปรุงระบบบริการผู้ป่วยเบาหวาน ระบบบริการดำเนินการตามขั้นตอนการมารับบริการของผู้ป่วย ตั้งแต่การซักประวัติผู้ป่วย การตรวจรักษาและสั่งใช้ยา โดยแพทย์ การบันทึกข้อมูลการรักษาในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ การส่งมอบยา และให้คำแนะนำในการใช้ยา จากการสังเกตพฤติกรรมการทำงาน พบว่าผู้เข้าร่วมการวิจัยดำเนินการตาม

ขั้นตอนงานบริการส่งมอบยาและให้คำแนะนำการใช้ยา โดยมีการทวนสอบการใช้ยาของผู้ป่วยตั้งแต่ขั้นตอนการซักประวัติ จนกระทั่งในขั้นตอนส่งมอบยาและการให้คำแนะนำการใช้ยา ตรวจสอบซ้ำข้อมูลที่สำคัญเพิ่มเติม ตั้งแต่ชื่อผู้ป่วย วันนัดพบแพทย์ครั้งต่อไป รายการยาที่แพทย์สั่ง รายการยาที่จัด และการใช้ยาของผู้ป่วยอีกครั้ง ภายหลังจากการดำเนินการรอบที่ 1 พบปัญหาการลงบันทึกในแบบบันทึกผู้ป่วยเบาหวานที่ขาดความเชื่อมโยงข้อมูลของผู้ป่วยระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้เข้าร่วมการวิจัยจึงปรับปรุงแนวทางในการดำเนินงานในรอบที่ 2 ด้วยการปรับแบบบันทึกของผู้ป่วยให้เป็นแบบต่อเนื่อง เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์เห็นรายละเอียดการดูแลผู้ป่วย และการมารับบริการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง พร้อมกับใช้แบบบันทึกการรักษาของผู้ป่วยเรื้อรังที่ได้พัฒนาใหม่นี้แทน OPD card รูปแบบเดิม

ภายหลังจากการดำเนินการในรอบที่ 2 พบว่าแบบบันทึกการรักษาของผู้ป่วยเรื้อรังที่ปรับปรุงขึ้นใหม่ช่วยลดความซ้ำซ้อนในการลงบันทึกข้อมูลการรักษาของผู้ป่วย และเพิ่มความรวดเร็วในการให้บริการ ส่วนการพิมพ์รายการยาโรคเรื้อรังไว้ล่วงหน้า ช่วยลดความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกรายการยา หรือการดูข้อมูลรายการยาของผู้ป่วย แพทย์ให้ความคิดเห็นว่ารูปแบบการดำเนินงานใหม่นี้มีความสะดวกในการตรวจสอบข้อมูล และมีความรวดเร็วในการเขียนสั่งยามากขึ้น พร้อมกับแนะนำให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทำแบบบันทึกนี้ในหน่วยบริการปฐมภูมิอีกด้วย

จากการรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 59 ปี และส่วนใหญ่มีกาโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดัน

โลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 43.4 เมื่อพิจารณาผลทางคลินิก พบว่าภายหลังดำเนินการดื่มน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยลดลงจาก 146 mg/dL เป็น 139 mg/dL แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.051$) จึงได้วิเคราะห์ร่วมกันว่าระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยไม่ได้ขึ้นกับการใช้ยาเพียงอย่างเดียว ยังขึ้นกับพฤติกรรมการกินอาหาร และการออกกำลังกายของผู้ป่วย สำหรับข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเรื่องการให้ยา พบว่าก่อนการดำเนินการปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วยมีจำนวน 73 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.7 ภายหลังจากดำเนินการลดลงเหลือเพียง 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.2 รูปแบบของปัญหาจากการใช้ยาส่วนใหญ่คือผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง จำนวน 61 ราย ซึ่งปัญหาส่วนใหญ่เกิดจากการที่ผู้ป่วยกลัวการกินยาจำนวนมาก ความกลัวโรคแทรกซ้อนโดยเฉพาะโรคไต และการลืมกินยา ภายหลังจากดำเนินการปัญหาจากการใช้ยาลดลงเหลือเพียง 17 ราย ส่วนการแก้ไขปัญหามาจากการไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง พบว่าผู้ป่วยจะรับฟังคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ในการแก้ไขปัญหาค่อนข้างน้อย ส่วนผู้ป่วยที่ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ มีการเฝ้าระวังอาการของผู้ป่วย และให้คำแนะนำผู้ป่วยเพิ่มเติม

ขั้นตอนที่ 6 การวิเคราะห์ผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลจากผลคะแนนในการทดสอบความรู้หลังการอบรม พบว่าผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถผ่านเกณฑ์คะแนนได้และมีความพึงพอใจกับการใช้การอบรมเชิงปฏิบัติการ เพราะช่วยให้เข้าใจในเนื้อหาวิชาการได้มากขึ้น และได้เรียนรู้ถึงการนำความรู้ไปใช้กับผู้ป่วยในพื้นที่จากการสังเกตผลด้านพฤติกรรมในการทำงานของ

เจ้าหน้าที่ รพ.สต. พบว่าผู้เข้าร่วมการวิจัยมีพฤติกรรมในงานบริการส่งมอบยาที่เปลี่ยนไปจากเดิม ซึ่งเดิมมีเพียงการอ่านคำแนะนำการใช้ยาตามหน้าซองให้ผู้ป่วยฟัง เป็นการให้ผู้ป่วยทวนสอบการกินยา แล้วแนะนำวิธีการที่ถูกต้อง และเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย พร้อมกับสอบถามถึงความกังวลในการกินยาจำนวนมาก การที่จะต้องเพิ่มยา รวมถึงการถามเรื่องการใช้ชีวิต อาชีพ และครอบครัวของผู้ป่วย เพื่อช่วยลดความเครียด และความกังวลใจของผู้ป่วย รวมทั้งการปฏิบัติตามขั้นตอนของระบบบริการผู้ป่วยเบาหวานที่ได้ร่วมกันปรับปรุง จะเห็นว่าผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถเรียนรู้ และเข้าใจในการพัฒนาระบบได้ดี ทำให้การบริการได้อย่างรวดเร็ว และลดความคลาดเคลื่อนที่พบได้ พร้อมทั้งสามารถเชื่อมโยง ข้อมูลระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพในการให้บริการผู้ป่วยได้

จากผลการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ หลังจากการดำเนินงานในรอบที่ 2 พบว่าความพึงพอใจของผู้รับบริการในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ในขณะที่วิเคราะห์แยกเป็นกลุ่มผู้มีโรคประจำตัวเป็นโรคเรื้อรัง พบว่าความพึงพอใจอยู่ในระดับดีมาก ส่วนกลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัวเป็นโรคเรื้อรังพบว่าความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง หัวข้อที่ได้รับคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยคำพูดที่สุภาพ ยิ้มแย้ม แจ่มใส นุ่มนวลให้เกียรติ และเป็นกันเอง

ผลการปฏิบัติงานจากการใช้รูปแบบการวิจัยแบบมีส่วนร่วม ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลจากการนำเสนอผลงานที่ได้จากการใช้รูปแบบการวิจัย

เชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมาแก้ปัญหาเกี่ยวกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ พยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลแม่ข่าย เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรม และเจ้าหน้าที่จากหน่วยปฐมภูมิอื่น ได้รับข้อเสนอแนะว่าอยากให้มีการดำเนินการในผู้ป่วยโรคอื่น ๆ และการดำเนินการในหน่วยปฐมภูมิอื่นด้วย โดยเฉพาะในเรื่องการปรับปรุงระบบการบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ขั้นตอนที่ 7 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อกระบวนการพัฒนาระบบงานบริการส่งมอบยา และการให้คำแนะนำการใช้ยา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการพัฒนา ได้จากกระบวนการวิเคราะห์เนื้อหา และสิ่งที่สังเกตพบแบ่งเป็นปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก ปัจจัยภายใน ได้แก่ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และบุคลากรทางการแพทย์ประกอบด้วย 1) ประสิทธิภาพจากการทำงานและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เป็นกระบวนการหนึ่งของการวิจัยที่ทำให้การดำเนินการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น 2) ความตระหนักถึงปัญหาของระบบ จากการที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับข้อมูลในการพัฒนาระบบ ทำให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยสนใจเข้าร่วมศึกษาปัญหาและดำเนินการเมื่อมีโอกาส ทำให้ตระหนักและเห็นถึงความสำคัญในการพัฒนาระบบมากขึ้น 3) การได้รับการยอมรับจากผู้อื่นจากการที่กระบวนการวิจัยเน้นการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น และให้ความสำคัญในทุกความคิดเห็นเท่าเทียมกัน 4) การพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงในการพัฒนาระบบร่วมกัน โดยคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดที่จะเกิดกับผู้ป่วย 5) ภาวะผู้นำของผู้เข้าร่วมการวิจัยในการประชุมระดมสมอง โดยมีผู้

แสดงบทบาทเป็นผู้นำในการดำเนินการ ช่วยให้การประชุมอยู่ในกรอบเวลา และทำให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมมากขึ้น

ปัจจัยภายนอก ได้แก่ 1) ความร่วมมือของผู้บริหารและผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะผู้บริหาร มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการสนับสนุนการดำเนินงาน 2) รูปแบบการวิจัยที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วม โดยการใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นเครื่องมือในการส่งเสริมการสร้างองค์ความรู้ และกระบวนการในการเรียนรู้ 3) ช่วงเวลาในการดำเนินกิจกรรมที่จำกัดเป็นอุปสรรคในการดำเนินการ ซึ่งเป็นผลให้รูปแบบในการจัดการกระบวนการ ต้องเปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์ เพื่อช่วยลดระยะเวลาการดำเนินการลง

ขั้นตอนที่ 8 การปรับระบบงานบริการส่งมอบยาและให้คำแนะนำการใช้ยา การนำรูปแบบการอบรมเชิงปฏิบัติการ ด้วยการใช้กรณีศึกษาไปใช้ในการอบรมความรู้เรื่องยาประจำปี 2563 ที่ผ่านมา โดยโรงพยาบาลแม่ข่ายนำกรณีศึกษาในพื้นที่หนึ่งในเขตอำเภอเมืองมุกดาหาร ที่สัมภาษณ์ผู้ป่วยที่บ้านร่วมกับกรณีศึกษาอื่น ๆ ที่เน้นข้อมูลทางวิชาการ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และบุคลากรทางการแพทย์เข้าร่วมกิจกรรมอบรมความรู้เรื่องยาประจำปีครั้งนี้ และได้ร่วมแสดงความคิดเห็นถึงการนำรูปแบบการอบรมเชิงปฏิบัติการไปใช้ในการอบรมประจำปีว่า บรรยายการอบรมเน้นวิชาการมาก ส่วนกรณีศึกษาที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่เพิ่มเข้าไป รายละเอียดเกี่ยวกับผู้ป่วยมีค่อนข้างมาก กลุ่มที่ทำกิจกรรมเป็นกลุ่มใหญ่ ความคิดจึงหลากหลายมุมมองกันออกไป ทำให้เข้าใจความแตกต่างของการทำกิจกรรมกลุ่มเล็กกับกลุ่มใหญ่ และการทำกรณีศึกษาของผู้ป่วยที่

มีบริบทแตกต่างจากผู้ป่วยในพื้นที่เป้าหมาย จำเป็นต้องมีข้อมูลของบริบทผู้ป่วยค่อนข้างมาก เพื่อใช้ในการแก้ปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วย

การนำผลการดำเนินการไปใช้ในระบบบริการผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่ การนำแบบบันทึกการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังใช้แทน OPD card เดิมในหน่วยปฐมภูมิอื่น ๆ ในเขตอำเภอเมืองมุกดาหาร การปรับเกณฑ์ในการนัดผู้ป่วยจากเดิมผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือด 140 – 150 mg/dL เข้าพบแพทย์ทำให้มีจำนวนผู้ป่วยรอพบแพทย์เป็นจำนวนมาก จึงปรับเกณฑ์ผู้ป่วยที่ควรจะนัดมาพบแพทย์ทุกเดือนเป็นผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 180 mg/dL แทน โดยการปรับวันนัดให้ขึ้นกับความสมัครใจของผู้ป่วยเช่นเดิม และปรับปรุงขั้นตอนในการจ่ายยาจะเน้นการทวนสอบการกินยาของผู้ป่วยในรายการยาที่ใช้เดิม เน้นการแนะนำการใช้ยาในรายการยาที่ปรับเปลี่ยน และเน้นการปรับวิธีการใช้ยาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยสรุปแล้วการพัฒนากระบวนการบริหารจัดการการรักษเบาหวาน จังหวัดมุกดาหาร ที่ได้จากการอบรมเชิงปฏิบัติการ ได้แก่ การนำแบบบันทึกการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังใช้แทน OPD card และการปรับเกณฑ์ผู้ป่วยที่ควรจะนัดมาพบแพทย์ทุกเดือนที่เป็นผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 180 mg/dL

อภิปรายผลการวิจัย

การนำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มาใช้เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่หน่วยปฐมภูมิ ในการศึกษากระบวนการพัฒนาของระบบงานบริการส่งมอบยา และการให้คำแนะนำการใช้ยา สามารถสร้างการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่

หน่วยปฐมภูมิในทุกกระบวนการ ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา การศึกษาแนวทางแก้ไข การวางแผน การปฏิบัติตามแผน และการติดตาม ประเมินผล เพื่อให้ได้กระบวนการของระบบงานบริการส่งมอบยา และการให้คำแนะนำการใช้ยาในหน่วยปฐมภูมิตามวัตถุประสงค์

การศึกษากระบวนการพัฒนาของระบบงานบริการส่งมอบยาและให้คำแนะนำการใช้ยา โดยการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิเริ่มจากการที่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องได้ตระหนัก และเห็นความสำคัญของการพัฒนาระบบ จนเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการพัฒนาระบบ กระบวนการวิจัยเปิดโอกาสให้เจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของกระบวนการพัฒนาการดำเนินการเริ่มจากการศึกษาข้อมูลทั่วไปของปัญหา การปรับปรุงแนวทางการดำเนินงาน และติดตามผลการดำเนินงานว่าวิธีการสามารถปฏิบัติจริงได้เพียงใด แล้วนำมาวางแผนการดำเนินงานขั้นต่อไป และติดตามตรวจสอบ ประเมินผล แล้ววางแผนการดำเนินงานใหม่ไปเรื่อย ๆ จนปัญหาคลี่คลายตามกระบวนการของวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kurt Lewin⁽⁶⁾ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Planning) การค้นหาความจริง (Fact - Finding) การดำเนินการ (Execution) และการวิเคราะห์ผล (Analysis) กระบวนการของ Lewin จะมีลักษณะเป็นลำดับการตัดสินใจแบบวนได้เวียน (Spiraling Decision) ซึ่งในขั้นตอนการดำเนินการที่สำคัญทั้ง 8 ขั้นตอนของงานวิจัยนี้ ยังสอดคล้องกับการอธิบายขั้นตอนของกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของ ไพโรจน์ ชลารักษ์⁽⁷⁾ ซึ่งประกอบด้วย

- 1) ขั้นตอนการศึกษาบริบท 2) ขั้นตอนกำหนดปัญหา
- 3) ขั้นตอนการวางแผนปฏิบัติงานวิจัย 4) ขั้นตอนการติดตาม ตรวจสอบ และปรับปรุง 5) ขั้นตอนการสรุปผลการวิจัย

บทบาทของผู้ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิบุคลากรหลัก คือ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่จะปฏิบัติงานประจำทุกวันในหน่วยบริการปฐมภูมิ ส่วนแพทย์จะมาปฏิบัติงานในวันที่มีผู้ใช้บริการจำนวนมาก นั่นคือบุคลากรที่จะดูแลให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้อย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ก็คือเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยบริการปฐมภูมินั่นเอง⁽⁸⁾

ในขั้นตอนของการค้นหาปัญหา วิเคราะห์ปัญหา การเลือกแนวทางในการดำเนินงาน และการดำเนินงาน ในงานวิจัยนี้ได้เน้นการประชุมเพื่อร่วมกันแสดงความคิดเห็นในการแก้ปัญหา ซึ่งในการดำเนินงานได้ให้ความสำคัญกับทุกความคิดเห็นเท่าเทียมกันในทุกกระบวนการ จนเกิดกิจกรรมในการดำเนินการเพื่อการแก้ปัญหาขึ้น 2 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมการอบรมให้ความรู้เพิ่มเติมในเรื่องยา และกิจกรรมการปรับปรุงระบบบริการของผู้ป่วยเบาหวาน โดยในกิจกรรมการอบรมให้ความรู้ เน้นการพัฒนาบนพื้นฐานความต้องการของผู้รับการอบรม ด้วยรูปแบบการอบรมเชิงปฏิบัติการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เรขา อรัญวงศ์⁽⁸⁾ ที่พบว่าการพัฒนาต้องเข้าใจความต้องการความจำเป็นของผู้รับการอบรม และในการอบรมเชิงปฏิบัติการต้องให้ผู้รับการอบรมได้ร่วมกันปฏิบัติการ เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาร่วมกัน ซึ่งตรงกับการดำเนินงานในกิจกรรมที่ 2 คือ กิจกรรมการปรับปรุงระบบบริการผู้ป่วยเบาหวาน โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยได้ร่วมกัน

วิเคราะห์ ปัญหา วางแผนการดำเนินการในการแก้ปัญหา และติดตามประเมินผล ซึ่งเป็นการเรียนรู้ควบคู่ไปกับการปฏิบัติงานจริง (Learning by Doing) และส่งผลสู่การแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้

กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเอื้อให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้เกิดการเรียนรู้ สร้างองค์ความรู้ และสามารถพัฒนาตนเองในกระบวนการเรียนรู้ การวิจัยครั้งนี้ได้ใช้การอบรมเชิงปฏิบัติการ การสนทนากลุ่ม และการประชุมระดมสมอง

จากแนวคิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม กล่าวไว้ว่า เป็นการวิจัยที่นำแนวคิด 2 ประการ มาผสมผสานกัน คือ การปฏิบัติการ (Action) และคำว่า การมีส่วนร่วม (Participation) อันเป็นการมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องของทุกฝ่ายที่เข้าร่วมกิจกรรมวิจัย ในการวิเคราะห์สภาพปัญหาหรือสถานการณ์อันใดอันหนึ่ง แล้วร่วมในกระบวนการตัดสินใจ และการดำเนินการจนกระทั่งสิ้นสุดการวิจัยของทั้งผู้เข้าร่วมการวิจัยและทีมสหสาขาวิชาชีพที่มาร่วมกันดูแลผู้ป่วย ในการร่วมกันแสดงความคิดเห็น ร่วมกันวางแผนการดำเนินการ และร่วมกันดำเนินการในกิจกรรมการปรับปรุงระบบบริการผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด พบว่าการให้บริการในรูปแบบของทีมให้บริการ การให้ความสำคัญที่เท่าเทียมกันของแต่ละสาขาวิชาชีพในทีมบริการเป็นประเด็นหนึ่งที่ทำให้เกิดประสิทธิภาพของการบริการ⁽⁹⁾

ในขั้นตอนการศึกษาปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วย ทำให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยพบว่าปัญหา และสาเหตุ รวมทั้งการแก้ปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วยแต่ละรายแตกต่างกันออกไป การเริ่มต้นเป็นผู้รับฟัง

ปัญหา ข้อจำกัด หรือความทุกข์ของผู้ป่วย เป็นการปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศนในการดูแลผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อทำความเข้าใจในมุมมองของผู้ป่วย และร่วมกันแก้ปัญหาจากการใช้ยา

ในการศึกษาค้นนี้มีข้อจำกัดบางประการ คือ เรื่องการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสังเกต โดยตัวผู้วิจัยเข้าไปมีส่วนร่วมในการดำเนินการและมีผู้ช่วยเก็บข้อมูลเป็นเจ้าพนักงานเภสัชกรรม ถึงแม้จะมีการทำความเข้าใจในเรื่องการเก็บข้อมูลกันบ้างแล้ว แต่ในการดำเนินการจริงยังได้รับข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน ไม่ชัดเจน รวมทั้งผู้ช่วยอยู่ในช่วงการทำเรื่องย้ายสถานที่ปฏิบัติงาน จึงทำให้ข้อมูลได้จากการสังเกตโดยผู้วิจัยเป็นส่วนใหญ่ จึงไม่มีข้อมูลเชิงปริมาณ ว่ามีการสังเกตกี่ครั้ง ครั้งละกี่คน หรือแต่ละคนมีส่วนร่วมในการดำเนินการต่างกันอย่างใด แต่จะออกมาในรูปแบบของการเก็บข้อมูลผลที่ได้จากการดำเนินการในแต่ละกิจกรรม เกิดจากการมีส่วนร่วมอย่างไรของผู้เข้าร่วมการวิจัย

เรื่องการเก็บข้อมูลความพึงพอใจของผู้รับบริการ ไม่ได้แยกเก็บข้อมูลเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเพียงกลุ่มเดียว เนื่องจากเจ้าหน้าที่ที่ช่วยในการเก็บข้อมูลมีจำนวนจำกัด และผู้ป่วยส่วนใหญ่อ่านหนังสือไม่ออกหรือมองเห็นไม่ชัดเจน จึงต้องมีเจ้าหน้าที่ช่วยในการลงข้อมูลในแบบสำรวจความคิดเห็นดังในการดำเนินการจริงจึงเก็บข้อมูลในภาพรวมกับผู้มารับบริการทั้งหมด แล้วทำการวิเคราะห์ทั้งจากผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง และผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่น ๆ

เรื่องของรูปแบบในการวิจัย เป็นรูปแบบที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมการวิจัยทำให้การดำเนินการในแต่ละกิจกรรม ควรประกอบด้วย

ผู้เข้าร่วมการวิจัยอย่างน้อยร้อยละ 80 เพื่อให้ได้ความคิดเห็นในการดำเนินการที่หลากหลาย และครอบคลุมมากที่สุด ทำให้การดำเนินการจริงต้องมีการปรับเปลี่ยนเวลาในการดำเนินการหลายครั้ง เนื่องจากภารกิจของผู้เข้าร่วมการวิจัยที่หลากหลาย สาขาวิชาชีพ รวมทั้งภารกิจของผู้วิจัยเองด้วยที่ทำให้เวลาไม่ตรงกันเป็นเหตุให้ต้องเลื่อนกิจกรรมออกไปก่อน จะเห็นได้ว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมานี้ เป็นผลกับการบริหารจัดการยารักษาเบาหวาน จังหวัดมุกดาหาร สอดคล้องกับธนาชัย อามาตรมูลตรี⁽¹⁰⁾ ได้ศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของ รพ.สต.กุฉินารายณ์ อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม ผู้เกี่ยวข้องมีการปฏิบัติตัวในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยรวมและรายชื่อ หลังการพัฒนา มีการปฏิบัติตัวในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ และสอดคล้องกับการศึกษาของทิพารัตน์ คงนาวัง และจุฬารัตน์ โสตะ⁽¹¹⁾

ที่ศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชน พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ มีการปฏิบัติตัว ได้รับการสนับสนุน และมีความพึงพอใจในการพัฒนารูปแบบการดูแล เพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยได้รูปแบบในการพัฒนาระบบงานบริการส่งมอบยาและให้คำแนะนำในการใช้ยาของโรงพยาบาลทุกแห่ง ดังบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะเภสัชกรสามารถนำกระบวนการนี้ไปพัฒนาระบบงานในโรงพยาบาล เพื่อที่จะได้แก้ไขจุดบกพร่องและดำเนินการพัฒนา แก้ไขต่อไป

ในการดำเนินงานรูปแบบการบริหารจัดการยารักษาเบาหวาน จังหวัดมุกดาหาร ต้องสร้างการมีส่วนร่วม เพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันเป็นทีม ซึ่งสามารถร่วมกันแก้ไขปัญหาการบริหารจัดการยารักษาเบาหวาน ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. คณะทำงานจัดทำคู่มือเภสัชกรรมปฐมภูมิ. คู่มือสำหรับเภสัชกรในการดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ: สำนักงานแผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.); 2559.
2. เบญจพร ศิลารักษ์, จุฬารัตน์ ลิ้มวัฒนานนท์, สุกุล ลิ้มวัฒนานนท์, พรรณี บุญเกา. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริการคัดกรองเบาหวาน: ในบริบทของชุมชน. วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล. 2548; 18: 52-62.
3. จำเริญ จิตรหลัง. เอกสารประกอบการสอนวิชา วิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อการพัฒนางานสาธารณสุข. [เข้าถึงเมื่อ 24 เมษายน 2563] เข้าถึงได้จาก <http://210.246.188.58/tringle/newsfile/>

เอกสารอ้างอิง

4. ปรีวัตร เชื้อนแก้ว. แนวทางการจัดการเรียนรู้ และประเมินผล. [เข้าถึงเมื่อ 26 เมษายน 2563] เข้าถึงได้จาก <http://www.wijai48.com/learningstyle/learningstyle.htm>
5. ชัชวาล ทัดศิวัช. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research-PAR): มิติใหม่ของรูปแบบวิธีวิจัยเพื่อการพัฒนาชุมชนระดับท้องถิ่น. [เข้าถึงเมื่อ 20 เมษายน 2563] เข้าถึงได้จาก <http://www.kmsas.miu.ac.th/km>
6. Kurt Lewin. "Field Theory and Experiment in Social Psychology: Concepts and Methods". A J S. Vol.44, No.6 May 1939: 868-896.
7. ไพโรจน์ ชลารักษ์. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม. วารสารราชภัฏตะวันตก. 2548.
8. เรขา อรัญวงศ์. การพัฒนาครูในด้านการจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาทักษะการคิดสร้างสรรค์ของนักเรียน. วารสารวิจัยเพื่อการพัฒนาเชิงพื้นที่. 2562.
9. รวมพร คงกำเนิด. ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ: กรณีศึกษาศูนย์สุขภาพชุมชน ของโรงพยาบาลชุมชนภาคใต้. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 2561.
10. ธนาพลย์ อามาตรมูลตรี และคณะ. ศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของ รพ. สต.ภูพาน อำเภอคำชะโนด จังหวัดยโสธร; KJN Vol.23 No.2 July - December 2016 : 69-85.
11. ทิพารัตน์ คงนาวัง และจุฬารณ โสตะ. ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวละชุมชน วารสารวิจัย และพัฒนาระบบสุขภาพ.7(3), 24-31 ; 2558.

ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมของร้านชำ อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่

Prevalence of and factors affecting inappropriate sale of drugs in grocery stores within Khaophanom District, Krabi Province

ธีระยุทธ นาคฤทธิ์¹

Teerayut Nakkarit¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมของร้านชำ อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ เก็บข้อมูลจากร้านชำจำนวน 120 ร้านในอำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ โดยการสัมภาษณ์ผู้ประกอบการและสำรวจร้านด้วยแบบบันทึกข้อมูลที่พัฒนาขึ้นในการวิจัยนี้ ระหว่างเดือนกันยายน 2565 ถึงเดือนมกราคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการขายยาที่ไม่เหมาะสมโดยใช้สถิติไคสแควร์ ผลการวิจัยพบว่า ร้านชำในอำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ จำหน่ายยาไม่เหมาะสม 63 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 54.8 ทั้ง 63 ร้านจำหน่ายยาปฏิชีวนะและยาอันตราย พบร้านชำจำหน่ายยาชุด 12 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 19.1 ไม่พบการจำหน่ายยาไม่มีเลขทะเบียนตำรับยา แหล่งที่มาของยามิใช่ยาสามัญประจำบ้านในร้านชำที่พบมากที่สุด คือร้านค้าส่ง และร้านขายยาแผนปัจจุบัน คิดเป็นร้อยละ 100.0 และ 57.1 จำหน่ายยาไม่เหมาะสมตามลำดับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมในร้านขายของชำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระยะทางระหว่างร้านกับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาล ($p < 0.001$) ร้านชำที่จำหน่ายสินค้าในลักษณะขายปลีก ($p = 0.008$) ร้านชำที่ไม่เคยผ่านการอบรมหรือไม่ได้รับคำแนะนำในเรื่องกฎหมายการห้ามจำหน่ายยาในร้านชำ ($p < 0.001$) สถานการณ์ดังกล่าวอาจนำไปสู่ความไม่ปลอดภัยจากการใช้ยาและปัญหาเชื้อดื้อยา ดังนั้นทุกภาคส่วนควรร่วมกันแก้ไขปัญหาการจำหน่ายและการบริโภคยาที่ไม่เหมาะสมในชุมชนโดยใช้ปัจจัยที่พบช่วยวางแผนการดำเนินงานต่อไป

คำสำคัญ: ความชุก, ปัจจัย, การจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสม, ร้านชำ

¹เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลเขาพนม จังหวัดกระบี่

¹Pharmacist, Professional Level. Division of Pharmacy and Consumer Protection, Khaophanom Hospital, Krabi Province.

Email: mim79_@hotmail.com



Abstract

This survey research aims to evaluate the factors affecting the irrational distribution of drugs in grocery stores in Khaophanom District, Krabi Province. Data were collected from 120 grocery stores in Khaophanom District, Krabi Province by interviewing entrepreneurs and surveying stores with data recording forms developed in this research between September 2022 and January 2023. Descriptive statistical method was used to analyze the data, and chi-square statistical method was used to find out the relationship between personal factors and inappropriate drug sales behavior. The study found 63 grocery stores sold inappropriate drugs in Khaophanom District, Krabi Province, accounting for 54.8%. All 63 stores sold antibiotics and dangerous drugs and 12 grocery stores sold drug sets, accounting for 19.1%. No drugs without a formula registration number were found. The most common sources of non-OTC drugs is wholesale stores, followed by drugstores, accounting for 100% and 57.1% found in grocery stores that sell inappropriate drugs, respectively. Factors that were statistically significantly related to inappropriate drug distribution in grocery stores were the distance between the store and public health hospital or hospital ($p < 0.001$), grocery stores that sell products in a retail manner ($p = 0.008$), grocery stores that have not received training or advice on the prohibition of the sale of drugs in the grocery store ($p < 0.001$). This situation found may lead to unsafe drug use and drug resistance. Therefore, all departments should work together to solve there inappropriate drugs selling and consumption in the community by using the factors found to help plan further operations.

Keywords : Prevalence, Factor, Inappropriate drug distribution, Grocery store

บทนำ

การใช้ยาไม่สมเหตุผลนับเป็นปัญหาสำคัญระดับโลก มากกว่า 50% ของผู้ป่วยมีการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสมและใช้ยามากเกินความจำเป็น ส่งผลต่อการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ รวมถึงเกิดการดื้อยาปฏิชีวนะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเป็นวงกว้างทั่วโลก ทำให้มีความสูญเสียในแต่ละปีประมาณ 4,000 - 5,000 ล้านดอลลาร์ในสหรัฐอเมริกา และ 9,000 ล้านยูโร ในยุโรปตามลำดับ⁽¹⁾ ในประเทศไทย พบการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลเกิดขึ้นทั้งในสถานพยาบาลและในชุมชน เช่น ประชาชนมีการใช้ยาปฏิชีวนะรักษาโรคหวัดซึ่งเกิดจากเชื้อไวรัสอย่างแพร่หลาย โดยพบประมาณร้อยละ 40 - 60 ในต่างจังหวัด และร้อยละ 70-80 ในกรุงเทพฯ⁽²⁾ ภาพรวมค่าใช้จ่ายด้านยาของคนไทยทั้งประเทศในปี พ.ศ. 2553 มีมูลค่าสูงถึง 144,570 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 35 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ⁽³⁾ ดังนั้นการใช้ยาอย่างสมเหตุผลจึงนับเป็นปัญหาสำคัญและเร่งด่วนที่ต้องกำหนดเป็นนโยบายของประเทศที่ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง โดยใช้หลายมาตรการและทุกภาคส่วนต้องร่วมกันดำเนินการแบบบูรณาการ เพื่อยกระดับคุณภาพการรักษาพยาบาลให้แก่ประชาชนด้วยการใช้ยาอย่างสมเหตุผลต่อไป

ปัจจุบันประชาชนสามารถเข้าถึงยาได้หลายช่องทาง เช่น สถานพยาบาลของรัฐและเอกชน ร้านขายยา ร้านขายของชำ เป็นต้น อนึ่ง ช่องทางการรับข้อมูลข่าวสารเรื่องการใช้ยาก็มีความหลากหลายมากขึ้น ทำให้ร้านขายของชำในหมู่บ้านซึ่งสะดวกและใกล้บ้าน ทั้งยังสามารถ

บอกกล่าวให้เจ้าของร้านจำหน่ายมาจำหน่ายได้ตามต้องการ กลายเป็นทางเลือกแรกในการดูแลสุขภาพ แม้ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510⁽⁴⁾ การจำหน่ายยาจะต้องขออนุญาตก่อนทำการขาย ยกเว้นยาสามัญประจำบ้านตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ยาสามัญประจำบ้าน มีจำนวน 52 ตำรับ⁽⁵⁾ และประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ยาสามัญประจำบ้านแผนโบราณ พ.ศ. 2542 มีจำนวน 24 ตำรับ⁽⁶⁾ เท่านั้นที่สามารถจำหน่ายได้โดยไม่จำเป็นต้องขออนุญาต การไม่มีเภสัชกรที่สามารถให้คำแนะนำการใช้ยาได้อย่างถูกต้องครบถ้วน อาจส่งผลต่อการเพิ่มจำนวนอัตราไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การใช้ยาไม่สมเหตุผล ผลการใช้ยาเกินจำเป็น การใช้ยาไม่ถูกวิธี ไม่ถูกขนาด เพิ่มโอกาสการแพ้ยามากขึ้น⁽⁷⁾ และเกิดพฤติกรรมการใช้ยาที่ผิด ซึ่งส่งผลกระทบต่อประชาชนโดยตรง

การศึกษาการจำหน่ายยาตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 จากการสำรวจการกระจายยาในหมู่บ้านของลือชัย ศรีเงินยวง⁽⁷⁾ จำนวน 195 หมู่บ้าน พบมีการจำหน่ายยาอันตรายในทุกหมู่บ้าน (ร้อยละ 100) ส่วนใหญ่เป็นยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) และ ยาปฏิชีวนะ (Antibiotics) ประชาชนเสี่ยงต่ออันตรายจากการใช้ยา ทำให้เกิดการดื้อยา เป็นการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล และเสียเงินโดยเปล่าประโยชน์ ในรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาของศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ ปี พ.ศ.2527 - พ.ศ.2562 พบว่า รายการยาที่พบอาการไม่พึงประสงค์มาก

ที่สุด 3 อันดับแรก⁽⁸⁾ คือ Ceftriaxone, Amoxycillin และ Ibuprofen และเกิดอาการสำคัญ 3 อันดับแรกประกอบด้วย Rush maculo-papular, Rash และ Urticaria

ในปี พ.ศ. 2564 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ ได้ติดตามการตรวจร้านชำตามตัวชี้วัดระดับความสำเร็จของการดำเนินร้านชำคุณภาพ อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ มีจำนวนร้านชำทั้งหมด 120 ร้าน ซึ่งมีร้านชำที่ไม่ผ่านเกณฑ์ประเมินร้านชำคุณภาพร้อยละ 72.92 โดยเกณฑ์ดังกล่าวยังไม่ได้หาความชุกของการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมของร้านชำ และไม่ทราบปัจจัยที่มีผลต่อการจำหน่ายยาที่มีไย่ยาสามัญประจำบ้านของร้านชำ เพื่อหาแนวทางแก้ปัญหาดังกล่าวจึงมีความจำเป็นที่ต้องทราบสถานการณ์การความชุกของการจำหน่ายยาที่มีไย่ยาสามัญประจำบ้านในร้านชำ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมของร้านชำในอำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการวางแผนแก้ไขปัญหาคู่ครองผู้บริโภคป้องกันอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นและป้องกันการกระทำ ความที่เกี่ยวกับกฎหมายว่าด้วยยาต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความชุกของการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมของร้านชำในอำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่
2. ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมของร้านชำในอำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่

นิยามศัพท์

ร้านชำ หมายถึง ร้านจำหน่ายสินค้าผลิตภัณฑ์สุขภาพ เช่น อาหาร ยา เครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์ และผลิตภัณฑ์อื่น ๆ โดยร้านตั้งอยู่ในหมู่บ้านและชุมชน

การจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสม หมายถึง การจำหน่ายยาทุกชนิดของร้านชำ ยกเว้นยาสามัญประจำบ้าน

วิธีการดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากศูนย์ส่งเสริมจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จังหวัดกระบี่ หนังสือรับรองเลขที่ KBO-IRB 2022/13.2908 ตัวอย่างในการวิจัยแสดงความยินยอมในการให้ข้อมูลเป็นลายลักษณ์อักษร ข้อมูลจากการวิจัยไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยมีระเบียบวิธีวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้เป็นการสำรวจจากประชากรคือร้านชำในทุกแห่งของอำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ รวมจำนวน 120 ร้าน กระจายไปตามตำบลต่าง ๆ แสดงในตารางที่ 1

การรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลทำโดยผู้วิจัยเอง ดำเนินการในช่วงเดือนกันยายน 2565 ถึงเดือนมกราคม 2566 โดยการสอบถามและสำรวจจายภายในร้านตามแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือในการเก็บข้อมูลในงานวิจัยครั้งนี้คือแบบสอบถามการจำหน่ายยาไม่เหมาะสม

ในร้านชำ อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดกระบี่ ที่ผู้วิจัยได้
ดัดแปลงเครื่องมือวิจัยจากงานวิจัยของ อัสพร บุญยัง,
2561 ผ่านการทดสอบคุณภาพด้านความตรงตาม
เนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านในสาขาที่เกี่ยวข้อง
และผ่านการตรวจสอบความน่าเชื่อถือ ได้ค่า
Cronbach's alpha-coefficient เท่ากับ 0.876
จึงนำแบบสอบถามไปใช้เก็บข้อมูลได้แบบสอบถาม
แบ่งเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป
ของเจ้าของร้านรวมถึงรายการยาที่สำรวจได้ และ
ส่วนที่ 2 คือปัจจัยของการจำหน่ายยาไม่เหมาะสม
การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของเจ้าของร้าน ข้อมูลทั่วไป

ของร้านชำ และความชุกของการจำหน่ายยา
ที่ไม่เหมาะสมของร้านชำ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการ
แจกแจงความถี่ คำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ความสัมพันธ์
ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการขายยา
ที่ไม่เหมาะสมใช้ Chi-Square test; X^2

ผลการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม
จากร้านชำในอำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดกระบี่
ทั้งหมด 120 ร้าน สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์
ได้ทั้งหมด 115 ร้าน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนร้านชำในอำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดกระบี่

ตำบล	จำนวนร้านชำทั้งหมด	ได้ข้อมูลกลับมา	ร้อยละการได้ข้อมูล
ลำทะเมนชัย	24	22	91.67
ลำทะเมน	20	19	95.00
ลำทะเมน	19	19	100
ลำทะเมน	26	24	92.31
ลำทะเมน	16	16	100
ลำทะเมน	15	15	100
รวม	120	115	95.83

ลักษณะของตัวอย่างร้านชำ

จากการเก็บรวบรวมข้อมูล พบว่า ผู้ประกอบการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็น ร้อยละ 66.10 อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 51.38 ปี โดยช่วงอายุ ที่พบมากที่สุดคือช่วงอายุมากกว่า 60 ปี คิดเป็น ร้อยละ 33.0 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษา ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 40.0 ระยะทาง ระหว่างร้านชำกับโรงพยาบาล หรือ รพ.สต. ที่พบ มากที่สุดอยู่ในช่วง 3.1 – 5 กิโลเมตร คิดเป็นร้อยละ 33.9 รองลงมาคือ มากกว่า 5 กิโลเมตร พบร้อยละ 30.4 ร้านชำส่วนใหญ่ขายแบบปลีก 107 ร้าน จาก 115 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 93.0 และส่วนใหญ่ ไม่เคยผ่านการอบรมหรือได้รับคำแนะนำจาก บุคลากรสาธารณสุขในเรื่องกฎหมายการห้าม จำหน่ายยาในร้านชำ คิดเป็นร้อยละ 54.8 (ตารางที่ 2)

ความชุกของการจำหน่ายยาของร้านขายของชำ

จากการสำรวจร้านชำทั้งหมด 115 ร้าน พบร้านชำที่จำหน่ายยาไม่เหมาะสม 63 ร้าน คิด เป็นร้อยละ 54.8 โดยร้านชำส่วนใหญ่จำหน่ายยา ปฏิชีวนะและยาอันตรายที่ห้ามจำหน่ายในร้านชำ

ในอัตราเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 100 ของร้านที่ จำหน่ายยาไม่เหมาะสม พบร้านชำจำหน่ายยาชุด 12 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 19.1 นอกจากนี้ไม่พบการ จำหน่ายยาที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนตำรับยา (ตารางที่ 2)

แหล่งที่มาของยาที่มีขายสามัญประจำ บ้านในร้านชำคือร้านค้าส่ง รองลงมาคือ ร้านขาย ยาแผนปัจจุบัน (ขย.1) และน้อยที่สุดคือ ร้านขาย ของชำอื่น คิดเป็นร้อยละ 100, 57.1, และ 6.4 ตามลำดับ (คิดจากร้านชำที่จำหน่ายยาไม่ เหมาะสม)

รายการยาปฏิชีวนะที่พบสูงสุด 3 อันดับ แรก ได้แก่ ยาเม็ด Penicillin (ร้อยละ 66.7) ยาเม็ด Tetracycline (ร้อยละ 60.0) และยาเม็ด Amoxicillin (ร้อยละ 28.6) ส่วนยาที่ไม่ใช่ยา สามัญประจำบ้านและไม่ใช่ยาปฏิชีวนะที่พบสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ยาเม็ด Paracetamol 500 mg + Chlorpheniramine (ร้อยละ 90.5) ยาเม็ด Paracetamol 500 mg (ขนาดบรรจุ 100 เม็ด) (ร้อยละ 87.1) และยาเม็ด Diclofenac 25 mg (ร้อยละ 46.0)

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลทั่วไปของร้านขายของชำ (n = 115)

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	39	33.9
หญิง	76	66.1



ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลทั่วไปของร้านขายของชำ (n = 115) (ต่อ)

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
20 - 30	15	13.0
>31 - 40 ปี	16	13.9
>41 - 50 ปี	20	17.4
>51 - 60 ปี	26	22.6
มากกว่า 60 ปี	38	33.0
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	11	9.6
ประถมศึกษา	46	40.0
มัธยมศึกษา/อนุปริญญา	42	36.5
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	16	13.9
ประมาณการยอดขายต่อเดือน		
น้อยกว่า 30,000 บาท	35	30.4
30,000 – 60,000 บาท	34	29.6
60,001 – 90,000 บาท	34	29.6
มากกว่า 90,000 บาท	12	10.4
ระยะทางระหว่างร้านขายของชำกับ รพ.สต. หรือโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุด		
น้อยกว่า 1 กิโลเมตร	18	15.7
1 – 3 กิโลเมตร	23	20.0
3.1 – 5 กิโลเมตร	39	33.9
มากกว่า 5 กิโลเมตร	35	30.4
ลักษณะการจำหน่ายสินค้า		
ขายส่ง	0	0
ขายปลีก	107	93.0
ขายส่งและขายปลีก	8	7.0

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลทั่วไปของร้านขายของชำ (n = 115) (ต่อ)

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
การผ่านการอบรมหรือได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุขในเรื่องกฎหมายการห้ามจำหน่ายยาในร้านขายของชำ		
เคยได้รับ	52	45.2
ไม่เคยได้รับ	63	54.8
ผู้สำรวจของดยาที่มีในร้านและบันทึกว่ามียาดังต่อไปนี้หรือไม่ ยาปฏิชีวนะ ยาที่มีการผสมสาร สเตียรอยด์ ยาชุด หรือยาที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนตำรับยาและยาอันตราย		
ไม่มี	52	45.2
มี	63	54.8
ยาปฏิชีวนะ	63	100
ยาที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนตำรับยา	0	0
ยาอันตรายที่ห้ามจำหน่ายในร้านขายของชำ	63	100
ยาชุด	12	19.1
แหล่งที่มาของยาที่มีใช้ยาสามัญประจำบ้าน (N = 63)		
ร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ขย.1)	36	57.1
ร้านขายยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จ (ขย.2)	19	30.2
ร้านค้าส่ง	63	100
ร้านขายของชำอื่น	4	6.4
รถเร่มาส่งถึงร้าน	23	36.5

ปัจจัยในการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสม

ปัจจัยในการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมของร้านชำที่พบมากที่สุดคือ ความต้องการของคนในชุมชน/มีการร้องขอให้จำหน่าย จำนวน 85 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 73.9 รองลงมาคือ การจำหน่ายยา

ที่ไม่ใช่ยาสามัญประจำบ้าน ร้านอื่นก็ขาย จำนวน 75 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 65.2 และปัจจัยที่พบน้อยที่สุดคือ การได้รับคำแนะนำจากสื่อวิทยุหรือทีวี จำนวน 7 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 6.1 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่นำยาที่มีใบยาสามัญประจำบ้านมาจำหน่ายในร้านชำ (N=115)

ปัจจัย	จำนวนร้าน	ร้อยละ
เจ้าหน้าที่ตรวจสอบไม่ทั่วถึง/ไม่จริงจัง	18	15.7
ความต้องการของคนในชุมชน/มีการร้องขอให้นำมาจำหน่าย	85	73.9
การได้รับคำแนะนำจากสื่อวิทยุ/ทีวี	7	6.1
การได้รับคำแนะนำจากร้านขายยา	54	47.0
ไม่มี รพ.สต. หรือโรงพยาบาลใกล้	31	27.0
ไม่ทราบว่ากฎหมายห้ามจำหน่าย	36	31.3
การจำหน่ายยาที่ไม่ใช่ยาสามัญประจำบ้าน ร้านอื่นก็ขาย	75	65.2
การขายยามีผลกำไรสูง	54	47.0
ความสะดวกในการจัดหามาจำหน่าย	36	31.3

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมในร้านชำ (ตารางที่ 4) พบว่า ระยะทางระหว่างร้านชำกับ รพ.สต. หรือโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมในร้านชำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ร้านชำที่จำหน่ายสินค้าในลักษณะร้านขายปลีก มีความสัมพันธ์กับ

การจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมในร้านชำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.008$) ร้านชำที่ไม่เคยผ่านการอบรม หรือไม่ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุขในเรื่องกฎหมายการห้ามจำหน่ายยาในร้านชำ มีความสัมพันธ์กับการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมในร้านชำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมในร้านขายของชำ

ปัจจัย	จำหน่าย		ไม่จำหน่าย		p^1
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ระยะทางระหว่างร้านขายของชำกับ รพ.สต. หรือ รพ. ที่ใกล้ที่สุด					$< 0.001^*$
น้อยกว่า 1 กิโลเมตร	0	0	18	34.6	
1 - 3 กิโลเมตร	4	6.3	19	36.5	
3 - 5 กิโลเมตร	24	38.1	15	28.8	
มากกว่า 5 กิโลเมตร	35	55.6	0	0	

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมในร้านขายของชำ (ต่อ)

ปัจจัย	จำหน่าย		ไม่จำหน่าย		p ¹
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ลักษณะการจำหน่ายสินค้า					0.008*
ขายส่ง	0	0	0	0	
ขายปลีก	55	87.3	52	100	
ขายส่งและขายปลีก	8	12.7	0	0	
การผ่านการอบรม หรือได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุขในเรื่องกฎหมายการห้ามจำหน่ายยาในร้านขายของชำ					<0.001*
เคย	4	6.3	48	92.3	
ไม่เคย	59	93.7	4	7.7	
เจ้าหน้าที่ตรวจสอบไม่ทั่วถึง/ไม่จริงจัง					0.008*
ใช่	15	23.8	3	5.8	
ไม่ใช่	48	76.2	49	94.2	
ความต้องการของคนในชุมชน/มีการร้องขอให้นำมาจำหน่าย					<0.001*
ใช่	63	100	22	42.3	
ไม่ใช่	0	0	30	57.7	
การได้รับคำแนะนำจากร้านขายยา					<0.001*
ใช่	42	69.8	10	19.2	
ไม่ใช่	19	30.2	42	80.8	
ไม่มี รพ.สต. หรือโรงพยาบาลอยู่ใกล้ ๆ					<0.001*
ใช่	27	42.9	4	7.7	
ไม่ใช่	36	57.1	48	92.3	
ไม่ทราบว่ากฎหมายห้ามจำหน่าย					<0.001*
ใช่	32	50.8	4	7.7	
ไม่ใช่	31	49.2	48	92.3	
การจำหน่ายยาที่ไม่ใช่ยาสามัญประจำบ้าน ร้านชำอื่นก็ขาย					<0.001*
ใช่	63	100	12	23.1	
ไม่ใช่	0	0	40	76.9	

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมในร้านขายของชำ (ต่อ)

ปัจจัย	จำหน่าย		ไม่จำหน่าย		p^1
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การขายยาที่มีผลกำไรสูง					0.042*
ใช่	35	55.6	19	36.5	
ไม่ใช่	28	44.4	33	63.5	
ความสะดวกในการจัดหาจำหน่าย					0.003*
ใช่	27	42.9	9	17.3	
ไม่ใช่	36	57.1	43	82.7	

¹=chi-square test,

* = มีนัยสำคัญทางสถิติ

การอภิปรายและสรุปผล

ผลจากการสำรวจร้านชำทั้งหมด 115 ร้าน พบร้านชำที่จำหน่ายยาไม่เหมาะสมทั้งหมด 63 ร้าน คิดเป็นความชุกร้อยละ 54.8 โดยมีการจำหน่ายยา ปฏิชีวนะและยาอันตรายที่ห้ามจำหน่ายในอัตรา เท่ากัน รองลงมาคือยาชุด และไม่พบการจำหน่าย ยาที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนตำรับยา โดยแหล่งที่มาของ ยาที่ไม่เหมาะสมในร้านขายของชำส่วนใหญ่คือ ร้านค้าส่ง รองลงมาคือ ร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ขย.1) รถเร่ ร้านขายยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จ (ขย.2) และน้อยที่สุดคือ ร้านขายของชำอื่น

ปัจจัยในการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสม ที่พบมากที่สุดคือ ความต้องการของคนในชุมชน หรือมีการร้องขอให้จำหน่าย รองลงมาคือ ร้านอื่น ก็มีการจำหน่ายยาที่ไม่ใช่ยาสามัญประจำบ้าน การได้รับคำแนะนำจากร้านขายยา การขายยาที่มี ผลกำไรสูง การไม่ทราบกฎหมายห้ามจำหน่าย ความสะดวกในการจัดหาจำหน่าย การไม่มี รพ.สต.

หรือโรงพยาบาลอยู่ใกล้ ๆ และการที่เจ้าหน้าที่ ตรวจสอบไม่ทั่วถึง/ไม่จริงจัง มีความสัมพันธ์ต่อ การจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมในร้านขายของชำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ผลการศึกษา ดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาปัญหาการ จำหน่ายยาในร้านชำในจังหวัดพิษณุโลก⁽⁹⁾ ซึ่งพบว่า ความต้องการของคนในชุมชน ความต้องการผล กำไร การได้รับคำแนะนำจากร้านขายยา เพิ่ม โอกาสการจำหน่ายยาไม่เหมาะสม ส่วนปัจจัย ด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา ยอดขายและการ ได้รับคำแนะนำจากสื่อวิทยุหรือทีวี พบว่าไม่มี ความสัมพันธ์กับการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสม ในร้านชำ ($p > 0.05$)

จากการสำรวจพบว่า ระยะห่างที่ไกล ระหว่างร้านขายของชำกับ รพ.สต. หรือโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมใน ร้านขายของชำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อ

การจำหน่ายยาที่มีใช้ยาสามัญประจำบ้านของร้านชำในจังหวัดพัทลุง⁽¹⁰⁾ ซึ่งพบว่า ปัจจัยด้านระยะทางจากร้านชำกับ รพ.สต. เป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อการขายยาสามัญประจำบ้านในร้านชำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้หลายร้านยังไม่ได้รับการอบรมหรือคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุขในเรื่องกฎหมายยาที่ห้ามจำหน่ายในร้านชำและบทลงโทษ เช่นเดียวกับการศึกษาในเขตอำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย⁽¹¹⁾ ที่พบว่า ร้านชำส่วนใหญ่ไม่ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุขในการจำหน่ายยาอย่างเหมาะสม

ช่องทางการสั่งซื้อยาที่ไม่เหมาะสมมาจำหน่ายในร้านชำที่พบมากที่สุด คือ ร้านค้าส่ง แสดงให้เห็นว่า การควบคุมการจำหน่ายยาของร้านค้าส่งไม่เหมาะสม รองลงมาคือ ร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ขย.1) แสดงว่า ผู้รับอนุญาตและเภสัชกรประจำร้านขายยาดังกล่าวไม่ปฏิบัติตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ทำให้ผู้ประกอบการสามารถซื้อยาที่ไม่เหมาะสมมาจำหน่ายได้โดยง่าย หากมีการตรวจสอบ เฝ้าระวัง และควบคุมแหล่งกระจายยาโดยใช้มาตรการทางกฎหมายอย่างจริงจังจะสามารถลดปัญหาการจ่ายยาที่ไม่เหมาะสมได้

ข้อเสนอแนะ

ปัญหาการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมของร้านชำนับเป็นปัญหาเรื้อรัง ซึ่งองค์กรระดับชุมชนหลายภาคส่วนเห็นตรงกันว่าเป็นปัญหาที่รุนแรงที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่าย โดยแนวทางการแก้ไขปัญหาคควรมีการดำเนินงานด้านการ

คุ้มครองผู้บริโภคทั้งในระดับท้องถิ่นและระดับนโยบาย ประชาชนควรได้รับความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยา การเข้าถึงยาอย่างเหมาะสม รวมถึงได้รับความรู้ถึงอันตรายและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น เพื่อเป็นการป้องกันและแก้ไขปัญหที่อาจเกิดจากปัจจัยระยะห่างระหว่างร้านขายของชำกับสถานพยาบาล และปัจจัยการเลือกซื้อยาจากร้านขายของชำแบบขายปลีก และจากการที่ร้านชำที่ไม่เคยผ่านการอบรมหรือไม่ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุขในเรื่องกฎหมายการห้ามจำหน่ายยาในร้านชำมีความสัมพันธ์กับการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสม ดังนั้นผู้ประกอบการจึงควรได้รับการอบรมความรู้ประเภทยาที่สามารถนำมาขายได้ในร้านชำ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านควรช่วยสอดส่องดูแลคนในชุมชนไม่ให้มีการซื้อยาที่ไม่เหมาะสมจากร้านชำ และเจ้าหน้าที่คุ้มครองผู้บริโภคควรเข้าตรวจจรร้านชำอย่างสม่ำเสมอ ผลักดันให้มีการพัฒนาคุณภาพร้านชำไม่ให้จำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสม และในระดับนโยบาย ควรมีการกำหนดแนวทางแก้ไขและทำข้อตกลงร่วมกันโดยคนในชุมชน หากผู้ประกอบการร้านชำไม่ปฏิบัติตามข้อแนะนำและคำตักเตือนของเจ้าหน้าที่ต้องถูกดำเนินการตามกฎหมาย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ดร.พงศ์ปรกรณ์ คล้ายบุตร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ ขอขอบคุณ ภญ.ดิงดา มัสการ เภสัชกรชำนาญการพิเศษ

กลุ่มงานแพทย์แผนไทย สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดกระบี่ และขอขอบคุณ นายพิพัฒน์ พุทธิโร
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงาน
สาธารณสุขอำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ ที่กรุณา

ให้คำแนะนำ เสนอแนะ และตรวจแก้ไขข้อบกพร่อง
จนงานวิจัยนี้สำเร็จ รวมถึงผู้ประกอบการร้านขาย
ของชำที่กรุณาสละเวลาให้ความช่วยเหลือด้าน
ข้อมูลและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. Holloway KA. Combating inappropriate use of medicines. Expert Review of Clinical Pharmacology [Internet]. Informa UK Limited; 2011; 4(3): 335–48.
2. บุปผา ศิริรัศมี. พฤติกรรมสุขภาพในเรื่องการใช้จ่ายยาของประชาชนในจังหวัดนครปฐม. พุทธมณฑล, นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 1997.
3. นุศราพร เกษสมบุรณ์, รุ่งเพชร สกุลบำรุงศิลป์, อินทิรา กาญจนพิบูลย์, ศิริพา อุดมอักษร, อัญชลี จิตรกันที. การวิจัยและพัฒนาระบบเพื่อการจัดทำบัญชีรายจ่ายยาแห่งชาติ. การวิจัยและพัฒนาระบบเพื่อการจัดทำบัญชีรายจ่ายยาแห่งชาติ. 2012.
4. พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510. กองยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข. 2019.
5. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ยาสามัญประจำบ้านแผนปัจจุบัน. กองยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข. 1999.
6. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ยาสามัญประจำบ้านแผนโบราณ. กองยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข. 1999.
7. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, วิชิต เปาณิล, ลือชัย ศรีเงินยวง. ยากับชุมชน:มิติทางสังคมวัฒนธรรม. เมือง, นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ; 2007.
8. ศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ. สรุปรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาประจำปี 2562. เมือง, นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา; 2020.
9. อัปสร บุญย้ง, รุ่งทิวา หมั่นจำปา. ความชุกของการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมของร้านชำในจังหวัดพิษณุโลกและปัจจัยที่มีผล. เกษัชกรรมไทย. 2018; 11(1): 105–18.
10. ภูธิป ศรีวงศ์, ราชนัน คงชุม. ปัจจัยที่มีผลต่อการจำหน่ายยาที่มีใช้ยาสามัญประจำบ้านของร้านชำในจังหวัดพัทลุง. [ออนไลน์]. 2020 [เข้าถึงเมื่อ 9 กุมภาพันธ์ 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://data.ptho.moph.go.th/ptvichakarn63/uploads/54598_0204_20200817234534.pdf
11. วราภรณ์ สังข์ทอง. ความชุกของร้านชำที่จำหน่ายยาปฏิชีวนะในเขตอำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย และปัจจัยที่ทำให้เกิดการจำหน่าย. เกษัชกรรมไทย. 2018; 7(1): 38-46.

การศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทาน ของผู้รับบริการโรงพยาบาลบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

A study of knowledge, attitude and behavior on the use of oral antibiotics
of service recipients at Bang Ban Hospital, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province

เกศินี นันทมานพ¹

Kesinee Nunthamanop¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 112 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเพื่อวัดความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทาน ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2565 – 31 ธันวาคม 2565 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ และการวิเคราะห์ทางสถิติใช้ Chi-square test กำหนดนัยสำคัญที่ 0.05 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 112 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.2 อายุ 51 – 60 ปี ร้อยละ 37.8 มีอายุเฉลี่ย 56 ปี (S.D. = 12.17) สถานภาพสมรส ร้อยละ 59.8 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 43.8 จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 49.1 มีรายได้ 5,001 – 10,000 บาท ร้อยละ 43.8 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 49.1 ($\bar{x}$ = 5.84, S.D. = 2.07) มีทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.3 ($\bar{x}$ = 3.55, S.D. = 0.46) มีระดับการปฏิบัติพฤติกรรมในการใช้ยาปฏิชีวนะอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.2 ($\bar{x}$ = 2.31, S.D. = 0.26) ระดับความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.046) และระดับทัศนคติเกี่ยวกับยาปฏิชีวนะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.017) จากผลการวิจัยควรวางแผนพัฒนางานในการให้ความรู้และปรับเปลี่ยนทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมแก่ผู้มารับบริการทุกครั้งที่มีการจ่ายยาปฏิชีวนะ เพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ : ความรู้ ทักษะ พฤติกรรม ยาปฏิชีวนะ

¹ เกศินี นันทมานพ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

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

Phra Nakhon Si Ayutthaya Public Provincial Health Office. Email : kesinee.au@hotmail.com



Abstract

This descriptive research aimed to study knowledge, attitudes and behaviors on the use of oral antibiotics of 112 outpatient service recipients at Bangban Hospital, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province. Data was collected by using a questionnaire to measure the knowledge, attitudes and behaviors on the use of oral antibiotics between 1 April 2022 – 31 December 2022. The data were analyzed using frequency, percentage and statistical analysis using Chi-square test, setting significance at 0.05. The study found that out of 112 people, most of them were female (65.2%) aged 51-60 years (37.8%) with an average age of 56 years (S.D. = 12.17) married (59.8%) freelance worker (43.8%) completed primary school (49.1%) had income of 5,001 – 10,000 baht (43.8%). Most of the samples had moderate knowledge 49.1% ($\bar{x} = 5.84$, S.D. = 2.07) had an attitude about the use of antibiotics at a moderate level 56.3% ($\bar{x} = 3.55$, S.D. = 0.46) and had a moderate level of antibiotic use behavior at 65.2% ($\bar{x} = 2.31$, S.D. = 0.26). The level of knowledge about antibiotics was correlated with antibiotic use behavior was statistically significant (p -value = 0.046) and attitude level toward antibiotics was significantly correlated with antibiotic use behavior (p -value = 0.017). From the research outcome service recipients work plans should be developed to educate and change attitudes about the use of appropriate antibiotics to patients every time antibiotics are prescribed to achieve rational and sustainable drug use

Keywords : Knowledge, Attitud,e Behavior, Antibiotics

บทนำ

ยาปฏิชีวนะ (Antibiotics) เป็นยาที่มีฤทธิ์ในการฆ่าเชื้อหรือยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อแบคทีเรีย ไม่มีฤทธิ์ต่อเชื้อไวรัส ไม่มีผลต่อโรคภูมิแพ้ จึงไม่ช่วยให้โรคติดเชื้อไวรัสหรือโรคภูมิแพ้ยาลดลงหรือมีอาการดีขึ้นแต่อย่างใด รวมทั้งไม่ช่วยป้องกันโรคแทรกซ้อนจากโรคเหล่านั้น

ปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะที่สำคัญได้แก่ ปัญหาการดื้อยาปฏิชีวนะและปัญหาการใช้ยาปฏิชีวนะไม่ถูกต้องเหมาะสม โดยมีการใช้ยาปฏิชีวนะพร่ำเพรื่อมากเกินไปจนเป็น

ปัญหาการดื้อยาด้านจุลชีพ (Antimicrobial resistance : AMR) เป็นปัญหาระดับประเทศ และระดับโลก ทั่วโลกมีคนเสียชีวิตจากการติดเชื้อดื้อยาประมาณปีละ 700,000 คน และหากไม่เร่งแก้ไขปัญหา ในปี 2593 คาดการณ์การเสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาจะสูงถึง 10 ล้านคน

จากการศึกษาเบื้องต้นพบว่าในประเทศไทยมีการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยา ปีละกว่า 100,000 ราย โดยเสียชีวิตประมาณปีละ 38,481 ราย อยู่รักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น 3.24 ล้านวัน มูลค่ายาด้านจุลชีพที่ใช้รักษาคิดเป็น 2,539 - 6,084 ล้านบาท คิดเป็นการสูญเสียทางเศรษฐกิจโดยรวมสูงถึง 4.2 หมื่นล้านบาท หรือประมาณร้อยละ 0.6 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (Gross Domestic Product : GDP)

ปัญหาการกินยาปฏิชีวนะเกินความจำเป็นกระตุ้นให้เชื้อแบคทีเรียกลายพันธุ์เป็นเชื้อดื้อยา

ต้องเปลี่ยนไปใช้ยาปฏิชีวนะที่ใหม่ขึ้น แพงขึ้น ซึ่งเหลือให้ใช้อยู่ไม่กี่ชนิด สุดท้ายก็จะมียารักษาและเสียชีวิตในที่สุด

จากข้อมูลพบว่ามูลค่าการผลิตและนำเข้าของยาฆ่าเชื้อ (รวมถึงยาปฏิชีวนะ) สูงเป็นอันดับหนึ่งตั้งแต่ปี 2543 เป็นต้นมา ในปี 2550 มูลค่าการผลิตและนำเข้ายาฆ่าเชื้อสูงถึง 2 หมื่นล้านบาท หรือ ประมาณ 1 ใน 5 ของมูลค่ายาทั้งหมด พบคนในต่างจังหวัดใช้ยาปฏิชีวนะรักษาโรคหวัดคิดเป็นร้อยละ 40 - 60 และสูงถึงร้อยละ 70 - 80 ในกรุงเทพฯ ในโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่เหมาะสมสูงถึงร้อยละ 25 - 91 มีรายงานอาการไม่พึงประสงค์ ประจำปี 2549 พบว่าจำนวน ADR ที่เกิดจากการใช้ยาฆ่าเชื้อหรือยาปฏิชีวนะสูงเป็นอันดับหนึ่งของประเทศ (คิดเป็นร้อยละ 54 ของอาการ ADR ที่เกิดขึ้นของยาทุกชนิดรวมกัน) มีอัตราเชื้อดื้อยาของประเทศไทยเพิ่มสูงถึงร้อยละ 25 - 50 และพบว่าอัตราการเกิดเชื้อดื้อยามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการใช้ยาปฏิชีวนะ

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการใช้ยาปฏิชีวนะของนิรโรคมาอุน และคณะ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของนักศึกษาชั้นปีที่ 4 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี ปนัดดา กุลจันทร์ ได้ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้ใช้บริการห้องพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือวิทยาเขต

ปราจีนบุรี พัทธสนธิ อ่วมเกิด ได้ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดปทุมธานี สุพรรณบุรี ฤทธิบุญ ได้ศึกษาความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี อติญาณ ศรีเกษตริน และคณะ ได้ศึกษาความรู้การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลและปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของนักศึกษาพยาบาลอรุมา อินทงลักษณ์ ได้ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชน ตำบลเวียง อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะอยู่ในระดับปานกลาง มีทัศนคติในการใช้ยาปฏิชีวนะอยู่ในระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมในการใช้ยาปฏิชีวนะอยู่ในระดับดี

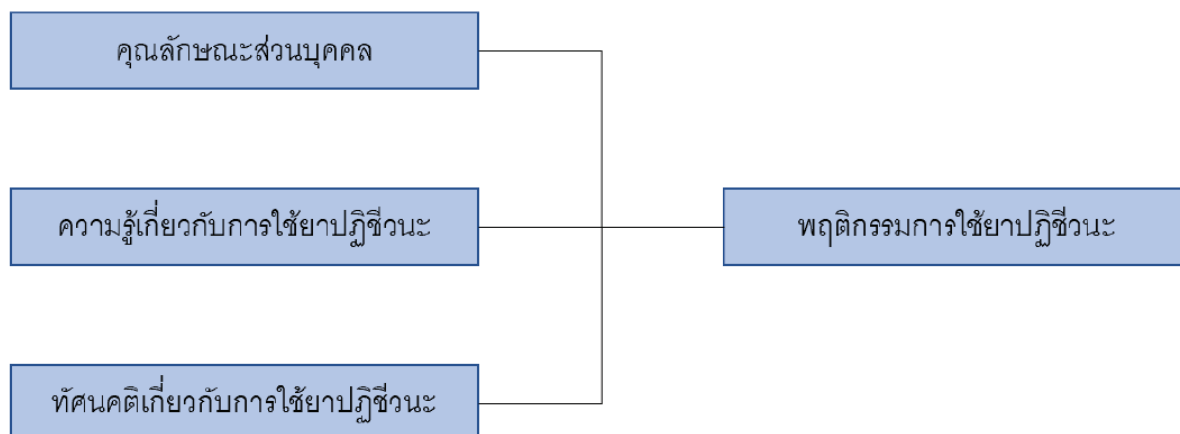
ผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงมีแนวคิดที่จะพัฒนางานเพื่อแก้ไข

ปัญหาการใช้ยาปฏิชีวนะไม่สมเหตุผลในชุมชน ดังนั้นจึงได้ทำการศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานของผู้รับบริการโรงพยาบาลบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ขึ้น เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการวางแผนแก้ไขปัญหาและพัฒนาระบบเพื่อเสริมสร้างให้ประชาชนในพื้นที่มีความรู้ความเข้าใจและสามารถใช้ยาปฏิชีวนะได้อย่างถูกต้องเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

กรอบแนวคิดการวิจัย



ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ได้ทำการศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทาน ของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยมีระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษา ตั้งแต่ 1 เมษายน 2565 – 31 ธันวาคม 2565

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 112 คน ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาและเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเพื่อศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการใช้ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทาน ในช่วงระหว่างเดือนเมษายน 2565 ถึงธันวาคม 2565 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้, ทักษะ และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางบาล และได้รับยาปฏิชีวนะชนิดรับประทาน โดยเฉลี่ยต่อ 1 เดือน จำนวน 135 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางบาล และได้รับยาปฏิชีวนะชนิดรับประทาน โดยเฉลี่ยต่อ 1 เดือน ที่คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีของ Taro Yamane จำนวน 101 คน

ทำการปรับขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อลดปัญหาของการตอบกลับของแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์หรือน้อยกว่าที่กำหนด ซึ่งจากการคำนวณงานวิจัยนี้ต้องเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 11 คน รวมเป็น 112 คน

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ เป็นผู้ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางบาล และได้รับยาปฏิชีวนะชนิดรับประทาน มีอายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป มีความสามารถในการอ่านและเขียนภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามเพื่อวัดความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทาน ของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางบาล

ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา

1. ขั้นตอนการศึกษาข้อมูล

1.1 ทำการเก็บข้อมูลพื้นฐานก่อนทำการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลจำนวนผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางบาล ที่ได้รับยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานในช่วงเดือนเมษายน 2565 ถึงมิถุนายน 2565 เพื่อนำจำนวนผู้รับบริการที่ได้รับยาปฏิชีวนะเฉลี่ยต่อเดือนมาใช้ในการคำนวณหาจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

1.2 จัดทำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามเพื่อวัดความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทาน ของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางบาล เพื่อใช้ในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง

2. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเพื่อวัดความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานของกลุ่มตัวอย่างโดยตรง โดยปราศจากอคติหรือความกดดันในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล นำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม มาทำการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อสรุปเป็นผลการดำเนินงาน

สถิติที่ใช้

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive Statistics) โดยการใช้การแจกแจงความถี่ (Frequency Distribution), ร้อยละ (Percentage), ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมโดยใช้สถิติ Chi-square test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 เพื่อสรุปเป็นผลการดำเนินงาน

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการใช้แบบสอบถามเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก

โรงพยาบาลบางบาล และได้รับยาปฏิชีวนะชนิดรับประทาน จำนวน 112 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 65.2 เพศชาย จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 34.8 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 51 – 60 ปี จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 37.8 รองลงมา มีอายุ 61 – 70 ปี จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 27.9 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสจำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 59.8 รองลงมามีสถานภาพหม้ายจำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 21.4 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 43.8 รองลงมาคือ อื่น ๆ เช่น แม่บ้าน หรือไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 19.6 ด้านการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 49.1 รองลงมาคือ มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่าจำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 39.6 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ย 5,001 – 10,000 บาท จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 43.8 รองลงมา มีรายได้เฉลี่ย 0 – 5,000 บาท จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 26.8 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 112)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	39	34.8
หญิง	73	65.2
อายุ		
21 - 30 ปี	1	0.9
>31 - 40 ปี	18	16.2



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 112) (ต่อ)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
>41 - 50 ปี	8	7.2
>51 - 60 ปี	42	37.8
> 61 - 70 ปี	31	27.9
>71 - 80 ปี	12	10.8
อายุเฉลี่ย (SD) = 56 ปี (12.17)		
สถานภาพ		
โสด	21	18.8
สมรส	67	59.8
หม้าย	24	21.4
อาชีพ		
รับราชการ	5	4.5
รับจ้าง	49	43.8
ค้าขาย	17	15.2
เกษตรกร	19	17
อื่น ๆ	22	19.6
การศึกษา		
ประถมศึกษา	55	49.1
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	44	39.6
ปริญญาตรีและสูงกว่า	13	11.6
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
0 - 5,000 บาท	30	26.8
5,001 - 10,000 บาท	49	43.8
10,001 - 15,000 บาท	19	17.0
15,001 บาทขึ้นไป	14	12.5

ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ

จากการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ ระดับปานกลาง

คิดเป็นร้อยละ 49.1 รองลงมา มีความรู้ระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 27.7 และความรู้ระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 23.2 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะของกลุ่มตัวอย่าง (n = 112)

ระดับความรู้	จำนวน (ร้อยละ)	$\bar{x}$	S.D.
ระดับสูง (8 – 10 คะแนน)	26 (23.2)	5.84	2.07
ระดับปานกลาง (5 – 7 คะแนน)	55 (49.1)		
ระดับต่ำ (1 – 4 คะแนน)	31 (27.7)		

จากการประเมินความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะที่ถูกต้องน้อยที่สุดในข้อ “ยาปฏิชีวนะกับยาแก้อักเสบคือยาชนิดเดียวกัน” โดยตอบถูกร้อยละ 33 ส่วนความรู้ที่ตอบถูกต้องมากที่สุดในข้อ “อาการท้องเสียสามารถหายเองได้โดยไม่ต้องใช้ยาปฏิชีวนะ รักษาโดยการจิบเกลือแร่ ยกเว้นภาวะที่มีการถ่ายเป็นมูกเลือด” โดยตอบถูกร้อยละ 77.7

ทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ

จากการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.3 รองลงมา มีทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอยู่ในระดับดี ร้อยละ 43.8 โดยที่ไม่มีกลุ่มตัวอย่างคนใดมีทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอยู่ในระดับไม่ดีเลย ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละระดับทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะของกลุ่มตัวอย่าง (n = 112)

ระดับทัศนคติ	จำนวน (ร้อยละ)	$\bar{x}$	S.D.
ระดับดี (3.67 – 5.00)	49 (43.8)	3.55	0.46
ระดับปานกลาง (2.34 – 3.66)	63 (56.3)		
ระดับไม่ดี (1.00 – 2.33)	0 (0)		

จากการประเมินทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ พบว่าส่วนใหญ่มีทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะที่อยู่ในระดับไม่ดีมากที่สุด ในข้อ “ท่านคิดว่ายาปฏิชีวนะสามารถหาซื้อรับประทานเองได้โดยไม่ต้องไปพบแพทย์หรือเภสัชกร” โดยมีระดับ

ทัศนคติเฉลี่ยอยู่ที่ 2.94 ส่วนทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะที่อยู่ในระดับดีที่สุดในข้อ “ท่านควร จะทำการอ่านฉลากและดูวันหมดอายุของยาปฏิชีวนะก่อนรับประทานยาทุกครั้ง” โดยมีระดับทัศนคติเฉลี่ยอยู่ที่ 4.08

พฤติกรรมในการใช้ยาปฏิชีวนะ

จากการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการปฏิบัติพฤติกรรมในการใช้ยาปฏิชีวนะอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.2 รองลงมา มีระดับการปฏิบัติ

พฤติกรรมในการใช้ยาปฏิชีวนะอยู่ในระดับดี ร้อยละ 34.7 โดยที่ไม่มีกลุ่มตัวอย่างคนใดมีระดับการปฏิบัติพฤติกรรมในการใช้ยาปฏิชีวนะอยู่ในระดับไม่ดี ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละระดับปฏิบัติพฤติกรรมในการใช้ยาปฏิชีวนะของกลุ่มตัวอย่าง (n = 112)

ระดับพฤติกรรม	จำนวน (ร้อยละ)	$\bar{x}$	S.D.
ระดับดี (2.34 – 3.00)	39 (34.7)	2.31	0.26
ระดับปานกลาง (1.67 – 2.33)	73 (65.2)		

จากการประเมินระดับการปฏิบัติพฤติกรรมในการใช้ยาปฏิชีวนะ พบว่าส่วนใหญ่มีระดับการปฏิบัติพฤติกรรมในการใช้ยาปฏิชีวนะที่อยู่ในระดับไม่ดีมากที่สุด ในข้อ “ยาปฏิชีวนะ “ก่อนอาหาร” ท่านรับประทานก่อนอาหารอย่างน้อยครึ่ง – 1 ชั่วโมง เพื่อให้ยาดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดได้ดี” และ “ยาปฏิชีวนะ “หลังอาหาร” ท่านรับประทานหลังอาหารประมาณ 15 – 30 นาที” โดยมีระดับการปฏิบัติพฤติกรรมเฉลี่ยอยู่ที่ 1.79 ส่วนระดับการปฏิบัติพฤติกรรมในการใช้ยาปฏิชีวนะที่อยู่ในระดับดีที่สุด ในข้อ “ท่านไม่นำยาปฏิชีวนะที่มีสีเปลี่ยนไป

จากเดิมมารับประทาน” โดยมีระดับการปฏิบัติพฤติกรรมเฉลี่ยอยู่ที่ 3.00

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติกับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ พบว่าความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.046) และทัศนคติเกี่ยวกับยาปฏิชีวนะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.017) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติกับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของกลุ่มตัวอย่าง (n = 112)

ระดับความรู้และทัศนคติ	ระดับพฤติกรรม		รวม	p-value
	ปานกลาง	ดี		
ระดับความรู้				
ต่ำ	22	9	31	0.046
ปานกลาง	35	20	55	
สูง	16	10	26	
รวม	73	39	112	
ระดับทัศนคติ				
ปานกลาง	37	26	63	0.017
ดี	36	13	49	
รวม	73	39	112	

สรุปผลการวิจัย

จากการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม เพื่อวัดความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทาน ของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางบาล จำนวน 112 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปานกลาง รองลงมาคือมีความรู้ระดับต่ำ และความรู้ระดับสูง ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติในการใช้ยาปฏิชีวนะอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาคือทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอยู่ในระดับดี และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปฏิบัติในการใช้ยาปฏิชีวนะที่ถูกต้องเหมาะสมอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาคือมีการปฏิบัติในการใช้ยาปฏิชีวนะอยู่ในระดับดี

จากการศึกษาพบว่า ความรู้และทัศนคติในการใช้ยาปฏิชีวนะมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผล

ถ้าประชาชนมีความรู้และทัศนคติที่ดีในการใช้ยาปฏิชีวนะก็จะทำให้มีการปฏิบัติในการใช้ยาปฏิชีวนะได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เราจึงควรวางแผนพัฒนางานในการให้ความรู้แก่ผู้มารับบริการทุกครั้งที่มีการจ่ายยาปฏิชีวนะ เพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลอย่างยั่งยืน

ข้อจำกัดในการศึกษา

การให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง

การขอความร่วมมือในการให้ข้อมูลการใช้ยาปฏิชีวนะที่ถูกต้องเหมาะสมจากทีมสหสาขาวิชาชีพ

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการนำผลการศึกษาที่ได้มาใช้ในการวางแผนงานเพื่อแก้ไขปัญหาในเรื่องการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมของประชาชนในพื้นที่ และมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยให้เกิดประโยชน์แก่ประชาชนอย่างยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายแพทย์ยุทธนา วรรณโพธิ์กลาง นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดพระนครศรีอยุธยา และเภสัชกรสุชาติ ถนอมวรารักษ์ หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค และเภสัชสาธารณสุข ที่ได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะ ที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งผู้ช่วยวิจัยและบุคลากรของ

โรงพยาบาลบางบาล อำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยาทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือและความร่วมมือในการทำวิจัยให้สามารถดำเนินไปได้ด้วยดี และขอขอบพระคุณ เภสัชกรเทพศักดิ์ อังคนาวีศัลย์ ที่ให้คำแนะนำในการทำวิจัยและตรวจแก้ไขงานวิจัยให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคติดต่อในเด็กแห่งประเทศไทย. การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสมสำหรับประชาชน [อินเทอร์เน็ต] 2565. [เข้าถึงเมื่อ 1 เมษายน 2565]. เข้าถึงจาก: <https://www.pidst.or.th/A743.html>
2. สถานการณ์เชื้อดื้อยาปฏิชีวนะในไทย [อินเทอร์เน็ต] 2566. [เข้าถึงเมื่อ 1 กุมภาพันธ์ 2566]. เข้าถึงจาก: <http://narst.dmsc.moph.go.th/news001.html>
3. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. สถานการณ์การดื้อยาด้านจุลชีพในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต] 2565. [เข้าถึงเมื่อ 1 เมษายน 2565]. เข้าถึงจาก: <https://amrthailand.net/Home/Thailand>
4. ใช้ ‘ยาปฏิชีวนะ’ สมเหตุสมผล ลดปัญหา ‘เชื้อดื้อยา’ [อินเทอร์เน็ต] 2565. [เข้าถึงเมื่อ 1 เมษายน 2565]. เข้าถึงจาก: <https://www.hfocus.org/content/2017/11/14839>
5. นิโรบล มาอุ่น และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลของนักศึกษาชั้นปีที่ 4 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี. การประชุมวิชาการระดับชาติ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีระหว่างสถาบัน ครั้งที่ 8; วันศุกร์ที่ 26 มีนาคม 2564; กรุงเทพฯ: 2564. หน้า 771 – 780.
6. ปนัดดา กุลจันทร์. พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้ใช้บริการห้องพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ วิทยาเขตปทุมธานี [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2559.
7. พัชรสมธิ อ่วมเกิด. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดปทุมธานี [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2560.

เอกสารอ้างอิง

8. สุพรรณษา ฤทธิบุญ. ความรู้ ทักษะและพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2560.
9. อติญาณ ศรีเกษตริน และคณะ. ความรู้ การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลและปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลของนักศึกษาพยาบาล. เพชรบุรี: วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า; 2562.
10. อรุณา อินทงลักษณ์. พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชน ตำบลเวียง อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. พะเยา: มหาวิทยาลัยพะเยา; 2556.
11. Taro Yamane: การกำหนดกลุ่มจำนวนประชากรสำหรับงานวิจัย [อินเทอร์เน็ต] 2565. [เข้าถึงเมื่อ 1 เม.ย. 2565]. เข้าถึงจาก: <https://www.uxresearchlab.com/2021/09/20/taro-yamane-%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%81%E0%B8%B3%E0%B8%AB%E0%B8%99%E0%B8%94%E0%B8%81%E0%B8%A5%E0%B8%B8%E0%B9%88%E0%B8%A1%E0%B8%88%E0%B8%B3%E0%B8%99%E0%B8%A7%E0%B8%99%E0%B8%9B%E0%B8%A3/>
12. อารยา องค์เอี่ยม, พงศ์ธรา วิจิตเวชไพศาล. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 1 เมษายน 2565]. เข้าถึงจาก : <http://file:///C:/Users/Meth/Downloads/116944-Article%20Text-301460-1-10-20180327.pdf>
13. สถิติทดสอบ ไค – สแควร์ (Chi-square Test Statistic) [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 1 เมษายน 2565]. เข้าถึงจาก: http://file.siam2web.com/natcha/531special/2009913_27824.pdf

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิจิตร
Health literacy and factors relation to medical cannabis needs
of village health volunteer in Phichit Province

สมจินต์ มากพา¹, พิษญา พุ่มอยู่²

Somchin Makpha¹, Pitchaya Phumyoo²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาความต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์ 2) ศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ และ 3) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิจิตร กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 476 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงสิงหาคม พ.ศ. 2565 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Binary Logistic Regression Analysis ผลการวิจัย พบว่า 1) หากต้องใช้กัญชาทางการแพทย์ เป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการรักษาบรรเทาโรค ส่วนใหญ่ร้อยละ 73.32 ต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์ โดยโรคที่ต้องการใช้มากที่สุด คือ โรคมะเร็ง ร้อยละ 46.37 2) ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ ภาพรวมอยู่ในระดับมีปัญหา เมื่อวิเคราะห์แยกรายด้าน พบว่า ด้านการเข้าใจข้อมูล ด้านการประเมินผลข้อมูล และด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลอยู่ในระดับมีปัญหา มีเพียงด้านการเข้าถึงข้อมูล ที่อยู่ในระดับเพียงพอ และ 3) ความรู้ อยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 66.55 (S.D. = 15.90) ทักษะคิด อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยที่ 32.61 (S.D. = 4.03) โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์ของ อสม. จังหวัดพิจิตร พบว่า อสม. ที่ไม่มีโรคประจำตัว และมีโรคประจำตัว มีโอกาสที่จะใช้กัญชาทางการแพทย์มากกว่าที่ไม่ได้ตรวจ 3.03 เท่า (95% CI; 1.26 - 7.31) และ 2.76 เท่า (95% CI; 1.13 - 6.76) ตามลำดับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดีเยี่ยม ระดับเพียงพอ และระดับมีปัญหา มีโอกาสที่จะใช้กัญชาทางการแพทย์มากกว่าในระดับ

¹เภสัชกรชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

Pharmacist, Senior Professional Level. Division of Consumer Protection and Public Health Pharmacy, Phichit Provincial Public Health Office, Email : somchinmakpha@gmail.com

²เภสัชกรปฏิบัติการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

Pharmacist, Practitioner Level. Division of Consumer Protection and Public Health Pharmacy, Phichit Provincial Public Health Office

ไม่เพียงพอที่ 4.41 เท่า (95% CI; 0.51 - 38.53), 2.52 เท่า (95% CI; 1.25 - 5.06) และ 1 เท่า (95% CI; 0.51-1.97) ตามลำดับ ทักษะคิดในระดับดี และระดับดีมาก มีโอกาสที่จะใช้กัญชาทางการแพทย์มากกว่าทัศนคติในระดับปานกลาง 2.76 เท่า (95% CI; 1.21 - 6.31) และ 2.43 เท่า (95% CI; 1.11 - 5.34) ตามลำดับ แต่กลับพบว่าถ้าเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับกัญชา มีโอกาสที่จะต้องการใช้กัญชาลดลง ร้อยละ 81 จากผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า อสม. ส่วนใหญ่มีปัญหาความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ ทัศนคติและความรู้ที่อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง จึงควรเร่งเสริมสร้างความรู้ที่ถูกต้องเพื่อประโยชน์ต่อประชาชนต่อไป

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, ความต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Abstract

This cross-sectional descriptive research objectives were to 1) study the demands for medical cannabis use, 2) study the level of health literacy about medical cannabis use, and 3) Study the factors related to medical cannabis use among Village Health Volunteer (VHVs) in Phichit Province. Data were collected from 476 VHVs with questionnaires from July - August 2022. Descriptive statistics and binary logistic regression analysis were used to analyze the data. The research results showed that 1) 73.32% of VHVs want to use medical cannabis as another treatment option and the most desired condition was cancer is (46.37%). 2) Overall, VHVs level of health literacy about the use of medical cannabis is at a problematic level. When analyzing each aspect, the information comprehension, evaluation, and application were found at the difficult level, and the only aspect access to information at adequate level was and 3) Knowledge and attitude were found moderate level with the average score of 66.55 (S.D. = 15.90) and 32.61 (S.D. = 4.03), respectively. Factors related to medical cannabis use of VHVs who with or without any underlying disease are more likely to use medical cannabis than those untested 3.03 times (95% CI; 1.26 - 7.31) and 2.76 times (95% CI; 1.13 - 6.76), respectively. Health literacy at excellent, adequate and problematic level more likely to use medical cannabis at adequate level of 4.41 times (95% CI; 0.51 - 38.53), 2.52



times (95% CI; 1.25 - 5.06) and 1 time (95% CI; 0.51 - 1.97), respectively. Attitudes at good and very good level are more likely to use medical cannabis than moderate attitudes were 2.76 times (95% CI; 1.21-6.31) and 2.43 times (95% CI; 1.11-5.34), respectively. However, if VHV ever received information about cannabis, an 81% reduction in the likelihood of wanting to use cannabis was found. According to the study results, most VHV have health literacy problems regarding medical cannabis use. And also have attitudes and knowledge at moderate level. Therefore, VHV should be informed with accurate knowledge on medical cannabis use to be beneficially to other people in the future.

Keywords : Health literacy, Medical cannabis needs, Village health volunteer

บทนำ

กัญชาเป็นพืชที่มีสารออกฤทธิ์ต่อระบบจิตประสาทซึ่งสามารถนำมาใช้ในทางการแพทย์ แต่ด้วยการผลิตยาในสมัยก่อนยังไม่ทันสมัย ทำให้ยาเตรียมจากกัญชามีผลข้างเคียงมากมายจนทำให้เกิดโทษมากกว่าเกิดประโยชน์ อีกทั้งยังมีรายงานผลเสียจากการใช้กัญชาเข้ามาอย่างต่อเนื่อง ในปี ค.ศ. 1971 องค์การอนามัยโลก จึงได้ออกมาประกาศว่ากัญชาและยาเตรียมจากกัญชาไม่มีประโยชน์ทางการแพทย์ และได้ยกเลิกการนำกัญชามาใช้ทางการแพทย์นับแต่นั้นมา ปัจจุบันพบว่ามีความนิยมในการนำกัญชามาใช้สูงขึ้นทั่วโลก จากรายงานของ United Nations Office on Drugs and Crime ⁽¹⁾ พบว่า ในช่วง ค.ศ. 1998 - 2017 มีจำนวนผู้ใช้กัญชาทั่วโลกเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 30 และรายงานยังพบว่าการใช้กัญชาที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ใน 3 ทวีป ได้แก่ อเมริกาเหนือ อเมริกาใต้ และเอเชีย ตามลำดับ

ในปี พ.ศ. 2562 ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงนโยบายการใช้กัญชา โดยมีการแก้ไขเพิ่มเติม พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2562 จัดให้กัญชาเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 แต่อนุญาตให้นำมาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ การวิจัย และการนำมารักษาผู้ป่วย โดยมีการกำหนดข้อบ่งใช้ในการนำกัญชามารักษา 4 ข้อ ได้แก่ 1) ภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากเคมีบำบัด 2) โรคกล้ามเนื้อสั่นและโรคกล้ามเนื้อที่สั่นสั่น 3) ภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็งในผู้ป่วยโรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง (Multiple

sclerosis) และ 4) ภาวะปวดประสาท (Neuropathic pain) ⁽²⁾ จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ทำให้ประชาชนมีความสนใจ และยังมีการกล่าวอ้างสรรพคุณของกัญชาในการนำมารักษาหรือบำบัดอาการต่าง ๆ เช่น รักษาโรคมะเร็ง อาการนอนไม่หลับ เพิ่มความอยากอาหาร โดยที่ยังขาดข้อมูลทางวิชาการที่น่าเชื่อถือ

จากรายงานของศูนย์พิษวิทยารามาธิบดี ตั้งแต่ เดือนมกราคม พ.ศ. 2561 จนถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2562 พบจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาถึง 302 ราย พบอาการใจเต้นเร็ว ใจสั่น ความดันโลหิตสูง มีน้มน้ำตาลในเลือดสูง อาเจียน กระวนกระวาย ซึม ชัก และโคม่า ส่วนใหญ่เป็นการใช้น้ำมันกัญชาถึง 240 ราย โดยพบว่าเป็นผู้ที่ใช้ครั้งแรกถึง 138 ราย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากสถิติเดือนมกราคม - พฤษภาคม พ.ศ. 2562 มีจำนวน 15, 19, 27, 67 และ 86 ราย ตามลำดับ และมีข้อมูลที่สำคัญพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้น้ำมันกัญชาไม่ตรงกับข้อบ่งใช้ที่กรมการแพทย์ได้ให้คำแนะนำไว้ ⁽³⁾

ต่อมาประเทศไทยได้ประกาศ “ปลดล็อกกัญชา” อย่างเป็นทางการ เมื่อวันที่ 9 มิถุนายน พ.ศ. 2565 ส่งผลให้ประชาชนสามารถปลูกกัญชา และมีพืชกัญชาไว้ในครอบครองได้โดยไม่ผิดกฎหมาย ซึ่งวัตถุประสงค์ของภาครัฐในการปลดล็อกกัญชาครั้งนี้ มุ่งเน้นในการนำพืชกัญชามาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ สร้างมูลค่าทางเศรษฐกิจ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข จึงได้สั่งการให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายดำเนินการประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้แก่ประชาชนในการใช้กัญชา

เพื่อสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพจึงเร่งประสานเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร่วมลงพื้นที่ชุมชนรณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างถูกต้อง เหมาะสม เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ โดยขอความร่วมมือจาก อสม. จำนวน 1.05 ล้านคนในการทำหน้าที่รณรงค์ และถ่ายทอดองค์ความรู้เกี่ยวกับพืชกัญชา ทั้งคุณสมบัติ ประโยชน์ และผลกระทบที่อาจเกิดจากการเสพกัญชาเกินขนาด รวมถึงข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ตามหลัก “รับ รู้ ปรับ ใช้” ได้แก่ 1) รับ: รับข้อมูล ข่าวสารด้านกัญชาจากแหล่งที่เชื่อถือได้ 2) รู้: รู้ข้อมูลเกี่ยวกับกัญชาที่ถูกต้อง 3) ปรับ: ปรับการใช้กัญชาให้เหมาะสมกับผู้ป่วย และ 4) ใช้: ใช้กัญชาเพื่อสุขภาพและรักษาโรค เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจในการใช้กัญชาทางการแพทย์ในชุมชนอย่างถูกต้องเหมาะสม แทนการใช้เพื่อสันทนาการ⁽⁴⁾

จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยซึ่งปฏิบัติงานด้านการคุ้มครองบริโภค จึงสนใจที่จะศึกษาถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์ของ อสม. จังหวัดพิจิตร ที่มีจำนวนทั้งสิ้น 13,354 คน โดยมุ่งเน้นวิเคราะห์ถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพ เนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์โดยตรงต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพซึ่งนำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาความต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์

2. ประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์

3. ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์ ของ อสม. จังหวัดพิจิตร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) แบบศึกษาภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยการใช้แบบสอบถามรายละเอียดดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ อสม. ของจังหวัดพิจิตร จำนวน 12 อำเภอ ที่ปฏิบัติงานมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี ณ วันที่ 30 มีนาคม 2565 จำนวนทั้งสิ้น 13,354 คน คำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรที่แน่นอน⁽⁵⁾

$$n = \frac{N\sigma^2 Z_{1-\alpha/2}^2}{d^2(N-1) + \sigma^2 Z_{1-\alpha/2}^2}$$

ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้จากสูตรเท่ากับ 441 คน เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในขณะเก็บรวบรวมข้อมูลและลดปัญหาการตอบกลับของแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์หรือน้อยกว่าที่กำหนด หรือมีข้อมูลสูญหาย (Missing data) ซึ่งคาดว่าจะเกิดขึ้น ร้อยละ 10 ดังนั้น ในการศึกษานี้ จึงเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 490 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) เก็บตัวอย่างจาก อสม. ทุกอำเภอ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม (Questionnaires) ที่ผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนเอกสาร บทความวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งประยุกต์จากแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Sorensen⁽⁶⁾ และ วรินดา รักพาณิชย์⁽⁷⁾ โดยเนื้อหาแบ่งเป็น 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้โดยรวมเฉลี่ย สถานภาพสมรส โรคประจำตัว และระยะเวลาในการเป็น อสม. โดยลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจรายการ (Check list) และคำถามปลายเปิดที่ให้เติมข้อความลงไป

ตอนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ แบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ การเข้าถึง การเข้าใจ การประเมิน และการประยุกต์ใช้ จำนวน 20 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ การแปลผลคะแนน แบ่งระดับความรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 4 ระดับเท่า ๆ กัน คือ ไม่เพียงพอ มีปัญหา เพียงพอ และดีเยี่ยม

ตอนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ถูก และ ผิด จำนวน 10 ข้อ โดยตอบได้เพียงข้อเดียว เกณฑ์ในการให้คะแนน คือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน และตอบผิดได้ 0 คะแนน การแปลผลคะแนน แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง ระดับดี และระดับดีมาก

ตอนที่ 4 ทักษะการเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบ

มาตราส่วนประมาณค่า Likert rating scale จำนวน 10 ข้อ โดยมีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ ผสมกันระหว่างข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ การแปลผลคะแนน ทักษะการคิดตามคะแนนที่ได้ โดยแบ่งระดับทักษะการคิดออกเป็น 4 ช่วงเท่า ๆ กัน คือ มีทักษะอยู่ในเกณฑ์ไม่ดี ปานกลาง ดี และดีมาก

ตอนที่ 5 ความต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์ ลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจรายการ (Check list) มีลักษณะเป็นคำถามปลายปิด ที่ให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว หรือหลายคำตอบ

3. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบทดสอบให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน พิจารณาแล้วนำมาคำนวณค่าดัชนีสอดคล้อง Index of Item-Objective Congruence (IOC) ได้เท่ากับ 0.94 และตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (Tryout) กับ อสม. ที่ไม่ใช่พื้นที่เป้าหมาย จำนวน 30 คน ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์เพื่อหาความเชื่อมั่นค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.96

4. วิธีการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตศึกษาและทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ไปยังสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง ขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่เป็นพื้นที่เป้าหมายเป็นผู้ดำเนินการเก็บข้อมูล วิธีการแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง ใช้เวลาในการเก็บข้อมูล 2 สัปดาห์ ได้รับ

แบบสอบถามที่ตอบข้อความครบถ้วน จำนวน 476 ฉบับ จากเป้าหมาย จำนวน 490 ฉบับ คิดเป็น อัตราตอบกลับ (Response rate) ร้อยละ 97.14 ซึ่งเป็นอัตราตอบกลับที่อยู่ในเกณฑ์ดี

5. การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล และหาค่าสถิติต่าง ๆ โดยมีรายละเอียดสถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ ความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ ทศนคติเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ และความต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์ 2) สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ที่ละคู่ (Bivariable analysis) โดยไม่คำนึงถึงผลกระทบของปัจจัยอื่น ๆ โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ Chi-Square

6. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร กระทรวงสาธารณสุข เลขที่โครงการวิจัย 21/2565 เมื่อวันที่ 20 กรกฎาคม 2565

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป ผลการศึกษากลุ่มตัวอย่างจำนวน 476 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.21 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 50 - 59 ปี ร้อยละ 35.71 รองลงมา คือ อายุระหว่าง 40 - 49 ปี ร้อยละ 26.05 อายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 25.00 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด ร้อยละ 36.97 รองลงมา

จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 29.20 ส่วนใหญ่สมรสแล้ว คิดเป็นร้อยละ 73.95

ข้อมูลด้านเศรษฐกิจและสังคมของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 52.73 รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 33.19 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนที่ 4,531.78 บาท ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 9,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 90.13 โดยที่กลุ่มตัวอย่างเป็น อสม. มาแล้วมากกว่า 10 ปีขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ 35.08 รองลงมา คือ 1 - 5 ปี ร้อยละ 34.87 และ 6 - 10 ปี ร้อยละ 30.04

ข้อมูลทั่วไปด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่มีโรคประจำตัวมากที่สุด ร้อยละ 55.88 รองลงมาคือ มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 39.50 โรคที่เป็นส่วนใหญ่คือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60.64 รองลงมา เป็นโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 43.09 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 28.19

ผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์

1. ความต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์ของ อสม. จังหวัดพิจิตร พบว่า ถ้าต้องใช้กัญชาทางการแพทย์ เป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการรักษาบรรเทาโรคส่วนใหญ่ร้อยละ 73.32 ต้องการให้มีเพียงร้อยละ 26.68 ที่ไม่ต้องการใช้ โดยโรคที่ต้องการใช้กัญชาในการรักษาและบรรเทาโรคมามากที่สุด คือ โรคเมะเร็ง ร้อยละ 46.37 รองลงมาคือ ใช้กัญชาช่วยทำให้นอนหลับ ร้อยละ 34.19

และสิ่งที่จะมีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้กัญชาทางการแพทย์มากที่สุดคือ ใช้ตามแพทย์สั่ง ร้อยละ 70.57

2. การประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์จากการวิเคราะห์ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ ภาพรวมอยู่ในระดับมีปัญหา เมื่อวิเคราะห์แยกรายด้านพบว่า ด้านการ

เข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ ($\bar{x} = 2.45$) ด้านการประเมินผลข้อมูลเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ ($\bar{x} = 2.45$) และด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ ($\bar{x} = 2.41$) อยู่ในระดับมีปัญหา มีเพียงด้านการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ ($\bar{x} = 2.55$) ที่อยู่ในระดับเพียงพอ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปรผลความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์

รายการ	Mean	S.D.	การแปรผล
ความรู้ด้านสุขภาพกับการใช้กัญชาทางการแพทย์	2.47	.51	มีปัญหา
ด้านการเข้าถึงข้อมูล	2.55	.57	เพียงพอ
ด้านการเข้าใจข้อมูล	2.45	.65	มีปัญหา
ด้านการประเมินผลข้อมูล	2.45	.52	มีปัญหา
ด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูล	2.41	.58	มีปัญหา

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์ของ อสม. จังหวัดพิจิตร ผลการศึกษาดังนี้

3.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความรู้

เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ของกลุ่มตัวอย่าง อสม. จังหวัดพิจิตร พบว่า มีความรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์อยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 66.55 (S.D. = 15.90) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปรผลปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์

รายการ	Mean	S.D.	การแปรผล
ความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์	66.55	15.90	ระดับปานกลาง
Min : Max		20.00 : 100.00	

3.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทัศนคติเกี่ยวกับปัญหาทางการแพทย์ของกลุ่มตัวอย่าง อสม. จังหวัดพิจิตร พบว่า มีทัศนคติเกี่ยวกับการใช้

ปัญหาทางการแพทย์ อยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยที่ 32.61 (S.D. = 4.03) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปรผลปัจจัยด้านทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ปัญหาทางการแพทย์

รายการ	Mean	S.D.	การแปรผล
ทัศนคติเกี่ยวกับปัญหาทางการแพทย์	32.61	4.03	ระดับดี
Min : Max		21.00 : 46.00	

3.3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ที่ละคู่ (Bivariable analysis) โดยไม่คำนึงถึงผลกระทบของปัจจัยอื่น ๆ โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ Chi-Square เพื่อคัดเลือกตัวแปรที่มีค่า p-value น้อยกว่า 0.05 พบว่า การมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับความต้องการใช้ปัญหาทางการแพทย์ (p = 0.037) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

มีความสัมพันธ์กับความต้องการใช้ปัญหาทางการแพทย์ (p = 0.000) ทัศนคติเกี่ยวกับปัญหาทางการแพทย์มีความสัมพันธ์กับความต้องการใช้ปัญหาทางการแพทย์ (p = 0.044) และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับปัญหา มีความสัมพันธ์กับความต้องการใช้ปัญหาทางการแพทย์ (p = 0.000) รายละเอียดตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้ ทัศนคติ ได้รับข้อมูลข่าวสาร กับความต้องการใช้ปัญหาทางการแพทย์

ปัจจัย	ความต้องการใช้ปัญหาทางการแพทย์	
	Chi-Square	Sig.
1. เพศ	0.365	0.312
2. อายุ	4.045	0.400
3. อาชีพ	8.826	0.065
4. รายได้	0.636	0.728
5. สถานภาพสมรส	0.225	0.894
6. ระดับการศึกษา	6.735	0.346
7. โรคประจำตัว	6.591	0.037**
8. ระยะเวลาในการเป็น อสม.	0.401	0.818

ตารางที่ 4 แสดงการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้ทัศนคติ
ได้รับข้อมูลข่าวสาร กับความต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์ (ต่อ)

ปัจจัย	ความต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์	
	Chi-Square	Sig.
9. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	19.577	0.000**
10. ความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์	7.212	0.065
11. ทัศนคติเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์	6.232	0.044**
12. การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับกัญชา	57.794	0.000**

หลังจากนั้น จึงนำปัจจัยดังกล่าวมาวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Binary Logistic Regression Analysis) ผลการวิเคราะห์มีดังนี้

(1) การมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับความต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.037$) โดย อสม. ที่ไม่มีโรคประจำตัวมีความต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์

มากที่สุด ร้อยละ 75.19 เมื่อพิจารณาโอกาสที่จะใช้กัญชาทางการแพทย์พบว่า อสม. ที่ไม่มีโรคประจำตัว และมีโรคประจำตัว มีโอกาสที่จะใช้กัญชาทางการแพทย์มากกว่า อสม. ที่ไม่ได้ตรวจ 3.03 เท่า (95% CI; 1.26 - 7.31) และ 2.76 เท่า (95% CI; 1.13 - 6.76) ตามลำดับ ตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างโรคประจำตัว กับความต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์

	จำนวน ตัวอย่าง	ความต้องการใช้กัญชา				Chi	95% CI for OR		
		ไม่ต้องการใช้		ต้องการใช้					
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	OR	Lower	Upper	
โรคประจำตัว	476	127	26.68	349	73.32	0.037**			
ไม่ได้ตรวจ	22	11	50.00	11	50.00				
ไม่มีโรคประจำตัว	266	66	24.81	200	75.19		3.03	1.26	7.31
มีโรคประจำตัว	188	50	26.60	138	73.40		2.76	1.13	6.76

2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.000$) โดย อสม. ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดีเยี่ยมมีความต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์มากที่สุด ร้อยละ 88.89 เมื่อพิจารณาโอกาสที่จะใช้กัญชาทางการแพทย์พบว่า อสม. ที่มีความรอบรู้ด้าน

สุขภาพในระดับดีเยี่ยม ระดับเพียงพอ และระดับมีปัญหา มีโอกาสที่จะใช้กัญชาทางการแพทย์มากกว่า อสม. ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับไม่เพียงพอที่ 4.41 เท่า (95% CI; 0.51 - 38.53) 2.52 เท่า (95% CI; 1.25 - 5.06) และ 1 เท่า (95% CI; 0.51 - 1.97) ตามลำดับ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับความต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์

	จำนวน ตัวอย่าง	ความต้องการใช้กัญชา						95% CI for OR	
		ไม่ต้องการใช้		ต้องการใช้		OR	Lower	Upper	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
ความรอบรู้	476	127	26.68	349	73.32				
ไม่เพียงพอ	45	16	35.56	29	64.44				
มีปัญหา	194	69	35.57	125	64.43	1.00	0.51	1.97	
เพียงพอ	228	41	17.98	187	82.02	2.52	1.25	5.06	
ดีเยี่ยม	9	1	11.11	8	88.89	4.41	0.51	38.53	

3) ทักษะคิดเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์มีความสัมพันธ์กับความต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.044$) โดยเมื่อพิจารณาโอกาสที่จะใช้กัญชาทางการแพทย์พบว่า อสม. ที่มีทักษะคิดเกี่ยวกับกัญชา

ทางการแพทย์ในระดับดี และระดับดีมาก มีโอกาสที่จะใช้กัญชาทางการแพทย์มากกว่า อสม. ที่มีทักษะคิดเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ในระดับปานกลาง 2.76 เท่า (95% CI; 1.21 - 6.31) และ 2.43 เท่า (95% CI; 1.11 - 5.34) ตามลำดับ ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติเกี่ยวกับปัญหาทางการแพทย์กับความต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์

	จำนวน ตัวอย่าง	ความต้องการใช้กัญชา						95% CI for OR
		ไม่ต้องการใช้		ต้องการใช้		OR	Lower	Upper
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ทัศนคติ	476	127	26.68	349	73.32			
ไม่ดี	0	0	0.00	0	0.00			
ปานกลาง	159	38	23.90	121	76.10			
ดี	289	76	26.30	213	73.70	2.76	1.21	6.31
ดีมาก	28	13	46.43	15	53.57	2.43	1.11	5.34

4) การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับกัญชา มีความสัมพันธ์กับความต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

แต่กลับพบว่า อสม. ที่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับกัญชา มีโอกาสที่จะต้องการใช้กัญชาลดลง ร้อยละ 81 ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับกัญชา กับความต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์

	จำนวน ตัวอย่าง	ความต้องการใช้กัญชา						95% CI for OR
		ไม่ต้องการใช้		ต้องการใช้		OR	Lower	Upper
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ข้อมูลข่าวสาร	476	127	26.68	349	73.32			
ไม่เคยได้รับ	112	61	54.46	51	45.54			
เคยได้รับ	364	66	18.13	298	81.87	.19	.12	.29

อภิปรายผล

จากการศึกษาถึงความต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์ของ อสม. จังหวัดพิจิตร ผลเป็นดังนี้

1.ด้านการรับข้อมูลข่าวสาร ส่วนใหญ่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ กัญชา ร้อยละ 76.47

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรินดา รักพาณิชย์⁽⁷⁾ และอภิสิทธิ์ ไซยดี และคณะ⁽⁸⁾ ที่พบว่า ประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และแพทย์ใช้ทุนแพทย์ประจำบ้านในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์

สำหรับสถานการณ์การใช้กัญชาทางการแพทย์ พบว่า อสม. ส่วนใหญ่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์

2. ด้านความต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์เป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการรักษาบรรเทาโรค ส่วนใหญ่ต้องการใช้ ซึ่งต่างจากผลการศึกษาของธนเชษฐ เทียนทอง และคณะ⁽³⁾ ที่ศึกษาความตั้งใจในการใช้น้ำมันกัญชาของกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกรุงเทพมหานคร พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจในการใช้น้ำมันกัญชาเพื่อการรักษาโรค เพียงร้อยละ 24.6 โรคหรืออาการที่จะเลือกใช้กัญชาทางการแพทย์ ได้แก่ โรคมะเร็ง ซึ่งแตกต่างจาก การสำรวจของ Marijuana Business Daily⁽⁹⁾ ในฝั่งของทวีปอเมริกา และกรพินท์ ปานวิเชียร⁽¹⁰⁾ ที่ใช้กัญชาในการรักษาอาการปวด

3. ด้านทัศนคติและความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ พบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์ และมีความรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ วรินดา รักพานิชย์⁽⁷⁾ ที่พบว่าประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยส่วนใหญ่เห็นด้วยและมีทัศนคติที่ดีต่อการนำกัญชามาใช้ทางการแพทย์ แต่ยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรักษาโรค และธนเชษฐ เทียนทอง และคณะ⁽³⁾ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อน้ำมันกัญชาและมีความรู้เกี่ยวกับน้ำมันกัญชาในระดับต่ำ อาจเป็นเพราะการมีความรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ในระดับต่ำ แต่มีทัศนคติที่ดี

ต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์ ทำให้มีความสนใจในการอยากลองใช้กัญชามาใช้เมื่อมีการเจ็บป่วย

4. ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ ภาพรวมอยู่ในระดับมีปัญหา สอดคล้องกับการศึกษาของ วรินดา รักพานิชย์⁽⁷⁾ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ปณดา รามไพบลีย์ และคณะ⁽¹¹⁾ ที่พบว่า ประชาชนทั่วไปในภาคเหนือมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรอยู่ในระดับเพียงพอ อาจเป็นเพราะ กลุ่มตัวอย่างที่เก็บข้อมูลมีลักษณะบางประการที่แตกต่างกัน ได้แก่ อายุเฉลี่ย ระดับการศึกษา พื้นที่เก็บข้อมูล และปัจจัยแวดล้อมอื่น ๆ เป็นต้น จึงทำให้ผลการศึกษาที่ได้มีความต่างกัน ซึ่งการศึกษารั้งนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ภาพรวมอยู่ในระดับมีปัญหา ทำให้ อสม. ไม่สามารถคัดกรองข้อมูล ดูแลรักษาสุขภาพ และป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ จากการใช้กัญชาได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสม เมื่อแยกเป็นรายด้านพบว่า ด้านการเข้าใจข้อมูล ด้านการประเมินผลข้อมูล และด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูล อยู่ในระดับมีปัญหา มีเพียงด้านการเข้าถึงข้อมูล ที่อยู่ในระดับเพียงพอ ดังนั้น หากต้องการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ให้กับ อสม. ควรมุ่งเน้นไปที่การเข้าใจข้อมูล ด้านการประเมินผลข้อมูล และด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูล เนื่องจากการที่ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้องและมีความน่าเชื่อถือได้ด้วยตนเอง จะทำให้เกิดองค์ความรู้ที่ถูกต้องจนนำไปสู่ขั้นตอนต่อไปได้อย่างเหมาะสม

5. ด้านปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความ ต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์ของ อสม. จังหวัด พิจิตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การมีโรค ประจำตัว ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทักษะการใช้ กัญชาทางการแพทย์ และ การได้รับข้อมูลข่าวสาร นั้นแสดงให้เห็นว่า ความ ต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์ ไม่ได้เกี่ยวข้องกับ ปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเพียงอย่างเดียว แต่จะเกิดจาก หลายปัจจัยร่วมกัน เช่น ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความ ต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์ อสม. ที่มีความ รอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดีเยี่ยม มีโอกาสที่จะใช้ กัญชาทางการแพทย์มากกว่า อสม. ที่มีความรอบรู้ ด้านสุขภาพในระดับไม่เพียงพอที่ 4.41 เท่า เนื่องจากการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ จะทำให้สามารถเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้รับหรือ ค้นหามา จึงสามารถตัดสินใจด้านสุขภาพของ ตนเองภายใต้ข้อมูลที่ต้องการได้อย่างเหมาะสม และเกิดเป็นความต้องการใช้ตามมา

6. ด้านทัศนคติเกี่ยวกับการใช้กัญชาทาง การแพทย์มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความ ต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์ โดย อสม. ที่มี ทัศนคติในระดับดี มีโอกาสที่จะใช้กัญชาทาง การแพทย์มากกว่า อสม. ที่มีทัศนคติในระดับปาน กลาง 2.76 เท่า อาจเป็นเพราะ ในประเทศไทยเกิด กระแสความตื่นตัวเรื่องกัญชาเป็นอย่างมาก ประชาชนได้รับข้อมูลเชิงบวกเกี่ยวกับกัญชาผ่าน ทางสื่อช่องทางต่างๆ จึงทำให้เกิดความเชื่อและ

ทัศนคติที่ดีต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์ นำไปสู่ ความต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์ที่เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับ ฤทธิ์ของ กัญชา และวิภาวดี สัมมสวัสดิ์⁽¹²⁾ ที่พบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับการแพทย์ ทางเลือกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการ ใช้การแพทย์ทางเลือกของคนไทย

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยครั้งนี้ เป็น ข้อมูลพื้นฐานเพื่อใช้ในการวางแผนทางการรณรงค์ การใช้กัญชาทางการแพทย์ที่ถูกต้องให้แก่ ประชาชน โดยให้ข้อมูลที่เป็นจริงของการใช้กัญชา ทางทางการแพทย์ โดยให้ อสม. เป็นผู้กระจายข้อมูล ข่าวสาร ทั้งนี้จึงจำเป็นที่จะต้องสนับสนุนและ ส่งเสริมการพัฒนาทักษะความรู้ด้านสุขภาพ ให้แก่ อสม.

ในการศึกษาครั้งต่อไปอาจออกแบบ งานวิจัยโดยมีการจัดทำรูปแบบการเสริมสร้าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับกัญชาให้แก่ อสม. และศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการเสริมสร้าง ความรอบรู้เพื่อพัฒนาให้มีรูปแบบที่เหมาะสมต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ ของจังหวัดพิจิตร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล และเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลพื้นที่เป้าหมาย ที่อำนวยความสะดวก ให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล และสนับสนุนให้การศึกษาวิจัยสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Office on Drug and Crime. World Drug Report 2019. Geneva: United Nations; 2019.
2. ระพีพงศ์ สุวรรณไชยมาตย์, โขยิตา ภาวสุทธิไพศิฐ. (2561). ประโยชน์และโทษที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้กัญชาในทางการแพทย์และการเปิดเสรีการใช้กัญชา. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 12(1): 71-94.
3. ธเนษฐ เทียนทอง, นันทวัน สุวรรณรูป, เพลินพิศ บุญยมาลิก, อรวรรณ แก้วบุญชู. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ในการใช้น้ำมันกัญชาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกรุงเทพมหานคร. รายงานวิจัยแผนงานศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด (ศศก.) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
4. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี. (2565). กรม สบส.เร่งประสาน อสม. ร่วมรณรงค์แนวทาง “รับ รู้ ปรับ ใช้” สร้างความเข้าใจในการใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างเหมาะสม. [เข้าถึงเมื่อ 27 มิ.ย. 2565] เข้าถึงได้จาก: <http://prgroup.hss.moph.go.th/news/1007>
5. Daniel, W. W. (1995). Biostatistics: A Foundation of Analysis in the Health Sciences (6th ed.). New York: John Wiley & Sons.
6. Sorensen K, Van Den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health 2012; 12(1).
7. วรินดา รักพาณิชย์. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและความต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์ของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต]. ขอนแก่น. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
8. อภิสิทธิ์ ไชยดี. (2562) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความคิดเห็นของแพทย์ใช้ทุนและแพทย์ประจำบ้านในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ต่อการนำกัญชามาใช้ทางการแพทย์ [อินเทอร์เน็ต] 2562 [เข้าถึงเมื่อ 27 มิ.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://mdresearch.kku.ac.th/files/cannabis>
9. Marijuana Business Daily. Chart of the week: most common medical conditions of registered MMJ patients [online] 2016 [cited 2022 January 15]. from: <https://mjbizdaily.com/chart-of-the-week-most-common-medical-conditions-of-registered-mmj-patients/>



เอกสารอ้างอิง

10. กรพินธุ์ ปานวิเชียร. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี. 3(1): 31-42.
11. ปณดา รามไพบุลย์, ระวีวรรณ เจริญทรัพย์, รัชนี สรรเสริญ, พิษณุรักษ์ กันทวิ. การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพในการใช้สมุนไพรและผลิตภัณฑ์สมุนไพรของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย. เชียงรายเวชสาร 2561; 10(1): 81-92.
12. ฤทธิรงค์ อัญจนะ, วิภาวดี ลีมีงสวัสดิ์. ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้การแพทย์ทางเลือกของคนไทย. วารสารวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ 2559; 17(2): 70-83.