

ISSN: 2773-8647 (Online)



# วารสาร

## การคุ้มครองผู้บริโภค ด้านสุขภาพ (Online)

JOURNAL OF HEALTH CONSUMER PROTECTION (Online)

ปีที่ 3 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2566 Vol.3 No.2 July - December 2023

ชมรมเภสัชสาธารณสุขจังหวัดแห่งประเทศไทย



## ที่ปรึกษา

เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา  
นายกสภาเภสัชกรรม  
นายกสมาคมเภสัชสาธารณสุขจังหวัดแห่งประเทศไทย

## บรรณาธิการที่ปรึกษา

รศ.ดร.ภญ.วรรณา ศรีวิริยานุภาพ  
ผศ.ดร.ภญ.สุนทร ท.ชัยสัมฤทธิ์โชค  
ภก.บรรเจิด เดชาศิลป์ชัยกุล

ผู้อำนวยการวิทยาลัยคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพแห่งประเทศไทย  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อดีตที่ปรึกษาระดับกระทรวงสาธารณสุข นักวิชาการอาหารและยาทรงคุณวุฒิ

## บรรณาธิการอำนวยการ

ภก.กฤษ โชติการณ

ประธานชมรมเภสัชสาธารณสุขจังหวัดแห่งประเทศไทย

## กองบรรณาธิการ

รศ.ดร.ภญ.ชื่นจิตร กองแก้ว  
ดร.ภก.ศักดิ์สิทธิ์ ศรีภา  
ผศ.ดร.ภญ.เพ็ญกาญจน์ กาญจนรัตน์  
รศ.ดร.ภก.สุรศักดิ์ ไชยสงค์  
รศ.ดร.ภก.ภาณุพงศ์ พุทธิรักษ์  
ผศ.ดร.ภก.บุญส่ง หวังสินทวีกุล  
ดร.ภญ.ภควดี ศรีภิรมย์  
ดร.ภญ.สรียา เวชวิฐาน  
ดร.สาลิ อินทร์เจริญ  
ภก.ภาณุโชติ ทองยัง  
ภญ.มัลลิกา สุพล  
ภก.สุภณีย์ ประเสริฐสุข  
ภญ.วนิษา สุประดิษฐ์อรุณ  
ภญ.อังศุรัตน์ ยิ้มละมัย  
ภญ.น้ำทิพย์ มุมมาลา  
ภญ.นันทินี วัฒนวรานันต์  
ภก.ราชัน คงชุม  
ภก.วันชัย นนทกิจไพศาล  
ภญ.รุ่งนภา กวงงษ์  
ภญ.ฐิติพร อินสร

มหาวิทยาลัยนเรศวร  
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์  
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา  
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา  
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง  
โรงพยาบาลวารินชำราบ  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

หัวหน้ากองบรรณาธิการ



## ผู้กลั่นกรองและประเมินบทความวิจัย (Peer Review)

ภก.ประสาธ ลีมดูล	ข้าราชการบำนาญ
ภก.สังศักดิ์ วรรณกุล	ข้าราชการบำนาญ
ผศ.ดร.ภญ.ณัฐธิญา คำผล	มหาวิทยาลัยศิลปากร
ผศ.ดร.ภญ.นันทวรรณ กิติกรรณากรณ์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ผศ.ดร.อารีย์ บุตรสอน	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ดร.อนุวัฒน์ วัฒนพิชญากุล	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ดร.ภญ.ภัทรวดี ศรีคุณ	มหาวิทยาลัยบูรพา
ดร.อนุพันธ์ สุวรรณพันธ์	มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ
ดร.ภญ.ภควดี ศรีภิรมย์	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
ภก.ชัยวัฒน์ สิงห์หิรัญสุนทรณ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท
ภญ.กนกพร ชนะคำ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์
ภญ.มัลลิกา สุพล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
ภญ.กนกพร ธีณมณีนสิน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น



## บทบรรณาธิการ

วารสารวิชาการฉบับนี้คือ ฉบับที่ 2 ปีที่ 3 รวมแล้วก็ถือว่าเป็นฉบับที่ 6 ของทีมงานชมรมเภสัชสาธารณสุขจังหวัดแห่งประเทศไทย ที่ยังคงมีความตั้งใจอย่างแน่วแน่ในการพัฒนาคุณภาพงานวิชาการ งานวิจัย สารระนำรู้ต่าง ๆ จากการทำงานด้านคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อเป็นแนวทางในการทำงานให้กับผู้อ่านได้อย่างมีแท้จริง วารสารของเราเป็นวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ จัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นสื่อกลางและเป็นเวทีทางวิชาการ ในการเผยแพร่ผลการทำงาน ของนักวิชาการ ภาครัฐ องค์กรเอกชน และประชาชน รับผิดชอบต่อคุณภาพในด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ภายในเล่มได้รับการประสานความร่วมมือจากเภสัชกรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นคอลัมนิสต์ เนื้อหาในฉบับนี้ยังคงมีความเข้มข้นและมุ่งเน้นเนื้อหาสาระของบทความที่เป็นปัจจุบัน ประกอบไปด้วยเนื้อหาหลัก 5 ส่วน ได้แก่ 1. บทเรียนการทำงาน (Lesson Learned) เรื่อง การทำงาน การเรียนรู้ การวิจัย : การประยุกต์ใช้ในงานเภสัชกรรมและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพ 2. บทความวิชาการ (Academic Article) เรื่อง การสู่มตัวอย่างตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข การกำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับหลักเกณฑ์และวิธีการในการผลิตยาแผนปัจจุบัน และแก้ไขเพิ่มเติมหลักเกณฑ์และวิธีการในการผลิตยาแผนโบราณ ตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2559 3. บทความวิจัย (Research Article) จำนวน 16 เรื่อง 4. เกร็ดกฎหมาย (Law Anecdote) เรื่อง สถานะน้ำต้มใบพืชกระท่อมในเชิงกฎหมาย 5. เรื่องเล่าชาวฟาร์ (Narrative Pharmacy) จำนวน 3 เรื่อง ได้แก่ เรื่อง มหาศาล วัดศรีกรรมการศรี และ โถ...ป่า...ไม่น่าเลย

หวังเป็นอย่างยิ่งว่าวารสารที่ทีมงานของเราได้จัดทำขึ้นด้วยความมุ่งมั่นตั้งใจครั้งนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อพี่น้องชาวคุ้มครองผู้บริโภค และเรายังคงยึดมั่นว่าจะคัดสรรเนื้อหาผลงานทางวิชาการที่เป็นปัจจุบันและเป็นประโยชน์ต่อท่านผู้อ่านทุกท่านอย่างเต็มที่ในฉบับต่อไป

เภสัชกรกฤษ โชติการณ  
ประธานชมรมเภสัชสาธารณสุขจังหวัดแห่งประเทศไทย



## unบรรณาธิการ (Editorial Note)

กฤษฎ โขติการณ

## บทเรียนการทำงาน (Lesson Learned)

การประยุกต์ใช้ในงานเภสัชกรรมและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพ 1-4

เด่นชัย ดอกพอง

## บทความวิชาการ (Review Article)

การกำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับหลักเกณฑ์และวิธีการในการผลิตยา  
แผนปัจจุบัน และแก้ไขเพิ่มเติมหลักเกณฑ์และวิธีการในการผลิตยา  
แผนโบราณ ตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2559 5-11

นิติ สันแสนดี, โขติภา ฐานะโชติพันธ์

## บทความวิจัย (Research Article)

ความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดตากที่มีต่อเกณฑ์คุณภาพ  
และมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ด้านการจัดบริการ  
เภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คบส.)  
ตามคู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 12-27

*Tak Province public health personnel opinions toward quality criteria and standards  
of primary health care services regarding the provision of pharmaceutical services and  
health consumer protection work (HCP) according to the quality manual for primary  
health service standards A.D. 2023*

คัมภีร์ ตันภูมิประเทศ

ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข  
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสมุทรสงคราม 28-38

*Factors affecting the performance of public health consumer  
protection of Village Health Volunteers in Samut Songkhram Province*

รุ่ง มาลิก

ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้เรื่องข้อเท็จจริง  
ของัญชา ัญชงในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ในจังหวัดสระบุรี 39-49

*The effectiveness of cannabis and hemp awareness-enhancing program among  
8th grade students in Saraburi Province*

เอกชัย เยาว์ฉ่อง, บุญยวีร์ จันทร์ตุลิตขจร



## บทความวิจัย (Research Article)

- ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเอง  
ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะ 3 และ 4  
ในอำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ** 50-61

*The Effectiveness of a Self-efficacy Enhancement Program of chronic disease patients with third- fourth stage chronic kidney disease in Sratana District, Sisaket Province*  
วนิดา อินรัสมพงศ์

- สถานการณ์โฆษณาทางสื่อออนไลน์ของสถานพยาบาลเอกชน  
ในจังหวัดหนองบัวลำภู** 62-74

*Situations on online advertisements of private sanitariums in Nong Bua Lamphu Province*  
อรรณพพล คนต่ำ, วุฒิไกร ยศกำจร

- การประเมินผลการพัฒนางานด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล  
สำหรับโรงพยาบาลเอกชนจังหวัดสมุทรสาคร** 75-88

*Evaluation of Rational Drug Use Practice for Private Hospitals in Samut Sakhon Province*  
ดวงแก้ว อังกุลสิทธิ์

- การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมวิสาหกิจชุมชนในจังหวัดสมุทรปราการ  
ให้ได้มาตรฐานของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา** 89-98

*Study of developing guidelines for supporting community enterprises in Samut Prakan Province towards Thai FDA standards*  
ณัฐยาภรณ์ วงศ์บุญเกียรติกุล

- การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ  
ในยุคเน็กซ์นอร์มัล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ** 99-109

*Development of One Stop Service Center management model in the Next Normal Era, Samut Prakan Provincial Public Health Office*  
รังสรรค์ วงษ์บุญหนัก

- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดี (จีเอ็มพี)  
ของผู้ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท จังหวัดสมุทรสงคราม** 110-121

*Factors related to compliance with criteria for Good Manufacturing Practice (GMP) of drinking water in sealed container manufacturers in Samut Songkhram Province*  
สุอาภา กลั่นประเสริฐ, สาโรจน์ นาคจู



## บทความวิจัย (Research Article)

**ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาสมุนไพร ในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดภูเก็ต 122-135**

*Factors related to the use of herbal medicine in Primary Care Units,*

*Phuket Province*

พุทธชาติ สังข์ประพันธ์

**การพัฒนาระบบรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา 136-146**

**ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เครือข่ายบริการสุขภาพ**

**อำเภอเมืองจันทร์ จังหวัดศรีสะเกษ**

*The development of medication error reporting system*

*in Muangchan Health Promoting Hospitals, Sisaket Province*

วันชนก แก้วคะตา

**ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการจำหน่ายยาอันตรายในร้านขายของชำ 147-160**

**อำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง**

*Prevalence and factors associated with the sale of dangerous drugs in*

*grocery stores within Muang Lamphang District, Lamphang Province*

นพมาศ จันทร์ละออ

**การพัฒนาและประเมินคู่มือสเตียรอยด์ออนไลน์สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 161-170**

*Development and evaluation of the online steroid guide for public health personnel*

เด่นชัย ดอกพอง

**ความสัมพันธ์ของปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะที่มีการควบคุมการสั่งใช้ 171-181**

**กับความไวของเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกันทรลักษณ์**

*Associations between quantity of restricted antibiotic use and antimicrobial susceptibility*

*in Inpatient Department, Kantharalak Hospital*

ประภา พิทักษา, พรรษชล โสดาจันทร์

**การพัฒนาระบบการจัดการห่วงโซ่อุปทานด้านยาสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิ 182-203**

**ในจังหวัดอุทัยธานี**

*Development of medication supply chain management system*

*for Primary Care Unit in Uthai Thani*

วนิชา สุประดิษฐอาภรณ์



## บทความวิจัย (Research Article)

- การวิจัยเชิงประเมินผลการนำนโยบายกัญชาเพื่อสุขภาพ  
และทางการแพทย์ไปปฏิบัติในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด:  
การประยุกต์ใช้การประเมินแบบตอบสนอง** **204-214**

*Evaluation research of health and medical cannabis policy implementation  
in Roi-Et health network: applying responsive evaluation*

ประวิทย์ ละครราช

## เกร็ดกฎหมาย (Law Anecdote)

- สถานะน้ำดื่มใบพืชรกระท่อมในเชิงกฎหมาย** **215-218**

ราชัน คงชุม

## เรื่องเล่าชาวฟาร์ (Narrative Pharmacy)

- มหาคา** **219-221**

พงศกร จินกล้า

- วัดครึ่ง กรรมการครึ่ง** **222-223**

เรวัต ฤกษ์มงคลกุล

- โถ... ป้า... ไม่น่าเลย** **224-225**

สุภาภรณ์ ใจบุญลือ



## บทเรียนการทำงาน (Lesson Learned)

### การประยุกต์ใช้ในงานเฝ้าระวังและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพ

เด่นชัย ดอกพอง  
โรงพยาบาลชุมชน

#### ความรู้ ความเห็น และความจริง

ผู้เขียนได้มีโอกาสทำงานกับชาวนา เห็นปัญหาของชาวนาที่อยู่ในวงจร “โง่ จน เจ็บ” เห็นวิถีชาวนา ตั้งแต่การไถนาด้วยควาย รถไถเดินตาม และรถไถขนาดใหญ่ เห็นวิวัฒนาการของการใช้สารเคมีทางการเกษตร ตั้งแต่เริ่มใช้ปุ๋ยเคมี สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ยาฆ่าหญ้าในนาข้าว ยาฆ่าหญ้าฉีดป้องกันหญ้า การพึ่งพาธรรมชาติ และผลกระทบจากน้ำท่วม ฝนแล้งปีแล้วปีเล่า ผลผลิตทางการเกษตรถูกกดราคา ปัญหาหนี้สิน สุขภาพเสื่อมโทรม การขายที่ดินเพื่อใช้หนี้ อพยพไปเป็นแรงงานต่างจังหวัด ทิ้งลูกหลานไว้ให้ผู้สูงอายุ เกิดปัญหาครอบครัว แยกแยก ลูกหลานไม่มีคนดูแล ขาดความอบอุ่น และปัญหายาเสพติดตามมา จากปัญหาแต่ละครอบครัว เป็นปัญหาหมู่บ้าน ตำบล และสังคม

รัฐบาลทุกรัฐบาลได้มีวิธีการต่าง ๆ มากมายแต่ละยุคสมัยเพื่อแก้ไขปัญหามาแล้ว แม้จะช่วยให้ดีขึ้นบ้าง แต่ก็ยังเป็นเพียงชั่วคราวเท่านั้น ชาวนาก็ยังอยู่ในวงจรเดิม ผู้เขียนและเพื่อนพ้องน้องพี่จึงได้ร่วมกันจัดตั้งสถาบันวิจัยชาวนา (สวช.) โดยมุ่งหวังที่จะยกระดับความเป็นอยู่ของชาวนาให้ดีขึ้นเท่าที่จะทำได้ การทำงานมาอย่างต่อเนื่องสิบกว่าปี ได้สรุปว่าปัญหาของชาวนาคือ ขาดกระบวนการเรียนรู้เพื่อให้เกิดความรู้ ความเห็น และเข้าถึงความจริง ชาวนาคคนหนึ่งเลี้ยงควาย อยู่กับการดูแลควายมานานับ 60 ปี แต่เมื่อถามว่าวันหนึ่งควายขึ้นกี่ครั้งกลับตอบไม่ได้ ดังนั้น ไม่ต้องถามเลยว่าเขาจะได้มูลควายเท่าไร เอาไปใช้ประโยชน์ได้เท่าไรบ้าง หรือคำถามที่ว่า ทำไมปัจจุบันต้องคานาห่าง 1 คืบ ในขณะที่สมัยก่อนคานาห่าง 2 คืบ ผลผลิตต่างกันหรือไม่ ทำไมต้องก้ม 2 เท่า ของการดำครั้งเดิม ๆ คำถามนี้ก็คงไม่มีคำตอบเช่นกัน สะท้อนให้เห็นว่าในตลอดช่วงเวลาการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมที่ผ่านมา ไม่ได้สร้างกระบวนการเรียนรู้ให้ชาวนาเลย

การจัดการความรู้เชิงพุทธ (KM-เชิงพุทธ) เป็นกระบวนการเรียนรู้ของชาวนาในเครือข่าย สวช. ที่มีรากฐานจากคำสอนของสมณะโคตม ที่บอกว่าการเรียนรู้มี 3 ระดับ ได้แก่ ความรู้ ความเห็น และความจริง ยกตัวอย่างเช่น เมื่อมีคนเล่าให้ฟัง หรือได้อ่านเรื่องการเลี้ยงไก่ ก็เป็นความรู้เบื้องต้นจากการได้ยิน ได้ฟัง ได้ อ่าน และเมื่อนำสิ่งนี้ไปใคร่ครวญ ครุ่นคิด ย่อมเกิดเป็นความเห็น และเมื่อนำความเห็นไปปฏิบัติย่อมเกิดเป็นความจริง เมื่อเกิดความจริงจากการปฏิบัติแล้ว ก็สามารถนำความจริงที่ได้ไปเล่าให้คนอื่นฟัง หรือเขียนให้คนอื่นอ่าน เป็นวงจรการเรียนรู้ที่ไม่หยุดนิ่ง ขยายผล ยกระดับสูงขึ้นเรื่อย ๆ ดังแผนผัง





ผู้เขียนมั่นใจว่าแม้คนที่ไม่ได้เรียนหนังสือแต่ก็สามารถมีศักยภาพที่เข้าถึงความรู้ ความเห็น และความจริงได้ ผ่านกระบวนการ KM-เชิงพุทธ ไม่ว่าเราจะเรียกสิ่งนี้ว่าการวิจัย หรือการจัดการความรู้ก็ตาม สังคมไม่ควรใช้ความเป็นเปลือกนอกของความรู้มาแบ่งกั้นการเข้าถึงความจริง เช่น ความรู้เรื่องความร้อน คนที่จบปริญญาสามารถอธิบายด้วยศัพท์ทางฟิสิกส์มากมาย แต่ชาวนาที่จบ ป.4 คงอธิบายได้ ถ้าให้ลองเอามือจุ่มในน้ำร้อน ทั้งคนที่จบปริญญา หรือ ป.4 ก็รับรู้ความจริงของความร้อนไม่ต่างกัน สุข. ได้มีโอกาสจัดเวทีเรียนรู้ภายใต้หลักการนี้ มั่นใจว่านี่เป็นหนึ่งใน การทำให้ชาวนามีชีวิตที่ดีขึ้นทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม

ถ้าเปรียบหมู่บ้านเป็นเหมือนพื้นที่ปฏิบัติการหรือสมรภูมิของการทำงาน ในแต่ละปีจะมีเจ้าหน้าที่มากกว่า 10 หน่วยงานที่ลงไปหมู่บ้าน คนเหล่านี้ส่วนใหญ่ไปพร้อมกับความคิดที่จะเปลี่ยนแปลง และต้องการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เพื่อให้สอดคล้องกับ KPI ของตนเอง และตนเองเสร็จงาน เจ้าหน้าที่คนที่ 1 ลงไป ก็มีเรื่องที่ต้องไปเปลี่ยนแปลง คนที่ 2, 3 และ 4 ก็คิดและเป็นเช่นนี้ ซึ่งก็ทำให้แต่ละคนได้ KPI ที่ต้องการจากหมู่บ้านออกไป คนแล้วคนเล่า ปีแล้วปีเล่า ในโลกนี้จึงมีตำรามากมายที่สอนวิธีการเปลี่ยนแปลง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประชาชนให้ตรงตามที่เจ้าหน้าที่ของรัฐต้องการ แต่มีตำราวิชาการน้อยมากที่จะสอนให้เจ้าหน้าที่เปลี่ยนแปลง ปรับปรุงพฤติกรรมตนเองเพื่อให้เหมาะสม สอดคล้องกับการเข้าไปชวนประชาชนเรียนรู้ เพื่อเข้าถึงความรู้ ความเห็น และความจริง และสามารถตัดสินใจ แก้ปัญหา พัฒนา เปลี่ยนแปลงอย่างมีภูมิปัญญา เกิดความยั่งยืน

### ทำไมต้องวิจัย

เมื่อปี 2554 เครือข่ายทันตะ-เภสัชบุคลากร ซึ่งได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เพื่อรณรงค์ให้ชองยาต้องมีชื่อยา เพราะเห็นว่าเป็นปัญหาที่ผู้บริโภคถูกละเมิด และกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ใช้ยา จึงได้มีกิจกรรมหลาย ๆ ด้าน และหนึ่งในนั้นคือได้เสนอปัญหานี้ให้ระดับผู้บริหาร แต่ผู้บริหารถามกลับว่า

- มี Evidence base ไหม ?
- รู้ได้ยังไงว่ามันเป็นปัญหา ?
- มีรุนแรงแค่ไหน ?
- มีการ approve หรือยัง ?
- ถ้าแก้ปัญหาก็จะแก้ยังไง
- มั่นใจไหมว่าจะได้ผล ?

คำถามสะท้อนกลับนั้น ไม่ว่าจะเกิดจากการตั้งการ์ดสูงของผู้บริหาร หรือความสนใจต้องการข้อมูลเพิ่มเติม แต่ก็ทำให้ทีมทำงานเรื่องนี้รู้ว่าการทำงานนอกจากเจตนาที่ดีแล้ว ก็ยังจำเป็นต้องมีข้อมูลสนับสนุนที่เพียงพอ ทั้ง Evidence base การยืนยันปัญหาที่แท้จริง ข้อมูลความรุนแรงของปัญหา การถูก approve เพื่อให้คนอื่นเห็นร่วม และสนับสนุนการทำงาน ซึ่งการได้มาของสิ่งเหล่านี้จำเป็นต้องอาศัยวิธีการที่สังคมยอมรับ การพิสูจน์อย่างเป็นวิทยาศาสตร์ นั่นคือกระบวนการวิจัย

### การทำงานที่ยิ่งใหญ่

ผู้เขียนเคยคิดว่าถ้าต้องการทำอะไรที่ยิ่งใหญ่ จะต้องใช้อำนาจมาก ๆ ต้องเป็นหัวหน้าที่สูงกว่าคนอื่น ๆ สั่งคนอื่นได้ หรือเป็นผู้แทนปวงชน หัวหน้ามีอบที่มีคนมาร่วมจำนวนมาก ๆ เพื่อสร้างพลังต่อรอง แต่เส้นทางนี้



ต้องไปแย่งชิงกับคนอื่น ๆ จำนวนมากเช่นกัน ยิ่งต้องการอำนาจ มวลชนสนับสนุนมากเท่าไร ก็จะมีพื้นที่ มีโอกาสน้อย เหมือนหัวสามเหลี่ยมที่แหลมขึ้นเรื่อย ๆ จะเห็นว่าทั้งสองเส้นทางล้วนต้องแก่งแย่งแข่งขัน

ในขณะที่การทำเรื่องที่ยิ่งใหญ่ผ่านวิชาการที่เข้มแข็ง เป็นสิ่งที่ไม่ต้องไปแย่งชิงแข่งขันกับใคร เราแข่งกับตนเองเท่านั้น ยิ่งทำคนอื่นยิ่งหนุนมากขึ้นเรื่อย ๆ นอกจากตัวความรู้ทางวิชาการนั้นจะสร้างเรื่อง ยิ่งใหญ่ได้แล้ว เมื่อความรู้ที่เป็นความจริงแท้ สมณะโคดม คือตัวอย่างของคนที่สละอำนาจนโยบาย (กษัตริย์) มวลชน (คนยกย่องชื่นชมพร้อมทำตาม) มาเลือกเส้นทาง การหาความจริงแห่งการดับทุกข์ และท้ายที่สุดเมื่อเข้าถึงถึง ความจริงอันสูงสุดแล้ว สามารถทำเรื่องที่ยิ่งใหญ่ได้ ความจริงถูกถ่ายทอดส่งต่อนับ 2,500 ปี ในขณะที่การมีอำนาจในเชิงนโยบาย และมวลชน พอคณนั้นตายสิ่งเหล่านี้ก็มลายหายไป และที่สำคัญอำนาจแห่งความรู้ที่เป็นความจริง สามารถมีอำนาจเหนืออำนาจแห่งนโยบายและมวลชน ทำให้นโยบายและมวลชนเป็นเครื่องมือเพื่อแผ่ขยายความรู้ที่เป็นความจริงด้วย วิธีแห่งสมณะโคดม คือวิธีแห่งนักวิจัย ทุกท่านผู้เป็นนักวิจัย คือผู้เดินในเส้นทางเดียวกับสมณะโคดม อาจารย์สำลี ใจดี เคยบอกไว้ว่า เราต้องเรียนรู้อดีต เข้าใจปัจจุบัน และมุ่งมั่นอนาคต เราในฐานะผู้อยู่กับปัจจุบัน ต้องเข้าใจอดีตผ่านการวิจัย รับรู้ว่าคุณภาพปัจจุบันเป็นเช่นไร ด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ เหล่านี้จะเป็นรากฐานของการนำมากำหนดสิ่งต่าง ๆ อย่างรอบคอบผ่านการดำเนินงานอย่างมีกลยุทธ์ อย่างมีสติ เพื่ออนาคตที่ดี นี่เป็นเหตุผลที่ต้องวิจัย และเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง

การมุ่งมั่นทำเรื่องที่ยิ่งใหญ่ ถ้าเดินบนเส้นทางของการแสวงหาอำนาจ หรือแสวงหา มวลชน เป็นกระบวนการที่มองออกห่างจากตนเอง

ไปเรื่อย ๆ ในขณะที่กระบวนการสร้างวิชาการ เพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงและประโยชน์ต่อสังคม นั้น เป็นกระบวนการที่มองไปสู่ภายในตัวตนมากขึ้น แคบขึ้น เล็กขึ้น ความเล็ก ความแหลมทำให้ โฟกัสเข้าสู่ความจริงได้มากขึ้น มีพลังที่สร้างผลกระทบต่อสังคมได้มาก เช่น การรักษาโรค ติดเชื้อ ความรู้เดิมคือ ทานยา Amoxy 500 มก. ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 ครั้ง หลังอาหารเช้า-เที่ยง-เย็น เป็นเวลา 7 วัน เสียค่ายา 30 บาท แต่ถ้าวันหนึ่งสามารถที่จะสร้างความรู้จากงานวิจัยได้ว่าการทานยา Amoxy 500 มก. วันละ 1 เม็ดวันละ 2 ครั้ง จำนวน 7 วัน ก็เพียงพอสามารถรักษาโรคนี้ได้ จะเสียค่ายา 21 บาท ประหยัด 9 บาทต่อครั้ง แม้เป็นตัวเลขไม่มาก แต่ถ้าคำนวณว่าโรงพยาบาลอำเภอแห่งนี้ลดค่ายาได้ 9 บาท x ผู้รับบริการโรคนี้วันละ 100 ครั้ง x เดือนละ 30 วัน x ปีละ 12 เดือน ก็จะสามารถลดค่าใช้จ่ายได้ถึง 324,000 บาทต่อปี แล้วถ้าเรื่องนี้ถูกขยายผลไปที่โรงพยาบาลอีก 20 แห่งในจังหวัด หรืออีก 76 แห่งในประเทศ และยิ่งเวลาผ่านไปเนิ่นนานเท่าไร ยิ่งสร้างประโยชน์ได้ต่อเนื่องอย่างยาวนาน ไม่มีที่สิ้นสุด นี่คือนโยบายและมวลชนแห่งความจริงทางวิชาการผ่านการวิจัย และผู้วิจัย

### การทำงาน การวิจัย การปฏิบัติธรรม

การแยกการทำงานและการวิจัยออกจากกัน มองว่าการทำงานและการวิจัยเป็นคนละเรื่องกัน ทำให้เราแยกคนทำงานและนักวิจัยออกจากกัน ผู้เขียนเห็นว่าเราคนทำงานสามารถทำวิจัยเป็นนักวิจัยในตัวคนเดียวไปพร้อม ๆ กันได้ เพราะการวิจัย คือการทำงานอย่างมี Methodology การทำงานย่อมมีปัญหาหรือความทุกข์ที่เกิดขึ้น ทั้งจากกระบวนการ ปัญหาส่วนตัวของเรา ปัญหาจากคนใช้ เหล่านี้สามารถเป็นโจทย์วิจัย ที่ทำให้นำมาดูว่ารุนแรงแค่ไหน แก้ไขอย่างไร ลงมือแก้ไขพัฒนาให้ดี และทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งต่อเรา งาน



ที่ทำ และผู้รับบริการได้

การวิจัยเพื่อพัฒนา หรือ R&D ในฐานะ การวิจัยที่มีการคิดค้นวิธีการ เครื่องมือ อุปกรณ์ เพื่อนำมา แก้ปัญหา พัฒนางานที่ทำอยู่ให้ดีขึ้น เรื่อย ๆ และเมื่อดีขึ้นจนถึงระดับที่ตนเองพึงพอใจ แล้ว จึงขยายผลให้คนอื่นนำวิธีการ เครื่องมือ อุปกรณ์ที่เราสร้างขึ้นมาใช้ และในขณะเดียวกัน คนที่นำไปใช้ ก็สามารถพัฒนาให้ดีขึ้น และเผยแพร่ ขยายผลให้คนอื่นนำไปใช้ นำไปพัฒนาได้อย่าง ต่อเนื่องยิ่งในยุคสังคมออนไลน์ทำให้เรื่องเหล่านี้ แพร่ขยายได้อย่างรวดเร็ว

หากกล่าวว่าการวิจัย คือการทำงานอย่าง มี Methodology ดังนั้น การวิจัยและการทำงาน ก็เป็นสิ่งเดียวกันได้ นักวิจัยและนักทำงานคือคน เดียวกันแล้ว สำหรับชาว พุทธที่เลือก Methodology แบบอริยสัจ 4 และมีมรรค 8 เป็นแนวทางหรือนวัตกรรมแล้ว การวิจัยของเขา ย่อมเป็นการปฏิบัติธรรมด้วย กระบวนการเหล่านี้ จึงเป็นความงดงาม และงอกงามทั้งในตัวบุคคล และประโยชน์ที่เกื้อกูลสังคม



การกำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับหลักเกณฑ์และวิธีการในการผลิตยาแผนปัจจุบัน  
และแก้ไขเพิ่มเติมหลักเกณฑ์และวิธีการในการผลิตยาแผนโบราณ  
ตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2559

นิตี สันแสนดี  
องค์การเภสัชกรรม  
โชติภา ฐานะโชติพันธุ์  
โรงเรียนสาธิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### บทนำ

จากประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับหลักเกณฑ์และวิธีการในการผลิตยาแผนปัจจุบัน และแก้ไขเพิ่มเติมหลักเกณฑ์และวิธีการในการผลิตยาแผนโบราณ ตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2559 ได้กล่าวถึงการสุ่มตัวอย่าง ไว้ในหลักเกณฑ์และวิธีการในการผลิตยา โดยข้อกำหนดการสุ่มตัวอย่าง ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เน้นย้ำถึงแผนการสุ่มตัวอย่าง วิธีทดสอบต้องเหมาะสม ใช้วิธีการปฏิบัติที่สามารถป้องกันการปนเปื้อน การปนเปื้อนข้าม และจำนวนตัวอย่างที่จะใช้เป็นตัวแทนของรุ่น ต้องกำหนดด้วยวิธีการทางสถิติเป็นไปตามหลักวิชาการ ทั้งหมดต้องร่างโดยหน่วยงานที่เหมาะสมมีผู้รับผิดชอบ หากเกิดการเปลี่ยนแปลง มีการทบทวน และอนุมัติโดยหน่วยงานที่รับผิดชอบในด้านคุณภาพ ประกอบกับกระบวนการสุ่มตัวอย่างเพื่อการตรวจสอบคุณภาพสินค้า ไม่สามารถสุ่มตัวอย่างตรวจสอบได้ทั้งหมด จากปัจจัยข้อจำกัดด้านเวลา ค่าใช้จ่ายในการตรวจสอบ และการทำลายสินค้าในบางรายการที่ต้องทำการตรวจสอบหรือทดสอบ

### วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับหลักเกณฑ์และวิธีการในการผลิตยาแผนปัจจุบัน และแก้ไขเพิ่มเติมหลักเกณฑ์และวิธีการในการผลิตยาแผนโบราณ ตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2559 ในส่วนของการสุ่มตัวอย่างและมาตรฐานและแนวทางการสุ่มตัวอย่างที่กำหนดด้วยวิธีการทางสถิติเป็นไปตามหลักวิชาการ

### วิธีการศึกษา

1. ระบุปัญหาและวัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัย
2. ระบุคำที่เกี่ยวข้อง หรือประโยคที่สัมพันธ์กับการสุ่มตัวอย่างและมาตรฐาน และแนวทางการสุ่มตัวอย่างที่กำหนดด้วยวิธีการทางสถิติเป็นไปตามหลักวิชาการ
3. การค้นหายุทธศาสตร์ ประกาศ ข้อกำหนด ทั้งภายในและภายนอกประเทศ ในส่วนของการสุ่มตัวอย่างและมาตรฐานและแนวทางการสุ่มตัวอย่างที่กำหนดด้วยวิธีการทางสถิติเป็นไปตามหลักวิชาการ
4. การประเมินความเกี่ยวข้องของบทความที่ได้จากการค้นหา



5. การเชื่อมโยงสาระสำคัญในบทความต่าง ๆ และการระบุความเกี่ยวข้องของบทความประกาศ และข้อกำหนด

6. การจัดองค์ประกอบของการทบทวนวรรณกรรม

7. การลงมือเขียนผลการทบทวนวรรณกรรม

### ผลการทบทวนวรรณกรรม

ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับหลักเกณฑ์และวิธีการในการผลิตยาแผนปัจจุบัน และแก้ไขเพิ่มเติมหลักเกณฑ์และวิธีการในการผลิตยาแผนโบราณ ตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2559 ได้กล่าวถึงการสุ่มตัวอย่าง ไว้ในหลักเกณฑ์และวิธีการในการผลิตยา ประกอบด้วย นิยามศัพท์หลักเกณฑ์และวิธีการในการผลิตยา ส่วนที่ 1 หลักเกณฑ์และวิธีการในการผลิตยา ส่วนที่ 2 และภาคผนวก 7 การสุ่มตัวอย่างวัตถุดิบและวัสดุการบรรจุ 1

#### หลักเกณฑ์และวิธีการในการผลิตยา ส่วนที่ 1

- หมวด 1 การบริหารจัดการคุณภาพ ในส่วนการควบคุมคุณภาพ ข้อ 3 กล่าวว่า การควบคุมคุณภาพเป็นส่วนหนึ่งของหลักเกณฑ์และวิธีการในการผลิตยาซึ่งเกี่ยวข้องกับการสุ่มตัวอย่างข้อกำหนด และการทดสอบ มีการทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่นภายในองค์กร

- หมวด 2 บุคลากร ในส่วนบุคลากรหลัก ข้อ 5 หัวหน้าฝ่ายควบคุมคุณภาพโดยทั่วไปมีความรับผิดชอบรับรองข้อกำหนด วิธีการสุ่มตัวอย่าง วิธีการทดสอบ และวิธีปฏิบัติในการควบคุมคุณภาพในข้อย่อยที่ 5.4

- หมวด 3 อาคารสถานที่และเครื่องมือ ข้อ 22 กำหนดให้ต้องมีบริเวณแยกต่างหากสำหรับการสุ่มตัวอย่างวัตถุดิบ ถ้าทำการสุ่มตัวอย่างใน

บริเวณจัดเก็บ ต้องทำโดยมีการป้องกันการปนเปื้อนและการปนเปื้อนข้าม

- หมวด 4 การดำเนินการด้านเอกสาร ให้ระบุถึงวิธีการดำเนินการทั้งหมดของการสุ่มตัวอย่าง รวมถึงเกณฑ์การยอมรับ ประกอบกับข้อกำหนดสำหรับผลิตภัณฑ์สำเร็จรูป กำหนดในข้อย่อยที่ 16.4 วิธีการสุ่มตัวอย่างและการทดสอบ อย่างน้อยต้องประกอบด้วย หรือให้มีเอกสารอ้างอิง และข้อย่อย 19.9 ต้องคำแนะนำรายละเอียดของการควบคุมระหว่างการบรรจุ พร้อมทั้งคำแนะนำสำหรับการสุ่มตัวอย่างและขีดจำกัดที่ยอมรับ และประเด็นสำคัญในข้อ 25 ที่กำหนดให้ต้องมีวิธีการปฏิบัติอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรสำหรับการสุ่มตัวอย่าง ซึ่งประกอบด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่าง และอุปกรณ์ที่ใช้ ปริมาณตัวอย่างที่เก็บ และข้อควรระวังที่ต้องสังเกต เพื่อหลีกเลี่ยงการปนเปื้อน หรือการเสื่อมคุณภาพของวัตถุดิบและวัสดุการบรรจุ

- หมวด 5 การดำเนินการผลิต ข้อกำหนดทั่วไป ข้อ 2 กำหนดให้การจัดการทุกอย่างเกี่ยวกับการสุ่มตัวอย่างวัตถุดิบวัสดุการบรรจุและผลิตภัณฑ์ ต้องทำให้ถูกต้องตามวิธีการปฏิบัติหรือคำแนะนำที่เขียนไว้ และต้องมีการบันทึก ประกอบกับข้อ 28 การส่งมอบวัตถุดิบตั้งต้นแต่ละครั้ง หากวัตถุดิบตั้งต้นชนิดเดียวกันมีหลายรุ่นผลิต ต้องแยกการสุ่มตัวอย่าง การทดสอบ และการปล่อยผ่านของแต่ละรุ่น

- หมวด 6 การควบคุมคุณภาพ กำหนดหลักการการควบคุมคุณภาพเป็นการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการสุ่มตัวอย่าง ข้อกำหนดการทดสอบ และร่วมกับหน่วยงานอื่นภายในองค์กรในการบริหารจัดการระบบเอกสารและวิธีการปฏิบัติในการปล่อยผ่าน เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าวัตถุดิบวัสดุการบรรจุได้รับการปล่อยผ่านไปใช้ หรือผลิตภัณฑ์สำเร็จรูปได้รับการปล่อยผ่านไปจำหน่าย ต่อเมื่อมี



การตัดสินใจแล้วว่าได้ผ่านการทดสอบที่จำเป็นและมีคุณภาพการควบคุมคุณภาพไม่ได้จำกัดเฉพาะการดำเนินการการในห้องปฏิบัติการ แต่เกี่ยวข้องในการตัดสินใจทุกอย่างที่อาจเกี่ยวข้องกับคุณภาพของผลิตภัณฑ์ กำหนดหลักการซื้อ การสุ่มตัวอย่าง ต้องดำเนินการตามวิธีการปฏิบัติที่ผ่านการอนุมัติใน

○ ข้อ 11 ประกอบด้วย

- (1) วิธีการสุ่มตัวอย่าง
- (2) เครื่องมือที่ใช้
- (3) ปริมาณตัวอย่างที่สุ่ม
- (4) คำแนะนำสำหรับการแบ่ง

ตัวอย่าง

(5) ชนิดและสภาพของภาชนะบรรจุตัวอย่าง

(6) การบ่งชี้ถึงภาชนะบรรจุที่ถูกสุ่มตัวอย่าง

(7) ข้อควรระวังพิเศษที่ต้องสังเกต โดยเฉพาะการสุ่มตัวอย่างวัตถุที่ปราศจากเชื้อหรือที่เป็นอันตราย

(8) สภาพการเก็บรักษา

(9) ข้อแนะนำสำหรับการทำความสะอาด และการเก็บเครื่องมือที่ใช้ในการสุ่มตัวอย่าง

○ ข้อ 12 ตัวอย่างอ้างอิง ต้องเป็นตัวแทนของรุ่นของวัตถุวัสดุการบรรจุ หรือผลิตภัณฑ์ที่สุ่มตัวอย่างอาจมีการเก็บตัวอย่างอื่นเพิ่มเติม เพื่อตรวจติดตามขั้นตอนสำคัญของกระบวนการ เช่น ตอนเริ่มต้นหรือตอนสุดท้ายของกระบวนการผลิต

○ ข้อ 13 ภาชนะบรรจุตัวอย่างต้องติดฉลากระบุถึงสิ่งที่บรรจุอยู่ภายใน รวมทั้งหมายเลขรุ่น วันที่สุ่มตัวอย่าง และภาชนะที่ได้ทำการสุ่มตัวอย่างมา

- หมวด 7 การแจ้งการผลิตและการวิเคราะห์ กำหนดเรื่อง สัญญาจ้างต้องอธิบายอย่าง

ชัดเจนว่าผู้ได้รับผิดชอบ ต้องกำหนดว่าผู้รับจ้างจะทำการสุ่มตัวอย่างที่สถานที่ของผู้ผลิตหรือไม่ หลักเกณฑ์และวิธีการในการผลิตฯ ส่วนที่ 2

- หมวด 4 อาคารและสิ่งอำนวยความสะดวก ต้องกำหนดพื้นที่ หรือมีระบบควบคุมอื่น ๆ สำหรับกิจกรรมการสุ่มตัวอย่าง ในข้อย่อย 5.1

- หมวด 6 การดำเนินการด้านเอกสารและการบันทึกการดำเนินการผลิต (บันทึกการดำเนินการผลิตและการควบคุม) ในข้อย่อย 18.5 การดำเนินการสุ่มตัวอย่าง ต้องมีการดำเนินการด้านเอกสารเมื่อเสร็จสิ้นแต่ละขั้นตอนสำคัญในบันทึกการดำเนินการผลิต (บันทึกการดำเนินการผลิตและการควบคุม)

- หมวด 7 การจัดการวัตถุ กำหนดการสุ่มตัวอย่าง และการทดสอบวัตถุที่ใช้ในการดำเนินการผลิต

○ ข้อ 14 ตัวอย่างวัตถุที่ถูกสุ่มต้องเป็นตัวแทนของทั้งรุ่นผลิต โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างต้องระบุ หมายเลขภาชนะบรรจุที่ถูกสุ่มตัวอย่าง ตำแหน่งที่สุ่มตัวอย่าง และปริมาณของวัตถุที่ถูกสุ่มตัวอย่างในแต่ละภาชนะบรรจุ จำนวนภาชนะบรรจุ และปริมาณของตัวอย่างที่ถูกสุ่มต้องขึ้นอยู่กับแผนการสุ่มตัวอย่าง ซึ่งพิจารณาจากความสำคัญและความแปรปรวนของวัตถุ ประวัติคุณภาพที่ผ่านมาของผู้ส่งมอบ และปริมาณที่ต้องการสำหรับการวิเคราะห์

○ ข้อ 15 ต้องดำเนินการสุ่มตัวอย่างวัตถุในสถานที่ที่กำหนด และปฏิบัติตามวิธีการที่ได้ถูกออกแบบ เพื่อป้องกันการปนเปื้อน และการปนเปื้อนข้ามจากวัตถุอื่น การสุ่มตัวอย่างและการควบคุมระหว่างกระบวนการผลิต ต้องมีวิธีการปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษรสำหรับอธิบายวิธีการสุ่มตัวอย่างวัตถุในระหว่างการผลิต ผลิตภัณฑ์ระหว่างผลิต และสารออกฤทธิ์ทางเภสัชกรรมใน



ระหว่างกระบวนการผลิต แผนและวิธีการสุ่มตัวอย่างต้องอยู่บนพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์

○ ข้อ 16 การสุ่มตัวอย่างระหว่างกระบวนการผลิตต้องดำเนินการโดยใช้วิธีการปฏิบัติที่สามารถป้องกันการปนเปื้อน วัตถุที่ถูกสุ่มตัวอย่าง ผลิตภัณฑ์ระหว่างผลิต หรือสารออกฤทธิ์ทางเภสัชกรรมต้องจัดทำวิธีการปฏิบัติเพื่อให้มั่นใจในความคงสภาพของตัวอย่างหลังจากเก็บ

- หมวด 11 การควบคุมในห้องปฏิบัติการ หน่วยงานคุณภาพต้องมีเอกสารวิธีการปฏิบัติที่เกี่ยวกับวิธีการสุ่มตัวอย่าง การทดสอบ การปล่อยผ่าน ข้อกำหนด แผนการสุ่มตัวอย่าง และวิธีทดสอบต้องเหมาะสมและเป็นไปตามหลักวิชาการ เพื่อให้มั่นใจว่าวัตถุที่ผลิตผลิตภัณฑ์ระหว่างผลิต สารออกฤทธิ์ทางเภสัชกรรม และวัสดุการบรรจุเป็นไปตาม มาตรฐานที่กำหนดด้านคุณภาพ และ/หรือความบริสุทธิ์ ข้อกำหนด และวิธีทดสอบต้องสอดคล้องกับข้อกำหนดตามตำรายา และอาจมีข้อกำหนดเพิ่มเติมได้ ข้อกำหนด แผนการสุ่มตัวอย่าง และวิธีทดสอบ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทั้งหมดต้องร่างโดยหน่วยงานที่เหมาะสม มีการทบทวน และอนุมัติโดยหน่วยงานคุณภาพ

### ภาคผนวก 7 การสุ่มตัวอย่างวัตถุตั้งต้นและวัสดุการบรรจุ

ระบุหลักการสำคัญของการสุ่มตัวอย่างต้องปฏิบัติตามที่ระบุไว้ในหมวด 6 การควบคุมคุณภาพ ข้อ 11 ถึง 14 ของหลักเกณฑ์และวิธีการในการผลิตยา ส่วนที่ 1 โดยข้อกำหนดนี้ให้ใช้กับการสุ่มตัวอย่างของวัตถุตั้งต้นและวัสดุการบรรจุเท่านั้น เนื่องจากเป็นการนำวัตถุตั้งต้นหรือวัสดุการบรรจุมาแต่เพียงส่วนน้อยของแต่ละรุ่นเท่านั้น สำหรับใช้เป็นตัวแทนในการทดสอบ การสรุปผลที่ถูกต้องไม่สามารถพิจารณาได้จากการทดสอบตัวอย่างที่ไม่เป็นตัวแทนของทั้งรุ่น การสุ่มตัวอย่าง

ที่ถูกต้องจึงเป็นส่วนที่สำคัญอย่างหนึ่งของระบบประกันคุณภาพ ผู้ที่ทำหน้าที่ในการสุ่มตัวอย่างต้องผ่านการฝึกอบรมในเรื่องการเก็บตัวอย่างที่ถูกต้อง และมีการอบรมอย่างต่อเนื่อง การอบรมอย่างน้อยต้องครอบคลุมในประเด็นต่อไปนี้

1. แผนการสุ่มตัวอย่าง
2. วิธีการปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษรในการสุ่มตัวอย่าง
3. เทคนิคและเครื่องมือที่ใช้ในการสุ่มตัวอย่าง
4. ความเสี่ยงในการปนเปื้อนข้าม
5. ข้อควรระวังเกี่ยวกับสารที่ไม่คงตัวหรือสารที่ปราศจากเชื้อ
6. ความสำคัญที่ต้องพิจารณาตรวจสอบลักษณะของวัตถุตั้งต้น วัสดุการบรรจุ ภาชนะบรรจุและฉลากด้วยสายตา
7. ความสำคัญของการบันทึกสถานะที่ไม่คาดคิดหรือผิดปกติที่เกิดขึ้น

วัสดุการบรรจุ ข้อ 5 แผนการสุ่มตัวอย่าง วัสดุการบรรจุ อย่างน้อยต้องพิจารณาจากปริมาณที่รับมา คุณภาพที่ต้องการของวัสดุการบรรจุ ประเภทของวัสดุการบรรจุ เช่น วัสดุการบรรจุปฐมภูมิ วัสดุการบรรจุที่พิมพ์ข้อความ วิธีการผลิต และความรู้ในเรื่องระบบการประกันคุณภาพของผู้ผลิต วัสดุการบรรจุ ซึ่งทราบมาจากการตรวจ ประเมินระบบการประกันคุณภาพ ทั้งนี้ จำนวนตัวอย่างที่จะใช้เป็นตัวแทนของรุ่น ต้องกำหนดด้วยวิธีการทางสถิติ

จากข้อกำหนดการสุ่มตัวอย่างตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เน้นย้ำถึงแผนการสุ่มตัวอย่าง วิธีทดสอบต้องเหมาะสมใช้วิธีการปฏิบัติที่สามารถป้องกันการปนเปื้อน การปนเปื้อนข้ามและจำนวนตัวอย่างที่จะใช้เป็นตัวแทนของรุ่น ต้องกำหนดด้วยวิธีการทางสถิติเป็นไปตามหลัก



วิชาการ ทั้งหมดต้องร่างโดยหน่วยงานที่เหมาะสม มีผู้รับผิดชอบ หากเกิดการเปลี่ยนแปลง มีการ ทบทวน และอนุมัติโดยหน่วยงานที่รับผิดชอบใน ด้านคุณภาพ ประกอบกับกระบวนการสุ่มตัวอย่าง เพื่อการตรวจสอบคุณภาพสินค้า ไม่สามารถสุ่ม ตัวอย่างตรวจสอบได้ทั้งหมด จากปัจจัยข้อจำกัด ด้านเวลา ค่าใช้จ่ายในการตรวจสอบ และการ ทำลายสินค้าในบางรายการที่ต้องทำการตรวจสอบ หรือทดสอบ

มาตรฐานและแนวทางการสุ่มตัวอย่างที่ กำหนดด้วยวิธีการทางสถิติเป็นไปตามหลักวิชาการ เช่น

1. TRS 1025 - Annex 4: WHO guidelines for sampling of pharmaceutical products and related materials Annex 4, WHO Technical Report Series 1025, 20052

2. CAC, Codex Alimentarius Commission, “General Guidelines on Sampling CAC-GL-50”, 2004, p. 1-693

3. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). 2009. Guidelines on Representative Drug Sampling. United Nations New York, United Nations Publication Sales No. E.09. XI.13 ISBN 978-92-1-148241-64

4. Military Standard: MIL (MIL-STD-105A,105B, 105C, 105D, 105E) MIL-STD-105E, MIL-STD-105E (1989) –Sampling Procedures and Tables for Inspection by Attributes5

5. ANSI Standard (ANSI/ASQ Z1.4 and Z1.9) 2003 (R2018)- Sampling

Procedures and Tables Package6

6. ISO 2859-1:2003 - Sampling procedures for inspection by attributes -- Part 1: Sampling schemes indexed by acceptance quality limit (AQL) for lot-by-lot inspection7

7. มอก. 465 เล่ม 1-2554 (Tis No.465 เล่ม 1-2554) วิธีการชักตัวอย่างเพื่อการตรวจสอบ ลักษณะเชิงคุณภาพ เล่ม 1 แบบแผนการชัก ตัวอย่างระบุโดยขีดจำกัดคุณภาพที่ยอมรับ (AQL) เพื่อการตรวจสอบรุ่นต่อรุ่น8

ดังนั้นการสุ่มตัวอย่างที่ดีต้องเป็นเป็น กระบวนการและเทคนิคที่เป็นสากล ที่ต้องทำโดย เครื่องมือหรือวิธีการทางสถิติที่เหมาะสม ไปตาม หลักวิชาการ สามารถเป็นตัวแทนของกลุ่ม ประชากรหรือกลุ่มที่ต้องการสุ่มตัวอย่าง โดยขนาด ของตัวอย่างที่ต้องการสุ่ม ต้องสอดคล้องกับ ขอบเขตและเป้าหมายของการตรวจสอบ ขึ้นอยู่กับ คุณสมบัติของสิ่งที่ต้องการตัดสินใจ รวมถึงกลุ่มที่ ต้องการสุ่มตัวอย่างด้วย

### ประโยชน์ที่ได้รับ

ทำให้เข้าใจถึงหลักการและข้อกำหนดการ สุ่มตัวอย่างตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับหลักเกณฑ์และ วิธีการในการผลิตยาแผนปัจจุบัน และแก้ไข เพิ่มเติมหลักเกณฑ์และวิธีการในการผลิตยาแผน โบราณ ตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2559 ประกอบกับแนวทางการสุ่มตัวอย่างที่กำหนดด้วย วิธีการทางสถิติเป็นไปตามหลักวิชาการตามที่ กำหนดในสากล



### เอกสารอ้างอิง

1. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับหลักเกณฑ์และวิธีการในการผลิตยาแผนปัจจุบันและแก้ไขเพิ่มเติมหลักเกณฑ์และวิธีการในการผลิตยาแผนโบราณ ตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2559. สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 12 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://ratchakitcha.soc.go.th/documents/2082483.pdf>
2. TRS 1025 - Annex 4: WHO guidelines for sampling of pharmaceutical products and related materials Annex 4, WHO Technical Report Series 1025. [Internet]. 2005 [cited 2023 Jun 12]. Available from: [https://cdn.who.int/media/docs/defaultsource/medicines/normsandstandards/guidelines/qualitycontrol/trsannexguidelinessamplingpharmproducts.pdf?sfvrsn=f6273f30\\_2&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/defaultsource/medicines/normsandstandards/guidelines/qualitycontrol/trsannexguidelinessamplingpharmproducts.pdf?sfvrsn=f6273f30_2&download=true)
3. CAC, Codex Alimentarius Commission, General Guidelines on Sampling CAC-GL-50, pp.1-69. [Internet]. 2004 [cited 2023 Jun 12]. Available from: [https://www.fao.org/uploads/media/Codex\\_2004\\_sampling\\_CAC\\_GL\\_50.pdf](https://www.fao.org/uploads/media/Codex_2004_sampling_CAC_GL_50.pdf)
4. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). Guidelines on Representative Drug Sampling. United Nations New York, United Nations Publication Sales No. E.09.XI.13 ISBN 978-92-1-148241-6 [Internet]. 2009 [cited 2023 Jun 12]. Available from: [https://enfsi.eu/wpcontent/uploads/2016/09/drugs\\_sampling\\_guideline\\_unodc-enfsi.pdf](https://enfsi.eu/wpcontent/uploads/2016/09/drugs_sampling_guideline_unodc-enfsi.pdf)
5. MIL-STD-105E Sampling Procedures and Tables for Inspection by Attributes. [Internet]. 1989 [cited 2023 Jun 12]. Available from: <https://variation.com/wp-content/uploads/standards/mil-std-105e.pdf>
6. ANSI Standard (ANSI/ASQ Z1.4 and Z1.9) 2003 (R2018)- Sampling Procedures and Tables Package. [Internet]. 2018 [cited 2023 Jun 12]. Available from: [https://webstore.ansi.org/preview-pages/ASQ/preview\\_ANSI+ASQ+Z1.9+2003+\(R2018\).pdf](https://webstore.ansi.org/preview-pages/ASQ/preview_ANSI+ASQ+Z1.9+2003+(R2018).pdf)
7. ISO 2859-1:2003 - Sampling procedures for inspection by attributes -- Part 1: Sampling schemes indexed by acceptance quality limit (AQL) for lot-by-lot inspection. [Internet]. 2003 [cited 2023 Jun 12]. Available from: <https://cdn.standards.iteh.ai/samples/64505/a63e1478944e47cf9c1afdeeed54549c/ISO-2859-2-2020.pdf>
8. ประกาศกระทรวงอุตสาหกรรม ฉบับที่ 4398 (พ.ศ. 2555) ออกตามความในพระราชบัญญัติมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม พ.ศ. 2511 เรื่อง ยกเลิกมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม แผนและวิธีการชักตัวอย่าง เพื่อการตรวจสอบแผนแอตทริบิวต์และกำหนดมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม วิธีการชักตัวอย่างเพื่อการตรวจสอบลักษณะเชิงคุณภาพ เล่ม 1 แบบแผนการชักตัวอย่างระบุโดยขีดจำกัดคุณภาพที่ยอมรับ (AQL) เพื่อการตรวจสอบรุ่นต่อรุ่น. สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [เข้าถึงเมื่อ 12 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://ratchakitcha.soc.go.th/documents/1928862.pdf>



ความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดตากที่มีต่อเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐาน  
ในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภค  
ด้านสุขภาพ (คปส.) ตามคู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566  
Tak Province public health personnel opinions toward quality criteria and  
standards of primary health care services regarding the provision of  
pharmaceutical services and health consumer protection work (HCP) according  
to the quality manual for primary health service standards A.D. 2023

คัมภีร์ ตันภูมิประเทศ<sup>1</sup>

Kampee Tanpumiprated<sup>1</sup>

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดตากที่มีต่อเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คปส.) สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย เภสัชกรที่รับผิดชอบงานการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง ๆ ละ 1 คน และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดตากทุกแห่ง ๆ ละ 1 คน จำนวน 128 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม เก็บข้อมูลผ่านระบบออนไลน์ หรือ Google Form ระหว่างวันที่ 1 ถึง 20 มิถุนายน 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดตากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.53 เป็นเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงาน คปส. ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร้อยละ 56.25 ประสบการณ์ทำงานมากกว่าหรือเท่ากับ 16 ปี ร้อยละ 47.66 ระดับความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดตากที่มีต่อเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 ด้านการจัดบริการเภสัชกรรม โดยรวมอยู่ในระดับเห็นด้วยสูงมาก ด้านงาน คปส. อยู่ในระดับเห็นด้วยสูง จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะปรับแก้ไขเกณฑ์ดังนี้ 1. การมีแผนการปฏิบัติการและปฏิบัติงานจริงตามแผนอย่างน้อยปีละ 4 ครั้ง 2. การควบคุมสถานที่เก็บยาและเวชภัณฑ์ (อุณหภูมิไม่เกิน 30°C และความชื้นไม่เกิน 70%) และควรมีคำอธิบายแนวทางการประเมินอย่างละเอียด เพื่อลดปัญหาการตีความระหว่างผู้รับการประเมินกับคณะกรรมการตรวจประเมิน เพื่อให้การประเมินมีมาตรฐานและเป็นไปในแนวทางเดียวกันทั้งในระดับอำเภอ จังหวัด และประเทศ

**คำสำคัญ:** ความคิดเห็น, บุคลากรสาธารณสุข, เกณฑ์คุณภาพและมาตรฐาน, การจัดบริการเภสัชกรรม, งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

<sup>1</sup>เภสัชกรชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก

<sup>1</sup>Pharmacist, Senior Professional Level. Division of Consumer Protection and Public Health Pharmacy, Tak Provincial Public Health Office. E-mail: kampee\_t@yahoo.com



## Abstract

The purpose of this research was to study the level of opinions of public health personnel in Tak Province toward the quality criteria and standards of primary health care services A.D. 2023 in the provision of pharmaceutical services and health consumer protection section. Selective sampling the sample group consisted of 1 pharmacist responsible for the provision of pharmaceutical services and health consumer protection from general hospitals and community hospitals, and either the director of a sub-district health promotion hospital or 1 official involved in operations from each sub-district health promoting hospital in Tak Province, totaling of 128 people. The tool used was an online questionnaire created from a Google Form between 1 and 20 June 2023, data were analyzed by frequency distribution, percentage, mean ( $\bar{x}$ ) and standard deviation (S.D.) and rated the mean score into 4 levels. The results of the study found that 69.53% of health personnel in Tak Province are female, Being an officer who works in the provision of pharmaceutical services and health consumer protection (HCP) in the sub-district health promoting hospitals 56.25% with 16 years of working experience or more. The level of opinions of public health personnel in Tak Province toward the quality criteria and standards of primary health care services A.D.2023 in the area of pharmaceutical service delivery resulted in agreeing at very high level. The work on health consumer protection (HCP) resulted in agreeing at high level. According to the results of the research, the criteria should be revised as follows: 1. Having an action plan and implementing it at least 4 times a year. 2. Having the drug and medical supply storage under control (temperature not exceeding 30°C and humidity not exceeding 70%) and also a detailed explanation of the evaluation guidelines should be provided to reduce the interpretation problem between the person being evaluated and the evaluation committee, and to ensure that the assessment is standardized and consistent at the district, provincial and national levels.

**Keywords:** Opinions, Public health personnel, Quality criteria and standards, Provision of pharmaceutical services, Health consumer protection work



## บทนำ

การพัฒนาาระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Care Service) มีความสำคัญกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศที่จะทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึงเท่าเทียม และเป็นธรรมมากขึ้น สามารถลดความแออัดในโรงพยาบาลลงได้ บริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทยมีพัฒนาการมาอย่างต่อเนื่อง และยาวนานตั้งแต่ยุคของการพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ที่มุ่งเน้นให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานได้เพิ่มขึ้น (พ.ศ. 2520 – 2529) และต่อเนื่องมาเป็นการพัฒนาสถานีอนามัยที่เน้นการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นด่านแรกให้มีความทั่วถึงในทุกภูมิภาค และพัฒนากลายเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในปัจจุบันประเทศไทยมีนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น เมื่อมีการกำหนดสาระสำคัญในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 258 ข (5) ให้รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพและทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค รวมทั้งส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทย กำหนดให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม ประกาศในราชกิจจานุเบกษา มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 29 กรกฎาคม 2562<sup>1</sup> กระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

ภายใต้พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 โดยคณะอนุกรรมการคุณภาพและมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ มีบทบาทหน้าที่ในการจัดทำแนวทางการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานการกำกับดูแล พัฒนาระบบข้อมูล ติดตามประเมินผล รวบรวมวิเคราะห์ และสรุปผลการดำเนินงาน มีการปรับเปลี่ยนและพัฒนาเกณฑ์ รพ.สต. ติดตาม จากเดิมที่ประเมินว่า “มี” หรือ “ไม่มี” เป็นเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 ที่มีมิติคุณภาพที่มากกว่าเดิม เน้นให้เกิดการพัฒนาตามบริบทมากกว่าเกณฑ์ของ รพ.สต. ติดตาม<sup>2</sup> จัดทำคู่มือเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 เพื่อพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ผ่านกระบวนการพัฒนาและประเมินคุณภาพ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตากจัดประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานตามคู่มือเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 เมื่อวันที่ 21 เมษายน 2566 หลังจากนั้นคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการบริการสุขภาพปฐมภูมิ (ค.ป.ค.ม) จังหวัดตาก ร่วมประชุมติดตามประเมินผลการดำเนินงานเพื่อรับรองมาตรฐานการบริการสุขภาพปฐมภูมิ ทุกอำเภอ ในจังหวัดตาก จำนวน 9 อำเภอ ระหว่างวันที่ 6 – 16 มิถุนายน 2566 ณ หน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอละ 1 หน่วยบริการปฐมภูมิ รวมทั้งสิ้น 9 หน่วยบริการ



ปฐมภูมิ หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก ในฐานะ ค.ป.ค.ม จังหวัดตาก มีภารกิจในการลงพื้นที่ติดตามประเมินผลการดำเนินงานเพื่อรับรองมาตรฐานการบริการสุขภาพปฐมภูมิเกี่ยวข้องกับส่วนที่ 7 ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คปส.) มีรายการประเมิน 79 ข้อ คิดเป็น 79 คะแนน การประเมินแบ่งออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการจัดบริการเภสัชกรรม คะแนนเต็ม 62 คะแนน และด้านงาน คปส. คะแนนเต็ม 17 คะแนน คะแนนที่ผ่านเกณฑ์ทั้ง 2 ด้านต้องมากกว่าหรือเท่ากับ 64 คะแนน การลงพื้นที่ของ ค.ป.ค.ม จังหวัดตากกำหนดลงเพียง 9 หน่วยบริการปฐมภูมิ เนื่องจากระยะเวลาในการดำเนินงานที่จำกัด จึงควรมีการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมใน รพ.สต. ที่ยังไม่ได้เข้าประเมิน เพิ่มเติมมุมมองของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นผู้บริหารที่ทำหน้าที่กำหนดนโยบาย เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน เพื่อวิเคราะห์สภาพปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งจะทำให้สามารถเข้าใจถึงบริบท และพัฒนาได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไป<sup>3</sup> ดังนั้นการรับทราบรายละเอียดปัญหา อุปสรรค แนวทางพัฒนา ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่มีต่อเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงาน คปส. จากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจากโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง รพ.สต. ทุกแห่งของจังหวัดตาก จะส่งผลดีและเกิดประโยชน์ต่องานบริการเภสัชกรรมและงาน คปส. ของจังหวัดตาก นำไปสู่การส่งเสริมและ

พัฒนา การดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดประสิทธิผล ประกอบกับยังไม่มีเคยมีผู้ทำการศึกษา มาก่อน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดตากที่มีต่อเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงาน คปส. ตามคู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2566 นำไปสู่การพัฒนาเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิต่อไป

#### วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาระดับความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดตากที่มีต่อเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คปส.)

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross Sectional-Descriptive Research) ด้วยการใช้แบบสอบถามเพื่อเก็บข้อมูล ทำการศึกษาตั้งแต่ 1 – 20 มิถุนายน 2566 ได้รับการรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก เลขที่โครงการวิจัย 009/2566

#### 1. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง คือ เภสัชกรที่รับผิดชอบงานการจัดบริการเภสัชกรรมและงาน คปส. โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนทุก



แห่ง ๆ ละ 1 คน และผู้อำนวยการ รพ.สต. หรือเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับเกณฑ์หัวข้อการจัดการบริการเภสัชกรรมและงาน คบส. จาก รพ.สต. ในจังหวัดตากทุกแห่ง ๆ ละ 1 คน รวมทั้งสิ้น 128 คน

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยอ้างอิงจากคู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 ในมาตรฐานด้านการจัดการบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คบส.) จัดทำแบบสอบถามผ่านระบบออนไลน์ ในรูปแบบของ Google form เข้าถึงด้วย QR code แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคล** ได้แก่ เพศ ตำแหน่ง และประสบการณ์ทำงานด้านการจัดการบริการเภสัชกรรมและงาน คบส.

**ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นต่อเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 ด้านการจัดการบริการเภสัชกรรม** โดยสำรวจระดับความคิดเห็น พร้อมกับปัญหาและข้อเสนอแนะเป็นรายชื่อ แบ่งออกเป็น 4 หัวข้อ ประกอบด้วย 1. การบริหารจัดการระบบยา (3 ข้อ) 2. การคัดเลือก การส่งมอบยาที่ปลอดภัย และมีคุณภาพ (8 ข้อ) 3. คลังยาและเวชภัณฑ์ (31 ข้อ) และ 4. การใช้ยาอย่างปลอดภัยและมีความสมเหตุผล (20 ข้อ)

**ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นต่อเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 ด้านงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คบส.)** ซึ่งมี 1 หัวข้อ ได้แก่ งานคุ้มครองผู้บริโภค (17 ข้อ)

โดยในส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 แต่ละข้อคำถามจะมีการให้คำตอบเป็นแบบมาตราลิกิธ (Likert scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

- |                     |             |
|---------------------|-------------|
| - เห็นด้วยมากที่สุด | ให้ 5 คะแนน |
| - เห็นด้วยมาก       | ให้ 4 คะแนน |
| - เห็นด้วยปานกลาง   | ให้ 3 คะแนน |
| - เห็นด้วยน้อย      | ให้ 2 คะแนน |
| - ไม่เห็นด้วย       | ให้ 1 คะแนน |

แบบสอบถามนี้มีการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ที่มีประสบการณ์งานเภสัชกรรมปฐมภูมิ และ คบส. ได้แก่ 1) นายเฉลิม กล่อมเกลี้ยง นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการวิชาการ) ประธาน ค.ป.ค.ม จังหวัดตาก 2) เภสัชกรสิทธิพิทักษ์อยู่ หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช 3) เภสัชกรวรุตม์ อีอดทรัพย์ หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลบ้านตาก ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective : IOC) เท่ากับ 1 มีการทดลองใช้และมีการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ ก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง<sup>4</sup>

การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยนำข้อมูลที่ได้คำนวณหาค่าความเชื่อมั่น ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)<sup>5</sup> ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.98

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประสานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ (9 อำเภอ) เพื่อชี้แจงรายละเอียดและขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลในพื้นที่ โดยส่งแบบสอบถามออนไลน์ไปยัง รพ.สต. ทุกแห่ง ขอความร่วมมือผู้อำนวยการ รพ.สต. หรือเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้อง



- กับเกณฑ์ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงาน คบส. ให้ข้อมูลผ่านระบบออนไลน์ 1 คน ต่อ 1 รพ.สต.
2. ประสานหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง ในการส่งแบบสอบถาม ออนไลน์ ไปยังเภสัชกรที่รับผิดชอบงานการจัดบริการเภสัชกรรมและงาน คบส. 1 คน ต่อ 1 โรงพยาบาล

- คะแนน 2.01 – 3.00 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง
- คะแนน 3.01 – 4.00 หมายถึง เห็นด้วยสูง
- คะแนน 4.01 – 5.00 หมายถึง เห็นด้วยสูงมาก

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลในส่วนที่ 1 โดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ ในส่วนที่ 2 และ 3 นำคะแนนที่ได้แต่ละข้อหาค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) แล้วจัดระดับคะแนนค่าเฉลี่ย กำหนดเกณฑ์เป็น 4 ระดับดังนี้

- คะแนน 1.00 – 2.00 หมายถึง เห็นด้วยต่ำ

### ผลการศึกษา

#### ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคล

พบว่าบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดตาก ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 69.53 มีตำแหน่งเป็นเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับเกณฑ์ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงาน คบส. ใน รพ.สต. คิดเป็นร้อยละ 56.25 มีประสบการณ์ทำงานด้านการจัด บริการเภสัชกรรมและงาน คบส. มากกว่าหรือเท่ากับ 16 ปี ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คบส.) ในจังหวัดตาก (n = 128)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	39	30.47
หญิง	89	69.53
ตำแหน่ง		
เภสัชกรที่รับผิดชอบงาน	9	7.03
ผู้อำนวยการ รพ.สต.	17	36.72
เจ้าหน้าที่ใน รพ.สต. ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับเกณฑ์	72	56.25
ประสบการณ์ทำงานด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงาน คบส.		
≤ 5 ปี	28	21.88
6 - 10 ปี	22	17.19
11 - 15 ปี	17	13.28
≥ 16 ปี	61	47.66

#### ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นต่อเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 ด้านการจัดบริการเภสัชกรรม

สำรวจความคิดเห็น และข้อเสนอแนะเป็นรายชื่อ 4 หัวข้อ ได้แก่ 1. การบริหารจัดการระบบยา



2. การคัดเลือก การส่งมอบยาที่ปลอดภัยและมีคุณภาพ 3. คลังยาและเวชภัณฑ์ และ 4. การใช้ยาอย่างปลอดภัยและมีความสมเหตุสมผล

ตารางที่ 2 ระดับความคิดเห็นที่มีต่อเกณฑ์ด้านการจัดการบริการเภสัชกรรมในหัวข้อที่ 1 การบริหารจัดการระบบยา

หัวข้อการประเมิน	ระดับความคิดเห็น		
	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
1.1 การบริหารจัดการระบบยาโดยการมีส่วนร่วมของเภสัชกร รพ.แม่ข่าย กับ รพ.สต.			
- มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดในการจัดการระบบยาระดับอำเภอ	4.27	0.70	เห็นด้วยสูงมาก
- มีแผนการปฏิบัติการและปฏิบัติงานจริงตามแผนอย่างน้อยปีละ 4 ครั้ง	3.24	0.79	เห็นด้วยสูง
- มีการสนับสนุนวิชาการจากเภสัชกร รพ.แม่ข่าย ได้แก่ การจัดอบรมวิชาการ คู่มือ/สื่อการใช้ยาใน รพ.สต.	4.49	0.72	เห็นด้วยสูงมาก
<b>สรุปภาพรวมทั้งหมด</b>	<b>4.00</b>	<b>0.74</b>	<b>เห็นด้วยสูง</b>

จากตารางที่ 2 พบว่ามีการสนับสนุนวิชาการจากเภสัชกร รพ.แม่ข่าย ได้แก่ การจัดอบรมวิชาการ, คู่มือ/สื่อการใช้ยาใน รพ.สต. มีค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดเห็นมากที่สุด 4.49 อยู่ในระดับเห็น

ด้วยสูงมาก มีแผนการปฏิบัติการและปฏิบัติงานจริงตามแผนอย่างน้อยปีละ 4 ครั้ง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดเห็นน้อยที่สุด 3.24 อยู่ในระดับเห็นด้วยสูง

ตารางที่ 3 ระดับความคิดเห็นที่มีต่อเกณฑ์ด้านการจัดการบริการเภสัชกรรมในหัวข้อที่ 2 การคัดเลือก การส่งมอบยาที่ปลอดภัยและมีคุณภาพ

หัวข้อการประเมิน	ระดับความคิดเห็น		
	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
2.1 มียาใช้อย่างเหมาะสม และเพียงพอ			
- มีบัญชีรายการยา รพ.สต.	4.70	0.52	เห็นด้วยสูงมาก
- มียาช่วยชีวิตใน รพ.สต. และคู่มือการใช้ยาช่วยชีวิต	4.73	0.50	เห็นด้วยสูงมาก
- มีหลักเกณฑ์หรือขอบเขตในการสั่งใช้ยาที่สอดคล้องกับศักยภาพผู้สั่งใช้ยา	4.59	0.58	เห็นด้วยสูงมาก
<b>สรุปภาพรวม</b>	<b>4.67</b>	<b>0.53</b>	<b>เห็นด้วยสูงมาก</b>
2.2 มีการเฝ้าระวังการใช้ยาเพื่อลดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในกลุ่มผู้ป่วยแพ้ยาล และผู้ป่วยที่ใช้ยาเสี่ยงสูง เช่น Warfarin			
- มีฐานข้อมูลผู้ป่วยแพ้ยาล	3.98	0.65	เห็นด้วยสูง
- มีฐานข้อมูลผู้ป่วยที่ใช้ยาเสี่ยงสูง เช่น Warfarin	4.56	0.66	เห็นด้วยสูงมาก
- มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยแพ้ยาลโดยการติดสติ๊กเกอร์ใน Family Folder หรือวิธีการอื่นใด	4.55	0.61	เห็นด้วยสูงมาก
- มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ใช้ยาเสี่ยงสูง เช่น Warfarin โดยการติดสติ๊กเกอร์ใน Family Folder หรือวิธีการอื่นใด	4.55	0.65	เห็นด้วยสูงมาก
- มีแนวทางหรือการออกบัตรแพ้ยาลเบื้องต้นให้แก่ผู้ป่วย ไปประเมินแพ้ยาลต่อที่โรงพยาบาลโดยเภสัชกร	3.99	0.20	เห็นด้วยสูง
<b>สรุปภาพรวม</b>	<b>4.33</b>	<b>0.55</b>	<b>เห็นด้วยสูงมาก</b>
<b>สรุปภาพรวมทั้งหมด</b>	<b>4.50</b>	<b>0.54</b>	<b>เห็นด้วยสูงมาก</b>



การคัดเลือก การส่งมอบยาที่ปลอดภัย และมีคุณภาพ ประเด็นการประเมินที่ 2.1 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดเห็นมากที่สุด 4.67 อยู่ในระดับเห็นด้วยสูงมาก รายการประเมินมียาช่วยชีวิต

ใน รพ.สต. และคู่มือการใช้ยาช่วยชีวิต มีค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดเห็นมากที่สุด 4.73 อยู่ในระดับเห็นด้วยสูงมาก มีฐานข้อมูลผู้ป่วยแพทย์ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดเห็นน้อยที่สุด 3.98 อยู่ในระดับเห็นด้วยสูง ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 4 ระดับความคิดเห็นที่มีต่อเกณฑ์ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมในหัวข้อที่ 3 คลังยาและเวชภัณฑ์

หัวข้อการประเมิน	ระดับความคิดเห็น		
	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
3.1 มีสถานที่จัดเก็บยาและเวชภัณฑ์ตามมาตรฐานและจัดเก็บอย่างเหมาะสม			
- ประตุมีกุญแจล็อก 2 ชั้น	4.40	0.79	เห็นด้วยสูงมาก
- มีแนวทางการเปิด/ปิด คลังยาชัดเจน	4.46	0.73	เห็นด้วยสูงมาก
- ไม่พบยาและเวชภัณฑ์วางบนพื้นโดยตรง	4.60	0.58	เห็นด้วยสูงมาก
- มีการแยกประเภทยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุทางการแพทย์ และวัสดุอื่น ๆ ชัดเจน	4.69	0.48	เห็นด้วยสูงมาก
สรุปรวม	4.54	0.64	เห็นด้วยสูงมาก
3.2 มีการควบคุมสถานที่เก็บยาและเวชภัณฑ์เป็นไปตามมาตรฐาน			
- มีการบันทึกอุณหภูมิและความชื้น	4.55	0.65	เห็นด้วยสูงมาก
- บันทึกอุณหภูมิและความชื้นเป็นปัจจุบัน	4.53	0.61	เห็นด้วยสูงมาก
- ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (อุณหภูมิไม่เกิน 30°C และความชื้นไม่เกิน 70%)	3.99	1.12	เห็นด้วยสูง
- คลังยาสามารถป้องกันสัตว์และแมลงได้	4.49	0.66	เห็นด้วยสูงมาก
สรุปรวม	4.39	0.76	เห็นด้วยสูงมาก
3.3 มีการเฝ้าระวังการใช้ยาเพื่อลดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในกลุ่มผู้ป่วยแพทย์ และผู้ป่วยที่ใช้ยาเสี่ยงสูง เช่น Warfarin			
- สุ่ม stock card นับยา 10 รายการ ตรงทุกรายการ	4.37	0.71	เห็นด้วยสูงมาก
- มีใบเบิกยาจากคลังยาโรงพยาบาล และมีการลงนามครบถ้วน (ผู้เบิก ผู้จ่าย ผู้รับ ผู้อนุมัติ)	4.44	0.72	เห็นด้วยสูงมาก
- ใบเบิกยาจากคลังยา รพ. สอดคล้องกับ stock card	4.48	0.61	เห็นด้วยสูงมาก
- มีใบเบิกยาจากคลังยา รพ.สต. ไปยังจุดจ่ายและมีการลงนามครบถ้วน (ผู้เบิก ผู้จ่าย ผู้รับ ผู้อนุมัติ)	4.34	0.71	เห็นด้วยสูงมาก
- ใบเบิกยาจากคลังยา รพ.สต. สอดคล้องกับ stock card	4.45	0.60	เห็นด้วยสูงมาก
สรุปรวม	4.34	0.71	เห็นด้วยสูงมาก
3.4 การสำรองยาและเวชภัณฑ์เพียงพอ			
- ไม่มียาขาด stock ในคลังยาหรือจุดจ่ายยา	4.34	0.71	เห็นด้วยสูงมาก
สรุปรวม	4.42	0.67	เห็นด้วยสูงมาก
3.5 มีระบบการควบคุมยาหมดอายุ			
- ไม่พบยาและเวชภัณฑ์ที่มีอายุเสื่อมสภาพหรือหมดอายุ	4.63	0.59	เห็นด้วยสูงมาก
- ระบุวันเปิด วันหมดอายุของยา multiple dose และ ยา pre-pack	4.56	0.57	เห็นด้วยสูงมาก
- มีการจัดเรียงยาแบบ first expired first use	4.63	0.55	เห็นด้วยสูงมาก
สรุปรวม	4.61	0.57	เห็นด้วยสูงมาก



ตารางที่ 4 ระดับความคิดเห็นที่มีต่อเกณฑ์ด้านการจัดการบริการเภสัชกรรมในหัวข้อที่ 3 คลังยาและเวชภัณฑ์ (ต่อ)

หัวข้อการประเมิน	ระดับความคิดเห็น		
	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
<b>3.6 ตู้เย็นเก็บยา ตามมาตรฐาน (แยกตู้เย็นเก็บยาและตู้เย็นเก็บวัคซีน)</b>			
- อุณหภูมิขณะตรวจ 2 – 8 °C และอุณหภูมิช่องแช่แข็ง อยู่ระหว่าง -15 ถึง -25 °C (เฉพาะตู้เย็นเก็บวัคซีน)	4.61	0.51	เห็นด้วยสูงมาก
- การจัดเก็บยาเป็นไปตามหลักวิชาการ	4.60	0.52	เห็นด้วยสูงมาก
- บันทึกอุณหภูมิสม่ำเสมอ เป็นปัจจุบัน	4.52	0.61	เห็นด้วยสูงมาก
- เทอร์มิเตอร์ได้มาตรฐาน มีสติ๊กเกอร์รับรองผ่านการสอบเทียบและไม่หมดอายุ	4.48	0.66	เห็นด้วยสูงมาก
- ไม่เก็บยาและวัคซีนปะปนกันและเป็นระเบียบเรียบร้อย	4.64	0.56	เห็นด้วยสูงมาก
- ไม่มีอาหารและเครื่องดื่ม	4.66	0.57	เห็นด้วยสูงมาก
- ฝาตู้เย็นมีขวดน้ำสีหรือเติมเกลือ หรือปิดโฟมเพื่อควบคุมอุณหภูมิ	4.61	0.56	เห็นด้วยสูงมาก
สรุปภาพรวม	4.59	0.57	เห็นด้วยสูงมาก
<b>3.7 ตู้เย็นเก็บวัคซีน ตามมาตรฐาน(แยกตู้เย็นเก็บยาและตู้เย็นเก็บวัคซีน)</b>			
- อุณหภูมิขณะตรวจ 2 – 8 °C และอุณหภูมิช่องแช่แข็ง อยู่ระหว่าง -15 ถึง -25 °C (เฉพาะตู้เย็นเก็บวัคซีน)	4.64	0.54	เห็นด้วยสูงมาก
- การจัดเก็บยาเป็นไปตามหลักวิชาการ	4.63	0.56	เห็นด้วยสูงมาก
- บันทึกอุณหภูมิสม่ำเสมอ เป็นปัจจุบัน	4.62	0.56	เห็นด้วยสูงมาก
- เทอร์มิเตอร์ได้มาตรฐาน มีสติ๊กเกอร์รับรองผ่านการสอบเทียบและไม่หมดอายุ	4.60	0.58	เห็นด้วยสูงมาก
- ไม่เก็บยาและวัคซีนปะปนกันและเป็นระเบียบเรียบร้อย	4.69	0.51	เห็นด้วยสูงมาก
- ไม่มีอาหารและเครื่องดื่ม	4.70	0.52	เห็นด้วยสูงมาก
- ฝาตู้เย็นมีขวดน้ำสีหรือเติมเกลือ หรือปิดโฟมเพื่อควบคุมอุณหภูมิ	4.65	0.54	เห็นด้วยสูงมาก
สรุปภาพรวม	4.65	0.55	เห็นด้วยสูงมาก
<b>สรุปภาพรวมทั้งหมด</b>	<b>4.50</b>	<b>0.64</b>	<b>เห็นด้วยสูงมาก</b>

จากตารางที่ 4 หัวข้อที่ 3 คลังยาและเวชภัณฑ์ พบว่าประเด็นการประเมินที่ 3.7 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดเห็นมากที่สุด 4.65 อยู่ในระดับเห็นด้วยสูงมาก ประเด็นการประเมินที่ 3.4 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดเห็นน้อยที่สุด 4.34 อยู่ในระดับเห็นด้วยสูงมาก รายการประเมินไม่มีอาหารและเครื่องดื่ม ไม่เก็บยาและวัคซีนปะปนกันและเป็น

ระเบียบเรียบร้อย มีค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดเห็นมากที่สุด 4.70 อยู่ในระดับเห็นด้วยสูงมาก ส่วนรายการประเมิน ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (อุณหภูมิไม่เกิน 30°C และความชื้นไม่เกิน 70%) มีค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดเห็นน้อยที่สุด 3.99 อยู่ในระดับเห็นด้วยสูง



ตารางที่ 5 ระดับความคิดเห็นที่มีต่อเกณฑ์ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมในหัวข้อที่ 4 การใช้ยาอย่างปลอดภัยและมีความสมเหตุสมผล

หัวข้อการประเมิน	ระดับความคิดเห็น		
	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
4.1 มีการส่งมอบยาให้ผู้ป่วยอย่างถูกต้องและเหมาะสม และมีการเฝ้าระวังการเกิดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication Error) เพื่อส่งเสริมให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้มารับบริการ			
- มีการส่งมอบยาที่ถูกต้องตามมาตรฐาน	4.62	0.56	เห็นด้วยสูงมาก
- ยาที่ส่งมอบมีข้อมูลครบถ้วน ระบุสถานที่บริการ ชื่อผู้ป่วย วันที่จ่ายยา ชื่อยา วิธีใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา	4.59	0.55	เห็นด้วยสูงมาก
- มีการบันทึกอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication Error)	4.41	0.75	เห็นด้วยสูงมาก
- มีแนวทางป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาใน รพ.สต.	4.52	0.68	เห็นด้วยสูงมาก
สรุปภาพรวม	4.54	0.63	เห็นด้วยสูงมาก
4.2 มีการจัดทำเครื่องมือเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้อง ปลอดภัย			
- ฉลากยาเป็นไปตามมาตรฐาน	4.53	0.69	เห็นด้วยสูงมาก
- มีฉลากเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ได้แก่ มีฉลากยาภาษาไทย และมีฉลากยาเสริม	4.63	0.58	เห็นด้วยสูงมาก
- มีฉลากช่วยในการใช้ยา	4.49	0.74	เห็นด้วยสูงมาก
- มีสื่อส่งเสริมการใช้ยาที่ปลอดภัย	4.52	0.74	เห็นด้วยสูงมาก
สรุปภาพรวม	4.53	0.69	เห็นด้วยสูงมาก
4.3 มีการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล			
- มีแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ	4.63	0.56	เห็นด้วยสูงมาก
- มีแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคท้องร่วงเฉียบพลัน	4.65	0.54	เห็นด้วยสูงมาก
- มีแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ	4.60	0.58	เห็นด้วยสูงมาก
- ร้อยละของการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ไม่เกินร้อยละ 20	4.54	0.63	เห็นด้วยสูงมาก
- ร้อยละของการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคในโรคท้องร่วงเฉียบพลัน ไม่เกินร้อยละ 20	4.55	0.64	เห็นด้วยสูงมาก
- แนวทางการใช้ยาในกลุ่มโรค NCD	4.61	0.58	เห็นด้วยสูงมาก
- มีแนวทางการเฝ้าระวังการใช้ยาในหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร	4.68	0.52	เห็นด้วยสูงมาก
- มีแนวทางการเฝ้าระวังการใช้ยาในผู้ป่วยไตเรื้อรัง ระดับ 3 ขึ้นไป กับ การใช้ยา NSAIDs	4.62	0.58	เห็นด้วยสูงมาก
- มีแนวทางการเฝ้าระวังการใช้ยาในกลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน	4.61	0.56	เห็นด้วยสูงมาก
สรุปภาพรวม	4.61	0.58	เห็นด้วยสูงมาก



ตารางที่ 5 ระดับความคิดเห็นที่มีต่อเกณฑ์ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมในหัวข้อที่ 4 การใช้ยาอย่างปลอดภัยและมีความสมเหตุผล (ต่อ)

หัวข้อการประเมิน	ระดับความคิดเห็น		
	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
4.4 มีการติดตามการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน			
- มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการติดตามการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพโรคเรื้อรังของผู้ป่วย	4.42	0.71	เห็นด้วยสูงมาก
- มีการติดตามเยี่ยมหรือการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์หรือทางไลน์และแนะนำการใช้ยาโรคเรื้อรังและผลิตภัณฑ์สุขภาพต่อที่บ้านโดยเภสัชกร	4.34	0.80	เห็นด้วยสูงมาก
- มีการบันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยใน Family Folder หรือวิธีการอื่นใด	4.43	0.70	เห็นด้วยสูงมาก
สรุปภาพรวม	4.40	0.73	เห็นด้วยสูงมาก
สรุปภาพรวมทั้งหมด	4.52	0.66	เห็นด้วยสูงมาก

จากตารางที่ 5 หัวข้อที่ 4 การใช้ยาอย่างปลอดภัยและมีความสมเหตุผล พบว่าประเด็นการประเมินที่ 4.3 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดเห็นมากที่สุด 4.61 อยู่ในระดับเห็นด้วยสูงมาก รายการประเมินมีแนวทางการเฝ้าระวังการใช้ยาในหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร ค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดเห็นมากที่สุด 4.68 อยู่ในระดับเห็นด้วยสูงมาก มีการติดตามเยี่ยมหรือการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ หรือทางไลน์และแนะนำการใช้ยาโรคเรื้อรังและผลิตภัณฑ์สุขภาพต่อที่บ้านโดยเภสัชกร มีค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดเห็นน้อยที่สุด 4.34 อยู่ในระดับเห็นด้วยสูงมาก

จากตารางที่ 2 – 5 พบว่าประเด็นการประเมินที่ 2.1 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดเห็นมากที่สุด 4.67 อยู่ในระดับเห็นด้วยสูงมาก ส่วนประเด็นการประเมินที่ 1.1 ค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดเห็นน้อยที่สุด 4.00 อยู่ในระดับเห็นด้วยสูง

รายการประเมินมียาช่วยชีวิตใน รพ.สต. และคู่มือการใช้ยาช่วยชีวิต มีค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดเห็นมากที่สุด 4.73 อยู่ในระดับเห็นด้วยสูงมาก ส่วนรายการประเมิน มีแผนการปฏิบัติการและปฏิบัติงานจริงตามแผนอย่างน้อยปีละ 4 ครั้ง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดเห็นน้อยที่สุด 3.24 อยู่ในระดับเห็นด้วยสูง

ตารางที่ 6 สรุปภาพรวมของระดับความคิดเห็นที่มีต่อเกณฑ์ด้านการจัดบริการเภสัชกรรม

หัวข้อ	ระดับความคิดเห็น		
	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
1. การบริหารจัดการระบบยา	4.00	0.74	เห็นด้วยสูง
2. การคัดเลือก การส่งมอบยาที่ปลอดภัย และมีคุณภาพ	4.50	0.54	เห็นด้วยสูงมาก
3. คลังยาและเวชภัณฑ์	4.50	0.64	เห็นด้วยสูงมาก
4. การใช้ยาอย่างปลอดภัยและมีความสมเหตุผล	4.52	0.66	เห็นด้วยสูงมาก
สรุปภาพรวม	4.38	0.64	เห็นด้วยสูงมาก

จากตารางที่ 6 พบว่าความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดตากต่อเกณฑ์

คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 ด้านการจัดบริการเภสัชกรรม



โดยรวม มีค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดเห็นเท่ากับ 4.38 อยู่ในระดับเห็นด้วยสูงมาก หัวข้อที่ 2 การคัดเลือก การส่งมอบยาที่ปลอดภัย และมีคุณภาพ, หัวข้อที่ 3 คลังยาและเวชภัณฑ์ และ หัวข้อที่ 4 การใช้ยาอย่างปลอดภัยและมีความ

สมเหตุผล มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.50, 4.50 และ 4.52 ตามลำดับ อยู่ในระดับเห็นด้วยสูงมาก ส่วนหัวข้อที่ 1 การบริหารจัดการระบบยามี ค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดเห็นน้อยที่สุด เท่ากับ 4.00 อยู่ในระดับเห็นด้วยสูง

### ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นต่อเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 ดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คปส.)

ได้ดำเนินการสำรวจความคิดเห็นด้านงาน คปส. ซึ่งมีเพียง 1 หัวข้อหลัก ได้แก่ งานคุ้มครองผู้บริโภค ประกอบด้วยหัวข้อในการประเมิน 6 ข้อ รวมทั้งสิ้น 17 คะแนน

ตารางที่ 7 ระดับความคิดเห็นที่มีต่อเกณฑ์ดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คปส.)

หัวข้อการประเมิน	ระดับความคิดเห็น		
	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
<b>1.1 การบริหารจัดการงานคุ้มครองผู้บริโภคระดับอำเภอ โดยการมีส่วนร่วมของเภสัชกร รพ.แม่ข่าย ร่วมกับ รพ.สต.</b>			
- มีคณะทำงานคุ้มครองผู้บริโภคระดับอำเภอ	4.46	0.79	เห็นด้วยสูงมาก
- มีแผนการปฏิบัติการและแผนดำเนินการมีการออกปฏิบัติงานจริง	4.38	0.78	เห็นด้วยสูงมาก
- มีการวางแผนขับเคลื่อนงาน คปส. โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย	4.33	0.76	เห็นด้วยสูงมาก
- การติดตามประเมินผลและการคืนข้อมูลงาน คปส. ให้คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ	4.29	0.81	เห็นด้วยสูงมาก
สรุปภาพรวม	4.36	0.79	เห็นด้วยสูงมาก
<b>1.2 มีการดำเนินการตรวจสอบเฝ้าระวังอาหารสด อาหารแปรรูป ในร้านค้า/ร้านชำ ตลาดนัด รถขายอาหารสด</b>			
- มีการดำเนินการตรวจสอบ เฝ้าระวังอาหารสด อาหารแปรรูปโดยชุดทดสอบอย่างง่าย	3.97	0.90	เห็นด้วยสูง
- ให้ความรู้หรือคำแนะนำกับผู้ประกอบการร้านค้า/ร้านชำ รถขายอาหารสด	4.07	0.87	เห็นด้วยสูงมาก
- มีการแก้ไขปัญหาอย่างน้อย 1 ประเด็นปัญหา เช่น ตรวจสอบเชิงรุกทำประชาคมแก้ไขปัญหา จัดโครงการอบรม	3.89	0.88	เห็นด้วยสูง
- มีการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เช่น อสม. ผู้ประกอบการ ครู/นักเรียน อย.น้อย	4.00	0.85	เห็นด้วยสูง
สรุปภาพรวม	3.98	0.87	เห็นด้วยสูง
<b>1.3 ร้านค้า/ร้านชำ และบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ไม่พบผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมาย</b>			
- ไม่พบผลิตภัณฑ์ผิดกฎหมาย ทั้งร้านค้า/ร้านชำ	3.90	0.99	เห็นด้วยสูง
- ไม่พบยากลุ่มเสี่ยงที่บ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	3.93	0.97	เห็นด้วยสูง
- ไม่พบผลิตภัณฑ์ผิดกฎหมายที่บ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	3.98	0.98	เห็นด้วยสูง
สรุปภาพรวม	3.93	0.98	เห็นด้วยสูง



ตารางที่ 7 ระดับความคิดเห็นที่มีต่อเกณฑ์ด้านงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คปส.) (ต่อ)

หัวข้อการประเมิน	ระดับความคิดเห็น		
	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
1.4 ผู้จำหน่ายในร้านค้า ร้านชำมีองค์ความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ			
- ผู้จำหน่ายในร้านค้าร้านชำมีองค์ความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพครบ 3 ข้อ	3.84	0.87	เห็นด้วยสูง
- ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความรู้เกี่ยวกับยากลุ่มเสี่ยง และผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมาย	3.84	0.88	เห็นด้วยสูง
สรุปรวม	3.84	0.86	เห็นด้วยสูง
1.5 มีการพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค เช่น อสม. ครู/นักเรียน อย.น้อย ผู้ประกอบการร้านค้า แผงลอยจำหน่ายอาหาร ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เครือข่ายเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคในระดับอำเภอ			
- มีการจัดอบรมให้แก่กลุ่มเป้าหมาย 4 กลุ่ม ได้แก่ 1. นักเรียน 2. ผู้ประกอบการ 3. ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 4. เครือข่าย คปส.	3.97	0.98	เห็นด้วยสูง
สรุปรวม	3.97	0.98	เห็นด้วยสูง
1.6 เครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคในพื้นที่ที่มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาด้านการคุ้มครองผู้บริโภคที่สอดคล้องกับปัญหาในพื้นที่ (One Tambon One Project : OTOP)			
- มีโครงการหรือกิจกรรมเชิงรุก เพื่อแก้ไขปัญหา ด้าน คปส. ในพื้นที่ จำนวน 2 กลุ่มขึ้นไป	3.85	0.97	เห็นด้วยสูง
- มีการมีส่วนร่วมของเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภค	4.05	0.87	เห็นด้วยสูงมาก
- ประเด็นการแก้ไขปัญหาสอดคล้องกับ OTOP	3.84	0.97	เห็นด้วยสูง
สรุปรวม	3.91	0.94	เห็นด้วยสูง
สรุปรวมทั้งหมด	4.00	0.90	เห็นด้วยสูง

จากตารางที่ 7 งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คปส.) พบว่าประเด็นการประเมินที่ 1.1 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดเห็นมากที่สุด 4.36 อยู่ในระดับเห็นด้วยสูงมาก ประเด็นการประเมินที่ 1.4 ค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดเห็นน้อยที่สุด 3.84 อยู่ในระดับเห็นด้วยสูง รายการประเมินมีคณะทำงานคุ้มครองผู้บริโภคระดับอำเภอ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดเห็นมากที่สุด 4.46 อยู่ในระดับเห็นด้วยสูงมาก รายการประเมินผู้จำหน่ายในร้านค้า ร้านชำมีองค์ความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพครบ 3 ข้อ และผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความรู้เกี่ยวกับยากลุ่มเสี่ยง และผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมาย มีค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดเห็นน้อยที่สุด 3.84 เท่ากัน อยู่ในระดับเห็นด้วยสูง

### สรุปและอภิปรายผล

#### ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคล

พบว่าเป็นเพศหญิงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 69.53 มีตำแหน่งเป็นเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับเกณฑ์ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงาน คปส. ใน รพ.สต. คิดเป็นร้อยละ 56.25 ประสบการณ์ทำงานด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงาน คปส. มากกว่าหรือเท่ากับ 16 ปี สอดคล้องกับ ประชากรณ์ ทัพโพธิ์<sup>6</sup> กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีตำแหน่งเป็นผู้ปฏิบัติงานใน รพ.สต. ประสบการณ์ทำงานใน รพ.สต. โดยเฉลี่ย 15.03 ปี และสุทิศา อาภาเภสัช<sup>7</sup> พบว่า อายุราชการมีผลต่อการพัฒนาระบบบริการใน รพ.สต. อาจกล่าวได้ว่าเป็นผู้มีประสบการณ์ในการทำงานมากจึงมีผลต่อการพัฒนาการดำเนินงาน



## ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นต่อเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 ด้านการจัดบริการเภสัชกรรม

ระดับความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดตากที่มีต่อเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมทั้ง 4 หัวข้อ โดยรวมอยู่ในระดับเห็นด้วยสูงมาก แสดงให้เห็นว่าบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดตากที่มีประสบการณ์ทำงานด้านการจัด บริการเภสัชกรรมตั้งแต่ 16 ปี ขึ้นไป จะให้ความสำคัญกับงาน และเห็นด้วยกับหัวข้อการประเมินนี้เป็นอย่างมาก สอดคล้องกับ สาโรจน์ ประพรมมา<sup>8</sup> พบว่าความพึงพอใจในการปฏิบัติงานแตกต่างกันตามระยะเวลาในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข กลุ่มที่มีความพึงพอใจในระดับสูง มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานเฉลี่ย 14 ปี เช่นเดียวกับ นพดล นพมณี<sup>9</sup> พบว่าด้านทัศนคติในการพัฒนาตามเกณฑ์มาตรฐาน รพ.สต. ติดตามภาพรวม และรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับสูง

ประเด็นการประเมินที่มีความคิดเห็นอยู่ในระดับเห็นด้วยสูงมาก ได้แก่ มียาใช้อย่างเหมาะสมและเพียงพอ ตู้เย็นเก็บวัคซีนตามมาตรฐาน (แยกตู้เย็นเก็บยาและตู้เย็นเก็บวัคซีน) มีระบบการควบคุมยาหมดอายุ และมีการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ส่วนประเด็นการประเมินที่มีความคิดเห็นอยู่ในระดับเห็นด้วยสูง คือ การบริหารจัดการระบบยาโดยการมีส่วนร่วมของเภสัชกรโรงพยาบาลแม่ข่ายกับ รพ.สต. รายการประเมินที่มีความคิดเห็นอยู่ในระดับเห็นด้วยสูงมาก ได้แก่ มียาช่วยชีวิตใน รพ.สต. และคู่มือการใช้ยาช่วยชีวิต มีบัญชีรายการยา รพ.สต. ร่วมกับไม่มีอาหารและเครื่องดื่ม (ในตู้เย็นเก็บวัคซีน) และไม่เก็บยาและวัคซีนปะปนกัน และเป็นระเบียบเรียบร้อย ส่วนรายการประเมิน

ที่อยู่ในระดับเห็นด้วยสูง คือ มีแผนการปฏิบัติการและปฏิบัติงานจริงตามแผนอย่างน้อยปีละ 4 ครั้ง ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ศุศราภรณ์ สามประดิษฐ์ และคณะ<sup>3</sup> พบว่าภาพรวมงานเภสัชกรรมและ RDU ใน รพ.สต. ประเด็นที่เป็นจุดแข็งของ รพ.สต. ส่วนใหญ่ คือ การจัดเก็บยาเหมาะสม รองลงมาคือ การสำรองยา เพียงพอ สถานที่เก็บยามีความสะอาดป้องกันแสงแดด ความชื้น สัตว์และแมลงได้ และมีเภสัชกร/เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบการจัดยาและส่งมอบยา มีความรู้หัวข้อยา โดยมีจุดอ่อนในประเด็นของการควบคุมและการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ มีบัญชีควบคุม ใบเบิกจ่ายและลงข้อมูลเป็นปัจจุบัน ตู้เย็นเก็บวัคซีน และการจัดทำเครื่องมือเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้อง ปลอดภัย

## ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นต่อเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 ด้านงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คบส.)

ระดับความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดตากที่มีต่อเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 ด้านงาน คบส. พบว่าอยู่ในระดับเห็นด้วยสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ ประชาภรณ์ ทัทโพธิ์<sup>6</sup> พบว่าทัศนคติต่อการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. อยู่ในระดับดี และ นันทวรรณ ภูเนาวรัตน์ และ ทิพาพร กาญจนราช<sup>10</sup> พบว่าส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงาน ยอมรับบทบาทหน้าที่ในงาน คบส. และเห็นด้วยว่างาน คบส. มีประโยชน์ต่อประชาชน

ประเด็นการประเมินที่บุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดตาก มีความคิดเห็นอยู่ในระดับเห็นด้วยสูงถึงเห็นด้วยสูงมาก ได้แก่ การบริหารจัดการงานคุ้มครองผู้บริโภคระดับอำเภอ โดยการมี



ส่วนร่วมของเภสัชกร โรงพยาบาลแม่ข่าย ร่วมกับ รพ.สต. มีการดำเนินการตรวจสอบเฝ้าระวัง อาหารสด อาหารแปรรูป ในร้านค้าร้านชำ ตลาดนัด รถขายอาหารสด และมีการพัฒนา ศักยภาพผู้บริโภค เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ครู/นักเรียน อย.น้อย ผู้ประกอบการ ร้านค้า แผงลอยจำหน่ายอาหาร ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เครือข่ายเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภค ในระดับอำเภอ ส่วนประเด็นการประเมินที่มีความคิดเห็นอยู่ในระดับเห็นด้วยสูง คือ ผู้จำหน่าย ในร้านค้า ร้านชำมีองค์ความรู้ด้านผลิตภัณฑ์ สุขภาพ รายการประเมินที่มีความคิดเห็นอยู่ใน ระดับเห็นด้วยสูง มาก ได้แก่ มีคณะทำงาน คุ้มครองผู้บริโภคระดับอำเภอ มีแผนการปฏิบัติการ และแผนดำเนินการมีการออกปฏิบัติงานจริง และมีการวางแผนขับเคลื่อนงาน คบส. โดย การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ส่วนรายการ ประเมินที่อยู่ในระดับเห็นด้วยสูง คือ ผู้จำหน่าย ในร้านค้า ร้านชำมีองค์ความรู้ด้านผลิตภัณฑ์ สุขภาพครบ 3 ข้อ และผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความรู้ เกี่ยวกับยา กลุ่มเสี่ยงและผลิตภัณฑ์สุขภาพผิด กฎหมาย ไม่สอดคล้องกับ นันทวรรณ ภูเนาวรัตน์ และทิพาพร กาญจนราช<sup>10</sup> กิจกรรมที่มีการ ปฏิบัติมากที่สุด คือ การจัดการระบบฐานข้อมูล สถานประกอบการให้มีความถูกต้อง กิจกรรม ที่ปฏิบัติน้อยที่สุดคือ การจัดทำแผนตรวจสอบ โฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพในพื้นที่ การติดตาม และสรุปผลเรื่องร้องเรียน และไม่สอดคล้องกับ ศุศราภรณ์ สามประดิษฐ์ และคณะ<sup>3</sup> ประเด็น ที่เป็นจุดแข็งของ รพ.สต. ส่วนใหญ่ คือ การจัดการ ฐานข้อมูล ผู้จำหน่ายในร้านค้า ร้านชำมีองค์ความรู้ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยมีจุดอ่อนในประเด็นของ บุคลากร การพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค และ เครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคในพื้นที่มีส่วนร่วม ในการแก้ปัญหาหัวข้อคุ้มครองผู้บริโภคที่สอดคล้อง

กับ OTOP

รายการประเมินที่มีค่าเฉลี่ยคะแนน ความคิดเห็นน้อยที่สุด จากทั้งหมด 79 รายการ ประเมินคือ มีแผนการปฏิบัติการและปฏิบัติงาน จริงตามแผนอย่างน้อยปีละ 4 ครั้ง ความคิดเห็น อยู่ในระดับเห็นด้วยสูง เนื่องจากมีปัญหาการ ตีความเกณฑ์ประเมิน สอดคล้องกับการศึกษา ของนพดล นพมณี<sup>9</sup> ปัญหาอุปสรรคที่มีผลต่อ การพัฒนาตามเกณฑ์มาตรฐาน รพ.สต. ติดดาว ได้แก่ การถ่ายทอดเกณฑ์ และการตีความไม่ ตรงกันระหว่างผู้รับการประเมิน กับคณะกรรมการ ตรวจสอบประเมิน ซึ่งการใช้ดุลพินิจ หรือการตีความ ถึงแนวคิดการพัฒนา หรือเจตนารมณ์ของเกณฑ์ การประเมิน ควรเป็นไปในทิศทางเดียวกัน คือ เอื้อต่อการพัฒนา และเพื่อยกระดับมาตรฐาน หน่วยบริการเป็นสำคัญ

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. การพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามเกณฑ์ คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 ควรมีการปรับแก้ไขเกณฑ์บางตัว เพื่อให้งานบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครอง ผู้บริโภคด้านสุขภาพในหน่วยบริการและ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น ได้แก่

- 1) หัวข้อการจัดการบริการเภสัชกรรม ในหัวข้อ ที่ 1 การบริหารจัดการระบบยา รายการ ประเมินมีแผนการปฏิบัติการและปฏิบัติงาน จริงตามแผนอย่างน้อยปีละ 4 ครั้ง เนื่องจาก ปัญหาการตีความเกณฑ์ประเมิน ประกอบ กับ รพ.สต. หลายแห่งในจังหวัดตาก ตั้งอยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาลแม่ข่ายมาก การคมนาคมยากลำบาก โดยเฉพาะ ในช่วงฤดูฝนและตรงกับข้อเสนอแนะที่



ได้จากการศึกษาว่า “แผนปีละ 4 ครั้ง คือคิดว่ามากเกินไป” “บางพื้นที่ไม่สามารถ ปฏิบัติงานได้ครบ 4 ครั้ง เพราะห่างไกล เดินทางไม่สะดวก” ดังนั้น การ ปฏิบัติงานจริงตามแผนการบริหาร จัดการระบบยาโดยการมีส่วนร่วมของ เกษีกรโรงพยาบาลแม่ข่าย กับ รพ.สต. อย่างน้อยปีละ 4 ครั้ง จึงทำได้ค่อนข้าง ยาก

- 2) หัวข้อการจัดบริการเภสัชกรรม ในหัวข้อ ที่ 3 คลังยาและเวชภัณฑ์ ประเด็นการ ประเมินมีการควบคุมสถานที่เก็บยาและ เวชภัณฑ์เป็นไปตามมาตรฐาน รายการ ประเมินไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (อุณหภูมิ ไม่เกิน 30°C และความชื้นไม่เกิน 70%) มีโอกาสในการพัฒนาให้ดีขึ้น หากตัดคำว่า “และความชื้นไม่เกิน 70%” ออก เพื่อให้ ตรงกับ ตัวชี้วัดและเกณฑ์ประเมินงาน เภสัชกรรม ปฐมภูมิของสำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ประเมิน เพียงสถานที่เก็บยาและเวชภัณฑ์อุณหภูมิ ไม่เกิน 30°C และตรงกับข้อเสนอแนะ ที่ได้จากการศึกษาว่า “กลุ่ม รพ.สต. บางแห่งอากาศเย็นมากความชื้นสูง ทำ ให้ควบคุมอุณหภูมิและความชื้นยาก”
2. ควรมีคำอธิบายแนวทางการประเมินอย่าง ละเอียด เพื่อลดปัญหาการตีความระหว่าง ผู้รับการประเมิน กับคณะกรรมการผู้ประเมิน

และเพื่อให้การประเมินมีมาตรฐานและเป็นไป ในแนวทางเดียวกันทั้งในระดับอำเภอ จังหวัด และประเทศ

### ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาแนวทางการพิจารณาเกณฑ์การ ให้คะแนน หลักฐาน และแหล่งข้อมูลที่ใช้ ประกอบการประเมิน เพื่อให้ค่าคะแนนมี มิติมากกว่า 1 คะแนนต่อรายการประเมิน
2. ควรทำการศึกษาเชิงคุณภาพของผู้มีส่วน เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้บริหารที่ทำหน้าที่กำหนด นโยบาย เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน กลุ่มผู้นำ ชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประชาชนผู้มารับบริการ เพื่อเข้าใจถึง บริบท และพัฒนางานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยั่งยืน

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคุณ นายเฉลิม กล่อมเกลี้ยง นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการ วิชาการ) ประธาน ค.ป.ค.ม จังหวัดตาก ขอขอบคุณ ความร่วมมือจากสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดตาก และ ผู้ร่วมให้ข้อมูลเป็นอย่างดีทุกท่าน จนทำให้ การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี



## เอกสารอ้างอิง

1. สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลองค์กรสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์. 2565
2. ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร. เอกสารประกอบการประชุม การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานระบบบริการปฐมภูมิและการถ่ายโอนภารกิจ สอน./รพ.สต.ไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 20 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.primarycarecluster2017>
3. ศุภราภรณ์ สามประดิษฐ์, คชาพล นิมเดช, ศิวาภรณ์ โภคภิรมย์ และ สุนทร แก้วอำไพ. รพ.สต. ติดดาว : ภาวะหรือโอกาสการพัฒนางานเภสัชกรรมปฐมภูมิในชุมชน. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2563; 3(3): 16 – 26.
4. อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ และชญาภา วันทุม. การทดสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 2560; 11(2): 105-111.
5. ไพศาล วรคำ. การวิจัยทางการศึกษา (Education Research). มหาสารคาม: ตักสิลาการพิมพ์. 2559
6. ประชาภรณ์ ทัพโพธิ์. ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดนครปฐม. วารสารวิชาการ Veridian E-Journal. 2557; 7(2): 482.
7. สุทธิศา อาภาเภสัช. ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาระบบบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2563; 6(3): 92.
8. สารีจันต์ ประพรมมา. ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่อำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2560; 11(1): 58 – 61.
9. นพดล นพมณี. ความสัมพันธ์ระหว่างความพร้อมและการรับรู้ กับทัศนคติในการพัฒนาตามเกณฑ์มาตรฐาน รพ.สต. ติดดาว. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน. 2563; 3(1): 49-55.
10. นันทวรรณ ภูเนาวรัตน์ และทิพาพร กาญจนราช. ผลการปฏิบัติงานและทัศนคติต่องานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล: กรณีศึกษาจังหวัดชัยภูมิ. การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานระดับชาติ The 5th Annual Northeast Pharmacy Research Conference of 2013 Pharmacy Profession: Moving Forward to ASEAN Harmonization”; มหาสารคาม: มปท; 2556: 160-4.



## ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขของอาสาสมัคร

### สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสมุทรสงคราม

## Factors affecting the performance of public health consumer protection of Village Health Volunteers in Samut Songkhram Province

รุ่ง มาสิก<sup>1</sup>

Rung Masik<sup>1</sup>

### บทคัดย่อ

การวิจัยแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในจังหวัดสมุทรสงคราม กลุ่มตัวอย่างคือ อสม. จำนวน 374 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม – พฤษภาคม 2566 โดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล เจตคติในการปฏิบัติงาน ความรู้ในการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภค ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค และข้อเสนอแนะ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Multiple Regression Analysis)

ผลการศึกษาพบว่า (1) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 53.35 ปี อาชีพเกษตรกรกรรมรายได้เฉลี่ย 8,133.71 บาท จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า สถานภาพสมรสหรือคู่ นับถือศาสนาพุทธ มีสถานภาพทางสังคม ส่วนใหญ่เป็นกรรมการหมู่บ้าน ระยะเวลาในการเป็น อสม. เฉลี่ย 13.65 ปี เจตคติในการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภค ความรู้ในการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภค และปัจจัยสนับสนุนด้านการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง (2) การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคอยู่ในระดับสูง (3) ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขของ อสม. คือ การทำอาชีพธุรกิจส่วนตัว การมีสถานภาพทางสังคม เจตคติในการปฏิบัติงาน ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานด้านการได้รับการอบรมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานด้านการได้รับการนิเทศจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยปัจจัยทั้ง 5 สามารถร่วมกันทำนายการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขของ อสม. ได้ร้อยละ 50.6 ( $R^2 = 0.506$ ) ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ คือ ควรส่งเสริมให้เกิดเจตคติที่ดีในการปฏิบัติงาน เพิ่มทักษะผ่านการฝึกอบรม และควรให้การสนับสนุนการปฏิบัติงานตามส่วนขาดที่พบจากการนิเทศติดตาม เช่น สื่อความรู้ต่าง ๆ อุปกรณ์ในการตรวจสอบปนเปื้อน และเป็นพี่เลี้ยงร่วมปฏิบัติการหรือร่วมทำงาน

**คำสำคัญ:** ปัจจัย, การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

<sup>1</sup>เภสัชกรชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลภคาลัย จังหวัดสมุทรสงคราม

<sup>1</sup>Pharmacist, Senior Professional Level. Division of Pharmacy and Consumer Protection, Samut Songkhram Province. Email: rung\_007@windowslive.com



### Abstract

The objectives of this cross-sectional analytical research were to study factors affecting the performance on public health consumer protection of Village Health Volunteers (VHVs) in Samut Songkhram Province. Data was collected between March – May 2023 from 374 VHVs using questionnaires including personal factors, attitude towards operation, consumer protection knowledge, factors supporting consumer protection operations and suggestions. Statistics used for data analysis were frequency, percentages, means, standard deviation, maximums, minimums, and multiple regression analysis.

The results revealed that: (1) most samples were female, with average age of 53.35, agriculturist, having an average income of 8,133.71 baht per month, finished high school or equivalent, married, Buddhism, work social status as village committee and having average working duration of 13.65 years. Work attitudes, knowledge of consumer protection and work support factors were at a moderate level. (2) the performance of public health consumer protection of VHVs was at a high-performance level. (3) factors affecting the performance of public health consumer protection of VHVs are the occupation as self-employed, having social status, work attitudes, work support factors that consist of receiving training from public health officials and receiving supervision from public health officials. These five factors can together predict the performance of public health consumer protection of VHVs 50.6% ( $R^2 = 0.506$ ) statistically significantly at a level of 0.05. ( $p$ -value = 0.012). The recommendations that can help improve public health consumer protection for VHVs from this study were: (1) promoting positive attitude towards operation should be encouraged (2) increasing operation skills through training (3) preferably supporting budget, knowledge and test kits for food contamination detection and (4) having a mentor assisting or working together with VHVs.

**Keywords:** Factors, Public health consumer protection, Village Health Volunteers



## บทนำ

การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข เป็นบทบาทที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน เนื่องจากเป็นงานที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันคุ้มครองสิทธิของประชาชนในฐานะผู้บริโภคให้ได้รับความปลอดภัยและความเป็นธรรมจากการบริโภคสินค้าและบริการ การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข (คปส.) ก็คือ การดำเนินกิจกรรมใด ๆ ที่จะป้องกันและแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการบริโภคผลิตภัณฑ์และบริการที่อยู่ในความดูแลของกระทรวงสาธารณสุข อันได้แก่ อาหาร เครื่องสำอาง วัตถุเสพติด วัตถุอันตราย เครื่องมือแพทย์ และบริการทางแพทย์ เป็นต้น รัฐได้ให้ความสำคัญโดยการออกกฎหมายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 และพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 และบรรจุแผนงานคุ้มครองผู้บริโภค ตั้งแต่แผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 5 (พ.ศ.2525 - 2529) จนกระทั่งในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550 - 2554) ได้กำหนดยุทธศาสตร์คุ้มครองความปลอดภัยจากอาหาร ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ผลิตภัณฑ์ชุมชน และบริการด้านสุขภาพ ให้แก่ประชาชนได้อย่างทั่วถึง รวมถึงการพัฒนาความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ มีการสร้างเครือข่ายความร่วมมือจากภาครัฐ เอกชนและองค์กรต่าง ๆ อย่างไรก็ตาม ยังมีปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้บริโภคโดยมีการร้องเรียนเรื่อยมาเกี่ยวกับมาตรฐานและผลกระทบจากการบริโภคสินค้า โดยเฉพาะสินค้ากลุ่มผลิตภัณฑ์อาหาร<sup>1</sup>

จากการวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค<sup>1</sup> โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา พบว่าปัญหาในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคเกิดจากหลายสาเหตุ ได้แก่ ปัญหาการแก้ไขกฎหมายที่ล่าช้า ทำให้ไม่ทันต่อ

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว การขยายตัวของอุตสาหกรรมทำให้มีการโฆษณาข้อมูลข่าวสารและการตรวจสอบจากเจ้าหน้าที่ด้านคุ้มครองผู้บริโภคยังขาดความรู้ที่เท่าทันต่อข้อมูลสินค้าและบริการก่อนตัดสินใจ นอกจากนี้ยังมีปัญหาด้านการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พบว่ามีปัญหาในเรื่องการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคในเรื่องต่าง ๆ เช่น การแนะนำให้ประชาชนเลือกซื้อสินค้าเพื่อบริโภคที่ถูกต้อง การเลือกซื้อยาสามัญประจำบ้าน การขายบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้แก่เด็กและเยาวชน การเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สินค้าร้านอาหาร/แผงลอย/ร้านขายของชำ รวมทั้งการสอดส่องดูแลรถเร่ที่จำหน่ายอาหารและผลิตภัณฑ์ที่ไม่ถูกต้องและเป็นอันตรายต่อสุขภาพของประชาชน อสม. เป็นทุนทางสังคมที่สำคัญ<sup>2</sup> และเป็นรูปธรรมที่โดดเด่นที่สุดของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพ แม้ว่าส่วนหนึ่งจะเข้ามาเป็นอาสาสมัครด้วยเหตุผลต่าง ๆ กัน แต่ อสม. ส่วนใหญ่ก็ได้รับการยอมรับจากชุมชนว่าเป็นบุคคลที่เห็นแก่ส่วนรวม มีน้ำใจ และมีความรู้ในเรื่องสุขภาพดี นอกจากนั้น อสม. เหล่านี้มีความสัมพันธ์และรู้สึกผูกพันกับงานสาธารณสุข พร้อมทั้งจะให้ความร่วมมือในการทำงานต่าง ๆ จึงนับเป็นทุนทางสังคมที่มีศักยภาพของระบบสุขภาพไทย การดำเนินงานหรือดำเนินกิจกรรมใดในหมู่บ้านหรือชุมชนให้ประสบผลสำเร็จ ต้องอาศัย “การมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน” ตลอดระยะเวลา 38 ปี ของการก่อเกิด อสม. ในประเทศไทย นับตั้งแต่ปี 2520 เป็นต้นมา ต้องยอมรับว่าเครือข่าย อสม. ถือว่าเป็นยุทธศาสตร์สำคัญของการสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพ และเป็นมรดกและทุนที่สะสมอยู่ในระบบการสาธารณสุขไทย จากการปฏิบัติงานที่ผ่านมา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม ต้องอาศัย อสม. เป็นอย่างมาก ในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค



ด้านสาธารณสุขในระดับชุมชน โดยมีบทบาทตามที่ได้รับมอบหมาย ได้แก่ การตรวจร้านค้า หาบเร่ และแผงลอย ตรวจสอบผลิตภัณฑ์อาหาร แนะนำการเลือกซื้อสินค้าให้แก่คนในชุมชนโดยการสังเกตฉลากและเครื่องหมายอาหาร (อย.) และฉลากโภชนาการ เป็นต้น ดังนั้นเพื่อให้การดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขของ อสม. ในจังหวัดสมุทรสงคราม เพื่อนำผลการศึกษาเสนอต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม และใช้ในการวางแผนทางการพัฒนาและส่งเสริมศักยภาพของ อสม. ในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข รวมทั้งการสร้างขวัญกำลังใจ ให้สามารถทำงานด้านสุขภาพเชิงรุกในชุมชนต่อไป เพื่อจะส่งผลให้การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคของ อสม. ประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย ผู้บริโภคได้รับการคุ้มครองและประชาชนมีสุขภาพที่ดีต่อไป

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับของการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขของ อสม. จังหวัดสมุทรสงคราม
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขของ อสม. จังหวัดสมุทรสงคราม

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (Cross-sectional Analytical Study) ระหว่างเดือนมีนาคม – พฤษภาคม 2566 โดยมีการกำหนดรูปแบบการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่วิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัยโดยมีรายละเอียดดังนี้

### 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ อสม. ในจังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 2,238 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตร Taro Yamane กรณีทราบจำนวนประชากร ได้ตัวอย่างจำนวน 340 คน ปรับเผื่อสูญเสีย เป็นจำนวน 374 คน และกระจายจำนวนตัวอย่างลงตำบล โดยเทียบเป็นสัดส่วนกับประชากรแยกเพศ

### 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ซึ่งปรับปรุงมาจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง<sup>3,4</sup> โดยแบบสอบถามประกอบไปด้วย 4 ส่วน รวม 63 ข้อ คือ

- ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา สถานภาพทางสังคม และระยะเวลาในการเป็น อสม. จำนวน 9 ข้อ
- ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับเจตคติในการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขของ อสม. โดยลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียวจาก 5 อันดับ จำนวน 10 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตัวเลือก	คะแนนเชิงบวก	คะแนนเชิงลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

- ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ในการปฏิบัติงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบถูกหรือผิด จำนวน 17 ข้อ มีระดับการวัดเป็นอัตราส่วนมาตรา (Ratio Scale)



โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบคำถามถูก ให้ 1 คะแนน และตอบคำถามผิด ให้ 0 คะแนน และแบ่งระดับขั้นคะแนนออกเป็น 3 ระดับ<sup>5</sup> คิดเป็นคะแนนระหว่าง 0 – 17 คะแนน

- ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยสนับสนุนด้านการปฏิบัติงาน ได้แก่ การได้รับการนิเทศงาน การอบรมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีข้อความจำนวน 10 ข้อ โดยลักษณะข้อความเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ของลิเคอร์ท (Likert) มีเกณฑ์ให้คะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด, มาก, ปานกลาง, น้อย และน้อยที่สุด โดยเกณฑ์ในการให้คะแนนมากที่สุดจนถึงน้อยที่สุด ให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ

- ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคของ อสม. จำนวน 15 ข้อ โดยลักษณะข้อความเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ของลิเคอร์ท (Likert) เพื่อประเมินการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขของ อสม. มี 5 ตัวเลือก คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

#### การแปลผลให้คะแนนเป็นรายข้อ

รายด้าน และภาพรวม แบ่งระดับปัจจัยในการดำเนินงานเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ปานกลาง และสูง โดยใช้เกณฑ์ของเบสต์<sup>6</sup> ดังนี้

- ช่วงคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 0.00 – 2.33 คะแนน หมายถึง การดำเนินงานระดับต่ำ
- ช่วงคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34 – 3.67 คะแนน หมายถึง การดำเนินงานระดับปานกลาง
- ช่วงคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.68 – 5.00 คะแนน หมายถึง การดำเนินงานระดับสูง

- ส่วนที่ 6 ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข ได้แก่ ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติการ

และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับความรู้ในการปฏิบัติงานด้านคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข จำนวน 2 ข้อ

#### 3. วิธีการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลโดยจัดส่งแบบสอบถามให้กลุ่มเป้าหมายผ่านทางโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง คือ รพ.สมเด็จพระพุทธเลิศหล้า รพ.นภลัย รพ.อัมพวา และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) ทั้ง 3 แห่ง คือ สสอ.เมืองสมุทรสงคราม สสอ.บางคนที และ สสอ.อัมพวา และส่งต่อให้ รพ.สต. เพื่อมอบให้ อสม. ตามสัดส่วนจำนวนแยกเพศในพื้นที่ตอบแบบสอบถาม และรวบรวมส่งกลับมายังผู้วิจัย

#### 4. การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าแจกแจงความถี่ สูงสุด ต่ำสุด ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านเจตคติในการปฏิบัติงาน ปัจจัยด้านความรู้ ปัจจัยสนับสนุนด้านการปฏิบัติงาน และปัจจัยด้านการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขของ อสม. รวมทั้งข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้วิธีการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) แบบขั้นตอน (Stepwise)

#### ผลการศึกษา

##### 1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 374 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 80.5 อายุเฉลี่ย 53.35 ปี อาชีพรับจ้างร้อยละ 41.7 รายได้เฉลี่ย 8,133.71 บาท ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่าร้อยละ 43.6 สถานภาพสมรสหรือคู่ร้อยละ 80.5 นับถือ



ศาสนาพุทธร้อยละ 97.5 มีสถานภาพทางสังคม ร้อยละ 62.8 เป็นกรรมการหมู่บ้านร้อยละ 38.0 ระยะเวลาในการเป็น อสม. เฉลี่ย 13.65 ปี

## 2. การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข

“พบว่า...” อสม. ส่วนใหญ่มีระดับการนิรโทษกรรม

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของ อสม. จังหวัดสมุทรสงคราม จำแนกตามระดับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข (n = 374)

ระดับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (3.67 – 5.0 คะแนน)	223	59.6
ระดับปานกลาง (2.34 – 3.66 คะแนน)	135	36.1
ระดับต่ำ (1 – 2.33 คะแนน)	6	4.3
<b>รวม</b>	<b>374</b>	<b>100.0</b>

$\bar{X}$  = 3.78, S.D. = 0.73, Min = 1.20, Max = 5.0

## 3. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขของ อสม. จังหวัดสมุทรสงคราม โดยใช้สถิติการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) พบว่าปัจจัยการทำอาชีพธุรกิจส่วนตัว (Beta = 0.100, t = 2.664, p-value = 0.008) การมีสถานภาพทางสังคม (Beta = 0.093, t = 2.515, p-value = 0.012) เจตคติในการปฏิบัติงาน (Beta = 0.161, t = 4.186,

คุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 59.6 ระดับกลาง และระดับต่ำร้อยละ 36.1 และ 4.3 ตามลำดับ มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ  $3.78 \pm 0.73$  คะแนน คะแนนค่าต่ำสุด เท่ากับ 1.20 คะแนน และค่าสูงสุดเท่ากับ 5.0 คะแนน (ดังตารางที่ 1)

p-value = 0.000) ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานด้านการได้รับการอบรมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (Beta = 0.480 , t = 9.746, p-value = 0.000) และปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานด้านการได้รับการนิเทศจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (Beta = 0.217, t = 4.504, p-value = 0.000) สามารถร่วมกันทำนายการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขของ อสม. ได้ร้อยละ 50.6 ( $R^2 = 0.506$ ) ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value = 0.012) (ดังตารางที่ 2) และได้สมการถดถอยโดยใช้คะแนนมาตรฐาน คือ  $Y = 0.480X_1 + 0.217X_2 + 0.161X_3 + 0.100X_4 + 0.093X_5$



ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ในรูปของคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) การทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณและค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจในพหุคูณ โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ตัวแปรพยากรณ์	B	Beta	t-value	p-value
ค่าคงที่	12.443		3.924	<0.001
การได้รับการอบรมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (X <sub>1</sub> )	1.511	0.480	9.746	<0.001
การได้รับการนิเทศจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (X <sub>2</sub> )	0.457	0.217	4.504	<0.001
เจตคติในการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข (X <sub>3</sub> )	0.386	0.161	4.186	<0.001
อาชีพธุรกิจส่วนตัว (X <sub>4</sub> )	3.408	0.100	2.664	0.008
การมีสถานภาพทางสังคม (X <sub>5</sub> )	1.988	0.093	2.515	0.012

R = 0.712, R<sup>2</sup> = 0.506, SEest = 7.293, adjust R<sup>2</sup> = 0.500, F = 6.324, p-value = 0.012

#### 4. ข้อเสนอแนะการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข

พบว่า อสม. เสนอแนะให้มีการสนับสนุนการฝึกอบรม งบประมาณ สื่อความรู้ อุปกรณ์ในการตรวจสอบปนเปื้อนในอาหาร และจัดให้มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติงานร่วมกัน สำหรับประเด็นหัวข้อความรู้ที่ยากได้ ได้แก่ ความรู้ในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง การตรวจสอบปนเปื้อนในอาหาร เครื่องสำอาง ผลึกผลิตภัณฑ์อาหาร เครื่องสำอาง วัตถุอันตราย ตลอดจนนวัตกรรมที่มีในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค และประเด็นช่องทางการฝึกอบรมมีการเสนอแนะให้อบรมผ่านช่องทางออนไลน์ การอบรมเชิงปฏิบัติการ ผ่านเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผ่านแอปพลิเคชัน Smart อสม. และให้มีการประชาสัมพันธ์ผ่านเสียงตามสายหอกระจายข่าวในหมู่บ้าน เป็นต้น

#### สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคของ อสม. สมุทรสงคราม ภาพรวมอยู่ในระดับสูง โดย อสม. ให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการสำรวจร้านค้าในชุมชน ให้คำแนะนำ และเป็นตัวอย่างในการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์ที่ปลอดภัยเป็นอย่างดี ทั้งนี้

อาจเนื่องมาจากเป็นบทบาทใหม่ที่เพิ่มมาจากบทบาทเดิมที่มีอยู่ ทำให้ อสม. มีความสนใจอยากจะทำปฏิบัติบทบาทใหม่ที่ต่างไปจากเดิม ส่งผลให้การดำเนินงานอยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับ ประดิษฐ์ ธรรมคง และคณะ<sup>7</sup> ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. จังหวัดศรีสะเกษ ที่มีการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ อสม. ภาพรวมอยู่ในระดับสูง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ วรสา บัวคง<sup>3</sup> และ วีระพงษ์ นวลเนื่อง<sup>4</sup> ที่มีการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคของ อสม. อยู่ในระดับปานกลาง

จากการศึกษาพบว่า อสม. จังหวัดสมุทรสงคราม มีเจตคติในการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ เพราะเจตคติเป็นความรู้สึกการแสดงออกในการที่จะปฏิบัติงานในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ผลิตภัณฑ์อาหาร ผลิตภัณฑ์ยา ผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง ผลิตภัณฑ์เครื่องมือแพทย์ และผลิตภัณฑ์วัตถุอันตราย เป็นต้น หากมีเจตคติในทางบวกก็จะทำให้การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขอยู่ในระดับสูง ตรงกันข้ามหากมีเจตคติในทางลบก็จะทำให้การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขอยู่ในระดับต่ำ โดย อสม. จังหวัดสมุทรสงคราม มีเจตคติในการตั้งใจศึกษาความรู้ ศึกษากฎหมายผลิตภัณฑ์สุขภาพ



ปฏิบัติงานให้เป็นที่ยอมรับของชุมชน และมีความเหมาะสมในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วีระพงษ์ นวลเนื่อง<sup>4</sup> ที่พบว่า เจตคติของ อสม. อยู่ในระดับปานกลาง

จากการศึกษาพบว่า ความรู้ในการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคของ อสม. อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องมาจากงานคุ้มครองผู้บริโภคเป็นงานที่มีระยะเวลาหนึ่งแล้ว บทบาทของ อสม. ในการอบรม เรียนรู้ และการศึกษา รวมถึงประสบการณ์ในการทำงานก็เพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นันทมน เฉียบแหลม<sup>8</sup> เช่นเดียวกับการศึกษาของ พัชรินทร์ สมบูรณ์<sup>9</sup> และ วีระพงษ์ นวลเนื่อง<sup>4</sup> ที่มี อสม. มีระดับความรู้ปานกลาง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยะนารถ สิงห์ชู<sup>10</sup> และ วรสา บัวคง<sup>3</sup> พบว่า ความรู้ของ อสม. อยู่ในระดับต่ำ

จากการศึกษาพบว่า ระดับการสนับสนุนการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีปัจจัยสนับสนุนด้านการได้รับการอบรมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและปัจจัยสนับสนุนด้านการได้รับการนิเทศงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อยู่ในระดับปานกลาง แสดงว่า อสม. ได้รับการสนับสนุนการอบรมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและได้รับการนิเทศงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้พอประมาณ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วีระพงษ์ นวลเนื่อง<sup>4</sup> ที่ อสม. ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในภาพรวมส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง

จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขของ อสม. จังหวัดสมุทรสงคราม พบว่าอาชีพธุรกิจส่วนตัว การมีสถานภาพทางสังคม เจตคติในการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข และการสนับสนุนการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยสนับสนุนด้านการได้รับการอบรมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และด้านการได้รับการนิเทศงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีผลต่อการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคของ อสม. จังหวัดสมุทรสงคราม อธิบายได้ว่า

1) อาชีพธุรกิจส่วนตัว พบว่าการที่ อสม. มีอาชีพธุรกิจส่วนตัว ซึ่งส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับปริญญาตรีและระดับที่สูงกว่าปริญญาตรีในสัดส่วนที่สูงมากกว่าอาชีพอื่น ๆ ทำให้มีความรู้ มีความเชื่อมั่น และมีความสามารถในการทำงานสูงกว่าอาชีพอื่น นอกจากนี้ การทำอาชีพธุรกิจส่วนตัวขนาดเล็กที่ไม่ได้ยุ่งยากมากทำให้มีเวลาเสียสละ มีความคล่องตัวในการทำหน้าที่ อสม. ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สราวุธ วลัยขุพถกษ<sup>11</sup> จีราภา สุขสวัสดิ์<sup>12</sup> รวมทั้ง ประเสริฐ บินตะคุ และคณะ<sup>13</sup> ที่พบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน

2) การมีสถานภาพทางสังคม ทำให้เป็นผู้ที่มีความเชื่อมั่นในตนเอง เป็นผู้ที่สังคมให้ความเชื่อใจ ยอมรับ ทำให้การดำเนินงานในด้านต่าง ๆ ทำได้ง่าย ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ วีระพงษ์ นวลเนื่อง<sup>4</sup> 3) เจตคติในการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข เนื่องจากเจตคติเป็นความรู้สึกถึงการแสดงออกในการที่จะปฏิบัติงานหรือจะทำอะไรในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ผลิตภัณฑ์อาหาร ผลิตภัณฑ์ยา ผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง ผลิตภัณฑ์เครื่องมือแพทย์ และผลิตภัณฑ์วัตถุอันตราย เป็นต้น หากมีเจตคติในทางบวกก็จะทำให้การดำเนินงานอยู่ในระดับที่สูงได้ ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ วีระพงษ์ นวลเนื่อง<sup>4</sup> 4) การสนับสนุนการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขของ อสม. จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งมีความรู้ ความเชี่ยวชาญ และความสามารถในการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภค มีความสำคัญเป็นอย่างมากสำหรับ อสม. เช่น การฝึกอบรม ให้ความรู้ เรื่องการคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหาร ด้านยา ด้านเครื่องสำอาง และด้านวัตถุอันตรายที่ใช้ในครัวเรือน การสนับสนุนงบประมาณอย่างเพียงพอในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชน ขั้นตอนในการขอรับการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานไม่ยุ่งยาก การได้รับสนับสนุนชุดทดสอบเบื้องต้นเพื่อทดสอบสารปนเปื้อนในอาหารในชุมชน และการที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีการสนับสนุนสื่อความรู้ต่าง ๆ ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค



อย่างเพียงพอ มีความสำคัญเป็นอย่างมากที่จะทำให้การปฏิบัติงานของ อสม. เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญรัตน์ ลิ้มปะพันธ์<sup>14</sup> และ วรสา บัววงศ์<sup>3</sup>

### ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาเกี่ยวกับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขของ อสม. จังหวัดสมุทรสงคราม ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. ควรพัฒนาภาวะผู้นำของ อสม. โดยการเสริมพลังให้เกิดความมั่นใจในตนเองจนสามารถเป็นแกนนำในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขได้อย่างมั่นใจ และควรดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขให้เป็นไปอย่างต่อเนื่อง

2. ควรมีการคัดกรองคุณสมบัติ อสม. ให้ถี่ถ้วนในทุกด้านก่อนที่จะให้มาปฏิบัติหน้าที่ อสม. โดยพิจารณาคัดเลือกบุคคลที่มีเวลาเพียงพอที่จะเสียสละทุ่มเทเวลาให้กับงาน และมีความเป็นผู้นำ โดยเฉพาะผู้ที่มีอาชีพธุรกิจส่วนตัว และมีสถานภาพทางสังคม เช่น เป็นสมาชิก อบต. หรือเทศบาล เป็นผู้นำชุมชน เป็นกรรมการต่าง ๆ ในชุมชน และเป็นสมาชิกเครือข่ายสภาองค์กรของผู้บริโภค (สอภ.) เป็นต้น

3. ควรส่งเสริม อสม. ให้มีเจตคติทางบวกต่อการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข และมีระดับเจตคติที่สูงขึ้น โดยการฝึกอบรม พุดคุย นำเสนอแบบอย่าง (Role model) และชักจูงเพื่อให้ อสม. เกิดความสนใจ เข้าใจ เกิดการยอมรับ มองเห็นประโยชน์ของบทบาทหน้าที่ของ อสม. ที่มีต่อผู้อื่นในชุมชน และเกิดความภาคภูมิใจในบทบาทที่ได้รับ จนอยากทุ่มเทเสียสละให้กับการทำงาน

4. แม้ว่าผลการวิจัยพบว่า ระดับความรู้ในงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข ไม่มีผลต่อการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข แต่ความรู้ก็ยังคงเป็นเรื่องพื้นฐานที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน ดังนั้น

หน่วยงานที่ดูแล อสม. โดยเฉพาะสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต้องตระหนักและเล็งเห็นถึงความสำคัญในจุดนี้ โดยสร้างความรู้ ความเข้าใจในงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคให้มากยิ่งขึ้น ซึ่งอาจจัดทำหลักสูตรการอบรมเรียนรู้ หรือฝึกปฏิบัติในรูปแบบต่าง ๆ ทั้งนี้เพื่อเป็นการสร้างความรู้ให้แก่ อสม. เพื่อการพัฒนางานคุ้มครองผู้บริโภคต่อไป

5. ควรให้การสนับสนุน การจัดฝึกอบรมงบประมาณ สื่อความรู้ต่าง ๆ อุปกรณ์ในการตรวจสอบสารปนเปื้อน เป็นพี่เลี้ยงร่วมปฏิบัติการหรือร่วมทำงาน และจัดให้มีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบถึงผลิตภัณฑ์อันตรายที่จะมีเข้ามาในชุมชน เป็นต้น โดยความรู้ที่ควรจัดฝึกอบรม ได้แก่ การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง การตรวจสอบสารปนเปื้อนในอาหารและเครื่องสำอาง ความรู้เกี่ยวกับฉลากผลิตภัณฑ์ และนวัตกรรมใหม่ ๆ ในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค ซึ่งสอดคล้องไปกับข้อเสนอแนะของ อสม. ที่ให้ไว้

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นพ.สันติต บุญยะสง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม และ นพ.เดชา มีสุข ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนภลัย ที่อนุญาตให้ทำการศึกษาวิจัย ขอขอบพระคุณ ดร.สมพร เนติรัฐกร เกษัชกรมยุรี กล้าณรงค์ และเกษักร ภาณุโชติ ทองยัง ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย และให้ความเห็นในแบบสอบถาม ขอขอบพระคุณ คุณจำปี ยังวัฒนา และสาธารณสุขอำเภอทั้ง 3 แห่ง ตลอดจนเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน และ รพ.สต. ทุกแห่ง ที่ช่วยประสานงานในการติดตามการตอบแบบสอบถามของ อสม. และขอขอบพระคุณ อสม.ที่กรุณาให้ข้อมูลในการตอบแบบสอบถามทุกท่าน ขอขอบคุณผู้ช่วยวิจัย และครอบครัวที่ให้การช่วยเหลือและสนับสนุนในการทำการศึกษาวิจัยในครั้งนี้



## เอกสารอ้างอิง

1. วิทยา กุลสมบุรณ์, วรณา ศรีวิริยานุภาพ. การคุ้มครองผู้บริโภค. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พรินต์ติ้ง แอนด์พับลิชชิ่งจำกัด (มหาชน); 2550.
2. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. จิตอาสากับสุขภาวะไทย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ; 2550.
3. วรสา บัวคง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดนครศรีธรรมราช. [การศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต] นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2557.
4. วีระพงษ์ นวลเนื่อง. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสมุทรสาคร. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2557.
5. เสรี ลาขโรจน์. หลักเกณฑ์และวิธีการวัดและประเมินผลการศึกษาในโรงเรียน. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2537.
6. ประเสริฐ ปินตะคุ, ไพโรจิตร สิริมงคล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้หวัดนกของอาสาสมัครสาธารณสุข กิ่งอำเภอรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2549.
7. ประดิษฐ์ ธรรมคง, พูนสุข ช่วยทอง, ปิยะธิดา ขจรชัยกุล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดศรีสะเกษ. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต]. กาญจนบุรี: มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น; 2555.
8. นัถมน เฉียบแหลม. ผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดระยอง ปี 2543. [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2544.
9. พัชรินทร์ สมบุรณ์. การมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงของ อสม. อำเภอปอพลอย จังหวัดกาญจนบุรี. [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2547.
10. ปิยนารถ สิงห์ชู. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเทศบาลตำบลเวียงสระ อำเภอเวียงสระ จังหวัดสุราษฎร์ธานี. [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. นครศรีธรรมราช: มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช; 2547.
11. สราวุธ วัลลวชพฤกษ์. ศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการวางแผนพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขระดับชุมชน จังหวัดอุดรธานี. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2543.
12. จิราภา สุขสวัสดิ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลเสม็ด อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี. [วิทยานิพนธ์ปริญญาการจัดการมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2547.



13. ประเสริฐ บินตะคุ, ไพโรจิตร สิริมงคล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้หวัดนกของอาสาสมัครสาธารณสุข กิ่งอำเภอรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2549.
14. เพ็ญรัตน์ ลิ้มปะพันธ์. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข ของเจ้าหน้าที่ระดับตำบล จังหวัดสุโขทัย. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัย สุโขทัยธรรมราชา; 2552.



การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้เรื่องข้อเท็จจริง  
ของกัญชา กัญชง ในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ในจังหวัดสระบุรี

The effectiveness of cannabis and hemp awareness-enhancing program  
among 8th grade students in Saraburi Province

เอกชัย เยาว์เฉื่อง<sup>1</sup>, บุญยวีร์ จันทร์คุลิตขจร<sup>2</sup>

Eakchai Yaochuang<sup>1</sup>, Boonyavie Jandusitkhajorn<sup>2</sup>

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้เกี่ยวกับข้อเท็จจริงของกัญชา กัญชง โดยการเปรียบเทียบความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับข้อเท็จจริงของกัญชา กัญชง ในเด็กนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ในห้องเรียนที่ได้รับเลือกจากการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับฉลาก ในโรงเรียน 3 แห่ง ภายในจังหวัดสระบุรี จำนวน 183 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ระหว่างเดือนมกราคม ถึงกุมภาพันธ์ 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของตัวแปรภายในกลุ่ม โดยใช้สถิติ Paired Samples t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลองใช้โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับข้อเท็จจริงของกัญชา กัญชง สูงขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value = 0.002 และ  $p$ -value = 0.006 ตามลำดับ) โดยพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้น 12.14 คะแนน (95%CI = -1.0093, -0.2257) และทัศนคติเพิ่มขึ้น 25.13 คะแนน (95%CI = -1.6776, -0.2896)

คำสำคัญ: โปรแกรม, ความรอบรู้, กัญชา, กัญชง

<sup>1</sup>เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี

<sup>1</sup>Pharmacist, Professional Level, Division of Consumer Protection and Public Health Pharmacy, Saraburi Provincial Public Health Office.

<sup>2</sup>เภสัชกรปฏิบัติการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี

<sup>2</sup>Pharmacist, Operating Level, Division of Consumer Protection and Public Health Pharmacy, Saraburi Provincial Public Health Office. Email: Plansaraburi@gmail.com



### Abstract

The aim of this quasi-experimental research was to evaluate the effectiveness of the cannabis and hemp awareness-enhancing program. Our study compares the knowledge and attitudes of 8th grade students about cannabis and hemp before and after participating in the program. The sample consisted of 183 8th grade students from three schools in Saraburi Province who were selected through multi-stage random sampling. A questionnaire created by the researcher was used to collect data from January to February 2023. In this study, descriptive statistics were used. We used the Paired Samples t-test with a statistical significance level of 0.05 to compare the mean differences of the variables within the group. The results show that average knowledge scores and attitude scores after participation in the program increase significantly (p-value = 0.002 and p-value = 0.006, respectively). The knowledge score was increased by 12.14 points (95% CI = -1.0093, -0.2257), and the attitude score was increased by 25.13 points (95% CI = -1.6776, -0.2896).

**Keywords:** Program, Knowledge, Cannabis, Hemp



## บทนำ

กัญชาและกัญชงเป็นพืชที่มีประวัติยาวนาน ถูกนำมาใช้ทั้งในทางการแพทย์ ทางอุตสาหกรรมสิ่งทอ และทางสันตนาการ ทั้งกัญชาและกัญชงอยู่ในวงศ์ Cannabaceae สกุล Cannabis มีความแตกต่างกันที่สายพันธุ์ย่อย กัญชามีชื่อสามัญว่า Cannabis มี 3 สายพันธุ์ย่อย ได้แก่ ซาติวา (*Cannabis sativa*) อินเดียกา (*Cannabis indica*) และรูเดราลิส (*Cannabis ruderalis*) มีความโดดเด่นในการนำมาใช้ทางการแพทย์ เนื่องจากมีสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (Tetrahydrocannabinol : THC) และสารแคนนาบิไดโอล (Cannabidiol : CBD) ในปริมาณที่เพียงพอสำหรับนำมาใช้รักษาโรค ส่วนกัญชงเป็นพืชที่เป็นสายพันธุ์เดียวกับซาติวา (*Cannabis sativa*) มีความโดดเด่นด้านการนำมาใช้ในอุตสาหกรรมเส้นใยและผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร เนื่องจากเมล็ดของกัญชงประกอบไปด้วยกรดไขมันโอเมก้า-3 และมีโปรตีนสูง<sup>1</sup> ในอดีตกัญชาหรือกัญชงจัดเป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 ที่ห้ามผลิต จำหน่าย นำเข้า ส่งออก หรือมีไว้ในครอบครอง เว้นแต่ได้รับอนุญาตโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการยาเสพติด<sup>2</sup> จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2562 ได้มีการออกพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562<sup>3</sup> ระบุว่ากัญชา กัญชงได้รับการยกเว้น ให้สามารถผลิต นำเข้า หรือส่งออกในกรณีจำเป็นเพื่อประโยชน์ของทางราชการ การแพทย์ การรักษาผู้ป่วย หรือการศึกษาวิจัยและพัฒนา ปัจจุบันกัญชา กัญชงถูกนำออกจากบัญชียาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 ยกเว้นสารสกัดทุกส่วนของพืชกัญชาหรือกัญชงที่มีปริมาณสาร THC ไม่เกินร้อยละ 0.2 โดยน้ำหนัก เฉพาะที่อนุญาตให้สกัดจากพืชกัญชาหรือกัญชงที่ปลูกภายในประเทศ และสารสกัดจากเมล็ดของพืชกัญชาหรือกัญชง ที่ได้จากการ

ปลูกภายในประเทศ ที่ยังคงเป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5<sup>4</sup> ในส่วนอื่น ๆ ของพืชกัญชา กัญชงไม่ได้จัดเป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 ทำให้มีการใช้กัญชา กัญชงอย่างแพร่หลายมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการผสมในอาหาร เครื่องดื่ม หรือนำมาเป็นส่วนประกอบในผลิตภัณฑ์สุขภาพ และผลิตภัณฑ์สุขภาพที่สามารถนำส่วนประกอบของกัญชา กัญชงมาใช้เป็นส่วนประกอบของผลิตภัณฑ์ที่ได้รับอนุญาตถูกต้องตามกฎหมาย ได้แก่ ผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง ผลิตภัณฑ์สมุนไพร และอาหารเป็นต้น ทำให้กัญชา กัญชง และผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนประกอบของกัญชา กัญชงสามารถเข้าถึงได้ง่ายมากขึ้น อาจส่งผลกระทบต่อเยาวชนที่มีความอยากรู้อยากลอง จากการศึกษาในประชากรอายุ 15 – 65 ปี ใน 20 จังหวัดทั่วทุกภูมิภาคของประเทศ พบว่ากลุ่มอายุ 15 – 19 ปี มีผู้ใช้กัญชาเพื่อสันตนาการถึง 67,095 คน จาก 3,883,976 คน คิดเป็นความชุกร้อยละ 1.7 ของประชากรอายุ 15 – 19 ปี<sup>5</sup> และจากการศึกษาในวัยรุ่นชายในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนพบว่าช่วงอายุที่เริ่มมีการใช้สารเสพติดมากที่สุดคือ อายุ 13 – 15 ปี คิดเป็นร้อยละ 75 และเป็นการใช้กัญชาร้อยละ 62.10<sup>6</sup> จะเห็นว่าเด็กและวัยรุ่นนั้น มีการใช้กัญชาเป็นจำนวนมาก ซึ่งการใช้กัญชาในผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ต้องเป็นข้อห้ามตามกฎหมาย เนื่องจากสมองยังพัฒนาไม่เต็มที่ และสาร THC ในกัญชาส่งผลกระทบต่อระยะยาวต่อเด็กและวัยรุ่น เช่น พัฒนาการล่าช้า ปัญหาพฤติกรรม เซวอนปัญญาลดลง และส่งผลต่ออารมณ์และจิตใจ เช่น มีความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคจิตเภท ภาวะฆ่าตัวตาย รวมถึงส่งผลเสียต่อสุขภาพกาย<sup>7-8</sup> ทำให้มีหลายภาคส่วนตระหนักถึงปัญหาการใช้กัญชาในเด็กอายุต่ำกว่า 20 ปี จึงมีการออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข



เรื่อง สมุนไพรควบคุม (กัญชา) พ.ศ. 2565<sup>9</sup> ให้กัญชา หรือสารสกัดจากกัญชาเป็นสมุนไพรควบคุมที่ห้ามจำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองในผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี อีกทั้งประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง แนวทางการปฏิบัติเกี่ยวกับกัญชาหรือกัญชง ในสถานศึกษา ส่วนราชการ หรือหน่วยงานในสังกัด และกำกับของกระทรวงศึกษาธิการ<sup>10</sup> ห้ามนักเรียนใช้กัญชาหรือกัญชง เพื่อการสันตนาการใด ๆ ห้ามไม่ให้มีการใช้กัญชาหรือกัญชงกับเด็กนักเรียน งดจำหน่ายอาหารหรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของกัญชา กัญชง และห้ามนักเรียนนำอาหารหรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของกัญชา กัญชงเข้ามาบริโภคในสถานศึกษาอย่างเด็ดขาด แต่ถึงแม้ว่าจะมีการควบคุมการใช้กัญชา กัญชงในผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปีแล้ว ก็ยังสามารถพบเห็นภาพเด็กใช้กัญชาอย่างไม่เหมาะสมตามสื่อออนไลน์อยู่บ่อยครั้ง มีการรายงานข่าวพบว่าเด็กอายุ 9 ปี และ 10 ปี มีการเสพกัญชาในบริเวณที่สาธารณะ<sup>11</sup> และพบเด็กอายุ 14 ปี เสพกัญชาจนเกิดอาการทางประสาทส่งผลให้ต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล<sup>12</sup>

ดังนั้น จึงควรมีการส่งเสริมการให้ความรู้เกี่ยวกับข้อเท็จจริงของกัญชา กัญชง เรื่องโทษ ผลกระทบที่อาจได้รับ และกฎหมายเกี่ยวกับกัญชา กัญชง ให้แก่นักเรียนที่เป็นเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ให้เห็นถึงผลกระทบของการใช้กัญชา กัญชง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรีได้พัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้เรื่องข้อเท็จจริงของกัญชา กัญชง เพื่อนำไปเป็นแนวทางในการวางแผนการดำเนินกิจกรรมให้ความรู้แก่เด็กนักเรียนในอนาคตต่อไป

### วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้เรื่องข้อเท็จจริงของกัญชา กัญชง โดย

- 1) เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับข้อเท็จจริงของกัญชา กัญชง ในเด็กนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้
- 2) เปรียบเทียบทัศนคติที่มีต่อกัญชา กัญชง ในเด็กนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้

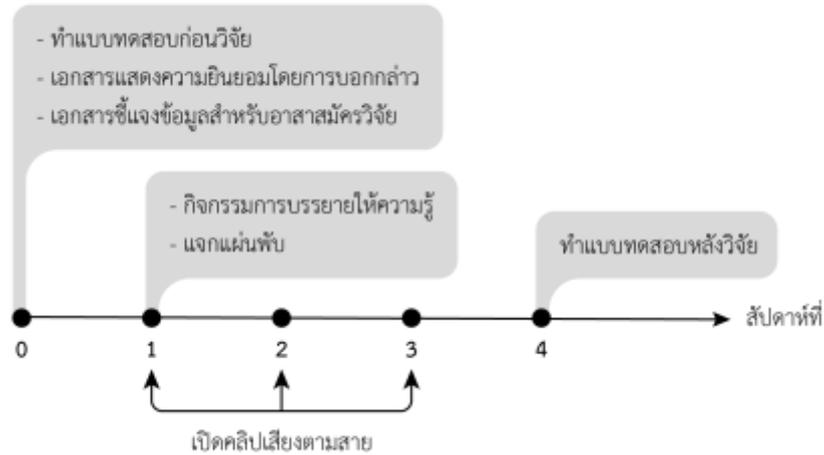
### นิยามศัพท์เฉพาะ

โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ เรื่องข้อเท็จจริงของกัญชา กัญชง ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

- 1) การบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับข้อเท็จจริงของกัญชา กัญชง เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ เอกสารประกอบการบรรยาย ระยะเวลาในการบรรยาย 1 ชั่วโมง
- 2) กิจกรรมการถามตอบแจกสื่อประชาสัมพันธ์ เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ สื่อประชาสัมพันธ์ ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 20 นาที  
กิจกรรมแจกสื่อการเรียนรู้ด้วยตนเอง เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แผ่นพับ และสื่อเสียงตามสาย ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 3 สัปดาห์



## รูปแบบการวิจัย



### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบ One Group Pretest-Posttest Design เป็นการประเมินความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับข้อเท็จจริงของกัญชา กัญชง ก่อนและหลัง เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาได้แก่ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ของจังหวัดสระบุรีคัดเลือกตัวอย่าง โดย Stratified Random Sampling แบ่งประเภทของโรงเรียนออกเป็น 3 ขนาด ได้แก่ ขนาดใหญ่ ขนาดกลาง และขนาดเล็ก พบว่าจังหวัดสระบุรีมีโรงเรียนขนาดใหญ่ จำนวน 3 โรงเรียน โรงเรียนขนาดกลาง จำนวน 5 โรงเรียน โรงเรียนขนาดเล็ก จำนวน 9 โรงเรียน<sup>13</sup> สุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับฉลากจำนวนขนาดละ 1 แห่ง และหลังจากนั้นทำการสุ่มห้องเรียน ด้วยการสุ่มอย่างง่ายโดยวิธีการจับฉลากห้องเรียนภายในโรงเรียนแต่ละแห่ง ได้กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 จำนวน 3 โรงเรียน โรงเรียนละ 1 ห้อง ในแต่ละห้องมีนักเรียนโดยประมาณจำนวน 50 - 60 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้แก่ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 2 ในห้องเรียนที่ได้รับเลือกจากการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับฉลาก ในโรงเรียน 3 แห่ง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออก ดังต่อไปนี้

- เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย (Inclusion Criteria)

- 1) นักเรียนอาศัยอยู่กับผู้ปกครอง
- 2) นักเรียนสามารถตอบแบบสอบถามได้เอง
- 3) สามารถอยู่ครบทุกกิจกรรมในโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้

- เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย (Exclusion Criteria) ได้แก่ นักเรียนมีปัญหาสุขภาพที่ส่งผลให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้

### เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

แบบเก็บข้อมูลที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น (แบบทดสอบก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ ในการวิจัย



ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้เรื่องข้อเท็จจริงของกัญชา กัญชง ในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ในจังหวัดสระบุรี ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ เกรดเฉลี่ยในเทอมล่าสุด เงินที่ได้รับในแต่ละวัน ประวัติการเคยพบเห็นผู้เสพกัญชา ช่องทางการรับทราบข่าวสารเกี่ยวกับกัญชา กัญชง และความรู้เกี่ยวกับกัญชา กัญชง อยู่อาศัยกับบิดามารดาหรือไม่ อาชีพของบิดา มารดาหรือผู้ปกครอง ระดับการศึกษาของบิดา มารดาหรือผู้ปกครอง

- ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับข้อเท็จจริงของกัญชา กัญชง เป็นข้อคำถามเลือก ถูก ผิด จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของกัญชา กัญชง ประเด็นข้อกฎหมายเกี่ยวกับกัญชา กัญชง ประเด็นการใช้กัญชา กัญชง ทางทางการแพทย์ ผลข้างเคียงและผลกระทบต่อเด็ก และประเด็นกัญชา กัญชง ในผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง เกณฑ์การให้คะแนนคือ ตอบถูกต้องได้ข้อละ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนเต็ม 20 คะแนน

- ส่วนที่ 3 ทักษะคิดต่อกัญชา กัญชง ประกอบด้วยความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้กัญชา กัญชง ในเด็ก อายุ 12 - 19 ปี การใช้กัญชา กัญชง เพื่อสันตนาการ การใช้กัญชา กัญชง ทางทางการแพทย์ การวางจำหน่ายผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของกัญชา กัญชง โดยให้ทุกคนสามารถเข้าถึงได้ การห้ามจำหน่ายกัญชา กัญชง แก่เด็กอายุต่ำกว่า 20 ปี การห้ามนำกัญชา กัญชง หรือผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีส่วนผสมของกัญชา กัญชง เข้ามาใช้ที่โรงเรียน และความคิดเห็นต่อระดับความรู้เรื่องเกี่ยวกับกัญชา กัญชง ของตนเอง โดยให้คะแนน (Rating Scale) 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยน้อยที่สุด เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยมากที่สุด ทดสอบเครื่องมือโดยการสอบถาม

ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruency : IOC) โดยใช้เกณฑ์ค่า IOC มากกว่า 0.50 ขึ้นไป และนำแบบทดสอบไปทดลองใช้ (Try out) กับนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง และนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบโดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ในการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ สามารถหาค่า IOC จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC อยู่ในช่วง 0.97 - 1.00 และจากการนำแบบทดสอบไปทดลองใช้กับนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน สามารถวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบโดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.193

### สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับข้อเท็จจริงของกัญชา กัญชง ระหว่างก่อนการดำเนินการวิจัย และหลังการดำเนินโครงการวิจัยโดยใช้สถิติ Paired Samples t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และช่วงเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95

### การทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ดำเนินการขออนุญาตผู้อำนวยการโรงเรียนที่เข้าร่วมการวิจัย

2. ดำเนินการทำกิจกรรมตามโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้แก่เด็กนักเรียนผู้เข้าร่วม



การวิจัย โดยมีบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของกัญชา กัญชง ข้อกฎหมายเกี่ยวกับกัญชา กัญชง การใช้กัญชา กัญชง ทางทางการแพทย์ ผลข้างเคียงผลกระทบต่อเด็ก และการใช้กัญชา กัญชง ในผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง และแจกสื่อประกอบการให้ความรู้ ได้แก่ เอกสารประกอบการบรรยาย แผ่นพับ และสื่อคลิปเสียง ข้อมูลเกี่ยวกับข้อเท็จจริงของกัญชา กัญชง พร้อมทำแบบทดสอบความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับข้อเท็จจริงของกัญชา กัญชง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้

3. เปรียบเทียบความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับข้อเท็จจริงของกัญชา กัญชง ของเด็กนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี โครงการวิจัย เลขที่ EC 002/2566

## ผลการศึกษา

### ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 2 จากการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับฉลากในโรงเรียน 3 แห่ง จำนวน 183 คน และนักเรียนทั้งหมดผ่านเกณฑ์การคัดเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 98 คน (ร้อยละ 53.55) ส่วนใหญ่เกรดเฉลี่ยในเทอมล่าสุด 3.01 ขึ้นไป จำนวน 94 คน (ร้อยละ 51.37) สำหรับปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจส่งผลต่อการได้รับความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับกัญชา กัญชง ดังนี้ เงินที่นักเรียนได้รับในแต่ละวัน ส่วนใหญ่อยู่ที่มากกว่า 51 บาท จำนวน 147 คน (ร้อยละ 80.33) ประสบการณ์ในการพบผู้เสพกัญชา พบว่าส่วนใหญ่นักเรียนเคยมีประสบการณ์พบผู้เสพกัญชา จำนวน 110 คน (ร้อยละ 60.11) ประสบการณ์การได้รับ

ข่าวสารเกี่ยวกับกัญชา พบว่าส่วนใหญ่ได้รับข่าวสารเกี่ยวกับกัญชาจากสื่อโทรทัศน์ จำนวน 123 คน (ร้อยละ 67.21) รองลงมาได้รับข่าวสารเกี่ยวกับกัญชาจากสื่อ Social media จำนวน 32 คน (ร้อยละ 17.49) สัมพันธภาพของครอบครัว ส่วนใหญ่นักเรียนอาศัยกับบิดาและมารดา จำนวน 122 คน (ร้อยละ 66.67) อาชีพของบิดาหรือผู้ปกครอง ส่วนใหญ่นักเรียนที่บิดาหรือผู้ปกครองประกอบอาชีพพนักงานบริษัทเอกชน จำนวน 83 คน (ร้อยละ 45.36) ระดับการศึกษาของบิดาหรือผู้ปกครอง ส่วนใหญ่พบว่านักเรียนที่บิดาสำเร็จการศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายจำนวน 46 คน (ร้อยละ 25.14) สำเร็จการศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นจำนวน 40 คน (ร้อยละ 21.86)

### ด้านความรู้เกี่ยวกับข้อเท็จจริงของกัญชา กัญชง

คะแนนความรู้เกี่ยวกับข้อเท็จจริงของกัญชา กัญชง คะแนนเต็ม 5 คะแนน ในประเด็นข้อมูลทั่วไปของกัญชา กัญชง คะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้อยู่ที่ 2.70 คิดเป็นร้อยละ 54.00 ของคะแนนเต็ม และคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ อยู่ที่ 2.74 คิดเป็นร้อยละ 54.80 ของคะแนนเต็ม ประเด็นข้อกฎหมายเกี่ยวกับกัญชา กัญชง คะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ อยู่ที่ 3.22 คิดเป็นร้อยละ 64.40 ของคะแนนเต็ม และคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ อยู่ที่ 3.63 คิดเป็นร้อยละ 72.60 ของคะแนนเต็ม ประเด็นการใช้กัญชา กัญชง ทางทางการแพทย์ คะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ อยู่ที่ 2.97 คิดเป็นร้อยละ 59.40 ของคะแนนเต็ม และคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ อยู่ที่ 3.21 คิดเป็นร้อยละ 64.20 ประเด็นกัญชา กัญชง ใน



ผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง คะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้อยู่ที่ 2.64 คิดเป็นร้อยละ 52.80 ของคะแนนเต็ม และคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้อยู่ที่ 2.53 คิดเป็นร้อยละ 50.60 ส่วนของประเด็นรวมทั้งหมด คะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

เสริมสร้างความรอบรู้อยู่ที่ 11.52 คิดเป็นร้อยละ 57.60 ของคะแนนเต็ม และคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้อยู่ที่ 12.14 คิดเป็นร้อยละ 60.70 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนความรู้เกี่ยวกับข้อเท็จจริงของกัญชา กัญชง (n = 183)

คะแนนความรู้เกี่ยวกับข้อเท็จจริงของกัญชา กัญชง	คะแนนเฉลี่ย			
	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	ร้อยละ	หลังเข้าร่วมโปรแกรม	ร้อยละ
ประเด็นข้อมูลทั่วไปของกัญชา กัญชง	2.70	54.00	2.74	54.80
ประเด็นข้อกำหนดเกี่ยวกับกัญชา กัญชง	3.22	64.40	3.63	72.60
ประเด็นการใช้กัญชา กัญชง ทางารแพทย์	2.97	59.40	3.21	64.20
ประเด็นกัญชา กัญชง ในผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง	2.64	52.80	2.53	50.60
<b>รวม</b>	<b>11.52</b>	<b>57.60</b>	<b>12.14</b>	<b>60.70</b>

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับข้อเท็จจริงของกัญชา กัญชง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ของนักเรียนที่เข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ที่ 11.52 (S.D. 2.30) และความรู้

เกี่ยวกับข้อเท็จจริงของกัญชา กัญชง หลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ของนักเรียนที่เข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ที่ 12.14 (S.D. 1.86) นักเรียนที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้มีความรู้เกี่ยวกับข้อเท็จจริงของกัญชา กัญชง สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.002) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับข้อเท็จจริงของกัญชา กัญชง (n = 183)

ความรู้เกี่ยวกับข้อเท็จจริงของกัญชา กัญชง	$\bar{X}$	S.D.	Mean difference	95%CI		t	p-value
				Lower	Upper		
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	11.52	2.30	-0.6175	-1.0093	-0.2257	-3.110	0.002
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	12.14	1.86					

ด้านทัศนคติที่มีต่อกัญชา กัญชง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ของนักเรียนที่เข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ที่ 24.14 (S.D. 3.66) และทัศนคติที่มีต่อกัญชา กัญชง หลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ของนักเรียนที่เข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ที่ 25.13

(S.D. 3.74) เมื่อเปรียบเทียบทัศนคติที่มีต่อกัญชา กัญชง ก่อนและหลัง เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ พบว่านักเรียนที่เข้าร่วมโปรแกรมมีทัศนคติที่มีต่อกัญชา กัญชง สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.006) ดังแสดงในตารางที่ 3



ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนทัศนคติที่มีต่อกัญชา กัญชง (n = 183)

ทัศนคติที่มีต่อกัญชา กัญชง	$\bar{X}$	S.D.	Mean difference	95%CI		t	p-value
				Lower	Upper		
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	24.14	3.66	-0.9836	-1.6776	-0.2896	-2.796	0.006
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	25.13	3.74					

### อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับข้อเท็จจริงของกัญชา กัญชง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ พบว่านักเรียนที่เข้าร่วมโปรแกรมมีความรู้เกี่ยวกับข้อเท็จจริงของกัญชา กัญชง สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value = 0.002) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ พิพัฒน์พล พินิจดี และคณะ<sup>14</sup> ผ่านการจัดกิจกรรมค่ายไปกลับเพื่อพัฒนาทักษะชีวิตในการป้องกันการสูบบุหรี่ เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นพบว่าเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ภายในกลุ่มทดลองพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < 0.001, 95%CI : 3.45 ถึง 5.00) สอดคล้องกับการศึกษาของ อุษณีย์ เอกสุวีรพงษ์และคณะ<sup>15</sup> ที่ให้ความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์แก่ประชาชนในตำบลเขาถ่าน อำเภอลำปาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผ่านสื่อได้แก่ คู่มือฉบับย่อ แผ่นพับ จดหมายข่าว โฟมบอร์ด และคลิปวีดิทัศน์เป็นระยะเวลา 3 เดือน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทัศนคติต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์สูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ( $p$ -value < 0.001) และโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้มีกิจกรรมถามตอบแจกสื่อประชาสัมพันธ์ ทำให้นักเรียนมีส่วนร่วมในกิจกรรมมากยิ่งขึ้น สามารถเสริมสร้างความสนใจในการเข้าร่วมกิจกรรม และเสริมสร้างความรู้ได้มากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาภรณ์ ปวนสุรินทร์ และคณะ<sup>16</sup> ที่พบว่าทำให้ความรู้เกี่ยวกับการ

ป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นด้วยโปรแกรมป้องกันการสูบบุหรี่โดยใช้พีรซีดี-โพรซีดี โมเดล โดยเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ โดยให้นักเรียนมีส่วนร่วมในกิจกรรม ทำให้นักเรียนมีความสนใจและ กระตือรือร้นในการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ของนักเรียน หลังเข้าร่วมโปรแกรม เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < 0.05) จากการศึกษาพบว่านักเรียนมีทัศนคติต่อกัญชา กัญชง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ของนักเรียนที่เข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ที่ 24.14 (S.D. 3.66) และทัศนคติที่มีต่อกัญชา กัญชง หลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ของนักเรียนที่เข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ที่ 25.13 (S.D. 3.74) เมื่อเปรียบเทียบทัศนคติที่มีต่อกัญชา กัญชง ก่อนและหลัง เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ พบว่านักเรียนที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้มีทัศนคติที่มีต่อกัญชา กัญชง สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value = 0.006) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อารีย์ เสนีย์ และคณะ<sup>17</sup> วิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ของนักศึกษาพยาบาล ปีที่ 4 โดยจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้ในเรื่อง พิษภัยบุหรี่ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาสูบ และจัดนิทรรศการ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ และคะแนนเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่สูงกว่าก่อนพัฒนาศักยภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < 0.001) และสอดคล้องกับการศึกษาของ อุษณีย์ เอกสุวีรพงษ์ และคณะ<sup>15</sup>



พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทัศนคติต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์สูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ( $p$ -value  $< 0.001$ ) โดยจากผลการศึกษาที่พบว่าทัศนคติต่อกัญชา กัญชงของนักเรียนมีการเปลี่ยนแปลงหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้มีความเป็นไปได้อย่างมากที่การแสดงออกด้านพฤติกรรมต่อการใช้กัญชา กัญชง ของนักเรียนมีการเปลี่ยนแปลงไป ตามทฤษฎีพฤติกรรมของนักจิตวิทยาสังคมไทย ได้อธิบายว่าในขณะที่บุคคลได้มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมที่แสดงออกมา คือ ทัศนคติ ซึ่งได้แก่ความเชื่อ (Belief), ความรู้สึก (Feeling) และรูปแบบของพฤติกรรม (Behavior pattern) ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือบุคคลใดบุคคลหนึ่ง

โดยสรุปจากการวิจัยพบว่าโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้เรื่องข้อเท็จจริงของกัญชา กัญชง สามารถเพิ่มความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับกัญชา กัญชง ได้สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value = 0.002 และ  $p$ -value = 0.006 ตามลำดับ) ทั้งนี้ผู้นำโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้เรื่องข้อเท็จจริงของกัญชา กัญชงไปใช้ต้องคำนึงถึง

การเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นให้สอดคล้องกับสถานการณ์ในช่วงเวลานั้น ๆ

#### ข้อเสนอแนะ

1. ควรขยายผลการนำโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ไปใช้กับนักเรียนระดับชั้นอื่น ๆ และศึกษาความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับข้อเท็จจริงของกัญชา กัญชง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม
2. ควรมีการปรับเปลี่ยนชุดความรู้ และกิจกรรมในโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ให้เหมาะสมกับกลุ่มอื่น ๆ ทั้งความยากง่ายในการเข้าใจ ความเหมาะสมของเนื้อหา และความน่าสนใจของกิจกรรม

#### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นพ.ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร รองนายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี และ ภญ.ดวงกมล นุตราวงค์ หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข ที่ได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์และมอบโอกาสให้ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมและทำการวิจัยครั้งนี้ และ ดร.ยอดชาย สุวรรณวงษ์ ที่ให้คำแนะนำในการทำวิจัยให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

#### เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการขับเคลื่อนประชาสัมพันธการใช้กัญชาเพื่อการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. กัญชากับกัญชงต่างกันอย่างไร? [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 3 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.medcannabis.go.th/blog/กัญชา%20กับ%20กัญชง%20ต่างกัน%20อย่างไร?>
2. พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 (2522, 22 เมษายน). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 96 ตอนที่ 63 ฉบับพิเศษ หน้า 40.
3. พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 (2562, 17 กุมภาพันธ์). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 136 ตอนที่ 19 ก หน้า 1.
4. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภทที่ 5 พ.ศ.2565 (2565, 8 กุมภาพันธ์). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 139 ตอนที่พิเศษ 38 ง หน้า 8.



5. สุริยัน บุญแท้. โครงการสำรวจทัศนคติและพฤติกรรมการใช้สารเสพติด: กรณีศึกษาประชาชนอายุ 15-65 ปี ใน 20 จังหวัดทั่วทุกภูมิภาคของประเทศ. กรุงเทพฯ: แผนงานศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด (ศศก.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.); 2563. เลขที่รายงาน 62-01619-0043.
6. วราภรณ์ มั่งคั่ง, จินตนา วัชรสินธุ์, วรณิ เตียววิเศษ. ปัจจัยครอบครัวที่มีผลต่อการใช้ยาเสพติดของวัยรุ่นชาย ในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนแห่งหนึ่ง. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา 2559; 11: 2: 53-63.
7. ธนพล นิมสมบุรณ์. พิษวิทยาของกัญชา. วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล 2563; 30: 2: 125-136.
8. แกล้งการณัฎฐ์จัตยาของราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง ผลกระทบของกฎหมายกัญชาเสรีต่อสุขภาพเด็กและวัยรุ่น ที่ รวทท 1/2565 (2565, 9 มิถุนายน).
9. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สมุนไพรควบคุม (กัญชา) พ.ศ. 2565 (2565, 16 มิถุนายน). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 139 ตอนพิเศษ 137 ง หน้า 9
10. ประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง แนวทางการปฏิบัติเกี่ยวกับกัญชาหรือกัญชงในสถานศึกษา ส่วนราชการ หรือหน่วยงานในสังกัด และในกำกับของกระทรวงศึกษาธิการ (2565, 16 มิถุนายน) ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 139 ตอนพิเศษ 156 ง หน้า 20
11. ไทยรัฐออนไลน์. เด็กน้อยพี้กัญชา ภาพสลดเกิดขึ้นซ้ำๆ หลังปลดล็อก แนวน้ำมันสูบเพิ่มขึ้น 2 เท่า [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 17 ธ.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thairath.co.th/scoop/theissue/2568665>
12. ไทย พีบีเอส. เด็ก 14 ปีเสพยาต้องห้ามส่ง รพ.อาการปลอดภัยแล้ว [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 17 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaipbs.or.th/news/content/316685>
13. สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาสระบุรี สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน. ระบบสารสนเทศเพื่อบริการทางการศึกษา [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 15 ม.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://sssb.go.th/students2565>
14. พิพัฒน์พล พินิจดี, จุฬารณณ์ โสตะ. โปรแกรมการประยุกต์การสร้างเสริมทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น 2558; 2: 11-20.
15. อุษณีย์ เอกสุวีรพงษ์, ช่อผกา นาคมิตร. ความรู้และทัศนคติต่อกัญชาทางการแพทย์ของประชาชน ตำบลเขาถ่าน อำเภอท่าฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย 2565; 4(2): 77-86.
16. สุภาภรณ์ ปวนสุรินทร์, สุมาลี เลิศมัลลิกาพร, จิตตาภรณ์ จิตรีเชื้อ. การพัฒนาโปรแกรมการป้องกันการสูบบุหรี่ ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นโดยใช้ฟรีซีด-โพสซีด โมเดล. พยาบาลสาร 2556; 40: 26-37.
17. อารีย์ เสนีย์, พรณิ ปานเทวัญ, เบญจมาศ บุญรับพ่าย. การพัฒนาศักยภาพแกนนำนักศึกษาพยาบาล ด้านความรู้ ทัศนคติต่อบุหรี่ และทักษะการให้คำปรึกษาเรื่องการเลิกบุหรี่ในชุมชน. วารสารพยาบาล 2556; 62: 22-31.



ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเอง  
ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะ 3 และ 4 ในอำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ  
The Effectiveness of a Self-efficacy Enhancement Program of chronic disease  
patients with third-fourth stage chronic kidney disease in Siratana District,  
Sisaket Province

วนิดา อินรตพงษ์<sup>1</sup>  
Wanida Inratsapong<sup>1</sup>

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้เกี่ยวกับโรคไต พฤติกรรมการบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกาย และค่าครีเอตินีน ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ในอำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ที่อาศัยอยู่ในอำเภอศรีรัตนะ จำนวน 44 คน ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 22 คน เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 โดยประยุกต์โดยใช้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะตนเองของแบนดูรา (1997) ประกอบด้วยคู่มือชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง แผนการสอน และ 2) แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคไต แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกาย มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.81, 0.83 และ 0.82 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ t-test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้ต่อภาวะไตเรื้อรัง พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ในอำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนค่าครีเอตินีนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ในอำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษหลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**คำสำคัญ:** โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน, ภาวะไตเรื้อรัง, ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

<sup>1</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ

<sup>1</sup>Registered Nurse, Professional Level. Inpatient Department, Sirattana Hospital, Sisaket Province.

Email: wanida\_5682@hotmail.co.th



## Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effects of a self-efficacy enhancement program. This study examined perception of chronic kidney disease (CKD), food consumption behaviors, physical activity, and creatinine in chronic disease patients with third- fourth stage CKD in Siratana District, Sisaket Province.

The sample were 44 diabetic and hypertention patients with third- fourth stage CKD who lived at Srirattana District, Sisaket Province, selected by simple random sampling technique, and divided equally (22 each) into experimental and comparative groups. The research instruments included: 1) the self-efficacy enhancement program which was developed based on the perceived self-efficacy concepts of Bandura (1997), consisting of a handbook of slow the progression of patients with CKD, a lesson plan, and 2) perception about CKD, the food consumption behaviors and physical activity questionnaires. The reliabilities of these three questionnaires were 0.81, 0.83 and 0.82, respectively. Data were analyzed by using descriptive statistics and t-test.

The result revealed that after attending the program perception about CKD, the food consumption behaviors and physical activity of CKD patients were significantly better than before attending the program, as well as these results were better than the comparative group ( $p < 0.05$ ). Also, creatinine of CKD patients, the experimental group were significantly less than before attending the program, as well as these results were significantly less than the comparative group ( $p < 0.05$ ).

**Keywords:** Self-efficacy Enhancement Program, Chronic kidney disease, Chronic disease patients

## บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease : CKD) เป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย โรคไตเรื้อรังแบ่งออกเป็น 5 ระยะ โดยระยะที่ 1 และ 2 ถ้าไม่มีหลักฐานว่าไตผิดปกติ จะไม่เข้าหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคไตเรื้อรัง โรคไตเรื้อรังเกิดจากสาเหตุหลายปัจจัย รักษาไม่หายขาด จำเป็นต้องรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงมาก โดยเฉพาะเมื่อการดำเนินโรคเข้าสู่ภาวะไตวายระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease : ESRD) ซึ่งจำเป็นต้องให้การรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) การล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal

Dialysis) หรือการผ่าตัดปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation) ส่งผลให้คุณภาพชีวิตแย่งลง<sup>1</sup> จากรายงานการลงทะเบียนเพื่อบำบัดทดแทนไตของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ในปี 2559<sup>1</sup> พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้าย ยังมีแนวโน้มอุบัติการณ์ของโรคเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จึงมีความจำเป็นที่จะต้องให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เพื่อป้องกันหรือชะลอไม่ให้เกิดการดำเนินของโรคเข้าสู่ภาวะไตวายระยะสุดท้าย โดยการตรวจคัดกรองและดูแลรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มต้นเพื่อชะลอการเสื่อมของไตให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีโอกาส



ที่จะพบโรคร่วมได้หลายประการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของผู้ป่วย ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากความผิดปกติของการทำงานของไตที่พบในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจะพบมากขึ้นและทวีความรุนแรงขึ้นตามการเสื่อมของไต อย่างไรก็ตาม ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เหล่านี้สามารถควบคุมป้องกันไม่ให้เกิดความรุนแรงจนเป็นอันตรายต่อสุขภาพของผู้ป่วย<sup>2</sup>

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือโรคเรื้อรังที่ทำให้เกิดโรคไตเรื้อรังที่พบมาก ได้แก่ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศไทย ถ้าไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมามากมาย โดยเฉพาะโรคไตเรื้อรัง เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังตั้งแต่ระยะที่สามขึ้นไปประมาณ 1.9 และ 1.6 เท่าตามลำดับ การศึกษาของ MedResNet ในปี 2552 พบว่าความชุกของโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง สูงถึงร้อยละ 17.5 ส่งผลให้ภาระค่ารักษาพยาบาลสูง ทั้งส่วนของภาครัฐ ผู้ป่วย และครอบครัว<sup>1</sup>

สถานการณ์ในจังหวัดศรีสะเกษพบว่า ผู้ป่วยโรคไตมีจำนวนมากขึ้น และสาเหตุส่วนใหญ่มาจากภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรังเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ ซึ่งในปี 2564 พบผู้ป่วยโรคไตรายใหม่ที่ป่วยมาจากโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 15 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัด<sup>3</sup> และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จากข้อมูลโรงพยาบาลศรีรัตนะที่มีอัตราผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ร้อยละ 12 ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งหมด และมีผู้ป่วยโรคไตระยะที่ 3 และ 4 เพิ่มขึ้นทุกปี และจากการสำรวจผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะโรคไตเรื้อรัง จำนวน 5 คน พบว่ามีการรับรู้ต่อโรคไตระดับน้อย พฤติกรรมการ

บริโภคอาหารโรคไตอยู่ในระดับต่ำ และพฤติกรรมกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของตนเองลดลง การรับประทานอาหารที่มีปริมาณโซเดียมสูง รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง และมีการรับประทานยาบางอย่างที่มีผลทำให้ไตเสื่อมมากขึ้น<sup>4</sup> ทำให้ไม่สามารถควบคุมโรคเรื้อรังได้ เกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตตามมา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยสำคัญอย่างยิ่งในการที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมได้สำเร็จ ได้แก่ ตัวบุคคลเอง การที่จะให้บุคคลตระหนักถึงความสำคัญของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การมีกิจกรรมทางกาย การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง จะสามารถชะลอความเสื่อมของไตได้<sup>4</sup> สอดคล้องกับแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997)<sup>5</sup> ที่กล่าวว่าถ้าบุคคลรับรู้หรือมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตน บุคคลนั้นก็จะปฏิบัติตามด้วยความมั่นใจมากยิ่งขึ้น แบนดูราได้เสนอว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกิดจากการรับข้อมูล 4 ด้าน ได้แก่ 1) การเรียนรู้จากประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง (Mastery Learning) 2) การเรียนรู้จากการใช้ตัวแบบ (Model) หรือการเรียนรู้ประสบการณ์ (Vicarious Learning) 3) การชักจูงด้วยวาจา (Verbal Persuasion) 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) ซึ่งหากนำมาประยุกต์ใช้ การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 จะเกิดผลดีในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ชะลอไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย<sup>4,6</sup> มาทำให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง รวมถึงร่วมกันวางแผนกิจกรรมที่จะนำไปสู่ความสำเร็จได้

พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรสุขภาพที่สำคัญของระบบบริการสุขภาพ และมีความรู้ในเรื่องระบาวิทยา สังคม และพฤติกรรมศาสตร์ รวมทั้งสุขภาพของชุมชน<sup>7</sup> อีกทั้งเป็นผู้ที่มีบทบาท



สำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพ<sup>๑</sup> ซึ่งความรู้ที่กว้างขวางเหล่านี้มีประโยชน์อย่างมากในการดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจะสามารถบูรณาการความรู้ทางด้านการแพทย์กับความรู้ดังกล่าวร่วมกับการมีข้อผูกพันในการดูแลแบบองค์รวม จะเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการปรับปรุงสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน<sup>๑</sup>

ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 จังหวัดศรีสะเกษ ด้วยการส่งเสริมให้รับรู้ความสามารถของตนเองตามแนวคิดของแบนดูรา โดยอาศัยแหล่งสนับสนุน 4 แนวทาง ซึ่งแหล่งสนับสนุนดังกล่าวเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมเพื่อส่งผลให้ชะลอภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 5 ส่งผลให้ลดความรุนแรงจากปัญหาสุขภาพที่เกิดจากโรคและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้พฤติกรรมการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้พฤติกรรมการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน

3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของค่าเครื่องวัดนินของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน

### สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนความรู้ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ดีวก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและดีวกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

2. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ดีวก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและดีวกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

3. พฤติกรรมกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ดีวก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและดีวกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

4. ค่าเครื่องวัดนินของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ลดลงก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

### วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังทดลอง (Two group pretest-posttest control group design) ดำเนินโปรแกรม ระหว่างเดือนสิงหาคมถึงตุลาคม 2565 รวมเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์

### ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งเพศชายและหญิง อายุระหว่าง



18 - 59 ปี มีโรคประจำตัวคือเบาหวานและความดันโลหิตสูง และมีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบคลินิกหมอครอบครัว อำเภอศรีรัตนงจังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 309 คน

**กลุ่มตัวอย่าง** เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ทั้งเพศชายและหญิงที่มีเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบคลินิกหมอครอบครัว อำเภอศรีรัตนง จังหวัดศรีสะเกษ อ่านออก เขียนได้ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 22 คน โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power Analysis) (Cohen, 1988)<sup>10</sup> กำหนดขนาดอิทธิพล ซึ่งอ้างอิงจากงานวิจัยของการพัฒนารูปแบบคลินิกโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลคลองขลุ<sup>11</sup> โดยใช้ค่าเฉลี่ย eGFR ก่อนและหลังทดลองมาคำนวณค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) ได้ 1.017 เมื่อกำหนดให้ค่าอำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.95 ระดับความเชื่อมั่นที่  $\alpha = 0.05$  กำหนดพื้นที่ในการดำเนินการวิจัย โดยเลือกพื้นที่รับผิดชอบในทีมคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) ในอำเภอศรีรัตนง ได้แก่ ทีมหมอครอบครัวโรงพยาบาลศรีรัตนง ทีมหมอครอบครัวโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีพะเนา และทีมหมอครอบครัวโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพิงพวยใต้ อำเภอศรีรัตนง จังหวัดศรีสะเกษ เนื่องจากมีพื้นที่ใกล้เคียงกัน มีความเป็นอยู่ วิถีชีวิต ภาษาพูดและวัฒนธรรมใกล้เคียงกัน ใช้การสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากแบบไม่คืนที่ ให้ครั้งที่ 1 เป็นกลุ่มทดลอง ได้แก่ ทีมหมอครอบครัวโรงพยาบาลศรีรัตนง และครั้งที่ 2 เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ ได้รับการดูแลและการบริการปกติ ได้แก่ ทีมหมอครอบครัวโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีพะเนา โดยมีเกณฑ์การคัดตัวอย่างเข้าร่วมการศึกษา (Inclusion Criteria) ดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวานและ

ความดันโลหิตสูง) ที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 วินิจฉัยจากแพทย์ และที่ขึ้นทะเบียนในอำเภอศรีรัตนงในปีงบประมาณ 2564 อายุตั้งแต่ 35 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป 2) เป็นผู้ที่สามารถอ่านเขียนได้ และเข้าใจภาษาไทย 3) สมัครใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัย เกณฑ์การคัดผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria) คือ 1) ไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษา หรือสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา เป็นผู้ป่วยที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 2) เกิดการเจ็บป่วยรุนแรงขณะร่วมโปรแกรม รวบรวมกลุ่มตัวอย่าง โดยจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Matching Paired) ตามตัวแปร เพศ อายุ และ ค่าครีเอตินิน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

#### 1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง ได้แก่

1.1 โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิด ทฤษฎีความสามารถของตนเองของแบนดูรา โดยจัดกิจกรรมจำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง ใช้เวลาในการทดลองทั้งหมด 12 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

1.1.1 กิจกรรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติประกอบด้วย วิธีทัศนให้ความรู้เรื่องไตวายอันตรายของโรคไตเรื้อรัง โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนทางไต หลักการรับประทานอาหาร และกิจกรรมทางกาย การประเมินค่าไต 5 ระดับ

1.1.2 กิจกรรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมชะลอไตเสื่อม

#### 1) การซักงูด้วยคำพูด :

พูดซักงูให้ตระหนักถึงอันตรายของโรคไตวาย ใช้คำพูดเพื่อให้เชื่อว่ามีความสามารถในการปฏิบัติตัวได้ จับคู่หูชะลอไตเสื่อม เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองชะลอไตเสื่อม



2) การใช้ตัวแบบ ใช้ตัวแบบมีชีวิตที่ต้องบำบัดทางไตคือการฟอกเลือด (Hemodialysis : HD) และการล้างไตทางหน้าท้อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis : CAPD) การแลกเปลี่ยนประสพการณ์ในการดูแลตนเอง ชักถามข้อสงสัย

3) การกระตุ้นทางร่างกาย และอารมณ์ : สร้างบรรยากาศที่เป็นกันเอง ให้แรงเสริมโดยกล่าวชมเชย ให้กำลังใจ แลกเปลี่ยนประสพการณ์ และให้รางวัลแก่ผู้ที่มีค่าครีเอทีวิตีลดลง

4) การสร้างประสพการณ์ที่ประสพความสำเร็จ : แลกเปลี่ยนประสพการณ์ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถตนเอง วิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคของตนเอง และร่วมหาแนวทางแก้ปัญหา

1.2 คู่มือชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

1.3 วีดิทัศน์ ได้แก่ Doctor B Live : ไตวายเรื้อรัง โภชนาการสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (โภชนศาสตร์ โรงพยาบาลแม่สอด)

1.4 แผนการสอน ได้แก่ โรคไตเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง แนวทางชะลอไตเสื่อม

2. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ เครื่องชั่งน้ำหนัก อุปกรณ์เจาะเลือดเพื่อตรวจหาค่าครีเอทีนีน เครื่องวัดความดันโลหิต และเครื่องวัดระดับน้ำตาลในเลือด

3. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคไต ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกาย

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ

โรค และข้อมูลทางคลินิก ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต ค่าครีเอทีนีน

- ส่วนที่ 2 การรับรู้เกี่ยวกับโรคไต ประเมินค่าแบบถูกและผิด มีทั้งหมด 12 ข้อ

- ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร แบ่งเป็น 4 ระดับ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ จำนวน 20 ข้อ

- ส่วนที่ 4 กิจกรรมทางกาย แบ่งเป็น 4 ระดับ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ จำนวน 11 ข้อ

เครื่องมือดังกล่าวได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พบว่าค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาแบบประเมินการรับรู้โรคไตแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และแบบประเมินกิจกรรมทางกาย เท่ากับ 0.89, 0.84 และ 0.85 ตามลำดับ นำมาปรับปรุงแก้ไขและนำไปหาค่าเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคไตติดต่อเรื้อรังที่มีค่าไตระยะที่ 3 และ 4 ในเขตหอนอกรอบครัวโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพิงพวย จำนวน 20 ราย วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ความเที่ยงเท่ากับ 0.81, 0.83 และ 0.82 ตามลำดับ

#### การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เอกสารเลขที่ SPPH 2022-027 หมดอายุ 6 มิถุนายน 2566 ผู้วิจัยชี้แจงข้อมูล ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ ตลอดจนสิทธิที่จะยกเลิกหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา รวมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ



## การดำเนินการวิจัย

มีการแบ่งขั้นตอนการดำเนินการเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการ ระยะก่อนทดลอง และระยะดำเนินการทดลอง โดยมีรายละเอียดและวิธีการดำเนินการดังนี้

### 1. ระยะเตรียมการ

เตรียมผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัย และตัวแบบ ดังนี้ ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัย 1 คน เป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพ และคัดเลือกต้นแบบ 2 คน ที่ได้บำบัดทดแทนไตโดยการฟอกเลือดและการล้างไตทางหน้าท้อง

### 2. ระยะก่อนทดลอง

เสนอโครงร่างวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ หนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลถึงโรงพยาบาลศรีรัตนะ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เพื่อขอความร่วมมือชี้แจงวัตถุประสงค์ ประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจะกอง ตำบลสะพุง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีพะเนา ตำบลตุม และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพิงพวยใต้ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย นัดพบกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย หลังจากนั้นขอความร่วมมือในการทำวิจัย พร้อมทั้งพิกซ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และสอบถามความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยตามความสมัครใจ

### 3. ระยะดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

### 3.1 การดำเนินการในกลุ่มเปรียบเทียบ

- สัปดาห์ที่ 1 ซึ่งน้ำหนัก ตรวจค่าครีเอตินิน เพื่อจับคู่กลุ่มตัวอย่าง บันทึกในแบบสอบถามแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคไต แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกาย ก่อนทดลอง จัดกิจกรรมตามปกติในคลินิกโรคเรื้อรัง นัดพบอีก 12 สัปดาห์

- สัปดาห์ที่ 12 ซึ่งน้ำหนัก ตรวจค่าครีเอตินิน แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคไต แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกาย กล่าวขอบคุณ ปิดการวิจัย

### 3.2 การดำเนินการในกลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองตามโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วยกิจกรรมที่ทำให้เป็นรายกลุ่มโดยผู้วิจัย พบกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 5 ครั้ง ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ มีกิจกรรมดังนี้

- สัปดาห์ที่ 1 กล่าวทักทาย ซึ่งน้ำหนัก ตรวจค่าครีเอตินิน คำนวณอัตราการกรองของไต เพื่อจับคู่กลุ่มตัวอย่าง บันทึกในแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคไต แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกาย ก่อนทดลอง ชมวีดิทัศน์ให้ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง อันตรายของโรคไตวาย โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงที่ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนทางไต การรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ตามแผนการสอนการประเมินค่าไต 5 ระดับ บัตรเตือนสำหรับผู้ป่วยโรคไตระยะที่ 3 และ 4 แจกคู่มือคู่มือชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จับคู่หุชะลอไตเสื่อม เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองชะลอไตเสื่อม เป็นแรงบันดาลใจจากเพื่อน เพื่อกระตุ้นเตือนและชักจูงให้ปฏิบัติกิจกรรมการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกาย เพื่อชะลอไตเสื่อม



- สัปดาห์ที่ 2 ให้ความรู้เรื่อง การรับประทานอาหารเช้าเพื่อชะลอไตเสื่อม บรรยาย สาธิตการปรุงอาหารเพื่อลดโซเดียม กินจัดยืดขา โดยนักโภชนากร ให้ความรู้เรื่องกิจกรรมทางกาย เดินเร็ว แกว่งแขน สาธิตการเดินเร็ว แกว่งแขน กล่าวให้กำลังใจ และร่วมกันดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อชะลอไตเสื่อม

- สัปดาห์ที่ 3, 5, 6, 7, 9, 10 และ 11 กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกายที่บ้าน ให้กำลังใจโดย คู่หูชะลอไตเสื่อม

- สัปดาห์ที่ 4 และ 8 ติดตามกลุ่ม ตัวอย่างโดยการโทรศัพท์ เพื่อติดตามกิจกรรมการ บริโภคอาหารและกิจกรรมทางกาย ให้คำแนะนำ ในการดูแลสุขภาพตนเอง พร้อมให้กำลังใจ และ กล่าวชื่นชม

- สัปดาห์ที่ 12 ประเมินผลการ ทดลองกลุ่มตัวอย่างเพื่อเจาะเลือดหาค่าครีเอตินีน คำนวณอัตราการกรองของไต แบบสอบถามพฤติกรรม การบริโภคอาหาร และกิจกรรมทางกายชุดเดียวกับ ก่อนทดลอง มอบรางวัลแก่บุคคลดีเด่น/คู่หูชะลอ ไตเสื่อม จากค่าครีเอตินีนลดลงมากที่สุด เสริมพลัง ให้กลุ่มตัวอย่างดูแลปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อชะลอไตวาย อย่างต่อเนื่อง กล่าวขอบคุณและปิดการวิจัย

### วิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยการแจกแจง ความถี่ ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (Standard Deviation : S.D.) ทดสอบ ข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ t-test พบว่ามี การกระจายของประชากรทั้ง 2 กลุ่มเป็นโค้งปกติ หลังจากนั้นเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ภายในกลุ่ม ใช้สถิติ Paired t-test และเปรียบเทียบ ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม โดยใช้สถิติ t-test แบบ Independent t-test

### ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบนี้ มีเพศชาย และหญิงจำนวนเท่ากัน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.6 และ 36.4 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มี สถานภาพคู่ ร้อยละ 90.9 และ 95 ตามลำดับ มีระดับ การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 63.6 และ 59.1 ตามลำดับ รายได้ต่อปี มีรายได้ต่ำกว่า 5,001 บาท ร้อยละ 45.5 และ 50 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 54.5 และ 50 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังคือความดันโลหิตสูง ร้อยละ 68.2 และ 72.7 ตามลำดับ และป่วยด้วย โรคตามระดับป้องกันจราจร 7 สี ส่วนใหญ่อยู่สี่สั้ม (FBS = 155 - 182 mg/dl, BP = 160/100 - 179/109 mmHg) ร้อยละ 40.9 เท่ากัน

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้เกี่ยวกับโรคไต ระหว่างกลุ่ม ทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังให้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของกลุ่มทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 22)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 22)			Mean diff.	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ		
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	58	3.2	ต่ำ	55	3.11	ต่ำ	0.409	0.891
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	72	3.8	ปานกลาง	58	3.2	ต่ำ	-21.29	0.002



จากตารางที่ 1 พบว่าการรับรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อำเภอศรีรัตน จังหวัดศรีสะเกษ หลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะ

แห่งตน ดีวก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และดีวกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังให้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของกลุ่มทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 22)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 22)			Mean diff.	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ		
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	54	2.9	ต่ำ	50	2.9	ต่ำ	-3.91	0.84
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	74	3.9	ปานกลาง	51	2.98	ต่ำ	-21.90	0.002

จากตารางที่ 2 พบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อำเภอศรีรัตน จังหวัดศรีสะเกษ หลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะ

แห่งตน ดีวก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และดีวกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมกิจกรรมทางกาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังให้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของกลุ่มทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 22)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 22)			Mean diff.	p-value
	( $\bar{X}$ )	S.D.	ระดับ	( $\bar{X}$ )	S.D.	ระดับ		
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	62	3.1	ปานกลาง	61	3.1	ปานกลาง	-0.545	0.796
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	78	3.9	ปานกลาง	62	3.2	ปานกลาง	-15.54	0.007

จากตารางที่ 3 พบว่าพฤติกรรมกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อำเภอศรีรัตน จังหวัดศรีสะเกษ หลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะ

แห่งตน ดีวก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และดีวกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าครีเอตินีน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังให้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของกลุ่มทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 22)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 22)		Mean diff.	p-value
	( $\bar{X}$ )	S. D.	( $\bar{X}$ )	S. D.		
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	1.62	0.72	1.64	0.78	-0.012	0.811
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	1.40	0.12	1.70	0.44	0.092	0.042

จากตารางที่ 4 พบว่าค่าครีเอตินีนของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อำเภอศรีรัตน จังหวัดศรีสะเกษ หลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน

ลดลงวก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และลดลงวกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



## สรุปและอภิปรายผล

โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ในอำเภอศรีรัตน์ จังหวัดศรีสะเกษ สามารถช่วยชะลอไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ เนื่องจากโปรแกรมนี้อาศัยศักยภาพของตัวผู้ป่วยเองเป็นหลัก โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีความสามารถของตนเองของแบนดูรา ที่กล่าวว่าถ้าบุคคลรับรู้หรือมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตน บุคคลนั้นก็จะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามด้วยความมั่นใจมากยิ่งขึ้น จากข้อมูลพบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ต่อโรคไตเรื้อรังระดับต่ำ (ตารางที่ 1) ผู้วิจัยจึงพัฒนากิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมการส่งเสริมการรับรู้ต่อโรคไตเรื้อรัง อันตรายของโรคไตวาย โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ที่ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนทางไต การรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ตามแผนการสอน การประเมินค่าไต 5 ระดับ บัตรเตือนสำหรับผู้ป่วยโรคไตระยะที่ 3 และ 4 แจกคู่มือคู่มือชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กิจกรรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ได้แก่ การสื่อสารชักจูงด้วยคำพูด ในระหว่างการฝึกปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรค ผู้วิจัยกระตุ้นกลุ่มทดลองโดยพูดชักจูงให้กำลังใจ กล่าวชมเชย และชี้แนะ จนเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมที่สามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรคให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย และการสนับสนุนด้านสภาวะทางอารมณ์ สอดคล้องกับ คำกล่าวของแบนดูรา ที่ว่าการได้รับคำแนะนำหรือการโน้มน้าวด้วยคำพูดจากผู้ที่มีความรู้และเป็นที่น่าเชื่อถือ ให้เชื่อในความสามารถของตนเองย่อมทำให้บุคคลนั้นหายสงสัย (Self-doubt) และมีความพยายามมากขึ้นที่จะกระทำให้สำเร็จตามที่มุ่งหวัง นอกจากนี้ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับตัวแบบ และการได้เห็นตัวแบบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังหรือประสบการณ์ตัวแบบที่มีชีวิตที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ได้เล่าประสบการณ์จริงของ

ตนเองที่เจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง และการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรค ได้แก่ การรับประทานอาหารที่เหมาะสม กิจกรรมทางกาย และผลที่ได้รับคือ สามารถชะลอความเสื่อมของไตได้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้จากการที่ได้เห็นตัวแบบที่มีการเจ็บป่วย ที่ได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อน และได้รับผลกระทบที่พึงพอใจก็จะทำให้ผู้ที่สังเกตฝึกความรู้สึกว่าเขาจะสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ถ้าเขาพยายามจริงและไม่ย่อท้อ<sup>12</sup> ผู้ป่วยได้มีการฝึกปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรคพร้อมตัวแบบในการฝึกและสาธิตย้อนกลับ จนเกิดการเรียนรู้ในการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรค และสามารถทำตามตนเองตั้งไว้ได้ จึงเกิดการรับรู้ด้วยตนเองว่าการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรคไม่ทำให้เกิดอันตรายต่อโรคที่เป็นอยู่ ซึ่งในขณะที่ฝึกปฏิบัติผู้วิจัยได้มีการให้กำลังใจ การชมเชย และสนับสนุนให้ปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสมอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งชี้ให้กลุ่มทดลองเห็นผลของการปฏิบัติที่ถูกต้องและสามารถปฏิบัติได้จริง เช่นเดียวกับตัวแบบ ส่งผลให้สามารถส่งเสริมให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น และทำให้กลุ่มทดลองมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรค ดังคำกล่าวของแบนดูรา ที่กล่าวว่าบุคคลจะมีการรับรู้ว่าตนเองมีสมรรถนะในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่ตั้งใจไว้จะต้องอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยในการเกิดกิจกรรมนั้น ซึ่งสามารถจัดสิ่งแวดล้อมได้โดยการให้แหล่งสนับสนุน 4 ด้าน คือ จากประสบการณ์ที่กระทำได้สำเร็จด้วยตนเอง การใช้ตัวแบบ การชักจูงด้วยคำพูด และการสนับสนุนด้านสภาวะทางอารมณ์และสรีระ

บทบาทสำคัญของพยาบาลที่จะทำให้ไตเสื่อมช้าลงคือ การเป็นผู้จัดการสุขภาพที่เอื้อต่อ



ผู้ป่วยให้ดูแลตนเองได้ โดยมีการจัดการเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ดีขึ้น<sup>13</sup> โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองที่ผู้วิจัยจัดขึ้น พฤติกรรมบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกาย เพื่อชะลอไตเสื่อม จากผลการวิจัยพบว่า คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ หลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ดีวก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และดีวกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โปรแกรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีขึ้น ซึ่งอาหารโรคไตเรื้อรัง เป็นอาหารที่ควบคุมพลังงาน สารอาหาร โปรตีน โซเดียม โปตัสเซียม ฟอสฟอรัส ธาตุเหล็ก ที่อยู่ในระดับที่เหมาะสม มีการลงมือปฏิบัติผ่านกิจกรรมกลุ่ม ทำให้เกิดการเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น มีการลงมือฝึกทักษะการเลือกสัดส่วนอาหารโปรตีน ที่ต้องจำกัดตามระยะของโรคอย่างถูกต้องด้วยการจำลองอาหารมีการทบทวนการปฏิบัติตัวด้านโภชนาการเกี่ยวกับอาหารที่ควรบริโภคและไม่ควรบริโภค มีการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถาม มีการสาธิตให้เห็น ซึ่งเป็นทักษะทำให้เกิดการเรียนรู้จากการปฏิบัติโดยตรง การได้เห็นตัวแบบที่ป่วยเป็นโรค ทำให้เกิดความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลง และปฏิบัติตามพฤติกรรมที่พึงประสงค์นี้ นอกจากนี้ พฤติกรรมกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยก็ควรปฏิบัติอย่างน้อย 3 - 4 ครั้งต่อสัปดาห์ ให้ร่างกายมีกิจกรรมทางกายระดับปานกลางเพื่อคงระดับมวลโปรตีน โดยใช้เวลาออกกำลังกาย 20 - 30 นาทีให้มีค่าของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดคิดเป็นร้อยละ 60 - 75<sup>14</sup> การออกกำลังกายเพื่อชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยผู้ป่วยสามารถออกกำลังกายได้ในระดับที่แตกต่างกันไปตามระดับการดำเนินของ

โรคกิจกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสม ได้แก่ แอโรบิกในน้ำ แอโรบิกทั่วไป ที่ความถี่แรงกระแทกต่ำ เช่น การเดิน การวิ่งช้า ๆ การก้าวขึ้นลงบันได การทำสวน การเดินรำเข้าจังหวะ การปั่นจักรยาน และการเดินหรือวิ่งบนลู่วิ่ง ทำให้แรงกระแทกต่ำ<sup>15</sup> ผู้วิจัยได้ส่งเสริมกิจกรรมให้ผู้ป่วยคือเดินเร็วและแกว่งแขน เนื่องจากกิจกรรมดังกล่าว ไม่ต้องมีอุปกรณ์ช่วย สามารถปฏิบัติได้ทุกที่ ซึ่งจะส่งผลดีต่อผู้ป่วยทั้งในด้านลดความเครียด เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนบนของแขนและขา ส่งผลให้มีค่าเฉลี่ย ครีอะตินินของกลุ่มทดลองลดลง และลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับ วสันต์ พนธธา<sup>16</sup> การที่ผู้ป่วยในคลินิกโรคไตเรื้อรังสามารถชะลอการเสื่อมของไตได้เกิดจากผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ดีขึ้นจากการติดตาม ให้ความรู้และคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ การได้รับการดูแลจากทีมสหวิชาชีพที่เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง การได้รับการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง

### ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการทดลองพบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีค่าไตระยะที่ 3 หลังทดลองมีค่าครีอะตินิน ดีกว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีค่าไตระยะที่ 4 ดังนั้น จึงควรพัฒนาโปรแกรมของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีภาวะไตเรื้อรัง ตั้งแต่ระยะ 1 หรือ 2 (ที่มีไข่วางในปัสสาวะ) เพื่อให้ผู้ป่วยได้ดูแลตนเองได้เร็วมากขึ้น ป้องกันไตเสื่อม ไตวาย และไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายได้ เพิ่มคุณภาพชีวิตให้ประชาชนได้
2. ควรมีการนำโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ไปใช้ในคลินิก อำเภอศรีรัตนะ และสถานบริการใกล้เคียง เพื่อลดการเกิดโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย



3. เพื่อเป็นการยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมนี้ นอกจากการวัดและประเมินพฤติกรรม การบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกาย และค่าครีเอตินิน สุกท้ายในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้มากขึ้น สามารถนำมาวางแผนในการจัดบริการเชิงรุกให้มีคุณภาพแล้ว ควรนำค่าของเสียไต หรือ eGFR ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมนี้ จะช่วยยืนยัน ประสิทธิภาพที่ดีของโปรแกรม

4. ควรศึกษาติดตามต่อไปในระยะยาว ทุก 6 เดือน เพื่อติดตามความยั่งยืนของการรับรู้ต่อโรค พฤติกรรมการบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกายเพื่อ ชะลอไตเสื่อม ตลอดจนติดตามการเกิดโรคไต เรื้อรังระยะสุดท้ายในกลุ่มทดลอง ในระยะยาวจะ ช่วยทราบอุบัติการณ์การเกิดโรคไตเรื้อรังระยะ

สุดท้ายในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้มากขึ้น สามารถนำมาวางแผนในการจัดบริการเชิงรุกให้มีคุณภาพ

#### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณท่าน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ศรีรัตนะ ที่ได้ชี้แนะเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ และสนับสนุนการทำวิจัยในคลินิกหัตถการครบถ้วน อำนวยความสะดวก ท่านหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลศรีรัตนะ ที่ให้ทุนในการทำวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณทีมอาจารย์ งานวิชาการสาธารณสุขปี 2566 ได้ให้ความกรุณาให้คำแนะนำ ชี้แนะการทำ วิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของทุกท่านเป็นอย่างยิ่ง

#### เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือปฏิบัติการเพื่อดำเนินงานลดโรคไตเรื้อรัง (CKD) ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์ กรุงเทพมหานคร, 2559.
2. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2558. มมท. 2558.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาไต. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 21 เมษายน 2563]. เข้าถึงได้จาก : [https://ssk.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat\\_id=e71a73a77b1474e63b71bccf727009ce](https://ssk.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=e71a73a77b1474e63b71bccf727009ce)
4. วิชารพร สนิทผล, นันธิดา จาระธรรมและจันทร์เพ็ญ ประโยงค์. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคในผู้ป่วยไตเรื้อรัง ระยะที่ 3 และ 4 ที่แผนกไตเทียม โรงพยาบาลลำพูน. วารสารสาธารณสุขล้านนา, 2560; 2:48-63.
5. Bandura, A. Self- Efficacy: Toward a unifying theory of behavior change. New York. W.H. Freeman. 1997.
6. ปิ่นแก้ว กล้ายประยงค์ และ กรัณพรัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาในการสร้างเสริมพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตเข้าสู่ไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในผู้ป่วยไตเรื้อรัง



- ระยะที่ 3 และ 4 ที่แผนผู้ป่วยนอก อายุกรรมโรคไต โรงพยาบาลรามธิบดี. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล สาขาสุศึกษา, มหาลัยเกษตรศาสตร์. กรุงเทพมหานคร. 2550.
7. Schoenhofer, S.O. Rethinking primary care: Connection to nursing. *Advances in Nursing Science*. 1995.
  8. Innes, J. PHC: primary health care in perspective. *CanNurse*. 1987 ; 8 : 17- 28.
  9. สมจิต หนูเจริญกุล. พยาบาลเวชปฏิบัติกับการพัฒนาบริการปฐมภูมิ .วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว . 2552; 1: 39-42.
  10. Cohen, J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Second Edition. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers. 1988.
  11. วินัย ลีสมีท์ และคณะ. การศึกษาเพื่อชะลอไตเสื่อมสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโรงพยาบาลคลองขลุ้ง จากงานวิจัยสู่การปฏิบัติ. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 2560; 1 111-124 .
  12. วราลี วงศ์ศรีษา. ผลของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงเพื่อป้องกันโรคเบาหวานในเขตพื้นที่โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2554.
  13. มณีนรัตน์ จิรัปปภา. การชะลอไตเสื่อมจากวัยผู้ใหญ่ถึงวัยผู้สูงอายุ. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา*. 2557; 2: 5-16.
  14. สมนึก ดำรงกิจชัยพร และคณะ. โภชนบำบัดและการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อชะลอการเสื่อมของไต. *แนวปฏิบัติเพื่อชะลอการเสื่อมของไตสำหรับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์*. นนทบุรี: ทีพีฟิล์ม. 2550; 48-56.
  15. ลักขณา ขอบเสียง. การออกกำลังกายเพื่อชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนะยา*. 2561; 3 : 25-35.
  16. วสันต์ พนธรา. ผลการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และระยะที่ 4 ในคลินิกโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลตากฟ้า. *วารสารสวรรค์ประชารักษ์เวชสาร*. 2563; 2 :43-51.



## สถานการณ์โฆษณาทางสื่อออนไลน์ของสถานพยาบาลเอกชนในจังหวัดหนองบัวลำภู Situations on online advertisements of private sanitariums in Nong Bua Lamphu Province

อรรณพ คนต้า<sup>1</sup>, วุฒิไกร ยศกำธร<sup>1</sup>  
Attapol Khontum<sup>1</sup>, Wuttikrai Yoskumtom<sup>1</sup>

### บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสถานการณ์และลักษณะรูปแบบข้อความเนื้อหาของการโฆษณาทางสื่อออนไลน์ของสถานพยาบาลเอกชนในจังหวัดหนองบัวลำภู โดยมีกลุ่มตัวอย่างคือ สถานพยาบาลเอกชนในจังหวัดหนองบัวลำภู จำนวน 132 แห่ง การเก็บข้อมูลดำเนินการระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2563 – มกราคม 2564 ในโฆษณาทางสื่อออนไลน์ทุกชั้น จาก 5 แหล่ง ได้แก่ 1) Facebook 2) Twitter 3) Instagram 4) Youtube และ 5) เว็บไซต์ของสถานพยาบาลเอกชน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอโดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ

ผลการศึกษาพบว่า สถานพยาบาลเอกชนมีการโฆษณาทางสื่อออนไลน์ 49 แห่ง (ร้อยละ 37.12) มีจำนวนชั้นโฆษณาทั้งสิ้น 622 ชั้นโฆษณา เป็นโฆษณาที่ฝ่าฝืนกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล 406 ชั้นโฆษณา (ร้อยละ 65.27) โดยเป็นสถานพยาบาลเอกชนประเภทคลินิกเวชกรรมมากที่สุด 17 แห่ง (ร้อยละ 12.88) มีจำนวนชั้นโฆษณามากที่สุด 264 ชั้นโฆษณา และเป็นโฆษณาที่ฝ่าฝืนกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลมากที่สุด 230 ชั้นโฆษณา (ร้อยละ 87.12) ในส่วนของกลุ่มลักษณะข้อความ/เนื้อหาโฆษณาที่ฝ่าฝืนกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลพบการโฆษณาแจ้งบริการ วันเวลา เปิด ปิด สถานพยาบาล มากที่สุด จำนวน 187 ชั้นโฆษณา (ร้อยละ 46.06) รองลงมาเป็นการโฆษณายา เครื่องมือแพทย์ และการโฆษณาเข้าข่ายโอ้อวดเกินความจริง จำนวน 71 และ 43 ชั้นโฆษณา (ร้อยละ 17.49 และ 10.59) ตามลำดับ จากการศึกษาครั้งนี้จะเห็นได้ว่า สถานพยาบาลเอกชนในพื้นที่จังหวัดหนองบัวลำภู ยังมีการโฆษณาที่เป็นการฝ่าฝืนกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลอยู่มาก การจัดการปัญหาการโฆษณาทางสื่อออนไลน์ที่ฝ่าฝืนกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลนั้น ควรดำเนินการอย่างเป็นระบบโดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องให้สอดคล้องกันในทุกระดับ ทั้งในส่วนของภาครัฐ และผู้ประกอบการสถานพยาบาล

**คำสำคัญ:** สถานพยาบาลเอกชน, การโฆษณาสถานพยาบาล, สื่อออนไลน์

<sup>1</sup>เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู

<sup>1</sup>Pharmacist, Professional Level. Division of Consumer Protection and Public Health Pharmacy, Nong Bua Lamphu Provincial Public Health Office. Email: toey.attapol@gmail.com



## Abstract

The objective of this cross-sectional descriptive research was to examine the situation and content characteristics of private sanitariums' online advertisements in Nong Bua Lamphu Province. The sample group consists of 132 private sanitariums in the province. Data were collected from November 2020 to January 2021, focusing on all online advertisements from five platforms: 1) Facebook, 2) Twitter, 3) Instagram, 4) YouTube, and 5) websites. The data were analyzed using descriptive statistics, including frequency distribution and percentages.

Results showed that 49 private sanitariums (37.12%) advertised online, with a total of 622 advertisements. Of these, 406 advertisements (65.27%) violated the law. 17 private medical clinics (12.88%) found violated the most with 264 advertisements and 230 violated of the law (87.12%). The most common type of violating content was advertising for sanitariums services, which included information on operating hours, with a total of 187 advertisements (46.06%). The second and third most common types of violating content were advertisements about medicine and medical devices, and exaggerated advertisements, with 71 (17.49%) and 43 advertisements (10.59%), respectively. The study concluded that private sanitariums in Nong Bua Lamphu Province still engage in online advertising that violates the law. Therefore, it is essential to develop a systematic approach to address this issue, involving stakeholders at all levels, including the government and private sanitarium operators.

**Keywords:** Private sanitarium, Advertising of private sanatorium, Online advertisement

## บทนำ

การเปิดให้บริการของสถานพยาบาลเอกชน มีการขยายตัวอย่างต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน ก่อให้เกิดการแข่งขันกันอย่างมากระหว่างด้านความรู้ความชำนาญของตัวผู้ประกอบการวิชาชีพและเทคโนโลยีที่มีการนำมาใช้ในการให้บริการในสถานพยาบาลเอกชน การแข่งขันที่สูงเช่นนี้ ทำให้เกิดการโฆษณาของสถานพยาบาลเอกชนในหลากหลายรูปแบบและช่องทางต่าง ๆ ซึ่งการโฆษณานั้นจะมีวัตถุประสงค์หลัก ๆ เพื่อเป็นการเชื้อเชิญหรือจูงใจให้เกิดการเลือกใช้บริการ เป็นการสื่อสารตรงต่อกลุ่มผู้บริโภคที่ต้องการใช้บริการในสถานพยาบาล ทำให้เกิดการรับรู้และเข้าใจในรายละเอียด

ของสินค้าและบริการที่จะได้รับ เพื่อประกอบการพิจารณาตัดสินใจในการเข้าใช้บริการและการตัดสินใจกลับมาใช้บริการอีกครั้ง การโฆษณาจึงเป็นกลยุทธ์สำคัญอย่างหนึ่งที่มีใช้ในการแข่งขันทางการตลาดอย่างมาก โดยเฉพาะการโฆษณาทางสื่อออนไลน์ เพราะความสะดวกรวดเร็วในการสื่อสารของช่องทางนี้<sup>1,2</sup> และข้อมูลการศึกษาที่ผ่านมาได้แสดงให้เห็นว่า ช่องทางการโฆษณาทางสื่อออนไลน์เป็นช่องทางที่สถานพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่เลือกใช้<sup>3-6</sup>

การโฆษณาเกี่ยวกับสถานพยาบาลตามมาตรา 38 แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 แก้ไข



เพิ่มเติมด้วยพระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2559 ได้กำหนดให้การโฆษณาหรือประกาศเกี่ยวกับการประกอบกิจการของสถานพยาบาล ต้องได้รับอนุมัติ ข้อความเสียหรือภาพที่ใช้ในการโฆษณาหรือประกาศ จากผู้อนุญาตก่อนการเผยแพร่<sup>7</sup> ซึ่งการกำกับดูแล การโฆษณาของสถานพยาบาลเอกชนเป็นเรื่องหนึ่ง ที่ถือเป็นภารกิจงานคุ้มครองผู้บริโภคที่สำคัญ เนื่องจาก ข้อความที่ปรากฏในโฆษณา หากมีการใช้ข้อความ โฆษณาชักชวนในลักษณะเป็นเท็จ ไม่มีมูลความจริง ทั้งหมดหรือมีความจริงเพียงบางส่วน เข้าข่ายลักษณะ เป็นการหลอกลวงหรือปกปิดความจริง ทำให้เข้าใจ ผิดว่าเป็นจริงหรือการใช้ข้อความหรือรูปภาพอื้อวอด เกินจริง จนทำให้เกิดความคาดหวังว่าจะได้รับบริการ ที่ดีกว่าหรือได้ผลสูงสุด การโฆษณานั้นย่อมมีเจตนา ชักชวนให้เกิดความหลงเชื่อและเข้าข่ายเป็นการหลอกลวง และอาจก่อให้เกิดผลเสียต่อกลุ่มผู้บริโภคและสังคม โดยรวมได้ ซึ่งการกำกับดูแลการโฆษณาหรือประกาศ เกี่ยวกับสถานพยาบาลอยู่ในความรับผิดชอบของ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพและสำนักงานสาธารณสุข จังหวัด<sup>8</sup> สถานการณ์ที่ผ่านมาในรายงานการคุ้มครอง ผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพของกรมสนับสนุนบริการ สุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขในช่วงปี พ.ศ. 2557 - 2559 มีข้อความโฆษณาที่ขอหารือคณะกรรมการพิจารณา เรื่องการโฆษณาสถานพยาบาลจำนวนทั้งสิ้น 112 ข้อความ เป็นข้อความที่ไม่ได้รับอนุญาตให้โฆษณา ตามข้อหารือ 85 ข้อความ ซึ่งใน 85 ข้อความ เป็นการ ใช้ข้อความโฆษณาที่มีลักษณะอื้อวอดเกินจริงมากถึง 47 ข้อความ (ร้อยละ 41.96)<sup>9-11</sup> และข้อมูลการศึกษา สถานการณ์การโฆษณาของสถานพยาบาลเอกชนที่ ผ่านมาก็ได้แสดงให้เห็นว่า สถานพยาบาลเอกชนนั้น ใช้ข้อความที่เป็นการฝ่าฝืนกฎหมายมากกว่าร้อยละ 80<sup>3-6</sup>

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภูได้มี ดำเนินการในเรื่องการกำกับดูแลการโฆษณาหรือ ประกาศเกี่ยวกับสถานพยาบาล มาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี 2561 - 2563 โดยมีสถานพยาบาลเอกชนที่ เข้ามาดำเนินการยื่นขออนุญาตเพียง 9 แห่ง เท่านั้น โดยนับรวมสถานพยาบาลเอกชนที่ปิดกิจการด้วย เป็นการขออนุญาตโฆษณาทางช่องทางสื่ออินเทอร์เน็ต จำนวน 10 ชิ้นโฆษณา และทางวิทยุกระจายเสียง จำนวน 2 ชิ้นโฆษณา เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวน สถานพยาบาลเอกชนทั้งหมดที่มีในจังหวัดทั้งหมด จำนวน 132 แห่ง ทำให้มีความเป็นไปได้ที่จะมี สถานพยาบาลเอกชนที่ยังไม่ดำเนินการขออนุญาต โฆษณาหรือประกาศเกี่ยวกับสถานพยาบาลให้ถูกต้อง รวมถึงมีการโฆษณาหรือประกาศเกี่ยวกับสถานพยาบาล ที่เข้าข่ายอันเป็นเท็จหรืออื้อวอดเกินความจริง ซึ่ง เป็น การฝ่าฝืนกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล ประกอบกับ การศึกษาที่ผ่านมายังมีการศึกษาในเรื่องนี้น้อยมาก ในประเทศไทย ซึ่งจะเป็นการศึกษาเฉพาะในกลุ่ม ที่มาขออนุมัติโฆษณาเพื่อพิจารณาลักษณะข้อความ และเป็นการเลือกเฉพาะกลุ่มคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการ ด้านความงามเท่านั้น ยังไม่พบการสำรวจที่เป็นเชิงรุก เพื่อเป็นการหาความชุกของการโฆษณาที่ฝ่าฝืนกฎหมาย ให้ครบในทุกประเภทของสถานพยาบาลเอกชนที่มีอยู่<sup>3-6</sup> คณะผู้วิจัยจึงนำช่องว่างของการศึกษาในส่วนนี้มา ปรับใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเรื่องนี้ เพื่อให้ เห็นสถานการณ์และลักษณะข้อความ/เนื้อหาของ โฆษณาทางสื่อออนไลน์ของสถานพยาบาลเอกชนที่ ฝ่าฝืนกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล โดยเฉพาะทาง สื่อออนไลน์ที่เป็นช่องทางที่มีการโฆษณาสถานพยาบาล เอกชนมากที่สุด เพื่อนำมาใช้กำหนดแนวทางในการ ดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านการกำกับดูแลการ โฆษณาของสถานพยาบาลในพื้นที่ให้เกิดประสิทธิภาพ และประสิทธิผลต่อไป



## วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาสถานการณ์และลักษณะข้อความ/เนื้อหาของโฆษณาทางสื่อออนไลน์ของสถานพยาบาลเอกชนในจังหวัดหนองบัวลำภูที่ฝ่าฝืนกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2563 – มกราคม 2564 ซึ่งการวิจัยนี้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู เมื่อวันที่ 29 ตุลาคม 2563 เอกสารรับรองเลขที่ 20/2563 โดยมีระเบียบวิธีวิจัยดังนี้

### 1. ประชากรและตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็นกลุ่มเดียวกัน คือ โฆษณาทางสื่อออนไลน์ทุกชิ้นของสถานพยาบาลเอกชนที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลอย่างถูกต้องตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 ทุกแห่งในจังหวัดหนองบัวลำภู จำนวน 132 แห่ง

### 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือ 2 ชุด ในส่วนของการเก็บรวบรวมข้อมูลการโฆษณาทางสื่อออนไลน์ที่ฝ่าฝืนกฎหมายของสถานพยาบาลเอกชนที่ให้บริการในจังหวัดหนองบัวลำภู โดยให้ครอบคลุมเนื้อหาในแง่ของจำนวนสถานพยาบาลเอกชนที่พบการโฆษณา ความถี่ของการโฆษณาที่ฝ่าฝืนกฎหมาย และลักษณะข้อความเนื้อหาของโฆษณาที่พบและที่ฝ่าฝืน คือ

- 1) แบบสำรวจการโฆษณาทางสื่อออนไลน์
- 2) แบบบันทึกความถี่การโฆษณาทางสื่อออนไลน์

ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยการนำเครื่องมือในการเก็บข้อมูลให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะ พร้อมทั้งแก้ไขตามคำแนะนำก่อนนำไปใช้จริง

### 3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยสำรวจโฆษณาทางสื่อออนไลน์ของสถานพยาบาลเอกชนที่ให้บริการในจังหวัดหนองบัวลำภู โดยสื่อออนไลน์ที่สำรวจในการศึกษานี้เป็นสื่อออนไลน์จาก 5 แหล่ง ได้แก่ 1. Facebook 2. Twitter 3. Instagram 4. Youtube และ 5. เว็บไซต์ของสถานพยาบาลเอกชน โดยขึ้นโฆษณาที่ศึกษาประกอบด้วยรูปภาพหรือข้อความที่ปรากฏใน สื่อออนไลน์ที่เผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับสถานพยาบาล ซึ่งทำให้บุคคลโดยทั่วไปเข้าใจความหมายเพื่อประโยชน์ของสถานพยาบาล การนับขึ้นโฆษณาจะนับทุกชิ้นที่มีการโพสต์

ถึงแม้จะเป็นโฆษณาที่มีรูปภาพ หรือข้อความเหมือนกัน ที่โพสต์ต่างช่องทาง ต่างเวลา ต่างบัญชีผู้โพสต์ ซึ่งการเข้าถึงข้อมูลการโฆษณาของสถานพยาบาลเอกชนทำโดย 3 วิธีหลัก ดังนี้

1. การค้นหาด้วย Google โดยใช้ชื่อสถานพยาบาลแต่ละแห่ง ตามที่ขึ้นทะเบียนไว้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู และค้นหาจาก keyword “คลินิก จังหวัดหนองบัวลำภู” วิธีการนี้ทำให้พบการโฆษณาได้เกือบทุกช่องทางที่ระบุไว้ข้างต้น
2. เว็บไซต์ของสถานพยาบาลแต่ละแห่งที่ประชาสัมพันธ์ในสื่อต่าง ๆ เช่น วารสาร นิตยสาร แผ่นพับ ใบปลิว แผ่น ป้าย โฆษณา ฯลฯ



3. Facebook การค้นหาทำโดยใช้ชื่อสถานพยาบาลแต่ละแห่งทั้งภาษาไทยและอังกฤษ โดยสะกดและเว้นวรรคให้ถูกต้องตามชื่อ Facebook ของแต่ละสถานพยาบาลที่ตั้งไว้

ผู้วิจัยกำหนดช่วงเวลาในการดำเนินการเก็บข้อมูลไว้ 13 ครั้ง ทุกวันเสาร์ของสัปดาห์นั้น เก็บข้อมูลการโฆษณาที่ผ่านมาของสัปดาห์ตั้งแต่วันอาทิตย์ถึงวันเสาร์ ตลอดระยะเวลาในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2563 - มกราคม 2564 บันทึกชื่อสถานพยาบาลเอกชนที่พบการโฆษณา ความถี่ของขึ้นโฆษณาที่พบและลักษณะข้อความเนื้อหาของโฆษณาที่พบ ลงในแบบสำรวจการโฆษณาทางสื่อออนไลน์ และแบบบันทึกความถี่การโฆษณาทางสื่อออนไลน์

การประเมินโฆษณาว่าถูกต้องตามกฎหมายหรือไม่ ยึดหลักเกณฑ์ตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 แก้ไขเพิ่มเติมด้วยพระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2559 ในมาตรา 38, ประกาศกรมสนับสนุนบริการสุขภาพเรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขโฆษณาหรือประกาศเกี่ยวกับสถานพยาบาล พ.ศ. 2562 และตัวอย่างข้อความและแนวทางการพิจารณาอนุมัติ/ไม่อนุมัติข้อความ/ภาพ/การโฆษณาหรือประกาศเกี่ยวกับสถานพยาบาล ทำโดยพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 จำนวน 2 ท่าน คือ ผู้วิจัย และผู้รับผิดชอบงานพิจารณาดำเนินการตามกฎหมายตรวจสอบและกำกับดูแลให้สถานพยาบาลเอกชนในจังหวัดหนองบัวลำภูปฏิบัติตามมาตรฐานและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง โดยการประเมินทั้งสองทำอย่างเป็นอิสระต่อกัน ถ้าได้ผลการประเมินที่ไม่สอดคล้องกัน ผู้ประเมินทั้งสองจะอภิปรายร่วมกันเพื่อหาข้อยุติ ในกรณีที่โฆษณานั้นประเมินไม่ได้ เพราะผู้ประกอบการรู้กฎหมายและหาช่องทางหลีกเลี่ยงกฎหมาย หรือในกรณีที่ผู้ประเมินทั้งสองไม่สามารถหาข้อยุติได้ ผู้วิจัยจะสอบถามจาก

ผู้รับผิดชอบกองกฎหมาย ที่เป็นคณะกรรมการในการพิจารณาโฆษณาสถานพยาบาล ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

#### 4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา(Descriptive Statistics) ในรูปการแจกแจงความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) โดยจำแนกชนิดข้อมูลตามแบบสำรวจ เพื่อสรุปข้อมูลเชิงปริมาณ

#### ผลการวิจัย

##### สถานการณ์โฆษณาที่ฝ่าฝืนกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

สถานพยาบาลเอกชนในจังหวัดหนองบัวลำภู ที่ประกอบกิจการสถานพยาบาล มีจำนวน 132 แห่ง พบว่ามีการโฆษณาทางสื่อออนไลน์ จำนวน 49 แห่ง (ร้อยละ 37.12) โดยเป็นคลินิกเวชกรรมมากที่สุด 17 แห่ง (ร้อยละ 12.88) รองลงมาเป็นคลินิกเวชกรรมเฉพาะทาง 14 แห่ง (ร้อยละ 10.61) และคลินิกทันตกรรมกับคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์อย่างละ 7 แห่ง (ร้อยละ 5.30) การโฆษณาทางสื่อออนไลน์ส่วนใหญ่จำนวน 48 แห่ง ใช้ Facebook เป็นช่องทางหลักของการโฆษณา โดยมี 4 แห่ง ที่ใช้ช่องทางสื่อออนไลน์มากกว่า 1 ช่องทาง ในการโฆษณา โดยทั้ง 4 แห่งนี้มีการใช้ Facebook เป็นช่องทางหนึ่งในการโฆษณา และมีเพียง 1 แห่งเท่านั้น ในส่วนของคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ที่ใช้เฉพาะช่องทางเว็บไซต์ในการโฆษณา ขึ้นโฆษณาในช่วงของการศึกษาตลอด 3 เดือน พบว่าสถานพยาบาลที่มีการโฆษณาทางสื่อออนไลน์ทั้ง 49 แห่ง มีจำนวนทั้งสิ้น 622 ขึ้นโฆษณา เป็นขึ้นโฆษณาที่ปรากฏใน Facebook จำนวน 613 ขึ้นโฆษณา (ร้อยละ 98.56), เว็บไซต์ 6 ขึ้นโฆษณา (ร้อยละ 0.96), และ Instagram, Twitter และ Youtube ช่องทางละ



1 ขึ้นโฆษณา (ร้อยละ 0.16) โดยสถานพยาบาลเอกชน ประเภทคลินิกเวชกรรมมีจำนวนขึ้นโฆษณาจากทุกช่องทางมากที่สุด จำนวน 264 ขึ้นโฆษณา (ร้อยละ 42.44) รองลงมาเป็นคลินิกเวชกรรมเฉพาะทาง 152 ตารางที่ 1 จำนวนขึ้นโฆษณาทางสื่อออนไลน์จำแนกตามช่องทางที่สถานพยาบาลเอกชนในจังหวัดหนองบัวลำภู ใช้ในการโฆษณาหรือประกาศเกี่ยวกับสถานพยาบาล (n = 622)

ขึ้นโฆษณา (ร้อยละ 24.44) และคลินิกการพยาบาล และการผดุงครรภ์ 111 ขึ้นโฆษณา (ร้อยละ 17.85) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ลักษณะของสถานพยาบาล	โฆษณาช่องทางสื่อออนไลน์ จำนวนขึ้น (ร้อยละ)					
	Facebook	เว็บไซต์	Instagram	Twitter	Youtube	รวม
โรงพยาบาลเอกชน	10 (1.61)	1 (0.16)	-	-	-	11 (1.77)
คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์	110 (17.68)	1 (0.16)	-	-	-	111 (17.85)
คลินิกเวชกรรม	264 (42.44)	-	-	-	-	264 (42.44)
คลินิกเวชกรรมเฉพาะทาง	149 (23.95)	3 (0.48)	-	-	-	152 (24.44)
คลินิกทันตกรรม	69 (11.09)	1 (0.16)	1 (0.16)	1 (0.16)	1 (0.16)	73 (11.74)
คลินิกเทคนิคการแพทย์	1 (0.16)	-	-	-	-	1 (0.16)
คลินิกกายภาพบำบัด	1 (0.16)	-	-	-	-	1 (0.16)
คลินิกการประกอบโรคศิลปะสาขา การแพทย์แผนจีน	9 (1.45)	-	-	-	-	9 (1.45)
<b>รวม</b>	<b>613 (98.56)</b>	<b>6 (0.96)</b>	<b>1 (0.16)</b>	<b>1 (0.16)</b>	<b>1 (0.16)</b>	<b>622 (100.00)</b>

ขึ้นโฆษณาที่พบในช่องทางสื่อออนไลน์ พบว่า มีการฝ่าฝืนกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล จำนวน 406 ขึ้นโฆษณา (ร้อยละ 65.27) ซึ่งสถานพยาบาล เอกชนทุกประเภทมีโฆษณาที่ฝ่าฝืนกฎหมายว่าด้วย สถานพยาบาล โดยสถานพยาบาลประเภทคลินิกเวชกรรม มีจำนวนขึ้นโฆษณาจากทุกช่องทางมากที่สุด 264 ขึ้นโฆษณา พบว่ามีโฆษณาที่ฝ่าฝืนกฎหมายว่าด้วย สถานพยาบาลถึง 230 ขึ้นโฆษณา (ร้อยละ 87.12) รองลงมาที่เป็นคลินิกเวชกรรมเฉพาะทางที่มี 152 ขึ้น

โฆษณา มีโฆษณาที่ฝ่าฝืนกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล เพียง 44 ขึ้นโฆษณา (ร้อยละ 28.95) ในส่วนคลินิก การพยาบาลและการผดุงครรภ์ ที่มี 111 ขึ้นโฆษณา มีโฆษณาที่ฝ่าฝืนกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล 62 ขึ้นโฆษณา (ร้อยละ 55.86) และยังพบอีกว่าคลินิก ทันตกรรมที่มีโฆษณาเพียง 73 ขึ้นโฆษณา มีโฆษณา ที่ฝ่าฝืนกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลมากถึง 57 ขึ้น โฆษณา (ร้อยละ 78.08) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 โฆษณาหรือประกาศเกี่ยวกับสถานพยาบาลทางสื่อออนไลน์ที่ฝ่าฝืนกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล จำแนกตามประเภท/ลักษณะของสถานพยาบาล (n = 622)

ลักษณะของสถานพยาบาล	จำนวนขึ้นโฆษณาช่องทางสื่อออนไลน์		
	ทั้งหมด	ฝ่าฝืนกฎหมาย	ร้อยละ
โรงพยาบาลเอกชน	11	2	20.00
คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์	111	62	55.86
คลินิกเวชกรรม	264	230	87.12
คลินิกเวชกรรมเฉพาะทาง	152	44	28.95



ตารางที่ 2 โฆษณาหรือประกาศเกี่ยวกับสถานพยาบาลทางสื่อออนไลน์ที่ฝ่าฝืนกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล  
จำแนกตามประเภท/ลักษณะของสถานพยาบาล (n = 622) (ต่อ)

ลักษณะของสถานพยาบาล	จำนวนชิ้นโฆษณาช่องทางสื่อออนไลน์		
	ทั้งหมด	ฝ่าฝืนกฎหมาย	ร้อยละ
คลินิกทันตกรรม	73	57	78.08
คลินิกเทคนิคการแพทย์	1	1	100.00
คลินิกกายภาพบำบัด	1	1	100.00
คลินิกการประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนจีน	9	9	100.00
รวม	622	406	65.27

**ลักษณะข้อความ/เนื้อหาโฆษณาที่ฝ่าฝืนกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล**

ลักษณะข้อความ/เนื้อหาที่ฝ่าฝืนกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล สามารถจำแนกได้เป็น 8 กลุ่มลักษณะ ดังนี้ 1. มีการโฆษณาแจ้งบริการ วันเวลา เปิด ปิด สถานพยาบาล 2. มีการโฆษณาโดยไม่แสดงข้อความเลขที่หนังสืออนุมัติในสื่อ 3. มีการโฆษณา ยา เครื่องมือแพทย์ 4. มีการโฆษณาที่ใช้ภาพฟรีเซ็นเตอร์ หรือผู้รับบริการ 5. มีการโฆษณาที่ภาพก่อนและหลังใช้บริการ (Before - After) 6. มีการโฆษณาการทำ

หัตถการที่สภาวิชาชีพยังไม่ให้การรับรอง 7. มีการโฆษณาเข้าข่ายอื้อวอดเกินความจริง และ 8. มีการโฆษณาที่ก่อให้เกิดความเข้าใจผิดในสาระสำคัญในการประกอบกิจการสถานพยาบาล โดยพบว่ากลุ่มลักษณะข้อความ/เนื้อหาที่ฝ่าฝืนกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล ส่วนใหญ่เป็นการโฆษณาแจ้งบริการ วันเวลา เปิด ปิด สถานพยาบาล จำนวน 187 ชิ้น โฆษณา (ร้อยละ 46.06) รองลงมาเป็นการโฆษณา ยา เครื่องมือแพทย์ และมีการโฆษณาเข้าข่ายอื้อวอดเกินความจริง จำนวน 71 และ 43 ชิ้น โฆษณา (ร้อยละ 17.49 และ 10.59) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ตัวอย่าง จำนวน และร้อยละของกลุ่มลักษณะข้อความ/เนื้อหาที่ฝ่าฝืนกฎหมายว่าด้วย  
สถานพยาบาล (n = 406)

กลุ่มลักษณะข้อความ/ เนื้อหาที่ฝ่าฝืนกฎหมาย	ตัวอย่างที่พบ	จำนวนชิ้นโฆษณา (ร้อยละ)
1. มีการโฆษณาแจ้งบริการ วันเวลา เปิด ปิด สถานพยาบาล	“รักษาโรคทั่วไป เด็ก ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ เวลาทำการ วันจันทร์ - วันศุกร์ 17.00 - 20.00 น. วันเสาร์ - วันอาทิตย์ 08.30 - 18.00 น. โทร 087-857xxxx” “วันนี้คลินิกเปิดเวลา 16.00 น. เจ็บป่วยไม่สบายแวะมาได้ครับ”	187 (46.06)
2. มีการโฆษณาโดยไม่แสดงข้อความ เลขที่หนังสืออนุมัติในสื่อ	“ไม่แสดงเลข ชสพ.นภ. บนหน้าเพจ” “ไม่แสดงเลข ชสพ.นภ. บนข้อความโฆษณา”	6 (1.48)
3. มีการโฆษณา ยา เครื่องมือแพทย์	“โบท็อกซ์ (BOTOX)”, “ฟิลเลอร์ (FILLER)”, “เมโสแฟต (MESO FAT)”, “ฟิลเลอร์ (FILLER)”, “วิตามินฉีดผิว สูตร Advance”, “มาเด่ (MADE)”	71 (17.49)
4. มีการโฆษณาที่ใช้ภาพฟรีเซ็นเตอร์ หรือผู้รับบริการ	“เสริมจมูก+เนื้อเยื่อเทียม (แสดงภาพผู้รับบริการ)” “ปากกระชับ (แสดงภาพผู้รับบริการ)” “ตาสองชั้น กริดยาว (แสดงภาพผู้รับบริการ)”	30 (7.39)



ตารางที่ 3 ตัวอย่าง จำนวน และร้อยละของกลุ่มลักษณะข้อความ/เนื้อหาที่ฝ่าฝืนกฎหมายว่าด้วย  
สถานพยาบาล (n = 406) (ต่อ)

กลุ่มลักษณะข้อความ/ เนื้อหาที่ฝ่าฝืนกฎหมาย	ตัวอย่างที่พบ	จำนวนชิ้นโฆษณา (ร้อยละ)
5. มีการโฆษณาที่ภาพก่อนและหลัง ใช้บริการ (Before - After)	“เสริมคาง หลังทำทันที (แสดงภาพก่อนและหลังทำ)” “เสริมจมูกมินิโอเพ่น+ตัดปีกจมูก (แสดงภาพก่อนและหลังทำ)”	32 (7.88)
6. มีการโฆษณาการทำหัตถการที่ สภาวิชาชีพยังไม่ให้การรับรอง	“PRP เริ่มต้น.....”, “ปรับรูปหน้า เริ่มต้น...”, “ร้อยไหมปรับมุม หน้า”, “เซลล์บำบัด”, “เติมวิตามิน”, “สเต็มเซลล์”	17 (4.19)
7. มีการโฆษณาเข้าข่ายโอ้อวดเกิน ความจริง	“เปลี่ยนหน้าเก่า มาเป็นหน้าเด็ก”, “โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ”, “PS Premium Nose”, “ฉีดผิวออร่า 599”, “ทำครั้งเดียว สวย จบ ครบ เลยจ้า”, “หยุดทุกอาการปวด”	43 (10.59)
8. มีการโฆษณาที่ก่อให้เกิดความ เข้าใจผิดในสาระสำคัญในการ ประกอบกิจการสถานพยาบาล	“แก้ไขรูปทรงจมูกให้สวยขึ้น ปรับโหวงเอียงให้ดีขึ้น”, “สวย รับ ทรัพย์”, “ฝังเข็มกระชับต้นขา พร้อมมาปรับโครงสร้างกระดูก ด้วย bone settings”, “ฝังเข็มปรับสันจมูก เพื่อปรับโหวงเอียง”	20 (4.93)
รวม		406 (100.00)

### อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

สถานพยาบาลเอกชนในจังหวัดหนองบัวลำภูที่มีการโฆษณาทางสื่อออนไลน์มีจำนวนทั้งสิ้น 49 แห่ง (ร้อยละ 37.12) และส่วนใหญ่ที่มีการโฆษณาจะใช้ Facebook เป็นช่องทางหลักของการโฆษณา โดยสถานพยาบาลเอกชนประเภทคลินิกเวชกรรมเป็นสถานพยาบาลที่มีการโฆษณามากที่สุด 17 แห่ง (ร้อยละ 12.88) มีจำนวนชิ้นโฆษณามากที่สุด 264 ชิ้นโฆษณา และเป็นโฆษณาที่ฝ่าฝืนกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลมากที่สุดถึง 230 ชิ้นโฆษณา (ร้อยละ 87.12) ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ วิภา ศิริสวัสดิ์<sup>4</sup> ซึ่งแสดงให้เห็นว่าสถานพยาบาลเอกชนประเภทคลินิกเวชกรรม ไม่ว่าจะเป็นการมาขออนุมัติโฆษณาก่อนหรือเป็นการเฝ้าระวังติดตามการโฆษณา มักจะเป็นสถานพยาบาลที่มีการโฆษณามากกว่าทุกประเภทสถานพยาบาล อาจเป็นเพราะคลินิกประเภทนี้มักจะมีการเปิดบริการเสริมเพิ่มเติม คือการให้บริการเสริมความงามที่มีการแข่งขันกันสูงอยู่แล้ว รวมไปถึงการแข่งขันกันเองของคลินิกเวชกรรม

ทั่วไปที่มีการเปิดบริการใหม่เพิ่มมากขึ้นทุกปี และยังคงต้องแข่งขันกับคลินิกเวชกรรมเฉพาะทางอีก ทำให้คลินิกเวชกรรมใช้การโฆษณา เพื่อเป็นการเชื้อเชิญหรือจูงใจให้ผู้ป่วยหรือบุคคลทั่วไปเห็นบริการของคลินิกมากที่สุด และตัดสินใจมาเลือกใช้บริการของคลินิกตนเองได้ง่ายขึ้น<sup>1</sup> ทำให้คลินิกเวชกรรมใช้การโฆษณาก่อนขออนุญาตหรือผิดไปจากหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขที่กำหนด รวมไปถึงการใช้ข้อความ ที่เป็นการเชื้อเชิญไปในทางที่เข้าข่ายเกินความจริง หรือน่าจะก่อให้เกิดความเข้าใจผิดเป็นจำนวนมากตามมาด้วย และการใช้ Facebook เป็นช่องทางหลักของการโฆษณา เนื่องจากช่องทางนี้เป็นช่องทางที่ประชาชนทั่วไปใช้กันมาก และเข้าถึงได้ง่ายจากทุกเครื่องมือสื่อสาร มีความสะดวกรวดเร็วในการสื่อสารของช่องทางนี้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในเรื่องความชุกของการโฆษณาทางสื่อออนไลน์ที่ฝ่าฝืนกฎหมายของสถานพยาบาลที่ผ่านมาทั้งในพื้นที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี จังหวัดมหาสารคาม และจังหวัดเพชรบูรณ์<sup>3,5,6</sup> ซึ่งแสดงให้เห็นว่าสถานพยาบาลเอกชนประเภทคลินิกเวชกรรมมีความเสี่ยงที่จะโฆษณาทางสื่อออนไลน์ฝ่าฝืนกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล



และใช้ Facebook โฆษณามากที่สุด แต่สิ่งที่ได้เพิ่มเติมจากการศึกษาครั้งนี้คือ คลินิกทุกประเภทมีโฆษณาที่ฝ่าฝืนกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล และสถานพยาบาลเอกชนประเภทคลินิกทันตกรรมพบการโฆษณาที่ฝ่าฝืนกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลไม่น้อยไปกว่าสถานพยาบาลเอกชนประเภทคลินิกเวชกรรม

จำนวนขึ้นที่มีการโฆษณาจากทุกช่องทางในสื่อออนไลน์รวมทั้งสิ้น 622 ชิ้นโฆษณา เป็นโฆษณาที่ฝ่าฝืนกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล 406 ชิ้นโฆษณา (ร้อยละ 65.27) ซึ่งลักษณะข้อความ/เนื้อหาของโฆษณาที่ฝ่าฝืนกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล จากการศึกษาครั้งนี้สามารถจำแนกได้เป็น 8 กลุ่มลักษณะ ซึ่ง 3 ลำดับแรกคือ กลุ่มลักษณะมีการโฆษณาแจ้งบริการ วันเวลา เปิด ปิด สถานพยาบาล จำนวน 187 ชิ้นโฆษณา (ร้อยละ 46.06) ซึ่งถือว่าการฝ่าฝืนพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 แก้ไขเพิ่มเติมด้วยพระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2559 ในมาตรา 38 วรรคหนึ่ง (ไม่ขออนุญาตโฆษณา) รองลงมาเป็นการโฆษณา เครื่องมือแพทย์ จำนวน 71 ชิ้นโฆษณา (ร้อยละ 17.49) ซึ่งก็ถือว่าการฝ่าฝืนในมาตรา 38 วรรคหนึ่ง เช่นเดียวกัน และลำดับที่ 3 คือมีการโฆษณาเข้าข่ายอื้อวอดเกินความจริง จำนวน 43 ชิ้นโฆษณา (ร้อยละ 10.59) ซึ่งถือว่าการฝ่าฝืนพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 แก้ไขเพิ่มเติมด้วยพระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2559 ในมาตรา 38 วรรคสอง จากผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าสถานพยาบาลเอกชนในจังหวัดหนองบัวลำภูมีแนวโน้มที่ยังขาดความเข้าใจหรือไม่ทราบว่าการโฆษณาแจ้งบริการ วันเวลา เปิด ปิด สถานพยาบาล นั้นต้องดำเนินการขออนุมัติข้อความ เสียง หรือภาพที่ใช้ในการโฆษณา หรือประกาศจากผู้อนุญาตก่อน เพราะเป็นการโฆษณาหรือประกาศเกี่ยวกับสถานพยาบาลนอกจากชื่อและที่ตั้งของสถานพยาบาลตามที่ปรากฏในใบอนุญาต และไม่อยู่ ณ สถานพยาบาลนั้น เมื่อพิจารณาในประเด็นนี้

สาเหตุอาจเนื่องมาจากทั้งในส่วนของผู้ประกอบการสถานพยาบาลเอกชนเอง ที่อาจคาดเดาว่าการโฆษณาหรือประกาศแบบนี้ไม่เป็นความผิดตามกฎหมายหรือไม่ถูกตรวจสอบ จึงเลือกที่จะไม่ขออนุญาต ประกอบกับการดำเนินการที่ผ่านมาของพนักงานเจ้าหน้าที่ในเรื่องของการสื่อสารเชิงนโยบายกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากผลของการบังคับใช้กฎหมายเพื่อการจัดระเบียบโฆษณาสถานพยาบาล ส่วนใหญ่เป็นรูปแบบการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารผ่านทางเว็บไซต์ การส่งประกาศประชาสัมพันธ์ การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ผ่านจดหมายข่าว<sup>13</sup> ขาดการสื่อสารที่เป็นระบบสองทาง (Two-way Communication) รวมไปถึงยังไม่มีกิจกรรมการประชุมชี้แจง การกระตุ้นเตือนการสนับสนุนให้กำลังใจ (Empowerment) กับผู้ประกอบการสถานพยาบาลเอกชนได้เกิดการปฏิบัติที่ถูกต้อง<sup>13,14</sup> ส่วนกลุ่มลักษณะมีการโฆษณา เครื่องมือแพทย์ และมีการโฆษณาเข้าข่ายอื้อวอดเกินความจริง ในการศึกษานี้พบเป็นเพียงกลุ่มลักษณะที่รองลงมา ไม่ได้สอดคล้องกับการศึกษาของจุฬาลักษณ์ พชรทิพย์<sup>3</sup> และ วิภา ศิริสวัสดิ์<sup>4</sup> ที่พบกลุ่มลักษณะมีการโฆษณาเข้าข่ายอื้อวอดเกินความจริงมากที่สุด อาจเนื่องมาจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการสำรวจในทุกประเภทของสถานพยาบาลเอกชนทั้งหมดที่มีอยู่ และเป็นค้นหาเผื่อระวังติดตามการโฆษณา จึงทำให้พบกลุ่มลักษณะมีการโฆษณาแจ้งบริการ วันเวลา เปิด ปิด สถานพยาบาลมากที่สุดแทน โดยการศึกษาครั้งนี้สามารถจัดกลุ่มสถานพยาบาลเอกชนเพื่อใช้ในการควบคุมกำกับ ติดตาม และจัดทำกิจกรรมส่งเสริมให้เหมาะสมได้เป็น 3 กลุ่ม เหมือนการศึกษาของชฎากร บุญสิน<sup>14</sup> ได้ดังนี้ กลุ่มที่ 1 สถานพยาบาลเอกชนที่แสดงรายละเอียดการบริการช่วงเวลากการให้บริการวัน เวลาเปิด ปิด แต่ไม่มีการเคลื่อนไหวของการโฆษณา ใช้กิจกรรมการส่งเสริมแนะนำการขออนุญาต ช่องทางการโฆษณาให้ถูกต้อง กลุ่มที่ 2 สถานพยาบาลเอกชนที่มีการโฆษณาและแสดงรายละเอียดของข้อมูล



ข่าวสารต่าง ๆ เพื่อใช้ในการโฆษณาสถานพยาบาลเอกชนนั้น ใช้การเฝ้าระวังและส่งเสริมให้ปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลและประกาศที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับข้อมูลการโฆษณาที่ต้องให้กับสถานพยาบาลเอกชนในกลุ่มนี้ กลุ่มที่ 3 สถานพยาบาลเอกชนที่มีการโฆษณาและมีความเสี่ยงจะดำเนินการไม่ถูกต้อง มีความเสี่ยงที่จะพบการโฆษณาสถานพยาบาลที่ฝ่าฝืนกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลเป็นกลุ่มสถานพยาบาลเอกชนที่ต้องเฝ้าระวังและควรมีกิจกรรมส่งเสริมในกลุ่มนี้เป็นพิเศษ

การศึกษานี้เป็นเพียงการเริ่มต้นศึกษาที่เป็น การสำรวจที่เป็นเชิงรุกเพื่อเป็นการหาความชุกของการโฆษณาที่ฝ่าฝืนกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลให้ครบในทุกประเภทของสถานพยาบาลเอกชนที่มีอยู่ทางสื่อออนไลน์ซึ่งเป็นช่องทางที่มีการโฆษณาสถานพยาบาลเอกชนมากที่สุด แต่กลับเป็นช่องทางที่ยังมีการตรวจสอบเฝ้าระวังน้อย อีกทั้งการตรวจสอบโฆษณาทางสื่อออนไลน์ทำได้ยากกว่าการโฆษณาทั่วไปอื่น ๆ เนื่องจากมีความเคลื่อนไหวค่อนข้างรวดเร็ว เผยแพร่ไปยังกลุ่มคนได้ไม่จำกัด และสามารถโฆษณาในกลุ่มปิดหรือกลุ่มเฉพาะได้ การพัฒนารูปแบบในการนำเสนอของสื่อออนไลน์ มีความซับซ้อนขึ้นเรื่อย ๆ และหากเกิดการกระทำผิดแล้ว จะทำการระงับได้ยาก ดังนั้นมาตรการในการกำกับโฆษณาทางสื่อออนไลน์ที่มีประสิทธิภาพจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง

### ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาครั้งนี้จะเห็นได้ว่าการโฆษณาหรือประกาศเกี่ยวกับสถานพยาบาลทางสื่อออนไลน์ในพื้นที่จังหวัดหนองบัวลำภู ยังคงมีการโฆษณาหรือประกาศที่เป็นการฝ่าฝืนกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลอยู่ ดังนั้น การจัดการปัญหาการโฆษณาหรือประกาศเกี่ยวกับสถานพยาบาลทางสื่อออนไลน์ที่ฝ่าฝืนกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล ควรดำเนินการอย่างเป็นระบบโดยผู้มี

ส่วนเกี่ยวข้อง ให้สอดคล้องกันในทุกระดับ ทั้งในส่วน ของภาครัฐ และผู้ประกอบการกิจการสถานพยาบาล ดังนี้

### 1. ภาครัฐ

1) พนักงานเจ้าหน้าที่ควรดำเนินการตรวจสอบติดตามการโฆษณาหรือประกาศเกี่ยวกับสถานพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เพื่อรักษามาตรฐาน และเป็นการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพ

2) ควรมีการประชุมสรุปผล เสนอแนะ แนวทางการดำเนินการตรวจสอบติดตามการโฆษณาหรือประกาศเกี่ยวกับสถานพยาบาล เพื่อให้หน่วยงานที่มีหน้าที่ควบคุม กำกับ ดูแล สถานพยาบาล และพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 ในระดับพื้นที่ได้รับทราบข้อมูลสถานการณ์

และเป็นการถ่ายทอดประสบการณ์แนวทางปฏิบัติ ในการให้คำแนะนำตรวจสอบการโฆษณาหรือประกาศเกี่ยวกับสถานพยาบาลที่เหมือนกัน

3) ให้ข้อมูลด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องแก่ ผู้ประกอบการกิจการสถานพยาบาล เพื่อให้ตระหนักถึงความสำคัญที่ต้องปฏิบัติตามเกณฑ์ข้อกำหนดและข้อกำหนดต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการโฆษณาหรือประกาศเกี่ยวกับสถานพยาบาล

4) เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ เพื่อให้ประชาชนทราบถึงการโฆษณาหรือประกาศเกี่ยวกับสถานพยาบาลที่เข้าข่าย เป็นการโอ้อวดเกินความจริง และช่องทางในการส่งเรื่องร้องเรียนการโฆษณาหรือประกาศเกี่ยวกับสถานพยาบาลที่เข้าข่ายเป็นการโอ้อวดเกินความจริง

### 2. ผู้ประกอบการกิจการสถานพยาบาล

1) ควรศึกษาทำความเข้าใจเกี่ยวกับข้อกำหนดและข้อกำหนดต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการโฆษณาหรือประกาศเกี่ยวกับสถานพยาบาล และเห็นความสำคัญที่ต้องปฏิบัติตามข้อกำหนดและข้อกำหนดที่กล่าวมา

2) ควรให้ความร่วมมือกับพนักงาน



เจ้าหน้าที่ในการปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องโฆษณาหรือประกาศเกี่ยวกับสถานพยาบาลที่เข้าข่ายเป็นการฝ่าฝืนกฎหมาย

#### กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยความอนุเคราะห์

และสนับสนุนเป็นอย่างดีจาก ภก.สุภณีย์ ประเสริฐสุข หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข และได้รับความอนุเคราะห์ในการให้ข้อคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญหลายท่าน ที่กรุณาสละเวลาในการแสดงความคิดเห็นอันมีค่า

#### เอกสารอ้างอิง

1. พรรัตน์ ชาญชวณิชย์, พอดี สุขพันธ์, ปรามศึก ทวลประไพ. กลยุทธ์การตลาดที่ส่งผลต่อการตัดสินใจกลับมาใช้บริการคลินิกศัลยกรรมเสริมความงามในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา 2564; 14(1): 61-81.
2. กรุงเทพธุรกิจ. กรม สบส. แนะนำ รพ.เอกชน/คลินิก ขออนุมัติโฆษณาทุกครั้งก่อนเผยแพร่ [ออนไลน์] 2564 [เข้าถึงเมื่อ 10 มีนาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.bangkokbiznews.com/social/971857>
3. จุฬาลักษณ์ พชรทิพย์. ความชุกของการโฆษณาทางสื่อออนไลน์ที่ฝ่าฝืนกฎหมายของคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านความงามในอำเภอเมืองของจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคใต้. วารสารเภสัชกรรมไทย 2562; 11(1): 236-46.
4. วิภา ศิริสวัสดิ์. การศึกษาโฆษณาของสถานพยาบาลเอกชนในจังหวัดนครราชสีมา. วารสารศุนย์อนามัยที่ 9 2562; 13(31): 92-104.
5. ชฎากร บุญสิน. ความชุกของโฆษณาทางสื่อออนไลน์ที่ฝ่าฝืนกฎหมายของคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการเสริมความงามในจังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารเภสัชกรรมไทย 2565; 14(2): 416-23.
6. อาภากร เขจรรัช. การโฆษณาทางสื่อสังคมออนไลน์ที่ฝ่าฝืนกฎหมายของคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการเสริมความงามในจังหวัดมหาสารคาม. วารสารเภสัชกรรมไทย 2565; 14(3): 542-55.
7. พระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2559. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 113, ตอนที่ 107 (2559, 20 ธันวาคม).
8. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. คู่มือการปฏิบัติงานการพิจารณาอนุมัติการโฆษณาหรือประกาศเกี่ยวกับสถานพยาบาล. นนทบุรี: กองกฎหมาย; 2561.
9. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. สรุปรายงานการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพประจำปี2557. นนทบุรี: สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ; 2558.
10. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. สรุปรายงานการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพประจำปี 2558. นนทบุรี: สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ; 2559.
11. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. สรุปรายงานการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพประจำปี 2559. นนทบุรี: สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ; 2560.



12. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู. เอกสารตรวจราชการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2564. หนองบัวลำภู: กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข; 256413
13. ประภา สุธรรม, ภาวัต ชาวพัฒนวรรณ. อุปสรรคในกระบวนการบังคับใช้พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 เพื่อควบคุมการโฆษณาสถานพยาบาล. วารสารเกษมบัณฑิต 2562; 20(ตุลาคม): 200-9.
14. ชฎากร บุญสิน. การศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมส่งเสริมการโฆษณาของสถานพยาบาลเอกชนในจังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอินทร์ 2564; 2(3): 40-52.



## การประเมินผลการพัฒนางานด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล สำหรับโรงพยาบาลเอกชนจังหวัดสมุทรสาคร

### Evaluation of Rational Drug Use Practice for private hospitals in Samut Sakhon Province

ดวงแก้ว อังกุลสิทธิ์<sup>1</sup>

Duangkaew Angkoonisit<sup>1</sup>

#### บทคัดย่อ

การใช้ยาอย่างสมเหตุผลเป็นนโยบายที่มีความสำคัญในระดับประเทศ ทั้งในสถานพยาบาลภาครัฐและเอกชน จังหวัดสมุทรสาครมีโรงพยาบาลเอกชนเป็นจำนวนมากที่สุดในเขตสุขภาพที่ 5 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาครได้ส่งเสริมการดำเนินงานด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาลเอกชนอย่างจริงจัง การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ของเพื่อประเมินผลการพัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดสมุทรสาคร ตามแนวทาง PLEASE วิธีการศึกษาเป็นการวิจัยแบบพรรณนาเชิงสำรวจ เก็บข้อมูลย้อนหลังจากฐานข้อมูลที่บันทึกแบบประเมินตนเองด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสำหรับสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ รวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลที่มีการบันทึกไว้ปีละ 1 ครั้งเป็นเวลา 3 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 – 2565 จากโรงพยาบาลเอกชนทั้งหมดในจังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 9 แห่ง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ และคำนวณค่าร้อยละ

ผลการศึกษาส่วนที่ 1 พบว่าร้อยละการดำเนินงานการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเฉลี่ยในปี พ.ศ. 2563 เท่ากับร้อยละ 74.24, ปี พ.ศ. 2564 เท่ากับร้อยละ 76.26 และ ปี พ.ศ. 2565 เท่ากับร้อยละ 81.81 มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในปี พ.ศ. 2565 ผลการประเมินอยู่ในระดับดีมาก จำนวน 7 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 78 และอยู่ในระดับดี จำนวน 2 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 22 และส่วนที่ 2 เมื่อศึกษาผลตาม 6 แนวทาง PLEASE พบว่าหัวข้อที่ได้คะแนนมากที่สุดคือ มีฉลากยาเสริมเพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้ได้อย่างถูกต้องปลอดภัย ในขณะที่หัวข้อที่ได้คะแนนน้อยที่สุดคือ ระบบการรายงานข้อมูลเกี่ยวกับเชื้อดื้อยาต่อกรมควบคุมโรค ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาครได้นำข้อมูลไปวิเคราะห์เป็นแนวทางการพัฒนางาน ได้แก่การชี้แจงนโยบายให้กับผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชน การอบรมให้ความรู้แก่สหสาขาวิชาชีพ การให้คำปรึกษาในการพัฒนาระบบสารสนเทศ การจัดระบบรายงานเชื้อดื้อยา และการสร้างเครือข่ายการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างโรงพยาบาลรัฐบาลและเอกชน โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาครมีการแต่งตั้งคณะกรรมการมาตรฐานโรงพยาบาลและเปลี่ยนจากการผู้ประเมินตนเองให้คณะกรรมการจังหวัดเป็นผู้ประเมินแทน ทำให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานด้านการใช้ยาสมเหตุผลที่ชัดเจน ได้แก่ มีมาตรการควบคุมการใช้ยาปฏิชีวนะ ลดการใช้ยาปฏิชีวนะเกินความจำเป็น ประชาชนได้รับฉลากยาที่มีข้อมูลการใช้ยาที่ครบถ้วน และผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้รับความปลอดภัยจากการใช้ยาเพิ่มขึ้น อภิปรายสรุปผลโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดสมุทรสาครมีผลการดำเนินงานด้านการใช้ยาสมเหตุผลอยู่ในระดับที่ดีถึงดีมาก

<sup>1</sup>เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร

<sup>1</sup>Pharmacist, Professional Level. Division of Consumer Protection and Public Health Pharmacy, Samut Sakhon Public Health Office. Email : fdasakhon2566@gmail.com



เมื่อเปรียบเทียบกับผลการศึกษาในโรงพยาบาลรัฐบาลพบความสอดคล้องกับผลการศึกษาในโรงพยาบาลเอกชน คือควรมุ่งเน้นการสร้างความรู้ความตระหนักรู้ของบุคลากรทางการแพทย์และผู้รับบริการ ข้อเสนอแนะ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาครควรมีการติดตามตรวจเยี่ยมประเมินโรงพยาบาลเอกชนเป็นประจำทุกปีเพื่อพัฒนาและสนับสนุนให้โรงพยาบาลเอกชนสามารถบรรลุเป้าหมายของการใช้ยาสมเหตุผล

**คำสำคัญ :** การประเมินผล, การใช้ยาอย่างสมเหตุผล, โรงพยาบาลเอกชน

### Abstract

Rational drug use is an important policy at the national level, both in public and private hospitals. Samut Sakhon Province has the largest number of private hospitals in Health Region 5. Samut Sakhon Provincial Public Health Office is an important sector in promoting the implementation of rational drug use in private hospitals. The objective of this study was to assess the development of rational drug use in private hospitals in Samut Sakhon Province according to PLEASE guidelines. The study method was descriptive research with using self-assessment form for rational drug use from the Department of Health Service Support. Data was collected from database recorded once a year for 3 years from 2020 – 2022. Data from 9 private hospitals were analyzed by frequency and percentage.

Part 1 results showed that the average percentage of rational drug use in 2020 was 74.24%, 2021 was 76.26% and 2022 was 81.81% with an increasing trend. In 2022, the assessment resulted in very good level 7 places (78%) and good level 2 places (22%). Part 2 results according to the PLEASE guidelines found that the topic that received the highest score was supplementary drug labels to help promote the patient's use safety, while the topic with the lowest score was the system for reporting information on drug-resistant strains to the Department of Disease Control. Samut Sakhon Provincial Public Health Office analyzed the data to develop work including explaining policies to executives of private hospitals, education training to multidisciplinary professionals, consulting to develop Information system, organizing a reporting system for drug-resistant bacteria and creating a network for exchanging knowledge between government and private hospitals. Samut Sakhon Provincial Public Health Office has appointed a working group to evaluate hospital standards and changed from a self-assessment to a provincial working group to assess instead. It clearly shows there are measures to control the use of antibiotics, reduce unnecessary use of antibiotics, develop drug labels with completer information and patients in risk groups receive increased safety from drug use. In summary, the results of the study showed that private hospitals in Samut Sakhon Province have shown good to very good performance in rational drug use. Compared with the results in government hospitals, it was consistent with the results in private hospitals. That is, raising awareness of medical personnel and service users should be focused. Suggestions: Samut Sakhon Provincial Public Health Office



should monitor and assess private hospitals annually in order to develop and support private hospitals to achieve the goal of using reasonable medicine.

**Keywords:** Evaluation, Rational Drug Use, Private hospitals

## บทนำ

การใช้ยาอย่างสมเหตุผล หมายถึง การใช้ยาโดยมีข้อบ่งชี้เป็นยาที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพผลจริง สนับสนุนด้วยหลักฐานที่เชื่อถือได้ให้ประโยชน์ทางคลินิก เหนือกว่าความเสี่ยงจากการใช้ยาอย่างชัดเจน มีราคาเหมาะสม คุ่มค่าตามหลักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ไม่เป็นการใช้ยาอย่างซ้ำซ้อน คำนึงถึงปัญหาเชื้อดื้อยา เป็นการใช้นยาในรอบบัญชียาอย่างผลอย่างเป็นขั้นตอนตามแนวทางพิจารณาการใช้ยา โดยใช้นยาในขนาดที่พอเหมาะกับผู้ป่วยบริการในแต่ละกรณีด้วยวิธีการให้ยาและความถี่ในการให้ยาที่ถูกต้องตามหลักเภสัชวิทยาคลินิกด้วยระยะเวลาการรักษาที่เหมาะสม ผู้บริการให้การยอมรับและสามารถใช้จ่ายดังกล่าวได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง เพื่อป้องกันปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่สำคัญ ได้แก่ เชื้อโรคดื้อยา ผลข้างเคียงจากการยา และค่าใช้จ่ายด้านยาที่เกินจำเป็น<sup>1</sup>

ตามนโยบายแห่งชาติด้านยา พ.ศ. 2554 และยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2555 – 2559 กำหนดให้ยุทธศาสตร์การใช้ยาอย่างสมเหตุผล เป็นเรื่องหนึ่งในยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติและคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติได้มอบหมายให้คณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล กำกับดูแลและดำเนินการให้เป็นไปตามยุทธศาสตร์ซึ่งใน พ.ศ. 2556 คณะอนุกรรมการฯ ได้เห็นชอบให้มีการดำเนินโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use Hospital : RDU Hospital) ขึ้น เพื่อให้การดำเนินการในสถานพยาบาลต่อเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเป็นรูปธรรมชัดเจนเกิดความตระหนักถึงปัญหาการใช้ยาและสร้างระบบในการบริหารจัดการด้านยาให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน<sup>2</sup>

โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล (RDU hospital) หมายถึง สถานพยาบาลที่มีนโยบายใน 6 ด้าน ประกอบด้วย 1. การสร้างความเข้มแข็งของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (Pharmacy and Therapeutics Committee : PTC) 2. การจัดทำฉลากยามาตรฐาน (Labels) ฉลากยาเสริมและข้อมูลยาสู่ประชาชน 3. การจัดทำหรือจัดหาเครื่องมือจำเป็น (Essential Tools) ที่ช่วยให้เกิดการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผล 4. การสร้างความตระหนักรู้ (Awareness) ของบุคลากรทางการแพทย์และผู้รับบริการต่อหลักเกณฑ์ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล 5. การดูแลด้านยาเพื่อความปลอดภัยของประชากรกลุ่มพิเศษ (Special Groups) และ 6. การสร้างเสริมจริยธรรมในการสั่งใช้ยา (Ethics) เมื่อนำอักษรภาษาอังกฤษตัวแรกของกุญแจทั้ง หกประการข้างต้นมารวมกันจะได้เป็นคำย่อว่า PLEASE ซึ่งเป็นกุญแจสำคัญสู่ความสำเร็จในการส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในสถานพยาบาล<sup>3</sup>

ผลลัพธ์การดำเนินโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ในปี พ.ศ. 2560 – 2563 แสดงให้เห็นว่า สามารถทำให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้รับความปลอดภัยจากการใช้ยาเพิ่มมากขึ้นและมีมาตรการควบคุมการใช้ยาปฏิชีวนะ เพื่อลดการใช้ยาปฏิชีวนะเกินจำเป็น ดังนั้น แนวทางการขับเคลื่อนการพัฒนาสู่ประเทศไทยใช้ยาอย่างสมเหตุผลจึงได้ขยายขอบเขตการดำเนินงานให้ครอบคลุมทุกภาคส่วน เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยกลไกระดับจังหวัด<sup>4</sup> ทั้งนี้สถานการณ์การดำเนินโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU Hospital) ในส่วนของจังหวัดสมุทรสาครพบว่า มีโรงพยาบาลรัฐบาลขนาดใหญ่จำนวน 3 แห่ง ใน 3 อำเภอสามารถดำเนินงานตาม



ซึ่งจำเป็นต้องมีการประเมินตนเองและดำเนินการตามตัวชี้วัดด้านการใช้ยาสมเหตุผลในระดับจังหวัด (RDU Province) ได้ตามเป้าหมายปีงบประมาณ 2565 จำนวน 1 อำเภอ ได้แก่ อำเภอกระทุ่มแบน คิดเป็นร้อยละ 33.33 ในขณะที่อีก 2 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองสมุทรสาคร และอำเภอบ้านแพ้ว กำลังอยู่ในระหว่างการดำเนินการ จังหวัดสมุทรสาครยังมีโรงพยาบาลเอกชนอีก 9 แห่ง แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในสถานพยาบาลเอกชน โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ด้วยจังหวัดสมุทรสาครเป็นจังหวัดที่มีจำนวนโรงพยาบาลเอกชนมากที่สุดในเขตสุขภาพที่ 5 แต่ยังคงขาดการบูรณาการข้อมูลร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชน ดังนั้น ในปีพ.ศ. 2563 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาครจึงได้ริเริ่มการดำเนินงานด้านการใช้ยาสมเหตุผลแก่โรงพยาบาลเอกชน เพื่อให้สอดคล้องตามแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลให้ครอบคลุมทั้งสถานพยาบาลภาครัฐบาลและภาคเอกชน<sup>5,6</sup> เนื่องจากยังขาดงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาลเอกชนจึงเป็นที่มาของการศึกษาเพื่อประเมินผลการพัฒนาด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาลเอกชนจังหวัดสมุทรสาคร

### วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินผลการพัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดสมุทรสาครตามแนวทาง PLEASE

### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเก็บข้อมูลย้อนหลังจากฐานข้อมูล เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลง โดยเปรียบเทียบผลการประเมินด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดสมุทรสาคร ภายหลังจากดำเนินการกิจกรรมแก่กลุ่มตัวอย่างทั้ง 5 กิจกรรม ได้แก่ การชี้แจงนโยบาย

ให้กับผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชน การอบรมให้ความรู้แก่สหสาขาวิชาชีพ การให้คำปรึกษาในการพัฒนาระบบสารสนเทศ การจัดระบบรายงานซื้อตัวยา และการสร้างเครือข่ายการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างโรงพยาบาลรัฐบาลและเอกชน

### 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ทำการวิจัยครั้งนี้ คือ โรงพยาบาลเอกชนทั้งหมด ตามฐานข้อมูลของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ในพื้นที่จังหวัดสมุทรสาครที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล จำนวน 9 แห่ง

### 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แบบประเมินตนเองด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสำหรับสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นคำถามที่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาล เป็นคำถามแบบปลายปิดให้เลือกตอบและปลายเปิดให้เติมข้อความ ประกอบด้วยชื่อโรงพยาบาล บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา จำนวน 2 ข้อ

ส่วนที่ 2 การประเมินด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสำหรับสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนให้เลือกตอบ ไม่มี หรือกำลังดำเนินการ หรือดำเนินการแล้ว จำนวน 33 ข้อ รวมคะแนนเต็ม 66 คะแนน โดยแต่ละข้อกำหนดแบ่งระดับคะแนน ดังนี้

- ไม่มี = 0 คะแนน เท่ากับไม่มีการดำเนินการกิจกรรมใด ๆ

- กำลังดำเนินการ = 1 คะแนน เท่ากับเป็นกิจกรรมที่เริ่มดำเนินการ หรือมีการดำเนินการไม่ต่อเนื่อง หรือยังไม่สมบูรณ์ โดยมีเอกสารหรือหลักฐานแสดง

- ดำเนินการแล้ว = 2 คะแนน เท่ากับเป็นกิจกรรมที่มีการดำเนินการอย่างสมบูรณ์และต่อเนื่องจนเป็นปกติของโรงพยาบาล โดยมีเอกสารหรือหลักฐานแสดง



คิดเป็นร้อยละการดำเนินการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลของโรงพยาบาลเอกชน = (รวมคะแนนที่ได้รับ/คะแนนเต็มทั้งหมด) x 100

กำหนดเกณฑ์กำหนดระดับการดำเนินการด้านใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล แบ่งเป็น 3 ระดับช่วงคะแนนดังต่อไปนี้

- คะแนนน้อยกว่า 50% อยู่ในระดับ  
1 = พัฒนา
- คะแนนระหว่าง 50 - 80% อยู่ในระดับ  
2 = ดี
- คะแนนตั้งแต่ 80% ขึ้นไป อยู่ในระดับ  
3 = ดีมาก

### 3. วิธีการเก็บข้อมูล

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร ได้มีการปรับเปลี่ยนจากการที่ให้โรงพยาบาลเอกชนเป็นผู้ประเมินตนเอง เป็นให้พนักงานเจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้ประเมินแทน ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินและบันทึกข้อมูลด้วยตนเองไว้ในฐานะข้อมูลการตรวจเยี่ยมมาตรฐานโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดสมุทรสาครตามแบบประเมินตนเองด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข และผู้วิจัยได้เก็บรวบรวม

ย้อนหลังจากฐานข้อมูลดังกล่าวตั้งแต่ช่วงเริ่มต้นการดำเนินงานการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดสมุทรสาคร อย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 3 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 - 2565

### 4. การวิเคราะห์ข้อมูล

เริ่มต้นจากการตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล แล้วนำแบบประเมินไปบันทึกคะแนน ประมวลผลแล้วคำนวณหาค่าสถิติ ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ยคำนวณเป็นคะแนนเฉลี่ยผลการประเมินด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลในโรงพยาบาลเอกชนจังหวัดสมุทรสาคร การวิจัยในครั้งนี้ผ่านการรับรองโครงร่างงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร ลงวันที่ 12 กรกฎาคม 2566

### ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปพบว่า จังหวัดสมุทรสาครมีโรงพยาบาลเอกชน จำนวน 9 แห่ง แบ่งเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ (มากกว่า 100 เตียง) จำนวน 7 แห่ง และโรงพยาบาลขนาดเล็ก (น้อยกว่า 50 เตียง) จำนวน 2 แห่ง ผลการประเมิน มีดังนี้

### ส่วนที่ 1 ผลการดำเนินงานด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลของโรงพยาบาลเอกชนโดยรวม

ตารางที่ 1 ร้อยละของการประเมินผลการดำเนินงานด้านการใช้ยาสมเหตุสมผลของโรงพยาบาลเอกชนแต่ละแห่งในจังหวัดสมุทรสาคร (n = 9)

ร้อยละการประเมินประจำปี	2563	2564	2565
โรงพยาบาลเอกชน แห่งที่ 1 (ขนาด 5 เตียง)	65.15	69.69	75.75
โรงพยาบาลเอกชน แห่งที่ 2 (ขนาด 10 เตียง)	60.60	63.63	66.67
โรงพยาบาลเอกชน แห่งที่ 3 (ขนาด 100 เตียง)	84.84	84.84	87.87
โรงพยาบาลเอกชน แห่งที่ 4 (ขนาด 100 เตียง)	68.18	72.72	78.78
โรงพยาบาลเอกชน แห่งที่ 5 (ขนาด 120 เตียง)	80.30	80.30	81.81
โรงพยาบาลเอกชน แห่งที่ 6 (ขนาด 142 เตียง)	63.63	66.67	80.30
โรงพยาบาลเอกชน แห่งที่ 7 (ขนาด 180 เตียง)	71.21	72.72	84.84
โรงพยาบาลเอกชน แห่งที่ 8 (ขนาด 192 เตียง)	90.90	90.90	92.42
โรงพยาบาลเอกชน แห่งที่ 9 (ขนาด 200 เตียง)	83.33	84.84	87.87
<b>ร้อยละการประเมินเฉลี่ย</b>	<b>74.24</b>	<b>76.26</b>	<b>81.81</b>



## ส่วนที่ 2 การดำเนินงานตามแนวทาง PLEASE

- **แนวทางที่ 1** การสร้างความเข้มแข็งของ คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (Pharmacy and Therapeutics Committee Strengthening) เนื่องจากองค์การอนามัยโลกได้ชี้ให้เห็น

ถึงความสำคัญของการมีคณะกรรมการเภสัชกรรม และการบำบัดที่เข้มแข็งในสถานพยาบาล ซึ่งเป็นที่ยอมรับในประเทศที่พัฒนาแล้วว่าเป็นปัจจัยสำคัญ ในการส่งเสริมให้เกิดการใช้ยา อย่างสมเหตุผลและ คุ่มค่าขึ้นในสถานพยาบาล

ตารางที่ 2 ผลการดำเนินการตาม Pharmacy and Therapeutic Committee แต่ละหัวข้อคะแนนเต็ม 2 คะแนน (n = 9)

หัวข้อ	หัวข้อการประเมิน	คะแนนเฉลี่ยผลการประเมิน		
		2563	2564	2565
1	มีคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด	1.8	1.8	2
2	มีระบบทบทวนในการประเมินและติดตามการสั่งใช้ยา ผลการใช้ยา	1.6	1.7	1.7
3	มีการจัดทำบัญชีรายการยาและทบทวนรายการยา	1.6	1.7	1.7
4	มีระบบเตือนภัยการใช้ยาความเสี่ยงสูง	1.8	2	2
5.1	การแสดงค่า eGFR ให้ปรากฏชัดเจนบน OPD card และ/หรือบน จอภาพการสั่งยา	1.1	1.1	1.3
5.2	การแสดงผลการแพ้ยา ให้ปรากฏชัดเจนบน OPD card และ/หรือบน จอภาพการสั่งยา	2	2	2
5.3	มีระบบอิเล็กทรอนิกส์ตรวจสอบรายการยากรณีแพทย์สั่งจ่ายยาที่ ผู้ป่วยแพ้	1.6	1.6	1.4
5.4	การแสดงผลกรณีผู้ป่วย G-6-PD Deficiency ให้ปรากฏชัดเจนบน OPD card และ/หรือบนจอภาพการสั่งยา	1.7	1.8	2
5.5	การแสดงผลภาวะการตั้งครรภ์/ให้นมบุตร ให้ปรากฏชัดเจนบน OPD card และ/หรือบนจอภาพการสั่งยา	1.2	1.2	1.4
5.7	มีระบบอิเล็กทรอนิกส์ตรวจสอบรายการยากรณีแพทย์สั่งยาซ้ำซ้อน	1.6	1.6	1.6
5.8	การแจ้งเตือนปัญหาการใช้ยาดัวยาระบบสารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ กรณี fatal หรือ contraindicated drug interaction	1.6	1.7	1.7
5.9	การแจ้งเตือนปัญหาการใช้ยาดัวยาระบบสารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ กรณียาที่ห้ามใช้หรือควรปรับขนาดยาเมื่อไตทำงานลดลงอย่างมาก	0.7	0.7	0.7
5.10	การแจ้งเตือนกรณีเป็นผู้ป่วยโรคตับ	1.0	1.0	1.1
5.11	การแจ้งเตือนผู้ป่วยใช้ยา Warfarin ให้ปรากฏชัดเจนบน OPD card และ/หรือ บนจอภาพการสั่งยา	1.5	1.5	1.7
5.12	การแจ้งเตือนค่าวิกฤติทางห้องปฏิบัติการ กรณี INR มากกว่า 5	1.2	1.2	1.5
5.13	การแจ้งเตือนค่าวิกฤติทางห้องปฏิบัติการ กรณีการตรวจพบเชื้อดื้อยา	1.3	1.3	1.5



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร ได้ส่งเสริมให้โรงพยาบาลเอกชนมีการดำเนินงานตาม แนวทางการสร้างความเข้มแข็งของคณะกรรมการ เภสัชกรรมและการบำบัด โดยชี้แจงนโยบายให้กับ ผู้บริหารของโรงพยาบาลเอกชนเพื่อให้เห็นความสำคัญ ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล พบว่าโรงพยาบาลเอกชน ทุกแห่งมีการจัดตั้งคณะกรรมการเภสัชกรรมและ การบำบัดและมีการจัดทำระบบและกลไกที่ช่วยส่งเสริม การใช้ยาอย่างปลอดภัย ได้แก่ ระบบแจ้งเตือนข้อมูล สำคัญที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา ในกลุ่มยาที่มีความ เสี่ยงสูง ผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาและโรคประจำตัวที่มี ข้อห้ามในการใช้ยาบางประเภท ส่งผลให้อัตราการ

แพ้ยาซ้ำภายในโรงพยาบาลเอกชนที่อยู่ในระดับต่ำ

- **แนวทางที่ 2** การจัดทำฉลากยา ฉลาก ยาเสริม และข้อมูลยาสู่ประชาชน (Labeling and Leaflet for Patient Information)

มีระบบและกลไกที่ช่วยส่งเสริมและ ป้องกัน เพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างปลอดภัย เนื่องจากฉลากยาเป็นเครื่องมือหนึ่งที่มีความสำคัญ ต่อกระบวนการใช้ยาอย่างเหมาะสม ทั้งต่อผู้ป่วยที่จะ ช่วยให้เห็นได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย ต่อเภสัชกร ที่จะช่วยในการให้คำอธิบายที่สำคัญเกี่ยวกับยาได้อย่าง มีประสิทธิภาพ และต่อแพทย์ ที่จะช่วยให้สั่งใช้ยาได้ อย่างสมเหตุผลมากขึ้น

ตารางที่ 3 ผลการดำเนินการตาม Labeling and Leaflet for Patient Information แต่ละหัวข้อคะแนนเต็ม 2 คะแนน (n = 9)

หัวข้อ	หัวข้อการประเมิน	คะแนนเฉลี่ยผลการประเมิน		
		2563	2564	2565
6	ฉลากยาที่ใช้เป็นไปตามมาตรฐานฉลากยาสำหรับสถานพยาบาลเอกชน	1.5	1.7	1.7
7	มีฉลากยาเสริมเพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้ได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย	1.8	2	2

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร ได้มีการส่งเสริมให้โรงพยาบาลเอกชนดำเนินงานตาม แนวทางการจัดทำฉลากยา ฉลากยาเสริม และข้อมูล ยาสู่ประชาชน โดยมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ ยกตัวอย่างการจัดทำฉลากยาตามประกาศกระทรวง สาธารณสุข เรื่อง มาตรฐานการให้บริการของ สถานพยาบาลเกี่ยวกับฉลากบรรจุยา พ.ศ. 2565 ซึ่ง กำหนดให้ฉลากของโรงพยาบาลต้องประกอบด้วย ข้อมูล 8 หัวข้อ ได้แก่ ชื่อสถานพยาบาล ชื่อและสกุล ของผู้ป่วย ชื่อยา รูปแบบของยา วิธีการใช้ยา สรรพคุณ ของยา ค่าเตือนการใช้ยา และวันหมดอายุของยา ซึ่ง แต่เดิมฉลากยาของบางโรงพยาบาลยังขาดข้อมูลที่ อยู่ติดต่อ ชื่อยาสามัญทางยาภาษาไทย แต่ใน ปัจจุบันทุกโรงพยาบาลได้ดำเนินการปรับปรุงฉลาก

ยาเพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับยาได้ อย่างสะดวกและครบถ้วน ช่วยให้ผู้ป่วยใช้ยาได้อย่าง ถูกต้องและปลอดภัยมากขึ้น

- **แนวทางที่ 3** การจัดทำหรือจัดหาเครื่องมือ จำเป็นที่ช่วยให้เกิดการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Essential RDU Tools)

สถานพยาบาลควรมีแนวทางการส่งตรวจ และการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นต่อการ วินิจฉัยโรคเป้าหมาย และการติดตามผลการรักษาที่ สอดคล้องกับระดับของสถานพยาบาล การจัดหาหรือ จัดทำระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ด้านยาและการรักษา โรคที่จำเป็นต่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล รวมถึงระบบ และวิธีการปฏิบัติในการประเมินและการติดตามผล การใช้ยา รวมทั้งการให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้สั่งใช้ยา



ตารางที่ 4 ผลการดำเนินการตามแนวทางการจัดทำหรือจัดหาเครื่องมือจำเป็นที่ช่วยให้เกิดการสั่งจ่ายอย่างสมเหตุผล Essential Tools แต่ละหัวข้อคะแนนเต็ม 2 คะแนน (n = 9)

หัวข้อ	หัวข้อการประเมิน	คะแนนเฉลี่ยผลการประเมิน		
		2563	2564	2565
8	มีการจัดทำแนวทางการรักษาโรคตาม Clinical Practice Guideline (CPG)	1.7	1.8	1.8
9	มีระบบการทบทวนและประเมินการใช้ยากลุ่มเป้าหมาย (Drug Use Evaluation : DUE)	1.5	1.6	1.5
10	แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์มีการพัฒนาองค์ความรู้ที่ทันสมัยผ่านการศึกษาค้นคว้าอย่างต่อเนื่องอย่างสม่ำเสมอ	1.7	1.8	2
11	บุคลากรทางการแพทย์อย่างน้อยร้อยละ 80 เข้าร่วมการอบรมที่สร้างความตระหนักรู้ต่อการจ่ายอย่างสมเหตุผลอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	1.2	1.2	1.4
12.1	การทำ Antibiotic Steward Program	0.8	0.8	1.1
12.2	ห้องแยกสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา	1.4	1.4	1.6
12.3	วิธีปฏิบัติในการเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการกรณีพบเชื้อดื้อยา	1.7	1.7	1.8
12.4	วิธีปฏิบัติในการสื่อสารข้อมูลระหว่างนักเทคนิคการแพทย์ เภสัชกร พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ (IC) และแพทย์ เมื่อพบผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา	1.4	1.6	1.8
12.5	ระบบการรายงานข้อมูลเกี่ยวกับเชื้อดื้อยาต่อกรมควบคุมโรค	0.1	0.1	0.4
12.6	ระบบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา	1.0	0.8	1.1

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร ได้มีการส่งเสริมให้โรงพยาบาลเอกชนดำเนินงานตามแนวทางการจัดทำหรือจัดหาเครื่องมือจำเป็นที่ช่วยให้เกิดการสั่งจ่ายอย่างสมเหตุผล เมื่อพบว่าโรงพยาบาลเอกชนยังไม่มีดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับระบบการรายงานข้อมูลเกี่ยวกับเชื้อดื้อยาต่อกรมควบคุมโรค ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจึงได้จัดการอบรมให้ความรู้แก่สหสาขาวิชาชีพ ทั้งแพทย์ พยาบาลและเภสัชกร เพื่อให้ทุกโรงพยาบาลเอกชนมีแนวทางการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial Resistance : AMR) ได้แก่ การจัดระบบช่องทางรายงานเชื้อดื้อยาต่อกรมควบคุมโรค ส่งผลให้อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรงพยาบาลเอกชนมีแนวโน้มที่ลดลง

- **แนวทางที่ 4** การสร้างความตระหนักรู้ของบุคลากรทางการแพทย์และผู้รับบริการต่อการจ่ายอย่างสมเหตุผล (Awareness for RDU Principles among Health Personnel and Patients)

การสร้างความตระหนักรู้ต่อการจ่ายอย่างสมเหตุผลในบุคลากรทางการแพทย์และผู้รับบริการให้เห็นถึงความสำคัญในเรื่องการจ่ายสมเหตุผลเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้โครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการจ่ายอย่างสมเหตุผลเป็นที่ยอมรับ และนำไปปฏิบัติได้อย่างยั่งยืน ส่งผลให้ผู้รับบริการได้รับเฉพาะยาจำเป็นที่มีคุณภาพ เกิดประสิทธิผลของการรักษาตามแนวทางการรักษามาตรฐานอย่างครบถ้วน ปลอดภัย และคุ้มค่า



ตารางที่ 5 ผลการดำเนินการตามการสร้างความตระหนักรู้ของบุคลากรทางการแพทย์และผู้รับบริการ Awareness of the Health Care Providers and Patients แต่ละหัวข้อคะแนนเต็ม 2 คะแนน (n = 9)

หัวข้อ	หัวข้อการประเมิน	คะแนนเฉลี่ยผลการประเมิน		
		2563	2564	2565
13	มีการให้ความรู้เรื่องการใช้อย่างสมเหตุสมผลแก่ผู้รับบริการผ่านช่องทางต่าง ๆ	1.3	1.3	1.4

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร ได้มีการส่งเสริมให้โรงพยาบาลเอกชนดำเนินงานตามแนวทางการสร้างความตระหนักรู้ของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล โดยจัดอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์ เพื่อทำให้เห็นความสำคัญในการใช้อย่างสมเหตุสมผล ตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดจากการใช้อย่างไม่สมเหตุสมผลและการสร้างความตระหนักรู้สำหรับผู้รับบริการ โดยการสนับสนุนสื่อประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่ประชาชนที่เกี่ยวข้องกับการใช้อย่างสมเหตุสมผล

- **แนวทางที่ 5** การดูแลด้านยาเพื่อความปลอดภัยของประชากรกลุ่มพิเศษ (Special Population Care)

ตารางที่ 6 ผลการดำเนินการตามแนวทางการดูแลด้านยาเพื่อความปลอดภัยของประชากรกลุ่มพิเศษ Special Population Care แต่ละหัวข้อคะแนนเต็ม 2 คะแนน (n = 9)

หัวข้อ	หัวข้อการประเมิน	คะแนนเฉลี่ยผลการประเมิน		
		2563	2564	2565
5.6	มีระบบอิเล็กทรอนิกส์ตรวจสอบรายการยาที่ห้ามใช้ในผู้ป่วยตั้งครรภ์/ยาที่ต้องระวังในสตรีให้นมบุตร	1.5	1.5	1.6
14	มีการให้ความรู้เรื่องการใช้ยาแก่ผู้ป่วยเฉพาะราย และมีระบบติดตามและแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการใช้ยาไม่ถูกต้องหรือไม่ต่อเนื่อง	1.8	1.8	1.8
15	มีการทบทวนรายการยาที่ผู้ป่วยใช้ในปัจจุบัน (Medication Reconciliation) โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ	1.8	1.8	1.8

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร ได้มีการส่งเสริมให้โรงพยาบาลเอกชนดำเนินงานตามแนวทางการดูแลด้านยาเพื่อความปลอดภัยของประชากรกลุ่มพิเศษโดยการจัดอบรมให้ความรู้แก่

การดูแลให้มีการใช้อย่างเหมาะสมแก่ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อผลข้างเคียงของยาเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญในการลดภาวะแทรกซ้อนจากยาต่อผู้รับบริการ โดยสนับสนุนให้เกิดการใช้ยาอย่างรอบคอบระมัดระวังในประชากรกลุ่มพิเศษ เพื่อป้องกันอันตรายจากการใช้ในส่วนที่สามารถป้องกันได้ โดยได้จัดทำคำแนะนำสำหรับการดูแลด้านยาเพื่อความปลอดภัยของประชากรกลุ่มพิเศษ 6 กลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุ สตรีตั้งครรภ์ สตรีให้นมบุตร ผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยโรคตับ และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากยาในผู้รับบริการกลุ่มพิเศษและมีการทบทวนรายการยาที่ผู้ป่วยใช้ใน ปัจจุบัน

สหสาขาวิชาชีพ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างเครือข่ายโรงพยาบาลเอกชน เป็นผลให้มีระบบติดตามและแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง และมีการทบทวนรายการยาที่ผู้ป่วยใช้ใน ปัจจุบัน



โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยกลุ่มพิเศษ ซึ่งแต่ละโรงพยาบาลเอกชนมีแนวทางการดำเนินงานที่แตกต่างกันและได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหน่วยงานที่มีผลการดำเนินงานที่ดีเด่นสามารถเป็นตัวอย่างให้กับโรงพยาบาลอื่น

- **แนวทางที่ 6** การส่งเสริมจริยธรรมและจรรยาบรรณทางการแพทย์ในการสั่งจ่ายยา (Ethics in Prescription)

สถานพยาบาลปฏิบัติตามแนวทางในการคัดเลือกยาและการสั่งจ่ายยาที่เป็นไปตามเกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการ ส่งเสริมการขายยาของ

ประเทศไทย รวมถึงการจัดให้เกิดกลไก ระบบ และมาตรการตามข้อกำหนดในการมีปฏิสัมพันธ์กับบริษัทฯ ทำให้กระบวนการนำยาเข้าและออกจากสถานพยาบาลมีความโปร่งใส ตรวจสอบได้ไม่ตกอยู่ในอิทธิพลของการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรมและเป้าประสงค์ในระดับบุคลากรให้มีการสั่งจ่ายยาภายใต้แนวทางของการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ตรงตามหลักจริยธรรมทางการแพทย์โดยคำนึงถึงการสั่งจ่ายยาที่เป็นประโยชน์แก่ผู้รับบริการจริง ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา ความเท่าเทียมของผู้รับบริการ และการเคารพในสิทธิผู้ป่วย

ตารางที่ 7 ผลการดำเนินการตาม การส่งเสริมจริยธรรมและจรรยาบรรณทางการแพทย์ ในการสั่งจ่ายยา Ethics in Prescription แต่ละหัวข้อคะแนนเต็ม 2 คะแนน (n = 9)

หัวข้อ	หัวข้อการประเมิน	คะแนนเฉลี่ยผลการประเมิน		
		2563	2564	2565
16	มีการดำเนินการเกี่ยวกับจริยธรรมและธรรมาภิบาลในการสั่งจ่ายยาอย่างเหมาะสม	1.8	1.8	1.8

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร ได้มีการส่งเสริมให้โรงพยาบาลเอกชนดำเนินงานตามแนวทางการส่งเสริมจริยธรรมและจรรยาบรรณทางการแพทย์ในการสั่งจ่ายยา โดยการติดตามตรวจเยี่ยมโรงพยาบาลในหมวดเภสัชกรรมมีการประเมินมาตรฐานเภสัชกรรมในการจัดซื้อยา ซึ่งทุกโรงพยาบาล

มีการปฏิบัติตามแนวทางในการคัดเลือกยา และการสั่งจ่ายยาที่เป็นไปตามเกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการ ส่งเสริมการขายยาของประเทศไทย และหลีกเลี่ยงการรักษาที่เกินความจำเป็นแก่ผู้ป่วยด้วย วัตถุประสงค์เพื่อผลตอบแทนทางการเงิน

ตารางที่ 8 ร้อยละการประเมินด้านการใช้ยาสมเหตุผลเฉลี่ยแต่ละแนวทาง (n=9)

แนวทาง	หัวข้อการประเมิน	ร้อยละการประเมิน		
		2563	2564	2565
1	การสร้างความเข้มแข็งของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด	75.34	76.73	82.63
2	การจัดทำฉลากยา ฉลากยาเสริม และข้อมูลยาสู่ประชาชน	86.11	94.44	94.44
3	การจัดทำหรือจัดหาเครื่องมือจำเป็นที่ช่วยให้เกิดการสั่งจ่ายยาอย่างสมเหตุผล	65.00	67.22	75.00
4	การสร้างความรู้ความตระหนักรู้ของบุคลากรทางการแพทย์และผู้รับบริการ	66.67	66.67	66.67
5	การดูแลด้านยาเพื่อความปลอดภัยของประชากรกลุ่มพิเศษ	88.88	88.89	90.74
6	การส่งเสริมจริยธรรมและจรรยาบรรณทางการแพทย์ ในการสั่งจ่ายยา	94.44	94.44	94.44
<b>ร้อยละการประเมินประจำปี</b>		<b>74.24</b>	<b>76.26</b>	<b>81.81</b>



ผลการศึกษาจากตารางที่ 8 พบว่าผลการประเมินตามแนวทางส่งเสริมโรงพยาบาลใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU Hospital) ทั้งหกแนวทางมีผลลัพธ์ที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลที่ชัดเจน ได้แก่ มีมาตรการควบคุมการใช้ยาปฏิชีวนะ ลดการใช้ยาปฏิชีวนะเกินความจำเป็น ประชาชนได้รับฉลากยาที่มีข้อมูลการใช้ยาที่ครบถ้วน และผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้รับความปลอดภัยจากการใช้ยาเพิ่มขึ้นโดยที่แนวทางที่ได้รับร้อยละการประเมินสูงสุดจำนวน 2 แนวทาง ได้แก่ แนวทางการจัดทำฉลากยา ฉลากยาเสริมและข้อมูล

### สรุปผลการศึกษา

โรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดสมุทรสาคร ส่วนใหญ่สามารถดำเนินการใช้ยาสมเหตุผลอยู่ในระดับดี และระดับดีมาก และใน ปี พ.ศ.2565 พบว่าโรงพยาบาลเอกชนที่อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 50 – 80) จำนวน 2 แห่ง และอยู่ในระดับดีมาก (มากกว่าร้อยละ 80) จำนวน 7 แห่ง ขึ้นกับขนาดของโรงพยาบาล เนื่องจากพบว่าโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่มีผลการประเมินที่สูงกว่าโรงพยาบาลเอกชนขนาดเล็ก

เมื่อวิเคราะห์ร้อยละการดำเนินการใช้ยาอย่างสมเหตุผลโดยการติดตามข้อมูลเป็นระยะเวลา 3 ปี ดังนี้ ปี พ.ศ. 2563 เท่ากับร้อยละ 74.24, ปี พ.ศ. 2564 เท่ากับร้อยละ 76.26 และปี พ.ศ. 2565 เท่ากับร้อยละ 81.81 มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ แสดงให้เห็นถึงความร่วมมือร่วมใจของสถานพยาบาลภาคเอกชนในการดำเนินนโยบายร่วมกับภาครัฐบาล

เมื่อวิเคราะห์ร้อยละการประเมินตามแนวทาง PLEASE ทั้ง 6 หัวข้อก็เพิ่มมากขึ้นเช่นเดียวกัน และเมื่อศึกษาผลตามแต่ละหัวข้อพบว่า หัวข้อที่ได้คะแนนการประเมินมากที่สุดคือ มีฉลากยาเสริมเพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้ได้อย่างถูกต้องปลอดภัยและการแสดงการแพทย์ให้ปรากฏชัดเจนบนใบสั่งยา ในขณะที่หัวข้อที่ได้คะแนนการประเมินน้อยที่สุด คือ การแจ้งเตือนปัญหาการใช้ยาด้วยระบบสารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์

ยาสู่ประชาชน และแนวทางการส่งเสริมจริยธรรมและจรรยาบรรณทางการแพทย์ในการสั่งใช้ยา ในขณะที่แนวทางที่ได้รับร้อยละการประเมินต่ำสุด จำนวน 1 แนวทาง ได้แก่ แนวทางการสร้างความตระหนักรู้ของบุคลากรทางการแพทย์และผู้รับบริการ ซึ่งการประเมินผลในภาพรวมอยู่ในระดับที่ดีและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็นผลจากความร่วมมือเป็นอย่างดีระหว่างโรงพยาบาลเอกชนและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาครในการส่งเสริมให้เกิดการดำเนินงานด้านการใช้ยาสมเหตุผลในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดสมุทรสาคร

และระบบการรายงานข้อมูลเกี่ยวกับเชื้อดื้อยาต่อกรมควบคุมโรค และพบว่าโรงพยาบาลเอกชนทุกแห่งมีกระบวนการทำงานตามแนวทางของโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล (RDU Hospital) ครบถ้วน ทั้งการกำหนดนโยบาย มาตรการและกิจกรรมส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล การพัฒนาระบบสารสนเทศในการจัดเก็บข้อมูล การติดตามประเมินผล และการจัดการเชื้อดื้อยา

### อภิปรายผล

นโยบายการดำเนินงานด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ได้เริ่มต้นในโรงพยาบาลรัฐบาลตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 ในขณะที่เพิ่งเริ่มต้นในโรงพยาบาลเอกชนในปี พ.ศ. 2563 ทำให้เห็นความแตกต่างระหว่างการดำเนินงานด้านการใช้ยาสมเหตุผลในโรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลรัฐบาล

เมื่อทบทวนวรรณกรรมพบงานวิจัยในภาครัฐบาลตั้งนี้จากผลการศึกษาของ กัญฐานวรรธน์ รอนณรงค์ เรื่อง ผลการดำเนินงานและพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลระดับจังหวัดของคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผลจังหวัดชัยภูมิ พบว่ามีแนวทางการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลจังหวัดชัยภูมิ จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ การทำแผนงานโครงการ การมอบหมายนโยบาย การจัด



ประชุมผู้เกี่ยวข้อง การสะท้อนข้อมูล การทำระบบ  
แจ้งเตือน การนำเสนอองค์กรแพทย์ การสนับสนุน  
ให้ใช้ยาสมุนไพรแทนยาปฏิชีวนะ การวิเคราะห์ข้อมูล  
เชิงลึก การลงเยี่ยมพื้นที่เป้าหมาย และการสร้างสื่อ  
ประชาสัมพันธ์แก่ประชาชน เช่นเดียวกับจังหวัด  
สมุทรสาครสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการ  
ดำเนินงานหรือปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทของ  
พื้นที่ ซึ่งบริบทของโรงพยาบาลเอกชนสามารถนำมา  
ประยุกต์ได้แทบทุกหัวข้อ ยกเว้นการใช้ยาสมุนไพร  
แทนยาปฏิชีวนะ<sup>7</sup>

จากผลงานวิจัยของสุทธิณี เรืองสุพันธ์ และ  
สมพร พานสุวรรณ เรื่อง การจัดการเชิงระบบสู่การ  
ใช้ยาอย่างสมเหตุผลในเครือข่ายอำเภอโนนสูง พบว่า  
ควรมีการจัดการเชิงระบบหลายกิจกรรมที่ส่งผลทำให้  
เพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยา ลดค่าใช้จ่ายด้านยา  
ที่ไม่จำเป็น ซึ่งการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายเป็น  
ผลจากการจัดการเชิงระบบและความร่วมมือที่ดีจาก  
ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่นเดียวกับที่จังหวัดสมุทรสาคร  
ได้มีการดำเนินการด้านการใช้ยาสมเหตุผลในโรงพยาบาล  
เอกชนอย่างต่อเนื่องเพื่อส่งผลให้โรงพยาบาลเอกชน  
ในจังหวัดสมุทรสาครผ่านการประเมินโรงพยาบาล  
ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเพิ่มมากขึ้น ซึ่งมี  
การดำเนินการในหลายกิจกรรมเช่นเดียวกัน<sup>8</sup>

เมื่อเปรียบเทียบกับผลการศึกษาที่ผ่านมาของ  
สุมาลี ท่อชู และ รุ่งทิวา หมื่นปา เรื่อง ผลลัพธ์ของ  
การดำเนินโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่าง  
สมเหตุผลในอำเภอหนองหงส์จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า  
ภายหลังการดำเนินโครงการส่งผลให้บุคลากรทาง  
การแพทย์ของโรงพยาบาลมีความตระหนักรู้เรื่อง  
การใช้ยาสมเหตุผลมากขึ้น ก่อให้เกิดกระบวนการที่  
ส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล และผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดของ  
โรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น ซึ่งมีความสอดคล้องกับผล  
การศึกษานี้ในเรื่องความสำคัญของการสร้างความ  
ตระหนักรู้ของบุคลากรทางการแพทย์และผู้รับบริการ

ควรมีแผนพัฒนากลวิธีในการสร้างและพัฒนาความ  
ตระหนักรู้ ซึ่งจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม  
ของบุคลากรทางการแพทย์และผู้รับบริการเพื่อ  
นำไปสู่การใช้ยาอย่างสมเหตุผลที่ยั่งยืน

### ข้อเสนอแนะ

ผลของการศึกษาการประเมินผลการดำเนินงาน  
ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสำหรับโรงพยาบาลเอกชน  
จังหวัดสมุทรสาคร ผู้วิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะดังนี้

1. กระทรวงสาธารณสุขมีการผลักดัน  
นโยบายด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาล  
รัฐบาลผ่านการกำหนดเป็นแผนพัฒนาระบบบริการ  
สุขภาพ (RDU Service Plan สาขาที่ 15) ในขณะที่  
ควรผลักดันนโยบายด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลใน  
โรงพยาบาลเอกชนผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด  
ที่มีบทบาทด้านการงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการ  
สุขภาพ โดยดำเนินการภายใต้พระราชบัญญัติ  
สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยความ  
ร่วมมือจากทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาอย่าง  
สมเหตุผลในจังหวัดสมุทรสาคร ควรมีการพัฒนา  
ศักยภาพและขยายเครือข่ายความร่วมมือสู่ภาครัฐบาล  
และภาคเอกชนอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริม  
สุขภาพตำบล คลินิกเอกชน ร้านยา และร้านขายของชำ  
โดยมุ่งเน้นสร้างความตระหนักรู้ด้านการใช้ยาอย่าง  
สมเหตุผลให้กับผู้ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา เพื่อให้เหมาะสม  
ตามบริบทของแต่ละหน่วยงานและสร้างความเชื่อมั่น  
ให้กับประชาชนในจังหวัดสมุทรสาครว่าจะได้รับ  
ประโยชน์จากการดำเนินงานด้านการใช้ยาอย่างสม  
เหตุผล ทั้งจากสถานพยาบาลภาครัฐหรือเอกชน  
เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยได้รับยาเหมาะสม ปลอดภัย  
จากการใช้ยา และลดค่าใช้จ่ายด้านยาที่ไม่จำเป็น

2. จังหวัดสมุทรสาครควรมีการกำกับติดตาม  
และประเมินผลด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลด้วย  
การตรวจเยี่ยมประเมินผลพร้อมให้คำแนะนำเป็น



ประจำปีต่อไป เพื่อให้ให้เห็นผลลัพธ์ที่ดีขึ้นอย่างยั่งยืน และอาจจะใช้เป็นตัวอย่างการบูรณาการสร้างเครือข่ายระหว่างโรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชน และนำไปใช้ขยายผลการดำเนินงานด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลลงสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสมุทรสาคร โดยการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อสร้างความตระหนักรู้ให้กับประชาชนในจังหวัดสมุทรสาครผ่านเครือข่าย บ้าน วัด โรงเรียน ส่งเสริมการพัฒนาให้สอดคล้องกับตัวชี้วัดด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในระดับจังหวัด ตามเป้าหมายการใช้ยาอย่างปลอดภัย เกิดประโยชน์จริงต่อผู้ป่วย ด้วยค่าใช้จ่ายที่ต่ำที่สุดต่อบุคคลและสังคมต่อไป

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายแพทย์สุรวิทย์ ศักดานุภาพ นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร, เกสัชกรหญิงอรุณศรี บุญมาศิริ รองนายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร และเกสัชกรหญิงศิรินิตย์ พึ่งเจษฎา หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข ที่ได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการศึกษาครั้งนี้ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ในกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเครือข่ายการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพในโรงพยาบาลเอกชนจังหวัดสมุทรสาครทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือในการทำวิจัยให้สามารถดำเนินไปได้สำเร็จด้วยดี



### เอกสารอ้างอิง

1. คณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล.คู่มือการดำเนินงานโครงการ โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use Hospital Manual). [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 20 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://rdumrd.hss.moph.go.th/>
2. คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ. นโยบายแห่งชาติด้านยา พ.ศ. 2554 และยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2555- 2559. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2554: 1-41.
3. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.เอกสาร ประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อเตรียมความพร้อมการนำนโยบายการใช้ยาสมเหตุผล (Rational Drug Use : RDU) สู่การปฏิบัติในสถานพยาบาลภาคเอกชน. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 20 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: [https://mrd.hss.moph.go.th/mrd1\\_hss/?p=536](https://mrd.hss.moph.go.th/mrd1_hss/?p=536)
4. กลุ่มงานพัฒนาระบบสนับสนุนบริการ สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข . การพัฒนาระบบสุขภาพ (Service Plan) สาขาพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Service Plan : Rational Drug Use). [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 20 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: [https://mrd.hss.moph.go.th/mrd1\\_hss/?p=7401](https://mrd.hss.moph.go.th/mrd1_hss/?p=7401)
5. กองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในสถานพยาบาลเอกชน ปรับปรุงโดยคณะอนุกรรมการส่งเสริมพัฒนาและขับเคลื่อนภารกิจด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในสถานพยาบาลเอกชน. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 20 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: [https://mrd.hss.moph.go.th/mrd1\\_hss/?p=7401](https://mrd.hss.moph.go.th/mrd1_hss/?p=7401)
6. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. แบบประเมินตนเองด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสำหรับสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนโรงพยาบาลทั่วไป.[อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 20 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: [https://mrd.hss.moph.go.th/mrd1\\_hss/?p=7401](https://mrd.hss.moph.go.th/mrd1_hss/?p=7401)
7. กัญจนวรรธน์ รอนณรงค์. ผลการดำเนินงานและพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลระดับจังหวัดของคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล จังหวัดชัยภูมิ.ชัยภูมิเวชสาร, 2564. 41(1): 58-67.
8. สุทธิณี เรืองสุพันธ์ุ์ และ สมพร พานสุวรรณ. การจัดการเชิงระบบสู่การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในเครือข่ายอำเภอโนนสูง. วารสารเภสัชกรรมคลินิก, 2563. 26(2): 61-78.
9. สุมาลี ท่อชู และ รุ่งทิพา หมื่นป่า. ผลลัพธ์ของการดำเนินโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในอำเภอหนองหงส์จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารเภสัชกรรมไทย, 2560. 9(2): 463-74.



การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมวิสาหกิจชุมชนในจังหวัดสมุทรปราการ  
ให้ได้มาตรฐานของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา  
Study of developing guidelines for supporting community enterprises  
in Samut Prakan Province towards Thai FDA standards

ณัฐยาภรณ์ วงศ์บุญเกื้อกุล<sup>1</sup>  
Nuttayaporn Wongbunkuakul<sup>1</sup>

บทคัดย่อ

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมระหว่างการวิจัยเชิงคุณภาพ การวิจัยเชิงเอกสารและการสังเคราะห์ข้อมูลเข้าด้วยกัน มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาปัจจัยที่ทำให้วิสาหกิจชุมชนในจังหวัดสมุทรปราการไม่สามารถเข้าสู่กระบวนการขออนุญาตตามมาตรฐานกฎหมายสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา 2) พัฒนารูปแบบที่เหมาะสมในการส่งเสริมให้วิสาหกิจชุมชนในจังหวัดสมุทรปราการให้เข้าสู่กระบวนการขออนุญาตตามมาตรฐานกฎหมายของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา รวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 25 ธันวาคม 2565 ถึง 28 กุมภาพันธ์ 2566 โดยคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญแบบเฉพาะเจาะจงจากกลุ่มวิสาหกิจชุมชนที่ผลิตผลิตภัณฑ์สุขภาพ ผ่านการอบรมมาตรฐานสถานที่ผลิตเบื้องต้น จำนวน 8 คน และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานอนุญาตสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สุขภาพ จำนวน 5 คน สัมภาษณ์เชิงลึกตัวแทนวิสาหกิจชุมชนและเจ้าหน้าที่ เพื่อหาปัจจัยที่วิสาหกิจชุมชนในจังหวัดสมุทรปราการ ไม่สามารถเข้าสู่กระบวนการขออนุญาตผลิตผลิตภัณฑ์สุขภาพ รวบรวมข้อมูล จัดหมวดหมู่ วิเคราะห์และทบทวนเอกสารแนวความคิดในการพัฒนา และสังเคราะห์ข้อมูลรวมกันเพื่อจัดทำร่างแนวทางส่งเสริมวิสาหกิจชุมชน จัดสนทนากลุ่มตัวแทนวิสาหกิจชุมชนและเจ้าหน้าที่ เพื่อร่วมกันพิจารณาปรับปรุงแนวทางฯ เป็นแนวทางที่ผู้ร่วมให้ข้อมูลเห็นชอบ

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคที่สำคัญคือ ปัจจัยด้านการเงิน เงินทุนในการพัฒนาสถานที่และเงินทุนสำหรับซื้อวัตถุดิบ และความเข้าใจผิด ๆ ของกลุ่มวิสาหกิจชุมชนว่าสามารถผลิตและจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพโดยไม่ต้องขออนุญาต หากจำหน่ายในเขตชุมชนของตน ความไม่เข้าใจในขั้นตอนการขออนุญาตและความรู้ในการจัดการสถานที่ผลิตของตนให้เข้าสู่มาตรฐาน ผลการทบทวนแนวความคิดในการพัฒนาและปรับแนวคิดตามปัจจัยปัญหา และผ่านการประชุมร่วมกันพบว่า แนวทางการส่งเสริมวิสาหกิจชุมชนในจังหวัดสมุทรปราการให้ได้มาตรฐานของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา จะต้องส่งเสริมโดยใช้กลยุทธ์ ADKAR ประกอบด้วย A : Awareness การสร้างความตระหนักรู้ ถึงความจำเป็นของการพัฒนาสถานที่ผลิตให้ได้ตามมาตรฐานสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา D : Desire สร้างความต้องการที่จะเป็นส่วนหนึ่งของการเปลี่ยนแปลง จูงใจให้วิสาหกิจชุมชนทำแผนพัฒนาสถานที่ K : Knowledge จัดอบรมความรู้ที่จำเป็นในการพัฒนามาตรฐานสถานที่และขั้นตอนในการดำเนินการให้ได้มาตรฐานตามกฎหมายของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา A : Ability

<sup>1</sup>เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

<sup>1</sup>Pharmacist, Professional Level. Division of Consumer Protection and Public Health Pharmacy, Samut Prakan Provincial Public Health Office. Email : iamnatw@gmail.com



สนับสนุนการพัฒนามาตรฐานสถานที่ โดยการแนะนำเชิงรุก ณ สถานที่ผลิต การอำนวยความสะดวกในการจัดทำแปลนสถานที่ผลิต จัดทำตัวอย่างเอกสารที่ใช้ในการยื่นขออนุญาต R : Reinforcement การส่งเสริมความรู้ด้านการตลาด การทำแผนธุรกิจ และการพัฒนาผลิตภัณฑ์ตรงความต้องการของลูกค้า เพื่อความยั่งยืน

**คำสำคัญ:** ผลิตภัณฑ์สุขภาพ, การพัฒนา, มาตรฐาน, วิสาหกิจชุมชน

### Abstract

This research is a mix between qualitative research, documentary research and data synthesis aimed to 1) Study the factors that are obstacles for community enterprise in Samut Prakan Province in order to obtain health product license according to standards of the Thai Food and Drug Administration 2) Develop appropriate guidelines for promoting community enterprises to meet standards of Thai Food and Drug Administration. Data was collected between 25 December 2022 to 28 February 2023 from 8 key informants selected specifically from community enterprises groups that produce health products who have passed the training on basic production standards and 5 officials who work on a health product licensing. In depth interviews with 8 community enterprise representatives and 5 officials were done to find factors that are obstacles for community enterprises to enter the process for health products production licenses. Information was gathered, categorized and analyzed concept papers were reviewed and data was synthesized to draft a guideline for helping community enterprises meet the Thai FDA standards. Focus group discussion between community enterprises representatives and officials were conducted to improve an acceptable guideline from both parties.

The study found that the major problem were financial factors, funds for developing a production site and working capital for raw materials, and the misunderstanding of community enterprises that they can sell their products without licenses if sold only in their communities. In addition, knowhows for making their production sites that meet standard and understanding the process to obtain permission were also their problems. The results from reviewing concepts for developing and adjusting guideline, according to the problem factors found that this guideline for promoting community enterprises in Samut Prakan Province toward the Thai Food and Drug Administration standards must be promoted by using ADKAR Strategy : A (Awareness) or raising awareness for developing production sites that meets the standards of the Thai Food and Drug Administration, D (Desire) or motivating them to be part of the change and encouraging community enterprises to plan on improving their production sites, K (Knowledge) or training for legal



standards and licensing, A (Ability) or supporting community enterprises on achieving standards by using proactively development staff, facilitating by help drawing production site layout, plans, providing example documents required to submit for licensing. R (Reinforcement) or supporting knowledge for marketing, business plan and product developments to meets their customers' needs.

**Keywords:** Health products, Development, Standards, Community Enterprises

## บทนำ

ยุทธศาสตร์ชาติในระยะเวลา 20 ปี (2561 – 2580) ประกอบด้วยกรอบการพัฒนา 6 ยุทธศาสตร์ โดยมีประเด็นมุ่งเน้นการพัฒนาเศรษฐกิจในระดับชุมชน ปรากฏอยู่ในยุทธศาสตร์ที่ 2 ได้แก่ ประเด็นยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขัน เป้าหมายการพัฒนาที่มุ่งเน้น การยกระดับศักยภาพของประเทศ ในหลากหลายมิติ บนพื้นฐานแนวคิด 3 ประการ ได้แก่ (1) “ต่อยอดอดีต” โดยมองกลับไปที่รากเหง้าทาง เศรษฐกิจ อัตลักษณ์ วัฒนธรรม ประเพณีวิถีชีวิต และ จุดเด่นทางทรัพยากร ธรรมชาติที่หลากหลาย เพื่อให้ สอดรับกับบริบทของเศรษฐกิจและสังคมโลกสมัยใหม่ (2) “ปรับปัจจุบัน” เพื่อปูทางสู่นาคต ผ่านการพัฒนา โครงสร้างพื้นฐานของประเทศในมิติต่าง ๆ ทั้งโครงข่าย ระบบคมนาคมและขนส่ง โครงสร้างพื้นฐานวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และดิจิทัล และการปรับสภาพแวดล้อม ให้เอื้อต่อการพัฒนาอุตสาหกรรมและบริการอนาคต และ (3) “สร้างคุณค่าใหม่ในอนาคต” ด้วยการเพิ่ม ศักยภาพของผู้ประกอบการ พัฒนาคนรุ่นใหม่ รวมถึง ปรับรูปแบบธุรกิจ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของ ตลาด ผสมผสานกับยุทธศาสตร์ที่รองรับอนาคตบน พื้นฐาน ของการต่อยอดอดีตและปรับปัจจุบัน พร้อมทั้ง การส่งเสริมและสนับสนุนจากภาครัฐ ให้ประเทศไทย สามารถสร้างฐานรายได้และการจ้างงานใหม่ ขยาย โอกาสทางการค้าและการลงทุนในเวทีโลก ควบคู่ไป กับการยกระดับรายได้และการกินดีอยู่ดี รวมถึงการ

เพิ่มขึ้น ของคนชั้นกลาง และลดความเหลื่อมล้ำของ คนในประเทศได้ในคราวเดียวกัน<sup>1</sup>

วิสาหกิจชุมชน มีความหมายตามพระราชบัญญัติ ส่งเสริมวิสาหกิจชุมชน พ.ศ. 2548<sup>2</sup> ว่า “กิจการของ ชุมชนเกี่ยวกับการผลิตสินค้า การให้บริการ หรือการอื่น ๆ ที่ดำเนินการโดยคณะบุคคลที่มีความผูกพัน มีวิถีชีวิต ร่วมกันและรวมตัวกันประกอบกิจการดังกล่าว ไม่ว่าจะ เป็นรูปนิติบุคคลในรูปแบบใดหรือไม่เป็นนิติบุคคล เพื่อสร้างรายได้และเพื่อการพึ่งพาตนเองของครอบครัว ชุมชน และระหว่างชุมชน ทั้งนี้ตามหลักเกณฑ์ที่ คณะกรรมการส่งเสริมวิสาหกิจชุมชนประกาศกำหนด จากการประกาศใช้พระราชบัญญัติส่งเสริมวิสาหกิจ ชุมชน พ.ศ. 2548 ซึ่งได้ระบุว่าเศรษฐกิจชุมชนเป็น พื้นฐานของการพัฒนาเศรษฐกิจพอเพียง สะท้อนให้ เห็นการให้ความสำคัญของภาครัฐในความพยายาม ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาเศรษฐกิจจากความรู้พื้นฐาน ของชุมชนทั้งในด้านเงินทุน ดังนั้น การพัฒนาวิสาหกิจ ชุมชนจึงเป็นกลไกที่สำคัญที่จะสร้างความเข้มแข็งของ เศรษฐกิจฐานราก และการพัฒนาคุณภาพชีวิตของ คนในระดับชุมชนให้มีความมีโอกาสที่มีรายได้ที่มั่นคง การพัฒนาผลิตภาพของวิสาหกิจชุมชน ได้มีการกำหนด แนวทางไว้หลายแนวทาง เช่น การพัฒนาฝีมือ การพัฒนา การผลิต การจัดหาแหล่งทุนในการสนับสนุน รวมถึง การส่งเสริมให้มีการนำนวัตกรรมไปใช้ เพื่อพัฒนาคุณภาพ และเพิ่มมูลค่าของผลิตภัณฑ์ รวมถึงการพัฒนาการบริหารจัดการของวิสาหกิจชุมชน



จังหวัดสมุทรปราการมีจำนวนวิสาหกิจชุมชนที่ขึ้นทะเบียนไว้กับสำนักงานเกษตรจังหวัดสมุทรปราการรวมทั้งสิ้นจำนวน 339 กลุ่ม (ข้อมูลจากระบบสารสนเทศวิสาหกิจชุมชน กองส่งเสริมวิสาหกิจชุมชน กรมส่งเสริมการเกษตร ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2565) แต่มีวิสาหกิจชุมชนที่ได้รับอนุญาตผลิตตามกฎหมายของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สำหรับผลิตภัณฑ์อาหารแปรรูปแล้วจำนวน 7 กลุ่ม วิสาหกิจชุมชนที่ผลิตเครื่องสำอาง จำนวน 5 กลุ่ม วิสาหกิจชุมชนที่ผลิตวัตถุดิบธัญพืช จำนวน 1 กลุ่ม และวิสาหกิจชุมชนที่ผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพร จำนวน 2 กลุ่ม ซึ่งจะเห็นได้ว่ายังมีวิสาหกิจชุมชน จำนวนมากที่ยังไม่ได้ขออนุญาตเป็นสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สุขภาพตามมาตรฐานที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากำหนด จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนารูปแบบการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ ให้มีบทบาทที่เป็นส่วนช่วยส่งเสริม ผลักดันให้วิสาหกิจชุมชนผู้ผลิตผลิตภัณฑ์สุขภาพ เข้าถึงกระบวนการขออนุญาตตามมาตรฐาน เพื่อเป็นการส่งเสริมผู้ประกอบการรายเล็กให้มีมาตรฐานและแข่งขันในตลาดได้

อย่างไรก็ตาม ท่ามกลางบริบททางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลต่อการดำรงอยู่ของวิสาหกิจชุมชน โดยวิสาหกิจชุมชนจะต้องมีการปรับตัว จากวิสาหกิจชุมชนขั้นพื้นฐานที่เน้นการผลิตสินค้าและบริการเพื่อการพึ่งตนเอง เป็นองค์กรชุมชนขั้นก้าวหน้า และองค์กรชุมชนระดับเครือข่าย ที่มุ่งเน้นการพัฒนาผลิตภัณฑ์ที่มีอัตลักษณ์ของชุมชน และจะต้องได้รับการรับรองมาตรฐาน จึงจะทำให้วิสาหกิจชุมชนมีความสามารถในการแข่งขันได้อย่างยั่งยืน ซึ่งจะต้องมีการปรับกระบวนการทัศน์ในการบริหารจัดการกลุ่ม

วิสาหกิจชุมชน และรูปแบบการจัดบริการของภาครัฐ เพื่อเตรียมความพร้อมให้แก่วิสาหกิจชุมชนในการพัฒนาเพื่อเข้าสู่มาตรฐาน และทำให้สามารถแข่งขันในท้องตลาดได้ จากประเด็นดังกล่าว จึงนำมาสู่การวิจัยภายใต้ชื่อ การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมวิสาหกิจชุมชนในจังหวัดสมุทรปราการ ให้ได้มาตรฐานของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา โดยมีคำถามในการวิจัย คือ การส่งเสริมวิสาหกิจชุมชนในจังหวัดสมุทรปราการให้ได้มาตรฐานของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา มีแนวทางที่เหมาะสมเป็นอย่างไร

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ทำให้วิสาหกิจชุมชนในจังหวัดสมุทรปราการ ไม่สามารถเข้าสู่กระบวนการขออนุญาตตามมาตรฐานกฎหมายของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
2. เพื่อพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมในการส่งเสริมสนับสนุนให้วิสาหกิจชุมชนในจังหวัดสมุทรปราการให้เข้าสู่กระบวนการขออนุญาตตามมาตรฐานกฎหมายของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมระหว่างการวิจัยเชิงคุณภาพ การวิจัยเชิงเอกสาร และการสังเคราะห์ข้อมูลเข้าด้วยกัน เพื่อนำผลที่ได้จากการศึกษาวิจัยไปใช้ในการพัฒนาปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานของหน่วยงาน ใช้ในการเพิ่มประสิทธิภาพในการส่งเสริมให้ผู้ประกอบการวิสาหกิจชุมชนให้เข้าสู่กระบวนการขออนุญาตตามกฎหมายของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และผลักดันให้ผู้ประกอบการวิสาหกิจชุมชนที่ผลิตผลิตภัณฑ์สุขภาพ ผ่านมาตรฐานตามกฎหมายของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา โดยศึกษากันที่ 25 ธันวาคม 2565 ถึง 28 กุมภาพันธ์ 2566



## 1. ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

คือตัวแทนของกลุ่มวิสาหกิจชุมชนที่ผลิตผลิตภัณฑ์สุขภาพ และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานอนุญาตคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญแบบเฉพาะเจาะจงจากกลุ่มวิสาหกิจชุมชนที่ผลิตผลิตภัณฑ์สุขภาพ ผ่านการอบรมมาตรฐานสถานที่ผลิตเบื้องต้น จำนวน 8 คน และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานอนุญาต สถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สุขภาพ จำนวน 5 คน ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ ความชำนาญเกี่ยวกับการพิจารณาอนุญาตสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สุขภาพ และปฏิบัติงานมาไม่น้อยกว่า 3 ปี

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In Depth Interview) แบบมีโครงสร้าง ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ที่ให้การสัมภาษณ์
- ส่วนที่ 2 คำถามสัมภาษณ์ ในประเด็นปัจจัยในด้านต่าง ๆ ที่เป็นอุปสรรคในการพัฒนา (ด้านการผลิต, ด้านการตลาด, ด้านการบริหารจัดการ, ด้านการเงิน, ด้านการมีส่วนร่วมในวิสาหกิจชุมชน) ความเข้าใจต่อบทบาทของกลุ่มวิสาหกิจชุมชนในการพัฒนามาตรฐานสถานที่ผลิต และความคาดหวังต่อบทบาทของหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนในการพัฒนามาตรฐานสถานที่ผลิต ผลิตภัณฑ์สุขภาพ

## 2.2 อุปกรณ์บันทึกเสียง

## 3. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในงานวิจัยนี้มี 3 ขั้นตอน **ขั้นตอนแรก** การสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อศึกษาปัญหาที่ทำให้ผู้ประกอบการวิสาหกิจชุมชนยังไม่ได้รับอนุญาตให้ผลิตผลิตภัณฑ์สุขภาพตามกฎหมายได้ โดยสัมภาษณ์ความคิดเห็นของตัวแทนผู้ประกอบการวิสาหกิจชุมชนที่ผ่านการอบรมความรู้เบื้องต้นที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สุขภาพ จำนวน 8 คน และตัวแทนเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานใน

การพิจารณาอนุญาตสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สุขภาพ จำนวน 5 คนเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการการช่วยเหลือ เพื่อให้ได้ข้อมูลความคิดเห็น เกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรค เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูล โดยนัดหมายล่วงหน้าก่อนทำการสัมภาษณ์ครั้งละ 1 ราย ผู้สัมภาษณ์อธิบายวัตถุประสงค์ของงานวิจัย และประเด็นที่ต้องการสัมภาษณ์ สันทนาโดยใช้คำถามปลายเปิด ให้ผู้ให้ข้อมูล สามารถให้ข้อมูลได้อย่างอิสระ โดยใช้เวลาประมาณ 30 – 45 นาทีต่อราย **ขั้นตอนที่ 2** การศึกษาข้อมูลเอกสารเพื่อรวบรวมแนวความคิด แนวทางและหลักวิชาในการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมฯ **ขั้นตอนที่ 3** การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ระหว่างตัวแทนกลุ่มวิสาหกิจชุมชนและเจ้าหน้าที่ จำนวน 13 คน เพื่อร่วมกันให้ความคิดเห็นและเห็นชอบแนวทางพัฒนาฯ ที่ผู้วิจัยสังเคราะห์ขึ้น โดยศึกษาปัญหาที่ทำให้ประกอบการวิสาหกิจชุมชนไม่ได้รับอนุญาตให้ผลิตผลิตภัณฑ์สุขภาพ ตามกฎหมาย เพื่อหาข้อสรุปแนวทางการส่งเสริมวิสาหกิจชุมชนในจังหวัดสมุทรปราการ ให้ได้มาตรฐานของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาต่อไป

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ เลขที่โครงการวิจัย 12/2566 วันที่ 23 ธันวาคม 2565

## 4. ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล

**ขั้นตอนที่ 1** นำข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ที่ได้จากการบันทึกเสียงและจดบันทึกมาวิเคราะห์รายละเอียดของข้อมูล จัดหมวดหมู่ประเด็นปัญหาและเนื้อหา วิเคราะห์ความสอดคล้อง และความแตกต่างจากผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายจนครบทุกคน จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกัน แยกปัจจัยร่วม ปัจจัยต่าง เพื่อจัดกลุ่มตามโอกาส หรือความตั้งใจพัฒนา

**ขั้นตอนที่ 2** ข้อมูลแนวความคิดวิเคราะห์ประมวลหลักการพัฒนาตามหลักวิชา และหลักคิดในการพัฒนาที่มีจุดมุ่งหมาย บริบท และเป้าหมายที่



ใกล้เคียงกับบริบทของจังหวัดสมุทรปราการ จัดทำร่างเป็นกลยุทธ์ แล้วนำปัจจัยปัญหาที่ขัดขวาง และปัจจัยส่งเสริม ที่พบมาร่วมวิเคราะห์หาความเหมาะสมความเป็นไปได้ สรุปรายการกลยุทธ์ที่ช่วยเสริมและแก้ปัญหาออกมาเป็นชุดกลยุทธ์การพัฒนา

**ขั้นตอนที่ 3** นำข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม ระหว่างตัวแทนวิสาหกิจชุมชนกับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในการพิจารณาอนุญาตสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สุขภาพ เพื่อให้ความเห็น และปรับแต่งแนวทางฯ หรือกลยุทธ์ที่พัฒนาขึ้น เป็นรูปแบบหรือจัดทำเป็นแนวทางการส่งเสริมวิสาหกิจชุมชนในจังหวัดสมุทรปราการให้ได้มาตรฐานของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

### ผลการศึกษา

ปัจจัยหลักที่วิสาหกิจชุมชนในจังหวัดสมุทรปราการไม่สามารถเข้าสู่กระบวนการขออนุญาตตามมาตรฐานกฎหมายของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาก็คือ ปัจจัยด้านการเงิน ไม่ว่าจะเป็นเงินทุนหมุนเวียน หรือเงินทุนในการปรับปรุงสถานที่ เป็นปัญหาที่สำคัญ ปัจจัยอื่นแต่ละด้านที่พบประกอบด้วย

**ด้านปัจจัยการผลิต** (อาทิเช่น วัตถุดิบ เงินทุนหมุนเวียน วัสดุอุปกรณ์) พบว่าปัจจัยเรื่องเงินทุนหมุนเวียนมีไม่มากพอในการลงทุนซื้อวัตถุดิบ คราวละมาก ๆ เพื่อขยายกำลังการผลิต

**ด้านสถานที่ผลิต** ปัจจัยด้านสถานที่เป็นปัจจัยหลักที่เป็นอุปสรรคสำคัญในการเข้าสู่มาตรฐานส่วนใหญ่ไม่มีสถานที่ผลิต หรือไม่มีพื้นที่ที่ไม่ใช่ที่พักอาศัย เพื่อพัฒนาให้ผ่านตามมาตรฐานที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากำหนด

**ต้นทุนด้านวัตถุดิบ** ใช้งบประมาณสูงที่สุดของต้นทุนด้านอื่น นอกจากนั้น ต้นทุนด้านอุปกรณ์ และเครื่องมือที่ใช้ในการผลิต ส่วนใหญ่วิสาหกิจชุมชนใช้อุปกรณ์ง่าย ๆ อาทิเช่น เต้าแก๊ส กระทะ อุปกรณ์ในการผสม หรือบรรจุ เป็นการใช้งานคน จึงมีข้อจำกัดในเรื่องของการขยายกำลังการผลิต

**ด้านการตลาด** ช่องทางการตลาดส่วนใหญ่เป็นการจำหน่ายสินค้า ในงานแสดงสินค้าของทางภาครัฐ และการจำหน่ายในชุมชน ซึ่งกลุ่มวิสาหกิจชุมชนเข้าใจว่าการผลิตเพื่อจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่ต้องขออนุญาต

**ด้านการเงิน** ปัจจัยด้านการเงินเป็นปัญหาสำคัญในการพัฒนาของกลุ่มวิสาหกิจชุมชน ไม่ว่าจะ เป็นเงินลงทุนเพื่อพัฒนาสถานที่ให้สอดคล้องตามหลักเกณฑ์ที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากำหนด หรือเงินลงทุนเพื่อจัดหาสถานที่ผลิตใหม่ที่ เหมาะสม หรือการขยายกำลังการผลิต และวิสาหกิจชุมชนที่ยังไม่พร้อมในการพัฒนาสถานที่ผลิตบางส่วน เข้าใจว่าการปรับปรุงเพื่อเข้าสู่มาตรฐาน จำเป็นต้องลงทุนด้วยเงินจำนวนมาก

### ความคาดหวังจากหน่วยงานภาครัฐ และภาคเอกชนในด้านต่าง ๆ

วิสาหกิจชุมชนต้องการความชัดเจนเกี่ยวกับแนวทางการปรับปรุงสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สุขภาพ ดังนี้

1. ต้องการให้มีเจ้าหน้าที่ลงพื้นที่ให้คำแนะนำ ณ สถานที่ผลิต มีแบบแปลนมาตรฐาน หรือแบบแปลนกลาง และตัวอย่างเอกสารที่จะทำให้วิสาหกิจชุมชนสามารถนำไปปรับใช้ได้ เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการเริ่มต้นดำเนินการขออนุญาต
2. ต้องการให้หน่วยงานภาครัฐ อาทิเช่น พาณิชย์จังหวัด เกษตรจังหวัด พัฒนาชุมชนจังหวัด ช่วยเหลือเกี่ยวกับช่องทางการจำหน่ายอย่างต่อเนื่อง การให้ความรู้ในการจัดทำเอกสารขอรับเงินกู้จากแหล่งเงินทุน เช่น การเขียนโครงการ และขอให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแนะนำวงเงินกู้ที่เหมาะสมเท่าที่จำเป็นเพื่อปรับปรุงสถานที่ เพื่อไม่เป็นภาระด้านดอกเบี้ยให้วิสาหกิจชุมชนมากเกินไป
3. ต้องการองค์ความรู้ในการพัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพให้มีความทันสมัย เก็บรักษาได้นานขึ้น มีรูปแบบผลิตภัณฑ์ที่ตอบสนองความต้องการลูกค้าได้ดีขึ้น



รูปแบบที่เหมาะสมในการส่งเสริมสนับสนุนให้วิสาหกิจชุมชนในจังหวัดสมุทรปราการเข้าสู่กระบวนการขออนุญาตตามมาตรฐานกฎหมายของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ผู้วิจัยได้สังเคราะห์รูปแบบโดยยึดแนวความคิดการพัฒนา ต่อไปนี้

- การพัฒนา คือ เปลี่ยนแปลงที่มีการกำหนดทิศทาง (Planned or Directed Change) โดยกำหนดทิศทางหรือ รายละเอียดเอาไว้ล่วงหน้าว่าจะพัฒนาอะไร อย่างไร<sup>3</sup>

- การพัฒนา คือ การเปลี่ยนแปลงทีละเล็กละน้อย โดยผ่านลำดับขั้นตอนต่าง ๆ ไปสู่ระดับที่สามารถขยายตัวขึ้นเติบโตขึ้น มีการปรับปรุงให้ดีขึ้น การพัฒนา คือ การเปลี่ยนแปลงสิ่งใดสิ่งหนึ่งให้เกิดความเจริญ เติบโตองงามและดีขึ้นจนเป็นที่พึงพอใจ พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2555 พัฒนา หมายถึง ทำให้เจริญ

การพัฒนา จึงมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการเปลี่ยนแปลง เป็นกระบวนการของการเปลี่ยนแปลงที่มีการวางแผนไว้แล้ว ทำให้ลักษณะเดิมเปลี่ยนไปโดยมุ่งหมายลักษณะใหม่ที่เข้ามาแทนที่ดีกว่าลักษณะเก่าสภาพเก่า

จากข้อมูลการสัมภาษณ์วิสาหกิจชุมชนพบว่ากลุ่มวิสาหกิจชุมชนบางกลุ่มยังไม่มีแรงจูงใจหรือแรงผลักดัน ในการเข้าสู่กระบวนการพัฒนาสถานที่เพื่อขออนุญาตตามมาตรฐานของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา โดยพบว่าวิสาหกิจชุมชนที่ไม่มีแผนในการพัฒนาสถานที่ผลิต และไม่คิดกลุ่มวิสาหกิจชุมชนไม่ได้รับอนุญาตเป็นปัญหา และปัญหาด้านสถานที่และเงินทุน เป็นอุปสรรคที่สำคัญ ทั้งยังมีกรอบคิดว่าการผลิตเพื่อขายในชุมชนไม่จำเป็นต้องขออนุญาต จึงไม่มีแผนในการพัฒนาสถานที่เพื่อขออนุญาต ในขณะที่ผู้ประกอบการวิสาหกิจชุมชนที่มีแผนพัฒนาสถานที่ให้ความเห็นว่า ปัญหาคือการเริ่มต้นดำเนินการขออนุญาต โดยไม่ทราบว่าจะเริ่มต้นอย่างไร ไม่มีความมั่นใจในการจัดสถานที่ จึงมีข้อเสนอให้มีพี่เลี้ยงใน

การขออนุญาต ซึ่งจะช่วยเร่งพัฒนาให้กลุ่มวิสาหกิจชุมชนของตนเข้าสู่มาตรฐานของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา โดยเฉพาะกลุ่มวิสาหกิจชุมชนที่มีความเข้าใจว่ามาตรฐานและความปลอดภัย เป็นส่วนหนึ่งของการสร้างความเชื่อมั่นให้กับลูกค้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมจินตนา จิรายุกุล และคณะ<sup>6</sup> ว่าการพัฒนาวิสาหกิจชุมชน ต้องมีการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบทั้งกระบวนการผลิต การปรับเปลี่ยนวัตถุดิบสู่ผลผลิต ด้านการตลาด ด้านการจัดการ และปลื้มใจ ไพจิตร และชาญวิทย์ ทองโชติ<sup>7</sup> พบว่าอุปสรรคในการบริหารงานของกลุ่มวิสาหกิจชุมชน คือ คณะกรรมการวิสาหกิจชุมชนขาดความรู้ การจัดทำแผนการดำเนินงาน โครงสร้างการบริหารงานที่ยังไม่ชัดเจน ปัญหาเงินทุนไม่เพียงพอในการขยายกิจการ และขาดตลาดรองรับผลิตภัณฑ์ของกลุ่ม ในขณะที่ศศิกานต์ กลิ่งโรจน์พงษ์<sup>8</sup> พบว่ากลุ่มผู้ประกอบการที่มียอดขายสูง มีแนวโน้มได้รับเลขสารบบอาหาร (เลข อย.) มากกว่าสถานประกอบการที่มียอดขายผลิตภัณฑ์ชุมชนต่อปีต่ำกว่า และหัวข้อที่มีความคิดเห็นมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือ สถานประกอบการขนาดเล็กสามารถพัฒนาผลิตภัณฑ์ให้มีเลข อย. และผลิตภัณฑ์ที่มีเลข อย. จะทำให้สามารถขายได้หลากหลายช่องทาง ในขณะที่ ธงพล พรหมสาขา ณ สกลนคร และ อุทิศ สังขรัตน์<sup>9</sup> พบว่าอุปสรรคที่สำคัญคือ ความรู้ด้านการตลาด และการบริหารจัดการ และ ชญาภัทร์ กี่อารีโย และคณะ<sup>10</sup> พบว่าผู้นำการมีส่วนร่วม วัฒนธรรมการเรียนรู้ ในองค์กร การทำงานเป็นทีม มีการประเมินผลและการติดตาม และการจัดทำแผนพัฒนาวิสาหกิจชุมชน การสื่อสาร การสร้างเครือข่าย จริยธรรม และความรับผิดชอบต่อชุมชน มีผลต่อความเข้มแข็งขององค์กร สุภาพร ลอยวัฒนกุล และคณะ<sup>11</sup> พบว่าปัจจัยด้านผู้นำเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของกลุ่มมากที่สุด รองลงมาเป็นด้านการผลิต ด้านการจัดการ ด้านการมีส่วนร่วม ด้านการเงิน และด้านการตลาด



ดังนั้น การส่งเสริมสนับสนุนวิสาหกิจชุมชนคือ การส่งเสริมให้ผู้ประกอบการวิสาหกิจชุมชนมองเห็นโอกาสในการพัฒนาสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สุขภาพให้เข้าสู่มาตรฐาน และเริ่มตระหนักว่าการที่สถานที่ผลิตไม่ได้มาตรฐาน และไม่ได้รับอนุญาตนั้น เป็นปัญหาที่สำคัญ จึงจะมีแรงผลักดันให้วิสาหกิจชุมชนริเริ่มแผนพัฒนามาตรฐานสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สุขภาพตามมาตรฐานที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากำหนด

### อภิปรายผล

ปัจจัยสำคัญที่เป็นอุปสรรคในการเข้าสู่กระบวนการขออนุญาตตามมาตรฐานของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา จากการสัมภาษณ์ คือ ปัจจัยด้านการเงิน ได้แก่ เงินทุนเพื่อการจัดการสถานที่ และเงินทุนหมุนเวียนในการลงทุนซื้อวัตถุดิบ สอดคล้องกับการศึกษาของ ญัฐพันธ์ ปัญญาโรจน์ และคณะ<sup>12</sup> ศึกษาการพัฒนาแนวทางในการดำเนินงานของวิสาหกิจชุมชนเข้าสู่มาตรฐานการผลิตขั้นต้น กรณีวิสาหกิจชุมชนน่านมอลต์ ซึ่งพบว่าการบริหารทางการเงินเป็นปัญหาและอุปสรรคต่อการดำเนินงานมากที่สุด นอกจากนี้ปัญหาความเข้าใจในขั้นตอนการขออนุญาต การขาดความรู้ในการออกแบบสถานที่ให้สอดคล้องกับหลักเกณฑ์ของสถานที่ผลิต เป็นอีกปัจจัยที่พบว่าเป็นอุปสรรคที่สำคัญ แต่จากการสนทนากลุ่ม พบว่าปัจจัยสำคัญที่ผลักดันให้วิสาหกิจชุมชนเข้าสู่กระบวนการ

พัฒนา คือ ความต้องการเข้าสู่มาตรฐานของตัววิสาหกิจชุมชนเอง โดยแรงจูงใจที่สำคัญคือ ความต้องการของลูกค้า ซึ่งเมื่อมีความต้องการเข้าสู่มาตรฐาน วิสาหกิจชุมชนจะเริ่มวางแผนพัฒนาสถานที่และวางแผนทางการเงิน

ดังนั้น การสร้างแรงผลักดันให้กลุ่มวิสาหกิจชุมชนตระหนักถึงความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สุขภาพตามมาตรฐานของสำนักงาน

คณะกรรมการอาหารและยา จึงนำกลยุทธ์ ADKAR<sup>13</sup> มาปรับใช้ในการดำเนินการ ซึ่งประกอบด้วย

- A: Awareness การสร้างความตระหนักรู้ในความจำเป็นของการพัฒนาสถานที่ผลิตให้เป็นไปตามมาตรฐานสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สร้างการรับรู้ให้แก่กลุ่มวิสาหกิจชุมชน เข้าใจถึงการยอมรับมาตรฐานของสินค้า และโอกาสของการวางตลาดที่กว้างขึ้นหากผลิตภัณฑ์ได้รับอนุญาตจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

- D: Desire สร้างความต้องการที่จะเป็นส่วนหนึ่งของการเปลี่ยนแปลง ส่งเสริมชักจูงให้ผู้ประกอบการมีแผนในการพัฒนามาตรฐานสถานที่ผลิตของกลุ่มวิสาหกิจชุมชน ซึ่งผลการศึกษาศึกษาการสร้างตัวแบบการบริหารวิสาหกิจชุมชนที่เหมาะสมของ ศุภฤกษ์ ธาราพิทักษ์วงศ์ และเพียงตะวัน พลอาจ<sup>14</sup> พบว่าการบริหารจัดการที่เหมาะสม ควรคำนึงถึงความต้องการของลูกค้า เข้าใจหลักการตลาด และการทำแผนธุรกิจ

- K: Knowledge จัดการอบรมความรู้ที่จำเป็นที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานตามกฎหมาย และขั้นตอนในการดำเนินการเพื่อเข้าสู่มาตรฐานตามกฎหมายของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา มีทีมพี่เลี้ยงแนะนำอย่างใกล้ชิด

- A: Ability ส่งเสริมวิสาหกิจชุมชน โดยการออกพัฒนาสถานที่เชิงรุก และการอำนวยความสะดวกในการขออนุญาต รวมไปถึงการจัดทำแผนผังแบบแปลนและตัวอย่างจัดทำเอกสารที่จำเป็นต้องใช้ในการยื่นคำขอ

- R: Reinforcement การเสริมแรงเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน โดยการส่งต่อผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการ อาจารย์มหาวิทยาลัย เพิ่มพูนความรู้และทักษะที่เกี่ยวข้องในด้านการตลาด และการทำธุรกิจ การเขียนแผนธุรกิจ และการพัฒนาผลิตภัณฑ์ให้ผลิตภัณฑ์มีรูปแบบที่ตอบสนองความต้องการของลูกค้าได้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ญัฐภาณี



บัวดี และ อติเรก พันเขียว<sup>15</sup> ที่ได้เสนอแนวทางที่พัฒนาวิสาหกิจชุมชน ได้แก่ การพัฒนาบุคลากร ทั้งผู้นำและสมาชิกกลุ่ม การพัฒนาความรู้ความสามารถ การสร้างเครือข่าย และการสร้างความมีส่วนร่วมและคืนประโยชน์

#### ข้อเสนอแนะ

1. งานวิจัยนี้พบว่า กลุ่มวิสาหกิจชุมชนมีลูกค้าประจำ มีตลาดประจำ และกลุ่มที่มีผู้นำที่มีวิสัยทัศน์ในเชิงการดำเนินธุรกิจ เป็นกลุ่มที่พร้อมในการเข้าสู่กระบวนการขออนุญาต มากกว่ากลุ่มวิสาหกิจ ชุมชนที่ผลิตเพื่อขายเฉพาะในชุมชน จึงมีข้อเสนอ ให้ดำเนินการพัฒนาวิสาหกิจชุมชนในกลุ่มนี้ เป็นเป้าหมายพัฒนาในลำดับแรก

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่เอื้อต่อการเข้าสู่มาตรฐานของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ในกลุ่มผู้ประกอบการขนาดเล็ก เพื่อปรับปรุงแนวทางการส่งเสริมผู้ประกอบการต่อไป

#### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายแพทย์นเรศฤทธิ์ ชัดทะสีมา นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ และอาจารย์ ดร. สุรีย์พร หอมวิเศษวงศา รองคณบดี คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติที่ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ และขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ที่ให้ข้อมูลและคำแนะนำในการทำวิจัยให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

#### เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561-2580. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขาธิการของคณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ; 2562.
2. พระราชบัญญัติส่งเสริมวิสาหกิจชุมชน พ.ศ. 2548. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 122,ตอนที่ 6ก (ลงวันที่ 18 มกราคม 2548).
3. สัญญา สัญญาวิวัฒน์. ทฤษฎีและกลยุทธ์การพัฒนาสังคม. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547.
4. ปกรณ์ ปรียากร. ทฤษฎีและแนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาในการบริหารการพัฒนา. กรุงเทพฯ: สามเจริญพานิช; 2538.
5. สนธยา พลศรี. ทฤษฎีและหลักการพัฒนาชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์; 2547.
6. สมจินตนา จิรายุกุล, วินัยธร วิชัยดิษฐ์ และวรรณภา โพธิ์ผลิ. รายงานการวิจัยการพัฒนาการดำเนินงานวิสาหกิจชุมชนเขตธนบุรีเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของเศรษฐกิจชุมชนอย่างยั่งยืนตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี; 2560.



7. ปลื้มใจ ไพจิตร, ชาญวิทย์ ทองโชติ. กระบวนการบริหารที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพวิสาหกิจชุมชน กลุ่มแปรรูปและผลิตอาหาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี. ว. วิทยาการจัดการ 2560; 2: 175-204.
8. ศศิกานต์ กลิ่งโรจน์พงษ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับเลขสารบบอาหารของผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์ชุมชนในจังหวัดกาญจนบุรี. [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2564.
9. ธงพล พรหมสาขา ณ สกลนคร, อุทิศ สังข์รัตน์. แนวทางการพัฒนาการดำเนินงานของวิสาหกิจชุมชนในเขตลุ่มทะเลสาบสงขลา. ว.คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ 2556; 10: 97-121.
10. ชญาภัทร์ กี่อารีโย, ธีรภูมิ บุญยโสภณ, ทวีศักดิ์ รูปสิงห์ และวิเชียร เกตุสิงห์. รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการวิสาหกิจชุมชนในกลุ่มจังหวัดภาคกลาง. ว.วิชาการพระจอมเกล้าพระนครเหนือ 2559; 1: 141-52.
11. สุภาพร ลอยวัฒน์กุล, อรวรรณ กมล, พยอม ตอบประโคน และ มานพ ทองไทย. ปัจจัยแห่งความสำเร็จของวิสาหกิจชุมชน. ว.ราชนครินทร์ 2559; 13: 251-8.
12. ณัฐพันธ์ ปัญญาโรจน์, กนกรัตน์ ดวงพิกุล และธันทิพย์ ศิริพรอัครชัย. การพัฒนาแนวทางในการดำเนินงานของวิสาหกิจชุมชนเข้าสู่มาตรฐานการผลิตขั้นต้นกรณีศึกษาวิสาหกิจชุมชนน่านมอลต์. ว. บริหารธุรกิจและศิลปศาสตร์ราชชมงคลล้านนา 2562; 1: 107-16.
13. Hiatt MJ. ADKAR: A model for change in business, government, and our community. 1st ed. Colorado: Prosci Learning Center; 2006.
14. ศุภฤกษ์ ธาราพิทักษ์วงศ์, เพียงตะวัน พลอาจ. รายงานการวิจัยการสร้างตัวแบบการบริหารวิสาหกิจชุมชนที่เหมาะสม เพื่อสร้างความได้เปรียบเชิงการแข่งขันในการเข้าสู่ประชาคม เศรษฐกิจอาเซียน กรณีศึกษาธุรกิจชุมชน อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่; 2561.
15. ณัฐภาณี บัวดี, อติเรก พันเขียว. แนวทางการพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานของกลุ่มวิสาหกิจชุมชนแปรรูปผลิตภัณฑ์จากกล้วย ในอำเภอแม่ระมาด จังหวัดตาก. ว. ศรีวนาลัยวิจัย 2562; 1: 15-24.



การพัฒนาารูปแบบการบริหารจัดการศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ  
ในยุคเน็กซ์นอร์มัล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ  
Development of One Stop Service Center management model  
in the Next Normal Era, Samut Prakan Provincial Public Health Office

รังสรรค์ วงษ์บุญหนัก<sup>1</sup>  
Rungsan Wongboonnak<sup>1</sup>

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาารูปแบบการบริหารจัดการศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ ในยุค Next Normal ผู้ให้ข้อมูลสำคัญมีการคัดเลือกแบบเจาะจงจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ 3 กลุ่มหลัก คือ กลุ่มผู้บริหาร จำนวน 3 คน ผู้ปฏิบัติงานหรือพนักงานเจ้าหน้าที่ จำนวน 6 คน และผู้ประกอบการ จำนวน 12 คน ดำเนินการโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนได้เสียแต่ละราย ทำการรวบรวมประเด็นสำคัญ วิเคราะห์เนื้อหา จัดทำเป็นแนวทางการบริหารจัดการศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จฯ จัดเวทีสนทนากลุ่ม เพื่อพิจารณารูปแบบการบริหารจัดการศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จฯ ที่พัฒนาขึ้น และทำการสรุปรูปแบบการบริหารจัดการศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จฯ ผลการศึกษาพบว่า มีประเด็นพัฒนา 4 ด้านหลัก คือ 1. ด้านการบริการ เพิ่มช่องทางการบริการ เพิ่มความสะดวก รวดเร็วในการบริการ ลดขั้นตอนและเอกสารที่ไม่จำเป็น 2. ด้านภูมิทัศน์ และสิ่งอำนวยความสะดวก เพิ่มสิ่งอำนวยความสะดวกให้กับผู้ใช้บริการ 3. ด้านการให้คำปรึกษา จัดเจ้าหน้าที่และระบบสารสนเทศพร้อมในการให้คำแนะนำปรึกษา 4. ด้านการเงิน เพิ่มช่องทางการชำระเงินหลากหลายรูปแบบมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม ประเด็นการพัฒนาต่าง ๆ ดังกล่าวจะต้องอยู่ภายใต้กรอบของกฎหมายและไม่ลดประสิทธิภาพในการคุ้มครองผู้บริโภค นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้นำเสนอ SOLE Strategy กลยุทธ์ในการดำเนินการ ซึ่งประกอบด้วย S : Service mind, O : Online, L: Lean, E: Environment.

**คำสำคัญ:** การบริหารจัดการ, ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ, ผลิตภัณฑ์สุขภาพ, เน็กซ์นอร์มอล, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

<sup>1</sup> เภสัชกรชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

<sup>1</sup> Pharmacist, Senior Professional Level. Division of Consumer Protection and Public Health Pharmacy, Samut Prakan Provincial Public Health Office. Email : Rungsan.w@gmail.com



## Abstract

The objective of this qualitative research was to develop a management model for health products One Stop Service Center (OSSC). Consumer Protection and Pharmacy Public Health Division, Samut Prakan Provincial Public Health Office in the Next Normal Era. Key informants were selected by purposive sampling from 3 groups of OSSC stakeholders including 3 executives, 6 workers, and 12 entrepreneurs. In-depth interviews were conducted with each stakeholder to collect major issues for content analysis to prepare a guideline for the health products OSSC management. Focus group discussion was organized to consider the health products OSSC management model prepared to summarize the model of health products OSSC management. The study found that there were four main issues that needed development: 1. Service: Increasing service channels, increasing a faster and more convenience of service, and the reduction of unnecessary steps and documents were suggested. 2. Landscaping and facilities: Increasing facilities for service users were suggested. 3. Consulting: Organizing staff and information systems ready for giving advice and consultation were suggested. 4. Finance: Increasing payment channels were suggested. However, such developments must be within the framework of the law and must not reduce the effectiveness of consumer protection. In addition, the researcher has presented SOLE strategy, a strategy for action that consists of S : Service mind, O : Online, L : Lean, and E : Environment.

**Keywords:** Management, One Stop Service Center, Health Products, Next Normal, Provincial Public Health Office

## บทนำ

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ มีภารกิจในการควบคุมกำกับประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพก่อนออกสู่ท้องตลาดให้มีมาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด และมีภารกิจในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพภายหลังออกสู่ท้องตลาดเพื่อให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ใช้บริการหรือผู้บริโภค จึงมีผู้ประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพมารับบริการ ณ ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ (One Stop Service Center : OSSC) ในการยื่นขออนุญาต แก้ไขเปลี่ยนแปลงใบอนุญาต การขอคำปรึกษา การนัดหมาย

เพื่อตรวจสอบสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สุขภาพและสถานบริการสุขภาพ อยู่อย่างสม่ำเสมอเป็นจำนวนมาก เนื่องจากจังหวัดสมุทรปราการเป็นจังหวัดปริมณฑลที่มีสถานประกอบการทางด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในจังหวัดจำนวนมาก มีประชากรหนาแน่นทั้งประชากรตามทะเบียนและประชากรแฝง จึงมีสถานบริการสุขภาพจำนวนมากตามมาด้วย

ในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขได้ออกมาตรการต่าง ๆ ในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรค เช่น การเว้นระยะห่างทางสังคม การปิดสถานประกอบการหรือมาตรการ Work From Home<sup>1</sup>



เมื่อพบผู้ติดเชื้อหรือผู้ที่มีภาวะเสี่ยงติดเชื้อ เป็นเหตุปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อให้ต้องปรับเปลี่ยนการให้บริการของศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ เกิดวิธีการทำงานที่เรียกว่า ความปกติใหม่ หรือ New Normal หมายถึง รูปแบบการดำเนินชีวิตอย่างใหม่ที่แตกต่างจากอดีต อันเนื่องมาจากมีบางสิ่งมากระทบจนแบบแผนและแนวทางปฏิบัติที่คนในสังคมคุ้นเคยอย่างเป็นปกติและเคยคาดหมายล่วงหน้าได้ต้องเปลี่ยนแปลงไปสู่วิถีใหม่ภายใต้หลักมาตรฐานใหม่ที่ไม่คุ้นเคย<sup>2</sup> เช่น จากเดิมในการยื่นขออนุญาตต่าง ๆ ผู้ประกอบการหรือผู้แทนต้องเดินทางเข้ามารับบริการและส่งเอกสารที่ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จด้วยตนเอง ในช่วงที่ต้องเว้นระยะห่างทางสังคม อนุญาตให้ส่งเอกสารทางไปรษณีย์หรือออนไลน์ได้ สำหรับการตรวจสอบสถานที่ พนักงานเจ้าหน้าที่ใช้วิธีวิดีโอคอล แทนการลงพื้นที่จริง หรือการให้คำปรึกษาปรับเปลี่ยนเป็นการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์หรือตอบคำถามผ่านทางไลน์แทน เป็นต้น เมื่อสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ผ่านช่วงวิกฤต เข้าสู่การผ่อนคลายมาตรการต่าง ๆ ลง ทางหน่วยงานเล็งเห็นว่าการดำเนินงานต่าง ๆ ในช่วง New Normal มีการดำเนินการหลายอย่างที่เป็ประโยชน์และเพิ่มความสะดวกในการติดต่อกับศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จฯ ในขณะที่เดียวกันอาจจะมีข้อเสียหรือจุดที่ต้องพัฒนา ก่อนดำเนินการต่อไป ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการถอดบทเรียนการทำงานของศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ เพื่อพัฒนาเป็นรูปแบบการบริหารจัดการศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จฯ ในยุคที่เรียกว่า Next Normal ซึ่งเป็นช่วงที่การใช้ชีวิตในรูปแบบใหม่ของประชาชนทุกเพศทุกวัย หลังจากที่ได้ปรับตัวกับสถานการณ์โควิด-19 จนเกิดความคุ้นชิน

ทั้งวิธีคิด วิธีเรียนรู้ วิธีสื่อสาร และวิธีปฏิบัติ<sup>3</sup> เพื่อให้การดำเนินงานของศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จฯ ในช่วง Next Normal บรรลุผลตามนโยบายและวัตถุประสงค์ตามภารกิจของกลุ่มงานฯ และสอดคล้องเหมาะสมกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

### วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ ในยุค Next Normal

### วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ที่ผ่านการพิจารณาจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ เลขที่ 8/2565 ลงวันที่ 25 กรกฎาคม 2565

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) มีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) กับศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่มหลัก ดังนี้

1. กลุ่มผู้บริหาร : เป็นผู้บริหารที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายและกำกับการบริหารจัดการศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จฯ มาติดต่อกันไม่น้อยกว่า 2 ปี จำนวน 3 คน
2. กลุ่มผู้ปฏิบัติงานหรือพนักงานเจ้าหน้าที่ : เป็นผู้ปฏิบัติงานในศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จฯ ที่มีความรู้ความชำนาญเกี่ยวกับการให้คำแนะนำในการพิจารณาขออนุญาต และเป็นผู้ปฏิบัติงานในศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จฯ มาไม่น้อยกว่า 3 ปี จำนวน 6 คน
3. กลุ่มผู้ใช้บริการ : เป็นผู้ประกอบการหรือประชาชนที่มาติดต่อกับศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จฯ โดยเป็นตัวแทนผู้ประกอบการ



ด้านอาหาร ยา เครื่องสำอาง สถานพยาบาล ที่มีความรู้ความชำนาญในการติดต่อกับส่วนราชการ ทำหน้าที่ติดต่อกับศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จฯ มาไม่น้อยกว่า 2 ปี เป็นผู้ที่ได้มีการติดต่อกับศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จฯ ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา และเคยมีประสบการณ์ติดต่อกับศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จฯ ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาคอื่น ๆ จำนวน 12 คน

**เครื่องมือและการเก็บรวบรวม การวิเคราะห์ข้อมูล** แบ่งการดำเนินงานเป็น 3 ระยะ ดังนี้

- ระยะที่ 1 สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลสำคัญ เป็นการสัมภาษณ์แบบเชิงหน้า ในสถานที่ที่จัดไว้เฉพาะ ทำการสัมภาษณ์ครั้งละ 1 ราย ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์งานวิจัยและประเด็นที่ต้องการสัมภาษณ์ สันทนาโดยใช้คำถามปลายเปิด ให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถให้ข้อมูลได้อย่างอิสระ โดยใช้เวลาประมาณ 30 - 45 นาทีต่อราย เมื่อสัมภาษณ์เสร็จจะทำการคัดแยกข้อมูลจัดหมวดหมู่ประเด็นปัญหา สรุปเนื้อหา แล้วจึงสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายต่อไป หากพบประเด็นใหม่จากผู้ให้ข้อมูลก่อนหน้าไม่มีการกล่าวถึงหรือพบข้อมูลที่ยังไม่ครบถ้วน ผู้สัมภาษณ์สามารถกลับไปขอข้อมูลเพิ่มเติมได้ เพื่อความสมบูรณ์ของเนื้อหา ทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญแต่ละกลุ่มจนได้ข้อมูลที่มีความอิมตัว จึงหยุดการสัมภาษณ์

ประเด็นในการสัมภาษณ์มีดังนี้

1. กลุ่มผู้บริหาร: นโยบาย ตัวชี้วัด การบริหารจัดการของในศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จฯ ความคิดเห็นของผู้บริหารต่อการดำเนินงานของศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จฯ และแนวทางการพัฒนาในอนาคต

2. กลุ่มผู้ปฏิบัติงานหรือพนักงานเจ้าหน้าที่ : การทำงานและการบริหารจัดการของศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จฯ ปัญหา อุปสรรคในการปฏิบัติงาน และข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนา

3. กลุ่มผู้ใช้บริการหรือผู้ประกอบการ : การติดต่อประสานงานกับศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จฯ ปัญหา อุปสรรคที่พบ และข้อเสนอแนะแนวทางในการพัฒนา

เมื่อทำการสัมภาษณ์ครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกทั้งหมด ทำการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตรวจสอบความน่าเชื่อถือโดยวิธีตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) สรุปเนื้อหาสำคัญและสังเคราะห์รูปแบบการบริหารจัดการศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จฯ ในยุค Next Normal

- ระยะที่ 2 ดำเนินการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) กับศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จฯ ทั้ง 3 กลุ่มร่วมกัน เพื่อร่วมพิจารณารูปแบบการบริหารจัดการศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จฯ ในยุค Next Normal ที่พัฒนาขึ้นมา

- ระยะที่ 3 ผู้วิจัยนำข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม มาพัฒนาเป็นรูปแบบการบริหารจัดการศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จฯ ในยุค Next Normal เพื่อนำเสนอต่อผู้บริหารหน่วยงาน และนำไปจัดทำแผนปฏิบัติการต่อไป

### ผลการศึกษา

จากสถิติข้อมูลการให้บริการของศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพฯ ซึ่งทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม 2564 - 30 กันยายน 2565 มีการให้บริการผู้ประกอบการหรือประชาชนเกี่ยวกับการขออนุญาตสถานประกอบการและผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยมีการให้บริการรวมทั้งสิ้น จำนวน 36,430 รายการ หรือเฉลี่ย 700 รายการต่อสัปดาห์ โดยส่วนใหญ่ 26,586 รายการ เป็นการให้คำปรึกษา แนะนำ ตอบข้อซักถาม รองลงมา คือ การขอขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์ใหม่จำนวน 6,878 รายการ จำแนกเป็นประเภทการรับบริการดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ข้อมูลการให้บริการของศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพฯ ปีงบประมาณ 2565

รายการ	จำนวน (รายการ)
การขอใบอนุญาตรายใหม่	223
การขอขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์ใหม่	6,878
การขอแก้ไข เปลี่ยนแปลง หรือยกเลิก	1,087
การต่อใบอนุญาต	1,482
การรับเรื่องร้องเรียนผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ	174
การให้คำปรึกษา แนะนำ และตอบข้อสอบถาม	26,586
<b>รวม</b>	<b>36,430</b>

ประเด็นจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ทั้ง 3 กลุ่ม

1. กลุ่มผู้บริหาร จำนวน 3 คน สรุปความเห็นประเด็นสำคัญ ดังนี้
  - 1.1 ควรจะทำให้ประชาชนมีความพึงพอใจมากที่สุด และผ่านตามตัวชี้วัด ซึ่งทางกระทรวงกรม และจังหวัดกำหนดไว้
  - 1.2 ต้องทำให้องค์กรมีประสิทธิภาพมากที่สุด ดูดี ใช้ทรัพยากร อย่างคุ้มค่า และประหยัด
  - 1.3 ต้องเป็นไปตามกฎหมายและกฎระเบียบที่ทางราชการกำหนด
  - 1.4 ควรจะต้องเน้นการลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็นลง แต่คุณภาพรวมไม่ลดลง และนำเอาระบบดิจิทัลเข้ามาช่วยให้มากที่สุด โดยทางผู้บริหารจะเป็นผู้สนับสนุนให้อย่างเต็มที่
2. กลุ่มผู้ให้บริการหรือพนักงานเจ้าหน้าที่ จำนวน 6 คน สรุปความเห็นประเด็นสำคัญได้ ดังนี้
  - 2.1 ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 การตรวจสถานที่ประกอบการพิจารณาอนุญาต เจ้าหน้าที่จะลงตรวจสถานที่จริงน้อยลง ทำให้เกิดรูปแบบการตรวจสถานที่ผ่านการใช้วีดีโอคอลเพิ่มขึ้น ในความเห็นของเจ้าหน้าที่ยังมองว่าจุดอ่อนของการให้บริการโดยใช้วีดีโอคอล คือเจ้าหน้าที่ไม่สามารถเก็บรายละเอียดของสถานที่ได้ดีเท่ากับการตรวจสถานที่จริง และการขอคู่มือถ่ายและเอกสารประกอบ การตรวจสถานที่ไม่สามารถ

ที่จะลงรายละเอียดได้ดีเท่าการลงพื้นที่จริง รวมถึงบางครั้งสัญญาณอินเทอร์เน็ต หรือ WiFi ไม่ดี จะทำให้การการตรวจสถานที่ไม่ราบรื่น ติดขัด ภาพเสียงไม่ชัดเจน ทำให้ประสิทธิภาพของการตรวจประเมินก่อนออกใบอนุญาตลดลง

- 2.2 นโยบายหรือขั้นตอนในการปฏิบัติต่าง ๆ ที่เพิ่มขึ้นมา ไม่ควรจะเป็นการเพิ่มภาระของผู้ปฏิบัติงานมากจนเกินไป เช่น ต้องทำงานล่วงเวลา จนเป็นปัญหากับเวลาส่วนตัว และเจ้าหน้าที่มีงานประจำด้านอื่นที่จะต้องรับผิดชอบ ทำให้การบริการใน OSSC ทำได้ไม่เต็มที่ เช่น ต้องมีการออกตรวจสถานที่ประกอบการพิจารณาอนุญาต การตรวจสอบใฝ่ระวัง การตรวจสอบเรื่องร้องเรียนต่าง ๆ เป็นต้น ทำให้เกิดความล่าช้ากับผู้ประกอบการในการที่มาติดต่อหรือขอคำปรึกษา และผู้ประกอบการ มักจะไม่พอใจที่มาแล้วไม่พบเจ้าหน้าที่ นัดยากหรือโทรศัพท์มาแล้ว ไม่สามารถติดต่อเจ้าของเรื่องได้
- 2.3 ผู้ปฏิบัติงานหลายท่านยังกังวลว่านโยบายต่าง ๆ ที่ต้องปฏิบัติตาม เช่น การลดขั้นตอนและลดเอกสารต่าง ๆ ลง อาจเกิดปัญหาตามมาในภายหลังได้ หากเกิดคดีฟ้องร้องต่าง ๆ ขึ้นในอนาคต



- 2.4 ควรลดขั้นตอนในการเสนอเพื่ออนุญาต ซึ่งมีหลายขั้นตอน และถ้าผู้บริหารไม่อยู่จะทำให้เกิดความล่าช้า รวมถึงรายละเอียดกฎหมายเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพแต่ละประเภทมีความแตกต่างกัน ทำให้ทำงานแทนกันยาก และการติดตามเรื่องหรือเอกสารต่าง ๆ ทำได้ไม่ดีเท่าที่ควร
- 2.5 ประเด็นของการคุ้มครองผู้บริโภค นโยบายหรือคำสั่งที่ออกมาเพื่อความสะดวกของผู้ประกอบการ อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อผู้บริโภคโดยไม่จำเป็นได้
3. กลุ่มผู้ใช้บริการหรือผู้ประกอบการ จำนวน 12 คน สรุปความเห็นประเด็นสำคัญได้ ดังนี้
  - 3.1 ในช่วงสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 จากมาตรการลดการเดินทางและการเว้นระยะห่าง ทำให้การเดินทางมาติดต่อกับศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จฯ โดยตรงทำได้ยากขึ้น การติดต่อกับเจ้าหน้าที่โดยตรงจะเปิดให้ทำได้เฉพาะในกรณีที่จำเป็นเท่านั้น มีการปรับเปลี่ยนนำเอาเทคโนโลยีเข้ามาช่วยในการให้บริการมากขึ้น มีการให้คำแนะนำปรึกษาผ่านทางสื่อออนไลน์ มีการใช้วิดีโอคอลในการตรวจสอบสถานที่ มีการใช้ LINE Official ในการติดต่อสื่อสาร มีการส่งเอกสารประกอบการขออนุญาตผ่านช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ และทำการส่งเอกสารตัวจริงทางไปรษณีย์ตามมาทีหลัง มีการติดตามเรื่องโดยใช้ช่องทางออนไลน์ ซึ่งทางผู้ประกอบการให้ความเห็นว่าเป็นข้อที่ดีในการให้บริการ ทำให้สามารถติดต่อยื่นเอกสารได้สะดวกขึ้น เป็นการเพิ่มช่องทางในการเข้าถึงบริการ สามารถทำการสอบถามได้ตลอดเวลาโดยการฝากคำถามไว้ ไม่ติดขัดเรื่องเวลาราชการ
  - 3.2 การตรวจสอบสถานที่ผลิตผ่านวิดีโอคอล ทางผู้ประกอบการให้ความเห็นว่าเป็นสิ่งที่ทำให้สะดวกและได้รับการตรวจที่เร็วขึ้นกว่าการลงพื้นที่ตรวจจริง ไม่ต้องเสียเวลาในการเดินทาง
  - 3.3 รูปแบบในการติดต่อ ควรจะมีช่องทางที่เป็นออนไลน์มากขึ้น และเอกสารต่าง ๆ สามารถที่จะยื่นเป็นอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ได้ โดยการสแกน และส่งให้เจ้าหน้าที่ในการยื่นคำขอประกอบการพิจารณาโดยที่ไม่ต้องมายื่นด้วยตัวเอง
  - 3.4 ในการชำระเงิน ควรจะมีช่องทางทางเลือกในการชำระเงินผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ได้ด้วย เช่น การชำระเงินผ่านการสแกนคิวอาร์โค้ดชำระโดยใช้ Mobile Banking หรือการชำระเงินผ่านบัตรเครดิตหรือบัตรเครดิตด้วย และควรจะมีการออกใบเสร็จรับเงินในรูปแบบของระบบอิเล็กทรอนิกส์โดยที่ผู้ประกอบการไม่ต้องเดินทางมารับเอง
  - 3.5 การขอรับคำปรึกษาหรือการยื่นขออนุญาต จะต้องไม่ใช้เวลารอคอยนานเกินควร ควรจะมีการให้คำปรึกษาในหลากหลายรูปแบบ ทั้งการให้บริการให้คำปรึกษาแบบพบปะโดยตรง และการให้คำปรึกษาผ่านทางออนไลน์ หรือการส่งข้อความสอบถามผ่านทาง LINE Official และการให้คำปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์ควรมีคู่สายโทรศัพท์เพียงพอ ไม่ควรรอสายเป็นเวลานาน ส่วนช่องทาง LINE Official เป็นช่องทางที่สะดวก สามารถทำการสอบถามกับเจ้าหน้าที่โดยฝากคำถามไว้และทางเจ้าหน้าที่มาตอบให้ในภายหลัง สามารถดำเนินการนอกเวลาราชการได้ และควรจะมีการตอบข้อความอย่างรวดเร็วกว่า รวมถึงเจ้าหน้าที่ต้องมีองค์ความรู้



ที่ดีเพียงพอในการให้คำปรึกษาผู้ประกอบการหรือประชาชน

- 3.6 ควรจัดให้มีเจ้าหน้าที่อย่างเพียงพอในการให้บริการกับผู้ประกอบการ โดยเฉพาะการขอคำปรึกษา ต้องการความละเอียด เช่น การพิจารณาแบบแปลน แผนผัง สถานที่ผลิตอาหาร หรือสถานที่ผลิตเครื่องสำอาง และการจัดห้องต่าง ๆ รวมถึงเครื่องมือเครื่องใช้ในการผลิต
- 3.7 ผู้ประกอบการต้องการให้ลดเอกสารที่ไม่จำเป็น เช่น หนังสือรับรองการจดทะเบียนบริษัท และการแต่งตั้งผู้ดำเนินกิจการ ซึ่งทางบริษัทได้เคยยื่นเมื่อตอนขออนุญาตไว้เรียบร้อยแล้ว และระบุลงในใบอนุญาตแล้ว เช่น ใบอนุญาตผลิตอาหาร ซึ่งทางบริษัทไม่ได้มีการแก้ไขเปลี่ยนแปลง แต่ทางราชการจะขอให้ยืนยันเป็นหนังสือเข้ามาอีกในการขอต่ออายุและการขออนุญาตอื่น ๆ ทำต้องเพิ่มเอกสารและเสียเวลากับผู้บริหารบริษัทมากขึ้น หรือกรณีการขออนุญาตร้านขายยา จะต้องมียกเอกสารต่าง ๆ มากมาย อาทิเช่น หนังสือการรับรองว่ามีรายได้เพียงพอที่จะประกอบกิจการ รูปถ่ายร้าน แผนที่ แผนผังต่าง ๆ และเอกสารแสดงสิทธิต่าง ๆ ในเรื่องกรรมสิทธิ์ในที่ดินและอาคาร ใบรับรองรองแพทย์ ทั้ง ๆ ที่ตัวบุคคลจริงมายื่นเอง เป็นต้น
- 3.8 ในส่วนเอกสารซึ่งทางราชการเคยประชาสัมพันธ์ว่าจะไม่ต้องแสดงแล้ว ไม่ควรจะทำการขออีก เช่น สำเนาบัตรประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน และเอกสารใดที่เคยทำการยื่นไว้แล้วในการขออนุญาตครั้งก่อน ไม่ควรจะขอซ้ำอีก ควรดูจากของเดิม เช่น สำเนาบัตรประชาชน ทะเบียนบ้าน หนังสือรับรองการจดทะเบียนสำเนาใบประกอบวิชาชีพ เป็นต้น รวมถึงควรต้องลดขั้นตอนลง ในบางขั้นตอนที่ไม่

จำเป็น เพื่อที่จะทำให้ลดระยะเวลาในการติดต่อ และออกใบอนุญาตได้เร็วขึ้น

- 3.9 ในด้านของสถานที่ สถานที่ในการติดต่อควรจะมีความสะดวก มีที่รอพักคอย มีห้องน้ำที่สะอาด มีบริการน้ำดื่ม มีการเตรียมอุปกรณ์สำหรับผู้ประกอบการอย่างครบถ้วน เช่น มีคอมพิวเตอร์พร้อมปริ้นเตอร์ เครื่องถ่ายเอกสาร ให้ใช้ได้ ในกรณีที่ผู้ประกอบการนำเอกสารมาไม่ครบ และต้องการที่จะพิมพ์ข้อมูลเพิ่มเติม รวมถึงมีบริการ Wi-Fi ฟรี และควรจัดให้มีที่จอดรถที่สะดวกและเพียงพอสำหรับผู้มาติดต่อ

เมื่อทำการรวบรวมประเด็นสำคัญจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ทั้ง 3 กลุ่มแล้ว สรุปรวมเป็นประเด็นพัฒนาศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพฯ ได้เป็น 4 ด้าน คือ

#### 1. ด้านการให้บริการ

1.1 ช่องทางบริการ : พัฒนาการบริการให้มีช่องทางบริการมากขึ้น ลดการ Walk in เข้ามาติดต่อที่ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จๆ ด้วยการใช้เทคโนโลยี สามารถติดต่อสื่อสารกับพนักงานเจ้าหน้าที่ได้ทางสื่อต่าง ๆ เช่น LINE Official ซึ่งสามารถฝากข้อความไว้สอบถาม ขอคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ได้ และใช้ระบบนัดหมายออนไลน์เพื่อเข้าพบพนักงานเจ้าหน้าที่เมื่อต้องการการบริการที่มีรายละเอียดมาก

1.2 ความรวดเร็วในการบริการ : การตรวจสถานที่ในบางกรณีที่ไม่ต้องการรายละเอียดมากนักทางพนักงานเจ้าหน้าที่สามารถใช้การนัดหมาย ตรวจสถานที่ผ่านวีดีโอคอล ทำได้สะดวก และรวดเร็วมากขึ้น

1.3 ขั้นตอนและเอกสาร : ทางผู้บริหารกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการรับทราบและนำไปพิจารณารายละเอียด เพื่อลดขั้นตอนและเอกสารต่าง ๆ ลง ซึ่งต้องตรวจสอบว่าเป็นไปตาม



ระเบียบและข้อบังคับต่าง ๆ หรือไม่ และทำให้ประสิทธิภาพการคุ้มครองผู้บริโภคลดลงหรือไม่ ก่อนดำเนินการ

2. ด้านการบริหารจัดการด้านภูมิทัศน์และสิ่งอำนวยความสะดวก : พัฒนาศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จฯ ให้ประชาชนที่มาติดต่อหาอย่างกว้างขวาง ไม่คับแคบ มีความสะดวกสบาย สะอาด สวยงาม มีที่จอดรถสำหรับผู้มารับบริการ รวมถึงมีสิ่งอำนวยความสะดวกในการใช้บริการอย่างครบถ้วน เช่น มีเครื่องคอมพิวเตอร์ และปริ้นเตอร์ มีสัญญาณ Wi-Fi ให้บริการฟรี และมีเครื่องถ่ายเอกสาร

3. ด้านการบริหารจัดการด้านการให้คำปรึกษา

3.1 เจ้าหน้าที่ : จัดให้มีเจ้าหน้าที่อย่างเพียงพอในการให้บริการกับผู้ประกอบการประชาชนที่มาขอรับคำปรึกษาโดยที่ไม่ต้องใช้เวลารอคอยนานเกินควร ควรจะมีการให้คำปรึกษาในหลากหลายรูปแบบ ทั้งการให้บริการให้คำปรึกษาแบบพบปะโดยตรง และการให้คำปรึกษาผ่านทางออนไลน์ หรือการส่งข้อความสอบถามผ่านทาง LINE Official และการให้คำปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์ควรมีคู่สายโทรศัพท์เพียงพอ ไม่ควรรอสายเป็นเวลานาน

3.2 ระบบสารสนเทศ : จัดระเบียบข้อมูลให้คำแนะนำในการขออนุญาตต่าง ๆ และการจัดเตรียมเอกสาร สถานที่ในเว็บไซต์ให้มีความชัดเจน เข้าใจง่ายและครบถ้วน เพื่อลดความแออัดของการขอคำแนะนำรายบุคคล

4. ด้านการบริหารจัดการด้านการเงิน : พัฒนาระบบการชำระเงินที่มีรูปแบบหลากหลายขึ้น ทั้งการชำระด้วยเงินสด และมีช่องทางทางเลือกในการชำระเงินผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์อื่น ๆ ได้ด้วย เช่น การชำระเงินผ่านการสแกนคิวอาร์โค้ด ชำระโดยใช้ Mobile Banking หรือการชำระเงินผ่านบัตรเงินสดหรือบัตรเครดิตด้วย สามารถออกใบเสร็จรับเงินโดยที่ผู้ประกอบการ

ไม่ต้องเดินทางมารับด้วยตนเอง และศึกษาระเบียบการออกใบเสร็จอิเล็กทรอนิกส์ในอนาคตต่อไป

จากการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพฯ ทั้ง 4 ด้านข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้เสนอกยุทธ์ในการดำเนินการผ่าน SOLE Strategy ประกอบด้วย

1. S : Service Mind การให้บริการด้วยใจ ยึดประชาชนเป็นหลัก สร้างความพึงพอใจสูงสุดในการให้บริการ

2. O : Online มีการนำเอาระบบออนไลน์และเทคโนโลยีเข้ามาช่วยบริหารจัดการศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จฯ ในยุค Next Normal ประกอบด้วย

2.1 E-Connect การใช้โทรศัพท์พื้นฐานในการติดต่อ ร่วมกับการใช้ Application LINE Official เพิ่มความสะดวกในการติดต่อสื่อสาร

2.2 E-Approve ทำการยื่นเรื่องผ่านระบบออนไลน์ Skynet ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.)

2.3 E-Appointment พัฒนาระบบนัดหมายผ่านแอปพลิเคชันเพื่อให้สะดวกในการจองคิวขอคำปรึกษาหรือยื่นเรื่องขออนุญาต

2.4 E-Consults การให้คำปรึกษารูปแบบออนไลน์ผ่าน LINE Official ลดการเดินทางมาติดต่อที่ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จฯ

2.5 E-Payment สามารถทำการชำระในรูปแบบทางอิเล็กทรอนิกส์ได้

2.6 E-Document ส่งและเก็บเอกสารในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ ลดพื้นที่จัดเก็บ ค้นหาจ่ายลดการใช้กระดาษ เก็บเอกสารที่เป็นกระดาษเฉพาะเอกสารที่สำคัญเท่านั้น

3. L : Lean ลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็น ลดระยะเวลาการดำเนินการ ลดเอกสารที่ซ้ำซ้อนไม่มีความจำเป็นในการยื่นขออนุญาตลง



4. E : Environment ปรับปรุงด้านสิ่งแวดล้อม ภูมิทัศน์ และสิ่งอำนวยความสะดวก สถานที่สะดวก ต่อการรับบริการ กว้างขวาง สะอาด สวยงาม มีสิ่งอำนวยความสะดวกรองรับเพิ่มขึ้น เช่น คอมพิวเตอร์ บริการ W-IF ฟรี มีปรี้นเตอร์ เครื่องถ่ายเอกสาร ให้บริการ เครื่องดื่ม เพิ่มที่จอดรถสำหรับผู้รับบริการ

### อภิปรายและสรุปผลวิจัย

ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จนับเป็นงานด้านหน้าของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข ที่ทำหน้าที่รับเรื่องและประสานงานกับผู้ประกอบการที่เข้ามาติดต่อจำนวนมาก ด้วยภารกิจความรับผิดชอบของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุขที่ดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพหลายประเภท เช่น ยา อาหาร เครื่องสำอาง ผลิตภัณฑ์สมุนไพร วัตถุอันตราย ฯลฯ และด้วยจังหวัดสมุทรปราการมีผู้ประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพหลากหลายประเภท และแต่ละประเภทมีจำนวนมาก เช่น ร้านขายยา โรงพยาบาล สถานที่ผลิตยา สถานที่ผลิตอาหาร สถานที่ผลิตเครื่องสำอาง ฯลฯ ทำให้ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการมีผู้มาใช้บริการต่อวันจำนวนมากดังแสดงในตารางที่ 1 ที่มีผู้มาติดต่อมากถึงเฉลี่ยถึง 700 รายการต่อสัปดาห์ การปรับเปลี่ยนหรือพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการของศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จฯ จึงต้องรับฟังความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้ง 3 กลุ่ม คือ ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงาน หรือพนักงานเจ้าหน้าที่ และผู้ใช้บริการหรือผู้ประกอบการ ซึ่งสอดคล้องกับการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (Public Sector Management Quality Award : PMQA) ซึ่งเป็นกรอบการบริหารจัดการองค์การที่ส่งเสริมและสนับสนุนให้ส่วนราชการนำไปใช้ในการประเมินองค์การด้วยตนเองที่ครอบคลุมภาพรวมในทุกมิติ เพื่อยกระดับคุณภาพการบริหารจัดการให้เทียบเท่ามาตรฐานสากล โดยมุ่งเน้นให้หน่วยงาน

ราชการปรับปรุงองค์การอย่างรอบด้านและอย่างต่อเนื่องครอบคลุมทั้ง 7 ด้าน (หมวด) โดยหมวดที่ 3 คือการให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย<sup>4</sup> แม้ว่าภารกิจหลักของศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพฯ จะเป็นงานด้านบริการ การตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการเป็นประเด็นที่หน่วยงานให้ความสำคัญ แต่เนื่องจากกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการเป็นหน่วยงานที่กำกับดูแลให้ผู้ประกอบการดำเนินกิจการให้เป็นไปตามมาตรฐานของกรอบกฎหมายหรือตามพระราชบัญญัติที่ดูแล<sup>5</sup> ฉะนั้นการให้บริการจะต้องสร้างสมดุลระหว่างความต้องการของผู้ประกอบการและต้องอยู่ภายใต้กรอบที่กฎหมายกำหนดไว้ด้วย เพื่อให้เกิดความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์สุขภาพต่อผู้บริโภคหรือคุ้มครองผู้บริโภคนั่นเอง

ประเด็นพัฒนาศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพฯ ได้เป็น 4 ด้าน คือ

1. ด้านการให้บริการ: เพิ่มช่องทางบริการ ขยายช่วงเวลาในการให้บริการ ลดขั้นตอนและเอกสาร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อุไร ดวงระหว่า ที่พบว่า ปัจจัยด้านรูปแบบการให้บริการและระยะเวลาในการให้บริการเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพการให้บริการ<sup>6</sup> โดยในการพัฒนาศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จฯ ในยุค Next Normal จะมีการนำเทคโนโลยีเข้ามาช่วยในการบริการมากขึ้น เช่น มีระบบนัดหมายออนไลน์ การตรวจสอบสถานที่ออนไลน์ เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุดาภรณ์ อรุณดี และคณะ ที่ว่าการบริการภาครัฐแนวใหม่ ควรมีการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยเข้ามาช่วย ทำให้บริการมีความสะดวกรวดเร็วมากขึ้น<sup>7</sup>

2. ด้านการบริหารจัดการด้านภูมิทัศน์และสิ่งอำนวยความสะดวก : พัฒนาเพิ่มสิ่งอำนวยความสะดวกให้กับผู้ใช้บริการ เช่นเดียวกับการศึกษาของ บุญสงค์ ลิ้มสุรพลานนท์ และคณะ ที่พบว่าสิ่งอำนวยความสะดวกและสภาพแวดล้อมเป็นปัจจัยที่มีผลต่อ



ระดับความพึงพอใจที่มีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ด้านการให้คำปรึกษา : จัดเจ้าหน้าที่และระบบสารสนเทศพร้อมในการให้คำแนะนำปรึกษาจากข้อมูลในตารางที่ 1 สถิติข้อมูลการให้บริการของศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จฯ ซึ่งทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงปีงบประมาณ 2565 มีการให้บริการให้คำปรึกษา แนะนำ ตอบข้อซักถามมากที่สุด มากถึงร้อยละ 72.98 ของงานบริการทั้งหมดเนื่องจากขั้นตอนและเอกสารในการดำเนินการขออนุญาตของผู้ประกอบการมีรายละเอียดมาก และแตกต่างกันในผลิตภัณฑ์แต่ละประเภท การเตรียมความพร้อมให้เจ้าหน้าที่ที่มีศักยภาพในการช่วยเหลือผู้ประกอบการ พร้อมทั้งพัฒนาสารสนเทศ ให้ข้อมูลรายละเอียดที่ชัดเจน เข้าใจง่ายในคู่มือหรือสื่อออนไลน์ จะช่วยลดความแออัดและเพิ่มประสิทธิภาพในการบริการด้านการให้คำปรึกษาได้สะดวก รวดเร็วมากขึ้น

4. ด้านการเงิน : เพิ่มช่องทางการชำระเงินหลากหลายรูปแบบมากขึ้น สอดคล้องกับที่ประเทศไทยกำลังปรับตัวเข้ากับเศรษฐกิจยุคดิจิทัลไร้เงินสด โดยมีสถานการณ์โควิด-19 เป็นปัจจัยเร่งให้พฤติกรรมของผู้คนนั้นเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว มีการใช้เทคโนโลยีมาช่วยในการใช้จ่ายเงินที่ไร้การสัมผัส (Contactless Payment) เพื่อให้เกิดความปลอดภัยจากความเสี่ยงในการติดเชื้อโรค และลดการติดต่อสัมผัสระหว่างกัน<sup>9</sup>

สรุปรูปแบบการบริหารจัดการศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จฯ ในยุค Next Normal ที่พัฒนาขึ้น จะเน้นบริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการหรือผู้ประกอบการ แต่อยู่ภายใต้กรอบของกฎหมาย มีการนำเทคโนโลยีมาช่วยในการดำเนินการต่าง ๆ ซึ่งสอดคล้องกับนโยบาย e-Government ที่ต้องการให้หน่วยงานภาครัฐที่ให้บริการประชาชนและภาคธุรกิจ จะต้องเร่งดำเนินการพัฒนานำเทคโนโลยีมาใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการเป็นรูปธรรมอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง แม่นยำ ทันสมัย

และโปร่งใส เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงสารสนเทศและการบริการภาครัฐอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน<sup>10</sup>

### ข้อเสนอแนะ

1. รูปแบบที่สังเคราะห์ขึ้นมาหลายส่วนที่ต้องมีการนำเอาเทคโนโลยีหรือซอฟต์แวร์ที่เหมาะสมเข้ามาใช้ รวมถึงต้องใช้งบประมาณ และต้องใช้ความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ในการที่จะดำเนินการให้รูปแบบที่สังเคราะห์ขึ้นมาบรรลุวัตถุประสงค์ โดยเฉพาะในส่วนที่ต้องมีการปรับปรุงภูมิทัศน์ การปรับปรุงระบบออนไลน์ ระบบคอมพิวเตอร์ ทั้งในส่วนที่เป็นฮาร์ดแวร์และซอฟต์แวร์ ผู้วิจัยได้นำเสนอเป็นแผนปฏิบัติการต่อผู้บริหารของหน่วยงาน และผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นรูปธรรม ให้ครอบคลุมทั้งในด้านของเงินงบประมาณที่จะใช้ รวมถึง ทรัพยากรอื่น ๆ และองค์ความรู้ที่จะต้องให้กับผู้เกี่ยวข้องทั้งหมด
2. ควรทำการประเมินผลรูปแบบที่สังเคราะห์ขึ้นในการใช้งานจริง โดยประเมินผลรูปแบบที่สังเคราะห์ขึ้นมา และหาประเด็นที่ควรจะต้องปรับปรุงหรือพัฒนาเพื่อทำให้รูปแบบสมบูรณ์ขึ้นและสามารถขยายผลนำไปประโยชน์ไปยังสถานที่อื่นที่มีการกิจใกล้เคียงกัน รวมถึงควรจะต้องทำการประเมินความพึงพอใจของผู้มารับบริการจากการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาอย่างต่อเนื่อง

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นพ.นเรศฤทธิ์ ชัดทะสีมานายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ และ ผศ.ภญ.ปิยะวัน วงษ์บุญหนัก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ที่ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ และขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาและหัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ ในเขตสุขภาพที่ 6 ที่ให้ข้อมูลและคำแนะนำในการทำวิจัยให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น



### เอกสารอ้างอิง

1. รัฐบาลไทย. Social distancing อยู่ห่าง ๆ อย่างห่าง ๆ. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 19 พฤษภาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.thaigov.go.th/infographic/contents/details/2764>
2. กองบรรณาธิการวารสารผู้ตรวจการแผ่นดิน. วารสารผู้ตรวจการแผ่นดิน ปีที่ 14 ฉบับที่ 1 (มกราคม – มิถุนายน 2564). [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 19 พฤษภาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก : [http://ombstudies.ombudsman.go.th/ewt\\_news.php?nid=1797](http://ombstudies.ombudsman.go.th/ewt_news.php?nid=1797)
3. สำนักงานส่งเสริมเศรษฐกิจดิจิทัล ฝ่ายนโยบายและยุทธศาสตร์. Digital Transformation จาก New Normal สู่ Next Normal. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 19 พฤษภาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.depa.or.th/th/article-view/digital-transformation-new-normal-next-normal>
4. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ. [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 19 พฤษภาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.opdc.go.th/content/Nzc>
5. กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ. กฎหมายที่เกี่ยวข้อง. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 19 พฤษภาคม 2565], เข้าถึงได้จาก : <https://fdasamutprakan.com/%E0%B8%81%E0%B8%8E%E0%B8%AB%E0%B8%A1%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B8%97%E0%B8%B5%E0%B9%88%E0%B9%80%E0%B8%81%E0%B8%B5%E0%B9%88%E0%B8%A2%E0%B8%A7%E0%B8%82%E0%B9%89%E0%B8%AD%E0%B8%87/>
6. อุไร ดวงระหว่า. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการให้บริการศูนย์บริการ One Stop Service : กรณีศึกษา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี [บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต วิชาเอกการจัดการทั่วไป]. ปทุมธานี : มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี; 2554.
7. สุดาภรณ์ อรุณดี, วรณวิภา ไตลังคะ, มนสิชา โปธิสุข, ณัฐพันธ์ คู่ซึ้ง, วิยะดา วรานนท์วนิช. การบริการภาครัฐแนวใหม่ กรณีศึกษา : การให้บริการประชาชน (One Stop Service) บนสถานีตำรวจนครบาล. วารสาร มจร พุทธปัญญาปริทรรศน์ 2565; 7(1): 31 – 42.
8. บุญสงค์ ลีสุรพลานนท์, จักรี แก้วคำบัง, ปทาน ศรีจันทร์, ฤชากร ศรีจันทร์. ความสำเร็จของศูนย์บริการเบ็ดเสร็จและความพึงพอใจของผู้ประกอบการที่มารับบริการ ณ ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. วารสารอาหารและยา 2564; 28(3): 58 – 68.
9. ชมลวรรณ วรณศิลป์. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้จ่ายเงินในรูปแบบ Touchless Payment ภายหลังสถานการณ์โควิด-19 ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 19 พฤษภาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก : <https://lib.nbtc.go.th/book-detail/73195>
10. สำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล. เว็บไซต์กลางบริการอิเล็กทรอนิกส์ภาครัฐ (e-Government Portal). [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 19 พฤษภาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.dga.or.th/document-sharing/article/35821/>



## ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดี (จีเอ็มพี)

### ของผู้ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท จังหวัดสมุทรสงคราม

#### Factors related to compliance with criteria for Good Manufacturing Practice (GMP) of drinking water in sealed container manufacturers in Samut Songkhram Province

สุอาภา กลั่นประเสริฐ<sup>1</sup>, สาโรจน์ นาคจู<sup>2</sup>  
Su-Apa Klunprasert<sup>1</sup>, Saroj Nakju<sup>2</sup>

#### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดี (จีเอ็มพี) ของผู้ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท จังหวัดสมุทรสงคราม กลุ่มตัวอย่าง 42 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ระหว่าง 23 กันยายน 2565 ถึง 3 กุมภาพันธ์ 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา นำเสนอด้วยค่าความถี่ ร้อยละ และหาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Chi-square test และ Fisher's exact test

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ร้อยละ 40.5 ไม่สามารถปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดี (จีเอ็มพี) ปัญหาที่พบ ได้แก่ การควบคุมการผลิต ระบบบันทึกรายงาน การทดสอบคุณภาพน้ำบริโภคด้วยชุดทดสอบอย่างง่าย ผลวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการของน้ำบริโภคฯ และน้ำดิบ และการจัดให้มีผู้ควบคุมการผลิตน้ำบริโภคฯ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์จีเอ็มพี ได้แก่ ความรู้เรื่องหลักเกณฑ์จีเอ็มพีของผู้ผลิตน้ำบริโภคฯ ( $p < 0.001$ ) ผลการสอบหลักสูตรผู้ควบคุมการผลิตน้ำบริโภคฯ ( $p < 0.001$ ) การศึกษาด้วยตนเองจากค้นคว้าข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต ( $p = 0.003$ ) และการได้รับรางวัลแม่กลองการ์นต์ ( $p < 0.001$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ถ้าจะให้ผู้ผลิตน้ำบริโภคฯ ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดี (จีเอ็มพี) ควรให้ความสำคัญกับความรู้ การอบรมและการสร้างแรงจูงใจ

**คำสำคัญ:** ปัจจัย วิธีการผลิตที่ดี จีเอ็มพี น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท

#### Abstract

The purpose of this cross-sectional descriptive research was to study factors related to Good Manufacturing Practice (GMP) compliance of drinking water in sealed containers manufacturers. Data was collected from 42 manufacturers in Samut Songkhram Province between September 23, 2022 and February 3, 2023 using a questionnaire created by the researchers. Descriptive statistics presented

<sup>1</sup>เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม

<sup>1</sup>Pharmacist, Professional Level. Division of Consumer Protection and Public Health Pharmacy, Samut Songkhram Provincial Public Health Office. Email : Suapa176@gmail.com

<sup>2</sup>อาจารย์ประจำ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

<sup>2</sup>Lecturer at the Faculty of Public Health, Ramkhamhaeng University Email : saroj.n@rumail.ru.ac.th



with frequency, percentage, and correlation presented with Chi-square statistics and Fisher's exact test.

Results from this research show that 40.5% of the drinking water in sealed container manufacturers failed to comply with GMP. The problems were the production process control, quality report system, quality testing with simple test kits, laboratory analysis of drinking water and raw water, and providing a person who is qualified for drinking water process control supervision. Factors that were statistically related with significance level under 0.05 to the compliance with GMP consist of knowledge about GMP ( $p < 0.001$ ), examination results failing to qualify for drinking water process control supervision ( $p < 0.001$ ), self-studying or researching on the internet ( $p = 0.003$ ) and receiving the Mae Klong Guarantee Award ( $p < 0.001$ ). Results of this research, show that to make drinking water in sealed container manufacturers comply with GMP knowledge, training and motivating should be prioritized.

**Keywords:** Factors, Good Manufacturing Practice, GMP, Drinking water in sealed containers

## บทนำ

จากรายงานผลการตรวจเฝ้าระวังคุณภาพน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทและน้ำแข็งบริโภค ปี 2558 ซึ่งกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ 77 จังหวัด เก็บตัวอย่างจากสถานที่ผลิต ผลจากการตรวจวิเคราะห์ พบว่าน้ำบริโภคฯ และน้ำแข็งบริโภคมีคุณภาพได้มาตรฐานร้อยละ 56.6 และยังไม่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 43.4 จากตัวอย่างทั้งสิ้น 4,750 ตัวอย่าง<sup>1</sup> นอกจากนี้ จากการตรวจสอบคุณภาพของน้ำดื่มบรรจุขวดที่จำหน่ายในจังหวัดฉะเชิงเทราทั้งรูปแบบขวดพลาสติกใสและขวดขุ่นที่วางจำหน่ายในจังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่ามีน้ำดื่มผ่านเกณฑ์ด้านจุลชีววิทยา แต่ยังไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานด้านเคมี (ค่าความเป็นกรดต่าง) ร้อยละ 36.36<sup>2</sup> ยิ่งไปกว่านั้นจากการตรวจสอบคุณภาพของน้ำบริโภคฯ ที่จำหน่ายในจังหวัดมหาสารคาม ปี 2562 จำนวน 129 ยี่ห้อพบ Coliform bacteria เกินค่ามาตรฐานในตัวอย่างน้ำบริโภค ร้อยละ 11.63<sup>3</sup>

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) กระทรวงสาธารณสุข มีการกำหนดให้น้ำบริโภคฯ เป็นอาหารที่กำหนดคุณภาพมาตรฐาน<sup>4-9</sup> โดยต้องมีการตรวจวิเคราะห์สารปนเปื้อน เชื้อจุลินทรีย์ก่อโรครวมถึงลักษณะทางกายภาพ และเคมีที่เหมาะสมส่วนในด้านสถานที่ผลิต อย.มีการกำหนดหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดี (Good Manufacturing Practice หรือ จีเอ็มพี) ตั้งแต่ปี 2553 จนต่อมามีปี 2564 ได้มีการปรับปรุงหลักเกณฑ์เกี่ยวกับวิธีการผลิต เครื่องมือเครื่องใช้ในการผลิต และการเก็บรักษาอาหารฉบับใหม่<sup>10</sup> ประกอบกับผลกระทบจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาหรือโควิด-19 ส่งผลให้ความต้องการน้ำบริโภคฯ ลดลง ภาวะธุรกิจท่องเที่ยวที่ต้องหยุดชะงักส่งผลให้อุปสงค์จากนักท่องเที่ยวทั้งในและต่างประเทศลดลง ผู้บริโภคมีกำลังซื้อที่ลดลง โดยจะเห็นได้จากข้อมูลช่วงระยะเวลา 8 เดือนแรกของปี 2564 ปริมาณการผลิตน้ำบริโภคฯ เติบโตเพียงร้อยละ 0.3 ขณะที่ปริมาณการจำหน่ายหดตัวร้อยละ 0.8 อย่างไรก็ตาม การผ่อนคลายมาตรการควบคุม



การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ทำให้การเติบโตทางธุรกิจผลิตน้ำบริโภคฯ มีแนวโน้มเติบโตขึ้นร้อยละ 0 - 1 ในปี 2564<sup>11</sup>

จากข้อมูลใบอนุญาตผลิตอาหารของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม (ข้อมูล ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2565) จังหวัดสมุทรสงครามมี สถานที่ผลิตน้ำบริโภคฯ ทั้งหมด 48 แห่ง และน้ำแข็งบริโภค 4 แห่ง ซึ่งสถานที่ผลิตน้ำแข็งบริโภคทุกแห่ง มีผลการตรวจประเมินสถานที่ผลิตอาหาร ผ่านตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดี (จีเอ็มพี) แต่สถานที่ผลิตน้ำบริโภคฯ มีผลการตรวจประเมินสถานที่ผลิตอาหาร ผ่านตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดี (จีเอ็มพี) ทั้งหมด 22 แห่ง คิดเป็นเพียงร้อยละ 45.83 เท่านั้น จากสถานการณ์ข้างต้น ทำให้ผู้วิจัยในฐานะเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและ เกสซ์สาธารณสุขของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม มีความสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดี (จีเอ็มพี) ของผู้ผลิตน้ำบริโภคในภาวะ-บรรจู่ที่ปิดสนิท ตามทฤษฎี PRECEDE-PROCEDE Model (ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม) เพื่อวางแผนการพัฒนาสถานประกอบการให้ได้รับมาตรฐานและสร้างความปลอดภัยแก่ผู้บริโภคต่อไป

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับกับการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดี (จีเอ็มพี) ของผู้ผลิตน้ำบริโภคในภาวะบรรจู่ที่ปิดสนิท จังหวัดสมุทรสงคราม

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดี (จีเอ็มพี) ของผู้ผลิตน้ำบริโภคในภาวะบรรจู่ที่ปิดสนิท จังหวัดสมุทรสงคราม

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตาม

หลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดี (จีเอ็มพี) ของผู้ผลิตน้ำบริโภคในภาวะบรรจู่ที่ปิดสนิท จังหวัดสมุทรสงคราม ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนดให้ผู้ผลิตต้องปฏิบัติตาม และผู้ผลิตที่มีความแตกต่างของปัจจัยต่าง ๆ ตามทฤษฎี PRECEDE-PROCEDE Model อันจะมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดี (จีเอ็มพี) ที่ไม่เหมือนกัน (ผลการตรวจประเมินตามแบบตรวจ) ศึกษาตั้งแต่วันที่ 23 กันยายน 2565 ถึง 3 กุมภาพันธ์ 2566

#### 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรแบ่งเป็น 2 กลุ่ม

**1.1 ผู้ผลิตน้ำบริโภคในภาวะบรรจู่ที่ปิดสนิท** ในเขตพื้นที่จังหวัดสมุทรสงคราม ที่ได้รับอนุญาตจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม สถานที่ผลิตละ 1 ท่าน (สถานที่ผลิตทั้งหมด 48 แห่ง) จำนวน 48 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2565) โดยเป็นการวิเคราะห์เชิงปริมาณ เพื่อศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดี (จีเอ็มพี)

**1.2 พนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522** กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและ เกสซ์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม ที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 3 ปี จำนวน 5 คน โดยเป็นการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาปัจจัยเอื้อที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดี (จีเอ็มพี)

#### เกณฑ์การคัดเลือกเพื่อเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

(1) สถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาวะบรรจู่ที่ปิดสนิท ในเขตพื้นที่จังหวัดสมุทรสงคราม

(2) ผู้รับอนุญาต หรือผู้ดำเนินกิจการ หรือผู้รับผิดชอบ ที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

#### เกณฑ์การคัดออกเพื่อเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

(1) สถานที่ผลิตที่ยกเลิกหรือรื้อถอนการดำเนินกิจการระหว่างการทำการศึกษา



## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และแบบตรวจประเมินสถานที่ผลิต โดยมีองค์ประกอบดังนี้

**ส่วนที่ 1 ปัจจัยทางชีวสังคม** แบบสอบถาม ประกอบด้วย อายุ การศึกษา อาชีพ ลักษณะการประกอบกิจการ (ประเภทผู้รับอนุญาต ขนาดพื้นที่ จำนวนคนงาน) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนจากการประกอบการผลิตน้ำบริโภคฯ อำนาจในการดำเนินกิจการ ประสบการณ์ (ระยะเวลาการประกอบกิจการ ผลการสอบผู้ควบคุมการผลิตน้ำบริโภคฯ การศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานการผลิตเพิ่มเติม การได้รับกิจกรรม/สื่อ/สิ่งสนับสนุนจากหน่วยงาน)

### ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำ

**ความรู้เรื่องหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดี (จีเอ็มพี)** มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 21 ข้อ ประกอบไปด้วย คำถามครอบคลุมกระบวนการผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดี (จีเอ็มพี) แต่ละหมวด (16 ข้อ) ข้อบกพร่องรุนแรง (1 ข้อ) ข้อกำหนดเฉพาะ (1 ข้อ) และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง (3 ข้อ) ผู้ตอบสามารถใช้เวลาานเท่าที่ต้องการในการทำแบบทดสอบ

**เจตคติต่อหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดี (จีเอ็มพี)** มีลักษณะของคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ แบบลิเคิร์ตสเกล (Likert Scale) จำนวน 40 ข้อ ทั้งข้อความทางบวกและข้อความทางลบ ประกอบด้วย หมวด 1 สถานที่ตั้ง อาคารผลิต การทำความสะอาดและบำรุงรักษา (6 ข้อ), หมวด 2 เครื่องมือ เครื่องจักร อุปกรณ์การผลิต การทำความสะอาดและการบำรุงรักษา (6 ข้อ), หมวด 3 การควบคุมกระบวนการผลิต (6 ข้อ), หมวด 4 การสุขาภิบาล (7 ข้อ), หมวด 5 สุขลักษณะส่วนบุคคล (6 ข้อ) และด้านประโยชน์และอุปสรรค (9 ข้อ)

**ส่วนที่ 3 ปัจจัยเสริม** แบบสอบถาม ประกอบไปด้วย การได้รับรางวัลแม่กลองการ์นต์ปี

2565 การได้รับการสอนงาน การได้รับการตรวจประเมินจากหน่วยงาน ประวัติการบังคับใช้กฎหมาย ดำเนินคดี

**ส่วนที่ 4 ปัจจัยเอื้อ** แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ด้านปัจจัยเอื้อที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดี (จีเอ็มพี) ของผู้ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท มีจำนวน 7 ข้อ ซึ่งจะสอบถามเกี่ยวกับนโยบายด้านการพัฒนาสถานผลิตสู่มาตรฐานหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดี (จีเอ็มพี) ของหน่วยงาน การจัดให้มีการอบรม การจัดให้มีกิจกรรม/สื่อ/สิ่งสนับสนุนด้านสื่อสิ่งพิมพ์ เอกสาร ชุดทดสอบต่าง ๆ ระบบการเฝ้าระวังตรวจสอบมาตรฐานหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดี (จีเอ็มพี) และการเข้าร่วมการอบรมความรู้หลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดี (จีเอ็มพี) สำหรับการผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท รวมทั้งปัญหา/อุปสรรคที่ไม่เอื้อต่อการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดี (จีเอ็มพี) ซึ่งจะดำเนินการสัมภาษณ์พนักงานเจ้าหน้าที่ (ผู้วิจัยเป็นหนึ่งพนักงานเจ้าหน้าที่

**ส่วนที่ 5 การปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดี (จีเอ็มพี) ใช้แบบการตรวจประเมินสถานที่ผลิตอาหาร** อ้างอิงตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 420) พ.ศ. 2563 ออกตามความในพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 เรื่อง วิธีการผลิต เครื่องมือเครื่องใช้ในการผลิต และการเก็บรักษาอาหาร

มีการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence : IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญ ได้ค่า IOC รายข้ออยู่ระหว่าง 0.67 – 1 เมื่อนำแบบสอบถามที่ได้จากการปรับปรุงแล้ว ไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช่ประชากรในการวิจัย จำนวน 30 คน แบบวัดความรู้เรื่องหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดี



(จีเอ็มพี) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.927

### 3. วิธีการเก็บข้อมูล

- ขั้นตอนที่ 1 : พนักงานเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม ลงตรวจประเมินสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดี (จีเอ็มพี) จำนวน 48 แห่ง
- ขั้นตอนที่ 2 : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม จัดประชุมผู้ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท เพื่อขอความร่วมมือเก็บข้อมูลและชี้แจงทำความเข้าใจแก่ผู้ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท จำนวน 42 แห่ง (มีสถานที่ผลิตที่ยกเลิกหรือรื้อถอนการดำเนินงานกิจการระหว่างการศึกษาจำนวน 6 แห่ง)
- ขั้นตอนที่ 3 : แจกแบบสอบถามให้ผู้ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท และเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์จากพนักงานเจ้าหน้าที่

### 4. การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การหาค่าร้อยละ (Percentage) และใช้สถิติในการทดสอบความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ วิเคราะห์โดยใช้ Chi-square test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ Fisher's exact test สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ นำข้อมูลมารวบรวมจัดหมวดหมู่ และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

### 5. การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการ

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทที่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดี (จีเอ็มพี)

การปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดี (จีเอ็มพี)	จำนวน	ร้อยละ
ผ่าน	25	59.5
ไม่ผ่าน	17	40.5

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม เลขที่โครงการวิจัย COA No. 2/2566

### ผลการศึกษา

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทางด้านปัจจัยชีวิตสังคม

ผู้ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทจังหวัดสมุทรสงคราม มีลักษณะการประกอบกิจการเป็นผู้ประกอบการรายเดี่ยว ร้อยละ 64.3 (27 แห่ง) และกลุ่มผู้ผลิตชุมชน ร้อยละ 19.0 (8 แห่ง) ขนาดพื้นที่ 1 - 100 ตารางเมตร ร้อยละ 73.8 (31 แห่ง) มีจำนวนคนงาน 1 - 5 คน ร้อยละ 81.1 (34 แห่ง) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนจากการประกอบการผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ต่ำกว่า 25,000 บาท ร้อยละ 40.5 (17 แห่ง) อำนาจในการดำเนินงานขึ้นอยู่กับผู้บริหารเพียงคนเดียว ร้อยละ 69.0 (29 แห่ง) และมีระยะเวลาดำเนินงานกิจการมากกว่า 15 ปี ร้อยละ 23.8 (10 แห่ง)

#### ส่วนที่ 2 การปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดี (จีเอ็มพี) ของผู้ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท

พนักงานเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม ลงตรวจประเมินสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดี (จีเอ็มพี) พบว่าผู้ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทสามารถปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดี (จีเอ็มพี) ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 59.5 และไม่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 40.5 (ดังตารางที่ 1)



ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ตามทฤษฎี PRECEDE-PROCEDE Model กับการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดี (จีเอ็มพี)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดีของผู้ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ได้แก่ ความรู้เรื่องหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดี (จีเอ็มพี) ของผู้ผลิตน้ำบริโภคใน

ภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ( $p < 0.001$ ) ผลการสอบผู้ควบคุมการผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ( $p < 0.001$ ) การศึกษาด้วยตนเองจากค้นคว้าข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต ( $p = 0.003$ ) และการได้รับรางวัลแม่ทองคำรุ่นที่ 2565 ( $p < 0.001$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ดังตารางที่ 2 และตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ของปัจจัยนำ ตามทฤษฎี PRECEDE-PROCEDE Model กับการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดี (จีเอ็มพี)

ปัจจัยนำ	การปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดี (จีเอ็มพี)				p-value
	ผ่าน		ไม่ผ่าน		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
<b>ปัจจัยนำด้านความรู้<sup>A</sup></b>					
ผ่านการทดสอบ	19	95.0	1	5.0	$< 0.001^{*2}$
ไม่ผ่านการทดสอบ	6	27.2	16	72.7	
<b>ปัจจัยนำด้านเจตคติ<sup>B</sup></b>					
ระดับเจตคติมาก	21	61.8	13	38.2	$0.694^2$
ระดับเจตคติปานกลาง	4	50.0	4	50.0	

หมายเหตุ

2 ทดสอบด้วย Fisher's exact test

\* นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $\alpha = 0.05$

A เกณฑ์ในการสอบของสมาคมเภสัชสาธารณสุขแห่งประเทศไทย ผู้สอบต้องได้คะแนนสอบ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 จึงจะถือว่า “ผ่านการทดสอบ”

B เกณฑ์ในการแบ่งระดับเจตคติ 3 ระดับ John W. Best 1970: 78 โดยใช้ค่าคะแนนสูงสุดลบด้วยค่าคะแนนต่ำสุดและนำมาหารด้วยจำนวนกลุ่มหรือระดับที่ต้องการแบ่ง



ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ของปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม ตามทฤษฎี PRECEDE-PROCEDE Model  
กับการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดี (จีเอ็มพี)

ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม	การปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดี (จีเอ็มพี)				p-value
	ผ่าน		ไม่ผ่าน		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
<b>ปัจจัยเอื้อ</b>					
ผลการสอบผู้ควบคุมการผลิต น้ำบริโภคฯ					
ผ่าน	24	80.0	6	20.0	<0.001 <sup>*2</sup>
ไม่ผ่าน	1	8.3	11	91.7	
การศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับ มาตรฐานการผลิตเพิ่มเติม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)					
การเข้าอบรม/ประชุม	16	45.7	19	54.3	0.210 <sup>2</sup>
ศึกษาด้วยตนเองจาก ค้นคว้าข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต	19	79.2	5	20.8	0.003 <sup>*1</sup>
ศึกษาจากคู่มือควบคุมการ ผลิตน้ำบริโภคฯ	15	53.6	13	46.4	0.331 <sup>2</sup>
กิจกรรม/สื่อ/สิ่งสนับสนุน จากหน่วยงาน					
(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)					
ชุดทดสอบโคลิฟอร์ม เบื้องต้น	11	55.0	9	45.0	0.569 <sup>1</sup>
กิจกรรม/สื่อ/สิ่งสนับสนุน จากหน่วยงาน					
(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)					
การอบรม/ประชุม	23	60.5	15	39.5	1.000 <sup>2</sup>
เอกสารให้ความรู้	20	58.8	14	41.2	1.000 <sup>2</sup>
คลิปความรู้	11	55.0	9	45.0	0.569 <sup>1</sup>
<b>ปัจจัยเสริม</b>					
สถานที่ผลิตของท่านได้รับ “รางวัลแม่กลองการ์นต์ ปี 2565”					
ได้รับ	21	100.0	0	0	<0.001 <sup>*2</sup>
ไม่ได้รับ/ไม่แน่ใจ/ไม่ทราบ	4	19.0	17	81.0	



ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ของปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม ตามทฤษฎี PRECEDE-PROCEDE Model  
กับการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดี (จีเอ็มพี) (ต่อ)

ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม	การปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดี (จีเอ็มพี)				p-value
	ผ่าน		ไม่ผ่าน		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
<b>ปัจจัยเสริม (ต่อ)</b>					
เคยได้รับการสอนเรื่อง					
มาตรฐานการผลิตที่ดี					
(จีเอ็มพี) น้ำบริโภคฯ					
ไม่เคย	5	62.5	3	37.5	1.000 <sup>2</sup>
เคย	20	58.8	14	41.2	
ตั้งแต่ที่ท่านได้เข้ามาทำงาน					
มีพนักงานเจ้าหน้าที่เข้ามา					
ตรวจประเมิน หรือให้					
คำแนะนำหรือไม่					
มี	24	60.0	16	40.0	1.000 <sup>2</sup>
ไม่ทราบ	1	50.0	1	50.0	
สถานที่ผลิตเคยมีประวัติ					
ถูกดำเนินคดีตามกฎหมาย					
หรือไม่					
ไม่เคย	24	60.0	16	40.0	1.000 <sup>2</sup>
ไม่ทราบ	1	50.0	1	50.0	

#### หมายเหตุ

1 ทดสอบด้วย Chi-square test 2 ทดสอบด้วย Fisher's exact test \*นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

#### สรุปและอภิปรายผล

**ปัจจัยนำด้านความรู้** พบว่าผู้ผลิตน้ำบริโภค ในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท มีความรู้เรื่องหลักเกณฑ์ วิธีการผลิตที่ดี (จีเอ็มพี) ผ่านการทดสอบความรู้ คิดเป็น ร้อยละ 47.62 เมื่อนำมาหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างการทดสอบความรู้กับการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดี (จีเอ็มพี) ของผู้ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p < 0.001$ ) เนื่องจากกระบวนการผลิตน้ำบริโภคมีความซับซ้อน ต้องใช้ความรู้ทางด้านวิชาการ จึงสามารถเข้าใจถึงความสำคัญในหลักเกณฑ์

วิธีการผลิตที่ดี (จีเอ็มพี) เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้น นำไปสู่การปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดี (จีเอ็มพี) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพัตรา คงจริง และ สงวน ลือเกียรติบัณฑิต<sup>12</sup> ที่ได้ทำการศึกษาปัจจัยด้านความรู้ในเรื่องจีเอ็มพีของผู้รับผิดชอบสถานที่ผลิต มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคะแนนการประเมินสถานที่ตามเกณฑ์จีเอ็มพี และการศึกษาความรู้ เจตคติ และ พฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดี (จีเอ็มพี) ของผู้ประกอบการอาหารในโรงพยาบาล แห่งหนึ่ง ประเทศมาเลเซีย ของ Norhaslinda R.



และคณะ<sup>13</sup> พบมีความสัมพันธ์ทางบวกของความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ วิธีการผลิตที่ดี (จีเอ็มพี) แต่ไม่สอดคล้องกับศึกษาของ ประยงค์ ศรีสุภัญญา<sup>14</sup> ที่พบว่าพนักงานที่มีความรู้ ความเข้าใจระบบมาตรฐานจีเอ็มพี ที่แตกต่างกันมีผล ต่อการมีส่วนร่วมในการทำระบบจีเอ็มพีไม่แตกต่างกัน

**ปัจจัยนำด้านเจตคติ** พบว่าผู้ผลิตน้ำบริโภค ในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทมีเจตคติต่อหลักเกณฑ์วิธีการ ผลิตที่ดี (จีเอ็มพี) ในระดับเจตคติปานกลางร้อยละ 19.05 และระดับเจตคติดีมากร้อยละ 80.95 สอดคล้อง กับการศึกษาการยอมรับเกี่ยวกับข้อกำหนดการตรวจ สถานที่ตามมาตรฐานจีเอ็มพี ในเจตคติของสถานประกอบการ น้ำบริโภคฯ ในเขตกรุงเทพมหานครของ ศรีวิไล ชูเจริญ<sup>15</sup> พบว่าผู้ประกอบการให้การยอมรับเกี่ยวกับข้อกำหนด การตรวจสถานที่ตามมาตรฐาน จีเอ็มพี ตามที่สำนักงาน คณะกรรมการอาหารและยากำหนดไว้ อย่างไรก็ตาม เมื่อนำมาหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างระดับเจตคติกับ การปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดี (จีเอ็มพี) ของผู้ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทไม่พบ ความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่สอดคล้อง กับการศึกษาของสุภัทรา สุขภักดิ์และคณะ<sup>16</sup> ที่ทำ การศึกษาพบว่าปัจจัยด้านเจตคติมีผลต่อการยอมรับ หลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดีขั้นต้น และการศึกษาการมี เจตคติที่ดีในเรื่องโรคที่เกิดจากอาหารมีความสัมพันธ์ กับระดับความรู้ของแม่ของ Italo F. Angelillo<sup>17</sup>

**ปัจจัยเอื้อ** ด้านการจัดให้มีการอบรมผู้ผลิต น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท พบว่าผู้ผลิต น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ร้อยละ 83.3 (35 คน) ได้รับการอบรมหรือประชุม ซึ่งทางสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม มีนโยบายในการ พัฒนาสถานประกอบการน้ำดื่ม น้ำแข็ง สู่ GMP420 มีการดำเนินการจัดอบรมเพิ่มพูนความรู้และข้อกำหนด อย่างต่อเนื่องทุกปี มีการตรวจประเมินเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์ หลังออกสู่ท้องตลาด 2 – 3 ปีต่อรอบตรวจ ตามความเสี่ยง ของสถานที่ผลิต มีการสนับสนุนชุดทดสอบโคลิฟอร์ม

เบื้องต้น ตัวอย่างบันทึกรายงานเพื่อใช้ประกอบการ ตรวจประเมิน รวมไปถึงเอกสารคู่มือผู้ผลิตน้ำบริโภคฯ อย่างไรก็ตาม ยังมีผู้ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ ปิดสนิท บางส่วนที่ไม่สามารถปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ วิธีการผลิตที่ดี (จีเอ็มพี) ได้ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจาก นโยบายการบังคับใช้กฎหมายในการดำเนินคดีระดับ จังหวัดยังไม่ค่อยชัดเจน ผู้ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะ บรรจุที่ปิดสนิทบางส่วนจึงละเลยและไม่เห็นความสำคัญ และบางส่วนเพิ่งทราบข้อกำหนดที่มีการเปลี่ยนแปลง จากประวัติการบังคับใช้กฎหมายดำเนินคดี ในช่วง 5 ปี ที่ผ่านมาของจังหวัดสมุทรสงคราม ผู้ผลิตน้ำบริโภค ในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท แจ้งว่าไม่เคยถูกดำเนินคดี ร้อยละ 95.2 (40 คน) และไม่ทราบ ร้อยละ 4.8 (2 คน) และไม่มีผู้ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท รายใดที่แจ้งว่าถูกดำเนินคดี สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสมุทรสงคราม มีนโยบายเพิ่มเติม 2 ส่วนนั้น คือ 1. ความเข้มงวดของการบังคับใช้กฎหมาย มีการแบ่ง ประเภทความรุนแรง 3 ระดับ ได้แก่ ระดับรุนแรงน้อย ดำเนินการส่งหนังสือตักเตือน ระดับรุนแรงปานกลาง ดำเนินการเรียกมาตักเตือนเป็นลายลักษณ์อักษรและ งดการผลิตเพื่อจำหน่ายจนกว่าจะสามารถปรับปรุง แก้ไขได้ และระดับรุนแรงมากพิจารณาดำเนินคดี 2. การส่งเสริมผู้ผลิต เมื่อนำมาหาค่าความสัมพันธ์ ของผลการสอบผู้ควบคุมการผลิตน้ำบริโภคฯ กับ การปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดี (จีเอ็มพี) ของผู้ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p < 0.001$ ) สอดคล้องกับประเด็นที่สำคัญของ กฎหมายที่มีการเปลี่ยนแปลง สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสมุทรสงคราม จึงอำนวยความสะดวกให้แก่ ผู้ผลิตน้ำบริโภคฯ ในเขตพื้นที่ในการจัดศูนย์สอบใน จังหวัดสมุทรสงคราม อย่างไรก็ตาม เมื่อนำมาหาค่า ความสัมพันธ์ของการจัดให้มีการอบรม/ประชุม การ จัดให้มีกิจกรรมสื่อสิ่งสนับสนุน ได้แก่ เอกสารให้ ความรู้ คลิปความรู้ ไม่พบความสัมพันธ์กับการปฏิบัติ



ตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดี (จีเอ็มพี) แต่ผู้ประกอบการก็จำเป็นต้องมีความรู้ ตามปัจจัยนำด้านความรู้ที่อธิบายไปข้างต้น ดังนั้น จึงควรมีการพัฒนาแนวทางการให้ความรู้ในรูปแบบใหม่ ตัวอย่างเช่น การใช้สื่อทางคอมพิวเตอร์ สร้างสถานการณ์เสมือนจริงให้เกิดการเรียนรู้ บทเรียนออนไลน์ที่ผู้ประกอบการสามารถศึกษาและทบทวนความรู้ด้วยตนเอง เป็นต้น

**ปัจจัยเสริม ด้านการได้รับรางวัลแม่กลองการ์นต์ ปี 2565** เมื่อนำมาหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับรางวัลแม่กลองการ์นต์ ปี 2565 กับการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดี (จีเอ็มพี) ของผู้ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p < 0.001$ ) สอดคล้องกับประเด็นคุณสมบัติของผู้ประกอบการที่จะได้รับรางวัลดังกล่าว ส่วนการได้รับการสอนงาน การได้รับการตรวจประเมินจากหน่วยงาน ประวัติการบังคับใช้กฎหมายดำเนินคดี ในการศึกษาครั้งนี้ยังไม่พบความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ลลนา ทองแท้<sup>18</sup> ที่ได้ทำการศึกษาศักยภาพผู้ประกอบการปฏิบัติตามหลักสุขวิทยาส่วนบุคคลด้านสุขาภิบาลของผู้สัมผัสอาหาร พบว่าปัจจัยเสริมด้านการสอนงานจากนายจ้าง/เพื่อนร่วมงาน อาศัยเรียนรู้และสังเกต และรับฟังจากเจ้าหน้าที่ที่เข้าไปตรวจประเมินร้านอาหารและมีชมรมผู้ประกอบการค้าอาหาร การตรวจเยี่ยมเป็นระยะ ๆ ยังไม่สามารถทำให้ผู้สัมผัสอาหารปฏิบัติตามหลักสุขวิทยาส่วนบุคคลด้านสุขาภิบาลอาหารได้ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ผณิทร งามศิริ<sup>19</sup> ที่ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างผลการประเมินสถานที่ผลิตน้ำบริโภคฯ ด้วยตนเองของผู้ผลิตและผู้เชี่ยวชาญ พบความสัมพันธ์ระหว่างคุณสมบัติทางจุลชีววิทยากับผลการประเมินในหมวดที่ 6 สะท้อนให้พนักงานเจ้าหน้าที่ต้องดำเนินการตรวจประเมินสถานที่และติดตามเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด อีกทั้ง การศึกษาและเก็บข้อมูลความรู้ เจตคติ เกี่ยวกับหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดีหรือระบบพื้นฐานของสถานที่ผลิต

อาหารที่ดี (จีเอ็มพี/จีเอชพี) ในประเทศอิตาลีของ Chiara Disanto, E.et.al.<sup>20</sup> พบว่าควรมีการพัฒนาความรู้ พฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดี โดยการวางแผน ตรวจสอบติดตาม ฝึกอบรมพนักงาน และการบัญญัติใช้กฎหมายอาหาร เพื่อลดการปนเปื้อนของเชื้อที่ทำให้เกิดโรคในอาหาร และการศึกษาของ Noor Zafira Noor Hasnan, E.et.al.<sup>21</sup> ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตอาหารที่ดี (จีเอ็มพี) ของผู้ประกอบการธุรกิจขนาดเล็ก (SME) ในประเทศมาเลเซีย พบว่าเกิดจากการขาดผู้ควบคุมดูแล การขาดเงินทุน การขาดความรู้ การขาดการบริหารจัดการที่ดี และช่องว่างในการบังคับใช้กฎหมาย ควรมีการดำเนินงานที่เข้มงวดขึ้นและวางแผนเชิงกลยุทธ์ โดยคำนึงถึงปัจจัยต่าง ๆ ให้ครอบคลุมประกอบกับความเห็นของพนักงานเจ้าหน้าที่ที่ควรจะมีการตรวจประเมินและเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง การบังคับใช้กฎหมาย ยังเป็นสิ่งที่สำคัญ

#### ข้อเสนอแนะ

1. การอบรมเพิ่มพูนความรู้แก่ผู้ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทเป็นสิ่งจำเป็น ควรเพิ่มการสร้างจิตสำนึกและสร้างความตระหนักถึงอันตรายจากน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทที่ไม่ปลอดภัยและข้อกำหนดบทลงโทษต่าง ๆ
2. ควรมีการอบรมเชิงปฏิบัติการและจัดสรรชุดทดสอบโคลิฟอร์มอย่างง่ายในน้ำแข็งและน้ำบริโภค ให้แก่ภาคีเครือข่ายผู้บริโภค ตัวอย่างเช่น ผู้บริโภค โรงเรียน ร้านจำหน่ายอาหาร วัด เป็นต้น เพื่อเป็นการเพิ่มการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์หลังออกสู่ท้องตลาด

#### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ภก.ภาณุโชติ ทองยัง ญ.สุวิธสา สุขเจริญคุณา และอาจารย์ ดร.มิ่งขวัญศิริโชติ ที่กรุณาให้เกียรติเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบแบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้ เจ้าหน้าที่ทุก



ท่านของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม ที่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงาน รวมทั้งผู้ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ในเขตพื้นที่จังหวัดสมุทรสงครามและพื้นที่

ข้างเคียงที่กรุณาและสละเวลาในการให้ข้อมูลสำคัญและเป็นประโยชน์ต่องานวิจัยในครั้งนี้ จนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

### เอกสารอ้างอิง

1. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ตรวจเฝ้าระวังคุณภาพน้ำดื่มบรรจุขวดและน้ำแข็งทั่วประเทศ. [อินเทอร์เน็ต].2558 [เข้าถึงเมื่อ 19 ตุลาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://bqsf.dmsc.moph.go.th/bqsfWeb/wp-content/uploads/2017/Publish/consumer-report/2559/13%20Oct%2058.pdf>
2. สุบัณฑิต นิมิตรตน, วีรพงศ์ วุฒิพันธุ์ชัย. การตรวจสอบคุณภาพของน้ำดื่มบรรจุขวดที่จำหน่ายในจังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี.2559. 9(3), 127 - 36.
3. เชษฐา จงกนกพล. การประเมินคุณสมบัติทางกายภาพและการปนเปื้อนแบคทีเรียของน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทและน้ำแข็ง ที่วางจำหน่ายในจังหวัดมหาสารคามประเทศไทย.วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน.2563.6(4), 14 - 26.
4. ประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 61 (พ.ศ. 2524) เรื่อง น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท. (24 กันยายน 2524). ราชกิจจานุเบกษา ฉบับพิเศษ. 98 (157ง). หน้า 52-64.
5. ประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 135 (พ.ศ. 2534) เรื่อง น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท (ฉบับที่2). (2 เมษายน 2534). ราชกิจจานุเบกษา ฉบับพิเศษ. 108 (61ง). หน้า 3041-2.
6. ประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 220 (พ.ศ. 2544) เรื่อง น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท (ฉบับที่3). (26 กรกฎาคม 2544). ราชกิจจานุเบกษา ฉบับพิเศษ. 118 (70ง). หน้า 4-5.
7. ประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 256 (พ.ศ. 2545) เรื่อง น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท (ฉบับที่4). (18 มิถุนายน 2545). ราชกิจจานุเบกษา ฉบับพิเศษ. 119 (54ง). หน้า15-16.
8. ประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 284 (พ.ศ. 2547) เรื่อง น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท (ฉบับที่ 5). (31 มกราคม 2548). ราชกิจจานุเบกษา ฉบับพิเศษ. 122 (9ง). หน้า 1-2.
9. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท (ฉบับที่ 6). (27 พฤษภาคม 2553). ราชกิจจานุเบกษา ฉบับพิเศษ. 127 (67ง). หน้า 8-9.
10. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 420) พ.ศ. 2563 ออกตามความในพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 เรื่อง วิธีการผลิต เครื่องมือเครื่องใช้ในการผลิต และการเก็บรักษาอาหาร. (9 กุมภาพันธ์ 2564). ราชกิจจานุเบกษา ฉบับพิเศษ. 138 (31ง). หน้า 24-26.



11. ศูนย์วิจัยกรุงศรี. แนวโน้มธุรกิจ/อุตสาหกรรมปี 2565 - 2567: อุตสาหกรรมเครื่องดื่ม. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 19 ตุลาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก:  
<https://www.krungsri.com/th/research/industry>
12. สุพัตรา คงจริง, สงวน ลือเกียรติบัณฑิต. การประเมินสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุปิดสนิทโดยชุมชนในจังหวัดตรัง ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิต และคุณภาพน้ำที่ผลิตได้. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2555.4(2), 64 - 84.
13. Norhaslinda R., Norhayati A.H., Mohd Adzim Khalili R. Knowledge, Attitudes and Practices (KAP) on Good Manufacturing Practices (GMP) among Food Handlers in Terengganu Hospitals, International Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences (ISSN- 0975-1491)
14. ประยงค์ ศรีสุภัญญา. ความรู้ความเข้าใจ พฤติกรรม และความพึงพอใจของพนักงาน บริษัทโตไทย แลนด์ หัวหิน จำกัด ที่มีต่อระบบมาตรฐาน GMP. สารนิพนธ์ บธ.ม. (การจัดการ). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
15. ศรีวิไล ชูเจริญ. การศึกษาการยอมรับเกี่ยวกับข้อกำหนดการตรวจสถานที่ตามมาตรฐาน GMP ในทัศนคติของสถานประกอบการน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต, สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ
16. สุภัทรา สุขภักดิ์, ปัญญา หมั่นเก็บ, อารัง เมฆโหรา. ปัจจัยที่ผลต่อการยอมรับหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหารขั้นต้น ของผู้ประกอบการในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารเกษตรพระจอมเกล้า. 2559. 34(2): 85 - 93.
17. Italo F. Angelillo, Maria Rita Foresta, Carmela Scozzafava, Pavia M. Consumer and foodborne diseases: Knowledge, attitudes and reported behavior in one region of Italy. International Journal of Food Microbiology. 2001. 64(1-2): 161-6.
18. ลลนา ทองแท้. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามหลักสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารในเทศบาลรังสิต. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2560.
19. ผนินทร งามศิริ. การประเมินตนเอง ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิต (จีเอ็มพี) ของผู้ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ในจังหวัดฉะเชิงเทรา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต, มหาวิทยาลัยนเรศวร. 2560.
20. Chiara Disanto, E.et.al. Food safety in collective catering: knowledge, attitudes and correct application of GHP/GMP knowledge among foodservice workers. Italian Journal of Food Safety. 2020.9(8453):201-205.
21. Noor Zafira Noor Hasnan, E.et.al. Analysis of the most frequent nonconformance aspects related to Good Manufacturing Practices (GMP) among small and medium enterprises (SMEs) in the food industry and their main factors. [Internet]. 2020 [cited 2022 Nov. 6]. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.foodcont.2022.109205>



ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาสมุนไพร ในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดภูเก็ต  
Factors related to the use of herbal medicine in Primary Care Units,  
Phuket Province

พุทtachad สังข์ประพันธ์<sup>1</sup>  
Pudtachad Sangprapun<sup>1</sup>

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการใช้ยาสมุนไพรในหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดภูเก็ตและความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และความคิดเห็นในการสั่งใช้ยาสมุนไพรกับการสั่งใช้ยาสมุนไพรของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดภูเก็ต กลุ่มตัวอย่างคือ บุคลากรสาธารณสุขที่ทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดภูเก็ต จำนวน 112 คน ศึกษาวิจัยในช่วงเดือนมกราคม – มิถุนายน 2566 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้ Chi-square และ Pearson's Product Moment Correlation ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 72.3) มีอายุระหว่าง 31 – 40 ปี (ร้อยละ 34.8) สถานภาพโสด (ร้อยละ 43.7) เป็นนักวิชาการสาธารณสุข (ร้อยละ 38.4) มีการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 86.6) ประสบการณ์การทำงานอยู่ในช่วง 6 - 15 ปี (ร้อยละ 32.1) รายได้ต่อเดือนมากกว่า 25,000 บาท (ร้อยละ 42.9) มีการสั่งจ่ายยาสมุนไพรบางโอกาส (ร้อยละ 58.9) รายการยาสมุนไพรที่ใช้บ่อย 3 อันดับแรก ได้แก่ ฟ้าทะลายโจรแคปซูล ยาน้ำแก้ไอมะขามป้อม ยาอมแก้ไอมะแว้ง (ร้อยละ 67.0, 61.1 และ 52.7 ตามลำดับ) อาการป่วยของผู้ที่มารับบริการ 3 อันดับแรกที่บุคลากรสาธารณสุขสั่งใช้ยาสมุนไพรคือ ไข้หวัด, ไอ มีเสมหะ และท้องอืดท้องเฟ้อ (ร้อยละ 73.2, 66.1 และ 47.3 ตามลำดับ) ระดับความรู้โดยรวมในการสั่งใช้ยาสมุนไพรในระดับปานกลาง (ร้อยละ 72.3) ความคิดเห็นในการสั่งใช้ยาสมุนไพรของบุคลากรสาธารณสุขในภาพรวมในระดับปานกลาง (ร้อยละ 67.9) วิชาชีพและประสบการณ์การทำงาน มีความสัมพันธ์กับการสั่งจ่ายยาสมุนไพรในหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดภูเก็ตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\alpha < 0.05$ ) กลยุทธ์การส่งเสริมการใช้สั่งใช้ยาสมุนไพรควรมีช่องทางและศูนย์เรียนรู้ของแพทย์แผนไทยร่วมกับภูมิปัญญาของชาวบ้านในชุมชน ส่วนในสถานบริการควรมีการส่งเสริมและพัฒนาระบบบริการแพทย์แผนไทย ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการสั่งใช้ยาสมุนไพรคือ หน่วยบริการไม่มีแพทย์แผนไทยเจ้าหน้าที่ยังขาดความรู้ ประชาชนขาดความเชื่อมั่นในการใช้ยาสมุนไพร ยาสมุนไพรต้นทุนสูง หมดอายุเร็ว และขาดการส่งเสริมอย่างจริงจังจากผู้เกี่ยวข้อง ควรมีการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในทุกหน่วยบริการ จากผลการวิจัยควรส่งเสริมและพัฒนาองค์ความรู้ด้านการใช้สมุนไพรแก่บุคลากรสาธารณสุข จัดให้มีแพทย์แผนไทยทุกหน่วยบริการในระดับปฐมภูมิ จัดทำแนวทางปฏิบัติเรื่องการสั่งใช้ยาสมุนไพรและรายการยาสมุนไพรให้เพียงพอและครอบคลุมอาการป่วยของผู้รับบริการ เพื่อให้เกิดการสั่งใช้ยามากขึ้น

**คำสำคัญ:** ปัจจัย, ยาสมุนไพร, หน่วยบริการปฐมภูมิ

<sup>1</sup>เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต

<sup>1</sup>Pharmacist, Professional Level, Division of Consumer Protection and Public Health Pharmacy, Phuket Provincial Public Health Office. E-mail: pud063@yahoo.com



## Abstract

This descriptive research aimed to study the level of herbal medicine usage in primary care units in Phuket Province and the relation between knowledge and opinions on prescribing herbal medicines and the prescription of herbal medicines by public health personnel in primary care units in Phuket Province. Data was collected from 112 public health personnel in primary care units in Phuket Province between January – June 2023 by using questionnaires. Data was analyzed using frequency, distribution, percentage, mean and standard deviation. Chi-square and Pearson's Product Moment Correlation statistics were used to analyzed factor correlations. The results showed that most public health personnel that answered the questionnaires were female (72.3%), aged between 31 – 40 years (34.8%), were single (43.7%), were public health technical officer (38.4%), had a bachelor's degree (86.6%), had 6 – 15 years of working experience (32.1%), had monthly income of more than 25,000 baht (42.9%), most prescribed herbal medicines on occasion (58.9%). The top 3 most commonly used herbal medicines were *Andrographis paniculata* capsules (67.0%), *Phyllanthus emblica* cough syrup (61.1%), and Ma Waeng cough lozenges (52.7%), respectively. The top 3 symptoms that had these public health personnel prescribe the medicines were flu (73.2%), cough with phlegmon (66.01%), and flatulence (47.3%), respectively. The overall level of knowledge about prescribe herbal medicine was at a moderate level (72.3%). Their overall opinions on herbal medicine prescription was also at moderate level (67.9%). It was found that professional and work experience was related to the frequency of herbal medicines being prescribed in Phuket primary care units statistically significant ( $\alpha < 0.05$ ). The strategy for promoting the use of herbal medicine prescriptions should go through proper channels and learning centers of Thai traditional medicine working in tandem with local wisdom in the community. The regulatory system with regards to Thai traditional medicine should be promoted and developed. Factors that hinder the prescription of herbal medicines is that the service unit does not have Thai traditional medicine personnel while other officials still lack knowledge resulting in not having confidence in the use of herbal medicines. Herbal medicines have high costs, expire quickly and lack serious promotion from relevant parties. The use of herbal medicines should be promoted in every service unit. Based on the research results, knowledge on the use of herbs should be promoted and developed among public health personnel Thai traditional medicine personnel should be available for service in every primary care unit, guidelines for the use of herbal medicines should be established and a list of herbal medicines that are adequate and cover the patient's illnesses should be made available for more drug prescriptions.

**Keywords:** Factors, Herbal medicine, Primary Care Units



## บทนำ

การส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพร เป็นนโยบายสำคัญของรัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุข โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดการนำเข้ายาจากต่างประเทศ ใช้วัตถุดิบที่มีในประเทศมาใช้ผลิตยารักษาโรค เกิดการพึ่งพาตนเองในระบบสุขภาพ ช่วยสนับสนุนเกษตรกรในการผลิตวัตถุดิบเพื่อนำมาใช้ทำยาสมุนไพร รวมทั้งต้องการให้ยาสมุนไพรและผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร ช่วยขับเคลื่อนเศรษฐกิจ และการท่องเที่ยว ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายมุ่งเน้น ประจำปีงบประมาณ 2566 ที่เกี่ยวข้องกับส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพร<sup>1</sup> ประกอบด้วย นายอนุทิน ชาญวีรกูล รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข มอบนโยบายและกำหนดเป้าหมาย “ประชาชนแข็งแรง เศรษฐกิจไทยเข้มแข็ง ประเทศไทยแข็งแรง” ประเด็นที่ 4 นำสุขภาพขับเคลื่อนเศรษฐกิจ (Health for Wealth) ส่งเสริมผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ สมุนไพรและภูมิปัญญาไทย การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และขยายสู่การเป็นศูนย์กลางบริการสุขภาพ และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพของภูมิภาคและประชาคมโลก นายสาธิต ปิตุเตชะ รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข มอบนโยบายและกำหนดเป้าหมาย “ดูแลกาย รักษาใจ สร้างภูมิคนไทย ก้าวต่อไปแข็งแรง” ข้อ 3 ผลักดันการใช้ทรัพยากรสาธารณสุขเพื่อขับเคลื่อนเศรษฐกิจ ส่งเสริม และสนับสนุนการบริโภคผักพื้นบ้านและสมุนไพรไทยตามนโยบายอาหารเป็นยา ส่งเสริมการใช้และพัฒนาสมุนไพรภายในประเทศและผลิตภัณฑ์การแพทย์แผนไทย เพื่อเพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจ และสนับสนุนการส่งออกเพื่อกระตุ้นเศรษฐกิจ ส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและยกระดับให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (Medical Hub) และ นายโอภาส การย์กวินพงศ์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข มอบนโยบายและกำหนดเป้าหมาย “สุขภาพคนไทยเพื่อสุขภาพประเทศไทย”

ข้อ 5 ส่งเสริมให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์และสุขภาพนานาชาติด้านบริการทางการแพทย์ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ บริการวิชาการและงานวิจัย การส่งเสริมสุขภาพ สนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สมุนไพร ภูมิปัญญาไทย และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ เพื่อเพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจ นอกจากนี้แผนแม่บทแห่งชาติ ว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2560 – 2564<sup>2</sup> ได้กำหนดวิสัยทัศน์ “สมุนไพรไทยเพื่อความมั่นคงทางสุขภาพและความยั่งยืนของเศรษฐกิจไทย” (Thai Herbs for Health and Sustainable Economy) ภายใต้ 4 ยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย ยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมผลิตผลของสมุนไพรไทยที่มีศักยภาพตามความต้องการของตลาด ทั้งในและต่างประเทศ ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาอุตสาหกรรมและการตลาดสมุนไพรให้มีคุณภาพระดับสากล ยุทธศาสตร์ที่ 3 ส่งเสริมการใช้สมุนไพรเพื่อการรักษาโรคและส่งเสริมสุขภาพ ยุทธศาสตร์ที่ 4 สร้างความเข้มแข็งของการบริหารและนโยบายภาครัฐ เพื่อการขับเคลื่อนสมุนไพรไทยอย่างยั่งยืน

ในส่วนของจังหวัดภูเก็ต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต ได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาศูนย์สุขภาพจังหวัดภูเก็ต ภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) และภายใต้แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข<sup>3</sup> จัดทำขึ้นเพื่อเป็นกรอบแนวทางในการขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ตให้บรรลุเป้าหมายประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน อันจะนำพาประเทศไปสู่ความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน ยุทธศาสตร์ที่ 2 กลยุทธ์ที่ 3 ส่งเสริมและสนับสนุนการใช้ยาสมุนไพรให้มีความเป็นเลิศ โดดเด่น และมีมาตรฐานนานาชาติ

การพัฒนาส่งเสริมการจัดบริการ และการใช้สมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขเพื่อให้มีการรักษา



ตามแนวทางการแพทย์แผนไทย เป็นหนึ่งในกระบวนการ การดูแลรักษาสุขภาพอนามัยของประชาชนในสถาน บริการสาธารณสุขของรัฐ โดยกรมการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก<sup>4</sup> จัดให้มีคลินิกการแพทย์ แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกแบบครบวงจร กำหนดมาตรฐานแนวทางเวชปฏิบัติในการรักษาโรค ทางการแพทย์แผนไทย และสร้างความเชื่อมั่นใน การใช้ยาแผนไทย โดยมีเป้าหมายเป็นสถานบริการ สาธารณสุขมีบริการแพทย์แผนไทยโดยเฉพาะการ รักษาด้วยยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ อย่างน้อย 10 รายการ ร้อยละ 100 และมีมาตรฐาน แนวทางเวชปฏิบัติในการรักษาโรคทางการแพทย์ แผนไทย อย่างน้อย 25 โรค ใน 5 ปี โดยมีมาตรการ การจัดการและการเข้าถึงยาจากสมุนไพรในบัญชียา หลักแห่งชาติ เพื่อให้มีรายการยาสมุนไพรในบัญชียา หลักแห่งชาติที่ครอบคลุมโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุข ทุกโรค และให้ประชาชนสามารถเข้าถึงตำรับยาสมุนไพร ในบัญชียาหลักแห่งชาติในสถานบริการสาธารณสุข ทุกระดับ โดยมีเป้าหมายเป็นจำนวนรายการยาสมุนไพร ในบัญชียาหลักแห่งชาติเพิ่มขึ้นอย่างน้อยปีละ 10 รายการ และมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุข เพิ่มขึ้นเฉลี่ย ร้อยละ 10 ต่อปี ซึ่งจากการวิเคราะห์ ข้อมูลมูลค่าการใช้ยาสมุนไพร และจำนวนครั้งใน การจ่ายยาสมุนไพรของสถานบริการภาครัฐ ตั้งแต่ ปีงบประมาณ 2560 – 2565 ในระดับประเทศ ระดับ เขตสุขภาพที่ 11 และหน่วยบริการปฐมภูมิระดับ จังหวัดภูเก็ต พบว่ามูลค่าการใช้ยาสมุนไพร และ จำนวนครั้งของการใช้ยาสมุนไพรในหน่วยบริการ สาธารณสุขของรัฐ ในระดับประเทศ เขตสุขภาพ และหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดภูเก็ต ตั้งแต่ ปีงบประมาณ 2560 – 2565 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในช่วงปีงบประมาณ 2560 – 2562 และเริ่มลดลง ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2563

จากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา ข้างต้นดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัย ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาสมุนไพรในหน่วยบริการ ปฐมภูมิจังหวัดภูเก็ต เพื่อเป็นรูปแบบวิธีการส่งเสริม การใช้ยาสมุนไพรให้สอดคล้องกับสถานการณ์การใช้ ยาสมุนไพรในหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดภูเก็ต

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับการใช้ยาสมุนไพรในหน่วย บริการปฐมภูมิในจังหวัดภูเก็ต
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และความคิดเห็นในการสั่งใช้ยาสมุนไพรกับการสั่งใช้ ยาสมุนไพรของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการ ปฐมภูมิในจังหวัดภูเก็ต

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาชนิด สํารวจ (Survey Descriptive Research)

#### 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือบุคลากร สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัด ภูเก็ต ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการ สาธารณสุข แพทย์แผนไทย เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข จำนวนรวมทั้งสิ้น 127 คน คํานวณกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ สูตร ยามาเน่<sup>6</sup>

$$n = N/1+N(e)^2$$

โดยที่ n : คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N : คือ ขนาดของประชากร

e : คือ ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ ในที่นี้กำหนด 0.05

$$\text{แทนค่าสูตร } n = 127/1+127(0.05*0.05)$$

$$n = 96.39$$

ผู้วิจัยได้บวกเพิ่มตัวอย่างที่คาดว่าจะไม่ สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้อีก 15% ซึ่งจาก



ตัวอย่างนี้คือ ประมาณ 16 ราย ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจะเท่ากับ 112 ราย<sup>7</sup> การสุ่มตัวอย่างโดยใช้ความน่าจะเป็น (Probability Sampling) โดยวิธีจับสลาก (Lottery) มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

1) กำหนดหมายเลขประจำตัวให้แก่สมาชิกทุกหน่วยในประชากร

2) นำหมายเลขประจำตัวของสมาชิกมาจัดทำเป็นสลาก

3) จับสลากขึ้นมาที่หมายเลขจนกระทั่งครบจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ โดยสลากที่จับมาแล้วจะไม่ใส่คืน ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสมากขึ้นในการสุ่ม โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัคร (Eligibility Criteria) ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานด้านการตรวจรักษา การวินิจฉัยโรค และการส่งจ่ายยาให้กับผู้ป่วยที่มารับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดภูเก็ต ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข แพทย์แผนไทย เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานตามที่ได้รับมอบหมายมาแล้วมากกว่า 1 ปี

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างที่ถอนตัวออกจากการวิจัย หรือไม่อยู่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิในช่วงที่ทำการศึกษา

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการสังเคราะห์แนวคิดทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาสมุนไพร ในหน่วยบริการปฐมภูมิ แบ่งเป็น 5 ส่วน

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส วิชาชีพ ระดับการศึกษาสูงสุด ประสบการณ์การทำงาน และรายได้

ต่อเดือน

- ส่วนที่ 2 การสั่งจ่ายยาสมุนไพรของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วย การสั่งจ่ายยาสมุนไพร รายการยาสมุนไพรที่ท่านใช้บ่อย 3 อันดับ และอาการป่วยของผู้ที่มารับบริการที่ท่านสั่งจ่ายยาสมุนไพรมากที่สุด 3 โรค

- ส่วนที่ 3 ความรู้เรื่องการสั่งจ่ายยาสมุนไพรของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 21 ข้อ

- ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นในการสั่งจ่ายยาสมุนไพรของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ

- ส่วนที่ 5 ข้อเสนอแนะวิธีปรับปรุงวิธีการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพร ให้สอดคล้องกับสถานการณ์การใช้ยาสมุนไพร จำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วย ท่านคิดว่ามีกลยุทธ์อะไรบ้าง ที่จะส่งเสริมการใช้ส่งจ่ายยาสมุนไพรในหน่วยบริการปฐมภูมิ ท่านคิดว่าอะไรเป็นปัจจัยอุปสรรคในการส่งจ่ายยาสมุนไพรในหน่วยบริการปฐมภูมิ และท่านมีข้อเสนอแนะอย่างไรบ้าง ในการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ทดสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยมีการนำแนวข้อคำถามให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย เกษัชกรเชี่ยวชาญ 1 ท่าน เกษัชกรชำนาญการพิเศษ 1 ท่าน และนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ที่มีประสบการณ์ในการส่งจ่ายยาสมุนไพรในหน่วยบริการปฐมภูมิมานานกว่า 10 ปี 1 ท่าน ร่วมให้ความเห็นตรวจสอบ แก้ไขและปรับปรุงให้มีความสมบูรณ์ ตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบสอบถามด้านความสอดคล้องของข้อคำถามในแบบสอบถามกับหัวข้อการวิจัยเกณฑ์คะแนนจากผู้เชี่ยวชาญนำมาคำนวณหาค่าโดยวิธี Index of Item Objective Congruence (IOC) ข้อคำถามที่มีค่า IOC > 0.5 นำไปทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไป



ทำการทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ชุด โดยหาค่าสัมประสิทธิ์ Alpha (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติในการวิเคราะห์ พบว่าแบบสอบถามความรู้ในการสั่งใช้ยาสมุนไพรของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีค่าสัมประสิทธิ์ Alpha = 0.819 และแบบสอบถามความคิดเห็นในการสั่งใช้ยาสมุนไพรของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีค่าสัมประสิทธิ์ Alpha = 0.751

### 3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ประสานงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ โรงพยาบาลวิระภูเก็ต โรงพยาบาลกระบี่ โรงพยาบาลป่าตอง โรงพยาบาลกลาง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทุกแห่ง เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์การจัดเก็บข้อมูล

เก็บข้อมูลด้วยวิธีส่งแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบ ในช่วงเดือนมกราคม - มิถุนายน 2566

### 4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ตรวจสอบความสมบูรณ์และความครบถ้วนของข้อมูลที่ได้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วย Chi-Square Pearson's Product Moment Correlation และประมวลข้อเสนอแนะของกลุ่มตัวอย่างและสังเคราะห์เป็นยุทธศาสตร์การพัฒนา

### 5. การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต ที่ PKPK 001/66 ลงวันที่ 24 มีนาคม 2566 กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์

ถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกกลุ่มตัวอย่าง

### ผลการศึกษา

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าเป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.3 เพศชาย ร้อยละ 34.8 มีอายุ 31 - 40 ปี มากที่สุด ร้อยละ 34.8 รองลงมาอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี ร้อยละ 27.7 และอายุมากกว่า 50 ปี น้อยที่สุด ร้อยละ 17.9 สถานภาพโสดมากที่สุด ร้อยละ 43.7 รองลงมาสมรส ร้อยละ 43.8 และหม้ายหรือหย่า หรือแยกน้อยที่สุด ร้อยละ 8.9 วิชาชีพเป็นนักวิชาการสาธารณสุขมากที่สุด ร้อยละ 38.4 รองลงมาเป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 32.1 แพทย์น้อยที่สุด ร้อยละ 2.7 ระดับการศึกษาสูงสุด อยู่ในระดับปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 86.6 รองลงมาปริญญาโท ร้อยละ 8.0 ประกาศนียบัตรวิชาชีพหรืออนุปริญญา น้อยที่สุด ร้อยละ 5.4 ประสบการณ์การทำงาน ในช่วง 6 - 15 ปี มากที่สุด ร้อยละ 32.1 รองลงมา น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี ร้อยละ 28.6 และอยู่ในช่วง 16 - 25 ปี น้อยที่สุด ร้อยละ 15.2 รายได้ต่อเดือน มากกว่า 25,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 42.9 รองลงมา 15,001 - 20,000 บาท ร้อยละ 23.2 และน้อยกว่า 15,000 บาท และ 20,001 - 25,000 บาท น้อยที่สุด ร้อยละ 17.0 เท่ากัน

#### ส่วนที่ 2 การสั่งใช้ยาสมุนไพรในหน่วยบริการปฐมภูมิ

การสั่งใช้ยาสมุนไพรของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่า มีการสั่งจ่ายยาสมุนไพรบางโอกาส ร้อยละ 58.9 และมีการสั่งจ่ายยาสมุนไพรเป็นประจำ ร้อยละ 41.1 ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ การสั่งใช้ยาสมุนไพรของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ (n = 112)

การสั่งใช้ยาสมุนไพรในหน่วยบริการ	จำนวน	ร้อยละ
สั่งใช้ยาสมุนไพรเป็นประจำ	46	41.1
สั่งใช้ยาสมุนไพรบางโอกาส	66	58.9

รายการยาสมุนไพรที่ใช้บ่อย 3 อันดับแรก ได้แก่ ฟ้าทะลายโจรแคปซูล ยาแก้ไอมะขามป้อม ยามอมแก้ไอมะแว้ง ร้อยละ 67.0, 61.1 และ 52.7 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 บุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่สั่งใช้ยาสมุนไพรแต่ละรายการ (n = 112)

รายการยาสมุนไพรที่ท่านใช้บ่อย	จำนวน	ร้อยละ
ฟ้าทะลายโจรแคปซูล	75	67.0
ยาน้ำแก้ไอมะขามป้อม	69	61.6
ยามอมแก้ไอมะแว้ง	59	52.7
ขมิ้นชันแคปซูล	46	41.1
มะขามแขกแคปซูล	28	25.0
เถาวัลย์เปรียงแคปซูล	26	23.2
ครีมไพล	12	10.7
เพชรสังฆาตแคปซูล	1	0.9
เจลว่านหางจระเข้	1	0.9
ยาเหลืองปิดสมุทร	1	0.9
จันทน์ลีลา	0	0
น้ำมันกัญชาหมอเดชา	0	0

อาการป่วยของผู้ที่มารับบริการ 3 อันดับแรก ได้แก่ ไข้หวัด ไอ มีเสมหะ และท้องอืดท้องเฟ้อ ร้อยละ 73.2, 66.1 และ 47.3 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิที่สั่งใช้ยาสมุนไพรในผู้ป่วย จำแนกรายอาการป่วยของผู้ที่มารับบริการ (n = 112)

อาการป่วยของผู้ที่มารับบริการที่สั่งใช้ยาสมุนไพร	จำนวน	ร้อยละ
ไข้หวัด	82	73.2
ไอ มีเสมหะ	74	66.1
ท้องอืดท้องเฟ้อ	53	47.3
ปวดกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้ออักเสบ	52	46.4
ท้องผูก	32	28.6



ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิที่สั่งจ่ายยาสมุนไพรในผู้ป่วย  
จำแนกรายอาการป่วยของผู้ที่มารับบริการ (n = 112) (ต่อ)

อาการป่วยของผู้ที่มารับบริการที่สั่งจ่ายยาสมุนไพร	จำนวน	ร้อยละ
ท้องเสีย	2	1.8
ริดสีดวงทวาร	1	9
นอนไม่หลับ	0	0
แผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก	0	0
มะเร็ง (Palliative)	0	0

### ส่วนที่ 3 ความรู้ในการสั่งจ่ายยาสมุนไพรของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ความรู้ในการสั่งจ่ายยาสมุนไพรของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้ในการใช้โพลเป็นสมุนไพรที่นิยมเอามาทำครีมโพลและใส่ในลูกประคบเพื่อบรรเทาอาการปวดเมื่อย ร้อยละ 100 รองลงมาคือ การใช้เพชรสังฆาตแคปซูลนำมาใช้เป็นยาทดแทนยาแผนปัจจุบันในการบรรเทาอาการโรคริดสีดวงทวารเนื่องจากมีผลการวิจัยว่ามีสรรพคุณในการรักษาใกล้เคียงกัน ร้อยละ 92.9 และ

น้อยที่สุดคือ ยาสมุนไพรฟ้าทะลายโจรสามารถใช้รักษาผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ที่มีอาการไม่รุนแรง โดยขนาดที่ใช้รักษาคือ แคปซูลฟ้าทะลายโจรขนาด 500 mg ครั้งละ 3 เม็ด วันละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 5 วัน ร้อยละ 11.6

ระดับความรู้โดยรวมในการสั่งจ่ายยาสมุนไพรของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 72.3 รองลงมาคือ มีความรู้ระดับต่ำ ร้อยละ 15.2 น้อยที่สุดคือ มีความรู้ระดับสูง ร้อยละ 12.5 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ จำแนกตามระดับของความรู้ในการสั่งจ่ายยาสมุนไพร (n = 112)

ระดับความรู้	ค่าคะแนน	จำนวน	ร้อยละ
สูง	17 - 21	14	12.5
ปานกลาง	13 - 16	81	72.3
ต่ำ	0 - 12	17	15.2

### ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นในการสั่งจ่ายยาสมุนไพรของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ความคิดเห็นในการสั่งจ่ายยาสมุนไพรของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ พบมีความเห็นว่าหน่วยบริการปฐมภูมิ ควรมีตำแหน่งแพทย์แผนไทยทุกแห่งเพื่อให้เกิดการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพร ( $\bar{X}$  = 4.5, S.D. = 0.7) ในระดับสูง, การให้ความรู้บุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีส่วนช่วยอย่างมากในการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรของหน่วยบริการ

ปฐมภูมิ ( $\bar{X}$  = 4.3, S.D. = 0.6) ในระดับสูง และการกำหนดนโยบายจากผู้บริหารระดับสูงยังไม่มี ความชัดเจนในการปฏิบัติ ควรมีความชัดเจนมากกว่านี้ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติเข้าใจง่าย ( $\bar{X}$  = 1.8, S.D. = 0.6) ในระดับต่ำ

ความคิดเห็นในการสั่งจ่ายยาสมุนไพรของบุคลากรสาธารณสุขในภาพรวม พบว่ามีความคิดเห็นในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 67.9 รองลงมา มีความคิดเห็นในระดับต่ำ ร้อยละ 25.0 และมีความคิดเห็นในระดับสูงน้อยที่สุด ร้อยละ 7.1 ดังตารางที่ 5



ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ จำแนกตามระดับความคิดเห็นในการสั่งจ่ายยาสมุนไพร (n = 112)

ระดับความคิดเห็น	ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ )	จำนวน	ร้อยละ
สูง	3.51 – 5.00	8	7.1
ปานกลาง	2.51 – 3.50	76	67.9
ต่ำ	1.00 – 2.50	28	25.0

ส่วนที่ 5 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทั่วไป ความรู้ และความคิดเห็นกับการสั่งจ่ายยาสมุนไพร ของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ

สมมุติฐานการวิจัย ปัจจัยด้านลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับการสั่งจ่ายยาสมุนไพรในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านข้อมูลทั่วไปกับการสั่งจ่ายยาสมุนไพรของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่าวิชาชีพและประสบการณ์การทำงานมีความสัมพันธ์กับการสั่งจ่ายยาสมุนไพรในหน่วยบริการปฐมภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\alpha < 0.05$ ) ส่วนเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ต่อเดือน ไม่มีความสัมพันธ์กับการสั่งจ่ายยาสมุนไพรในหน่วยบริการปฐมภูมิ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะกับการสั่งจ่ายยาสมุนไพรของบุคลากรสาธารณสุข ในหน่วยบริการปฐมภูมิ (n = 112)

ปัจจัยด้านคุณลักษณะ	การสั่งจ่ายยาสมุนไพร						$\chi^2$	df	p-value
	สั่งใช้เป็นประจำ		สั่งใช้บางโอกาส		รวม				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
<b>วิชาชีพ</b>									
แพทย์	0	0	3	100	3	100	16.099	4	0.002*
แพทย์แผนไทย	10	83.3	2	16.7	12	100			
พยาบาล	12	33.3	24	66.7	36	100			
นักวิชาการสาธารณสุข	13	30.2	30	69.8	43	100			
เจ้าพนักงานสาธารณสุข	11	61.1	7	38.9	18	100			
<b>ประสบการณ์การทำงาน (ปี)</b>									
≤ 5	10	31.3	22	68.8	32	100	10.816	3	0.013*
6 – 15	14	38.9	22	61.1	36	100			
16 – 25	13	76.5	4	23.5	17	100			
>25	9	33.3	18	66.7	27	100			

\* $\alpha < 0.05$



**สมมุติฐานการวิจัย** ความรู้ในการใช้ยาสมุนไพร มีความสัมพันธ์กับการสั่งใช้ยาสมุนไพรของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการสั่งใช้ยาสมุนไพรกับการสั่งใช้ยาสมุนไพรของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่าระดับความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับการสั่งจ่ายยาสมุนไพรของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ

**สมมุติฐานการวิจัย** ความคิดเห็นในการสั่งใช้ยาสมุนไพร มีความสัมพันธ์กับการสั่งใช้ยาสมุนไพรของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ความสัมพันธ์ระหว่างความคิดเห็นในการสั่งใช้ยาสมุนไพรกับการสั่งใช้ยาสมุนไพรของบุคลากรสาธารณสุข ในหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่าระดับ

ตารางที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับความคิดเห็นในการสั่งใช้ยาสมุนไพรของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ (n = 112)

	ความคิดเห็นในการสั่งใช้ยาสมุนไพรของบุคลากรสาธารณสุข	
	r	p-value
ความรู้ในการสั่งใช้ยาสมุนไพร ของบุคลากรสาธารณสุข	.027	.781

\* $\alpha < 0.05$

**ส่วนที่ 7 ข้อเสนอแนะวิธีปรับปรุงวิธีการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ**

กลยุทธ์การส่งเสริมการใช้สั่งใช้ยาสมุนไพรในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยมีช่องทางและศูนย์เรียนรู้ของแพทย์แผนไทยร่วมกับภูมิปัญญาของชาวบ้านในชุมชน ในสถานบริการ ควรมีการส่งเสริมและพัฒนาระบบบริการแพทย์แผนไทย โดยมีการใช้ยาสมุนไพรและพัฒนาความรู้เจ้าหน้าที่ในการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน

ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการสั่งใช้ยา

ความคิดเห็นไม่มีความสัมพันธ์กับการสั่งใช้ยาสมุนไพรของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ

**ส่วนที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และความคิดเห็นกับการสั่งจ่ายยาสมุนไพรของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิใน**

**สมมุติฐานการวิจัย** ความรู้มีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นในการสั่งใช้ยาสมุนไพรของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และความคิดเห็นกับการสั่งใช้ยาสมุนไพรของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่าความรู้ในการสั่งใช้ยาสมุนไพรไม่มีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นในการสั่งใช้ยาสมุนไพรของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ ดังตารางที่ 9

ความคิดเห็นในการสั่งใช้ยาสมุนไพรของบุคลากรสาธารณสุข

r p-value

.027 .781

สมุนไพรในหน่วยบริการปฐมภูมิ คือหน่วยบริการไม่มีแพทย์แผนไทย และเจ้าหน้าที่ยังขาดความรู้ประชาชนขาดความเชื่อมั่นในการใช้ยาสมุนไพร ยาสมุนไพรต้นทุนสูง หมาดอายุเร็ว และขาดการส่งเสริมอย่างจริงจังจากผู้เกี่ยวข้อง

ข้อเสนอแนะในการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในหน่วยบริการปฐมภูมิ คือ ส่งเสริมการใช้สมุนไพรทั้งในโรงพยาบาล และ รพ.สต. มีแนวทางปฏิบัติในการจ่ายยาสมุนไพรมาให้ผู้ปฏิบัติงาน และมีแพทย์แผนไทย ที่โรงพยาบาลและ รพ.สต. ให้เพียงพอทุกหน่วยบริการ



### สรุปและอภิปรายผล

ลักษณะทั่วไปทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีความสัมพันธ์กับการสั่งใช้ยาสมุนไพรในหน่วยบริการปฐมภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\alpha < 0.05$ ) โดยที่แพทย์แผนไทยมีการสั่งใช้ยาสมุนไพรเป็นประจำมากกว่าตำแหน่งอื่น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ธนากร ประทุมชาติ และ ปัตพงษ์ เกษสมบุญ<sup>8</sup> ที่ศึกษาการสั่งใช้ยาสมุนไพรของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองบัวลำภู พบว่าวิชาชีพมีความสัมพันธ์กับการสั่งใช้ยาสมุนไพร เนื่องจากในสถานบริการสาธารณสุขหน่วยปฐมภูมิ แพทย์แผนไทย พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน เป็นตำแหน่งหลักที่ให้บริการการรักษาพยาบาลกับผู้ป่วย และประสบการณ์การทำงานมีความสัมพันธ์กับการสั่งจ่ายยาสมุนไพรในหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\alpha < 0.05$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ ปัทมา ศิริวรรณ<sup>9</sup> ที่ศึกษาความรู้ ทักษะ การรับรู้ และการใช้ยาสมุนไพรของผู้ให้บริการและผู้รับบริการในโรงพยาบาลแม่ทา อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน พบว่าส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 80.0 แต่แตกต่างจากการศึกษาของปวันรัตน์ กิจเฉลา และ วิศรี วายูรกุล<sup>10</sup> ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสั่งจ่ายยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติของแพทย์แผนปัจจุบันในจังหวัดปทุมธานี พบว่าประสบการณ์ในการทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับการสั่งใช้ยาสมุนไพร

ระดับความรู้โดยรวมในการสั่งใช้ยาสมุนไพรของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดภูเก็ต พบว่ามีความรู้ระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 72.3 ซึ่งแตกต่างกับ นิลเนตร วีระสมบัติ และคณะ<sup>11</sup> ที่ศึกษาการใช้ยาจากสมุนไพรในระบบบริการสุขภาพปัจจุบัน : กรณีศึกษาเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอ

สูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา พบว่าปัจจัยด้านผู้ให้บริการแผนปัจจุบันคือ มีความรู้ในการใช้สมุนไพรน้อย ไม่ทราบสรรพคุณและผลข้างเคียงที่ชัดเจน และสอดคล้องกับการศึกษาของ ปัทมา ศิริวรรณ<sup>9</sup> ที่ศึกษาความรู้ ทักษะ การรับรู้ และการใช้ยาสมุนไพรของ ผู้ให้บริการและผู้รับบริการในโรงพยาบาลแม่ทา อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน พบว่าการที่ผู้สั่งยาไม่มีความรู้ในการใช้ และไม่ทราบแนวทางการใช้ยา ส่งผลให้อัตราการบริโภคยาสมุนไพรและยาแผนไทยยังคงอยู่พบว่ามีอยู่ในระดับต่ำ

การสั่งใช้ยาสมุนไพรของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดภูเก็ต พบว่ามีการสั่งจ่ายยาสมุนไพรบางโอกาสมากที่สุด ร้อยละ 58.9 ซึ่งแตกต่างจาก ธนากร ประทุมชาติ และ ปัตพงษ์ เกษสมบุญ<sup>8</sup> ศึกษาการสั่งใช้ยาสมุนไพรของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองบัวลำภู ซึ่งพบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองบัวลำภู มีพฤติกรรมในการสั่งใช้ยาสมุนไพรเป็นประจำมากที่สุด ร้อยละ 80

ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการสั่งใช้ยาสมุนไพรในหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดภูเก็ต คือ เจ้าหน้าที่ยังขาดความรู้ ประชาชนขาดความเชื่อมั่นในการใช้ยาสมุนไพร ซึ่งสอดคล้องกับ ปวันรัตน์ กิจเฉลา และ วิศรี วายูรกุล<sup>10</sup> ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสั่งจ่ายยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติของแพทย์แผนปัจจุบันในจังหวัดปทุมธานี ที่พบว่าปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญในการสั่งจ่ายยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ ได้แก่ แพทย์ไม่รู้จักขนาดยาและสรรพคุณของยา ไม่ทราบแนวทางการใช้ยาที่มีประสิทธิภาพความปลอดภัย และไม่เชื่อมั่นในคุณภาพของยาสมุนไพร

กลยุทธ์การส่งเสริมการใช้สั่งใช้ยาสมุนไพรในหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดภูเก็ต โดย



มีช่องทางและศูนย์เรียนรู้ของแพทย์แผนไทย ร่วมกับภูมิปัญญาของชาวบ้านในชุมชน สถานบริการควรมีการส่งเสริมและพัฒนาระบบบริการ แพทย์แผนไทย โดยมีการใช้ยาสมุนไพรและพัฒนา ความรู้เจ้าหน้าที่ในการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการสั่งใช้ยาสมุนไพรในหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดภูเก็ต คือ หน่วยบริการไม่มีแพทย์แผนไทย เจ้าหน้าที่ยังขาด ความรู้ ประชาชนขาดความเชื่อมั่นในการใช้ยาสมุนไพร ยาสมุนไพรต้นทุนสูง หมดอายุเร็ว และขาดการส่งเสริมอย่างจริงจังจากผู้เกี่ยวข้อง ข้อเสนอแนะในการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรใน หน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดภูเก็ตคือ ควรส่งเสริม การใช้สมุนไพรทั้งในโรงพยาบาลและ รพ.สต. มีแนวทางปฏิบัติในการจ่ายยาสมุนไพรมาให้ ผู้ปฏิบัติงาน และมีแพทย์แผนไทยที่โรงพยาบาล และ รพ.สต. ให้เพียงพอทุกหน่วยบริการ สอดคล้องกับการศึกษาของ ณีภูริญา คำผล และ คณะ<sup>12</sup> ที่ศึกษาความคิดเห็นของบุคลากร สาธารณสุขต่อยาจากสมุนไพรและนโยบายการ ส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรในสถานบริการ สาธารณสุขที่พบว่า ความคิดเห็นของบุคลากร สาธารณสุขต่อยาสมุนไพร ได้แก่ การขาดความ เชื่อมั่นในประสิทธิภาพและความปลอดภัยจากการ ใช้ยาสมุนไพร ควรต้องเพิ่มการผลิตแพทย์แผนไทย การใช้กลยุทธ์ เช่น การทำให้ประชาชนคุ้นเคยกับ การใช้ยาสมุนไพรและร้องขอจากแพทย์เอง รวมทั้งการผลิตยาสมุนไพรใช้เองในโรงพยาบาล ส่วนปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพร เช่น ข้อกำหนดสัดส่วนและบัญชียาของ โรงพยาบาลที่เป็นยา ED:NED เกณฑ์การเบิกจ่าย ยาสมุนไพรชดเชยจากสำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติที่ไม่เอื้อต่อการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพร และเกณฑ์การรับรองคุณภาพมาตรฐาน

ยาสมุนไพรจากสำนักงานคณะกรรมการอาหาร และยา

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัยในครั้งนี้

1.1 นโยบายสำคัญที่ช่วยในเรื่องของ การส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพร เช่น การใช้ยาสมุนไพรเป็น First Line Drugs (ยาที่ถูกเลือกใช้ เป็นอันดับแรก) หรือยาสมุนไพรที่ใช้ทดแทนยาแผนปัจจุบัน ต้องทำให้บุคลากรสาธารณสุขมีความรู้ความเข้าใจ เพื่อให้มีความเชื่อมั่นและมั่นใจ ในการสั่งใช้ยาสมุนไพรมากขึ้น

1.2 การกำหนดนโยบาย ควรมีการ กำหนด ให้เป็นตัวชี้วัด และผู้บริหารมีการติดตาม ผู้รับผิดชอบงานอย่างสม่ำเสมอ

1.3 ควรให้เจ้าหน้าที่ที่จ่ายยาสมุนไพรในหน่วยบริการปฐมภูมิมีส่วนร่วมในการ กำหนดรายการยาสมุนไพร โดยมีขอบเขตคือต้อง เป็นยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ เนื่องจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จะทราบปัญหาความ เจ็บป่วยของประชาชนในพื้นที่ ซึ่งจะทำให้เกิดการ สั่งใช้ยาสมุนไพรมากขึ้น

1.4 เพิ่มการชดเชยค่าใช้จ่ายในการ สั่งใช้ยาสมุนไพรของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ ให้แก่หน่วยบริการ เพื่อให้มีความสมดุล กับต้นทุนของยาสมุนไพร

### 2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ศึกษาความรู้ความเข้าใจ ความ คิดเห็น และการยอมรับในการใช้ยาสมุนไพรของผู้ มาใช้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อให้ บุคลากรสาธารณสุขสามารถประเมินได้ว่า ควร กำหนดแนวทางส่งเสริมการใช้สมุนไพรไปใน ทิศทางใด

2.2 ศึกษาความต้องการในการใช้ยาสมุนไพรในกลุ่มโรคต่าง ๆ ของบุคลากร



สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ และผู้ใช้บริการ เพื่อให้สามารถกำหนดรายการยา สมุนไพรที่ใช้ให้ตรงกับความต้องการของผู้ ให้บริการ และผู้รับบริการ

2.3 ศึกษาการนโยบายของรัฐบาล หรือกระทรวงสาธารณสุข ที่มีผลกับการสั่งใช้ยา สมุนไพรของบุคลากรสาธารณสุข

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ นายแพทย์กฤษศักดิ์ กัญเกียรติกุล นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต เกษัชกรสมสุข สัมพันธ์ประทีป เกษัชกรเชี่ยวชาญ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต ที่ได้กรุณาให้ ข้อเสนอแนะและแนวทาง การดำเนินงาน เกษัชกร สมนึก ฮาเส็ม เกษัชกรชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต นายอนุ ยกทอง หัวหน้า

กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดภูเก็ต เกษัชกรตังตา มัสการ หัวหน้ากลุ่ม งานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ เกษัชกรชวัล วัลย์ เมฆสวัสดิชัย หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์แผน ไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสระบุรี ที่ช่วยเหลือและให้คำแนะนำในการ ทำวิจัยนี้ เครือข่ายแพทย์แผนไทยจังหวัดภูเก็ต ที่ ช่วยเหลือในการเก็บข้อมูลแบบสอบถาม บุคลากร ในหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดภูเก็ตทุกวิชาชีพที่ กรุณาตอบแบบสอบถามและเสนอข้อคิดเห็น ตลอดจนปัญหาและอุปสรรคในการใช้ยาสมุนไพร เจ้าหน้าที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเกษัช สุขารมณ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต ที่ คอยเป็นกำลังใจตลอดการทำงานวิจัย จนสำเร็จ ลุล่วงไปด้วยดี

### เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นโยบายมุ่งเน้นประจำปี 2566. [อินเทอร์เน็ต] 2566. [เข้าถึงเมื่อ 12 มกราคม 2566]. เข้าถึงจาก: <https://spd.moph.go.th/2023-focus-policy>
2. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. แผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการ พัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2560 - 2564. พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพมหานคร: บจก.ทีเอส อินเทอร์เน็ต; 2559.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต. การเชื่อมโยงยุทธศาสตร์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566. [อินเทอร์เน็ต] 2566. [เข้าถึงเมื่อ 12 มกราคม 2566]. เข้าถึงจาก: <https://pkto.moph.go.th/home.html>
4. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือผู้ปฏิบัติงานด้าน การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาล ชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2560.
5. กระทรวงสาธารณสุข. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์ Health Data Center (HDC) [อินเทอร์เน็ต] 2566. [เข้าถึงเมื่อ 12 มกราคม 2566]. เข้าถึงจาก: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
6. ศิริชัย กาญจนवासี, ดิเรก ศรีสุข, ทวีวัฒน์ ปิตยานนท์. การเลือกใช้สถิติที่เหมาะสมสำหรับการวิจัย ทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2535.



7. ธานินทร์ ศิลป์จารุ. การวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS. กรุงเทพฯ: บริษัท วี. อินเตอร์พรีนซ์; 2550.
8. ธนากร ประทุมชาติ, ปตพงษ์ เกษสมบุรณ์. การสั่งใช้ยาสมุนไพรของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองบัวลำภู.วารสารการพัฒนาศุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัย ขอนแก่น. 2558; 3(1): 97-112
9. ปัทมา ศิริวรรณ.ความรู้ ทักษะคติ การรับรู้ และการใช้ยาสมุนไพรของผู้ให้บริการและผู้รับบริการในโรงพยาบาลแม่ทา อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน. [การค้นคว้าอิสระ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2560.
10. ปวันรัตน์ กิจเฉลา, วิศรี วายุกุล. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสั่งจ่ายยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติของ แพทย์แผนปัจจุบันในจังหวัดปทุมธานี.วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2565; 15(2): 145-58.
11. ลเนตร วีระสมบัติ, วิไล ประกอบกิจ, ธิตยา ตันถาวร, พัชรี ริยะจันทร์, มณีรัตน์ สุดโต. การใช้ยาจากสมุนไพรในระบบบริการสุขภาพปัจจุบัน:กรณีศึกษาเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา.วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. 2554; 9(1): 47-55
12. ณีฎธิญา คำผล, ศักคนางค์ โตสงวน, มนทรัตม์ ถาวรเจริญทรัพย์, เนติ สุขสมบุรณ์, วันทนีย์ กุลเพ็ง, ศรีเพ็ญ ตันติเวสส. ความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขต่อยาจากสมุนไพร และ นโยบายการส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด; 2554.



## การพัฒนาระบบรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

### เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองจันทร์ จังหวัดศรีสะเกษ

## The development of medication error reporting system in Muangchan Health Promoting Hospitals, Sisaket Province

วันชนก แก้วคะตา<sup>1</sup>

Wanchanok Kaewka<sup>1</sup>

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาระบบการรายงานการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาใน รพ.สต. ที่มีประสิทธิผลให้มีการรายงานมากขึ้น 2) เพื่อค้นหาสาเหตุการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาใน รพ.สต. การศึกษาแบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนแรกเป็นการศึกษากึ่งทดลองแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 การพัฒนาหลักสูตรการอบรม ทดลองใช้หลักสูตร และประเมินหลักสูตร โดยทดสอบหลักสูตรด้วยการวัดความรู้เจ้าหน้าที่ รพ.สต. จำนวน 21 คน ก่อนและหลังการอบรมตามหลักสูตรที่กำหนด ระยะที่ 2 พัฒนาระบบรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาและทดสอบประสิทธิผลของระบบ ส่วนที่ 2 เป็นการค้นหาสาเหตุการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา โดยการวิเคราะห์ Root Cause ด้วยวิธีเทคนิคแผนภูมิแก๊งปลา เก็บรวบรวมข้อมูลการวัดความรู้ก่อนและหลังการอบรมด้วยแบบประเมินความรู้ วัดประสิทธิผลของระบบรายงานการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาก่อนและหลังการนำระบบรายงานไปใช้ ด้วยแบบบันทึกความคลาดเคลื่อนทางยา วิเคราะห์ข้อมูล โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ เปรียบเทียบจำนวน และอัตราของความคลาดเคลื่อนทางยาก่อนและหลังการพัฒนากระบวนการเรียนการสอน เปรียบเทียบความรู้กลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการอบรม ใช้สถิติ Paired t-test กำหนดนัยสำคัญที่  $p < 0.05$  วิเคราะห์สาเหตุการเกิด ความคลาดเคลื่อนโดยใช้แผนผังแก๊งปลา ประยุกต์เพื่อวิเคราะห์หา Root Cause Analysis ผลการศึกษาพบว่า ผลการทดสอบวัดความรู้เจ้าหน้าที่จาก 21 คน หลังการให้ความรู้ คะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จาก  $10.81 \pm 2.84$  เป็น  $13.71 \pm 1.35$ ,  $p < 0.001$ ) โดยเพิ่มจากระดับดีเป็นระดับดีมาก หลังพัฒนาระบบรายงาน มีการรายงานข้อมูลเพิ่มขึ้น 4.7 เท่า จำนวนรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา 78 ครั้ง คิดเป็นอัตรา 1.4 ครั้ง/100 ใบสั่งยา โดยพบรายงาน Pre-dispensing Error มากที่สุด 52 ครั้ง คิดเป็นอัตรา 0.9 ครั้ง/100 ใบสั่งยา วิเคราะห์สาเหตุด้วยเทคนิค Root Cause Analysis พบว่าสาเหตุส่วนใหญ่ของความคลาดเคลื่อนเกิดจาก การไม่ได้ตรวจสอบซ้ำ การพัฒนาระบบรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาใน รพ.สต. ที่ประกอบด้วยการจัดหลักสูตรอบรม และการพัฒนาวิธีการรายงาน ทำให้มีการรายงานข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาเพิ่มมากขึ้น สามารถนำข้อมูลมาทำ Root Cause Analysis ได้ ซึ่งจะทำให้เราสามารถวางระบบการป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทั้งนี้ควรมีการศึกษาต่อเนื่องในเรื่องของกระบวนการลดและป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาต่อไป

**คำสำคัญ:** ความคลาดเคลื่อนทางยา, เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา, การวิเคราะห์รากสาเหตุ

<sup>1</sup>เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลเมืองจันทร์

<sup>1</sup>Pharmacist, Professional Level. Division of Pharmacy and Consumer Protection, Muangchan Hospital.

Email: Jeab.Kaewkata4289@gmail.com



## Abstract

This quasi-experimental research aimed to study 1) the development of medication error report system in Muangchan Health Promoting Hospitals 2) the analysis of medication error causes in Muangchan Health Promoting Hospitals. The study was divided into 2 parts. Part 1 was conducted a quasi-experimental study consisted of 2 phases. Training course development, trying out the course and evaluation the course by knowledge measurement of 21 health personnel in Muangchan Health Promoting Hospitals using pre-tests and post-tests. In phase 2, developing medication error reporting system and testing its effectiveness was conducted. Part two was finding the cause of medication errors by using fishbone diagram for root cause analysis. The knowledge assessment data were collected from pre-tests and post-tests. Measure the effectiveness of medication error reporting system before and after the implementation of the reporting system by using medication error recording from and analyzing data with frequency, percentage, paired t-test with statistical significance level at  $p < 0.05$ , and root cause analysis. The results showed that knowledge assessment of 21 health personnel increased statistically (from  $10.81 \pm 2.84$  to  $13.71 \pm 1.35$ ,  $p < 0.001$ ) from good to very good. After the developed medication error reporting system was used, there were 78 medication error reports (rate 1.4 times per 100 prescriptions), a 4.7-times increase, pre-dispensing error was found the most, 52 times (rate 0.9 times per 100 prescriptions). Root cause analysis showed that the majority of medication error was from not double checking. This study can benefit an increase the number of medication error reports. Studying on reducing and preventing medication should be done continuously. Should apply this research for developing medication errors reduction procedure and protecting system.

**Keywords:** Medication Error, Adverse Drug Events, Root Cause Analysis

## บทนำ

ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication Error : ME) เป็นประเด็นความเสี่ยงด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยประเด็นหนึ่งที่มีความสำคัญ ปี พ.ศ. 2540 สถาบันการแพทย์ (Institute of Medicine: IOM) ของสหรัฐอเมริกาได้รายงานถึงความคลาดเคลื่อนทางการแพทย์ที่เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตถึง 44,000 – 98,000 คนต่อปี โดยยาเป็นสาเหตุที่ทำให้มีผู้เสียชีวิตถึง 7,000 คนต่อปี ซึ่งทำให้เกิดความวิตกกังวลและเกิดความไม่เชื่อมั่นในระบบบริการสุขภาพ<sup>1</sup>

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) ระบุอุบัติการณ์การเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาร้อยละ 42 ในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของประเทศสวีเดนและพบความคลาดเคลื่อนในการสั่งจ่ายยาในสหราชอาณาจักรร้อยละ 12 ซาอุดีอาระเบียร้อยละ 18.7 และเม็กซิโกร้อยละ 58 นอกจากนี้ มีการศึกษาในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Primary Care Unit) ของสหราชอาณาจักรพบมีอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาสูงถึงร้อยละ 50 ซึ่งเกิดขึ้นจากการขาดการทบทวน



ใบสั่งยา ปัญหาการสื่อสารระหว่างทีมสหวิชาชีพ และปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคประจำตัว จำเป็นต้องใช้ยาจำนวนมากจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาอย่างมีนัยสำคัญ

สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาในศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลตลิ่งชัน จังหวัดอุบลราชธานี พบความคลาดเคลื่อนทางยาร้อยละ 69.1<sup>3</sup> การศึกษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) อำเภอฝักไหม้ จังหวัดพระนครศรีอยุธยาพบความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยาร้อยละ 12.3<sup>4</sup> หากสามารถป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาได้จะเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย ทำให้ผลการรักษาของผู้ป่วยดีขึ้น

จากข้อมูลที่ผ่านมาพบว่า การรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาใน รพ.สต. เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองจันทร์ จังหวัดศรีสะเกษ ยังมีจำนวนรายงานค่อนข้างน้อย เกสซ์กรยังไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาที่แท้จริงได้ และการรับทราบข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาก่อนข้างล่าช้า ในปี พ.ศ. 2563 – 2565 มีรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา ใน รพ.สต. ทั้ง 4 แห่ง รวม 32 57 และ 43 ครั้ง จากจำนวนใบสั่งยาทั้งหมด ปี 2563 – 2565 จำนวน 17,073 15,085 และ 16,435 ใบสั่งยา ตามลำดับ อัตราความคลาดเคลื่อนทางยาที่รายงาน คิดเป็น 0.2 0.4 และ 0.3 ครั้ง/100 ใบสั่งยา ตามลำดับ สาเหตุที่มีการรายงานข้อมูลน้อย เกิดจากไม่ได้มีเกสซ์กรลงไปคอยกำกับติดตามข้อมูลอย่างต่อเนื่องเหมือนภายในโรงพยาบาล แบบรายงานเดิมเป็นแบบกระดาษ ซึ่งส่วนใหญ่จะเก็บไว้ในแฟ้มไม่สะดวกต่อการรายงานข้อมูล และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. บางคนยังขาดองค์ความรู้ในเรื่องความคลาดเคลื่อนทางยา ผู้ศึกษาได้ตระหนักถึงปัญหานี้จึงได้พัฒนาเครื่องมือรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาแบบออนไลน์ใน รพ.สต. นี้ขึ้นมา เพื่อให้เกสซ์กรสามารถเข้าถึงข้อมูลการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาใน

รพ.สต. มากขึ้น รวดเร็วขึ้น สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์ถึงรากสาเหตุที่แท้จริงของปัญหาได้ การทราบถึงสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความคลาดเคลื่อนทางยา จะทำให้สามารถวางแผนหรือระบบในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาได้ ส่งผลทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาทางยา อย่างถูกต้อง ปลอดภัย ไม่ก่อให้เกิดอันตรายและผลกระทบต่าง ๆ ตามมา ทำให้เกิดความเชื่อมั่นต่อระบบบริการสุขภาพ

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบรายงานการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาใน รพ.สต. ที่มีประสิทธิภาพให้มีการรายงานเพิ่มขึ้น
2. เพื่อค้นหาสาเหตุของการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาใน รพ.สต.

### วิธีดำเนินการวิจัย

#### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ในลักษณะกลุ่มเดียว แต่มี Intervention 2 ส่วน ส่วนแรก คือการพัฒนาบุคลากร ส่วนที่ 2 คือการพัฒนาวิธีการรายงาน รวมเรียกว่าการพัฒนากระบวนการพัฒนา เปรียบเทียบผลการพัฒนา ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยการเปรียบเทียบข้อมูลการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาก่อนและหลังการพัฒนากระบวนการพัฒนา เปรียบเทียบผลขององค์ประกอบย่อยของระบบคือกระบวนการพัฒนาความรู้บุคลากร Pre-test – Post-test Control One Group เก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือนกันยายน 2565 – เมษายน 2566

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มตัวอย่างสำหรับการพัฒนาหลักสูตร คือเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ทั้ง 4 แห่ง ในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองจันทร์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 21 คน ที่มีบทบาทหน้าที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการจัดการด้านยาใน รพ.สต. เช่น การสั่งจ่ายยา การจัดยา



การคัดลอกคำสั่งใช้ยา การบริหารยา การติดตามการใช้ยา การเบิกจ่ายยาและการดูแลระบบสำรองยาใน รพ.สต.

2. ข้อมูลการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาตามการรายงานตามรูปแบบเดิม ระหว่างเดือนกันยายน – ธันวาคม 2565 และในแบบรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาออนไลน์ ตามแบบ Google Form ที่พัฒนาขึ้น เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม – เมษายน 2566

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาออนไลน์ โดยใช้แบบ Google Form ที่พัฒนาขึ้น

2. แบบบันทึกจำนวนใบสั่งยาใน รพ.สต. ทั้ง 4 แห่ง โดยดึงข้อมูลจากโปรแกรม JHCIS ของ รพ.สต. ระหว่างเดือนมกราคม – เมษายน 2566

3. แบบทดสอบวัดความรู้เจ้าหน้าที่ รพ.สต. จำนวน 15 ข้อคำถาม แปลความหมายเป็น 4 ระดับ คือ ระดับดีมาก ดี ปานกลาง และน้อย

4. แนวปฏิบัติเรื่องความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (ME/ADE)

### วิธีการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

- **ระยะที่ 1** การพัฒนาหลักสูตร และการวัดผล ทดสอบวัดความรู้กลุ่มตัวอย่าง (Pre-test) จำนวน 21 คน เรื่องความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (ME/ADE) โดยใช้ 15 ข้อคำถาม จากนั้นอบรมเจ้าหน้าที่ตามหลักสูตรที่พัฒนาขึ้น โดยให้ความรู้กลุ่มตัวอย่างเรื่องความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (ME/ADE) ประเภทของความคลาดเคลื่อนทางยา รายละเอียดตัวอย่างเหตุการณ์ของแต่ละประเภท ความรู้ในการแบ่งระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยาตาม The National Coordinating Council for

Medication Error Reporting and Prevention Prevention (NCC MERP) และสาเหตุต่าง ๆ ที่อาจส่งผลให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาได้ และวัดความรู้กลุ่มตัวอย่างอีกครั้งหลังการอบรมเสร็จ (Post-test)

- **ระยะที่ 2** พัฒนาระบบรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication Error) ออนไลน์ โดยใช้แบบ Google Form ในการรายงานข้อมูลและนำระบบไปใช้ใน รพ.สต. ทั้ง 4 แห่ง ให้ความรู้เจ้าหน้าที่เกี่ยวกับวิธีรายงานข้อมูล และเอกสารวิธีปฏิบัติในการรายงานข้อมูล รวบรวมข้อมูลโดยการประมวลผลจากแบบ Google Form และนำข้อมูลมาวิเคราะห์หารากสาเหตุของปัญหาในเชิงลึก (Root Cause Analysis) เปรียบเทียบกับรายงาน 4 เดือนก่อนติดตั้งระบบ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) มีการอธิบายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ เปรียบเทียบข้อมูลจำนวนการรายงาน และอัตราของความคลาดเคลื่อนทางยาก่อนและหลังการพัฒนากระบวนการ การเปรียบเทียบข้อมูลการทดสอบวัดความรู้กลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการอบรมตามหลักสูตร ใช้สถิติ Paired t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.05$  การวิเคราะห์สาเหตุการเกิด ME โดยใช้แผนผังก้างปลาประกอบข้อมูลเพื่อวิเคราะห์หา Root Cause Analysis

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่รับรอง SPPh 2023-064 วันที่รับรอง 7 เมษายน 2566

### ผลการวิจัย

#### ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 21 คน เป็นเพศหญิง 15 คน (ร้อยละ 71.42) เพศชาย 6 คน



(ร้อยละ 28.57) ส่วนใหญ่อายุมากกว่า 45 ปี จำนวน 10 คน (ร้อยละ 47.62) ระดับการศึกษา ระดับปริญญาตรี หรือเทียบเท่ามากที่สุด จำนวน 15 คน (ร้อยละ 71.42) ตำแหน่งเจ้าหน้าที่ประจำ รพ.สต. มากที่สุด จำนวน

6 คน (ร้อยละ 28.57) รองลงมาคือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 5 คน (ร้อยละ 23.81) และผู้อำนวยการ รพ.สต. จำนวน 4 คน (ร้อยละ 19.04) ตามลำดับ (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณลักษณะ (n = 21)

คุณลักษณะ	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	6 (28.57)
หญิง	15 (71.42)
อายุ	
< 35 ปี	6 (28.57)
35 - 45 ปี	5 (23.81)
>45 ปี	10 (47.62)
ระดับการศึกษา	
ต่ำกว่าปริญญาตรี	5 (23.81)
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	15 (71.42)
สูงกว่าปริญญาตรี	1 (4.76)
ตำแหน่ง	
ผู้อำนวยการ รพ.สต.	4 (19.04)
พยาบาลวิชาชีพ	5 (23.81)
นักวิชาการสาธารณสุข	3 (14.29)
เจ้าพนักงานสาธารณสุข	3 (14.29)
เจ้าหน้าที่ประจำ รพ.สต.	6 (28.57)

ผลการทดสอบการวัดความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการให้ความรู้เรื่องความคลาดเคลื่อนทางยา พบว่าหลังการให้ความรู้เรื่องความคลาดเคลื่อนทางยา คะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จาก

10.81 ± 2.84 เป็น 13.71 ± 1.35, p<0.001) โดยเพิ่มจากระดับดีเป็นระดับดีมาก ภาพรวมค่าเฉลี่ยก่อนให้ความรู้อยู่ที่ 10.81 และหลังการให้ความรู้ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 13.71 (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการให้ความรู้เรื่องความคลาดเคลื่อนทางยา (n = 21)

ความรู้เรื่องความคลาดเคลื่อนทางยา	คะแนน		$\bar{X} \pm S.D.$	ระดับ	T	p-value
	ต่ำสุด	สูงสุด				
ก่อนการให้ความรู้	5	15	10.81 ± 2.84	ดี	-6.582	<0.001*
หลังการให้ความรู้	11	15	13.71 ± 1.35	ดีมาก		

\*กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ p-value<0.05



จากผลการทดสอบวัดความรู้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 21 คน พบว่า คะแนนการทดสอบวัดความรู้ก่อนการให้ความรู้กลุ่มตัวอย่าง เรื่องความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Pre-test) เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มที่ได้คะแนนระดับดี จำนวน 12 คน ระดับดีมาก 9 คน และระดับ

ปานกลาง 3 คน คิดเป็นร้อยละ 57.14, 28.57 และ 14.29 ตามลำดับ และหลังให้ Intervention คะแนนการทดสอบวัดความรู้ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดีมากเพิ่มขึ้นเป็น 16 คน (ร้อยละ 76.19) และระดับดี 5 คน (ร้อยละ 23.81) (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้ เปรียบเทียบก่อนและหลังการให้ความรู้เรื่องความคลาดเคลื่อนทางยา (n = 21)

ความรู้เรื่องความคลาดเคลื่อนทางยา	ระดับความรู้			
	น้อย	ปานกลาง	ดี	ดีมาก
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ก่อนให้ความรู้	0 (0.00)	3 (14.29)	12 (57.14)	6 (28.57)
หลังให้ความรู้	0 (0.00)	0 (0.00)	5 (23.81)	16 (76.19)

#### ผลการพัฒนาระบบรายงาน

การเปรียบเทียบข้อมูลการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาก่อนและหลังการพัฒนาระบบรายงาน พบว่าหลังการพัฒนาระบบรายงานมีการรายงานข้อมูลการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนพัฒนาระบบรายงาน โดยก่อนการพัฒนาระบบรายงานมีข้อมูลการเกิดความคลาดเคลื่อน

ทางยา 16 ครั้ง จากจำนวนใบสั่งยา 5,479 ใบสั่งยา คิดเป็นอัตรา 0.3 ครั้ง/100 ใบสั่งยา และหลังพัฒนาระบบรายงาน มีการรายงานการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา 78 ครั้ง จากจำนวนใบสั่งยา 5,694 ใบสั่งยา คิดเป็นอัตรา 1.4 ครั้ง/ 100 ใบสั่งยา การรายงานข้อมูลเพิ่มขึ้น 4.7 เท่า (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบจำนวนและอัตราการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาก่อนและหลังการพัฒนาระบบรายงาน

ความคลาดเคลื่อนทางยา	ก่อนพัฒนาระบบ (5,479 ใบสั่งยา)		หลังพัฒนาระบบ (5,694 ใบสั่งยา)	
	จำนวน (ครั้ง)	อัตรา/100ใบสั่งยา	จำนวน (ครั้ง)	อัตรา/100ใบสั่งยา
Prescribing error	4	0.07	18	0.3
Transcribing error	5	0.09	8	0.2
Pre-dispensing error	6	0.11	52	0.9
Dispensing error	1	0.02	-	-
Administration error	-	-	-	-
<b>รวม</b>	<b>16</b>	<b>0.3</b>	<b>78</b>	<b>1.4</b>



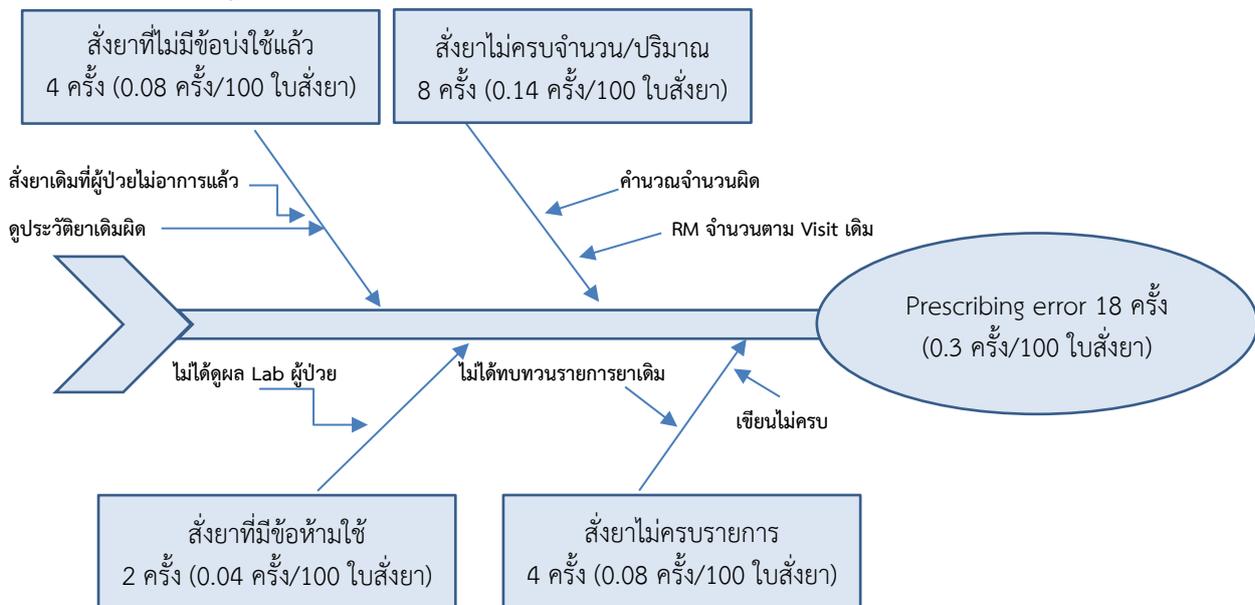
ตารางที่ 5 จำนวนการรายงานความคลื่อนทางยา (Medication Error) หลังการพัฒนาระบบรายงานแยกตามระดับความรุนแรงและประเภทของความคลาดเคลื่อน (มกราคม - เมษายน 2566)

ความคลาดเคลื่อนทางยา	จำนวนใบสั่งยา	จำนวนครั้งที่เกิด ME									อัตรา/100 ใบสั่งยา
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	
Prescribing error	5,694	18									0.3
Transcribing error		8									0.2
Pre-dispensing error		6	46								0.9
Dispensing error		-									0
Administration error		-									0
<b>รวม (78)</b>		<b>6</b>	<b>72</b>								<b>1.4</b>

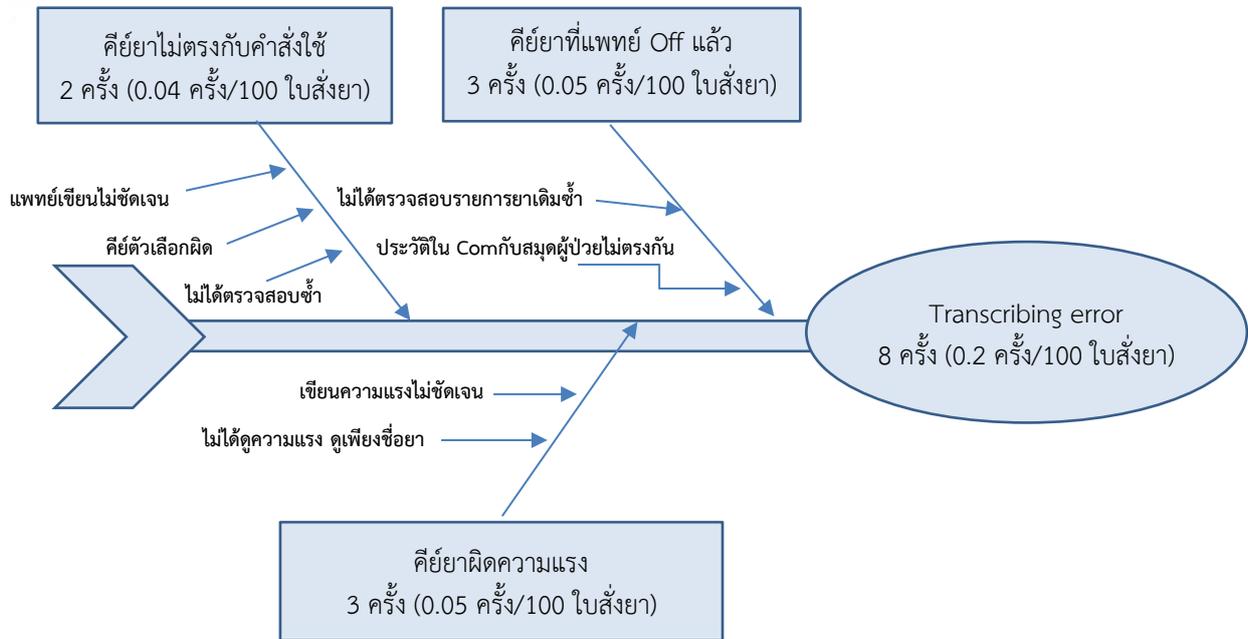
ผลการรายงานข้อมูลการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา หลังพัฒนาระบบรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา มีการรายงานข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยา จำนวน 78 ครั้ง คิดเป็นอัตรา 1.4 ครั้ง/100 ใบสั่งยา โดยพบ Pre-dispensing error มากที่สุด จำนวน 52 ครั้ง คิดเป็นอัตรา 0.9 ครั้ง/100 ใบสั่งยา รองลงมาคือ Prescribing error จำนวน 18 ครั้ง คิดเป็นอัตรา

0.3 ครั้ง/100 ใบสั่งยา และ Transcribing error จำนวน 8 ครั้ง คิดเป็นอัตรา 0.2 ครั้ง/100 ใบสั่งยา ตามลำดับ และไม่พบรายงานการเกิด Dispensing error และ Administration error โดยเป็นการรายงานการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในระดับ A-B (Near Miss) ทั้งหมด และไม่พบรายงานระดับ C-I (ดังตารางที่ 5)

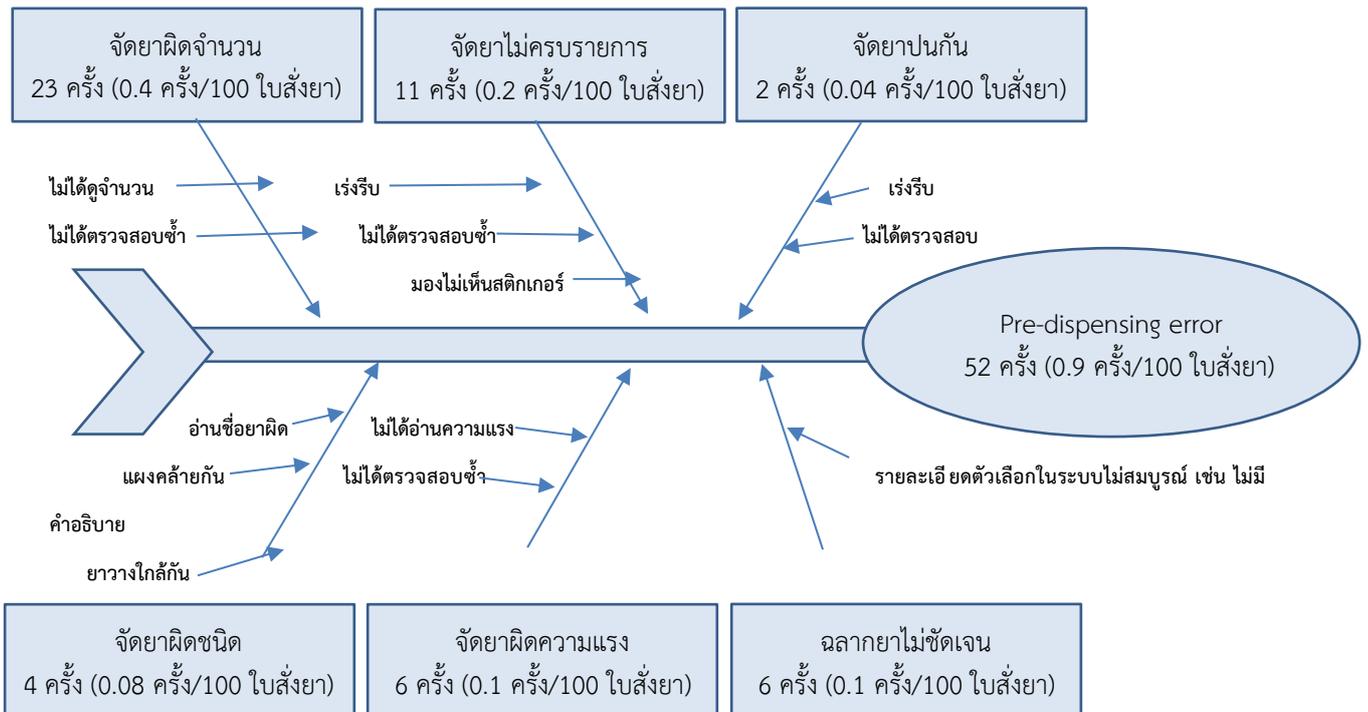
การวิเคราะห์สาเหตุของความคลาดเคลื่อนทางยาแต่ละประเภท



รูปที่ 1 แผนผังก้างปลาแสดงการวิเคราะห์ Root Cause Analysis ของ Prescribing error



รูปที่ 2 แผนผังก้างปลาแสดงการวิเคราะห์ Root Cause Analysis ของ Transcribing error



รูปที่ 3 แผนผังก้างปลาแสดงการวิเคราะห์ Root Cause Analysis ของ Pre-dispensing error



### การวิเคราะห์ Root Cause Analysis

เมื่อวิเคราะห์หา Root Cause Analysis ของ Prescribing error (รูปที่ 1) พบรายงานการเกิด Prescribing error จำนวน 18 ครั้ง คิดเป็นอัตรา 0.3 ครั้ง/100 ใบสั่งยา โดยพบการสั่งยาไม่ครบจำนวนหรือปริมาณ มากที่สุด จำนวน 8 ครั้ง คิดเป็นอัตรา 0.14 ครั้ง/100 ใบสั่งยา สาเหตุมาจากการสั่งยาตามประวัติเดิมผู้ป่วยโดยไม่ได้แก้ไขจำนวนตามวันนัด และการคำนวณจำนวนยาผิด รองลงมาเป็น การสั่งยาที่ไม่มีข้อบ่งชี้แล้ว และสั่งยาไม่ครบรายการ จำนวน 4 ครั้ง เท่ากัน คิดเป็นอัตรา 0.08 ครั้ง/100 ใบสั่งยา เมื่อวิเคราะห์หาสาเหตุของการสั่งยาที่ไม่มีข้อบ่งชี้พบว่า มาจากการที่ดูประวัติยาเดิมผู้ป่วยผิดและสั่งยาเดิมโดยที่ผู้ป่วยไม่มีอาการแล้ว และสาเหตุของการสั่งยาไม่ครบรายการมาจากการไม่ได้ทบทวนรายการยาเดิมของผู้ป่วยและเขียนรายการยาไม่ครบ

การวิเคราะห์ Root Cause Analysis ของ Transcribing error (รูปที่ 2) พบรายงานการเกิด Transcribing error จำนวน 8 ครั้ง คิดเป็นอัตรา 0.2 ครั้ง/100 ใบสั่งยา โดยพบการคีย์ผิดความแรงและคีย์ยาที่แพทย์ off แล้วมากที่สุด 3 ครั้ง เท่ากัน คิดเป็นอัตรา 0.05 ครั้ง/100 ใบสั่งยา เมื่อวิเคราะห์หา Root Cause ของการคีย์ยาผิดความแรง พบว่าเกิดจากการเขียนความแรงไม่ชัดเจนและการดูเพียงชื่อยาไม่ได้ดูความแรง และสาเหตุของการคีย์ยาที่แพทย์ off แล้ว เกิดจากการไม่ได้ตรวจสอบยาเดิมซ้ำและประวัติในระบบคอมพิวเตอร์และในสมุดประจำตัวผู้ป่วยไม่ตรงกัน

การวิเคราะห์ Root Cause Analysis ของ Pre-dispensing error (รูปที่ 3) พบรายงานการเกิด Pre-dispensing error จำนวน 52 ครั้ง คิดเป็นอัตรา 0.9 ครั้ง/100 ใบสั่งยา โดยพบการจัดยาผิดจำนวนมากที่สุด 23 ครั้ง คิดเป็นอัตรา 0.4 ครั้ง/100 ใบสั่งยา เมื่อวิเคราะห์หา Root Cause พบว่าเกิดจากการ

ไม่ได้ตรวจสอบซ้ำและไม่ได้ดูจำนวน รองลงมาเป็น การจัดยาไม่ครบรายการ จำนวน 11 ครั้ง คิดเป็น 0.2 ครั้ง/100 ใบสั่งยา สาเหตุเกิดจากการไม่ได้ตรวจสอบซ้ำ มองไม่เห็นสติ๊กเกอร์ และเป็นช่วงเวลาที่เร่งรีบ

### อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

การพัฒนากระบวนการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา ใน รพ.สต. พบว่า หลังพัฒนาระบบรายงาน มีจำนวนรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา 78 ครั้ง คิดเป็นอัตรา 1.4 ครั้ง/100 ใบสั่งยา การรายงานข้อมูลเพิ่มขึ้น 4.7 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนพัฒนาระบบรายงาน ดังนั้น การพัฒนาระบบรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาแบบออนไลน์นี้ สามารถเพิ่มจำนวนรายงานการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาใน รพ.สต. ได้ ทำให้เข้าถึงข้อมูลการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาที่ Under Report มากขึ้น สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์ Root Cause ของการเกิดปัญหาได้อย่างตรงประเด็น ซึ่งจะช่วยให้เราสามารถวางระบบการป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เมื่อวิเคราะห์รายละเอียดแล้ว พบว่าเป็นการรายงานการเกิดความคลาดเคลื่อนเกือบพลาดระดับ A-B (Near Miss) ทั้งหมด และไม่พบรายงานระดับ C-I

การพัฒนาหลักสูตรการอบรมบุคลากร รพ.สต. จำนวน 21 คน ก่อนการพัฒนาระบบรายงาน โดยให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ทำแบบทดสอบวัดความรู้เจ้าหน้าที่ เรื่องความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (ME/ADE) พบว่าคะแนนการทดสอบวัดความรู้ก่อนการให้ Intervention (Pre-test) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี จำนวน 12 คน (ร้อยละ 57.14) หลังให้ Intervention คะแนนการทดสอบวัดความรู้ของเจ้าหน้าที่ อยู่ในระดับดีมากเพิ่มขึ้นเป็น 16 คน (ร้อยละ 76.19) คะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จาก  $10.81 \pm 2.84$  เป็น  $13.71 \pm 1.35$ ,  $p < 0.001$ ) โดย



เพิ่มจากระดับดีเป็นระดับดีมาก แต่เนื่องจากเจ้าหน้าที่ รพ.สต. มีเพียง 21 คน การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ของเจ้าหน้าที่ระหว่างก่อนกับหลังดำเนินการให้ความรู้ด้วยสถิติ Paired t-test เป็นการอนุมานว่ามีการกระจายตัวแบบ Normal distribution โดยไม่ได้มีการทดสอบการกระจายของข้อมูล แต่ผลการทดสอบสอดคล้องกับความแตกต่างของสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ระดับสูงระหว่างก่อนกับหลังการอบรม การให้ Intervention เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ประกอบด้วย 1) เกสซ์กรให้ความรู้ เรื่องระเบียบวิธีปฏิบัติ เรื่องความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 2) ให้ความรู้เรื่องการประเมินระดับความรุนแรงตาม NCC MERP 3) ให้ความรู้เรื่องการวิเคราะห์รากสาเหตุ (Root Cause Analysis) เบื้องต้นที่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ซึ่งการให้ความรู้และสร้างแนวปฏิบัติทำให้เจ้าหน้าที่เกิดความรู้ความเข้าใจมากขึ้น รายงานข้อมูลได้ถูกต้อง แม่นยำ และครอบคลุมประเด็นที่สำคัญ การวิเคราะห์ Root Cause Analysis ทำให้ทราบถึง Root Cause ที่แท้จริงของปัญหาและจะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนทางป้องกันและแก้ไขปัญหาได้อย่างตรงประเด็นแต่อย่างไรก็ตาม ระบบจะมีประสิทธิภาพและเกิดผลดี การปรับปรุงระบบเพื่อป้องกันจะต้องทำด้วยความเข้าใจและดำเนินการอย่างต่อเนื่อง<sup>5</sup>

การพัฒนาาระบบรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา โดยใช้วิธีการรายงานออนไลน์ที่พัฒนาขึ้น หัวข้อในการรายงานมีการอธิบาย ประเภทความคลาดเคลื่อนทางยา ระดับความรุนแรง การแก้ไขเบื้องต้น รวมทั้งการวิเคราะห์สาเหตุการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาเบื้องต้น ซึ่งสะดวกต่อรายงานข้อมูล สามารถเพิ่มความร่วมมือในการรายงาน นำเทคโนโลยีมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนางาน สะดวกรวดเร็ว และช่วยลดระยะเวลาในการรายงานข้อมูล

การวิเคราะห์ Root Cause Analysis ของ

การเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา พบรายงานการเกิด Pre-dispensing error มากที่สุด จำนวน 52 ครั้ง คิดเป็นอัตรา 0.9 ครั้ง/100 ใบสั่งยา โดยพบการจัดยาผิดจำนวนมากที่สุด 23 ครั้ง คิดเป็นอัตรา 0.4 ครั้ง/ 100 ใบสั่งยา เมื่อวิเคราะห์ Root Cause พบว่าเกิดจากการไม่ได้ตรวจสอบซ้ำและไม่ได้ดูจำนวนมากที่สุด

จากผลการศึกษาสรุปได้ว่า หลังการพัฒนา ระบบการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาใน รพ.สต. เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองจันทร์ จังหวัดศรีสะเกษ ทำให้มีการรายงานข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาเพิ่มมากขึ้น สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์ Root Cause Analysis ค้นหา Root Cause แท้จริงของปัญหาได้ ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ จันทรธิดา เพ็ชรธรรม และคณะ ซึ่งจะเป็ประโยชน์ต่อการวางระบบป้องกันปัญหาให้ประสิทธิภาพมากขึ้น ความคลาดเคลื่อนทางยาสามารถเกิดขึ้นในทุกกระบวนการของการใช้ยา ซึ่งมีสาเหตุมาจากบุคคลและระบบแนวคิดใหม่ในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา ไม่ใช่การเปลี่ยนพฤติกรรมมนุษย์แต่ควรเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมหรือระบบงานมากกว่า<sup>6</sup> การทราบถึงประเภทและสาเหตุของความคลาดเคลื่อนทางยา จะทำให้สามารถวางแผนหรือระบบป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาได้ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาอย่างถูกต้อง ปลอดภัยมากที่สุด การศึกษานี้มีความยุ่งยากและซับซ้อน เนื่องจากบริบทของ รพ.สต. ไม่ได้มีแพทย์และเภสัชกร ที่มีความรู้ความชำนาญในการสั่งใช้ยาและจ่ายยา ลงไปให้บริการตรวจรักษา และจ่ายยาทุกวัน เหมือนภายในโรงพยาบาล กระบวนการสั่งใช้ยาส่วนใหญ่จะเป็นพยาบาลและนอกเวลาราชการ ก็เป็นวิชาชีพอื่น ซึ่งไม่ได้มีความชำนาญ รวมทั้งบุคลากรใน รพ.สต. มีน้อย จึงไม่ได้มีกระบวนการตรวจสอบซ้ำก่อนการจ่ายยา รวมทั้ง รพ.สต. ในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองจันทร์ จังหวัดศรีสะเกษ บางส่วนมีการถ่ายโอนไปยังกระทรวงมหาดไทย ทำให้มีขั้นตอน



การดำเนินงานที่ซับซ้อนเพิ่มมากขึ้นและในกระบวนการรายงานข้อมูล ยังมีเจ้าหน้าที่ใน รพ.สต. บางคน ยังไม่มีความชำนาญในการใช้เทคโนโลยี ทำให้เป็นอุปสรรคในการใช้แบบรายงานออนไลน์นี้

### ข้อเสนอแนะ

การพัฒนากระบวนการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา ทำให้เราสามารถเข้าถึงข้อมูลและปัญหาที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการใช้ยาได้มากขึ้น ทั้งนี้ ควรมีการนำความคลาดเคลื่อนทางยามาทบทวนร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ ควรมีการนำข้อมูลจากการวิจัยครั้งนี้มาต่อยอดในการวางระบบป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาแต่ละประเภทใน รพ.สต. ในเชิงรุก ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น มุ่งเน้นการแก้ปัญหาเชิงระบบ การศึกษานี้เน้นศึกษาการพัฒนากระบวนการเพื่อให้เข้าถึงข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาที่ Under Report และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ Root Cause เท่านั้น ควรมีการนำผลการศึกษามาออกแบบระบบป้องกันปัญหาและ

ศึกษาต่อเนื่องในเรื่องของกระบวนการลดและป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาต่อไป

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ดังนี้ คณะผู้บริหารและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเมืองจันทร์ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง นพ.จิระวัตร วิเศษสังข์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเมืองจันทร์ ท่านผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองจันทร์ ทั้ง 4 แห่งสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองจันทร์ เกษัชกร เจ้าพนักงานเภสัชกรรมและเจ้าหน้าที่กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภคโรงพยาบาลเมืองจันทร์ทุกคน ที่มีส่วนทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ เจ้าของเอกสารและงานวิจัยทุกท่าน ที่ผู้เขียนได้ศึกษา ค้นคว้า ได้นำมาอ้างอิงในการทำวิจัยครั้งนี้

### เอกสารอ้างอิง

1. กิตติพนธ์ เครือวงศ์. ความคลาดเคลื่อนทางยา. วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข. 4(2): 235.
2. World Health Organization. Medication Errors: Technical Series on Safer Primary Care. [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 3 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/252274/1/9789241511643-eng.pdf>
3. วรางคณา ควรจิต. การประเมินการสั่งจ่ายยาในศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลตาลสุม จังหวัดอุบลราชธานี. (ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี). 2549: 89-64.
4. เกษศรีรินทร์ ขุนทอง, อัจฉนา เฟื่องจันทร์. การพัฒนาระบบบริการดานยาเพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ณ หน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอผักไห่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน 11, (มีนาคม 2558): 82-8.
5. จันทรธิมา เพียรธรรม, ชนิดตา พลอยเลื่อมแสง, วรรัตน์ อนุสรณ์เสงี่ยม. ผลลัพธ์กระบวนการลดความคลาดเคลื่อนทางยาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ. หน่วยปฏิบัติการวิจัยเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 2561: 116.
6. ปรีชา เครือรัตน์. การพัฒนาระบบป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยโรงพยาบาลบ้านนาสาร. วารสารวิชาการแพทย์ 32, 1 (มกราคม - มีนาคม 2561).



ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการจำหน่ายยาอันตรายในร้านขายของชำ  
อำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง

Prevalence and factors associated with the sale of dangerous drugs in grocery  
stores within Muang Lampang District, Lampang Province

นพมาศ จันทร์ละออ<sup>1</sup>  
Noppamas Chanla-or<sup>1</sup>

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่ส่งผลให้มีการขายยาอันตรายในร้านชำอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) ในร้านชำจำนวน 131 ร้าน ที่มีการจำหน่ายยา ในช่วงเดือนกรกฎาคม - สิงหาคม 2565 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ประกอบการร้านชำ และสำรวจร้านชำด้วยแบบบันทึกข้อมูลที่พัฒนาขึ้นในการวิจัยนี้ ทำการเก็บข้อมูล 2 ช่วง โดยช่วงที่ 1 สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ประกอบการร้านชำ เพื่อหาเหตุจูงใจการจำหน่ายยาอันตราย ช่วงที่ 2 สำรวจข้อมูลการจำหน่ายยาในร้านชำ ผลการศึกษาพบการจำหน่ายยาอันตราย ร้อยละ 78.6 กลุ่มยาปฏิชีวนะที่พบบ่อยมากที่สุดคือ Tetracyclines ร้อยละ 24.4 ยาแก้ปวด NSAIDs ที่พบบ่อยที่สุด คือ Aspirin ร้อยละ 19.1 ยาสเตียรอยด์ที่พบบ่อยคือ Steroid cream ร้อยละ 25.2 ยาชุดที่พบเป็นชุดยาแก้ปวด ร้อยละ 3.8 แหล่งจำหน่ายยาให้ร้านชำที่พบบ่อยที่สุดคือ ร้านขายยาแผนปัจจุบันที่มีเภสัชกร ร้านชำที่มีความรู้เกี่ยวกับการขายยาในร้านชำมากมีสัดส่วนพบการจำหน่ายยาอันตรายในร้านชำน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อคำนึงถึงเพศ อายุ ระยะเวลาในการเปิดร้าน การผ่านการอบรม ระดับการศึกษา และระยะทางระหว่างร้านชำกับ รพ.สต./ร้านขายยาแล้ว โดยมี Adjusted OR = 0.138 (95%CI = 0.038 – 0.510, p=0.003) กล่าวคือหากผู้ประกอบการร้านชำมีความรู้เกี่ยวกับการขายยาในร้านชำที่เพิ่มขึ้น อาจส่งผลทำให้ลดการขายยาอันตรายลง ร้อยละ 86.2 เมื่อเทียบกับร้านชำที่มีความรู้น้อยกว่า โดยมี ROC Curve = 0.8415 จากผลการศึกษาสามารถสรุปได้ว่า การมีความรู้เกี่ยวกับการขายยาในร้านชำของผู้ประกอบการมีความสัมพันธ์กับการขายยาอันตราย ดังนั้น ผู้ประกอบการที่มีความรู้มากจะลดโอกาสการขายยาอันตรายลง

คำสำคัญ: ร้านชำ, ยาอันตราย, ยาสเตียรอยด์, เภสัชกรรมปฐมภูมิ

<sup>1</sup>เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลลำปาง จังหวัดลำปาง

<sup>1</sup>Pharmacy, Professional Level. Division of Pharmacy, Lampang Hospital, Lampang Province

Email: noppamas040@gmail.com



## Abstract

The aim of this research was to study the prevalence and factors affecting the sale of dangerous drugs in grocery stores in Muang Lampang District, Lampang Province. This mixed method research was conducted in 131 grocery stores that sell drugs during July – August 2022. Data was collected from interviewing grocery store operators and surveying grocery stores with the data recorder developed for this research. Data was collected in 2 phases. Phase 1 conducted in-depth interviews to determine an inducement that resulted in the selling of dangerous drugs. Phase 2 explored drug distribution in grocery stores. The study found dangerous drugs were sold in 78.6% of the grocery stores, the most common antibiotic group sold was Tetracyclines at 24.4%, the most common NSAIDs painkiller found was Aspirin at 19.1%, steroid cream was found at 25.2%. 3.8% of the drug sets found were painkillers. The most common source of drugs for grocery stores was modern pharmacies. Grocery stores with higher knowledge of pharmacy sales has a statistically lower percentage of drug sales. Taking into account, gender, age, opening hours, training, education level and distance between the grocery store and the hospital/pharmacy with adjusted OR = 0.138 (95%CI = 0.038 – 0.510, p=0.003). Therefore, if grocery store operators have high level knowledge on drug sales 86.2% reduction on dangerous sales could be found compared to less knowledgeable grocers with an ROC curve = 0.8415. In conclusion, the grocery store operators' knowledge on pharmacy sales was associated with the sale of dangerous drugs. That is, more knowledgeable entrepreneurs will reduce the chances of selling dangerous drugs.

**Keywords:** Grocery stores, Dangerous drug, Steroid drug, Primary care pharmacy



## บทนำ

ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510<sup>1</sup> ร้านจำหน่ายยาได้เฉพาะ “ยาสามัญประจำบ้าน” คือ ยาที่กระทรวงสาธารณสุขได้พิจารณาคัดเลือกกว่า เป็นยาที่เหมาะสมที่จะให้ประชาชนหาซื้อมาใช้ได้ด้วยตนเอง เพื่อการดูแลรักษาอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย ๆ ที่มักจะเกิดขึ้นได้ เป็นยาที่มีความปลอดภัยสูง หากประชาชนใช้ยาได้อย่างถูกต้องก็จะมีอันตรายเกิดขึ้น ประกอบกับยาดังกล่าวมีราคาย่อมเยา ประชาชนสามารถหาซื้อได้ทั่วไปตามร้านขายยาร้านสะดวกซื้อ ร้านขายของชำ ทั้งนี้ก็เพราะกระทรวงสาธารณสุขมีความต้องการให้ยาสามัญประจำบ้าน ได้กระจายไปถึงประชาชนทั่วประเทศ ทำให้ประชาชนดูแลตนเองได้อย่างทั่วถึง แต่ข้อมูลจากการสำรวจร้านชำในหลายจังหวัดพบว่า ร้านชำมีการจำหน่ายยาอันตรายร่วมด้วย ซึ่งการจำหน่ายยาอันตรายในร้านชำอาจส่งผลให้เกิดอันตรายต่อประชาชน และยังผิดกฎหมายอีกด้วย นอกจากนี้ ยังส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน เช่น การใช้ยาไม่สมเหตุสมผล การใช้ยาเกินจำเป็น การใช้ยาไม่ถูกวิธี ไม่ถูกขนาด จนทำให้เกิดปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมตามมา เช่น เสี่ยงต่อการดื้อยา การแพ้ยา หรือการเกิดภาวะ Cushing's Syndrome จากการบริโภคยาชุดเป็นเวลานาน

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 จนถึงปัจจุบัน หลายพื้นที่ยังพบมีรายงานการจำหน่ายยาอันตรายในร้านชำ ได้แก่ ร้านขายของชำในจังหวัดพิษณุโลกร้อยละ 47.9 จำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสม ร้านชำจำหน่ายยาซึ่งไม่ใช่ยาสามัญประจำบ้าน ยาปฏิชีวนะ ยาชุด และยาที่มีสเตียรอยด์ ร้อยละ 82.4, 62.3, 9.4 และ 3.8 ตามลำดับ<sup>2</sup> การศึกษาความชุกของร้านชำที่จำหน่ายยาปฏิชีวนะในเขตอำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย และปัจจัยที่ทำให้เกิดการจำหน่าย พบว่าร้านชำร้อยละ 51.8 จำหน่ายยาปฏิชีวนะ แรงจูงใจของการจำหน่ายยาในทุกร้านมาจากความต้องการของคน

ในชุมชน แหล่งของยาปฏิชีวนะของร้านชำร้อยละ 73.0 และ 59.0 มาจากร้านขายของส่งและร้านขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ (ขย.2)<sup>3</sup> และจากการศึกษาความชุกของยาไม่ปลอดภัยในร้านชำ: กรณีศึกษาอำเภอหล่มเก่า เขาค้อ และน้ำหนาว จังหวัดเพชรบูรณ์ พบสาเหตุของการจำหน่ายยาในร้านชำคือ มีลูกค้ามาถามซื้อ รองลงมาคือ แหล่งจำหน่ายแนะนำให้ขาย<sup>4</sup> จากการศึกษาความชุกของการจำหน่ายยาอย่างผิดกฎหมายในร้านชำ อำเภอสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา<sup>5</sup> พบการขายยาอันตรายมากถึงร้อยละ 98.4 ของร้านชำที่สำรวจ รองลงมาคือ การขายยาบรรจุเสร็จ ที่พบในร้านชำร้อยละ 92.0 การขายยาแผนโบราณ ซึ่งพบในร้านชำร้อยละ 58.6 และยาใช้ภายนอก (ที่ไม่ใช่ยาสามัญประจำบ้าน) ในร้านชำร้อยละ 14.4

จังหวัดลำปาง มีรายงานการศึกษาความชุกและลักษณะของร้านชำที่จำหน่ายยาปฏิชีวนะในเขตอำเภอต่าง ๆ ได้แก่ อำเภอวังเหนือ อำเภอเมืองปาน และอำเภองาว ซึ่งสำรวจโดยเภสัชกรของโรงพยาบาล ชี้ให้เห็นถึงปัญหาการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชน และที่สำคัญคือ ผู้บริโภคสามารถซื้อยาได้เองโดยไม่ผ่านเภสัชกร และพบว่าร้านชำในอำเภอวังเหนือ อำเภองาว และอำเภอเมืองปาน มีการจำหน่ายยาปฏิชีวนะ คิดเป็นร้อยละ 21.9, 37.0 และ 21.1 ตามลำดับ เป็นร้านชำที่ผู้จำหน่ายไม่ได้รับการอบรม โดยซื้อยามาจากร้านขายยาส่งแผนปัจจุบันจากเภสัชกรอีกทอดหนึ่ง และระยะห่างจากโรงพยาบาลเมืองปาน ไม่มีผลต่อการจำหน่ายยาปฏิชีวนะในร้านชำเลย<sup>6</sup>

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับการจำหน่ายยาปฏิชีวนะในร้านชำ ของอำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง พบว่าระยะทางระหว่างร้านกับโรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล



(รพ.สต.) ระยะเวลาเปิด จำนวนชั่วโมงในการเปิด ให้บริการจำหน่ายสินค้า การผ่านการอบรมความรู้ ด้านการจำหน่ายยาที่เหมาะสมในร้านชำจาก เกสัชกรหรือบุคลากรสาธารณสุข ลักษณะประเภท ร้านชำที่จำหน่ายสินค้า และสาเหตุของการจำหน่าย ยาไม่มีความสัมพันธ์กับการจำหน่ายยาปฏิชีวนะใน ร้านชำ<sup>7</sup> การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับการ จำหน่ายยาปฏิชีวนะในร้านชำ อำเภอจาง จังหวัดลำปาง<sup>8</sup> ระยะทางไม่มีความสัมพันธ์กับการ จำหน่ายยาปฏิชีวนะ แต่จำนวนปีที่เปิดกิจการ ความต้องการของคนในชุมชน และการแนะนำจาก แหล่งจำหน่าย มีความสัมพันธ์กับ การจำหน่ายยา ปฏิชีวนะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับการจำหน่ายยา ปฏิชีวนะในร้านชำ อำเภอเมืองปาน จังหวัดลำปาง<sup>9</sup> ระยะทาง ระดับการศึกษา และการผ่านการอบรม ของผู้ประกอบการร้านชำไม่มีผลต่อการจำหน่าย ยาปฏิชีวนะ

จากการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ใน รพ.สต. พื้นที่อำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง พบ ผู้ป่วยซื้อยาชุด ที่มียา NSAIDs และ สเตียรอยด์ มา รับประทานเองในหลายพื้นที่ จากการสอบถาม แหล่งที่มา ผู้ป่วยซื้อมาจากร้านขายของชำใน ชุมชน ซึ่งเจ้าของร้านชำซื้อมาจากร้านขายยาใน เขตอำเภอเมืองลำปาง และบางร้านมีรถเร่ขายยา นำมาให้ขาย จากการสำรวจร้านชำในชุมชนยังพบ ยาอันตรายอีกหลายรายการ

ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ออกแบบระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use : RDU) ในชุมชนและการพัฒนาสู่ จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล จะต้องมีการพัฒนา ร้านชำ RDU เพื่อให้มีร้านชำ RDU มากกว่า 1 แห่ง ต่ออำเภอ โดยร้านชำต้องไม่ขายยาอันตราย ยา

ควบคุมพิเศษ ยาชุด และไม่พบยาหมดอายุ ซึ่ง อำเภอเมืองลำปาง เป็นหนึ่งในเป้าหมายที่ต้องมี การดำเนินการตามนโยบาย<sup>10</sup> แต่ยังไม่มีความรู้ การจำหน่ายยาในร้านชำที่น่าเชื่อถือสำหรับการพัฒนา ร้านชำ RDU ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาความชุก และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการจำหน่ายยาอันตรายใน ร้านชำ เพื่อให้มีข้อมูลนำไปประกอบการวางแผน พัฒนาให้เกิด ร้านชำ RDU ในพื้นที่ต่อไป

### วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่ส่งผลให้ มี การขายยาอันตรายในร้านขายของชำ เขตอำเภอ เมืองลำปาง จังหวัดลำปาง

### วิธีการดำเนินวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบ ผสมผสาน (Mixed Methods Research) ระหว่าง งานวิจัยเชิงคุณภาพและงานวิจัยเชิงปริมาณเข้า ด้วยกัน การศึกษาแบ่งเป็น 2 ช่วงดังนี้

- ช่วงที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ประกอบการร้านชำ ในช่วงต้นเดือนกรกฎาคม 2565

- ช่วงที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ โดยการสำรวจข้อมูลร้านชำด้วยแบบบันทึกข้อมูล ร้านชำ ในช่วงเดือนกรกฎาคม - สิงหาคม 2565

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ผ่านการ พิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย เกี่ยวกับมนุษย์ของโรงพยาบาลลำปาง เลขที่ โครงการ EC083/65 ผู้ให้ข้อมูลแสดงความ ยินยอมในการให้ข้อมูลเป็นลายลักษณ์อักษร

### คำนิยาม

1. ยาอันตราย หมายถึง ยาแผนปัจจุบัน หรือยา แผนโบราณที่รัฐมนตรีประกาศเป็นยา อันตราย ยาควบคุมพิเศษ ยาชุด และยา อื่น ๆ ที่ไม่ไช่ยาสามัญประจำบ้าน



2. ร้านชำเป้าหมาย หมายถึง ร้านชำที่มีการจำหน่ายยา ตั้งอยู่ในเขตตำบลพิชัย ตำบลต้นธงชัย ตำบลทุ่งฝาย และตำบลนิคมพัฒนา อำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ร้านชำที่ตั้งอยู่ในเขตอำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง ทั้งหมด 19 ตำบล

กลุ่มตัวอย่าง มีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ ร้านชำที่ได้จากการสำรวจพื้นที่ 4 ตำบล คือ ตำบลต้นธงชัย ตำบลพิชัย ตำบลทุ่งฝาย และตำบลนิคมพัฒนา ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีการจำหน่ายยา ที่ยังไม่เคยมีการสำรวจมาก่อนหน้านั้น เก็บข้อมูลในช่วงเดือนกรกฎาคม - สิงหาคม 2565 และกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ข้อมูล

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง

2. แบบบันทึกข้อมูลร้านชำที่ประยุกต์จากแบบทดสอบวัดความรู้พัฒนาและตรวจสอบความเที่ยงตรงโดยกลุ่มศึกษาการพัฒนาผู้นำเครือข่ายในการเฝ้าระวังและการจัดการปัญหาาระบบยา<sup>11</sup> แบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 แหล่งที่มาของยาและการเลือกนำยาเข้ามาจำหน่ายในร้านชำ ส่วนที่ 3 ยาที่พบจำหน่ายในร้านชำ และส่วนที่ 4 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับประเภทของยาที่จำหน่ายในร้านชำ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บข้อมูลแบ่งเป็น 2 ช่วง ดังนี้

- ช่วงที่ 1 สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ประกอบการร้านชำ ตามแนวคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายเปิด โดยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์เอง เพื่อหาเหตุจูงใจที่ส่งผลให้นำยาอันตรายมาจำหน่ายในร้านชำ โดยเลือกจากเจ้าของ

ร้านชำในพื้นที่ที่ผู้วิจัยรู้จัก ยุติการสัมภาษณ์เมื่อได้ข้อมูลครบถ้วนตามแนวข้อคำถาม

- ช่วงที่ 2 สํารวจข้อมูลร้านชำ ซึ่งเป็นแบบบันทึกข้อมูลที่พัฒนาขึ้นในการวิจัยนี้

ผู้วิจัยเป็นเภสัชกรประจำโรงพยาบาลลำปาง รับผิดชอบปฏิบัติงาน รพ.สต. ในเขตตำบลพิชัย ตำบลต้นธงชัย ตำบลทุ่งฝาย และตำบลนิคมพัฒนา เป็นผู้เก็บข้อมูลและสัมภาษณ์ร้านชำตัวอย่างทุกร้านด้วยตนเอง และสำรวจยาในร้านชำร่วมกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. แต่ละตำบล

### การวิเคราะห์ข้อมูล

มีการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของร้านชำ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการจำหน่ายยาอันตรายในร้านชำ โดยให้สถิติ Exact Probability Test, Student t-test และ Multivariable Logistic Regression

### ผลการวิจัย

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ประกอบการร้านชำ 20 ราย เพื่อหาเหตุจูงใจที่ส่งผลให้นำยาอันตรายมาจำหน่ายในร้านชำ โดยทั้งหมดไม่เคยได้รับการอบรมหรือคำแนะนำในเรื่องการขายยาในร้านชำมาก่อน พบว่าเหตุจูงใจที่ส่งผลให้นำยาอันตรายมาจำหน่าย “คนในชุมชน/ลูกค้าเรียกซื้อ” 13 ราย “เป็นยาที่ตนเองใช้เป็นประจำ” 3 ราย “เลือกตามที่พ่อ/แม่เคยขายมาก่อน รับช่วงต่อกิจการ” 3 ราย และ “ร้านยาที่มีเภสัชกรแนะนำให้ขาย” 1 ราย

ผู้ที่มาซื้อยาจะระบุอาการหรือบอกชื่อยี่ห้อ



ยาในการมาซื้อ และไม่เคยถามวิธีใช้ยากับผู้ประกอบการ 15 ราย มีการถามวิธีใช้ยา 5 ราย โดยผู้ประกอบการแนะนำให้อ่านฉลาก หากเป็นยาที่เคยใช้เองก็สามารถบอกวิธีใช้ได้

ผู้ประกอบการร้านชำคิดว่า “ยาที่นำมาขายในร้านชำปลอดภัย” 18 ราย เพราะว่า “ใช้เองและขายมานาน” 10 ราย “เภสัชกรแนะนำมา” 5 ราย “เป็นยาสามัญประจำบ้าน” 3 ราย “ไม่ทราบว่าจะปลอดภัยหรือไม่” 1 ราย “บางส่วนน่าจะปลอดภัย” 1 ราย

ผู้ประกอบการร้านชำ “ไม่เคยคิดจะเลิกขายยา” 13 ราย เนื่องจากขายมานานเป็นรายได้/กำไร “เคยคิดที่จะเลิกขาย เพราะขายไม่ค่อยดี” 4 ราย “ถ้ารู้ว่าอันตรายก็จะเลิกขาย ไม่เคยมีใครบอกว่าอันตราย” 2 ราย “ถ้ามีกฎหมายห้ามก็จะเลิกขาย” 1 ราย

จากการสำรวจร้านชำในพื้นที่เป้าหมายทั้งหมด 131 ร้าน ข้อมูลทั่วไปของผู้ประกอบการร้านชำ พบว่าผู้ประกอบการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 80.9) อายุเฉลี่ย 54.9 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 48.8 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษา/อนุปริญญา ร้อยละ 38.2 ระยะทางเฉลี่ยระหว่างร้านชำกับ รพ.สต./ร้านขายยาที่มีเภสัชกร 3.5 กิโลเมตร ระยะเวลาในการเปิดจำหน่ายสินค้าส่วนใหญ่มากกว่า 20 ปี ร้อยละ 29.0 รองลงมาคือ มากกว่า 10 – 15 ปี ร้อยละ 25.9 เคยผ่านการอบรม/ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุขในเรื่องกฎหมายการห้ามจำหน่ายยาเพียง ร้อยละ 18.3 แหล่งซื้อยามาจำหน่ายในร้าน ส่วนใหญ่ซื้อจากร้านยาที่มีเภสัชกรควบคุม ร้อยละ 79.4 รองลงมาคือ ซื้อยาจากรถส่งยา/รถเร่ ร้อยละ 12.2 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ประกอบการร้านชำในเขตอำเภอเมืองลำปาง ตำบลพิชัย ตำบลต้นธงชัย ตำบลทุ่งผาย ตำบลนิคมพัฒนา (n = 131)

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวนร้าน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	25 (19.1)
หญิง	106 (80.9)
อายุเฉลี่ย $\pm$ S.D. (ปี) = 54.9 $\pm$ 12.1	
ระดับการศึกษา	
ไม่ได้รับการศึกษา	1 (0.8)
ประถมศึกษา	64 (48.8)
มัธยมศึกษา/อนุปริญญา	50 (38.2)
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	16 (12.2)



ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ประกอบการร้านชำในเขตอำเภอเมืองลำปาง ตำบลพิชัย ตำบลต้นธงชัย ตำบลทุ่งผาย ตำบลนิคมพัฒนา (n = 131) (ต่อ)

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวนร้าน (ร้อยละ)
ระยะทางระหว่างร้านชำกับโรงพยาบาล/รพ.สต./ร้านขายยาที่มีเภสัชกร	
ระยะทางเฉลี่ย $\pm$ S.D. (km) = $3.5 \pm 1.7$	
ระยะเวลาในการเปิดจำหน่ายสินค้า	
1 – 5 ปี	25 (9.1)
>5 – 10 ปี	21 (16.0)
>10 – 15 ปี	34 (25.9)
>15 – 20 ปี	13 (9.9)
>20 ปี	38 (29.0)
การผ่านการอบรม/ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุขในเรื่องกฎหมายการห้ามจำหน่ายยา	
เคยผ่านการอบรม	24 (18.3)
ไม่เคยผ่านการอบรม	107 (81.7)
แหล่งซื้อยามาจำหน่ายในร้านชำ	
ร้านยาแผนปัจจุบัน (ขย.1)	104 (79.4)
ร้านยาแผนปัจจุบันบรรจุนเสร็จ (ขย.2)	6 (4.6)
รถส่งยา/รถเร่	16 (12.2)
ช่องทางออนไลน์	1 (0.7)
แหล่งซื้อจากบริษัท	1 (0.7)
ซื้อจาก Makro	3 (2.3)

การศึกษาพบยาอันตรายที่จำหน่ายในร้านชำ ร้อยละ 78.6 ยาปฏิชีวนะที่พบมากที่สุดคือ Tetracycline ร้อยละ 24.4 กลุ่มยา Penicillins ร้อยละ 6.1 ยาแก้ปวด NSAIDs ที่พบ คือ Aspirin ร้อยละ 19.1, Diclofenac ร้อยละ 16.8 และ Piroxicam ร้อยละ 14.5 ยาสเตียรอยด์ที่พบคือ Steroid cream (ยาใช้ภายนอกแบบป้ายแผลในปาก) ร้อยละ 25.2 Steroid Eye Drops ร้อยละ 6.9 ยาชุดที่พบเป็นชุดยาแก้ปวด ร้อยละ 3.8

ยาแผนปัจจุบันบรรจุนเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ พบร้อยละ 47.3 ตัวอย่างที่พบ ได้แก่ ยาบรรเทาอาการไอสำหรับผู้ที่มีเสมหะมีตัวยา Ambroxol, Bromhexine, Acetylcysteine ยา Paracetamol syrup ที่มีขนาดมากกว่า 120 mg/5 mL ยาถ่ายพยาธิ เป็นต้น ยาแผนโบราณที่ไม่ใช่ยาสามัญประจำบ้าน พบร้อยละ 45.0 พบยาหมดอายุ/ยาเสื่อมสภาพ ร้อยละ 17.6 (ตารางที่ 2)



ตารางที่ 2 รายการยาอันตรายที่พบจำหน่ายในร้านชำ (n = 131)

รายการยา	ขาย (ร้อยละ)	ไม่ขาย (ร้อยละ)
ยาอันตราย	103 (78.6)	28 (21.4)
กลุ่มยา Penicillins	8 (6.1)	123 (93.9)
Tetracycline	32 (24.4)	99 (75.6)
Norfloxacin	1 (0.8)	130 (99.2)
ยาใช้ภายนอก กลุ่มยา Sulfa	16 (12.2)	115 (87.8)
Aspirin	25 (19.1)	106 (80.9)
Ibuprofen	10 (7.6)	121 (92.4)
Diclofenac	22 (16.8)	109 (83.2)
Piroxicam	19 (14.5)	112 (85.5)
Steroid tab	0 (0)	131 (100)
Steroid cream	33 (25.2)	98 (74.8)
Steroid eye drop (Dex-Oph)	9 (6.9)	122 (93.1)
ยาชุด/ยาลูกกลอน	5 (3.8)	126 (96.2)
ยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ	62 (47.3)	69 (52.7)
ยาหมุดอายุ/ยาเสื่อมสภาพ	23 (17.6)	108 (82.4)
ยาแผนโบราณที่ไม่ใช่ยาสามัญประจำบ้าน	59 (45.0)	72 (54.9)
ยาไม่มีเลขทะเบียนตำรับ	6 (4.6)	125 (95.4)

เหตุผลในการเลือกนำยาเข้ามาจำหน่ายในร้านชำ อันดับแรกคือความต้องการของคนในชุมชน ร้อยละ 87.3 อันดับที่สองคือ ใช้เองเป็นประจำจึง

เลือกซื้อมาจำหน่าย ร้อยละ 5.8 และได้รับคำแนะนำจากร้านขายยา ร้อยละ 2.9 ตามลำดับ (ตารางที่ 3 )

ตารางที่ 3 เหตุผลในการเลือกนำยาเข้ามาจำหน่ายในร้านชำ

เหตุผลในการเลือกนำยาเข้าร้าน	จำนวนร้าน (ร้อยละ)
ความต้องการของคนในชุมชน	90 (87.3)
ความต้องการกำไร	1 (0.97)
ได้รับคำแนะนำจากร้านขายยา	3 (2.9)
ได้รับคำแนะนำจากคนรู้จัก	0
ได้รับคำแนะนำจากรถเร่ขายยา	0
การมีบริการส่งถึงร้าน	2 (1.9)
ใช้เองเป็นประจำจึงเลือกซื้อมาจำหน่าย	6 (5.8)
เลือกยาที่บิดา/มารดาเคยขาย (รับช่วงต่อร้านค้า)	1 (0.9)



### การประเมินความรู้เกี่ยวกับการจำหน่ายยาในร้านชำ

ผู้ประกอบการร้านชำทราบว่า ยาพาราเซตามอลแบบแผง ยาต้ม ยาหม่อง เกลือแร่ และชุดทำแผล สามารถจำหน่ายได้ในร้านชำ ร้อยละ

99.2 แต่ไม่ทราบว่ายาปฏิชีวนะ/ยาฆ่าเชื้อและยาแก้ไอเสบ ไม่สามารถขายได้ในร้านชำร้อยละ 64.9 และ 63.4 ตามลำดับ และผู้ประกอบการร้านชำร้อยละ 67.2 ไม่สามารถดูวันหมดอายุยาได้ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความรู้เกี่ยวกับการจำหน่ายยาในร้านชำแยกรายข้อคำถาม (n = 131)

ข้อคำถาม	จำนวนของผู้ที่ตอบถูก (ร้อยละ)
1. ยาที่ขายในร้านชำได้อย่างถูกกฎหมาย คือยาที่ฉลากระบุว่า ยาสามัญประจำบ้าน (ตัวหนังสือสีเขียว ในกรอบสีเขียว) เท่านั้น	124 (94.6)
2. ยาที่มีฉลากระบุว่า ยาอันตราย (ตัวหนังสือสีแดง ในกรอบสีแดง) สามารถขายในร้านชำอย่างถูกกฎหมาย	112 (85.5)
3. ยาที่มีฉลากระบุว่า ยาควบคุมพิเศษ (ตัวหนังสือสีแดง ในกรอบสีแดง) สามารถขายได้ในร้านชำอย่างถูกกฎหมาย	114 (87.0)
4. ยาปฏิชีวนะ/ยาฆ่าเชื้อ เช่น ทีซิมัยซิน กาโนมัยซิน ยาแก้ไอเสบดำแดง เป็นต้น สามารถขายได้ในร้านชำ	85 (64.9)
5. ยาแก้ไอเสบ เช่น ปือก ท้มใจ บวดหาย เพี้ยแคม เป็นต้น สามารถขายได้ในร้านชำ	83 (63.4)
6. ยาสเตียรอยด์/ยาชุด/ยาลูกกลอนสามารถขายได้ในร้านชำ	118 (90.1)
7. ยาพาราเซตามอลแบบแผง ยาต้ม ยาหม่อง เกลือแร่ ชุดทำแผล เป็นต้น สามารถขายได้ในร้านชำ	130 (99.2)
8. การดูวันหมดอายุข้างขวดยา ถ้าฉลากระบุ Exp. date 09/09/2022 หมายถึง ยาหมดอายุวันที่ 9 เดือนกันยายน พ.ศ. 2565	88 (67.2)
9. การจัดเรียงยาควรเรียงยาที่หมดอายุก่อนไว้หน้าสุดเพื่อเตรียมจ่ายออกไปก่อนเพื่อลดความเสียหายจากยาหมดอายุ ส่วนยาที่หมดอายุหลัง ๆ ให้จัดเรียงในลำดับถัดมา	119 (90.8)

### ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการจำหน่ายยาอันตรายในร้านชำ

ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการจำหน่ายยาอันตรายในร้านขายของชำ โดยใช้สถิติ Exact Probability Test หาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ การศึกษา การผ่านการอบรม ส่วนอายุ และระยะทางระหว่างร้านชำกับโรงพยาบาล/รพ.สต./ร้านขายยาที่มีเภสัชกร ใช้สถิติ Student t-test ในการหาความสัมพันธ์ (ตารางที่ 5) จากนั้นจึงทดสอบปัจจัย

ต่าง ๆ อีกครั้งโดยใช้ Multivariable Logistic Regression (ตารางที่ 6) ได้ Adjusted OR และนำไปหาค่า ROC Curve ซึ่งสามารถทำนายประเด็นที่ทดสอบว่า การทดสอบปัจจัยดังกล่าว มีความแม่นยำ และน่าจะเป็นในระดับใด

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการจำหน่ายยาอันตรายในร้านชำ พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการขายยาใน



ร้านชำกับการจำหน่ายยาอันตรายในร้านชำมีความสัมพันธ์กัน ร้านชำที่มีความรู้เกี่ยวกับการขายยาในร้านชำมากมีสัดส่วนพบการจำหน่ายยาอันตรายในร้านชำน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมี Adjusted OR = 0.138 (95%CI = 0.038 - 0.510, p=0.003) นั่นคือ หากผู้ประกอบการร้านชำมีความรู้เกี่ยวกับการขายยาในร้านชำที่เพิ่มขึ้น อาจส่งผลทำให้ลดการขายยาอันตรายลง ร้อยละ 86.2 เมื่อเทียบกับร้านชำที่มีความรู้น้อยกว่า โดยมี ROC

Curve=0.8415 สำหรับเพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะทางระหว่างร้านชำกับโรงพยาบาล/รพ.สต./ร้านขายยาที่มีเภสัชกร และการผ่านการอบรม/ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุขในเรื่องกฎหมายการห้ามจำหน่ายยาไม่พบความสัมพันธ์กับการจำหน่ายยาอันตรายในร้านชำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 5 และ 6)

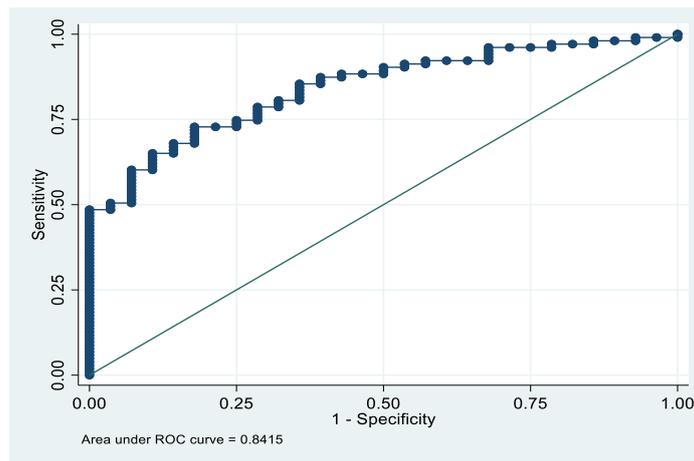
ตารางที่ 5 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการจำหน่ายยาอันตรายในร้านขายของชำ (n = 131)

ปัจจัยที่ศึกษา	พบการจำหน่าย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่พบการจำหน่าย จำนวน (ร้อยละ)	p-value*
เพศ	18 (17.4)	7 (25.0)	0.259
ชาย			
หญิง	85 (82.5)	21 (75.0)	
อายุเฉลี่ย ± S.D. (ปี)	55.4 ± 1.2	53.0 ± 2.3	0.35
การศึกษา			
ไม่ได้รับการศึกษา	0.0	1 (3.4)	0.116
ประถมศึกษา	54 (52.4)	10 (35.7)	
มัธยมศึกษา/อนุปริญญา	36 (34.9)	14 (50.0)	
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	13 (12.6)	3 (10.7)	
ระยะทางระหว่างร้านชำกับโรงพยาบาล/รพ.สต./ร้านขายยาที่มีเภสัชกร			
ระยะทางเฉลี่ย ± S.D. (km)	3.4 ± 0.2	3.5 ± 0.3	0.849
การผ่านการอบรม/ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุขในเรื่องกฎหมายการห้ามจำหน่ายยา			
เคยได้รับ	16 (15.5)	8 (28.5)	0.09
ไม่เคยได้รับ	87 (84.5)	20 (71.4)	



ตารางที่ 6 ปัจจัยที่ส่งผลกับการขายยาอันตรายในร้านชำ (n = 131)

ปัจจัยที่ศึกษา	Adjusted OR	95%CI	p-value*
ความรู้เกี่ยวกับการขายยาในร้านชำ	0.138	0.038 – 0.510	0.003*
เพศ	1.525	0.481 – 4.832	0.473
อายุ	1.012	0.957 – 1.071	0.656
ระยะเวลาในการเปิดร้าน			
1 – 10 ปี	2.686	0.518 – 13.918	0.239
>10 – 20 ปี	2.893	0.664 – 12.586	0.157
> 20 ปี	1.995	0.429 – 9.270	0.378
การผ่านการอบรม	1.462	0.432 – 4.944	0.541
ระดับการศึกษา	0.800	0.221 – 2.902	0.735
ระยะทางระหว่างร้านกับ รพ.สต./ร้านขายยา	1.041	0.779 – 1.391	0.786



รูปที่ 1 พื้นที่ใต้โค้ง ROC : AUC (Area Under the ROC Curve) = 0.8415

### อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

การศึกษาพบยาอันตรายที่จำหน่ายในร้านชำมากกว่าครึ่ง ยาปฏิชีวนะที่พบมากที่สุดคือ Tetracycline รองลงมาคือ กลุ่มยา Penicillins ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อัสพร บุญยัง และ รุ่งทิวา หมื่นปา<sup>2</sup> ร้อยละที่พบยาปฏิชีวนะของอำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง ใกล้เคียงกับการสำรวจร้านชำในเขตต่างอำเภอของจังหวัดลำปาง<sup>6</sup> ยาแก้ปวด NSAIDs ที่พบ คือ Aspirin, Diclofenac, Piroxicam และ Ibuprofen ไม่พบยาสเตียรอยด์รูปแบบเม็ด พบมากที่สุดคือรูปแบบยาใช้ภายนอกแบบป้ายแผลในปาก รองลงมาเป็น

Steroid Eye Drops ยาชุดที่พบ มีเพียงชุดยาแก้ปวด จำนวน 3 – 5 เม็ด ต่างจากการศึกษาในพื้นที่อื่น ที่พบทั้งยาชุดแก้ปวดและแก้แพ้/แก้คัน แหล่งจำหน่ายได้มาจากร้านขายยาที่มีเภสัชกร

ยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ พบร้อยละ 47.3 ตัวอย่างที่พบได้แก่ ยาบรรเทาอาการไอสำหรับผู้ที่มีเสมหะที่มีตัวยา Ambroxol, Bromhexine, Acetylcysteine, ยา Paracetamol Syrup ที่มีขนาดมากกว่า 120 mg/5 mL, ยาถ่ายพยาธิ เป็นต้น ยาแผนโบราณที่ไม่ใช่ยาสามัญประจำบ้าน พบร้อยละ 45.0 พบยาหมดอายุ/ยา



เสื่อมสภาพในร้านชำเนื่องจากผู้ประกอบการร้านชำเกินกว่าครึ่งไม่สามารถดูวันหมดอายุได้และมีความเชื่อว่าแหล่งจำหน่ายที่ซื้อมาน่าเชื่อถือไม่น่าจะขายยาที่หมดอายุออกมาจากร้าน

แหล่งจำหน่ายของยาในร้านชำที่พบมากที่สุดคือ ร้านขายยาแผนปัจจุบันที่มีเภสัชกร (ขย.1) ซึ่งเหมือนกับการศึกษาของ อัปสร บุญยั้ง และ รุ่งทิศา หมื่นปา<sup>2</sup> และของ วราภรณ์ สังข์ทอง<sup>3</sup> แต่อันดับรองลงมาคือ รถส่งยา/รถเร่ และร้านขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุรีจที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ ซึ่งต่างจากทั้งสองการศึกษาเพศ อายุ ระยะเวลาในการเปิดร้านชำ ระดับการศึกษา การผ่านการอบรม และระยะทางระหว่างร้านชำกับ รพ.สต./ร้านยาที่มีเภสัชกร ไม่พบความสัมพันธ์กับการจำหน่ายยาอันตรายในร้านชำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสอดคล้องกับการศึกษาของ วราภรณ์ สังข์ทอง<sup>3</sup> และ อารีย์รัตน์ คุณยศยิ่ง<sup>7</sup> แต่ต่างจากการศึกษาของ ภาณุ วิริยานุทัย<sup>8</sup> ที่ระยะเวลาในการเปิดร้านชำ 1 - 10 ปี ความต้องการของคนในชุมชน และการแนะนำจากแหล่งที่ร้านชำไปซื้อมีความสัมพันธ์กับการจำหน่ายยาอันตรายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความรู้เกี่ยวกับการขายยาในร้านชำของผู้ประกอบการมีความสัมพันธ์กับการขายยาอันตรายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือผู้ประกอบการที่มีความรู้มาก จะลดโอกาสการขายยาอันตรายลง โดยผู้ประกอบการส่วนใหญ่ไม่ทราบเรื่องยาที่สามารถขายได้/ขายไม่ได้ในร้านชำ เพราะไม่เคยผ่านการอบรมมาก่อน ทำให้ไม่ทราบว่ายาอันตรายไม่สามารถขายได้ และไม่ทราบว่ายาที่ตนเองนำมาขายเป็นยาอันตราย ซึ่งผู้ประกอบการที่ไม่มีความรู้เรื่องยาบางส่วนก็นำยามาขายเลยในร้านเนื่องจากกลัวมีโทษ แต่ผู้ประกอบการบางรายก็ยังขายต่อเนื่องจากต้องการกำไรจากลูกค้า สอดคล้องกับการศึกษาของ

นฤมล สุรินทร์<sup>9</sup> ซึ่งเคยมีการจัดการอบรมให้ความรู้แก่เจ้าของร้านชำ ทำให้พบความชุกในการขายยาปฏิชีวนะน้อยกว่าที่อื่น

การศึกษานี้มีข้อจำกัดภายใต้สถานการณ์โควิด-19 ทำให้ยากต่อการสัมภาษณ์ในแต่ละพื้นที่ แต่ก็ทำให้ทราบถึงสถานการณ์การใช้ยาในปัจจุบันของประชาชนในเขตอำเภอเมืองลำปางที่ยังเลือกซื้อยาจากแหล่งซื้อที่เข้าถึงง่าย ผู้ประกอบการร้านชำส่วนใหญ่ไม่ทราบว่ายาที่ขายได้ในร้านชำมีเพียงยาสามัญประจำบ้าน เนื่องจากบางส่วนขายมานานได้รับการบอกต่อตั้งแต่รุ่นพ่อสู่รุ่นลูก ส่วนที่เปิดใหม่มีการเรียกซื้อจากชุมชนหรือได้รับคำแนะนำจากร้านขายยาที่มีเภสัชกรเป็นผู้จำหน่ายให้แก่ร้านชำ รถส่งยาของบริษัท ช่องทางออนไลน์ แหล่งจำหน่ายจากห้างค้าส่งใหม่ ๆ ที่สามารถอำนวยความสะดวกให้แก่ร้านชำมากกว่าสมัยก่อน แต่หากผู้ประกอบการมีความรู้เกี่ยวกับการจำหน่ายยาในร้านชำก็เป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถลดการจำหน่ายยาอันตรายในร้านชำลงได้

### สรุปผลการศึกษา

การจำหน่ายยาอันตรายในร้านขายของชำในเขตอำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง พบมากกว่าครึ่งหนึ่งในพื้นที่ การมีความรู้เกี่ยวกับกฎหมายการขายยาในร้านชำของผู้ประกอบการมีความสัมพันธ์กับการขายยาอันตราย นั่นคือผู้ประกอบการที่มีความรู้มากจะลดโอกาสการขายยาอันตรายลง โดยผู้ประกอบการส่วนใหญ่ไม่ทราบเรื่องยาที่สามารถขายได้/ขายไม่ได้ในร้านชำ เพราะไม่เคยผ่านการอบรมมาก่อน ทำให้ไม่ทราบว่ายาอันตรายไม่สามารถขายได้ และไม่ทราบว่ายาที่ตนเองนำมาขายเป็นยาอันตราย ซึ่งผู้ประกอบการที่ไม่มีความรู้เรื่องยาบางส่วนก็นำยามาขายเลยในร้านเนื่องจากกลัวมีโทษ แต่ผู้ประกอบการบางรายก็ยังขายต่อเนื่องจากต้องการกำไรจากลูกค้า



### ข้อเสนอแนะ

การแก้ไขปัญหาคาร่าจำหน่ายยาอันตรายในร้านชำต้องได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ได้แก่

1. การให้ความรู้แก่คนในชุมชนให้ใช้ยาเท่าที่จำเป็น การดูแลตนเองเบื้องต้นเพื่อส่งเสริมให้ชุมชนใช้ยาอย่างสมเหตุผล แก้ปัญหาการเรียกชื่อยาในชุมชนที่ไม่ถูกต้อง เมื่อไม่มีผู้เรียกชื่อผู้ขายก็จะไม่นำเข้ามา
2. การให้ความรู้แก่ผู้ประกอบการร้านชำอย่างต่อเนื่อง มีสื่อ/ภาพยาที่สามารถขายได้ในร้านชำที่ชัดเจน
3. การตรวจประเมินติดตามอย่างต่อเนื่องจากผู้รับผิดชอบ ตัวแทนในชุมชน อสม.
4. ขอความร่วมมือแหล่งกระจายยาทั้งในส่วนร้านขายยาแผนปัจจุบันที่มีเภสัชกรดูแล หรือร้านขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ (ขย. 2) ให้จำหน่ายเฉพาะยาสามัญประจำบ้านแก่ร้านชำ

5. นโยบายในส่วนของรัฐบาลที่จะจัดการปัญหามีโดยมีบทลงโทษที่ชัดเจนและปฏิบัติจริง การออกนโยบายควบคุม

6. การขายยาอันตรายเฉพาะผู้ประกอบวิชาชีพ กำหนดรายการยาที่สามารถขายให้แก่ร้านชำได้ รายการยาที่ประชาชนสามารถซื้อใช้เอง ปริมาณที่จำกัด เป็นต้น

### กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยความอนุเคราะห์และช่วยเหลือของ ผศ.(พิเศษ) ดร.ภญ.รุ่งทิพ หมีนป้า ที่กรุณาให้คำแนะนำ และตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องจนงานวิจัยนี้แล้วเสร็จ รวมถึงคณาจารย์วิทยาลัยการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพแห่งประเทศไทย (วคบท.) ทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือด้วยดี และขอขอบคุณแผนงานพัฒนาวิชาการและกลไกคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.) ที่ได้กรุณาสับสนุนทุนการศึกษาวิจัยครั้งนี้



### เอกสารอ้างอิง

1. พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 84, ตอนที่ 101 พิเศษ (ลงวันที่ 20 ตุลาคม 2510).
2. อัสพร บุญยัง, รุ่งทิวา หมื่นปลา. ความชุกของการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมของร้านชำในจังหวัดพิษณุโลก และปัจจัยที่มีผล. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2562; 11(1): 105-18.
3. วราภรณ์ สังข์ทอง. ความชุกของร้านชำที่จำหน่ายยาปฏิชีวนะในเขตอำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย และปัจจัยที่ทำให้เกิดการจำหน่าย. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2558; 7(1): 38-46.
4. พยอม เพชรบุรณิน, สุรศักดิ์ เส่าแก้ว. ความชุกของยาไม่ปลอดภัยในร้านชำ: กรณีศึกษาอำเภอหล่มเก่า เขาค้อ และน้ำหนาว จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2562; 11(2): 422-30
5. ศิริพร จิตรประสิทธิ์ศิริ. ความชุกของการจำหน่ายยาอย่างผิดกฎหมายในร้านชำอำเภอสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2562; 11(2): 388-96.
6. วิทยาลัยการคุ้มครองผู้บริโภคยาและสุขภาพแห่งประเทศไทย. ความชุกและลักษณะของร้านชำที่จำหน่ายยาปฏิชีวนะ ในเขตอำเภอต่าง ๆ ของจังหวัดลำปาง ได้แก่ อำเภอวังเหนือ อำเภอเมืองปาน และอำเภอ งาว. 2559.
7. อารีรัตน์ คุณยศยิ่ง. ความชุกและลักษณะของร้านชำที่จำหน่ายยาปฏิชีวนะ ในเขตอำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2558; 7(2): 114-120.
8. ภาณุ วิริยานุทัต. ความชุกและลักษณะของร้านชำที่จำหน่ายยาปฏิชีวนะในเขตอำเภองาว จังหวัดลำปาง. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2558; 7(2): 167-77.
9. นฤมล สุรินทร์. ความชุกและลักษณะของร้านชำที่จำหน่ายยาปฏิชีวนะในเขตอำเภอเมืองปาน จังหวัด ลำปาง. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2558; 7(2): 200-5.
10. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1). 2566.
11. กิตติยาพร ทองไทย, พรรณธิดา หล้าวงษ์, ภาวิณี พุฒิเชียว. ผลของการจัดการปัญหาการจำหน่ายยาอันตราย ยาควบคุมพิเศษ ยาปฏิชีวนะ ยาสเตียรอยด์ ในร้านชำร้านชำ จังหวัดอุบลราชธานี. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 29 พฤษภาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก <http://phoubon.in.th>



## การพัฒนาและประเมินคู่มือสเตียรอยด์ออนไลน์สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

### Development and evaluation of the online steroid guide for public health personnel

เด่นชัย ดอกพอง<sup>1</sup>

Denchai Dokpong<sup>1</sup>

#### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อพัฒนาคู่มือสเตียรอยด์ออนไลน์สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2) เพื่อประเมินผลความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีต่อคู่มือสเตียรอยด์ออนไลน์ ดำเนินการในระหว่างเดือนตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566 รวมระยะเวลา 5 เดือน การศึกษาแบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ 1. การพัฒนาสื่อ โดยศึกษาข้อมูลสเตียรอยด์ พัฒนาข้อมูลให้อยู่ในรูปแบบสื่อเว็บไซต์ออนไลน์ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อำเภออุซันธุ์ ใช้ประโยชน์ 2. การประเมินความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยใช้แบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่าง คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลอุซันธุ์และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภออุซันธุ์ จำนวน 87 คน โดยทำแบบประเมินความต่อพึงพอใจคู่มือสเตียรอยด์ออนไลน์สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งมีทั้งหมด 3 ด้าน ได้แก่ ด้านเว็บไซต์ ด้านเนื้อหา และด้านการนำไปใช้ประโยชน์ วิเคราะห์ผลการประเมินความพึงพอใจโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษาพบว่า คู่มือสเตียรอยด์ออนไลน์สำหรับเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขอยู่ในเว็บไซต์ [www.สเตียรอยด์.com](http://www.สเตียรอยด์.com) ที่ได้พัฒนาขึ้น มีค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจภาพรวมอยู่ใน ระดับพึงพอใจมาก ( $\bar{X}$  = 4.22) และมีข้อเสนอแนะให้พัฒนาปรับปรุงคู่มือด้วยการเพิ่มรูปภาพแผนผังในเว็บไซต์ และเพิ่มเนื้อหาสำหรับประชาชนทั่วไปด้วย สำหรับคำแนะนำในการพัฒนาคู่มือสเตียรอยด์ออนไลน์ นอกจากการจัดทำในเว็บไซต์ ควรเพิ่มการเชื่อมโยงกับสื่อออนไลน์อื่น ๆ เช่น ยูทูป, เฟซบุ๊ก ทำให้การสื่อสารสู่สาธารณะมีประสิทธิภาพมากขึ้น

**คำสำคัญ:** คู่มือสเตียรอยด์, ออนไลน์, เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

#### Abstract

The objectives for this descriptive research were 1) to develop an online steroid guide for public health personnel and 2) to assess the satisfaction of the public health personnel regarding the online steroid guide. The evaluation period were five months from October 2022 to February 2023. The study was divided into two phases. In phase 1, the media was developed from studying the steroid information and creating online contents for Khukhan District public health personnel. In phase 2, the satisfaction of the public health personnel was assessed

<sup>1</sup>เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลอุซันธุ์ จังหวัดศรีสะเกษ

<sup>1</sup>Pharmacist, Professional Level, Division of Pharmaceutical and Consumer Protection, Khukhan Hospital, Sisaket Province. Email: ddenchai@gmail.com



using an assessment form among 87 participants from the Khukhan Hospital and the Sub-District Health Promotion Hospitals. The assessment had three aspects: website design, content, and usefulness. The analysis of the satisfaction evaluation was conducted using descriptive statistics, including mean and standard deviation. This research study successfully developed an online steroid guide for public health personnel, available on website [www.steroid.com](http://www.steroid.com). (“steroid” in Thai language). The overall satisfaction level was at a very high level ( $\bar{x}$  = 4.22). Additionally, participants suggest that the website should be enhanced by adding images, diagrams, and more general information for the public. For suggestions on the online steroid guide, it should be made available not only in websites, but also in other online media such as Youtube, Facebook to help communicate with the public more efficiently.

**Keywords:** Steroid guide, Online, Public health personnel

## บทนำ

สเตียรอยด์เป็นกลุ่มฮอร์โมนที่ร่างกายสร้างขึ้นเพื่อควบคุมการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายให้เป็นปกติอยู่เสมอ เช่น ด้านการอักเสบ ลดอาการปวด บรรเทาความตึงเครียด ความอ่อนเพลีย ไม่มีแรง ให้เป็นปกติได้อย่างรวดเร็ว ภูมิคุ้มกันของร่างกายทำงานเป็นปกติ และอื่น ๆ อีกมากมาย ครอบคลุมทั่วร่างกาย แม้ว่าในทางการแพทย์จะใช้สเตียรอยด์ในการรักษาโรค แต่เนื่องจากสเตียรอยด์มีทั้งคุณและโทษ ดังนั้นทางการแพทย์จึงมักจะเลือกใช้สเตียรอยด์เป็นลำดับท้าย ๆ ในกรณีที่ไม่มียาที่รักษาอาการของโรคนั้นแล้ว หรืออาจใช้เพื่อรักษาช่วงต้นที่เร่งด่วนเพื่อลดอาการเช่น ใช้ด้านการอักเสบในโรคปวดข้อรูมาตอยด์ โรคหอบหืด โรคภูมิแพ้ และนอกจากนี้ สเตียรอยด์ยังมีฤทธิ์กดภูมิคุ้มกัน จึงนำมาใช้เพื่อลดภูมิคุ้มกันในโรคภูมิแพ้ตนเองเพื่อไม่ให้โรคลุกลาม เช่น โรคเอสแอลอี (โรคพุ่มพวง) โรคสะเก็ดเงิน โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง เป็นต้น<sup>1</sup> แต่ถ้าใช้ไม่ถูกต้อง ทำให้เกิดผลเสีย ได้แก่ กดภูมิคุ้มกันของร่างกาย เยื่อในกระเพาะอาหาร บางลง ผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในช่วงปกติ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต กระดูกพรุน แตกหักง่าย อ่อนเพลีย กล้ามเนื้อบริเวณแขนและขา

ไม่มีแรง เป็นต้อหิน ผิวหนังบาง เส้นเลือดที่ผิวหนังแตกง่าย อารมณ์แปรปรวนง่าย เกิดอาการ “คุชซิ่ง ซินโดรม”<sup>2</sup>

ในชุมชนพบการนำสเตียรอยด์มาใช้อย่างไม่ถูกต้อง ได้แก่ การปลอมปนในยาลูกกลอน ยาชุด ยาน้ำสมุนไพร และยาแก้ปวด<sup>3,4</sup> ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2548, 2549 และ 2550 พบว่ามีการปนเปื้อนของสเตียรอยด์ในยาลูกกลอน ร้อยละ 40, 48 และ 61 ตามลำดับ โดยการปนเปื้อนที่พบมากที่สุดคือ เด็กชาเมทาโซน และเพรดนิโซโลน ประชาชนได้ยาที่มีการปนเปื้อนของสเตียรอยด์จากช่องทางต่าง ๆ ได้แก่ ยาชุด ยาต้มสมุนไพร ยาลูกกลอน ยาแผนปัจจุบัน ยาผงแผนโบราณ ยาแคปซูล/น้ำแผนโบราณ และอื่น ๆ ที่ไม่ทราบ ร้อยละ 26.30, 23.50, 21.80, 13.40, 7.80, 5.70, 1.00 และ 0.5 ตามลำดับ<sup>5</sup> นอกจากนี้ประชาชน ยังมีโอกาสได้รับสเตียรอยด์จากยาแผนปัจจุบันทั้งในรูปแบบ ยาชุด ยาฉีดจากคลินิก/สถานพยาบาล โดยเฉพาะกรณีที่ ฉีดยาแก้ปวดกล้ามเนื้อ ปวดกระดูก แก้วชาวบ้าน<sup>6</sup>

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทั้งแพทย์ เภสัชกร พยาบาล วิชาชีพ ทันตแพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข ชุมชน นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย ทันตภิบาล ผู้ช่วย



เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเจ้าหน้าที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ ที่ปฏิบัติงานทั้งในโรงพยาบาลทั่วไป/ชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นบุคลากรที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่ได้รับผลอันไม่พึงประสงค์จากสเตียรอยด์ เพราะเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ ทั้งในการค้นหา คัดกรอง วินิจฉัย และรักษาผู้ป่วยจากสเตียรอยด์ เนื่องจากในเขตสุขภาพที่ 10 ได้แก่ จังหวัดอุบลราชธานี ศรีสะเกษ โยโสธร อานาจเจริญ และมุกดาหาร มีความชุกของผู้ป่วยที่มีอาการจากสเตียรอยด์ เกิดอาการคushing ซินโดรม ซึ่งเป็นอาการป่วยที่มีความรุนแรงสูงถึง 1 ราย ต่อ 1,000 คน<sup>7</sup> ดังนั้นบุคลากรด้านสุขภาพที่มีความรู้เรื่องสเตียรอยด์ จะเป็นคนสำคัญที่ดำเนินการนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษา และให้การรักษาพยาบาลอย่างถูกต้อง จนผู้ป่วยหายจากความเจ็บป่วยได้ ในปัจจุบันประชาชนใช้อินเทอร์เน็ตมากขึ้น จากผลสำรวจของ We Are Social ประจำปี 2022 พบว่าคนไทยมีสัดส่วนการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตถึงร้อยละ 77.8 เมื่อเทียบกับประชากรทั้งประเทศ โดยคนไทยใช้เวลาอยู่บนโลกออนไลน์ 9.06 ชั่วโมง ต่อวัน เพื่อแก้ปัญหาการได้รับสเตียรอยด์อย่างไม่ปลอดภัยของประชาชน โดยเฉพาะการดำเนินการ คัดกรอง วินิจฉัย และให้การรักษาผู้ป่วยจากสเตียรอยด์ ภายใต้บริบทสังคมไทยที่มีผู้เข้าถึงเครือข่ายอินเทอร์เน็ตอย่างแพร่หลาย การพัฒนาคู่มือ และสื่อสารคู่มือในระบบออนไลน์ เป็นเครื่องมือสำคัญ ในการสื่อสารให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถเข้าถึงง่าย นำไปใช้ดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการวิจัยเรื่อง การพัฒนาและประเมินคู่มือสเตียรอยด์ออนไลน์สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขขึ้น

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาคู่มือสเตียรอยด์ออนไลน์

สำหรับ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2. เพื่อประเมินผลความพึงพอใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อการนำคู่มือสเตียรอยด์ออนไลน์ไปใช้

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

#### 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การประเมินความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อการใช้คู่มือสเตียรอยด์ออนไลน์ประชากร ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอชุมชน จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 282 คน กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในอำเภอชุมชนที่ใช้นำคู่มือสเตียรอยด์ออนไลน์ไปใช้ จำนวน 87 คน คิดเป็นร้อยละ 30.85 ของประชากรทั้งหมด

#### 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือที่พัฒนาขึ้น ได้แก่ คู่มือสเตียรอยด์ออนไลน์สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พัฒนาโดยผู้วิจัย มีขั้นตอนคือ ศึกษาข้อมูลของ สเตียรอยด์ ในด้านต่าง ๆ ที่มีประโยชน์และจำเป็นสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพจากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พัฒนาคู่มือที่สามารถเข้าถึงได้ในรูปแบบเว็บไซต์ออนไลน์ [www.สเตียรอยด์.com](http://www.สเตียรอยด์.com) เผยแพร่และประชาสัมพันธ์ ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขนำไปใช้ประโยชน์

2) เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อคู่มือสเตียรอยด์แบบออนไลน์ ซึ่งแบ่งเป็น 3 ตอน ได้แก่

- ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นคำถามเกี่ยวกับคุณลักษณะของผู้ตอบ ได้แก่ เพศ อายุ สถานที่ปฏิบัติงาน และสายงาน



- ตอนที่ 2 ระดับความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อคู่มือสเต็มยรอยด์ออนไลน์ คำถามเป็นแบบประเมินค่าความพึงพอใจแบบ Likert Scale มี 5 ตัวเลือก คือ พอใจมากที่สุด พอใจมาก พอใจปานกลาง พอใจน้อย และพอใจน้อยที่สุด ครอบคลุม 3 ด้าน คือ ด้านเว็บไซต์ 5 ข้อ ด้านเนื้อหา 5 ข้อ และด้านการนำไปใช้ประโยชน์ 5 ข้อ

- ตอนที่ 3 ข้อเสนอแนะในการพัฒนาคู่มือสเต็มยรอยด์ออนไลน์ ให้ตอบคำถามแบบสั้น ๆ

มีการนำแบบประเมินความพึงพอใจไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในด้านวิจัยและประเมินผล จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ค่าความสอดคล้อง (Index of Item Congruence : IOC) มีค่า IOC เท่ากับ 0.67 - 1.00 นำแบบประเมินความพึงพอใจที่ปรับปรุงแล้ว ไปทดลองใช้ (Try Out) ในกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อำเภอปรางค์กู่ และภูสิงห์ จำนวน 30 คน ซึ่ง 2 อำเภอมีลักษณะ สภาพแวดล้อมใกล้เคียงกัน และมีพื้นที่ติดต่อกับอำเภอ ขุขันธ์ วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความพึงพอใจด้วยวิธีคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทั้งด้านเว็บไซต์ เนื้อหา และ การนำไป ใช้ประโยชน์ เท่ากับ 0.79

การแปลผลประเมินความพึงพอใจ นำค่าเฉลี่ยที่คำนวณได้มาแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

- 4.51 - 5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด
- 3.51 - 4.50 หมายถึง ระดับมาก
- 2.51 - 3.50 หมายถึง ระดับปานกลาง
- 1.51 - 2.50 หมายถึง ระดับน้อย
- 1.01 - 1.50 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

### 3. วิธีการเก็บข้อมูล

- 1) ประชุมชี้แจงให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

เข้าใจการใช้งานคู่มือสเต็มยรอยด์ออนไลน์สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข [www.สเต็มยรอยด์.com](http://www.สเต็มยรอยด์.com) และให้นำไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติงานจริง

2) จัดทำแบบประเมินความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อคู่มือสเต็มยรอยด์ออนไลน์ ซึ่งมี 3 ด้าน ได้แก่ ด้านเว็บไซต์ ด้านเนื้อหา และด้านการนำไปใช้ประโยชน์ ในรูปแบบลิงค์ Google Form

3) จัดส่งลิงค์แบบประเมินความพึงพอใจในระบบ Google Form ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ใช้คู่มือออนไลน์ทำการประเมิน

### 4. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ด้วยสถิติ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์ข้อมูลเนื้อหา เพื่อให้สอดคล้อง และได้รายละเอียดเพิ่มเติม สนับสนุนข้อมูลเชิงปริมาณ

### 5. จริยธรรมการวิจัย

ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่โครงการวิจัย SPPH 2023-020 วันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2566 โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH GCP) กลุ่มตัวอย่าง ทุกคนจะได้รับการอธิบายอย่างละเอียดถึงขั้นตอน การวิจัย การปฏิบัติตน และประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วม โครงการวิจัย เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินยติรับเป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้เข้าร่วมโครงการสามารถถอนตัวออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลา โดยเคารพศักดิ์ศรีและความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และจะแสดงผลในภาพรวม เท่านั้น



### ผลการศึกษา

#### ผลศึกษาข้อมูลสเต็มรอยดต์ที่มีความสำคัญและจำเป็นสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพ

การแก้ปัญหาสเต็มรอยดต์ จะต้องดำเนินการค้นหาผู้ป่วยให้เจอและนำเข้าสู่ระบบการรักษาที่ถูกต้อง เนื่องจากผู้ป่วยจากสเต็มรอยดต์ที่มีกลุ่มอาการคushing ตืดสเต็มรอยดต์ ต่อมหมวกไตทำงานบกพร่อง สามารถรักษาได้ การแก้ปัญหานี้ต้องอาศัยการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทั้งในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน ที่มีความรู้และความเข้าใจในเรื่องสเต็มรอยดต์เป็นอย่างดี การมีคู่มือแนวทางดำเนินงานในเรื่องนี้ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

#### ผลการพัฒนาคู่มือสเต็มรอยดต์ออนไลน์สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

คู่มือสเต็มรอยดต์ออนไลน์สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่ 1) บทนำ มีส่วนประกอบย่อย ได้แก่ สเต็มรอยดต์คืออะไร กลไกออกฤทธิ์ ประโยชน์ของสเต็มรอยดต์ โทษของ

สเต็มรอยดต์ ผลของสเต็มรอยดต์ และระบอดวิทยาของสเต็มรอยดต์ 2) การค้นหา มีส่วนประกอบย่อย ได้แก่ ประวัติหน้าสงสัย ผลิตภัณฑ์น่าสงสัย สรรพคุณน่าสงสัย และการส่งต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3) การคัดกรอง มีส่วนประกอบย่อย ได้แก่ กลุ่มอาการคushing กลุ่มอาการตืดสเต็มรอยดต์ กลุ่มผลข้างเคียงที่สำคัญ และการส่งต่อโรงพยาบาลชุมชน 4) การวินิจฉัย มีส่วนประกอบย่อย ได้แก่ การวินิจฉัยเบื้องต้น การตรวจทางห้องปฏิบัติการ 5) การรักษาพยาบาล มีส่วนประกอบย่อย ได้แก่ Adrenal insufficiency, Long term management รวมถึงข้อควรระวัง และ 6) การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจากสเต็มรอยดต์ มีส่วนประกอบย่อย ได้แก่ การติดตามอาการป่วย การติดตามการใช้ยา การบริโภคผลิตภัณฑ์

เนื้อหาในคู่มือได้มีการจัดทำเป็นเว็บไซต์ [www.สเต็มรอยดต์.com](http://www.สเต็มรอยดต์.com) ดังภาพที่ 1 – 7 ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ตลอดเวลา



ภาพที่ 1 คู่มือสเต็มรอยดต์ออนไลน์ในหน้าแรก



ภาพที่ 2 คู่มือสเต็มรอยด์ออนไลน์ในหน้า



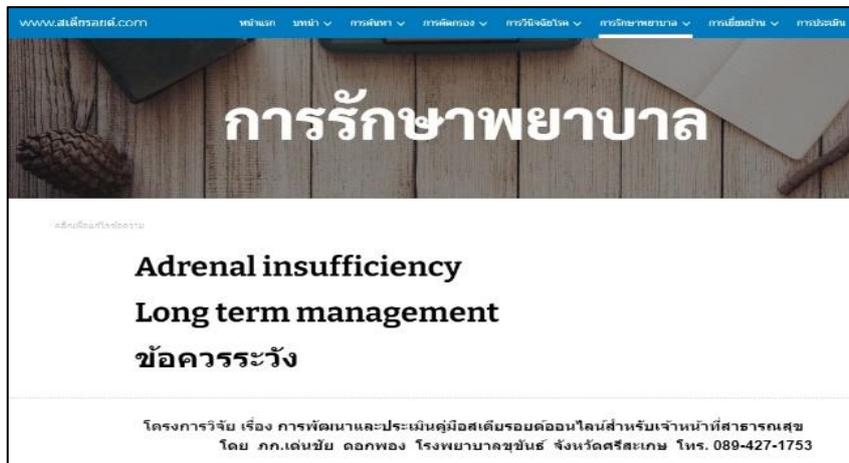
ภาพที่ 3 คู่มือสเต็มรอยด์ออนไลน์ในการค้นหาผู้ป่วย



ภาพที่ 4 คู่มือสเต็มรอยด์ออนไลน์ในการคัดกรอง



ภาพที่ 5 คู่มือสตีयरอยด์ออนไลน์ในการวินิจฉัย



ภาพที่ 6 คู่มือสตีयरอยด์ออนไลน์ในการรักษาพยาบาล



ภาพที่ 7 คู่มือสตีयरอยด์ออนไลน์ในการเฝ้าบ้าน



### ผลการประเมินผลความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขที่มีต่อคู่มือสเต็มรอยด์ออนไลน์

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้คู่มือสเต็มรอยด์ออนไลน์  
ได้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 87 คน เป็นเพศชาย  
11 คน (ร้อยละ 12.64) เพศหญิง 76 คน (ร้อยละ  
87.36) ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน 63 คน (ร้อยละ  
72.41) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 24 คน  
(ร้อยละ 27.59) ส่วนใหญ่อายุ 26 - 35 ปี (ร้อยละ

41.38) รองลงมา ได้แก่ อายุ 36 - 45 ปี (ร้อยละ 26.44)  
และอายุ 46 - 55 ปี (ร้อยละ 22.99) ตามลำดับ  
ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน 63 คน (ร้อยละ  
72.41) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 24 คน  
(ร้อยละ 27.59) สายงานที่ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ ได้แก่  
พยาบาลวิชาชีพ (ร้อยละ 59.76) รองลงมาคือ  
นักวิชาการสาธารณสุข (ร้อยละ 14.94)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ระดับความพึงพอใจด้านเว็บไซต์

ระดับความพึงพอใจ	$\bar{X}$	S.D.	แปลความหมาย
1. มีความคิดสร้างสรรค์ในการจัดทำคู่มือออนไลน์	4.18	0.62	ระดับมาก
2. ให้ความสะดวกในการเข้าถึง	4.29	0.63	ระดับมาก
3. การออกแบบสวยงาม น่าสนใจ	4.08	0.66	ระดับมาก
4. รูปแบบนำเสนออย่างเป็นลำดับขั้น	4.13	0.61	ระดับมาก
5. สร้างแรงบันดาลใจให้เข้าไปศึกษา เรียนรู้	4.15	0.61	ระดับมาก
<b>ความพึงพอใจด้านเว็บไซต์โดยรวม</b>	<b>4.17</b>	<b>0.63</b>	<b>ระดับมาก</b>

ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อคู่มือสเต็มรอยด์ออนไลน์ด้านเว็บไซต์อยู่ในระดับมากทั้ง 5 มิติ และ  
ความพึงพอใจในด้านเว็บไซต์โดยรวมอยู่ในระดับมาก ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ระดับความพึงพอใจด้านเนื้อหา

ระดับความพึงพอใจ	$\bar{X}$	S.D.	แปลความหมาย
1. สเต็มรอยด์ เป็นเรื่องที่น่าสนใจ	4.35	0.67	ระดับมาก
2. เนื้อหาสเต็มรอยด์ครบถ้วน ครอบคลุม	4.24	0.61	ระดับมาก
3. เนื้อหาสั้น กระชับ ได้ใจความ	4.24	0.67	ระดับมาก
4. นำเสนอเนื้อหาอย่างเข้าใจง่าย	4.22	0.61	ระดับมาก
5. เนื้อหาถูกต้องตามหลักวิชาการ	4.35	0.63	ระดับมาก
<b>ความพึงพอใจด้านเนื้อหาโดยรวม</b>	<b>4.28</b>	<b>0.64</b>	<b>ระดับมาก</b>

ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อคู่มือสเต็มรอยด์ออนไลน์ด้านเนื้อหาอยู่ในระดับมากทั้ง 5 มิติ และ  
ความพึงพอใจในด้านเนื้อหาโดยรวมอยู่ในระดับมาก ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ระดับความพึงพอใจด้านการนำไปใช้ประโยชน์

ระดับความพึงพอใจ	$\bar{X}$	S.D.	แปลความหมาย
1. การนำไปใช้ค้นหาผู้ป่วยจากสแตยรอยด์	4.26	0.68	ระดับมาก
2. การนำไปใช้คัดกรองผู้ป่วยจากสแตยรอยด์	4.28	0.65	ระดับมาก
3. การนำไปใช้วินิจฉัยผู้ป่วยจากสแตยรอยด์	4.18	0.73	ระดับมาก
4. การนำไปใช้รักษาผู้ป่วยจากสแตยรอยด์	4.20	0.70	ระดับมาก
5. การนำไปใช้เยี่ยมบ้านผู้ป่วยจากสแตยรอยด์	4.31	0.64	ระดับมาก
<b>ด้านการนำไปใช้ประโยชน์โดยภาพรวม</b>	<b>4.24</b>	<b>0.68</b>	<b>ระดับมาก</b>

ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อคู่มือสแตยรอยด์ออนไลน์ด้านการนำไปใช้ประโยชน์อยู่ในระดับมากที่สุด 5 มิติ และความพึงพอใจในด้านการนำไปใช้ประโยชน์โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ระดับความพึงพอใจโดยรวม

ระดับความพึงพอใจ	$\bar{X}$	S.D.	แปลความหมาย
1. ด้านเว็บไซต์	4.17	0.63	ระดับมาก
2. ด้านเนื้อหา	4.28	0.64	ระดับมาก
3. ด้านการนำไปใช้ประโยชน์	4.24	0.68	ระดับมาก
<b>ความพึงพอใจโดยรวมทุกด้าน</b>	<b>4.22</b>	<b>0.65</b>	<b>ระดับมาก</b>

ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อคู่มือสแตยรอยด์ออนไลน์ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.22 โดยมีความพึงพอใจทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านเว็บไซต์ ด้านเนื้อหา และด้านการนำไปใช้ประโยชน์ในระดับมากที่สุด ดังตารางที่ 4

### สรุปและอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างที่นำคู่มือสแตยรอยด์ออนไลน์สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไปใช้ในการค้นหา คัดกรอง วินิจฉัย รักษาพยาบาล และเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจากสแตยรอยด์ มีความพึงพอใจต่อคู่มือในภาพรวมระดับมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ธนพรรณ วัฒนชัย และคณะ<sup>9</sup> ที่สื่อวีดิทัศน์บนสังคมออนไลน์สามารถสร้างความพึงพอใจต่อกลุ่มเป้าหมายที่ได้เข้าไปใช้ประโยชน์ด้านทันตกรรม กลุ่มตัวอย่างได้เสนอแนะการพัฒนาคู่มือเพิ่มเติม ได้แก่ เพิ่มรูปภาพที่เกี่ยวข้องเพื่อขยายคำอธิบายให้เข้าใจง่ายขึ้น จัดทำแผนผังให้เห็นขั้นตอนการดำเนินการตามคู่มือในแต่ละขั้นตอน มีภาพ

การ์ตูนเพิ่มความน่าสนใจ พัฒนาให้มีส่วนของเนื้อหาสำหรับประชาชนทั่วไปเข้ามาเรียนรู้และนำไปใช้ประโยชน์ โดยเน้นเนื้อหาที่ เข้าใจง่าย

ในเขตสุขภาพที่ 10 (จังหวัดอุบลราชธานี ศรีสะเกษ ยโสธร อำนาจเจริญ และมุกดาหาร) ยังมีผู้ป่วยจากสแตยรอยด์ 1 ราย ต่อประชากร 1,000 ราย<sup>7</sup> ที่จะต้องได้รับการค้นหาให้เจอและนำเข้าสู่ระบบการรักษาที่ถูกต้อง คู่มือสแตยรอยด์ออนไลน์เป็นเครื่องมือที่สำคัญสำหรับการนำไปใช้ประโยชน์ดูแลประชาชน จากสแตยรอยด์ทั้งในอำเภออุซันธุ์ และเขตสุขภาพที่ 10 ต่อไป



### ข้อเสนอแนะ

คู่มือสเตียรอยด์ออนไลน์ นอกจากการจัดทำในรูปแบบเว็บไซต์แล้ว ในอนาคตควรเชื่อมโยงกับรูปแบบอื่น ๆ เช่น Youtube, Facebook เป็นต้น ทำให้การสื่อสารสู่สาธารณะมีประสิทธิภาพมากขึ้น

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน

โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง ที่ได้นำคู่มือสเตียรอยด์ออนไลน์ไปใช้เพื่อดูแลสุขภาพประชาชน และกรุณาตอบแบบประเมินความพึงพอใจ รวมถึงให้ข้อเสนอแนะที่เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาคู่มือให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชนมากยิ่งขึ้น ซึ่งผู้วิจัยขอขอบพระคุณมา ณ ที่นี้ด้วย

### เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์วิชาการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา. เล่าเรื่องสเตียรอยด์ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 28 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.steroidsocial.org/steroid1.html>
2. ศูนย์วิชาการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา. เล่าเรื่องสเตียรอยด์ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 28 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.steroidsocial.org/steroid2.html>
3. อุบลรัตน์ ผลพัฒนา. การตรวจหาสเตียรอยด์ในยาลูกกลอนที่มีจำหน่ายในเขตอำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). ภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร. มหาวิทยาลัยมหิดล; 2542.
4. สกฤษรัตน์ อุษณวารรงค์, ปราโมทย์ มหคุณากร, ศิรฉัตร พงษ์เกษม, สุชาติ เดชเดชะสุนันท์, อุไร ชำรัมย์. การสำรวจการกระจายของสเตียรอยด์ในยาชุด. ศรีนครินทร์เวชสาร 2537; 9(2): 79-82.
5. รัชตะ รัชตะนาวิน, อัมรินทร์ ทักษิณเสถียร, ละออ ชัยลือกิจ, อรัญญา สว่างอริยะสกุล, ชะอรสินธุ์ สุขศรีวงศ์, เพชรรัตน์ พงษ์เจริญสุข. โครงการศึกษาความชุกของปัญหาทางคลินิกที่เกิดจากการใช้สารที่มีสเตียรอยด์ปนเปื้อนโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ (รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย; 2550.
6. เด่นชัย ดอกพอง. รายงานการคุ้มครองผู้บริโภค 2549 – 2550. ศรีสะเกษ: โรงพยาบาลชุมชน; 2550.
7. เด่นชัย ดอกพอง. การประเมินโครงการค้นหาและคัดกรองผู้ได้รับสเตียรอยด์และผู้ป่วยจากสเตียรอยด์ ในเขตสุขภาพที่ 10. วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2562; 2(3): 166-73.
8. Marketeer. Thailand Internet User 2022 โลกอินเทอร์เน็ตของคนไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 28 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://marketeeronline.co/archives/250184>
9. ธนพรรณ วัฒนชัย, ปิยะนารถ จาติเกตุ, ฆฤณ ถนอมกิตติ, ธนพล แสงอาสาทวีริยะ, นมิตา หวังชื้อกุล, ประภาสินี ศรีสุคนธ์มิตร, วาริธร ตั้งตระกูลเจริญ, ศรีธนาพร ศรีสกุลนนท์. การพัฒนาและประเมินประสิทธิภาพสื่อวีดิทัศน์บนสังคมออนไลน์เพื่อส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการจัดฟันสำหรับวัยรุ่น: กรณีศึกษาในนักเรียน 2 โรงเรียนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่ทันตแพทยสาร. 2560; 37(2): 135-44.



ความสัมพันธ์ของปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะที่มีการควบคุมการสั่งใช้  
กับความไวของเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกันทรลักษ์  
Associations between quantity of restricted antibiotic use and antimicrobial  
susceptibility in Inpatient Department, Kantharalak Hospital

ประภา พิทักษา<sup>1</sup>, พรรษชล โสดาจันทร์<sup>2</sup>  
Prapa Pithaksa<sup>1</sup>, Padchon Sodajan<sup>2</sup>

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปริมาณและแนวโน้มการใช้ยาปฏิชีวนะชนิดฉีดที่มีมาตรการควบคุมการสั่งใช้กับความไวของเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกันทรลักษ์ เก็บข้อมูลปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะชนิดฉีดที่มีการควบคุมการสั่งใช้ตามมาตรการการควบคุมการเกิดเชื้อดื้อยาของโรงพยาบาลจำนวนทั้งสิ้น 6 รายการ และการรายงานผลการทดสอบความไวต่อยาต้านจุลชีพของเชื้อแบคทีเรียดื้อยา 8 ชนิดที่ใช้เป็นสัญญาณเตือนเชื้อดื้อยาระดับประเทศ ในระหว่างปี พ.ศ. 2562 – 2565 วิเคราะห์ปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะในหน่วย DDD/100 วันนอน และปริมาณการใช้ยาและความไวต่อยาต้านจุลชีพของเชื้อแบคทีเรียโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษาพบว่าในปี พ.ศ. 2562 - 2564 ภาพรวมปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นยาที่มีปริมาณการสั่งใช้มากที่สุดคือ Meropenem รองลงมาคือ Piperacillin/Tazobactam และ Colistin มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.44, 6.66 และ 2.02 DDD/100 วันนอน ตามลำดับ ยาที่ปริมาณการใช้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ได้แก่ Piperacillin/Tazobactam, Imipenem/Cilastatin และ Cefoperazone/Sulbactam ยาที่มีแนวโน้มปริมาณการใช้ลดลง ได้แก่ Meropenem, Vancomycin และ Colistin ตามลำดับ ปี พ.ศ. 2565 พบว่าปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะมีแนวโน้มลดลงเกือบทุกรายการ ยกเว้นปริมาณยา Imipenem/Cilastatin ที่มีแนวโน้มในทิศทางตรงกันข้ามกับความไวของเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ได้แก่ Piperacillin/Tazobactam มีแนวโน้มสูงขึ้น แต่ความไวของเชื้อ *P. aeruginosa* (MDR), *K. pneumoniae* (ESBL) และ *E. coli* (ESBL) ต่อยาต้านจุลชีพมีแนวโน้มลดลง ปริมาณยา Imipenem และ Cefoperazone/Sulbactam มีแนวโน้มสูงขึ้น แต่ความไวของเชื้อ *A. baumannii* (MDR), *P. aeruginosa* (MDR) และ *E. coli* (ESBL) ต่อยาต้านจุลชีพมีแนวโน้มลดลง สรุปผลการศึกษา ปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะชนิดฉีดที่มีมาตรการควบคุมการสั่งใช้กับความไวของเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพมีแนวโน้มเป็นไปในทิศทางตรงกันข้าม คือปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะเพิ่มสูงขึ้น แต่ความไวของเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพลดลง จึงควรมีการเพิ่มความเข้มแข็งของมาตรการ Antimicrobial Stewardship และการควบคุมกำกับ ติดตามผลการปฏิบัติงาน เพื่อลดปัญหาเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล

**คำสำคัญ :** ยาปฏิชีวนะที่มีการควบคุมการสั่งใช้, เชื้อดื้อยา, ความไวของเชื้อดื้อยา

<sup>1</sup>เภสัชกรชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

<sup>1</sup>Pharmacist, Senior Professional Level. Division of Pharmacy, Kantharalak Hospital. Email: prapapithaksa@gmail.com

<sup>1</sup>เภสัชกร กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

<sup>1</sup>Pharmacist. Division of Pharmacy, Kantharalak Hospital. Email: Padchol.so.58@ubu.ac.th



## Abstract

This descriptive research aimed to study the quantity and trend of prescribing antimicrobial restricted drugs and the susceptibility of drug-resistant bacteria in inpatient department, Kantharalak Hospital. The data on the prescription of six injectable antimicrobial restricted drugs and antimicrobial susceptibility reports of eight microorganisms considered Thailand's alarms for antimicrobial resistance were collected in 2019 – 2022. The amount of injectable antimicrobial drug usage was analyzed with defined daily dose (DDD)/100 patient-days. Antimicrobial consumption and susceptibility were analyzed using descriptive statistics. Results founded that in 2019 – 2021 overall antimicrobial consumption tends to increase. The highest drugs prescribed was Meropenem followed by Piperacillin/Tazobactam and Colistin at 11.44, 6.66 and 2.02 DDD/100 patient-days, respectively. The prescription rate of Piperacillin/Tazobactam, Imipenem/Cilastatin and Cefoperazone/Sulbactam increased. Meanwhile, Meropenem, Vancomycin and Colistin decreased. In 2022, there was a downward trend in almost all antimicrobial use except for Imipenem/Cilastatin that had using trends opposite with its antimicrobial susceptibility including Piperacillin/Tazobactam with a higher tendency of use while the susceptibility of *P. aeruginosa* (MDR), *K. pneumoniae* (ESBL), and *E. coli* (ESBL) to Piperacillin/Tazobactam tended to decrease. The same applies to Imipenem and Cefoperazone/Sulbactam with a higher tendency use but the susceptibility of *A. baumannii* (MDR), *P. aeruginosa* (MDR), and *E. coli* (ESBL) to these antimicrobial agents tended to decrease. In conclusion, the quantity of antimicrobial restricted drugs and susceptibility of drug-resistant bacteria tended to be inverse meaning that the amount of antibiotic usage increased while the microorganisms were less susceptible to antimicrobial agents. Therefore, the strengthened of antimicrobial stewardship is needed. The regulatory and monitoring were of rational drug use should be done in order to reduce the problem of drug-resistant bacteria in the hospital.

**Keywords :** Antimicrobial restriction, Antimicrobial resistance, Susceptibility of drug-resistant bacteria



## บทนำ

เชื้อจุลชีพที่ดื้อต่อยาปฏิชีวนะ (Antimicrobial Resistance : AMR) เป็นปัญหาระดับโลก ซึ่งนับวันจะยิ่งทวีความรุนแรงมากขึ้น ท่ามกลางสถานการณ์ยาปฏิชีวนะชนิดใหม่ๆ ที่มีจำนวนลดน้อยลง ก่อให้เกิดความสูญเสียทั้งชีวิตและทรัพย์สิน ปัจจัยที่ทำให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อคือยามีหลายสาเหตุ หนึ่งในสาเหตุที่สำคัญคือ การใช้ยาปฏิชีวนะเกินความจำเป็น จากข้อมูลของศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ (National Antimicrobial Resistance Surveillance Center Thailand : NARST) พบว่า อัตราการดื้อยาของเชื้อแบคทีเรียหลายชนิดมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเชื้อ *Klebsiella pneumoniae* ที่ดื้อต่อยา Imipenem ซึ่งเดิมมีแนวโน้มของการดื้อยาค่อนข้างคงที่ประมาณร้อยละ 0.7 - 0.8 ในช่วง ค.ศ. 2000 - 2010 อย่างไรก็ตาม แต่กลับพบว่าในช่วง ค.ศ. 2010 - 2017 มีอัตราการดื้อยาสูงขึ้นแบบก้าวกระโดด คือจากร้อยละ 0.7 เป็น 8.4 และมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และเชื้อ *Acinetobacter* spp. พบว่ามีอัตราการดื้อยา Imipenem ที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วง ค.ศ. 2000 - 2011 จากร้อยละ 14.4 เป็น 63.4 และในช่วง ค.ศ. 2012 - 2017 อัตราการดื้อยาที่สูงและค่อนข้างคงที่ประมาณร้อยละ 66.3 - 67.4<sup>1</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจุบันมีหลักฐานจากหลายการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการใช้ยาปฏิชีวนะเกินความจำเป็นเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดปัญหาเชื้อดื้อยาของเชื้อแบคทีเรียหลายชนิด และปริมาณการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะมีความสัมพันธ์กับการเกิดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล เช่น การใช้ยากลุ่ม Macrolides ปริมาณมากทำให้เกิดการดื้อยากลุ่ม Macrolides ของเชื้อ *Streptococcus pneumoniae* การใช้ยากลุ่ม Fluoroquinolones ปริมาณมาก เหนี่ยวนำให้เกิดการดื้อยา Carbapenems

ของเชื้อ *Acinetobacter* spp. และ *P. aeruginosa* ได้<sup>2</sup>

โรงพยาบาลกันทรลักษณ์เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 200 เตียง มีการดำเนินงานการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ โดยมีการประเมินผลการดำเนินงานกำหนดแนวทางการพัฒนาระบบจัดการ AMR ของโรงพยาบาลให้มีความเชื่อมโยงทั้งระบบ ตั้งแต่ระบบการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการ ระบบยาและระบบป้องกันควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยในระบบยามีการออกแบบมาตรการควบคุมการสั่งใช้ยา (Drug Use Evaluation : DUE) มาอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2565 มีการทบทวนผลการดำเนินงาน DUE ของยาปฏิชีวนะ 6 รายการ และกำหนดมาตรการควบคุมการสั่งใช้ยาในรูปแบบ Pre-authorization โดยแพทย์ผู้สั่งใช้ยาต้องขออนุมัติการใช้ยาก่อนที่จะมีการเริ่มใช้ยาขนาดแรก โดยใช้แบบบันทึกการขอใช้ยาปฏิชีวนะ (Antibiotic Order Form) และการกำหนดหยุดยาปฏิชีวนะตามเกณฑ์ที่กำหนด (Automatic Stop Order) คือ 7 วัน แต่ยังคงพบว่าปัญหาเชื้อดื้อยาของโรงพยาบาลยังคงเพิ่มสูงขึ้นในทุกปี และยังไม่มีการนำข้อมูลวิเคราะห์ทบทวนถึงความสอดคล้องระหว่างปริมาณยาที่มีการใช้กับข้อมูลความไวของเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพ ดังนั้น การศึกษานี้จึงเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อศึกษาปริมาณและแนวโน้มการใช้ยาปฏิชีวนะชนิดชนิดที่มีมาตรการควบคุมการสั่งใช้กับความไวของเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพ เพื่อประโยชน์ในการออกแบบมาตรการการจัดการป้องกันหรือควบคุมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและป้องกันการดื้อยาที่มีประสิทธิภาพต่อไป

## วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปริมาณและแนวโน้มของการสั่งใช้



ยาปฏิชีวนะชนิดฉีดที่มีมาตรการควบคุมการสั่งใช้

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านการรับรองการพิจารณาจริยธรรมโดยคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ SPPH 2022-065

### วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (Retrospective Study) เก็บข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ และได้รับยาปฏิชีวนะชนิดฉีดที่มีการควบคุมการสั่งใช้ตามมาตรการการควบคุมการเกิดเชื้อดื้อยาของโรงพยาบาลจำนวน 6 รายการ ได้แก่ Meropenem, Cefoperazone/Sulbactam, Imipenem/Cilastatin, Vancomycin, Colistin และ Piperacillin/Tazobactam จากฐานข้อมูลเวชระเบียน (โปรแกรม H.I.M.Pro) และเก็บข้อมูลความไวต่อยาเชื้อดื้อยาสำคัญ 8 ชนิดที่เป็นสัญญาณเตือนเชื้อดื้อยาระดับประเทศ<sup>3</sup> จากรายงานผลความไวของเชื้อต่อยาต้านจุลชีพทางห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยา ที่อภคลินิกแล็บ ได้แก่ *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Salmonella* spp., *Enterococcus faecium* และ *Streptococcus pneumoniae* ระยะเวลาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562 – 2565 วิเคราะห์แนวโน้มและหาความสัมพันธ์ของปริมาณการใช้ยาและร้อยละความไวของเชื้อต่อยาต้านจุลชีพด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยมีรายละเอียดดังนี้

#### 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่เข้ารับการรักษาตัวที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561 – 30 กันยายน 2565 (ปีงบประมาณ 2562 – 2565) และได้รับยาปฏิชีวนะชนิดฉีดที่มีการควบคุม

การสั่งใช้ตามมาตรการการควบคุมการเกิดเชื้อดื้อยาของโรงพยาบาลกันทรลักษณ์

#### เกณฑ์คัดเข้าร่วมการวิจัย (Inclusion Criteria)

- ข้อมูลปริมาณยาเฉลี่ยของการใช้ยาปฏิชีวนะต่อวัน (Defined Daily Dose : DDD) ของยาปฏิชีวนะชนิดฉีดทางหลอดเลือดดำมีการควบคุมการสั่งใช้ตามมาตรการการควบคุมการเกิดเชื้อดื้อยาของโรงพยาบาลกันทรลักษณ์

- เชื้อจุลชีพที่มีผลรายงานค่าความไวต่อยาปฏิชีวนะที่มีการควบคุมการสั่งใช้ตามมาตรการการควบคุมการเกิดเชื้อดื้อยาของโรงพยาบาลกันทรลักษณ์

#### เกณฑ์คัดออกจากการวิจัย (Exclusion Criteria)

- เชื้อจุลชีพที่ไม่มีผลรายงานค่าความไวต่อยาปฏิชีวนะที่มีการควบคุมการสั่งใช้ตามมาตรการการควบคุมการเกิดเชื้อดื้อยาของโรงพยาบาลกันทรลักษณ์

### 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เก็บข้อมูลข้อมูลปริมาณยาเฉลี่ยของการใช้ยาปฏิชีวนะต่อวัน (DDD) ของยาปฏิชีวนะชนิดฉีดทางหลอดเลือดดำที่มีการควบคุมการสั่งใช้ตามมาตรการการควบคุมการเกิดเชื้อดื้อยาของโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ ในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ โปรแกรม H.I.M.Pro (Hospital Information Management Professional ซอร์ฟแวร์บริหารจัดการโรงพยาบาล) ประกอบด้วยชื่อยาที่แพทย์สั่ง แผนการใช้ยา จำนวนยาที่ใช้ ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับยา สิ่งส่งตรวจและผลการตรวจเชื้อที่เป็นสาเหตุของโรค และข้อมูลการรายงานผลความไวของเชื้อต่อยาต้านจุลชีพแต่ละชนิดของห้องปฏิบัติการ (Antibiogram) ระหว่างปีงบประมาณ 2562 – 2565

### 3. สถิติที่ใช้และวิธีการวิเคราะห์

วิเคราะห์ข้อมูลปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะชนิดฉีดที่มีการควบคุมการสั่งใช้แต่ละปี โดยการ



คำนวณปริมาณให้อยู่ในหน่วย DDD หมายถึง ผลรวมของปริมาณยาต้านแบคทีเรียชนิดฉีดทุกชนิดในช่วงที่ศึกษา หาดด้วยปริมาณยาต้านแบคทีเรียชนิดฉีดที่แนะนำให้ใช้ต่อหนึ่งวัน โดยคิดเป็นจำนวน DDD ของยาต้านจุลชีพ ชนิดฉีดที่สั่งใช้กับผู้ป่วยในต่อ 100 วันนอน (WHO-Assigned DDD) โดย DDD/100 population/day มีสูตรคำนวณดังนี้

$$DDD = \frac{\text{ปริมาณยาทั้งหมด (กรัม)} \times 100}{DDD^* \times \text{จำนวนวันนอนรวม}}$$

โดย DDD\* คือ มวลรวมของยาแต่ละ dose ในหน่วยเดียวกับที่ระบุใน DDD เป็นมิลลิกรัม หรือกรัม ซึ่ง DDD ของยาแต่ละตัวสามารถค้นได้จาก ATC/DDD index 2022<sup>4</sup>

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของแนวโน้มปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะในหน่วย DDD กับร้อยละของความไวของเชื้อต่อยาแต่ละชนิด

### ผลการศึกษา

การศึกษาปริมาณและแนวโน้มของการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะชนิดฉีดที่มีมาตรการควบคุมการสั่งใช้ และศึกษาความสัมพันธ์ของปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะที่มีการควบคุมการสั่งใช้กับความไวของเชื้อต่อยาต้านจุลชีพ ในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ ได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

#### 1. ปริมาณและแนวโน้มของการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะที่มีมาตรการควบคุมการสั่งใช้

ข้อมูลปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะที่มีมาตรการควบคุมการสั่งใช้ (DDD) ตั้งแต่ปีงบประมาณ

2562 – 2564 ภาพรวมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เมื่อพิจารณาแต่ละรายการพบว่ามียาละลายเย็ดดังนี้ ข้อมูลปี 2562 – 2564 มียา 3 รายการ ที่แนวโน้มเพิ่มขึ้น ได้แก่ Piperacillin/Tazobactam, Imipenem/Cilastatin และ Cefoperazone/Sulbactam มียา 2 รายการที่แนวโน้มลดลงเล็กน้อย ได้แก่ Meropenem และ Vancomycin สำหรับ Colistin เป็นยาที่มีแนวโน้มลดลงอย่างชัดเจน แต่ข้อมูลปี 2565 พบว่าปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะที่มีมาตรการควบคุมการสั่งใช้ มีแนวโน้มลดลงทุกรายการ ยกเว้น Imipenem/Cilastatin รายละเอียดดังตารางที่ 1

#### 2. ผลการรายงานค่าความไวของเชื้อต่อยาต้านจุลชีพ 8 ชนิด

ข้อมูลการรายงานผลค่าความไวของเชื้อต่อยาต้านจุลชีพ 8 ชนิด จากห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาคลินิกที่ออป คลินิกแล็บ ปี พ.ศ. 2562 – 2564 มีผลรายงานค่าความไวของเชื้อต่อยาต้านจุลชีพ ต่อยาปฏิชีวนะที่มีการควบคุมจำนวน 4 ชนิด ได้แก่ *A. baumannii*, *P. aeruginosa*, *K. pneumoniae* และ *E. coli* แต่ข้อมูลปี 2565 มีผลรายงานค่าความไวของเชื้อต่อยาครบ 8 ชนิด ดังนั้น การวิเคราะห์ในงานวิจัยจึงแยกเป็น 2 ส่วน คือ 1) วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะที่มีการควบคุมการสั่งใช้กับความไวของเชื้อต่อยาต้านจุลชีพ ปี 2562 – 2564 และ 2) ข้อมูลความไวของเชื้อต่อยาต้านจุลชีพ 8 ชนิด ต่อยาปฏิชีวนะที่มีการควบคุมการสั่งใช้ ปี 2565



ตารางที่ 1 ปริมาณการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะชนิดฉีดที่มีมาตรการควบคุมการสั่งใช้ ปีงบประมาณ 2562 – 2565

ลำดับ	ชื่อยา	ปริมาณการสั่งใช้ยา DDD/100 วันนอน				ค่าเฉลี่ย
		ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	
1	Piperacillin/Tazobactam	6.114	6.216	9.075	5.218	6.656
2	Meropenem	12.099	12.430	11.456	9.7853	11.443
3	Imipenem/Cilastatin	0.352	0.777	0.817	1.038	0.746
4	Cefoperazone/Sulbactam	1.777	1.846	2.727	0.958	1.827
5	Colistin	4.975	2.517	0.163	0.425	2.020
6	Vancomycin	0.807	1.105	0.748	0.544	0.801
DDD รวม		26.123	24.890	24.987	17.968	

### 3. ความสัมพันธ์ของปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะที่มีการควบคุมการสั่งใช้กับความไวของเชื้อต่อยาต้านจุลชีพ

จากการศึกษาพบว่าปริมาณการใช้ยา Piperacillin/Tazobactam มีแนวโน้มสูงขึ้น และค่าความไวของเชื้อ *P. aeruginosa* (MDR), *K.*

*pneumoniae* (ESBL) และ *E. coli* (ESBL) ต่อยามีแนวโน้มลดลง แต่ปริมาณการใช้ยา Piperacillin/Tazobactam ที่เพิ่มสูงขึ้น ไม่ได้มีผลต่อความไวของเชื้อ *A. baumannii* (MDR) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ของปริมาณการสั่งใช้ยา Piperacillin/Tazobactam กับความไวของเชื้อจุลชีพ

Piperacillin/Tazobactam VS %Sensitivity	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	แนวโน้ม
DDD	6.114	6.216	9.075	↑
<i>Acinetobacter baumannii</i> (MDR)	1.7	0	8.0	↑
<i>Pseudomonas aeruginosa</i> (MDR)	50.0	50.0	17.6	↓
<i>Klebsiella pneumoniae</i> (ESBL)	83.2	80.5	75.5	↓
<i>Escherichia coli</i> (ESBL)	92.6	79.4	74	↓

ปริมาณการใช้ยา Imipenem/Cilastatin มีแนวโน้มสูงขึ้น และค่าความไวของเชื้อ *A. baumannii* (MDR), *P. aeruginosa* (MDR) และ *E. coli* (ESBL) ต่อยามีแนวโน้มลดลงนั้น แต่ปริมาณการใช้ยา Imipenem/Cilastatin ที่เพิ่มสูงขึ้น ไม่ได้มีผลต่อความไวของเชื้อ *K. pneumoniae* (ESBL) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

ปริมาณการใช้ยา Cefoperazone/Sulbactam มีแนวโน้มสูงขึ้น ค่าความไวของเชื้อ *A. baumannii* (MDR), *P. aeruginosa* (MDR) และ *E. coli* (ESBL) ต่อยามีแนวโน้มลดลง แต่ปริมาณการใช้ยา Cefoperazone/Sulbactam ที่เพิ่มสูงขึ้น ไม่ได้มีผลต่อความไวของเชื้อ *K. pneumoniae* (ESBL) ซึ่งแสดงรายละเอียดดังตารางที่ 4



ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ของปริมาณการสั่งใช้ยา Imipenem/Cilastatin กับความไวของเชื้อจุลชีพ

Imipenem/Cilastatin VS %Sensitivity	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	แนวโน้ม
DDD	0.3524	0.7769	0.8174	↑
<i>Acinetobacter baumannii</i> (MDR)	0	20.0	16.0	↓
<i>Pseudomonas aeruginosa</i> (MDR)	12.5	12.5	11.8	↓
<i>Klebsiella pneumoniae</i> (ESBL)	98.1	97.8	98.4	↑
<i>Escherichia coli</i> (ESBL)	99.4	96	96.5	↓

สำหรับปริมาณการใช้ยา Colistin ปี 2562 – 2564 DDD เท่ากับ 4.9745, 2.5168 และ 0.1628 ต่อปี ตามลำดับ และ Vancomycin DDD เท่ากับ 0.8065, 1.1045 และ 0.7484 ต่อปี ตามลำดับมีแนวโน้มลดลงนั้น แต่ยังไม่มียาข้อมูลผล

ความไวของเชื้อต่อยาต้านจุลชีพ ดังนั้นในปี 2565 จึงได้มีการแจ้งความประสงค์ (Requirement) ให้ห้องปฏิบัติการวางผลเพาะเชื้อในยา 2 รายการนี้เพิ่มเติม

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ของปริมาณการสั่งใช้ยา Cefoperazone/Sulbactam กับความไวของเชื้อจุลชีพ

Cefoperazone/Sulbactam VS %Sensitivity	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	แนวโน้ม
DDD	1.7769	1.8457	2.7268	↑
<i>Acinetobacter baumannii</i> (MDR)	44.3	95.0	52.0	↓
<i>Pseudomonas aeruginosa</i> (MDR)	62.5	0	35.3	↓
<i>Klebsiella pneumoniae</i> (ESBL)	85.6	88.9	87.0	↑
<i>Escherichia coli</i> (ESBL)	91.4	80.5	78.0	↓

### สรุปและอภิปรายผล

การสรุปและอภิปรายผลการวิจัย ตามวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

#### 1. ปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะชนิดฉีดที่มีมาตรการควบคุมการใช้ของโรงพยาบาลกันทรลักษณ์

ภาพรวมปีงบประมาณ 2562 – 2565 ปริมาณการใช้ยามีแนวโน้มลดลง เนื่องจากโรงพยาบาลมีมาตรการควบคุมการใช้ยา สอดคล้องกับผลการศึกษาของ พรรณี คลอวุฒิวัฒน์ และ ปิยธิดา แต่เจริญกุล<sup>5</sup> ที่ศึกษาผลการพัฒนาระบบ Antimicrobial Stewardship Program (ASP) โรงพยาบาลนครพิงค์ หากพิจารณาตามรายการยา พบว่ายาที่มีปริมาณการใช้สูง ได้แก่ Meropenem, Piperacillin/Tazobactam และ Imipenem/Cilastatin ตามลำดับ ซึ่งผลการศึกษานี้

สอดคล้องกับหลายการศึกษา เช่น ไพบูลย์ พิทยา-เธียรอนันต์ และคณะ<sup>6</sup>, เชิดชัย สุนทรภาส และคณะ<sup>7</sup> และชุตติมาภรณ์ ไชยสงค์ และคณะ<sup>8</sup> ที่พบว่าปริมาณการใช้ยาในกลุ่ม Carbapenems มีแนวโน้มสูงขึ้น และ Meropenem คือยาที่มีปริมาณการใช้สูงสุด อธิบายได้ว่า Meropenem เป็นยาในกลุ่ม Carbapenems ที่ออกฤทธิ์กว้างครอบคลุมแบคทีเรียทั้งแกรมบวก แกรมลบ แบคทีเรียที่ไม่ใช้ออกซิเจน รวมถึงแบคทีเรียที่ดื้อยาต้านจุลชีพหลายกลุ่ม โดยมีผลการศึกษาของ อูมาภรณ์ สีสวนแก้ว และคณะ<sup>9</sup> ที่ศึกษาถึงคำอธิบายในการตัดสินใจเลือกสั่งใช้ยา Meropenem ของแพทย์ ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ พบว่า 5 เหตุผลในการตัดสินใจเลือกสั่งยา Meropenem



เป็นลำดับแรก แม้ยังไม่ทราบผลการเพาะเชื้อและความไวของเชื้อต่อยา (Empirical Treatment) คือ ความรุนแรงของโรคติดเชื้อ ความต้องการผลลัพธ์ การรักษาที่ดีขึ้น ข้อจำกัดในการใช้ยากลุ่มอื่นซึ่งเกิดจากปัจจัยด้านผู้ป่วยและตัวยา ความไม่เชื่อมั่นต่อกระบวนการและรายงานผลทางห้องปฏิบัติการ จุลชีววิทยา และการขาดประสบการณ์ในการใช้ยาต้านจุลชีพชนิดอื่น รองลงมาคือยา Piperacillin/Tazobactam ซึ่งเป็นยาออกฤทธิ์กว้างครอบคลุมแบคทีเรียทั้งแกรมบวกและแกรมลบ เป็นยาที่แนะนำเป็นอันดับแรกตามเงื่อนไขปัญหาหลักแห่งชาติคือ “ใช้ในกรณีที่ใช้ยากลุ่ม Third Generation Cephalosporins ไม่ได้ โดยให้พิจารณาเลือกใช้ก่อนยากลุ่ม Carbapenems ทั้งในการใช้ยาแบบ Empiric และ Specific Therapy สำหรับ Nosocomial Infection” สอดคล้องกับการศึกษาของ เชิดชัย สุนทรภาส และคณะ<sup>7</sup> สำหรับยา Imipenem/Cilastatin ซึ่งเป็นยาที่มีข้อบ่งใช้ตามปัญหาหลักแห่งชาติเช่นเดียวกับ Meropenem แต่มีการนำมาใช้ในการติดเชื้อบางชนิดที่ไม่สามารถใช้ยา Meropenem ได้ ดังนั้น ปริมาณการสั่งใช้ยาดังกล่าวจึงมีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นเดียวกันกับ Meropenem ส่วนยาที่มีปริมาณการใช้ลดลงคือ Cefoperazone/Sulbactam พบว่ามีข้อจำกัดในการสั่งใช้ตามเงื่อนไขในปัญหาหลักแห่งชาติคือ ใช้สำหรับ Nosocomial Infection จากเชื้อแบคทีเรียแกรมลบ โดยเฉพาะการติดเชื้อ *Acinetobacter* sp. แต่เนื่องจากเชื้อ *A. baumannii* มีความไวต่อยาลดลง ดังนั้น ปริมาณการใช้ยาจึงลดลงตามไปด้วย สำหรับยา Vancomycin ที่เป็นยาออกฤทธิ์กว้างครอบคลุมแบคทีเรียแกรมบวก ใช้รักษาโรคติดเชื้อรุนแรงจากเชื้อแบคทีเรียกลุ่ม *S. aureus* และ Colistin ที่เป็นยาออกฤทธิ์กว้างมากรวมถึงกลุ่มเชื้อดื้อยา โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ ได้มีมาตรการควบคุมการสั่งใช้ยาโดยสวอนให้ใช้เฉพาะรายที่จำเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญต้องประเมิน

ก่อนสั่งยาทุกครั้ง ทำให้สามารถควบคุมปริมาณการใช้ยาได้อย่างต่อเนื่อง

## 2. ความสัมพันธ์ของปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะชนิดฉีดที่มีการควบคุมการสั่งใช้กับความไวของเชื้อต่อ

จากการศึกษาพบว่าปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะ มีแนวโน้มเป็นไปในทิศทางตรงกันข้ามกับผลความไวของเชื้อดื้อยา โดยพบว่าปริมาณการใช้ยา Piperacillin/Tazobactam ที่มีแนวโน้มสูงขึ้น และค่าความไวของเชื้อ *K. pneumoniae* (ESBL) และ *E. coli* (ESBL) ที่มีแนวโน้มลดลงนั้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชูติมาภรณ์ ไชยสงค์ และคณะ<sup>8</sup> ที่พบว่าปริมาณการสั่งใช้ยา Piperacillin/Tazobactam ที่สูงขึ้น สัมพันธ์กับการพบเชื้อสายพันธุ์ที่สร้าง Extended-spectrum beta-lactamases (ESBL) เช่นกัน แต่ในการวิจัยครั้งนี้พบว่าปริมาณการใช้ยา Piperacillin/Tazobactam ที่มีแนวโน้มสูงขึ้นสัมพันธ์กับค่าความไวของเชื้อ *P. aeruginosa* ที่ลดลง ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชูติมาภรณ์ ไชยสงค์ และคณะ<sup>8</sup> ที่พบว่าปริมาณการใช้ยา Piperacillin/Tazobactam ไม่สัมพันธ์กับอัตราการดื้อยาของ *P. aeruginosa* โดยสามารถอธิบายได้ว่าผลการศึกษาที่มีความขัดแย้งกันนั้น เนื่องมาจากยา Piperacillin/Tazobactam ไม่ได้เป็นยาตัวเลือกแรกที่ควรใช้ในเชื้อ *P. aeruginosa* (MDR) รวมถึงเชื้อ *A. baumannii* (MDR) ด้วยเช่นกัน ซึ่งจะเห็นได้จากผลการศึกษาที่พบว่าปริมาณการใช้ยา Piperacillin/Tazobactam ที่มีแนวโน้มสูงขึ้น ไม่ได้มีผลต่อความไวของเชื้อ *A. baumannii* (MDR) ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ เชิดชัย สุนทรภาส และคณะ<sup>7</sup> ที่พบว่า Piperacillin/Tazobactam ไม่ใช่ยาตัวเลือกแรกในการรักษาการติดเชื้อจาก *P. aeruginosa*

ปริมาณการใช้ยา Imipenem/Cilastatin มีแนวโน้มสูงขึ้น และค่าความไวของเชื้อ *A. baumannii*



(MDR), *P. aeruginosa* (MDR) และ *E. coli* (ESBL) ที่มีแนวโน้มลดลงนั้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชูติมาภรณ์ ไชยสงค์ และคณะ<sup>8</sup> ที่พบว่าอัตราการเกิดเชื้อดื้อยาในกลุ่ม Carbapenems ของเชื้อ *E. coli* และ *K. pneumoniae* สูงขึ้น และอัตราการดื้อยาดังกล่าวสัมพันธ์กับปริมาณการใช้ยา Carbapenems ที่มากขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ McLaughlin และคณะ<sup>10</sup> ที่พบว่าปริมาณการใช้ยาในกลุ่ม Carbapenems ที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับอัตราการดื้อของเชื้อ Enterobacteriaceae ต่อยา ทั้งนี้ ผลการศึกษาในส่วนของความสัมพันธ์ของปริมาณการใช้ยา Imipenem/Cilastatin ที่เพิ่มขึ้นกับค่าความไวของเชื้อ *A. baumannii* (MDR) ที่ลดลงนั้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Granovet และคณะ<sup>11</sup> แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชูติมาภรณ์ ไชยสงค์ และคณะ<sup>2</sup> ในส่วนของผลการศึกษาปริมาณการใช้ยา Imipenem/Cilastatin ที่เพิ่มสูงขึ้น และค่าความไวของเชื้อ *K. pneumoniae* (ESBL) ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นนั้น ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชูติมาภรณ์ ไชยสงค์ และคณะ<sup>8</sup> และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ McLaughlin และคณะ<sup>10</sup> อธิบายได้ว่าแนวโน้มที่เกิดขึ้นในงานวิจัยครั้งนี้เป็นแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นเล็กน้อย และข้อมูลด้านเภสัชวิทยาของ Imipenem/Cilastatin ที่มีข้อบ่งใช้เช่นเดียวกับ Meropenem แต่มีข้อจำกัดเรื่องตำแหน่งการกระจายตัวของยาที่กระจายได้น้อยใน Sputum, Bile, Aqueous humor, Bone และ CSF และถูกนำมาใช้เป็นลำดับรองในการติดเชื้อบางชนิดที่ไม่สามารถใช้ Meropenem ได้เท่านั้น ดังนั้น กรณีสงสัยติดเชื้อ *K. pneumoniae* สิ่งส่งตรวจส่วนใหญ่จะเป็น Sputum ดังนั้น Imipenem ไม่ถูกนำมาเลือกใช้ ทำให้แม้ปริมาณการใช้ยา Imipenem/Cilastatin จะเพิ่มสูงขึ้นก็ไม่ได้มีความสัมพันธ์กับความไวของเชื้อ *K. pneumoniae* (ESBL)

ปริมาณการใช้ยา Cefoperazone/Sulbactam ที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับความไวของเชื้อ *A. baumannii* (MDR) ที่มีแนวโน้มลดลง

สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชูติมาภรณ์ ไชยสงค์ และคณะ<sup>8</sup> ที่พบว่าอัตราการดื้อของเชื้อ *A. baumannii* ต่อยา Cefoperazone/Sulbactam มีแนวโน้มสูงขึ้น โดย Cefoperazone/Sulbactam เป็นยาที่โรงพยาบาลก้นทรวงอกมีมาตรการควบคุมการสั่งใช้ ในกรณีที่สงสัยหรือมีผลการเพาะเชื้อเป็น *A. baumannii* เท่านั้น ในการศึกษาครั้งนี้จึงวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปริมาณการใช้ยา Cefoperazone/Sulbactam กับเชื้อ *A. baumannii* เท่านั้น

ผลการศึกษาข้อมูลเชื้อจุลินทรีย์ที่ไม่มีผลรายงานค่าความไวต่อยาปฏิชีวนะที่มีการควบคุมการสั่งใช้ ซึ่งเป็นเป้าหมายของการศึกษาครั้งนี้ เนื่องมาจากข้อมูลทางเภสัชวิทยาของยาที่ไม่มีขอบเขตการออกฤทธิ์ต่อเชื้อกลุ่มนั้น ๆ ทำให้ไม่จำเป็นต้องมีการทดสอบความไวของเชื้อนั้น ๆ ต่อยาดังกล่าวตามหลักการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (Rational Laboratory Use : RLU) เช่น ยาต้านจุลินทรีย์หลักที่ใช้ในการรักษาโรคที่ติดเชื้อมาจาก *S. aureus* (MRSA) และ *E. faecium* คือ Vancomycin ดังนั้น ข้อมูลผลความไวของเชื้อชนิดนี้ จึงมีรายงานเฉพาะต่อยา Vancomycin เท่านั้น

### ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยพบว่า ในภาพรวมปริมาณการใช้ยา ปีงบประมาณ 2562 – 2564 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่ข้อมูลปีงบประมาณ 2565 ปริมาณการใช้ยามีแนวโน้มลดลงทุกรายการ (ยกเว้นยา Imipenem/Cilastatin) เนื่องจากมีมาตรการในการควบคุมการสั่งใช้ยา มีการทบทวนผลการดำเนินการในรูปแบบ Retrospective DUE และใช้มาตรการควบคุมรูปแบบ Pre-authorization แต่ความไวของเชื้อดื้อยาก็ยังมีแนวโน้มลดลง ดังนั้นระบบยาควรมีการออกแบบมาตรการอื่นเพิ่มเติมในการติดตาม ควบคุม กำกับ และประเมินผลการใช้



ยา โดยดำเนินงานในลักษณะของการจัดทำ DUE ขณะที่มีการใช้ยา (Concurrent DUE) คือมีการติดตามการใช้ยาระหว่างที่ผู้ป่วยใช้ยาสามารถเปรียบเทียบการใช้ยากับเกณฑ์ที่กำหนดขึ้นได้ ถ้าพบปัญหาระหว่างนั้น ก็สามารถแก้ไขได้ทันที ร่วมกับการทบทวนการสั่งใช้ยาและการให้ความเห็น (Prospective Audit and Feedback) หมายถึง การทบทวนการสั่งใช้ยาของแพทย์ และการให้ความเห็นหรือคำแนะนำแนวทางการรักษา ที่ถูกต้องและเหมาะสม โดยการติดต่อกับแพทย์

ผู้สั่งใช้ยาโดยตรง การให้คำแนะนำเป็นลายลักษณ์อักษรลงในเวชระเบียนผู้ป่วย การทำออร์เดราร่วมกัน ซึ่งเป็นกลยุทธ์ในการส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาอย่างเหมาะสม

#### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ ผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบผลการศึกษ จาก ดร.สมหมาย คชนาม ผู้จัดการสำนักงานวิจัย และสถิติ รวมทั้งเจ้าหน้าที่กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ ที่สนับสนุนข้อมูลประกอบการศึกษาในครั้งนี้

#### เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ (NARST) สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. สถานการณ์เชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ปี 2000 – 2021 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 12 เมษายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://narst.dmsc.moph.go.th/>
2. Peterson LR. Squeezing the antibiotic balloon: the impact of antimicrobial classes on emerging resistance. Clin Microbiol Infect. 2005; 11 Suppl. 5: 4-16.
3. กลุ่มการพัฒนาระบบสนับสนุนบริการ สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. การพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Service Plan : Rational Drug Use). นนทบุรี: กลุ่มการพัฒนาระบบสนับสนุนบริการ; 2559.
4. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Guidelines for ATC Classification and DDD Assignment 2022 [Internet]. Oslo, Norway: World Health Organization. [cited 2023 Apr. 10] 2022. Available from: [https://www.whocc.no/atc\\_ddd\\_index\\_and\\_guidelines/guidelines/](https://www.whocc.no/atc_ddd_index_and_guidelines/guidelines/)
5. พรรณี คลอวุฒิวัฒน์, ปิยธิดา แต่เจริญกุล. ผลการพัฒนาระบบ Antimicrobial Stewardship Program (ASP) ในโรงพยาบาลนครพิงค์.วารสารโรงพยาบาลนครพิงค์. 2564. 12(11); 65-76.
6. ไพบูลย์ พิทยาเจียรอนันต์, สุทธิพงษ์ เดชก้อง, จิรสุดา ฉวีรักษ์. ปริมาณและมูลค่าการสั่งใช้ยาต้านแบคทีเรียชนิดฉีด ในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลราชวิถี. วารสารกรมการแพทย์. 2564. 46(1); 117-26.
7. เชิดชัย สุนทรภาส, รัชฎาพร สุนทรภาส, ภิรุณ มุตสิกพันธ์, ลำไย วงละคร. ปริมาณการใช้ยาต้านจุลชีพ ชนิดฉีดที่มีการควบคุมการสั่งใช้ยาและความสัมพันธ์กับความไวของเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ: กรณีโรงพยาบาลระดับเหนือตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ Quantity of restricted



- parenteral antimicrobial use and its relationship with antimicrobial susceptibility: case of super-tertiary hospital in Northeastern. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2021; 14: 114-25.
8. ชุตติมาภรณ์ ไชยสงค์, พิริยา ตียาภักดิ์, สมพิศ ปินะเก, สุรศักดิ์ ไชยสงค์. ความสัมพันธ์ของปริมาณการใช้ยาและการดื้อยาปฏิชีวนะในโรงพยาบาลมหาสารคาม.วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน. 2562; 15(2) : 98-105
  9. อูมาภรณ์ สีสวนแก้ว, สุทธิพร ภัทรชยากุล และสงวน ลือเกียรติบัณฑิต. คำอธิบายในการตัดสินใจเลือกสั่งใช้ Meropenem ของแพทย์: กรณีศึกษาในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2564; 13(3): 592-602.
  10. McLaughlin M, Advincula MR, Malczynski M, Qi C, Bolon M, Scheetz MH. Correlations of Antibiotic Use and Carbapenem Resistance in Enterobacteriaceae. Antimicrob Agents Chemother. 2013; 57(10): 5131-3.
  11. Granov D, Ljubovic AD, Zec SL, Granov N, Hukic M. The Impact of Antibiotic Consumption on Development of *Acinetobacter baumannii* Resistance. Mater Sociomed. 2016; 28(6): 449-53.



## การพัฒนากระบวนการจัดการห่วงโซ่อุปทานด้านยาสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิ ในจังหวัดอุทัยธานี

### Development of medication supply chain management system

#### for Primary Care Unit in Uthai Thani

วนิชา สุประดิษฐาภรณ์<sup>1</sup>

Wanicha Supraditaporn<sup>1</sup>

#### บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของระบบการจัดการห่วงโซ่อุปทานด้านยาสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดอุทัยธานี โดยวิธีการวิจัยหลายขั้นตอน คือ การวิจัยเชิงปฏิบัติการร่วมกับการวิจัยเชิงสำรวจแบบผสมผสานระหว่างการสำรวจข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลความคิดเห็นเชิงคุณภาพ โดยมีเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย คือ รูปแบบการจัดการระบบห่วงโซ่อุปทานด้านยา โปรแกรมที่ใช้ในการดำเนินงานระบบเดิมยา เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินระดับความสำเร็จของการดำเนินงานระบบเดิมยา แบบบันทึกการศึกษาผลการดำเนินงานระบบห่วงโซ่อุปทานด้านยา ข้อคำถามแบบมีโครงสร้างในการสัมภาษณ์เชิงลึก ข้อคำถามในการสนทนากลุ่ม ระยะเวลาศึกษาระหว่างเดือนกันยายน 2563 – กันยายน 2565 ศึกษาในโรงพยาบาลแม่ข่าย จำนวน 8 แห่ง และหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 92 แห่ง แบ่งการพัฒนาออกเป็น 2 รอบ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละและค่าเฉลี่ย เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยข้อมูลก่อนและหลังภายในกลุ่มเดียวกันโดยใช้สถิติ Paired-Samples t-test วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยวิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และวิธีวิเคราะห์แก่นสาระ ผลการศึกษาพบว่า รอบที่ 1 เกิดระบบการเชื่อมโยงข้อมูลด้วยระบบฐานข้อมูลออนไลน์ HDC กับระบบปฏิบัติการ HOSxP PCU ในการเชื่อมโยงข้อมูลการใช้ยาและคงคลังของหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อโรงพยาบาลแม่ข่ายสามารถบริหารจัดการเดิมยาให้กับหน่วยบริการปฐมภูมิ แต่ยังมีปัญหาในการดำเนินงาน ได้แก่ ข้อมูลที่ได้ยังไม่เป็นปัจจุบัน ยังไม่เกิดการเชื่อมโยงข้อมูลโดยตรงระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิกับโรงพยาบาลแม่ข่าย และโรงพยาบาลแม่ข่ายยังไม่สามารถติดตามสังเกตยาคงคลังเพื่อบริหารจัดการให้กับหน่วยบริการปฐมภูมิได้ จึงมีการพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่องเพื่อแก้ไขปัญหาในรอบที่ 2 ผลการพัฒนารอบที่ 2 เกิดระบบการจัดการห่วงโซ่อุปทานด้านยาสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิรูปแบบใหม่ โดยพัฒนารูปแบบระบบการจัดการห่วงโซ่อุปทานด้านยาสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิ และพัฒนาโปรแกรมสรรพยาดีเอ็มเอส อุทัยธานี (Modified Sapphaya DMS with Uthai Thani Program) มาใช้ร่วมกับระบบเดิมยา เพื่อให้การบริหารจัดการระบบห่วงโซ่อุปทานด้านยาสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ระบบการจัดการห่วงโซ่อุปทานด้านยาสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิที่พัฒนาขึ้นสามารถ 1) ลดมูลค่าการเบิกยาของหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยพบว่า ปี 2564 และ ปี 2565 มูลค่าการเบิกยารวมลดลงจากปี 2563 จำนวน 809,387.34 บาท (4.63%) และ จำนวน 91,100.14 บาท (0.52%) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของมูลค่าการเบิกยาของหน่วยบริการปฐมภูมิระหว่างปี 2564 (2,085,820.80 ± 1,155,203.61)

<sup>1</sup>เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

<sup>1</sup>Pharmacist, Professional Level. Division of Consumer Protection and Public Health Pharmacy, Uthai Thani Provincial Public Health Office. E-mail: wanichasupradit@hotmail.com



และ 2565 ( $2,175,606.70 \pm 1,267,379.37$ ) กับปี 2563 ( $218,6994.22 \pm 1,282,151.43$ ) พบว่าลดลงแต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.369$  และ  $p = 0.923$ , 95%CI) 2) ลดอัตราสำรองยาของหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยพบว่า ปี 2564 และ ปี 2565 อัตราสำรองยาลดลงจากปี 2563 คิดเป็น 12.60% และ 42.56% ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอัตราสำรองยา ปี 2564 ( $1.89 \pm 0.93$ ) ลดลงจากปี 2563 ( $2.17 \pm 0.90$ ) แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.138$ , 95%CI) สำหรับ ปี 2565 ( $1.24 \pm 0.53$ ) ลดลงจากปี 2563 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.015$ , 95%CI) 3) ลดระยะเวลาการปฏิบัติงานของบุคลากรหน่วยบริการปฐมภูมิได้ โดยพบว่าระยะเวลาการปฏิบัติงานเฉลี่ย ปี 2564 ( $494.22 \pm 199.61$  นาที) และ ปี 2565 ( $410.25 \pm 164.55$  นาที) ลดลงจากปี 2563 ( $849.38 \pm 220.88$  นาที) คิดเป็น 41.81% และ 51.70% โดยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ,  $p < 0.001$ , 95%CI) 4) ลดขั้นตอนการปฏิบัติงานได้ โดยพบว่าจำนวนขั้นตอนเฉลี่ย ปี 2564 ( $7.35 \pm 2.45$ ) และ ปี 2565 ( $7.25 \pm 2.71$ ) ลดลงจาก ปี 2563 ( $8.25 \pm 1.67$ ) คิดเป็น 10.61% และ 12.12% ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.111$ ,  $p = 0.153$ , 95%CI) จากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกมีความสอดคล้องกันโดยพบว่า เป็นการพัฒนาระบบที่สามารถช่วยลดภาระงานของบุคลากรของหน่วยบริการปฐมภูมิได้ เกิดประโยชน์ต่อการดำเนินงาน การศึกษานี้สรุปได้ว่า ระบบการจัดการห่วงโซ่อุปทานด้านยาสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดอุทัยธานีใหม่ที่พัฒนาขึ้น โดยใช้โปรแกรมสรรพยาดีเอ็มเอส อุทัยธานีร่วมกับระบบเดิมยา สามารถเพิ่มประสิทธิผลในการดำเนินงานระบบการจัดการห่วงโซ่อุปทานด้านยาสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิได้ สำหรับข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป ควรศึกษาการพัฒนาเครื่องมือที่สามารถใช้เชื่อมโยงและวิเคราะห์ข้อมูลได้อย่างถูกต้องเป็นปัจจุบัน ศึกษาการพัฒนาด้านเทคโนโลยีสารสนเทศที่เกี่ยวข้อง และศึกษามิติการลดลงของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน

**คำสำคัญ:** การพัฒนา, ระบบการจัดการ, ห่วงโซ่อุปทานด้านยา, หน่วยบริการปฐมภูมิ

### Abstract

This action research was aimed to develop and study the effectiveness of medication supply chain management system for Primary Care Units in Uthai Thani Province with multiple research methods including the action research together with survey research by integrated between quantitative data survey and qualitative perspective data (Mixed method). The instruments of this research were the model of medication supply chain management system and the medication refilling system program. The data was collected by the success level assessment form of medication refilling system processes, the recording form for the medication supply chain management system performances, the structure questionnaires for in depth interview and the questionnaires for focus group discussion. This study was between September 2020 and September 2022 at 8 hospitals and 92 primary care units in Uthai Thani Province. This research was divided into 2 phases. The data was analyzed using descriptive statistics including percentage, average and paired-samples t-test. For the qualitative part, data was analyzed by content analysis for focus group discussion and thematic analysis for in depth interview. This study resulted with the first phase finding that the system of connection between medical warehouse of the hospitals, HDC and HOSxP PCU of primary care units for linking the medication data was contributed. It was



used for approved the development of medication supply chain management system for primary care units. However, trouble was found because the system had many pitfalls such as the data obtained from the system was not current, direct data linking between the hospitals and the primary care units had not yet occurred and the hospitals could not yet monitor the medication inventory for primary care units. Thus, the development was continued in the next phase to solve these problems. The second phase resulted in contributing and developing the new medication supply chain management system for primary care units into the modified Sapphaya DMS with Uthaithani Program which supported medication refilling system and promoted the efficiency of the medication supply chain management system for primary care units in Uthaithani Province. This research was found that: 1) It could decrease the medication supply value from the hospital to the primary care units. In 2021 and 2022, the total value of medication supply decreased from the year 2020 was at 809,387.34 baht (4.63%) and 91,100.14 baht (0.52%) respectively. The average of the medication supply values in the year 2021 and 2022 were  $2,085,820.80 \pm 1,155,203.61$  and  $2,175,606.70 \pm 1,267,379.37$  decreased from the year 2020 was  $218,6994.22 \pm 1,282,151.4$  3, both differed but not statistically significant at the 95% Confidence Interval (CI) ( $p = 0.369$ ,  $p = 0.923$ ). 2) It could decrease the medication reserved rate of the primary care units. In 2021 and 2022, the medication reserved rate decreased from the year 2020 were 12.60% and 42.56%. Comparing the average of medication reserved rate of the primary care units between the year 2021 and 2022 were  $1.89 \pm 0.93$  and  $1.89 \pm 0.93$  decreased from the year 2020, the year 2021 differed but was not statistically significant at the 95%CI ( $p = 0.138$ ) while the year 2022 differed statistically significant at the 95%CI ( $p = 0.015$ ). 3) It could decrease the operation period of the personnels in primary care units. The average of the operation period of the personnels in primary care units in the year 2021 and 2022 were  $494.22 \pm 199.61$  minutes about 41.81% and  $410.25 \pm 164.55$  minutes about 51.70% decreased from the year 2020 ( $849.38 \pm 220.88$  minutes), both differed statistically significant at the 95%CI ( $p < 0.001$ ,  $p < 0.001$ ). And 4) It could decrease the number of operating procedures. In 2021, the number of operating procedures was  $7.35 \pm 2.45$  steps decreased from year 2020 ( $8.25 \pm 1.67$  steps) about 10.61%, and in 2022, the number of operating procedures was  $7.25 \pm 2.71$  steps decreased from year 2020 about 12.12%, both differed but was not statistically significant at the 95%CI ( $p = 0.111$ ,  $p = 0.153$ ). In addition, the result from focus group discussion and in-depth interviews showed that this developing of medication supply chain management system for primary care units could reduce the work load of the personnels in primary care units and is useful for their work. In conclusion, the new medication supply chain management system for primary care units that was developed known as the modified Sapphaya DMS with Uthaithani Program which supported medication refilling system presented the increasing of the efficiency in the medication supply chain management system for primary care units in Uthaithani Province. Suggestions were that next studies should be considerate in developing of instrument which can link and



analyze the correct data at real time, developing of technology information and studies should also be done on decreasing operation-related costs.

**Keywords:** Development, Management System, Medication supply chain, Primary Care Unit

## บทนำ

ปัจจุบันระบบยาเป็นระบบหนึ่งที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในระบบสุขภาพ ทั้งของประเทศไทยและนานาชาติ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) ได้เสนอแนะให้ประเทศสมาชิกจัดทำนโยบายแห่งชาติด้านยา (National Drug Policy หรือ National Medicines Policies) ขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจัดหายาจำเป็นที่มีคุณภาพ มีการกระจายให้แก่ประชาชนได้อย่างทั่วถึง ในราคาที่ย่อมเยา และมีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล จากสถานการณ์ปัญหาด้านยาของกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาส่วนใหญ่พบว่าประสบปัญหาการกระจายยาไม่ทั่วถึงในกลุ่มประชาชน โดยประเทศไทยมีการพัฒนานโยบายแห่งชาติด้านยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อกำหนดเป้าหมายและทิศทางในการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วนในการจัดการกับปัญหาที่หลากหลาย เช่น การเข้าถึงถึงยาจำเป็นของประชาชน ยามีราคาแพง ความไม่เชื่อมั่นในคุณภาพยาสามัญ การพึ่งพิงวัตถุดิบทางยาและยาสำเร็จรูปที่นำเข้าจากต่างประเทศ รวมถึงการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล เป็นต้น โดยพิจารณาองค์ประกอบที่เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จของนโยบายแห่งชาติด้านยา 9 ด้าน ได้แก่ การคัดเลือกยาจำเป็น ความสามารถในการชำระเงิน การเงินการคลังที่เกี่ยวข้องกับยา ระบบจัดหาและกระจายยา การควบคุมยาและการประกันคุณภาพยา การใช้ยาอย่างสมเหตุผล การวิจัยและพัฒนา ยา ทรัพยากรบุคคล และการติดตามและประเมินผล โดยคำนึงถึงความสอดคล้องกับ

นโยบายของประเทศในด้านอื่น ๆ ร่วมด้วย โดยเฉพาะนโยบายด้านสุขภาพ ซึ่งนโยบายแห่งชาติด้านยาและแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ (พ.ศ. 2563 – 2565) การดำเนินการมีความสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561 – 2580) และแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติโดยกระทรวงสาธารณสุข ยุทธศาสตร์หนึ่งที่สำคัญคือ การพัฒนาระบบและกลไกที่มีประสิทธิภาพเพื่อสนับสนุนการเข้าถึงยาที่จำเป็นของประชาชนมีการกระจายให้แก่ประชาชนได้อย่างทั่วถึง เท่าเทียมและเป็นธรรม<sup>1-5</sup>

การจัดการและการกระจายยาของภาครัฐเป็นกระบวนการสำคัญในระบบยาที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยาจำเป็นในราคาและเวลาที่เหมาะสมและเป็นธรรม โดยปัจจุบันมีการนำแนวคิด Vendor-Management Inventory (VMI) ซึ่งเป็นแนวคิดหนึ่งในการบริหารสินค้าคงคลัง โดยผู้จัดจำหน่ายเป็นผู้บริหารสินค้าคงคลังให้ลูกค้า ซึ่งปัจจุบันมีการนำแนวคิดนี้มีประยุกต์ใช้กับระบบบริหารจัดการเวชภัณฑ์ด้านสาธารณสุข โดยที่คลังโรงพยาบาลจะเป็นผู้บริหารสต็อกในคลังเวชภัณฑ์ย่อยหรือหน่วยบริการ และมีหน้าที่รับผิดชอบในการเติมเวชภัณฑ์ให้กับหน่วยคลังเวชภัณฑ์ย่อยหรือหน่วยบริการ ซึ่งส่งผลให้สามารถทราบยอดคงเหลือของคลังย่อยหรือหน่วยบริการ สามารถวางแผนการบริหารจัดการคลังเวชภัณฑ์ ซึ่งจะช่วยลดปัญหาการเก็บสะสมของสต็อกยาทั้งในส่วน of คลังเวชภัณฑ์โรงพยาบาลกับคลังย่อยและหน่วยบริการ รวมถึงมีการนำทฤษฎีการบริหาร



จัดการ Supply Chain Management (SCM) มาประยุกต์ใช้ในการเพิ่มศักยภาพการบริหารจัดการให้ครอบคลุมในมิติตั้งแต่กระบวนการวางแผนจัดซื้อตลอดจนการสื่อสารและระบบการขนส่ง เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดำเนินงานมากขึ้น<sup>69</sup> ระบบการจัดการห่วงโซ่อุปทานด้านยา (Medication Supply Chain Management System) จึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการบริหารเวชภัณฑ์ในระบบยา

จากสรุปผลการดำเนินงานที่ผ่านมา ยังพบปัญหาในหลายมิติของการดำเนินงานด้านบริหารเวชภัณฑ์ โดยเฉพาะในระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit : PCU) เช่น ยังพบการสต็อกยาเกินจำเป็น ยาหมดอายุ เป็นต้น เนื่องจากนโยบายการขยายขอบเขตการให้บริการคลินิกต่าง ๆ ในชุมชน ทำให้ภาระงานของบุคลากรหน่วยบริการปฐมภูมิสูงขึ้นมาก โดยเฉพาะต้องรับผิดชอบหน้างานในการให้บริการผู้ป่วยทั้งเชิงรับและเชิงรุกเป็นลำดับต้น ทำให้ไม่สามารถบริหารจัดการคลังยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นสมควรให้มีการพัฒนาระบบการจัดการห่วงโซ่อุปทานด้านยา สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดอุทัยธานีขึ้น เพื่อแก้ไขปัญหาด้านการบริหารเวชภัณฑ์ ลดอัตราคงคลังที่เกินจำเป็นในหน่วยบริการปฐมภูมิ ลดภาระงานของบุคลากร และเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิให้เกิดประสิทธิผลสูงสุด เพื่อให้ผู้ป่วยในพื้นที่สามารถเข้าถึงยาที่จำเป็นอย่างทั่วถึงเท่าเทียม พอเพียง และเป็นธรรม ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายแห่งชาติด้านยา นโยบายกระทรวงสาธารณสุข และนโยบายการลดภาระงานของเขตสุขภาพที่ 3

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบการจัดการห่วงโซ่อุปทานด้านยาสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดอุทัยธานี
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของระบบการจัดการห่วงโซ่อุปทานด้านยาสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดอุทัยธานี

### วิธีการศึกษาวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ร่วมกับการวิจัยเชิงสำรวจแบบผสมผสานระหว่างการสำรวจเชิงปริมาณและการสำรวจเชิงคุณภาพ (Mixed Method) เพื่อพัฒนาระบบการจัดการห่วงโซ่อุปทานด้านยาสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดอุทัยธานี เพื่อแก้ไขปัญหาและพัฒนาประสิทธิภาพของระบบให้ดีขึ้น ซึ่งศึกษาโดยเปรียบเทียบประสิทธิผลก่อนและหลังจากการพัฒนากระบวนการจัดการห่วงโซ่อุปทานด้านยาสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดอุทัยธานี ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนกันยายน 2563 – กันยายน 2565 การศึกษาวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ (Phase) ดังนี้

#### 1) ระยะที่ 1 วนรอบที่ 1 ตามวงจร Planning-Action-Observing-Reflection (P-A-O-R)

ศึกษารูปแบบการดำเนินงานระบบห่วงโซ่อุปทานด้านยา สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่จังหวัดอุทัยธานี เพื่อพัฒนาระบบการจัดการห่วงโซ่อุปทานด้านยาสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดอุทัยธานี และการแก้ไขปัญหาด้วยระบบเติมยา (Medication Refilling System: MRS) ระหว่างคลังยาโรงพยาบาลแม่ข่ายและหน่วยบริการปฐมภูมิลูกข่าย ระหว่างเดือนกันยายน 2563 – กันยายน 2564 โดยมีขั้นตอนดังนี้ คือ

#### 1. ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลและปัญหา

- 1.1 รวบรวมข้อมูลการดำเนินงานบริหาร



เวชภัณฑ์ในเรื่องการบริหารจัดการยาระหว่างโรงพยาบาลกับหน่วยบริการปฐมภูมิ ในพื้นที่จังหวัดอุทัยธานี

1.2 ประชุมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อร่วมกันพิจารณาการดำเนินงานระบบห่วงโซ่อุปทานด้านยา สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่จังหวัดอุทัยธานี ที่ผ่านมา วิเคราะห์ประเด็นปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อหาแนวทางและวิธีการแก้ไข กำหนดแนวทางการพัฒนารูปแบบระบบการดำเนินงานร่วมกัน

## 2. ขั้นตอนการปฏิบัติการ

### 2.1 การวางแผน (Planning)

2.1.1 กำหนดนโยบายเชิงรุกของจังหวัดอุทัยธานี และแผนยุทธศาสตร์ กลวิธีดำเนินงานและแนวทางในการพัฒนาการดำเนินงานระบบห่วงโซ่อุปทานด้านยาสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยกำหนดให้การพัฒนาระบบเดิมมาเป็นตัวชี้วัดระดับจังหวัด ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

2.1.2 สร้างกลวิธีการดำเนินการและจัดทำแผนปฏิบัติการแก้ไขปัญหาห่วงโซ่อุปทานด้านยา และออกแบบระบบการเดิมยา สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยประชุมคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (Pharmaceutical and Therapeutic Committee : PTC) ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2.1.3 จัดทำบันทึกข้อตกลงร่วม (Memorandum of Understanding: MOU) ระดับจังหวัดและอำเภอ เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาระบบเดิมยาในการพัฒนาการดำเนินงานระบบห่วงโซ่อุปทานด้านยาสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดอุทัยธานีและนำเสนอผู้บริหารเพื่อลงนาม

2.1.4 กำหนดแนวทาง วิธีการและระยะเวลาในการดำเนินงาน โดยบูรณาการร่วมกับการตรวจสอบภายในด้านพัสดุเรื่องงานบริหารเวชภัณฑ์การควบคุมภายใน (Electronics Internal Audit : EIA)

มิติด้านบริหารการพัสดุประเด็นการบริหารเวชภัณฑ์และการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment: ITA) โดยการประชุมระดมความคิดร่วมกับคณะทำงานควบคุม กำกับ ติดตาม และการประเมินผล

### 2.2 การปฏิบัติการ (Action)

2.2.1 ประชุมชี้แจงนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ แนวทางการดำเนินงานและแผนปฏิบัติการให้แก่สหสาขาวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานทุกหน่วยงานและผู้เกี่ยวข้องเกี่ยวข้อง

2.2.2 กำหนดรูปแบบระบบการจัดการห่วงโซ่อุปทานด้านยาสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิด้วยระบบเดิมยา โดยใช้การเชื่อมโยงข้อมูลระหว่าง Data Center ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กับโปรแกรม HOSxP PCU ของหน่วยบริการปฐมภูมิ

2.2.3 ทดสอบการจัดการห่วงโซ่อุปทานด้านยา ด้วยระบบการเดิมยา สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิที่ได้พัฒนาแนวทางร่วมกัน และประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาระบบเดิมยา

2.2.4 จัดทำกรอบบัญชีรายการยาของหน่วยบริการทุกระดับของจังหวัดอุทัยธานี โดย PTC

2.2.5 สร้างกลไกและกระบวนการควบคุม กำกับ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน โดยบูรณาการร่วมกับระบบการตรวจสอบภายในด้านพัสดุเรื่องบริหารเวชภัณฑ์ EIA และ ITA ติดตามประเมินผลปีละ 2 ครั้ง โดยรอบที่ 1 ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - มีนาคม 2564 ดำเนินการลงพื้นที่ตรวจสอบติดตามประเมินผลการดำเนินงาน รอบที่ 2 ระหว่างเดือนสิงหาคม - กันยายน 2564

2.2.6 กำหนดยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านคณะกรรมการวางแผนและประเมินผล (กวป.) ระดับจังหวัดทุกเดือน โดยมีผู้บริหารทุกหน่วยงานเป็นคณะกรรมการเข้าร่วมการประชุม



2.2.7 กำหนดระบบรายงานรายไตรมาส เพื่อวิเคราะห์ประเด็นปัญหา แนวทางแก้ไข และพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง

2.2.8 โรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้ง 8 หน่วย ที่เป็นหน่วยบริการประจำที่เป็นคู่สัญญาในการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Contracted Unit of Primary care : CUP) ลงมือปฏิบัติตามระบบเต็มยา ที่ได้รับการพัฒนาปรับปรุงหลังทดสอบระบบแล้ว ในการดำเนินงานระบบห่วงโซ่อุปทานด้านยาสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดอุทัยธานี

### 2.3 การสังเกตกิจกรรมของการปฏิบัติ (Observing)

2.3.1 ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน โดยกำหนดให้มีระบบรายงานทุกไตรมาส เพื่อวิเคราะห์ประเด็นปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงาน รวมทั้งหาแนวทางแก้ไขและพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง

2.3.2 ประเมินผลการดำเนินงาน โดยบูรณาการร่วมกับระบบการตรวจสอบภายใน ด้านพัสดุเรื่องบริหารเวชภัณฑ์ EIA และ ITA ติดตามประเมินผลปีละ 2 ครั้ง

2.3.3 จัดการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เพื่อถอดบทเรียน ศึกษาเชิงคุณภาพในด้านความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานและผู้เกี่ยวข้องต่อการพัฒนาระบบ ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหา เพื่อเป็นข้อมูลในการวิเคราะห์เพื่อหาแนวทางในการดำเนินงานครั้งต่อไป

### 2.4 การสะท้อนผลการปฏิบัติการ (Reflection)

2.4.1 จัดประชุมนำเสนอผลการดำเนินงานของแต่ละ CUP เพื่อถอดบทเรียนให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมกับวิเคราะห์ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค จุดอ่อนจุดแข็ง ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และแนวทางการแก้ไขปัญหา

เพื่อกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาในหน่วยบริการทุกแห่งอย่างต่อเนื่อง

2.4.2 สรุปผลการดำเนินงาน วิเคราะห์และรายงานผลการดำเนินงาน พร้อมคืนข้อมูลกลับสู่พื้นที่ เพื่อให้เกิดการพัฒนากระบวนการอย่างต่อเนื่อง

## 3. ขั้นตอนการประเมินผลและสรุปผล

3.1 นำข้อมูลที่ได้จากการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานในกิจกรรมต่าง ๆ มาวิเคราะห์ผลการปฏิบัติ และสรุปปัญหาอุปสรรคในกิจกรรมที่ยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามแผนและปัญหาอุปสรรคที่พบในการปฏิบัติงาน ข้อเสนอแนะ และวิธีการปรับปรุงแผนปฏิบัติการในครั้งต่อไป

### 2) ระยะที่ 2 เป็นการดำเนินการวงรอบที่ 2

ระยะนี้เป็นวงรอบที่ 2 ของการพัฒนา ระบบการจัดการห่วงโซ่อุปทานด้านยา สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดอุทัยธานี โดยการแก้ไขปัญหาด้วยระบบเต็มยา ด้วยการพัฒนาเครื่องมือเพื่อใช้เชื่อมโยงระบบข้อมูลระหว่างคลังยาโรงพยาบาลแม่ข่ายและหน่วยบริการปฐมภูมิลูกข่าย ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนกันยายน 2564 – กันยายน 2565 โดยมีขั้นตอนดังนี้ คือ

### 1. ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลและปัญหา

1.1 นำข้อมูลจากการศึกษาในระยะที่ 1 วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานที่ผ่านมา รวมถึงข้อเสนอแนะและพิจารณาเครื่องมือเพื่อใช้ในการพัฒนาให้เกิดระบบงานที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง

1.2 ประชุมเตรียมความพร้อมของทีมระดับจังหวัดเพื่อวิเคราะห์ปัญหาและพิจารณาเครื่องมือสำหรับใช้ในการแก้ปัญหาและพัฒนาการดำเนินงาน พร้อมมอบหมายในการดำเนินงาน



1.3 ประชุมชี้แจง PTC และคณะกรรมการ คณะต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ระดับจังหวัดและอำเภอ พร้อมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2565

## 2. ขั้นตอนการปฏิบัติการ

### 2.1 การวางแผน

2.1.1 กำหนดนโยบาย กลวิธี การดำเนินงาน ตัวชี้วัดและวางแผนการดำเนินงานระบบ จัดการห่วงโซ่อุปทานด้าน และแผนพัฒนาศักยภาพ บุคลากร

2.1.2 กำหนดให้มีการขับเคลื่อน งานในรูปแบบ PTC และคณะกรรมการคณะต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องระดับจังหวัดและอำเภอ

2.1.3 กำหนดรูปแบบการพัฒนา ระบบเดิมยา และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงาน

2.1.4 กำหนดแผนพัฒนาศักยภาพ บุคลากรในด้านการใช้โปรแกรมระบบเดิมยา และ ข้อกฎหมายและระเบียบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

### 2.2 การปฏิบัติการ

2.2.1 ชี้แจงนโยบายและจัดทำบันทึก ข้อตกลงร่วม (MOU) ระดับอำเภอและจังหวัด

2.2.2 ประชุมชี้แจงผู้รับผิดชอบงาน บริหารคลังเวชภัณฑ์ทุกโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่หน่วย บริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เจ้าหน้าที่เทคโนโลยีสารสนเทศ (Information Technology : IT) และผู้เกี่ยวข้อง

2.2.3 พัฒนาศักยภาพบุคลากร เจ้าหน้าที่ โดยการศึกษาดูงานแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากร ด้านโปรแกรมระบบ เดิมยา ในการดำเนินงานระบบการจัดการห่วงโซ่ อุปทานด้านยา และการเชื่อมโยงการปฏิบัติงาน ระหว่างโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิด้าน บริหารเวชภัณฑ์ โดยศึกษาจากหน่วยงานที่มีการ ดำเนินงานที่ประสบความสำเร็จด้านบริหารจัดการ ระบบเดิมยา ระหว่างโรงพยาบาลและ รพ.สต. โดย ศึกษาระบบ DMS Program : Sapphaya Hospital

วันที่ 6 มกราคม 2565 ณ โรงพยาบาลสรรพยา และ รพ.สต.วัดกำแพง จังหวัดชัยนาท เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ และพัฒนาระบบเดิมยาตามบริบทของพื้นที่อุทัยธานี

2.2.4 ประชุมวิเคราะห์ หาข้อตกลง ร่วมและคัดเลือกโปรแกรมที่จะเป็นเครื่องมือในการ ดำเนินงาน

2.2.5 ทำหนังสือขอ ความ อนุเคราะห์โปรแกรมสรรพยาดีเอ็มเอส (Sapphaya DMS Program) จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาทและ โรงพยาบาลสรรพยา เพื่อนำมาประยุกต์และพัฒนาให้ เหมาะสมกับบริบทของจังหวัดอุทัยธานี

2.2.6 พัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการ ดำเนินงาน โดยประยุกต์ใช้โปรแกรมระบบเดิมยา ระหว่างคลังยาโรงพยาบาลแม่ข่ายและหน่วยบริการ ปฐมภูมิ จาก Sapphaya DMS Program ให้ สอดคล้องกับบริบทการดำเนินงานของจังหวัด อุทัยธานี

2.2.7 อบรมเชิงปฏิบัติการ ครั้งที่ 1 แบบออนไลน์ เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรเจ้าหน้าที่ใน การลงโปรแกรม การเตรียมความพร้อมของข้อมูลแลการ ใช้โปรแกรมระบบเดิมยาจังหวัดอุทัยธานี ปีงบประมาณ 2565 ในวันที่ 10 - 11 มีนาคม 2565

2.2.8 โรงพยาบาลและหน่วยบริการ ปฐมภูมิในเครือข่าย ดำเนินการตรวจสอบข้อมูลใน ฐานข้อมูล พัฒนาปรับปรุงฐานข้อมูลคลังสุขภาพ (Health Data Center : HDC) HOSXP ด้านยา ของ โรงพยาบาลแม่ข่ายและ รพ.สต. ได้แก่ ชื่อยา รหัสยา รูปแบบยา ความแรง ขนาดยา หน่วยนับ ราคาทุน ต่อหน่วย เป็นต้น ให้ถูกต้องเป็นปัจจุบัน และใช้เป็น ฐานข้อมูลชุดเดียวกันในแต่ละ CUP

2.2.9 ประชุม ครั้งที่ 2 แบบออนไลน์ เพื่อชี้แจงแนวทางการติดตั้งและการใช้โปรแกรม สำหรับระบบ Refill ยา จังหวัดอุทัยธานี Phase 2 ในวันที่ 5 เมษายน 2565



2.2.10 สร้างช่องทางสื่อสาร กลุ่มไลน์อย่างเป็นทางการ (Line Official) ในชื่อ “Sapphaya DMS (อุทัยธานี)” ระหว่างบุคลากรผู้รับผิดชอบงาน คลินิกโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิ รวมถึงเจ้าหน้าที่ IT จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อุทัยธานีและ CUP และเจ้าหน้าที่ IT โรงพยาบาลสรรพยา จังหวัดชัยนาท เพื่อสื่อสารข้อมูลและแก้ไขปัญหา รวมถึง นำปัญหาไปพัฒนาโปรแกรมให้เหมาะสมกับกระบวนการดำเนินงานของระบบ

2.2.11 ทดสอบการทำงานของ โปรแกรม Sapphaya DMS Uthaitхани ที่พัฒนาแล้ว ในการดำเนินงานระบบเดิม ในแต่ละพื้นที่

2.2.12 ประเมินผลและสรุปผลการทดสอบ

2.2.13 ประชุมคณะทำงานเพื่อ ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรครวมถึงวิธีการแก้ไข

2.2.14 อบรมพัฒนาศักยภาพ บุคลากรด้านบริหารเวชภัณฑ์ การจัดซื้อจัดจ่าย และเวชภัณฑ์มิใช่ยา และเวชภัณฑ์อื่น ๆ ให้แก่ เกษชกร บุคลากรผู้รับผิดชอบงานและเจ้าหน้าที่ ผู้เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนางานบริหารเวชภัณฑ์ให้มีการ บริหารจัดการระบบเวชภัณฑ์ทุกระดับเป็นไปอย่าง มีประสิทธิภาพ ถูกต้องตามกฎหมายและระเบียบ ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

2.2.15 พัฒนาโปรแกรมที่ใช้ใน ระบบเดิม จากโปรแกรม Sapphaya DMS โดยนำ ปัญหาที่เกิดจากการทดสอบระบบมาวิเคราะห์และ พัฒนาโปรแกรมให้เหมาะสมกับบริบทของจังหวัด อุทัยธานี โดยมีการติดตั้งระบบโปรแกรมในทุกหน่วย บริการปฐมภูมิ โดยแต่ละ CUP มีการดำเนินการ บริหารจัดการระบบเดิม โดยการขับเคลื่อนใน รูปแบบของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุข ระดับอำเภอ (คปสอ.)

2.2.16 ประชุมชี้แจงให้กับทุก CUP ทราบขั้นตอนวิธีการดำเนินงานระบบเดิมโดยใช้

โปรแกรม Sapphaya DMS ที่พัฒนาแล้ว (Modified Sapphaya DMS with Uthaitхани)

2.2.17 จัดทำคู่มือปฏิบัติการการใช้ โปรแกรม Sapphaya DMS ที่พัฒนาแล้วในการดำเนินงาน ระบบเดิม

2.2.18 สร้างช่องทางสื่อสารระหว่าง บุคลากรผู้รับผิดชอบงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และเจ้าหน้าที่ IT ที่เกี่ยวข้องเพื่อสื่อสารการดำเนินงานและแก้ไข ปัญหาได้อย่างทันท่วงที

2.2.19 หน่วยบริการปฐมภูมิใน เครือข่ายติดตั้งระบบโปรแกรมและลงฐานข้อมูลยา

2.2.20 ทุก CUP ดำเนินการระบบ จัดการห่วงโซ่อุปทานด้านยา ด้วยระบบเดิม โดยใช้โปรแกรม Modified Sapphaya DMS with Uthaitхани

2.2.21 พัฒนาระบบขนส่งให้มี ประสิทธิภาพ สามารถควบคุมสถานะในการจัดเก็บ และขนย้ายเวชภัณฑ์ได้อย่างเหมาะสม ป้องกันปัญหา ยาเสื่อมสภาพเสียหายระหว่างขนส่ง และเพื่อลด ภาระทั้งค่าใช้จ่ายด้านการขนส่งและภาระงานของ บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ในหน่วยปฐมภูมิ

### 2.3 การสังเกตกิจกรรมของการปฏิบัติ

2.3.1 ติดตามประเมินผล โดย

1) ติดตามในที่ประชุม กวป. ระดับจังหวัดทุกเดือน โดยประเด็นที่ติดตามคือ ความก้าวหน้าในการดำเนินงานและปัญหาอุปสรรค ในการดำเนินงาน

2) สร้างกลไกการติดตาม ประเมินผล โดยบูรณาการร่วมกับระบบการตรวจสอบ ภายใน EIA การตรวจสอบระบบงานบริหารเวชภัณฑ์ และการตรวจประเมิน ITA โดยรอบที่ 1 ระหว่างเดือน มกราคม – กุมภาพันธ์ 2565 และรอบที่ 2 ระหว่าง เดือนสิงหาคม – กันยายน 2565 โดยผู้รับผิดชอบ งานระดับจังหวัดลงพื้นที่ตรวจสอบ ติดตามประเมิน ผลการดำเนินงานในแต่ละ CUP พร้อมติดตามผล



การแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง

3) กำหนดให้มีการนิเทศผสมผสาน ติดตาม เพื่อกระตุ้นให้เกิดผลลัพธ์ของการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม สัมฤทธิ์ผลตามตัวชี้วัด

4) กำหนดให้มีระบบรายงานรายไตรมาส เพื่อวิเคราะห์ประเด็นปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน รวมทั้งหาแนวทางแก้ไขและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

2.3.2 จัดการสนทนากลุ่ม เพื่อถอดบทเรียน

2.3.3 มีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยและปัญหาในกระบวนการดำเนินงาน

## 2.4 การสะท้อนผลการปฏิบัติการ

2.4.1 นำเสนอผลการดำเนินงานของแต่ละ CUP เพื่อถอดบทเรียนให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมกับวิเคราะห์ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค จุดอ่อนจุดแข็ง ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และแนวทางการแก้ไขปัญหา เพื่อกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาในหน่วยบริการทุกแห่งอย่างต่อเนื่อง

2.4.2 สรุปผลการดำเนินงานวิเคราะห์ปัญหาและรายงานผลการดำเนินงานระบบจัดการห่วงโซ่อุปทานด้านยา ด้วยระบบเดิมยา โดยใช้โปรแกรม Modified Sapphaya DMS with Uthaitani ที่พัฒนาแล้ว แก่ผู้บริหาร CUP สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และคืนข้อมูลกลับสู่พื้นที่ เพื่อให้เกิดการพัฒนากระบวนการอย่างต่อเนื่อง

## 3. ขั้นตอนการประเมินผลและสรุปผล

3.1 นำข้อมูลที่ได้จากการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานในกิจกรรมต่าง ๆ มาวิเคราะห์ผลและสรุปปัญหาอุปสรรคในกิจกรรมที่ยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามแผนและปัญหาอุปสรรคที่พบในการปฏิบัติงาน ข้อเสนอแนะ และวิธีการปรับปรุงแผนปฏิบัติการในครั้งต่อไป

3.2 ศึกษาวิธีการจัดการระบบห่วงโซ่อุปทานด้านยา ที่มีการพัฒนาทั้ง 2 ระยะ เพื่อวิเคราะห์ประสิทธิภาพการพัฒนาระบบการจัดการห่วงโซ่อุปทานด้านยาสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดอุทัยธานี

## กลุ่มเป้าหมายที่ศึกษาวิจัย

1. กลุ่มเป้าหมายในขั้นตอนการพัฒนา ได้แก่ หน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่จังหวัดอุทัยธานีทั้งหมด จำนวน 92 แห่ง, โรงพยาบาลในพื้นที่จังหวัดอุทัยธานี จำนวน 8 แห่ง คือ โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 1 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 7 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทั้ง 8 CUP และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานในแต่ละแห่ง

2. กลุ่มเป้าหมายในขั้นตอนการประเมินประสิทธิผล ได้แก่ จากรายงานผลการดำเนินงานพัฒนาระบบจัดการห่วงโซ่อุปทานด้านยา ด้วยระบบเดิมยา โดยใช้โปรแกรม Modified Sapphaya DMS with Uthaitani รายไตรมาส, จากการสังเกตและสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานจากหน่วยบริการปฐมภูมิ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาล ทั้ง 8 CUP, จากการสนทนากลุ่ม เพื่อถอดบทเรียนของตัวแทนผู้ปฏิบัติงานจากหน่วยบริการปฐมภูมิ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาล ทั้ง 8 CUP

## เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา

1.1 รูปแบบการจัดการระบบห่วงโซ่อุปทานด้านยา

1.2 โปรแกรมที่ใช้ในการดำเนินงานระบบเดิมยา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินประสิทธิผล

2.1 แบบประเมินระดับความสำเร็จของการดำเนินงานระบบเดิมยา ในระบบห่วงโซ่อุปทานด้านยา

2.2 แบบบันทึกการศึกษาผลการดำเนินงานระบบห่วงโซ่อุปทานด้านยา

2.3 ข้อคำถามแบบมีโครงสร้างในการ



สัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อสำรวจความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติ จากหน่วยบริการปฐมภูมิ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาล ทั้ง 8 CUP

2.4 ข้อคำถามในการสนทนากลุ่ม ในประเด็นคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็น ปัญหา อุปสรรค รวมถึงแนวทางการแก้ปัญหาที่

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงาน ได้แก่ ผลการปฏิบัติงานตามแนวทางที่กำหนด การติดตั้งโปรแกรม ผลการใช้งานระบบ มูลค่าการเบิกจ่ายของหน่วยบริการปฐมภูมิจากคลังโรงพยาบาลแม่ข่าย อัตราสำรองยาของหน่วยบริการปฐมภูมิ ระยะเวลาการดำเนินงานและจำนวนขั้นตอนของการปฏิบัติงาน ในระบบการจัดการห่วงโซ่อุปทานด้านยาของหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยการลงพื้นที่ประเมินผลการดำเนินงาน จากแบบประเมินระดับความสำเร็จของการดำเนินงานและแบบบันทึกผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดเก็บรวบรวมข้อมูลจากระบบรายงานผลการดำเนินงานทุกไตรมาส และการนำเสนอผลการดำเนินงานในที่ประชุม เก็บรวบรวมข้อมูลความคิดเห็น ปัญหาอุปสรรค และแนวทางการแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน จากการสนทนากลุ่ม เพื่อถอดบทเรียน การสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ปฏิบัติงาน และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล เพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

### วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ทำการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ IBM SPSS Statistic Version 29.0.1.0 (171) โดยใช้ค่าสถิติสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลแต่ละส่วน ดังนี้คือ

1. คำนวณมูลค่าการเบิกจ่ายของหน่วยบริการปฐมภูมิ และหาค่าเฉลี่ย
2. คำนวณอัตราการสำรองยา โดยคำนวณจากมูลค่าสำรองยา ณ ปัจจุบัน หาด้วย มูลค่าการใช้จริงต่อเดือน

3. คำนวณจำนวนวันที่ โดยการหาค่าเฉลี่ยของระยะเวลาการปฏิบัติงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในการดำเนินงานระบบห่วงโซ่อุปทานด้านยา

4. จำนวนขั้นตอนการปฏิบัติงานของหน่วยบริการปฐมภูมิในการดำเนินงานระบบห่วงโซ่อุปทานด้านยาตั้งแต่ขั้นตอนแรกจนถึงขั้นตอนสุดท้าย และหาค่าเฉลี่ย

5. เปรียบเทียบมูลค่าการเบิกจ่ายของหน่วยบริการปฐมภูมิ, อัตราการสำรองยา, ระยะเวลาและจำนวนขั้นตอนการปฏิบัติงานของหน่วยบริการปฐมภูมิในการดำเนินงานระบบห่วงโซ่อุปทานด้านยา ระหว่างปีงบประมาณ 2563, 2564 และ 2565

### สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1) Statistical Analysis : การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย เป็นต้น วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยข้อมูลก่อนและหลัง ภายในกลุ่มเดียวกันโดยใช้สถิติ Paired-Samples t-Test และค่าสถิติอื่นที่เกี่ยวข้อง

### การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

- 1) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม โดยวิธี Content Analysis
- 2) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยใช้วิธีการวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic Analysis)

### ระยะเวลาในการดำเนินงานวิจัย

- ระยะที่ 1: ระหว่างเดือนกันยายน 2563 – กันยายน 2564
- ระยะที่ 2: ระหว่างเดือนกันยายน 2564 – กันยายน 2565

### จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี โดยมีเลขที่อนุมัติ เลขที่ 15/2563 (30 กันยายน 2563 – 29 กันยายน 2564) และเลขที่ 2/2564 (29 กันยายน 2564 – 30 กันยายน 2565)



## ผลการศึกษา

### 1) ระยะที่ 1

#### 1. การพัฒนาระบบ

จากการรวบรวมข้อมูล โดยการศึกษา รูปแบบการดำเนินงานระบบห่วงโซ่อุปทานด้านยา สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิในแต่ละ CUP ของจังหวัด อุทัยธานีที่ผ่านมา แล้วนำมาวิเคราะห์ พบว่าการดำเนินงานระบบห่วงโซ่อุปทานด้านยา ขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละพื้นที่ ซึ่งส่วนใหญ่มีกระบวนการดำเนินงานระบบเดิมคือ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบจากหน่วยบริการปฐมภูมิต้องตรวจสอบคงคลังเวชภัณฑ์ เป็นรายเดือน สรุปรายงานคงคลัง สรุปยอดการใช้ ต่อเดือน คำนวณอัตราใช้ให้เพียงพอ วางแผนเบิก เวชภัณฑ์จากโรงพยาบาลแม่ข่ายให้เพียงพอต่อการใช้ เขียนใบเบิกเวชภัณฑ์ เดินทางไปส่งใบเบิกเวชภัณฑ์ ที่คลังโรงพยาบาล หลังจากนั้นรอรับการตรวจสอบ ใบเบิกจากเจ้าหน้าที่คลังโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่คลัง โรงพยาบาลตรวจสอบคงคลังโรงพยาบาลและทวนสอบ การเบิกจ่ายเวชภัณฑ์จากหน่วยบริการปฐมภูมิ หากมี ข้อจำกัดหรือต้องแก้ไขรายการหรือจำนวนการเบิกจ่าย ใบเบิกจะถูกส่งกลับให้หน่วยบริการปฐมภูมิแก้ไข เจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิตรวจสอบและแก้ไข แล้วส่งใบเบิกเวชภัณฑ์ที่มีการแก้ไขมายังคลังเวชภัณฑ์ ของโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่คลังโรงพยาบาลรับใบ เบิกเวชภัณฑ์เพื่อตรวจสอบอีกครั้ง เพื่อเสนอผู้มี อำนาจหน้าที่ในการอนุมัติจ่าย หลังจากนั้นเจ้าหน้าที่ คลังเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลตัดจ่ายยาออกจาก คลังแล้ว จัดเตรียมยาตามใบเบิก แล้วจึงประสาน ให้เจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละหน่วยมารับ เวชภัณฑ์จากคลังของโรงพยาบาล เมื่อเจ้าหน้าที่ หน่วยบริการปฐมภูมิเดินทางมารับยาจากคลังโรงพยาบาล แล้ว ตรวจรับยาเข้าคลัง บันทึกยารับเข้า ตรวจสอบ คงคลังและจัดทำบันทึกคงคลัง เพื่อเตรียมความพร้อม เข้าสู่กระบวนการเบิกจ่ายยาออกจากคลังไปไว้บนชั้น บริเวณจุดให้บริการเพื่อให้บริการแก่ผู้ป่วย และบันทึก ข้อมูลการใช้ยาในระบบ HOSxP เมื่อมีการจ่ายยา ให้ผู้มารับบริการ โดยพบว่าหน่วยบริการสุขภาพ

ปฐมภูมิส่วนใหญ่มีอัตราคงคลังของยามากกว่า 2 เดือน โดยบางแห่งมีอัตราคงคลังมากกว่า 4 เดือน และ จากการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกันพบว่าประเด็นปัญหา ของการดำเนินงานระบบเดิมที่เกี่ยวข้อง ดังนี้คือ

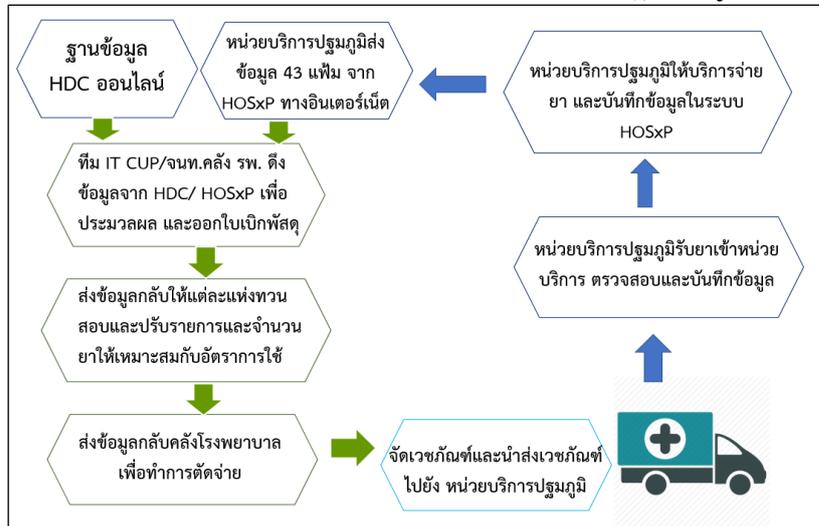
1. บุคลากรหน่วยบริการปฐมภูมิมีภาระงาน จากระบบบริหารจัดการเวชภัณฑ์และคลังเวชภัณฑ์
2. ฐานข้อมูลของโรงพยาบาลและหน่วย บริการปฐมภูมิแต่ละ CUP มีความหลากหลาย ยังพบ ปัญหาเรื่องคุณภาพของข้อมูล รวมถึงประสิทธิภาพ ของการบันทึกข้อมูล
3. ระบบ IT ยังไม่สามารถตอบสนองต่อ ความต้องการใช้งานได้อย่างครอบคลุม
4. ข้อจำกัดของบุคลากรทั้งด้านภาระงาน รวมถึงองค์ความรู้และประสบการณ์ในการดำเนินงาน ระบบการจัดการห่วงโซ่อุปทานด้านยา
5. ยังพบอุบัติการณ์ยามีจำนวนเกินความ จำเป็น (Over Stock) ยาคงค้างบนชั้นเก็บยาไม่มีการใช้เป็นระยะเวลานาน (Dead Stock) ยาขาด (Zero Stock) และยาไม่เพียงพอต่อการให้บริการ
6. ข้อจำกัดของระเบียบและเกณฑ์การ ตรวจสอบประเมินต่าง ๆ เช่น ระบบเอกสารตามกฎหมาย ว่าด้วยการพัสดุฯ, เกณฑ์การตรวจสอบภายใน, ระบบ ตรวจสอบประเมิน รพ.สต. ตัดดาว ด้านมาตรฐานคลัง เวชภัณฑ์ เป็นต้น

จากการวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ได้มี การประชุมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อร่วมกัน พิจารณาการดำเนินงานระบบห่วงโซ่อุปทานด้านยา สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่จังหวัดอุทัยธานี เพื่อหาแนวทางและวิธีการแก้ไข และได้มีการพัฒนา ระบบรูปแบบการดำเนินงานระบบห่วงโซ่อุปทาน ด้านยาร่วมกัน โดยมีการนำระบบรายงาน HDC ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี ที่เชื่อมต่อกับ โปรแกรมซอฟต์แวร์แอปพลิเคชัน HOSxP ของหน่วย บริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นเครื่องมือเชื่อมโยงข้อมูล ด้านยาระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิและคลังยา โรงพยาบาล เพื่อดำเนินการระบบเดิมยา เพื่อลด ขั้นตอนและภาระในการดำเนินงานของหน่วยบริการ



ปฐมภูมิ โดยสามารถลดขั้นตอนการดำเนินงานในส่วนของการตรวจสอบคลังเวชภัณฑ์ สรุปรายงานคลัง สรุปรยอดการใช้ต่อเดือน คำนวณอัตราใช้ให้เพียงพอ วางแผนเบิกเวชภัณฑ์จากโรงพยาบาลแม่ข่ายให้เพียงพอต่อการใช้ เขียนใบเบิกเวชภัณฑ์เดินทาง

ไปส่งใบเบิกเวชภัณฑ์ที่คลังโรงพยาบาล ในขั้นตอนการเบิกยาจากคลังโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยกระบวนการพัฒนาระบบการจัดการห่วงโซ่อุปทานด้านยาสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิ ด้วยระบบเดิมยา โดยใช้การเชื่อมโยง HOSxP กับฐานข้อมูล HDC แสดงในภาพที่ 1

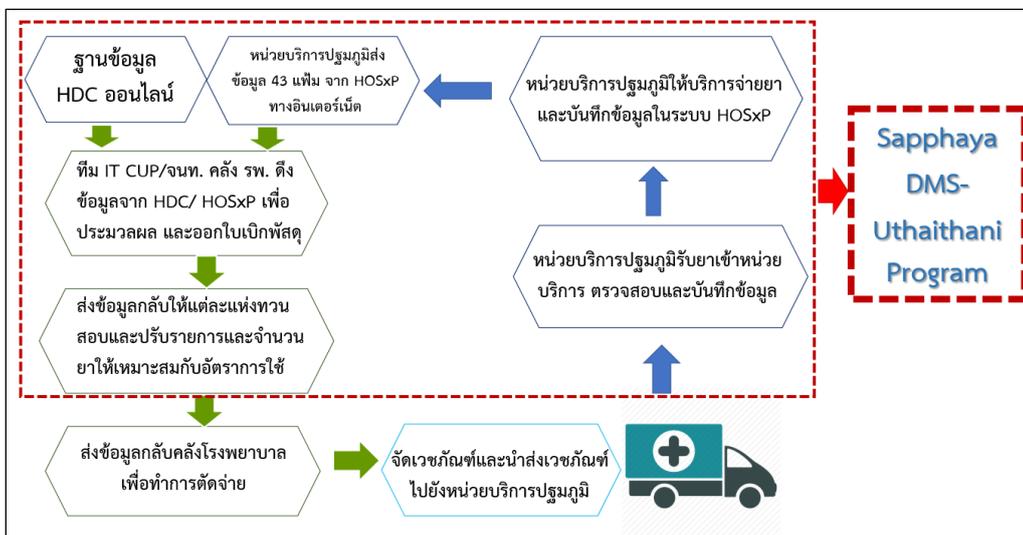


ภาพที่ 1 กระบวนการพัฒนาระบบการจัดการห่วงโซ่อุปทานด้านยาสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิ ด้วยระบบเดิมยา โดยใช้การเชื่อมโยง HOSxP กับฐานข้อมูล HDC

2) ระยะที่ 2

ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนกันยายน 2564 – กันยายน 2565 นำผลสรุปประเด็นปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหา มาวิเคราะห์เพื่อพัฒนาจนเกิดระบบใหม่

คือระบบการจัดการห่วงโซ่อุปทานด้านยาสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิด้วยโปรแกรม Modified Sapphaya DMS with Uthaithani ร่วมกับระบบเดิมยา ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 กระบวนการพัฒนาระบบการจัดการห่วงโซ่อุปทานด้านยาสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิ ด้วยโปรแกรม Modified Sapphaya DMS with Uthaithani ร่วมกับระบบเดิมยา



1. การประเมินประสิทธิผลของการพัฒนาระบบการจัดการห่วงโซ่อุปทานด้านยาสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิ

1.1 มูลค่าการเบิกยาของหน่วยบริการปฐมภูมิจากคลังโรงพยาบาลแม่ข่าย จังหวัดอุทัยธานี

การศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า มูลค่ารวมการเบิกยาของหน่วยบริการปฐมภูมิจากคลังโรงพยาบาลแม่ข่าย ปี 2564 และ 2565 คือ 16,686,566.38 บาท และ 17,404,853.59 บาท ลดลงจากปี 2563 คือ 17,495,953.73 บาท โดยเมื่อเปรียบเทียบกับปี 2563 พบว่าปี 2564 มีมูลค่าการเบิกยาลดลง 809,387.34 บาท คิดเป็นร้อยละ 4.63 ส่วนปี 2565 มีมูลค่าการเบิกยาลดลง 91,100.14 บาท คิดเป็นร้อยละ 0.52 ข้อมูลดังแสดงในตารางที่ 1

1.2 อัตราสำรองยาเฉลี่ยต่อไตรมาสของ

หน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดอุทัยธานี

การศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า ค่าเฉลี่ยอัตราสำรองยาเฉลี่ยต่อไตรมาสของหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดอุทัยธานี ปี 2563, 2564 และ 2565 คือ 2.17, 1.89 และ 1.24 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบอัตราสำรองยาเฉลี่ยต่อไตรมาสของหน่วยบริการปฐมภูมิภายหลังจากการพัฒนาระบบการจัดการห่วงโซ่อุปทานด้านยาสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิ ปี 2564 และ 2565 กับปี 2563 พบว่า ปี 2564 มีอัตราสำรองยาเฉลี่ยต่อไตรมาสของหน่วยบริการปฐมภูมิ ลดลง 0.27 คิดเป็นร้อยละ 12.60 ส่วนปี 2565 มีอัตราสำรองยาเฉลี่ยต่อไตรมาสของหน่วยบริการปฐมภูมิลดลง 0.92 คิดเป็นร้อยละ 42.56 ข้อมูลดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 แสดงมูลค่าการเบิกยาของหน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละหน่วยจากคลังโรงพยาบาลแม่ข่ายของปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 - 2565 และเปรียบเทียบมูลค่ากับปี 2563

โรงพยาบาล แม่ข่าย	มูลค่าการเบิกยาของหน่วยบริการปฐมภูมิจากคลัง โรงพยาบาลแม่ข่าย จังหวัดอุทัยธานี (บาท)			เปรียบเทียบมูลค่าการ เบิกยา ปี 2564 กับ 2563		เปรียบเทียบมูลค่าการ เบิกยา ปี 2565 กับ 2563	
	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565	มูลค่า (บาท)	%	มูลค่า (บาท)	%
	อุทัยธานี	2,012,877.62	2,237,509.64	2,196,610.73	224,632.02	11.16	183,733.11
ทัพทัน	3,220,550.56	3,199,960.87	3,179,733.98	-20,589.69	-0.64	-40816.58	-1.27
หนองฉาง	2,877,985.80	2,674,931.98	3,408,337.38	-203,053.82	-7.06	530,351.58	18.43
หนองขาหย่าง	245,843.21	174,067.88	193,600.56	-71,775.33	-29.20	-52,242.65	-21.25
ลานสัก	2,593,338.23	2,525,747.24	2,537,462.81	-67,590.99	-2.61	-55,875.42	-2.15
สว่างอารมณ์	2,015,509.03	2,160,787.70	2,112,505.58	145,278.67	7.21	96,996.55	4.81
ห้วยคต	539,145.79	483,604.53	390,460.02	-55,541.26	-10.30	-148,685.77	-27.58
บ้านไร่	3,990,703.49	3,229,956.55	338,6142.53	-760,746.94	-19.06	-604,560.96	-15.15
<b>รวม</b>	<b>17,495,953.73</b>	<b>16,686,566.38</b>	<b>17,404,853.59</b>	<b>-809,387.34</b>	<b>-4.63</b>	<b>-91,100.14</b>	<b>-0.52</b>
<b>เฉลี่ย</b>	<b>2,186,994.22</b>	<b>2,085,820.80</b>	<b>2,175,606.70</b>				



ตารางที่ 2 อัตราสำรองยาเฉลี่ยต่อไตรมาสของหน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละหน่วย ในจังหวัดอุทัยธานี ระหว่างปี 2563 – 2565 และเปรียบเทียบความแตกต่าง

โรงพยาบาล แม่ข่าย	อัตราสำรองยา* เฉลี่ยต่อไตรมาสของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดอุทัยธานี			เปรียบเทียบอัตราสำรอง ยา* ปี 2564 กับ ปี 2563		เปรียบเทียบอัตราสำรอง ยา* ปี 2565 กับ ปี 2563	
	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	อัตราสำรอง	%	อัตราสำรอง	%
	2563	2564	2565	ยา		ยา	
อุทัยธานี	3.65	2.85	1.51	-0.80	-21.92	-2.15	-58.77
ทัพทัน	1.85	1.58	1.31	-0.27	-14.48	-0.54	-29.24
หนองฉาง	2.90	2.94	2.40	0.03	1.18	-0.51	-17.44
หนองขาหย่าง	2.72	3.15	0.69	0.43	15.75	-2.03	-74.52
ลานสัก	1.31	1.01	0.95	-0.30	-22.70	-0.36	-27.40
สว่างอารมณ์	0.89	1.04	1.08	0.14	15.82	0.19	21.04
ห้วยคต	1.88	1.02	0.99	-0.85	-45.47	-0.89	-47.17
บ้านไร่	2.12	1.55	1.02	-0.57	-26.89	-1.09	-51.71
<b>เฉลี่ย</b>	<b>2.17</b>	<b>1.89</b>	<b>1.24</b>	<b>-0.27</b>	<b>-12.60</b>	<b>-0.92</b>	<b>-42.56</b>

\*อัตราสำรองยา หมายถึง มูลค่าสำรองยา ณ ปัจจุบัน หาดด้วย มูลค่าการใช้จริงต่อเดือน

1.3 ระยะเวลาการดำเนินงานที่ลดลงของหน่วยบริการปฐมภูมิ จากการพัฒนาระบบการจัดการห่วงโซ่อุปทานด้านยาสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดอุทัยธานี

การศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า ค่าเฉลี่ยระยะเวลาการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดอุทัยธานี ปี 2563, 2564 และ 2565 คือ 849.38 นาที, 494.22 นาที และ 410.21 นาที ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ ภายหลังจาก

การพัฒนาระบบการจัดการห่วงโซ่อุปทานด้านยาสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิ ปี 2564 และ 2565 กับปี 2563 พบว่า ปี 2564 มีค่าเฉลี่ยระยะเวลาการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิลดลง 355.16 นาที คิดเป็นร้อยละ 41.81 ส่วนปี 2565 มีค่าเฉลี่ยระยะเวลาการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิลดลง 439.17 นาที คิดเป็นร้อยละ 51.70 โดยพบว่าทุก CUP หน่วยบริการปฐมภูมิมีระยะเวลาการดำเนินงานลดลงทั้งปี 2564 และ 2565 ข้อมูลดังแสดงในตารางที่ 3



ตารางที่ 3 ระยะเวลาการดำเนินงานที่ลดลงจากการพัฒนาระบบการจัดการห่วงโซ่อุปทานด้านยาของหน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละหน่วย จังหวัดอุทัยธานี

CUP	ระยะเวลาการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดอุทัยธานี (นาที)			เปรียบเทียบระยะเวลา การดำเนินงานปี 2564 กับ ปี 2563		เปรียบเทียบระยะเวลา การดำเนินงานปี 2565 กับ ปี 2563	
	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565	เวลา (นาที)	%	เวลา (นาที)	%
อุทัยธานี	900	700	350	-200.00	-22.22	-550.00	-61.11
ทัพทัน	435	115	115	-320.00	-73.56	-320.00	-73.56
หนองฉาง	900	600	600	-300.00	-33.33	-300.00	-33.33
หนองขาหย่าง	780	300	335	-480.00	-61.54	-445.00	-57.05
ลานสัก	750	439	347	-311.25	-41.50	-403.33	-53.78
สว่างอารมณ์	900	540	540	-360.00	-40.00	-360.00	-40.00
ห้วยคต	900	600	600	-300.00	-33.33	-300.00	-33.33
บ้านไร่	1,230	660	395	-570.00	-46.34	-835.00	-67.89
<b>รวม</b>	<b>6,795</b>	<b>3,954</b>	<b>3,282</b>	<b>-2,841.25</b>	<b>-41.81</b>	<b>-3513.33</b>	<b>-51.70</b>
<b>เฉลี่ย</b>	<b>849.38</b>	<b>494.22</b>	<b>410.21</b>	<b>-355.16</b>	<b>-41.81</b>	<b>-439.17</b>	<b>-51.70</b>

1.4 จำนวนขั้นตอนการดำเนินงานที่ลดลงจากการพัฒนาระบบการจัดการห่วงโซ่อุปทานด้านยาสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดอุทัยธานี

การศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า ค่าเฉลี่ยของจำนวนขั้นตอนการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในจังหวัดอุทัยธานี ปี 2563, 2564 และ 2565 คือ 8.25 ขั้นตอน, 7.38 ขั้นตอน และ 7.25 ขั้นตอนตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของจำนวนขั้นตอนการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ

ภายหลังจากการพัฒนาระบบการจัดการห่วงโซ่อุปทานด้านยาสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิ ปี 2564 และ 2565 กับปี 2563 พบว่า ปี 2564 มีค่าเฉลี่ยของจำนวนขั้นตอนการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ ลดลง 0.875 ขั้นตอน คิดเป็นร้อยละ 10.61 ส่วนปี 2565 มีค่าเฉลี่ยของจำนวนขั้นตอนการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิลดลง 1 ขั้นตอน คิดเป็นร้อยละ 12.12 ข้อมูลดังแสดงในตารางที่ 4



ตารางที่ 4 จำนวนขั้นตอนการดำเนินงานที่ลดลงของหน่วยบริการปฐมภูมิ

CUP	จำนวนขั้นตอนการดำเนินงานของ หน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดอุทัยธานี (ขั้นตอน)			เปรียบเทียบจำนวน ขั้นตอนการดำเนินงาน ปี 2564 กับ ปี 2563		เปรียบเทียบจำนวน ขั้นตอนการดำเนินงาน ปี 2565 กับ ปี 2563	
	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565	จำนวน ขั้นตอน	%	จำนวน ขั้นตอน	%
	อุทัยธานี	8	5	3	-3	-37.50	-5
ทัพทัน	5	3	3	-2	-40.00	-2	-40.00
หนองฉาง	9	9	9	0	0.00	0	0.00
หนองขาหย่าง	8	8	8	0	0.00	0	0.00
ลานสัก	8	9	8	1	12.50	0	0.00
สว่างอารมณ์	11	10	10	-1	-9.09	-1	-9.09
ห้วยคต	9	9	9	0	0.00	0	0.00
บ้านไร่	8	6	8	-2	-25.00	0	0.00
<b>รวม</b>	<b>66</b>	<b>59</b>	<b>58</b>	<b>-7</b>	<b>-10.61</b>	<b>-8</b>	<b>-12.12</b>
<b>เฉลี่ย</b>	<b>8.25</b>	<b>7.38</b>	<b>7.25</b>	<b>-0.875</b>	<b>-10.61</b>	<b>-1</b>	<b>-12.12</b>

1.5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตัวชี้วัดการบริหารเวชภัณฑ์ในระบบการจัดการห่วงโซ่อุปทานด้านยาของหน่วยบริการปฐมภูมิ ระหว่างก่อนและหลังดำเนินการพัฒนาระบบการจัดการห่วงโซ่อุปทานด้านยาของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดอุทัยธานี ปี 2563 - 2565

การศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า 1) มูลค่าเฉลี่ยของการเบิกยาของหน่วยบริการปฐมภูมิจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ปี 2564 คือ  $2,085,820.80 \pm 1,155,203.61$  และ ปี 2565 คือ  $2,175,606.70 \pm 1,267,379.37$  ลดลงจากปี 2563 แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.369$  และ  $p = 0.923$ ) ที่ 95%CI 2) อัตราสำรองยาของหน่วยบริการปฐมภูมิ ปี 2564 คือ  $1.89 \pm 0.93$  ลดลงจากปี 2563 ( $2.17 \pm$

$0.90$ ) แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.138$ , 95%CI) แต่ปี 2565 อัตราสำรองยา คือ  $1.24 \pm 0.53$  ลดลงจากปี 2563 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.015$ , 95%CI) 3) ระยะเวลาเฉลี่ยของการปฏิบัติงานของบุคลากรหน่วยบริการปฐมภูมิ ปี 2564 คือ  $494.22 \pm 199.61$  นาทีและปี 2565 คือ  $410.25 \pm 164.55$  นาที ลดลงจากปี 2563 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ,  $p < 0.001$ , 95%CI) และ 4) จำนวนขั้นตอนเฉลี่ยของการปฏิบัติงานของบุคลากรหน่วยบริการปฐมภูมิ ปี 2564 คือ  $7.35 \pm 2.45$  และปี 2565 คือ  $7.25 \pm 2.71$  ลดลงจากปี 2563 แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.111$ ,  $p = 0.153$ , 95%CI) ข้อมูลดังแสดงในตารางที่ 5



ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยค่าตัวชี้วัดภายหลังจากพัฒนาระบบการจัดการห่วงโซ่อุปทานด้านยาของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดอุทัยธานี ปี 2563 - 2565

ตัวชี้วัดการจัดการห่วงโซ่อุปทานด้านยาของหน่วยบริการปฐมภูมิ	ก่อนพัฒนา (ปี 2563) $\bar{x} \pm S.D.$	หลังพัฒนา รอบที่ 1 (ปี 2564) $\bar{x} \pm S.D.$	p-value	ก่อนพัฒนา (ปี 2563) $\bar{x} \pm S.D.$	หลังพัฒนา รอบที่ 2 (ปี 2565) $\bar{x} \pm S.D.$	p-value
มูลค่าการเบิกยาของหน่วยบริการปฐมภูมิ (บาท)	218,6994.22 ±	2,085,820.80 ±	0.369	218,6994.22 ±	2,175,606.70 ±	0.923
อัตราสำรองยาเฉลี่ยต่อไตรมาส	2.17 ± 0.90	1.89 ± 0.93	0.138	2.17 ± 0.90	1.24 ± 0.53	0.015
ระยะเวลาการดำเนินงาน	849.38 ± 220.88	494.22 ± 199.61	<0.001	849.38 ± 220.88	410.25 ± 164.55	
จำนวนขั้นตอนการดำเนินงาน	8.25 ± 1.67	7.35 ± 2.45	0.111	8.25 ± 1.67	7.25 ± 2.71	0.153

**หมายเหตุ:** การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของ มูลค่าการเบิกยาของหน่วยบริการปฐมภูมิ, อัตราสำรองยาเฉลี่ยต่อไตรมาส, ระยะเวลาการดำเนินงานและจำนวนขั้นตอนการดำเนินงาน ระหว่างปี 2565 กับปี 2564 มีค่า P value คือ 0.379, 0.069, 0.144 และ 0.763 ตามลำดับ ที่ 95%CI

### อภิปรายผลการศึกษาวิจัย

จากผลการพัฒนาระบบการจัดการห่วงโซ่อุปทานด้านยา สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดอุทัยธานี จากปัญหาที่เกิดจากการดำเนินงานระบบดั้งเดิม ได้ผ่านกระบวนการต่าง ๆ จนสามารถพัฒนาให้เกิดระบบการจัดการห่วงโซ่อุปทานด้านยาใหม่ ระยะเวลาที่ 1 (วงรอบที่ 1 ของการพัฒนาระบบ) เกิดระบบการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายกับหน่วยบริการปฐมภูมิด้วยระบบฐานข้อมูลออนไลน์ HDC ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี กับระบบปฏิบัติการ HOSXP PCU ในการเชื่อมโยงข้อมูลการใช้ยาและยาคลังของหน่วยบริการปฐมภูมิให้เป็นปัจจุบัน เพื่อโรงพยาบาลแม่ข่ายสามารถบริหารจัดการเติมยาให้กับหน่วยบริการปฐมภูมิ แต่ยังคงพบปัญหาในการดำเนินงาน จากการติดตามประเมินผลสรุปรายงานผลการดำเนินการและจากการสนทนากลุ่มได้ข้อสรุปปัญหาและแนวทางการแก้ไขร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ ปัญหาหลักที่พบ ได้แก่ ข้อมูลที่ได้จากระบบไม่เป็นข้อมูล ณ ปัจจุบัน (Real Time) ยังไม่

เกิดการเชื่อมโยงข้อมูลโดยตรงระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลแม่ข่าย โรงพยาบาลแม่ข่ายยังไม่สามารถติดตามสังเกต (Monitor) ยาคลังเพื่อบริหารจัดการให้กับหน่วยบริการปฐมภูมิได้เป็นต้น จึงมีการพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่องเพื่อแก้ไขปัญหาในระยะที่ 2 (วงรอบที่ 2 ของการพัฒนาระบบ) ผลการศึกษาระยะที่ 2 เกิดระบบการจัดการห่วงโซ่อุปทานด้านยาสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิรูปแบบใหม่ โดยพัฒนาโปรแกรม Modified Sapphaya DMS with Uthaithani ร่วมกับระบบเติมยา (Medication Refilling System) เพื่อแก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ที่ยังคงพบในระยะที่ 1 เพื่อให้การบริหารจัดการระบบการจัดการห่วงโซ่อุปทานด้านยาสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎี Supply Chain Management (SCM) และ Vendor-Management Inventory (VMI)<sup>6,9</sup> ในด้านการพัฒนากระบวนการบริหารจัดการเวชภัณฑ์ให้เกิดประสิทธิภาพตั้งแต่การวางแผนจัดซื้อจัดหา จัดเก็บ การขนส่ง ตลอดจนการสื่อสารทั้งสองทาง รวมถึง



การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ  
ในการทำงานมากยิ่งขึ้น

การศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาระบบ  
การจัดการห่วงโซ่อุปทานด้านยาสำหรับหน่วยบริการ  
ปฐมภูมิพบว่า มูลค่าการเบิกจ่ายของหน่วยบริการปฐมภูมิ  
จากคลังโรงพยาบาลแม่ข่าย ปี 2564 มูลค่าการเบิกรวม  
16,686,566.38 บาท ลดลง 809,387.34 บาท คิดเป็น  
ร้อยละ 4.63 เมื่อเปรียบเทียบกับปี 2563 ที่มีมูลค่า  
การเบิกเท่ากับ 17,495,953.73 บาท และมีโรงพยาบาล  
จำนวน 7 แห่งที่รายงานมูลค่าลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับปี 2563 ส่วนปี 2565 มีมูลค่าการเบิกรวม  
17,404,853.59 บาท ลดลง 91,100.14 บาท คิดเป็น  
ร้อยละ 0.52 เมื่อเปรียบเทียบกับปี 2563 และมี  
โรงพยาบาลจำนวน 5 แห่งที่รายงานมูลค่าลดลง  
เมื่อเปรียบเทียบกับปี 2563 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย  
มูลค่าการเบิกจ่ายของหน่วยบริการปฐมภูมิจากคลัง  
โรงพยาบาลแม่ข่าย ปี 2564 และ 2565 มีค่าเฉลี่ย  
 $2,085,820.80 \pm 1,155,203.61$  ( $p = 0.369$ ) และ  
 $2,175,606.70 \pm 1,267,379.37$  ( $p = 0.923$ ) เมื่อ  
เปรียบเทียบกับก่อนดำเนินการในปี 2563 ที่มีค่าเฉลี่ย  
 $218,6994.22 \pm 1,282,151.43$  และเมื่อเปรียบเทียบ  
ระหว่างปี 2565 กับ 2564 ได้ค่า  $p$  เท่ากับ 0.069 ที่  
95%CI แสดงให้เห็นว่าการลดลงของมูลค่าการเบิกจ่าย  
ของหน่วยบริการปฐมภูมิยังไม่ชัดเจน ไม่มีนัยสำคัญ  
ทางสถิติ อาจเนื่องจากหลายปัจจัย ได้แก่ นโยบาย  
กระทรวงสาธารณสุขและนโยบายระดับเขตสุขภาพ  
และจังหวัดอุทัยธานี มีนโยบายพัฒนาระบบบริการ  
สุขภาพปฐมภูมิ มีการเพิ่มจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิ  
(Primary Care Units : PCU) และเครือข่ายหน่วย  
บริการปฐมภูมิ (Network Primary Care Unit : NPCU)  
ประกอบกับการขับเคลื่อนให้มีการบริการคลินิก  
ด้านต่าง ๆ ในชุมชนมากขึ้น มีตัวชี้วัดที่ชัดเจนใน

การยกระดับให้มีแพทย์ประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ  
มากขึ้น ทำให้มีการสั่งจ่ายยาโดยแพทย์สูงขึ้น ประกอบกับ  
นโยบายลดความแออัดในโรงพยาบาล และอยู่ในช่วง  
สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา  
2019 (COVID-19) ทำให้มีการลดจำนวนผู้ป่วยที่มา  
รับบริการที่โรงพยาบาลและเพิ่มการให้บริการผู้ป่วย  
ณ หน่วยบริการปฐมภูมิเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะโรค  
เรื้อรัง ส่งผลให้มีการสั่งจ่ายเพิ่มขึ้นทั้งรายการยาและ  
จำนวนยา อีกประการหนึ่งคือบางโรงพยาบาลมีการพัฒนา  
ระบบบริหารเวชภัณฑ์มีการควบคุมการเบิกจ่าย  
ตามอัตราการใช้ของหน่วยบริการปฐมภูมิเนื่องจาก  
สถานะคล่องทางการเงิน ทำให้ฐานข้อมูลเดิมเรื่อง  
มูลค่าการสั่งจ่ายมีการใช้ลดลงอย่างต่อเนื่องตามบริบท  
ของพื้นที่

การเปรียบเทียบอัตราสำรองยาเฉลี่ยต่อ  
ไตรมาสของหน่วยบริการปฐมภูมิพบว่าปี 2564  
และปี 2565 อัตราสำรองยาลดลงร้อยละ 12.6 และ  
42.56 ตามลำดับ มีหน่วยบริการปฐมภูมิ จากจำนวน  
5 และ 7 CUP ตามลำดับ ที่รายงานอัตราสำรองยา  
เฉลี่ยต่อไตรมาสลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับปี 2563  
เมื่อพิจารณาอัตราสำรองเฉลี่ยปี 2564 คือ  $1.89 \pm 0.93$  ( $p = 0.138$ ) และ ปี 2565 คือ  $1.24 \pm 0.53$  ( $p = 0.015$ ) เปรียบเทียบกับปี 2563 คือ  $2.17 \pm 0.90$   
พบว่าเฉพาะปี 2565 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญสถิติ  
( $p < 0.05$ ) อาจเนื่องจากอัตราสำรองยาคำนวณจาก  
ฐานคิดคือมูลค่าสำรองยา ณ ปัจจุบัน ทหารด้วย มูลค่า  
การใช้จริงต่อเดือน แสดงให้เห็นว่ามีการมารับบริการ  
และจ่ายยาให้ผู้ป่วยสูงขึ้น ทำให้ต้องสำรองยาให้  
สอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น ซึ่งอัตราสำรองยานี้  
ยังต่ำกว่าอัตราสำรองยาที่มีการกำหนดไว้ก่อนหน้า  
คือ 2 เดือน



เมื่อพิจารณาระยะเวลาการดำเนินงานที่ลดลงของหน่วยบริการปฐมภูมิ ภายหลังจากการพัฒนากระบวนการจัดการห่วงโซ่อุปทานด้านยาสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิพบว่า ปี 2564 และ 2565 สามารถลดระยะเวลาได้ 2,841.25 นาที (41.81%) และ 3,513.33 นาที (51.70%) จากปี 2563 ที่มีระยะเวลาการดำเนินการ 6,795 นาที เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของปี 2564 ค่าเฉลี่ยคือ  $494.22 \pm 199.61$  และปี 2565 คือ  $410.25 \pm 164.55$  พบว่าลดลงจากปี 2563 ค่าเฉลี่ยคือ  $849.38 + 220.88$  อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) อาจเนื่องจากการพัฒนาระบบการจัดการห่วงโซ่อุปทานด้านยาสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิที่สามารถตอบสนองความต้องการในการลดภาระงานของบุคลากรหน่วยบริการปฐมภูมิในแต่ละพื้นที่ได้ ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายเขตสุขภาพที่ 3 และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานีในการขับเคลื่อนนวัตกรรมลดภาระงานให้แก่บุคลากรในพื้นที่ และสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ สรัญญา อติเรกถาวร<sup>7</sup> รวมถึง ชะอรสิน สุขศรีวงศ์และคณะ<sup>8</sup> การพัฒนาระบบที่สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านเวชภัณฑ์ ทำให้สามารถลดระยะเวลาการปฏิบัติงานได้

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบจำนวนขั้นตอนการดำเนินงานในระบบห่วงโซ่อุปทานด้านยาของหน่วยบริการปฐมภูมิพบว่า ปี 2564 และปี 2565 มีจำนวน 5 และ 4 CUP ที่มีขั้นตอนการดำเนินงานลดลง เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยจำนวนขั้นตอนเปรียบเทียบระหว่างปี 2564 และ ปี 2565 คือ  $7.35 \pm 2.45$  ( $p = 0.111$ ) และ  $7.25 \pm 2.71$  ( $p = 0.153$ ) กับปี 2563 คือ  $8.25 \pm 1.67$  พบว่าลดลงแต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากบาง CUP มีการดำเนินการลดขั้นตอนการดำเนินงานตามบริบท

ของพื้นที่อยู่ก่อนแล้ว และอาจเกิดจากวิธีการนับจำนวนขั้นตอนที่แตกต่างกัน รวมถึงโปรแกรมที่ใช้ในการพัฒนาระบบการจัดการห่วงโซ่อุปทานด้านยาสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิยังมีข้อจำกัด บางครั้งไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ทันที ทำให้ต้องหาวิธีดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหานั้นๆ และปัจจัยอื่น ๆ เช่น ด้านเทคโนโลยี ด้านเซิร์ฟเวอร์ที่ต้องใช้ในการดำเนินการ ด้านบุคลากรที่ต้องมีการพัฒนาทักษะต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น ซึ่งปัจจัยเหล่านี้สอดคล้องกับการศึกษาของวิจัยของ นิกร บาลี และชนะพล ศรีธาดา<sup>10</sup> ในด้านปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารเวชภัณฑ์

จากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกในเรื่องการพัฒนาระบบการจัดการห่วงโซ่อุปทานด้านยาสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิพบว่า เป็นการพัฒนาระบบที่สามารถช่วยลดภาระงานของบุคลากรของหน่วยบริการปฐมภูมิได้ แต่ยังคงต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากปัญหาของตัวโปรแกรมที่ใช้ยังไม่เสถียร และการบันทึกข้อมูลในระบบต้องเป็นปัจจุบัน จึงจะทำให้ระบบทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงข้อคิดเห็นโดยการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา ดังแสดงในข้อความดังนี้

“เป็นแนวคิดที่ดี มันก็ช่วยลดภาระได้ แต่ปัญหาคือระบบตัวโปรแกรมเองมันยังไม่ค่อยเสถียร...”

“ก็คิดว่ามันเห็นผลชัด แต่มันต้องทำอย่างต่อเนื่อง เราไม่ต้องไปรบกวนเอง ไม่ต้องไปรอ ขับรถไปกลับมันก็เสียเวลา บางครั้งก็ต้องฝากคนไปประชุมหรือไปธุระที่นั่นให้รับแทน...”

“ก็คิดว่าสะดวกกับคนทำงานอยู่หน้างานมากขึ้น...”

“เราจะดูข้อมูล Real Time ได้ มันต้องเป็นระบบที่ Real จริง ๆ คือเมื่อยาเข้าคลัง การคีย์ข้อมูลตัดจ่าย ต้องคีย์ให้เป็นปัจจุบันด้วย...”



### สรุปผลการศึกษาวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เกิดระบบการจัดการห่วงโซ่อุปทานด้านสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดอุทัยธานีใหม่โดยใช้โปรแกรม Modified Sapphaya DMS with Uthaithani ร่วมกับระบบเดิมยา ที่สามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานระบบการจัดการห่วงโซ่อุปทานด้านยาสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่จังหวัดอุทัยธานีได้

### ข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งต่อไปควรพิจารณาเรื่องการพัฒนาเครื่องมือที่สามารถใช้เชื่อมโยงและวิเคราะห์ข้อมูลได้อย่างถูกต้องเป็นปัจจุบันและสามารถคำนวณอัตราใช้และสามารถสนับสนุนระบบการเบิกจ่ายได้อย่างสะดวกรวดเร็ว การพัฒนาด้านเทคโนโลยีสารสนเทศที่เกี่ยวข้อง และอาจพิจารณาศึกษาให้ครอบคลุมถึงมิติของการลดลงของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน

### เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Health products policy and standards: Medicines policy. [Internet]. [cited 2021 Jul 10]. Available from: <https://www.who.int/teams/health-product-policy-and-standards/medicines-selection-ip-and-affordability/medicines-policy>.
2. Health System Research Institute. Thai Drug System 2020. 1<sup>st</sup> ed. Thanaaaroon Karnpim Co, Ltd. 2021.
3. World Health Organization. Health products policy and standards: WHO work on supply systems. [Internet]. [Cited 2021 July 10]. Available from: <https://www.who.int/teams/health-product-policy-and-standards/medicines-selection-ip-and-affordability/medicines-policy/medicines-supply>.
4. World Health Organization Regional Office for Africa. Management of Drugs at Health Centre Level: Training Manual. Brazzaville, The Republic of South Africa: WHO Regional Office for Africa. 2004; 4.
5. World Health Organization. Technical Consultation on Preventing and Managing Global Stock Outs of Medicines Geneva, Switzerland 8–9 December 2015. [Internet]. [cited 2021 July 10]. Available from: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/medicines/medicines\\_shortages.pdf?sfvrsn=7f7fe1b4\\_3&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/medicines/medicines_shortages.pdf?sfvrsn=7f7fe1b4_3&download=true).
6. Christian F. Durach, Joakim Kembro, A New Paradigm for Systematic Literature Reviews in Supply Chain Management. Journal of Supply Chain Management. 2017; 53(4): 67-85.
7. Sarunya Adirektawon. Model Development and Economic Evaluation of Vendor-Management Inventory (VMI): A Case Study of a Provincial. [Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University. 2019.
8. Cha-oncin Sooksriwong, Niti Osirisakul, Araya Sripairoj, Kusawadee Maluangnon. Benefits to Hospital Finance from Hospital Pharmacy's Vendor Management Inventory. Thai Journal of Pharmacy Practice. 2019; 11(1); 160-70.



9. Chesada Leelakjtkul. The Collaborative Supply Chain Management in Thai Industrial Company. [Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University. 2005.
10. Nigron Balee, Chanaphol Sriruechai. Administrative Factors Affecting Drugs and Supplies Management of Responsible Officers at Sub-District Health Promoting Hospital in Nong Khai Province. Research And Development Health System Journal. 2019; 12(3): 586-94.



การวิจัยเชิงประเมินผลการนำนโยบายกัญชาเพื่อสุขภาพและทางการแพทย์ไปปฏิบัติ  
ในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด: การประยุกต์ใช้การประเมินแบบตอบสนอง  
Evaluation research of health and medical cannabis policy implementation  
in Roi-Et health network: applying responsive evaluation

ประวุฒิ ลักษณราช<sup>1</sup>

Prawutlak Lakhonrat<sup>1</sup>

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการนำนโยบายกัญชาเพื่อสุขภาพและทางการแพทย์ไปปฏิบัติในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่างเป็นทีมสหวิชาชีพ จำนวน 20 คน เครือข่ายผู้ปลูก ผู้แปรรูป และผู้ใช้สมุนไพรกัญชา/กัญชง จำนวน 80 คน และผู้รับบริการหรือญาติ จำนวน 119 คน ดำเนินการเดือนกันยายน 2565 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ 1) แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการนำนโยบายกัญชาเพื่อสุขภาพและทางการแพทย์ไปปฏิบัติ 2) แบบประเมินการวิเคราะห์บริบทเชิงระบบ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยนำเข้าโดยรวมมีเพียงพอและเหมาะสม (75%) กระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.99$ , S.D. = 0.52) และผลการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์ไปปฏิบัติพบว่า ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เกี่ยวกับกัญชาเพื่อสุขภาพและทางการแพทย์โดยรวม (70.1%) และการวิเคราะห์บริบทเชิงระบบและความพร้อมการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติของโรงพยาบาลพบว่า โดยรวมอยู่ในมากที่สุด ( $\bar{X} = 3.69$ , S.D. = 0.78)

**คำสำคัญ:** กัญชาเพื่อสุขภาพและทางการแพทย์, การนำนโยบายไปปฏิบัติ, เครือข่ายสุขภาพ

### Abstract

The purpose of this study was to evaluate the result of health and medical cannabis policy implementation in Roi-Et health network. Participants of this study were 20 health personnel from the multidisciplinary team, 80 of the growers, cannabis/marijuana herb processors and users, and 119 patients or relatives. Data was collected in September 2022 using 1) questionnaires on the health and medical cannabis policy implementation 2) systematic context analysis assessment. Data was analyzed using frequency, percentage, mean and standard deviation. The study found that overall input factors were sufficient and appropriate (75%). The overall policy implementation process was at a high level ( $\bar{X} = 3.99$ , S.D. = 0.52), patients and relatives had overall knowledge about health and medical cannabis use overall (70.1%). Analysis of systemic context and readiness for policy implementation in hospitals found that overall was the most common ( $\bar{X} = 3.69$ , S.D. = 0.78).

**Keywords:** Health and medical cannabis, Policy implementation, Health network

<sup>1</sup>เภสัชกรเชี่ยวชาญ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

<sup>1</sup>Pharmacist, Expert Level. Roi-Et Provincial Public Health Office. Email: Prawutlak1966@gmail



## บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขดำเนินโครงการ "Meet the Press: กัญชา กัญชง ประโยชน์ทางการแพทย์ และเศรษฐกิจ" ซึ่งจัดขึ้นเมื่อวันที่ 17 สิงหาคม 2565 หลังจากการ "ปลดล็อกกัญชา" เมื่อวันที่ 9 มิถุนายน 2563 "นโยบายกัญชาเพื่อสุขภาพและทางการแพทย์" ของกระทรวงสาธารณสุข ไม่ได้ก่อให้เกิดผลกระทบด้านลบต่อสังคมอย่างที่หลายคนกังวลใจ โดยมีข้อมูลจากกรมการแพทย์ที่ระบุถึงจำนวนผู้ป่วยที่เกิดภาวะพิษเฉียบพลันจากการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชามีแนวโน้มไม่เพิ่มขึ้น ในขณะที่ข้อมูลจากห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่เข้าร่วมโครงการฯ เบื้องต้นระหว่างวันที่ 6 มิถุนายน - 16 สิงหาคม 2565 พบผู้ป่วยเพียง 66 ราย เนื่องมาจากการได้รับข้อมูลข่าวสารการใช้กัญชาที่ถูกต้องผ่านช่องทางต่าง ๆ ของรัฐไปทั่วประเทศ ซึ่งชี้ให้เห็นว่าประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจสามารถใช้ประโยชน์จากกัญชาได้อย่างถูกต้องและถูกวิธี ข้อดีที่ได้รับจึงมีมากกว่าโทษ แม้ขณะนี้นโยบายการใช้กัญชาทางการแพทย์จะอยู่ในช่วงรอยต่อของการบังคับใช้ พระราชบัญญัติกัญชา กัญชงอย่างเป็นทางการ และยังมีประกาศกระทรวงสาธารณสุข 4 ฉบับเพื่อควบคุมไม่ให้มีการใช้กัญชาในทางที่ผิดด้วยเรื่องของ "กัญชาทางการแพทย์" ถือว่ากระทรวงสาธารณสุขนั้นเป็นเจ้าภาพหลักที่กำกับดูแล ซึ่งจะมีหน่วยงานในสังกัดร่วมดำเนินงานด้านกัญชาทางการแพทย์ตามบริบทที่แต่ละฝ่ายรับผิดชอบ ได้แก่ กรมการแพทย์ กรมการแพทย์แผนไทย กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมอนามัย และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.)<sup>1</sup> การส่งเสริมการผลิตผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ในรูปแบบต่าง ๆ เช่น น้ำมันกัญชาหยดใต้ลิ้น (DMS Oil) ซีรัมบำรุงผิวและครีมชะลอวัยจาก CBD (Cannabidiol) สบู่ใบกัญชา (Cannabis Soap) และ โป ร ตี น ที่ ส ก ด จ า ก เม ลี ด ก ัญ ช ง

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ได้ดำเนินการวิจัยกัญชาทางการแพทย์ โดยมุ่งเน้นการศึกษาวิจัยในด้านประสิทธิผลและความปลอดภัย ปัจจุบันมีงานวิจัยที่ดำเนินการเสร็จสิ้นแล้ว ได้แก่ การศึกษาประสิทธิผลและความปลอดภัยของสารสกัดกัญชาต่อเซลล์มะเร็งในหลอดทดลองและสัตว์ทดลอง ในผู้ป่วยโรคมะเร็งในสมองและในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ส่วนงานวิจัยที่อยู่ระหว่างดำเนินการ ได้แก่ การศึกษาวิจัยในกลุ่มโรคมะเร็ง ผู้ป่วยแบบประคับประคอง กลุ่มโรคผิวหนัง กลุ่มโรคทางระบบประสาท และผลิตภัณฑ์จากกัญชา (อาหารเสริม เครื่องสำอาง)

เช่นเดียวกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดในฐานะหน่วยงานรัฐที่ดำเนินการ และภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการได้นำนโยบายกัญชาเพื่อสุขภาพและทางการแพทย์ไปปฏิบัติในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด โดยได้จัดทำวางแผน การบริหารงานบุคคล การฝึกอบรม การนิเทศติดตามการจัดสิ่งสนับสนุน การจัดการงบประมาณ การจัดการข้อมูลข่าวสาร และการจัดองค์กรชุมชน หรือจัดทำแผนการพัฒนาด้านเศรษฐกิจและระดับครัวเรือน<sup>2,3</sup> ดังเช่นโครงการที่สำคัญ ๆ คือ โครงการปลูกกัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ โครงการ Roi-Et Cannabis Model โครงการปลูกกัญชาแผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) โครงการปลูกกัญชาแผนไทยในโรงพยาบาลชุมชน โครงการพัฒนากัญชาสำหรับการใช้ทางการแพทย์ และโครงการพัฒนาศักยภาพและสร้างการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้ปลูกผู้แปรรูป และผู้ใช้สมุนไพรกัญชา/กัญชงจังหวัดร้อยเอ็ด การก่อตั้งคลินิกกัญชาทางการแพทย์ครบ 25 แห่ง ในจังหวัดร้อยเอ็ด ทั้งหน่วยงานภาครัฐและเอกชน และการเปิดคลินิกกัญชาทางการแพทย์



แผนไทยเชิงรุกที่ รพ.สต. ในเครือข่ายของโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ เป็นต้น

การประเมินโครงการครั้งนี้ผู้ประเมินได้ประเมินโครงการในภาพรวมทั้งหมด 6 โครงการ คือโครงการปลูกกัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ โครงการ Roi-Et Cannabis Model โครงการปลูกกัญชาแผนไทยในโรงพยาบาลชุมชน โครงการพัฒนากัญชาสำหรับการใช้ทางการแพทย์ และโครงการพัฒนาศักยภาพและสร้างการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้ปลูกผู้แปรรูปและผู้บริโภคสมุนไพรกัญชา/กัญชง จังหวัดร้อยเอ็ด โดยใช้กรอบแนวคิดของโรเบิร์ต อี. สเตค (Robert E. Stake)<sup>4</sup> เชื่อว่าเป็นรูปแบบการประเมินที่มุ่งเน้นการตอบสนองผู้รับบริการ (Clients) เป็นสำคัญโดยเฉพาะอย่างยิ่งประเด็นการประเมิน นอกจากนี้ การประเมินแบบตอบสนองเป็นการประเมินเชิงธรรมชาติที่เน้นการใช้เทคนิคการศึกษาเชิงคุณภาพ การประเมินแบบตอบสนองยังเน้นการรับรู้ร่วมกันของผู้ประเมินและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแต่ละกลุ่ม เพื่อให้การรวบรวมข้อมูลมีความถูกต้อง และนำเสนอสารสนเทศให้มีเหมาะสมกับกลุ่มผู้สนใจใคร่รู้ในแต่ละกลุ่ม ซึ่งรูปแบบการประเมินของสเตคถือได้ว่าเป็นรูปแบบหนึ่งที่นักประเมินนำมาประยุกต์ได้อย่างกว้างขวางในการประเมินโครงการ การประเมินตามความคิดของสเตคจึงเป็นกระบวนการที่เกี่ยวกับการบรรยายและการตัดสินคุณค่าของโครงการหรือเป็นกระบวนการที่เกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจ จุดมุ่งหมายของการประเมินมี 2 ประการ คือ เพื่อต้องการได้ข้อมูลต่าง ๆ ที่นำมาบรรยายเกี่ยวกับโครงการนั้น และเพื่อต้องการได้ข้อมูลต่าง ๆ ที่สามารถนำมาใช้ในการตัดสินคุณค่าของโครงการ แนวคิดของสเตคจึงแตกต่างไปจากแนวคิดอื่น ๆ ตรงที่ว่าผลผลิตยังไม่ดีไม่ได้หมายความว่า การวางแผนไม่ดี แต่อาจบกพร่อง

ที่องค์ประกอบอื่น ๆ เช่น การจัดสภาพแวดล้อม ทีมสหวิชาชีพ ผู้บริหาร ผู้ป่วยหรือญาติหรือสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ก็ได้<sup>5,6</sup>

จากการประมวลเอกสารและงานวิชาการที่เกี่ยวข้องข้างต้น ชี้ให้เห็นความสำคัญของการนำนโยบายกัญชาเพื่อสุขภาพและทางการแพทย์ไปปฏิบัติในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด ดังนั้น ผู้วิจัยและทีมงานจึงได้วิจัยเชิงประเมินผลการนำนโยบายกัญชาเพื่อสุขภาพและทางการแพทย์ไปปฏิบัติในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด : การประยุกต์ใช้การประเมินแบบตอบสนอง (Responsive Evaluation) ขึ้น เพื่อให้ได้สารสนเทศสำหรับการวางแผนปรับปรุงการดำเนินงาน โดยมีวัตถุประสงค์ของประเมินปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และประเมินผลการนำนโยบายกัญชาเพื่อสุขภาพและทางการแพทย์ไปปฏิบัติในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด

#### วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินผลการนำนโยบายกัญชาเพื่อสุขภาพและทางการแพทย์ไปปฏิบัติในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การกำหนดรูปแบบการประเมิน สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัย ใช้รูปแบบการประเมินแบบจำลองเคาท์ที่แนนซ์ ตามที่คณะของสเตค<sup>4</sup> เชื่อว่าการประเมินต้องพิจารณาอย่างครอบคลุม แบ่งการประเมินออกเป็น 2 ส่วน คือ การบรรยาย (Description) และการตัดสินคุณค่า (Judgement) หรือเรียกตามโครงการของแบบจำลองการประเมินภายใต้ชื่อว่า Countenance Model ซึ่งโครงสร้างของแบบจำลองนี้ได้จำแนกข้อมูลการประเมินออกเป็น 2 ส่วน คือ เมตริกภาคบรรยาย (Description Matrix) และเมตริกการตัดสินใจคุณค่า (Judgement Matrix) ก่อนการประเมินโครงการผู้ประเมินจะต้องวิเคราะห์หลักการ เหตุผลและ



วัตถุประสงค์ของโครงการ

ผู้วิจัยได้กำหนดตัวชี้วัดที่จะศึกษาร่วมกับผู้ที่ต้องการใช้ผลการประเมิน และศึกษาเอกสารการดำเนินงานโครงการการนำนโยบายกัญชาเพื่อสุขภาพ

และทางการแพทย์ไปปฏิบัติในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ดของกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก ดังแสดงในตารางที่ 1 ประเด็นการประเมินและตัวชี้วัดความสำเร็จของการดำเนินงานตามโครงการฯ

ตารางที่ 1 กรอบแนวคิดการประเมินและเกณฑ์ประสิทธิภาพของการนำนโยบายกัญชาเพื่อสุขภาพและทางการแพทย์ไปปฏิบัติ

ประเด็นการประเมิน	เกณฑ์ประสิทธิภาพ (Efficiency)
1. ปัจจัยนำเข้าของโครงการฯ	
1.1 จำนวนบุคลากรที่ดำเนินงานตามโครงการฯ	ไม่ต่ำกว่า 4.0
1.2 งบประมาณตามวัตถุประสงค์ของโครงการฯ	ไม่ต่ำกว่า 4.0
1.3 โรงเรือนและอุปกรณ์ส่วนควบ ผ้าพลาสติก ตาข่าย	ไม่ต่ำกว่า 4.0
1.4 ระบบไฟส่องสว่างและระบบระบายอากาศ	ไม่ต่ำกว่า 4.0
1.5 ระบบรักษาความปลอดภัย ประกอบด้วย รั้วลวดหนาม กิ่งวงจระปัด	ไม่ต่ำกว่า 4.0
1.6 เครื่องสแกนลายนิ้วมือ ประตูควบคุมทางเข้า-ออก	ไม่ต่ำกว่า 4.0
1.7 ระบบน้ำ และการเพาะปลูก	ไม่ต่ำกว่า 4.0
1.8 อุปกรณ์การจัดเก็บ ทำลาย และค่าดำเนินการอื่น ๆ	ไม่ต่ำกว่า 4.0
1.9 ความเสี่ยงของโครงการ	ไม่ต่ำกว่า 4.0
2. กระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติตามโครงการฯ	
2.1 วัตถุประสงค์และมาตรฐานนโยบาย	ไม่ต่ำกว่าระดับ 3.5
2.2 ทรัพยากรนโยบาย	ไม่ต่ำกว่าระดับ 3.5
2.3 การสื่อสารระหว่างองค์กรและกิจกรรมการเสริมแรง	ไม่ต่ำกว่าระดับ 3.5
2.4 ลักษณะหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ	ไม่ต่ำกว่าระดับ 3.5
2.5 เงื่อนไขทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง	ไม่ต่ำกว่าระดับ 3.5
2.6 ทรรศนะต่อนโยบายของผู้ปฏิบัติ	ไม่ต่ำกว่าระดับ 3.5
3. ผลของโครงการฯ	
3.1 ความรู้เกี่ยวกับกัญชาเพื่อสุขภาพและทางการแพทย์ของผู้ป่วยและญาติ	ไม่ต่ำกว่าระดับ 3.5
3.2 การวิเคราะห์บริบทเชิงระบบและความพร้อมของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ	ไม่ต่ำกว่าระดับ 3.5



## 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากร แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 เป็นบุคลากรสหวิชาชีพ ประกอบด้วยแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ และนักวิชาการแพทย์แผนไทยที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเครือข่ายสุขภาพในจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 20 คน กลุ่มที่ 2 เป็นเครือข่าย 3 กลุ่มย่อย คือ กลุ่มผู้ปลูก ผู้แปรรูป และผู้ใช้สมุนไพร กัญชา/กัญชง จำนวน 80 คน และกลุ่มที่ 3 เป็นผู้รับบริการหรือญาติ จำนวน 119 คน

2) กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มที่ 1 เป็นบุคลากรสหวิชาชีพประกอบด้วยแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด และนักวิชาการแพทย์แผนไทยที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายสุขภาพในจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 20 คน กลุ่มที่ 2 เป็นเครือข่าย 3 กลุ่มย่อย คือ กลุ่มผู้ปลูก ผู้แปรรูปและผู้ใช้สมุนไพร กัญชา/กัญชง จำนวน 80 คน โดยเลือกมาทั้งหมด และกลุ่มที่ 3 เป็นผู้รับบริการ หรือญาติ ได้จากคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้แกรมสำเร็จรูป  $G^*$ power 3.1.9.4 ใช้พารามิเตอร์ Effect size  $g = 0.15$ ,  $\alpha$  err prob = 0.05, Power  $(1-\beta$  err prob) = 0.95, Constant proportion = 0.5 ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 119 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด คำนวณผู้รับบริการหรือญาติทั้งหมด 2,175 คนจาก 20 โรงพยาบาล กำหนด Proportion stratified random sampling จาก Sample size ทั้งหมด จำนวน 119 คน ใน 20 โรงพยาบาล แล้วเลือกตัวอย่างโดยใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน

## 2. วิธีการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการนำนโยบายกัญชาเพื่อสุขภาพและทางการแพทย์ไปปฏิบัติ ประกอบด้วยตอนที่ 1 ลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษาระดับสูงสุดสถานภาพ

สมรส และประสบการณ์การทำงาน ตอนที่ 2 การนำนโยบายไปปฏิบัติ เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุดให้ 5 คะแนน มากให้ 4 คะแนน ปานกลางให้ 3 คะแนน น้อยให้ 2 คะแนน และเห็นด้วยน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน จำนวน 32 ข้อ และตอนที่ 3 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการนำนโยบายกัญชาเพื่อสุขภาพและทางการแพทย์ไปปฏิบัติ จำนวน 9 ข้อ แบบสอบถามมีความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.89 แล้วนำค่าเฉลี่ยไปเทียบกับเกณฑ์ 2) แบบประเมินการวิเคราะห์บริบทเชิงระบบ เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุดให้ 5 คะแนน มากให้ 4 คะแนน ปานกลางให้ 3 คะแนน น้อยให้ 2 คะแนน และเห็นด้วยน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน จำนวน 32 ข้อ แบบสอบถามมีความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.92

## 3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลตามขั้นตอน โดยติดต่อเครือข่ายสุขภาพอำเภอ เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการแจกแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยเป็นผู้แจกแบบสอบถามด้วยตนเองและนัดรับแบบสอบถามดำเนินการระหว่างเดือนกันยายน 2565 และเก็บรวบรวมแบบสอบถาม แล้วนำตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์

## 4. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้คำนึงถึงจริยธรรมและจรรยาบรรณนักวิจัย จึงมีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยโครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ทั้งนี้ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัยในจดหมายที่ส่งแบบสอบถามทุกฉบับ และเปิดโอกาสให้ผู้ตอบแบบสอบถามเข้าร่วมโดยสมัครใจ โดยระบุข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับปกปิดแหล่งข้อมูลอย่างเคร่งครัด การนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมไม่ชี้เฉพาะในส่วนของผู้ตอบแบบสอบถามและไม่ก่อให้เกิดความเสียหายใด ๆ ทั้งต่อบุคคลและองค์กร



### 5. การจัดการกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการจัดการกระทำข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

#### ผลการศึกษา

1. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยนำเข้าของการนำ

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของปัจจัยนำเข้าที่ดำเนินงานตามนโยบาย ( $n = 20$ )

ประเด็นการประเมิน	$\bar{x}$ (S.D.)	การตัดสินคุณค่า
1. จำนวนบุคลากรที่ดำเนินงานตามโครงการฯ	4.55 (0.51)	ไม่ต่ำกว่า 4.0
2. งบประมาณตามวัตถุประสงค์ของโครงการฯ	4.15 (0.67)	ไม่ต่ำกว่า 4.0
3. โรงเรือนและอุปกรณ์ส่วนควบ ฝ้าพลาสติก และตาข่าย	3.65 (1.08)	ไม่ต่ำกว่า 4.0
4. ระบบไฟส่องสว่างและระบบระบายอากาศ	4.05 (0.94)	ไม่ต่ำกว่า 4.0
5. ระบบรักษาความปลอดภัย ประกอบด้วย รั้วลวดหนาม กิ่งวงจกรปิด	4.15 (0.98)	ไม่ต่ำกว่า 4.0
6. เครื่องสแกนลายนิ้วมือ ประตูควบคุมทางเข้า-ออก	3.35 (1.13)	ไม่ต่ำกว่า 4.0
7. ระบบน้ำ และการเพาะปลูก	4.25 (0.72)	ไม่ต่ำกว่า 4.0
8. อุปกรณ์การจัดเก็บ ทำลาย และค่าดำเนินการอื่นๆ	4.25 (0.91)	ไม่ต่ำกว่า 4.0
<b>เฉลี่ยโดยรวม</b>	<b>4.20 (0.38)</b>	<b>ไม่ต่ำกว่า 4.0</b>

2. กระบวนการนำนโยบายกัญชาเพื่อสุขภาพและทางการแพทย์ไปปฏิบัติในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ดโดยรวม อยู่ในระดับมาก ( $\bar{x} = 3.99$ , S.D. = 0.52) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าด้านทรัพยากรนโยบายมี

นโยบายกัญชาเพื่อสุขภาพและทางการแพทย์ไปปฏิบัติทั้งหมด 8 ประเด็นโดยรวมไม่ต่ำกว่าเกณฑ์ ( $\bar{x} = 4.20$ , S.D. = 0.38) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าไม่ต่ำกว่าเกณฑ์ 6 ข้อ (75%) แต่มี 2 ข้อที่ต่ำกว่าเกณฑ์ (25%) คือ โรงเรือนและอุปกรณ์ส่วนควบ ฝ้าพลาสติกและตาข่าย ( $\bar{x} = 3.65$ , S.D. = 1.08) และเครื่องสแกนลายนิ้วมือ ประตูควบคุมทางเข้า-ออก ( $\bar{x} = 3.35$ , S.D. = 1.13) ดังแสดงในตารางที่ 2

ค่าเฉลี่ยมากที่สุด ( $\bar{x} = 4.25$ , S.D. = 0.78) รองลงมาคือ การสื่อสารระหว่างองค์กรและกิจกรรมการเสริมแรง ( $\bar{x} = 4.10$ , S.D. = 0.91) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และระดับกระบวนการปฏิบัติตามโครงการฯ โดยรวมและเป็นรายด้าน ( $n = 20$ )

การนำนโยบายไปปฏิบัติ	$\bar{x}$ (S.D.)	ระดับการปฏิบัติ	การตัดสินคุณค่า
1. วัตถุประสงค์และมาตรฐานของนโยบาย	3.95 (1.19)	มาก	ไม่ต่ำกว่าระดับ 3.5
2. ทรัพยากรนโยบาย	4.25 (0.78)	มาก	ไม่ต่ำกว่าระดับ 3.5
3. การสื่อสารระหว่างองค์กรและกิจกรรมการเสริมแรง	4.10 (0.91)	มาก	ไม่ต่ำกว่าระดับ 3.5
4. ลักษณะหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ	3.65 (1.08)	มาก	ไม่ต่ำกว่าระดับ 3.5
5. เจือปนของเศรษฐกิจ สังคมและการเมือง	4.05 (1.14)	มาก	ไม่ต่ำกว่าระดับ 3.5
6. ทศนคติของผู้ปฏิบัติ	3.95 (1.05)	มาก	ไม่ต่ำกว่าระดับ 3.5
<b>เฉลี่ยโดยรวม</b>	<b>3.99 (0.52)</b>	<b>มาก</b>	<b>ไม่ต่ำกว่าระดับ 3.5</b>



3. ผลการดำเนินงานของโครงการ

3.1 ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เกี่ยวกับกัญชาเพื่อสุขภาพและทางการแพทย์โดยรวม (70.1%) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ควรเลือกใช้กัญชาทางการแพทย์เป็นลำดับแรก เพราะมีความปลอดภัยสูงกว่ายาแผนปัจจุบันมีการตอบถูกมากที่สุด (79.8%)

รองลงมาคือ การใช้กัญชาต่อเนื่องกันเป็นระยะเวลาสั้น จะทำให้ร่างกายเสื่อมโทรม ประสาทหลอนและโรคหรือภาวะที่สามารถใช้กัญชาได้ (มีงานวิจัยสนับสนุนที่หนักแน่น) ได้แก่ การรักษาภาวะปวดเรื้อรัง ปวดประสาท โรคลมชัก และโรคมะเร็ง (73.9%) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของคะแนนความรู้เกี่ยวกับกัญชาเพื่อสุขภาพและทางการแพทย์ของผู้ป่วยและญาติ (n = 119)

ข้อคำถาม	ตอบถูก
1. ประเทศไทยกัญชาจัดเป็นยาเสพติดผิดกฎหมาย สามารถใช้ในทางการแพทย์เท่านั้น แต่ยังไม่สามารถใช้เพื่อการสันทนาการ หรือซื้อขายกันอย่างเสรีได้	78 (65.5)
2. การใช้กัญชาต่อเนื่องกันเป็นระยะเวลาสั้น จะทำให้ร่างกายเสื่อมโทรม ประสาทหลอน	88 (73.9)
3. การใช้กัญชาเกินขนาด ทำให้ความดันโลหิตแปรปรวน และความรู้สึกตัวผิดปกติ	84 (70.6)
4. น้ำมันกัญชาเป็นสารสกัดจากพืชกัญชา สามารถผลิตเองหรือหาซื้อจากที่ใดก็ได้	81 (68.1)
5. ควรเลือกใช้กัญชาทางการแพทย์เป็นลำดับแรก เพราะมีความปลอดภัยสูงกว่ายาแผนปัจจุบัน	95 (79.8)
6. กัญชาเป็นพืชสมุนไพรที่มีคุณสมบัติเป็นยารักษาโรคหลายอย่างมีคุณมากกว่าโทษ อีกทั้งปริมาณการใช้ที่ปลอดภัยมีช่วงกว้างมากจึงควรสนับสนุนการใช้	86 (72.3)
7. โรคหรือภาวะที่สามารถใช้กัญชาได้ (มีงานวิจัยสนับสนุนที่หนักแน่น) ได้แก่ การรักษาภาวะปวดเรื้อรัง ปวดประสาท โรคลมชักและโรคมะเร็ง	88 (73.9)
8. สารแคนนาบินอยด์ในกัญชา สามารถป้องกัน และยับยั้งการเกิดเซลล์มะเร็งได้ ปัจจุบันจึงเป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางในการนำมาใช้เพื่อรักษา มะเร็งหลาย ๆ ชนิด	73 (61.3)
9. การใช้กัญชาในหญิงตั้งครรภ์เป็นอันตรายต่อทารกในครรภ์การใช้กัญชาในคนที่ เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ปลอดภัยกว่าการใช้ยาแผนปัจจุบัน และมีผลข้างเคียงจากการใช้น้อยกว่า	85 (71.4)
<b>เฉลี่ยโดยรวม</b>	<b>84 (70.1)</b>

3.2 การวิเคราะห์บริบทเชิงระบบ และความพร้อมการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติของโรงพยาบาล พบว่าโดยรวมอยู่ในมากที่สุด ( $\bar{x} = 3.69$ , S.D. = 0.78) เมื่อพิจารณาบริบทเชิงระบบโดยรวมอยู่ในมากที่สุด ( $\bar{x} = 3.75$ , S.D. = 0.24) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าระบบสนับสนุนมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ( $\bar{x} = 3.91$ , S.D. = 0.44) รองลงมาคือ ระบบการ

ให้บริการ ( $\bar{x} = 3.85$ , S.D. = 0.31) ส่วนการวิเคราะห์ "ความพร้อม" ของโรงพยาบาล โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{x} = 3.64$ , S.D.= 0.26) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าความสามารถเฉพาะต่อนโยบายกัญชาทางการแพทย์มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ( $\bar{x} = 3.74$ , S.D. = 0.41) รองลงมาคือ ความสามารถทั่วไป ( $\bar{x} = 3.64$ , S.D. = 0.33) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 5



ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการวิเคราะห์บริบทเชิงระบบของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ( $n = 20$ )

การนำนโยบายไปปฏิบัติ	$\bar{x}$ (S.D.)	ระดับการปฏิบัติ	การตัดสินคุณค่า
<b>การวิเคราะห์บริบทเชิงระบบ</b>			
1. ระบบการให้บริการ	3.85 (0.31)	มากที่สุด	ไม่ต่ำกว่าระดับ 3.5
2. ระบบสนับสนุน	3.91 (0.44)	มากที่สุด	ไม่ต่ำกว่าระดับ 3.5
3. การติดตามและประเมินผล	3.67 (0.44)	มากที่สุด	ไม่ต่ำกว่าระดับ 3.5
4. ระบบความช่วยเหลือทางเทคนิค	3.62 (0.58)	มากที่สุด	ไม่ต่ำกว่าระดับ 3.5
<b>เฉลี่ยโดยรวม</b>	<b>3.75 (0.24)</b>	<b>มากที่สุด</b>	<b>ไม่ต่ำกว่าระดับ 3.5</b>
<b>การวิเคราะห์ "ความพร้อม" ของโรงพยาบาล</b>			
1. ความสามารถทั่วไป	3.64 (0.33)	มากที่สุด	ไม่ต่ำกว่าระดับ 3.5
2. ความสามารถเฉพาะต่อนโยบายกัญชาทางการแพทย์	3.74 (0.41)	มากที่สุด	ไม่ต่ำกว่าระดับ 3.5
3. แรงจูงใจ	3.58 (0.35)	มากที่สุด	ไม่ต่ำกว่าระดับ 3.5
<b>เฉลี่ยโดยรวม</b>	<b>3.64 (0.26)</b>	<b>มากที่สุด</b>	<b>ไม่ต่ำกว่าระดับ 3.5</b>
<b>โดยรวม</b>	<b>3.69 (0.78)</b>	<b>มากที่สุด</b>	<b>ไม่ต่ำกว่าระดับ 3.5</b>

### สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดการนำนโยบายไปปฏิบัติในระดับซึ่งต้องเริ่มต้นจากหน่วยงานระดับล่างที่ได้รับการถ่ายทอด (Cascading) นโยบาย แผนงาน/โครงการ แล้วนำมาแปลงเป็นแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ในการประสานประโยชน์ระหว่างหน่วยงานเจ้าของนโยบายกับหน่วยงานระดับล่างหรือ "การปรับตัวเข้าหากันและกัน" กระบวนการปรับตัวอาศัยการตัดสินใจของผู้ปฏิบัติงานระดับล่างนั้นประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นการระดมพลัง (Mobilization) ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ได้แก่ การพิจารณารับนโยบาย โดยมีหลักเกณฑ์คือ ความเร่งด่วนและตรงกับเป้าหมายของหน่วยงาน และการแสวงหาการสนับสนุนจากสมาชิกในหน่วยงานบุคคลสำคัญ หรือหน่วยงานอื่น ๆ

สร้างการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายในท้องถิ่นเพื่อร่วมกันออกแบบและกำหนดแนวทางการดำเนินงานตั้งแต่เริ่มต้นเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการนำนโยบายไปปฏิบัติ 2) ขั้นการปฏิบัติ (Deliverer Implementation) คือ การปรับเปลี่ยนนโยบายที่ได้รับการยอมรับแล้วให้เป็นการปฏิบัติจริง โดยขึ้นอยู่กับดุลยพินิจในการตัดสินใจของผู้ปฏิบัติแต่ละบุคคล การให้บริการหรือรูปแบบการปฏิบัติงานจึงแตกต่างและหลากหลาย ซึ่งหน่วยงานระดับล่างต้องแสวงหาวิธีการปรับพฤติกรรมของบุคคลให้เป็นมาตรฐานเดียวกันตามที่หน่วยงานพึงประสงค์ 3) ขั้นการสร้างความเป็นปึกแผ่นหรือความต่อเนื่อง (Institutionalization/Continuation) คือ การที่นโยบายยังคงมีการปฏิบัติต่อไปในระยะยาว ถึงแม้ว่าระยะเวลาของนโยบาย



สิ้นสุดลงแล้วก็ตามเนื่องจากนโยบายได้ถูกปรับเปลี่ยน และได้รับการยอมรับจนเป็นหน้าที่ประจำวันของผู้ปฏิบัติไปแล้ว<sup>7</sup>

พบผลเช่นเดียวกับการศึกษาผลการนำนโยบาย การพัฒนาคุณภาพทางการแพทย์ไปสู่การปฏิบัติในกลุ่ม วิชาชีพชุมชน โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก และพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการนำนโยบาย การพัฒนาคุณภาพทางการแพทย์ไปสู่การปฏิบัติในกลุ่ม วิชาชีพชุมชน คือปัจจัยด้านวัตถุประสงค์ของนโยบาย การสื่อสารองค์การ โครงสร้างระบบราชการ ทักษะคติ ของหน่วยงานและผู้ปฏิบัติงานและบริบททางสังคม และเศรษฐกิจมีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการนำนโยบาย การพัฒนาคุณภาพทางการแพทย์ไปสู่การปฏิบัติในกลุ่ม วิชาชีพชุมชน และข้อเสนอแนะในการพัฒนาการนำ นโยบายการพัฒนาคุณภาพทางการแพทย์ไปสู่การปฏิบัติ ในกลุ่มวิชาชีพชุมชนคือ รัฐบาลมีนโยบายที่มีความชัดเจน ในการแก้ไขกฎหมายว่าด้วยกฎหมายไม่เป็นยาเสพติด หน่วยงานมีการบูรณาการภารกิจ รัฐบาลควรส่งเสริม สื่อสารความรู้ทางวิชาการให้ประชาชนได้รับทราบ เข้าใจในการใช้กฎหมายทางการแพทย์ องค์ความรู้ใน การเพาะปลูก เป็นต้น<sup>8</sup> สอดคล้องกับการสำรวจความรู้ และความคิดเห็นเกี่ยวกับกฎหมายทางการแพทย์ พบว่า เกษีกรมีคะแนนความรู้อยู่ในระดับสูงเพียงร้อยละ 53 เท่านั้น เมื่อเปรียบเทียบด้านความรู้ทั้ง 2 ด้าน พบว่า เกษีกรที่ตอบแบบสอบถามมีคะแนนความรู้ด้านกฎหมาย และการกำกับดูแลการใช้กฎหมายทางการแพทย์ (ร้อยละ 87.1) มีระดับความคิดเห็นไม่แน่ใจกับการใช้กฎหมาย ทางการแพทย์ (ร้อยละ 49) แต่ยังไม่แน่ใจกับการใช้ กฎหมายทางการแพทย์ เนื่องจากมีข้อกังวลในแง่ผลกระทบต่อสังคม<sup>9</sup> ในทำนองเดียวกับผู้ขออนุญาตให้ปลูกกัญชา ในระดับพื้นที่จังหวัด กรณีศึกษาเขตสุขภาพที่ 3 คณะกรรมการฯ 126 คน ใน 5 จังหวัด (นครสวรรค์ กำแพงเพชร พิจิตร อุทัยธานี และชัยนาท) ผู้ตอบ แบบสอบถามส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60.0) มีความรู้เกี่ยวกับ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับกัญชาในการพิจารณาอนุญาต

ให้ปลูกกัญชาระดับปานกลาง<sup>10</sup> ส่วนการประเมินผล การนำนโยบายไปปฏิบัติ พบผลเช่นเดียวกับการศึกษา ในจังหวัดอำนาจเจริญ ซึ่งพบว่า ผลลัพธ์ในการ ดำเนินงานต้นน้ำ (การปลูก) มีผู้ยื่นขออนุญาตปลูก กัญชา 16 แห่ง ได้รับใบอนุญาตแล้ว 2 แห่ง (คิดเป็น ร้อยละ 12.50) รายได้จากการจำหน่ายกัญชามูลค่ารวม 261,860 บาท การดำเนินงานกลางน้ำ (แหล่งผลิต สมุนไพร) ศูนย์แพทย์แผนไทยโรงพยาบาลพนา อำเภอนา จังหวัดอำนาจเจริญ เป็นโรงงานผลิตสมุนไพรและกัญชาที่ ได้มาตรฐาน WHO GMP และได้รับอนุญาตเป็นสถานที่ ผลิตยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 รายการผลิตภัณฑ์ กัญชา จำนวน 11 รายการ และมีแผนการผลิตกัญชา 17 ตำรับ มีรายได้จากการผลิตผลิตภัณฑ์กัญชามูลค่ารวม 533,195 บาท การดำเนินงานปลายน้ำ (คลินิกกัญชาทาง การแพทย์) จัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบ บูรณาการครบทุกแห่ง (ร้อยละ 100) มีผู้ป่วยรับยาสะสม ทั้งหมด 561 คน รักษาต่อเนื่อง 526 คน โรงพยาบาลที่มี ผู้ป่วยรับยาต่อเนื่องมากที่สุดคือ โรงพยาบาลพนา ตำรับ ที่มีการจ่ายมากที่สุดคือ น้ำมันกัญชา สูตรอาจารย์ เดชา และข้อบ่งใช้ในการรับยามากที่สุดคือ อากา รนอนไม่หลับ<sup>11</sup>

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าการนำนโยบายกัญชา เพื่อสุขภาพและทางการแพทย์ไปปฏิบัติในเครือข่าย สุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ดครั้งนี้ ผลการประเมินโดยรวม จะอยู่ในระดับดีก็ตาม แต่ส่วนใหญ่จะดำเนินงานเฉพาะ บุคลากรสาธารณสุขเท่านั้น หน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง มีการขับเคลื่อนน้อยมาก ส่งผลให้การดำเนินงานใน ภาพรวมมีปัญหา เช่น ปัญหาด้านความรู้ ความเข้าใจ และความเชื่อเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ ผลกระทบ ต่อระบบการดูแลรักษาทางการแพทย์ การแพร่ระบาดของ ไข้หวัด และโฆษณาประชาสัมพันธ์ลวง การขยายตัว อย่างรวดเร็วของธุรกิจค้าขายกัญชา ปัญหาด้านระบบ การสร้างองค์ความรู้ทางการแพทย์เกี่ยวกับกัญชาและ ปัญหาด้านสังคมจากนโยบายกัญชาทางการแพทย์ เป็นต้น<sup>12</sup>



การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการเนื่องจากข้อจำกัดในด้านระยะเวลาและทรัพยากรในการดำเนินการวิจัยมีอย่างจำกัด คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลยังมีจำนวนไม่มาก ไม่ครอบคลุมทุกองค์ประกอบของระบบสุขภาพทางการแพทย์ เนื่องจากเป็นระบบที่ซับซ้อนมาก เช่น ขาดข้อมูลจากผู้ปลูก ผู้ให้บริการนอกระบบ จึงควรที่จะแปลความหมายต่อข้อจำกัดนี้ และควรจะทำการศึกษาที่ครอบคลุมยิ่งขึ้นต่อไปในอนาคต

### ข้อเสนอแนะ

1. ควรกำหนดเป้าประสงค์ของนโยบายกัญชาทางการแพทย์ที่ชัดเจนและเน้นประชาชนสัมพันธ์ให้ประชาชนได้ทราบว่าบทบาทของประชาชนได้อะไรจากนโยบายนี้ ทั้งนี้จำเป็นต้องอาศัยความครบถ้วนของข้อมูลทั้งหมด ได้แก่ หลักฐานงานวิจัยทางคลินิก ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ และประสบการณ์จากประเทศอื่นเป็นฐานประกอบ เพื่อผนวกเข้ากับบริบทของสังคมไทย (Local Context) ซึ่งจะช่วยให้การกำหนดนโยบายการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์เป็นไปในลักษณะการสร้างนโยบายที่มาจากฐานข้อมูลเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดขึ้นจากความเข้าใจที่ไม่ตรงกัน อีกทั้ง ยังเป็นการลดความเสี่ยงต่อความล้มเหลวเมื่อนำนโยบายไปปฏิบัติ

2. ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติ หรือประชาชนทั่วไปในการใช้ประโยชน์จากกัญชาทางการแพทย์ โดยการที่ประชาชนจะให้การสนับสนุนนโยบายใด แสดงว่านโยบายนั้นจะต้องสอดคล้องกับทัศนคติค่านิยม พื้นฐานความคิดความเข้าใจความต้องการของประชาชนและวิถีชุมชน

3. ควรมีการส่งเสริมให้ทุกคนที่เกี่ยวข้องทั้งต้นน้ำ กลางน้ำ และปลายน้ำได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ ทั้งการอบรมทางตรงและทางอ้อม โดยมีการออกแบบหลักสูตรที่เหมาะสมทั้งหลักสูตรทั่วไปและเฉพาะด้าน

4. ผู้ขอรับอนุญาตปลูกกัญชาต้องควร 1) ผ่านการทดสอบความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ

กระบวนการปลูกกัญชา และแนวทางการปฏิบัติด้านการจัดเตรียมสถานที่ การเก็บรักษา และการควบคุมการใช้ 2) ควรมีการแต่งตั้งคณะกรรมการในส่วนภูมิภาค เพื่อทำหน้าที่พิจารณาคำขออนุญาตปลูกกัญชาของผู้ประกอบการตามแนวทางการพิจารณาอนุญาตเกี่ยวกับการปลูกกัญชา พ.ศ. 2562 และแนวทางการปฏิบัติด้านการจัดเตรียมสถานที่ การเก็บรักษา และการควบคุมการใช้ สำหรับผู้ขอรับอนุญาตปลูกกัญชา 3) พนักงานเจ้าหน้าที่ฯ จะต้องมีการลงพื้นที่ตรวจสอบสถานที่จริง เพื่อทำการประเมินตรวจสอบสถานที่ก่อนอนุญาตให้ดำเนินการเพาะปลูกกัญชาได้ และ 4) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ต้องมีการตรวจสอบเฝ้าระวังมาตรฐานของสถานที่เพาะปลูกกัญชาอย่างน้อย 2 - 3 ครั้งต่อปี และคณะกรรมการฯ ในระดับจังหวัด ควรได้รับการอบรมเกี่ยวกับกฎหมายการขออนุญาตปลูกกัญชา รวมถึงกระบวนการปฏิบัติในการพิจารณาอนุญาตให้ปลูกกัญชาตามแนวทางของ อย. เพื่อให้คณะกรรมการฯ มีความรู้ และมีศักยภาพเพียงพอต่อการปฏิบัติหน้าที่ สำหรับการส่งเสริมการนำกัญชาไปใช้ประโยชน์ทางการแพทย์และป้องกันการนำกัญชาไปใช้ในทางที่ผิดกฎหมาย

4. พัฒนาแผนเพื่อป้องกัน ควบคุม และแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดของชาวลวง และโฆษณาประชาสัมพันธ์ลวงเพื่อหวังผลเชิงพาณิชย์และอื่น ๆ

5. วางแผนการศึกษาวิจัยกัญชาทางการแพทย์อย่างเป็นระบบ โดยยึดตามมาตรฐานสากล

### กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ขอขอบคุณ ดร.นพ.สุรเดช ชวเดช นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ที่ให้คำปรึกษาและให้การสนับสนุนขอบคุณ ภญ.วิภากร อุตตมะ ดร.เสฐียรพงษ์ ศิวนา ตลอดจนทีมวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดทุก ๆ ท่านที่ให้ข้อเสนอแนะและความคิดเห็นทีมงานแพทย์แผนไทยและบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกโรงพยาบาลในเขตจังหวัดร้อยเอ็ดที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล



### เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์. กัญชาเพื่อการแพทย์. เรียนรู้ด้วยความเข้าใจวิธีใช้อย่างถูกต้องมีประโยชน์มหาศาล [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 10 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: [https://tmc.or.th/tmc\\_knowledge.php](https://tmc.or.th/tmc_knowledge.php)
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด การดำเนินนโยบายด้านสุขภาพและการแพทย์กัญชา. กลุ่มงาน การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก; 2565.
3. อภิวัฒน์ จำตา. การบริหารจัดการของรัฐในการส่งเสริมกัญชาเสรีเพื่อการแพทย์ทางเลือกของไทย. บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย; 2564.
4. Stake, Robert E. Standards - Based and Responsive Evaluation. California: Sage Publications, Inc.; 2004.
5. พัฒนปกรณ์ ดอนตุ้มไพร, พิพัฒน์ พันมา, มัณฑนา หน่อแก้ว, โชติ บดีรัฐ. นโยบายกัญชาเสรีในฐานะ พืชทางการแพทย์. วารสารวิชาการร้อยแก่นสาร. 2564; 6(1): 85-98.
6. บัณฑิต ศรีไพศาล และคณะ. คิดให้ชัดกับนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของประเทศไทย. วารสารวิชาการ สาธารณสุข. 2562; 28(4):7 55-66.
7. พิชญากร จ่างจันทรา. กลไกการขับเคลื่อนคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลคูเมือง จังหวัด บุรีรัมย์. [รัฐประศาสนศาสตร์มหาบัณฑิต คณะรัฐศาสตร์]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2562.
8. พิทยา สุนทรประเวศ. การนำนโยบายการพัฒนา กัญชาทางการแพทย์ไปสู่การปฏิบัติในกลุ่มวิสาหกิจชุมชน. วารสารการบริหารและสังคมศาสตร์ปริทรรศน์. 2565; 5(6): 72-82.
9. อภิญา เหลืองวิเชียรพร. ความรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ของเภสัชกรโรงพยาบาล รัฐ. มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2563.
10. ณทัตดา อ่อนปาน, ระพีพรรณ ฉลองสุข. การสำรวจความรู้และความคิดเห็นต่อแนวทางการปฏิบัติใน การพิจารณาอนุญาตให้ปลูกกัญชาของคณะกรรมการพิจารณาอนุญาตให้ปลูกกัญชาในระดับพื้นที่จังหวัด กรณ์ศึกษาเขตสุขภาพที่ 3. มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2563.
11. ชยพล สีนวรณ์. การประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานกัญชาทางการแพทย์และพืชเศรษฐกิจในพื้นที่จังหวัด อำนาจเจริญ. วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ. 2565; 2(2): 81-98.
12. ธีระ วรธนารัตน์. กรณีสถาบันนโยบายกัญชาทางการแพทย์สถานการณ์ ผลกระทบ แนวทางการจัดการ และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับประเทศไทย. คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2563.



## สถานะน้ำต้มใบพืชกระท่อมในเชิงกฎหมาย

ราชนัน คงชุม

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง

การแปรรูปสมุนไพรเพื่อเพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจ เป็นนโยบายที่ภาครัฐส่งเสริมให้ภาคเอกชนดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง ด้วยการแก้ไขกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้อง ซึ่งการยกเลิกพืชกระท่อมจากการเป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 ทำให้ประชาชนสามารถครอบครอง บริโภค และใช้ประโยชน์จากพืชกระท่อมได้ ถือเป็น การส่งเสริมให้มีการพัฒนาพืชกระท่อมให้เป็นพืชที่มีมูลค่าทางเศรษฐกิจ โดยที่พระราชบัญญัติพืชกระท่อม พ.ศ. 2565 มีเจตนารมณ์ในการกำหนดมาตรการกำกับดูแลการนำเข้าและส่งออกใบกระท่อม การขาย การโฆษณา และการบริโภคใบกระท่อม ตามพระราชบัญญัติพืชกระท่อม พ.ศ. 2565<sup>1</sup> กำหนดให้ “พืชกระท่อม” หมายความว่า พืชซึ่งมีชื่อวิทยาศาสตร์ว่า *Mitragyna speciosa* (Korth.) Havil. ส่วน “ใบกระท่อม” หมายความว่า ใบของ พืชกระท่อม และให้หมายความรวมถึงน้ำต้มใบของพืชกระท่อมและสารสกัดที่ได้จากใบของพืชกระท่อม แต่หาก เป็นการใช้ใบกระท่อมเป็นวัตถุดิบหรือส่วนประกอบของผลิตภัณฑ์สมุนไพรตามกฎหมายว่าด้วยผลิตภัณฑ์สมุนไพร ยาตามกฎหมายว่าด้วยยา อาหารตามกฎหมายว่าด้วยอาหาร เครื่องสำอางตามกฎหมายว่าด้วยเครื่องสำอาง หรือผลิตภัณฑ์อื่นใดตามที่กฎหมายเฉพาะบัญญัติไว้รวมถึงการนำเข้า การส่งออก การขาย และการโฆษณา ซึ่งผลิตภัณฑ์ดังกล่าว ให้เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น เว้นแต่กรณีที่บัญญัติไว้ในหมวด 5 การคุ้มครองบุคคล ซึ่งอาจได้รับอันตรายจากการบริโภคใบกระท่อมและการป้องกันการใช้ใบกระท่อมในทางที่ผิด โดยห้ามขายใบ กระท่อม หรืออาหารตามกฎหมายว่าด้วยอาหารที่มีใบกระท่อมเป็นวัตถุดิบหรือส่วนประกอบให้แก่บุคคลซึ่งมี อายุต่ำกว่าสิบแปดปี สตรีมีครรภ์ สตรีให้นมบุตร เป็นต้น และห้ามขายในสถานศึกษา หอพัก สวนสาธารณะ สวนสัตว์ สวนสนุก หรือขายโดยใช้เครื่องขาย

ส่วนพระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2562<sup>2</sup> ได้ให้คำนิยามของ “สมุนไพร” หมายความว่า ผลิตภัณฑ์ธรรมชาติที่ได้จากพืช สัตว์ จุลชีพ หรือแร่ ที่ใช้ ผสม ประุง หรือแปรสภาพ เป็นผลิตภัณฑ์สมุนไพร และ “ผลิตภัณฑ์สมุนไพร” หมายความว่า (1) ยาจากสมุนไพร และให้หมายความรวมถึงยาแผนไทย ยาพัฒนาจาก สมุนไพร ยาแผนโบราณที่ใช้กับมนุษย์ตามกฎหมายว่าด้วยยา หรือยาตามองค์ความรู้การแพทย์ทางเลือกตามที่ รัฐมนตรีโดยคำแนะนำของคณะกรรมการประกาศกำหนด เพื่อการบำบัด รักษา และบรรเทาความเจ็บป่วยของ มนุษย์ หรือการป้องกันโรค (2) ผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนประกอบสำคัญที่เป็นหรือแปรสภาพ จากสมุนไพร ซึ่งพร้อมที่จะนำไปใช้แก่มนุษย์เพื่อให้เกิดผลต่อสุขภาพหรือการทำงานของร่างกายให้ดีขึ้น เสริมสร้าง โครงสร้างหรือการทำงานของร่างกาย หรือลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค

จากความหมายของใบกระท่อม ตามพระราชบัญญัติพืชกระท่อม พ.ศ. 2565 และความหมายของสมุนไพร ตามความหมายของพระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2562 จึงเกิดความคาบเกี่ยวของการวินิจฉัยผลิตภัณฑ์ และการบังคับใช้กฎหมาย จำเป็นต้องตีความน้ำต้มกระท่อมว่าเข้าข่ายเป็นผลิตภัณฑ์ตามกฎหมายใด ซึ่งการ ตีความกฎหมายต้องพิจารณาประกอบกัน 2 ส่วน คือพิเคราะห์ตามตัวอักษร และตามเจตนารมณ์ของกฎหมาย ซึ่งประมวลกฎหมายอาญา<sup>3</sup> มาตรา 2 บุคคลจักต้องรับผิดชอบในทางอาญาก็ต่อเมื่อได้กระทำการอันกฎหมายที่ใช้ ในขณะกระทำนั้นบัญญัติเป็นความผิดและกำหนดโทษไว้ และโทษที่จะลงแก่ผู้กระทำความผิดนั้นต้องเป็นโทษที่บัญญัติ ไว้ในกฎหมาย เมื่อพิจารณาบทบัญญัติของพระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2562 และพระราชบัญญัติ



พืชกระท่อม พ.ศ. 2565 ซึ่งเป็นกฎหมายชั้นพระราชบัญญัติที่มีลำดับศักดิ์ในชั้นเดียวกัน ความหมายของ “ใบกระท่อม” ในพระราชบัญญัติพืชกระท่อม พ.ศ. 2565 ได้ให้ความหมายอย่างชัดเจนว่า ใบกระท่อมหมายความรวมถึงน้ำต้มของใบพืชกระท่อมและสารสกัดของใบกระท่อมด้วย ดังนั้น หากเป็นน้ำต้มใบกระท่อมในลักษณะที่การผลิตน้ำต้มใบกระท่อม หรือสารสกัดใบกระท่อม แต่ไม่ได้กล่าวอ้างสรรพคุณ หรือมีฉลากกล่าวอ้างอันใด ยังคงถือได้ว่าเข้านิยามความหมายของ “ใบกระท่อม” ตามพระราชบัญญัติพืชกระท่อม พ.ศ. 2565 แต่หากนำน้ำต้มใบกระท่อม หรือสารสกัดใบกระท่อม บรรจุใส่ภาชนะ และแสดงฉลากหรือการโฆษณาแสดงวัตถุประสงค์เพื่อการบำบัดรักษา บรรเทาความเจ็บป่วย หรือเพื่อเกิดผลต่อสุขภาพหรือการทำงานของร่างกายให้ดีขึ้น เสริมสร้างโครงสร้างหรือ การทำงานของร่างกายหรือลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค จัดเป็น “ผลิตภัณฑ์สมุนไพร” ตามพระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2562

แต่หากจะกล่าวอ้างข้อเท็จจริงว่าน้ำต้มใบพืชกระท่อมมีสารประกอบสำคัญเป็นสารในกลุ่มแอลคาลอยด์ (Alkaloids) โดยสารหลักที่พบ ได้แก่ มิทรากินีนิ (Mitragynine) และอนุพันธ์ เช่น เซเวนไฮดรอกซี-มิทรากินีนิ (7-hydroxy mitragynine) ซึ่งมีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ผู้ใช้รู้สึกกระปรี้กระเปร่า ระงับความเจ็บปวด จึงเข้าขำนิยามคำว่า “ผลิตภัณฑ์สมุนไพร” ตามมาตรา 4 (1) และ (2) พระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2562 จะเป็นเช่นนั้นได้ต้องมีการตรวจพิสูจน์ยืนยันด้วยกระบวนการทางวิทยาศาสตร์เพื่อแสดงข้อเท็จจริงนั้น อีกทั้งต้องไม่ขัดกับความหมายของใบกระท่อม ตามพระราชบัญญัติพืชกระท่อม พ.ศ. 2565 ซึ่งได้ให้ความหมายไว้อย่างแจ่มชัดว่าใบกระท่อมนั้น ให้หมายความรวมถึงน้ำต้มใบพืช

กระท่อม เว้นแต่ผลิตภัณฑ์สมุนไพรน้ำต้มใบกระท่อมได้รับอนุญาตเป็นผลิตภัณฑ์ภายใต้พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 หรือผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่น ๆ ซึ่งต้องปฏิบัติตามเงื่อนไขการรับขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์นั้น ๆ

การผลิต หรือขายผลิตภัณฑ์สมุนไพรโดยไม่ได้รับอนุญาตตาม มาตรา 17 วรรคหนึ่งพระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2562 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินสามแสนบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ แต่ในขณะเดียวกัน บทบัญญัติเกี่ยวกับการขายใบกระท่อมของพระราชบัญญัติพืชกระท่อม พ.ศ. 2565 ได้ออกข้อกำหนดเฉพาะการนำเข้าและส่งออกเท่านั้น ไม่ได้มีข้อกำหนดในส่วนของการขออนุญาตขาย มีเพียงข้อห้ามขายในบุคคลบางประเภทเท่านั้น ดังนั้นหากเป็นการขายน้ำกระท่อมรวมถึงน้ำต้มใบกระท่อมที่ไม่ได้แสดงฉลากหรือแสดงสรรพคุณ โดยไม่ได้เป็นการนำเข้าหรือส่งออกนอกราชอาณาจักร จึงไม่ต้องขออนุญาตตามพระราชบัญญัติพืชกระท่อม พ.ศ. 2565 แต่อย่างใด

อย่างไรก็ตาม จากคำแนะนำการพัฒนาและขออนุญาตผลิตภัณฑ์สมุนไพร ของกองผลิตภัณฑ์สมุนไพร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ประเภทผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพื่อสุขภาพน้ำใบกระท่อม<sup>3</sup> ได้ระบุตัวอย่างกรรมวิธีการผลิต ข้อความกล่าวอ้างทางสุขภาพ ขนาดและวิธีใช้ ข้อห้ามใช้ คำเตือน ข้อควรระวัง อาการไม่พึงประสงค์ การเก็บรักษา ข้อกำหนดคุณภาพ ฉลากเอกสารกำกับผลิตภัณฑ์ และช่องทางการขาย ซึ่งข้อแนะนำดังกล่าวเป็นข้อบ่งชี้ชัดเจนให้ขึ้นทะเบียนเป็นผลิตภัณฑ์สมุนไพร ซึ่งเป็นการกล่าวอ้างสรรพคุณ ว่ามีสารที่มีฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระ ในเอกสารฉบับนี้<sup>4</sup> ระบุอย่างชัดเจนในข้อกำหนดเพื่อการอนุญาตน้ำใบกระท่อม ซึ่งเป็น



ความประสงค์ของผู้ขออนุญาตที่ต้องดำเนินการให้ถูกต้องตามพระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2562 พืชกระท่อมทั้งต้นและสารสกัดจากกระท่อมยังคงเป็นอาหารที่ห้ามผลิต นำเข้า หรือจำหน่ายในลำดับที่ 52 ของบัญชีท้ายประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 424) พ.ศ. 2564 ออกตามความในพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 เรื่อง กำหนดอาหารที่ห้ามผลิต นำเข้า หรือจำหน่าย<sup>5</sup> และประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 430) พ.ศ. 2564 ออกตามความในพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 เรื่อง แก้ไขเพิ่มเติมประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 424) พ.ศ. 2564<sup>6</sup> ออกตามความในพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 ได้กำหนดให้ผลิตภัณฑ์อาหารที่มีส่วนของพืชหรือสารสกัดจากกระท่อมเป็นส่วนประกอบ สามารถผลิต นำเข้า หรือจำหน่ายได้ เมื่อผ่านการประเมินความปลอดภัยของอาหาร และส่งมอบฉลากให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาตรวจอนุมัติก่อนนำไปใช้ ตามเงื่อนไขของประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 376) พ.ศ. 2559 เรื่อง อาหารใหม่ (Novel Food) ก่อนการผลิต นำเข้า หรือจำหน่ายในประเทศ โดยชนิดอาหารและปริมาณสารสำคัญที่อนุญาต ขึ้นอยู่กับผลการประเมินความปลอดภัยจากหน่วยประเมินความปลอดภัยที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาให้การยอมรับ และมีความประสงค์จะผลิตเพื่อการส่งออกเท่านั้น รวมถึงการปฏิบัติตามกฎระเบียบของประเทศคู่ค้า และดำเนินการยื่นขออนุญาตสถานที่

ผลิตอาหารและผลิตภัณฑ์อาหารต่อสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาแล้วแต่กรณีหากผู้ใดฝ่าฝืนประกาศซึ่งออกตามมาตรา 6 (8) ต้องระวางโทษตามมาตรา 50 จำคุกตั้งแต่หกเดือนถึงสองปี และปรับตั้งแต่ห้าพันบาทถึงสองหมื่นบาท อาจกล่าวได้ว่าพืชกระท่อมยังเป็นพืชที่ห้ามผลิตเป็นอาหาร แต่กฎหมายก็ได้เปิดช่องให้ขออนุญาตเป็นอาหารได้หากมีข้อมูลความปลอดภัยอย่างเพียงพอในการบริโภคเป็นอาหาร

การต้มใบพืชกระท่อมสำหรับการบริโภคเองสามารถกระทำได้โดยไม่จำเป็นต้องขออนุญาต แต่การผลิตน้ำต้มใบกระท่อมบรรจุขวดหรือบรรจุในภาชนะออกวางจำหน่าย หากไม่มีการระบุข้อความใด ๆ มิอาจตีความเป็นเครื่องดื่มได้เนื่องจากพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 กำหนดห้ามนำใบพืชกระท่อมผลิตเป็นอาหาร น้ำต้มใบกระท่อมจึงไม่อาจขออนุญาตเป็นเครื่องดื่มตามกฎหมายว่าด้วยอาหารได้ ปัญหาจึงมีเพียงน้ำต้มใบกระท่อมจะเข้าข่ายเป็นผลิตภัณฑ์สมุนไพรหรือไม่นั้น วินิจฉัยได้ว่าผู้หากจำหน่ายกล่าวอ้างสรรพคุณเพื่อบำบัดบรรเทาโรคจะเข้าข่ายเป็นผลิตภัณฑ์สมุนไพร แต่หากผู้จำหน่ายเพียงแต่นำน้ำต้มใบกระท่อมบรรจุใส่ขวด แต่ไม่ได้กล่าวอ้างสรรพคุณใด หรือไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เป็นผลิตภัณฑ์สมุนไพร น้ำต้มใบกระท่อมคงมีสถานะเป็นใบกระท่อมตามความหมายของพระราชบัญญัติพืชกระท่อม พ.ศ. 2565 ส่วนจะมีการโฆษณาหรือมีการสื่อสารการตลาดหรือไม่เพียงใดนั้น จะต้องพิจารณาในรายละเอียดของข้อความและลักษณะของข้อความประกอบด้วย



### รายการอ้างอิง

1. พระราชบัญญัติพืชกระท่อม พ.ศ. 2565. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 139, ตอนที่ 52 ก (ลงวันที่ 26 สิงหาคม 2565).
2. พระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2562. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 136, ตอนที่ 56 ก (ลงวันที่ 30 เมษายน 2562).
3. พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ.2499 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 73, ตอนที่ 95 ฉบับพิเศษ หน้า 1 (ลงวันที่ 15 พฤษภาคม 2499).
4. กองผลิตภัณฑ์สมุนไพร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. การขออนุญาตสมุนไพร กระท่อม. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 6 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.fda.moph.go.th/Herbal/SitePages/kratom.html> .
5. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 424) พ.ศ. 2564 ออกตามความในพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 เรื่อง กำหนดอาหารที่ห้ามผลิต นำเข้า หรือจำหน่าย. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 138, ตอนพิเศษ 45 ง (ลงวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2564).
6. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 430) พ.ศ.2564 เรื่อง แก้ไขเพิ่มเติมประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 424) พ.ศ. 2564 ออกตามความในพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 เรื่อง กำหนดอาหารที่ห้ามผลิต จำหน่าย หรือนำเข้า. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 139, ตอนพิเศษ 2 ง (ลงวันที่ 5 มกราคม 2565).



## มหาดศาล

พงศกร จินกล้า  
โรงพยาบาลลำปาง

ในวันที่อากาศร้อนอบอ้าว แสงแดดร้อนแรงจนแทบจะแผดเผาผิวหนังไหม้เกรียมได้ กระผมได้ออกเยี่ยมบ้านและกับทีมงาน อสม. 3 ท่าน และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. อีกหนึ่งท่าน โดยใช้มอเตอร์ไซค์พ่วงข้างของอสม. ท่านหนึ่ง เมื่อถึงสี่แยกจึงชะลอรถเพื่อระวังความปลอดภัย ชาวบ้านที่ขี่รถมอเตอร์ไซค์สวนทางมากล่าวักทายกับ อสม.

“ไปไหนกันแดดร้อนขนาดนี้ พาหมอมาทากแดด” “พาหมอไปเยี่ยมบ้านคนไข้มา” อสม. ผู้ขับตบกลับพร้อมกับเร่งเครื่องและขับกลับมายัง รพ.สต. ซึ่งช่วงบ่ายวันนี้ได้เยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงและผู้ป่วยโรคเรื้อรังครบทั้งหมดแล้วแต่ยังพอมีเวลาเหลือ อสม. จึงเสนอให้แวะเยี่ยมร้านชำเล็ก ๆ แห่งหนึ่งที่อยู่ริมถนนซึ่งตั้งอยู่ไม่ไกลจาก รพ.สต. ราว ๆ 200 - 300 เมตร

เมื่อถึงหน้าร้านชำร้านเล็ก ๆ ซึ่งอยู่ติดกับถนน และจอดรถมอเตอร์ไซค์และดับเครื่องเรียบร้อยแล้ว มองจากด้านนอกเข้าไป จะเห็นว่าภายในเต็มไปด้วยผลิตภัณฑ์สินค้าต่าง ๆ ที่จัดวางอย่างเป็นระเบียบ อีกทั้งยังมีอาหารสดและอาหารปรุงสำเร็จพร้อมรับประทานหลากหลายชนิดวางอยู่ที่โต๊ะหน้าร้าน

อสม. ทักทายคุณลุงเจ้าของร้านที่นั่งอยู่โต๊ะกลมด้านหน้าร้านที่อยู่ติดกับถนน ซึ่งกำลังตรวจสอบบิลรายการส่งของจากเซลล์ส่งของ “สวัสดิ์เจ้า ทำอะไรอยู่เจ้า พาหมอจากโรงพยาบาล มาแวะเยี่ยมหน่อยนะเจ้า”

“สวัสดิ์ครับคุณลุง เกสขนะครับ วันนี้เกสขมาจ่ายยาคนไข้ที่อนามัย แล้วไปเยี่ยมบ้านคนไข้มา เลยมาแวะเยี่ยมร้านชำนิดนึงครับ ช่วงนี้สบายดีไหมครับ” กระผมกล่าวทักทายคุณลุงพร้อมกวาดสายตาไปรอบ ๆ ตัวคุณลุงและบริเวณหน้าร้าน

“อ้อ ก็สบายดีแหละ สบายดี ๆ กินยาที่ได้มาจากโรงพยาบาลตามที่หมอสั่งทุกวันนั่นแหละ” คุณลุงทักทายทายด้วยรอยยิ้ม พร้อมตบกลับเป็นความร่วมมือในการใช้ยา เมื่อได้พูดคุยและซักประวัติก็ได้ข้อมูลว่าคุณลุงมีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและโรคเก๊าท์ โดยรักษาและรับยาที่ ศสม. ม่อนกระถิง ซึ่งเป็น 1 ใน 2 ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองของโรงพยาบาลลำปาง ที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพขอประชากรครึ่งหนึ่งในเขตเมืองหรือเทศบาลนครลำปาง และยังรับส่งต่อผู้ป่วยจาก รพ.สต. ต่าง ๆ ในเขตอำเภอเมือง นอกจากนั้นแล้วยังได้ถามเกี่ยวกับวิธีการใช้ยา

“ยาโรคประจำตัวที่ได้มา ที่ใช้อยู่ทุกวัน มียาหลายตัวมั๊ยครับ กินยังไงบ้างนะครับคุณลุง” กระผมสอบถามเพื่อจะตรวจสอบความเข้าใจเกี่ยวกับยาและความร่วมมือในการใช้ยา

“อันนี้ยาโรคเก๊าท์ กินเม็ดเดียว หลังอาหารเช้า, ยาเบาหวานเม็ดใหญ่ หลังอาหาร เข้า-เย็น, ยาเบาหวานอีกตัวหนึ่งเม็ดเล็ก กินตอนเช้า ตัวนี้กิน 2 เม็ด แล้วก็ยาความดันเม็ดเหลี่ยม ๆ กินหลังอาหารเช้าเม็ดเดียว” ซึ่งคุณลุงตอบได้อย่างถูกต้องและมั่นใจมาก พร้อมกับนำแผงยาที่ได้แกะกินไปแล้วออกมาจากซองยาเมื่อตรวจนับดูจำนวนเม็ดยา ดูวันนัดและวันที่รับยาแต่ละตัวที่คุณลุงใช้ พบว่าคุณลุงใช้ยาอย่างถูกต้องตามหน้าซองที่ระบุจริง



เมื่อได้พูดคุยกับคุณลุงเสร็จแล้ว ก็ได้พูดคุยกับคุณป้าทองสุขผู้เป็นภรรยา ซึ่งตอนนี้ป้าทองสุขได้พูดคุยระบุกับเซลล์ส่งของเรียบร้อยแล้ว จึงได้โอกาสที่จะพูดคุยและสอบถามคุณป้าทองสุข “สวัสดิ์ครับ วันนี้เภสัชแวะมาเที่ยวร้านแปบหนึ่งนะครับ แม่มีขายยาสามัญประจำบ้าน แก้วปวดลดไข้ หรือยาอะไรอย่างอื่นขายอีกมั๊ยครับ”

“อยู่ตรงตู้นั่นเลย มีเท่านั้นแหละที่แม่ขายอยู่” ป้าทองสุขตอบมาพร้อมกับชี้ไปยังชั้นบนของตู้ไม้กระจก

เมื่อได้สำรวจดูยาที่ตู้ก็พบยาหอมยามลดยาลดไข้แบบเม็ดกลม แอลกอฮอล์ พลาสเตอร์ปิดแผล และมียาอันตรายที่ห้ามจำหน่ายในร้านชำ เช่น ยาแก้หวัดลดน้ำมูกสูตรผสม ยาแก้เมารถ ยาฆ่าเชื้อแบคทีเรีย อย่างละเล็กละน้อย รวมแล้วไม่ถึง 10 แผง จึงได้เก็บยาอันตรายออกมาจากตู้ให้คุณป้า และได้ให้คำแนะนำแก่คุณป้าเกี่ยวกับประเภทยาที่ขายในร้านชำได้ และยาที่ห้ามขายในร้านชำ ขายได้แค่ในร้านยาที่มีเภสัชกรเท่านั้น รวมไปถึงผลเสียหรือโทษที่อาจเกิดกับผู้บริโภค หากใช้ยาอย่างไม่ถูกต้อง เช่น เชื้อแบคทีเรียดื้อยา โดยใช้เวลาพูดคุยและอธิบายสักพักหนึ่งคุณป้าก็เข้าใจและรับปากว่าจะไม่ซื้อมาขายอีกแม้ว่าจะมีลูกค้ามาถามหา ซึ่งยาแต่ละชนิดมีติดไว้ให้ลูกค้าประจำเท่านั้น และกำไรจากการขายยาที่ไม่ได้มาก ไม่ค่อยคุ้มค่าสักเท่าไร

เมื่อพูดคุยเรื่องยาอันตรายที่ห้ามขายในร้านชำเสร็จ กระจกก็กวาดสายตามองไปยังตู้ไม้ที่อยู่ถัดไปอีกตู้หนึ่ง พบว่ามีถุงหิ้วพลาสติกใสที่มีซองยาของโรงพยาบาลลำปางที่สามารถสังเกตสติ๊กเกอร์หน้าซองยาได้จากระยะไกล โดยมีขนาดใหญ่พอประมาณ ในใจก็เริ่มคิดละว่าขออย่าให้ไม่ใช่ยาหมดอายุที่ป่าไม่ยอมรับประทานยาตามหมอสั่ง กระจกเดินไปและเปิดตู้หยิบถุงยาออกมาเป็นชื่อของคุณป้าทองสุขทั้งหมด

“อันนี้ยาของแม่ทั้งหมดเลยเหอครับ มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดัน แล้วก็ไขมันในเลือดมั๊ยครับ” กระจกจึงถามด้วยความที่สงสัยเนื่องจากขณะที่ได้ยกถุงยาออกมาจากตู้ และได้เอาซองยาแต่ละตัวออกมานั้นได้คาดคะเนจำนวนแผงยากับจำนวนที่ระบุไว้บนฉลาก ซึ่งจำนวนแผงยานั้นมีจำนวนเท่ากับจำนวนที่ระบุไว้บนฉลาก ไม่ได้ลดน้อยลงหรือมีร่องรอยการใช้ยาเลย ซองยาทุกซองอยู่ในสภาพใหม่เหมือนเพิ่งได้รับจากห้องยา

“ใช่แล้วละ อันนี้ยาของแม่ที่ไปเอามาครอบล่าสุด พร้อมกับกับของลุงนั่นแหละ” ป้าทองสุขตอบ

“อ่าว แล้วทำไมจำนวนยามันไม่ลดลงเลยหรือว่าหยุดยากินยาเอง ไม่ได้กินยาสักเม็ดเลยเหอครับ” กระจกจึงถามเพื่อเช็คให้แน่ใจว่าคุณป้าไม่ได้กินยาครอบล่าสุดที่ได้มาจริง ๆ

“กินสิ กินทุกวันเลย ไม่กินได้ยังไง แต่มีลิ้มบางครั้งเท่านั้นแหละ พอติดยาอันเก่ามันเหลือเลยกินอันเก่าก่อน อันที่ได้มาใหม่ค่อยกินทีหลัง” คุณป้าตอบอย่างเสียงดังฟังชัดด้วยที่เต็มไปด้วยความมั่นใจมากกว่าตนใช้ยาได้ถูกต้องตามที่หมอสั่ง

“ไหนนะ ขอถุงยาที่เหลือของแม่หน่อยมียาเหลือเยอะมั๊ยครับ เอามาให้ดูหมดเลยนะครับ” กระจกจึงพูดคุยกับคุณป้าด้วยความสงสัย และเริ่มภาวนาในใจว่าขออย่าให้เจอยาที่หมดอายุเลยเป็นแค่ยาเหลือใช้ก็พอ

“เอามาให้หมดเลยนะ ยาที่แม่ได้จากโรงพยาบาลมากับยาเหลืออันดก่อน ๆ ด้วยนะเจ้า” อสม. เน้นย้ำกับคุณป้าอีกครั้ง เนื่องจากปกติแล้ว อสม. จะไม่ได้มาติดตามการใช้ยาหรือนับจำนวนเม็ดยาเหลือในผู้ป่วยโรคเรื้อรังบ้านนี้ เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาและรับยาที่สถานีอนามัย แต่รู้ที่บ้านหลังนี้มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังและรักษาที่โรงพยาบาล จะมาวัดความดันคัดกรอง เจาะ



น้ำตาลปลายนิ้วหรือเก็บข้อมูลบ้างตามรอบประจำปี

เมื่อป่าทองสุขหอบเอาถุงยาทั้งหมดมาให้ดูและวางที่โต๊ะคิดเงิน ทุกคนทั้งเภสัชกร เจ้าหน้าที่อนามัยและ อสม. ต่างตกใจเป็นอย่างมาก อึ้งและอ้าปากค้างไปตาม ๆ กัน เมื่อเห็นปริมาณยาที่คุณป่าเก็บไว้หลายสิบแผง บางตัวก็อยู่ในกล่องใหม่เต็มกล่อง แผงยาที่คุณซื้อยาแล้วเป็นยารักษาโรคประจำตัวของป่า ทั้งยารักษาความดันที่มีบางแผงหมดอายุบางแผงยังไม่หมดอายุปะปนกัน และยังมียาเม็ดแก้ภูมิแพ้ที่หมดอายุไปแล้วจำนวนกว่าร้อยเม็ดที่ยังไม่มีการเปิดใช้ ส่วนยาพ่นแก้คัดจมูกสืบกกว่าอัน ก็หมดอายุไปกว่าครึ่ง ที่น่าตกใจคือยาลดไขมันในเลือดราคาแพง ก็หมดอายุไปแล้วเช่นกัน มีเพียงยาไม่กี่แผงที่ยังไม่หมดอายุ กว่าที่จะถึงเวลานัดของคุณป่าก็อีก 6 เดือน กระผมกวาดสายตาประเมินราคาของที่กองพะเนินอยู่ตรงหน้าคิดรวมเป็นมูลค่าเกือบหมื่นบาท

ซึ่งเป็นยาโรคเรื้อรังที่คุณป่าเป็นอยู่ อีกเกือบ 2 นัดหรือประมาณ 4 - 6 เดือน นอกจากยาโรคเรื้อรังแล้วยังมียาแก้ภูมิแพ้และยาพ่นแก้คัดจมูกอีกจำนวนมาก ซึ่งยาเม็ดรับประทานแก้ภูมิแพ้อยู่ในซองเดิม และมีจำนวนเท่าเดิม ประมาณ 4 นัดที่ไปรับยา และเมื่อนับจำนวนยาพ่นจมูกที่ยังไม่ได้เปิดใช้ มีจำนวนเกือบ 10 อัน ซึ่งเมื่อคำนวณมูลค่าแล้วเป็นเงินจำนวนหลักหลายพันบาท ที่น่าตกใจกว่านั้นคือหลายแผงได้หมดอายุแล้ว และยังพบยาพ่นจมูกเกือบทั้งหมดก็ได้หมดอายุเช่นกัน แต่ยี่ห้อที่ต้องใช้ต่อเนื่องยังไม่หมดอายุหรือ

เสื่อมสภาพ ซึ่งยาที่คุณป่าได้รับและเหลือจำนวนมากประกอบด้วยยาราคาแพงหลายตัว เช่น ยาลดไขมันในเลือด คิดเป็นมูลค่ารวมหลายพันบาทเช่นกัน

“โห!!แม่!! ทำไมเก็บอันใหม่ปนอันเก่า ยาแต่ละตัวแต่ละนัดรวมกันหมด แม่ไม่บอกหมอยา ยังมียาเก่าเหลืออยู่เยอะแยะหรือครับ” กระผมถามด้วยความตกใจเป็นอย่างมาก พร้อมกับอึ้งอยู่ช่วงขณะ

“ก็คุณหมอสั่งให้ เลยเอามาไว้จั้นแหละ” คุณป่าตอบด้วยน้ำเสียงเรียบ ๆ เหมือนไม่มีอะไรผิดปกติ แต่ตัวเภสัชกรเองกับทีม ยังอึ้งและตกใจอยู่ พยายามจะหาทางออกให้คุณป่า รวมถึงทบทวนการใช้ยาใหม่ทั้งหมด และได้ตัดจำนวนยาจากนัดล่าสุดให้พอดีกับวันนัดถัดไป พร้อมกับเน้นย้ำเรื่องการนำยาเหลือทั้งหมดไปด้วยเมื่อถึงวันนัดและในบ่ายวันนั้นเภสัชกรและทีม อสม. ก็ได้หอบเอายาเหลือใช้สูงใหญ่ ทั้งหมดอายุแล้วและยังไม่หมดอายุกลับมายัง รพ.สต. ด้วยความรู้สึกเสียดายมูลค่ามหาศาลของยาที่สูงสูญเสียไป และคิดว่ายังมีผู้ป่วยจำนวนอีกไม่น้อยที่มีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้อง ทั้งในชุมชนนี้หรือพื้นที่ต่างจังหวัด ซึ่งเป็นโจทย์ข้อหนึ่งที่เราในฐานะเภสัชกรผู้ที่ทำงานใกล้ชิดกับผู้ป่วยและชุมชน จะต้องช่วยแก้ไขจุดนี้ให้ได้ หากแก้ไขปัญหายาเหลือใช้หรือยาขายยะได้นอกจากจะช่วยลดต้นทุนงบประมาณการรักษาได้เป็นจำนวนมากแล้ว จะทำให้ประชาชนใช้ยาอย่างถูกต้องและมีสุขภาพที่ดีได้อย่างแน่นอน



## วัดครึ่ง กรรมการครึ่ง

เรวัต ฤกษ์มงคลกุล

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

“กาแฟ Cold Brew Panama Esmeralda ขวด 1 ครึ่ง”

“90 บาท ค่า” น้องบาริสต้าสาวและน้ารักที่คุ้นเคยกับผม เพราะมาใช้บริการที่ร้านกาแฟแห่งนี้แทบทุกสัปดาห์ เสียแต่ผมยังไม่กล้าถามชื่อหรือแลกไลน์กับน้องเขาเท่านั้น

“รับ Waffle ด้วยไหม”

ผมตอบปฏิเสธไปเพราะยังอึดจากอาหารมื้อเช้าอยู่ ปกติวันหยุดสุดสัปดาห์ผมจะแวะมาจิบกาแฟกับอ่านหนังสือที่ร้านกาแฟใกล้ที่พักเสมอ เพราะร้านนี้ขายอุปกรณ์และเมล็ดกาแฟสดหลากหลาย แต่ที่ผมชื่นชอบเป็นพิเศษ คือ พวกเมล็ดกาแฟที่มาจากแหล่งเพาะปลูกเดี่ยว หรือ Single Origin จากต่างประเทศ เช่น Kenya KII Factory AB TOP ที่ให้รสสัมผัสของเลมอน กับสับปะรด หรือ Honduras Marcala SHG ที่เมื่อจิบแล้วจะได้รสโกโก้ และส้ม เป็นต้น ยิ่งถ้านำมาสกัดเย็นนะ เหมือนตัวเองแทบล่องลอยบนสวรรค์เลยเชียวนะ

ยังไม่ทันได้เปิดอ่านนวนิยายแปลที่ผมซื้อมาดองนานมากตั้งแต่ ปี 2557 อย่าง “สีแดงกับสีดำ” ของนักเขียนฝรั่งเศส “สต็องดาล” โทรศัพทที่มีมือถือก็ส่งเสียงเป็นเพลงคลาสสิก “Bagatelle No.25 in A minor” ของลูทวิช ฟัน เบโทโฮเฟิน ให้ได้ยินกันทั้งร้าน ผมตาลีตาเหลือกรีบกดรับทันทีด้วยความเกรงใจลูกค้าในร้านที่กำลังวุ่นวายกับกิจกรรมส่วนตัวที่จำเป็นต้องใช้สมาธิ

“ว่าไง” ผมตอบรับกับคนปลายสายด้วยภาษาที่คุ้นเคย

“ไม่มีอะไร คิดถึง เลยโทร. มา” เพื่อนที่คุ้นเคยกันมานานบอกมาแบบนี้ ทำเอาผมกั๊กหัวเราะแทบไม่อยู่ เพราะไม่ค่อยได้ยินประโยคแบบนี้จากเพื่อนคนนี้เลย

“เห็นว่าถูกร้องเรียนหรือ?” ใบบ้านี่ยิ่งหมัดตรงมาเลย เฮ้อ! ให้ตายซี ว่าแล้วผมเลยเล่าเรื่องราวที่เกิดขึ้นตั้งแต่ต้นว่าหัวหน้าผมให้ไปตรวจระบบประกันคุณภาพในการผลิตอาหาร (GMP) ของสถานที่ผลิตอาหารรายหนึ่งในจังหวัด เพราะหน่วยตรวจประเมินเอกชนรายหนึ่งแจ้งมาที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาว่าไปตรวจ GMP รายนี้แล้วไม่ผ่าน สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาก็เลยขอให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดไปตรวจซ้ำอีกที ปรากฏว่า ตรวจไม่ผ่านจริง แถมยังเป็นข้อบกพร่องรุนแรงด้วย ทีมก็เลยอธิบายให้กับผู้ประกอบการรายนี้ไปดำเนินการปรับปรุง และต้องถูกดำเนินคดีโดยเสียค่าปรับด้วย ประมาณ 8,000 บาท

“แล้วไงต่อ?” เสียงของเพื่อนผมเริ่มเข้มข้นตามอารมณ์ของเรื่อง

ผมเล่าต่อว่าตามกระบวนการก็ต้องส่งเรื่องเข้าประชุมคณะกรรมการเปรียบเทียบคดีของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพื่อออกมิตัวว่าจะดำเนินการอย่างไร พอผลออกมาก็ต้องดำเนินคดีเปรียบเทียบปรับไปตามเนื้อผ้า พอส่งหนังสือเชิญเปรียบเทียบปรับให้มาเสียค่าปรับ 8,000 บาท ไม่นานก็มีหนังสืออุทธรณ์ขอความเป็นธรรม ใจความสำคัญคือ ก่อนผมไปตรวจ ทางผู้ประกอบการได้ติดต่อหน่วยตรวจประเมินเอกชนรายเดิมมาตรวจซ่อมเป็นครั้งที่ 2 ปรากฏว่า ผ่านแล้ว พอผมเข้าไปตรวจทำไมถึงตก เลยขอให้ตรวจสอบว่าผมมีองค์ความรู้และมาตรฐานการตรวจน่าเชื่อถือหรือไม่ เพราะผลตรวจของสองหน่วยงานไม่ตรงกัน



“ร้องเรียนแปลคดี แล้วมีงทำอะไรต่อ” เพื่อนซี้ต่อ

“ก็อธิบายให้นายใหญ่ฟังพร้อมแจ้งหลักฐานการตรวจ ที่สำคัญ ผู้ประกอบการก็เห็นตรงกันว่ามีข้อบกพร่องรุนแรงจริง เลยไม่ผ่าน ไม่งั้นจะเซ็นรับทราบผลการตรวจในแบบตรวจหรือเปล่าหละ!” ผมเล่าไปก็เริ่มเสียงดังไป เพราะอารมณ์เริ่มเดือดตามเรื่องที่เล่า

“นายใหญ่ก็ไม่ว่าอะไร ให้ทำหนังสือชี้แจงผู้ประกอบการต่อ ไอ้ห่า! มันดันไม่จบแะ! ทำหนังสือร้องเรียนกุม่าอีก 2 ฉบับ ฉบับที่ 2 มันว่ากูเคยไปตรวจแล้วแนะนำกระบวนการผิดในช่วงปีนั้น ๆ”

“แล้วมีงว่าไง”

“กูก็ว่าตอนนั้นกูยังไม่ได้ย้ายมาทำงานที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนี้เลยนี้หว่า! แล้วฉบับที่ 3 นี้มันเล่นถึงขนาดว่ากูเรียกรับเงินเลยนะ ฉิบหาย! ตั้งแต่ทำงานมาไม่เคยรับสินบนใครเลย” ผมบอกเพื่อนด้วยอารมณ์เดือดดาล จริง ๆ มีหลายรายพยายามยัดเงินให้ผม ผมก็บอกปัดตลอด

“กูว่าจะแจ้งข้อหาหมิ่นกลับว่าหมิ่นประมาท กับดูหมิ่นเจ้าพนักงานเสียเลย” ผมเสริม

“เออ! กูเห็นด้วยเอามันเลยแหม่ง! หม่าบ้านี้หว่า” เพื่อนผมมีอาการร่วมไปกับผมด้วยแล้ว “ยังดีนายใหญ่เข้าใจ ไม่ตั้งกรรมสอบสวนข้อเท็จจริง

ไม่งั้นเหนื่อยหวะ! แล้วแกก็บอกให้ส่งเรื่องไปให้พนักงานสอบสวนดำเนินการต่อเลย ไม่ต้องมาเสียค่าปรับที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแล้ว” ผมสรุป

“จบแล้วดิ?”

ผมสายหัวกับโทรศัพท์ “ยังหวะ! มีดราม่าอีก อัยการติดต่อกลับมา ขอทราบเรื่องราว เพราะได้รับเรื่องนี้จากพนักงานสอบสวน ก็เลยไปให้ข้อมูลเพิ่ม แล้วอัยการก็ติดต่อผู้ประกอบการรายนี้มาให้การ ดันเลือกร้องอัยการจังหวัด ว่าอัยการเจ้าของสำนวนไม่มีความยุติธรรม กลั่นแกล้ง ท่านก็เลยไกลเกลี่ยว่าจ่ายค่าปรับเถอะ เตี่ยวอัยการช่วยออกค่าปรับให้”

“มีงี้ด้วย ออกค่าปรับให้ผู้ต้องหา ล้อเล่นไซ้ไหม?” เพื่อนผมอุทาน

“เออ! ท่านอัยการไม่ได้ออกให้หรอก ที่ฝ่ายช่วยออกให้ครึ่งหนึ่ง แหม่ง! เลยจบเสียที” ผมกัดฟันตอบออกไปด้วยความแค้น

จบการสนทนาทางโทรศัพท์ผมก็หมดอารมณ์อ่านหนังสือต่อ ได้แต่รวบหนังสือใส่กระเป๋าแล้วเดินออกจากร้านกาแฟ น่าจะต้องไปเตะบอลไล่อารมณ์เซ็งนี้ก่อนสักพักถึงจะกลับมาอ่านต่อได้



## โถ... ป้า... ไม่น่าเลย

สุภาภรณ์ ใจบุญลือ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา

“พื้นที่แจ้งมาว่า ที่ป้ามีน้ำมันใหญ่ในตัวอำเภอ มียาน้ำสมุนไพรชาย ตรวจ test kit (ชุดตรวจสอบเบื้องต้น) เจอสเตียรอยด์ด้วย เขาอยากให้เราช่วยไปดูหน่อย”

หลังจากได้รับคำสั่งจากหัวหน้า ฉันก็ตระเตรียมเอกสารเพื่อออกพื้นที่เหมือนอย่างทุกครั้งที่ผ่านมา ระหว่างทางก็โทรสอบถามรายละเอียดเรื่องราว พร้อมทั้งนัดแนะกับพี่เภสัชกรโรงพยาบาลในอำเภอนั้นว่าจะไปเจอกันที่ไหน

รถเลี้ยวเข้าไปที่ป้ามีน้ำมันตามคำบอกเล่าของพี่เภสัช ก็พบร้านขายต้มเลือดหมูอยู่ตรงหัวมุม ขวดยาน้ำสมุนไพรฉลากสีแดงวางเรียงรายอยู่เต็มโต๊ะ พร้อมกับแผ่นป้ายบรรยายสรรพคุณ “แก้ความดัน เส้นเอ็น ซามือปวดตามเนื้อตามตัว เบาหวาน โรคเก๊าท์ บำรุงร่างกาย บำรุงโลหิต แก้กษัยเส้น ปลอดภัย สเตียรอยด์” ราคาขวดละ 250 บาท พร้อมกับโชว์เลขทะเบียนยา ที่ได้รับการรับรองจาก ออย.

คุณป้าผิวขาว หน้ากลม ร่าม้วม สวมผ้าคลุมกันเปื้อนและหมวกคลุมผม เดินออกมาจากหลังร้าน ส่งเสียงทักทายมาแต่ไกล เมื่อสอบถามถึงยาน้ำสมุนไพรที่เอามาขาย คุณป้าเล่าด้วยสีหน้าภาคภูมิใจ

“ยาเนี่ย ป้าซื้อมากินเองตั้งนานละ กินแล้วมันดี มันหาย ไม่ปวดแสบปวดชาเหมือนแต่ก่อน ก็เลยซื้อมาเผื่อคนอื่น ซื้อมาขาย ใคร ๆ เคื่อก็มาซื้อยาป่ากินกัน ผู้หลักผู้ใหญ่จังหวัดใกล้ ๆ เนี่ย ก็มาซื้อ เพราะยา มันดี มันเป็นสมุนไพร”

“จริง ๆ ผมก็บอกป่าหลายครั้งแล้วนะ ว่ายานี้มันมีสารอันตราย อย่าเอามาขาย...” พี่เภสัชพูดแทรกขึ้นมา

“คุณซิด คนที่เค้าเอายามาส่งให้ป่า เคื่อบอกว่า ขายได้ ปลอดภัย มี ออย. รับรอง” ป้าเถียงทันทีสีหน้ามั่นใจ

ดูสถานการณ์แล้วอธิบายไปอย่างไรคุณป้าก็คงไม่เชื่ออยู่ดี ฉันคิดว่า คงต้องพิสูจน์ให้คุณป้าเห็นว่า ยาที่คุณป้าว่าดีนะ จริง ๆ มันมีสารที่อันตรายผสมอยู่ จึงเอ่ยปากขอตัวอย่างยาจากคุณป้าเพื่อมาตรวจด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น

“งั้นหนูขอตรวจยาดูหน่อยนะคะว่าจะมีสารสเตียรอยด์รีเปล่า”

คุณป้ารีบเดินเข้าไปหลังร้านเพื่อไปหยิบยาที่เปิดขวดแล้ว นำมาให้ฉันตรวจ แล้วรอดูผลการทดสอบด้วยกัน ฉันบอกคุณป้าว่า “ถ้ามันขึ้นขีดเดียวแสดงว่า ยาอาจมีสเตียรอยด์ปลอมปนอยู่นะคะ”

หลังจากผสมยาน้ำสมุนไพรกับสารเคมีที่ใช้ทดสอบเรียบร้อยแล้ว ฉันก็นำสารที่ได้มาหยดใส่ชุดทดสอบลักษณะคล้าย ๆ ที่ตรวจการตั้งครรภ์ สารเคมีค่อย ๆ เคลื่อนตัวไปอย่างช้า ๆ ในเวลาไม่นานนัก ก็ปรากฏเส้นขึ้นมา 1 ขีด

ฉันจึงบอกคุณป้าว่า ยาที่คุณป้ารับมาขาย มีสารสเตียรอยด์ซึ่งเป็นอันตรายต่อร่างกายอย่างมาก และอาจเป็นยาปลอม เนื่องจากสืบค้นข้อมูลผลิตภัณฑ์ในระบบตรวจสอบทางเว็บไซต์ของ ออย. แล้ว พบว่าไม่ตรงกับที่แสดง



ในฉลาก จากนั้นได้ทำการอายุตัวยา 30 กว่าล้าง ที่อยู่หลังร้านของคุณป้าไว้ก่อน คือ ห้ามเคลื่อนย้าย และจำหน่ายยาดังกล่าวให้กับใครอีก พร้อมทั้งเก็บตัวอย่างยา เพื่อส่งตรวจยืนยันผลทางห้องปฏิบัติการอีกครั้ง

“หมอลองเอาไปตรวจดูก็ดี ว่ามันเป็นยังไง ช่วงนี้ป้ายังไม่ขายก็ได้ เดียวป้าจะลองถามคุณชิตดูอีกที แต่ไอ้ขวดที่เปิดแล้ว ป้าขอเอามาทินเองได้มัย กินแล้วมันดีนะ”

ฉันจึงได้อธิบายผลเสียของสเตียรอยด์อย่างยืดยาวให้คุณป้าฟังอีกครั้ง และกำชับว่าจะเอาอะไรมาขายก็ขอให้พิจารณาให้ดี อย่าเชื่อตามที่คนอื่นเขาเค้าบอกฝ่ายเดียว เพราะขายของพวกนี้โทษมันหนักถึงขั้นจำคุกจากนั้นไม่นาน ฉันก็ได้กลับไปหาคุณป้าอีกครั้ง รอบนี้เจ้าหน้าที่ตำรวจเตรียมรถกระบะไปด้วย ที่ร้านขายต้มเลือดหมูร้านเก่า โต๊ะตัวเดิมที่เคยเต็มไปด้วยขวดยาน้ำฉลากสีแดง ตอนนั้นมันเปลี่ยนไปแล้ว คุณป้าไม่ขายยาเดิมตามที่รับปากกับฉันไว้จริง ๆ แต่กลับพบว่า บนโต๊ะเต็มไปด้วยขวดผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางค์หลากหลายยี่ห้อ

คุณป้านั่งอยู่ตรงข้างหลังโต๊ะตัวนั้น ฉันยื่นกระดาษที่มีรายละเอียดผลการทดสอบจากศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์เชียงใหม่ให้ดู

“ยาที่เก็บตัวอย่างไป ผลมาแล้วนะคะ พบการปลอมปนสเตียรอยด์ ยาที่อายุตัวยาวแล้วจะต้องถูกยึดไว้เป็นของกลางทั้งหมด ตำรวจเค้าจะขนไปเก็บไว้ที่โรงพัก หลังจากนั้นก็จะไปตามขั้นตอนของทางตำรวจเขานะคะ”

คุณป้าพยักหน้าเบา ๆ พลังชี้ไปทางขวดเครื่องสำอางค์ที่วางอยู่บนโต๊ะ

“ป้าโทรไปคุยกับคุณชิตละ เค้าส่งอันนี้มาให้ป้าแทนอันเก่า คราวก่อนก็หมดไปเป็นแสนละ อันนี้ไม่เคยสตางค์ป้าเพิ่มด้วย เค้าบอกอันนี้ขายได้

มันเป็นเครื่องสำอางค์สมุนไพร โรงงานเค้าใหญ่โต เค้าส่งรูปมาให้ป้าดูด้วยนะ หมอลองจะดูมัย... ออ. ก็มีนะ ป้าว่าจะขายอันนี้แทน หมอลองตรวจดูอีกทีก็ได้”

“ยาเดิมที่เขาเคยขายให้ก็ไม่ปลอดภัย หลักฐานเกี่ยวกับนายชิตคุณป้าก็ไม่เอาให้เจ้าหน้าที่ แล้วตอนนี้ยังจะรับสินค้าอันใหม่ของเค้ามาขายอีกหรือคะ”

คุณป้ายื่นขวดเครื่องสำอางค์มาให้ฉันตรวจดู ผลการตรวจด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น พบว่าไม่มีสารสเตียรอยด์ปลอมปน ซึ่งก็เป็นไปตามที่คาดไว้ว่าของล็อตนี้คนขายไม่น่าจะกล้าใส่สารอะไร เพราะรู้ว่าเจ้าหน้าที่จะมาตรวจสอบอยู่

“ไม่มีสารอันตรายอะไร จังป้าก็ขายได้เนาะ คราวหน้าถ้าส่งมาใหม่จะเอาไปให้หมอลองตรวจดูก่อนนะ”

“ไม่มีคร่าวหน้าแล้วละ”

ฉันรำพึงกับตัวเองขึ้นมา เมื่อนึกย้อนไปถึงครั้งสุดท้ายที่ได้พูดคุยกับคุณป้า ในมือของฉันมีสำเนาหนังสือหัวครุฑ เป็นผลการตัดสินคดีของคุณป้า ซึ่งศาลชั้นต้นท่านพิพากษาให้จำคุก 1 ปี โดยไม่รอลงอาญา!!!

ในใจฉันนึกสงสัยสารป้า ป้าจะรู้หรือเปล่า... ว่ายาที่เอามาขายมันใส่สารอันตราย เป็นยาปลอม เพราะฉลากมันก็ใกล้เคียงกับของจริงเสียเหลือเกิน การสืบค้นข้อมูลอะไรป้าก็คงทำไม่เป็น

แต่คนที่เอามาขายให้ป้านะ ต้องรู้อยู่แน่ ๆ ว่ายานั้นมีอะไรปลอมปนอยู่

แต่สุดท้ายแล้ว คนทำผิดยังไงก็ต้องได้รับโทษ คุณป้าขายยาที่ปลอมปนสเตียรอยด์ ซึ่งมีผลเสียต่อร่างกายให้กับประชาชนเรื่อยมา ก็ต้องได้รับผลจากการกระทำนั้น ส่วนนายชิตละ คนที่เอายาหรือผลิตภัณฑ์อันตรายต่าง ๆ มาขายให้ป้า รวมทั้งคนที่ผลิตยาเหล่านี้ กลับลอยนวล เพราะหลักฐานที่จะเอาผิดมันไปไม่ถึง

ชมรมเภสัชสารารณจังหวัดสุโขทัยแห่งประเทศไทย  
3/38 ถ.บายพาส-ทุ่งมน อ.เมือง จ.กาฬสินธุ์ 46000  
เบอร์โทรศัพท์ : 089-8427177

