

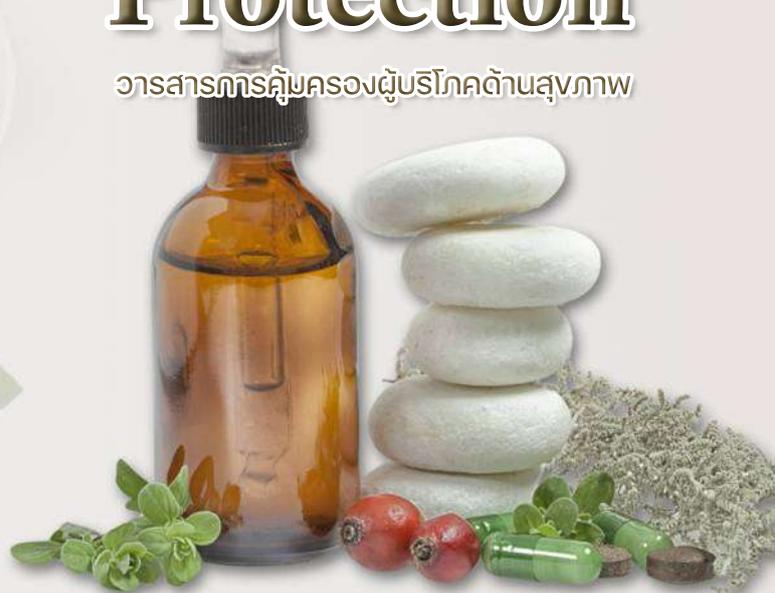


Journal of Health Consumer Protection

วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

Vol.4 No.1
January - June 2024
ปีที่ 4 ฉบับที่ 1
มกราคม - มิถุนายน 2567

ISSN: 3027 - 8554 (Online)





ที่ปรึกษา

เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา
นายกสภาเภสัชกรรม
นายกสมาคมเภสัชสาธารณสุขจังหวัดแห่งประเทศไทย

บรรณาธิการที่ปรึกษา

รศ.ดร.ภญ.วรรณมา ศรีวิริยานุภาพ
ผศ.ดร.ภญ.สุนทรี ท.ชัยสัมฤทธิ์โชค
ภก.บรรเจิด เดชาศิลป์ชัยกุล

ผู้อำนวยการวิทยาลัยคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพแห่งประเทศไทย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อดีตที่ปรึกษาระดับกระทรวงสาธารณสุข นักวิชาการอาหารและยาทรงคุณวุฒิ

บรรณาธิการอำนวยการ

ภก.สมสุข สัมพันธ์ประทีป

ประธานชมรมเภสัชสาธารณสุขจังหวัดแห่งประเทศไทย

กองบรรณาธิการ

รศ.ดร.ภญ.ชื่นจิตร กองแก้ว
ดร.ภก.ศักดิ์สิทธิ์ ศรีภา
ผศ.ดร.ภญ.เพ็ญกาญจน์ กาญจนรัตน์
รศ.ดร.ภก.สุรศักดิ์ ไชยสงค์
รศ.ดร.ภก.ภานุพงศ์ พุทธิรักษ์
ผศ.ดร.ภก.บุญส่ง หวังสินทวีกุล
ดร.ภก.ภควัตต์ ศรีภิรมย์
ดร.ภญ.สรียา เวชวิฐาน
ดร.สาตี อินทร์เจริญ
ภก.ภานุโชติ ทองยัง
ภญ.มัลลิกา สุพล
ภก.สุภณีย์ ประเสริฐสุข
ภญ.วนิษา สุประดิษฐอาภรณ์
ภญ.อังศุรัตต์ ยิ้มละมัย
ภญ.น้ำทิพย์ มุมมาลา
ภญ.นันทินี วัฒนวรานันต์
ภก.ราชัน คงชุม
ภก.วันชัย นนทกิจไพศาล
ภญ.รุ่งนภา กงวงษ์
ภญ.ฐิติพร อินศร

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



ผู้กลั่นกรองและประเมินบทความวิจัย (Peer review)

ภก.ประสาธ ลิมดุลย์	ข้าราชการบำนาญ
ภก.ส่งศักดิ์ วรรณกุล	ข้าราชการบำนาญ
ผศ.ดร.ภญ.ณัฐฐิญา คำผล	มหาวิทยาลัยศิลปากร
ผศ.ดร.ภญ.นันทวรรณ กิติกรรณากรณ์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ผศ.ดร.อารีย์ บุตรสอน	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ดร.ภญ.ภัทรวดี ศรีคุณ	มหาวิทยาลัยบูรพา
ดร.อนุวัฒน์ วัฒนพิชญากุล	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ดร.อนุพันธ์ สุวรรณพันธ์	มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ
ดร.ภก.ภควดี ศรีภิรมย์	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
ภก.ชัยวัฒน์ สิงห์หิรัญนุสรณ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท
ภญ.กนกพร ชนะคำ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์
ภญ.มัลลิกา สุพล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
ภญ.กนกพร ัญญมณีสิน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น



บทบรรณาธิการ

วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพฉบับนี้ เป็นฉบับประจำปีที่ 4 ฉบับที่ 1 ซึ่งยังคงรวบรวมเนื้อหาสาระหลากหลายเรื่องราวที่เกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ประกอบด้วยบทความวิชาการจำนวน 3 เรื่อง ได้แก่ “ลำดับเหตุการณ์การกำกับดูแลชุดตรวจโควิดในประเทศไทย” นำเสนอถึงบทบาทหนึ่งที่มีส่วนร่วมกับการต่อสู้โควิดที่ผ่านมา “เสริมสวย...ให้สวย” ที่เปิดเผยถึงธุรกิจศัลยกรรมและเสริมความงามของไทยและปัจจัยการทำให้เป็นผู้บริโภคที่ชาญฉลาด โดยเช็คให้ดีกว่าก่อนทำสวย “การปลอมปนยาเสพติดในผลิตภัณฑ์สุขภาพ” ที่เปิดเผยถึงอันตรายจากสแตียรอยด์ที่ปลอมปนกับยาสมุนไพรและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่มาจำหน่ายใกล้ตัวเราเพียงใด สำหรับเรื่องเล่าประจำฉบับนี้มีด้วยกัน 3 เรื่อง ประกอบด้วย “ยาชุดโกอินเตอร์” “ยาชม” “ทางหนี หรือ ทางออก” โดยผู้เล่าเรื่องได้นำประสบการณ์จากการทำงานมาแต่งแต้มให้มีสีสันตลกขบขันในชีวิตรที่เกิดขึ้นจริง อ่านแล้วจะอดที่จะอมยิ้มไม่ได้ และนอกเหนือจากบทความวิชาการและเรื่องเล่าแล้ววารสารฉบับนี้ยังอัดแน่นด้วยบทความวิจัยมากถึง 20 เรื่อง ซึ่งผู้วิจัยตั้งใจทำ ตั้งใจที่จะนำเสนอ หากได้อ่านก็จะได้ทราบถึงการพัฒนาทั้งด้านวิชาการและด้านบริการของบุคลากรภาครัฐที่ไม่เคยหยุดนิ่ง โดยเฉพาะ เกสัชกร ในฐานะบรรณาธิการมือใหม่ของวารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพหวังเป็นอย่างยิ่งว่าวารสาร Online ฉบับนี้จะเป็นประโยชน์และสามารถกระตุ้นให้เกิดแนวคิดการคุ้มครองผู้บริโภคของผู้อ่านและบุคคลใกล้ชิด จึงขอขอบคุณผู้อ่านทุกท่านและขอเชิญชวนติดตามอ่านวารสารฉบับหน้าอีก ซึ่งกองบรรณาธิการ จะคัดสรรบทความและเรื่องเล่าต่าง ๆ ที่มีคุณค่าในการอ่านมานำเสนอ สัญญา

เกสัชกรสมสุข สัมพันธ์ประทีป
บรรณาธิการ



บทบรรณาธิการ (Editorial Note)

สมสุข สัมพันธ์ประทีป

บทเรียนการทำงาน (Lesson Learned)

เสริมสวย..ให้สวย

วันชัย นนทกิจไพศาล

1 - 5

บทความวิชาการ (Review Article)

การปลอมปนยาเสพติดในผลิตภัณฑ์สุขภาพ

ราชนัน คงชุม

6 - 11

บทความวิจัย (Research Article)

การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังติดตามการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพ
ในร้านชำจังหวัดชัยนาท

The development of health products surveillance model in grocery stores, Chainat Province
ไพรัช ไส้ทอง, รัชชนันรวี ส่งศิริ

12 - 25

การรับรู้ต่อการใช้อย่างสมเหตุผลของบุคลากรในโรงพยาบาลเอกชน
จังหวัดลำพูน

Perception towards Rational Drug Use among personnel in private hospitals
in Lamphun Province
สาริต เจริญพงษ์

26 - 42

การพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการลำไยอบแห้งกิ่งเปลือกให้มีความพร้อม
ของสถานที่ผลิตตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดี ในจังหวัดลำพูน

Capability improvement of dried whole longan entrepreneurs
to have the readiness of their production premises according to
Good Manufacturing Practice in Lamphun Province
สาริต เจริญพงษ์

43 - 61

ความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ในจังหวัดพังงา

Health products literacy of Village Health Volunteers in Phangnga Province
เทียนันท์ สุทธิจิตงามณี

62 - 75

โอกาสในการพัฒนางานตามนโยบายจังหวัดส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล
ของจังหวัดสกลนคร

Opportunities for development according to Rational Drug Use Province policy
of Sakonnakhon Province
กิตติศักดิ์ ไท้ทอง, ตรีรัตน์ จันทร์ลาไสย, วิภาดา ปุณณภาไพศาล

76 - 94



บทความวิจัย (Research Article)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการนำยาที่ไม่เหมาะสมเข้ามาจำหน่ายในร้านชำในจังหวัดภูเก็ต 95 - 114

Factors related to inappropriate drug selling in grocery stores in Phuket Province

อัญชลีน ฌ พัทลุง

การพัฒนารูปแบบผู้ประกอบการผลิตเครื่องสำอางจากสมุนไพร ตามแนวคิดเศรษฐกิจฐานราก : กรณีศึกษาจังหวัดสกลนคร 115 - 133

Development of an entrepreneurial model for producing herbal cosmetics according to BCG concept: a case study of Sakon Nakhon Province

กิตติศักดิ์ ไททอง, สุวิชา แสนบรรดิษฐ์ รินทา

สถานการณ์ความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของกัญชา กัญชงหรือสารสกัด CBD ที่ผลิตและจำหน่ายในเขตสุขภาพที่ 4 134 - 149

The safety situation of beverages containing cannabis, hemp or CBD extracts produced and sold in 4th Health Region

สุชาติ ฌนอมวราภรณ์

การศึกษาการให้บริการโครงการรับยาใกล้บ้านในเครือข่ายโรงพยาบาลวารินชำราบ (รูปแบบที่ 2 โรงพยาบาลจัดส่งยาให้ร้านยาที่เข้าร่วมโครงการ) 150 - 161

A study on the service delivery near-home medicines pick-up project in Warin Chamrap Hospital network (Model 2, hospital delivers medicines to the drug stores involved in this Project)

মনชยา อุดมกิตติ

ผลการพัฒนาระบบการจัดการเชื้อดื้อยาอย่างบูรณาการ โรงพยาบาลลำพูน 162 - 179

The effect of the development of an integrated antimicrobial resistance management system, Lamphun Hospital

วรางคณา วัลลา

การพัฒนาแบบการเฝ้าระวังการกระจายยาที่ไม่เหมาะสมสู่ร้านชำในชุมชนจังหวัดกำแพงเพชร 180 - 192

Development of surveillance model in improper drug distribution of grocery store in Kampeang Phet Province

ธฤตวัน พระพิจิตร, ปริญญา สกฤษพอง

การศึกษาประสิทธิผลการใช้ยาฟ้าทะลายโจรร่วมรักษาผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 แยกกักตัวที่บ้าน อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา 193 - 213

Study effectiveness of Andrographis Herb (FA THALAI CHON) combines the treatment of COVID-19 patients in home isolation in the Takuapa District Phangnga Province

พงษ์กฤษณ์ เทียนครบ



บทความวิจัย (Research Article)

ผลของการพัฒนาร้านข้างขนาดใหญ่แบบการมีส่วนร่วมของชุมชน ในจังหวัดนครราชสีมา ปี 2566 214 - 226

Results of community participation large grocery store development
In Nakhon Ratchasima Province 2023

จักรี แก้วคำบัง, สุทธิณี เรืองสุพันธ์, ศุภธิดา วิสุทพิพัฒน์สกุล, สรัญญาพร รักษ์วิชานันท์

การพัฒนาร้านชำต้นแบบจากโครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างปลอดภัย ในชุมชนจังหวัดนครราชสีมา 227 - 248

Development of grocery stores model from project on promotion of drugs safety in communities,
Nakhon Ratchasima Province

จักรี แก้วคำบัง, สุทธิณี เรืองสุพันธ์, ศุภธิดา วิสุทพิพัฒน์สกุล, สรัญญาพร รักษ์วิชานันท์

การพัฒนารูปแบบศูนย์รับเรื่องบริการด้านสาธารณสุขแบบบูรณาการ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ 249 - 271

Development of an integrated public health service center model, Prachuap Khiri Khan Province
จารุรัตน์ พัฒน์ทอง

ผลของการใช้ยา Dolutegravir ร่วมกับยาต้านไวรัสอื่น ต่อระดับ Serum Creatinine eGFR และความชุกของความผิดปกติของไต ในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลโพนทอง : การศึกษาย้อนหลัง 272 - 283

Effects of Dolutegravir Combination with other Antiretroviral Drugs on Serum Creatinine eGFR
and Prevalence of Renal Dysfunction in HIV Infected Patients
at Phonthong Hospital: Retrospective study

อรุณ สิทธิประภาพร, ตูลาการ นาคพันธ์

ปัญหาการใช้ยากลุ่มเสี่ยงในร้านจำหน่ายพืชกระท่อม จังหวัดอุบลราชธานี 284 - 295

The problem of using high-risk medications in kratom-selling shops in Ubon Ratchathani Province
กิตติยาพร ทองไทย

การศึกษารูปแบบการพัฒนาสถานที่จำหน่ายเครื่องสำอางให้ได้มาตรฐาน ตามกฎหมายอย่างมีส่วนร่วมในจังหวัดพัทลุง 296 - 310

A study on the development of a legal cosmetic store by participating in Phatthalung Province
พรชนก เจนศิริศักดิ์

การพัฒนาคุณภาพการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยโรคไตระยะเริ่มต้น ของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดขอนแก่น 311 - 334

Quality development of telepharmacy service for patients with early chronic kidney disease
in Khon Kaen Province's community hospitals

วีรวรรณ รุจินานากุล, อิศรีย์ พลละสินธุ์เดชา, สุณี เลิศสินอุดม, ชัญญุรักษ์ต์ นกศักดิ์



เกร็ดกฎหมาย (Law Anecdote)

ลำดับเหตุการณ์การกำกับดูแลชุดตรวจโควิดในประเทศไทย 335 - 340
สิรินมาส คัชมาตย์

เรื่องเล่าชาวฟาร์ (Narrative Pharmacy)

ยาชุดโกอินเตอร์ 341 - 345
ดวงแก้ว อังกุลสิทธิ์

ยาม 346 - 351
พงษ์ศักดิ์ นาดีะ

ทางหนี หรือ ทางออก 352 - 355
นัทธินี วัฒนวรานันต์



เสริมสวย..ให้สวย

วันชัย นนทกิจไพศาล

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง

**“คลินิกเสริมความงามที่ไม่ได้มาตรฐาน ทำลายชีวิตและสุขภาพผู้คนมาแล้วมากมาย
ก่อนทำสวย ! จึงควรเช็คให้มั่นใจทั้งสถานที่ ผู้ให้บริการ และผลิตภัณฑ์
รวมถึงไม่เลือกคลินิกจากแค่ราคา หรือแค่การรีวิวจาก Influencer หรือคำโฆษณาเท่านั้น”**

Global Wellness Institute (GWI) คาดการณ์ว่ามูลค่าของเศรษฐกิจเพื่อสุขภาพของทั้งโลก (Global Wellness Economy) จะแตะ 7 ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐ หรือ 266 ล้านล้านบาท ในปี 2568 โดยสาขาที่มีมูลค่าธุรกิจที่ใหญ่ที่สุด คือ การดูแลตัวเอง ความสวยงาม การชะลอวัย (Personal Care & Beauty) ราว 9.55 แสนล้านดอลลาร์สหรัฐ หรือ 36 ล้านล้านบาท¹ ศูนย์วิจัยกสิกรไทยคาดว่าธุรกิจศัลยกรรมและเสริมความงามของไทยปี 2566 น่าจะมีมูลค่าตลาดประมาณ 71,000 - 72,000 ล้านบาท ซึ่งเป็นการกลับมาฟื้นตัวภายหลังสถานการณ์โควิดคลี่คลาย แต่มูลค่าดังกล่าวยังไม่กลับไปเท่าก่อนโควิด ทั้งนี้ย่อมขึ้นอยู่กับ การตอบสนองของลูกค้า ทั้งในเรื่องของค่าบริการ รสนิยม คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการ รวมถึงผลลัพธ์ หรือความพึงพอใจในผลงานของแพทย์ ผู้บริโภคจึงเลือกใช้บริการธุรกิจศัลยกรรมและเสริมความงามที่ต่าง กันออกไป²

ในมุมของธุรกิจ ปัจจัยหนุนนำธุรกิจคลินิกเสริมความงาม คือค่านิยมที่โอบรับการทำศัลยกรรมของสังคม รวมถึงความหลากหลายของบริการและอัตราค่าบริการความงาม ส่วนความท้าทายสำคัญคือการขาดแคลนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ การต้องค้นหาเทคโนโลยีและเครื่องมือเพื่อความงามใหม่ ๆ มาตอบสนอง ผู้รับบริการ ภาวะ Over supply ของคลินิกเสริมความงามที่เกิดขึ้นใหม่มากมาย รวมถึงการตรวจสอบควบคุม กำกับจากหน่วยงานของรัฐตามกฎหมายที่เข้มงวดขึ้น ทั้งการขออนุญาตประกอบกิจการและการโฆษณาในช่องทางต่าง ๆ

สมาคมศัลยแพทย์ตกแต่งเสริมสวยแห่งประเทศไทย ได้แบ่งเวชปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสวยเสริมความงาม ออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ ได้แก่³

1. Noninvasive Procedure คือ การใช้ยาทาหรือยาฉีด การนวด การกดจุด การฝังเข็ม เป็นต้น บริการในคลินิกเสริมความงามในกลุ่มนี้ เช่น การฉีดโบทูลินั่มที่อกซัน การฉีดฟิลเลอร์หรือสารเติมเต็ม (Soft Tissue Fillers) การผลัดเซลล์ผิวด้วยสารเคมี (Chemical Peel)

2. Minimally Invasive Procedure

คือ การทำหัตถการที่ต้องผ่าตัดเปิดแผลเพียงเล็กน้อย (Minor Surgery) ซึ่งอาจจะใช้การส่องกล้อง ใช้เครื่องมือช่วย การใส่วัสดุเสริม การใช้ไหมร้อย การใช้เลเซอร์ เป็นต้น

3. Invasive Procedure ซึ่งก็คือ การผ่าตัดใหญ่ (Major Operation) หรือการศัลยกรรมตกแต่งเสริมสวยประเภทต่าง ๆ อาทิ การผ่าตัดเสริมหน้าอก การผ่าตัดเสริมจมูก การศัลยกรรมตา 2 ชั้น การดูดไขมัน

สถานพยาบาลที่มีบริการเสริมความงาม จึงมักมีการฉีดยาหรือใช้เครื่องยกกระชับให้ผิวพรรณเต่งตึง เปล่งปลั่ง การฉีดโบท็อกซ์ ฟิเลอร์ปรับรูปหน้า แก้วรื้อรอยและร่องลึก รวมถึงเวชศาสตร์ชะลอวัยที่เป็นทางเลือกหยุดวัยให้ยังหนุ่มสาว

สำหรับการตรวจสอบควบคุมกำกับจากหน่วยงานของรัฐตามกฎหมายนั้น ตรวจพบการ

ฝ่าฝืนกฎหมายและดำเนินคดีต่อคลินิกเอกชน และต่อผู้ประกอบการวิชาชีพมากขึ้นตามไปด้วย เช่น การไม่ขออนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล การทำหัตถการโดยบุคลากรที่ไม่ใช่ผู้ประกอบการวิชาชีพที่ได้รับอนุญาต การนำยาหรือสารเติมเต็มผิวที่ไม่ได้มาตรฐานและนำเข้าผิดกฎหมายมาฉีดยาหรือทา การนำสารที่ผลิตและขึ้นทะเบียนเป็นเครื่องสำอาง ซึ่งปกติสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) อนุญาตให้ใช้ทาผิวภายนอกเท่านั้น แต่กลับนำมาฉีดยาเข้าสู่ร่างกายเหมือนยาฉีด การให้บริการ เช่น เตียง แก้วอี หรืออุปกรณ์ที่โฆษณาว่ารักษาโรคต่าง ๆ เกินกว่าประสิทธิภาพจริง การรีวิวบริการหรือนวัตกรรมเพื่อความงามโดยบุคคลที่มีชื่อเสียง (Influencer) ที่โอ้อวดเกินจริง การโฆษณาสรรพคุณของยา เครื่องมือแพทย์ อาหาร หรือเครื่องสำอางที่เป็นเท็จเกินกว่าสรรพคุณจริง



ติดเชื้อรุนแรง จมูกน้ำ หลังเข้าทำศัลยกรรมเสริมจมูก



หลายต่อหลายครั้งที่เกิดความสูญเสียต่อชีวิตและสุขภาพของผู้เข้ารับบริการคลินิกเสริมความงาม เช่น กรณีมีผู้เสียชีวิตจากการเข้าทำศัลยกรรมแก้ไขจมูกที่คลินิกย่านธัญบุรีเมื่อเดือนมิถุนายน 2566⁴ “เหยื่อคลินิกเสริมความงามชื่อดังบ้ร้อยรายร้องตำรวจเอาผิดคลินิก หลังทำจมูกเน่า สูญเงินกว่า 5 ล้านบาท” เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2566⁵ หรือเมื่อเดือนกรกฎาคม 2566 “ตำรวจบุกจับคลินิกเสริมความงามเถื่อนกลางซอยทองหล่อที่พบเป็นเครือข่ายนายทุนเงินจ้างคนจากเมียนมาที่ไม่มีใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมตำรวจรักษาเสมือนแพทย์ ตะลึง! มีสาขาอยู่ในหลายประเทศ⁶ และกรณี “สาววัย 45 ร้องคลินิกเสริมความงามชื่อดังย่านห้วยขวาง ฉีดฟิลเลอร์ปลอมเสริมบั้นท้ายจนเป็นผลติดเชื่อเน่าแพะ เผยทุกข์ทรมานจนคิดฆ่าตัวตาย” เมื่อเดือนกันยายน 2566⁷

ผู้บริโภคที่ชาญฉลาด จึงควรรับทราบและเท่าทันกับการช่วงชิงลูกค้าในธุรกิจเวชกรรมความงาม ไม่หลงเลือกใช้บริการจากสถานพยาบาลหรือคลินิกความงามที่ “เสี่ยง” เสี่ยงต่อการถูกชักจูงให้หลงเชื่อเรื่องราคาที่แสนถูก คุณภาพหรือนวัตกรรมความงามที่เกินจริง ลดละลวยได้อย่างน่าทึ่ง หรือการรีวิวแบบไร้ความรับผิดชอบในโลกออนไลน์ เสี่ยงจากยาและผลิตภัณฑ์เถื่อนหรือด้อยมาตรฐานในสถานพยาบาลความงาม และเสี่ยงจากบุคลากรที่ไม่มี ความเชี่ยวชาญโดยแท้จริง โดยมีหลักง่าย ๆ ว่าควร “เช็คให้ดีกว่าก่อนทำสวย” ดังนี้

1. เลือกคลินิก โดยเลือกคลินิกที่ได้รับอนุญาตแล้วเท่านั้น กระทรวงสาธารณสุขจะ

ประเมินมาตรฐานด้านสถานที่ อุปกรณ์ เครื่องมือเวชภัณฑ์ และยา ก่อนอนุญาตทุกครั้ง และหากมีแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะด้านประจำอยู่ จะให้ใช้ชื่อตามความเชี่ยวชาญของแพทย์ เช่น “คลินิกเวชกรรมเฉพาะทางผิวหนัง..” “คลินิกเฉพาะทางศัลยกรรมตกแต่ง..” หากยังใช้เพียงแพทย์ทั่วไปให้ใช้ชื่อ “คลินิกเวชกรรม..” เท่านั้น ทั้งนี้สามารถตรวจสอบสถานพยาบาลที่ได้รับอนุญาตได้ที่ www.privatehospital.hss.moph.go.th/

2. เช็คแพทย์ โดยแพทย์ผู้ตำรวจต้องตรงกับรูปป้ายสีน้ำเงินที่หน้าห้องตำรวจเท่านั้น ถ้าคลินิกใช้บุคคลอื่นตำรวจรักษาอาจเป็นแพทย์ปลอม (ไม่ได้รับอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพจากแพทยสภา) หรือหากเป็นแพทย์จริงก็มักไม่รับผิดชอบกับผลการตำรวจรักษาตามจรรยาบรรณแพทย์ ส่วนใบประกาศต่าง ๆ ที่แพทย์ได้รับที่จัดแสดงภายในคลินิกก็ไม่ใช่สิ่งแสดงถึงความเชี่ยวชาญ แต่บอกเพียงว่าเคยผ่านการอบรมระยะสั้นเรื่องใด ๆ มาแล้วเท่านั้น ทั้งนี้ สามารถตำรวจสอบแพทย์เว็บไซต์แพทยสภา หรือที่ www.tmc.or.th

3. ตำรวจผลิตภัณฑ์ ต้องขอดูผลิตภัณฑ์ทุกครั้งเพื่อตำรวจสอบว่ามีทะเบียน อย. แล้วเท่านั้น ผู้บริโภคพึงระลึกเสมอว่า ยา อาหารเสริม เครื่องมือแพทย์และเครื่องสำอางนั้น อย. ของไทยจะประเมินคุณภาพ สรรพคุณและความเสี่ยงตามเกณฑ์มาตรฐานสากลก่อนขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์ให้กับผู้ผลิตหรือผู้นำเข้าทุกครั้งเพื่อความปลอดภัยของผู้บริโภค ทั้งนี้ สามารถตำรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับอนุญาต จาก อย.

ได้ที่ www.fda.moph.go.th แต่หากคลินิกหรือแพทย์ไม่ยินยอมให้ตรวจสอบผลิตภัณฑ์ ก็เข้าข่าย

สงสัยได้ว่าผลิตภัณฑ์นั้นอาจไม่ถูกต้องตามข้อกำหนด



ดังนั้นจึงควรเลือกใช้บริการดังนี้



คำเตือน ! การเลือกเข้าใช้บริการเสริมความงามจากคลินิกอย่าดูแค่ที่ราคา หรือการรีวิวของ Influencer หรือข้อความโฆษณาเท่านั้น ราคาที่ถูก อาจเสี่ยงกับการได้รับบริการที่ด้อยมาตรฐาน เช่น ไม่ได้บริการโดยแพทย์ที่ได้รับอนุญาต หรือไม่มีความชำนาญจริง การได้ใช้ผลิตภัณฑ์ที่ไม่ผ่านการอนุญาตจาก อย. ผลิตภัณฑ์หมดอายุ เสื่อมสภาพ หรือเจือจาง

การรีวิว Influencer ก็เสี่ยงที่จะได้รับข้อมูลที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง เนื่องจากปกติแล้ว Influencer จะได้รับค่าจ้างจากการรีวิว ข้อความโฆษณาจึงถูกประดิษฐ์ขึ้นเป็นส่วนผสมทางการตลาดในธุรกิจความงาม

คำหรือข้อความโฆษณา ย่อมไม่น่าเชื่อถือเสมอไป เพราะต้องขึ้นกับจรรยาบรรณ ความตรงไปตรงมา ความซื่อสัตย์ ซึ่งโดยธรรมชาติมักสวนทางกับการแข่งขันช่วงชิงลูกค้าในธุรกิจต่าง ๆ เสมอ



เอกสารอ้างอิง

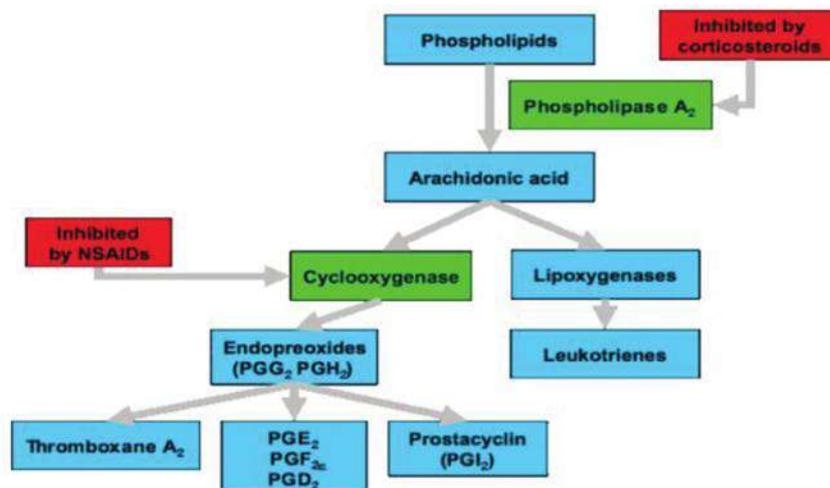
1. ลงทุนแมน. กรณีศึกษาโมเดลธุรกิจ "คลินิกการแพทย์ความงามรายได้ที่ไม่หยุดโต". [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 3 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.longtunman.com/42408>
2. ศูนย์วิจัยกสิกรไทย. ตลาดศัลยกรรม และเสริมความงามแข่งขันรุนแรง เพื่อแย่งชิงลูกค้าที่มีศักยภาพ. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 3 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.kasikomresearch.com/th/analysis/k-social-media/Pages/Surgery-FBC273-FB-25-08-2566.aspx>
3. สมาคมศัลยแพทย์ตกแต่งแห่งประเทศไทย. ปฐมบทของศัลยกรรม เรื่องจริงที่ควรรู้. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 3 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thprs.org/blog/firstlesson>
4. ไทยรัฐออนไลน์. แก้งมุกลูกค้าดับ ปิดคลินิกเถื่อน คำสั่งสสจ.ปทุมธานี แพทยสภาฟันซ้ำ ตร.รอผลชั้นสุด. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 3 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thairath.co.th/news/society/2702511>
5. ผู้จัดการออนไลน์. บุกจับคลินิกเสริมความงามเถื่อนย่านทองหล่อเครือข่ายทุนจีน จ้างแพทย์ชาวเมียนมา. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 3 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://mgrอินเทอร์เน็ต.com/crime/detail/9660000066202>
6. สำนักข่าวไทย อสมท. สาวร้องคลินิกดั่งใช้ฟิลเลอร์ปลอมฉีดกันจนเน่า. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 3 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://tna.mcot.net/crime-1241592>
7. ผู้จัดการออนไลน์. เหี้ยอแห่ร้อง ปคบ.เอาผิดคลินิกเสริมความงามชื่อดังทำจมูกเน่า. [อินเทอร์เน็ต].; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 3 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://mgrอินเทอร์เน็ต.com/crime/detail/9660000009985>

การปลอมปนยาสเตอรอยด์ในผลิตภัณฑ์สุขภาพ

ราชัน คงชุม

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง

สเตอรอยด์ (Steroid) เป็นฮอร์โมนที่ร่างกายสร้างมาจากต่อมหมวกไตชั้นนอก (Adrenal cortex) เพื่อควบคุมการทำงานของร่างกายให้เป็นปกติ ในทางการแพทย์มีการสังเคราะห์สารสเตอรอยด์เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ เช่น Prednisolone, Dexamethasone เพื่อใช้ในการต้านการอักเสบ ลดอาการปวด บวม แดง ร้อน ที่เกิดขึ้นในร่างกายบริเวณต่าง ๆ โดย Prednisolone และ Dexamethasone เป็นสารสังเคราะห์ในกลุ่ม Corticosteroids หากใช้เกินขนาดหรือติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน จะมีผลข้างเคียงรุนแรงจะส่งผลให้ภูมิคุ้มกันลดลง ติดเชื้อได้ง่าย กระดูกพรุน เกิดแผลในระบบทางเดินอาหาร เลือดออกในทางเดินอาหาร ซึ่งกลไกการออกฤทธิ์ของสารสเตอรอยด์¹ รายละเอียด ดังภาพที่ 1 ทั้งนี้ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ยาควบคุมพิเศษ ข้อ 34 ได้กำหนดให้ยาจำพวกคอร์ติโคสเตอรอยด์ (Corticosteroids) ที่ได้จากรธรรมชาติหรือได้จากการสังเคราะห์เป็นยาควบคุมพิเศษ ต้องมีการจำกัดการใช้โดยจะต้องจ่ายภายใต้ใบสั่งแพทย์เท่านั้น จากรายงานวิจัยที่ผ่านมาหลายงานวิจัยพบข้อมูลว่า มักพบการนำสารจำพวกคอร์ติโคสเตอรอยด์ ได้แก่ Dexamethasone และ Prednisolone ไปใช้ในทางที่ผิด นำไปปลอมปนในยาแผนโบราณหรือ “ผลิตภัณฑ์สมุนไพร” ตามคำนิยามใหม่ในพระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2562 มาตรา 4² เพื่อหวังผลในการรักษาอาการปวดเมื่อย ทั้งนี้การปลอมปนยาสเตอรอยด์ในผลิตภัณฑ์สมุนไพร ผู้ใช้ผลิตภัณฑ์ย่อมไม่ทราบปริมาณที่แน่นอนของสารสเตอรอยด์ การใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีการปลอมปนสเตอรอยด์ย่อมเกิดอันตรายต่อร่างกาย



ภาพที่ 1 การออกฤทธิ์ของ Corticosteroid และ NSAID



การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับปัญหาการปนเปื้อนสารสเตอรอยด์ในผลิตภัณฑ์ยา ผลิตภัณฑ์สมุนไพร ที่พบมีปัญหการปนเปื้อนทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการจัดการความเสี่ยงของปัญหานี้ในแต่ละพื้นที่ ด้วยวิธีสืบค้นเอกสารงานวิจัยจาก Thai Journals Online (ThaiJO) ในช่วงตั้งแต่ พ.ศ. 2542 เป็นต้นมา ซึ่งพบปัญหานี้กระจายค่อนข้างมากและต่อเนื่องโดยพบทั้งการปลอมปนในผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับอนุญาต และในผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ได้รับอนุญาต หรือไม่มีทะเบียน แม้ว่าประเทศไทยจะออกกฎหมายพระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2562 มาใช้ในการกำกับและการขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์สมุนไพร โดยพบงานวิจัยมีหัวข้อการตรวจวิเคราะห์หรือตรวจสอบการปนเปื้อนของสเตอรอยด์จำนวน 8 งานวิจัย ซึ่งสารสเตอรอยด์ที่พบการปลอมปนในผลิตภัณฑ์ ยาแผนโบราณ ผลิตภัณฑ์สมุนไพร ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร จะมี Prednisolone และ Dexamethasone ปลอมปนอยู่เป็นส่วนใหญ่

การตรวจหาสเตอรอยด์ในยาแผนโบราณและยาสมุนไพรที่ส่งวิเคราะห์ที่ภาควิชาเภสัชเคมี คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร โดยเก็บตัวอย่างจาก 20 จังหวัดทั่วประเทศ ระหว่างเดือนมิถุนายน 2542 - พฤษภาคม 2543 จำนวน

232 ตัวอย่าง พบ 65 ตัวอย่าง ที่มีสารสเตอรอยด์ผสมอยู่ เป็นตัวอย่างที่พบเฉพาะ Prednisolone 28 ตัวอย่าง (12%), Dexamethasone 25 ตัวอย่าง (10.8%) และพบทั้งสองชนิด 12 ตัวอย่าง (5.2%)³

การเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์จากประชาชนในชุมชนอำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2561 - มีนาคม 2562 จำนวน 144 ตัวอย่าง โดยเป็นยาแผนโบราณ 90 ตัวอย่าง ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร 54 ตัวอย่าง พบสารสเตอรอยด์ในยาแผนโบราณ 29 ตัวอย่าง (32.22%) โดยไม่มีสเตอรอยด์ในผลิตภัณฑ์เสริมอาหารผสมอยู่แต่อย่างใด⁴

การตรวจวิเคราะห์ของศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 11/1 ภูเก็ต ในตัวอย่างยาแผนโบราณและสมุนไพรจำนวน 48 ตัวอย่าง เก็บตัวอย่างจากจังหวัดกระบี่ พังงา และภูเก็ต ในช่วงปี พ.ศ. 2559 - 2562 ผลการตรวจวิเคราะห์พบการปลอมปนสารสเตอรอยด์ 10 ตัวอย่าง (20.8%) แยกเป็น Dexamethasone 7 ตัวอย่าง (14.6%), Prednisolone 1 ตัวอย่าง (2.1%) และพบทั้งสองชนิดจำนวน 2 ตัวอย่าง (4.2%)⁵

การสุ่มเก็บตัวอย่างในอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ในเดือนสิงหาคม - ธันวาคม 2551 โดยเป็นตัวอย่างยาแผนโบราณจากแหล่งจำหน่ายร้านขายยาแผนปัจจุบัน ร้านขายยาแผนโบราณร้านขายของชำ ร้านแผงลอยในตลาด ร้านขายยา



ดอง และอื่น ๆ รวมจำนวน 200 ตัวอย่าง ตรวจพบสารสเตอรอยด์ 4 ตัวอย่าง (2%)⁶

การสำรวจและเก็บตัวอย่างยาแผนโบราณจากจังหวัดสมุทรสงคราม สมุทรสาคร ราชบุรี เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ กาญจนบุรี และนครปฐม จำนวน 223 ตัวอย่าง ในช่วงเดือนกรกฎาคม - กันยายน 2544 ตรวจวิเคราะห์พบสารสเตอรอยด์ 19 ตัวอย่าง (8.52%) ซึ่งตัวอย่างที่ตรวจพบจะเป็นตัวอย่างที่ไม่มีเลขทะเบียนยา ส่วนตัวอย่างที่มีเลขทะเบียนยาจะตรวจไม่พบสารสเตอรอยด์ ซึ่งสามารถคาดหมายได้ว่ายาแผนโบราณที่ขึ้นทะเบียนอย่างถูกต้องจะมีความปลอดภัยจากการปลอมปนสารสเตอรอยด์ แต่หากเป็นยาที่ไม่มีทะเบียนจะมีโอกาสพบสารสเตอรอยด์ปลอมปนในผลิตภัณฑ์นั้น ๆ⁷

การเก็บตัวอย่างยาแผนโบราณในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 30 ตัวอย่าง เก็บตัวอย่างในช่วงปี พ.ศ. 2564 โดยเป็นกลุ่มยาหอมบำรุงหัวใจ 5 ตัวอย่าง ยาแก้ไอ 7 ตัวอย่าง และยาแก้ปวดเมื่อย 18 ตัวอย่าง ตรวจวิเคราะห์พบการปลอมปนสารสเตอรอยด์จำนวน 4 ตัวอย่าง (13.33%)⁸

การศึกษาสถานการณ์การบริโภคยาน้ำสมุนไพรและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปลอมปนสเตอรอยด์ของยาน้ำสมุนไพรในจังหวัดอ่างทอง เก็บตัวอย่างจำนวน 44 รายการ ในช่วงเดือน

ตุลาคม 2558 - มกราคม 2559 ซึ่งเป็นรายการที่ได้รับอนุญาตจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ตรวจพบสารสเตอรอยด์จำนวน 5 รายการ (12.5%)⁹

การติดตามสถานการณ์ของศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 6 ชลบุรี¹⁰ ซึ่งเก็บตัวอย่างจาก 9 จังหวัด ประกอบด้วย ชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด สมุทรปราการ ฉะเชิงเทรา สระแก้ว นครนายก และปราจีนบุรี เก็บตัวอย่างเดือนตุลาคม 2554 - กันยายน 2556 ตรวจวิเคราะห์จำนวน 99 ตัวอย่าง พบสารสเตอรอยด์จำนวน 27 ตัวอย่าง (27.3%) แยกเป็นพบ Dexamethasone ปนอยู่ 24 ตัวอย่าง และพบ Prednisolone 12 ตัวอย่าง ซึ่งบางตัวอย่างพบ การปนเปื้อนทั้ง Dexamethasone และ Prednisolone

ในการทบทวนในรายงานวิจัยจำนวน 8 การศึกษาที่สามารถรวบรวมได้ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 - 2564 รวมจำนวน 1,020 ตัวอย่าง ตรวจพบสเตอรอยด์จำนวน 163 ตัวอย่าง เฉลี่ยคิดเป็น 15.98% รายละเอียดดังแผนภูมิที่ 1 แสดงให้เห็นว่าการปลอมปนของสารสเตอรอยด์ในผลิตภัณฑ์สมุนไพร หรือยาแผนโบราณ ยังมีเป็นสัดส่วนที่สูง หน่วยงานภาครัฐจึงจำเป็นต้องติดตามตรวจสอบการปลอมปนของสเตอรอยด์ เพื่อให้เกิดมาตรฐานที่ดีและเป็นประโยชน์ต่อการคุ้มครองผู้บริโภค



แผนภูมิที่ 1 แสดงสัดส่วนการตรวจวิเคราะห์ตัวอย่างพบปลอมปนสเตอรอยด์

จากรายงานกรณีพบยาไม่มีทะเบียน¹¹ ในการตรวจร้านยาของจังหวัดพัทลุง พบยาไม่มีทะเบียนตำรับจำนวน 4 รายการ รายละเอียดดังภาพที่ 2 ผู้รับอนุญาตขายยาให้ข้อมูลว่า ยาไม่มีฉลากและไม่มีทะเบียน ที่วางจำหน่าย เป็นยาสเตอรอยด์ โดยหากขึ้นต้นด้วย P จะหมายถึง Prednisolone

ส่วนตัว D หมายถึง Dexamethasone ทุกบรรจุภัณฑ์ได้แสดงวันหมดอายุ (EXP) ไว้ข้างขวด ซึ่งการลักลอบจำหน่ายยาไม่มีทะเบียนเหล่านี้ อาจนำไปสู่การนำไปปลอมปนในผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่น ๆ ไม่ว่าจะเป็นผลิตภัณฑ์สมุนไพร ผลิตภัณฑ์เสริมอันส่งผลต่อห่วงโซ่การจัดการสเตอรอยด์ทั้งระบบ



ภาพที่ 2 ยาสเตอรอยด์ที่ไม่มีทะเบียนที่พบในร้านยาของจังหวัดพัทลุง



ภาพที่ 2 ยาสเตียรอยด์ที่ไม่มีทะเบียนที่พบในร้านยาของจังหวัดพัทลุง (ต่อ)

การศึกษานี้สรุปว่ายังคงพบปัญหาการใช้สเตียรอยด์ในพื้นที่แม้ว่าจะมีการตรวจสอบติดตาม และเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง ข้อเสนอแนะจากการศึกษาคือ ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับงานคุ้มครองผู้บริโภค คือ สำนักงานคณะกรรมการ

อาหารและยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับอุปทานของยาสเตียรอยด์ จะต้องพัฒนาระบบในการติดตาม และป้องกันการนำยาสเตียรอยด์ไปปลอมปนในผลิตภัณฑ์สุขภาพ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อการใช้จ่ายของประชาชน

เอกสารอ้างอิง

1. Bullet Health Glucocorticoids - Endocrine. [Internet]. [cited 2024 January 1]. Available from: <https://step1.medbullets.com/endocrine/109043/glucocorticoids>
2. พระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2562. ราชกิจจานุเบกษาเล่มที่ 136, ตอนที่ 56 ก (30 เมษายน 2562).
3. อรุมา ภูประเสริฐ, เพ็ญศรี เนื่องสิขษาเพียร, ลาวลีย์ ศรีพงษ์, มาลัย สติรพันธุ์, จันคณา บุรณะโอสถ, คณาวรรณ พจนาคม และคณะ. การตรวจหาสเตียรอยด์ในยาแผนโบราณและยาสมุนไพร. วารสารไทยเภสัชวิทยานิตยสาร. 2545;1(1):7-16.
4. อรณี วาสนาพิตรานนท์, ภคมน สุขมากภาวิน, สุภิตรา บุญศิริ, สุรรัตน์ คนใหญ่, ณัฐญาตดา ฉ่ำชื่น, เอกพจน์ จรัสแผ้ว และคณะ. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปลอมปนสารสเตียรอยด์ในยาแผนโบราณและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม. วารสารไทยเภสัชวิทยานิตยสาร. 2021;16(2):83-95.



5. สมฤดี บุญมี, พิมลลดา ไชยรัตน์. การปนปลอมสเตียรอยด์ในยาแผนโบราณและยาสมุนไพรในจังหวัดกระบี่ พังงา และภูเก็ต ระหว่าง พ.ศ.2559 - 2562. วารสารกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. 2563;62(4):384-94.
6. ดวงทิพย์ อรัญดร, สรียา แซ่ลิ้ม, สิริทิพย์ วิชญวรนนท์, อภิรัฐ คล้ายสถิต, สุกัญญา เดชอดิศักดิ์. การศึกษาการปนปลอมของสารสเตียรอยด์ เพรดนิโซโลนและเต็กซ่าเมทาโซนในยาแผนโบราณในอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา. วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ. 2553 มกราคม - มิถุนายน;13(1):20-30.
7. นันทนา กลิ่นสุนทร, ปกรณ์ น้อยประเสริฐ. สารสเตียรอยด์ปนปลอมในยาแผนโบราณเขตสาธารณสุขที่ 4. วารสารแพทย์เขต 4. 2544 กรกฎาคม - กันยายน;20(3):177-181.
8. สุกัทธา กลางประพันธ์, ศรีัญญา สุทธิสา, ไรลดา บุญเย็น, นฤมล ตาลพันธุ์. การตรวจสอบการปลอมปนของสารสเตียรอยด์ในยาแผนโบราณในเขตจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี. 2564 มกราคม - มิถุนายน;10(1):92-100.
9. กาญจนา นวลชื่น. สถานการณ์การบริโภคยาน้ำสมุนไพรและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปลอมปนสเตียรอยด์ของยาน้ำสมุนไพรในจังหวัดอ่างทอง. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. 2559 พฤษภาคม - สิงหาคม;14(2):153-64.
10. จริยา อัครวรรณธร, ศรีณยพร กิจไชยา. โครงการสำรวจการปนเปื้อนสารสเตียรอยด์ในยาแผนโบราณ 9 จังหวัด. วารสารอาหารและยา. 2557 กันยายน - ธันวาคม;64-72.
11. กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง. รายงานการพบผลิตภัณฑ์ยาไม่มีทะเบียน ประจำปี 2566. พัทลุง: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง.



การพัฒนาแบบการเฝ้าระวังติดตามการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำจังหวัดชัยนาท The development of health products surveillance model in grocery stores, Chainat Province

ไพรัช ไล้ทอง¹, รัญชนวีร์ สงศิริ²
Pairat Laitong¹, Rannravee Songsiri²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการเฝ้าระวังติดตามการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำจังหวัดชัยนาท แบ่งการศึกษาเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน ศึกษาแบบเดิมของการสำรวจร้านชำ ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ การสร้างโปรแกรมประยุกต์สำรวจร้านชำ ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต การสำรวจร้านชำทุกแห่ง ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล การคืนข้อมูลผลการสำรวจให้กับพื้นที่ ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนมิถุนายน - พฤศจิกายน 2566 กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ประกอบการร้านชำทุกแห่ง และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอและตำบลในจังหวัดชัยนาท เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ โปรแกรมประยุกต์สำรวจร้านชำ และแบบประเมินความพึงพอใจในการใช้งานโปรแกรมฯ วิเคราะห์ข้อมูล โดยโปรแกรม Google Data Studio และ SPSS ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการสำรวจร้านชำจังหวัดชัยนาทเดิมใช้แบบสำรวจที่เป็นกระดาษ ซึ่งไม่สะดวกในการใช้งานและประมวลผลล่าช้า รวมถึงการคืนผลการสำรวจด้วยวิธีการส่งหนังสือแจ้งสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง รูปแบบการสำรวจร้านชำที่พัฒนาขึ้น ใช้โปรแกรมประยุกต์สำรวจร้านชำ ที่สามารถลงข้อมูลผ่านโทรศัพท์มือถือ แสดงผลการสำรวจแบบ Real time ในรูป Dashboard ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้งานโปรแกรมฯ พบว่ามีความพึงพอใจในภาพรวมมาก โดยมีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย 3.7 คะแนน การคืนข้อมูลผลการสำรวจใช้วิธีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับเครือข่ายระดับอำเภอและตำบลซึ่งเป็นการสื่อสารสองทาง โดยมีกลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมการประชุมคือ ผู้ประกอบการร้านชำสีแดง

¹เภสัชกรชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท

¹Pharmacist, Senior Professional Level. Division of Consumer Protection and Public Health Pharmacy, Chainat Provincial Public Health Office. E-mail : paimst65@gmail.com

²เภสัชกรปฏิบัติการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท

²Pharmacist, Operating Level. Division of Consumer Protection and Public Health Pharmacy, Chainat Provincial Public Health Office. E-mail : khing8009@gmail.com



ซึ่งมีความเสี่ยงมากที่สุด ข้อเสนอแนะคือ ควรมีการขยายผลนำรูปแบบการสำรวจโดยโปรแกรมประยุกต์ไปใช้ในการสำรวจประกอบการประเภทอื่น และควรมีการประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการก่อนและหลังเข้าร่วมประชุม

คำสำคัญ: ผลิตภัณฑ์สุขภาพ, ร้านชำ

Abstract

The objective of this action research was to develop a health products surveillance model to monitor the sale of health products in grocery stores in Chainat Province. The study is divided into 4 steps including Step 1: Planning, studying past context of the survey. Step 2: Action, creating a grocery stores survey application program. Step 3: Observation, survey all grocery stores. Step 4: Reflection, returning survey result data to the area. The study was conducted between June and November 2023. The sample group was all grocery store owners in Chainat Province and Chainat health personnels. Tools used were grocery store survey application program and user satisfaction assessment. Data was analyzed with Google Data Studio and SPSS program. The results of the study found that in the past, survey grocery store model in Chainat Province used paper survey form which was inconvenient and data analysis was slow, also survey results was returned to District Public Health using notification letters. The developed grocery store survey model uses grocery store survey application that can fill data via mobile phones and survey results can be displayed real time in dashboard form. The satisfaction of program users' assessment results found that the average overall satisfied score was 3.7 points. Returning survey results used workshop meeting with district and sub-district networks which was two-way communication. The target group for this meeting was the grocery store owners which were classified red color who were at the most risk. Suggestions from this research is that the application survey model should be used to survey other types of entrepreneurs and knowledge assessment of workshop participants before and after attending the meeting should be performed.

Keywords: Health products, Grocery stores



บทนำ

ปี 2564 กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาแนวทางการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลในชุมชน¹ เพื่อเชื่อมโยงหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับสู่ชุมชน ครอบครัวและบุคคล ให้ประชาชนปลอดภัยและมีความรอบรู้ในการใช้ยา ซึ่งตามกลยุทธ์ที่ 2 การสำรวจเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในแหล่งกระจายยา เช่น ร้านยา คลินิก สถานพยาบาล ร้านชำ เป็นกลวิธีหนึ่งที่จะทำให้ทราบสภาพปัญหาในชุมชน และเนื่องจากร้านชำเป็นสถานที่ใกล้ชิดผู้บริโภคมากที่สุด ซึ่งตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 กำหนดว่ายาที่สามารถจำหน่าย ได้ทั่วไปมีเพียงยาสามัญประจำบ้านเท่านั้น ซึ่งความเป็นจริงพบว่าร้านชำมีการจำหน่ายยาอื่นด้วย ฎูธิป ศรีวงศ์ และราชนัน คงชุม ได้ศึกษาพบว่าร้านชำในจังหวัดพัทลุงมีการจำหน่ายยาที่มีใช้ยาสามัญประจำบ้านร้อยละ 33.6² จันทร์จรรย์ ดอกบัว และคณะ ได้ศึกษาพบว่ายาที่ห้ามจำหน่ายที่พบวางขายมากที่สุดในปี 2561 คือยาอันตราย ยาแผนโบราณ³ อัสปสร บุญยัง และรุ่งทิภา หมื่นปา ได้ศึกษาพบว่าร้านชำในจังหวัดพิษณุโลก ร้อยละ 47.9 จำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมโดยจำหน่ายยาซึ่งไม่ใช่ยาสามัญประจำบ้านและไม่ใช่นิยามปฏิชีวนะ ยาปฏิชีวนะ ยาชุด และยาที่มีสเตียรอยด์ ร้อยละ 82.4 , 62.3, 9.4 และ 3.8 ตามลำดับ⁴ ปรัชญา ยอดสะเท็น และคณะ ได้ศึกษาพบว่ามีการจำหน่ายอาหารผิดมาตรฐานในร้านชำในตำบลโนนขวาง อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์ ร้อยละ 60.0 อาหารผิดมาตรฐานที่พบบ่อยคือ ไม่มี

วันเดือนปีที่หมดอายุ ร้อยละ 80.0 ไม่มีเลขสารบบอาหาร ร้อยละ 46.7⁵

รูปแบบการสำรวจร้านชำของจังหวัดชัยนาทที่ผ่านมาใช้การลงข้อมูลในแบบสำรวจที่เป็นกระดาษ ซึ่งเสียเวลาในการเขียนไม่สะดวกกับผู้ปฏิบัติงาน การสรุปผลยุ่งยาก สำรวจข้อมูลได้ไม่ละเอียด การคืนข้อมูลให้กับพื้นที่ที่ใช้การส่งหนังสือแจ้งเป็นทางการให้กับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โดยไม่ทราบว่าพื้นที่ที่มีความเข้าใจในผลการสำรวจหรือไม่ เนื่องจากการสื่อสารทางเดียว จากการศึกษาของ จันทร์จรรย์ ดอกบัว และคณะ พบว่าการดำเนินงานเรื่องของการจำหน่ายยาในร้านชำนั้นต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมด⁵ และการศึกษาของจินดาพร อุปลัถม์ภัก และคณะ พบว่าปัจจัยที่จะทำให้การเฝ้าระวังติดตามการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำมีประสิทธิภาพได้แก่ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การประชาสัมพันธ์ความรู้ให้กับประชาชน และการติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง⁶ ดังนั้นการพัฒนา รูปแบบการเฝ้าระวังติดตามการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำหรือการสำรวจร้านชำ โดยใช้เครื่องมือที่ทันสมัยและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง จะทำให้เกิดระบบการเฝ้าระวังติดตามร้านชำที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น อันจะส่งผลให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้บริโภคในจังหวัดชัยนาทต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังติดตามการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำจังหวัดชัยนาท



ขอบเขตของการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาสถานการณ์การจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำจังหวัดชัยนาท เพื่อพัฒนาเป็นรูปแบบการเฝ้าระวังติดตาม ใช้กระบวนการเชิงปฏิบัติการประกอบด้วย Planning-Action-Observation-Reflection เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ดำเนินการศึกษาระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน ถึง วันที่ 30 พฤศจิกายน 2566 ในจังหวัดชัยนาททุกอำเภอ จำนวน 8 อำเภอ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่

- ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning)

ขั้นตอนการทบทวนรูปแบบหรือแนวทางการสำรวจร้านชำจังหวัดชัยนาทเดิม ปัญหาอุปสรรคที่พบ เพื่อนำข้อมูลมาหารือในที่ประชุมคณะทำงาน ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและคณะกรรมการพัฒนาระบบเภสัชกรรมจังหวัดชัยนาท เพื่อวางแผนพัฒนาแนวทางการสำรวจร้านชำร่วมกัน

- ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action)

ขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือการสำรวจร้านชำ โดยการสร้างข้อคำถามบน Google app. script โดยกรอกข้อมูลผ่าน Web app. ข้อคำถาม ข้อมูลที่ต้องการสำรวจร้านชำจะกำหนดร่วมกัน ในทีมเภสัชกรทุกโรงพยาบาลในจังหวัดชัยนาท เมื่อสร้างโปรแกรมสำรวจร้านชำเสร็จแล้วจะมีการประชุมชี้แจงการใช้งานโปรแกรมฯ ให้กับ

ภาคีเครือข่ายที่รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคในจังหวัดต่อไป

- ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation)

ขั้นตอนการสำรวจร้านชำทุกร้าน ด้วยการใช้เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นโดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือผู้นำชุมชน ระยะเวลาในการสำรวจ 1 - 2 เดือน จากนั้นจะมีการประเมินความพึงพอใจในการใช้โปรแกรมประยุกต์สำรวจร้านชำ เพื่อนำปัญหาและเสนอแนะต่าง ๆ ไปปรับปรุงและพัฒนาโปรแกรมฯ ต่อไป

- ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection)

ขั้นตอนประมวลผลการสำรวจร้านชำด้วยโปรแกรมประยุกต์ฯ และรายงานผลการสำรวจส่งคืนให้กับผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ในขั้นตอนการพัฒนากระบวนการ (ขั้นตอนที่ 1 และ 2) ได้แก่ เภสัชกรโรงพยาบาล จำนวน 8 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ จำนวน 8 คน
2. ในขั้นตอนการสำรวจ (ขั้นตอนที่ 3) ประกอบด้วย
 - 1) การสำรวจร้านชำ ได้แก่ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำชุมชน
 - 2) การสำรวจความพึงพอใจ ได้แก่ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำชุมชน
3. ในขั้นตอนการสะท้อนข้อมูล (ขั้นตอนที่ 4) ได้แก่ เภสัชกรโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ



เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ
ผู้ประกอบการร้านชำสีแดง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ในขั้นตอนการสำรวจร้านชำ (ขั้นตอนที่ 3) ได้แก่
โปรแกรมประยุกต์สำรวจร้านชำจังหวัดชัยนาท
ผู้วิจัยได้แนวคิดและพัฒนามาจากแบบสำรวจ
ร้านชำของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
โดยออกแบบเนื้อหาเพื่อเก็บข้อมูลเป็น 9 ส่วน
ดังนี้

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้สำรวจ ได้แก่ ชื่อ-
นามสกุล ตำแหน่ง ฯลฯ
- ส่วนที่ 2 ข้อมูลร้านชำ ได้แก่ ชื่อร้าน
ประเภทร้าน ชื่อเจ้าของร้าน ที่อยู่
พิกัดร้าน รูปร้าน ฯลฯ
- ส่วนที่ 3 ข้อมูลการจัดการร้าน ได้แก่
การจัดร้าน อุปกรณ์ในร้าน ความสะอาด
ถึงขยะ ฯลฯ
- ส่วนที่ 4 ข้อมูลการจำหน่ายยาในร้าน
ชำ ได้แก่ แหล่งที่มาของยา จำนวนที่
สำรวจ จำนวนที่ผ่าน ฯลฯ
- ส่วนที่ 5 ข้อมูลการจำหน่ายอาหาร
ในร้านชำ ได้แก่ พบการจำหน่าย
อาหาร ชนิดของอาหาร อาหารที่ไม่มี
เครื่องหมาย ออย. อาหารที่ไม่มีชื่อ ที่อยู่
ผู้ผลิต จำนวนที่สำรวจ จำนวนที่ผ่าน
 ฯลฯ
- ส่วนที่ 6 ข้อมูลการจำหน่ายเครื่องสำอาง
ในร้านชำ ได้แก่ พบการจำหน่าย
เครื่องสำอาง ไม่มีเลขที่จดแจ้ง ไม่มีชื่อ

ที่อยู่ผู้ผลิต ไม่มีวันเดือนปีหมดอายุ
 ฯลฯ จำนวนที่สำรวจ จำนวนที่ผ่าน

- ส่วนที่ 7 ข้อมูลการจำหน่ายวัตถุ
อันตรายในร้านชำ ได้แก่ พบการ
จำหน่ายวัตถุอันตราย ผลิตภัณฑ์
กำจัดแมลง น้ำยาล้างจาน น้ำมันไต้ยุง
พาราควอต คลอไพริฟอส จำนวนที่
สำรวจ จำนวนที่ผ่าน
- ส่วนที่ 8 การโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ
ในร้านชำ ได้แก่ พบการโฆษณาไม่
ถูกต้องด้านยา อาหาร ฯลฯ
- ส่วนที่ 9 การลงชื่อ เจ้าของร้านชำ
ผู้สำรวจ พยาน

2. ในขั้นตอนการสำรวจความพึงพอใจ (ขั้นตอน
ที่ 3) ได้แก่ แบบสอบถามความพึงพอใจใน
การใช้งานโปรแกรมประยุกต์สำรวจร้านชำ
จังหวัดชัยนาท เป็นแบบสอบถามเพื่อประเมิน
ความพึงพอใจของผู้ใช้งานโปรแกรมฯ โดยมี
รายละเอียด ดังนี้

- ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้กรอก
แบบสอบถาม
 - ตอนที่ 2 ความพึงพอใจของผู้ตอบ
แบบสอบถามที่มีต่อการใช้โปรแกรมประยุกต์
สำรวจร้านชำในด้านต่าง ๆ โดยแบ่งระดับความ
พึงพอใจเป็น 5 ระดับ ดังนี้
- 5 หมายถึง มีความพึงพอใจมากที่สุด
4 หมายถึง มีความพึงพอใจมาก
3 หมายถึง มีความพึงพอใจปานกลาง
2 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย



1 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อยที่สุด
ค่าคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยแต่ละด้าน
นำมาแปลความหมายตามเกณฑ์ ดังนี้

4.51 – 5.00 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด

3.51 – 4.50 หมายถึง พึงพอใจมาก

2.51 – 3.50 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง

1.51 – 2.50 หมายถึง พึงพอใจน้อย

1.00 – 1.50 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด

- ตอนที่ 3 ปัญหาและข้อเสนอแนะ

แบบสอบถามนี้ผ่านการประเมินความสอดคล้อง
(Index of Consistency : IOC) จากผู้เชี่ยวชาญ
3 ท่าน มีการปรับปรุงจากข้อคำถามเดิมทั้งหมด
12 ข้อ ผ่านการประเมิน IOC 10 ข้อ ที่ระดับ
คะแนน 0.67 ไม่ผ่านการประเมิน 2 ข้อ ที่ระดับ
คะแนน 0.33 จึงพิจารณาตัดออก

3. ในขั้นตอนการสะท้อนผล (ขั้นตอนที่ 4) ได้แก่
แบบลงนามเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ และ
แบบบันทึกการสังเกต

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

- ข้อมูลเชิงปริมาณ (ขั้นตอนที่ 3) เก็บรวบรวม
ข้อมูลจากโปรแกรมประยุกต์สำรวจร้านค้า
และแบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้
งานโปรแกรมประยุกต์ฯ
- ข้อมูลเชิงคุณภาพ (ขั้นตอนที่ 4) เก็บรวบรวม
ข้อมูลจากการประชุมเชิงปฏิบัติการ การ
สังเกต และการสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

- ข้อมูลเชิงปริมาณ (ขั้นตอนที่ 3) ประมวลผล
โดยใช้โปรแกรม Google data studio และ
SPSS วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา
(Descriptive statistics) แจกแจงความถี่
ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- ข้อมูลเชิงคุณภาพ (ขั้นตอนที่ 4) รวบรวม
จากการประชุม การสังเกต การสอบถาม
เพื่อนำข้อเสนอแนะ มาอภิปรายผล แล้วนำไป
พัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังติดตามการ
จำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านต่อไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรม
การวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรม
การวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
ชัยนาท รหัสเอกสาร COA No. 9/2566 REC
No.009/2566E

ผลการวิจัย

1. ขั้นการวางแผน (Planning)

จากการทบทวนรูปแบบการสำรวจร้านค้า
จังหวัดชัยนาทที่เคยดำเนินการพบว่าเจ้าหน้าที่
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นผู้สำรวจ
ร้านค้า โดยใช้แบบสำรวจที่เป็นกระดาษ สำรวจ
ปีละ 1 ครั้ง ซึ่งการใช้แบบสำรวจที่เป็นกระดาษ
นั้นพบว่ายุ่งยากในการใช้งาน การประมวลผลใช้
เวลานาน ไม่สามารถวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึกได้ ไม่มี
ฐานข้อมูลผู้ประกอบการร้านค้าเก็บไว้สำหรับ



การค้นหา การสะท้อนข้อมูลให้กับพื้นที่ใช้การ
ส่งหนังสือทางการให้กับสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง
และในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19
ตั้งแต่ปี 2562-2565 ไม่มีการสำรวจร้านชำ ทำให้

ขาดการเฝ้าระวังติดตาม จึงพอสรุปรูปแบบการ
เฝ้าระวังติดตามการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพ
ในร้านชำจังหวัดชัยนาทที่เคยดำเนินการได้ตั้ง
ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 รูปแบบการเฝ้าระวังติดตามการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำจังหวัดชัยนาท (เดิม)

หัวข้อ	วิธีการ	ปัญหาที่พบ
1. เครื่องมือที่ใช้สำรวจ	ใช้แบบสำรวจที่เป็นกระดาษ	- ต้องใช้เวลานานในการเขียน รายละเอียดลงแบบสำรวจ - ผู้สำรวจบางคนลายมืออ่านยาก - รายละเอียดในแบบสำรวจไม่ครบถ้วน ทุกประเภทผลิตภัณฑ์สุขภาพ
2. การสรุปและประมวลผล การสำรวจ	ใช้การนับจำนวน/ความถี่ และวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบ สำรวจที่ละเอียด	- ใช้เวลาในการสรุปและประมวลนาน - สรุปผลได้เป็นเชิงปริมาณ - ข้อมูลที่ได้ไม่ละเอียด/ไม่ทราบสภาพ ปัญหาที่แท้จริง
3. ความถี่ในการสำรวจ	สำรวจปีละ 1 ครั้ง	- ขาดการติดตามร้านชำที่มีปัญหา
4. การรับฟังความคิดเห็น จากผู้สำรวจ	ไม่มีช่องทางรับฟังข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะจาก ผู้สำรวจ	- ขาดการมีส่วนร่วมในการพัฒนาเนื้อหา ในแบบสำรวจ
5. การสะท้อนข้อมูล กลับคืนให้พื้นที่	ใช้การส่งหนังสือทางการแจ้ง สาธารณสุขอำเภอแต่ละแห่ง	- เป็นการสื่อสารทางเดียว - ไม่ทราบว่าพื้นที่เข้าใจสภาพปัญหาของ ตนเอง - จังหวัดไม่มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา ร่วมกับพื้นที่

2. ขั้นการปฏิบัติการ (Action)

การสร้างโปรแกรมประยุกต์สำรวจร้านค้า ได้แนวคิดและพัฒนาจากแบบสำรวจร้านค้าของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เก็บข้อมูล แปรผล และแสดงผลข้อมูลแบบ Real time ผ่าน Google app. script โดยใช้

Google form เก็บข้อมูลลงใน Google sheet กรอกและบันทึกข้อมูลการสำรวจผ่าน Web app. ประมวลผลโดย Google data studio แสดงผลในรูปของ Dashboard โดยใช้ชื่อโปรแกรมนี้ว่า “โปรแกรมประยุกต์สำรวจร้านค้าจังหวัดชัยนาท”



ภาพที่ 1 หน้า Web application โปรแกรมประยุกต์สำรวจร้านค้าและการแสดงผลในรูป Dashboard

3. ขั้นการสังเกตการ (Observation)

ผลการสำรวจร้านค้าในจังหวัดชัยนาท จาก Dashboard นำมาสรุปเป็นตารางได้ ดังนี้

ตารางที่ 2 จำนวนร้านค้าในจังหวัดชัยนาทที่พบการจำหน่ายยาแต่ละประเภท

ลำดับที่	ประเภทยา	ร้านชำที่มีการจำหน่ายยา (ร้าน)	ร้อยละ
1	ยาสามัญประจำบ้าน	531	57.97
2	ยาบรรเทาปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์	124	13.54
3	ยาแผนโบราณ	83	9.06
4	ยาอันตรายหรือยาบรรจสุเสร็จ	34	3.71
5	ยาปฏิชีวนะ	15	1.64
6	ยาชุด	4	0.44
7	ยาอื่น ๆ	125	13.65
	รวม	916	100



จากตารางที่ 2 พบว่า ได้ดำเนินการสำรวจร้านชำในจังหวัดชัยนาทรวมทั้งสิ้น 1,558 ร้าน พบว่ามีการจำหน่ายยา 916 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 58.79 ประเภทยาที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก

ได้แก่ ยาสามัญประจำบ้านร้อยละ 57.97 ยากลุ่มอื่น ๆ (เช่น ยาพาราเซตามอลที่ขนาดบรรจุไม่ใช่ยาสามัญประจำบ้าน) ร้อยละ 13.65 และยาบรรเทาปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ร้อยละ 13.54

ตารางที่ 3 ชนิดความเสี่ยงด้านอาหารและจำนวนที่พบในอาหาร 4 ประเภท

ลำดับ	ชนิดความเสี่ยง	จำนวนที่พบในอาหาร (รายการ)					ร้อยละ
		นมและผลิตภัณฑ์จากนม	น้ำดื่มในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท	ขนมขบเคี้ยว	แซนวิช	รวม	
1	ไม่มีเลขสารบบอาหาร	2	3	6	38	49	19.68
2	ไม่มีชื่อที่อยู่ผู้ผลิต จำหน่าย	2	2	6	35	45	18.07
3	ไม่มีวันเดือนปีผลิต หหมดอายุ	2	3	4	41	50	20.08
4	ไม่บอกส่วนประกอบอาหาร	1	3	7	38	49	19.68
5	ไม่มีฉลาก	3	2	9	32	46	18.47
6	สวมเลขสารบบอาหาร	1	3	3	3	10	4.02
7	หมดอายุ เสื่อมคุณภาพ	0	0	0	0	0	0
รวม		11	16	35	187	249	100

จากตารางที่ 3 พบว่า อาหารที่พบความเสี่ยงทุกชนิดมากที่สุดคือ แซนวิช จำนวน 187 รายการ รองลงมาคือขนมขบเคี้ยว จำนวน 35 รายการ น้ำดื่มในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท จำนวน

16 รายการ ความเสี่ยงที่พบส่วนใหญ่ ได้แก่ ไม่มีวันเดือนปีที่ผลิตหรือหมดอายุ ไม่บอกส่วนประกอบอาหารร่วมกับไม่มีเลขสารบบอาหาร และไม่มีฉลาก ร้อยละ 20.08, 19.68 และ 18.47 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 จำนวนร้านชำในจังหวัดชัยนาทแบ่งตามระดับความปลอดภัย

ลำดับที่	ระดับความปลอดภัย	จำนวนร้านชำ (ร้าน)	ร้อยละ
1	ร้านชำสีเขียว	747	47.95
2	ร้านชำสีฟ้า	545	34.98
3	ร้านชำสีเหลือง	24	1.54
4	ร้านชำสีแดง	242	15.53
รวม		1,558	100



จากตารางที่ 4 ร้านชำเมื่อแบ่งตามระดับความปลอดภัย พบว่า เป็นร้านชำสีเขียว (จำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ปลอดภัยทั้ง 4 ประเภท) ร้อยละ 47.95, ร้านชำสีฟ้า (จำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ปลอดภัย 3 ประเภท) ร้อยละ 34.98, ร้านชำ

สีเหลือง (จำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ปลอดภัย 1 – 2 ประเภท) ร้อยละ 1.54 และร้านชำที่มีความเสี่ยงสูงสุด คือร้านชำสีแดง (จำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยทั้ง 4 ประเภท) ร้อยละ 15.53

ตารางที่ 5 ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความพึงพอใจในการใช้งานโปรแกรมประยุกต์

ข้อที่	ความพึงพอใจต่อการใช้งานในด้านต่าง ๆ	ร้อยละของผู้ตอบความพึงพอใจ (คน)					\bar{x}	S.D.	แปลค่า
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
1	การออกแบบขนาดตัวอักษรและสี อ่านง่ายชัดเจน	17.8 (16)	46.7 (42)	33.3 (30)	2.2 (2)	0 (0)	3.8	0.77	มาก
2	การออกแบบเมนูการใช้งานชัดเจนไม่ยุ่งยากซับซ้อน	21.1 (19)	35.6 (32)	36.7 (33)	6.6 (6)	0 (0)	3.7	0.88	มาก
3	เนื้อหาคำถาม ครอบคลุมครบถ้วน ภาษาเข้าใจง่าย	17.8 (16)	43.3 (39)	31.1 (28)	7.8 (7)	0 (0)	3.7	0.85	มาก
4	เอกสารแนบประกอบ (ภาพถ่าย ที่ตั้งร้าน)	12.3 (11)	50.0 (45)	34.4 (31)	3.3 (3)	0 (0)	3.7	0.72	มาก
5	ความพึงพอใจในภาพรวมต่อการใช้งานโปรแกรมฯ	11.1 (10)	54.5 (49)	31.1 (28)	3.3 (3)	0 (0)	3.7	0.70	มาก

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้ใช้งานโปรแกรมประยุกต์ฯ มีความพึงพอใจมากในภาพรวมทุกด้าน โดยมีจำนวนผู้พึงพอใจมากในภาพรวมต่อการใช้งานสูงสุด ร้อยละ 54.5 รองลงมาคือด้านเอกสารแนบประกอบโปรแกรมฯ ร้อยละ 50 มีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยด้านการออกแบบขนาดตัวอักษรสูงสุด 3.8 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.77) ด้านอื่น ๆ ที่เหลือ

มีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยเท่ากันคือ 3.7 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.70 – 0.88) มีผู้ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับโปรแกรมประยุกต์ฯ จำนวน 6 คน ประเด็นที่เสนอแนะให้รับมากที่สุดคือปรับเนื้อหาข้อความให้มีจำนวนน้อยลง สั้นและกระชับมากขึ้น โดยให้เน้นคำถามหลัก ๆ



จากการใช้โปรแกรมประยุกต์สำรวจร้านชำ จะเห็นว่าสามารถประมวลผลได้อย่างรวดเร็ว การสรุปผลได้ข้อมูลเชิงลึกและละเอียดมากขึ้น และผู้สำรวจที่ใช้งานโปรแกรมประยุกต์ฯ ก็มีความพึงพอใจการใช้งานในระดับมาก

4. ขั้นตอนสะท้อนผล (Reflection)

จากการรวบรวมและสรุปผลการสำรวจร้านชำจังหวัดชัยนาท ผู้วิจัยมีการสะท้อนข้อมูลผลการดำเนินงานดังกล่าว ส่งคืนให้กับผู้ที่เกี่ยวข้อง 2 ประเด็น ดังนี้

4.1 ผลการสำรวจร้านชำ ความเสี่ยงของการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยในร้านชำ
ส่งคืนข้อมูลให้กับพื้นที่แต่ละอำเภอผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับเครือข่ายระดับอำเภอ/ตำบล โดยมุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนในร้านชำสีแดง เนื้อหาในการประชุม ได้แก่ การนำเสนอผลการสำรวจร้านชำแต่ละอำเภอ กฎหมายเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ การนำตัวอย่างผลิตภัณฑ์สุขภาพที่จำหน่ายได้หรือไม่ได้ในร้านชำมาแสดง การแบ่งกลุ่มเข้าฐานสาธิตและทดลองค้นหา เลขสารบบอาหาร เลขทะเบียนผลิตภัณฑ์การดูวันเดือนปีที่ผลิต/หมดอายุ ฯลฯ จากจำนวนร้านชำสีแดงทั้งหมด 242 ร้าน เข้าร่วมประชุม จำนวน 207 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 85.54 ซึ่งจะมีการติดตามร้านชำสีแดงเหล่านี้ ในการสำรวจครั้งต่อไป

4.2 ผลการประเมินความพึงพอใจในการใช้งานโปรแกรมประยุกต์สำรวจร้านชำจังหวัดชัยนาท

ผู้วิจัยจะรวบรวมผลการสอบถามปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะจากผู้ใช้งานโปรแกรมฯ ทหารือกับทีมเภสัชกรและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอที่ร่วมกันจัดทำโปรแกรมฯ เพื่อปรับปรุงพัฒนาโปรแกรมตามข้อเสนอแนะเพื่อให้ใช้งานได้สะดวกและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

จากการดำเนินการศึกษาครบทั้ง 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นวางแผน (Planning) ขั้นการปฏิบัติการ (Action) ขั้นการสังเกตการ (Observation) และขั้นสะท้อนผล (Reflection) พบว่า มีการปรับปรุงพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังติดตามการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำจังหวัดชัยนาท ในประเด็นหลักๆ ดังนี้

1. ใช้เครื่องมือในการสำรวจร้านชำ ได้แก่ โปรแกรมประยุกต์สำรวจร้านชำที่สามารถลงข้อมูลผ่านโทรศัพท์มือถือหรือแท็บเล็ต เพื่อความสะดวกและรวดเร็วในการสำรวจและประมวลผลข้อมูล
2. กำหนดช่วงเวลาในการสำรวจที่ชัดเจน ปีละ 2 ครั้ง เพื่อให้มีการติดตามอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ
3. การสะท้อนข้อมูลคืนกลับให้พื้นที่ ใช้การประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับภาคีเครือข่ายระดับอำเภอ/ตำบล เพื่อเป็นการสื่อสารสองทาง และส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาในพื้นที่

จึงขอสรุปรูปแบบการเฝ้าระวังติดตามการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำจังหวัดชัยนาทที่พัฒนาและผลลัพธ์ที่ดีขึ้นได้ดังตารางที่ 8



ตารางที่ 6 รูปแบบการเฝ้าระวังติดตามการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำจังหวัดชัยนาท (ใหม่)

หัวข้อ	วิธีการ	ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น
1. เครื่องมือที่ใช้สำรวจ	ใช้โปรแกรมประยุกต์สำรวจร้านชำผ่านโทรศัพท์มือถือ	<ul style="list-style-type: none">- สะดวก รวดเร็วในการลงข้อมูล- มีรายละเอียดในแบบสำรวจครบถ้วน- ครอบคลุมผลิตภัณฑ์สุขภาพทุกประเภท- ลดการใช้กระดาษ (ลดค่าใช้จ่าย)- <u>ข้อจำกัด</u> ต้องมีอุปกรณ์มือถือและสัญญาณอินเทอร์เน็ต
2. การสรุปและประมวลผล การสำรวจ	ใช้การประมวลผลโดยโปรแกรม Google Data Studio	<ul style="list-style-type: none">- ใช้เวลาในการสรุปและประมวลผลเร็ว เป็น Real time- สรุปผลได้ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ- ข้อมูลที่ได้ละเอียด/ทราบสภาพปัญหาของผลิตภัณฑ์แต่ละประเภท
3. ความถี่ในการสำรวจ	สำรวจปีละ 2 ครั้ง	<ul style="list-style-type: none">- สามารถติดตามร้านชำที่มีปัญหาได้ เป็นการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง
4. การรับฟังความคิดเห็นจากผู้สำรวจ	มีการรับฟังข้อเสนอแนะจากผู้สำรวจเพื่อพัฒนาข้อมูลในแบบสำรวจ	<ul style="list-style-type: none">- ผู้สำรวจมีส่วนร่วมในการพัฒนาเนื้อหาในแบบสำรวจ
5. การสะท้อนข้อมูลกลับคืนให้พื้นที่	ใช้การประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่	<ul style="list-style-type: none">- เป็นการสื่อสารสองทาง- มีการวิเคราะห์ปัญหา/มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาพร้อมกับพื้นที่
6. ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ประกอบการร้านชำ	ข้อมูลใน Google sheet เก็บเป็นฐานข้อมูลผู้ประกอบการร้านชำได้	<ul style="list-style-type: none">- มีฐานข้อมูลผู้ประกอบการร้านชำในรูปแบบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์
7. ข้อมูลผลการสำรวจย้อนหลัง	เก็บผลการสำรวจย้อนหลังในรูปแบบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ได้	<ul style="list-style-type: none">- มีผลการสำรวจย้อนหลังเพื่อเปรียบเทียบการปรับปรุงพัฒนาของร้านชำแต่ละร้านได้



อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

สรุปผล

รูปแบบการเฝ้าระวังติดตามการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำจังหวัดชัยนาท ที่พัฒนาขึ้น โดยใช้โปรแกรมประยุกต์ในการสำรวจปัญหาการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพทั้ง 4 ประเภท ในร้านชำ มีความสะดวกและรวดเร็วในการสำรวจ และการประมวลผล มีการนำเสนอผลในรูปแบบ Dashboard ทำให้ทราบปัญหาเชิงลึกของผลิตภัณฑ์สุขภาพแต่ละประเภท ซึ่งจากการประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้งานพบว่าผู้ใช้งานส่วนใหญ่มีความพึงพอใจมาก การคืนข้อมูลผลการสำรวจให้กับพื้นที่ใช้การประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับเครือข่ายระดับอำเภอ/ตำบล ซึ่งเป็นการสื่อสารสองทาง โดยนำเสนอข้อมูลผลการสำรวจควบคู่ไปกับการสร้างความรู้ความเข้าใจให้กับผู้ประกอบการร้านชำและเจ้าหน้าที่เครือข่าย ซึ่งการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะทำให้การพัฒนาความปลอดภัยในร้านชำประสบความสำเร็จ เช่นเดียวกับการศึกษาของ จันทรจรรย์ ดอกบัว และคณะ³ และ จินดาพร อุปลัมภ์ และคณะ⁶ นอกจากนี้ การสำรวจร้านชำอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้มีการเฝ้าระวังติดตามอย่างต่อเนื่อง จะช่วยแก้ปัญหการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสมในร้านชำได้ ซึ่งตรงกับการศึกษาของ จันทรจรรย์ ดอกบัว และคณะ³ และ ธิดาพร อาจทวีกุล และคณะ⁸

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการขยายผลรูปแบบการสำรวจร้านชำโดยใช้โปรแกรมประยุกต์ ไปใช้กับการสำรวจผู้ประกอบการประเภทอื่น เช่น ผู้ประกอบการด้านอาหาร สถานประกอบการต่าง ๆ เนื่องจากสามารถประมวลผลและสะท้อนข้อมูลกลับได้อย่างรวดเร็ว และควรกำหนดช่วงเวลาในการสำรวจให้ชัดเจนในแต่ละปีเพื่อให้สามารถติดตามผลการพัฒนาปรับปรุงได้อย่างต่อเนื่อง

2. ควรมีการประเมินความรู้ความเข้าใจของกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ (ผู้ประกอบการร้านชำสีแดง) เพื่อประเมินประสิทธิภาพและผลลัพธ์ของการประชุมเชิงปฏิบัติการ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ นพ.พัลลภ ยอดศิริจินดา นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชัยนาท ที่อนุญาตให้ดำเนินการวิจัยในพื้นที่ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดชัยนาท ที่ให้ความร่วมมือในการสำรวจร้านชำและเสนอแนวคิดในการปรับปรุงโปรแกรมประยุกต์สำรวจร้านชำ รวมถึงผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทุกท่านที่ทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี



เอกสารอ้างอิง

1. กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานพัฒนาระบบการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (Rational Drug Use Community : RDU Community). กรุงเทพฯ: กลุ่มงานพัฒนาระบบสนับสนุนบริการ กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
2. ภูธิป ศร่างเศร่า, ราชนัน คงชุม. ปัจจัยที่มีผลต่อการจำหน่ายยาที่มีใช้ยาสามัญประจำบ้านของร้านชำในจังหวัดพัทลุง [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 23 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://ptho.moph.go.th/ptvichakarn63/uploads/54598_0204_20200817234534.pdf
3. จันทรจรรย์ ดอกบัว, รัตนาภรณ์ ชันติมัง, หทัยรัชต์ พุกสอาด, ณัฐพร สุ่มหนองบัว. สถานการณ์การจำหน่ายยาในร้านขายของชำ อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ. [อินเทอร์เน็ต] วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (ออนไลน์). 2564; 1(1): 37-44. [เข้าถึงเมื่อ 25 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JOHCP/article/view/251672>
4. อัปสร บุญยัง, รุ่งทิพา หมื่นปา. ความชุกของการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมของร้านชำในจังหวัดพิษณุโลกและปัจจัยที่มีผล. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2562; 11(1): 105-18.
5. ปรีชญา ยอดสะเทิ้น, สมัทนา กลางคาร, บัณฑิต วรรณประพันธ์. การพัฒนากระบวนการเฝ้าระวังการจำหน่ายอาหารผิดมาตรฐานในร้านชำ. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2563; 6(4): 27-38.
6. จินดาพร อุปถัมภ์, คณัฐวุฒิ หลวงเทพ, สิริธร บัวขจร. การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำจังหวัดศรีสะเกษ. [อินเทอร์เน็ต]. วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (ออนไลน์). 2566; 3(1): 70-85. [เข้าถึงเมื่อ 25 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JOHCP/article/view/260800>
7. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University; 1988
8. ธิดาพร อาจทวิกุล, วิรติ ปานศิลา, วรพจน์ พรหมสัตยพรต. การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังการจำหน่ายยาอันตรายในร้านขายของชำในพื้นที่ตำบลสะแกโพรง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2559; 22(4): 497-509.



การรับรู้ต่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของบุคลากรในโรงพยาบาลเอกชน จังหวัดลำพูน
Perception towards Rational Drug Use among personnel
in private hospitals in Lamphun Province

สาธิต เจริญพงษ์¹

Sathit Charoenphong¹

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบภาคตัดขวางเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้และปัจจัยภายในของบุคลากรในโรงพยาบาลเอกชนต่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล จังหวัดลำพูน ดำเนินการระหว่างเดือนเมษายน ถึงกันยายน พ.ศ. 2566 โดยใช้แบบสอบถามส่งไปให้กลุ่มเป้าหมายจำนวน 75 คน ได้รับกลับคืนมาจำนวน 59 ฉบับ นำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลและแบ่งตามเกณฑ์ระดับ ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรที่เข้าร่วมการวิจัยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.9 มีอายุเฉลี่ย 35.42 ปี อยู่ในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 30.5 ระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 84.7 มีประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 9.17 ปี ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนเฉลี่ย 6.05 ปี ในหน่วยงานมีการสื่อสารการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และเคยศึกษาข้อมูลแล้ว ร้อยละ 78.0 การรับรู้ต่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของบุคลากรโดยรวมมีคะแนนอยู่ในระดับการรับรู้ปานกลาง มีคะแนนการรับรู้มากที่สุด ประเด็นการจัดทำฉลากยา ฉลากยาเสริม และข้อมูลยาสู่ประชาชน และมีคะแนนการรู้น้อยที่สุด ประเด็นการสร้างความรู้ของบุคลากรทางการแพทย์และผู้รับบริการต่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ถ้าแยกการรับรู้ตามเกณฑ์ที่กำหนด บุคลากรในโรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ระดับการรับรู้มาก ในประเด็นการส่งเสริมจริยธรรมและจรรยาบรรณทางการแพทย์ในการสั่งจ่าย โดยพบว่าช่วงอายุต่างกันและสถานที่ปฏิบัติงานต่างกัน มีการรับรู้การใช้ยาอย่างสมเหตุผลที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ซึ่งองค์กรแพทย์และสหวิชาชีพจะต้องมีบทบาทในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและสร้างความรู้ต่อการใช้ยาให้กับบุคลากรด้วย

คำสำคัญ: การรับรู้, การใช้ยาอย่างสมเหตุผล, โรงพยาบาลเอกชน

¹เภสัชกรชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน

¹Pharmacist, Senior Professional Level. Division of Consumer Protection and Public Health Pharmacy, Lamphun Provincial Public Health Office. E-mail : tom_thit@hotmail.com



Abstract

The purpose of this descriptive cross-sectional research was to study the perceptions and internal factors of healthcare personnel in private hospitals regarding rational drug use in Lamphun province. The research was conducted from April to September 2023, in which questionnaires were distributed to a target group of 75 individuals, and 59 responses were collected. The obtained scores were then analyzed and categorized based on predefined criteria. The results showed that 78.9% of survey participants were female and held the position of professional nurse, with an average age of 35.42 years (30.5%). Their highest level of education was a bachelor's degree (84.7%), and they had an average work experience of 9.17 years. The average length of time spent working in private hospitals was 6.05 years. 78.0% of those in the agency communicated and studied information about rational drug use. The personnel's perception of rational drug use was at a moderate level of awareness. The highest perception score was given to the preparation of drug labels, supplemental drug labels, and public drug information, while raising awareness among medical personnel and service recipients towards rational drug use received the lowest perception score. If recognition was divided according to the criteria specified, the majority of personnel in private hospitals had a high level of awareness in terms of promoting ethics and medical ethics in drug prescribing. The study's findings revealed that different age groups and workplaces had statistically significant effects on the perception of rational drug use (p -value < 0.05). However, medical and allied health organization teams must play a role in promoting rational medication use and raising awareness among personnel about proper medication use.

Keywords: Perception, Rational Drug Use, Private hospital



บทนำ

ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา การดื้อยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial resistance) ของเชื้อแบคทีเรีย ได้ทวีความรุนแรงมากขึ้นและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยทั่วโลกมีการเสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาประมาณปีละ 700,000 คน และหากไม่เร่งแก้ไขปัญหา คาดว่าใน พ.ศ. 2593 การเสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาจะสูงถึง 10 ล้านคน ประเทศในทวีปเอเชียจะมีคนเสียชีวิตมากที่สุดคือ 4.7 ล้านคน คิดเป็นผลกระทบทางเศรษฐกิจสูงถึงประมาณ 3.5 พันล้านล้านบาท สำหรับประเทศไทย การศึกษาเบื้องต้นพบว่า มีการเสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาประมาณปีละ 38,000 คน คิดเป็นการสูญเสียทางเศรษฐกิจโดยรวมสูงถึง 4.2 หมื่นล้านบาท¹ ส่งผลกระทบต่อประชาชนทั้งด้านสุขภาพ สังคม ความปลอดภัย ประสิทธิภาพการรักษา ความคุ้มค่า และนำไปสู่ปัญหาเชื้อดื้อยา² ตามนโยบายแห่งชาติด้านยา พ.ศ. 2554 ในเดือนเมษายน พ.ศ. 2557 เป็นจุดเริ่มต้นการพัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประเทศอย่างเป็นทางการ ภายใต้อำนาจของกระทรวงสาธารณสุข ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลหรือที่เรียกว่า “RDU Hospital” ที่คณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ได้เริ่มดำเนินการทดลองในโรงพยาบาลที่สนใจเข้ามานำร่อง³ ดำเนินการตามกฎแฉสำคัญ 6 ประการ (PLEASE) ของ RDU Hospital คือ 1) การสร้างความเข้มแข็งของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด

2) การจัดทำฉลากยามาตรฐาน ฉลากยาเสริม และข้อมูลยาสู่ประชาชน 3) การจัดทำหรือจัดหาเครื่องมือจำเป็นที่ช่วยให้เกิดการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผล 4) การสร้างความตระหนักรู้ของบุคลากรทางการแพทย์และผู้รับบริการต่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล 5) การดูแลด้านยาเพื่อความปลอดภัยของประชากรกลุ่มพิเศษ 6) การส่งเสริมจริยธรรมและจรรยาบรรณทางการแพทย์ในการสั่งใช้ยา⁴ ซึ่งตรงกับแนวทางขององค์การอนามัยโลกที่กล่าวว่า “การใช้ยาอย่างสมเหตุผล สมผล (Rational Drug Use หรือ RDU) หมายถึง ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ โดยใช้ในขนาดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายด้วยระยะเวลาการรักษาที่เหมาะสม และมีค่าใช้จ่ายน้อยที่สุดต่อชุมชนและผู้ป่วย² ตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับทุกภาคส่วน มุ่งจัดการระบบยาโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้ประชาชนปลอดภัยจากการใช้ยา มีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพเมื่อมีการเจ็บป่วยได้⁵ ภายใต้อำนาจของโครงการป้องกันและควบคุมเชื้อดื้อยาจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล สมผล คาดว่าหากประเทศไทยมีกลไกเชิงระบบที่มีประสิทธิภาพ จำนวนประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาการใช้ยาที่บ้านน่าจะลดลงได้ 12 ล้านคนต่อปี ลดการไปโรงพยาบาลลงได้ 2.9 ล้านคนต่อปี และลดการนอนในโรงพยาบาลลงได้ 1.3 แสนคนต่อปี และลดการครอบครองยาเกินจำเป็น



ได้ถึง 2,370 บาท/คน/ปี⁶ จึงได้มีการขับเคลื่อนการพัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล หรือเรียกว่า RDU Community โดยการพัฒนาจังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล มีเป้าหมายเพื่อยกระดับคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพในระบบบริการสุขภาพภาครัฐและเอกชน เพื่อให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และแก้ไขปัญหาในชุมชน อย่างเป็นระบบและยั่งยืน เพื่อให้ประชาชนมีความปลอดภัยจากการใช้ยาและมีประสิทธิผลคุ้มค่า จากข้อมูลการขับเคลื่อนการพัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล⁷ ในปีงบประมาณ 2565 ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในภาพรวมของประเทศ เฉลี่ยร้อยละ 72.37 ภาพรวมของเขตสุขภาพที่ 1 เฉลี่ยร้อยละ 83.72 จังหวัดลำพูน เฉลี่ยร้อยละ 87.50 ตามลำดับ โดยในปีงบประมาณ 2566 ได้กำหนดให้ร้อยละ 30 ของอำเภอทั้งหมดในแต่ละจังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล ซึ่งประเมินจากการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาลรัฐ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, โรงพยาบาลเอกชน, ร้านชำ, ร้านยา และคลินิกในแต่ละอำเภอพบว่า RDU Hospital ผ่านตัวชี้วัดคิดเป็นร้อยละ 87.50 และ RDU Community ผ่านตัวชี้วัดคิดเป็นร้อยละ 50 โดยการดำเนินงานจังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผลส่วนหนึ่งต้องมีข้อมูลจากโรงพยาบาลเอกชนที่เป็นหนึ่งในกลุ่มเป้าหมายที่ต้องประเมินการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาล โดยใช้เกณฑ์

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในสถานพยาบาลเอกชน ตามแนวทางของ PLEASE⁸

จังหวัดลำพูน มีโรงพยาบาลเอกชน จำนวน 5 แห่งที่ต้องเตรียมความพร้อมสำหรับการดำเนินการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยใช้แนวทางเบื้องต้นของ PLEASE ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อพัฒนาระบบคุณภาพด้านยาของการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบในโรงพยาบาลเอกชน โดยต้องพัฒนาให้เหมาะสมตามบริบทของโรงพยาบาล ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ศึกษาการรับรู้ของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาลเอกชน จังหวัดลำพูน ผลจากการทำวิจัยครั้งนี้คาดว่าจะประโยชน์และทราบถึงสถานการณ์การใช้ยาอย่างสมเหตุผลของโรงพยาบาลเอกชน ในจังหวัดลำพูน เพื่อนำไปพัฒนาให้ผ่านตามเกณฑ์จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU Province) และส่งเสริมให้โรงพยาบาลเอกชนเห็นความสำคัญของการดำเนินงานตามแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในสถานพยาบาลเอกชนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ต่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของบุคลากรในโรงพยาบาลเอกชน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลกับการรับรู้ต่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล



ในโรงพยาบาลเอกชน

3. เพื่อหาแนวทางพัฒนาการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาลเอกชน

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยมีกรอบแนวคิดการทำวิจัยดังนี้

1. ตัวแปรอิสระ คือ ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด ตำแหน่งที่เกี่ยวข้อง ประสบการณ์ทำงาน ระยะเวลาปฏิบัติงาน โรงพยาบาลที่ปฏิบัติงาน

2. ตัวแปรตาม คือ การรับรู้ต่อการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผลตามแนวทางของ PLEASE

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Descriptive Cross-sectional Study) ด้วยแบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเอง ดำเนินการศึกษาตั้งแต่เดือนเมษายน – กันยายน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ บุคลากรในโรงพยาบาลเอกชนทั้งหมด 5 แห่ง ในจังหวัดลำพูน โดยเป็นบุคลากรตามที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกำหนดไว้ในแบบประเมินตนเอง ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ เจ้าหน้าที่ฝ่ายสนับสนุนหรือจัดซื้อยา โดยมีบทบาทในการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาล คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โรงพยาบาลละ 15 คน รวมทั้งหมด 75 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยนำเนื้อหาจากแบบประเมินตนเองด้านการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผลตามแนวทางของ PLEASE สำหรับสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ของกองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยยังคงลักษณะของเนื้อหาเหมือนเดิม แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 7 ข้อ

2) การประเมินการรับรู้ต่อการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผลของบุคลากรในโรงพยาบาลเอกชนจังหวัดลำพูน จำนวน 33 ข้อ รวมคะแนนเต็ม 66 คะแนน

3) ข้อเสนอแนะหรือแนวทางการพัฒนาการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาลเอกชน โดยกำหนดระดับคะแนน ดังนี้

- 0 คะแนน หมายถึง ยังไม่ได้เริ่มกิจกรรมนี้ หรือ ไม่ทราบ/ไม่รู้ ว่ามีกิจกรรมนี้

- 1 คะแนน หมายถึง รับรู้ว่ามีกิจกรรมเริ่มกิจกรรม หรือ มีกิจกรรมที่ไม่ต่อเนื่องหรือไม่สมบูรณ์

- 2 คะแนน หมายถึง รับรู้ว่ามีกิจกรรมดำเนินกิจกรรมอย่างสมบูรณ์ และต่อเนื่องจนเป็นปกติ

การแปลผลคะแนนแบ่งระดับการรับรู้ต่อการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผล มาแบ่งกลุ่มให้สอดคล้องกับช่วงคะแนนที่กำหนด โดยกรม



สนับสนุนบริการสุขภาพ สามารถแบ่งได้ 3 ช่วง ดังนี้

- 1) ช่วงคะแนน 53 – 66 คะแนน หรือคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80.00 หมายถึง การรับรู้อยู่ในระดับรับรู้มาก
- 2) ช่วงคะแนน 33 - 52 คะแนน หรือคะแนนระหว่างร้อยละ 50.00 – 79.99 หมายถึง การรับรู้อยู่ในระดับรับรู้ปานกลาง
- 3) ช่วงคะแนน 0 – 32 คะแนน หรือคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 50.00 หมายถึง การรับรู้อยู่ในระดับรับรู้น้อย

ให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาเพื่อดูความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) แล้วนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence หรือ IOC) พบว่ามีค่าเท่ากับ 0.99 นำข้อมูลมาวิเคราะห์คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88

การเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยมีหนังสือนำส่งแบบสอบถามไปยังโรงพยาบาลเอกชนทั้ง 5 แห่ง และแจ้งให้ผู้ประสานงานของแต่ละโรงพยาบาลให้นำแบบสอบถามส่งให้กับกลุ่มตัวอย่างตามที่ได้คัดเลือกไว้ และให้รวบรวมแบบสอบถามส่งกลับคืนมายังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน โดยมีกำหนดระยะเวลา 20 วัน พบว่าได้แบบสอบถามส่งกลับคืนจากโรงพยาบาลจำนวน 4 แห่ง โดยมี

โรงพยาบาล 1 แห่ง ไม่สมัครใจตอบแบบสอบถาม ได้แบบสอบถามกลับมาจำนวน 59 ฉบับ

การวิเคราะห์ข้อมูล นำแบบสอบถามที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์และบันทึกข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows Version 22 วิเคราะห์หาสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน (Analytical Statistics) ได้แก่ การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way Analysis of Variance) เปรียบเทียบปัจจัยภายในส่วนบุคคลกับการรับรู้การใช้ยาอย่างสมเหตุผล ข้อเสนอแนะหรือแนวทางการพัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุผลนำข้อมูลมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

จริยธรรมวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน กระทรวงสาธารณสุข เลขที่โครงการวิจัย REC 2566-19 โดยได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา การเก็บรวบรวมข้อมูล การตอบแบบสอบถามขึ้นกับความสมัครใจและไม่มีผลกระทบต่อผู้ตอบแบบสอบถาม ข้อมูลที่ได้รับจะถูกนำเสนอเชิงวิชาการในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

บุคลากรในโรงพยาบาลเอกชนที่ตอบแบบสอบถามกลับมามีจำนวน 4 แห่ง รวม



ทั้งหมด 59 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 79.7) มีอายุอยู่ในช่วง 30 – 39 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 52.5) อยู่ในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ (ร้อยละ 30.5) ระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับปริญญาตรีมากที่สุด (ร้อยละ 84.7) มีประสบการณ์ทำงานทางการแพทย์หรือสาธารณสุข อยู่ระหว่าง 5 – 10 ปี (ร้อยละ 47.4) ช่วงระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน ส่วนใหญ่น้อยกว่า 5 ปี (ร้อยละ 49.2) การรับรู้ข้อมูลข่าวสารการใช้ยาอย่างสมเหตุผลมาจากบุคลากรสาธารณสุขมากที่สุด (ร้อยละ 69.5) และหน่วยงานมีการสื่อสารเกี่ยวกับข้อมูลการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

และเคยศึกษาข้อมูลแล้ว (ร้อยละ 78.0)

ผลการศึกษาการรับรู้ต่อการใช้อย่างสมเหตุผลตามแนวทาง PLEASE พบว่า โดยรวมการรับรู้ต่อการใช้อย่างสมเหตุผล มีคะแนนเฉลี่ย 51.45 คะแนน (± 11.50) คิดเป็นร้อยละ 78.47 อยู่ในระดับการรับรู้ปานกลาง โดยมีคะแนนการรับรู้เฉลี่ยมากที่สุด ประเด็นการจัดทำฉลากยา ฉลากยาเสริมและข้อมูลยาสู่ประชาชน คิดเป็นร้อยละ 88.98 และคะแนนการรับรู้เฉลี่ยน้อยที่สุด ประเด็นการสร้างความรู้ของบุคลากรทางการแพทย์และผู้รับบริการต่อการใช้อย่างสมเหตุผล คิดเป็นร้อยละ 55.08 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนการรับรู้การใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามแนวทาง PLEASE ประเมินโดยบุคลากรโรงพยาบาลเอกชน (n=59)

แนวทาง PLEASE (คะแนนเต็ม)	คะแนนเฉลี่ย \pm SD	ร้อยละคะแนนเฉลี่ย \pm SD (ระดับการรับรู้)
1. การสร้างความเข้มแข็งของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (32 คะแนน)	25.32 \pm 4.53	79.13 \pm 14.17 (ปานกลาง)
2. การจัดทำฉลากยา ฉลากยาเสริม และข้อมูลยาสู่ประชาชน (4 คะแนน)	3.55 \pm 1.08	88.98 \pm 27.17 (มาก)
3. การจัดทำหรือจัดหาเครื่องมือจำเป็นที่ช่วยให้เกิดการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผล (20 คะแนน)	14.64 \pm 4.85	73.22 \pm 24.26 (ปานกลาง)
4. การสร้างความตระหนักรู้ของบุคลากรทางการแพทย์และผู้รับ บริการต่อการใช้อย่างสมเหตุผล (2 คะแนน)	1.10 \pm 0.63	55.08 \pm 31.75 (ปานกลาง)
5. การดูแลด้านยาเพื่อความปลอดภัยของประชากรกลุ่มพิเศษ (6 คะแนน)	5.10 \pm 1.64	85.02 \pm 27.45 (มาก)



ตารางที่ 1 คะแนนการรับรู้การใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามแนวทาง PLEASE ประเมินโดยบุคลากร
โรงพยาบาลเอกชน (n=59) (ต่อ)

แนวทาง PLEASE (คะแนนเต็ม)	คะแนนเฉลี่ย \pm SD	ร้อยละคะแนนเฉลี่ย \pm SD (ระดับการรับรู้)
6. การส่งเสริมจริยธรรมและจรรยาบรรณ ทางการแพทย์ในการสั่งใช้ยา (2 คะแนน)	1.72 \pm 0.66	86.44 \pm 33.25 (มาก)
คะแนนรวม (66 คะแนน)	51.45 \pm 11.50	78.47 \pm 18.15 (ปานกลาง)

จากคะแนนการรับรู้การใช้ยาอย่างสม
เหตุผลตามแนวทาง PLEASE นำกลุ่มตัวอย่าง
มาแบ่งตามเกณฑ์ระดับการรับรู้พบว่า โดยรวม
อยู่ในเกณฑ์ระดับการรับรู้มาก ร้อยละ 69.5
แบ่งได้ดังนี้

- ระดับการรับรู้ น้อย ในประเด็น
การจัดทำหรือจัดหาเครื่องมือจำเป็นที่ช่วยให้
เกิดการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผล ร้อยละ 18.6

- ระดับการรับรู้ ปานกลาง ในประเด็น
การสร้างความตระหนักรู้ของบุคลากรทาง
การแพทย์และผู้รับบริการต่อการสั่งใช้ยาอย่าง
สมเหตุผล ร้อยละ 59.3

- ระดับการรับรู้ มาก ในประเด็น
การส่งเสริมจริยธรรมและจรรยาบรรณ
ทางการแพทย์ในการสั่งใช้ยา ร้อยละ 84.7
ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนบุคลากรโรงพยาบาลเอกชนแยกตามระดับการรับรู้ในแต่ละประเด็น (n=59)

แนวทาง PLEASE	จำนวนบุคลากร เกณฑ์ระดับการรับรู้ (ร้อยละ)		
	น้อย	ปานกลาง	มาก
1. การสร้างความเข้มแข็งของคณะกรรมการ เภสัชกรรมและการบำบัด	3 (5.1)	12 (20.3)	44 (74.6)
2. การจัดทำฉลากยา ฉลากยาเสริม และข้อมูลยา สู่ประชาชน	4 (6.8)	7 (11.9)	48 (81.3)
3. การจัดทำหรือจัดหาเครื่องมือจำเป็นที่ช่วยให้ เกิดการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผล	11 (18.6)	7 (11.9)	41 (69.5)
4. การสร้างความตระหนักรู้ของบุคลากรทาง การแพทย์และผู้รับบริการต่อการสั่งใช้ยาอย่าง สมเหตุผล	9 (15.3)	35 (59.3)	15 (25.4)



ตารางที่ 2 จำนวนบุคลากรโรงพยาบาลเอกชนแยกตามระดับการรับรู้ในแต่ละประเด็น (n=59) (ต่อ)

แนวทาง PLEASE	จำนวนบุคลากร เกณฑ์ระดับการรับรู้ (ร้อยละ)		
	น้อย	ปานกลาง	มาก
5. การดูแลด้านยาเพื่อความปลอดภัยของ ประชากรกลุ่มพิเศษ	6 (10.2)	9 (15.2)	44 (74.6)
6. การส่งเสริมจริยธรรมและจรรยาบรรณ ทางการแพทย์ในการสั่งจ่ายยา	7 (11.9)	2 (3.4)	50 (84.7)
รวม	3 (5.1)	15 (25.4)	41 (69.5)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้เฉลี่ย
จำแนกตามปัจจัยภายในส่วนบุคคล พบว่าปัจจัย
ภายในส่วนบุคคล ได้แก่ ช่วงอายุต่างกันและ
โรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานต่างกัน มีผลต่อการ
รับรู้เฉลี่ยต่อการใช้อย่างสมเหตุสมผลที่แตกต่างกัน
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05)
ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้เฉลี่ยจำแนกตามปัจจัยภายในส่วนบุคคลของบุคลากร
โรงพยาบาลเอกชน

ปัจจัยภายใน ส่วนบุคคล	สถิติทดสอบ	SS	df	MS	F	p-value
ช่วงอายุ	ระหว่างกลุ่ม	3780.15	4	945.03	3.32	0.007*
	ภายในกลุ่ม	15346.47	54	284.19		
	รวม	19126.62	58			
ระดับการศึกษา สูงสุด	ระหว่างกลุ่ม	219.32	2	109.66	0.32	0.738
	ภายในกลุ่ม	18907.30	56	337.63		
	รวม	19126.62	58			
ตำแหน่งที่ เกี่ยวข้องใน โรงพยาบาล	ระหว่างกลุ่ม	2777.07	6	462.84	1.47	0.159
	ภายในกลุ่ม	16349.55	52	314.41		
	รวม	19126.62	58			

* มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (p < 0.05)



ตารางที่ 3 ผลเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้เฉลี่ยจำแนกตามปัจจัยภายในส่วนบุคคลของบุคลากร
โรงพยาบาลเอกชน (ต่อ)

ปัจจัยภายใน ส่วนบุคคล	สถิติทดสอบ	SS	df	MS	F	p-value
ประสบการณ์	ระหว่างกลุ่ม	1659.47	4	414.87	1.28	0.176
ทำงานทางการ แพทย์หรือ สาธารณสุข	ภายในกลุ่ม	17467.15	54	323.46		
	รวม	19126.62	58			
ช่วงระยะเวลาที่ ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาล	ระหว่างกลุ่ม	396.24	3	132.08	0.38	0.611
	ภายในกลุ่ม	18730.38	55	340.55		
	รวม	19126.62	58			
โรงพยาบาลที่ ปฏิบัติงาน	ระหว่างกลุ่ม	4044.25	3	1348.08	4.91	0.001*
	ภายในกลุ่ม	15082.37	55	274.22		
	รวม	19126.62	58			

* มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ($p < 0.05$)

เมื่อนำช่วงอายุมาเปรียบเทียบหาความ
แตกต่างรายคู่ พบว่าช่วงอายุ 20 – 29 ปี มีคะแนน
การรับรู้เฉลี่ยน้อยกว่าช่วงอายุ 30 – 39 ปี และ

ช่วงอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 50 ปี อย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้เฉลี่ยต่อการใช้อย่างสมเหตุผล ตามช่วงอายุของบุคลากรใน
โรงพยาบาลเอกชน

ช่วงอายุ	คะแนนเฉลี่ย (ร้อยละ)	p-value			
		20 – 29 ปี	30 – 39 ปี	40 – 49 ปี	≥ 50 ปี
20 – 29 ปี	64.82		0.001*	0.054	0.017*
30 – 39 ปี	83.38			0.424	0.586
40 – 49 ปี	78.48				0.328
≥ 50 ปี	88.25				

*มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ($p < 0.05$)



เมื่อนำโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานมาเปรียบเทียบหาความแตกต่างรายคู่พบว่า โรงพยาบาลเอกชนแห่งที่ 1 และโรงพยาบาลเอกชนแห่งที่ 2 มีคะแนนการรับรู้เฉลี่ยมากกว่า

โรงพยาบาลเอกชนแห่งที่ 3 และโรงพยาบาลเอกชนแห่งที่ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้เฉลี่ยต่อการใช้อย่างสมเหตุผล ตามโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงาน

โรงพยาบาล เอกชน	คะแนนเฉลี่ย (ร้อยละ)	p-value			
		1	2	3	4
1	86.76		0.847	0.005*	0.014*
2	84.38			0.006*	0.017*
3	68.72				0.664
4	71.41				

*มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ($p < 0.05$)

ข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะของบุคลากรโรงพยาบาลเอกชนในการพัฒนาการใช้อย่างสมเหตุผลพบว่า ต้องมีระบบทบทวน การประเมินแจ้งเตือน (Pop up) ติดตามการสั่งใช้ยา ผลการใช้ยา การให้ข้อมูลย้อนกลับแก่แพทย์ และมีระบบการสั่งใช้ยาหรือแนวทางการรักษาโรคตาม Clinical Guideline ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยให้ Patient Care Team และองค์กรแพทย์เข้ามามีบทบาทเป็นตัวหลักในการใช้อย่างสมเหตุผล โดยสร้างความตระหนักรู้ต่อการใช้ยาให้กับบุคลากร โรงพยาบาลควรกำหนด RDU Team ให้ชัดเจน โดยให้ดำเนินงานและติดตามขยายผลอย่างต่อเนื่อง ต้องมีการทำข้อมูล Antibioqram เพื่อประโยชน์ในการเลือกใช้ยาต้านจุลชีพ รวมทั้งประชาสัมพันธ์ให้กับบุคคลทั่วไปหรือผู้รับบริการ ให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้อย่างสมเหตุผล

ปัญหาอุปสรรคการใช้อย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาลเอกชนพบว่า ปัญหาภาระงานมาก การดำเนินงานยังไม่มีชัดเจน องค์กรแพทย์ไม่ได้ตอบสนองหรือยังไม่เห็นความสำคัญต่อการใช้อย่างสมเหตุผล และในหน่วยงานยังขาดการประสานงานร่วมมือระหว่างสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งหากการรักษาเกิดความผิดพลาด อาจทำให้ผู้ป่วยร้องเรียนหรือถูกฟ้องร้องได้ และผู้เข้ารับบริการขาดความเข้าใจเรื่องของการซื้อตัวยา

สรุปและอภิปรายผล

ผลประเมินการรับรู้ต่อการใช้อย่างสมเหตุผลตามแนวทางของ PLEASE โดยรวมบุคลากรในโรงพยาบาลเอกชนมีคะแนนอยู่ในระดับการรับรู้ปานกลาง โดยมีคะแนนการรับรู้มากที่สุดในการประเมินการจัดทำฉลากยา ฉลากยาเสริม และข้อมูลยาสู่ประชาชน สอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงแก้ว อังกูรสิทธิ์⁹ ที่พบว่า



เมื่อศึกษาผลตามแนวทาง PLEASE หัวข้อที่ได้คะแนนมากที่สุดคือ มีฉลากยาเสริมเพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้ได้อย่างถูกต้องปลอดภัย และการแสดงการแพ้ยาให้ปรากฏชัดเจนบนใบสั่งยา อาจเนื่องจากประเด็นนี้กระทรวงสาธารณสุข ได้มีมาตรการให้สถานพยาบาลเอกชนทุกแห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลและคลินิก ต้องระบุรายละเอียดที่จำเป็นตามที่กระทรวงกำหนด เช่น ชื่อยา ความแรง วิธีใช้และข้อควรระวังในการใช้ยา บนฉลากยา ที่จ่ายให้แก่ผู้ป่วย โดยได้เริ่มบังคับใช้ในเดือน มีนาคม 2565¹⁰ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยได้รับทราบ ข้อมูลบนฉลากบรรจุยาของสถานพยาบาลที่ เพียงพอตามสิทธิของผู้ป่วย ส่งผลให้สามารถ ใช้ยาได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัยและเป็นการ คุ้มครองผู้บริโภคให้ปลอดภัยจากการใช้ยาได้ และมีการรับรู้ต่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผลน้อย ที่สุดในประเด็นการสร้างความรู้ของ บุคลากรทางการแพทย์และผู้รับบริการต่อการ ใช้ยาอย่างสมเหตุผล จากปัญหาอุปสรรคของ การใช้ยาอย่างสมเหตุผลพบว่า บุคลากรทาง การแพทย์ที่ให้การรักษาในโรงพยาบาลอาจจะ ยังไม่เห็นความสำคัญหรือขาดความร่วมมือใน การใช้ยาอย่างสมเหตุผล สอดคล้องกับการศึกษา ของ สมหญิง พุ่มทอง และคณะ¹¹ ที่ พบว่าการไม่ ปฏิบัติตามแนวคิด Antibiotics Smart Use (ASU) ของแพทย์ในโรงพยาบาล อาจเกิดจากความเชื่อมั่น ในตนเองและการขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง และทันสมัยเกี่ยวกับโรคและการใช้ยาปฏิชีวนะ

ความไม่ตระหนักถึงอันตรายของเชื้อดื้อยาและ มีเจตคติเชิงลบต่อโครงการ ASU รวมทั้งถ้าหาก แพทย์ที่รักษาเกิดความผิดพลาดหรือดำเนินการ ใช้ยาอย่างสมเหตุผลแล้วแต่ไม่เกิดประสิทธิผลนั้น อาจทำให้ผู้ป่วยร้องเรียนหรือถูกฟ้องร้องได้ ซึ่งปัญหาในประเด็นนี้อาจจะทำให้การดำเนินงาน การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาลเอกชน ไม่ค่อยประสบความสำเร็จเท่าที่ควร สอดคล้อง กับการศึกษาของ สุภักษา วาดพิมาย¹² ที่พบว่า การสั่งใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลนั้น ผู้ให้ ข้อมูลสำคัญเห็นว่าปฏิบัติตามได้ยาก เนื่องจาก ข้อจำกัดในด้านบริบทของพื้นที่ ความกังวล หรือความกลัวของแพทย์เกี่ยวกับผลการรักษา โอกาสเสี่ยงที่จะถูกฟ้องร้องหากเกิดความผิดพลาด ซึ่งเป็นเหตุผลหนึ่งของการไม่สามารถปฏิบัติ ตามแนวทางการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผลได้

จากคะแนนการรับรู้ต่อการใช้ยาอย่าง สมเหตุผล ถ้าแยกตามเกณฑ์ระดับการรับรู้ที่ กำหนดพบว่า บุคลากรในโรงพยาบาลเอกชน อยู่ในเกณฑ์ระดับการรับรู้มาก สอดคล้องกับ การศึกษาของ ศุภรัชต์ แห่งพิช¹³ ที่พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับความตระหนักรู้อยู่ในระดับสูง โดยมีความตระหนักรู้สูงในด้านนโยบายการใช้ ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ซึ่งส่วนใหญ่บุคลากร ในโรงพยาบาลเอกชนมีการรับรู้มาก อาจเนื่องจาก ได้รับทราบข้อมูลข่าวสารการใช้ยาอย่างสม เหตุผลจากหน่วยงานของตนเองและเคยได้ ศึกษาข้อมูลมาแล้ว เป็นไปตามที่กระทรวง



สาธารณสุขมีนโยบายให้พัฒนาระบบบริการสุขภาพในภาครัฐควบคู่ไปกับการกำกับดูแลสถานประกอบการด้านยาภาคเอกชนทุกแห่งให้ปฏิบัติตามข้อกำหนดและตามมาตรฐานอย่างเท่าเทียมกัน รวมถึงการบังคับใช้กฎหมายซึ่งหากสามารถทำให้สถานประกอบการด้านยาภาคเอกชนในพื้นที่ทุกแห่ง ร่วมดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลอย่างต่อเนื่องและจริงจังย่อมเกิดประโยชน์แก่ประชาชนในพื้นที่ได้อย่างแท้จริง ส่วนเกณฑ์ระดับการรับรู้บ่อยในประเด็นการจัดทำหรือจัดหาเครื่องมือจำเป็นที่ช่วยให้เกิดการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผลจะเป็นไปตามข้อเสนอแนะ คือ โรงพยาบาลควรต้องมีระบบทบทวน การประเมิน แจ้งเตือน (Pop up) ติดตามการสั่งใช้ยา การให้ข้อมูลย้อนกลับแก่แพทย์ และมีระบบการการสั่งใช้ยาหรือแนวทางการรักษาโรคตาม Clinical Guideline ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ กมลนัธ ม่วงยิ้ม และคณะ¹⁴ ที่พบว่าการจัดทำ Clinical Practice Guideline สำหรับใช้ในโรงพยาบาลของตน โดยปรับมาจากคู่มือการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และโรงพยาบาลหลายแห่ง ก็มีการพัฒนาระบบ Medication Reconcile ของโรงพยาบาลให้สอดคล้องกันไว้เพื่อจะได้ง่ายในการทำงาน รวมทั้งให้ Patient Care Team ที่มีทุกสาขาวิชาชีพและองค์กรแพทย์ เข้ามามีบทบาทเป็นตัวหลักในการดำเนินการใช้ยาอย่าง

สมเหตุผล สอดคล้องกับการศึกษาของ สัญชัย ปลื้มสุด และคณะ¹⁵ ที่พบว่าการที่จะประสบความสำเร็จได้ต้องขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด โดยกำหนดเป็นนโยบายด้านยาและได้รับความร่วมมือจากทีมสหสาขาวิชาชีพ และเกณฑ์ระดับการรับรู้มาก ประเด็นการส่งเสริมจริยธรรมและจรรยาบรรณทางการแพทย์ในการสั่งใช้ยา ถึงแม้ว่าแพทย์แต่ละท่านอาจจะมีแนวทางปฏิบัติในการให้ยาที่แตกต่างกันหรือสหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจะมีบทบาทหน้าที่ที่แตกต่างกันไป แต่บุคลากรทางการแพทย์ก็จะได้รับทราบถึงแนวทางการใช้ยาอย่างสมเหตุผลภายใต้การขับเคลื่อนนโยบายแห่งชาติด้านยา พ.ศ. 2554 ซึ่งเป็นนโยบายที่พัฒนาโดยคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ที่ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเห็นความสำคัญและสมัครใจในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลนำไปสู่ การปฏิบัติ ที่ดีและการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ การรักษาสร้างความปลอดภัยด้านยาแก่ประชาชน โดยคำนึงถึงการสั่งใช้ยาที่เป็นประโยชน์แก่ผู้รับบริการจริงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ กมลนัธ ม่วงยิ้ม และคณะ¹⁴ ที่กล่าวว่าแนวคิดเชิงปฏิบัติเพื่อการสร้างความรู้ตระหนักเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในบุคลากรทางการแพทย์ ระดับปัจเจกบุคคล คือ ต้องเริ่มสร้างตั้งแต่ยังเป็นนักศึกษาโดยอาศัยหลักสูตรการเรียนการสอนที่ให้ความสำคัญกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลการมีครูที่เป็น Role



model ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และเมื่อสำเร็จการศึกษามาทำงานแล้วได้อยู่ในสิ่งแวดล้อม หรือมีเพื่อนร่วมงานที่มีพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล จากการศึกษาจะเห็นว่าบุคลากรในโรงพยาบาลเอกชนมีบทบาทความสำคัญต่อการใช้อย่างสมเหตุผลอย่างมาก เนื่องจากผู้ปฏิบัติส่วนใหญ่เป็นบุคลากรทางการแพทย์ มีการให้บริการรักษาที่เหมาะสมแก่ประชาชน เพื่อให้หายเจ็บป่วยและมีความปลอดภัย สอดคล้องกับการศึกษาของ วีระศักดิ์ พุทธาศรี และ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร¹⁶ ที่พบว่าบุคลากรการแพทย์จะเป็นปัจจัยหลักแห่งความสำเร็จของการดำเนินโครงการโรงพยาบาลใช้ยาสมเหตุผล เป็นการจัดการที่ต้นน้ำอย่างแท้จริง เมื่อเปรียบเทียบการรับรู้เฉลี่ยตามปัจจัยภายในส่วนบุคคล พบว่าช่วงอายุต่างกันจะมีการรับรู้เฉลี่ยต่อการใช้อย่างสมเหตุผลที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากส่วนใหญ่บุคลากรในโรงพยาบาลเอกชนที่มีช่วงอายุอยู่ในระหว่าง 30 - 39 ปี และมีตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ จะมีการรับรู้การใช้ยาอย่างสมเหตุผลที่มากกว่าช่วงอายุน้อย (อายุ 20 - 29 ปี) นั้น อาจเพราะว่าการมีประสบการณ์มากกว่าจะมีการรับรู้ที่สูงกว่าการมีประสบการณ์น้อย เนื่องจากประสบการณ์ในการทำงานจะมีมากกว่าเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเพื่อนร่วมงานนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้อง มีโอกาสได้ปฏิบัติงานตามหน้าที่รับผิดชอบและได้แสดงศักยภาพตามบทบาทของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ

กรรณิกา เรืองเดช ชาวสวนศรี และคณะ¹⁷ อธิบายได้ว่า อายุที่เพิ่มขึ้นของพยาบาลเวชปฏิบัติ ชุมชนย่อมทำให้มีประสบการณ์ทำงานที่เพิ่มขึ้นด้วย แต่ทั้งนี้การดำเนินการใช้ยาอย่างสมเหตุผลจะประสบความสำเร็จได้ ส่วนหนึ่งโรงพยาบาลต้องมีการประชาสัมพันธ์อย่างเร่งด่วนเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในบุคคลทั่วไปหรือผู้มารับบริการให้มีความเข้าใจที่ถูกต้องให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยาและสามารถใช้ยาเหล่านั้นได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย รวมทั้งไม่เรียกร้องการใช้ยาและการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกินความจำเป็น เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในการใช้บริการจากโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล สอดคล้องกับการศึกษาของ สมหญิง พุ่มทอง และคณะ¹¹ ที่ได้กล่าวว่า ประชาชนจำนวนมากมีความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่ถูกต้อง ยังคงร้องขอยาปฏิชีวนะจากบุคลากรทางการแพทย์ ถึงแม้ว่าจะได้รับการวินิจฉัยว่าไม่ต้องใช้ยาปฏิชีวนะเนื่องจากเป็นการติดเชื้อไวรัสก็ตาม ดังนั้น ถ้าจะแก้ไขปัญหาการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล จำเป็นที่ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง และใช้หลากหลายมาตรการ/กลวิธี ต้องได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในดำเนินการอย่างบูรณาการให้มีความสอดคล้องและเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบและยั่งยืน เพื่อเกิดการใช้ยาที่คุ้มค่า สมประโยชน์ และปลอดภัยแก่ประชาชนในพื้นที่ต่อไป¹⁸



การนำผลการศึกษาไปใช้

การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาล เอกชน ส่วนใหญ่บุคลากรมีการรับรู้มากแล้ว โดยผู้บริหารโรงพยาบาลต้องเห็นความสำคัญ ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขควรต้องกำหนดนโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผลที่เหมาะสมให้กับโรงพยาบาลเอกชน เพื่อให้สอดคล้องกับการดำเนินงานของโรงพยาบาลภาครัฐ โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีหน้าที่กำกับดูแล ติดตามและประเมินผล เพื่อที่จะสามารถพัฒนาต่อไปเป็นจังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU Province) ได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรศึกษาหารูปแบบและแนวทางที่เหมาะสมในการพัฒนางานส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในสถานประกอบการเอกชนอื่น ๆ เช่น คลินิกเอกชน ร้านยา ร้านขายของชำ ฯลฯ
2. ควรมีการศึกษาประเมินผลการใช้ยา

อย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาลเอกชนระยะยาว โดยอาจเปรียบเทียบในแต่ละช่วงเวลา เพื่อให้ทราบถึงการพัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

3. ศึกษาการตระหนักรู้ พฤติกรรมและความเชื่อมั่นของประชาชนต่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผลทั้งในภาครัฐและภาคเอกชน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลำพูน เภสัชกรกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ ผู้รับผิดชอบงานสถานพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน ที่ได้ช่วยเหลือให้การทวิวิจัยในครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ขอขอบคุณ ผศ.ดร.ภญ.ศิตาพร ยังกง คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ให้คำแนะนำทำให้งานวิจัยมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณผู้ประสานงานและบุคลากรในโรงพยาบาลเอกชนทุกท่าน ที่ได้อำนวยความสะดวกและอนุเคราะห์การตอบแบบสอบถามครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์. แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560 – 2564 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 4 มีนาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก : <http://dmsic.moph.go.th/index/detail/6849>.
2. กองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานพัฒนาระบบการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กองบริหารการสาธารณสุข; 2563 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 2 มีนาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก : <http://dmsic.moph.go.th/index/detail/8302>
3. นภาพรณ์ ภูริปัญญวานิช. จาก RDU Community สู่ RDU Country. ยาวิพากษ์ จดหมายข่าว ศูนย์ข้อมูลเฝ้าระวังระบบยา. 2563; 45: 4-8.



4. รุ่งทิพา หมิ่นปา, นภาพรณ ฎริปัญญาวิช. การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use: RDU). [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี. ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์ สภาเภสัชกรรม; 2560 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 5 มีนาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก : <https://ccpe.pharmacycouncil.org/index>
5. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มติ 12.4 การจัดการเชิงระบบสู่ประเทศไทยใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2562. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 5 มีนาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก : https://infocenter.nationalhealth.or.th/_node/27846
6. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. นโยบายและทิศทางการดำเนินงานกระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข; 2565 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 5 มีนาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก : https://bps.moph.go.th/new_bps
7. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. รายละเอียดตัวชี้วัด กระทรวงสาธารณสุข (ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2) [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข; 2565 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 5 มีนาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก : <http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi/index2>
8. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในสถานพยาบาลเอกชน [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข; 2565 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 6 มีนาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก : https://mrd.hss.moph.go.th/mrd1_hss
9. ดวงแก้ว อังกุลสิทธิ์. การประเมินผลการพัฒนางานด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสำหรับโรงพยาบาลเอกชนจังหวัดสมุทรสาคร. วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (online). 2566; 3(2), 75-88.
10. นพคุณ ธรรมธัชอารี, นุชรินทร์ โตมาษา, ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. การขับเคลื่อนนโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในประเทศไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2565; 16(3), 281-288.
11. สมหญิง พุ่มทอง, พัชรี ดวงจันทร์, กัญญาดา อนุวงศ์, นิธิมา สุ่มประดิษฐ์. บทเรียนจากการขยายผลสู่ความยั่งยืนของโครงการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2560; 11(4), 500-15.
12. สุกักษา วาดพิมาย. ความคิดเห็นของแพทย์ต่อการปฏิบัติตามนโยบายการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล : กรณีศึกษาจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2563; 12(1), 114-27.



13. ศุภรัชต์ แห่งพิช. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความตระหนักรู้ต่อการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดแพร่. [ปริญญานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2561.
14. กมลนัท อารีรัตน์, วิบูลย์ วัฒนนามกุล, อารีรัตน์ บากาสะเต, จำปี วงศ์นาค, ยลฤดี ตันทสิทธิ์, สุกัญญา หมวดทอง. ความตระหนักรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในบุคลากรทางการแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.); 2560 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 5 มีนาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก : <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4695/hs2334.pdf>
15. สัญชัย ปลื้มสุด, ยอดพร โปธิดอกไม้, ทวีวุฒิ ประธานราษฎร์, บัณฑิต พิทักษ์. ประสิทธิภาพของการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาลชั้นชม จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2565; 31(1), 127-34.
16. วีระศักดิ์ พุทธาศรี, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. การขับเคลื่อนโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลโรงพยาบาลทั่วประเทศ ใช้ยาคุ่มค่า ปลอดภัย ไม่ซ้ำซ้อน [อินเทอร์เน็ต]. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.); 2560 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 5 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/4694/hs2332.pdf>
17. ยุพิน สุขเจริญ, ขวัญดาว กล่ำรัตน์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครปฐม. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขามนุษย์ศาสตร์และสังคมศาสตร์. 2558; 2(2), 14-26.
18. กรรณิกา เรืองเดช ชาวสวนศรี, ไพบุลย์ ชาวสวนศรีเจริญ, ปัจมัย ดำทิพย์. สมรรถนะพยาบาลชุมชนของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2560; 26(3), 52-65.



การพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการลำไยอบแห้งทั้งเปลือกให้มีความพร้อม
ของสถานที่ผลิตตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดี ในจังหวัดลำพูน
Capability improvement of dried whole longan entrepreneurs
to have the readiness of their production premises according to
Good Manufacturing Practice in Lamphun Province

สาธิต เจริญพงษ์¹

Sathit Charoenphong¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้ประกอบการที่มีสถานที่ผลิตลำไยอบแห้งทั้งเปลือกอยู่ในจังหวัดลำพูน โดยได้อ้างอิงเนื้อหาจากหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดี (จีเอ็มพี 420) ที่กำหนดโดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา นำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์และแบ่งตามเกณฑ์ระดับ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาศักยภาพของผู้ประกอบการ ในการพัฒนาสถานที่ผลิตลำไยอบแห้งทั้งเปลือกให้มีความพร้อมตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดี 2) ศึกษาสภาพปัญหาของสถานที่ผลิตลำไยอบแห้งทั้งเปลือกตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดี และแก้ไขปัญหาสถานที่ผลิตร่วมกับผู้ประกอบการ และ 3) เปรียบเทียบผลลัพธ์ศักยภาพของผู้ประกอบการก่อนและหลังการพัฒนาสถานที่ผลิตลำไยอบแห้งทั้งเปลือกให้มีมาตรฐานและได้รับอนุญาตอย่างถูกต้อง คะแนนศักยภาพตามวิธีการผลิตที่ดี ข้อมูลส่วนแรกประเมินโดยผู้ประกอบการ ได้รับแบบสอบถามกลับคืนมา จำนวน 22 ฉบับ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ประกอบการมีระดับศักยภาพมาก มีคะแนนศักยภาพโดยรวมเฉลี่ยร้อยละ 91.82 ข้อมูลส่วนที่สองประเมินโดยพนักงานเจ้าหน้าที่ ณ สถานที่ผลิต จำนวน 27 แห่ง ก่อนและหลังการพัฒนา โดยได้ดำเนินการร่วมกับผู้ประกอบการ ผลการศึกษาพบว่า ก่อนได้รับการพัฒนา ผู้ประกอบการมีระดับศักยภาพน้อย มีคะแนนศักยภาพโดยรวมเฉลี่ยร้อยละ 58.08 ต้องปรับปรุงในประเด็นสุขลักษณะส่วนบุคคล และพบข้อบกพร่องรุนแรง คะแนนศักยภาพที่ประเมินจากผู้ประกอบการและพนักงานเจ้าหน้าที่ที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.01$) หลังได้รับการพัฒนา มีระดับศักยภาพปานกลาง

¹เภสัชกรชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน

¹Pharmacist, Senior Professional Level. Division of Consumer Protection and Public Health Pharmacy, Lamphun Provincial Public Health Office. E-mail : tom_thit@hotmail.com



มีคะแนนศักยภาพโดยรวมเฉลี่ยร้อยละ 84.27 โดยคะแนนศักยภาพเฉลี่ยก่อนและหลังได้รับการพัฒนา มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.01$) แสดงให้เห็นว่าถ้ามีส่วนร่วมกับผู้ประกอบการในการออกแบบ และปรับเปลี่ยนสถานที่ผลิตและให้ความรู้คำแนะนำตามเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดีสามารถพัฒนาสถานที่ ผลิตให้ผ่านมาตรฐานได้ รวมทั้งกำหนดระยะเวลาที่เหมาะสมจะช่วยพัฒนาให้ได้มาตรฐานอย่างรวดเร็ว เป็นการสนับสนุนผู้ประกอบการให้ผลิตอาหารที่มีคุณภาพปลอดภัยแก่ผู้บริโภคและส่งเสริมเศรษฐกิจ การส่งออกไปจำหน่ายยังต่างประเทศต่อไป

คำสำคัญ: ลำไยอบแห้งทั้งเปลือก, หลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดี, การคุ้มครองผู้บริโภค

Abstract

This participatory action research aimed at enhancing the capability of the entrepreneurs who operate dried whole longans processing businesses in Lamphun Province, according to the Thai Food and Drug Administration's Good Manufacturing Practice Guideline (GMP420). The acquired scores from the GMP420 evaluation were analyzed and divided into levels aimed to 1) study the potential of entrepreneurs in developing production sites according to GMP420 2) study the entrepreneurs' problems and address these issues collaboratively at the actual production sites and 3) compare the capability outcomes before and after developing the production sites to meet the GMP420 criteria to obtain proper food production licenses. As for the potential score according to GMP420, the first segment was evaluated by entrepreneurs through questionnaires distributed via mail and returned, totaling at 22 copies. The results of the study found that the entrepreneurs had high level of potential, with an average potential score according to the GMP420 of 91.82%. The second part of the data was assessed by officials based on actual inspections at the production sites before and after they were developed, totaling at 27 locations. Study results revealed that entrepreneurs, before being developed, had a low level of potential. The average potential score according to GMP420 was 58.08% while personal hygiene as a major defect was required to be improved. The potential scores assessed by entrepreneurs and officials were significantly different ($p < 0.01$) after being developed with



a medium level of potential. The average potential scores according to GMP420 was 84.27%. The average potential scores before and after being developed were significantly different ($p < 0.01$), indicating that if entrepreneurs were involved in designing and adjusting production site plans as well as providing knowledge and guidance according to GMP420, production sites can be developed and meet established standards. Also encouraging entrepreneurs to produce safe and high-quality food for consumers will enhance and help promote economic growth through international exports. In addition, setting appropriate timeframes will also contribute to achieving these standards more expeditiously.

Keywords: Dried whole longans, Good Manufacturing Practice, Consumer protection



บทนำ

ลำไย ชื่อสามัญ Longan ชื่อวิทยาศาสตร์ *Dimocarpus longan Lour.* เป็นผลไม้เขตร้อนและกึ่งร้อน มีถิ่นกำเนิดในประเทศจีนตอนใต้ แหล่งปลูกลำไยที่สำคัญของไทยอยู่ที่ภาคเหนือ¹ ในปี 2564 ประเทศไทยมีพื้นที่ปลูกลำไยทั้งหมด 1,749,037 ไร่ ให้ผลผลิตรวม 1,567,087 ตัน พบว่าจังหวัดเชียงใหม่มีการปลูกลำไยมากที่สุด รองลงมาคือ จังหวัดลำพูน โดยมีพื้นที่ปลูก 455,291 ไร่ และ 362,298 ไร่ และมีผลผลิตจำนวน 397,852 ตัน และ 335,903 ตัน ปริมาณผลผลิตต่อเนื้อที่การปลูก คิดเป็น 873 กก./ไร่ และ 927 กก./ไร่ ตามลำดับ² โดยผลผลิตลำไยทั้งหมดภายในประเทศทั้งลำไยสดและผลิตภัณฑ์แปรรูป ร้อยละ 90 ส่งออกไปตลาดต่างประเทศ ในปี 2563 และ 2564 ปริมาณผลผลิตและมูลค่าการส่งออกลำไยอบแห้ง มีจำนวน 155,736 ตัน คิดเป็นมูลค่า 7.08 พันล้านบาท และ 156,684 ตัน คิดเป็น 7.42 พันล้านบาท และราคาลำไยอบแห้งที่เกษตรกรขายได้เฉลี่ยเกรด AA ราคา 98.64 และ 120.00 บาท/กิโลกรัม ตามลำดับ เห็นได้ว่าลำไยอบแห้งได้มีการขยายตัวและมีความต้องการอย่างต่อเนื่องกลายเป็นสินค้าส่งออกไปตลาดที่สำคัญของไทย ได้แก่ จีน และฮ่องกง ทำให้สามารถเพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจของประเทศได้เป็นอย่างดี³ จากปริมาณผลผลิตลำไยสดที่มีจำนวนมาก การเก็บเกี่ยวมีระยะเวลาที่สั้น (มิถุนายน – กันยายน) ทำให้เกิดสภาวะลำไยสด

ล้นตลาด ดังนั้น แนวทางหนึ่งที่น่าจะเหมาะสมสามารถยืดอายุการเก็บรักษา ป้องกันการเน่าเสีย และมีมูลค่าเพิ่มขึ้น คือ กรรมวิธีการอบแห้งลำไยแบ่งออกได้เป็น 2 วิธี ได้แก่ การอบผลลำไยทั้งเปลือกและการอบแห้งเนื้อลำไย⁴ ซึ่งการแปรรูปลำไยอบแห้งทั้งเปลือกจัดเป็นผลิตภัณฑ์อาหารที่เข้าข่ายอาหารทั่วไป และกรณีสถานที่ผลิตเข้าข่ายโรงงานสามารถขอเฉพาะใบอนุญาตผลิตอาหาร (แบบ อ.2) ได้รับการยกเว้นไม่ต้องขอรับเลขสารบบอาหาร (เลข อย.)⁵ จากการสำรวจของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน พบว่าสถานที่ผลิตลำไยอบแห้งทั้งเปลือกหลายแห่งในจังหวัดลำพูน ที่เข้าข่ายโรงงานยังไม่ได้รับอนุญาตผลิตอาหาร ประกอบกับมีระเบียบใหม่ที่ประกาศโดยสำนักงานศุลกากรแห่งสาธารณรัฐประชาชนจีน (General Administration of Customs of the People's Republic China: GACC) มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2565 เรื่องการนำเข้าสินค้าอาหาร⁶ ต้องมีเอกสารที่เกี่ยวข้องคือ หนังสือรับรองสถานที่ผลิตอาหาร โดยหน่วยงานที่กำกับดูแลของประเทศไทย ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยลำไยอบแห้งทั้งเปลือกเป็นผลิตภัณฑ์อาหารชนิดหนึ่งที่ต้องขึ้นทะเบียนตามระเบียบดังกล่าว สถานที่ผลิตต้องปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิต (ฉบับที่ 420) พ.ศ. 2563 (GMP420)⁷ เพื่อให้



ได้รับใบอนุญาตผลิตอาหาร (แบบ อ.2) ในการประกอบยื่นขออนุญาตส่งออกต่างประเทศตามขั้นตอน ดังนั้น เพื่อควบคุมผลิตภัณฑ์ลำไยอบแห้งทั้งเปลือกให้มีคุณภาพได้มาตรฐานตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดี เพื่อให้มีความปลอดภัยต่อผู้บริโภคและสามารถส่งออกจำหน่ายต่างประเทศได้ ผู้วิจัยจึงศึกษาศักยภาพของผู้ประกอบการลำไยอบแห้งทั้งเปลือกให้มีความพร้อมของสถานที่ผลิตตามวิธีการผลิตที่ดีในจังหวัดลำพูน เพื่อทราบถึงศักยภาพของผู้ประกอบการในการพัฒนาสถานที่ผลิตตามวิธีการผลิตที่ดี และผู้วิจัยได้ลงพื้นที่ค้นหาปัญหาและให้คำปรึกษาแก่ผู้ประกอบการ เพื่อวางแผนปรับปรุงสถานที่ผลิตตามบริบทพื้นที่ของแต่ละแห่งให้ได้มาตรฐานและได้รับอนุญาตอย่างถูกต้อง รวมทั้งสร้างความตระหนักให้กับผู้ประกอบการให้เห็นความสำคัญของการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดีลำไยอบแห้งทั้งเปลือกที่ผลิตออกมาจำหน่ายให้มีคุณภาพและปลอดภัยต่อผู้บริโภค เป็นการพัฒนาเศรษฐกิจฐานราก ต้นน้ำ กลางน้ำ ปลายน้ำในจังหวัดลำพูน⁸ ตั้งแต่เกษตรกรผู้ปลูกลำไย ผู้ผลิตอาหารแปรรูป ผู้จำหน่ายและผู้บริโภค เกิดการส่งเสริมการค้าทั้งในและต่างประเทศและเพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจให้กับประเทศไทยต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาศักยภาพของผู้ประกอบการในการพัฒนาสถานที่ผลิตลำไยอบแห้งทั้งเปลือกให้มีความพร้อมตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดีในจังหวัดลำพูน

2. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาของสถานที่ผลิตลำไยอบแห้งทั้งเปลือกตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดี และแก้ไขปัญหาสถานที่ผลิตร่วมกับผู้ประกอบการ

3. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ศักยภาพของผู้ประกอบการก่อนและหลังการพัฒนาสถานที่ผลิตลำไยอบแห้งทั้งเปลือกให้มีความพร้อมและได้รับอนุญาตอย่างถูกต้อง

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2565 – กันยายน 2566 เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) เพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้ประกอบการในจังหวัดลำพูน ที่ต้องปฏิบัติตามวิธีการผลิตที่ดีในแต่ละประเด็นสำหรับสถานที่ผลิตลำไยอบแห้งทั้งเปลือก โดยอ้างอิงตามหลักเกณฑ์ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา แบ่งศักยภาพออกเป็นระดับตามความเหมาะสม ข้อมูลศักยภาพมาจากการประเมินโดยผู้ประกอบการและจากผู้วิจัย ซึ่งเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 ประเมินก่อนและหลังการพัฒนา ณ สถานที่ผลิตจริง โดยใช้กระบวนการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วมกับผู้ประกอบการและกำหนดระยะเวลา เพื่อที่จะได้ทราบศักยภาพของผู้ประกอบการ และนำไปพัฒนาสถานที่ผลิตให้ได้มาตรฐานตามวิธีการผลิตที่ดี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ประกอบการสถานที่



ผลิตลำไยอบแห้งทั้งเปลือกในจังหวัดลำพูนทั้งหมด จำนวน 35 แห่ง (ข้อมูลสถานที่ผลิตจากกรมโรงงานอุตสาหกรรม และการสำรวจของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน) เป็นผู้ตอบแบบสอบถาม และผู้วิจัยนำผลการศึกษาที่ได้ไปประยุกต์ใช้เพื่อแก้ไขพัฒนาสถานที่ผลิตให้ได้มาตรฐาน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ประกอบการสถานที่ผลิตลำไยอบแห้งทั้งเปลือกในจังหวัดลำพูนที่มาปรึกษาติดต่อขออนุญาตผลิตลำไยอบแห้งทั้งเปลือก จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน จำนวน 27 แห่ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยพิจารณาหลักการและเนื้อหาจากรายละเอียดข้อกำหนดหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดี ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 420) พ.ศ.2563 หรือ แบบ ตส.2(63) ที่ใช้ตรวจเพื่ออนุญาตสถานที่ผลิตอาหาร ซึ่งออกโดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความเที่ยงตรงและถูกต้องของเนื้อหาในแบบสอบถาม ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item Objective Congruence หรือ IOC) เท่ากับ 0.98 และทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นโดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช ได้เท่ากับ 0.97 แบบสอบถามแบ่งได้ ดังนี้

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปมีทั้งหมด 10 ข้อ

2) แบบสอบถามการประเมินศักยภาพของผู้ประกอบการในการพัฒนาสถานที่ผลิตตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดี (เพื่อขออนุญาตสถานที่ผลิตอาหาร) ครอบคลุมทั้งหมด 5 หมวดรวม 57 ข้อ คะแนนเต็ม 114 คะแนน ดังนี้

1. สถานที่ตั้งและอาคารผลิต การทำความสะอาดและการบำรุงรักษา ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ

2. เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการผลิต ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ

3. การควบคุมกระบวนการผลิต ประกอบด้วยข้อคำถาม 21 ข้อ

4. การสุขาภิบาล ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ

5. สุขลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ

โดยกำหนดระดับคะแนนให้สอดคล้องกับคะแนนตามเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดีของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ดังนี้

- 0 คะแนน หมายถึง ศักยภาพน้อยหรือยังทำไม่ได้ตามเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดี
- 1 คะแนน หมายถึง ศักยภาพปานกลาง หรือทำได้บางส่วนตามเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดี
- 2 คะแนน หมายถึง ศักยภาพมากหรือทำได้ครบถ้วนตามเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดี



นำคะแนนมาปรับเป็นระดับศักยภาพ โดยอ้างอิงตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการออกหนังสือรับรองมาตรฐานระบบการผลิตตามหลักเกณฑ์ของกฎหมาย ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ดังนี้

- คะแนนรวม 97 – 114 หรือ \geq ร้อยละ 85.00 = ผ่านมาตรฐานดีเยี่ยม/ศักยภาพมาก
- คะแนนรวม 69 – 96 หรือ ร้อยละ 60.00 – 84.99 = ผ่านมาตรฐานปกติ/ศักยภาพปานกลาง
- คะแนนรวมน้อยกว่า 69 หรือ $<$ ร้อยละ 60.00 = ไม่ผ่านมาตรฐานหรือปรับปรุง/ศักยภาพน้อย

ตกมาตรฐานในข้อบกพร่องที่รุนแรง (Major defect) = ไม่ผ่านมาตรฐาน/ศักยภาพน้อย

3) ความคิดเห็นของผู้ประกอบการในส่วนของปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการพัฒนาสถานที่ผลิตลำไยอบแห้งทั้งเปลือก

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยสำรวจข้อมูลของสถานที่ผลิตลำไยอบแห้งทั้งเปลือกในพื้นที่จังหวัดลำพูน รวมถึงสภาพปัญหาจริงในการปฏิบัติงานอนุญาต และควบคุมผลิตภัณฑ์อาหารที่พบโดยกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน และพนักงานเจ้าหน้าที่ระดับอำเภอ

2. ส่งแบบสอบถามไปยังกลุ่มตัวอย่างทางไปรษณีย์ โดยมีกำหนดส่งกลับภายใน 30 วัน

3. ผู้วิจัยใช้กระบวนการพัฒนาสถานที่ผลิตลำไยอบแห้งทั้งเปลือกตามวิธีการผลิตที่ดี ดังนี้

3.1 ก่อนการพัฒนา – ประเมินศักยภาพของผู้ประกอบการจากแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนมา และลงพื้นที่ประเมินศักยภาพของผู้ประกอบการที่มาติดต่อขออนุญาตผลิตอาหาร ณ สถานที่ผลิตจริง โดยได้ค้นหาและศึกษาสภาพปัญหาของสถานที่ผลิตร่วมกับผู้ประกอบการ ให้คำปรึกษาเพื่อปรับปรุงแก้ไขให้ได้มาตรฐาน

3.2 ระหว่างการพัฒนา – ให้ความรู้กับผู้ประกอบการ เรื่อง หลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดี (GMP420) กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการผลิตตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 นโยบายด้านอาหารของจังหวัดลำพูน มีส่วนร่วมกับผู้ประกอบการในการออกแบบและปรับเปลี่ยนแผนผังของสถานที่ผลิตให้เป็นไปตามมาตรฐานวิธีการผลิตที่ดี (GMP420) ให้ความรู้ด้านสุขลักษณะส่วนบุคคลแก่พนักงานเพื่อลดการปนเปื้อนลงสู่กระบวนการผลิต การตรวจคุณภาพน้ำที่ใช้ในการผลิตอาหาร การจัดทำระบบบันทึกและรายงานการผลิต และกำหนดระยะเวลาดำเนินการปรับปรุงแก้ไขตามศักยภาพของผู้ประกอบการ และติดตามผลการดำเนินการแก้ไขสถานที่ผลิตเป็นระยะ

3.3 หลังการพัฒนา – ประเมินศักยภาพผู้ประกอบการหลังจากที่มีการปรับแก้ไขสถานที่ผลิตเพื่อเตรียมขออนุญาตผลิตอาหาร โดยเปรียบเทียบกับศักยภาพของผู้ประกอบการก่อนการพัฒนา

4. วิเคราะห์ข้อมูลและนำผลการศึกษาที่ได้ไปปรับใช้กับผู้ประกอบการรายอื่น เพื่อพัฒนาสถานที่ผลิตให้ได้มาตรฐานต่อไป



การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมมาทำการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows Version 22 ในการคำนวณหาค่าสถิติดังนี้

1. ผู้วิจัยได้ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ประกอบการ

2. นำข้อมูลการประเมินศักยภาพในการพัฒนาสถานที่ผลิตตามวิธีการผลิตที่ดี โดยผู้ประกอบการและโดยพนักงานเจ้าหน้าที่ก่อนและหลังพัฒนาสถานที่ผลิต คิดเป็นคะแนนเพื่อนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การทดสอบค่าที (Independent t-test) จากคะแนนที่ได้นำไปแบ่งแยกจำนวนสถานที่ผลิตตามเกณฑ์ระดับศักยภาพ

3. ปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนาสถานที่ผลิตของผู้ประกอบการ นำข้อมูลมาวิเคราะห์เนื้อหาสำหรับการลงพื้นที่จริง เพื่อนำไปตรวจประเมินและใช้เป็นแนวทางพัฒนาสถานที่ผลิตก่อนและหลังการขออนุญาตร่วมกับผู้ประกอบการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

จริยธรรมวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน เลขที่โครงการวิจัย REC 2566-8 โดยได้

อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงถึงความยินยอมหรือปฏิเสธที่จะตอบแบบสอบถาม ขึ้นกับความสมัครใจและไม่มีผลกระทบต่อผู้ตอบแบบสอบถาม ข้อมูลที่ได้รับจะถูกนำเสนอเชิงวิชาการในภาพรวมเท่านั้น เพื่อใช้เป็นข้อมูลให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ข้อมูลผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 22 คน ส่วนใหญ่เป็นหญิง ร้อยละ 59.1 มีอายุอยู่ในช่วง 30 – 39 ปี มากที่สุด ร้อยละ 36.4 (อายุเฉลี่ย = 41.49 ปี) มีเชื้อชาติไทย ร้อยละ 100.0 มีสัญชาติไทย ร้อยละ 90.9 การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 50.0 มีตำแหน่งที่เกี่ยวข้องกับสถานที่ผลิตเป็นลูกจ้างมากที่สุด ร้อยละ 50.0

ข้อมูลสถานที่ผลิตลำโพงแห่งที่เลือกพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ที่อำเภอป่าซาง ระยะเวลาเปิดดำเนินการอยู่ในช่วง 5 – 10 ปี ร้อยละ 41.0 (ระยะเวลาเปิดเฉลี่ย = 13.86 ± 7.03 ปี) จำนวนเตาอบลำโพง 10 – 20 เตา ร้อยละ 31.8 (จำนวนเตาเฉลี่ย = 36 ± 20 เตา) ขนาดพื้นที่ที่ใช้ในกระบวนการผลิต 5,000 – 15,000 ตารางเมตร ร้อยละ 40.9 (พื้นที่ผลิตเฉลี่ย = $8,227.3 \pm 1,374.7$ ตารางเมตร) ส่วนใหญ่จำหน่ายส่งออกต่างประเทศเท่านั้น ร้อยละ 72.7 มีปริมาณลำโพงแห่งที่เลือกที่ผลิตได้ 1,000 – 10,000 ต้น/ปี (ปริมาณเฉลี่ย $7,695 \pm 4,467$ ต้น/ปี) คิดเป็นมูลค่าสูงสุดเฉลี่ย 554 ล้านบาท/ปี



คะแนนศักยภาพตามวิธีการผลิตที่ดีที่ประเมินโดยผู้ประกอบการพบว่า ผู้ประกอบการมีคะแนนศักยภาพโดยรวมเฉลี่ย 104.68 คะแนน (± 13.40)

สำหรับคะแนนศักยภาพตามวิธีการผลิตที่ดีที่ประเมินโดยพนักงานเจ้าหน้าที่ ณ สถานที่ผลิตจริง พบว่า

ก่อนการพัฒนาปัญหาที่พบคือ ส่วนใหญ่สถานที่ผลิตได้เปิดดำเนินการมาหลายปีแล้ว มีกรรมวิธีการผลิตคล้ายกันทั้งที่เลือกที่เหมือนกัน แต่การออกแบบแผนผังอาคารผลิตหรือแปลนกระบวนการผลิตของแต่ละแห่งไม่เหมือนกัน โดยได้มีการต่อเติมอาคารผลิตและเพิ่มเครื่องมือเครื่องจักรตามกำลังการผลิตและลักษณะของ

พื้นที่ ทำให้มีความยากพอสมควรในการวางแผนผังให้เป็นไปตามสายงานการผลิตและผู้ประกอบการไม่เข้าใจหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดี ทำให้ก่อนพัฒนามีคะแนนศักยภาพโดยรวมเฉลี่ย 68.96 คะแนน (± 7.25)

ระหว่างการพัฒนาผู้วิจัยได้ใช้กระบวนการพัฒนาโดยมีส่วนร่วมกับผู้ประกอบการวางแผนออกแบบปรับแผนผังสถานที่ผลิตและให้ความรู้หลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดีและได้ติดตามการดำเนินการปรับแก้ไขสถานที่ผลิตเป็นระยะ

หลังการพัฒนาได้มีการตรวจสอบประเมินสถานที่ผลิตเพื่ออนุญาตผลิตอาหารพบว่า หลังได้รับการพัฒนา มีคะแนนศักยภาพโดยรวมเฉลี่ย 95.40 คะแนน (± 6.53) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนศักยภาพประเมินโดยผู้ประกอบการ (n=22) และโดยพนักงานเจ้าหน้าที่ (n=27)

ประเด็น	คะแนนเต็ม	คะแนนเฉลี่ย \pm SD		
		ผู้ประกอบการ	พนักงานเจ้าหน้าที่	
			ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
1. สถานที่ตั้งและอาคารผลิต การทำความสะดวกและ การบำรุงรักษา	24	21.22 \pm 3.46	13.18 \pm 2.20	18.74 \pm 1.81
2. เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ ในการผลิต	16	14.31 \pm 2.10	10.11 \pm 0.32	13.03 \pm 1.42
3. การควบคุมกระบวนการผลิต	42	38.95 \pm 5.27	28.88 \pm 2.95	34.81 \pm 3.50
4. การสุขาภิบาล	16	15.04 \pm 2.05	10.70 \pm 1.40	13.88 \pm 1.12
5. สุขลักษณะส่วนบุคคล	16	15.13 \pm 1.85	6.07 \pm 2.28	14.92 \pm 0.95
รวมทั้งหมด	114	104.68 \pm 13.40	68.96 \pm 7.25	95.40 \pm 6.73



นำคะแนนศักยภาพในแต่ละประเด็นตามวิธีการผลิตที่ดี ก่อนการพัฒนาปรับเป็นร้อยละพบว่า ประเมินโดยผู้ประกอบการ มีคะแนนศักยภาพโดยรวมเฉลี่ยร้อยละ 91.82 มีคะแนนศักยภาพมากที่สุด ด้านสุขลักษณะส่วนบุคคล มีคะแนนร้อยละ 94.60 และน้อยที่สุด ด้านสถานที่ตั้งและอาคารผลิต การทำความสะอาดและการบำรุงรักษา มีคะแนนร้อยละ 88.44 ประเมินโดยพนักงานเจ้าหน้าที่ มีคะแนนศักยภาพโดยรวม

เฉลี่ยร้อยละ 58.08 มีคะแนนศักยภาพมากที่สุดด้านการควบคุมกระบวนการผลิต มีคะแนนร้อยละ 68.31 และน้อยที่สุด ด้านสุขลักษณะส่วนบุคคล มีคะแนนร้อยละ 37.96

เปรียบเทียบคะแนนศักยภาพโดยรวมเฉลี่ยของผู้ประกอบการและพนักงานเจ้าหน้าที่ นำมาทดสอบค่าที (t-test) พบว่า ร้อยละคะแนนเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.01) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนศักยภาพร้อยละ ก่อนได้รับการพัฒนาระหว่างประเมินโดยผู้ประกอบการ (n=22) และพนักงานเจ้าหน้าที่ (n=27)

ประเด็น	คะแนนศักยภาพ*		Mean difference	p-value	95%CI	
	(ก)	(ข)			Lower	Upper
1. สถานที่ตั้งและอาคารผลิต การทำความสะอาดและ การบำรุงรักษา	88.44	54.93	33.50	0.01	26.30	40.71
2. เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ ในการผลิต	89.48	63.22	26.29	0.01	20.42	32.16
3. การควบคุมกระบวนการผลิต	92.74	68.31	23.96	0.01	18.24	29.68
4. การสุขาภิบาล	94.03	66.89	27.13	0.01	20.89	33.38
5. สุขลักษณะส่วนบุคคล	94.60	37.96	56.63	0.01	49.03	64.24
ศักยภาพโดยรวมเฉลี่ย	91.82	58.08	31.33	0.01	25.63	37.02

* ประเมินโดย (ก) หมายถึง ผู้ประกอบการ, (ข) หมายถึง พนักงานเจ้าหน้าที่

นำคะแนนศักยภาพในแต่ละประเด็นตามวิธีการผลิตที่ดี ประเมินโดยพนักงานเจ้าหน้าที่ ก่อนและหลังการพัฒนาปรับเป็นร้อยละพบว่า ก่อนการพัฒนา มีคะแนนศักยภาพโดยเฉลี่ยรวมร้อยละ 58.08 หลังการพัฒนา มีคะแนนศักยภาพ

โดยรวมเฉลี่ยร้อยละ 84.27 มีคะแนนศักยภาพมากที่สุดในด้านสุขลักษณะส่วนบุคคล มีคะแนนร้อยละ 93.28 และน้อยที่สุด ด้านสถานที่ตั้งและอาคารผลิต การทำความสะอาดและการบำรุงรักษา มีคะแนนร้อยละ 78.08



เปรียบเทียบคะแนนศักยภาพโดยรวม
เฉลี่ยก่อนและหลังได้รับการพัฒนา ประเมินโดย
พนักงานเจ้าหน้าที่ นำมาทดสอบค่าที (t-test)

พบว่าร้อยละคะแนนศักยภาพเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่ม
แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value
< 0.01) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนศักยภาพร้อยละ ก่อนและหลังได้รับการพัฒนาประเมินโดยพนักงาน
เจ้าหน้าที่ (n=27)

ประเด็น	คะแนนศักยภาพ		Mean difference	p-value	95%CI	
	ก่อน	หลัง			Lower	Upper
1. สถานที่ตั้งและอาคารผลิต การทำความสะอาดและการ บำรุงรักษา	54.93	78.08	23.14	0.01	27.73	18.56
2. เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ ในการผลิต	63.22	81.00	18.28	0.01	21.88	14.68
3. การควบคุมกระบวนการผลิต	68.31	82.89	14.10	0.01	18.32	9.89
4. การสุขาภิบาล	66.89	86.80	19.90	0.01	24.25	15.56
5. สุขลักษณะส่วนบุคคล	37.96	93.28	55.32	0.01	61.30	49.34
ศักยภาพโดยรวมเฉลี่ย	58.08	84.27	23.19	0.01	26.55	19.84

จากคะแนนศักยภาพตามวิธีการผลิตที่ดี
นำมาแยกจำนวนตามเกณฑ์ระดับศักยภาพ
พบว่า ส่วนใหญ่ก่อนการพัฒนาผู้ประกอบการ
มีระดับศักยภาพน้อย ร้อยละ 96.3 ประเมินโดย
พนักงานเจ้าหน้าที่

นำประเด็นตามวิธีการผลิตที่ดีแยกตาม
ระดับศักยภาพได้ดังนี้

- ระดับศักยภาพน้อยพบว่า ส่วนใหญ่
ผู้ประกอบการมีระดับศักยภาพน้อย ด้านสุขลักษณะ
ส่วนบุคคล ร้อยละ 96.3 รองลงมาเป็นด้าน
สถานที่ตั้งและอาคารผลิต การทำความสะอาด
และการบำรุงรักษา ร้อยละ 85.2 ประเมินโดย

พนักงานเจ้าหน้าที่ก่อนได้รับการพัฒนา

- ระดับศักยภาพปานกลางพบว่า ส่วนใหญ่
ผู้ประกอบการมีระดับศักยภาพปานกลาง ประเด็น
เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการผลิต ร้อยละ 100.0
รองลงมาเป็นประเด็นการควบคุมกระบวนการผลิต
และประเด็นสุขาภิบาล ร้อยละ 88.9 ประเมินโดย
พนักงานเจ้าหน้าที่ก่อนได้รับการพัฒนา

- ระดับศักยภาพมากพบว่า ส่วนใหญ่
ผู้ประกอบการมีระดับศักยภาพมาก ประเด็น
สุขลักษณะส่วนบุคคล ร้อยละ 88.9 ประเมิน
โดยพนักงานเจ้าหน้าที่หลังได้รับการพัฒนา
ดังตารางที่ 4



ตารางที่ 4 จำนวนสถานที่ผลิตแยกตามระดับศักยภาพ ระหว่างผู้ประกอบการ (n=22) และพนักงาน
เจ้าหน้าที่ก่อนและหลังได้รับการพัฒนา (n=27)

ประเด็น	ระดับศักยภาพ* (ร้อยละ)		
	น้อย	ปานกลาง	มาก
1. สถานที่ตั้งและอาคารผลิต การทำความสะอาดและการบำรุงรักษา			
ผู้ประกอบการ	1 (4.5)	6 (27.3)	15 (68.2)
เจ้าหน้าที่ก่อนการพัฒนา	23 (85.2)	4 (14.8)	0 (0.0)
เจ้าหน้าที่หลังการพัฒนา	0 (0.0)	22 (81.5)	5 (18.5)
2. เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการผลิต			
ผู้ประกอบการ	1 (4.5)	6 (27.3)	15 (68.2)
เจ้าหน้าที่ก่อนการพัฒนา	0 (0.0)	27 (100.0)	0 (0.0)
เจ้าหน้าที่หลังการพัฒนา	0 (0.0)	18 (66.7)	9 (33.3)
3. การควบคุมกระบวนการผลิต			
ผู้ประกอบการ	1 (4.5)	3 (13.6)	18 (81.9)
เจ้าหน้าที่ก่อนการพัฒนา	3 (11.1)	24 (88.9)	0 (0.0)
เจ้าหน้าที่หลังการพัฒนา	0 (0.0)	17 (63.0)	10 (37.0)
4. การสุขาภิบาล			
ผู้ประกอบการ	1 (4.5)	3 (13.6)	18 (81.9)
เจ้าหน้าที่ก่อนการพัฒนา	2 (7.4)	24 (88.9)	1 (3.7)
เจ้าหน้าที่หลังการพัฒนา	0 (0.0)	8 (29.6)	19 (70.4)
5. สุขลักษณะส่วนบุคคล			
ผู้ประกอบการ	1 (4.5)	2 (9.1)	19 (86.4)
เจ้าหน้าที่ก่อนการพัฒนา	26 (96.3)	0 (0.0)	1 (3.7)
เจ้าหน้าที่หลังการพัฒนา	0 (0.0)	3 (11.1)	24 (88.9)
ผลประเมินโดยรวม			
ผู้ประกอบการ	1 (4.5)	3 (13.6)	18 (81.9)
เจ้าหน้าที่ก่อนการพัฒนา	26 (96.3)	1 (3.7)	0 (0.0)
เจ้าหน้าที่หลังการพัฒนา	0 (0.0)	15 (55.6)	12 (44.4)



ผลการประเมินศักยภาพของผู้ประกอบการในการพัฒนาสถานที่ผลิตตามวิธีการผลิตที่ดี ประเมินโดยพนักงานเจ้าหน้าที่พบว่า ก่อนการพัฒนาสถานที่ผลิตไม่ผ่านมาตรฐาน ร้อยละ 96.3 โดยมีปัญหาแผนผังอาคารผลิตและพบข้อบกพร่องรุนแรง (Major defect) ที่อาจก่อให้เกิดการ

ปนเปื้อน หลังการพัฒนาพบว่า ส่วนใหญ่ผู้ประกอบการสามารถพัฒนาสถานที่ผลิตให้ผ่านตามเกณฑ์มาตรฐานและได้รับใบอนุญาตผลิตอาหาร (แบบ อ.2) ภายในระยะเวลา 3 เดือน ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการประเมินสถานที่ผลิตตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดโดยพนักงานเจ้าหน้าที่ ก่อนและหลังได้รับการพัฒนา (n=27)

ผลการประเมิน	จำนวน (ร้อยละ)	
	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
ผ่านมาตรฐาน	1 (3.7)	27 (100.0)
ดีเยี่ยม	0 (0.0)	12 (44.4)
ปกติ	1 (3.7)	15 (55.6)
ไม่ผ่านมาตรฐาน	26 (96.3)	0 (0.0)
แบ่งเป็น		
คะแนนรวม < ร้อยละ 60	15 (55.6)	0 (0.0)
คะแนนบางประเด็น < ร้อยละ 60	26 (96.3)	0 (0.0)
พบมีข้อบกพร่องรุนแรง	4 (14.8)	0 (0.0)

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การประเมินศักยภาพตามวิธีการผลิตที่ดี โดยผู้ประกอบการลำโอบแห้งทั้งเปลือกในจังหวัดลำพูนพบว่า ส่วนใหญ่ผู้ประกอบการประเมินตนเองมีคะแนนศักยภาพโดยรวมเฉลี่ย อยู่ในระดับศักยภาพมาก (คะแนนมากกว่าร้อยละ 85) โดยมีคะแนนศักยภาพมากในทุกประเด็น อาจแสดงให้เห็นว่าผู้ประกอบการมีความสามารถในการพัฒนาสถานที่ผลิตให้มีความพร้อมตามวิธีการผลิตที่ดีได้ เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับคะแนน

ศักยภาพที่ประเมินโดยพนักงานเจ้าหน้าที่ ณ สถานที่ผลิตจริงพบว่า ก่อนได้รับการพัฒนาผู้ประกอบการมีคะแนนศักยภาพโดยรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับศักยภาพน้อย (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60) และมีคะแนนศักยภาพน้อยในด้านสุขลักษณะส่วนบุคคล อาจเนื่องจากเจ้าของโรงงานหรือสถานที่ผลิตส่วนใหญ่มีเชื้อชาติจีน สื่อสารภาษาไทยได้ไม่มากและบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานที่ผลิตส่วนใหญ่เป็นแรงงานต่างด้าว จะมีปัญหาทางการสื่อสารด้านภาษาและชาติ



ความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวด้านสุขลักษณะ ที่ถูกต้องตามวิธีการผลิตที่ดี สอดคล้องกับผล การศึกษาของ อาริยา บุญจันทร์⁹ ที่พบว่าปัญหา อุปสรรคในการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ ดีในการผลิต คือ สถานที่ผลิตอาหารขาดบุคลากร ที่มีความเข้าใจในหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิต ไม่มีแผนการฝึกอบรมและบุคลากรไม่ได้รับ การฝึกอบรมในด้านสุขลักษณะ แต่หลังได้รับ การพัฒนา ผู้ประกอบการมีคะแนนศักยภาพ โดยรวมเฉลี่ย อยู่ในระดับศักยภาพปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60.00 – 84.99) ถ้าจำแนกราย ประเด็นจะมีคะแนนศักยภาพเพิ่มขึ้นมากที่สุด ในด้านสุขลักษณะส่วนบุคคล แสดงให้เห็นว่า บุคลากรหรือผู้ปฏิบัติงานอาจจะเป็นปัจจัยที่มี ความสำคัญเป็นอย่างมากในการพัฒนาสถานที่ ผลิตให้เป็นไปตามวิธีการผลิตที่ดีได้ สอดคล้อง กับการศึกษาของ สุดคณิง พงษ์พิสุทธินันท์¹⁰ ที่ได้กล่าวไว้ว่า การผลิตสินค้าที่มีคุณภาพและ ปลอดภัยต่อผู้บริโภค ต้องได้รับความร่วมมือ จากทุกฝ่าย ทุกระดับ ตั้งแต่ระดับผู้บริหาร จนถึงระดับปฏิบัติงาน และอีกประเด็นที่มี คะแนนศักยภาพเพิ่มขึ้นคือ ด้านสถานที่ตั้งและ อาคารผลิต การทำความสะอาดและการบำรุง รักษา เนื่องจากผู้วิจัยได้มีส่วนร่วมในการปรับ แก้ไขแปลงกระบวนการผลิต เพราะมีการเปิด ดำเนินการมาหลายปี (เฉลี่ย 13.86 ปี) สายงาน การผลิตจะไม่เป็นไปตามวิธีการผลิตที่ดี และ ลักษณะอาคารผลิตมีพื้นที่กว้างมาก ผนังด้านข้าง

เปิดโล่ง เครื่องจักรมีขนาดใหญ่ใช้เหล็กเป็น ส่วนประกอบ อาจมีการหลุดกร่อนของสีและ ทำให้เกิดสนิม ซึ่งอาจเกิดการปนเปื้อนลงสู่ ผลิตภัณฑ์ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ จิรวัดน์ ยอดสุวรรณ¹¹ ที่ได้กล่าวถึง ปัญหาใน การจัดหาเครื่องมือ อุปกรณ์หรือวัสดุที่ใช้ใน การผลิตไม่เหมาะสมกับระบบอาจทำให้คุณภาพ ของผลิตภัณฑ์เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งในขั้นตอน การผลิตมีการขัดผิวเปลือกกล้วยซึ่งทำให้เกิดฝุ่น จำนวนมาก จากสาเหตุดังกล่าว จึงได้ร่วมกับ ผู้ประกอบการออกแบบปรับแผนผังหรือสายงาน การผลิต โดยต้องปรับตามบริบทพื้นที่ของแต่ละ แห่ง หลังจากแก้ไขแล้วสามารถผ่านมาตรฐาน ตามวิธีการผลิตที่ดีได้ สอดคล้องกับการศึกษา ของ อติเทพ บุญเสริม¹² ที่พบว่าจากการประเมิน ตามเกณฑ์ GMP ของโรงสีข้าวแสงรุ่งเรือง ก่อน การปรับปรุง ไม่ผ่านตามเกณฑ์การประเมิน GMP และมีคะแนนต่ำกว่ามาตรฐานที่กำหนดไว้ หลังจาก ดำเนินการปรับปรุงแล้วเสร็จ มีคะแนนที่เพิ่มขึ้น ทำให้ผ่านเกณฑ์การประเมิน GMP

คะแนนศักยภาพที่ประเมินโดยผู้ประกอบการ กับการตรวจสอบจริงโดยพนักงานมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ โดยผู้ประกอบการจะมีคะแนน ศักยภาพเฉลี่ยสูงกว่าการประเมินโดยพนักงาน เจ้าหน้าที่ อาจเป็นเพราะผู้ประกอบการมีความเข้าใจ ว่าวิธีการผลิตที่ดีเป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้หรือปฏิบัติ เหมือนเดิมอยู่เป็นประจำ และสถานที่ผลิตของ ตนเองก็มีศักยภาพตามวิธีการผลิตที่ดีอยู่ระดับ



หนึ่งแล้ว แต่ในข้อเท็จจริงจากการลงพื้นที่โดยพนักงานเจ้าหน้าที่ไม่ได้เป็นเช่นนั้น ผู้วิจัยจึงได้สร้างความเข้าใจและให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการผลิตที่ดีกับผู้ประกอบการ โดยให้พัฒนาศักยภาพในประเด็นที่ได้คะแนนศักยภาพน้อยตามลำดับก่อน โดยเฉพาะในด้านสุขลักษณะส่วนบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของ ชูติมา นุตยะสกุล และคณะ¹³ ที่พบว่าปัญหาในการดำเนินการผลิตสินค้าเกษตรแปรรูปเกี่ยวกับมาตรฐานการผลิตขั้นต้นคือ ปัญหาเรื่องความรู้ความเข้าใจในหลักมาตรฐานการผลิตขั้นต้น เพื่อขอรับเลขสารบบ (อย.) ที่ถูกต้องและเหมาะสมกับประเภทสินค้าที่ผลิต จึงได้แนะนำให้เตรียมพื้นที่หรือห้องสำหรับเปลี่ยนเครื่องแต่งกายในสถานที่ผลิต จัดให้มีอ่างล้างมือตามจุดต่าง ๆ และให้ผู้ประกอบการจัดอบรมหรือจัดทำป้ายด้านสุขลักษณะที่ดีส่วนบุคคลที่อาจจะเป็นภาษาต่างประเทศได้ เช่น ภาษาพม่า ภาษาอังกฤษ ฯลฯ เพื่อให้พนักงานเข้าใจง่ายและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ทำให้หลังได้รับการพัฒนามีคะแนนศักยภาพเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ อาริยา บุญจันทร์⁹ ที่พบว่าหลังจากได้รับความรู้ตามวิธีการผลิตที่ดีแล้วการประเมินผลการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีของผู้ประกอบการ และเจ้าหน้าที่ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนามีความพร้อมที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ถ้าแยกสถานที่ผลิตตามระดับศักยภาพ พบว่า ก่อนได้รับการพัฒนาส่วนใหญ่สถานที่ผลิตมีระดับศักยภาพน้อยหรือต้องปรับปรุง โดยเฉพาะด้านสุขลักษณะส่วนบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของ วงเดือน สุภักธนาการ¹⁴ ที่พบว่า การปรับปรุงสถานที่ผลิตในระยะที่ 1 ยังไม่สามารถผ่านตามเกณฑ์มาตรฐาน GMP แต่ถ้าหากดำเนินการปรับปรุงตามแผนที่กำหนดจะผ่านตามเกณฑ์มาตรฐาน หลังได้รับการพัฒนาส่วนใหญ่ผู้ประกอบการมีศักยภาพเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับศักยภาพปานกลาง โดยเฉพาะด้านสถานที่ตั้งและอาคารผลิต การทำความสะอาด และการบำรุงรักษา จะเห็นได้ว่าประเด็นนี้มีความสำคัญ ต้องใช้งบประมาณจำนวนมาก และระยะเวลาในการปรับปรุงอาคารให้เหมาะสมกับสายงานกระบวนการผลิต และด้านการควบคุมกระบวนการผลิตที่ต้องเตรียมเอกสารต่าง ๆ ตามเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดี ซึ่งผู้ประกอบการหลายแห่งไม่มีความเข้าใจจึงต้องให้หน่วยงานเอกชน (Certified Body) เป็นผู้ประสานงานและดำเนินการด้านเอกสารกับหน่วยงานภาครัฐ เพื่อให้สถานที่ผลิตได้รับอนุญาตอย่างถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ พรทิพย์ เชื้อมโนชาญ และคณะ¹⁵ ได้กล่าวว่า ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการพัฒนาระบบ GMP คือ การขาดแคลนงบประมาณในการปรับปรุงโรงงานและอาคารผลิต ไม่มีความรู้ด้านระบบหลักเกณฑ์ในระบบ GMP



และไม่มีที่ปรึกษา ดังนั้น การพัฒนาสถานที่ผลิตให้ได้มาตรฐานตามวิธีการผลิตที่ดี ต้องสร้างความตระหนักและความเข้าใจตามวิธีการผลิตที่ดีแก่ผู้ประกอบการหรือผู้ปฏิบัติงาน รวมทั้งพนักงานเจ้าหน้าที่จำเป็นต้องอ้างอิงถึงมาตรการทางกฎหมายแห่งพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 และเอกสารที่เกี่ยวข้องสำหรับขึ้นทะเบียนผู้ผลิตอาหารนำเข้าจากต่างประเทศเพื่อการส่งออก รวมทั้งกำหนดระยะเวลาที่เหมาะสมในการพัฒนาสถานที่ผลิตให้กับผู้ประกอบการ เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้ประกอบการเร่งปรับปรุงแก้ไขได้โดยเร็ว ซึ่งจะส่งผลให้ผลิตภัณฑ์ที่ได้ มีคุณภาพสามารถขึ้นทะเบียนเป็นผู้ผลิตอาหารนำเข้าจากต่างประเทศเพื่อการส่งออกไปยังสาธารณรัฐประชาชนจีนได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศิริภรณ์ ประสพชัยชนะ¹⁶ ที่พบว่าปัจจัยทางด้านการบริหารจัดการปัจจัยทางด้านการให้บริการของหน่วยงานภาครัฐ และปัจจัยทางด้านกฎหมาย มีผลต่อการมีผู้ควบคุมการผลิตอาหาร ซึ่งผู้ประกอบการจะต้องตระหนักถึงถึงความสำคัญ และเข้าใจเจตนารมณ์ของกฎหมาย เพื่อพัฒนาสถานที่ผลิตของตนให้เป็นไปตามวิธีการที่ดี ซึ่งผู้ประกอบการสามารถนำผลิตภัณฑ์ไปต่อยอดหรือเพิ่มมูลค่าสินค้าเพื่อจำหน่ายทั้งในและต่างประเทศได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ จิระสันต์ มีรัตนวัตต์¹⁷ ที่ได้กล่าวว่า การปรับกลยุทธ์หรือรูปแบบในการให้บริการของหน่วยงานภาครัฐ พร้อมทั้งการสร้างความเข้าใจคู่ขนานในระบบคุณภาพของอาหาร

(ต้องมี เลข อย.) แก่ผู้บริโภคทั่วไป อาจเป็นกลยุทธ์หนึ่งในการช่วยส่งเสริม ชักชวนให้ผู้ประกอบการให้ความสำคัญและดำเนินการตามข้อกำหนดของกฎหมาย ส่งผลให้เป็นการยกระดับคุณภาพอาหารของประเทศไทยสู่สากล

การนำผลการศึกษาไปใช้

การพัฒนาสถานที่ผลิตลำไยอบแห้งทั้งเปลือกแต่ละแห่งให้ได้มาตรฐานและได้ใบอนุญาตผลิตอาหาร (แบบ อ.2) ประกอบยื่นขออนุญาตส่งออกต่างประเทศนั้น จำเป็นต้องมีผู้เชี่ยวชาญหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดีทั้งภาครัฐหรือเอกชน เข้าไปมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ประกอบการ โดยเฉพาะการสร้างความรู้ความเข้าใจให้ความรู้ตามวิธีการผลิตที่ดีและการออกแบบแผนผังการผลิต และสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับสถานที่ผลิตอาหารประเภทอาหารอื่นได้ เพื่อให้ผลิตภัณฑ์มีคุณภาพปลอดภัยแก่ผู้บริโภค เป็นการสร้างโอกาสให้ผู้ประกอบการขยายช่องทางการจำหน่ายได้ทั้งในและต่างประเทศ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. สถานที่ผลิตอาหารที่ยังไม่ได้รับอนุญาต ต้องลงพื้นที่ในเชิงรุกเพื่อค้นหาปัญหาของผู้ประกอบการ จะทำให้ทราบศักยภาพที่แท้จริง และมีสถานที่ผลิตอาหารได้รับอนุญาตเพิ่มมากขึ้น
2. สถานที่ผลิตอาหารที่ได้รับอนุญาตแล้ว ต้องให้ผู้ประกอบการพัฒนาตนเองในเกณฑ์มาตรฐานที่สูงขึ้น เช่น HACCP หรือ ISO ฯลฯ เพื่อเป็นการเตรียมยกระดับมาตรฐานสถานที่ผลิตอาหารของตนเอง



กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลำพูน เกษัชกรกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน ที่ได้ช่วยเหลือให้การทำวิจัยในครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ขอขอบคุณ

ผศ.ดร.ภญ.ศิตาพร ยังกง คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ให้คำแนะนำทำให้งานวิจัยมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบคุณผู้ประกอบการทุกท่านที่ได้อำนวยความสะดวกในการลงพื้นที่ และอนุเคราะห์ตอบแบบสอบถามครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักส่งเสริมและจัดการสินค้าเกษตร. คู่มือนักวิชาการส่งเสริมการเกษตร “ลำไย” [อินเทอร์เน็ต] กรุงเทพฯ : กรมส่งเสริมการเกษตร; 2551. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 18 พฤศจิกายน 2565]. เข้าถึงได้จาก : http://www.agriman.doae.go.th/home/t.n/t.n1/3fruit_Requirement/02_Longan.pdf
2. สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร. ข้อมูลการผลิตสินค้าเกษตร “ลำไย” ปี 2563-2564 [อินเทอร์เน็ต] กรุงเทพฯ: กระทรวงเกษตรและสหกรณ์; 2565. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 18 พฤศจิกายน 2565]. เข้าถึงได้จาก : https://www.oae.go.th/view/1/search_result/ลำไย/news/TH-TH
3. สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร. สถิติการส่งออกปี 2563-2564 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กระทรวงเกษตรและสหกรณ์; 2565. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 18 พฤศจิกายน 2565]. เข้าถึงได้จาก : <http://impexp.oae.go.th/service/export.php>
4. พศวัต ชัยปัญญา. การอบแห้งลำไยที่เปลี่ยนแปลงด้วยวิธีป้อนความร้อนร่วมกับอินฟราเรด. [ปริญญาานิพนธ์วิศวกรรมศาสตรมหาบัณฑิต (วิศวกรรมเกษตร)]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2557.
5. กระทรวงสาธารณสุข. ระเบียบสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ว่าด้วยการดำเนินการเกี่ยวกับเลขสารบบอาหาร พ.ศ. 2562. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 136, ตอนพิเศษ 243 ง (ลงวันที่ 29 สิงหาคม 2562).
6. สำนักการเกษตรต่างประเทศ. กฎระเบียบว่าด้วยการขึ้นทะเบียนผู้ผลิตอาหารนำเข้าจากต่างประเทศ และมาตรการความปลอดภัยสำหรับอาหารนำเข้าและส่งออกสาธารณสุขรัฐประชาชนจีน [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กระทรวงเกษตรและสหกรณ์; 2565. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 21 พฤศจิกายน 2565]. เข้าถึงได้จาก : https://www.moac.go.th/foreignagri-prohibit_import-preview-431391791793
7. กองอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. คู่มือการตรวจสอบสถานที่ผลิตอาหารตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตที่บังคับใช้เป็นกฎหมาย (GMP420) (ฉบับปรับปรุง 1). นนทบุรี : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2564.



8. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. นโยบายขับเคลื่อนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น ปี 2566 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี : สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา; 2565 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 15 พฤศจิกายน 2565]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.fda.moph.go.th/media.php>
9. อาริยา บุญจันทร์. การพัฒนาความพร้อมของสถานที่ผลิตอาหารสำเร็จรูปพร้อมบริโภคทันทีในการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตที่ใช้บังคับเป็นกฎหมายในจังหวัดสมุทรสาคร. วารสารอิเล็กทรอนิกส์การเรียนรู้ทางไกลเชิงนวัตกรรม มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. 2559; 1: 91-113.
10. สุดคะนิง พงษ์พิสุทธิพันธ์. แนวทางการพัฒนาระบบคุณภาพ HACCP เพื่อการส่งออกผลิตภัณฑ์ถั่วเหลืองฝักสดแช่แข็ง กรณีศึกษา บริษัท ยูเนี่ยนฟรอสท์ จำกัด. [ปริญญาานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2548.
11. จิรวัดณ์ ยอดสุวรรณ. กระบวนการพัฒนาระบบหลักเกณฑ์และวิธีการที่ดีในการผลิต สำหรับกระบวนการผลิตอาหาร กรณีศึกษา บริษัท พาวเวอร์แพคเอ็กซ์เพรส จำกัด จังหวัดเชียงใหม่. [ปริญญาานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2548.
12. อติเทพ บุญเสริม. แนวทางการประยุกต์ใช้หลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตของโรงสีข้าวแสงรุ่งเรือง อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง. [ปริญญาานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2560.
13. ชุตินา นุตยะสกุล, นิชิชิชญา เกิดช่วย, วัฒนา พิลานันท์, ฉัตรชัย อิมอารมณ. แนวทางในการพัฒนาขีดความสามารถด้านการควบคุมคุณภาพของสินค้าเกษตรแปรรูปวิสาหกิจชุมชนตำบลคลองเขื่อน จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารวิจัยรำไพพรรณี. 2564; 2 : 26-34.
14. วงเดือน สุภักธนาการ. แนวทางการประยุกต์ใช้หลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร (จี เอ็ม พี) กรณีศึกษาบริษัทธาระมิงค์ จำกัด จังหวัดเชียงใหม่. [ปริญญาานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2548.
15. พรทิพย์ เชื้อมโนชาญ, สิริพร บุราเดชะ, อรวรรณ ทิตยัวรรณ, วีรศักดิ์ เชื้อมโนชาญ, วชญญา บุศยวงษ์, ประศาสน์ เจริญพานิช, พงศธร วิทย์พิบูลย์. การศึกษาปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความพร้อม อุปสรรค และ มาตรการในการส่งเสริมพัฒนาโรงงานให้สามารถผลิตยาตามเกณฑ์ GMP [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2543 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 15 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก <http://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/1304/hs0794.pdf>



16. ศีราภรณ์ ประสพชัยชนะ. การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีผู้ควบคุมการผลิตอาหารของสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท จังหวัดชลบุรี. วารสารสหวิชาการเพื่อสุขภาพ. 2565; 1: 27-43.
17. จิระสันต์ มีรัตน์ธนวัต. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการยื่นขอปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตขั้นต้น ของผู้ประกอบการกลุ่มหนึ่งตำบล หนึ่งผลิตภัณฑ์ ในกลุ่มเขตจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. [วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2558.



ความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดพังงา Health products literacy of Village Health Volunteers in Phangnga Province

เทียนันท์ สุทธิจัทธามณี¹

Thiyanan Sutthijuthamane¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดพังงา และเพื่อเปรียบเทียบความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดพังงา จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 358 คน ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ระหว่างวันที่ 6 – 31 ตุลาคม 2566 ซึ่งมีผลการทดสอบค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.97 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติค่าความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน t-test และ One-way ANOVA ทำการเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธีการทดสอบแบบ Least Significant Difference (LSD) ผลการวิจัยพบว่า ความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดพังงาอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.91$, S.D. = 0.50) และผลการเปรียบเทียบความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดพังงาพบว่า ระดับการศึกษา ระยะเวลาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และการเข้าร่วมประชุม/อบรมที่เกี่ยวข้องกับงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่ต่างกัน ทำให้มีความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากผลการวิจัยครั้งนี้ ควรส่งเสริมให้มีการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ เพื่อเพิ่มความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป และควรผลักดันให้เกิดการเรียนรู้ในชุมชน

คำสำคัญ: ผลิตภัณฑ์สุขภาพ, ความรู้, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

¹เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา

¹Pharmacist, Professional Level, Division of Consumer Protection and Public Health Pharmacy, Phangnga Provincial Public Health Office. E-mail : thiyanan@gmail.com



Abstract

This survey research aimed to study health products literacy level of the Village Health Volunteers in Phangnga Province and compare health products literacy in association with different personal characteristics. The sample in the research, 358 Village Health Volunteers were selected by simple random sampling. This research used questionnaire for data collection with reliability at 0.97 and analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, t-test, one-way ANOVA and pairwise comparison test with Least Significant Difference (LSD). The result of this research showed that health products literacy of the Village Health Volunteers in Phangnga Province was at high level ($\bar{X} = 3.91$, S.D. = 0.50) and the comparison of health products literacy among Village Health Volunteers in Phangnga Province found that the differences of education level, time period on being a Village Health Volunteer, and attendance of health product consumer protection training effected health products literacy, statistically significant at 0.05 level. The result of this research suggests that enhancing the potential of Village Health Volunteers continuously will increase health products literacy and community learning should be enforced.

Keywords : Health products, Literacy, Village Health Volunteers



บทนำ

ปัจจุบันพบปัญหาความไม่ปลอดภัยของผลิตภัณฑ์สุขภาพเพิ่มมากขึ้นและมีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดอันตรายแก่สุขภาพของผู้บริโภคเพิ่มขึ้น ทั้งปัญหาที่เกิดจากอันตรายจากสารเคมีที่ใช้ในการผลิต สิ่งปนเปื้อนในผลิตภัณฑ์สุขภาพ ปัญหามาตรฐานด้านสถานที่และมาตรฐานการผลิตต่าง ๆ รวมทั้งปัญหาการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ไม่เหมาะสม มีการกล่าวอ้างสรรพคุณเกินจริงทางสื่อออนไลน์จำนวนมาก ทั้งนี้หน่วยงานที่รับผิดชอบ ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ได้ดำเนินการตรวจสอบเฝ้าระวังสถานประกอบการ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ รวมถึงสื่อโฆษณาให้ถูกต้อง มีคุณภาพมาตรฐาน และปลอดภัยตามที่กฎหมายกำหนด จากสรุปผลการดำเนินงานของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาในปีงบประมาณ 2565 ได้ดำเนินคดีเปรียบเทียบปรับผู้กระทำความผิด ทั้งคดีโฆษณาผลิตภัณฑ์และสถานประกอบการ 1,792 คดี และส่งเจ้าหน้าที่ตำรวจดำเนินการตามกฎหมาย 802 คดี รวม 2,594 คดี¹ สั่งระงับโฆษณาที่ผิดกฎหมายจำนวน 1,427 คดี ปิดกั้นการโฆษณา Report ช่องทางพิเศษผ่าน Facebook และ Instagram 2,499 รายการ² ภารกิจอีกด้านในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีความสำคัญคือการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้บริโภค

เลือกบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง เหมาะสม ปลอดภัย มีความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ สามารถคิด วิเคราะห์ แยกแยะ เพื่อตัดสินใจเลือกบริโภคได้อย่างเหมาะสม และรู้จักพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของตนเอง ซึ่งการขับเคลื่อนกิจกรรมต่าง ๆ ในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพให้บรรลุเป้าหมายจะต้องอาศัยความร่วมมือ การมีส่วนร่วม และบูรณาการทำงานร่วมกันของหน่วยงานภาครัฐและภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน

หลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า การขาดความรู้ด้านสุขภาพจะส่งผลต่อสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นตัวแปรที่สำคัญตัวหนึ่งที่จะทำนายสถานะสุขภาพ เช่นเดียวกับอายุ รายได้ การมีงานทำ ระดับการศึกษา เชื้อชาติ การสร้างสังคมที่เป็นมิตรต่อการรอบรู้ด้านสุขภาพใน setting ต่าง ๆ ที่ประชาชนอยู่ เล่นหรือทำงาน จึงเป็นสิ่งที่จำเป็น โดยความรู้ด้านสุขภาพนั้น เป็นทั้งวิธีการและผลลัพธ์ โดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้เกิดการสร้างพลังและการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน รวมถึงบุคลากรในระบบสุขภาพ การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นทักษะใหม่ที่สำคัญและจำเป็นในการสร้างพฤติกรรมสุขภาพ ส่งเสริมให้ประชาชนพัฒนาขีดความสามารถในระดับบุคคลเพื่อการรักษาสุขภาพของตนเอง อย่างยั่งยืน กระบวนการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพด้วยวีเซฟ (V-shape) โดยแบบจำลอง



V-shape มี 6 องค์ประกอบ คือ การเข้าถึง การเข้าใจ การโต้ตอบซักถามและแลกเปลี่ยน การตัดสินใจ การเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อ³

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นเครือข่ายที่มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีครอบคลุมทุกหมู่บ้าน มีความใกล้ชิด เข้าถึง ผู้บริโภคหรือประชาชนในพื้นที่ สามารถเชื่อมประสาน ถ่ายทอดความรู้และดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค อีกทั้งยังเป็น แกนนำและบุคคลต้นแบบ ที่สำคัญให้กับประชาชนในชุมชน จากความสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ปัญหาในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ และบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้วิจัย จึงสนใจศึกษาระดับความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดพังงา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดพังงา
2. เพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดพังงาจำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา เมื่อวันที่ 4 กันยายน 2566 เลขที่โครงการวิจัย 23/2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในจังหวัดพังงา จำนวน 5,170 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของเครซีและมอร์แกน กรณีทราบจำนวนประชากร ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 358 คน ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยการจับฉลากจากรายชื่อทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้สร้างและพัฒนาแบบสอบถาม สำหรับการจัดเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว ระยะเวลาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตพื้นที่รับผิดชอบ และการเข้าร่วมประชุม/อบรมที่เกี่ยวข้องกับงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ เป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบและคำถามปลายเปิดให้เติมข้อความ
- ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ 6 ด้าน โดยแต่ละข้อคำถามแปลความหมาย



แบบวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ระดับความเป็นจริงตรงกับท่านมากที่สุด ระดับความเป็นจริงตรงกับท่านมาก ระดับความเป็นจริงตรงกับท่านปานกลาง ระดับความเป็นจริงตรงกับท่านน้อย และระดับความเป็นจริงตรงกับท่านน้อยที่สุด

เกณฑ์การแปลผลความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ นำมาจัดระดับโดยใช้สูตรการหาอันตรภาคชั้น (Class Interval) ของ Best การแปลความหมายเพื่อจัดระดับความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ เกณฑ์สูง ปานกลาง และต่ำ⁴

- ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ซึ่งเป็นคำถามแบบปลายเปิด ให้เติมข้อความ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

นำแบบสอบถามเสนอผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรง (Validity) โดยใช้ดัชนีค่าความสอดคล้องของเนื้อหา (IOC) คัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 – 1.00 จากนั้นตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ซึ่งผลการทดสอบได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.97

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามตามขั้นตอนดังนี้

1. ทำหนังสือถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพังงา เพื่อแจ้งการเก็บข้อมูลวิจัยและขอความอนุเคราะห์ประสานการเก็บข้อมูลวิจัย

ผ่านทางกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดพังงา

2. ส่งแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่างและรับคืนแบบสอบถาม

3. เก็บรวบรวมแบบสอบถามและตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วน ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมตั้งแต่วันที่ 6 – 31 ตุลาคม 2566

4. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ที่ใช้ ได้แก่ ร้อยละ (Percent), ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ในการอธิบายข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล และความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

2. วิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistic) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของตัวแปรอิสระ โดยใช้สถิติการทดสอบ t-test หรือ One-way ANOVA และเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีการทดสอบแบบ LSD โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 358 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 91.30 มีช่วงอายุ 51 – 60 ปี ร้อยละ 40.22 การศึกษาระดับมัธยม



ศึกษา หรือ ม.1 - ม.6 ร้อยละ 43.57 มีอาชีพเกษตรกร (ทำไร่ ทำนา ทำสวน) ร้อยละ 39.94 มีรายได้ต่อเดือน 7,001 - 10,000 บาท ร้อยละ 29.05 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 67.90 ระยะเวลาเป็น อสม. 11 - 20 ปี ร้อยละ 38.80 พื้นที่รับผิดชอบนอกเขตเทศบาล ร้อยละ 76.50 ได้เข้าร่วมประชุม/อบรมที่เกี่ยวข้องกับงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ร้อยละ 84.10

2. ผลการวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดพังงา

ความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยภาพรวมอยู่ในเกณฑ์ระดับสูง ($\bar{X} = 3.91, S.D. = 0.50$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าทุกด้านอยู่ในเกณฑ์ระดับสูง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดพังงา โดยรวมและรายด้าน

ความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. ด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ	3.78	0.57	สูง
2. ด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ	3.87	0.57	สูง
3. ด้านการโต้ตอบ ซักถาม แลกเปลี่ยนข้อมูลผลิตภัณฑ์สุขภาพ	3.75	0.59	สูง
4. ด้านการตัดสินใจเกี่ยวกับการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ	4.01	0.60	สูง
5. ด้านการจัดการตนเองเกี่ยวกับการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ	4.19	0.62	สูง
6. ด้านการบอกต่อเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ	3.85	0.61	สูง
ภาพรวม	3.91	0.50	สูง

3. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดพังงากับคุณลักษณะส่วนบุคคล

3.1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดพังงาที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพโดยภาพรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

0.05 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ ด้านการจัดการตนเองเกี่ยวกับการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ และด้านการบอกต่อเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ในจังหวัดพังงา จำแนกตามระดับการศึกษา (n=358 คน)

ความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ	df	SS	MS	F	Sig.
1. ด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ	4	6.196	1.549	4.909	0.001*
2. ด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ	4	5.084	1.271	4.060	0.003*
3. ด้านการโต้ตอบ ชักถาม แลกเปลี่ยนข้อมูลผลิตภัณฑ์สุขภาพ	4	2.806	0.701	2.067	0.085
4. ด้านการตัดสินใจเกี่ยวกับการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ	4	1.978	0.494	1.369	0.244
5. ด้านการจัดการตนเองเกี่ยวกับการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ	4	4.378	1.094	2.954	0.020*
6. ด้านการบอกต่อเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ	4	3.702	0.926	2.547	0.039*
ภาพรวม	4	3.516	0.879	3.668	0.006*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.2 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดพังงาที่มีระยะเวลาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่างกัน มีความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยภาพรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณา

รายด้านพบว่า ด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ และด้านการโต้ตอบ ชักถาม แลกเปลี่ยนข้อมูลผลิตภัณฑ์สุขภาพ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ในจังหวัดพังงา จำแนกตามระยะเวลาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (n=358 คน)

ความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ	df	SS	MS	F	Sig.
1. ด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ	2	0.262	0.131	0.397	0.673
2. ด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ	2	3.118	1.559	4.921	0.008*
3. ด้านการโต้ตอบ ชักถาม แลกเปลี่ยนข้อมูลผลิตภัณฑ์สุขภาพ	2	3.883	1.942	5.808	0.003*
4. ด้านการตัดสินใจเกี่ยวกับการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ	2	1.189	0.594	1.645	0.194
5. ด้านการจัดการตนเองเกี่ยวกับการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ	2	1.360	0.680	1.805	0.166
6. ด้านการบอกต่อเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ	2	1.344	0.672	1.826	0.163
ภาพรวม	2	1.502	0.751	3.077	0.047*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



3.3 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดพังงาที่มีการเข้าร่วมประชุม/อบรมที่เกี่ยวข้องกับงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและไม่ได้เข้าร่วมประชุม/อบรมที่เกี่ยวข้องกับงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ มีความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยภาพรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ ด้านการโต้ตอบ ชักถาม แลกเปลี่ยนข้อมูลผลิตภัณฑ์สุขภาพ ด้านการตัดสินใจเกี่ยวกับการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ และด้านการบอกต่อเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดพังงา จำแนกตามการเข้าร่วมประชุม/อบรมที่เกี่ยวข้องกับงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ (n=358 คน)

ความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ	เข้าร่วม		ไม่ได้เข้าร่วม		t	Sig.
	ประชุม/อบรม		ประชุม/อบรม			
	(n=301 คน)	(n=57 คน)	(n=301 คน)	(n=57 คน)		
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.		
1. ด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ	3.80	0.57	3.65	0.57	1.826	0.069
2. ด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ	3.90	0.57	3.71	0.55	2.374	0.018*
3. ด้านการโต้ตอบ ชักถาม แลกเปลี่ยนข้อมูลผลิตภัณฑ์สุขภาพ	3.80	0.59	3.49	0.52	3.733	0.000*
4. ด้านการตัดสินใจเกี่ยวกับการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ	4.04	0.60	3.86	0.61	2.021	0.044*
5. ด้านการจัดการตนเองเกี่ยวกับการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ	4.22	0.60	4.06	0.70	1.792	0.074
6. ด้านการบอกต่อเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ	3.88	0.61	3.69	0.57	2.093	0.037*
ภาพรวม	3.94	0.49	3.75	0.50	2.729	0.007*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



3.4 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดพังงา ที่มีเพศ อายุ อาชีพ รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว เขตพื้นที่รับผิดชอบ ต่างกัน มีความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยภาพรวมและรายด้านไม่แตกต่างกัน

การอภิปรายผล

1. ผลการวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของ อสม. ในจังหวัดพังงา 6 ด้าน โดยภาพรวมและรายด้าน พบว่า อสม. ในจังหวัดพังงา มีความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพอยู่ในเกณฑ์ระดับสูง อาจเกิดจาก อสม. ได้รับการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค จึงสามารถนำความรู้ที่ได้มาดูแลตนเองได้ และปัจจุบันมีช่องทางเกี่ยวกับข้อมูลผลิตภัณฑ์สุขภาพทางสื่อต่าง ๆ ทำให้การเข้าถึงเพื่อหาข้อมูลง่ายขึ้น จึงทำให้มีความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับงานวิจัยของ ภาณุวัฒน์ พิทักษ์ธรรมากุล⁵ พบว่าระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. ในชุมชนต้นแบบอยู่ในระดับดีมาก

2. ผลการวิเคราะห์การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของ อสม. ในจังหวัดพังงากับคุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า

2.1 อสม. ในจังหวัดพังงาที่มีเพศต่างกัน มีความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยภาพรวมและรายด้านไม่แตกต่างกัน อาจเป็นเพราะมีความเท่าเทียมกันทั้งเพศชายและเพศหญิง ในการเข้าถึง การเรียนรู้ การพัฒนายกระดับ

ความรอบรู้ของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ กรณี ดำหนูไทย⁶ พบว่าเพศที่แตกต่างกัน มีความสามารถด้านดิจิทัลไม่แตกต่างกัน และงานวิจัยของ กิตติยาภรณ์ อุทุมพร⁷ พบว่าเพศเป็นปัจจัยที่ไม่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ จิรนนท์ ช่วยศรีนวล⁸ พบว่าปัจจัยด้านเพศมีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพต่อการป้องกันโรคอ้วนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และงานวิจัยของ ศิริลักษณ์ อัครพิณ และคณะ⁹ พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.2 อสม. ในจังหวัดพังงาที่มีอายุต่างกัน มีความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยภาพรวมและรายด้านไม่แตกต่างกัน อาจเป็นเพราะการได้รับฝึกอบรมความรู้ต่าง ๆ จากภาครัฐ ไม่ได้จำกัดอายุของ อสม. และปัจจุบันโซเชียลมีเดียเข้ามามีอิทธิพล ทำให้การเข้าถึงข้อมูลสามารถทำได้ง่ายไม่จำกัดวัย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ปาริฉัตร ทนันทจา¹⁰ พบว่าผู้ขับซึ่รถแท็กซี่ที่มีอายุแตกต่างกันมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคความดันโลหิตสูงไม่แตกต่างกัน และงานวิจัยของ สุภาพร มงคลหมู¹¹ พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ สร้อยนภา ไหมพรหม¹² พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักที่มีอายุแตกต่างกันมีความรอบรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05



2.3 อสม. ในจังหวัดพังงาที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยภาพรวมแตกต่างกัน ซึ่ง อสม. ที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา มีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพน้อยกว่ากลุ่มอื่น ๆ อาจเป็นเพราะระดับการศึกษาเป็นพื้นฐาน เพื่อให้เกิดทักษะในการเรียนรู้ ทำความเข้าใจ วิเคราะห์ข้อมูล สามารถจัดการตนเองได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ รัชชู กริธาธร และภูมิพัฒน์ อรุณากร¹³ พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับระดับคะแนนความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และงานวิจัยของ พงษ์ศิริงานอัมพรนารา¹⁴ พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเปรียบเทียบตามตัวแปรระดับการศึกษา พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และงานวิจัยของ ปาริฉัตร ทนันทา¹⁰ พบว่า ผู้ขับซักรถแท็กซี่ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.4 อสม. ในจังหวัดพังงาที่มีอาชีพต่างกัน มีความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยภาพรวมและรายด้านไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ชินตา เตชะวิจิตรจารุ และคณะ¹⁵ พบว่าอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพโดยรวม และงานวิจัยของ ทรรศนีย์ บุญมั่น¹⁶ พบว่าอาชีพไม่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2.5 อสม. ในจังหวัดพังงาที่มีรายได้ต่อเดือนต่างกันมีความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยภาพรวมและรายด้านไม่แตกต่างกัน อาจเป็นเพราะผู้ที่สมัครใจมาปฏิบัติงานเป็น อสม. มีหลากหลายอาชีพ ทำให้มีรายได้แตกต่างกัน แต่ต่างก็มีความมุ่งมั่นในการปฏิบัติหน้าที่ อสม. เหมือนกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ กิตติยาภรณ์ อุทุมพร⁷ พบว่ารายได้ต่อเดือนเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และงานวิจัยของ เทพไทย โชติชัย และคณะ¹⁷ พบว่ารายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.6 อสม. ในจังหวัดพังงาที่มีโรคประจำตัวต่างกันมีความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยภาพรวมและรายด้านไม่แตกต่างกัน อาจเป็นเพราะการมีโรคประจำตัวหรือ ไม่มีโรคประจำตัวไม่ส่งผลต่อการเรียนรู้และการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ทรรศนีย์ บุญมั่น¹⁶ พบว่าโรคประจำตัวไม่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2.7 อสม. ในจังหวัดพังงาที่มีระยะเวลาเป็น อสม. ต่างกันมีความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยภาพรวมแตกต่างกัน ซึ่ง อสม. ที่มีระยะเวลาเป็น อสม. มากกว่าหรือเท่ากับ 21 ปี



มีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพสูงกว่ากลุ่มอื่น ๆ อาจเป็นเพราะระยะเวลาที่เป็น อสม. มากกว่ากลุ่มอื่น ทำให้ได้รับการพัฒนา ศักยภาพอย่างต่อเนื่องมากกว่ากลุ่มอื่น ทั้งใน ส่วนของการประชุมอบรมการศึกษาดูงานและ การปฏิบัติงาน จึงทำให้เกิดความรู้ ทักษะ และ ประสบการณ์ที่สูงกว่ากลุ่มอื่น ซึ่งสอดคล้องกับ งานวิจัยของ นิภาวรรณ รัชโทมาศ และคณะ¹⁸ พบว่าระยะเวลาการเป็น อสม. มีความสัมพันธ์ กับการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 แต่ไม่สอดคล้อง กับงานวิจัยของ รัตติพร พิพิธกุล และ อำนวย ทองโปร่ง¹⁹ พบว่าข้าราชการครูที่ปฏิบัติการสอน ในสถานศึกษาที่มีประสบการณ์การทำงานต่างกัน มีความคิดเห็นต่อความฉลาดรู้ไอซีที (ICT Literacy) ของผู้บริหารสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขต พื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสระบุรี เขต 1 โดย ภาพรวมและรายด้านไม่แตกต่างกัน

2.8 อสม. ในจังหวัดพังงาที่มีเขตพื้นที่ รับผิดชอบต่างกันมีความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์ สุขภาพ โดยภาพรวมและรายด้านไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ รัชชู กวีธรร และ ภูมิพัฒน์ อรุณากูร¹³ พบว่าเขตที่อยู่อาศัย มีความสัมพันธ์กับระดับคะแนนความรอบรู้ด้าน ผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

2.9 อสม. ในจังหวัดพังงาที่มีการเข้าร่วม ประชุม/อบรมที่เกี่ยวข้องกับงานคุ้มครองผู้บริโภค

ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพต่างกันมีความรอบรู้ด้าน ผลิตภัณฑ์สุขภาพโดยภาพรวมแตกต่างกัน อาจเป็นเพราะงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์ สุขภาพเป็นองค์ความรู้เฉพาะด้าน การได้เข้าร่วม ประชุม/อบรม จึงทำให้มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่ต้องการ มีทักษะใน การจัดการตนเอง สามารถนำมาปฏิบัติใน ชีวิตประจำวัน และถ่ายทอดไปยังบุคคลใน ชุมชนได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชาตรี จันทรตา²⁰ พบว่าการได้รับการอบรมอย่างต่อเนื่อง มีผลต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของ อสม. แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ ภัทร์พิชชา ครุทางคะ และคณะ²¹ พบว่าประสบการณ์การ อบรมหรือการฝึกใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของ พยาบาลวิชาชีพที่แตกต่างกันมีระดับความรอบรู้ ด้านดิจิทัลไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

1. จากผลการวิจัยพบว่าความรอบรู้ด้าน ผลิตภัณฑ์สุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านอยู่ในเกณฑ์ระดับสูง ดังนั้น ควรผลักดันให้เกิดการเรียนรู้ในชุมชน เช่น การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การมีอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านต้นแบบ เป็นต้น

2. จากผลการวิจัยพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านในจังหวัดพังงามีความรอบรู้ด้าน ผลิตภัณฑ์สุขภาพอยู่ในเกณฑ์ระดับปานกลางเพียง 5 ข้อ ซึ่งเกี่ยวกับการเข้าถึงข้อมูลผลิตภัณฑ์สุขภาพ จากผู้อื่น หรือจากผู้ผลิต/เจ้าของผลิตภัณฑ์/



เอกชน ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการแยกประเภทผลิตภัณฑ์สุขภาพจากเลขทะเบียน อนุญาตหรือเลขแสดงการได้รับอนุญาต การขอข้อมูลและการเจรจาต่อรองกับผู้ขายผลิตภัณฑ์สุขภาพ ดังนั้น ควรให้ความรู้เกี่ยวกับประเด็นดังกล่าวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และควรพัฒนาหลักสูตรการอบรมให้สอดคล้องกับประเด็นดังกล่าว

3. หน่วยงานระดับจังหวัดควรส่งเสริม สนับสนุนให้มีการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอ เพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ให้ทัน

ต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปและมีทักษะในการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ภญ.สุทธิดา ผกากรอง ภก.ทวีศักดิ์ ไพรสุวรรณ และ คุณจำเริญ รอบการ ที่ได้ชี้แนะ และตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ขอขอบคุณความร่วมมือจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พังงา สาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดพังงาที่ร่วมให้ข้อมูลเป็นอย่างดี จนทำให้การวิจัยครั้งนี้ สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. อย. เผยผลงานปีงบประมาณ 2565 พินคิติโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพและสถานประกอบการผิดกฎหมายกว่า 2,500 คดี จับกุมร่วมกับ บก.ปคบ. รวมมูลค่าของกลางกว่า 1,300 ล้านบาท [จดหมายข่าว]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 21 กรกฎาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก : https://oryor.com/media/newsUpdate/media_news/2363
2. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. รายงานประจำปี 2565 สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 18 กรกฎาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก : <https://online.fliphtml5.com/hvpv/xlfq/#p=1>
3. ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์, วิมล โรมา, มุกดา สำนวนกลาง. แนวคิดหลักการขององค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ. นนทบุรี : สำนักงานโครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0 เพื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน; 2561.
4. ธานินทร์ ศิลป์จารุ. การวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS. กรุงเทพมหานคร : วีอินเตอร์พรีน; 2550.
5. ภาณุวัฒน์ พิทักษ์ธรรมากุล. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในชุมชนต้นแบบของเขตสุขภาพที่ 5. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 18 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก : <http://do5.hss.moph.go.th>



6. กรณี ดำหนูไทย. การศึกษาความสามารถด้านดิจิทัลของบุคลากรในสังกัดสำนักงานอธิบดีผู้พิพากษาภาค 4. *Journal of Roi Kaensarn Academi* 2566; 8: 193–208.
7. กิตติยาภรณ์ อุทุมพร. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง หน่วยโลหิตวิทยา คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 เมษายน 2566]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.nmu.ac.th/grid/6253d9e0b4fa5b3b7e787144?contentId=udaSNzIBY5d8lgmpx4MMUgKZDcQOXQ&lang=th>
8. จิรนนท์ ช่วยศรีนวล. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพต่อการป้องกันโรคอ้วนของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายในอำเภอชะอวด จังหวัดนครศรีธรรมราช [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยทักษิณ; 2561.
9. ศิริลักษณ์ อัครพิน, กรกนก เสาร์แดน, ลลดา ทองจำนงค์, ญาตาวิ เซ็นเซาวิช. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ต่อการใช้กัญชาในทางการแพทย์. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 21 กรกฎาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก : https://socadmin.tu.ac.th/uploads/socadmin/file_research/research_Split/14.pdf
10. ปาริฉัตร ทนินจา. ความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคความดันโลหิตสูงของผู้ขับขี่รถแท็กซี่ในกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2565.
11. สุภาพร มงคลหมู่. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง ในอำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2564.
12. สร้อยนภา ไหมพรหม. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2562.
13. รัชฎู กริธาธร, ภูมิพัฒน์ อรุณาการ. ความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของประชาชนไทย. *วารสารอาหารและยา*. 2566; 30: 80–97.
14. พงษ์ศิริ งานอัมพรนารา. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2560.



15. ชินดา เตชะวิจิตรจารุ, อัจฉรา ศรีสุภกรกรกุล, สุทัตตา ช่างเทศ. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารพยาบาลทหารบก 2561; 19: 320-32.
16. ทรรศนีย์ บุญมั่น. ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดสุโขทัย [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2564.
17. เทพไทย โชติชัย, เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ, กิรณา แต่อารักษ์, สายันท์ ปัญญาทรง, อ้อยทิพย์ บัวจันทร์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลสำราญ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2563; 7: 45-56.
18. นิภาวรรณ รัชโหมาศ, เยาวภา ตีอัสสุวรรณ, ช่อทิพย์ บรมธนรัตน์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขของอำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2560; 26: 858-64.
19. รัตติพร พิพิธกุล, อำนวย ทองโปร่ง. ความฉลาดรู้ไอซีที (ICT literacy) ของผู้บริหารสถานศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสระบุรี เขต 1. วารสาร มจร อุบลปริทรรศน์ 2566; 8: 299-312.
20. ชาตรี จันท์ตา. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเทศบาลตำบลหางดง จังหวัดเชียงใหม่ [การค้นคว้าแบบอิสระ รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2552.
21. ภัทร์พิชชา ครุฑทางคะ, กษิตศิ ครุฑทางคะ, จงจิตร รียมธูรพงษ์, เต็มดวง บุญเปี่ยมศักดิ์. การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านดิจิทัลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย. 2565; 15: 251-65.



โอกาสในการพัฒนางานตามนโยบายจังหวัดส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลของจังหวัดสกลนคร Opportunities for development according to Rational Drug Use Province policy of Sakon Nakhon Province

กิตติศักดิ์ ไททอง¹, ตรีรัตน์ งันลาไสม², วิภาดา ปุณณภาไพศาล²
Kittisak Thaithong¹, Treerath Nganlasom², Wipada Punnapapaisan²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการดำเนินงาน RDU Province ของจังหวัดสกลนคร และศึกษาโอกาสในการพัฒนาแนวทางการดำเนินงาน RDU Province ของจังหวัดสกลนคร เป็นการศึกษาแบบผสมผสานด้วยข้อมูลปี 2560 – 2566 โดยระยะที่ 1 ศึกษาเชิงปริมาณ ประเมินการดำเนินงาน RDU Province ของจังหวัดสกลนครด้วย CIPP model มีกลุ่มเป้าหมาย คือ บุคลากรสาธารณสุขที่เป็นคณะกรรมการเภสัชกรรมบำบัดระดับโรงพยาบาลที่ขับเคลื่อนการดำเนินงาน RDU ของ 18 โรงพยาบาล รวม 200 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามการดำเนินงานตามนโยบายการใช้ยาสมเหตุผล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน การศึกษาระยะที่ 2 ศึกษาเชิงคุณภาพ มีผู้ให้ข้อมูลหลักคือ ผู้ประสานงาน RDU ทั้งระดับจังหวัดและอำเภอ รวม 18 คน ด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม รวบรวมข้อมูลแล้ววิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษาระยะที่ 1 พบว่า 1) ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565 – 2566 มี RDU District 5 และ 10 อำเภอ จาก 18 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ 27.78 และ 55.6 ตามลำดับ 2) การประเมิน บริบทนโยบาย ปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินงาน และผลลัพธ์ของการดำเนินงาน มีภาพรวมอยู่ในระดับมาก 3) บริบทนโยบาย ปัจจัยนำเข้าและด้านกระบวนการ มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ในระดับสูง (ระดับความสัมพันธ์ 0.681, 0.637 และ 0.740 ตามลำดับ) สำหรับระยะที่ 2 พบว่า 1) ควรมีการกำหนดแนวทางการดำเนินงาน และมีตัวชี้วัดที่ชัดเจน และมีกระบวนการติดตามงานอย่างต่อเนื่อง 2) ควรมีการกำหนดเป็นนโยบาย จากผู้บริหารอย่างชัดเจน ควรมีการสื่อสารภายในองค์กรที่มีประสิทธิภาพ การพัฒนาโปรแกรมที่อำนวยความสะดวก

¹เภสัชกรชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร

¹Pharmacist, Senior Professional Level. Division of Consumer Protection and Public Health Pharmacy. Sakon Nakhon Provincial Public Health Office. Email: kittisak.t@kkumail.com

²เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร

²Pharmacist, Professional Level. Division of Consumer Protection and Public Health Pharmacy. Sakon Nakhon Provincial Public Health Office.



ความสะดวก รวมถึงการให้ความรู้กับประชาชนและความร่วมมือจากเครือข่ายชุมชน 3) ควรมีการพัฒนา รูปแบบแนวทาง การปฏิบัติงานสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ที่ชัดเจนขึ้น และมีการเพิ่มความสามารถ ในการเข้าถึงข้อมูลและการขอความร่วมมือจาก รพ.สต. ในสังกัด อบจ.สกลนคร จะช่วยลดปัญหาจาก การหมุนเวียนของบุคลากรได้ 4) การสร้างเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การจัดทำแนวทางการปฏิบัติงาน และการติดตามระดับจังหวัดและการมอบนโยบายจากผู้บริหาร การสะท้อนผลการดำเนินงาน การเยี่ยม เสริมพลังพื้นที่เป้าหมาย และสร้างสื่อประชาสัมพันธ์ให้กับประชาชน ทั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางการดำเนินงาน RDU Province จังหวัดสกลนครต่อไป

คำสำคัญ: การใช้ยาสมเหตุสมผล, จังหวัดสกลนคร

Abstract

The aim of this study is to assess the performance of RDU Province in Sakonkakhon Province and to explore opportunities for the development of operational policies of RDU Province in Sakonkakhon Province. The study is mixed methods research using data from 2017 – 2023. Phase 1 was a quantitative study that evaluates the performance of RDU Province in Sakonkakhon Province using the CIPP model. The population of Phase 1 was 200 health care workers who are members of the pharmacy therapy committee in 18 hospitals that manage RDU activities. Data were collected using a questionnaire on guideline-compliant medication use and analyzed using Pearson correlation statistics. Phase 2 was a qualitative study. 18 RDU coordinators at district and provincial levels participated in focus group discussion. The data was collected and analyzed using content analysis. Study results : Phase 1 found that 1) the total amount of districts with RDU performance were 5 and 10 districts from 18 districts or 27.78% and 55.6% respectively in the fiscal year 2022 – 2023. 2) the assessment of policy context, inputs, process and outcomes of RDU operations was generally high. 3) the policy context, input factors and process were highly correlated with outcomes with correlation coefficients of 0.681, 0.637 and 0.740, respectively. Phase 2 results found that 1) establishing clear operational guidelines and indicators, including continuous monitoring processes should be done 2) clear management guidelines, efficient internal communication and practical program development, including knowledge transfer to the public and cooperation with networks



are necessary 3) developing clear operational guidelines for medical staff and improving access to information and collaboration with RDU hospitals under Sakonnakhon Provincial Administrative Organization can reduce staff turnover problems 4) creating a platform for learning exchange, developing operational guidelines and monitoring at provincial level, providing feedback on operational results, visiting target areas and creating media for outreach. These finding should be applied in area to establish an operational RDU Province guideline for Sakonnakhon Province.

Keyword: Rational Drug Use, Sakonnakhon Province

บทนำ

การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use : RDU) คือ การที่ผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพใช้ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเพื่อให้ผู้รับบริการใช้ยาอย่างถูกต้อง ปลอดภัย ตามข้อบ่งใช้ทางคลินิกและความจำเป็นทางสุขภาพ ในขนาดและระยะเวลาที่เหมาะสม โดยเน้นความคุ้มค่าและลดความเสี่ยงจากยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ประชาชนจึงมีความรู้และเข้าใจในการใช้ยาเพื่อดูแลสุขภาพตนเอง¹

ระบบยาเป็นระบบที่มีความซับซ้อน มีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับระบบสุขภาพทั้งระบบ และยังมีผลเกี่ยวข้องกับระบบเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ อย่างไรก็ตาม สถานการณ์การเมือง เศรษฐกิจ สังคม รวมทั้งปัจจัยแวดล้อมของระบบสุขภาพและสาธารณสุขของประเทศ มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องเป็นพลวัต ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการศึกษาวิจัยอย่างต่อเนื่องในการวิเคราะห์สถานการณ์

ระบบยา เพื่อระบุงบชี้ถึงปัญหา รวมทั้งแนวทางการพัฒนาที่ทันสมัยตามสถานการณ์ที่เป็นไปในปัจจุบัน²

“จังหวัดส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล” (RDU Province) หมายถึง จังหวัดที่มีนโยบายระบบ และโครงสร้าง กระบวนการและการติดตามประเมินผลเพื่อการพัฒนาสู่ “อำเภอใช้ยาสมเหตุผล” ได้อย่างน้อยร้อยละ 50 ของอำเภอในปี 2565 – 2569 ทั้งหมดประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การพัฒนาโรงพยาบาลทั้งรัฐและเอกชนให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU Hospital) 2) การดำเนินงานใช้ยาสมเหตุผลในหน่วยบริการปฐมภูมิ (RDU PCU) 3) การพัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU Community)³

ปีงบประมาณ 2565 จังหวัดสกลนคร มีผลการดำเนินงาน RDU Hospital ผ่าน 16 อำเภอ จากทั้งหมด 18 อำเภอ⁴ อำเภอที่ไม่ผ่านคือ



เมืองสกลนคร และภูพาน ส่วนการดำเนินงานตัวชี้วัดหน่วยบริการปฐมภูมิ RDU PCU ผ่านเกณฑ์ จำนวน 15 อำเภอ และอำเภอไม่ผ่าน ได้แก่ เมืองสกลนคร อากาศอำนวย และภูพาน ส่วน RDU Community มีผลการประเมินตนเองผ่านตามเกณฑ์ประเมินและพัฒนาร้านค้า RDU จำนวน 36 แห่ง ใน 5 อำเภอ ได้แก่ กุสุมาลย์ วาหรณิवास วาริชภูมิ สว่างแดนดิน และส่องดาว คิดเป็นร้อยละ 43 ของร้านค้า RDU เป้าหมายทั้งหมด ทำให้ผลการดำเนินงานการพัฒนา RDU Province ของจังหวัดสกลนครมีผลการดำเนินงานผ่าน RDU District จำนวน 5 อำเภอ ได้แก่ กุสุมาลย์ วาหรณิवास ส่องดาว วาริชภูมิ และสว่างแดนดิน คิดเป็นร้อยละ 27.78 ของอำเภอทั้งหมด พบว่าสกลนครยังไม่ผ่านเกณฑ์ RDU Province⁹ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจประเมินผลการดำเนินงาน RDU Province ของจังหวัดสกลนคร และศึกษาโอกาสในการพัฒนางาน RDU Province ของจังหวัดสกลนคร โดยอาศัยรูปแบบการประเมินผลแบบ CIPP model ของสตีฟเฟิลบีมร่วมด้วย ซึ่งเน้นการแยกบทบาทการทำงานระหว่างฝ่ายประเมินกับฝ่ายบริหารออกจากกันอย่างชัดเจน และนำผลการประเมินที่ได้ไปใช้ประกอบการตัดสินใจ เพื่อดำเนินกิจกรรมใด ๆ ที่เกี่ยวข้องแล้วแต่กรณี เพื่อป้องกันการมีอคติในการประเมิน⁸ ทั้งนี้เพื่อการพัฒนาที่ดีขึ้นและมีความยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการการศึกษา

1. ประเมินผลการดำเนินงาน RDU Province ของจังหวัดสกลนคร
2. ศึกษาโอกาสในการพัฒนาแนวทางการดำเนินงาน RDU Province จังหวัดสกลนคร

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบผสมผสาน โดยในระยะที่ 1 เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ เพื่อประเมินการดำเนินงานตามนโยบายจังหวัดใช้ยาสมเหตุผล จังหวัดสกลนคร ด้วย CIPP model และในระยะที่ 2 เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาโอกาสในการพัฒนางาน โดยการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion)

1. ระยะที่ 1 เป็นการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อประเมินผลการดำเนินงานตาม CIPP model ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ บริบทโครงการ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินงาน และผลผลิต คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่งในจังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรสาธารณสุขที่เป็นคณะกรรมการเภสัชกรรมบำบัดระดับโรงพยาบาล หรือคณะกรรมการตามชื่อเรียก



อื่นที่ขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม RDU ของ
โรงพยาบาล ทั้ง 18 อำเภอ จำนวน 200 คน

เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามการดำเนินงานตามนโยบายการใช้อย่างสมเหตุสมผลตาม CIPP model จากการศึกษาของ เกษศิริรินทร์ วิเชียรเจริญ และคณะ ที่มีผลการทดสอบความเที่ยงหรือความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) แล้ว มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.92⁶ ซึ่งได้รับอนุญาตให้ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แล้ว โดยแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

- ตอนที่ 1 ข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา วิชาชีพ และสถานที่ปฏิบัติงานของผู้ให้ข้อมูล ลักษณะคำถามเป็นปลายปิดแบบให้เลือกตอบจำนวน 5 ข้อ

- ตอนที่ 2 ข้อคำถามเกี่ยวกับการดำเนินงานตาม RDU Province ของจังหวัดสกลนคร ลักษณะเป็นคำถามปลายปิด ใช้มาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ ใน 4 ด้าน รวมจำนวน 24 ข้อ

- ตอนที่ 3 ข้อเสนอแนะเพื่อแสดงความคิดเห็นนอกเหนือไปจากข้อคำถามต่าง ๆ ที่มีอยู่ในแบบสอบถาม ลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด รวมจำนวน 2 ข้อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

จัดทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลการศึกษาวิจัยไปยังหน่วยงานโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่งในจังหวัดสกลนคร พร้อมจัดส่งแบบสอบถามตามจำนวนคณะกรรมการเภสัชกรรมบำบัดระดับโรงพยาบาล หรือคณะกรรมการตามชื่อเรียกอื่นที่ขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม RDU ของโรงพยาบาลนั้น ๆ และเก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างเดือนมิถุนายนถึงกรกฎาคม 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยมีการแบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา วิชาชีพ และสถานที่ปฏิบัติงานของผู้ให้ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนาหาค่าความถี่ และนำเสนอเป็นคำร้อยละ

2) การดำเนินงาน RDU Province ของจังหวัดสกลนคร ตามรูปแบบการประเมินแบบ CIPP model ใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ค่าความถี่ คำร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3) การหาความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินแบบ CIPP model กับผลการดำเนินงาน RDU Province ของจังหวัดสกลนคร โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Correlation) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05



ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินแบบ CIPP model ของปัจจัยด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ กับผลการดำเนินงาน

ตัวแปรต้นคือ การประเมินแบบ CIPP model ของ 1. ปัจจัยด้านบริบท 2. ปัจจัยนำเข้า 3. ด้านกระบวนการ ตัวแปรตามคือ ผลการดำเนินงาน RDU Province ของจังหวัดสกลนคร

ค่าความสัมพันธ์จะมีชั้นของคะแนนเฉลี่ยหรือค่าเฉลี่ย ดังนี้

ค่าเฉลี่ย	การแปลผล
0.1 – 0.3	สูง
0.3 – 0.5	ปานกลาง
0.5 – 1.0	ต่ำ

4) วิเคราะห์ข้อมูลจากข้อเสนอแนะสรุปข้อคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถาม

2. **ระยะที่ 2** การศึกษาเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้ให้ข้อมูลหลักคือ RDU-coordinator และผู้ที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบการดำเนินการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลทั้งระดับจังหวัดและอำเภอ ของจังหวัดสกลนคร จำนวน 18 คน

เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้เป็นข้อคำถามที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดของผู้วิจัยผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

จำนวน 2 ท่าน ที่มีความคิดเห็นตรงกันว่าข้อคำถามมีความเหมาะสม สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย และกระชับรัดกุมชัดเจนตามหลักการใช้ภาษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การสนทนากลุ่ม ใช้สถานที่ห้องประชุมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร บันทึกเสียงด้วยเครื่องบันทึกเสียงแบบดิจิทัลในการอธิบายข้อมูลที่เป็นข้อความที่ได้จริงจากผู้ให้ข้อมูลหลักจะใช้วิธีการตั้งรหัส โดยรหัสข้อความจะขึ้นต้นด้วยตัวอักษร P ตัวเลขลำดับที่เพศและอายุ ตามลำดับ และเก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างเดือนสิงหาคมถึงกันยายน 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยแต่ละองค์ประกอบจะแยกวิเคราะห์ประเด็นปัญหาและแนวทางในการปรับปรุงแก้ไข และเขียนบรรยายเชิงพรรณนา

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เอกสารรับรองเลขที่ SKN REC 2023-049

ผลการศึกษา

1. **ระยะที่ 1** การประเมินผลการดำเนินงานตามแบบ CIPP model 4 ด้าน ได้แก่ บริบทโครงการ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินงาน และผลผลิต ผลการศึกษาเป็นดังนี้



- ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา วิชาชีพ และสถานที่ปฏิบัติงานของผู้ให้ข้อมูลพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.5 ส่วนใหญ่มีอายุ 31 - 40 ปี ร้อยละ 35.0 มี

การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 80.5 เป็นกลุ่มผู้ปฏิบัติงานทั่วไป ร้อยละ 62.5 มีบทบาทในการดำเนินงานตามนโยบายใช้ยาอย่างสมเหตุผลส่วนมากเป็นเภสัชกร ร้อยละ 51.5 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=200)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
เพศชาย	59	29.5
เพศหญิง	141	70.5
2. อายุ		
21 - 30 ปี	48	24.0
31 - 40 ปี	70	35.0
41 - 50 ปี	49	24.5
51 - 60 ปี	33	16.5
3. ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	161	80.5
ปริญญาโท	33	16.5
ปริญญาเอก	4	2.0
อื่น ๆ	2	1.0
4. ท่านปฏิบัติงานในระดับใด		
ผู้บริหาร	7	3.5
หัวหน้ากลุ่ม	29	14.5
หัวหน้างาน	38	19.0
ผู้ปฏิบัติงานทั่วไป	125	62.5
อื่น ๆ	1	0.5



ตารางที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=200) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
5. บทบาทของท่านในการดำเนินงานตามนโยบายใช้ยาอย่างสมเหตุผล		
แพทย์	27	13.5
ทันตแพทย์	5	2.5
เภสัชกร	103	51.5
พยาบาล	47	23.5
เทคนิคการแพทย์	2	1.0
อื่น ๆ	16	8.0

- ตอนที่ 2 การดำเนินโครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดสกลนคร ใน 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านบริบทโครงสร้าง ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการดำเนินงาน และด้านผลผลิต ผลการศึกษาเป็นดังนี้

ความคิดเห็นเกี่ยวกับผลการดำเนินงาน

RDU Province ของจังหวัดสกลนครในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.75$, $SD = 0.60$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า ด้านบริบท ($\bar{X} = 3.83$, $SD = 0.60$) ด้านปัจจัยนำเข้า ($\bar{X} = 3.52$, $SD = 0.64$) ด้านกระบวนการ ($\bar{X} = 3.89$, $SD = 0.61$) และด้านผลลัพธ์ ($\bar{X} = 3.78$, $SD = 0.62$) มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และการประเมินระดับความคิดเห็นในแต่ละประเด็นของการดำเนินงานตามนโยบายจังหวัดใช้ยาสมเหตุผลตามรูปแบบการประเมิน CIPP model โดยรวม

รูปแบบการประเมิน CIPP model	\bar{X}	SD	ระดับความคิดเห็น
1. ด้านบริบท	3.83	0.60	มาก
2. ด้านปัจจัยนำเข้า	3.52	0.64	มาก
3. ด้านกระบวนการ	3.89	0.61	มาก
4. ด้านผลผลิต	3.78	0.62	มาก
รวม	3.75	0.60	มาก



2.3.1) ด้านบริบทโครงการ พบว่ามี เมื่อจำแนกเป็นรายข้อพบรายละเอียด
ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.83 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย (\bar{x}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และการประเมินระดับความคิดเห็นในแต่ละ
ประเด็นด้านบริบทของการดำเนินงานตามนโยบายจังหวัดใช้ยาสมเหตุผล

การประเมินผลด้านบริบท	\bar{x}	SD	ระดับความคิดเห็น
1. นโยบาย “จังหวัดส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล” จากส่วนกลางมีความชัดเจน	4.05	0.69	มาก
2. การกำหนดเป้าหมาย ตัวชี้วัด มีความสอดคล้อง กับปัญหาด้านสาธารณสุขในพื้นที่	3.99	0.75	มาก
3. การดำเนินงานได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่/ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	3.78	0.76	มาก
4. ประชาชนในพื้นที่ให้ความสำคัญและร่วมมือในการดำเนินการ	3.29	0.84	มาก
5. ผู้บริหารให้ความสำคัญ มีการสนับสนุนเชิงนโยบาย	4.05	0.75	มาก
รวม	3.83	0.60	มาก

2.3.2) ด้านปัจจัยนำเข้า พบว่ามี เมื่อจำแนกเป็นรายข้อพบรายละเอียด
ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.52 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย (\bar{x}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และการประเมินระดับความคิดเห็นในแต่ละ
ประเด็นด้านปัจจัยนำเข้าของการดำเนินงานตามนโยบายจังหวัดใช้ยาสมเหตุผล

การประเมินผลด้านปัจจัยนำเข้า	\bar{x}	SD	ระดับความคิดเห็น
1. งบประมาณสนับสนุนเพียงพอ	3.42	0.85	มาก
2. บุคลากร มีจำนวนเพียงพอต่อการดำเนินงานตามนโยบาย	3.38	0.83	มาก
3. บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ ทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน กระบวนการ ปฏิบัติในการดำเนินงาน	3.68	0.79	มาก
4. วัสดุอุปกรณ์และสื่อประชาสัมพันธ์เพียงพอต่อการดำเนินงาน	3.39	0.76	มาก
5. โรงพยาบาลมีระบบบริหารจัดการที่ดี มีส่วนทำให้การ ดำเนินงานมีประสิทธิภาพ	3.76	0.73	มาก
รวม	3.52	0.64	มาก



2.3.3) ด้านกระบวนการดำเนินงาน เท่ากับ 3.89 เมื่อจำแนกเป็นรายข้อพบรายละเอียดพบว่าค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย (\bar{x}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และการประเมินระดับความคิดเห็นในแต่ละประเด็นด้านกระบวนการของการดำเนินงานตามนโยบายจังหวัดใช้ยาสมเหตุผล

การประเมินผลด้านกระบวนการ	\bar{x}	SD	ระดับความคิดเห็น
1. คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดระดับโรงพยาบาลหรือ คณะกรรมการที่เกี่ยวข้องอื่นมีการดำเนินงานตามนโยบายที่เข้มแข็ง	3.97	0.76	มาก
2. การจัดทำฉลากยาตามมาตรฐาน RDU label มีความครบถ้วน สมบูรณ์ ทำให้ผู้ป่วยรับทราบข้อมูลสำคัญได้อย่างถูกต้อง (ฉลากภาษาไทย, ฉลากยาเสริม, ข้อมูลความปลอดภัย)	4.13	0.76	มาก
3. โรงพยาบาลมีระบบการสะท้อนข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้ส่งใช้ยาเพื่อการ ติดตามและแก้ไขปัญหา	3.70	0.85	มาก
4. การสร้างความตระหนักรู้ต่อการใช้อย่างสมเหตุผลในบุคลากรทาง การแพทย์และผู้รับบริการอย่างเหมาะสม (การจัดอบรม, ข่าวสาร, ข้อมูล)	3.71	0.84	มาก
5. การให้คำแนะนำสำหรับการดูแลด้านยาเพื่อความปลอดภัยใน ประชากรกลุ่มพิเศษ ได้แก่ ผู้สูงอายุ สตรีตั้งครรภ์/ให้นมบุตร เด็ก และผู้ป่วยโรคตับและโรคไตเรื้อรังสอดคล้องกับมาตรฐาน	3.95	0.73	มาก
6. การคัดเลือก ส่งใช้ยา ที่เหมาะสม ภายใต้แนวทาง RDU และตรงตาม หลักจริยธรรมการส่งเสริมการขายยา	4.01	0.70	มาก
7. การประเมินและกำกับติดตามผลการดำเนินงานมีความเหมาะสม	3.82	0.74	มาก
8. มีการวิเคราะห์และนำผลการประเมินมาพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง	3.80	0.76	มาก
รวม	3.89	0.61	มาก

3. ด้านผลลัพธ์ พบว่ามีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.78 เมื่อจำแนกเป็นรายข้อพบรายละเอียดดังตารางที่ 6

จากตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ กับ ปัจจัยด้านผลลัพธ์ พบว่า

1. ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ปัจจัยด้าน บริบท มีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านผลลัพธ์

ที่ระดับความสัมพันธ์ 0.681 สามารถแปลผลได้ว่ามีความสัมพันธ์กันในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ปัจจัยนำเข้า มีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านผลลัพธ์ ที่ระดับความสัมพันธ์ 0.637 สามารถแปลผลได้ว่ามีความสัมพันธ์กันในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และการประเมินระดับความคิดเห็นในแต่ละประเด็นด้านผลลัพธ์ของการดำเนินงานตามนโยบายจังหวัดไช่ยาสมเหตุผล

การประเมินผลด้านผลลัพธ์	\bar{X}	SD	ระดับความคิดเห็น
1. ความสำเร็จในการดำเนินงานตามเป้าหมาย ตัวชี้วัด ตามนโยบาย	3.86	0.70	มาก
2. การประหยัดมูลค่าด้านยา การใช้ยา โดยไม่จำเป็นลดลง	3.87	0.69	มาก
3. ประชาชนมีความปลอดภัยด้านยา ลดโอกาสแพ้ อาการไม่พึงประสงค์	3.96	0.69	มาก
4. ประชาชนมีพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลมากขึ้น	3.63	0.77	มาก
5. มีการขยายผลสู่ชุมชนเพื่อเกิดความยั่งยืนในการดำเนินงาน	3.59	0.82	มาก
รวม	3.78	0.62	มาก

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ กับผลการดำเนินงาน RDU Province ของจังหวัดสกลนคร

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value	การแปลผล	ระดับความสัมพันธ์
ด้านบริบท	0.681	<0.001	มีความสัมพันธ์กัน	สูง
ด้านปัจจัยนำเข้า	0.637	<0.001	มีความสัมพันธ์กัน	สูง
ด้านกระบวนการ	0.740	<0.001	มีความสัมพันธ์กัน	สูง

3. ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ปัจจัยกระบวนการ มีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านผลลัพธ์ ที่ระดับความสัมพันธ์ 0.740 สามารถแปลผลได้ว่ามีความสัมพันธ์กันในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ระยะที่ 2 การหาโอกาสในการพัฒนาแนวทางการดำเนินงาน RDU Province จังหวัดสกลนคร (Focus group discussion)

1) ผู้ให้ข้อมูลหลัก

เป็น RDU-coordinator และผู้ที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบในการดำเนินงานการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลทั้งระดับจังหวัดและอำเภอ ของจังหวัดสกลนคร ทั้งหมด

จำนวน 18 คน ส่วนมากเป็นเพศชาย ร้อยละ 61.11 อายุ 36 - 45 ปีเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 44.44 การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 66.67 มีตำแหน่งทางวิชาการเป็นเภสัชกรชำนาญการเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 50.0 ส่วนมากมีประสบการณ์ในการทำงาน 11 - 15 ปี ร้อยละ 33.3 รายละเอียดตามตารางที่ 8

2) กรอบแนวคิด โอกาสในการพัฒนาแนวทางการดำเนินงาน RDU Province จังหวัดสกลนคร

จากการสนทนากลุ่มนำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่ จัดลำดับการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยแต่ละองค์ประกอบ



จะแยกวิเคราะห์ประเด็นปัญหาและแนวทางในการปรับปรุงแก้ไข ซึ่งการวิเคราะห์ข้อมูลนั้นจะนำข้อมูลจากบทสนทนาของผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยพิจารณาข้อมูลส่วนย่อยที่มีความคล้ายคลึงกันมาจัดรวมเข้าเป็นประเภทหัวข้อย่อย (Sub-theme)

เดียวกัน และนำประเด็นมาจัดรวมเป็นกลุ่มข้อมูลหัวข้อหลัก (Theme) สังเคราะห์กรอบแนวคิดโอกาสในการพัฒนาแนวทางการดำเนินงาน RDU Province จังหวัดสกลนครออกมาได้ดังนี้

ตารางที่ 8 ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=18)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	11	61.11
หญิง	7	38.89
2. อายุ (ปี)		
25 - 35	5	27.78
36 - 45	8	44.44
46 - 55	5	27.78
3. ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	12	66.67
ปริญญาโท	6	33.33
4. ตำแหน่งทางวิชาการ		
เภสัชกรปฏิบัติการ	5	27.78
เภสัชกรชำนาญการ	9	50.00
เภสัชกรชำนาญการพิเศษ	4	22.22
5. ประสบการณ์การทำงาน (ปี)		
1 - 5	2	11.11
6 - 10	2	11.11
11 - 15	6	33.33
16 - 20	3	16.67
21 - 25	2	11.11
26 - 30	3	16.67



2.1) โครงสร้างและกระบวนการในการขับเคลื่อน จังหวัดส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล

2.1.1) ให้มีการกำหนดแนวทางและ
ตัวชี้วัดที่ใช้ร่วมกันทั้งในเครือข่ายสาธารณสุข
และองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) พบว่า
ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เห็นว่าการขับเคลื่อน RDU
Province ควรเริ่มจากการกำหนดแนวทางและ
ตัวชี้วัดที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน และใช้เกณฑ์นี้
ร่วมกันทั้งในเครือข่ายกระทรวงสาธารณสุข
และเอกชน เพื่อความต่อเนื่องและลดปัญหา
การใช้ยาไม่สมเหตุผลอย่างเป็นรูปธรรม

2.1.2) ให้มีการติดตามกระบวนการ
อย่างต่อเนื่อง พบว่าการขับเคลื่อนจังหวัด
ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลต้องมีการ
ติดตามและวิเคราะห์ผลการดำเนินงานอย่าง
ต่อเนื่อง เพื่อวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และ
ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

2.2) ปัจจัยที่ส่งเสริมการดำเนินงาน

2.2.1) ให้มีการกำหนดเป็นนโยบาย
จากผู้บริหารอย่างชัดเจน พบว่าปัจจัยสำคัญ
ลำดับแรกคือการมีนโยบายที่ชัดเจนจากผู้บริหาร
และสั่งการลงสู่ผู้ปฏิบัติงาน จะช่วยส่งเสริมให้
กระบวนการในการขับเคลื่อนจังหวัดส่งเสริม
การใช้ยาสมเหตุผลประสบความสำเร็จได้

2.2.2) สนับสนุนให้ภายในองค์กรมี
ความสัมพันธ์และการสื่อสารที่ดี พบว่า
โรงพยาบาลและหน่วยบริการที่บุคลากรทาง
การแพทย์ในหน่วยงานมีความสัมพันธ์กันดี

ย่อมส่งผลให้เกิดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ
มากขึ้น และให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงาน
ให้บรรลุเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.2.3) ให้มีการพัฒนาโปรแกรมที่ช่วย
ให้การทำงานสะดวกมากขึ้น พบว่าระบบ
เทคโนโลยีที่ตอบสนองความต้องการของ
ผู้ปฏิบัติงานมีความสำคัญในการส่งเสริมการใช้
ยาอย่างสมเหตุผล การพัฒนาเทคโนโลยีให้
ตอบโจทยจะทำให้กระบวนการนี้สะดวก ง่าย
และเป็นรูปธรรมมากขึ้น

2.2.4) สนับสนุนการให้ความรู้กับ
ประชาชน พบว่าการให้ความรู้แก่ประชาชน
เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างถูกต้องจะช่วย
เสริมสร้างความสำเร็จของการใช้ยาอย่างสม
เหตุผลในระดับชุมชน

2.2.5) ส่งเสริมให้เกิดเครือข่ายชุมชน
พบว่าการจัดการยาในร้านค้าและร้านชำระดับ
ชุมชนมีบทบาทสำคัญในการลดการใช้ยาที่ไม่
สมเหตุผล และการควบคุมโฆษณาที่เกินจริง
สามารถช่วยให้ประชาชนใช้ยาอย่างถูกต้อง
โดยเครือข่ายชุมชนมีส่วนช่วยพัฒนาการใช้ยา
อย่างสมเหตุผลได้อย่างมาก

2.2.6) ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือ
จากทุกภาคส่วน พบว่าการยกระดับจังหวัด
ใช้ยาสมเหตุผลนั้น จะเกิดขึ้นได้จากความ
ร่วมมือของภาคเอกชนที่จะมีส่วนส่งเสริม
และผลักดัน RDU ในระดับชุมชนมีความ
เข้มแข็งมากขึ้น



2.3) อุปสรรคในการดำเนินงาน

2.3.1) อัตราการหมุนเวียนของบุคลากรทางการแพทย์ พบว่าอัตราการเปลี่ยนแปลงของแพทย์มีผลกระทบต่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในจังหวัด โดยส่วนหนึ่งเกิดจากการศึกษาที่ไม่เน้นการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลและแพทย์ใหม่ที่อาจยังไม่คุ้นเคยกับแนวทางของหน่วยงาน

2.3.2) ความตระหนักของทีมสหวิชาชีพ พบว่าบางบุคลากรทางการแพทย์เข้าใจว่าการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเป็นหน้าที่ของเภสัชกรเท่านั้น ในขณะที่งานนี้เกี่ยวข้องกับบุคลากรหลายวิชาชีพ

2.3.3) ประสบการณ์การทำงานและความเชื่อส่วนบุคคล พบว่าประสบการณ์การทำงานและความเชื่อส่วนบุคคลมีผลต่อการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เช่น ผู้ที่มีประสบการณ์น้อยอาจเชื่อว่าการให้ยาปฏิชีวนะทุกครั้งช่วยเพิ่มโอกาสการหายจากโรค

2.3.4) แนวทางปฏิบัติงานไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน พบว่าจังหวัดสกลนครยังไม่มีแนวทางการดำเนินงานที่เป็นรูปแบบเดียวกัน ทำให้แต่ละหน่วยงานมีการปฏิบัติในรูปแบบที่แตกต่างกัน ผลลัพธ์ที่ได้ก็อาจจะแตกต่างกันไปตามแต่ละพื้นที่ที่ผ่านและไม่ผ่านตัวชี้วัด

2.3.5) การเข้าถึงข้อมูลและขอความร่วมมือจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่อยู่ในสังกัดของ อบจ. พบว่าหลังจาก

ภารกิจถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. แล้ว ผู้ปฏิบัติงานพบปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดจังหวัดส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

2.3.6) การจำหน่ายยาปฏิชีวนะในร้านชำ พบว่าร้านค้า ร้านชำ ในบางพื้นที่ยังมีการจำหน่ายยาปฏิชีวนะ ทำให้มีการซื้อขายยาปฏิชีวนะได้ง่าย ส่งผลให้ผู้ป่วยรับประทานยาไม่เหมาะสมกับโรค ซึ่งเป็นอุปสรรคในการพัฒนางาน RDU Province ได้

2.4) สิ่งที่ต้องการสนับสนุนจากระดับจังหวัด

2.4.1) งบประมาณ พบว่าระดับอำเภอมีความต้องการการสนับสนุนงบประมาณ เพื่อใช้ในการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

2.4.2) เวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พบว่าจังหวัดสกลนครยังขาดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลซึ่งกันและกัน หากจังหวัดเพิ่มเติมในส่วนของเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ก็จะทำให้แต่ละอำเภอได้แบ่งปันข้อมูลกันมากขึ้น ส่วนไหนดีก็จะได้นำไปปรับใช้ร่วมกันในหน่วยงานของตนเอง

2.4.3) กิจกรรมลงพื้นที่ เสริมพลัง พบว่าการจัดกิจกรรมลงพื้นที่เสริมพลัง ยังเป็นส่วนสำคัญเพื่อเสริมสร้างกำลังใจให้ผู้ปฏิบัติงาน อีกทั้งหากพื้นที่นั้น ๆ ได้รับคำแนะนำหรือข้อเสนอแนะจากผู้มีประสบการณ์หรือผู้เชี่ยวชาญ จะทำให้งานส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลประสบความสำเร็จมากขึ้น



2.4.4) อัตรากำลังของบุคลากรพบว่าหลายหน่วยงานยังไม่มีบุคลากรที่จะดำเนินงานด้านปฐมภูมิแบบ 100% จึงอาจทำให้การขับเคลื่อนงานดำเนินไปได้ไม่เต็มที่ การเพิ่มอัตรากำลังและเพิ่มศักยภาพของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานจึงเป็นเรื่องสำคัญที่อยากขอรับการสนับสนุน

2.4.5) การสร้างเครือข่ายในระดับผู้ปฏิบัติเพิ่มเติม พบว่าผู้ปฏิบัติงานมีความต้องการให้ระดับจังหวัดช่วยขยายเครือข่ายในระดับผู้ปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในระดับชุมชนเพื่อช่วยขับเคลื่อนงานส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผลในระดับชุมชนให้เป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

2.4.6) จัดทำแนวทางการปฏิบัติงานและการติดตามในภาพรวมระดับจังหวัดพบว่าจังหวัดยังขาดแนวทางการดำเนินงานและกระบวนการติดตามที่มีความต่อเนื่องและชัดเจน การมีแนวทางที่ชัดเจนและการติดตามอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้พื้นที่ทั้งหมดทำงานตามมาตรฐานเดียวกันและดำเนินงานได้ต่อเนื่องแม้เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงบุคลากร

2.4.7) กำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจน พบว่ามีความเห็นว่าควรชี้แจงตัวชี้วัดของแต่ละหน่วยบริการให้ชัดเจน และปรับตัวชี้วัดใหม่ให้เจาะจงมากขึ้นสำหรับด้านที่ยังไม่ผ่านการประเมิน เพื่อการแก้ไขปัญหาที่ตรงจุด

2.4.8) กำหนดกรอบบัญชียาให้เป็นกรอบเดียวกันทั้งจังหวัด พบว่าหลังการโอนภารกิจ รพ.สต. ให้กับ อบจ. อาจเกิดการสั่งใช้ยาที่หลากหลาย ซึ่งเป็นความเสี่ยงที่จะมีการใช้อย่างไม่เหมาะสมเกิดขึ้นได้ จึงมีความเห็นว่าควรกำหนดกรอบบัญชียาใน รพ.สต. ให้เหมือนกับทุกแห่ง

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

จากผลการศึกษาด้วยแบบสอบถามเกี่ยวกับผลการดำเนินงาน RDU Province ของจังหวัดสกลนครด้วย CIPP model พบว่าภาพรวมมีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เกษศิริรินทร์ วิเชียรเจริญ และคณะ⁶ และเมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของ CIPP model พบว่าปัจจัยด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ มีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านผลลัพธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เป็นความสัมพันธ์ในระดับมาก แตกต่างจากการศึกษาของ เกษศิริรินทร์ วิเชียรเจริญ และคณะ⁶ ในส่วนของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบริบทกับผลลัพธ์ที่อยู่ในระดับปานกลางการศึกษายังพบว่าหากผู้บริหารให้ความสำคัญมีการสนับสนุนเชิงนโยบายจากส่วนกลางอย่างชัดเจน ผู้บริหารของจังหวัดเพชรบุรีมีการกำหนดนโยบายของจังหวัดที่ชัดเจน แต่ยังคงขาดการกระตุ้นให้ประชาชนในพื้นที่ให้ความสำคัญและร่วมมือในการดำเนินงานมากขึ้น⁶ ผลการศึกษานี้ทำให้



ทราบว่า การดำเนินงาน RDU Province นั้น ขึ้นกับการกำหนดนโยบายที่ชัดเจนจากผู้บริหาร การกำหนดเป้าหมาย การได้รับการสนับสนุน รวมถึงความร่วมมือจากผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ และประชาชน เป็นปัจจัยเริ่มต้นหลักที่จะช่วยขับเคลื่อนงานได้ นอกจากนี้สิ่งสำคัญยังต้องอาศัยระบบบริหารจัดการที่ดีของหน่วยงาน การสนับสนุนงบประมาณการพัฒนาองค์ความรู้ของบุคลากร การสร้างความตระหนักรู้ต่อการใช้อย่างสมเหตุผลในบุคลากรทางการแพทย์ และผู้รับบริการ กระบวนการคัดเลือก/สั่งใช้ยา ที่เหมาะสมภายใต้แนวทาง RDU รวมถึง การประเมิน กำกับ ติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องจะช่วยให้เกิดผลลัพธ์บรรลุตามเป้าหมายได้

จังหวัดสกลนครได้ดำเนินงาน RDU มาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560 ซึ่งได้มีความพยายามพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ ญัฐวิ รักชัย และคณะ⁷ จะเห็นได้ว่าภาพรวมเรื่อง ผลลัพธ์การดำเนินงานตามนโยบายการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาการใช้อย่างสมเหตุผล (Service Plan RDU) ของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ 2560 – 2561 พบว่าตัวชี้วัดที่มีผลลัพธ์เกินร้อยละ 80 ในปีงบประมาณ 2560 มี 9 รายการ และจากการศึกษาของ ปราชญา บุตรหงษ์⁸ จะเห็นได้ว่ากลุ่มโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชมีผลการ

ดำเนินงานที่ดีกว่าโรงพยาบาลอื่น 2 ตัวชี้วัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเกิดจากการที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช ได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการขับเคลื่อนกิจกรรมส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผลเพิ่มเติมจากมูลนิธิโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชผ่านสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาในปี 2560 – 2561 โรงพยาบาลละสองแสนบาท ซึ่งโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ก็ได้รับการจัดสรรงบประมาณนี้เช่นกัน และเป็นอำเภอสว่างแดนดินมีผลการดำเนินงานที่ดีเยี่ยมและยังเป็นต้นแบบในการดำเนินงาน RDU Community ของจังหวัดสกลนครอีกด้วย การมีปัจจัยนำเข้าไปประเด็นงบประมาณที่เพียงพอ จึงมีผลมากต่อการดำเนินงาน อย่างไรก็ตาม จังหวัดสกลนครได้พัฒนางานอย่างต่อเนื่อง จนผลการดำเนินงานส่งเสริมจังหวัดใช้อย่างสมเหตุผล (RDU Province) ของจังหวัดสกลนคร ในปีงบประมาณ 2566 มีผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์เป็นจังหวัดใช้อย่างสมเหตุผลตามตัวชี้วัดที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ คือ มี 10 อำเภอ (ร้อยละ 55.56) จากทั้งหมด 18 อำเภอที่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ได้แก่ พรรณานิคม คำตาก้า โคกศรีสุพรรณ โพนนาแก้ว สว่างแดนดิน พังโคน วาริชภูมิ วานรนิวาส ภูพาน และกุดบาก ปัจจัยแห่งความสำเร็จในครั้งนี้เมื่อใช้การวิเคราะห์แบบ CIPP model พบว่าเกิดจากผู้บริหารมีนโยบายและได้กำหนดตัวชี้วัดกลางจากกระทรวง



สาธารณสุขเป็นตัวชี้วัดในระดับจังหวัดอย่างชัดเจน รวมถึงการได้รับสนับสนุนงบประมาณและ ทีมสหวิชาชีพมีความร่วมมือกันเป็นอย่างดีมากขึ้น ทั้งนี้ในอนาคตจะมีการขยายโครงการส่งเสริม การใช้ยาสมเหตุผลไปยังส่วนสถานประกอบการ เอกชน ได้แก่ ร้านยา คลินิก โรงพยาบาลเอกชน ให้เข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น เพื่อให้มีการใช้ยา อย่างสมเหตุผล แก้ปัญหาในชุมชน อย่างเป็น ระบบและยั่งยืน และให้ประชาชนปลอดภัย จากการใช้ยา

จากผลการศึกษาด้วยวิธีสนทนากลุ่ม จะเห็นได้ว่ากรอบแนวคิดเกี่ยวกับโอกาสในการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานจังหวัด ส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล จังหวัดสกลนคร แยกเป็น 4 ประเด็น ได้แก่ 1) โครงสร้างและ กระบวนการในการขับเคลื่อนจังหวัดส่งเสริม การใช้ยาสมเหตุผล ซึ่งกล่าวถึงการกำหนด แนวทางการดำเนินงานและมีตัวชี้วัดที่ชัดเจน รวมถึงควรมีกระบวนการติดตามงานอย่าง ต่อเนื่อง 2) ปัจจัยที่ส่งเสริมการดำเนินงาน ซึ่ง กล่าวถึงการมีนโยบายจากผู้บริหารมีความ ชัดเจน การสื่อสารภายในองค์กรที่มีประสิทธิภาพ การพัฒนาโปรแกรมที่เอื้ออำนวยความสะดวก ในการทำงาน รวมถึงการให้ความรู้กับประชาชน และความร่วมมือจากเครือข่ายทุกภาคส่วนจะ ช่วยผลักดันให้งานส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล เป็นรูปธรรมมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษา ของ เกษศิริรินทร์ วิเชียรเจริญ และคณะ⁶ ที่มี

ข้อเสนอแนะว่าควรกำหนดแนวทางการดำเนินงาน และนโยบายชัดเจนจากผู้บริหาร รวมถึงระบุ ทีมผู้รับผิดชอบ และส่งเสริมการประสานงาน ระหว่างหน่วยงาน โรงพยาบาลควรมีการบริหาร จัดการอย่างมีประสิทธิภาพและสื่อสารอย่าง แบบทั่วถึงให้กับบุคลากร 3) อุปสรรคในการ ดำเนินงานมาจากปัญหาการหมุนเวียนบุคลากร ทางการแพทย์ ขาดแนวทางการปฏิบัติงาน ชัดเจน และยากในการเข้าถึงข้อมูลและความ ร่วมมือจาก รพ.สต. สังกัด อบจ.สกลนคร และ 4) สิ่งสนับสนุนจากระดับจังหวัดคือ สร้างเวที แลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้หน่วยงานเด่นมาแบ่งปัน ข้อมูลเพื่อใช้ในการพัฒนาปรับปรุง และจำเป็น ต้องจัดทำแนวทางการปฏิบัติงานและการ ติดตามระดับจังหวัด สอดคล้องกับการศึกษา ของ กัญฐานวรรณ รอนณรงค์⁷ ที่ได้พัฒนา แนวทาง RDU รวมถึงการมอบนโยบายจาก ผู้บริหาร การสะท้อนผลการดำเนินงาน ระบบ แจ้งเตือน (Pop alert) การเยี่ยมเสริมพลัง พื้นที่เป้าหมาย และสร้างสื่อประชาสัมพันธ์ ให้กับประชาชน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ คุณมะลิณี แตนรักษ์ คุณมัทนาวดี ล้อมหามงคล และคุณรัตติยา แสนสุภา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ภก.บัณฑิต ต้วมศรี และภญ.เกษศิริรินทร์ วิเชียรเจริญ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี



ให้คำปรึกษาในการวางแผน การวิจัยครั้งนี้ขอขอบคุณคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดจากทั้ง 18 โรงพยาบาล RDU-coordinator จากทั้ง 18 อำเภอ และคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขด้านเภสัชกรรมจังหวัดสกลนคร ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และเข้าร่วมการสนทนา

กลุ่ม ขอขอบคุณผู้ช่วยวิจัยและครอบครัว กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุขเพื่อนร่วมงานทุกคนที่เข้าใจและช่วยเหลือและสนับสนุนในการทำงานวิจัย และขอขอบคุณ บิดา มารดา คุณสิริภา ไท้ทอง และครอบครัว นภภาสัช ที่ให้ความรัก ความเข้าใจ และกำลังใจในการทำงานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566 [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงเมื่อ 26 ม.ค. 66. เข้าถึงได้จาก : https://bps.moph.go.th/new_bps/2566
2. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ.2565 - 2569 [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงเมื่อ 14 ก.พ. 66. เข้าถึงได้จาก : https://www.hsri.or.th/sites/default/files/statgic_plan-2569.pdf
3. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2565 [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงเมื่อ 30 ม.ค. 66. เข้าถึงได้จาก : http://www.cmpo.moph.go.th/cmpo/index.php?option=com_attachments&task=download&id=224
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร. รายงานประจำปี 2565. [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงเมื่อ 14 ก.พ. 66. เข้าถึงได้จาก : https://skko.moph.go.th/dward/document_file/strategy/training_file_name/20230822152024_782785329.pdf
5. CIPP Model การประเมินโครงการตามแนวคิดของสต๊อฟเฟิลบีม [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงเมื่อ 14 กุมภาพันธ์ 2566. เข้าถึงได้จาก : https://www.krupatom.com/education_881/cipp-model/
6. เกษศิริรินทร์ วิเชียรเจริญ, อารยา ประเสริฐชัย, ชีระวุธ ธรรมกุล. การประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของโรงพยาบาล ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี 2565; 8(1): 110-22.



7. ณีภูษวี รักชัย, หทัยกาญจน์ เขาวนพูนผล, สุภณีย์ ประเสริฐสุข. ผลลัพธ์การดำเนินงานตามนโยบายการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผล (Service Plan RDU) ของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 8. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน 2562; 15(4): 50-64.
8. ปราชญา บุตรหงษ์. การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผลระหว่างโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชและโรงพยาบาลอื่นในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. มหาวิทยาลัยศิลปากร 2562.
9. กัญจนวรรณ รอนณรงค์. ผลการดำเนินงานและพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผลระดับจังหวัดของคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผล จังหวัดชัยภูมิ. ชัยภูมิเวชสาร 2564; 41 (1): 58-67.



ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการนำยาที่ไม่เหมาะสมเข้ามาจำหน่ายในร้านชำในจังหวัดภูเก็ต Factors related to inappropriate drug selling in grocery stores in Phuket Province

อัญชลีน ณ พัทลุง¹

Anchaleen Na Pattalung¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการนำยาที่ไม่เหมาะสมเข้ามาจำหน่ายในร้านชำ ในจังหวัดภูเก็ต จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 292 ร้าน ศึกษาในช่วงเดือนเมษายนถึงตุลาคม 2566 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้ Chi-square test ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็น เพศหญิง ร้อยละ 71.9 มีอายุอยู่ระหว่างมากกว่า 40 – 60 ปี ร้อยละ 56.2 การศึกษาสูงสุด ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 34.2 รายได้ต่อเดือน ตั้งแต่ 5,000 – 15,000 บาท ร้อยละ 57.5 ปัจจัยในการนำยาเข้ามาจำหน่ายในร้านชำ ส่วนใหญ่ยามียี่ห้อที่คนทั่วไปรู้จัก ด้านราคาสามารถกำหนดราคาขายได้ ด้านช่องทางการจัดจำหน่าย ตามความต้องการของคนในชุมชน/มีการร้องขอให้นำมาจำหน่าย ด้านการส่งเสริมการตลาดจากการโฆษณาจากสื่อ ได้แก่ สถานีวิทยุ, สื่อออนไลน์ เช่น อินเทอร์เน็ต, เฟสบุ๊ก, ยูทูบ, เคเบิลทีวี ร้อยละ 97.6, 29.8, 80.8 และ 23.3 ตามลำดับ ปัจจัยด้านการจัดการจำหน่ายยาในร้านชำ ส่วนใหญ่ ระยะเวลาในการเปิดร้าน มากกว่า 5 – 10 ปี ลักษณะการจำหน่ายสินค้า ส่วนใหญ่ขายปลีก ผู้จำหน่ายยาไม่เคยผ่านการอบรมหรือได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุขในเรื่องกฎหมายการห้ามจำหน่ายยาในร้านชำ ระยะทางระหว่างร้านชำกับร้านขายยามีระยะทางอยู่ระหว่าง 1 – 3 กิโลเมตร การจัดเก็บยาในร้านชำเก็บยาเหมาะสม เก็บยาไม่เป็นสัดส่วนปะปนกับผลิตภัณฑ์อื่น ผู้ซื้อไม่สามารถหยิบยาที่ต้องการได้เอง ร้อยละ 29.8, 89.0, 79.5, 45.2, 71.2, 22.6 และ 70.5 ตามลำดับ ประเภทของยาที่จำหน่ายในร้านชำ พบการจำหน่ายยาสามัญประจำบ้าน ร้อยละ 99.3 ยาที่ไม่เหมาะสม ร้อยละ 81.8 ระดับการศึกษา การมีบริการหลังการขาย สามารถคืนยาที่หมดอายุได้ ความต้องการของเจ้าของร้าน ความต้องการของคนในชุมชน/มีการร้องขอให้นำมาจำหน่าย การได้รับคำแนะนำจากร้านขายยา และการโฆษณาจากสื่อ ได้แก่ สถานีวิทยุ, สื่อออนไลน์ เช่น อินเทอร์เน็ต, เฟสบุ๊ก, ยูทูบ, เคเบิลทีวี การมี

¹ เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต

¹ Pharmacist, Professional Level , Division of Consumer Protection and Public Health Pharmacy, Phuket Provincial Public Health Office E-mail : bibua29@hotmail.com



บริการส่งยาถึงร้าน การมีโปรโมชั่นสินค้าอื่นแถม ระยะทางระหว่างร้านชำกับร้านขายยา และผู้ซื้อสามารถหยิบยาที่ต้องการได้เอง มีความสัมพันธ์กับการนำยาที่ไม่เหมาะสมเข้ามาจำหน่ายในร้านชำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\alpha < .05$) ซึ่งการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมในร้านชำเป็นความต้องการของคนในชุมชน การโฆษณาจากสื่อ มีโปรโมชั่นสินค้าอื่นแถม ความสะดวกในการซื้อมาใช้ และผู้จำหน่ายยาไม่เคยผ่านการอบรมหรือได้รับคำแนะนำ อาจทำให้เกิดปัญหาการใช้ยาไม่สมเหตุผล และทำให้เกิดอันตรายจากเชื้อดื้อยา จึงควรให้ความรู้กับประชาชน และอบรมผู้ประกอบการ และมีแนวทางในการดำเนินงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคในทุกระดับ

คำสำคัญ: ปัจจัย, ยาที่ไม่เหมาะสม, ร้านชำ

Abstract

The purpose of this descriptive research was to determine the factors affecting the inappropriate distribution of drugs in grocery stores in Phuket Province, with a sample size of 292 stores. The study was conducted from April to October 2023. Data were collected using interview forms. Data were analyzed by frequency distribution, finding percentage values, and relationship analysis using Chi-square test. The results of the study found that 71.9% of the sample were female, 56.2% were between more than 40 – 60 years of age, 34.2% had the highest level of education at the primary level, 57.5% had a monthly income ranging from 5,000 – 15,000 baht. Factors in bringing drugs into grocery stores: most of them are brand name drugs that people generally know. As for the price, the stores can set their own selling price. As for distribution channels, the stores supply drugs according to community needs/requests for distribution. In terms of marketing promotion from advertising media, including radio stations and online media such as Internet, Facebook, YouTube, Cable TV, etc. ; representing 97.6%, 29.8%, 80.8%, and 23.3%, respectively. Factors regarding drug distribution management in grocery stores: most are stores that have been in operation for more than 5 – 10 years. Most of the product sales are retail, and the distributors have never been trained or received advice from public health personnel regarding the law prohibiting the sale of drugs in grocery stores. The distance between a grocery store and a pharmacy is



between 1 – 3 kilometers. Storing medicines in the grocery store: store medicines properly, medicines are not stored proportionally, medicines are mixed with other products, buyers are unable to pick up the medicines they need; representing 29.8%, 89.0%, 79.5%, 45.2%, 71.2%, 22.6%, and 70.5% respectively. The types of drugs sold in grocery stores were household remedy (99.3%), inappropriate drugs (81.8%). Factors such as education level, having after-sales service, being able to return expired medicine, store owner's needs, community needs/requests for distribution, receiving advice from pharmacies, advertisements from media include radio stations, online media (Internet, Facebook, YouTube, cable TV, etc.), drug delivery services to stores, having promotions and free products, Distance between grocery store and drug store, and buyers can pick up the medicine they need. These factors were significantly related to the inappropriate distribution of drugs in grocery stores ($\alpha < .05$). The inappropriate distribution of drugs in grocery stores due to the community needs, advertising from medias, having promotions and free products, ease of purchasing, and drug distributors have never been trained or received advice. These factors may cause problems with irrational drug use and cause danger from drug-resistant germs. Therefore, we should provide knowledge to the people, train entrepreneurs and creating guidelines for carrying out consumer protection work at all levels.

Keywords: Factors, Inappropriate distribution of drugs, Grocery stores



บทนำ

องค์การอนามัยโลกนิยาม “การใช้ยาอย่างสมเหตุผล” ว่าเป็น “ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ โดยใช้ยาในขนาดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ด้วยระยะเวลาการรักษาที่เหมาะสม และมีค่าใช้จ่ายต่อชุมชนและผู้ป่วยน้อยที่สุด¹ แต่รายงานขององค์การอนามัยโลกระบุว่า ทั่วโลกมีการใช้ยาอย่างไม่ สมเหตุผลมากกว่าร้อยละ 50 ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงจากผลข้างเคียงและอันตรายจากยา รวมถึงการสิ้นเปลืองทางเศรษฐกิจ สำหรับประเทศไทยในปี 2555 พบว่า มูลค่าการบริโภคนยาของคนไทยสูงถึง 1.4 แสนล้านบาท ในจำนวนนี้เป็นการใช้ผู้ป่วยมียาเกินความจำเป็นถึง 2,370 ล้านบาท และเป็นการใช้ยายังมีข้อสงสัยต่อประสิทธิภาพอีก 4,000 ล้านบาท ที่สำคัญพบการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับสถานพยาบาลจนถึงชุมชน ประชาชนในชนบทสามารถเข้าถึงยาได้หลายแหล่งทั้งที่ถูกต้องเป็นทางการและที่ผิดกฎหมาย รายงานวิจัยส่วนมากพบว่า แหล่งยาที่สำคัญที่สุดในการรักษาตนเองของประชาชนคือ ร้านชำ² ซึ่งร้านชำ หมายถึงร้านค้าแบบดั้งเดิม จำหน่ายสินค้าอุปโภคบริโภค มีพื้นที่ขนาด 1 – 2 คูหา การบริหารเป็นแบบครอบครัวหรือบริหารงานแบบเจ้าของคนเดียว จัดตั้งได้ง่าย กระจายตัวอยู่ทุกหนทุกแห่งที่มีชุมชนอยู่ โดยไม่นับรวมร้านขายของชำที่ตั้งอยู่ในตลาดสด³

ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ยาที่อนุญาตให้จำหน่ายได้ทั่วไปไม่มีเฉพาะยาสามัญประจำบ้าน แต่ร้านชำทั่วไปมียาควบคุมพิเศษ ยาอันตราย ยาแผนโบราณ และยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ (ยาบรรจุเสร็จ) ซึ่งร้านชำเหล่านี้ไม่สามารถขายได้ตามกฎหมาย ร้านชำในชุมชนส่วนใหญ่จำหน่ายยาอันตราย ทำให้ประชาชนเสี่ยงต่ออันตรายที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล ทำให้เกิดการต้อยาและผลกระทบที่สำคัญคือ ประชาชนเสียเงินโดยเปล่าประโยชน์ ทั้งยังผิดกฎหมายอีกด้วย⁴ จากรายงานสถานการณ์ระบบยาประจำปี 2554 ของแผนงานสร้างกลไก ฝักระวังและพัฒนา ระบบยา (กพย.) ทั้งประเทศมีการจำหน่ายยาปฏิชีวนะของร้านชำในชุมชนสูงถึงร้อยละ 33.2⁵ และมีการสำรวจร้านชำในเขตพื้นที่ของอำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร พบว่ามีการใช้ยาชุด ยาลูกกลอน ยาปฏิชีวนะ และยาอันตรายในทุกเพศทุกวัย โดยเฉพาะกลุ่มผู้ใช้แรงงาน เกษตรกร และผู้สูงอายุที่มีอาการปวดเมื่อยหรือปวดข้อเรื้อรัง มักใช้ยาชุดที่มีส่วนประกอบของยาสเตียรอยด์ นอกจากนี้ ยังมีการลักลอบจำหน่ายยาชุด ยาปฏิชีวนะ ยาลูกกลอน และยาอันตรายภายในร้านชำร้อยละ 84.52⁴ และพบว่าลักษณะของการขายยาผิดกฎหมาย คือมีการขายยาอันตรายพบมากถึงร้อยละ 98.4 ของร้านชำที่สำรวจ รองลงมาคือ การขายยาบรรจุเสร็จ ที่พบใน



ร้านชำ ร้อยละ 92.0 การขายยาแผนโบราณซึ่งพบในร้านชำร้อยละ 58.6 และยาใช้ภายนอก (ที่ไม่ใช่ยาสามัญประจำบ้าน) ในร้านชำร้อยละ 14.4⁶ แหล่งต้นทางการกระจายสู่ชุมชนมาจากหลายแหล่งที่พบมากที่สุด คือ ร้านขายของส่งรองลงมาคือร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ขย.1) ร้านขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ (ขย.2) รถเร่ และห้างสรรพสินค้า ตามลำดับ⁷ ซึ่งการกระทำดังกล่าวถือเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมายและมีบทลงโทษที่รุนแรง ข้อมูลข้างต้นสอดคล้องกับงานวิจัยส่วนมากที่พบว่าผู้ใช้ยาส่วนใหญ่ในเขตชนบทมีพฤติกรรมซื้อยารักษาตนเอง โดยพิจารณาจากสรรพคุณที่ผู้ขายโฆษณา ขณะที่ช่องทางการซื้อยาที่สำคัญที่สุดในการรักษาตนเองของประชาชนในชุมชน คือ ร้านชำซึ่งเป็นการซื้อยามาใช้เองโดยไม่ผ่านการดูแลจากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยแรงจูงใจที่สำคัญที่สุดที่ทำให้เกิดการจำหน่ายยานอกเหนือจากยาสามัญประจำบ้านในร้านชำ คือ ความต้องการของคนในชุมชนหรือมีการร้องขอให้นำมาจำหน่ายรองลงมาคือ ความต้องการผลกำไร²

จังหวัดภูเก็ตตั้งอยู่ในภาคใต้ตอนบนของประเทศไทย มีลักษณะเป็นเกาะขนาดใหญ่ที่สุดของประเทศไทย ตั้งอยู่ทางทิศตะวันตกของภาคใต้ในทะเลอันดามัน มหาสมุทรอินเดีย มีพื้นที่รวม 543.034 ตารางกิโลเมตร หรือประมาณ 339,396.25 ไร่ มีประชากรทั้งสิ้น

414,471 คน (พ.ศ.2563) แบ่งออกเป็น 3 อำเภอ ประกอบด้วย อำเภอเมืองภูเก็ต อำเภอกะทู้ และอำเภอถลาง มี 17 ตำบล 96 หมู่บ้าน 61 ชุมชน⁸ โดยสืบเนื่องจากปีงบประมาณ 2565 โรงพยาบาลวชิระภูเก็ตร่วมกับกองการแพทย์เทศบาลนครภูเก็ต โดยเจ้าหน้าที่ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภค ได้จัดทำโครงการ “ร้านชำสีขาวปลอดภัยใส่ใจผู้บริโภค” ในเขตเทศบาลนครภูเก็ต โดยมีกลุ่มเป้าหมาย คือ ร้านชำและร้านสะดวกซื้อที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ตำบลตลาดใหญ่ และตำบลตลาดเหนือ จำนวน 124 ร้าน ผลการดำเนินงานพบว่า รอบที่ 1 (พฤศจิกายน 2564 – กุมภาพันธ์ 2565) ตรวจประเมินร้านชำและร้านสะดวกซื้อ ทั้งหมด 124 ร้านผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้านชำ จำนวน 115 ร้าน (ร้อยละ 92.74) รอบที่ 2 (มีนาคม 2565 – พฤษภาคม 2565) ตรวจประเมินจำนวนทั้งหมด 98 ร้านผ่านเกณฑ์มาตรฐาน จำนวน 89 ร้าน (ร้อยละ 90.81) และรอบที่ 3 (มิถุนายน 2565 – กันยายน 2565) ตรวจประเมิน ทั้งหมด 86 ร้าน ผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้านชำ จำนวน 79 ร้าน (ร้อยละ 91.86) สำหรับร้านที่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน พบว่ามีการจำหน่ายยาอันตราย ตลอดจนเครื่องมือสำอางบางตัวที่ห้ามจำหน่าย ซึ่งข้อมูลดังกล่าวยังไม่เพียงพอในการสะท้อนภาพรวมของทั้งจังหวัด⁹

จากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจการศึกษา



เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการนำยาที่ไม่เหมาะสมเข้ามาจำหน่ายในร้านชำในจังหวัดภูเก็ต เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในร้านชำ และงานคุ้มครองผู้บริโภคของจังหวัดภูเก็ตต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการนำยาที่ไม่เหมาะสมเข้ามาจำหน่ายในร้านชำ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการนำยาที่ไม่เหมาะสมเข้ามาจำหน่ายในร้านชำ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ประกอบการร้านชำ ในจังหวัดภูเก็ต จำนวน 1,054 ร้าน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ประกอบการร้านชำ ในจังหวัดภูเก็ต ที่มีการจำหน่ายยาและเปิดมานานตั้งแต่ 1 ปี ขึ้นไป คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรยามาเน¹⁰ ได้จำนวน 278 ร้าน ผู้วิจัยได้บวกเพิ่มสำหรับตัวอย่างที่คาดว่าจะไม่สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้อีก 5% คือ 14 ร้าน ดังนั้นเพื่อความคลาดเคลื่อนในการเก็บรวบรวมข้อมูลไม่สมบูรณ์ ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นเท่ากับ 292 ร้าน

การสุ่มตัวอย่างโดยใช้ความน่าจะเป็น (Probability Sampling) โดยวิธีจับสลาก (Lottery)¹¹ เท่าๆ กัน โดยวิธีจับสลาก มีการกำหนดหมายเลข

ประจำตัวให้แก่สมาชิกทุกหน่วยในประชากร นำหมายเลขประจำตัวของสมาชิกมาจัดทำเป็นสลาก จับสลากขึ้นมาที่หมายเลข โดยสลากที่จับมาแล้วจะไม่ใส่คืนจนกระทั่งครบจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

- เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

ผู้ประกอบการร้านชำ ในจังหวัดภูเก็ต ที่มีการจำหน่ายยาและเปิดมานานตั้งแต่ 1 ปี ขึ้นไป

- เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

ร้านชำที่เลิกกิจการระหว่างการศึกษ หรือเลิกจำหน่ายยา เปลี่ยนกิจการเป็นร้านจำหน่ายสินค้าประเภทอื่น หรือเลิกกิจการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์ โดยแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ประกอบการร้านชำ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับ และการศึกษา จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยในการนำยาเข้ามาจำหน่ายในร้านชำ จำนวน 14 ข้อ ประกอบด้วย ด้านผลิตภัณฑ์ ด้านราคา ด้านช่องทางการจัดจำหน่าย และด้านการส่งเสริมการตลาด

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านการจัดการจำหน่ายยาในร้านขายของชำ จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย ระยะเวลาในการเปิดร้าน ลักษณะการจำหน่ายสินค้า การผ่านการอบรม/ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุขในเรื่องกฎหมายการห้าม



จำหน่ายยาในร้านชำ ระยะทางระหว่างร้านชำกับร้านขายยา การจัดเก็บยาในร้านชำ ผู้ซื้อสามารถหยิบยาที่ต้องการได้เอง

ส่วนที่ 4 ประเภทของยาที่จำหน่ายในร้านชำ จำนวน 48 รายการ ประกอบด้วยยาสามัญประจำบ้าน และยาไม่เหมาะสม ได้แก่ ยาอันตราย ยาควบคุมพิเศษ ยาบรรจุเสร็จและยาแผนโบราณที่ไม่ใช้ยาสามัญประจำบ้าน ยาชุด ยาไม่มีทะเบียนยาเสพติด/วัตถุออกฤทธิ์ และยาหมดอายุ/ยาเสื่อมคุณภาพ จำนวน 32 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแนวคำถามที่สร้างขึ้นจากการค้นคว้าและศึกษาเอกสาร แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านตรวจสอบแก้ไขเสนอความเห็นและปรับปรุงให้มีความสมบูรณ์ นำมาคำนวณหาค่าโดยวิธี Item Objective Congruence Index (IOC) ได้ค่า IOC 0.6 – 1 ไปทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของปัจจัยในการนำยาเข้ามาจำหน่ายในร้านชำ และปัจจัยด้านการจัดการจำหน่ายยาในร้านชำ ได้ค่าสัมประสิทธิ์ Alpha = 0.818 และ 0.820 ตามลำดับ และค่าสัมประสิทธิ์ Alpha โดยรวม = 0.819

การเก็บรวบรวมข้อมูล

สัมภาษณ์ผู้ประกอบการโดยผู้ช่วยนักวิจัย คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยคัดเลือก อสม. ที่มีความรู้เรื่องงานคุ้มครองผู้บริโภค หรือ อสม. ที่เคยผ่านการอบรมเรื่อง

ผลิตภัณฑ์สุขภาพ อบรมผู้ช่วยวิจัย ก่อนการเก็บข้อมูล เก็บข้อมูลในจังหวัดภูเก็ต ทั้ง 3 อำเภอ รวมจำนวน ร้านชำ 292 ร้าน ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

มีการนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยสถิติ โดยใช้การแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทั่วไปทางประชากร ปัจจัยด้านการนำยาที่ไม่เหมาะสมเข้ามาจำหน่ายในร้านชำ และด้านการจัดการจำหน่ายยาในร้านชำ กับการนำยาที่ไม่เหมาะสมเข้ามาจำหน่ายในร้านชำโดยใช้ไคสแควร์ (Chi-square test : χ^2)

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต ที่ PKPH 021/66 ลงวันที่ 16 มิถุนายน 2566

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ประกอบการ ลักษณะทั่วไปของผู้ประกอบการร้านชำในจังหวัดภูเก็ต พบว่าเป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.9 และเพศชาย ร้อยละ 28.1 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 40 – 60 ปี ร้อยละ 56.2 รองลงมามากกว่า 60 ปี ร้อยละ 31.8 และน้อยที่สุด 20 – 40 ปี ร้อยละ 12.0



การศึกษาสูงสุด ส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 57.5 รองลงมา ร้อยละ 34.2 รองลงมา มัธยมศึกษาตอนปลาย/ รายได้ต่อเดือนมากกว่า 15,000 – 25,000 บาท
ปวช. ร้อยละ 19.5 และน้อยที่สุด ไม่ได้ศึกษา ร้อยละ 20.5 และน้อยที่สุดรายได้ต่อเดือน มากกว่า ร้อยละ 3.1 รายได้ต่อเดือน ส่วนใหญ่ตั้งแต่ 25,000 บาท ร้อยละ 8.9 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ประกอบการร้านค้าในจังหวัดภูเก็ต จำแนกตามลักษณะทั่วไปทาง ประชากร (n=292)

ลักษณะทั่วไปของผู้ประกอบการ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	82	28.1
หญิง	210	71.9
อายุ		
> 20 – 40 ปี	35	12.0
> 40 – 60 ปี	164	56.2
> 60 ปี	93	31.8
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้ศึกษา	9	3.1
ประถมศึกษา	100	34.2
มัธยมศึกษาตอนต้น	56	19.2
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	57	19.5
ปวส./อนุปริญญา	28	9.6
ปริญญาตรี	42	14.4
รายได้ต่อเดือน		
< 5,000 บาท	38	13.0
≥ 5,000 – 15,000 บาท	168	57.5
> 15,000 – 25,000 บาท	60	20.5
> 25,000 บาท	26	8.9



ส่วนที่ 2 ปัจจัยในการนำยาเข้ามาจำหน่ายในร้านชำในจังหวัดภูเก็ต

ปัจจัยในการนำยาเข้ามาจำหน่ายในร้านชำ พบว่าด้านผลิตภัณฑ์ ส่วนใหญ่เป็นยามียี่ห้อที่คนทั่วไปรู้จัก ร้อยละ 97.6 รองลงมา ได้แก่ ยามีการบริการหลังการขาย สามารถคืนยาที่หมดอายุได้ ร้อยละ 26.4 และน้อยที่สุดคือมีพนักงานมาแนะนำสรรพคุณยา ร้อยละ 16.8

ด้านราคาสามารถกำหนดราคาขายได้ ร้อยละ 29.8 และยาที่ขายได้กำไรมาก ร้อยละ 12.3

ด้านช่องทางการจัดจำหน่าย ส่วนใหญ่เป็นความต้องการของคนในชุมชน/มีการร้องขอให้นำมาจำหน่าย ร้อยละ 80.8 รองลงมา ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากรถเร่ขายยา ร้อยละ 55.8 และน้อยที่สุดคือ การไม่ทราบกฎหมายว่าห้ามจำหน่าย ร้อยละ 10.6

ด้านการส่งเสริมการตลาดส่วนใหญ่เป็นการโฆษณาจากสื่อ ได้แก่ สถานีวิทยุ, สื่อออนไลน์ เช่น อินเทอร์เน็ต, เฟสบุ๊ก, ยูทูป, เคเบิลทีวี ร้อยละ 23.3 รองลงมา ได้แก่ การมีบริการส่งยาถึงร้าน ร้อยละ 15.8 และน้อยที่สุดคือ การมีโปรโมชั่นสินค้าอื่นแถม ร้อยละ 6.2 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของร้านชำในจังหวัดภูเก็ต จำแนกตามปัจจัยในการนำยาเข้ามาจำหน่ายในร้านชำในจังหวัดภูเก็ต (n=292)

ข้อ	ปัจจัยในการนำยาเข้ามาจำหน่าย	ใช่		ไม่ใช่	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านผลิตภัณฑ์					
1	ยามียี่ห้อที่คนทั่วไปรู้จัก	285	97.6	7	2.4
2	ยามีการบริการหลังการขาย สามารถคืนยาที่หมดอายุได้	77	26.4	215	73.6
3	มีพนักงานมาแนะนำสรรพคุณยา	49	16.8	243	83.2
ด้านราคา					
1	ยาที่ขายได้กำไรมาก	36	12.3	256	87.7
2	สามารถกำหนดราคาขายได้	87	29.8	205	70.2
ด้านช่องทางการจัดจำหน่าย					
1	ความต้องการของเจ้าของร้าน	138	47.3	154	52.7
2	ความต้องการของคนในชุมชน/มีการร้องขอให้นำมาจำหน่าย	236	80.8	56	19.2
3	การได้รับคำแนะนำจากร้านขายยา	132	45.2	160	54.8
4	การได้รับคำแนะนำจากตัวแทนยา	93	31.8	199	68.2
5	การไม่ทราบกฎหมายว่าห้ามจำหน่าย	31	10.6	261	89.4
6	การได้รับคำแนะนำจากรถเร่ขายยา	163	55.8	129	44.2



ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของร้านชำในจังหวัดภูเก็ต จำแนกตามปัจจัยในการนำยาเข้ามาจำหน่ายในร้านชำในจังหวัดภูเก็ต (n=292) (ต่อ)

ข้อ	ปัจจัยในการนำยาเข้ามาจำหน่าย	ใช่		ไม่ใช่	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านการส่งเสริมการตลาด					
1	การโฆษณาจากสื่อได้แก่สถานีวิทยุ,สื่อออนไลน์ เช่น อินเทอร์เน็ต, เฟสบุ๊ค, ยูทูป, เคเบิลทีวี	68	23.3	224	76.7
2	การมีบริการส่งยาถึงร้าน	46	15.8	246	84.2
3	มีโปรโมชั่นสินค้าอื่นแถม	18	6.2	274	93.8

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านการจัดการจำหน่ายยาในร้านชำในจังหวัดภูเก็ต

ปัจจัยด้านการจำหน่ายยาในร้านชำพบว่าส่วนใหญ่ระยะเวลาในการเปิดร้านเป็นระยะเวลามากกว่า 5 – 10 ปี ร้อยละ 29.8 รองลงมาคือ มากกว่า 20 ปี ร้อยละ 24.3 และน้อยที่สุดคือ มากกว่า 15 – 20 ปี ร้อยละ 12 ลักษณะการจำหน่ายสินค้า ส่วนใหญ่ขายปลีก ร้อยละ 89 รองลงมาขายส่ง ร้อยละ 8.9 และน้อยที่สุด ขายปลีกและส่ง ร้อยละ 2.1 ไม่เคยผ่านการอบรม/ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุขในเรื่องกฎหมายการห้ามจำหน่ายยาในร้านชำ ร้อยละ 79.5 และเคยผ่านการอบรม/ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุขใน

เรื่องกฎหมายการห้ามจำหน่ายยาในร้านชำ ร้อยละ 20.5 ระยะทางระหว่างร้านชำกับร้านขายยาส่วนใหญ่มีระยะทางอยู่ระหว่าง 1 – 3 กิโลเมตร ร้อยละ 45.2 รองลงมาคือ มีระยะทางน้อยกว่า 1 กิโลเมตร ร้อยละ 29.1 และน้อยที่สุดคือ มีระยะทางมากกว่า 5 กิโลเมตร ร้อยละ 12.3 การจัดเก็บยาในร้านชำเก็บยาเหมาะสม ร้อยละ 71.2 เก็บยาไม่เหมาะสม ร้อยละ 28.8 ส่วนใหญ่เก็บยาไม่เป็นสัดส่วนปะปนกับผลิตภัณฑ์อื่น ร้อยละ 22.6 รองลงมา ได้แก่ ชั้น/ตู้เก็บยาสะอาด ไม่สะอาด ร้อยละ 8.6 และน้อยที่สุดคือ เก็บยา ไม่ป้องกันแสงแดด ร้อยละ 2.4 ผู้ซื้อไม่สามารถหยิบยาที่ต้องการได้เอง ร้อยละ 70.5 และผู้ซื้อสามารถหยิบยาที่ต้องการได้เอง ร้อยละ 29.5 ดังตารางที่ 3



ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของในร้านชำในจังหวัดภูเก็ต จำแนกตามปัจจัยด้านการจัดการจำหน่ายยาในร้านชำในจังหวัดภูเก็ต (n=292)

ปัจจัยด้านการจัดการจำหน่ายยาในร้านชำ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาในการเปิดร้าน		
≤ 5 ปี	49	16.8
> 5 - 10 ปี	87	29.8
> 10 - 15 ปี	50	17.1
> 15 - 20 ปี	35	12.0
> 20 ปี	71	24.3
ลักษณะการจำหน่ายสินค้า		
ขายส่ง	26	8.9
ขายปลีก	260	89
ขายปลีกและส่ง	6	2.1
การผ่านการอบรม/ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุขในเรื่องกฎหมายการห้ามจำหน่ายยาในร้านชำ		
เคย	60	20.5
ไม่เคย	232	79.5
ระยะทางระหว่างร้านชำกับร้านขายยา		
น้อยกว่า 1 กิโลเมตร	85	29.1
1 - 3 กิโลเมตร	132	45.2
มากกว่า 3 - 5 กิโลเมตร	39	13.4
มากกว่า 5 กิโลเมตร	36	12.3
การจัดเก็บยาในร้านชำ		
เก็บยาเหมาะสม	208	71.2
เก็บยาไม่เหมาะสม (ขาดข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้งหมด)	84	28.8
ชั้น/ตู้เก็บยาสะอาดไม่สะอาด	25	8.6
ไม่ป้องกันแสงแดด	7	2.4
เก็บยาไม่เป็นสัดส่วนปะปนกับผลิตภัณฑ์อื่น	66	22.6
ผู้ซื้อสามารถหยิบยาที่ต้องการได้เอง		
ใช่	86	29.5
ไม่ใช่	206	70.5



ส่วนที่ 4 ประเภทของยาที่จำหน่าย
ในร้านชำในจังหวัดภูเก็ต
ประเภทของยาที่จำหน่ายในร้านชำ

พบยาสามัญประจำบ้าน ร้อยละ 99.3 ยาไม่
เหมาะสม ร้อยละ 81.8 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของร้านชำในจังหวัดภูเก็ต จำแนกตามประเภทของยาที่จำหน่าย

ประเภทของยาที่จำหน่ายในร้านชำ	จำนวน	ร้อยละ
1. ยาสามัญประจำบ้าน	290	99.3
2. ยาไม่เหมาะสม	239	81.8

ส่วนที่ 5 วิเคราะห์ความสัมพันธ์
ระหว่างลักษณะทั่วไปทางประชากร ปัจจัย
ในการนำยาเข้ามาจำหน่ายในร้านชำ และ
การจัดการจำหน่ายยาในร้านชำกับการนำ
ยาที่ไม่เหมาะสมเข้ามาจำหน่ายในร้านชำใน
จังหวัดภูเก็ต

ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทั่วไป
ทางประชากรของผู้ประกอบการร้านชำกับ
การนำยาที่ไม่เหมาะสมเข้ามาจำหน่ายในร้าน
ชำ พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับ
การนำยาที่ไม่เหมาะสมเข้ามาจำหน่ายในร้านชำ
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\alpha < 0.05$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทั่วไปทางประชากรของผู้ประกอบการร้านชำกับการนำ
ยาที่ไม่เหมาะสมเข้ามาจำหน่ายในร้านชำในจังหวัดภูเก็ต (n=292)

ลักษณะทั่วไป ทางประชากร	การจำหน่ายยาในร้านชำ						χ^2	df	p-value
	รวม		จำหน่ายยา ที่ไม่เหมาะสม		จำหน่ายเฉพาะ ยาสามัญ ประจำบ้าน				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ระดับการศึกษา									
ไม่ได้ศึกษา	9	100.0	6	66.7	3	33.3	13.679	5	0.018*
ประถมศึกษา	100	100.0	88	88.0	12	12.0			
มัธยมศึกษาตอนต้น	56	100.0	45	80.4	11	19.6			
มัธยมศึกษา	57	100.0	49	86.0	8	14.0			
ตอนปลาย/ ปวช.									
ปวส./อนุปริญญา	28	100.0	24	85.7	4	14.3			
ปริญญาตรี	42	100.0	27	64.3	15	35.7			

*มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ($\alpha < 0.05$)



ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยในการนำยาเข้ามาจำหน่ายในร้านชำกับการนำยาที่ไม่เหมาะสมเข้ามาจำหน่ายในร้านชำในจังหวัดภูเก็ต ด้านผลิตภัณฑ์ พบว่ายาที่มีการบริการหลังการขาย การสามารถคืนยาที่หมดอายุได้ มีความสัมพันธ์กับการนำยาที่ไม่เหมาะสมเข้ามาจำหน่ายในร้านชำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\alpha < 0.05$) ส่วนยามียี่ห้อที่คนทั่วไปรู้จัก และการมีพนักงานมาแนะนำสรรพคุณยา ไม่มีความสัมพันธ์กับการนำยาที่ไม่เหมาะสมเข้ามาจำหน่ายในร้านชำ ด้านราคา พบว่ายาที่ขายได้กำไรมาก และสามารถกำหนดราคาขายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับการนำยาที่ไม่เหมาะสมเข้ามาจำหน่ายในร้านชำ ด้านช่องทาง

การจัดจำหน่าย พบว่าความต้องการของเจ้าของร้าน ความต้องการของคนในชุมชน/มีการร้องขอให้นำมาจำหน่าย และการได้รับคำแนะนำจากร้านขายยา มีความสัมพันธ์กับการนำยาที่ไม่เหมาะสมเข้ามาจำหน่ายในร้านชำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\alpha < 0.05$) ด้านการส่งเสริมการตลาด พบว่าการโฆษณาจากสื่อ ได้แก่ สถานีวิทยุ, สื่อออนไลน์ เช่น อินเทอร์เน็ต, เฟสบุ๊ก, ยูทูบ, เคเบิลทีวี และการมีบริการส่งยาถึงร้าน มีความสัมพันธ์กับการนำยาที่ไม่เหมาะสมเข้ามาจำหน่ายในร้านชำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\alpha < 0.05$) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยในการนำยาเข้ามาจำหน่ายในร้านชำกับการนำยาที่ไม่เหมาะสมเข้ามาจำหน่ายในร้านชำในจังหวัดภูเก็ต (n=292)

ปัจจัยในการนำยาเข้ามาจำหน่ายในร้านชำ	การนำยาเข้ามาจำหน่ายในร้านชำ						χ^2	df	p-value
	รวม		จำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสม		จำหน่ายเฉพาะยาสามัญประจำบ้าน				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ด้านผลิตภัณฑ์									
ยามีการบริการหลังการขายสามารถคืนยาที่หมดอายุได้									
ใช่	77	100.0	70	90.9	7	9.1	5.778	1	0.016*
ไม่ใช่	215	100.0	46	21.4	169	78.6			
ด้านช่องทางการจัดจำหน่าย									
ความต้องการของเจ้าของร้าน									
ใช่	138	100.0	100	72.5	38	27.5	15.515	1	<0.001*
ไม่ใช่	154	100.0	15	9.7	139	90.3			

*มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ($\alpha < 0.05$)



ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยในการนำยาเข้ามาจำหน่ายในร้านชำกับการนำยาที่ไม่เหมาะสมเข้ามาจำหน่ายในร้านชำในจังหวัดภูเก็ต (n=292) (ต่อ)

ปัจจัยในการนำยาเข้ามาจำหน่ายในร้านชำ	การนำยาเข้ามาจำหน่ายในร้านชำ						χ^2	df	p-value
	รวม		จำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสม		จำหน่ายเฉพาะยาสามัญประจำบ้าน				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ด้านช่องทางการจัดจำหน่าย									
ความต้องการของคนในชุมชน/มีการร้องขอให้นำมาจำหน่าย									
ใช่	236	100.0	203	86.0	33	14.0	14.387	1	<0.001*
ไม่ใช่	56	100.0	36	64.3	20	35.7			
การได้รับคำแนะนำจากร้านขายยา									
ใช่	132	100.0	115	87.1	17	12.9	4.507	1	0.034*
ไม่ใช่	160	100.0	124	77.5	36	22.5			
ด้านการส่งเสริมการตลาด									
การโฆษณาจากสื่อ ได้แก่ สถานีวิทยุ, สื่อออนไลน์ เช่น อินเทอร์เน็ต, เฟสบุ๊ก, ยูทูบ, เคเบิลทีวี									
ใช่	68	100.0	62	91.2	6	8.8	5.191	1	0.023*
ไม่ใช่	224	100.0	47	21.0	177	79.0			
การมีบริการส่งยาถึงร้าน									
ใช่	46	100.0	43	93.5	3	6.5	4.970	1	0.023*
ไม่ใช่	246	100.0	196	79.7	50	20.3			
มีโปรโมชั่นสินค้าอื่นแถม									
ใช่	18	100.0	18	100.0	0	0.0	4.254	1	0.052
ไม่ใช่	274	100.0	221	80.7	53	19.3			

*มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ($\alpha < 0.05$)



ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการจัดการจำหน่ายยาในร้านชำ ในจังหวัดภูเก็ตกับการนำยาที่ไม่เหมาะสมเข้ามาจำหน่ายในร้านชำ พบว่าลักษณะการจำหน่ายสินค้า ระยะทาง

ระหว่างร้านชำกับร้านขายยาและผู้ซื้อสามารถหยิบยาที่ต้องการได้เอง มีความสัมพันธ์กับการนำยาที่ไม่เหมาะสมเข้ามาจำหน่ายในร้านชำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\alpha < 0.05$) ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการจัดการจำหน่ายยาในร้านชำกับการนำยาที่ไม่เหมาะสมเข้ามาจำหน่ายในร้านชำในจังหวัดภูเก็ต

ปัจจัยด้านการจัดการจำหน่ายยาในร้านชำ	การนำยาเข้ามาจำหน่ายในร้านชำ						χ^2	df	p-value
	รวม		จำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสม		จำหน่ายเฉพาะยาสามัญประจำบ้าน				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ลักษณะการจำหน่ายสินค้า									
ขายส่ง	26	100.0	26	100.0	0	0.0	7.072	2	0.029*
ขายปลีก	260	100.0	209	80.4	51	19.6			
ขายปลีกและส่ง	6	100.0	4	66.7	2	33.3			
ระยะทางระหว่างร้านชำกับร้านขายยา (กิโลเมตร)									
< 1	85	100	55	64.7	30	35.3	24.4	3	<0.001*
1 - 3	132	100	115	87.1	17	12.9			
> 3 - 5	39	100	36	92.3	3	7.7			
> 5	36	100	33	91.7	3	8.3			
ผู้ซื้อสามารถหยิบยาที่ต้องการได้เอง									
ใช่	206	100	161	78.2	45	21.8	6.42	1	0.011*
ไม่ใช่	86	100	78	90.7	8	9.3			

*มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ($\alpha < 0.05$)

สรุปและอภิปรายผล

ลักษณะทั่วไปทางประชากรของผู้ประกอบการร้านชำ ในจังหวัดภูเก็ต พบว่าเป็นเพศหญิงร้อยละ 71.9 มีอายุอยู่ระหว่าง มากกว่า 40 - 60 ปี ร้อยละ 56.2 การศึกษาสูงสุดคือ ระดับประถมศึกษา ร้อยละ

34.2 รายได้ต่อเดือน ตั้งแต่ 5,000 - 15,000 บาท ร้อยละ 57.5 สอดคล้องกับการศึกษาของ อับสรบุญยัง และรุ่งทิศา หมื่นปา² ศึกษาความชุกของการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมของร้านชำในจังหวัดพิษณุโลกและปัจจัยที่มีผล พบว่าผู้ประกอบการ



ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.0 อายุเฉลี่ย 51.2 ปี ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 41 - 60 ปี ร้อยละ 64.1 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 48.2

ปัจจัยในการนำยาเข้ามาจำหน่ายในร้านชำ พบว่าด้านผลิตภัณฑ์ ยามียี่ห้อที่คนทั่วไปรู้จัก ร้อยละ 97.6 ด้านราคา สามารถกำหนดราคาขายได้ ร้อยละ 29.8 ด้านช่องทางการจัดจำหน่าย ความต้องการของคนในชุมชน/มีการร้องขอให้นำมาจำหน่าย ร้อยละ 80.8 สอดคล้องกับการศึกษาของ อธิระยุทธ นาคฤทธิ¹² ศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมของร้านชำ อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ พบว่าความต้องการของคนในชุมชน/มีการร้องขอให้นำมาจำหน่าย ร้อยละ 73.9

ด้านการส่งเสริมการตลาด พบว่าการโฆษณาจากสื่อ ได้แก่ สถานีวิทยุ, สื่อออนไลน์ เช่น อินเทอร์เน็ต, เฟสบุ๊ก, ยูทูบ, เคเบิลทีวี ร้อยละ 23.3 สอดคล้องกับการศึกษาของสรวิวัฒน์ เลิศภานินธิศ และสุรศักดิ์ เส่าแก้ว¹³ ศึกษาการประเมินความรู้ด้านยาและสำรวจความชุกของการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมของร้านขายของชำในเขตตำบลดอนศรีชุม อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา พบว่าแรงจูงใจและสาเหตุในการนำยามาจำหน่ายในร้านชำ การได้รับข้อมูลจากการโฆษณาทางวิทยุ ทีวี อินเทอร์เน็ต ร้อยละ 23.10

ปัจจัยด้านการจำหน่ายยาในร้านชำ พบว่าระยะเวลาในการเปิดร้าน มากกว่า 5 - 10 ปี ร้อยละ 29.8 ลักษณะการจำหน่ายสินค้า ขายปลีก

ร้อยละ 89 ไม่เคยผ่านการอบรม/ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุขในเรื่องกฎหมายการห้ามจำหน่ายยาในร้านชำ ร้อยละ 79.5 สอดคล้องกับการศึกษาของ อธิสร บุญยัง และรุ่งทิวา หมื่นปา² พบว่าระยะเวลาในการเปิดจำหน่ายสินค้าเฉลี่ย 13.5 ปี ส่วนใหญ่เปิดจำหน่ายมานานมากกว่า 5 - 10 ปี ร้อยละ 28.6 และสอดคล้องกับการศึกษาของ พยอม เพชรบุรณิน และสุรศักดิ์ เส่าแก้ว⁴ ศึกษาความชุกของยาไม่ปลอดภัยในร้านชำ : กรณีศึกษาอำเภอหล่มเก่า เขาค้อ และน้ำหนาว จังหวัดเพชรบูรณ์ ร้านชำส่วนใหญ่จำหน่ายสินค้าแบบขายปลีก 384 ร้าน ร้อยละ 89.72 ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรม/คำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุขในเรื่องขอบเขตของยาที่จำหน่ายได้ในร้านชำ 266 คน ร้อยละ 62.15

ประเภทของยาที่จำหน่ายในร้านชำ พบยาสามัญประจำบ้าน ร้อยละ 99.3 ซึ่งยาสามัญประจำบ้าน จะต้องมีการประกาศกระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้เป็นยาสามัญประจำบ้าน ซึ่งมีได้ทั้งยาสามัญประจำบ้านแผนปัจจุบัน และยาสามัญประจำบ้านแผนโบราณ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ยาสามัญประจำบ้านแผนปัจจุบันและฉบับแก้ไขเพิ่มเติม และจากประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ยาสามัญประจำบ้านแผนโบราณ พ.ศ. 2556 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม และยาที่จะเข้าเกณฑ์ยาสามัญประจำบ้านได้ จะต้องเข้าเกณฑ์ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ยาสามัญประจำบ้านแผนปัจจุบัน หรือประกาศกระทรวงสาธารณสุข



เรื่อง ยาสามัญประจำบ้านแผนโบราณทุกประการ ไม่ว่าจะเป็นส่วนประกอบของสูตรยา ความแรง ขนาดบรรจุ ภาชนะบรรจุ การแสดงฉลากไม่ว่าจะเป็นสรรพคุณ วิธีใช้ วิธีการเก็บรักษา คำเตือน หากไม่เข้าเกณฑ์แล้วก็ไม่สามารถอยู่ในรายการ ยาสามัญประจำบ้านได้¹⁴

พบยาไม่เหมาะสม ร้อยละ 81.8 สอดคล้องกับการศึกษาของ พยอม เพชรบุรณิน และสุรศักดิ์ เส่าแก้ว⁴ พบว่าร้านชำร้อยละ 73.75 จำหน่ายยาไม่ปลอดภัย 75.68

ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทั่วไปทางประชากรของผู้ประกอบการร้านชำกับการนำยาที่ไม่เหมาะสมเข้ามาจำหน่ายในร้านชำ พบว่าระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการนำยาที่ไม่เหมาะสมเข้ามาจำหน่ายในร้านชำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\alpha < 0.05$) แตกต่างจากการศึกษาของ สรรวิวัฒน์ เลิศภานิช และสุรศักดิ์ เส่าแก้ว¹³ พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ด้านต่าง ๆ กับการจำหน่ายที่ไม่เหมาะสมในร้านขายของชำ ปัจจัยที่ศึกษา ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา ลักษณะการจำหน่ายสินค้า การผ่านการอบรมหรือ ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุข เรื่องกฎหมาย การห้ามจำหน่ายยาในร้านขายของชำ การได้รับคำแนะนำ หรือ การมาตรวจการร้านค้าของเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุข และแหล่งที่มาของยาที่มีจำหน่ายในร้านขายของชำ พบว่าปัจจัยดังกล่าวไม่มีความสัมพันธ์กับการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมในร้านขายของชำ ($p > 0.05$)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยในการนำยาเข้ามาจำหน่ายในร้านชำกับการนำยาที่ไม่เหมาะสมเข้ามาจำหน่ายในร้านชำ จังหวัดภูเก็ต ด้านผลิตภัณฑ์ พบว่ายาที่มีการบริการหลังการขาย สามารถคืนยาที่หมดอายุได้ มีความสัมพันธ์กับการนำยาที่ไม่เหมาะสมเข้ามาจำหน่ายในร้านชำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\alpha < 0.05$) ด้านราคา พบว่ายาที่ขายได้กำไรมาก และสามารถกำหนดราคาขายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับการนำยาที่ไม่เหมาะสมเข้ามาจำหน่ายในร้านชำ แตกต่างจากการศึกษาของ ธีระยุทธ นาคฤทธิ์¹² พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมในร้านชำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความต้องการของคนในชุมชน ความต้องการผลกำไร การได้รับคำแนะนำจากร้านขายยา ระยะทางระหว่างร้านกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือโรงพยาบาล ($p < 0.001$)

ด้านช่องทางการจัดจำหน่าย พบว่าความต้องการของเจ้าของร้าน ความต้องการของคนในชุมชน/มีการร้องขอให้นำมาจำหน่าย การได้รับคำแนะนำจากร้านขายยา มีความสัมพันธ์กับการนำยาที่ไม่เหมาะสมเข้ามาจำหน่ายในร้านชำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\alpha < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ อัปสร บุญยั้ง และรุ่งทิภา หมื่นป² พบว่าความต้องการของคนในชุมชน และการได้รับคำแนะนำจากคนรู้จัก การได้รับคำแนะนำจากร้านขายยา เพิ่มโอกาสการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)



ด้านการส่งเสริมการตลาด พบว่าการโฆษณาจากสื่อ ได้แก่ สถานีวิทยุ, สื่อออนไลน์ เช่น อินเทอร์เน็ต, เฟสบุ๊ก, ยูทูบ, เคเบิลทีวี และการมีบริการส่งยาถึงร้าน มีความสัมพันธ์กับการนำยาที่ไม่เหมาะสมเข้ามาจำหน่ายในร้านขายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\alpha < 0.05$) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ อีระยุทธ นาคฤทธิ์¹² พบว่าปัจจัยด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา ยอดขาย และการได้รับคำแนะนำจากสื่อวิทยุหรือทีวี ไม่มีความสัมพันธ์กับการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมในร้านชำ ($p > 0.05$) และ แตกต่างจากการศึกษาของ อับสร บุญยัง และรุ่งทิวา หมื่นปา² พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะทางระหว่างร้านกับโรงพยาบาลหรือ รพ.สต. ระยะเวลาในการจำหน่ายสินค้า การได้รับคำแนะนำจากรถเร่ขายยา การมีบริการส่งถึงบ้าน และการไม่ทราบว่ามีกฎหมายว่าห้ามจำหน่าย ไม่มีความสัมพันธ์กับการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมในร้านชำ ($p > 0.05$)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการจัดการจำหน่ายยาในร้านชำในจังหวัดภูเก็ตกับการนำยาที่ไม่เหมาะสมเข้ามาจำหน่ายในร้านชำพบว่าลักษณะการจำหน่ายสินค้า ระยะทางระหว่างร้านขายของชำกับร้านขายยา และซื้อสามารถหยิบยาที่ต้องการได้เอง มีความสัมพันธ์กับการนำยาที่ไม่เหมาะสมเข้ามาจำหน่ายในร้านชำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\alpha < 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ภูธิป ศร่าเศร่า และราชนัน คงชุม¹⁵ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการจำหน่ายยาที่มีใช้ยา

สามัญประจำบ้านของร้านชำในจังหวัดพัทลุง พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อการจำหน่ายยาอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 คือ การศึกษาระยะทางระหว่างร้านชำกับ รพ.สต. และสอดคล้องกับการศึกษาของ อีระยุทธ นาคฤทธิ์¹² พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมในร้านชำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความต้องการของคนในชุมชน ความต้องการผลกำไร การได้รับคำแนะนำจากร้านขายยา ระยะทางระหว่างร้านชำกับ รพ.สต. หรือโรงพยาบาล ($p < 0.001$) ร้านชำที่จำหน่ายสินค้าในลักษณะขายปลีก ($p = 0.008$) ร้านชำที่ไม่เคยผ่านการอบรมหรือไม่ได้รับการแนะนำในเรื่องกฎหมายการห้ามจำหน่ายยาในร้านชำ ($p < 0.001$)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับและผลกระทบ

นำผลที่ได้จากการวิจัย ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการดำเนินงานการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในร้านชำ และการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชน และประชาชนได้รับความปลอดภัยจากการใช้ยา

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

การจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมในร้านชำเป็นความต้องการของคนในชุมชน การโฆษณาจากสื่อ ความสะดวกในการซื้อมาใช้ และผู้จำหน่ายไม่เคยผ่านการอบรมหรือได้รับคำแนะนำ อาจทำให้เกิดปัญหาการใช้ยาไม่สมเหตุผล และทำให้เกิด



อันตรายจากเชื้อดื้อยา จึงควรให้ความรู้กับประชาชน และอบรมผู้ประกอบการ และมีแนวทางในการดำเนินงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคในทุกกระดับ

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาถึงผลกระทบจากการซื้อยาที่ไม่เหมาะสม

2.2 ศึกษารูปแบบการส่งเสริมความรู้ในการใช้ยาสำหรับประชาชน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์ กู้ศักดิ์ กู้เกียรติกุล นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต

เภสัชกรสมสุข สัมพันธ์ประทีป เภสัชกรเชี่ยวชาญ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต ที่ได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะและแนวทางการดำเนินงาน เภสัชกรสมนึก ฮาเส็ม เภสัชกรชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ที่ช่วยเหลือและให้คำแนะนำในการทำวิจัยนี้ ขอขอบคุณอาสาสมัครสาธารณสุขคุ้มครองผู้บริโภค ที่ช่วยเหลือในการเก็บข้อมูลแบบสัมภาษณ์ผู้ประกอบการร้านชำในจังหวัดภูเก็ต ที่กรุณาตอบแบบสัมภาษณ์ และขอบคุณเจ้าหน้าที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต ที่คอยเป็นกำลังใจตลอดการทำงานวิจัย จนสำเร็จจุล่งไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กาญจนา เสียงใส, ลีลาวดี ศรีสอน, นริศรา พรหมบุตร. การพัฒนาแนวทางเพื่อลดการจำหน่ายยาผิดกฎหมายของร้านชำในอำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2565; 14(1): 62-9
2. อัปสร บุญยัง, รุ่งทิวา หมื่นป้า. ความชุกของการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมของร้านชำในจังหวัดพิษณุโลกและปัจจัยที่มีผล. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2562; 11(1): 105-18.
3. วชิราภรณ์ จันทร์โพธิ์นุกูล, ปิยพรรณ กลั่นกลิ่น. ปัจจัยที่มีอิทธิพลพฤติกรรมการตัดสินใจซื้อสินค้าจำเป็นต่อการครองชีพ การศึกษาเปรียบเทียบระหว่างผู้บริโภค ต่อซูเปอร์มาร์เก็ตตลาดสด และร้านขายของชำในอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา [อินเทอร์เน็ต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2551 [เข้าถึงเมื่อ 2 เม.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://kb.psu.ac.th/psukb/handle/2010/5942>
4. พยอม เพชรบุรณิน, สุรศักดิ์ เส้าแก้ว. ความชุกของยาไม่ปลอดภัยในร้านชำ:กรณีศึกษาอำเภอหล่มเก่าเขาค้อและนำหนาวจังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารเภสัชกรรมไทย[อินเทอร์เน็ต]. 2562; 11(2): 422-30
5. ภาณุ วิริยานุทัย. ความชุกและลักษณะของร้านชำที่จำหน่ายยาปฏิชีวนะในเขตอำเภองาว จังหวัดลำปาง. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2558; 2(7): 167-76



6. ศิริพร จิตรประสิทธิศิริ. ความชุกของการจำหน่ายยาอย่างผิดกฎหมายในร้านชำอำเภอสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2562; 11(2): 387-96
7. เบญจมาศ บุคดาวงค์ และคณะ. แหล่งต้นทางและเส้นทางการกระจายยาไม่เหมาะสมในชุมชนจาก 8 จังหวัด สู่ข้อเสนอเชิงนโยบายในการแก้ไขปัญหการกระจายยาไม่เหมาะสมเชิงระบบ. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 2566 เมษายน 2]; 11(ฉบับพิเศษ): 260-68. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/IJPS/article/view/48615>
8. สำนักงานจังหวัดภูเก็ต กลุ่มงานยุทธศาสตร์และข้อมูลเพื่อพัฒนาจังหวัด [อินเทอร์เน็ต]. ภูเก็ต: สำนักงาน; 2566. แผนพัฒนาจังหวัดภูเก็ต 5 ปี (พ.ศ.2566-2570) ฉบับทบทวน ปี 2567. [เข้าถึงเมื่อ 2566 เม.ย. 2]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.phuket.go.th/webpk/contents.php?str=plan>
9. กขพรรณ พฤกษสุวรรณ. โครงการร้านชำปลอดภัยใส่ใจผู้บริโภค. กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลนครภูเก็ต. ภูเก็ต: สำนักงานเทศบาลนครภูเก็ต; 2565.
10. ศิริชัย กาญจนวาสี, ดิเรก ศรีสุโข, และทวีวัฒน์ ปิตยานนท์. การเลือกใช้สถิติที่เหมาะสมสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2535.
11. กัลยา วานิชย์บัญชา. หลักสถิติ. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย; 2544.
12. อีระยุทธ นาคฤทธิ. ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมของร้านชำ อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่. วารสารคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2566 ตุลาคม 7]; 3(1): 163-75. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JOHCP/article/view/260999>
13. สรรธวัฒน์ เลิศภานิชิต, สุรศักดิ์ เสากแก้ว. การประเมินความรู้ด้านยา และสำรวจความชุกของการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมของร้านขายของชำในเขตตำบลดอนศรีชุม อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา. เชียงรายเวชสาร [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 2566 ตุลาคม]; 7(2): 167-76. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/crmjournal/article/view/259561/177228>
14. ปรุฬห์ รุจนธำรง. ยาสามัญประจำบ้านที่ขายในร้านชำหรือร้านสะดวกซื้อมียาอะไรได้บ้าง [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 6 เมษายน 2566], เข้าถึงได้จาก: <https://wizsastra.com/2017/10/15/householddrugs/>
15. ภูธิป สร้างเศร่า, ราชัน คงชุม. ปัจจัยที่มีผลต่อการจำหน่ายยาที่มีใบยาสามัญประจำบ้านของร้านชำในจังหวัดพัทลุง [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2566 ตุลาคม 11] เข้าถึงได้จาก: https://ptho.moph.go.th/ptvichakarn63/uploads/54598_0204_20200817234534.pdf



การพัฒนาารูปแบบผู้ประกอบการผลิตเครื่องสำอางจากสมุนไพรตามแนวคิด
เศรษฐกิจฐานราก : กรณีศึกษาจังหวัดสกลนคร

Development of an entrepreneurial model for producing herbal
cosmetics according to BCG concept: a case study of Sakon Nakhon Province

กิตติศักดิ์ ไททอง¹, สุวิชา แสนบรรดิษฐ์ รินทา²

Kittisak Thaithong¹, Suwicha Saenbundid Rinta²

บทคัดย่อ

การดำเนินการวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อพัฒนาารูปแบบการดำเนินธุรกิจสำหรับผู้ประกอบการผลิตเครื่องสำอางจากสมุนไพรตามแนวคิดเศรษฐกิจฐานราก จังหวัดสกลนคร ใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed method) กระบวนการศึกษาใช้การวิจัยเอกสารทุติยภูมิตามแนวคิดเศรษฐกิจฐานราก การสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก เพื่อให้ได้องค์ประกอบของเกณฑ์การประเมินมาตรฐานระบบการจัดการธุรกิจเครื่องสำอางตามแนวคิดเศรษฐกิจฐานราก และใช้เทคนิควิจัยแบบเดลฟาย (Delphi Technique) ด้วยการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ 17 คน สร้างเป็นารูปแบบผู้ประกอบการผลิตเครื่องสำอางจากสมุนไพรตามแนวคิดเศรษฐกิจฐานราก: กรณีศึกษาจังหวัดสกลนคร จากนั้นจึงตรวจสอบารูปแบบฯ ด้วยค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญ และทดลองใช้ารูปแบบฯ โดยใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ได้แก่ ผู้ประกอบการที่เคยเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมเศรษฐกิจฐานรากจากภาครัฐ จำนวน 3 ราย เพื่อทำการทดลองใช้ แล้วนำารูปแบบที่ได้พัฒนาเป็นคู่มือเกณฑ์การประเมินมาตรฐานระบบการจัดการธุรกิจเครื่องสำอางตามแนวคิดเศรษฐกิจฐานราก จังหวัดสกลนคร จากผลการวิจัยพบว่า ารูปแบบของระบบการจัดการธุรกิจเครื่องสำอางที่มีองค์ประกอบหลัก จำนวน 7 องค์ประกอบหลัก (BIPSAAP Model) 25 ดัชนีการประเมิน และ 53 รายการประเมิน ได้แก่ 1) ทรัพยากรพื้นฐาน (Basic resources) 2) ปัจจัยนำเข้า (Input) 3) กระบวนการผลิต (Production) 4) บทบาท

¹เภสัชกรชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร

¹ Pharmacist Senior Professional Level. Division of Consumer Protection and Public Health Pharmacy, Sakon Nakhon Provincial Health Office. E-mail : Kittisak.t@kkumail.com

²เภสัชกรปฏิบัติการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร

² Pharmacist Practitioner Level. Division of Consumer Protection and Public Health Pharmacy, Sakon Nakhon Provincial Health Office



ภาครัฐ (Support of government) 5) การรักษาและยกระดับคุณภาพของผลิตภัณฑ์ (Adding quality) 6) ความสามารถในการแข่งขัน (Ability of competition) และ 7) ผลการดำเนินงานขององค์กร (Perspective) แล้วนำรูปแบบที่ได้ไปพัฒนาเป็น คู่มือเกณฑ์การประเมินมาตรฐานระบบการจัดการ ธุรกิจเครื่องสำอางตามแนวคิดเศรษฐกิจฐานราก จังหวัดสกลนคร การพิจารณาคู่มือโดยผู้เชี่ยวชาญได้ ค่า IOC สูงกว่า 0.5 แสดงถึงเกณฑ์การประเมินที่สอดคล้องกัน และผลการทดลองประเมินกับผู้ประกอบการ พบว่าคู่มือสามารถนำไปใช้กับผู้ประกอบการที่มีโครงสร้างทางธุรกิจเครื่องสำอางที่แตกต่างกัน ทำให้มองเห็นจุดบกพร่องและแนวทาง แก้ไขในการดำเนินธุรกิจ เพื่อใช้ประโยชน์ในการดำเนินงานต่อไป

คำสำคัญ: เศรษฐกิจฐานราก, เครื่องสำอาง, สมุนไพร, ผู้ประกอบการ

Abstract

This action research had the main objective to develop a cosmetic business model for herbal cosmetics entrepreneurs consistent with the BCG economy concept in Sakon Nakhon Province which used a mixed methods research approach. The study involved the analysis of secondary documents in the concept of BCG, in-depth interviews with key informants to collect components for the evaluation criteria of the standards for cosmetics business management, and used the Delphi technique with 17 qualified experts. This led to the formulation of a model for herbal cosmetics entrepreneurs under the concept of BCG model: a case study of Sakon Nakhon Province. The model was then reviewed by experts for content validity (IOC) and tested with a special sample group of three entrepreneurs who had previously participated in grassroots economy promotion activities by the state. The results were used to develop a manual for standard evaluation criteria for herbal cosmetics business management under the grassroots economy concept in Sakon Nakhon Province. The identified model of business management system consists of seven primary components (BIPSAAP Model), 25 evaluation indices, and 53 evaluation elements, including 1) Basic resources, 2) Input factors, 3) Production process, 4) Support of Government, 5) Adding quality, 6) Ability of competitive, and 7) Perspective. The expert-reviewed manual with an IOC score above 0.5 has consistent evaluation criteria. Test evaluations with entrepreneurs have shown that the manual can be applied to different business structures in the herbal cosmetics industry, identifying operational weaknesses and suggesting improvements for future operations.

Keywords : BCG, Cosmetic, Herbal, Entrepreneurs



บทนำ

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 16 (2561 - 2580)¹ ได้กำหนดทิศทางการพัฒนาบนพื้นฐานของหลักการแนวคิดที่สำคัญ 4 ประการ ได้แก่ 1) ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง 2) ความสามารถที่จะรับมือกับความล้มเหลว ความผิดหวัง ที่จะทำให้อกลับมาสู่สภาวะปกติ (Resilience) 3) การพัฒนาอย่างยั่งยืนของ สหประชาชาติ (SDGs) และ 4) เศรษฐกิจ BCG (Bio-Circular-Green Economy) เพื่อบ่มงู่วัตถุประสงค์หลักของแผนพัฒนาฯ คือการ “พลิกโฉม” ประเทศไทย สู่ “สังคมก้าวหน้า เศรษฐกิจสร้างมูลค่าอย่างยั่งยืน” การพัฒนาและยกระดับให้ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีรายได้สูงและกระจายไปทั่วประเทศอย่างทั่วถึง เป็นการวางรากฐานที่มั่นคงให้กับเศรษฐกิจไทยในอนาคต ต้องส่งเสริมเศรษฐกิจระดับชุมชนท้องถิ่นให้มีความเข้มแข็ง มีศักยภาพในการแข่งขัน สามารถพึ่งพาตนเองได้ ซึ่งจะช่วยก่อให้เกิดการยกระดับมาตรฐานการครองชีพและความเป็นอยู่ของประชาชนในชุมชนให้ดีขึ้นคือการขับเคลื่อนเศรษฐกิจฐานราก²

เศรษฐกิจฐานราก คือ สิ่งที่ส่งผลต่อเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมของชุมชน ต้องเกิดการรวมกลุ่มและร่วมมือในการบริหารจัดการ ชุมชน เพื่อให้ชุมชนมีความเข้มแข็งและพึ่งพาตนเองได้อย่างยั่งยืน เพราะเศรษฐกิจ

ฐานราก คือ ฐานของประเทศ ถ้าฐานแข็งแรง จะรองรับประเทศทั้งหมดให้มั่นคง ถ้าเศรษฐกิจฐานรากกับเศรษฐกิจมหภาคเชื่อมโยงอย่างเกื้อกูลกันจะเกิดการพัฒนาอย่างบูรณาการ สมดุล ยั่งยืนและก้าวหน้า ดังนั้น การสร้างระบบเศรษฐกิจของชุมชนท้องถิ่น ที่สามารถพึ่งตนเองภายใต้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงที่มีการช่วยเหลือเอื้อเพื่อซึ่งกันและกัน มีคุณธรรม และเป็นระบบเศรษฐกิจที่เอื้อให้เกิดการพัฒนาในด้านอื่น ๆ ในพื้นที่ ทั้งเศรษฐกิจ สังคม ผู้คน ชุมชน วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม ทรัพยากรธรรมชาติ อย่างเข้มแข็งและยั่งยืน เป็นระบบเศรษฐกิจแนวราบที่ส่งผลและสร้างความสัมพันธ์ทั้งทางเศรษฐกิจและสังคมระหว่างผู้คนในชุมชนท้องถิ่น มิใช่เป็นเฉพาะเศรษฐกิจแนวตั้งแบบปัจเจก แต่สามารถทำให้เกิดความร่วมมือ เกิดโอกาสและความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างเศรษฐกิจร่วมของชุมชนกับเศรษฐกิจของปัจเจก เป็นระบบเศรษฐกิจที่มีลักษณะความร่วมมือเป็นหุ้นส่วนสร้างความสัมพันธ์ทั้งในชุมชนท้องถิ่นและในระดับที่กว้างขวางอื่น ๆ และภายนอก³

ในโลกของความเป็นจริง คือโลกของ “ทุนนิยม” บิลล์ เกตส์ มหาเศรษฐีของโลก ได้กล่าวถึงทุนนิยมใหม่ในศตวรรษที่ 21 ว่า “การทำนายอยู่ที่การออกแบบระบบที่แรงจูงใจทางตลาด ซึ่งหมายรวมถึงกำไรและความเป็นที่ยอมรับ ผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ทุนนิยมสร้างสรรค์ -



ระบบที่รัฐบาล และภาคธุรกิจไม่แสวงหากำไร ทำงานร่วมกันเพื่อขยายพลังของตลาดออกไป ให้คนจำนวนมากขึ้นได้กำไร เป็นที่ยอมรับ และทำงานเพื่อช่วยบรรเทาความเหลื่อมล้ำในโลก⁴ อย่างไรก็ตาม ในความเป็นจริงเป็นไปได้ยาก แต่สำหรับประเทศไทย โดยเฉพาะจังหวัด สกลนคร ที่ผู้วิจัยอาศัยอยู่ การสร้างความ เข้มแข็งให้กับ “เศรษฐกิจฐานราก” ให้มีการ รวมกลุ่มและร่วมมือในการบริหารจัดการชุมชน เพื่อให้ชุมชนมีความเข้มแข็งและพึ่งพาตนเอง ได้อย่างยั่งยืน⁵ ภายใต้การนำหลักปรัชญาของ เศรษฐกิจพอเพียง น่าจะเป็นทางเลือกที่ดีที่สุด

จังหวัดสกลนครเป็นหนึ่งในจังหวัดที่มี ภูมิปัญญาทางวัฒนธรรมและทรัพยากรธรรมชาติ ที่มีความหลากหลาย เศรษฐกิจฐานรากของ สกลนครกำลังเติบโต ด้วยแนวคิดการพัฒนา และการนำเอาภูมิปัญญาของท้องถิ่นมาต่อยอด มีการให้ความสำคัญกับการใช้ทรัพยากรท้องถิ่น การสร้างอุตสาหกรรมที่เชื่อมโยงกับวัฒนธรรม และความเป็นท้องถิ่น มีการผลิตสินค้าที่สร้าง จากวัตถุดิบท้องถิ่น การออกแบบบรรจุภัณฑ์ที่ แสดงถึงเอกลักษณ์ท้องถิ่น และการสนับสนุน ธุรกิจสร้างสรรค์ ทำให้เศรษฐกิจฐานรากเติบโต โดยเฉพาะกลุ่มที่ดำเนินธุรกิจเครื่องสำอางที่มี นโยบายการส่งเสริม ในปีงบประมาณ 2566 จังหวัดสกลนคร ได้ดำเนินการส่งเสริมโครงการ ตามนโยบายด้านเศรษฐกิจฐานราก เพื่อร่วม

ขับเคลื่อนกระตุ้นเศรษฐกิจภายในประเทศ โดยส่งเสริมผลักดันให้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ได้แก่ อาหาร ผลิตภัณฑ์สมุนไพร เครื่องสำอาง และ วัตถุดิบธรรมชาติ ให้ได้รับอนุญาตผลิตภัณฑ์ตาม มาตรฐานที่กฎหมายกำหนด ผลคือผลิตภัณฑ์ สุขภาพภายใต้โครงการเศรษฐกิจฐานรากใน จังหวัดสกลนคร ได้รับอนุญาตทั้งหมด 50 รายการ จำแนกเป็นกลุ่มผลิตภัณฑ์อาหาร 39 ผลิตภัณฑ์, เครื่องสำอาง 6 ผลิตภัณฑ์ และผลิตภัณฑ์สมุนไพร 5 ผลิตภัณฑ์^{6,7} พบว่าในบรรดากลุ่มผลิตภัณฑ์ สุขภาพทั้งหมดที่ได้รับการส่งเสริมให้ได้รับอนุญาต ผลิตภัณฑ์ที่มีมูลค่าทางการตลาดสูงสุด มีกฎหมาย ที่ไม่ซับซ้อนในการขออนุญาต ทำรายได้ให้แก่ ประชาชนในพื้นที่ และยังมีแนวโน้มขยายตัว อย่างต่อเนื่อง คือ ผลิตภัณฑ์กลุ่มเครื่องสำอาง^{8,9} ซึ่งจากข้อมูล มูลค่าเครื่องสำอางทั่วโลกจะขึ้นไป แต่ระดับ 3.64 แสนล้านดอลลาร์สหรัฐ หรือ ประมาณ 12.38 ล้านล้านบาทในปี 2573 เติบโต เฉลี่ยปีละ 4.2% เพิ่มขึ้นจากปี 2565 ประมาณ 1.4 เท่า ขณะเดียวกันตลาดเครื่องสำอางของไทย ก็มีโอกาสที่จะเติบโตสอดคล้องกับเทรนด์โลก สำหรับประเทศไทยคาดว่าปี 2566 มีมูลค่ากว่า 3 แสนล้านบาท เติบโตราว 9.46% เพิ่มขึ้น เล็กน้อยจากปี 2565 ที่มีการเติบโต 9.26% แต่ยังเป็นทิศทางการขยายตัวที่ดี¹⁰ ดังนั้น เพื่อ เป็นการส่งเสริมและผลักดันนโยบายเศรษฐกิจ ฐานรากของจังหวัดสกลนครในผู้ประกอบการ



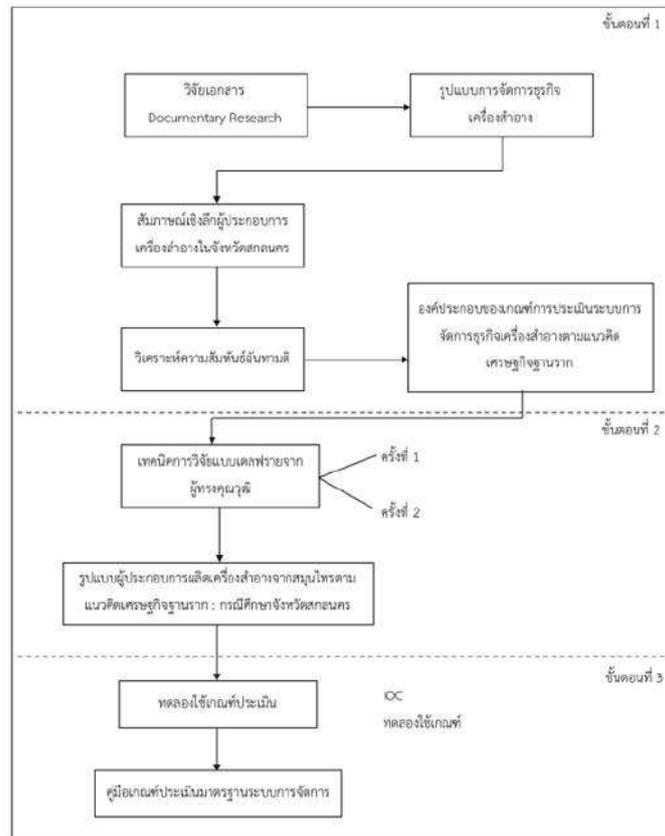
ผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเครื่องสำอางนี้¹¹ ผู้วิจัยจึงสนใจจะพัฒนารูปแบบการดำเนินธุรกิจสำหรับผู้ประกอบการผลิตเครื่องสำอางจากสมุนไพรตามแนวคิดเศรษฐกิจฐานราก ซึ่งการมีเกณฑ์ประเมินที่เหมาะสมจะสะท้อนการดำเนินงานด้านต่าง ๆ ได้ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการจัดการที่ดีได้¹² เพื่อให้ผู้ประกอบการ เครื่องสำอางดำเนินธุรกิจได้อย่างมีมาตรฐาน ทำให้ได้ผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพและมีความปลอดภัยต่อผู้บริโภค ช่วยกระตุ้นเศรษฐกิจ และสร้างรายได้ให้แก่ประชาชนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาองค์ประกอบของเกณฑ์การประเมินมาตรฐานระบบการจัดการธุรกิจเครื่องสำอางตามแนวคิดเศรษฐกิจฐานราก จังหวัดสกลนคร
2. เพื่อพัฒนารูปแบบผู้ประกอบการผลิตเครื่องสำอางจากสมุนไพรตามแนวคิดเศรษฐกิจฐานราก จังหวัดสกลนคร
3. เพื่อพัฒนาคู่มือเกณฑ์การประเมินมาตรฐานระบบการจัดการธุรกิจเครื่องสำอางตามแนวคิดเศรษฐกิจฐานราก จังหวัดสกลนคร

กรอบแนวคิดของงานวิจัย

การดำเนินงานวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อศึกษาองค์ประกอบของเกณฑ์การประเมินมาตรฐานระบบการจัดการธุรกิจเครื่องสำอางตามแนวคิดเศรษฐกิจฐานรากในจังหวัดสกลนคร ทำการวิจัยเอกสาร ร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม โดยการใช้เทคนิควิจัยแบบเดลฟาย (Delphi Technique) เพื่อพัฒนารูปแบบและคู่มือเกณฑ์การประเมินมาตรฐานระบบการจัดการธุรกิจเครื่องสำอางตามแนวคิดเศรษฐกิจฐานราก กรณีศึกษาจังหวัดสกลนคร เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์การวิจัย ผู้วิจัยจึงแบ่งขั้นตอนการดำเนินการวิจัยทั้งหมดเป็น 3 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดแนวคิดพื้นฐานขององค์ประกอบและแนวทางในการพัฒนารูปแบบการจัดการธุรกิจเครื่องสำอาง จังหวัดสกลนคร ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบผู้ประกอบการผลิตเครื่องสำอางจากสมุนไพรตามแนวคิดเศรษฐกิจฐานราก จังหวัดสกลนคร ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนาคู่มือเกณฑ์การประเมินมาตรฐานระบบการจัดการธุรกิจเครื่องสำอางตามแนวคิดเศรษฐกิจฐานราก จังหวัดสกลนคร ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดของงานวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดแนวคิดพื้นฐานขององค์ประกอบและแนวทางในการพัฒนาจังหวัดสกลนคร

1.1 การวิจัยเอกสาร ศึกษาข้อมูลทุติยภูมิ ได้แก่ วรรณกรรม สารสนเทศ ทฤษฎี และงานวิจัยต่าง ๆ จากงานเอกสารทางวิชาการ ข้อมูลจากหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน และจากสื่อออนไลน์ เพื่อศึกษารูปแบบการจัดการธุรกิจเครื่องสำอางตามแนวคิดเศรษฐกิจฐานรากจังหวัดสกลนคร

เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบบันทึกข้อมูลเพื่อคัดเลือกแนวคิด

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้เกณฑ์คัดเลือกข้อมูลจาก จากเอกสารมาใช้ในการวิจัยประกอบด้วย ความจริง (Authenticity) ความถูกต้องน่าเชื่อถือ (Credibility) ความหมาย (Meaning) การเป็นตัวแทน (Representativeness) ทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) เพื่อให้ได้องค์ประกอบของรูปแบบการจัดการธุรกิจเครื่องสำอางตามแนวคิดเศรษฐกิจฐานราก



1.2 การสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อศึกษารูปแบบ การจัดการธุรกิจเครื่องสำอางจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูล หลัก ได้แก่ ผู้ประกอบการผลิตและจำหน่าย เครื่องสำอางในจังหวัดสกลนคร โดยคัดเลือก แบบเจาะจง (Purposive selection) จาก ผู้ประกอบการเครื่องสำอางที่มีสถานะของสถานที่ ผลิตเครื่องสำอาง “อนุมัติสถานที่” ในระบบ Skynet ของสำนักงานคณะกรรมการอาหาร และยา (อย.) และมีผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางที่ ได้รับอนุญาตเลขจดแจ้ง และยังคงมีการผลิต เครื่องสำอางเพื่อจำหน่าย จำนวน 17 คน ทำการ บันทึกข้อมูลลงในแบบสัมภาษณ์เชิงลึก

การวิเคราะห์ข้อมูล จากการศึกษา เอกสารทุติยภูมิร่วมกับการศึกษาปฐมภูมิด้วย การสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ แล้วทำการสังเคราะห์ข้อมูลของ องค์ประกอบที่ได้จากการศึกษารูปแบบการจัดการ และองค์ประกอบของสถานที่ผลิตเครื่องสำอาง นำมาสังเคราะห์ “องค์ประกอบของเกณฑ์ ประเมินมาตรฐานระบบการจัดการธุรกิจ เครื่องสำอางตามแนวคิดเศรษฐกิจฐานราก”

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบผู้ประกอบการ ผลิตเครื่องสำอางจากสมุนไพรตามแนวคิดเศรษฐกิจ ฐานราก จังหวัดสกลนคร

2.1 เทคนิคเดลฟาย รอบที่ 1

นำ “องค์ประกอบของเกณฑ์ประเมิน มาตรฐานระบบการจัดการธุรกิจเครื่องสำอางตาม แนวคิดเศรษฐกิจฐานราก” ที่ได้จากขั้นตอนที่ 1

ทำเป็นแบบสอบถามเพื่อใช้ในการสัมภาษณ์ ผู้เชี่ยวชาญ และรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล รูปแบบของธุรกิจเครื่องสำอางเพื่อสร้าง “(ร่าง) รูปแบบผู้ประกอบการผลิตเครื่องสำอางจาก สมุนไพรตามแนวคิดเศรษฐกิจฐานราก : กรณีศึกษา จังหวัดสกลนคร”

กลุ่มผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้เชี่ยวชาญ โดย คัดเลือกจากแบบเจาะจง (Purposive selection) แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มดังนี้

ก. กลุ่มผู้ประกอบการ ได้แก่ ผู้ผลิต เครื่องสำอางที่ยังคงสถานะ “อนุมัติสถานที่” และมีผลิตภัณฑ์ที่ได้รับอนุมัติเลขจดแจ้ง เครื่องสำอางในระบบ Skynet จำนวน 6 ราย

ข. กลุ่มนักวิชาการและภาคประชา สังคม จำนวน 5 ราย ได้แก่ ผู้ที่มีความรู้ด้าน การจัดการ สังคมศาสตร์ การพัฒนาชุมชน การจัดทำเกณฑ์ประเมิน และอุตสาหกรรม การผลิต

ค. กลุ่มปฏิบัติงาน ได้แก่ เจ้าหน้าที่ ภาครัฐที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับ งานด้านเครื่องสำอาง และการส่งเสริมเศรษฐกิจ ฐานราก จำนวน 6 คน

เครื่องมือที่ใช้ทำการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้เชี่ยวชาญ ทั้ง 17 คน บันทึกข้อมูลใส่ในแบบ บันทึกการสนทนา

การวิจัยในขั้นตอนนี้ใช้ผู้เชี่ยวชาญ ทั้งสิ้น 17 คน มีความเหมาะสมและสอดคล้อง ไปตามเกณฑ์ ของ Thomas T. Macmillan



เป็นระดับที่ให้ผลของอัตราการลดลงของค่าความคลาดเคลื่อน (Error) น้อยที่สุด และคงที่ที่ระดับ 0.02^{13,14}

2.2 เทคนิคเดลฟาย รอบที่ 2

นำ “(ร่าง) รูปแบบผู้ประกอบการผลิตเครื่องสำอางจากสมุนไพรตามแนวคิดเศรษฐกิจฐานราก : กรณีศึกษาจังหวัดสกลนคร” ที่ได้จากขั้นตอนที่ 2.1 มาทำเป็นแบบการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เชี่ยวชาญ 17 คน เมื่อได้ข้อมูลจะส่งข้อมูลย้อนกลับเชิงสถิติ (Statistical Feedbacks) ที่เป็นของกลุ่ม ให้กับผู้เชี่ยวชาญ เช่น ค่าร้อยละ ค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range) พร้อมด้วยคำตอบเดิมของแต่ละท่านเพื่อให้พิจารณาว่าจะแก้ไขหรือคงคำตอบเดิม แล้วสรุปและสังเคราะห์เป็น “รูปแบบผู้ประกอบการผลิตเครื่องสำอางจากสมุนไพรตามแนวคิดเศรษฐกิจฐานราก : กรณีศึกษาจังหวัดสกลนคร”

ขั้นตอนที่ 3 เพื่อพัฒนาคู่มือเกณฑ์การประเมินมาตรฐานระบบการจัดการธุรกิจเครื่องสำอางตามแนวคิดเศรษฐกิจฐานราก จังหวัดสกลนคร

2.1 การพัฒนา

“รูปแบบผู้ประกอบการผลิตเครื่องสำอางจากสมุนไพรตามแนวคิดเศรษฐกิจฐานราก : กรณีศึกษาจังหวัดสกลนคร” จากขั้นตอนที่ 2 มาพัฒนาเป็น (ร่าง) คู่มือเกณฑ์การประเมินระบบการจัดการธุรกิจเครื่องสำอางตามแนวคิดเศรษฐกิจ

ฐานราก จังหวัดสกลนคร และทำการหาประสิทธิภาพทางด้านเนื้อหาและภาษา และความเที่ยงตรงของ (Index of Item Objective Congruence : IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน นำผลที่ได้มาวิเคราะห์และสรุปผล แล้วพัฒนาเป็น “(ร่าง) คู่มือเกณฑ์การประเมินมาตรฐานระบบการจัดการธุรกิจเครื่องสำอางตามแนวคิดเศรษฐกิจฐานราก จังหวัดสกลนคร”

2.2 การทดลองใช้

นำ “(ร่าง) คู่มือเกณฑ์การประเมินมาตรฐานระบบการจัดการธุรกิจเครื่องสำอางตามแนวคิดเศรษฐกิจฐานราก จังหวัดสกลนคร” มาทดลองใช้กับผู้ประกอบการ 3 ราย คัดเลือกแบบเจาะจงผู้ประกอบการที่เคยติดต่อ และให้ความร่วมมือกับภาครัฐ แล้วจึงสร้างเป็น “คู่มือเกณฑ์การประเมินมาตรฐานระบบการจัดการธุรกิจเครื่องสำอางตามแนวคิดเศรษฐกิจฐานรากจังหวัดสกลนคร”

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เอกสารรับรองเลขที่ SKN REC 2023-074

ผลการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 ผลการศึกษาองค์ประกอบของเกณฑ์การประเมินมาตรฐานระบบการจัดการธุรกิจเครื่องสำอางตามแนวคิดเศรษฐกิจฐานราก ดังนี้

1.1 ผลของการวิจัยเอกสาร ซึ่งเป็น การศึกษาข้อมูลทุติยภูมิ ได้แก่ วรรณกรรม สารสนเทศ ทฤษฎี และงานวิจัยต่าง ๆ จากตำรา เอกสารทางวิชาการ ข้อมูลจากหน่วยงานภาครัฐ และเอกชน และจากสื่อออนไลน์ โดยใช้เทคนิค การวิจัยเอกสาร เพื่อนำแนวคิดและทฤษฎีต่าง ๆ มาสร้างเป็นองค์ประกอบของเกณฑ์การประเมิน มาตรฐานระบบการจัดการธุรกิจเครื่องสำอางได้ 7 องค์ประกอบ ได้แก่ 1. ทรัพยากรพื้นฐาน (Resources) 2. ระบบการทำงาน (Systems) 3. บทบาทภาครัฐ (Government) 4. การดำเนิน ธุรกิจ (Business) 5. ความสามารถในการ แข่งขัน (Competition) 6. ผลการดำเนินงาน (Perspective) 7. การประเมิน (Evaluation) หรือ RSGBCPE

1.2 ผลของการสัมภาษณ์เชิงลึก

ผู้วิจัยนำองค์ประกอบ RSGBCPE พร้อมกับคำอธิบาย ส่งผ่านแอปพลิเคชัน Line ให้ผู้ให้ข้อมูลหลัก 1 สัปดาห์ แล้วจึงสัมภาษณ์ ผ่านทางโทรศัพท์ ด้วยคำถามสัมภาษณ์แบบ ปลายเปิด (Open ended question) โดยผู้วิจัย ทำหน้าที่สัมภาษณ์เองพร้อมทั้งขออนุญาต ปลายสายในการบันทึกเสียงขณะทำการสัมภาษณ์ แล้วนำมาถอดบทสัมภาษณ์ภายหลัง แยกแยะ จัดเรียงประเด็น ว่าองค์ประกอบสังเคราะห์ขึ้น สอดคล้องกับผู้ประกอบการหรือไม่ ได้องค์ประกอบ หลักและดัชนีการประเมินที่สอดคล้องกับกลุ่ม ผู้ให้ข้อมูลหลัก 7 องค์ประกอบ (RSGBCPE) 25 ดัชนีการประเมิน ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 องค์ประกอบ RSGBCPE



ขั้นตอนที่ 2 ผลการพัฒนารูปแบบ
ผู้ประกอบการผลิตเครื่องสำอางจากสมุนไพร
ตามแนวคิดเศรษฐกิจฐานราก: กรณีศึกษาจังหวัด
สกลนคร

2.1 เทคนิคเดลฟาย รอบที่ 1

ใช้การสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ ในการ
นำข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 มาพัฒนา “(ร่าง)
รูปแบบผู้ประกอบการผลิตเครื่องสำอางจาก
สมุนไพรตามแนวคิดเศรษฐกิจฐานราก : กรณีศึกษา
จังหวัดสกลนคร” ผู้วิจัยคัดเลือกตามความสะดวก
17 คน จากการสัมภาษณ์ในรอบที่ 1 พบว่า
ผู้เชี่ยวชาญได้ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ และ
รายการประเมินตามบทบาทหน้าที่และประสบการณ์
ของตนเอง โดยผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่พิจารณาว่า
การใช้ ทฤษฎีระบบ เป็นองค์ประกอบหลักทั้ง 7
มีเนื้อหาและรายละเอียดที่ทำให้ผู้ประกอบการ
กลุ่มเศรษฐกิจฐานรากเข้าใจยาก และควรนำเอา
หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงในการจัดการ
ชุมชนเข้ามาร่วมด้วย ต้องปฏิบัติตาม กฎหมาย
ของ อย. ทั้งในส่วน of สถานผลิตและสถานที
เก็บรักษา

2.2 เทคนิคเดลฟาย รอบที่ 2

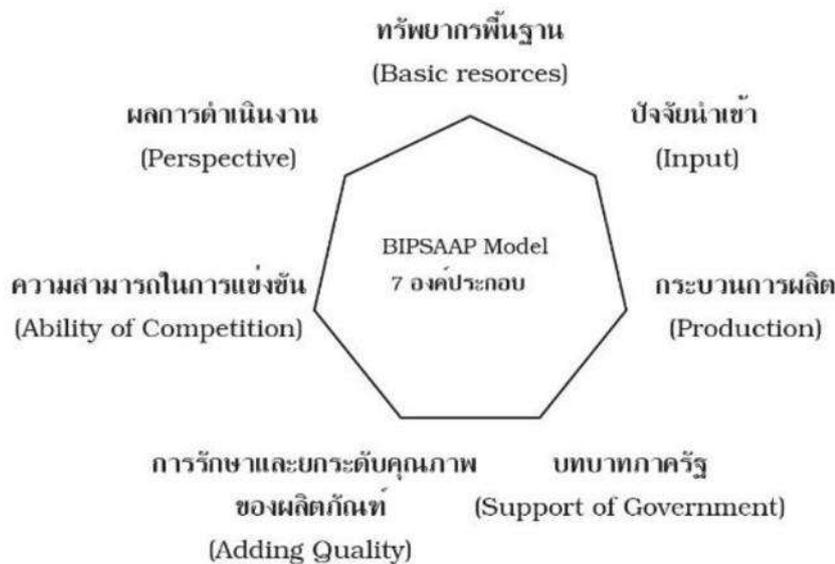
ผู้วิจัยนำ “(ร่าง)รูปแบบผู้ประกอบการ
ผลิตเครื่องสำอางจากสมุนไพรตามแนวคิดเศรษฐกิจ
ฐานราก : กรณีศึกษาจังหวัดสกลนคร” มาสร้าง
เป็นแบบสอบถาม และให้ผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ตอบ
จากนั้นนำคำตอบที่ได้มาหาค่ามัธยฐาน (Median)
และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile

Range หรือ ค่า Q3 – Q1) เป็นรายชื่อ เพื่อ
พิจารณาคัดเลือกรายการประเมินที่มีความเหมาะสม
ในการพัฒนาเป็นเกณฑ์ โดยคัดเลือกจากแนวโน้ม
ที่มีค่ามัธยฐานตั้งแต่ 3.5 ขึ้นไป และมีพิสัยระหว่าง
ควอไทล์ไม่เกิน 1.5 ซึ่งจะได้องค์ประกอบและ
รายการประเมินจากผลการวิเคราะห์ข้อมูล
แบบสอบถามจากผู้เชี่ยวชาญ และผู้เชี่ยวชาญ
มีความเห็นว่าองค์ประกอบมีโอกาสที่เป็นไปได้
จริงในทุกประเด็น โดยค่ามัธยฐาน ได้เกินกว่า
3.5 และพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile
Range) ≤ 1.5 ทุกประเด็น จึงสามารถสรุปได้ว่า
องค์ประกอบและรายการประเมินทุกตัวมี
ความเหมาะสม หลังจากนั้นส่งข้อมูลป้อนกลับ
เชิงสถิติ (Statistical Feedbacks) ที่เป็นของ
กลุ่มให้กับผู้เชี่ยวชาญ เช่น ค่าร้อยละ ค่ามัธยฐาน
และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile
Range) พร้อมด้วยคำตอบเดิมของแต่ละท่าน
เพื่อให้พิจารณาว่าจะแก้ไขหรือคงคำตอบเดิม
ปรากฏว่าผู้ทรงคุณวุฒิไม่มีการเปลี่ยนแปลง
คำตอบ

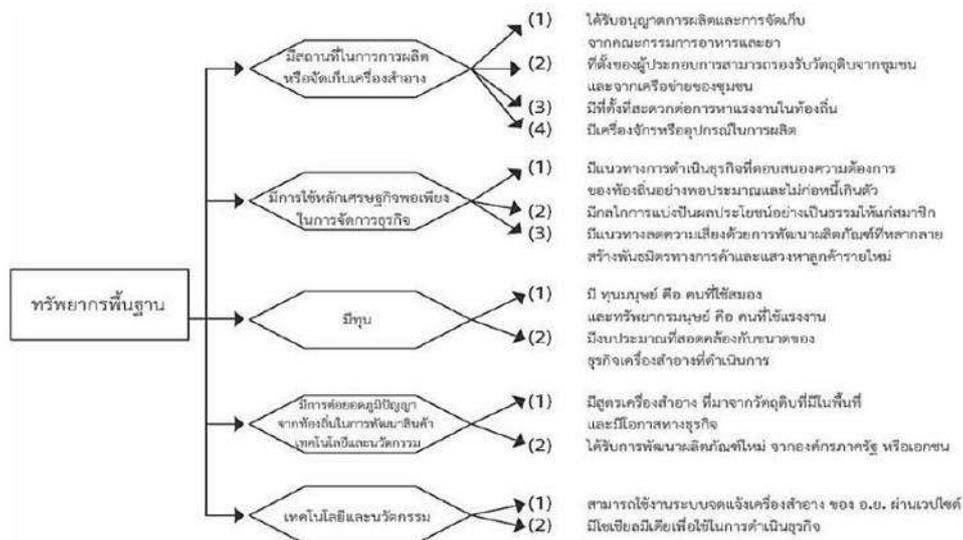
นำข้อมูลที่ได้สังเคราะห์เป็น “รูปแบบ
ผู้ประกอบการผลิตเครื่องสำอางจากสมุนไพร
ตามแนวคิดเศรษฐกิจฐานราก : กรณีศึกษา
จังหวัดสกลนคร” หรือ BIPSAAP Model)
ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบหลัก 1) ทรัพยากร
พื้นฐาน (Basic resources) 2) ปัจจัยนำเข้า
(Input) 3) กระบวนการผลิต (Production)
4) บทบาทภาครัฐ (Support of government)

5) การรักษาและยกระดับคุณภาพของผลิตภัณฑ์ (Adding quality) 6) ความสามารถในการแข่งขัน (Ability of competition) 7) ผลการดำเนินงานขององค์กร (Perspective) ดังภาพที่ 3 “รูปแบบผู้ประกอบการผลิตเครื่องสำอางจากสมุนไพร

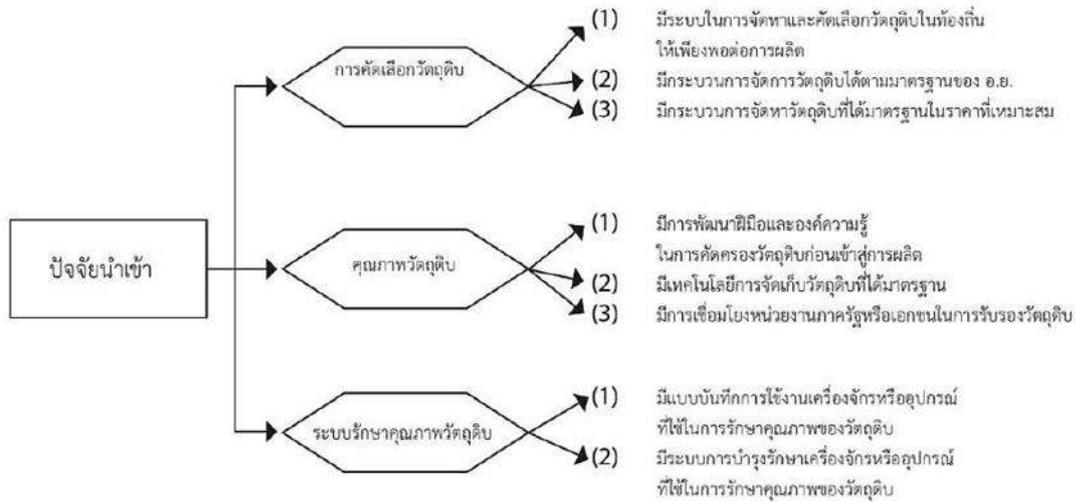
ตามแนวคิดเศรษฐกิจฐานราก : กรณีศึกษาจังหวัดสกลนคร” ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบหลัก 25 ดัชนีการประเมิน และ 53 รายการประเมิน ดังภาพที่ 4 – 10



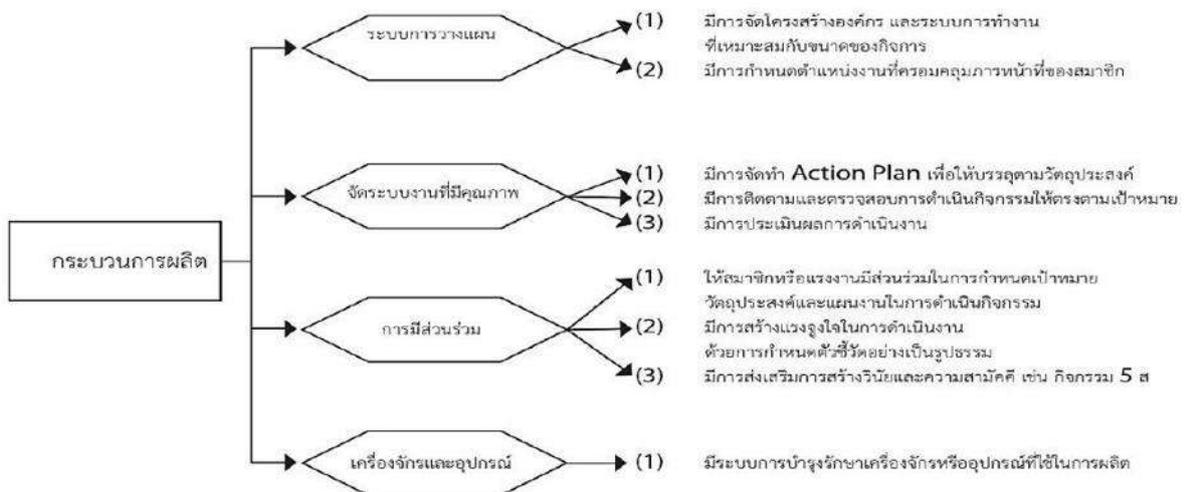
ภาพที่ 3 BIPSAAP Model



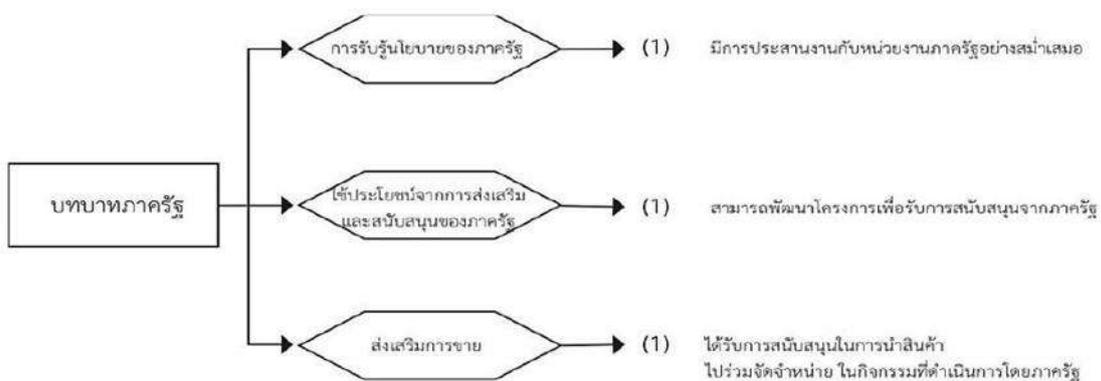
ภาพที่ 4 องค์ประกอบที่ 1 ทรัพยากรพื้นฐาน (Basic resources)



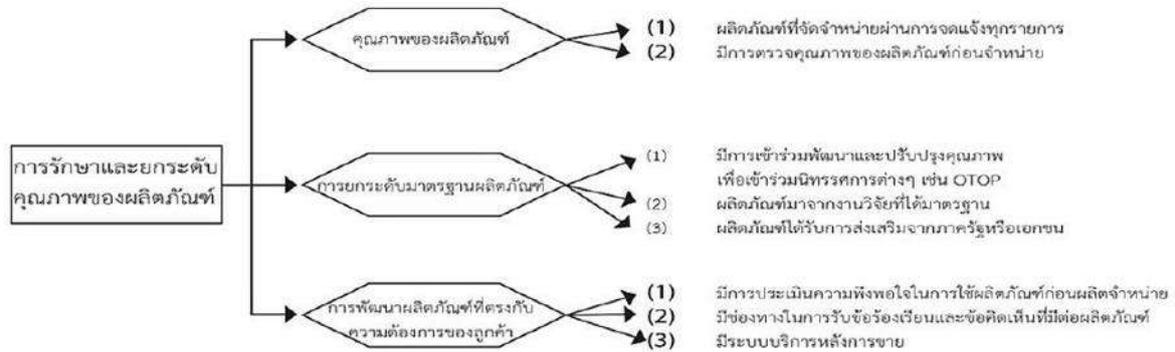
ภาพที่ 5 องค์ประกอบที่ 2 ปัจจัยนำเข้า (Input)



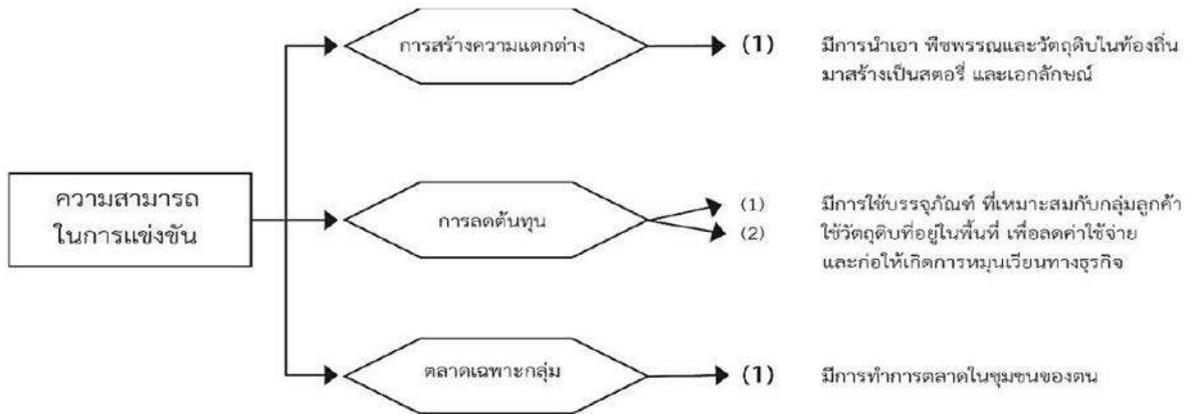
ภาพที่ 6 องค์ประกอบที่ 3 กระบวนการผลิต (Production)



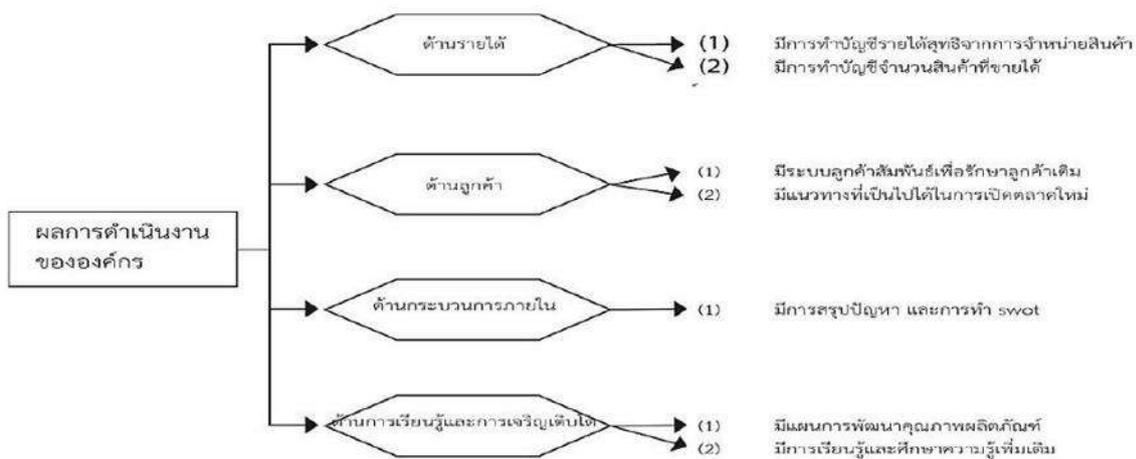
ภาพที่ 7 องค์ประกอบที่ 4 บทบาทภาครัฐ (Support of government)



ภาพที่ 8 องค์ประกอบที่ 5 การรักษาและยกระดับคุณภาพของผลิตภัณฑ์ (Adding quality)



ภาพที่ 9 องค์ประกอบที่ 6 ความสามารถในการแข่งขัน (Ability of competition)



ภาพที่ 10 องค์ประกอบที่ 7 ผลการดำเนินงานขององค์กร (Perspective)



ขั้นตอนที่ 3 ผลการพัฒนาคู่มือเกณฑ์การประเมินมาตรฐานระบบการจัดการธุรกิจเครื่องสำอางตามแนวคิดเศรษฐกิจฐานรากจังหวัดสกลนคร

3.1 ผลการพัฒนา

นำรูปแบบฯ จากขั้นตอนที่ 2 มาพัฒนาเป็น “คู่มือเกณฑ์การประเมินมาตรฐานระบบการจัดการธุรกิจเครื่องสำอางตามแนวคิดเศรษฐกิจฐานรากจังหวัดสกลนคร” จากนั้นทำการหาประสิทธิภาพทางด้านภาษาและความเที่ยงตรงของเนื้อหา (IOC) กับผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ดำเนินงานที่จะใช้เป็นระบบการจัดการธุรกิจเครื่องสำอางของกลุ่มธุรกิจชุมชนตามแนวคิดเศรษฐกิจฐานรากพบว่าทุกข้อความที่จะใช้เป็นเกณฑ์การพิจารณาได้ค่า IOC สูงกว่า 0.5 แสดงให้เห็นว่าผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำข้อความที่จะใช้เป็นเกณฑ์การพิจารณานี้ไปจัดไว้ในระบบการจัดการธุรกิจเครื่องสำอางของกลุ่มธุรกิจชุมชนตามแนวคิดเศรษฐกิจฐานราก

3.2 ผลการทดลองใช้

เป็นขั้นตอนสุดท้ายของการวิจัยคือการจัดทำ “คู่มือเกณฑ์การประเมินมาตรฐานระบบการจัดการธุรกิจเครื่องสำอางตามแนวคิดเศรษฐกิจฐานรากจังหวัดสกลนคร” สำหรับภาพรวมของโครงสร้างระบบ มีทั้งหมด 7 องค์ประกอบหลัก 25 ดัชนีการประเมิน และ 53 รายการประเมินเมื่อนำไปทดลองใช้กับ ผู้ประกอบการ จำนวน 3 ราย พบว่าผู้ประกอบการที่ 1 ได้ 34 คะแนน

อยู่ในขั้นดี ผู้ประกอบการที่ 2 ได้ 44 คะแนน อยู่ในขั้นดีมาก และผู้ประกอบการที่ 3 ได้ 44 คะแนน อยู่ในขั้นดีมาก แสดงให้เห็นว่าเกณฑ์ที่ได้มีความยืดหยุ่นสามารถนำไปใช้กับผู้ประกอบการที่มีโครงสร้างทางธุรกิจที่แตกต่างกันได้

อภิปรายผล

งานวิจัยนี้ได้รูปแบบผู้ประกอบการผลิตเครื่องสำอางจากสมุนไพรมตามแนวคิดเศรษฐกิจฐานราก : กรณีสึกษาจังหวัดสกลนคร หรือ BIPSAAP Model ที่มี 7 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) ทรัพยากรพื้นฐาน (Basic resources) 2) ปัจจัยนำเข้า (Input) 3) กระบวนการผลิต (Production) 4) บทบาทภาครัฐ (Support of government) 5) การรักษาและยกระดับคุณภาพของผลิตภัณฑ์ (Adding quality) 6) ความสามารถในการแข่งขัน (Ability of competition) 7) ผลการดำเนินงานขององค์กร (Perspective) มีดัชนีการประเมิน 25 ดัชนี โดยแต่ละองค์ประกอบมีความสอดคล้องเชื่อมโยงกันเป็นระบบตามทฤษฎีเชิงระบบ (System Theory) ศิริพงษ์ เสาภายน¹⁴ กล่าวไว้ว่าประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการแปรสภาพ (Process) ปัจจัยนำออก (Output) และผลย้อนกลับ (Feedback) ซึ่งการดำเนินธุรกิจด้านเครื่องสำอางมีความเฉพาะผู้ประกอบการต้องปฏิบัติตามกฎหมายและข้อบังคับต่าง ๆ ของ อย. อย่างไรก็ตาม



งานวิจัยฉบับนี้มุ่งเน้นในการสร้างโอกาสให้กับกลุ่มเศรษฐกิจฐานรากที่ได้นำแนวทางและทฤษฎีอื่น ๆ เข้ามาเพิ่มเติม ได้แก่ การดำเนินการบนพื้นฐาน BCG โมเดล ประกอบด้วย 3 เศรษฐกิจหลัก คือ B = Bio Economy ระบบเศรษฐกิจชีวภาพ มุ่งเน้นการใช้ทรัพยากรชีวภาพอย่างคุ้มค่า เชื่อมโยงกับ C = Circular Economy ระบบเศรษฐกิจหมุนเวียน ที่คำนึงถึงการนำวัสดุต่าง ๆ กลับมาใช้ประโยชน์ให้มากที่สุด และทั้ง 2 เศรษฐกิจนี้ อยู่ภายใต้ G = Green Economy ระบบเศรษฐกิจสีเขียว ซึ่งมุ่งแก้ไขปัญหามลพิษเพื่อลดผลกระทบต่อโลกอย่างยั่งยืน ซึ่งงานวิจัยฉบับนี้มีกลิ่นอายของ BCG โมเดล แทรกอยู่ในทุกองค์ประกอบ สอดคล้องกับ จิตพนธ์ ชุมเกตุ⁷ ที่ผลการมีเกณฑ์ประเมินที่เหมาะสมจะสะท้อนการดำเนินงานด้านต่าง ๆ ได้ โดยเกณฑ์ประเมินมาตรฐานที่ได้มีการคำนึงถึงการที่ผู้ประกอบการมีการนำเอาวัตถุดิบและภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ในการประกอบธุรกิจสามารถสร้างเศรษฐกิจหมุนเวียนในชุมชนของตน และชุมชนใกล้เคียงทุกองค์ประกอบในรูปแบบนี้ถูกนำมาใช้เป็นเกณฑ์การประเมิน อยู่ใน “คู่มือเกณฑ์การประเมินมาตรฐานระบบการจัดการธุรกิจเครื่องสำอางตามแนวคิดเศรษฐกิจฐานรากจังหวัดสกลนคร” เป็นนวัตกรรมที่สามารถใช้เป็นบรรทัดฐานในการพัฒนาธุรกิจเครื่องสำอางของจังหวัดสกลนคร

งานวิจัยฉบับนี้ได้นำเอาปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง มาเป็นองค์ประกอบในการพัฒนาเกณฑ์การประเมินเพื่อสร้างความเข้มแข็ง มั่นคง และยั่งยืน ให้กับกลุ่มเศรษฐกิจฐานราก มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาประเทศตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง “ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง”¹⁵ คือ ภูมิคุ้มกันที่ดีที่สุดสำหรับ กลุ่มเศรษฐกิจฐานรากของประเทศไทย โดยเฉพาะกลุ่มผู้ประกอบการเครื่องสำอาง เพราะปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่ล้วนมีที่มาจากเหตุปัจจัย อันหลากหลาย ทั้งที่ควบคุมได้และควบคุมไม่ได้มีทั้งผลดี และผลเสีย สร้างทั้งความสุขและความทุกข์ ส่งผลกระทบต่อเนื่องไปยังผู้คนทุกกลุ่มทุกวัยทุกพื้นที่ โดยเฉพาะกระแสโลกาภิวัตน์ (Globalization) ที่ทำให้การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เลื่อนไหลไปได้ทั่วโลกด้วยความรุนแรงรวดเร็ว และส่งผลในวงกว้าง ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ เช่น การมีระเบียบกติกากฎการค้า การลงทุน และการเงิน รูปแบบใหม่ที่เชื่อมโยงกับประเด็นสิ่งแวดล้อม สิทธิมนุษยชน หรือการคุ้มครองผู้ด้อยโอกาส ฯลฯ ความก้าวหน้าของระบบคมนาคมสื่อสาร ความรู้และเทคโนโลยีสมัยใหม่ โดยองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ 1. ความพอประมาณ ทั้งในเชิงปริมาณและ คุณภาพ โดยเน้นการดำเนินชีวิตตามอัตภาพหรือสภาวะของบุคคลหรือองค์กรในขณะนั้น ด้วยทางสายกลางสมดุล ไม่มากเกินไป ไม่น้อยเกินไป ไม่สุดโต่ง



เกินพอดี เช่น ใช้จ่ายได้ แต่ต้องไม่ฟุ่มเฟือยจนสร้างหนี้สินให้ตนเองและครอบครัว อดออมได้ แต่ต้องไม่ตระหนี่ถี่เหนียวจนตนเองลำบากหรือเอารัดเอาเปรียบผู้อื่น 2. ความมีเหตุมีผล เป็นการใช้สติและปัญญาในการตัดสินใจด้วยเหตุด้วยผลโดยปราศจากอารมณ์หรืออคติ มีความยับยั้งชั่งใจกับความอยากได้-อยากมี-อยากเป็น โดยที่ความมีเหตุมีผลต้องเป็นสิ่งที่สามารถอธิบายได้ ไม่ว่าจะจะเป็นไปตามหลักวิชา หลักกฎหมาย กฎเกณฑ์ ทางสังคมหรือหลักศีลธรรมก็ตาม 3. การมีภูมิคุ้มกันที่ดี เป็นการเตรียมความพร้อมรับมือกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตด้วยความไม่ประมาทครอบคลุมทั้งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากปัจจัยภายในและภายนอก ทั้งที่ควบคุมได้และควบคุมไม่ได้ แบ่งเป็น 3.1 ภูมิคุ้มกันทางการเงิน 3.2 ภูมิคุ้มกันทางสังคม 3.3 ภูมิคุ้มกันทางด้านวัฒนธรรม และ 3.4 ภูมิคุ้มกันด้านสิ่งแวดล้อม สอดคล้องกับงานวิจัยของธีรวัฒน์ จันทิก และเสรี ชัดรัมย์¹⁶ ซึ่งเป็นกลุ่มเศรษฐกิจฐานรากพบว่ามีการใช้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงเป็นเกณฑ์หลักในการประเมินคุณภาพของวิสาหกิจชุมชน ไม่ให้กิจการก่อนนี้เกินตัวขยายกิจการอย่างพอประมาณ การแบ่งปันผลประโยชน์ที่เป็นธรรม และแนวทางลดความเสี่ยงของธุรกิจ เป็นต้น

การพัฒนารูปแบบผู้ประกอบการผลิตเครื่องสำอางจากสมุนไพรตามแนวคิดเศรษฐกิจฐานราก : กรณีศึกษาจังหวัดสกลนคร นี้ เป็นการพัฒนาขึ้นเพื่อเป็นการบูรณาการระหว่างภาครัฐ ได้แก่ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร และการดำเนินงานของกลุ่มผู้ประกอบการตามแนวคิดเศรษฐกิจฐานราก ได้แก่ วิสาหกิจชุมชน หรือผู้ประกอบการ SME ในจังหวัดสกลนคร เป็นการพัฒนารูปแบบของระบบบริหารจัดการให้เกิดคุณภาพ การดำเนินงานที่สามารถนำไปสู่การยกระดับผู้ประกอบการระดับฐานรากไปสู่การเป็นธุรกิจขนาดกลาง โดยลดความขัดแย้งและเพิ่มความรู้ความเข้าใจระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้ประกอบการ สอดคล้องกับ หทัยชนก คตะสมบุรณ์¹⁷ นำเสนอการพัฒนาศักยภาพของชุมชนเพื่อสร้างเศรษฐกิจฐานรากอย่างยั่งยืนนั้นต้องมีกลไกการขับเคลื่อนศักยภาพของชุมชนต้องมี "นโยบายรัฐบาล" ที่ส่งเสริมให้การทำงานไร้รอยต่อ งานวิจัยชิ้นนี้มีความสอดคล้องกับแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ประเด็น (16) เศรษฐกิจฐานราก (พ.ศ. 2561 – 2580) และห่วงโซ่คุณค่าของประเทศไทย (Final Value Chain Thailand) (ฉบับแก้ไข) (พ.ศ. 2567 – 2570) กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายในการดำเนินงานอย่างชัดเจนในแผนแม่บทย่อย การยกระดับ



ศักยภาพการเป็นผู้ประกอบการธุรกิจ เป้าหมาย 160101 ศักยภาพและขีดความสามารถเศรษฐกิจฐานรากเพิ่มขึ้น และแผนแม่บทย่อย การสร้างสภาพแวดล้อมและกลไกที่ส่งเสริมการพัฒนาเศรษฐกิจฐานราก เป้าหมาย 160201 ผู้ประกอบการเศรษฐกิจฐานรากมีรายได้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 กลุ่มผู้ประกอบการเศรษฐกิจฐานรากด้านเครื่องสำอางควรนำรูปแบบของระบบการจัดการธุรกิจเครื่องสำอางที่มีองค์ประกอบหลักจำนวน 7 องค์ประกอบหลัก (BIPSAAP Model) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงการดำเนินธุรกิจของผู้ประกอบการเองให้สถานที่ผลิตเครื่องสำอางมีมาตรฐาน เกิดผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพและปลอดภัยต่อผู้บริโภค สร้างรายได้เกิดความยั่งยืนกับธุรกิจ

1.2 การปฏิบัติตามกฎและประสานงานกับเจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่องช่วยให้ผู้ประกอบการเข้าถึงข้อมูลอย่างถูกต้อง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนครเตรียมช่องทางการติดต่อไว้หลายรูปแบบ เช่น การติดต่อโดยตรงและผ่านแอปพลิเคชัน LINE เพื่อความสะดวกและให้เกิดประสิทธิภาพในการเข้าถึงการบริการ

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับการพัฒนารูปแบบการจัดการของสถานที่ผลิตเครื่องสำอางตามแนวคิดเศรษฐกิจฐานราก

2.1 หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง ควรมีแนวทางในการสนับสนุนในทิศทางเดียวกัน โดยเฉพาะการดำเนินงานตาม BCG Model ที่ต้องหาค้นหามติระหว่างหน่วยงานว่า พืชพันธุ์วัตถุดิบใด ที่สามารถสร้างมูลค่าให้กับท้องถิ่น เกิดการหมุนเวียนรายได้ในชุมชนอย่างแท้จริง และมีการจัดการและควบคุมการใช้ ไม่ว่าจะเป็นการปลูก การซื้อจากแหล่งอื่น หรือการเก็บเกี่ยวจากธรรมชาติ เพื่อเป็นการอนุรักษ์อย่างยั่งยืน

2.2 มาตรฐานของภาครัฐ (Government Standards) ไม่ว่าจะเป็น การขอรับรอง มาตรฐานผลิตภัณฑ์ชุมชน (มผช.) จากหน่วยงานอุตสาหกรรมหรือมาตรฐานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ประกอบการ ควรเป็นการดำเนินการแบบช่วยเหลือ และให้ข้อมูลโดยคำนึงถึงศักยภาพของกลุ่มเศรษฐกิจฐานราก เช่น การแนะนำแบบแปลนที่เหมาะสมกับงบประมาณ การสนับสนุนสูตรเครื่องสำอางที่มาจากงานวิจัย

2.3 หน่วยงานวิชาการในพื้นที่ ควรมีความมุ่งมั่นในการช่วยเหลือผู้ประกอบการในการพัฒนาคุณภาพผลิตภัณฑ์ การลดต้นทุนการผลิต โดยใช้ความรู้ความสามารถ และเครื่องมืออุปกรณ์ที่ได้รับการสนับสนุนจากงบประมาณภาครัฐ เอื้อประโยชน์กับประชาชนอย่างแท้จริง

3. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

3.1 ควรพัฒนาองค์ประกอบสำหรับผลิตภัณฑ์อื่น ๆ เช่น กลุ่มผู้ประกอบการผลิตอาหารและเครื่องดื่ม หรือผลิตภัณฑ์สมุนไพร ที่ทางกลุ่ม



เศรษฐกิจฐานราก มีศักยภาพในการดำเนินธุรกิจ

3.2 ควรนำเกณฑ์ที่ได้ไปวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis : CFA) เพื่อสกัดตัวดัชนีการประเมินของเกณฑ์การประเมินการจัดการคุณภาพของกลุ่มเศรษฐกิจฐานรากให้เหมาะสมและมีคุณภาพอย่างแพร่หลายในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร นายแพทย์ประจักษ์ เทิกขุนทด ทันตแพทย์ทรงพล แสงงาม ผู้บังคับบัญชาที่ได้ให้โอกาสในการทำการวิจัยครั้งนี้ คุณมีทนาวดี ล้อมหมางคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร

คุณชนะสรรค์ ศิริวาลย์ นักวิชาการอิสระ อดีตผู้ประสานงานโครงการเมืองสมุนไพรสกลนคร ที่ได้ให้คำปรึกษาในการวางแผนการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณ เครือข่าย BCG จังหวัดสกลนคร ที่เข้าร่วมการสนทนากลุ่มร่วมแลกเปลี่ยนให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้ช่วยวิจัยและครอบครัวกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข เพื่อนร่วมงานทุกคนที่เข้าใจและช่วยเหลือและสนับสนุนในการทำงานวิจัย และขอขอบคุณ บิดา มารดา คุณสิริภา ไท่ทอง และครอบครัววงภานุรักษ์ ที่ให้ความรัก ความเข้าใจ และกำลังใจในการทำงานวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ (16) ประเด็นเศรษฐกิจฐานราก (2561 – 2580). [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 16 พฤษภาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://nscr.nesdc.go.th/wp-content/uploads/2019/04/16-เศรษฐกิจฐานราก.pdf>
2. กรมพัฒนาชุมชน. การพัฒนาเศรษฐกิจฐานรากตามยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 16 พฤษภาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://district.cdd.go.th/khowang/wp-content/uploads/sites/531/2019/09/128785_ยุทธศาสตร์ชาติ20ปีกับศก.ฐานราก01-1.pdf
3. ประเวศ วะสี. วิธีการและกลไกยุทธศาสตร์ประชารัฐสร้างความเข้มแข็งเศรษฐกิจฐานรากบนหลักการ เศรษฐกิจพอเพียง. หมอชาวบ้าน. นนทบุรี; 2558:1-18.
4. Kinsley ME. Creative capitalism: a conversation with Bill Gates, Warren Buffett and other economic leaders. New York: Simon & Schuster. 2008.
5. กาญจนา รอดแก้ว, ฤชงค์ เสนานุช, รณรงค์ จันใด. รายงานฉบับสมบูรณ์การศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับนโยบายการพัฒนาเศรษฐกิจฐานราก เพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน. สำนักงานศูนย์วิจัยและให้คำปรึกษาแห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร; 2563.



6. กลุ่มผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. การพัฒนาเศรษฐกิจฐานรากผลิตภัณฑ์สมุนไพรสู่อาหาร เครื่องสำอาง สมุนไพร. สไลด์นำเสนอ. การประชุมสัมมนาเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ระดับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร. รายงานผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2565. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 1 พฤศจิกายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://skko.moph.go.th/dward/document_file/strategy/training_file_name/20230822152024_782785329.pdf
8. กรุงเทพธุรกิจ. “ตลาดสมุนไพร” เศรษฐกิจหลักของไทย. [อินเทอร์เน็ต]. 2567. [เข้าถึงเมื่อ 26 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.bangkokbiznews.com/social/914569>
9. ผู้จัดการ. ตลาดสมุนไพร 5 หมื่นล้านกับโอกาสของผู้ประกอบการไทย; [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 26 มิถุนายน 2566]; เข้าถึงได้จาก : <http://gotomanager.com/content/125213/>
10. ฐานเศรษฐกิจ. อุตสาหกรรมปลูก “เครื่องสำอาง” 3 แสนล้านศึกคึก. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 26 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaicosmetic.org/>
11. ปารีชาติ เพชรพุก. โอกาสทางการตลาดของเครื่องสำอางสมุนไพรไทยในตลาดโลก [ปริญญา นิพนธ์ ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2561.
12. จิตพนธ์ ชุมเกต. การพัฒนาเกณฑ์การประเมินมาตรฐานระบบการจัดการเชิงสร้างสรรค์ของกลุ่มธุรกิจชุมชนในภูมิภาคตะวันตกของประเทศไทย [วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาการจัดการ]. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2558.
13. วัลลภ รัฐฉัตรานนท์. การวิจัยอนาคตโดยใช้เทคนิคเดลฟาย (Future Research Using Delphi Technique). วารสารสหวิทยาการวิจัย 2562;8(1):1-10
14. ศิริพงษ์ เสาภายน. หลักการบริหารการศึกษา : ทฤษฎีและแนวปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 2 . กรุงเทพมหานคร: บุ๊คพอยท์; 2548.
15. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาประเทศตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง. ตามรอยพระราชดำริสู่ “ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง”. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร; 2555.
16. อีรวัดน์ จันทิก, เสรี ชัดแซม. การพัฒนาเกณฑ์การประเมินการจัดการคุณภาพของวิสาหกิจชุมชน. วารสารการเมืองการบริหารและกฎหมาย 2557;6(1):99-129
17. ททัยชนก คตะสมบุรณ์. การพัฒนาศักยภาพของชุมชนเพื่อสร้างเศรษฐกิจฐานรากอย่างยั่งยืน : กรณีศึกษาตำบลเนินศาลา อำเภอโกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์. วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ 2563;8(2):474-88



สถานการณ์ความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของกัญชา กัญชง หรือสารสกัด CBD ที่ผลิตและจำหน่ายในเขตสุขภาพที่ 4

The safety situation of beverages containing cannabis, hemp or CBD extracts produced and sold in 4th Health Region

สุชาติ ถนอมวารภรณ์¹
Suchart Thanomvaraporn¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนารั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาปริมาณสาร THC และ CBD ในผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของกัญชา กัญชง หรือสารสกัด CBD 2) ศึกษาความถูกต้องตามกฎหมายของฉลากผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มฯ 3) ศึกษามาตรฐานของสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มฯ และ 4) ศึกษาแนวทางในการควบคุมการผลิตผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มฯ ให้มีปริมาณสาร THC และ CBD ตามกฎหมาย ดำเนินการเดือนมกราคม - กันยายน 2566 กลุ่มตัวอย่างเป็นผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มฯ ที่ผลิตและจำหน่ายในเขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 30 ตัวอย่าง สถานที่ผลิต 7 แห่ง และตัวแทนจากสถานที่ผลิต 7 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบตรวจสอบฉลาก แบบตรวจประเมินสถานที่ผลิตอาหาร และแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า 1) ผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มฯ ที่พบสาร THC และ CBD ผ่านเกณฑ์กฎหมาย 16 ตัวอย่าง ร้อยละ 53.33 โดยเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของสารสกัด CBD ผ่านเกณฑ์มากที่สุด 3 ตัวอย่าง ร้อยละ 60.00 2) ผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มฯ ที่แสดงฉลากถูกต้อง 1 ตัวอย่าง ร้อยละ 3.57 รายการที่ไม่ถูกต้องมากที่สุดคือ การแสดงวัตถุประสงค์อาหาร ร้อยละ 77.78 3) สถานที่ผลิตทุกแห่งผ่านเกณฑ์ GMP 420 และข้อกำหนดเฉพาะ 4) แนวทางในการควบคุมการผลิตผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มฯ ให้มีปริมาณสาร THC และ CBD ตามกฎหมาย ได้แก่ (1) ติดตามกฎหมายอย่างสม่ำเสมอ (2) เลือกวัตถุดิบที่มีสาร THC และ CBD ตามที่กฎหมายกำหนด (3) ตรวจวิเคราะห์วัตถุดิบก่อนการผลิตทุกครั้ง (4) การตั้งตำรับต้องพิจารณากระบวนการผลิตร่วมด้วย (5) ศึกษาอายุการเก็บรักษาของผลิตภัณฑ์ทุกรุ่นการผลิต (6) เลือกบรรจุภัณฑ์ที่สามารถป้องกันแสงได้

คำสำคัญ: ผลิตภัณฑ์เครื่องดื่ม, กัญชา, กัญชง, สารสกัด CBD, เขตสุขภาพที่ 4

¹ เภสัชกรชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

¹ Pharmacist, Senior Professional Level, Division of Consumer Health Protection and Public Health Pharmacy, Ayutthaya Provincial Health Office. E-mail : SUCHART-THA@HOTMAIL.COM



Abstract

This descriptive research was aimed to 1) study the amount of THC and CBD in beverage products containing cannabis, hemp, or CBD extracts, 2) study the legality of beverage product labels, 3) study the standards of beverage production premises, and 4) study the guidelines for controlling the production of beverage products to contain legal amounts of THC and CBD. The study was conducted from January to September 2023. The samples consisted of 30 beverage products containing cannabis, hemp, or CBD extracts which produced and sold in 4th Health Region, 7 production premises and 7 representatives from production premises. The instruments used were label accuracy check forms, food production premise audit forms, and interview forms. Data were analyzed using descriptive statistics, numbers, percentages, mean and standard deviation. For qualitative data, content analysis was used. The research results were found that 1) beverage products found to contain THC and CBD passed legal criteria in 16 samples, 53.33%; beverage products containing CBD extracts passed the criteria the most, 3 samples, at 60.00%, 2) beverage product with correct labeling, 1 sample, 3.57%. The most incorrect item was the display of food additives at 77.78%, 3) all food production premises passed GMP 420 criteria and specific requirements, and 4) guidelines for controlling the production of beverage products to contain legal amounts of THC and CBD, (1) follow the law regularly, (2) select raw materials that contain THC and CBD as required by law, (3) always analyze raw materials before production, (4) formulation must consider the production process as well, (5) study the shelf life of every production batch of products, and (6) choose the light protection packaging.

Keywords: Beverage products, Cannabis, Hemp, CBD extracts, 4th Health Region



บทนำ

ด้วยนโยบายของรัฐบาลได้ส่งเสริมและพัฒนาปัญญาและกัญชงให้เป็นพืชเศรษฐกิจใหม่ของประเทศ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 424) พ.ศ. 2564 เรื่อง กำหนดอาหารที่ห้ามผลิตนำเข้า หรือจำหน่ายเพื่อระบุให้ส่วนต่าง ๆ และสารสกัดจากพืชกัญชากัญชงที่ได้จากการปลูกภายในประเทศสามารถนำมาใช้ในอาหารได้¹ ส่งผลให้พืชกัญชา กัญชง และสารสกัดที่ได้จากพืชกัญชา กัญชง (สารสกัด Cannabidiol : CBD) ไม่จัดเป็นยาเสพติดและสามารถนำมาใช้ในผลิตภัณฑ์อาหารได้อย่างถูกต้องตามกฎหมาย ซึ่งถือเป็นโอกาสใหม่ทางธุรกิจของอุตสาหกรรมด้านอาหารของประเทศไทย และได้รับความสนใจจากผู้ประกอบการผลิตอาหารในประเทศเป็นจำนวนมากโดยเฉพาะผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มมีส่วนผสมของกัญชา กัญชง หรือสารสกัด CBD ศูนย์วิจัยกสิกรไทยนำเสนอผลการวิเคราะห์ไว้ว่าอุตสาหกรรมเครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์เป็นหนึ่งในอุตสาหกรรมปลายน้ำจากกัญชงที่น่าจับตามอง จากกระแสความนิยมของตลาด Functional Drinks ด้วยการนำสารสกัด CBD ที่มีสรรพคุณหลากหลายมาผสมในเครื่องดื่มประเภทชา กาแฟ น้ำสมุนไพร น้ำผลไม้² ทั้งนี้ นอกจากจะเปิดโอกาสให้กัญชา กัญชงและสารสกัด CBD สามารถนำมาใช้ในอุตสาหกรรมเครื่องดื่มได้อย่างกว้างขวางแล้ว ยังเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้บริโภคสามารถเข้าถึงผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มฯ

และการโฆษณาสรรพคุณของผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มฯ ได้มากขึ้นอีกด้วย

ในขณะที่ผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของกัญชา กัญชง หรือสารสกัด CBD กำลังได้รับความนิยมทั้งจากผู้ผลิตและเริ่มเป็นที่สนใจในผู้บริโภคนั้น แพทย์และนักวิจัยด้านสารเสพติดยังคงมีความกังวลถึงความปลอดภัยในการบริโภคผลิตภัณฑ์ดังกล่าวเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะผลกระทบจากการได้รับสาร Tetrahydrocannabinol หรือ THC ในปริมาณที่สูงและอย่างต่อเนื่อง เพราะเป็นสารที่ทำให้มีอาการเมาเคลิ้มและเสพติดได้จากรายงานของศูนย์วิจัยยาเสพติด วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในเดือนมกราคม 2565 พบปริมาณสาร THC ในตัวอย่างอาหารคาวหวาน อาหารแห้ง และเครื่องดื่มเกินมาตรฐาน 6 ตัวอย่างจากตัวอย่างทั้งหมด 29 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 20.7 โดยพบในเครื่องดื่มผสมสมุนไพร ผงชากัญชา คุกกี้ และบะหมี่กึ่งสำเร็จรูป³ และในเดือนเมษายน 2565 มีการศึกษาวิจัยหาปริมาณสาร Δ^9 -THC หรือ delta9-tetrahydrocannabinol ในเครื่องดื่มกัญชาที่จำหน่ายในร้านขายเครื่องดื่มและคาเฟ่ จากตัวอย่างเครื่องดื่มกัญชาและเครื่องดื่มที่ผสมกัญชา จำนวน 30 ตัวอย่าง พบประมาณร้อยละ 30 มีค่า Δ^9 -THC เกินมาตรฐาน ซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อผู้บริโภค⁴

ปัจจุบันกฎหมายที่ใช้ในการควบคุมกำกับมาตรฐานของผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของ



กัญชา กัญชง และสารสกัด CBD เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้บริโภคของประเทศไทยนั้น กระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 2 ฉบับ ได้แก่ ฉบับที่ 427 พ.ศ. 2564⁵ และฉบับที่ 429 พ.ศ. 2564⁶ มาบังคับใช้ในระยะแรก ต่อมาได้มีข้อคิดเห็นจากผู้ประกอบการสะท้อนกลับไปยังกระทรวงสาธารณสุขถึงความเหมาะสมของข้อกำหนดในด้านปริมาณสาร CBD ในผลิตภัณฑ์ รวมถึงความไม่ชัดเจนเกี่ยวกับการจัดทำฉลาก ทำให้กระทรวงสาธารณสุขออกประกาศกระทรวงสาธารณสุขใหม่เพิ่มอีก 2 ฉบับ ได้แก่ ฉบับที่ 438 พ.ศ. 2565⁷ และฉบับที่ 439 พ.ศ. 2565⁸ เพื่อแก้ไขข้อกำหนดในการควบคุมมาตรฐานและการแสดงฉลากของผลิตภัณฑ์จากประกาศฯ ฉบับเดิม ซึ่งมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 22 ตุลาคม 2565 ที่ผ่านมา ส่งผลให้ผู้ประกอบการผลิตอาหารที่เคยได้รับอนุญาตก่อนประกาศดังกล่าว มีผลบังคับใช้ต้องปฏิบัติตามเกณฑ์ใหม่นี้ภายใน 2 ปี⁹

จากข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้นจะพบว่า ผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของกัญชา กัญชง หรือสารสกัด CBD เป็นผลิตภัณฑ์อาหารกลุ่มใหม่ ที่ได้รับความนิยมทั้งจากผู้ประกอบการผลิตและผู้บริโภค ซึ่งเป็นผลิตภัณฑ์ที่มีความเสี่ยงที่จะได้รับอันตรายจากการบริโภคได้เช่นกัน อีกทั้งข้อมูลการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มฯ ยังมีไม่มาก และผู้ประกอบการผลิตเครื่องดื่มฯ ต้องเผชิญกับข้อกฎหมายที่ใช้ในการกำกับดูแลมาตรฐานของ

ผลิตภัณฑ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาสถานการณ์ความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มฯ ที่ผลิตและจำหน่ายในปัจจุบัน โดยทำการศึกษาในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 เนื่องจากเป็นเขตสุขภาพที่มีเครื่องดื่มฯ ที่ได้รับอนุญาตเลขสารบบอาหารมากที่สุดในประเทศ คือ 54 ตำรับ จากทั้งหมด 199 ตำรับ คิดเป็นร้อยละ 27.14¹⁰ และสถานที่ผลิตอาหารในพื้นที่มีกำลังการผลิตสูง¹⁰ ดังนั้น ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้จึงเป็นตัวแทนที่ดีในการสะท้อนสถานการณ์ความปลอดภัยผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของกัญชา กัญชง หรือสารสกัด CBD ที่ผลิตและจำหน่ายในประเทศไทย ซึ่งเป็นประโยชน์ในการเฝ้าระวังเพื่อความปลอดภัยของผู้บริโภคได้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปริมาณสาร THC และ CBD ในผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของกัญชา กัญชง หรือสารสกัด CBD ที่ผลิตและจำหน่ายในเขตสุขภาพที่ 4
2. เพื่อศึกษาความถูกต้องตามกฎหมายของฉลากผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของกัญชา กัญชง หรือสารสกัด CBD ที่ผลิตและจำหน่ายในเขตสุขภาพที่ 4
3. เพื่อศึกษามาตรฐานของสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของกัญชา กัญชง หรือสารสกัด CBD ในเขตสุขภาพที่ 4
4. เพื่อศึกษาแนวทางในการควบคุมการผลิตผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของกัญชา



กัญชงหรือสารสกัด CBD ให้มีปริมาณสาร THC และ CBD ตามกฎหมาย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อให้ทราบสถานการณ์ของผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มฯ ในด้านคุณภาพ การแสดงฉลากตามเกณฑ์กฎหมาย และมาตรฐานของสถานที่ผลิต และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในด้านกระบวนการควบคุมเพื่อให้เป็นไปตามเกณฑ์กฎหมายจากตัวแทนสถานที่ผลิต

1. ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง

1.1 ตัวอย่างผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของกัญชา กัญชง หรือสารสกัด CBD ที่ผลิตและจำหน่ายในเขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 30 ตัวอย่าง เกณฑ์คัดเลือกคือ เป็นผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มฯ ที่มีจำนวนเพียงพอ ยังไม่หมดอายุ ณ วันที่สุ่มเก็บตัวอย่าง และมีอายุผลิตภัณฑ์เหลือไม่น้อยกว่า 1 เดือน เกณฑ์คัดออกคือ ตัวอย่างมีจำนวนและคุณสมบัติไม่เพียงพอต่อการตรวจทางวิทยาศาสตร์

1.2 สถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของกัญชา กัญชง หรือสารสกัด CBD ในเขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 7 แห่ง เกณฑ์คัดเลือกคือ เป็นสถานที่ผลิตเครื่องดื่มฯ ที่ได้รับใบอนุญาตผลิตอาหาร (แบบ อ.2) หรือคำขอรับเลขสถานที่ผลิตอาหารที่ไม่เข้าข่ายโรงงาน (แบบ สบ.1/1) ในประเภทผลิตภัณฑ์อาหารที่มีส่วนผสมของส่วนของกัญชาหรือกัญชง ได้แก่ เครื่องดื่มในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท หรือผลิตภัณฑ์อาหารที่มีสารสกัด

แคนนาบิไดโอดเป็นส่วนประกอบ ได้แก่ เครื่องดื่มในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ซึ่งมีสถานะคงอยู่ และมีผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มฯ ที่ได้รับอนุญาตเลขสารบบอาหารแล้ว

1.3 ตัวแทนจากสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของกัญชา กัญชง หรือสารสกัด CBD ในเขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 7 คน ที่สมัครใจเข้าร่วมดำเนินการวิจัย เกณฑ์คัดออกคือ เจ็บป่วย/ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตามที่กำหนดไว้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แบบตรวจประเมินสถานที่ผลิตอาหารตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 420) พ.ศ. 2563 ออกตามความในพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 เรื่อง วิธีการผลิต เครื่องมือเครื่องใช้ในการผลิต และการเก็บรักษาอาหาร¹¹ (GMP 420) ประกอบด้วย แบบ ตส.1 (63) แบบสรุปผลการตรวจประเมินสถานที่ผลิตอาหาร (Audit Report) แบบ ตส.2 (63) บันทึกการตรวจประเมินสถานที่ผลิตอาหารตามข้อกำหนดพื้นฐาน และแบบ ตส.5 (63) บันทึกการตรวจประเมินสถานที่ผลิตอาหารตามข้อกำหนดเฉพาะ 3 สำหรับการผลิตอาหารในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทชนิดที่มีความเป็นกรดต่ำ และชนิดที่ปรับกรด ที่ผ่านกรรมวิธีการฆ่าเชื้อด้วยความร้อนโดยทำให้ปลอดเชื้อเชิงการค้า

2) แบบตรวจสอบฉลากผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของกัญชา กัญชง หรือสารสกัด CBD ซึ่งถูกสร้างขึ้นจากข้อกำหนดของประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง จำนวน



10 ฉบับ ได้แก่ ฉบับที่ 182 (พ.ศ. 2541), ฉบับที่ 356 (พ.ศ. 2556), ฉบับที่ 367 (พ.ศ. 2557), ฉบับที่ 383 (พ.ศ. 2560), ฉบับที่ 394 (พ.ศ. 2561), ฉบับที่ 401 (พ.ศ. 2562), ฉบับที่ 427 (พ.ศ. 2564), ฉบับที่ 429 (พ.ศ. 2564), ฉบับที่ 438 (พ.ศ. 2565) และ ฉบับที่ 439 (พ.ศ. 2565) และระเบียบสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ว่าด้วยการดำเนินการเกี่ยวกับเลขสารบบอาหาร พ.ศ.2562 ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบโดยเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบการอนุญาตผลิตภัณฑ์อาหารของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 3 ท่าน

3) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structure) ข้อคำถามมีลักษณะปลายเปิด ผู้วิจัยได้เตรียมแนวคำถามเพื่อใช้เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ โดยใช้กระบวนการถอดบทเรียน สัมภาษณ์ตามกรอบการสัมภาษณ์ เน้นให้กลุ่มตัวอย่างได้ถ่ายทอดประสบการณ์ รายละเอียดขั้นตอนการปฏิบัติงาน และปัญหาอุปสรรคในการควบคุมการผลิตผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มฯ ให้มีปริมาณสาร THC และ CBD เป็นไปตามกฎหมาย

3. วิธีการเก็บข้อมูล

1) ผู้วิจัยทำการตรวจประเมินสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มฯ ในพื้นที่รับผิดชอบของเขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 3 จังหวัด รวม 7 แห่ง โดยใช้แบบตรวจประเมินสถานที่ผลิตอาหาร ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 420 (พ.ศ. 2563)

2) ผู้วิจัยเก็บสุ่มเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มฯ จากสถานที่ผลิตและจำหน่ายที่ตั้งอยู่ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 30 ตัวอย่าง มาตรวจสอบฉลากด้วยแบบตรวจสอบและส่งตรวจวิเคราะห์หาปริมาณสาร THC และ CBD ณ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

3) ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ประกอบการผลิตผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มฯ ที่มีสถานประกอบการที่ตั้งอยู่ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 และผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มฯ ได้รับอนุญาตเลขสารบบอาหารแล้ว จำนวน 7 คน

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

5. จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา เลขที่โครงการวิจัย 4/2566 วันที่ 29 เมษายน 2566 โดยกลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับการอธิบายอย่างละเอียดถึงขั้นตอนการวิจัย การปฏิบัติตนและประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินยติรับเป็นกลุ่มตัวอย่างผู้เข้าร่วมโครงการสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยเคารพศักดิ์ศรีและความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและจะแสดงผลในภาพรวมเท่านั้น



ผลการศึกษา

1. ผู้วิจัยทำการศึกษาปริมาณสาร THC และ CBD ในผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของกัญชา

กัญชง หรือสารสกัด CBD ที่ผลิตและจำหน่ายในเขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 30 ตัวอย่าง โดยทำการสุ่มเก็บตัวอย่างและนำส่งตรวจวิเคราะห์ที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ผลเป็นดังนี้

ตารางที่ 1 ผลการตรวจพบสาร THC และ CBD ในผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของกัญชา กัญชง หรือสารสกัด CBD ที่ผลิตและจำหน่ายในเขตสุขภาพที่ 4

ผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มที่มีส่วนผสม	จำนวน (ตัวอย่าง)	พบ THC		พบ CBD		ไม่พบทั้ง 2 สาร	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กัญชา	22	7	18.18	13	45.45	6	27.27
กัญชง	3	2	66.67	1	33.33	1	33.33
สารสกัด CBD	5	5	100.00	5	100.00	0	0.00
รวม	30	14	36.67	19	63.33	7	23.33

จากตารางที่ 1 พบว่าผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของกัญชามีการผลิตและจำหน่ายมากที่สุด โดยผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของสารสกัด CBD พบสาร THC ทุกตัวอย่าง (ร้อยละ 100.00) รองลงมาคือ ผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของกัญชงและกัญชา (ร้อยละ 66.67 และ 18.18 ตามลำดับ) และพบว่าผลิตภัณฑ์เครื่องดื่ม

ที่มีส่วนผสมของสารสกัด CBD ตรวจพบสาร CBD มากที่สุด (ร้อยละ 100.00) รองลงมาคือ ผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของกัญชาและกัญชง (ร้อยละ 45.45 และ 33.33 ตามลำดับ) โดยผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของกัญชงตรวจวิเคราะห์ไม่พบสารใดเลยมากที่สุด ร้อยละ 33.33 รองลงมาคือ ผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของกัญชา ร้อยละ 27.27

ตารางที่ 2 ผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของกัญชา กัญชง หรือสารสกัด CBD ที่ผลิตและจำหน่ายในเขตสุขภาพที่ 4 จำแนกตามปริมาณสาร THC และ CBD ที่ตรวจพบ

ผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มที่มีส่วนผสม	ปริมาณสาร THC (mg/kg)				ปริมาณสาร CBD (mg/kg)			
	\bar{x}	SD	Min	Max	\bar{x}	SD	Min	Max
กัญชา	0.007	0.023	0.000	0.106	0.006	0.012	0.000	0.052
กัญชง	0.008	0.011	0.000	0.021	1.000	1.732	0.000	3.000
สารสกัด CBD	0.081	0.088	0.004	0.179	5.530	8.162	0.744	20.000



จากตารางที่ 2 พบว่า ผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของสารสกัด CBD ตรวจพบปริมาณสาร THC เฉลี่ยมากที่สุดคือ 0.081 mg/kg และพบว่ามีความแตกต่างของปริมาณที่พบมากที่สุดด้วยเช่นกัน โดยปริมาณสาร THC ที่ตรวจพบสูงที่สุดคือ 0.179 mg/kg นอกจากนี้

ยังพบว่า ผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของสารสกัด CBD ตรวจพบปริมาณสาร CBD เฉลี่ยมากที่สุดคือ 5.530 mg/kg และพบว่ามีความแตกต่างของปริมาณที่พบมากที่สุดด้วยเช่นกัน โดยปริมาณสาร CBD ที่ตรวจพบสูงที่สุดคือ 20 mg/kg

ตารางที่ 3 ผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของกัญชา กัญชง หรือสารสกัด CBD ที่ผลิตและจำหน่ายในเขตสุขภาพที่ 4 จำแนกตามผลการประเมินปริมาณสาร THC และ CBD ที่พบตามเกณฑ์กฎหมาย

ผลิตภัณฑ์ เครื่องดื่ม ที่มีส่วนผสม	จำนวน (ตัวอย่าง)	THC		CBD		ผลการประเมิน	
		ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
กัญชา*	22	22 (100.00)	0 (0.00)	13 (59.09)	9 (40.91)	13 (59.09)	9 (40.91)
กัญชง*	3	3 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	3 (100.00)	0 (0.00)	3 (100.00)
สารสกัด CBD**	5	3 (60.00)	2 (40.00)	5 (100.00)	0 (0.00)	3 (60.00)	2 (40.00)
รวม	30	28 (93.33)	2 (6.67)	18 (60.00)	12 (40.00)	16 (53.33)	14 (46.67)

*พิจารณาตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 438) พ.ศ. 2565 เรื่อง ผลิตภัณฑ์อาหารที่มีส่วนประกอบของส่วนของกัญชาหรือกัญชง

**พิจารณาตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 439) พ.ศ. 2565 เรื่อง ผลิตภัณฑ์อาหารที่มีสารสกัดแคนนาบิไดโอดเป็นส่วนประกอบ

จากตารางที่ 3 พบว่าผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของกัญชา กัญชง หรือสารสกัด CBD ที่ผลิตและจำหน่ายในเขตสุขภาพที่ 4 มีปริมาณสาร THC และ CBD ผ่านเกณฑ์ตามกฎหมายเพียง 16 ตัวอย่าง (ร้อยละ 53.33) โดยพบว่าผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของกัญชา กัญชง ปริมาณสาร THC ผ่านเกณฑ์ทุกตัวอย่าง (เกณฑ์

กำหนดให้พบได้ไม่เกิน 1.6 mg/หน่วยบรรจุ)⁷ ในขณะที่ผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของสารสกัด CBD พบปริมาณสาร THC เกินเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนด 2 ตัวอย่าง (ร้อยละ 40.00) (เกณฑ์ไม่เกิน 0.15 mg/ลิตร)⁸

สำหรับปริมาณสาร CBD พบว่าผ่านเกณฑ์ 18 ตัวอย่าง (ร้อยละ 60.00) ไม่ผ่านเกณฑ์



12 ตัวอย่าง (ร้อยละ 40.00) โดยเป็นผลิตภัณฑ์ เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของกัญชา 9 ตัวอย่าง ซึ่งทั้ง 9 ตัวอย่างไม่พบสาร CBD เลย และเป็นผลิตภัณฑ์ เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของกัญชง 3 ตัวอย่าง ซึ่ง ไม่พบสาร CBD 2 ตัวอย่าง และพบสาร CBD เกินมาตรฐาน 1 ตัวอย่าง (เกณฑ์ไม่เกิน 1.41 mg/ หน่วยบรรจุ) ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาแยกตามส่วนผสม จะพบว่าผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของ สารสกัด CBD ผ่านเกณฑ์ทั้ง 2 สารมากที่สุด คือ ร้อยละ 60 รองลงมาคือ ผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มที่มี

ส่วนผสมของกัญชา (ร้อยละ 59.09) ในขณะที่ ผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของกัญชงไม่ผ่าน เกณฑ์ตามกฎหมายเลย (ร้อยละ 0.00)

2. ผู้วิจัยศึกษาความถูกต้องตามกฎหมาย ของฉลากผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของ กัญชา กัญชงหรือสารสกัด CBD ที่ได้สุ่มเก็บจาก สถานที่ผลิตและจำหน่ายในเขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 28 ตัวอย่าง (2 ตัวอย่างที่เก็บจากสถานที่ผลิต ผู้ผลิตไม่ได้ติดฉลากบนขวด) ผลการตรวจสอบ ฉลาก เป็นดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการตรวจฉลากผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของกัญชา กัญชง หรือสารสกัด CBD ที่ผลิต และจำหน่ายในเขตสุขภาพที่ 4 ตามเกณฑ์กฎหมาย

รายการที่ตรวจสอบ	ฉลากผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มที่ถูกต้อง							
	กัญชา (n=21)		กัญชง (n=2)		CBD (n=5)		รวม (n=28)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ชื่ออาหาร	18	85.71	0	0.00	3	60.00	21	75.00
2. เลขสารบบอาหาร	17	80.95	0	0.00	5	100.00	22	78.57
3. ชื่อและที่ตั้งของ ผู้ผลิต/ผู้ แบ่งบรรจุ/สำนักงานใหญ่	19	90.48	2	100.00	5	100.00	26	92.86
4. ปริมาณของอาหารเป็น ระบบเมตริก	21	100.00	2	100.00	5	100.00	28	100.00
5. ส่วนประกอบที่สำคัญ	17	80.95	2	100.00	4	80.00	23	82.14
6. การแสดงข้อมูลสำหรับผู้ แพ้อาหาร	5 ^a	100.00	-	-	-	-	5 ^a	100.00
7. การแสดงวัตถุเจือปน อาหาร	5	23.81	0	0.00	1	20.00	6	22.22 ^b
8. การแสดงสารแต่งกลิ่น/รส	13	72.22 ^c	2	100.00	1	20.00	16	64.00 ^c
9. วันเดือนปีที่ผลิตหรือควร บริโภคก่อนหรือหมดอายุ	10	47.62	2	100.00	2	40.00	14	50.00



ตารางที่ 4 ผลการตรวจฉลากผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของกัญชา กัญชง หรือสารสกัด CBD ที่ผลิตและจำหน่ายในเขตสุขภาพที่ 4 ตามเกณฑ์กฎหมาย (ต่อ)

รายการที่ตรวจสอบ	ฉลากผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มที่ถูกต้อง							
	กัญชา (n=21)		กัญชง (n=2)		CBD (n=5)		รวม (n=28)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
10. คำเตือน	17	80.95	2	100.00	3	60.00	22	78.57
11. ข้อความได้คำว่า “คำเตือน”	19	90.48	2	100.00	5	100.00	26	92.86
12. คำเตือนอื่น ๆ	-	-	-	-	-	-	-	-
13. ข้อความที่กำหนดต้อง แสดง*	21	100.00	0	0.00	-	-	21	91.30 ^d
14. ข้อความอื่น ๆ บน ฉลาก*	-	-	-	-	4	80.00	4	80.00
15. ข้อแนะนำในการเก็บ รักษา	15	100.00 ^e	-	-	2	100.00 ^e	17	100.00 ^e
16. ฉลากโภชนาการ	8	38.10	0	0.00	1	20.00	9	32.14
17. ฉลาก GDA	18	85.71	2	100.00	5	100.00	25	89.29

a ผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของกัญชามีการแสดงข้อความ 5 ตัวอย่าง ที่เหลือไม่มีสารก่อกัมมิแพเป็นส่วนใหญ่ประกอบ

b ผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของสารสกัด CBD ไม่ใช้วัตถุเจือปนอาหาร 1 ตัวอย่าง (n =27 ตัวอย่าง)

c ผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของกัญชาไม่มีการแต่งกลิ่นรส 3 ตัวอย่าง (n ของกัญชา = 18 ตัวอย่าง , n ทั้งหมด = 25 ตัวอย่าง)

d สำหรับผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของกัญชาหรือกัญชงเท่านั้น n= 23 ตัวอย่าง

e ไม่บังคับแสดง นับเฉพาะผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มที่มีการแสดง (n ของกัญชา = 15 ตัวอย่าง, n ของสารสกัด CBD = 2 ตัวอย่าง)

* เฉพาะเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของกัญชาหรือกัญชง

** เฉพาะเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของสารสกัด CBD

- ไม่มีตัวอย่างผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มฯ เข้าเกณฑ์



จากตารางที่ 4 พบว่า ผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มที่มีการแสดงฉลากถูกต้องตามเกณฑ์กฎหมายมีเพียง 1 ตัวอย่าง (ร้อยละ 3.57) โดยพบว่ารายการที่ถูกต้องน้อยที่สุดคือ การแสดงวัตถุเจือปนอาหาร ร้อยละ 22.22 รองลงมาคือ การแสดงฉลากโภชนาการ และการแสดงวันเดือนปีที่ผลิตหรือควรบริโภค

ก่อนหรือหมดอายุ ร้อยละ 32.14 และ 50.00 ตามลำดับ

3. ผู้วิจัยศึกษามาตรฐานของสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของกัญชา กัญชงหรือสารสกัด CBD ในเขตสุขภาพที่ 4 ตาม GMP 420 ผลการตรวจประเมินเป็นดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลคะแนนการตรวจประเมิน สถานที่ผลิตเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของกัญชา กัญชงหรือสารสกัด CBD ตามเกณฑ์ GMP 420 ตามข้อกำหนดพื้นฐาน เป็นดังนี้

หัวข้อที่ตรวจประเมิน	คะแนนร้อยละที่ได้		
	\bar{x}	Min	Max
หมวดที่ 1 สถานที่ตั้ง อาคารผลิต การทำความสะอาด และบำรุงรักษา	95.24	79.17	100.00
หมวดที่ 2 เครื่องมือ เครื่องจักร อุปกรณ์การผลิต การทำความสะอาด และการบำรุงรักษา	90.18	62.50	100.00
หมวดที่ 3 การควบคุมกระบวนการผลิต	93.43	79.55	100.00
หมวดที่ 4 การสุขาภิบาล	95.54	87.50	100.00
หมวดที่ 5 สุขลักษณะส่วนบุคคล	95.54	81.25	100.00
คะแนนรวม	93.93	81.03	100.00

จากตารางที่ 5 พบว่าสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มฯ ทุกแห่งผ่านเกณฑ์ GMP โดยมีคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 93.93 คะแนนที่ได้รวมแต่ละหมวดตามข้อกำหนดพื้นฐานไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 และไม่พบข้อบกพร่องรุนแรง โดยหมวดที่ 2 เครื่องมือ เครื่องจักร อุปกรณ์การผลิต การทำความสะอาด และการบำรุงรักษา เป็นหมวดที่ได้คะแนนร้อยละเฉลี่ยต่ำที่สุด 90.18 นอกจากนี้ สถานที่ผลิตทุกแห่งผ่านข้อกำหนดเฉพาะ 3 สำหรับการผลิตอาหารในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทชนิดที่มีความเป็นกรดต่ำ

และชนิดที่ปรับกรด ที่ผ่านกรรมวิธีการฆ่าเชื้อด้วยความร้อนโดยทำให้ปลอดเชื้อเชิงการค้า ด้วย

4. แนวทางการควบคุมการผลิตผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มฯ ให้มีปริมาณสาร THC และ CBD เป็นไปตามกฎหมาย จากผลการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ประกอบการผลิตผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มฯ ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 7 คน สามารถสรุปสาระสำคัญได้ดังนี้

(1) ติดตามกฎหมายอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากกฎหมายเป็นตัวกำหนดเกณฑ์ปริมาณ



สาร THC และ CBD ที่พบได้ทั้งในวัตถุดิบและผลิตภัณฑ์ ดังนั้น การเปลี่ยนแปลงเกณฑ์ตามกฎหมายจึงส่งผลต่อการตั้งสูตรตำรับเป็นอย่างมาก เพราะจะต้องตรวจวิเคราะห์สาร THC และ CBD ในสูตรตำรับที่ทุกครั้งที่มีการปรับเปลี่ยนใหม่และต้องศึกษาความคงตัวและอายุการเก็บรักษาของผลิตภัณฑ์ใหม่ด้วย นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงกฎหมายบ่อยทำให้ต้นทุนในการผลิตเพิ่มขึ้นและมีผลต่อการตั้งราคาผลิตภัณฑ์เครื่องดื่ม

(2) เลือกวัตถุดิบที่มีสาร THC และ CBD ตามที่กฎหมายกำหนด เพราะสาร THC ไม่สามารถกำจัดออกได้ในกระบวนการผลิต และในกรณีสารสกัด CBD ต้องเลือกคุณลักษณะที่เหมาะสมกับผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มที่ผลิตด้วย เช่น ค่าการละลายน้ำ ความคงตัว หรือรสชาติ นอกจากนี้ วัตถุดิบที่ได้มาจากส่วนของพืชกัญชา/กัญชงและสารสกัด CBD ต้องได้มาโดยชอบด้วยกฎหมายและเป็นสายพันธุ์ที่เหมาะสม

(3) ตรวจวิเคราะห์วัตถุดิบก่อนการผลิตทุกครั้ง ในกรณีของสารสกัด CBD ซึ่งเป็นสารที่เสื่อมสลายได้ทั้งจากอุณหภูมิที่สูงและแสง ดังนั้น สภาวะการเก็บรักษาสารสกัด CBD จึงมีผลต่อปริมาณสาร CBD ที่เหลืออยู่ จึงต้องตรวจวิเคราะห์ปริมาณสาร CBD ก่อนนำมาผลิตทุกครั้ง สำหรับส่วนของพืชกัญชา/กัญชง จะต้องระวังปริมาณสาร THC ด้วย เนื่องจากสาร THC และ CBD ในวัตถุดิบไม่คงที่

(4) การตั้งสูตรตำรับต้องพิจารณากระบวนการผลิตร่วมด้วย เพราะทุกขั้นตอน เช่น การต้ม หรือการฆ่าเชื้อ มีผลต่อปริมาณสาร CBD ที่เหลือในผลิตภัณฑ์ ดังนั้น ต้องศึกษาหาปริมาณการสลายของสาร CBD เพื่อนำมาคำนวณหาปริมาณส่วนของกัญชา กัญชง หรือสารสกัด CBD ที่ใช้ตั้งต้นในสูตรตำรับ

(5) ต้องศึกษาอายุการเก็บรักษาของผลิตภัณฑ์ก่อนปล่อยผลิตภัณฑ์ออกสู่ท้องตลาดทุกครั้ง เนื่องจากวัตถุดิบที่นำมาใช้ในการผลิตแต่ละครั้งมีความแตกต่าง ส่งผลให้ปริมาณสาร THC และ CBD ที่เหลือในผลิตภัณฑ์แตกต่างกันด้วย ดังนั้น เพื่อให้คุณภาพผลิตภัณฑ์เป็นไปตามเกณฑ์กฎหมายและตรวจพบปริมาณสาร CBD ในผลิตภัณฑ์สอดคล้องกับข้อมูลที่แสดงบนฉลาก จึงต้องทำการศึกษาทุกครั้ง

(6) เลือกบรรจุภัณฑ์ที่สามารถป้องกันแสงได้ เนื่องจากสาร CBD มีความไวต่อแสงและอุณหภูมิสูง ดังนั้นบรรจุภัณฑ์ที่สามารถป้องกันแสงได้ จะช่วยลดการสลายของสาร CBD ในผลิตภัณฑ์ระหว่างการจัดเก็บและขนส่ง ทำให้ปริมาณสาร CBD เหลืออยู่ตามเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนดจนถึงมือผู้บริโภค

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. ผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของกัญชา กัญชง หรือสารสกัด CBD ที่ผลิตและจำหน่ายในเขตสุขภาพที่ 4 ส่วนใหญ่ใช้กัญชาเป็นส่วนผสม



22 ตัวอย่าง (ร้อยละ 73.33) ปริมาณสาร THC และ CBD ผ่านเกณฑ์กฎหมาย 16 ตัวอย่าง (ร้อยละ 53.33) โดยผลิตภัณฑ์เครื่องตีที่มีส่วนผสมของสารสกัด CBD ตรวจพบปริมาณสาร CBD ตามเกณฑ์กฎหมาย ทุกตัวอย่าง (ร้อยละ 100.00) ในขณะที่ผลิตภัณฑ์เครื่องตีที่มีส่วนผสมของกัญชาหรือกัญชงตรวจพบค่อนข้างน้อยหรือไม่พบเลย และพบว่าผลิตภัณฑ์เครื่องตีที่มีส่วนผสมของสารสกัด CBD เป็นเครื่องตีชนิดเดียวที่พบ THC เกินเกณฑ์กฎหมาย 2 ตัวอย่าง (ร้อยละ 60.00) ดังนั้น การใช้สารสกัด CBD ผสมในเครื่องตีจะสามารถควบคุมปริมาณสาร CBD ให้เป็นไปตามเกณฑ์กฎหมายได้ดีกว่าการใช้ส่วนของกัญชาหรือกัญชง แต่ต้องระวังสาร THC ที่ปนเปื้อนมาด้วย จึงเป็นที่น่าสังเกตว่ากระบวนการสกัดสาร CBD ในประเทศไทยอาจยังไม่สามารถกำจัดสาร THC ได้ดีพอ หรือสารสกัด CBD บริสุทธิ์มีราคาแพง เนื่องจากใช้เทคโนโลยีขั้นสูงในการสกัด จึงทำให้ผู้ประกอบการไม่เลือกใช้ ในขณะที่การใช้ส่วนของกัญชา/กัญชงซึ่งมีราคาถูกกว่า แต่พบสาร CBD ไม่ผ่านเกณฑ์จำนวนมาก ซึ่งอาจเกิดจากกระบวนการผลิตที่ใช้ไม่สามารถสกัดสาร CBD ออกมาได้ ประกอบกับส่วนของกัญชา/กัญชงมีความแตกต่างในด้านของสายพันธุ์และแหล่งที่มา ทำให้การควบคุมปริมาณสาร THC และ CBD ทำได้ยากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย⁵ ที่วิจัยหาปริมาณสาร THC ในเครื่องตีกัญชา โดยเก็บตัวอย่างเครื่องตีกัญชาและเครื่องตีที่ผสมกัญชาที่ขายอยู่ทั่วไปใน

ร้านขายเครื่องตีและกาแฟต่าง ๆ ในกรุงเทพมหานคร 30 กว่าตัวอย่าง ทั้งเครื่องตีประเภทกาแฟโซดา และประเภทที่ใส่นม เพื่อตรวจหาสาร Δ 9-THC ผลพบว่าเครื่องตีส่วนใหญ่มีสาร Δ 9-THC ในปริมาณที่ไม่เกินจากที่กฎหมายกำหนด แต่ราว 30% พบว่ามีปริมาณสาร Δ 9-THC เกินกว่าที่กฎหมายกำหนด

2. ฉลากผลิตภัณฑ์เครื่องตีฯ ไม่ถูกต้อง จำนวน 27 ตัวอย่าง (ร้อยละ 96.43) ถูกต้องจำนวน 1 ตัวอย่าง (ร้อยละ 3.57) รายการที่ไม่ถูกต้องมากที่สุด คือ การแสดงวัตถุเจือปนอาหาร ร้อยละ 77.78 รองลงมาคือ การแสดงฉลากโภชนาการ และการแสดงวันเดือนปีที่ผลิตหรือควรบริโภคก่อนหรือหมดอายุ ร้อยละ 67.86 และ 50.00 ตามลำดับ จากข้อมูลข้างต้น จะเห็นได้ว่าฉลากผลิตภัณฑ์เครื่องตีฯ มีปัญหาด้วยเหตุที่ การจัดทำฉลากของผลิตภัณฑ์เครื่องตีฯ เป็นสิ่งที่ยากและซับซ้อน เพราะต้องอาศัยประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องถึง 10 ฉบับมาพิจารณาร่วมด้วย ดังนั้น จัดทำฉลากจึงมีโอกาสผิดพลาดได้สูง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของอังคณา ธรรมชัยปรากฏ¹² ที่พบว่า ในประเทศไทยมีปัญหาเกี่ยวกับฉลากของผลิตภัณฑ์เครื่องตีชนิดต่าง ๆ ไม่เป็นไปตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการแสดงฉลากของอาหารในภาชนะบรรจุและประกาศฉบับอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกัฉลากโภชนาการ ฯลฯ



3. สถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์เครื่องตีมา ในเขตสุขภาพที่ 4 ผ่านเกณฑ์ GMP 420 ทุกแห่ง โดยผ่านข้อกำหนดพื้นฐานและข้อกำหนดเฉพาะ 3 ซึ่งสอดคล้องกับการประเมิน GMP 420¹³ ที่กำหนดให้สถานที่ผลิตอาหารต้องปฏิบัติและผ่านเกณฑ์ทุกแห่ง

แนวทางการควบคุมการผลิตผลิตภัณฑ์เครื่องตีมา ให้มีปริมาณสาร THC และ CBD ตามกฎหมาย ได้แก่ (1) ติดตามกฎหมายอย่างสม่ำเสมอ (2) เลือกวัตถุดิบที่มีสาร THC และ CBD ตามที่กฎหมายกำหนด (3) ตรวจสอบวิเคราะห์วัตถุดิบก่อนการผลิตทุกครั้ง (4) การตั้งตำรับต้องพิจารณากระบวนการผลิตร่วมด้วย (5) ศึกษาอายุการเก็บรักษาของผลิตภัณฑ์ก่อนปล่อยผลิตภัณฑ์ออกสู่ท้องตลาดทุกรุ่นการผลิต และ (6) เลือกบรรจุภัณฑ์ที่สามารถป้องกันแสงได้ ซึ่งสอดคล้องกับเกณฑ์ GMP 420¹¹ ในข้อกำหนดพื้นฐาน หมวดที่ 3 การควบคุมกระบวนการผลิต แสดงให้เห็นว่าเกณฑ์ GMP 420 ที่ใช้อยู่ในปัจจุบันมีความเหมาะสมและครอบคลุมในการควบคุมกำกับผลิตภัณฑ์เครื่องตีมา ให้มีมาตรฐานและปลอดภัยกับผู้บริโภค

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการสุ่มเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์เครื่องตีมาที่มีส่วนผสมของกัญชา กัญชง หรือสารสกัด CBD ส่งตรวจวิเคราะห์เพื่อเฝ้าระวังปริมาณสาร THC และ CBD ณ สถานที่ผลิต อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

2. ควรมีการศึกษาผลิตภัณฑ์เครื่องตีมาที่มีส่วนผสมของกัญชงเพิ่มเติม เนื่องจากปัจจุบันยังมีการศึกษาจำนวนน้อย

3. ควรมีการอบรมให้ความรู้แก่ผู้ประกอบการผลิตผลิตภัณฑ์เครื่องตีมา เกี่ยวกับการจัดทำฉลากตามกฎหมาย และประยุกต์ใช้แบบตรวจสอบฉลากที่การศึกษานี้พัฒนาขึ้น เพื่อให้ผู้ประกอบการเข้าใจได้ง่ายและจัดทำฉลากได้ครอบคลุมทุกประเด็น

4. ควรมีการศึกษาและพัฒนากระบวนการนำส่วนของพืชกัญชา/กัญชงมาใช้เป็นส่วนผสมในเครื่องตีมาเพิ่มเติม เนื่องจากจำนวนผลิตภัณฑ์เครื่องตีมาที่ใช้ส่วนผสมดังกล่าวตรวจพบสาร CBD มีจำนวนน้อยและพบในปริมาณที่ต่ำมาก ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากกระบวนการสกัดสาร CBD ยังไม่เหมาะสม

5. ควรมีติดตามและเฝ้าระวังปริมาณสาร THC ในสารสกัด CBD จากผู้ผลิตสารสกัด CBD เนื่องจากเครื่องตีมาที่ใช้สารสกัด CBD เป็นส่วนผสมตรวจพบปริมาณสาร THC เกินมาตรฐานกิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ประกอบการผลิตผลิตภัณฑ์เครื่องตีมาที่มีส่วนผสมของกัญชา กัญชง หรือสารสกัด CBD ที่ผลิตในเขตสุขภาพที่ 4 ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย อนุญาตให้ตรวจประเมินสถานที่ผลิตและมอบผลิตภัณฑ์เครื่องตีมา เพื่อตรวจวิเคราะห์ รวมถึงให้ข้อมูลแนวทางในการควบคุมการผลิตผลิตภัณฑ์เครื่องตีมา ให้มีปริมาณสาร THC และ CBD เป็นไปตามกฎหมาย ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ณ ที่นี้ด้วย



เอกสารอ้างอิง

1. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 424) พ.ศ. 2564 ออกตามความในพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 เรื่อง กำหนดอาหารที่ห้ามผลิตนำเข้า หรือจำหน่าย. (2564, 25 กุมภาพันธ์). ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 138, ตอนพิเศษ 45 ง หน้า 32.
2. ศูนย์วิจัยกสิกรไทย. ปลดล็อก...กัญชง เปิดโอกาส อุตสาหกรรมเครื่องดื่ม. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2565]; เข้าถึงได้จาก: <https://www.kasikornresearch.com/th/analysis/k-social-media/Pages/Hemp-FB-02-06-21.aspx>
3. จุดประกาย. นักวิจัยจุฬาฯ พบสาร THC จาก "กัญชา" ในอาหาร (บางชนิด) เกินมาตรฐาน [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพธุรกิจ: 2565 [เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.bangkokbiznews.com/health/984723>
4. ชชาติสยาม หม่อมแก้ว. จุฬาฯ วิจัยพบปริมาณสาร THC ในเครื่องดื่มกัญชาเกินกำหนดเตือนผู้บริโภค ระวังรัฐควบคุม [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: 2565 [เข้าถึงเมื่อ 12 ตุลาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.chula.ac.th/highlight/70801#ผลการสุ่มตรวจปริมาณ-Δ9-THC-ในเครื่องดื่มกัญชา>.
5. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 427) พ.ศ. 2564 ออกตามความในพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 เรื่อง ผลิตภัณฑ์อาหารที่มีส่วนประกอบของส่วนของกัญชาหรือกัญชง. (2564, 23 กรกฎาคม). ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 138, ตอนพิเศษ 168 ง หน้า 22-24.
6. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 429) พ.ศ. 2564 ออกตามความในพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 เรื่อง ผลิตภัณฑ์อาหารที่มีสารสกัดแคนนาบิไดโอดเป็นส่วนประกอบ. (2564, 27 สิงหาคม). ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 138, ตอนพิเศษ 198 ง หน้า 9-11.
7. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 438) พ.ศ. 2565 ออกตามความในพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 เรื่อง ผลิตภัณฑ์อาหารที่มีส่วนประกอบของส่วนของกัญชาหรือกัญชง (ฉบับที่ 2). (2565, 21 ตุลาคม). ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 139, ตอนพิเศษ 251 ง หน้า 31-33.
8. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 439) พ.ศ. 2565 ออกตามความในพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 เรื่อง ผลิตภัณฑ์อาหารที่มีสารสกัดแคนนาบิไดโอดเป็นส่วนประกอบ (ฉบับที่ 2). (2565, 21 ตุลาคม). ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 139, ตอนพิเศษ 251 ง หน้า 34.



9. สำนักข่าว Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. ประกาศข้อกำหนดผลิตภัณฑ์อาหารกัญชา – กัญชงมีผลบังคับใช้แล้ว. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2565]; เข้าถึงได้จาก:
<https://www.hfocus.org/content/2022/10/26235>
10. ระบบ SKYNET [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: ฐานข้อมูลใบอนุญาตผลิตอาหาร; c2560 [เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2565]; เข้าถึงได้จาก:<https://privus.fda.moph.go.th>
11. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 420) พ.ศ. 2563 ออกตามความในพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 เรื่อง วิธีการผลิต เครื่องมือเครื่องใช้ในการผลิต และการเก็บรักษาอาหาร. (2564, 9 กุมภาพันธ์). ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 138, ตอนพิเศษ 31 ง หน้า 24-26.
12. อังคณา ธรรมชัยปราการ. ปัญหาทางกฎหมายเกี่ยวกับมาตรฐานความปลอดภัยของสินค้าเครื่องดื่มผลไม้ภาคอุตสาหกรรม. วิทยานิพนธ์ หลักสูตรนิติศาสตรมหาบัณฑิต สาขานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์; 2562.
13. กองอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. คู่มือการตรวจสอบสถานที่ผลิตอาหารตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตที่บังคับใช้เป็นกฎหมาย (GMP 420). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2564.



การศึกษาการให้บริการโครงการรับยาใกล้บ้านในเครือข่ายโรงพยาบาล
วารินชำราบ (รูปแบบที่ 2 โรงพยาบาลจัดส่งยาให้ร้านยาที่เข้าร่วมโครงการ)
A study on the service delivery near-home medicines pick-up project
in Warin Chamrab Hospital network (Model 2, hospital delivers
medicines to the drug stores involved in this Project)

มนชยา อุดมกิติ¹
Monchaya Udomkitti¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการให้บริการโครงการรับยาใกล้บ้านในเครือข่ายโรงพยาบาลวารินชำราบ (รูปแบบที่ 2) กลุ่มตัวอย่าง คือ ร้านยา 12 ร้าน และผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ 555 คน เก็บข้อมูลจากฐานข้อมูลโรงพยาบาล การสัมภาษณ์และสังเกตการณ์กลุ่มตัวอย่าง ระหว่างเดือนตุลาคม 2565 – ตุลาคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยพบว่า การประเมินคุณภาพการดำเนินงานตามที่ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดปีงบประมาณ 2564 โรงพยาบาลวารินชำราบและร้านยาที่เข้าร่วมโครงการ ผ่านเกณฑ์การประเมินทั้ง 5 ระดับ ผู้ป่วยให้ความสนใจเข้าร่วมโครงการ จากจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นทุกปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่เลือกรับยาที่ร้านยา 486 คน (ร้อยละ 87.5) ความพึงพอใจของผู้ป่วยอยู่ในระดับดี (เฉลี่ย 4.65 ± 0.58) เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 367 ราย จาก 380 คน (ร้อยละ 96.58) และผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 20 คน จาก 33 คน (ร้อยละ 60.60) เมื่อรับยาต่อเนื่องที่ร้านยา พบว่าผลการรักษาอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด โดยค่าเฉลี่ยความดันโลหิต $127.57 \pm 15.74/77.49 \pm 12.11$ (เกณฑ์ $<140/90$ mmHg) ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดคือ 121.5 ± 22.50 mg/dL (เกณฑ์ < 126 mg/dL) นอกจากนี้ มีการพัฒนาระบบ Medication reconciliation ผ่านโปรแกรมร้านยาชุมชนอบอุ่นเพื่อบริหารจัดการยาเหลือของผู้ป่วย ผลการวิจัยในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โครงการมีประสิทธิภาพต่อการดูแลผู้ป่วยไม่ต่างจากการรักษาในโรงพยาบาลจากผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยและกระบวนการประเมินคุณภาพระบบบริการเป็นสิ่งจำเป็นควรดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำมาพัฒนากระบวนการให้บริการให้เป็นไปตามมาตรฐาน ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับบริการได้รับประโยชน์สูงสุดจากการให้บริการด้านสุขภาพให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

คำสำคัญ: การประเมินคุณภาพ, การรับยาใกล้บ้าน, รูปแบบที่ 2, ร้านยา

¹ เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

¹ Pharmacist, Professional Level, Pharmaceutical Group, Warin Chamrab Hospital, Ubon Ratchathani Province. Email: monchaya1234@gmail.com



Abstract

This descriptive research aimed to study the service provided by the project for receiving medicine near home within the Warin Chamrap Hospital network (Model 2). The sample group consisted of 12 drug stores and 555 patients participated in this project. Data were collected from the hospital database, interviews, and observations of the sample groups between October 2022 and October 2023. The collected data were analyzed using statistical methods, including percentage, mean, and standard deviation. The research results revealed that the evaluation of the quality of operations, based on indicators set by the Ministry of Public Health for the fiscal year 2021, indicated that both Warin Chamrap Hospital and the drug stores participated in this project passed all five levels of evaluation criteria. Patients showed interest in joining the project due to the increasing number of patients each year. The majority of patients, 486 (87.5%), chose to receive their repeated medication at the pharmacy. Patient satisfaction was at a good level, averaging 4.65 ± 0.58 . Among hypertensive patients, 367 out of 380 (96.58%) met the specified criteria, while among diabetic patients, 20 out of 33 (60.60%). Patients who continuously receive their medicine at these drug stores had clinical outcomes that meet standards. The mean blood pressure was $127.57 \pm 15.74/77.49 \pm 12.11$ mmHg (below the threshold of $<140/90$ mmHg), and the mean blood sugar level was 121.5 ± 22.50 mg/dL (below the threshold of <126 mg/dL). Furthermore, a medication system was developed through the Warm Community Pharmacy Program to manage patients' leftover medicines. The research results demonstrate the effectiveness of the project in caring for patients, with no significant difference from hospital treatment in terms of patient health outcomes. It emphasizes the importance of continuously evaluating the quality of the service system to meet standards and develop the service process, ensuring that service recipients receive the most benefit from improved health services in the future.

Keywords: Quality assessment, Near-home medicines pick-up, Model 2, Drug stores



บทนำ

โครงการรับยาใกล้บ้านเป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)¹ เริ่มต้นโครงการตั้งแต่เดือนตุลาคม 2562 เพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสามารถรับยาต่อเนื่องที่ร้านขายยาแผนปัจจุบันได้โดยไม่ต้องรอนานและได้รับคำแนะนำการใช้ยาอย่างมีคุณภาพจากเภสัชกรร้านยาที่ขึ้นทะเบียนตามมาตรฐาน GPP (Good Pharmacy Practice : วิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน) พบว่าในปีงบประมาณ 2566 มีร้านยาที่ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ² จำนวน 2,597 แห่ง ซึ่งครอบคลุมทุกภูมิภาคทั่วประเทศ โดยโครงการรับยาใกล้บ้านมีรูปแบบในการให้บริการ 3 รูปแบบ³ คือ รูปแบบที่ 1 โรงพยาบาลจัดยาส่งให้ร้านยา รูปแบบที่ 2 โรงพยาบาลจัดสำรองยาไว้ที่ร้านยา และรูปแบบที่ 3 ร้านยาดำเนินการจัดการด้านยาเอง การเลือกรูปแบบเป็นไปตามข้อตกลงร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลและร้านยาที่เข้าร่วมโครงการฯ จากนั้นต้องขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยงานร่วมบริการทางด้านเภสัชกรรมกับ สปสช. ซึ่งโรงพยาบาลวารินชำราบเข้าร่วมโครงการฯ ตั้งแต่วันที่ 2 ธันวาคม 2562 โดยเริ่มต้นให้บริการรูปแบบที่ 2 โรงพยาบาลจัดสำรองยาไว้ที่ร้านยา โครงการดังกล่าวได้ดำเนินการสิ้นสุดรูปแบบที่ 2 ในเดือน กรกฎาคม 2566 รวม

ระยะเวลา 3 ปี 8 เดือน ซึ่งในช่วงเวลาที่ผ่านมายังไม่มีการทบทวนผลการดำเนินการโครงการฯ ก่อนจะปรับโครงการเข้าสู่รูปแบบที่ 3 อีกทั้งโรงพยาบาลวารินชำราบยังเป็นโรงพยาบาลนำร่องในจังหวัดอุบลราชธานีที่เข้าร่วมโครงการฯ จึงเป็นที่มาของงานวิจัยโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการให้บริการโครงการรับยาใกล้บ้านของโรงพยาบาลวารินชำราบ รูปแบบที่ 2 โรงพยาบาลจัดสำรองยาไว้ที่ร้านยา โดยใช้เกณฑ์การประเมินตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564⁴ เพื่อให้ทราบผลการดำเนินงานโครงการฯ ดังกล่าว มีประสิทธิผลต่อการดูแลผู้ป่วยไม่ต่างจากการรับการรักษาในโรงพยาบาลจากผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยและเป็นข้อมูลปรับปรุงระบบบริการรับยาที่ร้านยาในรูปแบบที่ 3 ให้ดียิ่งขึ้น อีกทั้งเป็นแนวทางให้กับโรงพยาบาลอื่น ๆ ที่เข้าร่วมโครงการฯ เพื่อใช้ในการศึกษาผลการดำเนินงานต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการให้บริการโครงการรับยาใกล้บ้าน ในเครือข่ายโรงพยาบาลวารินชำราบ (รูปแบบที่ 2 โรงพยาบาลจัดสำรองยาให้ร้านยาที่เข้าร่วมโครงการ)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนา โดยทำการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม 2565 - ตุลาคม 2566 ในเขตพื้นที่อำเภอวารินชำราบ



1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ร้านยาชุมชนอบอุ่นเครือข่ายโรงพยาบาลวารินชำราบ จำนวน 12 ร้าน และผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการรับยาที่ร้านยาใกล้บ้านรูปแบบที่ 2 ในเครือข่ายโรงพยาบาลวารินชำราบ จำนวน 555 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

5.1 แบบประเมินการดำเนินงานระบบบริการรับยาที่ร้านยา อ้างอิงตามเกณฑ์ที่กำหนดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564

5.2 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการรับยาใกล้บ้าน รูปแบบที่ 2

5.3 ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของผู้ป่วยที่รับบริการที่โรงพยาบาลวารินชำราบ

5.4 ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของผู้ป่วยที่รับบริการที่ร้านยา (โปรแกรมร้านยาชุมชนอบอุ่น) ของจัดทำโดยโรงพยาบาลวารินชำราบ

5.5 แบบบันทึกข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการรับยาใกล้บ้านรูปแบบที่ 2

3. วิธีการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลและโปรแกรมร้านยาชุมชนอบอุ่น สัมภาษณ์ความพึงพอใจจากผู้ป่วยที่ร่วมโครงการฯ และสัมภาษณ์ความคิดเห็นของเภสัชกรประจำร้านยาชุมชนอบอุ่น

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

มีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิง

พรรณนาแสดงผลในรูป ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อแสดงผลการศึกษา ร้อยละของผู้ป่วยเลือกใช้บริการรับยาที่ร้านยา ความพึงพอใจต่อระบบบริการรับยาที่ร้านยา และการประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วย ระหว่างการรักษาที่โรงพยาบาลและร้านยา

5. ขั้นตอนในการดำเนินงานวิจัย

5.1 ศึกษาและทำความเข้าใจเกณฑ์การประเมินการดำเนินงานระบบบริการรับยาที่ร้านยา อ้างอิงตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564

5.2 ทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้อง

5.3 กำหนดขอบเขตของการศึกษา

5.4 สร้างเครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล

5.5 เก็บข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลวารินชำราบ และโปรแกรมระบบร้านยาชุมชนอบอุ่น ที่จัดทำโดยโรงพยาบาลวารินชำราบ

5.6 วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวม

5.7 สรุปและอภิปรายผลการศึกษา
ผลการศึกษา

ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ ปีงบประมาณ 2566 ทั้งหมด จำนวน 555 คน ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2563 - 2566 (ตารางที่ 1) โดยผลการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังต่อไปนี้



1. การประเมินคุณภาพการดำเนินงานระบบบริการรับยาที่ร้านยา (อ้างอิงตามเกณฑ์ของตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564) กำหนดแบ่งการประเมิน 5 ระดับ

จากการประเมินคุณภาพดังกล่าว (ตารางที่ 2) จากร้านยาทั้ง 12 ร้าน พบว่าในภาพรวมอยู่ในระดับที่ 5 โรงพยาบาลและร้านยาร่วมกันประเมินผลลัพธ์เชิงคุณภาพ

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการรับยาที่ร้านยา รูปแบบที่ 2 ปีงบประมาณ 2563 - 2566

จำนวน	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566 (ณ กรกฎาคม)
ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการรับยาใกล้บ้าน รูปแบบที่ 2	385 คน	478 คน (เพิ่มขึ้น 24.16%)	492 คน (เพิ่มขึ้น 2.93%)	555 คน (เพิ่มขึ้น 12.80%)

ตารางที่ 2 ผลการประเมินคุณภาพการดำเนินงานระบบบริการรับยาที่ร้านยา (อ้างอิงตามเกณฑ์ที่ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564 กำหนด)

<input checked="" type="checkbox"/> ระดับที่ 1 โรงพยาบาลมีความพร้อมในการเปิดบริการรับยาที่ร้านยา <ul style="list-style-type: none"> - โรงพยาบาลเข้าร่วมโครงการ และมีการคัดเลือกและประเมินศักยภาพร้านยา - มีการกระจายร้านยาเพื่อให้เกิดความสะดวกต่อผู้รับบริการ พบทั้งหมด จำนวน 5 ตำบล จากทั้งหมด 16 ตำบล - มีการกำหนดกลุ่มโรคและเกณฑ์การส่งผู้ป่วยไปรับยาที่ร้านยา โดยผู้ป่วยที่จะถูกส่งไปรับบริการที่ร้านยาจะต้องมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ทั้งสิทธิการรักษาโรคประจำตัว - มีบัญชีรายการยาสำหรับการให้บริการที่ร้านยา ประกอบด้วยยาทั้งหมด 28 รายการ (ยารักษาโรคเรื้อรัง 27 รายการ/Vitamin B complex tab 1 รายการ)
<input checked="" type="checkbox"/> ระดับที่ 2 โรงพยาบาลมีกลไกการขับเคลื่อนระบบรับยาที่ร้านยา โดยการมีส่วนร่วมของทีมประกอบด้วยผู้บริหารโรงพยาบาล ทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และร้านยา <ul style="list-style-type: none"> - โรงพยาบาลมีการดำเนินการอย่างมีมาตรฐานการปฏิบัติที่ดี - มีการคัดกรองผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การส่งไปรับยาที่ร้านยา - มีการวิเคราะห์ใบสั่งยา (Prescription Analysis) ค้นหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา (Drug Related Problems : DRPs) และประสานกับแพทย์หากพบ DRPs ก่อนส่งใบสั่งยาให้ร้านยา



ตารางที่ 2 ผลการประเมินคุณภาพการดำเนินงานระบบบริการรับยาที่ร้านยา (อ้างอิงตามเกณฑ์ที่
ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564 กำหนด) (ต่อ)

<p><input checked="" type="checkbox"/> ระดับที่ 3 โรงพยาบาลมีการกำกับ ติดตาม และประเมินการให้บริการทางเภสัชกรรมของร้านยา ในเครือข่าย กิจกรรมการให้บริการเภสัชกรรมของร้านยา ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none">- พบทุกร้านจัดและจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ ตามมาตรฐานวิชาชีพกำหนดโดยเภสัชกร- มีการบันทึกประวัติผู้ป่วยและประวัติยา (Patient Medication Profile)- มีการประเมินความเหมาะสมในการใช้ยา : ทบทวนรายการยาของผู้ป่วยเพื่อป้องกันปัญหาจากการใช้ยาซ้ำซ้อนจากหน่วยบริการหลายแห่ง ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร สมุนไพร และประเมินอาการอันไม่พึงประสงค์จากยา- ประเมินความต่อเนื่องสม่ำเสมอของการใช้ยา (Adherence) และการจัดการเมื่อผู้ป่วยลืมใช้ยา- มีการจัดการยาเหลือ และยาหมดอายุให้ผู้ป่วย- มีการส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลและร้านยา- ไม่พบปัญหาการร้องเรียนระบบบริการรับยาที่ร้านยา
<p><input checked="" type="checkbox"/> ระดับที่ 4 โรงพยาบาลและร้านยามีระบบเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพเพื่อการบริการอย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว</p> <ul style="list-style-type: none">- เชื่อมโยงข้อมูลใบสั่งยาผู้ป่วยและบริการทางเภสัชกรรมผ่านทางระบบอิเล็กทรอนิกส์ระหว่างโรงพยาบาลและร้านยา- มีการพัฒนาศักยภาพและส่งเสริมวิชาการด้านบริหารทางเภสัชกรรมในกลุ่มโรคเรื้อรังให้ร้านยา- ไม่พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยไม่ได้รับยาตามเวลาที่กำหนด อันมีสาเหตุมาจากความไม่พร้อมของระบบบริการ- ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของผู้ป่วยเลือกใช้บริการรับยาที่ร้านยาซ้ำ จากข้อมูลพบผู้ป่วยเลือกใช้บริการรับยาที่ร้านยาซ้ำ ร้อยละ 87.57 (486 คน) ส่วนที่เหลือร้อยละ 12.5 (69 คน) ไม่พบข้อมูลระบุเหตุผลที่ไม่ขอรับบริการต่อ
<p><input checked="" type="checkbox"/> ระดับที่ 5 โรงพยาบาลและร้านยาร่วมกันประเมินผลลัพธ์เชิงคุณภาพ</p> <ul style="list-style-type: none">- การประเมินความพึงพอใจต่อระบบบริการรับยาที่ร้านยา ทั้ง 3 หัวข้อ คือ การให้บริการ สถานที่ให้บริการและคุณภาพเวชภัณฑ์ยา จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 22 คน พบว่าส่วนใหญ่พึงพอใจในระดับดีมาก โดยหัวข้อ การให้บริการของเภสัชกรและคุณภาพเวชภัณฑ์ยา มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.68 ± 0.58 และด้านสถานที่ที่มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.59 ± 0.59 ตามลำดับ- มีการประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วย สามารถติดตามผู้ป่วยได้ 432 คน (ร้อยละ 77.84) เห็นว่าผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 412 คน (ร้อยละ 95.37) โดย 3 อันดับแรก คือ โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับไขมันในเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ตามลำดับ



2. รายงานผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วย
ที่เข้าร่วมโครงการรับยาที่ร้านยาใกล้บ้าน
รูปแบบที่ 2 ในเครือข่ายโรงพยาบาลวารินชำราบ

1. ค่าระดับความดันโลหิต

จากการติดตามค่าความดันโลหิต (Systolic Blood Pressure/Diastolic Blood Pressure) ของผู้ป่วยคนเดียวกันจากฐานข้อมูลของโรงพยาบาลวารินชำราบเปรียบเทียบกับฐานข้อมูลโปรแกรมร้านยาชุมชนอบอุ่น พบข้อมูลผู้ป่วยทั้งหมด 380 รายจากผู้ป่วยทั้งหมด 555 คน (ร้อยละ 68.47) พบว่าค่าเฉลี่ยความดันโลหิต

ของผู้ป่วยขณะรับยาที่โรงพยาบาล คือ $130.55 \pm 11.07/75.69 \pm 9.70$ mmHg เมื่อผู้ป่วยรับยาต่อเนื่องที่ร้านยา ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตคือ $127.57 \pm 15.74/77.49 \pm 12.11$ mmHg ซึ่งเป็นไปตามเป้าหมาย ($<140/90$ mmHg) ที่กำหนดและมีผู้ป่วยรับยาที่ร้านยา จำนวน 367 ราย (ร้อยละ 96.58) ที่มีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ ส่วนผู้ป่วย 13 ราย (ร้อยละ 3.42) ที่ระดับความดันโลหิตไม่อยู่ในเป้าหมาย แพทย์ได้ปรับยาความดันโลหิตตามความเหมาะสมทุกราย (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตขณะรับยาที่โรงพยาบาลและร้านยา (n=380 คน)

ค่าความดันโลหิต (mmHg)	รับยาที่โรงพยาบาล (mean \pm SD)	รับยาที่ร้านยา (mean \pm SD)
Systolic Blood Pressure	130.55 \pm 11.07	127.57 \pm 15.74
Diastolic Blood Pressure	75.69 \pm 9.70	77.49 \pm 12.11

2. ค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS)

จากการติดตามข้อมูลค่าระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานในโครงการรับยาใกล้บ้าน ติดตามข้อมูลได้จำนวน 20 รายจากผู้ป่วยเบาหวานในโครงการทั้งหมด 33 ราย (ร้อยละ 60.60) (ตารางที่ 4) พบว่าค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยขณะรับยาที่โรงพยาบาล คือ

124.17 ± 22.35 mg/dL เมื่อผู้ป่วยรับยาต่อเนื่องที่ร้านยา ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดคือ 121.5 ± 22.50 mg/dL โดยผู้ป่วยทั้ง 20 รายมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดตามเกณฑ์ที่กำหนด (< 126 mg/dL) ส่วนผู้ป่วย 13 ราย ไม่สามารถติดตามข้อมูลในการรับยาต่อเนื่องที่ร้านยาจากโปรแกรมร้านยาชุมชนอบอุ่นได้

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลของผู้ป่วยขณะรับยาที่โรงพยาบาลและร้านยา (n=20)

รายการ	รับยาที่โรงพยาบาล (mean ± SD)	รับยาที่ร้านยา (mean ± SD)
ค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) (mg/dL)	124.17 ± 22.35	121.5 ± 22.50

3. กระบวนการ Medication reconciliation ในร้านยา

โปรแกรมร้านยาชุมชนอบอุ่น ได้ออกแบบให้มีช่องสำหรับใส่จำนวนยาเหลือของผู้ป่วยและคำนวณจำนวนยาเพิ่มให้ผู้ป่วยจนถึงวันนัดครั้งต่อไปเพื่อไม่ให้มียาเหลือค้างที่บ้านผู้ป่วยมากเกินไป ซึ่งพบว่าการทำ Medication reconciliation ในผู้ป่วยที่รับยาร้านยาใกล้บ้านนั้น สามารถประหยัดต้นทุนราคาได้ถึง 10,558.64 บาท

4. ข้อเสนอแนะอื่น ๆ จากการสอบถามความคิดเห็นของเภสัชกรในโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่น จำนวน 12 ร้าน

- ควรมีการประชาสัมพันธ์โครงการฯ มากขึ้น ตามสถานที่ราชการที่มีประชาชนติดต่อจำนวนมาก
- ควรมีการทบทวนรายการและจำนวนของยาที่ stock ไว้ที่ร้านแต่ละร้านให้เหมาะสมกับปริมาณที่จ่าย
- ควรมีการอบรมการเขียน Pharmacist's Note ให้เภสัชกรร้านยามีการบันทึกข้อมูลไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูลด้านการจัดการปัญหาด้านยา

- ควรมีการอบรมวิชาการให้เภสัชกรในโครงการอย่างสม่ำเสมอ

- ประสงค์ให้มีการวิจัยเพื่อประเมินผลดี ผลเสีย และความคุ้มค่า เพื่อพัฒนาโครงการในอนาคต

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษาการให้บริการโครงการรับยาใกล้บ้านในเครือข่ายโรงพยาบาลวารินชำราบ (รูปแบบที่ 2 โรงพยาบาลจัดส่งยาให้ร้านยาที่เข้าร่วมโครงการ) ได้ทำการเก็บข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลและโปรแกรมร้านยาชุมชนอบอุ่น จากการสัมภาษณ์ความพึงพอใจผู้ป่วยที่ร่วมโครงการฯ และสัมภาษณ์ความคิดเห็นของเภสัชกรประจำร้านยาชุมชนอบอุ่น สรุปข้อที่สำคัญและผลลัพธ์ที่น่าสนใจ ดังนี้

1. ความสนใจของผู้ป่วยและการเข้าร่วมโครงการ พบมีจำนวนผู้ป่วยที่สนใจเข้าร่วมโครงการเพิ่มขึ้นทุกปี โดยปัจจุบันมีผู้ป่วยสมัครใจเข้าร่วมโครงการทั้งหมด 555 คน มีผู้ป่วยเลือกรับยาซ้ำที่ร้านยา 486 คน (ร้อยละ 87.5) แสดงถึงความต้องการและความพึงพอใจในการรับบริการร้านยาใกล้บ้าน



2. **มาตรฐานการดำเนินงานและคุณภาพการบริการ** ตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564 พบว่า โรงพยาบาลและร้านยา มีความพร้อมในการให้บริการ จากการผ่านเกณฑ์ ทั้ง 5 ระดับ ดังนี้

1) **การเข้าร่วมของร้านยาและความครอบคลุมการบริการ** : มีร้านยาที่เข้าร่วมโครงการทั้งหมด 12 ร้าน กระจายครอบคลุม 5 ตำบล จากทั้งหมด 16 ตำบล ในเขตอำเภอวารินชำราบ มีบัญชีรายการยาสำหรับการให้บริการที่ร้านยาทั้งหมด 28 รายการ โดยส่วนใหญ่เป็นยารักษาโรคเรื้อรัง

2) **การจัดการและความปลอดภัยของยา** : มีการคัดกรองผู้ป่วยก่อนส่งไปรับยาที่ร้านยา มีเภสัชกรวิเคราะห์ใบสั่งยา เพื่อค้นหาปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นกับการใช้ยาในผู้ป่วย ก่อนที่จะส่งตัวออกไปรับยาที่ร้านยา และประสานกับแพทย์เพื่อแก้ปัญหาหรือทบทวนคำสั่งการใช้ยา

3) **การติดตามและการประเมินผลลัพธ์** : มีการติดตามและประเมินการให้บริการของเภสัชกรประจำร้านยามีการส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลกับร้านยาผ่านโปรแกรมร้านยาชุมชนอบอุ่นเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของรายการยา และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ก่อนที่จะมีการส่งมอบยาให้กับผู้ป่วย

4) **การพัฒนาาระบบ** : มีการพัฒนาโปรแกรมร้านยาชุมชนอบอุ่นเพื่อการแลกเปลี่ยน

ข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลและร้านยา เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการ

5) **การประเมินผลลัพธ์เชิงคุณภาพ** : จากการประเมินความพึงพอใจในระดับ 3 ด้าน คือ การให้บริการ สถานที่ที่ให้บริการ และคุณภาพของเวชภัณฑ์ยา จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 22 คน พบว่าส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับดี และมีการประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วย พบโรคที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการเป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับไขมันในเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูงตามลำดับ

3. ด้านผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วย

1) **ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย** : พบว่าเมื่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรับยาต่อเนื่องที่ร้านยา ผู้ป่วยส่วนใหญ่จำนวน 367 ราย จาก 380 ราย (ร้อยละ 96.58) ที่มีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ (ต่ำกว่า 140/90 mmHg) โดยมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิต $127.57 \pm 15.74/77.49 \pm 12.11$

2) **ระดับน้ำตาลปลายนิ้วของผู้ป่วย** : จากข้อมูลผู้ป่วยทั้งหมด 20 ราย จากทั้งหมด 33 ราย (ร้อยละ 60.60) ที่ได้รับการตรวจวัดน้ำตาลในเลือด พบว่าทั้งหมดมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดตามเกณฑ์ (< 126 mg/dL) ที่กำหนด โดยค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด คือ 121.5 ± 22.50 mg/dL แสดงให้เห็นว่าการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เข้าโครงการรับยาใกล้บ้านมีประสิทธิภาพ



ที่ดีต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือด โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ พยอมสุขเอนกนันท์ และคณะ⁵ ทำการศึกษาเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ของการบริหารทางเภสัชกรรมในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังที่รับยาต่อเนื่องระหว่างร้านยาคุณภาพและศูนย์แพทย์ชุมชน พบว่าสัดส่วนของผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลได้ตามเป้าหมายในกลุ่มทดลองเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานไม่พบข้อมูล 13 คน ในฐานข้อมูลโปรแกรมร้านยาชุมชนอบอุ่นเนื่องจากบางร้านไม่สามารถดำเนินการเจาะวัดระดับน้ำตาลปลายนิ้วได้ จากการขาดอุปกรณ์และบุคลากรที่จะดำเนินการจึงส่งผู้ป่วยกลับมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาล อีกทั้งจากการศึกษานี้ได้ทำการเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์เท่านั้น และยังไม่มีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อระดับความดันโลหิตหรือระดับน้ำตาลปลายนิ้วของผู้ป่วย เช่น การรับประทานยา วิธีการวัดความดันโลหิต และสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อค่าที่วัดได้ การทบทวนและการจัดการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยเหล่านี้อาจช่วยให้เข้าใจเพิ่มเติมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับยาและสุขภาพ

ของผู้ป่วยในระยะยาว และอาจช่วยให้การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นในอนาคต

4. กระบวนการ Medication reconciliation ในร้านยา โปรแกรมร้านยาชุมชนอบอุ่น ได้มีช่องให้ระบุจำนวนยาเหลือของผู้ป่วยเพื่อเติมยาต่อให้เพียงพอถึงวันนัด พบว่ามีการลงข้อมูลคิดเป็นมูลค่ายาประหยัดจากการทำ Medication reconciliation ได้ 10,558.64 บาท ซึ่งเป็นข้อมูลที่พบในบางร้านเท่านั้น หากดำเนินการทุกร้านและต่อเนื่องจะสามารถพัฒนาการจัดการยาเหลือของผู้ป่วยไม่ให้มียาเหลือทิ้งที่บ้านมากเกินไป จนอาจเกิดยาเสื่อมสภาพหรือยาหมดอายุได้ จึงควรมีการสนับสนุนให้เกิดกระบวนการนี้ในทุกร้านและต่อเนื่อง

จากการศึกษาผลการให้บริการโครงการรับยาใกล้บ้านในเครือข่ายโรงพยาบาลวชิรพยาบาลรูปแบบที่ 2 โรงพยาบาลจัดส่งยาให้ร้านยาที่เข้าร่วมโครงการ แสดงให้เห็นว่ากระบวนการดูแลรักษามีประสิทธิผลต่อการดูแลผู้ป่วยสามารถเข้าสู่โครงการรูปแบบที่ 3 ได้จากผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยที่รับบริการจากโครงการรับยาใกล้บ้านไม่แตกต่างจากผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งการวางระบบการส่งต่อการให้บริการผู้ป่วยไปร้านยาเป็นปัจจัยสำคัญที่ต้องให้เป็นไปตามมาตรฐานเดียวกันกับโรงพยาบาล ดังนั้น การประเมินคุณภาพระบบการให้บริการจึงมีความจำเป็นและควรดำเนินการประเมิน



อย่างต่อเนื่อง อีกทั้งควรนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินคุณภาพมาพัฒนาปรับปรุงในทุกกระบวนการ เพื่อให้เกิดระบบบริการที่ดียิ่งขึ้น และโรงพยาบาลอื่น ๆ ที่ร่วมโครงการสามารถนำข้อมูลไปใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. การดำเนินการโครงการรับยากลับบ้านในเครือข่ายโรงพยาบาลวารินชำราบ รูปแบบที่ 2 โรงพยาบาลจัดส่งยาให้ร้านยา จุดเด่นคือผู้ป่วยได้รับยาเหมือนกับโรงพยาบาลเนื่องจากเป็นยาที่มาจากโรงพยาบาล แต่เมื่อเข้าสู่ รูปแบบที่ 3 ร้านยาดำเนินการจัดการด้านยาเอง อาจเกิดปัญหาไม่เหมือนกับโรงพยาบาล จึงควรเพิ่มการบริหารจัดการยาในโครงการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เพื่อลดปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วย อีกทั้งควรเพิ่มศักยภาพการให้บริการของร้านยาให้เหมือนกันทุกร้าน จากผลการวิจัยพบปัญหาการให้บริการเจาะน้ำตาลที่ปลายนิ้วของผู้ป่วยของบางร้านยา จึงควรมีการทบทวนเพื่อสนับสนุนในด้านที่ขาดแคลน เช่น วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการให้บริการ เป็นต้น

2. โรงพยาบาลควรมีการประชุมสรุปผลการดำเนินการ จัดอบรมหรือกิจกรรมพัฒนาศักยภาพเภสัชกรร้านยาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะระบบการให้บริการบำบัดรักษาและแนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guidelines) ของโรงพยาบาลสำหรับดูแลรักษาโรคที่ตกลง

ให้บริการรับยาที่ร้านยา การปรึกษาแพทย์ในกรณีที่เกิดความสงสัยในยาที่สั่งหรือผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล เช่น ห้องจ่ายยา เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของเบ็ญจลักษณ์ มนต์สุวรรณ⁶ ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบด้านการรักษาที่เภสัชกรชุมชนไทย นำเสนอคุณค่าต่อผู้มารับบริการร้านยารวมถึงรูปแบบการบริการในร้านยา เพื่อให้เกิดความเข้มแข็งของการให้บริการร้านยาหรือทำให้ทราบข้อบกพร่องเมื่อนำไปปฏิบัติจริง

3. การพัฒนาเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โปรแกรมร้านยาชุมชนอบอุ่น ให้สามารถประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกของโรคอื่น ๆ นอกเหนือจากโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงได้และเชื่อมโยงกับฐานข้อมูลโรงพยาบาลให้ครอบคลุมทุกมิติของการรักษา

4. ขยายกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยที่สามารถเข้าร่วมโครงการจากทุกคลินิกในโรงพยาบาล เช่น ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยไทรอยด์ เป็นต้น เพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลและเพิ่มความสะดวกให้ผู้ป่วยได้รับยากลับบ้าน

5. ควรมีการประเมินคุณภาพการดำเนินงานระบบบริการรับยาที่ร้านยา (อ้างอิงตามเกณฑ์ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564) อย่างต่อเนื่อง เพื่อนำผลมาทบทวนปรับปรุงและพัฒนาในส่วนที่ขาดเพื่อต่อยอดไปสู่การให้บริการที่ดีขึ้นผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด



กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณทีมงานสหวิชาชีพ ประกอบด้วยทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ทีมพยาบาลประจำคลินิกโรคหลอดเลือดหัวใจ ทีมเภสัชกรปฐมภูมิ ร้านยาทุกร้านที่เข้าร่วม

โครงการฯ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาล วารินชำราบ ที่ให้การสนับสนุนและให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้บริหาร และผู้บังคับบัญชาทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ การปฏิบัติงานเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ การประเมินผลโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านขายยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล ระยะที่ 2 [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.hitap.net/documents/183333>
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายชื่อร้านยาดูแลเจ็บป่วยเล็กน้อย 16 อาการ ผู้มีสิทธิบัตรทองรับยาที่ร้านได้ฟรี ไม่เสียค่าใช้จ่าย[อินเทอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.nhso.go.th/downloads/204>
3. สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8 คู่มือการดำเนินงานโครงการลดความแออัดของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยร้านยาแผนปัจจุบันประเภท 1 ตามนโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขสำหรับ สปสช.เขต [อินเทอร์เน็ต]. 2562. [เข้าถึงเมื่อ 6 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก : https://r8way.moph.go.th/r8wayNewadmin/page/upload_file/20200315205947.pdf
4. กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบบริการรับยาที่ร้านยา มีการดำเนินการตามเกณฑ์ที่กำหนด. KPI กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2665]. เข้าถึงได้จาก : <http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi-list/view/?id=1663>
5. พยอม สุขเอนกนันท์, ธนรรจ์ รัตน์โชติพานิช, บุชบา ไทวรรณ, รัตนา เสนาหนอก, พีรยา สมสะอาด, อุกฤษฏ์ สนมอม, และคณะ. การเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ของการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยเรื้อรังที่รับยาต่อเนื่องระหว่างร้านยาคุณภาพ และศูนย์แพทย์ชุมชน จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2555; (1):100-11
6. เบ็ญจลักษณ์ มนต์สุวรรณ, อรรถไกร พันธุ์ภักดี, ชื่นจิตร กรองแก้ว. การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบด้านการรักษาที่เภสัชกรชุมชนไทยนำเสนอคุณค่าต่อผู้มารับบริการร้านยา. วารสารเจริญกรุงประชารักษ์. 2562;15(1):80-95



ผลการพัฒนาระบบการจัดการเชื้อดื้อยาอย่างบูรณาการ โรงพยาบาลลำพูน

The effect of the development of an integrated antimicrobial resistance management system, Lamphun Hospital

วารางคณา วัลลา¹

Warangkha Wanla¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการจัดการเชื้อดื้อยาอย่างบูรณาการในโรงพยาบาลลำพูน เพื่อลดอัตราเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด ลดปริมาณการใช้ยาต้านจุลชีพ (Defined Daily Doses Per 100 Patient Days : DDD/100 วันนอน) ลดมูลค่าการใช้ยาต้านจุลชีพ และเพิ่มความเหมาะสมในการสั่งใช้ยาต้านจุลชีพ การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาระยะยาว ด้วยการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลังจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลลำพูนในช่วงปีงบประมาณ 2564 – 2566 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ และร้อยละ ผลการศึกษาพบว่า อัตราเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดในปี 2566 ลดลงจากปี 2565 และ 2564 คิดเป็นร้อยละ 18.9, ความถี่ต่อแสนประชากรพบ 655.4/แสนประชากร และไม่พบเชื้อดื้อยา *Pseudomonas aeruginosa* ที่ดื้อต่อยา Carbapenem (CRPA), *Klebsiella pneumoniae/Escherichia coli* ที่ดื้อต่อยา Carbapenem (*K. pneumoniae/E. coli* CRE), *Staphylococcus aureus* ที่ดื้อต่อยา Methicillin (MRSA), *Enterococci species* ที่ดื้อต่อยา Vancomycin (VRE) ในกระแสเลือด รวมถึงเชื้อดื้อยา *Acinetobacter baumannii* (A.B MDR) มีแนวโน้มลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับปี 2565 จาก 4,616 ต่อแสนประชากร เป็น 4,274 ต่อแสนประชากร คณะนแพทย์ตนเองในการจัดการเชื้อดื้อยาอย่างบูรณาการในโรงพยาบาลลำพูน ปี 2566 ได้คะแนนประเมินรวม 463 คะแนน จากคะแนนเต็ม 500 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 92.6 (ระดับ Advance) ปริมาณการใช้ยาต้านจุลชีพ (DDD/100 วันนอน) และมูลค่าการใช้ยาต้านจุลชีพรวมทั้งหมด และเฉพาะยาต้าน จุลชีพที่ควบคุม 11 รายการในปี 2566 เพิ่มขึ้น เป็น 91.82 และ 23.28 ตามลำดับ มูลค่ายาต้านจุลชีพรวม และยาต้านจุลชีพที่ควบคุม 11 รายการ เพิ่มขึ้น เป็น 11,344,026.74 บาท และ 5,966,635.42 บาท ตามลำดับ ความเหมาะสมในการสั่งใช้ยาพบว่า ค่าเฉลี่ย

¹เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลลำพูน E-mail: warangwanla@gmail.com

¹Pharmacist, Professional Level. Division of Pharmacy, Lamphun Hospital



โดยรวมมากกว่าร้อยละ 80 สำหรับปริมาณและมูลค่าการใช้ยาต้านจุลชีพที่ไม่ลดลง จึงควรมีการประกาศใช้มาตรการควบคุมการใช้ยาต้านจุลชีพ และมาตรการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลที่เข้มแข็ง โดยผู้บริหารของโรงพยาบาล รวมถึงการสร้างทีมเครือข่ายควบคุมเชื้อดื้อยาในจังหวัด โดยมีการส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยเชื้อดื้อยาไปยังโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อลดเชื้อดื้อยาในชุมชน

คำสำคัญ: การจัดการเชื้อดื้อยาอย่างบูรณาการ

Abstract

The objective of this study was to develop an integrated drug resistance management system in Lamphun Hospital to reduce the rate of drug-resistant bacteria in the bloodstream, reduce the amount of antimicrobial use (Defined Daily Doses Per 100 Patient Days : DDD/100 patient days) and reduce the cost of antimicrobial use and increase the appropriate of prescribing antimicrobial drugs. This longitudinal descriptive study research was performed with a retrospective review of medical records from the electronic database of Lamphun Hospital during fiscal year 2021 – 2023. Data analysis used descriptive statistics including frequency and percentage. The result of study indicated that the rate of drug resistance in the blood stream in 2023 decreased 18.9% from 2022 and 2021, the frequency per 100,000 population was at 655.4/100,000 population, and no drug-resistant Carbapenem- resistant *Pseudomonasa eruginosa* (CRPA), Carbapenem - resistant *Klebsiella pneumoniae/ Escherichia coli* (*K.pneumoniae/ E.coli* CRE), Methicillin - resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) or Vancomycin resistant *Enterococci species* (VRE), in the blood stream, and also *Acinetobacter baumannii* (A.B MDR) with the tendency to decrease comparing to 2022 from 4,616 per 100,000 population to 4,274 per 100,000 population. Self - assessment Integrated AMR Management scoring in 2023, Lamphun Hospital received a total assessment score of 463 from 500, representing 92.6% (advanced level \geq 350 points), the amount of antimicrobial use (DDD/100 patient days) and the total overall antimicrobial use and the total 11 restricted antimicrobial drug in 2023 increased to 91.82 and 23.28, respectively. The total overall antimicrobial and the total value 11 restricted antimicrobial drug value increased to 11,344,026.74 baht and 5,966,635.42 baht,



respectively. In conclusion, the study found that the rate of drug resistance in the blood stream in 2023 decreased from 2022 and 2021. The appropriateness of drug prescribing founded that the overall average was greater than 80%. For the amount and value of antimicrobial use that has not decreased. Therefore, measures to control the use of antimicrobials and strong surveillance measures for antimicrobial resistance in hospitals should be announced by hospital administrators, including the creation of a network team to control antimicrobial resistance in the province. Information on care for patients with antimicrobial resistance infections should be forwarded to community hospitals and subdistrict health promotion hospitals in order to reduce antimicrobial resistance bacterias in the community.

Keywords: Integrated antimicrobial resistance management system



บทนำ

ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา การดื้อยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial Resistance : AMR) ของเชื้อแบคทีเรียได้ทวีความรุนแรงมากขึ้น และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้ยาต้านจุลชีพในอดีตเคยใช้ได้ผล กลับกลายเป็นใช้ไม่ได้ผลแล้วในปัจจุบัน ขณะเดียวกันอุตสาหกรรมยาทั่วโลกไม่มีการวิจัยและพัฒนาหรือค้นคิดยาต้านจุลชีพชนิดใหม่เพื่อต่อสู้กับเชื้อแบคทีเรียดื้อยา สถานการณ์เช่นนี้ทำให้ทุกประเทศทั่วโลกกำลังเข้าสู่ยุคหลังยาปฏิชีวนะ (Post-antibiotic Era) ที่การเจ็บป่วยจากการติดเชื้อแบคทีเรียเพียงเล็กน้อยอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้และที่สำคัญคือ อาจนำไปสู่การล่มสลายทางการแพทย์แผนปัจจุบัน (Collapse of Modern Medicine)¹

สำหรับประเทศไทย ปัญหาการดื้อยาที่สำคัญคือ การดื้อยาของเชื้อแบคทีเรียแกรมลบในโรงพยาบาล เช่น *Acinetobacter spp.* และ *Pseudomonas spp.* ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในโรงพยาบาล ส่วนเชื้อแบคทีเรียที่เป็นปัญหาในชุมชน เช่น *Escherichia coli (E. coli)*, *Klebsiella spp.* และ *Neisseria gonorrhoeae (N. gonorrhoeae)* และเชื้อแบคทีเรียที่เป็นปัญหาในการเลี้ยงสัตว์และในอาหาร คือ *E. coli*, *Campylobacter spp.* และ *Salmonella spp.* เชื้อแบคทีเรียดื้อยาทำให้ทางเลือกในการรักษามีจำกัดโดยเฉพาะอย่างยิ่งหากดื้อยาปฏิชีวนะกลุ่ม Carbapenem และ Colistin ซึ่งเป็นยาต้านสุดท้ายในการรักษา

การติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยา² ผลกระทบจากการดื้อยาต้านจุลชีพ พบว่าทั่วโลกมีคนเสียชีวิตจากการติดเชื้อดื้อยาประมาณปีละ 700,000 คน และหากไม่เร่งแก้ไขปัญหา ในปี 2593 (อีก 34 ปีข้างหน้า) คาดว่าการเสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาจะสูงถึง 10 ล้านคน ประเทศในแถบเอเชียจะมีคนเสียชีวิตมากที่สุด คือ 4.7 ล้านคน คิดเป็นผลกระทบทางเศรษฐกิจสูงถึง 3.5 พันล้านล้านบาท (100 trillion USD)³ สำหรับประเทศไทย การศึกษาเบื้องต้นพบว่าการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาประมาณปีละ 88,000 ราย โดยเสียชีวิตประมาณปีละ 38,000 ราย คิดเป็นการสูญเสียทางเศรษฐกิจโดยรวมสูงถึง 4.2 หมื่นล้านบาท⁴

อัตราการติดเชื้อดื้อยาทุกตำแหน่งในโรงพยาบาล ลำพูน ปี 2565 เพิ่มขึ้นจากปี 2564 ร้อยละ 37.85 เป็นร้อยละ 43.55 (เพิ่มขึ้นร้อยละ 15.05) เชื้อที่พบมากที่สุด คือ *Acinetobacter baumannii (A.B MDR)* พบร้อยละ 38.30 ของเชื้อดื้อยาที่พบทั้งหมดทุกตำแหน่งการติดเชื้อ รองลงมาคือ เชื้อ *Klebsiella pneumoniae/Escherichia coli extended spectrum beta lactamases (K.pneumoniae/E.coli ESBL MDR)* คิดเป็นร้อยละ 18.06 นอกจากนี้ ยังพบอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Hospital Acquired Infection : HAI) ในปี 2565 ร้อยละ 12.06 เชื้อที่พบส่วนใหญ่จะเป็นเชื้อจากชุมชน (Community Acquired Infection : CI) ร้อยละ 87.93 และอัตราติดเชื้อดื้อยา 8 ชนิด ในกระแสเลือด ปี 2565 เพิ่มจากปี 2564 จากร้อยละ 21.65 เป็นร้อยละ 35.32



(เพิ่มขึ้นร้อยละ 63.14) เชื้อดื้อยาในกระแสเลือดที่เพิ่มขึ้นจากปี 2564 คือ *ABMDR* (เพิ่มขึ้นร้อยละ 59.45)

โรงพยาบาลลำพูนได้ดำเนินการควบคุมเชื้อดื้อยาตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปี 2561 โดยมีรูปแบบการดำเนินการควบคุม กำกับใช้ยาต้านจุลชีพ Antibiotic Stewardship (ASP) แบบ Post Authorize Prospective Audit & Feedback โดยการควบคุมกำกับการใช้ต้านจุลชีพ ออกฤทธิ์กว้าง 8 รายการ ให้ใช้ได้เฉพาะแพทย์เฉพาะทาง (Staff) จำยาลงถึง 4 วัน หลังจากนั้น แพทย์อนุบาลใช้ยาจะเป็นผู้ปลดล็อกการใช้ยาต้านจุลชีพต่อ/ปรับเปลี่ยนการใช้ยาตามผลเพาะเชื้อ เพื่อควบคุมการใช้ยาให้สมเหตุผล โดยอาศัยข้อมูลจากทีมรายน ASP/AMR ติดตามการใช้ยาบนหอผู้ป่วย เป็นข้อมูลประกอบในการตัดสินใจใช้ยาต่ออีกทั้งทีมรายน จะมีการสะท้อนข้อมูลกลับไปยังแพทย์เจ้าของไข้ เพื่อปรับเปลี่ยนการใช้ยาตามผลเพาะเชื้อ การปรับขนาดยาตามค่าการทำงานของไต/ตับ การทำ De-escalate หลังใช้ยาต้านจุลชีพที่ควบคุม 3 วัน ในกรณีผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกดี และมีการปรึกษาแพทย์เพื่อหยุดการสั่งใช้ยาซ้ำซ้อน/ติดตามระยะเวลาการใช้ยา เป็นต้น นอกจากนี้ ทีมรายน ASP/AMR ยังประกอบด้วย พยาบาลโรคติดเชื้อ กำกับติดตามการใช้มาตรการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลบนหอผู้ป่วยร่วมด้วย

การติดตามปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะ (Defined Daily Doses Per 100 Patient Days : DDD/100 วันนอน) ในปี 2565 ลดลงจาก ปี 2564 93.14 เป็น 83.13 (ลดลงร้อยละ 10.74) แต่

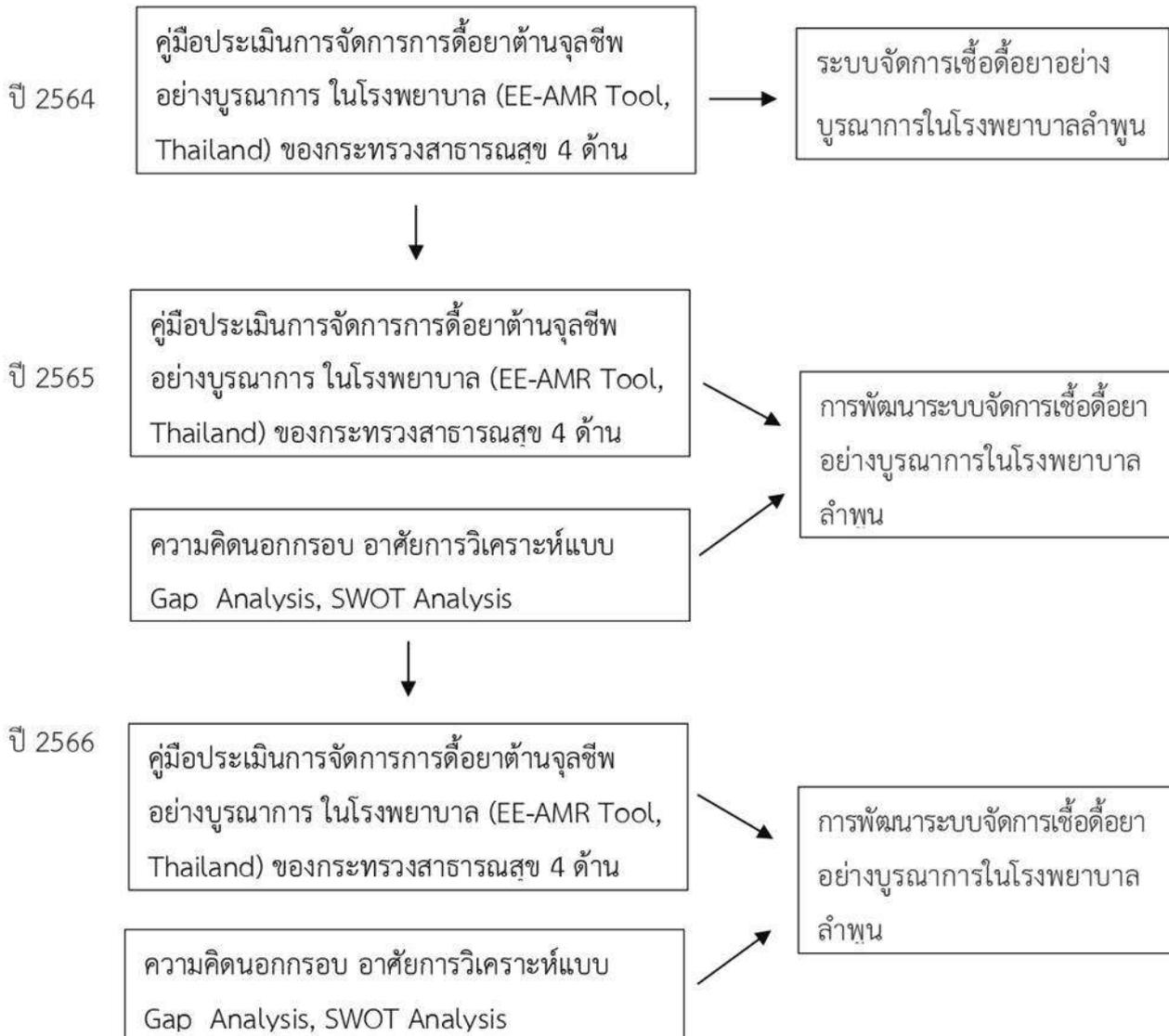
ปริมาณ DDD การใช้ยาปฏิชีวนะกลุ่มที่ออกฤทธิ์กว้าง (รายการยาต้านจุลชีพที่ควบคุม 8 รายการ) เพิ่มขึ้นจากปี 2564 13.73 เป็น 21.59 (เพิ่มร้อยละ 57) และจากปัญหาเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลที่สูงขึ้น โดยเฉพาะเชื้อ *A.B MDR* ที่พบมากที่สุดทั้งในกระแสเลือด และทุกตำแหน่งการติดเชื้อ รองลงมาคือ เชื้อ *E. coli ESBL* และ *Pseudomonas aeruginosa MDR* ตามลำดับ ซึ่งระบบการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาของโรงพยาบาล ยังไม่เชื่อมโยงอย่างบูรณาการทั้งภายในโรงพยาบาล และระหว่างโรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทำให้การจัดการปัญหาไม่ครอบคลุม เนื่องจากข้อจำกัดเรื่องระบบการควบคุมและป้องกันเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ประกอบกับความแออัดภายในโรงพยาบาล จากการมีผู้ป่วยมาใช้บริการจำนวนมาก ยิ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และแพร่กระจายเชื้อดื้อยา การควบคุมกำกับการใช้ยาที่ไม่รัดกุม รวมทั้งปัญหาด้านการรายงานผลทางห้องปฏิบัติการไม่เชื่อมต่อกับโปรแกรมโรงพยาบาล (Lab Alert) เพื่อปรับเปลี่ยนการใช้ยา ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาระบบการจัดการเชื้อดื้อยาอย่างบูรณาการโดยใช้กรอบแนวทางการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการในโรงพยาบาล (Integrated AMR Management in Hospitals) เพื่อลดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลลำพูน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนาระบบการจัดการเชื้อดื้อยาอย่างบูรณาการในโรงพยาบาลลำพูน



กรอบแนวคิดในการวิจัย





วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาระยะยาว (Longitudinal Descriptive Study) ด้วยการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลังและสืบค้นจากโปรแกรมฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลลำพูน ในช่วงปีงบประมาณ 2564 – 2566 การพัฒนาระบบจัดการเชื้อดื้อยาอย่างบูรณาการในโรงพยาบาล

ลำพูนแบ่งเป็น 4 ด้าน และให้มีความเชื่อมโยงกันทุกด้าน โดยใช้กรอบแนวทางการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการในโรงพยาบาล (Integrated AMR Management in Hospitals) ร่วมกับการพัฒนาโดยใช้ความคิดนอกกรอบ อาศัยการวิเคราะห์แบบ Gap Analysis, SWOT Analysis ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 กิจกรรมการพัฒนาระบบจัดการเชื้อดื้อยาอย่างบูรณาการในแต่ละปีของโรงพยาบาลลำพูน

ประเด็น	การพัฒนาปี 2564	การพัฒนาปี 2565	การพัฒนาปี 2566
1. ภาวะผู้นำและการบริหารระบบของโรงพยาบาล (Leadership and Governance)	<ul style="list-style-type: none"> - จัดตั้งคณะกรรมการ AMR ดำเนินการโดยเฉพาะ และจัดทำตัวชี้วัดร่วมกันระหว่าง Infection Control (IC), Lab, Antibiotic Stewardship (ASP) - จัดสรรงบประมาณสำหรับอุปกรณ์เครื่องมือจำเป็น เช่น เครื่องตรวจวิเคราะห์อัตโนมัติในการตรวจวินิจฉัยเชื้อและการทดสอบความไวต่อยา (Minimum inhibitory Concentration : MIC) และการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยา - วิเคราะห์แก้ปัญหาพร้อมกันในทีม AMR เพื่อพัฒนางานทุก 3 เดือน 	<ul style="list-style-type: none"> - ส่งอบรมความรู้วิชาการแก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลควบคุมโรคติดเชื้อ (ICN) นักเทคนิคการแพทย์ ที่ปฏิบัติงาน - ประกาศนโยบายควบคุมเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล : Antibiotic ฉีดทุกรายการ Auto stop 7 วัน, De-escalate therapy, การใช้ยาฉีดต้านจุลชีพแบบผู้ป่วยนอก (Out-patient Antimicrobial Therapy : OPAT), เพิ่มรายการยา Broad spectrum ที่ต้องควบคุม 11 รายการ 	<ul style="list-style-type: none"> - ให้ทุนแพทย์เฉพาะทางด้านโรคติดเชื้อ 1 ท่าน - จัดตั้งหอผู้ป่วยโรคติดเชื้อดื้อยาโดยเฉพาะ (Cohort Ward) และปรับปรุงห้องแยกโรคที่ ICU, กั้นห้องพิเศษต่อละหอพ่วยสามัญ 1-2 ห้องสำหรับผู้ป่วยเชื้อดื้อยา - สนับสนุนด้าน IT ในการปฏิบัติงาน - ส่งเสริมการทำงานแบบเครือข่าย/ชุมชน - สนับสนุนน้ำยาฆ่าเชื้อ High Level : 0.55% Orthophthalaldehyde (OPA), น้ำยาฆ่าเชื้อแบบผ้าเช็ดแล้วทิ้ง



ตารางที่ 1 กิจกรรมการพัฒนาระบบจัดการเชื้อดื้อยาอย่างบูรณาการในแต่ละปีของโรงพยาบาลลำพูน (ต่อ)

ประเด็น	การพัฒนาปี 2564	การพัฒนาปี 2565	การพัฒนาปี 2566
2. ด้านการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการ	<ul style="list-style-type: none"> - Antibiogram : เพิ่ม Site infection, Ward - Lab Alert : IT ช่วย Pop Up เชื้อดื้อยาบนโปรแกรม HIS บนหอผู้ป่วย - เครื่องตรวจวิเคราะห์อัตโนมัติในการตรวจวินิจฉัยเชื้อและการทดสอบความไวต่อยา (Minimum Inhibitory Concentration: MIC) 	<ul style="list-style-type: none"> - การเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทางระบาดวิทยา : เชื้อดื้อยาในแต่ละหอผู้ป่วย เน้นเชื้อดื้อยา 8 ชนิด แจ้งหัวหน้าวอร์ด เพื่อหาแนวทางแก้ไขต่อไป - วิเคราะห์สถานการณ์เชื้อดื้อยาในกระแสเลือดของโรงพยาบาล โดยใช้โปรแกรมจากส่วนกลาง : โปรแกรม Automated Tool for Antimicrobial Resistance Surveillance System (AMASS) 	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาแจ้งผล Lab/ข้อมูล Antibiogram/ข้อมูลการเลือกใช้ยาต้านจุลชีพ เชื่อมต่อผ่านระบบ มือถือแพทย์ - พัฒนางาน AMR Alert อย่างเป็นรูปธรรม (LAB Alert, ASP Response, IC Response) : มีความเชื่อมโยงกัน อย่าง Real Time
3. ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล	<ul style="list-style-type: none"> - มีการกำกับติดตามเป้าหมายที่ชัดเจน เช่น การสำรวจการล้างมือ การทำความสะอาดหอผู้ป่วย การล้างทำความสะอาดและฆ่าเชื้อเครื่องมือ ปริมาณการใช้สบู่และ Alcohol Hand Rub - มีการสอนและฝึกอบรมทักษะ (Education and Training) อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เช่น <ul style="list-style-type: none"> ● กลุ่มที่ 1 : บุคลากรในโรงพยาบาล เช่น การ 	<ul style="list-style-type: none"> - ใช้ Control Chart ในการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาในแต่ละหอผู้ป่วย และใช้มาตรการ IC/คู่มือปฏิบัติ มาตรตรวจสอบการปฏิบัติ ; Ventilator Associated Pneumonia (VAP), Urinary Catheter Associated Urinary Tract Infection (CA-UTI), Surgical Site Infection (SSI), Bloodstream Infection (BSI) 	<ul style="list-style-type: none"> - แยกผู้ป่วยเชื้อดื้อยาไว้หอผู้ป่วยโรคติดเชื้อดื้อยาโดยเฉพาะ (Cohort Ward) และปรับปรุงห้องแยกโรคที่ ICU, กั้นห้องพิเศษแต่ละหอผู้ป่วยสามัญ 1 - 2 ห้อง สำหรับผู้ป่วยเชื้อดื้อยา - การใช้น้ำยา High Level 0.55% Orthophthalaldehyde (OPA) ฆ่าเชื้อเฉพาะ Laryngoscope เพื่อลด VAP - อุปกรณ์ตรวจสอบความสะอาด Fluorescent ตรวจสอบความสะอาดเตียง/พื้นห้อง



ตารางที่ 1 กิจกรรมการพัฒนาระบบจัดการเชื้อดื้อยาอย่างบูรณาการในแต่ละปีของโรงพยาบาลลำพูน (ต่อ)

ประเด็น	การพัฒนาปี 2564	การพัฒนาปี 2565	การพัฒนาปี 2566
3. ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ต่อ)	<p>ปฐมนิเทศลูกจ้างใหม่และบุคลากรประจำของโรงพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none">● กลุ่มที่ 2 : บุคคลภายนอก เช่น การล้างมือในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย	<ul style="list-style-type: none">- มีแนวปฏิบัติการรับ-ส่งต่อ และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยดื้อยา/สงสัยดื้อยา และการให้ข้อมูลผู้เกี่ยวข้อง รวมถึงการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน- มีแนวปฏิบัติ มีผังงาน มีการสื่อสาร และมีกรวางระบบ Outbreak เชื่อมโยงกับงานระบาดวิทยาในระดับจังหวัด และระดับเขตสุขภาพ	<ul style="list-style-type: none">- สุ่มเช็คความสะอาดทุกสัปดาห์ ในหอผู้ป่วยที่มีเชื้อดื้อยา/การปฏิบัติตามมาตรการ IC ของเจ้าหน้าที่ บุคลากรทางการแพทย์ ในหอผู้ป่วย: ใช้ IT ช่วย- เผื่อระวังเชื้อดื้อยาในหอผู้ป่วยทุกเดือน ส่งข้อมูลแก่หัวหน้า Ward เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหา- สร้าง Infection Control Ward Nurse (ICWN) ใหม่ มอบหมายให้หัวหน้า Ward และพยาบาล In-charge ในแต่ละเวร เป็นผู้กำกับติดตาม
4. ด้านการควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพ	<ul style="list-style-type: none">- มีระบบขออนุมัติแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (Post Authorization) หลังให้ยาที่จำกัดการใช้ 4 วัน และมีการติดตามประเมินการใช้ (Prospective Audit) ในกลุ่มยาที่ควบคุมการใช้- มีระบบทบทวนการสั่งใช้ยาภายใน 72 ชั่วโมงหลังเริ่มใช้ยา พร้อมข้อเสนอแนะกลับ (Feedback) และ/หรือ De-escalation และมีการติดตามผลการรักษา- มีระบบ IT ช่วยในการตัดสินใจเลือกใช้ยาต้านจุลชีพ	<ul style="list-style-type: none">- ปรับปรุงแนวทางการใช้ยาต้านจุลชีพให้เป็นปัจจุบันตาม Antibiogram ของโรงพยาบาลสำหรับการรักษาแบบ Empiric Therapy- เพิ่มมาตรการควบคุมกำกับการใช้ยา ดังนี้<ul style="list-style-type: none">● De-escalate หลังใช้ Antibiotic Broad spectrum 3 วัน (Clinical ดี) เป็น Narrow spectrum; กรณีผล	<ul style="list-style-type: none">- การใช้โปรแกรม AMASS ประมวลผล/วิเคราะห์สถานการณ์เชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล ; ทำแนวทางการใช้ยาในโรงพยาบาล แบบ Empiric Therapy- เพิ่มมาตรการเฉพาะในกลุ่มโรค Community Acquired Pneumonia (CAP), Methicillin Resistance <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA), Asymptomatic Urinary Tract Infection, <i>Clostridium difficile</i>, Skin & Soft Tissue Infection: ทำแนวทางการใช้ยาเฉพาะโรคผูกกับ ICD 10



ตารางที่ 1 กิจกรรมการพัฒนาระบบจัดการเชื้อดื้อยาอย่างบูรณาการในแต่ละปีของโรงพยาบาลลำพูน (ต่อ)

ประเด็น	การพัฒนาปี 2564	พัฒนาปี 2565	พัฒนาปี 2566
4. ด้านการควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพ (ต่อ)	<ul style="list-style-type: none"> - มีระบบเตือนการใช้ Antibiotic ใน 4 โรค URI, Diarrhea, แผลสด และหญิงคลอดปกติ แก่แพทย์ผู้สั่งใช้ - ปรับขนาดยาตามภาวะตับ/ไต - Switch Therapy IV to Oral - การเฝ้าระวัง Drug Interaction - การเตือนเมื่อมีการใช้ยาปฏิชีวนะซ้ำซ้อนโดยไม่จำเป็น - ติดตาม Adverse Drug Reaction (ADR) จากยา - การปรับการใช้ยาให้เหมาะสมตามหลัก Pharmacokinetic/ Pharmacodynamic (PK/PD) - มีการฝึกอบรมความรู้วิชาการ มีการติดตามปริมาณและมูลค่าการใช้ยาด้านจุลชีพ 	<ul style="list-style-type: none"> ● Culture : No Growth (NG) ของแพทย์พิจารณาทำ De-escalate (Clinical ดี) ● ทำ Antibiotic Auto Stop : Antibiotic ฉีดทุกตัวในโรงพยาบาล ; ให้อาา 7 วัน Off การใช้ยา Antibiotic หลากหลาย (Antibiotic mixing) ; Empiric Therapy Antibiotic ที่ไม่ใช่ยาตัวเดิม ๆ ● การสั่งใช้ยาฉีดต้านจุลชีพแบบผู้ป่วยนอก (OPAT) ; Ertapenem/ Ceftriaxone - Lock รหัสยา Antibiotic กับบางรหัส ICD 10 ใน 2 กลุ่มโรค (URI, Diarrhea) - สรุปผลการดำเนินงาน และสะท้อนกลับให้คณะกรรมการ Patient Care Team (PCT) 	<p>Pop up ให้แพทย์เลือกใช้ยา</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antibiotic Time Out : ไม่ใช่ Antibiotic ที่ไม่มีข้อบ่งชี้ตั้งแต่แรก: Artificial Intelligence Chest X-Ray (AI CXR) วินิจฉัย Infection - AMR alert อย่างเป็นทางการ (LAB Alert, ASP Response, IC Response) : มีความเชื่อมโยงกัน อย่าง Real Time เพื่อแจ้งแพทย์ปรับเปลี่ยนการสั่งใช้ Antibiotic ภายใน 1 ชม.



การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลอัตราเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด และปริมาณการใช้ยาต้านจุลชีพในรูปแบบขนาดยา กำหนดต่อ 100 วันนอน และมูลค่าการใช้ยาต้านจุลชีพ

ปริมาณการใช้ยา

การศึกษานี้คำนวณปริมาณการใช้ยาในรูปแบบขนาดยา

กำหนดต่อ 100 วันนอน (DDD/100 วันนอน) ซึ่งเป็นปริมาณการใช้เหมาะสมของขนาดยาในการรักษา แต่เป็นหน่วยที่ใช้ประโยชน์ในการเปรียบเทียบปริมาณการใช้⁷ ยาเฉลี่ยต่อวันในข้อบ่งใช้หลัก สำหรับผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่ โดยไม่ได้บ่งบอกความถูกต้อง

$$\text{DDD (เป็นกรัม) / 100 วันนอน} = \frac{\text{(ปริมาณยาที่ใช้ทั้งหมดในหน่วย gram)} \times 100}{\text{DDD} * \text{จำนวนวันนอน}}$$

* ค่า DDD ที่กำหนดโดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ของแต่ละตัวยา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบประเมินการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการในโรงพยาบาล ((EE-AMR Tool, Thailand) ของกระทรวงสาธารณสุข

ผลการวิจัย

1. อัตราเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดในโรงพยาบาล

และร้อยละอัตราตาย, ความถี่/แสนประชากร เชื้อดื้อยาในกระแสเลือด และอัตราตายจากเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดในปี 2566 ลดลง เป็นร้อยละ 18.9, 655.4/แสนประชากร อัตราตายร้อยละ 16.4 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ร้อยละเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด, อัตราต่อแสนประชากรเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดในโรงพยาบาลลำพูน และอัตราตายจากเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดในปี 2564 – 2566

เชื้อดื้อยา	ปี 2564			ปี 2565			ปี 2566		
	ร้อยละ	อัตราต่อแสนประชากร	อัตราตาย	ร้อยละ	อัตราต่อแสนประชากร	อัตราตาย	ร้อยละ	อัตราต่อแสนประชากร	อัตราตาย
1. Methicillin Resistant <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA)	0	0	NA	0	0	NA	0	0	NA
2. Vancomycin Resistant <i>Enterococci spp.</i> (VRE)	0	0	NA	18	420	100	0	0	NA



ตารางที่ 2 ร้อยละเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด, อัตราต่อแสนประชากรเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดในโรงพยาบาลลำพูน และอัตราตายจากเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดในปี 2564 – 2566 (ต่อ)

เชื้อดื้อยา	ปี 2564			ปี 2565			ปี 2566		
	ร้อยละ	อัตราต่อแสนประชากร	อัตราตาย	ร้อยละ	อัตราต่อแสนประชากร	อัตราตาย	ร้อยละ	อัตราต่อแสนประชากร	อัตราตาย
3. Penicillin Resistant <i>Streptococcus pneumoniae</i>	NA	0	NA	NA	0	NA	NA	0	NA
4. Fluoroquinolone resistant <i>Salmonella spp.</i>		0	NA	NA	0	NA	NA	0	NA
5. Third generation Cephalosporin Resistant <i>Escherichia coli</i> (3GC - NS <i>E.coli</i>)	69	1,041	62	72	1,819	54	70	1,995	71
6. Carbapenem Resistant <i>Escherichia coli</i>	8	116	100	0	0	NA	0	0	NA
7. Third Generation Cephalosporin Resistant <i>Klebsiella pneumoniae</i> (3GC -NS <i>K. pneumoniae</i>)	60	694	33	43	840	67	25	285	0
8. Carbapenem Resistant <i>Klebsiella pneumoniae</i>	40	463	50	21	420	33	0	0	NA
9. Carbapenem Resistant <i>Pseudomonas aeruginosa</i>	60	347	0	73	1,119	50	0	0	NA
10. Carbapenem resistant <i>Acinetobacter baumannii</i>	91	2,313	70	94	4,616	54	94	4,274	93
ค่าเฉลี่ย	32.8	497.4	31.5	32.1	923.4	35.8	18.9	655.4	16.4

* ข้อมูลวิเคราะห์จากโปรแกรม AMASS Ver 2.0 (โปรแกรมส่วนกลางวิเคราะห์สถานการณ์เชื้อดื้อยาในกระแสเลือด ของกองบริหารสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข)



2. ปริมาณการใช้ยาต้านจุลชีพในรูปแบบขนาด และมูลค่าการใช้ยาต้านจุลชีพรวมทั้งหมดและ
ยากำหนดต่อ 100 วันนอนและมูลค่าการใช้ยาต้านจุลชีพ เฉพาะยาต้านจุลชีพที่ควบคุม 11 รายการในปี 2566
ปริมาณการใช้ยาต้านจุลชีพ (DDD/100 วันนอน) เพิ่มขึ้นเป็น 91.82 และ 23.28 ดังตารางที่ 3 และ 4

ตารางที่ 3 ปริมาณและมูลค่าการใช้ยาต้านจุลชีพจ่ายออกจากคลังยา

รายการ	ปี 2564		ปี 2565		ปี 2566	
	DDD	มูลค่า (บาท)	DDD	มูลค่า (บาท)	DDD	มูลค่า (บาท)
ปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานผู้ป่วยนอก	6.63 (DDD/1,000 visit/วัน)	3,773,049.86	6 (DDD/1,000 visit/วัน)	1,813,946.01	3.8 (DDD/1,000 visit/วัน)	2,186,845.77
ปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานผู้ป่วย รพ.สต.	0.46 (DDD/1,000 visit/วัน)	49,431.34	0.24 (DDD/1,000 visit/วัน)	39,758.84	0.10 (DDD/1,000 visit/วัน)	32,755.96
ปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะชนิดฉีดผู้ป่วยใน	86.05 (DDD/100 วันนอน)	8,716,784	82.50 (DDD/100 วันนอน)	8,327,942.64	91.43 (DDD/100 วันนอน)	9,124,425.01
DDD รวม (DDD/100 วัน)	93.14 (DDD/100 วันนอน)	12,539,265.20	83.13 (DDD/100 วันนอน)	10,181,647.49	91.82 (DDD/100 วันนอน)	11,344,026.74



ตารางที่ 4 ปริมาณ(DDD /100วันนอน) และมูลค่าการใช้ยาต้านจุลชีพที่ควบคุม 11 รายการ คิดจากข้อมูลจ่ายจากคลังยา

รายการยา	ปี 2564		ปี 2565		ปี 2566	
	DDD/ 100 วันนอน	มูลค่า (บาท)	DDD/ 100 วันนอน	มูลค่า (บาท)	DDD/ 100 วันนอน	มูลค่า (บาท)
1. Colistin 150 mg Inj.	2.91	397,691.40	5.94	710,002	4.50	411,800.29
2. Ertapenem 1 g Inj.	0.51	491,272.08	0.89	1,063,318	1.05	953,884.68
3. Levofloxacin 750 mg Inj.	0.52	114,497.01	1.4	308,802	2.57	418,190
4. Meropenem 1 g Inj.	6.8	1,779,994.09	9.38	2,274,070	9.47	1,756,581.33
5. Piperacillin + Tazobactam 4.5 g Inj.	2.39	851,224.90	3.31	989,702	3.43	783,724.89
6. Sulbactam + Cefoperazone 1.5 g Inj.	0	0	0.05	21,022	0.08	42,941.80
7. Imipenem + Cilastatin 1 g Inj.	0.018	43,921.15	0.09	147,211	0.35	240,544.38
8. Vancomycin 500 mg Inj.	0.59	205,430.22	0.53	143,107	0.65	112,031.09
9. Fosfomycin 4 g Inj.	NA	NA	NA	NA	1.15	798,053.53
10. Ceftazidime + Avibactam 2.5 g Inj.	NA	NA	NA	NA	NA	355,709
11. Tigecycline 50 mg Inj.	NA	NA	NA	NA	0.03	93,174.43
รวม	13.73	3,884,030.85	21.59	5,657,233.94	23.28	5,966,635.42

3. คะแนนการประเมินระบบการจัดการ AMR
อย่างบูรณาการ

ประเมินโรงพยาบาลที่มีระบบการจัดการ AMR
อย่างบูรณาการ จากคะแนนการประเมินตนเองการ
จัดการ AMR อย่างบูรณาการ (Integrated AMR Management

:IAM) ในปี 2566 โรงพยาบาลลำพูน ได้คะแนน
ประเมินรวม 463 คะแนน จากคะแนนเต็ม 500
คะแนน คิดเป็นร้อยละ 92.6 ระดับ Advance
[มีการดำเนินการขั้นสูง (Advance) \geq 350 คะแนน]
คะแนนประเมินในด้านต่าง ๆ ดังตาราง ที่ 5



ตารางที่ 5 คะแนนการประเมินตนเอง การจัดการ AMR อย่างบูรณาการ

มาตรการ	ปีงบประมาณ 2564		ปีงบประมาณ 2565		ปีงบประมาณ 2566	
	รอบ 1	รอบ 2	รอบ 1	รอบ 2	รอบ 1	รอบ 2
1. ด้านนโยบาย & มาตรการ	75	75	75	75	100	100
2. ด้าน Lab	85	82	82	85	80	75
3. ด้าน ASP	98	98	98	98	98	98
4. ด้าน IC	88	95	95	90	90	95
5. ด้านวิเคราะห์ & บูรณาการ	90	90	85	85	75	95
รวม	436	440	435	433	443	463

4. ผลการติดตามการใช้ยาต้านจุลชีพที่ควบคุมบนหอผู้ป่วย (Pharmacy Intervention) ร้อยละการ suggestion ในปี 2564 – 2566 ร้อยละ 31.05 , 27.09 และ 21.79 ของใบสั่งใช้ยา

ด้านจุลชีพที่ติดตามทั้งหมดในแต่ละปี ตามลำดับในการ Suggest แต่ละปี ส่วนใหญ่ Suggestion ในเรื่อง Adjust Dose, De-escalate, Off Antibiotic เข้าห้อง/ครบการรักษา ตามลำดับ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ร้อยละการ Suggestion จากการติดตามการใช้ยาต้านจุลชีพที่ควบคุม บนหอผู้ป่วย (Pharmacy Intervention)

ร้อยละการ Suggestion	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566
ร้อยละการ Suggestion ทั้งหมด	31.05	27.09	21.79
1. Adjust Dose	82.32	87.5	88.86
2. De-escalate	6.89	5.55	5.2
3. Need Drug Additional	4.74	0.34	3.72
4. Off Antibiotic	4.72	4.51	4.23
5. ADR Suggestion	1.72	2.08	2.05
6. Switch Therapy	0	0	0



อภิปรายและสรุปผลงานวิจัย

การศึกษานี้ได้มีการพัฒนาระบบการจัดการเชื้อดื้อยาอย่างบูรณาการในโรงพยาบาลลำพูนอย่างต่อเนื่อง มีแผนการดำเนินการพัฒนาเป็นระยะ ๆ ทุกปี การพัฒนาโดยใช้คู่มือประเมินการจัดการการดื้อยาด้านจุลชีพอย่างบูรณาการในโรงพยาบาล (EE-AMR Tool, Thailand) ของกระทรวงสาธารณสุข และความคิดนอกกรอบอาศัยการวิเคราะห์แบบ GAP Analysis, SWOT Analysis ผลการศึกษาพบว่าอัตราเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดในปี 2566 ลดลงจากปี 2565 และ 2564 เป็นร้อยละ 18.9 ความถี่ต่อแสนประชากร 655.4/แสนประชากร และไม่พบเชื้อดื้อยา *Pseudomonas aeruginosa* ที่ดื้อต่อ Carbapenem, *K. pneumoniae*/*E. coli* CRE ในกระแสเลือด ซึ่งแสดงถึงกระบวนการควบคุมการใช้ยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล (ASP) อยู่ในขั้นดีและเชื้อ A.B MDR มีแนวโน้มลดลงจากปี 2565 และไม่พบเชื้อ MRSA, VRE ในกระแสเลือด แสดงถึงมาตรการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลค่อนข้างเข้มแข็งสอดคล้องกับการศึกษาของ Mohammad Sistanizada และคณะในปี ค.ศ. 2013⁸ และ Amy L. Pakyz และคณะในปี ค.ศ. 2009⁹ พบว่าหลังควบคุมการใช้ยาในกลุ่ม Carbapenem เชื้อ *Pseudomonas spp.* ไวต่อยาเพิ่มขึ้น จากคะแนนประเมินตนเองการจัดการ AMR อย่างบูรณาการในปี 2566 โรงพยาบาลลำพูนได้คะแนนประเมินรวม 463 คะแนน จากคะแนนเต็ม 500

คะแนน คิดเป็นร้อยละ 92.6 ระดับ Advance แต่ปริมาณการใช้ยาด้านจุลชีพ (DDD/100 วันนอน) และมูลค่าการใช้ยาด้านจุลชีพรวมทั้งหมดและเฉพาะยาด้านจุลชีพที่ควบคุม 11 รายการ ในปี 2566 เพิ่มขึ้นเป็น 91.82 และ 23.28 ตามลำดับมูลค่ายาด้านจุลชีพรวม และยาด้านจุลชีพที่ควบคุม 11 รายการ เพิ่มขึ้นเป็น 11,344,026.74 บาท และ 5,966,635.42 บาท ตามลำดับ ซึ่งปริมาณการใช้ยาที่เพิ่มขึ้นนั้นสาเหตุจากโรงพยาบาลรับ Refer จากโรงพยาบาลชุมชน หรือรับ Refer กลับจากโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลแพทย์ เชื้อดื้อยามาจากชุมชนเป็นส่วนใหญ่ พบอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (HAI) ในปี 2566 ร้อยละ 10.63 เชื้อที่พบส่วนใหญ่จะเป็นเชื้อจากชุมชน (CI) ร้อยละ 89.37 อีกทั้งผลเพาะเชื้อ No Growth ค่อนข้างมาก และมีการใช้ยาต้านจุลชีพ ซึ่งโรงพยาบาลลำพูนไม่มีแพทย์โรคติดเชื้อ ช่วยประเมินการวินิจฉัยภาวะการติดเชื้อตั้งแต่แรก จึงไม่สามารถควบคุมการสั่งใช้ยาของแพทย์ตั้งแต่วันแรก ทำให้ปริมาณการใช้ยาด้านจุลชีพยังสูงอยู่ รวมถึงบางหอผู้ป่วยยังไม่ปฏิบัติตามมาตรการ IC ขาดการควบคุมกำกับเจ้าหน้าที่ให้ปฏิบัติตามมาตรการ IC เนื่องจากความแออัดของเตียงผู้ป่วย ไม่สามารถรับย้ายผู้ป่วยระหว่างหอผู้ป่วยได้ เจ้าหน้าที่เปลี่ยนบ่อย/ไม่เพียงพอ ทำให้ภาระงานมาก จึงไม่ได้ตระหนักถึงความสำคัญในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ทำให้มีการใช้ยาด้านจุลชีพเพิ่มขึ้น เชื้อดื้อยาในกระแสเลือดที่พบมากที่สุดที่โรงพยาบาลลำพูน



คือ เชื้อ A.B MDR พบ 4,274/แสนประชากร ซึ่งเกิดจากไม่ปฏิบัติตามมาตรการ IC ทำให้มีการใช้ยาต้านจุลชีพมากขึ้น และปริมาณการสั่งใช้ยายังไม่ลดลง อาจจำเป็นต้องใช้มาตรการอื่นร่วมด้วย เช่น มาตรการ IC, การ Restricted ยาต้านจุลชีพ บางรายการแบบ Preauthorize ให้แพทย์เฉพาะทางโรคปอดสั่งใช้ได้เท่านั้นเช่น Ceftazidime+ Avibactam, Tigecycline Inj. เป็นต้น หรือการติดตามการปฏิบัติตามมาตรการควบคุมการใช้ยา (ASP) เช่น De-escalate ในอนาคตอาจมีการเยี่ยมชมตรวจการใช้ยาต้านจุลชีพที่ควบคุมโดยแพทย์โรคติดเชื้อ อาจลดการใช้ยาต้านจุลชีพตั้งแต่แรกได้ และผู้บริหารควรสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันเชื้อดื้อยา และออกนโยบายผลักดันมาตรการควบคุมเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล ส่งผลให้ปริมาณการสั่งใช้ยาลดลงได้

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารโรงพยาบาล ควรมีการประกาศใช้มาตรการควบคุมการใช้ยาต้านจุลชีพ และมาตรการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลที่เข้มแข็ง พร้อมสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล
2. สร้างทีมเครือข่ายควบคุมเชื้อดื้อยาในจังหวัด โดยมีการส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยเชื้อดื้อยาไปยังโรงพยาบาลชุมชน และ รพ.สต. เพื่อลดเชื้อดื้อยาในชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูน หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม แพทย์ พยาบาล และเภสัชกรที่อนุเคราะห์การดำเนินงานวิจัยนี้จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Infectious Diseases Society of America. Combating antimicrobial resistance: policy recommendations to save lives. Clinical Infectious Diseases. 2011;52(5):S397-428.
2. นิธิมา สุ่มประดิษฐ์, ศิริตรี สุทธจิตต์, สิตานันท์ พูลผลทรัพย์, รุ่งทิพย์ ชวนชื่น, ภูษิต ประคองสาย. ภูมิทัศน์ของสถานการณ์และการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2558.
3. O'Neill J. Review on antimicrobial resistance. Antimicrobial resistance: Tackling a crisis for the health and wealth of nations; 2014.
4. ภาณุมาศ ภูมาศ, ดวงรัตน์ โพธิ์, วิษณุ ธรรมลิขิตกุล, อาทร รั้วไพบูลย์, ภูษิต ประคองสาย, สุกพล ลิ้มวัฒนานนท์. ผลกระทบด้านสุขภาพและเศรษฐศาสตร์จากการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศไทย: การศึกษาเบื้องต้น. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2555;6(3):352-60.



5. แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560–2564 กระทรวงสาธารณสุข. [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [สืบค้นเมื่อ 10 สิงหาคม 2566]; สืบค้นได้จาก: <http://narst.dmsc.moph.go.th/documentation/AMR%20strategy%202560-2564.pdf>
6. คู่มือประเมินการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการในโรงพยาบาล (EE-AMR Tool, Thailand). [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 12 สิงหาคม 2566]; สืบค้นได้จาก: https://amrthailand.net/uploads/strategy/90/11_Development_of_National_Guideline_for_assessing_the_Integrated_Antimicrobial_Management_Resistance_Management_in_hospital.pdf
7. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. ATC/DDD Index. [Internet]. 2015 [cited 20 July 2023]; Available from: http://www.whocc.no/atc_ddd_index/
8. Sistanizad M, Kouчек M, Miri M, Goharani R, Solooki M. Carbapenem restriction and its effect on bacterial resistance in an intensive care unit of a teaching hospital. Iranian Journal of Pharmaceutical Research 2013; 12(3):503-9.
9. Pakyz AL, Oinonen M, Polk RE. Relationship of carbapenem restriction in 22 university teaching hospitals to carbapenem use and carbapenem-resistant *Pseudomonas aeruginosa*. Antimicrobial agents and chemotherapy 2009; 53(5): 1983-6.