



การพัฒนาแบบการเฝ้าระวังการกระจายยาที่ไม่เหมาะสมสู่ร้านชำในชุมชน
จังหวัดกำแพงเพชร

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

ธฤตวัน พระพิจิตร¹, ปริญญ์ สกุนพงษ์²
Tharitwan Prapijit¹, Parinya Sakunphong²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ เพื่อหาแบบการเฝ้าระวังการกระจายยาที่ไม่เหมาะสมสู่ร้านชำในชุมชน จังหวัดกำแพงเพชร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ประกอบการร้านชำ 216 แห่ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบฟอร์มเฝ้าระวังการกระจายยาที่ไม่เหมาะสมสู่ร้านชำในชุมชน รูปแบบ Google Form โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2566 ถึงมกราคม 2567 วิจัยดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ 1. การวางแผน 2. การปฏิบัติ 3. การสังเกต 4. การสะท้อนกลับ การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็นเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษา ได้รูปแบบการเฝ้าระวังการกระจายยาที่ไม่เหมาะสมสู่ร้านชำในชุมชน จังหวัดกำแพงเพชร โดยใช้แบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้นในรูปแบบ Google Form ซึ่งมีขั้นตอนดำเนินการดังนี้ 1) สำรวจประเภทยา แหล่งต้นทางการกระจายยา ลักษณะยาที่ไม่ปลอดภัยในร้านชำ 2) สำรวจปัจจัยที่มีผลต่อการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมในร้านชำ 3) วัดผลความรู้ก่อนให้ความรู้แก่ผู้ประกอบการเกี่ยวกับยาในร้านชำ 4) ติดตามผล หลังจากดำเนินการตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ระยะเวลาห่าง 1 เดือน เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงโดยวัดผลความรู้เกี่ยวกับยาในร้านชำและตรวจสอบยาที่จำหน่ายในร้านชำ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับยาในร้านชำมากขึ้น และร้านชำมีการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมลดลงจากร้อยละ 97.69 เป็นร้อยละ 37.50 สรุปผลและข้อเสนอแนะ การพัฒนาแบบการเฝ้าระวังฯ ทั้ง 4 ขั้นตอน สามารถแก้ปัญหาการกระจายยาที่ไม่เหมาะสมได้ภายใต้การมีส่วนร่วมของเครือข่ายทุกภาคส่วน โดยรูปแบบการเฝ้าระวังฯ เป็นเครื่องมือที่ทำให้ผู้ประกอบการร้านชำมีความรู้และจำหน่ายยาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

คำสำคัญ: รูปแบบ การเฝ้าระวัง การกระจายยาที่ไม่เหมาะสม ร้านชำ

¹ เกษัชกรชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร

¹ Pharmacist, Senior Professional Level. Division of Consumer Protection and Public Health Pharmacy, Kamphaeng Phet Public Health Office. Email : achirawat768@gmail.com

² เกษัชกรชำนาญการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร

² Pharmacist, Professional Level. Division of Consumer Protection and Public Health Pharmacy, Kamphaeng Phet Public Health Office. Email : pharm.parinya@gmail.com



Abstract

This research is action research aimed to development of surveillance model in improper drug distribution of grocery store in Kamphaeng Phet Province. The sample group consists of 216 grocery store operators. The research tool used was a surveillance form in Improper drug distribution of grocery store in the form of Google Form., The research data was collected between October 2023 and January 2024. The research process was divided into 4 phases: 1. Planning, 2. Action, 3. Observing, and 4. Reflecting. Data analysis was conducted quantitatively and qualitatively by using descriptive statistics. The results of the study were a surveillance model in improper drug distribution of grocery store in Kamphaeng Phet province, using a form developed in the form of Google Form, which has the following steps: 1) Survey the type of medicine. source of drug distribution and characteristics of unsafe drugs in grocery stores 2) Explore factors affecting the distribution of inappropriate drugs in grocery stores 3) Measure knowledge before educating entrepreneurs about drugs in grocery stores 4) Follow up after implementing the developed model for 1 month to study changes. It measures knowledge about drugs in grocery stores and inspects drugs sold in grocery stores. It was found that the sample had more knowledge about drugs in grocery stores. and grocery store sales of inappropriate drugs decreased from 97.69% to 37.50%. In conclusion, developing a surveillance model in all 4 steps can solve the problem of improper drug distribution under the participation of networks in all sectors. The surveillance model is a tool that gives grocery store entrepreneurs knowledge and the ability to sell drugs correctly and appropriately.

Keywords : Pattern, Surveillance, Improper drug distribution, Grocery stores

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยอย่างต่อเนื่องโดยจากแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ ตามโครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพมุ่งเน้นให้พัฒนาศักยภาพสร้างความตระหนักให้แก่ผู้ประกอบการบังคับใช้กฎหมายด้านคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อให้ประชาชนได้รับโรคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีคุณภาพปลอดภัย¹ รวมถึงการเข้าถึงข้อมูลการบริการสุขภาพคือ ข้อมูลเกี่ยวกับยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง และครบถ้วน ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงของสังคมในปัจจุบันนี้ได้เกิดช่องทางการบริการประชาชนในการเลือกใช้อย่างเหมาะสมเกิดเพิ่มขึ้นหลายช่องทางที่นอกเหนือจากการปรึกษาแพทย์ในโรงพยาบาล เภสัชกรประจำร้านขายยา คือ การปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกรผ่านแพลตฟอร์มทางอินเทอร์เน็ต แม้การพัฒนาในรูปแบบดังกล่าวจะช่วยทำให้ประชาชนเข้าถึงการใช้อย่างง่ายขึ้น แต่ก็ยังมีประชาชนบางกลุ่มที่เมื่อเกิดการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยมักเลือกใช้บริการร้านชำ เนื่องจากเป็นหน่วยบริการที่ใกล้และสะดวกที่สุด ทำให้ร้านชำเป็นสถานที่ที่ประชาชนสามารถเข้าถึงยาได้ง่ายที่สุด จากการจัดลำดับความสำคัญของสินค้าที่ไม่ปลอดภัย พบว่ายาไม่เหมาะสมในร้านชำเป็นปัญหา 3 ลำดับแรกส่งผลให้มีประชาชนเจ็บป่วย ต้องเข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลถึงร้อยละ 10 เกิดการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น หรือเกิดการแพ้ยาซ้ำ²

ทั้งนี้ ร้านชำจึงเป็นแหล่งกระจายยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพได้ง่ายยิ่งขึ้น ส่งผลให้เกิดการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมอย่างกว้างขวาง จากการศึกษาในอดีตพบว่าร้านชำในชุมชนส่วนใหญ่มีการจำหน่ายยาอันตราย ทำให้ประชาชนเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นจากยา การรักษาไม่ได้ผล เพิ่มความรุนแรงของโรค และเสี่ยงต่อการเกิดอาการที่ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา นอกจากนี้ ยังทำให้เสียเงินโดยเปล่าประโยชน์อีกด้วย เพื่อให้ร้านชำในชุมชนมีความรู้และเป็นร้านชำที่ได้มาตรฐาน และช่วยส่งเสริมให้ประชาชนมีความปลอดภัยและมีความเสี่ยงจากการใช้ยาลดลง จึงเกิดโครงการการดำเนินงานเฝ้าระวังการจำหน่ายยาอันตรายในร้านชำ เพื่อเฝ้าระวังการจำหน่ายยาอันตรายและลดจำนวนร้านชำที่จำหน่ายยาอันตราย พร้อมทั้งปรับแนวทางการให้ความรู้ และการชี้แจงโทษของการจำหน่ายยาอันตรายให้ผู้ประกอบการจึงทำให้จำนวนร้านชำที่จำหน่ายยาอันตรายมีปริมาณลดลงอย่างต่อเนื่อง³

จากข้อมูลการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร ในไตรมาสที่ 1 และ 2 ของปี พ.ศ. 2566 มีร้านชำจำนวนทั้งหมด 156 ร้าน พบการจำหน่ายยาประเภทแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ (ยาบรรจุเสร็จ) ยาอันตราย ผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ไม่ใช่สำหรับขายทั่วไป ยาที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนตำรับ และยาชุด คิดเป็นร้อยละ 57.05 45.51 37.18 12.82 และ 5.77 ตามลำดับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งยาประเภทอันตรายร้อยละ 45.51 นั้น แบ่งเป็นยาอันตรายประเภทยาปฏิชีวนะ ร้อยละ 29.52 ซึ่งยาประเภทนี้สามารถหยุดยั้งการเจริญและ

ทำลายแบคทีเรียอื่น ๆ หากมีการใช้อย่างไม่เหมาะสม โดยมีการสั่งใช้โดยผู้ที่ไม่ใช่แพทย์หรือเภสัชกร อาจทำให้เกิดปัญหาการรักษาที่ไม่ถูกต้องกับโรค เกิดปัญหาดีดยา หรือแพ้ยาตามมาได้⁴ รวมทั้ง ผลข้างเคียงจากการใช้ยาชุด หรือยาที่ไม่ได้ขึ้น ทะเบียนตำรับที่มีส่วนผสมของสเตียรอยด์ อาจนำมาสู่ปัญหาสุขภาพ เช่น การเกิดภาวะคุชชิง (Cushing's syndrome) หรือต่อมหมวกไตบวมพร่อง ดังนั้น การให้ความรู้ คำแนะนำแก่ประชาชนจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำให้เกิดความสำเร็จของการป้องกันการ กระจายยาที่ไม่เหมาะสมสู่ร้านชำในชุมชนได้⁵

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยได้ตระหนักถึง ความสำคัญของร้านชำในชุมชน ในการให้ผู้บริโภค สามารถเลือกซื้อ เลือกบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่าง ถูกต้องและเหมาะสม มีความปลอดภัย ไม่เกิดอาการ ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะ พัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังการกระจายยาที่ไม่เหมาะสม สู่ร้านชำในชุมชน ตลอดจนกระบวนการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรคและการแก้ไข ในพื้นที่จังหวัด กำแพงเพชร เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการดำเนินงานการ ควบคุมดูแลร้านชำให้มีมาตรฐานนี้เป็นวงกว้างต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังการกระจาย ยาที่ไม่เหมาะสมสู่ร้านชำในชุมชน จังหวัดกำแพงเพชร
2. เพื่อเปรียบเทียบการจำหน่ายยาที่ไม่ เหมาะสมของร้านชำทั้งก่อนและหลังจากการพัฒนา รูปแบบการเฝ้าระวังฯ
3. เพื่อให้ร้านชำในชุมชนมีการจำหน่ายยา ที่ถูกต้องเหมาะสม เช่น การจำหน่ายเฉพาะยาสามัญ

ประจำบ้าน ยาที่ได้ขึ้นทะเบียนจากสำนักงาน คณะกรรมการอาหารและยา เป็นต้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1. ขั้นตอนการวางแผน ศึกษาข้อมูลปฏิบัติการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมใน ร้านชำ ประชุมวางแผน ทบทวนให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ งานคุ้มครองผู้บริโภค และพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังการ จำหน่ายยาในร้านชำ 2. ขั้นตอนปฏิบัติ ดำเนินการตาม กระบวนการที่วางแผนร่วมกัน โดยเก็บข้อมูลร้านชำเป็น ทีมร่วมกับเจ้าหน้าที่งานคุ้มครองผู้บริโภค และให้ คำแนะนำผู้ประกอบการ 3. ขั้นตอนการสังเกต รวบรวม ข้อมูลปฏิบัติการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมในร้านชำ ในครั้งที่ 1 จากนั้นติดตามร้านชำเพื่อเก็บข้อมูลอีกครั้ง ระยะเวลา 1 เดือน เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลง 4. ขั้นตอน การสะท้อนกลับ ส่งต่อข้อมูลที่ประมวลผลแล้วให้แก่ละ พื้นที่ เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลกัน และร่วมพัฒนารูปแบบ การเฝ้าระวังการกระจายยาที่ไม่เหมาะสมสู่ร้านชำใน ชุมชน จังหวัดกำแพงเพชร โดยในแต่ละขั้นตอนการวิจัย นั้นจะให้โอกาสผู้เข้าร่วมการศึกษามีการสะท้อน ความเห็นกลับ (Reflective Process) โดยผู้เข้าร่วม การศึกษาแสดงความยินยอมในการให้ข้อมูลโดยลงชื่อ เป็นลายลักษณ์อักษรบนหนังสือแสดงความยินยอม เข้าร่วมโครงการวิจัยในการนำข้อมูลดังกล่าว มาวิเคราะห์เป็นภาพรวมในงานวิจัย และมีระยะเวลา ในการวิจัยเดือนตุลาคม 2566 ถึงมกราคม 2567

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ผู้ประกอบการ หรือตัวแทนของร้านชำ จังหวัดกำแพงเพชร ทั้งหมด

216 คน คิดเป็นร้อยละ 10.99 จากประชากรร้านชำ 1,964 แห่ง โดยอิงจากจำนวนประชากรหลักพัน⁶ ควรมีขนาดกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงร้อยละ 10 - 15

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบฟอร์มที่พัฒนามาจากแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดการวิจัยและดัดแปลงจาก อัปสร บุญยั้ง⁷ เพื่อใช้ในการรวบรวมข้อมูลผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสมในชุมชน และรูปแบบการเฝ้าระวังการกระจายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสมสู่ร้านชำในชุมชน โดยผ่านการทดสอบคุณภาพด้านความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านเภสัชสาธารณสุข 3 คนและผ่านการตรวจสอบความน่าเชื่อถือ ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.823 ประกอบด้วยคำถามปลายปิดและปลายเปิด แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล และข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย สถานะ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประเภทยาที่จำหน่ายในร้านชำ แหล่งต้นทางการกระจายยา ลักษณะยาที่ไม่ปลอดภัยที่พบในร้านชำ จำนวน 7 ข้อ

- ส่วนที่ 2 ปัจจัยของการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมในร้านชำ ให้กลุ่มตัวอย่างทำเครื่องหมาย ลงในช่องข้อความใช่หรือไม่ใช่ ที่ตรงกับข้อเท็จจริงของตนเองมากที่สุด จำนวน 9 ข้อ

- ส่วนที่ 3 วัดผลความรู้ผู้ประกอบการร้านชำ จำนวน 13 ข้อ คิดคะแนนเป็นหากตอบถูกข้อละ 1 คะแนน รวมคะแนนเต็ม 13 คะแนน จากนั้นสรุปผลเป็น 3 ระดับ คือ ดี พอใช้ และปรับปรุง ดังนี้

● 10 - 13 คะแนน หมายถึง มีความรู้ระดับดี

● 7 - 9 คะแนน หมายถึง มีความรู้ระดับพอใช้

● 0 - 6 คะแนน หมายถึง มีความรู้ระดับปรับปรุง

- ส่วนที่ 4 ข้อคำถามถามปลายเปิดในการสัมภาษณ์ จำนวน 3 ข้อ

ทั้งนี้ เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการวิจัย จะใช้แบบฟอร์มที่พัฒนาในรูปแบบ Google Form ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของร้านชำ ปัจจัยของการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมในร้านชำ รายการความผิดที่พบในร้านชำ แบบวัดผลความรู้เกี่ยวกับยาของผู้ประกอบการร้านชำ แบบสัมภาษณ์ปลายเปิด

3. วิธีการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมความรู้ของผู้ประกอบการและผู้แทนผู้ประกอบการเกี่ยวกับการกระจายยาที่ไม่เหมาะสมสู่ร้านชำในชุมชนก่อนและหลังจากการให้ความรู้จากผู้วิจัยและเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคระดับชุมชน โดยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถาม และข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ ซึ่งข้อคำถามในการสัมภาษณ์ประกอบด้วยคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับยา และปัจจัยของการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมในร้านชำ

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณทำการวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพผู้วิจัยจะรวบรวมข้อมูลที่ได้

จากการสัมภาษณ์ทั้งจากการจดบันทึกและจากการฟังเสียงบันทึก แล้ววิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) เพื่อถอดประเด็นที่เกี่ยวข้อง

5. ขั้นตอนในการวิจัยปฏิบัติการ

ขั้นตอนการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีทั้งหมด 4 ขั้นตอน ได้แก่

1) **ขั้นตอนการวางแผน** ได้แก่ ศึกษาข้อมูลปฏิบัติการการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมในร้านชำ ประชุมวางแผนเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาทบทวนให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่งานคุ้มครองผู้บริโภค และได้พัฒนากระบวนการเฝ้าระวังการจำหน่ายยาในร้านชำ รวมทั้งเตรียมอุปกรณ์ที่จะใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย กล้องถ่ายภาพดิจิทัล อุปกรณ์ช่วยจดบันทึก และเครื่องบันทึกเสียง

2) **ขั้นตอนปฏิบัติ** ดำเนินการตามกระบวนการที่วางแผนร่วมกัน โดยใช้แบบฟอร์มการเฝ้าระวังการกระจายยาที่ไม่เหมาะสมสู่ร้านชำในชุมชนจังหวัดกำแพงเพชร ในรูปแบบ Google Form ทำการเก็บข้อมูลร้านชำร่วมกับทีมเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภค โดยแบ่งทีมตามเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ มีการวัดผลก่อนให้ความรู้และให้ความรู้ผู้ประกอบการเกี่ยวกับยาในร้านชำ

3) **ขั้นตอนการสังเกต** ติดตามร้านชำที่เก็บข้อมูลในครั้งที่ 1 ระยะเวลาห่าง 1 เดือน เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลง โดยมีการวัดผลหลังให้ความรู้และตรวจสอบเพื่อเปรียบเทียบยาที่มีการจำหน่ายในร้านชำ

4) **ขั้นตอนการสะท้อนกลับ** ส่งต่อข้อมูลที่ประมวลผลแล้วให้แก่แต่ละพื้นที่ เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกันและพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังการกระจายยาที่ไม่เหมาะสมสู่ร้านชำ จังหวัดกำแพงเพชร

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร เลขที่โครงการ 66 02 15

ผลการวิจัย

1) ขั้นตอนการวางแผน (Planning)

1. จากการศึกษาข้อมูลปฏิบัติการการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมในร้านชำ จังหวัดกำแพงเพชร โดยใช้แบบฟอร์มการเฝ้าระวังการกระจายยาที่ไม่เหมาะสมในร้านชำก่อนการพัฒนา พบว่าจากการสำรวจร้านชำ 156 แห่ง มีการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ ยาแผนปัจจุบันประเภทยาบรรเทาปวด ร้อยละ 57.05 ยาอันตราย ร้อยละ 45.51 ผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ไม่ใช่สำหรับขายทั่วไป ร้อยละ 37.18 ยาที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนตำรับ ร้อยละ 12.82 และยาชุด ร้อยละ 5.77 ตามลำดับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งยาประเภทอันตรายร้อยละ 45.51 นั้น แบ่งเป็นยาอันตรายประเภทยาปฏิชีวนะ ร้อยละ 29.52

2. ผลการประชุมวางแผนเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาดูโดยทีมเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภค ประกอบด้วย ผู้วิจัย เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 11 คน เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม สำนักงานเทศบาลเมืองกำแพงเพชร 2 คน และเภสัชกรโรงพยาบาลกำแพงเพชร 1 คน และเภสัชกรโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดกำแพงเพชร 11 คน รวม 26 คน โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร ในไตรมาสที่ 1 และ 2 ของปี พ.ศ. 2566 ก่อนการพัฒนารูปแบบ พบว่ามีการติดตามเฝ้าระวังการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมในร้านชำขาดช่วงไป และร้านชำเปิดใหม่ในชุมชนเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งผู้ประกอบการส่วนใหญ่ขาดความรู้เกี่ยวกับ

กฎหมายด้านยาที่ถูกต้อง จนเกิดความสับสนในประเภทยาที่สามารถจำหน่ายได้ในร้านชำ ทำให้ร้านชำมีการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมเพิ่มขึ้น

ผลจากการประชุมส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่าควรมีเครือข่ายการเฝ้าระวังการจำหน่ายยาของร้านชำในแต่ละชุมชนให้ทั่วถึงและครอบคลุม นอกจากนี้ควรให้ความรู้แก่ผู้ประกอบการของร้านชำเพื่อความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับกฎหมายด้านยา

3. การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังการกระจายยาที่ไม่เหมาะสมสู่ร้านชำในชุมชน หลังจากประชุมวางแผนเพื่อหาแนวทางการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน ทีมให้ ความเห็นว่าควรมีการพัฒนาแบบฟอร์มสำหรับการเก็บข้อมูลและเฝ้าระวังการจำหน่ายยาไม่เหมาะสมในร้านชำให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งจังหวัด รวมถึงคู่มือการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชนแก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง จึงเกิดการพัฒนาแบบฟอร์มเป็นรูปแบบ Google Form เพื่อใช้ในการเก็บข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน (Real Time) และนำไปใช้เป็นเครื่องมือในกระบวนการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังการกระจายยาที่ไม่เหมาะสมสู่ร้านชำในชุมชน จังหวัดกำแพงเพชร



ภาพที่ 1 แบบฟอร์มเฝ้าระวังการกระจายยาที่ไม่เหมาะสม (ร้านชำ) จังหวัดกำแพงเพชร ในรูปแบบ Google Form

2) ขั้นตอนปฏิบัติ (Action)

เก็บข้อมูลโดยใช้แบบฟอร์มการเฝ้าระวังการกระจายยาที่ไม่เหมาะสมสู่ร้านชำในชุมชน จังหวัดกำแพงเพชร ในรูปแบบ Google Form ที่ผ่านการ

หารือจากขั้นตอนการวางแผนแล้ว โดยแบ่งทีมตามเขตพื้นที่รับผิดชอบ เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลและให้ความรู้ผู้ประกอบการ กำหนดให้แต่ละอำเภอเก็บข้อมูลอย่างน้อยร้อยละ 10 ของกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งวัดผลความรู้ผู้ประกอบการร้านชำหลังจากให้ความรู้

โดยข้อมูลที่รวบรวมได้แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 216 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.22 อายุ 40 – 59 ปี ร้อยละ 46.76 ระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 55.09 ประเภทที่จำหน่ายในร้านชำ ส่วนใหญ่เป็นยาบรรจสุรีจฯ ร้อยละ 31 แหล่งต้นทางการกระจายยาสู่ร้านชำในชุมชน ส่วนใหญ่เป็น ร้านขายยาแผนปัจจุบัน ประเภท ข.ย.1 ร้อยละ 71.09 ลักษณะยาที่ไม่ปลอดภัยที่พบในร้านชำ ส่วนใหญ่เป็นยาหมดอายุ ร้อยละ 22.75

ส่วนที่ 2 ปัจจัยของการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมในร้านชำ

พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมสู่ร้านชำในชุมชนมากที่สุด คือ การไม่ทราบกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ร้อยละ 94.91 รองลงมา คือ ความต้องการของคนในชุมชน ร้อยละ 70.83 (ตารางที่ 1)

ส่วนที่ 3 ความรู้ผู้ประกอบการร้านชำ

ผู้ประกอบการร้านชำ มีผลการเรียนรู้ก่อนได้รับความรู้ ระดับดี ร้อยละ 0.46 ระดับพอใช้ ร้อยละ 2.78 และระดับปรับปรุง ร้อยละ 96.76 ตามลำดับ



ส่วนที่ 4 คำถามในการสัมภาษณ์
จากข้อคำถามในการสัมภาษณ์ ผู้วิจัย
รวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ทั้งจากการ
จดบันทึกและจากการฟังเครื่องบันทึกเสียง
แล้ววิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis)
เพื่อถอดประเด็นที่เกี่ยวข้อง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของร้านชำจำแนกตามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมในร้านชำ

ปัจจัย	จำนวนร้าน	ร้อยละ
1. เจ้าหน้าที่ตรวจไม่ทั่วถึง	37	17.13
2. ความต้องการของคนในชุมชน/คนในชุมชนเรียกหาให้นำมาจำหน่าย	153	70.83
3. ความต้องการผลกำไร	18	8.33
4. การไม่ทราบกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ	205	94.91
5. การขายตามร้านชำอื่น ๆ	82	37.96
6. การได้รับคำแนะนำจากคนรู้จัก	25	11.57
7. การได้รับคำแนะนำจากร้านขายยา	51	23.61
8. การได้รับคำแนะนำจากรถเร่	87	40.28
9. การได้รับคำแนะนำจากสื่อต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ	10	4.63

โดยในแต่ละข้อคำถามของการวิจัยนั้น
จะสอดแทรกหรือให้โอกาสผู้เข้าร่วมการศึกษาได้มี
การสะท้อนความเห็นกลับ (Reflective Process)
โดยแบ่งตามข้อคำถาม ดังนี้

1. ท่านทราบหรือไม่ว่ายานิดใดที่สามารถ
จำหน่ายและไม่สามารถจำหน่ายได้ในร้านชำ

ประเด็นดังกล่าวสามารถรวบรวมและสรุป
ได้ว่า ส่วนใหญ่ไม่ทราบว่ายาประเภทใดตาม
กฎหมายที่สามารถขายได้หรือขายไม่ได้ในร้านชำ
เนื่องจากไม่มีเจ้าหน้าที่ให้ความรู้และคำแนะนำใน
การขายยาในร้านชำ รวมทั้งพบว่าเจ้าหน้าที่แต่ละ
ส่วนให้ข้อมูลที่คลาดเคลื่อนหรือให้ข้อมูลไม่ละเอียด
ครบถ้วน ประเด็นรองลงมาพบว่าผู้ประกอบการคิด

ว่าร้านชำสามารถจำหน่ายยาทั่วไปที่มีการใช้
แพร่หลายตามท้องตลาดได้ เช่น ทิฟพี ดีคอลเจน
ยาธาตุน้ำขาว น้ำมันมวย แอนตาซิล คลอเฟนิรามีน
 เป็นต้น โดยที่ความเป็นจริงยาดังกล่าวไม่ใช่ยาสามัญ
ประจำบ้าน จึงไม่สามารถจำหน่ายได้ในร้านชำ
ประเด็นถัดไปผู้ประกอบการทราบว่าห้ามมีการ
จำหน่ายยาอันตรายในร้านชำแต่ไม่ทราบว่ายาบรรจุ
เสร็จๆ ก็ไม่สามารถจำหน่ายได้เช่นกัน

2. ท่านสามารถยกตัวอย่างยาที่ไม่ใช่ยา
สามัญประจำบ้าน หรือยาอันตรายได้หรือไม่

ประเด็นดังกล่าวสามารถรวบรวมและสรุป
ได้ว่า ส่วนใหญ่ไม่ทราบประเภทของยาที่ไม่ใช่สามัญ
ประจำบ้าน หรือยาอันตราย ประเด็นรองลงมา

ไม่ทราบว่ามีวิธีสังเกตประเภทยาสามัญประจำบ้านกับยาที่ไม่ใช่สามัญประจำบ้าน และยาอันตรายอย่างไรจึงไม่สามารถยกตัวอย่างได้

3. ท่านเลือกยาเข้ามาจำหน่ายในร้านชำโดยมีวิธีการคัดเลือกหรือได้รับคำแนะนำจากแหล่งใด
ประเด็นดังกล่าวสามารถรวบรวมและสรุปได้ว่าส่วนใหญ่เกิดจากความต้องการของคนในชุมชน/คนในชุมชนเรียกหาให้นำมาจำหน่าย เนื่องจากไม่มีสถานบริการด้านสาธารณสุขในบริเวณใกล้เคียงและผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ยา ประเด็นรองลงมาคือมีรถเร่ขายยาเข้ามาจำหน่ายถึงที่ร้านชำทำให้สะดวกต่อการเลือกซื้อยาเข้ามาจำหน่ายและรถเร่แนะนำว่ายานั้น ๆ ปลอดภัย สามารถจำหน่ายในร้านชำได้ ประเด็นถัดมาเวลาไปเลือกซื้อยา ร้านขายยาแผนปัจจุบันไม่ได้แนะนำว่ายาประเภทใดสามารถ

จำหน่ายในร้านชำได้ จึงเลือกจากยาประเภทที่เป็นที่นิยมและขายดีที่สุด ประเด็นสุดท้ายได้รับชมและฟังจากสื่อโฆษณาประเภทต่าง ๆ รวมถึงโซเชียล เช่น Tiktok ว่ายาตัวไหนดีและมีคนนิยมใช้

3) ขั้นตอนการสังเกต (Observing)

จากการใช้แบบฟอร์มการเฝ้าระวังการกระจายยาที่ไม่เหมาะสมสู่ร้านชำในชุมชน จังหวัดกำแพงเพชร รูปแบบ Google Form สามารถรวบรวมข้อมูลการกระจายยาที่ไม่เหมาะสม ในร้านชำจากการเก็บข้อมูลในครั้งที่ 1 จากนั้นทีมเครือข่ายฯ ได้ติดตามร้านชำที่เก็บข้อมูลอีกครั้ง ระยะเวลาห่าง 1 เดือน เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลง พบว่าผู้ประกอบการร้านชำมีผลการเรียนรู้หลังได้รับความรู้ ระดับดี ร้อยละ 24.54 ระดับพอใช้ ร้อยละ 52.31 และระดับปรับปรุง ร้อยละ 23.15 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 ร้อยละของร้านชำที่พบการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสม (n=216)

หัวข้อ	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2
การจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสม	97.69	37.50

ตารางที่ 3 ร้อยละรายการความผิดที่พบแบ่งตามประเภทของยา

ประเภทยา	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2
ยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ	31	19.90
ยาอันตราย	23.60	1.42
ผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ไม่ใช่สำหรับขายทั่วไป (ไม่ใช่สามัญประจำบ้าน)	20.10	10.90

ผู้ประกอบการเลือกซื้อยาที่ไม่เหมาะสมเข้ามาในร้านชำลดลง ทำให้มีการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมลดลงจากร้อยละ 97.69 เป็นร้อยละ

37.50 (ตารางที่ 2) แบ่งเป็น การจำหน่ายยาอันตราย จากระดับร้อยละ 23.60 ลดลงเป็นร้อยละ 1.42 การจำหน่ายยาบรรจุเสร็จจากร้อยละ 31 ลดลง

เป็นร้อยละ 19.90 การจำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ไม่ใช่ยาสามัญประจำบ้าน จากร้อยละ 20.10 ลดลงเป็นร้อยละ 10.90 (ตารางที่ 3)

4) ขั้นตอนการสะท้อนกลับ (Reflecting)

ผู้วิจัยสรุปและประมวลผลการศึกษาจากระยะที่ 1 ถึงระยะที่ 3 ให้แก่ทีมเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคระดับชุมชน โดยจัดประชุมคืนข้อมูลผ่านระบบ Zoom เพื่อให้เครือข่ายส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคหลังจากลงพื้นที่ดำเนินงานในชุมชน รวมทั้งหาแนวทางพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังการกระจายยาที่ไม่เหมาะสมสู่ร้านชำในชุมชนจังหวัดกำแพงเพชรต่อไป

จากการหารือร่วมกัน ได้พัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังฯ ซึ่งจะดำเนินการโดยให้ทีมเครือข่ายฯ ใช้แบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้นในรูปแบบ Google form ตามขั้นตอนดังนี้ 1) สสำรวจประเภทยา แหล่งต้นทางการกระจายยา และลักษณะยาที่ไม่ปลอดภัยในร้านชำ 2) สสำรวจปัจจัยที่มีผลต่อการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมในร้านชำร่วมกับใช้การสัมภาษณ์ปลายเปิด 3) วัดผลความรู้ (Pre-test) และให้ความรู้แก่ผู้ประกอบการเกี่ยวกับการจำหน่ายยาในร้านชำที่ถูกต้อง 4) ติดตามผล หลังจากดำเนินการตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ระยะเวลาห่าง 1 เดือน เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลง โดยวัดผลความรู้เกี่ยวกับยาในร้านชำและตรวจสอบยาที่จำหน่ายในร้านชำ

สรุปและอภิปรายผล

รูปแบบการเฝ้าระวังการกระจายยาที่ไม่เหมาะสมสู่ร้านชำในชุมชน จังหวัดกำแพงเพชรที่พัฒนาขึ้นในการศึกษาวิจัย มีดังนี้

1. รูปแบบก่อนพัฒนา มีการดำเนินการลงพื้นที่เฝ้าระวังฯ เฉพาะร้านชำที่มีการถูกร้องเรียนหรือร้านชำขนาดใหญ่ โดยเฝ้าระวังฯ ตามเทศกาลสำคัญ ได้มีการตักเตือนผู้ประกอบการที่จำหน่ายยาไม่เหมาะสม แต่ไม่มีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร และไม่มีการให้ความรู้เรื่องข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับยาอย่างละเอียด รวมทั้งไม่มีฐานข้อมูลร้านชำในจังหวัดกำแพงเพชรที่เป็นปัจจุบัน

2. หลังจากการประชุมวางแผนเพื่อพัฒนารูปแบบร่วมกับทีม ได้พัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบฟอร์มการเฝ้าระวังการกระจายยาที่ไม่เหมาะสมสู่ร้านชำในชุมชน จังหวัดกำแพงเพชรในรูปแบบ Google Form ทำให้เก็บข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน (Real Time) โดยข้อมูลในแบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้นมีประเด็นครอบคลุมทั้งข้อมูลทั่วไปของผู้ประกอบการร้านชำ แบบวัดผลความรู้เกี่ยวกับยาของผู้ประกอบการร้านชำ ปัจจัยของการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมในร้านชำ และรายการความผิดที่พบในร้านชำ ทำให้มีฐานข้อมูลและพิกัดร้านชำในชุมชนของจังหวัดกำแพงเพชรครอบคลุมมากขึ้น

3. หลังจากผู้วิจัยและทีมได้ใช้แบบฟอร์มการเฝ้าระวังการกระจายยาที่ไม่เหมาะสมสู่ร้านชำในชุมชน จังหวัดกำแพงเพชร ในรูปแบบ Google Form ในการเก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมดมาประมวลผลและคืนข้อมูลให้แก่ทีมในแต่ละพื้นที่ ได้แก่ ประเภทยาที่ไม่เหมาะสมที่พบจำหน่ายในร้านชำส่วนใหญ่เป็นยาบรรจสุริยา ร้อยละ 31 แหล่งต้นทางการกระจายยาสู่ร้านชำในชุมชน ส่วนใหญ่เป็นร้านขายยาแผนปัจจุบัน ประเภท ข.ย. 1

ร้อยละ 71.09 ลักษณะยาที่ไม่ปลอดภัยที่พบในร้านชำ ส่วนใหญ่เป็น ยาหมดอายุ ร้อยละ 22.75 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมสู่ร้านชำในชุมชน 3 อันดับแรก ได้แก่ การไม่ทราบกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ร้อยละ 94.91 ความต้องการของคนในชุมชน/คนในชุมชนเรียกหาให้นำมาจำหน่าย ร้อยละ 70.83 การได้รับคำแนะนำจากกรรเ ร้อยละ 40.28 ตามลำดับ ซึ่งการเก็บข้อมูลจากแบบฟอร์มที่พัฒนาได้ พบปัจจัยที่ทำให้จำหน่ายยาไม่เหมาะสมส่วนใหญ่เกิดจากการไม่ทราบกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับยาสอดคล้องกับการศึกษาความชุกของร้านชำที่จำหน่ายยาปฏิชีวนะในเขตอำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย⁸ พบว่าปัจจัยที่ทำให้ร้านชำจำหน่ายยาไม่เหมาะสม เกิดจากร้านชำที่ไม่ได้รับการอบรมหรือคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุขเรื่องกฎหมายด้านยา

จากข้อคำถามในการสัมภาษณ์ สามารถสรุปประเด็นสำคัญได้ดังนี้ ประเด็นแรกส่วนใหญ่ไม่ทราบว่ายาประเภทใดตามกฎหมายที่สามารถขายได้หรือขายไม่ได้ในร้านชำเนื่องจากไม่มีเจ้าหน้าที่ให้ความรู้และคำแนะนำในการขายยาในร้านชำ การไม่ทราบกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ประเด็นที่สองปัจจัยในการนำยาเข้ามาจำหน่ายในร้านชำเกิดจากความต้องการของคนในชุมชน/คนในชุมชนเรียกหาให้นำมาจำหน่าย เนื่องจากไม่มีสถานบริการด้านสาธารณสุขในบริเวณใกล้เคียงและผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ยา ซึ่งสัมพันธ์กับแบบสอบถามในส่วนที่ 2 เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ

การจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมสู่ร้านชำในชุมชน อันดับที่ 1 และ 2 ตามลำดับ ซึ่งปัจจัยในการนำยาเข้ามาจำหน่ายในร้านชำ เกิดจากความต้องการของคนในชุมชนสอดคล้องกับการศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการจำหน่ายยา ที่ไม่เหมาะสมของร้านชำ อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่⁹ ซึ่งปัจจัยส่วนใหญ่เกิดจากความต้องการของคนในชุมชน/คนในชุมชนเรียกหาให้นำมาจำหน่ายเช่นกัน

นอกจากนี้ พบว่าการศึกษาระยะที่ 3 ขั้นตอนการสังเกต (Observing) ผู้ประกอบการของร้านชำ มีผลการเรียนรู้หลังได้รับความรู้จากผู้วิจัยและทีมคิดเป็นระดับดี ร้อยละ 24.54 ระดับพอใช้ ร้อยละ 52.31 และระดับปรับปรุง ร้อยละ 23.15 ตามลำดับ โดยสัมพันธ์กับข้อมูลที่พบว่าผู้ประกอบการเลือกซื้อยาที่ไม่เหมาะสมเข้ามาในร้านชำลดลง ทำให้มีการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมลดลง จากร้อยละ 97.69 เหลือร้อยละ 37.50 แสดงให้เห็นว่าระดับความรู้ของผู้ประกอบการส่งผลต่อการเลือกนำยาเข้ามาจำหน่ายในร้านชำ ซึ่งจากการศึกษานี้ทำให้จังหวัดกำแพงเพชรสามารถยกระดับร้านชำให้มีการจำหน่ายยาที่ถูกต้องเหมาะสมและเป็นไปตามกฎหมายด้านยาที่เกี่ยวข้อง ทำให้ผู้บริโภคสามารถเข้าถึงยาในชุมชนได้อย่างปลอดภัยยิ่งขึ้น

ข้อจำกัดในการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากผู้วิจัยและทีมได้พัฒนาแบบสอบถามจากแบบเดิมในรูปแบบกระดาษ เป็นแบบฟอร์มการเฝ้าระวังในรูปแบบ Google Form เพื่อให้สะดวกต่อการดำเนินงานเก็บข้อมูลและต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคระดับชุมชน ในการ

เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อมูลอย่างรวดเร็ว ครอบคลุมพื้นที่และเป็นปัจจุบัน แต่บางพื้นที่ เจ้าหน้าที่มีข้อจำกัดด้านเทคโนโลยีส่วนบุคคล หรือ อาจไม่มีอินเทอร์เน็ต ส่งผลให้เกิดปัญหาในการ เข้าถึงรูปแบบการเฝ้าระวังฯ แบบ Google Form

ข้อเสนอแนะ

จากข้อมูลที่ได้จากการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ ข้อเสนอแนะดังนี้

1. ผู้ประกอบการยังขาดความรู้เกี่ยวกับ กฎหมายด้านยา จึงควรมีการอบรมผู้ประกอบการ ร้านชำ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อทบทวนความรู้ และกฎหมายด้านยาที่เกี่ยวข้อง ผลักดันให้ร้านชำที่ มีการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมเกิดการพัฒนาให้มี แนวโน้มที่ดีขึ้น

2. ร้านชำบางพื้นที่อาจยังไม่ได้รับการตรวจ เฝ้าระวัง จำเป็นต้องอาศัยความสม่ำเสมอในการลง พื้นที่ของเจ้าหน้าที่ โดยปัจจัยสำคัญที่ควรมุ่งเน้นคือ การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคระดับ ชุมชนในการทำงานเป็นทีม เพื่อลงพื้นที่เก็บรวบรวม ข้อมูลผู้ประกอบการให้ทั่วถึง รวมทั้งให้ความรู้ คำแนะนำที่ถูกต้องแก่ผู้ประกอบการร้านชำ

นอกจากนี้ ควรมีการทบทวนความรู้ให้แก่ ทีมเครือข่ายผู้บริโภคระดับชุมชนอย่างสม่ำเสมอ มีการประสานงานและคืนข้อมูลระหว่างกัน

เพื่อกระตุ้นให้เกิดการดำเนินงานของที้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำ จังหวัดศรีสะเกษ¹⁰ ซึ่งพบว่าการจัดการปัญหาฯ และผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างยั่งยืนควรมีการพัฒนา ศักยภาพชุมชนแก่ภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่องและ สม่ำเสมอ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของเครือข่าย มีการ หาแนววิธีปฏิบัติที่ดีหรือนวัตกรรมในการทำงาน ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

3. ควรขยายทีมดำเนินงานลงสู่หน่วยบริการ ปฐมภูมิในแต่ละพื้นที่ ประกอบด้วยผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข รวมทั้งองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น เพื่อให้เก็บข้อมูลจากการ สสำรวจร้านชำได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

4. นอกจากเครือข่ายเจ้าหน้าที่แล้ว ควรมี เครือข่ายด้านสื่อสารมวลชน เพื่อช่วยเฝ้าระวัง การโฆษณาที่ผิด และประชาสัมพันธ์ความรู้ที่ถูกต้อง แก่ประชาชน เนื่องจากผู้ประกอบการบางส่วนได้รับ ข้อมูลที่ผิดจากการโฆษณาเกี่ยวกับยาทางสื่อต่าง ๆ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญ เครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคระดับชุมชน และผู้มีส่วนร่วม ในงานวิจัยนี้ทุกท่าน ที่ทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี



เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการข้อมูลข่าวสารของราชการ. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข). [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 21 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก:
<https://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER2/DRAWER023/GENERAL/DATA0000/00000077.PDF>
2. จันทร์จรีย์ ดอกบัว, รัตนภรณ์ ชันติมัง, หทัยรัตน์ พุกสอาด, ญัฐพร สู้หนองบัว. สถานการณ์การจำหน่ายยาในร้านขายของชำ อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (ออนไลน์). 2564; 1(1):37-44.
3. อัญชลี ชมภู, สุรสิทธิ์ สุรินทร์. โครงการการดำเนินงานเฝ้าระวังการจำหน่ายยาอันตรายในร้านค้าของ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลแม่สะเรียง. วารสารอาหารและยา. 2558; 22(1):45-50.
4. สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม. [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 21 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก:
<https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2510/A/101/7.PDF>
5. อัจฉรีย์ สีหา, วรรณภา ศักดิ์ศิริ. การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาในร้านชำเขตอำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2565; 15(1):304-17.
6. ประกาย จิโรจน์กุล, บรรณาธิการ. การวิจัยทางการแพทย์ : แนวคิด หลักการและวิธีปฏิบัติ. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก; 2548.
7. อัปสร บุญยัง, รุ่งทิวา หมื่นปา. ความชุกของการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมของร้านชำในจังหวัดพิษณุโลก และปัจจัยที่มีผล. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2562; 11(1):105-18.
8. วราภรณ์ สังข์ทอง. ความชุกของร้านชำที่จำหน่ายยาปฏิชีวนะในเขตอำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย และปัจจัยที่ทำให้เกิดการจำหน่าย. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2561; 7(1):38-46.
9. ชีระยุทธ นาคฤทธิ์. ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมของร้านชำ อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่. วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (ออนไลน์). 2566; 3(1):163-75.
10. จินดาพร อุปถัมภ์, คณัฐวุฒิ หลวงเทพ, สิริธร บัวขจร. การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำจังหวัดศรีสะเกษ. วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (ออนไลน์). 2564; 3(1):70-85.



การศึกษาประสิทธิผลการใช้ยาฟ้าทะลายโจรร่วมรักษาผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19

แยกกักตัวที่บ้าน อำเภอดงแก้วป่า จังหวัดพังงา

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

พงษ์กฤต เทียนครบ¹

Pongkrit Tiankrob¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้ ได้ทำการวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ที่มีอาการน้อย แยกกักตัวที่บ้าน และได้รับยาฟ้าทะลายโจรชนิดสารสกัด 180 มิลลิกรัมในการร่วมรักษา ภายใต้การติดตามดูแลของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่าย ในเขตอำเภอดงแก้วป่า จังหวัดพังงา สุ่มเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจากแฟ้มเวชระเบียนในโปรแกรมระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (JHCIS) ระหว่างวันที่ 31 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้ยาฟ้าทะลายโจรชนิดสารสกัด และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสุขภาพของผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ที่ได้รับยาฟ้าทะลายโจรชนิดสารสกัด 180 มก./วันกับระยะเวลาการหายจากอาการไข้ ไอ และเจ็บคอ เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบบันทึกการติดตามการรับประทานยา และอาการหลังจากรับประทานยาฟ้าทะลายโจรร่วมรักษา วิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดค่าความเชื่อมั่นน้อยกว่า 0.05 ผลการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้า จำนวนทั้งสิ้น 664 คน ได้รับยาฟ้าทะลายโจรชนิดสารสกัด 180 มิลลิกรัม แบ่งให้วันละ 3 ครั้ง ติดต่อกัน 5 วัน เป็นเพศหญิงร้อยละ 59.9 อายุเฉลี่ย 35.8 ปี (SD $\pm$ 12) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 97.4 ได้รับวัคซีนโควิด-19 ร้อยละ 90.8 ส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 79.8 ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 78.1 ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เฉลี่ย 24.7 กก./ม² (SD $\pm$ 5.5) ค่าความอิมตัวของออกซิเจนในเลือด ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Systolic blood pressure และ Diastolic blood pressure ซีฟรเฉลี่ย และอัตราการหายใจเฉลี่ยอยู่ในช่วงปกติ อุณหภูมิร่างกายเฉลี่ย 37 องศาเซลเซียส (SD $\pm$ 0.6) อาการแรกพบว่ามีอาการไอมาถึงร้อยละ 90.8 รองลงมามีอาการเจ็บคอ ร้อยละ 88.4 อาการไข้

¹ เภสัชกรชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลดงแก้วป่า จังหวัดพังงา

¹ Pharmacist, Senior Professional Level. Division of Pharmacy, Takuapa Hospital, Phangnga Province

E-mail : ppongpkt@gmail.com



ร้อยละ 82.4 และมีน้ำหนัก ร้อยละ 44.7 ผลลัพธ์การรักษาพบว่าหลังจากรับประทานยาฟ้าทะลายโจรชนิดสารสกัดที่มีปริมาณสาร Andrographolide 180 มก./วัน ส่วนใหญ่อาการเจ็บคอ, อาการไข้ และอาการไอ หายภายใน 3 วัน ร้อยละ 71.8, 51.1 และ 52.7 ตามลำดับ พบว่าเพศ น้ำหนักตัว การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ที่ได้รับฟ้าทะลายโจรมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการหายของอาการไข้ และการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการหายจากอาการไอ และอาการเจ็บคออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการวิจัยสามารถสรุปได้ว่า ฟ้าทะลายโจรมีประสิทธิภาพในการรักษาอาการของระบบทางเดินหายใจและอาการไข้ในผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 แบบแยกกักตัวที่บ้านที่มีอาการน้อย และการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ที่ได้รับฟ้าทะลายโจรมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการหายจากอาการไข้ ไอ และเจ็บคออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: ยาฟ้าทะลายโจรชนิดสารสกัด, ผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 มีอาการน้อย, การแยกกักตัวที่บ้าน

Abstract

This cross-sectional descriptive research studied mild symptoms patients confirmed COVID-19 with home isolation and received 180 mg of Andrographis extract as part of the treatment under the supervision of health promotion hospital network personnel in Takuapa District, Phangnga Province. Specific sampling was selected from medical record files in the database system program of the district health promotion hospital (JHCIS) between 31 October 2021 – 31 March 2022. The objective was to study the effectiveness of Andrographis extract and to study the relationship between personal factors and health factors of patients with confirmed COVID-19 who received Andrographis extract 180 mg per day with recovery time from fever, cough and sore throat. The tools used include and follow-up form of medication intake and symptoms after taking Andrographis for joint treatment. Data were analyzed using application software specifying reliability of less than 0.05. The study results found that a total of 664 subjects were given were of Andrographis extract divided into 3 times a day for 5 consecutive days, 59.9% were female, with an average age of 35.8 years (SD $\pm$ 12), most of them or 97.4% had no comorbidities, 90.8% received COVID-19 vaccine, most of them or 79.8% never smoked, and 78.1% did not drink alcohol They had average BMI of



24.7 kg/m² (SD $\pm$ 5.5). Blood oxygen saturation, systolic blood pressure, diastolic blood pressure, average pulse, and average respiratory rate were within the normal range. Average body temperature was at 37°C (SD $\pm$ 0.6). The first symptoms at admission were cough at 90.8%, followed by sore throat at 88.4%, fever at 82.4%, and nasal discharge at 44.7%. The results showed that after taking Andrographis extract with the dosage of andrographolide at 180 mg/day, sore throat, fever and cough disappeared within 3 days at 71.8%, 51.1%, and 52.7%, respectively. Gender, body weight, smoking, and alcohol consumption in COVID-19 patients who received Andrographis were associated with the duration of recovery of fever while smoking was statistically significantly associated with the duration of recovery from cough and sore throat. In conclusion, Andrographis was found effective in treating respiratory symptoms and fever in people with COVID-19 with mild symptoms who were home isolated and smoking in COVID-19 patients who received Andrographis was statistically and significantly associated with the duration of recovery from fever, cough and sore throat.

Keywords: Andrographis extract, COVID-19 patients with mild symptoms, Home isolation

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus Disease 2019 : COVID-19) เกิดจากเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2) เริ่มระบาดในเดือนธันวาคม 2562 และได้แพร่ระบาดอย่างรวดเร็วไปในหลายประเทศทั่วโลก ทำให้มีผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้การระบาดนี้เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ ในวันที่ 30 มกราคม 2563 สำหรับในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศในราชกิจจานุเบกษา ให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ COVID-19 เป็นโรคติดต่ออันตราย ลำดับที่ 14 ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 โดยมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2563¹ เชื้อ SARS-CoV-2 มีการเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรมอย่างต่อเนื่องจากสายพันธุ์ที่ก่อโรครุนแรงมาก จนถึงสายพันธุ์ที่มีความรุนแรงในการก่อโรคน้อย สายพันธุ์โอไมครอน (B.1.1.529) เป็นสายพันธุ์ที่มีความสามารถในการติดเชื้อสูง สามารถติดเชื้อซ้ำได้ แพร่ระบาดอย่างรวดเร็ว และสามารถหลบหลีกภูมิคุ้มกันได้ดี² เมื่อมีการติดเชื้อจำนวนมากทำให้โรงพยาบาลไม่สามารถรองรับผู้ป่วยได้ทั้งหมด ดังนั้น กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีการจำแนกผู้ป่วยตามระดับความรุนแรง โดยผู้ป่วยที่มีอาการน้อย ไม่มีปัจจัยเสี่ยง และไม่มีอาการแทรกซ้อน ให้อยู่โรงพยาบาลเพียงระยะสั้นแล้วไปพักฟื้นที่บ้านหรือสถานที่รัฐจัดให้ได้ หรือ

สามารถรักษาที่บ้านได้โดยมีการติดตามจากบุคลากรทางการแพทย์เรียกว่าการแยกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation)³ โดยแนวทางการรักษา ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน จะรักษาด้วยการใช้ยา Favipiravir หรือ Molnupiravir หรือ Remdesivir หรือ Nirmatrelvir-Ritonavir แต่ในผู้ป่วยที่มีอาการน้อย และผู้ป่วยที่ติดเชื้อสายพันธุ์โอไมครอน ซึ่งมีความรุนแรงต่ำ คณะทำงานด้านการรักษาพยาบาลและการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข แนะนำการใช้ยา ฟ้าทะลายโจรชนิดแคปซูล หรือ ยาเม็ดที่มีสารฟ้าทะลายโจรชนิดสารสกัด (Extract) หรือผงบด (Crude drug) ที่มีปริมาณของสาร Andrographolide 180 มก./วัน แบ่งให้ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร ติดต่อกัน 5 วัน⁴ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2564 โรงพยาบาลตะกั่วป่าได้นำแนวทางนี้มาใช้ ในการดูแลผู้ป่วย COVID-19 ที่มีอาการน้อย ไม่มีปัจจัยเสี่ยง และไม่มีอาการแทรกซ้อนรุนแรง

ฟ้าทะลายโจร (*Andrographis paniculata*) ขึ้นทะเบียนเป็นยาแผนไทยในบัญชียาหลักแห่งชาติ ตั้งแต่ปี 2542 โดยมีข้อบ่งใช้เพื่อบรรเทาอาการเจ็บคอและอาการของโรคหวัด จากประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2564 ได้กำหนดให้ยาจากสารสกัดฟ้าทะลายโจร และยาผงฟ้าทะลายโจรสามารถใช้รักษาอาการผู้ป่วยโรค COVID-19 ที่มีความรุนแรงน้อยได้ โดยมีการกำกับขนาดยาที่มีปริมาณ

Andrographolide 180 มก./วัน แบ่งให้วันละ 3 ครั้ง ติดต่อกัน 5 วัน⁵ สารสำคัญที่ออกฤทธิ์ต้านไวรัส SARS-CoV-2 คือ Andrographolide และอนุพันธ์ มีกลไกการออกฤทธิ์ได้หลายตำแหน่ง ได้แก่ Angiotensin Converting Enzyme-2 (ACE-2), Spike Protein, Main Protease, Papain-like protease, PLpro และ 3CLpro ทำให้สามารถยับยั้งไวรัสเข้าสู่เซลล์ และลดการเพิ่มจำนวนของไวรัสได้⁶ จากการทบทวนวรรณกรรมถึงผลการศึกษาการใช้ยาสารสกัดฟ้าทะลายโจรขนาดสูง 180 มก./วัน เป็นยาร่วมรักษาในผู้ป่วยโรค COVID-19 ในสถานที่ที่รัฐจัดให้ (State Quarantine) ของโรงพยาบาลสมุทรปราการ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทุกรายมีอาการดีขึ้นตั้งแต่วันที่ 3 หลังได้รับสารสกัด โดยเฉพาะอาการไอ เจ็บคอ มีเสมหะ มีน้ำมูก ปวดกล้ามเนื้อ และปวดศีรษะ ไม่พบรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา⁷ นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลและความปลอดภัยของยาฟ้าทะลายโจร 4 รูปแบบในการใช้เป็นยาร่วมในการรักษาผู้ป่วย COVID-19 ที่มีอาการรุนแรงน้อยและไม่ได้รับยาต้านไวรัส เทียบกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับยาฟ้าทะลายโจร ณ โรงพยาบาลนครปฐม ผลพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับฟ้าทะลายโจรมีอาการดีขึ้นภายในวันแรกที่ได้รับยาฟ้าทะลายโจรสกัดให้ประสิทธิผลลดอาการเจ็บคอ ลดความถี่และความรุนแรงในการไอ และลดปัญหาการรับรสรบกวนได้ดีกว่าในกลุ่มฟ้าทะลายโจรผงอัดแคปซูลและพบอาการไม่พึง

ประสงค์ ได้แก่ อาการท้องเสีย และปวดแสบกระเพาะอาหาร โดยพบมากในผู้ป่วยที่ใช้สารสกัดฟ้าทะลายโจรในขนาด 60 และ 180 มก./วัน⁸

จากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส COVID-19 ในพื้นที่อำเภอตะกั่วป่า ที่มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยการระบาดในระลอกที่ 3 เริ่มขึ้นตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2564 การระบาดต่อเนื่องยาวนานจนถึงเดือนธันวาคม 2564 สถานการณ์ในประเทศไทยมีผู้ป่วยยืนยัน 2,194,572 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 3,316.49 ต่อแสนประชากร เสียชีวิต 21,604 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.98 สำหรับจังหวัดพังงา ตั้งแต่ 1 เมษายน พ.ศ. 2564 – 31 ธันวาคม พ.ศ. 2564 มีรายงานผู้ป่วย จำนวน 7,853 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 2,927.72 ต่อแสนประชากร เสียชีวิต 30 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.38 สถานการณ์ในอำเภอตะกั่วป่ามีรายงานผู้ป่วยจำนวน 1,505 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 3,008.13 ต่อแสนประชากร อัตราป่วยตายร้อยละ 0.46⁹ ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2564 กลุ่มผู้ป่วย COVID-19 ที่มีอาการน้อย ไม่มีปัจจัยเสี่ยง ควบคุมโรคประจำตัวได้ และไม่มีอาการแทรกซ้อนจะส่งต่อไปรักษาที่บ้าน หรือการแยกกักตัวที่บ้าน รวมทั้งผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลอย่างน้อย 7 วัน และอาการดีขึ้น แพทย์จึงส่งให้ไปแยกกักตัวที่บ้านจนครบ 10 วัน โดยแพทย์จากโรงพยาบาลตะกั่วป่า ซึ่งเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นผู้สั่งการรักษาตรวจสอบและจ่ายยาโดยเภสัชกรจากโรงพยาบาลตะกั่วป่า ติดตามดูแลโดยบุคลากรทางการแพทย์ของ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในพื้นที่รับผิดชอบ ในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว มีการใช้ยาฟ้าทะลายโจรชนิดสารสกัด¹⁰ ที่มีปริมาณ Andrographolide 180 มก./วัน เป็นยาร่วมรักษา โดยแบ่งให้วันละ 3 ครั้ง ติดต่อกัน 5 วัน โดยใช้ร่วมกับยารักษาตามอาการ ได้แก่ ยาแก้ไอ ยาแก้ไอ ยาลดน้ำมูก ซึ่งยาเหล่านี้ กินเมื่อมีอาการ และหยุดกินเมื่ออาการทุเลาลงแล้ว ไม่ต้องกินให้หมดแผง หรือครบปริมาณที่แพทย์จ่ายให้

จากสถานการณ์ผู้ป่วย COVID-19 ที่รักษาแบบแยกกักตัวที่บ้าน มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และผู้ป่วยหลายรายแพทย์ได้ให้ยาฟ้าทะลายโจรชนิดสารสกัดเป็นยาร่วมรักษา ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมถึงประสิทธิผลและความปลอดภัยของฟ้าทะลายโจรที่ผ่านมา ยังอยู่ในระยะการศึกษา นำร่อง ประกอบกับยังไม่พบการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการหายจากอาการของระบบทางเดินหายใจของผู้ติดเชื้อที่ได้รับยาฟ้าทะลายโจร ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาถึงประสิทธิผลของการรับประทานยาฟ้าทะลายโจรในการร่วมรักษาผู้ป่วยโรค COVID-19 ระดับความรุนแรงน้อย ไม่มีปัจจัยเสี่ยง ที่รับการรักษาแบบแยกกักตัวที่บ้าน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลตะกั่วป่าและคาดว่าผลการศึกษานี้สามารถมาใช้ในการวางแผนการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ COVID-19 ให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดต่อไป

วัตถุประสงค์งานวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้ยาฟ้า

ทะลายโจรชนิดสารสกัด 180 มก./วัน ร่วมรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19 แบบแยกกักตัวที่บ้าน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลตะกั่วป่า อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสุขภาพของผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ที่ได้รับยาฟ้าทะลายโจรชนิดสารสกัด 180 มก./วัน กับระยะเวลาการหายจากอาการไข้ ไอ และเจ็บคอ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์โรงพยาบาลตะกั่วป่าว่าเป็นผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 มีอาการรุนแรงน้อย ได้รับยาฟ้าทะลายโจรชนิดสารสกัดที่มีสาร Andrographolide 180 มก./วัน แบ่งรับประทาน 3 ครั้งต่อวัน นานติดต่อกัน 5 วัน และให้การดูแลรักษาแบบแยกกักตัวที่บ้าน รวมทั้งผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลอย่างน้อย 7 วันแล้วอาการดีขึ้น แพทย์ส่งให้ไปดูแลรักษาแบบแยกกักตัวที่บ้าน ต่อจนครบระยะกักตัว ตามแนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ฉบับปรับปรุงวันที่ 4 สิงหาคม 2564 และฉบับปรับปรุงวันที่ 2 พฤศจิกายน 2564¹¹ ภายใต้การติดตามดูแลของทีมบุคลากรทางการแพทย์จาก รพ.สต. จำนวน 8 แห่ง ในพื้นที่อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2564 – 31 มีนาคม พ.ศ. 2565

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากเป็นกลุ่มตัวอย่างเข้าถึงได้ยาก การสุ่มตัวอย่างจึงต้องใช้วิธีการสุ่มแบบเฉพาะ (Purposive Sampling) โดยไม่ได้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง การสุ่มเลือกตัวอย่างใช้เทคนิควัน เวลา สถานที่ โดยเก็บข้อมูลผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ทุกรายที่มีอาการน้อย ได้รับยาฟ้าทะลายโจรชนิด สารสกัดที่มีสาร Andrographolide 180 มก./วัน แบ่งรับประทาน 3 ครั้งต่อวัน นานติดต่อกัน 5 วัน ได้รับการรักษาแบบแยกกักตัวที่บ้าน ตามแนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ฉบับปรับปรุง วันที่ 9 กันยายน พ.ศ. 2564 และฉบับปรับปรุงวันที่ 2 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 ได้กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก จำนวนทั้งสิ้น 664 คน

- เกณฑ์การคัดเลือก

1. ผู้ป่วยชาวไทย เพศชาย หรือหญิง อายุ 15 – 60 ปี
2. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยยืนยันโดยวิธีตรวจ Nasopharyngeal Swab ใช้ผลตรวจ Antigen Test Kit (ATK) หรือ RT-PCR ที่ให้ผลบวก เริ่มมีอาการคล้ายไข้หวัดอย่างน้อย 1 อาการ ภายใน 72 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยต้องไม่มีอาการรุนแรงคือ มีอาการแสดงของระบบทางเดินหายใจเล็กน้อยอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น ไข้ 37.5 องศาเซลเซียสขึ้นไป ไอ เสมหะ น้ำมูก เจ็บคอ ไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรส ตาแดง ผื่น ถ่ายเหลว ไม่มีอาการ

หายใจเร็ว ไม่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย ค่าอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้วไม่ต่ำกว่า 96% หรือค่าอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้วหลังออกแรงลดลงไม่เกิน 3% และไม่มีปัจจัยเสี่ยงที่จะดำเนินอาการโรครุนแรง ไม่มีปอดอักเสบก่อนเข้าร่วมการวิจัย

3. ผู้ป่วยสามารถรับรู้ เข้าใจภาษาไทยดี และสามารถสื่อสารกับผู้วิจัยได้

4. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

5. ผู้ป่วยต้องไม่เคยได้รับสมุนไพรชนิดต่าง ๆ เช่น กระชายขาว ขมิ้นชัน หรือผลิตภัณฑ์มีส่วนผสมของฟ้าทะลายโจร สารสกัดฟ้าทะลายโจร หรือ Andrographolide ในช่วง 3 วันก่อนเข้าร่วมการวิจัย

- เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ป่วยประสงค์ออกจากโครงการฯ ระหว่างทำการศึกษา

2. ผู้ป่วยที่เสพสารเสพติด สูบบุหรี่ และดื่มสุราในระหว่างการวิจัย

3. ผู้ป่วยการวิจัยรับประทานยาฟ้าทะลายโจร ไม่ครบ 5 วัน หรือมีอาการไม่พึงประสงค์รุนแรงจากการใช้ยาฟ้าทะลายโจร หรือย้ายที่อยู่ขณะทำการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกการติดตามการรับประทานยา และอาการหลังจากรับประทานยาฟ้าทะลายโจร ร่วมรักษาของผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ที่กักตัวอยู่บ้าน จำนวนวันที่กินยาฟ้าทะลายโจร, อาการไข้ ไอ เจ็บคอหลังการรับประทานยาวันที่ 1, 3, 5 และ

หลังรักษา 5 – 7 วัน และอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาฟ้าทะลายโจร

ในการสร้างเครื่องมือการวิจัยนั้น ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดนิยามเชิงปฏิบัติการ โครงสร้างของตัวแปร และวัตถุประสงค์ที่ต้องการจะศึกษา จากนั้น ผู้วิจัยจึงได้ทำการสร้างข้อคำถามตามนิยามเชิงปฏิบัติการ โครงสร้างของตัวแปร และความสัมพันธ์กับวัตถุประสงค์การศึกษา

การตรวจสอบเครื่องมือ

แบบบันทึกการติดตามการรับประทานยา และอาการหลังจากรับประทานยาฟ้าทะลายโจร ร่วมรักษาของผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ที่มีความรุนแรงน้อย ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบบันทึก โดยคณาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร และอาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ โดยขั้นตอนการตรวจสอบจะแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของข้อคำถาม รวมทั้งตรวจถ้อยคำ ภาษา ประโยค รูปแบบภาษา และสำนวนภาษา ว่ามีความถูกต้องและมีความเหมาะสมเพียงใด ผู้เชี่ยวชาญจะตรวจแก้ไขให้ถูกต้องและเหมาะสม เมื่อได้รับข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการแก้ไขปรับปรุงแบบสอบถามให้ถูกต้องตามคำแนะนำ

2. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยการตรวจสอบความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ แล้วนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความ

สอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index: IOC) ค่าที่คำนวณได้ต้องมากกว่า 0.5 ($IOC > 0.50$)¹² ผลการตรวจสอบความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน $IOC = 0.7$

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2564 – 31 มีนาคม พ.ศ. 2565

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. จัดทำแบบฟอร์มชี้แจงกลุ่มตัวอย่าง (Participant Information Sheet) และแบบฟอร์มขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอความยินยอมต่อผู้ติดเชื้อ COVID-19 ที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าเข้าร่วมโครงการวิจัย

2. จัดทำหนังสือราชการถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลตะกั่วป่า และ รพ.สต. เครือข่าย ทั้ง 8 แห่ง เพื่อชี้แจงเรื่องที่จะศึกษา วัตถุประสงค์ของการศึกษา กลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ต้องการศึกษา และขอใช้ข้อมูลผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 จากโปรแกรม HosxPXE4 และโปรแกรม JHCIS รวมทั้งความอนุเคราะห์บุคลากรที่ติดตามดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวในการบันทึกข้อมูลตามแบบบันทึกที่จัดทำขึ้น

3. นัดประชุมบุคลากร รพ.สต. เครือข่าย ทั้ง 8 แห่ง ที่รับผิดชอบติดตามดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย เพื่อชี้แจงเรื่องที่จะศึกษา วัตถุประสงค์ของการศึกษา กลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ต้องการ และอบรมวิธีการ

เก็บข้อมูลจากแฟ้มเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์จากโปรแกรม JHCIS และการกรอกแบบบันทึกการติดตามการรับประทานยา และอาการหลังจากรับประทานยาฟ้าทะลายโจรร่วมรักษาของผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 รายวัน กำหนดเวลาที่เก็บรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ลงในไฟล์ Excel และจากแบบบันทึกส่งกลับคืนมายังผู้วิจัยเมื่อรักษาครบระยะกักตัว ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลจนเข้าใจถูกต้องตรงกัน โดยแบบบันทึกดังกล่าวผู้วิจัยได้ดำเนินการจัดทำเลขรหัสเพื่อความสะดวกในการตรวจสอบและติดตาม

4. เมื่อมีกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้ารายใหม่เข้ารับรักษาแบบกักตัวอยู่บ้าน บุคลากร รพ.สต. ที่ผ่านการอบรมจะดึงข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพจากฐานข้อมูลแฟ้มเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ในโปรแกรม JHCIS มาบันทึกในไฟล์ Excel ที่จัดทำขึ้นรายวันทุกราย และเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ที่กักตัวอยู่บ้าน ตามแบบบันทึกการติดตามการรับประทานยา และอาการหลังจากรับประทานยาฟ้าทะลายโจรร่วมรักษาของผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ทุกวันทางไลน์ส่วนตัวหรือโทรศัพท์ติดตามในกรณีผู้ป่วยไม่มีไลน์ เริ่มเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่รับการรักษาตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2564 – 2 พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 จนครบระยะเวลากักตัวเป็นเวลา 14 วัน และข้อมูลตั้งแต่ 3 พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 – 31 มีนาคม พ.ศ. 2565 จนครบระยะเวลากักตัว 10 วัน

5. เมื่อได้รับข้อมูลจาก รพ.สต. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้องของข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลด้านสุขภาพจากไฟล์ Excel และจากแบบบันทึกการติดตามการรับประทานยา และอาการหลังจากรับประทานยาฟ้าทะลายโจรร่วมรักษาของผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน จะโทรตรวจสอบซ้ำกับบุคลากรที่เก็บข้อมูล หากข้อมูลยังไม่ครบถ้วนก็จะตัดออกจากการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

บันทึกข้อมูลโดยใช้โปรแกรม Epidata 3.1 วิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดใช้โปรแกรม R เวอร์ชัน 4.2.1 กำหนดระดับความนัยสำคัญน้อยกว่า 0.05 ($p\text{-value} < 0.05$) ตัวแปรต่อเนื่อง มีการวิเคราะห์ดังนี้

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการคำนวณความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อแสดงคุณลักษณะส่วนบุคคล และข้อมูลด้านสุขภาพของประชากรตัวอย่าง

2. ใช้สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสุขภาพของผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ที่ได้รับยาฟ้าทะลายโจรชนิดผงอัดแคปซูลกับระยะเวลาการหายจากอาการไข้ อาการเจ็บคอ และอาการไอ โดยใช้ Pearson's Chi-squared Test หรือ Fisher's Exact Test

การพิทักษ์สิทธิ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้รับเอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงาน



สาธารณสุขจังหวัดพังงา วันที่ 2 กรกฎาคม พ.ศ. 2564
เลขที่โครงการวิจัย 14/2564

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย COVID-19 กักตัวที่บ้านที่ได้รับยาฟ้าทะลายโจรชนิดสารสกัด

ผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าทั้งหมด 664 ราย
ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.9 อายุเฉลี่ย 35.8 ปี
(SD $\pm$ 12) มากกว่าครึ่งอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 56.6)
รองลงมา อาชีพค้าขาย (ร้อยละ 20.2) และกำลัง

ศึกษา (ร้อยละ 13) ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ
97.4 ไม่มีโรคประจำตัว และมีโรคประจำตัวที่
ควบคุมได้เพียงร้อยละ 2.6 มีประวัติได้รับวัคซีน
COVID-19 ร้อยละ 90.8 โดยได้รับ 2 เข็มมากที่สุด
ร้อยละ 51.8 รองลงมาคือ 3 เข็ม ร้อยละ 31.6
และ 4 เข็มร้อยละ 6.3 ยังคงสูบบุหรี่ร้อยละ 16.7
และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 18.6 ข้อมูล
ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย COVID-19 กักตัวที่บ้านที่ได้รับยาฟ้าทะลายโจรชนิดสารสกัด (n=664)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
- ชาย	266 (40.1)
- หญิง	398 (59.9)
อายุ (ปี), Mean $\pm$ SD	35.8 $\pm$ 12
อาชีพ	
- ข้าราชการ	17 (2.6)
- พนักงานจ้างในหน่วยงานรัฐ	15 (2.3)
- พนักงานเอกชน/บริษัท	20 (3)
- ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	134 (20.2)
- รับจ้าง	376 (56.6)
- กำลังศึกษา	86 (13)
- ว่างาน	6 (0.9)
- อาชีพอื่น ๆ	10 (1.5)



ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย COVID-19 ที่กักตัวที่บ้านที่ได้รับยาฟ้าทะลายโจรชนิดสารสกัด (n=664) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)
ไม่มีโรคประจำตัว	627 (97.4)
มีโรคประจำตัว	37 (2.6)
ประวัติการได้รับวัคซีน COVID-19	
- ไม่ได้รับวัคซีน COVID-19	61 (9.2)
- ได้รับวัคซีน COVID-19	603 (90.8)
o 1 เข็ม	7 (1.1)
o 2 เข็ม	344 (51.8)
o 3 เข็ม	210 (31.6)
o 4 เข็ม	42 (6.3)
การสูบบุหรี่ (n=640)	
- ยังคงสูบ	108 (16.9)
- เลิกสูบแล้ว	21 (3.3)
- ไม่เคยสูบ	511 (79.8)
การดื่มแอลกอฮอล์ (n=640)	
- ยังคงดื่ม	119 (18.6)
- เลิกดื่มแล้ว	21 (3.3)
- ไม่เคยดื่ม	500 (78.1)

หมายเหตุ: คิดร้อยละโดยไม่รวมข้อมูลสูญหาย (Missing Data)

2. ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วย COVID-19 กักตัวที่บ้านที่ได้รับยาฟ้าทะลายโจรชนิดสารสกัด

ผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าทั้งหมด 664 ราย ผลการตรวจสุขภาพก่อนการรักษาของผู้ป่วย COVID-19 ที่กักตัวที่บ้านพบว่า ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เฉลี่ย 24.7 กก./ม² (SD ± 5.5) ค่าความอึดตัว

ของออกซิเจนในเลือดอยู่ในช่วงปกติ คือ 98% (SD ± 2) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Systolic blood pressure อยู่ในช่วงปกติ 118.1 mmHg (SD ± 13.6) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Diastolic blood pressure อยู่ในช่วงปกติ 72.8 mmHg (SD ± 8.6) ชีพจรเฉลี่ย 79.2 (SD ± 9.7) อุณหภูมิร่างกายเฉลี่ย 37 องศาเซลเซียส (SD ± 0.6) อัตราการ



หายใจเฉลี่ย 20.3 ครั้งต่อนาที (SD $\pm$ 1.3) สำหรับ
อาการและอาการแสดงแรกเริ่ม ส่วนใหญ่เป็นอาการ
ของระบบทางเดินหายใจ พบว่ามีอาการไอร่วมด้วย

มากถึงร้อยละ 90.8 รองลงมามีอาการเจ็บคอ
ร่วมด้วยร้อยละ 88.4 อาการไข้ร้อยละ 82.4 และ
มีน้ำมูกร้อยละ 44.7 ข้อมูลดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วย COVID-19 กักตัวที่บ้านที่ได้รับยาฟ้าทะลายโจรชนิดสารสกัด (n=664)

ข้อมูลด้านสุขภาพ	
ข้อมูลส่วนบุคคล	Mean $\pm$ SD
น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)	64.6 $\pm$ 14.1
ส่วนสูง (เซนติเมตร)	161.7 $\pm$ 9.5
ดัชนีมวลกาย ((กก./ตรม.)	24.7 $\pm$ 5.5
Systolic blood pressure	118.1 $\pm$ 13.6
Diastolic blood pressure	72.8 $\pm$ 8.6
ชีพจร	79.2 $\pm$ 9.7
อุณหภูมิร่างกาย	37 $\pm$ 0.6
อัตราการหายใจ	20.3 $\pm$ 1.3
ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้ว	98 $\pm$ 2
อาการแสดงแรกเริ่ม	จำนวน (ร้อยละ)
ไอ	593 (90.8)
เจ็บคอ	577 (88.4)
ไข้	538 (82.4)
มีน้ำมูก	292 (44.7)
ปวดศีรษะ	117 (17.9)
ปวดกล้ามเนื้อ	90 (13.8)
หายใจเหนื่อย	11 (1.7)
ถ่ายเหลว	2 (0.3)
ไม่ได้กลิ่น	1 (0.2)
ตาแดง	1 (0.2)

หมายเหตุ: คิดร้อยละโดยไม่รวมข้อมูลสูญหาย (Missing data)



3. ผลลัพธ์การรักษาของผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ที่กักตัวอยู่บ้านหลังจากได้รับยาฟ้าทะลายโจรชนิดสารสกัด

พบว่าหลังจากรับประทานยาฟ้าทะลายโจรชนิดสารสกัด ขนาดยาที่มีปริมาณ Andrographolide 180 มก./วัน แบ่งให้วันละ 3 ครั้ง ติดต่อกัน 5 วัน อาการเจ็บคอหายภายใน 3 วันสูงถึงร้อยละ 71.8 รองลงมาคือหายภายใน 5 วันร้อยละ 21.4 และภายใน 1 วันร้อยละ 3.8 ตามลำดับ อาการไข้หายภายใน 3 วัน

ร้อยละ 51.1 หายภายใน 1 วันร้อยละ 35.6 และหายภายใน 5 วันร้อยละ 12.3 ตามลำดับ มากกว่าครึ่งอาการไอหายภายใน 3 วันร้อยละ 52.7 รองลงมาคือหายภายใน 5 วันร้อยละ 36.3 และหายภายใน 5 - 7 วันร้อยละ 8.8 ตามลำดับ มีอาการข้างเคียงจากยาฟ้าทะลายโจร โดยมีผื่นแดง 1 ราย (ร้อยละ 0.15) ตลอดระยะเวลาที่ศึกษา ไม่มีผู้ป่วยที่อาการรุนแรงขึ้น หรือจำเป็นต้องคัดออกจากการศึกษา ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 3 ผลลัพธ์การรักษาของผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ที่กักตัวอยู่บ้านหลังจากได้รับยาฟ้าทะลายโจร

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)
อาการเจ็บคอ (n=574)	
หายภายใน 1 วัน	22 (3.8)
หายภายใน 3 วัน	412 (71.8)
หายภายใน 5 วัน	123 (21.4)
หายในเวลา 5 – 7 วัน	17 (3.0)
อาการไข้ (n=536)	
หายภายใน 1 วัน	191 (35.6)
หายภายใน 3 วัน	274 (51.1)
หายภายใน 5 วัน	66 (12.3)
หายในเวลา 5 – 7 วัน	5 (0.9)
อาการไอ (N= 592)	
หายภายใน 1 วัน	13 (2.2)
หายภายใน 3 วัน	312 (52.7)
หายภายใน 5 วัน	215 (36.3)
หายในเวลา 5 – 7 วัน	52 (8.8)
อาการไม่พึงประสงค์จากยาฟ้าทะลายโจร	
ผื่นแดงตามตัว	1 (0.15)

หมายเหตุ : คัดร้อยละโดยไม่รวมข้อมูลสูญหาย (Missing data)



4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสุขภาพของผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ที่ได้รับยาฟ้าทะลายโจรชนิดสารสกัดกับระยะเวลาการหายจากอาการไข้ อาการเจ็บคอ และอาการไอ

4.1 อาการไข้ พบว่าเพศ น้ำหนักตัว การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ที่ได้รับยาฟ้าทะลายโจรชนิดสารสกัด มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการหายของอาการไข้

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ติดเชื้อที่ไม่สูบบุหรี่มีโอกาสหายจากอาการไข้ภายใน 5 วันสูงถึงร้อยละ 80 และผู้ติดเชื้อที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสหายจากอาการไข้ภายใน 5 วันสูงถึงร้อยละ 78 ส่วนอายุ ดัชนีมวลกาย (BMI) โรคประจำตัว และประวัติการได้รับวัคซีน COVID-19 ส่งผลต่อระยะเวลาการหายของอาการไข้ อย่างไม่มีนัยสำคัญ แสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสุขภาพของผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ที่ได้รับยาฟ้าทะลายโจรชนิดสารสกัดกับระยะเวลาการหายจากอาการไข้

ข้อมูลส่วนบุคคล	อาการไข้			p-value
	ทั้งหมด (n=536)	หายน้อยกว่า 5 วัน (n=465)	หายในเวลา 5 - 7 วัน (n=71)	
เพศ, n (%)				0.011*
ชาย	217 (40.5)	178 (38.3)	39 (54.9)	
หญิง	319 (59.5)	287 (61.7)	32 (45.1)	
อายุ (ปี), Mean $\pm$ SD	35.8 $\pm$ 12	35.6 $\pm$ 12	36.8 $\pm$ 11.2	0.422
น้ำหนักตัว (กิโลกรัม), Mean $\pm$ SD	64.6 $\pm$ 14.1	62.1 $\pm$ 12.5	68.3 $\pm$ 11.5	0.023*
ดัชนีมวลกาย (BMI), กก./ม ²	24.7 $\pm$ 5.5	23.9 $\pm$ 4.3	25.3 $\pm$ 4.3	0.139
โรคประจำตัว, n (%)	23 (4.3)	21 (4.5)	2 (2.8)	0.755
ประวัติการได้รับวัคซีน COVID-19, n (%)				0.443
ไม่ได้รับวัคซีน	59 (11.0)	53 (11.4)	6 (8.5)	
ได้รับ 1 เข็ม	5 (0.9)	3 (0.6)	2 (2.8)	
ได้รับ 2 เข็ม	271 (50.6)	236 (50.8)	35 (49.3)	
ได้รับ 3 เข็ม	163 (30.4)	140 (30.1)	23 (32.4)	
ได้รับ 4 เข็ม	38 (7.1)	33 (7.1)	5 (7)	

*p-value < 0.05, คัดร้อยละโดยไม่รวมข้อมูลสูญหาย (Missing Data)



ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสุขภาพของผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ที่ได้รับยาฟ้าทะลายโจรชนิดสารสกัดกับระยะเวลาการหายจากอาการไข้ (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	อาการไข้			p-value
	ทั้งหมด (n=536)	หายน้อยกว่า 5 วัน (n=465)	หายในเวลา 5 - 7 วัน (n=71)	
การสูบบุหรี่, n (%)				< 0.001*
ยังคงสูบ	98 (18.9)	79 (17.6)	19 (27.9)	
เลิกสูบแล้ว	18 (3.5)	11 (2.4)	7 (10.3)	
ไม่เคยสูบ	402 (77.6)	360 (80)	42 (61.8)	
การดื่มแอลกอฮอล์, n (%)				0.006*
ยังคงดื่ม	107 (20.6)	88 (19.5)	19 (27.9)	
เลิกดื่มแล้ว	19 (3.4)	12 (2.9)	7 (5.2)	
ไม่เคยดื่ม	426 (77)	327 (78)	99 (73.9)	

*p-value <0.05, คัดร้อยละโดยไม่รวมข้อมูลสูญหาย (Missing Data)

4.2 อาการไอ พบว่าการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ที่ได้รับยาฟ้าทะลายโจรชนิดสารสกัด มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการหายจากอาการไออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ติดเชื้อที่ไม่สูบบุหรี่มีโอกาสหายจากอาการไอ

ภายใน 5 วันสูงถึงร้อยละ 78 ส่วนเพศ อายุ น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว ประวัติการได้รับวัคซีนโควิด-19 และการดื่มแอลกอฮอล์ ส่งผลต่อระยะเวลาการหายจากอาการไออย่างไม่มีนัยสำคัญ แสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสุขภาพของผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ที่ได้รับยาฟ้าทะลายโจรชนิดสารสกัดกับระยะเวลาการหายจากอาการไอ

ข้อมูล	อาการไอ			p-value
	ทั้งหมด (n=592)	หายน้อยกว่า 5 วัน (n=325)	หายในเวลา 5 - 7 วัน (n=267)	
เพศ, n (%)				0.728
ชาย	236 (39.9)	127 (39.1)	109 (40.8)	
หญิง	356 (60.1)	198 (60.9)	158 (59.2)	
อายุ (ปี), Mean $\pm$ SD	35.8 $\pm$ 12	35.1 $\pm$ 12.1	36.5 $\pm$ 11.8	0.156

* p-value <0.05, คัดร้อยละโดยไม่รวมข้อมูลสูญหาย (Missing Data)



ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสุขภาพของผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ที่ได้รับยาฟ้าทะลายโจรชนิดสารสกัดกับระยะเวลาการหายจากอาการไอ (ต่อ)

ข้อมูล	อาการไอ			p-value
	ทั้งหมด (n=592)	หายน้อยกว่า 5 วัน (n=325)	หายในเวลา 5 - 7 วัน (n=267)	
น้ำหนักตัว (กิโลกรัม), Mean $\pm$ SD	64.6 $\pm$ 14.1	64.5 (13)	64.3 $\pm$ 14	0.894
ดัชนีมวลกาย (BMI) กก./ม ²	24.7 $\pm$ 5.5	24.4 $\pm$ 4.5	25.1 $\pm$ 6	0.342
โรคประจำตัว, n (%)	29 (4.9)	12 (3.7)	17 (6.4)	0.191
ประวัติการได้รับวัคซีน COVID-19, n (%)				0.068
ไม่ได้รับวัคซีน	59 (10)	37 (11.4)	22 (8.2)	
1 เข็ม	5 (0.8)	0 (0)	5 (1.9)	
2 เข็ม	307 (51.9)	164 (50.5)	143 (53.6)	
3 เข็ม	181 (30.6)	99 (30.5)	82 (30.7)	
4 เข็ม	40 (6.8)	25 (7.7)	15 (5.6)	
บุหรี, n (%)				0.021*
สูบบุหรี่	99 (17.2)	57 (17.9)	42 (16.3)	
เลิกสูบบุหรี่แล้ว	20 (3.5)	5 (1.6)	15 (5.8)	
ไม่เคยสูบบุหรี่	456 (79.3)	256 (80.5)	200 (77.8)	
แอลกอฮอล์, n (%)				0.325
ดื่ม	114 (19.8)	59 (18.6)	55 (21.3)	
เลิกดื่มแล้ว	19 (3.3)	8 (2.5)	11 (4.3)	
ไม่เคยดื่ม	443 (76.9)	251 (78.9)	192 (74.4)	

* p-value <0.05, คัดร้อยละโดยไม่รวมข้อมูลสูญหาย (Missing Data)

4.3 อาการเจ็บคอ พบว่าการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ที่ได้รับยาฟ้าทะลายโจรชนิดสารสกัดมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการหายจากอาการเจ็บคออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ติดเชื้อที่ไม่สูบบุหรี่มีโอกาสหายจากอาการ

เจ็บคอภายใน 5 วันสูงถึงร้อยละ 80.5 ส่วนเพศ อายุ น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว ประวัติการได้รับวัคซีนโควิด และการดื่มแอลกอฮอล์ ส่งผลต่อระยะเวลาการหายจากอาการเจ็บคอ แต่ไม่มีนัยสำคัญ แสดงในตารางที่ 6



ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสุขภาพของผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ที่ได้รับยาฟ้าทะลายโจรชนิดสารสกัดกับระยะเวลาการหายจากอาการเจ็บคอ

ข้อมูล	อาการเจ็บคอ			p-value
	ทั้งหมด (n=574)	หายน้อยกว่า 5 วัน (n=434)	หายในเวลา 5 - 7 วัน (n=140)	
เพศ, n (%)				0.129
ชาย	225 (39.2)	162 (37.3)	63 (45)	
หญิง	349 (60.8)	272 (62.7)	77 (55)	
อายุ (ปี), Mean $\pm$ SD	35.8 $\pm$ 12	35.4 $\pm$ 11.9	35.8 $\pm$ 11.5	0.711
น้ำหนักตัว (กิโลกรัม), Mean $\pm$ SD	64.6 $\pm$ 14.1	64.0 $\pm$ 12.8	65.7 $\pm$ 16.6	0.399
ดัชนีมวลกาย (BMI), กก./ม ²	24.7 $\pm$ 5.5	24.5 $\pm$ 4.4	25.2 $\pm$ 6.1	0.336
โรคประจำตัว, n (%)	28 (4.9)	18 (4.1)	10 (7.1)	0.228
ประวัติการได้รับวัคซีน COVID-19, n (%)				0.769
ไม่ได้รับวัคซีน	56 (9.8)	41 (9.4)	15 (10.7)	
1 เข็ม	5 (0.9)	3 (0.7)	2 (1.4)	
2 เข็ม	293 (51)	225 (51.8)	68 (48.6)	
3 เข็ม	184 (32.1)	136 (31.3)	48 (34.3)	
4 เข็ม	36 (6.3)	29 (6.7)	7 (5.0)	
บุหรี, n (%)				0.01*
ยังคงสูบบุหรี่	97 (17.6)	70 (16.7)	27 (20.1)	
เลิกสูบบุหรี่แล้ว	17 (3.1)	8 (1.9)	9 (6.7)	
ไม่เคยสูบบุหรี่	438 (79.3)	340 (81.3)	98 (73.1)	
แอลกอฮอล์, n (%)				0.36
ยังคงดื่ม	108 (19.5)	80 (19.1)	28 (20.9)	
เลิกดื่มแล้ว	19 (3.4)	12 (2.9)	7 (5.2)	
ไม่เคยดื่ม	426 (77)	327 (78)	99 (73.9)	

* p-value <0.05, คัดร้อยละโดยไม่รวมข้อมูลสูญหาย (Missing Data)

วิจารณ์และอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาประสิทธิภาพการใช้ยาฟ้าทะลายโจร ชนิดสารสกัดขนาด 180 มิลลิกรัมต่อวัน ต่อเนื่องกัน 5 วัน เป็นยาร่วมรักษาผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 แยกกักตัวที่บ้าน อำเภอดงหลวง จังหวัดพิจิตร อภิปรายได้ดังนี้

- ยาฟ้าทะลายโจรสามารถลดอาการไข้ และลดอาการของระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ ไอ เจ็บคอ และน้ำมูกได้ ตั้งแต่วันที่ 1, 3, 5 และตั้งแต่วันที่ 5 - 7 วัน ส่วนใหญ่พบว่าอาการดังกล่าว จะหายภายใน 3 วัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของโครงการศึกษานำร่องของกรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ ทางเลือก และสถาบันวิจัยจุฬาภรณ์⁷, ดารารัตน์ รัตนรักษ์ และคณะ⁸ และ จิระภา พันธุเศรษฐ์ และ มะโนตร นาคะวัจน¹³

- พบว่าผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ที่ได้รับ ยาฟ้าทะลายโจรชนิดสารสกัดที่ไม่สูบบุหรี่ ส่งผล ต่อระยะเวลาการหายจากอาการไข้ ไอ และเจ็บคอ ภายใน 5 วันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษา ครั้งนี้สามารถนำไปให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในการ งดการสูบบุหรี่ เพื่อให้อาการของระบบทางเดิน หายใจหายเร็วขึ้น

- เพศมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการ หายของอาการไข้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดย จากสัดส่วนพบว่าเพศหญิงหายจากอาการไข้ใน ระยะเวลาสั้นกว่า 5 วันมากกว่าเพศชายเกือบ สองเท่า (61.7%/38.3%) เป็นไปได้ว่าเพศหญิง

ที่ทำการศึกษามีแนวโน้มมีอาการรุนแรงน้อยกว่า และดูแลตัวเองดีกว่าเพศชาย

- น้ำหนักตัวมีความสัมพันธ์กับระยะเวลา การหายของอาการไข้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ BMI ไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลา การหายของอาการไข้ จากการเปรียบเทียบข้อมูล น้ำหนักตัวของประชากรที่ศึกษารายคน พบว่ามี ความแตกต่างกันชัดเจน แต่เมื่อมาคำนวณค่า ดัชนีมวลกาย (BMI) ที่เป็นค่าชี้วัดความสมดุลของ น้ำหนักตัว (กิโลกรัม) และส่วนสูง (เซนติเมตร) พบว่าค่าใกล้เคียงกัน ผลการศึกษารังนี้จึงต่างกัน

พบว่ามีข้อมูลของกลุ่มประชากรที่คัดเข้า ศึกษาหลายรายที่ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ ทั้งข้อมูล ส่วนบุคคล ข้อมูลด้านสุขภาพและข้อมูลติดตาม อาการ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยแยกกักตัวที่บ้าน เป็นการติดตามอาการผ่านไลน์ หรือโทรศัพท์ และแต่ละ รพ.สต. ต้องดูแลผู้ป่วยแยกกักตัวที่บ้านจำนวนมาก มีผู้ป่วยรับใหม่หลายรายในแต่ละ วัน ในขณะที่บุคลากรมีน้อย และรับผิดชอบหลาย งานจึงรวบรวมข้อมูลได้ไม่ครบถ้วน

ปัจจัยกวนที่อาจส่งผลต่อความตรง และความน่าเชื่อถือของผลการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ จำนวน ของอาการแรกเริ่ม การรับประทานยาที่รักษาตาม อาการที่ไม่ได้เก็บข้อมูล ได้แก่ ยาลดไข้ ยาแก้ไอ ซึ่งแพทย์ให้ควบคู่กับยาฟ้าทะลายโจร การควบคุม โรคประจำตัว เช่น โรคหอบหืด รวมทั้งประชากร ที่ศึกษาอาจหาซื้อยาอื่นที่มีผลต่ออาการไข้ ไอ เจ็บคอมารับประทานในระหว่างที่ทำการศึกษา



ข้อเสนอแนะ

- ควรทบทวนวรรณกรรมเพิ่ม เพื่อให้ได้เครื่องมือและวิธีการเก็บข้อมูลที่เหมาะสม ตอบวัตถุประสงค์การศึกษาได้ครอบคลุม รวมทั้งลดอคติ และปัจจัยกวนที่อาจส่งผลกระทบต่อความตรงและความน่าเชื่อถือของการศึกษา
- ควรศึกษาเปรียบเทียบความรุนแรงของการดำเนินโรคในผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 แบบกักตัวที่บ้าน ระหว่างกลุ่มที่ไม่ได้รับยาฟ้าทะลาย

โจรชนิดสารสกัดกับกลุ่มที่ได้รับยาฟ้าทะลายโจรอย่างชัดเจน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลตะกั่วป่าทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินงานการป้องกันและดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ตลอดจนบุคลากรใน รพ.สต. ของอำเภอตะกั่วป่า ทั้ง 8 แห่งที่มีส่วนสนับสนุนงานวิจัยนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบพระคุณมา ณ ที่นี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มาตรการสาธารณสุขและปัญหาอุปสรรคการป้องกันควบคุมโรคในผู้เดินทาง. [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 1 กรกฎาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/2017420210820025238.pdf>
2. Sila T, Laochareonsuk W, Surachart K, Surasombatpattana S, Saelim W, Sangkhathat. Evolution and bioinformatic analysis of the whole genome sequences of SARS-CoV-2. PSU Med J 2022;2(2):85-98.
3. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางปฏิบัติสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการให้คำแนะนำผู้ป่วยและการจัดบริการผู้ป่วยโควิด-19 แบบ Home Isolation ฉบับปรับปรุง วันที่ 4 มกราคม พ.ศ. 2565. [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 6 มกราคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach/25650105180407PM_80%E0%B8%9B%E0%B8%B5Homelso.pdf.
4. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ฉบับปรับปรุง วันที่ 4 สิงหาคม พ.ศ. 2564 สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข. [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 10 สิงหาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: [http://www.stopcorruption.moph.go.th/application/editors/userfiles/files/แนวทางเวชปฏิบัติ%20COVID-19%20\(ฉบับปรับปรุง%2021-4-64\).pdf](http://www.stopcorruption.moph.go.th/application/editors/userfiles/files/แนวทางเวชปฏิบัติ%20COVID-19%20(ฉบับปรับปรุง%2021-4-64).pdf)



5. ประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2564. ราชกิจจานุเบกษา, เล่ม 138 ตอนพิเศษ 120 ง. หน้า 47. [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 20 กรกฎาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2564/E/120/T_0046.PDF.
6. อัมพร เบญจพลพิทักษ์, ขวัญชัย วิศิษฐานนท์, ธิดิ แสงธรรม, เทวัญ ธาณรัตน์, กุลธนิศ วนรัตน์. รายงานสังเขปผลการใช้ยาฟ้าทะลายโจรในการรักษาผู้ป่วย COVID-19. การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 15 สิงหาคม 2564];19(1):229-33. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JTTAM/article/download/249140/168781/909721>
7. โครงการการศึกษานำร่องผลของสารสกัดฟ้าทะลายโจรขนาดสูงต่อผู้ป่วยโรคโควิด-19 ระดับความรุนแรงน้อย โรงพยาบาลสมุทรปราการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกและสถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 กุมภาพันธ์ 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/2020/06/19650>
8. ดารารัตน์ รัตนรักษ์, รุจิรา เข้มเพชร, อุษณีย์ พูลวิวัฒน์กุล, สิริธร นิเมตวิไล, อรอนงค์ เหล่าตระกูล. ประสิทธิภาพและความปลอดภัยของสารสกัดฟ้าทะลายโจรต่อการร่วมรักษาผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่มีอาการรุนแรงน้อย โรงพยาบาลนครปฐม. วารสารแพทย์เขต 4-5. 2564;40(2):270-82
9. งานเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยา. 2564. กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา. รายงานสถิติผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประจำปีสัปดาห์. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา.
10. Wattananat T, Duangteraprecha S, Jamtaweekul J, Sukphan P. Alternative to the Thai herbal pharmacopoeia method for quality control of Andrographis capsules. Journal of Thai Traditional and Alternative Medicine [Internet]. 2016;14(3):313-23
11. กรมการแพทย์. แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). ฉบับปรับปรุงวันที่ 2 พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 สำหรับแพทย์ และบุคลากรสาธารณสุข. [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 3 พฤศจิกายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://covid19.dms.go.th/backend/Content//Content_File/Covid_Health/Attach/25641103093725AM_update-CPG_COVID_v19.5_n_02211102.pdf
12. ศิริชัย กาญจนวาสี. ทฤษฎีการประเมิน. พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2545.



13. จิระภา พันธุเศรษฐ์, มะโนตร นาคะวัจนะ. โครงการศึกษาระดับการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีความรุนแรงน้อย ไม่มีปัจจัยเสี่ยง และได้รับสารสกัดหยาบฟ้าทะลายโจรแคปซูลในการร่วมรักษา ที่รับบริการในโรงพยาบาลของจังหวัดอุดรธานี ประจำปี 2564. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี. 2566;31(2):161-9



ผลของการพัฒนาร้านค้าขนาดใหญ่แบบการมีส่วนร่วมของชุมชน
ในจังหวัดนครราชสีมา ปี 2566

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

จักรี แก้วคำบั้ง¹, สุทธิณี เรืองสุพันธุ์², ศุภธิดา วิสุทพิพัฒน์สกุล³, สรัญญาพร รักวิชานันท์³
Chakri Kaeokumbong¹, Suttinee Ruangsunphun², Supatida Wisutphiphatsakul³, Saranyaporn Rakwichanan³

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาร้านค้าขนาดใหญ่แบบการมีส่วนร่วมของชุมชนและปัจจัยการจำหน่ายยาในร้านชำ ในจังหวัดนครราชสีมา ปี 2566 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการพัฒนากระบวนการคือ ร้านชำขนาดใหญ่ รวม 908 คน พัฒนาการกระบวนการตามแนวคิด PAOR ระหว่าง 1 ตุลาคม 2565 ถึง 30 กันยายน 2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ McNemar test และ Fisher's exact test ผลการศึกษาพบว่าร้านชำขนาดใหญ่ จำหน่ายยาอันตรายและยาห้ามจำหน่าย ในการตรวจครั้งที่ 2 จำนวน 164 แห่ง (ร้อยละ 18.06) ลดลงจากการตรวจครั้งที่ 1 จำนวน 386 แห่ง (ร้อยละ 42.51) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาร้านชำสามารถลดปัจจัยความต้องการของชุมชน ปัจจัยการไม่ทราบกฎหมายว่าเป็นยาห้ามจำหน่าย และปัจจัยมีรถขนส่งยาถึงหน้าบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.005$) แต่ไม่สามารถลดปัจจัยเรื่องยอดขายหรือกำไร คะแนนความรู้เพิ่มมากขึ้นหลังการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากร้อยละ

¹ เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

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

² เภสัชกรเชี่ยวชาญ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

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

³ เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

³ Pharmacist Professional Level. Division of Consumer Protection and Public Health Pharmacy, Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office



66.85 เป็นร้อยละ 93.94 ($p < 0.001$) จากการทำวิจัยในครั้งนี้สามารถสรุปได้ว่าการพัฒนาร้านชำขนาดใหญ่แบบการมีส่วนร่วมของชุมชน สามารถลดจำนวนร้านชำที่จำหน่ายยาอันตรายและยาห้ามจำหน่ายในชุมชน และสามารถลดแรงจูงใจเรื่อง ปัจจัยความต้องการของชุมชน ปัจจัยการไม่ทราบกฎหมายว่าเป็นยาห้ามจำหน่าย และปัจจัยมีรถขนส่งยาถึงหน้าร้าน

คำสำคัญ: การพัฒนา, ร้านชำขนาดใหญ่, การมีส่วนร่วม

Abstract

The objective of this action research was to study the results of large-scale grocery store development with community participation and the factors of drug distribution in grocery stores in Nakhon Ratchasima Province at 2023. The sample group used to develop the process was a large grocery store, totaling at 908 people, developing the process according to the PAOR concept between 1 October 2022 and 30 September 2023. Data were analyzed using McNemar test and Fisher's exact test statistics. The results of the study found that 164 large grocery stores (18.06%) still sold dangerous and prohibited drugs at the second inspection comparing to the first inspection which found these illegal drugs at all 386 stores, reduced 42.51% with statistical significance ($p < 0.001$). Community participation in development grocery stores can reduce community demands, lack of knowledge about prohibited drug selling, and drug sales delivery directly to grocery stores and statistically significant ($p < 0.005$).

Keywords: Development, Large grocery stores, Participation

บทนำ

การใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงจากผลข้างเคียงและอันตรายจากยา รวมถึงเป็นการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายค่ายาและค่ารักษาพยาบาล¹ การใช้ยาให้ปลอดภัยในชุมชนเป็นอีกมิติหนึ่งที่สำคัญ ซึ่งความปลอดภัยจากการใช้ยาในชุมชน มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายปัจจัย ได้แก่ ผู้ใช้ยา ผู้สั่งใช้ยา ผู้ผลิต การกระจายยา และการกำกับดูแลตามกฎหมาย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ได้สำรวจสำรวจร้านค้าปลีกในระดับตำบล ภายใต้โครงการส่งเสริมการใช้ยา ปลอดภัยในชุมชนของ ในปี 2560 – 2561 พบว่าร้านค้าปลีกจำนวนมากขายยาอันตราย ดังนั้นการดำเนินการเชิงรุกในชุมชนเพื่อเสริมสร้างศักยภาพของประชาชนให้คุ้มครองตนเองและครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง²

สำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้สำรวจความรู้และพฤติกรรมของประชาชน ปี 2562 พบว่าประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีการใช้ยาปฏิชีวนะมากที่สุด ร้อยละ 8.40 และพบว่าประชาชนมีการใช้ยามาเชื้อ/ยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็น ทำให้การรักษาไม่ได้ผล หรือ “เชื้อดื้อยา” เป็นเรื่องที่ประชาชนเข้าใจถูกต้องมากที่สุดร้อยละ 69.3³ ได้มีการศึกษาสถานการณ์ยาและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในเขตสุขภาพที่ 3 ปี 2560 พบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังพบยาที่นอกเหนือจากแพทย์สั่งใช้ เช่น ยาที่ไม่มี

ทะเบียน อยดอ้างสรรพคุณเกินจริง ยาชุด ถึงร้อยละ 61.61⁴

การพัฒนาร้านชำแบบชุมชนมีส่วนร่วม มี 4 ขั้นตอน คือ 1. การประชุมภาคีเครือข่ายเพื่อรับทราบปัญหาด้านยาในชุมชน 2. การอบรมให้ความรู้ และการประเมินความรู้ด้านยา 3. การตรวจร้านชำ และ 4. การกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาาร่วมกันในชุมชน^{5,6}

ปี 2565 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ร่วมกับภาคีเครือข่ายงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับอำเภอ ตรวจร้านชำจำนวน 9,146 แห่ง พบการจำหน่ายยาอันตรายและยาห้ามจำหน่าย ร้อยละ 44.74 โดยชนิดยาที่พบส่วนใหญ่ 3 อันดับแรก คือ ยาแก้หวัด ยาแก้ปวด และยาปฏิชีวนะ พบร้อยละ 60.24, 24.19 และ 16.51 ตามลำดับ ซึ่งพบว่าปัญหาการใช้ยาไม่ปลอดภัยในชุมชนยังพบอยู่ในร้านชำ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนาร้านชำแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อแก้ไขปัญหาการจำหน่ายยาอันตรายและยาห้ามจำหน่ายในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาร้านชำขนาดใหญ่แบบการมีส่วนร่วมของชุมชน ในจังหวัดนครราชสีมา ปี 2566

2. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาร้านชำขนาดใหญ่แบบการมีส่วนร่วมของชุมชน ในจังหวัดนครราชสีมา ปี 2566

3. เพื่อศึกษาปัจจัยการจำหน่ายยาอันตราย
และยาห้ามจำหน่ายในร้านชำ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ
(Action Research) ดำเนินการในเดือนตุลาคม
2565 ถึง กันยายน 2566 ระยะเวลา 1 ปี แบ่งเป็น
2 ขั้นตอน ได้แก่ การเก็บรวบรวมข้อมูลและ
การพัฒนากระบวนการ

กลุ่มเป้าหมาย

1. กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการเก็บรวบรวม
ข้อมูล คือ ร้านชำขนาดใหญ่ ในจังหวัดนครราชสีมา

คัดเลือกโดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive
sampling) ของจังหวัดนครราชสีมา ปี 2566
จำนวน 908 แห่ง

2. กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการพัฒนา
กระบวนการ คือ ร้านชำขนาดใหญ่ ในจังหวัด
นครราชสีมา คัดเลือกโดยวิธีการเลือกแบบ
เจาะจง (Purposive sampling) ของจังหวัด
นครราชสีมา ปี 2566 จำนวน 908 แห่ง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้รับอนุมัติจาก
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยใน
มนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
เลขที่ NRPH 132



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

กระบวนการดำเนินงาน

ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบ
มีส่วนร่วม มี 4 ขั้นตอน คือ 1. การประชุมภาค

เครือข่ายและหาข้อตกลงร่วมกัน 2. การพัฒนา
ศักยภาพร้านชำ 3. การสำรวจร้านชำ และ
4. การติดตามและประเมินผล

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสำรวจยาในร้านชำเพื่อพัฒนาสถานประกอบการให้มีคุณภาพ ประกอบด้วย 3 หมวด คือ หมวดที่ 1 รายการยาที่พบในร้านชำ หมวดที่ 2 แหล่งที่รับยามาจำหน่าย และหมวดที่ 3 ปัจจัยการจำหน่ายยาในร้านชำ และความคิดเห็นของผู้ประกอบการเพื่อพัฒนาร้านชำ จากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ตรวจสอบความถูกต้อง และปรับปรุงแบบสอบถามโดยการประชุมของเจ้าหน้าที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 13 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการพัฒนาร้านชำ คือ แบบทดสอบการได้รับความรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในร้านชำ จังหวัดนครราชสีมา ปี 2566 แบ่งออกเป็น 2 หมวด หมวดที่ 1 คือ ข้อมูลส่วนบุคคล และหมวดที่ 2 คือ ความรู้เกี่ยวกับยา จำนวน 15 ข้อ แต่ละคำถามจะมีตัวเลือกทั้งหมด 4 ข้อ มีข้อถูก 1 ข้อ และข้อผิด 3 ข้อ เกณฑ์การผ่านคือ ร้อยละ 70 หรือ 11 ข้อ ตรวจสอบความถูกต้อง และปรับปรุงแบบสอบถามโดยการประชุมของเจ้าหน้าที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 10 คน ค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม หรือค่าสอดคล้องระหว่าง

ข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ หรือเนื้อหา (IOC : Index of item objective congruence) เท่ากับ 0.91

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สัดส่วนของร้านชำต้นแบบหลังการพัฒนาร้านชำ และสัดส่วนผู้ผ่านการทดสอบเรื่องความรู้เรื่องการใช้ยาอย่างปลอดภัยในชุมชน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ McNemar test

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมในร้านชำ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Fisher's exact test

การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

1. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลผลลัพธ์การดำเนินงาน ได้แก่ ผลการตรวจยาอันตรายและยาห้ามจำหน่ายในร้านชำ ผลการทดสอบความรู้เรื่องการใช้ยาอย่างปลอดภัยในชุมชน จำนวนร้านชำต้นแบบหลังการพัฒนารูปแบบ รายงานไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ประเมินผลการดำเนินงาน ทุก 3 เดือน และนำเสนอผลการดำเนินงานผ่านการประชุม เก็บรวบรวมความคิดเห็น ปัญหา อุปสรรค และแนวทางการแก้ไขปัญหา ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

2. ขั้นตอนการพัฒนากระบวนการ

1) ขั้นตอนการวางแผน (Planning)

การประชุมชี้แจงการพัฒนาร้านชำ

แบบการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุขร่วมกับภาคีเครือข่ายงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับจังหวัด ประกอบด้วย เภสัชกร นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลระดับอำเภอ ทุกแห่ง โดยสรุปเป็นโครงการ ในปี 2566 จำนวน 1 เรื่อง คือ โครงการเฝ้าระวังการจำหน่ายยาไม่ปลอดภัย ในร้านชำขนาดใหญ่ทุกอำเภอ เพื่อลดการกระจายยาอันตรายและยาห้ามจำหน่ายจากร้านชำขนาดใหญ่สู่ร้านชำขนาดเล็กในชุมชนทั้งจังหวัด จำนวน 32 อำเภอ

2) ขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Action)

ภาคีเครือข่ายในชุมชน ได้แก่ เภสัชกร นักวิชาการสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ในหน่วยงานของโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้านชำ และเจ้าหน้าที่ตำรวจ ร่วมกันดำเนินการโครงการเฝ้าระวังการจำหน่ายยาไม่ปลอดภัยในร้านชำขนาดใหญ่ทุกอำเภอ ดังนี้

- **กิจกรรมที่ 1** คือ การสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนเพื่อเฝ้าระวังการจำหน่ายยาอันตราย และยาห้ามจำหน่ายในร้านชำทุกอำเภอในจังหวัดนครราชสีมา โดยดำเนินการแยกกันในแต่ละอำเภอ 5 ขั้นตอน คือ

1) การคืนข้อมูลการใช้ยาปลอดภัยในชุมชนและผลกระทบของปัญหาที่เกิดขึ้น โดยการนำเสนอเนื้อหาของเภสัชกรผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ของโรงพยาบาลในแต่ละอำเภอ จำนวน 15 นาที

2) วิเคราะห์และกำหนดบทบาทเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 15 นาที

3) การสร้างความเข้าใจ ความตระหนักในแต่ละภาคีเครือข่าย ยกตัวอย่างปัญหาการอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการใช้ยาในชุมชนที่รุนแรง ปัญหาเรื่องการติดเชื้อมื้อยา จำนวน 15 นาที

4) การกำหนดเป้าหมายร่วมกันเพื่อนำนโยบายหรือข้อตกลงไปสู่การปฏิบัติ โดยผู้เข้าร่วมการประชุม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อวิเคราะห์ปัญหา กำหนดปัญหา และวิธีการแก้ไขปัญหา จำนวน 30 นาที

5) การประเมินผลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในชุมชน

- **กิจกรรมที่ 2** คือ การสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างปลอดภัยในชุมชนให้กับภาคีเครือข่าย และร้านชำขนาดใหญ่ที่เป็นกลุ่มเป้าหมายของทุกอำเภอ จำนวน 908 แห่ง ซึ่งเนื้อหาโครงการประกอบด้วย 4 เรื่อง ได้แก่

1) การสร้างความรู้และหลักการ
ใช้ยาอย่างถูกต้อง โดยผู้รับผิดชอบงานคุ้มครอง
ผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของโรงพยาบาล
ในแต่ละอำเภอ จำนวน 20 นาที

2) ความรู้ด้านอาการไม่พึงประสงค์
จากการใช้ยา โดยผู้รับผิดชอบงานคุ้มครอง
ผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของโรงพยาบาล
ในแต่ละอำเภอ จำนวน 15 นาที

3) มาตรการเรื่องอัตราโทษและ
ค่าปรับจากการขายยาอันตรายและยาห้ามจำหน่าย
ในร้านชำ โดยเจ้าหน้าที่ตำรวจ จำนวน 20 นาที

4) บทบาทหน้าที่ในชุมชน และ
อำนาจหน้าที่ตามกฎหมาย ที่นำไปสู่แนวทาง
ความร่วมมือในการเฝ้าระวัง จัดการปัญหาของ
เครือข่าย โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สำนักงาน
สาธารณสุขอำเภอ จำนวน 20 นาที

- **กิจกรรมที่ 3** การประเมินความรู้
ด้านการใช้ยาอย่างปลอดภัยในชุมชนในมิติด้าน
ความรู้ แบบทดสอบการได้รับความรู้ในการใช้
ยาอย่างสมเหตุผลในร้านชำ จังหวัดนครราชสีมา
ปี 2566 แบ่งออกเป็น 2 หมวด หมวดที่ 1 คือ
ข้อมูลส่วนบุคคล และหมวดที่ 2 คือ ความรู้
เกี่ยวกับยา จำนวน 15 ข้อ แต่ละคำถามจะมี
มีตัวเลือกทั้งหมด 2 ข้อ แบบข้อถูกและข้อผิด
เกณฑ์การผ่านคือ ร้อยละ 70 หรือ 11 ข้อ

- **กิจกรรมที่ 4** คือ การตรวจร้านชำ
โดยเจ้าหน้าที่งานคุ้มครองผู้บริโภคในพื้นที่
ร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชนระดับอำเภอและ

ระดับตำบล หลังจัดการอบรม จำนวน 2 ครั้ง
ครั้งที่ 1 ตรวจแนะนำให้ความรู้เรื่องการจำหน่าย
ยาในร้านชำ หากครั้งที่ 2 พบการจำหน่ายยา
อันตรายและยาห้ามจำหน่าย โดยไม่หยุดการ
จำหน่าย หรือคืนยาให้กับแหล่งกระจายยาที่รับ
ยามาจำหน่าย ภายใน 1 เดือน ทางเจ้าหน้าที่จะ
ดำเนินการตรวจซ้ำอีกครั้ง หากพบการกระทำ
ดังกล่าว จะส่งเรื่องให้สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดดำเนินการต่อไป

3) ขั้นตอนการสังเกต (Observation)

- **กิจกรรมที่ 1** การประเมินความรู้
ก่อนและหลังการอบรมของร้านชำกลุ่มเป้าหมาย
- **กิจกรรมที่ 2** ประเมินผลการตรวจ
ร้านชำผ่านระบบ Google Form Excel Online
KBS นครราชสีมา และ Google Dashboard
Studio ในรูปแบบภาพทั้งจังหวัด โดยแบ่งเป็น
รายอำเภอ อย่างเป็นปัจจุบัน

4) ขั้นตอนการสะท้อนผลข้อมูล (Reflection)

- **กิจกรรมที่ 1** การประชุมสรุปผล
งานในระดับอำเภอ โดยภาคีเครือข่ายในชุมชน
ระดับอำเภอร่วมกันการประเมินผลการ
ดำเนินงาน พร้อมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และส่ง
สรุปผลงานให้จังหวัดทราบ

- **กิจกรรมที่ 2** การประชุมสรุปผล
งานในระดับจังหวัด โดยสำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดร่วมกับเจ้าหน้าที่งานคุ้มครองผู้บริโภค
ด้านสุขภาพระดับอำเภอ ประชุมแลกเปลี่ยน

เรียนรู้ผลการดำเนินงาน ถอดบทเรียนหลังการดำเนินงาน เพื่อหาปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัญหาอุปสรรค เพื่อไปวางแผนแก้ไขการพัฒนาการดำเนินงานต่อไป

ผลการวิจัย

1. รูปแบบการพัฒนาร้านชำขนาดใหญ่ แบบการมีส่วนร่วมของชุมชน

1.1 การสร้างกระบวนการมีส่วนร่วม จากทุกภาคส่วนเพื่อเฝ้าระวังการจำหน่ายยา

อันตราย และยาห้ามจำหน่าย

การรวบรวมข้อมูลของภาคีเครือข่ายระดับอำเภอ จำนวน 32 อำเภอ พบว่ามีกระบวนการพัฒนาร้านชำระดับอำเภอเกือบทุกแห่ง ยกเว้นในเรื่องของกลไกการกำกับดูแลโดยใช้กฎหมายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร้อยละ 50.00 และมีการสนับสนุนให้ชุมชนใช้งบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบล เพื่อแก้ปัญหายาในชุมชน ร้อยละ 46.88 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 กระบวนการพัฒนาร้านชำระดับอำเภอ (n=32)

ลำดับ	รูปแบบกระบวนการพัฒนา	แห่ง (ร้อยละ)
1	การคืนข้อมูลผลการสำรวจร้านชำ และข้อมูลความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างไม่ปลอดภัยแก่ชุมชน	30 (93.75)
2	มีแนวทางการเฝ้าระวัง การแจ้งเตือนภัย และการแก้ปัญหายาของชุมชน เสนอต่อคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องในระดับอำเภอ	29 (90.63)
3	มีระบบการสื่อสารการเฝ้าระวังและแจ้งเตือนภัยยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัย	29 (90.63)
4	มีเครือข่ายอื่น เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย.น้อย ร่วมเฝ้าระวังการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมในร้านชำ และแหล่งอื่น ๆ ที่กระจายยาไม่เหมาะสม	31 (96.88)
5	มีกลไกการกำกับดูแลโดยใช้กฎหมายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	16 (50.00)
6	มีการสนับสนุนให้ชุมชนใช้งบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบล เพื่อแก้ปัญหายาในชุมชน	15 (46.88)
7	มีการสื่อสารไปยังร้านยา เพื่อให้ร้านยาแนะนำและจำหน่ายยาที่เหมาะสมในร้านชำ	30 (93.75)

1.2 การประเมินความรู้ด้านการ
ใช้ยาอย่างปลอดภัยในชุมชนในมิติด้านความรู้
การทดสอบความรู้ผู้ประกอบการร้าน
ชำขนาดใหญ่ในจังหวัดนครราชสีมา เรื่อง

การใช้ยาอย่างปลอดภัยในชุมชน ระยะที่ 3 ปี
2566 ผ่านการอบรมร้อยละ 66.85 หลังการ
อบรมผ่านการทดสอบ ร้อยละ 93.94 เพิ่มขึ้น
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการทดสอบเรื่องความรู้เรื่องการใช้ยาอย่างปลอดภัยในชุมชน ระยะที่ 3 ($n=908$)

รายการ	จำนวนร้านชำผ่านการทดสอบเรื่องความรู้ในการใช้ยา อย่างปลอดภัยในชุมชน [แห่ง (ร้อยละ)]		p-value*
	ก่อนการอบรม	หลังการอบรม	
ผู้ประกอบการร้านชำ	607 (66.85)	853 (93.94)	<0.001

** วิเคราะห์ด้วยสถิติ McNemar test ที่ระดับนัยสำคัญ $p < 0.001$

2. ผลของการพัฒนาร้านชำขนาดใหญ่
แบบการมีส่วนร่วมของชุมชน

การตรวจร้านชำต้นแบบครั้งที่ 1
หลังการอบรม พบการจำหน่ายยาอันตราย

และยาห้ามจำหน่าย ร้อยละ 42.51 และ
หลังการอบรมพบร้อยละ 18.06 แตกต่างกัน
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตาราง
ที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนร้านชำที่ตรวจพบยาอันตรายและยาห้ามจำหน่าย ($n=908$)

รายการ	จำนวนร้านชำที่ตรวจพบยาอันตรายและยาห้ามจำหน่าย [แห่ง (ร้อยละ)]		p-value*
	ตรวจครั้งที่ 1	ตรวจครั้งที่ 2	
ผู้ประกอบการร้านชำ	386 (42.51)	164 (18.06)	<0.001

** วิเคราะห์ด้วยสถิติ McNemar test ที่ระดับนัยสำคัญ $p < 0.001$

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ
กับการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมในร้านชำ
จังหวัดนครราชสีมา

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย
ต่าง ๆ กับการจำหน่ายยาอันตรายและยาห้าม
จำหน่ายในร้านชำ หลังการตรวจครั้งที่ 1 พบว่า

ความต้องการของชุมชน ไม่ทราบกฎหมายว่าเป็น
ยาห้ามจำหน่าย ได้รับคำแนะนำจากร้านขายยา
มีรถส่งยาถึงหน้าบ้าน และผ่านการอบรมหรือ
ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุขในเรื่อง
การจำหน่ายยาไม่เหมาะสมในชุมชน มีความสัมพันธ์
กับการจำหน่ายยาอันตรายในชุมชน อย่างมี



นัยสำคัญทางสถิติ และการตรวจหลังการอบรม
ครั้งที่ 2 พบว่าความต้องการของชุมชน ไม่ทราบ
กฎหมายว่าเป็นยาห้ามจำหน่าย และมีรณสงยาถึง

หน้าร้านมีความสัมพันธ์กับการจำหน่ายยา
อันตรายในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
($p < 0.05$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมในร้านชำ (n=908)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ การจำหน่ายยา	ตรวจครั้งที่ 1				p-value*	ตรวจครั้งที่ 2				p-value*
	จำหน่าย (n=386)		ไม่จำหน่าย (n=522)			จำหน่าย (n=164)		ไม่จำหน่าย (n=744)		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
1. ความต้องการ ของชุมชน	283	73.31	207	39.66	<0.001	118	71.95	216	29.03	<0.001
2. ยอดขายหรือกำไร	3	0.78	11	2.11	0.108	1	0.61	8	1.08	0.589
3. ไม่ทราบ กฎหมายว่าเป็น ยาห้ามจำหน่าย	57	14.77	35	6.71	<0.001	14	8.54	0	0.00	<0.001
4. ได้รับคำแนะนำ จากร้านขายยา	0	0.00	18	3.45	<0.001	0	0.00	0	0.00	1.00
5. มีรถขนส่งยาถึง หน้าร้าน	13	3.38	6	1.15	0.021	6	3.66	6	0.806	0.04
6. ผ่านการอบรม หรือได้รับ คำแนะนำจาก บุคลากร สาธารณสุข ใน เรื่องการจำหน่าย ยาไม่ปลอดภัยใน ชุมชน	215	55.70	217	41.57	<0.001	164	100	744	100	1.00

* วิเคราะห์ด้วยสถิติ Fisher's exact test ที่ระดับนัยสำคัญ $p < 0.05$

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

1. ผลของการพัฒนาร้านชำแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน

การตรวจสอบร้านชำต้นแบบ จำนวน
2 ครั้ง พบร้านชำที่จำหน่ายยาอันตรายและยา
ห้ามจำหน่ายลดลงร้อยละ 24.45 อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบกับปี
2565 ที่พบร้านชำจำหน่ายยาอันตรายและยา
ห้ามจำหน่าย ร้อยละ 44.74

2. รูปแบบการพัฒนาร้านชำโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน

ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ได้แก่

- กิจกรรมที่ 1 คือ การสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนเพื่อเฝ้าระวังการจำหน่ายยาอันตราย และยาห้ามจำหน่ายในร้านชำ ดำเนินการในทุกอำเภอ ซึ่งแตกต่างจากการดำเนินงานใน ปี 2565 คือ มีเจ้าหน้าที่ตำรวจเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการ และร่วมเป็นวิทยากรในเรื่องมาตรการทางกฎหมายในการจำหน่ายยาในร้านชำ ซึ่งในกิจกรรมนี้อาจทำให้ร้านชำมีความตระหนักในการจำหน่ายยาให้ถูกต้องตามกฎหมายมากขึ้น ในขั้นตอนการดำเนินงานในระดับอำเภอ พบว่าร้อยละ 50 ของอำเภอทั้งหมด ที่ขับเคลื่อนกลไกการกำกับดูแลโดยใช้กฎหมายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดังนั้นในภาพรวมของระดับจังหวัดอาจพัฒนาการขับเคลื่อนการดำเนินงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ครบทุกอำเภอต่อไป

- กิจกรรมที่ 2 คือ การสร้างความรอบรู้ด้านการใช้อย่างปลอดภัยในชุมชนให้กับภาคีเครือข่าย และร้านชำขนาดใหญ่ที่เป็นกลุ่มเป้าหมายของทุกอำเภอ ผลการดำเนินงานพบว่าความรู้ด้านยาก่อนการอบรม ผู้ประกอบการร้านชำ ผ่านร้อยละ 66.85 หลังการอบรมผ่านร้อยละ 93.94 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

- กิจกรรมที่ 3 คือ การตรวจร้านชำ

1. ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชนระดับอำเภอและระดับตำบล จำนวน

2 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 เป็นการแนะนำให้ความรู้และชี้แจงมาตรการทางกฎหมายให้ผู้ประกอบการร้านชำทราบ และครั้งที่ 2 กรณีตรวจพบการจำหน่ายยาอันตรายและยาห้ามจำหน่ายในร้านชำ แจ้งให้ผู้ประกอบการเพื่อยุติการจำหน่ายพร้อมทั้งคืนหรือเปลี่ยนยากับแหล่งจำหน่ายยาด้านทาง หรือวิธีอื่น ๆ ภายใน 1 เดือน กรณีที่ไม่ปฏิบัติตามคำสั่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จะดำเนินการแจ้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดดำเนินการต่อไป

2. แบบตรวจร้านชำ มีระบบ QR CODE เพื่อตรวจสอบรูปภาพตัวอย่างยาอันตรายและยาห้ามจำหน่ายในร้าน ภาพตัวอย่างยาสามัญประจำบ้าน ทำให้ผู้ตรวจสามารถสื่อสารกับผู้ประกอบการร้านชำได้กระชับและง่ายขึ้น แต่ควรเพิ่ม Link ค้นหาเลขทะเบียนยาเพิ่มเติม กรณีไม่พบยาในรูปภาพหรือเลขทะเบียนยาที่สงสัยว่าเป็นยาปลอมหรือยาที่ไม่สามารถจำหน่ายได้ในร้านชำ

3. ปัจจัยที่มีผลต่อการจำหน่ายยาไม่เหมาะสมในร้านชำ

จากการพัฒนาร้านชำแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในร้านชำขนาดใหญ่ โดยเปรียบเทียบกลุ่มจำหน่ายยาและไม่จำหน่ายยาอันตรายและยาห้ามจำหน่าย พบว่าปัจจัยด้านความต้องการของชุมชนลดลงร้อยละ 50.12 ปัจจัยไม่ทราบกฎหมายว่าเป็นยาห้ามจำหน่ายลดลง ร้อยละ 8.54 ปัจจัยมีรถขนส่งยาถึงหน้าบ้าน

ลดลง ร้อยละ 2.85 ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบว่าไม่สามารถเปลี่ยนแปลงปัจจัยด้านยอดขายหรือกำไร ซึ่งการพัฒนาร้านค้าแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนถือว่าสามารถแก้ไขปัญหาหลักของปัจจัยที่มีผลต่อการจำหน่ายยาไม่เหมาะสมในชุมชนได้

ข้อเสนอแนะ

1. รูปแบบการพัฒนาร้านค้า ควรพัฒนาให้เกิดรูปแบบบันทึกข้อตกลงที่มีหัวหน้าส่วนราชการ ผู้นำชุมชน ผู้ประกอบการ ประชาชน และผู้มีส่วนได้เสียในการดำเนินงาน มาร่วมลงนามอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร
2. ผลของการพัฒนาร้านค้า ควรมีการประเมินความรอบรู้ด้านยาในหลากหลายมิติ

เช่น ทักษะการตัดสินใจ และการสื่อสารความรู้ด้านยาาร่วมด้วย

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับความร่วมมือจากพนักงานเจ้าหน้าที่ของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค และเภสัชสาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา รวมทั้งเภสัชกร นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดนครราชสีมาทุกท่านที่ดูแลและรับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. ผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมกรรมการสั่งยาและผู้ป่วยจากการดำเนินงาน โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 1 มี.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก : <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/5181/hs2546.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
2. กลุ่มงานพัฒนาระบบสนับสนุนบริการ กองบริหารการสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานพัฒนาระบบการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี:กองบริหารการสาธารณสุข; 2563
3. กองสถิติสังคม. ผลสำรวจด้านอนามัยและสวัสดิการ. ในสำนักงานสถิติแห่งชาติ. ผลสำรวจด้านอนามัยและสวัสดิการ ปี พ.ศ. 2562. กรุงเทพมหานคร : บริษัทธนาเพรส จำกัด ;2562.หน้า 1-19
4. สิริลักษณ์ รื่นรวย, สุรศักดิ์ เส่าแก้ว. สถานการณ์ยาและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในเขตสุขภาพที่ 3. วารสารเภสัชกรรมไทย 2560;9(1):226-35



5. ธนพงศ์ ภูผาดี, สมศักดิ์ อาภาศรีทองสกุล, วิษณุ ย่งยอด, ตฤณ แสงสุวรรณ, ลัดดา อำมาตย์. รูปแบบการพัฒนาร้านค้าแบบชุมชนมีส่วนร่วม ต.โพธิ์สูง จ.สกลนคร. วารสารอาหารและยา 2557;21(3):57-63
6. ปัทมาพร ปัทมาสราวุธ, รุ่งทิวา หมื่นปา. การพัฒนาร้านชำต้นแบบจากโครงการประชารัฐร่วมใจส่งเสริมการใช้ยาอย่างปลอดภัยในชุมชน. วารสารเภสัชกรรมไทย 2563;12(3):601-11



การพัฒนาร้านชำต้นแบบจากโครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างปลอดภัยในชุมชน จังหวัดนครราชสีมา

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

จักรี แก้วคำบัง¹, สุธินี เรืองสุพันธุ์², ศุภริตา วิสุทพิพัฒน์สกุล³, สรัญญาพร รักวิชานันท์³

Chakri Kaeokumbong¹, Suttinee Ruangsapunth², Supatida Wisutphiphatsakul³, Saranyaporn Rakwichanan³

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาร้านชำต้นแบบจากโครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างปลอดภัยในชุมชนจังหวัดนครราชสีมา ในกลุ่มร้านชำ โดยอาศัยความร่วมมือของผู้ประกอบการร้านชำและภาคีเครือข่าย ระยะเวลาการศึกษา 4 ปี ระหว่างปี 2563 – 2566 โดยใช้เครื่องมือแบบสำรวจยาในร้านชำเพื่อพัฒนาสถานประกอบการและแบบทดสอบการได้รับความรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในร้านชำ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและรูปแบบการพัฒนาร้านชำโดยใช้สถิติ McNemar test ผลการวิจัยพบว่าร้านชำในจังหวัดนครราชสีมา จำหน่ายยาอันตรายและยาห้ามจำหน่าย ในปี 2563 – 2566 พบจำนวน 1,539 แห่ง (ร้อยละ 20.45), 1,598 แห่ง (ร้อยละ 14.94), 5,905 แห่ง (ร้อยละ 64.65) และ 1,463 แห่ง (ร้อยละ 44.74) ตามลำดับ โดยในปี 2566 ร้านชำ จำหน่ายยาอันตราย และยาห้ามจำหน่าย ลดลงน้อยกว่าในปี 2565 ร้อยละ 19.91 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และร้านชำต้นแบบส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเพิ่มขึ้นหลังการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากร้อยละ 57.49 เป็นร้อยละ 81.94

¹ เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

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

² เภสัชกรเชี่ยวชาญ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

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

³ เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

³ Pharmacist Professional Level. Division of Consumer Protection and Public Health Pharmacy, Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office



($p < 0.001$) จากการทำวิจัยในครั้งนี้สามารถสรุปได้ว่าการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อพัฒนาร้านชำต้นแบบจากโครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างปลอดภัยในชุมชนจังหวัดนครราชสีมา ทำให้เกิด “CS-KORAT Model” เพื่อแก้ไขปัญหาการจำหน่ายยาอันตรายและยาห้ามจำหน่าย และทำให้เกิดร้านชำต้นแบบส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

คำสำคัญ: การพัฒนา, ร้านชำต้นแบบ, การส่งเสริมการใช้ยาอย่างปลอดภัย

Abstract

The objective of this action research was to develop a grocery store model from the project that promotes safe drug use in communities in Nakhon Ratchasima Province. In the grocery store group, through the cooperation of grocery store operators and network partners. The four-year study period from 2020 – 2023 was conducted using the Drug Survey Tool in Grocery Stores to improve establishments and test the knowledge of rational drug use in grocery stores. Data were analyzed with descriptive statistics and grocery store development patterns using McNemar test statistics. Study results found that in 2020 – 2023, there were 1,539 stores (20.45%), 1,598 stores (14.94%), 5,905 stores (64.65%) and 1,463 stores (44.74%) respectively, in Nakhon Ratchasima Province that sold dangerous and prohibited drug. In 2023 dangerous and prohibited drug selling decreased statistical significantly compared to 2022 ($p < 0.001$). Grocery store model on promoting rational drug use increased statistical significantly after training from 57.49% to 81.94% ($p < 0.001$). In conclusion, community engagement to develop a grocery store model from the project that promotes safe drug use in communities in Nakhon Ratchasima Province led to the creation of the "CS-KORAT Model" to address the problem on dangerous and prohibited drug distribution, and the creation of grocery store model to promote rational drug use.

Keywords: Development Model Grocery Store Promoting Safe Drug Use Group



บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้สำรวจข้อมูลจากทั่วโลก พบว่ามีการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลมากกว่าร้อยละ 50 ของการใช้ยาทั้งหมด ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงจากผลข้างเคียงและอันตรายจากยา รวมถึงเป็นการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายค่ายาและค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วย ซึ่งมีผลต่อประเทศในเรื่องของการจ่ายค่าบริการสุขภาพ รวมไปถึงการสูญเสียทางเศรษฐกิจในภาพรวมของประเทศ¹ การใช้ยาอย่างปลอดภัยในชุมชนเป็นอีกมิติหนึ่งที่สำคัญ ซึ่งความปลอดภัยจากการใช้ยาในชุมชน มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายอย่าง ได้แก่ ผู้ใช้ยา ผู้สั่งใช้ยา ผู้ผลิต การกระจายยา และการกำกับดูแลตามกฎหมายยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ได้สำรวจร้านค้าปลีกในระดับตำบลภายใต้โครงการส่งเสริมการใช้ยาปลอดภัยในชุมชนในปี 2560 จำนวน 4,128 ร้าน (23 จังหวัด) และปี 2561 จำนวน 887 ร้าน (28 จังหวัด) พบว่าร้านค้าปลีกจำนวนมากขายยาอันตราย เช่น ยาปฏิชีวนะ รวมทั้งสเตียรอยด์ที่เป็นยาควบคุมพิเศษ นอกจากนี้ยังพบผลิตภัณฑ์ที่มีความเสี่ยงต่อการได้รับสารสเตียรอยด์ เช่น ยาแผนโบราณ ยาสมุนไพร ซึ่งมีหลากหลายรูปแบบ ได้แก่ ยามง ยาเม็ด ยาลูกกลอน ยาน้ำ ยาต้ม ยาหม้อ กษัยเส้น ประดง เป็นต้น² สำนักงานสถิติแห่งชาติได้

สำรวจความรู้และพฤติกรรมของประชาชนในปี 2562 พบว่าประชาชนซื้อยากินเองเมื่อเจ็บป่วย ร้อยละ 16.30 ประชากรในประเทศไทยมีการใช้ยาปฏิชีวนะ ร้อยละ 6.30 โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีการใช้ยาปฏิชีวนะมากที่สุดในอัตรา ร้อยละ 8.40 และพบว่าประชาชนใช้ยาฆ่าเชื้อ/ยาปฏิชีวนะ โดยไม่จำเป็น ทำให้การรักษาไม่ได้ผล หรือ “เชื้อดื้อยา” เป็นเรื่องที่ ประชาชนเข้าใจถูกต้องมากที่สุดที่ร้อยละ 69.3³ จากการศึกษาสถานการณ์ยาและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในเขตสุขภาพที่ 3 ปี 2560 พบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังพบยาที่นอกเหนือจากแพทย์สั่งใช้ เช่น ยาที่ไม่มียาใบสั่งยา อดอ้างสรรพคุณเกินจริง ยาชุดมากถึงร้อยละ 61.61 โดยแหล่งที่มาคือ คนในครอบครัวนำมาให้ ร้อยละ 28.99 ร้านยา ร้อยละ 23.19 ร้านค้าและร้านชำ ร้อยละ 21.74 เป็นต้น สาเหตุของการใช้ยา คือ ตนเองคิดว่าดี ร้อยละ 40.58 สมาชิกในครอบครัวบอกว่าดี ร้อยละ 23.19 และผู้จำหน่ายบอกว่าดี ร้อยละ 14.49⁴

แนวทางการแก้ไขปัญหาร้านชำกับการขายยา พบว่าได้มีการศึกษารูปแบบการพัฒนาร้านชำแบบชุมชนมีส่วนร่วม ในตำบลแห่งหนึ่ง จังหวัดสกลนคร ปี 2557 โดยสรุปข้อเสนอแนะว่า 1. ควรมีการพัฒนาร้านชำที่ไม่จำหน่ายยาอันตราย เนื่องจากทำให้ประชาชนในชุมชนได้รับยาที่มีความเหมาะสมและปลอดภัย

สามารถเข้าถึงยาได้ง่ายเมื่อ มีอาการเจ็บป่วย เล็ก ๆ น้อย ๆ 2. ควรแก้ไขปัญหาร้านชำ จำหน่ายยาอันตราย เนื่องจากประชาชนใน ชุมชนเรียกหาและต้องการซื้อยา 3. การ จัดการปัญหาร้านชำจำหน่ายยาอันตราย โรงพยาบาลต้องให้ความรู้ ความเข้าใจแก่ ผู้ประกอบการร้านชำ เพื่อให้ตระหนักถึง โทษภัยของการใช้ยาชุด ยาสเตียรอยด์ และยา อันตราย ความผิดตามกฎหมาย โดยเน้นความ ร่วมมือ ของร้านชำมากกว่าการบังคับใช้ กฎหมาย⁵ นอกจากนี้ ได้มีการศึกษาในร้านชำ ต้นแบบจากโครงการประชารัฐร่วมใจส่งเสริม การใช้ยาอย่างปลอดภัยในชุมชน ปี 2562 จำนวน 45 แห่ง โดยสร้างการมีส่วนร่วมของ ชุมชน ได้แก่ เกษตรกร เทศบาล องค์การบริหาร ส่วนตำบล ผู้นำชุมชน สำนักงานสาธารณสุข อำเภอ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ประกอบการร้านชำ ดำเนินกิจกรรม 4 ขั้นตอน คือ 1. ประชุมภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อชี้แจงปัญหาที่ พบจากการจำหน่ายยาและ ผลกระทบที่อาจเกิดหากมีการใช้ยาไม่ถูกต้อง ในชุมชน 2. ประเมินความรู้ด้านยา 3. ตรวจ ร้านชำ และ 4. วางแผนมาตรการและแนว ทางการแก้ไขปัญหาด้านยาไม่ปลอดภัยใน ชุมชนร่วมกัน พบว่ามีร้านชำที่ไม่จำหน่ายยา อันตราย จำนวน 25 แห่ง (ร้อยละ 55.60) ซึ่ง ต้องจัดกิจกรรมพัฒนาต่อไปคือ การยกย่อง

เชิดชูเกียรติและมอบใบประกาศนียบัตรเพื่อ เป็นขวัญและกำลังใจให้แก่ร้านชำที่จำหน่ายยา ปลอดภัยและปฏิบัติตามกฎหมาย ทำให้ร้านชำ เกิดความภาคภูมิใจและเป็นต้นแบบร้านชำใน ชุมชนที่ปฏิบัติถูกต้องตามกฎหมายและยังเป็น ร้านต้นแบบสำหรับอำเภออื่น ๆ⁶

ปัญหาเรื่องอาการไม่พึงประสงค์จาก การใช้ยาพบจากร้านชำ ข้อมูลจากศูนย์เฝ้าระวัง ความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ กอง ยุทธศาสตร์และแผนงาน อย. พบว่าในปี 2562 จังหวัดนครราชสีมาเกิดอาการไม่พึงประสงค์ จากการใช้ยาที่มาจากร้านชำ จำนวน 68 ครั้ง จากทั้งหมด 4,039 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 1.68 โดยพบว่า อาการไม่พึงประสงค์ที่พบจากร้านชำ พบว่า เกิดภาวะ Anaphylactic shock จำนวน 42 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 61.76 เกิดภาวะ Fixed eruption จำนวน 9 ครั้ง⁷

เนื่องจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครราชสีมาได้มีการกักสำคัญในการพัฒนาระบบ ยาที่เป็นภาพรวมของจังหวัด เพื่อให้บรรลุ เป้าหมายและผลลัพธ์ตามระบบยา รวมถึงมีการ ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในภาคเอกชน โดยขอบเขตการดำเนินงานที่ดูแล มีจำนวนมาก ถึง 32 อำเภอ ซึ่งถือเป็นการดำเนินงานที่ กว้างขวาง ซับซ้อน และเชื่อมโยงกับผู้เกี่ยวข้อง หลายภาคส่วนของระบบสุขภาพตั้งแต่ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ระบบสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับ

ระบบยา รวมไปถึงประชาชน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องการพัฒนาร้านชำจากโครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างปลอดภัยในชุมชนจังหวัดนครราชสีมา โดยสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุม และจัดระบบการรายงานการตรวจร้านชำเพื่อเป็นฐานข้อมูลการเฝ้าระวังการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมในชุมชน ในภาพรวมของจังหวัดต่อไป เนื่องจากจังหวัดนครราชสีมา ยังไม่มีระบบการจัดเก็บฐานข้อมูลการตรวจยาในร้านชำอย่างเป็นระบบ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบร้านชำที่มีคุณภาพ
2. เพื่อพัฒนาร้านชำต้นแบบโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนารูปแบบร้านชำที่มีคุณภาพ และพัฒนาร้านชำต้นแบบ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ดำเนินการในปี พ.ศ. 2563 – 2566 ประกอบด้วย 3 วงรอบ ดังนี้

1) วงรอบที่ 1 เป็นการพัฒนาระบบตามกระบวนการ Planning-Action-Observing-Reflection (P-A-O-R)

การวิจัยพัฒนาร้านชำต้นแบบจากโครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างปลอดภัยในชุมชน เพื่อพัฒนารูปแบบร้านชำที่มีคุณภาพและพัฒนาร้านชำต้นแบบโดยการมี

ส่วนร่วมของชุมชน ดำเนินการในปี พ.ศ. 2563 – 2564 (ระหว่างเดือนตุลาคม 2562 – กันยายน 2564) โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูลและปัญหา

1.1 รวบรวมข้อมูลการตรวจร้านชำ ในจังหวัดนครราชสีมา

1.2 ประชุมเครือข่ายผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคเพื่อร่วมกันพิจารณาการดำเนินงานตรวจร้านชำที่ผ่านมา วิเคราะห์ประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้อง เพื่อหาแนวทางแก้ไข ปัญหาและการพัฒนาร้านชำร่วมกัน

2. ขั้นตอนการปฏิบัติการ

2.1 การวางแผน (Planning)

2.1.1 กำหนดนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ แนวทางการดำเนินงานและตัวชี้วัดระดับจังหวัด ในปีงบประมาณ 2563

2.1.2 สร้างวิธีการดำเนินงาน และจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อแก้ไขปัญหาการจำหน่ายยาอันตรายและยาห้ามจำหน่ายในร้านชำ โดยกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข ร่วมกับผู้รับผิดชอบงานในคุ้มครองผู้บริโภคระดับอำเภอ

2.1.3 กำหนดตัวชี้วัด เรื่องการใช้ยาอย่างปลอดภัยในชุมชน นำเสนอผู้บริหารเพื่อลงนาม กำหนดเป็นตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์จังหวัด

2.2 การปฏิบัติการ (Action)

2.2.1 ประชุมชี้แจงนโยบาย

แผนยุทธศาสตร์ แนวทางการดำเนินงานให้แก่ผู้รับผิดชอบงานทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2.2.2 กำหนดรูปแบบการ

ขับเคลื่อนการใช้อย่างปลอดภัยในชุมชน โดยใช้ การเชื่อมโยงข้อมูลของระบบ OneDrive งานคุ้มครองผู้บริโภคระดับจังหวัด

2.2.3 กำหนดแบบประเมิน

การตรวจร้านค้า ของจังหวัดนครราชสีมา

2.2.4 สร้างกลไกและ

กระบวนการ ควบคุม กำกับติดตาม ประเมินผลการขับเคลื่อนการใช้อย่างปลอดภัยในชุมชน ปีละ 2 ครั้ง โดยรอบที่ 1 เดือนมีนาคม 2563 ร่วมกับลงพื้นที่ตรวจสอบ ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน รอบที่ 2 เดือนกรกฎาคม 2563

2.2.5 กำหนดยุทธศาสตร์

การขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านคณะกรรมการวางแผนและประเมินระดับจังหวัด และขับเคลื่อนผ่านเครือข่ายผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคในระดับอำเภอ

2.2.6 กำหนดระบบรายงาน

ทุก 6 เดือน เพื่อวิเคราะห์ประเด็นปัญหา และแนวทางแก้ไข

2.3 การสังเกตกิจกรรมของการปฏิบัติ (Observing)

2.3.1 ติดตามประเมินผล

การดำเนินงาน โดยกำหนดให้มีการรายงาน

ทุก 6 เดือน เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงาน

2.3.2 การประเมินผลการ

ดำเนินงานโดยบูรณาการร่วมกับตัวชี้วัดงานคุ้มครองผู้บริโภค

2.3.3 การจัดอบรม เพื่อถอด

บทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานของผู้ปฏิบัติงาน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อเสนอแนะแนวทางการแก้ไขปัญหาต่อไป

2.4 การสะท้อนผลการ

ปฏิบัติการ (Reflection)

2.4.1 จัดประชุมนำเสนอผล

การดำเนินงานในภาพรวมจังหวัด เพื่อถอดบทเรียนให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

2.4.2 สรุปผลการดำเนินงาน

วิเคราะห์และรายงานผลการดำเนินงาน และคืนข้อมูลสู่พื้นที่

3. ขั้นตอนการสรุปผลและประเมินผล

นำข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมใน

ระบบ OneDrive และการประเมินผลในแต่ละกิจกรรม มาวิเคราะห์ผลการปฏิบัติ และสรุปปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

2) วงรอบที่ 2 มีการดำเนินการใน

อำเภอนำร่อง

วงรอบที่ 2 ของการวิจัยพัฒนา

ร้านชำต้นแบบจากโครงการส่งเสริมการใช้อย่างปลอดภัยในชุมชน โดยกำหนดกลุ่มเป้าหมายคือ อำเภอนำร่อง จำนวน 5 อำเภอ เพื่อขับเคลื่อนร้านชำต้นแบบในชุมชน

ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม 2564 – กันยายน 2565 โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ปัญหา

1.1 นำข้อมูลจากการศึกษาในระยะที่ 1 มาวิเคราะห์ปัญหา ข้อเสนอแนะ ในการดำเนินงานที่ผ่านมา และพัฒนาเครื่องมือการสำรวจร้านชำให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

1.2 ประชุมเตรียมความพร้อมของทีมจังหวัด เพื่อกำหนดพื้นที่อำเภอสำรวจ พิจารณาเครื่องมือที่ใช้สำรวจร้านชำ พร้อมงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อจัดกิจกรรม ใน 5 อำเภอสำรวจ

1.3 ประชุมชี้แจงในคณะกรรมการงานคุ้มครองผู้บริโภคในระดับจังหวัด และระดับอำเภอ พร้อมชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน ในปีงบประมาณ 2565

2. ขั้นตอนการปฏิบัติการ

2.1 การวางแผน

2.1.1 ประชุมชี้แจงนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ แนวทางการดำเนินงานให้แก่ผู้รับผิดชอบงานทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2.1.2 กำหนดให้มีการขับเคลื่อนงานในรูปแบบของคณะกรรมการพัฒนาระบบการใช้อย่างสมเหตุผล และคณะกรรมการเครือข่ายวิชาชีพเภสัชกรรมจังหวัด

2.1.3 กำหนดรูปแบบการดำเนินงานอำเภอสำรวจร้านชำต้นแบบจาก

โครงการส่งเสริมการใช้อย่างปลอดภัยในชุมชน

2.2 การปฏิบัติการ

2.2.1 ชี้แจงนโยบายการพัฒนาอำเภอสำรวจร้านชำต้นแบบจากโครงการส่งเสริมการใช้อย่างปลอดภัยในชุมชน ระดับอำเภอและระดับจังหวัด

2.2.2 ประชุมชี้แจงผู้รับผิดชอบงานการขับเคลื่อนร้านชำต้นแบบจากโครงการส่งเสริมการใช้อย่างปลอดภัยในชุมชน อำเภอสำรวจ จำนวน 5 อำเภอ ประกอบด้วยเภสัชกร เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2.2.3 ประชุมวิเคราะห์รูปแบบการดำเนินงาน และหาข้อตกลงร่วมกัน ประกอบด้วย 1. การใช้ความรู้ด้านการใช้อย่างปลอดภัย 2. กฎหมายและบทลงโทษของการจำหน่ายยาโดยไม่มีใบอนุญาตจาก อย. โดยมีเจ้าหน้าที่ตำรวจร่วมเป็นวิทยากร 3. การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาในพื้นที่ และ 4. การตรวจร้านชำ

2.2.4 พัฒนาแบบตรวจร้านชำ และรูปแบบการรายงานข้อมูลการตรวจร้านชำผ่านระบบ Google Drive ในระดับจังหวัด

2.2.5 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการในอำเภอสำรวจ จำนวน 5 อำเภอ กลุ่มเป้าหมายคือ ร้านชำ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่

จากหน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้นำชุมชน จำนวน 30 คน ดำเนินการในปีงบประมาณ 2565 ระหว่างเดือนตุลาคม 2564 – กันยายน 2565

2.2.6 ประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบการใช้อย่างสมเหตุผล และคณะกรรมการเครือข่ายวิชาชีพเภสัชกรรมจังหวัด เพื่อประเมินผล สรุปผล วิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรค

2.3 การสังเกตกิจกรรมและการปฏิบัติ

2.3.1 สร้างกลไกและกระบวนการควบคุม กำกับติดตาม ประเมินผล การขับเคลื่อนการใช้อย่างปลอดภัยในชุมชน ปีละ 2 ครั้ง โดยรอบที่ 1 เดือนมีนาคม 2565 ร่วมกับลงพื้นที่ตรวจสอบติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน รอบที่ 2 เดือนกรกฎาคม 2565

2.3.2 การเยี่ยมเสริมพลังติดตาม เพื่อให้กำลังใจและกระตุ้นให้เกิดผลลัพธ์อย่างเป็นรูปธรรมตามตัวชี้วัด

2.3.3 กำหนดระบบรายงานทุก 3 เดือน เพื่อวิเคราะห์ประเด็นปัญหา และแนวทางแก้ไขปัญหา

2.3.4 จัดการสนทนากลุ่มในแต่ละอำเภอนำร่องเพื่อถอดบทเรียนของผู้ปฏิบัติงานและผู้เกี่ยวข้องต่อการพัฒนาระบบงาน ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ

2.4 การสะท้อนผลการปฏิบัติการ

2.4.1 นำเสนอผลการดำเนินงานของอำเภอนำร่อง จำนวน 5 อำเภอในเวทีการประชุมเครือข่ายงานคุ้มครองผู้บริโภคในระดับอำเภอ และจังหวัด เพื่อถอดบทเรียนให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในแต่ละอำเภอนำร่อง และร่วมกันวิเคราะห์ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานร่วมกัน

2.4.2 สรุปผลการดำเนินงานวิเคราะห์ปัญหา และรายงานผลการดำเนินงาน แก่ผู้บริหาร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และคืนข้อมูลให้พื้นที่ เพื่อเกิดการพัฒนากระบวนการต่อไป

3. ขั้นตอนการสรุปผลและประเมินผล

3.1 นำข้อมูลที่ได้จากการติดตามและประเมินผล มาวิเคราะห์ผลและสรุปปัญหาอุปสรรคในการจัดกิจกรรม ที่ยังไม่สามารถดำเนินการได้ เพื่อนำมาปรับปรุงแผนการดำเนินงานต่อไป

3.2 ศึกษาวิธีการแก้ไขปัญหาคาใช้ยาที่ไม่ปลอดภัยในชุมชน และการร้านชำต้นแบบจากโครงการส่งเสริมการใช้อย่างปลอดภัยในชุมชน ที่มีการพัฒนาในทั้ง 2 ระยะ ในระดับจังหวัด

3) วงรอบที่ 3 มีการดำเนินการในทุกอำเภอของจังหวัดนครราชสีมา

วกรอบที่ 3 ของการการวิจัยพัฒนา
ร้านชำต้นแบบจากโครงการส่งเสริมการไ้ยา
อย่างปลอดภัยในชุมชน โดยกำหนด
กลุ่มเป้าหมายคือ ตัวแทนร้านชำขนาดใหญ่จาก
ทุกอำเภอ เพื่อขับเคลื่อนร้านชำต้นแบบใน
ชุมชน ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม
2565 – กันยายน 2566 โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลและ วิเคราะห์ปัญหา

1.1 นำข้อมูลจากการศึกษาใน
ระยะที่ 2 มาวิเคราะห์ปัญหา ข้อเสนอแนะใน
การดำเนินงานที่ผ่านมา และพัฒนาเครื่องมือ
ที่ใช้สำรวจร้านชำให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

1.2 ประชุมเตรียมความพร้อม
ของทีมจังหวัด เพื่อขยายผลกิจกรรมจากพื้นที่
อำเภอนำร่อง สู่การดำเนินงานครอบคลุม
ทุกอำเภอ และพิจารณาเครื่องการสำรวจร้านชำ
พร้อมงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดเพื่อจัดกิจกรรม

1.3 ประชุมชี้แจงในคณะกรรมการ
งานคุ้มครองผู้บริโภคในระดับจังหวัด และ
ระดับอำเภอพร้อมชี้แจงแนวทางการ
ดำเนินงานในปีงบประมาณ 2566

2. ขั้นตอนการปฏิบัติการ

2.1 การวางแผน

2.1.1 ประชุมชี้แจงนโยบาย
แผนยุทธศาสตร์ แนวทางการดำเนินงานให้แก่
ผู้รับผิดชอบงานทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2.1.2 กำหนดให้มีการ
ขับเคลื่อนงานในรูปแบบของคณะกรรมการ
พัฒนาระบบการไ้ยาอย่างสมเหตุผล และ
คณะกรรมการเครือข่ายวิชาชีพเภสัชกรรมจังหวัด

2.1.3 กำหนดรูปแบบการ
ดำเนินงานทุกอำเภอ เพื่อพัฒนาร้านชำ
ต้นแบบจากโครงการส่งเสริมการไ้ยาอย่าง
ปลอดภัยในชุมชน

2.2 การปฏิบัติการ

2.2.1 ชี้แจงนโยบายการ
พัฒนาร้านชำต้นแบบจากโครงการส่งเสริม
การไ้ยาอย่างปลอดภัยในชุมชน ระดับอำเภอ
และระดับจังหวัด

2.2.2 ประชุมชี้แจงผู้รับผิดชอบ
ขอบงานการขับเคลื่อนร้านชำต้นแบบจาก
โครงการส่งเสริมการไ้ยาอย่างปลอดภัยใน
ชุมชน ทุกอำเภอ ประกอบด้วยเภสัชกร
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากสำนักงาน
สาธารณสุขอำเภอ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2.2.3 ประชุมวิเคราะห์
รูปแบบการดำเนินงาน และหาข้อตกลง
ร่วมกัน ประกอบด้วย 1. การใช้ความรู้ด้าน
การไ้ยาอย่างปลอดภัย 2. กฎหมายและ
บทลงโทษของการจำหน่ายยาโดยไม่มี
ใบอนุญาตจาก ออย. โดยมีเจ้าหน้าที่ตำรวจร่วม
เป็นวิทยากร 3. การสร้างการมีส่วนร่วมของ
ชุมชนเพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาในพื้นที่ และ

4. การตรวจร้านชำขนาดใหญ่ จำนวน 2 ครั้ง

2.2.4 พัฒนาแบบตรวจร้านชำ และรูปแบบการรายงานข้อมูลการตรวจร้านชำผ่านระบบ Google Drive ในระดับจังหวัด และรายงานผลผ่านระบบ Dashboard ออนไลน์

2.2.5 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการทุกอำเภอ กลุ่มเป้าหมายคือ ร้านชำเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้นำชุมชน จำนวน 30 คน ดำเนินการในปีงบประมาณ 2566 ระหว่างเดือนตุลาคม 2565 – กันยายน 2566

2.2.6 ประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบการใช้อย่างสมเหตุผล และคณะกรรมการเครือข่ายวิชาชีพเภสัชกรรมจังหวัด เพื่อประเมินผล สรุปผล วิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรค

2.3 การสังเกตกิจกรรมและการปฏิบัติ

2.3.1 สร้างกลไกและกระบวนการควบคุม กำกับติดตาม ประเมินผล การขับเคลื่อนการใช้อย่างปลอดภัยในชุมชน ปีละ 2 ครั้ง โดยรอบที่ 1 เดือนมีนาคม 2566 ร่วมกับลงพื้นที่ตรวจสอบติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน รอบที่ 2 เดือนกรกฎาคม 2566

2.3.2 การเยี่ยมเสริมพลังติดตาม เพื่อให้กำลังใจและกระตุ้นให้เกิดผลลัพธ์อย่างเป็นรูปธรรมตามตัวชี้วัด

2.3.3 กำหนดระบบรายงานทุก 3 เดือน เพื่อวิเคราะห์ประเด็นปัญหา และแนวทางแก้ไขปัญหา

2.3.4 จัดการสนทนากลุ่มในแต่ละอำเภอนำร่องเพื่อถอดบทเรียนของผู้ปฏิบัติงานและผู้เกี่ยวข้องต่อการพัฒนาระบบงาน ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ

2.4 การสะท้อนผลการปฏิบัติการ

2.4.1 นำเสนอผลการดำเนินงานของทุกอำเภอ ในเวทีการประชุมเครือข่ายงานคุ้มครองผู้บริโภคในระดับอำเภอและจังหวัด เพื่อถอดบทเรียนให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในแต่ละอำเภอ และร่วมกันวิเคราะห์ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานร่วมกัน

2.4.2 สรุปผลการดำเนินงานวิเคราะห์ปัญหา และรายงานผลการดำเนินงานแก่ผู้บริหาร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และคืนข้อมูลให้พื้นที่ เพื่อเกิดการพัฒนาระบบงานต่อไป

3. ขั้นตอนการสรุปผลและประเมินผล

3.1 นำข้อมูลที่ได้จากการติดตามและประเมินผล มาวิเคราะห์ผล และ

สรุปปัญหาอุปสรรคในการจัดกิจกรรม ที่ยังไม่สามารถดำเนินการได้ เพื่อนำมาปรับปรุงแผนการดำเนินงานต่อไป

3.2 ศึกษาวิธีการแก้ไข ปัญหาการใช้ยาที่ไม่ปลอดภัยในชุมชน และการร้านชำต้นแบบจากโครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างปลอดภัยในชุมชน ที่มีการพัฒนาในทั้ง 3 ระยะ ในระดับจังหวัด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มเป้าหมายในขั้นตอนการพัฒนา ได้แก่ โรงพยาบาล จำนวน 33 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 32 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 363 แห่ง

2. กลุ่มเป้าหมายในขั้นตอนการประเมินผล ได้แก่ ร้านชำในจังหวัดนครราชสีมา โดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ของจังหวัดนครราชสีมา ปี 2563 – 2566 ดังนี้ ปี 2563 จำนวน 7,524 แห่ง ปี 2564 จำนวน 10,693 แห่ง ปี 2565 จำนวน 9,146 แห่ง และ ปี 2566 จำนวน 3,270 แห่ง

3. กลุ่มเป้าหมายในขั้นตอนการประเมินผล ได้แก่ ร้านชำขนาดใหญ่ ในจังหวัดนครราชสีมา โดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ของจังหวัดนครราชสีมา ปี 2566 จำนวน 908 แห่ง

เครื่องมือในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา คือ

1.1 รูปแบบการพัฒนาร้านชำต้นแบบ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

1.2 ฐานข้อมูลรายงานผลตรวจร้านชำผ่านระบบ Google Drive ในระดับจังหวัด และระบบ Dashboard ออนไลน์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินประสิทธิผล คือ

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสำรวจยาในร้านชำเพื่อพัฒนาสถานประกอบการให้มีคุณภาพ ประกอบด้วย 3 หมวด คือ

- หมวดที่ 1 รายการยาที่พบในร้านชำ
- หมวดที่ 2 แหล่งที่รับยามาจำหน่าย
- หมวดที่ 3 ความคิดเห็นของ

ผู้ประกอบการเพื่อพัฒนาร้านชำ

โดยแบบสำรวจดังกล่าวนำมาจากที่ย่อย ได้พัฒนาขึ้น มีการตรวจสอบความถูกต้อง และปรับปรุงแบบสำรวจผ่านการประชุมเจ้าหน้าที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 13 คน

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการพัฒนาร้านชำ คือ แบบทดสอบการได้รับความรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในร้านชำ จังหวัดนครราชสีมา

ปี 2566 แบ่งออกเป็น 2 หมวด คือ หมวดที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล และหมวดที่ 2 คือ ความรู้เกี่ยวกับยา จำนวน 15 ข้อ เลือกตอบ แต่ละคำถามจะมี มีตัวเลือกทั้งหมด 4 ข้อ มีข้อถูก 1 ข้อ และข้อผิด 3 ข้อ เกณฑ์การผ่านคือ ร้อยละ 70 หรือ 11 ข้อ ตรวจสอบความถูกต้อง และปรับปรุงแบบสอบถามผ่านการประชุมของเจ้าหน้าที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 10 คน ค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถามหรือค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์และเนื้อหา (Index of Item Objective Congruence : IOC) เท่ากับ 0.91

2.3 แบบสรุปแนวคิดการทบทวนการทำงาน (After Action Review) เพื่อพัฒนาร้านชำต้นแบบโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จำนวน 32 อำเภอ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลผลลัพธ์การดำเนินงาน ได้แก่ ผลการตรวจจ่ายอันตรายและยาห้ามจำหน่ายในร้านชำ ผลการทดสอบความรู้เรื่องการใช้ยาอย่างปลอดภัยในชุมชน จำนวนร้านชำต้นแบบหลังการพัฒนารูปแบบ รายงานไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ประเมินผลการดำเนินงานทุก 3 เดือน และนำเสนอผลการ

ดำเนินงานผ่านการประชุม เก็บรวบรวมความคิดเห็น ปัญหา อุปสรรค และแนวทางการแก้ไข ปัญหา ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ร้อยละของร้านชำที่พบการจำหน่ายยาและยาห้ามจำหน่าย
2. สัดส่วนของร้านชำที่มีความรู้เรื่องการใช้ยาอย่างปลอดภัยในชุมชน
3. สัดส่วนของร้านชำต้นแบบที่เพิ่มขึ้นหลังการพัฒนาระบบ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ร้อยละ เปรียบเทียบสัดส่วนข้อมูลก่อนและหลังภายในกลุ่มเดียวกัน โดยใช้สถิติ McNemar test
2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการประชุมเชิงปฏิบัติการในทุกอำเภอ โดยวิธี Content Analysis

ระยะเวลาในการดำเนินงานวิจัย

- วงรอบที่ 1 : ระหว่างเดือนตุลาคม 2562 – กันยายน 2564
- วงรอบที่ 2 : ระหว่างเดือนตุลาคม 2564 – กันยายน 2565
- วงรอบที่ 3 : ระหว่างเดือนตุลาคม 2565 – กันยายน 2566

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เลขที่ NRPH 132

ผลการวิจัย

1) วงรอบที่ 1 การพัฒนาระบบ

จากการรวบรวมข้อมูล โดยการวิจัยพัฒนาร้านชำต้นแบบจากโครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างปลอดภัยในชุมชน จังหวัดนครราชสีมา ที่ผ่านมาแล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าการดำเนินงานขึ้นอยู่กับบริษัทในแต่ละพื้นที่ ซึ่งส่วนใหญ่รูปแบบการดำเนินงาน คือ การอบรมให้ความรู้ผู้ประกอบการร้านชำ และการตรวจร้านชำ การส่งผลตรวจร้านชำให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทราบผ่านระบบ OneDrive ออนไลน์ เพื่อวิเคราะห์ผลงานระดับจังหวัด ว่าพบความชุกของการจำหน่ายยาอันตรายและยาห้ามจำหน่ายในร้านชำ จากการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกันพบว่า มีประเด็นปัญหาของการดำเนินงาน ดังนี้

1. ยังไม่มีการกำหนดรูปแบบการสร้างการ

มีส่วนร่วมของพนักงานเจ้าหน้าที่ตำรวจในการให้ความรู้และการบังคับใช้กฎหมาย

1. แบบสำรวจยาในร้านชำยังไม่มีข้อมูลพบยาไม่ปลอดภัยอะไรบ้าง ชนิดยาที่พบในร้านชำ แหล่งที่มาจำหน่าย และแรงจูงใจในการจำหน่ายยาอันตรายหรือยาห้ามจำหน่ายในชุมชน จำเป็นต้องมีการปรับปรุงแบบสำรวจ

2. การประชุมเชิงปฏิบัติการโดยการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่มีภาคีเครือข่ายในชุมชน เข้ามาร่วมการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน เช่น หน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ประกอบการร้านชำ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นต้น

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น ได้มีการประชุมเตรียมความพร้อมของทีมจังหวัดร่วมกับผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคในระดับอำเภอ พิจารณาการขับเคลื่อนงานการพัฒนาร้านชำต้นแบบจากโครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างปลอดภัยในชุมชน อำเภอ นำร่อง จำนวน 5 อำเภอ เพื่อหารูปแบบและแนวทางในการพัฒนาร้านชำต้นแบบ ตามแนวคิดการจัดการปัญหาไม่ปลอดภัยในชุมชน จังหวัดนครราชสีมา ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แนวคิดการจัดการปัญหาไม่ปลอดภัยในชุมชน จังหวัดนครราชสีมา

2) วงรอบที่ 2

การดำเนินงานระหว่างเดือน ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565 นำผลสรุป ประเด็นปัญหา และแนวทางแก้ไขปัญหา มา วิเคราะห์เพื่อพัฒนาร้านชำต้นแบบ คือ

1. เจ้าหน้าที่ตำรวจมีส่วนร่วมใน การให้ความรู้ด้านกฎหมายและประเด็น ความผิดด้านพระราชบัญญัติฯ พ.ศ. 2510 ในอำเภอต้นแบบ 5 อำเภอ

2. การมอบเกียรติบัตรให้กับอำเภอ ที่มีร้านชำต้นแบบส่งเสริมการใช้อย่างปลอดภัย ในชุมชน

3. การประชุมเชิงปฏิบัติการโดย การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่มีภาคี เครือข่ายในชุมชน เข้ามาร่วมการแก้ไขปัญหาร่วมกัน เช่น หน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ประกอบการ ร้านชำ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ขั้นตอนการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนเพื่อเฝ้าระวังการจำหน่ายยาอันตราย และยาห้ามจำหน่ายในร้านชำ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ได้มีการประชุม เตรียมความพร้อมของทีมจังหวัดร่วมกับผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคในระดับอำเภอ พิจารณาการพัฒนาร้านชำต้นแบบจากโครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างปลอดภัยในชุมชน โดยกำหนดกลุ่มเป้าหมายคือตัวแทนร้านชำขนาดใหญ่ จากทุกอำเภอ

3) วงรอบที่ 3

ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2565 – กันยายน 2566 มีการนำผลที่ได้มาสรุปประเด็นปัญหา และแนวทางแก้ไขปัญหา มาวิเคราะห์เพื่อพัฒนาร้านชำต้นแบบ คือ

1. ขยายผลการดำเนินงาน โดยเจ้าหน้าที่ตำรวจมีส่วนร่วมในการให้ความรู้ด้านกฎหมายและประเด็นความผิดด้านพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ครบทุกอำเภอ จำนวน 32 อำเภอ

2. ขยายผลการประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่มีภาคีเครือข่ายในชุมชน เข้ามาร่วมการแก้ไขปัญหาร่วมกัน เช่น หน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ประกอบการร้านชำ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3. การวัดผลความรู้ก่อนและหลังดำเนินการพัฒนาร้านชำต้นแบบจากโครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างปลอดภัยในชุมชน ในร้านชำขนาดใหญ่

4. การตรวจยาอันตรายและยาห้ามจำหน่ายในร้านชำขนาดใหญ่ จำนวน 2 ครั้ง หากพบว่า ไม่ปฏิบัติตามข้อสรุปของที่ประชุม การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน จะแจ้งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทราบเพื่อดำเนินการตามกฎหมายต่อไป

5. จัดทำ Dashboard เชื่อมต่อกับผลการตรวจร้านชำ ตามรายงาน Google Form Excel ออนไลน์ KBS นครราชสีมา

ผลการประเมินประสิทธิผลของการพัฒนาร้านชำต้นแบบจากโครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างปลอดภัยในชุมชน

1. ผลการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังการจำหน่ายยาอันตราย และยาห้ามจำหน่ายในร้านชำ จังหวัดนครราชสีมา

การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังการจำหน่ายยาอันตราย และยาห้ามจำหน่ายในร้านชำ จังหวัดนครราชสีมา พบว่ามีการตรวจร้านชำในปี 2563 จำนวน 7,524 แห่ง, ปี 2564 จำนวน 10,693 แห่ง, ปี 2565 จำนวน 9,146 แห่ง และ ปี 2566 จำนวน 3,270 แห่ง พบยาอันตรายและยาห้ามจำหน่าย จำนวน 1,539 แห่ง (ร้อยละ 20.45), 1,598 แห่ง (ร้อยละ 14.94), 5,905 แห่ง (ร้อยละ 64.65), 1,463 แห่ง (ร้อยละ 44.74) ตามลำดับ โดยใน ปี 2566 พบร้านชำจำหน่ายยาอันตราย และยาห้ามจำหน่าย ลดลงน้อยกว่าในปี 2565 ร้อยละ 19.91 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ผลการตรวจร้านชำที่จำหน่ายยาอันตรายและยาห้ามจำหน่าย ในจังหวัดนครราชสีมา

ระยะที่ดำเนินการ	ปี	จำนวนร้านชำ	
		ทั้งหมดที่ตรวจ (แห่ง)	พบยาอันตรายและยาห้ามจำหน่าย [แห่ง (ร้อยละ)]
1	2563	7,524	1,539 (20.45)
1	2564	10,693	1,598 (14.94)
2	2565	9,146	5,905 (64.65)
3	2566	3,270	1,463 (44.74)

จากการศึกษาความสัมพันธ์การจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมในร้านชำ พบว่าความต้องการของชุมชน ยอดขายหรือกำไร ไม่ทราบกฎหมายว่าเป็นยาห้ามจำหน่าย ได้รับคำแนะนำจากร้านขายยา มีรถขนส่งยาถึงหน้าบ้านผู้ประกอบการร้านชำมีความสัมพันธ์กับการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมในร้านชำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

2. ผลการทดสอบเรื่องความรู้เรื่องการใช้ยาอย่างปลอดภัยในชุมชน

การทดสอบความรู้ผู้ประกอบการร้านชำขนาดใหญ่ ในจังหวัดนครราชสีมา เรื่องการใช้ยาอย่างปลอดภัยในชุมชน ระยะที่ 3 ปี 2566 ผ่านการอบรม ร้อยละ 66.85 หลังการอบรมผ่านการทดสอบ ร้อยละ 93.94 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการทดสอบเรื่องความรู้เรื่องการใช้ยาอย่างปลอดภัยในชุมชน (n=908)

รายการ	ความรู้ในการใช้ยาอย่างปลอดภัยในชุมชน [แห่ง (ร้อยละ)]		p-value*
	ก่อนการอบรม	หลังการอบรม	
ผู้ประกอบการร้านชำ	607 (66.85)	853 (93.94)	<0.001

* ใช้สถิติ McNemar test ที่ระดับนัยสำคัญ <0.001

3. จำนวนร้านชำต้นแบบหลังการพัฒนารูปแบบ

จำนวนร้านชำต้นแบบในจังหวัดนครราชสีมา ตรวจครั้งที่ 1 มีจำนวน 522 แห่ง

(ร้อยละ 57.49) และตรวจครั้งที่ 2 มีจำนวน 744 แห่ง (ร้อยละ 81.94) ($p<0.001$) ดังตารางที่ 3



ตารางที่ 3 จำนวนร้านชำต้นแบบหลังการพัฒนารูปแบบ (n=908)

รายการ	จำนวนร้านชำต้นแบบ [แห่ง (ร้อยละ)]		p-value*
	ตรวจครั้งที่ 1	ตรวจครั้งที่ 2	
ผู้ประกอบการร้านชำ	522 (57.49)	744 (81.94)	<0.001

* ใช้สถิติ McNemar test ที่ระดับนัยสำคัญ <0.001

4. รายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่มาจากร้านชำ

รายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่มาจากร้านชำ พบว่าไม่เกินร้อยละ 2 ของรายงานทั้งหมด โดยในระยะที่ 3 ปี 2566 พบ

การรายงานเพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 1.25 มากกว่าปี 2563 – 2565 โดยในปี 2562 พบว่าอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาร้านชำมากที่สุด รองลงมาคือ ปี 2566 และปี 2563 พบร้อยละ 1.68, 1.25 และ 1.15 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 รายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่เกิดจากแหล่งที่มาร้านชำ

ปี	จำนวนอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	
	จำนวนเหตุการณ์ทั้งหมด (ครั้ง)	จำนวนเหตุการณ์แหล่งที่มาจากร้านชำ [ครั้ง (ร้อยละ)]
2562	4039	68 (1.68)
2563	3471	40 (1.15)
2564	3050	27 (0.89)
2565	5735	39 (0.68)
2566	6179	77 (1.25)

รายงานระดับความรุนแรงอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่มาจากร้านชำ พบว่ามากกว่าร้อยละ 51.00 ของผู้ป่วยที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้องรักษาตัวใน

โรงพยาบาลพยาบาล โดยในปี 2562 พบว่ารักษาตัวในโรงพยาบาลมากที่สุด รองลงมาคือ ปี 2563 และปี 2566 พบร้อยละ 75.00, 67.50 และ 59.74 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5



ตารางที่ 5 รายงานระดับความรุนแรงอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่มาจากร้านชำ

ปี	จำนวนอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาจากแหล่งที่มาร้านชำ			
	จำนวนอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา แหล่งที่มาร้านชำ (ทั้งหมด) (แห่ง)	ไม่รุนแรง [ครั้ง (ร้อยละ)]	รักษาตัวในโรงพยาบาล [ครั้ง (ร้อยละ)]	ให้การรักษาทางการแพทย์ที่สำคัญเพิ่มเติม [ครั้ง (ร้อยละ)]
2562	68	4 (5.88)	51 (75.00)	3 (4.41)
2563	40	13 (32.50)	27 (67.50)	-
2564	27	13 (48.15)	14 (51.85)	-
2565	39	19 (48.72)	20 (51.28)	-
2566	77	31 (40.26)	46 (59.74)	-

ชนิดของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่มาจากร้านชำ 10 อันดับแรก พบว่าเป็นอาการไม่พึงประสงค์ชนิดรุนแรง ในปี 2562 พบการเกิด Anaphylactic shock ร้อยละ 61.76 ในปี 2563 พบการเกิด

Stevens Johnson Syndrome ร้อยละ 30.00 และในปี 2565 พบการเกิด Acute adrenocortical insufficiency พบร้อยละ 46.15 ของอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ที่เกิดจากแหล่งที่มาร้านชำ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 รายงานชนิดของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ที่มาจากร้านชำ 10 อันดับแรก

อันดับ	ชนิดของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	จำนวนชนิดของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ที่มาจากร้านชำ [ครั้ง (ร้อยละ)]				
		ปี 2562 (n=68)	ปี 2563 (n=40)	ปี 2564 (n=27)	ปี 2565 (n=39)	ปี 2566 (n=77)
1	Anaphylactic shock	42 (61.76)	-	2 (7.40)	-	4 (5.19)
2	Angioedema	-	6 (15.00)	9 (33.33)	3 (7.69)	12 (15.58)
3	Fixed eruption	9 (13.23)	12 (30.00)	-	-	9 (11.69)
4	Acute adrenocortical insufficiency	-	-	-	18 (46.15)	-
5	Stevens Johnson Syndrome	-	12 (30.00)	-	-	4 (5.19)
6	Oedema mouth	9 (13.23)	-	3 (11.11)	3 (7.69)	-

ตารางที่ 6 รายงานชนิดของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ที่มาจากร้านชำ 10 อันดับแรก (ต่อ)

อันดับ	ชนิดของการเกิดอาการ ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	จำนวนชนิดของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ที่มาจากร้านชำ [ครั้ง (ร้อยละ)]				
		ปี 2562 (n=68)	ปี 2563 (n=40)	ปี 2564 (n=27)	ปี 2565 (n=39)	ปี 2566 (n=77)
7	Anaphylactic reaction	-	-	-	-	12 (15.58)
8	Anaphylaxis	-	-	6 (22.22)	2 (5.13)	2 (2.60)
9	Urticaria	-	-	2 (7.40)	2 (5.13)	6 (7.79)
10	Upper gastrointestinal bleeding	-	-	-	-	8 (10.39)

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

1. รูปแบบการพัฒนาร้านชำจาก โครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างปลอดภัยใน ชุมชน

รูปแบบการพัฒนาร้านชำมีองค์ประกอบ
จำนวน 3 กิจกรรม ได้แก่

- กิจกรรมที่ 1 คือ การสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนเพื่อเฝ้าระวังการจำหน่ายยาอันตรายและยาห้ามจำหน่ายในร้านชำ และแก้ปัญหาในชุมชน เป็นกิจกรรมที่ทำให้ชุมชนได้เข้ามาทำความเข้าใจ รับทราบเรื่องปัญหาการใช้ยาไม่ปลอดภัยในชุมชน รวมทั้งสร้างความตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นเพื่อร่วมกันกำหนดข้อตกลงร่วมกันในการขับเคลื่อนการส่งเสริมการใช้ยาอย่างปลอดภัยในชุมชน ทุกอำเภอมีสรุปแนวทางการดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนงานในชุมชน แต่ยังไม่มีการพัฒนาเป็นรูปแบบบันทึกข้อตกลงที่มี

หัวหน้าส่วนราชการ ผู้นำชุมชน ผู้ประกอบการประชาชน และผู้มีส่วนได้เสียในการดำเนินงานมาร่วมลงนามอย่างเป็นทางการลายลักษณ์อักษร

- กิจกรรมที่ 2 คือ การสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างปลอดภัยในชุมชน ให้กับภาคีเครือข่าย และร้านชำขนาดใหญ่ที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย ด้วยเนื้อหา 4 เรื่อง ได้แก่

1. การสร้างความรู้และหลักการใช้อย่างถูกต้อง การเข้าถึงข้อมูลยา ตรวจสอบเลขทะเบียนยาผ่านฐานข้อมูลของ ออย. ไม่มีการขายยาอันตรายหรือโฆษณาที่ผิดกฎหมาย การประเมินความรู้ก่อนและหลังการอบรม โดยร้านชำที่อบรมมีความรู้หลังการอบรม ร้อยละ 93.94

2. ความรู้ด้านอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา พบว่าข้อมูลการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาไม่เกินร้อยละ 2 ของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งหมด แต่พบว่าผู้ที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้องเข้ารับ

การรักษาตัวในโรงพยาบาลมากกว่าร้อยละ 50 ดังนั้น ในระดับของโรงพยาบาลควรมีแนวทางการขับเคลื่อนงานการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกในระดับโรงพยาบาล เพื่อส่งเสริมการค้นหาความเสี่ยงจากการใช้ยาในชุมชนและส่งข้อมูลให้ชุมชนไปดำเนินการแก้ไขปัญหาต่อไป

3. มาตรการเรื่องอัตราโทษและค่าปรับจากการขายยาอันตรายและยาห้ามจำหน่ายในร้านชำ โดยมีเจ้าหน้าที่ตำรวจมาร่วมเป็นวิทยากร และเข้าร่วมการประชุมสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อร่วมกันส่งเสริมการใช้ยาอย่างปลอดภัยในชุมชนทุกอำเภอ

4. บทบาทหน้าที่ในชุมชน บทบาทอำนาจหน้าที่ตามกฎหมาย ที่นำไปสู่แนวทางความร่วมมือในการเฝ้าระวัง จัดการปัญหาของเครือข่ายพบว่าภาคีเครือข่ายในชุมชนมีความเข้าใจในบทบาทหน้าที่การส่งเสริมการใช้ยาอย่างปลอดภัยในชุมชน แต่ยังไม่พบการรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาหรือร้องเรียนการจำหน่ายยาอันตรายและยาห้ามจำหน่ายในชุมชน

- กิจกรรมที่ 3 คือ การตรวจร้านชำ ดังนี้

1. เจ้าหน้าที่งานคุ้มครองผู้บริโภคในพื้นที่ร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชนระดับอำเภอและระดับตำบล ทำให้ชุมชนมีความตื่นตัวเนื่องจากมีเจ้าหน้าที่จากหลากหลายเครือข่ายเข้าร่วมการตรวจร้านชำในครั้งนี้

2. การมีระบบสรุปข้อมูลในรูปแบบออนไลน์ และการตรวจสอบรายการยาสามัญประจำบ้าน ยาอันตราย และยาห้ามจำหน่ายในร้านชำผ่านระบบ QR code ทำให้ง่ายต่อการตรวจสอบชนิดยาประเภทต่าง ๆ ที่จำหน่ายได้และจำหน่ายไม่ได้ในร้านชำทดแทนการใช้โปสเตอร์ในการสื่อสารกับร้านชำ

3. กรณีที่พบการฝ่าฝืนหรือไม่ยอมยุติการจำหน่ายยาอันตรายหรือยาห้ามจำหน่ายในครั้งที่ 2 ของการตรวจนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขดำเนินการแจ้งทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เพื่อให้ดำเนินการต่อไปพบว่าร้านชำทุกอำเภอยินดียุติการจำหน่ายยาอันตรายและยาห้ามจำหน่าย มีจำนวน 5 แห่งที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแจ้งทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เพื่อให้ดำเนินการต่อไป

2. ผลที่ได้จากการพัฒนาร้านชำจากโครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างปลอดภัยในชุมชน

ในวงรอบที่ 3 จำนวนร้านชำต้นแบบเพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลการตรวจร้านชำครั้งที่ 1 มีร้านชำต้นแบบ ร้อยละ 57.49 และครั้งที่ 2 มีร้านชำต้นแบบ ร้อยละ 81.94 พบว่ามีร้านชำต้นแบบ เพิ่มขึ้น ร้อยละ 24.45 หากมีการตรวจร้านชำครั้งที่ 3 อาจทำให้จำนวนร้านชำต้นแบบมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น

3. รูปแบบการพัฒนาร้านชำจาก โครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างปลอดภัยใน ชุมชน จังหวัดนครราชสีมา

การศึกษาครั้งนี้เกิดจากความร่วมมือของภาคีเครือข่ายและร้านชำในชุมชน เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน และการดำเนินการตามแนวทางที่กำหนด ตลอดจนการติดตามประเมินผลการดำเนินการร่วมกัน เมื่อสิ้นสุดการวิจัยทำให้ได้มาตรการจัดการปัญหาการจำหน่ายยาผิดกฎหมายในร้านชำ ที่เรียกว่า CS-KORAT Model คือ C = Community Participation สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนทุกอำเภอ S = Surveillance ตรวจยาอันตรายและยาห้ามจำหน่ายในร้านชำทั้งจังหวัด K = Knowledge Management จัดการความรู้ องค์ความรู้ด้านยา O = Organization องค์กรที่เข้มแข็ง การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน โดยเภสัชกรของโรงพยาบาลระดับอำเภอและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอคอยเป็นพี่เลี้ยงให้เครือข่ายในชุมชน R = Regulation Formal การบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจัง กรณีไม่ปฏิบัติตามระเบียบหรือข้อบังคับของชุมชนที่ได้ตกลง หรือการรับรู้ร่วมกันในชุมชน A = Access & Advertise & Award การเข้าถึงข้อมูลยา ไม่มีการขายยาอันตรายหรือโฆษณาที่ผิดกฎหมาย มอบรางวัลสำหรับอำเภอที่มีร้านชำต้นแบบ

T = Training & Technology การฝึกอบรมให้ความรู้ สร้างแบบสรุปข้อมูลในรูปแบบออนไลน์ และการตรวจสอบรายการยาสามัญประจำบ้าน ยาอันตราย และยาห้ามจำหน่ายในร้านชำผ่านระบบ QR code

ข้อเสนอแนะ

1. รูปแบบการพัฒนาร้านชำ ควรพัฒนาให้เกิดรูปแบบบันทึกข้อตกลงที่มีหัวหน้าส่วนราชการ ผู้นำชุมชน ผู้ประกอบการประชาชน และผู้มีส่วนได้เสียในการดำเนินงานมาร่วมลงนามอย่างเป็นทางการ

2. ผลของการพัฒนาร้านชำต้นแบบควรมีการประเมินความรอบรู้ด้านยาในหลากหลายมิติ เพื่อครอบคลุมความรู้ ทักษะ ทักษะ และการสื่อสารความรู้ด้านยาร่วมด้วย

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับความร่วมมือจากพนักงานเจ้าหน้าที่ของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา รวมทั้งเภสัชกรโรงพยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดนครราชสีมา ทุกท่านที่ดูแลและรับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ



เอกสารอ้างอิง

1. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, สุปล ลิ้มวัฒนานนท์, เชิดชัย สุนทรภาส, จุฬารักษ์ ลิ้มวัฒนานนท์, อรอนงค์ วลีขจรเลิศ, ธนรรจ์ รัตนโชติพานิช. โครงการผลลัพธ์ต่อพฤติกรรม การสั่งยาและผู้ป่วยจากการดำเนินงาน โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2563 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 มีนาคม 2566]; [หน้า 26-44]. เข้าถึงได้จาก : <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/5181/hs2546.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
2. กลุ่มงานพัฒนาระบบสนับสนุนบริการ กองบริหารการสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานพัฒนาระบบการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: กองบริหารการสาธารณสุข; 2563.
3. กองสถิติสังคม. ผลสำรวจด้านอนามัยและสวัสดิการ. ในสำนักงานสถิติแห่งชาติ, บรรณาธิการ. ผลสำรวจด้านอนามัยและสวัสดิการ ปี พ.ศ. 2562. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ธนาเพรส จำกัด; 2562. หน้า 1-19.
4. สิริลักษณ์ รื่นรวย, สุรศักดิ์ เสาแก้ว. สถานการณ์ยาและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในเขตสุขภาพที่ 3. วารสารเภสัชกรรมไทย 2560;9(1):226-35
5. ธนพงศ์ ภูผาลี, สมศักดิ์ อาภาศรีทองสกุล, วิษณุ ยิ่งยอด, ตฤณ แสงสุวรรณ, ลัดดา อำมาตย์. รูปแบบการพัฒนาร้านชำแบบชุมชนมีส่วนร่วม ต.โพนสูง จ.สกลนคร. วารสารอาหารและยา 2557;21(3):57-63
6. ปัทมาพร ปัทมาสรารุช, รุ่งทิวา หมื่นปา. การพัฒนาร้านชำต้นแบบจากโครงการประชารัฐร่วมใจ ส่งเสริมการใช้ยาอย่างปลอดภัยในชุมชน. วารสารเภสัชกรรมไทย 2563;12(3): 01-11
7. ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. รายงานการเฝ้าระวังความปลอดภัยจากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก : <https://faire.fda.moph.go.th/AESRCH/?Token=HiqdofwzDebA8C3XNu7ASwUU>



การพัฒนารูปแบบศูนย์รับเรื่องบริการด้านสาธารณสุขแบบบูรณาการ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

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

จารุรัตน์ พัฒน์ทอง¹
Jarurat Pattanathong¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์ในการดำเนินงาน 2) เพื่อพัฒนารูปแบบ และ 3) เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นของศูนย์รับเรื่องบริการด้านสาธารณสุขแบบบูรณาการ โดยทำการศึกษาตามขั้นตอนออกแบบบริการภาครัฐ มุ่งเน้นการตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ สอดคล้องกับนโยบายของหน่วยงาน และเพิ่มโอกาสในการใช้เทคโนโลยี มีการพัฒนาเครื่องมือเพื่อใช้ในการเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ จำนวน 13 รายการ กลุ่มเป้าหมายที่ศึกษาวิจัย ได้แก่ ประชาชนที่มารับบริการ และเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ระยะเวลาระหว่างเดือนมิถุนายน 2566 – เดือนมกราคม 2567 การศึกษาสถานการณ์และค้นหาปัญหาโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ร่วมกับการสังเกตและการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการ นำสิ่งที่ได้มาพัฒนารูปแบบงานบริการโดยการออกแบบการปฏิบัติร่วมกัน แก้ไขปรับปรุงวิธีปฏิบัติ ทบทวนและตรวจสอบจนได้แนวคิดหลักและรูปแบบการพัฒนา นำไปทดสอบและปฏิบัติจริง และทำการประเมินผล ผลจากการวิจัยครั้งนี้ทำให้มีการปรับรวมจุดแรกรับการบริการทุกด้านไว้ที่จุดเดียวกัน พัฒนาการให้ข้อมูลและคำปรึกษาผ่านระบบดิจิทัล Line Official มากขึ้น การปรับปรุงกระบวนการทำงาน ทำให้สามารถยื่นและรับเอกสารที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง มีการพัฒนาระบบการชำระเงินออนไลน์ การรับเรื่องร้องเรียน การพัฒนาพิมพ์เขียวงานบริการเพื่อเป็นแนวทางการทบทวนและพัฒนางาน ได้ข้อสรุปแผนพัฒนางานบริการในระยะต่อมา 1 ปี และ 3 ปี ได้แก่ การมอบอำนาจการอนุญาต การพัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลแบบออนไลน์ การปรับปรุงสถานที่ และการผ่านเกณฑ์เป้าหมายศูนย์ราชการสะดวก ผลการประเมินการพัฒนาระบบพบว่า ผู้ให้บริการสามารถปฏิบัติตาม

¹ เกสัชกรชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์

¹ Pharmacist, Senior Professional Level. Division of Consumer Protection and Public Health Pharmacy.
Prachuap Khiri Khan Provincial Public Health Office. E-mail address: nongpinpin@gmail.com



ขั้นตอนร้อยละ 100 และปฏิบัติตามระยะเวลาที่ประกาศในมาตรฐานการปฏิบัติงาน (SOP) ได้ร้อยละ 65.71 รูปแบบที่พัฒนานี้สามารถตอบสนองและสร้างความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการในระดับมาก และสามารถลดค่าใช้จ่ายให้แก่ผู้รับบริการได้ร้อยละ 137.20 – 1,296.00 บาท

คำสำคัญ: การออกแบบบริการ, การพัฒนารูปแบบบริการภาครัฐ, ศูนย์บริการแบบเบ็ดเสร็จ, ศูนย์ราชการสะดวก

Abstract

This participatory action research aimed 1) to study the operating situation, 2) to develop a model, and 3) to evaluate the use of the integrated public health service center model. This study was conducted according to the steps in service design guidelines focusing on responding to the needs of service users, conforming to the agency's policy and increasing opportunities with technology usage. Study tools were developed to collect both quantitative and qualitative data, totaling of 13 items. The population in the study was the people who receive services and service personnel. The study was conducted from June 2023 – January 2024. The methodology of study used the participation of service personnel with observation and service users' interview. There was a collaborative design of work guidelines. Procedures were improved and reviewed until a satisfied model was developed. The model was tested and put into practice. Finally, an evaluation of the model was used. This new model created a single point for all services. A channel was developed for information and advice through a digital platform or known as Line Official, thus improving work procedures for submitting and receiving documents from the various district public health offices. An online payment system and a complaint receiving system was also developed. A Service blueprint was created as a guideline for workers to follow, we created a 1-year plan and a 3-year plan on the delegation of authority and permissions, the development of an online data storage system, and the improvement of the premises and passing the Government Easy Contact Centre criteria. The results of the development evaluation found that service providers were able to follow the procedures 100% and comply with the time period announced in the standard operating procedures (SOP) at 65.71%. The customers of the model developed were satisfied high level and also reduce customers' costs varying from 137.20 – 1,296.00 per person.

Keywords: Service Design, Government Service Design, One Stop Service Center, Government Easy Contact Center

บทนำ

การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ให้ความสำคัญกับการนำองค์กรอย่างมีวิสัยทัศน์ มีความรับผิดชอบต่อสังคม การให้ความสำคัญกับประชาชนผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีระบบบริหารจัดการให้มีความยืดหยุ่นคล่องตัว ส่งเสริมให้ข้าราชการพัฒนาตนเอง มีความคิดริเริ่มและเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ตัดสินใจโดยอาศัยข้อมูลสารสนเทศ และทำงานโดยมุ่งเน้นผลลัพธ์เป็นสำคัญ โดยสร้างระบบบริหารงานภาครัฐให้มีความทันสมัย คล่องตัว คุ่มค่า มีประสิทธิภาพ ในการใช้ทรัพยากรและสามารถสร้างความพึงพอใจให้แก่ประชาชนผู้รับบริการ หรือตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างแท้จริง^{1,2} สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่ด้านการอนุญาตแก่สถานประกอบการในภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งกระจายอำนาจมาสู่ระดับจังหวัด มีการพัฒนาศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ (One Stop Service Center : OSSC) ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่ง เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 จนถึงปัจจุบัน ทำหน้าที่ในการให้บริการประชาชนเรื่องใบอนุญาตผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ ตลอดจนการรับเรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้อง³

ผลการดำเนินงานด้านการอนุญาตตามภารกิจปี 2566 ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ พบว่า ให้บริการทั้งหมด 1,400 ครั้ง การอนุญาตแบ่งเป็นงานสถานพยาบาล 460 ครั้ง งานยา 273 ครั้ง งานสถานประกอบการร้านนวด/สปา 233 ครั้ง งานอาหาร 214 ครั้ง งานเครื่องสำอาง 208 ครั้ง และอื่น ๆ 12 ครั้ง ผู้ประกอบการส่วนใหญ่อยู่ในอำเภอหัวหิน เมืองประจวบคีรีขันธ์ และปราณบุรี ร้อยละ 47.93, 16.57 และ 13.64 ตามลำดับ ถึงแม้ว่าจะมีการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง จากการวิเคราะห์ข้อมูลผลงานพบว่า ยังมีปัญหาการปฏิบัติ ได้แก่ ไม่ทำตามขั้นตอนที่เขียนในมาตรฐานการปฏิบัติ (Standard Operation Procedure : SOP) พบมีการเรียกเอกสารที่ไม่ได้นำมาใช้ประโยชน์ มีการใช้ระยะเวลาเกินที่กำหนด และเจ้าหน้าที่ไม่สามารถให้บริการแทนกันได้ ส่งผลกระทบถึงประสิทธิภาพการบริการ ถึงแม้จะไม่มีเรื่องร้องเรียนการปฏิบัติงาน แต่นับได้ว่าเป็นความเสี่ยงและควรปรับปรุงการทำงานให้เป็นไปตามมาตรฐาน⁴ โดยมุ่งเน้นการตอบสนองความต้องการของประชาชนเป็นหลัก นอกจากนี้ ยังมีภารกิจการอนุญาตอื่น ๆ ได้แก่ การออกใบอนุญาตจำหน่ายหรือแปรรูปสมุนไพรควบคุม และการออกหนังสือรับรองการเป็นหมอพื้นบ้าน ที่อยู่

ในความรับผิดชอบของกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก รวมทั้งการรับเรื่องร้องเรียน การบริการสาธารณสุขที่เป็นหน้าที่รับผิดชอบของกลุ่มกฎหมาย พบว่ามีจุดรับเรื่องแยกส่วนกัน สร้างความไม่สะดวกแก่ผู้รับบริการ ในขณะที่การให้รวมจุดแห่งเดียวกันยังเป็นข้อจำกัดในการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ และด้วยจังหวัดประจวบคีรีขันธ์มีลักษณะพิเศษด้านภูมิศาสตร์ ทำให้ต้องเดินทางไกลมาติดต่อราชการและระบบขนส่งสาธารณะยังไม่สะดวก ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดที่จะปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการบริการของหน่วยงาน เพื่อเพิ่มคุณภาพและการเข้าถึงการบริการ ลดระยะเวลาและลดค่าใช้จ่ายให้แก่ผู้รับบริการ เป็นการอำนวยความสะดวกและเพิ่มความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการ จึงได้ทำการศึกษาพัฒนารูปแบบศูนย์รับเรื่องบริการด้านสาธารณสุขแบบบูรณาการจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ โดยนำหลักการออกแบบบริการภาครัฐ (Government

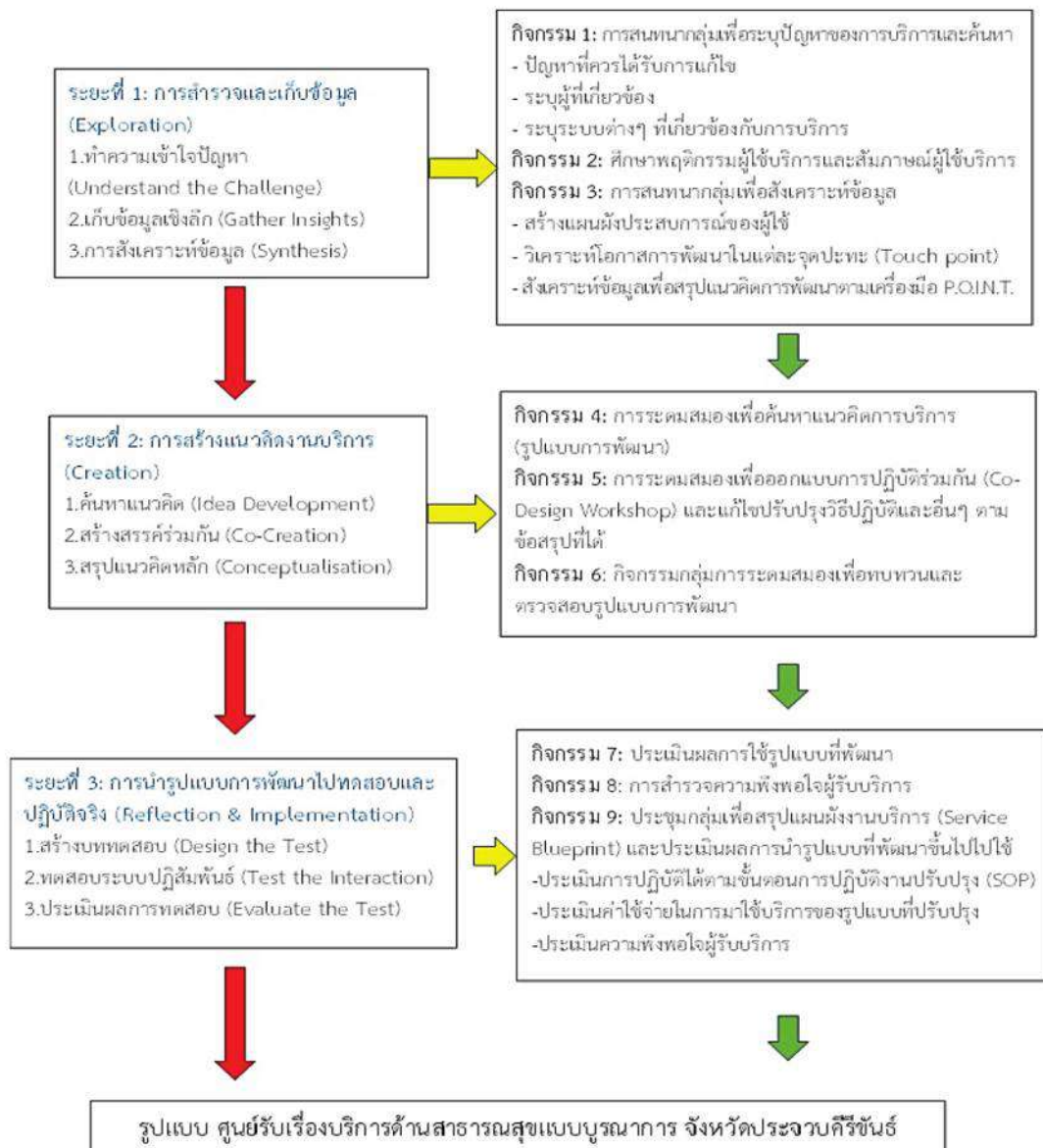
Service Design)⁵ มาเป็นหลักในการพัฒนารูปแบบร่วมกับหลักเกณฑ์การพัฒนา “ศูนย์ราชการสะดวก” (Government Easy Contact Center : GECC)⁶

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานรับเรื่องบริการด้านสาธารณสุข
2. เพื่อพัฒนารูปแบบศูนย์รับเรื่องบริการด้านสาธารณสุขแบบบูรณาการ
3. เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นของศูนย์รับเรื่องบริการสาธารณสุขแบบบูรณาการ

ขอบเขตการวิจัย

ได้ทำการศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ และพัฒนารูปแบบเป็นศูนย์รับเรื่องบริการสาธารณสุขแบบบูรณาการ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์



ภาพที่ 1 ขั้นตอนการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) นำวิธีการและขั้นตอนตามหลักการพัฒนารูปแบบบริการ Service Design Development⁵ 9 กิจกรรมมาใช้และปรับเข้ากับวงจรของวิจัยปฏิบัติการ คือ การวางแผน (Planning), การปฏิบัติการ (Action), การสังเกต (Observing)

และการสะท้อนผล (Reflection) โดยมีขั้นตอนดังภาพที่ 1 ดำเนินการระหว่างเดือนมิถุนายน 2566 – มกราคม 2567 แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่

- ระยะที่ 1 : การสำรวจและเก็บข้อมูล (Exploration) ได้ดำเนินการกิจกรรมที่ 1 – 3 ระหว่างเดือนมิถุนายน – กรกฎาคม 2566 รายละเอียดดังตารางที่ 1



ตารางที่ 2 กิจกรรม กลุ่มเป้าหมาย และการเก็บรวบรวมข้อมูลในระยะที่ 2 (ต่อ)

กิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย และระยะเวลา	วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
กิจกรรมที่ 5 กิจกรรมกลุ่มการระดม สมองเพื่อออกแบบการปฏิบัติร่วมกัน และแก้ไขปรับปรุงวิธีปฏิบัติและอื่น ๆ ตามข้อสรุปที่ได้	เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ เดือนสิงหาคม 2566	การระดมสมอง โดยใช้เครื่องมือ 8. แบบบันทึกและแนวทางการประชุมระดม สมอง หัวข้อสุมหัวนำออกแบบและสร้าง รูปแบบการพัฒนา
กิจกรรมที่ 6: กิจกรรมกลุ่มการระดม สมองเพื่อทบทวนและตรวจสอบ แนวคิดหลักและรูปแบบการพัฒนา (Conceptualization)	เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ เดือนสิงหาคม 2566	การระดมสมอง โดยใช้เครื่องมือ 9. แบบบันทึกและแนวทางการประชุมระดม สมอง หัวข้อการทบทวนสอบแนวคิดและ รูปแบบการพัฒนา (เทคนิค Zoom Out Concept, Zoom In Scenarios และ Zoom Right In Interaction)

- ระยะที่ 3 : การนำรูปแบบการพัฒนา
ไปทดสอบและปฏิบัติจริง (Reflection &
Implementation) โดยนำรูปแบบฯ ที่ได้จาก
การขั้นตอนสำรวจและเก็บข้อมูล และสร้าง
แนวคิดงานบริการ ตลอด 3 เดือน นำไปทดสอบ

และปฏิบัติจริง ระหว่างเดือนกันยายน 2566
– มกราคม 2567 และมีการประเมินผลใน
กิจกรรมที่ 7 และ 8 รวมถึงสรุปออกมาเป็น
แผนผังงานบริการ (Service Blueprint) ใน
กิจกรรมที่ 9

ตารางที่ 3 กิจกรรม กลุ่มเป้าหมาย และการเก็บรวบรวมข้อมูลในระยะที่ 3

กิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย และระยะเวลา	วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
กิจกรรมที่ 7 การประเมินผลการใช้ รูปแบบที่พัฒนา	ผู้ให้บริการ เดือนมกราคม 2567	การประชุมเชิงปฏิบัติการ 10. การประเมินระยะเวลาและการปฏิบัติตาม SOP 11. การประมาณค่าใช้จ่ายในการมารับบริการ
กิจกรรมที่ 8 การสำรวจความพึง พอใจผู้รับบริการ	ผู้รับบริการ เดือนมกราคม – กุมภาพันธ์ 2566	การสำรวจ โดยใช้เครื่องมือ 12. แบบสำรวจความพึงพอใจผู้ให้บริการ
กิจกรรมที่ 9 กระชุมกลุ่มเพื่อสรุป แผนผังงานบริการ (Service Blueprint) และประเมินผลการนำรูปแบบที่ พัฒนาขึ้นไปใช้	เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ เดือนกุมภาพันธ์ 2567	การประชุมกลุ่ม โดยใช้เครื่องมือ 13. แบบบันทึกและแนวทางการจัดทำ Service Blueprint ของงานบริการ

กลุ่มเป้าหมายที่ศึกษาวิจัย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. ประชาชนที่มารับบริการ คือ ประชาชนที่มารับบริการด้านการขออนุญาตกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ และแจ้งเรื่องร้องทุกข์ เก็บข้อมูลใน 2 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 2 เป็นการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ที่ใช้เทคนิควิธีการสังเกตและการสัมภาษณ์จากผู้ให้ข้อมูลหลัก ซึ่งได้มาจากการคัดเลือกอย่างเฉพาะเจาะจง จำนวน 14 คน และกิจกรรมที่ 8 เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสำรวจความพึงพอใจ เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเฉพาะเจาะจง และสมัครใจให้ข้อมูลงานวิจัย ประมาณจากข้อมูลการให้บริการในช่วง 1 ปี (ตุลาคม – กันยายน 2566) มีผู้มารับบริการ 1,400 คน ในระยะเวลา 2 เดือน ที่ศึกษาความพึงพอใจ คาดการณ์จะมีผู้ใช้บริการ 240 คน คำนวณตัวอย่างจากสูตร Taro Yamane ได้กลุ่มเป้าหมาย 150 คน สุ่มสอบถามผู้ที่พร้อมให้ข้อมูลจนครบ

2. เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน คือ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องด้านการขออนุญาตที่มีการมอบอำนาจให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตลอดจนการรับเรื่องร้องเรียน จำนวน 12 คน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่จาก กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข จำนวน 7 คน (เลือกทั้งหมด) ตัวแทนจากกลุ่มงานละ 1 คน ได้แก่ กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กลุ่มกฎหมาย กลุ่มงานอนามัยและสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย และตัวแทนจาก

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 2 คน (เลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากอำเภอที่มีผู้รับบริการมาก ได้แก่ อำเภอหัวหิน 1 คน และอำเภอบางสะพาน 1 คน)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือในการเก็บข้อมูลจำนวน 13 รายการ โดยประยุกต์ให้เข้ากับเรื่องและวัตถุประสงค์ จากแหล่งอ้างอิง 2 ส่วน ได้แก่ 1) เอกสารความรู้ เรื่อง คู่มือการออกแบบบริการ (Service Design Workbook) ของศูนย์สร้างสรรค์งานออกแบบ (TCDC)⁵ และ 2) เกณฑ์มาตรฐานศูนย์ราชการสะดวก (Government Easy Contact Center : GECC)⁶ โดยเครื่องมือที่ใช้กับกลุ่มเป้าหมายเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ได้แก่ เครื่องมือที่ 1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 และ 13 ส่วนเครื่องมือที่ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้บริการ ได้แก่ เครื่องมือที่ 3, 4 และ 12

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือทั้งหมดได้รับตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผ่านการพิจารณาและแก้ไขจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และเครื่องมือรายการที่ 12 แบบสำรวจความพึงพอใจผู้ใช้บริการ ได้ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach) โดยนำไปทดลองใช้กับประชาชนผู้มารับบริการช่วงก่อนการศึกษาจำนวน 30 ราย ได้เท่ากับ 0.846 ซึ่งแสดงว่ามีความเชื่อมั่นสูง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) และการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation)

การสรุปและประเมินผล

1. ประเมินการปฏิบัติตามขั้นตอนการปฏิบัติงาน (SOP) และระยะเวลาในการให้บริการ
2. ประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการ
3. วิเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการมาใช้บริการของผู้รับบริการ ผลจากการศึกษาจะนำมาสรุปรูปแบบและแผนผังงานบริการ (Service Blueprint)

เพื่อใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติและพัฒนางานต่อไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระจอมศิริราช ที่ PKHREC 09/67 เมื่อวันที่ 2 ตุลาคม 2566

ตารางที่ 4 ระบบงานในการบริการและปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไข

ระบบงาน	ปัญหา/เรื่องที่ควรได้รับการแก้ไข
ระบบการจัดการสถานที่และช่องทางการติดต่อ	ควรมีการปรับปรุงสถานที่ให้บริการ, ควรเพิ่มช่องทางการติดต่อออนไลน์ และไม่ควรมีสถานที่ให้บริการหลายจุด ทำให้ผู้มาติดต่อรับบริการสับสน
ระบบการจัดเก็บข้อมูลและเอกสารที่เกี่ยวข้อง	กระบวนการปฏิบัติงาน (SOP) ไม่เป็นปัจจุบัน บางเรื่องที่ปฏิบัติยังไม่มี SOP, ฐานข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน มีการปรับปรุงตามความสะดวกเจ้าหน้าที่

ผลการวิจัย

- ระยะที่ 1: การสำรวจและเก็บข้อมูล (Exploration)

1. กิจกรรมที่ 1 การสนทนากลุ่มเพื่อระบุปัญหาและค้นหาบุคคลและระบบที่เกี่ยวข้อง

ผลที่ได้จากขั้นตอนนี้คือ ข้อสรุปปัญหาแท้จริงที่ควรได้รับการแก้ไข บุคคลและระบบที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการ โดยพบว่าหน่วยงานมีกระบวนการบริการ 45 กระบวนงาน เป็นของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ 42 กระบวนงาน, กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยฯ 2 กระบวนงาน และกลุ่มกฎหมาย 1 กระบวนงาน ช่องทางที่เปิดให้ประชาชนมาติดต่อจะติดต่อที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฯ เท่านั้น การติดต่อสอบถามเบื้องต้นใช้โทรศัพท์ มีการพัฒนาการติดต่อผ่านแอปพลิเคชัน Line Official แต่ในการยื่นเอกสารต้องมายื่นและรับใบอนุญาตที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผลสรุปจากการระดมสมองเพื่อค้นหาปัญหาที่มีอยู่และควรได้รับการแก้ไข ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระบบงานในการบริการและปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไข (ต่อ)

ระบบงาน	ปัญหา/เรื่องที่ควรได้รับการแก้ไข
ระบบการให้คำปรึกษา	ควรมีระบบให้ปรึกษาที่รวดเร็ว ตรงความต้องการ มีการนำเทคโนโลยีมาใช้เพิ่มประสิทธิภาพเพื่อลดภาระงานของเจ้าหน้าที่ ลดการเดินทางของผู้รับบริการ
ระบบการยื่นเอกสาร	ควรมีระบบการรับเอกสารที่ลดขั้นตอน เช่น ไม่จำเป็นต้องเดินทางมาที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกกรณี, การตรวจสอบเอกสารที่รวดเร็ว, การลดปริมาณเอกสาร/ตัดเอกสารที่ไม่จำเป็นออก, การให้คำตอบได้ชัดเจนถึงกำหนดวันที่จะได้รับใบอนุญาต
ระบบการรับและพิจารณาเอกสาร	ควรมีระบบแจ้งความก้าวหน้าในการดำเนินงานที่เข้าถึงได้ของผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานทุกระดับ
ระบบออกใบอนุญาต	ควรมีการเพิ่มเติมผู้มีอำนาจลงนามตามที่กฎหมายกำหนดให้
ระบบการชำระค่าธรรมเนียมใบอนุญาต	ควรมีระบบชำระค่าธรรมเนียมออนไลน์ ไม่จำเป็นต้องเดินทางมาจ่ายที่ศูนย์บริการฯ เท่านั้น
ระบบการรับ/ส่ง ใบอนุญาต	ควรมีระบบการส่งใบอนุญาตที่ไม่จำเป็นต้องเดินทางมารับที่ศูนย์บริการฯ
ระบบการตรวจสอบภายใน	มีระบบ แต่ยังไม่ได้ปฏิบัติตามอย่างสม่ำเสมอ
ระบบการรับเรื่องร้องเรียน	ควรมีจุดรับเรื่องร้องเรียนและติดตามผลที่มีประสิทธิภาพ การส่งต่อเรื่องไปยังหน่วยที่เกี่ยวข้องเจ้าหน้าที่ไม่ทราบวิธีการในการส่งต่องาน

2. กิจกรรมที่ 2 ศึกษาพฤติกรรมและสัมภาษณ์ผู้ให้บริการ

เพื่อตรวจสอบยืนยันว่าข้อมูลปัญหาที่เกิดขึ้นและควรได้รับการแก้ไขจากความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ เกิดขึ้นจริงหรือตรงความต้องการของผู้รับบริการจริง โดยการสังเกตพฤติกรรมและการสัมภาษณ์ผู้รับบริการจำนวน 14 คน

2.1 ข้อมูลจากการสังเกต พบประเด็นที่น่าสนใจ ได้แก่ ผู้รับบริการอยากให้มีการรับติดต่องานในช่วงเวลาพักกลางวัน (12.00 – 13.00 น),

สถานที่นั่งรอการติดต่อที่สะดวกสบาย เพียงพอ, และเจ้าหน้าที่สามารถทำงานทดแทนกันได้หากไม่อยู่ ผู้รับบริการมองว่ามีการใช้เวลาค้นหาข้อมูลหรือเอกสารนาน และไม่มีที่จอดรถ

2.2 ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ พบว่าส่วนใหญ่ผู้รับบริการพึงพอใจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ และพบข้อมูลยืนยันตามประเด็นที่ได้จากการสังเกต และเพิ่มเติมข้อที่มีรู้สึกไม่พอใจหรืออยากให้ปรับปรุง ได้แก่ ตนเองรู้สึกจะต้องเตรียมเอกสารมากเกินไป, รู้สึกต้องเสียเวลาในการติดต่อที่ไม่จบในครั้งเดียว, เห็นว่าการเดินทางมา

ต้องหยุดกิจการหรือหยุดงานเพื่อมาติดต่อกัน, รู้สึกกังวลใจกลัวถูกเจ้าหน้าที่ตำหนิ, ต้องการให้มีการส่งใบอนุญาตทางไปรษณีย์, แสดงความไม่เห็นด้วยที่ต้องให้ผู้ประกอบวิชาชีพมาแสดงตัวตน เนื่องจากเจ้าหน้าที่ควรมีวิธีการตรวจสอบในระบบอยู่แล้ว, กรณีขออนุญาตจำหน่ายน้ำกระท่อมไม่พอใจที่ไม่สามารถออกใบอนุญาตให้ได้, ต้องการให้แจ้งวันที่ได้รับใบอนุญาตชัดเจน, การมีช่องทางในติดต่อสอบถามเบื้องต้นที่ได้ก่อนทางโทรศัพท์และช่องทาง Line เป็นสิ่งดีแต่ขาดการประชาสัมพันธ์ทำให้ต้องเดินทางมา, อยากให้มีการติดต่อได้ที่อำเภอ ไม่ต้องเดินทางไกล และมีข้อเสนออยากได้สถานที่นั่งคอยที่ดี มีกาแฟให้บริการ

3. กิจกรรมที่ 3 การสนทนากลุ่มเพื่อสังเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยร่วมกับเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการนำข้อมูลที่ได้จากกิจกรรมที่ 2 มาทำการวิเคราะห์และตีความให้เป็นข้อมูลเชิงลึกที่เป็นประโยชน์กับการพัฒนางานที่ทำอยู่ โดยสร้างแผนผังประสบการณ์ของผู้ใช้บริการ วิเคราะห์หาโอกาสการพัฒนาในแต่ละจุดปะทะ สังเคราะห์ข้อมูลเพื่อสรุปแนวคิดการพัฒนาตามเครื่องมือ P.O.I.N.T. จากนั้นทำการวิเคราะห์ร่วมกันโดยกระบวนการกลุ่ม เพื่อค้นหาคำตอบในแต่ละด้านโดยใช้กระดาศโพสดีอิต ได้แก่ ปัญหาที่สังเกตพบ โอกาสในการแก้ไขปัญหา ความเข้าใจเชิงลึกที่ได้รับ ความต้องการของผู้ใช้บริการ และแนวคิดที่เกิดขึ้น ซึ่งจะนำไปใช้ในการศึกษาระยะที่ 2 การสร้างแนวคิดการบริการต่อไป ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อสรุปแนวคิดการพัฒนาตามเครื่องมือ P.O.I.N.T.

P : Problem ปัญหาที่สังเกตพบ	O : Opportunities โอกาสการแก้ปัญหา	I : Insights ความเข้าใจเชิงลึกที่ได้รับ	N : Needs ความต้องการผู้ให้บริการ	T : Themes แนวคิดที่เกิดขึ้น
ระบบการจัดการสถานที่และช่องทางการติดต่อ: - สถานที่ยังขาดความสวยงามและความสะดวกสบาย - เจ้าหน้าที่ขาดความรู้และพฤติกรรมบริการที่ดีที่มุ่งเน้นผู้รับบริการ	นโยบายพัฒนาสู่การเป็นศูนย์ราชการสะดวก	ผู้รับบริการต้องการสถานที่ติดต่อราชการที่สวยงาม สะดวกสบาย	- มีสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวกอย่างดี และเพียงพอ - เจ้าหน้าที่ที่มีความรู้จริง และมีความตั้งใจบริการดี	- การพัฒนาสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวกตามเกณฑ์ GECC - การพัฒนาทักษะเจ้าหน้าที่ หรือมีทีมรับบริการด้านหน้า การทบทวนการบริการ



ตารางที่ 5 ผลการสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อสรุปแนวคิดการพัฒนาตามเครื่องมือ P.O.I.N.T. (ต่อ)

P : Problem ปัญหาที่สังเกตพบ	O : Opportunities โอกาสการแก้ปัญหา	I : Insights ความเข้าใจเชิงลึกที่ได้รับ	N : Needs ความต้องการผู้ใช้บริการ	T : Themes แนวคิดที่เกิดขึ้น
ระบบการจัดเก็บข้อมูล และเอกสารที่เกี่ยวข้อง	มีระบบเก็บข้อมูลบน คลาวด์ (Google Drive)	ระบบข้อมูลที่มีการ อัปเดตเป็นปัจจุบันจะ เพิ่มประสิทธิภาพการ ให้บริการ	ระบบข้อมูลที่สืบค้นได้ อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน	การพัฒนาการจัดเก็บ ข้อมูลบนคลาวด์ และมี การกำหนดสิทธิ์ เจ้าหน้าที่ในการเข้าถึง
ระบบการให้คำปรึกษา: ยังไม่รวดเร็ว ตรงตาม ความต้องการ ควรมี การนำเทคโนโลยีมาใช้ เพิ่มประสิทธิภาพเพื่อ เป็นการลดภาระงาน ของเจ้าหน้าที่ ลดการ เดินทาง	- การมีเครือข่ายการ ทำงานระดับอำเภอ ที่เข้มแข็ง - การมี Line Official - การมีเจ้าหน้าที่ที่มี ความรู้ ความสามารถด้าน การใช้เทคโนโลยี	จะต้องค้นหารูปแบบ วิธีการพัฒนาระบบการ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการ บริการสาธารณสุข ที่ง่าย รวดเร็ว มีประสิทธิภาพ สร้างความพึงพอใจ	ต้องการเข้าถึงง่าย เข้าใจได้ง่าย บริการเร็ว บริการ 24 ชม. ช่วย ประหยัดเวลา และค่าใช้จ่าย	- เพิ่มช่องทางการให้ คำปรึกษา - ให้เจ้าหน้าที่ระดับ อำเภอร่วมให้ คำปรึกษา - นำ Line Official มาใช้ และให้ บริการได้ 24 ชม. - การเพิ่มการตอบ คำถามที่พบบ่อย (Frequently Asked Questions : FAQs)
ระบบการยื่นเอกสาร: ควรลดขั้นตอน ได้แก่ - ลดการเดินทางมาที่ สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด ในทุกกรณี - การตรวจสอบ เอกสารที่รวดเร็ว - การลดเอกสาร - การให้คำตอบได้ ชัดเจนใน กระบวนการ และ ระยะเวลาบริการ	- นโยบายงดการเรียก สำเนาบัตร ประชาชนจาก ผู้รับบริการ - นโยบายและแนวคิด การลดกระดาษ (Paperless) - การพัฒนา ระบบสื่อสาร ออนไลน์ เช่น Line, Zoom เป็นต้น	การพัฒนางานบริการ เจ้าหน้าที่จำเป็นต้อง ปรับเปลี่ยนวิธีคิดและ การปฏิบัติแบบเดิม เพื่อ ความสะดวกกับ ผู้รับบริการเป็นสำคัญ	เตรียมเอกสารไม่เยอะ ไม่ยุ่งยาก สามารถส่งทาง ออนไลน์ หรือใกล้ ๆ ได้ ทราบผลเร็ว ชัดเจน	- การยื่น/รับ เอกสาร ได้ที่สำนักงาน สาธารณสุขอำเภอทุก แห่ง - การยื่นออนไลน์ - พัฒนา SOP ที่ กระชับ ลดขั้นตอน และลดเอกสาร

ตารางที่ 5 ผลการสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อสรุปแนวคิดการพัฒนาตามเครื่องมือ P.O.I.N.T. (ต่อ)

P : Problem ปัญหาที่สังเกตพบ	O : Opportunities โอกาสการแก้ปัญหา	I : Insights ความเข้าใจเชิงลึกที่ได้รับ	N : Needs ความต้องการผู้ใช้บริการ	T : Themes แนวคิดที่เกิดขึ้น
ระบบการรับและพิจารณาเอกสาร: ยังไม่มีระบบแจ้งความคืบหน้าที่เข้าถึงได้ของประชาชนและเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานทุกระดับ	- ระบบจากส่วนกลางมีการพัฒนาไปแล้ว - มีระบบสื่อสารออนไลน์ที่สามารถพัฒนาได้ - นโยบายการพัฒนางาน ดิจิทัลการแพทย์ ในหน่วยงานสาธารณสุข	ประชาชนมีความต้องการที่ในบางกรณีเจ้าหน้าที่อาจไม่มีความสามารถที่จะดำเนินการด้วยตนเอง จำเป็นต้องขอการสนับสนุนจากผู้บริหาร	มีช่องทางที่ง่ายสามารถติดตามผลการพิจารณาได้ด้วยตนเอง	การพัฒนาระบบการแจ้งสถานะการอนุญาต/ผลการอนุญาตทางออนไลน์
ระบบออกใบอนุญาต: ยังไม่มีเพิ่มเติมผู้มีอำนาจลงนามตามที่กฎหมายกำหนดให้	- มีกฎหมายมอบอำนาจ - ระบบการควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยง	ทราบว่าจะสามารถทำได้ตามการมอบอำนาจ แต่การปฏิบัติควรผ่านผู้บังคับบัญชาก่อน	ผู้รับบริการไม่ต้องการรอนาน	การเพิ่มเติมผู้มีอำนาจลงนามเอกสารตามกฎหมาย
ระบบการชำระค่าธรรมเนียม: ไม่มีระบบออนไลน์ (ยกเว้นการอนุญาตของอย. ผ่าน E-Submission)	การพัฒนาของ Mobile Banking	ควรพัฒนาการชำระเงินออนไลน์เพื่อความสะดวกผู้รับบริการ โดยที่ไม่ผิดระเบียบทางการเงิน	ผู้รับบริการยินดีจ่ายเพื่อให้ได้รับใบอนุญาต โดยไม่ได้สนใจวิธีการนอกจากความสะดวกรวดเร็ว	การพัฒนาระบบการชำระเงินออนไลน์
ระบบการส่งมอบใบอนุญาต: ที่ไม่จำเป็นต้องเดินทางมารับที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	- ระบบส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียน - ระบบส่งผ่านสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	หากเจ้าหน้าที่ยอมปรับเปลี่ยน/เพิ่มเติมวิธีการส่งมอบเอกสารให้ผู้รับบริการ ระบบที่มีอยู่มีความพร้อมแล้ว	ต้องการรับใบอนุญาตสะดวก ไม่ต้องเสียเวลาเดินทาง	การพัฒนาระบบการรับ/ส่งเอกสาร โดยมุ่งเน้นความสะดวกผู้รับบริการ
ระบบการตรวจสอบภายใน	มีคณะกรรมการตรวจสอบภายในของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	การตรวจสอบภายในช่วยให้การปฏิบัติงานเป็นไปอย่างราบรื่น	ต้องการการบริการที่โปร่งใส ตรวจสอบได้	การพัฒนาระบบตรวจสอบภายในที่มีประสิทธิภาพ
ระบบการรับเรื่องร้องเรียน	อย.ได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการที่ดีในการจัดการเรื่องร้องเรียน (Good Complaint Handling Practice : GCHP)	ระบบการรับเรื่องร้องเรียนที่มีประสิทธิภาพช่วยตรวจสอบการปฏิบัติงาน ให้ความยุติธรรม และเพิ่มความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ	เมื่อมีเหตุเดือดร้อนจากการบริการเกิดขึ้น มีช่องทางในการแจ้งข่าวและได้รับการตอบสนองอย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพ	การพัฒนาการดำเนินงานการจัดการเรื่องร้องเรียน

- ระยะที่ 2: การสร้างแนวคิดงานบริการ (Creation)

1. กิจกรรมที่ 4 กิจกรรมกลุ่มการระดมสมอง เพื่อค้นหาแนวคิดการบริการและรูปแบบการพัฒนา นำผลที่ได้จากการศึกษาในกิจกรรมที่ 3 มาสร้างแนวคิดการบริการโดยการระดมสมองหาจุดร่วมของความคิดเห็นที่ลงตัวระหว่างข้อมูลผู้ใช้และผู้ให้บริการ โครงสร้างและนโยบายองค์กร และโอกาสในการลงทุนด้านเทคโนโลยี โดยรวบรวม

และพัฒนาแนวคิดจากใบแสดงแนวคิด ทำการระดมแนวคิดที่หลากหลาย จัดกลุ่มแนวคิด เลือกแนวคิดที่ใช้ และตรวจสอบแนวคิดจากมุมมองต่าง ๆ กันตามหลักของการใช้หมวกแนวคิด 6 ใบ เอ็ดเวิร์ด เดอ โบโน (Edward de Bono) รวมทั้งเทคนิควิธีการตั้งคำถามสู่โอกาส⁵ ได้ผลเป็นสรุปแนวคิดการพัฒนาและวิธีการพัฒนาในเบื้องต้น ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 สรุปแนวคิดและวิธีการพัฒนารูปแบบบริการสาธารณสุข

ระบบงาน/แนวคิดการพัฒนา	วิธีการ
ระบบการจัดการสถานที่และช่องทางการติดต่อ - การพัฒนามาตรฐานสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวกตามเกณฑ์ GECC	1. สื่อสารให้ผู้ให้บริการรู้จักและเข้าใจเกณฑ์ GECC และประเมินตนเอง 2. วางแผนสำรวจความต้องการของผู้รับบริการ 3. ศึกษาดูงานจากสถานที่ราชการที่ผ่านมาตรฐาน GECC 4. นำเสนอการปรับปรุงสถานที่แก่คณะกรรมการบริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในการจัดทำป้าย การจัดทำทางลาดสำหรับผู้พิการ ฯลฯ ตามส่วนขาดในเกณฑ์ขั้นพื้นฐานของ GECC
ระบบการจัดเก็บข้อมูลและเอกสารที่เกี่ยวข้อง - การพัฒนาการจัดเก็บข้อมูลบนคลาวด์ (Google Drive) และมีการกำหนดสิทธิ์เจ้าหน้าที่ในการเข้าถึงข้อมูล	1. ระบบการจัดเก็บข้อมูล โดยมีประเด็นในการดำเนินงานประกอบด้วย การมอบหมายหน้าที่ให้รับผิดชอบ ทบทวนเอกสารที่จำเป็น คัดแยกเอกสารที่จัดรูปแบบให้เป็นเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ และจัดเก็บให้ง่ายในการสืบค้น เป็นต้น 2. ระบบการรายงานข้อมูล โดยมอบหมายหน้าที่ให้รับผิดชอบระบบการรายงานกำหนดข้อตกลง และระยะเวลาในการรายงานให้ผู้เกี่ยวข้องทราบเพื่อปฏิบัติ และตรวจสอบ ติดตาม การดำเนินการที่กำหนด และนำมาทบทวนพัฒนาให้ได้รูปแบบรายงานข้อมูล
ระบบการให้คำปรึกษา - เพิ่มช่องทางการให้คำปรึกษา - เจ้าหน้าที่ระดับอำเภอมีส่วนร่วมให้ปรึกษา - นำ Line Official มาใช้ และให้บริการได้ 24 ชม. - การเพิ่มการตอบคำถามที่พบบ่อย (Frequently Asked Questions : FAQs)	1. การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่เพื่อให้คำปรึกษา โดยปรับปรุง SOP ให้เป็นปัจจุบันเพื่อใช้อ้างอิงในการให้คำปรึกษา การกำหนดกระบวนงานที่จะมอบหมายให้เจ้าหน้าที่ระดับอำเภอรับคำขอฯ และให้คำปรึกษา การอบรมความรู้พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ระดับจังหวัด/อำเภอ 2. การพัฒนา Line Official โดย ทบทวนการใช้เพื่อหาจุดพัฒนา ประกอบกับข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เช่น พ.ร.บ. igitra การทางอิเล็กทรอนิกส์, พ.ร.บ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล และ พ.ร.บ.การอำนวยความสะดวกในการพิจารณาอนุญาตของทางราชการ

ตารางที่ 6 สรุปแนวคิดและวิธีการพัฒนารูปแบบบริการสาธารณสุข (ต่อ)

ระบบงาน/แนวคิดการพัฒนา	วิธีการ
	3. การเพิ่มการตอบคำถามที่พบบ่อย โดยกำหนดผู้รับผิดชอบในการทำ รวบรวมคำถามและหาคำตอบ นำคำตอบมาพิจารณาความถูกต้องและเหมาะสม ร่วมกันจัดทำเป็นข้อมูลในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ และเผยแพร่
ระบบการยื่นเอกสาร - การยื่น/รับเอกสารได้ที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง - การยื่นออนไลน์	ดำเนินการเช่นเดียวกับการพัฒนาระบบให้คำปรึกษาปรับใช้กับระบบยื่นเอกสาร
ระบบการรับและพิจารณาเอกสาร - การพัฒนาระบบการแจ้งสถานะการอนุญาต/ผลการอนุญาตทางออนไลน์	- ทบทวนระบบการรับเอกสาร โดยทบทวนเอกสารประกอบคำขอฯ ในแต่ละกระบวนการงานให้สอดคล้องกับ SOP จัดทำแบบบันทึกรายการ (Checklist) จัดทำแนวทางคืนคำขอฯ และการเรียกเอกสารจำเป็นเพิ่มเติม และจัดทำบันทึกเสนอระบบดังกล่าวให้ผู้บริหารอนุมัติ - การพัฒนาระบบแจ้งสถานะอนุญาต โดยกำหนดข้อตกลงร่วมกันเกี่ยวกับขั้นตอนที่จะแสดงสถานะในการอนุญาต เป็นขั้นตอนและระยะเวลาใน SOP คือ ขั้นตอนรับคำขอฯ ขั้นตอนพิจารณา และขั้นตอนเสนอลงนามใบอนุญาต โดยให้ผู้รับผิดชอบรายงานข้อมูลในแต่ละขั้นตอน และพัฒนารูปแบบการแจ้งสถานะการอนุญาต
ระบบออกใบอนุญาต - การเพิ่มเติมผู้มีอำนาจลงนามเอกสารตามกฎหมาย - การรับใบอนุญาตที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	1. ประมวลผลการให้บริการที่ไม่เป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนด โดยเฉพาะขั้นตอนการเสนอลงนามในใบอนุญาต 2. เสนอผู้บริหาร และจัดทำข้อเสนอในการแก้ไขปัญหา ในการลดขั้นตอนและเสนอให้ผู้ได้รับมอบอำนาจตามกฎหมาย ลงนามได้ 3. กำหนดขั้นตอนวิธีปฏิบัติในการส่งมอบใบอนุญาตโดยให้รับที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอได้
ระบบการชำระค่าธรรมเนียมใบอนุญาต - การพัฒนาระบบการชำระเงินออนไลน์	1. ทบทวนแยกกระบวนการที่มีระบบชำระเงินออนไลน์ได้และไม่ได้ 2. กำหนดแนวทางการในการชำระเงิน ณ สำนักงาน และ Internet Banking 3. ศึกษาดูงานจากสถานที่ที่ผ่านมาตรฐาน GECC และมีระบบชำระเงินออนไลน์ 4. ค้นหาแบบการชำระเงินออนไลน์ที่ดีและเหมาะสม
ระบบการส่งมอบใบอนุญาต - การพัฒนาระบบการรับ/ส่งเอกสารที่มุ่งเน้นความสะดวกผู้รับบริการ	1. ทบทวนระเบียบราชการในการจัดส่งใบอนุญาต 2. ประชุมกลุ่มเพื่อประเมินความเสี่ยงในการจัดกระบวนการในการจัดส่งใบอนุญาตในช่องทางอื่น ๆ เช่น ไปรษณีย์ ขนส่งเอกชน 3. จัดทำระบบงานป้องกันความเสี่ยง
ระบบการตรวจสอบภายใน (Internal Control) - การพัฒนาระบบตรวจสอบภายในที่มีประสิทธิภาพ	1. ทำความเข้าใจในกระบวนการเก็บข้อมูลความเสี่ยง 2. ประสานงานนิติกรให้ความรู้เกี่ยวกับระบบการตรวจสอบภายใน 3. มอบหมายให้ผู้รับผิดชอบเก็บข้อมูลความเสี่ยงในการตรวจสอบภายใน 4. ดำเนินการตามระบบตรวจสอบภายใน
ระบบการรับเรื่องร้องเรียน - การพัฒนาการดำเนินงานการจัดการเรื่องร้องเรียน	1. ทบทวนกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียน 2. ระดมสมองเพื่อจัดทำ SOP ในการจัดการเรื่องร้องเรียน และอื่น ๆ 3. จัดทำและเสนอผู้บริหารอนุมัติ และประกาศใช้

2. กิจกรรมที่ 5 กิจกรรมกลุ่มการระดมสมอง เพื่อออกแบบการปฏิบัติร่วมกัน (Co-Design Workshop) และแก้ไขปรับปรุงวิธีปฏิบัติและอื่น ๆ ตามข้อสรุปที่ได้ (Co-Creation)

นำข้อสรุปแนวคิดการพัฒนามาประชุม ระดมสมองกลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ เพื่อทบทวน ว่ารูปแบบที่คิดขึ้นไม่ขัดแย้งความต้องการผู้ใช้งาน โครงสร้างนโยบายองค์กร และสร้างโอกาสในการ พัฒนาด้านเทคโนโลยี ทำความเข้าใจให้ชัดเจนว่า รูปแบบการทำงานเดิมคืออะไร แบบที่จะพัฒนา คืออย่างไร ใครและระบบงานใดที่เกี่ยวข้องบ้าง มี สิ่งใดที่ต้องปรับเปลี่ยน และกำหนดผู้รับผิดชอบ ในการดำเนินการ และระยะเวลาที่แล้วเสร็จ โดยใช้ เครื่องมือแบบบันทึกและแนวทางการประชุม ระดมสมอง หัวข้อสรุปหัวนักออกแบบและสร้าง รูปแบบการพัฒนา

3. กิจกรรมที่ 6 กิจกรรมกลุ่มการระดมสมอง เพื่อทบทวนและตรวจสอบแนวคิดหลักและ รูปแบบการพัฒนา (Conceptualization)

นำรูปแบบที่ได้ข้อสรุปไปจัดทำ/ปรับปรุง/ พัฒนาตามภารกิจที่เกี่ยวข้อง นำมาทบทวนอีก ครั้งด้วยการระดมสมองเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ โดยใช้เครื่องมือแบบบันทึกและแนวทางการ ประชุมระดมสมอง หัวข้อการทวนสอบแนวคิด และรูปแบบการพัฒนา ด้วยเทคนิค Zoom Out Concept, Zoom In Scenarios และ Zoom Right In Interaction

เพื่อให้มั่นใจว่ารูปแบบที่คิดขึ้นจะใช้ได้ จริง ผู้มีส่วนร่วมไม่ได้มองข้ามเรื่องสำคัญใดไป ข้อสรุปถึงแผนการพัฒนารูปแบบของงานฯ โดย แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 แผนพัฒนารูปแบบบริการ ระยะ 6 เดือน, 1 ปี และ 3 ปี

ระบบงาน	ระยะ 6 เดือน (ส.ค. 66 – ม.ค. 67)	ระยะ 1 ปี (ส.ค. 66 – ก.ค. 67)	ระยะ 3 ปี (ส.ค. 66 – ก.ค. 69)
ระบบการจัดสถานที่และ ช่องทางการติดต่อ เดิม: การจัดบริการ ณ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค ชั้น 2 ของสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด แบบที่พัฒนา: การ จัดบริการ ณ สำนักงาน สาธารณสุขอำเภอ	1. ปรับสถานที่: จัดป้ายแสดงจุด ให้บริการ แยกจุดบริการเป็น จุดแรกรับ และจุดให้ คำปรึกษา/รับคำขอ 2. การทบทวน ปรับ SOP 3. กำหนดแนวทางการชำระเงิน ผ่านระบบออนไลน์ 4. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ระดับ อำเภอในการให้คำปรึกษา/รับคำ ขอ	2. ปรับปรุงห้องให้บริการ และ สิ่งอำนวยความสะดวก 3. เสนอเพิ่มเติมผู้มีอำนาจลง นามใบอนุญาต 4. เจ้าหน้าที่ในระดับอำเภอ รับคำขอฯ ได้ครบทุก กระบวนการงาน	1. ปรับปรุงสถานที่ในด้าน อาคารสถานที่ ทางเดิน สำหรับผู้พิการ 2. การจัดส่งใบอนุญาตผ่าน ช่องทางอื่น ๆ



ตารางที่ 7 แผนพัฒนารูปแบบบริการ ระยะ 6 เดือน, 1 ปี และ 3 ปี (ต่อ)

ระบบงาน	ระยะ 6 เดือน (ส.ค. 66 – ม.ค. 67)	ระยะ 1 ปี (ส.ค. 66 – ก.ค. 67)	ระยะ 3 ปี (ส.ค. 66 – ก.ค. 69)
	5. กำหนดแนวทาง/พัฒนาให้เจ้าหน้าที่ระดับอำเภอรับเอกสารและจ่ายใบอนุญาตที่สำนักงานสาธารณสุขสุขอำเภอ		
ระบบการให้คำปรึกษา ระบบการยื่นเอกสาร ระบบบริการทางอิเล็กทรอนิกส์ <u>เดิม:</u> ไม่มีกระบวนการที่อนุญาตออนไลน์ <u>แบบที่พัฒนา:</u> กำหนดกระบวนการที่อนุญาตออนไลน์	1. ทบทวนข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เช่น พ.ร.บ.ปฏิบัติราชการทางอิเล็กทรอนิกส์, พ.ร.บ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล และ พ.ร.บ.การอำนวยความสะดวกในการพิจารณาอนุญาตของทางราชการ 2. การกำหนดกระบวนการที่สามารถให้บริการออนไลน์ได้ 3. การจัดระบบการตอบ Line Official เบื้องต้น และส่งให้ผู้รับผิดชอบตอบคำปรึกษาในเวลาที่กำหนด	1. การขยายเวลาในการให้บริการให้คำปรึกษานอกเวลาราชการ 2. การรวบรวมคำถาม-คำตอบที่พบบ่อย	การพัฒนาระบบยื่นออนไลน์ให้ครบทุกกระบวนการงาน
ระบบการจัดเก็บข้อมูลและเอกสารที่เกี่ยวข้อง <u>เดิม:</u> เก็บเป็นเอกสาร <u>แบบที่พัฒนา:</u> เก็บเป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์	การทบทวนเอกสารประกอบคำขอ/คัดแยกเอกสารที่จำเป็นต้องเก็บ/สแกนเอกสารให้เป็นเอกสารอิเล็กทรอนิกส์/วางระบบการจัดเก็บเอกสารอิเล็กทรอนิกส์เพื่อให้ง่ายในการสืบค้น	ระบบจัดเก็บเอกสารเป็น Paperless ดำเนินการจัดการทำลายเอกสารเดิมตามระเบียบสารบรรณ	ทบทวน ปรับปรุง พัฒนาโดยแก้ไขข้อผิดพลาดที่พบ
ระบบรับ/พิจารณาใบอนุญาต <u>เดิม:</u> ต้องโทรศัพท์สอบถาม <u>แบบที่พัฒนา:</u> แสดงสถานะทางออนไลน์ได้	1. การพัฒนาระบบรายงานข้อมูลออนไลน์ 2. ระบบรายงานสามารถรายงานระยะเวลาที่ดำเนินการไป	ทบทวน ปรับปรุง พัฒนาโดยแก้ไขข้อผิดพลาดที่พบ	ตรวจสอบความก้าวหน้าการให้บริการทางออนไลน์ได้

ตารางที่ 7 แผนพัฒนารูปแบบบริการ ระยะ 6 เดือน, 1 ปี และ 3 ปี (ต่อ)

ระบบงาน	ระยะ 6 เดือน (ส.ค. 66 – ม.ค. 67)	ระยะ 1 ปี (ส.ค. 66 – ก.ค. 67)	ระยะ 3 ปี (ส.ค. 66 – ก.ค. 69)
ระบบตรวจสอบภายใน เดิม: ไม่เป็นปัจจุบัน แบบที่พัฒนา: ปรับปรุง เป็นปัจจุบันและทำ ต่อเนื่อง	1. ประสานงานนิเทศให้ความรู้ เกี่ยวกับระบบการตรวจสอบภายใน 2. เก็บข้อมูลความเสี่ยงและหาแนว ทางแก้ไข 3. รวบรวมรายงานโดยกลุ่มงาน คบส.	ทบทวน ปรับปรุง พัฒนาโดย แก้ไขข้อผิดพลาดที่พบ	ทบทวน ปรับปรุง พัฒนา โดยแก้ไขข้อผิดพลาดที่พบ
ระบบการแก้ไขเรื่อง ร้องเรียน เดิม: เป็นการจัดการภายใน แบบที่พัฒนา: มี SOP	จัดทำ SOP ในการจัดการเรื่อง ร้องเรียน	บูรณาการเรื่องร้องเรียนที่ เกี่ยวข้อง ให้สามารถบริหารจัดการ ที่จุดเดียวกันได้	ทบทวน ปรับปรุง พัฒนา โดยแก้ไขข้อผิดพลาดที่พบ

- ระยะที่ 3: การนำรูปแบบการพัฒนา
ไปทดสอบและปฏิบัติจริง

นำรูปแบบที่ได้คิดขึ้นไปใช้ตั้งแต่กันยายน
2566 – มกราคม 2567 และทำการประเมินผล
ในเดือนกุมภาพันธ์ 2567

1. กิจกรรมที่ 7 การประเมินผลการใช้รูปแบบ
ที่พัฒนา

1.1 การประเมินผลระยะเวลาและการ
ปฏิบัติได้ตาม SOP

สุ่มตรวจสอบย้อนหลังและวิเคราะห์
ระยะเวลาและการปฏิบัติตาม SOP ของผู้ปฏิบัติงาน
ในการให้บริการจำนวน 140 ครั้ง ผลสรุปดังตาราง
ที่ 8 ดังนี้

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของรายการการปฏิบัติและระยะเวลาตาม SOP ของผู้ปฏิบัติงานที่สุ่ม
ตรวจสอบ (n = 140)

รายการ	จำนวน (ร้อยละ)
มีการประกาศขั้นตอนกระบวนการให้ผู้รับบริการทราบ ในด้านช่องทางในการ ให้บริการที่สำนักงาน ทางระบบอิเล็กทรอนิกส์ และระยะเวลาที่ให้บริการ	140 (100)
มีการดำเนินการเป็นไปตามลำดับขั้นตอนการให้บริการตามที่ได้ประกาศไว้	140 (100)
มีระบบการบันทึกการรับคำขอฯ	140 (100)
มีการบันทึกระยะเวลาแล้วเสร็จในแต่ละขั้นตอนการให้บริการของกระบวนการ	128 (91.43)
มีการตรวจสอบเอกสารประกอบคำขอเป็นไปตามที่ได้ประกาศไว้ในกระบวนการ	140 (100)
การชำระค่าธรรมเนียมประกอบคำขอเป็นไปตามที่ประกาศไว้ในกระบวนการ	139 (99.26)



ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของรายการการปฏิบัติและระยะเวลาตาม SOP ของผู้ปฏิบัติงานที่สุ่มตรวจสอบ (n = 140) (ต่อ)

รายการ	จำนวน (ร้อยละ)
มีการจัดเก็บคำขอฯ และเอกสารประกอบอย่างเป็นระบบ	136 (97.14)
มีระบบการจ่ายใบอนุญาตฯ ให้ผู้ขอฯ เมื่อดำเนินการจนเสร็จสิ้นกระบวนการแล้ว	137 (97.85)
มีการปฏิบัติตามระยะเวลาที่กำหนดใน SOP	92 (65.71)

1.2 การประเมินค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นกับ
ผู้รับบริการหลังการพัฒนา

ทำการประเมินค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น
ของผู้รับบริการหลังการพัฒนา วิเคราะห์จาก
กรณีตัวอย่างที่สามารถงดการเดินทางจากการ
พัฒนารูปแบบบริการนี้อย่างน้อยร้อยละ 1 – 3 ครั้ง
ได้แก่ การปรึกษาผ่านระบบ Line Official

(ครั้งที่ 1) ส่งมอบเอกสารผ่านสำนักงานสาธารณสุข
อำเภอ (ครั้งที่ 2) จ่ายเงินผ่านระบบออนไลน์
และให้ผู้รับบริการรับใบอนุญาตได้ที่สำนักงาน
สาธารณสุขอำเภอ (ครั้งที่ 3) เทียบกับระยะทาง
ระหว่างอำเภอกับจังหวัด โดยคาดการณ์ว่าผู้รับบริการ
เดินทางด้วยรถยนต์ส่วนตัว คิดค่าใช้จ่ายกิโลเมตร
ละ 4 บาท ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ประเมินการลดค่าใช้จ่ายที่ลดลงของผู้รับบริการในการขอรับบริการต่อรายการหลังพัฒนา

อำเภอ	ระยะทางจาก อำเภอกับจังหวัด (ก.ม.)	งบประมาณค่าเดินทาง (1 – 3 รอบ) (บาท)
หัวหิน	88.4	353.60 – 1,060.80
ปราณบุรี	71.8	287.20 – 861.60
สามร้อยยอด	56.3	225.20 – 675.60
กุยบุรี	34.3	137.20 – 411.60
เมืองประจวบคีรีขันธ์	0	0
ทับสะแก	44.2	176.80 – 530.40
บางสะพาน	88.8	355.20 – 1,065.60
บางสะพานน้อย	108.0	432.00 – 1,296.00

2. กิจกรรมที่ 8 การประเมินผลการใช้รูปแบบ
ที่พัฒนา (โดยการประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการ)
ผลการสำรวจความพึงพอใจผู้รับบริการ
ในเดือนกุมภาพันธ์ 2567 ผู้ตอบแบบสอบถามมี

ความพึงพอใจต่องานบริการของศูนย์รับเรื่อง
บริการด้านสาธารณสุขแบบบูรณาการในระดับมาก
ดังตารางที่ 10

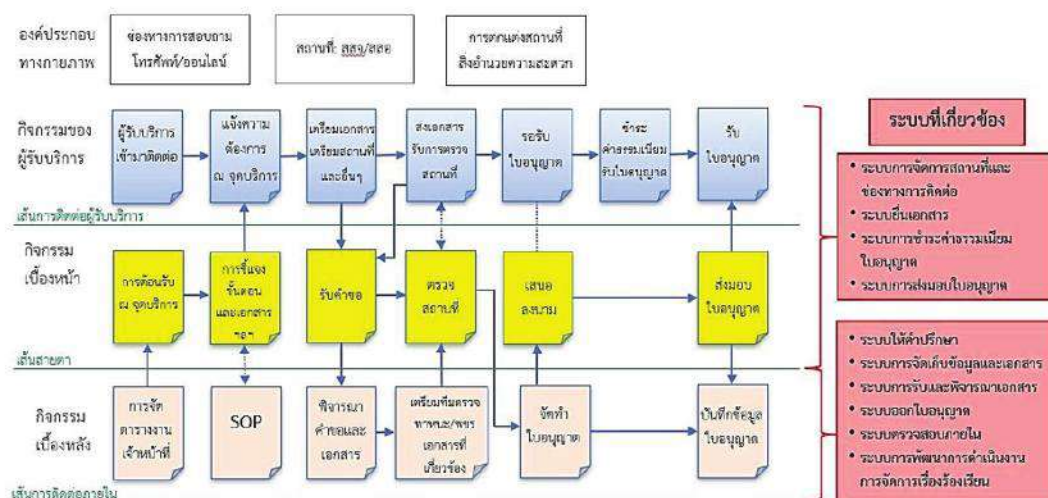
ตารางที่ 10 ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการจำแนกรายองค์ประกอบของศูนย์บริการ (n = 150)

ประเด็น	ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD	ระดับความพึงพอใจ
ความพึงพอใจต่อการใช้งาน Line Official	4.02 $\pm$ 0.66	มาก
ระดับความพึงพอใจต่อการบริการ		
- ด้านสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวก	3.87 $\pm$ 0.40	มาก
- ด้านการให้บริการ	4.12 $\pm$ 0.45	มาก
- ด้านบุคลากรในการบริการ	4.39 $\pm$ 0.46	มาก
- ด้านการใช้เทคโนโลยีในการให้บริการ	4.08 $\pm$ 0.33	มาก

3. กิจกรรมที่ 9 ประชุมกลุ่มเพื่อสรุปแผน
ผังงานบริการ (Service Blueprint) และประเมินผล
ภาพรวมการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ และ

สิ่งที่พัฒนาต่อไป

ประชุมกลุ่มผู้ให้บริการในเดือนกุมภาพันธ์
2567 สรุปแผนผังงานบริการได้ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แผนผังงานบริการ (Service Blueprint) ของงานบริการสาธารณสุข
ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์

การประเมินผลรูปแบบฯ ที่ได้มีการดำเนินการไปแล้วในแผนระยะ 6 เดือน พบว่า

1) ระบบการจัดสถานที่และช่องทางการติดต่อ ที่มีการรวมศูนย์บริการฯ ที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ ชั้น 2 ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และกระจายให้มีช่องทางการติดต่อได้ที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ รวมถึงช่องทาง Line Official มีผลให้ผู้รับบริการพึงพอใจในระดับมาก ซึ่งมีแผนพัฒนาให้เป็นไปตามเกณฑ์ GECC ต่อไป

2) ระบบการให้บริการ บุคลากร และ การใช้เทคโนโลยีให้บริการคำปรึกษา การยื่นเอกสาร การรับพิจารณาใบอนุญาต ซึ่งมีการดำเนินการจัดจุดบริการเป็นจุดแรกรับ จุดรับคำขอ ให้คำปรึกษา และกำหนดระยะเวลาในการตอบข้อมูลใน Line Official มีผลให้ผู้รับบริการพึงพอใจในระดับมาก แต่เมื่อตรวจสอบรายละเอียดการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ยังพบว่าการปฏิบัติไม่เป็นไปตามข้อกำหนด SOP อยู่บ้าง แผนการพัฒนาในส่วนนี้คือ การกำหนดระบบตรวจสอบภายในขึ้นมา ซึ่งได้มีการเก็บข้อมูลความเสี่ยง เพื่อจะนำมาปรับปรุงในการลดความเสี่ยงงานบริการในอนาคต

3) ระบบรายงาน การพิจารณาคำขอ และการลงนาม ได้มีการแบ่งขั้นตอนเป็น การรับคำขอ การพิจารณาคำขอ การลงนามในใบอนุญาต ทำให้สามารถติดตามการปฏิบัติได้ ซึ่งพบว่ามีขั้นตอนที่ใช้ระยะเวลาเกินที่กำหนดใน SOP อยู่ในขั้นตอนการลงนามในใบอนุญาต ซึ่ง

อยู่ในแผนพัฒนาระยะต่อไปที่จะเสนอให้มีผู้ลงนามตามการมอบอำนาจเพิ่มขึ้น

4) ระบบการรับเรื่องร้องเรียน ได้มีการประกาศใช้ SOP แล้ว แผนพัฒนาต่อไปคือการเก็บข้อมูลหลังการใช้ และค้นหาปัญหา เพื่อนำมาปรับปรุงต่อไป

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

การศึกษาการพัฒนาารูปแบบศูนย์รับเรื่องบริการด้านสาธารณสุขแบบบูรณาการ ครั้งนี้พบว่า การพัฒนาระบบการจัดการสถานที่และช่องทางการติดต่อ ระบบยื่นเอกสาร ระบบการชำระค่าธรรมเนียมใบอนุญาต และระบบส่งมอบใบอนุญาต ส่งผลโดยตรงให้ผู้รับบริการได้รับการอำนวยความสะดวกทั้งด้านสถานที่และการบริการ การเพิ่มช่องทางการให้บริการให้สะดวก รวดเร็ว ลดค่าใช้จ่ายและความจำเป็นในการเดินทาง การนำเทคโนโลยีมาใช้เพื่ออำนวยความสะดวกให้ผู้รับบริการและลดขั้นตอนการทำงาน สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้จริง เห็นได้จากการประเมินค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นของผู้รับบริการหลังการพัฒนาารูปแบบบริการสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายได้ตั้งแต่ 137.20 บาท ถึง 1,296 บาท ตามระยะทางการเดินทาง และ ผลการประเมินความพึงพอใจต่อการใช้งาน Line Official ในระดับมาก และมีความพึงพอใจต่อการบริการทุกหัวข้อในระดับมาก นอกจากนี้ พบว่าการพัฒนารูปแบบในระบบให้คำปรึกษาซึ่งมุ่งเน้นพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่จังหวัดและอำเภอให้มี

ความรู้ความชำนาญ ความสามารถในการให้คำปรึกษา มีการจัดเตรียมข้อมูล สื่อเอกสารที่พร้อมใช้และพฤติกรรมบริการที่ดี ร่วมปฏิบัติงานเป็นทีมเดียวกัน สามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้มาก ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาคุณภาพของศูนย์บริการลักษณะเดียวกันของ อาภากร เขจรักษ์ ดำเนินการในจังหวัดมหาสารคาม⁷ และการศึกษาของ รังสรรค์ วงษ์บุญหนัก ดำเนินการในจังหวัดสมุทรปราการ⁸

การพัฒนางานระบบสนับสนุนอื่น ๆ ได้แก่ ระบบการจัดเก็บข้อมูลและเอกสาร ระบบการรับและพิจารณาเอกสาร และระบบการออกใบอนุญาต เป็นระบบภายในสนับสนุนงานบริการให้มีคุณภาพตามเป้าหมาย จากการประเมินผลระยะเวลาและการปฏิบัติได้ตาม SOP การศึกษานี้พบว่าสามารถปฏิบัติได้ตามขั้นตอนร้อยละ 100 แต่สามารถปฏิบัติตามระยะเวลา เพียงร้อยละ 65.71 โดยมีปัญหาอยู่ที่ขั้นตอนการลงนามในใบอนุญาต จึงควรมีการเพิ่มเติมผู้มีอำนาจลงนามตามที่กฎหมายมอบอำนาจ รวมถึงการพัฒนากระบวนการตรวจสอบภายใน และระบบการจัดการเรื่องร้องเรียน เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานเป็นประโยชน์ในการป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดจาก

ผู้ปฏิบัติ ให้มีความความโปร่งใส ตรวจสอบได้ สร้างความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการต่อไป

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สร้างคุณค่าของการทำงานอย่างมีส่วนร่วมในทุกกระบวนการ ตั้งแต่การร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมพัฒนา เป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้การพัฒนายั่งยืน การพัฒนางานควรทบทวนอย่างต่อเนื่องในระยะ 1 ปี, 3 ปี และต่อ ๆ ไป ควรมีการติดตามประเมินผลในทุกระยะที่กำหนด และปรับแผนโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้บังคับบัญชา นายแพทย์วรา เศลวัฒนะกุล นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ที่ให้อนุญาตและให้การสนับสนุนงานวิจัย ขอขอบพระคุณที่ปรึกษา ดร.สมหมาย คชนาม และผู้ทรงคุณวุฒิอีก 2 ท่าน คือ นายแพทย์สุริยะ คูหะรัตน์ สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ 3 และ ดร.ภญ.สรียา เวชวิฐาน สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือและโครงร่างงานวิจัย ตลอดจนให้คำแนะนำต่าง ๆ ทำนุนี้ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุขทุกท่านที่ร่วมให้ข้อมูลและสนับสนุนงานวิจัยจนสำเร็จลุล่วง



เอกสารอ้างอิง

1. ปันรส มาลากุล ณ อยุธยา. การพัฒนาระบบราชการไทย การพัฒนาองค์การและการสร้างองค์การที่เรียนรู้. วารสารสถาบันพระปกเกล้า [อินเทอร์เน็ต]. 2546 [เข้าถึงเมื่อ 1 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://wiki.kpi.ac.th/index.php?title=การพัฒนาระบบราชการไทย_การพัฒนาองค์การและการสร้างองค์การที่เรียนรู้
2. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. สรุปบทเรียนการทำงานแบบมีส่วนร่วมในการบริหารราชการประจำปี พ.ศ. 2561. กรุงเทพฯ: วิชั่น พรินท์ แอนท์ มีเดีย; 2561.
3. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จของ ออย. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 1 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://db.oryor.com/databank/data/radio/documentary_text/510527
4. กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์. รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปีงบประมาณ 2566. ประจวบคีรีขันธ์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์; 2566.
5. ศูนย์สร้างสรรค์งานออกแบบ (TCDC). คู่มือการออกแบบบริการ ทำความรู้จักกับการออกแบบบริการ ทั้งความรู้พื้นฐาน กระบวนการ และเครื่องมือในการออกแบบ. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 1 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://resource.tcdc.or.th/ebook/TCDC-Service-Design-Workbook.pdf>
6. คณะกรรมการอำนวยการศูนย์ราชการสะดวก. คู่มือการรับรองมาตรฐานการให้บริการของศูนย์ราชการสะดวก. พิมพ์ครั้งที่ 7. ม.ป.ท.: 2566.
7. อาภากร เขจรักษ์. การศึกษาปัจจัยต่อการให้บริการของศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จระดับอำเภอ กรณีศึกษาเขตพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิศวกรรมและเทคโนโลยีอุตสาหกรรม มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์. 2566; 1(6): 38-45.
8. รังสรรค์ วงษ์บุญหนัก. การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จในยุคเน็กซ์นอร์มัล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ. วารสารคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (ออนไลน์). 2565; 3(2):9-109.



ผลของการใช้ยา Dolutegravir ร่วมกับยาด้านไวรัสอื่น ต่อระดับ Serum Creatinine eGFR
และความชุกของความผิดปกติของไตในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี
โรงพยาบาลโพนทอง : การศึกษาย้อนหลัง

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 สติธิประภาพร¹, ตุลากร นาคพันธ์²

Aroon Sittiprapaporn¹, Tulakarn Nakpun²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลังโดยใช้ข้อมูลผู้ติดเชื้อเอชไอวีจากฐานข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2557 – ตุลาคม พ.ศ. 2566 ในกลุ่มประชากรที่รักษาด้วยยา Dolutegravir (DTG) ร่วมกับยาด้านไวรัสอื่นทั้งหมดจำนวน 256 คน นำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับ SCr และ eGFR ก่อนการรับยา หลังการรับยาสัปดาห์ที่ 4 และ 52 ใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (One-way repeated measures ANOVA) และหาความชุกของการเกิดความผิดปกติของไตจากค่าร้อยละ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่รักษาด้วยยา DTG ร่วมกับยาด้านไวรัสอื่นที่เข้าเกณฑ์การใช้สถิติวิเคราะห์จำนวน 85 คน ระดับ SCr มีค่าเฉลี่ยก่อนการรับยามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในสัปดาห์ที่ 4 (0.16 ± 0.02) และ 52 (0.23 ± 0.18) ส่วนค่าเฉลี่ยของ eGFR ก่อนการรับยามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในสัปดาห์ที่ 4 (-12.83 ± 1.70) และ 52 (-21.01 ± 1.15) แต่ในกลุ่มที่รักษาด้วยยา TDF + 3TC + EFV จำนวน 49 คน และ TDF + FTC + EFV จำนวน 48 คน ไม่พบการเปลี่ยนแปลงของระดับ SCr และ eGFR ความชุกของความผิดปกติของไตอยู่ในระยะไตวายเรื้อรังระดับ 3a สัปดาห์ที่ 52 จำนวน 18 คน (ร้อยละ 7.03) ระดับ 3b จำนวน 2 คน (ร้อยละ 0.78) สามารถสรุปได้ว่าการใช้ยา DTG

¹ เกสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด

¹ Pharmacist, Professional Level. Division of Pharmacy and Consumer Protection, Phonthong Hospital

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาเภสัชกรรมสังคม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

² Assistant Professor, Social Pharmacy Department, Faculty of Pharmacy, Srinakharinwirot University. E-mail: tulakarn@g.swu.ac.th



ร่วมกับยาต้านไวรัสอื่นทำให้ระดับ eGFR เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญตั้งแต่สัปดาห์ที่ 4 จึงควรติดตามการทำงานของไตอย่างต่อเนื่องในผู้ที่อยู่ในระยะไตวายเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไป และควรตรวจตัวบ่งชี้ทางชีวภาพสำหรับโรคไตที่แสดงถึงภาวะไตวายเรื้อรังเพิ่มเติม

คำสำคัญ: Dolutegravir, Serum creatinine, eGFR, ภาวะไตบกพร่อง

Abstract

The retrospective cohort study utilized data from HIV-infected individuals from the electronic medical record database of Phon Thong Hospital, Roi Et Province, between January 2000 and October 2023. The study aimed to analyze and compare Serum Creatinine (SCr) and estimated Glomerular Filtration Rate (eGFR) levels before and after receiving antiretroviral drugs in the 256 patients who received Dolutegravir (DTG) with other antiviral drugs at weeks 4 and 52. One-way repeated measures ANOVA was used for statistical analysis, and the prevalence of kidney abnormalities was calculated as a percentage. The results showed that in the group treated with DTG combined with other antiretroviral drugs (n=85), there were significant differences in SCr levels compared to baseline ($p<0.05$) at weeks 4 (0.16 ± 0.02) and 52 (0.23 ± 0.18). Similarly, there were significant mean differences in eGFR levels compared to baseline ($p<0.05$) at weeks 4 (-12.83 ± 1.70) and 52 (-21.01 ± 1.15). However, in the groups treated with TDF+3TC+EFV (n=49) and TDF+FTC+EFV (n=48), no changes in SCr and eGFR levels were observed. The prevalence of renal dysfunction in the group treated with DTG combined with other antiretroviral drugs showed that at week 4, 7 individuals had stage 3a, while at week 52, there were 18 individuals. Number stage 3b renal dysfunction was observed at week 4, but there were 2 individuals at week 52. In conclusion, the use of DTG in combination with other antiretroviral drugs significantly decreases eGFR levels in the first 4 weeks. Therefore, continuous monitoring of kidney function is necessary at the beginning of treatment. Individuals with eGFR levels in stage 3a or 3b should undergo laboratory testing to assess further kidney damage.

Keywords: Dolutegravir, Serum creatinine, eGFR, Renal dysfunction

บทนำ

การติดเชื้อเอชไอวีเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขมาเป็นเวลายาวนานกว่า 40 ปี ประเมินการว่า ปัจจุบันทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อประมาณ 39 ล้านคน¹ ประเทศไทยมีความชุกของผู้ติดเชื้อเอชไอวีประมาณ 560,000 คน คิดเป็นร้อยละ 0.85 ของประชากรไทยทั้งหมด และคิดเป็นร้อยละ 1.43 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลก มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ ประมาณ 9,200 คน ต่อปี กำลังได้รับยาต้านไวรัส 457,133 คน เสียชีวิตด้วยเอดส์ 11,000 คนต่อปี² ประเทศไทยจัดทำยุทธศาสตร์แห่งชาติ ว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560 – 2573 ขึ้น โดยมีเป้าหมายหลัก 3 ประการคือ คือ ลดการติดเชื้อรายใหม่ให้เหลือปีละไม่เกิน 1,000 คน ลดการเสียชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ปีละไม่เกิน 4,000 คน และลดการเลือกปฏิบัติอันเกี่ยวเนื่องกับเอชไอวี และเพศสถานะลงร้อยละ 90³ เป้าหมายเหล่านี้มีความสอดคล้องกับเป้าหมายระดับโลกของโครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) เพื่อยุติเอดส์ในปี พ.ศ. 2573 (ค.ศ. 2030) โดยกลยุทธ์ในปี พ.ศ. 2564 – 2569 (ค.ศ. 2021 – 2026) คือ End Inequalities, End AIDS หรือ ยุติความเหลื่อมล้ำ ยุติเอดส์¹

การดำเนินการในการควบคุมโรคเอดส์ของประเทศไทยมีการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม ดังจะเห็นได้จากการจัดทำแนวทางการดูแลรักษาผู้

ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นมาตรฐาน การพัฒนาองค์ความรู้ด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีสำหรับบุคลากรทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องเพื่อให้มีความรู้ ทักษะทางวิชาชีพ ที่ทันสมัย และเป็นมาตรฐานเดียวกัน การจัดให้มีระบบการบริการที่ครอบคลุม ทั้งการค้นหาผู้ป่วย เช่น ให้สิทธิประโยชน์ในการตรวจหาเชื้อเอชไอวี ฟรี 2 ครั้ง/ปี การส่งเสริมให้เข้าถึงยาต้านไวรัสในผู้ที่ตรวจพบการติดเชื้อทุกราย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 เป็นต้นมา การให้บริการที่กล่าวมา มีความครอบคลุมทุกประเภทสิทธิการรักษาพยาบาล ได้แก่ สวัสดิการข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ ประกันสังคม หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และแม้แต่ผู้ติดเชื้อต่างด้าว นอกจากนี้ ยังมีการจัดตั้งกองทุนดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อเร่งรัดให้การตรวจรักษาเป็นไปตามมาตรฐานเดียวกัน³ ในด้านการพัฒนายาต้านไวรัส เพื่อการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีการปรับปรุงสูตรอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็น NRTIs + DTG ได้แก่ Tenofovir (TDF) หรือ Tenofovir Alafenamide (TAF) ร่วมกับ Lamivudine (3TC) หรือ Emtricitabine (FTC) และ Dolutegravir (DTG) สูตรทางเลือก ได้แก่ NRTIs + NNRTIs ได้แก่ TDF หรือ TAF ร่วมกับ 3TC หรือ FTC + EFV หรือ RPV⁴ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา การให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี ต้องให้การรักษาด้วยยาต้านเอชไอวี ควบคู่กับการให้การดูแลด้านอื่น ๆ ควบคู่กัน

เพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ทั้งชนิดที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี (AIDS-related illness) และโรคแทรกซ้อนที่ไม่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี (non AIDS-related illness)⁴ เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสตลอดชีวิต การเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse Drug Events : ADE) จึงมีความสำคัญเช่นกัน เนื่องจากหากผู้ติดเชื้อเกิดภาวะ Serious non AIDS-related illness จะส่งผลทำให้มีความซับซ้อนในการรักษา และยังเพิ่มอัตราการตายของผู้ติดเชื้อ⁵

Dolutegravir (DTG) เป็นยาในกลุ่ม Integrase Strand Transfer Inhibitor (INSTIs) ที่ถูกพัฒนาเป็นกลุ่มล่าสุด ที่ใช้ร่วมกับยาต้านไวรัสชนิดอื่นในการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ปัจจุบันถูกบรรจุให้เป็นยาลำดับแรกในสูตรยารักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากมีจุดเด่น คือ มีประสิทธิภาพดี สามารถกดไวรัสได้เร็ว ให้วันละครั้งได้ การดื้อยาดำเนินการอย่างไรก็ตาม ยาดังกล่าวพบว่า มีรายงานการเกิด ADE เกี่ยวกับการเพิ่มระดับ SCr⁷ กลไกการเพิ่มขึ้นของระดับ SCr ของผู้ติดเชื้อ เกิดเนื่องจากยาไปยับยั้งการขับ Creatinine ออกทางไต การเพิ่มขึ้นของ SCr สามารถเกิดได้ตั้งแต่ 1 สัปดาห์หลังเริ่มยา และจะคงที่หลังได้รับยาต่อเนื่อง 16 สัปดาห์⁸ ค่าเฉลี่ยของการเพิ่มขึ้น 0.1 – 0.2 mg/dL⁹ การศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษาที่ได้รับยา Standard cART และกลุ่มผู้เข้าร่วม

การศึกษาที่ได้รับยา DTG พบว่ากลุ่มหลังจะพบการลดลงของ Creatinine clearance มากกว่าร้อยละ 30 ซึ่งเป็นสัญญาณของความเสี่ยงต่อปัญหาไต¹⁰

ผู้วิจัยเล็งเห็นว่ายา DTG เป็นยาที่ถูกนำมาใช้ใหม่ในโรงพยาบาลและมีข้อมูลการศึกษาว่ายาส่งผลต่อค่า SCr ของผู้ติดเชื้อ จึงต้องการทำการศึกษาถึงการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ดังกล่าวในกลุ่มผู้ติดเชื้อที่ได้รับยา เพื่อหาแนวทางในการป้องกันปัญหาที่จะเกิดจากการรักษาต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เปรียบเทียบระดับ Serum creatinine และระดับ eGFR ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาด้านไวรัสก่อนการรับยาและหลังการรับยาสัปดาห์ที่ 4 และ 52
2. เพื่อหาค่าความชุกของระดับ eGFR ที่แสดงภาวะไตวายเรื้อรังระดับ 3 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยา Dolutegravir ร่วมกับยาต้านไวรัสอื่น หลังการรับยาสัปดาห์ที่ 4 และ 52

วิธีดำเนินการวิจัย

ทำการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (Retrospective Cohort Study) ในผู้ติดเชื้อที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี โรงพยาบาลโพ้นทอง จังหวัดร้อยเอ็ด โดยใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ HOSxP ของโรงพยาบาลโพ้นทอง จังหวัดร้อยเอ็ด

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ลงทะเบียนรักษาที่คลินิกผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรงพยาบาลโพธิ์ทอง ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2557 – 31 ตุลาคม พ.ศ. 2566 กลุ่มตัวอย่างเป็นเฉพาะเจาะจงที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกดังนี้

- เกณฑ์การคัดเข้า

1) ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (ARV) สูตร TDF + 3TC + EFV (ข้อมูลในปี พ.ศ. 2557 – 2562) หรือ TDF + FTC + EFV (ข้อมูลในปี พ.ศ. 2563 – 2564) หรือ TDF + 3TC + DTG (ข้อมูลในปี พ.ศ. 2565 – 2566)

2) ได้รับการตรวจติดตามระดับ SCr

3) ได้รับการตรวจติดตามระดับ eGFR

- เกณฑ์การคัดออก

1) มีค่า eGFR ก่อนทำการศึกษาน้อยกว่า 60 mL/min /1.73 m²

2) เริ่มการรักษาจากโรงพยาบาลอื่น

3) ขาดการรักษาหรือติดตามไม่ได้

4) มีโรคอื่นที่ต้องได้รับการรักษาด้วยยาต่อเนื่องร่วมกับยา ARV

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูลการวิจัยอิเล็กทรอนิกส์ประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐาน คือ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคทั้งหมด เพศ อายุ สิทธิการรักษา ข้อมูลยาที่ผู้ป่วยได้รับ ได้แก่ ชนิดและขนาดยาต้านไวรัส, ระดับ SCr, ระดับ eGFR, CD₄ cell count, Viral load และโรคอื่น ๆ

3. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ผู้เชี่ยวชาญด้านการเขียนโปรแกรม ซึ่งเป็นผู้ดูแลฐานข้อมูลเฉพาะเจาะจงอิเล็กทรอนิกส์ HOSxP เขียนคำสั่งเพิ่มเพื่อกรองข้อมูลที่สนใจนำไปใส่ในแบบบันทึกข้อมูลการวิจัยอิเล็กทรอนิกส์ จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้แล้วนำมาวิเคราะห์ทางสถิติ

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ประมวลผลโดยใช้โปรแกรม SPSS เพื่อวิเคราะห์สถิติของข้อมูลดิบดังต่อไปนี้ การพรรณนาข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ, สิทธิการรักษาพยาบาล, ระยะเวลาได้รับการวินิจฉัย, ระยะเวลาได้รับยาต้านไวรัส, CD₄ cell count, Viral load และความชุกของระดับ eGFR ที่แสดงภาวะไตวายเรื้อรัง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ เปรียบเทียบระดับ SCr และระดับ eGFR ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสก่อนการรับยาและหลังการรับยาสัปดาห์ที่ 4 และ 52 ใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (One-way repeated measures ANOVA) โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5. จริยธรรม/การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด หมายเลขใบรับรอง COE 0902566 ข้อมูลของผู้ป่วยถูกเก็บเป็นความลับ ในที่ปลอดภัย

การเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยจำกัดเฉพาะผู้ทำการวิจัย และผู้ร่วมทำการวิจัยเท่านั้น ไม่มีการเปิดเผยชื่อ หรือข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยต่อสาธารณะ การ วิเคราะห์และการนำเสนอเป็นภาพรวม ไม่ระบุ เป็นรายบุคคล

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อที่ได้รับการรักษา ด้วยยาสูตร TDF + 3TC + EFV จำนวน 49 คน รักษาด้วยยาสูตร TDF + FTC + EFV จำนวน 48 คน กลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยา TDF + 3TC + DTG จำนวน 256 คน ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยา TDF + 3TC + DTG เป็นเพศ ชาย 150 คน (ร้อยละ 58.59) และเพศหญิง 106 (ร้อยละ 41.41) มีอายุเฉลี่ยทั้งกลุ่มอยู่ที่ 42.70 ปี ช่วงอายุระหว่าง 16 ถึง 74 ปี สิทธิ การรักษาพยาบาล ส่วนมากคือผู้ที่มีสิทธิหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 85.55) มีผู้ที่มีสิทธิ สวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ ร้อยละ 3.91 นอกจากนี้ ยังมีผู้ที่มีสิทธิประกันสังคมและ สิทธิอื่น ๆ ระยะเวลาได้รับการวินิจฉัยเฉลี่ย ประมาณ 10.25 ปี ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส เฉลี่ยอยู่ที่ 9.92 ปี โดยมีการกระจายตัวในช่วง 0 ถึง 20 ปี การตรวจสอบสถานะสุขภาพของผู้ ติดเชื้อพบว่าค่าเฉลี่ย CD₄ cell count 561.55 cells/mm³ ในส่วนของ Viral load พบว่าผู้ติด เชื้อมี Viral load ต่ำกว่า 50 Copies/mL ร้อยละ

84.38 กลุ่มที่มี Viral load มากกว่าหรือเท่ากับ 50 Copies/mL มีร้อยละ 13.28 โดยยังมีผู้ติด เชื้อรายใหม่และยังไม่ได้ถึงกำหนดตรวจติดตาม ร้อยละ 2.34 สำหรับค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐานของระดับ SCr และ ระดับ eGFR ก่อน การวิเคราะห์ด้วยสถิติ Repeated One-way ANOVA ดังตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มรักษาด้วยยา สูตรผสม DTG และ กลุ่มเริ่มรักษาด้วยยาสูตร TDF + 3TC + DTG มีแนวโน้มระดับ SCr เพิ่มขึ้น ส่วนระดับ eGFR มีแนวโน้มลดลง สำหรับกลุ่ม รักษาด้วยยาสูตร TDF + 3TC + EFV และกลุ่ม รักษาด้วยยาสูตร TDF + FTC + EFV มีแนวโน้ม ระดับ SCr และระดับ eGFR คงที่

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับ SCr และระดับ eGFR ของผู้ติดเชื้อที่ได้รับการรักษา ด้วยยาต้านไวรัส ก่อนการรับยาและหลังการรับ ยาสัปดาห์ที่ 4 และ 52 ใช้สถิติการวิเคราะห์ ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (One-way repeated measures ANOVA) ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มที่รักษาด้วยยาสูตรผสม DTG มี จำนวน 85 คน เปรียบเทียบกับค่าพื้นฐานของ ระดับ SCr พบว่าแตกต่างกันอย่างนัยสำคัญทาง สถิติ ($p < 0.05$) ในสัปดาห์ที่ 4 (0.16 ± 0.02) และ 52 (0.23 ± 0.18) ส่วนระดับ eGFR พบว่า มีความแตกต่างอย่างนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในสัปดาห์ที่ 4 (-12.83 ± 1.70) และ 52 ($-21.01 \pm$



1.15) เช่นกัน ในขณะที่กลุ่มที่รักษาด้วยยา TDF + 3TC + EFV จำนวน 49 คน และ TDF + FTC + EFV จำนวน 48 คน ไม่พบการเปลี่ยนแปลงของระดับ SCr และระดับ eGFR ทั้งในสัปดาห์ที่ 4 และ 52 หลังการรับยา ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ SCr และ eGFR ก่อนการวิเคราะห์ด้วยสถิติ

Repeated one-way ANNOVA (n = 256)

ระยะเวลา นัดตรวจ เลือด	กลุ่มรักษาด้วยยา สูตรผสม DTG (n=256)	กลุ่มเริ่มรักษาด้วยยา สูตร TDF + 3TC + DTG (n=28)	กลุ่มรักษาด้วยยา สูตร TDF + 3TC + EFV (n=49)	กลุ่มรักษาด้วยยา สูตร TDF + FTC + EFV (n=48)
SCr				
ค่าพื้นฐาน	0.83 ± 0.19 (n=256)	0.89 ± 0.17 (n=28)	0.78 ± 0.19 (n=49)	0.83 ± 0.18 (n=49)
สัปดาห์ที่ 2	0.92 ± 0.27 (n=24)	0.92 ± 0.26 (n=8)	0.82 ± 0.18 (n=21)	0.80 ± 0.18 (n=24)
สัปดาห์ที่ 4	0.97 ± 0.21 (n=201)	1.10 ± 0.25 (n=21)	0.73 ± 0.12 (n=18)	0.83 ± 0.16 (n=20)
สัปดาห์ที่ 8	1.06 ± 0.19 (n=31)	1.04 ± 0.23 (n=5)	1.09 ± 0.40 (n=2)	0.65 ± 0.04 (n=2)
สัปดาห์ที่ 12	1.06 ± 0.24 (n=40)	1.10 ± 0.25 (n=8)	0.78 ± 0.28 (n=7)	0.87 ± 0.22 (n=6)
สัปดาห์ที่ 24	1.00 ± 0.22 (n=59)	1.00 ± 0.24 (n=5)	0.81 (n=1)	0.87 ± 0.15 (n=5)
สัปดาห์ที่ 52	1.04 ± 0.23 (n=110)	1.13 ± 0.15 (n=8)	0.81 ± 0.18 (n=45)	0.84 ± 0.16 (n=42)
eGFR				
ค่าพื้นฐาน	100.94 ± 16.53 (n=256)	107.87 ± 19.36 (n=27)	110.94 ± 15.70 (n=49)	108.72 ± 17.37 (n=48)
สัปดาห์ที่ 2	98.59 ± 23.07 (n=23)	109.49 ± 21.17 (n=8)	104.30 ± 14.59 (n=21)	112.87 ± 17.54 (n=23)
สัปดาห์ที่ 4	87.78 ± 17.75 (n=205)	98.21 ± 17.08 (n=20)	111 ± 13.35 (n=18)	108.20 ± 15.80 (n=19)
สัปดาห์ที่ 8	81.754 ± 17.26 (n=29)	80.79 ± 16.69 (n=6)	100.65 ± 39.65 (n=2)	110.39 ± 4.47 (n=3)
สัปดาห์ที่ 12	81.47 ± 5.93 (n=39)	80.79 ± 16.69 (n=10)	108.76 ± 18.21 (n=7)	96.68 ± 14.50 (n=5)
สัปดาห์ที่ 24	84.26 ± 17.56 (n=58)	86.62 ± 20.53 (n=4)	115.91 ± 10.01 (n=1)	113.60 ± 12.68 (n=5)
สัปดาห์ที่ 52	79.13 ± 17.98 (n=109)	87.24 ± 10.22 (n=8)	105.98 ± 17.71 (n=45)	107.09 ± 14.44 (n=42)

หมายเหตุ : ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาสูตร TDF + 3TC + EFV เป็นผู้ติดเชื้อที่มีประวัติการรักษาในหน่วย
รพ. โรงพยาบาลทอง ระหว่าง พ.ศ. 2557 – 2562 จากนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวีเหล่านี้รวมถึงผู้ติดเชื้อเอชไอวี
รายใหม่ ได้รับการรักษาด้วยสูตรยา TDF + FTC + EFV ระหว่าง พ.ศ. 2563 – 2564 ต่อมาเดือน
พฤษภาคม 2565 เป็นต้นมา มีการปรับสูตรยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อบางราย เป็นสูตร TDF + 3TC +
DTG รวมทั้งรายใหม่ที่ได้รับการรักษา

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Repeated one-way ANOVA (Mean difference $\pm$ Standard error) ของกลุ่มรักษาด้วยยาสูตรผสม DTG กลุ่มรักษาด้วยยาสูตร TDF + 3TC + EFV และ กลุ่มรักษาด้วยยาสูตร TDF + FTC + EFV เมื่อเปรียบเทียบกับค่าพื้นฐาน

ระยะเวลาติดตาม ตรวจเลือด	กลุ่มรักษาด้วยยา สูตรผสม DTG (n=85)	Sig.	กลุ่มรักษาด้วยยา TDF + 3TC + EFV (n=13)	Sig.	กลุ่มรักษาด้วยยา TDF + FTC + EFV (n=15)	Sig.
SCr						
สัปดาห์ที่ 4	0.16 (0.02)	<0.01	0.01 (0.03)	0.86	0.02 (0.03)	0.46
สัปดาห์ที่ 52	0.23 (0.18)	<0.01	0.01 (0.04)	0.23	0.01 (0.03)	0.69
eGFR						
สัปดาห์ที่ 4	-12.83 (1.70)	<0.01	- 2.09 (3.92)	0.60	- 0.86 (1.82)	0.64
สัปดาห์ที่ 52	-21.01 (1.15)	<0.01	- 0.74 (6.8)	0.14	- 2.74 (1.61)	0.31

ความชุกของกลุ่มผู้รับการรักษาด้วยยาสูตรผสม DTG ที่มีระดับ eGFR อยู่ในภาวะไตวายระดับ 3a และ 3b พบว่า สัปดาห์ที่ 4 มีระดับ

3a จำนวน 7 คน ส่วนสัปดาห์ที่ 52 มีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 18 คน สำหรับระดับ 3b ในสัปดาห์ที่ 4 ไม่พบ แต่ในสัปดาห์ที่ 52 พบจำนวน 2 คน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความชุกของกลุ่มรักษาด้วยยาสูตรผสม DTG (n=256) ที่มีภาวะไตวายเรื้อรังระดับ 3a และ 3b ในสัปดาห์ที่ 4 และ 52

ระดับภาวะไตวายเรื้อรัง	สัปดาห์ที่ 4			สัปดาห์ที่ 52		
	จำนวน (คน)	ค่า eGFR (mL/min/1.73 m ²)		จำนวน (คน)	ค่า eGFR (mL/min/1.73 m ²)	
		สูงสุด	ต่ำสุด		สูงสุด	ต่ำสุด
3a	7	57.82	47.31	18	59.83	49.36
3b	0	-	-	2	42.63	38.14

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่าในกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสสูตร TDF + 3TC + DTG เมื่อเปรียบเทียบระดับ SCr และระดับ eGFR ก่อนรับยา (Baseline) และติดตามไปตามระยะเวลาต่าง ๆ จนครบ 52 สัปดาห์ การที่ยา DTG ไปยับยั้งการขับ Creatinine ทางไต ผลการวิจัยมีความสอดคล้องกับกลไกดังกล่าว คือ พบการเพิ่มขึ้นของระดับ SCr มีความแตกต่างอย่างนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในสัปดาห์ที่ 4 (0.16 ± 0.02) และ 52 (0.23 ± 0.18) ส่วนระดับ eGFR เมื่อเปรียบเทียบกับค่า Baseline พบว่ามีความแตกต่างอย่างนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในสัปดาห์ที่ 4 (-12.83 ± 1.70) และ 52 (-21.01 ± 1.15) ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับผลการวิจัยในประชากรจีน ที่ติดตามผล 48 สัปดาห์⁷ พบว่าในกลุ่มผู้ติดเชื้อที่เปลี่ยนมาใช้สูตรยาต้านไวรัสที่มี DTG ทั้งที่ใช้ร่วมกับ TDF และไม่ใช่ร่วมกับ TDF พบการเปลี่ยนแปลงของตัวบ่งชี้ทางชีวภาพสำหรับโรคไต (Renal biomarker) ทั้งการเพิ่มขึ้นของระดับ SCr และการลดลงของระดับ eGFR อยู่ในช่วงร้อยละ 10 – 20 จากระดับ Baseline และสอดคล้องกับงานวิจัย⁹ ที่พบว่าหลังติดตามการรักษาไป 48 สัปดาห์ กลุ่มที่ได้รับยา DTG พบการเพิ่มขึ้นของค่า SCr เฉลี่ย 0.12 mg/mL ($0.07 - 0.18$) คิดเป็นการเพิ่มขึ้นร้อยละ 14.5 ($7.67 - 19.38$) แม้กลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยา DTG เดี่ยว¹¹ เมื่อติดตามการรักษาไป 48

สัปดาห์ พบว่ามีระดับ eGFR ลดลง 7.8 mL/min อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวไม่ส่งผลต่ออาการทางคลินิกของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่ไม่มีโรคร่วมอื่นที่ต้องได้รับการรักษาด้วยยาต่อเนื่องร่วมกับยาต้านไวรัส ดังนั้นในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยา TDF + FTC + EFV และ TDF + 3TC + EFV จึงไม่พบการเปลี่ยนแปลงทั้งระดับ SCr และระดับ eGFR ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยในประเทศอินเดีย⁶ ที่พบว่า ในกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยา TDF + 3TC + EFV หลังติดตามการรักษาไป 48 สัปดาห์ ไม่พบการเปลี่ยนแปลงของระดับ SCr และระดับ eGFR และการวิจัยที่ทำในประชากรจีน⁷ ที่ไม่พบว่ามีเปลี่ยนแปลงของระดับ SCr และระดับ eGFR ในกลุ่มผู้ติดเชื้อที่ไม่ได้รับยา DTG

ความชุกของระดับ eGFR ที่แสดงภาวะไตวายเรื้อรังระดับ 1, 2, 3, และ 4 ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รักษาด้วยยา TDF + 3TC + DTG เมื่อติดตามการรักษาไป 52 สัปดาห์ พบว่ามีผู้ติดเชื้อที่มีค่า eGFR ที่แสดงภาวะไตวายเรื้อรังระดับ 3a จำนวน 18 คน (ร้อยละ 7.03) ระดับ 3b จำนวน 2 คน (ร้อยละ 0.78) อย่างไรก็ตาม ยังมีวิธีการประเมินการทำงานของไตอย่างแม่นยำ กรณีที่มีการใช้ยา DTG คือ การหาค่า eGFR จากการตรวจวัดระดับ Plasma Cystatin C เนื่องจาก DTG ไม่มีผลต่อการขับ Cystatin C¹³ แต่ในทางปฏิบัติแล้วการตรวจวัดระดับ Plasma Cystatin C

มีค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูง จึงเป็นข้อจำกัดในการประเมินการทำงานของไตที่แท้จริงในผู้ป่วยที่ได้รับ DTG ในประเทศไทย

ข้อเสนอแนะ

การใช้ DTG ร่วมกับยาต้านไวรัสอื่นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการเพิ่มขึ้นของระดับ SCr และพบการลดลงของระดับ eGFR จึงอาจพิจารณา กำหนดตรวจติดตามการทำงานของไตถี่ขึ้น โดยเฉพาะ ช่วง 1 – 2 เดือนแรก และติดตามให้มีความถี่มากขึ้น ต่อเนื่องอย่างสม่ำเสมอจนครบ 52 สัปดาห์ แม้ค่าการทำงานของไตคงที่แล้ว เนื่องจากผู้ติดเชื้อ ต้องได้รับยาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในผู้ติดเชื้อ ที่ได้รับยาอื่นที่มีผลต่อการทำงานของไตร่วมด้วย หรือมีโรคร่วมอื่นที่ทำให้การทำงานของไตเปลี่ยนแปลง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ควรกำหนดระยะเวลาการตรวจติดตามอย่างสม่ำเสมอ

นอกจากนี้ ควรติดตามเฝ้าระวังในการปรับขนาดยาให้เหมาะสมในรายที่มีการทำงานของไตลดลง เพื่อให้ผู้ติดเชื้อแต่ละรายได้รับการรักษาด้วยขนาดยาที่เหมาะสม ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมา โดยเฉพาะกลุ่มผู้ติดเชื้อที่มีระดับ eGFR ต่ำกว่า 80 mL/min/1.73 m² เนื่องจาก หากมีการลดลงของระดับ eGFR จากระดับพื้นฐาน ร้อยละ 25 จะทำให้มีค่า eGFR ต่ำกว่า 60 mL/min/1.73 m² ซึ่งเป็นการเข้าสู่ภาวะไต

วายเรื้อรังระดับ 3a¹² และอาจพิจารณาส่งตรวจ ค่า Plasma Cystatin C เพื่อความแม่นยำในการประเมินระดับไตวายเรื้อรัง

ข้อจำกัดงานวิจัย

การศึกษานี้มีข้อจำกัดหลายปัจจัย คือ ขนาดตัวอย่าง ข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยที่ยังไม่มากพอ กลุ่มตัวอย่างไม่มีความหลากหลาย ระยะเวลาการติดตามการรักษาที่อาจยังไม่นานพอ ทำให้ผลการศึกษานี้อาจไม่สามารถนำไปใช้กับกลุ่มประชากรที่หลากหลายได้ ในการศึกษาต่อไปแนะนำให้เก็บข้อมูลจากหลายโรงพยาบาล เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเฉพาะเพิ่มขึ้น ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลายขึ้น เช่น ในกลุ่มที่มีโรคร่วมอื่น ที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง หรือกลุ่มที่อยู่ในระยะภาวะไตวายเรื้อรังระดับต่าง ๆ เก็บข้อมูลต่อเนื่องให้นานขึ้น เพื่อประโยชน์ในการวิเคราะห์ผลของยาต่อการทำงานของไตในระยะยาวได้มากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยความอนุเคราะห์จากผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธิทองและผู้เชี่ยวชาญด้านการเขียนโปรแกรม ซึ่งเป็นผู้ดูแลฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ในการนำข้อมูลจากฐานข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ HOSxP มาใช้ในการวิเคราะห์ ขอขอบคุณที่อำนวยความสะดวกสำหรับการวิจัยนี้



เอกสารอ้างอิง

1. UNAIDS. UNAIDS Data 2023. [Online]. 2023 [cited 2023 Oct 24]; Available from : <https://www.unaids.org/en>
2. HIV INFO HUB. Nonthaburi : Department of Disease Control Ministry of Public Health Thailand. [Online]. 2023 [cited 2023 Oct 31]; Available from : <https://hivhub.ddc.moph.go.th/epidemic.php>
3. คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด. ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหายาเสพติด พ.ศ. 2560 – 2573. กรุงเทพมหานคร: เอ็นซี คอนเซ็ปต์. 2560.
4. กรมควบคุมโรค. แนวทางการตรวจรักษา และป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2564/2565. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์. 2565.
5. Neuhaus J, Angus B, Kowalska J D , Rosa A L, Sampson J, Wentworth D, et al. Risk of all-cause mortality associated with nonfatal AIDS and serious non-AIDS events among adults infected with HIV. AIDS 2010. [Online]. 2010 [cited 2023 Oct 31]; Available from : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20177360/>
6. Mahale P R, Patel B S, Kasmani N, Patel B. Treatment outcomes of Dolutegravir-versus Efavirenz-based highly active antiretroviral therapy regimens among treatment-naïve people living with HIV. Cureus. [Online]. 2023 [cited 2023 Oct 24]; Available from : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37435267/>
7. Lu L, Li X, Liu X, Han Y, Qiu Z, Song X, et al. Comparison of renal function biomarkers of serum creatinine and cystatin C in HIV-infected people on Dolutegravir-containing therapy. Infection and Drug Resistance. [Online]. 2022 [cited 2023 Oct 24]; Available from : <https://doi.org/10.2147/IDR.S347054>
8. Koteff J, Borland J, Chen S, Ivy Song I, Peppercorn A, Koshiha T, et al. A phase 1 study to evaluate the effect of Dolutegravir on renal function via measurement of iohexol and para-aminohippurate clearance in healthy subjects. British Journal of Clinical Pharmacology. [Online]. 2013 [cited 2023 Oct 30]; Available from : <https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.2012.04440.x>



9. Lindeman TA, Duggan JM, Sahloff EG. Evaluation of serum creatinine changes with integrase inhibitor use in human immunodeficiency virus-1 infected adults. *Open Forum Infectious Diseases*. [Online]. 2016 [cited 2023 Oct 24]; Available from : <https://doi.org/10.1093/ofid/ofw053>
10. Sculier D, Wandeler G, Yerly S, Marinosci A, Stoeckle M, Bernasconi E, et al. Efficacy and safety of Dolutegravir plus Emtricitabine versus standard ART for the maintenance of HIV-1 suppression: 48-week results of the factorial, randomized, non-inferiority SIMPL'HIV trial. *PLoS Med*. [Online]. 2020 [cited 2023 Oct 24]; Available from : <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003421>
11. Wijting IE, Rokx C, Zillikens MC, Smits SA, Vries-Sluijs TD, Schurink CA, et al. Changes in renal, bone, lipid, and inflammation markers in HIV-1 patients after combination antiretroviral therapy simplification to Dolutegravir monotherapy. *Int J STD AIDS*. [Online]. 2019 [cited 2023 Oct 24]; Available from : <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0956462419848962>
12. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. คำแนะนำเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2565 (ฉบับปรับปรุงเพิ่มเติม). กรุงเทพมหานคร: ศรีเมืองการพิมพ์; 2565.
13. Palich R, Tubiana R, Abdi B, Mestari F, Guiguet M, Bismut IF, et al. Plasma cystatin C as a marker for estimated glomerular filtration rate assessment in HIV-1-infected patients treated with dolutegravir-based ART. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*. [Online]. 2018 [cited 2023 Oct 24]; Available from : <https://academic.oup.com/jac/article/73/7/1935/4984487>



ปัญหาการใช้ยากลุ่มเสี่ยงในร้านจำหน่ายพืชกระท่อม จังหวัดอุบลราชธานี The problem of using high-risk medications in kratom-selling shops in Ubon Ratchathani Province

กิตติยาพร ทองไทย¹

Kittiyaporn Thongthai¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาการใช้ยากลุ่มเสี่ยงในร้านจำหน่ายพืชกระท่อม จังหวัดอุบลราชธานี โดยยากลุ่มเสี่ยงที่ทำการศึกษาคือ ยาอันตราย 3 ชนิด ได้แก่ Tramadol, Dextromethorphan และ Diphenhydramine ประชากรที่ใช้ในการวิจัยคือ ร้านจำหน่ายพืชกระท่อมที่มีการจำหน่ายยากลุ่มเสี่ยงทุกแห่งที่ถูกดำเนินคดี ข้อมูลที่ตั้งร้านจำหน่ายพืชกระท่อมที่มีการจำหน่ายยากลุ่มเสี่ยง แหล่งซื้อยากลุ่มเสี่ยง และข้อมูลผู้ใช้ยากลุ่มเสี่ยง ร่วมกับการดื่มน้ำต้มพืชกระท่อมที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลรัฐทุกแห่ง ในจังหวัดอุบลราชธานี ดำเนินการในเดือนตุลาคม 2565 ถึงกันยายน 2566 เครื่องมือที่ใช้ คือ ฐานข้อมูลร้านจำหน่ายพืชกระท่อมที่มีการจำหน่ายยากลุ่มเสี่ยงทุกแห่งที่ถูกดำเนินคดี และฐานข้อมูลผู้ใช้ยากลุ่มเสี่ยง ร่วมกับการดื่มน้ำต้มพืชกระท่อมที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลรัฐทุกแห่ง ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติได้แก่ ความถี่ ค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย ผลการศึกษาพบว่า จังหวัดอุบลราชธานีมีร้านจำหน่ายพืชกระท่อมที่มีการจำหน่ายยากลุ่มเสี่ยงถูกดำเนินคดีมากที่สุดในอำเภอเมืองอุบลราชธานี จำนวน 6 แห่ง (ร้อยละ 14.29) รองลงมาคือ อำเภวารินชำราบ จำนวน 3 แห่ง (ร้อยละ 7.14) และอำเภอเขมราฐ และอำเภอบุณฑริก อำเภอละ 1 แห่ง (ร้อยละ 2.38) ตามลำดับ ซึ่งร้านจำหน่ายพืชกระท่อมที่มีการจำหน่ายยากลุ่มเสี่ยงมีที่ตั้งอยู่ใกล้โรงเรียน ร้อยละ 66.67 โดยซื้อยากลุ่มเสี่ยงจากร้านค้าที่มีการโฆษณาทางสื่อโซเชียล ร้อยละ 73.33 จำนวนผู้มารับบริการที่พบอาการไม่พึงประสงค์จากการดื่มน้ำต้มพืชกระท่อม ร่วมกับใช้ยา Tramadol มากที่สุด ร้อยละ 67.51 รองลงมา คือ Dextromethorphan ร้อยละ 18.05 และ Diphenhydramine ร้อยละ 14.44 ตามลำดับ ซึ่งส่วนใหญ่พบอยู่ในพื้นที่อำเภอขนาดใหญ่และอำเภอชายแดน สอดคล้องกับข้อมูลร้านจำหน่ายพืชกระท่อมที่มีการจำหน่ายยาอันตรายกลุ่ม

¹เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขอุบลราชธานี

¹ Pharmacist, Professional Level. Division of Consumer Protection and Public Health Pharmacy, Ubon Ratchathani Public Health Office. E-mail : preang3@hotmail.com



เสี่ยงที่ถูกดำเนินคดี จากสถานการณ์ดังกล่าว สามารถนำข้อมูลมาใช้ในการจัดการปัญหาการใช้ยากลุ่มเสี่ยงในร้านจำหน่ายพืชกระท่อม รวมถึงการบังคับใช้กฎหมาย และสร้างความร่วมมือจากภาคเอกชน และประชาชน เพื่อให้เกิดการแก้ไขปัญหาคอบคลุมทุกมิติ

คำสำคัญ: ยากลุ่มเสี่ยง, พืชกระท่อม

Abstract

This survey research aimed to investigate the situation of high-risk medication misuse issues among vendors of kratom in Ubon Ratchathani Province. The high-risk medications studied were three types of dangerous drugs including Tramadol, Dextromethorphan, and Diphenhydramine. The study population included kratom vendors who sell high-risk medications at all establishments that have been prosecuted, data on the locations of kratom vendors selling high-risk medications, sources of purchasing high-risk medications, and information on individuals who use high-risk medications, along with those who consume kratom tea at all governmental hospitals throughout Ubon Ratchathani Province. The study was conducted from October 2022 to September 2023. The tools used included the database of kratom vendors selling high-risk medications at all establishments that have been prosecuted and the database on individuals using high-risk medications, along with those consuming kratom tea at all governmental hospitals. Data analysis used statistics including frequency, percentages, and mean values. Study findings reveal that prosecuted shops selling kratom-related high-risk medications in Ubon Ratchathani Province were in Muang Ubon Ratchathani District at 6 shops (14.29%), following with Warinchamrab District at 3 shops (7.14%) and Kammarat District and Buntharik District at 1 shop (2.38%), respectively. These shops, which sell kratom and high-risk medications, mostly were located near schools (66.67%) and tend to acquire their stock from socially advertised stores (73.33%). The majority of customers experiencing adverse effects from consuming kratom beverages along with Tramadol constituted 67.51%, followed by Dextromethorphan at 18.05% and Diphenhydramine at 14.44%,



respectively. These incidents predominantly occurred in larger district areas and border districts. This data, along with information on prosecuted kratom-selling shops, can be utilized to address the issue of high-risk medications use in kratom shops comprehensively and also used to enhance law enforcement measures and fostering collaboration between private sectors and people in the community to address and solve these issues.

Keywords: High-risk medications, Kratom

บทนำ

ปัจจุบันพบปัญหาในกลุ่มวัยรุ่น เยาวชนมีพฤติกรรมนำยาแก้ปวดผสมกับ ยาน้ำเชื่อมแก้แพ้ แก้ไอมาเสพ เพื่อหวังฤทธิ์มีเมาและเคลิบเคลิ้ม ซึ่งก่อให้เกิดการบั่นทอนสุขภาพและสร้างปัญหาสังคมในวงกว้าง สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้ดำเนินการจัดการปัญหาอย่างเป็นขั้นตอน ตั้งแต่การเข้าถึงยาจำเป็นของประชาชน ควบคู่กับการควบคุมสถานการณ์ปัญหายา รั่วไหลออกนอกกระบบ รวมทั้งประเมินสถานการณ์อย่างใกล้ชิด โดยในระยะแรกได้ดำเนินการป้องปรามและขอความร่วมมือจาก ผู้ประกอบการ แต่สถานการณ์ปัญหาก็กลับไม่คลี่คลายไปในทางที่ดีขึ้น¹

ปัจจุบันการนำยาไปใช้ในทางที่ผิดของกลุ่ม เยาวชนมีเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด คือ ยาในกลุ่มเสี่ยง ที่กลุ่มเยาวชนมักนำไปใช้ในทางที่ผิด ซึ่งเป็นยา อันตราย 3 ชนิด ได้แก่ Tramadol, Dextromethorphan และ Diphenhydramine โดย ยา Tramadol ระยะแรกมักพบว่ามี การนำไปผสมกับเครื่องดื่มต่าง ๆ เช่น น้ำหวาน น้ำรสโคล่า น้ำหวานกลิ่นชามะนาว² ส่วนยา Dextromethorphan, ยาแก้แพ้/ยาแก้ไอชนิดน้ำเชื่อม พบส่วนใหญ่นำไปประกอบกับยาหรือเครื่องดื่มอื่น ๆ เป็นสูตร 4 x 100 ที่เป็นที่รู้จักอย่างดีในหมู่วัยรุ่น ต่อมาพืชกระท่อมได้ถูกยกเลิกจากการเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ไปตั้งแต่

วันที่ 24 สิงหาคม 2564³ ทำให้การบริโภคพืชกระท่อมขยายวงกว้างอย่างเร็วมากขึ้น ซึ่งเป็นไปตามรูปแบบการบริโภคที่เปลี่ยนแปลงไปด้วย ทำให้การบริโภคพืชกระท่อมเปลี่ยนจากการบริโภคน้ำกระท่อมผสมน้ำหวานธรรมดา (เรียกว่า ประุ่นน้ำกระท่อม) เปลี่ยนมาเป็นการผสมกับยากลุ่มยาแก้แพ้/ยาแก้ไอชนิดน้ำเชื่อม⁴ บางครั้งเรียกว่า “หัวเชื้อ” และยังการบริโภคกระท่อมมีความนิยมกันอย่างแพร่หลาย มีการโฆษณาทางสื่อโซเชียล ทำให้วัยรุ่นเข้าถึงข้อมูล และต้องการเข้าถึงน้ำกระท่อมและสารที่นำมาเป็นส่วนผสม ไม่ว่าจะเป็นยาแก้แพ้/ยาแก้ไอชนิดน้ำเชื่อม หรือหัวเชื้อชนิดอื่น ๆ มากขึ้น⁵

จังหวัดอุบลราชธานี มีการเฝ้าระวัง ป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ภายใต้คณะกรรมการศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด จังหวัดอุบลราชธานี (ศอ.ปส.จ.อบ.) ซึ่งประกอบด้วย หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงาน ป.ป.ส.ภาค 3 เจ้าหน้าที่ตำรวจ ทหาร หน่วยงานฝ่ายปกครอง หน่วยงานภาคการศึกษา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานสาธารณสุข มาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวได้นำเข้าพิจารณาในที่ประชุมคณะกรรมการศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ประจำจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อพิจารณาผลกระทบ และแนวทางแก้ไขที่เหมาะสม และครอบคลุม เพื่อให้หน่วยงานภายใต้คณะ

กรรมการฯ ขับเคลื่อนตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน รวมถึงบูรณาการการทำงานร่วมกัน เพื่อลดปัญหาและสร้างการรับรู้สู่ประชาชน อย่างไรก็ตาม ปัญหาที่พบยังมีแนวโน้มลดลงไม่มากนัก กอปรกับนโยบายของจังหวัดอุบลราชธานี มุ่งเน้นการสร้างการรับรู้และป้องปราม มากกว่าปราบปราม

นับตั้งแต่มีการปลดล็อกพืชกระท่อม ไม่มีสภาพเป็นยาเสพติด จำนวนร้านจำหน่ายพืชกระท่อม ในจังหวัดอุบลราชธานี ก็มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว ปีงบประมาณ 2566 พบร้านจำหน่ายพืชกระท่อม 42 แห่งกระจายใน 13 อำเภอ (จากทั้งหมด 25 อำเภอ) โดยในจำนวนดังกล่าวพบการจำหน่ายยาอันตรายกลุ่มเสี่ยง ซึ่งเป็นยาอันตรายกลุ่มยาแก้ปวด (Tramadol) ยาแก้ไอ/ยาแก้แพ้ชนิดน้ำเชื่อม ลูกค้าส่วนใหญ่เป็นเยาวชนวัยเรียน นอกจากนี้ยังพบข้อมูลเรื่องร้องเรียนจากประชาชนกว่า 10 ราย โดยประเด็นที่พบมากที่สุด คือ การขายให้แก่เยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปี รองลงมา คือ การโฆษณาขายน้ำกระท่อมร่วมกับ “หัวเชื้อ” ซึ่งมีทั้งเป็นกลุ่มน้ำหวานเข้มข้น และกลุ่มยาอันตรายโดยยาอันตรายที่พบมาก (จากภาพโฆษณาทางสื่อโซเชียล) ได้แก่ ยา Tramadol, Dextromethorphan และ Diphenhydramine ตอกย้ำถึงปัญหาที่มีผลกระทบทั้งด้านการบังคับใช้กฎหมายและปัญหาสังคมด้วย ดังนั้น ผู้วิจัย

จึงเห็นปัญหาการใช้ยากลุ่มเสี่ยงในร้านจำหน่ายพืชกระท่อม ที่พบทั้งในจังหวัดอุบลราชธานีและภาพรวมของประเทศ ประกอบกับผลการดำเนินงานในปีที่ผ่านมา จังหวัดอุบลราชธานีมุ่งเฝ้าระวังป้องปราม และปราบปรามการจำหน่ายยาอันตรายกลุ่มเสี่ยงในร้านจำหน่ายพืชกระท่อม แต่ผลการแก้ไขปัญหามีแนวโน้มไม่ประสบผลสำเร็จมากนัก จึงมีความสนใจที่จะศึกษาสถานการณ์ปัญหาการใช้ยากลุ่มเสี่ยงในร้านจำหน่ายพืชกระท่อม จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งพบมากภายหลังการปลดล็อกพืชกระท่อมจากการเป็นยาเสพติด และส่งผลกระทบหลายด้าน โดยผลจากการศึกษาจะแสดงให้เห็นสถานการณ์ปัญหาการใช้ยากลุ่มเสี่ยงในร้านจำหน่ายพืชกระท่อมของจังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการจัดทำแนวทางในการจัดการปัญหาการใช้ยาอันตรายกลุ่มเสี่ยงในร้านจำหน่ายพืชกระท่อม จังหวัดอุบลราชธานีต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาการใช้ยากลุ่มเสี่ยงในร้านจำหน่ายพืชกระท่อม จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะกรรมการส่งเสริมจริยธรรมใน

มนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SSJ.U B2566-165 เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหาการจำหน่ายยาอันตรายกลุ่มเสี่ยงในร้านจำหน่ายพืชกระท่อม ในจังหวัดอุบลราชธานี โดยรวบรวมและศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ข้อมูลร้านจำหน่ายพืชกระท่อมทุกแห่งที่ถูกดำเนินคดี กรณีมีการจำหน่ายยาอันตรายกลุ่มเสี่ยง ระหว่างเดือนตุลาคม 2565 ถึงกันยายน 2566

2. ข้อมูลร้านจำหน่ายพืชกระท่อมทุกแห่งที่ถูกดำเนินคดี กรณีมีการจำหน่ายยาอันตรายกลุ่มเสี่ยง จำแนกตามที่ตั้งและแหล่งซื้อขายอันตรายกลุ่มเสี่ยง ระหว่างเดือนตุลาคม 2565 ถึงกันยายน 2566

3. ข้อมูลผู้มารับบริการในโรงพยาบาลรัฐทุกแห่งในจังหวัดอุบลราชธานี ที่เข้ารับบริการจากการใช้ยาอันตรายกลุ่มเสี่ยง ร่วมกับการติ่มน้ำต้มพืชกระท่อม ระหว่างเดือนตุลาคม 2565 ถึงกันยายน 2566

จากนั้นนำข้อมูลที่ได้จากข้อ 1 – 3 มาสรุป และวิเคราะห์สถานการณ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ร้านจำหน่ายพืชกระท่อมในจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ข้อมูลร้านจำหน่ายพืชกระท่อมทุกแห่งที่ถูกดำเนินคดี กรณีมีการจำหน่ายยาอันตรายกลุ่ม

เสี่ยง รวมถึงที่ตั้งและข้อมูลผู้มารับบริการในโรงพยาบาลรัฐทุกแห่ง ในจังหวัดอุบลราชธานี จากการใช้ยาอันตรายกลุ่มเสี่ยงร่วมกับการติ่มน้ำต้มพืชกระท่อม ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม 2565 ถึงกันยายน 2566 เครื่องมือที่ใช้คือ ฐานข้อมูลผลการดำเนินงานของศูนย์ป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดอุบลราชธานี (ศอ.ปส.จ.อบ.) และฐานข้อมูลผู้มารับบริการจากการใช้ยาอันตรายกลุ่มเสี่ยงร่วมกับการติ่มน้ำต้มพืชกระท่อมในโรงพยาบาลรัฐทุกแห่ง ในจังหวัดอุบลราชธานี

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลร้านจำหน่ายพืชกระท่อมทุกแห่งที่ถูกดำเนินคดี กรณีที่มีการจำหน่ายยาอันตรายกลุ่มเสี่ยง (Tramadol, Dextromethorphan และ Diphenhydramine) ในปีงบประมาณ 2566 พบว่าอำเภอเมืองอุบลราชธานี มีร้านจำหน่ายพืชกระท่อมที่ถูกดำเนินคดีมากที่สุด จำนวน 6 แห่ง (ร้อยละ 14.29) รองลงมาคือ อำเภอวารินชำราบ จำนวน 3 แห่ง (ร้อยละ 7.14) และอำเภอเขมราฐ และอำเภอบุณฑริก อำเภอละ 1 แห่ง (ร้อยละ 2.38) รายละเอียดดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ข้อมูลร้านจำหน่ายกระท่อม ปีงบประมาณ 2566 (n = 42)

ลำดับ	อำเภอ	จำนวนร้าน กระท่อม (แห่ง)	ร้านกระท่อมที่ถูกดำเนินคดี กรณีมีการจำหน่ายยาอันตราย (Tramadol, Dextromethorphan และ Diphenhydramine) (แห่ง)	ร้อยละ
1	เมืองอุบลราชธานี	8	6	14.29
2	วารินชำราบ	11	3	7.14
3	เดชอุดม	2	0	0
4	เขมราฐ	1	1	2.38
5	ม่วงสามสิบ	3	0	0
6	ลำโรง	4	0	0
7	สว่างวีระวงศ์	2	0	0
8	พิบูลมังสาหาร	1	0	0
9	ตระการพืชผล	1	0	0
10	เขื่องใน	5	0	0
11	บุญศรี	2	1	2.38
12	นาตาล	1	0	0
13	เหล่าเสือโก้ก	1	0	0
รวมทั้งหมด (ร้าน)		42	11	26.19

2. ข้อมูลที่ตั้งร้านจำหน่ายพืชกระท่อมทุกแห่งที่ถูกดำเนินคดี กรณีมีการจำหน่ายยาอันตรายกลุ่มเสี่ยง (Tramadol, Dextromethorphan และ Diphenhydramine) พบว่าสถานที่ตั้งร้าน

จำหน่ายพืชกระท่อมที่ถูกดำเนินคดี กรณีพบการจำหน่ายยาอันตรายกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่อยู่ใกล้โรงเรียน ร้อยละ 66.67 รายละเอียดดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 ที่ตั้งของร้านจำหน่ายพืชกระท่อมที่ถูกดำเนินคดีในจังหวัดอุบลราชธานี กรณีมีการจำหน่ายยาอันตรายกลุ่มเสี่ยง (Tramadol, Dextromethorphan และ Diphenhydramine) (n=15)

ลำดับ	อำเภอ	ที่ตั้งของร้าน					
		ใกล้โรงเรียน		แหล่งชุมชน		รวม	
		แห่ง	ร้อยละ	แห่ง	ร้อยละ	แห่ง	ร้อยละ
1	เมืองอุบลราชธานี	6	40.00	3	20.00	9	60.00
2	วารินชำราบ	2	13.33	2	13.33	4	26.66
3	เขมราฐ	1	6.67	0	0	1	6.67
4	บุญทรีย	1	6.67	0	0	1	6.67
รวม		10	66.67	5	33.33	15	100

3. ข้อมูลแหล่งซื้อขายกลุ่มเสี่ยงของร้านจำหน่ายพืชกระท่อมที่ถูกดำเนินคดี ในจังหวัดอุบลราชธานี กรณีพบการจำหน่ายยาอันตรายกลุ่มเสี่ยง (Tramadol, Dextromethorphan และ Diphen-

hydramine) พบว่ามีแหล่งซื้อขายกลุ่มเสี่ยงในร้านค้าที่มีการโฆษณาขายยาทางสื่อโซเชียล ร้อยละ 73.33 รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แหล่งซื้อขายกลุ่มเสี่ยงของร้านจำหน่ายพืชกระท่อมที่ถูกดำเนินคดีในจังหวัดอุบลราชธานี กรณีมีการจำหน่ายยาอันตรายกลุ่มเสี่ยง (Tramadol, Dextromethorphan และ Diphenhydramine) (n=15)

ลำดับ	อำเภอ	แหล่งซื้อขายกลุ่มเสี่ยง					
		ร้านขายยา		แหล่งขายในสื่อโซเชียล		รวม	
		แห่ง	ร้อยละ	แห่ง	ร้อยละ	แห่ง	ร้อยละ
1	เมืองอุบลราชธานี	2	13.33	7	46.66	9	59.99
2	วารินชำราบ	1	6.67	3	20.00	4	26.67
3	เขมราฐ	0	0	1	6.67	1	6.67
4	บุญทรีย	1	6.67	0	0	1	6.67
รวม		4	26.67	11	73.33	15	100



4. ข้อมูลผู้มารับบริการในโรงพยาบาลรัฐทุกแห่งในจังหวัดอุบลราชธานี ที่พบอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาอันตรายกลุ่มเสี่ยง (Tramadol, Dextromethorphan และ Diphenhydramine) ร่วมกับการดื่มน้ำดื่มพืชกระท่อม ระหว่างเดือนตุลาคม 2565 ถึงกันยายน 2566 รวมทั้งสิ้น 277 คน หากพิจารณาแยกตามชนิดของยาอันตรายกลุ่มเสี่ยง พบว่าจำนวนผู้มารับบริการที่พบอาการไม่พึงประสงค์จากการดื่มน้ำดื่มพืชกระท่อม ร่วมกับการใช้ยา Tramadol มากที่สุดร้อยละ 67.51 รองลงมาคือ Dextromethorphan ร้อยละ 18.05 และ Diphenhydramine ร้อยละ 14.44 ตามลำดับ ซึ่งพบ

มากที่สุด ในอำเภอเมืองอุบลราชธานี ร้อยละ 46.57 รองลงมาคือ อำเภวารินชำราบ ร้อยละ 15.88 และอำเภอนาตาล ร้อยละ 9.39 ตามลำดับ แต่ไม่พบข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์จากการดื่มน้ำดื่มพืชกระท่อมร่วมกับใช้ยา Diphenhydramine สำหรับอำเภอนาตาล มีจำนวนผู้มารับบริการที่พบอาการไม่พึงประสงค์จากการดื่มน้ำดื่มพืชกระท่อม ร่วมกับการใช้ยา Tramadol มากที่สุด ร้อยละ 9.39 แต่ไม่พบข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์จากการดื่มน้ำดื่มพืชกระท่อมร่วมกับการใช้ยา Dextromethorphan และ Diphenhydramine รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ข้อมูลผู้มารับบริการในโรงพยาบาลรัฐทุกแห่งในจังหวัดอุบลราชธานี ที่พบอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาอันตรายกลุ่มเสี่ยง (Tramadol, Dextromethorphan และ Diphenhydramine) ร่วมกับการดื่มน้ำดื่มพืชกระท่อม ปีงบประมาณ 2566 (n=277)

ลำดับ	อำเภอ	จำนวนผู้มารับบริการ (ราย)							
		Tramadol		Dextromethorphan		Diphenhydramine		รวม	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1	เมืองอุบลราชธานี	44	15.88	45	16.25	40	14.44	129	46.57
2	วารินชำราบ	41	14.80	3	1.08	0	0	44	15.88
3	เดชอุดม	8	2.89	0	0	0	0	8	2.89
4	เขมราฐ	19	6.86	0	0	0	0	19	6.86
5	ม่วงสามสิบ	2	0.72	0	0	0	0	2	0.72
6	สำโรง	6	2.16	0	0	0	0	6	2.16
7	น้ำขุ่น	10	3.61	0	0	0	0	10	3.61
8	ตระการพืชผล	4	1.44	0	0	0	0	4	1.44
9	บุญศรี	6	2.16	0	0	0	0	6	2.16
10	โขงเจียม	12	4.33	0	0	0	0	12	4.33
11	ศรีเมืองใหม่	3	1.08	2	0.72	0	0	5	1.81
12	นาเยีย	6	2.16	0	0	0	0	6	2.16
13	นาตาล	26	9.39	0	0	0	0	26	9.39
รวม		187	67.51	50	18.05	40	14.44	277	100

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า ร้านจำหน่ายพืชกระท่อมที่มีการจำหน่ายยาอันตรายกลุ่มเสี่ยงที่ถูกดำเนินคดี ส่วนใหญ่พบในเขตพื้นที่ใกล้โรงเรียน โดยพบว่าแหล่งสั่งซื้อยาอันตราย ไม่ใช่ร้านขายยาหรือร้านค้าในพื้นที่ จังหวัดอุบลราชธานี และจังหวัดใกล้เคียง แต่สั่งซื้อร้านค้าจากจังหวัดอื่นผ่านทางสื่อโซเชียล สะท้อนให้เห็นว่า ถึงแม้พระราชบัญญัติพืชกระท่อม พ.ศ. 2565 ควบคุมกำกับการขายพืชกระท่อม ตามมาตรา 24 (1) ห้ามขายแก่บุคคลซึ่งมีอายุต่ำกว่า 18 ปี และมาตรา 25 (1) ห้ามขายในสถานศึกษาแต่ปัญหาที่พบคือร้านค้ารอบรั้วโรงเรียน และพื้นที่ใกล้เคียง ดังที่กล่าวไปแล้วข้างต้นว่า น้ำต้มพืชกระท่อมมักจำหน่ายร่วมกับ “หัวเชื้อ” ซึ่งหมายรวมถึงยาอันตรายกลุ่มเสี่ยง จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากสถานศึกษาในการให้ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องให้กับนักเรียน นักศึกษา รวมทั้งควบคุมกำกับภายในสถานศึกษา และพ่อแม่ผู้ปกครองที่ต้องดูแลบุตรหลานเมื่ออยู่ที่บ้าน รวมถึงการควบคุมกำกับแหล่งต้นตอในการจำหน่ายยาอันตรายกลุ่มเสี่ยงแก่ร้านจำหน่ายพืชกระท่อม ในจังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ ธิตาพร อาจทวีกุล และคณะ ได้ศึกษาการพัฒนาระบบเฝ้าระวังการจำหน่ายยาอันตรายในร้านขายของชำในพื้นที่ตำบลสะแกโพรง อำเภอเมือง จังหวัด

บุรีรัมย์⁴ และสอดคล้องกับการศึกษาของ เลิศเชาว์ สุทธาพานิช ได้ศึกษาเกี่ยวกับความเห็นของผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันและพนักงานเจ้าหน้าที่ต่อมาตรการควบคุมยาแก้ไอและยาแก้แพ้ที่อาจนำไปใช้ในทางที่ผิดในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์² ซึ่งผลการศึกษาคือมาตรการที่ใช้ในการควบคุมยาแก้ไอและยาแก้แพ้ยังไม่สามารถนำมาปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพ ภาครัฐควรพัฒนาระบบรายงานการซื้อขายยากลุ่มนี้ตั้งแต่วัตถุดิบ การผลิต และการขายยาในร้านยา โดยให้รายงานฐานข้อมูลเดียวกันทั้งระบบ เพื่อให้สามารถตรวจสอบข้อมูลได้ และได้รับทราบข้อมูลที่เป็นจริง ในการปฏิบัติงานกับเจ้าหน้าที่ตำรวจ จะต้องหาวิธีการสื่อสารที่ทำให้ตำรวจทราบถึงชนิดของยาที่มีการนำมาใช้ในทางที่ผิดเพื่อการทำงานที่รวดเร็วขึ้น

สำหรับข้อมูลผู้มารับบริการในโรงพยาบาลรัฐทุกแห่งในจังหวัดอุบลราชธานี ที่พบอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาอันตรายกลุ่มเสี่ยงร่วมกับการดื่มน้ำต้มพืชกระท่อม พบว่าจำนวนผู้มีอาการไม่พึงประสงค์จากการดื่มน้ำต้มพืชกระท่อมร่วมกับการใช้ยาอันตรายกลุ่มเสี่ยงมากที่สุดคือ Tramadol รองลงมาคือ Dextromethorphan และ Diphenhydramine ตามลำดับ ซึ่งส่วนใหญ่พบอยู่ในพื้นที่อำเภอขนาดใหญ่และอำเภอชายแดนสอดคล้องกับข้อมูลร้านจำหน่ายพืชกระท่อมที่มีการจำหน่ายยาอันตรายกลุ่มเสี่ยงที่ถูกดำเนินคดี

จากสถานการณ์ปัญหาการใช้ยากลุ่มเสี่ยง
ในร้านจำหน่ายพืชกระท่อม จังหวัดอุบลราชธานี
ข้างต้น สามารถทำให้กำหนดเป้าหมายและกลุ่ม
ผู้เกี่ยวข้องที่จำเป็นในการวางแผนจัดการปัญหา
การใช้ยากลุ่มเสี่ยงในร้านจำหน่ายพืชกระท่อม
จังหวัดอุบลราชธานี มีดังนี้

1. กลุ่มผู้ขาย : ร้านขายกระท่อม, ร้านค้า/
แหล่งกระจายยาอันตราย
2. กลุ่มผู้บริโภค : นักเรียน/นักศึกษา
3. กลุ่มเจ้าหน้าที่/พนักงานเจ้าหน้าที่
ผู้รับผิดชอบตามกฎหมาย (พระราชบัญญัติยา
พ.ศ. 2510, พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522
และพระราชบัญญัติพืชกระท่อม พ.ศ. 2565) :
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
(รวมถึงหน่วยงานในสังกัดระดับอำเภอ/ตำบล),
ปปส. ภาค 3, เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง และเจ้าหน้าที่
ตำรวจ
4. กลุ่มภาคีเครือข่าย : อาสาสมัครสาธารณสุข
(อสม.), ผู้นำชุมชน และเครือข่ายผู้บริโภค
5. กลุ่มผู้บริโภค : ผู้ปกครอง, ประชาชนที่
ได้รับผลกระทบ และประชาชนทั่วไป

เพื่อให้มีการขับเคลื่อนแก้ไขปัญหาร่วมกัน
ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องที่มีความเหมาะสมกับ
บริบทของพื้นที่

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการพัฒนาความรู้เรื่องกฎหมาย
เรื่องยา (การอ่านฉลากยา/การสังเกตเบื้องต้น

เพื่อดูประเภทยาตามกฎหมาย) และข้อควรปฏิบัติ
ตามกฎหมาย ให้กับผู้ประกอบการร้านขายพืช
กระท่อม นักเรียน นักศึกษา ครู อาจารย์ เป็นต้น

2. ควรมีการพัฒนาและขยายเครือข่าย
เฝ้าระวังการจำหน่าย และการใช้ยาที่ผิดกฎหมาย
ในชุมชน

3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ควรมีการประสานและหารือแนวทางควบคุมกำกับ
และลงโทษผู้กระทำผิด ร่วมกับสำนักงาน
คณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดที่เป็นต้นทางของการกระจาย
ยากลุ่มเสี่ยง

4. ควรมีการวัดผลและติดตามประเมินผล
ของแนวทางการจัดการปัญหาการใช้ยากลุ่ม
เสี่ยงในร้านจำหน่ายพืชกระท่อม จังหวัด
อุบลราชธานี ซึ่งเป็นผลที่ได้จากการศึกษานี้
เพื่อนำไปปรับปรุงพัฒนาให้เกิดเป็นกลไกการ
แก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพของจังหวัด
อุบลราชธานีต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

กราบขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุข
จังหวัดอุบลราชธานี และหัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครอง
ผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดอุบลราชธานี ที่กรุณาสับสนุนด้านการศึกษา
ของผู้วิจัย ขอขอบคุณพี่น้องเภสัชกร สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีทุกท่าน ที่อำนวยความสะดวก
ให้ความช่วยเหลือทุกด้าน สุดท้ายนี้



ผู้วิจัยขอขอบพระคุณบิดาและมารดาของ
ผู้วิจัยที่อบรมเลี้ยงดูและส่งเสริม สนับสนุนด้าน
การเรียนการศึกษาแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี และ

กัลยาณมิตรทุกท่าน ที่คอยห่วงใยและมอบ
ความปรารถนาดี จนทำให้การวิจัยนี้สำเร็จลุล่วง
ไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. ชานานัน โฉมงามดี, นิลวรรณ อยู่พักดี. การวิเคราะห์ระบบรายงานยากลุ่มเสี่ยงที่นำไปใช้ในทาง
ที่ผิดของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา:กรณีศึกษายาพาราเซตามอล [วิทยานิพนธ์ปริญญา
เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต] พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2565.
2. เลิศเชาว์ สุทธาพานิช. ความเห็นของผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันและพนักงานเจ้าหน้าที่ต่อ
มาตรการ ควบคุมยาแก้ไอและยาแก้แพ้ที่อาจนำไปใช้ในทางที่ผิดในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์.
วารสารเภสัชกรรมไทย 2560; 9(2):329-37.
3. ไทยรัฐออนไลน์. บุกจับ! ร้านขายยาต้องห้าม วยรุ่นนิยมผสมเป็นยาเสพติดย่านร่มเกล้า.
[อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 23 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก:
<https://www.thairath.co.th/news/local/494848>
4. อิดาพร อางทวิกุล, วิรติ ปานศิลา, วรพจน์ พรหมสัตยพรต. การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังการ
จำหน่ายยาอันตรายในร้านขายของชำในพื้นที่ตำบลสะแกโพรง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์.
วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน 2559: 22(4); 497-509.
5. นิสา ชายกุล. แหล่งที่มาของยาแก้ไอซึ่งถูกนำมาเสพโดยผู้ติดยาในจังหวัดแห่งหนึ่งทางภาคใต้.
วารสารเภสัชกรรมไทย 2560; 9(2):516-24.



การศึกษารูปแบบการพัฒนาสถานที่จำหน่ายเครื่องสำอางให้ได้มาตรฐานตามกฎหมาย อย่างมีส่วนร่วมในจังหวัดพัทลุง

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

พรชนก เจนศิริศักดิ์¹

Pornchanok Jansirisak¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างรูปแบบในการพัฒนาสถานที่จำหน่ายเครื่องสำอางในจังหวัดพัทลุง เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมผสมผสานกับการวิจัยเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างสำหรับประเมินรูปแบบและเครื่องมือ คือ ผู้จำหน่าย ผู้ผลิตเครื่องสำอาง และพนักงานเจ้าหน้าที่ รวม 40 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง วัดความรู้ ประเมินร้านจำหน่าย เปรียบเทียบความรู้ และสถานการณ์ร้านจำหน่ายเครื่องสำอางก่อนและหลังการอบรม สร้างรูปแบบและเครื่องมือด้วยการสนทนากลุ่มร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึก นำเครื่องมือไปใช้ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน Paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คะแนนเฉลี่ยจากเดิม 15.80 ± 3.729 เป็น 16.92 ± 1.803 (คะแนนเต็ม 20) ได้รูปแบบการพัฒนาประกอบด้วย 1. การประชาสัมพันธ์ 2. การสร้างช่องทางสื่อสาร 3. การพัฒนาร้านจำหน่ายโดยใช้แบบประเมินตนเอง 4. การตรวจติดตาม 5. การบังคับใช้กฎหมาย 6. การอบรมให้ความรู้ 7. การเชิดชูส่งเสริม และได้เครื่องมือประเมินตนเอง การประเมินร้าน 12 แห่ง พบว่ามีร้านที่ปฏิบัติถูกต้องตามกฎหมาย จาก 3 แห่ง เป็น 6 แห่ง (เพิ่มขึ้น 50%) จำหน่ายเครื่องสำอางมีสารห้ามใช้ จาก 7 แห่ง เป็น 3 แห่ง (ลดลง 57.14%) จำหน่ายเครื่องสำอางฉลากไม่ถูกต้อง จาก 8 แห่ง เป็น 5 แห่ง (ลดลง 37.5%) จำหน่ายยาหรืออาหารเสริมผิดกฎหมาย จาก 5 แห่ง เป็น 0 แห่ง (ลดลง 100%) ดังนั้นการใช้รูปแบบการพัฒนาและเครื่องมือจากการมีส่วนร่วม ทำให้เกิดการยอมรับ จะสามารถพัฒนาร้านจำหน่ายเครื่องสำอางให้ได้มาตรฐานเพิ่มมากขึ้น เกิดความปลอดภัยต่อผู้บริโภค

คำสำคัญ: ร้านจำหน่ายเครื่องสำอาง, รูปแบบการพัฒนาร้านจำหน่ายเครื่องสำอาง, การวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม

¹ เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง

¹ Pharmacist, Professional Level. Department of Consumer Protection and Public Health Pharmacy, Phatthalung Provincial Public Health Office. E-mail: Memhew@hotmail.com



Abstract

This study which was a mix of participatory action research and quantitative research, aimed to create a model for developing of cosmetic stores in Phatthalung Province. The sample group that evaluated the model and tools were 40 specifically chosen cosmetic distributors, cosmetic manufacturers or governmental officers. Knowledge measurement, cosmetic store evaluation, knowledge and legal prohibiting situation were compared before and after knowledge on cosmetic selling was informed. The model and tools used to collect data were created from performing focus group discussion and in-depth interviewing. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics including averages, standard deviation and paired t-test at the statistical significance level of 0.05. Qualitative data were analyzed using content analysis. The results of the study showed that the sample group had a statistically significant increase in knowledge. The average score increased from 15.80 ± 3.729 to 16.92 ± 1.803 (total score of 20). The model and self-assessment tools that would improve legal cosmetic selling were found. The model was consisted of: 1. Public relations 2. Creating a communication channel 3. Developing the cosmetic distributors using self-assessment 4. Monitoring 5. Law enforcement 6. Knowledge giving 7. Promoting and empowering stores that obey the law. Assessment of 12 cosmetic stores founded that legal shops increased from 3 to 6 (increased 50%), stores that sell cosmetics containing prohibited substances decreased from 7 to 3 (reduced 57.14%), incorrect labeling of cosmetic products decreased from 8 to 5 (reduced 37.5%) and no illegal drug or dietary supplement sales were found decreased from 5 to 0 (reduced 100%). Therefore, using the development model and self-assessment tools from participatory process were accepted resulting on developing cosmetic stores meeting more standards and providing safer cosmetics for consumers.

Keywords: Cosmetics stores, Development model of a cosmetic store, Participatory action research

บทนำ

เครื่องสำอางเป็นผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวันของผู้บริโภคมีกฎหมายควบคุมกำกับอย่างชัดเจน คือพระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. 2558¹ แต่ปัจจุบันพบปัญหาเกี่ยวกับเครื่องสำอาง เช่น การผลิตหรือนำเข้าเครื่องสำอางโดยไม่ได้รับอนุญาต การแสดงฉลากที่ไม่ถูกต้อง การโฆษณาโอ้อวด การลักลอบใส่สารห้ามใช้ที่เป็นอันตรายลงในเครื่องสำอาง โดยสารห้ามใช้ที่พบบ่อยได้แก่ ปรอทแอมโมเนีย กรดวิตามินเอ และไฮโดรควิโนน ซึ่งเกิดอันตรายต่อผู้บริโภค สำนักเครื่องสำอางและวัตถุอันตราย กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ร่วมกับศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ 14 แห่งรายงานในปีงบประมาณ 2558 การตรวจวิเคราะห์ตัวอย่างเครื่องสำอางชนิดสำหรับใช้กับใบหน้าจำนวน 646 ตัวอย่าง พบเครื่องสำอางที่มีสารห้ามใช้จำนวน 223 ตัวอย่าง (ร้อยละ 34.52) โดยพบสารประกอบปรอทจำนวน 169 ตัวอย่าง ไฮโดรควิโนนจำนวน 33 ตัวอย่าง กรดเรติโนอิกจำนวน 12 ตัวอย่าง พบทั้งกรดเรติโนอิกและสารประกอบของปรอท จำนวน 5 ตัวอย่าง พบทั้งไฮโดรควิโนนและกรดเรติโนอิกจำนวน 4 ตัวอย่าง^{2,3}

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุงดำเนินงานตามโครงการความปลอดภัยด้าน

เครื่องสำอาง (Cosmetic Safety) ผลการดำเนินงานปี 2561 – 2563 ดำเนินการตรวจสถานที่จำหน่ายเครื่องสำอาง พบการจำหน่ายเครื่องสำอางที่ผิดกฎหมาย ร้อยละ 57.32 สุ่มเก็บตัวอย่างเครื่องสำอางกลุ่มเสี่ยง ทดสอบโดยใช้ชุดเบี่ยงต้นพบสารห้ามใช้ ร้อยละ 38.97 ส่งตรวจวิเคราะห์ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์พบสารห้ามใช้ร้อยละ 50 อำเภอที่พบปัญหามากที่สุดคือ อำเภอเมืองพัทลุง ผลการดำเนินงานตั้งแต่ปี 2555 – 2563 ได้ดำเนินคดีกับผู้ประกอบการจำหน่ายเครื่องสำอางผิดกฎหมาย จำนวน 17 ราย พบการกระทำผิดและดำเนินคดีตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไปจำนวน 4 ราย จะเห็นได้ว่าการดำเนินการที่ผ่านมา บทลงโทษน้อย โทษจำคุกมักเป็นการ รอลงอาญา ค่าปรับน้อยเมื่อเทียบกับยอดขายและกำไรที่ได้รับ ทำให้เกิดการกระทำผิดซ้ำโดยไม่เกรงกลัวต่อบทลงโทษ⁴ หากปล่อยให้ปัญหาดำเนินไปจะส่งผลเสียต่อผู้บริโภค อีกทั้งผู้ประกอบการจำหน่ายเครื่องสำอางไม่ต้องขออนุญาตก่อนการจำหน่าย ทำให้อาจไม่มีความรู้เกี่ยวกับเครื่องสำอางและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง หรือทราบแนวทางปฏิบัติที่ดีในการจำหน่ายเครื่องสำอาง ฉะนั้นการให้ความรู้สร้างความตระหนักและสร้างแนวทางการดำเนินงานที่ดีร่วมกัน จะก่อให้เกิดผลดีและเป็นประโยชน์ต่อผู้บริโภคในเลือกซื้อและใช้

ผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางอย่างปลอดภัย

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงใช้แนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) ที่เน้นกระบวนการในการใช้ความรู้และการมีส่วนร่วม เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง และกระบวนการทางสำนึก⁵ ในการร่วมกันพัฒนาสถานที่จำหน่ายเครื่องสำอางให้ได้มาตรฐานตามกฎหมาย เกิดความปลอดภัยแก่ผู้บริโภคในจังหวัดพัทลุง

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อสร้างรูปแบบในการพัฒนาสถานที่จำหน่ายเครื่องสำอางให้ได้มาตรฐาน
2. เพื่อสร้างเครื่องมือการประเมินตนเองในการพัฒนาสถานที่จำหน่ายเครื่องสำอาง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบตามขั้นตอนของการวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

- ขั้นตอนที่ 1 กิจกรรมการวางแผน (Plan) ได้แก่ ศึกษาปัญหาการพัฒนาร้านจำหน่ายเครื่องสำอางให้ได้มาตรฐานตามกฎหมาย พัฒนาเครื่องมือในการเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ จัดเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ คือ สถานการณ์ร้านจำหน่ายเครื่องสำอางในจังหวัดพัทลุง และจัดการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) โดยเทคนิคและเครื่องมือ A-I-C

เพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาสถานที่จำหน่ายเครื่องสำอางให้ได้มาตรฐาน ดังนี้

1. การสร้างความรู้ (Appreciation : A) ได้แก่ การเข้าใจสถานการณ์ปัจจุบัน เครื่องสำอางในจังหวัดพัทลุง ความคาดหวังการพัฒนาสถานที่จำหน่ายเครื่องสำอางให้ได้มาตรฐานตามกฎหมาย

2. การสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence : I) ได้แก่ กิจกรรมที่ทำให้เกิดการพัฒนาสถานที่จำหน่ายเครื่องสำอางให้ได้มาตรฐานตามกฎหมาย จัดความสำคัญจำแนกกิจกรรม มอบหมายหน้าที่ 3 ประเภท คือ 1) กิจกรรมที่ผู้ประกอบการทำได้เอง 2) กิจกรรมที่ต้องทำร่วมกับเจ้าหน้าที่หรือผู้เกี่ยวข้อง 3) กิจกรรมที่ต้องให้เจ้าหน้าที่หรือผู้อื่นทำให้

3. การสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control : C) ได้แก่ วางแผนหาผู้รับผิดชอบ กำหนดรูปแบบจัดทำโครงการ

การวิจัยครั้งนี้มีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) โดยใช้แนวคำถามที่กำหนดไว้ล่วงหน้าคือ ข้อมูลทั่วไป และ 7 ข้อคำถาม เพื่อให้ได้รูปแบบการพัฒนาสถานที่จำหน่ายเครื่องสำอางให้ได้มาตรฐาน

- ขั้นตอนที่ 2 กิจกรรมการปฏิบัติ (Action) โดยมีการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการจำหน่ายเครื่องสำอางและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง และ

ปฏิบัติตามรูปแบบการพัฒนาสถานที่จำหน่าย
เครื่องสำอางให้ได้มาตรฐาน ที่ได้สร้างร่วมกัน

- ขั้นตอนที่ 3 กิจกรรมการสังเกตผลการ
ปฏิบัติ (Observation) การสังเกตผลการปฏิบัติ
ดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการ โดยใช้แบบ
บันทึกการตรวจสอบสถานที่จำหน่ายเครื่องสำอาง
ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

- ขั้นตอนที่ 4 กิจกรรมการสะท้อนกลับการ
ปฏิบัติ (Reflection) สรุปผลเกี่ยวกับรูปแบบ
การพัฒนาสถานที่จำหน่ายเครื่องสำอางให้ได้
มาตรฐาน ความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค และ
ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติต่อไป

ประชากร กลุ่มตัวอย่าง และผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

ประชากร ได้แก่ ผู้ประกอบการร้านจำหน่าย
เครื่องสำอาง และสถานเสริมความงามที่มีการ
จำหน่ายเครื่องสำอางสีผิว หน้าขาว ในจังหวัด
พัทลุง ทั้งหมด 56 แห่ง ผู้ผลิตเครื่องสำอาง
14 แห่ง และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับ
กับร้านจำหน่ายเครื่องสำอาง จำนวน 22 คน

กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญ
มีการคัดเลือกด้วยวิธีเฉพาะเจาะจง เป็นผู้ที่
มีส่วนเกี่ยวข้องกับรูปแบบการพัฒนาสถานที่
จำหน่ายเครื่องสำอาง ได้แก่ ผู้จำหน่าย 11 คน,
ผู้ผลิต 13 คน, ผู้ประกอบการสถานเสริมความ
งาม 1 คน และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับ
กับร้านจำหน่ายเครื่องสำอาง จำนวน 15 คน
รวมทั้งหมด 40 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้แบบบันทึกการ
ตรวจสอบสถานที่จำหน่ายเครื่องสำอางของสำนักงาน
คณะกรรมการอาหารและยา และแบบทดสอบ
ความรู้

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย

2.1 การสนทนากลุ่ม โดยใช้เทคนิคและ
เครื่องมือ Appreciation-Influence-Control
(A-I-C) ใช้แนวคำถามที่กำหนดไว้ล่วงหน้า
ประกอบด้วย

(1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ร่วมการ
สนทนากลุ่ม

(2) สถานการณ์และความคาดหวัง
การพัฒนาสถานที่จำหน่ายเครื่องสำอางให้ได้
มาตรฐาน

(3) กิจกรรมที่เกิดการพัฒนาสถานที่
จำหน่ายเครื่องสำอาง

(4) จำแนกกิจกรรมและจัดลำดับ
ความสำคัญ

(5) กำหนดผู้รับผิดชอบร่วมกันทำ
แผนปฏิบัติ กำหนดบทบาท

(6) การออกแบบเครื่องมือในการ
พัฒนาสถานที่จำหน่ายเครื่องสำอาง

2.2 การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth
Interview) โดยใช้แนวคำถามที่กำหนดไว้
ล่วงหน้าประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป และ 7 ข้อ
คำถาม ได้แก่

(1) การศึกษารูปแบบการพัฒนาสถานที่จำหน่ายเครื่องสำอางให้ได้มาตรฐาน ท่านคิดว่าเกิดจากการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงหรือไม่

(2) รูปแบบการพัฒนาสถานที่จำหน่ายเครื่องสำอางให้ได้มาตรฐาน ท่านเห็นด้วยหรือไม่

(3) ท่านจะเสนอแนะกิจกรรมใดเพิ่มเติม หรือแก้ไขเพิ่มเติมกิจกรรมใด

(4) ท่านคิดว่ารูปแบบการพัฒนาสถานที่จำหน่ายเครื่องสำอาง สามารถช่วยพัฒนาได้หรือไม่

(5) ท่านมีความคิดเห็นต่อแบบประเมินตนเองฯ อย่างไร และคิดว่ามีส่วนช่วยพัฒนาร้านจำหน่ายเครื่องสำอางหรือไม่อย่างไร

(6) ในแบบประเมินตนเอง ท่านมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมปรับปรุงอย่างไรบ้าง

(7) ท่านคิดว่าควรจัดกระบวนการมีส่วนร่วม และจัดรูปแบบการพัฒนาสถานที่จำหน่ายเครื่องสำอาง ควรจัดให้มีอีกหรือไม่ หากมีอีก ควรเพิ่มเติมในประเด็นใด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบทดสอบความรู้จำนวน 20 ข้อคำถามในการสนทนากลุ่ม 6 ข้อ และคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก 7 ข้อ ทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความเหมาะสม และความสอดคล้องของเนื้อหา

และวัตถุประสงค์ โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ซึ่งเป็นเภสัชกรและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีประสบการณ์ทำงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านเครื่องสำอางอย่างน้อย 5 ปี ใช้วิธีวัดความเที่ยงตรงตามเนื้อหา โดยใช้ดัชนีความสอดคล้องของคำถามกับจุดประสงค์ ได้ค่า Index of Item Congruence หรือ IOC 0.6 – 1

การเก็บรวบรวมข้อมูล

- ขั้นตอนที่ 1 กิจกรรมการวางแผน (Plan)

1) เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้แบบบันทึกการตรวจสอบสถานที่จำหน่ายเครื่องสำอางเพื่อสำรวจสถานการณ์ร้านจำหน่ายเครื่องสำอางในจังหวัดพัทลุงก่อนทำการศึกษา

2) เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม โดยเทคนิคและเครื่องมือ A-I-C กับกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 10 คน จำนวน 4 กลุ่ม รวมทั้งหมด 40 คน และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ได้รูปแบบการพัฒนาสถานที่จำหน่ายเครื่องสำอาง และเครื่องมือในการประเมินตนเอง และให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการประเมินตนเอง และให้ข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้

- ขั้นตอนที่ 2 กิจกรรมการปฏิบัติ (Action)

เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้แบบทดสอบความรู้ก่อนและหลังการอบรมความรู้เกี่ยวกับการจำหน่ายเครื่องสำอางและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง



- ขั้นตอนที่ 3 กิจกรรมการสังเกตผลการปฏิบัติ (Observation) เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้แบบบันทึกการตรวจสอบสถานที่จำหน่ายเครื่องสำอาง เพื่อสำรวจสถานการณ์ร้านจำหน่ายเครื่องสำอางในจังหวัดพัทลุงหลังทำการศึกษา

- ขั้นตอนที่ 4 กิจกรรมการสะท้อนกลับการปฏิบัติ (Reflection) สรุปผลเกี่ยวกับรูปแบบการพัฒนาสถานที่พัฒนาสถานที่จำหน่ายเครื่องสำอาง ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ซึ่งเป็นข้อมูลจากแบบบันทึกการตรวจสอบสถานที่จำหน่ายเครื่องสำอาง และแบบทดสอบความรู้ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน Paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ด้วยการจำแนกชนิดข้อมูลหมวดหมู่ข้อมูล

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 40)

ลักษณะ	จำนวน (ร้อยละ)
ประเภทตัวอย่าง	
ผู้จำหน่าย	11 (27.5)
ผู้ผลิต	13 (32.5)
ผู้ประกอบการสถานเสริมความงาม	1 (2.5)
เจ้าหน้าที่	15 (37.5)
เพศ	
หญิง	32 (80.0)
ชาย	8 (20.0)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง วันที่รับรอง 16 มิถุนายน 2565 PPHOREC/2565 COA NO.18

ผลการวิจัย

การศึกษารูปแบบการพัฒนาสถานที่จำหน่ายเครื่องสำอางให้ได้มาตรฐานอย่างมีส่วนร่วม จังหวัดพัทลุง ประกอบด้วยผู้ผลิต ผู้จำหน่ายเครื่องสำอาง สถานเสริมความงาม และเจ้าหน้าที่ในจังหวัดพัทลุง ผลการวิจัยเป็นดังนี้

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ

กลุ่มตัวอย่างเป็นเจ้าหน้าที่มากที่สุด ร้อยละ 37.5 รองลงมาเป็นผู้ผลิต และผู้จำหน่าย ร้อยละ 32.5 และ 27.5 ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.0 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 55 อายุระหว่าง 31 – 40 ปี ร้อยละ 37.5 รายละเอียดดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 40) (ต่อ)

ลักษณะ	จำนวน (ร้อยละ)
ระดับการศึกษา	
ต่ำกว่า ป.ตรี	9 (22.5)
ปริญญาตรี	22 (55.0)
ปริญญาโท	9 (22.5)
ช่วงอายุ	
21 – 30 ปี	8 (20.0)
31 – 40 ปี	15 (37.5)
41 – 50 ปี	10 (25.0)
51 – 60 ปี	7 (17.5)

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ก่อนการอบรมได้คะแนนเฉลี่ย 15.80 คะแนน หลังจาก

การอบรมได้คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 16.92 คะแนน รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จากการวัดความรู้ก่อนและหลังการอบรมเกี่ยวกับเครื่องสำอาง (คะแนนเต็ม 20 คะแนน)

ประเด็นการเปรียบเทียบ	คะแนนก่อนการอบรม		คะแนนหลังการอบรม		t	p-value
	(Pre-test)		(Post-test)			
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ความรู้เรื่องเครื่องสำอาง	15.80	3.729	16.92	1.803	-2.272	0.029

ผลการตรวจสอบสถานที่จำหน่ายเครื่องสำอางทั้งหมด 12 แห่ง มีสถานที่ได้มาตรฐาน 3 แห่ง (ร้อยละ 25.0) พบสารห้ามใช้ 7 แห่ง (ร้อยละ 58.33) และพบการจำหน่ายฉลากไม่ถูกต้อง 8 แห่ง (ร้อยละ 66.67) พบการจำหน่ายยาหรืออาหารเสริมผิดกฎหมาย (ร้อยละ 41.66) หลังเข้าร่วมการศึกษาสถานที่

จำหน่ายเครื่องสำอางได้มาตรฐานเพิ่มเป็น 6 แห่ง (ร้อยละ 50.0) พบสารห้ามใช้ 3 แห่ง (ร้อยละ 25.0) พบการจำหน่ายเครื่องสำอางแสดงฉลากไม่ถูกต้อง 5 แห่ง (ร้อยละ 41.66) และไม่พบการขายยาหรืออาหารเสริมผิดกฎหมาย รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 สถานการณ์สถานที่จำหน่ายเครื่องสำอางได้มาตรฐานถูกต้องตามกฎหมาย (n = 12)

ประเด็นการเปรียบเทียบ	จำนวนทั้งหมด (แห่ง)	จำนวนที่ได้มาตรฐานตามกฎหมาย [แห่ง (ร้อยละ)]	จำนวนที่ไม่ได้มาตรฐานตามกฎหมาย [แห่ง (ร้อยละ)]			
			เครื่องสำอางพบสารห้ามใช้	แสดงฉลากไม่ถูกต้อง	พบการขายยาหรืออาหารเสริมผิดกฎหมาย	ไม่สะอาดขาดระเบียบ
ก่อนทำการศึกษา	12	3 (25.00)	7 (58.33)	8 (66.67)	5 (41.66)	3 (25.00)
หลังทำการศึกษา	12	6 (50.00)	3 (25.00)	5 (41.66)	0 (0)	1 (8.33)

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ

2.1 จากการสนทนากลุ่ม โดยใช้เทคนิคและเครื่องมือ Appreciation-Influence-Control (A-I-C) ผลตามกระบวนการ เป็นดังนี้

(1) การสร้างความรู้ (A)

- การเข้าใจสถานการณ์ปัจจุบันเครื่องสำอางในจังหวัดพัทลุง : “ร้านจำหน่ายเครื่องสำอางกระแสดลาด ให้ตรงความต้องการของลูกค้า” “ผู้จำหน่ายบางรายแอบขายเครื่องสำอางผิดกฎหมายหลังร้าน” “ขายออนไลน์ดีกว่าขายหน้าร้าน”

- ความคาดหวังการพัฒนาสถานที่จำหน่ายเครื่องสำอางให้ได้มาตรฐานตามกฎหมาย : “ผู้จำหน่ายมีภูมิด้านทานรับรู้ว่าสินค้าประเภทใด ดี ไม่ดี คัดเลือกสินค้าที่มีคุณภาพปลอดภัยด้วยตัวเอง” “เจ้าหน้าที่ลงตรวจติดตามทุกร้าน ทั้งแบบหน้าร้านและออนไลน์” “ประชาชนมีความรอบรู้ ซื้อเครื่องสำอางปลอดภัย”

(2) การสร้างแนวทางการพัฒนา (I)

- กิจกรรมที่ทำให้เกิดการพัฒนาศูนย์จำหน่ายเครื่องสำอางให้ได้มาตรฐานตามกฎหมาย : 1. ด้านการเสริมสร้างความรู้ให้กับผู้ผลิต ผู้จำหน่าย และผู้บริโภคโดยเจ้าหน้าที่ 2. มีแนวทางการพัฒนาสถานที่จำหน่ายเครื่องสำอาง: ทำแบบประเมินตนเอง 3. ด้านส่งเสริมการผลิตเครื่องสำอางปลอดภัย 4. การประชาสัมพันธ์ความรู้ ข่าวสารเกี่ยวกับเครื่องสำอาง แจ้งเตือนเครื่องสำอางกลุ่มเสี่ยง

- จัดความสำคัญ จำแนกกิจกรรม มอบหมายหน้าที่

กิจกรรมที่ผู้ประกอบการทำได้เอง: ทำแบบประเมินตนเอง ตรวจสอบเครื่องสำอางที่ถูกต้อง จัดระเบียบร้านให้คำแนะนำแก่ลูกค้า

กิจกรรมที่ต้องทำร่วมกับคนอื่น: สร้างช่องทางการติดต่อสื่อสาร รณรงค์ให้งดจำหน่ายเครื่องสำอางผิดกฎหมาย เชิดชู

ส่งเสริมร้านจำหน่ายเครื่องสำอางปลอดภัย

กิจกรรมที่ต้องให้เจ้าหน้าที่หรือผู้อื่นทำให้: การเสริมสร้างความรู้ให้กับผู้ผลิตผู้จำหน่าย และผู้บริโภค เจ้าหน้าที่บังคับใช้กฎหมายแก่ผู้กระทำความผิด ส่งเสริมด้านการผลิตเครื่องสำอางให้ได้มาตรฐานและถูกต้องตามกฎหมาย

(3) การสร้างแนวทางปฏิบัติ (C) ได้แก่ วางแผนหาผู้รับผิดชอบ กำหนดรูปแบบจัดทำคือ “โครงการพัฒนาร้านจำหน่ายเครื่องสำอางให้ได้มาตรฐานอย่างมีส่วนร่วมจังหวัดพัทลุง”

1) กิจกรรมประชาสัมพันธ์ : จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ทั้งรูปแบบสิ่งพิมพ์ และสื่อออนไลน์ ประชาสัมพันธ์ความรู้ ข้อกำหนด ข่าวด้านเกี่ยวกับเครื่องสำอางให้ผู้ประกอบการและประชาชน

2) สร้างช่องทางการติดต่อสื่อสาร : จัดทำกลุ่มไลน์เจ้าหน้าที่และผู้ประกอบการ เพิ่มช่องทางสื่อสาร และ Line Open Chat เพื่อให้ประชาชนสอบถาม ร้องเรียนเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง

3) กิจกรรมพัฒนาร้านจำหน่าย (ประเมินตนเอง ปรับปรุงหน้าร้าน ทบทวนความรู้ มีสื่อประชาสัมพันธ์ ธารรงค์การจำหน่ายเครื่องสำอางถูกกฎหมาย) : ผู้ประกอบการทำแบบประเมินตนเอง จัดระเบียบ ทำความสะอาด จัดหมวดหมู่เครื่องสำอาง ตรวจสอบฉลากสินค้า ติดป้ายสื่อประชาสัมพันธ์

4) กิจกรรมติดตาม เยี่ยมประเมิน : เจ้าหน้าที่ติดตาม ประเมินการพัฒนา ร้านจำหน่ายเครื่องสำอาง ร้านที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน “ร้านจำหน่ายเครื่องสำอางปลอดภัย” ได้รับประกาศเกียรติบัตร

5) การบังคับใช้กฎหมายกรณีพบการกระทำความผิด

6) กิจกรรมอบรมให้ความรู้ และแลกเปลี่ยนความคิดเห็น : เจ้าหน้าที่อบรมความรู้ เกี่ยวกับข้อกำหนด และแนวทางการดำเนินงานแก่ผู้ประกอบการร้านจำหน่าย สถานเสริมความงาม ร้านชำ สรุปผลการดำเนินงานประจำปี และร่วมรับฟังความคิดเห็นในการดำเนินงานร่วมกัน

7) กิจกรรมเชิดชู ส่งเสริมร้านจำหน่ายเครื่องสำอางปลอดภัย : มอบประกาศเกียรติคุณ

2.2 จากการสัมภาษณ์เชิงลึก เมื่อได้รูปแบบการพัฒนาสถานที่จำหน่ายเครื่องสำอางฯ และแบบประเมินตนเอง ได้ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเห็นสอดคล้องกันว่า กระบวนการสร้างรูปแบบการพัฒนาสถานที่จำหน่ายเครื่องสำอางให้ได้มาตรฐาน เกิดจากการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง เห็นด้วยกับรูปแบบการพัฒนาสถานที่จำหน่ายเครื่องสำอางให้ได้มาตรฐาน คือ การดำเนินงาน 7 กิจกรรม ส่วนเจ้าหน้าที่เห็นด้วยและมีข้อเสนอแนะ ให้เพิ่มช่องทางการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชน

รับทราบ ผู้จำหน่ายเสนอแนะให้เจ้าหน้าที่เพิ่ม การกำกับติดตามผู้จำหน่ายทางโซเชียลมีเดีย มากขึ้น และเสนอแนะให้เพิ่มผู้บริโภคที่ใช้ เครื่องสำอางเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการ ด้วย ผู้ผลิตเสนอแนะให้มีร้านจำหน่ายเครื่องสำอาง ที่เป็นต้นแบบที่มีคุณภาพมาตรฐาน อย่างน้อย อำเภอละ 1 แห่ง หากดำเนินการได้ตามรูปแบบ การพัฒนาสถานที่จำหน่ายเครื่องสำอางให้ได้ มาตรฐาน สามารถช่วยพัฒนามาตรฐานได้จริง หลังจากนั้นส่งรูปแบบการพัฒนาฯ และแบบ ประเมินตนเองให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและ ให้ข้อเสนอแนะ

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

- ขั้นตอนที่ 1 กิจกรรมการวางแผน (Plan)
พบว่าปัญหาการพัฒนาร้านจำหน่าย เครื่องสำอางให้ได้มาตรฐานตามกฎหมาย คือ ผู้ประกอบการจำหน่ายเครื่องสำอางกระแสดลาด ให้ตรงความต้องการของลูกค้า “ผู้จำหน่าย บางราย แอบขายเครื่องสำอางผิดกฎหมาย หลังร้าน” “ขายออนไลน์ดีกว่าขายหน้าร้าน” สถานการณ์ร้านจำหน่ายเครื่องสำอางในจังหวัด พัทลุง มีสถานที่จำหน่ายเครื่องสำอางที่ได้มาตรฐาน เพียงแค่ 3 แห่ง (ร้อยละ 25.0) พบสารห้ามใช้ 7 แห่ง (ร้อยละ 58.33) และพบการจำหน่ายฉลาก ไม่ถูกต้อง 8 แห่ง (ร้อยละ 66.67) และพบการ จำหน่ายยาหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ผิดกฎหมาย (ร้อยละ 41.66) จากการจัดการสนทนากลุ่ม

โดยเทคนิคและเครื่องมือ A-I-C เพื่อสร้างรูปแบบ การพัฒนาฯ ดังนี้ 1) กิจกรรมประชาสัมพันธ์ 2) สร้างช่องทางการติดต่อสื่อสาร 3) กิจกรรม พัฒนาร้านจำหน่าย (ประเมินตนเอง ปรับปรุง หน้าร้าน ทบทวนความรู้ มีสื่อประชาสัมพันธ์ ธรรมนูญการจำหน่าย เครื่องสำอางถูกกฎหมาย) 4) กิจกรรมติดตาม เยี่ยมประเมิน 5) การบังคับใช้ กฎหมายกรณีพบการกระทำความผิด 6) กิจกรรม อบรมให้ความรู้ และแลกเปลี่ยนความคิดเห็น 7) กิจกรรมเชิญ ส่งเสริมร้านจำหน่ายเครื่องสำอาง ปลอดภัย การใช้กระบวนการมีส่วนร่วมเชิง สร้างสรรค์ (A-I-C) แต่ละขั้นตอน ได้สะท้อน ความคิดเห็น ระดมพลัง อย่างแท้จริงผ่านการ วาดรูป การเขียนข้อความ บอกความรู้สึกได้ โดยไม่ระบุชื่อผู้เขียน^{6,7} ซึ่งเป็นจุดเด่นในการ สะท้อนปัญหาอย่างอิสระจากผู้ประกอบการ ต่อเจ้าหน้าที่ เนื่องจากในสถานการณ์ปกติมัก ไม่ได้รับข้อมูลแท้จริง เพราะไม่อยากความขัดแย้ง เช่น ขั้นตอน A1 : สถานการณ์ปัจจุบันเครื่องสำอาง ในจังหวัดพัทลุง ผู้ประกอบการจำหน่ายให้ข้อมูล ว่า “ผู้จำหน่ายบางรายหน้าร้านขายอีกอย่าง หลังร้านขายอีกอย่าง” ขั้นตอน A2 : ความคาดหวัง การพัฒนาสถานที่จำหน่ายเครื่องสำอางให้ได้ มาตรฐาน ผู้ประกอบการจำหน่ายให้ข้อมูล “เจ้าหน้าที่ต้องลงตรวจทุกร้านให้เป็นมาตรฐาน เดียวกัน บางร้านไม่มีหน้าร้าน และขายเถื่อน ทำให้เจ้าหน้าที่เข้าไม่ถึง ต้องช่วยกันร้องเรียน”

เป็นต้น อีกทั้งร่วมกันกำหนดกิจกรรม หรือ แผนงานด้วยตนเอง ทำให้เพิ่มความร่วมมือ มากขึ้น เช่น ขั้นตอน I1 : กิจกรรมที่ทำให้เกิด การพัฒนาสถานที่จำหน่ายเครื่องสำอางให้ได้ มาตรฐาน ผู้ประกอบการจำหน่ายเสนอว่า “ให้มีแบบประเมินตนเองสำหรับผู้จำหน่าย” “เชิดชูส่งเสริมร้านที่จำหน่ายเครื่องสำอาง ปลอดภัย แสดงป้ายสัญลักษณ์” “เจ้าหน้าที่ อบรมให้ความรู้สม่ำเสมอ” เกิดการยอมรับใน กิจกรรมที่รับผิดชอบตาม ขั้นตอน I2 : จัดลำดับ ความสำคัญจำแนกกิจกรรมมอบหมายหน้าที่ และ ขั้นตอน C1 : วางแผนหาผู้รับผิดชอบ นำไปสู่ ขั้นตอน C2 : เขียนโครงการพัฒนา สถานที่จำหน่ายเครื่องสำอางให้ได้มาตรฐาน อย่างมีส่วนร่วมจังหวัดพัทลุง เมื่อได้รูปแบบ การพัฒนาสถานที่จำหน่ายเครื่องสำอางฯ และ แบบประเมินตนเอง ได้มีการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า กลุ่มตัวอย่างเห็นสอดคล้องกันว่า กระบวนการสร้างรูปแบบการพัฒนาสถานที่ จำหน่ายเครื่องสำอางให้ได้มาตรฐานเกิดจาก การมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง เนื่องจากมีผู้จำหน่าย เครื่องสำอางที่ได้โทษทางกฎหมาย 3 ราย เข้าร่วม ในกระบวนการซึ่งถือเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เห็นด้วยกับรูปแบบการพัฒนาสถานที่จำหน่าย เครื่องสำอางให้ได้มาตรฐาน 7 กิจกรรม ความ คิดเห็นต่อแบบประเมินตนเองฯ ผู้จำหน่ายและ ผู้ผลิตให้ความเห็นว่า มีส่วนช่วยพัฒนาร้านได้จริง

ทำได้ง่าย ผู้จำหน่ายแนะนำว่า ควรให้ผู้จำหน่าย สืบค้นความปลอดภัยของเครื่องสำอางได้ และ ให้ระบุว่าการรักษาคุณภาพเครื่องสำอางเป็น อย่างไร เจ้าหน้าที่ให้ความเห็นเพิ่มเติมว่าควร ให้ระบุที่มาของเครื่องสำอางที่นำมาจำหน่าย พร้อมเพิ่มเติมเรื่องการโฆษณาเครื่องสำอาง และระบุรายละเอียดของรายชื่อเครื่องสำอาง ผิดกฎหมาย ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดรูปแบบ การพัฒนาอย่างมีส่วนร่วม คือ 1) ผู้มีส่วนร่วม ที่เกิดจากภาครัฐและภาคเอกชน ผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย 2) ผู้มีส่วนร่วมมีความรู้ความเข้าใจ ทราบสถานการณ์และให้ความสำคัญกับการ พัฒนา 3) ทุกภาคส่วนร่วมกันกำหนดกิจกรรม การพัฒนา 4) เป็นแผนงาน/โครงการที่ชัดเจน กำหนดผู้รับผิดชอบและดำเนินการตามแผน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วาณี ธนสีลังกูร⁸ ที่ศึกษาการจัดการปัญหาเครื่องสำอางที่มีส่วนผสม ของสารห้ามใช้โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และ กรณีศึกษาของตำบลดอนกลอย อ.พิบูลย์รักษ์ จ.อุดรธานี พบว่าการพัฒนารูปแบบการจัดการ ปัญหาเครื่องสำอางที่มีส่วนผสมของสารห้ามใช้โดยการ มีส่วนร่วมของชุมชน พบว่าปัจจัยสำคัญในการ แก้ปัญหา คือ 1) ภาครัฐเครือข่ายประกอบด้วย ตัวแทนจากภาครัฐและเอกชนในชุมชน 2) ภาครัฐ เครือข่ายต้องรับรู้และให้ความสำคัญกับปัญหา 3) มีการประชุมหรือประชุมเพื่อกำหนด กิจกรรมร่วมกันเพื่อลดปัญหา 4) การกำหนด

อย่างชัดเจนถึงผู้รับผิดชอบในกิจกรรมและการดำเนินงานตามแผน

- ขั้นตอนที่ 2 กิจกรรมการปฏิบัติ (Action) กระบวนการทำให้ความรู้แก่ผู้ประกอบการและเจ้าหน้าที่ยังคงมีความสำคัญ เกิดทักษะที่ดีในการดำเนินงาน โดยมีการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการจำหน่ายเครื่องสำอางและกฎหมายพบว่าหลังการอบรมกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับเครื่องสำอางเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) จากคะแนนเฉลี่ย 15.80 คะแนน เพิ่มขึ้นเป็น 16.92 คะแนน และปฏิบัติตามรูปแบบการพัฒนา ที่ได้สร้างร่วมกัน

- ขั้นตอนที่ 3 กิจกรรมการสังเกตผลการปฏิบัติ (Observation) การสังเกตผลการปฏิบัติงานดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการ พบว่าหลังเข้าร่วมการศึกษาศาสนาการณสถานที่จำหน่ายเครื่องสำอางที่ได้มาตรฐานเพิ่มขึ้นเป็น 6 แห่ง (ร้อยละ 50.0) และการจำหน่ายเครื่องสำอางแสดงฉลากไม่ถูกต้องลดลงเหลือ 5 แห่ง (ร้อยละ 41.66) ไม่พบการจำหน่ายยาหรืออาหารเสริมผิดกฎหมาย สอดคล้องกับการศึกษาของ ภานุโชติ ทองยัง⁹ ที่ศึกษาการพัฒนาสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันในจังหวัดสมุทรสงคราม สู่มาตรฐาน GPP อย่างมีส่วนร่วม ศึกษาในร้านขายยา 25 แห่ง โดยศึกษารูปแบบและสร้างเครื่องมือในการพัฒนาพบว่ากลุ่มตัวอย่างและผู้วิจัยได้ร่วมกันพิจารณารายละเอียดของมาตรฐานแต่ละข้อทำความเข้าใจ

เข้าใจร่วมกัน และร่วมกันออกแบบเครื่องมือในการประเมินตนเองในการพัฒนาสู่มาตรฐานได้ตรงตามความต้องการ นำไปใช้จนสามารถพัฒนาสถานที่ขายยาของตนเองจนสำเร็จ นอกจากนี้ ผู้จำหน่าย ผู้ผลิต และเจ้าหน้าที่มีความเห็นสอดคล้องกันว่าควรจัดกระบวนการมีส่วนร่วม และจัดรูปแบบการพัฒนาสถานที่จำหน่ายเครื่องสำอางให้ได้มาตรฐานจังหวัดพัทลุงอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้จำหน่ายเครื่องสำอางรายใหม่ได้เข้าร่วม และจัดให้มีอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการพัฒนา ความคาดหวังจากรูปแบบการพัฒนาสถานที่จำหน่ายเครื่องสำอางให้ได้มาตรฐานจังหวัดพัทลุงอย่างมีส่วนร่วมคือผู้ประกอบการจำหน่ายเครื่องสำอางมีความรู้ความเข้าใจ และสามารถพัฒนาร้านจำหน่ายเครื่องสำอางให้ได้มาตรฐานด้วยตนเอง เห็นความสำคัญในการปฏิบัติตามกฎหมาย ลดข้อขัดแย้งระหว่างผู้ประกอบการและเจ้าหน้าที่ในการดำเนินงาน และแจ้งเบาะแสการกระทำผิดกฎหมายแก่เจ้าหน้าที่ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้บริโภค

- ขั้นตอนที่ 4 กิจกรรมการสะท้อนกลับ การปฏิบัติ (Reflection) พบว่าการสร้างรูปแบบการพัฒนาสถานที่จำหน่ายเครื่องสำอางเกิดจากการมีส่วนร่วมแท้จริง ทำให้เกิดการยอมรับและทำให้ร้านจำหน่ายเครื่องสำอางได้มาตรฐานเพิ่มขึ้น มีข้อเสนอแนะคือ เพิ่มนักเรียนหรือ

- ผู้บริโภคเข้ามามีส่วนร่วม และเพิ่มจำนวนผู้ประกอบการจำหน่ายเครื่องสำอางให้เข้าร่วมมากขึ้น การร่วมกันสร้างแบบประเมินตนเอง สำหรับผู้จำหน่ายเครื่องสำอาง เป็นเครื่องมือที่ดีในการพัฒนาร้านจำหน่าย

ข้อเสนอแนะ

1. ควรประชาสัมพันธ์แจ้งให้ผู้จำหน่ายเครื่องสำอางทราบถึงที่มาของรูปแบบการพัฒนา เพื่อให้เกิดการยอมรับ และเผยแพร่ให้ประชาชนรับทราบว่าสถานที่จำหน่ายใดได้มาตรฐานและปลอดภัย หากนำรูปแบบการพัฒนาสถานที่จำหน่ายเครื่องสำอางไปใช้กับควรวัดข้อมูลอื่น ๆ ของผู้ประกอบการเพิ่มเติมนอกจากความรู้ เช่น ทักษะคิด การรับรู้ ความตระหนัก ความตั้งใจ ในการพัฒนาสถานที่จำหน่าย เพื่อสามารถค้นหาปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาอย่างยั่งยืนต่อเนื่อง
2. ควรเพิ่มผู้บริโภคผู้ใช้เครื่องสำอางในกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อช่วยพัฒนาสถานที่

จำหน่ายเครื่องสำอางให้ได้มาตรฐานและตรงกับความต้องการของผู้บริโภค

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีโดยได้รับความร่วมมือจากหลายท่าน ได้แก่ ภก.ณัฐพงษ์ พัฒนพงศ์ หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ ภก.ราชัน คงชุม และ ทพญ.ชนิภาภรณ์ สอนสังข์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง ที่ให้คำแนะนำในการศึกษาวิจัย และเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย ญก.โสภิต สิทธิพันธ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส ภญ. อารยา ส่องศรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ร่วมตรวจสอบ ให้ความเห็นต่อแบบประเมินตนเอง และขอบคุณเจ้าหน้าที่ผู้ประกอบการจำหน่าย และผลิตเครื่องสำอาง ในจังหวัดพัทลุงทุกท่านที่ ร่วมกันพัฒนาสถานที่จำหน่ายเครื่องสำอางให้ได้มาตรฐานตามกฎหมาย

เอกสารอ้างอิง

1. พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. 2558. (2558, สิงหาคม 10) ราชกิจจานุเบกษา, 132 (85ก)
2. พรชนัน สุขเจริญชัยกิจ. การเลือกเครื่องสำอางทาผิว ทำให้หน้าขาวของวัยรุ่นนักศึกษา อ.บ้านโป่ง จ.ราชบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต]. นครปฐม:มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2552.
3. นันทนา กลิ่นสุนทร. สารห้ามใช้ในผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางทาสี ทาผิวทำให้หน้าขาวในเขตภาคกลาง ตอนล่างระหว่างปี 2553 – 2556. วารสารอาหารและยา 2556; 20(3):28-36.
4. เอกชัย เยาว์เนื่อง. นโยบายและมาตรการควบคุมเครื่องสำอางตามพระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. 2558. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน 2559; 11(ฉบับพิเศษ):157-70.



5. สัญญา ยีอราน, ศิวีไลซ์ วนรัตน์วิจิตร. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมสู่ความสำเร็จการเปลี่ยนแปลงนโยบายในระบบสุขภาพ. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2561; 5(2):288-300.
6. สุมาลัย วรรณกิจไพศาล. การพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม เทศบาลเมืองปากช่อง. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา 2559; 3(2):90-104.
7. คมสรรค์ ชื่นรัมย์. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินของ รพ.สุคริวัน ด้วยเทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วม AIC [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. ยะลา:มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา; 2559.
8. วาณี ธนสีลังกุล. การจัดการปัญหาเครื่องสำอางที่มีส่วนผสมของสารห้ามใช้โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน: กรณีศึกษาของตำบลดอนกลอย อำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี. วารสารเภสัชกรรมไทย 2560; 10(1):60-8.
9. ภาณุโชติ ทองยัง. การพัฒนาสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน ในจังหวัดสมุทรสงครามสู่มาตรฐาน GPP อย่างมีส่วนร่วม. วารสารอาหารและยา 2561: 25(2):39-48.



การพัฒนาคุณภาพการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยโรคไตระยะเริ่มต้น
ของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดขอนแก่น

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

วีรวรรณ รุจิจนากุล¹, อีสริย์ พละสินธุ์เดชา², สุณี เลิศสินอุดม³, ชัญญารัต นกศักดิ์⁴

Weerawan Rujjanakul¹, Issaree Palasindecha², Sunee Lertsinudom³, Chanyarat Noksakda⁴

บทคัดย่อ

สถานการณ์ความแออัดของโรงพยาบาลและการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ทำให้ผู้ป่วยโรคไตเสียโอกาสเข้าถึงการรับบริการ ดังนั้น การนำระบบการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลมาใช้ จึงเป็นแนวทางที่อาจทำให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตดีขึ้น การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ใช้กรอบแนวคิดเชิงระบบมาเป็นแนวทางในการพัฒนาภายใต้กระบวนการทางเภสัชกรรมในการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อศึกษาการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยโรคไตระยะเริ่มต้น พัฒนารูปแบบการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล และศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกหลังจากได้รับรูปแบบการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลด้านปัญหาการใช้ยาและความพึงพอใจของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคไตระยะเริ่มต้นที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 25 แห่ง รวมทั้งสิ้น 259 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่มผู้ให้บริการ จำนวน 75 คน แบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยโปรแกรมระบบบริการเภสัชกรรมทางไกล Tele VHV แบบบันทึก ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมการใช้ยา ความพึงพอใจ

¹ เภสัชกรชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

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

² เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

² Pharmacist, Professional Level. Division of Consumer Protection and Public Health Pharmacy, Khon Kaen Provincial Public Health Office. E-mail: ipalasindecha@gmail.com

³ รองศาสตราจารย์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

³ Associate Professor. Faculty of Pharmacy, Khon Kaen University. E-mail: Isunee@kku.ac.th

⁴ เภสัชกรชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

⁴ Pharmacist, Senior Professional Level. Division of Consumer Protection and Public Health Pharmacy, Khon Kaen Provincial Public Health Office. E-mail: ngamwann@outlook.co.th

ปัญหาการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ผลวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ ค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยสามารถประหยัดได้ และแบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม ระยะเวลาดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม - กันยายน 2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติเชิงอนุมาน Paired t-test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลลัพธ์การจัดการปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาหลังจากได้รับบริการเภสัชกรรมทางไกล จำนวน 2 ครั้ง พบว่าผู้ป่วยให้ความร่วมมือปฏิบัติตามคำแนะนำของเภสัชกรและสามารถร่วมแก้ปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาได้ ร้อยละ 79.49 ความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (4.85 ± 0.37 จากคะแนนเต็ม 5) ผลลัพธ์ทางคลินิกพบว่า หลังรับบริการ ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย 135 ราย จาก 162 ราย (ร้อยละ 83.33) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (152.64 ± 59.92 , 140.60 ± 48.94 ; $p < 0.001$) ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต Systolic BP ของผู้ป่วย 175 ราย จาก 226 ราย (ร้อยละ 77.43) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (133.61 ± 14.38 , 129.79 ± 15.54 ; $p < 0.002$) ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต Diastolic BP ของผู้ป่วย 115 ราย จาก 226 ราย (ร้อยละ 50.88) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (72.60 ± 9.32 , 74.27 ± 10.09 ; $p < 0.02$) และค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไต (eGFR) ของผู้ป่วย 109 ราย (ร้อยละ 100) ไม่แตกต่างกัน (63.36 ± 10.50 , 62.85 ± 12.96) และผลลัพธ์ด้านเศรษฐศาสตร์ พบว่าสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายได้ถึง 285,159 บาท สรุปการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยโรคไต ก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตดีขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถชะลอการเสื่อมของไต ลดการพบปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยา การบริโภคผลิตภัณฑ์อันตราย และเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา ทำให้ผลการรักษาเป็นไปตามเป้าหมายและผู้ป่วยที่รับบริการมีระดับความพึงพอใจมากที่สุด

คำสำคัญ: บริการเภสัชกรรมทางไกล, โรคไตเรื้อรัง

Abstract

The confluence of hospital congestion and the spread of the coronavirus disease (COVID-19) has resulted in compromised accessibility to healthcare services for patients with renal disorders. Consequently, the implementation of telepharmacy service may represent a strategy that could yield improved health outcomes for patients with renal diseases. This action research employs a systemic conceptual framework as a guideline for development within the pharmaceutical care process in adhering to the professional standards. The study on telepharmacy service for patients with early chronic kidney disease aimed to improve telepharmacy services and to explore post-service



clinical outcomes on drug related problems and patients' satisfaction. The sample group comprises 259 individuals with early chronic kidney disease who sought treatment at from 25 community hospitals, selected through a cluster random sampling method, and 75 service providers selected through purposive sampling method. The tool was used in this study consists of the Tele VHV (Virtual Health Visit) system recording software including namely general information, medication usage behavior, satisfaction levels, drug related problems, health product related problems, laboratory test results, potential patient cost savings, and interview guides for focus group discussions. The working period was between January and September 2023. Statistical analysis included descriptive statistics and inferential statistics paired t-test with content analysis for qualitative data. The outcomes of addressing medication-related issues after receiving telepharmacy services twice were assessed. It was found that patients had co-operated by following the recommendations of pharmacists and were able to actively participate in addressing medication-related issues at a rate of 79.49%. Overall satisfaction is at the highest level (4.85 ± 0.37 from a full score of 5). The clinical outcomes reveal that, following the service, there is a statistically significant decrease in the average blood sugar level of 135 patients out of 162 patients (83.33%) (152.64 ± 59.92 , 140.60 ± 48.94 ; $p < 0.001$), a statistically significant decrease in the average systolic blood pressure of 175 patients out of 226 patients (77.43%) (133.61 ± 14.38 , 129.79 ± 15.54 ; $p < 0.002$), a statistically significant increase in the average diastolic blood pressure of 115 patients out of 226 patients (50.88%) (72.60 ± 9.32 , 74.27 ± 10.09 ; $p < 0.02$), and there was difference in the average estimated glomerular filtration rate (eGFR) (63.36 ± 10.50 , 62.85 ± 12.96). The economic results indicate potential cost savings of up to 285,159 Baht. In conclusion, providing telepharmacy service for kidney disease patients leads to improved health outcomes, including improving clinical outcomes, delaying kidney deterioration, reducing drug related problems, reducing problems with the consumption of hazard products, enhancing patient medication adherence, achieving treatment goals and highest patient satisfaction level.

Keywords: Telepharmacy, Chronic kidney disease

บทนำ

สถานการณ์ในปัจจุบันโรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease : CKD) เป็นปัญหาสุขภาพและระบบสาธารณสุขระดับโลก รวมทั้งประเทศไทย ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบความชุกและอุบัติการณ์ของโรคเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป โดยพบมากกว่าร้อยละ 13 ของประชากรในปี 2004¹ หากพิจารณาถึงความชุกของโรคไตเรื้อรังในระยะเริ่มต้น พบว่ามีมากกว่าในระยะที่เป็นมากแล้วถึง 100 เท่า ส่วนข้อมูลในประเทศไทย จากการศึกษาของ Thai SEEK Project โดยสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยในปี 2552² ซึ่งทำการศึกษาในอาสาสมัครที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 3,459 ราย โดยอาศัยการคำนวณอัตราการกรองของไตจากสมการ MDRD³ พบว่ามีความชุกของโรคไตเรื้อรังในระยะที่ 1 – 5 ร้อยละ 17.5 โดยความชุกของโรคไตเรื้อรังจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น จากรายงานสถานการณ์ผู้ป่วยโรคไตที่เข้ารับการรักษาในหน่วยบริการสุขภาพสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขระหว่างปี 2563 – 2565⁴ พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคไตระยะเริ่มต้น (ระยะที่ 1 – 3) จำนวน 116,731 ราย, 126,455 ราย และ 133,079 ราย ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และยังพบว่าในปี 2565 มีผู้ป่วยโรคไต จำนวน 52,576 คน ที่ไม่

สามารถชะลอระยะและความรุนแรงของโรคได้⁵ สถานการณ์ปัญหาของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในจังหวัดขอนแก่น ในปี 2565 จำนวนผู้ป่วยโรคไตระยะเริ่มต้น (ระยะที่ 1 – 3) มีจำนวน 26,910 ราย คิดเป็นร้อยละ 77.19 ของจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกระยะในจังหวัดขอนแก่น ที่รายงานไปยังศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

การชะลอการเสื่อมของไตในระยะเริ่มต้น จะช่วยลดอัตราการตายและภาระค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการรักษาด้านการบำบัดทดแทนไต เนื่องจากผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 1 – 3 จะมีการดำเนินโรคค่อนข้างช้า⁶ ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะแรกเริ่มที่ไม่ได้รับการติดตามการรักษาจะมีความทำงานของไตลดลง มีการเปลี่ยนแปลงของค่าการทำงานของไตที่ไหลผ่านตัวกรองไตในหนึ่งนาที หรือ eGFR ค่อนข้างมาก โดยมีค่าเฉลี่ยของ eGFR ลดลงอยู่ระหว่าง 1 ถึงมากกว่า 10 mL/min/1.73 m² ปัจจัยที่มีผลต่อ eGFR อาทิเช่น โรคเบาหวาน ปริมาณโปรตีนที่รั่วในปัสสาวะ ความดันโลหิตสูง อายุมาก โรคอ้วน ภาวะไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ เพศ โดยเฉพาะเพศชาย⁷ ซึ่งหากผู้ป่วยได้รับการตรวจหาปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคไต และทำการปรับเปลี่ยนความเสี่ยงนั้นได้ ซึ่งการชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยการให้บริบาลทางเภสัชกรรมต่อการควบคุมปัจจัยเสี่ยง (Progression Factor) ของการดำเนินโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End Stage

Renal Disease : ESRD) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยในแต่ละราย เพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาต่าง ๆ มีการติดตามระดับการทำงานของไต การส่งปรึกษาหรือส่งต่อแพทย์ การตรวจสอบและประสานรายการยา (Medication Reconciliation : MR) ที่ผู้ป่วยได้รับทั้งจากบุคลากรทางการแพทย์หรือผู้ป่วยหาซื้อมารับประทานเอง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อไตของผู้ป่วย รวมถึงเภสัชกรยังสามารถค้นหาและแก้ไขปัญหาก็เกี่ยวกับการใช้ยา (Drug Related Problems : DRPs) เพื่อดูแลการใช้ยาอย่างถูกต้องและเหมาะสม ตลอดจนให้ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและยา คำแนะนำในการปฏิบัติตน ได้แก่ การจำกัดเกลือในอาหาร การออกกำลังกาย และการงดสูบบุหรี่ เป็นต้น^{8,9}

จากสถานการณ์ความแออัดของโรงพยาบาลและการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ผู้ป่วยเสียโอกาสในการเข้าถึงการรับบริการ ดังนั้น จึงมีการนำเทคโนโลยีด้านการสื่อสารเข้ามาใช้ในระบบการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว นอกจากนี้ การประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) นี้ยังเป็นการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ โดยกระทรวงสาธารณสุข เห็นความสำคัญในประเด็นดังกล่าว และได้ผลักดันการขับเคลื่อนระบบสุขภาพด้วยเทคโนโลยีดิจิทัลผ่านยุทธศาสตร์

เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ (eHealth Strategy) กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 – 2569¹⁰ และมียุทธศาสตร์การดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรมที่มีความสอดคล้องกับนโยบาย Thailand 4.0 มุ่งเน้นการพัฒนาที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม (Digital Economy)¹¹ โดยมีการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสุขภาพ หรือสุขภาพดิจิทัล (Digital Health)¹² เพื่อจัดการความเจ็บป่วยและความเสี่ยงต่อสุขภาพ และเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแนวทางปฏิบัติให้ทุกจังหวัดมีหน่วยบริการสุขภาพที่จัดให้มีการบริการการแพทย์ทางไกล¹³ ร่วมกับการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล

การให้บริการเภสัชกรรมทางไกล หมายถึงงานบริการด้านเภสัชกรรม ที่ส่งมอบให้ผู้ป่วยซึ่งอยู่ต่างสถานที่ ผ่านการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารหรือช่องทางอื่นเป็นผู้แทนในการนำส่งบริการนั้น โดยเภสัชกรเป็นผู้ควบคุมและรับผิดชอบในกระบวนการที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการส่งมอบยา การติดตามผลการรักษา และการใช้ยาของผู้รับบริการทางไกล โดยมีมาตรฐานและขั้นตอนการปฏิบัติงานเภสัชกรรมทางไกลของเภสัชกรตามประกาศสภาเภสัชกรรม ที่ 56/2563 เรื่องการกำหนดมาตรฐานและขั้นตอนการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล¹⁴ ซึ่งจากวิกฤตการระบาดของโควิด-19 เภสัชกรรมทางไกลเป็นช่องทางหนึ่งในการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยเป็นส่วนหนึ่งของบริการสุขภาพทางไกล (Telehealth)

ที่ต้องการสร้างระยะห่างทางสังคม (Social Distancing) โดยลดการสัมผัส และหลีกเลี่ยงการพบกัน โดยตรงระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการทางการแพทย์ ช่วยบรรเทาความคับคั่งในโรงพยาบาลได้

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นถึงปัญหาของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีจำนวนมากขึ้นอย่างน่าวิตกและทำให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพของประชากร เพิ่มความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาล รวมทั้งเกิดปัญหาเศรษฐกิจต่อตัวผู้ป่วยเองและต่อประเทศในอนาคต จึงเป็นที่มาของการศึกษาเรื่องการพัฒนาคุณภาพการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยโรคไตระยะเริ่มต้น ของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดขอนแก่น โดยมุ่งหวังให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล เพิ่มช่องทางการเข้าถึงผู้ป่วยได้มากขึ้น เพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยมากขึ้น ส่งผลให้ชะลอการเสื่อมของไต ลดความเสี่ยงในการติดเชื้อ ลดการแออัดผู้ป่วยที่โรงพยาบาล ลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและโรงพยาบาล รวมทั้งการช่วยลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยโรคไตระยะเริ่มต้น ของโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยโรคไตระยะเริ่มต้น ด้าน

ปัญหาการใช้ยา (Drug Related Problems : DRPs) และความพึงพอใจของผู้ป่วย

3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกหลังจากได้รับรูปแบบการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล ด้านระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting Blood Sugar : FBS) ความดันโลหิต (Blood Pressure : BP) และค่าการทำงานของไตโดยวัดปริมาณเลือดที่ไหลผ่านตัวกรองของไตในหนึ่งนาที (eGFR)

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ระยะเวลาในการดำเนินงานระหว่างเดือนมกราคม – กันยายน 2566 ติดตามตัวชี้วัดตามกิจกรรมที่กำหนด ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ โดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และเภสัชกร จะให้บริการเภสัชกรรมทางไกล โดยใช้แบบเก็บข้อมูลคุณภาพการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยโรคไตระยะเริ่มต้น และบันทึกกิจกรรมการบริการลงในโปรแกรม Tele VHV และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ช่วยประสานงานกับผู้ป่วยในพื้นที่

วิเคราะห์ผลวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ และผลลัพธ์ทางสุขภาพที่บันทึกในโปรแกรม Tele VHV หลังการให้กิจกรรมบริการเภสัชกรรมทางไกล และวิเคราะห์การดำเนินงานการให้

บริการเภสัชกรรมทางไกล โดยการสัมภาษณ์เภสัชกร จำนวน 22 คน ในแบบสนทนากลุ่ม (Focus Group) โดยมีขั้นตอนในการดำเนินงานเป็นวงรอบที่ 1 และพัฒนางานรอบที่ 2 ตามวงรอบ Plan Act Observer Reflect (PAOR) แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์

ผู้ป่วยโรคไตก่อนการดูแลด้วยการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล ดำเนินการในเดือนมกราคม 2566 โดย 1) ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานตามโครงการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลให้กับเภสัชกรโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งเพื่อกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วย และพื้นที่เป้าหมาย วิเคราะห์สถานการณ์ ผู้ป่วยโรคไตระยะเริ่มต้น ก่อนการดูแลด้วยการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล และ 2) ศึกษาสภาพผู้ป่วยโรคไตที่เป็นกลุ่มเป้าหมายก่อนการดูแลด้วยการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล จากการทบทวนข้อมูลค่า eGFR, FBS, BP และโรคแทรกซ้อนจากโปรแกรมเวชระเบียนของผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนที่ให้การรักษา

2. ระยะที่ 2 ปฏิบัติการ

พัฒนาเจ้าหน้าที่ให้มีความพร้อมในการใช้งานโปรแกรม Tele VHV จำนวน 3 ครั้ง และประเมินผลทำให้ความรู้การใช้เครื่องมือโดยประชุมชี้แจงรายละเอียดให้แก่เจ้าหน้าที่รพ.สต. และเภสัชกรในพื้นที่เป้าหมายในการใช้เครื่องมือการบริการเภสัชกรรมทางไกล

เพื่อดูแลผู้ป่วยโรคไตด้วยโปรแกรม Tele VHV ดำเนินการในเดือนกุมภาพันธ์ - มิถุนายน 2566 โดย 1) ประชุมเชิงปฏิบัติการเรียนรู้การใช้งานโปรแกรม Tele VHV พร้อมประเมินผลผลลัพธ์การเรียนรู้ ด้วยแบบสำรวจความคิดเห็น 2) ประชุมเชิงปฏิบัติการเรียนรู้การใช้งานโปรแกรม Tele VHV เพื่อเน้นย้ำการใช้เครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยทางไกล และความรู้และทักษะการใช้งานโปรแกรม และ 3) ประชุมเชิงปฏิบัติการ Role Play เพื่อจำลองเหตุการณ์ในการให้บริการผู้ป่วยโรคไตผ่านระบบโปรแกรม Tele VHV พร้อมประเมินผลผลลัพธ์การเรียนรู้ ด้วยแบบสำรวจความคิดเห็น

3. ระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนา

ดำเนินการในเดือนกรกฎาคม - กันยายน 2566 โดย 1) ติดตามตัวชี้วัดตามกิจกรรมที่กำหนดตามมติที่ประชุมคณะทำงานพัฒนาระบบงานเภสัชกรรมปฐมภูมิและดำเนินงานให้บริการเภสัชกรรมทางไกล 2) รวบรวมและวิเคราะห์ผลวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่บันทึกในโปรแกรม Tele VHV หลังการให้กิจกรรมบริการเภสัชกรรมทางไกล 3) กิจกรรมแลกเปลี่ยนรู้การให้บริการเภสัชกรรมทางไกลในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่นและสนทนากลุ่มตามประเด็นโครงสร้างคำถามและวิเคราะห์เพื่อหาข้อเสนอการพัฒนาในการดำเนินงานครั้งต่อไป



กลุ่มเป้าหมายการวิจัย

พื้นที่ทำการวิจัย คือ 25 อำเภอ 25 ตำบล ตำบลละอย่างน้อยจำนวน 1 หมู่บ้าน ที่มีผู้ป่วยโรคไตระยะแรกเริ่มเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 25 แห่ง ในจังหวัดขอนแก่น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่

(1) กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 1 – 3 โดยการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster Sampling) เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion Criteria) ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 1 – 3 ตามเกณฑ์การแบ่งระยะโรคไตเรื้อรังโดยใช้ CKD Staging ของ KDIGO Guideline 2012 2) ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลที่มี Smartphone และ

สามารถเข้าร่วมใช้ Application ได้ 3) ผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาตั้งอยู่ในเขตพื้นที่ของโรงพยาบาลที่ได้รับการรักษา 4) ผู้ป่วยที่ยินยอมเข้าร่วมในการรักษา

(2) กลุ่มที่ 2 ผู้ให้บริการและให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

(1) กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง ระยะ 2 หรือ 3A จำนวน 259 คน การสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม โดยทำการสุ่ม (Sampling Plan) ให้เภสัชกรสำรวจผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคไตระยะเริ่มต้น และอยู่ในพื้นที่เป้าหมาย จำนวน 25 อำเภอ 25 ตำบล ตำบลละ 10 คน การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้สูตร ในกรณีที่ประชากรมีจำนวนแน่นอน (Finite Population) Krejcie & Morgan

$$S = \frac{\chi^2 NP(1-P)}{d^2(N-1) + \chi^2 P(1-P)}$$

(χ^2) ค่าไคสแควร์ ที่ df = 1 ณ ระดับความเชื่อมั่น (95%)	3.841
(N) จำนวนประชากรที่ศึกษา	133,079
(P) สัดส่วนของประชากร	0.5
(d) ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้	0.05
(S) ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ	259

(2) ผู้ให้บริการและผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ประกอบด้วยเภสัชกร ผู้รับผิดชอบงานบริหารโรคไตในโรงพยาบาล ชุมชน จังหวัดขอนแก่น จำนวน 25 คน เจ้าหน้าที่ รพ.สต. จำนวน 25 คน และ อสม. จำนวน 25 คน รวมทั้งสิ้น 75 คน การสุ่มแบบเจาะจง โดยขอความเห็นของเภสัชกรในลำดับแรก เพื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการ จากการประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล จังหวัดขอนแก่น และเภสัชกรที่เข้าร่วมโครงการ คัดเลือกเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ อสม. ที่เป็นบุคคลสำคัญในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในหน่วยงานปฐมภูมิในชุมชน (Key Man)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

1. แบบสำรวจความคิดเห็นผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการเรียนรู้การใช้งานโปรแกรมเภสัชกรรมทางไกล Tele VHV

2. แบบบันทึกเก็บข้อมูลคุณภาพการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยโรคไตระยะเริ่มต้น ของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลทั่วไป

2.2 พฤติกรรมการใช้ยา

2.3 ความพึงพอใจในการรับบริการ โดยประเมินความพึงพอใจทั้งหมด 4 ด้าน ใช้

เกณฑ์ระดับคะแนน 1 – 5 (พึงพอใจน้อยที่สุด – พึงพอใจมากที่สุด)

3. แบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม การดำเนินงานการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล ในผู้ป่วยโรคไตระยะเริ่มต้นของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดขอนแก่น โดยมีคำถามแบบโครงสร้าง 6 ประเด็น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) การทดสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ทำการตรวจสอบเพื่อพิจารณาถึงความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับแบบทดสอบใช้ค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง (Index of Item – Objective Congruence : IOC) ได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (IOC = 0.95)

2) การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้มารับบริการในเขตอำเภอเมืองขอนแก่น จำนวน 30 คน โดยนำแบบสอบถามมาหาความเชื่อมั่นข้อมูลระดับ Likert Scale ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Coefficient Alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถาม 0.91 (Alpha = 0.91)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลของผู้ป่วยด้วยแบบบันทึกข้อมูล ผ่านการกรอกของเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ

เภสัชกร ในโปรแกรม Tele VHV ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วย ICD โรคร่วม ผลวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ Baseline FBS, BP และ eGFR เพื่อนำมาวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วย (Baseline Characteristics) และนำมาเปรียบเทียบก่อนและหลังการได้รับการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านพฤติกรรม ปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย ด้วยแบบฟอร์มการเก็บข้อมูล ปัญหาการใช้ยาและการจัดการปัญหาจากเภสัชกร

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจของผู้ป่วย ด้วยแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย ผ่านการกรอกข้อมูลของผู้ป่วยหรือเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ทาง Google Form

ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ข้อมูลที่เป็นความคิดเห็นจากการสัมภาษณ์เภสัชกรแบบสนทนากลุ่ม จำนวน 22 คน (จากจำนวนเภสัชกร 25 คน ไม่สามารถเข้าร่วมการสัมภาษณ์ จำนวน 3 คน) โดยมีคำถามแบบโครงสร้าง 6 ประเด็น ได้แก่ ด้านนโยบาย ด้านเทคโนโลยี ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านสถานที่ และด้านการประกันคุณภาพ

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

1. จัดประชุมชี้แจงและประสานงานกับเภสัชกรโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง เพื่อรวบรวมข้อมูลและศึกษาสภาพผู้ป่วยโรคไตที่เป็นกลุ่มเป้าหมายก่อนการดูแลด้วยการ

ให้บริการเภสัชกรรมทางไกล

2. ก่อนการใช้โปรแกรมเภสัชกรรมทางไกล Tele VHV ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตของเครือข่ายเภสัชกรโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดขอนแก่น ดำเนินการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเรียนรู้การใช้งานโปรแกรม Tele VHV ให้เภสัชกรและเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ที่เข้าร่วมโครงการ จำนวน 3 ครั้ง โดยเจ้าหน้าที่และเภสัชกรจะปฏิบัติการให้บริการและบันทึกกิจกรรมการให้บริการลงในโปรแกรม Tele VHV

3. หลังจากการใช้โปรแกรมเภสัชกรรมทางไกล Tele VHV ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตระยะเริ่มต้น ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลที่เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และเภสัชกร บันทึกในโปรแกรม Tele VHV ด้านปัญหาการใช้ยา ผลวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการและผลลัพธ์ทางคลินิกหลังจากได้รับการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล ได้แก่ DRPs, FBS, BP และ eGFR และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เก็บข้อมูลความพึงพอใจในการรับบริการของผู้ป่วย โดยใช้แบบเก็บข้อมูลคุณภาพการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยโรคไตระยะเริ่มต้น

4. จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การให้บริการเภสัชกรรมทางไกลในโรงพยาบาลแม่ข่ายเครือข่าย จังหวัดขอนแก่น และเก็บข้อมูลความคิดเห็นของเภสัชกรในการดำเนินงานการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยโรค

ไตรระยะเริ่มต้น โดยใช้แบบสัมภาษณ์ในการ
สนทนากลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์
ข้อมูลทั่วไปและพฤติกรรมการใช้ยา โดยใช้
สถิติเชิงพรรณนาในการแจกแจงความถี่ ค่า
ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ
สถิติเชิงอนุมาน ด้วยสถิติ Paired t-test ที่
ระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 วิเคราะห์
ข้อมูลระดับความพึงพอใจ และ Likert
Scale ที่มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ โดยมี
เกณฑ์การพิจารณาดังนี้

- คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 1.80
หมายถึง ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด
- คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.81 – 2.60
หมายถึง ระดับความพึงพอใจน้อย
- คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.61 – 3.40
หมายถึง ระดับความพึงพอใจปานกลาง
- คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.41 – 4.20
หมายถึง ระดับความพึงพอใจมาก
- คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.21 – 5.00
หมายถึง ระดับความพึงพอใจมากที่สุด

2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ การ
ดำเนินการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลใน
ผู้ป่วยโรคไทรอยด์เริ่มต้นของโรงพยาบาลชุมชน
ในจังหวัดขอนแก่นจากการสนทนากลุ่ม โดย
การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยเรื่องนี้ได้ผ่านการพิจารณาจาก
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เลขที่
COE 016/2566

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัยเชิง
ปฏิบัติการ ดังนี้

1. แนวทางการพัฒนาคุณภาพการให้
บริการเภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยโรคไทรอยด์
เริ่มต้น ของโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดขอนแก่น
ดังนี้

- วงรอบที่ 1 การพัฒนาประกอบด้วย
 - 1) ประชุมชี้แจงแนวทางการ
ดำเนินงานตามโครงการให้บริการเภสัชกรรม
ทางไกลให้กับเภสัชกรโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง
เพื่อกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยและกำหนด
พื้นที่
 - 2) ศึกษาสภาพผู้ป่วยโรคไทรอยด์ที่เป็น
กลุ่มเป้าหมายก่อนการดูแลด้วยการให้บริการ
เภสัชกรรมทางไกล
 - 3) ประชุมเชิงปฏิบัติการเรียนรู้
การใช้งานโปรแกรม Tele VHV
 - 4) ประชุมเชิงปฏิบัติการ Role
Play เพื่อจำลองเหตุการณ์ในการให้บริการ
ผู้ป่วยโรคไทรอยด์ผ่านระบบโปรแกรม Tele VHV
พร้อมประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้

5) ดำเนินการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยโรคไตระยะเริ่มต้น ครั้งที่ 1

นำปัญหาที่พบจากการดำเนินงานรอบที่ 1 คือความไม่เข้าใจในการใช้งานโปรแกรม Tele VHV และพบปัญหาจากการใช้ยาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย พัฒนาในรอบที่ 2

- วงรอบที่ 2 ประกอบด้วย

1) ประชุมเชิงปฏิบัติการการเรียนรู้การใช้งานโปรแกรม Tele VHV มีการให้คำปรึกษาในการใช้โปรแกรมทางกลุ่มไลน์เฉพาะ และกำหนดให้ใช้แอปพลิเคชันในการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลได้ด้วยเนื่องจากสามารถใช้งานง่ายกว่า

2) ประชุมเชิงปฏิบัติการการจัดการปัญหาจากการใช้ยา

3) ดำเนินการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยโรคไตระยะเริ่มต้น ครั้งที่ 2

4) ประเมินผลการพัฒนา การดูแลผู้ป่วยโรคไตด้วยการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล โดยติดตามตัวชี้วัดตามกิจกรรมที่กำหนด รวบรวมและวิเคราะห์ผลวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ และผลลัพธ์ทางสุขภาพที่บ้านที่กในโปรแกรม Tele VHV หลังการให้กิจกรรมบริการเภสัชกรรมทางไกล และกิจกรรมแลกเปลี่ยนรู้การให้บริการเภสัชกรรมทางไกล

2. ผลการพัฒนาคุณภาพการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยโรคไตระยะเริ่มต้นจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 259 คน ข้อมูลทั่วไปพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.16 มีช่วง

อายุ 65 ปีขึ้นไป ร้อยละ 66.41 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 52.12 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 59.46 ผู้มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยคือ บุตรหลาน ร้อยละ 71.43 และข้อมูลสุขภาพพบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตระยะที่ 2 จำนวน 159 ราย (ร้อยละ 61.39) ระยะที่ 3A จำนวน 100 ราย (ร้อยละ 38.61) และกลุ่มตัวอย่างมีโรคร่วมมากที่สุด ได้แก่ ความดันโลหิตสูง (Hypertension) จำนวน 210 ราย (ร้อยละ 81.0) รองลงมา ได้แก่ เบาหวานชนิดที่ 2 (DM Type 2) จำนวน 176 ราย (ร้อยละ 67.95) และโรคอื่น ๆ ได้แก่ โรคที่มีระดับไขมันในเลือดสูง (Dyslipidemia), โรคหืด (Asthma), โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD), โรคหัวใจ (Heart Disease), โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke), โรคซึมเศร้า (Depression) เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนอาจมีโรคร่วมหลายโรคได้

1. ผลการศึกษาด้านปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 195 รายการ ผลลัพธ์การจัดการปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาหลังจากได้รับบริการเภสัชกรรมทางไกล จำนวน 2 ครั้งพบว่าผู้ป่วยให้ความร่วมมือปฏิบัติตามคำแนะนำของเภสัชกรและสามารถร่วมแก้ปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาได้ จำนวน 155 รายการ (ร้อยละ 79.49) ผู้ป่วยยังคงมีปัญหากับการใช้ยา จำนวน 40 รายการ (ร้อยละ 20.51) แยกเป็นประเภทของปัญหาที่ทำให้ไม่สามารถจัดการปัญหากับการใช้ยาได้มากอันดับสูงสุด คือ พฤติกรรม

การใช้ชีวิต เช่น การสูบบุหรี่ รongลงมาคือ ปัญหาจำเป็นต้องได้รับการรักษาแต่ไม่ได้รับ ได้แก่ ผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังต้องรักษาต่อเนื่อง แต่ไม่ได้ส่งจ่ายยา ปัญหาการใช้แบบแผนการให้ยาไม่เหมาะสมได้แก่ ขนาดยาที่ใช้ต่ำเกินไป ทำให้ไม่ได้ผลการรักษาตามที่ต้องการหรือมีระดับยาในเลือดต่ำเกินกว่าระดับให้ผลในการรักษา ปัญหาการได้รับยาที่ไม่จำเป็น ได้แก่ การใช้ยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้ และปัญหาด้านความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ได้แก่ การใช้ยาน้อยกว่าที่กำหนด เป็นต้น วิธีการ

แก้ปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาเมื่อได้รับบริการเภสัชกรรมทางไกลแล้วพบปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา จะดำเนินการขั้นตอนแรกโดยการให้ความรู้แก่ อสม. ผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วย ในรายที่มีปัญหาจากการรับประทานยาไม่ถูกต้องจะจัดอุปกรณ์กล่องจัดยารายมีรายวันเพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว ส่วนปัญหาจากการใช้ยาที่ไม่พบได้แก่ ปัญหาการเลือกใช้ยาไม่เหมาะสม และปัญหาการไม่ได้รับยาที่แพทย์สั่ง ผลการศึกษาดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนของ DRPs ที่พบ และจำนวนที่ได้รับการแก้ไขได้และที่แก้ไขไม่ได้หลังได้รับบริการเภสัชกรรมทางไกล จำแนกรายประเภท DRPs

ประเภท DRPs	จำนวน DRPs ที่พบหลังทำ Telepharmacy	การจัดการปัญหา	
		จำนวน ได้รับการ แก้ไข (ร้อยละ)	จำนวนไม่ สามารถ แก้ไขได้ (ร้อยละ)
1. ปัญหาจำเป็นต้องได้รับยารักษาแต่ไม่ได้รับ (Need for Additional Drug Therapy)			
ผู้ป่วยเกิดอาการของโรคใหม่ จึงจำเป็นต้องเพิ่มการรักษาด้วยยาใหม่	2	2 (100.00)	0 (0.00)
ผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังต้องรักษาต่อเนื่อง แต่ไม่ได้ส่งจ่ายยา	3	2 (66.67)	1 (33.33)
2. ปัญหาการเลือกใช้ยาไม่เหมาะสม (Improper Drug Selection)			
3. ปัญหาการใช้แบบแผนการให้ยาไม่เหมาะสม (Improper Dosage Regimen)			
ขนาดยาที่ใช้ต่ำเกินไป ทำให้ไม่ได้ผลการรักษาตามที่ต้องการ หรือมีระดับยาในเลือดต่ำเกินกว่าระดับให้ผลในการรักษา	8	6 (75.00)	2 (25.00)



ตารางที่ 1 จำนวนของ DRPs ที่พบ และจำนวนที่ได้รับการแก้ไขได้และที่แก้ไขไม่ได้หลังได้รับการ
เภสัชกรรมทางไกล จำแนกรายประเภท DRPs (ต่อ)

ประเภท DRPs	จำนวน DRPs ที่พบหลังทำ Telepharmacy	การจัดการปัญหา	
		จำนวน ได้รับการ แก้ไข (ร้อยละ)	จำนวนไม่ สามารถ แก้ไขได้ (ร้อยละ)
4. ปัญหาด้านความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย (Non Compliance)			
การใช้ยามากกว่าที่กำหนด (Over Dosage)	9	8 (88.89)	1 (11.11)
การใช้น้อยกว่าที่กำหนด (Under Dosage)	70	55 (78.57)	15 (21.43)
การใช้ยาในเวลาที่ไม่มีเหมาะสม	17	14 (82.35)	3 (17.65)
การใช้ยาผิดเทคนิคของการบริหารยา (Incorrect Technique)	3	3 (100.00)	0 (0.00)
5. ปัญหาการไม่ได้รับยาที่แพทย์สั่ง (Failure to Received Drug)			
6. ปัญหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา (Adverse Drug Reactions)			
อาการข้างเคียงจากยา (Side Effects)	11	10 (90.90)	1 (9.10)
7. ปัญหาการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา (Drug Interaction)			
การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา	1	1 (100.00)	0 (0.00)
8. ปัญหาการได้รับยาที่ไม่จำเป็น (Unnecessary Drug Therapy)			
การใช้ยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้ (Medication Use without Indication)	12	9 (75.00)	3 (25.00)
การใช้สมุนไพรโดยไม่มีข้อบ่งชี้ (Herb Use without Indication)	18	16 (88.88)	2 (11.12)
การใช้ยาที่ยังไม่มีข้อบ่งชี้ที่พิสูจน์แล้ว (Unapproved Indication)	2	2 (100.00)	0 (0.00)
9. ปัญหาการใช้ยาซ้ำซ้อนของผู้ป่วย (Duplicated Medication or Repeated Medication)			
การใช้ยาซ้ำซ้อน	1	1 (100.00)	0 (0.00)
10. ปัญหาอื่น ๆ			
พฤติกรรมกรับประทานอาหาร เช่น รับประทานอาหารรสเค็มหวาน	32	24 (75.00)	8 (25.00)
พฤติกรรมการใช้ชีวิต เช่น สูบบุหรี่	6	2 (33.33)	4 (66.67)
รวม	195	155 (79.49)	40 (20.51)

2. ผลลัพธ์ด้านความเป็นมนุษย์ (Humanistic Outcomes) จากการศึกษา ด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยจำนวน 259 คน ซึ่งแสดงผลเป็นค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคไต ต่อระบบการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลพบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลภาพรวมอยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุด (4.85 ± 0.37) ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลอยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุดในทุกข้อคำถามโดยเรียงอันดับของ

ความพึงพอใจตามลำดับ โดยระดับความพึงพอใจมากที่สุดอันดับสูงสุด ได้แก่ ความพอใจโดยรวมกับการนัดหมายการบริการเภสัชกรรมทางไกล (4.96 ± 0.20) รองลงมา ได้แก่ การรับบริการเภสัชกรรมทางไกลมีประสิทธิภาพทดแทนการมารับบริการที่โรงพยาบาลเพียงใด (4.92 ± 0.32) ความสะดวกในการเข้าใช้งานบริการเภสัชกรรมทางไกล (4.83 ± 0.42) และสามารถเข้าใจคำแนะนำการชื้อยาจากเภสัชกรผ่านการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (4.70 ± 0.52) ตามลำดับ ผลการศึกษาแสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคไตต่อระบบการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล จำแนกรายประเด็น

ประเด็นความพึงพอใจ	ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD (คะแนนเต็ม 5.0)	ระดับความพึงพอใจ
1. การรับบริการเภสัชกรรมทางไกลมีประสิทธิภาพทดแทนการมารับบริการที่โรงพยาบาลเพียงใด	4.92 ± 0.32	มากที่สุด
2. ความสะดวกในการเข้าใช้งานบริการเภสัชกรรมทางไกล	4.83 ± 0.42	มากที่สุด
3. สามารถเข้าใจคำแนะนำการชื้อยาจากเภสัชกรผ่านการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล	4.70 ± 0.52	มากที่สุด
4. ความพอใจโดยรวมกับการนัดหมายการบริการเภสัชกรรมทางไกล	4.96 ± 0.20	มากที่สุด
ภาพรวม	4.85 ± 0.37	มากที่สุด

3. ผลลัพธ์ด้านคลินิก (Clinical Outcomes) การเปรียบเทียบก่อนและหลังได้รับการบริการเภสัชกรรมทางไกล พบว่าหลังรับบริการ ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย 135 ราย จาก 162 ราย (ร้อยละ 83.33) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (152.64 ± 59.92 , 140.60 ± 48.94 ;

$p < 0.001$) ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต Systolic BP ของผู้ป่วย 175 ราย จาก 226 ราย (ร้อยละ 77.43) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (133.61 ± 14.38 , 129.79 ± 15.54 ; $p < 0.002$) ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต Diastolic BP ของผู้ป่วย 115 ราย จาก 226 ราย (ร้อยละ 50.88) เพิ่มขึ้น



อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (72.60 ± 9.32 , 74.27 ± 10.09 ; $p < 0.02$) และค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไต (eGFR) ของผู้ป่วย 109 ราย (ร้อยละ 100)

ไม่แตกต่างกัน (63.36 ± 10.50 , 62.85 ± 12.96 ; $p = 1.00$) ผลการศึกษาดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคไต ก่อนและหลังได้รับการบริการเภสัชกรรมทางไกล

ผลลัพธ์ทางคลินิก	จำนวน (n)	ก่อนได้รับ การบริการ		หลังได้รับ การบริการ		D	95%CI		t	p-value
		ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD		Lower	Upper		
FBS (mg/dL)	162	152.64	59.92	140.60	48.94	-12.04	-20.86	-3.22	-3.67	<0.001*
Systolic BP (mmHg)	226	133.61	14.38	129.79	15.54	-3.82	-6.08	-1.56	-3.14	<0.002*
Diastolic BP (mmHg)	226	72.60	9.32	74.27	10.09	1.68	0.18	3.18	2.07	<0.02*
eGFR (mL/min/1.73 m ²)	109	63.36	10.50	62.85	12.96	-0.91	-2.72	0.90	-0.99	1.00

หมายเหตุ :

- * p-value < 0.05
- จำนวน n ที่ไม่เท่ากันเนื่องจากใช้ข้อมูลผู้ป่วยโรคไตจากโปรแกรมเวชระเบียนของผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนที่มีข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิกครบทั้ง 2 ครั้งก่อนและหลังการได้รับการให้บริการ

4. ผลลัพธ์ด้านเศรษฐศาสตร์ (Economic Outcomes) จากการศึกษาค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยสามารถประหยัดได้ของผู้ป่วย จำนวน 259 คน ซึ่งจากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยใน 12 สัปดาห์ระหว่างการที่ผู้ป่วยรับบริการแบบเดิม และรับบริการเภสัชกรรมทางไกล พบว่าค่าใช้จ่ายทางตรงประหยัดได้ 94,535 บาท และ 42,994 บาท สำหรับค่าเดินทาง และค่าอาหารตามลำดับ

ค่าใช้จ่ายทางอ้อมประหยัดได้ 49,210 บาท และ 98,420 บาท สำหรับค่าสูญเสียโอกาสผู้ป่วย และค่าสูญเสียโอกาสของญาติ ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาจากค่าใช้จ่ายรวม พบว่าการบริการแบบเภสัชกรรมทางไกลทำให้ผู้ป่วยสามารถประหยัดได้ 285,159 บาท ผลการศึกษาดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยค่าเดินทาง ค่าอาหาร ค่าตรวจรักษาและยา ค่าที่พัก และค่าสูญเสียโอกาส ค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่ผู้ป่วยสามารถประหยัดได้ (ในภาพรวมของผู้ป่วยจำนวน 259 คน ระยะเวลา 12 สัปดาห์)

ค่าใช้จ่าย	ค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่ประหยัดได้ (บาท)
ค่าใช้จ่ายทางตรง	
ค่าเดินทาง	94,535
ค่าอาหาร	42,994



ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยค่าเดินทาง ค่าอาหาร ค่าตรวจรักษาและยา ค่าที่พัก และค่าสูญเสียโอกาส ค่าใช้จ่ายทั้งหมด
ที่ผู้ป่วยสามารถประหยัดได้ (ในภาพรวมของผู้ป่วยจำนวน 259 คน ระยะเวลา 12 สัปดาห์) (ต่อ)

ค่าใช้จ่าย	ค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่ประหยัดได้ (บาท)
ค่าใช้จ่ายทางอ้อม	
ค่าสูญเสียโอกาสผู้ป่วย	49,210
ค่าสูญเสียโอกาสของญาติ	98,420
ค่าใช้จ่ายรวม	285,159

5. กิจกรรมแลกเปลี่ยนรู้การให้บริการ
เภสัชกรรมทางไกลในโรงพยาบาลชุมชน
จังหวัดขอนแก่น จากการสัมภาษณ์ตาม
ประเด็นในการสนทนากลุ่มเภสัชกรผู้ปฏิบัติงาน
ให้บริการเภสัชกรรมทางไกล จำนวน 22 คน
ผู้ให้สัมภาษณ์ได้แสดงความคิดเห็นหลากหลาย
ได้แก่ นโยบายการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล
ควรมีดำเนินการในรูปแบบรวมกับTelemedicine
และสามารถเชื่อมต่อข้อมูลระหว่างสหสาขา
วิชาชีพได้ เพื่อประโยชน์ในการส่งต่อข้อมูลใน

การรักษาของผู้ป่วยระหว่างวิชาชีพหรือระหว่าง
สถานพยาบาล การพัฒนาให้แอปพลิเคชันใน
การให้บริการทันสมัยและเข้าถึงได้ง่ายขึ้น การ
เพิ่มทักษะในการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล
และทักษะการเยี่ยมบ้านของบุคลากรที่ให้บริการ
ได้แก่ เภสัชกร, เจ้าหน้าที่ รพ.สต., อสม. และ
การสนับสนุนงบประมาณค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ ผู้วิจัย
ได้นำเสนอความคิดเห็นที่สามารถนำมาเป็น
ข้อเสนอแนะในการพัฒนาการให้บริการเภสัชกรรม
ทางไกลต่อไปได้ ผลการศึกษาดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความคิดเห็นและข้อเสนอของกลุ่มเภสัชกรผู้ปฏิบัติงานให้บริการเภสัชกรรมทางไกลต่อ
ระบบการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล

ข้อเสนอเชิงปฏิบัติ	ประเด็น (จำนวนผู้แสดงความคิดเห็น)
ด้านนโยบาย	1. ควรมี Telepharmacy ร่วมกับ Telemedicine (3) 2. ควรมี Telepharmacy โดยเฉพาะในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 แต่ อย่างไรก็ตาม การเยี่ยมบ้านโดยเข้าไปพบผู้ป่วยที่บ้านเองจะมีประสิทธิภาพในการ ประเมินผู้ป่วยที่มากกว่า (1) 3. ควรมีการใช้ระบบที่เป็นของสหวิชาชีพเช่นเดียวกับ Telemedicine และควรให้บริการใน ผู้ป่วยเฉพาะราย (3) 4. นโยบายควรมีความชัดเจนและสอดคล้อง เกิดผลประโยชน์ต่อองค์กร ผู้บริหารต้องรับทราบ การส่งต่อข้อมูลควรเป็นระบบ มีการรับรู้ชุดข้อมูลเดียวกัน (3)



ตารางที่ 5 ความคิดเห็นและข้อเสนอของกลุ่มเภสัชกรผู้ปฏิบัติงานให้บริการเภสัชกรรมทางไกลต่อระบบการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (ต่อ)

ข้อเสนอเชิงปฏิบัติ	ประเด็น (จำนวนผู้แสดงความคิดเห็น)
ด้านเทคโนโลยี	1. ปรับปรุง Application ให้มีความง่ายต่อการใช้งาน (11) 2. อาจจะทำเป็นรูปเล่มคู่มือ หรือวิดีโอ วิธีการใช้โปรแกรม เพื่อให้เข้าใจวิธีการใช้งาน (3) 3. ควรรวม Telepharmacy และ Telemedicine เป็น Application เดียวกัน (2)
ด้านบุคลากร	1. ภาระงานของเภสัชกรยังเป็นอุปสรรค/ภาระงานด้านหน้ายังเยอะอยู่ (1) 2. องค์ความรู้ของเภสัชกรแต่ละคนไม่เท่ากัน โดยเฉพาะในประเด็นเรื่อง DRPs (1) 3. โรงพยาบาลขนาดเล็ก กำลังคนน้อยมาก ไม่สามารถที่จะทำ Telepharmacy ได้เนื่องจากทุกคนมีภาระงานของตนเองและขาดกำลังคนด้านเภสัชปฐมนูมิ/หากขยายเป็นระดับอำเภอ อาจจะมีคามยุ่งยากเพิ่มมากขึ้นในด้านการประสานงาน (6) 4. อสม. ยังไม่มีทักษะในการเยี่ยมบ้าน (4) 5. เพิ่มอัตรากำลังคนให้กับโรงพยาบาลระดับ F3 เพื่อแก้ไขปัญหาภาระหน้าที่ของเภสัชของโรงพยาบาล (2)
ด้านงบประมาณ	1. สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานให้แก่ อสม. เช่น ค่าอินเทอร์เน็ต ค่าเดินทาง ค่าโทรศัพท์ (21) 2. ผลักดันด้านงบประมาณที่ใช้สำหรับการดำเนินงานเชิงรุกให้มากขึ้น (1)
ด้านสถานที่	1. ระบบการทำ Telepharmacy ถ้าเป็นไลน์ก็จะสะดวก แต่มีปัญหาเรื่องความปลอดภัย (1)
ด้านการประกันคุณภาพ	<u>การวางแผน (Plan)</u> 1. มีระบบเชื่อมต่อข้อมูลระหว่างสถานพยาบาลเพื่อส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย (1) <u>การลงมือปฏิบัติ (Do)</u> 2. เภสัชกรไม่เคยใช้คำถามจากระบบ Telepharmacy เนื่องจากการคุยกับผู้ป่วยจริง ๆ ไม่สามารถคุยแบบถามเป็นขั้นตอน (22) <u>การตรวจสอบ (Check)</u> 3. ควรมีการประเมินผลการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลจากผู้ป่วย (1) <u>การปรับปรุง (Action)</u> 4. Telepharmacy มีประโยชน์ แต่ไม่ตอบโจทย์และแก้ปัญหาไม่ตรงจุด 5. ควรตั้งขอบเขตของกลุ่มผู้ป่วยที่สามารถใช้ระบบ Telepharmacy ให้เต็มประสิทธิภาพ (16) 6. ควรจะมีการสนับสนุนอำนวยความสะดวกในเรื่องของกระบวนการต่าง ๆ ในการทำ Telepharmacy เพื่อจะทำให้นโยบายสามารถก้าวพัฒนาต่อไปได้ (16)

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

การพัฒนาคุณภาพการให้บริการผู้ป่วยโรคไตระยะเริ่มต้น โดยนำระบบการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลมาประยุกต์ใช้ร่วมกับการใช้กระบวนการทางเภสัชกรรมในการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพ เป็นแนวทางที่ทำให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตดีขึ้นและมีส่วนช่วยในการชะลอไตเสื่อมได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุธาบดี ม่วงมี¹⁵ ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของการบริหารเภสัชกรรมต่อการชะลอไตเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังร่วมกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยพบว่าการบริหารทางเภสัชกรรมตั้งแต่ระยะแรกของโรคมีส่วนช่วยในการชะลอไตเสื่อมได้ โดยการคัดกรองปัจจัยเสี่ยง การติดตามผลลัพธ์ทางคลินิก รวมถึงการประเมินการส่งจ่ายยาและการใช้ยา การค้นหาและแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา ตลอดจนให้ความรู้ในการชะลอไตเสื่อม ซึ่งผลลัพธ์การจัดการปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาหลังจากได้รับการบริการเภสัชกรรมทางไกลพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือปฏิบัติตามคำแนะนำของเภสัชกรและสามารถร่วมแก้ปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพร สุปินธรรม¹⁶ ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการส่งเสริมการใช้ยาต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการผ่านระบบเภสัชกรรม

ทางไกล โรงพยาบาลป่าซาง จังหวัดลำพูนพบว่าโปรแกรมก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อระบบบริการดีต่อระบบบริการผ่านระบบบริการเภสัชกรรมทางไกล โดยช่วยเสริมสร้างเกี่ยวกับให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาที่บ้าน มีความร่วมมือในการใช้ยาที่ถูกต้อง เสริมสร้างพฤติกรรมการใช้ยาที่บ้านให้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีพฤติกรรมปฏิบัติตัวและการดูแลตนเองที่ถูกต้อง และช่วยในการแก้ไขปัญหาการใช้ยาที่บ้านแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้เป็นอย่างดี รวมทั้งก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีต่อผู้ป่วย ซึ่งผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคไตก่อนและหลังได้รับการบริการเภสัชกรรมทางไกล พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ย ค่า FBS (mg/dL) ก่อนได้รับการบริการสูงกว่าหลังได้รับการบริการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าเฉลี่ย ค่า Systolic BP (mmHg) ก่อนได้รับการบริการสูงกว่าหลังได้รับการบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม จากผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ย ค่า Diastolic BP (mmHg) ก่อนได้รับการบริการต่ำกว่าหลังได้รับการบริการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าเฉลี่ย ค่า eGFR (mL/min/1.73 m²) ก่อนได้รับการบริการและหลังได้รับการบริการไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งการศึกษาการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยโรคไตในครั้งนี้อาจมีข้อจำกัดทำให้ไม่

เห็นผลทางคลินิกบางอย่างที่เปลี่ยนแปลงได้อย่างชัดเจน ได้แก่ การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารรสเค็ม หวาน พักผ่อนไม่เพียงพอ ความเครียด ทำให้ความดันโลหิตสูง นอกจากปัจจัยข้างต้นแล้ว การใช้ยาสมุนไพร ทำให้ต้องทำงานหนักในการกรองของเสียออกจากร่างกาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อุไรวรรณ พานทอง¹⁷ ที่ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการโรคไตเรื้อรังโดยรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังในสถานบริการปฐมภูมิ จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก และมีอัตราการกรองไตเพิ่มขึ้นหลังเข้าโปรแกรมการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้น ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิก ก่อนได้รับการและหลังได้รับการมีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงลดลงแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการศึกษาพบว่า การให้บริการเภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยโรคไตระยะเริ่มต้นมีประสิทธิภาพตามวัตถุประสงค์การศึกษา โดยผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้น และผู้ป่วยมีความพึงพอใจระดับมากที่สุดต่อการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล อาจเป็นเพราะการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล เภสัชกรสามารถใช้เวลาในการบริหารเภสัชกรรม ให้ความรู้ พบพบ และจัดการปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาแก่ผู้ป่วยอย่างเต็มที่ ทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือปฏิบัติตามคำแนะนำของเภสัชกร และสามารถร่วมแก้ปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาได้ อีกทั้งผู้ป่วยไม่ต้อง

เดินทางมาโรงพยาบาล สามารถประหยัดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จิราวัฒน์ สุวตธิกะ¹⁸ ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของการบริหารเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกลโดยประยุกต์ใช้ระบบหมอพร้อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้ปากกาฉีดอินซูลิน อำเภอเซกา จังหวัดบึงกาฬ พบว่าหลังการให้บริการทางเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกล กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ทักษะการใช้ยา และความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และปัญหาจากการใช้ยาทั้งหมดได้รับการแก้ไข ส่งผลที่ดีต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยโรคไตระยะเริ่มต้นของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดขอนแก่นสามารถช่วยให้ผู้ป่วยสามารถชะลอการเสื่อมของไต ลดการพบปัญหาที่เกี่ยวข้องยา ลดการบริโภคผลิตภัณฑ์อันตรายและเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา ทำให้ผลการรักษาเป็นไปตามเป้าหมาย ดังนั้น จึงสรุปได้ว่าการให้บริการเภสัชกรรมโรคไตทางไกล ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ทั้งผลลัพธ์ทางคลินิก ลดปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา เพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา ช่วยให้สามารถชะลอการเสื่อมของไต ผลการรักษาเป็นไปตามเป้าหมาย และผู้ป่วยที่รับบริการมีระดับความพึงพอใจมากที่สุด

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1) การจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยโรคไต โดยบูรณาการร่วมกับแผนจัดการโรคเรื้อรังอื่น ๆ ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

2) กระบวนการพัฒนาคุณภาพการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยโรคไตระยะเริ่มต้น ของโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดขอนแก่น สามารถใช้เป็นแนวทางในการเพิ่มการเข้าถึงการดูแลผู้ป่วยและเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยโรคไต สามารถประยุกต์ใช้ในชุมชนอื่นของจังหวัดขอนแก่นและจังหวัดอื่น รวมทั้งในผู้ป่วยโรคอื่นได้

3) สามารถขยายผลของงานวิจัยในการนำไปใช้ในงานบริการปฐมภูมิร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพและชุมชน นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคไต และปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นได้

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1) ควรมีการฝึกอบรม อสม. ในการให้บริการผู้ป่วยโรคไตผ่านระบบโปรแกรม Tele VHV ให้สามารถใช้งานได้ดีขึ้น รวมทั้งการพัฒนาโปรแกรม Tele VHV และแพลตฟอร์มอื่น ๆ เช่น Telemedicine ที่ใช้ในการให้บริการผู้ป่วยให้มีการใช้งานง่ายขึ้นและสามารถใช้งานร่วมกันในโปรแกรมเดียวกัน

2) ควรมีการศึกษาพัฒนาคุณภาพการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยโรคไตในทุกระยะ มีการกำหนดความถี่และจำนวนครั้งในการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล มีการติดตาม

ประเมินผลในระยะยาว ร่วมกับการศึกษาผลการเปลี่ยนแปลงระยะโรคในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและจำนวนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมผลลัพธ์ทางคลินิกได้

3) ควรมีการศึกษาผลการพัฒนาคุณภาพการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยโรคไตระยะเริ่มต้น ด้านการลดความเสี่ยงในการติดเชื้อและผลแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคไตเรื้อรัง การช่วยลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย รวมทั้งด้านการลดแออัดผู้ป่วยที่โรงพยาบาล และการลดภาระค่ารักษาพยาบาล

4) การสัมภาษณ์เภสัชกรผู้ให้บริการเภสัชกรรมทางไกลด้วยการสนทนากลุ่ม เพื่อนำมาประกอบการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาเกี่ยวกับความคิดเห็นในการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลดังกล่าว ควรพิจารณาเรื่องความอึดตัวของข้อมูลและวิเคราะห์หาบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้บริการในครั้งนี้ (Stakeholders) ได้แก่ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. หรือ อสม. ในพื้นที่ ความคิดเห็นดังกล่าวจึงจะมีความน่าเชื่อถือในการนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและสามารถนำมาเป็นตัวแทนความคิดเห็นได้มากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการของสถานพยาบาลและหน่วยงานสาธารณสุข (พบส. เภสัชกรรม จังหวัดขอนแก่น) ผู้ที่ให้ข้อมูลและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้ จนทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงไปด้วยดี



เอกสารอ้างอิง

1. Coresh J, Selvin E, Stevens LA, Manzi J, Kusek JW, Eggers P, et al. Prevalence of chronic kidney disease in the United States. JAMA 2007; 298:2038-47.
2. Ingsathit A, Thakkestian A, Chaiprasert A, Sangthawan P, Gojaseni P, Kiattisunthorn K; the Thai-SEEK Group. Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population: Thai SEEK study. Nephrol Dial Transplant 2010; 25: 1567-75.
3. Ibrahim H, Mondress M, Tello A, Fan Y, Koopmeiners J, Thomas W. An alternative formula to the Cockcroft-Gault and the modification of diet in renal disease formulas in predicting GFR in individuals with type 1 diabetes. J Am Soc Nephrol 2005; 16:1051-60.
4. สมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย. รายงานข้อมูลการปลูกถ่ายอวัยวะประจำปี พ.ศ. 2565. กรุงเทพมหานคร: ปริ้นท์แอนด์มอร์ จำกัด; 2556.
5. สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข. [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก https://bps.moph.go.th/new_bps/sites//default/files/statistic%2061.pdf
6. Hunsicker LG, Adler S, Caggiula A, England BK, Greene T, Kusek JW, et al. Predictors of the progression of renal disease in the modification of diet in renal disease study, Kidney Int 1997; 51:1908-19.
7. KDIGO 2012 Clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. Kidney Inter Suppl 2013; 3:1-150.
8. Nephrology Society of Thailand and National Health Security Office. Clinical practice recommendation for the evaluation and management of chronic kidney disease in adults 2015. In: Office NSoTaNHs, editor. Bangkok Publishers Union Ultra Violet; 2015.
9. ดาราพร รุ่งพราย, ศยามล สุขชา, วีรชัย ไชยจามร, อุษณีย์ วรรณมณี, กมลวรรณ อ่อนละมัย, พิรดา วงษ์พิรา. คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคไตสำหรับเภสัชกร. กรุงเทพมหานคร: ประชาชน; 2558. 105-26.



10. กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ (eHealth Strategy) กระทรวงสาธารณสุข (2560 – 2569). นนทบุรี: ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2560.
11. กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. นโยบาย Thailand 4.0 มุ่งเน้นการพัฒนาที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม (Digital Economy) [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 22 ตุลาคม 2560]. 2564. 1-148. เข้าถึงได้จาก <https://www.mdes.go.th/content/download-detail/2798>
12. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัลกระทรวงสาธารณสุข (2564 – 2568) [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 22 ตุลาคม 2560]. 2564. 1-157. เข้าถึงได้จาก https://ict.moph.go.th/upload_file/files/97c2287c8f04e13f81fec13e431e7a5e.pdf
13. คณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการ. ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น ประเด็นที่ 4 Digital Health (ระบบข้อมูลสุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์). 2566.
14. สภาเภสัชกรรม. ประกาศสภาเภสัชกรรม ที่ 56/256312 เรื่อง การกำหนดมาตรฐานและขั้นตอนการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy); 2 มิถุนายน 2563, สำนักงานเลขาธิการสภาเภสัชกรรม อาคารสภาวิชาชีพ ชั้น 8 กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
15. สุชาติ ม่วงมี. ผลของการบริหารเภสัชกรรมต่อการชะลอไตเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังร่วมกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 [วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2559.
16. สุภาพร สุปินธรรม. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการใช้จ่ายต่อความร่วมมือในการใช้จ่ายของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการผ่านระบบเภสัชกรรมทางไกล โรงพยาบาลป่าซาง จังหวัดลำพูน. เภสัชกรรมคลินิก 2566; 29(1):51-64.
17. อุไรวรรณ พานทอง. การจัดการโรคไตเรื้อรังโดยรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังในสถานบริการปฐมภูมิ จังหวัดนครศรีธรรมราช. มหราชชนนครศรีธรรมราชเวชสาร 2561; 1(2):48-58.
18. จิราวัฒน์ สุวตธิกะ. ผลของการบริหารเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกลโดยประยุกต์ใช้ระบบหมอพร้อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้ปากกาฉีดอินซูลิน อำเภอเขกา จังหวัดบึงกาฬ. วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข 2566; 1(2):122-139.



19. Bureau of Non-Communicable Disease. Clinical practice guideline for the operation of reducing chronic kidney disease (CKD) in patients with diabetes and hypertension. Bangkok: The Agricultural CO-operative of printing; 2017.
20. Tungsanga K, Lam-ong S, Lam-ong S, Praditpornsin K, Tiranathanagul K, Sitiprecha W. Chronic kidney disease. Bangkok: Text and journal publication of printing; 2011.
21. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. National chronic kidney disease fact sheet [Internet]. 2017 [cited 2017 Oct 22]. Available from: http://www.cdc.gov/diabetes/pubs/pdf/kidney_factsheet.pdf

ลำดับเหตุการณ์การกำกับดูแลชุดตรวจโควิดในประเทศไทย

สิรินมาส คัชมาตย์

กองควบคุมเครื่องมือแพทย์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ประเทศไทยได้รายงานผู้ป่วยคนไทยติดเชื้อโควิดหรือเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 คนแรกเมื่อวันที่ 31 มกราคม 2563 ต่อมา เกิดการแพร่ระบาดในสนามมวยและสถานบันเทิง และแพร่ระบาดเป็นวงกว้างในกลุ่มคนใกล้ชิดในครอบครัว ชุมชน สถานที่ทำงาน และสถานศึกษา ในระยะแรกของการแพร่ระบาด การตรวจวินิจฉัยเพื่อยืนยันการติดเชื้อจะตรวจในห้องปฏิบัติการ ด้วยวิธีการตรวจแบบ Reverse Transcription Polymerase Chain Reaction (RT-PCR) ซึ่งเป็นวิธีมาตรฐาน (Gold Standard) มีความไว (Sensitivity) และความจำเพาะ (Specificity) สูง แต่มีราคาแพง โดยชุดตรวจและน้ำยาที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยการติดเชื้อ SARS-CoV-2 (เชื้อก่อโรค COVID-19) จัดเป็นเครื่องมือแพทย์ตามนิยามในพระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2553 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 ในมาตรา 4 (1) (ก) คือ เครื่องมือ เครื่องใช้ เครื่องกล วัตถุที่ใช้ใส่เข้าไปในร่างกาย น้ำยาที่ใช้ตรวจในห้องปฏิบัติการ ผลิตภัณฑ์ซอฟต์แวร์ หรือวัตถุอื่นใด ที่ผู้ผลิตหรือเจ้าของผลิตภัณฑ์มุ่งหมายเฉพาะสำหรับใช้อย่างหนึ่งอย่างใดกับมนุษย์หรือสัตว์ดังต่อไปนี้ ไม่ว่าจะใช้โดยลำพัง ใช้ร่วมกัน หรือใช้ประกอบกับสิ่งอื่นใด (ก) วินิจฉัย ป้องกัน ติดตาม บำบัด บรรเทา หรือรักษาโรค¹

ผู้เขียนขอแบ่งลำดับเหตุการณ์การกำกับดูแลชุดตรวจโควิดเป็น 3 ระยะตามสถานการณ์การแพร่ระบาดในประเทศไทยคือ ระยะที่ 1 การกำกับดูแลชุดตรวจแบบตรวจสารพันธุกรรม โดยวิธี Real Time RT-PCR และแบบตรวจหาแอนติบอดีหรือแอนติเจน ระยะที่ 2 การเพิ่มการกำกับดูแลชุดตรวจแบบตรวจหาสารพันธุกรรม โดยวิธีนอกเหนือจากวิธี Real Time RT-PCR เช่น Reverse Transcription-Loop-Mediated Isothermal Amplification (RT-LAMP) หรือ Clustered Regularly Interspaced Short Palindromic Repeats (CRISPR) และระยะที่ 3 การเพิ่มการกำกับดูแลชุดตรวจแบบตรวจหาแอนติเจนด้วยตนเอง (Self Test)

ระยะที่ 1: การกำกับดูแลชุดตรวจแบบตรวจหาสารพันธุกรรม โดยวิธี Real Time RT-PCR และแบบตรวจหาแอนติบอดีหรือแอนติเจน

ในระยะแรกของสถานการณ์การแพร่ระบาด กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้การออกประกาศกระทรวงสาธารณสุขและประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เพื่อกำกับดูแลชุดตรวจโควิดลักษณะเดียวกับการออกประกาศกระทรวง

สาธารณสุขเรื่อง ชุดตรวจที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี² ซึ่งเป็นเครื่องมือแพทย์ที่มีความเสี่ยงระดับสูงสุดหรือเครื่องมือแพทย์ประเภทที่ 4 หรือเครื่องมือแพทย์ระดับใบอนุญาต³ พร้อมกำหนดมาตรฐาน⁴⁻⁵ ผู้ประเมินและยกเว้นค่าใช้จ่ายการประเมิน⁶ รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ องค์กรผู้เชี่ยวชาญ หน่วยงานของรัฐหรือหน่วยงานอื่นที่มีคุณสมบัติเป็นผู้ประเมินชุดตรวจ⁷ เอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ⁸ การยื่นคำขอ⁹ การจำกัดการขายเฉพาะสถานพยาบาล หรือผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข¹⁰ และแสดงอายุการใช้งาน คำเตือน ข้อห้ามใช้ หรือข้อควรระวังในการใช้ไว้ในฉลากหรือเอกสารกำกับเครื่องมือแพทย์¹¹ อย่างไรก็ตาม สิ่งเพิ่มเติมจากชุดตรวจที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวีคือ กำหนดให้ชุดตรวจโควิดเป็นเครื่องมือแพทย์ที่ต้องประเมินเทคโนโลยี¹² และเป็นเครื่องมือแพทย์ที่ได้รับการยกเว้นตามมาตรา 6 (18) ในส่วนการยื่นเอกสารเพื่อจดทะเบียนสถานประกอบการผลิตหรือนำเข้า และส่วนที่ยกเว้นเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับกฎกระทรวงการขออนุญาตและการออกใบอนุญาตผลิตเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2555 และกฎกระทรวงการขออนุญาตและการออกใบอนุญาตนำเข้าเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2555¹³

ข้อจำกัดสำหรับการกำกับดูแลชุดตรวจในระยะนี้คือ ไม่มีชุดตัวอย่างสำหรับการ

ประเมินชุดตรวจแบบตรวจหาแอนติเจน เนื่องจากระยะแรกของการแพร่ระบาด จำนวนผู้ป่วยไม่มาก นอกจากนี้ ตัวอย่างคือเนื้อเยื่อด้านหลังโพรงจมูก (Nasopharyngeal) มีปริมาณน้อยเทียบกับตัวอย่างเลือด ส่วนชุดตัวอย่างสำหรับการประเมินชุดตรวจแบบตรวจหาสารพันธุกรรมนั้น ได้จากการเพาะเลี้ยงเชื้อไวรัสจากผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ซึ่งสามารถเพิ่มจำนวนได้ไม่จำกัด

ระยะที่ 2: การเพิ่มการกำกับดูแลชุดตรวจแบบตรวจหาสารพันธุกรรม โดยวิธีนอกเหนือจากวิธี Real Time RT-PCR เช่น RT-LAMP หรือ CRISPR

เนื่องจากระยะเวลาการทดสอบชุดตรวจแบบตรวจหาสารพันธุกรรม โดยวิธี RT-PCR อาจไม่ทันสถานการณ์การแพร่ระบาดเป็นวงกว้าง และราคาของเครื่องเพิ่มปริมาณสารพันธุกรรม หรือเครื่อง PCR (Polymerase Chain Reaction) ค่อนข้างแพง ประกอบกับข้อจำกัดความไวของชุดตรวจแบบตรวจหาแอนติเจน ชนิด Rapid Test นักวิจัยจึงพัฒนาชุดตรวจแบบตรวจหาสารพันธุกรรมโดยวิธีอื่น เช่น RT-LAMP, CRISPR เพื่อเป็นทางเลือกสำหรับห้องปฏิบัติการ ซึ่งมีความไวมากกว่าชุดตรวจแบบตรวจหาแอนติเจน แต่ความไวน้อยกว่าชุดตรวจแบบตรวจหาสารพันธุกรรม โดยวิธี Real Time RT-PCR อย่างไรก็ตาม การเพิ่มปริมาณสารพันธุกรรม

โดยวิธีนอกเหนือจากวิธี Real Time RT-PCR มีราคาถูกและใช้เวลาการทดสอบน้อยกว่าการเพิ่มปริมาณสารพันธุกรรม โดยวิธี RT-PCR ทั้งนี้ Real Time RT-PCR เป็นปฏิกิริยาลูกโซ่พอลิเมอร์แบบย้อนกลับ เพื่อสร้างสำเนาสาย DNA โดยมีสารพันธุกรรม RNA เป็นสารตั้งต้น ส่วน RT-LAMP เป็นปฏิกิริยาลูกโซ่แบบย้อนกลับร่วมกับการเพิ่มขยายสารพันธุกรรมจาก Stem-loop โดยอาศัยอุณหภูมิคงที่ (Isothermal Amplification) และ CRISPR เป็นการผสมผสานการเพิ่มขยายสารพันธุกรรมด้วยเอนไซม์รีคอมบิเนสพอลิเมอร์ (Recombinase Polymerase) กับการประยุกต์ใช้ CRISPR-Cas (Clustered Regularly Interspaced Short Palindromic Repeats Cas) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาจึงได้ออกประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เพื่อกำหนดมาตรฐานสำหรับชุดตรวจแบบตรวจหาสารพันธุกรรม โดยวิธีนอกเหนือจากวิธี Real Time RT-PCR เช่น RT-LAMP หรือ CRISPR¹⁴

ระยะที่ 3: การเพิ่มการกำกับดูแลชุดตรวจแบบตรวจหาแอนติเจนด้วยตนเอง (Self Test)

หลังจากสถานการณ์การแพร่ระบาดผ่านไประยะหนึ่งและมีข้อมูลเกี่ยวกับโควิด-19 เพิ่มขึ้น ตลอดจนความรุนแรงของโรคลดลง ทั่วโลกและประเทศไทยเริ่มแนวคิดปรับโรคโควิดเป็นโรคประจำถิ่น เนื่องจากเชื้อโรค

มีความรุนแรงลดลง ไม่ทำให้คนป่วยหนักหรือเสียชีวิต คนมีภูมิคุ้มกันมากขึ้นจากการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นและการติดเชื้อ และสิ่งแวดล้อมเหมาะสม โดยการจัดการความเสี่ยง และเตรียมระบบสาธารณสุขและยารองรับตามมาตราการ ATK First หรือการตรวจหาเชื้อด้วยตนเองด้วยชุดตรวจ ATK (Antigen Test Kit) เป็นลำดับแรกในผู้ป่วยที่มีอาการเล็กน้อยหรือไม่มีอาการ โดยไม่ต้องตรวจยืนยันด้วยวิธี RT-PCR และนำมาสู่มาตรการการดูแลรักษาตัวเองที่บ้านหรือชุมชน (Home Isolation/Community Isolation: HI/CI) ซึ่งใกล้เคียงกับการรักษาไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลมากขึ้น เพราะผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่ส่วนมากพักรักษาตัวและรับประทานยาที่บ้าน

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาจึงได้ออกประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เพื่อกำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับชุดตรวจแบบตรวจหาแอนติเจนด้วยตนเอง (COVID-19 Antigen Test: Self Test Kits) โดยเพิ่มเติมการขายชุดตรวจแบบตรวจหาแอนติเจนที่จำกัดการขายเฉพาะสถานพยาบาลหรือผู้ประกอบการวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข เป็นการให้ขายได้ในหน่วยงานของรัฐ เพื่อส่งต่อให้กับสถานพยาบาลของรัฐและผู้ประกอบการวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขในภาครัฐและสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน ตามกฎหมายว่าด้วยยา เพื่อส่งต่อ

ให้กับผู้ประกอบการวิชาชีพเภสัชกรรม ซึ่งมีหน้าที่ปฏิบัติการในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันดังกล่าว ทั้งนี้ ไม่รวมถึงสถานที่ขายส่งยาแผนปัจจุบัน และสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ นอกจากนี้ ยังได้กำหนดการแสดงฉลากและเอกสารกำกับเครื่องมือแพทย์ ซึ่งแสดงรายละเอียดมากกว่าฉลากและเอกสารกำกับเครื่องมือแพทย์สำหรับบุคลากรทางการแพทย์¹⁵

สรุปลำดับเหตุการณ์การกำกับดูแล ชุดตรวจโควิดในประเทศไทย

ระยะแรกของการแพร่ระบาด กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุขและประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากำหนดให้ชุดตรวจโควิดเป็นเครื่องมือแพทย์ที่ต้องมีใบอนุญาต หรือเครื่องมือแพทย์ประเภทที่ 4 ซึ่งเป็นกลุ่มเครื่องมือแพทย์ที่มีความเสี่ยงสูงสุดต่อบุคคลและการสาธารณสุข ต้องประเมินเทคโนโลยีตามมาตรฐานที่กำหนด พร้อมกับแสดงคำเตือน ข้อห้ามใช้บนฉลาก และอนุญาตให้

ขายเฉพาะสถานพยาบาลหรือผู้ประกอบการวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยยกเว้นเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการจดทะเบียนสถานที่ผลิตหรือนำเข้าตามกฎหมายกระทรวงการขออนุญาตและการออกใบอนุญาตผลิตหรือนำเข้าเครื่องมือแพทย์ และค่าใช้จ่ายการประเมินเทคโนโลยี ต่อมา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้ออกประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเพื่อกำหนดมาตรฐานชุดตรวจแบบตรวจหาสารพันธุกรรม โดยวิธีนอกเหนือจากวิธี Real Time RT-PCR เช่น RT-LAMP หรือ CRISPR หลังจากการแพร่ระบาดเกิดขึ้นระยะหนึ่งและเกิดแนวคิดปรับโรคโควิดเป็นโรคประจำถิ่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้ออกประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเพื่อเพิ่มเติมสถานที่ขาย การแสดงฉลากและเอกสารกำกับเครื่องมือแพทย์ซึ่งแสดงรายละเอียดเพิ่มเติม และเพิ่มการเข้าถึงชุดตรวจ ซึ่งมีรายละเอียดการใช้ชุดตรวจมากขึ้น และสอดคล้องกับนโยบายการปรับโรคโควิดเป็นโรคประจำถิ่น



เอกสารอ้างอิง

1. พระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2553 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 136, ตอนที่ 56ก (ลงวันที่ 30 เมษายน 2562).
2. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชุดตรวจที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ เอชไอวี. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 126, ตอนพิเศษ 179ง (ลงวันที่ 14 ธันวาคม 2552).
3. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กลุ่มเครื่องมือแพทย์หรือเครื่องมือ แพทย์ที่ผู้ผลิตหรือผู้นำเข้าต้องได้รับอนุญาต พ.ศ. 2563. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 137, ตอน พิเศษ 98ง (ลงวันที่ 28 เมษายน 2563).
4. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง มาตรฐานของเครื่องมือแพทย์ที่ผู้ผลิต หรือผู้นำเข้าต้องปฏิบัติ พ.ศ. 2563. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 137, ตอนพิเศษ 98ง (ลงวันที่ 28 เมษายน 2563).
5. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. ประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่อง กำหนดมาตรฐานและการประเมินชุดตรวจและน้ำยาที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยการติดเชื้อ SARS-CoV-2 (เชื้อก่อโรค COVID-19) พ.ศ. 2563. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 137, ตอนพิเศษ 98ง (ลงวันที่ 28 เมษายน 2563).
6. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดผู้ประเมิน และการยกเว้น ค่าใช้จ่ายในการประเมินชุดตรวจและน้ำยาที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยการติดเชื้อ SARS-CoV-2 (เชื้อก่อโรค COVID-19) พ.ศ. 2563. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 137, ตอนพิเศษ 98ง (ลงวันที่ 28 เมษายน 2563).
7. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. ประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่อง รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ องค์กรผู้เชี่ยวชาญ หน่วยงานของรัฐ หรือหน่วยงานอื่นที่มีคุณสมบัติเป็นผู้ ประเมินชุดตรวจและน้ำยาที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยการติดเชื้อ SARS-CoV-2 (เชื้อก่อโรค COVID-19) พ.ศ. 2563. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 137, ตอนพิเศษ 103ง (ลงวันที่ 1 พฤษภาคม 2563).
8. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. ประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่อง กำหนดแบบคำขอ รายการ เอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ และแบบใบรับรองการ ประเมินเทคโนโลยีของชุดตรวจและน้ำยาที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยการติดเชื้อ SARS-CoV-2 (เชื้อก่อโรค COVID-19) พ.ศ. 2563. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 137, ตอนพิเศษ 98ง (ลงวันที่ 28 เมษายน 2563).



9. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. ประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่อง การยื่นคำขอประเมิน การประเมิน และการออกใบรับรองการประเมินชุดตรวจและน้ำยาที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยการติดเชื้อ SARS-CoV-2 (เชื้อก่อโรค COVID-19) พ.ศ. 2563. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 137, ตอนพิเศษ 98ง (ลงวันที่ 28 เมษายน 2563).
10. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง เครื่องมือแพทย์ที่ต้องขายเฉพาะแก่สถานพยาบาล หรือผู้ประกอบการวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข พ.ศ. 2563. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 137, ตอนพิเศษ 98ง (ลงวันที่ 28 เมษายน 2563).
11. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง เครื่องมือแพทย์ที่ต้องแสดงอายุการใช้งาน คำเตือน ข้อห้ามใช้ หรือข้อควรระวังในการใช้ไว้ในฉลากหรือเอกสารกำกับเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2563. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 137, ตอนพิเศษ 98ง (ลงวันที่ 28 เมษายน 2563).
12. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง เครื่องมือแพทย์ที่ต้องมีการประเมินเทคโนโลยี พ.ศ. 2563. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 137, ตอนพิเศษ 98ง (ลงวันที่ 28 เมษายน 2563).
13. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง เครื่องมือแพทย์ที่ได้รับการยกเว้นตาม มาตรา 6 (18) แห่งพระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2551 พ.ศ. 2563. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 137, ตอนพิเศษ 98ง (ลงวันที่ 28 เมษายน 2563).
14. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. ประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่อง กำหนดมาตรฐานและการประเมินชุดตรวจและน้ำยาที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยการติดเชื้อ SARS-CoV-2 (เชื้อก่อโรค COVID-19) พ.ศ. 2564. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 138, ตอนพิเศษ 9ง (ลงวันที่ 12 มกราคม 2564).
15. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชุดตรวจและน้ำยาที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยการติดเชื้อ SARS-CoV-2 (เชื้อก่อโรค COVID-19) แบบตรวจหาแอนติเจนด้วยตนเอง (COVID-19 Antigen test: self test kits) พ.ศ. 2564. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 138, ตอนพิเศษ 155ง (ลงวันที่ 12 กรกฎาคม 2564).



ยาชุดโกอินเตอร์

ดวงแก้ว อังกุลสิทธิ์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร

ภาพแม่ลูกที่ปรากฏอยู่บนหน้าของพลาสติกสีเหลืองสีเหลืองคาดด้วยแถบสีน้ำเงินซึ่งเต็มไปด้วยตัวอักษรสีแดงเป็นภาษาต่างประเทศที่ฉันไม่สามารถอ่านเข้าใจความหมายได้ต้องอาศัยคำบอกเล่าของคนที่รู้จักของสิ่งนี้ที่พูดต่อกันมาปากต่อปากจึงรู้ว่ามันคือยาแก้ปวดชนิดพิเศษ

เมื่อฉันก้าวมายืนด้านหน้าของห้องแถวที่มีป้ายร้านขายยาเก่าแก่ซึ่งเปิดคู่กับตลาดอาหารทะเลอันมีชื่อเสียงแห่งหนึ่งมานานหลายสิบปี กลิ่นของตัวยาที่ผสมกับกลิ่นของกุ้งหอยปูปลาจนกลายเป็นกลิ่นเฉพาะตัวก็ลอยออกมาต้อนรับ ก่อนที่ฉันจะได้พบกับเพื่อนร่วมวิชาชีพที่ทำหน้าที่เป็นเภสัชกรประจำร้านยา สถานที่อันเป็นที่พึ่งในยามเจ็บป่วยทั้งของคนไทยและแรงงานต่างด้าวที่เข้ามาทำงานในเมืองแห่งอุตสาหกรรมแห่งนี้

ท่ามกลางกระปุกยาที่วางเรียงรายบนชั้นเป็นฉากหลัง เภสัชกรสาวในเสื้อสีขาวนำของยาปริศนาที่มีรูปแม่ลูกคู่กันมาให้ฉันดูพร้อมกับเล่าให้ฟังว่า

“ช่วงนี้โรคชิคุนคุนยากำลังระบาด มีคนมาหาซื้อยาตัวนี้แล้วหลายคน แต่ที่ร้านนี้ไม่มีขาย เพราะเป็นยาที่เราเอามาจากชายแดน”

“อิม”ฉันได้แต่นึกสงสัยในใจว่า ทำไมยาตัวนี้ถึงเป็นที่นิยมในการใช้รักษาโรคร้ายจากยุงลายที่ระบาดในช่วงหน้าฝน ทำให้เกิดอาการคล้ายไข้เลือดออก แต่มีความรุนแรงน้อยกว่า

จนกระทั่งเช้าวันรุ่งเมื่อฉันมาทำงานที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด คุณแม่บ้านได้เข้ามาปรึกษาฉัน พร้อมนำรูปของยาสีเหลืองที่มีรูปแม่ลูก พร้อมด้วยตัวอักษรภาษาต่างด้าวที่ฉันยังจำได้ติดตา นั่นเป็นการยืนยันได้ว่าเป็นยาอันตรายอย่างแท้จริง

“หมอบอกว่าญาติพี่เป็น โรคชิคุนคุนยา เขาเป็นไข้สูง บ่นว่าปวดข้อมาหลายวัน แขนยังมีผื่นแดง แล้วก็กินไม่ได้ อ่อนเพลีย แถวบ้านญาติของพี่เป็นกันหลายคน บางคนก็ขาบวม บางคนก็ปวดข้อ ทรมาณมาก ถ้าไม่เป็นอย่างนี้” คุณแม่บ้านเล่าต่อว่า

“ขนาดไปหาหมอที่โรงพยาบาลแล้ว ก็ได้แค่ยาพารา แก้ปวดธรรมดา หมอบอกว่าโรคนี้ยังไม่มียารักษา ต้องรักษาไปตามอาการ บางคนก็หายดีขึ้น แต่หลายคนก็เป็นนานไม่หายสักที”

ด้วยอาการของโรคที่ทรมาณอย่างรุนแรงและเรื้อรัง ในขณะที่การรักษาทำได้เพียงให้ยาบรรเทาปวดจึงเป็นเหตุผลให้ผู้ป่วยหวังดีให้คำแนะนำอันเป็นทางเลือกว่า

"มีคนบอกว่าให้ลองยาสมุนไพรตัวนี้ เขาให้เอาผงยาหนึ่งของละลายน้ำหนึ่งแก้ว แล้วจะกลายเป็นยาน้ำสีแดง กลิ่นเหมือนสมุนไพร กินแค่วันละครั้ง กินครั้งเดียวแล้วก็หายปวดเลย ราคาแค่ของสหภาพเอง"

นั่นไง คำเฉลยที่ฉันสงสัยว่า ทำไมยาชนิดนี้ถึงกำลังเป็นที่นิยมอย่างมาก แค่อินคำโฆษณาแบบนี้ เป็นใครก็ต้องรีบไปหาซื้อยาตัวนี้มากิน

"เขาบอกว่ายาตัวนี้ใช้แล้วดี เลยเอามาถามเภสัชให้ช่วยดู ตอนแรกก็ไม่กล้ากิน เพราะอ่านตัวหนังสือไม่ออก แล้ว เลข อย. ก็ไม่มี แต่คนขายบอกว่าเป็นยาสมุนไพร คงไม่มีอันตราย ญาติพี่น้าไม่ไหวก็ลองกินแล้วก็หายจริง ๆ"

แล้วทำไมคนไทยถึงต้องเลือกกินยาต่างชาติด้วยละ

"เขาวามันเป็นโรคที่มาจากประเทศโน่นก็ต้องใช้ยาของที่โน่นสิ ถึงจะรักษาหาย นี่ต้องไปหาซื้อตามร้านขายชำแถวตลาดริมทางรถไฟถึงจะมี"

ด้วยรูปแม่ลูกที่ทำให้ฉันหลงคิดว่าจะน่าจะเป็นยาสำหรับเด็ก แต่ท่าทางว่าความจริงน่าจะไม่เป็นตามสิ่งที่ฉันคาดหวัง ฉันจึงรีบส่งรูปของยานั้นไปให้เพื่อนที่เป็นล่ามพม่าในโรงพยาบาลช่วยแปลข้อความบนฉลาก เพราะในตอนนั้นโปรแกรมแปลภาษาในคอมพิวเตอร์ยังไม่สามารถแปลภาษานี้

ไม่นาน คำแปลจากล่ามก็ปรากฏบนหน้าจอโทรศัพท์มือถือของฉัน มีใจความว่า

ยานี้ชื่อยาเมื่อยตาจีน เป็นยาแก้ปวด รักษาโรคเก๊าท์ ปวดตามข้อ ปวดเมื่อย ลมพิษ มีส่วนผสมของตัวยาสมุนไพร ประกอบด้วย ไม้หอมขาว ไม้หอมแดง ชะเอม ดอกไม้อ่อน แบล็กทิสซิล ผลิตภัณฑ์จังหวัดย่างกุ้ง ประเทศเมียนมาร์ แต่คำแปลบรรทัดสุดท้าย ที่เขียนว่า "ยานี้ไม่เป็นอันตราย" ซึ่งขัดแย้งกับข้อความโอ้อวดสรรพคุณครอบจักรวาล รักษาได้สารพัดโรค ที่ยิ่งอ่านแล้วยิ่งไม่น่าไว้วางใจ ไม่ใช่ว่าเป็นอคติต่อตัวยาต่างชาติ แต่น่าจะเป็นไปตามสัญญาชื่อยาของเภสัชกรในตัวฉัน

มันช่างเป็นเรื่องบังเอิญที่สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้รับจากเพื่อนของคุณล่ามที่ทำงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวอยู่ที่จังหวัดรอยต่อกับประเทศเพื่อนบ้าน ได้ความเพิ่มเติมว่า ยาตัวนี้น่าจะเป็นยาที่ถูกยกเลิกทะเบียนไปแล้ว สงสัยว่าจะมีสารอันตราย ในประเทศพม่าก็ไม่มีการขายยาตัวนี้แล้ว เพราะจะถูกรัฐบาลจับ แต่ยังคงมีการลักลอบขายกันตามแนวชายแดน

แค่คำบอกเล่าก็เป็นเบาะแสในการนำทางที่ดี แต่การพิสูจน์ความจริงต้องอาศัยหลักฐานที่มีน้ำหนักมากกว่านี้ ฉันจึงใช้นิ้วมือจิ้มไปที่หน้าจอสี่เหลี่ยมเพื่อเชื่อมต่อเทคโนโลยีการสื่อสารที่ย่อโลกมาไว้ในฝ่ามือ ด้วยการพิมพ์ค้นหาด้วยคำว่า "FDA Myanmar" ซึ่งเป็นชื่อย่อของหน่วยงานที่ทำหน้าที่เหมือนกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาของประเทศไทย เพื่อฝากคำถามเป็นภาษาอังกฤษ

และขอเอกสารเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับยาชนิดนี้

ระหว่างที่รอการตอบกลับจากต่างประเทศ ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดก็เริ่มได้รับเรื่องร้องเรียนถึง ยาที่อ้างว่ารักษาโรคซิคุนคุนยาได้ เป็นที่นิยม ราคาไม่แพง รักษาได้ผล แต่สงสัยว่าจะมีสารอันตราย จึงขอให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้บริโภคช่วยตรวจสอบ

และนี่ก็เป็นครั้งที่สามแล้วที่ฉันได้เห็นของยาที่มีรูปผู้หญิงและเด็ก นอกจากนั้นยังมีรายงานถึงการแพ้ยา เป็นรูปชายหนุ่มตาบวมเหมือนโดนผึ้งต่อย ภายหลังจากกินยาผู้ต้องสงสัยชนิดนี้

ทางทีมงานจึงรีบลงพื้นที่สำรวจร้านขายของในตลาดที่มีผู้ให้เบาะแส เพื่อเก็บตัวอย่างยาต่างด้าวดังกล่าวส่งตรวจวิเคราะห์หาสารอันตรายและให้คำแนะนำร้านค้านั้น ให้หลีกเลี่ยงการขายของสิ่งนี้ เนื่องจากน่าจะเป็นยาต่างด้าวที่ไม่มีทะเบียนยาถือว่าเป็นยาที่ผิดกฎหมาย มีโทษทั้งจำและปรับ

เวลาผ่านไปสองสามวัน ในกล่องจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ของฉันก็ปรากฏข้อความที่ ฝัารอคอยตอบกลับมว่า “The drug is banned by the ministry of health and sport Myanmar” แสดงว่ายาชนิดนี้ถูกยกเลิกทะเบียนแล้ว เป็นความจริงตามคำตอบที่ได้รับการยืนยันของเจ้าหน้าที่รัฐ จากกรุงเนปิดอร์ ประเทศเมียนมาร์

นอกจากนั้น เจ้าหน้าที่ยังให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า หนังสือพิมพ์พม่าเคยออกประกาศว่ายาตัวนี้ไม่มี

เลขทะเบียน เดิมทียาดังกล่าวเป็นยาสมุนไพร แต่มีบุคคลบางกลุ่มดัดแปลงส่วนประกอบเพิ่มเติม พบว่ายาชนิดนี้วางขายตามท้องตลาด เมื่อกระทรวงสาธารณสุขได้ลงพื้นที่ตรวจสอบพบว่า ยาชนิดนี้เป็นอันตรายต่อร่างกาย ไม่ควรบริโภค เพราะมีส่วนประกอบของยาแผนปัจจุบันที่ชื่อ ไดโคลฟีแนค (Diclofenac) ทำให้ยาตัวนี้ถ้าใครจำหน่ายจะมีโทษตามกฎหมายทางประเทศเมียนมาร์

ต้องขอบคุณกัลยาณมิตรต่างเชื้อชาติที่ให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ เพื่อลดความเสี่ยงและสร้างความปลอดภัยการใช้ยาในชุมชนสหประชาชาติแห่งนี้

และไม่แน่ว่ากระดาษรายงานผลการวิเคราะห์ยาต่างด้าวนั้นก็ถูกส่งมาถึงเพื่อยืนยันส่วนประกอบของยาอย่างเป็นทางการว่า มียาแก้ปวดถึงสามชนิดในซองเดียว เป็นยาแก้ปวดกลุ่มเอ็นเสดหนึ่งชนิด (นั่นก็คือตัวยา ไดโคลฟีแนค ที่เป็นต้นเหตุของอาการแพ้ยาตาบวม บางคนอาจจะถึงขั้นหายใจไม่ออก) และยาสเตียรอยด์อีกสองชนิด

เมื่อตัวยาแก้ปวดรวมมิตรร่วมมือกันก็กลายเป็นยาชุดแก้ปวดที่ไม่มีหมอตัวจริงคนไหนที่กล้าจ่ายยาแรงขนาดนี้ เพราะไม่ใช่แค่การจับมือในการออกฤทธิ์แก้ปวดแบบเกินความจำเป็นแล้ว แต่ยังรวมถึงอาการข้างเคียงที่เพิ่มมากขึ้นเป็นเงาตามตัว โดยเฉพาะสารสเตียรอยด์ที่หากใช้ติดต่อยาวๆ จะทำให้เกิดอันตรายมากมาย เช่น กระดูกพรุน กระเพาะทะลุ ที่ยากต่อการรักษา เรียกว่าได้ไม่คุ้มเสีย



พอฉันอ่านผลการวิเคราะห์ก็รีบวิ่งเข้าไปแจ้งผลกับคนที่บอกว่าเคยกินยาตัวนี้ ให้เฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา หากมีอาการผิดปกติควรรีบไปพบแพทย์ เพราะตอนที่ฉันทำงานโรงพยาบาลฉันเคยเห็นคนไข้หลายคนที่เลือดออกในกระเพาะ เพราะการกินยาชุดแบบนี้โดยไม่รู้ตัว

"ไม่เป็นไรหรอก ลองกินไปแค่ซองเดียวก็หายปวดนะ ไม่แพ้ยาด้วย ป่านนี้ยาคงหมดฤทธิ์ไปแล้ว"

การตอบสนองที่ฉันได้รับกลับสวนทางกับความหวังดีของฉัน ในตอนแรกฉันรู้สึกท้อที่คนกินยาไม่เห็นความสำคัญของอันตรายจากยาชุด แต่เมื่อลองคิดกลับว่า ถ้าฉันเป็นป่วยโรคชิคุนคุนยาแล้วกินยาอะไรก็ไม่หาย ฉันก็สงสัยว่าอาจจะลองกินยาตัวนี้เหมือนกัน เพราะคนป่วยก็ต้องพยายามหาทุกวิถีทางเพื่อให้หายป่วย ฉันจึงไม่แปลกใจเลยว่าทำไมปัญหายาชุดยังคงอยู่คู่กับสังคมไทย มาเป็นเวลาหลายสิบปี

เช่นเดียวกับคนขายยาที่ไม่ได้คิดเข้าข้างฉัน เพราะ ยายอดนิยมชนิดนี้สร้างผลกำไรในฐานะของ

ซื้อของขาย แต่ต้องถูกบังคับให้มีส่วนร่วมในการจดจำหน่าย มิเช่นนั้นจะถูกดำเนินคดี ซึ่งโทษไม่น้อยไปกว่าการจำหน่ายยาที่ไม่มีทะเบียน

เหตุการณ์นี้ทำให้ฉันย้อนนึกถึงตอนเรียนวิชากฎหมาย ที่มีโจทย์ข้อสอบข้อหนึ่งถามถึงประเด็นของยาชุด ฉันได้รับคะแนนเต็มที่สามารถตอบคำถามที่เกี่ยวข้องกับอันตรายของยาชุดและโทษทางกฎหมาย

แต่ในชีวิตการทำงาน ฉันได้เรียนรู้ว่าการใช้กฎหมาย เป็นเพียงหนึ่งวิธีที่ใช้ร่วมกับการให้ความรู้ประชาชนที่น่าจะมีความสำคัญมากกว่า เพราะการป้องกันที่ต้นเหตุย่อมได้ผลกว่าการรักษาที่ปลายเหตุ และนั่นน่าจะเป็นข้อสอบในชีวิตจริง ที่ฉันคิดว่าต้องพยายามแก้โจทย์ไปจนกว่าจะเจอคำตอบแท้จริงที่รออยู่

ขนาดยาชุดยังมีวิวัฒนาการ กลายเป็นยาชุดโกอินเตอร์ แล้วบทบาทเภสัชกรคุ้มครองผู้บริโภคของฉันก็ต้องพัฒนาต่อไปเช่นกัน



รูปประกอบ ยาชุดโกอินเตอร์

ยาขม

พงษ์ศักดิ์ นาค๊ะ

โรงพยาบาลเทิง จังหวัดเชียงราย

ใครๆ ก็บอกว่า การบังคับใช้กฎหมายในงานคุ้มครองผู้บริโภคเป็นยาขม ผมก็คนหนึ่งละที่คิดอย่างนั้น ย้อนกลับไปเมื่อปี 2548 ตอนที่ผมทำงานคุ้มครองผู้บริโภคได้ 5 ปี อาจจะดูเหมือนไม่นานสักเท่าไร แต่มันก็นานพอที่จะทำให้ผมคุ้นเคยและรู้จักคนแถวนั้นดี โดยเฉพาะแม่ค้าในตลาด

“เจอกันอีกแล้วนะหมอ”

“เจอกันตรงนี้ก็ดีกว่าเจอที่โรงพยาบาลนะ ว่ามั้ยละ” ผมหยอกที่เล่นที่จริงกับพี่บัว แม่ค้าผลไม้เจ้าประจำ

“เออเนาะ เกสซ์ พี่ได้มีมากินนะ ช่วยดูให้หน่อยสิ เขาว่ากินแล้วมันดี” พี่บัวพูดแล้วก็ไปหยิบขวดอาหารเสริมจากตะกร้าได้แผงขายผลไม้ส่งให้ผมดู

“ก็กินได้นะแต่อย่าไปเชื่อมันเยอะ” ผมหมายถึงสรรพคุณที่โฆษณาไว้ในฉลาก “กินผักกินผลไม้ที่วางขายอยู่นี่นะ ได้ประโยชน์กว่าเยอะ” อาหารเสริมที่ว่าเป็นวิตามินเข้มข้น สรรพคุณว่าช่วยบำรุงร่างกาย พี่บัวบอกว่าตัวเองทำงานทุกวัน ต้องเข้าตลาดตั้งแต่ตีสามตีสี่ บำรุงไว้บ้างก็ไม่เสียหาย แกยีนยันจะกินขนาดนั้น ชีคร้านจะอธิบายให้แกฟัง ผมก็เลยปล่อยเลยตามเลย เดินออกจากตลาดทั้งอาหารเสริมและคำแนะนำที่ให้กับพี่บัวไว้ข้างหลัง

ผ่านไปอีกกว่าสัปดาห์ หลังกลับมาจากประชุมที่กรุงเทพฯ มันนานพอจนผมลืมเรื่องอาหารเสริมไปแล้ว ขณะที่ผมกำลังคุยธุระเรื่องเอกสารการเงินสำหรับเบิกจ่ายค่าเดินทางไปประชุม ก็มีเหตุให้ผมต้องเรียกความทรงจำเกี่ยวกับอาหารเสริมขึ้นมาอีกครั้ง

“พี่ช่วยดูนี้ให้หนูหน่อยสิ วัน ๆ งามแต่ตัวเลข เขาวามันบำรุงสมองดี หนูก็เลยเอามากิน” แอน เจ้าหน้าที่การเงินของโรงพยาบาล ที่ขึ้นชื่อเรื่องหนูหลงยา ไม่ว่าใครจะเอาอะไรมาเสนอขาย แอนเป็นต้องได้ลองก่อนเพื่อน ครั้งนี้ก็เหมือนกัน

“พี่พรรณ เอามาขายให้หนู แยกไปซื้อที่ร้านเสริมสวยในหมู่บ้าน” แอนพูดพร้อมบ๊วยปากไปทางพี่พรรณ เจ้าหน้าที่อีกคนที่นั่งอยู่ใกล้ๆ กัน “มีคนมาเปิดให้บริการที่บ้านอดีตกำนัน ญาติแกนะพี่ มีคนกินเยอะเยอะเลย ในตลาดก็มีนะ พูดกันปากต่อปาก” ผมจินตนาการไปถึงช่างเสริมสวย ที่พวกนี้จะมีวาทีศิลป์ในการพูดคุยอยู่แล้ว ถ้าจะเสนอขายอาหารเสริมระหว่างดัดผม ไดรฟ์ผมให้ลูกค้า มันก็คงไม่แปลก

“จริงหรือครับพี่พรรณ” ผมหันไปถามเอากับพี่พรรณตรง ๆ “อือ...อาหารเสริมนะเกสซ์ ไม่มีอะไร เกสซ์ก็ดูแล้วนี่” พี่พรรณพูดโดยไม่มองหน้าผม ก้มหน้าจู้ด ๆ ทำงาน เหมือนไม่อยากรับฟังต่อความยาวสาวความคิด

แต่ผมนะสิเริ่มได้กลิ่นของความไม่ชอบมาพากล ผมเก็บจำความสงสัยนี้ไว้กับตัว ต้องหาคำตอบให้ได้ว่าไอ้ร้านเสริมสวยที่วานี้คืออะไร

ทีมงานแพทย์แผนไทยของโรงพยาบาลอีกงานที่ผมรับผิดชอบอยู่ตอนนั้น ระหว่างที่เรากำลังนั่งล้อมวงเพื่อคัดแยกสมุนไพรที่มีคนเอามาส่งให้ พี่เสริมหมอนวดที่นอกจากจะมีฝีมือนวดขั้นเทพแล้ว ฝีมือปากแกก็ขั้นเทพไม่แพ้กัน ที่สำคัญบ้านแกอยู่ละแวกเดียวกันกับบ้านอดีตกำนัน สถานที่เปิดร้านเสริมสวยต้องสงสัยนั่นด้วย

“พี่เสริม พอรู้อะไรร้านเสริมสวยที่เข้ามาเปิดที่บ้านกำนัน...”

“เสริมสง เสริมสวยอะไรเก๊สซ์ คลินิกหมอต่างหากละ คนไปตรวจกันทุกวัน ปากต่อปาก ถ้าคนที่ไปตรวจแล้วสามารถหาคนไปให้เขาตรวจได้อีกจะได้ค่านายหน้าด้วยนะเก๊สซ์” พี่เสริมตอบแทรกก่อนที่ผมจะถามจบ ผมทั้งสงสัยและอึ้งกับคำตอบหมออะไรมาขายอาหารเสริม แล้วทำไมต้องมาเปิดที่บ้านอดีตกำนัน มันต้องมีอะไรสักอย่างแน่ ๆ

“พี่ว่าเก๊สซ์ลงไปดูหน่อยก็ดีนะ” เสียงพี่เสริมปลุกผมตื่นจากความสงสัย “เขาว่าตรวจได้สารพัดโรค ปวดเข่า ปวดเอว กินข้าวไม่ได้ นอนไม่หลับ เบาหวาน ความดัน ตาไม่ดี เข้าเสื่อม ไตพัง เขาเล่ากันมาอย่างนั้น พี่ก็ไม่กล้าเข้าไป ก็ญาติ ๆ กันนะ เดี่ยวเขาหาว่าไปยุ่มย่าม”

หมอเถื่อนหรือหมอจริงปลดระวางจากงานประจำแอบมาหาลำไยพิเศษ ออกตรวจชาวบ้าน

พร้อมขายอาหารเสริม ไม่เคยเห็นที่ไหนที่หมอเร่งเปิดคลินิกไม่มีหลักแหล่งอย่างนี้ คิดได้เท่านี้ ผมก็เริ่มรู้สึกกังวล ก็ตลอดเวลาที่ทำงานมา 5 ปี การบังคับใช้กฎหมายในงานคุ้มครองผู้บริโภคเป็นอะไรที่ผมไม่ถนัดที่สุด ถ้ามันไม่ร้ายแรงมาก ผมก็จะเจรจาต่อรองให้เลิกซะมากกว่าที่จะเอากฎหมายไปบังคับอย่างจริงจัง ๆ แต่ด้วยหน้าที่และความรับผิดชอบ...เรื่องนี้นั้นทำให้ผมต้องคิดหนัก

คนแรกที่ผมนึกถึงคือปลัดอำเภอที่ผมคุ้นเคยกับบุคลิกหัวท้าว ตรงไปตรงมาของแกดี อีกคนคือสาธารณสุขอำเภอ นี่ก็ขึ้นชื่อเรื่องความโผงผาง ไม่แปลกใจที่ทั้งสองคนตัดสินใจจะเข้าไปตรวจค้นบ้านอดีตกำนันทันทีหลังจากผมเล่าเรื่องราวให้ฟัง

“ผมเป็นคนเปิดทาง หมอเป็นคนเจรจา เพราะหมอรู้อะไรที่สุดว่าผิดอะไร ยังไง” ปลัดอำเภอยาวยุทธศาสตร์และตัดสินใจให้ผมเป็นคนเคลียร์พื้นที่โดยไม่ถามผมสักคำ

“แล้วปลัดจะไปตอนไหนครับ” ผมถามหยิ่งเชิงกะจะขอเวลาอีกสักวัน จะได้กลับไปทบทวนกฎหมายและถามรายละเอียดเอากับพี่เสริมอีกสักหน่อย

“บายนี้อย่าเก๊สซ์ เอาตำรวจไปด้วย เดี่ยวผมติดต่อนะ” เด็ดเดี่ยวโดยไม่ต้องต่อรอง ผมได้แต่อุทานดัง ๆ ในใจ “บายนี! ตายห่าแล้วกูจะเอาอะไรไปจับมันวะ”

“ครับ! บ่าย” ก็ขนาดนี้แล้วว๊วย เอาอีกเอา ไม่ลองไม่รู้ ผมพยายามพูดให้เด็ดเดี่ยวที่สุด ใจหนึ่งก็กลัวเสียโอกาสและเกรงใจปลัดอำเภอที่แกคิดจะช่วยผม

โดยไม่บ้ายเบี่ยงสัปดาห์ แต่อีกใจนี้เริ่มหวาดหวั่นกับเหตุการณ์ที่กำลังจะตามมา...มวญวัด อ่อนหัด ไม่มีประสบการณ์ แต่ต้องมาขึ้นสังเวียน

บ้านอดีตกำนันอยู่ถัดเข้าไปในซอยห่างจากถนนใหญ่ชั่วอึดใจ เราเอารถไปจอดในซอยห่างจากบ้านอดีตกำนันพอสมควรจนคิดว่าไม่อยากให้เก้ตื้น บ้านอดีตกำนันเป็นบ้านสองชั้น ชั้นบนเป็นไม้สักทอง ภูมิฐานสมฐานะ ชั้นล่างก่ออิฐฉาบปูน ติดกระจกสีชาที่บึงประตูทางเข้าที่เป็นบานเลื่อนและหน้าต่างโดยรอบ

เป็นภรรยาอดีตกำนันที่ออกมาต้อนรับพวกเราด้วยสีหน้าตกใจระคนสงสัย แก่แกวกกลุ่มคนที่นั่งแถวนั้นออกมา คงเป็นคนไข้ที่มานั่งรอตรวจสินะ ผมคิดในใจขณะเดินตามหลังตำรวจและปลัดอำเภอเข้าไป

“พี่ ๆ ตำรวจมานะ ละมาหน่อยสิ” ภรรยาอดีตกำนันไหว้พวกเราอย่างงอแงแล้วจึงเรียกสามีลงมา

“มีคนร้องเรียนว่าที่นี่มีหมอมาเปิดให้บริการตรวจโรค คนมารับบริการหลายคน ก็เลยมาดูความเรียบร้อยว่าเป็นยังไงบ้าง ขออนุญาตนะครับกำนัน” ปลัดอำเภอเปิดทางตามแผนที่วางไว้เป๊ะ “นี่สาธารณสุขอำเภอ และนี่เภสัชกร หัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรมที่โรงพยาบาลพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมาย ขอเข้าไปดูข้างในหน่อยนะครับ เภสัชจะได้ให้คำแนะนำว่าควรจะทำยังไง” แก่ส่งไม้ต่อให้ผมก็ถึงเวลาที่ผมต้องขึ้นสังเวียนชกแล้วสินะ กำลังจะอ้าปากถามหาเอกสารขออนุญาตเปิดสถานพยาบาล

ประตูกระจกสีที่บานนั้นก็เปิดออก เป็นชายวัยกลางคน รูปร่างสูงใหญ่แต่งตัวภูมิฐานที่เดินออกมาทันพวกเราไว้มาก่อน

“มีอะไรหรือครับ ค่อย ๆ พูด ค่อย ๆ จากันก่อนก็ได้ครับ” ชายร่างใหญ่ก้มหน้าทำไม่ให้เราเข้าไปข้างใน แต่เข้าไปซะแล้ว ปลัดอำเภอ ตามด้วยสาธารณสุขอำเภอและนายดาบตำรวจ เดินแหวกกลุ่มคนที่รอลูกหน้าประตูเข้าไป ทำเอาคนกลุ่มนั้นแตกตื่น แยกย้ายกันไปคนละทิศคนละทาง ผมชำเลืองมองผ่านชายร่างใหญ่เข้าไป จึงเห็นพี่บัวแม่ค้าขายผลไม้ปะปนอยู่ในกลุ่มคนเหล่านั้นด้วย พี่บัวก็เป็นนายหน้ากับเขาหรือนี่ ผมคิดในใจได้แค่นั้น เพราะถูกชายร่างใหญ่ขยับตัวเข้ามาประชิด “ผมขอดูใบอนุญาตเปิดคลินิกหน่อยครับ” ผมแหงนหน้าพูดกับชายร่างใหญ่ รับรู้ถึงแรงกดดัน รู้สึกตัวเองเป็นคนแคระตัวเล็ก ๆ ที่กำลังคุยกับยักษ์ปักหลั่น

“ผมขอดูใบอนุญาตหน่อยครับ!” ผมพูดเสียงแข็ง ถึงบทที่ผมจะเล่นเป็นตำรวจจับโจรองค์มันก็ลงได้เหมือนกันแฮะ ได้ผล ชายร่างใหญ่เริ่มอึกอึกขยับตัวออกจากสีหน้าดูอ่อนลง ยืนเอกสารหุ้มพลาสติกอย่างดีออกมาให้ดู “นี่มันไม่ใช่ใบอนุญาตนี่” ผมคิดในใจแต่เพื่อไม่ให้เสียกระบวนการ ผมเล่นบทตำรวจต่อไป ก้องคลั่งซะแล้วนี่ “ผมขอถ่ายเอกสารเก็บไว้เป็นหลักฐานนะครับ” ผมเดินเบียดชายร่างใหญ่เข้าไปในห้องโดยไม่สนใจว่าแกจะคิดยังไง ส่งเอกสารใบนั้นให้นายดาบตำรวจที่ยืนคุมเชิงอยู่ตรงประตู

“ใครเป็นหมอครับ” ผมตะโกนเสียงดัง เจียบไม่มีเสียงตอบ “ผมถามว่าใครเป็นหมอ ขอคุย กับหมอหน่อยครับ” ผมเริ่มกรางหลังจากเห็นภายใน ห้องชัดเจนแล้วว่า นี่ไม่ใช่คลินิกและไม่มีหมอตัวจริง อยู่แน่นอน ก็ข้างหน้าผมคือผู้หญิงสาวสวยแต่งตัวดี 2 คน นั่งอยู่หลังตัวอย่างผลิตภัณฑ์อาหารเสริมที่ผม เห็นจากทั้งฟีดในโซเชียลและแอนที่ห้องการเงินของ โรงพยาบาล รอบ ๆ ตัวมีกล่องกระดาษบรรจุอาหาร เสริมอีกหลายกล่องเรียงราย ลึกเข้าไปด้านในภายใต้ แสงไฟนีออนเรืองเรืองนั้น มีชายหนุ่มหน้าตาดี แต่งตัว ภูมิฐานนั่งอยู่หลังคอมพิวเตอร์โน้ตบุ๊ก หูฟังแบบสวม บนศีรษะ และเครื่องพิมพ์ นี่สินะหมอที่ผมถามหา

“ผมถามว่าใครเป็นหมอ” ผมพูดพร้อมกับ ขำเลียงไปหาชายหนุ่มหน้าตาดีคนนั้น เจียบไร้เสียง ตอบ ทุกอย่างนิ่งงัน บรรยากาศชวนอึดอัด สายตา ทุกคู่จับจ้องมาที่ผม คอยดูว่าผมจะทำอย่างไรต่อไป

“เป็นหมอหรือครับ” ฉันถามรบกวนตรวจสอบผม ด้วยครับ ผมจะเป็นคนไข้และพี่ก็เป็นหมอ มาลอง สาธิตการตรวจให้ผมดูว่าผมจะป่วยเป็นอะไร” ผมทำ ทายชายหนุ่มหน้าตาดีคนนั้น หลังจากที่ผมได้รับ เอกสารผลการตรวจของคนไข้คนหนึ่ง จาก สาธารณสุขอำเภอ ที่เป็นภาพสรีรกายวิภาคส่วน ดวงตา มีจุดสีแดงเป็นจุด ๆ ที่ระบุว่าตรงนั้นผิดปกติ กับอีกคนเป็นส่วนหัวเข่าและมีจุดสีแดงที่ ระบุ ตำแหน่งผิดปกติคล้ายกัน ผมมองปราดเดียวก็รู้ทันที ว่านี่คือเรื่องโกหก คอมพิวเตอร์โน้ตบุ๊กกับหูฟังและ เครื่องพิมพ์นั่นก็คือเครื่องมือทำมาหากินของหมอ

ลงโลก “เอาสิครับ ถ้าเครื่องมือนี้มันดีจริง มาตรวจ ให้ผมดู” ผมต้อนอีก เหมือนหมาจนตรอกที่ไม่รู้จะ หันหน้าไปพึ่งใคร ชายหนุ่มหน้าตาดี ลุกสี่ลุกกลน ไม่รู้จะหาทางออกยังไง สุดท้ายก็หลุดคำพูดออกมา จนได้ “ค่อยๆ พูด ค่อย ๆ จากนั้นก่อนก็ได้ครับ อย่า ทำให้เป็นเรื่องใหญ่โตนะครับ คุยกันได้” ผมหันหลัง กลับเดินออกมาข้างนอกทันที ไม่วายขายร่างใหญ่ ยังตามมาดื้อเพื่อต่อรอง “อย่าให้เรื่องบานปลายเลย นะครับ มีอะไรก็คุยกันได้ นะครับ นะครับ” เสียง ละล่ำลือลือตามหลังผมมา “ไปคุยกันที่โรงพัก” ปลัดอำเภอสั่งอย่างเด็ดเดี่ยว สิ้นเสียงทุกอย่างก็เงียบ กริบเหมือนโลกหยุดหมุนไปชั่วขณะ ตามมาด้วยเสียง กระชิบกระซาบของชาวบ้าน...คนไข้ที่กลายเป็นเจ้า ทุกข์ไปโดยปริยาย

ผมนั่งทบทวนกับตัวเองขณะนั่งอยู่ในรถ ตำรวจ (ข้างหลังบรรทุกหมอปโลม ทีมงานและ เครื่องมือลงโลก พร้อมเจ้าทุกข์อีกจำนวนหนึ่ง) ถึง ความรู้สึกของผม ณ ตอนเข้าไปเคลียร์พื้นที่ ก็ให้รู้สึก แปลกใจที่ตอนนั้นตัวเองไม่ได้รู้สึกกลัวกับเหตุการณ์ นั้นเท่าไร แต่กลับทำมันได้อย่างลื่นไหล และเริ่ม รู้สึกว่าจริง ๆ แล้วยาขมที่ผมกลัวหนักหนา มันก็ไม่ได้ ขมอย่างที่คิด รู้สึกว่าตัวเองได้ก้าวผ่านกำแพงของ การทำบทบาทพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายไปได้ อีกขั้นหนึ่ง แต่เรื่องมันกลับไม่จบเพียงเท่านั้น

ครั้งนี้คือครั้งที่สองในชีวิตที่ผมต้องขึ้นโรงพัก ยังรู้สึกแหยง ๆ กับบรรยากาศชวนอึดอัดในโรงพัก ทั้งตำรวจที่เดินกันไปมา หน้าตาดูจริงจัง ชิงชัง ไม่ยิ้ม

แย้มทักทายใคร อีกทั้งสีแดงเลือดหมูที่ระบายไปทั่วห้องนั้นอีก

“ร้อยเวรไม่อยู่ครับ” นายดาบตำรวจที่ขับรถมา กับผมรายงานขณะที่ทุกคนรอร่วมกันอยู่ในห้อง “ช่วยตามหน่อยได้ไหมครับพี่ ผมว่าเรื่องนี้เรื่องใหญ่” บรรยากาศเริ่มอึดอัด ความรู้สึกกังวลเริ่มกลับมาอีกครั้งว่าเหตุการณ์ต่อจากนี้จะเป็นอย่างไร อีกเจ้าทุกข์หน้าสลอนที่เริ่มทยอยมารอกันเต็มหน้าโรงพัก เป็นพี่บัวนั่นเอง แกลงไปข่าวประกาศในตลาดว่าพวกเราเหล่าแม่ค้าถูกหมอหลวงโลกหลอกเอาซะแล้ว แกลงพรอคพวกก็เลยพากันมาทวงความยุติธรรมคืนถึงโรงพักนี้

ครูใหญ่ร้อยเวรก็ปรากฏภายในชุดกีฬาสีแดงเลือดหมู มารู้ภายหลังว่าแกเป็นสารวัตรรองผู้กำกับ และที่แกไม่อยู่เพราะแกกำลังไปวิ่งออกกำลังกายที่สนามกีฬาหลังโรงพักนี้เอง หลังจากนายดาบตำรวจรายงานเหตุการณ์เบื้องต้น ผมและสาธารณสุขอำเภอ ก็ถูกเชิญเข้าไปให้การในห้องทำงานของแก พยายามควบคุมนำเสียงให้เป็นปกติมากที่สุดจนกระทั่งการเพราะกลัวจะเสียรูปคดีว่าเราปรักปรำอีกฝ่ายประมาณครึ่งชั่วโมงผมเดินออกมาจากห้องนั้นด้วยความรู้สึกห้วนโหวง ก็ผมพึ่งตระหนักได้ตอนนี้เองว่าความรู้เรื่องกฎหมายที่ผมมีอยู่มันแทบจะเอาผิดกับคู่กรณีไม่ได้เลย ผลิตภัณฑ์ก็ปลอดภัยขออนุญาตถูกต้อง จะเอาผิดเรื่องเครื่องมือแพทย์ก็ไม่มีเครื่องมือแพทย์ให้เอาผิด สถานพยาบาลก็ไม่ได้มีหลักแหล่งให้เอาผิดอีก

ผมคิดและทบทวนกับตัวเองอีกครั้งขณะนั่งรอการสอบปากคำคู่กรณีอยู่หน้าห้องสารวัตร ใช้เวลาไม่นานนัก ในความรู้สึก ผมว่ามันน้อยกว่าที่สารวัตรคุยกับผมซะอีก คู่กรณีก็เดินออกมา ที่ทำให้ผมรู้สึกแปลกใจคือท่าทีของคู่กรณีที่เปลี่ยนไป ดูไม่ตึงเครียดเหมือนตอนที่นั่งรออยู่ในห้องรอก่อนหน้านี้ ผมถูกเรียกเข้าไปในห้องอีกครั้ง “หมอจะเอาผิดกับเขาเรื่องอะไรครับ” ผมอึ้งและงงกับคำถาม ทั้งสับสนก็ที่ผมมาพึ่งท่านนะแต่ท่านกลับมาถามผมว่าจะเอาผิดเรื่องอะไร ก็หลักฐานมันชัดเจนขนาดนั้น เจ้าทุกข์ก็รอเป็นพยานอยู่หน้าสถานีตำรวจเต็มไปหมด “หลอกหลวงประชาชนครับ” ผมตอบไปหลังจากที่คิดแล้วว่ากฎหมายคุ้มครองผู้บริโภคที่ผมมีอยู่ตอนนั้นมันใช้ไม่ได้สักอย่าง(ยังเจ็บใจตัวเองจนถึงตอนนี้) “ถ้าหลอกหลวงประชาชนมันต้องเป็นลักษณะของการพูดหลอกหลวงมวลชนตั้งแต่ ท่านขึ้นขึ้นไปนะหมอ” สารวัตรพูดพร้อมกับกางหนังสือกฎหมายและชี้ให้ผมดูที่มาตราหนึ่ง ผมอ่านผ่าน ๆ คิดในใจ “นี่เราทำอะไรไม่ได้เลยหรือ....” จนด้วยความรู้เกี่ยวกับกฎหมายที่จะไปแย้งสารวัตรได้ ผมไม่รู้จะหาทางออกให้กับเจ้าทุกข์ที่รอกันสลอนข้างนอกได้อย่างไร

“งั้นผมขอให้คืนเงินให้เจ้าทุกข์ทุกคนที่ซื้อผลิตภัณฑ์นี้ไปกินได้ไหมครับ”

“ได้สิหมอ เตียวผมจัดการให้” เป็นสิ่งเดียวที่ทำให้ผมรู้สึกดีและเป็นทางออกเดียวของเหตุการณ์นั้น จนบัดนี้

ถึงตอนนี้ก็ผ่านมาเกือบ 10 ปี แต่ผมยังจำเหตุการณ์วันนั้นได้ดี มันเป็นบทเรียนราคาแพงสำหรับผม กฎหมายเรื่องที่ผมไม่คุ้นเคยและคิดว่า เป็นยาขมมาตลอดที่ทำงานคุ้มครองผู้บริโภค ถึงแม้ว่ามันจะขมและใช้เวลาเราต้องกินมัน แต่ถึงสถานการณ์หนึ่งในฐานะที่เราเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ เราก็ต้องกินและใช้มันให้เป็นประโยชน์ เพียงแต่เรา รู้จักและเรียนรู้ยาขมนั้นดีพอหรือยัง เหมือนที่เรา รู้จักยาในฐานะเภสัชกร เราต้องรู้กฎหมายให้ดีพอ เช่นกันในฐานะพนักงานเจ้าหน้าที่ด้านคุ้มครอง ผู้บริโภค เพราะเมื่อวันหนึ่งที่เราต้องใช้มัน เราจะได้ ใช้มันอย่างถูกที่ถูกทางและเป็นอาวุธให้เราต่อสู้กับ ทั้งผู้ที่ลักลอบทำผิดกฎหมายและบางครั้งก็กับคนที่ ถือกฎหมายด้วยตัวเอง

เย็นย่ำเต็มที่หลังจากออกมาจากโรงพักใน วันนั้น ผมเดินออกไปเดินเล่นหาอะไรกินในตลาด

“ขอบคุณเภสัชมากเลยนะ นี่ถ้าไม่มีเภสัชพวกพี่ ๆ ก็ คงโดนไปกันอีกคนละหลายพัน” เป็นพี่บัวนั่นเองที่ ทักผมก่อน ผมยืนบนไบหน้า โอภาปราศรัยกับแกไป ตามเรื่อง ทั้ง ๆ ที่ในใจรู้สึกที่เราไปไม่สุดกับ เหตุการณ์นี้

“มีอะไรเกี่ยวกับเรื่องพวกนี้ถ้าผมถามผมได้นะ ครับ อย่าปล่อยไปหลงเชื่อใครง่าย ๆ เข้าอีกละ” ผมหยอกที่เล่นที่จริง พี่บัวยิ้มสลับให้ผมสามโล

“นี่จะเภสัช วันนี้พี่ให้ฟรี ถือว่าได้ช่วยกัน” ผมยกมือไหว้ขอบคุณพี่บัวอย่างที่สุด ที่ทำให้ ความรู้สึกค้างคาใจที่ผมมีอยู่กับเหตุการณ์วันนี้ ได้รับการเยียวยาด้วยคุณค่าและความรู้สึกดี ๆ ของ ประชาชนตาต้า ๆ ที่ไม่รู้โอ้โหน้อไหนที่เราได้ใช้งาน คุ้มครองผู้บริโภคให้เป็นประโยชน์กับพวกเขาได้ แค่นี้ก็เพียงพอที่ทำให้ผมยังยืนหยัดทำงานด้านคุ้มครอง ผู้บริโภคเรื่อยมา จนถึงทุกวันนี้

ทางหนี หรือ ทางออก

นัทธินี วัฒนวรสันต์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

“น้องคะ ช่วยดูข้อมูลพี่หน่วยว่าทำงานครบ 25 ปีแล้วหรือยัง” ฉันทามเจ้าหน้าที่ยื่นเอกสาร

“22 ปี คะ” ฉันทามทนายใจยังต้องทนทำงานอีก 3 ปีหรือนี่

“รวมทวีคูณตอนทำงานที่จังหวัดชายแดนรัยงคะ” ฉันทามขึ้นมาได้

น้องเปิดเอกสารกลับไปเช็คข้อมูลให้ใหม่แล้วแจ้งกลับมาใหม่ว่า ฉันทามได้บวกเพิ่มอีก 3 ปี ซึ่งทำให้ปีนี้ครบ 25 ปี สามารถลาออกราชการได้และได้รับเงินบำนาญ ซึ่งจากการคำนวณแล้วฉันทามคิดว่าอยู่ได้อย่างสบาย ๆ ไม่มีภาระหนี้สิน ไม่ต้องเลี้ยงดูบุตรหลาน สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลยังสามารถใช้ได้ตามสิทธิ์

เมื่อเสร็จภารกิจส่วนตัวแล้วฉันทามเดินกลับมาที่โต๊ะทำงาน มองหน้าจอคอมพิวเตอร์แล้วสวมหูฟังเริ่มแกะเทปโฆษณาที่ได้รับจากเครือข่ายเผ่าละว้า เข้าสู่ช่วงที่ไม่จบสิ้น มองหาทางออกไม่เจอ ไม่รวมถึงการทำงานที่ดำเนินการไปไม่ถึงไหน ได้แต่รอวันหมดอายุความ นี่ก็ผ่านมา 5 เดือนแล้วยังติดขัดเรื่องการบังคับใช้กฎหมายของหน่วยงานตัวเอง

“สมุนไพรแห่งความหวัง ไม่ลองไม่รู้ ท่านที่มีปัญหาด้านสุขภาพ มีโรคประจำตัว ความดัน เบาหวาน ไขมันสูง... เป้าที่จะทนเป็นหนูลองยา อย่าหมดศรัทธาที่จะลอง ลองเถอะครับ หากยังไม่มั่นใจมาลองฟังเรื่องของป้าบุญอีกสักเรื่อง ป้าบุญอายุ 56 ปี เป็นโรคปวดเมื่อย จะเดินจะเหินก็มีอาการอยากจะนอนอย่างเดียว กล้ามเนื้ออ่อนแรง พอได้มารับประทานสมุนไพรแห่งความหวัง ช่วงแรก ๆ ก็เกิดอาการปวดเมื่อยมากกว่าเดิม ลูกแทบไม่ไหว แต่พอทานไปวันที่สี่ห้า.. ก็เริ่มดีขึ้นอาการปวดก็ไม่มีแล้ว สามารถเดินเหินได้สะดวกไปวัดได้เดินโดยไม่ต้องให้ใครมาช่วยพุง...”

กิจวัตรประจำวันเดิม ๆ ของฉันทาม เริ่มจากสวมหูฟังนั่งปลีกตัวอยู่เพียงคนเดียวจ้องหน้าจอไม่พูดไม่จา กับใคร ฟังวิทยุโฆษณาแกะข้อความโฆษณา เรียกนายสถานีมาพบเพื่อชี้แจงข้อกฎหมาย ส่งต่อทีมกฎหมาย เปรียบเทียบปรับ ฟังวิทยุคลื่นใหม่ พบโฆษณาตัวใหม่ แกะเทป เรียกนายสถานี ปรับ วนไปเรื่อย วงจรเดิม ๆ ที่หาทางออกไม่เจอ สิ่งที่เราทำอยู่ตอนนี้มันไม่ได้แก้ปัญหอะไรให้ดีขึ้นเลย สถานีวิทยุเป็นร้อยกว่าคลื่นที่ออกอากาศ สถานีต่างอำเภอก็ต้องไ้วานเจ้าหน้าที่อำเภอฟัง ซึ่งบุคลากรก็แสนจะน้อยนิด ยังมีงานสำคัญอีกมากมายที่ต้องดูแล ไม่ว่าจะเป็นการระบาดของยุงลาย ไข้หวัดใหญ่ สิ้นค้าเถื่อน ยาเสพติดรอยด่าง งานโฆษณาจึงเป็นงานท้าย ๆ ที่เจ้าหน้าที่จะเลือกทำ เป็นสาเหตุให้ความหดหู่ถาถมเข้ามาอีกระลอก แล้วหญิงอึดแบบฉันทามจะทนงานนี้ไปได้สักกี่วัน

“งานนี้เป็นงานยาก” พี่ร่วมงานเคยบอกไว้ การใช้กระบวนการกฎหมายอย่างเดียวมันก็ไม่ได้แก้ปัญหายั่งยืน เพราะธุรกิจการขายมันสร้างรายได้เป็นกอบเป็นกำ

“ขายตัวนี้กล่องละกี่บาท” ฉันทเคยถามดีเจคนหนึ่งซึ่งตระเวนเช่าช่วงเวลาของคลื่นวิทยุหลายสิบแห่ง

“กล่องละ 1,500 บาท” เมื่อได้ทราบราคาแล้วแทบไม่เชื่อหูตัวเองว่าสินค้าราคาขนาดนี้ขายดีเดือนละไม่ต่ำกว่าหนึ่งร้อยกล่องมันคุ้มค่าต่อการลงทุนขายผ่านทางวิทยุ ชาวบ้านคนเฒ่าคนแก่สามารถเข้าถึงสินค้าด้วยการโทรศัพท์บู๊ป สินค้าจัดส่งถึงบ้านไม่ต้องลุกออกจากเตียงให้เมื่อย

ฉันทฟังโฆษณาชวนไปจนเกิดความสงสัยในใจว่ามันดีจริง ๆ เหรอ คนเป็นความดัน เบาหวาน อัมพาต อัมพฤกษ์ กินแล้วดี กินแล้วเดินได้ สะเก็ดเงิน ปวดเข่าปวดข้อกินแล้วหาย นี่ถ้าของเขาไม่ดีจริงคงไม่ขายดีขนาดนี้ แล้วคนที่ซื้อไปถ้าของไม่ดี รักษาไม่หายเขาก็คงมาร้องเรียนกันบ้างละ หรือว่าการแพทย์เราล้าหลัง การทำงานของเราไปกีดกันองค์ความรู้ด้านสุขภาพทางสมุนไพรวิเศษรักษาทุกโรครึเปล่า คิดแล้วอยากทำวิจัยขึ้นมาเลยทันที ถ้าดีสนิทกับคนขายว่าขายให้ใครบ้างแล้วขอเก็บข้อมูลการใช้ เราอาจจะไม่ต้องมัวแต่กังวลเรื่องโครงการ 30 บาท รักษา(เกือบ)ทุกโรค หรือค่ารักษาที่มากมายจนจ่ายไม่ไหวของผู้ไม่มีสิทธิ์ประกันใด ๆ ฉันทสะบัดความคิดเรื่อยเปื่อยออก แล้วจจจจจกับหน้าจออีกครั้ง

“งานนี้เป็นงานปัญหาสังคมที่ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบและร่วมกันแก้ไขปัญหา” และแล้วแสงสว่าง ณ ปลายอุโมงค์เห็นริบหรี่ก็ปรากฏขึ้นจากท่านรองผู้ว่าราชการจังหวัดได้เอ่ยขึ้นในที่ประชุมหน่วยงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหลังจากการทบทวนที่ก่อกองความร่วมมือด้านการโฆษณาที่เสร็จสิ้นไปเมื่อไม่นานนี้ ท่านรองผู้ว่าได้เสนอให้ทำ

โครงการแก้ไขปัญห จัดทำกิจกรรมว่าจะดำเนินการอะไรเพื่อเป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์ของจังหวัด

ความเครียดอีกก่อนถามเข้ามา การเขียนโครงการแถมจะผลักดันเป็นยุทธศาสตร์จังหวัดคงไม่ง่ายเหมือนปอกกล้วยเข้าปาก งานนี้มันทุเรียนชัด ๆ แถมไม่มีอุปกรณ์ให้แกะเสียด้วย เพียงแค่ประสานหน่วยงานอื่น ๆ ให้มาร่วมด้วยช่วยกันทำก็ยากพอแล้ว งานบู๊ปก็ต้องทำ งานบุนก็ดันเอามาใส่เพิ่ม ฉันทคนเดียวหัวเดียวกระเทียมลีบจะทำได้แคไหนเชียว

“กลับตัวก็ไม่ได้ ให้เดินต่อไปก็ไปไม่ถึงเหมือนมีอะไรที่ดิ่ง ไม่ให้เราเลือกทางใด” เพลงเก่าเพลงหนึ่งวนเข้ามาในหัวแห่งความเบลอพอติบพอติ

จนกระทั่งบ่ายแก่ ๆ วันหนึ่ง มีหญิงวัยกลางคนรูปร่างผอมเข้ามาพบดิฉันทพร้อมกับยื่นจดหมายและซองสีน้ำตาลเปิดออกด้านในเป็นแผ่นซีดีแผ่นหนึ่ง

“ป้ามาร้องเรียนโฆษณาละ” เวลาใกล้สี่โมงครึ่งทำเอาฉันทอยากปิดการสนทนาด้วยการรับเอกสารและกล่าวขอบคุณ แต่ฉันทเลือกที่จะขอทราบรายละเอียด ฉันทเปิดจดหมายขึ้นอ่าน เมื่อไม่เห็นชื่อผู้ร้องจึงขอชื่อและเบอร์โทร

“ขอไม่เปิดเผยได้ไหม ไม่อยากมีเรื่องเพียงแค่อยากให้ทางหมอช่วยตรวจสอบ หากเป็นการโฆษณาที่ไม่ถูกต้องก็ขอช่วยดำเนินการต่อ ไม่อยากให้วิทยุโฆษณาหลอกลวงคนอื่น ๆ อีก” ฉันทอธิบายรายละเอียดและขออนุญาตทราบชื่อและเบอร์โทรเพื่อแจ้งผลการดำเนินการไปให้ ซึ่งภายหลังป้าก็ยินดีให้ชื่อและเบอร์โทร

ป้ามินาเล่าให้ฟังว่าวิทยุคลื่นนี้โฆษณาขายอาหารเสริม บอกว่าแก้ปวดเข่า ปวดข้อ ปวดเมื่อยได้ มีดีเจสองสามีภรรยาที่โฆษณาทางวิทยุนี้แหละเป็นคนขายและส่งของเองถึงบ้าน ป้าก็ซื้อมาห้ากล่องจะได้ราคาส่วนลดจาก 1,300 เหลือ 1,100 บาท กินมากล่องที่ห้าแล้ว ที่ว่าแก้ปวดเข่า ปวดข้อก็ไม่หาย สำคัญที่ป้าชวนเพื่อนชวนญาติรวมกันซื้อ จนป้าถูกต่อว่าเอาอะไรมาหลอกกินกัน ป้านี้ไปโรงพยาบาลผ่าเข่าหายเดินได้แล้ว ป้าเล่าไปด้วยเสียงสั่นเครือ

“ขอบคุณคะป้ามินาที่เสียเวลาเข้ามาและให้ข้อมูล ทางเราจะรีบดำเนินการตรวจสอบและหากไม่ถูกต้องก็จะดำเนินการตามกฎหมายต่อไป” ฉันบอกป้าพร้อมยกมือไหว้ กล่าวคำลา ป้าบอกต่อว่าให้ลองเปิดฟังแผ่นที่ลูกชายอัดให้ ย้าบอกว่าแค่บางส่วนยังมีอีกเยอะทั้งมีโทรศัพท์เข้ามาเล่ากินแล้วดีกินแล้วหายป้านี้เจ็บใจถูกหลอก

“คะป้า แล้วทางเราจะรีบดำเนินการ” ป้ามินาเดินออกไป ภายในห้องเหลือฉันคนเดียว ฉันหยิบแผ่นซีดีใส่ในเครื่องคอมพิวเตอร์ หยิบหูฟังขึ้นมาแนบที่หู เป็นกรณีแรกในรอบ 3 ปีที่มีประชาชนเข้ามาร้องเรียนเรื่องโฆษณาทางวิทยุแล้วได้รับผลกระทบจากการเสียทรัพย์และเสียเพื่อน เมื่อได้ฟังข้อความโฆษณาแล้วก็อดใจไม่ได้ที่จะถอดข้อความออกมาและทำบันทึกถึงผู้บังคับบัญชาเพื่อตรวจสอบเรื่องร้องเรียนนี้จนเสร็จ ฉันเดินออกมานอกอาคารที่ทำงานเพื่อเตรียมตัวจะกลับบ้าน รถที่เคยจอดเต็มที่จอดตอนนี้อยู่ไม่กี่คัน ก้อนเมฆใหญ่สีเทาดำปกคลุมเต็มท้องฟ้าฉันแหม่มมองแล้วรีบวิ่งกลับบ้าน

ก่อนการประชุมหน่วยงานที่ร่วมลงบันทึกข้อตกลงความร่วมมือการดำเนินงานโฆษณาเมื่อปลายปีก่อน ลุงโทนนักจัดรายการวิทยุรุ่นอาวุโสโทรศัพท์หาฉันด้วยน้ำเสียงนุ่มชวนฝัน ข้อความที่ยืนยันทำให้ฉันเกิดความรู้สึก นี่ไม่ใช่แค่ความพยายามของฉันเพียงลำพังยังคงมีอีกหลายคนที่คิดเหมือนฉัน

“ผมทำสปอตเรียบร้อยแล้วสองสปอตจะส่งทางอีเมลให้นะครับ ลองเปิดฟังนะครับจะได้เอาไปเปิดในที่ประชุมด้วย” ฉันกล่าวขอบคุณเพราะนั่นคือจุดเริ่มต้นของการดำเนินงานรณรงค์ประชาสัมพันธ์แบบมีส่วนร่วมของภาคสื่อมวลชน สปอตที่ทำออกมาเราตั้งใจให้เป็นในนามของจังหวัด ยังต้องเข้าสู่กระบวนการขออนุญาตผู้ว่าราชการจังหวัดในการเปิดสปอต ออกอากาศทางสถานีวิทยุ หลังจากวางสายฉันก็เริ่มจัดเตรียมเอกสารเพื่อนำเสนอในที่ประชุมวันพรุ่งนี้

“พี่คิดว่าถ้าเราจัดประกวดทำคลิปสปอตสื่อต่าง ๆ โดยให้ประชาชนทุกกลุ่มวัย ส่งเข้ามานอกจากการมีส่วนร่วมแล้วเรายังได้สปอตที่ตรงกับกลุ่มวัยต่าง ๆ” ประธานชมรมสื่อวิทยุเสนอในที่ประชุม

“ผมเสนอจัดเวทีสื่อพบปะประชาชน ที่ถนนคนเดินทุกวันอาทิตย์ เช่นมีการประกวดร้องเพลง แล้วเราสอดแทรกความรู้ด้านสุขภาพ ความรู้ยา หลงเชื่อโฆษณา แล้วถ่ายทอดออกอากาศทางสถานีวิทยุในเครือข่าย” ชายร่างท้วมที่เคยเชิญมาพบเพื่อชี้แจงกรณีพบโฆษณาผลิตภัณฑ์อาหารทางวิทยุเมื่อปีก่อนเสนอขึ้นบ้าง



ในที่ประชุม ได้ร่วมเสนอแนวความคิดต่าง ๆ ที่จะขับเคลื่อนงานแบบมีส่วนร่วมในการสร้างความตระหนักแก่สื่อมวลชนและการเผยแพร่ความรู้แก่ประชาชน ซึ่งทำให้ฉันยิ้มออกมาได้นิดหนึ่ง แต่ยังคงมีปัญหาเรื่องงบประมาณที่จะสนับสนุนเอามาจากไหน ของจังหวัดจะมีไหม

“มีกองทุนสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์ที่หน่วยงานหรือประชาชนก็สามารถของบกองทุนนี้ได้ และจะเปิดพิจารณาอีกครั้งเดือนกันยายนนี้ งบกองทุนเยอะมากเป็นร้อยกว่าล้านบาท “เสียงแผ่วเบาแต่มากด้วยความหวังผ่านทางไมโครโฟนด้านหลังหญิงสาวพร้อมลูกเล็กนั่งข้าง ๆ จากตัวแทนวัฒนธรรม

จังหวัดได้ชี้ให้เห็นแหล่งเงินทุนที่อาจจะขอมาทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้

ฉันนัดหมายวันพูดคุยรายละเอียดกิจกรรมต่าง ๆ กับเครือข่ายวิทยุที่อดีตเคยจ่ายเงินเสียค่าปรับให้กับรัฐบาล วันนี้เขาจะเอาคืนในรูปแบบจัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน ฉันยิ้มกว้างแล้วเดินออกจากที่ประชุม แม้ว่าจะเป็นงานยากต้องใช้ความอดทนและใช้เวลา แต่หากเราไม่ทำประชาชนแบบป้ามีนาจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ลองดูอีกซักตั้ง ฉันบอกตัวเอง ทางออกไม่ใช่เพียงแค่ล่าออกมามันยังมีทางออกอีกหลาย ๆ ทางที่เราจะเลือกเดิน ดวงไฟเล็ก ๆ ในใจฉันที่เกือบจะมอดค่อย ๆ สว่างขึ้น...



ชมรมเภสัชสาธารณสุขจังหวัดแห่งประเทศไทย
58/1 ถนนมิตรภาพ ตลาดใหญ่ อ.เมือง จ.ภูเก็ต 83000
โทร: 099 3560022