

JOURNAL OF HEALTHCONSUMER PROTECTION

วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

ISSN: 3027 - 8554 (Online)



Vol.4 No.2
July - December 2024
ปีที่ 4 ฉบับที่ 2
กรกฎาคม - ธันวาคม 2567





ที่ปรึกษา

เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา

นายกสภาเภสัชกรรม

นายกสมาคมเภสัชสาธารณสุขจังหวัดแห่งประเทศไทย

บรรณาธิการที่ปรึกษา

รศ.ดร.ภญ.วรรณ ศรีวิริยานุภาพ

ผศ.ดร.ภญ.สุนทรี ท.ชัยสัมฤทธิ์โชค

ภก.บรรเจิด เดชาศิลป์ชัยกุล

ผู้อำนวยการวิทยาลัยคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพแห่งประเทศไทย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อดีตที่ปรึกษาระดับกระทรวงสาธารณสุข นักวิชาการอาหารและยาทรงคุณวุฒิ

บรรณาธิการอำนวยการ

ภก.สมสุข สัมพันธ์ประทีป

ประธานชมรมเภสัชสาธารณสุขจังหวัดแห่งประเทศไทย

กองบรรณาธิการ

รศ.ดร.ภญ.ชื่นจิตร กองแก้ว

ดร.ภก.ศักดิ์สิทธิ์ ศรีภา

ผศ.ดร.ภญ.เพ็ญกาญจน์ กาญจนรัตน์

รศ.ดร.ภก.สุรศักดิ์ ไชยสงค์

รศ.ดร.ภก.ภาณุพงศ์ พุทธิรักษ์

ผศ.ดร.ภก.บุญส่ง หวังสินทวีกุล

ดร.ภญ.ภาควดี ศรีภิรมย์

ดร.ภญ.สรียา เวชวิฐาน

ดร.สาตี อินทร์เจริญ

ภก.ภาณุโชติ ทองยัง

ภญ.มัลลิกา สุพล

ภก.สุภณัย ประเสริฐสุข

ภญ.วนิษา สุประดิษฐ์อรณ

ภญ.อังศุรัตน์ ยิ้มละมัย

ภญ.น้ำทิพย์ มุมมาลา

ภญ.นัทธินี วัฒนวรสันต์

ภก.ราชัน คงชุม

ภก.วันชัย นนทกิจไพศาล

ภญ.รุ่งนภา กงวงษ์

ภญ.ฐิติพร อินสร

มหาวิทยาลัยนเรศวร

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง

โรงพยาบาลวารินชำราบ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

หัวหน้ากองบรรณาธิการ

**ผู้กลั่นกรองและประเมินบทความวิจัย (Peer Review)**

ภก.ประสาท ลิ้มดูล	ข้าราชการบำนาญ
ภก.สงค์ศักดิ์ วรรณกุล	ข้าราชการบำนาญ
ภก.ชัยวัฒน์ สิงห์หิรัญสรณ์	ข้าราชการบำนาญ
ผศ.ดร.ภญ.ณัฏฐิญา คำผล	มหาวิทยาลัยศิลปากร
ผศ.ดร.ภญ.นันทวรรณ กิติกรรณากรณ์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ผศ.ดร.อารีย์ บุตรสอน	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ดร.อนุวัฒน์ วัฒนพิชญากุล	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ดร.ภญ.ภัทรวดี ศรีคุณ	มหาวิทยาลัยบูรพา
ดร.อนุพันธ์ สุวรรณพันธ์	มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ
ดร.ภญ.ภาวดี ศรีภิรมย์	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
ภญ.กนกพร ชนะคำ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์
ภญ.มัลลิกา สุพล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
ภญ.กนกพร ธีญมณีนิน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น



บทบรรณาธิการ

ขอเอยคำ “สวัสดี” กับท่านผู้อ่านทุกท่าน วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพฉบับนี้เป็นฉบับประจำปีี่ 4 ฉบับที่ 2 ที่ยังคงนำเสนอสาระวิชาการเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ เพื่อคอยย้ำเตือนผู้บริโภคว่า สิ่งที่มีคุณอนันต์ก็อาจแฝงด้วยโทษมหันต์เช่นกัน ดังบทความเรื่องแรกในจำนวน 3 เรื่อง คือ เรื่องที่ 1 “ระบาดวิทยาของการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ (กรณีศึกษา : ผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร)” เรื่องที่สอง “บทสรุปความร่วมมือเพื่อสร้างกลไกการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยาประเทศไทย - สปป.ลาว” เปิดเผยถึงความพยายามที่จะสร้างความปลอดภัยด้านยาระหว่างสองประเทศบ้านพี่เมืองน้อง และเรื่องสุดท้าย เกร็ดกฎหมาย สำหรับฉบับนี้ “เมื่อเภสัชกรไม่อยู่ปฏิบัติหน้าที่ในร้านขายยา ผู้รับอนุญาตต้องแสดงเจตนาว่าไม่ขายยา” ซึ่งตอกย้ำให้เจ้าของร้านยาปฏิบัติตามกฎหมาย ส่วนผู้บริโภคจะสามารถสังเกต และไม่ถูกหลอกขายโดยผู้ที่ไม่ใช่เภสัชกรประจำร้าน

สำหรับเรื่องเล่าประจำฉบับนี้มีด้วยกัน 3 เรื่อง ประกอบด้วย “ไปกินไอติมเซเวนเช่นกัน!!!” “พรีตตี้หน้าซำ” และ “เมื่อหมอปloomเจอครูปloom” โดยทั้ง 3 เรื่องเกิดจากประสบการณ์จากการทำงานจริง มาปรับแต่งให้อิงนิยายเพื่อไม่ให้กระทบกับการใช้ชีวิตของตัวละครที่มีอยู่จริง โดยเนื้อเรื่องจะแสดงถึงการแก้ปัญหาของเจ้าหน้าที่ให้เกิดการคุ้มครองผู้บริโภคอย่างแท้จริง ซึ่งท่านผู้อ่านจะพบทั้งสาระและความบันเทิงจนวางไม่ลง นอกเหนือจากบทความวิชาการและเรื่องเล่าแล้ว แน่นนอนว่าวารสารฯ ฉบับนี้ยังนำเสนอบทความวิจัยอีก 8 เรื่อง ที่อยากให้ท่านลองตั้งใจอ่าน แล้วท่านจะรู้ว่ารอบตัวของเรา ไม่ง่ายนักที่จะตัดสินว่าอะไรเป็นสิ่งที่ดี หากเราสัมผัสมันอย่างผิวเผิน

กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพฉบับนี้ ยังทำหน้าที่เป็นสื่อกลางให้ท่านผู้อ่านได้รับความรู้ ทศนคติ ให้ท่านสามารถคุ้มครองตนเองและคนใกล้ชิดจากการเอารัดเอาเปรียบของผู้ผลิตและผู้จำหน่ายที่ไร้จรรยาบรรณ ขอขอบคุณผู้อ่านทุกท่าน และพบกับเนื้อหาดี ๆ ของวารสารเราในฉบับถัดไป

เภสัชกรสมสุข สัมพันธ์ประทีป

บรรณาธิการ

**unbssณาธิการ (Editorial Note)**

สมสุข สัมพันธ์ประทีป

บทเรียนการทำงาน (Lesson Learned)**1-9**

บทสรุปความร่วมมือเพื่อสร้างกลไกการเฝ้าระวัง
และพัฒนาระบบยาประเทศไทย - สปป.ลาว

สุภณีย์ ประเสริฐสุข

บทความวิชาการ (Review Article)**10-19**

ระบาดวิทยาของการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการบริโภค
ผลิตภัณฑ์สุขภาพ(กรณีศึกษา: ผลิตภัณฑ์ยาจากสมุนไพร)

ภาควดี ศรีภิรมย์

บทความวิจัย (Research Article)

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าร่วมโครงการ “ร้านยารูปแบบใหม่
Common Illness” ของร้านขายยาแผนปัจจุบันใน
จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

20-38

*Factors affecting project participation “New Model Pharmacy for
Common Illness” of pharmacies in Ayutthaya Province*

สุชาติ ถนนวรารักษ์

ผลของระบบการติดตามดูแลความปลอดภัยจากการใช้ยา Warfarin
ในระดับปฐมภูมิ อำเภอวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ

39-55

*The outcome of Warfarin safety monitoring system in Primary Care Wanghin
District Sisaket Province*

พีระพงศ์ ภูบาล

สถานการณ์ผลิตภัณฑ์สมุนไพรผิดกฎหมายที่ขายบนแพลตฟอร์ม
ตลาดกลางพาณิชย์อิเล็กทรอนิกส์แห่งประเทศไทย กรณีศึกษายาผงจินดามณี

56-71

Survey of illegal herbal products sales on Thailand’s e-marketplace platform,

Jindamanee Case Study

นัทธินี วัฒนวรานันต์, ภาณุพงศ์ พุทธิรักษ์

**บทความวิจัย (Research Article)****คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยแห่งความสำเร็จ
ที่มีผลต่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคของเจ้าหน้าที่
สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสกลนคร****72-89**

*Personal characteristics and key success factors affecting the consumer
protection performance of health personnel at Sub-district Health
Promoting Hospitals Sakon Nakhon Province*

นุสรรา อุดรนคร, ประจักษ์กร บัวพันธ์, นครินทร์ ประสิทธิ์

**ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโภชนาการกับการเสียชีวิต
ของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต****90-101**

Relationship of nutritional status and sepsis mortality

รุ่งทิพย์ ตั้งสง่าศักดิ์ศรี

**การพัฒนาระบบเฝ้าระวังการจำหน่ายยาในร้านชำผ่านนโยบาย
ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนตำบลสัมป่อย
อำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ****102-120**

*Development of a surveillance system for drug distribution
in grocery stores through the Rational Drug Use Policy
in Sompoi Subdistrict, Rasi Salai District, Sisaket Province*

จินดาพร อุปถัมภ์, ลีริธร เดชาศิลป์ชัยกุล, พัทยา โพธิ์วัฒน์

**การพัฒนาระบบงานคลังบริหารเวชภัณฑ์ยา โรงพยาบาลบ้านดง
ให้มีมาตรฐานและปลอดภัย****121-132**

*Development of pharmaceutical inventory management
at Banchang Hospital to be standard and safety*

จารุภา ตั้งก่อพันธุ์

**บทความวิจัย (Research Article)**

- ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการเริ่มใช้ยาเอชไอวีเพร็พของนักเรียน
ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอศรีรัตนฯ จังหวัดศรีสะเกษ** 133-149

Factor affecting HIV-PrEP initiation of high school students in

Si Rattana District, Sisaket Province

โกวิทย์ ทองละมุล , บรรณสรณ์ เตชะจำเริญสุข , ประพทย์ รุจนาธำรงค์, ตุลาการ นาคพันธ์

เกร็ดกฎหมาย (Law Anecdote)

- เมื่อเภสัชกรไม่อยู่ปฏิบัติหน้าที่ในร้านขายยา
ผู้บริโภคจำเป็นต้องแสดงเจตนาว่าไม่ขายยา** 150-153

ราชัน คงชุม

เรื่องเล่าชาวฟาร์ (Narrative Pharmacy)

- เมื่อหมอปาลอม..เจอกับครูปาลอม** 154-157

ตุลาการณ์ รุจิระยรรยง

- พริตตี้หน้าซำ** 158-161

ฐิติพร อินศรี

- “ไปกินไอติมเซเวนเซ่นกัน!!!”** 162-164.

อังศุรัตน์ ยี่มะมะย์



บทสรุปความร่วมมือเพื่อสร้างกลไกการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยาประเทศไทย - สปป.ลาว

A meeting for collaboration on monitoring and control systems
for cross - border medications and pharmacies between Lao PDR and Thailand
under MOU between University of Health Sciences,
Lao PDR and Mahasarakham University, Thailand

สุภณีย์ ประเสริฐสุข

เครือข่ายติดตามปัญหาหายาชายแดนและผลิตภัณฑ์สุขภาพข้ามแดน

เครือข่ายยาชายแดนฯ ประเทศไทยโดยศูนย์วิชาการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา (กพย.) ภาคอีสาน คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ร่วมกับศูนย์วิชาการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา (กพย.) สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้จัดการประชุมความร่วมมือเพื่อสร้างกลไกการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยาประเทศไทย - สปป.ลาว เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลทางวิชาการ และร่วมกันจัดทำแนวทางแก้ไขปัญหายาไม่เหมาะสมในพื้นที่ชายแดนไทยและ สปป.ลาว

การดำเนินการยาชายแดนของเครือข่ายในระยะที่ 1 มุ่งให้ความสนใจสถานการณ์การใช้และการกระจายของยากลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ชายแดนและหาแนวทางในการจัดการปัญหายาชายแดนในประเทศไทย ทำให้เข้าใจเบื้องต้นและเบื้องหลังปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในพื้นที่ชายแดน ที่ไม่ได้หมายถึงเฉพาะหมู่บ้าน ตำบล หรืออำเภอ ซึ่งมีที่ตั้งอยู่ในเขตแดนตามภูมิศาสตร์เท่านั้น แต่ได้ขยายพื้นที่ชายแดนในความหมายชายแดนเสมือนจริง ความเป็นพรมแดนของรัฐ

การดำเนินการระยะที่ 2 มุ่งเน้นการทำงานในชุมชนพื้นที่ชายแดนและขับเคลื่อนการทำงานระหว่างพื้นที่ ได้ทำให้พบว่าความยืดหยุ่นอะลุ่มอล่วยในการบังคับใช้หลักเกณฑ์ ข้อบังคับ ได้ทำให้เกิดภาวะผิดกฎหมายแต่ชอบธรรม (Licit) จึงได้ดำเนินการต่อเนื่องใน 3 ประเด็น ดังนี้

1. การพัฒนาระบบการเชื่อมต่อข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวัง การนำเข้าส่งออกยาในพื้นที่ด่านชายแดน
2. การเข้าถึงยาของแรงงานข้ามชาติในพื้นที่ชายแดนอีสาน
3. การเฝ้าระวังยาไม่เหมาะสมในชุมชนพื้นที่ชายแดนภาคอีสาน

อย่างไรก็ดี ในการศึกษาจำเป็นต้องทำงานประสานทั้งข้อมูลและการดำเนินการต่อเนื่อง ข้อมูลการดำเนินการในระยะที่ 1 และ 2 ทำให้พบความเหลื่อมล้ำทางสังคมพื้นที่ชายแดน มีความสัมพันธ์กับความ



เหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ เช่น แรงงานชาวกัมพูชาในตลาดชายแดนช่องจอม แรงงานชาวลาวในย่านลาวทาว์น ในหมู่บ้านแห่งหนึ่งของ อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย มีความสัมพันธ์กับรูปแบบการแสวงหาการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกันไปด้วย ในประเทศไทยกลุ่มที่มีสถานะทางเศรษฐกิจสังคมสูงกว่าจะไปใช้บริการสุขภาพที่คลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชน แรงงานข้ามชาติกัมพูชาส่วนใหญ่เลือกใช้บริการสุขภาพในประเทศไทย แสดงให้เห็นถึงความต้องการใช้บริการสุขภาพที่ผูกโยงกับทัศนคติของแรงงานข้ามชาติที่มีต่อระบบบริการสุขภาพของไทย โดยสถานพยาบาลในประเทศกัมพูชานั้น อาจไม่สามารถตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพได้ เช่น บริการที่ไม่เพียงพอ ไม่สอดคล้องกับความต้องการ ราคาไม่สมเหตุสมผลกับบริการ

นอกจากนี้ การแสวงหาการดูแลสุขภาพยังเกี่ยวข้องกับปัจจัยที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพรูปแบบต่าง ๆ ด้วย เช่น ทักษะด้านการสื่อสาร สถานะทางกฎหมาย ผู้ที่พูดภาษาไทยได้เพียงเล็กน้อยและคนที่ไม่มีบัตรอนุญาตทำงานจะกลับไปใช้บริการสุขภาพที่กัมพูชามากกว่าการรักษาด้วยตนเองในประเทศไทย หรือบางกลุ่ม บางคนก็เลือกจะนำยาติดตัวข้ามมาใช้ มาแจกจ่ายรวมถึงขายเล็ก ๆ น้อย ๆ ในเครือข่ายด้วย

ดังนั้น จึงพบว่าปัญหาในพื้นที่ชายแดนจึงไม่ใช่ลักษณะที่ตั้งอยู่เพียงเดียว แต่ได้เชื่อมโยงกับความเหลื่อมล้ำ ความยากจน สิทธิในการดูแลสุขภาพไปจนถึงสถานะผิดกฎหมายแต่ชอบธรรมใน

การปรับตัวแก้ปัญหาของเครือข่ายทางสังคมที่ไม่เป็นทางการในการมาโอบอุ้มช่วยสนับสนุนระหว่างกันของแรงงานข้ามชาติ

ในการดำเนินการระยะที่ 3 นี้จึงได้ดำเนินการต่อเนื่องในกรขยายความร่วมมือการดำเนินงานกับเครือข่ายระหว่างประเทศทั้งในภาควิชาการ University of Health Sciences, Vientiane Capital ในการร่วมกันพัฒนาคู่มือสองภาษาสำหรับผู้คนชายแดนไทย-ลาว และการร่วมกันทำงานระหว่างตะเข็บพื้นที่ชายแดน ในการเผยแพร่ความรู้ในการใช้ยาและการดูแลรักษาตนเองเบื้องต้น เพื่อให้เข้าใจในวัฒนธรรมการใช้ยาระหว่างประเทศ สามารถปรับและประยุกต์ใช้ให้สามารถพึ่งพาตนเองได้มากที่สุด รวมถึงการเข้าใจในระเบียบ กฎเกณฑ์ระหว่างประเทศ เพิ่มการเข้าถึงสิทธิในประกันสุขภาพและสิทธิในการเข้าถึงยาที่จำเป็น โดยไม่คำนึงถึงเชื้อชาติ ศาสนา

นอกจากนี้ ยังมีเป้าหมายในการร่วมกันใช้เครื่องมือเพื่อการเฝ้าระวังยาที่ไม่ปลอดภัยระหว่างประเทศ โดยความร่วมมือของกรมอาหารและยา สปป.ลาว (The Bureau of Food and Drug Inspection), Vientiane Capital และ Faculty of Pharmacy, University of Health Sciences, Vientiane Capital เพื่อสานต่อการพัฒนาระบบการเชื่อมข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวัง การนำเข้าส่งออกยาในพื้นที่ด่านชายแดน เพิ่มการเข้าถึงยาของแรงงานข้ามชาติในพื้นที่ชายแดนอีสาน และสร้างศักยภาพการเฝ้าระวังยาไม่เหมาะสมในชุมชนพื้นที่ชายแดนภาคอีสาน



ยาชายแดน : ความร่วมมือ 3 ภาคประชาสังคม- ภาควิชาการและหน่วยงานราชการนโยบาย

การดำเนินงานงานยาชายแดน โดย กพย.
และ กพย.อีสาน ได้มีข้อค้นพบสำคัญ ได้แก่

1. ชายแดนอีสานมีภูมิทัศน์ระบบยาที่
แตกต่างจากภาคอื่น ๆ ในประเทศไทย : มากกว่า
“ยารักษาโรค” และเกินกว่า “พื้นที่” ชายแดน

2. ผู้คนในชุมชนชายแดนอีสานมี
พฤติกรรมการใช้ยาที่มีลักษณะเฉพาะ ยาในพื้นที่
ชายแดนไม่ได้ตั้งอยู่เดี่ยว ๆ แต่ยังเชื่อมโยงกับ
ชุมชนภายนอกชายแดนเชื่อมโยงกับความเหลื่อม
ล้ำความยากจน สิทธิในการดูแลรักษาไปจนถึง
สถานะผิดกฎหมายแต่ชอบธรรมในพื้นที่ชายแดน

3. ในพื้นที่ชายแดนบางอย่างที่ผิด
กฎหมายของรัฐ (Illegal) แต่สามารถยอมรับได้ใน
พื้นที่ชายแดน (Licit) โดยเฉพาะยารักษาโรค
ผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เกิดภาวะผิดกฎหมาย
แต่ชอบธรรม

และทีมงานได้ดำเนินการทำงานร่วมกันกับ
เครือข่ายในพื้นที่ โดยเกิดการสะท้อนข้อมูลให้แก่
ภาคส่วนที่เกี่ยวข้องจัดทำข้อเสนอเชิงปฏิบัติ

1. สร้างเครือข่ายยาชายแดนภาคอีสาน
2. ผลักดันข้อเสนอเชิงนโยบายในการ
ประชุมเครือข่ายภาคอีสาน กรณีการจัดการ
การลักลอบนำยาที่ผิดกฎหมายข้ามแดน โดยนำ
เทคโนโลยีในการจัดการข้อมูลขนาดใหญ่มาใช้

วิเคราะห์ตรวจจับและส่งต่อปัญหา

3. จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายในระดับ
พื้นที่ จัดทำฐานข้อมูลยากลุ่มเสี่ยงที่ต้องมีการเฝ้า
ระวังศูนย์และให้กลไก พชต. หรือพชอ. (แล้วแต่
พื้นที่) เป็นศูนย์ปฏิบัติการเฝ้าระวังความปลอดภัย
ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพพื้นที่ชายแดน

เครือข่ายยาชายแดนได้กำหนดแผน
ดำเนินการเพื่อดำเนินการตามกรอบแนวคิดดังนี้

1. สานต่อศักยภาพเครือข่ายยาชายแดน
ในภาคอีสาน ในการทำงานเฝ้าระวังความปลอดภัย
และคุ้มครองผู้บริโภคและฐานข้อมูลขนาดใหญ่

2. พัฒนาศักยภาพ อสม. ชายแดนและ
ศูนย์ปฏิบัติการเฝ้าระวังความปลอดภัยยาและ
ผลิตภัณฑ์สุขภาพพื้นที่ชายแดน ผ่านกลไก พชต./
พชอ. ในพื้นที่ชุมชนชายแดน

3. ดำเนินงานร่วมกับ University of
Health Sciences, Vientiane Capital/ Bureau of Food
and Drug Inspection, Vientiane Capital พัฒนาและ
เชื่อมข้อมูลยาที่ไม่ปลอดภัยของทั้ง 2 ประเทศเพื่อ
ป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นจากการใช้ยาและ
ผลิตภัณฑ์สุขภาพ

ดังนั้น จะเห็นว่าภาคีหุ้นส่วน
(Boundary Partners) หนึ่งที่สำคัญคือ เครือข่าย
องค์กรระหว่างประเทศหรือประเทศเพื่อนบ้านที่มี
ชายแดนติดกันกับประเทศไทย โดยเฉพาะ
ในภาคอีสาน ได้แก่ สปป.ลาว และกัมพูชา โดย



Outcome Challenge หรือได้กำหนดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการดำเนินงาน เครือข่ายความร่วมมือจัดการปัญหาชายแดน จะรวมตัวกันโดยมีหน่วยงานประสาน กำหนดประเด็น แผนการจัดการ ทำระบบร่วมกัน ซึ่งหนึ่งใน Boundary Partners ที่สำคัญคือ เครือข่ายระหว่างประเทศ โดยเริ่มต้นที่ความร่วมมือทางวิชาการภายใต้ข้อตกลงร่วมทางวิชาการ โดยบันทึกความเข้าใจ (MOU) Memorandum of Understanding ระหว่าง University of Health Sciences, Lao PDR and Mahasarakham University, Thailand และร่วมกับศูนย์วิชาการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา (กพย.) ภาคอีสาน คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กพย. สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยการสนับสนุนสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) จัดการประชุมความร่วมมือเพื่อสร้างกลไกการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา ไทย - สปป.ลาว ขึ้น โดยกำหนด 3 ประเด็นแลกเปลี่ยน ดังนี้

1. ระบบการเฝ้าระวังและเชื่อมต่อข้อมูลยาและผลิตภัณฑ์
2. การเข้าถึงยาที่ปลอดภัยและหลักประกันสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ ผ่านกลไก อสม. ชายแดน
3. ยาปลอดภัยในชุมชนพื้นที่ชายแดนทั้ง 2 ประเทศ

นอกจากนี้ยังได้แลกเปลี่ยนประเด็นยาในฟาร์ม เชื้อดื้อยา การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use: RDU) และบทบาทเภสัชกรในหน้าที่ต่าง ๆ รวมถึงเครื่องมือที่ใช้ในการเฝ้าระวังข้อมูลยา และผลิตภัณฑ์สุขภาพ



1. ภูมิทัศน์ยาชายแดนประเทศไทย (Landscape of Border Medicine Situation in Thailand)

ได้นำเสนอข้อค้นพบการดำเนินงานศึกษาแก้ไขปัญหายาของเครือข่าย กพย. ในเรื่องยาชายแดนประเทศไทย ยาชายแดนไม่ใช่เรื่องของคนที่ชายแดนแต่เพียงอย่างเดียว ยาได้คืบคลานเข้ามาถึงชุมชนกลางหมู่บ้านในเขตเมืองจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ ยาที่เป็นปัญหา เช่น ยาเสพติดรายด์ภายในประเทศมีการควบคุมกำกับเข้มงวดมากขึ้น แต่การทำงานในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งมีด่านชายแดนทั้งที่เป็นทางการและด่านที่ไม่เป็นทางการ เช่น จุดผ่อนปรน ด่านวัฒนธรรมหลายแห่งใน จังหวัดเลย, หนองคาย, บึงกาฬ และมุกดาหาร ได้พบข้อมูลการลักลอบนำเข้ายาอันตรายและยาควบคุมพิเศษ เพื่อมาจำหน่ายในประเทศไทยหลายครั้ง ขณะที่ข้อมูลของเครือข่ายฯ



ซึ่งทำงานในพื้นที่ภาคเหนือก็มีลักษณะที่คล้ายกัน กล่าวคือ มีการตรวจสอบพบยาเสพติด Dexamethasone และยาแก้ปวด Piroxicam ซึ่งมีฉลากแสดงภาษาจีนเกือบทุกพื้นที่ ในพื้นที่ จังหวัดเชียงราย น่าน ตาก และประจวบคีรีขันธ์ มีกรณีรายใหญ่ ๆ แต่ยังไม่สามารถจับกุมผู้กระทำได้ เพราะไม่มีผู้แสดงตัวเป็นเจ้าของ โดยยาดังกล่าวถูกนำมาจัดเป็นยาชุด “หมอมหาร” กระจายขายในชุมชนต่าง ๆ ทั่วประเทศในปัจจุบัน และพบข้อมูลการปลอมปนสเตียรอยด์ ยาแก้ปวด ในยาแผนโบราณ (Traditional Medicinal) Maajun/Jamu ของมาเลเซีย บรูไน อินโดนีเซียได้ ถูกลักลอบขนข้ามแดนมา



Situation in Thailand : Southern Region



In Narathiwat Province, in collaboration with Kelantan's Food and Drug Checkpoint, Malaysia has reported the continuous detection of steroids in many supplements and traditional medicines, such as Motalin, Jamu Ajab products, Maajun Ayam selasih, gout painkillers.

- Steroid-contamination in Herbal medicine
- Weight Gain Vitamins
- KOKANDO Detox supplement

Situation in Thailand : Southern Region



They have Thailand-Malaysia Border Health Goodwill Committee for study Situation and Health Product Vigilance along the Thailand-Malaysia Border (Narathiwat-Kelantan) Pharmacy Implementation

- Inspect health products and advertisements
- Collect samples of health products for analysis
- Public relations (PR) and consumer warning
- Consumer Education

Border Crossing and Situation on Problems of Medicine and Health Products along Thailand's Borders



Situation in Thailand : Northeastern Region



Nong Khai Customs, in cooperation with the Food and Drug Checkpoint officers, searched Nong Khai public transportation at the Thai-Lao Friendship Bridge, in the area of the international arrivals bus terminal.

The bag was found inside the bus, which contained a white plastic bottle named 'Dexamethasone' and Piroxicam, totaling 170,000 tablets without any owner's identification.

In the area of Lao Province, cross border steroids with Chinese labels were discovered to be from Laos. Hong merchants sell them across the border market in Chiang Khan District, together with YA-CHUD (cocktails of drugs) and other drugs that are not registered in Thailand. They gave information that they brought drugs from Lao PDR to sell to both Thai and Laotian people because of good sales.

Situation in Thailand : Northeastern Region

In the area of Mukdahan Province, on the Thai-Savannakhet border checkpoint, unlicensed and unregistered drugs in Thailand, including Chinese label steroids, along with YA-CHUD being detected by Vietnamese merchants. They have provided information that the drugs were mainly sold to Vietnamese people by unintentionally selling to Thai people. However, it was found that these medicines were also sold in pharmacies in Mukdahan province as well.



Border Crossing and Situation on Problems of Medicine and Health Products along Thailand's Borders

การข้ามพรมแดนของยาและเภสัชเคมีภัณฑ์ สเตียรอยด์

ช่องทางแดนที่เป็นทางการรอบประเทศไทยปัจจุบันครอบคลุม 25 จังหวัด 89 ช่องทาง โดยแนวเขตพื้นที่ทางบกชายแดนประเทศไทยทางบกมีระยะทางประมาณ 5,656 กิโลเมตร ครอบคลุม 31 จังหวัด เชื่อมต่อประเทศกัมพูชา 798 กิโลเมตร (7 จังหวัด), ประเทศลาว 1,810 กิโลเมตร (12 จังหวัด), ประเทศพม่า 2,401 กิโลเมตร (10 จังหวัด) และประเทศมาเลเซีย 647 กิโลเมตร (4 จังหวัด) ขณะที่ด้านอาหารและยามีบทบาทหน้าที่ตามกฎหมายในการควบคุมการนำเข้าผลิตภัณฑ์สุขภาพเข้ามาในราชอาณาจักร ยาอาหาร เครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์ ยาเสพติดให้โทษ วัตถุอันตราย และวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ปัจจุบันมีทั้งสิ้น 50 ด้าน



ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ศุลกากรหนองคายร่วมกับเจ้าหน้าที่ด่านอาหารและยาหนองคาย ได้ทำการตรวจค้นรถโดยสารสาธารณะประจำสะพานมิตรภาพไทย - ลาว บริเวณช่องตรวจรถโดยสารขาเข้าระหว่างประเทศ พบถุงวางอยู่ภายในรถโดยสาร ภายในพบขวดพลาสติกสีขาว ระบุชื่อยา Dexamethasone และ Piroxicam รวมทั้งสิ้น 170,000 เม็ด โดยไม่มีผู้ใดแสดงตัวเป็นเจ้าของ

พื้นที่จังหวัดเลยพบยาเสพติดรอยดัดลากภาษาจีนข้ามแดนมาจากประเทศลาว โดยแม่ค้าชาวม้งนำข้ามมาขายบริเวณตลาดชายแดน อำเภอเชียงคาน พร้อมยาชุดและยาอื่น ๆ ที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนในประเทศไทย โดยให้ข้อมูลว่านำมาจาก สปป.ลาว เพื่อมาขายให้ทั้งชาวไทยและชาวลาวเพราะขายดี

พื้นที่ จังหวัดมุกดาหารบริเวณด่านชายแดนไทย - สะหวันนะเขต ตรวจพบการลักลอบนำเข้ายาไม่มีทะเบียน ยาที่ไม่ขึ้นทะเบียนในประเทศไทยรวมถึงสแตียรอยด์ฉลากภาษาจีน พร้อมยาชุดจำนวนหนึ่ง จากแม่ค้าชาวเวียดนาม โดยให้ข้อมูลว่านำเข้ามาเพื่อจำหน่ายให้กับชาวเวียดนามที่เจ็บป่วยเป็นหลัก ไม่ได้ตั้งใจนำมาขายให้กับคนไทยแต่อย่างใด อย่างไรก็ตาม มีข้อมูลว่าพบยาลักษณะดังกล่าววางขายอยู่ในร้านขายยาในตัวเมืองจังหวัดมุกดาหารด้วยเช่นกัน

ภาคเหนือ

ในพื้นที่อำเภอเวียงแก่นและ อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย มีการวางขายยาเสพติด

อย่างแพร่หลายในตลาดนัดชายแดนจำหน่ายให้ทั้งชาวไทย (ทั้งขายปลีกและขายส่ง) และขายให้ชาวม้ง และชาวลาวที่ข้ามแดนมาซื้อและขายของในตลาดนัด และพบยาระงับปวดกลุ่ม NSAIDs จากประเทศเวียดนามและจีน เข้ามาในประเทศไทย โดยยายังไม่ได้ขึ้นทะเบียนในประเทศไทย มีเป้าหมายจะนำไปขายในตัวเมืองจังหวัดเชียงใหม่ และระหว่างที่เครือข่ายติดตามปัญหาฯ ทำงานอยู่ในพื้นที่เชิงของเพื่อเก็บข้อมูล ก็ได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ด่านอาหารและยาว่า ที่ฝั่ง สปป.ลาว แขวงบ่อแก้ว เจ้าหน้าที่ของทางการลาวได้ตรวจพบไซบูทรามิน จำนวนหนึ่งกำลังจะถูกนำข้ามมาที่ประเทศไทย (แต่ยังไม่สำเร็จ ถูกทางการลาวตรวจสอบพบก่อน - กฎหมายของ สปป.ลาว มีเรื่องของการควบคุมการส่งออกยาด้วย)

ภาคตะวันออก

เครือข่ายเภสัชกรปฐมภูมิรายงานข้อมูลการเยี่ยมบ้านในพื้นที่ อำเภอเมืองตราด จังหวัดตราด พบว่ามีผู้ป่วยที่ใช้ยาเสพติด ซึ่งมีฉลากภาษาจีน เช่นเดียวกับที่พบในหลายพื้นที่ของประเทศ

ภาคใต้

พื้นที่จังหวัดนราธิวาส โดยความร่วมมือกับด่านอาหารและยารัฐกลันตัน ประเทศมาเลเซีย รายงานการตรวจพบยาเสพติดในอาหารเสริมและ Traditional Medicine จำนวนหลายรายการอย่างต่อเนื่อง เช่น Motalin แก้วปวด, ผลิตภัณฑ์ Jamu Ajaib, Maajun Ayam Selasih แก้วปวดรักษาเก๊าท์



สถานการณ์โดยรอบประเทศไทย

หน่วยงานสาธารณสุขมาเลเซียได้ออกแนวทางการสังเกต/ ข้อเท็จจริงของผลิตภัณฑ์ Maajun/Jamu (มาเลเซียจัดกลุ่มให้เป็น Traditional Medicine) เนื่องจากตรวจพบการปลอมปนสเตียรอยด์ (Dexamethasone และ Prednisolone) ยาแก้ปวดกลุ่ม NSAIDs และบางตัวพบการปลอมปนของยารักษาเบาหวาน (Metformin, Glibenclamine) จำนวนมาก

กระทรวงสาธารณสุข ประเทศบรูไนดารุสซาลามโดยหน่วย Pharmacy Enforcement ได้เปิดเผยการตรวจสอบพบยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพอันตรายที่พบการปลอมปน Dexamethasone และ Sibutramine และยาแผนปัจจุบันอื่น ๆ อีกหลายตัวในผลิตภัณฑ์หลายรายการอีกครั้ง ซึ่งอยู่ในระหว่างติดตามถึงการนำเข้ามาและการกระจายภายในประเทศ เบื้องต้นพบการลักลอบนำยาเข้าประเทศบรูไน โดยเป็นผลิตภัณฑ์ที่ผลิตจากฟิลิปปินส์ ฮองกง จีน และอินโดนีเซีย

กรมอาหารและยา สปป.ลาว ได้ประกาศแจ้งเตือนประชาชนและสั่งการให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องเฝ้าระวังการกระจายยาสเตียรอยด์ที่ลักลอบนำเข้าจากประเทศไทย พบ Dexamethasone ฉลากข้อความภาษาไทยและภาษาลาว ไม่มีทะเบียน ไม่ระบุแหล่งผลิต และไม่มีข้อมูลวันเดือนปีที่ผลิต/ หมดอายุ ลักษณะเดียวกับที่มีการระบาดอยู่ในประเทศไทย คาดการณ์ว่าจะมีการลักลอบส่งข้ามแดนจากประเทศไทย มี

ข้อสังเกตว่าเป็นการลักลอบนำเข้ารายย่อยและสถานที่เกิดเหตุ ก็เกิดเฉพาะพื้นที่ชายแดนเท่านั้น ซึ่งไม่น่าจะจัดว่าเป็นความเสี่ยงที่รุนแรงและส่งผลกระทบในวงกว้างต่อสุขภาพของคนไทยได้ แต่ในความเป็นจริง การลักลอบนำเข้าดังกล่าวไม่ได้เกิดขึ้นแต่ในลักษณะกองทัพนมดและในพื้นที่ชายแดนเท่านั้น มีข้อมูลว่ายาหลายตัวมีเป้าหมายจะส่งเข้าไปในพื้นที่เขตเมือง เช่น เชียงใหม่ เชียงราย สงขลา ขอนแก่น และบางพื้นที่ก็พบยาสเตียรอยด์ที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนในประเทศไทย วางขายและอยู่ในหมู่บ้านกลาง อย่างไรก็ตาม พื้นที่ชายแดนไม่ได้มีปัญหาเฉพาะยาสเตียรอยด์ลักลอบนำเข้ามาในประเทศไทยเท่านั้น ยังพบยาสเตียรอยด์ไม่มีทะเบียนสัญชาติไทย (ยาสเตียรอยด์ไต้หวัน ไม่มีทะเบียนเหมือนที่ระบาดอย่างแพร่หลายในประเทศไทย) ลักลอบข้ามแดนไปยังประเทศเพื่อนบ้านด้วย





ข้อมูลจากการทำงานจะพบว่าปัญหาไม่ได้
อยู่เฉพาะพื้นที่ชายแดนระหว่างประเทศ แต่เส้น
เขตแดนได้ติดตามผู้คน ทั้งคนใช้และคนขายเข้า
ไปสู่พื้นที่ต่าง ๆ กลางเมืองอีกด้วย

การไหลเวียนของยาได้เผชิญกับบริบททาง
สังคมเศรษฐกิจและผู้คนที่แตกต่างกันหลาย
การให้คุณค่าความหมายกฎเกณฑ์การบังคับใช้
รวมทั้งเหตุผลและจุดประสงค์การใช้ที่ผู้คนให้ต่อยา
ก็แตกต่างกันไปตามบริบทด้วย กรณีศึกษา
สเตียรอยด์ในยาชุดหมอมหาพร ได้เดินทางข้าม
พรมแดนมาในกระปุกยาฉลากภาษาจีน โดยพบ
มากขึ้นในช่วงที่กระทรวงสาธารณสุขเข้มงวดกับ
ยาสเตียรอยด์ภายในประเทศ โดยพบการลักลอบ
นำเข้าในลักษณะกองทัพนมด้นผ่านด่านชายแดนใน
พื้นที่ต่าง ๆ ทั่วประเทศ เช่น เชียงราย หนองคาย
มุกดาหาร อุบลราชธานี และพบในพื้นที่กลางเมือง
เชียงใหม่

ประจวบคีรีขันธ์ ขอนแก่น และการปลอมปนใน
พื้นที่ภาคใต้ เช่น สงขลา ยะลา คนในพื้นที่
ชายแดนให้คุณค่าและความหมายต่อสเตียรอยด์ใน
ฐานะสิ่งวิเศษที่ช่วยปิดเป่าโรคร้ายได้อย่าง “นำ
มหัศจรรย์”



ข้อแลกเปลี่ยน : หน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาคปฏิบัติ
การ ภาควิชาการ ได้ส่งคณะทำงานผู้เกี่ยวข้อง
มาร่วมแลกเปลี่ยน โดยประกอบด้วยบุคลากรจาก
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยวิทยาศาสตร์
สุขภาพ, แผนกยาหลวงฯ, แผนกยาพื้นเมือง, กอง
ตรวจตราและสาธารณสุขนครหลวงฯ กรมอาหาร
และยา ได้ส่งเภสัชกร บุคลากร และนักวิชาการ
มาร่วมแลกเปลี่ยน

สปป.ลาว มีระบบการกำกับดูแลการ
นำเข้า นำผ่าน และส่งออกผลิตภัณฑ์สุขภาพ เพื่อ
ป้องกันและปราบปรามการนำเข้าผลิตภัณฑ์
สุขภาพที่ผิดกฎหมายการดำเนินพิธีตรวจสอบ
ร่วมกัน ณ จุดเดียว (Single Stop Inspection:
SSI) ในพื้นที่ควบคุมร่วมกัน ณ จุดผ่านแดนด้วย
การจัดทำข้อเสนอทางเทคนิค (Technical
Arrangement) สาขาผลิตภัณฑ์สุขภาพ ซึ่งเป็น
เอกสารแนบท้ายในบทเพิ่มเติมของบันทึกความ
เข้าใจ (MOU) ภายใต้ความตกลงว่าด้วยการขนส่ง
ข้ามพรมแดนในอนุภูมิภาคแม่น้ำโขง (Greater
Mekong Subregion Cross-Border Transport
Agreement: GMS.CBTA) ที่ จะเน้นถึงการ
ตรวจสอบอาหารนำเข้าร่วมกันที่ด่านนำเข้า
ขณะเดียวกันได้พบปัญหาการลักลอบนำเข้า
ส่งออกผลิตภัณฑ์ที่ไม่ปลอดภัย ไม่ได้รับอนุญาตอยู่
เป็นระยะ การได้เชื่อมและส่งต่อระหว่างกันจะทำ
ให้รู้เท่าทันสถานการณ์ปัญหา และเรียนรู้
แลกเปลี่ยนข้อมูลกันได้ดีมากขึ้น นำไปสู่การแก้ไข
ปัญหาระหว่าง 2 พื้นที่



ข้อแลกเปลี่ยน : การดำเนินงานเฝ้าระวังความปลอดภัยของยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ประเทศไทยได้ใช้ระบบ TaWai for Health ในการรายงานและแจ้งเตือนข้อมูลคุณภาพและความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์สุขภาพ ระบบดังกล่าวมีความสามารถในการรับรายงานปัญหาด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในระดับชุมชน ใน 3 ลักษณะ คือ

1. รายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ
2. รายงานการพบผลิตภัณฑ์ต้องสงสัยและยาชุด
3. รายงานการพบเห็นโฆษณาเกินจริง ระบบดังกล่าวมีขีดความสามารถและ

ตอบสนองผู้ใช้งานได้ดีและสามารถนำข้อมูลจากฐานข้อมูลปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพ นำมาสร้างสื่อเพื่อเตือนภัยและสร้างความตระหนักรู้ในด้านการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพของภาคประชาชน

การประชุม 2 ฝ่ายในครั้งนี้เกิดผลลัพธ์ความร่วมมือภายใต้บันทึกความเข้าใจ MOU ระหว่าง University of Health Sciences, Lao PDR and Mahasarakham University, Thailand และร่วมกับ กพย.ภาคอีสาน คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, กพย.สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยโดยการสนับสนุน สสส. ดังนี้

1. เครือข่ายทางวิชาการ เพื่อการเฝ้าระวังยาที่ไม่ปลอดภัยในพื้นที่ชายแดนไทยลาว
2. การแลกเปลี่ยนบุคลากรในการทำงานระหว่างพื้นที่
3. สร้างระบบส่งต่อและประสานข้อมูลระหว่างผู้ปฏิบัติงาน

ถือเป็นความร่วมมือทำงานและส่งต่อข้อมูลระหว่างสองพื้นที่ในภาคปฏิบัติงานและสนับสนุนบุคลากรทำงานร่วมกัน สานต่อความปลอดภัยในชุมชนพื้นที่ชายแดนและผลักดันระบบเฝ้าระวังส่งต่อข้อมูลเพื่อนำข้อมูลวิชาการไปผลักดันเชิงนโยบายเสนอต่อรัฐบาลของทั้งสองพื้นที่ต่อไปในอนาคต



ระบาดวิทยาของการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ

(กรณีศึกษา : ผลิตภัณฑ์ยาจากสมุนไพร)

ภาควิชา ศิริภรณ์

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเฝ้าระวังความปลอดภัยจากการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ กรณีศึกษา ผลิตภัณฑ์ยาจากสมุนไพรที่รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์ฯ เข้ามาในระบบเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ระหว่างปี พ.ศ. 2562 - 2566 สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ได้รับรายงานการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์ยาจากสมุนไพรจากสถานพยาบาลในสังกัด กระทรวงสาธารณสุขและสถานพยาบาลเอกชนทั้งสิ้น 785 ราย เป็นผู้ป่วยหญิงมากกว่าชาย ในสัดส่วน 1.42 : 1 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 43.36 ± 16.61 ปี ผู้ที่ได้รับผลิตภัณฑ์ยาจากสมุนไพร ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 18 - 65 ปี ผู้ป่วยที่ได้รับผลิตภัณฑ์ยาจากสมุนไพร ร้อยละ 71.02 ไม่มีโรคประจำตัว เป็นผู้ที่ไม่มียาแพ้ยาแพ้กับ ร้อยละ 88.66 ผู้ป่วยที่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ฯ ที่ร้ายแรงจำนวน 192 ราย มีอายุระหว่าง 18 - 65 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 76.04) เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ฯ ที่พบมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ ภาวะ Maculopapular rash (ร้อยละ 12.36), รองลงมาคือ Urticaria (ร้อยละ 12.10), ภาวะ Rash (ร้อยละ 10.06), ภาวะ Angioedema (ร้อยละ 18.98) และภาวะ Anaphylactic reaction (ร้อยละ 6.24) มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิตที่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาจากสมุนไพร จำนวน 2 ราย เมื่อวิเคราะห์ชนิดของผลิตภัณฑ์ยาจากสมุนไพรที่ทำให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ฯ ผลิตภัณฑ์ที่เกิดเหตุการณ์ไม่ถึงประสงค์ฯ มากที่สุด ได้แก่ ผลิตภัณฑ์สมุนไพรฟ้าทะลายโจร รองลงมาคือ ผลิตภัณฑ์สมุนไพรจากกัญชา และผลิตภัณฑ์สมุนไพรเถาวัลย์เปรียง ตามลำดับ ผู้ป่วยที่ใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรฟ้าทะลายโจร จำนวน 100 ราย (ร้อยละ 27.73) มีอาการร้ายแรง พบผู้ป่วยที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาจากฟ้าทะลายโจรทั้งสิ้น 372 ราย สัดส่วนหญิงเท่ากับชาย อายุที่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ฯ มากที่สุดอยู่ระหว่าง 18 - 65 ปี เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ฯ ที่พบมากที่สุดจากการบริโภคผลิตภัณฑ์ฟ้าทะลายโจร คือ ภาวะ Maculopapular rash จำนวน 52 ราย รองลงมาคือ ภาวะ Urticaria จำนวน 50 ราย ผลการศึกษาพบว่า การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการบริโภคผลิตภัณฑ์สมุนไพร ยังคงพบอาการแพ้ หรืออาการแพ้ที่รุนแรงได้ เช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมา โดยเฉพาะการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในระบบผิวหนัง อาจมีอาการที่ร้ายแรง และผู้ป่วยไม่มีประวัติแพ้มาก่อน ทำให้การจัดการความเสี่ยงมีความสำคัญ



บทนำ

ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ประกอบด้วย อาหาร ยา เครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์ วัตถุอันตรายที่ใช้ในบ้านเรือนหรือทางสาธารณสุข สมุนไพร ยาเสพติดให้โทษ และวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทที่ใช้ในทางการแพทย์ โดยกำกับดูแลทั้งในส่วนของก่อนและหลังออกสู่ตลาด เพื่อให้ผู้บริโภคมีความปลอดภัยในการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ และมีการจัดการความเสี่ยงที่เหมาะสม¹

ประเทศไทยมีนโยบายส่งเสริมการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร มีรายการผลิตภัณฑ์ยาจากสมุนไพรเพื่อใช้ในการรักษา หรือทดแทนยาแผนปัจจุบันในสถานพยาบาลทั่วประเทศ ส่งผลให้ปริมาณการใช้ การพัฒนารูปแบบของผลิตภัณฑ์ และวิธีใช้ที่เปลี่ยนแปลงจากภูมิปัญญาดั้งเดิม การใช้ผลิตภัณฑ์ยาจากสมุนไพรที่มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการใช้ยาจากดั้งเดิม อาจส่งผลให้เกิดปัญหาด้านความปลอดภัยได้²จากรายงานอาการไม่พึงประสงค์พบภาวะตับอักเสบจากการใช้ผลิตภัณฑ์จากใบขี้เหล็ก เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์พบว่า เกิดจากสาร Barakol ที่มีอยู่ในใบขี้เหล็ก ซึ่งการบริโภคในรูปแบบดั้งเดิมที่เป็นอาหาร มีการกำจัดสารนี้ออกไปหมดโดยการต้ม แต่เมื่อบริโภคผลิตภัณฑ์ในรูปแบบแคปซูล ซึ่งไม่มีการกำจัดสารนี้ออกจึงเกิดพิษขึ้น^{3,4} หากสามารถวิเคราะห์สาเหตุของการเกิดเหตุการณ์ไม่

พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์ยาจากสมุนไพรจะสามารถลดความเสี่ยงในอันตรายที่จะเกิดต่อผู้บริโภคได้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการเฝ้าระวังความปลอดภัยจากการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ กรณีศึกษาผลิตภัณฑ์ยาจากสมุนไพรที่รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาระหว่างปี พ.ศ. 2562 - 2566

ผลการศึกษา

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้รับรายงานการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์ยาจากสมุนไพรจากสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสถานพยาบาลเอกชน ตั้งแต่เดือนมกราคม 2562 จนถึงธันวาคม 2566 ทั้งสิ้น 785 ราย เป็นผู้ป่วยหญิงมากกว่าชาย ในสัดส่วน 1.42 : 1 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 43.36 ± 16.61 ปี (ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD) ผู้ได้รับผลิตภัณฑ์ยาจากสมุนไพร ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 18 - 65 ปี ผู้ป่วยที่ได้รับผลิตภัณฑ์ยาจากสมุนไพร ร้อยละ 71.02 ไม่มีโรคประจำตัว เป็นผู้ที่ไม่มีประวัติแพ้ยาเท่ากับร้อยละ 88.66 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการไม่ร้ายแรง ผู้ป่วยที่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ฯ ที่ร้ายแรงจำนวน 192 ราย มีอายุระหว่าง 18 - 65 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 76.04) ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาจากสมุนไพร
(พ.ศ. 2562 - 2566)

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยทั้งหมด	จำนวน (%)
เพศ (n=782)	
หญิง	460 (58.82)
ชาย	322 (41.18)
อายุ [ปี] (n=665)	
Mean $\pm$ SD	43.36 $\pm$ 16.61
อายุ < 18 (n=83)	
- หญิง	45 (11.60)
- ชาย	38 (13.72)
อายุ 18 - 65 (n=479)	
- หญิง	287 (73.97)
- ชาย	3
อายุ > 65 (n=103)	
- หญิง	56 (14.43)
- ชาย	47 (16.97)
ประวัติการแพ้ยา (n=785)	
ไม่มี	696 (88.66)
มี	89 (11.34)
ประวัติโรคประจำตัว (n=659)	
ไม่มี	468 (71.02)
มี	191 (28.98)
อาการร้ายแรง (n=192)	
อายุ < 18	21 (10.94)
อายุ 18 - 65	146 (76.04)
อายุ > 65	25 (73.02)
อาการไม่ร้ายแรง (n=452)	
อายุ < 18	60 (13.27)
อายุ 18 - 65	317 (70.13)
อายุ > 65	75 (16.59)



ในจำนวนผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาจากสมุนไพรทั้งสิ้น 785 ราย เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่พบมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ ภาวะ Maculopapular rash (ร้อยละ 12.36), รองลงมาคือ Urticaria (ร้อยละ 12.10), ภาวะ Rash (ร้อยละ 10.06),

ภาวะ Angioedema (ร้อยละ 18.98) และภาวะ Anaphylactic reaction (ร้อยละ 6.24) ดังตารางที่ 2 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ สามารถหายเป็นปกติโดยไม่มีร่องรอยเดิม มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิตที่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาจากสมุนไพร จำนวน 2 ราย ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 จำนวนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาจากสมุนไพรมากที่สุด 5 อันดับแรก (พ.ศ. 2562 - 2566)

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทั้งหมด (n=785)	ชาย	หญิง	รวม (%)
Maculopapular rash	35	61	96 (12.36)
Urticaria	33	62	95 (12.10)
Rash	31	48	79 (10.06)
Angioedema	21	43	64 (18.98)
Anaphylactic reaction	14	34	48 (6.24)

ตารางที่ 3 ผลลัพธ์การประเมินความสัมพันธ์การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาจากสมุนไพร (พ.ศ. 2562 - 2566)

ผลลัพธ์ (n=785)	จำนวน (%)
หายเป็นปกติโดยไม่มีร่องรอยเดิม	493 (62.80)
หายโดยมีร่องรอยเดิม	24 (3.05)
ยังมีอาการอยู่	136 (17.32)
เสียชีวิต	2 (0.25)
ไม่สามารถติดตามผลได้	130 (16.56)

เมื่อวิเคราะห์ชนิดของผลิตภัณฑ์ยาจากสมุนไพรที่ทำให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ผลิตภัณฑ์ที่เกิดเหตุการณ์ไม่ถึงถึงพึงประสงค์มากที่สุด ได้แก่ ผลิตภัณฑ์สมุนไพรฟ้าทะลายโจร รองลงมาคือ ผลิตภัณฑ์สมุนไพรจากกัญชา และ

ผลิตภัณฑ์สมุนไพรเถาวัลย์เปรียง ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ไม่ร้ายแรง ผู้ป่วยที่ใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพร ฟ้าทะลายโจร จำนวน 100 ราย (ร้อยละ 27.73) มีอาการร้ายแรง ดังตารางที่ 4



ตารางที่ 4 สัดส่วนการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาจากสมุนไพรมากที่สุด 3 อันดับแรก (พ.ศ. 2562 - 2566)

ผลิตภัณฑ์สมุนไพร	ชาย	หญิง	จำนวน (%)
Andrographolides (n=358)			
Serious	51	49	100 (27.73)
Nonserious	101	157	258 (72.06)
Cannabis (n=45)			
Serious	16	1	17 (37.77)
Nonserious	17	11	28 (62.22)
<i>Derris Scandens benth</i> (n=34)			
Serious	4	5	9 (26.47)
Nonserious	16	9	25 (73.52)

พบผู้ป่วยที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาจากฟ้าทะลายโจรทั้งสิ้น 372 ราย สัดส่วนหญิงเท่ากับชาย อายุที่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ มากที่สุดอยู่ระหว่าง 18 - 65 ปี ดังตารางที่ 5 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีประวัติแพ้

ยา ผู้ป่วยร้อยละ 65.06 มีประวัติโรคประจำตัว เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่พบมากที่สุดจากการบริโภคผลิตภัณฑ์ฟ้าทะลายโจร คือ ภาวะ Maculopapular rash จำนวน 52 ราย รองลงมา คือ ภาวะ Urticaria จำนวน 50 ราย ดังตารางที่ 6



ตารางที่ 5 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการบริโภคผลิตภัณฑ์ฟ้าทะลายโจร
(พ.ศ. 2562 - 2566)

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยที่ใช้ฟ้าทะลายโจร	จำนวน (%)
เพศ (n=372)	
หญิง	249 (66.93)
ชาย	123 (33.06)
อายุ [ปี] (n=374)	
Mean $\pm$ SD	44.35 $\pm$ 20.47
อายุ < 18 (n=52)	
- หญิง	27 (51.72)
- ชาย	25 (48.07)
อายุ 18 - 65 (n=237)	
- หญิง	166 (70.04)
- ชาย	71 (29.95)
อายุ > 65 (n=31)	
- หญิง	16 (51.61)
- ชาย	15 (48.38)
ประวัติการแพ้ยา (n=315)	
ไม่มี	252 (80.00)
มี	63 (20.00)
ประวัติโรคประจำตัว (n=372)	
ไม่มี	64 (17.20)
มี	245 (65.06)
อาการร้ายแรง (n=100)	
อายุ < 18	14 (14.00)
อายุ 18 - 65	13 (13.00)
อายุ > 65	5(5.00)
อาการไม่ร้ายแรง (n=257)	
อายุ < 18	34 (13.22)
อายุ 18-65	28 (10.09)
อายุ > 65	21 (8.17)



ตารางที่ 6 จำนวนเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคผลิตภัณฑ์ฟ้าทะลายโจร 3 อันดับแรก (พ.ศ. 2562 - 2566)

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ 3 อันดับแรก	ชาย	หญิง	รวม
Maculopapular rash	25	27	52
Urticaria	19	31	50
Angioedema	12	22	34

วิเคราะห์ผลการศึกษา

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 - 2566 จำนวนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพร เพิ่มขึ้นเป็นลำดับ ผลิตภัณฑ์ยาจากสมุนไพรที่พบรายงานอาการไม่พึงประสงค์มากที่สุดคือ ผลิตภัณฑ์ฟ้าทะลายโจร รองลงมาคือ ผลิตภัณฑ์จากกัญชา และผลิตภัณฑ์ยาสมุนไพรจากเถาวัลย์เปรียง เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์ยาจากสมุนไพรที่พบและมีอาการร้ายแรงมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ รายงานการเกิดภาวะ Maculopapular rash, ภาวะ Urticaria และ Anaphylactic reaction การศึกษารายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพร ระหว่างปี ค.ศ. 1999 - 2010 ในประเทศสาธารณรัฐเกาหลี ซึ่งวิเคราะห์ข้อมูลจากรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากฐานข้อมูลประกันสุขภาพของประเทศ มีจำนวนการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี เช่นเดียวกันกับผลการศึกษาครั้งนี้ แต่เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่พบได้มากที่สุด คือ ภาวะ Hepatitis (ร้อยละ 46.80) โดยพบจากการใช้ผลิตภัณฑ์

สมุนไพรจาก *Ephedra sinica* *Erigeron Canadensis*, *Pinellia ternate*, *Xanthium strumarium*, *Evodia rutaecarpa*, *Prunus armeniaca*, *Prunus persica* and *Sinomenium acutum* มากที่สุด ซึ่งเป็นพืชสมุนไพรที่แตกต่างจากในประเทศไทย⁵

การศึกษาเรื่อง Estimating Adverse Events Associated with Herbal Medicines using Pharmacovigilance Databases : Systematic Review and Meta- Analysis วิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูล MEDLINE/ PubMed, SCOPUS, EMBASE และ CINAHL แบบ systematic review และ meta-analysis เกี่ยวกับรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาจากสมุนไพร จำนวน 26 การศึกษา ที่มีรูปแบบการศึกษาที่ต่างกันไป ช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2557 - 2566 กำหนดเกณฑ์ในการนำข้อมูลมาวิเคราะห์ผลการศึกษาเป็นข้อมูลการเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการบริโภคผลิตภัณฑ์สมุนไพร จากหลายประเทศทั่วโลก เช่น สาธารณรัฐประชาชนจีน สาธารณรัฐออสเตรเลีย



สหรัฐอเมริกา และสาธารณรัฐเกาหลี เป็นต้น พบว่าค่าเฉลี่ยของอัตราการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการศึกษาทั้งหมด 24 การศึกษา เท่ากับร้อยละ 22.3 (IQR ร้อยละ 13.30 - 35.10) มีรายงานการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการบริโภคผลิตภัณฑ์สมุนไพรในระบบผิวหนังมากที่สุด โดยอาการที่พบคือ อาการ Rash คัน ผื่นแพ้ Erythema urticaria และ Pruritus ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษานี้ที่เป็นการศึกษาจากฐานข้อมูลการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของประเทศไทย และพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในระบบผิวหนังมากที่สุดเช่นกัน⁶

การศึกษาแบบไปข้างหน้า ในการเฝ้าระวังความปลอดภัยการใช้ผลิตภัณฑ์ฟ้าทะลายโจร ในผู้ป่วยชาวไทยระหว่างปี พ.ศ. 2552 - 2562 มีรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทั้งหมด 197 ราย เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่พบมากที่สุด คือ ภาวะ Hypersensitivity reaction (170 ราย) ผู้ป่วยมีอายุระหว่าง 31- 40 ปี จะพบรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์มากที่สุด และผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีประวัติแพ้⁷ เมื่อพิจารณาจำนวนรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์ฟ้าทะลายโจรในการศึกษานี้ (ปี พ.ศ. 2562 - 2566) มีจำนวนรายงานทั้งหมด 372 ราย ซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้น เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อย ยังคงเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในระบบผิวหนัง ที่รายงานมากที่สุด โดยร้อยละ 80 ไม่มีประวัติแพ้ พบว่าเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เกิดขึ้นมากในผู้ป่วย

อายุน้อยกว่า 18 ปี ซึ่งมีความแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา

ในสาธารณรัฐออสเตรีย การเฝ้าระวังความปลอดภัยจากการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาจากสมุนไพร พบรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาจากสมุนไพรจำนวนเพิ่มขึ้นและมีอาการที่ร้ายแรง ในปี พ.ศ. 2558 ผู้ป่วยที่ใช้ผลิตภัณฑ์ฟ้าทะลายโจร พบมีรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เช่น ภาวะ Anaphylactic reaction ทำให้หน่วยงานกำกับดูแลด้านความปลอดภัย ใน การ ใช้ ยา (Therapeutic Government Administration) ทบทวนความปลอดภัยและกำหนดมาตรการลดความเสี่ยงจากการบริโภคผลิตภัณฑ์สมุนไพรฟ้าทะลายโจร รวมทั้งมีข้อเสนอว่า ยาแคปซูลฟ้าทะลายโจรมีความสัมพันธ์กับปฏิกิริยาการแพ้ รวมถึงภูมิแพ้ และกำหนดให้มีข้อความต่อไปนี้บนฉลากยา คือ ยาแคปซูลฟ้าทะลายโจรอาจทำให้เกิดอาการแพ้ในบางราย หากท่านมีปฏิกิริยารุนแรง (เช่น ภาวะภูมิแพ้) ให้หยุดใช้และไปพบแพทย์ทันที⁸

การติดตามความปลอดภัยในการบริโภคผลิตภัณฑ์สมุนไพร ระหว่างปี พ.ศ. 2545 - 2556 พบรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทั้งหมด 4,208 อาการ ผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อย่างมีนัยสำคัญ คือ ผลิตภัณฑ์ยาจากสมุนไพรฟ้าทะลายโจรกับการเกิดภาวะ Anaphylactic shock (ROR 2.32, 95%CI 1.03 - 5.21) ผลิตภัณฑ์ยาเกี่ยวกับการเกิดภาวะ Stevens-Johnson syndrome (ROR 13.04, 95%CI 5.40 - 31.51) และผลิตภัณฑ์



Derris scandens Benth. (เถาวัลย์เปรียง) กับ การเกิดภาวะ Angioedema (ROR 2.71, 95%CI 1.05 – 6.95)⁹ การศึกษาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ จากผลิตภัณฑ์ยาจากสมุนไพรที่ผ่านมาสอดคล้อง กับการศึกษาที่พบรายงานเหตุการณ์ไม่พึง ประสงค์ส่วนใหญ่ในระบบผิวหนังหรือเกิดปฏิกิริยา การแพ้

อนึ่ง ในประเทศไทยผลิตภัณฑ์ฟ้าทะลายโจร กำหนดให้มีคำเตือนในฉลากและเอกสารกำกับ ยา โดยข้อความที่เกี่ยวข้องการปฏิกิริยายาแพ้ อย่างรุนแรง คือ ห้ามใช้ในผู้ที่เคยแพ้ฟ้าทะลายโจร เช่น มีผื่น ปากบวม ตาบวม หน้าบวม/หากใช้ยานี้ แล้วมีผื่น ปากบวม ตาบวม หน้าบวม ให้หยุดยา ทันที และพบแพทย์ ซึ่งเป็นมาตรการลดความเสี่ยง ในการใช้ผลิตภัณฑ์ฟ้าทะลายโจร จะเห็นได้ว่ามี ข้อความในเรื่องของการลดความเสี่ยงในการเกิด เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในระบบผิวหนัง ที่มีโอกาส เกิดขึ้นค่อนข้างมากในการบริโภคผลิตภัณฑ์ฟ้า ทะลายโจร สำหรับผลิตภัณฑ์ยาจากสมุนไพรอื่น ๆ การกำหนดมาตรการลดความเสี่ยง ต้องการ การศึกษาเพิ่มเติมเพื่อเสนอมาตรการเพื่อคุ้มครอง ผู้บริโภคต่อไป

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์รายงาน เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการบริโภคผลิตภัณฑ์ ยาจากสมุนไพร ในช่วงปี พ.ศ. 2562 - 2566¹⁰

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

พบว่าการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จาก การบริโภคผลิตภัณฑ์สมุนไพร ยังคงพบอาการแพ้ หรืออาการแพ้ที่รุนแรงได้เช่นเดียวกับการศึกษาที่ ผ่านมา โดยเฉพาะการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ในระบบผิวหนัง อาจมีอาการที่ร้ายแรง และผู้ป่วย ไม่มีประวัติแพ้มาก่อน ทำให้การจัดการความเสี่ยง มีความสำคัญ

ผลิตภัณฑ์ยาจากสมุนไพร ที่มีข้อมูล การศึกษาเกี่ยวกับรายงานอาการแพ้ที่อาจรุนแรง ควรมีการพิจารณาความเสี่ยงเมื่อใช้ในผู้ป่วยกลุ่ม เปราะบาง หรือผู้ป่วยที่มีภาวะของโรคประจำตัว อื่น สำหรับการใช้ในระยะยาวควรอยู่ภายใต้การ กำกับดูแลของบุคลากรทางการแพทย์ และ/หรือ ควรมีการศึกษาที่มุ่งวิเคราะห์ประสิทธิภาพการใช้ ผลิตภัณฑ์ยาจากสมุนไพรอย่างเป็นระบบ อนึ่ง การศึกษานี้วิเคราะห์ข้อมูลจากระบบรายงาน เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการบริโภคผลิตภัณฑ์ สุขภาพแบบสมัครใจ ซึ่งอาจมีรายงานที่น้อยกว่า สถานการณ์จริง รวมทั้งเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ จากการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาจากสมุนไพรเป็น รายงานที่มาจากสถานพยาบาลในประเทศเป็น ส่วนใหญ่ ยังคงมีรายงานมาค่อนข้างน้อยจากการที่ ผู้บริโภคซื้อมาใช้เองแล้วมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และไม่ได้รายงานเข้ามาเป็นระบบ



เอกสารอ้างอิง

1. ปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ, วิมล สุวรรณเกษาวงษ์. ระบบเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2559.
2. Niyomnaitham S, Chuensakun N, Prachakit S, Pakjamsai C, Akarasereenont P. Adverse events of traditional medicines and herbal products in the Thai Health Product Vigilance Center Database and the Ayurved Clinic of Applied Thai Traditional Medicine, Siriraj Hospital. Siriraj Medical Journal. 2023;75(5):377-91.
3. Hongsirinirachorn M, Threeprasertsuk S, Chutaputti A. Acute hepatitis associated with Barakol. J Med Assoc Thai. 2003 Jun;86 Suppl 2:S484-9.
4. Wiwanitkit V. *Cassia siamea* induced hepatitis, a case report of phytomedicine side effect. III WOCMAP Congress on Medicinal and Aromatic Plants-Volume 6: Traditional Medicine and Nutraceuticals 680; 2003.
5. Shin H-K, Jeong S-J, Lee MS, Ernst E. Adverse events attributed to traditional Korean medical practices: 1999-2010. Bulletin of the World Health Organization. 2013;91:569-75.
6. Kongkaew C, Phan DTA, Janusorn P, Mongkhon P. Estimating Adverse Events associated with Herbal medicines using pharmacovigilance databases: systematic review and meta-Analysis. JMIR Public Health and Surveillance. 2024;10(1) :e63808.
7. Suwankesawong W, Saokaew S, Permsuwan U, Chaiyakunapruk N. Characterization of hypersensitivity reactions reported among *Andrographis paniculata* users in Thailand using Health Product Vigilance Center (HPVC) database. BMC complementary and alternative medicine. 2014; 14 :1-7.
8. Safety Review of *Andrographis Paniculata* and Anaphylactic/Allergic Reactions [Internet]. Australian Government Department of health Therapeutic Goods Administration 2015 [cited 2024 July 11]. Available from: <https://www.tga.gov.au/sites/default/files/safety-review-andrographis.pdf>
9. Wechwithan S, Suwankesawong W, Sornsrivichai V, McNeil EB, Jiraphongsa C, Chongsuvivatwong V. Signal detection for Thai traditional medicine: examination of national pharmacovigilance data using reporting odds ratio and reported population attributable risk. Regulatory Toxicology and Pharmacology. 2014; 70(1) :407-12.
10. Spontaneous reports of adverse drug reaction. Thai Food And Drug Administration. 2018-2023



ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าร่วมโครงการ “ร้านยารูปแบบใหม่ Common Illness”

ของร้านขายยาแผนปัจจุบันในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

Factors affecting project participation “New Model Pharmacy for

Common Illness” of pharmacies in Ayutthaya Province

สุชาติ ธนอมวารภรณ์¹Suchart Thanomvaraporn¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสานระหว่างงานวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความสนใจและปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าร่วมโครงการ “ร้านยาแบบใหม่ Common Illness” ของร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ขย.1) ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา เก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้ Google form สอบถามผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันที่ยังไม่เข้าร่วมโครงการฯ ทั้งหมด 266 คน และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้รับอนุญาตฯ ที่เข้าร่วมโครงการฯ แล้ว จำนวน 4 คน

ผลการศึกษาพบว่า ผู้รับอนุญาตฯ มีการตอบกลับมา ร้อยละ 87.60 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 43.99 ปี สำเร็จการศึกษาปริญญาตรี 6 ปี (ร้อยละ 74.68) ประสบการณ์ในการทำร้านขายยาเฉลี่ยเท่ากับ 10.29 ปี ส่วนใหญ่เป็นร้านขายยาแผนปัจจุบันทั่วไป (ไม่ใช่ร้านยาคุณภาพ) ร้อยละ 94.85 มีลักษณะเป็นร้านขายยาเดี่ยว ร้อยละ 90.13 ได้รับใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันเฉลี่ยเท่ากับ 11.93 ปี จำนวนเภสัชกรและพนักงานประจำทั้งหมดในร้านขายยามี 1 คน ร้อยละ 42.06 รู้จักโครงการฯ ร้อยละ 51.07 โดยรู้จักผ่านสภาเภสัชกรรมร้อยละ 100 และส่วนใหญ่มีความสนใจเข้าร่วมโครงการฯ ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยความสนใจเท่ากับ 2.94 คะแนน

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าร่วมโครงการฯ ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุ พบว่าตัวแปรอิสระร่วมกันอธิบายระดับความสนใจในการเข้าร่วมโครงการฯ ได้ร้อยละ 89.3 ($R^2 = 0.893$) โดยตัวแปรความจำเป็นในการเข้าร่วมโครงการฯ สามารถอธิบายความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการสัมภาษณ์พบว่าขั้นตอนและระเบียบกฎเกณฑ์ที่เกี่ยวข้องมีความยุ่งยากและมีภาระงานเพิ่มขึ้น ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสร้างและเผยแพร่นโยบายการปฏิบัติให้เป็นรูปธรรม พร้อมสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: ปัจจัย, ร้านยาแบบใหม่ Common Illness, ร้านขายยา

¹ เภสัชกรชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

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

Pharmacy, Ayutthaya Provincial Public Health Office. E-mail: SUCHART-THA@HOTMAIL.COM

Received: 12 MAY 2024, Revised: 2 JUL 2024, Accepted: 13 AUG 2024



Abstract

This mixed method research between quantitative and qualitative research aimed to study the level of interest and factors affecting project participation “New Model Pharmacy for Common Illness” project of pharmacies in Ayutthaya Province. Data were collected by using questionnaires of 266 licensees for modern pharmacies drugs who had not yet participated in the project, and in - depth interviews with 4 licensees who had already participated in the project.

The study found that 87.60% licensees responded. The average age was 43.99 years. 74.68% graduated with a 6-year bachelor's degree. The average experience in pharmacy was 10.29 years. 94.85% were general pharmacies (not an accredited pharmacy). 90.13% were characterized as a single pharmacy. Received a pharmacy license to sell modern drugs on an average of 11.93 years. The total number of pharmacists and full - time employees in the pharmacy is 1 person was at 42.06%. 51.07% know about the project and 100% known through the Pharmacy Council. Most of them were interested in joining the project at a moderate level with an average interested score of 2.94 points.

The factors affecting project participation were analyzed using multiple regression. It was found that the independent variables together explain the level of interest in participating in the project at 89.3% ($R^2 = 0.893$). The variable in necessity for participating in the project was significantly related to project participation at the statistical level of 0.05. The interview results found that procedures and regulations were too complicated and the workload increased. Therefore, relevant agencies should create and publish concrete practice of this policy and also increase the communication to create more understanding of this project.

Keywords: Factors, New Model Pharmacy for Common Illnesses, Pharmacy



บทนำ

ร้านขายยาเป็นหน่วยหนึ่งของระบบสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดประชาชน ทำหน้าที่กระจายยาเป็นที่พึ่งด้านสุขภาพของชุมชน เป็นทางเลือกหนึ่งของประชาชนในการใช้บริการเมื่อมีอาการหรือเจ็บป่วยเบื้องต้น สามารถให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพตนเอง แนะนำ และส่งต่อไปยังแพทย์ผู้เชี่ยวชาญตามความเหมาะสม¹ ซึ่งเป็นเวลาไม่ต่ำกว่า 10 ปี ที่วิชาชีพเภสัชกรชุมชน โดยสภาเภสัชกรรม สมาคมเภสัชกรรมชุมชน มูลนิธิเภสัชกรรมชุมชน และหลาย ๆ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับเภสัชกรชุมชนได้มีการกำหนดยุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อน ให้ร้านขายยาเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จนประสบความสำเร็จในปี 2562 ที่มีการประกาศให้ “ร้านขายยาเป็นหน่วยร่วมบริการ” ในระบบเพื่อช่วยลดความแออัดของโรงพยาบาล และลดระยะเวลาการรอคอยรับยาของผู้ป่วยที่โรงพยาบาล² และในปี 2565 สปสช. ได้ให้ร้านขายยาที่เป็นร้านยาคุณภาพจัดระบบบริการดูแลโรคทั่วไปหรือการเจ็บป่วยเล็กน้อย (Common Illnesses) เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการปฐมภูมิในการดูแลผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Universal Coverage: UC) หรือ “บัตรทอง” ซึ่งครอบคลุมการดูแล 16 กลุ่มอาการ พร้อมติดตามอาการหลังรับยา 3 วัน โดยประชาชนไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ เนื่องจาก สปสช. ได้สนับสนุนการจ่ายชดเชยให้ร้านขายยา³ ซึ่งนอกจากช่วยให้ประชาชนเข้าถึงบริการโดยไม่ต้องเสียเวลาในการเดินทาง รอคิว และลดความแออัดของโรงพยาบาลได้แล้ว ยังเป็นการยกระดับบทบาทของเภสัชกรในร้านขายยาอีกด้วย

ดังนั้น จะเห็นได้ว่า สปสช. ให้ความสำคัญกับร้านขายยาและเปิดโอกาสให้เข้ามามีบทบาทในระบบบริการสุขภาพเพิ่มมากขึ้น

ปัจจุบัน ประเทศไทยมีร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ขย.1) จำนวน 18,396 แห่ง⁵ ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยร่วมบริการด้านเภสัชกรรมกับ สปสช. 2,490 แห่ง เข้าร่วมโครงการ “ร้านยารูปแบบใหม่ Common Illness” 871 แห่ง⁶ โดยจังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีร้านขายยา ขย.1 มีจำนวน 272 แห่ง⁷ เป็นร้านยาคุณภาพ 18 แห่ง (ร้อยละ 6.61) แต่เข้าร่วมโครงการ “ร้านยารูปแบบใหม่ Common Illness” เพียง 6 แห่ง⁶ คิดเป็นร้อยละ 33.33 ของร้านยาคุณภาพ และร้อยละ 2.21 ของร้านยาทั้งจังหวัดฯ ซึ่งถือว่าสัดส่วนการเข้าร่วมโครงการฯ ยังน้อยมากอาจไม่เพียงพอต่อการให้บริการแก่ประชาชนในจังหวัดฯ ทั้งที่ดำเนินโครงการฯ มาแล้ว 1 ปี จึงเป็นที่น่าสนใจว่าเหตุใดร้านขายยาจึงไม่เข้าร่วมโครงการฯ ทั้งที่โครงการฯ นี้ได้รับความสนใจจากประชาชนเป็นอย่างมากและร้านขายยาบางร้าน เป็นร้านยาคุณภาพที่มีคุณสมบัติเข้าร่วมโครงการฯ ได้อยู่แล้ว นอกจากนี้ ยังไม่เคยมีการศึกษาถึงเหตุผลที่แท้จริงว่าเป็นเพราะเหตุใดเนื่องจากเป็นโครงการฯ ใหม่ ดังนั้น การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าร่วมโครงการฯ ของร้านขายยาจะช่วยให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีข้อมูลสำหรับวางแผนและส่งเสริมให้ร้านขายยาเข้าร่วมโครงการฯ เพิ่มขึ้นเพื่อลดความแออัดของโรงพยาบาลและประชาชนในจังหวัดฯ และสามารถเข้าถึงการรักษาได้มากขึ้น ทั้งนี้ ข้อมูลดังกล่าวยังสามารถใช้เป็นข้อมูลให้แก่



สปสข. สภาเภสัชกรรม และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องนำไปใช้ประโยชน์เพื่อพัฒนาโครงการดังกล่าวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาระดับความสนใจและปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าร่วมโครงการ “ร้านยารูปแบบใหม่ Common Illness” ของร้านขายยาแผนปัจจุบันในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

วิธีการศึกษาวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสานระหว่างงานวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (Mixed Method) เพื่อศึกษาระดับความสนใจและปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าร่วมโครงการ “ร้านยารูปแบบใหม่ Common Illness” ของร้านขายยาแผนปัจจุบันในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยดำเนินการศึกษาในเดือนตุลาคม 2566 – มีนาคม 2567 รวมระยะเวลา 6 เดือน

ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณ ด้วยการสำรวจความคิดเห็นโดยใช้แบบสอบถาม

- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 4 ข้อคำถาม ได้แก่ ตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษา และประสบการณ์ในการทำร้านขายยา ข้อคำถามการรับรู้และความสนใจในการเข้าร่วมโครงการ “ร้านยารูปแบบใหม่ Common Illness” ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 3 ข้อคำถาม ได้แก่ การรู้จักโครงการฯ หน่วยงานที่ให้ข้อมูลโครงการฯ และความสนใจที่จะเข้าร่วม

โครงการฯ สำหรับข้อคำถามเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าร่วมโครงการ “ร้านยารูปแบบใหม่ Common Illness” ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ตัวแบบของกระบวนการตัดสินใจของวิเชียร วิทย์อุดม⁸ ประกอบด้วย 4 กระบวนการ ได้แก่ 1.) การระบุถึงปัญหาที่มีอยู่เพื่อทบทวน จัดการและปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยผู้วิจัยใช้การสอบถามเกี่ยวกับ “ลักษณะของร้านขายยา” ประกอบด้วย 7 ข้อคำถาม ได้แก่ ประเภท รูปแบบทำเลที่ตั้ง ยอดรายได้ต่อวัน ลักษณะของผู้รับอนุญาต ระยะเวลาที่ได้รับใบอนุญาต และจำนวนเภสัชกรและพนักงานของร้าน 2.) การทำรายการทางเลือกในการแก้ปัญหาซึ่งเป็นวิธีการตัดสินใจบนพื้นฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง โดยผู้วิจัยใช้การสอบถามเกี่ยวกับ “ความจำเป็นในการเข้าร่วมโครงการฯ” เป็นการสอบถามระดับความคิดเห็นแบบมาตราส่วน (Rating Scale) 4 ระดับ จำนวน 7 ข้อคำถาม 3.) การเลือกทางเลือกที่ให้ประโยชน์ได้สูงสุดเพื่อประเมินทางเลือกและการนำทางเลือกที่ได้เลือกมาแล้วปฏิบัติ เช่น ผลประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับต้นทุนที่ต้องใช้ ความเป็นไปได้ในการดำเนินการ และผลกระทบระยะยาว โดยผู้วิจัยใช้การสอบถามเกี่ยวกับ “ประโยชน์ที่ได้รับในการเข้าร่วมโครงการฯ” เป็นการสอบถามระดับความคิดเห็นแบบมาตราส่วน (Rating Scale) 4 ระดับ จำนวน 8 ข้อคำถาม และ 4.) การรวบรวมผลย้อนกลับที่มีส่วนสัมพันธ์กับปัญหาโดยผู้วิจัยใช้การสอบถามเกี่ยวกับ “ปัญหาและอุปสรรคในการเข้าร่วม



โครงการฯ” เป็นการสอบถามระดับความคิดเห็นแบบมาตราส่วน (Rating Scale) 4 ระดับ จำนวน 10 ข้อ คำถาม และส่วนท้ายสุดเป็นข้อเสนอแนะต่อโครงการฯ ซึ่งเป็นข้อคำถามปลายเปิด

เครื่องมือได้รับการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน พิจารณาความเหมาะสมของคำถามว่าสามารถวัดตัวแปรที่ต้องการได้หรือไม่ ตลอดจนพิจารณาถึงความชัดเจน และการสื่อความหมายของคำถาม จากนั้นผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขตามคำแนะนำแล้วจัดทำใน Google form พร้อมสร้างลิงก์ (Link) ที่พร้อมนำไปใช้ในการส่งและเก็บรวบรวมข้อมูลของงานวิจัย แล้วนำไปหาความเชื่อมั่น โดยทดสอบในผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันในจังหวัดปทุมธานี ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย แต่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน โดยหาค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's Alpha ของตัวแปรที่วัดได้เท่ากับ 0.92 ซึ่งถือว่าแบบวัดมีความเชื่อมั่นเป็นที่น่าพึงพอใจ

- การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามผ่าน Google form และส่งลิงก์แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นให้แก่ผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน (ขย.1) ผ่านไลน์กลุ่มของร้านขายยาแผนปัจจุบันในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาซึ่งมีสมาชิกเป็นผู้รับอนุญาตร้านขายยา ขย.1 ที่ยังไม่ได้เข้าร่วมโครงการฯ ทุกแห่งในจังหวัด จำนวนทั้งสิ้น 266 คน ดำเนินการรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม – กุมภาพันธ์ 2567

พร้อมทั้งติดตามความก้าวหน้าของการตอบแบบสอบถามอย่างใกล้ชิด เมื่อครบกำหนดตามระยะเวลาที่กำหนดสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 233 คน

- การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อสรุปข้อมูลทั่วไปของตัวอย่าง และใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การทดสอบ t-test การวิเคราะห์ ความแปรปรวนทางเดียว (ANOVA) และการทดสอบความสัมพันธ์ Pearson correlation test เพื่อเปรียบเทียบและหาความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระกับระดับความสนใจในการเข้าร่วมโครงการฯ นอกจากนี้ ใช้การวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุ (Multiple Linear Regression Analysis) เพื่อศึกษาอิทธิพลของตัวแปรอิสระทั้งหมดร่วมกัน การแปรผันของระดับความสนใจในการเข้าร่วมโครงการฯ ได้มาน้อยเพียงใด และเมื่อคุณอิทธิพลของตัวแปรอิสระตัวอื่น ๆ แล้ว มีตัวแปรอิสระตัวใดบ้างที่สามารถอธิบายการแปรผันของระดับความสนใจในการเข้าร่วมโครงการฯ ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก

- ขั้นตอนการวิจัย

หลังจากการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 ผู้วิจัยได้คัดเลือกผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันที่ได้เข้าร่วมโครงการฯ แล้ว เพื่อเป็นผู้ให้



ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) สำหรับการสัมภาษณ์ จำนวน 4 คน ซึ่งมาจาก ร้านขายยาเดี่ยว (Independent Pharmacy) จำนวน 2 คน และ ร้านขายยาสาขา (Chain Pharmacy) จำนวน 2 คน

- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์แบบเจาะลึกชนิดไม่มีโครงสร้าง ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป และ ส่วนที่ 2 คำถามปลายเปิดที่มีความยืดหยุ่นและเปิดกว้างเกี่ยวกับเหตุผลที่เข้าร่วมโครงการฯ ผลที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโครงการฯ ประโยชน์ที่ได้รับปัญหาและอุปสรรคภายหลังจากการเข้าร่วมโครงการฯ รวมถึงข้อเสนอแนะต่อโครงการฯ โดยผู้วิจัยพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนถ้อยคำของข้อคำถามให้สอดคล้องกับผู้มีส่วนร่วมแต่ละคนและปรับเปลี่ยนไปตามสถานการณ์เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ช่วยให้เข้าใจถึงเหตุผลจากผลการศึกษาในระยะที่ 1 และหาข้อเสนอแนะเพิ่มเติมจากผู้เข้าร่วมโครงการฯ แล้ว

- การเก็บรวบรวมข้อมูล

ใช้การโทรศัพท์เพื่อสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้โทรศัพท์ติดต่อผู้ให้ข้อมูลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการสัมภาษณ์ สิทธิของผู้ให้ข้อมูล การเก็บรักษาข้อมูล และขอทราบความสมัครใจในการให้สัมภาษณ์ พร้อมนัดหมายเวลา ในวันสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้ขออนุญาตสัมภาษณ์และบันทึกเสียงด้วยตนเอง โดยใช้คำถามที่ปรับตามบริบทของผู้ให้ข้อมูล การสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ 30 นาทีต่อคน

- การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยถอดคำสัมภาษณ์เป็นข้อความแบบคำต่อคำ แล้วอ่านเนื้อหาความทั้งหมดเพื่อกำหนดประเด็น จากนั้นจัดกลุ่มเนื้อหาและรวบรวมเขียนเป็นข้อสรุป ภายหลังการสัมภาษณ์ทุกครั้ง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา เลขที่โครงการวิจัย 48/2566 ลงวันที่ 15 ธันวาคม 2566

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 การสำรวจความคิดเห็นโดยใช้แบบสอบถาม

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามและลักษณะของร้านขายยา

ผู้วิจัยได้ส่งแบบสอบถามให้ผู้รับอนุญาตร้านขายยา (ขย.1) 266 คน และได้รับการตอบกลับมา 233 คน คิดเป็นอัตราตอบกลับร้อยละ 87.60 สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นหญิง จำนวน 156 คน (ร้อยละ 66.95) อายุระหว่าง 41 – 50 ปี จำนวน 69 คน (ร้อยละ 29.61) (อายุเฉลี่ยเท่ากับ 43.99 ปี) ระดับการศึกษาสูงสุดคือ ปริญญาตรี 6 ปี จำนวน 174 คน (ร้อยละ 74.68) และประสบการณ์ในการทำร้านขายยาดำกว่า 5 ปี จำนวน 87 คน (ร้อยละ 37.34) (ประสบการณ์ในการทำร้านขายยาเฉลี่ยเท่ากับ 10.29 ปี)



การวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะของร้านขายยา พบว่า ส่วนใหญ่ร้านขายยาเป็นร้านขายยาแผนปัจจุบันทั่วไป (ไม่ใช่ร้านยาคุณภาพ) จำนวน 221 ร้าน (ร้อยละ 94.85) มีลักษณะเป็นร้านขายยาเดี่ยว (Independent Pharmacy) จำนวน 210 ร้าน (ร้อยละ 90.13) มีทำเลที่ตั้งย่านใกล้ที่อยู่อาศัย จำนวน 136 ร้าน (ร้อยละ 58.37) มียอดขายได้ของร้านขายยาต่อวันน้อยกว่า 5,000 บาท จำนวน 112 ร้าน (ร้อยละ 48.07) มีผู้รับอนุญาตเป็นเภสัชกร จำนวน 154 คน (ร้อยละ 66.09) ได้รับใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันมาเป็นระยะเวลาต่ำกว่า 5 ปี จำนวน 74 คน (ร้อยละ 31.76) (อายุใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันเฉลี่ยเท่ากับ 11.93 ปี) จำนวนเภสัชกร และพนักงานประจำทั้งหมดในร้านขายยามี 1 คน จำนวน 98 ร้าน (ร้อยละ 42.06) และจำนวนเภสัชกรและพนักงานประจำเฉลี่ยเท่ากับ 1.96 คน

สำหรับการรับรู้และความสนใจในการเข้าร่วมโครงการ “ร้านยารูปแบบใหม่ Common Illness” พบว่าส่วนใหญ่รู้จักโครงการ “ร้านยารูปแบบใหม่ Common Illness” จำนวน 119 ร้าน (ร้อยละ 51.07) โดยเป็นรู้จักผ่านสภเภสัชกรรม ร้อยละ 100 สำหรับความสนใจเข้าร่วมโครงการฯ ส่วนใหญ่มีความสนใจอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 121 ร้าน (ร้อยละ 51.93) โดยมีค่าเฉลี่ยความสนใจเท่ากับ 2.94 คะแนนจากคะแนนเต็ม 4 คะแนน

2. ปัจจัยที่มีผลต่อความสนใจในการเข้าร่วมโครงการ “ร้านยารูปแบบใหม่ Common Illness”

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระดับความสนใจในการเข้าร่วมโครงการฯ ระหว่างลักษณะของผู้ตอบแบบสอบถามและปัจจัยที่มีผลต่อความสนใจในการเข้าร่วมโครงการฯ โดยใช้สถิติการทดสอบ t-test การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (ANOVA) และการทดสอบความสัมพันธ์ ด้วยค่า Pearson correlation coefficient โดยมีรายละเอียดดังนี้

การทดสอบด้วยสถิติ t-test เกี่ยวกับตัวแปรเพศ ประเภทร้านขายยา รูปแบบของร้านขายยาทำเลที่ตั้ง และลักษณะผู้รับอนุญาตขายยาพบว่าเพศหญิงและเพศชายมีระดับความสนใจในการเข้าร่วมโครงการฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (ANOVA) เกี่ยวกับตัวแปรระดับการศึกษาและยอดขายได้ พบว่าตัวแปรทั้งสองมีระดับความสนใจในการเข้าร่วมโครงการฯ ไม่แตกต่างกัน

การทดสอบความสัมพันธ์ด้วยค่า Pearson correlation coefficient เกี่ยวกับตัวแปรอายุ ประสบการณ์ในการทำร้านขายยา ระยะเวลาที่ได้รับใบอนุญาตขายยา จำนวนเภสัชกรและพนักงานประจำความจำเป็นในการเข้าร่วมโครงการฯ ประโยชน์ที่ได้รับในการเข้าร่วมโครงการฯ ปัญหาและอุปสรรคในการเข้าร่วมโครงการฯ พบว่าระยะเวลาที่ได้รับใบอนุญาตขายยา ความ



จำเป็นในการเข้าร่วมโครงการฯ ประโยชน์ที่ได้รับในการเข้าร่วมโครงการฯ ปัญหาและอุปสรรคในการเข้าร่วมโครงการฯ มีความแตกต่างและมี

ความสัมพันธ์กับความสนใจในการเข้าร่วมโครงการฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังปรากฏในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระดับความสนใจในการเข้าร่วมโครงการ “ร้านยารูปแบบใหม่ Common Illness” จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามและปัจจัยที่มีผลต่อความสนใจในการเข้าร่วมโครงการฯ (n = 233)

	ตัวแปร	ความสนใจในการเข้าร่วมโครงการฯ [คน (ร้อยละ)]		ค่าการทดสอบทางสถิติ	p-value
		ไม่สนใจ	สนใจ		
เพศ	ชาย	7 (9.09)	70 (90.91)	2.096 ¹	0.037*
	หญิง	9 (5.77)	147 (94.23)		
อายุ	ต่ำกว่า 40 ปี	5 (50.00)	95 (95.00)	-0.092 ³	0.160
	มากกว่า 40 ปีขึ้นไป	11 (8.27)	122 (91.73)		
ระดับการศึกษา	ปริญญาตรี 5 ปี	2 (10.53)	17 (89.47)	0.895 ²	0.444
	ปริญญาตรี 6 ปี	8 (4.60)	166 (95.40)		
	สูงกว่าปริญญาตรี	6 (15.00)	34 (85.00)		
ประสบการณ์ในการทำร้านขายยา	ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี	7 (8.05)	80 (91.95)	-0.044 ³	0.502
	6 – 10 ปี	5 (7.35)	63 (92.65)		
	มากกว่า 10 ปีขึ้นไป	4 (5.13)	74 (94.87)		
ประเภทร้านขายยา	ร้านยาคุณภาพ	1 (8.33)	11 (91.67)	0.615 ¹	0.539
	ร้านยาแผนปัจจุบันทั่วไป	15 (6.79)	206 (93.21)		
รูปแบบของร้านขายยา	ร้านขายยาเดี่ยว	14 (6.67)	196 (93.33)	-1.699 ¹	0.091
	ร้านขายยาหลายสาขา	2 (8.70)	21 (91.30)		
ทำเลที่ตั้ง	ย่านอื่น ๆ	5 (5.15)	92 (94.85)	1.420 ¹	0.157
	ย่านใกล้ที่อยู่อาศัย	11 (80.09)	125 (91.91)		



ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระดับความสนใจในการเข้าร่วมโครงการ “ร้านยารูปแบบใหม่ Common Illness” จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามและปัจจัยที่มีผลต่อความสนใจในการเข้าร่วมโครงการฯ (n = 233) (ต่อ)

	ตัวแปร	ความสนใจในการเข้าร่วมโครงการฯ [คน (ร้อยละ)]		ค่าการทดสอบทางสถิติ	p-value
		ไม่สนใจ	สนใจ		
ยอดรายได้	น้อยกว่า 5,000 บาท	7 (6.25)	105 (93.75)	0.806 ²	0.492
	5,000 – 10,000 บาท	5 (6.85)	68 (93.15)		
	มากกว่า 10,000 บาทขึ้นไป	4 (8.33)	44 (91.67)		
ลักษณะผู้รับอนุญาต	เป็นเภสัชกร	13 (8.44)	141 (91.56)	1.382 ¹	0.168
ระยะเวลาที่ได้รับ	ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี	4 (5.41)	70 (94.59)	-0.153 ³	0.019*
ใบอนุญาตขายยา	6 – 10 ปี	5 (8.33)	55 (91.67)		
แผนปัจจุบัน	มากกว่า 10 ปีขึ้นไป	7 (7.04)	92 (92.93)		
จำนวนเภสัชกร	1 คน	8 (8.16)	90 (91.84)	0.054 ³	0.415
และพนักงานประจำ	2 คน	4 (5.26)	72 (94.74)		
	3 คนขึ้นไป	4 (6.78)	55 (93.22)		
ความจำเป็น	คะแนนอยู่ในระดับน้อย	16 (42.10)	22 (57.89)	0.943 ³	0.000**
ในการเข้าร่วมโครงการ	คะแนนอยู่ในระดับปานกลาง	-	158 (100.00)		
	คะแนนอยู่ในระดับสูง	-	37 (100.00)		
ประโยชน์ที่ได้รับ	คะแนนอยู่ในระดับน้อย	6 (20.69)	23 (79.31)	0.462 ³	0.000**
ในการเข้าร่วมโครงการ	คะแนนอยู่ในระดับปานกลาง	10 (5.75)	164 (94.25)		
	คะแนนอยู่ในระดับสูง	-	30 (100.00)		
ปัญหาและอุปสรรค	คะแนนอยู่ในระดับน้อย	8 (22.22)	28 (77.78)	0.613 ³	0.000**
ในการเข้าร่วมโครงการ	คะแนนอยู่ในระดับปานกลาง	8 (4.88)	156 (95.12)		
	คะแนนอยู่ในระดับสูง	-	33 (100.00)		

หมายเหตุ: ** ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

1. เป็นการทดสอบ t-test
2. เป็นการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (ANOVA)
3. เป็นการทดสอบความสัมพันธ์ด้วยค่า Pearson correlation coefficient



ตารางที่ 2 การทดสอบค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามด้วยค่า Pearson correlation coefficient

ตัวแปร	1.	2.	3.	4.	5.	6.
1. ระดับความสนใจในการเข้าร่วมโครงการ	1.000					
2. เพศ (หญิง)	0.137*	1.000				
3. ระยะเวลาที่ได้รับใบอนุญาต	-0.153*	-0.248**	1.000			
4. ความจำเป็นในการเข้าร่วมโครงการ	0.943**	0.096	-0.128	1.000		
5. ประโยชน์ที่ได้รับในการเข้าร่วมโครงการ	0.462**	0.045	0.009	0.482**	1.000	
6. ปัญหาและอุปสรรคในการเข้าร่วมโครงการ	0.613**	0.108	0.002	0.648**	0.474**	1.000

หมายเหตุ: ** ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ด้วยค่า Pearson correlation coefficient เป็นการนำตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติตามผลการทดสอบด้วยค่าสถิติต่าง ๆ ในตารางที่ 1 มาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม และหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรอิสระเพื่อป้องกันการเกิดปัญหา Multicollinearity ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างตัว

แปรอิสระกับตัวแปรตาม มีค่าอยู่ระหว่าง -0.153 ถึง 0.943 โดยตัวแปรอิสระทุกตัวมีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรอิสระ มีค่าอยู่ระหว่าง 0.002 ถึง 0.648 โดยสามารถนำตัวแปรอิสระทุกตัวแปรเข้าไปทดสอบสมการพร้อมกันได้ และไม่เกิดปัญหา Multicollinearity

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความสนใจในการเข้าร่วมโครงการ

ตัวแปร	β	SE	B	t	p-value	95%CI
ค่าคงที่	0.749	0.076		9.852	0.000*	0.599 0.898
1. เพศ (หญิง)	0.071	0.040	0.040	1.787	0.075	-0.007 0.149
2. ระยะเวลาที่ได้รับใบอนุญาตขยาย	-0.002	0.002	-0.024	-1.038	0.300	-0.005 0.002
3. ความจำเป็นในการเข้าร่วมฯ	1.160	0.037	0.931	30.955	0.000**	1.086 1.234
4. ประโยชน์ที่ได้รับในการเข้าร่วมฯ	0.015	0.033	0.012	0.450	0.653	-0.049 0.079
5. ปัญหาและอุปสรรคในการเข้าร่วมฯ	0.000095	0.036	0.000	0.003	0.998	-0.071 0.071

$R = 0.945$, $R^2 = 0.893$, Adjusted $R^2 = 0.890$, Durbin-Watson test = 1.892

ผลการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุ (Multiple Regression Analysis) โดยวิธีนำตัวแปรเข้าทั้งหมด (Enter Regression) ระหว่างตัวแปรเพศ ระยะเวลาที่ได้รับใบอนุญาตขยาย ความจำเป็นในการเข้าร่วมโครงการฯ ประโยชน์ที่ได้รับในการ

เข้าร่วมโครงการฯ และอุปสรรคในการเข้าร่วมโครงการฯ กับระดับความสนใจในการเข้าร่วมโครงการฯ พบว่าตัวแปรทั้ง 4 ตัวแปรร่วมกันอธิบายระดับความสนใจในการเข้าร่วมโครงการฯ ได้ร้อยละ 89.3 ($R^2 = 0.893$) โดยตัวแปรที่สามารถ



อธิบายความสัมพันธ์กับระดับความสนใจในการเข้าร่วมโครงการ “ร้านยารูปแบบใหม่ Common Illness” ของร้านขายยาแผนปัจจุบันในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ความจำเป็นในการเข้าร่วมโครงการฯ

จากผลการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุ โดยวิธีการนำตัวแปรทั้งหมด (Enter Regression) พบว่ามีเพียงความจำเป็นในการเข้าร่วมโครงการฯ ที่สามารถอธิบายระดับความสนใจในการเข้าร่วมโครงการ “ร้านยารูปแบบใหม่ Common Illness” ของร้านขายยาแผนปัจจุบันในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุโดยวิธีแบบขั้นตอนระหว่างความจำเป็นในการเข้าร่วมฯ (รายข้อ) กับระดับความสนใจในการเข้าร่วมโครงการฯ

ตัวแปร	β	SE	b	t	p-value	Adj R ²	95% CI	
ค่าคงที่	0.741	0.059		12.652	0.000**		0.625	0.856
1. ความต้องการของลูกค้า	0.156	0.027	0.185	5.825	0.000**	0.533	0.103	0.209
2. กฎหมายบังคับ	0.211	0.027	0.227	7.832	0.000**	0.703	0.158	0.264
3. ประเภทสิทธิของลูกค้า (บัตรทอง, ประกันสังคม, ข้าราชการ)	0.165	0.025	0.186	6.669	0.000**	0.787	0.116	0.213
4. วิสัยทัศน์ของผู้บริหาร/ เจ้าของร้านขายยา	0.198	0.030	0.191	6.653	0.000**	0.835	0.139	0.257
5. กระแสการเข้าร่วมโครงการฯของ ร้านขายยาด้วยกัน	0.160	0.026	0.170	6.065	0.000**	0.863	0.108	0.211
6. ข้อร้องเรียน/มีปัญหา กับชุมชนที่ร้านตั้งอยู่	0.147	0.025	0.158	5.868	0.000**	0.878	0.097	0.196
7. กระแสลักษณะของร้านขายยาใน ต่างประเทศ	0.146	0.031	0.158	4.751	0.000**	0.889	0.085	0.206

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยความจำเป็นในการเข้าร่วมโครงการฯ เกิดจากค่าเฉลี่ยของข้อคำถาม 7 ข้อคำถาม เพื่อให้สามารถกำหนดข้อเสนอเชิงนโยบายได้อย่างชัดเจน ผู้วิจัยจึงนำข้อคำถามภายใต้ความจำเป็นในการเข้าร่วมโครงการฯ มาดำเนินการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุ โดยวิธีเพิ่มตัวแปรอิสระแบบขั้นตอน (Stepwise Selection) ซึ่งเป็นวิธีการคัดเลือกผสมผสานระหว่างวิธีการคัดเลือกตัวแปรอิสระทั้งแบบการเพิ่มตัวแปรและลดตัวแปรเข้าด้วยกัน ผลการวิเคราะห์ดังตารางที่ 4



ผลการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุ (Multiple Regression Analysis) โดยวิธีเพิ่มตัวแปรอิสระแบบขั้นตอน (Stepwise Selection) เฉพาะข้อคำถามภายใต้ความจำเป็นในการเข้าร่วมโครงการฯ กับระดับความสนใจในการเข้าร่วมโครงการฯ พบว่า ข้อคำถามแรกในการอธิบายระดับความสนใจในการเข้าร่วมโครงการ “ร้านยาแบบใหม่ Common Illness” คือ ข้อคำถามเกี่ยวกับความต้องการของลูกค้า อธิบายได้ร้อยละ 53.3 ($R^2 = 0.533$) รองลงมาคือ ข้อคำถามเกี่ยวกับกฎหมายบังคับ โดยเพิ่มการอธิบายความสัมพันธ์กับระดับความสนใจในการเข้าร่วมโครงการ “ร้านยาแบบใหม่ Common Illness” เป็นร้อยละ 70.3 ($R^2 = 0.703$) และลำดับท้ายสุดในการเข้าร่วมอธิบายความสัมพันธ์กับระดับความสนใจในการเข้าร่วมโครงการ “ร้านยาแบบใหม่ Common Illness” คือ ข้อคำถามเกี่ยวกับกระแสลักษณะของร้านขายยาในต่างประเทศ เพิ่มการอธิบายเป็นร้อยละ 88.9 ($R^2 = 0.889$) ทั้งนี้ ข้อคำถามภายใต้ความจำเป็นในการเข้าร่วมโครงการฯ กับระดับความสนใจในการเข้าร่วมโครงการฯ สามารถอธิบายความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ระยะที่ 2 การสัมภาษณ์เชิงลึก

ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันที่ได้เข้าร่วมโครงการฯ แล้ว จำนวน 4 คน จากร้านขายยาเดี่ยว (Independent Pharmacy) จำนวน 2 คน และร้านขายยาสาขา (Chain Pharmacy) จำนวน 2 คน เป็นเพศหญิง 3 คน มีอายุ 27 – 54 ปี จบการศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาตรีทุกคน มี

ประสบการณ์ในการทำร้านขายยา 1 - 25 ปี มีเภสัชกรและพนักงานประจำ จำนวน 1 – 2 คน จำนวนลูกค้าอยู่ระหว่าง 10 – 200 คน/วัน

จากการสัมภาษณ์สามารถสรุปปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าร่วมโครงการฯ ได้ดังนี้

1. การรู้จักและเข้าใจโครงการฯ พบว่าผู้ให้ข้อมูลสำคัญทุกคนรู้จักและรับทราบข้อมูลโครงการฯ ก่อนเข้าร่วม โดยร้านขายยาสาขารู้จักและเข้าใจโครงการฯ จากการอบรมของบริษัท ขณะที่ร้านขายยาเดี่ยวต้องศึกษาหาข้อมูลด้วยตนเองเพิ่มเติมเพื่อให้รู้และเข้าใจเกี่ยวกับโครงการฯ ให้ดีก่อนตัดสินใจ เนื่องจากข้อมูลโครงการฯ ที่ประชาสัมพันธ์กันอยู่ในปัจจุบันไม่เพียงพอต่อการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการฯ และเข้าถึงข้อมูลโครงการฯ โดยละเอียดได้ยาก ดังคำกล่าวที่ว่า

“อ่านแค่สิ่งที่สภเภสัชกรรมโพสต์ หรือ สสจ. โพสต์ อ่านเข้าใจแค่ตรงนั้น แต่ไม่เข้าใจกระบวนการจริง ๆ ทั้งหมดของมัน ต้องไปถามจากรุ่นพี่ว่าทำแล้วมันเป็นอย่างไง ทำแล้วมันดียังไง ถึงเข้าใจว่าทำแล้วมันเห็นภาพนี้ออกมา” จากผู้ให้ข้อมูลลำดับที่ 3 หรือคำกล่าวที่ว่า

“การอธิบายให้เข้าใจมากขึ้น ต้องเป็นการเข้าอบรมของเขา เพื่อเอา CPE ขึ้นตอนมันเยอะ คนก็เลยไม่เข้าไปฟัง” จากผู้ให้ข้อมูลลำดับที่ 3

2. นโยบายของผู้บริหาร พบว่าร้านขายยาสาขาในแต่ละสาขาไม่ได้ตัดสินใจเข้าร่วมโครงการฯ เอง เป็นการเข้าร่วมตามนโยบายของบริษัทหรือผู้บริหาร ดังคำกล่าวที่ว่า

“ทางบริษัทมีนโยบายที่จะเข้าร่วมกับ



สปสช. อยู่แล้ว” จากผู้ให้ข้อมูลลำดับที่ 4 “โครงการ Common Illness ให้ประโยชน์กับชุมชนมากขึ้น ทาง Common Illness ให้ประโยชน์กับชุมชนมากขึ้น ทางร้านพร้อมที่จะให้บริการ เพื่อแบ่งเบาโรงพยาบาลที่แออัดเยอะ ๆ ตามนโยบายของบริษัท” จากผู้ให้ข้อมูลลำดับที่ 1

3. การแข่งขันทางธุรกิจและความคาดหวังของลูกค้ามีผลต่อการตัดสินใจของร้านขายยาเดี่ยวอย่างมาก ดังคำกล่าวที่ว่า

“ที่เข้าเพราะช่วยในเรื่องการแข่งขัน และเป็นความคาดหวังของลูกค้า” จากผู้ให้ข้อมูลลำดับที่ 2

4. สิทธิในการรักษาของลูกค้าและสถานที่ตั้งร้าน มีผลต่อการตัดสินใจ เนื่องจากเป็นส่วนที่ทำให้ทราบว่าจำนวนลูกค้าที่เข้ามาใช้บริการได้มากน้อยเพียงใด ดังคำกล่าวที่ว่า

“บัตรทองส่วนใหญ่เนเจอร์แถว ๆ ต่างจังหวัด เขาก็ไม่ใช่คนที่จะไปเดินห้างกันเยอะมากขนาดนั้น ส่วนใหญ่เขาก็จะอยู่บ้านกัน... ถ้ามีแต่โรงงานส่วนใหญ่ก็จะกลายเป็นประกันสังคม ก็อาจจะใช้ได้แบบไม่เยอะมาก” จากผู้ให้ข้อมูลลำดับที่ 3

5. การเห็นประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการฯ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญทุกคนเห็นว่าโครงการฯ เป็นประโยชน์ ดังนี้

5.1 ช่วยเพิ่มจำนวนลูกค้าและเพิ่มยอดขาย ซึ่งพบว่าร้านขายยาที่เข้าร่วมโครงการฯ แล้วได้จำนวนลูกค้าและยอดขายเพิ่มมากขึ้น ดังคำกล่าวที่ว่า

“บางคนที่เป็นสิทธิ UC บางที่เขา

ไม่ได้เป็นลูกค้าที่ร้านเลย เค้เข้ามาด้วยการได้รับประชาสัมพันธ์มาว่าของเรามีบริการตรงนี้ (โครงการร้านยา Common Illness) เขาก็เลยมาใช้บริการ” ผู้ให้ข้อมูลลำดับที่ 4

“มันบูมมาก ๆ เหมือนมันเป็นสิ่งใหม่ของแถวนี้ มันไม่เคยมีแบบนี้มาก่อน เริ่มแรกมีลูกค้าที่ไม่ใช่ลูกค้าเงินสดเพิ่มมา 10 คนต่อวัน จนเคยได้สูงสุดถึง 103 คนต่อวัน ยอดขายเพิ่มขึ้น การเงินเลยดีขึ้นมาก” จากผู้ให้ข้อมูลลำดับที่ 3

5.2 ได้ส่งเสริมบทบาทวิชาชีพเภสัชกรรมมากขึ้นในการดูแลคนในชุมชน ดังคำกล่าวที่ว่า

“แต่ก่อนเขาอาจจะเข้าใจว่าการมาซื้อยา คือ การที่เขาจะต้องมาก่อนเขาถึง จะเดินเข้ามาหาเราเพื่อจ่ายเงินให้เราแล้วรับยากลับไป แต่พอทำ Common Illness กลายเป็นว่าเขาต้องการมาหาเราเพราะว่าเขาเจ็บป่วย และเขาต้องการให้เราช่วยดูว่าเขาเหมาะกับยาอะไร” จากผู้ให้ข้อมูลลำดับที่ 3

“เราได้เห็นผลการรักษาเวลาเราจ่ายยาไปแล้ว เพราะว่าเราต้องตามเคส ในแง่วิชาชีพ คือ เภสัชที่อยู่ร้านยาได้ช่วยประชาชน” จากผู้ให้ข้อมูลลำดับที่ 2

5.3 ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวกสามารถเข้าถึงยาและได้รับการบริการได้มากขึ้น โดยไม่ต้องเสียค่าเดินทางหรือค่ายาและผู้ป่วยยังได้รับการดูแลและติดตามผลหลังจากได้รับยาจากเภสัชกรอีกด้วย

“ผู้ป่วยสะดวกขึ้น ลดค่าใช้จ่ายเขา เพราะส่วนใหญ่คนที่ได้เขามักจะบอกว่า ไป



โรงพยาบาลเสียเวลานาน เพราะเขาเป็นไม่เยอะ กับบางคนที่เขาเข้าไม่ถึงโรงพยาบาลจริง ๆ เช่น เขาไปโรงพยาบาลไม่ได้ด้วยเวลาที่เขาไปไม่ได้ เช่น เด็กนักเรียนและผู้ปกครองไปในเวลาราชการไม่ได้ รวมไปถึงคนที่ขัดสนจริง ๆ เขาไปคลินิกไม่ได้” จากผู้ให้ข้อมูลลำดับที่ 2

“ผู้ป่วยได้รับการที่ตรงโรค ตรงจุด ได้รับยาเพียงพอต่อการรักษาใน 1 ครั้ง มีการให้คำปรึกษาเพิ่มในส่วนของการดูแลตัวเองเพิ่มขึ้นด้วย” จากผู้ให้ข้อมูลลำดับที่ 4

ทั้งนี้ สิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญให้ความเห็นว่าเป็นสิ่งอาจทำให้ร้านขายยาไม่อยากเข้าร่วมโครงการฯ ได้แก่

1. ขั้นตอนและระเบียบกฎเกณฑ์ที่เกี่ยวข้องมีความยุ่งยากในการดำเนินการ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ขั้นตอนกว่าจะสมัครจนได้ให้บริการมีเยอะแยะ ถ้าไปบอกคนที่เขาเริ่ม มันเยอะแยะยุ่งยาก เขาจะรู้สึกที่ไม่อยากเข้า” จากผู้ให้ข้อมูลลำดับที่ 2

2. ภาระงานเพิ่มขึ้น พบว่าร้านขายยาที่มีผู้ป่วยใช้บริการตั้งแต่ 15 คนต่อวันขึ้นไป มีความเห็นว่าภาระงานเพิ่มขึ้นมาก เนื่องจากขั้นตอนในการติดตามผู้ป่วยใช้เวลานานและติดตามได้ยาก ดังคำกล่าวที่ว่า

“ปกติการขายยาของเราคือ การซักประวัติจ่ายยาและจบ แต่อันนี้มันคือ การซักประวัติจ่ายยา กรอกข้อมูลติดตามและกรอกข้อมูลอีกถึงจะจบ คือ งานมันเพิ่มขึ้นเยอะมาก อันนี้อาจเป็น

อีก 1 ข้อที่คนไม่ทำ” จากผู้ให้ข้อมูลลำดับที่ 3

“ปัญหาที่ภาระงานนี้แหละ เพราะแรก ๆ ก็ไหว คือ มันต้องปิดร้านแล้วมานั่งทำใช้เวลา ถ้าเขามาถามคนที่เคยทำแล้ว แล้วเราบอแบบนี้ คนที่เค้าจะเข้าเค้าอาจจะไม่กล้าเข้า” จากผู้ให้ข้อมูลลำดับที่ 2

ข้อเสนอแนะต่อโครงการฯ จากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

1. ควรมีการประชาสัมพันธ์โครงการฯ แก่ร้านขายยาและประชาชนเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้ร้านขายยามีความเข้าใจโครงการฯ เพียงพอต่อการตัดสินใจและประชาชนเข้าใจสิทธิของตนเอง เพื่อป้องกันความขัดแย้งกับผู้สิทธิ์และลดภาระงานของร้านขายยา โดยเพิ่มความถี่ และการประชาสัมพันธ์ผ่านโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เพื่อให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายโดยตรงได้อย่างรวดเร็ว

2. ร้านขายยาต้องเตรียมพร้อมก่อนเข้าร่วมโครงการฯ ได้แก่ 1) เงินทุน เนื่องจากร้านขายยาจะต้องสำรองเงินทุนค่ายาเพิ่มขึ้นทั้งของผู้ป่วยที่ใช้สิทธิ์ตามโครงการฯ และของผู้ป่วยที่มาหน้าร้านตามปกติ เพราะการเบิกจ่ายจาก สปสช. ใช้เวลาประมาณ 21 – 22 วัน/รอบ และ 2) กำลังคน เนื่องจากมีภาระงานเพิ่มขึ้นอย่างมาก โดยเฉพาะขั้นตอนการติดตามผู้ป่วย ซึ่งใช้เวลานานและติดตามได้ยาก ทำให้ร้านขายยาเดี๋ยวมียากำลังคนไม่เพียงพอ ในขณะที่ร้านขายยาสาขาพบปัญหาการขาดแคลน ซึ่งจะมาปฏิบัติงานเนื่องจากหาได้ยากและมีอัตราค่าหมุนเวียนสูงทำให้ต้องหยุดโครงการฯ เป็นระยะ



3. สปสช. ควรลดขั้นตอนในการปฏิบัติงานตั้งแต่การสมัครจนถึงการให้บริการ เพื่อให้กระชับ

4. สปสช. และสภาเภสัชกรรม ควรมีระบบช่วยเหลือและสนับสนุนร้านขายยาตั้งแต่การสมัครจนถึงการให้บริการ ในรูปแบบที่เรียบง่าย ใกล้เคียงชีวิต

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

โครงการ “ร้านยารูปแบบใหม่ Common Illness” ได้เริ่มดำเนินการตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 แต่อย่างไรก็ตาม จำนวนร้านขายยาที่เข้าร่วมโครงการฯ ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ยังมีจำนวนน้อยมาก เมื่อเทียบกับจำนวนร้านขายยาแผนปัจจุบันในจังหวัด งานวิจัยนี้จึง ศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าร่วมโครงการฯ ของร้านขายยาในจังหวัด เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนส่งเสริมให้ร้านขายยาในจังหวัด เข้าร่วมโครงการฯ เพิ่มมากขึ้น ผลการวิจัยพบว่า

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าร่วมโครงการฯ ของร้านขายยาในจังหวัดฯ

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าร่วมโครงการฯ ของร้านขายยาในจังหวัดฯ พบว่าตัวแปรทั้ง 4 ตัวแปร ได้แก่ ตัวแปรเพศ ระยะเวลาที่ได้รับใบอนุญาตขายยา ความจำเป็นในการเข้าร่วมโครงการฯ ประโยชน์ที่ได้รับในการเข้าร่วมโครงการฯ และอุปสรรคในการเข้าร่วมโครงการฯ ร่วมกันอธิบายระดับความสนใจในการเข้าร่วมโครงการฯ ได้ร้อยละ 89.3 ($R^2 = 0.893$) โดยตัวแปรที่สามารถอธิบายความสัมพันธ์กับระดับความสนใจในการเข้าร่วมโครงการฯ

ร่วมโครงการฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ความจำเป็นในการเข้าร่วมโครงการฯ เป็นผลรวมคะแนนข้อคำถามที่สะท้อนรายการทางเลือกในการแก้ปัญหาบนพื้นฐานแวดล้อมที่เกี่ยวข้องเพื่อเพิ่มโอกาสและลดความเสี่ยงในการตัดสินใจที่สะท้อนในด้านต่าง ๆ เช่น ความต้องการของลูกค้า ข้อกฎหมาย นโยบาย/วิสัยทัศน์ของผู้บริหาร กระแสการเข้าร่วม/ ลักษณะของร้านขายยาในต่างประเทศ เป็นต้น โครงการ “ร้านยาแบบใหม่ Common Illness” เป็นโครงการที่เกิดขึ้นใหม่ยังไม่มีผลการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวที่ชัดเจน แต่ทั้งนี้ ข้อคำถามภายใต้ความสนใจในการเข้าร่วมโครงการฯ ส่วนหนึ่งจะสะท้อนปัจจัยส่วนผสมทางการตลาดเกี่ยวกับด้านผลิตภัณฑ์ และด้านความสะดวกรวดเร็ว ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำผลการศึกษาที่เกิดขึ้นเทียบเคียงและสอดคล้องกับการศึกษาของพงษ์ณวัฒน์ สมบัติภูธร⁹ พบว่า นโยบายการบริหารมีผลต่อการปฏิบัติตามเกณฑ์การประเมินและรับรองคุณภาพร้านยาของร้านขายยาที่ผ่านการตรวจ GPP และสอดคล้องกับการศึกษาของวารี สุทักษิณา¹⁰ พบว่าปัจจัยด้านผลิตภัณฑ์มีผลต่อการตัดสินใจซื้อยาในร้านขายยาแผนปัจจุบันในเขตกรุงเทพมหานคร และสอดคล้องกับการศึกษาของกุลธิดา เปรมปราคน¹¹ พบว่าปัจจัยด้านความสะดวกรวดเร็วในการซื้อยาเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจซื้อยารักษาโรคในร้านขายยาแผนปัจจุบันทั่วไปในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ทั้งนี้ ความจำเป็นในการเข้าร่วมโครงการฯ มีผลต่อความสนใจเข้าร่วมโครงการฯ อาจเนื่องมาจาก



การถูกระตุ้นจากหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความ
ต้องการส่วนตัว การสนับสนุนจากสังคม ความสะดวก
ในการเข้าร่วม สิ่งเหล่านี้ล้วนมีผลต่อความสนใจ
หรือความพร้อมในการเข้าร่วมโครงการฯ อย่าง
มาก

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าค่าเฉลี่ยระดับ
ความสนใจในการเข้าร่วมโครงการฯ เท่ากับ 2.94
คะแนน จากคะแนนเต็ม 4 คะแนน สะท้อนให้เห็นว่า
ร้านขายยา (ขย.1) ยังมีความสนใจเข้าร่วม
โครงการน้อย ดังนั้น จึงควรนำข้อค้นพบที่ได้ไป
พิจารณาเป็นแนวทางในการวางแผนหรือกำหนด
นโยบายเกี่ยวกับความสนใจในการเข้าร่วม
โครงการฯ ดังนี้

1. สปสช. ในฐานะหน่วยงานหลักในการ
ขับเคลื่อนนโยบายการเข้าร่วมโครงการ “ร้านยาแบบ
ใหม่ Common Illness” ควรดำเนินการ ดังนี้

1.1 ควรสร้างและเผยแพร่นโยบายการ
ปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับโครงการดังกล่าว
ให้เป็นรูปธรรม เช่น จัดทำเอกสารนโยบายที่
ชัดเจนเกี่ยวกับการปฏิบัติตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
กับธุรกิจขององค์กร กระบวนการดำเนินการ
ภายใต้โครงการฯ ตั้งแต่การสมัคร การให้บริการ
ตลอดจนการเบิกจ่ายเงินให้มีความกระชับมากขึ้น
เพื่อลดระยะเวลาและความซับซ้อนในการ
ปฏิบัติงาน

1.2 ควรมีการสื่อสารเพื่อให้เกิดการมี
ส่วนร่วมของประชาชน ผ่านช่องทางการสื่อสาร

ที่หลากหลาย เช่น โซเชียลมีเดีย อีเมล และการ
บริการลูกค้าออนไลน์ เพื่อให้ประชาชนสามารถ
เข้าใจเกี่ยวกับการใช้บริการ “ร้านยาแบบใหม่
Common Illness”

1.3 ควรมีการอบรมและการให้ความรู้
เพื่อทราบถึงสถานการณ์หรือกฎหมายใหม่ ๆ หรือ
แนวทางการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิด
ความรู้ความเข้าใจอย่างต่อเนื่อง

1.4 ควรมีกระบวนการตรวจสอบและ
การติดตาม สำหรับประเมินผลการปฏิบัติ
อย่างสม่ำเสมอเพื่อหาจุดบกพร่องและการ
ปรับปรุง

1.5 ควรมีการบริหารความเสี่ยงและ
การจัดการปัญหาที่องค์กรอาจเผชิญและสร้าง
แผนการจัดการความเสี่ยง พร้อมทั้งแนวทางใน
การจัดการและแก้ไขปัญหาทางกฎหมายที่เกิดขึ้น
อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

1.6 ควรมีการกำกับดูแลและการบริหาร
จัดการ กล่าวคือ ควรมีเจ้าหน้าที่หรือทีมงาน
ที่รับผิดชอบในการกำกับดูแลและประสานงาน
เกี่ยวกับการปฏิบัติตามกฎหมาย และการรายงานผล
การปฏิบัติตามแนวทางให้กับผู้บริหารระดับสูงอย่าง
สม่ำเสมอเพื่อให้สามารถตัดสินใจและดำเนินการ
แก้ไขได้ทันที

2. สปสช. และสภาเภสัชกรรมควรจัดทำ
ระบบสนับสนุนเพื่อเตรียมความพร้อมและ
แก้ปัญหาให้แก่ร้านขายยาที่เข้าร่วมโครงการฯ
อย่างใกล้ชิด



3. สมาเภสัชกรรม สำนักงานสาธารณสุข จังหวัด และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในกระทรวงสาธารณสุข ควรปรับปรุงการประชาสัมพันธ์เพื่อให้ถึงกลุ่มเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ ควรดำเนินการ ดังนี้

3.1 ควรเพิ่มการประชาสัมพันธ์ รายละเอียดของโครงการฯ และประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมโครงการฯ ให้กับร้านขายยา เพื่อสร้างความเข้าใจและเพื่อให้มีข้อมูลเพียงพอต่อการตัดสินใจ นอกจากนี้ ควรเพิ่มการประชาสัมพันธ์การใช้สิทธิอย่างถูกต้องให้แก่ประชาชนด้วย เพื่อลดภาระงานและลดความขัดแย้งระหว่างร้านขายยาและผู้มาใช้สิทธิ

3.2 ควรเพิ่ม ความถี่ ในการ ประชาสัมพันธ์ โดยทำเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง

3.3 ควรประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทาง โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมากขึ้น เพื่อให้ถึงผู้ใช้สิทธิบัตรทองโดยตรงได้รับทราบและสร้างกระแสความต้องการให้มีบริการดังกล่าวในพื้นที่ ซึ่งเป็นการกระตุ้นให้ร้านขายยาอยากเข้าร่วมโครงการฯ เพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้

ยังทำให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการรับทราบและมีข้อมูลที่สามารถส่งต่อผู้ป่วยได้เพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล

3.4 ควรประชาสัมพันธ์เชิญชวนร้านยาคุณภาพและร้านขายยาสาขาในจังหวัดเพิ่มขึ้น

4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรจัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างร้านขายยาที่เข้าร่วมโครงการฯ และประสบความสำเร็จกับร้านขายยาที่ยังไม่เข้าร่วมโครงการฯ เพื่อสร้างความเข้าใจและแรงบันดาลใจในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการฯ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ประกอบการร้านขายยาแผนปัจจุบันจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยและอนุญาตให้เก็บข้อมูลปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าร่วมโครงการ “ร้านยารูปแบบใหม่ Common Illness” ของร้านขายยาแผนปัจจุบันในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการหาแนวทางสำหรับส่งเสริมร้านขายยาในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาให้เข้าร่วมโครงการฯ เพิ่มมากขึ้น ผู้วิจัยขอขอบพระคุณมา ณ ที่นี้ด้วย



เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานรับรองร้านยาคุณภาพ สมาเภสัชกรรม. ความเป็นมาของร้านยาคุณภาพ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงานรับรองร้านยาคุณภาพ สมาเภสัชกรรม; 2558 [เข้าถึงเมื่อ 5 ต.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://papc.pharmacycouncil.org/index.php?option=aboutus&subpage=history>
2. ณัฐชลภัณ หอมแก้ว. บทบาท 'เภสัชกร-ร้านขายยา' เชิงรุก 'ด้านหน้า' สร้างสุขภาพ - ลดแออัด รพ. ในฐานะหน่วยบริการ 'ปฐมภูมิ' ผู้ป่วยบัตรทอง '16 กลุ่มอาการ' รับยาฟรี [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: The Coverage; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 5 ต.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thecoverage.info/news/content/4278>
3. สำนักข่าว Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. สปสช. - สมาเภสัชกรรมเพิ่มบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ "เจ็บป่วย เล็กน้อย 16 อาการ" รับยาที่ร้านยาได้ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: สำนักข่าว Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ; 2565. [เข้าถึงเมื่อ 5 ต.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/2022/10/26304>
4. THE REPORTERS. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เผยข้อมูล "รับยาที่ร้านยา" ใน 16 กลุ่มอาการเล็กน้อย [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: THE REPORTERS; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 5 ต.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thereporters.co/tw-health/1412221152/>
5. กองยา. สถิติใบอนุญาตประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยา ประจำปี พ.ศ. 2565 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กองยา 2565 [เข้าถึงเมื่อ 6 ต.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://drug.fda.moph.go.th/statistical-data/category/statistics>
6. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายชื่อร้านยาดูแลเจ็บป่วยเล็กน้อย 16 อาการ ผู้มีสิทธิบัตรทองรับยาที่ร้านได้ฟรี ไม่เสียค่าใช้จ่าย [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 6 ต.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nhso.go.th/downloads/204>
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. รายงานประจำปี 2565 [อินเทอร์เน็ต]. พระนครศรีอยุธยา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 6 ต.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://ayo.moph.go.th/main/index.php?mod=Blocks&bid=pSlwrbOYWxu>
8. วิเชียน วิทยอุดม. การจัดการสมัยใหม่ Modern management. กรุงเทพฯ: บริษัท ธนวัช การพิมพ์ จำกัด; 2554.



9. พงษ์วัฒน์ สมบัติภูธร. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามเกณฑ์การประเมินและรับรองคุณภาพร้านยาของร้านยาที่ผ่านการตรวจ GPP ในจังหวัดชลบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต]. พิษณุโลก: คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2564.
10. วารีย์ สุกฤษิณา. ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจซื้อยาในร้านขายยาแผนปัจจุบันในเขตกรุงเทพมหานคร [บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2558.
11. กุลธิดา เปรมปราศิน. ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจซื้อยารักษาโรคในร้านขายยาแผนปัจจุบันทั่วไป ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล [บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2557.



ผลของระบบการติดตามดูแลความปลอดภัยจากการใช้ยา Warfarin

ในระดับปฐมภูมิ อำเภอวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ

The outcome of Warfarin safety monitoring system in Primary Care Wanghin District
Sisaket Provinceพีระพงศ์ ภูบาล¹Peerapong Poobal¹

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อประเมินผลระบบการติดตามดูแลความปลอดภัยจากการใช้ยา Warfarin ในระดับปฐมภูมิ **วิธีการวิจัย:** การวิจัยแบบกึ่งทดลองโดยใช้แบบสอบถามเก็บข้อมูลปัญหาเกี่ยวกับยา Warfarin จากการเยี่ยมบ้านและเปรียบเทียบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา Warfarin การควบคุม INR และความปลอดภัยในผู้ป่วยจำนวน 100 ราย ก่อนและหลังนำระบบการติดตามดูแลความปลอดภัยจากการใช้ยา Warfarin ในระดับปฐมภูมิ ดำเนินการเป็นระยะเวลา 1 ปี โดยใช้สถิติ Paired t-test, Wilcoxon signed rank test และ McNemama's test **ผลการวิจัย:** ยา Warfarin เหลือใช้ลดลงจาก 46.46% เป็น 7.00% ($p < 0.001$) การเก็บรักษายาไม่เหมาะสมลดลงจาก 37.37% เป็น 6.00% ($p < 0.001$) การใช้สมุนไพรและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารลดลงจาก 17.31% เป็น 2.00% ($p < 0.001$) ปัญหาโอกาสเกิดอันตรกิริยาระหว่างยาลดลงจาก 84.85% เป็น 71.00% ($p = 0.187$) ผู้ป่วยมาฉีดนัดลดลงจาก 33.65% เป็น 9.00% ($p < 0.001$) ความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นจาก $91.14\% \pm 21.28\%$ เป็น $93.75\% \pm 5.92\%$ ($p = 0.165$) ผลด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัยจากการใช้ยา Warfarin พบว่าค่า INR ล่าสุดอยู่ในเป้าหมายเพิ่มจาก 62.50% เป็น 63.00% ($p = 0.844$) %Time in Therapeutic Range ไม่แตกต่างจากเดิม $48.48\% \pm 24.31\%$ เป็น $48.29\% \pm 20.91\%$ ($p = 0.960$) การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา Warfarin ลดลงจาก 13.14% เป็น 5.00% ($p = 0.045$) **สรุป:** หลังจากมีการพัฒนาระบบการติดตามดูแลความปลอดภัยจากการใช้ยา Warfarin ในระดับปฐมภูมิและนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย สามารถลดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา Warfarin และเพิ่มความปลอดภัยจากการใช้ยา Warfarin

คำสำคัญ: Warfarin, ปฐมภูมิ¹ เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ¹ Pharmacist, Professional Level. Division of Pharmacy and Consumer Protection, Wanghin Hospital, Sisaket Province. E-mail : Kacha_nun@hotmail.com



Abstract

Objective: To evaluate the Warfarin safety monitoring system in primary care **Research method:** Quasi-experimental research using questionnaires to collect data on problems with Warfarin medication during home visits and compare the problems related to the use of Warfarin, INR control and safety in 100 patients, before and after the implementation of the primary Warfarin safety monitoring system for 1 year using Paired t-test, Wilcoxon signed rank test and McNemama's test statistics. **Results:** Warfarin leftover problem at home decreased from 46.46% to 7.00% ($p<0.001$), improper medicine storage decreased from 37.37% to 6.00% ($p<0.001$), herbal and dietary supplement use decreased from 17.31% to 2.00% ($p<0.001$), the chance of drug interaction problems decreased from 84.85% to 71.00% ($p=0.187$), patients who did not arrive on their appointment date decreased from 33.65% to 9.00% ($p<0.001$), the compliance in drug use increased from $91.14\% \pm 21.28\%$ to $93.75\% \pm 5.92\%$ ($p=0.165$), the efficacy and safety results from Warfarin use found the latest INR value in target increasing from 62.50% to 63.00% ($p=0.844$). %Time in Therapeutic Range was not different from $48.48\% \pm 24.31\%$ to $48.29\% \pm 20.91\%$ ($p=0.960$), problems with adverse reactions from Warfarin decreased from 13.14% to 5% ($p=0.045$) **Conclusion:** After developing a system for monitoring the safety of Warfarin use in primary care and using it in patient care, it can reduce problems and increase safety from using Warfarin.

Keywords : Warfarin, Primary care



บทนำ

Warfarin เป็นยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทานที่ใช้รักษาและป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลายข้อบ่งใช้ เช่น Atrial fibrillation, Deep vein thrombosis, Mechanical heart valves replacement เป็นต้น¹ เป็นยาที่มีดัชนีการรักษาแคบ มีเภสัชจลนศาสตร์และเภสัชพลศาสตร์ที่ซับซ้อน เนื่องจากมีหลายปัจจัยที่มีผลต่อการตอบสนองต่อยา Warfarin แตกต่างกันไป นอกจากนี้ ยังจัดเป็นยาที่อยู่ในกลุ่มความเสี่ยงสูงเนื่องจากยา Warfarin มีผลข้างเคียงที่สำคัญ คือ การเกิดเลือดออก โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะเลือดออกที่อาจมีอันตรายถึงชีวิต ดังนั้นการใช้ยาดังกล่าวจะต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่องถึงระดับชุมชนเพื่อให้ได้ประโยชน์สูงสุดและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) พ.ศ. 2556 – 2560² กำหนด ให้ รพช. (ขนาด M1 – F3) มีการให้บริการยาต้านการแข็งตัวของเลือดแบบสหวิชาชีพ ทั้งการให้ยาและการตรวจ INR มีระบบส่งต่อผู้ป่วยที่ซับซ้อนหรือมีภาวะแทรกซ้อนได้อย่างเหมาะสม ทำให้เกิดการให้บริการ Warfarin Clinic ในโรงพยาบาลชุมชน

จากการให้บริการ Warfarin Clinic ทำให้มีการศึกษาปัญหาการใช้ยา Warfarin ในระดับทุติยภูมิเป็นส่วนใหญ่ ผู้วิจัยจึงศึกษาในระดับปฐมภูมิ ทำการศึกษาเรื่อง Development of Warfarin Safety Monitoring System at Primary Health Care Grounded on Chronic Care Model³ ระยะ

ที่ 1 สำรวจปัญหาการใช้ยา Warfarin ในระดับปฐมภูมิของอำเภอวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ และระยะที่ 2 พัฒนาระบบการติดตามดูแลความปลอดภัยจากการใช้ยา Warfarin ในระดับปฐมภูมิ³

ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาระยะที่ 3 มีการนำระบบการติดตามดูแลความปลอดภัยจากการใช้ยา Warfarin ในระดับปฐมภูมิไปดำเนินการและดูผลลัพธ์ของระบบดังกล่าวในการลดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา Warfarin และสร้างประสิทธิภาพและความปลอดภัยจากการใช้ยา Warfarin

วัตถุประสงค์

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป: เพื่อศึกษาผลการติดตามดูแลความปลอดภัยจากการใช้ยา Warfarin ในระดับปฐมภูมิ

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ: เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของความร่วมมือในการใช้ยา ปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา Warfarin อาการไม่พึงประสงค์ก่อนและหลังการทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นแบบ Quasi - experimental สำหรับศึกษาผลของการนำระบบการติดตามดูแลความปลอดภัยจากการใช้ยา Warfarin ในระดับปฐมภูมิ ในอำเภอวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ จากการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเริ่มดำเนินการในปี พ.ศ. 2565 – 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับยา Warfarin ในอำเภอวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 134 คน



กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับยา Warfarin อำเภอวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ โดยคำนวณจากสูตร Krejcie and Morgan จำนวน 100 ราย เป็นผู้ป่วยเดิมทั้งหมดในการศึกษาระยะที่ 1³

เครื่องมือและคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ คือ แบบสอบถามเก็บข้อมูลปัญหาการใช้ยา Warfarin ในชุมชน ประกอบด้วย 1.) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย 2.) ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและยา 3.) ข้อมูลปัญหาที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการใช้ยา Warfarin ซึ่งผ่านการพิจารณาความสอดคล้องของวัตถุประสงค์จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC 0.67

วิธีทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนดำเนินการและเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. การดำเนินงานตามระบบการติดตามดูแลความปลอดภัยจากการใช้ยา Warfarin ในระดับปฐมภูมิ ที่มีการพัฒนาจากการประยุกต์ตามต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (The Chronic Care Model)^{3,4} ระยะเวลา 1 ปีตามตารางที่ 1 รายละเอียดการดำเนินงานและหน้าที่ผู้รับผิดชอบ ผู้วิจัยได้จัดทำเป็นคู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาด้านการแข็งตัวของเลือด (Warfarin) ในหน่วยบริการปฐมภูมิเขตอำเภอวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ

2. ผู้ที่เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมดในการศึกษาจะถูกเก็บข้อมูลปัญหาการใช้ยา โดยใช้แบบเก็บข้อมูลปัญหาที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการใช้ยา Warfarin ในชุมชน

2.1 เก็บข้อมูลปัญหาการใช้ยา Warfarin ในชุมชนก่อนการพัฒนาระบบการติดตามดูแลความปลอดภัยจากการใช้ยา Warfarin ในระดับปฐมภูมิ

2.2 เก็บข้อมูลปัญหาการใช้ยา Warfarin ในชุมชน หลังดำเนินการระบบการติดตามดูแลความปลอดภัยจากการใช้ยา Warfarin ในระดับปฐมภูมิ ปี พ.ศ. 2566

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยและปัญหาที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการใช้ยา Warfarin ในชุมชน โดยการแจกแจงความถี่และคำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบร้อยละ ความร่วมมือในการใช้ยา Warfarin ด้วย Wilcoxon signed rank test เปรียบเทียบ % Time in Therapeutic Range (%TRR) ด้วย Paired t-test เปรียบเทียบปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาและการเกิด Minor bleeding ด้วย McNemama's test เนื่องจากเป็นตัวแปรแบบ Categorical การศึกษาครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม STATA

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ SPPH 2023-120

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับโรคและยาของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจากการศึกษานี้จากการเยี่ยมบ้านจำนวนทั้งสิ้น 100 ราย ส่วนใหญ่เป็น



ผู้ป่วยเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 53 ส่วนเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 47 ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 70 – 79 ปี คิดเป็นร้อยละ 41 อายุเฉลี่ย 69.55 ± 11.83 ปี ข้อมูลระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 84 ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 12 และระดับมัธยมศึกษาตอนต้น

ร้อยละ 4 สำหรับอาชีพส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 55 ถัดมาคือ อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 38 ผู้ป่วยมีผู้ดูแลการใช้ยา ร้อยละ 93 และไม่มีผู้ดูแลการใช้ยา ร้อยละ 7 ประวัติทางสังคมพบว่า มีผู้ป่วยที่ยังดื่มสุราและสูบบุหรี่อยู่ ร้อยละ 5 และร้อยละ 4 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ระบบการติดตามดูแลความปลอดภัยจากการใช้ยา Warfarin ในระดับปฐมภูมิ

องค์ประกอบระบบ	แนวทางการดำเนินงานตามระบบ
ระบบการส่งต่อข้อมูลและ ส่งต่อผู้ป่วย	- โรงพยาบาลวังหินเป็นแม่ข่ายในการรวบรวมและส่งต่อข้อมูล - ส่งข้อมูลเป็นเอกสาร ส่งข้อมูลทางไลน์ หรือส่งข้อมูลทางอีเมล - สำหรับในกลุ่มผู้ป่วยที่รับยาจากโรงพยาบาลอื่น อสม. เป็นผู้สำรวจข้อมูลและส่งต่อให้โรงพยาบาลวังหิน หรือ รพ.สต. - การส่งต่อผู้ป่วยมายังโรงพยาบาล: ผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินให้ผู้ป่วยมาเองโดยการนำส่งของญาติหรือผู้ดูแล ผู้ป่วยที่ไม่มีรถให้ รพ.สต. เป็นผู้นำส่งผู้ป่วยกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินให้เรียกรถฉุกเฉิน - ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแลในการแบ่งระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย



ตารางที่ 1 ระบบการติดตามดูแลความปลอดภัยจากการใช้ยา Warfarin ในระดับปฐมภูมิ (ต่อ)

องค์ประกอบระบบ	แนวทางการดำเนินงานตามระบบ
การให้สุศึกษาและการสนับสนุนการดูแลตนเอง	- อบรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ - ผู้ป่วยที่ถูกส่งตัวมาจากโรงพยาบาลอื่นมีการทบทวนความรู้กับผู้ป่วยและญาติ - มีการจัดกลุ่มย่อยพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปัญหา และความรู้ - การให้สุศึกษาและถ่ายทอดความรู้โดย อสม. - การให้เอกสารใบความรู้ - การใช้หอกระจายข่าวของชุมชนในการเปิดเสียงตามสายเพื่อให้ความรู้แก่ชุมชน - ประเมินผู้ป่วยต้องการการดูแลระดับใดและมีศักยภาพในการดูแลตนเองระดับใด - ส่งเสริมศักยภาพผู้ป่วยตามความสามารถที่มีโดยผู้ป่วยมีส่วนร่วมกับทีมสุขภาพในการวางแผนดูแลความเจ็บป่วย - เรียนรู้ผู้ป่วยจากการเยี่ยมบ้าน เพื่อที่จะรู้ว่าปัญหา รู้จุดเด่น หรือสิ่งที่จะไปสนับสนุนผู้ป่วยในประเด็นใด
ระบบสารสนเทศทางคลินิกและนโยบาย	- ทำระบบแจ้งเตือนในโปรแกรมว่าเป็นผู้ป่วยใช้ยา Warfarin และยาที่ห้ามใช้ร่วมกัน ข้อมูลข้อบ่งใช้ของโรคที่ได้รับยา Warfarin และค่า INR - นำโปรแกรมการให้บริการผู้ป่วยมาใช้ลงข้อมูลการเยี่ยมบ้าน เพื่อบันทึกปัญหาที่พบ การจัดการปัญหา และใช้ในการวางแผนเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป - ทำให้ผู้บริหารเห็นถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยา Warfarin โดยการนำเสนอข้อมูลแก่ผู้บริหาร - ผู้บริหารให้ความชัดเจนกับนโยบาย กำหนดเป้าหมายแนวทางพัฒนา สร้างแรงจูงใจในการสื่อสารและแลกเปลี่ยนข้อมูลภายในองค์กรและต่างองค์กร - ผู้บริหารควรจะมีการส่งเสริม สนับสนุนทรัพยากร



ตารางที่ 1 ระบบการติดตามดูแลความปลอดภัยจากการใช้ยา Warfarin ในระดับปฐมภูมิ (ต่อ)

องค์ประกอบระบบ	แนวทางการดำเนินงานตามระบบ
ออกแบบระบบการดูแล รักษาการติดตามอาการ ไม่พึงประสงค์และการ ติดตามการขาดนัด	- กำหนดบทบาทหน้าที่และภาระงานให้กับทีมดูแลผู้ป่วยและทำคำสั่ง คณะทำงานที่มอบหมายให้ชัดเจน - ทำแผนผังการดูแลผู้ป่วยเพื่อเป็นแนวทางในดูแลและส่งต่อผู้ป่วย - ใช้กระบวนการ Long Term Care ช่วยดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ยา Warfarin - โอกาสพัฒนาในอนาคตโดยการออกไปจ่ายยา Warfarin ในวันคลินิกโรค เรื้อรังที่ รพ.สต. - ในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถมาโรงพยาบาล เช่น สูงอายุ ผู้พิการ ควรมีการ เยี่ยมบ้านและให้บริการตรวจรักษาที่บ้าน - พยาบาลหรือเภสัชกรที่โรงพยาบาลเป็นผู้ทำการตรวจสอบผู้ป่วยขาดนัด - ติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ หรือแจ้ง รพ.สต. หรือประสาน อสม. ติดตามผู้ป่วย - บทบาทของ อสม. ช่วยในการหาสาเหตุของผู้ป่วยที่ขาดนัด ช่วยติดตาม ผู้ป่วยที่รับยาจากโรงพยาบาลอื่นที่ขาดนัด - สร้างแรงจูงใจให้คนไข้มารับยา - ปรับปรุงบัตรนัดให้ชัดเจน เพื่อป้องกันการลืมนัด
การอบรมพัฒนาศักยภาพ การดูแลผู้ป่วยของ เจ้าหน้าที่และการ สนับสนุนการตัดสินใจ ทางคลินิก	- จัดอบรมและพัฒนาศักยภาพในการจัดการและการดูแลผู้ป่วย - ศึกษาจากกรณีตัวอย่างเพื่อให้เห็นตัวอย่างในการนำองค์ความรู้ไปใช้ - มีการศึกษาดูงานในพื้นที่ต้นแบบที่ประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วย - ศึกษาดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อให้เห็นสภาพจริง - จัดทำคู่มือแนวทางเวชปฏิบัติให้แก่ รพ.สต. - จัดทำผังในการดูแลและส่งต่อผู้ป่วย - สืบค้นข้อมูลจากแหล่งที่น่าเชื่อถือ
ระบบการให้คำปรึกษา และประสานงาน	- การให้คำปรึกษาผ่านทางไลน์ หรือการแชทผ่านทาง Messenger กรณีไม่ เร่งด่วน ส่วนกรณีที่ต้องการคำตอบเร่งด่วนให้โทรศัพท์สอบถาม - สามารถขอคำปรึกษาจากแพทย์หรือเภสัชกรที่ออกไปปฏิบัติหน้าที่ใน วันที่ออกไปให้บริการคลินิกโรคเรื้อรังที่ รพ.สต. - อสม. ช่วยเป็นผู้ประสานให้เมื่อต้องการคำปรึกษาหรือติดต่อเจ้าหน้าที่ - ผู้ป่วยสามารถขอคำปรึกษากับแพทย์หรือเภสัชกรเมื่อมารับบริการที่โรงพยาบาล - การประสานงานระหว่างโรงพยาบาลชุมชน รพ.สต. และชุมชน ประสานงาน ผ่านช่องทาง ดังต่อไปนี้ ประสานงานทางอีเมล วิดีโอคอล ไลน์ ไลน์ส่งต่อ และโทรศัพท์



ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	47	47.00
หญิง	53	53.00
2. อายุ (ช่วงอายุผู้ป่วย 35 – 90 ปี)		
30 – 39 ปี	2	2.00
40 – 49 ปี	3	3.00
50 – 59 ปี	14	14.00
60 – 69 ปี	21	21.00
70 – 79 ปี	41	41.00
ตั้งแต่ 80 ปี ขึ้นไป	19	19.00
อายุเฉลี่ย	$\bar{x} = 69.55$	SD = 11.83
3. ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	12	12.00
ชั้นประถมศึกษา	84	84.00
ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น	4	4.00
4. อาชีพ		
เกษตรกรรวม	38	38.00
รับจ้าง, แรงงาน	4	4.00
ค้าขาย	3	3.00
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	55	55.00
5. ผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยาที่บ้าน		
มีผู้ดูแล	93	93.00
ไม่มีผู้ดูแล	7	7.00



ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
6. ประวัติทางสังคม		
6.1 สุรา		
- ดื่มสุรา	5	5.00
- เคยดื่มสุรา	34	34.00
- ไม่ดื่มสุรา	61	61.00
6.2 บุหรี่		
- สูบบุหรี่	4	4.00
- เคยสูบบุหรี่	27	27.00
- ไม่สูบบุหรี่	69	69.00

โรคที่เป็นข้อบ่งใช้สำหรับยา Warfarin จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ได้รับยา Warfarin จากข้อบ่งใช้ในโรค Atrial fibrillation ร้อยละ 53.00 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 79.00 มีโรคร่วม จำนวนยาโรคเรื้อรังผู้ป่วยได้รับยาตั้งแต่ 5 รายการขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 83.00 จำนวนยาโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยได้รับเฉลี่ย 6.61 ± 2.51 รายการ เมื่อถามผู้ป่วยว่ารู้จักยา Warfarin หรือไม่ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 86.00 รู้จักยา Warfarin ระยะเวลาที่เริ่มใช้ยาเฉลี่ย 5.66 ± 4.16 ปี สถานพยาบาลที่ผู้ป่วยรับยา Warfarin ส่วนใหญ่คือโรงพยาบาลวังหิน ร้อยละ 93.00 การจัดยาเพื่อรับประทาน พบว่าผู้ป่วยจัดยาเอง ร้อยละ 73.00 ญาติจัดยาให้ ร้อยละ 27.00 และค่า International Normalized Ratio (INR) เป้าหมายของผู้ป่วยในการแบ่งเป็น ค่า INR เป้าหมาย 2 – 3 ร้อยละ 97.00 และค่า INR เป้าหมาย 2.5 – 3.5 ร้อยละ 3.00 ส่วนใหญ่ค่า INR ล่าสุดอยู่ในเป้าหมาย ร้อยละ 63.00 ค่า INR ล่าสุดเฉลี่ย 2.40 ± 0.82

ค่า %TTR เฉลี่ย 48.29 ± 20.29 ส่วนใหญ่ %TTR < 60% คิดเป็นร้อยละ 67.00 และมี %TTR $\geq 60\%$ ร้อยละ 33.00 ประวัติการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับยา Warfarin ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลร้อยละ 5.00 จำนวนครั้งเฉลี่ยของการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลคือ 1.20 ± 0.63 ครั้ง ดังแสดงในตารางที่ 3

2. เปรียบเทียบข้อมูลปัญหาการใช้ยา Warfarin ที่บ้าน

หลังจากที่ได้นำระบบการติดตามดูแลความปลอดภัยจากการใช้ยา Warfarin ในระดับปฐมภูมิไปดำเนินการเพื่อใช้แก้ปัญหาก็เกี่ยวข้องกับยา Warfarin ในชุมชน พบว่าสามารถลดปัญหาดังต่อไปนี้ตามตารางที่ 4 การมารักษาตามนัดใน 1 ปีที่ผ่านมาพบว่า

1) ผู้ป่วยมาตรงตามนัดมากขึ้น โดยมาตามนัดเพิ่ม จากร้อยละ 61.54 เป็นร้อยละ 91.00 มาผิดนัดลดลง จากร้อยละ 33.65 เป็นร้อยละ 9.00



และไม่มีผู้ป่วยขาดนัด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

2) ความร่วมมือในการใช้ยา Warfarin เพิ่มขึ้นโดยเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 91.14 ± 21.28 เป็น 93.75 ± 5.92

3) ปัญหา ยา Warfarin เหลือใช้ พบว่ามียา Warfarin เหลือใช้ลดลง จากร้อยละ 46.46 เป็นร้อยละ 7.00 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

4) การเก็บรักษา ยา Warfarin ไม่เหมาะสม ลดลง จากร้อยละ 37.37 เป็นร้อยละ 6.00 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) พบปัญหาการเก็บยาไม่ตรงของปัจจุบันยามากที่สุด

5) การใช้ยาสมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่อาจเกิดอันตรกิริยากับยา Warfarin ลดลง

จากร้อยละ 17.31 เหลือเพียงร้อยละ 2.00 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

6) โอกาสเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา Warfarin ลดลง จากร้อยละ 84.80 เป็นร้อยละ 71.00 ซึ่งคู่ยาที่เกิดอันตรกิริยาส่วนใหญ่เป็นยาโรคประจำตัวเดิม

7) ปัญหาการรักษาหรือได้รับยาโรคอื่นจากที่อื่นลดลง จากร้อยละ 16.35 เป็นร้อยละ 2.00 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

8) ปัญหาความเหมาะสมของขนาดยาที่ผู้ป่วยได้รับพบว่ามีลดลง จากร้อยละ 5.05 เหลือเพียงร้อยละ 1.00

9) ปัญหาเกี่ยวกับยา Warfarin อื่น ๆ ที่อาจพบในชุมชน จากการสำรวจพบว่ามี Medication error พบลดลงจากร้อยละ 3.84 เป็นร้อยละ 1.00

ตารางที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและยา Warfarin ของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลเกี่ยวกับยาและโรค	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
1. โรคที่เป็นข้อบ่งชี้ใช้ Warfarin		
1.1 Atrial fibrillation	53	53.00
1.2 โรคอื่น ๆ	47	47.00
2. โรคร่วม		
2.1 มีโรคร่วม	79	79.00
2.2 ไม่มีโรคร่วม	21	21.00
3. จำนวนยาโรคเรื้อรังที่ได้รับ	$\bar{x} = 6.61$	$SD = 2.51$
3.1 จำนวนยาน้อยกว่า 5 รายการ	17	17.00
3.2 จำนวนยาตั้งแต่ 5 รายการ	83	83.00
4. ผู้ป่วยรู้จักยา Warfarin หรือไม่		
4.1 รู้จัก	86	86.00
4.2 ไม่รู้จัก	14	14.00



ตารางที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและยา Warfarin ของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลเกี่ยวกับยาและโรค	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
5. ระยะเวลาที่เริ่มใช้ยา Warfarin	$\bar{x} = 5.66$	SD = 4.16
6. สถานพยาบาลที่รับยา Warfarin		
6.1 โรงพยาบาลวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ	93	93.00
6.2 โรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ	6	6.00
6.3 โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี	1	1.00
7. การจัดยา Warfarin เพื่อรับประทาน		
7.1 ผู้ป่วยจัดเอง	73	73.00
7.2 ญาติจัดให้	27	27.00
8. ค่า INR เป้าหมายเพื่อการรักษา		
8.1 ค่า 2 – 3	97	97.00
8.2 ค่า 2.5 – 3.5	3	3.00
9. ค่า INR ล่าสุดอยู่ในเป้าหมาย		
9.1 ค่า INR อยู่ในเป้าหมาย	63	63.00
9.2 ค่า INR ไม่อยู่ในเป้าหมาย	37	37.00
ค่า INR เฉลี่ย	$\bar{x} = 2.4$	SD = 0.82
10. %TTR ตามเป้าหมาย		
10.1 %TTR $\geq 60\%$	33	33.00
10.2 %TTR $< 60\%$	67	67.00
ค่าเฉลี่ย %TTR	$\bar{x} = 48.29$	SD = 20.91
11. รักษาตัวในโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา Warfarin (ช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา)		
11.1 ไม่เคยรักษาตัวใน	95	95.00
11.2 เคยรักษาตัวใน	5	5.00
จำนวนครั้งที่นอน รพ. เฉลี่ย	$\bar{x}=1.2$	SD = 0.44



ตารางที่ 4 เปรียบเทียบสัดส่วนปัญหาการใช้ยา Warfarin ที่บ้านระหว่างก่อนและหลังมีระบบการติดตามดูแล
ความปลอดภัยจากการใช้ยา Warfarin ในระดับปฐมภูมิ

ข้อมูลปัญหาการใช้ยา	ก่อน (ร้อยละ)	หลัง (ร้อยละ)	p-value
1. การมารักษาตามนัดใน 1 ปีที่ผ่านมา			
มาตามนัดทุกครั้ง	61.54	91.00	
ผิดนัด	33.65	9.00	<0.001 ^a
ขาดนัด	4.81	0	
2. ร้อยละความร่วมมือในการใช้ยา Warfarin $\bar{x} \pm SD$	91.14 $\pm$ 21.28	93.75 $\pm$ 5.92	0.165 ^b
3. ปัญหายา Warfarin เหลือใช้			
ไม่พบว่ามียา Warfarin เหลือใช้	53.54	93.00	<0.001 ^a
พบว่ามียา Warfarin เหลือใช้	46.46	7.00	
4. การเก็บรักษายา Warfarin ของผู้ป่วย			
เหมาะสม	62.63	94.00	<0.001 ^a
ไม่เหมาะสม	37.37	6.00	
5. การใช้สมุนไพร/ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร			
ไม่ใช้	64.42	91.00	
เคยใช้	18.27	7.00	<0.001 ^a
ปัจจุบันยังใช้อยู่	17.31	2.00	
6. โอกาสเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา Warfarin			
ไม่พบ	15.15	29.00	0.187 ^a
พบ	84.85	71.00	
7. ผู้ป่วยรับการรักษาหรือได้รับยาโรคอื่นจากที่อื่น			
ไม่ได้รับยาจากที่อื่น	83.65	99.00	0.021 ^a
รับยาจากสถานพยาบาลอื่น	7.69	1.00	
8. ความเหมาะสมของขนาดยาที่ผู้ป่วยได้รับ			
เหมาะสม	94.95	99.00	0.375 ^a
ขนาดยาต่ำเกินไป	5.05	1.00	
9. ปัญหาเกี่ยวกับยา Warfarin อื่น ๆ ที่อาจพบในชุมชน			
พบ Medication error	3.84	1.00	0.625 ^a

a = McNemama's test, b = Wilcoxol signed rank test



3. เปรียบเทียบด้านประสิทธิภาพและความ

ปลอดภัย

ประกอบไปด้วย 5 ตัวชี้วัด ได้แก่

- ด้านประสิทธิภาพ พิจารณาจากการควบคุมค่า INR
 - 1) ค่า INR ล่าสุดอยู่ในเป้าหมาย
 - 2) %TTR
- ด้านความปลอดภัย พิจารณาจาก
 - 1) ร้อยละการเกิด Minor bleeding
 - 2) ร้อยละการเกิด Major bleeding
 - 3) ร้อยละการเกิด Stroke

โดยจะทำการเปรียบเทียบก่อนและหลังนำระบบการติดตามดูแลความปลอดภัยจากการใช้ยา Warfarin ในระดับปฐมภูมิ

จากตารางที่ 5 เมื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพและความปลอดภัยก่อนและหลังมีระบบติดตามดูแลความปลอดภัยจากการใช้ยา Warfarin ในระดับ

ปฐมภูมิ พบว่าค่า INR ล่าสุดอยู่ในเป้าหมาย เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 62.50 เป็นร้อยละ 63.00 ส่วนค่า %TTR ร้อยละของค่า INR ที่อยู่ในเป้าหมายในช่วงระยะ 1 ปี พบว่า ไม่แตกต่างจากเดิมจากค่าเฉลี่ย 48.48 ± 24.31 เป็น 48.29 ± 20.91 ส่วนอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาพบ Minor bleeding ลดลงจากร้อยละ 13.14 เป็นร้อยละ 5.00 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.045$) และผู้ป่วยในการศึกษาครั้งนี้ทั้งก่อนและหลังมีระบบการติดตามดูแลความปลอดภัยจากการใช้ยา Warfarin ในระดับปฐมภูมิ ไม่พบว่ามีผู้ป่วยเกิด Major bleeding และไม่พบว่ามีผู้ป่วยเกิด Stroke จากตัวชี้วัดทั้ง 5 ตัวด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัยมีทั้งที่แตกต่างและไม่แตกต่างกัน ซึ่งเป็นส่วนช่วยในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับการทำงานตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยใน Warfarin Clinic ที่โรงพยาบาล

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบประสิทธิภาพและความปลอดภัยก่อนและหลังมีระบบการติดตามดูแลความปลอดภัยจากการใช้ยา Warfarin ในระดับปฐมภูมิ

ตัวชี้วัด	ก่อน	หลัง	p-value
ค่า INR ล่าสุดอยู่ในเป้าหมาย	62.50%	63.00%	0.884 ^a
%Time in therapeutic range	48.48 ± 24.31	48.29 ± 20.91	0.960 ^b
พบ Minor bleeding	13.14%	5.00%	0.045 ^a
พบ Major bleeding	0%	0%	-
พบ Stroke	0%	0%	-

a= McNemama's test, b=Paired t test



อภิปรายผล

สำหรับปัญหาที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการใช้ยา Warfarin ดังนี้ การมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยพบเป็นปัญหามาติดนัดร้อยละ 9.00 ต่ำกว่าการศึกษาของ พัทยา หวังสุข⁵ ซึ่งพบปัญหาร้อยละ 23.93 เนื่องจากมีระบบการติดตามผู้ป่วยขาดนัด ร้อยละความร่วมมือในการใช้ยา Warfarin พบว่าเพิ่มขึ้นจากเดิมแม้จะไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ มีการนำระบบการให้สุขศึกษาและการสนับสนุนการดูแลตนเองมาช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา ปัญหา ยา Warfarin เหลือใช้ลดลงโดยนำระบบการให้สุขศึกษามาช่วยลดปัญหา การเก็บรักษายา Warfarin ของผู้ป่วยเหมาะสมเพิ่มขึ้นจากการให้สุขศึกษา และการสนับสนุนการดูแลตนเอง ค่ายาที่เกิดอันตรายกิริยากับยา Warfarin ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อภิชาติ จิตต์ชื่อ และคณะ⁶ ที่พบว่า Simvastatin เป็นค่ายาที่มีแนวโน้มเกิดอันตรายมากที่สุด มีการนำระบบสารสนเทศทางคลินิกมาช่วยลดปัญหาดังกล่าว การใช้ยาสมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเพียงร้อยละ 1.00 เปรียบเทียบกับการศึกษาของ ปรีชญา ตาใจ⁸ พบการใช้สมุนไพรในผู้ป่วยที่ได้รับยา Warfarin ร้อยละ 7.70 และใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ร้อยละ 15.40 นำระบบการให้สุขศึกษาและการสนับสนุนการดูแลตนเองมาเพื่อช่วยลดปัญหา ผู้ป่วยรับการรักษาหรือได้รับยาโรคอื่นจากที่อื่นใช้ระบบการให้สุขศึกษา และการสนับสนุนการดูแลตนเองเพื่อลดปัญหา ความเหมาะสมของขนาดยาที่ผู้ป่วยได้รับและปัญหาเกี่ยวกับยา Warfarin อื่น ๆ เช่น Medication

error ใช้ระบบพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยของเจ้าหน้าที่และการสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกเพื่อลดปัญหาดังกล่าว ดังนั้นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา Warfarin ที่พบจากการศึกษาสามารถนำระบบการติดตามดูแลความปลอดภัยจากการใช้ยา Warfarin ในระดับปฐมภูมิมาช่วยแก้ปัญหาดังแสดงตามภาพที่ 1

สำหรับด้านประสิทธิภาพในการควบคุมค่า INR และความปลอดภัยจากการใช้ยา Warfarin ในการควบคุมค่า INR พบค่า INR ล่าสุดอยู่ในเป้าหมายร้อยละ 63.00 แต่จากการศึกษาของ พัทยา หวังสุข⁵ ค่า INR ในเป้าหมายสูงกว่าอยู่ที่ร้อยละ 67.82 แต่ค่านี้มีข้อเสียคือเป็นค่าที่วัดเพียงครั้งเดียว จึงอาจจะสะท้อนการควบคุมค่า INR ได้ไม่เท่าที่ควร เมื่อเปรียบเทียบ %TTR ผู้ป่วยที่มี %TTR ≥ 60 ร้อยละ 33.00 ใกล้เคียงการศึกษาของ พิทยธร โยมศรีเคน⁷ ผู้ป่วยที่มี %TTR ≥ 60 อยู่ที่ร้อยละ 36.37 แต่การศึกษาของ พิทยธร โยมศรีเคน ไม่ได้แสดงค่าเฉลี่ย %TTR การศึกษารั้งนี้ %TTR ไม่แตกต่างจากเดิมซึ่งจะต้องหาแนวทางพัฒนาเพื่อเพิ่มการควบคุมค่า INR ต่อไป

สำหรับด้านความปลอดภัยจากการใช้ยา Warfarin ไม่พบ Major bleeding และ Stroke พบเพียง Minor bleeding และมีการเกิด Minor bleeding ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีรายงานว่าพบ Major bleeding และ Stroke ใน Warfarin Clinic ซึ่งไม่ใช่ผู้ป่วยที่คัดเลือกเข้ามาในการศึกษานี้ ในช่วงก่อนมีระบบการติดตามดูแลความปลอดภัยจากการใช้ยา Warfarin ในระดับปฐมภูมิ



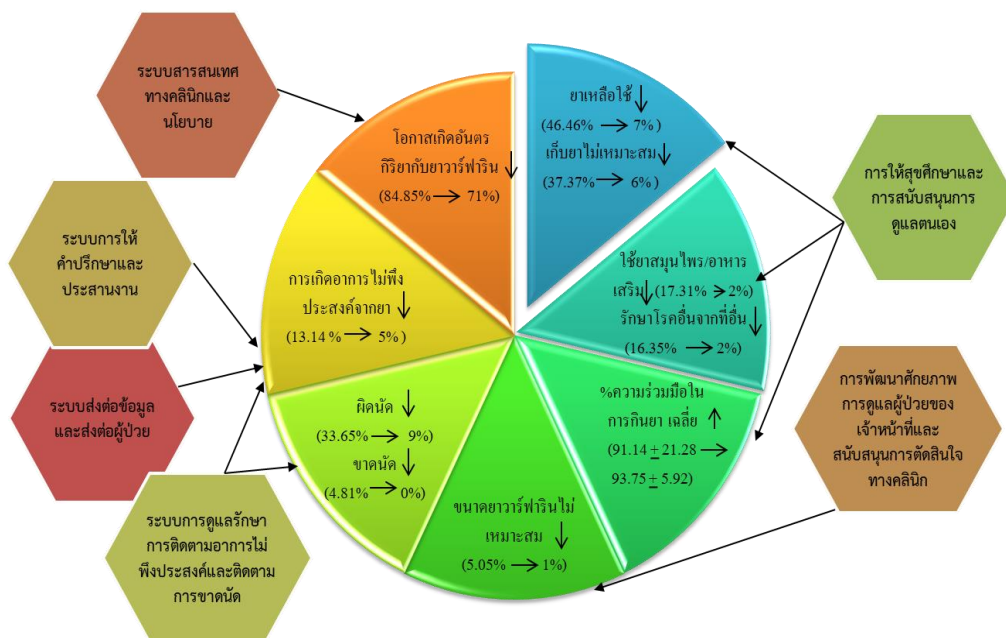
เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบกับการศึกษาการพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยใช้ยา Warfarin ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ⁵ ทั้ง 2 การศึกษาไม่พบ Major bleeding เช่นเดียวกัน พบเพียง Minor bleeding ร้อยละ 2.24 แต่การศึกษานี้พบร้อยละ 5.00

สรุปผลการวิจัย

หลังจากมีการดำเนินการนำระบบไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยา Warfarin ระดับปฐมภูมิ พบว่าปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยา Warfarin ลดลง ในประเด็นของปัญหา Warfarin เหลือใช้, การเก็บรักษายาไม่เหมาะสม, การใช้สมุนไพรและผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร, การรับยารักษาโรคอื่นจากที่อื่น, ขนาดยา

Warfarin ไม่เหมาะสม, ปัญหาโอกาสเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา, ปัญหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา Warfarin และการที่ผู้ป่วยมาผิคนัด ในขณะที่ร้อยละความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นเฉลี่ย

ผลด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัยจากการใช้ยา Warfarin พบว่าร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับยา Warfarin ได้ค่า INR อยู่ในเป้าหมายเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ค่า %TTR ไม่แตกต่างจากเดิม อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ไม่พบ Major bleeding และ Minor bleeding ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งก่อนและหลังมีระบบการติดตามดูแลความปลอดภัยจากการใช้ยา Warfarin ในระดับปฐมภูมิ ไม่พบ Major bleeding และ Stroke



ภาพที่ 1 ระบบการติดตามดูแลความปลอดภัยจากการใช้ยา Warfarin ในระดับปฐมภูมิกับการแก้ปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา Warfarin ในชุมชน



ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย ระบบการติดตามดูแลความปลอดภัยจากการใช้ยา Warfarin ในระดับปฐมภูมิจะต้องดำเนินงานควบคู่กับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลหรือ Warfarin Clinic
2. ข้อเสนอแนะในการทำการศึกษาลดไป
 - 2.1 ควรทำการศึกษาโดยมีกลุ่มเปรียบเทียบผู้ป่วยที่อยู่ในและนอกระบบการติดตามดูแลความปลอดภัยจากการใช้ยาใน Warfarin ในระดับปฐมภูมิ
 - 2.2 ควรทำการศึกษาความพึงพอใจของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบการติดตามดูแลความ

ปลอดภัยจากการใช้ยา Warfarin เพื่อวัดความพึงใจและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงระบบ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณคณะผู้บริหารคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอวังหิน ที่อนุญาตให้ใช้พื้นที่ในการทำวิจัย ขอขอบคุณหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลวังหิน ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และสุดท้ายนี้ขอบคุณผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเขตอำเภอวังหินที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยในครั้งนี้



เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. แนวทางการรักษาผู้ป่วยด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทาน. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.); 2554.
2. คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ สำนักบริหารการสาธารณสุข. คู่มือการดำเนินการตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคหัวใจ เรื่องการบริหารจัดการหน่วยดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด (Warfarin Clinic Management); 2559.
3. Poobal P, Ploylermsang C, Kittiboonyakul P. Development of Warfarin safety monitoring system at Primary Health Care grounded on chronic care model. Indonesian Journal of Pharmacy. 2022; 33(2): 278–90.
4. วิโรจน์ เจริญจรัสรังษี. ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2551; 2(1): 82-90.
5. พัทยา หวังสุข, สุนิดา แสงน้อย. การพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยาแวนธาลินในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2557; 23: 45–51.
6. อภิชาติ จิตต์เชื้อ, สุวิมล ยี่งู, ตุลยา โพธารส, จันทร์สม์ เสกขุนทด, ปิยะนุช ทิมคร. การศึกษาความรู้ของผู้ป่วยและปัญหาจากการใช้ยาแวนธาลิน ณ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศูนย์วชิระภูเก็ต. สงขลานครินทร์เวชสาร. 2558; 33(2): 83–92.
7. พิทยาธร โยมศรีเคน, ทิพย์วาทิ ธัญญะวัน, รชตะ มังกรแก้ว, รณชัย ชมเมือง, กัลญารัตน์ ตั้งตระกูล, ศตพร สืบสิงห์, และคณะ. ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับ INR และการเกิดภาวะเลือดออกในผู้ป่วยที่ได้รับยาแวนธาลินในโรงพยาบาลวารินชำราบ. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน. 2560; 30: 301-10.
8. ปรีชญา ตาใจ. ผลการให้คำแนะนำของเภสัชกรแก่ผู้ป่วยนอกที่รับประทานยาแวนธาลินที่โรงพยาบาลแมคคอร์มิค จังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่: คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพายัพ; 2555.



สถานการณ์ผลิตภัณฑ์สมุนไพรผิดกฎหมายที่ขายบนแพลตฟอร์ม
ตลาดกลางพาณิชย์อิเล็กทรอนิกส์ของประเทศไทย กรณีศึกษาผิงจินตามณี
Survey of illegal herbal products sales
on Thailand's e-marketplace platform, Jindamanee Case Study

นัทธินี วัฒนวรานันต์,¹ ภาณุพงศ์ พุทธรักษ์²

Nuttinee Watanavarasant,¹ Panupong Puttarak²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาผิงจินตามณีบนแพลตฟอร์มตลาดกลางพาณิชย์อิเล็กทรอนิกส์ 4 แพลตฟอร์มที่เป็นที่นิยมในประเทศไทย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์นโยบายและคุณลักษณะของเว็บเพจ กลุ่ม หรือร้านค้าที่จำหน่ายผลิตภัณฑ์ดังกล่าว รวมถึงการตรวจสอบความครบถ้วนของฉลาก และความถูกต้องด้านการโฆษณาตามกฎหมาย การศึกษาดำเนินการในช่วงวันที่ 25 – 29 ธันวาคม 2566 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมผ่านระบบแอปพลิเคชันตาไวฟอร์เฮลท์ (TaWai for Health)

ผลการศึกษาพบการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาผิงจินตามณีทางสื่อออนไลน์ทั้งหมด 130 เว็บเพจ (เพจ/บัญชี) บนแพลตฟอร์มผู้ให้บริการ 2 แพลตฟอร์ม (A และ B) แต่ไม่พบบนแพลตฟอร์ม C และ D เนื่องจากมีการจำกัดการค้นหาคำกรณีชื่อผลิตภัณฑ์ผิดกฎหมาย บนแพลตฟอร์ม A พบ 106 เพจ มีจำนวนผู้ติดตามทั้งหมด 143,715 บัญชี ช่วงราคาต่ำสุด - สูงสุดต่อชิ้น 35 – 150 บาท นอกจากนี้ บนแพลตฟอร์ม A พบ 15 กลุ่ม (4 กลุ่มส่วนตัว, 11 กลุ่มสาธารณะ) มีจำนวนสมาชิกทั้งหมด 12,627 บัญชี ส่วนบนแพลตฟอร์ม B พบ 24 บัญชี มีช่วงราคาต่ำสุด - สูงสุดต่อชิ้น 38.80 – 137.50 บาท และมียอดขายทั้งหมด 1,400 ชิ้น คิดเป็นมูลค่ารวม 67,527.10 บาท การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าผลิตภัณฑ์ยาผิงจินตามณี ซึ่งเป็นผลิตภัณฑ์ผิดกฎหมายที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนและมีการปลอมปนสารสเตียรอยด์ ยังคงพบการจำหน่ายบนแพลตฟอร์มตลาดกลางพาณิชย์อิเล็กทรอนิกส์ และพบความผิดในด้านการแสดงฉลากและการโฆษณา ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องควรเพิ่มมาตรการในการกำกับดูแลและเสริมกลไกที่ช่วยคุ้มครองผู้บริโภคบนอินเทอร์เน็ตอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ยาผิงจินตามณี, ตลาดกลางพาณิชย์อิเล็กทรอนิกส์, โฆษณาผิดกฎหมาย, แอปพลิเคชันตาไวฟอร์เฮลท์

¹ เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

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

² รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาเภสัชเวชและเภสัชพฤกษศาสตร์ และหน่วยนวัตกรรมเพื่อผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

² Associate Professor, Department of Pharmacognosy and Pharmaceutical Botany and Innovation Unit for Consumer Protection in Healthcare Products (TaWai for Health Unit), Faculty of Pharmaceutical Sciences, Prince of Songkla University, Songkhla. E-mail: panupong.p@psu.ac.th

Received: 28 JUL 2024, Revised: 23 SEP 2024, Accepted: 30 SEP 2024



Abstract

This research studied the sales of Jindamanee powder on 4 of the most popular e-marketplace platforms in Thailand. The objective is to analyze the policies and characteristics of webpages, groups, or shops selling this product, as well as to assess the completeness of product labeling and the legality of advertisement in accordance with Thai regulations. The study was conducted from December 25 – 29, 2023, using descriptive statistics to analyze data collected via the TaWia for Health application.

The study found a total of 130 webpages selling Jindamanee powder online, distributed across two e-marketplace platforms (A and B). No listings of Jindamanee powder were found on platforms C and D, due to restrictions on illegal product names. On platform A, 106 pages were identified with a total of 143,715 followers, and at prices ranging from 35 to 150 THB per unit. Additionally, there were 15 groups (4 private, 11 public) with a total of 12,627 members on platform A. On platform B, 24 selling accounts were identified, offering Jindamanee powder at prices ranging from 38.80 to 137.50 THB per unit, with a total of 1,400 units sold, amounting to 67,527.10 baht. The findings indicate that Jindamanee powder, an illegal product containing unregistered steroids, is still being sold on e-marketplace platforms. Violations related to labeling and advertising, particularly regarding unproven medical claims, were noted. Relevant authorities should enhance regulatory measures and implement more effective mechanisms to protect consumers in the online marketplace.

Keywords: Jindamanee powder, e-marketplace, Illegal advertisement, TaWai for Health application



บทนำ

ประเทศไทยมีการใช้สมุนไพรและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับดูแลสุขภาพมาตั้งแต่อดีต และทวีปริมาณและความต้องการมากขึ้นจากสถานการณ์การระบาดโควิด-19¹ เนื่องจากผลิตภัณฑ์สมุนไพรเป็นผลิตภัณฑ์ธรรมชาติ ผู้บริโภคส่วนใหญ่เข้าใจว่ามีความปลอดภัย จึงมีใช้และขายอย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะตามช่องทางออนไลน์ต่าง ๆ ซึ่งมักมีการโฆษณาสรรพคุณไว้มากมาย เช่น บรรเทาอาการปวดเมื่อย เพิ่มภูมิต้านทาน รักษาโรคเรื้อรัง และบางชนิดอ้างว่าสามารถลดสารก่อมะเร็งในร่างกายได้ เป็นต้น

ปี พ.ศ. 2560 สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) มีการประกาศเตือนถึงอันตรายของยาผงจินตามณีแก่ประชาชน² โดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ได้ประกาศผลตรวจวิเคราะห์ของ “ยาผงจินตามณี (ยาผีบอก)” มีลักษณะเป็นผงบรรจุซองซิปลิส ตรวจวิเคราะห์ทางกองปฏิบัติการพบสารสเตียรอยด์ มีข้อความโฆษณาอวดสรรพคุณบรรเทาอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย ปวดข้อ ปวดขา ซึ่ง “สารสเตียรอยด์” เป็นยาควบคุมพิเศษต้องใช้ภายใต้การดูแลของแพทย์ เนื่องจากเป็นยาที่มีผลข้างเคียงสูงและส่งผลกระทบต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น ทำให้เกิดการติดเชื้อโรคได้ง่าย เยื่อกระดูกเพาะอาหารบางลง จนอาจถึงขั้นกระดูกพรุน กล้ามเนื้อลีบกระดูกพรุน ภูมิคุ้มกันลดลง บางรายถึงขั้นไตวายเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ ในปี พ.ศ. 2563 จากข่าวประชาสัมพันธ์ของ อย. ร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ สามารถทะลายแหล่งจำหน่าย 5 จังหวัด ได้แก่

มหาสารคาม กำแพงเพชร ขอนแก่น พิษณุโลก และลพบุรี พบผลิตภัณฑ์ในลักษณะผงบรรจุอยู่ในซองพร้อมจำหน่ายแสดงฉลากในชื่อ “ยาผงจินตามณี (ยาผีบอก)” โดยแอบอ้างใส่เลขทะเบียนตำรับยาหรือ เลข อย. ของผลิตภัณฑ์อาหารยี่ห้ออื่น สามารถยึดของกลางกว่า สี่หมื่นซอง รวมมูลค่ากว่า สี่ล้านบาท³

จากข้อมูลของศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ปี พ.ศ. 2564 ตรวจตัวอย่างยาผงจินตามณี พบสารสเตียรอยด์ (Dexamethasone)⁴ แม้ว่าทั้งภาครัฐและภาคประชาชน ร่วมมือกันณรงค์และเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สมุนไพรยาผงจินตามณีอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงพบการจำหน่ายตามพื้นที่ต่าง ๆ ในชุมชน ตลาดนัดร้านชำ และยังพบการจำหน่ายผ่านช่องทางออนไลน์ ทำให้ผู้บริโภคสามารถเข้าถึงได้ง่ายขึ้น จากข้อมูลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ในปี พ.ศ. 2566 พบผู้ป่วย 2 ราย ในจังหวัดเชียงใหม่ ที่มีการใช้ยาผงจินตามณี ซื้อผ่านทางแพลตฟอร์มออนไลน์ มีอาการโรคกระดูกพรุน 1 ราย และอาการทางจิตเวช 1 ราย ตามกฎหมายปัจจุบันยาผงจินตามณี ถือว่าเป็นผลิตภัณฑ์สมุนไพรปลอม มีโทษทางกฎหมายตามพระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2562 ซึ่งให้นิยาม “ยาจากสมุนไพร” หมายถึง ผลิตภัณฑ์สมุนไพร หมายความว่า ความรวมถึงยาแผนไทย ยาพัฒนาจากสมุนไพร ยาแผนโบราณที่ใช้กับมนุษย์ตามกฎหมายว่าด้วยยา หรือยาตามองค์ความรู้การแพทย์ทางเลือกตามที่รัฐมนตรีตามคำแนะนำของคณะกรรมการประกาศกำหนด เพื่อการบำบัด รักษา และบรรเทาความเจ็บป่วยของมนุษย์ หรือการป้องกันโรค⁵ และ



มีข้อกำหนดของพระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2562 ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

- มาตรา 17 วรรคหนึ่ง ผู้ใดประสงค์จะประกอบกิจการผลิต นำเข้า หรือขายผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่รัฐมนตรีได้ประกาศตามมาตรา 6 (1) ให้ยื่นคำขออนุญาต และเมื่อผู้อนุญาตออกใบอนุญาตให้แล้วจึงจะผลิต นำเข้า หรือขายผลิตภัณฑ์สมุนไพรนั้นได้ มาตรา 91 ผู้ใดผลิต นำเข้า หรือขายผลิตภัณฑ์สมุนไพรโดยไม่ได้รับใบอนุญาต ตามมาตรา 17 วรรคหนึ่ง ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินสามแสนบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

- มาตรา 58 (1) ห้ามผู้ใดผลิต นำเข้า หรือขายผลิตภัณฑ์สมุนไพรปลอม มีโทษตามมาตรา 102 ผู้ใดขายผลิตภัณฑ์สมุนไพรปลอมอันเป็นการฝ่าฝืน มาตรา 58 (1) ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี และปรับไม่เกินสามแสนบาท

- มาตรา 70 วรรคหนึ่ง ห้ามผู้ใดโฆษณาผลิตภัณฑ์สมุนไพรหรือคุณสมบัติของผลิตภัณฑ์สมุนไพร เว้นแต่ได้รับใบอนุญาตจากผู้อนุญาตก่อน มีโทษตามมาตรา 114 ผู้ใดโฆษณาผลิตภัณฑ์สมุนไพรโดยไม่ได้รับอนุญาตตามมาตรา 70 วรรคหนึ่ง หรือฝ่าฝืน มาตรา 74 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งปี หรือปรับไม่เกินหนึ่งแสนบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

ผู้วิจัยจึงทำงานวิจัยนี้ขึ้น เพื่อสำรวจการจำหน่ายสมุนไพรยาผงจินตามณี จากแพลตฟอร์มตลาดกลางพาณิชย์อิเล็กทรอนิกส์ (e-marketplace) ซึ่งเป็นช่องทางออนไลน์ที่อำนวยความสะดวกให้ผู้ขายรายอื่นเข้ามาวางจำหน่ายสินค้า และให้ผู้บริโภคซื้อสินค้าและธุรกรรมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยเลือกค้นหาจาก

e-marketplace ที่ได้รับความนิยมสูงในประเทศไทย 4 แพลตฟอร์ม ตามรายงานของ Digital Thailand 2022⁷ พบว่าแพลตฟอร์มที่ใช้ขายสินค้าและบริการทางออนไลน์มากที่สุดกว่าร้อยละ 64.7 คือ แพลตฟอร์ม A รองลงมาเป็นแพลตฟอร์ม C และ D ส่วนอีกหนึ่งแพลตฟอร์ม ได้แก่ แพลตฟอร์ม B กำลังได้รับความนิยมมากขึ้นในปัจจุบัน โดยใช้คำค้นที่สื่อความหมายถึงยาผงจินตามณีพร้อมบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสืบค้นผ่านแอปพลิเคชันตาไวฟอร์เฮลท์⁶ TaWai for Health (Version 3.0) ที่ดำเนินการโดยหน่วยวิจัยและพัฒนานวัตกรรมเพื่อผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ (TaWai for Health) คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ซึ่งแอปพลิเคชันตาไวฟอร์เฮลท์เป็นเครื่องมือและระบบการจัดการความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและการโฆษณา ที่ออกแบบให้มีการดำเนินการร่วมกันระหว่างภาคประชาชนและเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานของรัฐ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 และปัจจุบันเป็นเครื่องมือหนึ่งที่ยอมรับให้เป็นเครื่องมือเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชนร่วมกับ อย. ภายใต้นโยบายการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและปลอดภัยในชุมชน (Rational Drug Use in Community หรือ RDU Community) ซึ่งข้อมูลจากงานวิจัยนี้ นำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล และสรุปผลของนโยบายของ e-marketplace ต่อการจัดจำหน่ายสินค้าพร้อมดำเนินการร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ เพื่อส่งต่อข้อมูลไปยัง อย. สำหรับ



การดำเนินการเชิงนโยบายต่อไป ข้อมูลจากการดำเนินการวิจัยจะนำมาใช้สะท้อนปัญหา เพื่อนำเสนอหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สำหรับสร้างกลไกความร่วมมือระหว่างภาครัฐ เอกชน สื่อมวลชน ประชาชน รวมถึงแพลตฟอร์ม ร่วมกันในการแก้ไขปัญหการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมายผ่านช่องทางออนไลน์ และการจัดการปัญหาผลิตภัณฑ์สมุนไพรตามฉลาก และผลิตภัณฑ์อื่น ๆ ที่ผิดกฎหมายต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสำรวจความชุกของการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพรตามฉลากบนแพลตฟอร์มตลาดกลางพาณิชย์อิเล็กทรอนิกส์
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบนโยบายการจำหน่ายสินค้าและคุณลักษณะของเว็บเพจที่มีการลงขายผลิตภัณฑ์สมุนไพรตามฉลากบนแพลตฟอร์มตลาดกลางพาณิชย์อิเล็กทรอนิกส์ ทั้ง 4 แพลตฟอร์มที่เป็นที่นิยมในประเทศไทย

วิธีการวิจัยดำเนินการ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Study) ชนิดสำรวจ (Survey Study) เพื่อจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาผงจินตามณีที่จำหน่ายบนแพลตฟอร์มตลาดกลางพาณิชย์อิเล็กทรอนิกส์ (e-marketplace) ที่มีการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาผงจินตามณี โดยใช้คำค้นว่า “จินตามณี” “ยาผงจินตามณี” และ “สมุนไพรจินตามณี” ผ่านเครื่องมือค้นหา (Search Engine) ในแต่ละเพจ และร้านค้าในแพลตฟอร์ม A, B, C และ D ดำเนินการสืบค้นและ

เก็บข้อมูลด้วยผู้วิจัย 2 คน ที่แยกกันดำเนินการกัน ใช้คำค้นเดียวกันในแต่ละแพลตฟอร์ม โดยเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 25 – 29 ธันวาคม 2566 พร้อมรายงานเข้าสู่ระบบ TaWai for Health (Version 3.0) ข้อมูลร้านค้าหรือเพจทั้งหมดจากการสืบค้นจากผู้วิจัย 2 คน จะถูกเลือกเข้าสู่การศึกษา เก็บข้อมูลด้วยแบบบันทึกข้อมูลที่พัฒนาขึ้นสำหรับเก็บข้อมูลชื่อเพจหรือร้านค้า จำนวนผู้ถูกใจ จำนวนผู้ติดตาม ปริมาณการขาย มูลค่า ราคาสินค้าจากสถิติที่ผู้ให้บริการแสดงไว้บนแพลตฟอร์ม ส่วนจำนวนร้านค้าหรือเพจที่ขายยาผงจินตามณี ใช้วิธีการนับความถี่ตามชื่อที่ไม่ซ้ำกัน นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้ศึกษานโยบายการจำหน่ายสินค้าและคุณลักษณะของเว็บเพจที่มีการลงขายผลิตภัณฑ์ยาผงจินตามณีบนแพลตฟอร์มตลาดกลางพาณิชย์อิเล็กทรอนิกส์ ทั้ง 4 แพลตฟอร์มที่เป็นที่นิยมของผู้บริโภคในประเทศไทยอีกด้วย

เครื่องมือที่ใช้

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นครั้งนี้ประกอบด้วย

1. โปรแกรม TaWai for Health (Version 3.0) ของหน่วยวิจัยและพัฒนานวัตกรรมเพื่อผู้บริโภค ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ (TaWai for Health) ของคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เป็นเครื่องมือหลักในการเก็บข้อมูลตัวระบุที่อยู่ของข้อมูลต่าง ๆ (Uniform Resource Locator: URL) ที่มีการลงขายยาผงจินตามณี
2. แบบบันทึกชื่อผู้ใช้งาน จำนวนผู้ถูกใจ และติดตามบนเว็บเพจของผู้ขายยาผงจินตามณี



3. แบบบันทึกข้อมูลสรรพคุณผลิตภัณฑ์ยาผงจินตามณี ที่ขายบนเว็บเพจของผู้ขายยาผงจินตามณี

4. แบบบันทึกชื่อกลุ่ม ประเภทกลุ่ม และจำนวนสมาชิกของกลุ่มบนเว็บเพจที่มีการขายยาผงจินตามณี

5. แบบบันทึกชื่อบัญชีร้านค้า ชื่อผลิตภัณฑ์ ราคา ปริมาณการขายสะสม ข้อมูลสรรพคุณผลิตภัณฑ์ยาผงจินตามณี

ทั้งนี้ แบบเก็บข้อมูลที่ 2 – 5 จะถูกออกแบบและทดสอบเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัย โดยทดสอบเบื้องต้น (Pilot Test) กับ URL ที่รายงานการขายยาผงจินตามณีบนแพลตฟอร์ม e-marketplace ผ่านระบบ TaWai for Health ว่ามีความครบถ้วน สอดคล้องกับบริบทของแพลตฟอร์มต่าง ๆ หรือไม่ และทำการปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างร้านค้าหรือเว็บเพจจริงที่เก็บข้อมูลในช่วงที่ทำการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์เชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยมีขอบเขตดังนี้

- 1) ศึกษานโยบายของการจำหน่ายยาผงจินตามณีและคุณลักษณะเบื้องต้นของแพลตฟอร์ม
- 2) วิเคราะห์ความถูกต้องตามกฎหมายด้านการโฆษณา พิจารณาจากข้อความอักษรที่ปรากฏบนส่วนแสดงรายละเอียดผลิตภัณฑ์ของเว็บเพจที่ลงขายสินค้า โดยอ้างอิงกำหนดของพระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2562

2. การวิเคราะห์เชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนาในรูปความถี่ และร้อยละของข้อมูลดังต่อไปนี้

- 1) จำนวนบัญชีผู้ใช้ (Username) พิจารณาชื่อที่ผู้ประกอบการลงทะเบียนเพื่อเปิดร้านค้าและลงจำหน่ายยาผงจินตามณีบนแพลตฟอร์ม โดยไม่รวม Username ที่ซ้ำกัน
- 2) ยอดผู้ติดตามสะสม (บัญชี)

ผลการศึกษา

1. การจำหน่ายยาผงจินตามณีบนแพลตฟอร์ม e-marketplace

จากคำค้นหา พบการจำหน่ายยาผงจินตามณีบนแพลตฟอร์มผู้ให้บริการ A และ B แต่ไม่พบในแพลตฟอร์ม C และ D เนื่องจาก C และ D เป็นแพลตฟอร์มที่มีระบบการจำกัดการจำหน่ายสินค้า พบการจำหน่ายบนเพจในแพลตฟอร์ม A จำนวน 106 เพจ จำนวนผู้ถูกใจทั้งหมด 143,125 บัญชี จำนวนผู้ติดตามทั้งหมด 143,715 บัญชี ช่วงราคาต่ำสุด - สูงสุดต่อชิ้น 35 – 150 บาท ดังตารางที่ 1 ส่วนกลุ่มในแพลตฟอร์ม A พบจำนวน 15 กลุ่ม มีจำนวนสมาชิกทั้งหมด 12,627 บัญชี เป็นประเภทกลุ่มส่วนตัว 4 กลุ่ม และกลุ่มสาธารณะ 11 กลุ่ม ดังตารางที่ 2 และพบการจำหน่ายยาผงจินตามณีบนร้านค้าในแพลตฟอร์ม B จำนวนบัญชีผู้ใช้ 24 บัญชี มีช่วงราคาที่ระบุไว้ต่ำสุด-สูงสุดต่อชิ้น 38.8 – 137.5 บาท จำนวนยอดขายทั้งหมด 1,400 ชิ้น คิดเป็นมูลค่ารวม 67,527.10 บาท ดังตารางที่ 3



ตารางที่ 1 ผลการค้นหายาผงจินตามณีในแพลตฟอร์ม A

ยาผงจินตามณี	จำนวน (เพจ)	จำนวน ผู้ถูกใจ (บัญชี)	จำนวน ผู้ติดตาม (บัญชี)	ช่วงราคาต่ำสุด-สูงสุด ต่อชิ้น (บาท)
เพจในแพลตฟอร์ม A	106	143,125	143,715	35 – 150

ตารางที่ 2 จำนวนและสมาชิกกลุ่มที่ขายยาผงจินตามณีบนในแพลตฟอร์ม A

ยาผงจินตามณี	จำนวน (กลุ่ม)	จำนวน สมาชิก (บัญชี)	ประเภทของกลุ่ม	
			ส่วนตัว (กลุ่ม)	สาธารณะ (กลุ่ม)
กลุ่มแพลตฟอร์ม A	15	12,627	4	11

ตารางที่ 3 ผลการค้นหายาผงจินตามณีในแพลตฟอร์ม B

ยาผงจินตามณี	จำนวนบัญชีผู้ใช้ (Username)	ช่วงราคาต่ำสุด-สูงสุด ต่อชิ้น (บาท)	จำนวน ยอดขาย (ชิ้น)	มูลค่า (บาท)
ร้านค้าในแพลตฟอร์ม B	24	38.8 – 137.5	1,400	67,527.10

2. นโยบายการจำหน่ายสินค้าและคุณลักษณะ ของเว็บเพจที่มีการขายยาผงจินตามณีบน แพลตฟอร์ม e-marketplace

แพลตฟอร์ม e-marketplace ที่เป็นที่นิยมของผู้บริโภคไทย จำนวน 4 ผู้ให้บริการ มีลักษณะการให้บริการโดยองค์กรเอกชน ทำหน้าที่กำหนดนโยบายการขายต่อผู้ประกอบการ การพัฒนาคุณลักษณะเว็บเพจ (Features) เพื่ออำนวยความสะดวกการทำธุรกรรมออนไลน์ โดยผู้ประกอบการสามารถลงทะเบียนเพื่อยืนยันตัวตนและนำสินค้ามาแสดงบนเว็บเพจหน้าซื้อขายได้อย่างอิสระภายใต้ข้อกำหนดของแพลตฟอร์มแต่ละผู้ให้บริการ ในขณะที่ผู้บริโภคสามารถค้นหาสินค้าผ่านเครื่องมือค้นหา (Search Engine) การเลือกชมรายละเอียดสินค้าที่สนใจผ่านข้อความภาพและอักษร เมื่อตัดสินใจซื้อสินค้าจะเข้าสู่ระบบการชำระเงินและจัดส่งสินค้า โดยพบว่า

คุณลักษณะของเครื่องมือบนแพลตฟอร์มทั้ง 4 ผู้ให้บริการมีความคล้ายคลึงกันคือ เครื่องมือค้นหาผลิตภัณฑ์ ส่วนแสดงภาพผลิตภัณฑ์ ส่วนแสดงข้อความอักษรรายละเอียดผลิตภัณฑ์ เมนูสำหรับผู้บริโภคในการร้องเรียนปัญหา การให้คะแนนร้านค้าหรือสินค้าโดยผู้บริโภค การแสดงความเห็นโดยผู้บริโภค (Reviews) ในขณะที่ผู้ให้บริการแพลตฟอร์ม A เป็นแพลตฟอร์มเดียวที่ไม่มีการแสดงปริมาณการขายสะสมของสินค้าในแต่ละรายการเพื่อให้ผู้บริโภคเห็นว่าผลิตภัณฑ์ที่กำลังสนใจมีการซื้อขายเกิดขึ้นเป็นจำนวนมากน้อยเพียงใด

ด้านการประกาศนโยบายการจำหน่ายสินค้าที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์สุขภาพพบว่าแพลตฟอร์ม A ได้ระบุสินค้าที่ห้ามลงขาย คือ ยาเสพติด ยาที่ต้องสั่งตามใบสั่งแพทย์ สินค้าที่ผิดกฎหมาย⁷ ในขณะที่แพลตฟอร์ม B ได้ระบุข้อกำหนดการห้ามขาย



ปลีกย่อยตามประเภทของผลิตภัณฑ์ โดยห้ามขาย ยา วิตามิน สินค้าสมุนไพร หรือสินค้าอื่นใดที่ต้องมีใบสั่งแพทย์ ยาผิดกฎหมาย เครื่องมือทางการแพทย์⁸ ส่วนแพลตฟอร์ม C ได้ระบุสินค้าที่ห้ามลงขาย คือ ยา รักษาโรค (ทั้งมีและไม่มีใบสั่งแพทย์) สินค้าที่ผิดกฎหมาย⁹ และแพลตฟอร์ม D ได้ระบุสินค้าที่ห้ามลงขายคือ ยารักษาโรค อาหารเสริม (ทั้งมีและไม่มีใบสั่งแพทย์) ยาสมุนไพรควบคุม ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมาย¹⁰ และทั้ง 4 แพลตฟอร์มผู้ให้บริการมีการประกาศข้อกำหนดในภาพรวมของการแสดงสินค้าว่าต้องไม่ก่อให้เกิดความเข้าใจผิด โดยผู้ขาย

ทุกคนจะต้องไม่ใช่คำอธิบายสินค้าที่เกินจริง เช่น รูปภาพสินค้าต้องไม่นำเสนอเนื้อหาในลักษณะก่อนและหลังใช้ ภาพ ชื่อ และเนื้อหาสินค้าต้องไม่กล่าวอ้างสรรพคุณเกินจริง

ด้านกลไกภาคบังคับต่อผู้ประกอบการภายใต้แต่ละแพลตฟอร์ม พบว่าผู้ให้บริการแพลตฟอร์ม C และ D มีการบังคับให้ผู้ประกอบการลงขายสินค้าที่อยู่ภายใต้ข้อบังคับของ อย. จะต้องระบุหมายเลข อย. และ/หรือแสดงใบอนุญาตตามที่กฎหมายกำหนดระหว่างขั้นตอนการกรอกรายละเอียดสินค้าก่อนเผยแพร่บนเว็บเพจเพื่อจำหน่าย ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคุณลักษณะของผู้ให้บริการแพลตฟอร์ม e- marketplace ที่เป็นที่ยอมรับของผู้บริโภค

คุณลักษณะของเว็บไซต์	A	B	C	D
ส่วนแสดงข้อมูลของสินค้า				
เครื่องมือค้นหาผลิตภัณฑ์ (Search Engine)	✓	✓	✓	✓
ส่วนแสดงข้อความภาพผลิตภัณฑ์	✓	✓	✓	✓
ส่วนแสดงข้อความอักษรรายละเอียดผลิตภัณฑ์	✓	✓	✓	✓
เมนูสำหรับผู้บริโภคในการร้องเรียนปัญหา	✓	✓	✓	✓
ปริมาณการขายสะสม	×	✓	✓	✓
การให้คะแนนร้านค้าหรือสินค้าโดยผู้บริโภค (Rating)	✓	✓	✓	✓
การแสดงความเห็นโดยผู้บริโภค (Reviews)	✓	✓	✓	✓
ส่วนแสดงข้อมูลผู้ประกอบการ				
แสดงชื่อ ที่อยู่ของผู้ประกอบการที่จำหน่ายยาผงจินตามณี				
เครื่องมือให้ผู้บริโภคติดต่อสอบถามผู้ประกอบการ	✓	✓	✓	✓
นโยบายและกลไกภาคบังคับต่อผู้ประกอบการ				
การประกาศนโยบายการห้ามจำหน่ายยาผิดกฎหมาย	✓	✓	✓	✓
ภาคบังคับในการแสดงเลขทะเบียนจัดแจ้งผลิตภัณฑ์สุขภาพ	×	×	✓	✓
ภาคบังคับของการแสดงเลขใบอนุญาตโฆษณา	×	×	×	×



3. ความถูกต้องตามกฎหมายด้านการโฆษณา ยาสมุนไพร

จากการค้นหาหาเงินตามฉีพบว่ามีกรลงขาย
ใน 2 แพลตฟอร์ม (A และ B) รวมทั้งหมด 130 เว็บเพจ
ปรากฏบนแพลตฟอร์ม A จำนวน 106 เพจ (ร้อยละ
81.54) และร้านค้าในแพลตฟอร์ม B จำนวน 24
เว็บเพจ (ร้อยละ 18.46) เมื่อนำเว็บเพจที่พบมา
ตรวจสอบความถูกต้องตามกฎหมายด้านการโฆษณา
ยาสมุนไพร พบประเด็นความผิดดังต่อไปนี้

1) พบข้อความแสดงสรรพคุณที่เป็นการรักษา
โรคบนฉลากผลิตภัณฑ์จำนวน 130 เว็บเพจ โดยพบ
บนเพจในแพลตฟอร์ม A จำนวน 106 เพจ (ร้อยละ
81.54) และร้านค้าในแพลตฟอร์ม B จำนวน 24 บัญชี
(ร้อยละ 18.46) โดยข้อความที่ระบุสรรพคุณบนฉลาก
ผลิตภัณฑ์คือ “รักษาโรคอัมพฤกษ์ ชาขา ขามือ แก้
โรคปวดตามข้อ ปวดขา โรคเก๊าท์ รูมาตอยด์ กระดูก
ทับเส้นประสาท ปวดหลัง ปวดเอว แก้โรคปวด

ประจำเดือน ภูมิแพ้ หอบหืด เป็นยาตาแจ้ง ช่วย
ขับสารพิษออกจากร่างกาย ฟันฟูระบบเส้นประสาท”

2) พบข้อความแสดงสรรพคุณที่เป็นการรักษา
โรคในโพสข้อความหรือรูปภาพที่มีการจำหน่าย
ผลิตภัณฑ์ โดยพบบนเพจบนแพลตฟอร์ม A จำนวน
104 เพจ (ร้อยละ 90.43) และร้านค้าบนแพลตฟอร์ม B
จำนวน 11 บัญชี (ร้อยละ 9.57) โดยข้อความที่ระบุ
คล้ายคลึงกับข้อความที่ ระบุสรรพคุณบนฉลาก
ผลิตภัณฑ์ ซึ่งพบการระบุสรรพคุณมากที่สุดคือ แก้
ปวด ในเพจบนแพลตฟอร์ม A จำนวน 101 เพจ
(ร้อยละ 90.18) และร้านค้าบนแพลตฟอร์ม B
จำนวน 11 บัญชี (ร้อยละ 9.82) รองลงมาเป็นข้อ
อักเสบ พบในเพจบนแพลตฟอร์ม A จำนวน 88
เพจ (ร้อยละ 93.18) และร้านค้าบนแพลตฟอร์ม B
จำนวน 6 บัญชี (ร้อยละ 6.82) และชาปลายมือ
ปลายเท้า พบในเพจบนแพลตฟอร์ม A จำนวน 57
เพจ (ร้อยละ 90.48) และร้านค้าบนแพลตฟอร์ม B
จำนวน 6 บัญชี (ร้อยละ 9.52) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของเว็บเพจที่มีความผิดตามกฎหมายด้านการโฆษณาของยาสมุนไพร (n=130)

การทำผิดกฎหมาย	แพลตฟอร์มผู้ให้บริการ				รวม (เว็บ เพจ)	ร้อยละ
	A เพจ	ร้อยละ	B (บัญชี)	ร้อยละ		
จำหน่ายยาผงเงินตามฉี	106	81.54	24	18.46	130	100.00
ลักษณะโฆษณาที่ผิดกฎหมาย						
- พบข้อความแสดงสรรพคุณที่เป็นการรักษาโรคบน	106	81.54	24	18.46	130	100.00
ฉลากผลิตภัณฑ์	104	90.43	11	9.57	115	88.46



ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของเว็บเพจที่มีความผิดตามกฎหมายด้านการโฆษณาของยาสมุนไพร (n=130)
(ต่อ)

การทำผิดกฎหมาย	แพลตฟอร์มผู้ให้บริการ				รวม (เว็บ เพจ)	ร้อยละ
	A เพจ	ร้อยละ	B (บัญชี)	ร้อยละ		
- พบข้อความแสดงสรรพคุณที่เป็นการรักษาโรคใน โพสต์ข้อความหรือรูปภาพที่มีการจำหน่าย ผลิตภัณฑ์						
- ปวด	101	90.18	11	9.82	112	97.39
- ข้ออักเสบ	82	93.18	6	6.82	88	76.52
- ชาปลายมือ ปลายเท้า	57	90.48	6	9.52	63	54.78

อภิปรายผล

จากการใช้คำค้นหายาผงจินตามณีบนแพลตฟอร์ม e-marketplace ที่เป็นที่ยอมรับของผู้บริโภคไทย จำนวน 4 ผู้ให้บริการ ได้แก่ แพลตฟอร์ม A, B, C และ D พบว่ามีเพียง 2 แพลตฟอร์มที่มีการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาผงจินตามณีออนไลน์ คือ แพลตฟอร์ม A และ B เนื่องจากระบบของแพลตฟอร์ม C และ D ได้มีการจำกัดการจำหน่ายผลิตภัณฑ์^{7,8} คาดว่าระบบของแพลตฟอร์มช่วยสกัดกั้นการจำหน่ายยาผงจินตามณีบนแพลตฟอร์มได้ สำหรับคุณลักษณะที่ปรากฏต่อผู้บริโภคทั้ง 2 แพลตฟอร์มที่มีการจำหน่ายยาผงจินตามณี พบว่ารูปแบบของแพลตฟอร์มมีลักษณะคล้ายคลึงกัน แตกต่างกันที่แพลตฟอร์ม A ไม่มีการแสดงปริมาณการขายสะสมของสินค้าชนิดนั้นและช่องทางการจัดส่งซื้อสินค้าปรากฏไว้ให้ผู้บริโภคทราบ ในขณะที่แพลตฟอร์ม B มีการแสดงปริมาณการขายสะสมและช่องทางการจัดส่งซื้อสินค้าไว้ ซึ่งความ

แตกต่างกันนี้อาจขึ้นอยู่กับการวางกลยุทธ์ของแต่ละผู้ให้บริการในออกแบบส่วนแสดงข้อมูลเพื่อให้ผู้ใช้บริการเกิดการตัดสินใจซื้อได้ง่ายขึ้น

ในส่วนการศึกษานโยบายและกลไกภาคบังคับต่อผู้ประกอบการในการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ให้บริการแพลตฟอร์ม A และ B พบว่าทั้ง 2 แพลตฟอร์มผู้ให้บริการมีการประกาศนโยบายในด้านประเภทสินค้าที่ห้ามจำหน่ายที่คล้ายคลึงกัน โดยแพลตฟอร์ม A ระบุว่าห้ามจำหน่าย ยาที่ต้องสั่งตามใบสั่งแพทย์ สินค้าที่ผิดกฎหมาย⁹ และแพลตฟอร์ม B ระบุว่าห้ามจำหน่าย ยา สินค้าสมุนไพร สินค้าอื่นใดที่ต้องมีใบสั่งแพทย์ ยาผิดกฎหมาย¹⁰ แต่จากการศึกษายังพบการจำหน่ายยาผงจินตามณีเป็นสินค้าที่ผิดกฎหมายอยู่รวมทั้งผู้ให้บริการทั้งสองมีนโยบายการห้ามกล่าวอ้างสรรพคุณเกินจริงหรือมีผลในทางการแพทย์ เช่น สินค้าของตนสามารถรักษาโรคหรือแก้โรคได้อย่างปาฏิหาริย์ เช่น สินค้าสามารถวินิจฉัย ป้องกัน



บรรเทา รักษาหรือแก้อาการ โรค ความผิดปกติ หรือภาวะทางการแพทย์ใด ๆ และไม่อนุญาตให้โฆษณาตามใบสั่งแพทย์ หรือยาผิดกฎหมาย ซึ่งแพลตฟอร์ม A พบว่ามีบางเพจโพสต์เนื้อหาทั้งข้อความและรูปภาพเกี่ยวกับการรีวิวนินยาคายางจินตามณีว่ามีผู้ใช้แล้วหายจากอาการปวดต่าง ๆ

เมื่อสืบค้นการจำหน่ายยาจินตามณีบน e-marketplace พบว่ามีกรจำหน่ายบนแพลตฟอร์ม A จำนวน 106 เพจ และ 15 กลุ่มร้านค้า และแพลตฟอร์ม B จำนวน 24 บัญชี ปัญหาดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของ ประกาย หมายถึง เป็นการศึกษที่พบการขายยาในเว็บไซต์ออนไลน์ พบเว็บไซต์ที่เปิดให้ขายยาผ่านทางเว็บไซต์ซื้อขายสินค้า 10 แห่งที่คนไทยนิยมใช้บริการ พบรายการยาในเว็บไซต์ที่พบมากที่สุด คือ ยาที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษหรือยาสามัญประจำบ้าน (ร้อยละ 69.06)¹¹ ซึ่งผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าปัญหาการจำหน่ายยาจินตามณีบนอินเทอร์เน็ตมีขนาดปัญหาที่ใหญ่และสามารถเข้าถึงผู้บริโภคได้ในวงกว้างเมื่อเทียบกับแหล่งจำหน่ายในระดับพื้นที่ และแม้ผู้ให้บริการแต่ละรายจะมีการประกาศนโยบายต่อผู้ประกอบการเกี่ยวกับข้อห้ามสินค้าจำหน่าย แต่ก็ยังพบการทำผิดข้อบังคับของผู้ประกอบการอีกเป็นจำนวนมาก

การโฆษณาของยาจินตามณีที่พบบน e-marketplace ซึ่งพบประเด็นการโฆษณาที่ผิดกฎหมายในด้านการแสดงสรรพคุณการรักษาโรค ที่มีข้อความที่ระบุสรรพคุณการรักษาโรคทั้งบนฉลากผลิตภัณฑ์และการใช้ข้อความอักษร รูปภาพเพื่อโฆษณาใน

ส่วนแสดงรายละเอียดผลิตภัณฑ์ส่วนใหญ่ระบุสรรพคุณในการรักษาอาการปวด ข้ออักเสบ และชาปลายมือ ปลายเท้าตามลำดับ ซึ่งข้อมูลที่พบจากงานวิจัยสอดคล้องและสนับสนุนกับการศึกษาของพนิตนาฏ คำน้อย ที่พบการโฆษณาขายยาที่ผิดกฎหมายสูงถึง ร้อยละ 83.37 ทาง e-marketplace ร้านค้าออนไลน์/ร้านขายยาออนไลน์ และเว็บไซต์ทั่วไปเป็นการโฆษณาอวดอ้างสรรพคุณ ไม่พบข้อมูลการขึ้นทะเบียนตำรับยา¹² นอกจากนี้ ยังสนับสนุนผลการศึกษาของ นิรัตน์ เตียสุวรรณ ที่พบว่าการโฆษณาที่ผิดกฎหมายในด้านการแสดงสรรพคุณการรักษาโรคอาจมีความสัมพันธ์กับการพบการปนเปื้อนสารห้ามอีกด้วย ผลิตภัณฑ์ที่มีการนำยาแผนปัจจุบันมาผสมเพื่อหลอกให้ผู้บริโภคเชื่อว่าผลิตภัณฑ์นั้นใช้ได้ผลจริงตามที่มีการโฆษณา¹³ ประกอบกับข้อมูลของศูนย์จัดการเรื่องร้องเรียนและปราบปรามการกระทำผิดกฎหมายเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ (ศรป.) อย. ดำเนินการเฝ้าระวังโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมายปีงบประมาณ 2565 พบการกระทำผิดผ่านสื่อออนไลน์มากถึง 14,110 รายการ¹⁴ ทำให้เห็นว่าการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมายเป็นปัญหาสำคัญ ซึ่ง ฐิติพร อินทร สะท้อนปัญหาการโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ผิดกฎหมายในสื่อสังคมประเภทเฟสบุ๊กและข้อเสนอแนวทางบังคับใช้กฎหมายของพนักงานเจ้าหน้าที่ ยังต้องอาศัยการหน่วยงานภายนอกในการจัดการ เสนอควรมีการบูรณาการกฎหมายจากหน่วยงานอื่น ได้แก่



กรมทรัพย์สินทางปัญญา กระทรวงพาณิชย์ กรณีพบการละเมิดลิขสิทธิ์, กรมสรรพากรจัดเก็บภาษี และกรมสอบสวนคดีพิเศษ (DSI) กรณีที่การกระทำนั้นมีผลกระทบร้ายแรงต่อเศรษฐกิจสังคมความมั่นคงและความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ¹⁵

แม้ว่าในปัจจุบันจะมีความพยายามในการจัดการปัญหาการจำหน่ายยาผงจินตามณีบนอินเทอร์เน็ตผ่านหลายกลไก เช่น กลไกด้านกฎหมาย การขอความร่วมมือผู้ให้บริการแพลตฟอร์มในการเพิ่มความเข้มงวดต่อผู้ประกอบการ หรือการสื่อสารความเสี่ยงไปยังผู้บริโภค อีกทั้ง อย. และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ได้ดำเนินการจับกุมผู้ลักลอบจำหน่ายยาชนิดนี้หลายครั้งตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 หลังจากสืบทราบถูกลักลอบนำเข้ามาตามแนวชายแดนและระบาดในแถบจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ และภาคตะวันตก และมีผู้ได้รับผลกระทบจากการรับประทานยาดังกล่าว ซึ่ง อย. ได้ออกข่าวแจ้งเตือนประชาชนมาโดยตลอด แต่ผลการศึกษาวิจัยยังคงพบปัญหาของการที่ ผู้บริโภคยังเข้าถึงผลิตภัณฑ์ดังกล่าวได้อย่างต่อเนื่องและทวีความรุนแรงมากขึ้น โดยงานวิจัยนี้ได้แสดงให้เห็นว่ายาผงจินตามณีได้มีการขยายช่องทางการจัดจำหน่ายจากเดิมที่มีการจำหน่ายผ่านทางร้านชำ ร้านค้าตลาดนัด หรือช่องทางจัดจำหน่ายในแต่ละพื้นที่ แต่ปัจจุบันพบว่าผลิตภัณฑ์เหล่านี้กระจายอยู่ทั่วไปบนแพลตฟอร์ม e-marketplace

ข้อจำกัดสำหรับการศึกษานี้ คือ ผู้วิจัยใช้คำค้นยาผงจินตามณีในการค้นหา จึงอาจไม่ครอบคลุมใน

กรณีที่ผู้ขายเลี่ยงใช้ชื่ออื่นในการขายสินค้า อีกทั้งค้นหาในช่วงระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น หากมีการใช้คำค้นที่แตกต่างกันและค้นหาในช่วงเวลาอื่น อาจทำให้ได้ผลการค้นหาและพบความชุกของปัญหาที่แตกต่างกันได้ นอกจากนี้แพลตฟอร์ม e-marketplace ของแต่ละผู้ให้บริการ มีรูปแบบการแสดงผลหน้าซื้อขายที่แตกต่างกัน และอาจมีการปรับปรุงรูปแบบการให้บริการได้บ่อยครั้ง ดังนั้น การศึกษาเปรียบเทียบขนาดของปัญหาด้านการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพระหว่างผู้ให้บริการ อาจทำให้เปรียบเทียบกันได้ไม่สมบูรณ์และต้องใช้ความระมัดระวังในการนำผลการศึกษาไปใช้ อย่างไรก็ตามงานวิจัยนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการสะท้อนปัญหาการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมายผ่านแพลตฟอร์ม e-marketplace ที่ควรจะต้องให้ความสำคัญ เนื่องจากสามารถเข้าถึงผู้บริโภคได้ง่ายและยังขาดกลไกควบคุม ป้องกัน และคุ้มครองผู้บริโภคอย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่าผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมายที่ใช้ชื่อว่า ยาผงจินตามณี จัดจำหน่ายผ่านช่องทางออนไลน์บนแพลตฟอร์ม e-marketplace ผู้บริโภคสามารถเข้าถึงและซื้อผลิตภัณฑ์ดังกล่าวไปใช้ได้อย่างเสรี แม้ว่าแพลตฟอร์มจะมีนโยบายในด้านประเภทยาที่ห้ามจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมาย ห้ามกล่าวอ้างสรรพคุณเกินจริงหรือมีผลในทางแพทย์ แต่กลับพบข้อมูลการจำหน่ายยาผงจินตามณีบนแพลตฟอร์ม e-marketplace โดยมีข้อความโฆษณาที่ระบุสรรพคุณบนฉลากผลิตภัณฑ์ที่กล่าวถึงสรรพคุณการรักษาโรค ซึ่งขัด



กับข้อกฎหมาย ยิ่งไปกว่านั้นพบว่าผู้บริโภคจำนวนมากหลงเชื่อและซื้อผลิตภัณฑ์ดังกล่าวมาใช้เป็นมูลค่าที่สูง ซึ่งสะท้อนถึงความเสี่ยงและอันตรายที่จะเกิดขึ้นต่อผู้บริโภค การศึกษาวิจัยเพื่อทราบถึงขนาดของปัญหา ผลกระทบต่อสุขภาพ และเศรษฐกิจของผู้บริโภค กฎหมายหรือข้อบังคับ กลไกความร่วมมือของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมถึงปัจจัยการค้ำผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมายที่ส่งผลกระทบต่อผู้บริโภค จะนำไปสู่การพัฒนาแบบการเฝ้าระวังและจัดการปัญหาด้านนี้ที่มีประสิทธิภาพต่อไปในอนาคตได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะต่อผู้ให้บริการ e-marketplace

1.1 ควรมีมาตรการในการกำกับดูแลการซื้อขายผลิตภัณฑ์สุขภาพบนอินเทอร์เน็ตที่เข้มงวดมากขึ้น และมีระบบการคัดกรองผลิตภัณฑ์ที่ผิดกฎหมายที่หน่วยงานภาครัฐประกาศ

2. ข้อเสนอแนะต่อหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และภาคประชาชน

2.1 ด้านการจัดการข้อมูลผ่านสื่อออนไลน์ การตั้งองค์กรอิสระหรือหน่วยงานภาคเอกชนที่มีความสามารถในการพัฒนาเทคโนโลยี เพื่อช่วยตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมายบนอินเทอร์เน็ตอย่างต่อเนื่อง ภาคเอกชนควรมีระบบการกำกับดูแลตนเอง เพื่อให้การประกอบการ e-marketplace อยู่ในกรอบของกฎหมาย ควรจัดทำระบบการคัดกรองการโฆษณา เช่น คัดกรองเบื้องต้นจากเลขทะเบียนตำรับยาเลขที่ใบอนุญาตโฆษณา และการแสดงหมวดหมู่สินค้า เช่น ยา อาหาร

เครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์ ให้ชัดเจนจัดทำระบบตรวจสอบข้อความโฆษณาที่ได้รับอนุญาต ตามใบอนุญาตโฆษณา และดำเนินการโฆษณารวมถึงการขยายให้เป็นไปตามกฎหมาย และปรับปรุงกระบวนการสื่อสารความเสี่ยงผลิตภัณฑ์อันตรายให้ผู้บริโภคเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย

2.2 ด้านการบังคับใช้กฎหมาย โดยเสนอให้มีการตั้งหน่วยงานเฉพาะที่มีอำนาจดำเนินการตามกฎหมายเกี่ยวกับธุรกรรมผิดกฎหมายบนโลกออนไลน์ทุกประเภท รวมถึงการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมายและผลิตภัณฑ์สุขภาพอันตราย และสามารถบังคับใช้กฎหมายที่เข้มงวดต่อผู้จำหน่าย และผู้ให้บริการจำหน่ายสินค้าบนแพลตฟอร์มต่าง ๆ เพื่อความรวดเร็ว ในการปิดกั้นการระงับข้อมูลโฆษณาและจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมายลดการแพร่กระจายผลิตภัณฑ์อันตรายแก่ผู้บริโภค

2.3 ด้านการให้ความรู้แก่ผู้ประกอบการและประชาชน โดยมีการจัดทำสื่อ ช่องทางต่าง ๆ ที่เข้าถึงง่ายในการตรวจสอบผลิตภัณฑ์ ข้อความโฆษณา ก่อนจำหน่าย และศูนย์ข้อมูลรวบรวมผลิตภัณฑ์อันตราย ผิดกฎหมายเพื่อสืบค้นเข้าถึงได้ง่าย เพื่อสื่อสารให้กับผู้ประกอบการและประชาชน และการสร้างความรอบรู้ด้านการเลือกบริโภคโดยสื่อมวลชนเข้ามามีส่วนร่วมในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารในวงกว้าง

3. ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาต่อไป

3.1 ควรมีการค้นหาลิขสิทธิ์ยาผงจินตามณี ช่องทางการซื้อขายอื่น ๆ นอกเหนือจากใน



ช่องทางอินเทอร์เน็ต เช่น ร้านค้า ตลาด เนื่องจากในชุมชนอาจเป็นอีกหนึ่งช่องทางที่บริโภคสามารถเข้าถึงได้ง่าย ผลิตภัณฑ์ที่มีการอ้างสรรพคุณรักษาโรค อาจมีกลุ่มเป้าหมายความต้องการที่จะใช้ผลิตภัณฑ์นี้ ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มักไม่ใช้ช่องทางออนไลน์มากกว่ากลุ่มอื่น ๆ

3.2 ควรมีการค้นหาผู้ได้รับผลกระทบจากการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาผงจินตามณี และผลิตภัณฑ์อื่น ๆ ที่ผิดกฎหมายลักลอบใส่สารสเตียรอยด์ ทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน สืบค้นการซื้อผลิตภัณฑ์

จากแหล่งต่าง ๆ รวมถึงจากการซื้อผ่านสื่อออนไลน์ เพื่อให้ความช่วยเหลือด้านสาธารณสุขและการจัดการปัญหาผลิตภัณฑ์ที่ลักลอบใส่สารสเตียรอยด์

3.3 ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อทราบถึงขนาดของปัญหา ผลกระทบต่อสุขภาพและเศรษฐกิจของผู้บริโภค กฎหมายหรือข้อบังคับ กลไกความร่วมมือของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมถึงปัจจัยการดำเนินผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมายที่ส่งผลกระทบต่อผู้บริโภค จะนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและจัดการปัญหาด้านนี้ที่มีประสิทธิภาพต่อไปในอนาคตได้



ภาพยาผงจินตามณีที่พบจำหน่ายในท้องตลาด



เอกสารอ้างอิง

1. Wahab MSA, Hamdi H, Ali AA, Karuppannan M, Zulkifli MH, Maniam S, Ung COL. The use of herbal and dietary supplements for COVID-19 prevention: A survey among the public in a Malaysian suburban town. J Herb Med. 2023; 39: 100650.
2. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา.[อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 7 ม.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://oryor.com/media/checkSureShare/media_specify/561?ref=search
3. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา.[อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 7 ม.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://oryor.com/media/newsUpdate/media_news/1890
4. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมวิทย์ With you [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 7 ม.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://alert.dmsc.moph.go.th/#product>
5. กองกฎหมาย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. กฎหมาย พระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2562 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กองกฎหมาย; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 7 ม.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://laws.fda.moph.go.th/laws/herbal-product-act-be-2562>
6. หน่วยวิจัยและพัฒนานวัตกรรมเพื่อผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ (TaWai for Health) คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 7 ม.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://tawaiforhealth.org/>
7. Shopee Thailand. นโยบายสินค้าห้ามจำหน่าย และสิ่งของที่ถูกจำกัดบนแพลตฟอร์ม C [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 6 ม.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://seller.th.C.cn /edu/article/308>
8. Lazada Seller Center. นโยบายสินค้าต้องห้าม และควบคุม [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 6 ม.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://sellercenter.lazada.co.th/seller/helpcenter/%E0%B8%99%E0%B9%82%E0%B8%A2%E0%B8%9A%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B8%AA%E0%B8%B4%E0%B8%99%E0%B8%84%E0%B9%89%E0%B8%B2%E0%B8%95%E0%B9%89%E0%B8%AD%E0%B8%87%E0%B8%AB%E0%B9%89%E0%B8%B2%E0%B8%A1%E0%B9%81%E0%B8%A5%E0%B8%B0%E0%B8%84%E0%B8%A7%E0%B8%9A%E0%B8%84%E0%B8%B8%E0%B8%A1-8060.html>
9. Facebook. ข้อกำหนดการใช้บริการ [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 6 ม.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.facebook.com/legal/terms>



10. TikTok Shop Academy. แนวทางเกี่ยวกับสินค้าที่ถูกจำกัดและไม่รองรับของ TikTok Shop [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 6 ม.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://seller-th.tiktok.com/university/essay?knowledge_id=6837792714458881&default_language=th-TH&identity=1
11. ประกาย หมายมั่น. การสำรวจการขายยาผ่านเว็บไซต์ขายสินค้าซึ่งเป็นที่ยอมรับในประเทศไทย. วารสารสุขภาพไทย. 2562; 11(2): 368-9.
12. พนิตนาฏ คำนุ้ย. การโฆษณาขายยาออนไลน์ที่ผิดกฎหมายและมาตรการดำเนินการ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กองยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 1 พ.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://plan.fda.moph.go.th/media.php?id=534211140662730752&name=binder18561.pdf>
13. นิรัตน์ เตียสุวรรณ. การศึกษาเพื่อหาแนวทางการแก้ไขปัญหาการขายยาทางอินเทอร์เน็ต [อินเทอร์เน็ต]. 2555. [เข้าถึงเมื่อ 20 ม.ค. 2567]. เข้าถึงจาก <https://plan.fda.moph.go.th/media.php?id=534587984536805376&name=binder18374.pdf>
14. ศูนย์จัดการเรื่องร้องเรียนและปราบปรามการกระทำผิดกฎหมายเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. ผลการดำเนินการเรื่องร้องเรียน [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: ศูนย์จัดการเรื่องร้องเรียนและปราบปรามการกระทำผิดกฎหมายเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 1 ม.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://cemc.fda.moph.go.th/statistic/category/statistics/>
15. จูติพร อินศร. การโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ผิดกฎหมายในสื่อสังคมประเภทเฟซบุ๊กและข้อเสนอแนะทางบังคับใช้กฎหมายของพนักงานเจ้าหน้าที่. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2562; 12(1): 40-8



คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภค
ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสกลนคร

Personal characteristics and key success factors affecting the consumer protection
performance of health personnel at Sub-district Health
Promoting Hospitals Sakon Nakhon Province

นุสรา อุตรนคร¹, ประจักษ์ บัวพันธ์², นครินทร์ ประสิทธิ์³

Nusara Utranakhon¹, Prachak Bouphan², Nakarin Prasit³

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 134 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2567 ถึง 3 มีนาคม 2567 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด และสถิติอนุมาน ประกอบด้วย การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ผลการศึกษาพบว่า ภาพรวมระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จและระดับการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.07 (S.D. = 0.47) และ 4.10 (S.D. = 0.49) ตามลำดับ ปัจจัยแห่งความสำเร็จมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสกลนคร ($r=0.803$, $p<0.001$) และตัวแปรอิสระทั้ง 3 ตัวแปร ด้านการสร้างใจและความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือด้านการลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม และด้านการพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ สามารถร่วมกันในการพยากรณ์การปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสกลนคร ได้ร้อยละ 70.6 ($R^2= 0.706$, $p < 0.001$)

คำสำคัญ: คุณลักษณะส่วนบุคคล, ปัจจัยแห่งความสำเร็จ, การปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภค

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

¹ Student, Master of Public Health Program in Public Health Administration, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

² อาจารย์ประจำภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² Lecturer, Department of Public Health Administration, Faculty of Public Health, Khon Kaen University. E-mail : bprach@kku.ac.th



Abstract

This cross - sectional analytical research aimed to study the personal characteristics and key success factors affecting the consumer protection performance of health from 134 people promoting hospitals in Sakon Nakhon Province, Data was collected between 4th February 2024 to 3rd March 2024. Data was analyzed using descriptive including frequency, percentage, mean, standard deviation, minimum, and maximum. And Inferential statistics including Pearson's product moment correlation coefficient and stepwise multiple linear regression analysis at a significant level of 0.05. The results showed that the overall key success factors and the consumer protection performance of health personnel at sub - district health promoting hospitals were at a high level, with an average of 4.07 (S.D. = 0.47) and 4.10 (S.D. = 0.49), respectively. Overall, the key success factors had a high level of relationship with the consumer protection performance of health personnel ($r=0.803$, $p < 0.001$). Three variables on enhancing understanding and encouraging the implementation in areas that are voluntarily ready to participate, and the development of health care facility images could jointly predict the participation of the consumer protection performance of the sub-district health promoting hospitals health personals in Sakon Nakhon Province at 70.6 % ($R^2 = 0.706$, $p < 0.001$).

Keywords: Personal characteristics, Key success factors, Consumer protection performance



บทนำ

จากอดีตถึงปัจจุบันเกิดการผลิตสินค้าและบริการรูปแบบใหม่เกิดขึ้นมากมาย เกิดช่องว่างของกฎหมาย ทำให้สินค้าและบริการด้อยคุณภาพไม่ได้มาตรฐาน เกิดการผูกขาดทางการค้า ผู้ผลิตมีอำนาจต่อรองทางการตลาดเหนือกว่าผู้บริโภค ส่งผลให้ผู้บริโภคไม่ได้รับความเป็นธรรม เกิดการร้องเรียนความเป็นธรรมจากหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคได้กำหนดยุทธศาสตร์การคุ้มครองผู้บริโภค ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 – 2579)¹ และขับเคลื่อนภารกิจของหน่วยงานให้สอดคล้องกับสิทธิขั้นพื้นฐานที่พึงได้รับ เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค มุ่งเน้นการส่งเสริมให้ผู้บริโภคมีความเข้มแข็ง อยู่อย่างพอเพียง ได้รับการคุ้มครองอย่างทั่วถึงและยั่งยืน การปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการดำเนินงานหลายรูปแบบ ตั้งแต่การให้ความรู้แก่ประชาชน ผู้ประกอบการ รวมถึงการเฝ้าระวัง การรายงานผลในพื้นที่ ซึ่งประกอบด้วย 1) ด้านการพัฒนาระบบฐานข้อมูล 2) ด้านการพัฒนาศักยภาพ 3) ด้านการเฝ้าระวังและบริหารจัดการความเสี่ยง² และ 4) การดำเนินงานตามมาตรฐาน รพ.สต. ดีดตา³ ซึ่งการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้ประสบผลสำเร็จและเกิดประสิทธิภาพนั้น คุณลักษณะส่วนบุคคลถือเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภค คุณลักษณะส่วนบุคคลเป็นลักษณะเฉพาะของบุคคล

สามารถรับรู้ได้จากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น มีความแตกต่างกัน ทั้งปัจจัยทางกายภาพ ปัจจัยทางบุคลิกภาพ และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ประกอบไปด้วย 8 ด้าน 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) ระดับการศึกษา 5) ตำแหน่ง 6) รายได้ 7) ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน คุ้มครองผู้บริโภคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ 8) การได้รับการอบรมเกี่ยวกับคุ้มครองผู้บริโภค นอกจากคุณลักษณะส่วนบุคคลแล้ว ยังมีอีกหนึ่งปัจจัยที่สำคัญที่จะสนับสนุนการปฏิบัติงาน คุ้มครองผู้บริโภค ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ได้ นั่นคือปัจจัยแห่งความสำเร็จ ซึ่งปัจจัยแห่งความสำเร็จเป็นปัจจัยที่ช่วยสนับสนุนให้การปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสกลนคร ประสบผลสำเร็จ เพื่อให้บรรลุความสำเร็จตามวิสัยทัศน์ ที่มุ่งไปในทิศทางเดียวกัน ประกอบไปด้วย 1) ผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุนและติดตาม 2) หน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีการจัดแผนงานสนับสนุน 3) การลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม 4) การสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ 5) การพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ และ 6) ความเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล⁵ จังหวัดสกลนคร มีทั้งหมด 18 อำเภอ 125 ตำบล มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 168 แห่ง⁶ โดยการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร มีเป้าหมายในการสำรวจผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำ 100%



จากผลการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคของจังหวัดสกลนครที่ผ่านมา พบว่าการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสกลนคร ยังพบปัญหาการดำเนินงานใน 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร และการพัฒนาระบบฐานข้อมูล โดยในด้านการพัฒนาศักยภาพ พบว่าการดำเนินงานด้านคุ้มครองผู้บริโภคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางแห่ง ไม่มีการสร้างภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน จึงขาดการดำเนินงานที่ต่อเนื่อง และด้านการพัฒนาฐานข้อมูลพบว่าระบบจัดเก็บฐานข้อมูล มีข้อมูลสรุปรายงานการสำรวจผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำ จำนวน 3,392 แห่ง จากจำนวน 5,189 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 65.3 ของจำนวนร้านค้า⁷ และการเฝ้าระวังและบริหารจัดการความเสี่ยง ของการดำเนินงานยังเน้นให้ข้อมูลให้คำแนะนำ ยังไม่มีมาตรการบริหารจัดการในกรณีกระทำผิด จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาคูณลักษณะส่วนบุคคล และปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภค ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสกลนคร และต้องการสะท้อนปัญหา และสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนางานคุ้มครองผู้บริโภคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้สามารถปฏิบัติงาน และแก้ไขปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาคูณลักษณะส่วนบุคคล และปัจจัยแห่ง

ความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสกลนคร

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษครั้งนี้รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ แบบภาคตัดขวาง (Cross - sectional Analytical Research) โดยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถาม โดยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง 4 กุมภาพันธ์ 2567 ถึง 3 มีนาคม 2567 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสกลนคร จำนวน 168 คน⁷ ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณ ขนาดตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์การถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Linear Regression Analysis) เพื่อทดสอบสมมติฐาน⁸ ดังนี้

$$\text{สูตร } N = \frac{\lambda(1 - R^2_{Y.A,B})}{R^2_{Y.A,B} - R^2_{Y.A}} + w \dots\dots (1)$$

$$\text{เมื่อ } \lambda = \lambda_L - \frac{1/V_L - 1/V}{1/V_L - 1/V_U} (\lambda_L - \lambda_U) \quad (2)$$

เมื่อกำหนดให้

$R^2_{Y.A,B}$ คือ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุสำหรับ Full Model ซึ่งในการวิจัยในครั้งนี้ได้นำค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรจากการศึกษา ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาล



ส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นงานที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันในการทำวิจัยครั้งนี้ ซึ่งได้ค่า

$R^2_{Y.A,B}$ มีค่าเท่ากับ 0.675

$R^2_{Y.A}$ คือ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุสำหรับ Reduce Model

($R^2_{Y.A,B} - R^2_{Y.B}$) มีค่าเท่ากับ 0.656

$R^2_{Y.B}$ คือ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุที่เปลี่ยนแปลง (R^2 Change) เมื่อไม่มีตัวแปรที่ต้องการทดสอบ มีค่าเท่ากับ 0.019

λ คือ ค่าความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนตัวแปรอิสระและอำนาจการทดสอบ

w คือ จำนวนตัวแปรอิสระ นอกเหนือจากตัวแปรที่ต้องการทดสอบ (เขต A) เท่ากับ 0 (เขต B) เท่ากับ 13

u คือ จำนวนตัวแปรอิสระที่ต้องการทดสอบ (เขต B) เท่ากับ 1 ตัวแปร

V คือ ค่าที่ได้จาก $v = N - u - w - 1$

ในการคำนวณขนาดตัวอย่างจะต้องเปิดตารางที่ 9.4.2 หน้า 452 – 455 Cohen (1988) ประกอบการคำนวณ โดยค่าที่ปรากฏในตารางประกอบด้วยค่า u มี 120 ค่า v มี 4 ค่า ได้ 20, 60, 120 และ α และค่า Power มีค่าระหว่าง 0.25 – 0.99 จากนั้นหาค่า λ ในสมการที่ (2) โดยแทนค่า $v = 120$ ซึ่งเป็นค่าที่จะทำให้ขนาดตัวอย่างเพียงพอที่สุด จากนั้นดูที่ $u = 1$, Power = 0.80 จะได้ $\lambda = 7.9$ แทนค่า λ ในสมการที่ (1) จะได้ขนาดตัวอย่าง ดังขั้นตอนต่อไปนี้

$$\text{แทนค่า } N = \frac{7.8(1-0.675)}{(0.675-0.656)}$$

$$N = \frac{2.535}{0.019}$$

$$N = 133.42$$

ผลจากการคำนวณขนาดตัวอย่าง $N =$

133.42 ไปคำนวณหาค่า V

โดย $V = N - u - w - 1$

$$V = 133.42 - 1 - 13 - 1$$

$$V = 118.42$$

นำค่า V ที่คำนวณได้ไปเปิดตาราง Cohen (1988)

ซึ่ง $V = 118.42$ อยู่ระหว่าง $V 120$ และ V Infinity จะได้ค่าดังนี้

$$V_L = 60$$

$$V_u = 120$$

$$\lambda L = 7.9$$

$$\lambda u = 7.8$$

$$\text{แทนค่า } \lambda = 7.9 - \frac{1/60 - 1/118.42}{1/60 - 1/120} (7.90 - 7.80)$$

$$\lambda = 7.802$$

แล้วนำค่า λ ไปแทนค่าในสมการที่ 1 อีกครั้ง

แทนค่า λ ในสมการที่ (1) จะได้ขนาดตัวอย่างดังขั้นตอนต่อไปนี้

$$\text{สูตร } N = \frac{\lambda(1 - R^2_{Y.A,B})}{R^2_{Y.A,B} - R^2_{Y.A}} + w \dots\dots\dots (1)$$

$$\text{แทนค่า } N = \frac{7.8(1-0.675)}{(0.675-0.656)}$$

$$N = \frac{2.535}{0.019}$$

$$N = 133.42$$

ดังนั้น จึงได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 134

ตัวอย่าง

การสุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) มีวิธีการสุ่มตัวอย่างดังนี้



1) สํารวจจํานวนรายชื่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภค

2) นํารายชื่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
จังหวัดสกลนคร ทั้งหมดจํานวน 168 คน มาเรียงลำดับ
ตามรายชื่อ ตามรหัสงานข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขของ
สํานักงาน สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร

3) หาช่วงระยะห่างของการเลือกตัวอย่าง โดยใช้
สูตร $I = N/n^{10}$

โดย I คือ ช่วงห่างของการสุ่ม

N คือ จํานวนประชากรทั้งหมด

n คือ จํานวนขนาดตัวอย่าง

แทนค่า $I = 168/134 = 1.25$

จากการคำนวณได้ช่วงห่างของการสุ่มเท่ากับ
1.25 ซึ่งน้อยกว่า 1.50 จึงใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย
(Simple Random Sampling)

4) นํารายชื่อเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานคุ้มครอง
ผู้บริโภคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัด
สกลนคร ทั้งหมดใส่ภาชนะและทำการจับสลากแบบไม่
ใส่คืนจนได้ขนาดตัวอย่างได้ครบ จํานวน 134 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการ
วิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎีและ
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนํามาสร้างเป็นเครื่องมือในการ
วิจัย โดยมีขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือการวิจัย ดังนี้

2.1 กำหนดขอบเขตเนื้อหาประเด็นที่จะสร้าง
แบบสอบถาม เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ นิยาม
ศัพท์เฉพาะ และกรอบแนวคิดในการวิจัย

2.2 ดำเนินการสร้างและพัฒนาแบบสอบถาม

และนํามาแบบสอบถามไปเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาและ
ผู้เชี่ยวชาญจํานวน 3 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องที่
ผู้วิจัยศึกษา เพื่อตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับ
ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากนั้นนํามา
แบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นโดยมี
อาจารย์ที่ปรึกษาเป็นผู้แนะนำอีกครั้ง ก่อนที่จะนํามา
ทดลองใช้ ประกอบด้วย 1 ชุด

แบบสอบถาม (Questionnaire) ประกอบด้วย
4 ส่วน ได้แก่

- ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล โดย
ลักษณะคำถามเป็นคำถามแบบปลายปิดให้เลือกตอบ
และคำถามแบบปลายเปิดให้เติมข้อความลงในช่องว่าง
จํานวน 8 ข้อ

- ส่วนที่ 2 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ จํานวน
30 ข้อ มีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ (5, 4, 3, 2, 1) มี
ระดับการวัดเป็นช่วงสเกล (Interval Scale) โดยมีเกณฑ์
การให้คะแนน¹¹ ดังนี้

การแปลผลคะแนน ระดับปัจจัยแห่ง
ความสำเร็จในการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคของ
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
จังหวัดสกลนคร โดยนํามาจัดระดับเป็น 5 ระดับ คือ
ระดับมากที่สุด ระดับมาก ระดับปานกลาง ระดับน้อย
และระดับน้อยที่สุด ซึ่งได้จากการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ย¹²
ดังนี้

○ ปัจจัยแห่งความสำเร็จระดับมากที่สุด
หมายถึง ช่วงคะแนนเฉลี่ย 4.50 – 5.00

○ ปัจจัยแห่งความสำเร็จระดับมาก
หมายถึง ช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.50 – 4.49



○ ปัจจัยแห่งความสำเร็จระดับปานกลาง หมายถึง ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.50 – 3.49

○ ปัจจัยแห่งความสำเร็จระดับน้อย หมายถึง ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.50 – 2.49

○ ปัจจัยแห่งความสำเร็จระดับน้อยที่สุด หมายถึง ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.49

- **ส่วนที่ 3** การปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 20 ข้อ มีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ (5, 4, 3, 2, 1) มีระดับการวัดเป็นช่วงสเกล (Interval Scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน การแปลผลคะแนนระดับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสกลนคร โดยนำมาจัดระดับเป็น 5 ระดับ คือ ระดับมากที่สุด ระดับมาก ระดับปานกลาง ระดับน้อย และระดับน้อยที่สุด ซึ่งได้จากการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ย¹³ ดังนี้

○ การปฏิบัติงานระดับมากที่สุด หมายถึง ช่วงคะแนนเฉลี่ย 4.50 – 5.00 (มีการปฏิบัติงานทุกครั้ง)

○ การปฏิบัติงานระดับมาก หมายถึง ช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.50 – 4.49 (มีการปฏิบัติงานบ่อยครั้ง)

○ การปฏิบัติงานระดับปานกลาง หมายถึง ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.50 – 3.49 (มีการปฏิบัติงานบางครั้ง)

○ การปฏิบัติงานระดับน้อย หมายถึง ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.50 – 2.49 (มีการปฏิบัติงานน้อยครั้ง)

○ การปฏิบัติงานระดับน้อยที่สุด หมายถึง ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.49 (มีการปฏิบัติงานนาน ๆ ครั้ง)

- **ส่วนที่ 4** ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสกลนคร จำนวน 5 ข้อ

3. วิธีการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น ซึ่งผู้วิจัยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 26 มกราคม 2567 ลำดับที่ 4.3.01 : 48/2566 เลขที่ HE662265 โดยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่าง 4 กุมภาพันธ์ 2567 ถึง 3 มีนาคม 2567 ได้เก็บข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล และปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสกลนคร จากเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภค ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสกลนคร โดยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถาม

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และสถิติอนุมาน ได้แก่ การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์



ของเพียร์สัน ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และการปฏิบัติงาน คำนวณของผู้ครองผู้บริโภครองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดสกลนคร และการวิเคราะห์การถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Linear Regression Analysis) เพื่อวิเคราะห์คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของผู้ครองผู้บริโภครองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสกลนคร โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 และในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น ในกรณีที่ใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูลถดถอยพหุคุณแบบขั้นตอน¹⁴ ดังนี้คือ (1) ค่าคลาดเคลื่อน (e) มีการแจกแจงแบบปกติ ทดสอบโดย Kolmogorov-Smirnov เชิงอัตนัย มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ ($P = 0.200$) พบการกระจายตัวของข้อมูลมีค่ามากกว่า 0.05 ตามที่กำหนดไว้¹⁵ และใช้ Histogram ของค่าคลาดเคลื่อนพบว่าค่าความคลาดเคลื่อน (e) มีการแจกแจงปกติ (2) ค่าความคลาดเคลื่อน (e) เท่ากับ 0 (3) แต่ละค่าของ X ความแปรปรวนของค่าคลาดเคลื่อน (e) มีค่าคงที่ทดสอบโดยการทำ Scatter plot พบว่า การกระจายของค่าความคลาดเคลื่อนอยู่ในลักษณะคงที่ และ (4) ค่าความคลาดเคลื่อน (e) ต้องเป็นอิสระต่อกันทดสอบโดยค่า Durbin - Wastson พบว่ามีค่า 1.653 ซึ่งอยู่ระหว่าง 1.50 – 2.50 เป็นค่าที่ยอมรับได้ แสดงว่าค่าคลาดเคลื่อนเป็นอิสระต่อกัน หลังจากนั้นวิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ของตัวแปร พบว่าไม่มีตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยกัน สูงเกินข้อจำกัด (5) ค่าแปรปรวนของค่าคลาดเคลื่อนที่ในการ

ทำนายของทุกตัวแปรมีค่าคงที่ ค่าความคลาดเคลื่อนมีอิสระต่อกัน โดยการทดสอบไม่พบความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น (Tolerance = 0.426 – 0.652, Variance inflation Factor : VIF = 1.534 – 2.345 ตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยต้องมีค่าความสัมพันธ์กันน้อย คือ ค่า Tolerance ค่ามาตรฐานมากกว่า 0 แต่ไม่เกิน 1 และค่า VIF ค่ามาตรฐานควรน้อยกว่า 10^{16} จึงสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการวิเคราะห์สมการถดถอยได้การศึกษาครั้งนี้

5. ผลการศึกษา

5.1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสกลนคร

คุณลักษณะส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสกลนคร พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 98 คน คิดเป็นร้อยละ 73.1 มีอายุระหว่าง 31 – 40 ปี จำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 59.8 โดยมีอายุเฉลี่ย 33.87 ปี (S.D. = 6.15 ปี) อายุต่ำสุด 23 ปี อายุสูงสุด 59 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส จำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 54.4 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า จำนวน 112 คน คิดเป็นร้อยละ 82.6 ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 90 คน คิดเป็นร้อยละ 67.2 มีรายได้เฉลี่ย จำนวน 25,213.51 บาท (S.D. = 8,432.91 บาท) มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 – 10 ปี



จำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 70.9 มีค่ามัธยฐาน 6.0 ปี (Min = 1 ปี, Max = 30 ปี) และส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับงานคุ้มครองผู้บริโภคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในระยะเวลา 1 ปี ที่ผ่านมา จำนวน 78 คน คิดเป็น 58.2 และส่วนใหญ่มีการฝึกอบรมเกี่ยวกับงานคุ้มครองผู้บริโภค 1 ครั้ง จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 24.0

5.2 ระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จกับการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสกลนคร

ผลระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จพบว่า ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.07

(S.D. = 0.47) ซึ่งเมื่อพิจารณาตามปัจจัย พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.17 (S.D. = 0.59) รองลงมาคือปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.14 (S.D. = 0.66) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุนและติดตาม อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.93 (S.D. = 0.55) รองลงมาคือ ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการเชื่อมโยงระหว่างสถานบริการในเครือข่ายเดียวกัน อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.00 (S.D. = 0.64) ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลปัจจัยแห่งความสำเร็จกับการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสกลนคร

ปัจจัยแห่งความสำเร็จกับการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
1. ผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุนและติดตาม	3.93	0.55	มาก
2. หน่วยงานทุกระดับมีแผนงานสนับสนุนการปฏิบัติงาน	4.03	0.61	มาก
3. การลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม	4.14	0.66	มาก
4. การสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ	4.13	0.55	มาก
5. การพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ	4.17	0.59	มาก
6. การเชื่อมโยงระหว่างสถานบริการในเครือข่ายเดียวกัน	4.00	0.64	มาก
ภาพรวม	4.07	0.47	มาก



5.3 ระดับการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสกลนคร

ผลการวิจัยระดับการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.10 (S.D. = 0.49) ซึ่งเมื่อพิจารณาตามปัจจัย พบว่าด้านการพัฒนาระบบ

ฐานข้อมูล มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.19 (S.D. = 0.55) รองลงมาคือ ด้านการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.06 (S.D. = 0.58) และส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านการเฝ้าระวังและบริหารจัดการความเสี่ยง และด้านการดำเนินงานตามมาตรฐาน รพ.สต. ดิดดาว อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.05 (S.D. = 0.62) ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสกลนคร

การปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
1. ด้านการพัฒนาระบบฐานข้อมูล	4.19	0.56	มาก
2. ด้านการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร	4.06	0.58	มาก
3. ด้านการเฝ้าระวังและบริหารจัดการความเสี่ยง	4.06	0.62	มาก
4. ด้านการดำเนินงานตามมาตรฐานรพ.สต.ดิดดาว	4.06	0.62	มาก
ภาพรวม	4.11	0.49	มาก

5.4 คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสกลนคร

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสกลนคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ได้แก่ ปัจจัยแห่งความสำเร็จส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคในการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสกลนคร ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) คุณลักษณะส่วนบุคคล

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลด้าน เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่ง รายได้ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน และการได้รับการฝึกอบรมไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสกลนคร ดังรายละเอียดตารางที่ 3



ตารางที่ 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล กับการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดสกลนคร

คุณลักษณะส่วนบุคคล	การปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
1. เพศ (หญิง)	-0.105	0.225	ไม่มีความสัมพันธ์
2. อายุ	0.112	0.199	ไม่มีความสัมพันธ์
3. สถานภาพ (สมรส)	-0.115	0.186	ไม่มีความสัมพันธ์
4. ระดับการศึกษา (ปริญญาตรี)	0.041	0.641	ไม่มีความสัมพันธ์
5. ตำแหน่ง (นักวิชาการสาธารณสุข)	0.033	0.702	ไม่มีความสัมพันธ์
6. รายได้	0.162	0.062	ไม่มีความสัมพันธ์
7. ระยะเวลาปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภค	0.104	0.234	ไม่มีความสัมพันธ์
8. การได้รับการอบรมงานคุ้มครองผู้บริโภค (เคย)	-0.164	0.059	ไม่มีความสัมพันธ์

2) ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ภาพรวมปัจจัยแห่งความสำเร็จมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภค ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสกลนคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.803, p < 0.001$) ส่วนปัจจัยแห่งความสำเร็จรายด้าน พบว่าด้านที่มีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภค ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสกลนคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านการสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ ($r = 0.784, p < 0.001$) และด้านการลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มี

ความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม ($r = 0.722, p < 0.001$) และปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านที่มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสกลนคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านการพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ ($r = 0.636, p < 0.001$) ด้านหน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีแผนงานสนับสนุน ($r = 0.614, p < 0.001$) ด้านการเชื่อมโยงระหว่างสถานบริการในเครือข่ายเดียวกัน ($r = 0.581, p < 0.001$) และด้านผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุนและติดตาม ($r = 0.454, p < 0.001$) ดังรายละเอียดตารางที่ 4



ตารางที่ 4 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างปัจจัยแห่งความสำเร็จกับการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสกลนคร

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ	การปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ปัจจัยแห่งความสำเร็จ	0.803***	<0.001	สูง
1. ผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุนและติดตาม	0.454***	<0.001	ปานกลาง
2. หน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีแผนงานสนับสนุน	0.614***	<0.001	ปานกลาง
3. การลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม	0.722***	<0.001	สูง
4. การสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ	0.784***	<0.001	สูง
5. การพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ	0.636***	<0.001	ปานกลาง
6. การเชื่อมโยงระหว่างสถาน บริการในเครือข่ายเดียวกัน	0.581***	<0.001	ปานกลาง

*** ระดับนัยสำคัญที่ <0.001

5.5 คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสกลนคร

พบว่าผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Linear Regression Analysis) โดยเลือกตัวแปรคุณลักษณะส่วนบุคคล และปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสกลนคร เข้าสู่การวิเคราะห์เพื่อหาตัวแปรอิสระที่สามารถร่วมกันพยากรณ์และมีผลต่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสกลนคร ที่ถูกเลือกเข้าสมการคือตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยเรียงลำดับดังนี้ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ด้านการสร้าง ความเข้าใจ และ

กระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ ($R^2 = 0.615$, $p < 0.001$) ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม ($R^2 = 0.054$, $p < 0.001$) ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ด้านการพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ ($R^2 = 0.037$, $p < 0.001$) ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่าตัวแปรอิสระทั้ง 3 ตัวแปร สามารถร่วมกันในการพยากรณ์และมีผลต่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้ร้อยละ 70.6 จากผลการศึกษารั้งนี้ ได้สมการถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอน ซึ่งเป็นสมการทำนายในรูปคะแนนถดถอยดังนี้ $Y = 0.757 + (0.395)(\text{ปัจจัยแห่งความสำเร็จ}) (\text{ด้านการสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ}) + (0.215)(\text{ด้านการลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม}) + (0.199)(\text{ปัจจัยแห่งความสำเร็จ}) (\text{ด้านการพัฒนาภาพลักษณ์ ของสถานบริการ})$ รายละเอียดดังตารางที่ 5



ตารางที่ 5 ค่าสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสกลนคร

ตัวแปร	B	Beta	T	p-value	R	R ²	R ² adj.	R ² change
1. ปัจจัยแห่งความสำเร็จการสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ	0.395	0.441	6.052	<0.001	0.784	0.615	0.612	-
2. ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม	0.215	0.290	4.228	<0.001	0.818	0.669	0.664	0.054
3. ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ	0.199	0.237	4.024	<0.001	0.840	0.706	0.699	0.037

ค่าคงที่ = 0.757, F = 104.032, p<0.001, R = 0.840, R² = 0.706, R² adj. = 0.699

สรุปและอภิปรายผล

จากการใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Linear Regression Analysis) ผลการศึกษา พบว่าตัวแปรอิสระสามารถร่วมกันและมีผลต่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภค ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสกลนคร คือ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ด้านการสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ด้านการพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ จึงสรุปได้ว่า ตัวแปรอิสระทั้ง 3 ตัวนี้สามารถร่วมกันในการพยากรณ์และมีผลต่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภค ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสกลนคร ได้ร้อยละ 70.6 ($R^2 = 0.706$, $p < 0.001$) ซึ่งผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ด้านการสร้างความเข้าใจ และกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ เป็นการสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือเป็นรูปแบบการดำเนินงานที่ต้องมีการสื่อสารให้ชุมชนเกิดความรู้

ความเข้าใจ เกิดพลังในการดำเนินงาน โดยที่มีเป้าหมายร่วมกัน มีการทำงานร่วมกัน เป็นการพัฒนางานโดยเกิดการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย ซึ่งผลการวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับการวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ($R^2 = 0.546$, $p = 0.015$), ($R^2 = 0.523$, $p < 0.001$), ($R^2 = 0.342$, $p < 0.001$)^{18, 19} อย่างไรก็ตาม ในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในแต่ละแห่งมีนโยบายในการปฏิบัติงาน ปัญหาและบริบทที่แตกต่างกัน ทำให้มีปัจจัยหลาย ๆ อย่างแตกต่างกัน ซึ่งส่งผลให้ผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จ ด้านการสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ด้านการลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อม และสมัครใจมีส่วนร่วม เป็นการลงมือปฏิบัติใน



พื้นที่ที่มีความพร้อม และสมัครใจมีส่วนร่วม จะเน้นการดำเนินงานที่มีภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วม มีกระบวนการทำงานร่วมกันตั้งแต่เริ่มจนจบจนกระบวนการ จนทำให้ประสบผลสำเร็จ เป็นการพัฒนางานโดยเกิดการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย ทั้งด้านงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ รวมถึงกำลังคน การใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย ซึ่งล้วนมีความสำคัญต่อการปฏิบัติงาน⁵ ซึ่งผลการวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับการวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วมมีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ($R^2 = 0.834, p < 0.001$), ($R^2 = 0.700, p < 0.001$), ($R^2 = 0.593, p < 0.001$), ($R^2 = 0.460, p < 0.001$), ($R^2 = 0.396, p < 0.001$)^{22,25,27} อย่างไรก็ตาม ในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในแต่ละแห่งมีสิ่งแวดล้อมในการทำงาน นโยบายในการทำงาน ทักษะคติของบุคลากร รวมถึงปัญหาและบริบทที่แตกต่างกันทำให้มีปัจจัยหลาย ๆ อย่างแตกต่างกัน ซึ่งส่งผลให้ผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการปฏิบัติงาน ไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล^{18, 19, 23 - 24, 28}

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ด้านการพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ การพัฒนาภาพลักษณ์ของโรงพยาบาลเป็นการแสดงให้เห็นถึงคุณภาพของระบบบริการที่มีประสิทธิภาพ โดยการพัฒนาคุณภาพ

มาตรฐานการให้บริการอย่างอย่างต่อเนื่อง เป็นการสร้างมาตรฐานในหน่วยบริการให้ทำให้ประชาชนและผู้มารับบริการมีความเชื่อมั่นไว้วางใจในการเข้ารับบริการ มีและมีการแก้ไขปัญหาและพัฒนาคุณภาพการบริการอย่างต่อเนื่องเพื่อลดข้อร้องเรียนของผู้มารับบริการ 5 ซึ่งผลการวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับการวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ($R^2 = 0.737, p < 0.001$), ($R^2 = 0.722, p < 0.001$), ($R^2 = 0.701, p < 0.001$), ($R^2 = 0.630, p < 0.001$), ($R^2 = 0.624, p < 0.001$), ($R^2 = 0.593, p < 0.001$), ($R^2 = 0.570, p < 0.001$), ($R^2 = 0.538, p < 0.2001$)^{18 -19, 21-22, 23 - 25, 29} อย่างไรก็ตาม ในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในแต่ละแห่งมีนโยบายในการให้บริการ ปัญหาและบริบทที่แตกต่างกันทำให้มีปัจจัยหลาย ๆ อย่างแตกต่างกัน ซึ่งส่งผลให้ ผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ ไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล^{20,24}

ข้อเสนอแนะ

ผลของการศึกษาผลคุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยแห่งความสำเร็จของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสกลนคร ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้



1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์การบริหารส่วนจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสกลนคร ควรส่งเสริมสนับสนุนให้ชุมชน และเครือข่าย มีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคและแก้ไขปัญหาในชุมชนร่วมกัน เพื่อให้การปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคให้ตรงกับแผนงานที่วางไว้ และสามารถแก้ไขปัญหางานคุ้มครองผู้บริโภคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. สาธารณสุขจังหวัด องค์การบริหารส่วนจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เพื่อสร้างความเข้าใจระหว่างผู้ปฏิบัติงานให้มากขึ้น และส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล เพื่อส่งเสริมให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากยิ่งขึ้น ควรสนับสนุนและส่งเสริมให้เพิ่มช่องทางการสื่อสารและประชาสัมพันธ์ในการปฏิบัติงาน

3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์การบริหารส่วนจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำตัวเป็นแบบอย่างในการคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้บริการคนอื่นและประชาชนผู้รับบริการในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ เพื่อเป็นการส่งเสริมภาพลักษณ์ที่ดีให้กับ

แผนการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคและแก้ไขปัญหาในชุมชนร่วมกัน เพื่อให้การปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคให้ตรงกับแผนงานที่วางไว้ และสามารถแก้ไขปัญหางานคุ้มครองผู้บริโภคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมการใช้ทักษะการทำงานเป็นทีมร่วมกับภาคีเครือข่ายตลอดจนสามารถใช้งบประมาณตามแผนงานได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ที่ปรึกษาและคณาจารย์ภาควิชาการบริหาร สาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นทุกท่าน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสกลนคร ที่ให้ความร่วมมือแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี ตลอดจนบุคคลที่เกี่ยวข้องที่ไม่ได้เอ่ยนามไว้ ณ ที่นี้ทุกท่าน



เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานนายกรัฐมนตรี. คุ้มครองผู้บริโภคแห่งชาติ (2560 - 2564). กรุงเทพฯ; 2560.
2. คณะทำงานจัดทำแนวทางการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. แนวทางการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล; 2553. 1(2): 15-21.
3. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว); 2564.
4. Schermerhorn, JR, Richard N, Osborn RN, Uhl-Bien M, Hunt JG. Organizational behavior. 12th ed. New York: John Wiley & Sons; 2011.
5. ชูชัย ศุภวงศ์, สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, ศุภกิจ ศิริลักษณ์, ลัดดา ดำริการเลิศ, สุพัตรา ศรีวณิชกร, เกษมเวช สุทธานนท์. คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล; 2553.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร. สถานบริการสาธารณสุขในจังหวัดสกลนคร. สกลนคร: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร; 2566.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร. การประเมินผลการปฏิบัติราชการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ประจำปีงบประมาณ 2566. สกลนคร; 2566.
8. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
9. ปรรณนา เรืองรัตน์, สุวิทย์ อุดมพาณิชย์. ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพ. 2561;11(2): 110-22. In Thai.
10. วินัส พิฆาณชัย, สมจิต วัฒนาชยากุล, เบญจมาศ ตุลยนิติกุล. สถิติพื้นฐานสำหรับนักสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ: เอ็กซ์เปอร์เน็ท; 2547.
11. Likert, R. The human organization: Its management and values. New York: McGraw-Hill; 1967.
12. สำเริง จันทร์สุวรรณ, สุวรรณ บัวทวน. ระเบียบวิธีทางสังคมศาสตร์. ขอนแก่น: ภาควิชาสังคมวิทยาและมนุษยวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2547.
13. Elifson KW, Runyon RP, Haber A. Fundamentals of social statistics. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 1990
14. กัญญารัตน์ จันทร์โสม, ประจักษ์ บัวพันธ์, มกราพันธ์ จูฑะรสก. คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานบริการแพทย์แผนไทยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัย มข (ฉบับบัณฑิตศึกษา). 2563; 20(2): 60-71.



15. Siegel S. Nonparametric statistics for the behavioral sciences. New York: McGraw-Hill; 1956.
16. Kalayci S. SPSS Applied Multivariate Statistical Techniques. 5th ed. Turkey: Asil Yayin Dagitim; 2010.
17. ชูศักดิ์ จรูญสวัสดิ์. การวิเคราะห์ข้อมูลและการใช้สถิติในงานวิจัย. กรุงเทพฯ: ส. เสริมมิตรการพิมพ์; 2551.
18. อัมฤทัย ไชยมาตย์, ประจักษ์ บัวผัน. แรงจูงใจและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการ ปฏิบัติงานตาม มาตรฐาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัด กาฬสินธุ์. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา) 2564. 21(3): 172-85.
19. วิลาสินี วงศ์ผาบุตร, ประจักษ์ บัวผัน. แรงจูงใจและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกัน และ ควบคุมโรคพยาธิใบไม้และมะเร็งท่อน้ำดีของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล จังหวัด กาฬสินธุ์. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา) 2562. 21(3): 149-60.
20. ณัฐพล โยธา, ประจักษ์ บัวผัน, สุรัชย์ พิมหา. ปัจจัยแห่งความสำเร็จและบรรยากาศ องค์การ ที่มีผลต่อการทำวิจัย เพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุขของนักวิชาการสาธารณสุขใน โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา) 2562. 19(1): 186-99.
21. จักรกฤษณ์ อาสาสะนา, มกราพันธุ์ จูฑะรสก, ประจักษ์ บัวผัน, ธนมนตชนก พรหมพินิจ. ปัจจัยทางการบริหาร และปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของทีมหมอครอบครัว ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา) 2566. 23(2): 184-97.
22. ชาญณรงค์ นัยเนตร, ประจักษ์ บัวผัน. ปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล จังหวัดหนองบัวลำภู วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา) 2566. 23(2): 211-23.
23. พรธชา อินทะรัมย์, ประจักษ์ บัวผัน. บรรยากาศองค์การและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของ นักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัย มข. (ฉบับ บัณฑิตศึกษา) 2565. 22(2): 201-12.
24. ก้องเกียรติยศ แซพิมพันธ์ , ประจักษ์ บัวผัน, สุรัชย์ พิมหา. แรงจูงใจและปัจจัยแห่ง ความสำเร็จที่มีผลต่อการ ดำเนินงานโครงการ TO BE NUMBER ONE ของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขในจังหวัดบึงกาฬ. วารสารวิจัย มข. (ฉบับ บัณฑิตศึกษา) 2564. 21(3): 236-49.
25. ทศพล ใจทาน, ประจักษ์ บัวผัน, สุรัชย์ พิมหา. ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการ ดำเนินงานเฝ้าระวังสอบสวน เคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดเลย. วารสารวิจัย มข. (ฉบับ บัณฑิตศึกษา) 2564 31; 21(3): 161-71.
26. ยุทธนา แก้วมิด, ประจักษ์ บัวผัน, สุรัชย์ พิมหา. ปัจจัยแห่งความสำเร็จและแรงจูงใจที่มี ผลต่อการปฏิบัติงานของ เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัย มข. (ฉบับ บัณฑิตศึกษา) 2563. 12; 20(2): 47-59.



27. พีรพงศ์ ภูสด, ประจักษ์ บัวผัน, มกราพันธุ์ จูฑะรสก. แรงจูงใจและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา) 2562; 19(3): 109-19.
28. กัญญารัตน์ จันทโรสม, ประจักษ์ บัวผัน, มกราพันธุ์ จูฑะรสก. คุณลักษณะส่วนบุคคล และปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานบริการแพทย์แผนไทย ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา). 2563; 20(2): 60-71.
29. ทวีเลิศ ช่างงาม, ประจักษ์ บัวผัน, และสุรัชย์ พิมหา. บรรยากาศองค์การและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของทีมหมอครอบครัวระดับตำบล ในจังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา). 2561; 18(3): 124-35.



ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโภชนาการกับการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต

Relationship of nutritional status and sepsis mortality

รุ่งทิพย์ ตั้งสง่าศักดิ์ศรี¹Roongthip Tangsaghasakri¹

บทคัดย่อ

ภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตเป็นสาเหตุหลักในการเสียชีวิตของผู้ป่วยในโรงพยาบาล ภาวะโภชนาการมีผลกระทบต่ออัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤต การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโภชนาการกับการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต และหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวางแบบเก็บข้อมูลย้อนหลังในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อในกระแสโลหิต และได้รับการคัดกรองภาวะโภชนาการ ระหว่างปี พ.ศ. 2562 ในโรงพยาบาลราชวิถี ผลการวิจัย ผู้ป่วยจำนวน 808 รายที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต เสียชีวิตรวม 400 ราย (ร้อยละ 49.50) พบว่าภาวะโภชนาการไม่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต ภาวะทุพโภชนาการไม่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีโอกาสเสียชีวิตมากกว่า 2 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี ผู้ป่วยที่มีภาวะ Septic shock มีโอกาสเสียชีวิตเพิ่มขึ้น 4 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะ Septic shock ผู้ป่วยที่ได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำและผู้ป่วยที่ได้รับสารอาหารทั้งจากทางสายยางและทางหลอดเลือดดำมีโอกาเสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับสารอาหารเกือบ 4 เท่า ผู้ป่วยโรคไตมีโอกาเสียชีวิตเพิ่มขึ้น 2 เท่า ผู้ป่วยมะเร็งมีโอกาเสียชีวิตเพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยา Vancomycin และ Colistin มีโอกาเสียชีวิตมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับยา 1.67 และ 1.90 เท่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยา Fluoroquinolones และ Metronidazole มีโอกาเสียชีวิตลดลงร้อยละ 40.0 และ 51.0 การให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำเพิ่มความเสี่ยงในการเสียชีวิต ดังนั้น การให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำแก่ผู้ป่วยควรพิจารณาให้กรณีที่มีความจำเป็น มีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจน ในช่วงเวลาที่เหมาะสม

คำสำคัญ : ภาวะโภชนาการ, ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต, การเสียชีวิต

¹ เภสัชกรชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร

¹ Pharmacist, Senior Professional Level. Lerdsin Hospital, Bangkok. E-mail: rtangsagha@gmail.com



Abstract

Sepsis is the leading cause of death among hospitalized patients. Nutritional status was found to have an impact on death rate of critically ill patients. This research aims to study the relationship between nutritional status and sepsis mortality and to find factors associated with sepsis mortality. This study was a retrospective, cross - sectional, descriptive study of sepsis patients screened for nutritional status during 2019 in Rajavithi Hospital. Of the 808 patients diagnosed with sepsis, of whom 400 died (49.50%). Nutritional status was not associated with sepsis mortality. Malnutrition is not a risk factor for sepsis mortality. Factors associated with sepsis mortality include: Patients older than 60 years were more than twice as likely to die than those younger than or equal to 40 years. Patients with septic shock were 4 times more likely to die than patients without septic shock. Patients who received parenteral nutrition (PN) and patients who received both PN and enteral nutrition (EN) were almost 4 times more likely to die than patients who did not receive nutrition. Patients with kidney disease were 2 times more likely to die than patients without kidney disease. Patients with cancer were almost 2 times more likely to die than patients without cancer. Patients who received Vancomycin and Colistin were more likely to die than those who did not receive the drug 1.67 and 1.90 times. In the group of patients who received Fluoroquinolones and Metronidazole, there were 40% and 51% reductions in mortality rates. Parenteral nutrition increases the risk of death, therefore parenteral nutrition should be considered when necessary, with clear indications in the appropriate time.

Keywords: Nutritional status, Sepsis, Mortality



บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต (Sepsis) เป็นปัญหาสำคัญของระบบสาธารณสุขในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก^{1,2} ซึ่งภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตเป็นผลจากการติดเชื้อในร่างกายแล้วส่งผลทำให้เกิดการตอบสนองเกิดการอักเสบทั่วร่างกาย และมีการดำเนินของโรคที่รวดเร็ว^{3,4} นับเป็นความเจ็บป่วยที่มีความซับซ้อนอันตรายนำไปสู่ภาวะวิกฤติ และเป็นสาเหตุหลักในการเสียชีวิตของผู้ป่วยในโรงพยาบาล⁵ ในปี พ.ศ. 2560 พบผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตทั่วโลกประมาณ 48.9 ล้านรายต่อปี และพบการเสียชีวิตสูงถึง 11.0 ล้านรายต่อปี^{6,7} ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตประมาณ 1,700,000 รายต่อปี และพบอัตราการเสียชีวิตสูงถึง 250,000 รายต่อปี⁸ จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นจากการที่อายุเฉลี่ยของประชากรนานขึ้นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีชีวิตอยู่ยืนยาวจากการรักษา ผู้ป่วยที่มีเชื้อกลุ่มดื้อยาเพิ่มขึ้นจากการใช้ยาปฏิชีวนะชนิดออกฤทธิ์กว้าง⁹ มีผลทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อก และการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในหลายระบบล้มเหลวได้อย่างรวดเร็ว หากการดำเนินของโรคไม่ได้รับการแก้ไขจะนำไปสู่การเสียชีวิตในอัตราที่สูง¹⁰

สถานการณ์ภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตในประเทศไทย พบว่าเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของผู้ป่วยในโรงพยาบาล และอุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นจากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับหน่วยงานสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพบว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตประมาณ 175,000 รายต่อปี และมีผู้ป่วยภาวะติด

เชื้อในกระแสโลหิตเสียชีวิต ประมาณ 45,000 รายต่อปี ซึ่งเมื่อเทียบแล้วพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต 1 ราย เกิดขึ้นทุก ๆ 3 นาที และมีผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตเสียชีวิต 5 ราย ทุก 1 ชั่วโมง ซึ่งนับเป็นความสูญเสียอย่างมาก

ภาวะโภชนาการเป็นสภาวะทางสุขภาพของบุคคล อันเนื่องมาจากการรับประทานอาหาร การย่อยอาหาร การดูดซึม ตลอดจนการเผาผลาญสารอาหารในระดับเซลล์¹² พบว่าภาวะโภชนาการมีผลกระทบต่อการรอดชีวิต และอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติ ภาวะทุพโภชนาการมีความสัมพันธ์กับการรักษาที่ล้มเหลวในผู้ป่วยหนัก¹³ มีความสัมพันธ์กับการเกิดอวัยวะล้มเหลว เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการเสียชีวิต ซึ่งพบมากถึง 50% ของผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต (Septic Shock) ใน ICU ผลกระทบของภาวะทุพโภชนาการ ทำให้การรักษายืดเยื้อยาวนานขึ้น 30 - 50% เกิดภาวะแทรกซ้อน 15 - 30% ระบบทางเดินหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด และหัวใจล้มเหลว 30 - 60%¹⁴ ผู้วิจัยจึงมีความประสงค์จะทำการวิจัยในครั้งนี้ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะโภชนาการกับการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตในโรงพยาบาลราชวิถี เพื่อนำผลการศึกษามาเป็นรูปแบบในการประเมินวางแผนการดูแลที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะโภชนาการกับการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตในโรงพยาบาลราชวิถี



2. เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตในโรงพยาบาลราชวิถี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษา

รูปแบบการวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ชนิด การสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Survey Study) แบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลราชวิถี และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะของการติดเชื้อในกระแสโลหิต (Sepsis) ตั้งแต่ มกราคม – ธันวาคม 2562 และมีผลการคัดกรองหรือประเมินภาวะโภชนาการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อในกระแสโลหิต (Sepsis) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลราชวิถี ที่มีภาวะ การติดเชื้อในกระแสโลหิต (Sepsis) ตั้งแต่ มกราคม – ธันวาคม 2562 และได้รับการคัดกรองภาวะโภชนาการ

เกณฑ์คัดเข้า

- ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลราชวิถี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะของการติดเชื้อในกระแสโลหิต (Sepsis) ตั้งแต่ มกราคม – 31 ธันวาคม 2562
- ได้รับการคัดกรองหรือประเมินภาวะโภชนาการ

เกณฑ์คัดออก

- ข้อมูลไม่ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเป็นแบบบันทึกข้อมูล (Case Record Form) การติดเชื้อในกระแสโลหิตและภาวะโภชนาการ ประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน ได้แก่

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ประวัติการแพ้ยา การวินิจฉัยแยกรับ โรคประจำตัว ระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล สถานการณ์จำหน่าย (การเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสโลหิต)
- ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านการติดเชื้อในกระแสโลหิต ประกอบด้วยชนิดของการติดเชื้อในกระแสโลหิต ตำแหน่งที่ติดเชื้อ ชนิดเชื้อก่อโรค ยาต้านจุลชีพที่ใช้รักษาการติดเชื้อในกระแสโลหิต
- ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านภาวะโภชนาการ ประกอบด้วย ผลการคัดกรอง และประเมินภาวะโภชนาการ

วิธีการเก็บข้อมูล

รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเกิดการติดเชื้อในกระแสโลหิต ในโรงพยาบาลและได้รับการคัดกรองหรือประเมินภาวะโภชนาการ ตั้งแต่ มกราคม – ธันวาคม พ.ศ. 2562 ผ่านระบบอินทราเน็ต (Intranet) ของโรงพยาบาล ระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลและงานเวชระเบียน

แบบคัดกรองภาวะโภชนาการ (SPENT Nutrition Screening Tools) ประกอบด้วยคำถาม 4 ข้อ ที่เกี่ยวข้องกับปริมาณอาหารที่ผู้ป่วยรับประทาน การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว ค่าดัชนีมวลกาย และภาวะกึ่งวิกฤต – วิกฤตของผู้ป่วย โดยคะแนนจากการคัดกรองมากกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนน ก็จะแปลผลได้ว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ ผู้ป่วยจะได้รับการ



ประเมินภาวะโภชนาการต่อโดยใช้แบบประเมินภาวะโภชนาการ Nutrition Alert form (NAF) โดยแบ่งเป็น 3 ระดับช่วงคะแนน

- 1) NAF A: Normal-mild nutrition 0 – 5 คะแนน
- 2) NAF B: Moderate malnutrition 6 – 10 คะแนน
- 3) NAF C: Severe malnutrition ≥ 11 คะแนน

บันทึกข้อมูลลงในเครื่องมือในการเก็บข้อมูลเป็นแบบบันทึกข้อมูล (Case Record Form)

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปที่เป็น Categorical data วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ คำนวณค่าร้อยละ ข้อมูลที่เป็น Continuous data วิเคราะห์โดยคำนวณค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)

2.1 เปรียบเทียบข้อมูลที่เป็น Categorical data ใช้ Chi - square test หรือ Fisher's exact test

2.2 เปรียบเทียบข้อมูลที่เป็น Continuous data ในประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน กรณีข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติใช้สถิติ Student's t-test

2.3 วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ใช้สถิติ Binary logistic regression และรายงานความเสี่ยงด้วย OR

2.4 วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ใช้สถิติ Binary logistic regression และรายงานความเสี่ยงด้วย OR (95%CI)

2.5 กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p - value < 0.05

การศึกษานี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลราชวิถี เอกสารเลขที่ 194/2563

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยจำนวน 808 รายที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต เป็นเพศหญิง 475 ราย เพศชาย 333 ราย เสียชีวิตรวม 400 ราย (ร้อยละ 49.50) อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยที่เสียชีวิต 65.61 ± 16.48 ปี อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยที่รอดชีวิต 60.21 ± 18.17 ปี ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่รอดและเสียชีวิตไม่แตกต่างกัน ความชุกของการขาดสารอาหารในผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตคือ ร้อยละ 71.2 และก่อนผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลหรือเสียชีวิต คือ ร้อยละ 65.84 จากการทดสอบความสัมพันธ์ Chi-square หรือ Student's t-test (ตารางที่ 1) พบว่าภาวะโภชนาการ อายุ ผู้ป่วยที่มีโรคร่วม ประเภทของการติดเชื้อในกระแสโลหิต การได้รับสารอาหาร ภาวะโภชนาการ การติดเชื้อดื้อยา เชื้อ *Candida albicans* ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ ยาต้านเชื้อรา มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต



ตารางที่ 1 คุณลักษณะและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต

ปัจจัย	มีชีวิต จำนวน (%)	เสียชีวิต จำนวน (%)	p-value
เพศ			
ชาย	169 (50.8)	164 (49.2)	
หญิง	239 (50.3)	236 (49.7)	
อายุ (mean $\pm$ SD)	60.21 $\pm$ 18.17	65.61 $\pm$ 16.48	<0.001*
≤ 40 ปี	62 (65.3)	33 (34.7)	
41 – 50 ปี	50 (55.6)	40 (44.4)	
51 – 60 ปี	91 (58.0)	66 (42.0)	
61 – 70 ปี	75 (47.8)	82 (52.2)	
71 – 80 ปี	69 (40.6)	101 (59.4)	
> 80 ปี	61 (43.9)	78 (56.1)	
Length of Stay (mean $\pm$ SD)	35.02 $\pm$ 42.42	33.59 $\pm$ 34.87	
Allergy History	105 (54.4)	88 (45.6)	
โรคร่วม	330 (47.3)	368 (52.7)	<0.001*
Sepsis			<0.001*
Sepsis	291 (69.1)	130 (30.9)	
Septic Shock	112 (29.6)	266 (70.4)	
การได้รับสารอาหาร			<0.001*
ไม่ได้รับ	102 (84.3)	19 (15.7)	
Enteral Nutrition (EN)	107 (64.8)	58 (35.2)	
Parenteral Nutrition (PN)	57 (54.8)	47 (45.2)	
EN + PN	142 (34.0)	276 (66.0)	
ภาวะโภชนาการแรกรับ			<0.001*
ไม่มีความเสี่ยง	19 (55.9)	15 (44.1)	
NAF A	77 (38.7)	122 (61.3)	
NAF B and C	226 (60.1)	150 (39.9)	
มีความเสี่ยง ไม่มีค่าน้ำหนัก	86 (43.2)	113 (56.8)	
ภาวะโภชนาการก่อน Discharge			<0.001*
ไม่มีความเสี่ยง	148 (67.9)	70 (32.1)	
NAF A	40 (69.0)	18 (31.0)	
NAF B and C	211 (41.1)	302 (58.9)	
มีความเสี่ยง ไม่มีค่าน้ำหนัก	9 (47.4)	10 (52.6)	
ภาวะการติดเชื้อ			
MDR	191 (45.7)	227 (54.3)	
MRCoNS	46 (35.7)	83 (64.3)	
MRSA	17 (36.2)	30 (63.8)	
VRE	11 (26.2)	31 (73.8)	
<i>Candida albicans</i>	121 (40.6)	177 (59.4)	
ยาปฏิชีวนะ ยาต้านเชื้อรา			
Vancomycin	124 (37.6)	206 (62.4)	



ตารางที่ 1 คุณลักษณะและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต (ต่อ)

ปัจจัย	มีชีวิต จำนวน (%)	เสียชีวิต จำนวน (%)	p-value
Fosfomycin	47 (24.9)	142 (75.1)	
Fluoroquinolones	178 (46.1)	208 (53.9)	
Metronidazole	105 (58.3)	75 (41.7)	
Colistin	43 (23.2)	142 (76.8)	
Tygacil	4 (11.8)	30 (88.2)	
Tazocin	43 (41.3)	61 (58.7)	
Ceftazidime	155 (45.6)	185 (54.4)	
Ceftriaxone	225 (55.7)	179 (44.3)	
Cefoperazone + Sulbactam	49 (37.7)	81 (62.3)	
Meropenem	295 (45.2)	358 (54.8)	
Antifungal	30 (31.3)	66 (68.8)	

เมื่อนำไปวิเคราะห์ Multiple logistic regression (ตารางที่ 2) พบว่าผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตสูงอายุมากกว่า 60 ปีมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยอายุ 61 – 70 ปี มีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตมากกว่ากลุ่มอายุน้อยกว่า 40 ปี 2.12 เท่า (Adj OR 2.12, 95%CI 1.05 to 4.25, $p = 0.036$) ผู้ป่วยอายุ 71 – 80 ปี มีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตมากกว่ากลุ่มอายุน้อยกว่า 40 ปี 2.9 เท่า (Adj OR 2.90, 95%CI 1.43 to 5.89, $p = 0.003$) ผู้ป่วยอายุมากกว่า 80 ปี มีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตมากกว่ากลุ่มอายุน้อยกว่า 40 ปี 2.53 เท่า (Adj OR 2.53, 95%CI 1.22 to 5.23, $p = 0.012$)

กลุ่มโรคร่วม (Underlying Disease) ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีโรคไตวายมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น 1.98 เท่า (Adj OR 1.98, 95%CI 1.35 to 2.90, $p < 0.001$) ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่เป็นมะเร็งมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น 1.91 เท่า (Adj OR 1.91, 95%CI 1.02 to 3.58, $p = 0.044$) ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีภาวะ Septic Shock มีความเสี่ยงต่อ

การเสียชีวิตเพิ่มขึ้น 4.23 เท่า (Adj OR 4.23, 95%CI 2.92 to 6.11, $p < 0.001$) การได้รับสารอาหาร ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่ได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำ (Parenteral Nutrition : PN) มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับสารอาหาร 3.7 เท่า (Adj OR 3.70, 95%CI 1.77 to 7.75, $p = 0.001$) ผู้ป่วยที่ได้รับสารอาหารทั้งจากทางสายยาง (Enteral Nutrition: EN) และทางหลอดเลือดดำ มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น 3.69 เท่า (Adj OR 3.69, 95%CI 1.89 to 7.22, $p < 0.001$)

ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่ได้รับยา Vancomycin มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น 1.67 เท่า (Adj OR 1.67, 95%CI 1.11 to 2.52, $p = 0.018$) ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่ได้รับยา Colistin มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น 1.9 เท่า (Adj OR 1.90, 95%CI 1.11 to 3.26, $p = 0.020$) ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่ได้รับยาในกลุ่ม Fluoroquinolones และ Metronidazole มีโอกาสเสียชีวิตลดลงร้อยละ 40.0 และ 51.0 ตามลำดับ



ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต

ปัจจัย	Crude OR	p-value	Adjusted OR	p-value
อายุ (mean $\pm$ SD)				
≤ 40 ปี	Ref	-	Ref	-
41 – 50 ปี	1.50 (0.83-2.72)		1.752 (0.81-3.78)	
51 – 60 ปี	1.36 (0.80-2.31)		1.81 (0.58-2.41)	
61 – 70 ปี	2.05 (1.21-3.48)	0.007*	2.12 (1.05-4.25)	0.036*
71 – 80 ปี	2.75 (1.63-4.63)	<0.001*	2.90 (1.43-5.89)	0.003*
>80 ปี	2.40 (1.40-4.12)	0.001*	2.53 (1.22-5.23)	0.012*
โรคร่วม				
โรคไตวาย	2.83 (2.12-3.76)	<0.001*	1.98 (1.35-2.90)	<0.001*
มะเร็ง	1.42 (1.06-1.90)	0.044*	1.91 (1.02-3.58)	0.044*
ชนิดของ Sepsis				
Sepsis	Ref	-	Ref	-
Septic Shock	5.29 (3.91-7.17)	<0.001*	4.23 (2.92-6.11)	<0.001*
การได้รับสารอาหาร				
ไม่ได้รับ	Ref	-	Ref	-
Enteral Nutrition (EN)	2.91 (1.62-5.22)	<0.001*	1.51 (0.75-3.05)	
Parenteral Nutrition (PN)	4.43 (2.37-8.26)	<0.001*	3.70 (1.77-7.75)	0.001*
EN+PN	10.43 (6.14-17.73)	<0.001*	3.69 (1.89-7.22)	<0.001*
ภาวะโภชนาการแรกรับ				
ไม่มีความเสี่ยง	Ref	-	Ref	-
NAF A	2.01 (0.96-4.18)		1.02 (0.39-2.69)	
NAF B and C	0.84 (0.41-1.71)		0.68 (0.27-1.72)	
มีความเสี่ยง ไม่มีค่าน้ำหนัก	1.66 (0.80-3.46)		1.23 (0.41-3.68)	
ภาวะโภชนาการก่อนกลับบ้าน				
ไม่มีความเสี่ยง	Ref	-	Ref	-
NAF A	0.95 (0.51-1.78)		0.48 (0.21-1.07)	
NAF B and C	3.03 (2.17-4.23)	<0.001*	1.46 (0.95-2.25)	
มีความเสี่ยง ไม่มีค่าน้ำหนัก	2.35 (0.91-6.04)		1.54 (0.44-5.48)	
ภาวะการติดเชื้อ				
MRCoNS	2.06 (1.39-3.05)	<0.001*	1.49 (0.90-2.47)	
MRSA	1.86 (1.01-3.44)	0.046*	0.96 (0.46-2.11)	
VRE	3.03 (1.50-6.12)	0.002*	1.41 (0.57-3.51)	
<i>Candida albicans</i>	1.88 (1.41-2.52)	<0.001*	0.79 (0.52-1.19)	
ยาปฏิชีวนะ ยาต้านเชื้อรา				
Co-trimoxazole	2.12 (1.26-3.58)	0.005*	1.62 (0.78-3.29)	
Vancomycin	2.43 (1.82-3.24)	<0.001*	1.67 (1.11-2.52)	0.018*
Fosfomycin	4.23 (2.93-6.10)	<0.001*	1.48 (0.86-2.54)	
Fluoroquinolones	1.40 (1.06-1.85)	0.017*	0.60 (0.40-0.90)	0.012*



ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต (ต่อ)

ปัจจัย	Crude OR	p-value	Adjusted OR	p-value
Metronidazole	0.67 (0.48-0.93)	0.017*	0.49 (0.30-0.78)	0.003*
Colistin	4.67 (3.21-6.81)	<0.001*	1.90 (1.11-3.26)	0.020*
Tigecycline	8.19 (2.86-23.47)	<0.001*	1.96 (0.58-6.66)	
Piperacillin-Tazobactam	1.53 (1.01-2.32)	0.047*	0.88 (0.49-1.58)	
Ceftazidime	1.41 (1.06-1.86)	0.018*	1.16 (0.78-1.68)	
Ceftriaxone	0.66 (0.50-0.87)	0.003*	0.94 (0.651-1.37)	
Cefoperazone + Sulbactam	1.86 (1.27-2.74)	0.002*	1.15 (0.67-1.99)	
Meropenem	3.27 (2.22-4.81)	<0.001*	1.42 (0.86-2.36)	
Antifungals	2.49 (1.58-3.93)	<0.001*	0.91 (0.47-1.74)	

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

การศึกษานี้พบว่าภาวะโภชนาการไม่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต ไม่พบปัจจัยเสี่ยงของภาวะทุพโภชนาการต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต ซึ่งสอดคล้องกับการค้นพบของ Hung KY. และคณะ¹⁵ พบว่าภาวะทุพโภชนาการไม่มีผลต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง ผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการและมีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องไม่ได้ส่งเสริมให้เพิ่มการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยแตกต่างกับผลการศึกษาของ Christopher KB. และคณะ¹⁶ ศึกษาในผู้ป่วยแผนกอายุรกรรมและแผนกศัลยกรรมหนักพบว่า การขาดสารอาหารมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความเสี่ยงของการติดเชื้อและการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่ติดเชื้อ Asimwe SB. และคณะ¹⁷ ได้ทำการศึกษาผลของภาวะทุพโภชนาการ ต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยในโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการ มีความเสี่ยงต่อการ

เสียชีวิตมากกว่ากลุ่มที่มีภาวะโภชนาการปกติ ภาวะทุพโภชนาการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต และสอดคล้องกับ Gao Q และคณะ¹⁸ พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการมีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต

จากการศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต การศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยสูงอายุมากกว่า 60 ปี ผู้ป่วยที่มีภาวะ Septic Shock ผู้ป่วยโรคไต ผู้ป่วยมะเร็ง มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Loeches IM และคณะ¹⁹ พบว่าผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่มีโรคไต มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น Rhee C และคณะ⁸ พบผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต ที่มีโรคร่วมเป็นมะเร็งมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น

Cha JW และคณะ²⁰ พบว่าการให้อาหารทางสายยาง (EN) ร่วมกับการให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ (PN) ให้ผลดีกว่าการให้อาหารทางสายยางอย่างเดียว



ในการลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษานี้ พบว่าการให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ หรือการให้อาหารทางสายยางร่วมกับการให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยเกือบ 4 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับสารอาหาร ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Takir HB และคณะ²¹ พบว่าการให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำเกี่ยวข้องกับอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้นในผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสโลหิตรุนแรง (Severe Sepsis) สาเหตุอาจเกิดจากการให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ เช่น การติดเชื้อในช่องท้อง การติดเชื้อจากสายที่ให้สารอาหาร²²

ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่ได้รับยา Vancomycin และ Colistin มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น เกือบ 2 เท่า อาจเนื่องมาจากยาทั้งสองชนิดมีผลข้างเคียงที่มีพิษต่อไต²³⁻²⁴ มักใช้กับผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียที่ดื้อยา ผู้ป่วยมีโรคร่วมหลากหลาย ส่วนมากมีพื้นฐานสภาวะทางสุขภาพไม่ดี ขณะที่ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่ได้รับยา Fluoroquinolones และ Metronidazole มีโอกาสเสียชีวิตลดลง อาจเนื่องมาจากใช้กับผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาไม่มาก ผู้ป่วยมีพื้นฐานสภาวะทางสุขภาพดี

ภาวะโภชนาการไม่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสโลหิต การให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำเพิ่มความเสี่ยงในการเสียชีวิต ดังนั้นการให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำแก่ผู้ป่วยควรพิจารณาให้กรณีมีความจำเป็น มีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจน

ในช่วงเวลาที่เหมาะสม ผู้ป่วยสูงอายุมากกว่า 60 ปี ผู้ป่วยที่มีภาวะ Septic Shock ผู้ป่วยโรคไต ผู้ป่วยมะเร็ง มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น แม้ว่าการได้รับยาในกลุ่ม Fluoroquinolones, Metronidazole ลดการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต อย่างไรก็ตาม แนวทางการให้ยาปฏิชีวนะยังคงต้องอาศัยข้อมูลผลการติดเชื้อ ความไวของเชื้อต่อยาปฏิชีวนะ อาการทางคลินิกของผู้ป่วย ความรวดเร็วในการให้ยาปฏิชีวนะ ภายหลังการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง กลุ่มประชากรมีความหลากหลาย อาจมีปัจจัยอื่น ๆ ที่ไม่ได้นำมาศึกษา ซึ่งอาจส่งผลต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วย และจำนวนกลุ่มตัวอย่างอาจมีไม่มากพอ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษารังต่อไปอาจศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะ เช่น ผู้ป่วยศัลยกรรม ผู้ป่วยอายุรกรรม ผู้ป่วยหนัก เนื่องจากมีภาวะโภชนาการพื้นฐานแตกต่างกัน เพิ่มปัจจัยตำแหน่งของการติดเชื้อ สภาวะทางสุขภาพ และศึกษาจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นพ.พจน์ อินทลาภาพร ดร.คำพอง คำนนท์ ญญ.นันทิศา สุขศรีดาวเดือน ทีมงานคลินิกโภชนาบำบัด และทีมงานกลุ่มงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยี โรงพยาบาลราชวิถีที่ได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ให้ความช่วยเหลือในการทำวิจัยให้สามารถดำเนินไปได้ด้วยดี และขอขอบพระคุณ คุณชลิดา เขมวรานันท์ กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการและถ่ายทอดโรงพยาบาลเลิดสิน ที่ให้คำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับสถิติที่ใช้ในการทำวิจัย



เอกสารอ้างอิง

1. Rhee C, Dantes R, Epstein L, Murphy DJ, Seymour CW, Iwashyna JT, et al. Incidence and trends of sepsis in US hospitals using clinical vs claims data, 2009-2014. *JAMA* 2017; 318(13): 1241-9.
2. McClelland H, Moxon A. Early identification and treatment of sepsis. *Nursing Time* 2014; 110(4): 14-7.
3. Deutschman CS, Tracey KJ. Sepsis: current dogma and new perspectives. *Immunity* 2014;40(17):463-75.
4. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, et al. The third international consensus definitions for sepsis and septic shock (sepsis-3). *JAMA* 2016; 315(8): 801-10.
5. Rannikko J, Syrjänen J, Seiskari T, Aittoniemi J, Huttunen R. Sepsis-related mortality in 497 cases with blood culture-positive sepsis in an emergency department. *Int J Infect Dis* 2017; 58: 52-7.
6. Rudd KE, Johnson SC, Agesa KM, Shackelford KA, Tsoi D, Kievlan DR, et al. Global, regional, and national sepsis incidence and mortality, 1990-2017: analysis for the Global Burden of Disease Study. *Lancet* 2020; 395(10219): 200-11.
7. World Health Organization. Sepsis. 3 May 2024. [internet] [cited 2024 May 5]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sepsis>
8. Rhee C, Jones TM, Hamad Y, Pande A, Varon J, O'Brien C, et al. Prevalence, Underlying Causes, and Preventability of Sepsis-Associated Mortality in US Acute Care Hospitals. *JAMA Network Open* 2019; 2(2): e187571.
9. Rhee C, Klompas M. Sepsis trends: increasing incidence and decreasing mortality, or changing denominator. *J Thorac Dis* 2020; 12(Suppl 1): S89-S100.
10. Dellinger RP, Levy MM, Rhodes A, Annane D, Gerlach H, Opal SM, et al. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock, 2012. *Intensive Care Med* 2013; 39(2): 165-228.
11. Akksilp S. Sepsis unfinished agenda. Paper presented at World Sepsis Day 2018 Conference; 2018 Sep 6-7; Muangthong Thane, Bangkok.
12. Parimanont C, Chaimael P, Woradej S. Nutritional status and factors associated nutritional status in children under 5 years of age: A review of the literature. *SCNJ* 2018; 5(1): 329-42.



13. Mehta NM. Nutritional status and outcomes in pediatric severe sepsis-size matter. *Crit Care Med* 2018; 46(11): 1886-7.
14. Kosalka K, Wachowska E, Slotwinski R. Disorder of nutritional status in sepsis- facts and myths. *Prz Gastroenterol* 2017; 12(2): 73-82.
15. Hung KY, Chen YM, Wang CC, Wang YH, Lin CY, Chang YT. Insufficient nutrition and mortality risk in septic patients admitted to ICU with a focus on immune dysfunction. *Nutrients* 2019; 11(2):
16. Christopher KB, Rawn JD, McKane CK, Moromizato T, Mogensen KM. The association of malnutrition and sepsis in critical illness: a cohort study. *Am J Respir Crit Care Med* 2020; 201: A3085
17. Asiimwe SB, Amir A, Vittinghoff E, Muzoora CK. Causal impact of malnutrition on mortality among adults hospitalized for medical illness in sub-Saharan Africa: what is the role of severe sepsis? *BMC Nutrition* 2015; 1: 25.
18. Gao Q, Cheng Y, Li Z, Tang Q, Qiu R, Cai S, et al. Association between nutritional risk screening score and prognosis of patients with sepsis. *Infect Drug Resist* 2021; 14: 3817-25.
19. Martin-Loeches I, Guia MC, Vallecocchia MS, Suarez D, Ibarz M, Irazabal M, et al. Risk factors for mortality in elderly and very elderly critically ill patients with sepsis: a prospective, observational, multicenter cohort study. *Ann Intensive Care* 2019; 9(1): 26.
20. Cha JK, Kim HS, Kim EJ, Lee ES, Lee JH, Song IA. Effect of early nutritional support on clinical outcomes of critically ill patients with sepsis and septic shock: a single-center retrospective study. *Nutrients* 2022; 14(11): 2318.
21. Takir HB, Karakurt Z, Saltürk C, Balcı M, Kargın F, Moçin OY, et al. Does Total Parenteral Nutrition Increase the Mortality of Patients with Severe Sepsis in the ICU? *Turk Thorac J* 2015;16: 53-8.
22. Comerlato PH, Stefani J, Viana LV. Mortality and overall and specific infection complication rates in patients who receive parenteral nutrition: systematic review and meta-analysis with trial sequential analysis. *Am J Clin Nutr* 2021; 114(4): 1535-45.
23. Vancomycin. In: Gonzales JP, LoweJF, Rybarczyk A, editors. *Adult drug information handbook*. 31st ed. Lexi-Drugs. Lexicomp. Wolters Kluwer Health, Inc. Riverwoods, IL; 2022-2023. p.2324-31.
24. Colistimethate. In: Gonzales JP, LoweJF, Rybarczyk A, editors. *Adult drug information handbook*. 31st ed. Lexi-Drugs. Lexicomp. Wolters Kluwer Health, Inc. Riverwoods, IL; 2022-2023. p.515-7.



การพัฒนาระบบเฝ้าระวังการจำหน่ายยาในร้านชำผ่านนโยบายส่งเสริมการใช้ยา
อย่างสมเหตุผลในชุมชนตำบลสัมป่อย อำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ
Development of a surveillance system for drug distribution
in grocery stores through the Rational Drug Use Policy
in Sompoi Subdistrict, Rasi Salai District, Sisaket Province

จินดาพร อุปัทมภ์¹, สิริธร เดชาศิลปชัยกุล², พัทยา โพธิวัฒน์³

Jindaporn Uppatham¹, Sileethorn Dechasilapachaigoon², Pattaya Potiwat³

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังการจำหน่ายยาในร้านชำผ่านนโยบายส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนตำบลสัมป่อย อำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ ใช้กระบวนการตามหลักการของ RDU Community ได้แก่ 1) การประเมินปัญหาในพื้นที่ 2) การค้นหาข้อมูลการเฝ้าระวังและผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากยาในชุมชนโดยเภสัชกร 3) การร่วมกันวิเคราะห์และร่วมวางแผนจัดกิจกรรม 4) การออกแบบระบบเฝ้าระวังฯ โดยเครือข่าย บวร.ร. ชุมชนสัมป่อย 5) การสร้างข้อตกลงร่วมกัน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการพัฒนาระบบประกอบด้วย เครือข่าย บวร.ร. ตำบลสัมป่อย จำนวน 57 คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ ร้านชำทุกร้านในตำบลสัมป่อย จำนวน 45 ร้าน ผู้ประกอบการร้านชำทุกร้าน จำนวน 45 คน และประชาชนตัวแทนครัวเรือนจำนวน 362 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม เครื่องมือสำรวจร้านชำแบบ ออนไลน์ ร้านชำ GIS แบบทดสอบความรู้ผู้ประกอบการร้านชำเกี่ยวกับพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 (พ.ร.บ. ยา) และแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบริโภคยาอย่างปลอดภัยของประชาชน ระหว่าง 1 มกราคม ถึง 31 พฤษภาคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Paired t-test กำหนดนัยสำคัญที่ $p < 0.05$

ผลการศึกษาล้างดำเนินกิจกรรมพบว่า สัดส่วนของร้านชำที่จำหน่ายยาที่ห้ามจำหน่ายลดลงจากการสำรวจในครั้งแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) คือ ลดจากร้อยละ 13.3 เหลือร้อยละ 0 ยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จลดลงจากร้อยละ 13.3 เหลือร้อยละ 0 และยาอันตรายที่ไม่ใช่ยาปฏิชีวนะลดลงจากร้อยละ 6.7 เหลือร้อยละ 0 คะแนนความรู้ของ

¹ เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

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

² เภสัชกร กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

² Pharmacist. Division of Consumer Protection and Public Health Pharmacy, Sisaket Public Health Office.

³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสัมป่อย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอราษีไศล

³ Nurse, Professional Level. Baan Sompoi Subdistrict Health Promoting Hospital, Rasi Salai Public Health Office.
E-mail : patty.2508SSK@gmail.com



ผู้ประกอบการและประชาชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจาก 8.11 ± 2.28 คะแนน เป็น 13.02 ± 2.74 คะแนน ($p < 0.001$) (คะแนนเต็ม 16 คะแนน) และจาก 5.99 ± 1.11 เป็น 8.70 ± 1.07 ($p < 0.001$) (คะแนนเต็ม 10 คะแนน) ตามลำดับ สรุปได้ว่าการพัฒนาระบบเฝ้าระวังฯ ผ่านนโยบาย RDU Community ทั้ง 5 กิจกรรม ทำให้เกิดการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ โดยเป็นการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลและชุมชนภายใต้การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ระบบเฝ้าระวังฯ ทำให้ผู้ประกอบการและประชาชนเกิดความรอบรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและส่งเสริมให้ตำบลสัมป่อยเป็นชุมชนต้นแบบปลอดยาที่ห้ามจำหน่ายในร้านชำได้

คำสำคัญ : การพัฒนา, ระบบเฝ้าระวัง, ร้านชำ, การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน

Abstract

This action research aimed to develop a drug surveillance system in grocery stores through the Community Rational Drug Use (RDU Community) Policy in Sompoi Subdistrict, Rasi Salai District, Sisaket Province. The process followed the principles of the RDU Community, which included: 1) Surveying the main problems in area, 2) Pharmacist sharing surveillance data and effects of these drugs on the people who live in that area, 3) Analyzing and planning activities to fix the problem found, 4) Designing the community surveillance system by the people who live in Sompoi Subdistrict (Home, Temple, School and Government Agencies), and 5) Establishing mutual agreements. The surveillance sample for developing the system consisted of 57 members of the Sompoi community network (Home, Temple, School and Government Agencies). Data collection included all 45 grocery stores, and 362 people in the community. Data were gathered using focus group records, an online grocery store survey tool “Ran Cham GIS”, grocery store operators knowledge test regarding the Drug Act, and questionnaires on safety drug usage from people in the community. Data were collected from January 1 to May 31, 2024, and was analyzed with a paired t-test with significance level at $p < 0.05$.

The results showed a statistically significant reduction ($p < 0.05$) in the proportion of grocery stores selling prohibited drugs decreased from 13.3% to 0%, the selling of non - dangerous, non - specially controlled drugs decreased from 13.3% to 0%, and the sale of modern medicines - dangerous drugs (non - antibiotics) decreased from 6.7% to 0%. Knowledge scores of grocery store operators and the public



significantly increased from 8.11 ± 2.28 to 13.02 ± 2.74 ($p < 0.001$) (total score of 16 points) and from 5.99 ± 1.11 to 8.70 ± 1.07 ($p < 0.001$) (total score of 10 points) respectively. In conclusion, the development of the surveillance system through the RDU Community Policy and its five activities effectively addressed the systemic issues by linking data between the hospital and the community with participation from all sectors. The surveillance system increased the knowledge of both grocery store operators and the people regarding rational drug use, helping to establish Sompoi Subdistrict as a model community free of prohibited drug sales in grocery stores.

Keywords: Development, Surveillance system, Grocery store, Rational Drug use in Community, RDU Community



บทนำ

การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (Rational Drug use in Community หรือ RDU Community) มีกรอบแนวคิดการดำเนินงานด้วยการเชื่อมต่อระบบการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุก ในโรงพยาบาล (Proactive Hospital based Surveillance) จากการสืบค้นปัญหาความไม่ปลอดภัยและความเสี่ยงในการใช้ยาจากระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาล กับการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกในชุมชน (Active Community Based Surveillance) โดยมี ผู้ประสานงาน (RDU Coordinator) เป็นผู้จัดการให้เกิดการขับเคลื่อน ประสาน บูรณาการ ติดตาม และสนับสนุน การดำเนินงานให้เกิดความราบรื่นในการนำข้อมูลปัญหาและความเสี่ยงให้ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในชุมชนมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง แจ้งเตือนภัย และจัดการความเสี่ยงด้วยกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วม (Community Participation) นอกจากนี้ ยังมุ่งสร้างความรอบรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU Literacy) ให้กับ ผู้เกี่ยวข้องในชุมชน ทั้งบุคลากรในหน่วยบริการ ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง และประชาชนในชุมชน ซึ่งเป็นพื้นฐานและปัจจัยสำคัญให้ประชาชนสามารถใช้ยาได้อย่างปลอดภัย รวมถึงการพัฒนาศักยภาพและสร้างการมีส่วนร่วมของสถานประกอบการด้านยาภาคเอกชนในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนที่ตั้งด้วย (Good Private Sector) จึงได้กำหนดแนวทางการดำเนินการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนจุดเริ่มต้น และร่วมกันพัฒนา 5 กิจกรรมซึ่งต้องมีการขับเคลื่อนและบริหารจัดการอย่างเป็นระบบทั้งเรื่องโครงสร้างการ

ขับเคลื่อน การบริหารจัดการข้อมูล การจัดการความเสี่ยง และการกำกับติดตามประเมินผล¹ แต่ปัจจุบันยังพบการขายยาที่ไม่ได้รับอนุญาตให้ขายในร้านชำ เช่น ยาควบคุมพิเศษ ยาอันตราย ยาแผนโบราณ ยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาสามัญประจำบ้าน ยาชุดที่มียาสเตียรอยด์และยาปฏิชีวนะ หรือยาแผนโบราณมีสเตียรอยด์ปลอมปน เป็นต้น²

จากการสำรวจสถานการณ์การกระจายยาในร้านชำของประเทศไทยปี พ.ศ. 2560 และ 2561 พบว่าร้านชำจำนวน 4,128 ร้าน ใน 23 จังหวัด และ 887 ร้านใน 28 จังหวัด มีการจำหน่ายยาอันตราย เช่น ยาปฏิชีวนะ ยาควบคุมพิเศษ รวมถึงยาที่อาจมีส่วนผสมของสเตียรอยด์ เช่น ยาแผนโบราณ ยาสมุนไพร สัตว์ส่วนของร้านชำที่มีการจำหน่ายยาปฏิชีวนะ ยาอันตราย ยาแผนโบราณ และยาชุด คือ ร้อยละ 55.6, 91.1, 82.2 และ 17.8 ตามลำดับ ผู้ป่วยที่มีอาการแพ้ยา ร้อยละ 40.3 ซื้อยามารับประทานเองจากร้านชำ³ อาการไม่พึงประสงค์ที่พบได้บ่อยในการใช้ยาจากร้านชำ ได้แก่ อาการผื่นลมพิษ อาการบวมทั้งตัว บวมที่เท้าหรือริมฝีปาก การเกิดผื่นชนิด Fixed-drug eruption สาเหตุของอาการไม่พึงประสงค์ 5 อันดับแรก ได้แก่ ยา Tetracycline, Penicillin, Aspirin, Ibuprofen และ Sulfonamides⁴

การพัฒนาระบบเฝ้าระวังการกระจายยาในร้านชำ (การเฝ้าระวังฯ) ในหลายพื้นที่อาศัยกลไกหลายรูปแบบ เช่น การทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วนในการวางแผน การประชุมเครือข่ายเพื่อกำหนดบทบาทหน้าที่ การร่วมกันตรวจร้านชำโดยเครือข่าย การอบรม



ความรู้ให้แก่ผู้ประกอบการ การพัฒนาศักยภาพ
เครือข่าย⁶ การประเมินและถอดบทเรียน⁷

จากการสำรวจสถานการณ์การจำหน่ายยาในร้านชำ
ในจังหวัดศรีสะเกษ ในปี 2565 ด้วยเครื่องมือร้านชำ GIS
หรือหอมแดง Project จำนวน 9,305 ร้าน ในปี 2565 พบ
ร้านชำสีเขียว สีเหลือง และสีแดง คิดเป็นร้อยละ 58.49,
24.15 และ 17.36 ตามลำดับ โดยร้านชำสีแดง คือ ร้านชำ
จำหน่ายยาไม่เหมาะสมจำนวน 1,615 ร้าน และ
สถานการณ์การจำหน่ายยาในร้านชำของตำบลสัมป่อย
อำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 45 ร้าน พบร้าน
ชำจำหน่ายยาไม่เหมาะสมจำนวน 10 ร้าน คิดเป็นร้อยละ
22.22⁸ และในปี 2565 – 2566 จากฐานข้อมูลระบบ
บริหารจัดการข้อมูลโรงพยาบาล หรือ Hospital
Information Management Professional (Himpro)
OPD โรงพยาบาลราษีไศล พบรายงานผู้ป่วยแพ้ยจากการ
ซื้อยาจากร้านชำในชุมชนตำบลสัมป่อย จำนวน 2
คน ปัจจุบันจังหวัดศรีสะเกษยังไม่มีรูปแบบการ
ดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหาการจำหน่ายยาห้ามจำหน่ายใน
ร้านชำที่ชัดเจน จึงต้องมีการพัฒนาระบบเฝ้าระวังเพื่อ
แก้ปัญหาการจำหน่ายยาห้ามจำหน่ายในร้านชำ โดยใช้
กิจกรรมตามนโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน
ให้ครบทั้ง 5 กิจกรรมหลัก ซึ่งเป็นกระบวนการระบุ
ปัญหา วิเคราะห์สาเหตุ และทบทวนจุดบกพร่องของการ
ตรวจเฝ้าระวังฯ เดิม นำไปสู่การออกแบบระบบ
เฝ้าระวังฯ ที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ โดยมีการ
ประเมินและสะท้อนผลการปฏิบัติงานในชุมชน เพื่อ
แก้ปัญหาการจำหน่ายยาในร้านชำ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังการจำหน่ายยาห้าม
จำหน่ายในร้านชำ ผ่านนโยบายส่งเสริมการใช้ยาอย่างสม
เหตุผลในชุมชน (RDU Community)
2. เพื่อศึกษาผลของการใช้ระบบเฝ้าระวังการจำหน่าย
ยาห้ามจำหน่ายในร้านชำที่พัฒนา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action
Research) ประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ขั้นตอน
การวางแผน ระยะที่ 2 ขั้นตอนการปฏิบัติ ระยะที่ 3
ขั้นตอนการสังเกต และระยะที่ 4 ขั้นตอนการสะท้อน
กลับ ดำเนินการวิจัยในพื้นที่ชุมชน ตำบลสัมป่อย
อำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ ระหว่าง 1 มกราคม
2567 ถึง 31 พฤษภาคม 2567 รายละเอียดดังนี้

1. ประชากร กลุ่มตัวอย่างและผู้มีส่วนร่วมในการ วิจัย

การศึกษามูลการดำเนินการโดยการวิจัยเชิง
ปริมาณ โดยกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่างจาก
ร้านขายของชำและประชาชนในตำบลสัมป่อย
อำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ

1.1 ประชากร ได้แก่

- 1) ร้านชำทุกร้านในตำบลสัมป่อย จำนวน
45 ร้าน
- 2) ผู้ประกอบการร้านชำทุกร้าน จำนวน
45 คน
- 3) ประชาชนตัวแทนครัวเรือน
จำนวน 1,853 หลังคาเรือน จาก 17
หมู่บ้าน



1.2 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

- 1) ร้านชำทุกร้านในตำบลสัมปอ่ย จำนวน 45 ร้าน
- 2) ผู้ประกอบการร้านชำทุกร้าน จำนวน 45 คน
- 3) ประชาชนตัวแทนครัวเรือนจาก 17 หมู่บ้าน คำนวณหาขนาดตัวอย่างด้วยสูตรคำนวณของ Taro Yamane ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้เท่ากับ 329 คน แต่ผู้ทำวิจัยได้ปรับ ตัวอย่างเพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 362 คน (เพิ่มขึ้น 10%) เพื่อป้องกันแบบสอบถามที่ตอบไม่ครบ หรือกรอกแบบสอบถามไม่ถูกต้อง โดยสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เลือกตัวอย่างจาก 17 หมู่บ้าน ๆ ละ 22 คน

1.3 ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ประกอบด้วยเครือข่าย บวร.ร. ชุมชนสัมปอ่ย ได้แก่ บ: บ้าน (อาสาสมัครสาธารณสุข หรือ อสม. องค์กรผู้บริโภคตำบลสัมปอ่ย ผู้นำชุมชน และผู้ประกอบการร้านชำ) ว: วัด (พระ จากวัดบ้านสัมปอ่ยใหญ่) ร: โรงเรียน (ครู และนักเรียน อย.น้อย จากโรงเรียนสัมปอ่ยพิทยาคม) ร: หน่วยงานราชการ (เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสัมปอ่ย เทศบาลตำบลสัมปอ่ย โรงพยาบาลราชสีไศล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอราชสีไศล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ) ด้วยวิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าของเจ้าหน้าที่

ทำงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คปส.)

- 1) ทำงานด้าน คปส. ตั้งแต่ 3 ปี ขึ้นไป
- 2) มี ส ม า ร ท์ โฟ น แล ะ เ ข้ า ถึ ง อินเทอร์เน็ตได้
- 3) บุคลากรที่สามารถเข้าร่วม งานวิจัยได้ครบตามกำหนดระยะเวลาได้ทั้งหมด 6 คน

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้า อสม. องค์กร

ผู้บริโภค และเครือข่ายอื่น ๆ

- 1) ผู้ที่สามารถสื่อสารเข้าใจและยินยอมให้ข้อมูล
- 2) ทำงานด้าน คปส. ตั้งแต่ 3 ปี ขึ้นไป
- 3) มีสมาร์ทโฟนและเข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้ ผู้ที่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยได้ครบตามกำหนดระยะเวลาได้ทั้งหมด 50 คน

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าของ

ผู้ประกอบการร้านชำ: เป็นผู้ที่มีความร่วมมือในการสำรวจร้านชำ และยินยอมให้สัมภาษณ์ ได้ทั้งหมด 45 คน

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าของประชาชน :

เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่มากกว่า 10 ปี ได้ทั้งหมด 362 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพ คือ แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณ สำหรับใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่



1) สำรวจร้านชำด้วยเครื่องมือแบบออนไลน์ ร้านชำ GIS เก็บข้อมูลจำนวนร้านชำที่มีการจำหน่ายยาห้ามจำหน่าย 2 ครั้งห่างกัน 45 วัน

2) แบบทดสอบความรู้ผู้ประกอบการร้านชำเกี่ยวกับพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 (พ.ร.บ. ยา) จำนวน 16 ข้อ (16 คะแนน) แบบ 4 ตัวเลือก ซึ่งพัฒนามาจากแบบวัดในการศึกษาของ ปัทมาพร ปัทมาสารวาท และคณะปี 2562³

แบบทดสอบทั้งหมดได้รับการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ 1) ภก.บรรเจิด เดชาศิลป์ชัยกุล ข้าราชการบำนาญ อดีตที่ปรึกษาระดับกระทรวงสาธารณสุข นักวิชาการอาหารและยาทรงคุณวุฒิ 2) ภก.ไพฑูรย์ แก้วอมร เกษัชกรผู้เชี่ยวชาญ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ 3) ภญ.มัลลิกา สุพล เกษัชกรชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ข้อมูลที่ได้ถูกนำมาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) เพื่อถอดประเด็นที่เกี่ยวข้อง จุดอ่อน ข้อจำกัด และสิ่งที่ควรพัฒนา ค่า IOC เท่ากับ 1 และมีการปรับเพิ่มเติมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิในประเด็นการใช้คำถามที่ตรงกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัยความครอบคลุมของคำถามและสำนวนภาษาเหมาะสม และมีการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ เนื้อหาของแบบวัดความรู้ประกอบด้วย 1) ความรู้เกี่ยวกับประเภทยาตามกฎหมายที่กำหนดได้และไม่ได้ในร้านชำ (2 ข้อ) 2) ความรู้เรื่องการอ่านฉลากยา (7 ข้อ) ได้แก่ ฉลากยาแผนปัจจุบัน ฉลากยาแผนโบราณ ฉลากยาอันตราย ฉลากยาสามัญประจำบ้าน ฉลากยารวัน

หมดอายุ การแบ่งประเภทยาแผนโบราณ และการแบ่งประเภทยาปฏิชีวนะ 3) ความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยในการใช้ยา (6 ข้อ) ได้แก่ การใช้ยาในผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยา การใช้ยาในหญิงตั้งครรภ์ การใช้ยาในหญิงให้นมบุตร การใช้ยาในผู้ป่วยโรคไต การใช้ยาปฏิชีวนะและการใช้ยาในผู้ป่วยเด็ก และ 4) ความรู้เรื่องการจัดเก็บยาที่เหมาะสม (1 ข้อ)

3) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการบริโภคยาอย่างปลอดภัยของประชาชนของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เนื้อหาของแบบวัดความรู้ ประกอบด้วยข้อคำถามความรู้ด้านยา จำนวน 10 ข้อ (10 คะแนน)

3. วิธีการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลสรุปผลการวิจัยทั้ง 4 ระยะ ในขอบเขตการดำเนินการวิจัย คือ 1) ร้านชำทุกร้านในตำบลสัมปอ จำนวน 45 ร้าน 2) ผู้ประกอบการร้านชำทุกร้าน จำนวน 45 คน 3) ประชาชนตัวแทนครัวเรือน จำนวน 362 คน

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

2) ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

3) เปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อน-หลัง สถิติเชิงวิเคราะห์ Paired t – test กำหนดนัยสำคัญที่ $p < 0.05$

5. ขั้นตอนในการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) รวม 4 ระยะ โดยดำเนินการผ่านกิจกรรมตามนโยบาย



การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนให้ครบทั้ง 5 กิจกรรมหลัก ซึ่งเป็นกระบวนการระบุปัญหา วิเคราะห์สาเหตุ และทบทวนจุดบกพร่องของการตรวจเฝ้าระวังฯ เดิม นำไปสู่การออกแบบระบบเฝ้าระวังที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ โดยมีการประเมินและสะท้อนผลการปฏิบัติงานในชุมชน เพื่อแก้ปัญหการจำหน่ายยาในร้านชำ ได้แก่

1) การประเมินปัญหาในพื้นที่ เป็นการสำรวจข้อมูลทั่วไปและสถานการณ์ปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชนสัมป่อย ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ได้แก่ 1) สำรวจร้านชำและวัดความรู้ผู้ประกอบการร้านชำ ครั้งที่ 1 และ 2) การวัดความรู้ประชาชน ครั้งที่ 1

2) การคืนข้อมูลการเฝ้าระวังและผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากยาในชุมชนโดยเภสัชกร เป็นการคืนข้อมูลการเฝ้าระวังร้านชำและข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากการใช้ยาโดยเภสัชกร ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ได้แก่ การอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคนยาอย่างปลอดภัยแก่ประชาชนทุกครัวเรือนผ่านเวทีประชาคมตำบล ครั้งที่ 1

3) การร่วมกันวิเคราะห์และร่วมวางแผนจัดกิจกรรม เป็นการร่วมกันวิเคราะห์และร่วมวางแผนจัดกิจกรรม ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ได้แก่ การประชุมวางแผนร่วมกับเครือข่าย บวร.ร.

4) การออกแบบระบบเฝ้าระวังฯ โดยเครือข่าย บวร.ร. เป็นการร่วมออกแบบระบบเฝ้าระวังฯ โดยผู้วิจัยและเครือข่าย บวร.ร. ชุมชนสัมป่อย และร่วมดำเนินการเฝ้าระวัง ครั้งที่ 2 ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ได้แก่ 1) การสำรวจร้านชำและวัดความรู้ผู้ประกอบการร้านชำ ครั้งที่ 2 และ 2) การวัดความรู้ประชาชน ครั้งที่ 2

5) การสร้างข้อตกลงร่วมกัน เป็นการคืนข้อมูลการดำเนินงานแก่ชุมชนและประกาศใช้ข้อตกลงร่วมกัน ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ได้แก่ เวทีประชาคมตำบล ครั้งที่ 2

เมื่อนำขั้นตอนเข้าสู่กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้

- ระยะที่ 1 ขั้นตอนการวางแผน (Planning) ได้แก่

1) การสำรวจร้านชำและวัดความรู้ผู้ประกอบการร้านชำ ครั้งที่ 1

การสำรวจร้านชำ ครั้งที่ 1 ทั้ง 45 ร้านของตำบลสัมป่อย โดยเจ้าหน้าที่ซึ่งอยู่ในเครือข่าย คบส. ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน คบส. 1 คน องค์กรผู้บริโภคมตำบลสัมป่อย 2 คน และ อสม. หมู่บ้านละ 2 คน การตรวจร้านชำแต่ละรอบใช้เวลาประมาณ 7 วัน โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสัมป่อยเป็นผู้แนะนำทีมเจ้าหน้าที่ผู้สำรวจ ขออนุญาตสำรวจยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่วางจำหน่ายและตามจุดที่มองเห็นในร้านชำ โดยไม่มีการแจ้งให้ทราบล่วงหน้า ถึงกำหนดการสำรวจ องค์กรผู้บริโภคมตำบลสัมป่อยทำการสำรวจร้านชำลงใน Google Form ร้านชำ GIS หรือ หอมแดง Project ด้วยโทรศัพท์มือถือแบบสมาร์ทโฟน และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน คบส. บันทึกข้อมูลลงในแบบทดสอบความรู้ผู้ประกอบการร้านชำเกี่ยวกับ พ.ร.บ.ยา ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของผู้ประกอบการ ลักษณะการจำหน่าย ประวัติการอบรมเกี่ยวกับ พรบ.ยา ร่วมกับประเมินความรู้ผู้ประกอบการ เรื่อง พ.ร.บ.ยา



2) การวัดความรู้ประชาชน ครั้งที่ 1 การประเมินความรอบรู้การใช้ยาของประชาชน จากทั้งหมด 17 หมู่บ้านในตำบลสัมปอ หมู่บ้านละ 22 คน รวมจำนวนตัวอย่าง 362 คน

3) การประชุมวางแผนร่วมกับเครือข่าย บวร.ร. ผ่านเวทีประชาคมตำบล ครั้งที่ 1 จัดโดยเทศบาลตำบลสัมปอ เป็นการคืนข้อมูลสถานการณ์การจำหน่ายยาในร้านชำในจังหวัดศรีสะเกษ ในปี 2565 ด้วยเครื่องมือร้านชำ GIS หรือ หอมแดง Project จำนวน 9,305 ร้าน ในปี 2565 พบร้านชำสีเขียว สีเหลือง และสีแดง คิดเป็นร้อยละ 58.49, 24.15 และ 17.36 ตามลำดับ

เภสัชกรซึ่งเป็นผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลอุบัติการณ์ ปัญหาการใช้ยาที่พบในโรงพยาบาลซึ่งเกิดจากการใช้ยาที่มีอยู่ในชุมชน โดยรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย 3 กลุ่มโรคหลัก ได้แก่ การเกิดภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น ภาวะไตวายเรื้อรัง และผื่นแพ้ยา ผู้วิจัยเก็บข้อมูลผู้ป่วยย้อนหลัง 2 ปี ในระหว่าง 1 ตุลาคม 2565 – 30 กันยายน 2566 จากเวชระเบียนผู้ป่วยและฐานข้อมูล Himpro ของโรงพยาบาลราชสีไศล หากมีการสงสัยเกี่ยวกับการวินิจฉัยจะใช้วิธีการยืนยันโดยแพทย์ หากข้อมูลแหล่งที่มาของยาที่ก่อปัญหาไม่ชัดเจน ผู้วิจัยใช้วิธีการโทรศัพท์สอบถามจากผู้ป่วยและญาติเพื่อให้มั่นใจว่าแหล่งที่มาของยา คือ แหล่งภายในชุมชนจริง จากนั้นเภสัชกรคืนข้อมูลให้เครือข่าย บวร.ร. รับทราบ และเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น

4) ออกแบบระบบการเฝ้าระวังฯ ร่วมกับเครือข่าย บวร.ร. ด้วยการสนทนากลุ่มการศึกษาในส่วนนี้ใช้การประชุมเพื่อระดมความคิดเห็นในกลุ่มเครือข่าย บวร.ร. ตำบลสัมปอ ทั้งหมด 57 คน ได้แก่ ตัวแทน

อสม. หมู่บ้านละ 1 คน รวม 17 คน ตัวแทนองค์กรผู้บริโภคตำบลสัมปอ 2 คน ตัวแทนผู้นำชุมชนทุกหมู่บ้าน ๆ ละ 1 คน รวม 17 คน ตัวแทนผู้ประกอบการร้านชำ 10 คน พระจากวัดบ้านสัมปอใหญ่ จำนวน 1 รูป ครูแกนนำ อย.น้อย 1 คน ตัวแทนนักเรียน แกนนำ อย. น้อย จาก โรงเรียนสัมปอพิทยาคม 2 คน เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสัมปอ 2 คน เภสัชกรจากโรงพยาบาลราชสีไศล 1 คน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอราชสีไศล 1 คน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งเป็นผู้วิจัยเอง 1 คน

เภสัชกรซึ่งเป็นผู้วิจัยนำเสนอกรณีศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับอันตรายจากการใช้ยาในชุมชนในลักษณะการบอกเล่ากรณีศึกษาผู้ป่วยในประเด็นผลกระทบและการดูแลรักษาซึ่งเป็นข้อมูลชุดเดียวกันกับการคืนข้อมูลให้ประชาชนและเครือข่าย คบส. ในเวทีประชาคม ครั้งที่ 1 เพื่อให้เครือข่าย บวร.ร. ทั้ง 57 คน รับทราบปัญหา ร่วมกัน จากนั้นเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น เภสัชกรเป็นผู้กำหนดประเด็นในการสนทนากลุ่ม เพิ่มเติม ได้แก่ การพัฒนาแนวทางระบบเฝ้าระวังการจำหน่ายยาในร้านชำ การแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบเครือข่าย บวร.ร. และแนวทางการกำกับติดตามและประสานอย่างต่อเนื่อง สนทนากลุ่ม ดำเนินการจนได้ข้อสรุปร่วมกันเป็นแนวทางการเฝ้าระวังการจำหน่ายยาในร้านชำของตำบลสัมปอ อำเภอราชสีไศล จังหวัดศรีสะเกษ

- ระยะที่ 2 ขั้นตอนการปฏิบัติ (Action)

ได้แก่

1) การอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคยาอย่างปลอดภัยแก่ประชาชนทุกครัวเรือน



การอบรมความรู้ผู้ประกอบการ: โดยผู้วิจัยจัดการอบรมความรู้ผู้ประกอบการร้านชำทุกแห่งของตำบลสัมป่อยทั้งหมดจำนวน 45 ร้าน เกษตรกรผู้วิจัยเป็นผู้ให้ความรู้แก่ผู้ประกอบการเรื่องประเภทยาตามกฎหมายและยาที่ห้ามจำหน่ายในร้านชำตาม พ.ร.บ.ยา ตลอดจนเรื่องยาสามัญประจำบ้าน การอบรมใช้สื่อวิดีโอแสดงถึงการผลกระทบของการจำหน่ายยาในร้านชำ การใช้ยาที่ปลอดภัยของผู้ป่วย ได้แก่ การใช้ยาในหญิงตั้งครรภ์และให้นมบุตร การใช้ยากลุ่มยาต้านอักเสบชนิดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ การใช้ยาปฏิชีวนะ และความรู้เรื่องการอ่านฉลาก ได้แก่ การตรวจสอบทะเบียนยาแผนปัจจุบันทะเบียนยาแผนโบราณเลขทะเบียนอาหาร เลขจดแจ้งเครื่องสำอาง และการดูฉลากวันหมดอายุ การอบรมใช้เวลา 2 ชั่วโมง ในการวิจัยประกอบการทำแบบทดสอบความรู้จำนวน 16 ข้อหลังการอบรมทันที ซึ่งเป็นการวัดความรู้ครั้งที่ 2 โดยการประเมินครั้งที่ 1 เกิดขึ้นในขั้นที่ 1 การวางแผน

การอบรมความรู้แก่ประชาชนในพื้นที่ : การสร้างความรอบรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผล ดำเนินการในประชาชนกลุ่มเดิม 362 คน ที่ผ่านการประเมินความรอบรู้มาแล้วในขั้นที่ 1 การวางแผน ซึ่งเกิดขึ้นก่อนการอบรมรวม โดยเกษตรกรใช้เวลา 2 ชั่วโมงเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับสถานการณ์การจำหน่ายยาห้ามจำหน่ายในร้านชำและในพื้นที่ตำบลสัมป่อย ผลกระทบจากการใช้ยาไม่เหมาะสม เช่น การเกิดภาวะแทรกซ้อน การติดเชื้อฉวย การพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น และการเสียชีวิต จากนั้นคืนข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบจากการใช้ยาในชุมชนให้ประชาชนได้รับทราบ เพื่อสร้างความตระหนักเกี่ยวกับการใช้ยาที่ไม่ปลอดภัย และ

อบรมความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยในการใช้ยาโดยใช้ชุดความรู้เดียวกับที่อบรมผู้ประกอบการ

การสร้างข้อตกลงทุกภาคส่วน: ภาคส่วนที่ร่วมกันดำเนินงานได้กำหนดกติการะหว่างภาครัฐและผู้ประกอบการ ประกอบด้วย เครือข่าย บวร.ร. จำนวน 57 คน โดยหลังจากรับทราบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในชุมชน และมีการอบรมความรู้ในผู้ประกอบการและประชาชนแล้ว ทุกฝ่ายร่วมประชุมเพื่อสร้างข้อตกลงเริ่มด้วยการเปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับกติกาและบทลงโทษกรณีพบยาที่ห้ามจำหน่ายในร้านชำ เพื่อบัญญัติไว้ในแนวทางการระบบเฝ้าระวังการจำหน่ายยาในร้านชำ และปัญหาอื่น ๆ

- ระยะที่ 3 ขั้นตอนการสังเกต

(Observing) ได้แก่

1) การสำรวจร้านชำและวัดความรู้ผู้ประกอบการร้านชำ ครั้งที่ 2 เป็นเครือข่าย บวร.ร. ตรวจซ้ำเป็นครั้งที่ 2 หลังอบรมให้ความรู้ผู้ประกอบการร้านชำเป็นเวลา 45 วัน และบันทึกผลการสำรวจ

2) การวัดความรู้ประชาชน ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยประเมินความรู้หลังอบรมประชาชนโดยทำแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบริโภคยาอย่างปลอดภัยของประชาชน ชุดเดิมจำนวน 10 ข้อ หลังอบรมให้ความรู้ตัวแทนประชาชนทุกครัวเรือน เป็นเวลา 45 วัน

- ระยะที่ 4 ขั้นตอนการสะท้อนผล

(Reflecting) ได้แก่

1) สรุปผลการดำเนินงานผ่านเวทีประชาคมตำบล ครั้งที่ 2 ขั้นตอนนี้เป็นการประชุมเพื่อสรุปผลการ



ดำเนินการโดยเครือข่าย บวร.ร. สัมป่อย ร่วมกันสะท้อนถึงปัจจัยความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรค แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเสนอแนะการแก้ปัญหาในการดำเนินการรอบถัดไป

ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ SPPH 2024-025

ผลการศึกษา

1. ระบบการเฝ้าระวังการจำหน่ายยาในร้านชำ

ตำบลสัมป่อย

มีการแบ่งหน้าที่ในเครือข่าย: จากการประชุมกลุ่มร่วมกันของเครือข่าย บวร.ร. ตำบลสัมป่อย จำนวน 57 คน ได้ข้อสรุปร่วมกัน คือ การดำเนินการของระบบเฝ้าระวังเป็นระบบที่ทำงานร่วมกันทุกภาคส่วนโดยมีส่วนร่วมเชื่อมกันระหว่างสถานพยาบาลและชุมชนโดยการแบ่งความรับผิดชอบของสมาชิกในเครือข่าย บวร.ร. มีดังนี้ 1) อสม. 2 คน และองค์กรผู้บริโภคร 2 คนรับผิดชอบสำรวจร้านชำเกี่ยวกับยาที่ห้ามจำหน่ายทุก 6 เดือน ในพื้นที่ของตนเอง บันทึกผลการสำรวจร้านชำลงใน Google Form ร้านชำ GIS หรือ หอมแดง Project ด้วยมือถือสมาร์ทโฟน 2) ผู้อำนวยการ รพ.สต. มีหน้าที่ในการรับข้อมูลและร่วมลงไปสอดส่องดูแลกรณีพบยาห้ามจำหน่ายและร่วมตรวจติดตามเฝ้าระวังทุกปี 3) ผู้นำชุมชน ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน มีส่วนช่วยในการควบคุมการจำหน่ายยาในพื้นที่ พร้อมให้คำเตือนที่เหมาะสม รวมทั้งให้ความรู้และข่าวสารแก่ลูกบ้านผ่านหอกระจายข่าวหมู่บ้านตามโอกาส 4) ผู้ประกอบการร้านชำ มีหน้าที่คัดเลือกยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ปลอดภัยจำหน่ายในร้านชำ 5) เกษตรกร รพ.แม่ข่าย มีหน้าที่ประสานด้านข้อมูลเกี่ยวกับการจำหน่ายยาที่ห้ามจำหน่ายใน

ชุมชน เพื่อคืนข้อมูลสู่ศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) และทำหน้าที่คืนข้อมูล และร่วมกับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอกำหนดนโยบายระดับอำเภอ และติดตาม ประเมินผล (สุ่มลงสำรวจร้านชำ) ปีละ 1 ครั้ง และให้ความรู้แก่ประกอบการและประชาชน รวมทั้งให้คำปรึกษาแก่ชุมชนในเรื่องของการจำหน่ายยาและการใช้ยาที่ปลอดภัย องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ เทศบาลตำบล มีหน้าที่สนับสนุนงบประมาณการดำเนินงานทุกรูปแบบ และจัดทำควบคุม กำกับ นโยบายการจัดการร้านชำที่ทำผิดข้อตกลงเครือข่าย เช่น ใบอนุญาต/ ขึ้นทะเบียน เครือข่ายอื่น ๆ ได้แก่ พระสงฆ์ในวัดประจำหมู่บ้าน ครูและนักเรียน แกนนำ อย. น้อย มีหน้าที่ให้ความรู้แก่กลุ่มเป้าหมายของตนเอง ในโอกาสต่าง ๆ นักเรียน อย. น้อย ให้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องเกี่ยวกับยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพแก่เพื่อนนักเรียนในโรงเรียน และบอกต่อพ่อแม่ที่บ้าน และญาติพี่น้องในชุมชน ดังแสดงในรูปที่ 1

ข้อตกลงหรือข้อบัญญัติของชุมชน

การประชุมเพื่อสร้างข้อตกลงร่วมกันของทุกภาคส่วนสามารถสรุปได้เป็นธรรมนูญสุขภาพของตำบลสัมป่อย ดังนี้

1. ผู้ประกอบการร้านชำและชุมชนจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาความรู้เรื่องการจำหน่ายยาในร้านชำ และการเลือกบริโภคอย่างปลอดภัยจากส่วนกลางเป็นประจำทุกปี

2. การตรวจเฝ้าระวังจะต้องมีการทำเป็นประจำทุก 6 เดือน โดย อสม. และองค์กรผู้บริโภคร ในพื้นที่และสุ่มสำรวจซ้ำทุก 1 ปี โดยเกษตรกร และเจ้าหน้าที่ระดับอำเภอ



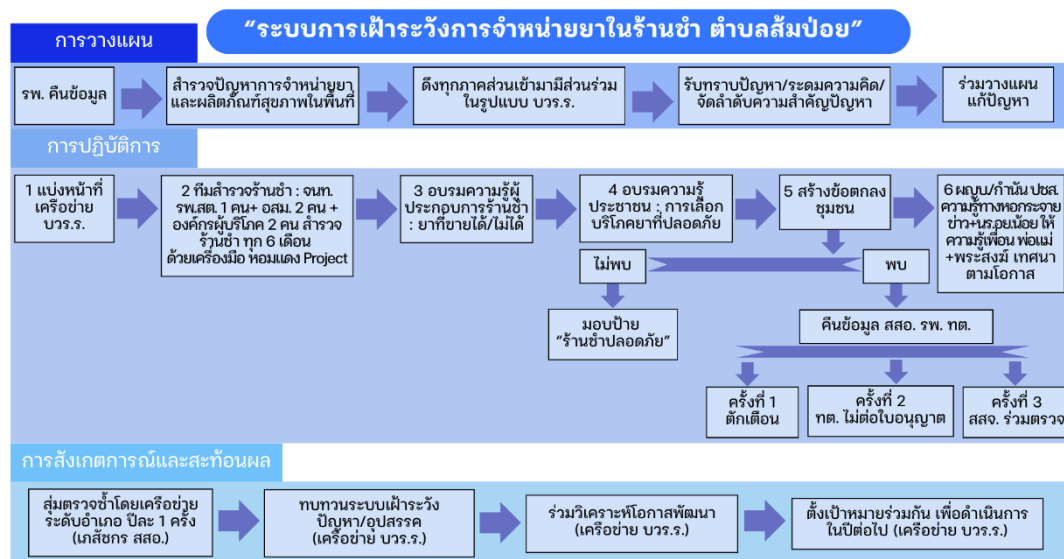
3. กำหนด ผู้ใหญ่บ้าน ซึ่งเป็นบุคคลสำคัญในพื้นที่มีส่วนช่วยในการประชาสัมพันธ์และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจำหน่ายยาในพื้นที่ผ่านหอกระจายข่าวของชุมชนตามโอกาส

4. ทุกคนในชุมชนมีส่วนในการเฝ้าระวังการจำหน่ายยาห้ามจำหน่ายในชุมชน เช่น หากพบเจอรถเร่จำหน่ายยาผิดกฎหมายในพื้นที่ให้ถ่ายภาพและแจ้งต่อกำนันหรือผู้ใหญ่บ้านและเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ในพื้นที่ เพื่อให้ลงไปร่วมตรวจสอบ

5. การห้ามจำหน่ายยาในชุมชนเป็นวาระการประชุมของหมู่บ้านในทุกเดือน เพื่อให้มีการร่วมปรึกษาหารือและแลกเปลี่ยนร่วมกัน

6. ร้านชำที่ไม่พบการจำหน่ายยาห้ามจำหน่าย จะได้รับการรับรองผ่านการมอบป้าย “ร้านชำปลอดภัย” โดยมีอายุการรับรอง 1 ปี และจะได้รับการรับรองอีกครั้งเมื่อมีการตรวจในครั้งต่อไปเพื่อให้ความมั่นใจแก่ประชาชนในพื้นที่ว่าร้านชำมีการจำหน่ายยาที่ปลอดภัย

7. หากพบการจำหน่ายยาห้ามจำหน่ายในร้านชำ ให้แจ้งแก่ รพ.สต. และ เทศบาลตำบลในพื้นที่เพื่อร่วมลงไปตรวจสอบ โดยหากตรวจพบครั้งที่ 1 จะใช้วิธีการตักเตือน หากตรวจพบครั้งที่ 2 เทศบาลตำบลจะใช้เป็นข้อมูลพิจารณาไม่ต่อใบอนุญาตประจำปีให้ และหากตรวจพบเจอครั้งที่ 3 จะประสานทีมจังหวัด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) ลงดำเนินการตามกฎหมาย



รูปที่ 1 ระบบการเฝ้าระวังการจำหน่ายยาห้ามจำหน่ายในร้านชำตำบลลัมป่อย อำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ

2. ผลของการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังการจำหน่ายยาห้ามจำหน่ายในร้านชำของตำบลลัมป่อย

1) ผลการสำรวจการจำหน่ายยาในร้านชำ

ข้อมูลทั่วไป ผู้ประกอบการร้านชำจำนวน 45 ร้าน

ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 38 ราย อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 41 – 50 ปี การศึกษาสูงสุดคือ ระดับมัธยมศึกษาหรืออนุปริญญา จำนวน 31 ราย เป็นร้านชำขายปลีก จำนวน 33 ร้าน โดยไม่เคยอบรมความรู้ด้านกฎหมาย จำนวน 3 ราย (ตารางที่ 1)



ผลการสำรวจร้านชำทั้งหมด 45 ร้าน พบว่าในการสำรวจครั้งที่ 2 สัดส่วนของร้านชำที่จำหน่ายยาที่ห้ามจำหน่ายลดลงจากการสำรวจครั้งที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) คือ ลดจากร้อยละ 13.3 เหลือร้อยละ 0 ยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จลดลงจากร้อยละ 13.3 เหลือร้อยละ 0 และยาอันตรายที่ไม่ใช่ยาปฏิชีวนะลดลงจากร้อยละ 6.7 เหลือร้อยละ 0 จากการสำรวจพบยาอันตรายสูตรผสม Paracetamol 500 mg + Chlorpheniramine 2 mg

+ Phenylephrine 10 mg มากที่สุด รองลงมาคือ ยา Piroxicam 10 mg โดยไม่พบยาปฏิชีวนะ รวมถึงยาสเตียรอยด์ หรือยาชุดที่ต้องสงสัย แหล่งที่มาของยาในร้านชำมาจากร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ภายในจังหวัด) มากที่สุด รองลงมาคือ ร้านชำขายส่ง และรถเร่ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 51.1, 17.8 และ 4.4 ตามลำดับ โดยในการสำรวจครั้งที่ 2 พบแหล่งที่มา 2 แหล่ง คือ ร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ภายในจังหวัด) และร้านชำขายส่ง 55.5 และ 11.1 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ประกอบการ (n = 45)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน
เพศ	
ชาย	8
หญิง	37
อายุ	
ต่ำกว่า 20 ปี	2
21 – 30 ปี	5
31 – 40 ปี	4
41 – 50 ปี	20
51 – 60 ปี	12
60 ปี ขึ้นไป	2
ระดับการศึกษาสูงสุด	
ประถมศึกษา	7
มัธยมศึกษา/อนุปริญญา	31
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	7
ลักษณะการจำหน่ายสินค้า	
ร้านชำขายปลีก	33
ร้านชำขายปลีกและส่ง	12
ประวัติการอบรมกฎหมาย	
เคยอบรม	42
ไม่เคยอบรม	3



ตารางที่ 2 ผลการสำรวจร้านชำ (n = 45)

ลักษณะที่ศึกษา	จำนวน (ร้อยละ) ของร้านชำที่จำหน่ายยา ในการสำรวจร้านชำครั้งที่		p-value
	1	2	
ยาสามัญประจำบ้าน	27 (60.0)	30 (66.7)	0.083
ยาที่ขายไม่ได้	6 (13.3)	0 (0.0)	0.013
ยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จ	6 (13.3)	0 (0.0)	0.013
ยาอันตรายที่ไม่ใช่ยาปฏิชีวนะ	3 (6.7)	0 (0.0)	0.083
ยาอันตรายประเภทยาปฏิชีวนะ	0 (0.0)	0 (0.0)	-
ยาสเตียรอยด์ หรือยาชุดที่ต้องสงสัย	0 (0.0)	0 (0.0)	-
ยาเสื่อมสภาพ	0 (0.0)	0 (0.0)	-
ยาหมดอายุ	0 (0.0)	0 (0.0)	-
แหล่งที่มา			
ร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ภายในจังหวัด)	23 (51.1)	25 (55.5)	0.160
ร้านชำขายส่ง	8 (17.8)	5 (11.1)	0.083
รถเร่	2 (4.4)	0 (0.0)	0.044

2) ผลการให้ความรู้แก่ผู้ประกอบการ

การวัดความรู้ด้านยาของผู้ประกอบการร้านชำ ก่อนและหลังการอบรม พบว่าผู้ประกอบการมีคะแนนความรู้ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจาก 8.11 ± 2.28 เป็น 13.02 ± 2.74 (เต็ม 16 คะแนน) ($p < 0.001$) (ตารางที่ 3) เนื้อหาที่มีผู้ตอบถูกน้อยกว่าร้อยละ 80 ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการอ่านฉลากยา และความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยในการใช้ยา เนื้อหาที่ผู้ประกอบการทำคะแนนได้ดีหลังอบรม (ตอบถูกมากกว่าร้อยละ 80) ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับประเภทของยาตามกฎหมายที่กำหนดได้และไม่ได้ในร้านชำ และความรู้เรื่องการจัดเก็บยาที่เหมาะสม

3) ผลการให้ความรู้แก่ประชาชน

ความรู้ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นประชาชนก่อนและหลังการอบรม เท่ากับ 5.99 ± 1.11 เป็น 8.70 ± 1.07 (คะแนนเต็ม 28 คะแนน) ประชาชนมีความรู้เรื่องการใช้อยาในชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (ตารางที่ 4) โดยข้อคำถามที่มีผู้ตอบถูกมากที่สุด ได้แก่ ความรู้เรื่องยาชุด ยาลูกกลอน ยาสมุนไพร ยาต้ม ยาหม้อ ยาพระ รวมทั้งยาที่อวดอ้างสรรพคุณว่ารักษาได้สารพัดโรค มักพบว่ามีส่วนผสมของสเตียรอยด์ และข้อคำถามที่มีผู้ตอบถูกน้อยที่สุด ได้แก่ เรื่องการทดสอบสเตียรอยด์ในยาแผนโบราณด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น



ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับ พ.ร.บ.ยา ของกลุ่มตัวอย่างผู้ประกอบการร้านชำ (n = 45)

ความรู้ผู้ประกอบการ ร้านชำเกี่ยวกับ พ.ร.บ.ยา	$\bar{x}$	S.D.	mean	S.D.	95%CI of the difference		T	p-value
					Lower	Upper		
ครั้งที่ 1	8.11	2.28	-4.911	1.459	-5.349	-4.473	- 22.582	<0.001
ครั้งที่ 2	13.02	2.74						

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการบริโภคยาปลอดภัย ของกลุ่มตัวอย่างประชาชน (n = 362)

ความรู้ประชาชน เกี่ยวกับการบริโภคยา	$\bar{x}$	S.D.	mean	S.D.	95%CI of the difference		T	p-value
					Lower	Upper		
ครั้งที่ 1	5.99	1.11	-2.704	1.550	-2.823	-2.585	- 44.746	< 0.001
ครั้งที่ 2	8.70	1.07						

สรุปและอภิปรายผล

1. ระบบการเฝ้าระวังการจำหน่ายยาห้ามจำหน่าย ในร้านชำของตำบลสัมปอ

การศึกษานี้มีการดำเนินกิจกรรมโดยใช้นโยบายส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผลในชุมชนครบทั้ง 5 กิจกรรมหลัก โดยการเชื่อมโยงอันตรายจากการใช้ยาและแหล่งการกระจายในชุมชน เป็นการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกในโรงพยาบาล (Proactive Hospital Based Surveillance) ตลอดจนนำข้อมูลดังกล่าวไปคืนต่อชุมชน ซึ่งก่อนหน้านี้โรงพยาบาลแม่ข่ายยังไม่มี การคืนข้อมูลสู่ชุมชน ทำให้ชุมชนยังไม่ทราบปัญหาหรือผลกระทบจากการใช้ยาในชุมชน หลังจากคืนข้อมูลให้กับชุมชนผ่านกรณีศึกษาที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลพบว่าชุมชนเกิดการรับรู้ถึงปัญหาและผลกระทบของการซื้อยาจากร้านชำที่ไม่ปลอดภัย โดย

เพิ่มช่องทางสื่อสารแบบออนไลน์ผ่านเครื่องมือการเฝ้าระวังและคืนข้อมูลแบบออนไลน์ที่เป็นนวัตกรรมและนโยบายของจังหวัด ได้แก่ หอมแดง Project เป็นการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกในชุมชน (Active Community Based Surveillance) การออกแบบระบบเฝ้าระวังการจำหน่ายยาผิดกฎหมายในร้านชำโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เป็นการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Community Participation) โดยมีการแบ่งหน้าที่เครือข่าย บวร.ร. (บ้าน วัด โรงเรียน และหน่วยงานราชการ) ร่วมดำเนินกิจกรรม ร่วมรับผล ร่วมประเมินผล เพื่อลดปัญหาดังกล่าวอย่างเหมาะสมกับบริบทและสภาพปัญหาของพื้นที่ และสร้างข้อตกลงร่วมกันทุกภาคส่วนระหว่างภาครัฐและเอกชน เป็นการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผลในภาคเอกชน (Good



Private Sector) ส่งเสริมความรู้ทั้งผู้ประกอบการ เพื่อลดการจำหน่ายและประชาชนเพื่อเกิดความรู้ ใ้ยาที่สมเหตุผล และการมอป่วย “ร้านชำปลอดภัย” แก่ร้านชำที่ผ่านการสำรวจแล้วไม่พบยาห้ามจำหน่าย โดยมีอายุรับรองเป็นเวลา 1 ปี เป็นการสร้างความรอบรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผลของประชาชน (RDU Literacy)

การทำให้เกิดระบบและกลไกเชิงรุกในการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาในชุมชน และการส่งต่อข้อมูลเพื่อจัดการความเสี่ยงในชุมชน¹ จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วน การสร้างความมีส่วนร่วม และกำหนดบทบาทสำคัญให้แต่ละภาคส่วน โดยภาครัฐเป็นตัวเชื่อมประสานให้เกิดระบบเฝ้าระวังในพื้นที่ รวมถึงการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผลในภาคเอกชน สามารถทำให้ผู้ประกอบการลดการจำหน่ายยาห้ามจำหน่ายในร้านชำและมีความรู้เกี่ยวกับกฎหมายยาเพิ่มขึ้น ตลอดจนประชาชนเกิดความรู้ ในการเลือกซื้อและเลือกใช้อย่างที่ปลอดภัย และไม่เรียกหาขายผิดกฎหมายในร้านชำ จนทำให้ลดการจำหน่ายยาผิดกฎหมายในร้านชำได้

2. ผลของระบบการเฝ้าระวังการจำหน่ายยาห้าม

จำหน่ายในร้านชำของตำบลสัมปอ

หลังดำเนินการตามกิจกรรมทั้งหมด พบว่าร้านชำที่จำหน่ายยาที่ห้ามจำหน่ายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากร้อยละ 13.3 ในการตรวจครั้งที่ 1 เหลือร้อยละ 0 ในการตรวจครั้งที่ 2 โดยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ห่างจากการประเมินครั้งที่ 1 เป็นเวลา 45 วัน)

หลังการอบรมความรู้แก่ผู้ประกอบการและประชาชน พบว่าผู้ประกอบการมีความรู้เพิ่มขึ้นจาก 8.11 ± 2.28 เป็น 13.02 ± 2.74 ($p < 0.001$) (คะแนนเต็ม 16 คะแนน) และความรู้ของประชาชนเพิ่มขึ้นจาก จาก 5.99 ± 1.11 เป็น 8.70 ± 1.07 ($p < 0.001$) (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)

ก่อนการดำเนินการพบร้านชำในพื้นที่ร้อยละ 13.3 ที่จำหน่ายยาห้ามจำหน่ายในร้านชำ สอดคล้องกับการศึกษาของ สลิลทิพย์ น้อยสนิท และชิตชนก เรือนก้อน ซึ่งพบการจำหน่ายยาที่ผิดกฎหมายในการตรวจระยะที่ 1 ในร้านชำ ร้อยละ 75.7⁹ การศึกษานี้พบการจำหน่ายยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จและยาอันตรายในร้านชำร้อยละ 13.3 สอดคล้องกับการศึกษาของ อัสพร บุญยัง และรุ่งทิพา หมื่นปา ซึ่งพบว่า ร้านขายของชำในจังหวัดพิษณุโลกร้อยละ 47.9 จำหน่าย ยาที่ไม่เหมาะสมร้านชำจำหน่ายยาซึ่ง “ไม่ใช่ยาสามัญประจำบ้านและไม่ใช่ยาปฏิชีวนะ” ยาปฏิชีวนะ ยาชุด และยาที่มีสเตียรอยด์ ร้อยละ 82.4, 62.3, 9.4 และ 3.8 ตามลำดับ¹⁰ ยาที่พบมากที่สุดคือ ยาอันตรายสูตรผสม Paracetamol 500 mg + Chlorpheniramine 2 mg + Phenylephrine 10 mg มากที่สุด รองลงมาคือ ยา Piroxicam 10 mg โดยไม่พบยาปฏิชีวนะ รวมถึงยา สเตียรอยด์ ปัจจัยที่ส่งผลต่อการจำหน่ายยาห้ามจำหน่ายของร้านชำ ในการศึกษาที่สอดคล้องกับการศึกษาอื่น ๆ คือ การเรียกหาขายของคนในชุมชน^{10,11}

หลังดำเนินการตามกิจกรรมที่กำหนดไม่พบการจำหน่ายยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จและยาอันตรายอีก ความชุกของการจำหน่ายยาสูตรผสมที่แตกต่างอาจ



เนื่องจากผู้ประกอบการร้านชำในพื้นที่เคยผ่านการอบรมความรู้ด้านกฎหมายมาแล้วร้อยละ 93.3 แต่อย่างไรก็ตาม ยังพบการจำหน่ายยาอันตรายอื่น ๆ เช่น กลุ่มยาต้านอักเสบชนิดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ เป็นต้น

การอบรมความรู้แก่ผู้ประกอบการร้านชำอาจลดการจำหน่ายยาห้ามจำหน่ายในร้านชำได้ส่วนหนึ่ง ทั้งนี้ ต้องมีการอบรมเพิ่มเติมอย่างสม่ำเสมอเพื่อสร้างความเข้าใจและพัฒนาความรู้ให้เป็นปัจจุบัน สอดคล้องกับยุคสมัย

แหล่งที่มาของยาในร้านชำพบว่า มาจากร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ในจังหวัด) มากที่สุด รองลงมาคือ ร้านชำขายส่ง และรรเร่ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนิษา ถิ่นแก้ว และคณะ¹¹ ดังนั้น ควรสร้างความร่วมมือโดยการคืนข้อมูลและนำร้านขายยาที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อส่งเสริมการกระจายยาที่เหมาะสมในชุมชนด้วย โดยอาจทำในภาพรวมอำเภอหรือจังหวัดก็ได้

การอบรมความรู้ให้แก่ผู้ประกอบการร้านชำว่าเนื้อหาที่มีผู้ตอบถูกน้อยกว่าร้อยละ 80 สอดคล้องกับที่พบในการศึกษาของ ปัทมาพร ปัทมาสราวุธ และคณะ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการอ่านฉลากยา และความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยในการใช้ยา³ อย่างไรก็ตาม ความรู้เป็นผลลัพธ์ขั้นกลาง โดยอาจมีผลทางอ้อมในการลดการจำหน่ายยาห้ามจำหน่ายในร้านชำ ทั้งนี้ ควรมีการส่งเสริมความรู้ในประเด็นที่ผู้ประกอบการยังตอบผิดร่วมกับการติดตามการจำหน่ายยาในร้านชำควบคู่ไปด้วยอย่างต่อเนื่อง

การศึกษานี้ให้ความรู้แก่ประชาชนเพื่อสร้างความรอบรู้เรื่องการใช้ยา ทำให้ประชาชนมีความรู้เพิ่มขึ้น และอาจทำให้การเรียกหาจากยาในร้านชำน้อยลง เพราะเกิดความตระหนักในการซื้อยาในร้านชำเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้ การศึกษานี้ยังทำในประชาชนจำนวนค่อนข้างน้อยและติดตามในระยะสั้น ดังนั้น ควรเพิ่มขนาดตัวอย่างและติดตามในระยะเวลายาวนานขึ้น

หลังจากการใช้นโยบาย RDU Community ในการแก้ปัญหาการจำหน่ายยาห้ามจำหน่ายในร้านชำพบว่าร้านชำที่จำหน่ายยาห้ามจำหน่ายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ สลิลทิพย์ น้อยสนิท และชิดชนก เรือนก้อน⁹ และ สุนิษา ถิ่นแก้ว และคณะ¹¹ สำหรับร้อยละของร้านชำที่จำหน่ายยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จและยาอันตรายลดลงในการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปัทมาพร ปัทมาสราวุธ และคณะ³ ซึ่งพัฒนาร้านชำต้นแบบโดยการประชุมวางแผนร่วมกับภาคีเครือข่าย การจัดทำบันทึกระหว่างรัฐกับประกอบการ การสำรวจร้านชำ 4 ครั้ง พบว่าร้อยละของร้านชำที่จำหน่ายยาอันตรายและยาปฏิชีวนะลดลงร้อยละ 48.9 และ 40.0 ตามลำดับ ขณะที่ในการศึกษานี้พบว่าลดลงร้อยละ 13.3 และ 0 ตามลำดับ ซึ่งร้อยละของร้านชำที่จำหน่ายยาห้ามจำหน่ายลดลงในปริมาณที่แตกต่างกันระหว่างการศึกษา อาจเกิดจากความแตกต่างของประชากรที่ศึกษาหรือสภาพปัญหาในพื้นที่ โดยก่อนดำเนินการ การศึกษาในอดีตพบการจำหน่ายห้ามจำหน่ายมากกว่าในการศึกษานี้



ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1) ควรมีการดำเนินการคืนข้อมูลการเฝ้าระวังตามระบบเฝ้าระวังที่พัฒนา และการอบรมให้ความรู้แก่ผู้ประกอบการและประชาชนในพื้นที่อย่างเข้มงวดและต่อเนื่องเพื่อสะท้อนปัญหา เพราะหากไม่มีการดำเนินงานอย่างเข้มงวดและต่อเนื่อง ผู้ประกอบการและประชาชนในพื้นที่อาจเกิดความตระหนักน้อยลง และเป็นที่มาของการกลับมาจำหน่ายและเรียกหาในร้านซ้ำได้

2) ควรมีการถอดบทเรียน และหาโอกาสในการพัฒนาให้ระบบเฝ้าระวังมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เช่น การค้นหาผู้ป่วยที่เกิดผลกระทบจากการใช้ยาในชุมชน ให้ครอบคลุม การดึงภาคส่วนอื่น ๆ เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมมากขึ้น เช่น ร้านขายยาที่เป็นแหล่งจำหน่ายยา ให้แก่ร้านชำผู้ประกอบการและประชาชนในพื้นที่ ที่ยังขาดความรู้เกี่ยวกับยาที่ถูกต้อง เป็นต้น

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) ระยะห่างในการออกตรวจร้านชำในแต่ละครั้ง ควรเว้นช่วงห่างอย่างน้อย 3 เดือน เพื่อให้ร้านชำได้ปรับปรุงข้อที่ปฏิบัติยังไม่ถูกต้อง

2) ผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการศึกษาวิจัยระดับต่อไปด้านการใช้อย่างสมเหตุสมผลนำไปสู่การป้องกันซื้อผิดยาและเพื่อติดตามพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ นพ.ทงค์ วีระแสงพงษ์ ซึ่งเป็นผู้บังคับบัญชา ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เข้าร่วมงานวิจัยทุกท่านที่ทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี



เอกสารอ้างอิง

1. กองบริหารการสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานพัฒนาระบบการใช้อย่างสมเหตุผลในชุมชน. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี. 2563.
2. เบญจมาศ บุคดาวงค์, วรสุตา ยุงทอง. การสร้างศักยภาพของชุมชนในการจัดการปัญหาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสม : กรณีอำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ.วารสารเภสัชกรรมไทย. 2559. 8(2); 331-43.
3. ปัทมาพร ปัทมาสราวุธ, รุ่งทิพา หมื่นปา. การพัฒนาร้านชำต้นแบบจากโครงการประชารัฐร่วมใจส่งเสริมการใช้อย่างปลอดภัยในชุมชน. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2562; 12(3): 601-11.
4. นทพร ชัยพิชิต, นฤมล เจริญศิริพรกุล, ผันสุ ชุมวรฐายี. ความรู้ ความเข้าใจต่อการแพ้ยาล และพฤติกรรมการพกบัตรแพทย์ของผู้ป่วยแพ้ยารโรงพยาบาลศรีนครินทร์. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2552; 24(3): 224-30.
5. อัจฉรีย์ สีหา, วรรณภา ศักดิ์ศิริ. การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาในร้านชำเขตอำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2565; 15(1): 304-17.
6. ธิดาพร อาจทวีกุล, วิรติ ปานศิลา, วรพจน์ พรหมสัถยพรด. การพัฒนาระบบการจำหน่ายยาอันตรายในร้านขายของชำในพื้นที่ตำบลสะแกโพรง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2559; 22(4): 497-509.
7. พรรณณา ศรีสวัสดิ์. ถอดบทเรียนการดำเนินงานพัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาสมเหตุผล : พื้นที่นำร่องอำเภอไชยาสมเหตุผลจังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ. 2566; 2: 43-55.
8. จินดาพร อุปถัมภ์, คณัฐวุฒิ หลวงเทพ, สิริธร บัวจจร. การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ. 2566; 3(1): 70-85.
9. สลิลทิพย์ น้อยสนิท, ชิดชนก เรือนก้อน. การพัฒนาพื้นที่ต้นแบบปลอดภัยยาปฏิชีวนะยาชุดยาผสมสารสเตียรอยด์ : กรณีเทศบาลตำบลทุ่งหลวงอำเภอศีรีมามาศ จังหวัดสุโขทัย. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2564; 13(4): 920-32.
10. อัปสร บุญยัง, รุ่งทิพา หมื่นปา. ความชุกของการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมของร้านชำในจังหวัดพิษณุโลกและปัจจัยที่มีผล. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2562; 11(1): 105-18.
11. สุนิษา ถิ่นแก้ว, รัตนารณ อาริพันธ์, ชิดชนก เรือนก้อน. การพัฒนาระบบเฝ้าระวังการจำหน่ายยาในร้านชำผ่านนโยบายส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผลในชุมชนตำบลแหล จังหวัดพังงา. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2566; 15(2): 316-30.



การพัฒนาระบบงานคลังบริหารเวชภัณฑ์ยา โรงพยาบาลบ้านฉางให้มีมาตรฐานและปลอดภัย

Development of pharmaceutical inventory management at Banchang Hospital to be standard and safety

จรรยา ตั้งก่อพันธุ์¹

Jarupa Tangorpun¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบงานคลังบริหารเวชภัณฑ์ยาของโรงพยาบาลให้มีมาตรฐานและปลอดภัย ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลจากข้อมูลการจัดซื้อยาในปีงบประมาณ 2566 โดยนำมาจัดกลุ่มยาตามวิธี ABC Analysis แบ่งกลุ่มยาตามมูลค่าต้นทุนของยา และ VEN Analysis แบ่งกลุ่มยาตามความสำคัญและความจำเป็นของยา จากนั้นใช้วิธีวิเคราะห์ ABC - VEN Matrix สร้างตารางความสัมพันธ์ร่วมกันในรูปแบบเมตริกซ์ แบ่งกลุ่มยาออกเป็น 3 หมวด ได้แก่ หมวดที่ 1 หมวดที่ 2 และหมวดที่ 3 เครื่องมือที่ใช้วิเคราะห์ คือ โปรแกรม Microsoft Excel วิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่ คำนวณค่าร้อยละ และการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า ยากลุ่ม A มีมูลค่าต้นทุนสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 79.91 แต่มีจำนวนรายการยาคิดเป็นร้อยละ 20.99 ยากลุ่ม B มีมูลค่าต้นทุนปานกลางคิดเป็นร้อยละ 15.03 มีจำนวนรายการยาคิดเป็นร้อยละ 24.76 ในขณะที่ยากลุ่ม C มีมูลค่าต้นทุนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 5.06 แต่มีจำนวนรายการยาสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 54.25 ยากลุ่ม V มีจำนวนรายการยาน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 8.73 มีมูลค่าต้นทุนคิดเป็นร้อยละ 7.54 กลุ่ม E มีจำนวนรายการยามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 80.89 มีมูลค่าต้นทุนสูงสุดคิดเป็นร้อยละ 90.08 และกลุ่ม N มีจำนวนรายการยา คิดเป็นร้อยละ 10.38 มีมูลค่าต้นทุนน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 2.38 และเมื่อวิเคราะห์ตามแบบวิธี ABC - VEN Matrix พบว่า ยากลุ่ม AV, AE, BV, BE, CV และ CE ต้องให้ความสำคัญ เอาใจใส่ดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อให้มีการสำรองยาที่เหมาะสม ไม่ขาดแคลน และเมื่อนำข้อมูลยาในกลุ่ม CN และ AN เสนอให้คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดพิจารณา โดยมีมติที่ประชุมพิจารณาตัดรายการยากลุ่ม CN ออกจากเภสัชตำรับของโรงพยาบาล 10 รายการและกำหนดแนวทางควบคุมการสั่งใช้ยากลุ่ม AN ให้เหมาะสม นอกจากนี้ ยังนำมาใช้ในการจัดทำแผนการจัดซื้อที่รัดกุม สำรองยาที่เหมาะสม และออกแบบกระบวนการตรวจสอบคลังยาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบงานคลังบริหารเวชภัณฑ์ยาให้มีมาตรฐานและปลอดภัย

คำสำคัญ: ระบบงานคลังบริหารเวชภัณฑ์ยา, การพัฒนา

¹ เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลบ้านฉาง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง

¹ Pharmacist, Professional Level. Division of Banchang Hospital, Rayong Provincial Public Health Office.

E-mail : noofairx@gmail.com



Abstract

This study is an action research study aimed to develop a standardized and safe pharmaceutical inventory management system in Banchang Hospital. The sample in this study was the annual expenditures incurred on each item of drugs in the pharmaceutical inventory management department at Banchang Hospital for the fiscal year 2023. The data was categorized by using the ABC analysis method, which groups drugs according to their cost value, and the VEN analysis method, which groups drugs according to their importance and necessity. The ABC - VEN matrix analysis method used to create a combined relationship matrix, dividing the drugs into three categories: Category 1, Category 2, and Category 3. The analysis tool was Microsoft Excel, and the data was analyzed by frequency distribution, percentage calculation and content analysis. The ABC analysis results showed that Group A drugs had the highest cost value, accounting for 79.91% of the total cost but only 20.99% of the total number of drug items. Group B drugs had a moderate cost value, accounting for 15.03% and 24.76% of the total number of drug items. Group C drugs had the lowest cost value, accounting for 5.06% with the number of drug items, accounting for 54.25%. The result from VEN analysis was found that, Group V had the fewest drug items, accounting for 8.73% of the total number of drug items and 7.54% of the total cost. Group E had the most drug items, accounting for 80.89% and the highest cost value, accounting for 90.08. Group N had 10.38% and the lowest cost value, accounting for 2.38%. The ABC-VEN matrix analysis resulted showed drugs in groups AV, AE, AN, BV, BE, CV and CE require close attention to ensure adequate stock and prevent shortages. Following a review of drugs in groups CN and AN by the Pharmaceutical and Therapeutic Committee, 10 drugs from group CN were removed from the hospital's formulary and guidelines were established for the appropriate use of group AN drugs. Furthermore, the results can be used to develop a comprehensive procurement plan, maintain appropriate drug inventory, and design a regular inventory inspection process to improve the efficiency of the pharmaceutical inventory management system.

Keywords : Pharmaceutical inventory, Development



บทนำ

การบริหารคลังเวชภัณฑ์ยาเป็นหนึ่งในกำกับการดูแลด้านยาและสิ่งแวดล้อมสนับสนุนของระบบการจัดการด้านยา (Medical Management System) ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ¹ โดยจะมีการจัดหาเป็นไปตามบัญชียาที่ผ่านการรับรอง มีกระบวนการในการจัดการกับปัญหาขาดแคลนและยาที่จำเป็นเร่งด่วน ยาทุกรายการได้รับการเก็บสำรองอย่างเหมาะสมและปลอดภัย เพื่อให้ความมั่นใจในด้านความเพียงพอ ความปลอดภัย มีคุณภาพ และความคงตัวพร้อมใช้ป้องกันการเข้าถึงโดยผู้ไม่มีอำนาจหน้าที่ สามารถทวนกลับถึงแหล่งที่มา มีการตรวจสอบบริเวณที่เก็บยาอย่างสม่ำเสมอ

การบริหารคลังเวชภัณฑ์ยาให้มีประสิทธิภาพ² คือ การจัดหาให้มีใช้อย่างเพียงพอ ปริมาณเหมาะสม ไม่ทำให้เกิดต้นทุนที่สูงเกินไป การดำเนินการเพื่อให้เกิดการบริหารคลังยาที่มีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องใช้เครื่องมือเพื่อช่วยในการจัดการ เครื่องมือที่นิยมมากที่สุดที่นำมาใช้ในโรงพยาบาล คือ วิธีวิเคราะห์ Activity - based costing (ABC) และ Vital, Essential and Non - essential (VEN)

วิธีวิเคราะห์ ABC และ VEN เป็นเครื่องมือที่นิยมนำมาใช้ในการวางแผน เพื่อช่วยในการบริหารคลังเวชภัณฑ์ยา³ ซึ่งจะช่วยให้ทราบถึงการกระจายของมูลค่าค่ายาที่จัดซื้อในปีงบประมาณนั้น ๆ โดยวิธีวิเคราะห์ ABC เป็นการแบ่งกลุ่มยาพิจารณาจากงบประมาณทั้งปีที่ใช้ในการจัดซื้อยา ส่วนการวิเคราะห์ VEN (บางครั้งใช้เป็น VED) เป็นการแบ่งกลุ่มยาตามความสำคัญหรือความจำเป็นที่ควรมีในโรงพยาบาล ดังนั้น หากจะใช้เพียงวิธีการวิเคราะห์แบบใดแบบหนึ่ง อาจจะมีข้อจำกัดในการใช้วิธี

นั้น ๆ ได้ จึงมีการประยุกต์ใช้ทั้งวิธีวิเคราะห์ ABC และ VEN ร่วมกันที่เรียกว่า ABC - VEN Matrix ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ช่วยในการวางแผนในการจัดซื้อจัดหาและการบริหารคลังเวชภัณฑ์ยาที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนั้นยังเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (Pharmaceutical and Therapeutic Committee : PTC) ได้ทราบถึงการกระจายงบประมาณในการจัดซื้อยาของโรงพยาบาลในกลุ่มยาต่างๆให้เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มยานั้น ๆ เพื่อให้เกิดความเพียงพอพร้อมใช้ และให้ผู้ป่วยได้รับยาที่มีประสิทธิภาพอีกด้วย

โรงพยาบาลบ้านฉาง เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ (First - level Hospital: F1) ปัจจุบันมีขีดความสามารถให้บริการผู้ป่วยในจำนวน 80 เตียง และยังมีแนวโน้มขยายการให้บริการอย่างต่อเนื่อง จากการที่โรงพยาบาลมีการขยายการให้บริการเพิ่มมากขึ้น ทำให้จำนวนรายการยามากขึ้นเช่นกัน จากข้อมูลมูลค่าการจัดซื้อในปีงบประมาณ 2565 รวมทั้งสิ้น 12,865,801.84 บาท และปีงบประมาณ 2566 รวมทั้งสิ้น 16,806,802.27 บาท ซึ่งมีแนวโน้มที่สูงขึ้นสำหรับงานคลังบริหารเวชภัณฑ์ยาของโรงพยาบาลบ้านฉางนั้น ใช้โปรแกรมบริหารงานเวชภัณฑ์ Drug ในการบริหารเวชภัณฑ์ยา การสั่งซื้อยาจะใช้วิธีการคำนวณหาจำนวนต่ำสุดที่ควรมีไว้ในคลังตามระยะเวลาที่กำหนด (Minimum Stock Level) แต่เนื่องจากสถานการณ์ปัจจุบันในบางช่วงของแต่ละปีจะมีภาวะโรคระบาด อาจเกิดการสำรองยาที่ไม่เหมาะสม เกิดปัญหาความไม่เพียงพอหรือยาบางรายการอาจเสื่อมสภาพ หมดอายุ ทำให้ผู้ป่วยอาจไม่ได้รับยาที่มีมาตรฐานและปลอดภัยได้ จากปัญหาเหล่านี้ ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดที่จะพัฒนาระบบงานคลังบริหารเวชภัณฑ์ยาของโรงพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะดังกล่าว



วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ของการบริหารคลังเวชภัณฑ์ยาของโรงพยาบาลบ้านฉาง
2. เพื่อพัฒนาระบบงานคลังบริหารเวชภัณฑ์ยาของโรงพยาบาลให้มีมาตรฐานและปลอดภัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลจากข้อมูลการจัดซื้อยาของงานบริหารคลังเวชภัณฑ์ยาโรงพยาบาลบ้านฉาง ปีงบประมาณ 2566 (1 ตุลาคม 2565 – 30 กันยายน 2566) ซึ่งเป็นข้อมูลรายการยาและมูลค่าต้นทุนยาทุกรายการ ไม่รวมยาที่ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือหน่วยงานอื่น ๆ ไม่รวมยาที่ได้รับการบริจาค โดยนำมาแจกแจงตามหลักการจัดกลุ่มยา ใช้สถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ แบ่งกลุ่มยาตามมูลค่า และตามความสำคัญ แล้วใช้วิธีวิเคราะห์แบบ ABC - VEN Matrix (สร้างตารางความสัมพันธ์ร่วมกันในรูปแบบเมตริกซ์) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการวิเคราะห์

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เก็บข้อมูลโดยใช้โปรแกรมบริหารงานเวชภัณฑ์ Drug ของงานคลังยา โรงพยาบาลบ้านฉาง รวบรวมรายการและปริมาณการจัดซื้อ จัดกลุ่มและวิเคราะห์ข้อมูล ABC - VEN Matrix ด้วยโปรแกรม Microsoft Excel

2. วิธีการเก็บข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลรายการยาและมูลค่าต้นทุนที่จัดซื้อในปีงบประมาณ 2566 (ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2565 –

30 กันยายน 2566) จากโปรแกรมบริหารงานเวชภัณฑ์ Drug มานำเข้าโปรแกรม Microsoft Excel เพื่อคำนวณสถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ และสร้างตารางความสัมพันธ์ร่วมกันในรูปแบบเมตริกซ์

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองการยกเว้นพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมในมนุษย์ที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP และ 45CFR 46.101(b) โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จังหวัดระยอง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง ตามเลขที่ COE No. 01/2567 ลงวันที่ 4 มิถุนายน 2567

3. การวิเคราะห์ข้อมูล

ทำการวิเคราะห์แบบ ABC (ABC Analysis)

3.1 นำข้อมูลรายการยาและมูลค่าต้นทุนที่จัดซื้อยาในปีงบประมาณ 2566 (ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2565 – 30 กันยายน 2566) มาจัดเรียงตามมูลค่าต้นทุนจากมากไปน้อย

3.2 คำนวณมูลค่าสะสมโดยคิดเป็นสัดส่วนร้อยละของมูลค่าต้นทุนเรียงตามลำดับยาที่ได้จัดเรียงตามลำดับจากมูลค่ามากไปมูลค่าน้อย

3.3 จัดกลุ่มยาตามหลักการของ ABC Analysis โดยกำหนดให้

- กลุ่ม A คือ กลุ่มยาที่มีมูลค่าราคาทุนสะสมตั้งแต่ร้อยละ 0.01 ถึงร้อยละ 80.00
- กลุ่ม B คือ กลุ่มยาที่มีมูลค่าราคาทุนสะสมตั้งแต่ร้อยละ 80.01 ถึงร้อยละ 95.00



- กลุ่ม C คือ กลุ่มยาที่มีมูลค่าราคาทุนสะสมตั้งแต่ร้อยละ 95.01 ถึงร้อยละ 100.00

3.4 ทำการวิเคราะห์แบบ VEN (VEN Analysis) โดยแบ่งรายการยาตามแนวทาง ดังนี้

- กลุ่ม V (Vital Items) คือ กลุ่มยาที่ต้องมีพร้อมใช้ในโรงพยาบาล เป็นยาจำเป็นที่ต้องมี เป็นยาช่วยชีวิต หรือยาสำคัญ

- กลุ่ม E (Essential Items) คือ กลุ่มยาที่มีความจำเป็นใช้ในโรงพยาบาล เช่น ยารักษาโรคที่พบบ่อยในกลุ่มผู้ป่วยของโรงพยาบาล ยาบัญชี ก และ ข ในบัญชียาหลักแห่งชาติหรือยาที่มีประโยชน์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

- กลุ่ม N (Non - essential Items หรือ Desirable) คือ กลุ่มยาที่อาจมีในโรงพยาบาล หรือเป็นทางเลือกรองจากกลุ่ม E เป็นยาเสริมสำหรับการรักษา หรือมีความสำคัญน้อยในการดูแลผู้ป่วย

3.5 ทำการวิเคราะห์ ABC - VEN Matrix โดยวิเคราะห์และแบ่งหมวดยาตามวิธี ABC - VEN Matrix ออกเป็น 3 หมวด ดังนี้

- หมวดที่ 1 ได้แก่ AV, AE, AN, BV และ CV เป็นยาที่มีความจำเป็นอย่างมากและมีค่าใช้จ่ายที่สูง มีจำนวนรายการยาเป็นสัดส่วนที่น้อย แต่มีผลต่อค่าใช้จ่ายเป็นอย่างมาก หากต้องการประหยัดงบประมาณควรมุ่งเน้นยาในกลุ่ม AE และ AN โดยควรมีการทบทวนความสมเหตุผลในการใช้ยา และปริมาณการจัดซื้อของยาในกลุ่ม AE และพิจารณาความจำเป็นที่ต้องมียาในกลุ่ม AD ในเภสัชตำรับของโรงพยาบาล ซึ่งจะมีผลต่องบประมาณรวมมากกว่าการปรับเปลี่ยนยาในกลุ่มอื่น ๆ

- หมวดที่ 2 ได้แก่ BE, CE และ BN เป็นยาที่มีความจำเป็นและมีค่าใช้จ่ายปานกลาง เป็นกลุ่มที่มีจำนวนรายการยามาก การทบทวนที่ละรายการต้องใช้ทรัพยากรบุคคลและเวลาค่อนข้างมาก แต่ประหยัดงบประมาณได้ไม่มากนัก เพราะส่วนใหญ่ยังมีความจำเป็นที่ต้องคงไว้ในเภสัชตำรับของโรงพยาบาล หากต้องการประหยัดงบประมาณให้ดำเนินการโดยลดปริมาณการสั่งซื้อแต่ละครั้งและจำกัดปริมาณยาคงคลังให้ลดลง

- หมวดที่ 3 ได้แก่ CN เป็นยาที่มีความจำเป็นน้อยและมีค่าใช้จ่ายน้อย มีจำนวนรายการยามาก แต่มีค่าใช้จ่ายเป็นสัดส่วนน้อย หากต้องการประหยัดงบประมาณอาจพิจารณาตัดรายการยาในหมวดนี้ออกจากเภสัชตำรับของโรงพยาบาล แต่มีผลต่องบประมาณรวมไม่มากนัก

3.6 สรุปผลการวิเคราะห์ และนำข้อมูลจากการวิเคราะห์ ABC - VEN Matrix มาจัดทำข้อเสนอแนะทางการพัฒนาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารคลังเวชภัณฑ์ยาต่อไป

3.7 นำข้อมูลนำเสนอต่อคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด เพื่อพิจารณาปรับรายการยาของโรงพยาบาลและกำหนดแนวทางในการสั่งใช้ยา

3.8 สรุปผลการศึกษา

ผลการศึกษา

จากการรวบรวมข้อมูลรายการยาและมูลค่าต้นทุนที่จัดซื้อในปีงบประมาณ 2566 (ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2565 - 30 กันยายน 2566) ของกลุ่มงานเภสัชกรรมฯ โรงพยาบาลบ้านฉาง จากโปรแกรมบริหารงานเวชภัณฑ์ Drug มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม Microsoft Excel



พบว่ามียาการยาทั้งหมด 424 รายการ มีมูลค่าต้นทุนรวม 16,806,802.27 บาท เมื่อนำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์ด้วยวิธี ABC Analysis ได้ผลดังตารางที่ 1

จากตารางที่ 1 สามารถจำแนกยาเป็นกลุ่มด้วยวิธีวิเคราะห์แบบ ABC Analysis ได้ดังนี้

- ยาในกลุ่ม A จำนวน 89 รายการ คิดเป็นร้อยละ 20.99 ของรายการยาทั้งหมด มีมูลค่าต้นทุนในการจัดซื้อ
- ต้นทุนในการจัดซื้อ 851,301.93 บาท คิดเป็นร้อยละ 5.06 ของมูลค่าต้นทุนยาทั้งหมด

13,430,017.10 บาท คิดเป็นร้อยละ 79.91 ของมูลค่าต้นทุนยาทั้งหมด

- ยาในกลุ่ม B จำนวน 105 รายการ คิดเป็นร้อยละ 24.76 ของรายการยาทั้งหมด มีมูลค่าต้นทุนในการจัดซื้อ 2,525,483.24 บาท คิดเป็นร้อยละ 15.03 ของมูลค่าต้นทุนยาทั้งหมด

- ยาในกลุ่ม C จำนวน 230 รายการ คิดเป็นร้อยละ 54.25 ของรายการยาทั้งหมด มีมูลค่าเมื่อนำข้อมูลรายการยาและมูลค่าต้นทุนมาวิเคราะห์ด้วยวิธี VEN Analysis ได้ผลดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของรายการและมูลค่ายา จำแนกตามวิธี ABC Analysis

กลุ่ม	จำนวนรายการยา (รายการ)	ร้อยละของ จำนวนรายการ	มูลค่าต้นทุน (บาท)	ร้อยละของ มูลค่าต้นทุน
A	89	20.99	13,430,017.10	79.91
B	105	24.76	2,525,483.24	15.03
C	230	54.25	851,301.93	5.06
รวม	424	100	16,806,802.27	100

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของรายการและมูลค่ายา จำแนกตามวิธี VEN Analysis

กลุ่ม	จำนวนรายการยา (รายการ)	ร้อยละของ จำนวนรายการ	มูลค่าต้นทุน (บาท)	ร้อยละของ มูลค่าต้นทุน
V	37	8.73	1,266,418.04	7.54
E	343	80.89	15,139,436.17	90.08
N	44	10.38	400,948.06	2.38
รวม	424	100	16,806,802.27	100

จากตารางที่ 2 สามารถจำแนกยาเป็นกลุ่มด้วยวิธีวิเคราะห์แบบ VEN Analysis ได้ดังนี้ ยาในกลุ่ม V

จำนวน 37 รายการ คิดเป็นร้อยละ 8.73 ของรายการยาทั้งหมด มีมูลค่าต้นทุนในการจัดซื้อ



1,266,418.04 บาท คิดเป็นร้อยละ 7.54 ของมูลค่าต้นทุนยาทั้งหมด ยาในกลุ่ม E จำนวน 343 รายการ คิดเป็นร้อยละ 80.89 ของรายการยาทั้งหมด มีมูลค่าต้นทุนในการจัดซื้อ 15,139,436.17 บาท คิดเป็นร้อยละ 90.08 ของมูลค่าต้นทุนยาทั้งหมด ยาในกลุ่ม N จำนวน 44 รายการ คิดเป็นร้อยละ 10.38 ของรายการ

ตารางที่ 3 จำนวนรายการ และมูลค่ายา จำแนกตามกลุ่ม ของ ABC-VEN Matrix

ยาทั้งหมดมีมูลค่าต้นทุนในการจัดซื้อ 400,948.06 บาท คิดเป็นร้อยละ 2.38 ของมูลค่าต้นทุนยาทั้งหมด

เมื่อนำข้อมูลที่ได้จาก ABC Analysis และ VEN Analysis มาวิเคราะห์แบบ ABC-VEN Matrix (สร้างตารางความสัมพันธ์ร่วมกันในรูปแบบเมตริกซ์) ได้ผลดังตารางที่ 3 และ 4 ตามลำดับ

กลุ่ม	จำนวนรายการยา (รายการ)	ร้อยละของ จำนวนรายการ	มูลค่าต้นทุน (บาท)	ร้อยละของ มูลค่าต้นทุน
AV	5	1.18	987,784.00	5.88
AE	83	19.57	12,395,700.94	73.75
AN	1	0.24	46,532.16	0.28
BV	8	1.89	205,236.78	1.22
BE	84	19.81	2,045,761.16	12.17
BN	13	3.07	274,485.30	1.63
CV	24	5.66	73,397.26	0.44
CE	176	41.51	697,974.07	4.15
CN	30	7.07	79,930.60	0.48
รวม	424	100	16,806,802.27	100

จากตารางที่ 3 เมื่อนำรายการยาจากตารางที่ 1 และ 2 มาจัดแบ่งกลุ่มด้วยวิธีวิเคราะห์แบบ ABC - VEN Matrix สามารถจำแนกยาออกเป็น 9 กลุ่ม ดังนี้ AV, AE, AN, BV, BE, BN, CV, CE และ CN พบว่า ยากลุ่ม CE มีจำนวนรายการยามากที่สุด คือ 176 รายการ คิดเป็นร้อยละ 41.51 ของรายการยาทั้งหมด มีมูลค่าต้นทุนเพียง 697,974.07 บาท คิดเป็นร้อยละ 4.15 ของมูลค่าต้นทุนยาทั้งหมด ยากลุ่ม BE มีจำนวนรายการยา

รองลงมา คือ 84 รายการ คิดเป็นร้อยละ 19.81 ของรายการยาทั้งหมด มีมูลค่าต้นทุนที่จัดซื้อ 2,045,761.16 บาท คิดเป็นร้อยละ 12.17 ของมูลค่าต้นทุนยาทั้งหมด ส่วนยากลุ่ม AE มีจำนวนรายการยาเป็นลำดับ 3 คือ 83 รายการ คิดเป็นร้อยละ 19.57 ของรายการยาทั้งหมด แต่มีมูลค่าต้นทุนที่จัดซื้อสูงสุด คือ 12,395,700.94 บาท คิดเป็นร้อยละ 73.75 ของมูลค่าต้นทุนยาทั้งหมด ในขณะที่ยากลุ่ม AV มีจำนวนรายการ



ยาเพียง 5 รายการ คิดเป็นร้อยละ 1.18 ของรายการยาทั้งหมด แต่มีมูลค่าต้นทุนที่จัดซื้อสูงเป็นอันดับสามคือ 987,784.00 บาท คิดเป็นร้อยละ 5.88 ของมูลค่าต้นทุนยาทั้งหมด และยาในกลุ่ม AN มีจำนวนรายการยาเพียง 1 รายการ คิดเป็นร้อยละ 0.23 ของรายการยา

ทั้งหมด แต่มีมูลค่าต้นทุนที่จัดซื้อถึง 46,532.16 บาท คิดเป็นร้อยละ 0.28 ของมูลค่าต้นทุนยาทั้งหมด

เมื่อทำการแบ่งเป็นหมวดยา 3 หมวด ได้แก่ หมวดที่ 1 ได้แก่ AV, AE, AN, BV และ CV หมวดที่ 2 ได้แก่ BE, CE และ BN หมวดที่ 3 ได้แก่ CN ได้ดังตารางนี้

ตารางที่ 4 จำนวนรายการยา มูลค่าและร้อยละ จำแนกตามการจัดหมวดยาตามหลักการวิเคราะห์แบบ ABC - VEN Matrix

หมวด	จำนวนรายการยา (รายการ)	ร้อยละของ จำนวนรายการ	มูลค่าต้นทุน (บาท)	ร้อยละของ มูลค่าต้นทุน
1 (AV, AE, AN, BV และ CV)	121	28.54	13,708,651.14	81.56
2 (BE, CE และ BN)	273	64.39	3,018,220.53	17.96
3 (CN)	30	7.07	79,930.60	0.48
รวม	424	100	16,806,802.27	100

จากข้อมูลการแบ่งหมวดยาเป็น 3 หมวด พบว่า หมวดที่ 1 (AV, AE, AN, BV และ CV) ประกอบด้วยยาจำนวน 121 รายการ คิดเป็นร้อยละ 28.54 ของจำนวนรายการยาทั้งหมด มีมูลค่าต้นทุนในการจัดซื้อ 13,708,651.14 บาท คิดเป็นร้อยละ 81.56 ของมูลค่าต้นทุนยาทั้งหมด ซึ่งเป็นหมวดยาที่มีมูลค่าสูงสุด มีความสำคัญและจำเป็นที่ต้องมีในโรงพยาบาล มีค่าใช้จ่ายสูง ต้องเอาใจใส่ดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อให้มีการสำรองยาที่เหมาะสม ต้องมีแผนการจัดซื้อที่รัดกุม และควรมีการทบทวนการสั่งซื้ออย่างสม่ำเสมอถึงความสมเหตุผล โดยเฉพาะ

อย่างยิ่งยาในกลุ่ม AN ที่เป็นยาที่มีราคาสูงและเป็นยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งมีความจำเป็นน้อย โดยในการวิจัยนี้มีเพียง 1 รายการ ซึ่งยาในกลุ่มนี้ คือ Parecoxib injection คิดเป็นร้อยละ 0.23 ของรายการยาทั้งหมด แต่มีมูลค่าต้นทุนที่จัดซื้อถึง 46,532.16 บาท คิดเป็นร้อยละ 0.28 ของมูลค่าต้นทุนยาทั้งหมด หากมีความจำเป็นในการลดงบประมาณควรนำรายการยาในกลุ่ม AN เสนอให้คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดพิจารณาตัดออกจากเภสัชตำรับของโรงพยาบาลหรือหาแนวทางควบคุมการใช้ให้เหมาะสม



ยาหมวดที่ 2 (BE, CE และ BN) มีจำนวนรายการยา 273 รายการ คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 64.39 ของจำนวนรายการยาทั้งหมด ซึ่งเป็นกลุ่มยาที่มีจำนวนรายการสูงสุด มีมูลค่าต้นทุนในการจัดซื้อ 3,018,220.53 บาท คิดเป็นร้อยละ 17.96 ของมูลค่าต้นทุนยาทั้งหมด ซึ่งไม่สูงเมื่อเทียบกับมูลค่ายาทั้งหมด หากต้องการประหยัดงบประมาณ ควรดำเนินการลดปริมาณการสั่งซื้อในแต่ละครั้งและจำกัดปริมาณยาคงคลัง แต่การทบทวนการใช้ยาที่ละรายการอาจไม่คุ้มค่า เนื่องจากมีรายการยาที่มากแต่มีมูลค่าต้นทุนจัดซื้อปานกลาง จึงอาจไม่ช่วยในการประหยัดงบประมาณได้มากนัก

ยาหมวดที่ 3 (CN) ประกอบด้วยยาจำนวน 30 รายการ คิดเป็นร้อยละ 7.07 ของจำนวนรายการยาทั้งหมด มีมูลค่าต้นทุนในการจัดซื้อ 79,930.60 บาท คิดเป็นร้อยละ 0.48 ของมูลค่าต้นทุนยาทั้งหมด หากต้องการประหยัดงบประมาณควรวางแผนจัดซื้อยากลุ่มนี้ให้มีปริมาณคงคลังต่ำ ไม่จำเป็นต้องทบทวนการใช้ยาเป็นประจำ แต่ต้องเฝ้าระวังการหมดอายุ และควรนำเสนอคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดพิจารณาตัดรายการยาในกลุ่มนี้ออกจากเภสัชตำรับของโรงพยาบาล แต่จะมีผลต่องบประมาณรวมไม่มากนัก

จากผลการศึกษา ได้นำข้อมูลรายการยาในหมวดที่ 3 (CN) นำเสนอคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดพิจารณาตัดรายการยาในกลุ่มนี้ออกจากเภสัชตำรับของโรงพยาบาล เพื่อพิจารณาให้รายการยาที่จำเป็นมากกว่าเข้ามาอยู่ในเภสัชตำรับของโรงพยาบาล เช่น Olive oil, Abacavir 300 mg, dT Vaccine 5 ml, Tropicamide ED,

Ispaghula Husk Powder, Clofeximine 50 mg เป็นต้น ซึ่งในปีงบประมาณ 2567 โรงพยาบาลบ้านฉางมีแพทย์เฉพาะทางหลายสาขาที่ให้บริการเพิ่มขึ้น ได้แก่ กุมารแพทย์ อายุรแพทย์ จิตแพทย์ จึงมีความจำเป็นที่ต้องมีรายการยามากขึ้น ดังนั้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่มีมาตรฐานและปลอดภัย จึงควรพิจารณารายการยา โดยใช้ข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือมาประกอบการพิจารณา โดยมีมติที่ประชุมตัดรายการในกลุ่ม CN ออกจากบัญชีโรงพยาบาล 10 รายการ และให้มีการกำหนดแนวทางการสั่งใช้ยากลุ่ม AN ให้มีความเหมาะสม

นอกจากนี้ ยังได้รูปแบบการพัฒนาระบบ งานคลังบริหารเวชภัณฑ์ยา เพื่อนำไปใช้ในปีงบประมาณต่อไป ดังนี้

1. ยากลุ่ม AV, AE, BV, BE, CV และ CE ต้องให้ความสำคัญ เอาใจใส่ดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อให้มีการสำรองยาที่เหมาะสม ไม่ขาดแคลน
2. ยาในกลุ่ม CN หากเป็นรายการยาที่ไม่มีการเคลื่อนไหวหรือมีอัตราการใช้น้อย พิจารณาส่งคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดตัดรายการยาในกลุ่มนี้ออกจากเภสัชตำรับของโรงพยาบาล
3. ยาในกลุ่ม AN เสนอให้คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดพิจารณาแนวทางควบคุมการใช้ให้เหมาะสม
4. ยาในกลุ่ม AV, AE และ AN มีมูลค่าค่อนข้างสูง ควรมีการสำรองยาที่เหมาะสม ต้องมีแผนการจัดซื้อที่รัดกุม



5. ควรทำวิธีวิเคราะห์แบบ ABC - VEN Matrix มาใช้วิเคราะห์รายการยาทั้งหมดอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

6. ออกแบบกระบวนการตรวจสอบคลังยาอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะยาในกลุ่ม A เป็นยาที่มีมูลค่าสูง จำนวนรายการยาน้อย ให้ทำการตรวจสอบจำนวนคงเหลืออย่างน้อย 1 - 2 ครั้ง/ เดือน ส่วนในกลุ่ม B และ C อาจกำหนดความถี่ให้ห่างขึ้นตามความเหมาะสม

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่า เมื่อนำข้อมูลรายการยาและมูลค่าต้นทุนที่จัดซื้อในปีงบประมาณ 2566 (ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2565 - 30 กันยายน 2566) ของกลุ่มงานเภสัชกรรมฯ โรงพยาบาลบ้านฉาง มาวิเคราะห์จัดกลุ่มยาตามวิธีวิเคราะห์แบบ ABC Analysis โดยกำหนด A : B : C เท่ากับ 80 : 15 : 5 ผลการศึกษาเป็นไปตามกฎของ Pareto คือ ยา กลุ่ม A มีจำนวนรายการยาเพียงร้อยละ 20.99 แต่มีมูลค่าต้นทุนที่จัดซื้อยาสูงสุด ร้อยละ 79.91 ยา กลุ่ม B มีจำนวนรายการยา ร้อยละ 24.76 และมีมูลค่าต้นทุนที่จัดซื้อยาปานกลาง ร้อยละ 15.03 และยา กลุ่ม C มีจำนวนรายการยามากที่สุด ร้อยละ 54.25 แต่มีมูลค่าต้นทุนที่จัดซื้อยต่ำสุดเพียงร้อยละ 5.06 ของมูลค่าต้นทุนยารวมทั้งหมด จะเห็นได้ว่า จะมีจำนวนรายการยาเพียงส่วนน้อยที่มีผลกระทบต่องบประมาณส่วนใหญ่ หากจำเป็นต้องควบคุมงบประมาณ ก็ควรดำเนินการในยา กลุ่มนี้ แต่การใช้วิธี ABC Analysis ยา กลุ่มนี้ จะรวมทั้งยาที่มีความจำเป็นมากและจำเป็นน้อย จึงควรนำการจัดกลุ่มยาแบบ VEN Analysis ที่แบ่งกลุ่มยาตามความสำคัญของยามารวมกับวิธีการจัดกลุ่มยาแบบ ABC

Analysis เกิดเป็นเครื่องมือการวิเคราะห์แบบ ABC - VEN Matrix มาใช้ในการวิเคราะห์มูลค่าต้นทุนยา จะทำให้วางแผนในการจัดซื้อและบริหารคลังเวชภัณฑ์ยาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยจะมีการพิจารณาตามหมวดยาที่ได้จากการวิเคราะห์ ได้แก่ หมวดที่ 1 เป็นหมวดยาที่มีมูลค่าสูงสุด มีความสำคัญและจำเป็นที่ต้องมีในโรงพยาบาล มีค่าใช้จ่ายสูง ต้องเอาใจใส่ดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อให้มีการสำรองยาที่เหมาะสม ต้องมีแผนการจัดซื้อที่รัดกุม และควรมีการทบทวนการสั่งใช้ยาอย่างสม่ำเสมอถึงความสมเหตุผล หมวดที่ 2 เป็นกลุ่มยาที่มีจำนวนรายการสูงสุด แต่มูลค่าต้นทุนยาทั้งหมด ไม่สูงเมื่อเทียบกับมูลค่ายาทั้งหมด หากต้องการประหยัดงบประมาณ ควรดำเนินการลดปริมาณการสั่งซื้อในแต่ละครั้งและจำกัดปริมาณยาคงคลัง แต่การทบทวนการสั่งใช้ยาทีละรายการอาจไม่คุ้มค่า เนื่องจากมีรายการยาที่มากแต่มีมูลค่าต้นทุนจัดซื้อปานกลาง จึงอาจไม่ช่วยในการประหยัดงบประมาณได้มากนัก และยาหมวดที่ 3 เป็นยาที่มีความจำเป็นน้อยและมูลค่าน้อย หากต้องการประหยัดงบประมาณควรวางแผนจัดซื้อยา กลุ่มนี้ให้มีปริมาณคงคลังต่ำ ไม่จำเป็นต้องทบทวนการใช้ยาเป็นประจำ แต่ต้องเฝ้าระวังการหมดอายุ และควรนำเสนอคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดพิจารณาตัดรายการยาในกลุ่มนี้ออกจากเภสัชตำรับของโรงพยาบาล

จากผลการวิจัย เมื่อนำข้อมูลนำเสนอต่อคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด โดยใช้ข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือมาประกอบการพิจารณา จึงสามารถตัดรายการในกลุ่ม CN ออกจากบัญชีโรงพยาบาล



10 รายการ และให้มีการกำหนดแนวทางการสั่งใช้ยากลุ่ม AN ให้มีความเหมาะสม

จากผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่า ถ้ามีการนำวิธีวิเคราะห์แบบ ABC - VEN Matrix มาใช้ในการกำหนดรูปแบบในการบริหารคลังเวชภัณฑ์ยา โรงพยาบาลบ้านฉาง จะเป็นการพัฒนาระบบ งานคลังบริหารเวชภัณฑ์ยาของโรงพยาบาลให้มีมาตรฐานและปลอดภัยได้ เนื่องจากใช้หลักการเชิงเทคนิคมาพัฒนารูปแบบการสั่งซื้อมา มีความสมเหตุสมผลในการสั่งใช้ยา และการบริหารคลังเวชภัณฑ์ทั้งในเรื่องของจำนวนรายการยา และงบประมาณที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Ebru DURSA⁴ ที่พบว่า การวิเคราะห์แบบ ABC - VED Analysis มีความสำคัญในการนำมาใช้เพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารคลังยา และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ปิยาณี อ่อนเอี่ยม⁵ ซึ่งเป็นการศึกษาในโรงพยาบาลรักษาโรคเฉพาะคือ โรคเรื้อน ที่มีสัดส่วนยาในกลุ่ม V น้อยกว่าการศึกษาอื่น ๆ แต่ก็เห็นควรให้พิจารณากำหนดนโยบายและแนวทางในการดูแลกับการสั่งใช้ยากลุ่ม AN ส่งเสริมให้ใช้ยาสมเหตุสมผล และสอดคล้องกับงานวิจัยของ บุญเย็น หนูเล็ก⁶ ที่พบว่า การวิเคราะห์แบบ ABC - VEN Matrix มาใช้ ในการกำหนดแนวทางในการเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารคลังยา โดยทำให้ต้นทุนในการจัดซื้อยาลดลง ยามีใช้เพียงพอ และเกิดการขาดครวน้อยที่สุด และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของปิยวรรณ จันทรสวัสดิ์⁷ ที่มีการนำวิธีวิเคราะห์แบบ ABC - VEN matrix มาใช้ในการปรับแผนในการจัดซื้อ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารคลังยา

ข้อจำกัดในการนำวิธีวิเคราะห์แบบ ABC - VEN Matrix มาใช้คือ การจัดกลุ่มยาแบบ VEN ให้ชัดเจน ควรเป็นการให้คำนิยามให้เป็นมาตรฐานของโรงพยาบาล เพื่อป้องกันการจัดกลุ่มยาผิด ซึ่งอาจทำให้ผลการวิเคราะห์ไม่ถูกต้องตามไปด้วย

ข้อเสนอแนะ

1. การวิเคราะห์แบบ ABC - VEN Matrix จะเกิดประสิทธิภาพ ควรเป็นข้อมูลที่ทันสมัย ถูกต้อง น่าเชื่อถือ และกำหนดเกณฑ์การแบ่งกลุ่มยาแบบ VEN ของโรงพยาบาลให้ชัดเจน เป็นมาตรฐานของโรงพยาบาล เพื่อป้องกันความผิดพลาดที่เกิดจากการกำหนดกลุ่มยาผิด
2. ควรวิเคราะห์แบบ ABC - VEN Matrix อย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะช่วงที่จะพิจารณารายการยาเข้า-ออกจากเภสัชตำรับโรงพยาบาลและช่วงก่อนทำแผนจัดซื้อยาประจำปี เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบันและเกิดประโยชน์สูงสุดในการนำไปใช้
3. หากมีการวิจัยในครั้งต่อไป ควรทำวิจัยที่มีการใช้สถิติพยากรณ์ เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ในการจัดซื้อยาตามจริงและจากผลการวิเคราะห์แบบ ABC - VEN Matrix นอกจากนี้ ยังอาจพัฒนาเทคโนโลยีใหม่มาช่วยในการพัฒนา เช่น Application เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์สุรชัย คำภักดิ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านฉาง จังหวัดระยอง ที่อนุญาตให้ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยโดยใช้ข้อมูลของโรงพยาบาลบ้านฉาง จังหวัดระยองและขอขอบคุณบุคลากรในกลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลบ้านฉาง ที่ได้ให้การสนับสนุนการวิจัย



เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 5 (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: บริษัท ก.การพิมพ์เทียนทอง จำกัด; 2565; 119-31.
2. สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย). มาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรมโรงพยาบาล พ.ศ.2561 – 2565. กรุงเทพฯ: สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล; 2561; 1-23.
3. บรรณสรณ์ เตชะจำเริญสุข, กิตติยศ ยศสมบัติ. การประยุกต์ใช้การวิเคราะห์ ABC-VED ในการบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์. [อินเทอร์เน็ต]. 2561.[เข้าถึงเมื่อ 10 มิถุนายน 2567]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.ccpe.pharmacycouncil.org/>
4. Dursa E, Arslan M. ABC, VED, and ABC-VED Matrix Analyses for Inventory Management in Community Pharmacies: A Case Study. FABAD J. Pharm. Sci. 2022; 47(3): 293-300.
5. ปิยาณี อ่อนเอี่ยม. การจัดการคลังยาด้วย ABC-VEN เมตริกซ์ของสถาบันราชประชาสมาสัย. วารสาร มฉก. วิชาการ. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 10 มิถุนายน 2567]; 25(2):258-72. เข้าถึงได้จาก : <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/HCUJOURNAL/article/view/252401/171387>
6. บุญเย็น หนูเล็ก. การศึกษาการจัดกลุ่มรายการยาโดยใช้การวิเคราะห์แบบ ABC - VEN Matrix ในโรงพยาบาลตราด. [อินเทอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 10 มิถุนายน 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://www.trathospital.go.th/KM/casestudy.php>
7. ปิยวรรณ จันทรสวัสดิ์. การนำ ABC-VEN Matrix Analysis มาใช้วางแผนจัดซื้อยาเพื่อแก้ปัญหาอัตราสำรองคลังเกินเกณฑ์ [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 10 มิถุนายน 2567]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.thanyahos.go.th/wp-content/uploads/2024/08/ผลงาน-ABC-VEN-Matrix-Analysis-ใช้อัพโหลดขึ้นเว็บไซต์.pdf>



ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการเริ่มใช้ยาเอชไอวีเพร็พของนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ

Factor affecting HIV-PrEP initiation of high school students in Si Rattana District, Sisaket Province

โกวิท ทองละมุล¹, บรรณสรณ์ เตชะจำเริญสุข², พรพท์ รุจนธำรงค์³, ตุลากการ นาคพันธ์⁴

Kovit Thonglamul¹, Bunnasorn Techajumlersuk², Parun Rujanathamrong³, Tulakarn Nakpun⁴

บทคัดย่อ

การติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มวัยรุ่นส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตในระยะยาว ดังนั้น การใช้ยาเอชไอวีเพร็พจะเป็นแนวทางหนึ่งเพื่อป้องกันการติดเชื้อได้ วัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เพื่อศึกษาปัจจัยด้านการรับรู้ข้อมูล ด้านแรงจูงใจ และด้านการมีทักษะเชิงพฤติกรรมที่มีผลต่อการเริ่มใช้ยาเอชไอวีเพร็พ ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ศึกษาโดยการวิจัยเชิงสำรวจจากกลุ่มตัวอย่างของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 267 คน โดยใช้การสุ่มตามความสะดวก เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามระหว่าง 1 ธันวาคม พ.ศ. 2564 – 31 มกราคม พ.ศ. 2565 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์สถิติเชิงอ้างอิงโดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ผลจากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความตั้งใจที่จะเริ่มใช้ยาเอชไอวีเพร็พ 2.83 ± 1.17 ปัจจัยที่มีอิทธิพลด้านบวก 2 ปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ทักษะเชิงพฤติกรรมด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองที่มีผลต่อการใช้ยาเอชไอวีเพร็พ ($\beta = 0.55$) และทักษะเชิงพฤติกรรมด้านการวางแผนการแก้ไขปัญหาที่มีผลต่อการใช้ยาเอชไอวีเพร็พ ($\beta = 0.28$) ทั้งสองปัจจัยสามารถทำนายการเริ่มใช้ยาเอชไอวีเพร็พของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายได้ร้อยละ 53.80 ($R^2 = 0.54$, $p < 0.05$) ส่วนตัวแปรอื่น ๆ ได้แก่ การรับรู้ข้อมูลด้านข้อมูลเชิงอัตนัย แรงจูงใจ การยอมรับความเสี่ยง ทศนคติส่วนบุคคล ความตั้งใจส่วนบุคคล และการวางแผนแก้ไขปัญหา รับรู้ข้อมูลด้านข้อมูลเชิงวัตถุ ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปเป็นแนวทางในการเสริมเนื้อหาหลักสูตร

¹ เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ

¹ Pharmacist, Professional Level. Division of Pharmacy and Consumer Protection, Si Rattana Hospital, Sisaket Province. E-mail : kovitwpunya@gmail.com

² อาจารย์ สังกัดสาขาวิชาเภสัชกรรมสังคม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

² Lecturer, Faculty of Pharmacy, Srinakharinwirot University. E-mail : bunnasorn@g.swu.ac.th

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สังกัดสาขาวิชาการบริหารเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

³ Assistant Professor, Pharmaceutical Care Department, Faculty of Pharmacy, Thammasat University.

⁴ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สังกัดสาขาวิชาเภสัชกรรมสังคม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

⁴ Assistant Professor, Social Pharmacy Department, Faculty of Pharmacy, Srinakharinwirot University.

Received: 8 JUN 2024, Revised: 15 SEP 2024, Accepted: 30 SEP 2024



เพื่อส่งเสริมนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายให้มีระดับการรับรู้ความสามารถตนเองและระดับการวางแผนการดำเนินการในใช้ยาเอชไอวีเพร็พ เพื่อป้องกันเชื้อเอชไอวีก่อนสัมผัส

คำสำคัญ: นักเรียน, มัธยมศึกษาตอนปลาย, การป้องกันก่อนการสัมผัส, เชื้อเอชไอวี

Abstract

HIV infection among adolescents has long - term effects on their quality of life. Therefore, using HIV PrEP (Pre - Exposure Prophylaxis) can be a strategy to prevent infection. The objective of this research is to examine the factors related to information awareness, motivation, and behavioral skills that influence the initiation of HIV PrEP use for infection prevention. The research was conducted through a survey research method targeting a sample of 267 high school students in Si Rattana District, Sisaket Province, using convenience sampling. Data were collected through questionnaires from December 1, 2021 to January 31, 2022. Data analysis included descriptive statistics such as frequency, percentage, mean, and standard deviation, as well as inferential statistics through multiple regression analysis. The results indicated that the majority of the sample had an intention score of 2.83 ± 1.17 regarding the initiation of HIV PrEP use. Two statistically significant positive influencing factors were behavioral skills related to self-efficacy affecting the use of HIV PrEP ($\beta = 0.55$) and behavioral skills related to problem-solving planning affecting HIV PrEP use ($\beta = 0.28$). Both factors could predict 53.80% ($R^2 = 0.54$, $p < 0.05$) of the intention to initiate HIV PrEP among high school students. Other variables, including subjective information awareness, risk acceptance motivation, personal attitudes, personal intentions, and problem - solving planning related to objective data awareness, showed no statistical significance. The study result indicates that this research can be applied to be learning course to promote high school students to increase their self-efficacy and improve their action planning. This approach may help those students increase their intention to use HIV PrEP for the prevention of HIV infection before exposure.

Keywords : High school, Students, Pre-exposure prophylaxis, HIV



บทนำ

พ.ศ. 2564 ข้อมูลการตรวจหาเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเยาวชนอายุ 15 – 19 ปี พบว่ามีผู้เข้ารับการตรวจรวมทั้งสิ้น 92,570 ราย โดยพบผลเลือดเป็นบวกจำนวน 1,428 ราย ซึ่งทำให้กลุ่มนี้อยู่ในอันดับที่ 4 ของกลุ่มอายุที่มีการติดเชื้อสูงสุด¹ จากการสำรวจของสำนักกระบาดวิทยาเกี่ยวกับพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในนักเรียนไทย ปี พ.ศ. 2562 พบว่านักเรียนชายเคยมีเพศสัมพันธ์แล้วร้อยละ 22.4 โดยมีอายุเฉลี่ยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอยู่ที่ 15.3 ปี และมีการใช้ถุงยางอนามัยร้อยละ 77.9 ขณะที่นักเรียนชายที่มีเพศสัมพันธ์อายุต่ำกว่า 15 ปี มีอยู่ร้อยละ 5.1 สำหรับนักเรียนหญิงเคยมีเพศสัมพันธ์แล้วร้อยละ 16.2 ซึ่งมีอายุเฉลี่ยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกที่ 15.5 ปี และมีการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกร้อยละ 80.0 นักเรียนหญิงที่มีเพศสัมพันธ์อายุต่ำกว่า 15 ปี มีอยู่ร้อยละ 2.1

ในส่วนของการตอบคำถามเกี่ยวกับความรู้และความตระหนักเรื่องโรคเอดส์ตามตัวชี้วัด GARPR (Global AIDS Response Progress Reporting) พบว่านักเรียนชายสามารถตอบถูกต้องทั้ง 9 ข้อเพียงร้อยละ 12.1 และนักเรียนหญิง

ตอบถูกต้องทั้ง 9 ข้อเพียงร้อยละ 14.22 ซึ่งยังถือว่ายังมีจำนวนต่ำมาก

การติดตามการให้บริการยาเอชไอวีเพร็พสำหรับวัยรุ่น พบว่าวัยรุ่นที่รับประทานยาเอชไอวีเพร็พมีวินัยในการรับประทานยาก่อนข้างดี อย่างไรก็ตามกลุ่มวัยรุ่นมักมีโอกาสดื้อเชื้อเอชไอวีในช่วงต่าง ๆ (Seasons of Risk) ซึ่งหมายความว่าบางครั้งมีคู่ บางครั้งไม่มีเพศสัมพันธ์ และบางโครงการพบว่าอัตราการใช้ถุงยางอนามัยต่ำในกลุ่มวัยรุ่นที่ตัดสินใจใช้ยาเอชไอวีเพร็พ เหตุผลหลักที่ทำให้กลุ่มวัยรุ่นไม่เริ่มรับประทานยาเอชไอวีเพร็พได้แก่ การไม่เชื่อมั่นในประสิทธิภาพของยา ความกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยา และไม่ต้องการรับประทานยาทุกวัน³

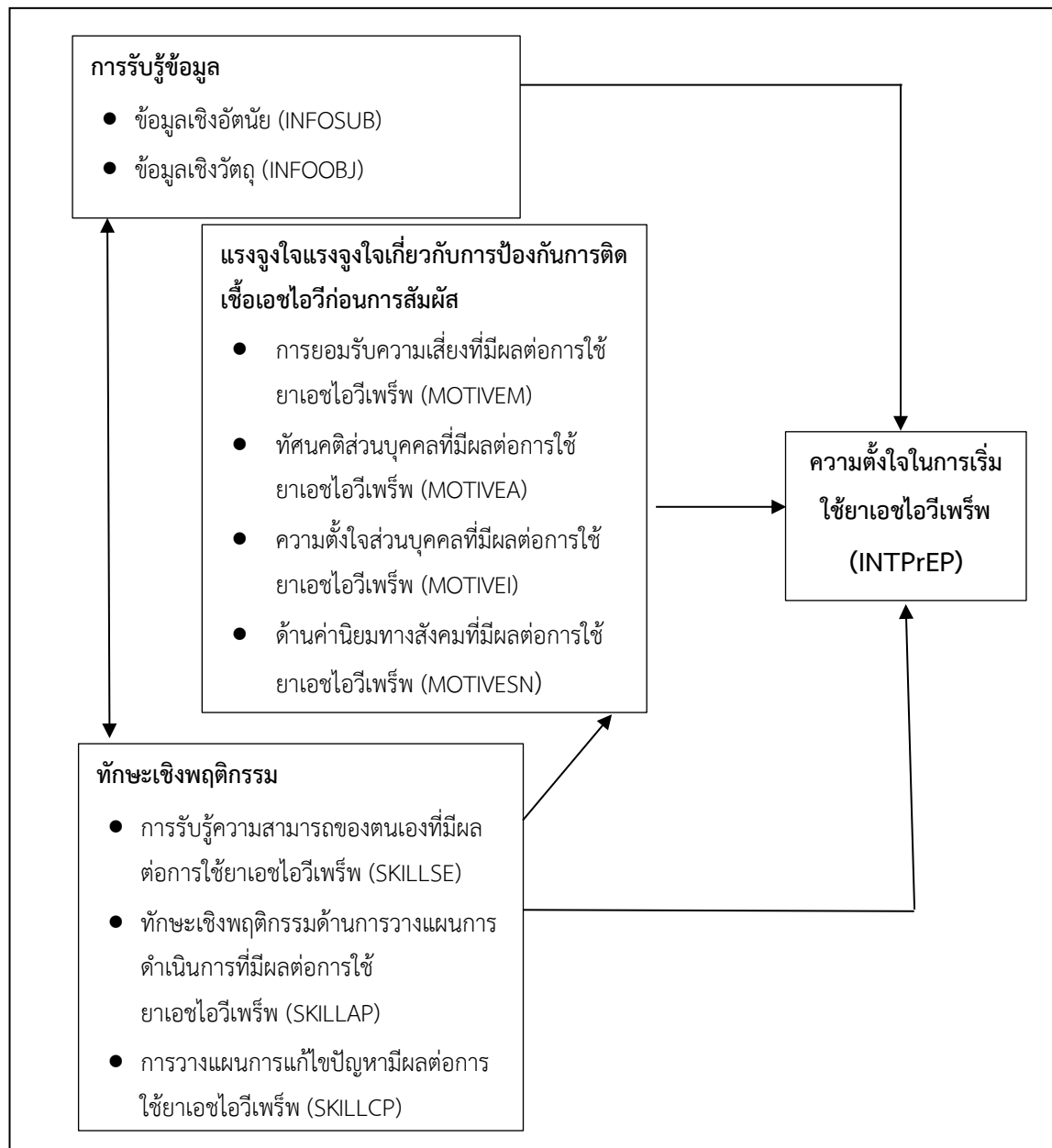
การให้บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัสก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยในปีงบประมาณ 2565 พบว่าช่วงอายุ 15 – 19 ปีมีผู้เข้ารับบริการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับยาเอชไอวีเพร็พเพียง 242 ราย และมีเพียง 42 รายที่เริ่มใช้ยาเพร็พ⁴ ซึ่งถือว่าน้อยมากเมื่อเปรียบเทียบกับต่างประเทศ ดังนั้น การวิจัยนี้ จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยมีผลต่อการเริ่มใช้ยาเอชไอวีเพร็พในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี เพื่อนำไปส่งเสริมให้มีการเข้าถึงยาให้เพิ่มขึ้นในกลุ่มวัยรุ่น



กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ประยุกต์กรอบแนวคิด Information – Motivation - Behavioral Skills (IMB)⁵ ในการใช้อธิบายปัจจัยที่ส่งผลต่อความตั้งใจเริ่มใช้ยาเอชไอวีเพร็พ โดยปัจจัยเหล่านี้

ประกอบด้วย การรับรู้ข้อมูล แรงจูงใจ และทักษะเชิงพฤติกรรม ที่ส่งผลต่อความตั้งใจในการเริ่มใช้ยาเอชไอวีเพร็พ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ

- **การรับรู้ข้อมูลข้อมูลเชิงอัตนัย (INFOSUB)** หมายถึง ข้อมูลเกี่ยวกับยาเอชไอวีเเพรฟในด้านผลประโยชน์ทางการแพทย์และทางจิตวิทยาที่ได้จากการประเมินด้วยการพูดคุยหรือการสัมภาษณ์โดยตรง ได้แก่ คาดหวังว่าจะรู้สึกปลอดภัยในขณะที่มีเพศสัมพันธ์ และความสามารถในการควบคุมการป้องกันของตัวเอง

- **การรับรู้ข้อมูลข้อมูลเชิงวัตถุ (INFOOBJ)** หมายถึง ข้อมูลเกี่ยวกับยาเอชไอวีเเพรฟที่ได้จากการศึกษามีหลักฐานชัดเจน และความรู้เรื่องการแพร่เชื้อเอชไอวี ได้แก่ ประสิทธิภาพ วิธีการกินยา และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นของยาเอชไอวีเเพรฟ

- **แรงจูงใจเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนการสัมผัสด้านการยอมรับความเสี่ยงที่มีผลต่อการใช้ยาเอชไอวีเเพรฟ (MOTIVEM)** หมายถึง การยอมรับว่าตนเองมีความเสี่ยงที่จะสัมผัสเชื้อเอชไอวี รวมทั้งความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นจากพฤติกรรมเสี่ยงหรือเมื่อมีการใช้ยา ได้แก่ การยอมรับว่าตนเองมีความเสี่ยงที่จะสัมผัสเชื้อเอชไอวี การรู้สถานะความเสี่ยงของตัวเองและคู่นอน⁶ การคาดว่าจะเสียใจจากพฤติกรรมเสี่ยงของตน และการคาดว่าจะไม่เสียใจจากการถูกตราหน้าว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีจึงต้องกิน ยาเอชไอวีเเพรฟ แม้จะไม่ใช่มุติตเชื้อก็ตาม

- **แรงจูงใจเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนการสัมผัสด้านทัศนคติส่วนบุคคลที่มีผลต่อการใช้ยาเอชไอวีเเพรฟ (MOTIVEA)** หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดที่บุคคลมีต่อสิ่งต่าง ๆ โดย

มีเหตุผลประกอบในด้านผลลัพธ์ที่ได้จากการใช้ยาเอชไอวีเเพรฟ ได้แก่ ความเชื่อส่วนบุคคลในความปลอดภัยและผลข้างเคียงของยาจากการใช้ยาเอชไอวีเเพรฟ การยอมรับและเชื่อมั่นในข้อมูลจากสถานพยาบาลหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องกับชายรักชายและอินเทอร์เน็ต⁸ ทัศนคติต่อการสวมใส่ถุงยางขณะที่มีเพศสัมพันธ์⁹

- **แรงจูงใจเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนการสัมผัสด้านค่านิยมทางสังคมที่มีผลต่อการใช้ยาเอชไอวีเเพรฟ (MOTIVESN)** ความมุ่งมั่นที่จะทำการกระทำที่ท้าทายของแต่ละบุคคลให้เกิดผลสำเร็จได้ ได้แก่ ความตั้งใจที่จะมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย และความคาดหวังในการมีเพศสัมพันธ์

- **ทักษะเชิงพฤติกรรมด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองที่มีผลต่อการใช้ยาเอชไอวีเเพรฟ (SKILLSE)** หมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการกระทำพฤติกรรมของตนเอง ได้แก่ ความสามารถของตนเองในการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่เกิดขึ้น ความสามารถของตนเองในการจดจำนัดหมายในการไปรับการตรวจติดตาม ความสามารถของตนเองในการกล้าเปิดเผยพฤติกรรมเสี่ยงของตนเอง เพื่อที่จะขอรับบริการยาเอชไอวีเเพรฟ และความสามารถของตนเองในการรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง

- **ทักษะเชิงพฤติกรรมด้านการวางแผน การดำเนินการที่มีผลต่อการใช้ยาเอชไอวีเเพรฟ (SKILLAP)** หมายถึง การวางแผนการดำเนินการที่



จะเริ่มใช้ยาเอชไอวีเพรฟ ได้แก่ การวางแผนการเริ่มใช้ยาเอชไอวีเพรฟ การหาสถานพยาบาลที่จะไปรับยา การวางแผนคำนวณค่าใช้จ่ายของยาเอชไอวีเพรฟ การจัดหาสิ่งที่จำเป็นในการเริ่มใช้ยาเอชไอวีเพรฟ

- **ทักษะเชิงพฤติกรรมด้านการวางแผน การแก้ไขปัญหามีผลต่อการใช้ยาเอชไอวีเพรฟ (SKILLCP)¹³** หมายถึง การวางแผนในการจัดลำดับความสำคัญในการใช้ยาเอชไอวีเพรฟกับปัญหาอื่น ๆ แนวทางการจัดการกับการถูกตราหน้าว่าใช้ยาเอชไอวีเพรฟ การวางแผนที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมทางเพศ

- **ความตั้งใจในการเริ่มใช้ยาเอชไอวีเพรฟ (INTPrEP)¹⁴** หมายถึง การวางแผนในการจัดลำดับความสำคัญในการใช้ ยาเอชไอวีเพรฟ กับปัญหาอื่น ๆ แนวทางการจัดการกับการถูกตราหน้าว่าใช้ ยาเอชไอวีเพรฟ การวางแผนที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมทางเพศ

ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตอำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 865 คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ทำการศึกษาค้างนี้ ได้จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างที่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน โดยคำนวณจากสูตร Haire¹⁵ ได้ขนาดตัวอย่างอย่างน้อย 180 คน และใช้การสุ่มตามความสะดวก

ในการศึกษานี้เก็บรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในโรงเรียน 2 แห่ง ในอำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ โดยมีการให้ข้อมูลก่อนเริ่มทำแบบสอบถามเพื่อให้ผู้เข้าร่วมการศึกษาได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับยาเอชไอวีเพรฟ

กลุ่มตัวอย่างลงนามแสดงยินยอมในเอกสารหนังสือยินยอมตนให้ทำการวิจัย และผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี ต้องได้รับการยินยอมจากผู้ปกครอง หลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่างจะทำแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยเก็บข้อมูลตั้งแต่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2564 ถึง 31 มกราคม พ.ศ. 2565 โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการศึกษา ดังนี้ 1) ไม่มี การติดเชื้อเอชไอวี/ เอ็ดส์ 2) เป็นผู้ที่สามารถอ่านเขียนได้ และเข้าใจภาษาไทย (โดยได้มีการบอกข้อมูลการศึกษาวิจัยอย่างครบถ้วน)

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ SPPH2021-36

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลโดยการ แจกแจงความถี่ คำนวณค่าร้อยละ หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อทราบลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งประกอบด้วย อายุ เพศสภาพ รสนิยมทางเพศ ระดับการศึกษา สถานภาพ คู่ครองที่ไม่ใช่คนรัก จำนวนคู่ครอง ประวัติการมีเพศสัมพันธ์ ประวัติการใช้ถุงยางอนามัย ประวัติการใช้ยาเอชไอวีเพรฟ



การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับทัศนคติทางสุขภาพ เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วย ความสนใจในการเข้าร่วมโครงการที่ให้บริการยาเอชไอวีฟรี ใช้การหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์หาปัจจัยทำนายความตั้งใจในการเริ่มใช้ฟรีโดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนกำหนดความคลาดเคลื่อนอยู่ที่ระดับ 0.05

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถามที่สร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ อายุ เพศ กำเนิด เพศสภาพ และรสนิยมทางเพศ
- ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์และข้อมูลด้านสุขภาพ เช่น การมีคนรัก จำนวนคู่นอน ประวัติการมีเพศสัมพันธ์ ค่าใช้จ่ายในการซื้อถุงยางอนามัย โรคประจำตัว ประวัติการใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติการตรวจสุขภาพ เป็นต้น
- ส่วนที่ 3 แบบสอบถามด้านการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนการสัมผัสเชื้อ จำนวน 11 ข้อ ซึ่งการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนการสัมผัสเชื้อ หมายถึง กระบวนการที่บุคคลเปิดรับต่อข้อมูล มีความตั้งใจในการรับข้อมูล และหาความเข้าใจถึงความหมาย ซึ่งประกอบไปด้วย

1) การรับรู้ ข้อมูล ข้อมูลเชิงอัตนัย (INFOSUB) ประกอบด้วยคำถามจำนวน 5 ข้อ

ละเอียดการให้คะแนน คือ ใช้ แทนค่าด้วยคะแนน 1 และไม่ใช่ เป็น 0 การแปลผลคะแนนรายข้อและโดยรวมใช้วิธีอิงเกณฑ์ (Criterion Reference) ของ Bloom¹⁶ ได้คะแนน ร้อยละ 80 – 100 มีความรู้อยู่ในระดับมาก ได้คะแนนร้อยละ 60 – 79 มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ได้คะแนนน้อยกว่า ร้อยละ 60 มีความรู้ในระดับน้อย

2) การรับรู้ ข้อมูล ข้อมูลเชิงวัตถุ (INFOOBJ) ประกอบด้วยคำถามจำนวน 7 ข้อ โดยมีรายละเอียดการให้คะแนน คือ ตอบถูก แทนค่าด้วยคะแนน 1 และตอบผิด เป็น 0

- ส่วนที่ 4 แบบสอบถามด้านแรงจูงใจเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนการสัมผัส (Pre-Exposure Prophylaxis: PrEP) เป็นแบบสอบถามวัดค่าด้วยมาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert's scale) จำนวน 5 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำมาก (1) - ระดับสูงมาก (5) ประกอบด้วย 4 ด้านได้แก่

1) แรงจูงใจเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนการสัมผัส ด้านการยอมรับความเสี่ยงที่มีผลต่อการใช้ยาเอชไอวีฟรี (MOTIVEM) ประกอบด้วยคำถามจำนวน 4 ข้อ

2) แรงจูงใจเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนการสัมผัส ด้านทัศนคติส่วนบุคคลที่มีผลต่อการใช้ยาเอชไอวีฟรี (MOTIVEA) ประกอบด้วยคำถามจำนวน 6 ข้อ

3) แรงจูงใจเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนการสัมผัส ด้านความตั้งใจส่วนบุคคลที่มีผลต่อการใช้ยาเอชไอวีฟรี (MOTIVEI) ประกอบด้วยคำถามจำนวน 4 ข้อ



4) แรงจูงใจเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนการสัมผัส ด้านค่านิยมทางสังคมที่มีผลต่อการใช้ยาเอชไอวีเพร็พ (MOTIVESN) ประกอบด้วยคำถามจำนวน 4 ข้อ

- ส่วนที่ 5 แบบสอบถามทักษะเชิงพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนการสัมผัส (Pre - Exposure Prophylaxis: ยาเอชไอวีเพร็พ) ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่

1) ทักษะเชิงพฤติกรรมด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองที่มีผลต่อการใช้ยาเอชไอวีเพร็พ (SKILLSE) ประกอบด้วยคำถามจำนวน 5 ข้อ วัดค่าด้วยมาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert's scale) จำนวน 5 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำมาก (1) - ระดับสูงมาก (5)

2) ทักษะเชิงพฤติกรรมด้านการวางแผนการดำเนินการที่มีผลต่อการใช้ยาเอชไอวีเพร็พ (SKILLAP) ประกอบด้วยคำถามจำนวน 4 ข้อ โดยมีรายละเอียดการให้คะแนน คือ ใช่ แทนค่าด้วยคะแนน 1 และไม่ใช่ เป็น 0

3) ทักษะเชิงพฤติกรรมด้านการวางแผนการแก้ไขปัญหามีผลต่อการใช้ยาเอชไอวีเพร็พ (SKILLCP) ประกอบด้วยคำถามจำนวน 4 ข้อ โดยมีรายละเอียดการให้คะแนน คือ ใช่ แทนค่าด้วยคะแนน 1 และไม่ใช่ เป็น 0

- ส่วนที่ 6 แบบสอบถามความตั้งใจในการเริ่มใช้ยาเอชไอวีเพร็พ (INTPREP) ประกอบด้วยคำถามจำนวน 5 ข้อ วัดค่าด้วยมาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert's scale) จำนวน 5 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำมาก (1) - ระดับสูงมาก (5)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามฉบับร่างได้ถูกนำเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยอาจารย์คณะเภสัชศาสตร์ที่มีความเชี่ยวชาญในการวิจัยทางด้านพฤติกรรมทางเภสัชศาสตร์และเภสัชกรที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี นำมาคำนวณหาค่าเฉลี่ยดัชนีความสอดคล้องเชิงเนื้อหาและวัตถุประสงคซึ่งหากค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 แสดงว่าข้อคำถามนั้นมีความตรงของเนื้อหา จึงพิจารณาใช้เป็นข้อคำถามในเครื่องมือวิจัย แต่หากค่าเฉลี่ยดัชนีน้อยกว่า 0.5 ข้อคำถามนั้นจะถูกตัดออกหรือนำไปปรับปรุงแก้ไขและได้นำไปทดลองใช้ในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนร่มโพธิ์วิทยา อำเภอบึงสามพัน จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 30 คน จากนั้นนำผลการทดลองใช้เครื่องมือมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) สำหรับตัวแปรประเภต่อเนื่องและ Kuder Richardson สำหรับตัวแปรแบ่งประเภท ค่าความเชื่อมั่นของตัวแปรทั้งหมดเกิน 0.7 ตามรายละเอียดดังต่อไปนี้ การรับรู้ข้อมูลเชิงวัตถุ มีค่า Kuder Richardson เท่ากับ 0.920, การรับรู้ข้อมูลเชิงอัตนัย มีค่า 0.849, Kuder Richardson = การยอมรับความเสี่ยงมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.719, ทศนคติส่วนบุคคลมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.902, ความตั้งใจส่วนบุคคลมีค่าเท่ากับ 0.711, ค่านิยมของสังคมมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.911, การรับรู้ความสามารถตนเองเท่ากับ 0.932, การวางแผน



การดำเนินการมีค่า Kudur Richardson มีค่า 0.813, การวางแผนแก้ไขปัญหามีค่า Kudur Richardson มีค่า 0.808 และการเริ่มใช้ยาเอชไอวีเพิร์ฟในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีมีค่า สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.894

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 267 คน ในโรงเรียน 2 แห่ง ในอำเภอสรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ โดยมีการให้ข้อมูลก่อนเริ่มทำแบบสอบถามเพื่อให้ผู้เข้าร่วมการศึกษาได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับยาเอชไอวีเพิร์ฟ ก่อนเก็บข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในหนังสือยินยอมการทำวิจัย และกลุ่มตัวอย่างที่อายุยังไม่ถึง 18 ปี ต้องได้รับคำยินยอมจากผู้ปกครอง หลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่างจะทำแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยเก็บข้อมูลตั้งแต่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2564 ถึง 31 มกราคม พ.ศ. 2565

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

อายุกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุ 17 ปี ร้อยละ 43.1 แผนการเรียนเป็นวิทย์-คณิต ร้อยละ 82.8 มีเพศสภาพเป็นชาย ร้อยละ 52.8 เป็นหญิง ร้อยละ 39.3 และเป็นรักร่วมสองเพศจำนวน 16 คน ส่วนใหญ่มีรสนิยมทางเพศแบบชอบผู้หญิง ร้อยละ 40.8 รสนิยมทางเพศแบบชอบผู้ชาย

ร้อยละ 31.5 และแบบได้ทั้งชายและหญิง ร้อยละ 23.6 ส่วนใหญ่ยังไม่มีรายได้ ร้อยละ 53.3 ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด ร้อยละ 70.4 และมีคนรัก ร้อยละ 29.6 ส่วนใหญ่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 88.8 และเคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว ร้อยละ 11.2 ส่วนใหญ่ไม่เคยใช้ยาเอชไอวีเพิร์ฟ ร้อยละ 98.1 และเคยใช้ยาเอชไอวีเพิร์ฟ ร้อยละ 1.9 ส่วนใหญ่จะไม่สนใจเข้าร่วมโครงการให้บริการยาเอชไอวีเพิร์ฟ ร้อยละ 67.0 และสนใจเข้าร่วมโครงการที่ให้บริการยาเอชไอวีเพิร์ฟ ร้อยละ 33.0 เลือกที่จะไปรับยาเอชไอวีเพิร์ฟจากโรงพยาบาล ร้อยละ 46.1 รองลงมาคือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 39.7

2. ข้อมูลเชิงพรรณนาและการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของ การรับรู้ข้อมูล แรงจูงใจ ทักษะเชิงพฤติกรรมและความตั้งใจในการเริ่มใช้ยาเอชไอวีเพิร์ฟ คะแนนเฉลี่ยแต่ละด้านดังรายละเอียดในตารางที่ 1 การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ได้แก่ การวิเคราะห์พหุคูณของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย การรับรู้ข้อมูล แรงจูงใจ ทักษะเชิงพฤติกรรมกับความตั้งใจในการเริ่มใช้ยาเอชไอวีเพิร์ฟ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรปัจจัย ทุกตัวแปรมีความสัมพันธ์เชิงบวก มีค่าอยู่ระหว่าง 0.25 – 0.745 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ข้อมูล แรงจูงใจ ทักษะเชิงพฤติกรรม ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัย และความตั้งใจในการเริ่มใช้ยาเอชไอวีเพร็พ

ตัวแปร	$\bar{x}$	S.D.	X_1	X_2	X_3	X_4	X_5	X_6	X_7	X_8	X_9	Y
INFOSUB (X_1)	2.64	1.47	1									
INFOOBJ (X_2)	5.38	2.21	.651*	1								
MOTIVEM (X_3)	3.02	.921	.365*	.453*	1							
MOTIVEA (X_4)	3.26	.909	.505*	.655*	.664*	1						
MOTIVEI (X_5)	3.59	1.16	.455*	.578*	.452*	.672*	1					
MOTIVESN (X_6)	3.31	1.14	.485*	.553*	.482*	.631*	.733*	1				
SKILLSE (X_7)	3.18	.992	.451*	.536*	.543*	.745*	.722*	.742*	1			
SKILLAP (X_8)	1.25	1.32	.250*	.347*	.330*	.396*	.351*	.347*	.500*	1		
SKILLCP (X_9)	2.27	1.53	.382*	.420*	.422*	.525*	.516*	.532*	.641*	.667*	1	
INTPrEP (Y)	2.95	1.19	.288*	.343*	.384*	.499*	.488*	.498*	.692*	.557*	.560*	1

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. ผลการวิเคราะห์ตัวแปรพยากรณ์ เข้าสมการพยากรณ์ความตั้งใจในการเริ่มใช้ยาเอชไอวีเพร็พ คำนวณน้ำหนักความสำคัญของปัจจัยที่เป็นตัวแปรพยากรณ์ ความตั้งใจในการเริ่มใช้ยาเอชไอวีเพร็พของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอศรีรัตน

จังหวัดศรีสะเกษ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มี 2 ปัจจัยคือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง (X_7) น้ำหนักความสำคัญของปัจจัยที่เป็นตัวแปรพยากรณ์ความตั้งใจในการเริ่มใช้เพร็พมากที่สุด รองลงมา ได้แก่ การวางแผนการ



ดำเนินการ (X_8) มีค่าสัมประสิทธิ์ของตัวแปรในรูปคะแนนมาตรฐาน (β) เท่ากับ 0.551 และ 0.281 ตามลำดับ และในรูปแบบคะแนนดิบ (b) เท่ากับ 0.663 และ 0.254 ตามลำดับ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ เท่ากับ 0.734 มีอำนาจในการพยากรณ์ร้อยละ 53.80 ประกอบด้วย 2 ปัจจัย มี

ค่าน้ำหนักความสำคัญในการพยากรณ์ความตั้งใจในการเริ่มใช้ยาเอชไอวีแพร่พมากในอันดับที่ 1 และ 2 ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์ ($S.Eest$) เท่ากับ 0.814 และค่าคงที่ของสมการพยากรณ์ในรูป แบบคะแนนดิบ (a) เท่ากับ 0.522 ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 น้ำหนักความสำคัญของตัวแปรพยากรณ์ รายปัจจัยที่ส่งผลต่อความตั้งใจในการเริ่มใช้ยาเอชไอวีแพร่พของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ

ตัวแปรพยากรณ์	b	β	$S.E_b$	t	Sig.
SKILLSE (X_7)	.663	.551	.058	11.414*	0.000
SKILLAP (X_8)	.254	.281	.044	5.828*	0.000

a=.522 R=.734 R^2 =.538 $S.Eest$ =.81449 F =33.969

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

การวิจัยเรื่องปัจจัยด้านการรับรู้ข้อมูล ด้านแรงจูงใจ และด้านการมีทักษะเชิงพฤติกรรมที่มีผลต่อการเริ่มใช้ยาเอชไอวีแพร่พในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ ปัจจัยที่ส่งผลต่อความตั้งใจในการเริ่มใช้ยาเอชไอวีแพร่พ มีจำนวน 2 ปัจจัย คือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการวางแผน การดำเนินการ การรับรู้ความสามารถของตนเอง พบว่าความต้องการที่จะ

มีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย และความคาดหวังในสัมพันธอันลึกซึ้งจากการมีเพศสัมพันธ์ เนื่องจากมีรายงานพบว่าการใช้ยาเอชไอวีแพร่พเพิ่มความพึงพอใจต่อการมีเพศสัมพันธ์ในด้านการเพิ่มความใกล้ชิดระหว่างเพศ การตอบสนองและประสบการณ์ทางเพศ จึงเป็นอีกแรงจูงใจหนึ่งที่ทำให้ไปสู่การใช้ยา สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Dou และคณะ¹⁷ ที่กล่าวว่า การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงมีความสัมพันธ์ต่อความรู้เรื่องโรคเอดส์และการกระตุ้นให้เกิดการใช้



ยาเอชไอวีเพิร์พ นอกจากนี้ พบว่าการตัดสินใจใช้ยาเอชไอวีเพิร์พขึ้นอยู่กับ การสื่อสารให้ทราบถึง การรับรู้ความสามารถของตนเองจากกลุ่มเพื่อน ญาติ เครือข่ายทางสังคม หรือโซเชียลมีเดียต่าง ๆ และจากการศึกษาของ Jennifer LW¹⁸ พบว่าระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการใช้ยาเอชไอวีเพิร์พของกลุ่มชายรักชายในพื้นที่ชนบทยังต่ำกว่า ในเขตเมืองอีกด้วย และด้านการวางแผนการ ดำเนินการ พบว่าผู้ที่มีความตั้งใจที่จะพยายาม ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีทำให้การเริ่มใช้ยาเอชไอวีเพิร์พเกิดขึ้นได้ สอดคล้องกับกรอบแนวคิด IMB ของ Dubov A และคณะ¹⁹ แต่ยังไม่พบงานวิจัย ในอดีตที่ศึกษาความสัมพันธ์ของการวางแผนการ ดำเนินการ และความเป็นไปได้ที่จะเริ่มใช้ยาเอชไอวีเพิร์พ จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับ ประเด็นดังกล่าวเพื่อหาข้อสรุปที่ชัดเจนยิ่งขึ้น แม้จะมีข้อมูลเกี่ยวกับยาเอชไอวีเพิร์พในด้าน Subjective information มากขึ้น แต่ความตั้งใจที่จะเริ่มใช้เพิร์พกลับลดลง อาจเกิดจากการรับรู้ข้อมูลเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีโดยการใช้ยาเอชไอวีเพิร์พยังไม่แพร่หลายในกลุ่มชายรักชายเมื่อเทียบกับการสวมถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์

จากข้อมูลพบว่าในช่วงปี พ.ศ. 2560 – 2561 ที่เริ่มมีการจ่ายยาเอชไอวีเพิร์พในโรงพยาบาลของรัฐ จนถึงปัจจุบัน มีคนที่ได้รับยาเอชไอวีเพิร์พ จำนวน 12,713 คน ซึ่งยังต่ำกว่าเป้าหมายที่โครงการเอดส์ แห่งสหประชาชาติ ตั้งไว้สำหรับประเทศไทย คือ

ต้องมีผู้ที่ได้รับยาเอชไอวีเพิร์พ 140,000 คน โดยคำนวณจากกลุ่มคนที่มีความเสี่ยง ดังนั้น จำนวนผู้ที่ได้รับยาเอชไอวีเพิร์พในประเทศไทยจึงคิดเป็นเพียงร้อยละ 9.08 เท่านั้น ดังระบุในรายงานข่าวของ ชัยยศ ยงค์เจริญชัย และคณะ²⁰ และจากการสืบค้นจากเว็บไซต์ Centers for Disease Control and Prevention²¹ พบว่า ประเทศสหรัฐอเมริกา มีสัดส่วนของผู้ที่มีการได้รับยาเอชไอวีเพิร์พในปี ค.ศ. 2020 อยู่ที่ร้อยละ 25 ของผู้ที่ควรได้รับยาเอชไอวีเพิร์พ ซึ่งแตกต่างจากสัดส่วนของจำนวนผู้ที่ได้ยาเอชไอวีเพิร์พในไทยที่มีน้อยกว่าในต่างประเทศมาก จึงอาจทำให้ไม่สามารถใช้กรอบแนวคิด IMB ในการอธิบายสมมติฐานดังกล่าวได้ เนื่องจากการใช้ถุงยางอนามัยนอกจากจะป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้แล้วยังลดโอกาสในการติดเชื้ออื่น ๆ จากการมีเพศสัมพันธ์ได้

จากการวิเคราะห์กลุ่มตัวอย่างย่อย พบว่าในผู้ที่มีคู่นอน มีสัดส่วนการใช้ถุงยางขณะมีเพศสัมพันธ์มากกว่าผู้ที่ไม่คู่นอน อาจเป็นเพราะการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนชั่วคราวมักไม่มีการวางแผนไว้ล่วงหน้า ดังนั้น การใช้ถุงยางอนามัยจึงสะดวกกว่าการใช้ยาเอชไอวีเพิร์พที่ต้องรับประทานล่วงหน้าอย่างต่อเนื่องดังระบุในแนวทางการตรวจรักษาและป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2560²² นอกจากนี้ การมีคู่นอนและไม่คู่นอนมีความเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำ อาจไม่จำเป็นต้องใช้ถุงยางอนามัยหรือยาเอชไอวีเพิร์พเพื่อป้องกันการติดเชื้อ



เอชไอวี สอดคล้องกับการศึกษา ที่สำรวจกลุ่มตัวอย่าง MSM (Men Who Have Sex With Men) 1,618 คน อายุ 18 ปี ขึ้นไป ในช่วงปี ค.ศ. 2009 – 2010 พบว่าภาพรวมกลุ่มชายรักชาย ประมาณครึ่งหนึ่งมีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ (52.6%) และใช้ถุงยางอนามัยสม่ำเสมอ กับคู่นอนประเภทต่าง ๆ แตกต่างกัน สอดคล้องกับที่แสดงในการศึกษาของ Ramanathan S และคณะ²³ เมื่อทำการวิเคราะห์โดยนัยรายได้และอาชีพของผู้เข้าร่วมการศึกษามาพิจารณาด้วย พบว่าผู้เข้าร่วมการศึกษา ส่วนใหญ่มีรายได้ (53.7%) มีความคิดเห็นว่าหากมีปัญหาทางการเงินลำดับความสำคัญของยาเอชไอวีเพิร์ฟ จะลดลง ซึ่งผลการวิจัยที่ได้จากการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับกรอบแนวคิด IMB แต่สอดคล้องกับการศึกษาผ่านมาของ Seekaew P และคณะ²⁴ ที่พบว่าการมีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20,000 บาทต่อเดือน มีความไม่สม่ำเสมอและไม่ต่อเนื่องในการใช้ยาเอชไอวีเพิร์ฟมากกว่าผู้มีรายได้มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน ถึงแม้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทราบว่ามีการบริการยาเอชไอวีเพิร์ฟฟรีในประเทศไทย แต่การไม่สามารถเข้าถึงบริการทางคลินิกและยาจากระบบประกันสุขภาพ การเดินทาง หรือระบบสุขภาพที่ซับซ้อน อาจเป็นอุปสรรคต่อความต่อเนื่องและความสม่ำเสมอในการใช้ยาเอชไอวีเพิร์ฟ และการศึกษาของไทยที่ศึกษาความไม่สม่ำเสมอและไม่

ต่อเนื่องของการใช้ยาเอชไอวีเพิร์ฟในกลุ่ม MSM และ TGW (Transgender Women) ในโครงการ Princess ยาเอชไอวีเพิร์ฟ ประเทศไทยที่พบว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 25 ปี มีความไม่สม่ำเสมอและไม่ต่อเนื่องมากกว่า 1.49 เท่าของผู้ที่มีอายุมากกว่า 25 ปีขึ้นไป และสอดคล้องกับการศึกษาของ Wheeler DP และคณะ²⁵ ที่พบว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า 25 ปี มีความสม่ำเสมอและไม่ต่อเนื่องในการใช้เพิร์ฟมากกว่า อาจกล่าวได้ว่าเมื่ออายุมากขึ้นจะมีประสบการณ์การเรียนรู้เพิ่มขึ้น มีความสามารถในการดูแลตนเองและสังคมมากขึ้น ทำให้มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาเอชไอวีเพิร์ฟในทางที่ดีขึ้น และนำไปสู่การเริ่มใช้ยาเอชไอวีเพิร์ฟได้

ประโยชน์ที่ได้รับ

สามารถนำผลการวิจัยนี้ไปเสริมหลักสูตรในห้องเรียนหรือนอกห้องเรียนของนักเรียนมัธยมปลายในเรื่องการใช้ยาเอชไอวีเพิร์ฟ โดยเฉพาะประสิทธิภาพการป้องกันผลข้างเคียงที่จะเกิดขึ้นและวิธีการกินยาเพื่อที่จะทำให้นักเรียนมีความรู้ความสามารถตนเองในการเริ่มใช้ยาเอชไอวีเพิร์ฟเพื่อป้องกันเชื้อเอชไอวีก่อนสัมผัส นอกจากนี้ การให้ความรู้เรื่องสถานพยาบาลที่จะไปรับยา ค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้น จะทำให้นักเรียนมีการวางแผนการการเริ่มใช้ยาเอชไอวีเพิร์ฟเพื่อป้องกันเชื้อเอชไอวีก่อนสัมผัสได้ดีขึ้นด้วย



ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งถัดไปได้แก่ ด้านการวิจัยการกำหนดช่วงเวลาของพฤติกรรมที่ต้องการให้ตอบในแบบสอบถามให้ชัดเจน เช่น “ในช่วงเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา ท่าน...” ควรปรับปรุงคำถามให้เข้ากับบริบทของสังคมไทย ใช้คำถามที่สามารถเข้าใจได้ง่ายมากขึ้น และควรมีการศึกษาปัจจัยแวดล้อมอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในการศึกษานี้และการเริ่มใช้เฟิร์พเพื่อให้ทราบความสัมพันธ์ที่แท้จริง

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ประสบความสำเร็จได้ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีรัตนและคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุข

อำเภอศรีรัตนที่สนับสนุนโครงการและทุนในการวิจัย หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค และเจ้าหน้าที่ในกลุ่มงานทุกท่านที่ช่วยเหลือในการทำวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้เชี่ยวชาญ ที่สละเวลาในการตรวจทานแก้ไขข้อบกพร่อง ตรวจทานความถูกต้องของภาษา และพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ตลอดจนอาจารย์และนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอศรีรัตน จังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และเข้าร่วมโครงการวิจัย ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี



เอกสารอ้างอิง

1. บริการข้อมูลสารสนเทศ การให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 15 มิถุนายน 2565]. เข้าถึงได้จาก : http://napdl.nhso.go.th/NAPWebReport/main_care.jsp
2. จิตติพงษ์ ยิ่งยง, วัชรพล สีนอ, สุปิยา จันทรมณี, นิรมล ปัญสุวรรณ. รายงานผลการเฝ้าระวัง พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มนักเรียนประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562. [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี : สำนักกระบวนวิชา. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 16 มิถุนายน 2565]. เข้าถึงได้จาก : <http://aidsboe.moph.go.th/app/bookup/uploads/2022-03-021979275365.pdf>
3. มณฑินี วสันตอุโปภากร, ศุภณัฐ จิตติภัทรกร, ชมนาด มโนไพบูลย์. แนวทางการจัดบริการยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2564[อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี : กรมควบคุมโรค. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 16 มิถุนายน 2565]. เข้าถึงได้จาก : https://www.prepthai.net/Paper/PrEP_Guidelines.pdf
4. รายงานผลการให้บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัสก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี. [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี : สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 17 มกราคม 2565]. เข้าถึงได้จาก : <http://www.prepthai.net/ViewAGroup.aspx>
5. Fisher JD, Amico KR, Fisher WA. The information-motivation-behavioral skills model of antiretroviral adherence and its applications. Current HIV/AIDS Reports. 2008; 5(4): 193-203.
6. Kwakwa HA, et al. Attitudes toward HIV pre-exposure prophylaxis in a United States urban clinic population. AIDS and Behavior. 2016; 20: 1–8.
7. Bauermeister JA, et al. PrEP awareness and perceived barriers among single young men who have sex with men in the United States. Current HIV Reports. 2013; 11: 520.
8. Hutchinson AB, Begley EB, Sullivan P, Clark HA, Boyett BC, and Kellerman SE. Conspiracy Beliefs and Trust in Information About HIV/AIDS Among Minority Men Who Have Sex with Men. JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 2007; 45(5): 603–5.
9. Hoff CC, et al. Attitudes towards PrEP and anticipated condom use among concordant HIV-negative and HIV-discordant male couples. AIDS Patient Care and STDs. 2015; 29(7): 408–17.
10. Gamarel KE, Golub SA. Intimacy motivations and pre-exposure prophylaxis (PrEP) adoption intentions among HIV-negative men who have sex with men (MSM) in romantic relationships. Annals of Behavioral Medicine. 2015; 49(2): 177–86.
11. Nimmons D, Folkman S. Other-sensitive motivation for safer sex among gay men: expanding paradigms for HIV prevention. AIDS and Behavior. 1999; 3(4): 313–24.



12. Sniehotta FF, et al. Action planning and coping planning for long-term lifestyle change: theory and assessment. *European Journal of Social Psychology*. 2005; 35(4): 565–76.
13. Gollwitzer PM. Implementation intentions: strong effects of simple plans. *American Psychologist*. 1999; 54: 493.
14. AJZEN, Icek, et al. The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 1991, 50.2: 179-211.
15. Hair, J. F. Hult, G. T. M., Ringle, C. M., & Sarstedt, M. (2014). *A Primer on Par Squares Structural Equation Modeling (PLS-SEM)* California, CA: Sage Publications.
16. Bloom BS, Engelhart MD, Furst EJ, Hill WH, Krathwohl DR. *Taxonomy of educational objectives handbook 1: Cognitive Domain*. New York: David Mckay; 1956.
17. Dou Q, Xiaoni Z, Guiyuan X, Jianghong D, Hao L, and Ailong X. Influencing factors of pre-exposure prophylaxis among men who have sex with men: *American Journal of Men's Health*. 2019: 1-9.
18. Jennifer LW. Applying the Information-Motivation-Behavioral Skills Model to Understand PrEP intentions and Use among Men who have sex with men. *AIDS and Behavior*. 2019: 1904–16.
19. Dubov A, Altice FL, and Fraenkel L. An Information–Motivation–Behavioral Skills Model of PrEP Uptake. *AIDS and Behavior*. 2018; 22: 3603–16.
20. ชัยยศ ยงค์เจริญชัย, สมิตานัน หยงสตาร์. วันเอดส์โลก: 6 ปี ของความพยายามในการใช้ “ยาเพร็ป” กับ สถานการณ์เอชไอวีในไทย [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ : สำนักงานข่าวบีบีซี. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2565]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.bbc.com/thai/thailand-55141812>.
21. Centers for Disease control and Prevention. PrEPs for HIV Prevention in the U.S. [Internet]. 2021, [cited 2022 Febuary 27]. Available form: <https://www.cdc.gov/nchhstp/newsroom/fact-sheets/hiv/PrEP-for-hiv-prevention-in-the-US-factsheet.html>
22. สุมธ องค์กรธนดี, โสภณ เกียรติบุรณกุล, อัญชลี อวิหิงสานนท์, เอกจิตรา สุขกุล, รังสิมา โล่ห์เลขา. แนวทางการ ตรวจรักษาและป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2560 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี : กรมควบคุมโรค. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 16 มิถุนายน 2565]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.thaiaidsociety.org/wp-content/uploads/2022/02/Thailand-National-Guidelines-on-HIV-AIDS-Treatment-and-Prevention-2017.pdf>



23. Ramanathan S, Chakrapani V, Ramakrishnan L, Goswami P, Yadav D, Subramanian, et al. Consistent condom use with regular, paying, and casual male partners and associated factors among men who have sex with men in Tamil Nadu, India. BMC Public health. 2013 [cited 18 Feb 2021]. Available from: www.biomedcentral.com/1471-2458/13/827.
24. Seekaew P, Nguyen E, Sungsing T, Jantarapakde J, Pengnonyang S, Trachunthong D. et al. Correlates of nonadherence to key population-led HIV pre-exposure prophylaxis services among Thai men who have sex with men and transgender women. BMC Public Health 2019; 19: 328
25. Wheeler DP, Fields SD, Beauchamp G, Chen YQ, Emel LM, Hightow-Weidman L, et al. Pre-exposure prophylaxis initiation and adherence among Black men who have sex with men (MSM) in three US cities: results from the HPTN 073 study. Journal of the International AIDS Society. 2019 Feb; 22(2): e25223.



เมื่อเภสัชกรไม่อยู่ปฏิบัติหน้าที่ในร้านขายยา ผู้รับอนุญาตต้องแสดงเจตนาว่าไม่ขายยา

ราชนัน คงชุม

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง

คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 14905/ 2556 เป็นคำพิพากษาที่ผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันทุกประเภทจะต้องทำความเข้าใจและศึกษา เพราะผู้รับอนุญาตขายยาจะมียาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษในความครอบครองในสถานที่ที่ได้รับอนุญาต หากไม่มีการแสดงเจตนาว่าจะไม่มีการขายยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษในขณะที่เภสัชกรไม่อยู่ปฏิบัติหน้าที่ เช่น ไม่ได้ขึ้นป้ายว่าเภสัชกรไม่อยู่ ไม่ได้ล็อกตู้ยา ไม่ใช้วัสดุทึบแสงปิดบังยาอันตราย ย่อมเป็นข้อบ่งชี้ว่ามีเจตนาที่จะขายยาทุกประเภทในร้าน โดยพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510¹ มาตรา 4 คำว่า “ขาย” หมายความว่า “ขายปลีก ขายส่ง จำหน่าย จ่าย แจก แลกเปลี่ยนเพื่อประโยชน์ในทางการค้า และให้หมายความรวมถึงการมีไว้เพื่อขายด้วย” แม้ว่าขณะนั้นจะมีเพียงยาไว้เพื่อขายไม่ได้มีการซื้อขายเกิดขึ้นจริงก็ตาม แต่การมีไว้เพื่อขายก็ถือว่าอยู่ในความหมายของคำว่า “ขาย” ด้วย

ดังนั้น การขายหรือการมีไว้เพื่อขาย ซึ่งยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษในระหว่างที่เภสัชกรไม่อยู่ปฏิบัติหน้าที่ จึงเป็นความผิดอย่างเดียวกัน คือเป็นความผิดฐานผู้รับอนุญาต ขายยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษในระหว่างที่เภสัชกรไม่อยู่ปฏิบัติหน้าที่ อันเป็นการกระทำที่ฝ่าฝืนพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 มาตรา 32 ซึ่งกำหนดไว้ว่าห้ามมิให้ผู้รับอนุญาตขายยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษในระหว่างที่เภสัชกรหรือผู้ประกอบการบำบัดโรคสัตว์ไม่อยู่ปฏิบัติหน้าที่ มีโทษตามมาตรา 107 ปรับตั้งแต่หนึ่งพันถึงห้าพันบาท รายละเอียดของคำพิพากษาดังนี้

“โจทก์ฟ้องว่า เมื่อวันที่ 19 กันยายน พ.ศ. 2554 เวลา 18.15 น. จำเลยซึ่งได้รับอนุญาตขายยาอันตรายและยาควบคุมพิเศษ ขายยาแผนปัจจุบันที่เป็นยาอันตรายโดยมิขนิดยา ตามที่ระบุไว้ในประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ยาอันตราย ประกาศ ณ วันที่ 26 พฤษภาคม 2521 ข้อ 3(1) (3) (6) ถึง (8) (11) (11) (12) ค (14) (15) (18) (19) (31) (32) (38) (40) (43) ถึง (49) และจำเลยขายยาแผนปัจจุบันที่เป็นยาควบคุมพิเศษโดยมิขนิดยาตามที่ระบุไว้ในประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ยาควบคุมพิเศษ ประกาศ ณ วันที่ 26 พฤษภาคม 2521 ข้อ 3(34) (35) ให้แก่ประชาชนผู้ซื้อในระหว่างที่เภสัชกรไม่อยู่ปฏิบัติหน้าที่ อันเป็นการกระทำที่ฝ่าฝืนต่อกฎหมาย เหตุเกิดที่ตำบลบ้านกลาง อำเภอมือฉ่องสำโรง จังหวัดลำพูน ขอให้ลงโทษตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 มาตรา 4, 32, 107 จำเลยให้การปฏิเสธ ศาลชั้นต้นพิจารณาแล้ว พิพากษาว่า จำเลยมีความผิดตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 มาตรา 32, 107 ปรับ 4,000 บาท ทางนำสืบของจำเลยเป็นประโยชน์แก่การพิจารณา มีเหตุบรรเทาโทษ ลดโทษให้ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 78 หนึ่งในสี่ คงปรับ 3,000 บาท หากไม่ชำระค่าปรับให้จัดการตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 29, 30 จำเลยอุทธรณ์ ศาลอุทธรณ์ภาค 5 พิพากษายืน จำเลยฎีกา



ศาลฎีกาตรวจสำนวนประชุมปรึกษาแล้ว มีปัญหาต้องวินิจฉัยตามฎีกาของจำเลยว่า คำพิพากษาศาลอุทธรณ์ภาค 5 ชอบหรือไม่ โดยจำเลยฎีกาว่า ศาลอุทธรณ์ภาค 5 นำเอากฎหมายที่ยกเลิกมาลงโทษจำเลยและไม่ได้ นำพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 มาตรา 12 ตอนท้ายมาวินิจฉัยชี้ขาดประเด็นแห่งคดีนั้น เห็นว่าศาลอุทธรณ์ภาค 5 วินิจฉัยว่า ข้อเท็จจริงฟังได้ว่าขณะเกิดเหตุจำเลยไม่ได้ขึ้นป้ายว่าเภสัชกรไม่อยู่ ไม่ขายยาอันตรายและยาควบคุมพิเศษ และไม่ได้ล็อกตู้ยาหรือใช้ผ้าบังเพื่อจะแสดงให้เห็นว่า จะไม่ขายยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ อันเป็นการคุ้มครองความปลอดภัยของผู้บริโภคยาที่ผู้ประกอบการร้านขายยาจะไม่อาจขายยาประเภทดังกล่าวได้ ในขณะที่เภสัชกรไม่อยู่ปฏิบัติหน้าที่ การที่จำเลยไม่มีการดำเนินการดังกล่าวเพื่อแสดงให้เห็นว่า จะไม่มีการขายยาอันตรายและยาควบคุมพิเศษ แต่กลับเปิดร้านขายยาตามปกติ ย่อมเป็นข้อบ่งชี้ให้เห็นว่าจำเลยเจตนาที่จะขายยาทุกประเภทที่อยู่ในร้าน รวมถึงยาอันตรายและยาควบคุมพิเศษด้วย จึงต้องถือว่า ขณะเกิดเหตุจำเลยมีไว้เพื่อขายซึ่งยาอันตรายและยาควบคุมพิเศษ ซึ่งอยู่ในความหมายของคำว่า “ขาย” ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 มาตรา 32 ประกอบมาตรา 4 การกระทำของจำเลยจึงเป็นความผิดตามคำพิพากษาศาลชั้นต้นแล้ว ดังนี้ เห็นได้ว่าศาลอุทธรณ์ภาค 5 ไม่ได้นำกฎหมายที่ยกเลิกมาลงโทษจำเลย แต่เป็นการนำกฎหมายที่ใช้บังคับขณะจำเลยกระทำความผิดมา

วินิจฉัยลงโทษจำเลย ส่วนที่ศาลอุทธรณ์ภาค 5 วินิจฉัยถึงคำนิยามคำว่า ขาย ตามพระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2530 ก็เป็นการวินิจฉัยตามที่จำเลยอุทธรณ์เท่านั้น นอกจากนี้ คดีนี้โจทก์ฟ้องขอให้ลงโทษจำเลยฐานผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันที่เป็นยาอันตรายและยาควบคุมพิเศษในระหว่างที่เภสัชกรไม่อยู่ปฏิบัติหน้าที่ ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 มิได้ฟ้องขอให้ลงโทษจำเลยฐานขายยาแผนปัจจุบันโดยไม่ได้รับอนุญาตตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2522 มาตรา 12 กรณีจึงไม่จำเป็นต้องนำมาตรา 12 ตอนท้ายมาวินิจฉัย เพราะมิใช่การกระทำความผิดที่โจทก์ฟ้องขอให้ลงโทษจำเลย คำพิพากษาศาลอุทธรณ์ภาค 5 ชอบแล้ว ฎีกาของจำเลยข้อนี้ฟังไม่ขึ้น

มีปัญหาคือต้องวินิจฉัยตามฎีกาของจำเลยต่อไปว่า การกระทำของจำเลยเป็นความผิดตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 มาตรา 32 หรือไม่ โดยจำเลยฎีกาว่าการกระทำที่จะเป็นความผิดตามบทบัญญัติดังกล่าวจะเป็นความผิดต่อเมื่อร้านขายยานั้นไม่ได้รับใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันหรือผู้ได้รับใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันได้ขายยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษจริง ๆ ในขณะที่เภสัชกรไม่อยู่ปฏิบัติหน้าที่ ไม่ใช่กรณีมีไว้เพื่อขายนั้น เห็นว่า พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 มาตรา 4 ได้วิเคราะห์ศัพท์คำว่า “ขาย” หมายความว่า ขายปลีก ขายส่ง จำหน่าย จ่ายแจก แลกเปลี่ยนเพื่อประโยชน์ในทางการค้า และให้หมายความรวมถึงการมีไว้เพื่อขายด้วย



ฉะนั้น การขายหรือมีไว้เพื่อขายยาแผนปัจจุบันที่เป็นยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษในขณะที่เภสัชกรไม่อยู่ปฏิบัติหน้าที่จึงถือเป็นความผิดอย่างเดียวกันโดยไม่จำเป็นต้องมีการขายจริงดังที่จำเลยฎีกา

เมื่อข้อเท็จจริงฟังเป็นยุติว่า จำเลยเป็นผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันที่เป็นยาอันตรายและยาควบคุมพิเศษ มีนาย ก. เป็นเภสัชกรควบคุมการขายยาแผนปัจจุบันที่เป็นยาอันตรายและยาควบคุมพิเศษประจำร้านในเวลา 17 นาฬิกา ถึง 20 นาฬิกา แต่ในวันเกิดเหตุจำเลยเปิดร้านขายยาโดยมียาอันตรายและยาควบคุมพิเศษอยู่ในร้าน และไม่มีเภสัชกรอยู่ปฏิบัติหน้าที่ประจำร้าน การกระทำของจำเลยจึงเป็นความผิดฐานผู้รับอนุญาตขายยาอันตรายและยาควบคุมพิเศษในระหว่างที่เภสัชกรไม่อยู่ปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรา 32 ที่ศาลอุทธรณ์วินิจฉัยภาค 5 วินิจฉัยมานั้น ศาลฎีกาเห็นพ้องด้วย ฎีกาของจำเลยข้อนี้ฟังไม่ขึ้นเช่นกันพิพากษายืน”

จากคำพิพากษาศาลฎีกาที่ 14905/2556 ส่งผลให้กระทรวงสาธารณสุขได้ออกกฎกระทรวงการขออนุญาตและการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน พ.ศ. 2556² กำหนดใน ข้อ 11 ผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันทุกประเภท และผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการต้องปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนที่รัฐมนตรีกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา ประกอบกับประกาศกระทรวง

สาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557³ ในข้อกำหนดของสถานที่ อุปกรณ์ที่ใช้ในการขายยา การเก็บ และการควบคุมหรือรักษาคุณภาพยาในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน โดยบริเวณจัดวางยาอันตรายและยาควบคุมพิเศษในพื้นที่ขายยาจะต้องจัดให้มีวัสดุที่ใช้ปิดบังบริเวณที่จัดวางยาอันตราย ยาควบคุมพิเศษ สำหรับปิดในเวลาที่ไม่เภสัชกรหรือผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการไม่อยู่ปฏิบัติหน้าที่ และจัดให้มีป้ายแจ้งให้ผู้มารับบริการทราบว่าเภสัชกรหรือผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการไม่อยู่ อันเป็นการแสดงเจตนาว่าไม่มีการขายยาในช่วงที่เภสัชกรไม่อยู่ปฏิบัติหน้าที่ และเพื่อเป็นการแจ้งเตือนผู้บริโภคยาได้ทราบไปในคราวเดียวกันว่าขณะนี้เภสัชกรไม่อยู่ปฏิบัติหน้าที่ ผู้รับอนุญาตจึงไม่สามารถจะขายยาได้ เพื่อให้กฎหมายมีสภาพบังคับได้อย่างเต็มที่ ส่วนการดำเนินการบังคับใช้กฎหมายนั้น หากพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ตรวจพบการกระทำความผิดตามมาตรา 32 และผู้กระทำความผิดยินยอมให้เปรียบเทียบปรับ เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา หรือผู้ซึ่งเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยามอบหมายมีอำนาจเปรียบเทียบปรับได้ แต่หากผู้กระทำความผิดไม่ยินยอมให้เปรียบเทียบปรับก็ต้องเข้ากระบวนการฟ้องร้องคดีต่อศาลต่อไป โดยยึดถือคำพิพากษาของศาลฎีกาข้างต้นเป็นบรรทัดฐาน



เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 2 มิถุนายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.ocs.go.th/council-of-state/#/public/doc/NOIPSUFmTWEOT3cvJU9Dc05blZtZz09>.
2. กระทรวงสาธารณสุข. กฎกระทรวงการขออนุญาตและการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันพ.ศ. 2556 ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 130 ตอนที่ 126 ก (ลงวันที่ 27 ธันวาคม 2556).
3. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธี ปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 131 ตอนพิเศษ 223 ง (ลงวันที่ 5 พฤศจิกายน 2557).



เมื่อหมอปลอม..เจอกับครูปลอม

ศุลาภรณ์ รุจิระยรรยง

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี

นาฬิกาติบเวลา 16 นาฬิกา 30 นาที ส่งสัญญาณบอกเวลานี้คือเวลาเลิกงาน ทุกๆ คนต่างเก็บข้าวของเพื่อกลับบ้านไปหาครอบครัวอันเป็นที่รักแต่สำหรับฉันมันคือเวลาเริ่มต้นของภารกิจ “พิทักษ์ ยายเมี้ยน”

ใช่...ฉันกำลังพูดถึง “ยายเมี้ยน” ถามว่าเคยรู้จักยายเมี้ยนคนนี้ไหม “ไม่เลย” ฉันไม่เคยรู้จัก แต่เพราะยายเมี้ยนคือชาวบ้านธรรมดา ๆ คนหนึ่งที่เภสัชกรจากโรงพยาบาลในสังกัดโทรมาบอกเมื่อสัปดาห์

“ช่วยด้วย ๆ หมอเถื่อนมาทำฟันปลอมในหมู่บ้านที่ ต.บ้านเปิก ตอนนี้กำลังจะทำให้ยายเมี้ยนอยู่ รืบบ้าง มาเลยนะพี่ เดี่ยวมันหนีไปก่อน”

“ได้ ๆ เดี่ยวไปเดี๋ยวนี้เลย” ฉันตอบปลายสายไปอย่างอัตโนมัติ พลันหยิบกระเป๋าเอกสารและอุปกรณ์การออกตรวจ ภายในใจฉันคิด...จะทำไมยังงั้นอ หมู่บ้านนั้นอยู่ไกลจากที่ทำงานถึง 30 กิโลเมตร กว่าจะไปถึงยายเมี้ยนคงทำฟันปลอมไปเรียบร้อยแล้วและ ณ เวลานั้นหมอเถื่อนคงจะหนีไปไกลแล้ว

แต่เพื่อภารกิจอันสำคัญยิ่ง ทีมเราสองคนจึงรีบไปยังบ้านยายเมี้ยนด้วยความเร่งรีบ เส้นทาง 20 กิโลเมตร ที่แคบและคดเคี้ยว ทำให้พวกเราไม่สามารถเหยียบคันเร่งเต็มแรงได้ ขณะที่พวกเรากำลังเข้าสู่หมู่บ้านของยายเมี้ยน เสียงโทรศัพท์ของเภสัชกรสั่นก็เข้ามาอีก

“ไม่ทันแล้วนะ หมอเถื่อนไปแล้ว เอาใจดี ”

“ลองถามชาวบ้านสิ รถที่เข้าไปทางไหน” ฉันบอก

ฉันยังขับรถต่อไปบนเส้นทางฉวัดเฉวียน เสียงเร่งเครื่องพร้อม ๆ กับเสียงเบรกรถเมื่อผ่านทางโค้งเป็นระยะ ๆ เภสัชกรสั่นโทรเข้ามา

“ตอนนี้มันข้ามเขตอำเภอพี่ไปแล้วนะ ไปวัดบ้านข่อย เขตอำเภอเมืองแล้วกำลังทำฟันให้พระอยู่”

“โป๊ะ เช๊ะ ! เสรีงานานี้” ฉันรีบโทรหานายตำรวจระดับจังหวัดที่รู้จักทันที

“สวัสดิ์ค่ะ ผู้กำกับคะ ตอนนี้หมอเถื่อนกำลังเร่ทำฟันปลอมอยู่ จะขอรบกวนให้ช่วยเหลือนะคะ”

“หมอเถื่อนหรือครับ ตอนนี้ผมคงช่วยไม่ได้ครับ ผมเส้นเลือดในสมองแตก เป็นอัมพฤกษ์อยู่ ตอนนี้นอนอยู่บนเตียง ไม่ได้ไปทำงานเป็นเดือนแล้วครับ” ผู้กำกับตอบ

พระเจ้าช่วยกลัวทอด...แล้วจะไปทันยังงั้นละนี้ สัญชาตญาณบอกทันที งานนี้ต้อง รพ.สต.บ้านข่อย และก็ช่วยได้จริง ๆ รพ.สต.บ้านข่อยโทรตามตำรวจที่อยู่บริเวณนั้นให้ไปวัดทันที

เวลาราว ๆ 5 โมงครึ่ง พวกเราไปถึงวัดบ้านข่อย ที่นั่นมีรถตำรวจสายตรวจ 1 คัน เภสัชกรและเจ้าหน้าที่ รพ.สต.บ้านข่อย รวม 5 ชีวิต รายงานให้ฟังเป็นฉากว่าหลวงตาทำฟันไปแล้วซึ่งนั่งจ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว 6,000 บาท พวกเขามาไม่ทัน หลวงตาบอกหมอเถื่อนมาจากสุพรรณ ป่านนี้คงกลับบ้านไปแล้ว



“วันนี้คงหาหมอเถื่อนไม่เจอละ ยังไงวันนี้ไปขอข้อมูลจากยายเมี้ยนก่อนละกัน เพื่อได้เบาะแสหรือให้ยายเมี้ยนแจ้งความไปเลย ไป ๆ ไปบ้านยายเมี้ยนกัน” ฉันทวนที่มงาน พลันนัดแนะกับคุณตำรวจว่าพรุ่งนี้เจอกันใหม่

เมื่อไปถึงบ้านยายเมี้ยนบ้านไม้หลังใหญ่ใต้ถุนสูง บริเวณบ้านมียุ้งข้าวและมีกองฟองใหญ่ ๆ อยู่ 2 - 3 กอง มองเข้าไปใต้ถุนบ้านเห็นผู้หญิงคนหนึ่งอายุประมาณ 70 ปี ใส่เสื้อลูกไม้ผ้าถุงลายไทยเก่า ๆ นั่งอยู่ที่แคร่ใต้ถุนบ้านพวกเราแนะนำตัวและขอดูฟืนปลอมของยายเมี้ยน ยายเมี้ยนดวงตาเป็นประกายแล้วยิ้มให้ดูอย่างภาคภูมิใจ แกเล่าว่ามีหมอ 3 คน ขับรถเก๋งมาช่วยทำให้เป็นบริการพิเศษที่มาช่วยทำถึงบ้าน ค่าทำดีด้วยนะ แสบนิดเดียว ไม่ต้องถอนฟืน แค่เลือกสีฟืนปลอมแล้วก็เอามาใส่เหยือกเลย 20 นาทีก็เสร็จ อันนี้แบบถาวรนะ ฉันท้าหมัดปากเขาลดราคาให้อีกจาก 6 หมื่น เหลือ 5 หมื่น

“5 หมื่น !!!” พวกเราอุทานพร้อมกัน

“ใช่ 5 หมื่น มีอะไรกันหอรอ” ยายเมี้ยนสงสัย

พวกเราอธิบายให้ยายฟังว่าคนที่มาทำให้ยายนะเป็นหมอเถื่อนและอุปกรณ์ที่ทำฟันไปอันตรายมาก อุปกรณ์ที่ใช้ก็มีแค่สารพิษอันตรายมาก ๆ ยายอาจจะติดเชื้อ ฟันเน่าและเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ยายไปเอาออกเถอะ ไปให้หมอที่โรงพยาบาลออกให้ไหม ?

ยายได้แต่ตอบว่า “เตี้ยวกิดก่อนนะ” ท่าทางไม่น่าจะอยากเอาฟันปลอมออก จากนั้น

พวกเราพยายามเล่าให้ยายฟังว่าพวกเรามีภารกิจพิทักษ์ยายและมีภารกิจพิทักษ์ผู้บริโภคคนอื่น ๆ ไม่ให้หลงเป็นเหยื่อด้วย เราจะขอบันทึกปากคำยายเพื่อใช้เป็นประโยชน์ต่อทางราชการหน่อยได้ไหม

“ได้ แต่ฉันไม่อยากเดือดร้อนไม่อยากเป็นคดี ฉันทกลัวพวกมันจะมาเล่นงาน” ยายตอบตรงไปตรงมา พวกเราเลยบันทึกปากคำยายเมี้ยนซึ่งรู้เพียงว่าคนที่ทำให้เชื้อ หมอแกละ กับหมอหลี มาจากจังหวัดสุพรรณ หาใช่คนลพบุรีไม่ เราขอร้องให้ยายเมี้ยนแจ้งความก็ไม่เอาเพราะไม่อยากเป็นคดี สรุปรูวันนี้พวกเรากว่าน้ำไหล แต่เราก็ทิ้งเบอร์โทรไว้ให้คุณยายเผื่อว่ายายอาจมีข้อมูลอะไรจะบอกกับเราเพิ่มเติม

วันรุ่งขึ้น พวกเราครบทีมไปที่สถานีตำรวจภูธรตำบลบ้านข่อยแต่เช้า เราเจอกับผู้กำกับ และสารวัตรสืบสวน ท่านบอกว่าไปสอบถามคนในหมู่บ้านมาแล้ว ทำกันไปหลายคน ทั้งข้าราชการทั้งชาวบ้าน โดนหลอกกันถ้วนหน้า พวกเราวางแผนจับหมอเถื่อนโดยโทรศัพท์ล่อซื้อ นี่เป็นครั้งแรกที่เราจะทำการจับรถเร่ที่มันไปไวมาไว และไม่รู้จะเอาใครเป็นสายล่อซื้อ เพราะงานนี้จะจับได้ก็ต่อเมื่อความผิดสำเร็จหรือต้องมีการทำฟันแล้วสายลับก็ต้องเป็นสายล่อซื้อ ที่สำคัญต้องฟันหอรด้วยนะ ..แถมเสร็จงานผู้ร้ายอาจตามหา อาจช่วยได้ นี่คือเรื่องที่กำลังวุ่นมากที่สุดสำหรับมือปราบคลินิกกว่าครึ่งร้อยคดีอย่างฉัน .. ใช่ นี่เป็นครั้งแรกที่ฉันจะจับรถเร่ ที่ไม่เคยมีข้อมูลหรือหน้าตาคนร้าย





อะไรใส่ในปากผม แล้วเรียนจบทันตแพทย์มาจากไหน”

“ไม่จำเป็นต้องเรียนจบหรอกครับ แม่ผมสอน ทำกันทั้งบ้านเลยเป็นธุรกิจของทางบ้านสบายใจได้ ผมทำมานานหลายปีแล้ว เดี่ยวทำต่อนะครับ ต้องหาน้ำยาใหม่” หมอเถื่อนตอบน้ำเสียงราบเรียบ

คราวนี้ครูใหญ่ปลอมได้แสดงตัว “ผมเป็นตำรวจครับ”

“อ้อ..ตำรวจเหรอครับ ถ้าเป็นตำรวจเราให้บริการฟรีครับ ไม่คิดตังค์”

“เปล่า..ไม่ใช่อย่างนั้นครับ ผมเป็นตำรวจผมขอเชิญคุณไปให้การที่โรงพักครับ”

“ถ้าฉันหมอหาแม่ก่อน” น้ำเสียงเริ่มสั่นสีหน้าเริ่มซีด

“คงโทรไม่ได้แล้วครับ แม่คุณโดนจับแล้วตะกั้ว เราให้ตำรวจสกัดจับรถแม่คุณได้แล้ว เชิญคุณทั้งสองไปโรงพักครับ” สารวัตรเสียงเข้ม

เรื่องราววันนั้นพวกเราต้องไปให้การและทำบันทึกจับกุมที่สถานีตำรวจ กว่าจะเสร็จก็เป็นเวลาเกือบสี่ทุ่ม ผู้ต้องหา 4 คน รับสารภาพหมด เด็กน้อยเยาวยชน 2 คน ที่อายุ 12 - 13 ขวบนั้น พวกเราพูดคุยกับผู้ต้องหาที่เป็นแม่ว่าจะไม่จับกุมเพื่อให้โอกาสกลับไปเรียนหนังสือ ตำรวจแจ้งข้อหา กับ 4 ผู้ต้องหาว่าร่วมกันประกอบวิชาชีพทันตกรรมโดยไม่ได้รับอนุญาต โทษจำคุกสามปี ปรับไม่เกินสามหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และข้อหาประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาลโดย

ไม่ได้รับอนุญาต โทษจำคุกห้าปี ปรับไม่เกินหนึ่งแสนบาทหรือทั้งจำทั้งปรับโทษหนักหนาสาหัส แต่ผู้ต้องหาได้รับสารภาพ และเป็นความผิดครั้งแรก ศาลจึงเมตตาลดโทษให้กึ่งหนึ่ง คงเหลือจำคุกคนละสองปี ปรับคนละสามหมื่นบาท โทษจำคุกให้รอลงอาญาไว้สองปี ผู้ต้องหาเพียงชำระค่าปรับและกลับบ้านได้

ไม่มีใครบอกได้ว่าหมอเถื่อนเหล่านี้จะยังคงทำฟันปลอมอยู่หรือไม่ แต่ในพื้นที่ตำบลบ้านข่อยและบ้านเบิกนี้ไม่มีหมอเถื่อนมาทำฟันปลอมอีกได้ เพราะเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และอาสาสมัครคุ้มครองผู้บริโภคได้จัดประชาคมหมู่บ้านร่วมกันเฝ้าระวังภัย

ยายเมี้ยนและชาวบ้านนับสิบคนทนการรบกวนของเภสัชสัสมและทีมงานไม่ไหวจนต้องยอมที่จะเอาฟันปลอมของปลอมออก ทันตแพทย์รับจัดคิววันนอกเวลาพิเศษให้คนไข้เหล่านั้นเพื่อเอาฟันปลอมออก ไม่อย่างนั้นจะเน่าทั้งฟันจริงฟันปลอมอาจจะต้องเลาะออกหมดปาก

โชคดีของยายเมี้ยน หลวงตา และอีกหลาย ๆ คนที่ได้เอาฟันปลอมห่วย ๆ ออกไป

โชคดี ที่หมอเถื่อนยังไม่ได้ไปทำฟันให้อีกหลายคน..และโชคดีที่ครูปลอมขณะหมอปลอม..จึงเป็นโชคดีของชาวบ้านในวันนั้น...ขอขอบคุณสารวัตรจอร์จและทีมงาน เภสัชสัสม หมอฟันจริงเจ้าหน้าที่ รพ.สต.บ้านเบิกและบ้านข่อยและทีมงานครูปลอมทุกคนที่ช่วยให้ภารกิจในวันนั้นสำเร็จไปได้ด้วยดี..ภารกิจพิทักษ์ยายเมี้ยนและคุ้มครองผู้บริโภค



พริตตีหน้าซ้ำ

ฐิติพร อินคร

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

ฟู้ววววฟู้ ฟู้ววววฟู้ เสียงไต่เป่าผมจากช่างทำผมกำลังดึงม้วนผมให้ฉันอย่างพิถีพิถัน
“วันนี้แต่งหน้าสวยมากเลยนะคะคุณหมอ มินัดพิเศษเหอะคะ” ช่างทำผมพูดคุยกับฉันอย่างคุ้นเคย
และเรียกว่าคุณหมอเสมอแม้จะทราบว่าเป็นเภสัชกร

“จะไปดูแข่งฟุตบอลจ้า” ฉันตอบเสียงดังให้หลบเสียงไต่เป่าผม

“อาทิตย์ที่แล้วทีมใหญ่มาเยือน ได้ข่าวว่าเสมอนี้คะ คุณหมอได้ไปดูไหมคะ” ช่างทำผมชวนคุยถึงทีม
ฟุตบอลอันเป็นความภาคภูมิใจของพวกเราแม้จะเป็นจังหวัดเล็กๆแต่สามารถเข้าไปแข่งขันในไทยพรีเมียร์ลีกได้

“ไปค่ะ ๆ แต่ไปแป๊บเดียว ก็กลับแล้วคะ” ฉันยังคงต้องพูดเสียงดังคล้ายตะโกน

“อาทิตย์นี้ก็แข่งที่เราก็คะ เหอะคะ ทำไมไม่ไปแข่งสนามทีมเหย้า” ช่างทำผมยังคงถามต่อเพราะเข้าใจ
ว่าปกติแล้วจะมีแข่งที่จังหวัดเราสัปดาห์เว้นสัปดาห์

“สนามทีมเหย้าปิดซ่อมค่ะ เขาเลยต้องขอใช้สนามทีมเรา” ฉันอธิบายอย่างกับเป็นแฟนคลับด้วย

ย้อนคิดถึงวันเสาร์ที่แล้ว ฉันในฐานะหัวหน้างานควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัด
แต่งกายทะมัดทะแมง เสื้อสีฟ้าริ้วอันเป็นเครื่องแบบแสดงการเป็นเจ้าหน้าที่จากกระทรวงสาธารณสุข พร้อม
ด้วยหัวหน้ากลุ่มงานผู้บังคับบัญชาของฉัน ทีมเจ้าหน้าที่จากสำนักงานสรรพสามิต เจ้าหน้าที่ตำรวจ และกอง
กำลังทหาร รวม 25 คน ตรงเวลาตามนัดหมาย 15.00 น. ณ สนามฟุตบอลที่ตั้งอยู่ในสถานศึกษา วันนี้ทีม
เยือนอันดับต้นตารางมาแข่งที่บ้านเราซึ่งเป็นทีมอันดับกลาง ๆ ค่อนไปท้ายตาราง ผู้ชมจากทั้งในจังหวัดเรา
และจังหวัดใกล้เคียงกำลังเดินทางเข้าสนามอย่างคึกคัก เสียงพิธีกรเชิญชวนให้ทุกคนเร่งเข้าที่นั่งสลักับ
เสียงดนตรีเร้าใจ สร้างความคึกคักให้ผู้ชมเร่เฝ้านั่งเชียร์ ยิ่งขึ้น แม้ตอนนี้แทบไม่มีที่นั่งว่างในสนามเหลือแล้วก็ตาม

ก่อนนั้นครึ่งชั่วโมงหัวหน้ากลุ่มงานผู้บังคับบัญชาของฉันที่ได้รับมอบหมายเป็นหัวหน้าทีม นัดหมาย
หัวหน้าทีมต่าง ๆ เพื่อประชุมวางแผนการตรวจสอบและจับกุมการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ณ ห้อง
ประชุมในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เนื่องจากมีร้องเรียนของประชาชนว่าสนามฟุตบอลตั้งอยู่ในสถานศึกษา
มีเยาวชนพร้อมครอบครัวไปร่วมชม ร่วมเชียร์ แต่กลับมีกองเชียร์บางคนเมามายจนอาจทำให้เกิดความไม่
ปลอดภัยต่อผู้อื่น ซึ่งทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้ทำหนังสือราชการแจ้งข้อกฎหมายไปยังเจ้าของสนาม
และผู้บริหารทีมฟุตบอลได้รับทราบถึงข้อห้ามแล้ว และคาดว่าจะได้รับความร่วมมือ เน้นว่าทีมงานเราจะเดิน
ประชาสัมพันธ์ ให้คำแนะนำ ขอความร่วมมือห้ามขาย ห้ามดื่ม แผนการว่าจะเดินวนรอบสนามกลับมาที่เดิม
จะไม่ใช้กำลังจับกุมเด็ดขาด เราแยกย้ายและนัดเจอกันอีกครั้งที่หน้าสนามฟุตบอล รถตู้สำนักงานสาธารณสุข



จังหวัดพหุหน้าทีม ฉันทและเจ้าหน้าที่สรรพสามิตรวม 5 คน ไปจอดตรงประตูทางเข้า ซึ่งเจ้าหน้าที่ตำรวจและทหาร จำนวน 20 นาย ได้มารออยู่ก่อนแล้ว

“ส่งทีมแล้วออกไปจอดรถข้างนอกนะคะ ถ้าทำงานเสร็จพี่จะโทรเรียกให้มารับที่เดิม” ฉันทบอกพนักงานขับรถก่อนจะลงจากรถตู้เป็นคนสุดท้าย

“ถ้าทุกคนเข้าใจแล้วก็เริ่มปฏิบัติงานได้” เสียงตะโกนอย่างเข้มแข็งของนายตำรวจ สั่งเจ้าหน้าที่ตำรวจที่เข้าแถวรับคำสั่งตามด้วยเสียงตอบรับพร้อมเพรียงกัน

“ผมให้ลูกน้องเดินนำหน้า 2 คน และที่เหลือคือปิดท้ายกับทหารครับ” นายตำรวจเดินเข้ามาแจ้งหัวหน้าทีมที่มาถึงบริเวณนั้นพอดี

“เราเน้นพูดคุย ประชาสัมพันธ์ แต่ถ้าเจอเคสและพอจะเก็บหลักฐานได้จะรบกวนท่านช่วยขอบัตรประชาชนให้น้องถ่ายรูปให้หน่อยครับ” หัวหน้าทีมกล่าวกับนายตำรวจและนายทหาร

“สายข่าว แจ้งมาว่ามีชายหลายร้านเลยนะคะ น่าจะเกินสิบ ชายอยู่รอบสนามเลยคะ” ฉันทรีบแจ้งทีมให้รับทราบตามที่สายข่าวกลุ่มเยาวชนเข้าไปแฝงตัวเพื่อเก็บภาพตามจุดต่าง ๆ ทั่วบริเวณสนาม

“เราจะเริ่มปฏิบัติงานเลยไหมครับ เดี่ยวถ้ามีคนมาแล้วเราจะทำงานลำบาก” นายทหารกล่าว

“สายข่าวจะชี้จุดการขายเป็นระยะให้ท่านพิจารณาสั่งการนะคะ เดินผ่านประตูเข้าไปเจ้าแรกอยู่ทางขวามือคะ” ฉันทแจ้งหัวหน้าทีมให้รับทราบพร้อมกับทุกคน

“โอเคครับ ถ้าพร้อมแล้วเราก็เริ่มเดินกันเลยครับ” หัวหน้าทีมสั่งการพร้อมเดินนำทุกคนเข้าไปในสนามท่ามกลางฝูงชน

บริเวณรอบสนามจะเห็นร้านแผงลอยขายอาหาร เช่น ลูกชิ้น ปลาหมึกย่าง น้ำเปล่า น้ำอัดลมรวมถึงเหล้าเบียร์ ที่วางตั้งอยู่อย่างชัดเจนราวกับผู้ชายไม่ทราบว่ากำลังฝ่าฝืนกฎหมายอยู่บ้างก็ถูกแซวไถในถึงน้ำแข็งพร้อมจำหน่ายให้ผู้คนที่เดินขวักไขว่ซื้ออาหารและเครื่องดื่มเพื่อถือเข้าไปรับประทานข้างในสนาม

“เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาละเด้อ เขาบอให้ขายเหล้าเบียร์เด้อ” เสียงผู้ชายคนหนึ่งดังขึ้นมาท่ามกลางผู้คน

“สิมาจับเฮาเด้นิ ” อีกเสียงดังขึ้นมา “เขาบอให้กินเบียร์ มันสิเชียร์หมวนยูบอ” “เจ้าหน้าที่มาเฮ็ดอียังละ” “มันห้ามบอได้ดอก สำนึกเบียร์มันสิตายยูบอ” “เจ้าหน้าที่ฟ้าวเมื่อเลย แล้วบอต้องมาอีก”

เสียงพูดตะโกนไปมา พร้อมกลุ่มชายฉกรรจ์คล้ายนักเลงเริ่มแสดงตัว ซึ่งแน่นอนว่าชายกลุ่มนี้ไม่ใช่ผู้ชาย ผู้ดื่มหรือกลุ่มผู้คนที่มาเชียร์ฟุตบอลอย่างปกติเป็นแน่ คาดการณ์ราว 40 คนเดินตามประกบและกดดันพวกเรา ประกอบกับการสื่อสารระหว่างทีมเริ่มเกิดปัญหาเนื่องจากเสียงดังของฝูงชน



“เราควรออกไปก่อนดีไหม” หัวหน้าทีมปรึกษากับนายตำรวจ เมื่อฉันได้ยินดังนั้นจึงรีบโทรศัพท์เรียกพนักงานขับรถมารับเราทันที

“เพื่อความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ เราควรรีบเดินออกไปครับ” นายตำรวจกล่าวตอบ

“ฉันเราสลายตัวแล้วค่อยว่ากันอีกทีครับ” หัวหน้าทีมพูดพร้อมรีบเดินตามฉันซึ่งมารอยู่ที่รถตู้เมื่อทุกคนมารบกก็ออกตัวอย่างรวดเร็ว ไม่มีการพูดคุยใด ๆ จนถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทุกคนต่างแยกย้ายกลับบ้านยกเว้นฉันที่ต้องเข้าไปในห้องทำงานเพื่อเก็บเอกสารและอุปกรณ์ต่าง ๆ ในระหว่างนั้นก็เห็นนายทหารเดินตามฉันเข้ามา

“พี่ไม่กลับหรือคะ หรือว่ามีอะไรให้หนูช่วยไหมคะ” ฉันพูดขึ้นก่อนในฐานะเจ้าของสถานที่

“ไม่ ๆ พี่จะมานั่งบอกว่า ที่เราทำนั้นมันอันตราย พี่หวังดี ที่เห็นเมื่อสักครู่นะ แต่ละคนไม่ธรรมดาเลย บางคนเคยถูกส่งมาติดนิสัยกับพี่ บางคนพูดดี ๆ ด้วยไม่ได้เลย พวกเคนตาย” นายทหารกล่าวพร้อมทำสีหน้าเคร่งเครียดจริงจังเนื่องจากเราเคยร่วมงานกันมาเป็นครั้งที่ 3 แล้ว

“หนูไม่รู้เลยคะ นี่ก๊ง ๆ อยู่ ทำไมเหมือนเขามารอพวกเรายุ่งแล้วนะ”

“พี่ก็รู้ว่าเขามารอเราไหม แต่พอเห็นไอคนที่รู้จัก ทางที่ดี เราควรหยุด ไม่ต้องไปยุ่งแล้วละ เราอยู่ในที่แจ้ง เขาอยู่ในที่มืด เขาจะมาทำอะไรกับเราก็ได้ มันไม่คุ้มเลย”

“เขารู้จักหนูหรือคะ ตามแผนการทำงาน หนูต้องลงตรวจที่นี่อีก 2 ครั้งนะคะ”

“พี่ไม่รู้ แต่เราไม่ควรทำแบบนี้แล้ว ขอเปลี่ยนงานหรือย้ายงานเลยได้ไหม บอกหัวหน้าเลย เพื่อความปลอดภัยของเรา”

“โอเคคะ หนูจะลองปรึกษาผู้ใหญ่ดูค่ะ ขอขอบคุณพี่ที่หวังดีนะค่ะ”

เสียงโทรศัพท์เป่าผมเงียบลง “เสร็จแล้วค่ะ คุณหมอ หน้าก็สวย ผมก็สวย สวยเหมือนพริตตี้เลย” ช่างทำผมยังคงชมฉันไม่หยุด

“สวยจริงๆ ไข่ไหม สวยจนจำไม่ได้เลยไหมคะพี่” ฉันพูดพร้อมหัวเราะขำขันและยื่นธนบัตร 100 บาทให้ 2 ใบก่อนจะรับสายโทรเข้ามาพอดี

“คะพี่ ป้ายสาม หน้าประตูทางเข้าสนามฟุตบอล หนูจะไปเปลี่ยนชุดแล้วเข้าไปเลย คงถึงก่อนป้ายสามคะ” ป้ายสามคือนายตำรวจท่านเดิมที่ร่วมงานกันสัปดาห์ที่แล้ว หลังความผิดพลาดนั้น เราเรียกประชุมและตกลงกันว่าทีมเดิม แพนเดิม เวลาเดิม เพิ่มเติมคือเกณฑ์เจ้าหน้าที่มารอบนี้ 60 คน มันใจว่าทางสนามฟุตบอลคงคาดไม่ถึงว่าเราจะไปตรวจซ้ำ แพนส่วนตัวของฉันวันนี้คือใส่เสื้อกีฬาเชียร์ฟุตบอล ใส่กางเกงยีนส์ แต่งหน้าทำผมให้สวย ขับรถส่วนตัวไปเอง เหมือนเป็นพริตตี้สวย ๆ กลมกลืนกับผู้มาเชียร์กีฬา ไม่เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเหมือนครั้งก่อน ฉันไปถึงบริเวณสนามฟุตบอล 15.00 น. ทีมมาพร้อมทุกคนแล้ว

“จำแทบไม่ได้เลยครับ” นายตำรวจทักฉัน

“เรานี้คือเหมือนกันนะ” นายทหารท่านเดิมพูดกับฉันพร้อมส่ายหน้าเบา ๆ และพูดต่อ

“เราเริ่มเดินเลยนะครับ วันนี้คนไม่เยอะ น่าจะง่ายกว่าอาทิตย์ที่แล้ว”



“หนูขอเดินช่วงกลางทีมณะคะ เดินด้านหน้าคงไม่ค่อยเหมาะสม” ฉันทิ้งตัวไว้ก่อนว่า จะไม่แสดงตัวเป็นเจ้าหน้าที่ และเราก็เดินเรียงกันเข้าไปรอบบริเวณสนาม ฉันทิ้งกายพยายามทำตัวให้คล้ายกับผู้มาเชียร์กีฬา และก็เป็นจริงตามคาด ครั้งนี้ไม่มีกลุ่มชายฉกรรจ์คล้ายนักเลงเลย เราปฏิบัติตามที่ได้ตามที่วางแผน เน้นประชาสัมพันธ์แนะนำ สำหรับรายที่ไม่ปฏิบัติตามจะถ่ายภาพประกอบหลักฐาน เรียกดำเนินคดีต่อไป ระหว่างเจ้าหน้าที่ตำรวจขอบัตรประชาชนผู้ที่ฝ่าฝืนอยู่นั้น มีชายวัยกลางคน จำนวน 3 คน เดินตรงเข้ามาและพูดกับฉันว่า

“บอกแล้วใช้ไหมว่าไม่ให้มาอีก” ชายคนที่ 1 พูดด้วยน้ำเสียงโมโห

“นี่พูดไม่รู้เรื่องนะเนี่ย” ชายคนที่ 2 พูดพร้อมจ้องหน้าฉันเขม็ง

“พี่จะมาเอาอะไร” ชายคนที่ 3 พูดเสียงเบาที่สุด

ฉันตกใจมากที่ชายทั้ง 3 คน ตรงมาที่ฉันแบบไม่ได้ตั้งใจ ในใจก็เกิดคำถามว่า เขาเป็นใคร เขารู้จักเราได้ยังไง ทำไมไม่เดินไปหาหัวหน้าทีมที่อยู่ด้านหน้า มาพูดกับเราแบบนี้ได้ยังไง มาทำกริยากับเราซึ่งเป็นผู้หญิงแบบนี้ได้อย่างไร และเริ่มรู้สึกกลัวขึ้นมาทันทีเมื่อชายกลุ่มโตผิวเข้มก้าวเข้ามาใกล้มากขึ้น คล้ายกับผู้ขายกำลังจะชกต่อยกัน ทันใดนั้นนายตำรวจจากเดินอยู่ด้านหน้าของทีมรีบพุ่งเข้ามา

“คุณทำแบบนี้ไม่ได้ ทำแบบนี้กับเจ้าหน้าที่ไม่ได้” นายตำรวจพูดพร้อมกันตัวชาย

กลุ่มโตออกไป

“อาทิตย์ที่แล้วบอกไปแล้วว่าไม่ให้มาอีกแล้วมาอีกทำไม” ชายกลุ่มโตตะคอกใส่ฉัน

“มาตรวจตามแผนค่ะ” ฉันพยายามตอบไม่ให้เสียงสั้น

“เรามาทำตามหน้าที่ เห็นทำผิดก็ประชาสัมพันธ์ แนะนำ ตักเตือน แต่บางเจ้าก็เยอะเกินไป บอกก็ไม่ฟัง ไม่ให้ความร่วมมือเจ้าหน้าที่เลย” นายตำรวจช่วยอธิบาย

“แล้วจะให้ทำยังไง ก็ขาย ก็กินกันอยู่” ชายคนเดิมยังคงเถียงเสียงแข็ง

“พูดแล้วฟัง ปฏิบัติตาม เราก็ปล่อยไป แต่ถ้าไม่ฟังก็ขอให้ผู้รับผิดชอบไปเสียค่าปรับตามกฎหมายครับ” นายตำรวจตอบทันที

“ผมดูแลร้านทั้งหมดในสนาม ให้ผมเสียค่าปรับได้ไหม” ชายอีกคนที่ใส่เสื้อกีฬาสวมกางเกงขาสั้นเดินเข้ามาประชิดตัว

“คุณเกล็ดชว้างครับ” นายตำรวจถามฉัน

“ก็ได้ค่ะ” ฉันตอบไปพร้อมกับคิดในใจว่า นี่ดีกว่าอาทิตย์ที่แล้วเยอะเลย อย่างน้อยก็ได้ดำเนินคดีเปรียบเทียบปรับ ในเบื้องต้นถือว่าบรรลุเป้าหมาย

พอตั้งสติได้ ฉันก็นึกถึงแผนการในครั้งต่อไปว่าจะเข้ามาตรวจอีกอย่างไร ที่แน่ ๆ คือแผนการปลอมตัวเป็นพริตตี้แบบนี้ไม่เวิร์คเลยใคร ๆ ก็จำหน้าเราได้แล้ว แต่ก็ยังแอบคิดเข้าข้างตัวเองว่า การลงทุนทำสวยของฉันทครั้งนี้ ต้องมีส่วนช่วยทำให้ชายกลุ่มนั้นใจอ่อนจนยอมไปเสียค่าปรับง่าย ๆ แน่นนอน



“ไปกินไอติมเซเวนเช่นกัน!!!”

อังศุรัตน์ ยิ้มละมัย

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

เป็นเช้าที่ทั้งสองฝากฝั่งถนนเต็มไปด้วยรถยนต์และรถมอเตอร์ไซด์อย่างเคย รถทุกคันมุ่งตรงเข้าสู่ตัวเมือง เพื่อเริ่มต้นวันทำงานแรกของสัปดาห์ ทุกคนต่างเร่งรีบเพื่อให้ทันเวลาเช้างานของตนเอง บ้างก็ต้องเผื่อเวลาไปส่งภรรยา ก่อนเข้าที่ทำงาน บ้างก็ต้องรีบไปประชุม บ้างก็ต้องไปส่งลูกเข้าเรียนก่อน เด็กน้อยในชุดนักเรียนเต็มยศ ซ้อนท้ายมอเตอร์ไซด์ มือสองข้างเกาะอยู่ที่เอวคนขับชุกหน้าหลังอยู่หลังผู้เป็นพ่อเหมือนยังไม่อยากตื่นจากที่นอน มันช่างเป็นภาพที่แตกต่างจากการเดินทางไปทำงานเมื่อแปดปีก่อนของฉันอย่างสิ้นเชิง

ในระหว่างที่รถได้จอดนิ่งสนิท ณ สีแยกไฟแดงที่คุ้นเคย เพื่อรอสัญญาณไฟที่แสนจะยาวนานนั้น ฉันก็หวนคำนึงถึงวันแรกที่ฉันได้หันเหเส้นทางชีวิตการทำงานของตัวเองจากอำเภอเล็ก ๆ ที่มีความเป็นอยู่ที่เรียบง่ายมาสู่สถานที่ทำงานที่ใหญ่โตขึ้นและมีความซับซ้อนมากขึ้นเช่นกัน

ครั้งแรกที่ตัดสินใจเปลี่ยนทางเดินของชีวิตการทำงานของตนเอง จากเภสัชกรประจำห้องยานอกในโรงพยาบาลชุมชนเล็ก ๆ เข้ามาสู่เส้นทางของเภสัชกรในกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มันมีความรู้สึกหลายสิ่งหลายอย่างประดังประเดเข้ามาในหัว “ทั้งกลัว” งานมันจะเป็นแบบไหนนะ “ทั้งกังวล” ว่าตัวเราจะเหมาะกับงานไหม “ทั้งลุ้น” ว่าพี่หัวหน้าจะรับเราเข้าทำงานไหม ทั้งตื่นเต้นและอีกหลากหลายความรู้สึก...

แต่ในที่สุดฉันก็ได้เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มงาน คบ. ของเมืองหมอแคนอย่างเต็มตัว น้องเล็กอย่างฉันได้เริ่มต้นด้วยงาน GMP อาหารของจังหวัด ซึ่งเมื่อแปดปีก่อน มีสถานที่ผลิตอาหารในจังหวัดประมาณสิริร้อยกว่าแห่ง “ทั้งหมดนี้เป็นสิ่งที่ฉันต้องดูแลสินะ” อาทิตย์แรกของการเริ่มต้นงานเป็นไปด้วยความราบรื่นไม่มีอะไรมาก มันเป็นอาทิตย์แห่งการปรับตัวปรับใจ เริ่มจากการไปช่วยทำงานกับพี่ ๆ แต่ละคนเพื่อเรียนรู้งานให้รอบด้านก่อนตามตารางที่กำหนดไว้ในแต่ละวันพี่ ๆ ต่างคนต่างแยกย้ายไปทำงานของตนเอง บ้างออกตรวจร้านยา บ้างออกตรวจโรงนม บ้างออกนิเทศงานอำเภอ จนแทบจะไม่ได้เจอหน้ากันเลย ได้เห็นกันเพียงป้ายชื่อและโต๊ะทำงานที่เต็มไปด้วยเอกสารงานของพี่ ๆ เภสัชกรแต่ละคน

จนเมื่อเข้าสู่อาทิตย์ที่สามทุกอย่างดูลงตัวขึ้นสำหรับฉัน ภารกิจนอกพื้นที่ของแต่ละคนเริ่มซาลงบ้าง เราจึงได้นัดกันเพื่อไปหาอะไรอร่อย ๆ กินด้วยกันตามประสาพี่น้อง “เที่ยงนี้ไปกินไอติมเซเวนเช่นกัน พี่หัวหน้าเลี้ยง!!” นั่นเป็นสิ่งที่ทำให้ทุกคนมีรอยยิ้มร่วมกัน ฉันตั้งหน้าตั้งตารอคอยจนถึงเวลานัดหมายเพราะจะได้เจอพี่ ๆ พร้อมหน้ากันสักที วันนั้นไม่ได้มีโปรแกรมออกตรวจนอกพื้นที่ ฉันจึงเลือกใส่ชุดกระโปรงสีดำกับรองเท้าส้นสูง ตามสไตล์ที่ชอบใส่ตอนอยู่โรงพยาบาล ฉันมาทำงานตามปกติเริ่มต้นเข้าด้วยการเคลียร์เอกสารสรุปผลตรวจโรงงานอาหารของอาทิตย์ก่อนขณะที่เพลิดเพลินอยู่นั้นก็ได้ยินเสียงโทรศัพท์ดังขึ้น หลังจากนั้นพี่เภสัชกร



ที่รับสายก็พูดขึ้นว่า "มีเคสด่วน! ออ. พึ่งแจ้งมาว่า จะลงพื้นที่เราช่วงบ่ายโมง คดี พรบ.เครื่องสำอาง มีใครอยู่บ้าง เจอกันสิบเอ็ดโมง ออ. ล่างนะ" ทุกคนที่นั่งอยู่ตรงนั้นมองสบตากันแล้วรีบก้มหน้าก้มตารีบเคลียร์งานของตัวเอง

"เอาแล้วสินี่เป็นการร่วมทำคดีแรกของฉันเลยนะเนี่ย" เมื่อถึงเวลานัดหมายเกศษกรที่ไม่ติดภารกิจก็ได้มารวมตัวกันที่ม้าหินอ่อนหน้าห้อง ออ. ล่าง วันนี้เรามีพี่หัวหน้านำทีมพร้อมกับพี่น้องอีกห้าคน เราได้พูดคุยหารือร่วมกันก่อนตามข้อมูล เพื่อวางแผนงานและแบ่งหน้าที่ของแต่ละคนในการลงปฏิบัติงานในพื้นที่ตามกำลังพลที่มี ฉันได้รับหน้าที่ในการเตรียมแบบบันทึก รวมทั้งอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ต้องใช้ เช่น ปากกาเมจิกหัวใหญ่ เทปกาว กรรไกร คัตเตอร์ กล้องและถุงใส่ของ ที่จำเป็นในการดำเนินคดี หลังจากนั้นทุกคนก็เผารอพี่สาวจากเจ้าหน้าที่ ออ. เราได้รับสัญญาณให้เข้าพื้นที่ได้ในเวลาบ่ายสองโมงตรง โดยมีพี่เกศษกรจาก ออ. สองท่านมาพบกับทีมเราก่อนที่ สสจ. และได้พูดคุยถึงข้อมูลและแนวทางการดำเนินการก่อนที่จะเข้าไปในสถานที่เป้าหมาย เราใช้เวลาเดินทางไม่ถึงสิบห้านาทีก็ถึงโกดังที่เป็นเป้าหมายของวันนั้น

ที่นั่นเป็นโกดังเก็บสินค้าขนาดใหญ่บนพื้นที่ประมาณห้าไร่ที่มีกำแพงปูนล้อมรอบกันเป็นสัดส่วน เมื่อเข้าไปถึงหน้าโกดังพบว่ารถของเจ้าหน้าที่ตำรวจได้จอดอยู่ก่อนแล้ว เมื่อฉันก้าวเท้าลงจากรถตู้สายตาก็พบกับเจ้าบ้านสองตัวที่ถูกล่ามโซ่ไว้บริเวณด้านข้างของโกดัง สุนัขพันธุ์

ร็อตไวเลอร์สีดำขนาดใหญ่หน้าตาไม่เป็นมิตรเลย สักนิตสองตัวกำลังแข่งกันเห่าอย่างบ้าคลั่ง หัวใจฉันเต้นระรัวกลัวว่าเจ้าบ้านจะหลุดออกมาต้อนรับซะจริง แต่ด้วยหน้าที่จึงจำใจต้องก้าวเดินตามพี่ ๆ ออกไปอย่างรวดเร็ว เมื่อเข้าไปอยู่ในโกดังขนาดใหญ่ที่เต็มไปด้วยเครื่องสำอางที่ไม่ถูกต้องจำนวนมาก

งานเริ่มต้นด้วยทีมเจรจาที่มีพี่หัวหน้าและพี่จาก ออ. พูดคุยกับผู้จัดการที่ดูแลโกดัง หลังจากนั้นทีมตรวจสอบผลิตภัณฑ์ก็เริ่มทำงานแยกผลิตภัณฑ์ตามประเด็นที่ผิดกฎหมาย ฉันและพี่เกศษกรอีกท่านมีหน้าที่จดบันทึกรายการที่ยึดทั้งหมด อีกทีมมีหน้าที่เก็บยึดผลิตภัณฑ์ โดยมีพี่ตำรวจช่วยในการลำเลียงขึ้นรถ เพื่อส่งเรื่องไปดำเนินการต่อที่สถานีตำรวจตามขั้นตอน กว่าจะเสร็จภารกิจของวันนี้ก็ปาเข้าไปเกือบสองทุ่มต่างคนต่างแยกย้ายกลับบ้าน เช้าวันต่อมาก็มีแถลงข่าวจาก ออ. ในการทลายแหล่งกระจายเครื่องสำอางที่ผิดกฎหมายรายใหญ่มูลค่ากว่าห้าล้านบาทออกสู่สาธารณชน และนั่นเป็นครั้งแรกที่ได้ร่วมเป็นส่วนหนึ่งของทีม คบ. และเป็นคดีแรกของน้องใหม่ที่ได้เรียนรู้และฝึกฝนการทำงานด้านคดี หลังจากวันนั้นฉันได้เตรียมกางเกงและรองเท้าสำหรับออกพื้นที่ติดไว้ที่โต๊ะทำงานหนึ่งชุดเพื่อเตรียมพร้อมเสมอ

หลังจากคดีเครื่องสำอางห้าล้านผ่านไปไม่ถึงเดือนเราก็ได้มีโอกาสรวมตัวกันอีกครั้ง วันนี้ออนเที่ยงเรามีนัดกินส้มตำร้านโปรดของพี่ชายและมีโปรแกรมกินไอติมเซเวนเช่นแก้วนกันต่ออีกด้วย



ฉันมีงานออกตรวจโรงงานอาหารช่วงเช้าสองราย ซึ่งน่าจะเสร็จทันตอนเที่ยงพอดี ออกตรวจโรงงานผลิตน้ำบริโภคเป็นที่แรกผ่านไปด้วยดีใช้เวลาไม่ถึงหนึ่งชั่วโมงก็เสร็จ ต่อด้วยโรงงานที่สองเป็นของกลุ่มแม่บ้านที่มีความมุ่งมั่นมารวมตัวกันทำไส้กรอกอีสาน และแจ่วบองซึ่งเป็นอาหารขึ้นชื่อของแดนดินถิ่นอีสาน จึงต้องใช้เวลาในการแนะนำเรื่องมาตรฐาน GMP กันอยู่นาน ระหว่างที่กำลังสรุปผลการตรวจให้กลุ่มแม่บ้านอยู่นั้นก็มีเสียงโทรศัพท์เข้ามาเป็นเบอร์ของพี่เภสัชกรที่กลุ่มงาน และเมื่อฉันกดรับสายก็ได้ยินเสียงปลายสายส่งสารว่า

“ต้องการกำลังเสริมด่วนตำรวจประสานมาขอทีมลงพื้นที่ที่ค้ออาหารปลอม เสร็จแล้วให้รีบตามมานะ” หลังวางสายฉันก็ใช้เวลาอีกเพียงสิบนาทีในการให้คำแนะนำในการแก้ไขปรับปรุงสถานที่กับกลุ่มแม่บ้าน แล้วเราก็ออกเดินทางตรงไปยังสถานที่เป้าหมายต่อไป ใช้เวลาเกือบครึ่งชั่วโมงกว่าจะออกจากหมู่บ้านมาได้และต้องฝ่ารถติดอีกหลายไฟแดงกว่าจะถึงที่หมาย พี่หัวหน้าและพี่เภสัชกรอีกสองท่านได้มาถึงก่อนหน้านี้อย่างแล้ว

สถานที่นัดพบเป็นอาคารพาณิชย์หนึ่งชั้นเรียงติดกันสี่คูหาเป็นที่เก็บผลิตภัณฑ์อาหารปลอมอาหารที่แสดงฉลากไม่ถูกต้อง มีสื่อโฆษณาที่โหด

อวดเกินจริง รวมทั้งมีผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางที่ไม่ถูกต้องอีกเป็นจำนวนมาก พี่หัวหน้าเข้ามาชี้แจงข้อมูลรายละเอียดให้ฟังและเราก็แยกย้ายกันไปทำหน้าที่โดยที่ไม่ได้พูดอะไรกันมานาน เราช่วยกันตรวจสอบและแยกผลิตภัณฑ์ที่ไม่ถูกต้องแยกตามประเด็นข้อกฎหมายใช้เวลาอยู่เกือบสองชั่วโมง พี่หัวหน้าและพวกเราต่างช่วยกันขนย้ายผลิตภัณฑ์ไปยังสถานีตำรวจเพื่อความเร็ว หลังจากนั้นเราก็มารวมตัวกันอีกครั้งที่สถานีตำรวจเพื่อช่วยกันถ่ายภาพและเขียนบันทึกรายการของกลางที่ยึดมาทั้งหมด เป็นกระบวนการที่ต้องใช้เวลานานพอสมควรกว่าจะครบทุกรายการ วันนั้นกว่าจะได้กินข้าวเที่ยงก็เป็นเวลาเกือบจะบ่ายสามโมงแถมได้เปลี่ยนบรรยากาศมานั่งกินร้านข้าวกระเพราไก่ไข่ดาวข้างทางใกล้ ๆ สถานีตำรวจด้วย เราลงความเห็นกันว่าเป็นกระเพราที่อร่อยมากที่สุดก็เลยไม่รู้ว่าจะเพราะหิวหรือว่ารสมือของแม่ค้ากันแน่ และเวลาล่วงเลยมาถึงประมาณเกือบหกโมงเย็นกว่าจะได้มีการแถลงข่าวร่วมกัน ก่อนแยกย้ายกันกลับบ้านพี่หัวหน้าหันมาทางพวกเราและยิ้มถามว่า

“ครั้งนี้เราจะนัดกินเซเวนเซ็นต์กันอีกวันไหนดี?” ทุกคนหันมาสบตากันโดยไม่ได้นัดหมาย ไม่มีเสียงตอบจากน้อง ๆ มีเพียงรอยยิ้มอยู่บนใบหน้าของทุกคน

ชมรมเภสัชสาธารณสุขจังหวัดแห่งประเทศไทย
58/1 ถ.นริศร ต.ตลาดใหญ่ อ.เมืองภูเก็ต จ.ภูเก็ต 83000
เบอร์โทรศัพท์ : 099-560022

