

JOURNAL OF HEALTH CONSUMER PROTECTION

วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

ISSN:3027 – 8554 (online)

Vol.5 No.1
January–June 2025
ปีที่ 5 ฉบับที่ 1
มกราคม–มิถุนายน 2568



ที่ปรึกษา

เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา

นายกสภาเภสัชกรรม

นายกสมาคมเภสัชสาธารณสุขจังหวัดแห่งประเทศไทย

บรรณาธิการที่ปรึกษา

รศ.ดร.ภญ.วรรณา ศรีวิริยานุภาพ	ผู้อำนวยการวิทยาลัยคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพแห่งประเทศไทย
ผศ.ดร.ภญ.สุนทรี ท.ชัยสัมฤทธิ์โชค	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ภก.บรรเจิด เดชาศิลปะชัยกุล	อดีตที่ปรึกษาระดับกระทรวงสาธารณสุข นักวิชาการอาหารและยาทรงคุณวุฒิ

บรรณาธิการอำนวยการ

ภก.สมสุข สัมพันธ์ประทีป	ประธานชมรมเภสัชสาธารณสุขจังหวัดแห่งประเทศไทย

กองบรรณาธิการ

รศ.ดร.ภญ.ชื่นจิตร กองแก้ว	มหาวิทยาลัยนเรศวร	หัวหน้ากองบรรณาธิการ
ดร.ภก.ศักดิ์สิทธิ์ ศรีภา	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี	
ผศ.ดร.ภญ.เพ็ญกาญจน์ กาญจนรัตน์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	
รศ.ดร.ภก.สุรศักดิ์ ไชยสงค์	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	
รศ.ดร.ภก.ภานุพงศ์ พุทธรักษ์	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	
ผศ.ดร.ภก.บุญส่ง หวังสินทวีกุล	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์	
ดร.ภญ.ภควดี ศรีภิรมย์	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	
ดร.ภญ.สรียา เวชวิฐาน	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	
ดร.สาลี อินทร์เจริญ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง	
ภก.ภานุโชติ ทองยัง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม	
ภญ.มัลลิกา สุพล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ	
ภก.สุภนัย ประเสริฐสุข	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู	
ภญ.วนิชา สุประดิษฐอาภรณ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี	
ภญ.อังศุรัตต์ ยิ้มละมัย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น	
ภญ.น้ำทิพย์ มุมมาลา	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์	
ภญ.นัทธินี วัฒนวราสันติ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่	
ภก.ราชัน คงชุม	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง	
ภก.วันชัย นนทกิจไพศาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง	
ภญ.รุ่งนภา กงวงษ์	โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี	
ภญ.ฐิติพร อินศร	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ	

ผู้กลั่นกรองและประเมินทความวิจัย (Peer Review)

ภก.ประสาท ลิ่มดุล	ข้าราชการบำนาญ
ภก.ส่งศักดิ์ วรรณกูล	ข้าราชการบำนาญ
ภก.ชัยวัฒน์ สิงห์หิรัญนุสรณ์	ข้าราชการบำนาญ
รศ.ดร.ทพญ.อังสนา ใจแน่น	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.ดร.ภญ.ณัฏฐิญา ค้าผล	มหาวิทยาลัยศิลปากร
ผศ.ดร.ภญ.นันทวรรณ กิติกรรณากรณ์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ผศ.ดร.อารีย์ บุตรสอน	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ดร.อนุวัฒน์ วัฒนพิชญากูล	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ดร.ภญ.ภัทรวดี ศรีคูณ	มหาวิทยาลัยบูรพา
ดร.อนุพันธ์ สุวรรณพันธ์	มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ
ดร.ภญ.ภควดี ศรีภิรมย์	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
นพ.เศกสรรค์ ชวนะดีเลิศ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา
ภญ.กนกพร ชนะค้า	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์
ภญ.มัลลิกา สุพล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
ภญ.กนกพร ธัญมณีสิน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
ภญ.มนชยา ศิริอังคาวุธ	โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี
ภก.อาคม สมบัติ	โรงพยาบาลห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ

JOURNAL OF HEALTH CONSUMER PROTECTION
วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
Vol.5 No.1 January-June 2025
ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2568

บทบรรณาธิการ

กรณีที่กองบรรณาธิการได้ประกาศเปลี่ยนเลขมาตรฐานสากลประจำวารสาร (ISSN) จากเดิม 2773-8647 เปลี่ยนเป็น 3027-8554 โดยมีผลตั้งแต่วารสารฉบับประจำปีที่ 4 ฉบับที่ 1 เหตุผลอันเนื่องมาจากได้ผ่านการประเมินและรับรองวารสารเข้าสู่ฐานข้อมูล TCI ระดับ 2 ซึ่งเรายื่นขอประเมินตั้งแต่มกราคม 2567 และประกาศผลเป็นทางการเมื่อวันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2568 จึงมีผลให้วารสารทั้ง 2 ฉบับของปีที่แล้วเป็นวารสาร TCI ระดับ 2 ด้วย จึงนับเป็นความภูมิใจของพวกเราทุกคนครับ

กลับมาที่วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพฉบับนี้ เป็นฉบับประจำปีที่ 5 ฉบับที่ 1 ที่ยังคงอัดแน่นด้วยสาระวิชาการด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ เริ่มด้วยบทความจำนวน 3 เรื่อง คือ “ผลิตภัณฑ์สมุนไพร ใช้อย่างไรให้ปลอดภัย” “คนพื้นที่ชายแดน กรณีผู้อพยพลี้ภัยแห่งหนึ่งของอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก” และ เกร็ดกฎหมาย เรื่อง “ผู้แจ้งความนำจับจะได้รับเงินสินบนจากการแจ้งความนำจับทุกครั้งหรือไม่” สำหรับเรื่องเล่าประจำฉบับ ฉบับนี้มีด้วยกัน 3 เรื่อง ประกอบด้วย “ชุดทดสอบยา... ชุดทดสอบความอดทน” “ธันวา ราศีธนู” และ “หมูยอไส้อึ่งอ่าง” ทั้ง 3 เรื่องเป็นเรื่องที่เคยเกิดขึ้นจริง ซึ่งยังติดตรึงในความทรงจำ นำมาดัดแปลงและเพิ่มชูรสสักเล็กน้อยเพื่อเพิ่มอรรถรสในการอ่านของทุกท่าน และที่ขาดไม่ได้ฉบับนี้ยังนำเสนอบทความวิจัยอีก 13 เรื่อง ที่รับรองได้ว่าอ่านแล้วจะเป็นประโยชน์แน่นอน

วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพฉบับนี้ ยังอัดแน่นด้วยสาระด้านคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ อันเป็นเจตนารมย์ของกองบรรณาธิการที่จะทำหน้าที่เป็นสื่อกลางให้ท่านผู้อ่านได้รับรู้ และหวังเป็นอย่างยิ่งหากท่านได้อ่านเป็นการประจำ ท่านก็จะยิ่งรู้เท่าทันการเอารัดเอาเปรียบรูปแบบต่าง ๆ สามารถสร้างภูมิคุ้มกันให้ครอบครัวและคนใกล้ชิดต่อไป ขอบคุณครับ



เภสัชกรสมสุข สัมพันธ์ประทีป
บรรณาธิการ

JOURNAL OF HEALTH CONSUMER PROTECTION
วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
Vol.5 No.1 January-June 2025
ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2568

บทบรรณาธิการ (Editorial Note)
สมสุข สัมพันธ์ประทีป

บทเรียนการทำงาน (Lesson Learned)
ยา – คน – พื้นที่ชายแดน กรณีผู้อพยพลี้ภัยแห่งหนึ่งของอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก **1 – 6**
วัชรวิชย์ กานดา, สุภานัย ประเสริฐสุข

บทความวิชาการ (Review Article)
ผลิตภัณฑ์สมุนไพร ใช้อย่างไรให้ปลอดภัย **7 – 11**
พรชนก เจนศิริศักดิ์

บทความวิจัย (Research Article)

การเสริมสร้างการเรียนรู้และทักษะความรอบรู้เกี่ยวกับการจัดทำฉลาก ผลิตภัณฑ์อาหารแก่ผู้ประกอบการผลิตอาหาร: กรณีศึกษาจังหวัดสมุทรสาคร **12 – 30**
The enhancing of knowledge and skills in food product labeling for food enterpreneurs: a case study of Samut Sakhon Province
ศีลนิตย์ พึ่งเจษฎา

ผลลัพธ์การบริบาลเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกล ในผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลิน ในสถานบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายโรงพยาบาลศรีสะเกษ **31 – 43**
Results of telepharmacy in diabetic patients using insulin injections at the Health Promoting Hospital Network Sisaket Province
อาศิรา ภูศรีดาว, ชญาณ์พิมพ์ รื่นหรรษา

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดจันทบุรี กรณีศึกษาอำเภอแหลมสิงห์ **44 – 57**
Development of a model for consumer protection operations for health products of local administrative organizations in Chanthaburi Province: a case study of Laem Sing District
อารีวัล มหาธนรัตน์

ประสิทธิผลการขับเคลื่อนนโยบายกัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ จังหวัดนครพนม ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 **58 – 66**
Effectiveness of driving marijuana policy for medical benefits in Nakhon Phanom Province fiscal year 2022
ณรงค์ชัย จันทร์พร

JOURNAL OF HEALTH CONSUMER PROTECTION
วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
Vol.5 No.1 January-June 2025
ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2568

ผลกระทบของละอองธุลีต่อโรคเฝ้าระวังจากมลพิษทางอากาศในจังหวัดตราด **67 – 78**
Impact of particulate matter on the surveillance diseases from air pollution in Trat Province
พันธ์วิรา เวยสาร, ฉัตรสิริ ฉัตรภูติ, วัฒนา ชยธวัช

การศึกษาความเป็นไปได้ในการนำกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้บริโภคมาเสริมการกำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพ **79 – 87**
Feasibility study on the implementation of consumer protection law on strengthening the supervision of health products
ณัฐญา แก้วนำเจริญ

ประสิทธิผลของตำรับยาเตรียมเฉพาะครีมกรดโฟลิคของโรงพยาบาลศรีสะเกษ **88 – 100**
The effectiveness of extemporaneous preparation of folic acid of Sisaket Hospital
พิมลธร วรจักร

การศึกษาความรู้ และทัศนคติต่อการจัดทำฉลากอาหารตามกฎหมายของผู้ประกอบการผลิตอาหารในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา **101 – 120**
Knowledge and attitude toward the legal food labeling of food producers in Ayutthaya Province
ฐานวดี บุญพันธุ์, ธนะวิชช์ ปานน้อย

ผลการส่งเสริมความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนต้นแบบชุมชนปากตะโก จังหวัดชุมพร **121 – 135**
Effects of promoting Rational Drug Use Literacy in a model community, Pak Tako Community, Chumphon Province
กฤติกา นันทประเสริฐ

ระบบบริการสุขภาพช่องปากในหน่วยบริการปฐมภูมิภายหลังการถ่ายโอนสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดนนทบุรี **136 – 155**
Oral health service system in Primary Care Units after decentralization to Local Administrative Organizations in Nonthaburi Province
กุลภัทร แต้มสำเภาเลิศ

การพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานโรงพยาบาลศรีสะเกษ **156 – 170**
Development of a pharmaceutical care model for patients with Multidrug - resistant tuberculosis, Sisaket Hospital
บงกช อินทร์พิมพ์

JOURNAL OF HEALTH CONSUMER PROTECTION
วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
Vol.5 No.1 January-June 2025
ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2568

การพัฒนาระบบ อสม. Delivery Drugs ของยา Favipiravir, Molnupiravir และ ฟ้าทะลายโจร ในช่วงการระบาดของโควิด โดยโรงพยาบาลกุดชุม จังหวัดยโสธร **171 – 182**

Development of the Village Health Volunteer System for Drug Delivery of Favipiravir, Molnupiravir and Andrographis paniculata during the COVID - 19 outbreak by Kut Chum Hospital, Yasothon Province

พิชญาภา สีกา, ชาญชัย บุญเชิด

การศึกษาความพร้อมในการปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน ของผู้ประกอบการร้านขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จ ที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ (ขย.2) ในเขตสุขภาพที่ 11 **183 – 198**

A study of the readiness to practice Good Pharmacy Practice (GPP) of modern drugstores for packaged non - dangerous or non - specific controlled drugs (Class 2 Drugstores) entrepreneurs in the 11th Health Region

พรศักดิ์ มธุรส

เกร็ดกฎหมาย (Law Anecdote)
ผู้แจ้งความนำจับจะได้รับเงินสินบนจากการแจ้งความนำจับทุกครั้งหรือไม่ **199 – 202**

ราชัน คงชุม

เรื่องเล่าชาวฟาร์ (Narrative Pharmacy)
ชุดทดสอบยา....ชุดทดสอบความอดทน **203 – 205**

อัจฉรา แสนศรีสวัสดิ์

ธันวา ราศีธนู **206 – 210**

พีระพล คำจันทร์

หมูยอไส้อึ่งอ่าง **211 – 214**

น้ำทิพย์ มุมมาลา

JOURNAL OF HEALTH CONSUMER PROTECTION
วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
Vol.5 No.1 January-June 2025
ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2568

ยา - คน - พื้นที่ชายแดน กรณีผู้อพยพลี้ภัยแห่งหนึ่งของอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก

วัชรวิชย์ กานดา
กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลอุ้มผาง จังหวัดตาก
สุภนัย ประเสริฐสุข
เครือข่ายติดตามปัญหายาชายแดนและผลิตภัณฑ์สุขภาพข้ามแดน (คชย.)

ประเทศไทยมีชายแดนเชื่อมกับประเทศเมียนมาร์ ลาว กัมพูชา และมาเลเซียมีจังหวัดที่อยู่ติดกับชายแดนเพื่อนบ้านจำนวน 31 จังหวัด คือ ไทย - เมียนมาร์ 10 จังหวัด ระยะทาง 2,401 กิโลเมตร ขณะที่ไทย - ลาว 12 จังหวัด ระยะทาง 1,810 กิโลเมตร สำหรับไทย - กัมพูชา 7 จังหวัด ระยะทาง 798 กิโลเมตร และ ไทย - มาเลเซีย 4 จังหวัด 647 กิโลเมตร ซึ่งรวมเป็นระยะทางทั้งสิ้น 5,656 กิโลเมตร แต่เดิมพบว่าประเด็นสาธารณสุขชายแดนของกระทรวงการต่างประเทศจะมุ่งเน้นการสนับสนุนงานพัฒนาภายใต้กรมความร่วมมือระหว่างประเทศ หรือ TICA (Thailand International Cooperation Agency) เช่น ประเด็นแรงงานข้ามชาติ โรคระบาด ปัจจุบันพบว่าเริ่มมองประเด็นท้าทายที่กว้างขึ้นในมิติสุขภาพรวมถึงการลักลอบนำเข้าหรือส่งออกผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ได้คุณภาพ

พื้นที่ชายแดนเฉพาะด้านหนึ่งที่น่าสนใจของประเทศไทยฝั่งติดประเทศเมียนมาร์ ได้แก่ ราชบุรี กาญจนบุรี ตาก เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน และเชียงราย ซึ่งตั้งอยู่ตรงข้ามกับรัฐชนกลุ่มน้อย มีชุมชนกลุ่มชาติพันธุ์อยู่ใกล้บริเวณชายแดนเป็นจำนวนมาก และยังมีกองกำลังถืออาวุธชนกลุ่มน้อย (Ethnic Armed Group) ของประเทศเมียนมาร์ใช้เป็นพื้นที่สะสมกำลัง และหลบซ่อนการปราบปรามของกองทัพเมียนมาร์ หรือข้ามมาหาเสบียงตั้งแต่ปี พ.ศ. 2505 และเมื่อเกิดการสู้รบกันระหว่างกองกำลังของสหภาพแห่งชาติกะเหรี่ยง (Karen National Union: KNU) และกองกำลังกะเหรี่ยงประชาธิปไตยฝ่ายพุทธ (Democratic Karen Buddhist Army: DKBA) จึงมีการอพยพหนีภัยสงครามของผู้คนประเทศ เมียนมาร์มาในบริเวณชายแดนไทยจำนวนมาก จนรัฐบาลไทยได้จัดตั้งพื้นที่พักพิงชั่วคราวขึ้น ปัจจุบันเหลือค่ายผู้ลี้ภัย 9 แห่ง อยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงมหาดไทย การให้ความช่วยเหลือดูแลคนเหล่านี้เป็นไปตามหลักมนุษยธรรม[1] กล่าวคือ ให้อาหาร ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรค และการศึกษาพอเพียงแก่การดำรงชีพ

การรักษาพยาบาลในค่ายผู้ลี้ภัยนั้น ปฏิบัติตามแนวการแพทย์แผนปัจจุบัน อย่างไรก็ตาม พบว่าในบางกลุ่มที่นับถือแบบดั้งเดิมก็ใช้พิธีกรรมในการรักษา การรักษาแผนปัจจุบัน ได้รับความช่วยเหลือจาก องค์กรคณะกรรมการช่วยเหลือและกู้ภัยนานาชาติ IRC (International Rescue Committee), องค์กรเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศแห่งออสเตรเลีย AusAID (Australian Aid) รวมทั้งกระทรวงสาธารณสุขไทยด้วยการช่วยเหลือมีความหลากหลายเช่น การสนับสนุนงบประมาณ การฝึกอบรม และการสนับสนุนการรักษาพยาบาล การนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลเป็นต้น ภายในค่ายผู้ลี้ภัยจะมีโรงพยาบาล คลินิกประเภทต่าง ๆ แต่ไม่มีแพทย์ประจำการ มีผู้ลี้ภัยที่ได้รับการอบรมเป็นผู้ดูแลพื้นที่ภายในค่าย ผู้ลี้ภัยมีความระวังเรื่องโรคติดต่อค่อนข้างสูง เนื่องจากลักษณะการสร้างบ้านเรือนที่ติดกันและบางเขตไม่สามารถเข้าถึงแหล่งน้ำได้ ระบบสุขาภิบาลไม่ดีรวมทั้งการบำบัดน้ำเสีย

การรักษาทุกกรณีไม่เสียค่าใช้จ่าย แต่หากป่วยด้วยโรคที่ต้องดูแลต่อเนื่อง เช่น โรคไต มะเร็งต่าง ๆ เหล่านี้เป็นการรักษาที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงและเรื้อรัง ด้วยงบประมาณมีจำกัดไม่สามารถช่วยเหลือ ผู้ลี้ภัยเหล่านี้ได้ ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องดูแลตนเอง ผู้ป่วยเหล่านี้ไม่มีทางเลือกมากนัก นอกจากกลับมารักษาตามอัตภาพที่ค่ายผู้ลี้ภัย ขณะที่เจ้าหน้าที่องค์กรระหว่างประเทศที่ทำงานเกี่ยวข้องกับด้านนี้ ยืนยันว่าค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลนั้นครอบคลุมในทุกกรณี

ค่ายผู้ลี้ภัยบ้านนุโพ ก่อตั้งขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2540 เกิดจากการยุบรวมพื้นที่พักพิงเล็ก ๆ สำหรับผู้หนีภัยสงครามจากเมียนมาร์มาสู่ประเทศไทยมาอยู่ร่วมกัน ปัจจุบันค่ายผู้ลี้ภัยนุโพมีประชากร 15,516 คน แบ่งเป็นโซน A และ B มี 16 เขต ประชากรส่วนใหญ่เป็นกะเหรี่ยง พม่า มุสลิม มอญ ฉิ่น คะฉิ่น ไทใหญ่ เนื่องจากหมู่บ้านเบิ่งเคลิ้งเป็นหมู่บ้านชายแดนไทยติดประเทศเมียนมาร์ ผู้ลี้ภัยบางคนเดินทางกลับประเทศเมียนมาร์ผ่านเส้นทางนี้ ถนนหนทางที่เชื่อมระหว่างค่ายผู้ลี้ภัยกับสังคมภายนอกเป็นถนนที่มีคุณภาพระดับปานกลางและไม่ได้อยู่บนพื้นที่สูงชัน ภายในค่ายผู้ลี้ภัยมี “ตลาด” อยู่ในเขต 11 – 12 ซึ่งมีชาวมุสลิมอาศัยอยู่จำนวนมาก และร้านค้าจำนวนเกือบ 50 ร้านมีชาวมุสลิมเป็นเจ้าของ สินค้าที่ขายมีตั้งแต่ตะปูจนถึงจานดาวเทียม สิ่งของเครื่องใช้ในชีวิตประจำวัน เช่น ผงซักฟอก สบู่ ยาสระผม แปรงสีฟัน ยาสีฟัน รองเท้า ชุดชั้นใน กระเป๋าเดินทาง กระเป๋าสะพาย เสื้อผ้าทั้งหญิงชาย เด็กเล็ก ของเล่น เตาหุงข้าวเมล็ดพันธุ์พืช อุปกรณ์ทำสวน ถ้วยชาม กระเบื้อง แก้วน้ำ นมผงสำหรับเด็ก สินค้าแห้ง เช่น ปลาแห้งหลากหลายชนิด ปลากระป๋อง เส้นบะหมี่ เส้นหมี่ ไข่เป็ด รวมทั้งร้านขายหมาก ร้านน้ำชา โรตี ข้าวแกง น้ำแข็งไส น้ำหวาน ที่น่าสนใจมาก คือ มีร้านขายยาและน้ำเกลือที่ฉีดเข้าทางเส้นเลือด สินค้าทั้งหมด มีลักษณะขายส่งร่วมด้วย



ภาพที่ 1 แสดงภายในพื้นที่ร้านค้าแหล่งกระจายสินค้ารวมถึงยาบางประเภท



ภาพที่ 2 แสดงจุดรับบริการของคลินิกในศูนย์อพยพ

จากข้อมูลการปฏิบัติงานหน้าที่เภสัชกรโรงพยาบาลอุ้มผาง พบผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อมาจากค่ายผู้ลี้ภัยบ้านนุโพเพื่อรักษาต่อเป็นจำนวนมาก พบว่าบางรายมีพฤติกรรมการเสาะแสวงหายาจากแหล่งอื่นที่หาได้ในค่ายผู้ลี้ภัยเพื่อรักษาตัวเอง เนื่องจากมีข้อจำกัดในการเข้าถึงการรักษาที่ไม่ทราบรายละเอียดที่แน่ชัด ในฐานะที่รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภค จึงพัฒนาระบบเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาล (Proactive Hospital Based Surveillance) เพื่อค้นหาปัญหาด้านความปลอดภัยในการใช้ยาเชิงรุกลักษณะ Concurrent Case Finding ผู้ป่วยที่มารับบริการที่จุดบริการผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วยใน และหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยอาศัยความร่วมมือจากสหวิชาชีพประเมินลักษณะอาการที่เกี่ยวข้องตาม Trigger ดังนี้ 1. ภาวะไตวายเฉียบพลัน 2. ภาวะเลือดในทางเดินอาหารส่วนต้น 3. เนื้อเยื่อเซลล์อักเสบ 4. โรคต่อมหมวกไตทำงานบกพร่อง 5. เอนไซม์ตับผิดปกติ และ 6. สงสัยแพ้ยา แล้วส่งต่อเภสัชกรเพื่อประเมินและค้นหาข้อมูล การใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ป่วยผ่านกระบวนการสัมภาษณ์แบบเชิงลึก





ภาพที่ 3 แสดงยาที่ให้บริการผู้ป่วยภายในศูนย์อพยพซึ่งได้รับการสนับสนุนจากองค์กรระหว่างประเทศ ค่อนข้างเพียงพอกับความจำเป็น

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพเป็นรายบุคคล จำนวน 30 คน ผ่านล่ามแปลภาษา แบ่งออกเป็น 5 ประเด็นที่สนใจ คือ 1. การเข้าถึงการใช้ยา 2. สาเหตุที่เลือกใช้ยารักษาตนเอง 3. รูปแบบวิธีการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย 4. แหล่งหรือสถานที่ที่มาของยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ และ 5. ผู้ที่มีอิทธิพลในการแนะนำการซื้อยาหรือแนะนำการรักษาโรคและอาการเจ็บป่วย

พบว่าในประเด็นของการเข้าถึงการใช้ยาเพื่อรักษาตนเองเมื่อมีอาการเจ็บป่วย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 83.33 เลือกที่จะหาซื้อยากินเองมากกว่าการเข้ารับบริการจากสถานบริการปฐมภูมิของศูนย์ผู้ลี้ภัยที่มีไว้ให้บริการ โดยสาเหตุส่วนใหญ่ที่เลือกใช้ยารักษาตนเอง คือ ประเมินตนเองแล้วว่ามีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย ร้อยละ 66.67 (อาจเป็นเพราะผู้ป่วยมีความรู้เรื่องการประเมินอาการเจ็บป่วยของตนเองค่อนข้างน้อยจึงเลือกที่จะเลือกใช้ยารักษาตนเองในเบื้องต้นไปก่อน ตามอาการที่ผู้ป่วยเป็นอยู่) โดยเลือกรูปแบบวิธีในการรักษาพยาบาลโดยการซื้อยาจากร้านค้า ร้านชำที่ไม่ใช่ร้านยา ร้อยละ 60 มากกว่าที่จะเข้ารับบริการจากโรงพยาบาลของรัฐ เนื่องจากโรงพยาบาลของรัฐที่มีให้บริการมีข้อจำกัดในการดูแลรักษาผู้ป่วยในกลุ่มนี้ คือ ให้บริการในกรณีที่เกินศักยภาพของสถานบริการปฐมภูมิของศูนย์ผู้ลี้ภัยและกรณีฉุกเฉิน ตลอดจนข้อกำหนดของ

กระทรวงมหาดไทย ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่สามารถเดินทางออกมาจากศูนย์ผู้ลี้ภัยได้ด้วยตนเอง จึงเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเลือกแหล่งหรือสถานที่ที่มาของยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ จากร้านค้าร้านชำในชุมชนเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 56.67 ซึ่งมีจำนวนหลายร้านมากให้สามารถเลือกซื้อยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ แน่นอนว่าผู้ที่มีอิทธิพลมากที่สุดในการแนะนำการซื้อยา ใช้ยา แนะนำการรักษาโรคและอาการเจ็บป่วย คือ คนขายของร้านชำ ซึ่งอาจจะเป็นประเด็นที่จำเป็นต้องศึกษาเพิ่มเติมเรื่องความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยและความปลอดภัยในการขายและจ่ายยาประเภทต่าง ๆ ในกลุ่มคนขายของในร้านชำต่อไป





ภาพที่ 4 แสดงร้านค้าและยาจากแหล่งกระจายยาในศูนย์อพยพ

สะท้อนความซับซ้อนของการจัดการปัญหาแหล่งกระจาย

ความเปลี่ยนแปลงหนึ่งที่อยู่ในห้วงเวลาเดียวกันนี้ คือ นายโดนัล ทรัมป์ ประธานาธิบดีประเทศสหรัฐอเมริกา ลงนามในคำสั่งฝ่ายบริหารให้ระงับการให้ความช่วยเหลือด้านการพัฒนาหรือ USAID (U.S. Agency for International Development) หรือคำสั่ง STOP WORK ORDER ที่มอบให้ต่างประเทศเป็นเวลา 90 วัน นับตั้งแต่วันที่ 25 มกราคม พ.ศ. 2568 ส่งผลกระทบต่อทุกองค์กรช่วยเหลือทั่วโลกที่ได้รับเงินสนับสนุนจากประเทศสหรัฐฯ ความช่วยเหลือทุกอย่างก็หยุดชะงัก ทั้งเงินเดือนเจ้าหน้าที่ศูนย์ช่วยเหลือ ค่าใช้จ่ายในศูนย์ เงินสนับสนุนที่เป็นค่าใช้จ่ายขององค์การระหว่างประเทศและองค์กรการกุศลเอกชนในพื้นที่ เพื่อให้เจ้าหน้าที่ช่วยงานในค่ายอพยพ รวมถึงคลินิกรักษาโรค/โรงพยาบาลในค่ายผู้ลี้ภัยต้องปิดตัวลง เนื่องจากไม่สามารถเปิดให้การรักษาและจ่ายยาให้กับผู้ป่วยได้

ข้อมูลจากส่วนกิจการชายแดนและผู้อพยพ กรมการปกครอง กระทรวงมหาด ไทย ระบุจำนวนผู้ลี้ภัยอยู่ในศูนย์อพยพปี พ.ศ. 2567 จำนวน 100,000 ราย ใกล้เคียงกับข้อมูลจากสำนักข้าหลวงใหญ่ผู้ลี้ภัยแห่งสหประชาชาติระบุว่ามีผู้ลี้ภัยจำนวน 86,539 คน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นชนกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงและกะเหรี่ยงแดง หรือกะยาห์ พบว่ามีศูนย์พักพิงชั่วคราวในประเทศไทย อยู่ 9 แห่งในพื้นที่ 4 จังหวัด คือ ตาก แม่ฮ่องสอน ราชบุรีและกาญจนบุรีครอบคลุมกลุ่มผู้ลี้ภัย กลุ่มเข้าเมืองผิดกฎหมาย กลุ่มรอพิสูจน์สัญชาติ ในห้วง 30 ปีที่มีการก่อตั้งศูนย์อพยพขึ้นในประเทศไทย ส่งผลให้เกิดปัญหาหลายด้าน[2] ทั้งการทำลายทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม การควบคุมดูแล การลักลอบขายแรงงานปัญหายาเสพติด การคุกคามชีวิตและทรัพย์สินราษฎรไทย

การละเมิดอธิปไตยและความสุ่มเสี่ยงที่จะกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ รวมถึงในปี พ.ศ. 2564 ที่เกิดรัฐประหารในเมียนมาร์ ทำให้ชาวเมียนมาร์หนีการปราบปรามและอพยพข้ามแดนมาอาศัยอยู่ชายแดนจังหวัดแม่ฮ่องสอนเพิ่มอีกจำนวนมาก นั่นหมายถึงการที่รัฐบาลไทย กระทรวงสาธารณสุขและที่เกี่ยวข้องต้องรับภาระการดูแลความเจ็บป่วยไปด้วย โดยเฉพาะเมื่อเกิดมาตรการตัดเงินช่วยเหลือ การขาดงบประมาณทำให้ผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาลในค่ายผู้ลี้ภัยต้องออกจากโรงพยาบาล ยกเว้นเฉพาะผู้ป่วยฉุกเฉินและจะไม่มีการรับผู้ป่วยนอกอีกต่อไป มาตรการที่กระทรงสาธารณสุขดำเนินการช่วยเหลือไปพลางระหว่างนี้คือ ให้โรงพยาบาลใน 5 อำเภอชายแดนช่วยดูแลศูนย์พักพิงชั่วคราว โดยโรงพยาบาลอุ้มผางดูแลศูนย์พักพิงนุโพ, โรงพยาบาลพบพระดูแลศูนย์พักพิงอุ้มเปี้ยม โรงพยาบาลท่าสองยาง โรงพยาบาลแม่ระมาดและโรงพยาบาลแม่สอด ดูแลศูนย์พักพิงแม่หละ โดยโรงพยาบาลแม่สอดสนับสนุนเรื่องงบประมาณและทรัพยากรยา อุปกรณ์วัสดุทางการแพทย์

มีเสียงสะท้อนจากบุคลากรทางการแพทย์ในพื้นที่ถึงมาตรการดังกล่าวที่สะท้อนปัญหาเรื่องอัตรากำลังบุคลากรทางการแพทย์และงบประมาณที่ต้องใช้สูงมากถึง 160 ล้านบาทสำหรับ 5 อำเภอชายแดนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 มีข้อเสนอในระยะให้รักษาโครงสร้างของระบบในการจัดการดูแลผู้ป่วยในค่ายอพยพไปก่อน เพื่อช่วยแก้ปัญหานำบุคลากรในระบบซึ่งมีภาระงานดูแลคนไข้ล้นมืออยู่แล้วมารับงานเพิ่ม เช่น การจ้างแพทย์สัญชาติเมียนมาร์ ที่พูดไทยมาประจำอยู่ที่ศูนย์ฯ และทีมพาราเมดิกซึ่งเป็นผู้อพยพที่ได้รับการอบรมให้เป็นผู้ช่วยพยาบาล มีหน้าที่ในการช่วยเหลือแพทย์ดูแลคนไข้ในโรงพยาบาลแคมป์และทำงานเรื่องส่งเสริมป้องกัน ด้วยบทบาทของโรงพยาบาลแคมป์นั้นนอกจากการช่วยเหลือผู้ลี้ภัยแค่ในยามเจ็บป่วยฉุกเฉินแล้วยังมีบทบาทที่ต้องควบคุมการระบาดของโรคติดต่อไม่ให้ลุกลามออกมานอกแคมป์อีกด้วย

จากกรณีดังกล่าวจะพบว่าปัญหายาและสุขภาพในพื้นที่ชายแดน จะเชื่อมโยงกับการเลื่อนไหลในพื้นที่ชายแดนทั้งผู้คน เงิน สิ่งของ นโยบาย ความขัดแย้งสงคราม การแย่งชิงทรัพยากร มุมมองต่อเรื่องยาในพื้นที่ชายแดนในมิติเดียวจะยังไม่เพียงพอในการร่วมแก้ไขปัญหา ต้องร่วมมือกับผู้มีส่วนได้เสียในด้านต่าง ๆ อย่างเร่งด่วนเพื่อให้ทันสถานการณ์ที่เปลี่ยนอย่างรวดเร็วนี้

อย่างไรก็ดี ปัญหายาในพื้นที่เฉพาะโดยเฉพาะกลุ่มชาติพันธุ์ในค่ายผู้ลี้ภัยอพยพเป็นปัญหาที่ปลายยอดภูเขา ซึ่งสะท้อนมาให้เห็นถึงความเชื่อมโยงกันของคน ยา และพื้นที่ว่าไม่สามารถมองแยกขาดจากกันได้ ปัญหาหนึ่งที่เกิดขึ้น ได้ส่งผลกระทบกับอีกปัญหาเมื่อเกิดการเคลื่อนเปลี่ยนเสมอ ทั้งนี้ผู้คนนอกพื้นที่ค่ายลี้ภัยอพยพ ก็ยังเป็นอีกกลุ่มคนในพื้นที่ชายแดน ที่มีผลกระทบกับปัญหายาในพื้นที่ชายแดนเช่นเดียวกัน

เอกสารอ้างอิง

1. ชยันต์ วรรธนะภูติ, มาลี สิทธิเกรียงไกร. ทางเลือกเชิงนโยบายการแก้ไขปัญหาผู้ลี้ภัยในค่ายพักพิงชั่วคราว: รายงานวิจัย. กรุงเทพ: สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ, 2559.
2. อัญชลี ดวงแก้ว. แนวทางการส่งกลับผู้หนีภัยการสู้รบจากเมียนมา ในประเทศไทยของรัฐบาลไทย ในช่วงปี 2557 – 2563. หลักสูตรนักบริหารการทูต รุ่นที่ 13 ปี 2564. สถาบันการต่างประเทศ เทวะวงศ์วโรปการ กระทรวงการต่างประเทศ. 2564.

JOURNAL OF HEALTH CONSUMER PROTECTION
วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
Vol.5 No.1 January-June 2025
ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2568

ผลิตภัณฑ์สมุนไพร ใช้อย่างไรให้ปลอดภัย

พรชนก เจนศิริศักดิ์
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง

ตามพระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2562 “สมุนไพร” หมายความว่า ผลิตผลธรรมชาติที่ได้จากพืช สัตว์ จุลชีพ หรือแร่ ที่ใช้ ผสม ปรุง หรือแปรสภาพ เป็นผลิตภัณฑ์สมุนไพร[1]

ผลิตภัณฑ์สมุนไพร” หมายความว่า (1) ยาจากสมุนไพร และให้หมายความรวมถึงยาแผนไทย ยาพัฒนาจากสมุนไพร ยาแผนโบราณที่ใช้กับมนุษย์ตามกฎหมายว่าด้วยยา หรือยาตามองค์ความรู้การแพทย์ทางเลือก ตามที่รัฐมนตรีโดยคำแนะนำของคณะกรรมการประกาศกำหนด เพื่อการบำบัด รักษา และบรรเทาความเจ็บป่วยของมนุษย์หรือการป้องกันโรค (2) ผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนประกอบสำคัญที่เป็นหรือแปรสภาพ จากสมุนไพร ซึ่งพร้อมที่จะนำไปใช้แก่มนุษย์เพื่อให้เกิดผลต่อสุขภาพหรือการทำงานของร่างกายให้ดีขึ้น เสริมสร้างโครงสร้างหรือการทำงานของร่างกาย หรือลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค[1]

ปัจจุบันมีการส่งเสริมการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพิ่มมากขึ้น ตามแผนปฏิบัติการด้านสมุนไพรแห่งชาติฉบับที่ 2 พ.ศ. 2566 – 2570 เพื่อส่งเสริมให้ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีการผลิตยาสมุนไพรสำหรับการดูแลสุขภาพ การส่งออกวัตถุดิบสมุนไพรที่มีคุณภาพ สร้างผลิตภัณฑ์สมุนไพรชั้นนำในอาเซียน และเพิ่มมูลค่าวัตถุดิบสมุนไพรไทย ประกอบกับกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในการดูแลสุขภาพประชาชน ลดการนำเข้ายาจากต่างประเทศ ใช้วัตถุดิบที่มีในประเทศมาใช้ผลิตยารักษาโรค เกิดการพึ่งพาตนเองในระบบสุขภาพ ช่วยสนับสนุนเกษตรกรในการผลิตวัตถุดิบเพื่อนำมาใช้ทำยาสมุนไพร รวมทั้งต้องการให้ยาสมุนไพรและผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร ช่วยขับเคลื่อนเศรษฐกิจและการท่องเที่ยว อีกทั้งในช่วงสถานการณ์โควิด – 19 การใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรมีความจำเป็นและมีประสิทธิภาพในการบรรเทารักษาได้เป็นอย่างดี จึงทำให้ประชาชนสนใจและศึกษาการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพิ่มมากขึ้น การได้รับข้อมูลที่ไม่ครบถ้วนถูกต้อง อาจทำให้มองข้ามเรื่องความปลอดภัยในการเลือกใช้ให้ถูกวิธี ถูกขนาด เช่น กระแสข่าวโซเชียลของการป้องกันโรคไวรัสโควิด-19 ด้วยการรับประทานฟ้าทะลายโจร โดยข้อเท็จจริงนั้น ฟ้าทะลายโจรเป็นสมุนไพรที่ได้รับการศึกษาว่ามีฤทธิ์ในการรักษาไข้หวัดธรรมดา (Common cold) อาการไอ เจ็บคอในโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจ ไม่แนะนำให้นำมารับประทานเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันหรือรับประทานติดต่อกันเกิน 7 วัน ไม่ควรซื้อหายาสมุนไพร หรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่มีส่วนผสมของสมุนไพรมารับประทานเองจากสื่อออนไลน์ อาจเสี่ยงต่อการได้รับสารปนเปื้อน ไม่มีมาตรฐานในการผลิต ทำให้เสียโอกาสในการรักษาอย่างเหมาะสม และอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตได้ ฉะนั้น การใช้ยาสมุนไพรเพื่อให้มีประสิทธิภาพในการรักษา และมีความปลอดภัย ควรใช้ให้ถูกโรค ถูกขนาด ถูกวิธี และได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ โดยคำนึงถึงภาวะโรคเดิม ยาแผนปัจจุบันหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ใช้ร่วมกัน เนื่องจากยาสมุนไพรมีข้อห้ามใช้ และข้อควรระวังในผู้ป่วยบางโรคและการเกิดอันตรกิริยากับยาแผนปัจจุบัน รายละเอียดดังตารางที่ 1[2-4]

ตารางที่ 1 ข้อควรระวังในการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพร

ผลิตภัณฑ์สมุนไพร	สรรพคุณ/ข้อบ่งใช้	ข้อห้ามใช้	ข้อควรระวัง
1. ยาฟ้าทะลายโจร	ลดอาการไข้ ไอ เจ็บคอ จากการติดเชื้อไวรัส (Viral infection)	1. หญิงตั้งครรภ์ 2. หญิงให้นมบุตร 3. ผู้ที่แพ้ฟ้าทะลายโจร	1. เกิดอันตรกิริยากับยากันเลือดเป็นลิ่ม เช่น Warfarin, NOACs ยาต้านการจับตัวของเกล็ดเลือด และยาลดความดันโลหิต 2. ระมัดระวังอาการไม่พึงประสงค์รุนแรง การแพ้ยา เช่น เกิดลมพิษ ใจสั่น แน่นหน้าอก
2. ยาปราบชมพูทวีป	บรรเทาอาหารหวัด ภูมิแพ้อากาศ (Anti-histamine)	1. หญิงตั้งครรภ์ 2. เด็ก 3. ผู้ป่วยไต 4. ผู้ที่มีไข้	1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 2. โรคหัวใจ 3. โรคกระเพาะอาหาร
3. ยาแก้ไอมะขามป้อม	บรรเทาอาการไอ ขับเสมหะ	ผู้ป่วยเบาหวานที่คุมน้ำตาลไม่ได้	ผู้ป่วยโรคไต เนื่องจากมะขามป้อมมีโพแทสเซียมสูง
4. ยาขมิ้นชัน	บรรเทาอาการแน่น จุก เสียด ท้องอืด ท้องเฟ้อ	1. หญิงตั้งครรภ์ 2. หญิงให้นมบุตร 3. ผู้ป่วยท่อน้ำดีอุดตัน นิ่วในถุงน้ำดี	1. เกิดอันตรกิริยากับยากันเลือดเป็นลิ่ม เช่น Warfarin, NOACs ยาต้านการจับตัวของเกล็ดเลือด 2. ควรหลีกเลี่ยงการรับประทานประจำติดต่อกันทุกวันนานเกิน 3 เดือน เพราะเพิ่มความเสี่ยงเป็นนิ่ว
5. ยาธาตุอบเชย	ขับลม บรรเทาอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ	1. ผู้ป่วยโรคตับ 2. ผู้ป่วยไตระยะรุนแรง (Stage 4 – 5)	1. ควรระวังการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากอาจเกิดการสะสมของการบูรและเกิดพิษต่อตับและไตได้ 2. เกิดอันตรกิริยากับ สารกันเลือดเป็นลิ่ม, ยาต้านการจับตัวของเกล็ดเลือด, Digoxin, Diuretics (Loop diuretics และ Thiazide diuretics) อาจทำให้เกิดอาการไฮโปคาลีเมีย

ตารางที่ 1 ข้อควรระวังในการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพร (ต่อ)

ผลิตภัณฑ์สมุนไพร	สรรพคุณ/ข้อบ่งใช้	ข้อห้ามใช้	ข้อควรระวัง
6. ยามะขามแขก	บรรเทาอาการท้องผูก	1. หญิงตั้งครรภ์ 2. หญิงให้นมบุตร 3. ผู้ป่วยมีภาวะทางเดินอาหารอุดตัน	เกิดอันตรกิริยากับ สารกันเลือดเป็นลิ่ม, ยาต้านการจับตัวของเกล็ดเลือด, Digoxin, Diuretics (Loop diuretics และ Thiazide diuretics) อาจทำให้เกิดอาการไฮโปคาลีเมีย
7. ยาผสมเพชรสังฆาต	ริดสีดวงทวารหนัก	1. หญิงตั้งครรภ์ 2. หญิงให้นมบุตร 3. ผู้ป่วยไต	-
8. ยาขิง	1. ขับลม บรรเทาอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ 2. ป้องกันบรรเทา อาการคลื่นไส้ อาเจียน	1. ผู้ป่วยโรคนิ่วในถุงน้ำดี 2. เด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี	เกิดอันตรกิริยากับสารกันเลือดเป็นลิ่ม ยาต้านการจับตัวของเกล็ดเลือด เนื่องจากมีรายงานว่าการให้ร่วมกันของขิง และ Nifedipine ยับยั้งการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด
9. ยามะระขี้นก	อาการเบื่ออาหาร	1. เด็ก 2. หญิงให้นมบุตร	1. ไม่แนะนำให้ใช้ในผู้ที่สงสัยว่าเป็นไข้เลือดออก เนื่องจากอาจบดบังอาการของไข้เลือดออก 2. เกิดอันตรกิริยากับยาลดน้ำตาลในเลือดชนิดรับประทาน (Oral Hypoglycemic Agents) อื่น ๆ หรือร่วมกับการฉีดอินซูลิน เพราะอาจทำให้เกิดการเสริมฤทธิ์กันได้ 3. ควรระวังการใช้ในผู้ป่วยโรคตับ
10. ยาเถาวัลย์เปรียง	บรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อ และปวดข้อ	1. หญิงตั้งครรภ์ 2. ผู้ป่วยที่เป็นแผลในกระเพาะอาหาร	-
11. ยาหอมเทพจิตร	ช่วยให้นอนหลับ	-	1. เกิดอันตรกิริยากับยาในกลุ่มสารกันเลือดเป็นลิ่ม และยาต้านการจับตัวของเกล็ดเลือด 2. ระมัดระวังการใช้ในผู้ป่วยตับและผู้ป่วยไต เนื่องจากอาจเกิดการสะสมของการบูรเกิดพิษได้ 3. ควรระวังการใช้ยาในผู้ป่วยที่แพ้ละอองเกสรดอกไม้

ตารางที่ 1 ข้อควรระวังในการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพร (ต่อ)

ผลิตภัณฑ์สมุนไพร	สรรพคุณ/ข้อบ่งใช้	ข้อห้ามใช้	ข้อควรระวัง
12. ยาแก้ลมแก้เส้น	คลายกล้ามเนื้อ	1. หญิงตั้งครรภ์ 2. หญิงให้นมบุตร 3. ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 16 ปี (เนื่องจากมีส่วนผสมของกัญชา)	1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 2. ผู้ป่วยโรคหัวใจ 3. ผู้ป่วยโรคแผลเปื่อยเพปติก โรคกรดไหลย้อน, ผู้ที่มีไข้ 4. เกิดอันตรกิริยากับยา Phenytoin, Propranolol, Theophylline และ Rifampicin รวมถึงยาในกลุ่มสารกันเลือดเป็นลิ่ม และยาต้านการจับตัวของเกล็ดเลือด
13. รางจืด	ขับสารพิษ	ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง	เกษตรกรที่ใช้สำหรับขับยาฆ่าแมลง แนะนำให้ใช้เฉพาะช่วงที่สัมผัสยาฆ่าแมลงเท่านั้น

การใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรให้ถูกต้อง และปลอดภัยจะเกิดประโยชน์ในการบรรเทา รักษา และปรับสมดุลของร่างกายได้เป็นอย่างดี หากมีข้อสงสัยในการใช้ ควรปรึกษาแพทย์ เภสัชกร และแพทย์แผนไทย รวมทั้งเลือกรับบริการในสถานพยาบาลที่มีบุคลากรทางการแพทย์ดูแล ให้คำแนะนำ เพื่อได้รับผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ผ่านมาตรฐานในการผลิต มั่นใจในการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรอย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. พระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2562. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 136 ตอนที่ 56 ก (ลงวันที่ 30 เมษายน พ.ศ.2562).
2. คณะกรรมการแห่งชาติด้านยา. บัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร พ.ศ. 2566 ตามประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ. ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 140 ตอน 130 (ลงวันที่ 2 มิถุนายน 2566).
3. ยาสมุนไพร ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ที่สามารถใช้ทดแทนยาแผนปัจจุบัน ฉบับแก้ไข กรกฎาคม 2567 [อินเทอร์เน็ต]. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 2 ก.พ. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dtam.moph.go.th/ebook/14749/
4. ยาสมุนไพร ปลอดภัย เมื่อใช้ถูกหลัก. ความรู้แผนไทย มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทย์ศิริราชพยาบาล ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก [อินเทอร์เน็ต]. 15 เม.ย. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 9 ก.พ. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.gj.mahidol.ac.th/main/ttm/herb-right/

JOURNAL OF HEALTH CONSUMER PROTECTION
วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
Vol.5 No.1 January-June 2025
ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2568

การเสริมสร้างการเรียนรู้และทักษะความรอบรู้เกี่ยวกับการจัดทำฉลากผลิตภัณฑ์อาหาร แก่ผู้ประกอบการผลิตอาหาร: กรณีศึกษาจังหวัดสมุทรสาคร

The enhancing of knowledge and skills in food product labeling for food enterpreneurs: a case study of Samut Sakhon Province

ศีลนิตย์ พึ่งเจษฎา[1]

Silanit Peungjesada[1]

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างประเภทของสถานที่ผลิตอาหารกับการนำแสดงข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหาร และศึกษาผลของการเสริมสร้างการเรียนรู้และทักษะความรอบรู้เกี่ยวกับการจัดทำฉลากผลิตภัณฑ์อาหารแก่ผู้ประกอบการผลิตอาหาร กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย เป็นฉลากผลิตภัณฑ์อาหารจากสถานที่ผลิตอาหารในจังหวัดสมุทรสาครที่ยื่นประเมินในช่วงเดือนมีนาคม – มิถุนายน พ.ศ. 2567 จำนวนทั้งสิ้น 380 ฉลาก ใช้แบบเก็บข้อมูลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นสำหรับประเมิน 2 แบบ ได้แก่ แบบรายงานการตรวจประเมินฉลากผลิตภัณฑ์อาหาร ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 367 (พ.ศ. 2557), ฉบับที่ 383 (พ.ศ. 2560) และฉบับที่ 394 (พ.ศ. 2561) และมีการกำหนดให้ผู้ประกอบการผลิตอาหารเข้ารับคำแนะนำปรึกษา 1 – 3 ครั้ง ผลการวิจัยพบว่า ประเภทของสถานที่ผลิตอาหารและการได้รับ/ไม่ได้รับการรับรองระบบมาตรฐานการผลิต (GMP/HACCP/GHP) มีความสัมพันธ์กับการนำแสดงข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ส่วนผลของการเสริมสร้างการเรียนรู้และทักษะความรอบรู้เกี่ยวกับการจัดทำฉลากผลิตภัณฑ์อาหารพบว่า ข้อบกพร่องในการนำแสดงข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์มีแนวโน้มลดลงโดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงก่อนการเข้ารับคำแนะนำปรึกษาครั้งที่ 2 ทั้งนี้ ควรเสริมสร้างการเรียนรู้และทักษะความรอบรู้เกี่ยวกับการจัดทำฉลากผลิตภัณฑ์อาหารในแบบบูรณาการด้วยวิธีการที่หลากหลาย

คำสำคัญ : ฉลากอาหาร, อุตสาหกรรมอาหาร, การเสริมสร้างการเรียนรู้และทักษะความรอบรู้

[1] เภสัชกรชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร

[1] Pharmacist, Senior Professional Level, Division of Consumer Protection and Public Health Pharmacy, Samut Sakhon Provincial Public Health Office, E-mail : sonny_kiwi_1@hotmail.com

Received: 16 OCT 2024, Revised: 19 JAN 2025, Accepted: 27 JAN 2025

Abstract

This research aimed to examine the relationship between the type of food manufacturing facility and the information displayed on food labeling, as well as to study the effects of enhancing knowledge and skills in food labeling for food entrepreneurs. The samples used in this research were food labels from food manufacturing facilities in Samut Sakhon Province, which were submitted for evaluation during the period from March to June 2024, totaling 380 labels. The research utilized two types of data collection tools developed by the researcher for evaluation: the food label inspection report according to the Ministry of Public Health's Announcements No.367 (2014), No.383 (2017), and No. 394 (2018). Food entrepreneurs were also required to attend 1 to 3 consultation sessions. The findings indicated that there was a statistically significant relationship ($p<0.05$) between the type of food manufacturing facility and whether or not it was certified according to manufacturing standard systems (GMP/HACCP/GHP), and the display of information on food labeling. Concerning the impact of enhancing knowledge and skills in food labeling, it was found that deficiencies in displaying information on food labeling tended to decrease, particularly before the second consultation session. It is recommended to enhance knowledge and skills in food labeling in an integrated manner using various methods.

Keywords : Food labeling, Food industry, Enhancing knowledge and skills

บทนำ

อุตสาหกรรมอาหาร (Food Industry) คือ อุตสาหกรรมที่นำผลผลิตจากการเกษตร ได้แก่ ผลิตผลจากพืช ปศุสัตว์ และประมงมาใช้เป็นวัตถุดิบหลักในการผลิตอาหาร โดยใช้เทคโนโลยีการแปรรูปอาหารและการถนอมอาหาร เครื่องจักรและอุปกรณ์ต่าง ๆ สำหรับกระบวนการแปรรูปอาหาร (Food Processing Equipment) บรรจุภัณฑ์อาหาร (Packaging) เพื่อผลิตผลิตภัณฑ์อาหารในปริมาณมาก มีคุณภาพสม่ำเสมอ ปลอดภัย สะดวกต่อการบริโภค การนำไปใช้ในขั้นตอนต่อไป และเพื่อการยืดอายุการเก็บรักษาผลิตผลอีกด้วย[1,2]

ประเทศไทยมีศักยภาพด้านอุตสาหกรรมอาหารในระดับสูง ซึ่งเป็นศักยภาพในด้านการผลิตเพื่อการบริโภคทั้งภายในประเทศและการส่งออก เพราะมีพื้นฐานด้านการผลิตทางการเกษตรที่แข็งแกร่ง ทำให้มีผลผลิตที่ใช้เป็นวัตถุดิบสำหรับการแปรรูปหลากหลายและต่อเนื่อง รวมถึงแรงงานในอุตสาหกรรมที่มีคุณภาพ ความทันสมัยของเทคโนโลยี ส่งผลให้เกิดการพัฒนารูปแบบผลิตภัณฑ์อาหารที่สอดคล้องต่อความต้องการของตลาดสินค้ามากขึ้น[3] สำหรับจังหวัดสมุทรสาคร จังหวัดชายทะเลจังหวัดเล็ก ๆ แห่งหนึ่งตั้งอยู่บริเวณภาคกลางของประเทศไทย เป็นจังหวัดที่มีศักยภาพเอื้อต่อการประกอบธุรกิจเชิงอุตสาหกรรม เนื่องจากพื้นที่ตั้งอยู่ในเขตปริมณฑลของกรุงเทพมหานคร การคมนาคมและการขนส่งสะดวกรวดเร็วและมีโครงสร้างพื้นฐานและปัจจัยในการผลิตที่เหมาะสมต่อการลงทุนของนักลงทุน ส่งผลให้มีผู้ประกอบธุรกิจอุตสาหกรรมสนใจลงทุนและตั้งโรงงานอุตสาหกรรมในเขตจังหวัดสมุทรสาครเป็นจำนวนมาก โดยอุตสาหกรรมอาหาร โดยเฉพาะผลิตภัณฑ์เกี่ยวกับสัตว์น้ำถือเป็นสาขาอุตสาหกรรมที่มีการลงทุนสูงสุดเป็นอันดับที่ 1 ของจังหวัด[4]

จากที่กล่าวมานี้จะเห็นได้ว่า จังหวัดสมุทรสาครเปรียบเสมือนแหล่งผลิตอาหารที่มีขนาดใหญ่แห่งหนึ่งของประเทศ ซึ่งมีการจัดจำหน่ายผลิตภัณฑ์อาหารทั้งภายในประเทศและส่งออกไปยังต่างประเทศ มีการกระจายในท้องตลาดอย่างกว้างขวางออกไปสู่ผู้บริโภคทางตรงและทางอ้อม จึงไม่อาจปฏิเสธได้ว่า ปัญหาสำคัญอย่างหนึ่งที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างชัดเจนคือ ปัญหาเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์อาหารต่าง ๆ เอง หรือรายละเอียดบ่งชี้ส่วนประกอบต่าง ๆ ของผลิตภัณฑ์อาหาร นั่นคือ ฉลากบนภาชนะบรรจุที่ห่อหุ้มอยู่ นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 จนถึงปัจจุบัน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร โดยกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข ได้รับปัญหาร้องเรียนจากผู้บริโภคเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์อาหารเป็นจำนวนทั้งสิ้น 342 เรื่อง ซึ่งสูงที่สุดในบรรดาประเภทผลิตภัณฑ์สุขภาพ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพระหว่าง ปี พ.ศ. 2563 – 2566* ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร จำแนกตามประเภทผลิตภัณฑ์

เรื่องร้องเรียน	ปี พ.ศ.				รวม (เรื่อง)	ร้อยละ
	2563	2564	2565	2566		
ยา	1	1	2	4	8	1.98
เครื่องสำอาง	11	15	12	10	48	11.85
วัตถุอันตราย	1	-	1	-	2	0.49
ผลิตภัณฑ์สมุนไพร	-	1	-	1	2	0.49
เครื่องมือแพทย์	-	-	-	3	3	0.74
อาหาร	**43**	**99**	**90**	**110**	**342**	**84.45**
รวม (เรื่อง)	56	116	105	128	405	100

* ที่มา : รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี พ.ศ. 2566 โดย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร (ข้อมูล ณ วันที่ 22 พฤศจิกายน 2566)

จากตารางที่ 1 จำนวนเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพทั้งหมดที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาครได้รับในช่วงปี พ.ศ. 2563 – 2566 มีจำนวน 405 เรื่อง โดยเป็นเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์อาหารมากที่สุด จำนวน 342 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 84.44 ของเรื่องร้องเรียนทั้งหมด เมื่อพิจารณาเฉพาะเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์อาหารแล้วพบว่า ร้อยละ 62.87 เป็นข้อร้องเรียนเกี่ยวกับฉลากผลิตภัณฑ์อาหาร โดยทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาครได้ตรวจสอบเรื่องร้องเรียนต่าง ๆ และได้แก้ไขเรื่องร้องเรียนเหล่านั้น ซึ่งพบว่ามีทั้งที่ไม่พบการกระทำความผิดจริง เช่น เข้าตรวจสอบสถานที่ผลิตอาหารแล้ว พบว่าไม่ใช่สถานที่ตามที่ถูกร้องเรียน สถานที่ผลิตอาหารปิด เลิกผลิต หรือแจ้งเลิกไปแล้ว ฯลฯ รวมทั้งพบว่าไม่มีความผิดหลังเข้าตรวจสอบสถานที่ผลิตอาหาร เช่น ฉลากผลิตภัณฑ์อาหารมีข้อบกพร่องที่อยู่ในขอบข่ายที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาอนุโลมได้ ฯลฯ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาครจะได้ดำเนินการตรวจสอบและแก้ไขเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์อาหาร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านฉลากผลิตภัณฑ์อาหารอย่างต่อเนื่องแล้วก็ตาม มีแนวโน้มว่าเรื่องร้องเรียนในประเด็นดังกล่าวยังคงมีอยู่จำนวนมากและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอีกด้วย

เราอาจถือได้ว่า ฉลากผลิตภัณฑ์อาหารเป็นสิ่งสำคัญมากสำหรับผู้บริโภค นิจิตร์ตรา ทรวงดอน[5] ได้ศึกษาการรับรู้ข้อมูลโภชนาการบนฉลากอาหารเพื่อการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์อาหารของกลุ่มผู้บริโภคในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยด้านเพศ อายุ วุฒิการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการอ่านฉลากอาหาร รวมถึงการใช้ข้อมูลบนฉลากอาหารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ข้อมูลโภชนาการบนฉลากเพื่อการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หรือใน

งานวิจัยของ ชยธร ศรีตงกิม[6] ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของฉลากบนบรรจุภัณฑ์ที่ระบุถึงส่วนประกอบที่ส่งผลต่อสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคโดยพิจารณาพฤติกรรมทัศนคติและพฤติกรรมการเลือกซื้ออาหารที่ดีต่อสุขภาพ ที่ผู้บริโภคพิจารณาคุณสมบัติตามที่ระบุบนฉลากบรรจุภัณฑ์ รวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณสมบัติอาหารที่ดีต่อสุขภาพที่ส่งผลต่อการตัดสินใจซื้ออาหาร ผลการศึกษาพบว่าอายุและรายได้ ไม่มีผลต่อความตั้งใจซื้ออาหารที่มีฉลากหรือตราสัญลักษณ์เพื่อสุขภาพ ปัจจัยด้านคุณสมบัติของผลิตภัณฑ์ มีอิทธิพลต่อความตั้งใจซื้ออาหารเพื่อสุขภาพมากที่สุด รองลงมาคือปัจจัยการรับรู้ด้านราคา ส่วนปัจจัยประโยชน์ด้านสุขภาพ ปัจจัยความใส่ใจสิ่งแวดล้อม ปัจจัยการรับรู้คุณภาพ ปัจจัยความเชื่อมั่น และปัจจัยการรับรู้ด้านคุณค่าไม่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจซื้อ ซึ่งข้อมูลต่าง ๆ เหล่านี้ จะถูกบรรจุไว้ในฉลากผลิตภัณฑ์อาหารนั่นเอง ด้วยเหตุทั้งหมดที่กล่าวมานี้ ผู้วิจัยในฐานะที่ปฏิบัติหน้าที่ในกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร ได้เล็งเห็นถึงปัญหาเรื่องร้องเรียนดังกล่าว ที่ยังคงเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง จึงมีแนวคิดในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยของประเภทสถานที่ผลิตอาหารกับการนำแสดงข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหาร รวมทั้งการจัดทำการเสริมสร้างการเรียนรู้และทักษะความรอบรู้แก่ผู้ประกอบการผลิตอาหารในจังหวัดสมุทรสาคร โดยมุ่งหวังว่าข้อค้นพบจากงานวิจัยนี้จะสามารถใช้เป็นแนวทางในการจัดการความรู้ หรือการจัดอบรมเกี่ยวกับการจัดทำฉลากผลิตภัณฑ์อาหารให้แก่ผู้ประกอบการอาหาร ผู้บริโภค หรือผู้ที่สนใจได้ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างประเภทของสถานที่ผลิตอาหารกับการนำแสดงข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหาร
2. เพื่อศึกษาผลของการเสริมสร้างการเรียนรู้และทักษะความรอบรู้เกี่ยวกับการจัดทำฉลากผลิตภัณฑ์อาหารแก่ผู้ประกอบการผลิตอาหารในจังหวัดสมุทรสาคร

ขอบเขตของการวิจัย

งานวิจัยนี้เก็บรวบรวมข้อมูลฉลากผลิตภัณฑ์อาหารจากสถานที่ผลิตอาหารในจังหวัดสมุทรสาครที่ยื่นประเมินในช่วงเดือนมีนาคม – มิถุนายน พ.ศ. 2567 โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเฉพาะฉลากผลิตภัณฑ์อาหารที่มีข้อกำหนดให้ปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข 3 ฉบับเท่านั้น คือ 1) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 367) พ.ศ. 2557 เรื่อง การแสดงฉลากของอาหารในภาชนะบรรจุ[7] 2) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 383) พ.ศ. 2560 เรื่อง การแสดงฉลากของอาหารในภาชนะบรรจุ (ฉบับที่ 2)[8] และ 3) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 394) พ.ศ. 2561 เรื่อง อาหารที่ต้องแสดงฉลากโภชนาการและค่าพลังงาน น้ำตาล ไขมัน และโซเดียมแบบจีดีเอ[9]

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Descriptive Cross-sectional Research) ประกอบด้วย 2 ตอน ตอนแรกเป็นการสำรวจครั้งเดียว ส่วนตอนที่ 2 เป็นการเก็บข้อมูลต่อเนื่อง 3 ครั้ง หลังการได้รับคำปรึกษาแต่ละรอบ (Visit)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในงานวิจัยนี้ คือ ฉลากผลิตภัณฑ์อาหารที่ยื่นขออนุญาตจากสถานที่ผลิตอาหาร โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นฉลากผลิตภัณฑ์อาหารจากผู้ประกอบผลิตอาหารทั้งหมดที่ได้เข้ารับการอบรมผ่านระบบออนไลน์ (E-submission) โดยมีทั้งจากผู้แทนของบริษัทผลิตภัณฑ์อาหารที่ยื่นขออนุญาตกลุ่มใหม่ และจากผู้ติดต่อประสานงาน/ผู้มีหน้าที่ขอขึ้นทะเบียนตำรับของสถานที่ผลิตอาหารที่ยื่นประเมินในช่วงเดือนมีนาคม – มิถุนายน พ.ศ. 2567 และยังรวมถึงฉลากผลิตภัณฑ์อาหารที่ถูกร้องเรียน โดยผู้บริโภคหรือหน่วยงานต่าง ๆ ที่แจ้งเข้ามายังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร และคัดเลือกเฉพาะฉลากผลิตภัณฑ์อาหารที่มีข้อกำหนดให้ปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวกับการแสดงฉลากของอาหาร/ฉลากโภชนาการ จากสถานที่ผลิตอาหาร รวมจำนวนฉลากผลิตภัณฑ์อาหารที่ใช้ในการวิจัย ทั้งสิ้น 380 ฉลาก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบเก็บข้อมูลที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยได้รับการตรวจสอบ ปรับปรุง แก้ไขจากคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน แบ่งแบบเก็บข้อมูลออกเป็น 2 แบบ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. แบบรายงานการตรวจประเมินฉลากผลิตภัณฑ์อาหาร ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 367 (พ.ศ. 2557) กับฉบับที่ 383 (พ.ศ. 2560) แบ่งเนื้อหาออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลผลิตภัณฑ์พร้อมแนบฉลากผลิตภัณฑ์อาหาร
- ส่วนที่ 2 รายการตรวจประเมิน จำนวน 14 รายการ ได้แก่ ชื่ออาหาร เลขสารบบอาหาร ชื่อและที่ตั้งของผู้ผลิตหรือผู้แบ่งบรรจุหรือผู้นำเข้าหรือสำนักงานใหญ่ ปริมาณอาหารเป็นระบบเมตริก ส่วนประกอบที่สำคัญเป็นร้อยละของน้ำหนักโดยประมาณ ข้อมูลสำหรับผู้แพ้อาหาร แสดงชื่อกลุ่มหน้าที่ของวัตถุเจือปนอาหารร่วมกับชื่อเฉพาะหรือแสดงชื่อกลุ่มหน้าที่ของวัตถุเจือปนอาหารร่วมกับตัวเลขตาม INS for Food Additives ข้อความ “แต่งกลิ่นธรรมชาติ” “แต่งกลิ่นเลียนธรรมชาติ” “แต่งกลิ่นสังเคราะห์” “แต่งรสธรรมชาติ” หรือ “แต่งรสเลียนธรรมชาติ” (ถ้ามี) วัน เดือน และปี สำหรับอาหารที่มีอายุการเก็บไม่เกิน 90 วันหรือที่มีอายุการเก็บเกิน 90 วัน คำเตือน (ถ้ามี) ข้อแนะนำในการเก็บรักษา (ถ้ามี) วิธีปรุงเพื่อรับประทาน (ถ้ามี) วิธีการใช้และข้อความที่จำเป็นสำหรับอาหารที่มุ่งหมายจะใช้กับทารกหรือเด็กอ่อนหรือบุคคลกลุ่มใดโดยเฉพาะ และข้อความที่กำหนดเพิ่มเติม (ถ้ามี)
- ส่วนที่ 3 คำแนะนำสำหรับการตรวจประเมินแต่ละครั้ง
- ส่วนที่ 4 สรุปผลการตรวจประเมินฉลากผลิตภัณฑ์

2. แบบรายงานการตรวจประเมินฉลากผลิตภัณฑ์อาหาร ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 394 (พ.ศ. 2561) แบ่งเนื้อหาออกเป็น 4 ส่วน โดยเนื้อหาส่วนที่ 1, 3 และ 4 เหมือนกันกับแบบรายงานการตรวจประเมินฯ แบบแรก ส่วนเนื้อหาแบบรายงานการตรวจประเมินฯ ส่วนที่ 2 มีรายการตรวจประเมิน จำนวน 20 รายการ เป็นรายการตรวจประเมินแบบเดียวกับแบบรายงานการตรวจประเมินฯ แบบแรก

14 รายการ ส่วนอีก 6 รายการเพิ่มเติม ได้แก่ การแสดงฉลากอาหารไม่มีกลูเตน รูปแบบและเงื่อนไขของการแสดงกรอบข้อมูลโภชนาการ วิธีการกำหนดปริมาณอาหารหนึ่งหน่วยบริโภคกับจำนวนหน่วยบริโภคต่อภาชนะบรรจุ สารอาหารที่แนะนำให้บริโภคประจำวันสำหรับคนไทยอายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป หลักเกณฑ์การกล่าวอ้างทางโภชนาการบนฉลากอาหาร และข้อความ “บริโภคแต่น้อยและออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ”

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากคัดเลือกฉลากผลิตภัณฑ์อาหารจากสถานที่ผลิตอาหารที่เข้าเกณฑ์ข้อกำหนดการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวกับการแสดงฉลากของอาหาร/ฉลากโภชนาการเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้พิจารณาฉลากผลิตภัณฑ์อาหาร โดยตรวจสอบรายละเอียดการนำแสดงข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหารแต่ละประเภทด้วยแบบรายงานการตรวจประเมินฉลากผลิตภัณฑ์อาหารทั้งสองแบบกำหนดให้เป็นการเข้ารับคำแนะนำปรึกษาครั้งที่ 1 (Visit-1) หากการนำแสดงข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหารถูกต้องสมบูรณ์ เจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจะแจ้งกลับผลการตรวจสอบแต่หากการนำแสดงข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหารไม่ถูกต้องจะนัดหมายให้คำแนะนำปรึกษาครั้งที่ 2 (Visit-2) ต่อไป จากนั้น ผู้วิจัยจะตรวจสอบรายละเอียดการนำแสดงข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหารในรายการที่ผู้ประกอบการผลิตอาหารต้องแก้ไขอีกครั้ง หากยังไม่ถูกต้องอีกจะนัดหมายให้คำแนะนำปรึกษาครั้งที่ 3 (Visit-3) โดยในการนัดหมายให้คำแนะนำปรึกษาแต่ละครั้ง จะกำหนดระยะเวลาให้ผู้ประกอบการผลิตอาหารได้ปรับปรุงแก้ไขฉลากผลิตภัณฑ์อาหารตามความเหมาะสม แต่ไม่เกิน 30 วัน ในกรณีที่เป็นข้อบกพร่องรุนแรงจะแนะนำให้ผู้ประกอบการผลิตอาหารแก้ไขในทันที หลังจากเสร็จสิ้นขั้นตอนการให้คำแนะนำปรึกษาแล้ว ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดสู่ขั้นตอนการวิเคราะห์ทางสถิติและนำเสนอผลการวิจัยในลำดับต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

แบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

1. ผลการประเมินฉลากผลิตภัณฑ์อาหารแบ่งตามประเภทของสถานที่ผลิตอาหาร [ไม่เข้าข่ายโรงงาน (สบ.1/1) กับเข้าข่ายโรงงาน (อ.2)] วิเคราะห์โดยใช้แบบรายงานการตรวจประเมินฉลากผลิตภัณฑ์อาหาร ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 367 (พ.ศ. 2557) ฉบับที่ 383 (พ.ศ. 2560) และฉบับที่ 394 (พ.ศ. 2561)
2. ความสัมพันธ์ระหว่างประเภทของสถานที่ผลิตอาหาร (ได้รับ/ไม่ได้รับการรับรองระบบมาตรฐานการผลิต GMP/HACCP/GHP) กับการนำแสดงข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหาร วิเคราะห์โดยการทดสอบไคสแควร์แบบข้อมูลจำแนกสองทาง กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05
3. ผลการประเมินฉลากผลิตภัณฑ์อาหารและผลจากการเสริมสร้างการเรียนรู้และทักษะความรอบรู้เกี่ยวกับการจัดทำฉลากผลิตภัณฑ์อาหาร โดยวิเคราะห์จากความถูกต้องของการจัดทำฉลากผลิตภัณฑ์อาหารภายหลังเข้ารับคำแนะนำปรึกษาในแต่ละรอบแล้ว งานวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร เลขที่ SK7854-2024

ผลการวิจัย

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นฉลากผลิตภัณฑ์อาหาร จำนวนทั้งสิ้น 380 ฉลาก สามารถจำแนกตามสถานที่ผลิตอาหารที่ไม่เข้าข่ายโรงงาน (สบ.1/1) จำนวน 113 ฉลาก โดยมาจากสถานที่ผลิตอาหารที่ได้รับการรับรองระบบมาตรฐานการผลิต (GMP/HACCP/ GHP) จำนวน 10 ฉลาก (ร้อยละ 8.8) และไม่ได้รับการรับรองฯ จำนวน 103 ฉลาก (ร้อยละ 91.2) หากจำแนกตามประเภทของฉลากผลิตภัณฑ์อาหารที่ต้องนำแสดง พบว่าเป็นฉลากผลิตภัณฑ์ทั่วไป 88 ฉลาก (ร้อยละ 77.9) และฉลากผลิตภัณฑ์โภชนาการ GDA 25 ฉลาก (ร้อยละ 22.1) ส่วนฉลากผลิตภัณฑ์อาหารที่มาจากสถานที่ผลิตอาหารที่เข้าข่ายโรงงาน (อ.2) จำนวนทั้งสิ้น 267 ฉลาก มาจากสถานที่ผลิตอาหารที่ได้รับการรับรองฯ จำนวน 196 ฉลาก (ร้อยละ 73.4) และไม่ได้รับการรับรองฯ จำนวน 71 ฉลาก (ร้อยละ 26.6) โดยเป็นฉลากผลิตภัณฑ์ทั่วไป จำนวน 183 ฉลาก (ร้อยละ 68.5) และฉลากผลิตภัณฑ์โภชนาการ GDA 84 ฉลาก (ร้อยละ 31.5) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของฉลากของสถานที่ผลิตที่เข้าข่ายและไม่เข้าข่ายโรงงาน จำแนกตามระบบมาตรฐานของสถานที่ผลิตและประเภทของฉลากสถานที่ผลิตอาหาร

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวนฉลาก	
	ไม่เข้าข่ายโรงงาน (สบ.1/1) (ร้อยละ)	เข้าข่ายโรงงาน (อ.2) (ร้อยละ)
1. จำแนกตามการได้รับ/ไม่ได้รับการรับรองระบบมาตรฐานการผลิต (GMP/HACCP/ GHP)		
- สถานที่ผลิตอาหารที่ได้รับการรับรองฯ	10 (8.8)	196 (73.4)
- สถานที่ผลิตอาหารที่ไม่ได้รับการรับรองฯ	103 (91.2)	71 (26.6)
2. จำแนกตามประเภทของฉลากผลิตภัณฑ์อาหารที่ต้องนำแสดง		
- ฉลากผลิตภัณฑ์ทั่วไป	88 (77.9)	183 (68.5)
- ฉลากผลิตภัณฑ์โภชนาการ GDA	25 (22.1)	84 (31.5)
รวม	**113 (100.0)**	**267 (100.0)**

เมื่อพิจารณาความถูกต้องในการนำแสดงหัวข้อ/ประเด็นที่ต้องนำแสดงบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหารจำแนกตามสถานที่ผลิตอาหารที่ไม่เข้าข่ายและเข้าข่ายโรงงาน แสดงผลดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของฉลากผลิตภัณฑ์อาหารจากสถานที่ผลิตอาหารที่เข้าข่ายและไม่เข้าข่ายโรงงานที่ถูกต้องและไม่ถูกต้องจำแนกตามหัวข้อ / ประเด็นที่ตรวจสอบ

หัวข้อ / ประเด็นที่ต้องนำแสดง	ฉลากผลิตภัณฑ์อาหารที่ต้องนำแสดง (ร้อยละ)					
	สถานที่ผลิตอาหารที่ไม่เข้าข่ายโรงงาน (สบ.1/1)			สถานที่ผลิตอาหารที่เข้าข่ายโรงงาน (อ.2)		
	n	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	n	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง
ชื่อผลิตภัณฑ์	113	48 (42.5)	65 (57.5)	267	134 (50.2)	133 (49.8)
เลขสารบบอาหาร	113	78 (69.0)	35 (31.0)	267	173 (64.8)	94 (35.2)
ข้อมูลที่ตั้งผู้ผลิต	113	71 (62.8)	42 (37.2)	267	236 (88.4)	31 (11.6)
ควรบริโภคก่อน	113	65 (57.5)	48 (42.5)	267	203 (76.0)	64 (24.0)
ส่วนประกอบโดยประมาณ	62	44 (71.0)	18 (29.0)	249	229 (92.0)	20 (8.0)
วัตถุเจือปนอาหาร	38	32 (84.2)	6 (15.8)	195	171 (87.7)	24 (12.3)
วัตถุปรุงแต่งรสอาหาร	25	19 (76.0)	6 (24.0)	137	122 (89.1)	15 (10.9)
วัตถุให้ความหวานแทนน้ำตาล	8	0 (0.0)	8 (100.0)	20	20 (100.0)	0 (0.0)
วัตถุแต่งกลิ่น	11	2 (18.2)	9 (81.8)	111	77 (69.4)	34 (30.6)
วัตถุเจือปนอาหาร (สี)	16	13 (81.3)	3 (18.8)	127	85 (66.9)	42 (33.1)
ข้อมูลสำหรับผู้แพ้อาหาร	50	22 (44.0)	28 (56.0)	231	193 (83.5)	38 (16.5)
ปริมาณอาหาร	113	97 (85.8)	16 (14.2)	266	242 (91.0)	24 (9.0)
วิธีรับประทาน (ถ้ามี)	41	40 (97.6)	1 (2.4)	150	149 (99.3)	1 (0.7)
วิธีการเก็บรักษา (ถ้ามี)	70	69 (98.6)	1 (1.4)	171	170 (99.4)	1 (0.6)
คำเตือน (ถ้ามี)	47	38 (80.9)	9 (19.1)	52	51 (98.1)	1 (1.9)
บริโภคแต่น้อยและออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ	13	12 (92.3)	1 (7.7)	35	30 (85.7)	5 (14.3)
ค่าพลังงาน น้ำตาล ไขมัน โซเดียม	20	6 (30.0)	14 (70.0)	84	58 (69.0)	26 (31.0)
ตารางโภชนาการ	25	13 (52.0)	12 (48.0)	84	58 (69.0)	26 (31.0)
อื่น ๆ	113	94 (83.2)	19 (16.8)	267	255 (95.5)	12 (4.5)

หากพิจารณาถึงสาเหตุเฉพาะหัวข้อ/ประเด็นที่ผู้ประกอบการผลิตอาหารจากสถานที่ผลิตอาหารที่ไม่เข้าข่ายและเข้าข่ายโรงงานได้นำแสดงข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหารไม่ถูกต้องที่มีค่าร้อยละสูงสุด 3 อันดับแรก จะได้ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของฉลากผลิตภัณฑ์อาหารจำแนกตามประเด็นและสาเหตุที่นำแสดงข้อมูลผลิตภัณฑ์อาหารไม่ถูกต้องจำแนกตามประเภทของสถานที่ผลิตอาหาร

ประเด็นและสาเหตุ ที่นำแสดงข้อมูลผลิตภัณฑ์อาหารไม่ถูกต้อง	จำนวน (ร้อยละ)
1. สถานที่ผลิตอาหารที่ไม่เข้าข่ายโรงงาน (สบ.1/1)	
- วัตถุให้ความหวานแทนน้ำตาล	8 (100.0)
○ ไม่นำแสดงกลุ่มหน้าที่ของสารก่อนนำแสดงชื่อสารที่ใช้	8 (100.0)
- วัตถุแต่งกลิ่น	9 (100.0)
○ ไม่ทราบว่าต้องนำแสดง ซึ่งมีผลในผลิตภัณฑ์สำเร็จรูป	6 (66.7)
○ ไม่นำแสดงกลุ่มหน้าที่ของสารก่อนนำแสดงชื่อสารที่ใช้	3 (33.3)
- ค่าพลังงาน น้ำตาล ไขมัน โซเดียม	14 (100.0)
○ ไม่ทราบว่าต้องนำแสดง	12 (85.7)
○ นำแสดงไม่ถูกต้อง (รูปแบบ/ลักษณะ ของตาราง)	2 (14.3)
- อื่น ๆ	19 (100.0)
○ ไม่แสดงข้อความระบุบอกการบรรจุ ซอง / วัตถุกันชื้น	2 (10.5)
○ การกล่าวอ้างสัญลักษณ์ GMP / HACCP โดยไม่มีสถานบันรับรอง	9 (47.4)
○ ไม่แสดงคำเตือน “ผู้ที่มีสภาวะฟีนิลคีโตนูเรีย” ในกรณีการใช้สารให้ความหวานแทนน้ำตาล	8 (42.1)
2. สถานที่ผลิตอาหารที่เข้าข่ายโรงงาน (อ.2)	
- ชื่อผลิตภัณฑ์	133 (100.0)
○ นำแสดงชื่อไม่ตรงตามที่ได้รับอนุญาต	128 (96.2)
○ ชื่อในระบบฐานข้อมูลไม่ตรงกับเอกสารที่แก้ไข	5 (3.8)
- เลขสารบบอาหาร	94 (100.0)
○ กรอบเครื่องหมาย อย. ไม่ถูกต้อง	94 (100.0)
- วัตถุเจือปนอาหาร (สี)	42 (100.0)
○ ไม่ทราบว่าต้องนำแสดง	37 (88.1)
○ นำแสดงโดยไม่ระว่ากลุ่มสี ชนิดใด	5 (11.9)
- อื่น ๆ	12 (100.0)
○ การกล่าวอ้างโดยไม่มีผลตรวจวิเคราะห์ เช่น ไม่ใส่ / ไม่ใช้วัตถุกันเสีย	8 (66.6)
○ ไม่แสดงข้อความระบุบอกการบรรจุ ซอง / วัตถุกันชื้น	2 (16.7)
○ การใช้กราฟิก พื้นฉลาก จนไม่สามารถอ่านข้อมูลบนฉลากได้	2 (16.7)

ความสัมพันธ์ระหว่างประเภทของสถานที่ผลิตอาหาร (ไม่เข้าข่ายและเข้าข่ายโรงงาน) กับการนำแสดงข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหาร และความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับหรือ ไม่ได้รับการรับรองระบบมาตรฐานการผลิต(GMP/HACCP/GHP) กับการนำแสดงข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหาร การทดสอบ โดยไคสแควร์ ข้อมูลจำแนกสองทาง ได้ผลดังตารางที่ 5 และ 6 พบว่าประเภทของสถานที่ผลิตอาหาร (ไม่เข้าข่ายและเข้าข่ายโรงงาน) และการได้รับหรือไม่ได้รับการรับรองระบบมาตรฐานการผลิต (GMP/HACCP/GHP) มีความสัมพันธ์กับการนำแสดงข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความถูกต้องของฉลากผลิตภัณฑ์อาหารระหว่างสถานที่ผลิตอาหารที่ไม่เข้าข่ายโรงงาน (สบ.1/1) กับสถานที่ผลิตอาหารที่เข้าข่ายโรงงาน (อ.2)

ประเภทของสถานที่ผลิตอาหาร	ฉลากผลิตภัณฑ์อาหารที่ถูกต้อง (ร้อยละ)	ฉลากผลิตภัณฑ์อาหารที่ไม่ถูกต้อง (ร้อยละ)	รวม (ร้อยละ)
สถานที่ผลิตอาหารที่ไม่เข้าข่ายโรงงาน (สบ.1/1)	9 (8.0)	104 (92.0)	113 (29.7)
สถานที่ผลิตอาหารที่เข้าข่ายโรงงาน (อ.2)	90 (33.7)	177 (66.3)	267 (70.3)
รวม	**99 (26.1)**	**281 (73.9)**	**380 (100)**

(Chi-Square = 27.312, df = 1, p-value + 0.0001)

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความถูกต้องของฉลากผลิตภัณฑ์อาหารระหว่างสถานที่ผลิตอาหารที่ได้รับและไม่ได้รับการรับรองระบบมาตรฐานการผลิต (GMP/HACCP/GHP)

การรับรองระบบมาตรฐานผลิต (GMP/HACCP/GHP)	ฉลากผลิตภัณฑ์อาหารที่ถูกต้อง (ร้อยละ)	ฉลากผลิตภัณฑ์อาหารที่ไม่ถูกต้อง (ร้อยละ)	รวม (ร้อยละ)
สถานที่ผลิตอาหารได้รับการรับรองฯ	85 (41.3)	121 (58.7)	206 (54.2)
สถานที่ผลิตอาหารไม่ได้รับการรับรองฯ	14 (8.0)	160 (66.3)	174 (45.8)
รวม	**99 (26.1)**	**281 (73.9)**	**380 (100)**

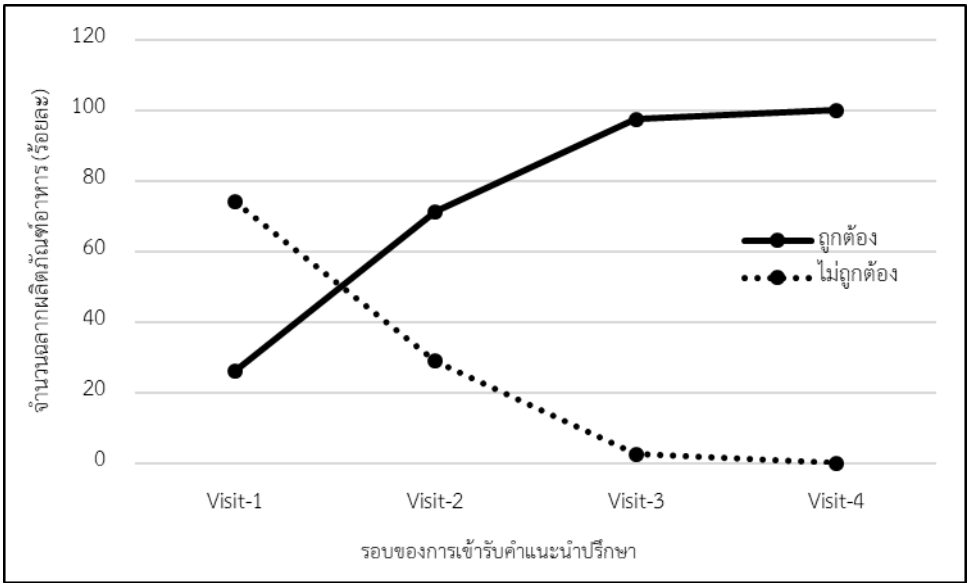
(Chi-Square = 54.020, df = 1, p-value + 0.0001)

เมื่อพิจารณาภาพรวมทั้งหมดของฉลากผลิตภัณฑ์อาหารทั้ง 380 ฉลาก จะแบ่งได้เป็นฉลากผลิตภัณฑ์ทั่วไป จำนวน 271 ฉลาก (ร้อยละ 71.3) และฉลากผลิตภัณฑ์โภชนาการ จำนวน 109 ฉลาก (ร้อยละ 28.7) โดยผู้วิจัยได้วิเคราะห์ความถูกต้องของข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหารทั้งหมดภายหลังที่ผู้ประกอบการผลิตอาหารเข้ารับคำแนะนำปรึกษาตั้งแต่ครั้งที่ 1 (Visit-1) ถึงครั้งที่ 3 (Visit-3) แสดงผลได้ดังตารางที่ 6 และภาพที่ 1

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละจำนวนฉลากผลิตภัณฑ์อาหารที่ถูกต้องและไม่ถูกต้อง จำแนกตามรอบของการเข้ารับคำแนะนำปรึกษา (Visit-1 ถึง Visit-3)

การเข้ารับคำแนะนำปรึกษา	จำนวนฉลากผลิตภัณฑ์อาหาร	ผลการพิจารณาฉลากผลิตภัณฑ์อาหาร (ร้อยละ)	
		ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง
ครั้งที่ 1 (Visit-1)	380	99 (26.1)	281 (73.9)
ครั้งที่ 2 (Visit-2)	281	200 (71.2)	81 (28.8)
ครั้งที่ 3 (Visit-3)	81	79 (97.5)	2* (2.5)

* ผลการพิจารณาฉลากผลิตภัณฑ์อาหารถูกต้องทั้งหมดภายหลังการเข้ารับคำแนะนำปรึกษาครั้งที่ 4 (Visit-4)



ภาพที่ 1 แผนภูมิแสดงผลความถูกต้องของฉลากผลิตภัณฑ์อาหารตามรอบของการเข้ารับคำแนะนำปรึกษา

จากตารางที่ 7 และภาพที่ 1 จะเห็นได้ว่าภายหลังการเข้ารับคำแนะนำปรึกษาครั้งที่ 1 (Visit-1) เกิดข้อบกพร่องในการจัดทำฉลากผลิตภัณฑ์อาหารสูงถึง 281 ฉลาก (ร้อยละ 73.9) ภายหลังการเข้ารับคำแนะนำปรึกษาครั้งที่ 2 (Visit-2) แนวโน้มการเกิดข้อบกพร่องในการจัดทำฉลากผลิตภัณฑ์อาหารลดลงอย่างต่อเนื่อง และการจัดทำฉลากผลิตภัณฑ์อาหารเกือบจะถูกต้องทั้งหมดหลังการเข้ารับคำแนะนำปรึกษาครั้งที่ 3 (Visit-3) โดยสามารถจำแนกข้อบกพร่องในการจัดทำฉลากผลิตภัณฑ์อาหารตามหัวข้อ/ประเด็นที่นำแสดงไม่ถูกต้องภายหลังการเข้ารับคำแนะนำปรึกษาในแต่ละครั้งได้ ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของฉลากผลิตภัณฑ์ที่นำแสดงไม่ถูกต้องภายหลังการเข้ารับคำแนะนำปรึกษาในแต่ละครั้งจำแนกตามหัวข้อ/ ประเด็นที่ต้องนำแสดง

หัวข้อ/ ประเด็นที่ต้องนำแสดง	จำนวนฉลากที่ต้องนำแสดง	จำนวนฉลากผลิตภัณฑ์ที่นำแสดงไม่ถูกต้องภายหลังการเข้ารับคำแนะนำปรึกษาในแต่ละครั้ง (ร้อยละ)		
		Visit-1	Visit-2	Visit-3
ชื่อผลิตภัณฑ์	380	198 (52.1)	28 (14.4)	0 (0.0)
เลขสารบบอาหาร	380	129 (33.9)	9 (7.0)	0 (0.0)
ข้อมูลที่ตั้งผู้ผลิต	380	73 (19.2)	12 (16.4)	0 (0.0)
ควรบริโภคก่อน	380	112 (29.5)	16 (14.3)	0 (0.0)
ส่วนประกอบโดยประมาณ	311	38 (12.2)	9 (23.7)	0 (0.0)
วัตถุเจือปนอาหาร	233	30 (12.9)	4 (13.3)	0 (0.0)
วัตถุปรุงแต่งรสอาหาร	162	21 (13.0)	1 (4.8)	0 (0.0)
วัตถุให้ความหวานแทนน้ำตาล	28	8 (28.6)	1 (12.5)	0 (0.0)
แต่งกลิ่น	122	40 (32.8)	1 (2.5)	0 (0.0)
แต่งสี	143	45 (31.5)	1 (2.2)	0 (0.0)
ข้อมูลสำหรับผู้แพ้อาหาร	281	66 (23.5)	13 (19.7)	0 (0.0)
ปริมาณอาหาร	380	40 (10.5	1 (2.5)	0 (0.0)
วิธีรับประทาน (ถ้ามี)	191	2 (1.0)	1 (50.0)	0 (0.0)
วิธีการเก็บรักษา (ถ้ามี)	241	2 (0.8)	2 (100)	0 (0.0)
คำเตือน (ถ้ามี)	99	10 (10.1)	7 (70.0)	0 (0.0)
บริโภคแต่น้อยและออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ	48	6 (12.5)	0 (0.0)	0 (0.0)
ค่าพลังงาน น้ำตาล ไขมัน และโซเดียม	109	40 (36.7)	3 (7.5)	2* (66.7)
ตารางโภชนาการ	109	38 (34.9)	4 (10.5)	0 (0.0)
อื่น ๆ	380	31 (8.2)	3 (9.7)	0 (0.0)

* ผลการพิจารณาฉลากผลิตภัณฑ์อาหารถูกต้องทั้งหมดภายหลัง Visit-4

สรุปและอภิปรายผล

จากสถิติการจัดการเรื่องร้องเรียนของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา[10] โดยศูนย์จัดการเรื่องร้องเรียนและปราบปรามการกระทำผิดกฎหมายเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ (ศรป.) ซึ่งได้รวบรวมผลการดำเนินการเรื่องร้องเรียน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 พบว่ามีเรื่องร้องเรียนทั้งสิ้น 4,107 เรื่อง เป็นเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์อาหารมากถึง ร้อยละ 51.29 โดยเป็นเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับฉลากอาหารที่ไม่เป็นไปตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุขต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องสูงสุดเป็นอันดับที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 22.01 ของเรื่องร้องเรียนทั้งหมด และข้อร้องเรียนเกี่ยวกับ

การขออนุญาตผลิตภัณฑ์อาหารที่ไม่ถูกต้องและไม่มีเลขสารบบอาหาร ร้อยละ 3.63 สูงสุดเป็นอันดับที่ 5 ของเรื่องร้องเรียนทั้งหมด ถือได้ว่าประเด็นเกี่ยวกับการเสริมสร้างการเรียนรู้และทักษะความรอบรู้เกี่ยวกับการจัดทำฉลากผลิตภัณฑ์อาหารเป็นสิ่งที่จำเป็นและสำคัญ จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ประเภทของสถานที่ผลิตอาหารมีความสัมพันธ์กับความถูกต้องในการนำแสดงข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ สถานที่ผลิตอาหารที่เข้าข่ายโรงงาน (อ.2) และสถานที่ผลิตอาหารที่ได้รับการรับรองระบบมาตรฐานการผลิต (GMP/HACCP/GHP) จะมีการนำแสดงข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหารได้ถูกต้องมากกว่าสถานที่ผลิตอาหารที่ไม่เข้าข่ายโรงงาน (สบ.1/1) และสถานที่ผลิตอาหารที่ไม่ได้รับการรับรอง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะสถานที่ผลิตอาหารที่ไม่เข้าข่ายโรงงาน ขาดบุคลากรที่เชี่ยวชาญเฉพาะด้านการผลิตอาหาร หรือผู้ประกอบการขาดความเอาใจใส่และละเลยคุณภาพ โดยมุ่งหวังกำไรทางธุรกิจเพียงอย่างเดียว รวมถึงการไม่ทราบและไม่ติดตามข้อมูลเกี่ยวกับข้อกฎหมายหรือระเบียบปฏิบัติต่าง ๆ ของทางราชการที่เกี่ยวกับฉลากผลิตภัณฑ์อาหาร ฯลฯ ตรงข้ามกับสถานที่ผลิตอาหารที่ได้รับการรับรองระบบมาตรฐานการผลิตฯ ซึ่งต้องมีกระบวนการและองค์ประกอบหลายอย่าง รวมทั้งค่าธรรมเนียมในการขอรับการประเมินระบบมาตรฐานการผลิตฯ ที่สูงมาก โดยความถูกต้องของการนำแสดงข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์ก็เป็นข้อกำหนดสำคัญอย่างหนึ่งในการประเมิน จึงทำให้สถานที่ผลิตอาหารที่ได้รับการรับรองระบบมาตรฐานการผลิตฯ แล้ว สามาถนำแสดงข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหารได้ถูกต้องมากกว่า เมื่อพิจารณาถึงประเภทของสถานที่ผลิตอาหารกับประเภทของฉลากผลิตภัณฑ์อาหารและหัวข้อที่ต้องนำแสดงบนฉลาก พบว่าสถานที่ผลิตอาหารที่ไม่เข้าข่ายโรงงาน (สบ.1/1) ซึ่งส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับการรับรองระบบมาตรฐานการผลิตฯ มีการนำแสดงฉลากผลิตภัณฑ์ทั่วไปมากกว่าฉลากโภชนาการ GDA สามารถอธิบายได้ว่า สถานที่ผลิตอาหารประเภทนี้มีการผลิตอาหารที่ไม่มีความยุ่งยากซับซ้อน อาจมีการใช้วิธีแบ่งบรรจุ ส่วนมากเป็นอาหารสำเร็จรูปที่พร้อมบริโภคทันที ที่ไม่ต้องแสดงข้อมูลโภชนาการ ข้อบกพร่องในการนำแสดงหัวข้อบนฉลากผลิตภัณฑ์ที่พบมากที่สุด คือ “วัตถุความหวานแทนน้ำตาล” โดยไม่แสดงกลุ่มหน้าที่ของสารก่อนชื่อสารที่ใช้ ในส่วนของสถานที่ผลิตอาหารที่เข้าข่ายโรงงาน (อ.2) ก็มีการนำแสดงฉลากทั่วไปมากกว่าฉลากผลิตภัณฑ์โภชนาการ GDA เช่นกัน แต่ส่วนใหญ่สถานที่ผลิตอาหารประเภทนี้จะได้รับการรับรองระบบมาตรฐานการผลิตฯ แล้ว เป็นที่น่าสังเกตว่า สถานที่ผลิตอาหารเหล่านี้เป็นกิจการที่มีการแข่งขันทางการตลาดสูง มีการลงทุนสูง จำเป็นต้องสร้างความเชื่อมั่นในคุณภาพของผลิตภัณฑ์อาหารแก่ผู้บริโภค อย่างไรก็ตามพบว่า หัวข้อ “ชื่อผลิตภัณฑ์” เป็นหัวข้อที่ผู้ประกอบการในสถานที่ผลิตอาหารประเภทนี้จะนำแสดงไม่ถูกต้องมากที่สุด เป็นไปได้ว่า ชื่อของผลิตภัณฑ์เป็นสิ่งแรกที่ผู้บริโภคจะสังเกตเห็น ผู้ประกอบการจึงพยายามตั้งชื่อโดยเน้นความดึงดูดใจต่อผู้บริโภคให้มากที่สุด จนละเลยเรื่องความสอดคล้องของชื่อผลิตภัณฑ์กับตัวผลิตภัณฑ์ สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้สามารถสะท้อนให้เห็นว่าสถานที่ผลิตอาหารที่ไม่เข้าข่ายและเข้าข่ายโรงงาน รวมทั้งการได้รับรองและไม่ได้รับรองระบบมาตรฐาน

การผลิต ล้วนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพของผลิตภัณฑ์อาหาร และการนำแสดงข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหารทั้งสิ้น เมื่อพิจารณาผลของการเสริมสร้างการเรียนรู้และทักษะความรอบรู้เกี่ยวกับการจัดทำฉลากผลิตภัณฑ์อาหารแก่ผู้ประกอบการผลิตอาหารในจังหวัดสมุทรสาครแล้ว พบว่ามีแนวโน้มที่ผู้ประกอบการสามารถนำแสดงข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหารได้ถูกต้องมากขึ้นหลังจากได้รับคำแนะนำปรึกษาครั้งที่ 1 – 2 โดยกระบวนการของการให้คำแนะนำปรึกษาทุกครั้งจะแนวปฏิบัติต่าง ๆ ดังนี้

1. การวางแผนให้สถานที่ผลิตอาหารที่ผลิตอาหารที่มีแนวโน้มต่อการถูกร้องเรียนเรื่องฉลากผลิตภัณฑ์เข้ามารับคำแนะนำ โดยจัดกิจกรรมให้ Mr. Label เจ้าหน้าที่ประจำศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ (One Stop Service Center : OSSC) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร เป็นผู้ให้คำแนะนำและความรู้ รวมทั้งทบทวนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดทำฉลากผลิตภัณฑ์อาหาร ซึ่งอ้างอิงตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยเน้นกลุ่มผลิตภัณฑ์อาหาร ที่พบได้ทั่วไปในท้องตลาด และมีข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการจัดทำฉลากผลิตภัณฑ์อาหารบ่อยครั้งเช่น อาหารสำเร็จรูปที่พร้อมบริโภค น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท เครื่องดื่มชนิดต่าง ๆ ฯลฯ

2. การให้บริการตรวจสอบ ให้คำแนะนำให้ความรู้ ตอบข้อสงสัยเกี่ยวกับการจัดทำฉลากผลิตภัณฑ์อาหาร ณ OSSC แก่ผู้ประกอบการที่ได้รับใบอนุญาตหรือหลังได้รับใบอนุญาตให้จัดตั้งสถานที่ผลิตอาหารแล้ว รวมทั้งบุคคลทั่วไป

3. การลงพื้นที่ตรวจเยี่ยมสถานที่ผลิตอาหาร

4. การให้คำแนะนำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องผ่านทางโทรศัพท์ และช่องทางสื่อสังคมออนไลน์ ได้แก่ แอปพลิเคชันไลน์ อีเมล์ ฯลฯ

การพิจารณาเกี่ยวกับผลการตรวจสอบฉลากผลิตภัณฑ์อาหาร โดยเฉพาะอย่างยิ่งการแก้ไขหัวข้อที่ต้องนำแสดงบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหารภายหลังจากที่ผู้ประกอบการเข้ารับ คำแนะนำปรึกษาแล้ว พบประเด็นที่น่าสนใจ พอสรุปได้โดยสังเขป ดังนี้

1. หัวข้อ “บริโภคแต่น้อยและออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ” เป็นหัวข้อที่ผู้ประกอบการแก้ไขได้ถูกต้องมากที่สุด ส่วนหัวข้อที่แก้ไขได้ถูกต้องน้อยที่สุด คือ “คำเตือน (ถ้ามี)” และ “วิธีการเก็บรักษา (ถ้ามี)” ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากเป็นหัวข้อที่ไม่จำเป็นต้องนำแสดงในอาหารทุกประเภท ส่งผลให้ผู้ประกอบการไม่เข้าใจและไม่ทราบเกณฑ์ว่าฉลากผลิตภัณฑ์อาหารประเภทใดบ้างที่ต้องแสดงข้อมูลนี้

2. ผู้ประกอบการไม่เข้าใจหัวข้อ “ชื่อผลิตภัณฑ์” ค่อนข้างมาก โดยเป็นความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการใช้ชื่อผลิตภัณฑ์อาหารที่ไม่ตรงกับการขออนุญาตหรือการขอแก้ไข ทั้งนี้ ผู้วิจัยเคยสัมภาษณ์ผู้ประกอบการเกี่ยวกับข้อผิดพลาดนี้ทำให้ทราบว่าผู้ประกอบการไม่ทราบถึงข้อกฎหมายที่เกี่ยวกับชื่อตัวอักษรข้อความสัญลักษณ์ต่าง ๆ ที่ต้องตรงตามที่ขออนุญาต โดยไม่สามารถสลับตำแหน่งของข้อความได้

3. ผู้ประกอบการไม่ทราบว่าฉลากผลิตภัณฑ์อาหารของตนต้องแสดงข้อความเกี่ยวกับการระบุค่าพลังงาน น้ำตาล ไขมันและโซเดียม ซึ่งเป็นไปได้ว่า ผู้ประกอบการไม่ทราบการจัดหมวดหมู่ประเภทของอาหาร ทั้งนี้

อาจเป็นเพราะในช่วง 5 ปีที่ผ่านมานี้ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้มีความเข้มงวดในการปฏิบัติและข้อกำหนดเกี่ยวกับหมวดหมู่ประเภทของอาหาร ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปมาตามวิวัฒนาการและความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีอาหาร

4. ผู้ประกอบการนำแสดงตารางโภชนาการไม่ถูกต้องซึ่งมีทั้งที่ไม่ทราบว่าต้องนำแสดงหรือนำแสดงแล้วมีรูปแบบของตารางโภชนาการที่ไม่ถูกต้อง อาจเกิดจากการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับหมวดหมู่อาหาร ที่เข้าเกณฑ์ต้องแสดงตารางโภชนาการ หรืออาจไม่ทราบข้อมูลการนำแสดงค่าสำคัญต่าง ๆ ในตารางโภชนาการ หรืออาจไม่ทราบลักษณะรูปแบบของตารางโภชนาการที่ถูกต้อง รวมทั้งขาดการศึกษาข้อกำหนดของการนำแสดงฉลากผลิตภัณฑ์ และสถานประกอบการอาจขาดแคลนเจ้าหน้าที่ประจำสถานที่ผลิตอาหารที่มีความรู้หรือความเชี่ยวชาญในเรื่องการผลิตอาหารเป็นพิเศษ มีงานวิจัยของ พรพิมล เลิศพานิช[11] ซึ่งได้ศึกษาแนวทางการพัฒนาการแสดงฉลากอาหารให้เป็นไปตามกฎหมาย โดยพบว่า ในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 – 2564 ผลการดำเนินการเฝ้าระวังและร้องเรียนด้านการแสดงฉลากผลิตภัณฑ์อาหารพบผู้กระทำผิดจำนวนมาก กองอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ได้ตรวจสอบการแสดงฉลากอาหารจากสถานที่ผลิต สถานที่นำเข้าและสถานที่จำหน่ายทั้งกรณีการเฝ้าระวัง กรณีร้องเรียนและกรณีพิเศษ โดยพบว่ามีแนวโน้มในการกระทำผิดเพิ่มขึ้นทุกปี พร้อมทั้งได้เสนอข้อค้นพบที่สอดคล้องกับผลการวิจัยในครั้งนี้ กล่าวคือ สาเหตุที่ทำให้เกิดข้อบกพร่องในกาจัดทำฉลากผลิตภัณฑ์อาหารแต่ละประเภท เกิดจากการที่ต้องปฏิบัติตามกฎหมาย ซึ่งมีรายละเอียดมากซับซ้อนและเข้าใจยาก นอกจากนี้ ยังพบว่าเจ้าหน้าที่ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาคที่มีการสับเปลี่ยนภายในหน่วยงานและไม่ได้ถ่ายทอดความรู้ที่เป็นข้อมูลพื้นฐานให้แก่เจ้าหน้าที่ท่านใหม่ รวมทั้งผู้ประกอบการก็มีความหลากหลาย ส่งผลต่อความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อกำหนดที่เกี่ยวข้องกับการแสดงฉลากอาหารข้อกฎหมายและวิธีการนำไปปฏิบัติตามที่กฎหมายกำหนดหรืออาจเข้าข่ายกลุ่มที่ไม่ได้นำข้อกำหนดที่เกี่ยวข้องกับการแสดงฉลากอาหารที่มีอยู่มาใช้ให้ถูกต้อง ก็เป็นสาเหตุที่ให้เกิดข้อบกพร่องในการจัดทำฉลากผลิตภัณฑ์อาหารด้วยเช่นกัน มีงานวิจัยที่มีข้อค้นพบสอดคล้องกับประเด็นเรื่องความสำคัญของเจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการให้ความรู้เรื่องฉลากโภชนาการ อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์ และคณะ[12] ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ และอิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องฉลากโภชนาการ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ผลการวิจัยพบว่า เด็กวัยเรียนมีความรู้ทางโภชนาการโดยรวมในระดับพอใช้ อิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลโดยรวมอยู่ในระดับสูง และความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องฉลากโภชนาการอยู่ในระดับพอใช้ บุคลากรด้านสุขภาพและโรงเรียน มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเรื่องโภชนาการให้กับเด็กวัยเรียน โดยการสอดแทรกหรือบูรณาการ ในการจัดการเรียนการสอนและอาจจะใช้อิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องฉลากโภชนาการในเด็กวัยเรียนได้อีกด้วย ในส่วนของผลสัมฤทธิ์ของการเสริมสร้างการ

เรียนรู้และทักษะความรอบรู้เกี่ยวกับการจัดทำฉลากผลิตภัณฑ์อาหารของผู้ประกอบการผลิตอาหารนั้น ถือได้ว่าเห็นผลชัดเจนอย่างเป็นรูปธรรม เนื่องจากภายหลังการเข้ารับคำแนะนำปรึกษาแล้ว เกิดข้อร้องเรียนและข้อบกพร่องในการจัดทำฉลากผลิตภัณฑ์อาหารลดลง นอกจากนี้ ผู้ประกอบการผลิตอาหาร มักเข้าพบเจ้าหน้าที่พร้อมนำฉลากผลิตภัณฑ์อาหารที่ไม่แน่ใจว่านำแสดงข้อมูลถูกต้องหรือไม่ มาเพื่อขอรับคำแนะนำปรึกษาก่อนสั่งทำฉลาก แสดงให้เห็นว่าผู้ประกอบการมีความใส่ใจต่อความถูกต้องของฉลากผลิตภัณฑ์มากขึ้น ข้อค้นพบอื่น ๆ จากงานวิจัยนี้ ยังทำให้ทราบถึงข้อบกพร่องของการนำแสดงฉลากผลิตภัณฑ์อาหารในประเด็นต่าง ๆ อันจะเป็นประโยชน์ต่อองค์กร ในการมุ่งเป้าไปยังปัญหาของการจัดทำฉลากผลิตภัณฑ์ของผู้ประกอบการอาหารได้อย่างตรงประเด็น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มของสถานที่ผลิตอาหารที่ไม่เข้าข่ายโรงงาน (สบ.1/1) และสถานที่ผลิตอาหารที่ไม่ได้รับการรับรองระบบมาตรฐานการผลิตฯ ซึ่งสะท้อนได้จากผลการวิจัย ทั้งหมดที่ได้กล่าวมานี้ แสดงให้เห็นถึงผลสัมฤทธิ์ของการเสริมสร้างการเรียนรู้และทักษะความรอบรู้เกี่ยวกับการจัดทำฉลากผลิตภัณฑ์อาหารให้แก่ผู้ประกอบการผ่านกระบวนการหลากหลายวิธี ส่งผลถึงการพัฒนาด้านความรู้และทักษะเกี่ยวกับกับจัดทำฉลากผลิตภัณฑ์อาหารให้ครบถ้วนและถูกต้องตามกฎหมายมากขึ้น ซึ่งเป็นไปได้ว่าเหตุที่ผู้ประกอบการมีการพัฒนาด้านความรู้และทักษะเกี่ยวกับการนำแสดงข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหารที่ดีขึ้น ส่วนหนึ่งเกิดจากการรับรู้ข้อมูลที่ถูกต้องซ้ำ ๆ จนเกิดความเข้าใจและนำมาประยุกต์ใช้กับฉลากผลิตภัณฑ์อาหารของตนได้อย่างถูกต้องได้ในที่สุด

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรกำหนดให้สถานที่ผลิตอาหารที่ไม่เข้าข่ายโรงงาน (สบ.1/1) รายงานสถานะของสถานที่ตั้งโดยการกำหนดขอบเขตระยะเวลา เพื่อป้องกันการย้ายที่ตั้งโดยไม่ได้รับอนุญาตและให้การตรวจประเมินสถานที่ผลิตอาหารเป็นไปตามมาตรฐาน

2. สถานที่ผลิตอาหารที่ไม่เข้าข่ายโรงงาน (สบ.1/1) และสถานที่ผลิตอาหารที่ไม่ได้รับการรับรองระบบมาตรฐานการผลิต (GMP/HACCP/GHP) ทั้งที่ไม่เข้าข่ายโรงงาน (สบ.1/1) และที่เข้าข่ายโรงงาน (อ.2) ควรได้รับการเสริมสร้างการเรียนรู้และทักษะความรอบรู้เกี่ยวกับการจัดทำฉลากผลิตภัณฑ์อาหารในแบบบูรณาการทั้งองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องและวิธีการที่หลากหลาย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สุรวิทย์ ศักดานุภาพ อดีตนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร เภสัชกรหญิงอรุณศรี บุญมาศิริ เภสัชกรเชี่ยวชาญด้านเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร นางสาววารุณี เสี่ยงบุญ นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านการส่งเสริมพัฒนา) (รักษาการ) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร และนางสาวนฤมล ฉัตรสง่า ผู้เชี่ยวชาญด้านมาตรฐานอาหาร กองอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาครทุกท่าน และสถานที่ผลิตอาหารต่าง ๆ ในจังหวัดสมุทรสาคร ที่ได้ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลในงานวิจัยนี้อย่างเต็มกำลังเป็นอย่างดีจนงานวิจัยนี้เสร็จสมบูรณ์ในที่สุด

เอกสารอ้างอิง

1. ซูซาน ซินเดอร์. อุตสาหกรรมอาหารมีความสำคัญอย่างไร. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 18 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก : https://albi-innoprod.com/industrial/อุตสาหกรรมอาหาร/
2. บริษัท แอดมินค้อกจิสติก จำกัด. เพิ่มกำไรให้ธุรกิจด้วย 5 ข้อดีของ 3rd Party Food Logistics Provider (3PL). [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 18 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.cogistics.co.th/th/blog/knowledge/party-food-logistics-provider/
3. คณะอุตสาหกรรมอาหาร สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง. อุตสาหกรรมอาหาร. [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 18 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://foodindustry.kmitl.ac.th/th/xutsahkrrmxahar
4. สำนักงานอุตสาหกรรมจังหวัดสมุทรสาคร. แผนปฏิบัติการด้านการพัฒนาอุตสาหกรรมระดับจังหวัดสมุทรสาครรายปี (พ.ศ. 2567). [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 18 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://samutsakhon.industry.go.th/web-upload/53x55a084987dc6d8919ac62a437d2bcf15/202403/m_page/12282/2909/file_download/72a9ef325b2ab88d4d59f605a63feef7.pdf
5. นิจิตร์ตรา ทรวงดอน. การรับรู้ข้อมูลโภชนาการบนฉลากอาหารเพื่อการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์อาหาร ของกลุ่มผู้บริโภคในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล. [อินเทอร์เน็ต] บทความวิชาการค้นคว้าอิสระ หลักสูตรบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการอุตสาหกรรม มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 25 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: http://www.mbaindustrial-abstract.ru.ac.th/index.php/abstractData/viewIndex/90
6. ชยธร ศรีตงกิม. การศึกษาความสัมพันธ์ของฉลากบนบรรจุภัณฑ์ที่ระบุถึงส่วนประกอบที่ส่งผลต่อสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภค. [สารนิพนธ์ ปริญญาการจัดการมหาบัณฑิต]. วิทยาลัยการจัดการ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2566.
7. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 367) พ.ศ. 2557 เรื่อง การแสดงฉลากของอาหารในภาชนะบรรจุ ประกาศ ณ วันที่ 8 พฤษภาคม พ.ศ. 2557. ราชกิจจานุเบกษา ฉบับประกาศทั่วไป เล่ม 131 ตอนพิเศษ 102 ง (วันที่ 6 มิถุนายน 2557).
8. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 383) พ.ศ. 2560 เรื่อง การแสดงฉลากของอาหารในภาชนะบรรจุ (ฉบับที่ 2) ประกาศ ณ วันที่ 27 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560. ราชกิจจานุเบกษา ฉบับประกาศทั่วไป เล่ม 134 ตอนพิเศษ 97 ง (วันที่ 4 เมษายน 2560).
9. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 394) พ.ศ. 2561 เรื่อง อาหารที่ต้องแสดงฉลากโภชนาการ และค่าพลังงาน น้ำตาล ไขมัน และโซเดียมแบบจีดีเอ ประกาศ ณ วันที่ 26 กันยายน พ.ศ. 2561. ราชกิจจานุเบกษา ฉบับประกาศทั่วไป เล่ม 135 ตอนพิเศษ 264 ง (วันที่ 22 ตุลาคม 2561).

10. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข. สถิติการจัดการเรื่องร้องเรียนของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 25 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://cemc.fda.moph.go.th/statistic/category/yearly-complaint-statistic/
11. พรพิมล เลิศพานิช. แนวทางการพัฒนาการแสดงฉลากอาหารให้เป็นไปตามกฎหมาย. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา; 2566.
12. อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์, ฤทัยวรรณ แก้วมาลัย, เนตรนภา เครือสง่า, นิศาชล ตันติภิรมย์, ปริญญาพร ชาวบ้านเกาะ, เบญจรัตน์ เอี่ยมสะอาด. ความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องฉลากโภชนาการในเด็กวัยเรียน: กรณีศึกษาจังหวัดเพชรบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2563;6(2):70-82.

JOURNAL OF HEALTH CONSUMER PROTECTION
วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
Vol.5 No.1 January-June 2025
ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2568

ผลลัพธ์การบริบาลเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกล ในผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลิน ในสถานบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายโรงพยาบาลศรีสะเกษ

Results of telepharmacy in diabetic patients using insulin injections at the Health Promoting Hospital Network Sisaket Province

อาศิรา ภูศรีดาว[1], ชญาณ์พิมพ์ รื่นหรรษา[2]
Asira Phoosridaow[1], Chayapim Ruenhunsa[2]

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยในโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดอินซูลิน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายจังหวัดศรีสะเกษ บางส่วนมีปัญหาจากการใช้ยาและไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้เป็นไปตามเกณฑ์ได้ จากการศึกษาวิจัยพบว่า การบริบาลเภสัชกรรมทางไกลมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ดีขึ้นได้ จึงได้พัฒนาและนำรูปแบบการบริบาลเภสัชกรรมทางไกลมาช่วยแก้ปัญหาเพื่อทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดเป็นไปตามเกณฑ์เป้าหมาย การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการใช้ยา ความสามารถในการฉีดยาอินซูลิน ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง (Fasting Plasma Glucose: FPG) และระดับน้ำตาลสะสมย้อนหลัง 3 เดือน (HbA1C) โดยได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับยาฉีดอินซูลิน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายโรงพยาบาลศรีสะเกษ จำนวน 38 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ระหว่างวันที่ 21 มิถุนายน พ.ศ. 2567 ถึงวันที่ 21 ตุลาคม พ.ศ. 2567 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ paired-simple t-test ผลการวิจัยพบว่าหลังการบริบาลเภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยเบาหวานมีคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 0.78 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.005) ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ลดลงเฉลี่ย 1.49 mg% อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.001) ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FPG) ลดลงเฉลี่ย 18.5 mg/dL และคะแนนความสามารถในการฉีดยาอินซูลินแบบกระบอกฉีดยาเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 1.00 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.043) และแบบปากกาฉีดยาเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 1.25 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.002)

คำสำคัญ : การบริบาลทางเภสัชกรรมทางไกล, โรคเบาหวานชนิดที่ 2, ยาฉีดอินซูลิน

---

[1] เภสัชกรชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลศรีสะเกษ

[1] Pharmacist, Senior Professional Level, Division of Pharmacy, Sisaket Hospital, E-mail : asira.psd@gmail.com

[2] เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลศรีสะเกษ

[2] Pharmacist, Professional Level, Division of Pharmacy, Sisaket Hospital, E-mail : chayapim.bch@gmail.com

Received: 23 OCT 2024, Revised: 17 FEB 2025, Accepted: 27 FEB 2025

Abstract

Some patients with type 2 diabetes treated with insulin injections at Health Promoting Hospital within the Sisaket Distric Network have drug usage problems and often fail to maintain blood sugar levels within recommended range. Research has shown that telepharmacy services help improve blood sugar control in type 2 diabetes patients. A telepharmacy model was developed and implement to address the issue in order to achieve target blood sugar level. This quasi-experimental research aimed to determine the adherence and knowledge of insulin injections, blood sugar and HbA1C level. This research was done with patients with type 2 diabetes receiving insulin injections at Health Promoting Hospitals affiliated with Sisaket Hospital. The sample consisted of 38 participants. Data were collected using a researcher-developed questionnaire from June 21, 2024 to October 21, 2024 and analyzed using descriptive statistics and paired simple t-test. Results showed that after telepharmacy service, the diabetic patients' scores increased statistically significant at an average of 0.78 point (p=0.005), their HbA1C levels decreased statistically significant at an average of 1.49 mg% (p=0.001), fasting plasma glucose (FPG) levels decreased at an average of 18.5 mg/dL, the insulin injection competency score increased statistically significant at the average of 1.00 point for syringe usage (p=0.043) and 1.25 points for pen injections (p=0.002).

Keywords : Telepharmacy, Type 2 Diabetes Mellitus, Insulin

บทนำ

โรคเบาหวานจัดเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ สถานการณ์ปัจจุบันพบว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 463 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2588 จะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มมากขึ้นถึง 629 ล้านคน[1] สำหรับประเทศไทย จากข้อมูลของการสำรวจสุขภาพประชากรไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 ถึง 2563 มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี พบว่าความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นร้อยละ 21 และพบว่ามีผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่เป็นไปตามเกณฑ์มีถึงร้อยละ 11 (HbA1c> 11) ซึ่งผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลายระบบของร่างกาย ได้แก่ โรคทางระบบหัวใจและระบบหลอดเลือด (Cardiovascular diseases) โรคแทรกซ้อนหลอดที่ไต (Diabetic nephropathy) โรคแทรกซ้อนที่ตา (Diabetic retinopathy) และภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ซึ่งภาวะแทรกซ้อนทั้งหมดส่งผลกระทบต่อเนื่องต่อคุณภาพชีวิต ภาระเศรษฐกิจของผู้ป่วยและประเทศชาติ ตามแนวทางการรักษาโรคเบาหวานของประเทศไทยในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แนะนำว่าให้ใช้ยา Metformin เป็นยาตัวแรกในการลดระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นไปตามเป้าหมาย และหากเมื่อไม่ได้ตามเป้าหมาย ให้เพิ่มยาชนิดที่ 2 ที่ไม่ใช่ยากลุ่มเดิม และหากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมย้อนหลัง 3 เดือน (HbA1C) ให้อยู่ในเป้าหมายได้ด้วยยา 2 ชนิด สามารถเพิ่มยาชนิดที่สามได้ด้วยยาฉีดอินซูลิน[2] และการใช้ยาฉีดอินซูลิน ตามแนวทางการรักษาโรคเบาหวานของ American Diabetes Association (ADA) ในปี พ.ศ. 2564 ได้มีคำแนะนำเรื่องการให้ความสำคัญเกี่ยวกับเทคนิคการใช้ยาฉีดอินซูลินที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยหรือแก่ผู้ดูแล เนื่องจากพบว่าเทคนิคการใช้ยามีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลให้เป็นไปตามเกณฑ์เป้าหมายและเกี่ยวเนื่องกับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา[3] ในปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการบริการที่สถานบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายโรงพยาบาลศรีสะเกษเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 6,212 ราย ในปี พ.ศ. 2564 เป็น 6,648 ราย และ 6,973 ราย ในปี พ.ศ. 2565 และ 2566 ตามลำดับ แต่กลับพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดเป็นไปตามเป้าหมายมีเพียงร้อยละ 38.70, 36.40 และ 40.63 ในปี พ.ศ. 2564, 2565 และ 2566 ตามลำดับ อีกทั้งในจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดอินซูลินทั้งหมด 82 ราย ในสถานบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายของโรงพยาบาลศรีสะเกษ มีจำนวนผู้ป่วยเพียงร้อยละ 33 เท่านั้นที่ระดับน้ำตาลเป็นไปตามเกณฑ์เป้าหมาย และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการบริบาลทางเภสัชกรรม (Pharmaceutical care) เป็นบทบาทสำคัญของเภสัชกรที่จะสามารถลดความรุนแรงของปัญหาด้านยา และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา รวมถึงสามารถป้องกันปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาได้ ซึ่งจะเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย[4] ปัญหาความล้มเหลวจากการใช้ยาฉีดอินซูลินของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี พบได้มากถึงร้อยละ 80 ปัญหาที่พบบ่อย ได้แก่ การที่บริหารยาฉีดอินซูลินและการจัดเก็บยาที่ไม่เหมาะสม[5] ทั้งนี้จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า การบริบาลทางเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกลมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลินสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น อีกทั้ง

ยังเพิ่มความรู้เกี่ยวกับยารักษาเบาหวาน และแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยาได้[6,7] เช่นเดียวกับการศึกษาจากต่างประเทศที่ได้พบว่ารูปแบบการบริการ Remote consultation telepharmacy แบบภาพและเสียงหรือติดต่อผู้ป่วยผ่านทางโทรศัพท์สามารถเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับยาหลายรายการและอยู่ในพื้นที่ที่ห่างไกลได้[8] ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพการบริการปฐมภูมิที่เปลี่ยนแปลงจากการให้บริการสุขภาพเชิงรับไปสู่การให้บริการสุขภาพเชิงรุก ซึ่งส่งผลต่อการปฏิบัติงานของเภสัชกร จากเดิมที่เน้นเพียงบทบาทหน้าที่เพียงเชิงรับในหน่วยงาน คือการให้บริการจ่ายยาที่สถานบริการแก่ผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว ต่อมาได้มีการปรับบทบาทเน้นการให้บริการเภสัชกรรมเชิงรุกโดยให้มีการติดตามความปลอดภัยและประสิทธิภาพผู้ป่วยหลังจากได้รับการบริการจ่ายยา ณ สถานบริการ เพื่อให้สอดคล้องกับการปฏิรูปของระบบสุขภาพ[9] และแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขในการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิและการพัฒนาระบบสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง[10] ประกอบกับในปัจจุบันความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี มีผลทำให้เกิดการให้บริการแบบใหม่ คือการให้เภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) โดยเภสัชกรสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการได้ผ่านเทคโนโลยีการสื่อสาร ซึ่งผู้รับบริการไม่ต้องเดินทางมายังโรงพยาบาลเพื่อพบเภสัชกรโดยตรง ทำให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้รับการบริการทางเภสัชกรรมอย่างต่อเนื่อง มีความร่วมมือในการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง และได้รับการแก้ไขจัดการเมื่อเกิดปัญหาจากการใช้ยา[11,12]

ผู้วิจัยจึงทำการวิจัยผลของการบริบาลเภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้ยาฉีดอินซูลิน ที่มีต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ความร่วมมือในการใช้ยา เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการรักษาโรคเบาหวานได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการใช้ยาฉีดอินซูลินก่อนและหลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรมทางไกล
2. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการฉีดอินซูลินก่อนและหลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรมทางไกล
3. เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง (Fasting Plasma Glucose : FPG) ก่อนและหลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรมทางไกล
4. เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสมย้อนหลัง 3 เดือน (HbA1C) ก่อนและหลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรมทางไกล

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับยาฉีดอินซูลินและได้รับการบริบาลเภสัชกรรมทางไกลในสถานบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายโรงพยาบาลศรีสะเกษ ตั้งแต่วันที่ 21 มิถุนายน พ.ศ. 2567 ถึงวันที่ 21 ตุลาคม พ.ศ. 2567 รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 4 เดือน การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย (Ethics Committee) โรงพยาบาลศรีสะเกษ เมื่อวันที่ 20 มิถุนายน 2567 เลขที่โครงการ 013/2567

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และได้รับการรักษาด้วยยาฉีด

อินซูลิน ในการกำหนดขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยในตัวอย่างสองกลุ่มที่ไม่อิสระต่อกัน พารามิเตอร์ที่ใช้ในการคำนวณอ้างอิงการศึกษาของ พุทธิดา โภคภิรมย์ และกรกมล รุกขพันธ์[13] ในกลุ่มทดลอง 58 ราย ก่อนการศึกษามีค่า HbA1c เฉลี่ยเท่ากับ 8.3 ± 1.6 และหลังการศึกษามีค่า HbA1c เฉลี่ยเท่ากับ 7.6 ± 1.3 จากการคำนวณสามารถกำหนดกลุ่มตัวอย่างได้ 34 คน แต่ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเพิ่มขนาดตัวอย่างเป็น 38 คน หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่นั้นเป็นผู้สูงอายุและเป็นการศึกษาระยะยาว อาจจะมีโอกาสจะถอนตัวหรือถูกคัดออกจากงานวิจัยครั้งนี้สูง

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

โดยใช้หลักความน่าจะเป็น (Probability Sampling) การสุ่มแบบ Systematic คัดเลือกประชากรจากเลขประจำตัวผู้ป่วยทุกรายที่ใช้ยาฉีดอินซูลินและเข้ามารับบริการ ในช่วงของวันที่ 1 มกราคม 2567 ถึงวันที่ 31 พฤษภาคม 2567 ณ สถานบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เครือข่ายโรงพยาบาลศรีสะเกษ จัดเรียงประชากรใหม่ตามลำดับเลขประจำตัวผู้ป่วย จากนั้นสุ่มตัวอย่าง 1 คน เว้น 1 คน จนได้จำนวนตัวอย่างครบ 38 คน

เกณฑ์การคัดเข้า

1. ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และได้รับการรักษาโดยการใช้ยาฉีดอินซูลินและบริหารยาฉีดอินซูลินด้วยตนเอง
3. ผู้ป่วยมีโทรศัพท์ หรือ Smart phone ที่สามารถติดต่อผ่านระบบเสียงได้
4. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมาย โดยที่ระดับน้ำตาลในเลือดสะสมย้อนหลัง 3 เดือน มากกว่าร้อยละ 7 (HbA1C > 7%)
5. ผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถมาพบแพทย์ตามนัดและไม่สามารถติดตามได้หลังจากผู้วิจัยติดต่อไป 2 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์
2. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารหรือตอบคำถามเรื่องการใช้ยาของตนเอง

2. การทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอนดังต่อนี้

1) ชี้แจงรายละเอียดและเงื่อนไขเกี่ยวกับการวิจัยให้ตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือกทราบและหากผู้เข้าร่วมวิจัยยินยอมเข้าร่วมวิจัยลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร

2) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยเบาหวาน แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย แบบบันทึกประวัติ ผลการรักษา ปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย และแบบประเมินกระบวนการฉีดอินซูลินใช้เวลาประมาณ 15 – 20 นาที โดยแบ่งเป็น 5 ครั้ง ดังนี้

- ครั้งที่ 1 เดือนที่ 0 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่ รพ.สต. ครั้งที่ 1 ตรวจ HbA1c, FPG ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคและยารักษาโรคเบาหวาน ประเมินความร่วมมือในการใช้ยา ประเมินกระบวนการฉีดอินซูลินและประเมินปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย
- ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 ดำเนินการให้บริบาลเภสัชกรรมทางไกล ครั้งที่ 1 ประเมินความรู้

เกี่ยวกับโรคและยารักษาโรคเบาหวาน ประเมินความร่วมมือในการใช้ยา ประเมินกระบวนการฉีดอินซูลิน และประเมินปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย

- ครั้งที่ 3 เดือนที่ 1 ดำเนินการให้บริบาลเภสัชกรรมทางไกล ครั้งที่ 2 ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคและยารักษาโรคเบาหวาน ประเมินความร่วมมือในการใช้ยา ประเมินกระบวนการฉีดอินซูลิน และประเมินปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย

- ครั้งที่ 4 เดือนที่ 2 ดำเนินการให้บริบาลเภสัชกรรมทางไกล ครั้งที่ 3 ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคและยารักษาโรคเบาหวาน ประเมินความร่วมมือในการใช้ยา ประเมินกระบวนการฉีดอินซูลิน และประเมินปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย

- ครั้งที่ 5 เดือนที่ 3 – 4 พบกลุ่มตัวอย่างที่ รพ. สต. ครั้งที่ 2 ตรวจ HbA1c, FPG ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคและยารักษาโรคเบาหวาน ประเมินความร่วมมือในการใช้ยา ประเมินกระบวนการฉีดอินซูลิน และประเมินปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย

3. เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1) แบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม 1 ชุด แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยคำถามปลายเปิดจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ สิทธิการรักษา ประเภทของอินซูลินที่ใช้รักษา โรคประจำตัวร่วม และระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานและรับการรักษา

2) แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย โดยใช้เครื่องมือคือ แบบวัดของ Morisky ชนิด 8 ข้อคำถาม (8-item Morisky Medication Adherence Scale: MMAS-8)[14] ซึ่งมีข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

- ส่วนที่ 1 คือคำถามเกี่ยวกับความผิดพลาดของการรับประทานยา ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวก 1 ข้อ คือ ข้อ 5 และเป็นข้อคำถามทางลบ 6 ข้อ คือ ข้อ 1, 2, 3, 4, 6 และ 7 ข้อคำถามสามารถเลือกตอบได้ 2 แบบ คือ ใช่ และไม่ใช่ โดยให้พิจารณาว่าตรงกับการปฏิบัติของตนเอง

<u>เกณฑ์การให้คะแนน</u>

○ ข้อคำถามข้อที่ 5 หากผู้ป่วยตอบว่าใช่ ให้คะแนนเท่ากับ 1 หากตอบว่า ไม่ใช่ ให้คะแนน เท่ากับ 0

○ ข้อคำถามข้อที่ 1, 2, 3, 4, 6 และ 7 หากผู้ป่วยตอบว่าใช่ ให้คะแนนเท่ากับ 0 หากตอบว่าไม่ใช่ให้คะแนน เท่ากับ 1

- ส่วนที่ 2 คือ ข้อคำถามแบบมาตรประมาณค่า ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกในการรับประทานยา 1 ข้อ ให้เลือกตอบได้เพียง 1 คำตอบที่ตรงกับการปฏิบัติ

<u>เกณฑ์การให้คะแนน</u>

○ เลือกตอบไม่เคยเลย ให้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน

○ เลือกตอบ นาน ๆ ครั้ง/บางครั้ง/เกือบทุกครั้ง/ประจำทุกครั้ง ให้คะแนนเท่ากับ 0 คะแนน

<u>การแปลผลคะแนน</u>

8 คะแนน หมายถึง มีความร่วมมือในการใช้ยาระดับสูง

6 – 7 คะแนน หมายถึง มีความร่วมมือในการใช้ยาระดับปานกลาง

ต่ำกว่า 6 คะแนน หมายถึง มีความร่วมมือในการใช้ยาระดับต่ำ

3) แบบบันทึกประวัติ ผลการรักษา และปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อมูลเบอร์โทรศัพท์ผู้ป่วยที่ติดต่อด้วยเสียงได้โดยตรง ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วย ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติทางสังคม ประวัติการใช้สมุนไพร/ อาหารเสริม ประวัติการแพ้ยา ประวัติการใช้ยา ผลตรวจคลินิกและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ปัญหาจากการใช้ยาและแนวทางแก้ไขปัญหาจากการใช้ยา

4) แบบประเมินกระบวนการฉีดอินซูลิน

สำหรับกระบอกฉีดยาอินซูลิน มีลักษณะเป็นปรนัยเลือกตอบมี 2 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติ และไม่ปฏิบัติ โดยให้คะแนน ปฏิบัติ เท่ากับ 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติ เท่ากับ 0 คะแนน

5) แบบประเมินกระบวนการฉีดอินซูลิน

สำหรับปากกาฉีดยาอินซูลิน แบบประเมินมีลักษณะเป็นปรนัยแบบเลือกตอบมี 2 ตัวเลือก ปฏิบัติและไม่ปฏิบัติ โดยให้คะแนน ปฏิบัติ เท่ากับ 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติ เท่ากับ 0 คะแนน

4. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลโดยตรวจสอบความถูกต้องของสมบูรณ์ของข้อมูล จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่และร้อยละของข้อมูลทั่วไป เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างก่อนกับหลังการทดลองในประเด็นความรู้เกี่ยวกับยารักษาเบาหวาน ความร่วมมือในการใช้ยา ปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย FPG และ HbA1c ด้วยสถิติ Paired simple t-test

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เข้าร่วมการศึกษาเป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.2 และเพศชาย ร้อยละ 36.8 มีอายุมากกว่า 60 ปี มากถึงร้อยละ 52.7 รองลงมาคือ อายุอยู่ระหว่าง 40 ปี ถึง 59 ปี ร้อยละ 44.7 ส่วนสิทธิการรักษามากที่สุดคือ สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 76.3 ประเภทของอินซูลินที่ใช้รักษาคือแบบกระบอกฉีดยา ร้อยละ 57.9 โดยผู้เข้าร่วมการศึกษามีโรคประจำตัวร่วมกับโรคเบาหวาน ร้อยละ 81.5 โรคประจำตัวร่วมที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 50 ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานและรับการรักษาเฉลี่ย 15.8 ± 5.86 ปี ผู้ป่วยทุกคนดูแลตนเองในเรื่องการฉีดยาอินซูลินและการรับประทานยา ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน (ร้อยละ) ของผู้เข้าร่วมการศึกษาจำแนกตามตัวแปร (n=38)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)
อายุเฉลี่ย (ปี)	
< 40	1 (2.6)
40 – 59	17 (44.7)
≥ 60	20 (52.7)
Mean ±SD	62.4±15.2
เพศ	
หญิง	24 (63.2)
ชาย	14 (36.8)

ตารางที่ 1 จำนวน (ร้อยละ) ของผู้เข้าร่วมการศึกษาจำแนกตามตัวแปร (n=38) (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)
สิทธิการรักษา	
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	29 (76.3)
เบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง	9 (23.7)
ประเภทของอินซูลินที่ใช้รักษา	
แบบกระบอกฉีดยา (Insulin syringe)	22 (57.9)
แบบปากกา (Insulin penfill)	16 (42.1)
โรคประจำตัวร่วมกับโรคเบาหวาน	
ไม่มี	7 (18.5)
มี (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	31 (81.5)
โรคความดันโลหิตสูง	19 (50.0)
โรคไขมันในเลือดสูง	16 (42.1)
โรคไตวายเรื้อรัง	2 (5.2)
โรคหัวใจและหลอดเลือด	1 (2.7)
ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานและรับการรักษา (Mean ± S.D.)	**15.8 ± 5.86 (ปี)**

ผลลัพธ์ด้านความร่วมมือในการใช้ยา พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาก่อนและหลังการให้บริบาลเภสัชกรรมทางไกล เฉลี่ย 5.63 ± 1.29 คะแนน และ 6.41 ± 1.07 คะแนน ตามลำดับ โดยที่หลังการให้บริบาลเภสัชกรรมทางไกล ผู้ป่วยเบาหวานมีค่าเฉลี่ยคะแนนร่วมมือในการใช้ยามากกว่าก่อนการให้บริบาลเภสัชกรรมทางไกลเฉลี่ย 0.78 คะแนน (95%CI: 0.24, 1.32) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.0005) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานระหว่างก่อนกับหลังการให้บริบาลเภสัชกรรมทางไกล

ความร่วมมือในการใช้ยาฉีดอินซูลิน	Mean	S.D.	$\bar{d}$ (95%CI)	*t*	p-value
ก่อนบริบาลเภสัชกรรมทางไกล	5.63	1.29	0.78	2.869	0.005*
หลังบริบาลเภสัชกรรมทางไกล	6.41	1.07	(0.24, 1.32)		

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลลัพธ์ในการรักษาโรคเบาหวาน พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FPG) ก่อนและหลังการให้บริบาลเภสัชกรรมทางไกลเฉลี่ย 162.10 ± 72.86 mg/dL และ 143.60 ± 54.35 mg/dL ตามลำดับ โดยที่ระหว่างก่อนกับหลังการให้บริบาลเภสัชกรรมทางไกล ผู้ป่วยเบาหวานมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FPG) ไม่แตกต่างกัน ผู้ป่วยเบาหวานมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ก่อนและหลังการให้บริบาลเภสัชกรรมทางไกล

เฉลี่ย 9.62 ± 1.68 mg% และ 8.13 ± 1.02 mg% ตามลำดับ โดยที่หลังการให้บริบาลเภสัชกรรมทางไกล ผู้ป่วยเบาหวานมีค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) น้อยกว่าก่อนการให้บริบาลเภสัชกรรมทางไกลเฉลี่ย 1.49 mg% (95%CI: -2.13, -0.85) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FPG) และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ระหว่างก่อนกับหลังการให้บริบาลเภสัชกรรมทางไกล

ผลลัพธ์	Mean	S.D.	$\bar{d}$ (95%CI)	*t*	p-value
ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FPG)					
ก่อนบริบาลเภสัชกรรมทางไกล	162.10	72.86	-18.50	-1.255	0.214
หลังบริบาลเภสัชกรรมทางไกล	143.60	54.35	(-47.88, 10.88)		
ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C)					
ก่อนบริบาลเภสัชกรรมทางไกล	9.62	1.68	-1.49	-4.673	<0.001*
หลังบริบาลเภสัชกรรมทางไกล	8.13	1.02	(-2.13, -0.85)		

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลลัพธ์ด้านความสามารถในการฉีดยาอินซูลิน พบว่าผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษามีคะแนนความสามารถในการฉีดยาอินซูลินแบบกระบอกฉีดยาเฉลี่ย 8.14 ± 1.91 คะแนน และ 9.14 ± 2.31 คะแนน ตามลำดับ โดยที่หลังการให้บริบาลเภสัชกรรมทางไกล ผู้ป่วยเบาหวานมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการฉีดยาอินซูลินแบบกระบอกฉีดยามากกว่าก่อนการให้บริบาลเภสัชกรรมทางไกลเฉลี่ย 1.00 คะแนน (95%CI: 0.03, 1.97) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.043$) และผู้ป่วยเบาหวานมีคะแนนความสามารถในการฉีดยาอินซูลินแบบปากกาฉีดยาเฉลี่ย 9.87 ± 1.88 คะแนน และ 11.12 ± 1.55 คะแนน ตามลำดับ โดยที่หลังการให้บริบาลเภสัชกรรมทางไกล ผู้ป่วยเบาหวานมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการฉีดยาอินซูลินแบบปากกาฉีดยามากกว่าก่อนการให้บริบาลเภสัชกรรมทางไกลเฉลี่ย 1.25 คะแนน (95%CI : 0.46, 2.04) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.002$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการฉีดอินซูลินระหว่างก่อนกับหลังบริบาลเภสัชกรรมทางไกล

ความสามารถในการฉีดยาอินซูลิน	Mean	S.D.	$\bar{d}$ (95%CI)	*t*	p-value
แบบกระบอกฉีดยา					
ก่อนบริบาลเภสัชกรรมทางไกล	8.14	1.91	1.00	2.057	0.043*
หลังบริบาลเภสัชกรรมทางไกล	9.14	2.31	(0.03, 1.97)		
แบบปากกาฉีดยา					
ก่อนบริบาลเภสัชกรรมทางไกล	9.87	1.88	1.25	3.162	0.002*
หลังบริบาลเภสัชกรรมทางไกล	11.12	1.55	(0.46, 2.04)		

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองที่ทำการศึกษาผลลัพธ์การบริบาลเภสัชกรรมทางไกลในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้ยาฉีดอินซูลิน โดยได้เปรียบเทียบผลลัพธ์จากการให้บริบาลเภสัชกรรมทางไกล พบว่าผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยามากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีค่าคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จิราวัฒน์ สุวัตธิกะ[15] ซึ่งศึกษาผลของการให้บริบาลเภสัชกรรมทางไกล พบว่าผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยามากขึ้นหลังให้การบริบาลเภสัชกรรมทางไกล นอกจากนี้ ยังพบว่าการศึกษาของ สุดเฉลียว จันทรุทิน[16] ที่ศึกษาผลการบริบาลเภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่าการพัฒนาการให้บริบาลเภสัชกรรมทางไกล ทำให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการใช้ยามากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งจากผลการวิจัยนี้ได้แสดงให้เห็นว่า การให้บริบาลเภสัชกรรมทางไกลเป็นการส่งเสริมทำให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการใช้ยา เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังจึงจำเป็นต้องได้รับยาหลายชนิดต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน อาจจะทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา ส่งผลต่อผลลัพธ์ทางคลินิกคือระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยได้ และจากผลการให้การบริบาลเภสัชกรรมทางไกล พบว่าค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FPG) และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ พัทร์วรินท์ ศรลัมพ์ และคณะ[17] ที่ทำการศึกษาการบริบาลทางเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกล (Telepharmacy) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยติดตามในสัปดาห์ที่ 2 และหลังจากนั้นเดือนละครั้งจนสิ้นสุดการศึกษา รวมถึงสอดคล้องกับการศึกษาของ พัทร์วรินท์ ศรลัมพ์ และคณะ[17] ซึ่งศึกษาผลของการบริบาลเภสัชกรรมและการติดตามการใช้ยาทางไกลต่อผลลัพธ์ทางคลินิกและการให้ความร่วมมือในการใช้ยาโดยติดตามผู้ป่วยเป็นระยะเวลาทั้งสิ้น 3 เดือน ผ่านทางโทรศัพท์ ด้วยการให้ความรู้และคำแนะนำการใช้ยาร่วมทั้งปรับเปลี่ยนพฤติกรรมซึ่งสอดคล้องกับการศึกษานี้ จึงถือได้ว่ากระบวนการติดตามการใช้ยา

ทางไกลร่วมกับการให้บริบาลเภสัชกรรมสามารถมีส่วนช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FPG) และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ได้ จากการวิจัยพบว่าการให้บริบาลเภสัชกรรมทางไกลเป็นการกระตุ้นเตือนผู้ป่วยให้มีความสามารถในการฉีดอินซูลินและความร่วมมือในการใช้ยาอีกหนึ่งวิธีและจากการที่ผู้ป่วยได้สนทนากับเภสัชกรมากขึ้นและนานขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจต่อเภสัชกร จึงพร้อมที่จะให้ข้อมูลปัญหาจากการใช้ยา ทำให้เภสัชกรทราบถึงสาเหตุของปัญหาจากการใช้ยาที่แท้จริงและสามารถแก้ไขปัญหานั้นได้ และยังช่วยลดข้อจำกัดด้านระยะเวลาของเภสัชกรในการให้คำปรึกษาด้านยาและแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาตามระบบปกติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายโรงพยาบาลศรีสะเกษ ซึ่งระบบดังกล่าวพบว่าเภสัชกรไม่มีเวลามากพอที่จะทบทวนหรือให้ข้อมูลคำแนะนำวิธีการใช้ยาฉีดชูอินลินเท่ากับการให้บริบาลเภสัชกรรมทางไกล เนื่องจากจำเป็นต้องให้บริการผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก ในแต่ละครั้งของการให้บริการ ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดความร่วมมือในการใช้ยาและส่งผลต่อผลลัพธ์ทางคลินิก อีกทั้งงานวิจัยนี้ยังชี้ให้เห็นว่าเภสัชกรเป็นส่วนหนึ่งของทีมสหสาขาวิชาชีพในการได้ร่วมดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง สามารถนำรูปแบบการให้บริบาลเภสัชกรรมทางไกลไปปรับใช้ในผู้ป่วยเรื้อรังโรคอื่น ๆ ได้ การบริบาลเภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้ยาฉีดอินซูลินมีส่วนช่วยเพิ่มทักษะในการใช้ยาฉีดอินซูลินและเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FPG) และทำให้ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

งานวิจัยควรมีการศึกษาติดตามประเมินผลการติดตามใช้ยาผ่านระบบเภสัชกรรมทางไกลต่อผลลัพธ์ด้านอื่น ๆ ของผู้มารับบริการ คือผู้ป่วยและผู้ดูแลที่บ้าน เช่น ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจต่อการให้บริการของเภสัชกรและทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องทั้งหมด เพื่อให้ผลลัพธ์ของการศึกษาครอบคลุมในทุก ๆ มิติมากยิ่งขึ้น

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่า อาจนำวิธีการดำเนินงานนี้ไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ได้ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่ซับซ้อนมากขึ้นหรือมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน เช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เป็นต้น และควรขยายงานบริบาลเภสัชกรรมทางไกลไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอื่น ๆ อย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายแพทย์ชลวิทย์ หลาวทอง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสะเกษที่อนุญาตให้ทำการวิจัยและขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายโรงพยาบาลศรีสะเกษ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือในการทำวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. รณรงค์วันเบาหวานโลก 2564 ตระหนักถึงการดูแลรักษาโรคเบาหวานให้ได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง [อินเตอร์เน็ต]. 12 พฤศจิกายน 2564 [เข้าถึงเมื่อ 22 กุมภาพันธ์ 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=21692&deptcode=brc2.
2. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560. พิมพ์ครั้งที่ 3.ปทุมธานี: ร่มเย็น มีเดีย; 2560.
3. American Diabetes Association. Pharmacologic approaches to glycemic treatment : standards of medical care in diabetes—2021. Diabetes Care. 2021; 44(Suppl 1): S113.
4. เฉลิมศรี ภุมมางกูร. ปรัชญาของการบริบาลทางเภสัชกรรมปฏิบัติ. ใน: เฉลิมศรี ภุมมางกูร, กฤตติกา ตัญญะแสนสุข, บรรณาธิการ. โอสถกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2, กรุงเทพมหานคร: นิวไทยมิตรการพิมพ์; 2547. หน้า 1-19.
5. นีลนาถ เจ๊ะยอ. ความชุกและปัจจัยทำนายความล้มเหลวในการใช้ยาฉีดอินซูลินของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2559;10(3):333-9.
6. อรุณวรรณ ต่อกร. ผลของการบริบาลเภสัชกรรมรวมกับการติดตามการใช้ยาทางไกลในผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลิน โรงพยาบาลโกสัมพีนคร จังหวัดกำแพงเพชร. วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร 2565;13:108-16.
7. กนกพรรณ นิกรเพสย์, สุธาทิพย์ พิชญไพบูลย์. ผลการให้คำปรึกษาโดยเภสัชกรร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ในผู้ป่วยกลุ่มอาการเมแทบอลิก. วารสารเภสัชกรรมไทย 2561;10:449-61.
8. Nye AM. A clinical pharmacist in telehealth team care for rural patient with diabetes. NCMJ 2017;78:183-4.
9. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการพัฒนาระบบงานเภสัชกรรมปฐมภูมิของเภสัชกรครอบครัว (Family Pharmacist) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 – 2567.
10. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขระยะ 5 ปี พ.ศ. 2566 – 2570 . [อินเตอร์เน็ต]. กันยายน 2565 [เข้าถึงเมื่อ 22 กุมภาพันธ์ 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/05/MOPH_plan-66-70-for-web.pdf
11. สภาเภสัชกรรม. ประกาศสภาเภสัชกรรม ที่ 56/2563 เรื่อง การกำหนดมาตรฐานและขั้นตอนการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) (ลงวันที่ 2 มิถุนายน 2563).

12. กฤษฎิ์ วัฒนธรรม, ธีรพล ทิพย์พะยอม, อัลจนา เฟื่องจันทร์. รูปแบบกิจกรรมและผลลัพธ์การให้บริการเภสัชกรรมทางไกล: บทความปริทัศน์. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน 2564;17:1-15.
13. พุทธิดา โภคภิรมย์, กรกมล รุกขพันธ์. ผลของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้นให้ความรู้และการติดตามทางโทรศัพท์โดยเภสัชกรในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2: การศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มและกลุ่มควบคุม วารสารเภสัชกรรมไทย 2563;12:4:985-96.
14. กมลชนก จงวิไลเกษม, สงวน ลือเกียรติบัณฑิต. การพัฒนาแบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับคนไทย. วารสารเภสัชกรรมไทย 2564;13:1:18-30.
15. จิราธิวัฒน์ สุวัตธิกะ. ผลของการบริบาลเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกล โดยประยุกต์ใช้ระบบหมอพร้อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้ปากกาฉีดอินซูลิน อำเภอเชกา จังหวัดบึงกาฬ. วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข 2566;1:2:122-39.
16. สุดเฉลียว จันทรุทิน. ผลของการพัฒนาเภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านหนองแวง ตำบลนาเวียง อำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธร [อินเตอร์เน็ต]. ตุลาคม2567 [เข้าถึงเมื่อ 15 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://yasothon.moph.go.th/ssjyasothon/FrontEnd/report_AcademicWork.php?page=4.
17. พัทร์วรินท์ ศรลัมพ์, ณัฐธิดา เวทนาสุข, รณกฤต ทีทา. ผลของการบริบาลเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกลในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น.วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา 2567;4:1:1-15.

JOURNAL OF HEALTH CONSUMER PROTECTION
วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
Vol.5 No.1 January-June 2025
ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2568

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดจันทบุรี กรณีศึกษาอำเภอแหลมสิงห์

Development of a model for consumer protection operations for health products of local administrative organizations in Chanthaburi Province: a case study of Laem Sing District

อารีวัล มหาธนรัตน์[1]

Areewan Mahathanarat[1]

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้คือเพื่อพัฒนา (ข้อเสนอ) รูปแบบการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) จังหวัดจันทบุรี เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม ถึง 30 กันยายน 2564 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก ซึ่งประกอบด้วยผู้บริหาร และผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของ อปท. โดยเจาะจงศึกษาจุดอ่อน จุดแข็ง และการปฏิบัติงาน จากกระบวนการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ของ อปท. อำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี และนำข้อมูลมาเป็นประเด็นตั้งต้นในการทำสนทนากลุ่ม กับผู้ให้ข้อมูลหลัก เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของ อปท. โดยยึดแนวคิดการบริหารของ Gulick ที่ต้องมีองค์ประกอบครบ 7 ด้าน ที่ย่อ มาเป็น POSDCoRB เป็นกรอบ และระดมความคิด เพื่อสร้างกิจกรรมแต่ละองค์ประกอบที่เหมาะสม สมบูรณ์และสอดคล้องกัน

ผลการศึกษาพบว่า อปท. ในอำเภอแหลมสิงห์ ส่วนใหญ่ยังไม่ทราบและไม่มีการดำเนินงานในภารกิจที่ได้รับการถ่ายโอนจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย). (5 แห่งจาก 6 แห่ง) ซึ่งเป็นจุดอ่อนหรือปัญหาสำคัญในการถ่ายโอนภารกิจงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ อปท. มีการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ บ้าง แต่ทำในฐานะผู้ร่วมทำงานเท่านั้น ไม่ใช่ผู้รับผิดชอบหลัก ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการประชุมกลุ่มย่อย พบว่ารูปแบบในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของ อปท. ในจังหวัดจันทบุรี ที่มีประสิทธิภาพ ต้องเน้นการทำงานแบบมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทั้งผู้ผลิต ผู้บริโภค หน่วยงานสาธารณสุข และ อปท. และการสื่อสารต้องเป็นแบบสองทิศทาง จากส่วนกลางลงไปท้องถิ่น และจากท้องถิ่นขึ้นมาส่วนกลาง โดยมีหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่เป็นหน่วยงานเชื่อมประสาน เพื่อให้การทำงานมีประสิทธิภาพ ไม่เกิดความซ้ำซ้อน และลดช่องว่างในการดำเนินงาน รวมทั้งจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย เพื่อให้ผู้บริหาร อปท. เห็นความสำคัญ และขับเคลื่อนการดำเนินงาน ประสาน สนับสนุนหรือผลักดันเชิงนโยบาย ให้มีการกำหนดเป็นตัวชี้วัดร่วมที่ต้องดำเนินการ สร้างกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนกลยุทธ์ กำหนดเป้าหมาย สนับสนุนงบประมาณ อุปกรณ์ สื่อประชาสัมพันธ์ และประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานฯ โดยการถอดบทเรียนจาก อปท. ที่ประสบความสำเร็จ ศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จ และอุปสรรคในการดำเนินงาน

คำสำคัญ : รูปแบบการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค, ผลิตภัณฑ์สุขภาพ, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

[1] เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

[1] Pharmacist, Professional Level. Division of Consumer Protection and Public Health Pharmacy, Chanthaburi Public Health Office. E-mail : m.aree77@hotmail.com

Received: 4 JAN 2025, Revised: 5 MAR 2025, Accepted: 30 MAR 2025

Abstract

The purpose of this research is to develop a (proposal) model for the operation of consumer protection of health products of local administrative organizations (LAOs) in Chanthaburi Province. This is action research was from May 1 to September 30, 2021. Data were collected by interviewing key informants, including executives and those involved in the operation of consumer protection of health products of LAOs. Specifically, the study examined the weaknesses, strengths and performance of the operation process of consumer protection of health products of LAOs in Laem Sing District, Chanthaburi Province. The data was used as the starting point for focus group discussions with key informants to develop a model for the operation of consumer protection of health products of LAOs, based on Gulick's management concept that must have 7 complete components, which can be summarized as POSDCoRB, as a framework and brainstorming to create appropriate and complete activities for each component.

The study results found that most of the local administrative organizations in Laem Sing District are still unaware and have not implemented the missions transferred from the Food and Drug Administration (FDA) (5 out of 6 organizations), which is a weakness or a major problem in the transfer of consumer protection missions. Some local administrative organizations have implemented consumer protection, but they do so as co - workers and not as the main responsible parties. The analysis of data from the sub - group meeting found that an effective model for consumer protection of health products by local administrative organizations in Chanthaburi Province must emphasize the participation of all sectors, including producers, consumers, public health agencies, and local administrative organizations. Communication must be two - way, from the central government to the local government and from the local government to the central government, with local public health agencies as the coordinating agencies to ensure efficient work, avoid duplication, and reduce gaps in operations, including the preparation of policy proposals so that local administrative organization executives see the importance and drive operations, coordinate, support, or push policies to set common indicators that must be implemented, create a process for participation in the preparation of strategic plans, set goals, support budgets, equipment, public relations media, and evaluate the operational model by extracting lessons from successful local administrative organizations, studying success factors, and obstacles to operations.

Keywords : Consumer protection operation model, Health products, Local administrative organizations

บทนำ

ยุทธศาสตร์ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) มุ่งเน้นที่ระบบคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ การส่งเสริมและพัฒนาผู้ประกอบการ เป็นบทบาทของหน่วยงานระดับส่วนกลาง ระดับเขต และระดับจังหวัดที่ต้องดำเนินการ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายด้านระบบคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ได้แก่ การบริหารจัดการระบบ ระบบข้อมูล การเฝ้าระวังและการจัดการความเสี่ยง กิจกรรมของการเฝ้าระวังนั้น ประกอบด้วย (1) แผนการเฝ้าระวัง (2) การขับเคลื่อนและดำเนินการตามแผนการเฝ้าระวัง และ (3) การถ่ายทอดและกำกับ ติดตาม การดำเนินการตามแผนการเฝ้าระวัง ส่วนกิจกรรมการจัดการความเสี่ยงประกอบด้วย (1) การนำผลการเฝ้าระวังมาดำเนินการตามแผนการจัดการความเสี่ยงแบบบูรณาการ (2) การดำเนินการตามกฎหมาย (3) การสื่อสารความเสี่ยงไปยังผู้เกี่ยวข้อง เพื่อการจัดการปัญหา และ (4) การถ่ายทอดและกำกับ ติดตาม การดำเนินการตามแผนการจัดการความเสี่ยง[1]

พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 บัญญัติขึ้นตามกฎหมายรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540[2] ได้กำหนดให้ราชการบริหารส่วนกลางถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ดำเนินการแทนในเขตพื้นที่ของตน ซึ่งในปี พ.ศ. 2546 อย. ได้กำหนดภารกิจงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่จะถ่ายโอนให้แก่ อปท. ไว้ 4 ภารกิจ ได้แก่ 1) การผลิตสื่อและ/หรือเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ 2) การเสริมสร้างศักยภาพผู้บริโภคและเรียกร้องสิทธิอันชอบธรรม 3) การสร้างและขยายเครือข่ายการมีส่วนร่วมในงานคุ้มครองผู้บริโภคในท้องถิ่น และ 4) ตรวจสอบติดตามคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์อาหาร ยา เครื่องมือแพทย์ เครื่องสำอาง และวัตถุอันตรายในสถานที่จำหน่าย[3] อปท. เป็นหน่วยราชการที่ใกล้ชิดกับประชาชนและมีบทบาทในการดำเนินการพัฒนาสาธารณสุขตามกฎหมาย เพื่อให้ประชาชนในท้องถิ่นพัฒนาด้านสุขภาพ แต่ในระยะการเปลี่ยนถ่ายโอนอำนาจที่ผ่านมา หน่วยงานใน อปท. ส่วนใหญ่ยังไม่มีความพร้อมในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขตามที่กฎหมายกำหนด ทั้งในด้านกรอบโครงสร้างบุคลากร งบประมาณ และองค์ความรู้[4] รวมทั้งขาดรูปแบบและแนวทาง การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีประสิทธิภาพใน อปท. แต่ละระดับ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี (สสจ.จันทบุรี) เป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในระดับจังหวัด มีบทบาทในการกำกับดูแลการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ และสนับสนุนการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของ อปท. ที่ได้รับการถ่ายโอนภารกิจ ซึ่งที่ผ่านมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 สสจ.จันทบุรี ยังไม่มีข้อมูลผลการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของ อปท. และไม่มีการจัดทำแผนงานในการส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของ อปท. ประกอบกับ อย. ก็ยังไม่มีแผนงานในการสนับสนุนการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของ อปท. ที่ชัดเจน ผู้วิจัยได้เห็นความสำคัญที่จะพัฒนา อปท. ให้เป็นหน่วยงานหลักในการตรวจสอบเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพในพื้นที่ และเพิ่มศักยภาพเจ้าหน้าที่ใน อปท. ให้มีความเข้มแข็ง สามารถบริหารจัดการการคุ้มครอง

ผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพและทันการณ์ จึงจำเป็นต้องศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของ อปท. ในจังหวัดจันทบุรี โดยคัดเลือก อปท. อำเภอแหลมสิงห์ เป็นกรณีศึกษา เนื่องจากมีเครือข่ายในการดำเนินงานที่มีเข้มแข็งกว่าพื้นที่อื่น

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของ อปท. ในจังหวัดจันทบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อสร้างรูปแบบการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของ อปท. ในจังหวัดจันทบุรี โดยศึกษาจากการดำเนินงานของ อปท. อำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี เนื่องจากเป็น อปท. ที่มีความเข้มแข็ง และมีการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรมมากกว่าอำเภออื่น ๆ โดยศึกษาตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม ถึง 30 กันยายน 2564 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ผู้ให้ข้อมูลหลัก

พื้นที่ต้นแบบที่ใช้เก็บข้อมูล คือ อำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี ซึ่งมี อปท. ประกอบด้วย เทศบาลตำบล (ทต.) และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) จำนวน 6 แห่ง ได้แก่ ทต.ปากน้ำแหลมสิงห์, ทต.พลิ้ว, อบต.เกาะเปริด, อบต.บางกระไชย, อบต.หนองชิ่ม และ อบต.บางสระเก้า

ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants) ในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ที่เกี่ยวข้องกับงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพใน อปท. อำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี ประกอบด้วย ผู้บริหาร อปท., ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภค ทั้ง 6 แห่ง ได้แก่ ทต.ปากน้ำแหลมสิงห์, ทต.พลิ้ว, อบต.เกาะเปริด, อบต.บางกระไชย, อบต.หนองชิ่ม และ อบต.บางสระเก้า

ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม ประกอบด้วยเภสัชกร สสจ.จันทบุรี, เภสัชกรโรงพยาบาล (รพ.) แหลมสิงห์, สาธารณสุขอำเภอแหลมสิงห์, เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคของ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) แหลมสิงห์, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ผอ.รพ.สต.) แหลมสิงห์, เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.), ผู้นำชุมชน, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.), ผู้แทนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.), ตัวแทนผู้ประกอบการ และผู้แทนจาก อปท. ของอำเภออื่น ในจังหวัดจันทบุรี

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 แบบรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ เช่น ผลการดำเนินงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภค, สถิติเรื่องร้องเรียนของผู้บริโภค, การจัดการปัญหาเรื่องร้องเรียน

2.2 แบบสัมภาษณ์ สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของ อปท. จังหวัดจันทบุรี ตามทฤษฎี POSDCoRB ของ Gulick and Urwick ประกอบด้วย การวางแผน การจัดการองค์กร การบริหารบุคคล การอำนวยการ การประสานงาน การรายงาน และงบประมาณ[5]

ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำแบบสัมภาษณ์พร้อมโครงร่างวิจัยฉบับย่อให้

ผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบ

3.วิธีการเก็บข้อมูล

3.1 สัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภค ระดับอำเภอ/ตำบล และ อปท. ในพื้นที่อำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลการดำเนินงาน สถานการณ์ปัญหาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

3.2 คัดลอกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานคุ้มตรองผู้บริโภคของ อปท. ทั้งหมด ของอำเภอแหลมสิงห์ เรียงตามองค์ประกอบการบริหารทั้ง 7 องค์ประกอบ ตาม POSDCoRB

3.3 ประชุมกลุ่ม ผู้มีส่วนร่วมผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) ได้แก่ เภสัชกร สสจ.จันทบุรี จำนวน 1 คน, เภสัชกร รพ.แหลมสิงห์ จำนวน 1 คน, สาธารณสุขอำเภอแหลมสิงห์ จำนวน 1 คน, เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคของ สสอ.แหลมสิงห์ จำนวน 1 คน, ผอ.รพ.สต.แหลมสิงห์ หรือเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคของ รพ.สต. จำนวน 8 คน, ผู้นำชุมชน จำนวน 2 คน, อสม. จำนวน 2 คน, ผู้แทน พชอ. 1 คน, ตัวแทนผู้ประกอบการ จำนวน 2 คน และผู้แทนจาก อปท. ของอำเภออื่น ในจังหวัดจันทบุรี จำนวน 2 คน รวมจำนวน 21 คน เพื่อร่วมสังเคราะห์ข้อมูลและข้อเสนอการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของ อปท.

4.การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา

4.1 จัดหมวดหมู่ข้อมูล เพื่อเรียบเรียงรายการกิจกรรมที่ อปท. กระทำ โดยวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) รายละเอียดของเหตุการณ์หรือประเด็น, จัดหมวดหมู่จำแนกประเภท (Categories) และวิเคราะห์ถึงความเชื่อมโยงข้อมูล และนำเสนอรูปแบบการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคในการสนทนากลุ่ม โดยการวิพากษ์ วิจารณ์ และเป็นฐานคิดในการสร้างรูปแบบการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ จังหวัดจันทบุรี ตามหมวดหมู่ต่อไปนี้

1) ปัญหาการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ อำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี

2) ปัจจัยและสาเหตุของปัญหาการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

3) แนวทางหรือแผนงานในการแก้ไขปัญหางานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

4.2 สร้างรูปแบบ (Model) การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ จังหวัดจันทบุรี โดยการประชุมกลุ่มย่อย อย่างมีส่วนร่วมในชุมชน แบบมีโครงสร้าง ตามบริบทของพื้นที่ โดยวิเคราะห์เนื้อหา รายละเอียดของเหตุการณ์หรือประเด็น, จัดหมวดหมู่จำแนกประเภท และวิเคราะห์ถึงความเชื่อมโยงข้อมูล และนำเสนอรูปแบบการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคในการสนทนากลุ่ม โดยการวิพากษ์ วิจารณ์ จากผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) อำเภอแหลมสิงห์ ได้แก่ เภสัชกร สสจ.จันทบุรี, เภสัชกร รพ.แหลมสิงห์, สาธารณสุขอำเภอแหลมสิงห์, เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคของ สสอ.แหลมสิงห์, ผอ.รพ.สต.แหลมสิงห์, เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคของ รพ.สต., ผู้นำชุมชน, อสม., ผู้แทน พชอ., ตัวแทนผู้ประกอบการ และผู้แทนจาก อปท. ของอำเภออื่น ในจังหวัดจันทบุรี

3. การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการพิจารณาด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/ เขตสุขภาพที่ 6 เลขที่โครงการ: CTIREC 048/64

ผลการศึกษา

1. ผู้ให้สัมภาษณ์ เป็นผู้บริหาร อปท. (นายก อปท. จำนวน 5 คน และปลัด อปท. จำนวน 1 คน) คิดเป็นร้อยละ 75 และผู้อำนวยการกองสาธารณสุข จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 25 ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 75, มีอายุ 51 – 60 ปี ร้อยละ 50.0, การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 50.0 มีอายุราชการน้อยกว่า 20 ปี ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ มีเพียงนายก อบต.บางกระไชย ที่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับเรื่องอาหารปลอดโรค ผู้บริโภคปลอดภัย จำนวน 2 ครั้ง และเรื่องการเลือกบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีความปลอดภัย จำนวน 1 ครั้ง ซึ่งเป็นการจัดอบรมโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และยังเป็นผู้บริหารที่มีประสบการณ์ในการบริหารจัดการและดำเนินงานเกี่ยวกับงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในพื้นที่

2. การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคของ อปท. ส่วนใหญ่ อปท. ในจังหวัดจันทบุรี ยังไม่ทราบและไม่มีการดำเนินงานในภารกิจการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการถ่ายโอนจาก อย. สามารถจำแนกการดำเนินงานตามภารกิจ 4 ด้าน ได้ดังนี้

1) ภารกิจด้านการผลิตสื่อ และเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ พบว่า อปท. ส่วนใหญ่มีความพร้อมในการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ เนื่องจากมีช่องทางการประชาสัมพันธ์ที่เข้าถึงประชาชนในพื้นที่ได้อย่างทั่วถึง แต่ขาดข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพที่จะเผยแพร่เพราะข้อมูลจาก สสจ. และสื่อจาก อย. อาจไม่เพียงพอ และไม่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ อปท. มีการดำเนินงานโดยใช้วิธีการประสานกับหน่วยงานภาครัฐ เอกชนและเครือข่ายด้านการคุ้มครองผู้บริโภคจังหวัดจันทบุรีให้เข้ามาช่วยหนุนเสริมซึ่งกันและกัน ทำให้มีศักยภาพที่จะดำเนินการภารกิจนี้ได้ โดยไม่ต้องเพิ่มงบประมาณและกำลังคนมากนัก

2) ภารกิจด้านการเสริมสร้างศักยภาพผู้บริโภคทั้งด้านความรู้ในการบริโภค และเรียกร้องสิทธิอันชอบธรรม พบว่า อปท. ส่วนใหญ่ยังไม่มีการดำเนินงานเอง แต่เป็นการทำงานร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครในชุมชน และยังมีกลุ่ม อย.น้อย ที่มีการทำกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้ผู้บริโภคมีความรู้ในการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เหมาะสม และทราบสิทธิของผู้บริโภคส่วนการพัฒนาศักยภาพและเพิ่มบทบาทให้กับผู้นำชุมชน อาสาสมัครในชุมชน และ อย.น้อย เป็นบทบาทของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

3) ภารกิจด้านการสร้างและขยายเครือข่ายการมีส่วนร่วมในงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้บริโภคในท้องถิ่น พบว่า อปท. มีความพร้อมที่จะดำเนินการได้ เนื่องจากมีเครือข่ายแกนนำและอาสาสมัครในชุมชน นอกจากนี้ จังหวัดจันทบุรียังมีเครือข่ายที่ทำงานด้านคุ้มครองผู้บริโภคที่เข้มแข็งทั้งที่เป็นองค์กรสาธารณประโยชน์ สื่อมวลชนภาคประชาสังคม แต่ อปท. จะต้องพยายามเชื่อมประสานเครือข่ายดังกล่าวให้ร่วมกันดำเนินงาน โดยอาจจะสนับสนุนให้องค์กรใดองค์กรหนึ่งที่มีความเข้มแข็งทำหน้าที่ในการช่วยประสานเครือข่ายร่วมกับ อปท.

4) ภารกิจด้านการตรวจสอบควบคุมกำกับผลิตภัณฑ์อาหาร ยา เครื่องมือแพทย์ เครื่องสำอาง และวัตถุอันตราย พบว่า อปท. ยังไม่มีความพร้อมในการดำเนินงาน เนื่องจากไม่มีผู้รับผิดชอบงานโดยตรง และผู้ที่ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการในภารกิจนี้ยังไม่มีความรู้และประสบการณ์ในการดำเนินงาน โดยเฉพาะในเรื่องของข้อกฎหมาย ประกอบกับเป็นคนในพื้นที่ และนโยบายของผู้บริหารในงานคุ้มครองผู้บริโภค ยังเป็นปัจจัยรองในการดำเนินงานของ อปท. เมื่อพบว่ามีการกระทำความผิดก็ไม่ได้มีการดำเนินคดี และส่งต่อข้อมูลให้หน่วยงานอื่น ๆ การทำงานมีลักษณะดำเนินงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัด อำเภอ และตำบล โดยมี สสจ. เป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินงาน และส่วนใหญ่เป็นการดำเนินงานเกี่ยวกับการตรวจสอบคุณภาพอาหารสด เป็นหลัก ยังไม่ได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์ เครื่องมือ งบประมาณ และกำลังคนจาก อย. และ สสจ. หาก อปท. จะดำเนินการจะต้องเพิ่มงบประมาณ อัตรากำลังคน และมีแผนปฏิบัติการที่ชัดเจน เป็นรูปธรรมมากขึ้น

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของ อปท. จังหวัดจันทบุรี ตามทฤษฎี POSDCoRB ของ Gulick and Urwick พบว่า

1) ด้านการวางแผน (Planning) มีเพียง อบต. บางกระไชย แห่งเดียว ที่มีการกำหนดงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ เป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินงานของ อบต. โดยมีการทำแผนงาน/โครงการงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพเป็นลายลักษณ์อักษร แต่ไม่มีแผนยุทธศาสตร์ที่ชัดเจน เนื่องจากนายก อบต. ให้ความสำคัญ และเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงาน เคยเป็นบุคลากรสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมาก่อน ส่วน อปท. อีกจำนวน 5 แห่ง มองว่าเป็นงานที่ไม่มีความจำเป็น และไม่ได้เป็นตัวชี้วัดที่ อปท. ต้องดำเนินการ เป็นเพียงการขอความร่วมมือจากสาธารณสุขให้ช่วยดำเนินการ จึงไม่ได้มีการกำหนดเป็นนโยบาย และไม่มีการวางแผนยุทธศาสตร์ในการดำเนินงาน

2) ด้านการจัดองค์กร (Organizing) อปท. ทั้ง 6 แห่ง ยังไม่มีการจัดโครงสร้างองค์กร กำหนดกรอบอัตรากำลังบุคลากร และบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ เนื่องจากผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานมีมุมมองต่องานคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเพียงส่วนเติมเต็มภาระงานอื่น ๆ ไม่ใช่งานเร่งด่วน จึงให้ความสำคัญค่อนข้างน้อย มีเพียงการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับสิทธิผู้บริโภคเท่านั้น โดยมีการจัดช่องทางรับเรื่องร้องเรียน เปิดโอกาสให้ผู้บริโภคใช้สิทธิ ผ่านศูนย์ร้องเรียนทางเว็บไซต์ของ อปท. แต่ไม่มีการกำหนดขั้นตอนในการจัดการเรื่องร้องเรียนที่เป็นรูปธรรมชัดเจน และเป็นลายลักษณ์อักษร

3) ด้านการบริหารบุคคล (Staffing) อปท. ทั้ง 6 แห่ง ไม่มีบุคลากรที่มีความรู้ความชำนาญ และประสบการณ์ การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ และยังไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานตามภารกิจที่ อย. ถ่ายโอน ส่วนใหญ่ทำงานในฐานะผู้ร่วมงานกับหน่วยงานสาธารณสุข และเครือข่ายงานคุ้มครองผู้บริโภคในพื้นที่ ไม่ใช่ผู้รับผิดชอบหลัก เนื่องจากมีปัญหาบุคลากรไม่เพียงพอ ประกอบกับการดำเนินงานด้านนี้จำเป็นต้องอาศัยผู้ที่มีองค์ความรู้เกี่ยวกับข้อกฎหมาย และมีความชำนาญในการตรวจสอบเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง หากหน่วยงานสาธารณสุข มีการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพด้าน

งานคุ้มครองผู้บริโภค อปท. ให้ความร่วมมือโดยการ ส่งเจ้าหน้าที่เข้าร่วมอบรม แต่ไม่ใช่ผู้รับผิดชอบงานหลัก

4) ด้านการอำนวยการ (Directing) มีเพียง อบต.หนองชิ่ม และ อบต.บางกระไชย ที่มีการมอบหมายบุคลากรดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ แต่บุคลากรยังปฏิบัติงานได้ไม่ดีเท่าที่ควร และการดำเนินการแก้ไขปัญหาการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพเป็นการประสานงาน และทำงานร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุข และเครือข่ายงานคุ้มครองผู้บริโภคในพื้นที่ ไม่ใช่ผู้รับผิดชอบงานหลัก

5) ด้านการประสานงาน (Coordinating) อปท. ทั้ง 6 แห่งมีการประสานงาน และร่วมวางแผนการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคกับหน่วยงานสาธารณสุขและเครือข่ายงานคุ้มครองผู้บริโภคในพื้นที่ ในฐานะเครือข่ายหนึ่งในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคระดับอำเภอเท่านั้น มีการสนับสนุนงบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ หากมีการขอรับการสนับสนุนจากหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ นอกจากนี้ ยังมีการประสานงานและดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ เช่น สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.), สำนักงานพาณิชย์จังหวัด, สำนักงานอุตสาหกรรมจังหวัด, ตำรวจภูธรจังหวัด หรือเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภค ระดับจังหวัดและอำเภอ, อสม., ผู้นำชุมชน และ อย.น้อย เป็นการทำงานแบบเครือข่ายแต่ยังไม่มีการถอดบทเรียน และแลกเปลี่ยนข้อมูลในการดำเนินงานเพื่อใช้ในการวางแผนการดำเนินงานต่อไป

6) ด้านการรายงาน (Reporting) อปท. ทั้ง 6 แห่ง ยังไม่มีการจัดทำข้อมูลพื้นฐาน แหล่งข้อมูลความรู้ กระบวนการควบคุมกำกับติดตามประเมินผลการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ แต่มีการประสานขอข้อมูลและดำเนินการร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุขและเครือข่ายงานคุ้มครองผู้บริโภคในพื้นที่

7) ด้านงบประมาณ (Budgeting) อปท. ทั้ง 6 แห่ง ยังไม่มีการทำแผนงาน จัดหาแหล่งงบประมาณ ในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ส่วนใหญ่เป็นการสนับสนุนงบประมาณหากหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่มีการเสนอของบประมาณสนับสนุน แต่ก็น้อยมาก หรือแทบไม่มีเลย เนื่องจากผู้บริหาร อปท. ยังไม่เห็นความสำคัญและไม่มีความชัดเจนในการดำเนินงาน รวมถึงบทบาทหน้าที่ที่จะต้องปฏิบัติ

นอกจากนี้ เพื่อให้การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของ อปท. ที่ได้รับการถ่ายโอนภารกิจ อย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และบรรลุเป้าหมายด้านระบบคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ อย. ควรจัดประชุมชี้แจง ทำความเข้าใจ พัฒนาศักยภาพให้กับผู้บริหารและพนักงานเจ้าหน้าที่ของ อปท. รวมถึงเครือข่ายงานคุ้มครองผู้บริโภค เกี่ยวกับข้อกฎหมายและขั้นตอนการดำเนินงานตามภารกิจที่ อย. ถ่ายโอนให้กับ อปท. ร่วมวางแผน กำหนดเป้าหมายการดำเนินงานกับ อปท. เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนอย่างเป็นรูปธรรม และชัดเจน รวมทั้งควรสนับสนุนงบประมาณ อุปกรณ์ สื่อประชาสัมพันธ์ รวมถึงบุคลากรที่มีความรู้ ความชำนาญในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ

3. รูปแบบการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ จังหวัดจันทบุรี

จากการประชุมกลุ่มย่อย แบบมีส่วนร่วมในชุมชน จากผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) ได้แก่ เภสัชกร สสจ.จันทบุรี จำนวน 1 คน, เภสัชกร รพ.แหลมสิงห์ จำนวน 1 คน, สาธารณสุขอำเภอแหลมสิงห์ จำนวน 1 คน, เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคของ สสอ.แหลมสิงห์ จำนวน 1 คน, ผอ.รพ.สต. แหลมสิงห์ หรือเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคของ รพ.สต. จำนวน 8 คน, ผู้นำชุมชน จำนวน 2 คน, อสม. จำนวน 2 คน, ผู้แทน พชอ. 1 คน, ตัวแทนผู้ประกอบการ จำนวน 2 คน และผู้แทนจาก อปท. ของอำเภออื่น ในจังหวัดจันทบุรี จำนวน 2 คน รวม จำนวน 21 คน โดยนำองค์ประกอบการบริหาร ทั้ง 7 องค์ประกอบ ตาม POSDCoRB มาหาข้อสรุปการพัฒนา (ข้อเสนอ) รูปแบบการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และบรรลุเป้าหมาย ด้านระบบคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ดังนี้

1) ผู้บริหาร อปท. ต้องให้ความสำคัญในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ กำหนดเป็นวิสัยทัศน์ และนโยบายในการบริหารจัดการ วางแผนงาน/ โครงการ ที่มีความชัดเจนเป็นรูปธรรม อาศัยทุนทางสังคมที่มีอยู่ เช่น ทรัพยากรที่มีอยู่ในพื้นที่ งบประมาณในท้องถิ่น เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) หน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัด อำเภอและตำบล เป็นพี่เลี้ยง หรือวิทยากร ร่วมวางแผน กำหนดเป้าหมายทั้งระยะสั้นและระยะยาว ที่เป็นรูปธรรมและปฏิบัติได้จริง จัดทำข้อมูลพื้นฐาน เช่น ข้อมูลสถานประกอบการ ตลาดสด ตลาดนัด ร้านชำ โดยนำเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาใช้ในการจัดเก็บข้อมูล การควบคุม กำกับ ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานฯ

3) หน่วยงานสาธารณสุขและ อปท. ในพื้นที่ ร่วมกันออกแบบโครงสร้างการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ กำหนดกรอบอัตรากำลัง กำหนดผู้รับผิดชอบงานควรเป็นผู้ที่มีความรู้ ความชำนาญในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคใน อปท. ต่อผู้ว่าราชการจังหวัด ในการประชุมประจำเดือนของจังหวัด เพื่อช่วยผลักดันให้มีการทำงานอย่างเป็นรูปธรรม และมีประสิทธิภาพ

4) ควรมีการแต่งตั้งคณะทำงานคุ้มครองผู้บริโภคของ อปท. โดยมีคนทำงานที่มาจากหน่วยงาน เครือข่ายที่ทำงานด้านคุ้มครองผู้บริโภค จากภาคส่วนต่าง ๆ เข้าร่วมเป็นคณะทำงาน เน้นกระบวนการมีส่วนร่วม และสร้างกระบวนการเรียนรู้ เพื่อเสริมพลังการทำงานคุ้มครองผู้บริโภคในพื้นที่ให้มีความเข้มแข็ง

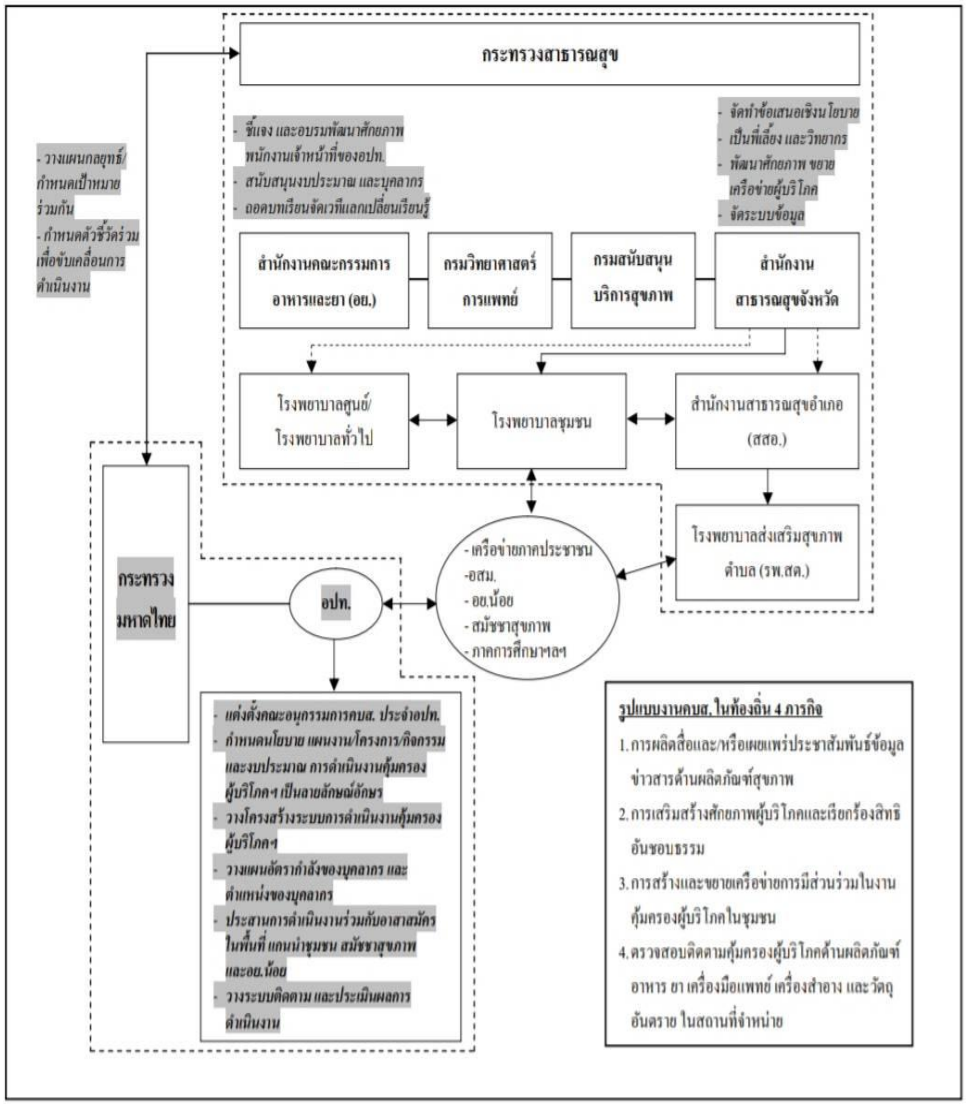
5) อาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน กลุ่ม/ชมรม และเครือข่ายผู้บริโภค และประสานงานกับหน่วยงานภาครัฐที่มีอำนาจและศักยภาพในการจัดการงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ เช่น อย. สสจ. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อค้นหาปัญหา วิเคราะห์ปัญหาการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในพื้นที่ แลกเปลี่ยนข้อมูลการดำเนินงาน ร่วมกันวางแผน การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้บริโภคในพื้นที่

6) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จากองค์ความรู้ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จและประสบการณ์

ที่เป็นปัญหาในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของ อปท. อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อนำมาเป็นต้นแบบและปรับปรุงการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ และเกิดความยั่งยืน

7) อย. ควรประสาน สนับสนุนหรือผลักดันเชิงนโยบาย กับกรมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย ให้มีการกำหนดเป็นตัวชี้วัดร่วมที่ต้องดำเนินการทั้งในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงมหาดไทย สร้างความรู้ ความชำนาญด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ให้กับภาคส่วนต่าง ๆ และผู้ที่เกี่ยวข้อง สร้างกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนกลยุทธ์ กำหนดเป้าหมายทั้งระยะสั้นและระยะยาว วางโครงสร้างระบบการดำเนินงาน ระบบการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน กำหนดกรอบอัตรากำลัง ความก้าวหน้าในราชการ และสวัสดิการเพื่อเป็นแรงจูงใจในการรับการถ่ายโอนภารกิจ สนับสนุนงบประมาณ อุปกรณ์สื่อประชาสัมพันธ์ เพื่อให้เกิดการทำงานที่มีประสิทธิภาพ ไม่เกิดความซ้ำซ้อน และลดช่องว่างในการดำเนินงาน

8) อย. ควรถอดบทเรียนการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ จาก อปท.ที่ประสบความสำเร็จ ศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จ และอุปสรรคในการดำเนินงาน และนำมาเป็นต้นแบบในการดำเนินงานให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องอื่น ๆ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ จังหวัดจันทบุรี

สรุปและอภิปรายผล

ภารกิจการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ อย. ถ่ายโอนให้ อปท. ส่วนใหญ่ อปท. ในอำเภอแหลมสิงห์ ยังไม่ทราบและไม่มีการดำเนินงานในภารกิจการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่ได้รับการถ่ายโอนจาก อย. มีเพียง อบต. บางกระไชย แห่งเดียว จาก 6 แห่ง ที่มีการกำหนดงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพเป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินงานของ อบต. แต่ไม่มีแผนยุทธศาสตร์ที่ชัดเจน มีเพียงแผนงาน/ โครงการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ เป็นลายลักษณ์อักษร โดยมี นายก อบต. ซึ่งเป็นผู้บริหาร อปท. เป็นผู้รับผิดชอบงานหลัก เนื่องจากเคยเป็นบุคลากรสังกัดสาธารณสุขมาก่อน หาก อปท.จะดำเนินการตามภารกิจที่ได้รับการถ่ายโอนให้สำเร็จ จะต้องมีการดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้บริหาร อปท. ต้องให้ความสำคัญ กำหนดเป็นนโยบาย จัดสรรบุคลากร และจัดสรรงบประมาณบางส่วน ตามความเหมาะสม

2. ต้องใช้ฐานชุมชนเป็นพลังที่จะขับเคลื่อนการดำเนินงาน ส่วนด้านวิชาการต้องประสานงานกับหน่วยงานที่มีความรู้ความชำนาญ และสถาบันวิชาการ

3. ต้องกำหนดแผนงาน/ โครงการ/ กิจกรรม/ งบประมาณ เป็นลายลักษณ์อักษร โดยอาจเริ่มต้นจากงานที่ทำ หรือที่มีประสบการณ์อยู่เดิมก่อน โดยให้หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ เป็นพี่เลี้ยงหรือวิทยากร

4. อย. และหัวหน้าส่วนของ อปท. ต้องวางโครงสร้างระบบการดำเนินงาน ระบบการติดตามและประเมินผล การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ ร่วมกัน เพื่อให้เกิดการทำงานที่มีประสิทธิภาพยั่งยืน ไม่เกิดความซ้ำซ้อน และลดช่องว่างในการดำเนินงาน

ผลการศึกษาพบว่า อปท. ในอำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี ยังมีการดำเนินงานตามภารกิจที่ได้รับการถ่ายโอนน้อยมาก เนื่องจาก อปท. ไม่ทราบว่ามีการถ่ายโอนภารกิจจาก อย. ถือเป็นปัญหาสำคัญในการถ่ายโอนภารกิจงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ แม้ว่า อปท. จะมีการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ บ้างก็ตาม แต่การดำเนินงานอยู่ในฐานะผู้ร่วมทำงานเท่านั้น ไม่ใช่ผู้รับผิดชอบหลัก ทั้งนี้อาจเกิดจากการที่ อย.ไม่มีการสื่อสารหรือชี้แจงให้ อปท. รับทราบว่ามีการถ่ายโอนภารกิจในด้านใดบ้าง และแต่ละด้านต้องดำเนินการอย่างไร การถ่ายโอนภารกิจเป็นการกระจายอำนาจที่ดำเนินการระหว่างหน่วยงานระดับกระทรวง แต่หน่วยงานที่ต้องรับผิดชอบในการดำเนินการไม่ทราบข้อมูล หรือไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ หรือออกความเห็นในการกระจายอำนาจดังกล่าว ประกอบกับอำนาจหน้าที่ของพนักงานเจ้าหน้าที่ อปท. ก็ยังไม่ชัดเจน ทำให้ไม่ได้มีการกำหนดเป็นนโยบาย แผนงาน/ โครงการ เป็นลายลักษณ์อักษร อัตรากำลัง และงบประมาณ รองรับการทำงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ นอกจากนี้ อย. ก็ไม่ได้ให้การสนับสนุนในส่วนของบุคลากรที่มีความรู้ความชำนาญ และงบประมาณ ส่งผลให้ผู้บริหารของ อปท. ไม่ได้ให้ความสำคัญในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค อปท. มองว่าการดูแลในเรื่องของปากท้อง และแก้ไขปัญหาการขาดแคลนสาธารณูปโภค เป็นภารกิจหลัก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สมชาย ละอองพันธุ์[6] ซึ่งได้เสนอว่าการพัฒนางานคุ้มครองผู้บริโภค จะต้องจัดทำแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการด้านคุ้มครอง

ผู้บริโภค ซึ่งต้องมีแผนงานที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม สอดคล้องกับงานวิจัยของ จุฑา สังขชาติ[7] พบว่า ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค คือ การขาดแผนงาน การคุ้มครองผู้บริโภคที่ชัดเจนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และได้เสนอว่าให้จัดตั้งเป็นศูนย์ประสานงานองค์กรเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคในจังหวัด ต้องเป็นหน่วยงานที่มีความเป็นอิสระจากระบบราชการ และการเมือง ดำเนินงานประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สร้างเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันของผู้บริโภคและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมวางแผนงานหรือนโยบายการคุ้มครองผู้บริโภคในระดับจังหวัด และต้องมีการปรับโครงสร้างการดำเนินงานของอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคระดับจังหวัด โดยเพิ่มในส่วนของภาคประชาชน นักวิชาการ สื่อมวลชน และผู้ประกอบการ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วม สอดคล้องกับงานวิจัยของ บุษยา สังขชาติ[8] ได้เสนอว่า หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งระดับส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ควรกำหนดกลยุทธ์เพื่อสร้างความเข้าใจและสร้างการมีส่วนร่วมระหว่างหน่วยงานทั้งสองให้ชัดเจนตรงกัน เพื่อป้องกันปัญหาอุปสรรคและเพิ่มประสิทธิภาพการจัดบริการสุขภาพให้กับประชาชน สอดคล้องกับงานวิจัยของ ปรีดา แต้อารักษ์[9] นำเสนอปัญหาหลักของการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข คือนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขไม่ชัดเจน ฝ่ายการเมืองไม่มีการยืนยันหรือมีมาตรการที่เข้มข้นเพียงพอในการกระตุ้นให้เกิดการขับเคลื่อน ขณะที่ข้าราชการประจำไม่ได้แสดงความกระตือรือร้นเชิงรุกเพื่อนำไปสู่การกระจายอำนาจ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะต่อหน่วยงาน

- หน่วยงานระดับกระทรวง ควรมีการประสาน สนับสนุนหรือผลักดันเชิงนโยบาย ในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น กับกรมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย กำหนดภารกิจที่ถ่ายโอนเป็นตัวชี้วัด บทบาทหรือภารกิจของท้องถิ่น จะทำให้การถ่ายโอนภารกิจให้สำเร็จได้

- อย. ควรสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ สร้างกระบวนการมีส่วนร่วมในการวางแผนกลยุทธ์ การบริหารจัดการด้านบุคลากร ทรัพยากร งบประมาณ การควบคุมกำกับ และติดตามผลโครงการ

- ควรมีการจัดเวทีเสวนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ นำเสนอผลงานเด่น หารือแนวทาง และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

- ควรมีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้กับผู้ปฏิบัติงานโดยตรง และจัดเจ้าหน้าที่หน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัด อำเภอ ร่วมออกปฏิบัติงานและเป็นพี่เลี้ยงให้กับบุคลากรของ อปท.

- คณะกรรมการมาตรฐานการบริหาร งานบุคคลส่วนท้องถิ่น (กถ.) ควรกำหนดให้ อปท. ทุกแห่งมีกรอบอัตรากำลังในภารกิจที่ได้รับการถ่ายโอน หากไม่สามารถบรรจุได้ตามกรอบก็ให้มอบหมายตำแหน่งสายงานที่ใกล้เคียงรับผิดชอบ เพื่อรองรับการดำเนินงานตามภารกิจที่ได้รับการถ่ายโอน

- อย. หน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล และ อปท. ควรจะต้องวางโครงสร้างระบบการดำเนินงาน ระบบติดตามประเมินผลร่วมกัน

เพื่อให้เกิดการทำงานมีประสิทธิภาพ ไม่เกิดความซ้ำซ้อน และลดช่องว่างในการดำเนินงาน

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยต่อไป

- ควรศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ในการปฏิบัติงานของ อปท. โดยเรียนรู้ถึงวิธีการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่เกิดจากการปฏิบัติงานตามภารกิจที่ถ่ายโอน

- ควรศึกษาเพื่อสร้างต้นแบบ และกลไกการสร้างความร่วมมือของ อปท. ในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ และปรับใช้ให้เข้ากับบริบทของพื้นที่

ข้อจำกัดของงานวิจัย

เนื่องจากสถานการณ์โควิด-19 ทำให้การสัมภาษณ์ และการประชุมกลุ่มย่อยทำได้ค่อนข้างลำบากข้อมูลที่ได้อาจยังไม่ครอบคลุมในทุก ๆ ประเด็นที่ต้องการพัฒนา

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ เภสัชกรผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลแหลมสิงห์ ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอแหลมสิงห์ ที่ให้คำแนะนำ ข้อคิดเห็น อำนวยความสะดวกในการประสานงาน ร่วมตรวจสอบลงพื้นที่ และให้ข้อมูลเพื่อใช้สำหรับการทำวิจัย ครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ภญ.วรสุดา ยูงทอง ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ข้อคิดเห็น ตรวจสอบ และแก้ไขงานวิจัยมาโดยตลอด

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. แผนยุทธศาสตร์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 – 2564). สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. มกราคม 2560: 95-9.
2. สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. 2542.
3. อาทิตย์ พันเดช. การพัฒนารูปแบบและแนวทางการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น; 2557.
4. ดวงพร พูลสวัสดิ์กิติกูล, พิทักษ์ เอมสวัสดิ์. บทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบลต่อการพัฒนาด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมในจังหวัดพิจิตร, วารสารนโยบายและแผนสาธารณสุข. 2541; 1:17-24.
5. Gulick L, Urwick L. The science of administration. New York: Columbia University. 1973.
6. สมชาย ละอองพันธุ์. รูปแบบองค์การอิสระเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. วิทยานิพนธ์ ภ.ม. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2554.
7. จุฑา สังขชาติ, เปรมรัตน์ อุไรรัตน์, สายใจ ปริยวาที, สมชาย ละอองพันธุ์. การวิจัยเพื่อพัฒนาเครือข่ายการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคเชิงบูรณาการในจังหวัดสงขลา กรณีศึกษาผลิตภัณฑ์อาหารและยา. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2548.
8. บุษยา สังขชาติ. การกระจายอำนาจการจัดบริการสุขภาพด้านส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมโรค ในเขตพื้นที่จังหวัดสงขลา. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 2551.
9. ปรีดา แต้อารักษ์. สังเคราะห์ทางเลือกรูปแบบกระจายอำนาจด้านบริการสุขภาพ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. นนทบุรี; 2553.

JOURNAL OF HEALTH CONSUMER PROTECTION
วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
Vol.5 No.1 January-June 2025
ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2568

ประสิทธิผลการขับเคลื่อนนโยบายกัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ จังหวัดนครพนม ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

Effectiveness of driving marijuana policy for medical benefits in Nakhon Phanom Province fiscal year 2022

ณรงค์ชัย จันทร์พร[1]

Narongchai Chanphon[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการขับเคลื่อนนโยบายกัญชาทางการแพทย์ จังหวัดนครพนม กลุ่มประชากรที่ศึกษา คือ โรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดนครพนม จำนวน 12 แห่ง เก็บข้อมูลผลการดำเนินงานของปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 – 2565 โดยเก็บข้อมูลทุติยภูมิจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC) ที่เว็บไซต์ https://hdc.moph.go.th และรายงานผลการดำเนินการจากโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดนครพนม โดยใช้แบบคัดลอกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองสำหรับบันทึกข้อมูลจากฐานข้อมูลของโรงพยาบาลและฐานข้อมูลกลางระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ HDC การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยค่าความถี่ และร้อยละ

ผลการวิจัยพบว่า จังหวัดนครพนมมีจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 จากจำนวน 494 ราย 851 ครั้ง เป็นจำนวน 1,888 ราย 3,029 ครั้ง สูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดของกระทรวงสาธารณสุขในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ที่ตั้งไว้จำนวน 510 ราย 894 ครั้ง และในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ผู้ป่วยระยะประคับประคอง (Palliative Care) ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ 26.16 สูงกว่าเป้าหมาย (ร้อยละ 5) ซึ่งเป็นผลงานอันดับ 1 ของประเทศ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การมีทีม Service Plan ในการกำกับติดตามพัฒนางานทั้งระดับจังหวัดและอำเภอ การค้นหาผู้ป่วย Palliative Care เชิงรุก มีแผนปฏิบัติการตาม Service Plan และแผนการสำรองยาตำรับกัญชาที่เพียงพอ และมีแพทย์แผนปัจจุบัน/ แผนไทย ที่เป็นผู้สั่งใช้ยากัญชาที่ครอบคลุมและให้ความร่วมมือ

คำสำคัญ : ประสิทธิผล, นโยบายกัญชา, ประโยชน์ทางการแพทย์

[1] เภสัชกรชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

[1] Pharmacist, Senior Professional Level. Division of Consumer Protection and Public Health Pharmacy, Nakhon Phanom Public Health Office. E-mail : prince_thung@yahoo.com

Received: 21 JAN 2025, Revised: 3 FEB 2025, Accepted: 4 FEB 2025

Abstract

This research aimed to study the driving of medical cannabis policy in Nakhon Phanom Province. The population group studied was all 12 hospitals in Nakhon Phanom Province. Data on performance in fiscal year 2021 – 2022 were collected. Secondary data was collected from the Health Data Center (HDC) at https://hdc.moph.go.th and performance reports from all hospitals in Nakhon Phanom Province. The researcher created a self-copy form to record data from the hospital database and the HDC central database. This descriptive research analyzed data using descriptive statistics, presented with frequency and percentage.

The results of the research found that Nakhon Phanom Province increased the number of patients who received medical cannabis treatment in fiscal year 2022, from 494 patients, 851 times in fiscal year 2021 to 1,888 patients, 3,029 times, exceeding the fiscal year 2022 target of 510 patients, 894 times. In fiscal year 2022, 26.16% of palliative care patients received medical cannabis treatment, exceeding the target (5%) and ranking first in the country. The success factors are having a Service Plan team to monitor and develop work at both the provincial and district levels, proactively searching for palliative care patients, having an action plan according to the Service Plan and a sufficient cannabis prescription reserve plan, and having current/ Thai traditional medicine doctors who prescribe cannabis comprehensively and cooperate.

Keywords : Effectiveness, Cannabis policy, Medical benefits

บทนำ

รัฐบาล พล.อ.ประยุทธ์ จันทร์โอชา ได้มีนโยบายส่งเสริมกัญชาซึ่งเป็นยาเสพติดให้โทษมาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ โดยการออกพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 และกฎกระทรวงการขออนุญาตและการอนุญาตผลิต นำเข้า ส่งออก จำหน่าย หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชา พ.ศ. 2564 โดยกลุ่มวิสาหกิจชุมชนสามารถร่วมมือกับหน่วยงานของรัฐในการขออนุญาตปลูกกัญชาเพื่อใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ได้ และประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 (พ.ศ. 2563) ได้กำหนดส่วนของกัญชาที่ไม่ใช่ยาเสพติดให้โทษ ได้แก่ ใบ กิ่งก้าน เปลือก ลำต้น เส้นใย ซึ่งกลุ่มวิสาหกิจชุมชนที่ได้รับอนุญาตปลูกกัญชา สามารถนำผลผลิตจากต้นกัญชาที่ไม่ใช่ยาเสพติดให้โทษมาจำหน่ายหรือนำไปเป็นวัตถุดิบในการปรุงอาหาร หรือผลิตอาหารแปรรูปได้ และเมื่อวันที่ 9 มิถุนายน พ.ศ. 2565 ได้มีประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภทที่ 5 (พ.ศ. 2565) ได้กำหนดให้ทุกส่วนของกัญชาที่ปลูกในประเทศ ไม่จัดเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ซึ่งประชาชนสามารถปลูกกัญชาเพื่อใช้ในการรักษาโรคด้วยตัวเอง ปรุงอาหารบริโภคในครัวเรือน โดยไม่ต้องขออนุญาต[3]

สำหรับกระทรวงสาธารณสุขได้ขับเคลื่อนการใช้กัญชาทางการแพทย์โดยได้กำหนดตัวชี้วัดการตรวจราชการในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ได้แก่ ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative Care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ และผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ที่เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2564[6]

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาวิจัยประเมินผลการขับเคลื่อนนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของจังหวัดนครพนม ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 เพื่อสรุปบทเรียนและแนวทางการพัฒนาระบบการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ของจังหวัดนครพนม

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการขับเคลื่อนนโยบายกัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ จังหวัดนครพนม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เก็บข้อมูลผลการดำเนินงานกัญชาทางการแพทย์ จังหวัดนครพนม ระหว่างเดือนตุลาคม 2564 – กันยายน 2565 โดยมีประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลและการปกป้องข้อมูล ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ โรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดนครพนม จำนวน 12 แห่ง เก็บข้อมูลการให้บริการจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ HDC (Health Data Center) ที่เว็บไซต์ https://hdc.moph.go.th

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบคัดลอกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองสำหรับบันทึกข้อมูลจากฐานข้อมูลของโรงพยาบาลและฐานข้อมูลกลางระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ HDC ที่เว็บไซต์ https://hdc.moph.go.th

3. วิธีการเก็บข้อมูล

การเก็บข้อมูลในครั้งนี้ มีขั้นตอนดังนี้ คัดลอกข้อมูลจากฐานข้อมูลที่เก็บข้อมูลที่ใช้ประมวลผลตัวชี้วัดกัญชาทางการแพทย์ในระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ HDC

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าความถี่และค่าร้อยละ เพื่ออธิบายร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative Care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 (1 ตุลาคม 2564 – 30 กันยายน 2565)

5. การปกป้องข้อมูล

ผู้วิจัยได้รับสิทธิ์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนมในการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดกัญชาทางการแพทย์ในระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ HDC มาใช้ในการวิจัย

ผลการศึกษา

1. การให้บริการ

1.1 สถานบริการที่ดำเนินการ

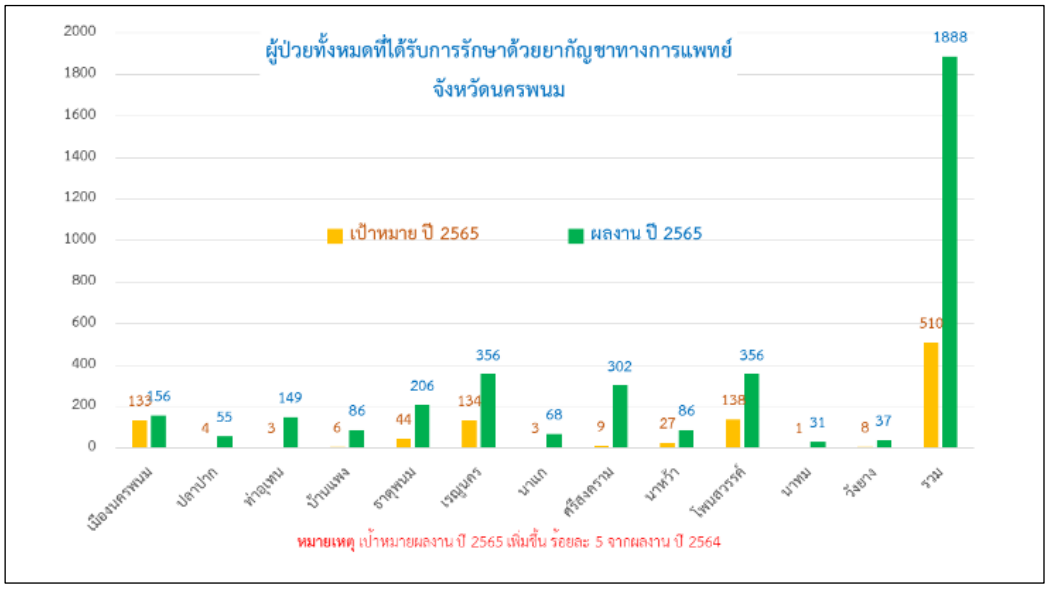
ณ วันที่ 30 กันยายน 2564 จังหวัดนครพนมมีโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 12 แห่ง และส่งเสริมให้มีการบริการกัญชาทางการแพทย์แก่ประชาชน โดยสนับสนุนให้โรงพยาบาลจัดตั้งคลินิกกัญชาทางการแพทย์ และขอรับอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ในสถานพยาบาลของรัฐ เพื่อการรักษาผู้ป่วยจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา จำนวน 12 แห่ง และได้รับอนุญาตฯ แล้ว คิดเป็นร้อยละ 100

1.2 การบริการกัญชาทางการแพทย์

ข้อมูลการมารับบริการจากระบบ HDC เปรียบเทียบการบริการระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 และ 2565 ณ วันที่ 30 กันยายน 2564 พบว่ามีผู้มารับบริการจำนวน 494 ราย และมีจำนวนการเข้ารับบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์รวมทั้งสิ้น 851 ครั้ง โดยตำรับยาที่มีการจ่ายมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ยาศุขไสยาศน์ ยาทำลายพระสุเมรุ และยาแก้ลมแก้เส้น ตามลำดับ ดังตารางที่ 1 และแผนภูมิที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 และ 2565

ปีงบประมาณ พ.ศ.	จำนวนผู้รับบริการ (ราย)	จำนวนครั้ง
2564	494	851
2565	1,888	3,029

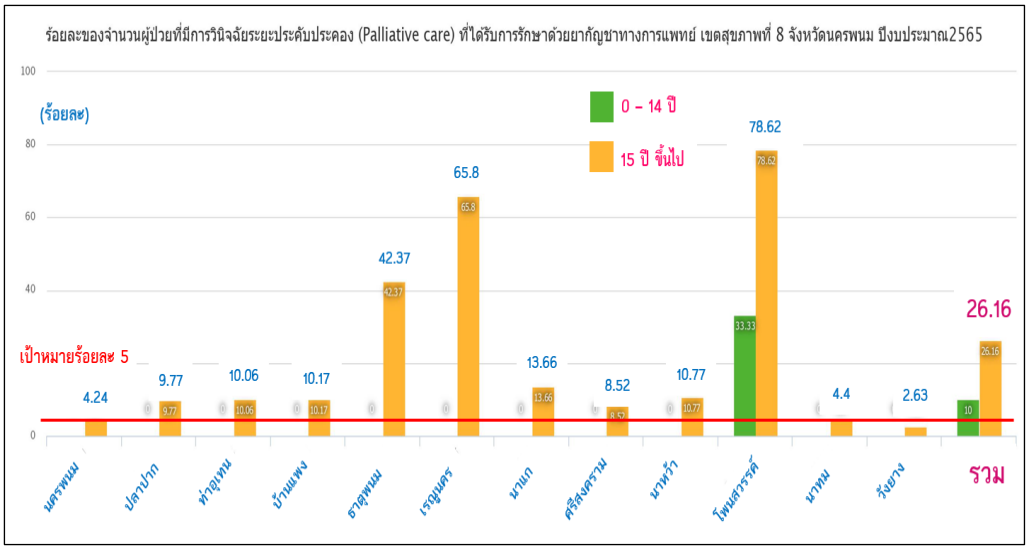


แผนภูมิที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ จังหวัดนครพนม ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 (1 ตุลาคม 2564 – 30 กันยายน 2565) โรงพยาบาลที่ให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์มีจำนวน 12 แห่ง ให้บริการทุกวันทำการ (จันทร์ - ศุกร์) จำนวน 9 แห่ง ให้บริการ 1 วันต่อสัปดาห์ จำนวน 3 แห่ง และมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสถานีอนามัย และศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองที่ให้บริการจ่ายยากัญชาทางการแพทย์ จำนวน 8 แห่ง

2. การบริการผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative Care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์

ผู้ป่วย Palliative Care หมายถึง ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคองรหัส ICD10 กรณีแพทย์แผนปัจจุบัน Z51.5 กรณีแพทย์แผนไทย U50-U77และ Z51.5 โดยเกณฑ์เป้าหมายในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative Care) กำหนด ให้ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ ≥ ร้อยละ 5 ของผู้ป่วย Palliative Care ทั้งหมด ซึ่งมีผลการดำเนินงานเท่ากับร้อยละ 26.16



แผนภูมิที่ 2 ข้อมูลร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative Care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ ของโรงพยาบาลในจังหวัดนครพนม

จำนวนผู้ป่วย Palliative Care ที่มารับบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์จากฐานข้อมูล HDC (ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2565) มีทั้งสิ้น 632 คน จากจำนวนผู้ป่วย Palliative Care ทั้งหมด 2,422 คน *คิดเป็นร้อยละ 26.16 ซึ่งเป็นอันดับ 1 ของประเทศ* โดยโรงพยาบาลโพนสวรรค์มีจำนวนผู้ป่วย Palliative Care ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 78.62 จากผู้ป่วย Palliative Care ทั้งหมดที่มารับบริการในโรงพยาบาล รองลงมาคือ โรงพยาบาลเรณูนคร ร้อยละ 65.8 และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม ร้อยละ 42.37 ส่วนโรงพยาบาลที่ไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดมีจำนวน 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลนครพนม โรงพยาบาลนาทม และโรงพยาบาลวังยาง ดังแผนภูมิที่ 2

3. ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์

เกณฑ์เป้าหมายคือ เพิ่มขึ้นร้อยละ 5 จากปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ซึ่งในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 มีผลการดำเนินงานเป็นจำนวนผู้ป่วยคิดเป็นร้อยละ 282.19 (1,888 ราย) จำนวนครั้งคิดเป็นร้อยละ 255.93 (3,029 ครั้ง) โดยโรงพยาบาลเรณูนครและโรงพยาบาลโพนสวรรค์มีจำนวนผู้ป่วยสูงที่สุด จำนวน 356 ราย และโรงพยาบาลทุกแห่งบรรลุเกณฑ์ตัวชี้วัด

สรุปและอภิรายผล

จากผลการดำเนินงานที่ประสบความสำเร็จที่มีจำนวนผู้ป่วยระยะประคับประคองที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางแพทย์ร้อยละ 26.16 ซึ่งสูงเป็นอันดับ 1 ของประเทศ และมีจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ร้อยละ 282.19 มาจากการขับเคลื่อนโยบายอย่างจริงจัง จนทำให้โรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดนครพนมเปิดให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งมีทีมแพทย์ที่มีความร่วมมือในการสั่งใช้ยากัญชา ทั้งในผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยประคับประคองสามารถเข้าถึงยากัญชาได้สะดวก ประกอบกับการส่งเสริมกระบวนการพัฒนาของโรงพยาบาลต่าง ๆ ให้เป็น Best Practice ในประเด็นหลักทั้ง 5 ประเด็นดังนี้

1. สนับสนุนการจัดตั้งคลินิกกัญชาทางการแพทย์ของโรงพยาบาลทุกแห่ง

2. พัฒนาทีม Service Plan กัญชาทางการแพทย์ทั้งระดับจังหวัดและอำเภอประกอบด้วยบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์, แพทย์แผนไทย, พยาบาล Palliative Care, เภสัชกร, เวชสถิติ/ IT และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

3. การค้นหาผู้ป่วย Palliative Care เชิงรุกและการทำงานร่วมกันของสหวิชาชีพ ซึ่งโรงพยาบาลโพนสวรรค์ได้เป็นต้นแบบการดำเนินการ โดยให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านร่วมกันค้นหาผู้ป่วย Palliative Care รายใหม่ แล้วส่งไลน์แจ้งให้พยาบาลและเจ้าหน้าที่กลุ่มงาน Palliative Care โรงพยาบาลออกคัดกรอง แล้วลงโปรแกรม Palliative Care ส่งข้อมูลให้แพทย์และแพทย์แผนไทยทำการวินิจฉัยและสั่งจ่ายยา ส่วนกลุ่มงานเภสัชกรรมทำหน้าที่จัดเตรียมสำรองยากัญชาแผนไทยและแผนปัจจุบันให้คนไข้ที่ได้รับการสั่งใช้ยาหรือส่งไปที่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อส่งต่อยาให้แก่คนไข้ขณะที่งานเวชสถิติ/IT มีหน้าที่ตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วย Palliative Care ในระบบให้เป็นปัจจุบัน

4. จังหวัดมีแผนปฏิบัติการตาม Service Plan และแผนการสำรองยาตำรับกัญชาที่เพียงพอ

5. การนิเทศงานคลินิกกัญชา โดยคณะทำงานนิเทศงานกัญชาทางการแพทย์ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร แพทย์แผนไทย และเจ้าหน้าที่ IT เพื่อให้คำแนะนำแก่แพทย์และทีม Service Plan ของโรงพยาบาลต่าง ๆ โดยเมื่อวันที่ 2 – 4 สิงหาคม 2565 เป็นการนิเทศเชิงพัฒนา คณะทำงานฯ ได้นิเทศงานในโรงพยาบาลจำนวน 9 อำเภอที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ ประเมินตามตัวชี้วัด ซึ่งพบปัญหาการลงรายงานใน HDC เช่น ใส่รหัสยา 24 หลักผิด ปัญหาการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก และพบนวัตกรรมเด่นการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกที่อำเภอโพนสวรรค์

ทั้งนี้ผลการวิจัยที่ได้สอดคล้องกับผลการวิจัยเรื่อง ประสิทธิผลของน้ำมันกัญชาสูตร อ.เดชา ต่อคุณภาพการนอนหลับและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยนอก ณ คลินิกหางกระรอก โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร ของ กัญญาภัค ศิลารักษ์[4] ซึ่งได้แสดงให้เห็นว่า การใช้น้ำมันกัญชามีผลทำให้คุณภาพชีวิตและคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยดีขึ้น และสามารถพิจารณาเป็นทางเลือกให้กับผู้ป่วยได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะประคับประคอง (Palliative Care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ไปแล้วในระยะเวลาหนึ่ง

2. ควรศึกษาประสิทธิภาพการใช้ยากัญชาในผู้ป่วยโรคมะเร็ง และผู้ป่วยโรคอื่น ๆ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบัน

3. ควรศึกษารูปแบบการสั่งใช้ยาและส่งยากัญชาให้ผู้ป่วยระยะประคับประคอง (Palliative Care)

4. ควรศึกษาผลกระทบต่อการผลิตกัญชา หากมีการขยายการใช้กัญชาทางการแพทย์

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณนายแพทย์ปรีดา วรหาร นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครพนม และนายแพทย์กิตติเชษฐ์ ธีรกุลพงศ์เวช ประธานคณะกรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ จังหวัดนครพนม ที่อนุญาตให้ทำการศึกษาวิจัยและเก็บข้อมูลเรื่องนี้

ขอขอบพระคุณเภสัชกรหญิงวรรณจิรา จันทวโรบุตร เภสัชกรปฏิบัติการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน และขอขอบพระคุณกัลยาณมิตรและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกท่านที่ได้ปฏิบัติงานกัญชาทางการแพทย์ของจังหวัดนครพนมจนบรรลุเป้าหมายความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. Moursund J. P. Evaluation: An Introduction to Research Design. California:Brook & Cole. [Internet]. 1973. [cited 2023 November 22]. Available from: https://www.ojp.gov/ncjrs/ virtual-library/abstracts/evaluation-introduction-research-design
2. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คำแนะนำการใช้กัญชาทางการแพทย์ Guidance on cannabis for medical use. ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 5 (กันยายน 2565). กรุงเทพมหานคร: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2565.
3. กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม. สรุปผลการดำเนินงานกัญชาทางการแพทย์ จังหวัดนครพนม ปีงบประมาณ 2565. นครพนม : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม. 2565.
4. กัญญาภัค ศิลารักษ์. ประสิทธิผลของน้ำมันกัญชาสูตร อ.เดชา ต่อคุณภาพการนอนหลับและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยนอก ณ คลินิกหางกระรอก โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 : วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 22 พฤศจิกายน 2566]; 16(3):1097-107. เข้าถึงได้จาก: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/view/259910/177455
5. บุปผา ศิริรัศมี, จรรยา เศรษฐบุตร, เบญจา ยอดดำเนิน. จริยธรรมสำหรับการศึกษาวิจัยในคน. เอกสารวิชาการหมายเลข 258. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. 2544.
6. ปัจฉิมา หลอมประโคน, อรปภา จันทร์หอม. ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 22 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://fileex.moph.go.th/media/1c34690d32569e7aff5b6512bac53b00-2565.png
7. ประชาชาติธุรกิจ [อินเทอร์เน็ต]. จตุจักร กรุงเทพฯ: มติชน จำกัด (มหาชน); 2564 [เข้าถึงเมื่อ 22 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.prachachat.net/prachachattop-story/news-629322
8. ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์, โชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ. ประโยชน์และโทษที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้กัญชาในทางการแพทย์และการเปิดเสรีการใช้กัญชา. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 22 พฤศจิกายน 2566]; 12(1):97-94. เข้าถึงได้จาก: https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/4856/hsri_journal_v12n1_p71.pdf?sequence=1&isAllowed=y

JOURNAL OF HEALTH CONSUMER PROTECTION
วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
Vol.5 No.1 January-June 2025
ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2568

ผลกระทบของละอองธุลีต่อโรคเฝ้าระวังจากมลพิษทางอากาศในจังหวัดตราด

Impact of particulate matter on the surveillance diseases from air pollution in Trat Province

พันธ์วิรา เวยสาร[1], ฉัตรสิริ ฉัตรภูติ[2], วัฒนา ชยธวัช[3]

Punvira Voeisarn[1], Chatsiri Chatphuti[2], Vadhana Jayathavaj[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบของละอองธุลีต่อโรคเฝ้าระวังจากมลพิษทางอากาศในจังหวัดตราด ข้อมูลเชิงพื้นที่รายเดือนของมลพิษทางอากาศและจำนวนผู้ป่วยเป็นข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคม 2564 ถึงพฤษภาคม 2567 ข้อมูลฝุ่นละอองเป็นค่าเฉลี่ยรายเดือน PM_{10} และ $PM_{2.5}$ รวบรวมจากกรมควบคุมมลพิษ จำนวนผู้ป่วยโรคเฝ้าระวังมลพิษทางอากาศรวมรายเดือนรวบรวมจากรายงานของกระทรวงสาธารณสุข วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และการสร้างแบบจำลองเชิงเส้นนัยทั่วไป ประมวลผลข้อมูลด้วยซอฟต์แวร์วิเคราะห์ทางสถิติ Jamovi และโมดูล GAMLj ผลการวิจัยพบว่า PM_{10} และ $PM_{2.5}$ เฉลี่ยรายเดือนมีความสัมพันธ์กันสูง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน 0.94 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.001$ จำนวนผู้ป่วยต่อเดือนในอำเภอเมืองตราดไม่สัมพันธ์กับค่าเฉลี่ย PM_{10} รายเดือน ค่า $PM_{2.5}$ เฉลี่ยรายเดือนและจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) รายเดือนมีความสัมพันธ์กันเล็กน้อย โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน 0.38 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ การวิเคราะห์แบบจำลองเชิงเส้นทั่วไปควอไซปัวซงแสดงว่าเมื่อค่า $PM_{2.5}$ เฉลี่ยรายเดือนเพิ่มขึ้น 1 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดตราดจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 0.56 และ 0.81 จากค่าเฉลี่ยของตัวแบบตามลำดับ กล่าวได้ว่า $PM_{2.5}$ ส่งผลกระทบต่อจำนวนผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจและโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดตราด

คำสำคัญ : ละอองธุลี, โรคเฝ้าระวังจากมลพิษในอากาศ, ตัวแบบเชิงเส้นนัยทั่วไป, จังหวัดตราด

---

[1] เภสัชกรชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานสนับสนุนเขตสุขภาพ กองวิชาการและแผนงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข

[1] Pharmacist, Senior Professional Level, Head of Health Region Support Group, Academic and Planning Division, Department of Thai Traditional and Alternative Medicine, Ministry of Public Health

[2] อาจารย์ สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร ปทุมธานี

[2] Instructor, Department of Community Health Nursing, Faculty of Nursing, Shinawatra University
E-mail : chatsiri.c@siu.ac.th

[3] รองศาสตราจารย์ คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

[3] Assoc Prof., Department of Thai Traditional Medicine, Faculty of Allied Health Sciences, Pathumthani University

Received: 16 JAN 2025, Revised: 8 MAR 2025, Accepted: 30 MAR 2025

Abstract

This correlational research aimed to study the impact of particulate matter on the surveillance diseases from air pollution in Trat Province. The monthly spatial data of air pollution data and the number of patients were from January 2021 to May 2024. The particulate matter data were monthly averages of PM_{10} and $PM_{2.5}$ collected from the Pollution Control Department. The number of monthly patients of air pollution surveillance diseases were collected from the Ministry of Public Health's reports. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson correlation, and the generalized linear modeling with jamovi statistical analysis software and the general linear models - GAMLj module. The results showed that the monthly average PM_{10} and $PM_{2.5}$ were highly related, with Pearson correlation coefficient 0.94, $p < 0.001$. The number of monthly patients in Mueang Trat district was not related to the monthly average PM_{10}, the monthly average $PM_{2.5}$ and the number of monthly patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) were weakly related, Pearson correlation coefficient 0.38, p-value < 0.05. The generalized linear model analysis, the Quasi-Poisson model implied that when the monthly average $PM_{2.5}$ increases by 1 microgram per cubic meter, the number of patients with COPD and stroke in Trat Province will increase by 0.56 and 0.81 percent from the average of the model, respectively. $PM_{2.5}$ affects the number of patients with respiratory diseases and stroke in Trat province.

Keywords : Particulate matter, Surveillance diseases from air pollution, Generalized linear model, Trat Province

บทนำ

อากาศที่สะอาดเป็นพื้นฐานของสุขภาพ ภาระโรคที่เกิดจากมลพิษทางอากาศไม่แตกต่างไปจากความเสี่ยงด้านสุขภาพที่สำคัญอื่น ๆ ทั่วโลก เช่น อาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพและการสูบบุหรี่ ในปี พ.ศ. 2558 สมัชชาอนามัยโลกได้รับรองข้อมติสำคัญด้านคุณภาพอากาศและสุขภาพ โดยตระหนักว่ามลพิษทางอากาศเป็นปัจจัยเสี่ยงสำหรับโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหอบหืด และมะเร็ง และเป็นความเสียหายทางเศรษฐกิจ[1]

คำว่า “ละอองธุลี” มาจากคำว่า “Particulate matter” ตามศัพท์บัญญัติราชบัณฑิตยสถาน[2] ในการศึกษานี้ หมายถึงฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน ($PM_{2.5}$) และฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 10 ไมครอน (PM_{10})

ระดับหมอกควันเพิ่มขึ้นทั่วประเทศจีนส่งผลให้คุณภาพอากาศลดลง ทำให้เกิดความกังวลทั่วโลก เนื่องจาก $PM_{2.5}$ สามารถแทรกซึมเข้าไปในปอดได้ลึก ระคายเคืองและกัดกร่อนผนังถุงลม ทำให้การทำงานของปอดบกพร่อง อนุมูลอิสระ โลหะ และส่วนประกอบสารอินทรีย์ของ $PM_{2.5}$ สามารถกระตุ้นให้เกิดการผลิตอนุมูลอิสระ เพื่อออกซิไดซ์เซลล์ปอดที่อาจเป็นสาเหตุของการบาดเจ็บของร่างกาย และ $PM_{2.5}$ เกี่ยวข้องกับไซโตไคน์อักเสบ (Inflammatory cytokines) โดยการกระตุ้นการแสดงออกของยีนการถอดรหัสจำนวนหนึ่ง ทำให้เกิดการบาดเจ็บจากการอักเสบ[3] ผลการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพระยะสั้นของฝุ่นละอองขนาดเล็กในกรุงวอร์ซอ เมืองหลวงของโปแลนด์[4] แสดงให้เห็นว่า $PM_{2.5}$ เพิ่มความเสี่ยงสัมพัทธ์ (Relative Risk : RR) ของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรทั้งหมด 0.7% ต่อ 10 ไมโครกรัม/ ลูกบาศก์เมตร เช่นเดียวกับการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง 0.9% การสัมผัสกับ PM_{10} มีอิทธิพลต่อการเสียชีวิตในช่วงล่าช้า 2 วัน 0.3% สำหรับทุกสาเหตุ และ 0.4% สำหรับสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง ในขณะที่โรคระบบทางเดินหายใจเกิดเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ (มากกว่า 65 ปี 1.4%) และสำหรับผู้ชาย (2.1%) ความเสี่ยงในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นเมื่อระดับฝุ่นละอองขนาดเล็กเพิ่มขึ้น 2.5%, 2.1% และ 4.6% สำหรับการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลสำหรับทุกสาเหตุ, โรคหลอดเลือดสมอง และโรคระบบทางเดินหายใจ ตามลำดับ

กระทรวงสาธารณสุข[5] จัดกลุ่มในรายงานโรคเฝ้าระวังจากมลพิษทางอากาศประกอบไปด้วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease : COPD), โรคหอบหืด (Asthma), โรคปอดบวม ปอดอักเสบ (Pneumonia), ไข้หวัดใหญ่ (Influenza), โรคคออักเสบ (Acute pharyngitis), โรคจมูกอักเสบเรื้อรัง (Chronic rhinitis), โรคหลอดลมอักเสบ (Bronchitis), โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute ischemic heart disease), โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease หรือ Stroke), กลุ่มโรคตาอักเสบ, กลุ่มโรคผิวหนังอักเสบ, กลุ่มโรคอื่น ๆ และโรคที่มีผลกระทบระยะยาว (Long-term effect)

โอกาสในการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาผลกระทบจากมลพิษ พบว่าสมุนไพรไทยหลายชนิด เช่น กะเพรา[6] ขมิ้นชัน[7] สาลี่[8] หัวไชเท้า[9] มะขามป้อม[10] และรางจืด[11] มีศักยภาพในการต้านอนุมูลอิสระ ต้านการอักเสบ และลดความเสี่ยงต่อสุขภาพที่เกิดจาก $PM_{2.5}$ อย่างไรก็ตาม ยังต้องมีการวิจัยเพิ่มเติมเพื่อยืนยันประสิทธิภาพของ

สมุนไพรเหล่านี้ในการดูแลสุขภาพจากมลพิษทางอากาศ

การศึกษาผลกระทบของละอองธุลีจำเป็นต้องใช้ข้อมูลจากสถานีตรวจวัดคุณภาพอากาศ ซึ่งมีกระจายอยู่ทั่วประเทศ และจำนวนผู้ป่วยที่โรคที่เกี่ยวข้องกับมลพิษทางอากาศในพื้นที่เดียวกัน ในคาบเวลาขนาดเดียวกัน เพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์ความสัมพันธ์และอัตราเสี่ยงของพื้นที่นั้น ๆ ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้จึงเลือกการศึกษาเชิงพื้นที่จังหวัดตราด ซึ่งมีสถานีตรวจวัดคุณภาพอากาศในพื้นที่บริเวณตำบลบางพระ อำเภอเมืองจังหวัดตราด สถานี 87T ตราด – สนามกีฬากลางจังหวัด เพียงสถานีเดียว โดยจะใช้เป็นตัวแทนข้อมูลคุณภาพอากาศของอำเภอเมืองตราด และของจังหวัดตราด[12] กับข้อมูลจำนวนป่วย จำแนกรายกลุ่มโรค และรายโรค รายเดือน ด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับมลพิษทางอากาศ เขตสุขภาพที่ 6 ของอำเภอเมืองตราด และจังหวัดตราด[5]

วัตถุประสงค์

1. วิเคราะห์สหสัมพันธ์ระหว่างค่าเฉลี่ยรายเดือน PM_{10} และ $PM_{2.5}$ กับจำนวนผู้ป่วยรายเดือนโรคเฝ้าระวังจากมลพิษทางอากาศในเขตอำเภอเมืองตราดและจังหวัดตราด

2. วิเคราะห์ผลกระทบความเสี่ยงปริมาณค่าเฉลี่ยรายเดือน PM_{10} และ $PM_{2.5}$ กับจำนวนผู้ป่วยรายเดือนโรคเฝ้าระวังจากมลพิษทางอากาศในเขตอำเภอเมืองตราดและจังหวัดตราด

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงความสัมพันธ์ (Correlational Research Design) ระหว่างค่าเฉลี่ยรายเดือน PM_{10} และ $PM_{2.5}$ กับจำนวนผู้ป่วยรายเดือนโรคเฝ้าระวังจากมลพิษทางอากาศในเขตอำเภอเมืองตราดและจังหวัดตราด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นค่าเฉลี่ยรายเดือน PM_{10} และ $PM_{2.5}$ กับจำนวนผู้ป่วยรายเดือนโรคเฝ้าระวังจากมลพิษทางอากาศในเขตอำเภอเมืองตราดและจังหวัดตราด กลุ่มตัวอย่างเป็นข้อมูลในช่วงเดือนมกราคม 2564 ถึงพฤษภาคม 2567 ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่มีข้อมูลตรงกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นตารางบันทึกข้อมูลรายเดือนโดยเมื่อดาวน์โหลด (Download) แฟ้มเอกสารจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาแล้ว ต้องแปลงลงในตารางบันทึกข้อมูล เพื่อนำเข้าโปรแกรมวิเคราะห์สถิติต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลคุณภาพอากาศจากสถานี 87T ตราด – สนามกีฬากลางจังหวัด รวบรวมจากรายงานของส่วนแผนงานและประมวลผล กองจัดการคุณภาพอากาศและเสียง กรมควบคุมมลพิษ[12] เว็บไซต์ Air4Thai เลือกข้อมูลย้อนหลัง, รายเดือน, ภาคตะวันออก, สรุปข้อมูลรายสถานี, ปี พ.ศ. 2564 ถึง 2567 จะได้แฟ้มปี พ.ศ. 2564 ถึง 2567 ซึ่งจะมีข้อมูลค่าเฉลี่ยรายเดือน PM_{10} และ $PM_{2.5}$ ตั้งแต่มกราคม 2564 ถึงพฤษภาคม 2567 ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยรายเดือน รายโรคเฝ้าระวังจากมลพิษทางอากาศ รวบรวมจากเว็บไซต์ hdcservice[5] โดยเลือกกลุ่มรายงานมาตรฐาน, สถานะสุขภาพ, การป่วยด้วยโรคจากมลพิษในอากาศ, จำนวนป่วย จำแนกรายกลุ่มโรค และรายโรค รายเดือน ด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับมลพิษทางอากาศ, เลือกปี พ.ศ., เลือกเขตสุขภาพ

ที่ 6, เลือกจังหวัดตราด, เลือกทั้งหมด และเลือกอำเภอเมืองตราด จะได้แฟ้ม Excel ข้อมูลรายปีดังกล่าว

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ไม่เข้าข่ายการวิจัยในคนตามประกาศมหาวิทยาลัยมหิดล เรื่อง แนวปฏิบัติสำหรับโครงการ วิจัยที่ไม่เข้าข่ายการวิจัยในคน พ.ศ. 2565[13] และเมื่อทำการการประเมินด้วยแบบประเมินของศูนย์ส่งเสริมจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหิดลว่าโครงการวิจัยเข้าข่ายการวิจัยในคนหรือไม่[14] พบว่าโครงการวิจัยนี้ ใช้ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโดยรวมรายเดือน ไม่มีข้อมูลที่สามารถเชื่อมโยงถึงตัวบุคคลใด ๆ ได้ ไม่มีปฏิสัมพันธ์ใด ๆ กับผู้ป่วย จึงไม่เข้าข่าย “โครงการ วิจัยในคน” ไม่จำเป็นต้องได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ไม่จำเป็นต้องเสนอขอ แม้แต่ Exemption review”[15]

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติพรรณนา ประกอบด้วย ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความแปรปรวน และสถิติทดสอบการแจกแจงปกติการทดสอบชาพิโรวิลก์ (Shapiro Wilk test)

การใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Correlation) ซึ่งแม้ว่าจะมีข้อกำหนดให้ใช้กับคู่ตัวแปรที่มีการแจกแจงปกติ แต่ค่าสัมประสิทธิ์ที่คำนวณได้ก็ให้ความเข้าใจถึงความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงของข้อมูลได้ดีว่ามีความสัมพันธ์กันมากน้อยเพียงใด ต่างไปจากความสัมพันธ์เชิงลำดับสเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation) การกำหนดระดับค่าสหสัมพันธ์เพียร์สันเมื่อพิจารณาจากค่าสัมบูรณ์ของสัมประสิทธิ์เป็นดังนี้ 0.00 – 0.10 ไม่มีความสัมพันธ์ (Negligible correlation), 0.10 – 0.39 มีความสัมพันธ์อย่างอ่อน (Weak correlation), 0.40 – 0.69 มีความสัมพันธ์ปานกลาง (Moderate correlation), 0.70 – 0.89 มีความสัมพันธ์มาก (Strong correlation), 0.90 – 1.00 มีความสัมพันธ์มากที่สุด (Very strong correlation)[16]

ตัวแบบเชิงเส้นนัยทั่วไป (Generalized Linear Model) ซึ่งเป็นสถิติหลายตัวแปรที่ใช้ Log link function แสดงความสัมพันธ์การนับจำนวน ซึ่งในงานวิจัยนี้ คือ จำนวนผู้ป่วยรายเดือน (ราย) (ตัวแปรตาม y) กับค่าเฉลี่ยรายเดือน $PM_{2.5}$ (มิลลิกรัมต่อลูกบาศก์เมตร) (ตัวแปรต้น x) a เป็นค่าคงที่และ b เป็นสัมประสิทธิ์ของ x

$$\log(y) = a + bx$$

$$y = e^{(a+bx)} = e^{a}.e^{bx}$$

e^{a} หมายถึง จำนวนผู้ป่วยรายเดือนปกติที่ไม่มีมลพิษ ($x = 0$)

e^{b} หมายถึง จำนวนเท่าของจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นจากเดือนที่ไม่มีมลพิษเมื่อปริมาณมลพิษเพิ่มขึ้น 1 ไมโครกรัมต่อลูกบาสก์เมตร หรือเรียกว่าสัดส่วนอัตราเสี่ยงการเกิดโรค (Incident Rate Ratio)[17]

ตัวแบบเชิงเส้นนัยทั่วไป ถ้าค่าเฉลี่ยกับความแปรปรวนของตัวแปรตามเท่ากัน (Equidispersion) จะมีการกระจายแบบปัวซงวิเคราะห์ด้วยตัวแบบการถดถอยปัวซง (Poisson Regression) แต่ถ้าความแปรปรวนมากกว่าค่าเฉลี่ย (Overdispersion) หรือน้อยกว่าค่าเฉลี่ย (Underdispersion) แล้วสามารถใช้ตัวแบบควอไซปัวซง (Quasi-Poisson) ส่วนตัวแบบทวินามลบ (Negative Binomial) ใช้กับตัวแปรตามที่มีความแปรปรวนมากกว่าค่าเฉลี่ยเท่านั้น[17]

ประมวลผลด้วยโปรแกรมวิเคราะห์สถิติจาโมวี (Jamovi)[19,20] โมดูล จีเอเอ็มแอลเจ-ตัวแบบเชิงเส้นนัยทั่วไป (GAMLj - General Linear Models)[21]

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลรายเดือนระหว่าง มกราคม 2564 ถึงพฤษภาคม 2567 จำแนกออกเป็นสถิติพรรณนา และสหสัมพันธ์ระหว่างค่าเฉลี่ยรายเดือนปริมาณ PM_{10} และ $PM_{2.5}$ ของสถานี 87T ตราด – สนามกีฬากลางจังหวัด และ และสถิติพรรณนาพร้อมสหสัมพันธ์กับ $PM_{2.5}$ ของจำนวนผู้ป่วยรายเดือน อำเภอเมืองตราด และจำนวนผู้ป่วยรายเดือน จังหวัดตราด ดังแสดงต่อไปนี้

สถานี 87T ตราด – สนามกีฬากลางจังหวัด

PM_{10} และ $PM_{2.5}$ มีค่าเฉลี่ย (M) = 29.30, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) = 11.70 และ M = 15.50, SD = 8.76 ตามลำดับ PM_{10} ยังอยู่ในเกณฑ์ ต่ำกว่า 50 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร ไม่มีผลต่อสุขภาพหรือมีผลต่อสุขภาพน้อยมาก $PM_{2.5}$ มีค่าเฉลี่ยรายเดือนมีค่าสูงสุดเกินกว่าค่ามาตรฐาน (ค่าเฉลี่ย 24 ชั่วโมง ถูกปรับให้มีความเข้มข้นขึ้น จากเดิมต้องไม่เกิน 50 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร (มคก./ ลบ.ม.) ถูกปรับลงมาจะต้องไม่เกิน 37.5 มคก./ ลบ.ม ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2566[22] การแจกแจงของ PM_{10} มีการแจกแจงปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สถิติชาพิโรวิลก์ $p > 0.05$ PM_{10} และ PM_{25} มีความสัมพันธ์กันมากที่สุดมีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน 0.94 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

อำเภอเมืองตราด

ค่าเฉลี่ยรายเดือนจำนวนผู้ป่วยเรียงตามโรคจากมากไปน้อยเรียงตามลำดับ คือ โรคหลอดเลือดสมอง, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, โรคปอดบวม ปอดอักเสบ, โรคหลอดลมอักเสบ, โรคหอบหืด และโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยมีค่าเฉลี่ยต่อเดือน (ราย) 240.00, 166.00, 61.10, 50.30, 11.60 และ 3.51 ตามลำดับ จำนวนผู้ป่วยรายเดือนโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีการแจกแจงปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สถิติชาพิโรวิลก์ $p > 0.05$ ดังแสดงในตารางที่ 2

ค่าเฉลี่ยรายเดือน $PM_{2.5}$ ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับจำนวนผู้ป่วยรายเดือนโรคต่าง ๆ แต่พบว่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างโรคหลอดลมอักเสบกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและกับโรคหอบหืดและโรคหลอดเลือดสมองกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, กับโรคหอบหืด และกับโรคหลอดลมอักเสบ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ ดังแสดงในตารางที่ 3

จังหวัดตราด

ค่าเฉลี่ยรายเดือนจำนวนผู้ป่วยเรียงตามโรคจากมากไปน้อยเรียงตามลำดับ คือ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, โรคหลอดเลือดสมอง, โรคหลอดลมอักเสบ, โรคปอดบวม ปอดอักเสบ, โรคหอบหืด และโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยมีค่าเฉลี่ยต่อเดือน (ราย) 468.00, 404.00, 148.00, 99.60, 14.20 และ 5.39 ตามลำดับ จำนวนผู้ป่วยรายเดือนโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีการแจกแจงปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สถิติชาพิโรวิลก์ $p > 0.05$ ดังแสดงในตารางที่ 4

เมื่อใช้ข้อมูลคุณภาพอากาศจากสถานีในอำเภอเมืองที่มีอยู่แห่งเดียวในจังหวัดโดยถือว่าเป็นตัวแทนของทั้งจังหวัด ความสัมพันธ์ของค่าเฉลี่ยรายเดือน PM_{25} กับจำนวนผู้ป่วยรายเดือนโรคต่าง ๆ พบว่ามีความสัมพันธ์กับจำนวนผู้ป่วยรายเดือนโรคปอด

อุดกั้นเรื้อรังอย่างอ่อน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน 0.38 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ และพบความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนผู้ป่วยรายเดือนโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกับโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.01$ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 1 สถิติพรรณนาค่าเฉลี่ยรายเดือน ฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 10 ไมครอน (PM_{10}) ฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน ($PM_{2.5}$) สถานี 87T ตราด – สนามกีฬากลางจังหวัด ระหว่างเดือนมกราคม 2564 ถึงพฤษภาคม 2567 หน่วยไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร

รายการ	PM_{10}	PM_{25}
ค่าเฉลี่ย (M)	29.30	15.50
ค่ามัธยฐาน	28.00	13.00
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	11.70	8.76
ความแปรปรวน	137.00	76.70
ค่าต่ำสุด	12	5
ค่าสูงสุด	60	40
สถิติชาพิโรวิลก์	0.960	0.900
p-value ของสถิติชาพิโรวิลก์	0.160	0.002
สหสัมพันธ์เพียร์สัน	0.94	
p-value	<0.001	

ตารางที่ 2 สถิติพรรณนาจำนวนผู้ป่วยรายเดือน อำเภอเมืองตราด ระหว่างเดือนมกราคม 2564 ถึงพฤษภาคม 2567 หน่วยราย

รายการ	โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	โรคหอบหืด	โรคปอดบวมปอดอักเสบ	โรคหลอดลมอักเสบ	โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	โรคหลอดเลือดสมอง
ค่าเฉลี่ย (M)	166.00	11.60	61.10	50.30	3.51	240.00
ค่ามัธยฐาน	152.00	11.00	34.00	40.00	3.00	221.00
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	45.40	5.27	111.00	35.90	1.93	83.30
ความแปรปรวน	2060.00	27.80	12302.00	1286.00	3.71	6941.00
ค่าต่ำสุด	89	4	8	12	0	134
ค่าสูงสุด	286	28	558	130	8	376
สถิติชาพิโรวิลก์	0.952	0.909	0.401	0.866	0.957	0.879
p-value ของสถิติชาพิโรวิลก์	0.086	0.003	<0.001	<0.001	0.123	<0.001

ตารางที่ 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่าง $PM_{2.5}$ กับจำนวนผู้ป่วยรายเดือน อำเภอเมืองตราด

รายการ	$PM_{2.5}$	โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	โรคหอบหืด	โรคปอดบวมปอดอักเสบ	โรคหลอดลมอักเสบ	โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	0.02	—				
	0.903	—				
โรคหอบหืด	-0.04	0.23	—			
	0.793	0.153	—			
โรคปอดบวมปอดอักเสบ	-0.23	-0.18	-0.03	—		
	0.152	0.268	0.863	—		
โรคหลอดลมอักเสบ	-0.06	0.48**	0.47**	-0.18	—	
	0.709	0.002	0.002	0.276	—	
โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	-0.06	-0.26	0.06	-0.01	-0.25	—
	0.725	0.102	0.734	0.963	0.121	—
โรคหลอดเลือดสมอง	0.01	0.59**	0.34*	-0.19	0.82**	-0.25
	0.965	<0.001	0.035	0.244	<0.001	0.118

หมายเหตุ : ตัวเลขบนคือ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ตัวเลขล่างคือ p - value * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

ตารางที่ 4 สถิติพรรณนาจำนวนผู้ป่วยรายเดือน จังหวัดตราด ระหว่างเดือนมกราคม 2564 ถึง พฤษภาคม 2567 หน่วยราย

รายการ	โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	โรคหอบหืด	โรคปอดบวมปอดอักเสบ	โรคหลอดลมอักเสบ	โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	โรคหลอดเลือดสมอง
ค่าเฉลี่ย (M)	468.00	14.20	99.60	148.00	5.39	404.00
ค่ามัธยฐาน	469.00	13.00	68.00	125.00	6.00	377.00
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	61.30	5.47	111.00	92.20	2.12	96.70
ความแปรปรวน	3752.00	29.90	12255.00	8497.00	4.49	9359.00
ค่าต่ำสุด	339	6	26	49	2	273
ค่าสูงสุด	616	28	581	438	11	571
สถิติชาพิโรวิลก์	0.985	0.937	0.515	0.832	0.958	0.909
p-value ของสถิติชาพิโรวิลก์	0.867	0.026	<0.001	<0.001	0.134	0.003

ตารางที่ 5 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่าง $PM_{2.5}$ กับจำนวนผู้ป่วยรายเดือน จังหวัดตราด

รายการ	$PM_{2.5}$	โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	โรคหอบหืด	โรคปอดบวมปอดอักเสบ	โรคหลอดลมอักเสบ	โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	0.39*	—				
	0.013	—				
โรคหอบหืด	-0.20	0.21	—			
	0.206	0.181	—			
โรคปอดบวมปอดอักเสบ	-0.24	0.02	-0.03	—		
	0.136	0.916	0.879	—		
โรคหลอดลมอักเสบ	-0.00	0.11	0.13	0.05	—	
	0.979	0.493	0.431	0.771	—	
โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	-0.23	-0.07	-0.10	-0.06	-0.07	—
	0.154	0.645	0.541	0.706	0.668	—
โรคหลอดเลือดสมอง	0.31	0.77**	0.24	-0.07	0.01	-0.04
	0.051	<0.001	0.129	0.673	.963	0.805

หมายเหตุ : ตัวเลขบนคือ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ตัวเลขล่างคือ p - value * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

อัตราเสี่ยงของ $PM_{2.5}$ ต่อจำนวนผู้ป่วยรายเดือน

การวิเคราะห์ตัวแบบการถดถอยเชิงเส้นนัยทั่วไป ด้วยตัวแบบควอไซปัวซง และตัวแบบทวินามลบพบว่า เมื่อกำหนดให้ $PM_{2.5}$ เป็นตัวแปรต้นแล้วจำนวนผู้ป่วยรายเดือนโรคต่าง ๆ เป็นตัวแปรตาม เมื่อใช้ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยอำเภอเมืองตราด ไม่มีตัวแบบที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p = 0.05 แต่เมื่อใช้ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยของทั้งจังหวัดพบว่า จำนวนผู้ป่วยรายเดือนโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคหลอดเลือดสมอง ตัวแบบตัวแบบควอไซปัวซงมีสัมประสิทธิ์การกำหนด (R - squared) สูงที่สุดทั้งสองโรค

เมื่อจำนวนผู้ป่วยรายเดือน (ราย) (ตัวแปรตาม y) กับค่าเฉลี่ยรายเดือน $PM_{2.5}$ (มิลลิกรัมต่อลูกบาศก์เมตร) (ตัวแปรต้น x) แล้ว

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ตัวแบบควอไซปัวซง มีค่าสัมประสิทธิ์การกำหนด (R-squared) = 0.147 Loglikelihood ratio tests χ^2 = 6.84, p - value = 0.009 และ e^a = 467.85, p - value < 0.001 และ e^b = 1.0056, p – value = 0.012 จากสมการ

$$y = e^{(6.14816+0.00563x)} = e^{6.14816} \times e^{0.00563x}$$

โรคหลอดเลือดสมอง

ตัวแบบควอไซปัวซง มีค่าสัมประสิทธิ์การกำหนด (R - squared) = 0.092 Loglikelihood ratio tests χ^2 = 3.98, p - value = 0.046 และ e^a = 402.55, p – value < 0.001 และ e^b = 1.00815, p – value = 0.051 จากสมการ

$$y = e^{(5.99781+0.00812x)} = e^{5.99781} \times e^{0.00812x}$$

อภิปรายผล

จากตัวแบบควอไซปัวซง กล่าวได้ว่าเมื่อปริมาณ $PM_{2.5}$ เฉลี่ยรายเดือนเพิ่มขึ้น 1 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตรแล้ว จะมีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มขึ้นร้อยละ 0.56 และโรคหลอดเลือดสมองของจังหวัดตราดจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 0.81 จากค่าเฉลี่ย การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มข้นของ $PM_{2.5}$ กับจำนวนผู้ป่วยนอกที่เข้ารับการตรวจโรคทางเดินหายใจในหลานโจว ประเทศสาธารณรัฐเพิ่มขึ้นในแต่ละวัน พบว่าค่า $PM_{2.5}$ ที่เพิ่มขึ้นทุก ๆ 10 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์ การเข้ารับการตรวจโรคระบบทางเดินหายใจของผู้ป่วยนอกในแต่ละวันเพิ่มขึ้นร้อยละ 0.53 (95%CI : 0.22% –0.84%)[23] ต่ำกว่ากรณีของจังหวัดตราด อย่างไรก็ตาม ยังมีความแตกต่างกันทั้งคาบเวลาเวลาที่ใช้ประมวลผล และโรคที่ต่างกัน สำหรับการศึกษาจำนวนเด็กที่ติดเชื้อโรคมือเท้าปากในแต่ละวันกับตัวแปรอุตุนิยมวิทยาของ 143 เมืองในประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีนที่ใช้ข้อมูลระหว่างปี พ.ศ. 2552 ถึง 2557 ด้วยแบบจำลองการถดถอยอนุกรมเวลาทั่วไป พบความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณน้ำฝนกับโรคมือเท้าปากแตกต่างกันไปตามสถานที่ ทำให้การประมาณความสัมพันธ์ระหว่างฝนกับจำนวนเด็กที่ติดเชื้อโรคมือเท้าปากของสถานที่แห่งหนึ่งไม่สามารถนำไปสรุปกับอีกสถานที่หนึ่ง[24]

ข้อจำกัดของการศึกษา

ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคที่เฝ้าระวังผลกระทบสุขภาพจากมลพิษทางอากาศ (รายเดือน) ตามรายงานของกระทรวงสาธารณสุข5 สาเหตุการเกิดโรคอาจมาจากสาเหตุอื่นนอกจากมลพิษทางอากาศด้วยก็ได้ และผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่จำนวนหนึ่งอาจไปรักษานอกเขตพื้นที่ที่รายงาน คาบเวลาของข้อมูลเป็นข้อมูลรายเดือนและการดำเนินโรคบางโรคใช้เวลานานกว่าจะแสดงอาการ การใช้ข้อมูลคาบเวลาเดียวกันจึงเป็นเพียงการประมาณการภายใต้ข้อจำกัดของข้อมูล

วิธีการทางสถิติสหสัมพันธ์และตัวแบบการถดถอยเป็นเพียงความสัมพันธ์เชื่อมโยงเชิงตัวเลข ไม่ใช่ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุแต่อย่างใด แต่ข้อค้นพบจะนำไปสู่การศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ค่าเฉลี่ยรายเดือน $PM_{2.5}$ เป็นปัจจัยนำในการคาดกรณ์จำนวนผู้ป่วยผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกับโรคหลอดเลือดสมองของจังหวัดตราด จึงสามารถใช้กำหนดแนวทางการบริหารงานสาธารณสุขได้ทางหนึ่ง

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

เมื่อมลพิษเพิ่มขึ้นจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นไม่เป็นเชิงเส้นตรงแต่เป็นโค้งขึ้น ดังนั้นการพัฒนาสมุนไพรที่มีศักยภาพเพื่อต้านทานโรคเฝ้าระวังจากมลพิษทางอากาศจะเป็นผลดีต่อระบบสุขภาพและเศรษฐกิจชุมชนอีกทางหนึ่งด้วย

การศึกษาข้อมูลในช่วงเวลารายวันหรือรายสัปดาห์เพื่อพิจารณาผลกระทบจากรายการข้อมูลก่อนหน้า (Lag) ได้

การเพิ่มสถานีตรวจอากาศให้ครอบคลุมพื้นที่ของจังหวัดมากขึ้นเพื่อให้สอดคล้องกับการศึกษาทางระบาดวิทยาเชิงพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. WHO global air quality guidelines: particulate matter (PM2.5 and PM10), ozone, nitrogen dioxide, sulfur dioxide and carbon monoxide. [Online]. 2021 [cited 2024 Nov 17]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240034228
2. สำนักงานราชบัณฑิตยสภา. ศัพท์บัญญัติ 40 สาขาวิชา สำนักงานราชบัณฑิตยสภา. [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 1 พ.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://coined-word.orst.go.th/
3. Xing YF, Xu YH, Shi MH, Lian YX. The impact of PM2.5 on the human respiratory system. J Thorac Dis. 2016;8(1):69-74.
4. Maciejewska K. Short-term impact of PM2.5, PM10, and PMc on mortality and morbidity in the agglomeration of Warsaw, Poland. Air Qual Atmos Health 2020;13:659–72.
5. กระทรวงสาธารณสุข. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กลุ่มรายงานมาตรฐาน สถานะสุขภาพ การป่วยด้วยโรคเฝ้าระวังจากมลพิษทางอากาศ [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 17 พ.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก :https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=9c647c1f31ac73f4396c2cf987e7448a&id=5968980caf87d4518aa9f0263a9299c6
6. บุญมี สงวนสุข. ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของกะเพรา (*Ocimum tenuiflorum*) และศักยภาพในการต้านอนุมูลอิสระ. วารสารวิจัยสุขภาพชุมชน. 2562;7(1):45-52.
7. ชุติมา เจริญชัย. การศึกษาสารเคอร์คูมินในขมิ้นชัน (*Curcuma longa*) เพื่อประโยชน์ในการป้องกันการอักเสบ. วารสารวิทยาศาสตร์การแพทย์ไทย. 2561;15(2):21-33.
8. สุพรรณี สมหวัง. คุณสมบัติต้านอนุมูลอิสระของสารสกัดจากสาลี่ (*Pyrus pyrifolia*). วารสารเกษตรและสิ่งแวดล้อม. 2564;10(3):58-64.
9. ธีรพงษ์ ศิริกุล. ฤทธิ์ทางชีวภาพของหัวไชเท้า (*Raphanus sativus*) ในการต้านเชื้อแบคทีเรีย. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2560;12(4):89-97.
10. วราภรณ์ สุขขา. มะขามป้อม (*Phyllanthus emblica*): คุณสมบัติทางยาและศักยภาพการต้านอนุมูลอิสระ. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. 2562;14(1):31-43.
11. นฤมล แสงอรุณ. ฤทธิ์ล้างพิษของรางจืด (*Thunbergia laurifolia*) และการประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพ.วารสารเภสัชศาสตร์ไทย. 2563;22(2):15-28.
12. กรมควบคุมมลพิษ. ข้อมูลย้อนหลัง รายเดือน ภาคตะวันออก จังหวัดตราด ตราด - สนามกีฬากลาง จังหวัดตราด (87T). [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 17 พ.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: http://air4thai.pcd.go.th/ webV3/#/History

13. มหาวิทยาลัยมหิดล. ประกาศมหาวิทยาลัยมหิดล เรื่อง แนวปฏิบัติสำหรับโครงการวิจัยที่ไม่เข้าข่ายการวิจัยในคน พ.ศ. 2565. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 17 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://irb-ipsr.mahidol.ac.th/download_announce/NonHuman_Research.pdf
14. ศูนย์ส่งเสริมจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหิดล. แบบฟอร์มประเมินตนเองว่าเข้าข่ายการวิจัยในคนหรือไม่ (Eng, Thai). [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 17 พ.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://sp.mahidol.ac.th/ th/ethics-human/forms/checklist/2022-Human%20Research%20Checklist-researcher.pdf
15. พรพิมล อดัมส์. ความสำคัญของการขอรับรองจริยธรรมการวิจัย. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 17 พ.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก https://www.tm.mahidol.ac.th/research/images/Channel/slide/S2_ep30_จริยธรรมการวิจัยในคน.pdf
16. Schober P, Boer C, Schwarte LA. Correlation coefficients: appropriate use and interpretation. anesthesia & analgesia. 2018;126(5):1763-8.
17. UCLA Advanced Research Computing. Poisson Regression | Stata Annotated Output. [Internet]. 2024 [cited 2024 Nov 17]. Available from : https://stats.oarc.ucla.edu/stata/output/poisson-regression/
18. Wilson SR, Leonard RD, Edwards DJ, Swieringa KA, Underwood M. Inference for Under-Dispersed Data: Assessing the performance of an airborne spacing algorithm. Qual Eng. 2018;30(4):546-55.
19. R Core Team. R: A Language and environment for statistical computing. (Version 4.1) [Computer software]. 2022 [cited 2024 Nov 17]. Available from : https://cran.r-project.org.
20. The jamovi project. jamovi. (Version 2.3) [Computer Software]. 2022 [cited 2024 Nov 17]. Available from : https://www.jamovi.org.
21. Gallucci M. GAMLj: General analyses for linear models. [jamovi module]. 2019 [cited 2024 Nov 17]. Available from: Available from : https://gamlj.github.io/
22. สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. ประกาศคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ เรื่อง กำหนดมาตรฐานฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน ในบรรยากาศโดยทั่วไป. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 139 ตอนพิเศษ 163 ง (ลงวันที่ 8 กรกฎาคม 2565).
23. Chai G, He H, Sha Y, Zhai G, Zong S. Effect of PM2.5 on daily outpatient visits for respiratory diseases in Lanzhou, China. Science of The Total Environment. 2019;649:563-72.
24. Yang F, Ma Y, Liu F, Zhao X, Hu Y, Hu K, et al. Short-term effects of rainfall on childhood hand, foot and mouth disease and related spatial heterogeneity: evidence from 143 cities in mainland China. BMC public health. 2020;20:1528.

JOURNAL OF HEALTH CONSUMER PROTECTION
วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
Vol.5 No.1 January-June 2025
ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2568

การศึกษาความเป็นไปได้ในการนำกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้บริโภคมาเสริมการกำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพ

Feasibility study on the implementation of consumer protection law on strengthening the supervision of health products

ณัฐญา แก้วนำเจริญ[1]

Nattaya Keawnumcharoen[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ได้ทำการศึกษาถึงความเป็นไปได้ในการนำกฎหมายคุ้มครองผู้บริโภคมาเสริมการกำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพ เพื่อคุ้มครองผู้บริโภคให้ได้รับประโยชน์ยิ่งขึ้น โดยรวบรวมสาระสำคัญของกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้บริโภค ในเรื่องอำนาจการออกคำสั่งและการกำหนดมาตรการในการคุ้มครองผู้บริโภค นำมาวิเคราะห์ เปรียบเทียบความแตกต่างของอำนาจการออกคำสั่งและการกำหนดมาตรการในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหารและด้านยาตามกฎหมายเฉพาะเรื่อง เพื่อหาช่องว่างที่กฎหมายเฉพาะเรื่องไม่ได้กำหนดไว้ สังเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ข้อแนะนำในการขับเคลื่อนนำบทบัญญัติในกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้บริโภคมาเสริมการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

ผลการวิจัย พบว่ากฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้บริโภค มีบทบัญญัติเกี่ยวกับมาตรการกำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพหลังจำหน่าย (Post marketing) หลายประการที่กฎหมายว่าด้วยยาและกฎหมายว่าด้วยอาหารมิได้บัญญัติไว้ ซึ่งเป็นมาตรการที่จำเป็นและเป็นประโยชน์ในการคุ้มครองผู้บริโภค และพบว่ามีปัญหาที่เคยเกิดขึ้นในประเทศไทย แต่ยังไม่มีกฎหมายให้รัฐสามารถจัดการ เพื่อคุ้มครองผู้บริโภคได้ ทั้งตามกฎหมายเฉพาะเรื่องและกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้บริโภคอีกด้วย

กระทรวงสาธารณสุขควรเสนอให้คณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคพิจารณามอบอำนาจ ให้กระทรวงสาธารณสุขสามารถใช้อำนาจกำหนดมาตรการต่าง ๆ ตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้บริโภค ซึ่งไม่มีกำหนดไว้ในกฎหมายว่าด้วยอาหารและกฎหมายว่าด้วยยา สำหรับกฎหมายว่าด้วยยายังมีอีกแนวทางหนึ่งที่จะสามารถกำหนดมาตรการที่จำเป็นในการคุ้มครองผู้บริโภคเพิ่มโดยไม่ต้องแก้ไขพระราชบัญญัติ คือสามารถใช้บทบัญญัติตามกฎหมายว่าด้วยยา ออกกฎกระทรวงกำหนดให้ผู้รับอนุญาตตามกฎหมายว่าด้วยยามีหน้าที่ต้องดำเนินการตามมาตรการที่รัฐกำหนดเพิ่มขึ้นก็ได้ด้วย

คำสำคัญ : กฎหมายคุ้มครองผู้บริโภค, ผลิตภัณฑ์สุขภาพ, การกำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพ

[1] เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร

[1] Pharmacist, Professional Level. Division of Consumer Protection and Public Health Pharmacy, Kamphaengphet Provincial Public Health Office. E-mail: natty_rx@hotmail.com

Received: 8 DEC 2024, Revised: 19 FEB 2025, Accepted: 27 JAN 2025

Abstract

This research studied the possibility of applying the consumer protection law to supplement the supervision of health products, thereby protecting consumers and allowing them to benefit more, by collecting the essence of the Consumer Protection Law. The authority on issuing orders and the measure determination for consumer protection were analyzed and difference in the authority to issue orders and measure determination to protect consumers about food and drugs which are specific laws to find gaps that were not legislated, to synthesize policy suggestions and to recommend using on Consumer Protection Law to supplement the implementation of consumer protection provisions in the field of health products.

The results of the study showed that the Consumer Protection Law has many provisions regarding post marketing measures that were not provided for in the Food Law and the Drug Law, which are necessary and useful measures to protect consumers. It was also found that problems occurred, but there was no law that could be used by the government officials to protect consumers, considering both the specific law and Consumer Protection Law.

The Ministry of Public Health should propose to the Consumer Protection Commission Board to consider authorizing the Ministry of Public Health to exercise its authority to impose measures by the Consumer Protection Law, which was not legislated in the Food Law and the Drug Law. As for the Drug Law, there is another approach that will be able to determine and add the necessary measures to protect consumers without amending the Act by issuing a ministerial regulation that requires licensees under the Drug Law to be obliged to take additional measures legislation by the government.

Keywords : Consumer Protection Law, Health products, Health product regulation

บทนำ

กฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้บริโภคเป็นกฎหมายที่ใช้คุ้มครองสิทธิทั่วไปของผู้บริโภค โดยกำหนดหน้าที่ของผู้ประกอบธุรกิจต่อผู้บริโภค เพื่อความเป็นธรรมตามสมควรแก่ผู้บริโภค ตลอดจนจัดให้มีองค์กรของรัฐที่เหมาะสมเพื่อตรวจตรา ดูแล และประสานงานการปฏิบัติงานของส่วนราชการต่าง ๆ ในการคุ้มครองผู้บริโภค ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 ได้รับการปรับปรุงแก้ไขจำนวน 3 ครั้ง คือ พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2541, พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2556 และพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2562 ซึ่งส่งผลให้มาตรฐานในทางกฎหมายคุ้มครองผู้บริโภคนั้นครอบคลุมและชัดเจนมากยิ่งขึ้น[1]

การแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2562 มีประเด็นสำคัญ คือ มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การคุ้มครองผู้บริโภคให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ เพิ่มอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค โดยจัดการประชุมร่วมกับคณะกรรมการและหน่วยงานของรัฐตามกฎหมายอื่นเพื่อดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค วินิจฉัยชี้ขาดข้อโต้แย้งระหว่างหน่วยงานของรัฐเกี่ยวกับการใช้บังคับกฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค มีการปรับปรุงองค์ประกอบและอำนาจหน้าที่ขององค์กร กำหนดให้มีคณะกรรมการว่าด้วยความปลอดภัยของสินค้าและบริการเป็นกรรมการเฉพาะเรื่อง แก้ไขเพิ่มเติมกระบวนการและขั้นตอนการบังคับใช้กฎหมาย ให้เลขาธิการคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคมีอำนาจดำเนินคดีแทนผู้บริโภคตามที่คณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคกำหนด เพื่อเป็นการปรับปรุงขั้นตอนและกระบวนการบังคับใช้กฎหมายให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เจ้าพนักงานท้องถิ่นสามารถดำเนินการเปรียบเทียบความผิดตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2562 เพื่อกระจายอำนาจไปสู่ท้องถิ่น และมีการปรับปรุงบทกำหนดโทษให้สอดคล้องกับสภาพปัญหา

จากการปรับปรุงมาตรการคุ้มครองผู้บริโภคในด้านความปลอดภัยของสินค้าและบริการ โดยกำหนดให้มีคณะกรรมการเฉพาะเรื่องว่าด้วยการโฆษณา คณะกรรมการว่าด้วยฉลาก คณะกรรมการว่าด้วยความปลอดภัยของสินค้าและบริการ มีอำนาจและหน้าที่เป็นเอกเทศจากคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค โดยสามารถออกคำสั่งหรือกำหนดมาตรการในการคุ้มครองผู้บริโภคต่าง ๆ ได้ ทำให้มีความคล่องตัวและรวดเร็วในการปฏิบัติหน้าที่คุ้มครองผู้บริโภค ในประเด็นเหล่านี้ พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 ได้บัญญัติมาตรา 21 ไว้ว่า คณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคอาจมีมติให้มอบอำนาจของคณะกรรมการเฉพาะเรื่องให้แก่เจ้าหน้าที่ตามกฎหมายเฉพาะเรื่องได้นั้น อำนาจในการออกคำสั่งหรือกำหนดมาตรการของคณะกรรมการเฉพาะเรื่อง หากมีกว้างขวางกว่าอำนาจของเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายว่าด้วยผลิตภัณฑ์สุขภาพ[1-3] อาจสามารถนำมาเสริมการกำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้บริโภคได้เป็นอย่างดี ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาถึงสาระสำคัญที่มีการเปลี่ยนแปลงตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้บริโภคนี้ และนำมาศึกษาถึงความเป็นไปได้ในการนำกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้บริโภคมาเสริมการกำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสาระสำคัญของพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติมทุกฉบับ

2. เพื่อวิเคราะห์และจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ความเป็นไปได้ในการนำกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้บริโภคมาเสริมการกำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพ

ขอบเขตของการวิจัย

งานวิจัยนี้ มุ่งเน้นศึกษาสาระสำคัญของพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติมทุกฉบับ เพื่อนำมาวิเคราะห์และจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายถึงความเป็นไปได้ในการนำกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้บริโภคมาเสริมการกำกับดูแลบังคับใช้ในผลิตภัณฑ์สุขภาพ 2 ประเภท คือ อาหาร และยา

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การคุ้มครองผู้บริโภคเป็นแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ของกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องกับการบริโภค 3 กลุ่ม ได้แก่ ภาครัฐ ผู้ประกอบการ และผู้บริโภค โดยในส่วนของภาครัฐในฐานะที่เป็นตัวกลางจะทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยการ รักษาระเบียบ กฎเกณฑ์ในการจัดสรรผลประโยชน์ที่เป็นธรรมระหว่างผู้ประกอบการ และผู้บริโภค ทั้งนี้ ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 ได้กล่าวไว้ว่า *“กรณีที่มีกฎหมายว่าด้วยเรื่องนั้น บัญญัติเรื่องนั้นไว้โดยเฉพาะแล้ว ให้บังคับตามบทบัญญัติแห่งกฎหมายว่าด้วยการนั้น และให้นำกฎหมายตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภคพ.ศ. 2522 ใช้บังคับได้เท่าที่ ไม่ซ้ำหรือขัดกับบทบัญญัติดังกล่าว”* เป็นไปตามมาตรา 22 แห่งพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 ทั้งนี้ สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค เป็นหน่วยงานหลักรับผิดชอบตามกฎหมายนี้[1,2]

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) เป็นหน่วยงานภาครัฐที่มีหน้าที่ในการกำกับดูแล ปกป้อง และคุ้มครองสุขภาพประชาชนจากการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยผลิตภัณฑ์สุขภาพเหล่านั้น ต้องมีคุณภาพมาตรฐานและปลอดภัย มีการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคที่ถูกต้อง เพื่อให้ประชาชนได้บริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ปลอดภัย และสมประโยชน์[4]

คณะกรรมการเฉพาะเรื่องตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้บริโภค มีอำนาจออกคำสั่งหรือกำหนดมาตรการต่าง ๆ ในการคุ้มครองผู้บริโภค ซึ่งหากมีกว้างขวางกว่าอำนาจของเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายว่าด้วยผลิตภัณฑ์สุขภาพ จะเห็นช่องว่าง ซึ่งอาจสามารถนำมาเสริมการกำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้บริโภคได้เป็นอย่างดี ดังนั้น การวิจัยนี้จะศึกษาความแตกต่างระหว่างอำนาจของคณะกรรมการเฉพาะเรื่องตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้บริโภคในการออกคำสั่งและการกำหนดมาตรการเพิ่มการคุ้มครองผู้บริโภคกับอำนาจหน้าที่ของเจ้าที่ของกฎหมายว่าด้วยผลิตภัณฑ์สุขภาพ 2 ประเภท คือ อาหาร และยา เพื่อหาช่องว่างของกฎหมายและวิเคราะห์บทบัญญัติของกฎหมายถึงความเป็นไปได้ในการนำกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้บริโภคในความรับผิดชอบของทั้ง 2 หน่วยงานภาครัฐมาเสริมการกำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพ ย่อมนำมาซึ่งประโยชน์สูงสุดต่อผู้บริโภคอย่างแท้จริง โดยจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย หรือข้อแนะนำในการขับเคลื่อนจากการนำบทบัญญัติในกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้บริโภคมาเสริมการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยค้นคว้าจากเอกสาร (Documentary Research) แบ่งเป็น

- ขั้นตอนที่ 1: ศึกษาสาระสำคัญของพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติมทุกฉบับ, พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 และพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติมทุกฉบับ
- ขั้นตอนที่ 2: รวบรวมสาระสำคัญของกฎหมายทั้ง 3 ฉบับ ในเรื่องอำนาจการออกคำสั่งและการกำหนดมาตรการในการคุ้มครองผู้บริโภคตามที่กฎหมายบัญญัติ
- ขั้นตอนที่ 3: วิเคราะห์ เปรียบเทียบความแตกต่างของอำนาจการออกคำสั่งและการกำหนดมาตรการในการคุ้มครองผู้บริโภคของกฎหมายทั้ง 3 ฉบับ เพื่อหาช่องว่างของอำนาจการออกคำสั่งและการกำหนดมาตรการในการคุ้มครองผู้บริโภคที่กฎหมายเฉพาะเรื่องไม่มีกำหนดไว้
- ขั้นตอนที่ 4: สังเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย หรือข้อแนะนำในการขับเคลื่อนจากการนำบทบัญญัติในกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้บริโภคมาเสริมการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ
- ขั้นตอนที่ 5: สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

บทบัญญัติของกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้บริโภค กฎหมายว่าด้วยอาหาร และกฎหมายว่าด้วยยา

ผลการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ พบว่ากฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้บริโภค มีบทบัญญัติเกี่ยวกับมาตรการกำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพหลังจำหน่าย (Post Marketing) หลายประการ[1,2] ที่กฎหมายว่าด้วยอาหารและกฎหมายว่าด้วยยามิได้บัญญัติไว้[5,6] ซึ่งเป็นมาตรการที่จำเป็นและเป็นประโยชน์ในการคุ้มครองผู้บริโภค ประกอบด้วยการห้ามขาย จำหน่ายชั่วคราว เมื่อมีเหตุสงสัยในสรรพคุณหรือความปลอดภัย การส่งกลับประเทศต้นทางที่นำเข้าเมื่อมีหลักฐานความไม่ปลอดภัยและหากทำลายอาจเกิดอันตรายต่อสิ่งแวดล้อมหรือมีภาระค่าใช้จ่ายสูง เมื่อพบสินค้าที่ไม่ปลอดภัย ผู้ประกอบการมีหน้าที่ส่งแผนและดำเนินการจัดเก็บสินค้าออกจากท้องตลาด เรียกคืนสินค้าจากผู้บริโภค โดยชดใช้ราคาสินค้าและค่าใช้จ่ายในการนำส่งสินค้าที่เรียกคืนให้แก่ผู้บริโภค แจ้งเตือนภัยข่าวสารสินค้าที่ไม่ปลอดภัยและแผนจัดเก็บสินค้าออกจากท้องตลาดให้ผู้บริโภคทราบทางสื่อโฆษณาที่ใช้ในการโฆษณาสินค้า หรือช่องทางที่เสนอขายสินค้าให้ผู้บริโภค และเว็บไซต์ของผู้ประกอบการ นอกจากนี้ ยังมีมาตรการให้ผู้ประกอบการโฆษณาพร้อมคำเตือนหรืออันตรายตามที่รัฐกำหนด โฆษณาแก้ไขความเข้าใจผิดของผู้บริโภคจากการโฆษณาที่ไม่ถูกต้องทางสื่อหรือช่องทางที่ได้ใช้โฆษณาสินค้า รวมทั้งมีหน้าที่ต้องแจ้งให้ผู้บริโภคทราบว่าเป็นการโฆษณาสินค้าเมื่อใช้เทคนิค วิธีการโฆษณาในรูปแบบแอบแฝงหากผู้ประกอบการไม่ดำเนินการตามหน้าที่ของตนเอง รัฐมีอำนาจเข้าดำเนินการแทนและเรียกเก็บค่าใช้จ่ายโดยผู้ประกอบการต้องชดใช้ตามกฎหมายว่าวิธีปฏิบัติราชการทางปกครองและยังพบว่ามีปัญหาที่เคยเกิดขึ้นในประเทศไทยแล้วไม่มีกฎหมายให้รัฐสามารถจัดการเพื่อคุ้มครองผู้บริโภคได้ทั้งตาม

กฎหมายเฉพาะเรื่องและกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้บริโภคด้วย[7,8]

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

กฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้บริโภคมีบทบัญญัติให้คณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคสามารถมอบอำนาจให้เจ้าหน้าที่ตามกฎหมายเฉพาะเรื่องใช้อำนาจกำหนดมาตรการกำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพหลังจำหน่าย (Post Marketing) ตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อเสริมกฎหมายเฉพาะเรื่องให้สามารถคุ้มครองผู้บริโภคได้ไม่ต่ำกว่ามาตรฐานของกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้บริโภค ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขควรเสนอให้คณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคพิจารณามอบอำนาจให้กระทรวงสาธารณสุขสามารถใช้อำนาจกำหนดมาตรการต่าง ๆ ตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้บริโภค ซึ่งไม่มีกำหนดไว้ในกฎหมายว่าด้วยอาหารและกฎหมายว่าด้วยยา สำหรับกฎหมายว่าด้วยยายังมีอีกแนวทางหนึ่งที่จะสามารถกำหนดมาตรการที่จำเป็นในการคุ้มครองผู้บริโภคเพิ่ม โดยไม่ต้องแก้ไขพระราชบัญญัติ คือสามารถใช้บทบัญญัติตามกฎหมายว่าด้วยยา ออกกฎกระทรวงกำหนดให้ผู้รับอนุญาตตามกฎหมายว่าด้วยยา มีหน้าที่ต้องดำเนินการตามมาตรการที่รัฐกำหนดเพิ่มขึ้นได้ ผู้วิจัยขอยกตัวอย่างแบบจำลองประสิทธิผลการบังคับใช้กฎหมายที่เพิ่มขึ้น หากได้รับมอบอำนาจเพิ่มจากบทบัญญัติของกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้บริโภค 2 กรณี ดังต่อไปนี้

1. แบบจำลองการจัดการกับการโฆษณาผลิตภัณฑ์อาหารหรือยาที่ผิดกฎหมายโดยหลอกลวงผู้บริโภค เมื่อคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคได้มอบอำนาจตามที่เสนอ

กรณีโฆษณาขายสินค้าทางอินเทอร์เน็ตหรือรายการวิทยุในต่างจังหวัด อย. สามารถออกคำสั่งให้ผู้ประกอบการต้องชี้แจงว่าการโฆษณาขายสินค้าของตนไม่ถูกต้องอย่างไร โดยระบุข้อความที่จะต้องโฆษณาเพื่อแก้ไขความเข้าใจผิดของผู้บริโภค และกำหนดระยะเวลาที่ต้องดำเนินการ หากผู้ประกอบการไม่ดำเนินการภายในเวลาที่กำหนด อย. สามารถดำเนินการโฆษณาแก้ไขความเข้าใจผิดของผู้บริโภคได้และเรียกเก็บค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นทั้งหมด กรณีเช่นนี้ อย. ย่อมได้รับความคุ้มครอง ไม่ถูกฟ้องดำเนินคดีฐานกระทำละเมิด เพราะเป็นการกระทำในอำนาจหน้าที่ที่กฎหมายกำหนด และหากผู้กระทำผิดไม่ชำระค่าใช้จ่าย อย. มีอำนาจใช้มาตรการบังคับทางปกครองโดยยึดหรืออายัดทรัพย์สินของผู้นั้นและขายทอดตลาดตามกฎหมายว่าด้วยวิธีปฏิบัติทางปกครอง ตามมาตรา 63/7 โดยที่ อย. ไม่ต้องดำเนินการเอง สามารถขอให้เจ้าพนักงานบังคับคดีในสังกัดกรมบังคับคดีดำเนินการบังคับให้เป็นไปตามคำสั่งทางปกครองดังกล่าว โดยยื่นคำขอฝ่ายเดียวต่อศาลภายในสิบปีนับแต่วันที่คำสั่งทางปกครองที่กำหนดให้ชำระเงินเป็นที่สุด เพื่อให้ศาลออกหมายบังคับคดีเพื่อบังคับให้เป็นไปตามคำสั่งทางปกครองนั้น โดยระบุจำนวนเงินที่ผู้อยู่ในบังคับของมาตรการบังคับทางปกครองยังมิได้ชำระตามคำสั่งทางปกครอง ทั้งนี้ ไม่ว่าจะยังไม่ได้บังคับทางปกครองหรือได้ดำเนินการบังคับทางปกครองแล้ว แต่ยังไม่ได้รับชำระเงินหรือได้รับชำระเงินไม่ครบถ้วน ตามมาตรา 63/15

จากแบบจำลองข้างต้น ผู้กระทำความผิดฐานโฆษณาผลิตภัณฑ์อาหารหรือยาที่ผิดกฎหมายอันเป็นการหลอกลวงผู้บริโภค นอกจากจะถูกดำเนินคดีตามกฎหมายเฉพาะเรื่องแล้ว ยังมีหน้าที่ต้องโฆษณาแก้ไขความผิดของผู้บริโภค หากไม่ดำเนินการตาม

กำหนดเวลา อย. มีอำนาจเข้าดำเนินการแทนและเรียกเก็บค่าใช้จ่าย เมื่อผู้กระทำความผิดไม่ชำระตามกำหนดเวลา อย. สามารถขอให้เจ้าพนักงานบังคับคดีในสังกัดกรมบังคับคดีดำเนินการบังคับคดีได้ โดยไม่เป็นภาระแก่เจ้าหน้าที่ของ อย. แต่อย่างใด การได้รับอำนาจตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้บริโภคจะทำให้มาตรการบังคับใช้กฎหมายต่อผู้กระทำผิดมีประสิทธิผลยิ่งขึ้น

2. แบบจำลองการจัดการผลิตภัณฑ์ที่ไม่ปลอดภัย เมื่อคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคได้มอบอำนาจตามที่เสนอ

กรณีผลตรวจวิเคราะห์อาหารหรือยาพบว่าเป็นผลิตภัณฑ์ที่ไม่ปลอดภัยในการบริโภค เมื่อหน่วยงานสังกัดกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ แจ้งให้พนักงานเจ้าหน้าที่ อย. หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พร้อมทั้งแจ้งเจ้าของผลิตภัณฑ์ได้ทราบพร้อมกัน กรณีเช่นนี้ถือได้ว่าผู้ประกอบการได้ทราบว่าผลิตภัณฑ์ของตนไม่ปลอดภัย ย่อมมีหน้าที่ต้องดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้บริโภค เช่น ต้องเสนอแผนจัดเก็บสินค้าออกจากท้องตลาด ให้ อย. เห็นชอบ ออกประกาศแจ้งเตือนให้ผู้บริโภคทราบ ชดเชยค่าสินค้าและค่าใช้จ่ายในการนำสินค้าส่งคืนให้ผู้ประกอบการแก่ผู้บริโภคเป็นต้น หากผู้ประกอบการไม่ดำเนินการใด ๆ ตามระยะ เวลาที่กำหนด อย. ย่อมมีอำนาจดำเนินการแทน เพื่อให้สินค้าที่ไม่ปลอดภัยพ้นจากมือของผู้บริโภคและเรียกเก็บค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นทั้งหมดจากผู้ประกอบการ และหากผู้ประกอบการไม่ชำระค่าใช้จ่าย อย. มีอำนาจใช้มาตรการบังคับทางปกครองโดยยึดหรืออายัดทรัพย์สินของผู้นั้นและขายทอดตลาดตามกฎหมายว่าด้วยวิธีปฏิบัติทางปกครอง ตามมาตรา 63/7 อย. สามารถขอให้เจ้าพนักงานบังคับคดีในสังกัดกรมบังคับคดีดำเนินการบังคับให้เป็นไปตามคำสั่งทางปกครองดังกล่าว โดยยื่นคำขอฝ่ายเดียวต่อศาลภายในสิบปีนับแต่วันที่คำสั่งทางปกครองที่กำหนดให้ชำระเงินเป็นที่สุด ให้ศาลออกหมายบังคับคดีเพื่อบังคับให้เป็นไปตามคำสั่งทางปกครองนั้น โดยระบุจำนวนเงินที่ผู้อยู่ในบังคับของมาตรการบังคับทางปกครองยังมิได้ชำระตามคำสั่งทางปกครอง ทั้งนี้ไม่ว่าจะยังไม่ได้บังคับทางปกครองหรือได้ดำเนินการบังคับทางปกครองแล้ว แต่ยังไม่ได้รับชำระเงินหรือได้รับชำระเงินไม่ครบถ้วน ตามมาตรา 63/15 ดังกล่าวมาแล้ว

จากแบบจำลองข้างต้น จะทำให้ผู้ประกอบการใช้ความระมัดระวังยิ่งในการผลิตหรือนำเข้าผลิตภัณฑ์อาหารหรือยามาจำหน่ายในประเทศไทย หากจงใจผลิตหรือนำสั่งผลิตภัณฑ์ที่ไม่ปลอดภัยมาจำหน่ายในประเทศไทย นอกจากจะถูกดำเนินคดีตามกฎหมายเฉพาะเรื่องแล้ว ยังมีหน้าที่ต้องจัดการให้สินค้าไม่ปลอดภัยพ้นจากท้องตลาดและพ้นจากมือผู้บริโภค หากไม่ดำเนินการตามกำหนดเวลา อย. มีอำนาจเข้าดำเนินการแทนและเรียกเก็บค่าใช้จ่าย และหากไม่ยินยอมชำระเงิน ผู้กระทำความผิดจะถูกยึดหรืออายัดทรัพย์ โดยเจ้าพนักงานบังคับคดีในสังกัดกรมบังคับคดี นำขายทอดตลาดมาชดใช้แก่ อย. กรณีเช่นนี้ย่อมทำให้ผู้ประกอบการต้องมีความตระหนัก ใส่ใจระมัดระวังอย่างยิ่งในการผลิตและจำหน่ายสินค้าอาหารและยาให้ปลอดภัย การได้รับอำนาจตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้บริโภคจะเป็นการยกระดับมาตรฐานของผู้ประกอบการ ผู้บริโภคย่อมได้รับประโยชน์สูงสุดจากการนำกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้บริโภคมาเสริมการกำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคจะได้มอบอำนาจเพิ่มเติมจากบทบัญญัติของกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้บริโภคให้ อย. ก็ยังไม่อาจป้องกันปัญหากรณียาที่ถูกเพิกถอนหรือถูกยกเลิก

การจำหน่ายในต่างประเทศด้วยเหตุไม่มีสรรพคุณหรือเหตุความไม่ปลอดภัยในการใช้ และยานั้นได้รับใบสำคัญการขึ้นทะเบียนตำรับให้ผลิต นำสั่งเข้ามาในราชอาณาจักรและขายในประเทศไทย ผู้รับอนุญาตเมื่อทราบเหตุดังกล่าวแล้ว ก็ยังไม่มีหน้าที่ต้องปฏิบัติตามกฎหมายเพื่อประโยชน์ของสังคมและผู้บริโภค ดังเช่นกรณียา Danzen®[7,8] จำเป็นต้องออกกฎกระทรวงเพิ่มเติมหน้าที่แก่ผู้รับอนุญาตผลิตยาแผนปัจจุบันและหน้าที่ของผู้นำหรือสั่งยาแผนปัจจุบันเข้ามาในราชอาณาจักรด้วย จึงจะสามารถคุ้มครองผู้บริโภคในกรณีเช่นนี้ได้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ผู้วิจัยขอนำเสนอใน 2 ประเด็น คือ

1. กระทรวงสาธารณสุขควรเสนอให้คณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค พิจารณามอบอำนาจให้กระทรวงสาธารณสุขสามารถใช้อำนาจกำหนดมาตรการกำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพหลังจำหน่าย (Post Marketing) ตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อเสริมกฎหมายว่าด้วยอาหาร และกฎหมายว่าด้วยยา ให้สามารถคุ้มครองผู้บริโภคได้ไม่ต่ำกว่ามาตรฐานของกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อเป็นการยกระดับมาตรฐานของผู้ประกอบการ ผู้ประกอบการต้องมีความตระหนักใส่ใจ มีความระมัดระวังอย่างยิ่งในการผลิตและจำหน่ายผลิตภัณฑ์อาหารและยาให้ปลอดภัย ทำให้ผู้บริโภคได้รับประโยชน์สูงสุดจากการนำกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้บริโภคมาเสริมการกำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพ

2. วิธีดำเนินการให้การควบคุมกำกับผลิตภัณฑ์อาหารและยา มีอำนาจกำหนดมาตรการกำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพหลังจำหน่าย (Post Marketing) ที่ปรากฏในกฎหมายคุ้มครองผู้บริโภค สามารถทำได้โดย

2.1 ผลิตภัณฑ์อาหาร เห็นควรให้กระทรวงสาธารณสุข เสนอให้คณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคพิจารณามอบอำนาจให้กระทรวงสาธารณสุขสามารถใช้อำนาจกำหนดมาตรการต่าง ๆ ตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้บริโภค เช่น มาตรการตามอำนาจและหน้าที่ของคณะกรรมการว่าด้วยการโฆษณา และมาตรการตามอำนาจและหน้าที่ของคณะกรรมการว่าด้วยความปลอดภัย ซึ่งไม่มีกำหนดไว้ในกฎหมายว่าด้วยอาหาร

2.2 ผลิตภัณฑ์ยา สามารถดำเนินการได้ 2 แนวทาง คือ ใช้แนวทางเดียวกับผลิตภัณฑ์อาหาร และอีกแนวทางหนึ่งผู้วิจัยเห็นควรให้กำหนดมาตรการที่จำเป็นในการคุ้มครองผู้บริโภคเพิ่มโดยไม่ต้องแก้ไขพระราชบัญญัติ คือสามารถใช้บทบัญญัติตามกฎหมายว่าด้วยยา ออกกฎกระทรวงกำหนดให้ผู้รับอนุญาตตามกฎหมายว่าด้วยยามีหน้าที่ต้องดำเนินการตามมาตรการที่รัฐกำหนด เช่น ผู้ผลิตและนำเข้ายาที่ได้รับใบสำคัญการขึ้นทะเบียนตำรับให้ผลิต และนำสั่งเข้ามาในราชอาณาจักรและขายในประเทศไทย ต้องมีหน้าที่รับผิดชอบต่อผู้บริโภคในกรณีที่ได้รับยาที่ไม่มีประสิทธิผลในการรักษาเป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ เภสัชกรวรวิทย์ กิตติวงศ์สุนทร ที่ให้ความอนุเคราะห์ ชี้แนะแนวทางในการดำเนินการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ รวมถึงแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ จนทำให้การศึกษาวิจัยนี้สำเร็จทุกประการ

เอกสารอ้างอิง

1. พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 96, ตอนที่ 72 ฉบับพิเศษ (ลงวันที่ 4 พฤษภาคม 2562).
2. พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 ฉบับที่ 4. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 136, ตอนที่ 69 ก (ลงวันที่ 27 พฤษภาคม 2562).
3. นนทวัชร์ นวตระกูลพิสุทธิ์. การแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมายคุ้มครองผู้บริโภค: ก้าวย่างสำคัญของการพัฒนาเพื่อการคุ้มครองที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น. วารสารนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 2563;49(2):157-89.
4. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. หน้าที่ความรับผิดชอบของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาตามกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการ พ.ศ. 2563 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 12 ก.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://www.fda.moph.go.th/organization/category/mission-and-responsibilities/
5. พระราชบัญญัติพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 96, ตอนที่ 79 ฉบับพิเศษ (ลงวันที่ 13 พฤษภาคม 2522).
6. พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 84, ตอนที่ 101 ฉบับพิเศษ (ลงวันที่ 20 ตุลาคม 2510).

   กองพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค. อย. เผยให้เรียกคืนยาเซอร์ราทิโอเปปทิเดส [อินเตอร์เน็ต]. นนทบุรี: กองพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค 2561 [เข้าถึงเมื่อ 19 ก.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://dis.fda.moph.go.th/detail-newsUpdate?id=1344
7. สำนักข่าว Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. ชี้เคสเรียกคืนยาลดบวม ถอนทะเบียนปี 57 แต่ อย.เพิ่งเรียกคืน ทำ ปชช.สูญเงินซื้อยาไม่มีประสิทธิผล [อินเตอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: สำนักข่าว Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 19 ก.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://www.hfocus.org/content/2018/08/1623

JOURNAL OF HEALTH CONSUMER PROTECTION
วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
Vol.5 No.1 January-June 2025
ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2568

ประสิทธิผลของตำรับยาเตรียมเฉพาะคราวกรดโฟลิคของโรงพยาบาลศรีสะเกษ

The effectiveness of extemporaneous preparation of folic acid of Sisaket Hospital

พิมลธร วรจักร์[1]

Pimolthorn Worajuk[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของตำรับยาเตรียมเฉพาะคราวกรดโฟลิค โดยเปรียบเทียบระดับฮีโมโกลบินและฮีมาโตคริตในเลือดระหว่างก่อนและหลังการได้รับยาเตรียม รวมทั้งเปรียบเทียบระหว่างได้รับยาเตรียมเฉพาะคราวกรดโฟลิคและยาเม็ดกรดโฟลิคในผู้ป่วยโฮโมไซกัสฮีโมโกลบินอี ศึกษาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และความพึงพอใจที่มีต่อตำรับยาจากผู้ดูแลผู้ป่วยโดยใช้แบบสอบถาม รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยและพัฒนา กึ่งทดลอง และแบบสังเกต แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ พัฒนาตำรับและศึกษาประสิทธิผลของตำรับ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโฮโมไซกัสฮีโมโกลบินอี จำนวน 19 คน ที่รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศรีสะเกษ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2559 ถึง 30 กันยายน 2567 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ความถี่ ร้อยละ วิเคราะห์ทางสถิติใช้ Wilcoxon Signed-Rank Test กำหนดนัยสำคัญที่ $p < 0.05$

ผลการวิจัยพบว่า หลังจากผู้ป่วยได้รับยาเตรียมเฉพาะคราวระดับฮีโมโกลบินเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (9.72 ± 1.20 g/ dL VS 10.29 ± 0.83 g/ dL, $p = 0.019$) ระดับฮีมาโตคริตไม่แตกต่างกัน (29.36 ± 3.24% VS 30.78 ± 1.84%, $p = 0.059$) ส่วนระดับฮีโมโกลบินและฮีมาโตคริตระหว่างได้รับยาเตรียมเฉพาะคราวและยาเม็ดกรดโฟลิคไม่แตกต่างกัน เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่พบคือ ฟันผุ ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อตำรับยา โดยสรุปตำรับยาเตรียมเฉพาะคราวกรดโฟลิคของโรงพยาบาลศรีสะเกษ มีความคงสภาพของยา มีประสิทธิผลด้านการรักษามีความปลอดภัย ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อตำรับยา ทำให้เกิดความมั่นใจในการใช้ยา สามารถนำไปขยายผลใช้กับผู้ป่วยในโรงพยาบาลอื่นได้

คำสำคัญ : ประสิทธิผล, ตำรับยาเตรียมเฉพาะคราว, กรดโฟลิค

[1] เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

[1] Pharmacist, Professional Level. Division of Pharmacy, Sisaket Hospital, Sisaket Province.

E-mail: pworajuk@gmail.com

Received: 26 JAN 2025, Revised: 23 MAR 2025, Accepted: 30 MAR 2025

Abstract

This study aimed to evaluate the effectiveness of extemporaneous preparation of folic acid by comparing hemoglobin and hematocrit levels before and after receiving the preparation. As well as between the extemporaneous preparation and folic acid tablets in patients with homozygous hemoglobin E. Additionally, collected data on adverse drug events and caregiver satisfaction with the formulation were assessed using a questionnaire. This study employed research and development, quasi experimental, and observational research methods and was divided into two phases: formulation development and evaluate the effectiveness of the formulation. The study included 19 patients with homozygous hemoglobin E who received outpatient treatment at Sisaket Hospital between 1 October 2016 and 30 September 2024. Data were analyzed using frequency, percentage, and Wilcoxon Signed-Rank test which was used to define significance at $p < 0.05$.

The results showed, hemoglobin levels increased significantly after receiving the preparation (9.72 ± 1.20 g/ dL VS 10.29 ± 0.83 g/ dL, p = 0.019), while hematocrit levels showed no significant difference (29.36 ± 3.24% VS 30.78 ± 1.84%, p = 0.059). No significant differences in hemoglobin and hematocrit levels between the extemporaneous formulation and folic acid tablets. The only adverse event reported was dental caries. Caregivers were satisfied with the preparation. Conclusion, the extemporaneous preparation of folic acid of Sisaket Hospital is stable, effective, safe, and caregivers are satisfied. These findings support confidence for drug use which can be expanded the implementation to other hospitals.

Keywords : Effectiveness, Extemporaneous preparation, Folic acid

บทนำ

กรดโฟลิคเป็นวิตามินชนิดหนึ่ง ซึ่งมีความจำเป็นสำหรับการแบ่งเซลล์ การถ่ายทอดรหัสทางพันธุกรรม รวมถึงการสร้างเม็ดเลือดแดง มีข้อบ่งใช้ในการรักษาภาวะโลหิตจางจากเม็ดเลือดแดงที่มีขนาดใหญ่กว่าปกติ[1-2] นอกจากนี้ มีคำแนะนำให้ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียควรได้รับกรดโฟลิคทุกรายเพื่อเป็นการดูแลรักษาทั่วไปสำหรับผู้ป่วย[3] รูปแบบเภสัชภัณฑ์ยากรดโฟลิคที่มีจำหน่ายในประเทศไทยมีเฉพาะรูปแบบยาเม็ด ขนาด 5 มิลลิกรัม ซึ่งไม่มีรูปแบบยาน้ำสำหรับเด็ก จึงพบปัญหาความไม่สะดวกในการบริหารยาสำหรับผู้ป่วยเด็ก ดังนั้นในกรณีที่ผู้ป่วยเด็กต้องใช้ยากรดโฟลิค กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลศรีสะเกษ ต้องเตรียมเป็นยาเตรียมเฉพาะคราวรูปแบบยาน้ำรับประทานจากยาเม็ด โดยสูตรตำรับเดิมของโรงพยาบาลกำหนดวันหมดอายุ 30 วัน นับจากวันเตรียมยา[2] สูตรตำรับนี้ผู้ป่วยต้องมารับยาที่โรงพยาบาลทุกเดือน แม้ว่าแพทย์จะนัดติดตามอาการทุก 3 หรือ 6 เดือนก็ตาม ผู้ดูแลผู้ป่วยไม่สามารถผสมยาเองที่บ้านได้ ซึ่งทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายและเสียเวลาในการเดินทางมาโรงพยาบาลเพื่อขอรับยาในทุกเดือน และผู้ป่วยบางรายอาจขาดยาได้ ส่งผลต่อประสิทธิภาพการรักษา นอกจากนี้ การที่ต้องเดินทางมารับยาทุกเดือนเป็นการเพิ่มความแออัดให้กับโรงพยาบาล และเพิ่มกระบวนการทำงานตั้งแต่การจัดเตรียมยา การจ่ายยา และการออกใบนัดรับยาในทุก ๆ เดือน จากสถิติปีงบประมาณ 2559 พบว่าแพทย์สั่งใช้ยาน้ำกรดโฟลิคให้ผู้ป่วย 60 ราย โดยนัดมาพบแพทย์ทั้งหมด 142 ครั้ง ซึ่งหมายถึงว่าใน 1 ปี ต้องมีการเดินทางมารับยาน้ำกรดโฟลิคที่โรงพยาบาลทั้งหมด 720 ครั้ง ผู้ป่วยทั้งหมดจึงจะได้รับยาครบตามคำสั่งใช้ยาของแพทย์ ซึ่งหากมีสูตรตำรับยาที่ผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถเตรียมผสมเองได้ที่บ้าน ผู้ป่วยจะรับยาทั้งหมดในวันที่แพทย์นัดเท่านั้น ไม่ต้องเดินทางมาโรงพยาบาลเพื่อขอรับยาในทุก ๆ เดือน ดังนั้น กลุ่มงานเภสัชกรรมมีความประสงค์ที่จะพัฒนาสูตรตำรับยาเตรียมเฉพาะคราวกรดโฟลิคขึ้น เพื่อใช้กับผู้ป่วยเด็กของโรงพยาบาลและปรับปรุงให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถเตรียมผสมเองที่บ้านได้ โดยสูตรตำรับที่ได้ต้องมีความคงสภาพของยา ทั้งคุณสมบัติทางเคมี ทางกายภาพ ทางจุลชีววิทยา ผลการรักษา และความเป็นพิษให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดตลอดระยะเวลาการเก็บรักษาและใช้งาน การวิจัยนี้ประกอบด้วย 2 ระยะ คือ การวิจัยระยะที่ 1 ซึ่งเสร็จสิ้นแล้ว มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาสูตรตำรับยาเตรียมเฉพาะคราวกรดโฟลิคและทำการศึกษาความคงตัวของตำรับยาที่พัฒนาขึ้น ผลการศึกษาพบว่า ตำรับยาเตรียมเฉพาะคราวกรดโฟลิคที่เตรียมจากยาเม็ดกรดโฟลิคบดเป็นผงและใช้ Syrup USP เป็นน้ำกระสายยา มีความคงตัวทางกายภาพ ทางเคมี และทางจุลชีววิทยา ไม่น้อยกว่า 60 วัน เมื่อเก็บไว้ในตู้เย็น นับจากวันผสมผงยากับน้ำกระสายยา กลุ่มงานเภสัชกรรมจึงนำสูตรตำรับยาที่ได้จากการพัฒนานี้ พัฒนาเป็นชุดเตรียมยาเฉพาะคราวกรดโฟลิคของโรงพยาบาลศรีสะเกษ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถเตรียมผสมเองที่บ้านได้

โดยตำรับยาเตรียมเฉพาะคราวกรดโฟลิคเริ่มนำมาใช้กับผู้ป่วยเด็กของโรงพยาบาลศรีสะเกษ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560 เป็นต้นมา การวิจัยระยะที่ 2 นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคงสภาพด้านประสิทธิผลการรักษาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ด้านยา รวมถึงประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วย

ที่มีต่อตำรับยาเตรียมเฉพาะคราวกรดโฟลิค เพื่อให้เกิดความมั่นใจในผลการรักษาและผลข้างเคียงของตำรับยาเตรียมเฉพาะคราวกรดโฟลิค รวมทั้งนำผลที่ได้จากการศึกษาไปเป็นข้อมูลในการพัฒนาตำรับต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของตำรับยาเตรียมเฉพาะคราวกรดโฟลิคของโรงพยาบาลศรีสะเกษ ดังนี้

1. เปรียบเทียบระดับฮีโมโกลบินและฮีมาโตคริตในเลือดของผู้ป่วย ก่อนและหลังได้รับยาเตรียมเฉพาะคราวกรดโฟลิค
2. เปรียบเทียบระดับฮีโมโกลบินและฮีมาโตคริตในเลือดของผู้ป่วยขณะได้รับยาเตรียมเฉพาะคราวกรดโฟลิคและขณะได้รับยากรดโฟลิครูปแบบเม็ด
3. ศึกษาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ระหว่างการใช้ยาเตรียมเฉพาะคราวกรดโฟลิค
4. ประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีต่อตำรับยาเตรียมเฉพาะคราวกรดโฟลิค

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) กึ่งทดลอง (Quasi Experimental) และศึกษาแบบสังเกต (Observational Study) โดยพัฒนาตำรับยาเตรียมเฉพาะคราวกรดโฟลิค ศึกษาข้อมูลผู้ป่วยเพื่อประเมินประสิทธิผลของตำรับยาจากระบบบริหารจัดการข้อมูล (Himpro) ของโรงพยาบาลศรีสะเกษ ศึกษาข้อมูลเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และความพึงพอใจจากการใช้ยาเตรียมเฉพาะคราวกรดโฟลิคจากผู้ดูแลผู้ป่วย โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

โดยแบ่งประชากรและกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม เพื่อตอบคำถามตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ได้แก่

(1) กลุ่มที่ 1 เพื่อเปรียบเทียบระดับฮีโมโกลบินและฮีมาโตคริตในเลือดของผู้ป่วย ก่อนและหลังได้รับยาเตรียมเฉพาะคราวกรดโฟลิค และเปรียบเทียบระดับฮีโมโกลบินและฮีมาโตคริตในเลือดของผู้ป่วยขณะได้รับยาเตรียมเฉพาะคราวกรดโฟลิคกับยากรดโฟลิครูปแบบเม็ด

ประชากร คือ กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโฮโมไซกัสฮีโมโกลบินอี รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ ร่วมกับมีประวัติการได้รับยาเตรียมเฉพาะคราวกรดโฟลิคและยากรดโฟลิครูปแบบเม็ด ระหว่าง 1 ตุลาคม 2559 ถึง 30 กันยายน 2567 จำนวนรวมทั้งสิ้น 23 คน

เกณฑ์การคัดเข้า

- ผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 6 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโฮโมไซกัสฮีโมโกลบินอี รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ และได้รับยาเตรียมเฉพาะคราวกรดโฟลิคอย่างน้อย 1 ปี หลังจากนั้นเปลี่ยนเป็นการรักษาโดยใช้ยากรดโฟลิครูปแบบเม็ดอย่างน้อย 1 ปี
- ผู้ป่วยต้องมีผลระดับฮีโมโกลบินและฮีมาโตคริตในเลือด บันทึกในประวัติของผู้ป่วยก่อนได้รับยาเตรียมเฉพาะคราวกรดโฟลิค ขณะได้รับยาเตรียมเฉพาะคราวกรดโฟลิคอย่างน้อย 2 ครั้ง และขณะได้รับยากรดโฟลิครูปแบบเม็ดอย่างน้อย 2 ครั้ง

เกณฑ์การคัดออก

- ผู้ป่วยมีประวัติได้รับเลือด ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2559 ถึง 30 กันยายน 2567

- ผู้ป่วยที่มีประวัติเข้ารับการนอนรักษาในโรงพยาบาล ที่อาจมีสาเหตุสัมพันธ์กับโรคเลือดของผู้ป่วย ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2559 ถึง 30 กันยายน 2567

กลุ่มตัวอย่าง ใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ผ่านตามเกณฑ์การคัดเข้าออก จำนวนรวมทั้งสิ้น 19 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ด้วยโปรแกรม G*power 3.1 กำหนด power = 0.8, α = 0.05 และ effect size = 0.37 (คำนวณจากการศึกษาของ Mojtahedzadeh F และคณะ[4]) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้เท่ากับ 61 คน

(2) กลุ่มที่ 2 เพื่อศึกษาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ระหว่างการใช้ยาเตรียมเฉพาะคราวกรดโฟลิคและประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีต่อตำรับยาเตรียมเฉพาะคราวกรดโฟลิค โดยศึกษาตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2567 ถึง 31 พฤษภาคม 2567

เกณฑ์การคัดเข้า

- ผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยในการดูแลต้องอายุน้อยกว่า 6 ปี ที่ได้รับยาเตรียมเฉพาะคราวกรดโฟลิค ผู้ดูแลผู้ป่วยต้องเคยผสมยาและป้อนยาให้กับผู้ป่วยอย่างน้อย 1 ครั้ง
- ผู้ดูแลผู้ป่วยอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป
- ผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถอ่านออกเขียนได้

เกณฑ์การคัดออก

- ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้

กลุ่มตัวอย่าง ใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ผ่านตามเกณฑ์การคัดเข้าออก จำนวนรวมทั้งสิ้น 42 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. **แบบเก็บข้อมูลผู้ป่วย** ใช้เก็บข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโฮโมไซกัส ฮีโมโกลบินอี รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศรีสะเกษ ร่วมกับมีประวัติการได้รับยาเตรียมเฉพาะคราวกรดโฟลิค หลังจากนั้นเปลี่ยนเป็นการรักษาโดยใช้ยากรดโฟลิครูปแบบเม็ด ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2559 ถึง 30 กันยายน 2567 แบบเก็บข้อมูลประกอบด้วย เพศ อายุ การวินิจฉัยโรคของผู้ป่วย วันเดือนปีที่ได้รับยา รูปแบบและขนาดของยาที่ได้รับ ค่าฮีโมโกลบินและฮีมาโตคริตในเลือดของผู้ป่วย โดยเก็บข้อมูลจากระบบ Himpro

2. **แบบสอบถามสำรวจความพึงพอใจและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของตำรับยาเตรียมเฉพาะคราวกรดโฟลิค** ใช้สอบถามข้อมูลจากผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาเตรียมเฉพาะคราวกรดโฟลิค

แบบสอบถามเป็นคำถามแบบปรนัย จำนวน 7 ข้อ และข้อเสนอแนะอื่น เป็นคำถามอัตนัย 1 ข้อ เกณฑ์ในการประเมินเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ตามวิธีของลิเคิร์ท[5] โดยเกณฑ์การประเมินเป็นคะแนนดังนี้

ค่าเฉลี่ยของคะแนน	ระดับของความพึงพอใจ
คะแนน 1.00 - 1.50	ความพึงพอใจน้อยที่สุด
คะแนน 1.51 - 2.50	ความพึงพอใจน้อย
คะแนน 2.51 - 3.50	ความพึงพอใจปานกลาง
คะแนน 3.51 - 4.50	ความพึงพอใจมาก
คะแนน 4.51 - 5.00	ความพึงพอใจมากที่สุด

3. ส่วนของการสำรวจเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ลักษณะของแบบสอบถามจะเป็นคำถามปรนัย ตอบคำถาม “เกิด” หรือ “ไม่เกิด” เป็นคำถามอัตนัย 1 ข้อ ให้ระบุอาการอื่น ๆ โดยแบบสอบถามข้างต้นได้นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความสอดคล้องแล้วนำผลการตรวจสอบมาคำนวณหาค่าความสอดคล้องระหว่าง ข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC : Item Objective Congruence Index)

โดยค่า IOC ทุกข้อคำถามในแบบสอบถามได้ค่าคะแนนที่มากกว่า 0.5 และตรวจสอบความเที่ยงโดยนำแบบสอบถามทดลองเก็บข้อมูล วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค มีค่าเท่ากับ 0.729

ตำรับยาเตรียมเฉพาะคราวกรดโฟลิคของโรงพยาบาลศรีสะเกษ

ความเข้มข้น 1 มก./มล. ซึ่งเป็นผลที่ได้จากการวิจัยระยะที่ 1 โดยศึกษาการตั้งตำรับและพัฒนาตำรับขึ้น หลังจากนั้นทดสอบความคงตัวของตำรับ กำหนดวันหมดอายุ 30 วัน และเก็บในตู้เย็นหลังผสมยา โดยมีวิธีการเตรียมดังนี้

วัสดุและอุปกรณ์

1) ขวดสีชาทำสัญลักษณ์ระดับ 60 มล. พร้อมฝา
2) ขวดพลาสติกขนาด 60 มล. พร้อมฝา
3) กระบอกตวง
4) ถุงซิบ
5) กระดาษชั่งยา
6) โกร่งและลูกโกร่ง
7) ฉลากชื่อสารและวิธีผสมยา
8) ยาเม็ดกรดโฟลิค 5 มก. จำนวน 12 เม็ด
9) Syrup USP
10) Sterile water for injection nebule 5 มล.

ขั้นตอนการเตรียมชุดยา

1) บดยาเม็ดกรดโฟลิค 5 มก. จำนวน 12 เม็ด ในโกร่ง เทผงยาใส่กระดาษชั่งยาแล้วนำผงยาเทใส่ขวดสีชา 60 มล. ที่เตรียมไว้ ติดฉลากชื่อสารพร้อมวันหมดอายุ 6 เดือน นับจากวันที่บดเม็ดยาและปิดฝา

2) บรรจุ Syrup USP 60 มล. (น้ำกระสายยา) ใส่ในขวดพลาสติก ติดฉลากพร้อมวันหมดอายุ 6 เดือน หลังบรรจุและปิดฝา

3) บรรจุขวดผงยากรดโฟลิค, ขวด Syrup USP และ Sterile water for injection nebule ลงในถุงซิบและติดฉลากวิธีผสมยาที่หน้าถุงซิบ



ภาพที่ 1 ตำรับยาเตรียมเฉพาะคราวกรดโฟลิคของโรงพยาบาลศรีสะเกษ

การศึกษาความคงตัวของตำรับยาเตรียมเฉพาะคราวกรดโฟลิคของโรงพยาบาลศรีสะเกษ ณ วันที่ 0, 29 และ 59 หลังจากผสมยา (In - use Stability) และเก็บไว้ที่อุณหภูมิตู้เย็น (2 – 8°C) ผลการทดสอบการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ ทำโดยสังเกตการเปลี่ยนแปลงลักษณะทั่วไปของสี กลิ่น รส ความหนืด พบว่ายามีสีเหลือง ไม่มีกลิ่น มีรสชาติหวาน มีความหนืดเล็กน้อย ไม่มีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม แต่มีการตกตะกอนของผงยาที่ก้นขวดขณะตั้งทิ้งไว้ เมื่อเขย่าขวดยาผงยามีการกระจายตัวดี ผลการทดสอบการเปลี่ยนแปลงทางเคมี ทำโดยวัดความเป็นกรด - ด่าง (pH) และวิเคราะห์ปริมาณตัวยาสำคัญ (%LA) โดยวิธี HPLC พบว่าค่าความเป็นกรด - ด่าง ของตำรับอยู่ในช่วง 5 – 6 และร้อยละปริมาณตัวยาสำคัญกรดโฟลิค อยู่ในช่วงตามมาตรฐาน USP37 - NF32 (Monograph : Folic acid Tablets) กำหนดคือ ต้องมีปริมาณตัวยาสำคัญกรดโฟลิค อยู่ในช่วง 90.0 – 115.0% ของปริมาณที่ระบุบนฉลาก ผลการทดสอบการเปลี่ยนแปลงทางจุลชีววิทยาพบว่า ไม่พบการปนเปื้อนเชื้อที่เวลาต่าง ๆ

ตารางที่ 1 การศึกษาความคงตัวของตำรับยาเตรียมเฉพาะคราวกรดโฟลิคของโรงพยาบาลศรีสะเกษ

การศึกษาความคงตัว	วันที่ 0	วันที่ 29	วันที่ 59
สี/ กลิ่น/ รส/ ความหนืด	สีเหลือง ไม่มีกลิ่น รสชาติหวาน หนืดเล็กน้อย	สีเหลือง ไม่มีกลิ่น รสชาติหวาน หนืดเล็กน้อย	สีเหลือง ไม่มีกลิ่น รสชาติหวาน หนืดเล็กน้อย
ค่าความเป็นกรด - ด่าง	6.08	5.92	5.61
ร้อยละปริมาณตัวยาสำคัญเฉลี่ย	95.69	98.25	92.85
ผลการเพาะเชื้อ	ไม่พบเชื้อ	ไม่พบเชื้อ	ไม่พบเชื้อ

หมายเหตุ :

- มาตรฐานการทดสอบ USP37-NF32 (Monograph: Folic acid Tablets) ปริมาณตัวยาสำคัญ Folic acid ต้องอยู่ในช่วง 90.0 – 115.0% ของปริมาณที่ระบุบนฉลาก โดยส่งทดสอบที่คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- เพาะเชื้อที่งานจุลชีววิทยาคลินิก กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก โรงพยาบาลศรีสะเกษ

วิธีการเก็บข้อมูล

1. ดำเนินการเก็บข้อมูลต่าง ๆ ของผู้ป่วย จากระบบบริหารจัดการข้อมูล (Himpro) ของโรงพยาบาลศรีสะเกษ
2. ดำเนินการเก็บข้อมูลแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของตำรับยาเตรียมเฉพาะคราวกรดโฟลิค ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีสะเกษ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. เปรียบเทียบระดับฮีโมโกลบินและฮีมาโตคริตในเลือดของผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test กำหนดนัยสำคัญที่ $p < 0.05$
2. เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยระหว่างการใช้ยาเตรียมเฉพาะคราวกรดโฟลิคและความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีต่อตำรับยา

เตรียม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองการพิจารณาจริยธรรมโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ เอกสารรับรองโครงการวิจัยที่ 004/2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจำนวน 19 คน พบว่าเป็นผู้ป่วยเพศชาย ร้อยละ 42.11 (8 คน) และเป็นผู้ป่วยเพศหญิง ร้อยละ 57.89 (11 คน) ช่วงอายุที่ผู้ป่วยเปลี่ยนจากการได้รับยาเตรียมเฉพาะคราวกรดโฟลิคเป็นยากรดโฟลิครูปแบบเม็ดมากที่สุด คือ ระหว่าง 2 – 5 ปี (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (n = 19)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	8	42.11
หญิง	11	57.89
ช่วงอายุที่ผู้ป่วยเปลี่ยนจากการได้รับยาเตรียมเฉพาะคราวกรดโฟลิคเป็นยากรดโฟลิครูปแบบเม็ด		
อายุน้อยกว่า 2 ปี	4	21.05
ระหว่าง 2 – 5 ปี	14	73.68
อายุ 5 ปีขึ้นไป	1	5.26
จำนวนรายการยาอื่นที่ผู้ป่วยได้รับร่วมกับยาเตรียมเฉพาะคราวกรดโฟลิค		
ไม่ได้รับยาอื่นร่วม	12	63.16
อย่างน้อย 1 รายการ	7	36.84
จำนวนรายการยาอื่นที่ผู้ป่วยได้รับร่วมกับยากรดโฟลิครูปแบบเม็ด		
ไม่ได้รับยาอื่นร่วม	13	68.42
อย่างน้อย 1 รายการ	6	31.58

2. เปรียบเทียบระดับฮีโมโกบินและฮีมาโตคริตในเลือดของผู้ป่วย ก่อนและหลังได้รับยาเตรียมเฉพาะคราวกรดโฟลิค ผลการศึกษาพบว่าระดับฮีโมโกลบินในเลือดของผู้ป่วยหลังได้รับยาเตรียมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ โดยพบว่าระดับฮีโมโกลบินในเลือดของผู้ป่วยก่อนได้รับยาเตรียมเฉพาะคราวกรดโฟลิคเท่ากับ 9.72 ± 1.20 g/dL และหลังได้รับยาเตรียมเฉพาะคราวกรดโฟลิคเท่ากับ 10.29 ± 0.83 g/dL

สำหรับระดับฮีมาโตคริตในเลือดของผู้ป่วยก่อนได้รับยาเตรียมเฉพาะคราวกรดโฟลิคนั้นเท่ากับ 29.36 ± 3.24% และหลังได้รับยาเตรียมเฉพาะคราวกรดโฟลิคเท่ากับ 30.78 ± 1.84% ไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของฮีโมโกลบินและฮีมาโตคริตในเลือดของผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับยาเตรียมเฉพาะคราวกรดโฟลิค

ตัวแปร	ระยะการทดลอง	n	$\bar{x}$	SD	Z	p-value
ฮีโมโกลบิน (g/dL)	ก่อน	19	9.72	1.20	-2.355[b]	0.019
	หลัง	19	10.29	0.83		
ฮีมาโตคริต (%)	ก่อน	19	29.36	3.24	- 2.447[b]	0.059
	หลัง	19	30.78	1.84		

b = Based on negative ranks

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับฮีโมโกลบินและฮีมาโตคริตในเลือดของผู้ป่วยขณะได้รับยาเตรียมเฉพาะคราวกรดโฟลิค กับขณะได้รับยากรดโฟลิครูปแบบเม็ด ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยของระดับฮีโมโกลบินในเลือดของผู้ป่วยขณะได้รับยาเตรียมเฉพาะคราวกรดโฟลิคเท่ากับ 10.20 ± 0.92 g/dL และเมื่อเปลี่ยนมารับประทานกรดโฟลิค รูปแบบเม็ดพบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับฮีโมโกลบินในเลือดของผู้ป่วยเท่ากับ 10.31 ± 0.92 g/dL

สำหรับค่าเฉลี่ยของระดับฮีมาโตคริตในเลือดของผู้ป่วยขณะได้รับยาเตรียมเฉพาะคราวกรดโฟลิคนั้นเท่ากับ 30.65 ± 2.05% และเมื่อเปลี่ยนมารับประทานกรดโฟลิครูปแบบเม็ดพบว่าค่าเฉลี่ยของระดับฮีมาโตคริตในเลือดของผู้ป่วยเท่ากับ 30.62 ± 2.13% ซึ่งค่าเฉลี่ยของระดับฮีโมโกลบินและ ฮีมาโตคริตในเลือดของผู้ป่วยขณะได้รับยาเตรียมเฉพาะคราวกรดโฟลิคและขณะได้รับยากรดโฟลิครูปแบบเม็ด ไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของฮีโมโกลบินและฮีมาโตคริตในเลือดของผู้ป่วยขณะได้รับยาเตรียมเฉพาะคราวกรดโฟลิคและขณะได้รับยากรดโฟลิครูปแบบเม็ด

ตัวแปร	ระยะการทดลอง	n	$\bar{x}$	SD	Z	p-value
ฮีโมโกลบิน (g/dL)	ยาเตรียมเฉพาะคราว	19	10.20	0.92	-0.850[b]	0.395
	ยารูปแบบเม็ด	19	10.31	0.92		
ฮีมาโตคริต (%)	ยาเตรียมเฉพาะคราว	19	30.65	2.05	-0.153[c]	0.879
	ยารูปแบบเม็ด	19	30.62	2.13		

b = Based on negative ranks

c = Based on positive ranks

4. การศึกษาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยระหว่างการใช้ยาเตรียมเฉพาะคราวกรดโฟลิค โดยสอบถามจากผู้ดูแลผู้ป่วยจำนวน 42 คน พบว่าผู้ป่วยจำนวน 6 คน มีฟันผุระหว่างการใช้ยาเตรียมเฉพาะคราวกรดโฟลิค (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยระหว่างการใช้ยาเตรียมเฉพาะคราวกรดโฟลิค

อาการไม่พึงประสงค์	จำนวน (ร้อยละ)
ตัวร้อนแดง	0 (0)
อ่อนเพลีย	0 (0)
ผื่นแดงคัน	0 (0)
ภาวะภูมิไวเกิน/แพ้ยา	0 (0)
หลอดลมหดเกร็ง	0 (0)
ฟันผุ	6 (15.00)

5. การประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีต่อตำรับยาเตรียมเฉพาะคราวกรดโฟลิค โดยสอบถามจากผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นผู้ป้อนยา จำนวน 42 คน ผู้ตอบแบบสอบถามมีอายุอยู่ในช่วง 29 – 62 ปี แบ่งเป็นเพศหญิง 40 คน เพศชาย 2 คน โดยประเมินความพึงพอใจในเรื่องสีของยา กลิ่นของยา รสชาติของยา ขั้นตอนการผสมยา การเป็นเนื้อเดียวกันของยา การไหลของยา และความพึงพอใจในภาพรวม จากผลการสำรวจพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมีความพึงพอใจอยู่ในระดับพึงพอใจมาก (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 รายงานค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีต่อตำรับยาเตรียมเฉพาะคราวกรดโฟลิค

รายการประเมิน	ความพึงพอใจ			
	$\bar{x}$ ± SD	ต่ำสุด	สูงสุด	ระดับความพึงพอใจ
1. สีของยาดึงดูดให้น่ารับประทาน	3.90 ± 0.431	3	5	มาก
2. กลิ่นของยาดึงดูดให้น่ารับประทาน	3.62 ± 0.582	3	5	มาก
3. รสชาติหวาน รับประทานง่าย (กรณีเคยชิม)	3.86 ± 0.756	2	5	มาก
4. ขั้นตอนการผสมยาไม่ยุ่งยาก	4.10 ± 0.430	3	5	มาก
5. การกระจายตัวของผงยาหลังเขย่า: ผงยากระจายตัวไม่จับกันเป็นก้อน	4.14 ± 0.350	4	5	มาก
6. ยาสามารถเทออกจากขวดได้ง่าย	4.19 ± 0.397	4	5	มาก
7. ความพึงพอใจต่อตำรับยาในภาพรวม	4.19 ± 0.397	4	5	มาก

อภิปรายผลการวิจัย

จากการเปรียบเทียบระดับฮีโมโกลบินและฮีมาโตคริตในเลือดของผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับยาเตรียมเฉพาะคราวกรดโฟลิค พบว่าระดับฮีโมโกลบินของผู้ป่วยหลังได้รับยาเตรียมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับบทความเรื่อง โภชนาการสำหรับผู้ป่วยธาลัสซีเมีย แนะนำให้ผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่ไม่ได้รับเลือดหรือได้รับการ

รักษาด้วยเลือดไม่เต็มที่จะต้องการกรดโฟลิคที่สูงกว่าปกติ ควรเสริมกรดโฟลิค 1 มก. ต่อวัน[6] สำหรับระดับฮีมาโตคริตหลังได้รับยาเตรียมเฉพาะคราวกรดโฟลิคมีแนวโน้มสูงขึ้น แต่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งอาจจะเกิดจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่น้อย และผลการวิจัยสอดคล้องกับการวิจัยของ F. Mojtahedzadeh และคณะ[4] ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลทางการรักษาด้วยยากรดโฟลิค พบว่าระดับฮีโมโกลบินและฮีมาโตคริตในเลือดของผู้ป่วยที่ได้รับยากรดโฟลิคติดต่อกันเป็นเวลา 1 เดือน ไม่แตกต่างกัน แต่ค่า Serum folic acid แตกต่างกันชัดเจน ดังนั้น ในการวัดประสิทธิผลการรักษาด้วยกรดโฟลิคควรเพิ่มการติดตามค่า Serum folic acid ของผู้ป่วยด้วย และเมื่อเปรียบเทียบระดับฮีโมโกลบินและฮีมาโตคริตในเลือดของผู้ป่วยขณะได้รับยาเตรียมเฉพาะคราวกรดโฟลิคและขณะได้รับยากรดโฟลิครูปแบบเม็ด พบว่าค่าเฉลี่ยของระดับฮีโมโกลบินและฮีมาโตคริตในเลือดของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างไม่มีความแตกต่างกันระหว่างการได้รับยาทั้ง 2 รูปแบบ สอดคล้องกับข้อมูลความคงสภาพของยาด้านผลการรักษา ซึ่งผลการรักษาต้องไม่เปลี่ยนแปลง[7] แต่การวิจัยนี้มีผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ตามการศึกษาจำนวนน้อย ในอนาคตอาจจะต้องเพิ่มกลุ่มประชากร เช่น กลุ่มผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนที่ได้รับตำรับยาเตรียมเฉพาะคราวกรดโฟลิค หรือขยายช่วงเวลาการเก็บข้อมูลให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้น เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย

การศึกษาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยระหว่างการใช้ยาเตรียมเฉพาะคราวกรดโฟลิค เป็นการสอบถามข้อมูลจากผู้ดูแลผู้ป่วย โดยเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่พบระหว่างการใช้ยาเตรียมเฉพาะคราวกรดโฟลิค คือ ฟันผุ สอดคล้องกับบทความของ นวภรณ์ วิมลสาระวงค์[8] ที่กล่าวว่าผู้ป่วยอาจเกิดอาการไม่พึงประสงค์ได้ โดยเฉพาะจาก Excipients ที่ไม่ใช่ตัวยาสำคัญ เช่น น้ำตาลที่เป็นสาเหตุให้ฟันผุ การลดการบริโภคน้ำตาลจึงเป็นหัวใจหลักในการป้องกันฟันผุ การบริโภคน้ำตาลควรบริโภคให้น้อยที่สุดตั้งแต่วัยเด็ก[9] ทั้งนี้ในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับประทานยาเตรียมเฉพาะคราวกรดโฟลิคทุกวันต่อเนื่องกันเป็นเวลานาน อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเด็กเกิดฟันผุได้ เนื่องจากในตำรับนี้ใช้ Syrup USP เป็นน้ำกระสายยา ซึ่งมีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบหลัก ดังนั้น อาจนำเรื่องการลดปริมาณการใช้ Syrup USP มาเป็นประเด็นศึกษาสำหรับพัฒนาตำรับต่อไป จากการศึกษาของ M. Vignesh และคณะ[10] พบว่ายากรดโฟลิค รูปแบบน้ำที่เตรียมโดยใช้ Sorbitol, Glycerine, Propylene glycol รวมถึง Sorbitol, Glycerine และ Propylene glycol เป็นน้ำกระสายยา ค่าความเป็นกรด – ด่างของตำรับอยู่ระหว่าง 5.0 – 5.5 ปริมาณตัวยาสำคัญกรดโฟลิคอยู่ระหว่าง 90 – 95% เมื่อเก็บไว้ 30 วันหลังเตรียมยาที่อุณหภูมิห้อง ดังนั้น ในการพัฒนาตำรับอาจพิจารณาทดลองใช้ Sorbitol, Glycerine และ Propylene glycol เป็นน้ำกระสายยา

การประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีต่อตำรับยาเตรียมเฉพาะคราวกรดโฟลิค เป็นการสอบถามข้อมูลจากผู้ดูแลผู้ป่วย รายการประเมินที่มีคะแนนความพึงพอใจที่น้อยที่สุดคือ กลิ่นของยา ซึ่งในสูตรตำรับที่พัฒนาขึ้นไม่มีการเติมสารแต่งกลิ่น แต่จากการติดตามการใช้ยาไม่พบว่ารสชาติและกลิ่นของยาทำให้เด็กอาเจียนหรือเป็นอุปสรรคในการรับประทานยา แต่อาจปรับตำรับยาโดยเติมกลิ่นที่ใช้ในการผสมอาหาร เลือกกลิ่นให้เหมาะสม

กับสีของตำรับยา เช่น สีของยาเตรียมเฉพาะครา กรดโฟลิคเป็นสีเหลือง อาจจะใช้กลิ่น วนิลลาหรือกล้วยหอมเป็นสารแต่งกลิ่น[11] เพื่อเพิ่มความพึงพอใจที่มีต่อตำรับยา

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ตำรับยาเตรียมเฉพาะคราวกรดโฟลิคของโรงพยาบาลศรีสะเกษที่พัฒนาขึ้น มีความคงสภาพของยา ทั้งคุณสมบัติด้านเคมี กายภาพ และจุลชีววิทยา มีประสิทธิผลด้านการรักษา มีความปลอดภัย และผู้ดูแลผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อตำรับยาเตรียมเฉพาะคราวกรดโฟลิค โรงพยาบาลสามารถจ่ายยาให้ผู้ป่วยครบถึงวันนัดได้ ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายและเสียเวลาในการเดินทางมารับยาที่โรงพยาบาลทุกเดือน

ข้อเสนอแนะ

จากตำรับยาเตรียมเฉพาะคราวกรดโฟลิคใช้ Syrup USP เป็นส่วนประกอบหลัก อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเด็กที่ต้องรับประทานยาทุกวันต่อเนื่องกันเป็นเวลานาน เกิดฟันผุได้ ควรมีการพัฒนาสูตรตำรับโดยลดปริมาณการใช้ Syrup USP เช่น ทดลองใช้น้ำกระสายยาสูตร 1 ที่ใช้ในการเตรียมยาเฉพาะคราวของโรงพยาบาลศรีสะเกษ ซึ่งมีส่วนประกอบของ Sorbitol และ Syrup USP รวมอยู่ด้วย เป็นน้ำกระสายยาของยาเตรียมเฉพาะคราวกรดโฟลิค รวมถึงพัฒนากลิ่นของตำรับยา เช่น ใช้กลิ่นวนิลลาหรือกล้วยหอมเป็นสารแต่งกลิ่น เพื่อให้น่ารับประทานมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสะเกษ และ พญ.ประภา ธีรลีกุล แพทย์อนุสาขาโลหิตวิทยาและมะเร็งในเด็ก ตลอดจน ภญ.วชิรา สุเมธิวิทย์ หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม และ ภญ.มัลลิกา สุพล หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ขอขอบพระคุณผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัย ทำให้การวิจัยเสร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี และขอขอบพระคุณ ผศ.ดร.แสวง วัชระธนกิจ และ ภญ.ชุติธนา ภัทรทิวานนท์ ที่ให้คำแนะนำในการทำวิจัยให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. ศักดา ดาดวง. Vitamins & Minerals กินอย่างไรให้สุขภาพดี. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์พิมพ์ดี; 2552.
2. Corbett H, Golembiewski A, Gonzales P, Jason S, Lowe F, Rybarczyk A. Drug information handbook. 27 th ed. Ohio: Lexicomp; 2018.
3. สุภานัน เลาหสุรโยธิน. โรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย Thalassemia [อินเตอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 16สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://ped.md.chula.ac.th/wp-content/uploads/2021/09/32_CUPA2021-ebook.pdf
4. Mojtahedzadeh F, Kosaryan M, Mahdavi M, Akbari J. The effect of folic acid supplementation in beta-thalassemia major: A randomized placebo-controlled clinical trial**.** Arch Iranian Med [Internet]. 2006;9(3):266-8.
5. พัฒนา พรหมณี, ยุพิน พิทยาวัฒนชัย, จีระศักดิ์ ทัพผา. แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจและการสร้างแบบสอบถามความพึงใจในงาน. วารสารวิชาการสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย (สสอท.) [อินเตอร์เน็ต]. 2563;26(1):59-66.
6. จิตสุดา บัวขาว. แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยธาลัสซีเมียในเวชปฏิบัติทั่วไป [อินเตอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 25 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.biogenetech.co.th/wp-content/uploads/2018/01/Guidelines-for-thalassemia-care.pdf
7. ศศิประภา ชิตรัตถา. ความคงสภาพของยา (Drug stability) [อินเตอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 3กรกฎาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://ccpe.pharmacycouncil.org/showfile.php?file=484.
8. นวภรณ์ วิมลสาระวงค์. ยาเตรียมพิเศษเฉพาะรายรูปแบบยาน้ำสำหรับเด็ก Extemporaneous compounding of oral liquids for pediatrics. กุมารเวชสาร [อินเตอร์เน็ต]. 2555;19(3):193-9
9. สุดาดวง กฤษฎาพงษ์, พนิดา ธัญญศรีสังข์. น้ำตาลอิสระ: สาเหตุของโรคฟันผุ. J DENT ASSOC THAI. 2562;69(2):110-25.
10. Vignesh M, Sivakumar M, Parkavi V, Selvakumar K, Joysa R. Stabilization of folic acid in liquid dosage form: Formulation development, method validation and comparative analysis. International Journal of Pharmaceutical and Chemical Sciences. 2012;1(1): 332-8.
11. นิมิต วรกุล, วิบุล วงศ์ภูวรักษ์. การพัฒนาสูตรตำรับยาน้ำเชื่อมพาราเซตามอล โดยวิธีการหาผลเลิศ [อินเตอร์เน็ต]. 2534 [เข้าถึงเมื่อ 25 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: http://kb.psu.ac.th/psukb/2553/5337.

JOURNAL OF HEALTH CONSUMER PROTECTION
วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
Vol.5 No.1 January-June 2025
ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2568

การศึกษาความรู้ และทัศนคติต่อการจัดทำฉลากอาหารตามกฎหมาย ของผู้ประกอบการผลิตอาหารในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

Knowledge and attitude toward the legal food labeling of food producers in Ayutthaya Province

ฐานวดี บุญพันธุ์[1], ธนะวิชช์ ปานน้อย[2]

Thanawadee Boonpanth[1], Tanavij Pannoi[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้และทัศนคติต่อการจัดทำฉลากอาหารตามกฎหมายของผู้ประกอบการผลิตอาหารในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ประกอบการผลิตอาหารที่ได้รับอนุญาตแล้วในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 182 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในระหว่างวันที่ 11 – 25 มกราคม 2568 ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการจัดทำฉลากอาหารเฉลี่ย 5.36 ปี เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดทำฉลากอาหาร ร้อยละ 52.20 ทราบว่าการจัดทำฉลากต้องปฏิบัติตามกฎหมาย ร้อยละ 91.21 โดยรับทราบจากพนักงานเจ้าหน้าที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ร้อยละ 23.60 จัดทำฉลากอาหารตามที่ทีมงาน/ แผนกผู้รับผิดชอบได้ตกลงกัน ร้อยละ 35.71 ไม่เคยถูกพนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบกรณีแสดงฉลากอาหารไม่ถูกต้อง ร้อยละ 74.18 ไม่เคยถูกดำเนินคดีฐานแสดงฉลากอาหารไม่ถูกต้อง ร้อยละ 86.26 มีความรู้ในการจัดทำฉลากอาหารตามกฎหมาย อยู่ในระดับมาก (14.02 $\pm$ 1.74 จากคะแนนเต็ม 16) ทัศนคติในการจัดทำฉลากอาหารตามกฎหมายอยู่ระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง (4.24 $\pm$ 0.43) และการปฏิบัติของผู้ประกอบการในการจัดทำฉลากอาหารตามกฎหมายอยู่ในระดับบ่อยครั้ง (3.99 $\pm$ 0.59) เมื่อวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง (Structural Equation Modeling: SEM) พบว่าความรู้เพียงอย่างเดียวที่มีอิทธิพลทางตรงกับการปฏิบัติในการจัดทำฉลากอาหารตามกฎหมายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.037$) โดยปัญหาในการจัดทำฉลากอาหารตามกฎหมาย คือ ไม่เข้าใจ ข้อกฎหมายมีเยอะและเปลี่ยนแปลงบ่อย ดังนั้น การให้ความรู้ในแบบสรุปที่เข้าใจง่าย ผ่านช่องทางที่เข้าถึงได้ง่ายและเป็นปัจจุบันจะช่วย ให้ผู้ประกอบการผลิตอาหารในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาจัดทำฉลากอาหารได้ถูกต้องตามกฎหมายมากขึ้น

คำสำคัญ : ฉลากอาหาร, ผู้ประกอบการผลิตอาหาร, ความรู้, ทัศนคติ, การปฏิบัติตามกฎหมาย

[1] เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

[1] Pharmacist, Professional Level, Division of Consumer Health Protection and Public Health Pharmacy, Ayutthaya Provincial Public Health Office. E-mail: pla017@hotmail.com

[2] อาจารย์ประจำสำนักวิชาเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

[2] Lecturer at School of Pharmacy, Walailak University. E-mail: tanavij.pa@wu.ac.th

Received: 11 FEB 2025, Revised: 27 MAR 2025, Accepted: 30 MAR 2025

Abstract

This research was a cross-sectional design that aimed to explore knowledge and attitude towards food labeling with regard to the Thai law among food producers in Ayutthaya Province, Thailand. All 182 participants who received the legal permission of food production were selected to fill answer the survey questions. The results showed that most participants experienced in food labeling by 5.36 years. Over half of participants (52.20 %) were trained in legal food labeling, while, 91.21% of participants learned how to comply with the law of food labeling from Food and Drug Administration staff. 23.60% of participants make their food labels by the responsible team/department agreed, while, 35.71% of participants had never been checked by officials for incorrect food labeling. In addition, 86.26% of participants had a good level of food labeling knowledge (14.02 $\pm$ 1.74 out of 16 marks), whereas, 74.18% of the participants had never been legally penalized because of the violation of food label law. Most participants strongly agree to follow the law of food labeling (4.24 $\pm$ 0.43), as well as, they often do the food label by law (3.99 $\pm$ 0.59). The direct association of knowledge to practice was resulted ($p = 0.037$). There was no direct association between attitude and practice, as well as, mediation effects of attitude between knowledge and practice regarding the Structure Equation Model. Accordingly, participants responded that they do not understand the law of food labeling thoroughly due to too many revisions, as well as, too many laws issued. In conclusion, providing updated knowledge of food labeling with friendly users and an easy-to-access platform is recommended for food producers to comply a good practice of food labeling by the law.

Keywords : Food labels, Food producer, Knowledge, Attitude, Legal compliance

บทนำ

ฉลากอาหารเป็นสิ่งสำคัญกับทุกองค์ประกอบในห่วงโซ่การผลิตอาหาร กล่าวคือ ผู้ประกอบการผลิตอาหารใช้ฉลากเป็นเครื่องมือในการสื่อสารข้อมูลและโฆษณาผลิตภัณฑ์แก่ผู้บริโภค รวมทั้งใช้ในการเพิ่มมูลค่าของผลิตภัณฑ์เพื่อการแข่งขันทางการค้า หน่วยงานภาครัฐและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการคุ้มครองผู้บริโภคใช้เป็นเครื่องมือในการติดตามและตรวจสอบคุณภาพอาหาร พร้อมใช้ในการให้ข้อมูลความรู้ที่มีประโยชน์แก่ผู้บริโภค และผู้บริโภคใช้ฉลากอาหารเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจเลือกซื้อ พร้อมสร้างความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์อาหาร[1] ทั้งนี้ การจัดทำฉลากอาหาร ผู้ประกอบการผลิตอาหารจะต้องเป็นผู้จัดทำขึ้นตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่กำหนดภายใต้พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 ทั้งกฎหมายหลักและกฎหมายที่กำหนดไว้เป็นการเฉพาะ หากไม่ปฏิบัติตามจะถือเป็นความผิดและมีโทษตามกฎหมาย

ข้อมูลของกองอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.)[2] พบว่าผู้ประกอบการผลิตอาหารที่ได้รับการตรวจสอบในช่วงปี พ.ศ. 2564 – 2566 มีการแสดงฉลากไม่ถูกต้องตามกฎหมายถึงร้อยละ 43.9 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ส่วนใหญ่เป็นการตรวจสอบกรณีได้รับแจ้งเรื่องร้องเรียนถึงร้อยละ 63.8 และเป็นการร้องเรียนที่ประสงค์เงินสินบนถึงร้อยละ 69.68 ทั้งนี้ ประเด็นที่พบความผิดส่วนใหญ่เป็นความผิดเกี่ยวกับการแสดงข้อมูลพื้นฐานที่ไม่ซับซ้อนและเห็นความผิดได้ชัดเจนบนฉลาก เช่น การแสดงชื่ออาหารไม่ตรงตามที่ได้รับอนุญาต หรือการไม่แสดงข้อมูลผู้แพ้อาหาร ซึ่งเป็นความผิดตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการแสดงฉลากของอาหารในภาชนะบรรจุเพียงฉบับเดียวและเป็นหลักเกณฑ์ขั้นพื้นฐาน

จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เป็นจังหวัดที่มีผลิตภัณฑ์อาหารที่ได้รับอนุญาตเลขสารบบอาหารจำนวนมาก (6,332 ตำรับ/ ปี) สูงเป็นลำดับที่ 10 ของประเทศ[3] และพบปัญหาผู้ประกอบการผลิตอาหารจัดทำฉลากอาหารไม่ถูกต้องเช่นเดียวกัน โดยในช่วงปี พ.ศ. 2564 – 2566[4-6] มีการตรวจสอบและดำเนินคดีกับผู้ประกอบการผลิตอาหารทั้งหมด 39 ราย เป็นการดำเนินคดีกรณีมีการแสดงฉลากอาหารไม่ถูกต้อง 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 93.75 และเป็นสถานที่ผลิตอาหารที่มีลักษณะเข้าข่ายโรงงาน 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 80.00 ทั้งนี้ มีผู้ประกอบการผลิตอาหารที่ถูกดำเนินคดีด้านฉลากซ้ำมากกว่า 1 ครั้ง จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.71

จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่า การจัดทำฉลากอาหารเป็นสิ่งที่ผู้ประกอบการผลิตอาหารจะต้องปฏิบัติให้ถูกต้องตามกฎหมาย แต่ยังพบว่าผู้ประกอบการผลิตอาหารส่วนใหญ่มีการจัดทำฉลากอาหารได้ไม่ถูกต้องตามข้อกำหนดพื้นฐานในประเด็นที่ผู้บริโภคสังเกตได้ง่ายและมีแนวโน้มพบการกระทำผิดเพิ่มมากขึ้น ประกอบกับในปี พ.ศ. 2567 กระทรวงสาธารณสุขมีการแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการแสดงฉลากอาหาร โดยมีการยกเลิกประกาศกระทรวงสาธารณสุขหลายฉบับและออกประกาศฯ ฉบับใหม่ที่เพิ่งมีผลบังคับใช้ นอกจากนี้ ยังไม่เคยมีการศึกษาเกี่ยวกับฉลากอาหารในมุมมองของผู้ประกอบการผลิตอาหาร ดังนั้น จึงเป็นที่น่าสนใจว่าผู้ประกอบการผลิตอาหารจะมีการปฏิบัติในการจัดทำฉลากอาหารให้ถูกต้องตามกฎหมายอย่างไรและปัจจัยใดที่มีผลต่อการจัดทำฉลากอาหาร การศึกษานี้

จึงเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยสะท้อนถึงปัจจัยที่มีผลต่อการจัดทำฉลากอาหารให้ถูกต้องตามกฎหมายของผู้ประกอบการผลิตอาหารในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา เพื่อนำไปใช้ในการกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาการแสดงฉลากอาหารไม่ถูกต้องของผู้ประกอบการผลิตอาหารในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา เพื่อความปลอดภัยของผู้บริโภคต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ต่อการจัดทำฉลากอาหารตามกฎหมายของผู้ประกอบการผลิตอาหารในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา
2. เพื่อศึกษาทัศนคติต่อการจัดทำฉลากอาหารตามกฎหมายของผู้ประกอบการผลิตอาหารในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

วิธีการศึกษาวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Survey Research) โดยเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามในรูปแบบออนไลน์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นคำถามปลายปิด (Close-end Questionnaires) และคำถามปลายเปิด (Open-end Questionnaires) เพื่อศึกษาความรู้และทัศนคติต่อการจัดทำฉลากอาหารตามที่กฎหมายกำหนดของผู้ประกอบการผลิตอาหารในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ประกอบผลิตอาหารในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่ได้รับอนุญาตแล้ว จำนวน 302 คน ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณได้จากสูตรของ Cochen[7] โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ 95% ความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่าที่ 0.05 ได้จำนวนตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาไม่น้อยกว่า 170 คน โดยมีเกณฑ์การคัดตัวอย่างออกจากการศึกษา ได้แก่ ผู้ที่ไม่ตอบแบบสอบถามภายในระยะเวลาที่กำหนดผู้ที่ตอบข้อมูลในแบบสอบถามในส่วนที่สำคัญไม่ครบถ้วน และผู้ที่ไม่ประสงค์จะให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมการปฏิบัติ (Knowledse Attitude Practice: KAP) ประกอบกับกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการแสดงฉลากอาหารภายใต้ พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 แบ่งออกเป็น 6 ส่วน ดังนี้

1. ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 9 ข้อคำถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการทำงาน ณ สถานที่ผลิตอาหาร ประสบการณ์ในการจัดทำฉลากอาหาร การอบรมเกี่ยวกับการจัดทำฉลาก การทราบถึงการจัดทำฉลากอาหารต้องปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขตามกฎหมาย ผู้แนะนำการจัดทำฉลากอาหาร และแหล่งที่ใช้ศึกษาหลักเกณฑ์ในการจัดทำฉลากอาหาร
2. ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของสถานประกอบการ จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ประเภทของสถานที่ผลิตอาหาร ระยะเวลาที่สถานที่ผลิตอาหารได้รับอนุญาต จำนวนประเภทอาหารที่ได้รับอนุญาต ความถี่ในการจัดทำฉลากอาหาร ผู้มีหน้าที่ในการจัดทำฉลากอาหารของสถานที่ผลิตอาหาร วิธีการจัดทำฉลากอาหารของสถานที่ผลิตอาหาร การถูกตรวจสอบจากพนักงานเจ้าหน้าที่กรณีแสดงฉลากอาหารไม่ถูกต้อง การถูกดำเนินคดีฐานแสดงฉลากอาหารไม่ถูกต้อง การตรวจพบฉลากอาหารที่ไม่ถูกต้องก่อนนำไปใช้และการตรวจพบ

ฉลากอาหารที่ไม่ถูกต้องหลังจำหน่ายสินค้าไปแล้ว

3. ส่วนที่ 3 ข้อสอบวัดความรู้เกี่ยวกับการจัดทำฉลากอาหารตามกฎหมาย (สำหรับอาหารทุกประเภท) จำนวน 16 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบถูก-ผิด (True - False Items) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ หากตอบถูก ได้ 1 คะแนน หากตอบผิด ได้ 0 คะแนน จัดระดับความรู้เป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของบลูม[8] ดังนี้

- ได้คะแนน มากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป (13 – 16 คะแนน) หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับมาก
- ได้คะแนน ระหว่างร้อยละ 60 – 79.99 (10 – 13 คะแนน) หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง
- ได้คะแนน น้อยกว่าร้อยละ 60 (0 – 9 คะแนน) หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับน้อย

4. ส่วนที่ 4 ข้อคำถามเกี่ยวกับทัศนคติในการจัดทำฉลากอาหารตามกฎหมาย เป็นการสอบถามระดับความคิดเห็นแบบมาตราส่วน (Rating Scale) ของลิเคอร์ท 5 ระดับ จำนวน 13 ข้อ แปลผลได้ ดังนี้

- คะแนนเฉลี่ย 4.21 – 5.00 หมายถึง ความคิดเห็นในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง
- คะแนนเฉลี่ย 3.41 – 4.20 หมายถึง ความคิดเห็นในระดับเห็นด้วย
- คะแนนเฉลี่ย 2.61 – 3.40 หมายถึง ความคิดเห็นในระดับไม่แน่ใจ
- คะแนนเฉลี่ย 1.81 – 2.60 หมายถึง ความคิดเห็นในระดับไม่เห็นด้วย
- คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.80 หมายถึง ความคิดเห็นในระดับไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

5. ส่วนที่ 5 ข้อคำถามการปฏิบัติของผู้ประกอบการในการจัดทำฉลากอาหาร เป็นการสอบถามระดับความคิดเห็นแบบมาตราส่วน (Rating Scale) ของลิเคอร์ท 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ แปลผลได้ ดังนี้

- คะแนนเฉลี่ย 4.21 – 5.00 หมายถึง ปฏิบัติประจำ
- คะแนนเฉลี่ย 3.41 – 4.20 หมายถึง ปฏิบัติบ่อยครั้ง
- คะแนนเฉลี่ย 2.61 – 3.40 หมายถึง ปฏิบัติบางครั้ง
- คะแนนเฉลี่ย 1.81 – 2.60 หมายถึง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง
- คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.80 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย

6. ส่วนที่ 6 คำถามถึงปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะต่อการจัดทำฉลากอาหารให้ถูกต้องตามกฎหมาย ซึ่งเป็นข้อคำถามปลายเปิด จำนวน 2 ข้อ

เครื่องมือได้รับการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน พิจารณาความเหมาะสมของคำถามว่าสามารถวัดตัวแปรที่ต้องการได้หรือไม่ ตลอดจนพิจารณาถึงความชัดเจน และการสื่อความหมายของคำถาม โดยความรู้ในการจัดฉลากอาหารตามกฎหมาย 20 ข้อ ผ่านเกณฑ์ทุกข้อคำถาม คำนวณค่า IOC เท่ากับ 0.80 ทัศนคติในการจัดทำฉลากอาหารตามกฎหมายผ่านเกณฑ์ จำนวน 15 ข้อคำถาม คำนวณค่า IOC เท่ากับ 0.91 และการปฏิบัติของผู้ประกอบการในการจัดทำฉลากอาหารผ่านเกณฑ์ทุกข้อคำถาม คำนวณค่า IOC เท่ากับ 0.90 จากนั้นนำไปหาความเชื่อมั่นโดยทดสอบในผู้รับอนุญาตผลิตอาหารในจังหวัดนนทบุรี ซึ่งไม่ใช่กลุ่ม

ตัวอย่างในการวิจัย แต่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน โดยความรู้ในการจัดฉลากอาหารตามกฎหมายคงเหลือจำนวน 16 ข้อคำถาม ใช้วิธี Kuder-Richardson คำนวณค่า KR-20 เท่ากับ 0.80 ทัศนคติในการจัดทำฉลากอาหารตามกฎหมายคงเหลือจำนวน 13 ข้อคำถาม คำนวณค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.83 ขณะที่การปฏิบัติของผู้ประกอบการในการจัดทำฉลากอาหาร มีค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.76 โดยค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's Alpha ของทัศนคติในการจัดทำฉลากอาหารตามกฎหมายและการปฏิบัติของผู้ประกอบการในการจัดทำฉลากอาหารมีค่าเท่ากับ 0.81 ถือว่าเครื่องมือมีความเที่ยงในระดับสูง สามารถนำมาใช้ได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยส่งลิงก์แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นให้แก่ผู้ประกอบการผลิตอาหาร จำนวน 302 คน ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ในระหว่างวันที่ 11 – 25 มกราคม 2568 โดยผู้วิจัยมีกระบวนการติดตามแบบสอบถามไปยังผู้ให้ข้อมูลทุกรายที่ไม่ตอบแบบสอบถามภายในเวลาที่กำหนด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถามและคำตอบตามข้อคำถาม จากนั้นใช้สถิติเชิงอนุมานหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ คือ ความรู้ และทัศนคติต่อการจัดทำฉลากอาหารตามกฎหมาย และตัวแปรตามคือ การปฏิบัติของผู้ประกอบการในการจัดทำฉลากอาหาร โดยใช้ Structure Regression Model ด้วยวิธี Mediation analysis เพื่อทดสอบ Mediation effect ของตัวแปรทัศนคติตามทฤษฎี Schwartz[9] โดยการทดสอบทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา เลขที่โครงการวิจัย 8/2568 ลงวันที่ 3 ธันวาคม 2567

ผลการวิจัย

ผลการตอบกลับแบบสอบถามจากผู้ประกอบการผลิตอาหารจากสถานที่ผลิตอาหารที่ได้รับอนุญาตผลิตอาหารแล้วในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ทั้งหมด 302 คน พบว่าที่ระยะเวลากำหนดส่งแบบสอบถาม 15 วัน มีการตอบกลับจากผู้ประกอบการผลิตอาหาร 182 คน อัตราการตอบกลับคิดเป็นร้อยละ 60.26

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70.88) มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 40.81 ปี ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 69.23 โดยมีประสบการณ์ในการจัดทำฉลากอาหารเท่ากับ 5.36 ปี ส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดทำฉลากอาหาร ร้อยละ 52.20 และส่วนใหญ่ทราบว่าการจัดทำฉลากอาหารต้องปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขตามกฎหมายร้อยละ 91.21 โดยทราบเงื่อนไขหรือหลักเกณฑ์ในการจัดทำฉลากอาหาร 3 ลำดับแรก คือ พนักงานเจ้าหน้าที่จาก อย. ร้อยละ 23.60, พนักงานเจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ร้อยละ 22.84 และศึกษาด้วยตนเองร้อยละ 21.83 ตามลำดับ สำหรับแหล่งที่ใช้ศึกษาหลักเกณฑ์และเงื่อนไขตามกฎหมายด้วยตนเอง ส่วนใหญ่ศึกษาจากเว็บไซต์กองอาหาร ร้อยละ 41.90

รองลงมา คือเว็บไซต์ให้ความรู้ต่าง ๆ (นอกเหนือจากเว็บไซต์กองอาหาร) ร้อยละ 31.28 และคู่มือ/ เอกสารที่ได้รับแจกจากเจ้าหน้าที่ ร้อยละ 24.02 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถาม (Participant Characteristics) (n = 182)

ลักษณะข้อมูลทั่วไปผู้ตอบแบบสอบถาม	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	129	70.88
ชาย	53	29.12
อายุ (ค่าเฉลี่ย 81.40±10.78)		
20 ถึง 29 ปี	27	14.84
30 ถึง 39 ปี	62	34.07
40 ถึง 49 ปี	54	29.67
50 ถึง 59 ปี	27	14.84
60 ขึ้นไป	12	6.59
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	22	09.12
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	126	23.69
ปริญญาโท	34	68.18
ปริญญาเอก	-	-
ประสบการณ์ในการจัดทำฉลากอาหาร (ค่าเฉลี่ย 36.5±5.40)		
น้อยกว่า ปี 5	101	49.55
ปี 10 – 5	56	77.30
ปี 15 – 11	13	14.70
ปี 20 – 16	10	49.50
มากกว่า ปี 20	2	10.10
การอบรมเกี่ยวกับการจัดทำฉลากอาหาร		
เคยอบรม	95	20.52
ไม่เคยอบรม	87	80.47
ทราบว่าในการจัดทำฉลากอาหารต้องปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขตามกฎหมาย		
ทราบ	166	21.91
ไม่ทราบ	16	79.80
บุคคลที่ทำให้ทราบหลักเกณฑ์และเงื่อนไขตามกฎหมายในการจัดทำฉลาก กรณีทราบว่ามีหลักเกณฑ์ (n=166) (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)		
พนักงานเจ้าหน้าที่จาก สสจ.	90	84.22
พนักงานเจ้าหน้าที่จาก อย.	93	60.23
ผู้ผลิต/ขายบรรจุภัณฑ์ (ขวด, ถุง) หรือฉลาก	27	85.60

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถาม (Participant Characteristics) (n = 182) (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลทั่วไปผู้ตอบแบบสอบถาม	จำนวน	ร้อยละ
บุคคลที่ทำให้ทราบหลักเกณฑ์และเงื่อนไขตามกฎหมายในการจัดทำฉลาก กรณีทราบว่ามีหลักเกณฑ์ (n=166) (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)		
ผู้ผลิตอาหารที่เคยทำมาก่อน	29	36.70
เจ้าหน้าที่ในสถานที่ผลิตของท่าน	35	88.80
เจ้าของกิจการ	11	79.20
ศึกษาด้วยตนเอง	86	83.21
อื่น ๆ	23	84.50
แหล่งที่ใช้ศึกษาหลักเกณฑ์และเงื่อนไขตามกฎหมาย กรณีทราบว่ามีหลักเกณฑ์ (n = 86) (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)		
เว็บไซต์ให้ความรู้ต่าง ๆ (นอกเหนือจากเว็บไซต์กองอาหาร)	56	31.28
เว็บไซต์กองอาหาร	75	41.90
คู่มือ/เอกสารที่ได้รับแจกจากเจ้าหน้าที่	43	24.02
อื่น ๆ	5	2.79

2. คุณลักษณะของสถานประกอบการผลิตอาหาร

สถานประกอบการผลิตอาหารส่วนใหญ่เป็นประเภทเข้าข่ายโรงงาน ร้อยละ 66.48 ระยะเวลาที่ได้รับอนุญาตเฉลี่ยเท่ากับ 13.37 ปี ส่วนใหญ่เป็นสถานประกอบที่ได้รับอนุญาตผลิตอาหาร 1 ประเภท ร้อยละ 46.15 มีความถี่ในการจัดทำฉลากของอาหารแต่ละประเภทเฉลี่ยน้อยกว่า 1 ครั้งต่อปี ร้อยละ 33.52 ส่วนใหญ่ผู้รับผิดชอบทำหน้าที่ในการจัดทำฉลากอาหารของสถานที่ผลิตอาหารเป็นบุคคลที่ได้รับมอบหมาย ร้อยละ 39.56 วิธีในการจัดทำฉลากอาหารเป็นการจัดทำตามที่ทีมงาน/แผนกผู้รับผิดชอบได้ตกลงกัน ร้อยละ 35.71 ส่วนใหญ่สถานที่ผลิตอาหารไม่เคยถูกพนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบกรณีแสดงฉลากอาหารไม่ถูกต้อง ร้อยละ 74.18 ส่วนใหญ่ไม่เคยถูกดำเนินคดีฐานแสดงฉลากอาหารไม่ถูกต้อง ร้อยละ 88.26 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คุณลักษณะของสถานประกอบการผลิตอาหาร (n = 182)

ลักษณะสถานประกอบการ	จำนวน	ร้อยละ
ประเภทของสถานที่ผลิตอาหาร		
เข้าข่ายโรงงาน (ได้รับใบอนุญาตผลิตอาหาร : แบบ อ.2)	121	66.48
ไม่เข้าข่ายโรงงาน (ได้รับใบสำคัญเลขสถานที่ผลิตอาหารที่ไม่เข้าข่ายโรงงาน : แบบ สบ.1/1)	61	33.52
ระยะเวลาที่สถานที่ผลิตอาหารได้รับอนุญาต (ค่าเฉลี่ย 13.37 ± 10.67)		
น้อยกว่า 5 ปี	43	23.63
5 – 10 ปี	52	28.57
11 – 15 ปี	22	12.09
16 – 20 ปี	25	13.74

ตารางที่ 2 คุณลักษณะของสถานประกอบการผลิตอาหาร (n = 182) (ต่อ)

ลักษณะสถานประกอบการ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่สถานที่ผลิตอาหารได้รับอนุญาต (ค่าเฉลี่ย 13.37 ± 10.67)		
มากกว่า 20 ปี	40	21.98
จำนวนประเภทอาหารที่ได้รับอนุญาต (ไม่แยกกรรมวิธีการผลิต)		
1 ประเภท	84	46.15
2 – 5 ประเภท	49	26.92
6 – 10 ประเภท	25	13.74
มากกว่า 10 ประเภท	24	13.19
ผู้มีหน้าที่ในการจัดทำฉลากอาหาร		
เจ้าของกิจการ	36	19.78
บุคคลที่ได้รับมอบหมาย	72	39.56
แผนก/ฝ่ายที่รับผิดชอบโดยเฉพาะ	71	39.01
อื่น ๆ	3	1.65
วิธีในการจัดทำฉลาก		
จัดทำตามที่ได้ศึกษาด้วยตนเอง	33	13.18
จัดทำตามที่ทีมงาน/แผนกผู้รับผิดชอบได้ตกลงกัน	65	71.35
จัดทำตามที่ผู้ขายบรรจุภัณฑ์ (ขวด หรือถุง หรือสติ๊กเกอร์) แนะนำ	18	89.90
จัดทำโดยอาศัยต้นแบบจากผู้ผลิตอาหารประเภทเดียวกันรายอื่น	20	99.10
จัดทำโดยให้พนักงานเจ้าหน้าที่จาก สสจ. ตรวจสอบตัวอย่างฉลากก่อน	46	27.25
สถานที่ผลิตอาหารเคยถูกพนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบกรณีแสดงฉลากอาหารไม่ถูกต้อง		
เคย	47	82.25
ไม่เคย	135	18.74
สถานที่ผลิตอาหารเคยถูกดำเนินคดีฐานแสดงฉลากอาหารไม่ถูกต้อง		
เคย	25	74.13
ไม่เคย	157	26.88

3. ความรู้เกี่ยวกับการจัดทำฉลากอาหารตามกฎหมาย

ผู้ประกอบการผลิตอาหาร มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการจัดทำฉลากอาหารตามกฎหมายเฉลี่ย 14.02 $\pm$ 1.74 คะแนน คะแนนต่ำสุด 4 คะแนน คะแนนสูงสุด 16 คะแนน โดยส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 83.52 รองลงมือคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 15.38 และระดับน้อย 1.10 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับการจัดทำฉลากอาหารของผู้ประกอบการผลิตอาหาร (n = 182)

คำถาม	เข้าข่ายโรงงาน (n = 121)		ไม่เข้าข่ายโรงงาน (n = 61)	
	ตอบถูก (คน)	%	ตอบถูก (คน)	%
1. ชื่ออาหารที่แสดงบนฉลากไม่จำเป็นต้องตรงกับที่ได้รับอนุญาต	99	81.82	56	91.80
2. สามารถแสดงสรรพคุณของอาหารในชื่ออาหารได้	102	84.30	47	77.05
3. เลขสารบบอาหาร (เลข อย.) บนฉลากต้องแสดงตามรูปแบบที่กำหนด คือ XX-X-XXXXX-X-XXXX	111	91.74	60	98.36
4. เครื่องหมาย  แสดงบนฉลากโดยไม่ต้องใส่เลข อย. ได้	118	97.52	60	98.36
5. อาหารชนิดเดียวกันแต่ชื่ออาหารต่างกัน สามารถใช้เลขสารบบอาหาร (เลข อย.) เดียวกันได้	111	91.74	54	88.52
6. บนฉลากอาหารที่ท่านผลิตต้องมีข้อความ “ผู้ผลิต” หรือ “ผลิตโดย”	115	95.04	61	100.00
7. หากมีผู้ว่าจ้างให้ท่านผลิตสินค้าให้ บนฉลากอาหารจะต้องแสดงชื่อและที่ตั้งของผู้ว่าจ้างบนฉลากอาหารแทนชื่อและที่ตั้งของผู้ผลิต	94	77.69	42	68.85
8. ปริมาณของอาหารที่บรรจุในภาชนะ สามารถใช้จำนวนนับแทนหน่วยวัดได้ เช่น ใช้ “6 ชิ้น” แทน “300 กรัม” ได้	94	77.69	53	86.89
9. ส่วนประกอบที่สำคัญให้แสดงเป็นร้อยละของน้ำหนักโดยประมาณ และเรียงลำดับปริมาณจากน้อยไปมาก	77	63.64	31	50.82
10. ถ้าในอาหารมีส่วนประกอบของกุ้งผสมอยู่ จะต้องมีการแสดงข้อความ “ข้อมูลสำหรับผู้แพ้อาหาร : มีกุ้ง” หรือ มีกุ้ง บนฉลากอาหารด้วย	109	90.08	56	91.80
11. ถ้ามีการใช้วัตถุเจือปนอาหาร เช่น สารกันเสีย หรือสีผสมอาหารในปริมาณเล็กน้อย จะแสดงหรือไม่แสดงสารที่ใช้บนฉลากอาหารก็ได้	110	90.91	52	85.25
12. การแสดงวันหมดอายุของผลิตภัณฑ์สามารถเลือกใช้ข้อความ “ควรบริโภคก่อน” หรือ “หมดอายุ” กำกับไว้หน้า วัน/เดือน/ปี หรือ เดือน/ปี ที่ควรบริโภคก่อนหรือหมดอายุของอาหารนั้น	115	95.04	61	100.00
13. ชื่ออาหาร ปริมาณของอาหารและวันเดือนปีที่ควรบริโภค สามารถแสดงตรงตำแหน่งใดก็ได้บนฉลากที่ผู้บริโภคเห็นได้ชัดเจน	112	92.56	55	90.16
14. ฉลากอาหารที่จำหน่ายในประเทศไทยสามารถแสดงเป็นภาษาต่างประเทศได้ทั้งหมดโดยไม่จำเป็นต้องมีภาษาไทย	112	92.56	56	91.80
15. ขนาดของฉลากอาหารมีผลต่อความสูงของตัวอักษรที่แสดงบนฉลาก	103	85.12	46	75.41
16. การแสดงฉลากโภชนาการหรือฉลาก GDA ต้องแสดงตามรูปแบบที่ประกาศกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้เท่านั้น	119	98.35	60	98.36
ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการจัดทำฉลากอาหารตามกฎหมาย	**14.06 ± 1.79**		**13.93 ± 1.63**	

คำถามที่ตอบถูกมากที่สุด คือ การแสดงฉลากโภชนาการหรือฉลาก GDA ต้องแสดงตามรูปแบบที่ประกาศกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้เท่านั้น 179 คน (ร้อยละ 98.35) คำถามที่ตอบผิดมากที่สุด คือ ส่วนประกอบที่สำคัญให้แสดงเป็นร้อยละของน้ำหนักโดยประมาณและเรียง ลำดับปริมาณจากน้อยไปมาก 108 คน (ร้อยละ 59.34)

เมื่อจำแนกคะแนนความรู้เกี่ยวกับการจัดทำฉลากอาหารตามกฎหมาย ตามประเภทของสถานที่ผลิตอาหารพบว่า คะแนนความรู้เกี่ยวกับการจัดทำฉลากอาหารตามกฎหมายเฉลี่ยจำแนกประเภทของสถานที่ผลิตอาหารไม่แตกต่างกัน โดยสถานที่ผลิตอาหารเข้าข่ายโรงงานมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการจัดทำฉลากอาหารตามกฎหมายเฉลี่ย 14.06 ± 1.79 คะแนน จัดอยู่ในระดับมาก และสถานที่ผลิตอาหารไม่เข้าข่ายโรงงานมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการจัดทำฉลากอาหารตามกฎหมายเฉลี่ย 13.93 ± 1.63 คะแนน จัดอยู่ในระดับมาก

4. ทัศนคติต่อการจัดทำฉลากอาหารตามกฎหมาย

ผู้ประกอบการผลิตอาหารส่วนใหญ่มีความคิดเห็นอยู่ในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง (Mean = 4.24, S.D. = 0.43) โดยมีความคิดเห็นว่าฉลากอาหารเป็นสิ่งที่ผู้ผลิตอาหารควรให้ความสำคัญมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (Mean = 4.84, S.D. = 0.40) อยู่ในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง ทั้งนี้ ผู้ประกอบการฯ มีความคิดเห็นต่อการที่คู่แข่งมีส่วนสำคัญต่อการจัดทำฉลากอาหาร มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด (Mean = 3.46, S.D.=1.26) อยู่ในระดับเห็นด้วย ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ทัศนคติของผู้ประกอบการผลิตอาหารที่มีต่อการจัดทำฉลากอาหารตามกฎหมาย

คำถาม	ระดับความคิดเห็น n (%)					Mean	S.D.	การแปลผล*
	1	2	3	4	5			
1. ในการจัดทำฉลากอาหารให้ถูกต้อง ผู้ผลิตอาหารจะต้องรู้หลักเกณฑ์และข้อบังคับ	0 (0)	1 (0.55)	1 (0.55)	30 (16.48)	150 (84.42)	4.81	0.45	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
2. หากเคยผ่านการจัดทำฉลากอาหารถูกต้องตามกฎหมายแล้วจะทำให้การทำในครั้งต่อไปง่ายขึ้น	1 (0.55)	1 (0.55)	1 (0.55)	40 (21.98)	139 (76.37)	4.73	0.56	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
3. ความพร้อมด้านเงินทุนมีผลต่อการจัดทำฉลากอาหารให้ถูกต้องตามกฎหมาย	10 (5.49)	26 (14.29)	25 (13.74)	59 (32.42)	62 (34.07)	3.75	1.22	เห็นด้วย
4. ฉลากอาหารเป็นสิ่งที่ผู้ผลิตอาหารควรให้ความสำคัญ	0 (0)	0 (0)	2 (1.10)	26 (14.29)	154 (84.62)	4.84	0.40	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
5. ผู้บริหาร/เจ้าของกิจการมีผลต่อการจัดทำฉลากอาหารให้ถูกต้องตามกฎหมาย	3 (1.65)	9 (4.95)	10 (5.49)	53 (29.12)	107 (58.79)	4.38	0.92	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
6. ผู้มีหน้าที่ในการจัดทำฉลากควรเข้ารับการอบรมกฎหมายที่เกี่ยวข้องก่อนจัดทำฉลากอาหาร	1 (0.55)	1 (0.55)	9 (4.95)	44 (24.18)	127 (69.78)	4.62	0.66	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
7. คู่แข่งมีส่วนสำคัญต่อการจัดทำฉลากอาหารของท่าน	17 (9.34)	25 (13.74)	43 (23.63)	52 (28.57)	45 (24.73)	3.46	1.26	เห็นด้วย
8. ผู้ผลิตฉลากหรือภาชนะบรรจุอาหารช่วยให้ท่านจัดทำฉลากอาหารได้อย่างถูกต้อง	4 (2.30)	22 (12.09)	33 (18.13)	72 (39.56)	51 (28.02)	3.79	1.05	เห็นด้วย
9. กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำฉลากอาหารมีข้อกำหนดเยอะและยุ่งยาก	4 (2.20)	19 (10.44)	57 (31.32)	64 (35.16)	38 (20.88)	3.62	1.00	เห็นด้วย
10. การเคยถูกดำเนินคดีด้านฉลากมีผลต่อความเข้มงวดในการจัดทำฉลากอาหารของผู้ผลิต	0 (0)	3 (1.65)	20 (10.99)	73 (40.11)	86 (47.25)	4.33	0.74	เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ตารางที่ 4 ทัศนคติของผู้ประกอบการผลิตอาหารที่มีต่อการจัดทำฉลากอาหารตามกฎหมาย (ต่อ)

คำถาม	ระดับความคิดเห็น n (%)					Mean	S.D.	การแปลผล*
	1	2	3	4	5			
11. พนักงานเจ้าหน้าที่มีส่วนสำคัญต่อการจัดทำฉลากอาหารได้ถูกต้อง	2 (1.10)	4 (2.20)	18 (9.89)	50 (27.47)	108 (59.34)	4.42	0.84	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
12. ลูกค้า/ผู้บริโภคเลือกสินค้าจากความสวยงามของฉลากอาหาร	4 (2.20)	17 (9.34)	44 (24.18)	80 (43.96)	37 (20.33)	3.71	0.97	เห็นด้วย
13. ฉลากอาหารช่วยให้ผู้บริโภคสามารถเลือกทานได้อย่างปลอดภัย	0 (0)	2 (1.10)	5 (2.75)	34 (18.68)	141 (77.47)	4.73	0.57	เห็นด้วยอย่างยิ่ง

*การแปลผล ค่าเฉลี่ย 4.21 – 5.00 คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง, ค่าเฉลี่ย 3.41 – 4.20 คือ เห็นด้วย, ค่าเฉลี่ย 2.61 – 3.40 คือ ไม่แน่ใจ, ค่าเฉลี่ย 1.81 – 2.60 คือ ไม่เห็นด้วย และค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.80 คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

5. การปฏิบัติของผู้ประกอบการในการจัดทำฉลากอาหารตามกฎหมาย

ผู้ประกอบการผลิตอาหารส่วนใหญ่มีการปฏิบัติในการจัดทำฉลากอาหารให้เป็นไปตามกฎหมายบ่อยครั้ง (Mean = 3.99, S.D. = 0.59) โดยเมื่อผู้ประกอบการพบว่าฉลากอาหารมีข้อผิดพลาดท่านจะแก้ไขโดยทันทีเป็นสิ่งที่ผู้ประกอบการปฏิบัติเป็นประจำ มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (Mean = 4.72, S.D. = 0.70) ทั้งนี้ ผู้ประกอบการฯ จัดทำฉลากอาหารโดยอาศัยรูปแบบจากคู่แข่งเป็นต้นแบบก่อนจัดทำ เป็นสิ่งที่ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด (Mean = 2.32, S.D. = 1.11) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การปฏิบัติในการจัดทำฉลากอาหารของผู้ประกอบการผลิตอาหาร

การปฏิบัติของผู้ประกอบการในการจัดทำฉลากอาหาร	ระดับการปฏิบัติในการจัดทำฉลากอาหาร n (%)					Mean	S.D.	การแปลผล*
	1	2	3	4	5			
1. ท่านศึกษาหลักเกณฑ์ตามกฎหมายก่อนจัดทำฉลากอาหาร	4 (2.20)	9 (4.95)	20 (10.99)	49 (26.92)	100 (54.95)	4.27	0.99	ปฏิบัติทุกครั้ง
2. ท่านออกแบบฉลากอาหารของท่านด้วยตนเอง	25 (13.74)	26 (14.29)	38 (20.88)	41 (22.53)	52 (28.57)	3.38	1.39	ปฏิบัติบางครั้ง
3. ท่านจัดทำฉลากอาหารโดยอาศัยรูปแบบจากคู่แข่งเป็นต้นแบบก่อนจัดทำ	54 (29.67)	48 (26.37)	55 (30.22)	18 (9.89)	7 (3.85)	2.32	1.12	ปฏิบัตินานๆ ครั้ง
4. ท่านให้ผู้ผลิตฉลากหรือภาชนะบรรจุอาหารเป็นผู้ออกแบบฉลากอาหารให้	63 (34.62)	27 (14.84)	40 (21.98)	27 (14.84)	25 (13.74)	2.58	1.44	ปฏิบัตินานๆ ครั้ง
5. ท่านมีการตรวจสอบฉลากอาหารอีกครั้งก่อนสั่งผลิตฉลาก	4 (2.20)	2 (1.10)	11 (6.04)	27 (14.84)	138 (75.82)	4.61	0.83	ปฏิบัติทุกครั้ง
6. ท่านตรวจสอบฉลากอาหารก่อนนำไปติดบนผลิตภัณฑ์	2 (1.10)	2 (1.10)	15 (8.24)	28 (15.38)	135 (74.18)	4.60	0.78	ปฏิบัติทุกครั้ง
7. ท่านตรวจสอบความถูกต้องของฉลากอาหารที่ติดบนภาชนะบรรจุก่อนนำไปขาย	4 (2.20)	4 (2.20)	13 (7.14)	33 (18.13)	128 (70.33)	4.52	0.89	ปฏิบัติทุกครั้ง

ตารางที่ 5 การปฏิบัติในการจัดทำฉลากอาหารของผู้ประกอบการผลิตอาหาร (ต่อ)

การปฏิบัติของผู้ประกอบการในการจัดทำฉลากอาหาร	ระดับการปฏิบัติในการจัดทำฉลากอาหาร n (%)					Mean	S.D.	การแปลผล*
	1	2	3	4	5			
8. หากท่านมีข้อสงสัยหรือพบปัญหาในการจัดทำฉลากท่านจะปรึกษาพนักงานเจ้าหน้าที่	2 (1.10)	9 (4.95)	22 (12.09)	41 (22.53)	108 (59.34)	4.34	0.95	ปฏิบัติทุกครั้ง
9. เมื่อพบว่าฉลากอาหารมีข้อผิดพลาดท่านจะแก้ไขโดยทันที	2 (1.10)	1 (0.55)	11 (6.04)	18 (9.89)	150 (82.42)	4.72	0.70	ปฏิบัติทุกครั้ง
10. ฉลากอาหารที่พบข้อผิดพลาด หากไม่สามารถแก้ไขได้ท่านจะทำลายฉลากนั้นทั้งหมด	5 (2.75)	6 (3.30)	14 (7.69)	25 (13.74)	132 (72.53)	4.50	0.97	ปฏิบัติทุกครั้ง

*การแปลผล ค่าเฉลี่ย 4.21 – 5.00 คือ ปฏิบัติทุกครั้ง, ค่าเฉลี่ย 3.41 – 4.20 คือ ปฏิบัติบ่อยครั้ง, ค่าเฉลี่ย 2.61 – 3.40 คือปฏิบัติบางครั้ง, ค่าเฉลี่ย 1.81 – 2.60 คือ ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.80 คือ ไม่เคยปฏิบัติเลย

6. การศึกษาความรู้ และทัศนคติต่อการจัดทำฉลากอาหารตามกฎหมายของผู้ประกอบการผลิตอาหารในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

การวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง (Structural Equation Modeling: SEM) เป็นการศึกษาโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปรแฝง (Latent Variables) กับตัวแปรสังเกตได้ (Observed Variables) โดยทำการประมาณค่าพารามิเตอร์ของโมเดลพร้อมกันทั้งหมดด้วยระบบสมการ (Simultaneous Equation) พบว่าการตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์พบว่า ค่า RMSEA = 0.074, CFI = 0.906, χ^2/df. = 2.0 โดยข้อมูลเชิงประจักษ์มีความสอดคล้องระหว่างโมเดล พอใช้การวิเคราะห์อิทธิพลของตัวแปรแฝงมีรายละเอียด ดังนี้

ความรู้ในการจัดทำฉลากอาหารตามกฎหมายมีอิทธิพลโดยรวมกับการปฏิบัติการจัดทำฉลากอาหารตามกฎหมายของผู้ประกอบการผลิตอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.025) โดยความรู้ในการจัดทำฉลากอาหารตามกฎหมายมีอิทธิพลทางตรงกับการปฏิบัติการจัดทำฉลากอาหารตามกฎหมายของผู้ประกอบการผลิตอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.037)

ทว่า ความรู้ในการจัดทำฉลากอาหารตามกฎหมายไม่มีอิทธิพลทางตรงกับทัศนคติในการจัดทำฉลากอาหารตามกฎหมาย และไม่มีอิทธิพลทางอ้อมระหว่างความรู้ในการจัดทำฉลากอาหารตามกฎหมายผ่านทัศนคติในการจัดทำฉลากอาหารตามกฎหมายไปสู่การปฏิบัติ การจัดทำฉลากอาหารตามกฎหมายของผู้ประกอบการผลิตอาหาร และทัศนคติในการจัดทำฉลากอาหารตามกฎหมายไม่มีอิทธิพลทางตรงกับการปฏิบัติการจัดทำฉลากอาหารตามกฎหมายของผู้ประกอบการผลิตอาหาร ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์อิทธิพลของตัวแปรความรู้ (Knowledge), ทัศนคติ (Attitude) และการปฏิบัติ (Practice) ด้วยวิธี Structure Equation Model (SEM)

อิทธิพล	ค่าสัมประสิทธิ์ (Coefficient)	ความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (SE)	p-value	95%CI
อิทธิพลทางตรง				
ความรู้ => การปฏิบัติ	2.36	1.13	0.037*	[0.14, 4.58]
ทัศนคติ => การปฏิบัติ	0.27	0.24	0.253	[-0.19, 0.73]
ความรู้ => ทัศนคติ	1.02	0.63	0.105	[-0.21, 2.25]
อิทธิพลทางอ้อม				
ความรู้ => ทัศนคติ => การปฏิบัติ	0.27	0.31	0.382	[-0.34, 0.89]
อิทธิพลโดยรวม				
ความรู้ => การปฏิบัติ	2.63	1.18	0.025*	[0.33, 4.94]

นอกจากนี้ ผลการศึกษาการใช้คำถามปลายเปิด (Open-end Question) เพื่อสำรวจปัญหาหรืออุปสรรคในการจัดทำฉลากอาหารและข้อเสนอแนะต่อการทำฉลากอาหารภายใต้พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 ของผู้ประกอบการผลิตอาหารในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยมีผู้ให้ความเห็นในส่วนนี้ทั้งหมด 69 คน ดังนี้

1. ปัญหาหรืออุปสรรคในการจัดทำฉลากอาหาร โดยใช้คำถาม “ท่านมีปัญหาหรืออุปสรรคในการจัดทำฉลากอาหารภายใต้ พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 อย่างไรบ้าง” ซึ่งสามารถสรุปปัญหาหรืออุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถจัดทำฉลากได้ถูกต้องตามกฎหมายได้ ดังนี้

(1) ผู้ประกอบการส่วนใหญ่ไม่เข้าใจหลักเกณฑ์และข้อกฎหมาย รวมถึงไม่ได้ติดตามหลักเกณฑ์กฎหมายให้เป็นปัจจุบัน ดังคำกล่าวที่ว่า “อ่านแล้วไม่ค่อยเข้าใจบางเนื้อหา” และ “ส่วนมากจะมีปัญหาเรื่อง การออกกฎหมายใหม่ ๆ เพิ่มมา และทางกิจการยังไม่ทราบการอัพเดทข้อมูล ทำให้เกิดข้อผิดพลาดขึ้น”

(2) ระเบียบและหลักเกณฑ์ตามกฎหมาย มีรายละเอียดเยอะ มีความกำกวม เข้าใจยากและปรับแก้ไขบ่อย ดังคำกล่าวที่ว่า “เนื่องจากรายละเอียดและหลักเกณฑ์ในการจัดทำฉลากอาหารค่อนข้างเยอะ อาจทำให้มีข้อผิดพลาดและตกหล่นในบางประเด็น”, “ภาษาทางด้านกฎหมายเข้าใจยาก จึงทำให้ผู้ประกอบการที่ไม่คุ้นเคยอาจจะเข้าใจผิดได้” และ “ประกาศอัพเดทบ่อยเกินไปทำให้ต้องแก้ไขฉลากเพื่อให้สอดคล้องกับฉลากทำให้เกิดต้นทุนในการผลิตฉลากใหม่บ่อยครั้ง”

(3) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบมีการตอบกลับล่าช้า และมีการตีความกฎหมายแตกต่างกัน ดังคำกล่าวที่ว่า “เจ้าหน้าที่ สสจ. ไม่ตอบกลับ จึงทำให้เกิดความล่าช้าในการจัดทำฉลาก และเกิดข้อผิดพลาดในการจัดทำฉลาก” และ “การตีความกฎหมายของเจ้าหน้าที่แต่ละคนไม่เหมือนกัน ทำให้มีปัญหาในการนำไปใช้งาน”

2. ข้อเสนอแนะต่อการจัดทำฉลากอาหารภายใต้ พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 ในมุมมอง

ของผู้ประกอบการผลิตอาหารในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยใช้คำถาม “ท่านมีข้อเสนอแนะต่อการจัดทำฉลากอาหารภายใต้พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 อย่างไรบ้าง” ซึ่งสามารถสรุปข้อเสนอแนะได้ดังนี้

(1) เสนอให้มีการสรุปข้อกฎหมายโดยใช้ภาษาที่อ่านง่าย และมีตัวอย่างฉลากของอาหารแต่ละประเภทให้ดูประกอบ เพื่อให้เข้าใจง่ายขึ้นในรูปแบบของคู่มือที่มีการจัดทำให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ พร้อมทั้งจัดทำแบบตรวจสอบฉลากอาหาร (Checklist) เพื่อให้สามารถทวนสอบฉลากของตนเองก่อนนำไปจัดทำได้ ดังคำกล่าวที่ว่า “ควรจัดทำแบบสรุปที่เข้าใจง่ายและมีการอัพเดทตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขหรือประกาศย่อยที่มีการเปลี่ยนแปลง”, “จัดทำคู่มือหรือแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเพื่อลดปัญหาการตีความกฎหมายที่คลุมเครือ”, “อยากให้มีตัวอย่างการจัดทำฉลากหลาย ๆ รูปแบบ หรือยกตัวอย่างเกี่ยวกับหัวข้อต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความเข้าใจมากขึ้น” และ “เสนอให้สร้างแบบฟอร์มและรวมประกาศที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ง่ายต่อการตรวจฉลาก”

(2) เสนอให้มีการจัดอบรมเกี่ยวกับการจัดทำฉลากอาหารแก่ผู้ประกอบการ ดังคำกล่าวที่ว่า “อยากให้ สสจ. มีการอบรมหรือสอนหลักเกณฑ์การจัดทำฉลากให้แก่ผู้ประกอบการรายใหม่ รายเก่าให้เข้าใจในการจัดทำฉลากได้มากขึ้น”

(3) ต้องการให้เจ้าหน้าที่ตรวจสอบฉลากก่อนนำไปจัดทำพร้อมทั้งเพิ่มช่องทางที่อำนวยความสะดวกในการสอบถาม ดังคำกล่าวที่ว่า “อยากให้มีหน่วยงานหรือเจ้าหน้าที่ อย. สำหรับช่วยตรวจสอบฉลากอาหารโดยเฉพาะ และออกเอกสารยืนยันความถูกต้อง ก่อนผู้ผลิตจะดำเนินการผลิตและออกจำหน่าย” และ “อยากให้มีวิธีการสอบถามและปรึกษาที่สะดวกและชัดเจนขึ้น”

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาความรู้และทัศนคติต่อการจัดทำฉลากอาหารตามกฎหมายของผู้ประกอบการผลิตอาหารในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาพบว่า ความรู้ในการจัดทำฉลากอาหารตามกฎหมายมีอิทธิพลโดยรวม และมีอิทธิพลทางตรงกับการปฏิบัติในการจัดทำฉลากอาหารตามกฎหมายของผู้ประกอบการผลิตอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.025$, $p = 0.037$) ซึ่งสอดคล้องกับผลการตอบคำถามปลายเปิดในแบบสอบถามที่ส่วนใหญ่ตอบว่าอุปสรรคในการจัดทำฉลากอาหาร คือ ความไม่เข้าใจ เนื่องจากหลักเกณฑ์และข้อกำหนดเกี่ยวกับการจัดทำฉลากอาหารตามกฎหมายมีรายละเอียดจำนวนมาก และเป็นภาษาทางกฎหมายซึ่งต้องอาศัยการตีความ จึงต้องสอบถามเจ้าหน้าที่เพื่อให้เกิดความเข้าใจ โดยพบว่าผู้ประกอบการผลิตอาหารในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 14.02 ± 1.74 คะแนน) และมีการปฏิบัติในการจัดทำฉลากอาหารให้เป็นไปตามกฎหมายอยู่บ่อยครั้ง (Mean = 3.99, S.D. = 0.59) สอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิกานต์ กลึงโรจน์พงษ์[10] ที่พบว่าความรู้เกี่ยวกับกฎหมายมีความสัมพันธ์กับการได้รับเลขสารบบอาหารอย่างมีนัยสำคัญ โดยผู้ประกอบการผลิตอาหารที่มีความรู้อยู่ในระดับมากมีสัดส่วนการได้รับเลขสารบบอาหารมากกว่าผู้ประกอบการที่มีความรู้อยู่ในระดับน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ สุอาภา กลั่นประเสริฐ และ สาโรจน์ นาคจู[11] ที่พบว่าความรู้กับการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดี (จีเอ็มพี) ของผู้ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท

มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญและสอดคล้องกับการศึกษาของ กมลภัทร์ สวัสดิ์โกศล[12] ที่พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามข้อกฎหมายเกี่ยวกับการโฆษณาตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 โดยผู้ประกอบการที่มีความรู้อยู่ในระดับน้อยไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนดของกฎหมายมากกว่าผู้ประกอบการที่มีความรู้ในระดับสูง

ผลการศึกษายังพบว่า ระดับความรู้ของผู้ประกอบการในกลุ่มสถานประกอบการที่เข้าข่ายโรงงานไม่แตกต่างจากกลุ่มสถานประกอบการที่ไม่เข้าข่ายโรงงาน คือ ระดับความรู้ของทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับมาก อาจเนื่องจากกระบวนการจัดทำฉลากอาหารจะเกิดขึ้นหลังจากการได้รับอนุญาตสถานที่ผลิตอาหารแล้ว ผู้ประกอบการจึงได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ให้ทราบถึงหลักเกณฑ์หรือแนวทางในการจัดทำฉลากอาหารตามกฎหมาย และแหล่งข้อมูลสำหรับศึกษาความรู้เพื่อประกอบการจัดทำฉลากมาแล้ว จึงมีความรู้พื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการทำฉลากอาหารไม่ต่างกัน แต่เนื่องจากยังไม่เคยมีการศึกษาถึงความรู้ด้านกฎหมายเกี่ยวกับการทำฉลากอาหารของผู้ประกอบการผลิตอาหารมาก่อน จึงต้องอาศัยการศึกษาเพิ่มเติมเพื่ออธิบาย

ในขณะที่ทัศนคติของผู้ประกอบการผลิตอาหารส่วนใหญ่มีความคิดเห็นอยู่ในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง (Mean = 4.24, S.D. = 0.43) ว่าฉลากอาหารเป็นสิ่งที่ผู้ผลิตอาหารควรให้ความสำคัญและเห็นด้วยว่าคู่แข่งทางการค้ามีส่วนสำคัญต่อการจัดทำฉลาก แต่ในการศึกษานี้ไม่พบว่าทัศนคติมีอิทธิพลทางตรงกับการปฏิบัติการจัดทำฉลากอาหารตามกฎหมายของผู้ประกอบการผลิตอาหาร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีวิไล ซุยเจริญ[13] ที่พบว่าทัศนคติกับการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดี (จีเอ็มพี) ของผู้ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทไม่พบความสัมพันธ์กัน แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของ Norhaslinda R. และคณะ[14] ที่พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกของความรู้กับทัศนคติ ความรู้กับพฤติกรรม และทัศนคติกับพฤติกรรมในการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ วิธีการผลิตที่ดี (จีเอ็มพี) ของผู้ประกอบการอาหารในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งประเทศมาเลเซีย การที่ไม่พบอิทธิผลทางตรงทัศนคติต่อการปฏิบัติการจัดทำฉลากอาหารอาจจะอธิบายได้ว่า ในประเทศไทยนั้นหลักเกณฑ์การจัดทำฉลากอาหารถือเป็นกฎหมายที่ผู้ประกอบการผลิตอาหารต้องปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัดโดยไม่สามารถปฏิเสธได้ ประกอบกับก่อนมีการประกาศใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องทางสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้เปิดรับฟังความคิดเห็นจากผู้ประกอบการผลิตอาหารมาก่อนแล้ว ทำให้ผู้ประกอบการส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการปฏิบัติตามกฎหมายที่เกี่ยวกับการจัดทำฉลากอาหาร

นอกจากนี้ ผู้ประกอบการมีข้อเสนอแนะให้มีการสรุปข้อกำหนดหรือหลักเกณฑ์โดยใช้ภาษาที่อ่านง่ายพร้อมตัวอย่างฉลากของอาหารแต่ละชนิดในรูปแบบคู่มือที่เป็นปัจจุบัน จัดทำแบบตรวจสอบฉลาก (Checklist) สำหรับตรวจสอบฉลากของตนเองก่อนนำไปผลิตจริง และขอให้มีการจัดอบรมเกี่ยวกับกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำฉลากอาหาร ซึ่งข้อเสนอแนะดังกล่าวเป็นการเน้นย้ำว่าความรู้มีความสำคัญต่อการจัดทำฉลากอาหารของผู้ประกอบการผลิตอาหารอย่างมาก

ข้อจำกัดของงานวิจัย

ผลการศึกษานี้เป็นการศึกษาในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาเท่านั้น ดังนั้น การนำผลการศึกษา

ไปใช้อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติจัดทำฉลากอาหารในพื้นที่อื่นหรือทั้งประเทศอาจมีความแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า **ความรู้ด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำฉลากอาหารเป็นสิ่งที่มีผลต่อการจัดทำฉลากอาหารให้ถูกต้องตามกฎหมายของผู้ประกอบการผลิตอาหารในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา** ดังนั้น แนวทางในการดำเนินการจึงมุ่งเน้นไปที่การสร้างความรู้ ดังนี้

1) การจัดอบรมความรู้ให้แก่ผู้ประกอบการ เช่น จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับกฎหมายฉลากอาหารอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อให้ผู้ประกอบการทราบถึงข้อกฎหมายที่เป็นปัจจุบัน

2) สร้างสื่อให้ความรู้ที่มีการอธิบายแนวทางการจัดทำฉลากอาหารพร้อมรูปภาพตัวอย่างฉลากของอาหารแต่ประเภท ทั้งในรูปแบบคู่มือ แผ่นพับ และคลิปวีดีโอ โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายและชัดเจน เพื่อให้ผู้ประกอบการสามารถศึกษาได้ด้วยตนเองเพิ่มเติม

3) สร้างแบบ Checklist ที่รวบรวมข้อกำหนดทุกอย่างตามกฎหมาย โดยแยกตามประเภทอาหาร เพื่อช่วยให้ผู้ประกอบการสามารถตรวจสอบฉลากอาหารได้ง่ายขึ้น ลดข้อผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นจากการจัดทำไม่ครบถ้วนตามข้อกำหนดต่าง ๆ

4) ปรับระบบการให้คำแนะนำโดยเจ้าหน้าที่ด้วยการจัดตั้งคลินิกให้คำปรึกษาด้านฉลากอาหารโดยเฉพาะ ทั้งที่มาติดต่อด้วยตนเองและแบบออนไลน์ เช่น กำหนดเป็นทุกวันจันทร์ พุธ ศุกร์ และกำหนดระยะเวลาในการตอบคำถามไว้อย่างชัดเจน เพื่อลดความล่าช้า

5) จัดทำระบบแจ้งเตือนและตอบคำถามอัตโนมัติ เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ประกอบการในการรับทราบกฎหมายใหม่ และง่ายต่อการหาคำตอบเมื่อมีข้อสงสัย

นอกจากนี้ หากมีการศึกษาในพื้นที่อื่นและผลการศึกษาเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษานี้ กระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ควรมีการปรับข้อกฎหมายหรือหลักเกณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำฉลากอาหารให้เหลือประกาศกระทรวงสาธารณสุขเพียงฉบับเดียว เนื่องจากปัจจุบันมีหลายฉบับ จึงอาจทำให้ผู้ประกอบการจัดทำตกหล่นในบางประเด็น รวมถึงการปรับกฎหมายหรือหลักเกณฑ์ให้มีความทันสมัยทัดเทียมต่างประเทศ โดยอาจยกเลิกข้อกำหนดบางอย่าง เช่น การเรียงลำดับส่วนประกอบของอาหารบนฉลาก เนื่องจากการเรียงลำดับไม่ได้มีผลต่อรับรู้ส่วนประกอบของผู้บริโภค แต่การแสดงส่วนประกอบที่ครบถ้วนเป็นประโยชน์ต่อผู้บริโภค

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาระดับความรู้ในการจัดทำฉลากอาหาร เป็นเพียงการศึกษาความรู้เกี่ยวกับระเบียบและหลักเกณฑ์เบื้องต้นของการจัดทำฉลากอาหารทุกประเภทเท่านั้น เพราะการจัดทำฉลากของอาหารแต่ละประเภทมีข้อกำหนดแตกต่างกัน ดังนั้น ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการจัดทำฉลากอาหารแยกตามประเภทอาหาร โดยเฉพาะที่พบปัญหาการแสดงฉลากบ่อย เช่น เครื่องดื่มในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท เพื่อนำผลการศึกษามาใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงกฎหมายหรือการบังคับใช้กฎหมายต่อไป

2. ควรมีการศึกษาในกลุ่มที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดทำฉลากอาหารที่จำหน่ายในประเทศไทยเพิ่มเติม ได้แก่ ผู้ผลิตฉลากสินค้าหรือภาชนะบรรจุ

เจ้าหน้าที่ภาครัฐ และผู้บริโภค เพื่อนำผลการศึกษาไปปรับปรุงแก้ไขและคุ้มครองผู้บริโภคให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่ให้ความกรุณาตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม พร้อมให้คำแนะนำ รวมถึงให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ และขอขอบคุณผู้ประกอบการผลิตอาหารในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. นัฐพล ตั้งสุภูมิ. ฉลากอาหาร-โภชนาการ รู้จัก เข้าใจ กินปลอดภัย [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิหมอชาวบ้าน: 2552 [เข้าถึงเมื่อ 30 ต.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.doctor.or.th/article/detail/8864
2. พรพิมล เลิศพานิช. แนวทางการพัฒนาการแสดงฉลากอาหารให้เป็นไปตามกฎหมาย. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา; 2566.
3. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. ข้อมูลสะสมจำนวนผลิตภัณฑ์ที่ขออนุญาต/จดแจ้ง/จดทะเบียน (แยกรายจังหวัด) [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 30 ต.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://catalog.fda.moph.go.th/dataset/ 15da314d-687c-479b--9337a5bfd0e92a3c/resource/ac93ce-05ae4-39cca-b29f-7202296ff96b/download/6_-.xlsx
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. รายงานประจำปี 2564 [อินเตอร์เน็ต]. พระนครศรีอยุธยา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 31 ต.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://ayo.moph.go.th/main/file_upload/subblocks/รายงานประจำปี64.pdf
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. รายงานประจำปี 2565 [อินเตอร์เน็ต]. พระนครศรีอยุธยา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 31 ต.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://ayo.moph.go.th/main/file_upload/subblocks/รายงานประจำปี%2065.pdf
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. รายงานประจำปี 2566 [อินเตอร์เน็ต]. พระนครศรีอยุธยา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 31 ต.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://ayo.moph.go.th/main/file_upload/subblocks/รายงานประจำปี%202566.pdf
7. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 1988.
8. Bloom.B.S. Taxonomy of Educational Objectives, Handbook I: The Cognitive Domain. New York: David McKay Co Inc; 1956.
9. Nancy E. Schwartz, Nutrition knowledge, attitudes and practices of canadian public health nurses, Journal of Nutrition Education. 1976; 8(1):28-31, ISSN 0022-3182, https://doi.org/10.1016/S0022-3182(76)80113-6.
10. ศศิกานต์ กลึงโรจน์พงษ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับเลขสารบบอาหารของผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์ชุมชน ในจังหวัดกาญจนบุรี [วิทยานิพนธ์]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2564.
11. สุอาภา กลั่นประเสริฐ, สาโรจน์ นาคจู. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดี (จีเอ็มพี) ของผู้ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท จังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารการคุ้มครอง

ผู้บริโภคด้านสุขภาพ (Online) [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 31 ต.ค. 2567];3(2): 111-1. เข้าถึงได้จาก: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JOHCP/ article/ view/261361/180954

12. กมลภัทร์ สวัสดิ์โกศล. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามข้อกฎหมายเกี่ยวกับการโฆษณาตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 ของสถานพยาบาลในจังหวัดกาญจนบุรี. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 31 ต.ค. 2567];9(2): 346-57. เข้าถึงได้จาก: https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/275009/183944
13. ศรีวิไล ซุยเจริญ. การศึกษาการยอมรับเกี่ยวกับข้อกำหนดการตรวจสถานที่ตามมาตรฐาน GMP ในทัศนะของสถานประกอบการน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร: สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ; 2546.
14. Norhaslinda R., Norhayati A.H., Mohd Adzim Khalili R. Knowledge, Attitudes and Practices (KAP) on Good Manufacturing Practices (GMP) among food handlers in Terengganu Hospitals. International Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences (ISSN- 0975 1491).

JOURNAL OF HEALTH CONSUMER PROTECTION
วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
Vol.5 No.1 January-June 2025
ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2568

ผลการส่งเสริมความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนต้นแบบ ชุมชนปากตะโก จังหวัดชุมพร

Effects of promoting Rational Drug Use Literacy in a model community, Pak Tako Community, Chumphon Province

กฤติกา นันทประเสริฐ[1]

Krittika Nunthaprasert[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนหลังนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการส่งเสริมความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประชาชนในชุมชนต้นแบบ ชุมชนปากตะโก จังหวัดชุมพร ทำการศึกษาระหว่างเดือนเมษายน – กรกฎาคม 2567 โดยกิจกรรมการส่งเสริมฯ ประกอบด้วยประชุมภาคีเครือข่าย แกนนำชุมชนที่เกี่ยวข้องในชุมชน อบรมให้ความรู้ เรื่องการใช้ยาสมเหตุผลในชุมชนและผลิตภัณฑ์สุขภาพ เดินรณรงค์การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนและติดป้ายประชาสัมพันธ์ กิจกรรมถอดบทเรียนแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในชุมชน วัดผลจากกลุ่มตัวอย่าง 300 คน เครื่องมือที่ใช้ คือแบบประเมินความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสำหรับประชาชนไทย (Rational Drug Use Literacy tool: RDUL) ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ค่าความเที่ยงภายในของแบบสอบถาม (Cronbach's alpha) มีค่าเท่ากับ 0.8917 และมีคะแนนความรอบรู้ด้านยาอย่างสมเหตุผลที่พึงได้เท่ากับ 41.5 วิเคราะห์ข้อมูล โดยการแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลระหว่างก่อนกับหลังการดำเนินการส่งเสริมความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน โดย Wilcoxon Signed Ranks Test ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการส่งเสริมความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50.67 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เท่ากับ 40.37 ± 6.96 ซึ่งถือว่ามีคะแนนความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลไม่เพียงพอ หลังการส่งเสริมความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 82.33 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เท่ากับ 46.07 ± 4.46 ถือว่ามีความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเพียงพอ หลังจากการดำเนินการส่งเสริมความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน พบว่าคะแนนเฉลี่ยรวมความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเพิ่มขึ้นทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

คำสำคัญ : การใช้ยาอย่างสมเหตุผล, ความรอบรู้ด้านยา, ชุมชน

[1] เภสัชกรชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร

[1] Pharmacist, Senior Professional Level, Division of Consumer Health Protection and Public Health Pharmacy, Chum Phon Province Public Health Office. E-mail: kriti.nun@gmail.com

Received: 14 JAN 2025, Revised: 27 FEB 2025, Accepted: 30 MAR 2025

Abstract

This quasi - experimental one group pretes t - posttest design research aimed to study the effect of activities to promote Rational Drug Use Literacy in the prototype community, Pak Tako Community, Chumphon Province. This study was done between April – July 2024. The activities included meeting network partners and community leaders involved in the community, training activities on Rational Drug Use Literacy and health products, campaigning for Rational Drug Use Literacy in the community and installing public relations signs, and exchanging lessons learned with network partners involved in the community. The sample group was 300 people. The instrument used was the Rational Drug Use Literacy tool (RDUL) of the Health Systems Research Institute (HSRI). The internal reliability (Cronbach's alpha) was 0.8917. The cut-off point is equal to 41.5. The statistics used for data analysis were frequency, percentage, mean, standard deviation, and comparison of Rational drug use Literacy scores before and after the promotion of Rational Drug Use Literacy in the community by Wilcoxon Signed Ranks Test at 95% confidence level.

The research results found that before the promotion of Rational Drug Use Literacy in the community, 50.67 percent of the sample group had an average score of Rational Drug Use Literacy of 40.37 ± 6.96, which was considered insufficient Rational Drug Use Literacy. After the promotion of Rational Drug Use Literacy in the community, 82.33 percent of the sample group had an average score of Rational Drug Use Literacy of 46.07 ± 4.46, which was considered sufficient Rational Drug Use Literacy. After the promotion of Rational Drug Use Literacy in the community, it was found that the average score of Rational Drug Use Literacy and the average score of Rational Drug Use Literacy increased in all aspects with statistical significance ($p < 0.05$).

Keywords : Rational Drug Use, Drug literacy, Community

บทนำ

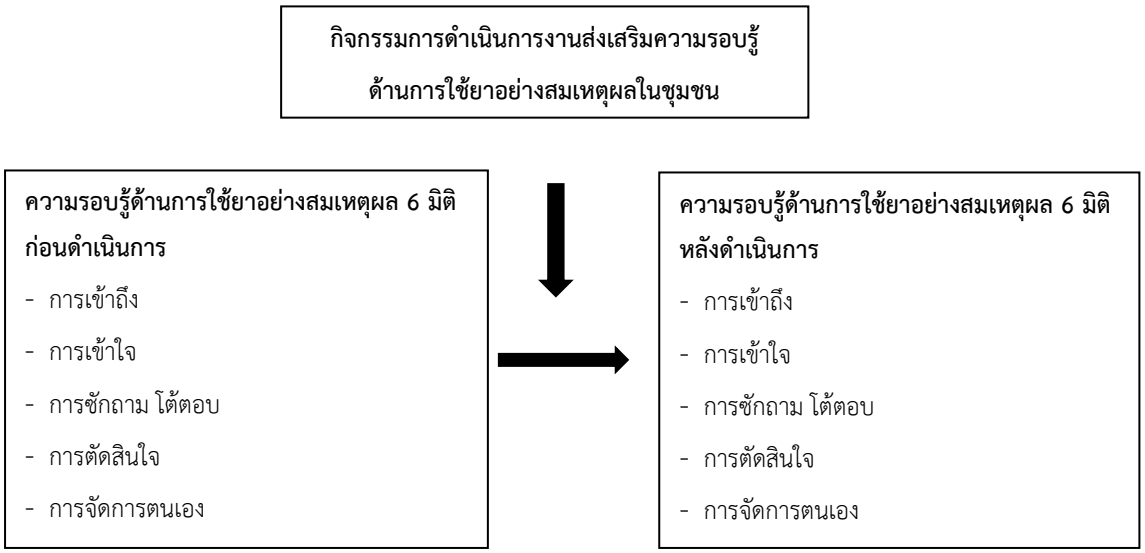
องค์การอนามัยโลกได้นิยาม “การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use: RDU)” คือ “การที่ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ โดยใช้ยาในขนาดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ด้วยระยะเวลาการรักษาที่เหมาะสม และมีค่าใช้จ่ายต่อชุมชนและผู้ป่วยน้อยที่สุด”[1] ซึ่งสอดคล้องกับคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ ที่ได้ให้ความหมายของ “การใช้ยาอย่างสมเหตุผล” หมายถึง การใช้ยาโดยมีข้อบ่งชี้ เป็นยาที่มีคุณภาพ มีประสิทธิผลจริง สนับสนุนด้วยหลักฐานที่เชื่อถือได้ ให้ประโยชน์ทางคลินิกเหนือกว่าความเสี่ยงจากการใช้ยาอย่างชัดเจน มีราคาเหมาะสมคุ้มค่าตามหลักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ไม่เป็นการใช้ยาซ้ำซ้อน คำนึงถึงปัญหาเชื้อดื้อยา เป็นการใช้ยาในกรอบบัญชียาอย่างเป็นขั้นตอนตามแนวทางการพิจารณาการใช้ยา โดยใช้ยาในขนาดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละกรณี ด้วยวิธีการให้ยาและความถี่ในการให้ยาที่ถูกต้องตามหลักเภสัชวิทยาคลินิก ด้วยระยะเวลาการรักษาที่เหมาะสม ผู้ป่วยให้การยอมรับ และสามารถใช้ยาดังกล่าวได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง กองทุนในระบบประกันสุขภาพหรือระบบสวัสดิการสามารถให้เบิกจ่ายค่ายานั้นได้อย่างยั่งยืน เป็นการใช้ยาที่ไม่เลือกปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยทุกคนสามารถใช้ยานั้นได้อย่างเท่าเทียมกันและไม่ถูกปฏิเสธยาที่สมควรได้รับ[2]

จากรายงานสรุปผลการดำเนินงานการป้องกันและจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial Resistance: AMR) อย่างบูรณาการโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์[3] พบว่าอัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดของโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ปี พ.ศ. 2563 เท่ากับร้อยละ 43.15 และ ปี พ.ศ. 2564 เท่ากับร้อยละ 45.08 (Baseline ปี พ.ศ. 2561 เท่ากับร้อยละ 46.91) เปรียบเทียบกับค่ากลางของประเทศที่ร้อยละ 38.73 จะเห็นว่าการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดของโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์สูงกว่าค่ากลางของประเทศ แสดงว่ายังไม่สามารถลดอัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดได้ วิกฤตเชื้อดื้อยาที่เกิดขึ้นนี้สอดคล้องกับการพบปัญหาการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลในชุมชนจังหวัดชุมพร จากที่ในปี พ.ศ. 2563 มีรายงานสรุปผลโครงการส่งเสริมการใช้ยาปลอดภัยชุมชนอำเภอทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร[4] ได้ทำการสำรวจข้อมูลการใช้ยาในชุมชน อำเภอทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร ปี พ.ศ. 2560 โดยใช้แบบสำรวจยาในชุมชนเพื่อสำรวจการใช้ยาในผู้สูงอายุของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา พบยาปฏิชีวนะเหลือใช้ คิดเป็นร้อยละ 12.67 (ระดับประเทศ ร้อยละ 10.60) นอกจากนี้ ยังพบยากลุ่มเสี่ยงที่ปนเปื้อนสารสเตียรอยด์ (ชุดทดสอบอย่างง่าย) คิดเป็นร้อยละ 2.81 ส่วนผลการสำรวจร้านชำ ร้อยละ 62.81 ของร้านชำ มีการขายยาสามัญประจำบ้านและยาบรรจุเสร็จฯ ร้านค้าปลีกขายยาปฏิชีวนะร้อยละ 14.54 จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่ายังมีการใช้ยากลุ่มเสี่ยง ประชาชนมีการซื้อยามาใช้ด้วยตนเอง เมื่อประชาชนมีความต้องการที่จะซื้อยามาใช้ด้วยตนเอง ร้านค้าหรือผู้ขายจึงสนองด้วยการหายามาขายให้ ทำให้เห็นว่าประชาชนมีแนวโน้มยังขาดความรู้ความเข้าใจ ขาดทักษะ พฤติกรรมที่ถูกต้องในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ซึ่งหากมีส่งเสริมพัฒนาความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประชาชนที่ถูกต้อง แม่นยำ เป็นปัจจุบันจนประชาชนเกิดความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลที่เพียงพอ จนเกิดความรู้ความ

เข้าใจ เกิดทักษะ เกิดพฤติกรรมที่ถูกต้องในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ก็จะส่งผลดีต่อสุขภาพของประชาชน และเกิดผลดีต่อสังคมส่วนรวม ลดค่าใช้จ่ายด้านยาที่ไม่จำเป็น และทำให้ลดค่าใช้จ่ายของประเทศด้วย

จังหวัดชุมพรได้เริ่มงานส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนปลอดภัยจากการใช้ยา มีความรอบรู้ในการใช้ยา และสามารถดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วยได้ ซึ่งบางพื้นที่การดำเนินการยังไม่ชัดเจนและยังไม่มีประสิทธิภาพ ดังนั้น เพื่อให้มีรูปแบบกระบวนการดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลระดับชุมชนของจังหวัดชุมพร เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการขยายการดำเนินงานไปพื้นที่อื่น ๆ ให้เกิดความสำเร็จได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงได้ทดลองกระบวนการส่งเสริมพัฒนาความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลระดับในชุมชน เพื่อนำมาเป็นต้นแบบในการดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและพัฒนากระบวนการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาในชุมชนอื่น ๆ ต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลการส่งเสริมความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน

วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อเปรียบเทียบระดับความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ระหว่างก่อนกับหลังการดำเนินการงานส่งเสริมความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experiment Research) แบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest - posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้เป็นการทดลองดำเนินการในชุมชนเพื่อเป็นต้นแบบ แล้วนำแนวคิดรูปแบบการดำเนินการไปดำเนินงานต่อเนื่องในชุมชนอื่น การคัดเลือกชุมชนแบบเจาะจง เป็นพื้นที่ชุมชนปากตะโก จากนั้น สุ่มเลือกหมู่บ้านเป้าหมาย โดยจับฉลากเลือก 1 หมู่ ได้เป็น ชุมชนหมู่ 1 ซึ่งมีประชากร จำนวน 1,423 คน เป็นชาย 750 คน และหญิง 673 คน ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้าประชากร สำหรับวัดผล คือ ประชาชนหมู่ 1 ตำบลปากตะโก อำเภอทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และไม่เกิน 70 ปี เนื่องจากเป็นประชากรที่มีส่วนในการตัดสินใจของการใช้ยาในครอบครัวจริง ๆ สามารถพูดสื่อสารด้วยภาษาไทยกับคณะผู้วิจัย อ่านภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมการวิจัยตลอดโครงการ

ขนาดตัวอย่างคำนวณจากสูตรของแดเนียล (Daniel)[5] ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้ เท่ากับ 0.05 ความเชื่อมั่นร้อยละ 95 คำนวณได้ 293 คน เพื่อให้ครบจำนวน ป้องกันข้อมูลที่อาจไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ จึงเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 300 คน จากนั้น ใช้วิธีจับฉลากรายชื่อผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถาม กรณีผู้ที่ถูกจับฉลากรายชื่อได้ไม่สะดวกเข้าร่วมโครงการ ก็ทำการจับฉลากรายชื่อใหม่ให้ครบจำนวน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ใช้แบบประเมินความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสำหรับประชาชนไทย (Rational Drug Use Literacy tool: RDUL) ของสถาบัน วิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)[6,7] ซึ่งสร้างขึ้นโดยอาศัยหลักการจากแนวคิดของ Nutbeam[8] และกรอบแนวคิดของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยความรอบรู้ด้านสุขภาพ (V - Shape) แบบสอบถามจัดทำเป็นโครงการวิจัย เรื่อง โครงการพัฒนาเครื่องมือและแบบประเมินความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประชาชนไทย จนได้เป็นแบบประเมินความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสำหรับประชาชนไทย มีค่าความเที่ยงภายใน (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.8917 และมีคะแนนความรอบรู้ด้านยาอย่างสมเหตุผลที่พึงได้ (Cut - off point) เท่ากับ 41.5 หมายถึง ผู้ที่มีคะแนน RDUL > 41.5 มีความรอบรู้ด้านยาอย่างสมเหตุผลเพียงพอ โดยแบ่งมิติความรอบรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 6 มิติ ดังนี้

- ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบ (ข้อ 1 – 6, รวม 6 ข้อ)
- ตอนที่ 2 ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลยาและสุขภาพ (ข้อ 7 – 14, รวม 8 ข้อ)
- ตอนที่ 3 ความสามารถของบุคคลในการทำความเข้าใจข้อความ ข้อมูลยาและสุขภาพ (ข้อ 15 – 24, รวม 10 ข้อ)
- ตอนที่ 4 ความสามารถในการโต้ตอบซักถามหรือแลกเปลี่ยนข้อมูลยาและสุขภาพกับบุคลากรด้านสาธารณสุข (ข้อ 25 – 31, รวม 7 ข้อ)
- ตอนที่ 5 การตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยาและดูแลสุขภาพ (ข้อ 32 – 42, รวม 11 ข้อ)
- ตอนที่ 6 การจัดการตนเองด้านการใช้ยาและดูแลสุขภาพ (ข้อ 43 – 52, รวม 10 ข้อ)
- ตอนที่ 7 การบอกต่อผู้อื่นเรื่องการใช้ยาและดูแลสุขภาพ (ข้อ 53 – 58, รวม 6 ข้อ)

การทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (รอบที่ 1) โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามในแบบประเมินความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ก่อนดำเนินการกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน ช่วงเดือนมีนาคมถึงพฤษภาคม 2567 โดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) ที่ผ่านการอบรมและทำความเข้าใจในการเก็บข้อมูลอย่างเคร่งครัดโดยผู้วิจัย เป็นผู้ช่วยนักวิจัย

2. ดำเนินการกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน ตามกระบวนการและขั้นตอนที่กำหนดไว้ในแนวทาง ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม 4 กิจกรรม

2.1 กิจกรรมประชุมภาคีเครือข่าย แกนนำชุมชน ที่เกี่ยวข้องในชุมชน เพื่อรับฟังปัญหาและหาแนวทางแก้ปัญหาเพื่อให้ประชาชนในชุมชนทุกคนมีส่วนร่วมในการรับทราบปัญหาและหาทางแก้ไข

2.2 กิจกรรมอบรมให้ความรู้เรื่องการใช้ยาสมเหตุผลในชุมชน และผลิตภัณฑ์สุขภาพ เพื่อให้ประชาชนในชุมชนเกิดความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และเกิดการตัดสินใจใช้ยาอย่างสมเหตุผล

2.3 กิจกรรมเดินรณรงค์การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนและติดป้ายประชาสัมพันธ์ เพื่อสร้างความตระหนักรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน

2.4 กิจกรรมถอดบทเรียน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในชุมชน เพื่อสรุปผลและถอดบทเรียนการดำเนินการกิจกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน

3. เก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 2 หลังการทดลอง โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล หลังดำเนินการกิจกรรมส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน ช่วงเดือนสิงหาคมถึงกันยายน 2567 โดยเป็นผู้เก็บข้อมูลคนเดียวกับรอบแรก

4. ตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของการตอบแบบประเมิน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าร้อยละ (Percentage), ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: SD) ในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล คะแนนความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลแต่ละข้อแต่ละด้าน

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลก่อนและหลังการทดลองแต่ละด้าน โดยทดสอบการกระจายของข้อมูล พบว่าไม่ใช่ Normal Distribution จึงใช้ค่าสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการตรวจสอบและความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ จังหวัดชุมพร รหัสโครงการวิจัย CPH – EC - 016/ 2567 หนังสือรับรองเลขที่ 027/ 2567 ลงวันที่ 11 มีนาคม 2567 และผู้วิจัยได้ยึดหลักจริยธรรมในการวิจัยด้านหลักการเคารพบุคคล หลักประโยชน์ ไม่ก่ออันตรายและหลักยุติธรรมอย่างเคร่งครัด ผู้วิจัยให้มีการชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับงานวิจัย อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และขอ

อนุญาตกลุ่มตัวอย่างก่อนขั้นตอนการทำแบบสอบถามเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงกับกลุ่มตัวอย่างว่าการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เป็นไปด้วยความสมัครใจ จะให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจด้วยตนเอง และแจ้งให้ทราบว่าเมื่อเข้าร่วมการวิจัยแล้ว หากต้องการออกจากการวิจัยสามารถกระทำได้ทันทีตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง และไม่เสียผลประโยชน์ใด ๆ พร้อมทั้งให้เกิดความมั่นใจว่าข้อมูลที่ได้จะเป็นความลับ ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับ ในการรวบรวมข้อมูลจะไม่ระบุชื่อ ระบุตัวบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยข้อมูลที่รวบรวมได้จะนำไปใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น เพื่อปกป้องสิทธิ์กลุ่มตัวอย่างไม่ให้ได้รับผลกระทบจากการเข้าร่วมวิจัย ผลงานการวิจัยจะรายงานเป็นภาพรวม ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บในคอมพิวเตอร์ที่มีการปกป้องการเข้าถึงข้อมูลด้วยการใส่รหัสผ่าน ซึ่งมีเพียงผู้วิจัยคนเดียวเท่านั้นที่จะสามารถเข้าถึงได้ ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ข้อมูลที่สามารถระบุตัวบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัยจะต้องได้รับการปกปิด โดยใช้รหัสประจำโครงการแทนผู้ร่วมการวิจัย ทั้งนี้ข้อมูลในการวิจัยจะถูกจัดเก็บเป็นระยะเวลา 1 ปี และมีกำหนดทำลายเอกสารการวิจัยในระยะเวลา 1 ปี

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.67 และเพศชาย ร้อยละ 31.33 ส่วนมากมีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 37.67 รองลงมามีอายุ 51 – 60 ปี ร้อยละ 18.33, อายุ 41 – 50 ปี ร้อยละ 18.00, อายุ 31 – 40 ปี ร้อยละ 12.00, อายุ 21 – 30 ปี ร้อยละ 9.67 และช่วงอายุ 20 หรือต่ำกว่าน้อยที่สุดร้อยละ 4.33 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษา ป.4 หรือน้อยกว่า ร้อยละ 26.67 รองลงมาปริญญาตรี ร้อยละ 15.00, ป.5 – ป.6 ร้อยละ 14.33, ม.1 – ม.3 ร้อยละ 13.67, ปวช. ร้อยละ 10.67, ปวส. ร้อยละ 10.00 และ ม.4 – ม.6 ร้อยละ 9.67 การตรวจโรคเรื้อรัง ส่วนใหญ่เคยตรวจแล้ว แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรค ร้อยละ 45.00 รองลงมา ร้อยละ 23.00 ไม่เคยตรวจโรค และร้อยละ 32.00 เคยตรวจแต่ไม่พบโรค ส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรังมากกว่า 1 โรคขึ้นไป ร้อยละ 50.37 รองลงมาร้อยละ 17.78 เป็นโรคไขมันในเลือดสูง, ร้อยละ 17.78 เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 14.07, เป็นโรค เบาหวาน ร้อยละ 10.37, เป็นโรคหอบหืดร้อยละ 3.70, เป็นโรคเก๊าท์ ร้อยละ 2.22 และเป็นโรคไตวายเรื้อรังร้อยละ 1.48 ส่วนใหญ่มีอาชีพค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 33.33 รองลงมาร้อยละ 28.67 มีอาชีพรับจ้าง, ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 11.67, มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 10.33, มีอาชีพรับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 5.00, มีอาชีพอื่น ๆ เช่น ประมง ร้อยละ 3.67 และเป็นข้าราชการบำนาญ ร้อยละ 1.67 สถานภาพบุคลากรทางการแพทย์ ส่วนใหญ่เป็นประชาชนทั่วไป ร้อยละ 77.00 รองลงมาร้อยละ 18.67 เป็น อสม. และเป็นบุคลากรทางการแพทย์ ร้อยละ 4.33 ส่วนใหญ่ซื้อยาจากร้านขายยา ร้อยละ 80.67 รองลงมาร้อยละ 16.00 รับยาจาก รพ.สต. หรือโรงพยาบาล ร้อยละ 3.33, ซื้อยาจากร้านชำในชุมชน และกลุ่มตัวอย่างนี้ ไม่พบการซื้อยาจาก ร้านค้าออนไลน์และร้านค้า/ บุคคลผ่านระบบขายตรง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบถูกต้องจำแนกรายข้อ ระหว่างก่อนและหลังการดำเนินการส่งเสริมความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (n = 300)

ข้อที่	คำถาม	ก่อน		หลัง	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ตอนที่ 2 ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลยาและสุขภาพ (8 ข้อ)					
7	ค้นหาข้อมูลเรื่องยาจากหนังสือพิมพ์หรือนิตยสารได้	187	62.33	248	82.67
8	รับฟังข้อมูลเรื่องยาจากรายการวิทยุหรือโทรทัศน์	221	73.67	262	87.33
9	ค้นหาข้อมูลจากอินเตอร์เน็ตได้ เช่น เว็บไซต์ แอพพลิเคชั่น หรือสื่อสังคมออนไลน์	190	63.33	228	76.00
10	สอบถามเรื่องยาจากบุคลากรด้านสาธารณสุขได้	278	92.67	296	98.67
11	ขอข้อมูลเรื่องยาจากผู้อื่นได้	219	73.00	260	86.67
12	ค้นหาข้อมูลเรื่องยาจากหลายแหล่งได้ เช่น ผู้อื่น หนังสือพิมพ์ นิตยสาร อินเตอร์เน็ต	218	72.67	265	88.33
13	ค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับอาหารเสริม หรือ สมุนไพร ได้	223	74.33	260	86.67
14	ค้นหาข้อมูลเรื่องยาได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องพึ่งคนอื่น	232	77.33	258	86.00
ตอนที่ 3 ความสามารถของบุคคลในการทำความเข้าใจข้อความ ข้อมูลยาและสุขภาพ (10 ข้อ)					
15	ยาพาต้านี้ ใช้เมื่อมีอาการใด	285	95.00	291	97.00
16	หากท่านปวดและกินยาพาต้า 1 เม็ด เวลา 9.00 น. แต่ยังมีอาการปวดอยู่ ท่านจะกินยาแก้ปวดนี้ อีกครั้งในเวลาใด	257	85.67	288	96.00
17	ยาพาต้านี้ ห้ามกิน เกินวันละกี่ครั้ง	252	84.00	285	95.00
18	หากเด็ก น้ำหนักตัว 6 กิโลกรัม ต้องกินยาน้ำเท่าใด	256	85.33	279	93.00
19	ถ้าต้องให้เด็กกินยา 2.5 ซีซี ควรเลือกอุปกรณ์ใดต่อไปนี้ เพื่อตวงยานี้	249	83.00	271	90.33
20	หากท่านปวดท้องจากโรคกระเพาะ แพทย์สั่งยาน้ำรักษาโรคกระเพาะ 30 ซีซี (2 ช้อนโต๊ะ) ท่านจะเลือกใช้อุปกรณ์ใดต่อไปนี้ ในการกินยานี้	112	37.33	178	59.33
21	ถ้าท่านไม่มีขวดขนาด 750 มิลลิลิตร แต่มีขวดขนาด 1,500 มิลลิลิตร ท่านต้องตวงน้ำปริมาณเท่าใดจากขวดที่ท่านมีเพื่อใช้ละลายผงเกลือแร่	252	84.00	285	95.00
22	วันหมดอายุของผงเกลือแร่ซองนี้ ที่เขียนไว้บนซอง คือวันใด	255	85.00	290	96.67
23	หากกินยาเม็ดฟู่ 1 เม็ด จะได้รับวิตามินซี กี่มิลลิกรัม	269	89.67	295	98.33
24	ข้อความในฉลากยาระบุว่า เก็บยาไว้ในตู้เย็น ห้ามแช่แข็ง จะต้องเก็บยานี้ไว้ในส่วนใดของตู้เย็น	270	90.00	297	99.00
ตอนที่ 4 ความสามารถในการโต้ตอบซักถามหรือแลกเปลี่ยนข้อมูลยาและสุขภาพกับบุคลากรด้านสาธารณสุข (7 ข้อ)					
25	ท่านกล้าซักถามหรือพูดคุยกับบุคลากรด้านสาธารณสุขเกี่ยวกับ **ยา**ที่ได้รับ	271	90.33	296	98.67
26	ท่านเตรียมคำถามที่ท่านมีเกี่ยวกับ**ยา**ไว้ก่อนล่วงหน้าในการไปพบบุคลากรด้านสาธารณสุข	216	72.00	245	81.67

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบถูกต้องจำแนกรายข้อ ระหว่างก่อนและหลังการดำเนินการส่งเสริมความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (n = 300) (ต่อ)

ข้อที่	คำถาม	ก่อน		หลัง	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ตอนที่ 4 ความสามารถในการโต้ตอบซักถามหรือแลกเปลี่ยนข้อมูลยาและสุขภาพกับบุคลากรด้านสาธารณสุข (7 ข้อ)					
27	ถ้าบุคลากรด้านสาธารณสุขอธิบายเรื่อง**ยา** แล้วท่านไม่เข้า ใจ ท่านจะสอบถามบุคลากรด้านสาธารณสุขทันที	269	89.67	292	97.00
28	ท่านจะบอกบุคลากรด้านสาธารณสุขว่า ท่าน**ไม่**อยากกินยาที่หมอสั่งเพราะกลัวผลข้างเคียง	210	70.00	237	79.00
29	จะซักถามบุคลากรด้านสาธารณสุขเรื่อง**ยา**ที่ท่านเป็นกังวล	272	90.67	290	96.67
30	หากท่านสนใจใช้**อาหารเสริม**เพื่อดูแลสุขภาพ ท่านจะพูดคุยแลกเปลี่ยนกับบุคลากรด้านสาธารณสุข	230	76.67	260	86.67
31	ในรายการทีวีบอกว่า “กินน้ำต้มมะระขี้นกวันละ 3 ถ้วย ทุกวัน จะช่วยเพิ่มภูมิคุ้มกันและป้องกันโรคมะเร็ง” ท่านจะสอบถามบุคลากรด้านสาธารณสุขเรื่องประโยชน์หรือโทษของน้ำต้ม มะระขี้นก ก่อนที่จะเชื่อ	249	83.00	280	93.33
ตอนที่ 5 การตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยาและดูแลสุขภาพ (11 ข้อ)					
32	ท่าน**เชื่อ**โฆษณายาทางวิทยุ โทรทัศน์ หรือ อินเตอร์เน็ต	188	62.67	217	72.33
33	ท่านตรวจสอบข้อมูลก่อน**เชื่อ**โฆษณายาทางวิทยุ โทรทัศน์ หรืออินเตอร์เน็ต	188	62.67	246	82.00
34	ท่านหาข้อมูลทั้งข้อดี ข้อเสีย ก่อน**เชื่อ**โฆษณายาทางวิทยุ โทรทัศน์ หรืออินเตอร์เน็ต	203	67.67	259	86.33
35	ท่านจะ**ซื้อ**ยาตามโฆษณายาทางวิทยุ โทรทัศน์ หรือ อินเตอร์เน็ต มาใช้	220	73.33	245	81.67
36	ท่านตรวจสอบข้อมูลที่ได้รับจากโฆษณายาทางวิทยุ โทรทัศน์ หรืออินเตอร์เน็ต ก่อน**ซื้อ**ยามาใช้	195	65.00	256	85.33
37	ท่านหาข้อมูลทั้งข้อดี ข้อเสียของยาจากโฆษณายาทางวิทยุ โทรทัศน์หรืออินเตอร์เน็ต ก่อน**ซื้อ**ยามาใช้	200	66.67	264	88.00
38	“ถ้าท่านมีอาการปวดเข่า” จากข้อมูลบนฉลากของยาแผนโบราณตราหมอทิพย์ สามารถช่วยให้ท่าน ตัดสินใจซื้อยานี้มากินหรือไม่	191	63.67	252	84.00
39	“ถ้าท่านเป็นเบาหวาน” จากการอ่าน โฆษณาผลิตภัณฑ์น้ำหนานเฉาเหว่ยสกัดเย็นในเว็บไซต์ สามารถช่วยให้ท่านตัดสินใจ ซื้อน้ำหนานเฉาเหว่ยมากินหรือไม่	235	78.33	264	88.00

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบถูกต้องจำแนกรายข้อ ระหว่างก่อนและหลังการดำเนินการส่งเสริมความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (n = 300) (ต่อ)

ข้อที่	คำถาม	ก่อน		หลัง	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ตอนที่ 5 การตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยาและดูแลสุขภาพ (11 ข้อ)					
40	ถ้าท่านมีไข้ เป็นหวัด เจ็บคอ ไม่ควรเลือกใช้ยาใดเป็นลำดับแรก	214	71.33	217	72.33
41	หากท่านป่วยเป็นโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง หรือเบาหวาน เมื่ออาการของโรคคงที่แล้ว ท่านจะตัดสินใจอย่างไร	265	88.33	290	96.67
42	หากได้รับยาปฏิชีวนะมา 7 วัน เพื่อรักษาอาการเจ็บคอ แต่กินไปได้ 2 วัน แล้วอาการดีขึ้น ท่านจะตัดสินใจอย่างไร	222	74.00	274	91.33
ตอนที่ 6 การจัดการตนเองด้านการใช้ยาและดูแลสุขภาพ (10 ข้อ)					
43	อ่านฉลากยาก่อนใช้ยา	271	90.33	293	97.67
44	ตรวจสอบวันหมดอายุของยาก่อนใช้	272	90.67	294	98.00
45	กินยาตามวิธีใช้ที่กำหนด	275	91.67	292	97.33
46	กินยาปฏิชีวนะ (ยาฆ่าเชื้อแบคทีเรีย) จนครบตามจำนวนวันที่กำหนด	233	77.67	235	78.33
47	สังเกตผลข้างเคียงหลังกินยา เช่น อาการง่วงนอน ภายหลังกินยาแก้แพ้	237	79.00	254	84.67
48	ดูแลสุขภาพตนเองตามที่หมอแนะนำ	266	88.67	293	97.67
49	จำชื่อยาที่ท่านหรือคนในครอบครัวเคยใช้ได้	243	81.00	273	91.00
50	เลือกซื้อยาจากร้านยาที่ให้บริการโดยเภสัชกร	262	87.33	288	96.00
51	ใช้ยาโรคประจำตัวของคนอื่น (ที่ไม่ใช่ของตนเอง)	209	69.67	268	89.33
52	เก็บยาในสถานที่ที่เหมาะสม (เช่น ยาที่เก็บในตู้เย็น ยาที่เก็บไวพ้นแสง และยาที่เก็บไวพ้นมือเด็กเป็นต้น)	268	89.33	297	99.00
ตอนที่ 7 การบอกต่อผู้อื่นเรื่องการใช้ยาและดูแลสุขภาพ (6 ข้อ)					
53	ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลยาที่ได้รับก่อนที่จะบอกต่อคนอื่น ๆ เช่น การพูดคุยกัน การโพสต์ หรือการแชร์ข้อมูลอินเตอร์เน็ต	218	72.67	238	79.33
54	บอกข้อมูลยาที่ได้รับต่อคนอื่น ๆ ที่ท่านรู้จักโดย**ไม่**ตรวจสอบความถูกต้อง	251	83.67	284	94.67
55	ทำความเข้าใจข้อมูลยา ก่อนที่จะบอกต่อคนอื่น ๆ ที่ท่านรู้จัก	239	79.67	278	92.67
56	ถ้าฟังโฆษณานี้ทางวิทยุ ท่านจะแนะนำให้ผู้สูงอายุซื้อผลิตภัณฑ์นี้มาใช้หรือไม่	225	75.00	272	90.67
57	ท่านได้ข่าวว่า “อย. แจ้งเตือนภัยผู้บริโภคและบุคลากรทางการแพทย์ พบสารก่อมะเร็งในวัตถุดิบที่ใช้ในการผลิตยาวาลซาร์แทน ซึ่งเป็นยารักษาโรคความดันโลหิตสูงมาจากแหล่งผลิตจากจีน” ท่านจะบอกข่าวนี้ ให้กับบุคคลใดเพื่อให้หยุดใช้ยา	135	45.00	160	53.33
58	หากท่านเห็นข้อความจากประชาสัมพันธ์นี้ ท่านจะแนะนำให้ผู้ใดต่อไปนี้ไปฉีดวัคซีน	243	81.00	283	94.33

จากตารางที่ 1 พบว่าหลังการส่งเสริมความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน มีจำนวนผู้ตอบแบบประเมินถูกต้องในแต่ละตอนเพิ่มขึ้นทุกข้อ รายละเอียดในแต่ละมิติ จะมีข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างได้คะแนนน้อย ได้แก่ ด้านความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลด้านยาและสุขภาพ คำถามที่ตอบถูกต้องน้อยที่สุด เป็นเรื่องของการค้นหาข้อมูลจากอินเตอร์เน็ตได้ เช่น เว็บไซต์ แอพพลิเคชั่น หรือสื่อสังคมออนไลน์ ด้านความสามารถในการเข้าใจข้อมูลยาและสุขภาพ คำถามที่ตอบถูกต้องน้อยที่สุด ทั้งก่อนและหลังเป็นคำถามว่า หากท่านปวดท้องจากโรคกระเพาะ แพทย์สั่งยาน้ำรักษาโรคกระเพาะ 30 ซีซี (2 ช้อนโต๊ะ) ท่านจะเลือกใช้อุปกรณ์ใดในการกินยานี้ ด้านความสามารถในการโต้ตอบ ซักถามหรือแลกเปลี่ยนข้อมูลยาและสุขภาพกับบุคลากรด้านสาธารณสุข เป็นคำถามว่า ท่านจะบอกบุคลากรด้านสาธารณสุขว่าท่านไม่อยากกินยาที่หมอสั่ง เพราะกลัวผลข้างเคียง ด้านการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยาและดูแลสุขภาพ เป็นคำถามว่า ท่านเชื่อโฆษณายาทางวิทยุโทรทัศน์ หรืออินเตอร์เน็ต และคำถามถ้าท่านมีไข้ เป็นหวัด เจ็บคอ ไม่ควรเลือกใช้ยาใดเป็นลำดับแรก ด้านการจัดการตนเอง ด้านการใช้ยาและดูแลสุขภาพ คำถามที่ตอบถูกต้องน้อยที่สุด คือ การสังเกตผลข้างเคียงหลังกินยา เช่น อาการง่วงนอนภายหลังกินยาแก้แพ้ ด้านการบอกต่อผู้อื่นเรื่องการใช้ยาและดูแลสุขภาพ คำถามที่ตอบถูกต้องน้อยที่สุด เป็นคำถามว่า ท่านได้ข่าวว่า “อย. แจ้งเตือนภัยผู้บริโภคและบุคลากรทางการแพทย์พบสารก่อมะเร็งในวัตถุดิบที่ใช้ในการผลิตยาวาลซาร์แทน ซึ่งเป็นยารักษาโรคความดันโลหิตสูงมาจากแหล่งผลิตจากจีน” ท่านจะบอกข่าวนี้ให้กับบุคคลใดเพื่อให้หยุดใช้ยา

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลก่อนและหลังการส่งเสริมความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (n = 300)

ความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		Z	p-value
	ก่อน	หลัง		
1. ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลยาและสุขภาพ (8 ข้อ)	5.89 ± 2.42	6.92 ± 1.76	7.141	0.000*
2. ความสามารถของบุคคลในการทำความเข้าใจข้อความข้อมูลยาและสุขภาพ (10 ข้อ)	8.19 ± 1.83	9.20 ± 1.00	8.247	0.000*
3. ความสามารถในการโต้ตอบ ซักถามหรือแลกเปลี่ยนข้อมูลยาและสุขภาพกับบุคลากรด้านสาธารณสุข (7 ข้อ)	5.72 ± 1.71	6.33 ± 1.07	5.332	0.000*
4. การตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยาและดูแลสุขภาพ (11 ข้อ)	7.74 ± 2.44	9.28 ± 1.93	8.298	0.000*
5. การจัดการตนเองด้านการใช้ยาและดูแลสุขภาพ (10 ข้อ)	8.45 ± 2.26	9.29 ± 1.20	7.257	0.000*
6. การบอกต่อผู้อื่นเรื่องการใช้ยาและดูแลสุขภาพ (6 ข้อ)	4.37 ± 1.43	5.05 ± 0.98	6.790	0.000*
รวมในทุกมิติ (52 ข้อ)	**40.37 ± 6.96**	**46.07 ± 4.46**	**12.037**	**0.000***

หมายเหตุ : * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05

ตารางที่ 3 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเพียงพอ ก่อนและหลังการส่งเสริมความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (n = 300)

รายการ	ก่อน	หลัง
กลุ่มตัวอย่างที่มีความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเพียงพอ (คะแนน > 41.5 คะแนน)	49.33%	82.33%

จากตารางที่ 2 และ 3 ก่อนการส่งเสริมความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน ค่าเฉลี่ยคะแนนรวมความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เท่ากับ 40.37 ถือว่าอยู่ในระดับไม่เพียงพอ (คะแนน ≤ 41.5) กลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 49.33 หลังการส่งเสริมความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน ค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 46.07 ถือว่าอยู่ในระดับเพียงพอ และกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเพียงพอเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 82.33

คะแนนเฉลี่ยรวมความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < 0.05$) เมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลรายด้านพบว่า ในการวิจัยครั้งนี้ คะแนนความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของกลุ่มตัวอย่างทุกด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

จากการวิจัยนี้พบว่า การความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลแต่ละด้านทุกด้านและคะแนนเฉลี่ยรวมความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเบญจวรรณ กิ่งมณี, ณัฐภรณ์ สมบุตร และ สรชา งามทรัพย์[9] ที่ศึกษาผลการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุรินทร์ พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเพียงพอเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 70.7 เป็นร้อยละ 90.2 และพบว่าการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลทำให้คะแนนความรอบรู้ของ อสม. เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุก ๆ ด้าน ($p < 0.05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ สมจินต์ มากพา และ วิทวัฒน์ อูปคำ[10] ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดพิจิตร ที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในภาพรวมก่อนและหลัง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < 0.05$) แต่แตกต่างกันที่คะแนนหลังดำเนินการเพิ่มเฉพาะด้านการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยาและดูแลสุขภาพ และด้านการบอกต่อผู้อื่นเรื่องการดูแลสุขภาพเท่านั้นที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทำให้อธิบายได้ว่า ในการวิจัยครั้งนี้ การส่งเสริมความรอบรู้ ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนโดยกิจกรรมต่าง ๆ ที่ดำเนินการในชุมชนเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนเกิดความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ได้แก่ กิจกรรมประชุมภาคีเครือข่าย แกนนำชุมชน ที่เกี่ยวข้องในชุมชน เพื่อรับฟังปัญหาและหาแนวทางแก้ปัญหาเพื่อให้ประชาชนในชุมชน ทุกคนมีส่วนร่วมในการรับทราบปัญหาและหาทางแก้ไข กิจกรรมอบรมให้

ความรู้เรื่องการใช้ยาสมเหตุผลในชุมชน และผลิตภัณฑ์สุขภาพ เพื่อให้ประชาชนในชุมชนเกิดความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และเกิดการตัดสินใจใช้ยาอย่างสมเหตุผล กิจกรรมเดินรณรงค์การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน และติดป้ายประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างความตระหนักรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน กิจกรรมถอดบทเรียนแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในชุมชน เพื่อสรุปผล และถอดบทเรียนการดำเนินการกิจกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน สามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเพิ่มขึ้น อาจเนื่องจากการดำเนินการครั้งนี้เป็นกระบวนการที่ดำเนินการในชุมชนแบบผสมผสาน อาศัยความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในชุมชนอย่างต่อเนื่อง มีกระบวนการทำให้ชุมชนรับทราบปัญหา อันตรายที่อาจเกิดขึ้น ทำให้ชุมชนรับรู้สร้างกระบวนการแก้ไขปัญหา ทำให้ชุมชนและกลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้ มีความรู้ ความเข้าใจ เป็นการพัฒนาศักยภาพและพฤติกรรม เกิดความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลจนสามารถนำข้อมูลที่ได้รับไปปฏิบัติจนเกิดการตัดสินใจ ทำให้สามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้องสมเหตุผลปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ แสดงให้เห็นว่าการดำเนินในชุมชนที่มีความพร้อมของชุมชนในด้านต่าง ๆ ทั้งบุคลากรและทรัพยากร โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชนเอง ทั้งสามารถทำกิจกรรมร่วมกันได้อย่างต่อเนื่อง จะทำให้เกิดการพัฒนางานต่าง ๆ ทุกอย่างในชุมชนได้ ซึ่งเหมาะแก่การเป็นรูปแบบในการพัฒนางานในชุมชนทุกงาน โดยเฉพาะงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชนต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการนำรูปแบบกิจกรรมการส่งเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนไปขยายผลปรับใช้ดำเนินการในพื้นที่อื่น ๆ ทั้ง เพื่อเพิ่มความเข้าใจและการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนอย่างกว้างขวางขึ้น โดยเน้นการดำเนินการที่สอดคล้องกับลักษณะบริบทของแต่ละชุมชน ให้มีการพัฒนาศักยภาพของทุกคนในชุมชน หมู่บ้าน ตำบล อำเภอ และโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อสม. เครือข่าย โรงเรียน วัด รพ.สต. โรงพยาบาลชุมชน ถ้ามีความต้องการใช้งบประมาณ ก็เสนอโครงการเพื่อใช้งบประมาณในท้องถิ่นนั้น ๆ เอง เพื่อให้เครือข่ายทุกภาคส่วนมีความเข้มแข็ง งานที่ดำเนินการมีความเป็นรูปธรรม มีความยั่งยืน ซึ่งรูปแบบการดำเนินการนี้ จะเป็นต้นแบบในการดำเนินการพัฒนางานในด้านอื่น ๆ ต่อไป เช่น การส่งเสริมความรอบรู้ด้านการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพทุกผลิตภัณฑ์ งานอื่น ๆ ที่จะดำเนินการในชุมชน
2. เนื้อหาความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล จะมีบางข้อคำถามได้ที่กลุ่มตัวอย่างตอบผิด เป็นส่วนที่เจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกระดับจะต้องไปปรับปรุงการปฏิบัติงานการพัฒนาความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในพื้นที่ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษากลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการส่งเสริมความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมหลังจากมีการส่งเสริมความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ว่าประชากรมีพฤติกรรมแตกต่าง

จากก่อนดำเนินโครงการหรือไม่อย่างไร และอาจศึกษาในรูปแบบเชิงปฏิบัติการมีส่วนร่วมในชุมชนให้สามารถวิเคราะห์ปัญหา และกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาจริง และเป็นการส่งเสริมศักยภาพของกลุ่มตัวอย่าง

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความเมตตาและความช่วยเหลือจากเพื่อนร่วมงานรุ่นพี่ เพื่อน ๆ น้อง ๆ ในความช่วยเหลือที่ให้ทั้งความคิดเห็น คำปรึกษาและกำลังใจ ที่เป็นประโยชน์แก่ผู้วิจัย ขอขอบพระคุณ คณะเจ้าหน้าที่ทุกท่านของ รพ.สต.ปากตะโก, สาธารณสุขอำเภอทุ่งตะโกและเจ้าหน้าที่ทุกท่าน, คณะ อสม. ตำบลปากตะโก ที่กรุณาให้ความร่วมมือในการดำเนินการในชุมชน รวบรวมแบบสอบถามเพื่อการวิจัย รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาวิจัยเป็นอย่างยิ่ง และขอขอบคุณประชาชนตำบลปากตะโกที่สละเวลาให้ความร่วมมือในร่วมกิจกรรมการดำเนินการในชุมชน และการตอบแบบสอบถามในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. The rational use of drugs. Conference of Experts on the Rational Use of Drugs. 1985 Nov 25-29; Nairobi. Geneva: WHO; 1985.
2. คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ. คู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติยาระบบประสาทส่วนกลาง เล่ม 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2553.
3. นันทวัน ศรีสุวรรณ. การประชุมติดตามการดำเนินงาน Service Plan ครั้งที่ 2 ปี 2566. เอกสารการประชุมคณะกรรมการ Service Plan ครั้งที่ 2 ปี 2566. 19 มิ.ย. 2566; โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ จังหวัดชุมพร; 2566.
4. กรณิการ์ วีระกูล. การดำเนินการของอำเภอทุ่งตะโก โครงการสำรวจข้อมูลการใช้ยาในชุมชนอำเภอทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร ปี 2560. การประชุมวิชาการการใช้ยาอย่างสมเหตุผล จังหวัดชุมพร ปี 2663. 10 ม.ค. 2563. ชุมพร: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร. 2563.
5. Daniel, W. W., & Cross, C. L. Determination of Sample Size for Estimating. 1999.
6. ตวงรัตน์ โพธะ, กุสาวดี เมลืองนนท์, เพ็ญกาญจน์ กาญจนรัตน์, สมหญิง พุ่มทอง. การพัฒนาเครื่องมือและประเมินความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประชาชนไทย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2564.
7. ตวงรัตน์ โพธะ, กุสาวดี เมลืองนนท์, เพ็ญกาญจน์ กาญจนรัตน์, สมหญิง พุ่มทอง. แบบประเมินความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสำหรับประชาชนไทย (Rational Drug Use Literacy tool: RDUL) และการแปลคะแนน [อินเทอร์เน็ต]. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 30 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5795
8. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Social Science & Medicine; 67(12): 2072–8.
9. เบญจวรรณ กิ่งมณี, ณัฐภรณ์ สมบุตร, สรชา งามทรัพย์. การศึกษาผลการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุรินทร์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2567; 9(1): 260-70.
10. สมจินต์ มากพา, วิทวัฒน์ อูปคำ. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดพิจิตร. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2566; 17(1): 339-53.
11. ณัยฎา ธนกิจธรรมกุล, พิมผกา ปัญโญใหญ่, ศิรกาญจน์ ฉันทเฉลิมพงศ์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลต่อความรอบรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารสภาการพยาบาล. 2567; 39(3): 407-21.
12. กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานพัฒนาระบบการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (Rational Drug Use Community). (พิมพครั้งที่ 2). นนทบุรี: กลุ่มงานพัฒนาระบบสนับสนุนบริการ กองบริหารการสาธารณสุข; 2563.

JOURNAL OF HEALTH CONSUMER PROTECTION
วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
Vol.5 No.1 January-June 2025
ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2568

ระบบบริการสุขภาพช่องปากในหน่วยบริการปฐมภูมิ ภายหลังการถ่ายโอนสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดนนทบุรี

Oral health service system in Primary Care Units after decentralization to local administrative organizations in Nonthaburi Province

กุลภัทร แต้มสำเภาเลิศ[1]

Kullapat Tamsampaoloet[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระบบบริการสุขภาพช่องปากในหน่วยบริการปฐมภูมิภายหลังการถ่ายโอนสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดนนทบุรี โดยศึกษาจุดแข็ง จุดอ่อน ปัจจัยความสำเร็จและอุปสรรคของการจัดบริการสุขภาพช่องปาก และพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพช่องปากของหน่วยบริการที่เหมาะสม เป็นการศึกษาแบบผสมผสานระหว่างการสำรวจเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) นนทบุรี จำนวน 29 แห่ง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และการสัมภาษณ์เชิงลึก ประกอบกับการเก็บข้อมูลทุติยภูมิจากระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center: HDC) ตามตัวชี้วัดการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาสุขภาพช่องปาก ปีงบประมาณ 2567 ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2567 ถึงมกราคม 2568 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยการแจกแจงความถี่ คำนวณค่าร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหาแบบ Thematic content analysis สังเคราะห์รูปแบบการบริการสุขภาพช่องปาก โดยประมวลส่วนขาดจากการสำรวจ และผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด จากนั้นเติมความคิดเห็นที่ได้จากการสำรวจ ออกมาเป็นรูปแบบการบริการสุขภาพช่องปากของหน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัด อบจ.

ผลการศึกษาพบว่า หน่วยบริการที่มีความพร้อมในการจัดบริการทันตกรรมครบทั้ง 3 ด้าน มีเพียงร้อยละ 13.79 ของหน่วยบริการทั้งหมด การจัดบริการทันตกรรมพื้นฐานและการส่งต่อยังคงดำเนินการได้ ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า หน่วยบริการมีบทบาทการเป็นด่านแรก (Gatekeeper) ลดลง การถ่ายโอนส่งผลให้มีบุคลากรสนับสนุนเพิ่มขึ้น ทำให้ทันตบุคลากรสามารถปฏิบัติงานตามวิชาชีพได้มากขึ้น แต่ยังขาดแคลนผู้ช่วยงานทันตกรรม ระบบข้อมูลและการกำกับติดตามยังไม่มีประสิทธิภาพ อบจ. มีศักยภาพด้านงบประมาณสูงในการสนับสนุนวัสดุครุภัณฑ์ และการดำเนินงาน

ปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญ ได้แก่ การสนับสนุนจากผู้บริหาร ความพร้อมด้านทรัพยากรและความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน รูปแบบการบริการสุขภาพช่องปากของหน่วยบริการที่เหมาะสมประกอบด้วยกำหนดมาตรฐานการให้บริการและระบบการกำกับติดตามที่ชัดเจน พัฒนาระบบข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ พัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง และกำหนดตัวชี้วัดร่วมระหว่างท้องถิ่นและสาธารณสุข

คำสำคัญ: ระบบบริการสุขภาพช่องปาก, การถ่ายโอนภารกิจ, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

---

[1] ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

[1] Dentist, Senior Professional Level. Division of Dental Public, Nonthaburi Public Health Office. E-mail: Kullapat_3@hotmail.com

Received: 12 DEC 2024, Revised: 31 JAN 2025, Accepted: 27 JAN 2025

Abstract

This study aimed to examine the oral health service system in primary care units after decentralization to local administrative organizations (LAOs). It assessed strengths, weaknesses, success factors, and challenges of oral health services and developed an appropriate oral health service model for primary care units. The research employed a mixed - methods approach, combining quantitative and qualitative methods in 29 primary care units transferred to the Nonthaburi Provincial Administrative Organization (PAO). Data collection involved online questionnaires, in - depth interviews, and secondary data from the Health Data Center (HDC), analyzed based on the oral health service plan indicators for the 2024 fiscal year. The study was conducted between July 2024 and January 2025. Quantitative data were analyzed using frequency distributions and percentages, while qualitative data were analyzed using thematic content analysis. The proposed oral health service model was synthesized by identifying gaps from the survey, evaluating performance against key indicators, and integrating insights from stakeholders to develop a comprehensive oral health service model for primary care units under the PAO.

The findings revealed that only 13.79% of the units were fully equipped to deliver comprehensive dental services. Basic dental services and referral systems were functional; however, the qualitative analysis indicated a diminished role of primary care units as gatekeepers. The decentralization process increased the availability of support staff, enabling dental professionals to focus more on their core responsibilities. Nonetheless, a shortage of dental assistants remained, and the efficiency of data systems and monitoring mechanisms was insufficient. The PAO demonstrated strong financial capacity to support materials, equipment, and operations.

Key success factors included executive support, resource readiness, and collaboration among agencies. The proposed oral health service model for primary care units focuses on establishing clear service standards and monitoring mechanisms, developing efficient data systems, continuously enhancing personnel capacity, and setting shared indicators between local administrative organizations and public health agencies.

Keywords: Oral health service system, Decentralization, Local administrative organizations

บทนำ

ตามมาตรา 250 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2560 ได้บัญญัติให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีหน้าที่และอำนาจดูแลและจัดทำบริการสาธารณะและกิจกรรมสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นตามหลักการพัฒนาอย่างยั่งยืน ให้เป็นไปตามที่กฎหมายบัญญัติ ซึ่งต้องเกี่ยวกับกลไกและขั้นตอนในการกระจายหน้าที่และอำนาจตลอดจนงบประมาณและบุคลากรที่เกี่ยวกับหน้าที่และอำนาจดังกล่าวของส่วนราชการให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วย[1] ทั้งนี้ บทบัญญัติแห่งพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 มาตรา 16 (19) บัญญัติให้เทศบาล เมืองพัทยา และองค์การบริหารส่วนตำบลมีอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบบริการสาธารณสุข การอนามัยครอบครัว และการรักษาพยาบาล และมาตรา 17 (19) บัญญัติให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดมีอำนาจและหน้าที่ในการจัดให้มีโรงพยาบาลจังหวัด การรักษาพยาบาล การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ[2] รวมทั้งแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) ได้กำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขถ่ายโอนภารกิจและงบประมาณการบริการสาธารณสุขด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ และการรักษาพยาบาลเบื้องต้น พร้อมสถานีอนามัยและบุคลากรให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อมดำเนินการ ทั้งนี้ ในระยะแรกให้ถ่ายโอนตามความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่และระยะสุดท้ายหากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใดไม่พร้อมรับการถ่ายโอนก็ให้ถ่ายโอนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ดำเนินการ[3,4]

การปกครองท้องถิ่น เป็นรากฐานของการปกครองในระบอบประชาธิปไตย ทำให้ประชาชนเข้าไปมีส่วนร่วมในการปกครองตนเองเพื่อประโยชน์โดยส่วนรวมของท้องถิ่น[5] ภารกิจด้านสุขภาพเป็นหนึ่งในภารกิจที่มีความเหมาะสมในการจัดการโดยท้องถิ่น เพราะสุขภาพตามนิยามขององค์การอนามัยโลก ไม่ได้หมายถึงเพียงแค่สภาวะทางร่างกายเท่านั้น แต่ยังรวมถึงมิติด้านจิตใจ และสังคมอีกด้วย การจะบรรลุเป้าหมายของสุขภาพจึงจำเป็นต้องมีความร่วมมือจากหลายภาคส่วน รวมถึงการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน[6] แนวคิดเกี่ยวกับการกระจายอำนาจในระบบสุขภาพมีความแตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น ระดับของการปกครอง ขนาดประชากร ความสามารถในการจัดเก็บภาษี และกระบวนการได้มาของผู้นำ (การเลือกตั้งหรือการแต่งตั้ง) ในแต่ละประเทศ ระบบการกระจายอำนาจนี้มักจะถูกออกแบบให้สอดคล้องกับความต้องการและโครงสร้างการปกครองในท้องถิ่นนั้น ๆ โดยทั่วไปการกระจายอำนาจในระบบสุขภาพมีเป้าหมาย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและการเข้าถึงบริการระบบสุขภาพที่สามารถให้บริการได้อย่างเท่าเทียมและมีประสิทธิภาพมีความสำคัญต่อการบรรลุสถานะสุขภาพที่ดีขึ้น[7] ในระบบสุขภาพที่มีกระจายอำนาจ มักจะให้ความสำคัญกับการส่งเสริมบทบาทของท้องถิ่นที่สามารถเข้าใจและแก้ไขปัญหาตามสถานการณ์ในพื้นที่ได้ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม บางภารกิจ เช่น การพัฒนานโยบายและการควบคุมคุณภาพ มักจะยังคงเป็นภารกิจของส่วนกลางเพื่อให้แน่ใจว่ามีมาตรฐานเดียวกันในทุกภูมิภาค ในบางกรณี ข้อจำกัดในโครงสร้างการปกครองของ

แต่ละระดับสามารถขัดขวางความสำเร็จของความพยายามในการกระจายอำนาจได้[8]

การกระจายอำนาจในระบบสุขภาพเป็นกลยุทธ์สำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพให้มีประสิทธิภาพและตอบสนองความต้องการของประชาชนในพื้นที่[9] องค์การอนามัยโลกได้อธิบายระบบสุขภาพภายใต้องค์ประกอบหลัก 6 ประการ (6 Building blocks) ได้แก่ การให้บริการ บุคลากรด้านสุขภาพ ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ การเข้าถึงยาที่จำเป็น การเงิน และความเป็นผู้นำหรือธรรมาภิบาล[7] และในกลยุทธ์หลักของการดำเนินงานระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิได้มีการเพิ่มประเด็นการมีส่วนร่วมของชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่น ๆ[10] ซึ่งเป็นประเด็นที่คาดว่าเมื่อมีการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพจะสามารถดำเนินการได้ดีขึ้น การบริการสุขภาพช่องปากเป็นบริการที่มีความเฉพาะและต้องการการจัดการที่มีประสิทธิภาพ การศึกษาประสบการณ์จากหลายประเทศจะช่วยให้เข้าใจถึงปัจจัยความสำเร็จและความท้าทายในการดำเนินงาน[11,12] ประเทศนอร์เวย์แบ่งการบริหารเป็น 3 ระดับ ได้แก่ รัฐบาลกลาง เทศบาล และเขตปกครอง โดยมีการกระจายอำนาจด้านสุขภาพช่องปากอย่างเป็นระบบ[13] การจัดการระบบสุขภาพช่องปากของนอร์เวย์เน้นการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นควบคู่กับการสนับสนุนจากส่วนกลาง[14] โดยมีระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุมบริการทันตกรรมและการร่วมจ่ายตามความสามารถ ซึ่งได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากรัฐบาลกลางร่วมกับการจัดเก็บภาษีท้องถิ่น[15] ในขณะที่ประเทศฟินแลนด์ให้อิสระแก่เทศบาลในการจัดระบบบริการ โดยมีการพัฒนานวัตกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่หลากหลาย[16] เทศบาลแต่ละแห่งสามารถร่วมมือกันในการจัดบริการและพัฒนาระบบข้อมูลร่วมกัน ส่งผลให้มีอัตราการเข้าถึงบริการสูงถึงร้อยละ 85[17] ส่วนประเทศญี่ปุ่นมีการกระจายอำนาจในการจัดบริการโดยกระทรวงสาธารณสุขกำหนดนโยบายและมาตรฐาน จังหวัดรับผิดชอบการวางแผนและกำกับดูแล เทศบาลจัดบริการขั้นพื้นฐาน และมีการสนับสนุนทางวิชาการจากสมาคมทันตแพทย์ญี่ปุ่น[18]

การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขเริ่มดำเนินการครั้งแรกในปี พ.ศ.2551 โดยมีการถ่ายโอนสถานีอนามัย จำนวน 15 แห่ง และได้มีการถ่ายโอนสะสมจนถึงปี พ.ศ.2565 จำนวน 79 แห่ง โดยถ่ายโอนให้องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) 26 แห่ง เทศบาลตำบล 33 แห่ง เทศบาลเมือง 11 แห่ง เทศบาลนคร 8 แห่ง และเมืองพัทยา 1 แห่ง จากนั้นในปี พ.ศ. 2566 มีการถ่ายโอนให้ อบจ. จำนวน 3,263 แห่ง โดยมี อบจ. รับถ่ายโอนภารกิจ 49 อบจ. และในปี พ.ศ. 2567 มีการถ่ายโอนเพิ่มเติมจำนวน 934 แห่ง โดยถ่ายโอนให้ อบจ. 933 แห่ง และ อบต. 1 แห่ง ดังนั้น จากจำนวนสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทั่วประเทศทั้งหมด 9,872 แห่ง ถ่ายโอนไปแล้ว 4,276 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 43.31[19] ในส่วนของจังหวัดนนทบุรีเริ่มมีการถ่ายโอนภารกิจในปี พ.ศ. 2565 โดยถ่ายโอนให้เทศบาลนครนนทบุรี จำนวน 5 แห่ง จากนั้นในปี พ.ศ. 2566 ถ่ายโอนให้ อบจ. จำนวน 18 แห่ง และในปี พ.ศ. 2567 ถ่ายโอนเพิ่มเติมอีก 11 แห่ง แต่การถ่ายโอนภารกิจกับการถ่ายโอนบุคลากรไม่สอดคล้องกันอย่างชัดเจน จากการถ่ายโอนภารกิจไปเทศบาลนครนนทบุรี ซึ่งมี รพ.สต. ในความรับผิดชอบ 5 แห่ง มีทันตบุคลากรถ่ายโอนไปเพียง 1 คน จากเดิมมีทันตบุคลากรในทุก รพ.สต. ส่วนการถ่ายโอนไป อบจ. ซึ่งรับการถ่ายโอน รพ.สต. จาก

ทั้งหมด 29 แห่ง ซึ่งมีทันตบุคลากรจำนวน 21 แห่ง แต่มีทันตบุคลากรถ่ายโอนไป 19 คน โดยทันตบุคลากรบางแห่งมาจากหน่วยงานอื่น ซึ่งในช่วงที่มีการถ่ายโอน รพ.สต. ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565 พบว่าสถานการณ์การบริการทันตกรรมของจังหวัดนนทบุรีลดลง เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2562 (อัตราการใช้บริการทันตกรรม (ความครอบคลุม) ปี พ.ศ. 2562, 2565 และ 2566 ร้อยละ 12.94, 4.15 และ 7.80 ตามลำดับ) สาเหตุหลักนอกจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID - 19) แล้ว คาดว่าเป็นผลมาจากการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุขในช่วงแรกส่งผลให้การบริการเดิมไม่สามารถดำเนินการได้ตามปกติ ซึ่งหากไม่มีการแก้ไข จะส่งผลต่อสภาวะทันตสุขภาพของประชากรในเขตรับผิดชอบ จึงมีความจำเป็นต้องศึกษาสถานการณ์การให้บริการสุขภาพช่องปากให้ชัดเจนเพื่อนำไปสู่การแก้ไขและพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากของจังหวัดนนทบุรีให้มีความครอบคลุม และมีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความพร้อมของระบบบริการสุขภาพช่องปากในหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดนนทบุรีภายหลังการถ่ายโอนสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
2. เพื่อศึกษาจุดแข็ง จุดอ่อน ปัจจัยความสำเร็จ และอุปสรรคของบริการสุขภาพช่องปากในหน่วยบริการปฐมภูมิหลังการถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
3. เพื่อพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพช่องปากในหน่วยบริการปฐมภูมิภายหลังการถ่ายโอนสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) ระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการวิจัยเชิงปริมาณเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อศึกษาระบบบริการสุขภาพช่องปาก ส่วนการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นการวิจัยเพื่ออธิบายระบบบริการสุขภาพช่องปากให้ลึกซึ้งมากขึ้นและนำมาพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพช่องปาก โดยดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกรกฎาคม 2567 ถึงมกราคม 2568

1. การวิจัยเชิงปริมาณ

1.1 การศึกษาความพร้อมของระบบบริการสุขภาพช่องปากในหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดนนทบุรีภายหลังการถ่ายโอนสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ประชากร คือ ผู้รับผิดชอบงานทันตสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีการถ่ายโอนไป อบจ.นนทบุรี จำนวน 29 แห่ง

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามเพื่อประเมินสถานการณ์ของระบบบริการสุขภาพช่องปากของจังหวัดนนทบุรีหลังการถ่ายโอนไปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยเป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ปรับดัดแปลงมาจากแบบสำรวจข้อมูลระบบการจัดบริการ กำลังคนและทรัพยากรหลักของงานสุขภาพช่องปาก จากโปรแกรมการประเมินงานทันตกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit: PCU) และเครือข่ายหน่วยบริการ (Network of Primary Care Unit: NPCU) ปี 2567 ของกองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข[20] แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้ ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลความพร้อมในการจัดบริการทันตกรรม ข้อมูลการสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพช่องปาก ข้อมูลการจัดบริการทันตกรรมและการส่งต่อเพื่อรับ

การรักษา และข้อมูลการบันทึกข้อมูลการบริการทันตกรรม พัฒนาคุณภาพของเครื่องมือโดยผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญแล้วนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขแล้วทดลองใช้ (Try - out) กับกลุ่มทดลองที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ใช้วิธีของครอนบาค (Cronbach) เท่ากับ 0.956

1.2 การศึกษาผลการให้บริการทันตกรรมหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนสู่ อบจ.นนทบุรี โดยการเก็บข้อมูลทุติยภูมิจากระบบ HDC ตามตัวชี้วัดการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาสุขภาพช่องปาก ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 โดยเก็บข้อมูลปี 2562 – 2567 จากหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนไป อบจ.นนทบุรี

2. การวิจัยเชิงคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วยผู้ที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพช่องปากของหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีการถ่ายโอนสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดนนทบุรี แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้กำหนดนโยบายและผู้บริหารระดับจังหวัด (4 ราย) ผู้บริหารระดับพื้นที่ (2 ราย) ผู้รับผิดชอบระบบบริการสุขภาพช่องปาก (6 ราย) ผู้ให้บริการทันตกรรมในระดับต่าง ๆ (10 ราย) โดยเครื่องมือที่ใช้ เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างที่ออกแบบและผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยการแจกแจงความถี่ คำนวณค่าร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหาแบบ Thematic Content Analysis เป็นรายองค์ประกอบ พัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพช่องปากในหน่วยบริการปฐมภูมิภายใต้สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยการประมวลส่วนขาดจากการสำรวจ และ ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด แล้วนำข้อคิดเห็นที่ได้มาเติมเต็มส่วนขาดของแต่ละองค์ประกอบจนครบทุกองค์ประกอบ แล้วสังเคราะห์ออกมาเป็นรูปแบบการบริการสุขภาพช่องปากของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในสังกัด อบจ.

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี ตามเอกสารที่ 27/ 2567 วันที่ 6 มิถุนายน 2567

ผลการวิจัย

1. ผลการวิจัยเชิงปริมาณ

สถานการณ์ระบบบริการสุขภาพช่องปากหน่วยบริการปฐมภูมิภายหลังการถ่ายโอนสู่ อบจ.นนทบุรี

การเก็บข้อมูลโดยแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 29 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง(ร้อยละ 75.86) เป็นข้าราชการ (ร้อยละ 79.31) ตำแหน่งเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข (ร้อยละ 41.38) มีลักษณะดังนี้

1) ความพร้อมในการจัดบริการทันตกรรม

พบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีความพร้อมในการจัดบริการทันตกรรมครบ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านบุคลากร ด้านโครงสร้างทางกายภาพ และด้านครุภัณฑ์และเครื่องมือ มีจำนวน 4 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 13.79 เมื่อแยกเป็นความพร้อมรายด้านพบว่าด้านโครงสร้างทางกายภาพมีหน่วยบริการที่ผ่านตามเกณฑ์น้อยที่สุด ร้อยละ 34.48 ดังตารางที่ 1 โดยประเด็นที่หน่วยบริการยังคงขาดความพร้อมมากที่สุด ได้แก่ ห้องตรวจหรือห้องให้การรักษาที่มีอ่างฟอกมือชนิดไม่ใช้มือเปิดปิดน้ำ (เช่น ใช้ศอกเปิดปิด หรือใช้เท้าเหยียบ) โดยไม่ปะปนกับอ่างล้างเครื่องมือ ผ่าน ร้อยละ 51.73

ตารางที่ 1 ร้อยละของหน่วยบริการจำแนกตามความพร้อมในการจัดบริการทันตกรรมแต่ละด้าน (n = 29)

ความพร้อมในการจัดบริการทันตกรรม	ร้อยละที่ผ่าน*
ด้านบุคลากร	44.83
ด้านโครงสร้างทางกายภาพ	34.48
ด้านครุภัณฑ์และเครื่องมือ	62.07

* ตามแบบสำรวจข้อมูลระบบการจัดบริการ กำลังคนและทรัพยากรหลักของงานสุขภาพช่องปาก จากโปรแกรมการประเมินงานทันตกรรมใน PCU, NPCU ปี 2567 ของกองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

2) การสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพช่องปาก

การสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพช่องปากโดยโรงพยาบาลแม่ข่าย พบว่ามีหน่วยบริการที่ยังคงได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอครบทั้ง 6 ด้าน จำนวน 10 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 34.48 ด้านที่ไม่ได้รับการสนับสนุนสูงสุด ได้แก่ ด้านงบประมาณดำเนินงานทันตสาธารณสุข โดยเมื่อพิจารณาร่วมกับการสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพช่องปากโดย อบจ. พบว่ามีหน่วยบริการที่ได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอครบทั้ง 6 ด้าน จำนวน 9 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 31.03 ซึ่งด้านที่ไม่ได้รับการสนับสนุนสูงสุด ได้แก่ ด้านครุภัณฑ์/เครื่องมือทันตกรรมและด้านวิชาการทันตสาธารณสุข ทั้งนี้มีหน่วยบริการที่ได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอครบทั้ง 6 ด้านจากทางโรงพยาบาลแม่ข่าย และ อบจ. จำนวน 8 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 27.59 อย่างไรก็ตาม พบว่าผู้สนับสนุนหลักในด้านต่าง ๆ เป็นทาง อบจ. ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของหน่วยบริการที่ได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายและ อบจ. จำแนกตามระดับและรายองค์ประกอบ หน่วยงานต้นสังกัด (n = 29)

การสนับสนุน		รพ.แม่ข่าย		อบจ.	
		จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ	จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ
1. เช่น ทันตแพทย์ ทันตาภิบาล ผู้ช่วยทันตแพทย์	ไม่ได้รับการสนับสนุน	9	31.03	3	10.34
	ได้รับสนับสนุนแต่ไม่เพียงพอ	4	13.79	2	6.90
	ได้รับสนับสนุนเพียงพอ	16	55.17	24	82.76
2. ครุภัณฑ์/เครื่องมือทันตกรรม	ไม่ได้รับการสนับสนุน	12	41.38	5	17.24
	ได้รับสนับสนุนแต่ไม่เพียงพอ	3	10.34	9	31.03
	ได้รับสนับสนุนเพียงพอ	14	48.28	15	51.72
3. วัสดุทันตกรรม	ไม่ได้รับการสนับสนุน	12	41.38	3	10.34
	ได้รับสนับสนุนแต่ไม่เพียงพอ	1	3.45	6	20.69
	ได้รับสนับสนุนเพียงพอ	16	55.17	20	68.97
4. งบประมาณดำเนินงานทันตสาธารณสุข	ไม่ได้รับการสนับสนุน	13	44.83	4	13.79
	ได้รับสนับสนุนแต่ไม่เพียงพอ	4	13.79	3	10.34
	ได้รับสนับสนุนเพียงพอ	12	41.38	22	75.86

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของหน่วยบริการที่ได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายและ อบจ. จำแนกตามระดับและรายองค์ประกอบ หน่วยงานต้นสังกัด (n = 29) (ต่อ)

การสนับสนุน		รพ.แม่ข่าย		อบจ.	
		จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ	จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ
5. วิชาการทันตสาธารณสุข	ไม่ได้รับการสนับสนุน	7	24.14	5	17.24
	ได้รับสนับสนุนแต่ไม่เพียงพอ	6	20.69	8	27.59
	ได้รับสนับสนุนเพียงพอ	16	55.17	16	55.17
6. การกำกับติดตามประเมินผล	ไม่ได้รับการสนับสนุน	9	31.03	4	13.79
	ได้รับสนับสนุนแต่ไม่เพียงพอ	2	6.90	5	17.24
	ได้รับสนับสนุนเพียงพอ	18	62.07	20	68.97

3) การจัดบริการทันตกรรมและการส่งต่อเพื่อรับการรักษา

พบว่าการตรวจคัดกรองและการบริการทันตกรรมกรณีมีภาวะฉุกเฉินมีการจัดบริการสูงสุด ร้อยละ 89.66 ในขณะที่การจัดบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์มีการจัดบริการน้อยที่สุด ร้อยละ 24.14 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ร้อยละของหน่วยบริการจำแนกตามบริการทันตกรรมที่จัดและการส่งต่อเพื่อรับการรักษา (n = 29)

บริการทันตกรรมและการส่งต่อเพื่อรับการรักษา	ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่าน*
1. ตรวจคัดกรอง	89.66
2. บริการทันตกรรมขั้นพื้นฐาน	62.07
3. บริการทันตกรรมเฉพาะทาง (ขั้นสูง)	44.83
4. บริการทันตกรรมกรณีมีภาวะฉุกเฉิน	89.66
5. บริการให้คำปรึกษาบริการนัดหมาย การส่งต่อและรับกลับและการดูแลต่อเนื่อง	79.31
6. บริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากตามกลุ่มเป้าหมาย	13.79
1) กลุ่มหญิงตั้งครรภ์	24.14
2) กลุ่มเด็กอายุ 0 – 2 ปี	79.31
3) กลุ่มเด็กอายุ 3 – 5 ปี	65.52
4) กลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่นอายุ 6 – 13 ปี	68.97
5) กลุ่มวัยวัยรุ่นอายุ 14 – 24 ปี (คุณภาพ)	48.28
6) กลุ่มผู้ใหญ่อายุ 25 – 59 ปี	65.52
7) กลุ่มผู้สูงวัย 60 ปีขึ้นไป	51.72

ตารางที่ 3 ร้อยละของหน่วยบริการจำแนกตามบริการทันตกรรมที่จัดและการส่งต่อเพื่อรับการรักษา (n = 29) (ต่อ)

บริการทันตกรรมและการส่งต่อเพื่อรับการรักษา	ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่าน*
8) กลุ่มที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากเป็นพิเศษ	48.28
7. การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ	58.62

* ตามแบบสำรวจข้อมูลระบบการจัดบริการ กำลังคนและทรัพยากรหลักของงานสุขภาพช่องปาก จากโปรแกรมการประเมินงานทันตกรรมใน PCU NPCU ปี 2567 ของกองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

4) การบันทึกข้อมูลการบริการทันตกรรม

การบันทึกข้อมูลการบริการทันตกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีการถ่ายโอนไปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่าหน่วยบริการทั้งหมดยังคงบันทึกข้อมูลการบริการทันตกรรมผ่านโปรแกรมเดิมเหมือนก่อนจะถ่ายโอน โดยใช้โปรแกรม JHCIS จำนวน 17 แห่ง และใช้โปรแกรม MyPCU จำนวน 12 แห่ง ซึ่งยังคงมีการส่งออกข้อมูลเข้าระบบ HDC ของกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง

ผลการให้บริการทันตกรรมหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนสู่ อบจ.นนทบุรี

จากการวิเคราะห์ข้อมูลผลการให้บริการทันตกรรมในระบบ HDC ตามตัวชี้วัดการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาสุขภาพช่องปาก ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 พบว่าตัวชี้วัดอัตราการใช้บริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากรายกลุ่มวัย การให้บริการในกลุ่มเด็กปฐมวัยมีผลการดำเนินงานที่ดีกว่ากลุ่มวัยอื่น โดยมีหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์ในกลุ่มเด็กอายุ 0 – 2 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 27.59 และได้รับการฝึกแปรงฟัน ร้อยละ 34.48 กลุ่มเด็กอายุ 3 – 5 ปี ได้รับการเคลือบฟลูออไรด์ ร้อยละ 34.48 ในขณะที่ไม่มีหน่วยบริการใดผ่านเกณฑ์การให้บริการในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์, เด็กวัยเรียน (6 – 12 ปี) วัยทำงาน (15 – 59 ปี) และผู้สูงอายุ ดังตารางที่ 4

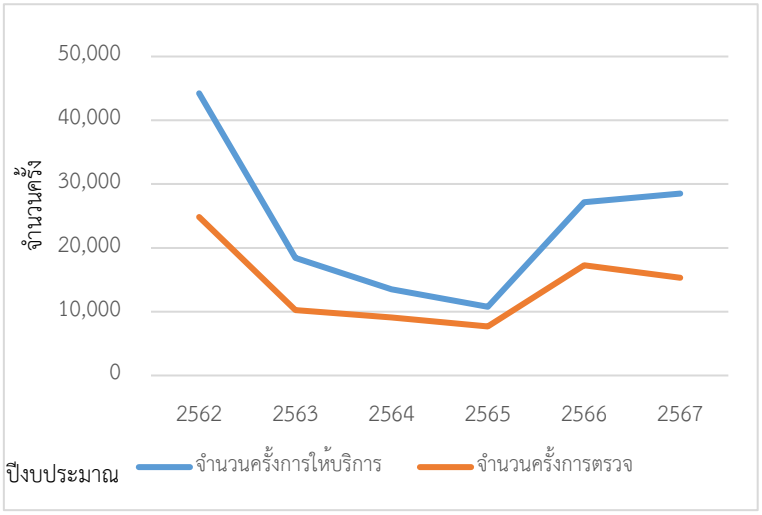
ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนไป อบจ. ที่ให้บริการได้ผ่านเกณฑ์ ในปีงบประมาณ พ.ศ.2567 จำแนกตามตัวชี้วัด (n = 29)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	จำนวนหน่วยบริการที่ผ่าน (แห่ง)	ร้อยละ
1. อัตราการใช้บริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากรายกลุ่มวัย			
1) หญิงตั้งครรภ์ ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และขัดทำความสะอาด	≥ ร้อยละ 55	0	0
2) เด็ก 0 – 2 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	≥ ร้อยละ 50	8	27.59
3) เด็ก 0 – 2 ปี ได้รับการฝึกแปรงฟัน	≥ ร้อยละ 50	10	34.48
4) เด็ก 3 – 5 ปี ได้รับการเคลือบฟลูออไรด์	≥ ร้อยละ 50	10	34.48

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนไป อบจ. ที่ให้บริการได้ผ่านเกณฑ์ ในปีงบประมาณ พ.ศ.2567 จำแนกตามตัวชี้วัด (n = 29) (ต่อ)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	จำนวนหน่วยบริการที่ผ่าน (แห่ง)	ร้อยละ
5) เด็ก 6 – 12 ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้	≥ ร้อยละ 30	0	0
6) ผู้มีอายุ 15 – 59 ปี ได้รับบริการทันตกรรม	≥ ร้อยละ 25	0	0
7) ผู้สูงอายุ ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	≥ ร้อยละ 40	0	0
2. จำนวนครั้งบริการสุขภาพช่องปากต่อผู้ให้บริการทันตกรรม	1,840 ครั้ง/ คน	6	20.69

ในด้านภาระงานบริการ ซึ่งวัดจากจำนวนครั้งบริการสุขภาพช่องปากต่อผู้ให้บริการทันตกรรม พบว่ามีหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนไปแล้วผ่านเกณฑ์ (> 1,840 ครั้ง/ คน/ ปี) จำนวน 6 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 20.69 เมื่อวิเคราะห์แนวโน้มการให้บริการพบว่าจำนวนครั้งการให้บริการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับปี 2565 แต่ยังต่ำกว่าช่วงก่อนการระบาดของโรคโควิด - 19 (ปี พ.ศ. 2562) ซึ่งมีแนวโน้มใกล้เคียงกับการตรวจสุขภาพช่องปากดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 แนวโน้มจำนวนครั้งบริการสุขภาพช่องปาก ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562 - 2567

ทั้งนี้ ตัวชี้วัดด้านความครอบคลุมการให้ บริการตามกลุ่มวัยไม่สามารถสะท้อนภาระงานที่แท้จริงของหน่วยบริการได้ จึงจำเป็นต้องพิจารณาควบคู่กับตัวชี้วัดด้านจำนวนครั้งการให้บริการต่อผู้ให้บริการทันตกรรม เพื่อให้เห็นภาพรวมของการจัดบริการทันตกรรมที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

จากการศึกษาหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีจำนวนครั้งบริการสุขภาพช่องปากต่อผู้ให้บริการทันตกรรมตั้งแต่ 1,840 ครั้ง/ คน/ ปี (n = 6) พบว่าด้านความพร้อมของบุคลากร มีความพร้อมครบทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ทันตแพทย์ผู้รับผิดชอบและร่วมให้บริการทันตาภิบาล และผู้ช่วยงานทันตกรรมร้อยละ 83.33 (n = 5) ในด้านผลการดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐาน พบว่ามีเพียงร้อยละ 33.33 (n = 2) ที่สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ในกลุ่มเป้าหมายสำคัญ ได้แก่ การตรวจสุขภาพช่องปากและการฝึก

แปรงฟันในเด็กอายุ 0 – 2 ปี และการเคลือบฟลูออไรด์ในเด็กอายุ 3 – 5 ปี อย่างไรก็ตาม ทั้ง 6 แห่ง ยังขาดการสนับสนุนที่เพียงพอจากโรงพยาบาลแม่ข่ายและหน่วยงานต้นสังกัด ทั้งนี้ มีข้อสังเกตว่าหน่วยบริการจำนวน 3 แห่งที่มีความพร้อมครบทั้ง 3 ด้าน (บุคลากร โครงสร้างทางกายภาพ และครุภัณฑ์/ เครื่องมือ) และได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กลับมีผลการดำเนินงานต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน 1,840 ครั้ง/ คน/ ปี ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าปัจจัยด้านความพร้อมและการสนับสนุนเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอต่อการบรรลุเป้าหมายการให้บริการ

1) ผลการศึกษาจากการศึกษาเชิงคุณภาพ

ผลการศึกษาข้อเสนอแนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนสู่ อบจ.

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกสามารถอธิบายระบบสุขภาพภายใต้องค์ประกอบหลัก 6 ประการโดยเพิ่มประเด็นการมีส่วนร่วมของชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่น ๆ ดังนี้

1) ด้านการจัดบริการ (Service Delivery)

การเปลี่ยนแปลงการจัดบริการทันตสาธารณสุขที่สำคัญภายหลังการถ่ายโอน คือ การลดลงของบทบาทการเป็นด่านแรก (Gatekeeper) ของหน่วยบริการปฐมภูมิ สะท้อนจากแนวโน้มที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลโดยตรงมากขึ้น ดังที่ผู้บริหารกล่าวว่า “ที่ดูจากนี้รู้ว่าลดลงเพราะว่าดูแนวโน้มเรื่องการส่งต่อผู้ป่วย หรือการที่เป็น Gatekeeper ของหน่วยปฐมภูมิลดลง” ทั้งนี้ แม้ว่าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและ อบจ. จะมีเป้าหมายเพื่อประชาชนเช่นเดียวกัน แต่มีมุมมองในการจัดบริการที่แตกต่างกัน โดย อบจ. ให้ความสำคัญกับความพึงพอใจในการรับบริการและการไม่มีข้อร้องเรียน ในขณะที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภายใต้กระทรวงสาธารณสุขมุ่งเน้นการส่งเสริมป้องกันและการลดการเจ็บป่วย

อย่างไรก็ตาม อบจ. มีแผนพัฒนาการจัดบริการทั้งเชิงรับและเชิงรุก โดยมุ่งเน้นการเข้าถึงกลุ่มผู้มีรายได้น้อย และมีแผนพัฒนาศูนย์ทันตกรรมเฉพาะทางระดับจังหวัด สำหรับบริการเชิงรุกจะเน้นในกลุ่มเด็ก โดยกำหนดให้ รพ.สต. ทุกแห่งต้องจัดบริการตรวจสุขภาพช่องปากแก่เด็กในชุมชนตั้งแต่แรกเกิด นอกจากนี้ ยังมีแผนจัดหารถทันตกรรมเคลื่อนที่เพื่อให้บริการในโรงเรียนและชุมชน

2) กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce)

การถ่ายโอนส่งผลกระทบต่อจำนวนบุคลากรทันตสาธารณสุข พบว่าหน่วยบริการที่ถ่ายโอนไป อบจ. จำนวน 29 แห่ง มีทันตบุคลากรถ่ายโอนไปจำนวน 19 คนจากเดิม 21 คน ซึ่งได้เริ่มถ่ายโอนปีงบประมาณ 2566 จำนวน 18 แห่ง และถ่ายโอนปีงบประมาณ 2567 จำนวน 11 แห่ง ทั้งนี้ พบว่าปัจจุบันทาง อบจ. ได้ดำเนินการสรรหาทันตบุคลากรเพิ่มเติมและมีบุคลากรบางส่วนย้ายหรือลาออกไป ทำให้ตอนนี้หน่วยบริการจำนวน 29 แห่ง มีทันตบุคลากรประจำจำนวน 20 แห่ง และมีผู้ช่วยงานทันตกรรมประจำจำนวน 11 แห่ง แม้จำนวนทันตบุคลากรจะเพิ่มขึ้นจากเดิมเพียงเล็กน้อย แต่บุคลากรสาธารณสุขในด้านอื่น ๆ รวมถึงบุคลากรสายสนับสนุน เช่น บุคลากรด้านงานธุรการ หรือบุคลากรการเงิน มีจำนวนเพิ่มขึ้นค่อนข้างมาก ดังที่ผู้บริหารระดับพื้นที่กล่าวไว้ว่า “คือแต่ก่อนผมอยู่ รพ.สต. ก็มีคนอยู่แค่ 2 คน 3 คน แต่ตอนนี้อยู่กัน 5 คนเลยนะครับซึ่งจริง ๆ แล้วก็ต้องมีสิทธิ์เพิ่มได้อีก 2 คนที่ยังไม่เต็ม”

ในส่วนผู้ช่วยงานทันตกรรม จากหน่วยบริการที่มีทันตาภิบาลประจำจำนวน 20 แห่ง มีผู้ช่วยงานทันตกรรม จำนวน 12 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 60.00 โดยทาง อบจ. สนับสนุนให้มีการจ้างงานในตำแหน่งผู้ช่วยเหลือคนไข้เพื่อมาทำหน้าที่ผู้ช่วย งานทันตกรรม แต่ยังมีหน่วยบริการหลายแห่งที่ยังไม่สามารถดำเนินการได้ เนื่องจากอัตราค่าตอบแทนค่อนข้างน้อย โดยเฉพาะหน่วยบริการที่อยู่ในพื้นที่เขตเมือง ซึ่งมีทางเลือกในการหางานค่อนข้างมากและค่าครองชีพค่อนข้างสูง ดังที่ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่กล่าวไว้ว่า “มีอยู่ในแผนทุกปีเลยครับ แล้วก็ประกาศหาผู้ช่วยฯ ทุกปี แต่เนื่องด้วยในพื้นที่ผมนะครับ มันอยู่ชุมชนค่อนข้างเมืองครับ ค่าครองชีพสูงและค่าจ้างค่อนข้างน้อย”

ส่วนในวิชาชีพทันตแพทย์พบว่าหลังจากที่เริ่มมีการถ่ายโอนไปตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ทาง อบจ. ได้เร่งจัดหาบุคลากรในสายงานที่ขาดแคลน ซึ่งรวมถึงทันตแพทย์ด้วย ซึ่งทาง อบจ. ได้จัดหาทันตแพทย์จำนวน 5 คนได้ในช่วงปลาย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 โดยเป็นการรับโอนย้ายจากกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 2 คน และรับบรรจุทันตแพทย์ที่จบในปีการศึกษา 2567 จำนวน 3 คน และดำเนินการลงให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ แต่ยังไม่มีบทบาทในงานส่งเสริมป้องกันมากนัก ดังที่ผู้บริหารกล่าวไว้ว่า "ทันตแพทย์เราอาจจะใหม่เพราะว่า กลุ่มหนึ่งเป็นทันตแพทย์ใช้ทุน อีกกลุ่มหนึ่งก็จะเป็นทันตแพทย์ที่มาจากโรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งทำให้บางทีเขาไม่เข้าใจบริบทเชิงลึกของเรา"

3) ระบบข้อมูลข่าวสาร

(Health Information System)

ระบบการรายงานข้อมูลการบริการหลังการถ่ายโอนไป อบจ. ยังคงให้มีการรายงานข้อมูลมาที่กระทรวงสาธารณสุขผ่านระบบ HDC ดังเดิม โดยใช้โปรแกรม JHCIS จำนวน 17 แห่ง และใช้โปรแกรม MyPCU จำนวน 12 แห่ง แต่ในช่วงแรกของการถ่ายโอน พบว่ามีหน่วยบริการบางแห่งไม่มีการส่งข้อมูลการให้บริการออกมา เนื่องจากเข้าใจว่าทาง อบจ. จะมีระบบรายงานข้อมูลแยกกับของกระทรวงสาธารณสุขดังที่ผู้รับผิดชอบงานกล่าวว่า “รพ.สต. ในช่วงแรก ๆ ที่เขาออกไป เขางงว่าเขาจะต้องส่งไปที่ไหนแล้ว อบจ. ก็ไม่ได้บอกให้เขาชัดเจนว่าต้องส่ง HDC เขาก็เลยไม่ได้ส่ง พอตอนหลังมาเขาจะส่งเนี่ยมันล็อคไปแล้ว” ทั้งนี้ พบว่าความถี่ในการส่งออกข้อมูลลดลง ดังที่ผู้ปฏิบัติงานกล่าวว่า “ยังส่งข้อมูลเหมือนเดิม แต่อาจจะลดลงจากสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็น 1 – 2 ครั้ง/ เดือน”

4) เวชภัณฑ์และเทคโนโลยี

(Medical Products & Technologies)

ในช่วงแรกของการถ่ายโอนไป อบจ. ทาง อบจ. ยังไม่สามารถจัดซื้อ/ จัดหา เวชภัณฑ์ยา เวชภัณฑ์มิใช่ยา วัสดุทันตกรรม หรืออื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องได้ จึงมีการขอความอนุเคราะห์ขอสนับสนุนมาทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 จนถึงต้นปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 หลังจากนั้นทาง อบจ. สามารถดำเนินการจัดซื้อ/ จัดหาเวชภัณฑ์ยา เวชภัณฑ์มิใช่ยา วัสดุทันตกรรม หรืออื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องได้ โดยในส่วนของวัสดุทันตกรรมทาง อบจ. ได้มีการประสานงานมายังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพื่อหารือในรายละเอียดของวัสดุทันตกรรมประเภทต่าง ๆ เนื่องจากในระยะแรกทาง อบจ. ยังไม่มีประสบการณ์ในการดำเนินการจึงมีความล่าช้า อย่างไรก็ตาม ทาง อบจ.นนทบุรี มีงบประมาณรองรับอย่างเพียงพอในการจัดซื้อ/ จัดหาเวชภัณฑ์ยา

เวชภัณฑ์มิใช่ยา วัสดุทันตกรรม หรืออื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องได้ ดังที่ผู้บริหารได้กล่าวว่า "ข้อดีของเขาคือ เขามีงบประมาณ มีอัตรากำลัง ทั้งเรื่องครุภัณฑ์การแพทย์ เรื่องสิ่งปลูกสร้าง" ทั้งนี้ยังมีข้อจำกัดในการจัดซื้อวัสดุและเวชภัณฑ์บางประเภท และระบบการจัดซื้อจัดจ้างยังไม่คล่องตัว

5) ระบบการเงินการคลัง (Financing)

ในด้านการเงินการคลังพบว่า อบจ. มีศักยภาพด้านงบประมาณ ดังที่ผู้บริหารกล่าวว่า "งบประมาณของรัฐบาลกระจายไปที่ท้องถิ่นเพิ่มขึ้นตามลำดับ นึกออกมั้ย เดิมมีแต่รัฐบาล แล้วตอนหลังแล้วมันเก็บภาษีในส่วนท้องถิ่น” และหลังจากที่ทาง อบจ. ได้ใช้งบประมาณในการพัฒนาเรื่องระบบการศึกษามาช่วงระยะเวลาหนึ่งแล้ว คาดว่าในอนาคตจะพร้อมนำมาพัฒนาในงานสาธารณสุขต่อไป ดังที่ผู้บริหารกล่าวว่า “ต่อไประบบการศึกษาอยู่ตัวแล้ว เพราะฉะนั้นเงิน อบจ. ที่เหลือจะไปด้านสุขภาพเต็มที่” นอกจากนี้ อบจ. ยังมีความยืดหยุ่นในการบริหารจัดการทำให้หน่วยบริการมีความคล่องตัวมากขึ้น ดังที่ผู้ปฏิบัติงานกล่าวว่า “ครุภัณฑ์เราสามารถซื้อเองได้ ... มันสะดวกตรงที่เบ็ดเสร็จใน ผอ. แต่ของสาธารณสุขต้องไปถึงนายอำเภอ”

6) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership/Governance)

การบริหารงานของ อบจ. ยึดหลักการเปิดกว้างและมุ่งเน้นประโยชน์ของประชาชนเป็นหลัก มีการวางแผนการพัฒนาระยะยาวที่ชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุข ผู้บริหารทางท้องถิ่นมีความพร้อมในการสนับสนุนงบประมาณเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และพยายามหาแนวทางการบริหารงบประมาณที่เอื้อต่อการพัฒนางาน แม้จะมีข้อจำกัดด้านระเบียบการเบิกจ่าย นอกจากนี้ ยังเน้นการมีส่วนร่วมและการบูรณาการการทำงานระหว่างหน่วยงาน โดยไม่ยึดติดกับองค์กรหรือผลประโยชน์ส่วนตน และการบริหารทรัพยากรยึดหลักความคุ้มค่า แต่หน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ยังขาดระบบการกำกับติดตามที่มีประสิทธิภาพ พบว่าการประสานงานระหว่างหน่วยงานลดลง และอาจมีความไม่ต่อเนื่องของนโยบายจากการเปลี่ยนผู้บริหารตามวาระ

ปัจจุบันโครงสร้างการบริหารงานด้านสาธารณสุขของ อบจ.นนทบุรี ประกอบด้วยกองสาธารณสุข ซึ่งแบ่งการดำเนินงานเป็น 3 ฝ่าย ได้แก่ ฝ่ายป้องกันและควบคุมโรค ฝ่ายบริหารสาธารณสุข และฝ่ายส่งเสริมสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม ในส่วนงานทันตสาธารณสุข ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของการบริการปฐมภูมิที่ครอบคลุมการดูแลสุขภาพช่องปากตั้งแต่กลุ่มหญิงตั้งครรภ์จนถึงผู้สูงอายุ ยังขาดการกำหนดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน

7) การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation)

การมีส่วนร่วมของชุมชนของหน่วยบริการภายหลังการถ่ายโอนสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนยังมีลักษณะเป็นแบบตั้งรับมากกว่าเชิงรุก โดยส่วนใหญ่เป็นการเข้าร่วมกิจกรรมตามที่หน่วยงานกำหนดมากกว่าการมีส่วนร่วมในการวางแผนหรือตัดสินใจ แต่ยังคงได้รับความร่วมมือจากโรงเรียนหรือชุมชนในการดำเนินงาน ต่าง ๆ ทั้งนี้ บทบาทที่สำคัญของประชาชนอีกประการหนึ่งคือการมีส่วนร่วมผ่านกระบวนการเลือกตั้งท้องถิ่น ซึ่งเป็นกลไกในการควบคุมกำกับการทำงานของผู้บริหารท้องถิ่น โดยเฉพาะในพื้นที่ขนาดเล็กที่ประชาชนสามารถเห็นผลงานได้ชัดเจน ดังที่ผู้รับผิดชอบงานทันตสาธารณสุขกล่าวว่า "เพราะว่า

ฐานเสียงมันค่อนข้างแคบและพื้นที่มันเล็ก ๆ ประชาชนก็เห็นว่าคนนี้ทำได้ดีตั้งเยอะ" ทำให้ผู้บริหารที่มีผลงานดีมักได้รับเลือกอย่างต่อเนื่อง

จากการศึกษาพบจุดแข็งและจุดอ่อนของการถ่ายโอนภารกิจด้านทันตสาธารณสุขสู่ อบจ. จากมุมมองของผู้เกี่ยวข้อง 3 กลุ่ม ดังนี้

ในมุมมองของผู้บริหาร จุดแข็งที่สำคัญคือ อบจ. มีศักยภาพด้านงบประมาณในการสนับสนุนวัสดุครุภัณฑ์ มีความยืดหยุ่นในการบริหารจัดการ สามารถเพิ่มอัตรากำลังได้รวดเร็ว และพัฒนาความก้าวหน้าในสายอาชีพของบุคลากรได้ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม ยังพบจุดอ่อนในด้านการกำกับติดตามและประเมินผลที่ยังไม่เป็นระบบบุคลากรใหม่ขาดประสบการณ์ และมีข้อจำกัดด้านกฎระเบียบในการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์

ผู้รับผิดชอบงานมองว่า จุดแข็งอยู่ที่ความยืดหยุ่นในการบริหารจัดการ ความคล่องตัวด้านงบประมาณ และการจัดสรรบุคลากร รวมถึงการที่บุคลากรได้รับค่าตอบแทนและสวัสดิการที่ดีขึ้น แต่มีจุดอ่อนในด้านการขาดทิศทางและเป้าหมายการทำงานที่ชัดเจน เนื่องจากไม่มีผู้กำกับดูแลด้านทันตกรรมโดยตรง ส่งผลให้การประสานงานกับหน่วยงานสาธารณสุขลดลง

สำหรับผู้ปฏิบัติงาน เห็นจุดแข็งในด้านการสนับสนุนกำลังคนที่เพิ่มขึ้น 2 – 3 เท่า ความคล่องตัวในการจัดซื้อวัสดุครุภัณฑ์ และการได้รับความร่วมมือที่ดีจากโรงเรียนและชุมชน ส่วนจุดอ่อนที่สำคัญคือ การขาดระบบกำกับติดตามที่ชัดเจน โอกาสพัฒนาวิชาการที่น้อยลง และข้อจำกัดด้านการประสานงานกับหน่วยงานสาธารณสุขอื่น

ปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญคือ การสนับสนุนจากผู้บริหารท้องถิ่น ความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน และความพร้อมด้านทรัพยากร ส่วนอุปสรรคที่สำคัญได้แก่ ความไม่ต่อเนื่องของนโยบายจากการเปลี่ยนแปลงผู้บริหารท้องถิ่น ข้อจำกัดด้านกฎระเบียบ และการขาดความชัดเจนในบทบาทการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงาน

ข้อเสนอรูปแบบระบบบริการสุขภาพช่องปากในหน่วยบริการปฐมภูมิภายหลังการถ่ายโอนสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พัฒนาขึ้นจากการวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาอุปสรรค ความคาดหวังของผู้บริหาร ผู้รับผิดชอบระบบบริการสุขภาพช่องปาก และผู้ปฏิบัติ และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยมีองค์ประกอบของรูปแบบบริการ ดังนี้

1. มีการกำหนดมาตรฐานการให้บริการและที่ชัดเจน ทั้งในเรื่องโครงสร้างทางกายภาพ ครุภัณฑ์ เครื่องมือ และบุคลากร

2. มีระบบการกำกับติดตามของ อบจ. และกำหนดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนโดยจัดตั้งฝ่ายเฉพาะในการบริหารจัดการด้านทันตสาธารณสุข

3. มีการพัฒนาระบบข้อมูลที่มีประสิทธิภาพและเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงาน เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการดูแลประชาชน

4. มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง โดยสามารถดำเนินการร่วมกันระหว่างหน่วยงานของสาธารณสุขและ อบจ.

5. มีการกำหนดเป้าหมายการปฏิบัติงาน โดยกำหนดตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายร่วมกันระหว่างสาธารณสุขและ อบจ.

6. มีการบูรณาการงานสาธารณสุขรวมเข้ากับงานอื่น ๆ ในส่วนของ อบจ. โดยมีการประกาศเป็นนโยบายจากผู้บริหาร

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาระบบบริการสุขภาพช่องปากในหน่วยบริการปฐมภูมิภายหลังการถ่ายโอนสู่ อบจ.นนทบุรี พบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนไป อบจ.นนทบุรี จำนวน 29 แห่ง มีความพร้อมในการจัดบริการทันตกรรมครบทั้ง 3 ด้านเพียงร้อยละ 13.79 ได้แก่ ด้านบุคลากร โครงสร้างทางกายภาพและครุภัณฑ์/เครื่องมือ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านโครงสร้างทางกายภาพผ่านเกณฑ์เพียงร้อยละ 34.48 สะท้อนให้เห็นถึงความท้าทายในการถ่ายโอนภารกิจ แม้ว่า อบจ. จะมีศักยภาพด้านงบประมาณ แต่การปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานจำเป็นต้องใช้เวลาและการวางแผนระยะยาว สอดคล้องกับการศึกษาของ Sumriddetchkajorn และคณะ ที่พบว่าการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพสู่ท้องถิ่นในประเทศไทยยังมีข้อจำกัดด้านโครงสร้างพื้นฐาน[21] ซึ่งคล้ายคลึงกับประสบการณ์การกระจายอำนาจด้านสุขภาพในประเทศฟิลิปปินส์[22] และอินโดนีเซีย[23] ที่พบว่าการขาดความพร้อมด้านโครงสร้างพื้นฐานส่งผลกระทบต่อคุณภาพบริการในระยะแรกของการถ่ายโอน

ในด้านรูปแบบการจัดบริการ พบว่าหน่วยบริการส่วนใหญ่เน้นงานตรวจคัดกรองและบริการทันตกรรมพื้นฐานมากกว่างานส่งเสริมป้องกัน ซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับหลักการบริการปฐมภูมิที่ควรเน้นการส่งเสริมป้องกันเป็นหลัก นอกจากนี้ยังพบการลดลงของบทบาทการเป็นด่านแรก (Gatekeeper) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการทบทวนระบบการส่งต่อและการประสานงานระหว่างหน่วยงาน ซึ่งแตกต่างจากแนวคิดการจัดบริการปฐมภูมิของ Starfield และคณะที่เน้นความสำคัญของการส่งเสริมป้องกันเป็นหลัก[24] อย่างไรก็ตาม รูปแบบนี้พบได้ในหลายประเทศที่มีการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ เช่น บราซิล[25] โดยเฉพาะในช่วงแรกของการถ่ายโอน ที่มักให้ความสำคัญกับการรักษามากกว่าการส่งเสริมป้องกัน ซึ่งอาจเป็นผลมาจากความต้องการตอบสนองความคาดหวังของประชาชนในระยะสั้น แต่ถ้าพิจารณาการส่งเสริมสุขภาพปากรายกลุ่มวัย พบว่ามีการเน้นงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มปฐมวัยและกลุ่มประถมศึกษาซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kay และคณะ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่เริ่มต้นตั้งแต่วัยเด็กมีผลลัพธ์ที่ดีกว่าเริ่มในวัยอื่น[26] ด้านการจัดบริการ พบว่าการให้บริการในกลุ่มเด็กปฐมวัยมีผลการดำเนินงานที่ดีกว่ากลุ่มวัยอื่น แต่มีแนวโน้มต่ำกว่าช่วงก่อนการถ่ายโอน

ความแตกต่างในมุมมองการจัดบริการระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและ อบจ. แม้ทั้งสององค์กรจะมีเป้าหมายเพื่อประโยชน์ของประชาชน แต่มีแนวทางการดำเนินงานที่แตกต่างกัน โดย อบจ. ให้ความสำคัญกับความพึงพอใจในการรับบริการและการไม่มีข้อร้องเรียน ในขณะที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภายใต้กระทรวงสาธารณสุขมุ่งเน้นการส่งเสริมป้องกันและการลดการเจ็บป่วย ความแตกต่างนี้สะท้อนให้เห็นถึงวัฒนธรรมองค์กรและพันธกิจที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาในมุมมองของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ความแตกต่างนี้อาจเป็นโอกาสในการผสานจุดแข็งของทั้งสององค์กรเพื่อยกระดับคุณภาพบริการโดยการนำจุดแข็งของ อบจ. ในด้านการตอบสนองความต้องการของประชาชนและความคล่องตัวในการบริหารจัดการมาผสานกับความเชี่ยวชาญด้านวิชาการและประสบการณ์การดำเนินงานด้านส่งเสริมป้องกันของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด การบูรณาการแนวคิดและวิธีการทำงานของทั้งสององค์กรจะช่วยให้เกิดการพัฒนา

ระบบบริการที่มีประสิทธิภาพและตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างครอบคลุม

ระบบสนับสนุนการจัดบริการยังเป็นประเด็นที่ต้องได้รับการพัฒนา โดยพบว่ามีเพียงร้อยละ 27.59 ของหน่วยบริการที่ได้รับการสนับสนุนครบทุกด้าน โดย อบจ. เป็นผู้สนับสนุนหลักในเกือบทุกด้าน และจากการสัมภาษณ์พบว่า อบจ. มีศักยภาพด้านงบประมาณในการสนับสนุนงานสาธารณสุขได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับ วัฒนา แก้วแย้ม และคณะ ที่พบว่าปัจจัยที่มีส่งผลต่อประสิทธิผลต่อการดำเนินนโยบายกากระจายอำนาจด้านสุขภาพ ได้แก่ ด้านงบประมาณ การเงิน การจัดสรรทรัพยากร ด้านนโยบายและแผนพัฒนาสาธารณสุข และคุณภาพชีวิติ และด้านบุคลากร[27]

ระบบข้อมูลสารสนเทศยังคงใช้โปรแกรมเดิมและเชื่อมต่อกับระบบ HDC ของกระทรวงสาธารณสุข แต่พบว่าความถี่ในการส่งข้อมูลลดลง ซึ่งนภัสภรณ์ เชิงสะอาด และคณะ เสนอว่าการพัฒนาระบบข้อมูลแบบบูรณาการระหว่างส่วนกลางและท้องถิ่นถือเป็นปัจจัยสำคัญของความสำเร็จในเรื่องของการถ่ายโอนภารกิจ[28]

ในด้านบุคลากร แม้จะมีบุคลากรสนับสนุนเพิ่มขึ้นทำให้ทันตบุคลากรสามารถปฏิบัติงานตามวิชาชีพได้มากขึ้น แต่การขาดแคลนผู้ช่วยทันตแพทย์ยังเป็นอุปสรรคสำคัญต่อประสิทธิภาพการให้บริการ โดยเฉพาะในพื้นที่เขตเมืองที่มีค่าครองชีพสูง ระบบค่าตอบแทนที่ไม่จูงใจเพียงพอ เป็นประเด็นที่ต้องได้รับการแก้ไข ซึ่งจากการศึกษาของ Rawan Fahad Mohammed Hawbani และคณะ พบว่าหากไม่มีผู้ช่วยงานทันตกรรมจะไม่สามารถให้บริการทันตกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ[29]

การขาดระบบการกำกับติดตามที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผลการดำเนินงานขึ้นอยู่กับตัวบุคคล ประกอบกับความไม่ชัดเจนในโครงสร้างการบริหารงานทันตสาธารณสุขใน อบจ. ส่งผลต่อการพัฒนางานในภาพรวม จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบการกำกับติดตามที่มีประสิทธิภาพ และสร้างความชัดเจนในโครงสร้างการบริหารงาน

จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่า อบจ. มีศักยภาพด้านงบประมาณในการสนับสนุนวัสดุครุภัณฑ์ และการดำเนินงาน ความยืดหยุ่นในการบริหารจัดการ ความสามารถในการเพิ่มอัตรากำลังได้รวดเร็ว และการมีโอกาสความก้าวหน้าในสายอาชีพของบุคลากร อย่างไรก็ตาม ยังพบว่า เนื่องจากเป็นระยะแรกของการถ่ายโอนภารกิจ ทำให้ อบจ. ยังขาดระบบการกำกับติดตามและประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผลการดำเนินงานขึ้นกับตัวบุคคล การขาดแคลนผู้ช่วยงานทันตกรรม นอกจากนี้ พบว่าการประสานงานกับหน่วยงานสาธารณสุขที่ลดลงและมีความซับซ้อนในการเรียกเก็บระหว่างหน่วยงาน ส่งผลให้ระบบการส่งต่อยังไม่คล่องตัว

ข้อจำกัดในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาระบบบริการสุขภาพ จึงยังไม่มีการศึกษาในผู้รับบริการ และการศึกษานี้เป็นการศึกษาหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีการถ่ายโอนไป อบจ.นนทบุรีเท่านั้น ไม่ครอบคลุมไปถึงหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีการถ่ายโอนไปยังเทศบาลนครนนทบุรี นอกจากนั้นเนื่องจากเป็นการศึกษาในหน่วยบริการที่ถ่ายโอนไปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จึงไม่ครอบคลุมไปถึงหน่วยบริการสาธารณสุขที่องค์กรปกครองท้องถิ่นจัดตั้งขึ้นด้วยตนเอง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ คือ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากของหน่วยบริการบริการปฐมภูมิ ในสังกัด อบจ. จะต้องมีการจัดการเชิงกลยุทธ์ระยะยาว และมีการจัดการรายปีที่ชัดเจน ในทุกองค์ประกอบ เพื่อให้ได้บริการที่มีองค์ประกอบครบถ้วน ทั้ง 6 ด้าน

2. ข้อเสนอในการศึกษาต่อไป ควรศึกษาหน่วยบริการที่โอนไปสังกัดเทศบาล แล้วนำผลการศึกษามาสังเคราะห์รวมกัน เพื่อสร้างแผนและรูปแบบการพัฒนาในภาพรวมของจังหวัด

3. ข้อเสนอในด้านระเบียบวิธีวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยผสมผสานระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณ ซึ่งเก็บข้อมูลจากหน่วยตัวอย่างครบทุกแห่ง แต่มีจำนวนน้อยไม่สามารถเป็นตัวแทนภาพรวมได้ เป็นเพียงตัวแทนของจังหวัดนนทบุรีเท่านั้น ส่วนรูปแบบที่เหมาะสมที่ได้เป็นรูปแบบที่ได้จากการประมวลจากข้อมูล แม้ว่าจะครบถ้วนก็ยังอาจไม่ดีพอ ควรจะมีการนำรูปแบบที่ได้จัดทำเป็นรูปเล่มแล้วส่งเวียนให้ผู้เกี่ยวข้องทุกระดับให้ความเป็นอีกครั้งก่อนประกาศเป็นนโยบายและระเบียบปฏิบัติ จะได้รูปแบบที่สมบูรณ์ขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายแพทย์รุ่งฤทัย มวลประสิทธิ์พร ที่ได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งเครือข่ายการดำเนินงานทันตสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี ทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือในการทำวิจัยให้สามารถดำเนินไปได้ด้วยดี ขอขอบคุณทันตแพทย์หญิงสุวรรณา สมถวิล และทันตแพทย์ธงชัย จิตมิตรสัมพันธ์ ที่กรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ และขอขอบพระคุณเภสัชกรประสาท ลิ่มดุล และ เภสัชกรหญิงกาญจนา ปวรัถวิจิตร ที่ให้คำแนะนำในการทำวิจัยและตรวจแก้ไขงานวิจัยให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 1) พุทธศักราช 2564. กรุงเทพฯ: สำนักการพิมพ์ สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา; 2566.
2. สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา; 2566.
3. คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551. กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี; 2566.
4. สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. แผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี; 2566.
5. เศรษฐพร หนุนชู, กิตติคุณ ด้วงสงค์, พระมหาโชตนิพิฐพนธ์ สุทฺธจิตฺโต. การเมืองการปกครองส่วนท้องถิ่นไทย. วารสาร มจร อุบลปริทรรศน์. 2560;2(2):109-22.
6. Cain KL, Burpee E. How the Community Health Improvement Process Helped Build Momentum for HiAP Approaches in New Orleans. NACCHO Exchange. 2014;13(2):1-4.
7. World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems : a handbook of indicators and their measurements strategies [Internet]. 2010 [cited 2024 Sep 12]. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/258734/9789241564052-eng.pdf
8. Dougherty S, Lorenzoni L, Marino A, Murtin F. The impact of decentralization on the performance of health care systems: A non-linear relationship [Internet]. 2019 [cited 2024 Sep 12]. Available from: https://doi.org/10.1787/22265848.
9. World Health Organization. Decentralization in health care: strategies and outcomes [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2024 Feb 15]. Available from: https://www.who.int/publications/healthcare-decentralization-2023.
10. World Health Organization. Primary health care measurement framework and indicators: monitoring health systems through a primary health care lens [Internet]. 2022 [cited 2024 Sep 12]. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/352205/9789240044210-eng.pdf?sequence=1.
11. Widström E, Augustdottir H, Byrkjeflot LI, Pälvärinne R, Christensen LB. Systems for provision of oral health care in the Nordic countries. J Int Soc Prev Community Dent. 2023;12(2):113-21.

12. FDI World Dental Federation. Vision 2030: delivering optimal oral health for all. Int Dent J. 2023;73(4):202-7.
13. Norwegian Directorate of Health. Quality indicators in oral health care: A Nordic project [Internet]. Oslo: NOH; 2023 [cited 2024 Feb 15]. Available from: https://www.helsedirektoratet.no/dental-health-2023.
14. Norwegian Ministry of Health and Care Services. National strategy for dental health care 2023-2030. Oslo: Ministry of Health; 2023.
15. Holst D, Schuller AA. Oral health in a life-course: birth-cohorts from 1929 to 2008 in Norway. Community Dent Health. 2023;39(1):35-40.
16. Finnish Institute for Health and Welfare. Oral healthcare system review 2023. Helsinki: THL; 2023.
17. Ministry of Social Affairs and Health Finland. Healthcare and social welfare reform in Finland. Helsinki: MSAH; 2023.
18. Zaitsu T, Saito T, Kawaguchi Y. The Oral Healthcare System in Japan. Healthcare (Basel). 2018 Jul 10;6(3):79.
19. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. เส้นทางถ่ายโอนภารกิจ สอน./รพ.สต. สู่ อปท. จากปี 2542-2567 [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 9 กันยายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://hsiu.hsri.or.th/index.php
20. กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการประเมินมาตรฐานการพัฒนางานสุขภาพช่องปากในหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 10 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://phdb.moph.go.th/main/index/site/16
21. Sumriddetchkajorn K, Shimazaki K, Ono T, Kusaba T, Sato K, Kobayashi N. Universal health coverage and primary care, Thailand. Bull World Health Organ. 2019 Jun 1;97(6):415-22.
22. Grundy J, Healy V, Gorgolon L, Sandig E. Overview of devolution of health services in the Philippines. Rural Remote Health. 2003;3:1-10.
23. Kristiansen S, Santoso P. Surviving decentralisation? Impacts of regional autonomy on health service provision in Indonesia. Health Policy. 2006;77(3):247-59.
24. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Q. 2005;83(3):457-502.

25. Atkinson S, Haran D. Back to basics: does decentralization improve health system performance? Evidence from Ceara in north-east Brazil. Bull World Health Organ. 2004;82(11):822-7.
26. Kay E, Vascott D, Hocking A, Nield H, Dorr C, Barrett H. A review of approaches for dental practice teams for promoting oral health. Community Dent Oral Epidemiol. 2016; 44(4):313-30.
27. วัฒนา แก้วแย้ม, กัมปนาท วงษ์วัฒนพงษ์, ภาสกร ดอกจันทร์. ประสิทธิผลของการดำเนินนโยบายการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดเขตบริการสุขภาพที่ 11. Journal of Roi Kaensarn Academi. 2024;9(8):1047-65.
28. นภัสภรณ์ เชิงสะอาด, สิทธิพรร์ สุนทร, เสาวลักษณ์ นิกรพิทยา. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารการเมืองการปกครอง 2565;12(3):112-26.
29. Hawbani RFM, Zurayir MMA, Tubayqi AGA, Zaylaee GOM, Qasir FAH, Basihi HYM, et al. The role of dental assistants: a vital part of the dental care team. JICRCR. 2024;22:568-74.

JOURNAL OF HEALTH CONSUMER PROTECTION
วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
Vol.5 No.1 January-June 2025
ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2568

การพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน โรงพยาบาลศรีสะเกษ

Development of a pharmaceutical care model for patients with Multidrug - resistant tuberculosis, Sisaket Hospital

บงกช อินทร์พิมพ์[1]

Bongkot Inpim[1]

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: 1) ศึกษาอุบัติการณ์ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาในผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน 2) ศึกษาผลของการบริบาลทางเภสัชกรรมเชิงรุกต่อผลการรักษาและการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาในผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน 3) พัฒนารูปแบบการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานให้ผ่านมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในระดับที่สูงขึ้น **วิธีการวิจัย**: เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาอุบัติการณ์ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาในผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานที่ได้รับการรักษาด้วยยารักษาวัณโรคสูตรดื้อยาจากฐานข้อมูลเวชระเบียน, ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการให้บริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน, ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการให้บริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานที่พัฒนาขึ้น และระยะที่ 4 ศึกษาผลการใช้รูปแบบการให้บริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Fisher's exact test ที่นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 **ผลการศึกษา**: อุบัติการณ์ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ในกลุ่มควบคุม ร้อยละ 81.5 กลุ่มทดลองร้อยละ 85.0 (p = 1.000) ผลการพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรม ผลการรักษา ในกลุ่มควบคุมรักษาสำเร็จร้อยละ 55.6 กลุ่มทดลองรักษาสำเร็จร้อยละ 80.0 กลุ่มควบคุมเสียชีวิตร้อยละ 29.6 กลุ่มทดลองเสียชีวิตร้อยละ 10.0 (p = 0.121) การเกิด Serious ADR ในกลุ่มควบคุม ร้อยละ 22.2 กลุ่มทดลองร้อยละ 20.0 (p = 1.000) ผลลัพธ์หลังเกิดอาการไม่พึงประสงค์พบว่ากลุ่มควบคุมยังมีอาการอยู่ร้อยละ 4.5 เสียชีวิตร้อยละ 4.5 ส่วนกลุ่มทดลองหายเป็นปกติทุกราย มาตรฐานความปลอดภัยด้านยาผ่านเพิ่มในข้อที่ 2. มีการปรับปรุงคู่มือ/ แนวทางการให้บริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก ในกลุ่มโรค กลุ่มยาที่เป็นปัจจุบัน และ ข้อที่ 3 มีกระบวนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ความร่วมมือในการใช้ยาในกลุ่มควบคุมร้อยละ 85.2 กลุ่มทดลองร้อยละ 90.0 **สรุป**: การบริบาลทางเภสัชกรรมเชิงรุกช่วยให้ผลการรักษาสำเร็จเพิ่มขึ้น การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาลดลง ไม่พบการเสียชีวิตจากการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา ความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นแม้จะไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผ่านเกณฑ์ตามแบบประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในระดับที่สูงขึ้นจากระดับ 2 เป็นระดับ 3

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, การบริบาลทางเภสัชกรรม, วัณโรคดื้อยาหลายขนาน

---

[1] เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลจังหวัดศรีสะเกษ

[1] Pharmacist, Professional Level. Division of Pharmacy, Sisaket Hospital. E-mail : bongkotin@gmail.com

Received: 10 FEB 2025, Revised: 3 MAY 2025, Accepted: 16 MAY 2025

Abstract

Objectives: 1) To study the incidence of adverse drug reactions (ADRs) in patients with multidrug-resistant tuberculosis (MDR - TB) 2) To evaluate the impact of intensive pharmaceutical care on treatment outcomes and the occurrence of ADRs in MDR-TB patients 3) To develop a pharmaceutical care model for MDR - TB patients that meets higher standards of medication safety**. Methodology :** This action research was conducted in four phases including phase 1 studied the incidence of ADRs in MDR - TB patients treated with second-line anti - TB drugs using retrospective medical record data, phase 2 developed a pharmaceutical care model tailored to MDR - TB patients, phase 3 tested the developed model in a clinical setting, and phase 4 evaluated the outcomes of implementing the model. Descriptive statistics were used to summarize general data and Fisher's exact test was applied to compare outcomes between control and intervention groups at a significance level of 0.05. **Results:** The incidence of ADRs was 81.5% in the control group and 85.0% in the intervention group (p = 1.000). Treatment outcomes were successful at 55.6% in the control group versus 80.0% in the intervention group. Mortality rates were 29.6% and 10.0%, respectively (p = 0.121). Serious ADRs occurred in 22.2% in the control group and 20.0% in the intervention group (p = 1.000). Among those experiencing ADRs, 4.5% of the patients in the controlled group remained symptomatic and 4.5% died, whereas all the patients in the intervention group fully recovered. The intervention also led to an improvement in medication safety standards, particularly through the development of updated pharmaceutical care guidelines and enhanced multidisciplinary collaboration. Medication adherence was 85.2% in the control group and 90.0% in the intervention group. **Conclusion:** Proactive pharmaceutical care contributed to improved treatment success rates, reduced adverse outcomes, and increased medication adherence in MDR - TB patients without any statistical significance. The pharmaceutical care model also advanced the institution's medication safety standard from level 2 to level 3.

Keywords : Development of a pharmaceutical care model, Pharmaceutical care, Multidrug-resistant tuberculosis

บทนำ

วัณโรคดื้อยา (Drug Resistant Tuberculosis: DR - TB) เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของโลก จากรายงานขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2562 คาดว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานหรือดื้อยา Rifampicin (MDR/ RR - TB) ประมาณ 2,500 ราย คิดเป็น 3.6 รายต่อแสนประชากร โดยพบในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ร้อยละ 1.7 และพบในผู้ป่วยวัณโรคที่เคยรักษามาก่อนร้อยละ 10.0 ผลการดำเนินงานวัณโรคของประเทศไทยปี พ.ศ. 2563 พบว่าผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาชนิด MDR/ RR - TB ที่มีผลยืนยันทางห้องปฏิบัติการ 1,302 ราย และได้รับการรักษา 1,204 ราย และวัณโรคดื้อยาชนิด pre-XDR/ XDR - TB ที่มีผลยืนยันทางห้องปฏิบัติการ 65 ราย และได้รับการรักษา 62 ราย และอัตราผลสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาชนิด MDR/RR - TB และผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาชนิด XDR - TB ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในปี พ.ศ. 2561 เท่ากับร้อยละ 63.0 และร้อยละ 81.0 ตามลำดับ[1]

การรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาใช้ระยะเวลานาน ต้องใช้ยาหลายชนิดที่อาจมีผลข้างเคียงรุนแรง อัตราการรักษาสำเร็จ (Success Rate) ต่ำกว่าวัณโรคที่ไวต่อยา (Drug Susceptible Tuberculosis: DS - TB) ดังนั้น การดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องมีการบริบาลทางเภสัชกรรมที่เน้นความปลอดภัยและประสิทธิภาพในการใช้ยา จากการศึกษาของ หทัยกาญจน์ ก๋ำนรายณ์[7] พบว่าการบริบาลทางเภสัชกรรมเชิงรุกให้ผลลัพธ์ที่ดีกว่าการบริบาลแบบปกติในด้านการค้นพบการแก้ไขปัญหาจากยาและผลการรักษา รวมถึงการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยา

โรงพยาบาลศรีสะเกษเป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 853 เตียง เป็นศูนย์ดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา (MDR - TB Center) ของจังหวัด แยกการบริการออกจากผู้ป่วยนอกทั่วไป ให้บริการร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพตั้งแต่ขั้นตอนการตรวจรักษา ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและรับยาที่จุดเดียวเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อ ในปีงบประมาณ 2563 – 2565 พบอัตราการรักษาสำเร็จร้อยละ 76.4 และพบอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 19.6 เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาร้อยละ 81.5 และพบผู้ป่วยบางรายเกิดอาการไม่พึงประสงค์ (Adverse Drug Reaction: ADR) รุนแรงจนเสียชีวิตร้อยละ 4.5 ประกอบกับสภาพปัจจุบันปัญหาและความต้องการพัฒนาระบบการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยวัณโรค ตามแบบประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2565 ในมิติด้านการบริการและการบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก[3] พบว่างานบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยวัณโรค ผ่านเกณฑ์ประเมินมาตรฐานการบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอกในระดับที่ 2 คือ มีการจัดทำรวบรวม ข้อมูลการใช้ยาและบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ให้การบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยวัณโรคติดตามปัญหา การแก้ไข ป้องกัน และให้คำแนะนำการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง มีคู่มือการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยวัณโรค แต่ยังขาดการปรับปรุงคู่มือ/ แนวทางการให้บริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอกในกลุ่มโรค กลุ่มยาที่เป็นปัจจุบัน ขาดการมีกระบวนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ขาดระบบส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานในโรงพยาบาล และ/ หรือเครือข่าย ขาดนวัตกรรมในการสนับสนุนกระบวนการบริการ ในด้านส่งเสริมการใช้ยา และความปลอดภัยในการใช้ยาของผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงต้องการพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมด้านกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยา เพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยให้

เกิดความปลอดภัยจากการใช้ยาและผ่านเกณฑ์ประเมินมาตรฐานการบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอกในระดับที่สูงขึ้น สะท้อนการมีส่วนร่วมของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาถึงอุบัติการณ์ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาในผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน
2. ศึกษาผลของการบริบาลทางเภสัชกรรมเชิงรุกต่อผลการรักษาและการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน
3. พัฒนารูปแบบการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน ตามแบบประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาให้ผ่านมาตรฐานในระดับที่สูงขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อเปรียบเทียบผลการพัฒนาการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาที่ได้รับการวินิจฉัยในช่วงก่อนการพัฒนา ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2563 ถึง 31 ธันวาคม 2564 (กลุ่มควบคุม) และหลังการพัฒนาในช่วงวันที่ 1 เมษายน 2565 ถึง 30 มิถุนายน 2566 (กลุ่มทดลอง)

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ หมายเลขใบรับรอง COA NO. 016/ 2567 โดยมีขั้นตอนการวิจัยดังรูปที่ 1

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

- ระยะที่ 1 ศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคดื้อยาหลายขนานทุกรายที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลศรีสะเกษตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2563 ถึง 31 ธันวาคม 2564
- ระยะที่ 3 ศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคดื้อยาหลายขนานทุกรายที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลศรีสะเกษตั้งแต่ 1 เมษายน 2565 ถึง 30 มิถุนายน 2566

เกณฑ์การคัดเข้า

- ผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคดื้อยาหลายขนานที่เริ่มการรักษาด้วยยารักษาวัณโรคสูตรดื้อยาตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2563 ถึง 31 ธันวาคม 2564 และตั้งแต่ 1 เมษายน 2565 ถึง 30 มิถุนายน 2566

เกณฑ์การคัดออก

- ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานที่อยู่ระหว่างการรักษา

กลุ่มตัวอย่าง ใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ผ่านตามเกณฑ์การคัดเข้าออก จำนวน 47 ราย แบ่งเป็นระยะที่ 1 จำนวน 27 ราย และระยะที่ 3 จำนวน 20 ราย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- ระยะที่ 1 ใช้แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อเก็บข้อมูลจากระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลโปรแกรม HIMPRO ได้แก่ รหัสประจำตัวผู้ป่วย อายุ เพศ น้ำหนัก สูตรยาที่ใช้ โรคร่วม ผลการรักษา และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
- ระยะที่ 4 การศึกษาผลลัพธ์การบริบาลทางเภสัชกรรมที่พัฒนาขึ้นแบ่งเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบบันทึกการติดตามผู้ป่วยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

2) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

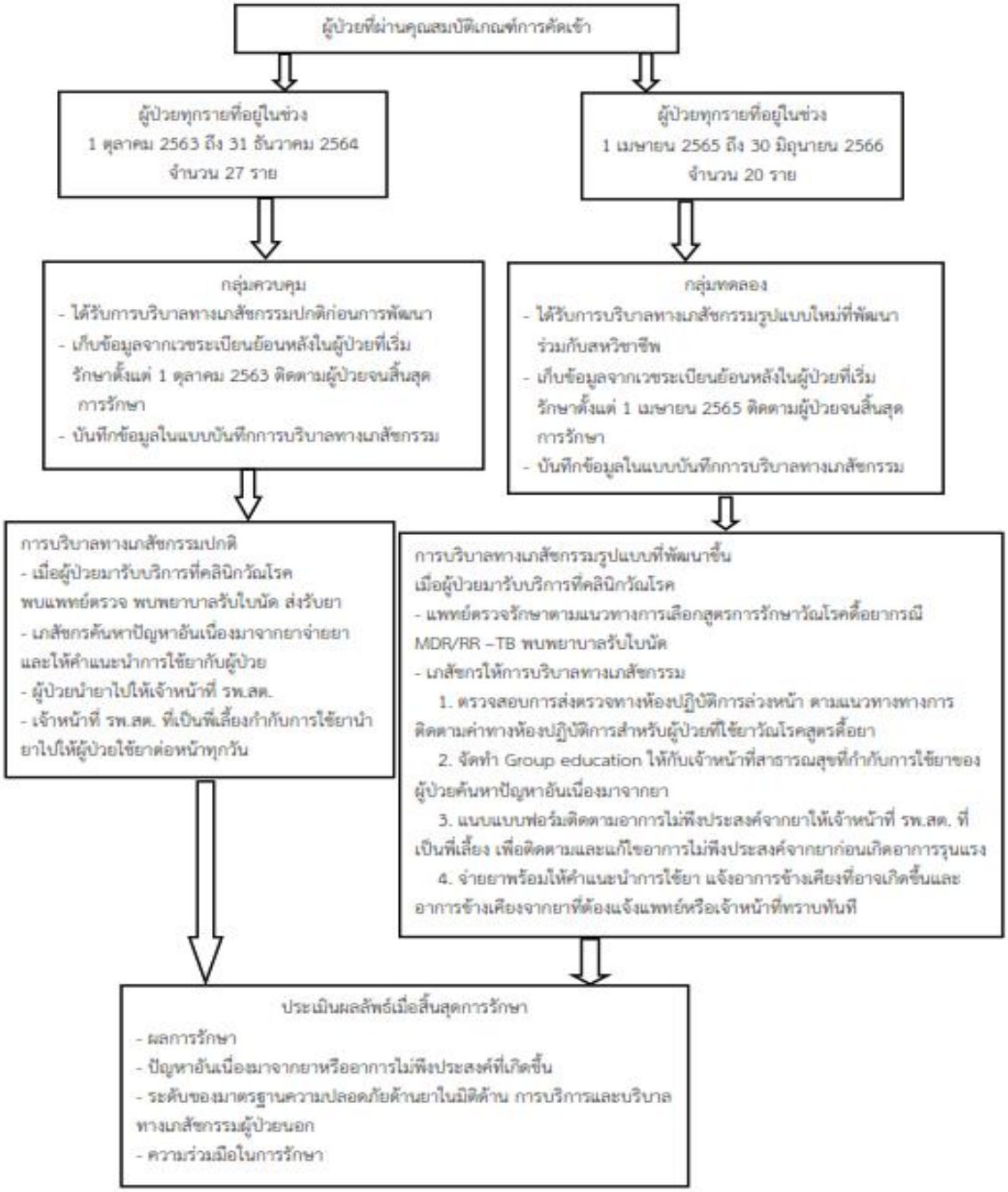
(1) ตาราง Auto lab ติดตามค่าทางห้องปฏิบัติการและผลเพาะเชื้อที่ระยะเวลาต่าง ๆ

(2) แบบประเมิน Naranjo's Algorithm

(3) แบบบันทึกอาการไม่พึงประสงค์จากยา

(4) เอกสารความรู้สำหรับการจัดทำ Group education

(5) แอปพลิเคชัน Line



รูปที่ 1 ขั้นตอนการวิจัย

3. วิธีการเก็บข้อมูล

- ระยะที่ 1 ศึกษาอุบัติการณ์ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาในผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานที่ได้รับการรักษาด้วยยารักษาวัณโรคสูตรดื้อยาจากฐานข้อมูลเวชระเบียนของโรงพยาบาล ทำการเก็บข้อมูลผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก โรคร่วม ผลการรักษา และอาการไม่พึงประสงค์จากยาในทุกครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตามนัดระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2563 ถึง 31 ธันวาคม 2564 และติดตามต่อจนสิ้นสุดการรักษา

- ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการให้บริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน ผู้วิจัยดำเนินการร่วมปรึกษาทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน ประกอบด้วย แพทย์อายุรกรรมที่ดูแลคลินิกวัณโรค พยาบาลประจำคลินิกวัณโรค และเภสัชกร รวมจำนวน 5 คน ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการศึกษาในระยะที่ 1 แล้วนำมาพัฒนารูปแบบโดยประยุกต์ใช้แนวทางการเลือกใช้สูตรยารักษาวัณโรคดื้อยา ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2563 และแนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2564 กำหนดแนวทางการให้บริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาในการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยาเชิงรุก[1] (Active TB Drug Safety Monitoring and Management: aDSM)

- ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการให้บริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานที่พัฒนาขึ้น โดยให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบไปด้วย อายุรแพทย์ที่ดูแลคลินิกวัณโรค พยาบาลประจำคลินิกวัณโรค เภสัชกร และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ทำหน้าที่กำกับการใช้ยาในผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา ปฏิบัติตามรูปแบบการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน ที่พัฒนาขึ้นในคลินิกวัณโรคระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2565 ถึง 30 มิถุนายน 2566

- ระยะที่ 4 ศึกษาผลการใช้รูปแบบการให้บริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน ในการเฝ้าระวังการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา โดยทำการเก็บข้อมูลผู้ป่วยทุกครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตามนัดเช่นเดียวกับระยะที่ 1 นำมาสรุปผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ผลการรักษาสำเร็จ ความร่วมมือในการใช้ยา และการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ระดับร้ายแรง

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบข้อมูลเชิงคุณภาพระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้การทดสอบ Fisher's exact test โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา

1. อุบัติการณ์ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาในผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน

พบการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาในกลุ่มควบคุมร้อยละ 81.5 และในกลุ่มทดลองร้อยละ 85.0 ไม่แตกต่างกันทางสถิติ (p = 1.000) ผลลัพธ์หลังเกิดอาการไม่พึงประสงค์พบว่าในกลุ่มทดลองหายเป็นปกติทุกรายร้อยละ 100 ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่ายังมีอาการอยู่ ร้อยละ 4.5 และเสียชีวิตร้อยละ 4.5 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 อาการไม่พึงประสงค์จากยาวัณโรค

อาการไม่พึงประสงค์จากยาวัณโรค	กลุ่มควบคุม ราย (ร้อยละ) (n = 27)	กลุ่มทดลอง ราย (ร้อยละ) (n = 20)	p-value
ไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์	5 (18.5)	3 (15.0)	
เกิดอาการไม่พึงประสงค์	22 (81.5)	17 (85.0)	1.000*
เกิดอาการไม่พึงประสงค์ไม่รุนแรง (Non - serious ADR)			
คลื่นไส้ อาเจียน	10 (37.0)	9 (45.0)	
เหนื่อยเพลีย	4 (14.8)	2 (10.0)	
ปวดกล้ามเนื้อ	5 (18.5)	0 (0)	
ผื่นคันเล็กน้อย	0 (0)	3 (15.0)	
ชาปลายมือเท้า	2 (7.4)	0 (0)	
Hypothyroid	3 (11.1)	0 (0)	
นอนไม่หลับ	1 (3.7)	1 (5.0)	
วิงเวียน	0 (0)	2 (10.0)	
QT prolong	2 (7.4)	2 (10.0)	
เกิดอาการไม่พึงประสงค์รุนแรง (Serious ADR)			
Electrolyte imbalance	3 (11.1)	2 (10.0)	
ภาวะพิษต่อหู	1 (3.7)	0 (0)	
ภาวะตับอักเสบ	1 (3.7)	1 (5.0)	
ผื่นแพ้รุนแรง	1 (3.7)	1 (5.0)	
ผลลัพธ์หลังเกิดอาการไม่พึงประสงค์			
หายเป็นปกติโดยไม่มีรองรอยเดิม	20 (90.9)	17 (100.0)	
หายโดยมีร่องรอยเดิม	0 (0)	0 (0)	
ยังมีอาการอยู่	1 (4.5)	0 (0)	
เสียชีวิต	1 (4.5)	0 (0)	

หมายเหตุ : * Fisher's exact test

- แสดงเฉพาะอาการไม่พึงประสงค์จากยาระดับ Certain (ใช่แน่นอน) และ Probable (น่าจะใช่) ประเมินด้วย Naranjo's Algorithm (คะแนน 5 – 9)

ผู้ป่วยในการศึกษาทั้งหมด 47 รายแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 27 ราย และกลุ่มทดลอง 20 ราย จากตารางที่ 1 พบวัณโรคดื้อยาหลายขนานในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ใช้สูตรยาแตกต่างกันอ้างอิงตามแนวทางการเลือกสูตรยารักษาวัณโรคดื้อยาของสำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข กลุ่มควบคุม BMI น้อยกว่า 18.5 ร้อยละ 44.4 BMI 18.5 – 22.9 ร้อยละ 51.8 กลุ่มทดลอง BMI น้อยกว่า 18.5 ร้อยละ 50.0 และ BMI 18.5 – 22.9 ร้อยละ 30.0 กลุ่มควบคุมมีโรคร่วมร้อยละ 37.0 กลุ่มทดลองมีโรคร่วมร้อยละ 40.0 (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม ราย (ร้อยละ) (n = 27)	กลุ่มทดลอง ราย (ร้อยละ) (n = 20)
เพศ		
ชาย	16 (59.3)	13 (65.0)
หญิง	11 (40.7)	7 (35.0)
สูตรยา		
Conventional longer	7 (25.9)	0 (0)
Individual longer	7 (25.9)	6 (30.0)
Shorter MDR-TB	13 (48.1)	11 (55.0)
BPaL	0 (0)	3 (15.0)
อายุ	51.963 ± 16.81456	53.7 ± 15.23535
BMI		
น้อยกว่า 18.5 (ผอม)	12 (44.4)	10 (50.0)
18.5 – 22.9 (สมส่วน)	14 (51.8)	6 (30.0)
23.0 – 24.9 (อ้วนระดับ 1)	1 (3.7)	3 (15.0)
25.0 – 29.9 (อ้วนระดับ 2)	0 (0)	1 (5.0)
โรคร่วม	10 (37.0)	8 (40.0)
DM HT	3 (11.1)	3 (15.0)
AF	1 (3.7)	0 (0)
HIV	3 (11.1)	2 (10.0)
Sclerosis	1 (3.7)	0 (0)
CA Lung	0 (0)	2 (10.0)
COPD	1 (3.7)	0 (0)
จิตเวช	1 (3.7)	0 (0)
Hepatitis B	0 (0)	1 (5.0)

2. ผลของการบริบาลทางเภสัชกรรมเชิงรุกต่อผลการรักษาและการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาในผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน

รูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมเชิงรุกที่พัฒนาขึ้นสามารถช่วยในการจัดการและป้องกัน ADR ที่รุนแรงได้อย่างมีประสิทธิภาพ การมีทีมกำกับการใช้ยาที่บ้านและการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแนวทางที่พัฒนาขึ้น มีส่วนสำคัญในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาได้ทันท่วงที ทำให้ผู้ป่วยทุกรายได้รับการแก้ปัญหาอาการไม่พึงประสงค์เบื้องต้นตามแนวทางร้อยละ 100 (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การจัดการอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาหลังพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรม (n = 20)

อาการอันไม่พึงประสงค์	การแก้ไขโดยเภสัชกร	จำนวน (ร้อยละ)	ยอมรับและแก้ไข (ร้อยละ)
ตรวจพบจากทีมกำกับการใช้ยาที่บ้าน			
คลื่นไส้ อาเจียน	ให้ใช้ยาหลังอาหารทันที หรือแบ่งยาใช้เช้า-เย็น โดยยาชนิดเดียวกันให้ใช้เวลาเดียวกัน	4 (20.0)	4 (100.0)
เหนื่อยเพลีย	แนะนำดื่มผงเกลือแร่	1 (5.0)	1 (100.0)
ผื่นคันเล็กน้อย	ให้ยาแก้แพ้ CPM	1 (5.0)	1 (100.0)
ผื่นแพ้รุนแรง	พบแพทย์ปรับเปลี่ยนยา	1 (5.0)	1 (100.0)
ตรวจพบจากแนวทางการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่พัฒนาขึ้น			
QT prolong	พบแพทย์ปรับเปลี่ยนยา	2 (10.0)	2 (100.0)
Electrolyte imbalance	พบแพทย์ปรับยาและเสริมเกลือแร่	2 (10.0)	2 (100.0)
ภาวะตับอักเสบ	พบแพทย์ปรับเปลี่ยนยา	1 (5.0)	1 (100.0)

หมายเหตุ : ผู้ป่วยแต่ละรายเกิดอาการไม่พึงประสงค์ได้หลายอาการ

รูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมเชิงรุกในผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาดำเนินการในรูปแบบสหสาขาวิชาชีพดังนี้

- แพทย์ตรวจติดตามการรักษาตามแนวทางควบคุมวัณโรคประเทศไทย
- พยาบาลออกใบนัด Auto lab ติดตามค่าทางห้องปฏิบัติการ
- เภสัชกรการจัดทำ Group education ให้ความรู้เรื่องยาและการจัดการอาการไม่พึงประสงค์เบื้องต้นกับทีมกำกับการใช้ยาที่บ้านในครั้งแรกที่เริ่มรักษา
- เภสัชกรจัดทำ Group line ที่ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาล เจ้าหน้าที่ รพ.สต. โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ที่เป็นพี่เลี้ยงกำกับการใช้ยาเพื่อใช้ในการสื่อสาร และส่งต่อข้อมูล
- ทีมกำกับการใช้ยาที่บ้านรายงานอาการไม่พึงประสงค์ที่พบผ่าน Line เภสัชกรประเมิน ADR โดยใช้ Naranjo's Algorithm กรณี Non - serious ADR ให้รักษาตามอาการ Serious ADR ให้หยุดยาแล้วมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลทันที

ผลการพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยวัณโรค

สำหรับตัวชี้วัดที่ 1 พบว่าผลการรักษากลุ่มควบคุมรักษาสำเร็จร้อยละ 55.6 กลุ่มทดลองรักษาสำเร็จร้อยละ 80.0 กลุ่มควบคุมเสียชีวิตร้อยละ 29.6 กลุ่มทดลองเสียชีวิตร้อยละ 10.0 ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p = 0.121$), ตัวชี้วัดที่ 2 พบว่าการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p = 1.000$), ตัวชี้วัดที่ 3 พบว่าระดับของมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในมิติด้านการบริการและบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอกผ่านมาตรฐานในระดับที่สูงขึ้นจากระดับ 2 เป็นระดับ 3 และตัวชี้วัดที่ 4 พบว่าความร่วมมือในการใช้ยาในกลุ่มควบคุมร้อยละ 85.2 และในกลุ่มทดลองร้อยละ 90.0 (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ผลการพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยวัณโรค

ตัวชี้วัด	กลุ่มควบคุม รายา (ร้อยละ) (n = 27)	กลุ่มทดลอง รายา (ร้อยละ) (n = 20)	p-value
1. ผลการรักษา			
รักษาสำเร็จ	15 (55.6)	16 (80.0)	0.121*
รักษาไม่สำเร็จ	12 (44.4)	4 (20.0)	
เสียชีวิต	8 (29.6)	2 (10.0)	
ไม่ร่วมมือในการรักษา	4 (14.8)	2 (10.0)	
2. การเกิดอาการไม่พึงประสงค์			1.000*
Non-serious ADR	21 (77.8)	16 (80.0)	
Serious ADR	6 (22.2)	4 (20.0)	
หายเป็นปกติ	4 (66.7)	4 (100)	
พิการ/เสียชีวิต	2 (33.3)	0 (0)	
3. ระดับของมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในมิติด้านการบริการและบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก	ระดับ 2	ระดับ 3	
4. ความร่วมมือในการรักษา	ร้อยละ 85.2	ร้อยละ 90.0	

หมายเหตุ : * Fisher's exact test

3. เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานตามแบบประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาให้ผ่านมาตรฐานในระดับที่สูงขึ้น

ระดับของมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในมิติด้านการบริการและบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก พบว่าผ่านเกณฑ์ตามแบบประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในระดับที่สูงขึ้น ผ่านระดับ 3 ทุกข้อดังนี้

- มีการจัดทำ รวบรวมข้อมูลการใช้ยา และบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ใช้การบริบาลทางเภสัชกรรม
- มีการปรับปรุงแนวทางการให้บริบาลทางเภสัชกรรมให้เป็นปัจจุบัน
- มีกระบวนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ โดยการกำหนดเป้าหมายและแผนการรักษาร่วมกัน
- ผ่านมาตรฐานระดับ 4 จำนวน 1 ใน 3 ข้อ ได้แก่

(1) มีการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของเภสัชกรในกรณีศึกษาที่เกี่ยวเนื่องกับปัญหาทางด้านยาเพื่อพัฒนาแนวทางการป้องกันปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นต่อไป

- ผ่านมาตรฐานระดับ 5 เพิ่ม 2 ข้อดังนี้

(1) มีระบบส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานในโรงพยาบาล และ/ หรือ เครือข่าย

(2) มีนวัตกรรมในการสนับสนุนกระบวนการบริการในด้านส่งเสริมการใช้ยา และความปลอดภัยในการใช้ยาของผู้ป่วย (ดังตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ระดับของมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในมิติด้านการบริการและบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก

ระดับ	งานบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก	การดำเนินการก่อนการพัฒนา	การดำเนินการหลังการพัฒนา
0	1. ยังไม่ได้ดำเนินการเชิงระบบใด ๆ เพื่อการพัฒนาการบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก	✓	✓
1	1. มีการกำหนดเกณฑ์ในการบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอกในกลุ่มโรค กลุ่มยา ตามเกณฑ์ที่กำหนด (สอดคล้องตาม Service plan หลัก หรือปัญหาในพื้นที่)	✓	✓
2	1. มีการให้บริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก ในกลุ่มโรค กลุ่มยาตามเกณฑ์ที่กำหนด	✓	✓
	2. มีการจัดทำ รวบรวมข้อมูลการใช้ยาและบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ให้การบริบาลทางเภสัชกรรมเพื่อติดตามปัญหา การแก้ไข ป้องกัน และการให้คำแนะนำการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง	✓	✓
	3. มีการจัดทำคู่มือ/แนวทางการให้บริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอกในกลุ่มโรค กลุ่มยา ตามเกณฑ์ที่กำหนด	✓	✓
3	1. มีการจัดทำ รวบรวมข้อมูลการใช้ยาและบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ใช้การบริบาลทางเภสัชกรรม เพื่อติดตามปัญหา การแก้ไข ป้องกัน เพื่อติดตามการใช้ยาและการให้คำแนะนำการใช้ยา อย่างต่อเนื่องที่สามารถเข้าถึงได้โดยสหสาขาวิชาชีพ	✓	✓
	2. มีการปรับปรุงคู่มือ/แนวทางการให้บริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก ในกลุ่มโรค กลุ่มยาที่เป็นปัจจุบัน	✗	✓
	3. มีกระบวนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ โดยการกำหนดเป้าหมายและแผนการรักษาร่วมกัน	✗	✓
4	1. มีการประเมินความรู้ ความร่วมมือในการใช้ยาและความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ให้การบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอกอย่างเป็นระบบ และนำผลการประเมินมาใช้เพื่อการพัฒนาระบบหรือกิจกรรมการบริบาลทางเภสัชกรรม	✗	✗
	2. มีการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของเภสัชกรในกรณีศึกษาที่เกี่ยวเนื่องกับปัญหาทางด้านยาเพื่อพัฒนาแนวทางการป้องกันปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นต่อไป ทุก 3 เดือน	✗	✓
	3. มีการให้บริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอกครอบคลุมกลุ่มโรค กลุ่มยา หรือ Service plan หรือปัญหาในพื้นที่ ร้อยละ 80	✗	✗
5	1. ผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 3 ครั้งหรือ จนกว่าผู้ป่วยจะสามารถควบคุมค่าเป้าหมายการรักษาให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดได้ (มีหลักฐานที่ตรวจสอบได้ สรุปผลการดำเนินงานอย่างน้อยย้อนหลัง 6 เดือน)*	✓	✓

ตารางที่ 5 ระดับของมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในมิติด้านการบริการและบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก (ต่อ)

ระดับ	งานบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก	การดำเนินการก่อนการพัฒนา	การดำเนินการหลังการพัฒนา
	2. มีระบบส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานในโรงพยาบาล และ/หรือ เครือข่าย*	✗	✓
	2. ผู้ป่วยนอกกลุ่มโรคเรื้อรังคลินิกเฉพาะโรค สามารถควบคุมอาการของโรคได้บรรลุเป้าหมายทางคลินิกตามเกณฑ์มาตรฐาน (สอดคล้องตาม Service plan หลัก)*	✗	✗
	3. ผู้ป่วยนอกกลุ่มโรคเรื้อรังเป้าหมาย กลับเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลจากความไม่ สามารถใช้ยาตามสั่งหรือไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ ไม่เกินร้อยละ 10	✗	✗
	4. มีระบบการประเมิน หรือประกันคุณภาพของเภสัชกรผู้ให้ข้อมูลที่ได้บริการที่เป็นระบบชัดเจน	✗	✗
	5. มีนวัตกรรมในการสนับสนุนกระบวนการบริการ ในด้านส่งเสริมการใช้ยา และความปลอดภัยในการใช้ยาของผู้ป่วย	✗	✓

หมายเหตุ : ระดับที่ 5 ต้องผ่านทุกข้อที่มีเครื่องหมาย * และทำได้ 4 ข้อขึ้นไป

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยวัณโรคดื้อหลายขนานมีความซับซ้อนในการรักษา มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์สูง และมีอัตราการรักษาสำเร็จที่ต่ำ การพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมที่เหมาะสมจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อเพิ่มความปลอดภัยและประสิทธิภาพในการรักษาสอดคล้องกับการศึกษาของ กฤติมา โภชนสมบูรณ์[8] ที่พบว่าการบริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยวัณโรคตามรูปแบบที่กำหนด สามารถค้นหา แก้ไขปัญหาที่เกี่ยวกับยา ผู้ป่วยมีความรู้ทางด้านโรควัณโรค ยาต้านวัณโรค อาการไม่พึงประสงค์จากยา และวิธีการปฏิบัติตัวระหว่างการรักษาวัณโรค ส่งผลให้การรักษาวัณโรคมีความสำเร็จเป็นไปตามแนวทางการรักษาวัณโรคแห่งชาติ

การบริบาลเภสัชกรรมเชิงรุกเป็นการเพิ่มบทบาทของเภสัชกรในทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกับแพทย์ในการทำระบบติดตามผู้ป่วย ติดตามค่าทางห้องปฏิบัติการก่อนเกิด Serious ADR กำหนดความถี่ในการติดตามค่าทางห้องปฏิบัติการในรูปแบบตาราง Auto lab ร่วมกับพยาบาล จัดทำ Group education เพื่อพัฒนาศักยภาพให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทีมกำกับการใช้ยาที่บ้านให้มีความรู้ในการติดตามและแนวทางดำเนินการเมื่อพบอาการไม่พึงประสงค์จากยา จัดทำช่องทางการติดต่อที่รวดเร็วโดยการใช้แอปพลิเคชัน Line ซึ่งเป็นรูปแบบการบริบาลที่แตกต่างไปจากแบบเดิมที่เภสัชกรเป็นเพียงผู้ตรวจสอบการจ่ายยาและให้ความรู้แก่ผู้ป่วย

ผลการศึกษาระยะแรกในกลุ่มควบคุมพบปัญหาอุบัติการณ์เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาวัณโรคสูตรดื้อยาสูงถึงร้อยละ 81.5 เสียชีวิตจากการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง ร้อยละ 33.3 การรักษาสำเร็จร้อยละ 55.6 เสียชีวิตร้อยละ 29.6

ไม่ร่วมมือในการรักษาร้อยละ 14.8 สอดคล้องกับการศึกษาของ นิโลบล นาคบำรุง และคณะ[5] ที่พบผู้ป่วยวัณโรคดื้อยารักษาหายร้อยละ 51.0 ไม่ร่วมมือในการรักษาร้อยละ 13.0 เสียชีวิตร้อยละ 13.0

ผลการพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาพบผลการรักษาสำเร็จร้อยละ 80.0 เสียชีวิตลดลงเหลือร้อยละ 10.0 ไม่ร่วมมือในการรักษาลดลงเป็นร้อยละ 10.0 ข้อมูลที่ได้ไม่แตกต่างกันทางสถิติ (p = 0.121) แต่มีแนวโน้มไปในทางที่ดีขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของหทัยกาญจน์ ก่ำนารายณ์[7] ที่พบว่าการบริบาลทางเภสัชกรรมเชิงรุกให้ผลลัพธ์ที่ดีกว่าการบริบาลเภสัชกรรมแบบปกติในการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในกลุ่มที่ได้รับการบริบาลแบบปกติร้อยละ 81.5 กลุ่มที่ได้รับการพัฒนารูปแบบการบริบาลร้อยละ 85.0 ไม่แตกต่างกันทางสถิติ (p = 1.000) แต่หากพิจารณาผลลัพธ์หลังเกิดอาการไม่พึงประสงค์พบว่าในกลุ่มที่ได้รับการพัฒนารูปแบบการบริบาลหายเป็นปกติร้อยละ 100 และไม่พบการเสียชีวิตจากการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ ส่วนกลุ่มที่ได้รับการบริบาลแบบปกติพบว่าหายเป็นปกติร้อยละ 90.9 ยังมีอาการอยู่ร้อยละ 4.5 และเสียชีวิตร้อยละ 4.5 การพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรม ส่งผลให้ผ่านเกณฑ์ตามแบบประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในระดับที่สูงขึ้นผ่านระดับที่ 3 ทุกข้อ เพิ่มเติมในข้อ 2. มีการปรับปรุงคู่มือ/ แนวทาง การให้บริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก ในกลุ่มโรค กลุ่มยาที่เป็นปัจจุบันและข้อ 3. มีกระบวนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ โดยการกำหนดเป้าหมายและแผนการรักษาร่วมกัน ผ่านมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาระดับที่ 4 เพิ่มในข้อ 2. มีการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของเภสัชกรในกรณีศึกษาที่เกี่ยวเนื่องกับปัญหาทางด้านยาเพื่อพัฒนาแนวทางการป้องกันปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นต่อไป ทุก 3 เดือน ผ่านมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาระดับที่ 5 เพิ่มในข้อ 2. มีระบบส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานในโรงพยาบาล และ/ หรือ เครือข่ายจากแอปพลิเคชัน Line และข้อ 6. มีนวัตกรรมในการสนับสนุนกระบวนการบริการ ในด้านส่งเสริมการ ใช้ยา และความปลอดภัยในการใช้ยาของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ พรพิมล รัศมีวงษ์จันทร์[9] ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพและการประสานเชื่อมโยงอย่างเป็นระบบสามารถบรรลุระดับมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในระดับที่สูงขึ้น

หลังการพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมมีการตรวจพบอาการไม่พึงประสงค์โดยทีมกำกับการใช้ยาที่บ้านภายใต้การสังเกตโดยตรงและส่งปรึกษาเภสัชกรในช่องทางแอปพลิเคชัน Line ทุกรายได้รับการแก้ไขตามแนวทาง มีการตรวจพบ QT prolong, Electrolyte imbalance และภาวะตับอักเสบจากการส่งตรวจค่า LFT (Liver Function Test) ทางห้องปฏิบัติการทุกรายได้รับการปรับยาก่อนเกิดอาการรุนแรง

สรุปการพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมให้แนวโน้มด้านผลการรักษาสำเร็จเพิ่มขึ้น การเสียชีวิตลดลง ความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น แม้จะไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การพัฒนาการบริบาลทางเภสัชกรรมส่งผลให้ไม่พบการเสียชีวิตจากการเกิดอาการไม่พึงประสงค์และทำให้ผ่านเกณฑ์ตามแบบประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาให้ผ่านมาตรฐานในระดับที่สูงขึ้นจากระดับ 2 เป็นระดับ 3

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในระยะยาวและมีขนาดตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้น เพื่อยืนยันผลลัพธ์ที่พบ โดยเฉพาะในเรื่องของผลการรักษาและการเกิด ADR

2. ควรมีการประเมินความคุ้มค่าของการนำรูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในวงกว้าง

3. การขยายผลรูปแบบการบริบาลนี้ไปยังสถานพยาบาลอื่น ๆ ที่ดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา ควรมีการพิจารณาถึงบริบทและทรัพยากรของแต่ละแห่ง

4. การพัฒนานวัตกรรมเพื่อสนับสนุนกระบวนการบริบาลทางเภสัชกรรม เช่น ระบบการติดตามอาการผ่านแอปพลิเคชัน หรือเครื่องมือให้คำปรึกษาออนไลน์ อาจช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย

5. การศึกษานี้เป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนข้อมูลที่ได้อาจไม่สมบูรณ์หรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องไม่ได้ถูกบันทึกอย่างครบถ้วนหรือมีความคลาดเคลื่อนในการบันทึก

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทีมงานคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลศรีสะเกษและทีมสหสาขาวิชาชีพที่สนับสนุนการวิจัย และขอขอบพระคุณ ภญ.มัลลิกา สุพล หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัช-สาธารณสุข ทีมเภสัชกรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ทีมพี่เลี้ยงงานวิจัยและพัฒนา ภญ.ชุติธนา ภัทรทิวานนท์, ภก.อาคม สมบัติ และ ภญ.สุขุมาล กาฬเนตร ที่ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ให้ความช่วยเหลือในการทำวิจัยให้สามารถดำเนินการสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2564. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิคแอนด์ดีไซน์; 2564.
2. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการเลือกใช้สูตรยารักษาวัณโรคดื้อยาฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2563. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิคแอนด์ดีไซน์; 2563.
3. กองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. ระบบประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา. [อินเตอร์เนต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 11 ส.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://dmsic.moph.go.th/editors/userfiles/files/hospital.pdf
4. ศูนย์ติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. สรุปรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ประจำปี 2562. [อินเตอร์เนต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 23 ส.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: http://hpvc.fda.moph.go.th/aeinfo/NewsPublishIndex.aspx
5. นิโลบล นาคบำรุง, ยศวดี เพ็ชรคำ, ศศิธร แดงเจย์, สุกัญญา บุญช่วย, ตั้ม บุญรอด, วิชชาดา สิมลา. ผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์เชิงอภิมาน. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2562;29(4):646-59.
6. หทัยถวิล สนธิสมบัติ. การบริบาลเภสัชกรรมและปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาผู้ป่วยวัณโรคในโรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย. วารสารองค์การเภสัชกรรม. 2560;44(1):15-26.
7. หทัยกาญจน์ ก่ำนรายณ์. ผลลัพธ์การบริบาลทางเภสัชกรรมเชิงรุกแก่ผู้ป่วยวัณโรคประเภทผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรสาคร. Thai J Pharm Pract. 2566;16(3):708-21.
8. กฤติมา โภชนสมบูรณ์. ผลลัพธ์ของการบริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยวัณโรคในคณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง. 2559;60(3):171-80.
9. พรพิมล รัศมีวงษ์จันทร์. การพัฒนาระบบการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยวัณโรค อำเภอค่ายบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี. วารสารสหวิชาการเพื่อสุขภาพ. 2566;5(1):38-54.

JOURNAL OF HEALTH CONSUMER PROTECTION
วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
Vol.5 No.1 January-June 2025
ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2568

การพัฒนาระบบ อสม. Delivery Drugs ของยา Favipiravir, Molnupiravir และฟ้าทะลายโจร ในช่วงการระบาดของโควิด โดยโรงพยาบาลกุดชุม จังหวัดยโสธร

Development of the Village Health Volunteer System for Drug Delivery of Favipiravir, Molnupiravir and Andrographis paniculata during the COVID - 19 outbreak by Kut Chum Hospital, Yasothon Province

พิชญาภา สีกา[1], ชาญชัย บุญเชิด[2]

Pitchayapa Seeka[1], Chanchai Booncherd[2]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการจ่ายยา Favipiravir, Molnupiravir และฟ้าทะลายโจร โดย อสม. Delivery Drugs ให้ผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด - 19 ในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างรวดเร็ว โดยไม่ต้องมารับบริการที่โรงพยาบาลชุมชน เพื่อเป็นการลดการแพร่ระบาดและการติดเชื้อจากการได้รับยารวดเร็ว และลดการแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้ป่วยอื่น ๆ ที่มารับบริการ เนื่องจากระบบช่วยลดความแออัด รูปแบบการศึกษาเป็นแบบ R2R โดยการพัฒนาระบบคือ กระบวนการประสานงานของโรงพยาบาลชุมชน หน่วยบริการปฐมภูมิ และ อสม. เพื่อวางระบบให้ อสม. นำส่งยาแก่ผู้ป่วยโควิด-19 ในพื้นที่ของตนด้วยจักรยานยนต์ภายในวันเดียวกันกับที่ตรวจพบเชื้อโควิด - 19 ระบบที่ได้จัดทำเป็นผังขั้นตอนการปฏิบัติงานที่เชื่อมประสานต่อกัน ตั้งแต่การรับรู้ข้อมูลการติดเชื้อและข้อมูลผู้ป่วย การบันทึกข้อมูล การสั่งยา การส่งยา ตั้งแต่โรงพยาบาลจนถึงผู้ป่วย เก็บข้อมูลโดยรวบรวมผลการดำเนินงานจากฐานข้อมูลของโรงพยาบาลในระบบ HOSxP ประเมินผลของระบบโดยติดตามผลการดำเนินงานของระบบการจ่ายยาที่พัฒนาขึ้นเป็นระยะเวลา 3 เดือน ระหว่างวันที่ 21 มีนาคม ถึง 20 มิถุนายน พ.ศ. 2565 ในผู้ป่วยทุกคนที่มีผลเป็นบวกกับเชื้อโควิด - 19 ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 13 แห่งที่รับยาผ่านระบบนี้จากโรงพยาบาลกุดชุม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ความคลาดเคลื่อนด้านยา ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีการจ่ายยาโดยระบบนี้ทั้งหมด 4,094 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 48 ปี ผู้ป่วยอายุมากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.85 ได้รับยา Favipiravir ร้อยละ 54.09 พบความคลาดเคลื่อนด้านยา 21 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 0.51 ของผู้ป่วยที่ได้รับยาผ่านระบบนี้ ผู้ป่วยได้รับยาภายในวันที่ตรวจพบโควิด-19 จำนวน 4,079 คิดเป็นร้อยละ 99.63 ต้นทุนการนำส่งยา

[1] เภสัชกรกรชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลกุดชุม จังหวัดยโสธร

[1] Pharmacist, Senior Professional Level. Division of Pharmacy and Consumer Health Protection, Kud-chum Hospital, Yasothon Province

[2] เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลไทยเจริญ จังหวัดยโสธร

[2] Pharmacist, Professional Level. Division of Pharmacy and Consumer Health Protection, Thai-jaroen Hospital, Yasothon, E-mail : ccbc_46151009@hotmail.com

Received: 30 JAN 2025, Revised: 8 MAY 2025, Accepted: 16 MAY 2025

ต่อคนต่อครั้ง 28.17 บาท ระบบจัดส่งยามีการเชื่อมโยงการจัดการร่วมกันตั้งแต่โรงพยาบาลชุมชน หน่วยบริการปฐมภูมิและอาสาสมัครสาธารณสุขช่วยในการนำส่งยาดังกล่าว เป็นระบบมีประสิทธิภาพ รวดเร็ว และต้นทุนต่ำ ซึ่งดีกว่าการส่งยาทางไปรษณีย์

คำสำคัญ : อาสาสมัครสาธารณสุข, การนำส่งยาโควิด - 19, Favipiravir, Molnupiravir, ฟ้าทะลายโจร

Abstract

This study aimed to develop a drug delivery system for Favipiravir, Molnupiravir and *Andrographis paniculata* by village health volunteers (VHVs) to provide drugs to COVID - 19 infected patients in the community so that patients can receive drugs quickly without having to go to the community hospital, in order to reduce the spread and infection from receiving medicine quickly and reduce the spread of infection to other patients who come to receive services because the system helps reduce crowding. The study model is R2R, with the development of the system being a coordination process between community hospitals, primary care units, and VHVs to set up a system for VHVs to deliver medicine to COVID patients in their area by motorcycle on the same day that they are diagnosed with COVID - 19. The system is a flowchart of work procedures that are integrated, from receiving infection and patient information, recording information, ordering drugs, and sending drugs from the hospital to the patient. Data were collected by collecting performance results from the hospital database in the HOSxP system. The system performance was evaluated by monitoring the performance of the developed drug dispensing system for a period of 3 months between March 21 and June 20, 2022. In all patients who tested positive for COVID - 19 in the 13 sub - district hospitals who received medication through this system from Kut Chum Hospital, the data were analyzed by frequency distribution, percentage, and medication errors. The study results found that a total of 4,094 patients who received medication through this system were mostly female with an average age of 48 years. Patients over 60 years of age, accounting for 26.85 percent, received Favipiravir at 54.09 percent. There were 21 medication errors, accounting for 0.51 percent of patients who received medication through this system. Patients received medication on the day of COVID - 19 diagnosis, 4,079 (99.63%), with a drug delivery cost per

person per time of 28.17 baht. The COVID - 19 drug delivery system by linking management together from community hospitals, primary care units and public health volunteers to help deliver the said drugs is an efficient, fast and low-cost system, which is better than sending drugs by post.

Keywords : Village Health Volunteer, Drug Delivery of COVID - 19, Favipiravir, Molnupiravir, *Andrographis paniculata*

บทนำ

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (โควิด - 19) ที่มีการระบาดไปทั่วโลก (Pandemic Period) โดยมีคนทั่วโลกติดเชื้อสะสมกว่า 200 ล้านคน หายแล้วกว่า 180 ล้านคน มีผู้เสียชีวิตกว่า 4 ล้านคนทั่วโลก สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย มีผู้ติดเชื้อระลอกที่ 4 สะสมกว่า 19,000 คน หายแล้วกว่า 500,000 คน มีผู้เสียชีวิตในไทย 5,500 คน[1] เนื่องจากไวรัสชนิดนี้ที่ทำให้เกิดโรคติดต่อได้อย่างง่ายดายและรวดเร็ว อาศัยการแพร่กระจายผ่านฝอยละอองเป็นหลัก ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อผู้ติดเชื้อไอ จาม หรือหายใจออก และผู้ไม่ติดเชื้อหายใจเอาเชื้อโรคเข้าไปแล้วติดเชื้อตามไปด้วย การป้องกันโรคที่สำคัญคือ วิธีรักษาระยะทางสังคมและมีการปรับระบบบริการให้สอดคล้องกับมาตรการการรักษาระยะทางสังคม (Social Distancing) สวมผ้าปิดจมูก (Mask) เว้นระยะห่างอย่างน้อย 1 เมตร หลีกเลี่ยงการเข้าไปอยู่ในที่แออัด ตลอดจนมีมาตรการต่าง ๆ ด้านดูแลความสะอาด เช่น ล้างมือบ่อย ๆ ด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์ เป็นสิ่งสำคัญที่ป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อได้[2]

ในสถานการณ์โควิด-19 สหวิชาชีพต่างประสบปัญหาเหล่านี้ ยาที่ใช้ในการรักษาโควิด-19 มีประสิทธิภาพมากเพียงพอกับการรักษาหรือไม่ เนื่องจากเป็นยาใหม่ มีราคาแพง ต้องสั่งจ่ายโดยแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญ ยาใหม่เหล่านี้มีความปลอดภัยเหมาะสมหรือไม่ ขณะเดียวกันประชาชนมีความต้องการด้านบริการสุขภาพมากขึ้น ค่าใช้จ่ายด้านอื่น ๆ เช่น การขนส่ง การเดินทางมาโรงพยาบาล ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมีค่าสูงขึ้นเรื่อย ๆ[3] ทำให้โรงพยาบาลเกิดความแออัดและทำให้เกิดการระบาดและการกระจายตัวของเชื้อโควิด - 19 เพิ่มมากขึ้น ในการรับยาหากอยู่ในสถานการณ์ปกติ ผู้ป่วยจะต้องมารับยาที่โรงพยาบาล ต้องมารอตรวจร่างกาย เจาะเลือด รอตรวจ รอรับยา การแออัด ยิ่งเป็นการเพิ่มโอกาสการติดเชื้อ หรือหากเป็นคนไข้โรคเรื้อรังสูงอายุ ปฏิเสธการรับวัคซีนโควิดจะยิ่งเพิ่มโอกาสของการมีอาการโควิดรุนแรง อาจทำให้เสียชีวิตได้[4]

ผู้วิจัยสนใจศึกษาช่วงของการระบาดในช่วงเวลานี้ เนื่องจากเป็นการศึกษาในช่วงที่ 5 ของการระบาดสายพันธุ์ Omicron ที่มีการระบาดง่าย อีกทั้งอำเภอกุดชุมมีงานบุญตามประเพณี โดยในเดือนมีนาคมมีงานบุญคูณลาน และงานฉลองศาลหลักเมือง เดือนเมษายนมีงานสงกรานต์ เดือนพฤษภาคมมีงานบุญบั้งไฟ โดยงานบุญบั้งไฟจะมีการกระจายจัดไปทุกตำบล (9 ตำบล) เนื่องจากงานเหล่านี้ทำให้เกิดการรวมตัวของคนเป็นจำนวนมาก ลูกหลานที่ไปทำงานต่างจังหวัดกลับบ้านเกิด ทำให้เกิดการกระจายของโควิด-19 ยากต่อการควบคุม

ในประเทศไทยสำหรับบทบาทเภสัชกรรมปฐมภูมินั้นเป็นสิ่งที่ท้าทายและพัฒนาบทบาทหน้าที่ของเภสัชกร เภสัชกรมีความสำคัญอย่างไร หากต้องมีการนำส่งยาโดยประสานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการจัดส่งยา ลดการแออัดของการมารอรับยาที่โรงพยาบาล ที่จะทำให้เกิดการแพร่กระจายของโควิด - 19 ได้ง่ายและรวดเร็วยิ่งขึ้น เป็นโจทย์ที่ยาก ในการทำงานประสานส่งต่อยาไปสู่คนไข้โควิด - 19 ที่อยู่ห่างไกลออกไป โดยต้องได้ข้อมูลที่จำเป็นต่าง ๆ เช่น อายุ โรคประจำตัว การได้รับวัคซีนโควิด - 19 น้ำหนัก การพัฒนาระบบการนำส่งยาจะเป็นปัจจัยที่ช่วย

สนับสนุนให้สามารถขับเคลื่อนไปได้ แม้ในวิกฤตการณ์ระบาดของโควิด - 19

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการนำส่งยา Favipiravir, Molnupiravir และฟ้าทะลายโจร ในช่วงการระบาดของโควิด - 19 โดย อสม. Delivery Drugs

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบของการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบ R2R (Routine to Research) โดยการรวบรวมพัฒนาและติดตามระบบการสั่งยา การส่งยา และการบันทึกข้อมูล ที่เรียกว่า **“ระบบ อสม. Delivery Drugs”** เพื่อพัฒนาศักยภาพของชุมชน งานเภสัชกรรมของโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) และ รพ.สต. ทั้ง 13 แห่งของอำเภอกุดชุม ในการจัดการปัญหาการนำส่งยา เพื่อลดความแออัด และจัดการนำส่งยา Favipiravir, Molnupiravir และฟ้าทะลายโจร ในช่วงการระบาดของโควิด - 19 เป็นระยะเวลา 3 เดือน ระหว่างวันที่ 21 มีนาคมถึง 20 มิถุนายน พ.ศ. 2565 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เก็บตัวอย่างแบบ Purposive Sampling เก็บข้อมูลในเวชระเบียนทางอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาล (HosXP) การศึกษาครั้งนี้มีประชากร คือ คนไข้ที่ติดเชื้อโควิด - 19 โดยมีผลการติดเชื้อจากชุดตรวจ ATK และ rt - PCR ได้รับการซักประวัติจากอาสาสมัครที่ผ่านการอบรมการให้ความรู้และข้อมูลโควิด - 19 ของพื้นที่อำเภอกุดชุม ได้แก่ คนไข้อายุ 18 ปีขึ้นไป มีอาการเล็กน้อยและไม่มีอาการ แบ่งตามระดับความรุนแรง เป็นสีเขียว สีเหลือง และสีแดง แล้วแบ่งชนิดของการรับยาชนิดต่าง ๆ ตามความรุนแรงของโรคและการสั่งใช้ยาของแพทย์ ซึ่งรับการตรวจรักษาตั้งแต่วันที่ 21 มีนาคม ถึง 20 มิถุนายน พ.ศ. 2565 โดยมีคนไข้ที่มีผลตรวจ ATK และ rt - PCR มีคนไข้รับยา Favipiravir, Molnupiravir และฟ้าทะลายโจร และยาตามอาการ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบฟอร์มคัดกรองผู้ป่วยโควิด - 19 โรงพยาบาลกุดชุม จังหวัดยโสธร ติดตามโดยการสร้างระบบตั้งแต่การตรวจคัดกรอง การรายงาน การสั่งยา การส่งยา วัดผลของระบบ มีการบันทึกข้อมูลผ่านฐานข้อมูลของโรงพยาบาล และระบบการติดตามด้วย Application LINE เมื่อมีการใช้ระบบ

3. วิธีการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลการนำส่งยาโควิด - 19 ทั้ง 3 ชนิด และติดตามความคลาดเคลื่อนของการนำส่งยา รวบรวมข้อมูลต้นทุนความคุ้มค่าและความประหยัดของการนำส่งยา การได้รับยาของผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป การได้รับยาในวันที่ตรวจพบโควิด - 19 โดยผ่านการรายงานประจำวันของ Application LINE การนำส่งยาและการคืนยาของ รพ.สต. ผ่านรถนำส่งยาโรงพยาบาลกุดชุม

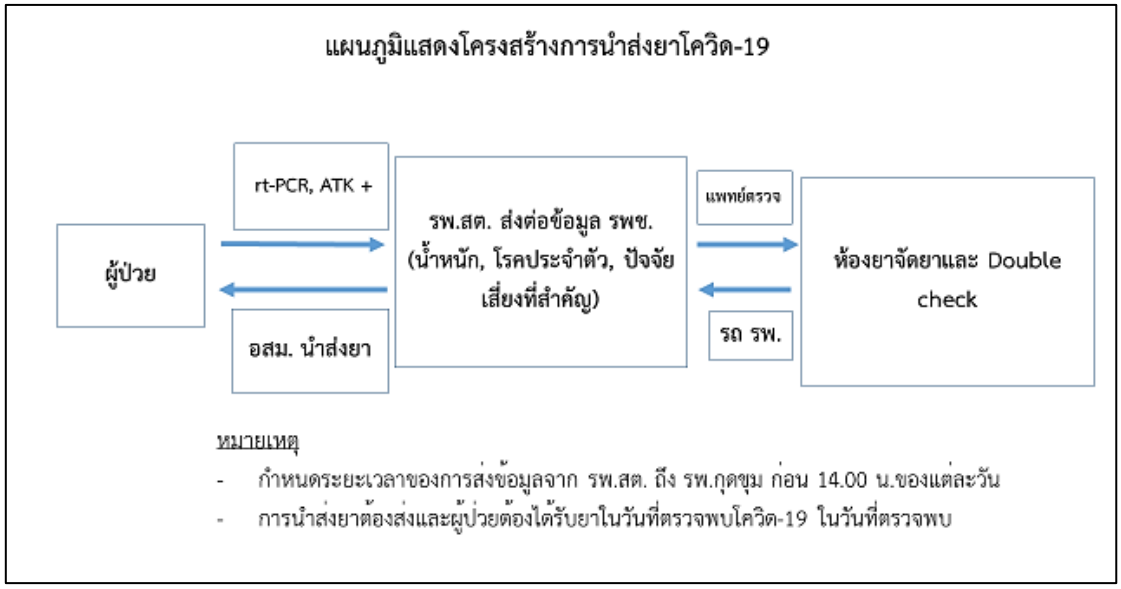
4. การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด บรรยายข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (เพศ อายุ สิทธิ์ของผู้ป่วย) สถิติที่ใช้ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลของการนำส่งยาประกอบด้วย จำนวนคนไข้ ระยะเวลาของการได้รับยา ต้นทุน ค่าใช้จ่ายในการนำส่ง การประหยัด และความคลาดเคลื่อนทางยา

5. ขั้นตอนการวิจัย

ขั้นเตรียมการ ได้แก่ ประชุมวางแผนหาแนวทางร่วมกันระหว่างสหวิชาชีพเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลกุดชุม และ รพ.สต. ทั้ง 13 แห่ง นัดหมายเวลาการส่งข้อมูล และการรับยา และชี้แจงการกำกับการใช้ยาโดยเฉพาะ Favipiravir (200 mg.) เนื่องจากเป็นยาเก่า (Repurposing Drugs) ที่นำมาใช้กับโควิด - 19 มีวิธีการกินยาแบบพิเศษ คือ ในผู้ป่วยน้ำหนักน้อยกว่า 60 กิโลกรัม รับประทาน 2 ครั้งแรก ห่างกันทุก 12 ชั่วโมง จำนวน 9 เม็ด ในวันแรก หลังจากนั้น รับประทานครั้งละ 5 เม็ด วันละ 2 ครั้ง ห่างกันทุก 12 ชั่วโมง ติดต่อกันอีก 4 วัน ส่วนน้ำหนักมากกว่า 60 กิโลกรัม รับประทาน 12 เม็ด ห่างกันทุก 12 ชั่วโมงในวันแรก หลังจากนั้น รับประทาน ครั้งละ 6 เม็ด ทุก 12 ชั่วโมง ติดต่อกันอีก 4 วัน สำหรับ Molnupiravir (200 mg.) รับประทานครั้งละ 4 เม็ด วันละ 2 ครั้ง ห่างกันทุก 12 ชั่วโมง รับประทานต่อเนื่องกัน 5 วัน และกรณีอาการไม่รุนแรง ไม่มีโรคประจำตัว อายุมากกว่า 18 ปี ไม่ตั้งครรภ์ ฟ้าทะลายโจร (500 mg.) รับประทานครั้งละ 3 แคปซูล วันละ 3 ครั้ง ต่อเนื่องกัน 5 วัน[1] กรณีหากใช้ยาไปแล้ว 2 วันไม่ดีขึ้น เช่น มีไข้ ไอหอบรุนแรงมากกว่าเดิมให้รีบติดต่อรถกู้ชีพฉุกเฉินประจำตำบล เพื่อนำส่งมารักษาที่โรงพยาบาลชุมชนต่อไป โดยห้องยาจะมีเอกสารกำกับเพื่อชี้แจงติดไปกับถุงส่งไปพร้อมกับยาด้วย

ขั้นตอนดำเนินการ ผู้ป่วยที่มีอาการเข้าตรวจโควิด - 19 หากพบว่าติดเชื้อ สหวิชาชีพใน รพ.สต. รวบรวมข้อมูล ด้าน อายุ น้ำหนัก โรคประจำตัว และการแพ้ยา แล้วส่งข้อมูลให้โรงพยาบาลกุดชุมทุกวัน ก่อนเวลา 14.00 น. ศูนย์รับข้อมูลแจ้งแพทย์เพื่อทำการวินิจฉัยและสั่งจ่ายยา ห้องยารับข้อมูลมาจัดและตรวจสอบยาโดยเภสัชกร เมื่อเสร็จแล้วแจ้งงานยานพาหนะมารับยาเพื่อส่งให้ รพ.สต. ก่อนเวลา 17.00 น. ยาถึง รพ.สต. ก่อนเวลา 18.00 น. รพ.สต. เรียก อสม. จัดส่งยาประจำวัน ส่งถึงผู้ป่วยในวันที่ตรวจพบ หากพบอาการผิดปกติ อสม. แจ้ง รพ.สต. และ รพ.สต. ส่งข้อมูลให้โรงพยาบาลเพื่อติดตามปัญหาผ่านระบบ LINE ต่อไป นอกจากนี้ โรงพยาบาลกุดชุมมีบริการโทรศัพท์ ติดตามปัญหาจากโควิด - 19 ทุกด้านตั้งแต่เวลา 16.00 น. จนถึงเวลา 20.00 น. โดยสหวิชาชีพรวมทั้งเรื่องยา การใช้ยา และผลข้างเคียงจากยา ตามแผนภูมิภาพดังนี้



ภาพที่ 1 แสดงแผนภูมิโครงสร้างการนำส่งยาโควิด - 19 โรงพยาบาลกุดชุม

6. การเก็บรวบข้อมูลและจริยธรรมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ข้อมูลความคลาดเคลื่อนจากยา ต้นทุนของยาและวัสดุ และระยะเวลาการได้รับยา อายุ สิทธิการรักษาของผู้ป่วย การขอปรับเปลี่ยนยา และความครบถ้วนของการนำส่งยา จากนั้นนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการรับรอง โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร โดยยึดเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) วันที่ 2 สิงหาคม 2565 ลำดับที่ 6570/ 2565 เลขที่ HE 6570

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่มีผลการติดเชื้อโควิด - 19 โดยเป็นผู้ป่วยนอก จำนวนทั้งสิ้น 4,094 คน ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 49 ปี ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการรักษา ผู้ป่วยโควิด - 19 ที่ไม่มีโรคประจำตัวรับยาฟ้าทะลายโจร เป็นข้อมูลพื้นฐานส่วนใหญ่ เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับยา ได้แก่ อายุ มีผลต่อการรับยาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) เพศ และสิทธิการรักษาของผู้ป่วยต่อการรับยาไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโควิด-19 โดยการนำส่งยา อสม. Delivery Drugs

ลักษณะของประชากร	Favipiravir	Molnupiravir	ฟ้าทะลายโจร	ยาตามอาการ	p-value
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
เพศ (n = 4,094)					0.346[a]
ชาย	851 (20.68)	4 (0.09)	718 (17.44)	15 (0.37)	
หญิง	1,375 (33.41)	10 (0.24)	1,104 (26.83)	33 (0.80)	
อายุ (ปี), Mean 49 (±16.08)	56.11 (15.32)	79.57 (10.52)	38.49 (12.31)	37.53 (15.58)	0.001[a]
สิทธิการรักษา (n = 2,391)					0.778[a]
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	987 (40.95)	2 (0.08)	1,063 (44.11)	16 (0.66)	
บัตรทอง 30 บาท	1 (0.04)	-	3 (0.12)	-	
ผู้พิการ	2 (0.08)	-	1 (0.04)	-	
ผู้สูงอายุ	8 (0.33)	5 (0.21)	-	-	
ข้าราชการ	86 (3.6)	-	21 (0.87)	-	
ประกันสังคม	40 (1.66)	-	101 (4.19)	2 (0.08)	
อสม.	19 (0.79)	-	16 (0.66)	1 (0.04)	
ผู้นำชุมชน	1 (0.04)	-	-	-	
อปท.	14 (0.58)	-	16 (0.66)	-	

หมายเหตุ : [a]Kruskal willis test, [b]Chi-square test

พบว่าผู้ป่วยในการศึกษาร้อยละ 26.94 มีอายุมากกว่า 60 ปี และผู้ป่วยได้รับยาทันเวลาตามกำหนดร้อยละ 99.65 การจัดส่งยาทาง อสม. Delivery Drugs มีต้นทุนการนำส่งยาต่อคนต่อครั้ง 28.17 บาท โดยเป็นต้นทุนบรรจุภัณฑ์ซองซิบเบอร์ใหญ่รวม 22,950 บาท ต้นทุนค่าบริการส่งยาไป รพ.สต. โดยรถของโรงพยาบาล 1,000 บาทต่อเที่ยว โดยส่ง 2 เส้นทาง วันละ 1 รอบ ก่อนเวลา 18.00 น. นาน 3 เดือน คิดเป็นต้นทุน 90,000 บาท ค่ากระดาษ คิดเป็น 1,000 บาท/ 2,000 คน/ 3 เดือน สติกเกอร์แจ้งเตือนการกินยาและคำแนะนำการกักตัว 2,000 บาท รวมต้นทุนการนำส่งยา 3 เดือนทั้งสิ้น 115,950 บาท และนำส่งยาผู้ป่วย 3 เดือนคิดเป็น 4,094 คน ทั้งนี้ ไม่รวมค่าแรงเภสัชกรและเจ้าหน้าที่เนื่องจากเป็นงานประจำวันช่วงบ่ายของทุกวัน พนักงานขับรถของโรงพยาบาลนำส่งยาไปยัง รพ.สต. และมี อสม. นำส่งจนถึงผู้ป่วยโควิด-19 ในวันเดียวกัน ช่วยรัฐประหยัดค่าใช้จ่าย (ยาฟ้าทะลายโจรทดแทน Favipiravir ในคนไข้กลุ่มเสี่ยงต่ำ) 2,359,442 บาท ช่วยผู้ป่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทางและลดความแออัดการติดเชื้อจากโรงพยาบาล 818,800 บาท ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลการดำเนินงานระหว่างการนำส่งยาคนไข้โรคเรื้อรังและการนำส่งผู้ป่วยโควิด-19 ด้วย ระบบ อสม. Delivery Drugs (n = 4,094)

เกณฑ์ตัวชี้วัด (3 เดือน)	การนำส่งยาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง*	การนำส่งยาผู้ป่วยโควิด
จำนวนผู้ป่วย (คน)	2,000	4,094
ผู้ป่วยอายุมากกว่า 60 ปี (ร้อยละ)	53.18	26.94
ผู้ป่วยได้รับยาทันเวลาตามกำหนด (ร้อยละ)	94.83	99.65
ระยะเวลาการนำส่งยา	3 – 7 วัน (ก่อนวันนัด)	วันที่ตรวจ
ต้นทุนการนำส่งยาต่อคนต่อครั้ง (บาท)	20.82	28.17
รวมต้นทุนการนำส่งยา (บาท)	41,650	115,950
ความคลาดเคลื่อนด้านยา (ร้อยละ)	N/A	21 ครั้ง (0.35)
การมี อสม. นำส่งถึงบ้านผู้ป่วย	มี	มี
ช่วยรัฐประหยัดค่าใช้จ่าย (ยาฟ้าทะลายโจรทดแทน Favipiravir ในคนไข้กลุ่มเสี่ยงต่ำ) (บาท)	N/A	1,605,908
ช่วยผู้ป่วยประหยัดค่าใช้จ่ายการเดินทางและลดแออัด การติดเชื้อจากโรงพยาบาล (บาท)	N/A	557,299

หมายเหตุ : ชาญชัย บุญเชิด และ โสธรา อนุกูลประชา ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่อการนำส่งยาระหว่างการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอกุดชุม จังหวัดยโสธร. วารสารเภสัชกรรมไทย ปีที่ 14 เล่มที่ 4 ต.ค. – ธ.ค. 2565

อภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนาระบบจัดส่งยาโควิด - 19 โดย อสม. Delivery Drugs สำหรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด - 19 ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของ โควิด - 19 พบว่าระบบมีประสิทธิภาพและรวดเร็ว ภายในวันที่ตรวจพบการติดเชื้อ ซึ่งเป็นข้อดีกว่าการส่งยาทางไปรษณีย์ที่ไม่สามารถส่งยาแบบนี้ได้

ในด้านระยะเวลาการจัดส่งยาพบว่า ผู้ป่วยได้รับยาทันเวลาตามกำหนดในวันที่ตรวจพบร้อยละ 99.65 ซึ่งไม่ด้อยไปกว่าระบบการส่งยาทางไปรษณีย์ของกลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลศิริราช สำหรับผู้ป่วยที่เภสัชกรประเมินแล้วว่าสามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้องปลอดภัย และเป็นผู้ป่วยที่สามารถควบคุมอาการได้คงที่แล้ว ซึ่งผู้ป่วยได้รับยาภายใน 1 – 3 วัน สำหรับพื้นที่ใน กทม. และปริมณฑล และ 3 – 4 วัน ในต่างจังหวัด[5] การพัฒนาระบบจัดส่งยาทางไปรษณีย์สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID - 19 ของโรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดเชียงรายพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับยาภายใน 2 วัน (ร้อยละ 77.4) รองลงมา คือ 3 วัน (18.9)[6] การพัฒนาระบบนำส่งยาระบาด ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอกุดชุม จังหวัดยโสธร และจากการศึกษาของ ชาญชัย บุญเชิด และคณะ เรื่องความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ต่อการนำส่งยาระหว่างการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งนำส่งยาก่อนวันนัด 3 – 7 วัน ร้อยละ 94.83[7] ทั้งนี้ การนำส่งที่เร็วได้ในการศึกษานี้เกิดจากกลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลกุดชุมนำส่งยาโดยรถโรงพยาบาลไปยัง รพ.สต. ในวันที่ตรวจพบเชื้อ การศึกษาในอดีตยังไม่มีการนำส่งยาโดย อสม. จึงไม่สามารถเปรียบเทียบผลการศึกษากับการวิจัยอื่นได้โดยตรง และควรมีการศึกษาด้านความพึงพอใจการให้บริการในโอกาสต่อไป

เมื่อพิจารณาต้นทุนการจัดส่งยาทางไปรษณีย์ในมุมมองของผู้จ่ายเงินหรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) พบว่า สปสช. สนับสนุนค่าใช้จ่ายให้ผู้ป่วยรับยาผ่านร้านยาคุณภาพในอัตรา 70 บาทต่อครั้ง และสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการจัดส่งยาทางไปรษณีย์ในอัตรา 50 บาทต่อครั้ง[8] แต่การจัดส่งยาโควิด - 19 โดย อสม. Delivery Drugs มีต้นทุนที่ต่ำกว่า โดยมีค่าใช้จ่ายในการนำส่งยาต่อคนต่อครั้งเพียง 28.17 บาท การศึกษาต้นทุนประสิทธิผลของการรับยาทางไปรษณีย์เปรียบเทียบกับการรับยาที่แผนกผู้ป่วยนอกของผู้ป่วยจิตเภท ณ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าการรับยาทางไปรษณีย์มีต้นทุนรวมต่ำกว่าการรับยาที่แผนกผู้ป่วยนอก (12,765 บาท และ 24,028 บาทตามลำดับ)[9] มีการศึกษาพบว่าต้นทุนการส่งยาทางไปรษณีย์ประมาณ 43 บาทต่อกล่อง โดยเป็นต้นทุนค่าบรรจุภัณฑ์ 9 บาท ต้นทุนค่าบริการไปรษณีย์ 16 บาท และต้นทุนค่าแรง 18 บาท[6]

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนาการนำส่งโควิด - 19 โดย อสม. Delivery Drugs สามารถนำส่งยาภายในวันที่ตรวจพบได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความแออัด มีส่วนช่วยในการลดการระบาดในกลุ่มคนไข้โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Disease: NCDs) ที่ต้องมารอรับบริการรับยาที่โรงพยาบาล โดยน่าจะสามารถนำส่งยาในผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ หรือวัณโรคระยะไม่แพร่กระจาย ไม่เป็นเชื้อดื้อยาได้ในอนาคต

2. จุดเด่นของการวิจัยนี้ คือเป็นการศึกษาแรก ๆ ที่พัฒนาระบบส่งยาโควิดสู่ผู้ป่วยโควิด - 19 โดยทีมสหวิชาชีพ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด - 19 ในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน และ รพ.สต. ซึ่งต่างจากการวิจัยที่ผ่านมาในประเทศไทย ซึ่งมักศึกษาในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่เน้นการปรับระบบบริการเพื่อลดความแออัดของผู้ป่วย และการศึกษาครั้งนี้มีข้อเด่นโดยศึกษาด้านประสิทธิผลของยาและคนไข้ที่ติดเชื้อในพื้นที่ ควรมีการศึกษาระบบการนำส่งยาโดย อสม. ในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อและประสบปัญหาในการจัดส่งยา เช่น ผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่ เป็นต้น

3. พัฒนาระบบการนำส่งยาต่อยอดในคนไข้โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคติดต่อ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเดินทางมารับยาได้ เช่น วัณโรค จิตเวช และควรมีการศึกษาด้านความพึงพอใจการให้บริการในโอกาสต่อไป

4. ในอนาคตควรมีปรับระบบเพื่ออำนวยความสะดวก และบูรณาการเข้ากับระบบ Tele - Medicine หรือ Tele - Pharmacy จากผู้ป่วยที่ รพ.สต. รับการตรวจและจ่ายยาโรงพยาบาลชุมชน

หรือโรงพยาบาลจังหวัด แล้วมีการนำส่งยาสู่ผู้ป่วยในท้องถิ่นทุรกันดารห่างไกลโดยมีการขนส่งที่รวดเร็ว และทันความต้องการการใช้ยาของผู้ป่วย

5. การนำส่งยาโดย อสม. Delivery Drugs ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงยาที่จำเป็นต่อการรักษาได้ทุกเพศ ($p = 0.346$) และสิทธิของการรักษาต่อการรับยา ($p = 0.778$) นอกจากนี้ การรับยาดังกล่าวรับได้ในวันที่ตรวจพบเชื้อโควิด-19 ถือเป็นนวัตกรรมและมิติใหม่ของการนำส่งยาเพื่อควบคุมและรักษาโควิด - 19 ทั้งด้านค่าใช้จ่ายต่ำ ระบบขนส่งไปรษณีย์ทั้งภาครัฐและเอกชนยังไม่สามารถทำได้ โดยน่าจะนำมาปรับใช้กับการนำส่งยาผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาที่ต้องได้รับยาอย่างเร่งด่วนในวันที่ตรวจพบเชื้อ เช่น ผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่ ที่ต้องรับยา Oseltamivir ที่ไม่มีในร้านขายยาหรือ รพ.สต. เป็นต้น

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การวิจัยนี้ทำการศึกษาในโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก จำนวนผู้ป่วยที่เข้าร่วมงานวิจัยจึงมีจำนวนน้อย อีกทั้งระยะเวลาในการวิจัยทำในระยะสั้น การนำผลการวิจัยไปขยายผลจึงควรทำด้วยความระมัดระวัง หากมีการดำเนินการในระยะยาว ควรพิจารณาในประเด็นการคัดเลือกผู้ป่วยเพื่อเข้าร่วมโครงการ ทรัพยากรบุคคลในการดำเนินการ และงบประมาณสนับสนุน การวิจัยครั้งต่อไปควรมีการประเมินความต้องการของหน่วยงานในโรงพยาบาลด้านการจัดส่งยา ความต้องการของ รพ.สต. และ อสม. ต่อการนำส่งยา และศึกษาด้านความถูกต้องของการใช้ยาของผู้ป่วยที่ได้รับยาด้วยวิธีการนี้

2. เนื่องจากเป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบย้อนหลัง ทำให้ไม่สามารถออกแบบการศึกษาให้ควบคุมตัวแปรรบกวนอื่น ๆ ได้ เช่น ข้อจำกัดในการเลือกใช้ยา ความรุนแรงของการติดเชื้อ ความพอเพียงของยา เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารโรงพยาบาลกุดชุม รพ.สต. และ อบต. เจ้าหน้าที่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่หน้างาน รวมทั้งผู้อยู่เบื้องหลัง เจ้าหน้าที่งานยานพาหนะ เงินงบประมาณ อุปกรณ์สนับสนุน และที่สำคัญอย่างยิ่ง คือ อสม. ผู้ที่เสียสละทั้งแรงกาย แรงใจ ไม่หวาดกลัวโควิด-19 (มีอุปกรณ์ป้องกัน การเว้นระยะห่าง) ความร่วมมือร่วมใจของทุกภาคส่วน ครอบครัว ชุมชน รพ.สต. อสม. โรงพยาบาลชุมชน และสหวิชาชีพ ทำให้ระบบการนำส่งยาโควิด-19 ผู้ป่วยได้รับยาภายในวันที่ตรวจพบร้อยละ 99.65 ถือเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีค่าอย่างยิ่ง ในการร่วมกันรักษาป้องกัน และควบคุมโควิด - 19 เนื่องจากการส่งยาต้องส่งยาในเวลา 18.00 น. อีกทั้งค่าน้ำมันที่ อสม. ก็ไม่นำมาคิด สมควรแก่การยกย่องเชิดชูเกียรติในการเป็นจิตอาสาการนำส่งยาโควิด - 19 ในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ม.ป.ท.: ม.ป.ป.; 2565.
2. กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์ไวรัสโคโรนา 2019 ทั่วโลก. ม.ป.ท.: ม.ป.ป.; 2565.
3. Cunningham JW, Vaduganathan M, Claggett BL. Clinical outcomes in young US adults hospitalized with COVID-19. JAMA Intern Med. 2021;181(3): 379-81. doi:10.1001/jamainternmed. 2020.5313.
4. Lee CJ, Woo W, Lim AY, Yon DK, Lee SW, Koyanagi A, et al. Clinical manifestations of COVID-19 breakthrough infections: a systematic review and meta-analysis. Journal of Medical Virology. 2022;94(9):4234-5.
5. วิชิต ตั้งจิตติพร. ศิริราชก้าวไกล จัดส่งยาทั่วไทย ทางไปรษณีย์ สร้างทางเลือกใหม่ให้ผู้ป่วย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. ม.ป.ท.: ม.ป.ป.; 2565.
6. ปิยะวัฒน์ รัตนพันธุ์, สิรินยา สุริยา, ประดับ เพ็ชรจรูญ. การพัฒนาระบบจัดส่งยาทางไปรษณีย์สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในสถานการณ์แพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019. เชียงรายเวชสาร. 2023;12(2):48-66.
7. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. สปสช.เผยทิศทางจัดสรรบัตรทองปี 2565 ดูแลโควิดครบวงจร-โรคอื่นเพิ่มสิทธิอีกเพียบ. 2564. ม.ป.ท.: ม.ป.ป.; 2565.
8. ชาญชัย บุญเชิด, โสธรา อนุกูลประชา. ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่อการนำส่งยาระหว่างการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอกุดชุม จังหวัดยโสธร. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2023;14(4):914-21.
9. ปฤทัย สำราญคง. ต้นทุนประสิทธิผลของการรับยาทางไปรษณีย์เปรียบเทียบกับการรับยาที่แผนกผู้ป่วยนอกของผู้ป่วยจิตเภท ณ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่, วารสารสวนปรุง. 2013; 29(1):47-59.

JOURNAL OF HEALTH CONSUMER PROTECTION
วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
Vol.5 No.1 January-June 2025
ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2568

การศึกษาความพร้อมในการปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน ของผู้ประกอบการร้านขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จ ที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ (ขย.2) ในเขตสุขภาพที่ 11

A study of the readiness to practice Good Pharmacy Practice (GPP) of modern drugstores for packaged non - dangerous or non - specific controlled drugs (Class 2 Drugstores) entrepreneurs in the 11th Health Region

พรศักดิ์ มธุรส[1]

Pornsak Mathuros[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความพร้อมในการปฏิบัติตามหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติตามหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนของผู้ประกอบการร้านขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ (ขย.2) ในเขตสุขภาพที่ 11 จำนวน 115 คน ในช่วงวันที่ 16 มกราคม 2567 ถึง 30 เมษายน 2567 รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ผลการศึกษาพบว่า เป็นเพศชาย ร้อยละ 73.04 อายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 57.39 ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 61.74 รายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 20,001 – 30,000 บาท ช่วงระยะเวลาเปิดร้าน 41 – 50 ปี ร้อยละ 46.09 ทำเลที่ตั้งร้านอยู่ในเขตเทศบาลเมือง ร้อยละ 86.96 ความพร้อมในการปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในภาพรวมอยู่ในเกณฑ์ระดับสูง ($\bar{x}$ = 4.15, S.D.= 0.52) หมวดที่มีคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการปฏิบัติตามหลักวิธีการปฏิบัติมากสุดคือ หมวดสถานที่ ($\bar{x}$ = 4.53, S.D.= 0.52) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติตามหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ($p < 0.003$), ระดับการศึกษา ($p = 0.02$), รายได้ต่อเดือน ($p = 0.03$) และระยะเวลาที่เปิดร้าน ($p < 0.01$) นอกจากนี้ ผู้ประกอบการร้านขายยามีแนวโน้มที่จะดำเนินกิจการต่อไปในรูปแบบเดิม (ขย.2) ร้อยละ 80.00 รองลงมาคือ ปิดกิจการหรือยกเลิกกิจการ ร้อยละ 9.56 จึงมีข้อเสนอแนะว่าควรมีการส่งเสริม ให้คำแนะนำ ตรวจเยี่ยมผู้ประกอบการในการปฏิบัติตามหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างความเข้าใจไปในทิศทางเดียวกัน โดยเฉพาะร้านที่ผู้ประกอบการสูงอายุและผู้ประกอบการที่ไม่ได้จบการศึกษาปริญญาตรีเภสัชศาสตรบัณฑิต และควรศึกษาตัวแปรอื่น ๆ เพิ่มเติม เช่น การรับรู้ เจตคติ ที่มีผลต่อความพร้อมในการปฏิบัติตามหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนของผู้ประกอบการร้านขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ

คำสำคัญ : ความพร้อม, ร้านขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ, ขย.2, หลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน

---

[1] เภสัชกรชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา

[1] Pharmacist, Senior Professional Level. Division of Consumer Protection and Public Health Pharmacy, Phangnga Provincial Public Health Office. E-mail : sakfda@outlook.co.th

Received: 1 APR 2025, Revised: 11 MAY 2025, Accepted: 16 MAY 2025

Abstract

This descriptive research studied the readiness to practice Good Pharmacy Practice (GPP) and related factors of 115 modern drugstore entrepreneurs permitted for packaged non-dangerous or non-specific controlled drugs (Class 2 Drugstores) in the 11th Health Region from 16 January 2024 to 30 April 2024. The data was collected through questionnaires and analyzed with packaged software. The result of the study found that 73.04% were male, 57.39% were over 60 years old, 61.74% were educated less than bachelor's degree, with monthly income ranging between 20,001 – 30,000 baht, 46.09% operated for 41 – 50 years, and 86.96% located in municipal area. Overall readiness to practice Good Pharmacy Practice (GPP) among entrepreneurs was at a high level ($\bar{x}$ = 4.15, S.D.= 0.52). The category with the highest average score for readiness to practice GPP is the category of location ($\bar{x}$ = 4.53, S.D.= 0.52). Factors related to practice GPP include age ($p < 0.01$), education level ($p = 0.02$), monthly income ($p = 0.03$), the duration of the operation ($p < 0.01$) with statistical significance. 80% of drugstore entrepreneurs will continue to operate as Class 2 Drugstores, while 9.56% will close down or cancel their business. Therefore, suggestions are government officials should promote, support, give advice and visit Class 2 Drugstore entrepreneurs on practicing GPP regularly to create the same understanding as well as to encourage them to develop their drugstores, especially for elderly entrepreneurs and entrepreneurs who do not have bachelor's degree in Pharmacy. Some additional variables should to be studied in the future include perception, attitude or factors affecting readiness for practice GPP of modern Class 2 Drugstore entrepreneurs.

Keywords : Readiness, Modern drugstore entrepreneurs for Packaged Non-dangerous or Non - specific controlled drugs, Good Pharmacy Practice, GPP, Class 2 Drugstores

บทนำ

นโยบายแห่งชาติด้านยาและแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2563 – 2565 มีวิสัยทัศน์ “ประชาชนเข้าถึงยาจำเป็นที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึง ใช้ยาสมเหตุผล ประเทศมีความมั่นคงด้านยาอย่างยั่งยืน” ประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ 1) พัฒนาระบบควบคุมยาให้มีประสิทธิภาพระดับสากล 2) ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาการผลิตยา สมุนไพร และชีววัตถุ เพื่อความมั่นคงทางยาและเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขัน 3) พัฒนาระบบและกลไกที่มีประสิทธิภาพ เพื่อสนับสนุนการเข้าถึงยาจำเป็นของประชาชน 4) พัฒนาระบบและกลไกเพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และ 5) สร้างเสริมกลไกการประสานเชื่อมโยงนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ[1] โดยในปี พ.ศ. 2565 การบริโภคยาของคนไทย มีมูลค่ามากถึง 2 แสนล้านบาท โดยกว่า 1 ใน 3 อยู่ในส่วนของร้านยา และมีแนวโน้มเติบโตขึ้น ร้อยละ 3 – 5 ซึ่งนับว่าเป็นมูลค่าที่สูงมาก ในปัจจุบันแม้ว่าจะมีการให้บริการสาธารณสุขของภาครัฐไปสู่ประชาชนในชุมชนต่าง ๆ อย่างมาก แต่พบว่าประชาชนยังนิยมการซื้อยาจากร้านขายยา ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะร้านขายยา เป็นสถานที่ซึ่งประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่ายและสะดวก ประชาชนสามารถหาซื้อยาจากร้านขายยามารับประทานเองได้ง่ายและรวดเร็ว เนื่องจากกระจายอยู่ในพื้นที่ต่าง ๆ ที่เป็นแหล่งชุมชน ร้านขายยาจึงเป็นหน่วยหนึ่งของระบบสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดประชาชน เป็นทางเลือกของประชาชนในการใช้บริการเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเบื้องต้น

พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ได้แบ่งร้านขายยาออกเป็น 4 ประเภท คือ ร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ขย.1), ร้านขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ (ขย.2), ร้านขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จสำหรับสัตว์ (ขย.3), และร้านขายยาแผนโบราณ (ขย.บ.), โดยร้านขายยาทั้ง 4 ประเภท จะมีความแตกต่างกันในด้านประเภทของยาที่จำหน่ายและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ซึ่งในปัจจุบันร้านขายยาต่าง ๆ สามารถขออนุญาตเปิดกิจการได้ ยกเว้นร้านขายยาประเภท ขย.2 ซึ่งได้มีประกาศกระทรวงสาธารณสุขกำหนดจำนวนสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษในแต่ละจังหวัด[2] ในปัจจุบันประเทศไทยมีร้านขายยาจำนวนทั้งสิ้น 21,297 แห่ง ได้แก่ ร้านขายยา ขย.1 จำนวน 17,882 ร้าน, ร้านขายยา ขย.2 จำนวน 1,945 ร้าน, ร้านขายยา ขย.3 จำนวน 845 ร้าน และร้านขายยา ขย.บ จำนวน 625 ร้าน[3] จากการบังคับใช้ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2564 (ประกาศฯ) ที่มีข้อกำหนด 5 หมวด ได้แก่ สถานที่ อุปกรณ์ บุคลากร การควบคุมคุณภาพยา และการให้บริการทางเภสัชกรรมชุมชน รวม 35 ข้อ แต่ยังไม่มีการกำหนดข้อบกพร่องวิกฤต (Critical Defect) ส่วนข้อกำหนดสำหรับ ขย.1 มีทั้งสิ้น 39 ข้อ ในจำนวนนี้มีข้อบกพร่องวิกฤติ 14 ข้อ เมื่อเปรียบเทียบประกาศกระทรวงฯ ของทั้ง ขย.1 และ ขย.2 พบว่ามีลักษณะเหมือนกันมาก ข้อบกพร่องวิกฤติสำหรับ ขย.1 ปรากฏอยู่ในประกาศฯ ของ ขย.2 จำนวน 11 ข้อ โดยกระจายอยู่ใน 3 หมวด ดังนี้ 1) หมวดสถานที่ มีข้อกำหนด 5 ข้อ เกี่ยวข้องกับการกำหนดขนาดพื้นที่

สถานที่มีความมั่นคง มีทะเบียนบ้าน สถานที่มีความแข็งแรง ถาวร มีสัดส่วนชัดเจน สถานที่เหมาะสมต่อการรักษาคุณภาพยาสามารถควบคุมอุณหภูมิได้ และบริเวณจัดวางยามีพื้นที่เพียงพอ แยกตามประเภทและติดป้ายแสดงชัดเจนตามหลักวิชาการ 2) หมวดอุปกรณ์ มีข้อกำหนด 4 ข้อ เกี่ยวข้องกับอุปกรณ์ตู้เย็น (กรณีมียาที่ต้องเก็บในที่เย็น 2 – 8 องศาเซลเซียส) สามารถเก็บยาเป็นสัดส่วนเฉพาะ ไม่ปะปนกับสิ่งของอื่น ๆ มีเครื่องชั่งน้ำหนัก มีอุปกรณ์ที่วัดส่วนสูงในสภาพที่ใช้งานได้ดี มีอุปกรณ์สำหรับดับเพลิงหรือกรณีอยู่ในอาคารสำนักงาน ใช้อ้างอิงระบบในการป้องกันอัคคีภัยของสถานที่ที่กฎหมายอื่นควบคุมอยู่แล้ว และ 3) หมวดการควบคุมคุณภาพยา มีจำนวน 2 ข้อ เกี่ยวข้องกับการคัดเลือกยา/ จัดหายา จากผู้ผลิตที่ถูกต้องตามกฎหมาย ผ่านหลักเกณฑ์ GMP ซึ่งภายในร้านจะต้องไม่มี “ยาที่ไม่มีทะเบียนตำรับยา” และมีระบบตรวจสอบยาหมดอายุที่มีประสิทธิภาพ เช่น ระบบ FEFO (First Expire First Out) มีระบบคอมพิวเตอร์ มีระบบสมุดบันทึกยาหมดอายุ มีระบบสต๊อกการ์ด ระบบแถบรหัสสี หรือมีหลักฐานเชิงประจักษ์สามารถบ่งชี้ยาที่จะหมดอายุล่วงหน้าได้อย่างน้อย 6 – 8 เดือน เป็นต้น[4]

เขตสุขภาพที่ 11 ประกอบด้วย 7 จังหวัด ได้แก่ สุราษฎร์ธานี ชุมพร ระนอง พังงา ภูเก็ต กระบี่ และนครศรีธรรมราช ในปี พ.ศ. 2566 มีร้านขายยา ขย.2 ที่ต่ออายุใบอนุญาตทั้งสิ้น จำนวน 160 แห่ง จำนวน ขย.2 ไม่สามารถเพิ่มขึ้นได้ เนื่องจากการถูกจำกัดโดยกฎหมาย แต่ ขย.2 ยังคงอยู่ตามพื้นที่ที่ได้รับอนุญาต แต่เมื่อเกิดการออกกฎหมายใหม่ที่มีผลต่อการต่ออายุใบอนุญาตร้านขายยา หากผู้ประกอบการไม่มีการพัฒนาศักยภาพของตนเองให้สามารถปฏิบัติตามกฎหมายได้ อาจส่งผลให้เกิดปัญหาในการประกอบกิจการในอนาคต นอกจากนี้ ยังพบปัญหาที่ส่งผลกระทบถึงความปลอดภัยในการใช้ยาของประชาชนที่มารับบริการ เช่น การจำหน่ายยาผิดประเภท การจำหน่ายยาชุด เพราะประชาชนไม่สามารถแยกประเภทของร้านขายยาได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาความพร้อมและปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องในการปฏิบัติตามประกาศฯ เพื่อหาแนวทางการพัฒนาศักยภาพของร้านขายยา ขย.2 ในการปฏิบัติตามประกาศฯ และสามารถปฏิบัติตามข้อกำหนดของประกาศฯ รวมถึงการพัฒนา ขย.2 สู่การเป็นร้าน ขย.1 ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาความพร้อมในการปฏิบัติตามหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนของผู้ประกอบการร้านขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ (ขย.2) ในเขตสุขภาพที่ 11
2. ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติตามหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนของผู้ประกอบการร้านขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ (ขย.2) ในเขตสุขภาพที่ 11

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเป็นการวิจัยสำรวจเชิงพรรณนา (Descriptive Survey Research) ดำเนินการศึกษาตั้งแต่วันที่ 16 มกราคม 2567 ถึง 30 เมษายน 2567 ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา เมื่อวันที่ 1 พฤศจิกายน 2566 เลขที่โครงการวิจัย 31/ 2566

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ประกอบการร้านขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ (ขย.2) ในเขตสุขภาพที่ 11 ประกอบด้วยจังหวัดสุราษฎร์ธานี ชุมพร ระนอง พังงา ภูเก็ต กระบี่ และนครศรีธรรมราช ในปี พ.ศ. 2566 ที่มีใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 160 คน คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรของเครซี่และมอร์แกน ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 114 คน ซึ่งใกล้เคียงกับจำนวนประชากร จึงดำเนินการโดยการสำมะโนจากประชากร โดยส่งแบบสอบถามให้ผู้ประกอบการทั้งหมด 160 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างและพัฒนาขึ้นเอง โดยปรับปรุงมาจากหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนของผู้ประกอบการร้านขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ (ขย.2) แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ

1) แบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ประกอบการร้านขายยา ประกอบด้วยข้อมูลเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาเปิดร้าน และทำเลที่ตั้งร้าน เป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบและคำถามปลายเปิดให้เติมข้อความ

2) แบบสอบถามเกี่ยวกับความพร้อมในการปฏิบัติตามหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ (หลักวิธีปฏิบัติฯ ขย.2) แบ่งเป็น 5 หมวด ได้แก่ หมวดสถานที่ จำนวน 8 ข้อ, หมวดอุปกรณ์ จำนวน 4 ข้อ, หมวดบุคลากร จำนวน 5 ข้อ, หมวดการควบคุมคุณภาพยา จำนวน 9 ข้อ และหมวดการให้บริการทางเภสัชกรรมในผู้ป่วย จำนวน 11 ข้อ โดยแบ่งระดับการวัดเป็นสเกลแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิด โดยให้ผู้ตอบจะเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว เกณฑ์การให้คะแนน แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

- 5 คะแนน ระดับความพร้อมมากที่สุด คือ พร้อมปฏิบัติตามหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนได้ทันที
- 4 คะแนน ระดับความพร้อมมาก คือ พร้อมปฏิบัติตามหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนได้ภายใน 1 เดือน
- 3 คะแนน ระดับความพร้อมปานกลาง คือ พร้อมปฏิบัติตามหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนได้ภายใน 2 เดือน
- 2 คะแนน ระดับความพร้อมน้อย คือ พร้อมปฏิบัติตามหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนได้ภายใน 3 เดือน
- 1 คะแนน ระดับความพร้อมน้อยที่สุด คือ พร้อมปฏิบัติตามหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนได้ภายใน 6 เดือน

การแปลผลให้คะแนนเป็นรายหมวดและภาพรวม โดยผู้วิจัยนำมาจัดระดับโดยใช้สูตรการหาอันตรภาคชั้น (Class Interval) ของ Best ตามคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

- ค่าเฉลี่ย 3.67 – 5.00 กำหนดเป็นเกณฑ์สูง
- 2.34 – 3.66 กำหนดเป็นเกณฑ์ปานกลาง
- 1.00 – 2.33 กำหนดเป็นเกณฑ์ต่ำ[6]

3) แบบสอบถามเกี่ยวกับแนวโน้มในอนาคต 5 ปี เป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบและคำถามปลายเปิดให้เติมข้อความ

4) แบบสอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ เกี่ยวกับความพร้อมในการปฏิบัติตามหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน ซึ่งเป็นคำถามแบบปลายเปิดให้เติมข้อความ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

นำแบบสอบถามเสนอผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรง (Validity) โดยใช้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item - Objective Congruence: IOC) คัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 – 1.00 จากนั้นตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.97

3. วิธีการเก็บข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยจัดส่งแบบสอบถามให้กลุ่มเป้าหมายและรับแบบสอบถามคืนผ่านไปรษณีย์ นำข้อมูลไปวิเคราะห์และแปรผลข้อมูลทางสถิติต่อไป

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลและประมวลผลข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป ดังนี้

1) วิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ (Percentage), ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2) วิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงอนุมาน เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความพร้อมในการปฏิบัติตามหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน โดยใช้สถิติ t-test และ One way ANOVA และทดสอบรายคู่ด้วยวิธี LSD (Least Significant Difference) กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3) ข้อมูลเชิงคุณภาพทำวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) และนำมาสนับสนุนการอธิบายเชิงปริมาณ

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 73.04) มีอายุในช่วงมากกว่า 60 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 57.39) รองลงมาคือ อยู่ในช่วงอายุ 51 – 60 ปี (ร้อยละ 32.17) ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 61.74) รองลงมาคือ ระดับปริญญาตรีสาขาอื่นที่ไม่ใช่ปริญญาตรีเภสัชศาสตรบัณฑิต รายได้ต่อเดือน อยู่ในช่วง 20,001 – 30,000 บาท (ร้อยละ 34.78) เมื่อพิจารณาระยะเวลาในการเปิดร้านพบว่ามากที่สุด คือมีช่วงระยะเวลาเปิดร้าน 41 – 50 ปี (ร้อยละ 46.09) โดยมีทำเลที่ตั้งร้านส่วนใหญ่อยู่ในเขตเทศบาลมากกว่านอกเขตเทศบาล (ร้อยละ 86.96 และ 13.04 ตามลำดับ)

ความพร้อมในการปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนของผู้ประกอบการร้านขายยา ขย.2 ในเขตสุขภาพที่ 11 ในภาพรวมอยู่ในเกณฑ์ระดับสูง (4.15 ± 0.52) หมวดที่มีคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการปฏิบัติตามหลักวิธีการปฏิบัติตามหลักวิธีปฏิบัติฯ ขย.2 ในเขตสุขภาพที่ 11 น้อยที่สุด คือ หมวดอุปกรณ์ (4.05 ± 0.58) และมากที่สุด คือ หมวดสถานที่ (4.53 ± 0.52) ดังตารางที่ 1

2. ความพร้อมและปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนของผู้ประกอบการร้านขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ร้านยาอันตรายหรือควบคุมพิเศษ (ขย.2) ในเขตสุขภาพที่ 11

ผู้ประกอบการร้านขายยา ขย.2 ในเขตสุขภาพที่ 11 ที่มีเพศต่างกันจะมีความพร้อมในการปฏิบัติตามหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานผลการวิเคราะห์ความพร้อมในการปฏิบัติตามหลักวิธีปฏิบัติฯ ขย.2 จำแนกรายหมวด (n = 115)

ความพร้อมในการปฏิบัติ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
หมวดที่ 1 สถานที่	4.53	0.52	สูง
หมวดที่ 2 อุปกรณ์	4.05	0.58	สูง
หมวดที่ 3 บุคคลากร	4.25	0.64	สูง
หมวดที่ 4 การควบคุมคุณภาพยา	4.22	0.71	สูง
หมวดที่ 5 การให้บริการทางเภสัชกรรมกับผู้ป่วย	4.34	0.62	สูง
รวม	**4.15**	**0.52**	**สูง**

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความพร้อมตามหลักวิธีปฏิบัติฯ ขย.2 ของผู้ประกอบการ จำแนกตามเพศ (n = 115)

ความพร้อมในการปฏิบัติการ	เพศชาย (n=84)		เพศหญิง (n=31)		t	Sig.
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
หมวดที่ 1 สถานที่	4.48	0.49	4.66	0.58	-1.627	0.251
หมวดที่ 2 อุปกรณ์	4.07	0.52	4.00	0.70	0.585	0.994
หมวดที่ 3 บุคลากร	4.23	0.53	4.27	0.88	-0.243	0.725
หมวดที่ 4 การควบคุมคุณภาพยา	4.17	0.68	4.36	0.77	-1.352	0.092
หมวดที่ 5 การให้บริการทางเภสัชกรรมกับผู้ป่วย	4.26	0.58	4.53	0.66	-2.102	0.858
รวม	**4.30**	**0.49**	**4.58**	**0.44**	**-1.972**	**0.184**

ผู้ประกอบการร้านขายยาที่มีอายุต่างกันจะมีความพร้อมในการปฏิบัติตามหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนแตกต่างกัน โดยภาพรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.003) เมื่อพิจารณารายหมวด พบว่าหมวดอุปกรณ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.01) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบความพร้อมในการปฏิบัติตามหลักวิธีปฏิบัติฯ ขย.2 ของผู้ประกอบการ ในเขตสุขภาพที่ 11 รายหมวดกับอายุ (n = 115)

ความพร้อมในการปฏิบัติ	แหล่งของความแปรปรวน	DF	SS	MS	F	Sig.
หมวดที่ 1 สถานที่	ระหว่างกลุ่ม	2	0.22	0.11	0.41	0.67
	ภายในกลุ่ม	112	30.98	0.27		
	รวม	114	31.21			
หมวดที่ 2 อุปกรณ์	ระหว่างกลุ่ม	2	4.73	2.36	7.87	0.01
	ภายในกลุ่ม	112	33.31	0.30		
	รวม	114	38.31			
หมวดที่ 3 บุคลากร	ระหว่างกลุ่ม	2	2.44	1.22	3.06	0.06
	ภายในกลุ่ม	112	44.55	0.39	7	
	รวม	114	46.99			
หมวดที่ 4 การควบคุมคุณภาพยา	ระหว่างกลุ่ม	2	2.76	1.38	2.86	0.06
	ภายในกลุ่ม	112	54.07	0.48		
	รวม	114	56.83			
หมวดที่ 5 การให้บริการทางเภสัชกรรมกับผู้ป่วย	ระหว่างกลุ่ม	2	1.69	0.85	2.29	0.10
	ภายในกลุ่ม	112	41.47	0.37		
	รวม	114	43.16			
รวม	**ระหว่างกลุ่ม**	**2**	**1.12**	**0.56**	**2.48**	**0.003**
	ภายในกลุ่ม	**112**	**25.26**	**0.22**		
	รวม	**114**	**26.38**			

ผู้ประกอบการร้านขายยาที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีความพร้อมในการปฏิบัติตามหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนโดยภาพรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) เมื่อพิจารณารายหมวดพบว่า หมวดสถานที่ ($p < 0.001$), หมวดอุปกรณ์ ($p < 0.001$), หมวดบุคลากร ($p < 0.001$), หมวดควบคุมคุณภาพยา ($p < 0.001$) และหมวดให้บริการทางเภสัชกรรมกับผู้ป่วย ($p = 0.001$) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบความพร้อมในการปฏิบัติตามหลักวิธีปฏิบัติฯ ขย.2 ของผู้ประกอบการ ในเขตสุขภาพที่ 11 กับระดับการศึกษา (n = 115)

ความพร้อมในการปฏิบัติ	แหล่งของความแปรปรวน	DF	SS	MS	F	Sig.
หมวดที่ 1 สถานที่	ระหว่างกลุ่ม	2	6.77	3.39	15.52	<0.001
	ภายในกลุ่ม	112	24.44	0.22		
	รวม	114	31.21			
หมวดที่ 2 อุปกรณ์	ระหว่างกลุ่ม	2	5.34	2.67	9.08	<0.001
	ภายในกลุ่ม	112	32.96	0.29		
	รวม	114	38.30			
หมวดที่ 3 บุคลากร	ระหว่างกลุ่ม	2	6.42	3.21	8.87	<0.001
	ภายในกลุ่ม	112	40.56	0.36		
	รวม	114	46.98			
หมวดที่ 4 การควบคุมคุณภาพยา	ระหว่างกลุ่ม	2	7.37	3.69	8.35	<0.001
	ภายในกลุ่ม	112	49.56	0.44		
	รวม	114	56.83			
หมวดที่ 5 การให้บริการทางเภสัชกรรมกับผู้ป่วย	ระหว่างกลุ่ม	2	5.15	2.58	7.59	0.001
	ภายในกลุ่ม	112	38.01	0.34		
	รวม	114	43.16			
รวม	**ระหว่างกลุ่ม**	**2**	**1.78**	**0.89**	**4.06**	**0.001**
	ภายในกลุ่ม	**112**	**24.59**	**0.22**		
	รวม	**114**	**43.16**			

ผู้ประกอบการร้านขายยาที่มีรายได้ต่อเดือนต่างกันมีความพร้อมในการปฏิบัติตามหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนโดยภาพรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.03$) เมื่อพิจารณารายหมวด พบว่าหมวดบุคลากร ($p < 0.001$), หมวดควบคุมคุณภาพยา ($p < 0.001$) และหมวดให้บริการทางเภสัชกรรมกับผู้ป่วย($p < 0.001$) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบความพร้อมในการปฏิบัติตามหลักวิธีปฏิบัติฯ ขย.2 ของผู้ประกอบการ ในเขตสุขภาพที่ 11 กับรายได้ต่อเดือน (n = 115)

ความพร้อมในการปฏิบัติ	แหล่งของความแปรปรวน	DF	SS	MS	F	Sig.
หมวดที่ 1 สถานที่	ระหว่างกลุ่ม	3	1.26	0.42	1.56	0.20
	ภายในกลุ่ม	111	29.95	0.27		
	รวม	114	31.21			
หมวดที่ 2 อุปกรณ์	ระหว่างกลุ่ม	3	1.39	0.46	1.40	0.25
	ภายในกลุ่ม	111	36.91	0.33		
	รวม	114	38.30			
หมวดที่ 3 บุคลากร	ระหว่างกลุ่ม	3	7.61	2.53	7.15	<0.001*
	ภายในกลุ่ม	111	39.37	0.36		
	รวม	114	46.98			
หมวดที่ 4 การควบคุมคุณภาพยา	ระหว่างกลุ่ม	3	11.18	3.73	9.07	<0.001*
	ภายในกลุ่ม	111	45.64	0.41		
	รวม	114	56.82			
หมวดที่ 5 การให้บริการทางเภสัชกรรมกับผู้ป่วย	ระหว่างกลุ่ม	3	8.87	2.95	9.57	<0.001*
	ภายในกลุ่ม	111	34.29	0.31		
	รวม	114	43.16			
รวม	**ระหว่างกลุ่ม**	**3**	**2.06**	**0.68**	**3.13**	**0.03***
	ภายในกลุ่ม	**111**	**24.32**	**0.22**		
	รวม	**114**	**26.38**			

ผู้ประกอบการร้านขายยาที่มีระยะเวลาเปิดร้านต่างกันจะมีความพร้อมในการปฏิบัติตามหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยทุกหมวดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 6

ผู้ประกอบการร้านขายยา ขย.2 ในเขตสุขภาพที่ 11 ที่มีทำเลที่ตั้งร้านในเขตเทศบาลเมืองและนอกเขตเทศบาลเมืองมีความพร้อมในการปฏิบัติตามหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 6 ผลการเปรียบเทียบความพร้อมในการปฏิบัติตามหลักวิธีปฏิบัติฯ ขย.2 ของผู้ประกอบการ ในเขตสุขภาพที่ 11 กับระยะเวลาเปิดร้าน (n = 115)

ความพร้อมในการปฏิบัติ	แหล่งของความแปรปรวน	DF	SS	MS	F	Sig.
หมวดที่ 1 สถานที่	ระหว่างกลุ่ม	4	6.830	1.707	7.7.3	<0.001*
	ภายในกลุ่ม	110	24.384	0.222		
	รวม	114	31.214			
หมวดที่ 2 อุปกรณ์	ระหว่างกลุ่ม	4	11.233	2.808	11.408	<0.001*
	ภายในกลุ่ม	110	27.079	0.246		
	รวม	114	38.312			
หมวดที่ 3 บุคลากร	ระหว่างกลุ่ม	4	10.422	2.606	7.839	<0.001*
	ภายในกลุ่ม	110	36.564	0.332		
	รวม	114	46.986			
หมวดที่ 4 การควบคุมคุณภาพยา	ระหว่างกลุ่ม	4	10.502	2.626	6.235	<0.001*
	ภายในกลุ่ม	110	46.325	0.421		
	รวม	114	56.827			
หมวดที่ 5 การให้บริการทางเภสัชกรรมกับผู้ป่วย	ระหว่างกลุ่ม	4	9.606	2.402	7.873	<0.001*
	ภายในกลุ่ม	110	33.557	0.305		
	รวม	114	43.163			
รวม	**ระหว่างกลุ่ม**	**4**	**4.47**	**1.12**	**5.61**	**<0.001***
	ภายในกลุ่ม	**110**	**21.90**	**0.19**		
	รวม	**114**	**26.37**			

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบความพร้อมในการปฏิบัติตามหลักวิธีปฏิบัติฯ ขย.2 จำแนกตามทำเลที่ตั้งของร้าน (n = 115)

ความพร้อมในการปฏิบัติการ	เขตเทศบาลเมือง (n=100)		นอกเขตเทศบาลเมือง (n= 15)		t	Sig.
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
หมวดที่ 1 สถานที่	4.55	0.50	4.35	0.61	1.38	0.153
หมวดที่ 2 อุปกรณ์	4.10	0.52	3.73	0.79	2.328	0.09
หมวดที่ 3 บุคลากร	4.29	0.63	3.96	0.66	1.87	0.71
หมวดที่ 4 การควบคุมคุณภาพยา	4.35	0.63	3.33	0.52	5.98	0.55
หมวดที่ 5 การให้บริการทางเภสัชกรรมกับผู้ป่วย	4.43	0.55	3.67	0.58	4.84	0.66
รวม	**4.70**	**0.46**	**4.26**	**0.45**	**3.40**	**0.58**

3. แนวโน้มของผู้ประกอบการร้านขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ (ขย.2) ในเขตสุขภาพที่ 11

พบว่าผู้ประกอบการร้านขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ (ขย.2) ในเขตสุขภาพที่ 11 มีแนวโน้มที่จะดำเนินกิจการต่อไปในรูปแบบเดิม (ขย.2) ร้อยละ 80.00 รองลงมาคือ ปิดกิจการหรือยกเลิกกิจการ ร้อยละ 9.56

อภิปรายผลและสรุปผลการวิจัย

ความพร้อมในการปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนของผู้ประกอบการร้านขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ (ขย.2) ในเขตสุขภาพที่ 11 พบว่าผู้ประกอบการร้านขายยามีความพร้อมในการปฏิบัติ อยู่ในเกณฑ์ระดับสูง อาจเกิดจากผู้ประกอบการได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับ หลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนมาตั้งแต่ต้น จึงทำให้มีความพร้อมในการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายหมวด พบว่ามีความพร้อมในหมวดสถานที่มากที่สุด เนื่องจากเป็นมาตรฐานเกี่ยวกับโครงสร้างที่สามารถปรับปรุงตามเกณฑ์ได้ไม่ยาก สถานที่ขายยาส่วนใหญ่เป็นอาคารที่มีทะเบียนบ้านออกโดยหน่วยงานราชการอยู่แล้ว มีความแข็งแรงเหลือเพียงการควบคุมอุณหภูมิ การจัดวางยาแยกประเภทและติดป้ายแสดงประเภทของยาตามหลักวิชาการ รองลงมาคือ หมวดการให้บริการทางเภสัชกรรมกับผู้ป่วย หมวดบุคลากร หมวดควบคุมคุณภาพยา ส่วนหมวดอุปกรณ์มีความพร้อมน้อยที่สุด เนื่องจากทางประกาศฯ กำหนดให้มีตู้เย็น 1 เครื่อง (เฉพาะกรณีมียาแช่เย็น) โดยมีพื้นที่เพียงพอสำหรับการจัดเก็บยาแต่ละชนิดเป็นสัดส่วนเฉพาะไม่ปะปนกับสิ่งอื่น ส่วนใหญ่เข้าใจว่าต้องมีตู้เย็นทุกร้าน นอกจากนี้ บางรายคิดว่า ยาที่ต้องแช่เย็นมีจำนวนน้อย ไม่คุ้มค่าไฟฟ้า ทำให้ผู้ประกอบการรู้สึกว่าต้องมีค่าใช้จ่ายในส่วนนี้ค่อนข้างสูง ส่งผลให้ไม่มีความพร้อมในหมวดนี้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ กฤติกฤติน เพ็ชร์บุญ ที่ศึกษาอิทธิพลของการดำเนินกิจการร้านขายยาตามมาตรฐานร้านยาคุณภาพที่มีต่อการวัดผลการดำเนินงานเชิงดุลยภาพของร้านขายยาใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้[7] เช่นเดียวกับงานของ พงษ์ณุวัฒน์ สมบัติภูธรและคณะ ที่ศึกษาการพัฒนาศักยภาพร้านขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษในจังหวัดชลบุรี[8] และงานวิจัยของ เทพศักดิ์ อังคณาวิศัลย์ ที่ศึกษาความพร้อมของร้านขายยาแผนปัจจุบัน ขย.1 ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ซึ่งผู้ประกอบการส่วนใหญ่มีความพร้อมในการปฏิบัติตามหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน มากที่สุดในหมวดสถานที่[9] แต่แตกต่างกับการศึกษาความเห็นของผู้ประกอบการร้านยาในจังหวัดนครปฐมต่อประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557 ของ วิวัฒน์ ถาวรวัฒนยงค์ และคณะ โดยพบว่าหมวดที่มีความพร้อมมากที่สุดคือ หมวดบุคลากร[10] ซึ่งเป็นการศึกษาในร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ขย.1) ซึ่งเป็นผู้สำเร็จการศึกษาปริญญาตรีทางเภสัชศาสตร์ จึงสามารถที่จะปฏิบัติตามหมวดบุคลากรได้ทันที

ปัญหาที่พบในกาวิจัยนี้คือ ผู้ประกอบการบางรายยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน และมีทัศนคติเชิงลบ ยุ่งยาก

ต้องมีการเปลี่ยนแปลง ซึ่งผู้ประกอบกิจการดำเนินกิจการมามากกว่า 20 ปี ไม่ชอบการเปลี่ยนแปลง ไม่พร้อมที่จะปฏิบัติตามเกณฑ์ ขาดทักษะในการใช้เทคโนโลยี สอดคล้องกับงานวิจัยของ พิมลวรรณ อ่อนประเสริฐ ที่พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาร้านยาคุณภาพคือ ความไม่ตระหนักถึงความสำคัญของมาตรฐานร้านยา ผู้ประกอบการไม่เข้าใจถึงความสำคัญและความยากง่ายของการบรรลุตามเกณฑ์ โดยมีข้อเสนอแนะคือ การสนับสนุนด้านวิชาการ มีหน่วยงานให้คำปรึกษา กำหนดแนวทางการประเมินที่ชัดเจนสามารถปฏิบัติได้จริง[11]

ผู้ประกอบการร้านขายยาที่มีเพศต่างกันมีความพร้อมในการปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน โดยภาพรวมและรายหมวดไม่แตกต่างกัน อาจเป็นเพราะมีความเท่าเทียมกันทั้งเพศชายและเพศหญิงในการประกอบกิจการร้านขายยาและการปฏิบัติเพื่อพัฒนาตามมาตรฐานร้านของตนเอง แต่แตกต่างกับการศึกษาของ เกษียร นวนน่วม และคณะ ในปี พ.ศ. 2566 ที่ศึกษารูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการร้านขายยาแผนปัจจุบันตามวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน ในจังหวัดมหาสารคาม พบว่าเพศเป็นตัวแปรพยากรณ์ที่ส่งผลต่อผลการประเมินตามวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.01$)[12] ผู้ประกอบการที่มีอายุต่างกันมีความพร้อมในการปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมโดยภาพรวมแตกต่างกัน ซึ่งอายุมากแนวโน้มค่าเฉลี่ยความพร้อมลดลง อาจเป็นเพราะขาดความมุ่งมั่น ขาดแรงจูงใจในการพัฒนาร้าน ไม่ชอบการเปลี่ยนแปลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษารูปแบบการพัฒนาร้านยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือควบคุมพิเศษ (ขย.2) สู่มาตรฐานวิธีปฏิบัติเภสัชกรรมชุมชน (GPP) จังหวัดร้อยเอ็ด ของ ดารณี ชิตทรงสวัสดิ์ ที่พบว่าผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการร้านยา ขย.2 เป็นผู้ที่ผ่านการอบรมมาเป็นเวลานาน ค่อนข้างมีอายุมาก ทำให้ไม่ทันต่อความรู้เรื่องโรคและยารวมทั้งนวัตกรรมใหม่ ๆ ด้วย[13]

ผู้ประกอบการที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันความพร้อมในการปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติโดยภาพรวมแตกต่างกัน โดยระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีมีค่าเฉลี่ยความพร้อมน้อยกว่าระดับการศึกษาอื่น ๆ อาจเนื่องจากไม่เข้าใจในส่วนของมาตรฐานการตีความไม่ถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยนุช พันธุรังษ์ เรื่องการพัฒนาร้านขายยาแผนปัจจุบันจังหวัดนครราชสีมาสู่มาตรฐานหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน[14] และการศึกษาของ วรรณะ วีระผาสุก ที่ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน พบว่าผู้รับอนุญาตร้านขายยาแผนปัจจุบันที่เป็นเภสัชกร จบการศึกษาปริญญาตรีสาขาเภสัชศาสตร์มีความพร้อมในการปฏิบัติตาม GPP มากกว่า[15]

ผู้ประกอบการที่มีรายได้แตกต่างกันมีความพร้อมในการปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนโดยภาพรวมแตกต่างกัน พบว่าผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนสูง มีแนวโน้มที่มีค่าเฉลี่ยความพร้อมในการปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนมากขึ้น อาจเนื่องจากการปฏิบัติตามมาตรฐานบางข้อจะมีค่าใช้จ่ายในการดำเนินการ เช่น การกำหนดให้มีเครื่องชั่งน้ำหนัก อุปกรณ์วัดส่วนสูง อุปกรณ์สำหรับดับเพลิง เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิรินภา จันทร์จิระ เรื่องความพร้อมของผู้ประกอบอาชีพพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนจังหวัดปทุมธานีเพื่อเข้าสู่ตลาดแรงงานประชาคม

เศรษฐกิจอาเซียน พบว่ารายได้ต่อเดือนที่แตกต่างกันของพยาบาลมีผลต่อความพร้อมของพยาบาลเพื่อเข้าสู่ตลาดแรงงานประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนแตกต่างกัน[16]

ผู้ประกอบการที่มีระยะเวลาเปิดร้านขายยาต่างกันมีความพร้อมในการปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนโดยภาพรวมแตกต่างกัน โดยผู้ที่เปิดร้านมานานมีค่าเฉลี่ยความพร้อมลดลง อาจเนื่องจากไม่อยากเปลี่ยนแปลง รู้สึกยุ่งยาก ไม่เคยชิน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยเสริมสร้างการปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนของร้านยาแผนปัจจุบัน จังหวัดฉะเชิงเทรา ของ ลลิตา พรพนาวัลย์ และ พรสวรรค์ อิมามี ที่พบว่าจำนวนปีที่ขายยามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการปฏิบัติตาม GPP[17] และผู้ประกอบการร้านขายยาที่มีทำเลที่ตั้งต่างกัน ความพร้อมในการปฏิบัติโดยภาพรวมและรายหมวดไม่แตกต่างกัน อาจเป็นเพราะร้านขายยาที่ตั้งอยู่ในเขตหรือนอกเขตเทศบาล ต่างก็ตั้งอยู่ในเขตชุมชน

ผู้ประกอบการร้านขายยา มีแนวโน้มที่จะดำเนินกิจการต่อในรูปแบบเดิมมากที่สุด เนื่องจากไม่จำเป็นต้องมีเภสัชกรในการปฏิบัติงาน ไม่มีค่าใช้จ่ายเพียงพอในการจ้างเภสัชกร และคุ้นเคยกับรูปแบบเดิม ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาการพัฒนาศักยภาพร้าน ขย.2 ในจังหวัดชลบุรีของ พงษ์ณุวัฒน์ สมบัติภูธร และคณะ ที่พบว่าร้านส่วนใหญ่ประสงค์จะดำเนินกิจการต่อในรูปแบบเดิม (86 แห่งจาก 106 แห่ง)[8]

ข้อเสนอแนะ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับร้านขายยาควรส่งเสริม สนับสนุน ให้คำแนะนำตรวจเยี่ยมผู้ประกอบการในการปฏิบัติตามหลักวิธีปฏิบัติฯ อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อสร้างความเข้าใจไปในทิศทางเดียวกัน พร้อมทั้งเป็นสร้างขวัญกำลังใจในการพัฒนา โดยเฉพาะร้านที่ผู้ประกอบการสูงอายุและไม่ได้จบการศึกษาปริญญาตรีเภสัชศาสตรบัณฑิต รวมถึงศึกษาตัวแปรอื่น ๆ เพิ่มเติม เช่น การรับรู้เจตคติ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายแพทย์ชวนนท์ อิ่มอาบ, ภก.สมสุข สัมพันธ์ประทีป, ภญ.สุทธิดา ผกากรอง และ ดร.สุรวุฒิ รักเมือง ที่ได้ให้คำแนะนำและตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ขอบคุณความร่วมมือจากกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และผู้ประกอบการร้านยาในเขตสุขภาพที่ 11 ที่ให้ข้อมูลเป็นอย่างดี จนทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ. นโยบายแห่งชาติด้านยาและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ.2563-2565 [อินเตอร์เน็ต]. นนทบุรี: กองยา 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://ndp.fda.moph.go.th/ndi/policy-ndi-detail-1
2. กองยา. พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 [อินเตอร์เน็ต]. นนทบุรี: กองยา 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://drug.fda.moph.go.th/drug-act
3. กองยา. สถิติใบอนุญาตประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยา ประจำปี พ.ศ. 2565 [อินเตอร์เน็ต]. นนทบุรี: กองยา 2565 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 5 มีนาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://drug.fda.moph.go.th/ statistical-data/category/statistics
4. กองยา. แบบตรวจประเมินวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนของผู้ประกอบการร้านขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ (ขย.2) [อินเตอร์เน็ต]. นนทบุรี: กองยา 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://drug.fda.moph.go.th/ drug-act
5. สุรศักดิ์ อมรรัตนศักดิ์, บุญมี พันธุ์ไทย, สมจิตรา เรืองศรี. ระเบียบวิธีการวิจัยทางการศึกษา (Educational Research Methodology). กรุงเทพฯ: ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ; 2024.
6. ธานินทร์ ศิลป์ จารุ. การวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS. กรุงเทพฯ: บิสซิเนสอาร์แอนด์ดี; 2555.
7. กฤติน เพ็ชร์บุญ. อิทธิพลของการดำเนินกิจการร้านขายยาตามมาตรฐานร้านยาคุณภาพที่มีต่อการวัดผลการดำเนินงานเชิงดุลยภาพของร้านขายยาใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ [ปริญญานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2563.
8. พงษ์ณุวัฒน์ สมบัติภูธร, ญาดา เรียมริมมะดัน, อัษฎางค์ พลนอก. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาศักยภาพร้านขายยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษในจังหวัดชลบุรี. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2566;15(2):347-59.
9. เทพศักดิ์ อังคณาวิศัลย์. ศึกษาความพร้อมของร้านขายยาแผนปัจจุบัน จังหวัดพระนครศรีอยุธยาในการปฏิบัติตาม(ร่าง)ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน [อินเตอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 ธันวาคม 2560. เข้าถึงได้จาก: https://www.ayo.moph.go.th/main/file_upload/subforms/2015_80169fe192959e1ed1a6760a3d0611a/การศึกษาความพร้อมของร้านขายยาแผนปัจจุบัน%20จ.อยุธยา_201501191039.pdf
10. วิวัฒน์ ถาวรวัฒนยงค์, ชนิกา อยู่กลั่นเถื่อน, พัชรินทร์ ปัญญาเครือ, รวิวรรณ นาครินทร์. ความคิดเห็นของผู้ประกอบการร้านยาในจังหวัดนครปฐมต่อประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน ในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557. Thai Bulletin of Pharmaceutical Sciences. 2559;11(2):27–44.

11. พิมลวรรณ อ่อนประเสริฐ. แนวทางการพัฒนาร้านยาเข้าสู่มาตรฐานร้านยาคุณภาพจังหวัดยะลา [ปริญญานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2558.
12. เกษียร นวนน่วม, รุ่งเรือง แสนโกษา ขวัญชัย นุชกลาง. รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการร้านขายยาแผนปัจจุบันตามวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน ในจังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2566;7(14):136-54.
13. ดารณี ชิตทรงสวัสดิ์. รูปแบบการพัฒนาร้านยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือควบคุมพิเศษ (ขย.2) สู่มาตรฐานวิธีปฏิบัติเภสัชกรรมชุมชน (GPP) จังหวัดร้อยเอ็ด.วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2023;8(2):222–7.
14. ปิยนุช พันธุรังษ์. การพัฒนาร้านขายยาแผนปัจจุบันจังหวัดนครราชสีมาสู่มาตรฐานหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน [ปริญญานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2565.
15. วรรณะ วีระผาสุก. การพัฒนาร้านขายยาแผนปัจจุบันตามมาตรฐานการปฏิบัติที่ดีทางเภสัชกรรมจังหวัดกาญจนบุรี. วารสารอาหารและยา. 2557;22(3):27-44.
16. ศิรินภา จันทร์จิระ. ความพร้อมของผู้ประกอบอาชีพพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชน จังหวัด ปทุมธานีเพื่อเข้าสู่ตลาดแรงงานประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน [ปริญญานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี; 2555.
17. ลลิตา พรพนาวัลย์, พรสวรรค์ อิมามี. ปัจจัยเสริมสร้างการปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนของร้านขายยาแผนปัจจุบัน จังหวัดฉะเชิงเทรา. ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ. 2566;18(2):175-82.

JOURNAL OF HEALTH CONSUMER PROTECTION
วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
Vol.5 No.1 January-June 2025
ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2568

ผู้แจ้งความนำจับจะได้รับเงินสินบนจากการแจ้งความนำจับทุกครั้งหรือไม่

ราชัน คงชุม
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง

ข้อบังคับกระทรวงการคลังว่าด้วยการหักเงินค่าปรับก่อนนำส่งคลัง พ.ศ. 2546 กำหนดให้หัวหน้าส่วนราชการหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย หักเงินค่าปรับก่อนนำส่งคลังเป็นรายได้แผ่นดิน ไว้จ่ายเป็นเงินสินบนรางวัลและค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน ตามอัตราที่กระทรวงการคลังประกาศ แต่ต้องไม่เกินอัตราที่กำหนด ถ้าเป็นเงินค่าปรับที่ได้รับชำระตามคำพิพากษาของศาล ให้เลขาธิการสำนักงานศาลยุติธรรมหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้มีอำนาจสั่งหักเงินตามอัตราที่ได้รับและนำส่งเงินที่หักนั้น ให้แก่ส่วนราชการเจ้าของรายได้เงินค่าปรับ และให้ส่วนราชการนั้นยื่นเรื่องราวขอรับเงินตามแบบคำขอ ไปยังสำนักอำนวยการประจำศาลหรือสำนักงานประจำศาลที่ได้รับเงินค่าปรับจากการกระทำผิดกฎหมายภายใน 6 เดือน นับแต่วันที่มีสิทธิ์รับเงิน ส่วนเงินที่เหลือจากการหักให้นำส่งคลังเป็นรายได้แผ่นดิน สำหรับเงินที่หักไว้ให้นำแบ่งจ่ายเป็น 4 ส่วน คือ จ่ายเป็นเงินสินบน 1 ส่วน จ่ายเป็นเงินรางวัล 2 ส่วน และเป็นค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน 1 ส่วน แต่หากไม่มีเงินสินบนให้รวมเป็นเงินรางวัลรวมเป็น 3 ส่วน[1]

ประกาศกระทรวงการคลังกำหนดประเภทและอัตราการหักเงินค่าปรับก่อนนำส่งคลัง ได้กำหนดให้ส่วนราชการสามารถหักเงินค่าปรับ ที่ได้รับจากการกระทำความผิดตามบัญชีกฎหมายแทบท้ายประกาศกระทรวงการคลัง ลงวันที่ 11 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2547 จำนวน 117 ฉบับ และมีการแก้ไขเพิ่มเติมเรื่อยมารวม 9 ฉบับ หากเป็นกรณีที่มีการจับกุมผู้กระทำความผิดให้หักได้อัตราร้อยละ 80 ของเงินค่าปรับ ส่วนกรณีไม่มีการจับกุมผู้กระทำผิด ให้หักได้ในอัตราร้อยละ 60 ของค่าปรับที่ได้รับ ทั้งนี้การกำหนดประเภทและอัตราเงินค่าปรับก่อนนำส่งคลัง ตั้งแต่ฉบับที่ 5 เป็นต้นมา ได้กำหนดเพดานขั้นสูงในการหักเงินค่าปรับก่อนนำส่งกระทรวงการคลังไว้[2] เช่น ข้อบังคับกระทรวงการคลังว่าด้วยการหักเงินค่าปรับตามพระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. 2558 ก่อนนำส่งคลัง พ.ศ. 2564 ค่าปรับตามมาตรา 60 ความผิดจากการผลิตเพื่อขาย นำเข้าเพื่อขาย หรือรับจ้างผลิตเครื่องสำอาง อันเป็นการฝ่าฝืนประกาศที่รัฐมนตรีออกตามมาตรา 6(1) ให้หักได้สูงสุดไม่เกิน 160,000 บาท ในกรณีที่มีการจับกุมผู้กระทำความผิด[3]

ดังนั้น จำนวนเงินที่ได้หักไว้จึงมีความแตกต่างกันในแต่ละกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ซึ่งระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจ่ายเงินสินบนเงินรางวัลและค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน พ.ศ. 2546 ได้วางหลักไว้ว่า ระเบียบนี้มิใช่เป็นการโฆษณาให้คำมั่นแก่บุคคลใดตามกฎหมาย แต่เป็นระเบียบที่วางไว้เพื่อเป็นหลักเกณฑ์ในการพิจารณาของทางราชการที่จะจ่ายเงินสินบนรางวัล ให้แก่ผู้แจ้งความนำจับ หรือเจ้าหน้าที่ของส่วนราชการ ซึ่งปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่อันได้มาซึ่งค่าปรับ ตามแต่จะเห็นสมควรเท่านั้น การพิจารณาของผู้มีอำนาจตามที่กำหนดในระเบียบนี้ถือเป็นเด็ดขาดผู้ใดจะนำฟ้องเป็นคดีไม่ได้ โดยเงินสินบนให้จ่ายแก่ผู้แจ้งความนำจับจำนวน 1 ส่วน ของเงินที่หักไว้ 4 ส่วน ส่วนเงินรางวัลให้จ่ายแก่เจ้าหน้าที่ผู้จับตามสัดส่วนของการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน ซึ่งส่วนราชการจะต้องไปออกระเบียบว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการจ่ายเงินสินบน เงินรางวัลและค่าใช้จ่ายในการ

ดำเนินงาน เพื่อกำหนดให้บุคคลใดเป็นผู้มีอำนาจรับแจ้งความนำจับ รายละเอียดของการแจ้งความนำจับ การกำหนดผู้มีสิทธิ์ได้รับเงินรางวัลว่าเป็นบุคคลใดบ้าง หลักเกณฑ์การคิดเงินรางวัล การกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานว่าจะสามารถนำไปใช้จ่ายหรือก่อหนี้ผูกพันเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน ตามอำนาจหน้าที่อันได้มาซึ่งเงินค่าปรับของส่วนราชการนั้น และระยะเวลาของการจ่ายเงินสินบนเงินรางวัล[4] เช่น ระเบียบกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายเงินสินบนเงินรางวัล และค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน พ.ศ. 2549[5] ระเบียบจังหวัดพัทลุงว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายเงินสินบน เงินรางวัล และค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน พ.ศ. 2564[6] เป็นต้น

เมื่อมีการออกพระราชบัญญัติว่าด้วยการปรับเป็นพินัย พ.ศ 2565 ให้เปลี่ยนความผิดอาญาที่มีโทษปรับสถานเดียวตามกฎหมายในบัญชีแนบท้ายหมายเลข 1 เป็นความผิดทางพินัย และให้ถือว่าอัตราโทษปรับอาญาที่บัญญัติไว้ในกฎหมายดังกล่าวเป็นอัตราค่าปรับเป็นพินัย จึงเกิดประเด็นว่ากรณีเงินสินบนรางวัลนำจับเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงอัตราโทษปรับอาญาเป็นพินัยแล้ว ยังสามารถดำเนินการหักเงินค่าปรับที่ต้องส่งคลังไว้เป็นเงินสินบนรางวัลและค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานได้หรือไม่นั้น กรมบัญชีกลางได้มีหนังสือตอบข้อหารือของกรมการปกครองโดยมีสาระสำคัญว่า รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง อนุญาตให้ส่วนราชการหักเงินค่าปรับจากการกระทำความผิดกฎหมายไว้จ่ายเป็นเงินสินบนรางวัลและค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน ตามข้อบังคับกระทรวงการคลังและประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง กำหนดประเภทและอัตราการหักเงินค่าปรับก่อนนำส่งคลัง รวม 9 ฉบับ ได้กำหนดนิยาม ค่าปรับหมายความว่า ค่าปรับที่ส่วนราชการมีอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายได้รับจากการกระทำความผิดตามกฎหมายตามประกาศกระทรวงการคลังแต่ไม่รวมถึงค่าปรับหรือเบี้ยปรับที่ได้รับตามกฎหมายเกี่ยวกับภาษีอากร และค่าปรับหรือเบี้ยปรับที่ได้รับตามนิติกรรมสัญญาโดยมิได้กำหนดว่าค่าปรับที่ส่วนราชการซึ่งมีอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายได้รับนั้นเป็นค่าปรับลักษณะใด ดังนั้น กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงจากโทษปรับทางอาญาเป็นปรับเป็นพินัย โดยยังคงเป็นค่าปรับตามกฎหมายตามบัญชีรายชื่อกฎหมายแนบท้าย ประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง กำหนดประเภทและอัตราการหักเงินค่าปรับก่อนนำส่งคลัง ลงวันที่ 11 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2547 ส่วนราชการจึงสามารถหักเงินค่าปรับดังกล่าวไว้จ่ายเป็นเงินสินบนรางวัลและค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานได้

การที่ประชาชนพบเห็นการกระทำผิดตามกฎหมายซึ่งอยู่ในบัญชีแนบท้ายประกาศกระทรวงการคลัง และประสงค์จะแจ้งความนำจับเพื่อขอเงินสินบน นำเรื่องราวมาแจ้งต่อผู้รับแจ้งความนำจับ โดยผู้แจ้งความนำจับจะเป็นบุคคลเดียวหรือหลายคนก็ได้ แต่ต้องมิใช่ผู้จับ ซึ่งตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจ่ายเงินสินบน เงินรางวัลและค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน พ.ศ. 2546 ได้ระบุอย่างชัดแจ้งว่ามิใช่การโฆษณาให้คำมั่นแก่บุคคลใดตามกฎหมายที่จะจ่ายเงินสินบนเงินรางวัล โดยผู้แจ้งความนำจับ จะต้องบันทึกการแจ้งและรับแจ้งความนำจับ ระบุชื่อและที่อยู่ของผู้แจ้ง พร้อมทั้งสาระสำคัญแห่งการกระทำความผิดที่ผู้แจ้งตรวจพบ อันอาจเป็นความผิดตามกฎหมายฉบับใด สถานที่เกิดเหตุ วันเวลาที่พบ โดยขอให้มีการ

ดำเนินการจับกุมผู้กระทำความผิด อีกทั้งผู้แจ้งต้องมอบเอกสาร หลักฐาน สำหรับใช้ในการดำเนินการตรวจสอบให้แก่พนักงานเจ้าหน้าที่ พร้อมทั้งแจ้งความประสงค์ขอรับเงินสินบนนำจับ ต่อส่วนราชการผู้มีหน้าที่รับผิดชอบ เช่น กรณีประชาชนได้พบการแสดงฉลากอาหารไม่ถูกต้องตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข อันเป็นการฝ่าฝืนกฎหมายว่าด้วยอาหาร นำข้อเท็จจริงที่พบนำมาแจ้งต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ ต่อมาพนักงานเจ้าหน้าที่ได้ดำเนินงานตรวจสอบข้อเท็จจริง อาจพบข้อเท็จจริงตามข้อร้องเรียน หรืออาจไม่พบข้อเท็จจริงตามข้อร้องเรียน หรืออาจไม่เข้าข้อกฎหมายตามที่ผู้แจ้งกล่าวอ้าง หรืออาจพบข้อเท็จจริงใหม่ที่ไม่ตรงกับข้อร้องเรียน ย่อมเป็นไปได้ในหลายลักษณะ หากพนักงานเจ้าหน้าที่พิจารณาแล้วเห็นว่าไม่ผิดตามที่รับแจ้งข้อร้องเรียน จะมีคำสั่งไม่เปรียบเทียบปรับก็ได้ หรือเปรียบเทียบปรับน้อยกว่าที่ผู้ร้องแจ้งความนำจับก็ได้ หรือด้วยเหตุคดีหมดอายุความ หรือการพิจารณาโทษปรับเพียงกรรมเดียวซึ่งไม่ตรงกับความต้องการของผู้ร้องซึ่งร้องมาหลายกรรม หรือด้วย เหตุใดก็แล้วแต่ จึงอยู่ในอำนาจในการดำเนินงานของพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายนั้น ๆ ผู้แจ้งความนำจับไม่อาจทราบข้อเท็จจริงและข้อบังคับตามกฎหมายได้ทั้งหมด ดังนั้น ผู้แจ้งความนำจับอาจจะไม่ได้เงินสินบนตามที่แจ้งความนำจับก็เป็นไปได้

โดยการจ่ายเงินสินบนแก่ผู้แจ้งความนำจับ จะจ่ายเงินสินบนให้แก่ผู้แจ้งความนำจับเฉพาะในคดีความผิดที่พนักงานเจ้าหน้าที่ได้ดำเนินคดีจนเป็นผลสำเร็จและผู้กระทำผิดได้ชำระค่าปรับแล้วเท่านั้น โดยการปฏิบัติงานของพนักงานเจ้าหน้าที่ หาใช่ต้องดำเนินคดีหรือทำการเปรียบเทียบปรับ ตามความต้องการของผู้ร้องเรียนเพียงสถานเดียว และถึงแม้จะพบการกระทำความผิดแล้วก็ตาม ก็ยังไม่แน่ว่าผู้กระทำผิดจะยินยอมให้เปรียบเทียบหรือไม่ หรือกรณีมีการแจ้งความร้องทุกข์กล่าวโทษต่อพนักงานสอบสวนให้ดำเนินคดีแก่ผู้กระทำผิด ตามที่ได้รับแจ้งความนำจับ รวมทั้งหากมีการฟ้องร้องคดีต่อศาลแล้วก็ยังไม่แน่ว่าศาลจะพิพากษาเป็นความผิดและลงโทษผู้กระทำผิด และยังไม่สามารถรับรู้ได้ว่าผู้กระทำผิดจะยินยอมชำระค่าปรับหรือไม่เพียงใด ดังนั้น การที่พนักงานเจ้าหน้าที่ไม่ดำเนินการเปรียบเทียบปรับแก่ผู้กระทำความผิด ตามที่ได้รับแจ้งความนำจับจากผู้ร้อง จะเป็นผลโดยตรงให้ผู้ร้องไม่ได้รับเงินสินบนนำจับก็ตาม ก็ยังไม่อาจถือได้ว่าพนักงานเจ้าหน้าที่กระทำการฝ่าฝืนก่อให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ร้อง อันไม่เข้าองค์ประกอบของการเป็นผู้เสียหายตามประมวลวิธีพิจารณาความอาญา เพราะการทำงานเพื่อพิจารณาตรวจสอบและดำเนินการใด ๆ ของพนักงานเจ้าหน้าที่ ย่อมไม่เกิดผลโดยตรง ที่จะทำให้ผู้แจ้งความนำจับเกิดความเสียหาย ต่อผู้แจ้งความนำจับนั้น หากพนักงานเจ้าหน้าที่หรือพนักงานสอบสวน หรือศาลไม่ลงโทษตามคำร้องแจ้งความนำจับ ผู้แจ้งความนำจับจึงมิใช่ผู้เสียหายในทางอาญา การดำเนินงานของพนักงานเจ้าหน้าที่มิใช่คำมั่นว่าจะมีการเปรียบเทียบปรับหรือลงโทษปรับตามคำร้องของผู้แจ้งความนำจับแต่อย่างใด ผู้แจ้งความนำจับเป็นแค่ผู้ชี้เบาะแสเพียงเท่านั้น พนักงานเจ้าหน้าที่ผู้เปรียบเทียบปรับต้องพิจารณาอย่างรอบคอบตามข้อเท็จจริงและข้อกฎหมาย เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมและเท่าเทียมของการบังคับใช้กฎหมายมากที่สุด

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงการคลัง. ข้อบังคับกระทรวงการคลังว่าด้วยการหักเงินค่าปรับก่อนนำส่งคลัง พ.ศ. 2546. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 124 ตอนพิเศษ 10 ง หน้า 12 (ลงวันที่ 29 มกราคม 2550).
2. กระทรวงการคลัง. ประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง การกำหนดประเภท และอัตราการหักเงินค่าปรับก่อนนำส่งคลัง. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 124 ตอนพิเศษ 10 ง หน้า 1 (ลงวันที่ 29 มกราคม 2550).
3. กระทรวงสาธารณสุข. ระเบียบสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายเงินสินบน เงินรางวัลและค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน ตามพระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. 2558 พ.ศ. 2565. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 139 ตอนพิเศษ 283 ง (ลงวันที่ 2 ธันวาคม 2565).
4. กระทรวงการคลัง. ระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยการจ่ายเงินสินบนรางวัลและค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน พ.ศ. 2546. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 124 ตอนพิเศษ 10 ง (ลงวันที่ 29 มกราคม 2550).
5. กระทรวงสาธารณสุข. ระเบียบกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายเงินสินบน เงินรางวัลและค่าใช้จ่ายในการดำเนินงน พ.ศ. 2549. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 124 ตอนพิเศษ 27 ง (ลงวันที่ 8 มีนาคม 2550).
6. จังหวัดพัทลุง. ระเบียบจังหวัดพัทลุง ว่าด้วย หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายเงินสินบน เงินรางวัลและค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน พ.ศ. 2564 (ลงวันที่ 31 มีนาคม 2564).

JOURNAL OF HEALTH CONSUMER PROTECTION
วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
Vol.5 No.1 January-June 2025
ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2568

ชุดทดสอบยา....ชุดทดสอบความอดทน

อัจฉรา แสนศรีสวัสดิ์
ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลตำบลสุเทพ จังหวัดเชียงใหม่

“ลุงคะ รบกวนถามทางหน่อยค่ะ อาคารอเนกประสงค์หมู่บ้านไปทางไหนคะ” เภสัชกรหญิงตัวเล็ก ๆ ขับรถเก๋งมากับผู้ช่วยเภสัช ชะลอรถลดกระจกลงถามคุณลุงที่ยืนรดน้ำต้นไม้อยู่หน้าบ้าน

“อ๋อ เข้าไปในซอยนี้เลยหนู อยู่ซ้ายมือจ้า” คุณลุงท่าทางใจดี ใส่เสื้อกล้ามสีขาว ยิ้มก่อนตอบ

“อยู่ตรงไหนเนี่ย หายากจัง ซอยก็แคบ รถสวนมาจะทำไง” พี่ผู้ช่วยเภสัชวัยกลางคนบ่นอุบ สองสาวมาถึงช้ากว่าเวลานัดหมายนิดหน่อย เนื่องจากไม่ชินเส้นทาง หาที่จอดรถบริเวณใต้ต้นโพธิ์ แล้วรีบกุลีกุจอขนของออกจากรถ ทั้งตะกร้าออกหน่วยที่เต็มไปด้วยชุดทดสอบสเตียรอยด์ ชุดทดสอบไฮโดรควิโนน ปรอท กรดวิตามินเอ ในเครื่องสำอาง ถุงมือ ฯลฯ

เราหน้าหงอย เมื่อเห็นประตูเลื่อนของอาคารอเนกประสงค์ปิด ซึ่งตัวอาคารเป็นอาคารชั้นเดียวหลังเล็ก ๆ ไว้สำหรับทำกิจกรรมต่าง ๆ ของหมู่บ้าน ฉันจึงถามหญิงชรา ผมหงอกขาวสวมเสื้อคอกระเช้ากับผ้าถุง มีไม้เท้าสี่ขาข้างกาย นั่งบริเวณม้าหินอ่อนหน้าอาคาร “สวัสดีค่ะยาย ป้าเดือนยังไม่มาหรอคะ”

“ยังนะหนู นี่แกก็นัดป้า กับพวก อสม. แปดโมงนะ แต่ยังไม่เห็นมาเลย สงสัยไปขายกับข้าวยังไม่มา”

“ไม่เป็นไรค่ะป้า เดี๋ยวพวกหนูเตรียมของรอไปก่อน” พูดจบ เราก็เอาป้ายไวนิล x-stand ท้ายรถมากางเอาชุดทดสอบ และตัวอย่างยาแผนโบราณ เครื่องสำอางมาจัดเรียง รวมทั้งแผ่นพับ เอกสารลงทะเบียน

เวลาผ่านไป อสม. ทยอยเดินทางมาเรื่อย ๆ ทีละคนสองคน เราเหลือบมองนาฬิกาข้อมือ 9 โมง 5 นาที ยังไม่มีวี่แววว่าป้าเดือนจะมา ทุกคนต่างยืนรอ นั่งรอ หน้าอาคาร เพราะเข้าไม่ได้

“ป้าเดือนเนี่ย ไม่น่าเป็นประธาน อสม. เลย วัน ๆ เอาแต่ทำงานส่วนตัว มีงาน อสม. ทีไรไม่ค่อยเข้าร่วมมาก็ช้า เอาเปรียบคนอื่น” เราได้ยินป้าสองคนคุยกัน แต่ทำเป็นมองไปทางอื่น

“ขอโทษทีจ้า ป้าไปขายกับข้าวมา ทำให้หมอต้องรอนานเลย” ป้าเดือน หญิงรูปร่างอวบ อายุราวหกสิบ ใส่ชุดเอี๊ยมกันเปื้อน ตะโกนขอโทษหลังจากจอดรถมอเตอร์ไซด์ รีบหากุญแจไขอาคาร พอฉันเปิดประตูเข้าไปเห็นสภาพห้องเต็มไปด้วยฝุ่น มีกลิ่นอับเหมือนไม่ได้ใช้งานมานาน ไม่มีแสงแดดส่องถึง ฉันกับพี่ผู้ช่วย ช่วยกันเปิดหน้าต่าง หาผ้ามาเช็ดโต๊ะ จัดเก้าอี้ แล้วนำมากาง ละอองฝุ่นเม็ดเล็ก ๆ ลอยฟุ้งเมื่อผ่านแสงแดดที่ช่องหน้าต่าง อสม. บางคนที่อายุยังไม่มากก็เข้ามาช่วย แต่ส่วนใหญ่แล้ว อายุราว 50 – 70 ปี เราก็นึกสงสัยเหมือนกันว่า อสม. เขาไม่มีเกษียณอายุเหรอ แล้วเขาจะทำงานในชุมชนยังไง บางคนเวลาเดินยังต้องใช้ไม้เท้าพยุงเลย

พอคนมาเกือบครบ ประมาณ 20 คน สถานที่เรียบร้อย ฉันก็เริ่มการสอน อบรมให้ความรู้ตามกระบวนการของฉันไป หมู่บ้านนี้เป็นหมู่บ้านที่ 10 แล้ว ความคล่องแคล่วไม่ต้องพูดถึง ชนิดที่ว่าหลับตาก็ยังทำได้ บรรยากาศการอบรมภายในห้อง ฝั่งด้านขวา อสม. หญิงล้วนอายุประมาณ 50 ปี ทุกคนให้ความสนใจ โต้ตอบ ซักถาม กระตือรือร้น อาจเป็นเพราะไม่เคยได้รับการอบรมเรื่องนี้และไม่เคยใช้ชุดทดสอบเหล่านี้มาก่อน บวกกับน้ำเสียงขึ้น ๆ ลง ๆ ของฉันเวลาบรรยายช่วยกระตุ้น แต่อีกครึ่งห้องฝั่งซ้าย อายุ 60 – 70 ปี ไม่สนใจสิ่งที่ฉันกำลังบรรยายอยู่เลย

กลับเอาเอกสารรายงานประจำเดือนของตนเองมานั่งทำ นั่งทำหน้าคิ้วขมวด บ้างก็กำลังลอกของเพื่อน ดูวุ่นวาย กับการทำเอกสารรายงานประจำเดือนเพื่อส่งสาธารณสุขอำเภอ ฉันก็แว่บคิดขึ้นมาระหว่างสอนว่า เกณฑ์ในเรื่องอายุ และตัวชี้วัดการทำงานของ อสม. เรานี้มีประสิทธิภาพดีแล้วหรือยัง สมควรต้องทบทวนไหม

ระหว่างการสอนใช้ชุดทดสอบ อากาศร้อนอบอ้าวขึ้นเรื่อย ๆ เพราะเวลาเริ่มสายมากแล้ว พัดลมติดผนัง 2 ตัวที่เปิด เหมือนจะรับมือกับอากาศภายนอกของฤดูร้อนไม่อยู่ เหงื่อในถุงมือทำให้มือฉันเริ่มลื่น ขณะกำลัง เปิดขวดสีชาที่บรรจุเกล็ดใส ๆ ของสารทดสอบอยู่ จุกพลาสติกด้านในขวดแน่นมากจึงต้องออกแรงดึง ป๊อก! จุกพลาสติกหลุด พร้อมกับเกล็ดสารเคมีกระเด็นใส่ฉัน ฉันรู้สึกได้ถึงความแสบ ร้อน บริเวณแขน จึงต้องรีบวิ่งหาน้ำมาล้าง คนอื่น ๆ ก็พลอยตกอกตกใจไปกันหมด ฉันเปิดก๊อกในห้องน้ำให้น้ำไหลผ่านบริเวณแขนสัก 1 – 2 นาทีจนเริ่มรู้สึกดีขึ้น พอเช็ดแขนแห้งแล้วจึงเห็นว่าแขนเป็นรอยด่างสีขาวเล็ก ๆ เท่าเมล็ดถั่วเขียว ซึ่งเป็นเหมือนกันกับที่เสื้อของฉัน จากเสื้อสีน้ำเงิน กลายเป็นสีขาวซีดในส่วนที่โดนสารกระเด็นใส่ฉันนึกในใจว่า ดีนะ ที่เราโดนเอง หากกระเด็นโนคนอื่นล่ะ จะทำยังไง แล้วถ้าเข้าตาล่ะ โอ๊ย ไม่อยากจะนึกถึง

จากสถานการณ์ตลอดครึ่งวันเช้า เริ่มจากรีบขับรถส่วนตัวมาเอง เพราะรถหลวงที่ทำงานไม่ว่างติดภารกิจ หาที่นัดพบไม่เจอ หลงเนื่องจากไม่ชินทางและชุมชนสะดวกนัดหมายในวันนี้ ด้วยความตั้งใจเต็มที่เพราะเตรียมงานตั้งแต่เมื่อวาน แต่ต้องมารอประธาน อสม. มาสาย เพราะมัวแต่ทำธุระส่วนตัวให้ส่วนรวมรอ แถมยังมาเจอบรรยากาศการอบรมที่ครึ่งห้องไม่ตั้งใจฟังเลย มีแต่ อสม. สูงอายุ ที่ไม่สนใจไม่ได้ปฏิบัติงานจริงในชุมชน แต่นั่งลอกงานส่งแล้วได้รับเงินเดือน และยังต้องเสี่ยงเจอสารเคมีกระเด็นใส่ จิตใจของเราหดหู่ไม่น้อย เราอาจจะจบมาสิบปีแล้ว ไม่ใช่เด็กใหม่ แต่ด้วยความที่เราพึ่งย้ายมารับราชการที่นี่ได้ 3 ปี ซึ่งถือว่ายังไฟแรงอยู่ และด้วยนิสัยส่วนตัวที่มีความคล่องแคล่วกระตือรือร้นตลอดเวลา พอเจอเหตุการณ์แบบนี้เข้าไป แทบจะหมดไฟในการทำงานเลยก็ว่าได้

เกือบจะสิ้นสุดการอบรม เตรียมจะเก็บของกลับสำนักงาน พี่ อสม. ท่านนึง อายุน่าจะราว ๆ 40 ขับรถมอเตอร์ไซค์หน้าตาตื่นเข้ามาจอด

“หมอ ๆ พี่ได้ยานี้มาจากป้าหน้าบ้านพี่ เห็นแกกินทุกวันเลย แกซื้อมาจากรถเร่ พี่เห็นแกกำลังจะเอาเข้าปากพอดี พอพี่รู้ว่าหมอจะมา พี่รีบห้ามแก คุยกับแกตั้งนาน กว่าจะขอแกมาได้ชุดนึง จะเอามาให้หมอตรวจดู”

พูดจบ แกไม่รอร่ำทำเพลง เอาก้อนหินแถวบริเวณนั้น ทุบยาลูกกลอนจำนวน 5 เม็ด ในซองซิปใสจนละเอียด แล้วยื่นใส่มือเรา

“ขอบคุณมากค่ะพี่” เรารีบเอายามาทดสอบด้วยชุดทดสอบสเตียรอยด์ ระหว่างรอผล พี่ อสม. ท่านนี้ ด้วยความที่เป็นคนช่างคุย อัธยาศัยดี แกก็เล่าให้ฟัง

“พี่เป็น อสม. ใหม่นะหมอ เพิ่งมาทำงานได้เดือนเดียว พี่ย้ายมาจากกรุงเทพ เพราะพ่อพี่ป่วยหนัก เลยต้องกลับมาดูแลท่าน พี่ลาออกจากงานเลย มาดูแลพ่อ กับทำงาน อสม. พี่รักงานจิตอาสานะหมอ หมอมีอะไรให้พี่ช่วย บอกพี่ได้เลยนะ พี่เต็มใจช่วย”

พี่ผึ้ง อสม. รายใหม่ พูดอมยิ้ม นัยน์ตาเป็นประกาย ดูออกถึงแววตาของคนที่มุ่งมั่นทำงานเพื่อส่วนรวม แต่ก็ปนความทุกข์ที่ต้องแบกรับเรื่องพ่อ

แกกุมมือฉันแน่นเหมือนกับให้กำลังใจ ฉันก็กุมมือแกกลับให้กำลังกันและกัน

ผลตรวจสเตียรอยด์ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้นออกแล้ว ผลบนแถบตรวจออกมา 1 ขีด ทุกคนตกใจ “มีสเตียรอยด์เหรอหมอ?”

เราเหลือบมองทุกคนที่จ้องมองผล และคุยกันเสียงเซ็งแซ่ จึงตอบไป “ใช่ค่ะ!” ในใจก็คิดว่าที่เราสอนไป เขาจำได้ เออ ก็ถือว่าสำเร็จแล้วล่ะวันนี้

“เดี๋ยวพี่จะรีบกลับไปบอกป้าหน้าบ้านพี่เลยว่าไม่ให้กินแล้วนะยานี้ มันมีสเตียรอยด์ ดีนะที่วันนี้หมอมา ไม่งั้นป้าแกคงกินต่อไปเรื่อย ๆ เห็นแกบอกกินดี หายปวดไว” พี่ผึ้งรีบบอกแผนของตัวเองที่จะทำต่อไปหลังจากเสร็จการอบรม

“วันนี้หนูต้องขอบคุณพี่ ๆ ป้า ๆ อสม. ทุกคนเลยนะคะ ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี แล้วอย่าลืมที่หนูบอกนะคะ หากเจอรถเร่ หาบเร่ หรือขายตรงที่เข้ามาขายพวกยา อาหารเสริม เครื่องสำอางอันตรายอย่างที่หนูบอกไป แจ้งผู้ใหญ่บ้าน แจ้งเจ้าหน้าที่อนามัยได้เลยค่ะ หนูประสานไว้หมดแล้ว มีพี่ ๆ ช่วยกันเป็นหูเป็นตา แล้วผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่สาสุขเข้ามาร่วมกับทางทีมตำรวจ เขาน่าจะไม่กล้าเข้ามาแล้วค่ะ”

หลังจากเสร็จงานก็เก็บของใส่รถ ระหว่างขับรถกลับ เราก็ได้คิดอะไรหลาย ๆ อย่าง ได้เห็นวิธีการทำงาน วิถีชีวิตของ อสม. ซึ่งเป็นเป็นแกนนำด้านสุขภาพของคนในชุมชน ซึ่งมีหลายแง่มุม มีปัจจัยมีตัวแปรที่หลากหลาย ทั้งที่เราควบคุมได้ และไม่ได้ ความสัมพันธ์ของพวกเขากับชุมชนเป็นอย่างไร แล้วแกนนำเหล่านี้จะไปเผยแพร่ ขยายต่อให้กับคนในชุมชนให้สามารถคุ้มครองตนเองจากผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เป็นอันตรายได้หรือไม่ แล้วผลลัพธ์จะออกมาเป็นอย่างไร

ฉันขับรถออกไปด้วยหัวใจพองโต ถึงแม้ว่ากายเหนื่อยแทบจะหมดแรง แต่ในใจกลับอิ่มเอมไปด้วยพลังบวก ทั้งที่ตัวเองสร้างขึ้นและได้รับจากผู้อื่น การทำงานก็เป็นอย่างนี้ มีสุขบ้าง ทุกข์บ้าง ปะปนกันไป แต่เราจะท้อไม่ได้ หรือหากท้อได้แต่อย่าหยุด เพราะหากเราหยุด ใครจะคุ้มครองคนในชุมชนจากยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยเหล่านี้

JOURNAL OF HEALTH CONSUMER PROTECTION
วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
Vol.5 No.1 January-June 2025
ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2568

ธันวา ราศีธนู

ฟีระพล คำจันทร์
โรงพยาบาลแม่สะเลียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน

ในตอนเช้าท้องฟ้าค่อนข้างแจ่มใส แม้จะเป็นเดือนกุมภาพันธ์ แต่แสงแดดที่ผิวหนังของผมได้สัมผัสนั้นประหนึ่งอยู่ในฤดูร้อนก็ไม่ปาน “นี่ขนาดตอนเช้านะ” ผมนึกในใจ

จากบ้านไปถึงที่ทำงานของผมระยะทางไม่ไกลนัก พอให้ฟังเพลงได้ 2 – 3 เพลง ผมเอื้อมมือไปเปิดวิทยุในรถที่ไม่ได้ฟังมานานเนื่องจากเทคโนโลยีต่าง ๆ เข้ามาแทนที่ จนทำให้เราสามารถเลือกที่จะฟังเพลงได้ทุกแนว โดยไม่ต้องพึ่งพาจากวิทยุหรือฟังจากแผ่น แม้แต่แฟลชไดร์ฟก็ดูจะไม่ทันสมัย เพราะมือถือเครื่องเดียวช่วยอำนวยความสะดวกได้ทุกอย่าง

“กว่าจะรู้ใจแทบสลาย รักเธอแทบตาย สุดท้ายเธอไปจากฉัน เธอไปรักกันตอนไหน ทำไมฉันไม่รู้ทัน คนโง่ก็คือตัวฉัน ที่มันไม่รู้เรื่องเลย” เสียงเพลงจากวิทยุดังก้องรถ ก่อนเพลงต่อไปจะจบลงผมก็เลี้ยวรถเข้าจอดที่ทำงานพอดี

ผมเอื้อมมือไปเปิดตารางงานที่ต้องทำของวันนี้ โรงพยาบาลที่ผมทำงานอยู่เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ในทางการปกครองเรียกว่าสายใต้ ด้วยเหตุที่โรงพยาบาลเป็นแม่ข่ายรับผิดชอบอีกสองโรงพยาบาลเล็กที่เหลือในสาย แต่ละวันคนไข้จึงหนาแน่นเสมอ

นอกจากงานด้านบริการผู้ป่วยที่เป็นงานหลัก งานด้านป้องกันส่งเสริมเป็นอีกงานที่ผมต้องรับผิดชอบ แม้สมัยเรียนงานส่งเสริมจะดูห่างไกลตัว แต่ตอนที่ทำงานถึงเข้าใจว่าหากทำแต่รักษาไม่ส่งเสริมไม่มีทางที่คนไข้ที่ดูหนาตาจะเบาบางลงไปได้

ผมเลื่อนสายตาดูสมุดงาน วันนี้มีงานนอกออกสุ่มตรวจน้ำมันทอดซ้ำภายในอำเภอ ถึงแม้ว่าอำเภอของเราจะเล็ก แต่ผู้ประกอบการของเราไม่ได้มีน้อยตามขนาดของอำเภอ ด้วยการส่งเสริมด้านเศรษฐกิจของภายในอำเภอหรือชุมชนเองทำให้มีตลาดนัดช่วงเย็นทุกวัน จันทร์ถึงอาทิตย์ การนึกถึงตลาดนัดแม้ต้องมีของที่ทำให้น้ำย่อยในกระเพาะอาหารของเราทำงานตลอดเวลา แต่ในครั้งนี้สิ่งที่ผมนึกถึงต่างออกไป การออกไปเที่ยวตรวจนั้นนี่ของคนอื่น ผู้ประกอบการบางรายอาจไม่พอใจ เพราะมันหมายถึงว่าเค้าอาจต้องเปลี่ยนแปลงหรือทำบางอย่างที่ต้องเพิ่มต้นทุนขึ้น “แต่มันทำให้คนในอำเภอเราปลอดภัยนะ” ผมพอยิ้มบ้างเมื่อคิดได้เช่นนี้

“ก้อใจวันนี้ตอนบ่าย ๆ เตรียมตัวเน้อ มีออกตรวจน้ำมันทอดซ้ำ”

“ไปตังใดผ่องเจ้า” เสียงใส ๆ เจื้อยแจ้ว เล็กแหลม ตามลักษณะหุ่นบางเล็กถามกลับผมมา

“ไปกาดนัดวันผัด แล้วไปร้านปาท่องโก๋ แล้วไปร้านไก่ทอดหลังโฮงบาลก่อพอก่อนวันนี้”

“เจ้า” เสียงเล็กแหลมตอบพร้อมกับโผล่หน้าออกมาตรงชั้นจัดยา ในขณะที่ผมหันกลับไปบอกขณะที่อยู่ประจำเคาเตอร์จ่ายยาช่องที่ 4

“อย่าลืมโทรบอกพี่เบนเท็นด้วยเน้อ ให้พี่แกมาเจอเฮาที่โรงพยาบาล เดี๋ยวค่อยเอารถอ้ายออกไป” ผมตอบออกไปในขณะที่มือก็เปิดซองยาเพื่อเช็คจำนวน

ผมปฏิบัติหน้าที่ตามปกติจนพี่เบนเท็นมาถึงโรงพยาบาล พร้อมกับทักทายผมที่ยังนั่งอยู่ที่เคาเตอร์จ่ายยาที่เดิมด้วยรอยยิ้มอันสดใสเช่นเคย พี่เบนเท็นวันนี้ผมสั้นดูแปลกตาออกไปจากทุก ๆ ครั้งที่ผมยาวประบ่า ใส่แว่นตาแบบกลมกรอบทองที่คุ้นชิน เสื้อซาฟารีมีโลโก้กระทรวงสาธารณสุขคอบัวดูไปเผิน ๆ เหมือนนักเรียนมัธยมต้น ป้ายห้อยคอสายสีชมพูดูโดดเด่นตัดกับสีฟ้าของเสื้อ และกางเกงขายาวสีดำพร้อมลุยงานบ่ายนี้

“ไปกันครับทุกคน” กลุ่มเราเดินไปขึ้นรถผม ก้อใจที่ตัวเล็กกว่าทุกคนเดินรั้งท้าย การตรวจครั้งนี้ดูจะเรียบร้อยดีทุกร้านให้ความร่วมมือดีมาก มีทั้งทักทายกลุ่มเรากวักมือเรียกให้เราเข้าไปตรวจที่ร้านของตนเอง

“คุณหมอมาตรวจร้านลุงนี้เป็นจะไดผ่อง” คุณลุงที่ในมือกำลังถือตะหลิวและกำลังทอดหอมกวักมืออีกข้างเรียก พอผมและพี่เบนเท็นเดินไปถึงก็รีบทักทายและแนะนำตัว พร้อมกับหันไปเรียกก้อใจให้รีบเดินมาเร็ว ๆ เราขอตัวอย่างน้ำมันทอดเพียงเล็กน้อยหยดใส่ชุดทดสอบ เมื่อสีของน้ำมันผสมกับสีชมพูของชุดทดสอบ สีที่ได้เป็นสีชมพูอย่างเดิม

“ผ่านนะคะคุณลุง สารโพลาร์ไม่เกิน 25%” เสียงใส ๆ เจื้อยแจ้ว แจ้งผลแก่ชายผู้ยังคงถือตะหลิว

ผมแอบอมยิ้มเบา ๆ ขณะที่ตรวจทุกร้านเสร็จ วันนี้ช่างดูง่ายดาย สดใส ดูดี ง่ายอย่างไม่เคยเจอมาก่อน ที่เหลือเป็นร้านไก่ทอดหลังโรงพยาบาล ซึ่งไม่น่ามีปัญหา

เราขับผ่านร้านเป้าหมายไปหาที่จอด ร้านนี้ลักษณะเป็นรถเข็นขนาดประมาณ 2 เมตร ด้านข้างร้านเป็น 7-11 อีกด้านเป็นร้านขายน้ำหวาน น้ำผลไม้ปั่น ระหว่างสองร้านมีทางเข้าไปด้านใน ซึ่งอยู่หลังร้านไก่ทอดพอดี แต่ที่สะดุดตาเราที่สุดคงหนีไม่พ้นคนขายที่ผิวออกแดง ๆ จากการที่ผิวขาวซีดของเขาโดนแดดแผดเผามาเป็นเวลานาน ตาของเขาตี่เล็กชั้นเดียวและสูงกว่าก้อใจเพียงเล็กน้อย บนหัวสวมหูฟังแบบฟูล์ไซน์ สายสีแดงของหูฟังเสียบอยู่กับมือถือที่อยู่ในมือของคนขาย พร้อมกับโยกหัวไปมาเป็นจังหวะตามเพลง

แล้วเราก็เริ่มแนะนำทีมเราเช่นเคย “วันนี้จะมาขอตรวจน้ำมันหน่อยเนาะ” เสียงเล็กแหลมแต่ดูทุ่มกว่าก้อใจพูดขึ้น “คนขายชื่ออะไรค่ะ” เสียงเล็กแหลมซักถาม คนขายดูหน้าตาดูไม่เป็นมิตร ขณะตอบกลับมา “ธันวา”

“ธันวา ราศรีธนู” ผมกับก้อใจพูดโพล่งออกมาพร้อมกัน

คนขายจากหน้าตาที่ดูไม่เป็นมิตรในตอนแรกอยู่ทุนเดิม คราวนี้หันมาตามเสียงพร้อมกับหน้าตาที่ดูยับยุ่งกว่าเดิม “ผมไม่ชอบให้ใครมาล้อชื่อนามสกุลผม” สำเนียงพูดไทยกลางไม่ชัดเล็กน้อยตอบมา

ทุกคนหันมามองหน้ากันด้วยหน้าตางุนงง ใช่ว่าเป็นครั้งแรกที่เราเจอนายธันวาคนนี้ เนื่องจากว่าด้วยทำเลที่ใกล้ 7-11 ทำให้เราพบเห็นนายคนนี้ได้ตลอดเวลาทั้งที่ตั้งใจมองหูฟัง หรือไม่ตั้งใจมอง เรามักคุ้นชินเมื่อเค้าขายของไปและพูดหยอกล้อกับลูกค้าไปทั่ว ยิ่งเป็นลูกค้าที่ถูกใจ อาจจะโดนพูดหยอกมากเป็นพิเศษ ทั้งที่หน้าตาก็ดูยับย่นและการพูดจาที่ดูกวนถึงกระนั้นไก่ทอดของเขากลับขายดี ด้วยสีสันที่ดูน่ารับประทาน โครงไก่ที่อยู่ด้านริมสุดทอดออกมาสีส้มพอประมาณแป้งไม่หนาไม่บางจนเกินไป พอมองเห็นเป็นตัวดูไม่แห้ง ไม่มันเยิ้ม จินตนาการว่ากัดเข้าปากคงได้ยินเสียงกรอบดังทุกครั้งที่ฟันสัมผัสกับตัวไก่และแป้ง ไล่ไปอีกทางมีน่องไก่แบบอ้วน ๆ วางเรียงอยู่สีสันไม่ต่างจากโครงไก่ มีแป้งหนานิด ๆ ดูแล้วคงกรอบและนุ่มแน่ ๆ สะโพกไก่ยิ่งชวนให้คิดถึงไก่ทอด

เจ้าดัง เมื่อยามเขาใช้มีดสับแบ่งให้ลูกค้า สีเนื้อไก่สีขาวกำลังดี ตัดกับสีส้มของแป้งและหนังไก่ แล้วถ้าได้ข้าวเหนียวอีกซักหน่อยคงฟินไปแล้วมื้อนี้

“งั้นขอตัวอย่างน้ำมันซักสองหยดนะ”

“มันร้อนนะพี่พี่จะเอาจากกระทะใช่ไหม”

“ขอจากที่พักน้ำมันก็ได้ถ้างั้น” ผมตอบด้วยน้ำเสียงเข้มขึ้น

เขาเดินหายไปด้านหลังระหว่าง 7-11 และร้านขายน้ำหวาน แล้วกลับออกมาพร้อมน้ำมันในช้อนสแตนเลส

ก้อใจทำหน้าที่อย่างเช่นเคย แต่ครั้งนี้กลับต่างออกไป เมื่อน้ำมันสองหยดได้สัมผัสกับสีของชุดทดสอบที่เป็นสีชมพูคราวนี้ มันกลับเปลี่ยนสีชมพูให้กลายเป็นสีของตัวมันเองทั้งหลอด เป็นอีกครั้งที่เราสามต่างมองหน้ากัน

“ไม่ผ่านเด้อตัว ธันวา” ค่าโพลาร์มันเกิน 25% แสดงว่าใช้น้ำมันทอดซ้ำ พี่เบนเท็นผู้เป็นพี่คนโตในกลุ่มพูดขึ้น

“งั้นพวกพี่ไปคุยกับพี่ชายผมข้างใน ผมเป็นแค่คนขายไม่รู้เรื่อง” พร้อมหยิบหูฟังที่คล้องอยู่บนคอมาสวมใส่ครอบหูดังเดิม

จากวันนี้ที่ตลอดทุกร้านดีหมด วันที่สดใสของผมพังทลายลง ผมเริ่มรู้สึกอารมณ์ขุ่นจากธันวาราศรีธนู ครั้งนี้ผมเดินรั้งท้ายเข้าไปในซอย เพื่อเข้าไปหาอาณาจักรทอดไก่ เราเดินเข้าไปเพียง 20 เมตร ก็พบกับบ้านชั้นเดียวมีประตูบ้านบานเดียว เพื่อเปิดเข้าไปในตัวบ้าน และมีชานบ้านเล็กน้อย ด้านหน้าของบ้านต่อเติมหลังคาออกมา มีกระทะใบใหญ่สองใบวางอยู่บนเตาที่ใช้แก๊สเป็นเชื้อเพลงในกระทะมีน้ำมันสีออกส้ม ๆ อยู่เต็มทั้งสองใบ ใบหนึ่งมีเสียงของน้ำมันเดือดที่กำลังส่งน้ำมันเดือดพล่านให้ไก่เพื่อไปขายยังหน้าร้าน

อีกใบสงบมองลงไปช่างดำมืดยากจะเห็นเหรียญใต้พื้นกระทะได้หากเหรียญตกลงไป แม้ว่าจะมีพัดลมดูดอากาศขนาดใหญ่ติดตั้งอยู่เหนือกระทะทั้งสอง แต่กลิ่นของน้ำมันคละคลุ้งไปทั่วบริเวณ ตามพื้นดินข้างกระทะมีปี๊บน้ำมันวางเรียงรายมากกว่า 10 ปี๊บ ปีกไก่ น่องไก่ สีส้มสดแลดูกรอบวางพักน้ำมันอยู่ข้างกระทะ เบื้องหลังกระทะที่มีน้ำมันเดือดร้อนระอุ ชายหน้าตาแลดูคลายธันวายกไก่ที่เพิ่งจะทอดเสร็จออกจากเตามาไว้ที่พักน้ำมัน

“ขอตัวอย่างน้ำมันที่ใช้ทอดไก่หน่อยนะคะจากโรงพยาบาลค่ะ มาขอตรวจน้ำมันที่ใช้ทอดซ้ำ” ก้อใจพูดขึ้น

“เอาเลยพี่” สำเนียงพูดฟังดูราวกับธันวา

คราวนี้ทีมของเราใช้ตัวอย่างน้ำมันจากกระทะทั้งสอง ทั้งที่ในใจคิดอยู่แล้วว่า ผลอาจจะไม่เปลี่ยนไปจากเดิมมากนัก แต่ลึก ๆ ในใจก็มีความหวัง ว่าจะได้เห็นสีชมพูสดใสของชุดทดสอบดังเดิม กระทะแรกผ่านไป กระทะที่สองเสร็จสิ้นลง ความหวังที่ดูริบหรี่ก็ดูมืดลงไปเหมือนท้องฟ้าในคืนเดือนดับ ที่แม้แต่แสงดาวก็มองไม่เห็น

“ยังไม่ผ่านเหมือนเดิมนะครับ แสดงว่าน้ำมันที่ใช้ทอดต้องเปลี่ยนได้แล้ว ในกระทะนี้ อาจจะต้องเปลี่ยนตั้งแต่รอบก่อนหน้านี้ หรือรอบไหนก็ไม่รู้แล้ว” ผมพูดออกไปอย่างใจเย็น

“ผมก็กำลังจะเปลี่ยนพี่ แต่พี่ก็ต้องเข้าใจนะถ้าผมเปลี่ยนบ่อยต้นทุนก็ต้องสูงขึ้นตาม” ฟังจากน้ำเสียงก็รู้ว่าเจือด้วยความไม่พอใจเล็กน้อย

“แล้วจำได้ไหมว่าทอดไปแล้วกี่รอบในหม้อนี้” พี่เบนเท็นพยายามซักถามเพื่อหารอบจุดเปลี่ยนน้ำมันที่พอดี

“ผมจำไม่ได้ แล้วแต่ขนาดไก่ด้วย ผมจะดูจากสีไก่ สีน้ำมัน น่าจะซัก 6 – 7 รอบมั้งพี่”

“แล้วทำไมสีไก่ที่ทอดถึงดูน่ากิน ไม่เห็นจะหม่นจะหมองตามน้ำมันเลย” ผมใช้น้ำเสียงแบบเรียบ ๆ ถาม

“ก็ใส่สีไงพี่ ถ้าไม่ใส่ ไม่ได้สีนี้หรอก” ทุกคนหันหน้ามองกันรอบที่ 3 ถึงบางอ้อ

“เอาอย่างนี้นะ ขอให้ทอดรอบน้อยลงหน่อย ถ้าเป็นโครงไก่ ชิ้นมันใหญ่ขอทอดเป็นรอบสุดท้ายก่อนเปลี่ยนน้ำมัน ขอทอดซัก 4 – 5 รอบพอก่อนนะ” พี่เบนเท็นพยามแนะนำด้วยน้ำเสียงที่ดูห่วงใย

“แล้วอีกอย่าง คนทอดเองควรใส่หน้ากากด้วยเวลาทอด สารพวกนี้ระเหยออกมานอกจากจะเป็นอันตรายต่อคนซื้อหรือผู้บริโภคเสี่ยงเป็นมะเร็งแล้ว เราคนทอดไก่สูดดมเข้าไปก็เป็นอันตราย เสี่ยงเป็นมะเร็งด้วยเช่นกัน” พี่เบนเท็นพูดด้วยความห่วงใยอีกครั้ง

“ตายไปก็ดีพี่ ผมก็เบื่อละทอดไก่ทุกวัน” ไม่ต้องเดาต่อว่าทุกคนคงต้องหันมามองหน้ากันอีกครั้ง

“งั้นเดี่ยวครั้งนี้จะให้โอกาส จะกลับมาสุ่มตรวจอีกครั้งหนึ่ง” ผมรีบพูดตัดบท ทุกคนแล้วต่างพยักหน้าเห็นด้วย พูดอะไรต่อไปคงไม่ได้มีอะไรดีขึ้น

1 สัปดาห์ต่อมาทีมเราก็กลับมาอีกครั้ง คราวนี้เดินผ่านธันวาเข้าไปบริเวณที่ทอดไก่ ธันวายังคงมีหูฟังแบบครอบหูตามเดิมเพิ่มเติมมีไมค์แบบก้านต่อออกมาจากหูฟังแลดูแปลกตา ไก่ที่วางเรียงรายด้วยสีสันสวยงามบัดนี้ไม่รู้สึกถึงความน่ากินอีกแล้ว รอบสองต่อมาแม้จะคิดไว้แล้วว่าอาจจะดีขึ้น ผลที่ได้ก็ยังไม่ผ่าน ผมต้องพูดคำอธิบายเหมือนเดิมขอให้ใช้น้ำมันทอดลดจำนวนรอบลง เหมือนหนังที่ฉายซ้ำเมื่อวาน

อีกหนึ่งสัปดาห์ต่อมา เหมือนหนังเรื่องเดิมฉากเดิม คราวนี้พวกเราได้ขอเบอร์พี่สาวเนื่องจากการซักถามพบว่า พี่สาวเป็นผู้ส่งเนื้อไก่ ส่งแป้ง และส่งน้ำมันที่ใช้ทอดให้ เมื่อกดเบอร์โทรไปเพื่อเล่าถึงความไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้น ความกวนด้วยท่าทางและคำพูดของสองพี่น้องก็เข้ามาในหัว เตรียมพร้อมลับฝีปากกับพี่สาวของสองแสบ

“สวัสดีค่ะ อ๋อค่ะ ได้ค่ะ จะปรับปรุงให้นะคะ เข้าใจค่ะ” น้ำเสียงที่ได้รับมาจากปลายสาย เมื่อวางโทรศัพท์ลงผมรู้สึกโล่งใจ มีความหวังขึ้นมาอีกครั้ง

หลังจากผ่านไปอีกราวสัปดาห์กว่า ทีมก็นัดแนะเพื่อเจอพี่สาวไก่ทอด ทีมเราได้พบกับพี่สาวที่เดินออกมาจากประตูบ้านชั้นเดียวนั้น หลังจากยกมือไหว้ทักทายกัน พี่สาวสองหนุ่มไก่ทอดยังคงสำเนียงการพูดเช่นเดียวกันดูท่าทางภาษากายและการพูดจาเข้าใจง่ายเป็นมิตรผิดกับสองหนุ่มทั้งสอง เนื่องจากว่าช่วงที่ผ่านมาติดปัญหาเรื่องลูกที่เข้าโรงพยาบาลทำให้มาส่งน้ำมันที่ใช้ทอดล่าช้าออกไป จึงเกิดการทอดซ้ำไปมา

กลุ่มเราจึงได้ทำเก็บตัวอย่างน้ำมันอีกครั้ง ไม่ต้องเดาก็พบว่าสีเหลืองเช่นเคย แล้วหนังม้วนเดิมก็ได้ฉายซ้ำอีกครั้ง เสี่ยงมะเร็ง ผิดกฎหมาย ครั้งหน้าจะขอเชิญ เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขจากเทศบาลมาร่วมด้วย พวกเราสามคนต่างเปลี่ยนกันพูดอธิบายพี่สาวสองหนุ่มดูจะเข้าใจดี รับปากอย่างหนักแน่นว่าจะทำตามที่แนะนำเป็นอย่างดี

ผ่านไปอีกสัปดาห์คราวนี้เราสามคนมาก่อนนัด 1 วัน ที่นัดกองสาธารณสุขของเทศบาลไว้ เผื่อว่าจะได้วางแผนสำหรับวันพรุ่งนี้ทีมจะจัดเต็ม “ถ้ายังไม่ผ่านอีกจะเล่นให้ใหญ่กว่านี้แน่นอน” ผมคิดไปพลาง ๆ ว่าจะเชิญใครมาร่วมอีก ฝ่ายปกครอง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เทศบาล ผู้นำชุมชน ระหว่างเดินผ่านนายธันวา ครั้งนี้เป็นรอบที่ 5 แล้ว ธันวายังคงมีหูฟังครอบหัวตามเดิม โยกไปเสียงเพลง

เหมือนเดิมสายตามุ่งมั่นดูจอมือถือในมือประหนึ่งเป็นจอโฮมเทียเตอร์ขนาดย่อม ๆ ตามปกติ

แล้วเราก็ได้ตัวอย่างน้ำมันอีกครั้งทุกคนต่างจ้องมองหยดน้ำมันสีเหลืองอำพันที่หยดลงไป 1 หยด หยดที่ 2 หยดลงไปอีก เมื่อเกิดการผสมจากการหมุนพลิกข้อมือไปมา ก้อใจใช้นิ้วชี้และนิ้วโป้งรองหลอดทดลองขนาดเล็กจิ๋วโชว์ขึ้น เราทุกคนเผลอยิ้มออกมา ใช่ครับมันคือสีชมพูสดใส น้ำมันที่ใช้ทอดซ้ำยังได้คุณภาพที่ดี

อย่างไรก็ดี พวกเราต่างไม่มั่นใจและกลัวจะซ้ำรอยเดิม จึงคอยมาตรวจเยี่ยมทุกสัปดาห์เพื่อสุ่มตรวจและพบว่าสีชมพูสดใสยังคงสะท้อนแววตาของเราทั้งสามคนอย่างต่อเนื่อง

วันนี้เป็นอีกวันที่ผมขับรถจากบ้านไปที่ทำงานเช่นเคย คราวนี้ตั้งใจจะเปิดเพลงของศิลปินธันวาราศีธนู ให้สมกับความโล่งใจที่ผ่านเรื่องที่กังวลนี้มาได้ ถ้าเปิดสุ่มจากวิทยุเช่นคราวก่อนดูจะไม่ได้ฟังแน่ บางครั้งเทคโนโลยีก็มีประโยชน์ทำให้เรื่องที่ยากบางเรื่องบรรลุไปได้ เมื่อเนื้อเพลงเดิมใกล้จบลงผมก็ขับมาถึงร้านไก่ทอดพอดี ไก่ทอดมากมายสีสันดูน่ารับประทานเช่นเคยวางเรียงรายพร้อมกับลูกค้านักเรียน คนทำงาน มายืนซื้อ ธันวายังคงหูฟังคล้องคอไว้หน้าตาดูยิ้มแย้ม คุยกับลูกค้าคนนั้นทีคนนี้ที ผมเองเห็นแล้วก็อดยิ้มตามไม่ได้ หากว่าน้ำมันที่ใช้ทอดยังไม่ผ่าน ชุมชนของเราต้องแบกรับความเสี่ยง ความเจ็บป่วยอาจจะมาในรูปแบบต่าง ๆ ผลสุดท้ายโรงพยาบาลเองก็ต้องแบกรับความเสี่ยงเหล่านั้นตามมา หากมันเกิดขึ้นกับเด็กหรือใครก็ตามที่กำลังมีอนาคต มีครอบครัวเป็นผู้นำเป็นเสาหลักของบ้าน ต้องมีอีกกี่คนกี่ครอบครัวที่จะต้องเสียใจในเรื่องดังกล่าวที่เขาอาจจะไม่รู้ว่าเกิดจากอะไร อาจจะโทษกรรมเก่าหรืออะไรก็แล้วแต่ กรรมก็คือผลของการกระทำที่ได้ดำเนินมาจากอดีตที่ผ่านมาสู่อนาคตที่รอพวกเขาอยู่ ทำไมเราจะช่วยเขาเปลี่ยนกรรมด้านนี้ไม่ได้ละ ผมลงจากรถพร้อมความรู้สึกดีใจ อิ่มเอิบใจอย่างบอกไม่ถูก ไม่เสียแรงกับสิ่งที่ได้ทำลงไป

JOURNAL OF HEALTH CONSUMER PROTECTION
วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
Vol.5 No.1 January-June 2025
ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2568

หมูยอไส้อึ่งอ่าง

น้ำทิพย์ มุมมาลา
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์

“เห็นข่าวรึยัง!!!” หัวหน้าถามฉันในไลน์กลุ่มของฝ่าย พร้อมลงภาพข่าวจากโพสต์บนเฟสบุ๊คให้ดู พอขยายภาพสิ่งที่เห็นคือ มีคนใช้ชื่อว่า น้องไข่มด วิราวรรณ พลเมืองยศ โพสต์เฟสบุ๊คในกลุ่มศูนย์รับแจ้งเหตุ ฉุกเฉิน 191 ภ.จว.เพชรบูรณ์ว่า

“ไปตลาดซื้อหมูยอมาจะทำยำพอผ่าออกมาสิ่งที่เจอคือจิ้งจกมันเข้าไปอยู่ได้ไงคับฝากแชร์ต่อด้วยคับไครู้จักโรงงานบ้างยู่ที่ไหน”

ฉันคิดในใจว่างานเข้าแล้วสิเรา ตั้งแต่เป็นเภสัชกรมา 13 ปี ทำงานอยู่โรงพยาบาลตั้ง 9 ปีไม่เคยมีเหตุการณ์แบบนี้ พอมาอยู่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้ไม่กี่ปีก็เจอเรื่องเสียแล้ว หลังจากไปไม่เป็นอยู่หลายนาทีฉันก็ตั้งสติค้นหาคนที่โพสต์ในเฟสบุ๊ค แล้วส่งข้อความไปทางกล่องข้อความเพื่อถามเขาว่าซื้อมาจากร้านไหน จนได้ข้อมูลว่าซื้อมาจากตลาดแห่งหนึ่งในตำบลห้วยสะแก เขตอำเภอเมืองของจังหวัดเพชรบูรณ์

หลังจากโทรรายงานหัวหน้าเสร็จก็มีเพื่อนส่งคลิปข่าวที่ออกอากาศทางทีวีมาให้ดูทันที ทำให้งานนี้รอช้าไม่ได้ พอออกสื่อโซเชียลแถมยังมีข่าวเผยแพร่ทางทีวีอีก กลายเป็นมีคนจับตามองการทำงานของเราเพิ่มขึ้นอีกเป็นกอง จากเดิมแค่ในกลุ่ม ๆ หนึ่งที่เฉพาะคนจังหวัดเพชรบูรณ์เป็นสมาชิก ตอนนี้มีคนรู้ข่าวระดับประเทศจะอยู่เฉยไม่ได้แล้ว

วันรุ่งขึ้นฉันเลยนัดน้องที่รับผิดชอบงานอาหารลงตลาดที่เป็นจุดขายของหมูยอในข่าว ด้วยความที่เป็นตลาดที่ไม่เคยไปเหยียบมาก่อน เลยต้องให้เจ้าหน้าที่อนามัยและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านรับหน้าที่พาไป พอถึงตลาดพี่พยาบาลพาดิ่งไปที่ร้านทันที และด้วยความที่ตลาดนี้มีขายสินค้าลูกชิ้น หมูยอ เพียงแค่ร้านเดียว เลยง่ายหน่อยว่าจะต้องสืบข้อมูลจากใคร เมื่อพูดคุยกับแม่ค้าชื่อ คุณป้าทองสุข แกเล่าให้ฟังว่า

“ไอ้ที่ผ่าเจอไม่ใช่จิ้งจกนะ คนที่เจอ เขาถือหมูยอมาให้ป้าดูแล้ว น่าจะเป็นอึ่ง”

“คุณป้ารับของมาจากไหนนะคะ” เป็นคำถามแรก ๆ ที่ฉันให้คุณป้าช่วยตอบ ฉันต้องตะล่อมให้แกบอกให้ได้ ไม่งั้นแย่แน่ๆ งานยากแน่นอน

“ป้ารับมาจากเจ้าประจำ ในจังหวัดนั่นแหละ โทรสั่ง เขาก็มีรถมาส่งให้ที่นี่เลย”

“คุณป้าพอจะทราบชื่อร้านไหมคะ ว่าร้านชื่ออะไร”

“ป้าจำไม่ได้ แต่ป้ามีเบอร์โทรเขา เอาไหมหมอ” คุณป้าหยิบโทรศัพท์ขึ้นมา พยายามค้นหาเบอร์โทรให้เรา

“แล้วคุณป้ามีบิล หรือใบเสร็จบ้างไหมคะ ขอดูบิลดีกว่าค่ะ เผื่อจะมีชื่อร้าน”

คุณป้าหันไปหยิบกล่องพลาสติกขึ้นมา แล้วค้นหาบิลขึ้นมา บนบิลดังกล่าวระบุชื่อ ที่ตั้ง และเบอร์ของร้านที่แกซื้อครบเลยทีเดียว เราเลยขอถ่ายรูปบิลไว้

“เอ ... แล้วหมูยอที่ขายนั่น มันยี่ห้ออะไร ขอดูหน่อยได้ไหมคะ”

“ป้าแยกเอาไว้ในถุง ว่าจะคืนคนที่ส่งให้ป้า” คุณป้าเปิดตู้เย็นหยิบถุงพลาสติกสีขาวขุ่นขึ้นมา เปิดถุง

“ลองดูนะหมอ” ด้านในถุงมีหมูยออยู่ 6 แท่ง เมื่อสังเกตฉลากหน้าตาเหมือนในเฟสบุ๊คของคนโพสต์ ทั้งฉัน น้อง และพี่พยาบาล หยิบหมูยอขึ้นมาดูว่ามี เลข อย. ไหม พลิกวนดูจนครบรอบ ไม่มีใครหาเจอ เห็นแค่ยี่ห้อกับรูปโลโก้ของตราเป็นรูปหัวหมู

ในวันนั้น พวกเราได้ให้คำแนะนำกับคุณป้าไปว่า เวลาเลือกของมาขาย ควรเลือกอันที่มีเลข อย. และขอบันทึกสิ่งที่พูดคุยกันให้แกลงลายเซ็นรับรอง อย่างน้อยเราก็ได้คนที่ขายสินค้าที่เป็นประเด็นแล้ว ต่อไปต้องลงที่ผู้จำหน่าย

พอดูข้อมูลจากบิลฉันก็สังเกตได้ว่าที่ตั้งของร้าน เป็นที่ตั้งของโรงงานผลิตไส้กรอกที่อยู่ในทะเบียน เราจึงเริ่มสงสัยขึ้นมาทันทีว่า นอกจากไส้กรอก มีผลิตหมูยอด้วยไหม ทีมเลยรีบโทรรายงานหัวหน้าและปรึกษาว่าเราควรทำยังไงต่อดี จำได้ว่าช่วงนั้นเป็นช่วงที่หัวหน้าไม่อยู่ในพื้นที่ แต่ด้วยความที่เป็นห่วงลูกน้อง จะคอยถามเราตลอดว่าเป็นยังไง และช่วยนำเรียนเจ้านาย คอยประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทางโทรศัพท์ให้

“พรุ่งนี้พวกแกไปที่ร้านค้ากับตรวจโรงงานด้วยเลยนะ” หัวหน้าสั่งการทันทีที่เรารายงาน “เดี๋ยวพี่โทรประสานตำรวจให้ไปร่วมตรวจกับพวกแกให้ รีบทำหนังสือด้วยหล่ะ เดี๋ยวพี่เรียนนายก่อน” แล้วก็วางสายไป

เราเลยรีบออกจากตลาด ให้คนขับรถรีบพาเรากลับสำนักงานโดยด่วน เพราะต้องรีบปั่นหนังสือรายงานเจ้านาย ทำหนังสือเชิญตำรวจ และรีบทำบันทึกขออนุมัติไปราชการอีกด้วย เราเดินหนังสือเองในทุกขั้นตอน รวมถึงนำส่งที่โรงพักก็ไปด้วยตนเอง

จากการประเมินสถานการณ์แล้ว การเข้าตรวจร้านค้าและโรงงานน่าจะใช้เวลาพอสมควร เลยระดมคนทั้งกลุ่มงานร่วมออกตรวจสอบ ทั้งหมด 9 คน นัดกับตำรวจลงหน้างานตอนประมาณบ่าย 3 แบ่งหน้าที่การเข้าตรวจเป็น 2 ทีม ทีมหนึ่งตรวจสอบร้านค้า กับอีกทีมตรวจสอบโรงงาน

ตอนเดินทางถึงจุดเป้าหมาย ทีมได้แสดงตัวกับพนักงานขายตรงร้านค้า เล่าเหตุการณ์ให้ฟังคร่าว ๆ ว่ามีข่าวออกทีวี มีชาวบ้านซื้อหมูยอไปกินแล้วพบซากสัตว์ พอไปตลาดของคนที่เสียหายสอบถามร้านค้า ให้ข้อมูลว่ารับมาจากร้านนี้ไปขาย จึงขอพบเจ้าของ พนักงานแจ้งว่าเจ้าของไม่ได้อยู่ในพื้นที่ แล้วรีบต่อโทรศัพท์ถึงเจ้าของโรงงานทันที พร้อมรายงานว่ามีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดขอเข้าตรวจโรงงาน ตรวจร้านค้า และที่สำคัญมีตำรวจมาด้วย หลังจากคุยกันไปสักพัก พนักงานก็ยื่นโทรศัพท์มาที่เรา “เจ้าของขอคุยด้วยหน่อยค่ะ”

ฉันเอาโทรศัพท์แนบหู เปิดประเด็นการสนทนาว่า “พอจะทราบเบื้องต้นแล้วใช่ไหมคะว่าทำไมถึงขอเข้าตรวจ”

“ทราบแล้วค่ะ แต่ทำไมไม่บอกล่วงหน้าอยู่ดี ๆ มาขอเข้าตรวจ ไม่ให้เกียรติกันเลยนะคะ” เจ้าของพูดด้วยน้ำเสียงไม่พอใจอย่างมาก

ฉันต้องพยายามควบคุมสติอย่างมากตอนค่อย ๆ ตอบไปด้วยน้ำเสียงหนักแน่นว่า “เหตุการณ์เพิ่งเกิดแล้วมีผู้ร้องเรียนชัดเจน มีการออกข่าวทางทีวี ดังนั้นจึงต้องตรวจสอบโดยเร็วค่ะ มีหลายสายตาจับตามองการทำงานของเจ้าหน้าที่อยู่ เลยไม่ทันได้แจ้งต้องขออภัยด้วย แต่อันที่จริง เป็นเวลาทำการของสถานที่ผลิตอาหาร ในฐานะที่เป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมาย มีสิทธิ์เข้าตรวจตามอำนาจหน้าที่ ยังไงขอความร่วมมือแจ้งลูกน้องให้ทีมเข้าตรวจด้วยนะคะ ไม่งั้นอาจเป็นการขัดขวางการปฏิบัติงานของพนักงานเจ้าหน้าที่ มีโทษตามกฎหมายนะคะ”

เจ้าของเงียบไปสักพัก “งั้นขอคุยกับพนักงานคนตะกี้หน่อยค่ะ”

หลังจากพนักงานวางสายไป เราจึงย้ำอีกครั้ง “ขอความร่วมมือเปิดประตูให้เจ้าหน้าที่เข้าสู่บริเวณผลิตด้วยนะคะ” พนักงานให้รอสักครู่ จึงเปิดประตูให้ทีมตรวจโรงงานเข้าโซนผลิตอาหาร ขณะเข้าตรวจโรงงานกำลังผลิตไส้กรอก เจ้าหน้าที่ต้องทำตัวเป็นโคนันยอดนักสืบ เดินดูโดยรอบ สังเกตโดยละเอียด หาสิ่งไม่ชอบมาพากล เป้าหมายหลักของการตรวจโซนผลิต คือ ห้องเก็บฉลากอาหาร-บรรจุภัณฑ์ และห้องเก็บผลิตภัณฑ์ เพื่อดูว่าโรงงานนี้เป็นผู้อยู่เบื้องหลังการผลิตหมูยอเองไหม มีการสต็อกหมูยอไว้ขายส่งจริงรึเปล่า

ผลการตรวจโรงงานเราไม่เจอฉลากหมูยอสักชิ้น พวกเราเลยค่อนข้างมั่นใจว่าโรงงานนี้ไม่ได้ผลิตเอง น่าจะรับมาจากที่อื่นอีกที ผลการตรวจสอบห้องเย็นมีหมูยอในสต็อกและหน้าร้านยังมีของวางขาย ทีมเลยมีมติให้ย้ายของจากหน้าร้าน มารวมไว้ในห้องเย็น และได้ทำการอายัดหมูยอยี่ห้อที่พบซากสัตว์นี้ไว้ทั้งหมด 858 แท่ง

พอฉันถามพนักงานหน้าร้าน ว่าที่โรงงานแห่งนี้ผลิตหมูยอหรือไม่ พนักงานยืนยันว่า “ที่นี่ไม่ผลิตหมูยอ ทำแต่ไส้กรอกอย่างเดียว หมูยอรับเขามาอีกที”

“รับมาจากไหนพอจะทราบไหมคะ” เราถามต่อไป เผื่อจะได้พิกัดของสถานที่ผลิต

“ลองไปดูร้าน ... ดูนะ อยู่ถนนพระพุทธบาท หน้าปากซอยมีป้ายร้านนี้ติดอยู่” เธอตอบพร้อมวาดแผนที่ให้เจ้าหน้าที่

หลังจากตรวจเรียบร้อย ฉันได้ทำเอกสารบันทึกต่าง ๆ ให้พนักงานเซ็นรับรอง ก่อนทีมจะขอตัวกลับจากสถานประกอบการ และที่สำคัญคือ รายงานหัวหน้า ปรึกษาว่าควรทำยังไงต่อดี “พรุ่งนี้ไปหาที่ผลิตเชิญตำรวจไปลงด้วยนะ เดี๋ยวพี่รายงานเจ้านายให้”

ในวันนั้นพวกเราแยกย้ายจากหน้างานราว ๆ 1 ทุ่ม กลับบ้านด้วยความสบายใจและความลำบากใจไปพร้อม ๆ กัน แม้ฉันจะสบายใจที่อย่างน้อย ๆ ไม่ใช่โรงงานนี้ เพราะถ้าผลิตจริง หมูยอไม่เคยขอ เลข อย. แต่ก็ลำบากใจตรงที่ว่า แล้วหน้างานพรุ่งนี้จะเป็นยังไง คนทำเขาจะให้ความร่วมมือกับเราไหม ถ้าเขาผลิตเขาจะยอมรับไหม ต้องประสานตำรวจอีกแล้วหรือนี่ จะมีนักข่าวตามมาอีกไหม ... ประเด็นของนักข่าวนี่เราอยู่กับทีมด้านในโรงงาน ไม่ได้เจอกับนักข่าวที่ตามมา แต่ทีมอยู่ตรวจหน้าร้านต้องเผชิญกับความลำบากใจ ความกดดันจากนักข่าว ที่ถามนู่น นี่ นั่น เยอะแยะเต็มไปหมด

แล้วก็ถึงวันที่ต้องเข้าสถานที่ผลิตหมูยอเจ้าปัญหาที่แท้จริง ฉันรู้สึกตื่นตัวเป็นพิเศษ จำได้ว่ามาถึงที่ทำงานตั้งแต่ 7 โมงนิด ๆ มีสิ่งที่ต้องทำอีกมากมาย สิ่งที่ต้องเตรียมตัว หนังสือที่ต้องปั่น ช่วงราว ๆ 9 โมง หัวหน้าโทรมา “นักข่าวเกาะติด ตามข่าวให้พี่ด้วยนะ เดี๋ยวยังไงไปสืบดูว่าตรงไหน พาเจ้านายไปลงด้วย นักข่าวจะทำข่าว ขอสัมภาษณ์เจ้านาย พวกแกไปเตรียมความพร้อมดี ๆ นะ พี่ฝากด้วย”

ฉันถอนใจงานเข้าหนักเลยทีนี้ นักข่าวจะตามไปทำข่าว ขอสัมภาษณ์เจ้านายอีก ตอนนั้นฉันรู้สึกลนลานมาก ที่แน่ ๆ ฉันต้องไปหาสถานที่ที่ชัดเจนก่อนว่าอยู่ตรงไหน ด้วยความที่เป็นซอยเล็กเลยชวนน้องขับมอเตอร์ไซค์พาไปหาสถานที่ก่อน พี่น้อง 2 คนในวันแต่งกายชุดกีฬา หรือชุดพละของสำนักงาน พร้อมสวมเสื้อคลุมกันร้อนซ้อนมอเตอร์ไซค์คันสีชมพูไปสำรวจร้านเป้าหมาย ก่อนออกมาเพื่อน ๆ ในห้องแชวเล่น ๆ อีกว่า “ระวังตัวกันด้วยนะ” ในสถานการณ์แบบนั้น ไม่รู้ว่าจะเจออะไรบ้าง

คนที่ทำผิดเขาจะคุยกับเราด้วยดีไหม หรือว่าจะคว้าไม้มาตีหัว หรือถ้าหนักกว่านั้น เขาจะหยิบปืนมาจัดการเราไหม

พอถึงร้านเป้าหมาย ซึ่งเป็นร้านอาหาร ในเวลานั้นยังไม่เปิด กริ่งหน้าร้านก็ไม่มี พี่น้องเลยด้อม ๆ มอง ๆ หน้าร้าน จนเห็นว่ามีผู้หญิงภายในร้าน ด้วยความที่เสื้อคลุมสีขาวของเรามีปักโลโก้กระทรวงสาธารณสุข น้องผู้หญิงคนนั้นเลยเชิญเราเข้าไปในร้าน

หลังจากพูดคุยกัน น้องเขาก็ยอมรับว่า หมูยอตัวการผลิตที่ร้านอาหารนี้จริง ทางร้านได้จ้างคนงานมาผลิต แล้วส่งไปร้านส่ง ทำเฉพาะเวลามีคำสั่งซื้อ ไม่รู้ว่าจำเป็นต้องมีการ ขอ อย. เข้าใจว่าการขอ อย. ขอก็ต่อเมื่ออยากได้เท่านั้น ซึ่งในประเด็นการผลิตในลักษณะนี้ฉันต้องทำความเข้าใจกับผู้ประกอบการอย่างละเอียด โดยทางร้านรู้เรื่องข่าวหมูยอพบซากสัตว์แล้ว เมื่อดูลักษณะของการปลอมปนของซากสัตว์ในเนื้อหมูยอ น่าจะเกิดจากความตั้งใจสอดใส่ภายในพิมพ์ที่ใช้ขึ้นรูปหมูยอ เพราะถ้าสัตว์เข้าไปโดยบังเอิญซากของมันน่าจะติดตรงบริเวณขอบพิมพ์ ไม่ใช่ซ่อนตัวอยู่กลาง ๆ พร้อมกันนั้นน้องผู้หญิงเจ้าของร้านได้เล่าให้ฟังถึงข้อขัดแย้งระหว่างทางร้านกับพนักงาน ซึ่งทางร้านได้เชิญพนักงานออก หลังจากการผลิตในรอบที่พบซากสัตว์นี้เป็นรอบสุดท้ายก่อนกลับสำนักงาน ฉันได้แจ้งทางร้านว่าจะมีการเข้าตรวจอีกรอบช่วงบ่าย โดยจะมีนักข่าวเข้าทำข่าวด้วย ให้เตรียมความพร้อม

เมื่อกลับถึงสำนักงาน ฉันโทรรายงานหัวหน้าเช่นเคย ก่อนวางสายหัวหน้าตบท้ายด้วยว่า “อย่าลืมขึ้นไปบรีฟเจ้านายด้วย โชคดีนะแก”

การทำข่าวในวันนั้นผ่านพ้นไปด้วยดี มีการดำเนินการทางกฎหมายกับผู้ผลิตฐานผลิตโดยไม่ขอเลข อย. หลังจากนั้นก็ยุติการผลิตเพื่อส่งต่อร้านอื่น ฉันปิดงานได้ภายใน 3 วัน เหมือนยกภูเขาลูกใหญ่ออกจากอก ผู้เสียหายพึงพอใจในการทำงานของเจ้าหน้าที่ ผู้ผลิตมีความเข้าใจในสิ่งที่พึงระวัง ใครจะไปรู้ว่า **“หมูยอไส้อิ่งอ่าง”** จะก่อเรื่องได้ขนาดนี้



ชมรมเภสัชสาธารณสุขจังหวัดแห่งประเทศไทย

58/1 ถ.นริศร ต.ตลาดใหญ่ อ.เมืองภูเก็ต จ.ภูเก็ต 83000

เบอร์โทร : 099-560022

