

JOURNAL OF HEALTH CONSUMER PROTECTION

วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

ISSN: 3027-8554 (Online)

Vol: 5 No.2
July-December 2025
ปีที่ 5 ฉบับที่ 2
กรกฎาคม-ธันวาคม 2568

JOURNAL OF HEALTH CONSUMER PROTECTION
วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
Vol: 5 No.2 July-December 2025
ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2568

ที่ปรึกษา

เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา
นายกสภาเภสัชกรรม
นายกสมาคมเภสัชสาธารณสุขจังหวัดแห่งประเทศไทย

บรรณาธิการที่ปรึกษา

รศ.ดร.ภญ.วรรณา ศรีวิริยานุภาพ	ผู้อำนวยการวิทยาลัยคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพแห่งประเทศไทย
ผศ.ดร.ภญ.สุนทรี ท.ชัยสัมฤทธิ์โชค	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ภก.บรรเจิด เดชาศิลปชัยกุล	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	มหาวิทยาลัยสารคาม	
รศ.ดร.ภก.ภานุพงศ์ พุทธรักษ์	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	
ผศ.ดร.ภก.บุญส่ง หวังสินทวีกุล	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์	
ดร.ภก.ภควดี ศรีภิรมย์	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	
ดร.ภญ.สรียา เวชวิฐาน	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	
ดร.สาลี อินทร์เจริญ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง	
ภก.วันชัย นนทกิจไพศาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง	
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	
ภญ.รุ่งนภา กงวงษ์	โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี	
ภญ.จันทร์จรีย์ ดอกบัว	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ	
ภก.อรรถพล คนต่ำ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู	
ภญ.ฐิติพร อินศร	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ	

ผู้กลั่นกรองและประเมินบทความวิจัย (Peer review)

ภก.ประสาท ลิ่มดุลย์	ข้าราชการบำนาญ
ภก.ส่งศักดิ์ วรรณกูล	ข้าราชการบำนาญ
รศ.ดร.ภญ.ชื่นจิตร กองแก้ว	มหาวิทยาลัยนเรศวร
รศ.ดร.ทพญ.อังสนา ใจแน่น	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.ดร.ธีราพร ซาดิรา สุภาพันธุ์	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ผศ.ดร.ภญ.ณัฏฐิญา ค้าผล	มหาวิทยาลัยศิลปากร
ผศ.ดร.ภญ.นันทวรรณ กิติกรรณากรณ์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ผศ.ดร.อารี บุตรสอน	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ผศ.ดร.ภญ.ภัทรวดี ศรีคูณ	มหาวิทยาลัยบูรพา
ผศ.พีรวัฒน์ จินาทองไทย	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ดร.กล้าณรงค์ วงศ์พิทักษ์	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ดร.อนุพันธ์ สุวรรณพันธ์	มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ
ดร.ภก.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

บทบรรณาธิการ

วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพฉบับนี้ เดินทางมาถึงปีที่ 5 ฉบับที่ 2 พร้อมกับความภาคภูมิใจร่วมกันของพวกเราทุกคน จากการที่วารสารได้รับการรับรองเข้าสู่ฐานข้อมูล TCI ระดับ 2 อย่างเป็นทางการเมื่อต้นปีที่ผ่านมา ซึ่งความสำเร็จนี้ เพื่อยกระดับมาตรฐานทางวิชาการให้ดียิ่งขึ้น

สำหรับฉบับส่งท้ายปี พ.ศ. 2568 นี้ กองบรรณาธิการยังคงมุ่งมั่นนำเสนอเนื้อหาที่อัดแน่นด้วยสาระวิชาการ เพื่อทำหน้าที่เป็นเกราะกำบังทางปัญญาให้กับสังคม โดยในส่วนของบทความวิชาการ บทเรียนการทำงาน และเกร็ดกฎหมาย เราได้คัดสรรเนื้อหาที่ทันต่อเหตุการณ์ฉบับนี้เราให้ความสำคัญกับการโฆษณาและการร้องเรียน เพื่อให้ผู้อ่านไม่ถูกหลอกลวง สามารถนำไปปรับใช้ในการทำงาน นำกฎหมายที่เกี่ยวข้องไปใช้ให้เป็นประโยชน์ในชีวิตประจำวัน และเรื่องเล่าประจำฉบับ ในเล่มนี้เรายังคงนำเหตุการณ์จริงที่เคยเกิดขึ้นและติดตรึงในความทรงจำมาถ่ายทอดและดัดแปลงเพิ่มอรรถรสในการอ่านอีกเช่นเคย เพื่อให้ทุกท่านได้รับทั้งความเพลิดเพลินและแง่คิดจากการคุ้มครองผู้บริโภคในแง่มุมต่าง ๆ นอกจากนี้ยังมี บทความวิจัยคุณภาพ ที่ผ่านการกลั่นกรองทางวิชาการมาอย่างดี ซึ่งรับรองได้ว่าจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาองค์ความรู้ด้านสุขภาพอย่างแน่นอน เจตนารมย์สูงสุดของพวกเรายังคงชัดเจน คือการเป็น "สื่อกลาง" ที่ช่วยให้ท่าน "รู้เท่าทันการเอารัดเอาเปรียบรูปแบบต่าง ๆ" ที่มีความซับซ้อนมากขึ้นในปัจจุบัน กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า หากท่านติดตามวารสารอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลเหล่านี้จะช่วยสร้างภูมิคุ้มกันที่แข็งแกร่ง ให้แก่ตัวท่าน ครอบครัว และคนใกล้ชิด เพื่อสุขภาวะที่ดีและยั่งยืนสืบไป

ขอบคุณสำหรับการสนับสนุนวารสารด้วยดีเสมอมาครับ



เภสัชกรสมสุข สัมพันธ์ประทีป

บรรณาธิการ

ประธานชมรมเภสัชสาธารณสุขจังหวัดแห่งประเทศไทย

JOURNAL OF HEALTH CONSUMER PROTECTION
วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
Vol: 5 No.2 July-December 2025
ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2568

บทบรรณาธิการ (Editorial Note)

สมสุข สัมพันธ์ประทีป

บทเรียนการทำงาน (Lesson Learned)

การพัฒนาระบบการจัดการเรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ ภายใต้บริบทการกระจายอำนาจ กรณีศึกษา : ศูนย์จัดการเรื่องร้องเรียนและปราบปรามการกระทำผิดกฎหมายเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม 1 – 12
Development of a Complaint Management System for Health Products and Services under a Decentralization Context : A Case Study of Maha Sarakham Provincial Center for Complaints and Legal Enforcement on Health Products and Services
แฉล้ม รัตนพันธุ์ , อาภากร ต้นกันยา

บทความวิชาการ (Review Article)

ความเสี่ยงต่อผู้บริโภคจากการโฆษณาออนไลน์ของคลินิกความงาม: การวิเคราะห์กฎหมายสถานพยาบาลและบทบาทของการออกคำสั่งปกครอง กรณีศึกษาจังหวัดศรีสะเกษ 13 – 21
ฐิติพร อินศร, ฐิติภูมิ เพ็งชัย และ มัลลิกา สุพล

บทความวิจัย (Research Article)

การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำ: กรณีศึกษา ตำบลปากน้ำแหลมสิงห์ อำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี 22 – 40
Development of a health product safety surveillance model in grocery stores: a case study of Pak Nam Laem Sing Subdistrict, Laem Sing District, Chanthaburi Province
อารีวัล มหาธนรัตน์

การพัฒนาระบบเฝ้าระวังเพื่อลดการจำหน่ายยาไม่ปลอดภัยในร้านชำ ผ่านกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลสุคิริน จังหวัดนราธิวาส 41 – 55
Development of a surveillance system to reduce the sale of unsafe drugs in grocery stores through community participation mechanisms in Sukhirin Subdistrict, Narathiwat Province
กมลรัช คงประเสริฐ, สำราญ เจ๊ะแล

ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลข่าวสาร สร้างแรงจูงใจ และพัฒนาทักษะเพื่อป้องกันการโฆษณาที่ฝ่าฝืนกฎหมายในผู้ประกอบการสถานพยาบาลเอกชนจังหวัดหนองบัวลำภู 56 – 72
Effects of an information-motivation-behavioral skills program for prevention illegal advertisings of private sanitariums in Nong Bua Lamphu Province
อรรถพล คนต่ำ, วุฒิไกร ยศกำธร, พิชชากร บุตุธรรม

การวิเคราะห์เชิงพื้นที่และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนในจังหวัดนครศรีธรรมราช 73 – 87
Spatial analysis and temporal trends of private clinics in Nakhon Si Thammarat Province
อรรถพล ศรีสุวรรณ

JOURNAL OF HEALTH CONSUMER PROTECTION
วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
Vol: 5 No.2 July-December 2025
ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2568

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพร จังหวัดสงขลา 88 – 102
A study of factors influencing the development of herbal product manufacturing facilities in Songkhla Province
อารยา ส่องศรี

กระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสื่อวิทยุในการจัดการปัญหาโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ จังหวัดเชียงใหม่ 103 – 121
Participation of commercial network managing illegal advertisement of health care products in Chiang Mai Province
นัทธินี วัฒนวราสันติ์

การพัฒนามาตรการในการกำกับดูแลการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสมในร้านชำจังหวัดเลย 122 – 134
Development of measures for regulating the sale of inappropriate health products in grocery stores in Loei Province
สาวิตรี ทรงศิลป์

กระบวนการพัฒนามาตรฐานสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพร จังหวัดขอนแก่น ตามพระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2562 135 – 148
The development Process of Herbal Product Manufacturing Facility Standards in Khon Kaen Province according to the Herbal Product Act 2019
พรกช พิทักษ์ธรรม, วรวิทย์ อุทธา, ปราณปรียา ชำกรม, ณิชาภา คงวัฒนานนท์

การพัฒนาระบบประเมินการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง 149 – 165
Development of an evaluation system for inappropriate medication use in elderly patients with chronic kidney disease
ปรัตดา ศรีสมบัติ

การพัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านด้านยาสำหรับผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟารินที่มีค่า International Normalized Ratio (INR) ไม่อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายของโรงพยาบาลกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ 166 – 180
Development of Medication Home Visit System for warfarin patients with out-of-range international normalized ratio (INR) values at Kantharalak Hospital, Sisaket Province
ธิญญรัตน์ ประสานนิษฐ์

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างปลอดภัยในกลุ่มผู้ประกอบการร้านชำ จังหวัดสิงห์บุรี 181 – 195
The result of the program to promote safe health product sales literacy among grocery store operators in Sing Buri Province
อุสาห์ วงศ์สุกรรม

การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนตำบลบ้านตะโก อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ โดยเครือข่าย "บวร.ร." (บ้าน วัด โรงเรียน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) 196 – 211
Development of consumer protection operational guidelines for health products in Ban Ta Ko Subdistrict Community, Huai Rat District, Buri Ram Province by the network of "Baworn-R" (Home, Temple, School, Subdistrict health promoting hospital)
รัตนชัย รัตนโคตร

JOURNAL OF HEALTH CONSUMER PROTECTION
วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
Vol: 5 No.2 July-December 2025
ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2568

การพัฒนากลไกการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข กรณีแอมโมเนียรั่วไหลในสถานที่ผลิตน้ำแข็ง จังหวัดขอนแก่น 212 – 227
Development of a public health emergency management mechanism in the case of ammonia leakage in an ice factory in Khon Kaen Province
วีรยา ถาอุปชิต, ศศิธร เอื้อออนันต์, ปฏิญญา สุวรรณรัตน์, วรวิทย์ อุทธา

แนวทางการพัฒนาศักยภาพของผู้ประกอบการคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ให้ปฏิบัติตามกฎหมายพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ 228 – 238
Guidelines for potential development of nursing and midwifery clinic operators to comply with the laws of Sanatorium Act B.E. 2541 and amendments, Phetchabun Provincial Public Health Office
ชฎากร บุญสิน

ผลของการพัฒนาระบบยาโดยใช้ระบบ IPD Paperless ต่อความคลาดเคลื่อนทางยา โรงพยาบาลยโสธร 239 – 252
Effect of Medication System Development using the IPD Paperless system on Medication errors at Yasothon Hospital
รุจาภา โสมาบุตร, อรอุมา บัวเบิก, ภารดี ชานุบาล

การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังการจำหน่ายยาอันตรายในร้านค้า/ร้านชำ อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ 253 – 267
The development of a surveillance model for preventing the sale of dangerous drugs in local shops/general stores in Phra samut Chedi District, Samut Prakan Province
นุจนา ทิพย์อุดม

การศึกษาการดำเนินงานมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดสุราษฎร์ธานี 268 – 281
Implementation of drug safety standards in community hospitals in Surat Thani Province
หนึ่งฤทัย สุขาทิพย์

การใช้โปรแกรมระบบคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชน (สำรวจร้านชำ) เพื่อยกระดับร้านชำในจังหวัดลพบุรี ให้ปฏิบัติตามกฎหมาย 282 – 295
Using the consumer protection system program in the community (survey of grocery stores) to raise the level of grocery stores in Lopburi Province following the
สุทธิดา โต๊ะทอง

การพัฒนาแนวทางการกำกับดูแลคุณภาพทางโภชนาการของผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนประเภทอาหารที่ต้องแสดงฉลากโภชนาการ เพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค 296 – 314
Development of guidelines for nutritional quality control of community health food products requiring nutrition labeling for consumer protection
เพลิน จำแนกพล

เกร็ดกฎหมาย (Law Anecdote)

โฆษณาอาหารอย่างไร ให้ถูกกฎหมาย 315 – 319
ราชัน คงชุม

JOURNAL OF HEALTH CONSUMER PROTECTION
วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
Vol: 5 No.2 July-December 2025
ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2568

เรื่องเล่าชาวฟาร์ (Narrative Pharmacy)

ซื้อยาแก้ไอ ได้น้ำเชื่อม 320 - 323
รติกร ประเสริฐไทยเจริญ

เธอคือแรงบันดาลใจ 324 - 325
โศภิต สิทธิพันธ์

เปิดกระสอบปุ๋ย กับเจอน้ำแข็ง 326 - 328
สมสุข สัมพันธ์ประทีป

JOURNAL OF HEALTH CONSUMER PROTECTION
วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
Vol: 5 No.2 July-December 2025
ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2568

การพัฒนาระบบการจัดการเรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ ภายใต้บริบทการกระจายอำนาจ กรณีศึกษา : ศูนย์จัดการเรื่องร้องเรียนและปราบปรามการกระทำผิดกฎหมายเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม

Development of a Complaint Management System for Health Products and Services under a Decentralization Context : A Case Study of Maha Sarakham Provincial Center for Complaints and Legal Enforcement on Health Products and Services

แฉล้ม รัตนพันธุ์[1] , อาภากร ต้นกันยา[2]
Chalaem Rattanapan[1] , Arpakorn Tonkunya[2]

บทคัดย่อ

ปัจจุบันเรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น การพัฒนาระบบการจัดการเรื่องร้องเรียนให้มีประสิทธิภาพจึงมีความสำคัญ โครงการนี้มีวัตถุประสงค์ 1) พัฒนาระบบการจัดการเรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 2) สนับสนุนการจัดการปัญหาคุณภาพผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพแก่ภาคีเครือข่ายที่มีหน้าที่คุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพในพื้นที่ ตัวชี้วัดความสำเร็จ 1) ระบบจัดการเรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพของ สสจ.มหาสารคาม เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ดีในการจัดการเรื่องร้องเรียน (Good Compliant Handling Practice : GCHP) 2) ร้อยละอำเภอจัดตั้งศูนย์จัดการเรื่องร้องเรียนและปราบปรามการกระทำผิดกฎหมายเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ (ศรป.อำเภอ) 3) มีฐานข้อมูลการจัดการเรื่องร้องเรียน มีการแลกเปลี่ยนการแก้ไขป้องกันปัญหาระหว่าง ศรป.มค, ศรป.อำเภอ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พื้นที่ดำเนินงานจังหวัดมหาสารคาม ระยะเวลาดำเนินการ ตุลาคม 2567- กันยายน 2568 ผลการดำเนินการ 1) ระบบจัดการเรื่องร้องเรียนของ ศรป.มค ผ่านตามเกณฑ์ GCHP ทุกองค์ประกอบ 2) อำเภอมีการจัดตั้ง ศรป. ณ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 13 แห่ง (ร้อยละ 100) 3) มีระบบข้อมูลการจัดการเรื่องร้องเรียน “ปูแป้ง project” แสดงข้อมูล Dashboard แบบ real time สามารถติดตามสถานะเรื่องร้องเรียนได้ มีการประชุมแลกเปลี่ยนการดำเนินงานระหว่างจังหวัด อำเภอและ อปท. ทุกอำเภอมีความร่วมมือลดปัญหา เช่น การเฝ้าระวังการจำหน่ายเครื่องสำอางผิดกฎหมายในตลาดนัด สรุปผลและข้อเสนอแนะการจัดตั้งศูนย์จัดการเรื่องร้องเรียนและปราบปรามการกระทำผิดกฎหมายเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม มีการขยายความร่วมมือไปถึงระดับอำเภอ อย่างไรก็ดีควรมีการวิเคราะห์ ส่งต่อข้อมูล พร้อมทั้งติดตามปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ เพื่อดำเนินงานส่งเสริมป้องกันที่เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้บริโภค

คำสำคัญ: การจัดการเรื่องร้องเรียน, หลักเกณฑ์และวิธีการที่ดีในการจัดการเรื่องร้องเรียน (GCHP), การกระจายอำนาจ

---

[1] เภสัชกรชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
[1] Pharmacist, Senior Professional Level. Division of Consumer Protection and Public Health Pharmacy, Maha Sarakham Public Health Office. E-mail : lapasanoi@gmail.com
[2] เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
[2] Pharmacist, Professional Level. Division of Consumer Protection and Public Health Pharmacy, Maha Sarakham Public Health Office. E-mail : apanut13@gmail.com

Abstract

At present, complaints related to health products and services have shown an increasing trend, highlighting the importance of developing an effective complaint management system. This project aimed to: (1) develop a complaint management system for health products and services at the Maha Sarakham Provincial Public Health Office, and (2) strengthen the management of quality-related problems in health products and services through collaboration with local consumer protection networks. Key performance indicators included: (1) adherence to Good Complaint Handling Practice (GCHP); (2) the establishment of district-level Complaint and Legal Enforcement Centers; and (3) the development of an integrated complaint management database enabling cross-sectoral data sharing among provincial authorities, district health offices, and local administrative organizations. The project was conducted in Maha Sarakham Province between October 2024 and September 2025. The results indicated that: (1) the provincial complaint management system fully met all GCHP criteria; (2) district-level centers were successfully established in all 13 districts, achieving 100% coverage; and (3) an integrated complaint management information system, known as the "Pu-Paeng Project," was developed. This system provides real-time dashboard monitoring, enables complaint status tracking, and supports regular intersectoral meetings among provincial, district, and local administrative organizations. These collaborative actions contributed to problem reduction, such as coordinated surveillance of illegal cosmetic distribution in community markets. Conclusion and Recommendations: The establishment of the Maha Sarakham Provincial Complaint and Legal Enforcement Center effectively expanded collaborative mechanisms to the district level. However, ongoing data analysis, systematic information referral, and continuous monitoring of operational barriers are essential to sustain system effectiveness and ensure maximum benefits for health consumers.

Keywords: Complaint management; Good Complaint Handling Practice (GCHP); Decentralized governance

บทนำ

การคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพในปัจจุบัน ผู้บริโภคจำนวนมากประสบความเสียหายจากผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมายหรือการรักษาพยาบาลที่ไม่ได้มาตรฐาน ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ คุณภาพชีวิตและความเชื่อมั่นในระบบสาธารณสุขของประเทศ สถิติข้อมูลกรณีเรื่องร้องเรียนของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ 3 ปีที่ผ่านมา พ.ศ. 2566 – 2568 พบว่าจำนวนเรื่องร้องเรียนที่มีผลกระทบต่อสุขภาพมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ร้อยละ 1.8 , 2.39 และ 3.53 เรื่องร้องเรียนรวมจำนวนแต่ละประเภท 10 ลำดับแรกเป็นการโฆษณาโอ้อวดเกินจริงที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ร้อยละ 42.17, 65.85 และ 80.35 จากเรื่องร้องเรียนจำนวน 4,107 เรื่อง 3,433 เรื่อง และ 3,317 เรื่อง ตามลำดับ ทั้งนี้ข้อมูลผลการดำเนินคดีของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 รายงานจำนวนคดีผลิตภัณฑ์สุขภาพที่สามารถเปรียบเทียบปรับได้ 2,339 คดี ร้องทุกข์ 1,606 คดี รวม 3,945 คดี มีการเปรียบเทียบคดีโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ 1,019 คดี (ร้อยละ 43.57)[1] จำนวนคดีมากกว่าสองในสามเป็นความผิดเกี่ยวกับการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมาย หรือโอ้อวดเกินจริง ผู้กระทำผิดส่วนใหญ่กระจายอยู่ในภูมิภาค สถานการณ์ในจังหวัดมหาสารคาม ในปี พ.ศ. 2565 – 2567 พบว่า มีเรื่องร้องเรียนทั้งสิ้น 24 เรื่อง แบ่งตามพระราชบัญญัติมากที่สุด 3 ลำดับแรก ดังนี้ พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และแก้ไขเพิ่มเติม 13 เรื่อง, พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 8 เรื่อง และ พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 3 เรื่อง[2]

การจัดการเรื่องร้องเรียนให้ผู้บริโภคได้รับความเป็นธรรม ปลอดภัย ไม่ถูกเอารัดเอาเปรียบตามสิทธิผู้บริโภคนั้น เป็นการดำเนินงานด้วยการใช้อำนาจทางกฎหมายตามพระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้อง สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบควบคุมคุณภาพและมาตรฐานผลิตภัณฑ์สุขภาพ อาทิเช่น อาหาร ยา เครื่องสำอาง วัตถุอันตราย ได้ดำเนินการกระจายอำนาจ/มอบอำนาจแก่ระดับจังหวัดและอำเภอมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2534 [3] โดยการแต่งตั้งบุคลากรสาธารณสุขส่วนภูมิภาคเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ตาม พรบ. ที่อย.รับผิดชอบ ทำให้ลดภาระงานบางส่วนของส่วนกลาง เพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน ผู้ประกอบการมีความสะดวก ประชาชนได้รับการคุ้มครองมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ กฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2567 ฉบับปัจจุบันมีการปรับโครงสร้างและอำนาจหน้าที่ของหน่วยงาน เน้นบริการเชิงรุกในภาวะวิกฤต บูรณาการงานสาธารณสุขและการพัฒนาระบบดิจิทัล กำหนดอำนาจหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสาธารณสุขอำเภอ ให้สนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุขให้มีการปฏิบัติงานเป็นไปตามกฎหมาย มีการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ และมีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ[4] ทั้งนี้ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 และพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ได้กำหนดให้ราชการส่วนกลางโอนภารกิจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ดำเนินการแทนในเขตพื้นที่ของตน และถ่ายโอนภารกิจ โดยมีขอบเขตการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากำหนดกรอบภารกิจให้แก่ อปท. 4 ภารกิจ ประกอบด้วย 1) การผลิตสื่อและหรือเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ 2) การเสริมสร้างศักยภาพผู้บริโภคด้านความรู้และเรียกร้องสิทธิอันชอบธรรม

3) การสร้างและขยายเรือข่ายการมีส่วนร่วมในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขของผู้บริโภคในท้องถิ่น 4) การตรวจสอบติดตามคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในสถานที่จำหน่ายตามที่ระบุใน พรบ. แต่ละประเภท[5] การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ของ ณธิป วิมุตติโกศล และคณะปี พ.ศ. 2562[6] พบว่า นโยบายของผู้บริหารในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและการมีส่วนงานที่รับผิดชอบการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพมีความสำคัญกับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

การจัดการเรื่องร้องเรียนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามที่ผ่านมา เมื่อได้รับเรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ เจ้าหน้าที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข จะดำเนินการสอบข้อเท็จจริงและแก้ไขในลักษณะเฉพาะกิจเป็นรายกรณี ไม่มีโครงสร้างหรือกระบวนการมาตรฐานในการจัดการปัญหาที่พบคือผู้บริโภคส่วนหนึ่งไม่ทราบช่องทางการร้องเรียนหรือไม่มั่นใจว่าการร้องเรียนของตนจะได้รับการแก้ไขอย่างไร ประกอบกับเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ (ระดับอำเภอหรือตำบล) ยังไม่มีบทบาทชัดเจน ในการรับหรือคัดกรองเรื่องร้องเรียน ทำให้ภาระตกอยู่ที่ระดับจังหวัดเป็นส่วนใหญ่ ไม่มีศูนย์ประสานงานเฉพาะด้านทำให้การตอบสนองต่อปัญหาล่าช้า ขาดการติดตามผล และข้อมูลการร้องเรียนที่กระจัดกระจายไม่ถูกนำมาวิเคราะห์เพื่อแก้ไขและป้องกันความเสี่ยงเชิงระบบ สถานการณ์ดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการเสริมสร้างระบบจัดการเรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพในระดับจังหวัดให้มีประสิทธิภาพทันต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

จากความสำคัญของพัฒนาระบบการจัดการเรื่องร้องเรียนดังกล่าว ภายใต้บริบทการกระจายอำนาจที่ราชการส่วนภูมิภาคและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีอำนาจตามกฎหมายในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น รวมถึงสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการที่ดีในการจัดการเรื่องร้องเรียน (Good Complaint Handling Practice : GCHP)[7] เป็นแนวปฏิบัติสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเรื่องร้องเรียนให้มีประสิทธิภาพและเป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งประเทศ ภายในปี พ.ศ. 2569 กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม จึงได้ดำเนินการยกระดับการจัดการเรื่องเรียนด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพอย่างเป็นระบบในปี พ.ศ. 2568 โดยใช้แนวคิดมาตรฐาน GCHP[8] ร่วมกับการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ระดับอำเภอที่มีโครงสร้างชัดเจน ในรูปแบบคณะกรรมการผู้รับผิดชอบศูนย์รับเรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับจังหวัดและระดับอำเภอ มุ่งพัฒนากระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนอย่างครบวงจรด้วยเทคโนโลยี ตั้งแต่การรับแจ้งเรื่อง การตรวจสอบข้อเท็จจริง การดำเนินการทางกฎหมาย การติดตามและสะท้อนผลดำเนินงานแก่ผู้เกี่ยวข้อง

วัตถุประสงค์

1. พัฒนาระบบการจัดการเรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข
2. ส่งเสริมสนับสนุนการจัดการปัญหาคุณภาพผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพแก่ภาคีเครือข่ายที่มีอำนาจหน้าที่คุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพในพื้นที่

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. ระบบจัดการเรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค ฯ ผ่านตามเกณฑ์มาตรฐานประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่องหลักเกณฑ์และวิธีการที่ดีในการจัดการเรื่องร้องเรียน (Good Compliant Handling Practice : GCHP)

2. ร้อยละอำเภอมีการจัดตั้งศูนย์จัดการเรื่องร้องเรียนและปราบปรามการกระทำผิดกฎหมายเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ (ศรป. อำเภอ)

3. มีระบบฐานข้อมูลการจัดการเรื่องร้องเรียน และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานระหว่าง ศรป. มค, ศรป.อำเภอ และ อปท. ในการแก้ไขป้องกันปัญหาคุณภาพผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพผิดกฎหมาย

การดำเนินงานและผลการพัฒนา

1. กำหนดแนวทางการพัฒนา วิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อน (SWOT analysis) ระบบจัดการเรื่องร้องเรียนของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ สสจ.มหาสารคาม ได้แนวทางหลัก/กลวิธีการพัฒนางานตามมาตรฐาน GCHP จากการวิเคราะห์ ดังนี้

1.1 ใช้จุดแข็งและโอกาส (SO) : จัดตั้งศูนย์จัดการเรื่องร้องเรียน ครบทุกอำเภอ (13 ศูนย์) และยกระดับศูนย์ ศรป.มค. ให้เป็นต้นแบบระดับจังหวัด/มีการสร้างและใช้ Dashboard “ปูแป้ง Project” ให้ครบขั้นตอน (รับเรื่อง-สอบข้อเท็จจริง-ยุติเรื่อง)

1.2 ใช้จุดแข็งรับมือจากความเสี่ยงภายนอก (ST) : จัดทำและใช้คู่มือปฏิบัติเดียวกันทั้งจังหวัด

1.3 ปิดจุดอ่อนภายในโดยใช้โอกาสภายนอก (WO) : อบรมความรู้ด้านกฎหมายแก่เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบศูนย์ศรป.ทุกระดับ ประชุมติดตามแลกเปลี่ยนผลการดำเนินงานกับเจ้าหน้าที่ภาคีเครือข่ายอย่างสม่ำเสมอ

1.4 ลดจุดอ่อนลดความเสี่ยง (WT) : พัฒนาระบบลงทะเบียนตรวจสอบข้อเท็จจริงออนไลน์ / สื่อสารความเสี่ยงเพื่อเพิ่ม compliance ผู้ประกอบการ

2 ดำเนินการพัฒนาตามแนวทางหลัก

2.1 จัดตั้งศูนย์รับเรื่องร้องเรียนระดับจังหวัดและระดับอำเภอ ตามคำสั่งจัดตั้งศูนย์จัดการเรื่องร้องเรียนและปราบปรามการกระทำผิดกฎหมายเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ คณะทำงานมีส่วนร่วมจากหน่วยงานสาธารณสุของค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและส่วนราชการอื่นตามบริบทของพื้นที่ มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน มีการจัดสถานที่และเตรียมความพร้อมด้านบุคลากร มีการสนับสนุนงบประมาณจากเงินรายได้ส่วนราชการ (ม.44)

2.2 พัฒนาช่องทางการรับเรื่องร้องเรียน จัดให้มีช่องทางรับเรื่องร้องเรียนที่หลากหลาย เช่น ณ สถานที่ตั้งศูนย์ศรป (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ), โทรศัพท์, Line official, อีเมล, เว็บไซต์ และประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบ

2.3 จัดทำเอกสารและคู่มือการปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่ : แบบฟอร์มรับเรื่องร้องเรียนเป็นไปตามมาตรฐาน สร้างชุด Q & A เป็นแนวทางสำหรับตอบข้อซักถามเบื้องต้น สนับสนุนการบริการที่สะดวกรวดเร็ว

2.4 พัฒนาระบบฐานข้อมูล “ปูแป้ง Project ” สำหรับการบันทึก จัดเก็บและแสดงผลการจัดการบนเว็บไซต์ที่เป็นปัจจุบันเจ้าหน้าที่และผู้ร้องเรียนติดตามสถานะการจัดการตามสิทธิการเข้าถึงได้แบบ real-time

2.5 อบรมและพัฒนาศักยภาพบุคลกรทั้งระดับจังหวัดและระดับอำเภอ สร้างความเข้าใจในกระบวนการการจัดการเรื่องร้องเรียนตามมาตรฐาน GCHP จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเพิ่มความรู้ด้านกฎหมาย การใช้ระบบและเครื่องมือต่าง ๆ ในการเพิ่มทักษะการจัดการเรื่องร้องเรียน

2.6 ติดตามกำกับประเมินผลงาน (M & E) แลกเปลี่ยนเรียนรู้ (KM) ระหว่างศูนย์ ศรป.จังหวัด, ศรป.อำเภอ และ อปท. เพื่อส่งต่อข้อมูล ร่วมกันแก้ไขปัญหาและสนับสนุนการป้องกันปัญหาในเชิงรุก

3 ผลการพัฒนา ตามตัวชี้วัดความสำเร็จ

3.1 ระบบจัดการเรื่องร้องเรียนของศูนย์ ศรป.มค เป็นไปตามมาตรฐาน GCHP ทั้ง 10 องค์ประกอบ *องค์ประกอบที่ 1 สถานที่รับเรื่องร้องเรียน* : มีสถานที่ เคาเตอร์เฉพาะในการให้บริการประชาชนที่ต้องการร้องเรียนปัญหาผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ ณ ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนและปราบปรามกระทำผิดกฎหมายเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (ศรป.มค) ทุกแห่ง *องค์ประกอบที่ 2 ช่องทางการรับเรื่องร้องเรียน* : มีช่องทางรับเรื่องร้องเรียนที่ประชาชนเข้าถึงได้สะดวก 5 ช่องทาง และประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบ ได้แก่ (1) ยื่นเรื่องด้วยตนเอง (สสจ./สสอ.) (2) โทรศัพท์ (3) ไลน์ (LINE Official Account) (4) เฟซบุ๊ก (5) อีเมล หรือจดหมายทางการ *องค์ประกอบที่ 3 บุคลากร* : มีคำสั่งผู้รับผิดชอบและหน้าที่จัดการเรื่องร้องเรียนโดยแบ่งบทบาทหน้าที่ 3 กลุ่มภารกิจ คือ ภารกิจบริหาร ได้แก่ เภสัชกรเชี่ยวชาญและหัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ ภารกิจการควบคุมกำกับผลิตภัณฑ์สุขภาพหลังออกสู่ตลาด ได้แก่ เภสัชกรผู้รับผิดชอบงานควบคุมกำกับมาตรฐานผลิตภัณฑ์หลังออกสู่ตลาด และ ภารกิจรับเรื่องร้องเรียนที่ ได้แก่ เจ้าหน้าที่ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ (One Stop Service : OSSC) *องค์ประกอบที่ 4 การจัดเก็บข้อมูล และการเก็บรักษาความปลอดภัยของข้อมูล* : มีการจัดเก็บข้อมูลการรับเรื่องร้องเรียน พร้อมสถานะการจัดการที่สามารถติดตามการดำเนินการได้ เพื่อความปลอดภัยของข้อมูล เฉพาะหัวหน้างานและเภสัชกรควบคุมกำกับผลิตภัณฑ์สุขภาพหลังออกสู่ตลาดที่เป็นผู้จัดเก็บเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงได้ *องค์ประกอบที่ 5 ชุดคำถามหรือชุดความรู้ Q&A เกี่ยวกับเรื่องร้องเรียน* : มีชุดคำถามและชุดความรู้ เพื่อให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและพนักงานเจ้าหน้าที่ใช้ในการปฏิบัติงาน ตอบคำถามผู้ร้องเรียนได้สะดวกและรวดเร็ว ทั้งในรูปแบบเอกสารและไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ 1.ชุดข้อมูลต่าง ๆ ที่จำเป็นต้องใช้ในการจัดการเรื่องร้องเรียนของเจ้าหน้าที่ (Q&A) แสดงบนเว็บไซต์ สสจ.มหาสารคาม 2. ชุดความรู้ด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเรื่องร้องเรียนที่พบบ่อย *องค์ประกอบที่ 6 คู่มือขั้นตอน หรือวิธีการปฏิบัติงาน* : มีคู่มือปฏิบัติงานของศูนย์ฯระดับจังหวัดและระดับอำเภอเป็นกรอบและแนวทางในการปฏิบัติงานด้านการรับเรื่องราวร้องเรียนร้องทุกข์ *องค์ประกอบที่ 7 แบบฟอร์มที่ใช้ในการรับเรื่อง* : มีแบบฟอร์มรับเรื่องร้องเรียน เพื่อให้ข้อมูลที่บันทึกมีความครบถ้วน สามารถส่งต่อให้พนักงานเจ้าหน้าที่นำไปดำเนินการจัดการเรื่องร้องเรียน ข้อมูลจำเป็นเบื้องต้นมีความครบถ้วนสำหรับการส่งต่อสืบสวนรวบรวมพยานหลักฐาน นอกจากนี้ยังได้ทบทวนปรับปรุงแบบรับเรื่องร้องเรียนเป็นระยะเพื่อให้เหมาะสมกับการใช้งาน *องค์ประกอบที่ 8 การแจ้งสิทธิ* : มีแบบฟอร์มร้องเรียนพร้อมทั้งแนบคำร้องกรณีผู้แจ้งความนำจับประสงค์จะขอรับเงินแจ้งความนำจับทั้งในรูปแบบกระดาษและออนไลน์ Line Official @418rxsrj *องค์ประกอบที่ 9 การจัดการข้อร้องเรียน* :

มีขั้นตอนการจัดการเรื่องร้องเรียน กำหนดแล้วเสร็จภายในเวลาที่กำหนดตามมาตรฐาน พร้อมทั้งแจ้งผลดำเนินการแก่ผู้ร้องทราบ กรณีเรื่องร้องเรียนไม่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ มีการแจ้งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและติดตามผลแจ้งต่อผู้ร้อง *องค์ประกอบที่ 10 การติดตามสถานะและแจ้งผลการดำเนินการให้ผู้ร้องเรียนทราบ* : มีระบบการติดตามสถานะและแจ้งผลการดำเนินงานแก่ผู้ร้องเรียน โดยการสแกน Qr Code และ log in ผ่านช่องทางไลน์ ทำให้ผู้ร้องเรียนติดตามและทราบสถานะว่าศูนย์จัดการเรื่องร้องเรียนฯ ดำเนินการถึงขั้นตอนใด

ตัวอย่างความสำเร็จ : กรณีการจัดการเรื่องร้องเรียนสถานพยาบาลเปิดให้บริการโดยไม่ได้รับอนุญาต ร้องเรียนผ่านช่องทาง Line Official เมื่อวันที่ 11 เมษายน 2568 ขอให้ตรวจสอบการให้บริการทำฟันปลอมนอกสถานที่ มีการโฆษณาทาง Facebook อาจเป็นการให้บริการโดยไม่ได้รับอนุญาต *การดำเนินการ* เจ้าหน้าที่รับเรื่องและบันทึกข้อมูลบน Google Form ตรวจสอบฐานข้อมูลพบว่าไม่มีใบอนุญาตประกอบกิจการประสานกับสถานีตำรวจภูธร ตรวจสอบข้อเท็จจริงและดำเนินการเข้าจับกุมผู้กระทำผิดตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และพระราชบัญญัติวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ. 2537 เมื่อวันที่ 23 มิถุนายน 2568 พร้อมทั้งแจ้งผลการจัดการแก่ผู้ร้องเรียน การปฏิบัติตามแนวทางมาตรฐานของศูนย์ครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของระบบที่สามารถรับเรื่องตรวจสอบ ประสานงานและดำเนินการได้อย่างรวดเร็ว ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 แผนผังขั้นตอนการจัดการเรื่องร้องเรียน

3.2 อำเภอมีการจัดตั้งศูนย์จัดการเรื่องร้องเรียนและปราบปรามการกระทำผิดกฎหมายเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ (ศรป.อำเภอ) ที่ตั้งศูนย์ ณ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง (13 อำเภอ) โดยการออกคำสั่งอำเภอหรือคำสั่งสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ กำหนดผู้รับผิดชอบดำเนินงานจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ เช่น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล ปกครอง ท้องถิ่น ตามบริบทของพื้นที่ นอกจากจะมีหน้าที่จัดการเรื่องร้องเรียนแล้ว คณะกรรมการที่มีตัวแทนจากหลายภาคส่วน ยังมีบทบาทในการเฝ้าระวัง

ความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพในเขตพื้นที่รับผิดชอบของแต่ละอำเภอ โดยการวิเคราะห์ข้อมูลจากปัญหาที่ได้รับจากเรื่องร้องเรียนไปบูรณาการงานเชิงรุก ร่วมกับคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ เช่น คณะกรรมการตระหนักรู้สถานการณ์และคณะกรรมการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพ (SAT Team) คณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อดำเนินการป้องกันและปราบปรามการกระทำผิดกฎหมายที่เป็นเป้าหมายของศูนย์ฯ ต่อไป ดังรูปที่ 2



รูปที่ 2 การจัดตั้งศูนย์รับเรื่องร้องเรียนและปราบปรามการกระทำผิดกฎหมายเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับจังหวัดและระดับอำเภอ วันที่ 8 เมษายน 2568

3.3 มีระบบฐานข้อมูลการจัดการเรื่องร้องเรียนและมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานระหว่าง ศรป.มค, ศรป.อำเภอและ อปท. ในการแก้ไขป้องกันปัญหาคุณภาพผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพผิดกฎหมาย

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ ได้พัฒนาและใช้เทคโนโลยีเพิ่มประสิทธิภาพระบบรับเรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพด้วย Looker studio ภายใต้ชื่อ “ปูแป้ง project” ซึ่งเป็นนวัตกรรมกระบวนการมีขั้นตอน ดังนี้

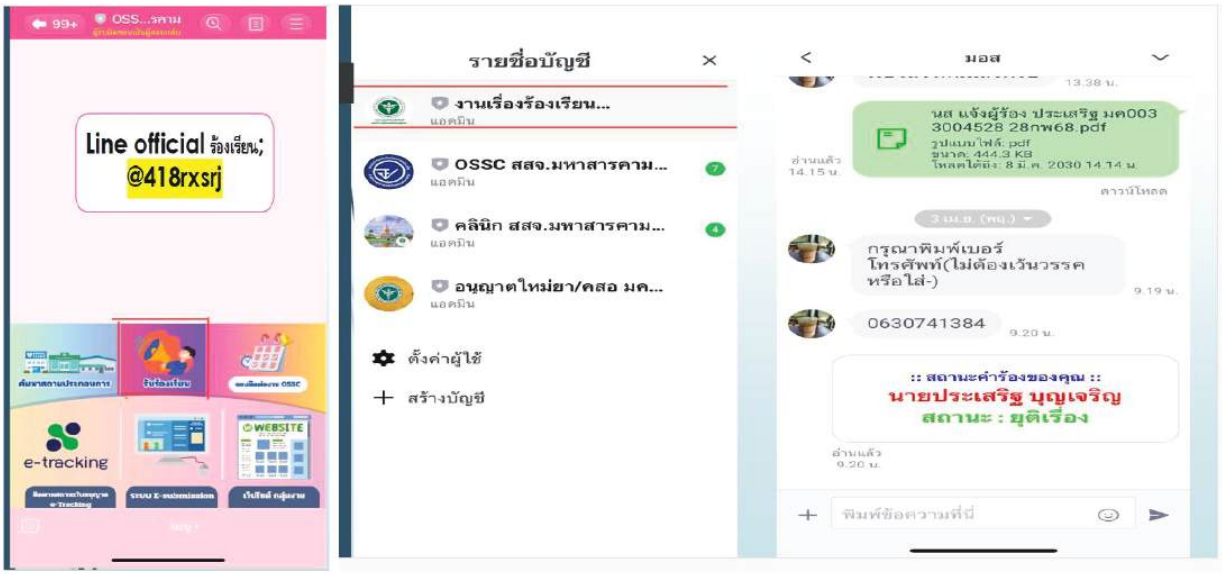
3.3.1 ผู้ร้องเรียน แจ้งความร้องทุกข์ผ่านช่องทาง Line Official @418rxsrj ซึ่งสามารถกรอกข้อความรายละเอียดคำร้องด้วยตนเองด้วยแบบฟอร์มออนไลน์ แบบฟอร์มนี้ ผู้ร้องเรียนสามารถแสกน Qr Code เพื่อติดตามสถานะด้วยเบอร์โทรศัพท์ ดังรูปที่ 3

3.3.2 พนักงานเจ้าหน้าที่/เจ้าหน้าที่รับเรื่องลงเลขรับกรณีเป็นเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์หรือบริการสุขภาพ บน google sheet เปลี่ยนสถานะคำร้องเป็น “รับเรื่อง”

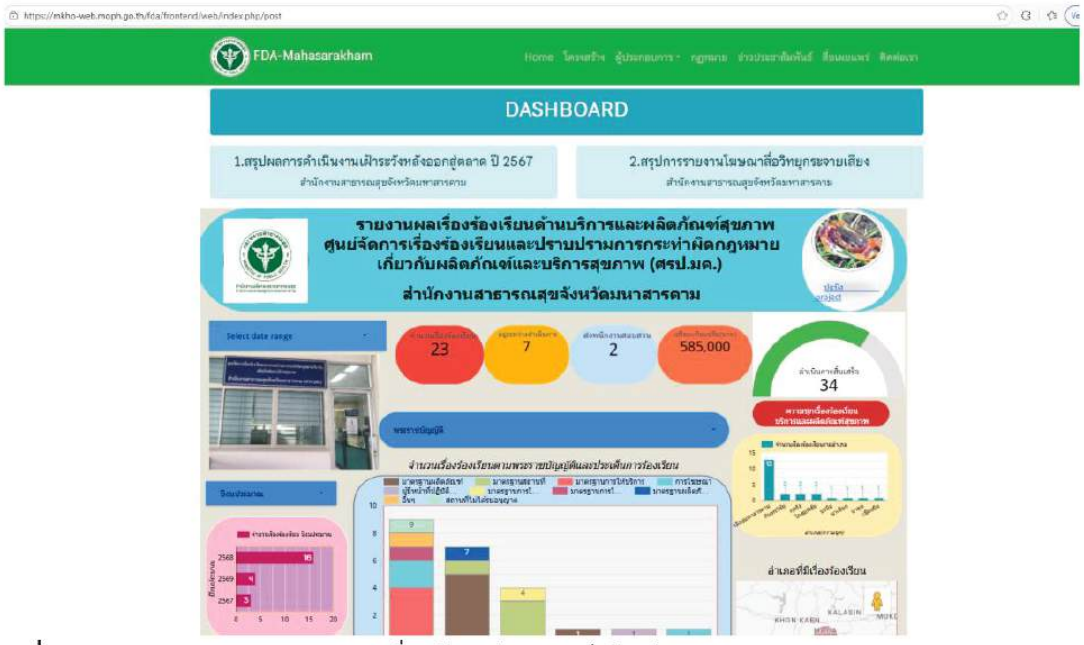
3.3.3 เจ้าหน้าที่ส่งเรื่องให้พนักงานเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบตามพระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้อง เปลี่ยนสถานะคำร้องเป็น “อยู่ระหว่างดำเนินการ”

3.3.4 เมื่อตรวจสอบข้อเท็จจริง ดำเนินการตามขั้นตอน รายงานผู้บังคับบัญชาสิ้นเสร็จ และแจ้งผู้ร้องทราบผลดำเนินการ เปลี่ยนสถานะเป็น “ยุติเรื่อง”

ระบบนี้แสดงข้อมูลเป็น Dashboard ผลการจัดการเรื่องร้องเรียนแบบ real-time บนเว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม https://mkho-web.moph.go.th/fda/frontend/web/index.php/post ดังรูปที่ 4



รูปที่ 3 ระบบรับเรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ “ปูแป้ง project”



รูปที่ 4 Dashboard ผลการจัดการเรื่องร้องเรียนบนเว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

มีการสนับสนุนภาคีเครือข่ายที่มีอำนาจหน้าที่คุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ เพื่อประโยชน์ในป้องกันปัญหาแก่ผู้บริโภคในเชิงรุก โดยการประชุมความร่วมมือ ระหว่างศูนย์ ศรป.จังหวัด, ศรป.อำเภอและ อปท. เพื่อรับทราบสถานการณ์เรื่องร้องเรียนและจัดการปัญหาร่วมกันทุกอำเภอ อปท. ได้เสนอความต้องการการสนับสนุนการแก้ไขปัญหาจากศูนย์ ศรป.จังหวัด และ ศรป.อำเภอ โดยเฉพาะด้านที่ 4 ที่ได้รับมอบอำนาจจาก อย.คือ การตรวจสอบ ควบคุมกำกับ ผลิตภัณฑ์อาหาร ยา เครื่องมือแพทย์ เครื่องสำอางและวัตถุอันตรายที่ใช้ในบ้านเรือน ปัญหาที่พบมากคือการจำหน่ายเครื่องสำอางตามตลาดนัด ร้านค้า ร้านชำขายส่งที่ผิดกฎหมาย ไม่มีการแสดงฉลาก ไม่มีฉลากภาษาไทย คณะกรรมการได้วิเคราะห์ปัญหา กำหนดแนวทางและดำเนินการแก้ไขร่วมกัน พร้อมทั้งกำหนดประเด็นแนวทางความร่วมมือแก้ไขปัญหาผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพอื่นในปีต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของ ณธิป วิมุตติโกศล [6] ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการกระจายอำนาจให้แก่ อปท.ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา พ.ศ. 2562 พบว่า อปท. ดำเนินการภารกิจที่ 4 ตามบทบาทพนักงานเจ้าหน้าที่ ได้น้อย เนื่องจากขาดความรู้และทักษะ พร้อมข้อเสนอแนะให้มีการพัฒนารูปแบบการติดตามการปฏิบัติงานของ อปท. ดังนั้นการร่วมกันทำงานคุ้มครองผู้บริโภคในรูปแบบที่พัฒนาครั้งนี้ถือเป็นรูปแบบหนึ่งของติดตามการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ เป็นโอกาสในการสนับสนุน เสริมสร้างศักยภาพพนักงานเจ้าหน้าที่ของ อปท. ตามที่ อย. มอบอำนาจและพัฒนาความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้อย่างยั่งยืน ดังรูปที่ 5



รูปที่ 5 การประชุมติดตามแลกเปลี่ยนการทำงานระหว่างเจ้าหน้าที่ ศรป.มค และ ศรป.อำเภอ ร่วมกับ อปท. อำเภอบรบือ และ อำเภอเชียงยืน

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. ผู้บริหารทุกระดับมีนโยบายยกระดับการดำเนินการควบคุมกำกับมาตรฐานผลิตภัณฑ์สุขภาพหลังออกสู่ตลาด เพื่อลดความเสี่ยงของผู้บริโภคจากผลิตภัณฑ์หรือบริการสุขภาพที่ผิดกฎหมาย

2. ผู้บริหารระดับจังหวัดให้ความสำคัญกับบทบาทของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โดยเฉพาะงานที่ใช้อำนาจตามกฎหมาย เช่น การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค หลังจากการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นงานที่ถูกกำหนดให้ทำเพิ่มมากขึ้น

3. ความร่วมมือดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ระดับอำเภอ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ เช่น ปกครอง ท้องถิ่น ตำรวจ อสม. การคืนข้อมูลการดำเนินงานของศูนย์ฯ แก่คณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง เช่น คณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคระดับอำเภอ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ) อย่างสม่ำเสมอ

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

การพัฒนาระบบการจัดการเรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพตามมาตรฐาน GCHP กรณีศึกษาศูนย์จัดการเรื่องร้องเรียนและปราบปรามการกระทำผิดกฎหมายเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ จังหวัดมหาสารคาม (ศรป.มค) นี้มีความสำคัญเชิงนโยบายเนื่องจากผลลัพธ์ที่ได้สามารถใช้เป็นต้นแบบ (model) ในการพัฒนาระบบจัดการเรื่องร้องเรียนของจังหวัดมหาสารคามอย่างยั่งยืน และอาจขยายผลไปยังจังหวัดอื่น ๆ ที่มีบริบทคล้ายกันได้ในอนาคต สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการคุ้มครองผู้บริโภคเป็นไปตามมาตรการของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพและสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาที่มุ่งยกระดับการดำเนินงานด้านควบคุมมาตรฐานผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพหลังออกสู่ตลาด การป้องกันและปราบปรามการกระทำผิดกฎหมายเพื่อลดความเสี่ยงของผู้บริโภค ซึ่งเน้นการบูรณาการระหว่างส่วนกลางกับพื้นที่ การจัดตั้งศูนย์จัดการเรื่องร้องเรียนและปราบปรามการกระทำผิดกฎหมายเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับจังหวัดมหาสารคามที่ได้มีการขยายความร่วมมือไปถึงระดับอำเภอครั้งนี้ มุ่งเสริมสร้างความร่วมมือในการเฝ้าระวังการตอบสนองและป้องกันภัยคุกคามสุขภาพประชาชนของหน่วยงานที่มีหน้าที่คุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพที่ใกล้ชิดกับชุมชน ให้สามารถทำหน้าที่ได้อย่างรวดเร็วมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามการยกระดับการจัดการเรื่องร้องเรียนให้เกิดประโยชน์อย่างยั่งยืน ควรมีการวิเคราะห์ ส่งต่อข้อมูลแก่เครือข่ายที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งติดตามแลกเปลี่ยน

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ เพื่อใช้ข้อมูลในการป้องกันปัญหาหรือใช้จัดการปัญหาในเชิงรุก อันจะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้บริโภคต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

โครงการนี้สำเร็จลุล่วงด้วยการได้รับคำแนะนำจากบุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ภญ.ฐิติพร อินศร ภก.ฐิติภูมิ เพ็งชัย และ ภญ.มัลลิกา สุพล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ จากผลงานวิชาการเรื่องการพัฒนารูปแบบการจัดการความเสี่ยงและเรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพจังหวัดศรีษะเกษ, ศูนย์จัดการเรื่องร้องเรียนและปราบปรามการกระทำผิดกฎหมายที่เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ (ศรป.) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, ศูนย์ดำรงธรรมจังหวัดมหาสารคาม, องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม ที่ให้การสนับสนุนข้อมูล แนวคิดที่เป็นประโยชน์เพื่อการพัฒนาการจัดการเรื่องร้องเรียน ผู้รับผิดชอบโครงการขอขอบพระคุณไว้เป็นอย่างสูง ณ ที่นี้

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์จัดการเรื่องร้องเรียนและปราบปรามการกระทำผิดกฎหมายเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ (ศรป.). สถิติปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้น 3 มกราคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.innovative.fda.moph.go.th/all-service/category/getting-service-at-ossc/
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. รายงานสถิติร้องเรียนและการดำเนินคดี งานควบคุมกำกับติดตามหลังออกสู่ตลาด กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข. [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [สืบค้น 3 มกราคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: http://203.157.185.78/fda/frontend/web/index.php/post
3. สุจริต ศรีประพันธ์, อำพล จินดาวัฒนะ และคณะ (2537). การวิจัยประเมินผลโครงการกระจายอำนาจของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข. ปีที่ 2 ฉบับที่ 3 , 192 – 198.
4. กระทรวงสาธารณสุข. กฎกระทรวง แบ่งส่วนราชการสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2567. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 141 ตอนที่ 12 ก (17 มีนาคม 2567).
5. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข. (2563) คู่มือการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ (อาหารและเครื่องสำอาง) สำหรับพนักงานเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีนาคม 2563.
6. ณธิป วิมุตติโกศล, ทวีศักดิ์ ไพรสุวรรณ เพียรพันธุ์ พิระภิญโญ, อุษณีย์ ทองใบ. (2562) การศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. ปีที่ 15 ฉบับที่ 3 , 39 – 50.
7. Thai Food and Drug Administration (FDA). Consumer complaint – how to make a consumer complaint [Internet]. Nonthaburi: Thai FDA (Ministry of Public Health); 2020 [cited 2025 Apr 14]. Available from: https://en.fda.moph.go.th
8. ประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่องหลักเกณฑ์และวิธีการที่ดีในการจัดการเรื่องร้องเรียน (Good Complaint Handling Practice ; GCHP). ณ วันที่ 19 มกราคม พ.ศ. 2567.

JOURNAL OF HEALTH CONSUMER PROTECTION
วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
Vol: 5 No.2 July-December 2025
ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2568

ความเสี่ยงต่อผู้บริโภคจากการโฆษณาออนไลน์ของคลินิกเสริมความงาม: การวิเคราะห์กฎหมายสถานพยาบาลและบทบาทของการออกคำสั่งปกครอง กรณีศึกษาจังหวัดศรีสะเกษ

ฐิติพร อินศร, ฐิติภูมิ เพ็งชัย และ มัลลิกา สุพล
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์กรอบกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการโฆษณาสถานพยาบาล โดยเฉพาะคลินิกเสริมความงามในช่องทางออนไลน์ และศึกษาสถานการณ์การโฆษณาที่ผิดกฎหมายในจังหวัดศรีสะเกษเป็นกรณีศึกษาการศึกษาใช้วิธีการวิเคราะห์เอกสาร และการสังเคราะห์ ข้อมูล จากการปฏิบัติงานด้าน คุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพในจังหวัดศรีสะเกษ 10 ปี ระหว่างปี พ.ศ. 2558 – 2569 ผลการศึกษาพบว่า พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 มาตรา 38 กำหนดหลักการควบคุมการโฆษณาที่ชัดเจน อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติพบปัญหาการบังคับใช้กฎหมายโดยเฉพาะในช่องทางออนไลน์ จากการรวบรวมข้อมูลเรื่องร้องเรียนในจังหวัดศรีสะเกษ ระหว่างปี พ.ศ. 2563 – 2569 พบเรื่องร้องเรียนด้านโฆษณาทั้งหมด 46 เรื่อง ประเภทการโฆษณาที่ผิดกฎหมาย พบ 4 ประเภท โดยการโฆษณาด้วยข้อความเกินความจริงพบมากที่สุด ร้อยละ 60.87 รองลงมาคือการโฆษณาโดยไม่ได้รับอนุญาต ร้อยละ 30.43 กรณีศึกษาจากการปฏิบัติงานแสดงให้เห็นรูปแบบการโฆษณาที่หลากหลาย ข้อเสนอแนะสำคัญ ได้แก่ ควรปรับปรุงกฎหมายให้ทันสมัย การเพิ่มประสิทธิภาพการบังคับใช้กฎหมายในพื้นที่ การพัฒนาระบบตรวจสอบอัตโนมัติ และการสร้างความตระหนักรู้แก่ผู้ประกอบการและประชาชน แม้ว่าการศึกษานี้มีขอบเขตเฉพาะในจังหวัดศรีสะเกษ แต่ปัญหาและรูปแบบที่พบสามารถเป็นตัวแทนของสถานการณ์ในพื้นที่ต่างจังหวัดอื่น ๆ ได้

บทนำ

ในปัจจุบันการโฆษณาบริการทางการแพทย์และสุขภาพผ่านช่องทางออนไลน์มีการขยายตัวอย่างรวดเร็วทั่วประเทศโดยเฉพาะคลินิกเสริมความงามที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์ เว็บไซต์ และแพลตฟอร์มต่าง ๆ เป็นช่องทางหลักในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย อย่างไรก็ตาม การโฆษณาที่ไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนดการโฆษณาที่มีข้อความเกินความจริง การอ้างสรรพคุณที่ไม่ได้รับการพิสูจน์ทางวิทยาศาสตร์ หรือการนำเสนอภาพก่อนและหลังที่ไม่เป็นความจริง ล้วนส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยและสิทธิของผู้บริโภคด้านสุขภาพ พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 เป็นกฎหมายที่กำหนดหลักเกณฑ์การโฆษณาสถานพยาบาล โดยมาตรา 38 วรรคหนึ่ง กำหนดให้ผู้ใดประสงค์จะโฆษณาหรือประกาศด้วยประการใด ๆ เกี่ยวกับการ ประกอบกิจการของสถานพยาบาล นอกจากชื่อและที่ตั้งของสถานพยาบาลตามที่ปรากฏในใบอนุญาต ต้องได้รับอนุมัติข้อความ เสียง หรือภาพที่ใช้ในการโฆษณาหรือประกาศจากผู้อนุญาต ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข และค่าใช้จ่ายที่ผู้อนุญาตประกาศกำหนด และมาตรา 38 วรรคสอง ระบุว่าการโฆษณาหรือประกาศด้วยประการใด ๆ ซึ่งชื่อที่ตั้ง หรือกิจการของ สถานพยาบาล หรือคุณวุฒิหรือความสามารถของผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล เพื่อชักชวนให้มีผู้มาขอรับบริการจากสถานพยาบาล โดยใช้ข้อความ เสียง หรือภาพอันเป็นเท็จหรือโอ้อวดเกินความจริง หรือน่าจะก่อให้เกิดความเข้าใจผิดในสาระสำคัญเกี่ยวกับการประกอบกิจการของสถานพยาบาล จะกระทำมิได้ [1] จังหวัดศรีสะเกษเป็นจังหวัดขนาดกลาง ในภาคอีสาน มีประชากรประมาณ 1.44 ล้านคน ณ ปี พ.ศ. 2567 มีคลินิกเสริมความงามที่ได้รับใบอนุญาตประกอบการจำนวน 22 แห่ง จากสถานพยาบาลทั้งหมด 558 แห่ง ซึ่งตรวจพบว่าปัญหาการโฆษณาออนไลน์ของคลินิกเสริมความงามมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา พบเรื่องร้องเรียนเพิ่มขึ้นจาก 3 เรื่อง ในปี พ.ศ. 2565 เป็น 14 เรื่อง ในปี พ.ศ. 2568 การบังคับใช้กฎหมายในทางปฏิบัติยังพบอุปสรรคหลายประการ โดยเฉพาะในช่องทางออนไลน์ที่มีลักษณะเฉพาะ เช่น การเผยแพร่ข้อมูลที่รวดเร็ว การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่กว้างขวาง และความยากในการตรวจสอบและควบคุม การศึกษานี้จึงมุ่งวิเคราะห์สถานการณ์การโฆษณาออนไลน์ของคลินิกเสริมความงามในจังหวัดศรีสะเกษ เพื่อเป็นกรณีศึกษาที่สะท้อนปัญหาและแนวทางการแก้ไข ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่น ๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

วัตถุประสงค์

1. วิเคราะห์กรอบกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการโฆษณาสถานพยาบาลโดยเฉพาะคลินิกเสริมความงาม
2. ศึกษาประเภทของการโฆษณาที่ผิดกฎหมายและความเสี่ยงที่เกิดขึ้นต่อผู้บริโภคในจังหวัดศรีสะเกษ
3. อธิบายกระบวนการออกคำสั่งปกครองเพื่อควบคุมการโฆษณาที่ผิดกฎหมาย
4. นำเสนอกรณีศึกษาจากการปฏิบัติงานจริงในพื้นที่
5. เสนอแนะแนวทางการพัฒนาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพที่สามารถประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่น ๆ ได้

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของเรื่องร้องเรียนในจังหวัดศรีสะเกษ

จากการรวบรวมข้อมูลเรื่องร้องเรียนการโฆษณาของคลินิกเสริมความงามในจังหวัดศรีสะเกษ ระหว่าง มกราคม 2563 - ธันวาคม 2569 พบเรื่องร้องเรียนทั้งสิ้น 46 เรื่อง แหล่งที่มาของเรื่องร้องเรียน ได้แก่ เว็บไซต์สำนักงานคณะกรรมการอาหารยาหรือ อย. และสายด่วน

1556 จำนวน 22 เรื่อง (ร้อยละ 47.83), การร้องเรียนโดยตรงที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 14 เรื่อง (ร้อยละ 30.43), และจากหน่วยงานอื่น เช่น ศูนย์ดำรงธรรม หรือ สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคจังหวัด จำนวน 10 เรื่อง (ร้อยละ 21.74) ช่องทางการโฆษณาที่พบการกระทำผิดมากที่สุด คือ เว็บไซต์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารยาหรือ อย. และสายด่วน 1556 จำนวน 22 เรื่อง (ร้อยละ 47.83), การร้องเรียนโดยตรงที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 14 เรื่อง (ร้อยละ 30.43), และจากหน่วยงานอื่น ศูนย์ดำรงธรรม หรือ สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคจังหวัด จำนวน 10 เรื่อง (ร้อยละ 21.74) เมื่อพิจารณาแนวโน้มของเรื่องร้องเรียน พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2566 มี 3 เรื่อง เพิ่มเป็น 8 เรื่อง ในปี พ.ศ. 2567 และ 14 เรื่อง ในปี พ.ศ. 2568

กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 เป็นกฎหมายหลักที่กำหนดหลักเกณฑ์การโฆษณาสถานพยาบาล ตามมาตรา 38 โดยมีประกาศกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เรื่องหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขและค่าใช้จ่ายในการโฆษณาหรือประกาศเกี่ยวกับสถานพยาบาล พ.ศ. 2562 ตามข้อ 7 ห้ามมิให้โฆษณาหรือประกาศเกี่ยวกับสถานพยาบาลในลักษณะคำต่าง ๆ เช่น การโฆษณาที่ไม่มีข้อมูลความจริงการโฆษณาด้วยข้อความที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เป็นต้น

การโฆษณาที่ฝ่าฝืนความมาตรา 38 ผู้อนุญาตมีอำนาจเป็นหนังสือให้ผู้โฆษณาหรือประกาศระงับการกระทำนั้นได้ และมาตรา 46 ได้กำหนดอำนาจของพนักงานเจ้าหน้าที่ในการตรวจสอบ ซึ่งมีบทลงโทษผู้ฝ่าฝืนการโฆษณา มาตรา 38 วรรคหนึ่ง ไว้ในมาตรา 68 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งปี หรือปรับไม่เกิน 20,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และปรับเป็นรายวัน วันละไม่เกิน 10,000 บาท

เนื่องจากการออกคำสั่งระงับโฆษณาตามมาตรา 39 พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 เป็นคำส่งทางปกครอง จึงต้องปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และขั้นตอนที่กำหนดในพระราชบัญญัติวิธีปฏิบัติราชการทางปกครอง พ.ศ. 2539 โดยเฉพาะมาตรา 5 ที่กำหนดหลักการสำคัญ ในการแจ้งเป็นหนังสือ การให้โอกาสชี้แจง และการมีเหตุผลชัดเจน รวมถึงมาตรา 12–16 เกี่ยวกับขั้นตอนการพิจารณาและการออกคำสั่ง มาตรา 44-48 เกี่ยวกับการอุทธรณ์[3]

ประเภทของการโฆษณาที่ผิดกฎหมายในจังหวัดศรีสะเกษ

จากการศึกษาข้อมูลในจังหวัดศรีสะเกษ พบการโฆษณาที่ผิดกฎหมาย 4 ประเภทหลัก รวม 46 เรื่อง รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ประเภทการโฆษณาที่ผิดกฎหมายและสัดส่วนที่พบในจังหวัดศรีสะเกษ

ประเภทการโฆษณาผิด	ตัวอย่างที่พบในจังหวัดศรีสะเกษ	จำนวน (ร้อยละ)
โฆษณาโดยไม่ได้รับอนุญาต	การเปิดเพจ Facebook ของคลินิกและโพสต์ภาพโปรโมชั่น/รีวิว โดยไม่ได้ยื่นขออนุมัติจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ	14 (30.43%)
โฆษณาเกินความจริง	การใช้ข้อความรับรองผล 100%, การใช้คำว่า "ที่สุด" "แห่งเดียว" "หายขาด" หรือการใช้ภาพเปรียบเทียบ (Before/After) ที่มีการตกแต่งภาพ	28 (60.87%)

ตารางที่ 1 ประเภทการโฆษณาที่ผิดกฎหมายและสัดส่วนที่พบในจังหวัดศรีสะเกษ (ต่อ)

ประเภทการโฆษณาผิด	ตัวอย่างที่พบในจังหวัดศรีสะเกษ	จำนวน (ร้อยละ)
โฆษณาที่ก่อให้เกิดความเข้าใจผิด	การใช้ชื่อบริการที่สื่อความหมายผิด เช่น การใช้คำว่า "ศูนย์รักษา..." หรือ "สถาบัน..." ทั้งที่ไม่ใช่โรงพยาบาล หรือการโฆษณาแถมฟรีที่ไม่มีอยู่จริง	2 (4.35%)
อ้างสรรพคุณไม่ได้รับการพิสูจน์	การโฆษณานวัตกรรมหรือเครื่องมือแพทย์ที่ยังไม่ผ่านการรับรองจาก อย. หรือแพทยสภาว่าสามารถรักษาโรคเรื้อรัง หรือลดน้ำหนักได้ทันที	2 (4.35%)

ข้อมูลเชิงสถิติการดำเนินการในจังหวัดศรีสะเกษ

จากการดำเนินการกับเรื่องร้องเรียนในจังหวัดศรีสะเกษ พบข้อมูลดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลสถิติการดำเนินการเรื่องร้องเรียนในจังหวัดศรีสะเกษ

รายการ	จำนวน/ร้อยละ
จำนวนเรื่องร้องเรียนทั้งหมด	46 เรื่อง
จำนวนที่ออกคำสั่งระงับการโฆษณา	46 เรื่อง
จำนวนเรื่องที่ร้องทุกข์กล่าวโทษต่อพนักงานสอบสวน	0 เรื่อง (ยุติเรื่องได้ในชั้นเปรียบเทียบปรับ)
ระยะเวลาเฉลี่ยในการดำเนินการ	45 วัน
ผู้รับคำสั่งทางปกครอง	44 ราย

ความเสี่ยงต่อผู้บริโภคด้านสุขภาพ

จากการศึกษาในจังหวัดศรีสะเกษ พบว่าการโฆษณาที่ไม่ถูกต้องส่งผลกระทบต่อผู้บริโภคใน 3 มิติหลัก ได้แก่

1. ความเสี่ยงด้านสุขภาพ เช่น การตัดสินใจรับบริการโดยไม่ทราบข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วน การเกิดผลข้างเคียงที่ไม่ได้รับแจ้งล่วงหน้า และการได้รับบริการจากสถานที่ที่ไม่มีมาตรฐาน โดยพบเรื่องร้องเรียนกรณีได้รับบริการแล้วเกิดผลข้างเคียง ประกอบด้วย ผิวหนังอักเสบจากการทำหัตถการ จำนวน 2 ราย

2. ความเสี่ยงด้านทรัพย์สิน เช่น การจ่ายค่าบริการสูงเกินความจำเป็น เฉลี่ย 5,000 - 30,000 บาทต่อคอร์ส และการไม่ได้รับผลลัพธ์ตามที่โฆษณา

3. ความเสี่ยงด้านจิตใจ เช่น การสร้างความคาดหวังที่ไม่สมจริงส่งผลให้เกิดความผิดหวังและความเครียด

กระบวนการออกคำสั่งปกครองเพื่อควบคุมการโฆษณา

กระบวนการออกคำสั่งปกครองในการดำเนินการกับการโฆษณาที่ผิดกฎหมายในจังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนหลัก ได้แก่

1. การรับเรื่องร้องเรียนและการตรวจสอบข้อเท็จจริง โดยรวบรวมหลักฐาน เช่น การบันทึกภาพหน้าจอ การบันทึกเนื้อหาโฆษณา ระยะเวลาในการตรวจสอบเฉลี่ย 1-3 วัน

2. การแจ้งข้อกล่าวหาและการให้โอกาสชี้แจง โดยจัดทำหนังสือแจ้งข้อกล่าวหาอย่างชัดเจนตามพระราชบัญญัติวิธีปฏิบัติราชการทางปกครอง พ.ศ. 2539 มาตรา 5 กำหนดระยะเวลาชี้แจง 15 วัน

3. การพิจารณาและการออกคำสั่ง โดยพิจารณาข้อเท็จจริงและหลักฐานทั้งหมด ใช้เวลาพิจารณาเฉลี่ย 30 วัน หากเห็นว่ามีการกระทำผิดจะออกคำสั่งตามมาตรา 39 แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541

4. การแจ้งคำสั่งและการบังคับใช้ โดยแจ้งเป็นหนังสือและระบุสิทธิในการอุทธรณ์

5. การติดตามและประเมินผล โดยตรวจสอบว่าการโฆษณาได้หยุดลงหรือได้รับการแก้ไขตามคำสั่งหรือไม่ พบว่าร้อยละ 95.65 ปฏิบัติตามภายใน 30 วัน

กรณีศึกษาจากการปฏิบัติงานในจังหวัดศรีสะเกษ

กรณีที่ 1 :

วันที่/เดือน/ปี ที่พบเห็น : 22 มกราคม 2567 (วันที่ประชุมพิจารณา)

สถานที่ตั้งคลินิก : อำเภอเมืองศรีสะเกษ

ช่องทางที่โฆษณา : สื่อสังคมออนไลน์ (Facebook)

เนื้อหาการโฆษณา : โฆษณาบริการทางการแพทย์โดยใช้ข้อความที่โอ้อวดเกินจริงและไม่ได้รับอนุมัติ

การกระทำผิด : มาตรา 38 วรรคหนึ่ง และวรรคสอง

การดำเนินการ : ออกคำสั่งระงับโฆษณา คณะกรรมการเปรียบเทียบคดีฯ มีมติเปรียบเทียบปรับเป็นเงิน 20,000 บาท

ผลลัพธ์ : ผู้ประกอบการยินยอมชำระค่าปรับและระงับการโฆษณา

บทเรียนที่ได้ : การบังคับใช้มาตรการทางกฎหมายที่รวดเร็วและทันท่วงที มีประสิทธิผลในการป้องปรามการกระทำความผิดครั้งแรก โดยการออกคำสั่งระงับการโฆษณาในทันทีถือเป็นการตัดวงจรการแสวงหาประโยชน์ทางการค้าของผู้ประกอบการทำให้ต้นทุนจากการถูกเปรียบเทียบปรับสูงกว่าผลตอบแทนทางธุรกิจที่ได้รับ ส่งผลให้ผู้ประกอบการตระหนักถึงความเข้มงวดในการกำกับดูแลของพนักงานเจ้าหน้าที่และยุติพฤติกรรมการฝ่าฝืนกฎหมาย

กรณีที่ 2 :

วันที่/เดือน/ปี ที่พบเห็น : 22 มกราคม 2567 และต่อเนื่องถึง 20 มีนาคม 2567 (อุทธรณ์)

สถานที่ตั้งคลินิก : อำเภอเมืองศรีสะเกษ

ช่องทางที่โฆษณา : สื่อสังคมออนไลน์ (Facebook Fanpage)

เนื้อหาการโฆษณา : โฆษณาโปรโมชั่นและบริการโดยไม่ได้รับอนุมัติ และยังคงโฆษณาต่อเนื่องหลังมีคำสั่งระงับโฆษณา

การกระทำผิด : มาตรา 38 วรรคหนึ่ง (ฝ่าฝืนต่อเนื่อง 10 วัน)

การดำเนินการ : ออกคำสั่งระงับโฆษณา คณะกรรมการเปรียบเทียบคดีฯ มีมติเปรียบเทียบปรับเป็นเงิน 30,000 บาท (รวมค่าปรับรายวัน) ผู้ประกอบการยื่นอุทธรณ์อ้างว่าลบแล้วแต่ระบบยังแสดงผล

ผลลัพธ์ : คณะกรรมการเปรียบเทียบคดีฯ ให้ผู้ประกอบการส่งหลักฐานเพิ่มเติมมายืนยันการลบโพสต์

บทเรียนที่ได้ : ปัญหาทางเทคนิคของแพลตฟอร์มออนไลน์เป็นข้อโต้แย้งสำคัญในการบังคับใช้โทษปรับรายวัน

กรณีที่ 3 :

วันที่/เดือน/ปี ที่พบเห็น : 23 กรกฎาคม 2568

สถานที่ตั้งคลินิก : อำเภอเมืองศรีสะเกษ

ช่องทางที่โฆษณา : สื่อสังคมออนไลน์ (Facebook Fanpage)

เนื้อหาการโฆษณา : โฆษณาบริการทางการแพทย์โดยใช้ข้อความที่โอ้อวดเกินจริงและไม่ได้รับอนุมัติ

การกระทำผิด : มาตรา 38 วรรคหนึ่ง และวรรคสอง (ฝ่าฝืนต่อเนื่อง 10 วัน)

การดำเนินการ : มาตรา 38 วรรคหนึ่ง ออกคำสั่งระงับการโฆษณาและปรับเป็นพินัยตาคำสั่งขององค์คณะปรับเป็นพินัย มีมติเปรียบเทียบปรับเป็นเงิน 13,000 บาท (รวมค่าปรับรายวัน) มาตรา 38 วรรคสอง ออกคำสั่งระงับการโฆษณา คณะกรรมการเปรียบเทียบคดีฯ มีมติเปรียบเทียบปรับเป็นเงิน 30,000 บาท (รวมค่าปรับรายวัน)

ผลลัพธ์ : ดำเนินการตาม พระราชบัญญัติปรับเป็นพินัย พ.ศ. 2565 และเปรียบเทียบปรับตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541

บทเรียนที่ได้ : การเปลี่ยนแปลงโทษปรับเป็นพินัยเฉพาะบทกำหนดโทษที่มีโทษปรับสถานเดียว ต้องมีการเตรียมความพร้อมและองค์ความรู้ของเจ้าหน้าที่

วิเคราะห์ผลการศึกษา

ผลการศึกษาในจังหวัดศรีสะเกษแสดงให้เห็นว่าการโฆษณาออนไลน์ของคลินิกเสริมความงามมีการเติบโตอย่างรวดเร็วโดยพบการโฆษณาที่ผิดกฎหมายเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเพิ่มจาก 3 เรื่อง ในปี พ.ศ. 2566 เป็น 14 เรื่อง ในปี พ.ศ. 2568 คิดเป็นการเพิ่มขึ้นร้อยละ 366.67 แนวโน้มนี้สอดคล้องกับสถิติข้อมูลกรณีเรื่องร้องเรียนของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ 3 ปี ที่ผ่านมา พ.ศ. 2566–2568 พบว่าจำนวนเรื่องร้องเรียนที่มีผลกระทบต่อสุขภาพมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นร้อยละ 1.8 , 2.39 และ 3.53 เรื่องร้องเรียนรวมจำนวนแต่ละประเภท 10 ลำดับแรกเป็นการโฆษณาโอ้อวดเกินจริงที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ร้อยละ 42.17, 65.85 และ 80.35 จากเรื่องร้องเรียนจำนวน 4,107 เรื่อง 3,433 เรื่อง และ 3,317 เรื่อง ตามลำดับ ทั้งนี้ข้อมูลผลการดำเนินคดีของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 รายงานจำนวนคดีผลิตภัณฑ์สุขภาพที่สามารถเปรียบเทียบปรับได้ 2,339 คดี ร้องทุกข์ 1,606 คดี รวม 3,945 คดี มีการเปรียบเทียบคดีโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ 1,019 คดี (ร้อยละ 43.57)[4] ซึ่งแสดงให้เห็นว่าปัญหานี้ เป็นปัญหาที่พบทั่วประเทศไม่จำกัดเฉพาะพื้นที่ใดพื้นที่หนึ่งประเภทการโฆษณาที่ผิดกฎหมาย ที่พบมากที่สุดในจังหวัดศรีสะเกษ คือ การโฆษณาด้วยข้อความเกินความจริง จำนวน 28 เรื่อง คิดเป็น ร้อยละ 60.87 ซึ่งสะท้อนว่าผู้ประกอบการในพื้นที่ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมายและหลักเกณฑ์การโฆษณาที่ถูกต้อง จากการสัมภาษณ์ผู้ประกอบการในพื้นที่ จำนวน 40 ราย พบว่าร้อยละ 80 ของกลุ่มดังกล่าว (จำนวน 32 ราย) ไม่ทราบว่าต้องขออนุญาตก่อนโฆษณา และจากการศึกษาของ Wechwithan และคณะ[5]พบว่าการสร้างความตระหนักรู้และการให้ความรู้แก่ผู้ประกอบการ สามารถ ลดการโฆษณา ที่ผิดกฎหมายได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งเป็นแนวทางที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในจังหวัดศรีสะเกษได้โดย ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นต่อผู้บริโภคในจังหวัดศรีสะเกษครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพ ทรัพย์สิน และจิตใจ จากการติดตามพบผู้บริโภคในพื้นที่ 2 ราย ที่ได้รับความเสียหาย ประกอบด้วย ผู้ที่มีผลข้างเคียงด้านสุขภาพ 2 ราย และสูญเสียทรัพย์สินโดยเฉลี่ย 15,000 บาทต่อคน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ระดับสากลที่ระบุว่าการโฆษณาที่ไม่ถูกต้องส่งผลกระทบต่อการตัดสินใจของผู้บริโภคและอาจนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์[6] โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่

ต่างจังหวัดที่ผู้บริโภคอาจมีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้อง

การออกคำสั่งปกครองตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาลต้องปฏิบัติตามหลักการและขั้นตอนที่กำหนดในพระราชบัญญัติวิธีปฏิบัติราชการทางปกครอง พ.ศ. 2539 เพื่อให้คำสั่งมีความชอบด้วย กฎหมายและสามารถบังคับใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ[3] จากการปฏิบัติงานในจังหวัดศรีสะเกษ พบว่าระยะเวลาเฉลี่ยในการออกคำสั่งคือ 45 วัน อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติพบว่า กระบวนการใช้เวลานานเนื่องจากความยากในการติดต่อผู้ประกอบการ กรณีศึกษาจากการปฏิบัติงานในจังหวัดศรีสะเกษแสดงให้เห็นรูปแบบการโฆษณาที่หลากหลายและซับซ้อนขึ้น โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการโฆษณาไปสู่การใช้ “อินฟลูเอนเซอร์ท้องถิ่น” หรือผู้มีชื่อเสียงในจังหวัด เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10 ในปี พ.ศ. 2566 เป็นร้อยละ 40 ในปี พ.ศ. 2568 ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงกลยุทธ์การปรับตัวของผู้ประกอบการที่ต้องการสร้างความน่าเชื่อถือผ่านบุคคลที่ผู้บริโภคในพื้นที่รู้สึกใกล้ชิดและไว้วางใจ[7] แม้ว่าข้อมูลจากจังหวัดศรีสะเกษจะมีขอบเขตเฉพาะพื้นที่ แต่ปัญหาและรูปแบบที่พบมีความสอดคล้องกับสถานการณ์ระดับประเทศ ทำให้สามารถใช้เป็นตัวแทนของสถานการณ์ในจังหวัดขนาดกลางในภูมิภาคต่าง ๆ ได้

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

การศึกษาสถานการณ์การโฆษณาออนไลน์ของคลินิกเสริมความงามในจังหวัดศรีสะเกษแสดงให้เห็นว่าเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยและสิทธิของผู้บริโภคด้านสุขภาพจากการศึกษาพบเรื่องร้องเรียนทั้งหมด 46 เรื่อง ใน 7 ปี โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเฉลี่ย ร้อยละ 52 ต่อปี แม้ว่าพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 จะมีบทบัญญัติที่ชัดเจนในการควบคุม การโฆษณา แต่ในทางปฏิบัติยังพบปัญหาและอุปสรรคหลายประการ โดยเฉพาะ ในช่องทางออนไลน์ที่มีลักษณะพิเศษและเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วการออกคำสั่งปกครองตามมาตรา 39 ต้องปฏิบัติตามหลักการและขั้นตอนที่กำหนดในพระราชบัญญัติวิธีปฏิบัติราชการทางปกครอง พ.ศ. 2539 จากการปฏิบัติงานในจังหวัดศรีสะเกษพบว่าการปฏิบัติตามขั้นตอนอย่างเคร่งครัดช่วยลดการอุทธรณ์ลงได้ร้อยละ 90 แม้ว่าการศึกษานี้จะมีขอบเขตเฉพาะในจังหวัดศรีสะเกษ แต่ปัญหาและรูปแบบที่พบมีความสอดคล้องกับสถานการณ์ระดับประเทศทำให้ข้อเสนอแนะจากการศึกษานี้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่น ๆ โดยเฉพาะจังหวัดที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

ข้อเสนอแนะระดับจังหวัดศรีสะเกษ:

1. การเพิ่มประสิทธิภาพการบังคับใช้กฎหมายในพื้นที่ เพิ่มเจ้าหน้าที่เฉพาะด้านการจัดการปัญหาเรื่องร้องเรียนและมีความรู้เฉพาะกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพ การใช้เทคโนโลยีหรือแอพลิเคชั่นช่วยในการจัดทำเอกสารทางกฎหมาย การจัดตั้งทีมคณะทำงานหรือกำลังเฉพาะกิจร่วมกับหน่วยงานปกครองและเจ้าหน้าที่ตำรวจ

2. การสร้างความรู้และความตระหนักรู้แก่ผู้ประกอบการในพื้นที่ จัดอบรมปีละ 2 ครั้ง ร่วมกับหน่วยงานที่มีผลต่อคลินิกเสริมความงาม เช่น กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และแพทยสภา

3. การพัฒนาระบบฐานข้อมูลและการประชาสัมพันธ์ในพื้นที่ สำหรับรับเรื่องร้องเรียนในพื้นที่ การจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ภาษาถิ่นอีสาน

ข้อเสนอแนะที่สามารถขยายผลระดับประเทศ:

1. การปรับปรุงกฎหมายและกฎระเบียบให้ครอบคลุมการโฆษณาออนไลน์ การกำหนดนิยาม "ผู้โฆษณา" ให้ครอบคลุมถึงแพลตฟอร์มสื่อสังคมออนไลน์ เพื่อให้มีส่วนรับผิดชอบในการ ตรวจสอบเนื้อหาก่อนเผยแพร่ การเพิ่มบทลงโทษทางปกครอง

ในอัตราที่สูงขึ้นสำหรับการกระทำผิดซ้ำซากบนช่องทางออนไลน์ และการกำหนดมาตรการที่ให้อำนาจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระงับการเข้าถึงเนื้อหาได้ทันทีโดยไม่ต้องรอคำสั่งศาลในกรณีเร่งด่วน

2. การพัฒนาระบบตรวจสอบอัตโนมัติระดับประเทศ การนำเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ (AI) และระบบ Social Listening มาใช้ในการกวาดสัญญาณคำสำคัญที่ผิดกฎหมาย เช่น "เห็นผล 100%", "หายขาด" และการใช้ระบบตรวจจับภาพ Before/After ที่มีการตัดต่อ เชื่อมโยงกับฐานข้อมูลสถานพยาบาลที่ได้รับอนุญาตเพื่อคัดกรองโฆษณาเถื่อนแบบ Real-time ซึ่งจะช่วยลดภาระงานตรวจสอบด้วยตาเปล่าของเจ้าหน้าที่

3. การสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน เช่น การจัดตั้ง "ศูนย์ปฏิบัติการร่วมจัดการโฆษณาออนไลน์" ระหว่าง กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (สบส.), สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.), กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม (DE) และกองบังคับการปราบปรามการกระทำความผิดเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค (บก.ปคบ.) เพื่อลดขั้นตอนการส่งต่อสำนวนคดี และบูรณาการฐานข้อมูลผู้กระทำผิดร่วมกัน เพื่อป้องการการเปิดเพจใหม่หลังถูกปิด

4. การจัดทำคู่มือแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน เช่น

1. คู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงาน (SOP) สำหรับเจ้าหน้าที่ในการเปลี่ยนผ่านสู่การ "ปรับเป็นพินัย" ตาม พ.ร.บ.ว่าด้วยการปรับเป็นพินัย พ.ศ. 2565 เพื่อลดความสับสนในการตีความกฎหมาย

2. คู่มือ "Do & Don't ฉบับเข้าใจง่าย" สำหรับผู้ประกอบการคลินิกความงาม โดยเน้นตัวอย่างภาพและข้อความที่ทำได้/ทำไม่ได้ บนแพลตฟอร์มยอดนิยม (Facebook/TikTok) เผยแพร่ในรูปแบบ e-Learning ที่ผู้ขออนุญาตต้องผ่านการทดสอบก่อนยื่นเรื่อง

การดำเนินการตามข้อเสนอแนะเหล่านี้จะช่วยลดความเสี่ยงต่อผู้บริโภคเพิ่มความเชื่อมั่นในระบบบริการสุขภาพและส่งเสริมการแข่งขันที่เป็นธรรมในธุรกิจคลินิกเสริมความงามทั้งในระดับพื้นที่และระดับประเทศ

เอกสารอ้างอิง

1. พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 115 ตอนที่ 16 ก. (ลงวันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2541).
2. กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการโฆษณาสถานพยาบาล พ.ศ. 2547. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 121 ตอนที่ 62 ก. (ลงวันที่ 7 กรกฎาคม พ.ศ. 2547).
3. พระราชบัญญัติวิธีปฏิบัติราชการทางปกครอง พ.ศ. 2539. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 113 ตอนที่ 115 ง. (ลงวันที่ 11 ธันวาคม พ.ศ.2539).
4. ศูนย์จัดการเรื่องร้องเรียนและปราบปรามการกระทำผิดกฎหมายเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ (ศรป.). สถิติปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้น 15 พฤศจิกายน 2568] เข้าถึงได้จาก: https://www.innovative.fda.moph.go.th/all-service/category/getting-service-at-ossc/
5. Wechwithan S, Suwankesawong W, Sornsrivichai V, McNeil EB, Jiraphongsa C, Chongsuvivatwong V. Signal detection for Thai traditional medicine: examination of national pharmacovigilance data using reporting odds ratio and reported population attributable risk. Regul Toxicol Pharmacol. 2014; 70(1): 407-12.
6. Kongkaew C, Phan DTA, Janusorn P, Mongkhon P. Estimating adverse events associated with herbal medicines using pharmacovigilance databases: systematic review and meta-analysis. JMIR Public Health Surveill. 2024; 10(1): e63808.
7. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์การโฆษณาสถานพยาบาลในช่องทาง ออนไลน์. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.

JOURNAL OF HEALTH CONSUMER PROTECTION
วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
Vol: 5 No.2 July-December 2025
ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2568

การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำ : กรณีศึกษา ตำบลปากน้ำแหลมสิงห์ อำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี

Development of a health product safety surveillance model in grocery stores: a case study of Pak Nam Laem Sing Subdistrict, Laem Sing District, Chanthaburi Province

อารีวัล มหาธนรัตน์[1]
Areewan Mahathanarat[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบริบทการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสมในร้านชำ พัฒนารูปแบบและทดสอบประสิทธิภาพของรูปแบบการเฝ้าระวังความปลอดภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำ ตำบลปากน้ำแหลมสิงห์ อำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ประกอบการร้านชำ 41 แห่ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบบันทึกการตรวจร้านชำบนโปรแกรมระบบเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน (G-RDU & G-SHP) เก็บข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2567 ถึงมิถุนายน 2568 วิธีดำเนินการวิจัยนี้ประกอบด้วย 1. การสำรวจสถานการณ์ผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำ 2. การพัฒนารูปแบบฯ การใช้รูปแบบฯ หรือเรียกว่า การจัดการปัญหาความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำ 3. การประเมินประสิทธิภาพ และ 4. การปรับปรุงรูปแบบฯ ในขั้นการสังเกต วิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯ หลังจากนำมาใช้เป็นเวลา 2 - 3 เดือน กรณีตัวแปรต่อเนื่องใช้ paired t-test และกรณีของตัวแปรกลุ่มใช้ McNemar's test ผลการวิจัยพบว่า หลังการใช้รูปแบบฯ ร้านชำมีการจำหน่ายยาลดลงจากร้อยละ 78.0 เป็นร้อยละ 68.3 ค่าเฉลี่ยระดับความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพเพิ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจาก 3.85 ± 1.10 คะแนน (คะแนนเต็ม 5) เป็น 4.10 ± 0.88 คะแนน ($p<0.001$) ระดับความรอบรู้เป็นรายด้านพบว่า มีเพียงด้านที่ 2 ความเข้าใจ ที่มีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) และรูปแบบการเฝ้าระวังความปลอดภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำที่ได้ เรียกว่า PAKNAM LS MODEL เป็นรูปแบบที่มีประสิทธิภาพในแก้ไขปัญหาการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสมในร้านชำในพื้นที่ สามารถขยายผลไปยังพื้นที่อื่น ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : การเฝ้าระวัง, ผลิตภัณฑ์สุขภาพ, ร้านชำ

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

Received: 12 Jun 2025, Revised: 14 Nov 2025, Accepted: 19 Dec 2025

Abstract

This action research aimed to study the inappropriate health product sales in grocery stores, develop and test the effectiveness of a health product safety surveillance model in grocery stores in Pak Nam Laem Sing Subdistrict, Laem Sing District, Chanthaburi Province. The sample consisted of 41 grocery store operators. The research instrument was a grocery store inspection record form on the Community Drug and Health Product Surveillance System (G-RDU & G-SHP) program. The data were collected between December 2024 and June 2025. The research procedures consisted of 1. Surveying the health product situation in grocery stores, 2. Developing a model, etc., using the guidelines, or so-called health product safety problem management in grocery stores, 3. Evaluating the effectiveness, and 4. Improving the surveillance model. In the observation stage, both qualitative and quantitative data were analyzed. The effectiveness of the model was evaluated after 2-3 months of usage. Paired t-test was used for continuous variables, and McNemar's test was used for categorical variables. The results showed that after implementing the surveillance model, The percentage of drug sales in grocery stores decreased from 78.0% to 68.3%. The mean level of health product knowledge increased significantly from 3.85 ± 1.10 points (out of 5) to 4.10 ± 0.88 points ($p<0.001$). The level of knowledge in each area showed that only the second area, understanding, had a statistically significant increase ($p<0.05$). The health product safety surveillance model in grocery stores, called the PAKNAM LS MODEL, is an effective model for solving the problem of inappropriate health product sales in grocery stores in the area and can be effectively expanded to other areas.

Keywords : Surveillance, Healthcare products, Grocery store

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ จากแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ มุ่งเน้นให้พัฒนาศักยภาพ สร้างความตระหนักให้แก่ผู้ประกอบการ บังคับใช้กฎหมายด้านคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อให้ประชาชนได้บริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีคุณภาพและปลอดภัย[1] รวมถึงสามารถเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง และครบถ้วน

ร้านชำในชุมชนเป็นแหล่งกระจายยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เข้าถึงได้ง่าย ส่วนใหญ่มีการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสม และจำหน่ายยาที่ผิดกฎหมาย ได้แก่ ยาปฏิชีวนะ ยาอันตราย ยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จ ยาแผนโบราณ[2,3] ทำให้ประชาชนเสี่ยงต่ออาการที่ไม่พึงประสงค์หรืออันตรายจากยา การรักษาไม่ได้ผล ความรุนแรงของโรคที่เพิ่มขึ้น และการสูญเสียเงินโดยเปล่าประโยชน์อีกด้วย การดำเนินงานเพื่อให้ประชาชนปลอดภัยจากการบริโภคยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ต้องมีการเฝ้าระวังแหล่งกระจายยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ให้มีความครอบคลุมต่อเนื่อง และทันการณ์[4] แต่ที่ผ่านมา จังหวัดจันทบุรีดำเนินการเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในรูปแบบเชิงรับ โดยยังไม่มีกลไกการเฝ้าระวังฯ ที่มีความเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน ที่มีประสิทธิภาพ เป็นรูปธรรม และเป็นแนวทางเดียวกัน รวมทั้งยังขาดเครื่องมือในการเฝ้าระวังที่สะดวกรวดเร็วต่อการปฏิบัติงาน นอกจากนี้ การใช้ประโยชน์จากข้อมูลการเฝ้าระวังมีน้อยมาก

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ผลการเฝ้าระวังร้านชำของอำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี จำนวน 165 แห่ง พบว่ามีร้านชำที่จำหน่ายยาจำนวน 149 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 90.30 ของร้านชำทั้งหมด และพบการจำหน่ายยาที่กฎหมายห้ามจำหน่ายจำนวน 70 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 46.98 ของร้านชำที่จำหน่ายยา ทั้งนี้ ยาที่ห้ามจำหน่ายในร้านชำที่มีการจำหน่ายมากที่สุด คือ ยาปฏิชีวนะ พบจำนวน 30 ร้าน (ร้อยละ 42.86) รองลงมาคือ ยาอันตราย อื่นๆ เช่น ยาแก้ไข้หวัด (Tiffy, Decolgen, Apracur) จำนวน 23 ร้าน (ร้อยละ 32.86) และพบการจำหน่ายยากลุ่มบรรเทาอาการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) จำนวน 13 ร้าน (ร้อยละ 18.57) ปัจจัยที่ทำให้เกิดการจำหน่ายยาในร้านชำคือ ความต้องการของคนในชุมชน[6] การเป็นทั้งร้านขายปลีกและส่ง การไม่เคยผ่านการอบรมหรือได้รับคำแนะนำเรื่องกฎหมายที่ห้ามจำหน่ายยาในร้านชำ ความต้องการผลกำไร[4] แหล่งที่มาของยาในร้านชำส่วนใหญ่ คือ ร้านยา ร้านชำ และรถเร่[5] การพัฒนาระบบการเฝ้าระวัง การจำหน่ายยาห้ามจำหน่ายในร้านชำ มีปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และการสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องให้แก่กลุ่มแกนนำงานคุ้มครองผู้บริโภค[6]

จากปัญหาของตำบลปากน้ำแหลมสิงห์ที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำ กรณีศึกษา ตำบลปากน้ำแหลมสิงห์ อำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี ทั้งนี้ การศึกษาคัดเลือกตำบลปากน้ำแหลมสิงห์เป็นพื้นที่วิจัย แบบเฉพาะเจาะจง เนื่องจากเป็นตำบลที่มีปัญหาในเรื่องการจำหน่ายยาที่ผิดกฎหมายในร้านชำ แต่มีการดำเนินงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคในด้านอื่นที่เป็นรูปธรรมที่เข้มแข็งมากกว่าอำเภออื่น ๆ จึงมีโอกาสที่รูปแบบที่พัฒนาขึ้นจะประสบความสำเร็จ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาบริบทการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสมในร้านชำที่ตั้งในตำบลปากน้ำแหลมสิงห์ อำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำ ตำบลปากน้ำแหลมสิงห์ อำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี

3 เพื่อทดสอบประสิทธิภาพของรูปแบบการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำ ตำบลปากน้ำแหลมสิงห์ อำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้เป็นการวิจัยตามวงรอบ (Planning, Acting, Observing และ Reflecting) แบ่ง ย่อยออกเป็น 5 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การสำรวจสถานการณ์ผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำ, ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวทาง การจัดการปัญหาความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำ, ระยะที่ 3 การดำเนินการตามแนวทางฯ ที่ได้, ระยะที่ 4 การวัดผลจากการดำเนินการและเปรียบเทียบผล และระยะที่ 5 การสะท้อนผลและการปรับปรุงแนวทางการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ขั้นที่ 1: Planning (การวางแผน) ประกอบด้วย

- ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทสถานการณ์

1) ขอบเขตพื้นที่ดำเนินการ ตำบลปากน้ำแหลมสิงห์ อำเภอแหลมสิงห์ ซึ่งมีศูนย์สุขภาพชุมชน (Primary Care Unit : PCU) จำนวน 1 แห่ง มีหมู่บ้านจำนวน 16 หมู่บ้าน ผู้วิจัยเลือกร้านชำทุกแห่ง จำนวน 41 แห่ง ที่อยู่ในตำบลปากน้ำแหลมสิงห์ เป็นตัวอย่างในการวิจัย ด้วยวิธีการแบบเฉพาะเจาะจง

2) เครื่องมือในการวิจัย คือแบบบันทึกการตรวจร้านชำบนโปรแกรมระบบเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน (Grocery Store Rational Drug Use & Grocery Store Safety Health Products : G-RDU & G-SHP)[7] ซึ่งจัดทำโดยศูนย์วิชาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ผู้วิจัยได้ขออนุมัติจาก คคส. ในการนำเครื่องมือฯ ดังกล่าวมาดำเนินการวิจัย

3) วิธีการเก็บข้อมูล

การออกประเมินไม่มีการแจ้งล่วงหน้าแก่ร้านชำ เมื่อไปถึงร้านชำ ทีมผู้ประเมินแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการตรวจประเมินฯ โดยมีผู้ประเมิน จำนวน 7 คน ประกอบด้วยเภสัชกรโรงพยาบาล (รพ.) จำนวน 1 คน, เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) จำนวน 1 คน, เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 2 คน, เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) จำนวน 1 คน, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 1 คน และผู้นำชุมชน จำนวน 1 คน ผู้เข้าร่วมประเมินต้องมีประสบการณ์ทำงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คบส.) และผ่านการอบรมจากผู้วิจัย และต้องฝึกทดลองเก็บข้อมูลจากร้านชำในพื้นที่ เพื่อให้เข้าใจเกณฑ์ตรงกันทั้งหมด พร้อมทั้งมีการมอบหมายหน้าที่

การเก็บข้อมูลใช้การสัมภาษณ์ผู้ที่ดูแลร้านชำ และการสังเกต มีการถ่ายรูปผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ ที่พบ นำข้อมูลผลิตภัณฑ์ที่พบตรวจสอบเลขทะเบียนหรือสารปนเปื้อนอื่น ๆ กับฐานข้อมูลผลิตภัณฑ์สุขภาพจากเว็บไซต์ของ อย.

ในหมวดความรอบรู้ ประเมินผู้ถูกสัมภาษณ์โดยให้แสดงความคิดเห็นต่อข้อความในคำถามโดยมีตัวเลือก 5 ระดับ จาก 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง)

ถึง 5 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ในบางคำถามผู้ประเมินนำโปสเตอร์ หรือตัวอย่างผลิตภัณฑ์ยา อาหารและเครื่องสำอาง ที่จัดทำขึ้นตามหัวข้อการประเมินแสดงเพื่อสัมภาษณ์ผู้ถูกสัมภาษณ์

4) การวิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจร้านชำในชุมชนที่บันทึกในโปรแกรม G-RDU & G-SHP ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

- ระยะที่ 2 การสร้างและพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำ

ผู้ร่วมการวิจัยประกอบด้วย เภสัชกร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) จำนวน 2 คน, เภสัชกร รพ. จำนวน 1 คน, เจ้าหน้าที่ สสอ. จำนวน 1 คน, เจ้าหน้าที่ รพ.สต. จำนวน 2 คน, เจ้าหน้าที่ อปท. จำนวน 1 คน, อสม. จำนวน 1 คน, ผู้นำชุมชน จำนวน 1 คน, เครือข่ายผู้บริโภค จำนวน 1 - 2 คน และผู้ได้รับผลกระทบจากการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ จำนวน 1 - 2 คน

ดำเนินการด้วยการนำเสนอข้อมูลปัญหาการจำหน่ายสินค้าที่ไม่เหมาะสมในร้านชำผู้ร่วมการวิจัยร่วมกันพัฒนารูปแบบการจัดการปัญหาฯ โดยวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา โดยใช้ Permmpan Grocery Model 1.1[8] เป็นกรอบแนวคิดเพื่อช่วยในการจัดหมวดหมู่ของกิจกรรม ได้แก่ พัฒนาศักยภาพให้ความรู้, สร้างเครือข่ายเพื่อบูรณาการเฝ้าระวังฯ, การลงพื้นที่สำรวจร้านชำโดยใช้แบบสำรวจ G-RDU & G-SHP MOPH พร้อมให้คำแนะนำแก่ผู้ประกอบการร้านชำ ผู้ร่วมการวิจัยร่วมกันอภิปรายจนได้รูปแบบการเฝ้าระวังฯ ที่เห็นพ้องกัน กำหนดรูปแบบการเฝ้าระวังฯ, จัดทำปฏิทินในการดำเนินงาน พร้อมแบ่งหน้าที่

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้เทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เพื่อสรุปเป็นรูปแบบการจัดการปัญหาฯ

2. ขั้นที่ 2: Acting (การปฏิบัติ)

- ระยะที่ 3 การดำเนินการตามรูปแบบฯ

ผู้วิจัยนำรูปแบบฯ ที่ได้จากในขั้น 1 มาลงมือปฏิบัติตามปฏิทิน การทำงาน โดยแบ่งผู้รับผิดชอบตามที่ได้จากการดำเนินการในขั้นแรก ซึ่งในงานนี้เรียกอีกอย่างหนึ่งว่าการจัดการปัญหาฯ ในร้านชำ โดยดำเนินการเป็นเวลาประมาณ 2 - 3 เดือน โดยทีมงานที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย เภสัชกร สสจ. จำนวน 2 คน, เภสัชกร รพ. จำนวน 1 คน, เจ้าหน้าที่ สสอ. จำนวน 1 คน, เจ้าหน้าที่ รพ.สต. จำนวน 2 คน, เจ้าหน้าที่ อปท. จำนวน 1 คน, อสม. จำนวน 1 คน, ผู้นำชุมชน จำนวน 1 คน, เครือข่ายผู้บริโภค จำนวน 1 - 2 คน และผู้ได้รับผลกระทบจากการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ จำนวน 1 - 2 คน

3. ขั้นที่ 3: Observing (การสังเกต)

- ระยะที่ 4 ในการศึกษานี้เรียกว่าการประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบฯ

ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯ หลังจากดำเนินการตามแนวทางฯ เป็นเวลา 2 - 3 เดือน โดยการประเมินร้านชำ และวัดความรอบรู้เรื่องด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการร้านชำ ด้วยโปรแกรม G-RDU & G-SHP ด้วยวิธีการเดียวกับระยะที่ 1 ผู้ประเมินร้านชำ ในครั้งที่ 2 มีเภสัชกร สสจ. จำนวน 2 คน ร่วมตรวจประเมินฯ กับทีมประเมินที่เป็นชุดเดียวกับการวิจัยระยะที่ 1

การวิเคราะห์ข้อมูล เปรียบเทียบการจำหน่ายและความรอบรู้ของผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำ ก่อนและหลังการเฝ้าระวังฯ โดยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้วย paired t-test และ McNemar's test กรณีของตัวแปรกลุ่มใช้

4. ขั้นที่ 4: Reflecting (การสะท้อน)

- ระยะที่ 5 การถอดบทเรียนและการปรับแต่งแนวทางการพัฒนา

ผู้ร่วมการวิจัย ประกอบด้วย เภสัชกร สสจ. จำนวน 2 คน, เภสัชกร รพ. จำนวน 1 คน, เจ้าหน้าที่ สสอ. จำนวน 1 คน, เจ้าหน้าที่ รพ.สต. จำนวน 2 คน, เจ้าหน้าที่ อปท. จำนวน 1 คน, อสม. จำนวน 1 คน, ผู้นำชุมชน จำนวน 1 คน, เครือข่ายผู้บริโภค จำนวน 1 - 2 คน และผู้ได้รับผลกระทบจากการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ จำนวน 1 - 2 คน ร่วมกันประชุมนำเสนอผลการประเมินจากขั้นที่ 3 และรับฟังความเห็นจากที่ประชุมเกี่ยวกับสิ่งที่ควรคงไว้ในรูปแบบฯ ส่วนที่ควรเพิ่มเติมหรือปรับปรุงในการดำเนินการ

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้เทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหา เพื่อทำเป็นมาตรการในการกำกับดูแลการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสมในร้านชำ ของจังหวัดจันทบุรี

ผู้ร่วมการวิจัยร่วมกันปรับปรุงรูปแบบฯ จนได้ รูปแบบการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำที่สมบูรณ์

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากจากสำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 รหัสโครงการที่ 119/67 เมื่อวันที่ 27 ธันวาคม 2567

ผลการวิจัย

ผลการสำรวจสถานการณ์ผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำในระยะที่ 1

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 41 ราย ส่วนมากเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 80.5) มีอายุ 51 – 60 ปี (ร้อยละ 29.3) อายุเฉลี่ย 51.24 ± 12.14 ปี อายุต่ำสุด 20 ปี และอายุสูงสุด 77 ปี

ผลการสำรวจร้านชำ จำนวน 41 ร้าน ด้วยโปรแกรม G-RDU & G-SHP ก่อนการจัดการปัญหา พบว่า

- สภาพสถานที่สะอาด ไม่รกรุงรัง และบริเวณชั้นวางสินค้า ยา อาหาร เครื่องสำอางไม่ปะปนกัน และปราศจากแสงแดดส่องถึง จำนวน 39 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 95.1

- ไม่พบผลิตภัณฑ์ที่ผิดกฎหมายหรือไม่มีใบอนุญาต เช่น บุหรี่ม้วน เหล้า เบียร์ ประทัด พลุ โดยไม่ได้รับใบอนุญาต, ยาดองที่ไม่มีทะเบียน, น้ำกระท่อมผิดกฎหมาย, บุหรี่ไฟฟ้า, วัตถุออกฤทธิ์ เป็นต้น

- พบมีการจำหน่ายยา จำนวน 32 ร้าน จากทั้งหมด 41 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 78.1 ทั้งนี้ ร้านชำที่ผ่านการประเมินด้านการจำหน่ายยา คือร้านชำที่ไม่มีการจำหน่ายยา 9 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 21.9 ของร้านชำที่มีการสำรวจทั้งหมด และร้านชำที่จำหน่ายยาสามัญประจำบ้านและไม่มีการจำหน่ายยาที่ผิดกฎหมาย 9 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 28.1 ของร้านชำที่มีการจำหน่ายยาทั้งหมด ดังนั้นร้านชำที่ผ่านด้านการจำหน่ายยา มีทั้งหมด 18 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 43.9 ร้านชำส่วนใหญ่ซื้อยามาขายจากร้านขายยา (26 ร้านหรือร้อยละ 81.3)

- พบมีการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพร จำนวน 32 ร้าน จากทั้งหมด 41 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 78.0 ทั้งนี้ ร้านชำที่ผ่านด้านการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพร คือร้านชำที่ไม่มีการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพร 9 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 22.0 ของร้านชำที่มีการสำรวจทั้งหมด และร้านชำที่จำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพรมีฉลากภาษาไทยประเภทขายได้ทั่วไป และไม่มีการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ผิดกฎหมาย 27 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 84.4 ของร้านชำที่มีการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพรทั้งหมด ดังนั้นร้านชำที่ผ่านด้านการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพร มีทั้งหมด 36 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 87.8

- ไม่พบมีการโฆษณายาที่ผิดกฎหมาย ร้อยละ 100

การจำหน่ายยาของร้านชำ จำนวน 32 ร้าน พบว่ามีการจำหน่ายยาอันตราย/ยาแผนปัจจุบัน

บรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ (ยาบรรจุเสร็จฯ) จำนวน 44 รายการที่ไม่ซ้ำกัน โดยมีรายการยาที่พบมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ ยาธาตุน้ำขาวตรากระต่ายบิน จำนวน 16 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 50.0 ของจำนวนร้านที่จำหน่ายยา, คาโนโลน (Kanolone) จำนวน 7 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 21.9, พาราเซตามอล Paracet ในขนาดบรรจุมากกว่า 10 เม็ด จำนวน 6 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 18.8, ทิฟฟี่ เดย์ Tiffy Dey จำนวน 5 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 15.6, และทีซีมัยซิน TC mycin จำนวน 4 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 12.5 ตามลำดับ ทั้งนี้ ไม่พบมีการจำหน่ายยาชุด ยาควบคุมพิเศษ ยาถูกเพิกถอนทะเบียนตำรับยา และยาเสื่อมสภาพ ยาหมดอายุ เปลี่ยนสภาพ สี กลิ่น

การจำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพรของร้านชำที่จำนวน 32 ร้าน มีการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ต้องขายในสถานที่มีใบอนุญาต จำนวน 19 รายการที่ไม่ซ้ำกัน โดยผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่พบมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ ยาน้ำระดมพล (พบใน 5 ร้าน หรือร้อยละ 15.6 ของจำนวนร้านที่จำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพร), ยาสตรีเบนโล ชนิดน้ำ (พบใน 4 ร้านหรือร้อยละ 12.5), ยาสตรีเพ็ญภาค ชนิดน้ำ และยาน้ำแก้ร้อนใน เขากุย (พบใน 3 ร้านหรือร้อยละ 9.4) และยาแก้ไอซอมป่อยใหม่ (พบใน 2 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 6.3)

หมวดความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ พบว่า ผู้ประกอบการร้านชำที่มีคะแนนผ่านเกณฑ์ (≥90 คะแนน) มีจำนวน 20 คน (ร้อยละ 48.78) โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 87.90 ± 14.18 คะแนน (พิสัย 61 – 115 จากคะแนนเต็ม 115) มีค่าเฉลี่ยคะแนนรวมทุกด้านเท่ากับ 3.85 ± 1.10 (จากคะแนนเต็ม 5) คะแนนเฉลี่ยของแต่ละด้านอยู่ในช่วง 3.50 - 4.06 ด้านที่ได้คะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ด้านที่ 1 การเข้าถึงข้อมูล (4.06 ± 0.98), ด้านที่ได้คะแนนใกล้กันอยู่ในช่วง 3.93 - 3.97 มี 3 ด้าน คือ ด้านที่ 2 ความเข้าใจ (3.97 ± 1.11) ด้านที่ 5 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (3.96 ± 1.07) และ ด้านที่ 3 การโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยน (3.93 ± 1.15) ส่วนสองด้านที่ได้คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านที่ 6 การบอกต่อ (3.50 ± 1.12) และด้านที่ 4 การตัดสินใจ (3.73 ± 1.15)

เมื่อพิจารณาระดับความรอบรู้เป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่ได้คะแนนสูงสุด 3 อันดับแรก คือ ข้อที่ 5 ในด้านที่ 2 ความเข้าใจ ที่ถามว่า อาหาร เช่น น้ำแข็ง นมฯ ต้องมีเลขสารบบอาหาร (4.56 ± 0.66) รองลงมาคือ คำถามข้อที่ 6. ในด้านที่ 2 ความเข้าใจ ที่ถามว่า เครื่องสำอางต้องมีฉลากภาษาไทย (4.39 ± 0.82) และคำถามข้อที่ 1 ในด้านที่ 1 การเข้าถึงข้อมูล ที่ถามว่า ท่านสนใจและเข้าใจข้อความที่แสดงประเภทของยาบนฉลาก เช่น ยาอันตราย ยาสามัญประจำบ้าน (4.39 ± 0.73)

คำถามที่ได้คะแนนเฉลี่ยน้อยกว่า 3.50 (จากคะแนนเต็ม 5) มีดังนี้ ด้านที่ 2 ความเข้าใจ ข้อที่ 1 ที่ถามว่า ยาต้องแสดงเลขทะเบียนยาบนฉลาก เช่น 1A 12/53 (3.46 ± 1.43) และข้อที่ 4 ที่ถามว่า ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารสามารถรักษาโรคได้ (คำตอบของคำถามข้อนี้ผ่านการกลับขั้วคะแนนแล้วโดยคะแนนที่น้อยแสดงว่า มีความเชื่อว่าผลิตภัณฑ์เสริมอาหารสามารถรักษาโรคได้ (3.41 ± 1.34), ด้านที่ 4 การตัดสินใจ ข้อที่ 3 ที่ถามว่า ท่านตัดสินใจเลือกซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพ (ยา อาหาร เครื่องสำอาง) มาจำหน่ายตามดาราหรือพรีเซนเตอร์ (คำตอบของคำถามข้อนี้ผ่านการกลับขั้วคะแนนแล้วโดยคะแนนที่น้อยแสดงว่า ตัดสินใจเลือกซื้อมาจำหน่ายตามดาราหรือพรีเซนเตอร์มาก) (3.37 ± 1.24), ด้านที่ 6 การบอกต่อ ข้อที่ 3 ที่ถามว่าท่านสามารถแนะนำผลิตภัณฑ์สุขภาพที่สามารถจำหน่ายในร้านชำให้กับผู้ประกอบการร้านค้ารายอื่น ๆ ได้ (3.20 ± 1.17 ซึ่งต่ำที่สุด) และข้อที่ 4 ที่ถามว่า ท่านมีความมั่นใจในการให้ข้อมูล

ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้องแก่ลูกค้า ร้านค้าครอบครัว และผู้ที่สนใจได้ (3.29 ± 1.15)

การประเมินร้านชำประเภททั่วไป (General Grocery Story : GG) และร้านชำคุณภาพประเภทการใช้ยาสมเหตุผล (G-RDU) พบว่า

- ผลการประเมินร้านชำ จำนวน 41 ร้าน โดยใช้เกณฑ์ประเมินร้านชำประเภท GG เป็นร้านชำประเภททั่วไปสีเขียว จำนวน 18 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 43.90 และร้านชำประเภททั่วไปสีแดง มีจำนวน 23 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 56.10

- ผลการประเมินร้านชำ โดยใช้เกณฑ์ประเมินร้านชำคุณภาพประเภท G-RDU จำนวน 41 ร้าน มีร้านชำผ่านเกณฑ์การประเมิน G-RDU มีจำนวน 10 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 24.39 รายละเอียดดังตารางที่ 1 และภาพที่ 1

ตารางที่ 1 การประเมินร้านชำประเภททั่วไป (GG) และร้านชำคุณภาพประเภทการใช้ยาสมเหตุผล (G-RDU) (n= 41)

การประเมินร้านชำ	จำนวน	ร้อยละ
1. ร้านชำประเภททั่วไป (GG)		
- GG สีเขียว	18	43.9
- GG สีเหลือง	0	0.0
- GG สีแดง	23	56.1
2. ร้านชำประเภทการใช้ยาสมเหตุผล (G-RDU)		
- ผ่าน	13	31.7
- ไม่ผ่าน	28	68.3



ภาพที่ 1 หน้าโปรแกรมระบบเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน (G-RDU & G-SHP) และการแสดงผลในรูป Dashboard

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำและการดำเนินการตามรูปแบบที่ได้ (การจัดการปัญหาความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำ)

ผู้วิจัยจัดการประชุมทีมงาน นำเสนอผลการสำรวจในระยะที่ 1 และร่วมกันหารูปแบบแก้ไขปัญหา ได้ข้อสรุป ดังนี้

1. การดำเนินการระบบเฝ้าระวังฯ เป็นกระบวนการที่ต้องทำงานร่วมกันทุกภาคส่วน โดยมีส่วนเชื่อมกันระหว่างสถานพยาบาลทั้งภาครัฐ เอกชน และชุมชน โดยการแบ่งความรับผิดชอบระหว่างสมาชิกในเครือข่าย คบส. ดังนี้

1.1 อสม. 1 คนรับผิดชอบ 10 หลังคาเรือน โดยต้องสำรวจร้านชำเกี่ยวกับยาที่ห้ามจำหน่าย ทุก 3 - 4 เดือน บันทึกข้อมูลลงในแบบฟอร์ม และรายงานต่อ รพ.สต. ในพื้นที่

1.2 เจ้าหน้าที่ รพ.สต. มีหน้าที่ในการรับข้อมูลและร่วมลงไปสอดส่องดูแล กรณีพบยาที่ห้ามจำหน่ายและร่วมตรวจติดตามเฝ้าระวังทุกปี อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง

1.3 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล/อบต.) กำนัน และผู้ใหญ่บ้าน มีหน้าที่เข้าร่วมการอบรมเกี่ยวกับการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน ร่วมกันออกตรวจเฝ้าระวังร้านชำ ควบคุมการจำหน่ายยาในพื้นที่ พร้อมให้คำตักเตือนที่เหมาะสม และสนับสนุนงบประมาณในการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการจำหน่ายยาที่กฎหมายห้ามในชุมชน

1.4 เภสัชกร รพ. และ สสจ. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ และนักวิชาการสาธารณสุข มีหน้าที่จัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน ไม่ว่าจะเป็นความรู้เกี่ยวกับยาที่สามารถจำหน่ายได้/ไม่ได้ในร้านชำ บทลงโทษเกี่ยวกับการจำหน่ายยาที่ผิดกฎหมาย ออกตรวจเฝ้าระวังการจำหน่ายยาในร้านชำ จัดตั้งกลุ่มไลน์เพื่อสื่อสารความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน และแจ้งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค และดำเนินคดีแก่ร้านชำที่ไม่ให้ความร่วมมือตามที่กฎหมายกำหนด ประสานและคืนข้อมูลสู่ศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์ อย. รวมทั้งให้คำปรึกษาแก่ชุมชนในเรื่องของการจำหน่ายยาและการใช้ยาที่ปลอดภัย

2. มีการชี้แจงผ่านหนังสือแจ้งเตือน เมื่อพบการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ประกอบการร้านชำและแหล่งกระจายยาที่สำคัญซึ่งมาจากร้านขายยาและร้านค้าขายปลีกในจังหวัด ทราบถึงรูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำของจังหวัด พร้อมแนบคู่มือ/แผ่นพับความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพและยาที่สามารถจำหน่ายในร้านชำได้ รวมถึงข้อกฎหมายหากพบมีการจำหน่ายยาที่ผิดกฎหมาย และให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามกฎหมาย

3. หากพบการจำหน่ายยาที่ห้ามจำหน่ายในร้านชำ มีมาตรการกำหนดบทลงโทษตามลำดับ ดังนี้ การแจ้งเตือนกรณีพบยาที่ผิดกฎหมาย การจัดทำบันทึกตักเตือน โดยผู้ประกอบการเซ็นชื่อรับทราบในแบบบันทึก การยึดหรืออายัดยาห้ามจำหน่ายที่พบในกรณีที่ได้รับการบันทึกตักเตือนแล้ว และการพิจารณาดำเนินคดีหากพบการกระทำผิดโดยมีโทษปรับหรือจำคุกตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510

4. กรณีร้านชำที่ได้รับการตรวจและไม่พบการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสม มีการมอบใบประกาศเป็นร้านชำต้นแบบที่จำหน่ายยาปลอดภัย เพื่อสร้างกำลังใจให้กับผู้ประกอบการ และเป็นร้านต้นแบบในระดับอำเภอและจังหวัดต่อไป โดยกำหนดอายุของใบรับรอง 1 ปี และจะได้รับการรับรองอีกครั้ง เมื่อมีการตรวจในครั้งต่อไปเพื่อให้ความมั่นใจแก่ประชาชนในพื้นที่ว่าร้านชำมีการจำหน่ายยาที่ปลอดภัย ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ป้ายร้านนี้จำหน่ายเฉพาะยาสามัญประจำบ้านเท่านั้น

ประสิทธิภาพของรูปแบบการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำ

ผลการประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการเฝ้าระวังฯ หลังจากใช้เป็นระยะเวลา 3 เดือน เมื่อเปรียบเทียบผลการจำหน่ายยาและผลิตภัณฑ์สมุนไพรก่อนและหลังการใช้รูปแบบการเฝ้าระวังฯ รายละเอียดดังตารางที่ 2 พบว่าการจำหน่ายยาลดลงจากจำนวน 32 ร้าน (ร้อยละ 78.0) เหลือ 28 ร้าน (ร้อยละ 68.3) โดยร้านชำที่มีการจำหน่ายยาอันตราย และยาบรรจุเสร็จฯ ลดลงจากจำนวน 23 ร้าน (ร้อยละ 71.9) เหลือ 16 ร้าน (ร้อยละ 68.3) ทั้งนี้ พบรายการยาอันตรายและยาบรรจุเสร็จฯ จำนวน 23 รายการที่ไม่ซ้ำกัน โดยมีรายการยาที่พบมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ ยาธาตุน้ำขาวตรากระต่ายบิน จำนวน 10 ร้าน (ร้อยละ 35.7 ของจำนวนร้านที่จำหน่ายยา), พาราเซตามอล Paracet ในขนาดบรรจุมากกว่า 10 เม็ด จำนวน 6 ร้าน (ร้อยละ 21.4), คาโนโลน (Kanolone) จำนวน 5 ร้าน (ร้อยละ 17.9), ทิฟฟี่ เดย์ Tiffy Dey จำนวน 4 ร้าน (ร้อยละ 14.3), และ ดีคอลเจน พริน จำนวน 3 ร้าน (ร้อยละ 10.7)

การจำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพรลดลงจากจำนวน 32 ร้าน (ร้อยละ 78.0) เหลือ 28 ร้าน (ร้อยละ 68.3) ร้านชำที่จำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ต้องขายในสถานที่มีใบอนุญาต ลดลงจากจำนวน 5 ร้าน (ร้อยละ 15.6) เหลือ 4 ร้าน (ร้อยละ 14.3) ทั้งนี้ รายการผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ต้องขายในสถานที่มีใบอนุญาต มีจำนวน 3 รายการที่แต่ละรายการพบใน 2 ร้าน ได้แก่ ยากวาดสมานลิ้น ขาวละออเภสัช ชนิดผง, ยาเขียวตราใบโพธิ์ และยาสตรีเพ็ญภาค นอกจากนี้ยังมีอีก 2 รายการที่แต่ละรายการพบใน 1 ร้าน ได้แก่ ยาขมชนิดเม็ดตราใบห่อ และยาน้ำระดมพล

การประเมินร้านชำประเภท GG พบว่า ร้านชำประเภททั่วไปสีเขียว มีจำนวนเพิ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก 18 ร้าน (ร้อยละ 43.9) ในช่วงก่อนให้คำแนะนำตามรูปแบบฯ เป็น 25 ร้าน (ร้อยละ 61.0) หลังให้คำแนะนำและติดตามผล (p=0.016) และเมื่อใช้เกณฑ์ประเมินร้านชำ G-RDU พบว่าร้านชำที่ผ่านเกณฑ์การประเมินร้านชำ G-RDU มีจำนวนเพิ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก 13 ร้าน (ร้อยละ 31.7) ในช่วงก่อนให้คำแนะนำตามรูปแบบฯ เป็น 23 ร้าน (ร้อยละ 56.1) หลังให้คำแนะนำและติดตาม (p=0.002) รายละเอียดดังตารางที่ 3

การเปรียบเทียบระดับความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการร้านชำ ก่อนและหลังให้คำแนะนำตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์

สุขภาพของผู้ประกอบการร้านชำในภาพรวมทุกด้านเพิ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก 3.85 ± 1.10 คะแนน (คะแนนเต็ม 5) ในช่วงก่อนให้คำแนะนำตามรูปแบบฯ เป็น 4.10 ± 0.88 คะแนน หลังให้คำแนะนำ ($p<0.001$) เมื่อพิจารณาระดับความรอบรู้เป็นรายด้าน พบว่า มีเพียงด้านที่ 2 ความเข้าใจที่มีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) รายละเอียดดังตารางที่ 4

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการร้านชำ ก่อนและหลังให้คำแนะนำ พบว่า ค่าเฉลี่ยเพิ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก 87.90 ± 14.17 คะแนน ในช่วงก่อนการใช้รูปแบบฯ เป็น 96.95 ± 11.83 คะแนนหลังการใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น ($p<0.001$) รายละเอียดดังตารางที่ 5

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการร้านชำในคำถามที่ได้คะแนนเฉลี่ยน้อยกว่า 3.50 ก่อนและหลังให้คำแนะนำ พบว่า ด้านที่ 2 ความเข้าใจ ข้อ 1 ที่ถามว่า ยาต้องแสดงเลขทะเบียนยาบนฉลาก เช่น 1A 12/53 คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 3.46 ± 1.43 เป็น 4.07 ± 0.97 และข้อ 4 ที่ถามว่า ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารสามารถรักษาโรคได้ คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 3.41 ± 1.34 เป็น 4.32 ± 0.81 (คะแนนของคำถามข้อนี้ผ่านการกลับขั้วคะแนนแล้วโดยคะแนนที่น้อยกว่าแสดงว่ามีความเชื่อว่าผลิตภัณฑ์เสริมอาหารสามารถรักษาโรคได้) ด้านที่ 4 การตัดสินใจ ข้อ 3 ที่ถามว่า ท่านตัดสินใจเลือกซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพ (ยา อาหาร เครื่องสำอาง) มาจำหน่ายตามดาราหรือพรีเซนเตอร์ คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 3.37 ± 1.24 เป็น 4.07 ± 0.92 (คะแนนของคำถามข้อนี้ผ่านการกลับขั้วคะแนนแล้วโดยคะแนนที่น้อยกว่าแสดงว่า มีแนวโน้มตัดสินใจเลือกซื้อมาจำหน่ายตามดาราหรือพรีเซนเตอร์) ด้านที่ 6 การบอกต่อ ข้อ 3 ที่ถามว่า ท่านสามารถแนะนำผลิตภัณฑ์สุขภาพที่สามารถจำหน่ายในร้านชำให้กับผู้ประกอบการร้านค้ารายอื่น ๆ ได้ คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 3.20 ± 1.17 เป็น 3.54 ± 0.97 และข้อ 4 ที่ถามว่า ท่านมีความมั่นใจในการให้ข้อมูลผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้องแก่ลูกค้า ร้านค้า และผู้ที่สนใจได้ คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 3.29 ± 1.15 เป็น 3.66 ± 1.00 รายละเอียดดังตารางที่ 6

ตารางที่ 2 การจำหน่ายยาและผลิตภัณฑ์สมุนไพรของร้านชำ เขตตำบลปากน้ำแหลมสิงห์ อำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการเฝ้าระวังฯ (n=41)

ผลการสำรวจ	ก่อนให้คำแนะนำ จำนวน (ร้อยละ)	หลังให้คำแนะนำ จำนวน (ร้อยละ)
1. การจำหน่ายยา		
- ไม่มีการจำหน่าย	9 (22.0)	13 (31.7)
- มีการจำหน่ายยา	32 (78.0)	28 (68.3)
จำหน่ายยาสามัญประจำบ้านเท่านั้น และไม่มียาที่ผิดกฎหมาย	9 (28.1)	12 (42.9)
จำหน่ายยาสามัญประจำบ้าน ยาอันตราย และยาบรรจุเสร็จฯ	23 (71.9)	16 (57.1)
แหล่งจัดซื้อยามาขาย		
ร้านขายยา	26 (81.3)	25 (100.0)
ร้านค้า (ขายส่ง)	5 (15.6)	0 (0)
รถส่งของ	1 (3.1)	0 (0)

ตารางที่ 2 การจำหน่ายยาและผลิตภัณฑ์สมุนไพรของร้านชำ เขตตำบลปากน้ำแหลมสิงห์ อำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการเฝ้าระวังฯ (n = 41) (ต่อ)

ผลการสำรวจ	ก่อนให้คำแนะนำ จำนวน (ร้อยละ)	หลังให้คำแนะนำ จำนวน (ร้อยละ)
2. การจำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพร		
- ไม่มีการจำหน่าย	9 (22.0)	13 (31.7)
- มีการจำหน่าย	32 (78.0)	28 (68.3)
จำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพรมีฉลากภาษาไทยที่ขายได้ทั่วไป และไม่มีผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ผิดกฎหมาย	27 (84.4)	24 (85.7)
จำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ต้องขายในสถานที่มีใบอนุญาต	5 (15.6)	4 (14.3)

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบการประเมินร้านชำ ก่อนและหลังได้รับคำแนะนำ (n = 41)

การประเมินร้านชำ	ก่อนให้คำแนะนำ จำนวน (ร้อยละ)	หลังให้คำแนะนำ จำนวน (ร้อยละ)	p-value*
ร้านชำประเภททั่วไป (GG)	18 (43.9)	25 (61.0)	0.016*
ร้านชำประเภทการใช้ยาสมเหตุผล (G-RDU)	13 (31.7)	23 (56.1)	0.002*

* วิเคราะห์โดยใช้สถิติ McNemar's test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบระดับความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการร้านชำ ก่อนและหลังได้รับคำแนะนำ (n = 41)

ข้อคำถาม	ก่อนให้คำแนะนำ (ค่าเฉลี่ย ± SD)	หลังให้คำแนะนำ (ค่าเฉลี่ย ± SD)	p-value*
ด้านที่ 1 การเข้าถึงข้อมูล	4.06 ± 0.98	4.30 ± 0.87	0.079
ด้านที่ 2 ความเข้าใจ	3.97 ± 1.11	4.38 ± 0.72	0.029*
ด้านที่ 3 การโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยน	3.93 ± 1.15	4.18 ± 0.96	0.227
ด้านที่ 4 การตัดสินใจ	3.73 ± 1.15	4.02 ± 0.94	0.075
ด้านที่ 5 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	3.96 ± 1.07	4.06 ± 0.90	0.318
ด้านที่ 6 การบอกต่อ	3.50 ± 1.12	3.62 ± 1.02	0.137
ระดับความรอบรู้ (ภาพรวม)	**3.85 ± 1.10**	**4.10 ± 0.88**	**<0.000***

* วิเคราะห์โดยใช้สถิติ paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการร้านชำ ก่อนและหลังได้รับคำแนะนำ (n = 41)

รายการ	ก่อนให้คำแนะนำ (ค่าเฉลี่ย ± SD)	หลังให้คำแนะนำ (ค่าเฉลี่ย ± SD)	p-value*
คะแนนความรอบรู้	87.90 ± 14.17	96.95 ± 11.83	0.000*

* วิเคราะห์โดยใช้สถิติ paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการร้านชำ ก่อนและหลังได้รับคำแนะนำ (n = 41)

ข้อคำถาม	ก่อนให้คำแนะนำ (ค่าเฉลี่ย ± SD)	หลังให้คำแนะนำ (ค่าเฉลี่ย ± SD)
ด้านที่ 2 ความเข้าใจ		
1. ยาต้องแสดงเลขทะเบียนยาบนฉลาก เช่น 1A 12/53	3.46 ± 1.43	4.07 ± 0.97
4. ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารสามารถรักษาโรคได้	3.41 ± 1.34	4.32 ± 0.81
ด้านที่ 4 การตัดสินใจ		
3. ท่านตัดสินใจเลือกซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพ (ยา อาหาร เครื่องสำอาง) มาจำหน่ายตามดาราหรือพรีเซนเตอร์	3.37 ± 1.24	4.07 ± 0.92
ด้านที่ 6 การบอกต่อ		
3. ท่านสามารถแนะนำผลิตภัณฑ์สุขภาพ (ยา อาหาร เครื่องสำอาง) ที่สามารถจำหน่ายในร้านชำให้กับผู้ประกอบการร้านค้ารายอื่น ๆ ได้	3.20 ± 1.17	3.54 ± 0.97
4. ท่านมีความมั่นใจในการให้ข้อมูลผลิตภัณฑ์สุขภาพ (ยา อาหาร เครื่องสำอาง) ที่ถูกต้องแก่ลูกค้า ร้านค้า ร้านชำอื่น ๆ แก่ครอบครัว และผู้ที่สนใจได้	3.29 ± 1.15	3.66 ± 1.00

ผลการถอดบทเรียนและแนวทางการพัฒนาได้ข้อสรุป ดังนี้

- ปัญหาในการดำเนินงาน

1. ด้านผู้ประกอบการ

1.1 ผู้ประกอบการยังคาดหวังที่จะจำหน่ายยาที่ไม่ใช่ยาสามัญประจำบ้านในร้านชำ เนื่องจากส่วนใหญ่คำนึงถึงผลประโยชน์ทางการค้ามากกว่าความปลอดภัยของผู้บริโภค และเพื่อตอบสนองความพึงพอใจของลูกค้า

1.2 ผู้ประกอบการบางร้าน มีการเปลี่ยนแปลงผู้ดูแลร้านชำ และยังไม่เคยได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับการขายยาที่ถูกต้องตามกฎหมาย

1.3 พบบริการส่งยามาจำหน่ายถึงที่ร้านชำจาก รถเร่ รถของบริษัทยา รวมถึงมีการส่งเสริมการขาย หรือการแนะนำจากร้านค้าส่ง

2. ด้านลูกค้า เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญ เนื่องจากมีความต้องการยาที่ไม่มีข้อจำกัด ซึ่งเกิดจากการขาดความรู้ และความต้องการให้ตนเองและครอบครัวหายจากอาการเจ็บป่วย โดยมองว่าร้านชำเป็นแหล่งจำหน่ายที่ใกล้บ้าน ทำให้ไม่ต้องเสียเวลาเดินทางไปโรงพยาบาลและรอพบแพทย์ และมองว่าการไปซื้อยาตามร้านขายยาก็ได้ยาเหมือนกัน ดังนั้นหากร้านชำจำหน่ายยาที่ไม่ถูกกฎหมายหรือยาที่ไม่ใช่ยาสามัญประจำบ้านเพราะต้องการตอบสนองความ

ต้องการของคนในชุมชน ทั้งที่ทราบดีอยู่แล้วว่าไม่สามารถจำหน่ายได้ จะส่งผลกระทบกับคนในชุมชน

3. ด้านเจ้าหน้าที่ ได้แก่ เจ้าหน้าที่ตามกฎหมาย อสม. เจ้าหน้าที่ อปท. และผู้นำชุมชน

3.1 มีการเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบในการดำเนินงาน ทำให้ขาดการมีส่วนร่วม และความเข็มแข็งของทีมในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาเปลี่ยนแปลงไป เพราะผู้รับผิดชอบงานคนใหม่อาจไม่ได้ผ่านการอบรม ขาดความรู้ ประสบการณ์ในงานส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน ทำให้การดำเนินการยังไม่อย่างจริงจังและต่อเนื่อง

3.2 การบังคับใช้กฎหมายตามมาตรการที่กำหนดบทลงโทษกรณีพบการจำหน่ายยาที่ห้ามจำหน่ายในร้านชำ ยังไม่จริงจัง ไม่เข้มข้น และต่อเนื่อง

3.3 ไม่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน เนื่องจากผู้สนับสนุนงบประมาณ คือ ผู้บริหาร อปท. ซึ่งยังไม่เห็นความสำคัญของการดำเนินงานดังกล่าว

3.4. การสื่อสาร ทั้งในส่วนของภาครัฐ เอกชน อปท. ผู้ประกอบการร้านชำ และประชาชน ทั้งในรูปแบบทางการ (หนังสือราชการจากหน่วยงานภาครัฐ) และที่ไม่เป็นทางการ (ทางโทรศัพท์และแอพลิเคชันไลน์) ยังไม่สามารถสื่อสารกันได้ตลอดเวลาและขาดความต่อเนื่อง เนื่องจากมีข้อจำกัดในการการเข้าถึงโซเชียลมีเดีย เพราะสัญญาณอินเทอร์เน็ตในพื้นที่ไม่แรงพอ จึงต้องใช้การรวบรวมข้อมูลและแจ้งผ่านการประชุมประจำเดือนของหน่วยงานต่าง ๆ ทำให้การคืนข้อมูลมีความล่าช้าและไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ทันท่วงที ประกอบกับผู้ประกอบการและประชาชนที่มีอายุมากไม่คุ้นเคยกับการใช้สื่อโซเชียลมีเดียและแอฟพลิเคชั่น

- ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงการดำเนินงาน

การสร้างเครือข่ายและความร่วมมือในอนาคต ต้องเน้นให้คนในชุมชนเป็นผู้ผลักดันให้ปัญหานี้เป็นนโยบายด้านการคุ้มครองผู้บริโภคของชุมชน โดยการเสริมสร้างความรอบรู้ในการค้นหาและจัดการปัญหาในพื้นที่เพิ่มเติมไปยังกลุ่มบุคคลอื่น ๆ นอกเหนือจาก อสม. เช่น ผู้ประกอบการร้านค้า ร้านขายยา บุคลากรของ อปท. นักเรียน ชมรมผู้สูงอายุ คนในชุมชน

นอกจากนี้ ควรประเมินความรู้และความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ที่ถูกต้องของผู้ประกอบการและคนในชุมชน อย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง อย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นที่ผู้ประกอบการยังได้คะแนนน้อย รวมถึงสร้างความตระหนักและความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับอันตรายและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้บริโภคจากการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสม และตัดสินใจงดจำหน่ายยาปฏิชีวนะและยาอันตรายด้วยตนเอง การดำเนินการควรมีการคืนข้อมูลแก่ร้านขายยาที่จำหน่ายยาให้ร้านชำ นอกจากนี้ ควรเพิ่มช่องทางหรือแอพพลิเคชันในการเข้าถึงข้อมูลทางช่องทางต่าง ๆ ของภาคีเครือข่าย เช่น สื่อโซเชียลมีเดีย และนำเทคโนโลยีมาใช้ในการสื่อสารข้อมูลทั้งแบบที่ต้องใช้และไม่ต้องใช้สัญญาณอินเทอร์เน็ต ช่องทางดังกล่าวต้องง่ายและสะดวกต่อการใช้งาน

ในอนาคต ควรประชาสัมพันธ์ในชุมชนเรื่องการใช้ยาและการดูแลสุขภาพด้วยยาที่ถูกต้องปลอดภัย พร้อมทั้งติดโปสเตอร์ยาที่ห้ามจำหน่ายในร้านขายของชำบริเวณร้านขายของชำทุกแห่งตลอดจนรณรงค์ให้ผู้บริโภครับทราบและเข้าใจในสิทธิผู้บริโภค เพื่อเป็นมาตรการอย่างหนึ่งในการควบคุมผู้ประกอบการร้านชำให้ตระหนักและ

รับผิดชอบต่อสินค้าก่อนส่งมอบสู่ผู้บริโภค ทั้งนี้ ควรมีการถอดบทเรียนอย่างต่อเนื่องเพื่อสะท้อนปัญหาของระบบ และหาโอกาสในการพัฒนาเพื่อให้ได้ระบบการเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับบริบทและสภาพปัญหาของพื้นที่ รวมถึงควรจัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้ประกอบการ และคนในชุมชนอย่างต่อเนื่องผ่านกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความรอบรู้และตระหนักถึงผลเสียที่เกิดขึ้นต่อสุขภาพจากการบริโภคยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสม

การถอดบทเรียนทำให้ได้**รูปแบบการจัดการปัญหาการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสมในร้านชำ** ชื่อว่า PAKNAM LS MODEL เพื่อใช้เป็นรูปแบบในการกำกับดูแลการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสมในร้านชำ ในพื้นที่และขยายผลไปยังพื้นที่อื่น ๆ ให้เป็นรูปแบบเดียวกัน **ประกอบด้วย**

- P : Participation คือ ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการดำเนินการแบบบูรณาการ ทั้งภาครัฐ เอกชน อปท. อสม. และประชาชน โดยมี อปท. สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

- A : Access & Advertise & Analyse คือ การเข้าถึงข้อมูลยา ไม่มีการขายยาอันตราย หรือโฆษณายาที่ผิดกฎหมาย การมีเทคโนโลยีที่เอื้อต่อการวิเคราะห์ ประมวลผล และส่งต่อ/คืนข้อมูลที่เข้าใจง่าย เสถียร และเป็นปัจจุบัน

- K : Knowledge คือ ทุกภาคส่วนต้องได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน ไม่ว่าจะเป็นรายการยาที่สามารถจำหน่ายได้ และไม่สามารถจำหน่ายได้ในร้านชำ รวมถึงการโฆษณายา

- N : Network คือ การมีเครือข่ายเฝ้าระวังและจัดตั้งศูนย์แจ้งเตือนภัย รวมถึงชมรมร้านชำส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และการจำหน่ายยาที่ถูกต้องตามกฎหมาย เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และส่งต่อข้อมูลต่าง ๆ ที่รวดเร็ว ทันต่อสถานการณ์

- A : Award คือ สร้างขวัญและกำลังใจ กรณีร้านค้าผ่านการประเมินร้านชำ (G-RDU) จะได้รับรางวัลเป็นป้ายร้านชำประเภทการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (G-RDU) ในชุมชนเพื่อติดไว้ภายในร้านชำ และมีใบประกาศนียบัตรรับรอง (อายุ 1 ปี)

- M : Method & Management คือ มีการดำเนินการเฝ้าระวัง เชื่อมโยงและส่งต่อข้อมูลระหว่างภาครัฐ เอกชน และชุมชนที่เป็นระบบ มีการกำหนดมาตรการ และบังคับใช้กฎหมายที่เหมาะสม กรณีไม่ปฏิบัติตามระเบียบหรือข้อบังคับของชุมชนที่ตกลงร่วมกันในชุมชน

- L : Literacy คือ สร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (ความสามารถหรือทักษะการทำความเข้าใจข้อมูลยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ สามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลผ่านช่องทางต่าง ๆ ประเมินและตัดสินใจเลือกข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือเพื่อนำไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม) ให้แก่ผู้ประกอบการ ทีมเจ้าหน้าที่ และประชาชน

- S : Surveillance คือ มีการเฝ้าระวังจากทีมเจ้าหน้าที่ อสม. ผู้นำชุมชน และคนในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการให้ความรู้และตรวจเฝ้าระวังไม่ให้จำหน่ายยาที่ผิดกฎหมายในร้านชำอย่างต่อเนื่อง

สรุปและอภิปรายผล

1. ปัญหาการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสมในช่วงก่อนการจัดการปัญหา : การประเมินร้านชำจำนวน 41 ร้านในตำบลปากน้ำแหลมสิงห์ อำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี ในช่วงก่อนการจัดการปัญหา โดยใช้เกณฑ์การประเมินร้านชำประเภท GG พบว่าร้านชำจำนวน 18 แห่ง (ร้อยละ 43.9) ผ่านเกณฑ์ประเมินร้านชำสีเขียว (ร้านที่ไม่มีการขายยาหรือมีการขายเฉพาะยาสามัญประจำบ้าน และมีการขายผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่น (อาหาร เครื่องสำอาง ผลิตภัณฑ์สมุนไพร) อย่างถูกต้องตาม

กฎหมาย) ร้านชำ 23 แห่ง (ร้อยละ 56.1) จัดเป็นร้านชำสีแดง (ร้านที่มีการขายยาสามัญประจำบ้าน ยาอันตราย และยาบรรจุเสร็จฯ และ/หรือมีการขายผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่น (ยา อาหาร เครื่องสำอาง ผลิตภัณฑ์สมุนไพร) ที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนด) เมื่อใช้เกณฑ์ประเมินร้านชำคุณภาพประเภท พบว่าร้านชำผ่านเกณฑ์การประเมิน 13 ร้าน (ร้อยละ 31.7)

ผู้ประกอบการร้านชำที่มีคะแนนความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพผ่านเกณฑ์ (≥90 คะแนน) จำนวน 20 คน (ร้อยละ 48.78) โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.85 ± 1.10 (จากคะแนนเต็ม 5) คะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ 3 ด้าน (จากทั้งหมด 6 ด้าน) อยู่ในช่วง 3.50 - 4.06 ด้านที่ได้คะแนนสูงสุด คือ ด้านที่ 1 การเข้าถึงข้อมูล (4.06 ± 0.98) ส่วนสองด้านที่ได้คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านที่ 6 การบอกต่อ (3.50 ± 1.12) คำถามที่ได้คะแนนสูงสุด คือ ข้อที่ 5 ในด้านที่ 2 ความเข้าใจ ที่ถามว่า อาหาร เช่น น้ำแข็ง นมฯ ต้องมีเลขสารบบอาหาร (4.56 ± 0.66) และคำถามที่ได้คะแนนต่ำสุด คือ ข้อที่ 3 ในด้านที่ 6 การบอกต่อ ที่ถามว่า.ท่านสามารถแนะนำผลิตภัณฑ์สุขภาพที่สามารถจำหน่ายในร้านชำให้กับผู้ประกอบการร้านค้ารายอื่นๆ ได้ (3.20 ± 1.17)

2. ผลการใช้รูปแบบการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำ : การใช้รูปแบบการเฝ้าระวังฯ ที่พัฒนาขึ้นเป็นเวลา 3 เดือน พบว่าร้านชำประเภททั่วไปสีเขียว มีจำนวนเพิ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก 18 ร้าน (ร้อยละ 43.9) ในช่วงก่อนให้คำแนะนำตามรูปแบบฯ เป็น 25 ร้าน (ร้อยละ 61.0) หลังให้คำแนะนำและติดตามผล (p=0.016) ส่วนร้านชำที่ผ่านเกณฑ์การประเมินร้านชำ G-RDU มีจำนวนเพิ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก 13 ร้าน (ร้อยละ 31.7) ในช่วงก่อนให้คำแนะนำตามรูปแบบฯ เป็น 23 ร้าน (ร้อยละ 56.1) หลังให้คำแนะนำและติดตาม (p=0.002)

หลังการใช้รูปแบบการเฝ้าระวังฯ ร้านชำมีการจำหน่ายยาลดลงจากจำนวน 32 ร้าน (ร้อยละ 78.0) เหลือ 28 ร้าน (ร้อยละ 68.3) โดยร้านชำที่มีการจำหน่ายยาอันตรายและยาบรรจุเสร็จฯ ลดลงจากจำนวน 23 ร้าน (ร้อยละ 71.9) เหลือ 16 ร้าน (ร้อยละ 68.3) ทั้งนี้ พบรายการยาอันตรายและยาบรรจุเสร็จฯ จำนวน 23 รายการที่ไม่ซ้ำกัน โดยมีรายการยาที่พบมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ ยาธาตุน้ำขาวตรากระต่ายบิน, พาราเซตามอล Paracet ในขนาดบรรจุมากกว่า 10 เม็ด, คาโนโลน, ทิฟฟี่ เดย์ และดีคอลเจน พริน ส่วนการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพรลดลงจากจำนวน 32 ร้าน (ร้อยละ 78.0) เหลือ 28 ร้าน (ร้อยละ 68.3) ร้านชำที่จำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ต้องขายในสถานที่มีใบอนุญาตลดลงจากจำนวน 5 ร้าน (ร้อยละ 15.6) เหลือ 4 ร้าน (ร้อยละ 14.3)

หลังให้คำแนะนำตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น พบว่าค่าเฉลี่ยระดับความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการร้านชำในภาพรวมทุกด้านเพิ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก3.85 ± 1.10 คะแนน (คะแนนเต็ม 5) ในช่วงก่อนให้คำแนะนำตามรูปแบบฯ เป็น 4.10 ± 0.88 คะแนน หลังให้คำแนะนำ (p<0.001) เมื่อพิจารณาระดับความรอบรู้เป็นรายด้าน พบว่ามีเพียงด้านที่ 2 ความเข้าใจที่มีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05)

3. ผลการถอดบทเรียนของการดำเนินงานตามรูปแบบการเฝ้าระวังฯ ที่พัฒนาขึ้น

3.1 ปัญหาที่พบในการดำเนินงาน แบ่งออกเป็น 3 ด้าน

- ด้านผู้ประกอบการร้านชำ คือ ยังคาดหวังที่จะจำหน่ายยาที่ไม่ใช่ยาสามัญประจำบ้าน บางร้านมีการเปลี่ยนแปลงผู้ดูแล แต่เป็นผู้ที่ยังไม่เคยได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับการขายยาที่ถูกต้องตามกฎหมาย ผู้ประกอบการส่วนใหญ่

คำนึงถึงผลประโยชน์ทางการค้าและต้องการตอบสนองความต้องการของลูกค้า รวมทั้งได้รับความสะดวกในการบริการส่งยามาจำหน่ายถึงที่ร้านชำ สอดคล้องกับการวิจัยของ อัปสร บุญยัง และรุ่งทิวา หมื่นปา[3] ที่พบว่าแรงจูงใจในการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมคือ ความต้องการของคนในชุมชน/มีการร้องขอให้นำมาจำหน่าย รองลงมาคือ ความต้องการผลกำไร และร้านชำที่ไม่เคยผ่านการอบรมหรือได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุขในเรื่องกฎหมายที่ห้ามจำหน่ายยาในร้านชำ มีการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมมากกว่าร้านประเภทอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.001) และสอดคล้องกับการวิจัยของ ณัฐพล ผลโยน และคณะ[9] ที่พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการจำหน่ายยาผิดกฎหมายในร้านชำ คือ การมีบริการส่งยาถึงร้านชำ (OR = 3.97, 95% CI = 1.71-38.121) และสอดคล้องกับการวิจัยของ วราภรณ์ สังข์ทอง[4] ที่พบว่าการมีบริการส่งถึงบ้านเพิ่มโอกาสการจำหน่ายยาปฏิชีวนะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001)

- ด้านลูกค้า ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญ เนื่องจากมีความต้องการยาที่ไม่มีข้อจำกัดจากการขาดความรู้และความต้องการให้ตนเองและครอบครัวหายจากอาการเจ็บป่วย โดยมองว่าร้านชำเป็นแหล่งจำหน่ายที่ใกล้บ้าน ทำให้ไม่ต้องเสียเวลาเดินทาง ก็ได้ยาเหมือนกัน เพื่อไม่ให้เสียเวลาในการทำงานและลดค่าใช้จ่ายในการรักษา สอดคล้องกับการวิจัยของ กาญจนา เสียงใส, ลีลาวดี ศรีสอน, นริศรา พรมบุตร[10] ที่พบว่า ร้านชำร้อยละ 91.2 มีแรงจูงใจของการจำหน่ายยา คือ ความต้องการของคนในชุมชน และสอดคล้องกับการวิจัยของ เฉลิมพงษ์ ลิมสัมมนาภรณ์, คณิตา ดวงแจ่มกาญจน์ และนิวัฒน์ ศักดิ์สิทธิ์[11] ที่พบว่า แรงจูงใจในการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมของร้านชำส่วนใหญ่คือ ความต้องการของคนในชุมชน หรือมีการร้องขอให้นำยามาจำหน่าย

- ด้านเจ้าหน้าที่ ได้แก่ เจ้าหน้าที่ตามกฎหมาย อสม. เจ้าหน้าที่ อปท. และผู้นำชุมชน พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบในการดำเนินงาน ทำให้มีผลต่อการมีส่วนร่วม และความเข้มแข็งของทีม เพราะผู้รับผิดชอบท่านใหม่ยังไม่ได้ผ่านการอบรม ขาดความรู้และประสบการณ์ ขาดการสื่อสารทั้งในรูปแบบทางการ และไม่เป็นทางการและขาดความต่อเนื่องทั้งในส่วนของภาครัฐ เอกชน และประชาชน นอกจากนี้การบังคับใช้กฎหมายตามมาตรการที่กำหนดกรณีพบการจำหน่ายยาที่ห้ามจำหน่ายในร้านชำ ยังไม่จริงจังไม่เข้มข้น และต่อเนื่อง ประกอบกับไม่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน เนื่องจากผู้สนับสนุนงบประมาณ คือผู้บริหาร อปท. ซึ่งยังไม่เห็นความสำคัญของการดำเนินงานดังกล่าว สอดคล้องกับการวิจัยของ ธิดาพร อาจทวีกุล, วิรัตน์ ปานศิลา และวรพจน์ พรหมสัตยพรต[6] ที่พบว่าการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ประกอบด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับยาเพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติของกลุ่มตัวอย่าง ต้องอาศัยการทำงานอย่างเป็นระบบและมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายที่ร่วมกันคิดร่วมกันทำในทุกกระบวนการ และสอดคล้องกับการวิจัยของสุนิษา ถิ่นแก้ว, รัตนาภรณ์ อาวิพันธ์ และชิดชนก เรือนก้อน[12] ที่พบว่า หากระบบเฝ้าระวังฯ ไม่มีการดำเนินงานอย่างเข้มงวดและต่อเนื่อง อาจทำให้มีการกลับมาจำหน่ายยาของผู้ประกอบการ และการเรียกหายาในร้านชำของประชาชนได้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรพัฒนาระบบการเฝ้าระวังฯ โดยเพิ่มเติมบางกิจกรรม เช่น การค้นหาผู้ป่วยที่เกิดผลกระทบจากการใช้ยาในชุมชนให้ครอบคลุม โดยใช้เครื่องมือส่งสัญญาณที่ช่วยระบุปัญหาได้มากขึ้น และอาจเพิ่มระบบติดตามไปข้างหน้าร่วมด้วยเพื่อวิเคราะห์สาเหตุของการใช้ยาไม่เหมาะสมได้อย่างทันท่วงที ทำให้ระบบมีความสมบูรณ์และมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. ควรดำเนินการเชิงรุกเพื่อสร้างความตระหนักรู้เรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และเพิ่มศักยภาพในการตัดสินใจเลือกซื้อยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพแก่ผู้ประกอบการร้านชำ ได้อย่างปลอดภัยและเหมาะสม

3. ควรพัฒนาและขยายเครือข่ายการเฝ้าระวังด้วยรูปแบบการเฝ้าระวังฯ ที่พัฒนาไปยังพื้นที่อื่นให้ครอบคลุมทั้งจังหวัด และทำการติดตามผลในระยะยาว เพื่อดูความยั่งยืนของระบบการเฝ้าระวังฯ

4. ควรมีการสรุปการดำเนินงานเพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (Policy Brief) โดยเป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) ระดับอำเภอ นอกจากนี้ ควรมอบใบประกาศนียบัตร/โล่รางวัล ให้กับอำเภอที่มีผลการดำเนินงานในแต่ละระดับ (ดีเยี่ยม ดีเด่น และดีมาก) เพื่อเป็นการสร้างขวัญและกำลังใจให้แก่ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาถึงผลกระทบจากการซื้อยาที่ไม่เหมาะสมในประชาชนและอันตรายที่ลดลงจากการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น

2. ควรมีการศึกษารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ในการใช้ยาสำหรับประชาชนที่ง่าย ยั่งยืน และเหมาะกับบริบทของชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ รศ.ดร.ภก.สงวน ลือเกียรติบัณฑิต, ภก.เด่นชัย ดอกพอง, ภญ.ดร.อนุช แซ่เล้า, สมาคมเภสัชสาธารณสุขแห่งประเทศไทย และผู้เข้าร่วมงานวิจัยทุกท่านที่ทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการข้อมูลข่าวสารของราชการ. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข). [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 14 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER2/DRAWER023/GENERAL/DATA0000/00000077.PDF
2. ปัทมาพร ปัทมาสราวุธ, รุ่งทิวา หมื่นปา. การพัฒนาร้านชำต้นแบบจากโครงการประชารัฐร่วมใจส่งเสริมการใช้ยาอย่างปลอดภัยในชุมชน. วารสารเภสัชกรรมไทย (ออนไลน์). 2563; 12(3): 601-1.
3. อัปสร บุญยัง, รุ่งทิวา หมื่นปา. ความชุกของการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมของร้านชำในจังหวัดพิษณุโลกและปัจจัยที่มีผล. วารสารเภสัชกรรมไทย (ออนไลน์). 2562; 11(1): 105-8.
4. วราภรณ์ สังข์ทอง. ความชุกของร้านชำที่จำหน่ายยาปฏิชีวนะในเขตอำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย และปัจจัยที่ทำให้เกิดการจำหน่าย.วารสารเภสัชกรรมไทย (ออนไลน์). 2558; 7(1): 38-46.
5. สิริลักษณ์ รื่นรวย. สถานการณ์ยาและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในเขตสุขภาพที่ 3. วารสารเภสัชกรรมไทย (ออนไลน์). 2560; 9(1): 226-35.
6. ธิดาพร อาจทวีกุล, วิรัตน์ ปานศิลา, วรพจน์ พรหมสัตยพรต. การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังการจำหน่ายยาอันตรายในร้านขายของชำในพื้นที่ตำบลสะแกโพรง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์.วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน (ออนไลน์). 2559; 22(4): 497-509.
7. คู่มือการใช้โปรแกรมระบบเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน (G-RDU & G-SHP). ศูนย์วิชาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.).มวคบ.-สสส.
8. เพิ่มพรรณ์ ธนะภาส และคณะ การพัฒนารูปแบบการจัดการปัญหาการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่ไม่เหมาะสมในร้านชำ ภายในอำเภอรัตภูมิ จังหวัดสงขลา. วารสารเภสัชกรรมไทย (ออนไลน์). 2567; 11(2): 395-407.
9. ณัฐพล ผลโยน และคณะ. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาร้านชำคุณภาพต้นแบบตามโครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม. วารสารเภสัชกรรมไทย (ออนไลน์). 2565; 15(3): 561-75.
10. กาญจนา เสียงใส, ลีลาวดี ศรีสอน, นริศรา พรมบุตร. การพัฒนาแนวทางเพื่อลดการจำหน่ายยาผิดกฎหมายของร้านชำในอำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร. วารสารเภสัชกรรมไทย (ออนไลน์). 2565; 14(1): 62-9.
11. เฉลิมพงษ์ ลิมสัมมนาภรณ์, คณิตา ดวงแจ่มกาญจน์, นิวัฒน์ ศักดิ์สิทธิ์.ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการจำหน่ายยาไม่เหมาะสม ของร้านชำในอำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี. วารสารเภสัชกรรมไทย (ออนไลน์). 2567; 16(2): 341-56.
12. สุนิษา ถิ่นแก้ว, รัตนาภรณ์ อาวิพันธ์, ชิดชนก เรือนก้อน. การพัฒนาระบบเฝ้าระวังการจำหน่ายยาในร้านชำผ่านนโยบายส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนตำบลเหล จังหวัดพังงา. วารสารเภสัชกรรมไทย (ออนไลน์). 2566; 16(2): 316-30.

JOURNAL OF HEALTH CONSUMER PROTECTION
วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
Vol: 5 No.2 July-December 2025
ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2568

การพัฒนาระบบเฝ้าระวังเพื่อลดการจำหน่ายยาไม่ปลอดภัยในร้านชำ ผ่านกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลสุคิริน จังหวัดนราธิวาส

Development of a surveillance system to reduce the sale of unsafe drugs in grocery stores through community participation mechanisms in Sukhirin Subdistrict, Narathiwat Province

กมลรัช คงประเสริฐ[1], สำราญ เจ๊ะแล[2]
Kamonrat Kongprasert[1], Samran Chehlae[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังการจำหน่ายยาไม่ปลอดภัยในร้านชำ โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนและผู้ประกอบการร้านชำ และเปรียบเทียบผลการจำหน่ายยาไม่ปลอดภัยในร้านชำและความรู้ของผู้ประกอบการร้านชำก่อนและหลังพัฒนาระบบเฝ้าระวัง เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ตามแนวทาง RDU Community ผู้เกี่ยวข้องเป็นผู้ประกอบการร้านชำ 27 ร้าน ดำเนินการวิจัยในช่วง 1 พฤศจิกายน 2567 ถึง 31 มกราคม 2568 โดยใช้กระบวนการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผน : สำรวจสถานการณ์การจำหน่ายยาในร้านชำ การสร้างทีมแกนนำเครือข่ายชุมชนเพื่อวางแผนพัฒนาระบบเฝ้าระวังและกำหนดบทบาทหน้าที่ 2) การปฏิบัติการ : กิจกรรมที่ 1 การสร้างองค์ความรู้และพัฒนาศักยภาพเครือข่ายชุมชนและผู้ประกอบการ โดยการอบรมให้ความรู้ด้านยาและกฎหมาย การแจกโปสเตอร์ยา การจัดทำกลุ่มไลน์ และกิจกรรมที่ 2 การจัดทำบันทึกข้อตกลง (MOU) 3) การสังเกตการณ์ : การเปรียบเทียบผลการจำหน่ายยาและความรู้ของผู้ประกอบการก่อนและหลังพัฒนาระบบ 4) การสะท้อนผล : คืนข้อมูลให้ชุมชน และมอบใบรับรองร้านชำสีขาว จำหน่ายยาปลอดภัย เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูล แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลผลการจำหน่ายยาไม่ปลอดภัยก่อนและหลังพัฒนาระบบ โดยใช้สถิติ McNemar's test ความรู้ของผู้ประกอบการก่อนและหลังพัฒนาระบบใช้สถิติ paired t-test กำหนดนัยสำคัญที่ $p < 0.05$ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า หลังการพัฒนาระบบเฝ้าระวังฯ ร้านชำที่จำหน่ายยาไม่ปลอดภัยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากร้อยละ 70.37 เหลือร้อยละ 18.52 ของร้านชำทั้งหมด ($p<0.001$, 95%CI = -0.720 ถึง -0.317) และผู้ประกอบการร้านชำมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจาก 8.81 ± 2.30 เป็น 12.70 ± 2.40 ($p<0.001$, 95%CI = -4.993 ถึง -2.784) สรุปได้ว่าระบบเฝ้าระวังฯ ที่พัฒนาขึ้นสามารถลดการจำหน่ายยาไม่ปลอดภัยในร้านชำและเสริมสร้างความรู้ของผู้ประกอบการร้านชำได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยอาศัยความร่วมมือจากเครือข่ายชุมชน

คำสำคัญ : ร้านชำ, ยาไม่ปลอดภัย, การมีส่วนร่วมของชุมชน, เภสัชกรรมปฐมภูมิ

[1] เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลสุคิริน จังหวัดนราธิวาส
[1] Pharmacist, Professional Level, Division of Pharmacy, Sukhirin Hospital, Narathiwat Province.
E-mail : kamonrat221121@gmail.com
[2] แพทย์แผนไทยชำนาญการ กลุ่มงานแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลแว้ง จังหวัดนราธิวาส
[2] Thai Traditional Professional Level, Division of Thai Traditional and Alternative Medicine, Waeng Hospital, Narathiwat Province.

Received: 6 Jul 2025, Revised: 10 Nov 2025, Accepted: 22 Dec 2025

Abstract

This study aimed to develop a surveillance system for unsafe medicine sales in grocery stores through a participatory process involving the community and grocery store operators, and to compare unsafe medicine sales and the knowledge of grocery store operators before and after the development of the surveillance system. This action research was conducted based on the RDU Community framework. The participants comprised 27 grocery store operators. The study was carried out from 1 November 2024 to 31 January 2025 using a four-step process: 1) Planning, which involved surveying the situation of medicine sales in grocery stores and establishing a community network team to plan the surveillance system and define roles and responsibilities; 2) Action, consisting of two key activities: (a) building knowledge and enhancing the capacity of the community network and grocery store operators through training on drug and legal issues, distributing posters of permitted and prohibited medicines, and creating a LINE group for communication, and (b) establishing a memorandum of understanding (MOU); 3) Observation, which involved comparing medicine sales outcomes and the knowledge of grocery store operators before and after the intervention; and 4) Reflection, in which the research team presented results to the community and awarded certificates to "White Grocery Stores for Safe Medicine Sales." Research instruments included data recording forms and focus group discussion notes. Unsafe medicine sales before and after the development of the surveillance system were analyzed using McNemar's test, while the knowledge of grocery store operators before and after the development of the system was analyzed using a paired t-test. Statistical significance was set at $p < 0.05$. Qualitative data were analyzed using content analysis. The results revealed that after the development of the surveillance system, the proportion of grocery stores selling unsafe medicines significantly decreased from 70.37% to 18.52% of all stores ($p < 0.001$, 95%CI = −0.720 to −0.317). In addition, the knowledge of grocery store operators significantly increased from 8.81 ± 2.30 to 12.70 ± 2.40 ($p < 0.001$, 95%CI = −4.993 to −2.784). In conclusion, the developed surveillance system was effective in reducing unsafe medicine sales in grocery stores and enhancing the knowledge of grocery store operators through collaboration with community networks.

Keywords : Grocery stores, Unsafe drug, Community participation, Primary care pharmacy

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายให้โรงพยาบาลในสังกัดพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในทุกระดับของโรงพยาบาล แม้ว่าการดำเนินการที่ผ่านมาจะบรรลุตามเป้าหมายอย่างดี แต่ยังพบว่าประชาชนมีการซื้อยาจากร้านขายของชำที่เป็นแหล่งกระจายยาในชุมชน ซึ่งอาจส่งผลให้ได้รับยาที่ไม่จำเป็นและขาดการดูแลที่เหมาะสม นโยบายส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (Rational Drug Use in Community หรือ RDU Community) ที่ประกาศ ใช้ในปี พ.ศ. 2563 เป็นการออกแบบระบบสุขภาพของชุมชนเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เชื่อมโยง ทั้งหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับสู่ชุมชน ครอบครัวและบุคคล ตลอดจนมีการจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้น โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนปลอดภัยจากการใช้ยา มีความรอบรู้ในการใช้ยา และการดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วย[1]

พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 แบ่งยาออกเป็น 4 ประเภท คือ ยาควบคุมพิเศษ ยาอันตราย ยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ และยาสามัญประจำบ้าน เพื่อควบคุมการเข้าถึงและการจำหน่ายยาในประเทศไทย โดยอนุญาตให้จำหน่ายยาสามัญประจำบ้านในร้านชำโดยไม่ต้องขอใบอนุญาต เนื่องจากเป็นยาที่ปลอดภัยและราคาประหยัด ขณะที่การจำหน่ายยาประเภทอื่น ๆ โดยไม่ได้รับอนุญาตถือเป็นความผิด มีโทษจำคุกและปรับตามประเภทของยา ซึ่งมีโทษที่แตกต่างกันไปตามความรุนแรงของการกระทำผิด[2]

ร้านชำในชุมชนมักเป็นแหล่งจำหน่ายยาที่ผิดกฎหมายและไม่เหมาะสม โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลจากเมือง[3] การจำหน่ายยาที่พบมากที่สุด คือ ยาอันตราย ยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ ยาแผนโบราณ ยาควบคุมพิเศษยาชุด และยาไม่มีทะเบียน[4] การสำรวจร้านชำในระดับตำบล ภายใต้โครงการส่งเสริมการใช้ยาปลอดภัยในชุมชน ในปี พ.ศ. 2560 จำนวน 4,128 ร้าน (23 จังหวัด) พบการจำหน่ายยาปฏิชีวนะมากที่สุด รองลงมาคือ ยาสเตียรอยด์ ผลิตภัณฑ์ที่มีการปนเปื้อนสารสเตียรอยด์ และในปี พ.ศ. 2561 - 2562 จำนวน 1,029 ร้าน (31 จังหวัด) จากจำนวนร้านค้าปลีกทั้งหมดประมาณ 2,000 ร้าน พบการจำหน่ายยาปฏิชีวนะที่เป็นยาอันตรายมากที่สุด จำนวน 343 ร้าน (ร้อยละ 28.37) รองลงมาคือ จำหน่ายยาสเตียรอยด์ (ทั้งในรูปแบบยาเดี่ยวและยาชุด) ที่เป็นยาควบคุมพิเศษ จำนวน 98 ร้าน (ร้อยละ 8.11) และร้านที่จำหน่ายผลิตภัณฑ์ที่มีการปนเปื้อนสารสเตียรอยด์ จำนวน 39 ร้าน (ร้อยละ 3.23) ประมาณครึ่งหนึ่งเท่านั้นที่จำหน่ายเฉพาะยาสามัญประจำบ้านและยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ[5] เหตุผลการจำหน่ายยาของร้านชำ คือ มาจากความต้องการของคนในชุมชน รองลงมาคือ ใช้ยาเป็นประจำจึงเลือกซื้อยามาจำหน่าย และการได้รับคำแนะนำจากร้านขายยา[6] แหล่งที่มาของยาในร้านชำมากที่สุด คือ ซื้อยาจากร้านขายยาแผนปัจจุบัน รองลงมา คือ ร้านขายของส่ง รถเร่ และห้างสรรพสินค้า[7] การจำหน่ายยาที่ผิดกฎหมายไม่เพียงแต่เป็นการละเมิดกฎหมาย แต่ยังเสี่ยงต่อสุขภาพของประชาชน โดยอาจทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาดื้อยา หรือแพ้ยา ข้อมูลรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่ได้รับจากโรงพยาบาล ในเขตสุขภาพที่ 10 พบว่า มีผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาจากร้านชำ คิดเป็นร้อยละ 18 – 24[8]

จากการสำรวจสถานการณ์การจำหน่ายยาไม่ปลอดภัยในร้านชำพื้นที่อำเภอสุคิริน จังหวัด

นราธิวาส ในปี พ.ศ. 2567 จำนวน 94 ร้าน ภายใต้โครงการ Nara Runcit Suci พบว่ามีร้านชำที่จำหน่ายยาไม่ปลอดภัย ร้อยละ 68.09 ของร้านชำที่สำรวจทั้งหมด โดยประเภทของยาที่พบการจำหน่ายมากที่สุด ได้แก่ ยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ ร้อยละ 54.24 รองลงมาคือ ยาอันตราย ร้อยละ 52.13 ยาหมดอายุ ร้อยละ 6.82 ยาชุด ร้อยละ 5.32 ยาไม่มีทะเบียนตำรับ ร้อยละ 4.26 และผลิตภัณฑ์ที่มีการปนเปื้อนสารสเตียรอยด์ ร้อยละ 2.13 นอกจากนี้ จากข้อมูลของกลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลสุคิริน ในปี พ.ศ. 2567 พบว่าผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาล มีประวัติแพ้ยาจากการซื้อยาอันตรายมาใช้เองจากร้านชำ ร้อยละ 5.00 ของจำนวนผู้ป่วยที่เกิดอาการแพ้ยาทั้งหมด สะท้อนให้เห็นถึงความเสี่ยงด้านความปลอดภัยจากการใช้ยาโดยไม่มีคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ

การดำเนินการเฝ้าระวังการจำหน่ายยาไม่ปลอดภัยในร้านชำที่ผ่านมาใช้วิธีแบบเชิงรุก คือ การออกตรวจร้านชำประจำปีและให้คำแนะนำแก่ผู้ประกอบการร้านชำ และแบบเชิงรับ คือ การรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาจากร้านชำ แต่พบว่าการตรวจเฝ้าระวังดังกล่าวยังขาดกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อร่วมแก้ไขปัญหา เป็นเหตุให้พบการจำหน่ายยาไม่ปลอดภัยในพื้นที่ งานวิจัยนี้จึงต้องการพัฒนาระบบเฝ้าระวังเพื่อลดปัญหาการจำหน่ายยาไม่ปลอดภัยในร้านชำ ตำบลสุคิริน อำเภอสุคิริน จังหวัดนราธิวาส โดยการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในชุมชน (Community Participation) ตามแนวทางการดำเนินงาน RDU Community หาสาเหตุของปัญหาในพื้นที่จากการตรวจเฝ้าระวังแบบเดิม ไปสู่การออกแบบระบบเฝ้าระวังเพื่อลดปัญหาการจำหน่ายยาไม่ปลอดภัย โดยให้ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในชุมชนมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา แจ้งเตือนภัย และจัดการความเสี่ยงให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่เพื่อแก้ปัญหาความไม่ปลอดภัยด้านยาในชุมชน เกิดการใช้ยาอย่างปลอดภัยและสมเหตุผลในชุมชนอย่างต่อเนื่องต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังการจำหน่ายยาไม่ปลอดภัยในร้านชำโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนและผู้ประกอบการร้านชำ
2. เพื่อเปรียบเทียบผลการจำหน่ายยาไม่ปลอดภัยในร้านชำก่อนและหลังพัฒนาระบบเฝ้าระวัง
3. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ของผู้ประกอบการร้านชำก่อนและหลังพัฒนาระบบเฝ้าระวัง

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Planning), การปฏิบัติการ (Action), การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) 1 วงรอบ ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart[9] ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ จังหวัดนราธิวาส เลขที่ 34/2567 ให้ดำเนินการวิจัยช่วงวันที่ 1 พฤศจิกายน 2567 ถึง 31 มกราคม 2568 รวมระยะเวลา 3 เดือน

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ประกอบการร้านชำในตำบลสุคิริน จังหวัดนราธิวาส จำนวน 27 ร้าน กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) เกณฑ์การคัดเข้า คือ เปิดร้านตลอดระยะเวลาที่ทำการวิจัย ผู้ประกอบการสามารถอ่านออกเขียนได้ ผู้ประกอบการให้ความยินยอมและความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ และเกณฑ์การคัดออก คือ ร้านชำปิดกิจการในระยะเวลาที่ทำการวิจัย และไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกกิจกรรม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

1. แบบบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัย

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพด้านยาโดยพนักงานเจ้าหน้าที่

ส่วนที่ 3 แบบทดสอบความรู้ผู้ประกอบการร้านชำ ประกอบด้วยข้อคำถาม 16 ข้อ เป็นชนิด 4 ตัวเลือก เนื้อหาของแบบทดสอบ ได้แก่ 1) ความรู้กฎหมายด้านยาที่จำหน่ายได้และห้ามจำหน่ายในร้านชำ (2 ข้อ) 2) ความรู้ในการอ่านฉลากยา (7 ข้อ) 3) ความรู้ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย (6 ข้อ) และ 4) ความรู้ในการจัดเก็บยา (1 ข้อ) เกณฑ์ในการแปลผลคะแนนใช้การพิจารณาแบ่งระดับคะแนนอิงเกณฑ์ โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ Bloom[10] มีเกณฑ์แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ร้อยละของคะแนน	คะแนน	ระดับความรู้
80 – 100	13 – 16	มีความรู้มาก
60 – 79	10 – 12	มีความรู้ปานกลาง
0 – 59	0 – 9	มีความรู้น้อย

ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบบันทึกข้อมูลมาจากงานวิจัยเรื่อง การพัฒนาร้านชำต้นแบบจากโครงการประชารัฐร่วมใจส่งเสริมการใช้ยาอย่างปลอดภัยในชุมชนของ ปัทมาพร ปัทมาสราวุธ และ รุ่งทิวา หมื่นปา ปี พ.ศ. 2562[11]

2. แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เป็นลักษณะคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับประเด็นปัญหาการตรวจเฝ้าระวังแบบเดิม การวางแผนพัฒนาระบบเฝ้าระวังการจำหน่ายยาในร้านชำ การกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละภาคส่วน และบันทึกข้อตกลง

แบบบันทึกทั้งหมดได้รับการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ เภสัชกรชำนาญการพิเศษ 1 ท่าน และนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ 2 ท่าน จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส

3. เครื่องมือในการสร้างระบบเฝ้าระวัง ได้แก่ สื่อให้ความรู้ด้านยา ประกอบด้วยโปสเตอร์ยาที่จำหน่ายได้และห้ามจำหน่ายในร้านชำ ตัวอย่างฉลากยาและบรรจุภัณฑ์ยา เพื่อฝึกอ่านฉลากและวันหมดอายุ กลุ่มสื่อสารออนไลน์ (Line Group) และบันทึกข้อตกลง (Memorandum of Understanding : MOU) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติร่วมกันของชุมชน

3. วิธีการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลผลการจำหน่ายยาไม่ปลอดภัยในร้านชำและความรู้ของผู้ประกอบการร้านชำ ดังนี้

1. ข้อมูลผลการจำหน่ายยาไม่ปลอดภัยในร้านชำ จำนวน 27 ร้าน โดยการออกตรวจร้านชำก่อนและหลังพัฒนาระบบเฝ้าระวังร่วมกับเครือข่ายชุมชน ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่ในการเก็บข้อมูล

2. ความรู้ของผู้ประกอบการร้านชำก่อนและหลังพัฒนาระบบเฝ้าระวัง จำนวน 27 คน

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด ลักษณะการจำหน่ายสินค้า การอบรมในด้านกฎหมายตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 การเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพด้านยา การจัดเก็บยาในร้านชำ แหล่งที่มาของยาและเหตุผลการจำหน่ายยา โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage)

2. การเปรียบเทียบผลการจำหน่ายยาไม่ปลอดภัยในร้านชำก่อนและหลังพัฒนาระบบเฝ้าระวังเป็นสัดส่วน (ผ่าน, ไม่ผ่าน) ใช้สถิติ McNemar's test และความรู้ของผู้ประกอบการร้านชำก่อนและหลังพัฒนาระบบเฝ้าระวัง โดยใช้สถิติ paired- t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

3. การบรรยายข้อมูลเชิงคุณภาพจากการประชุม การสังเกต และการระดมความคิดเห็นใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

5. ขั้นตอนในการพัฒนา

การวิจัยแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติการ การสังเกตการณ์ และการสะท้อนผล ดังนี้

1) การวางแผน

(1) การสำรวจสถานการณ์การจำหน่ายยาในร้านชำ

การออกตรวจร้านชำ ครั้งที่ 1 เพื่อสำรวจการจำหน่ายยาในร้านชำ จำนวน 27 ร้าน ร่วมกับเครือข่ายชุมชน ประกอบด้วยผู้รับผิดชอบงานจาก สสอ. 1 คน, เจ้าหน้าที่จาก รพ.สต. 1 คน, อสม. 2 คน และเภสัชกรซึ่งเป็นผู้วิจัย ดำเนินการในระยะเวลา 3 วัน การออกตรวจไม่ได้แจ้งให้ผู้ประกอบการร้านชำทราบล่วงหน้า ผู้วิจัยเก็บข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูลประกอบด้วย 3 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัย ส่วนที่ 2 แบบบันทึกการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพด้านยาโดยพนักงานเจ้าหน้าที่ ส่วนที่ 3 แบบทดสอบความรู้ผู้ประกอบการร้านชำ ผู้วิจัยให้ผู้ประกอบการทำแบบทดสอบความรู้ก่อนการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ปัญหาเพื่อนำเสนอต่อแกนนำเครือข่ายชุมชน

(2) การสร้างทีมแกนนำเครือข่ายชุมชนเพื่อวางแผนพัฒนาระบบเฝ้าระวังและกำหนดบทบาทหน้าที่ของทุกภาคส่วน

การประชุมแกนนำเครือข่ายชุมชนเพื่อดำเนินงานด้านการเฝ้าระวังการจำหน่ายยาในร้านชำ ประกอบด้วย กำนัน 1 คน, ผู้ใหญ่บ้าน 1 คน, ผู้รับผิดชอบงานจาก สสอ. 1 คน, เจ้าหน้าที่จาก รพ.สต. ทั้ง 3 แห่ง แห่งละ 1 คน, ตัวแทน อสม. 3 คน และเภสัชกร 1 คน เภสัชกรผู้วิจัยได้นำเสนอข้อมูลสถานการณ์การจำหน่ายยาในร้านชำพื้นที่อำเภอสุคิรินภายใต้โครงการ Nara Runcit Suci ในปี พ.ศ. 2567 ตัวอย่างยาผิดกฎหมายที่พบการจำหน่ายในพื้นที่ และผลการตรวจร้านชำในตำบลสุคิริน จากการออกตรวจร้านชำ ครั้งที่ 1 ภายหลังการนำเสนอข้อมูล ทีมแกนนำเครือข่ายรับทราบปัญหาการจำหน่ายยาดังกล่าว และได้ดำเนินการสนทนากลุ่มร่วมกันในประเด็นปัญหาการตรวจเฝ้าระวังแบบเดิม เพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังการจำหน่ายยาในร้านชำโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน และการกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละภาคส่วนในเครือข่าย

2) การปฏิบัติการ

กิจกรรมที่ 1 : การสร้างองค์ความรู้และพัฒนาศักยภาพเครือข่ายชุมชนและผู้ประกอบการร้านชำ

เภสัชกรได้ดำเนินการลงพื้นที่สัญจร ณ รพ.สต. ในพื้นที่ตำบลสุคิริน จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ รพ.สต.บ้านสอวอนอก, รพ.สต.น้ำตก และ รพ.สต.จุฬาภรณ์พัฒนา 12 แต่ละที่ใช้เวลาครั้งละประมาณ 3 ชั่วโมง ทั้งหมด 3 วัน ผู้เข้าร่วมประชุม ได้แก่ เจ้าหน้าที่จาก รพ.สต. แห่งละ 1 คน, ผู้ใหญ่บ้านหรือตัวแทน หมู่บ้านละ 1 คน, อสม. หมู่บ้านละ 2 คน และผู้ประกอบการร้านชำ

ผู้วิจัยนำเสนอสถานการณ์การจำหน่ายยาในร้านชำอำเภอสุคิริน ภายใต้โครงการ Nara Runcit Suci ในปี พ.ศ. 2567 ตัวอย่างยาผิดกฎหมายที่พบการจำหน่ายในพื้นที่ และปัญหาการจำหน่ายยาในตำบลสุคิริน จากการออกตรวจ ครั้งที่ 1 ชี้แจงแนวทางและบทบาทหน้าที่การทำงานร่วมกัน จากนั้นดำเนินการตามกิจกรรมย่อย คือ

1) การอบรมให้ความรู้ด้านยาและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยเป็นผู้ให้ความรู้เรื่องประเภทยาตามกฎหมายและยาที่ห้ามจำหน่ายในร้านชำ การคัดเลือกยามาจำหน่ายในร้านชำ การใช้ยาในเด็กหญิงตั้งครรภ์และให้นมบุตร การใช้ยาปฏิชีวนะ อาการแพ้ยาและอาการข้างเคียงจากยา ความรู้ในการจัดเก็บยา ให้ผู้เข้าร่วมอบรมทดลองอ่านฉลากยาและวันหมดอายุจากตัวอย่างยาที่วางไว้ และให้ผู้ประกอบการร้านชำทำแบบทดสอบความรู้หลังการอบรมทันที

2) การแจกโปสเตอร์ยาที่จำหน่ายได้และห้ามจำหน่ายในร้านชำ ได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส เพื่อให้ผู้ประกอบการนำไปติดบริเวณหน้าร้านชำ เป็นการสร้างความตระหนักและประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนในพื้นที่ทราบ

3) จัดทำกลุ่มไลน์ เพื่อใช้เป็นช่องทางในการปรึกษาปัญหาด้านยา รับเรื่องร้องเรียน และประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารด้านยา

กิจกรรมที่ 2 การจัดทำบันทึกข้อตกลง (MOU)

ผู้วิจัยได้จัดประชุมเพื่อสร้างบันทึกข้อตกลงร่วมกันของทุกภาคส่วน ผู้เข้าร่วมประกอบด้วยกำนัน, ผู้ใหญ่บ้านหรือตัวแทน, ผู้รับผิดชอบงานจาก สสอ., เจ้าหน้าที่จาก รพ.สต., อสม., ตัวแทนร้านขายยา และผู้ประกอบการร้านชำ จากนั้นร่วมกันจัดทำบันทึกข้อตกลง (MOU) โดยการดำเนินงานใช้กระบวนการประชุมหารือแบบมีส่วนร่วม เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนข้อเสนอแนะ และร่วมพิจารณารายละเอียดของข้อตกลงอย่างรอบด้าน จนนำไปสู่ข้อสรุปที่ทุกภาคส่วนเห็นชอบร่วมกัน และมีการลงนามในบันทึกข้อตกลงอย่างเป็นทางการ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติร่วมกันของชุมชน

3) การสังเกตการณ์

(1) การเปรียบเทียบผลการจำหน่ายยาไม่ปลอดภัยในร้านชำก่อนและหลังพัฒนาระบบเฝ้าระวังโดยการออกตรวจร้านชำ ครั้งที่ 2 และให้คำแนะนำแบบพี่เลี้ยง หลังดำเนินงานตามกิจกรรมที่ 2 เป็นเวลา 30 วัน ผู้วิจัยลงพื้นที่ร่วมกับผู้รับผิดชอบงานจาก สสอ. 1 คน, เจ้าหน้าที่จาก รพ.สต. 1 คน และ อสม. 2 คน ในการเก็บข้อมูล ดำเนินการในระยะเวลา 3 วัน

(2) การเปรียบเทียบความรู้ของผู้ประกอบการร้านชำก่อนและหลังการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง

4) การสะท้อนผล

การประชุมแกนนำเครือข่ายเพื่อคืนข้อมูลให้ชุมชน ประกอบด้วยกำนัน 1 คน, ผู้ใหญ่บ้านหรือตัวแทน หมู่บ้านละ 1 คน, ผู้รับผิดชอบงานจาก สสอ. 1 คน, เจ้าหน้าที่จาก รพ.สต. 3 แห่ง แห่งละ 1 คน, ตัวแทน อสม., ตัวแทนผู้ประกอบการร้านชำ และเภสัชกร ผู้วิจัย 1 คน เภสัชกรคืนข้อมูลให้ชุมชนโดยนำเสนอผลการดำเนินงานหลังพัฒนาระบบเฝ้าระวัง การมอบใบรับรอง “ร้านชำสีขาว จำหน่ายยาปลอดภัย (Nara Runcit Suci)” ให้แก่ร้านชำที่ผ่านการรับรอง จากนั้นมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเสนอแนะการแก้ปัญหารอบถัดไป หลังการประชุมผู้วิจัยมอบโปสเตอร์ยาที่จำหน่ายได้และห้ามจำหน่ายในร้านชำให้แก่ผู้ใหญ่บ้านหรือตัวแทน เพื่อนำไปประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนในหมู่บ้านทราบต่อไป

ผลการวิจัย

1. ระบบเฝ้าระวังการจำหน่ายยาไม่ปลอดภัยในร้านชำตำบลสุคิริน จังหวัดนราธิวาส

ปัญหาการตรวจเฝ้าระวังแบบเดิม : การตรวจเฝ้าระวังแบบเดิม มีการตรวจปีละ 1 ครั้ง โดยเจ้าหน้าที่จาก รพ.สต. เพื่อสำรวจการจำหน่ายยาในร้านชำ บันทึกข้อมูลลงในแบบประเมินมาตรฐานร้านชำจังหวัดนราธิวาสและส่งให้กับเภสัชกรโรงพยาบาล ผลจากการดำเนินงานของการตรวจเฝ้าระวังแบบเดิม พบว่า มีการรับรู้ปัญหาเฉพาะเภสัชกรและเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และขาดการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการเฝ้าระวัง ทำให้พบการจำหน่ายยาไม่ปลอดภัยในร้านชำเป็นจำนวนมาก

รูปแบบระบบเฝ้าระวังและการกำหนดบทบาทหน้าที่เครือข่ายชุมชน : จากการประชุมทีมแกนนำเครือข่ายชุมชนเพื่อวางแผนพัฒนาระบบเฝ้าระวังและกำหนดบทบาทหน้าที่ ได้ข้อสรุปร่วมกัน คือ การดำเนินการของระบบเฝ้าระวังแบบใหม่ทุกภาคส่วนในชุมชนต้องทำงานร่วมกัน มีการเชื่อมกันระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน และมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละภาคส่วนในเครือข่าย ดังนี้ 1) เจ้าหน้าที่จาก รพ.สต. ออกตรวจติดตามการจำหน่ายยาในร้านชำปีละ 1 ครั้ง บันทึกข้อมูลลงในแบบประเมินมาตรฐานร้านชำจังหวัดนราธิวาส ให้คำแนะนำเมื่อพบการจำหน่ายยาไม่ปลอดภัยในร้านชำ เป็นพี่เลี้ยงคอยให้คำปรึกษาแก่ร้านชำและประชาชนในพื้นที่ เป็นสื่อกลางในการประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่กับชุมชน 2) อสม. ออกตรวจติดตาม แนะนำการจำหน่ายยาในร้านชำประจำปีร่วมกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และคอยสอดส่องยาที่ไม่ปลอดภัยในชุมชนและรายงานต่อ รพ.สต. 3) เภสัชกรทำหน้าที่ให้ข้อมูลด้านยาแก่ชุมชน เป็นที่ปรึกษาเรื่องการจำหน่ายยาที่ปลอดภัยในร้านชำแก่ผู้ประกอบการ 4) ผู้รับผิดชอบงานจาก สสอ. ทำงานร่วมกับเภสัชกรในการเป็นที่ปรึกษาข้อมูลด้านยาแก่ชุมชน 5) กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เป็นกระบอกเสียงประชาสัมพันธ์ข้อมูลด้านยาให้ประชาชนในหมู่บ้านทราบเฝ้าระวังการจำหน่ายยาไม่ปลอดภัยในพื้นที่ และตักเตือนตามความเหมาะสม ดังรูปที่ 1

การจัดทำบันทึกข้อตกลง (MOU)

การประชุมเพื่อสร้างบันทึกข้อตกลงร่วมกันของทุกภาคส่วน สามารถสรุปเป็นแนวทางในการปฏิบัติร่วมกันของชุมชน ดังนี้

1. ยาที่จำหน่ายได้ในร้านชำ คือ ยาสามัญประจำบ้านเท่านั้น ยาประเภทอื่นนอกเหนือจากนี้จำหน่ายไม่ได้

2. ทุกคนในชุมชนมีส่วนช่วยในการเฝ้าระวังการจำหน่ายยาไม่ปลอดภัยในพื้นที่

3. การเฝ้าระวังการจำหน่ายยาไม่ปลอดภัย มี 2 รูปแบบ คือ ร้านชำ และรถเร่/รถส่งยา

3.1 ร้านชำ : การเฝ้าระวังการจำหน่ายยาไม่ปลอดภัยในร้านชำต้องทำเป็นประจำทุกปี โดยผู้รับผิดชอบงานประจำ รพ.สต. และ อสม. ในพื้นที่ และส่งข้อมูลผลการตรวจให้เภสัชกร ดังนี้

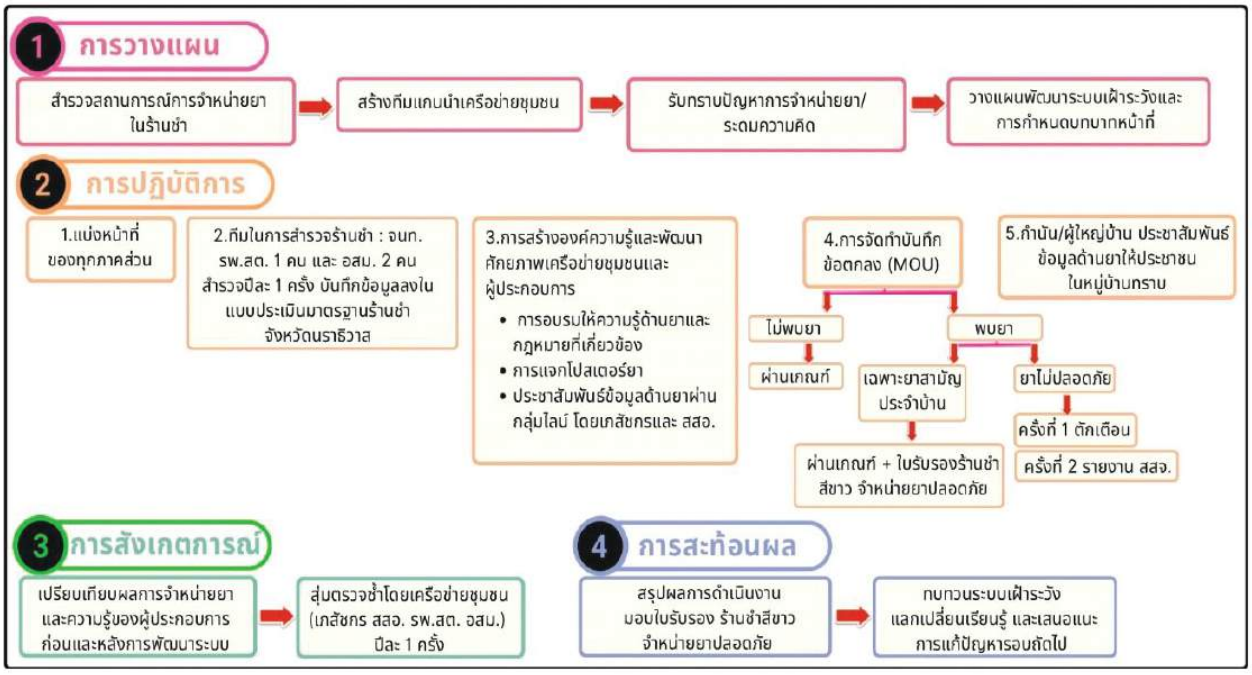
3.1.1 เมื่อพบการจำหน่ายยาไม่ปลอดภัยในร้านชำ ให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ อสม. ในพื้นที่ดำเนินการให้คำแนะนำและตักเตือนตามความเหมาะสม

3.1.2 ให้เวลากับผู้ประกอบการร้านชำ 1 เดือน ในการจัดการกับยาดังกล่าว เช่น การนำยาออกจากชั้นวาง ส่งคืนแหล่งซื้อ แลกเปลี่ยน หรือทำลายตามความเหมาะสม จากนั้นออกตรวจร้านชำซ้ำอีกครั้ง

- ในกรณีที่ยังพบการจำหน่ายยาไม่ปลอดภัยในร้านชำ เภสัชกรจะดำเนินการจัดทำรายงานผลการตรวจร้านชำประจำปี และส่งรายงานดังกล่าวให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการกำกับติดตามต่อไป

- ในกรณีร้านชำจำหน่ายเฉพาะยาสามัญประจำบ้าน ไม่พบการจำหน่ายยาประเภทอื่น ร้านชำจะได้รับใบรับรองร้านชำสีขาว จำหน่ายยาปลอดภัย (Nara Runcit Suci) เพื่อเป็นการส่งเสริมและเชิดชูเกียรติให้แก่ร้านชำที่จำหน่ายยาปลอดภัยในชุมชนโดยใบรับรองมีอายุ 1 ปี

3.2 รถเร่/รถส่งยา : การเฝ้าระวังในรถเร่/รถส่งยาที่นำยาไม่ปลอดภัยมาจำหน่ายในชุมชน หากพบเจอการจำหน่ายยาผิดกฎหมาย ให้บันทึกหลักฐานข้อมูล เช่น ถ่ายภาพรถเร่ที่ติดป้ายทะเบียนรถและรายละเอียดอื่น ๆ ที่จำเป็น จากนั้นประสานเพื่อส่งต่อข้อมูลดังกล่าวให้ผู้ใหญ่บ้านหรือเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ทราบโดยเร็ว และแจ้งข้อมูลให้แก่เภสัชกรโรงพยาบาล



รูปที่ 1 ระบบเฝ้าระวังการจำหน่ายยาไม่ปลอดภัยในร้านชำตำบลสุคิริน อำเภอสุคิริน จังหวัดนราธิวาส

4. จัดให้มีช่องทางการสื่อสารออนไลน์ระหว่างชุมชนกับเภสัชกรและ สสอ. ผ่านแอปพลิเคชันกลุ่มไลน์และไลน์ Official Account (Line OA) เพื่อประชาสัมพันธ์ข้อมูลด้านยา ให้คำปรึกษา รับเรื่องร้องเรียน และตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน

5. มีการประสานความร่วมมือกับร้านขายยาในพื้นที่ให้เป็นแหล่งกระจายยาที่เหมาะสมแก่ร้านชา เพื่อสนับสนุนให้มีการจำหน่ายเฉพาะยาสามัญประจำบ้าน

2. ผลการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง

2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัย

จากการวิจัยพบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.19 มีอายุระหว่าง 41 – 60 ปี มากที่สุด ร้อยละ 51.85 รองลงมาคืออายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 29.63 และอายุระหว่าง 21 – 40 ปี ร้อยละ 18.52 ด้านระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาสูงสุดในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 44.44 รองลงมาคือ

มัธยมศึกษา ร้อยละ 37.04 และระดับปริญญาตรี ร้อยละ 18.52 ร้านชำทั้งหมดที่เข้าร่วมเป็นร้านชำขายปลีก ร้อยละ 100 และผู้ประกอบการทุกรายไม่เคยได้รับการอบรมในด้านกฎหมายตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ร้อยละ 100 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัย (n = 27)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	4	14.81
หญิง	23	85.19
อายุ (ปี)		
21-40	5	18.52
41-60	14	51.85
มากกว่า 60	8	29.63
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	12	44.44
มัธยมศึกษา/อนุปริญญา	10	37.04
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	5	18.52
ลักษณะการจำหน่ายสินค้า		
ร้านชำขายปลีก	27	100
ร้านชำขายปลีกและส่ง	0	
การอบรมในด้านกฎหมายตามพระราชบัญญัติยา		
เคยอบรม	0	
ไม่เคยอบรม	27	100

2.2 ผลการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพด้านยาโดยพนักงานเจ้าหน้าที่

การเปรียบเทียบการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์ด้านยา พบว่า ก่อนพัฒนาระบบเฝ้าระวังพบการจำหน่ายยา จำนวน 20 ร้าน (ร้อยละ 74.07) และหลังพัฒนาระบบเฝ้าระวังพบการจำหน่ายยาลดลงเหลือจำนวน 9 ร้าน (ร้อยละ 33.33) และจากข้อมูลร้านชำที่จำหน่ายยาไม่ปลอดภัย พบยาอันตรายที่ไม่ใช่ยาปฏิชีวนะ ลดลงจากร้อยละ 50.00 เหลือร้อยละ 15.00 ยาบรรจุเสร็จฯ ลดลงจากร้อยละ 75.00 เหลือร้อยละ 20.00 และยาหมดอายุ ลดลงจากร้อยละ 10.00 เหลือร้อยละ 0 จากการสำรวจพบยา Paracetamol 500 mg บรรจุกระปุกละ 100 เม็ด มากที่สุด รองลงมาคือยาอันตรายสูตรผสม Paracetamol 500 mg + Chlorpheniramine 2 mg + Phenylephrine 10 mg โดยการสำรวจทั้งก่อนและหลังพัฒนาระบบเฝ้าระวังไม่พบการจำหน่ายยาปฏิชีวนะ ยาควบคุมพิเศษ ยาชุด และยาไม่มีทะเบียนตำรับ รายละเอียดดังตารางที่ 2

การเปรียบเทียบผลการจำหน่ายยาไม่ปลอดภัยก่อนและหลังพัฒนาระบบเฝ้าระวัง โดยใช้สถิติ McNemar's test พบว่าหลังพัฒนาระบบเฝ้าระวังการจำหน่ายยาไม่ปลอดภัยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากจำนวน 19 ร้าน (ร้อยละ 70.37) เหลือจำนวน 5 ร้าน (ร้อยละ 18.52) หรือลดลงร้อยละ 51.85 ($p<0.001$) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพด้านยาก่อนและหลังพัฒนาระบบ (n = 27)

ข้อมูลยาที่ตรวจสอบ	ก่อนพัฒนาระบบ เดือนพฤศจิกายน 2567		หลังพัฒนาระบบ เดือนมกราคม 2568	
	จำนวนร้าน	ร้อยละ	จำนวนร้าน	ร้อยละ
การจำหน่ายยา				
ไม่จำหน่ายยา	7	25.93	18	66.67
จำหน่ายยา	20	74.07	9	33.33
- จำหน่ายเฉพาะยาสามัญประจำบ้าน	1	5.00	4	20.00
- จำหน่ายยาไม่ปลอดภัย	19	95.00	5	25.00
1. ยาอันตรายที่ไม่ใช่ยาปฏิชีวนะ	10	50.00	3	15.00
2. ยาบรรจุเสร็จฯ	15	75.00	4	20.00
3. ยาหมดอายุ	2	10.00	0	0.00

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบผลการจำหน่ายยาไม่ปลอดภัยก่อนและหลังพัฒนาระบบเฝ้าระวัง (n = 27)

การจำหน่ายยา	ร้านชำจำหน่ายยาไม่ปลอดภัย (ร้าน)	ร้อยละ	χ^2	95%CI of the difference		p-value
				Lower	Upper	
ก่อนพัฒนาระบบ	19	70.37	12.07	-0.720	-0.317	<0.001*
หลังพัฒนาระบบ	5	18.52				

*Statistic significance at p-value ≤ 0.05

ลักษณะการจำหน่ายยาในร้านชำ ด้านการจัดเก็บยา โดยพิจารณาจากการสังเกตชั้นวางยา ได้แก่ ความสะอาดของชั้นวาง การแยกเป็นสัดส่วน ไม่ปะปนกับผลิตภัณฑ์อื่น และการป้องกันแสง หลังพัฒนาระบบเฝ้าระวังพบว่า การจัดเก็บยาอย่างไม่เหมาะสมมีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 80.00 เหลือเพียงร้อยละ 5.00 ในการตรวจร้านชำ ครั้งที่ 2 ผู้ประกอบการสามารถปรับปรุงการจัดเก็บยาไม่ให้ปะปนกับผลิตภัณฑ์อื่น และมีการป้องกันแสงอย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตาม ยังคงพบปัญหาเรื่องความสะอาดของชั้นวางยา ซึ่งเป็นประเด็นที่ควรได้รับการปรับปรุงเพิ่มเติมต่อไป

ด้านแหล่งที่มาของยาพบว่า ก่อนพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ร้านชำซื้อยาจากร้านขายยามากที่สุด รองลงมาคือ ร้านชำขายส่ง และรถส่งยา/รถเร่ขายยา ร้อยละ 45.00, 35.00 และ 20.00 ตามลำดับ และหลัง

พัฒนาระบบเฝ้าระวัง ร้านชำซื้อยามาจากร้านขายยา ร้านชำขายส่ง รถส่งยา/รถเร่ขายยา และห้างสรรพสินค้า ร้อยละ 20.00, 10.00, 10.00 และ 5.00 ตามลำดับ

ด้านเหตุผลการจำหน่ายยา ทั้งก่อนและหลังพัฒนาระบบเฝ้าระวังพบว่า เหตุผลการจำหน่ายมาจากความต้องการของคนในชุมชนมากที่สุด รองลงมาคือ มีบริการจัดส่งถึงร้านชำ และใช้เองเป็นประจำจึงเลือกซื้อมาจำหน่าย โดยก่อนพัฒนาระบบเฝ้าระวัง คิดเป็นร้อยละ 75.00, 20.00 และ 5.00 ตามลำดับ และหลังพัฒนาระบบเฝ้าระวังคิดเป็นร้อยละ 30.00, 10.00 และ 5.00 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ลักษณะการจำหน่ายยาในร้านชำ

การจำหน่ายยา	ก่อนพัฒนาระบบ (n = 20)		หลังพัฒนาระบบ (n = 9)	
	จำนวนร้าน	ร้อยละ	จำนวนร้าน	ร้อยละ
การจัดเก็บยาในร้านชำ				
เหมาะสม	4	20.00	8	40.00
ไม่เหมาะสม	16	80.00	1	5.00
แหล่งที่มาของยา				
ร้านขายยา	9	45.00	4	20.00
ร้านชำขายส่ง	7	35.00	2	10.00
รถส่งยา/รถเร่ขายยา	4	20.00	2	10.00
ห้างสรรพสินค้า	0	0.00	1	5.00
เหตุผลการจำหน่ายยา				
ความต้องการของคนในชุมชน	15	75.00	6	30.00
มีบริการจัดส่งถึงร้านชำ	4	20.00	2	10.00
ใช้เองเป็นประจำจึงเลือกซื้อมาจำหน่าย	1	5.00	1	5.00

2.3 ความรู้ผู้ประกอบการร้านชำ

การเปรียบเทียบความรู้เฉลี่ยของผู้ประกอบการร้านชำก่อนและหลังการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง โดยใช้ Paired t-test หลังจากตรวจสอบเงื่อนไขมีการกระจายตัวแบบปกติพบว่า คะแนนความรู้ของผู้ประกอบการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก 8.81 ± 2.30 เป็น 12.70 ± 2.40 ($p<0.001$) รายละเอียดดังตารางที่ 5 โดยระดับความรู้ก่อนพัฒนาระบบเฝ้าระวังผู้ประกอบการส่วนใหญ่มีความรู้ระดับน้อย ร้อยละ 59.26 และหลังจากพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ผู้ประกอบการส่วนใหญ่มีความรู้ระดับมาก ร้อยละ 62.96 รายละเอียดดังตารางที่ 6

ตารางที่ 5 แบบทดสอบความรู้ของผู้ประกอบการร้านชำ (n = 27)

ความรู้ของผู้ประกอบการร้านชำ	Mean ± S.D.	95%CI of the difference		t	p-value
		Lower	Upper		
ก่อนพัฒนาระบบ	8.81 ± 2.30	-4.993	-2.784	-7.238	<0.001*
หลังพัฒนาระบบ	12.70 ± 2.40				

*Statistic significance at p-value ≤ 0.05

ตารางที่ 6 ระดับความรู้ของผู้ประกอบการร้านชำ (n = 27)

ระดับความรู้	ก่อนพัฒนาระบบ	หลังพัฒนาระบบ
	จำนวนร้าน (ร้อยละ)	จำนวนร้าน (ร้อยละ)
มีความรู้ระดับมาก	1 (3.70)	17 (62.96)
มีความรู้ระดับปานกลาง	10 (37.04)	7 (25.93)
มีความรู้ระดับน้อย	16 (59.26)	3 (11.11)

สรุปและอภิปรายผล

1. ระบบเฝ้าระวังการจำหน่ายยาไม่ปลอดภัยในร้านชำโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนและผู้ประกอบการร้านชำ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเพื่อลดปัญหาการจำหน่ายยาไม่ปลอดภัยในร้านชำ ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามแนวทาง RDU Community ในกิจกรรมการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในชุมชน (Community Participation) ผลการวิจัยพบว่า ระบบเฝ้าระวังที่พัฒนาขึ้น มี 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผน เป็นการสำรวจและรวบรวมสถานการณ์การจำหน่ายยาในร้านชำ การสร้างทีมแกนนำเครือข่ายชุมชนเพื่อวางแผนพัฒนาระบบเฝ้าระวังและกำหนดบทบาทหน้าที่ 2) การปฏิบัติการประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 การสร้างองค์ความรู้และพัฒนาศักยภาพเครือข่ายชุมชนและผู้ประกอบการร้านชำ โดยการอบรมให้ความรู้ด้านยาและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง การแจกโปสเตอร์ยาที่จำหน่ายได้และห้ามจำหน่ายในร้านชำ การจัดทำกลุ่มไลน์สำหรับปรึกษาปัญหาด้านยา รับเรื่องร้องเรียนและประชาสัมพันธ์ข้อมูลด้านยาแก่ชุมชน กิจกรรมที่ 2 การจัดทำบันทึกข้อตกลง (MOU) เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติร่วมกันของชุมชน 3) การสังเกตการณ์การเปรียบเทียบผลการจำหน่ายยาและความรู้ของผู้ประกอบการก่อนและหลังพัฒนาระบบเฝ้าระวัง หลังจากนั้นให้ดำเนินการสุ่มตรวจซ้ำโดยเครือข่ายชุมชนปีละ 1 ครั้ง และ 4) การสะท้อนผล โดยการคืนข้อมูลให้ชุมชน การมอบใบรับรองร้านชำสีขาว จำหน่ายยาปลอดภัย (Nara Runcit Suci) เพื่อเป็นการส่งเสริมและเชิดชูเกียรติร้านชำที่มีการปฏิบัติตามแนวทางอย่างถูกต้อง อีกทั้งยังทำหน้าที่เป็นร้านชำต้นแบบในระดับชุมชนเพื่อเป็นแรงบันดาลใจ ให้แก่ร้านอื่น ๆ ในการพัฒนามาตรฐานการจำหน่ายยาให้ถูกต้องและปลอดภัย ระบบเฝ้าระวังที่พัฒนาขึ้นแสดงให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของการแก้ไขปัญหาการจำหน่ายยาไม่ปลอดภัยในร้านชำ ทำให้การดำเนินงานของระบบเฝ้าระวังเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

2. เปรียบเทียบผลการจำหน่ายยาไม่ปลอดภัยในร้านชำก่อนและหลังพัฒนาระบบเฝ้าระวัง

หลังดำเนินการตามระบบที่พัฒนาขึ้น พบว่า ร้านชำจำหน่ายยาไม่ปลอดภัยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ระบบที่พัฒนาขึ้นสอดคล้องกับการวิจัยของ กาญจนา เสียงใส และคณะ[12] ที่พัฒนาแนวทางเพื่อลดการจำหน่ายยาผิดกฎหมายของร้านชำผ่าน “TICE Model” ประกอบด้วย การอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับยาและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง การสร้างสื่อรู้ทันยา การติดตามและประเมินชี้แนะแบบพี่เลี้ยง และการเสริมพลังอำนาจ ยกย่องด้วยป้าย “ร้านชำสีขาว ไม่จำหน่าย

ยาผิดกฎหมาย" หลังใช้มาตรการพบร้านชำที่จำหน่ายยาผิดกฎหมายลดลงจากร้อยละ 80.27 เป็นร้อยละ 29.25 หรือลดลงร้อยละ 51.02 และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ปัทมาพร ปัทมาสราวุธ และ รุ่งทิวา หมื่นปา[11] ที่พัฒนาร้านชำต้นแบบจากโครงการประชารัฐร่วมใจส่งเสริมการใช้ยาอย่างปลอดภัยในชุมชนพบว่าการร่วมมือระหว่างเครือข่ายในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังการจำหน่ายยาในชุมชน การอบรมให้ความรู้ การจัดทำบันทึกความเข้าใจร่วมกัน (MOU) มาตรการนี้ทำให้ผู้ประกอบการร้านชำปฏิบัติตามกฎหมายมากขึ้นและพบยาที่ไม่เหมาะสมในร้านชำลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

3. เปรียบเทียบความรู้ของผู้ประกอบการร้านชำก่อนและหลังพัฒนาระบบเฝ้าระวัง

การวัดระดับความรู้ของผู้ประกอบการร้านชำหลังการอบรมพบว่า คะแนนความรู้ของผู้ประกอบการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) โดยระดับความรู้ก่อนพัฒนาระบบเฝ้าระวังผู้ประกอบการส่วนใหญ่มีความรู้ระดับน้อย ร้อยละ 59.26 และหลังจากพัฒนาระบบเฝ้าระวังผู้ประกอบการส่วนใหญ่มีความรู้ระดับมาก ร้อยละ 62.96 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ นพมาศ จันทร์ละออ[13] ที่พบว่าผู้ประกอบการร้านชำมีความรู้เกี่ยวกับการขายยาในร้านชำเพิ่มขึ้น อาจส่งผลทำให้ยาอันตรายลดลง ร้อยละ 86.20 เมื่อเปรียบเทียบกับร้านชำที่มีความรู้น้อยกว่า ดังนั้น ควรมีการอบรมให้ความรู้แก่เครือข่ายชุมชนและผู้ประกอบการร้านชาอย่างต่อเนื่อง เพื่อทบทวนความรู้และสร้างความตระหนักให้ปฏิบัติตามกฎหมาย

การพัฒนาระบบเฝ้าระวังโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนและผู้ประกอบการร้านชำตามแนวทาง RDU Community ช่วยลดการจำหน่ายยาไม่ปลอดภัยได้อย่างมีนัยสำคัญ พร้อมทั้งเสริมสร้างความรู้ด้านยาและกฎหมายให้แก่ผู้ประกอบการอย่างมีประสิทธิภาพ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนเป็นกลไกสำคัญที่ทำให้ระบบเฝ้าระวังเข้มแข็งและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1. สาเหตุสำคัญของปัญหาการจำหน่ายยาอย่างไม่ปลอดภัยในร้านชำ พบว่าเกิดจากความต้องการของคนในชุมชนมากที่สุด ประกอบกับการขาดความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องในการเลือกซื้อยา ส่งผลให้ประชาชนหันไปใช้บริการร้านชำในการจัดหายา ซึ่งอาจก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพ จากข้อค้นพบดังกล่าว จึงเสนอให้มีการจัดอบรมให้ความรู้ด้านยาแก่ประชาชนในชุมชนควบคู่ไปกับการพัฒนาเครือข่ายชุมชน

2. การสร้างเครือข่ายชุมชนให้ครอบคลุมทุกระดับ เช่น การเชิญผู้นำศาสนา นักเรียนหรือแกนนำ อย.น้อย เข้ามามีส่วนร่วมในการเผยแพร่ความรู้และสร้างความตระหนักด้านการใช้ยาอย่างปลอดภัยในชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอแสดงความขอบคุณเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 3 แห่ง ในตำบลสุคิริน จังหวัดนราธิวาส กำนัน ผู้ใหญ่บ้านและตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร้านขายยา รวมถึงผู้ประกอบการร้านชำทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและสละเวลาเข้าร่วมในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ด้วยความเต็มใจ ซึ่งมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อความสำเร็จของการวิจัยฉบับนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานพัฒนาระบบการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (Rational Drug Use Community: RDU community). นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2563.
2. สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 28 ก.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2510/A/101/7.PDF
3. อัปสร บุญยัง, รุ่งทิวา หมื่นปา. ความชุกของการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมของร้านชำในจังหวัดพิษณุโลกและปัจจัยที่มีผล. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2562; 11(1): 105–18.
4. ศิริพร จิตรประสิทธิศิริ. ความชุกของการจำหน่ายยาอย่างผิดกฎหมายในร้านชำอำเภอสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2562; 11(2): 387–96.
5. สมหญิง พุ่มทอง. รายการสรุปผลการดำเนินงานโครงการส่งเสริมการใช้ยาปลอดภัยในชุมชน ปี 2561–2562 [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 28 ก.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://ndi.fda.moph.go.th/uploads/sensible_file/20191118101736.pdf
6. นพมาศ จันทร์ละออ. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการจำหน่ายยาอันตรายในร้านขายของชำอำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง. วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (ออนไลน์). 2566; 3(2): 147–60.
7. จันทร์จรีย์ ดอกบัว, รัตนาภรณ์ ขันติมัง, หทัยรัตน์ พุกสอาด, ณัฐพร สู่หนองบัว. สถานการณ์การจำหน่ายยาในร้านขายของชำ อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (ออนไลน์). 2564; 1(1): 37–44.
8. นภาภรณ์ ภูริปัญญวานิช. จาก RDU Community สู่ RDU Country. ยาวิพากษ์. 2563; 11(45): 4-8.
9. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University Press; 1988.
10. Bloom S. Human characteristics and school learning. New York: McGraw-Hill; 1976.
11. ปัทมาพร ปัทมาสราวุธ, รุ่งทิวา หมื่นปา. การพัฒนาร้านชาต้นแบบจากโครงการประชารัฐร่วมใจส่งเสริมการใช้ยาอย่างปลอดภัยในชุมชน. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2563; 12(3): 601–11.
12. กาญจนา เสียงใส, ลีลาวดี ศรีสอน, นริศรา พรมบุตร. การพัฒนาแนวทางเพื่อลดการจำหน่ายยาผิดกฎหมายของร้านชำในอำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2565; 14(1): 62–9.
13. นพมาศ จันทร์ละออ. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการจำหน่ายยาอันตรายในร้านขายของชำอำเภอ เมืองลำปาง จังหวัดลำปาง. วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (ออนไลน์). 2566; 3(2): 147–60.

JOURNAL OF HEALTH CONSUMER PROTECTION
วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
Vol: 5 No.2 July-December 2025
ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2568

ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลข่าวสาร สร้างแรงจูงใจ และพัฒนาทักษะเพื่อป้องกันการโฆษณาที่ฝ่าฝืนกฎหมายในผู้ประกอบการสถานพยาบาลเอกชนจังหวัดหนองบัวลำภู

Effects of an information-motivation-behavioral skills program for prevention illegal advertisings of private sanitariums in Nong Bua Lamphu Province

อรรถพล คนต่ำ[1], วุฒิไกร ยศกำธร[2], พิชชากร บุตุธรรม[3]
Attapol Khontum[1], Wuttikrai Yoskumtorn[2], Pitchakorn Bututham[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษากลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการโฆษณาการประกอบกิจการสถานพยาบาลและทัศนคติต่อการโฆษณาที่เหมาะสมของผู้ประกอบการสถานพยาบาลเอกชนจังหวัดหนองบัวลำภูก่อนและหลังการทดลอง โดยประยุกต์ใช้รูปแบบของโปรแกรมการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และพัฒนาทักษะ หรือ IMB Model (Information-Motivation-Behavioral Skill Model) มีระยะเวลาในการจัดกิจกรรม 12 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ประกอบการสถานพยาบาลเอกชนในจังหวัดหนองบัวลำภู จำนวน 32 ราย โดยการสุ่มอย่างง่าย เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามความรู้ในการโฆษณาการประกอบกิจการสถานพยาบาล และทัศนคติต่อการโฆษณาสถานพยาบาลที่เหมาะสม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และนำเสนอค่าผลต่างเฉลี่ยพร้อมช่วงเชื่อมั่น 95% ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 87.5 อายุอยู่ในช่วง 25 – 58 ปี ($\bar{x}$ = 39.22, S.D. = 7.82) มีการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 93.8 โดยมีระยะเวลาประกอบกิจการน้อยกว่า 1 ปี ร้อยละ 46.9 รองลงมาอยู่ระหว่าง 1 – 5 ปี ร้อยละ 25.0 ด้านความรู้ของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean Difference = 5.9, 95%CI [5.2, 6.6]; $p < 0.001$) จาก 11.38 ± 1.62 เป็น 17.28 ± 1.19 และทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean Difference = 0.30, 95%CI [0.2, 0.4]; $p < 0.001$) จาก 4.15 ± 0.43 เป็น 4.45 ± 0.28 แสดงให้เห็นได้ว่าโปรแกรมช่วยเพิ่มความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการหลีกเลี่ยงการโฆษณาที่ฝ่าฝืนกฎหมาย สามารถนำโปรแกรมนี้ไปผสมผสานในการส่งเสริม

[1] เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู
[1] Pharmacist, Professional Level. Division of Consumer Protection and Public Health Pharmacy, Nong Bua Lamphu Provincial Public Health Office. E-mail: toey.attapol@gmail.com
[2] เภสัชกรชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู
[2] Pharmacist, Senior Professional Level. Division of Consumer Protection and Public Health Pharmacy, Nong Bua Lamphu Provincial Public Health Office.
[3] เภสัชกร กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู
[3] Pharmacist. Division of Consumer Protection and Public Health Pharmacy, Nong Bua Lamphu Provincial Public Health Office.

Received: 14 Jul 2025, Revised: 1 Nov 2025, Accepted: 24 Dec 2025

ควบคุม กำกับ ดูแล งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพได้ อย่างไรก็ตามการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาระยะยาวเพื่อประเมินผลความยั่งยืนของโปรแกรมและพฤติกรรมการปฏิบัติจริงของผู้ประกอบการ

คำสำคัญ : โฆษณาสถานพยาบาลเอกชน, การให้ข้อมูลข่าวสาร สร้างแรงจูงใจ และพัฒนาทักษะ, การคุ้มครองผู้บริโภค

Abstract

This research employed a one-group pretest-posttest quasi-experimental design. The purpose was to examine and compare the knowledge of sanitarium advertising regulations and attitudes towards appropriate advertising among private sanitarium entrepreneurs in Nong Bua Lamphu Province, before and after the intervention. The program applied the Information-Motivation-Behavioral Skills (IMB) Model and was conducted over a 12-week period. The sample consisted of 32 private sanitarium entrepreneurs selected through simple random sampling. Data were collected using questionnaires assessing knowledge regarding advertising for sanitarium operations and attitudes towards appropriate sanitarium advertising. Data analysis involved descriptive statistics (percentage, mean, standard deviation) and a Paired t-test, presenting mean differences with 95% confidence intervals (95% CI). Statistical significance was set at the 0.05 level. The results revealed that the majority of participants were female (87.5%), with ages ranging from 25 – 58 years ($\bar{x}$ = 39.22, S.D. = 7.82). Most (93.8%) held bachelor's degree. Regarding operational duration, 46.9% had been operating for less than 1 year, followed by 25.0% for 1 – 5 years. Post-intervention, the participants' mean knowledge score significantly increased from 11.38 ± 1.62 to 17.28 ± 1.19 (Mean Difference = 5.9, 95%CI [5.2, 6.6]; $p < 0.001$). Similarly, their mean attitude score significantly increased from 4.15 ± 0.43 to 4.45 ± 0.28 (Mean Difference = 0.30, 95%CI [0.2, 0.4]; $p < 0.001$). These findings indicate that the program effectively enhanced knowledge and fostered positive attitudes towards avoiding illegal advertising. This program can be integrated into strategies for promoting, controlling, regulating, and monitoring consumer protection in health services. However, future research should involve long-term follow-up studies to assess the sustainability of the program's effects and the entrepreneurs' actual behavioral practices.

Keywords : Private sanitarium advertising, Information motivation and behavior skills, Consumer protection

บทนำ

อุตสาหกรรมบริการสุขภาพของประเทศไทยมีการขยายตัวอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะสถานพยาบาลเอกชนที่มีบทบาทสำคัญในการให้บริการแก่ประชาชนทั้งในและต่างประเทศ การแข่งขันในตลาดบริการสุขภาพนี้นำไปสู่การพัฒนากลยุทธ์ทางการตลาดที่หลากหลาย หนึ่งในกลยุทธ์สำคัญคือการใช้สื่อโฆษณาเพื่อประชาสัมพันธ์บริการและสร้างความเชื่อมั่นในกลุ่มเป้าหมาย[1,2]

สถานพยาบาลเอกชนจำนวนมากหันมาใช้ช่องทางออนไลน์ เช่น เว็บไซต์ เฟซบุ๊ก อินสตาแกรม และไลน์ ซึ่งเข้าถึงกลุ่มผู้บริโภคได้อย่างรวดเร็วและกว้างขวาง อย่างไรก็ตาม การโฆษณาดังกล่าว กลับพบปัญหาสำคัญ คือ การฝ่าฝืนกฎหมายว่าด้วยการโฆษณาสถานพยาบาล จากข้อมูลการศึกษาสถานการณ์การโฆษณาของสถานพยาบาลเอกชนที่ผ่านมาก็ได้แสดงให้เห็นว่า สถานพยาบาลเอกชนนั้น ใช้ข้อความที่เป็นการฝ่าฝืนกฎหมายมากกว่าร้อยละ 80[3-6] ประกอบกับในช่วงปี พ.ศ. 2561 – 2566 มีเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการโฆษณาที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้รับเรื่องมากถึง 600 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 55.61 ของเรื่องร้องเรียนทั้งหมด ซึ่งมากเป็นอันดับหนึ่ง[7]

การโฆษณาเกี่ยวกับสถานพยาบาลนั้นตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2559 ได้กำหนดให้การที่จะโฆษณาหรือประกาศเกี่ยวกับการประกอบกิจการของสถานพยาบาล ต้องได้รับอนุมัติข้อความเสียงหรือภาพที่ใช้ในการโฆษณาหรือประกาศจากผู้อนุญาตก่อนการเผยแพร่โฆษณา ตามมาตรา 38 วรรคหนึ่ง และจะต้องไม่ฝ่าฝืนมาตรา 38 วรรคสอง ที่ไม่ให้มีการโฆษณาที่เป็นการโอ้อวดเกินความจริง เป็นเท็จ หรือก่อให้เกิดความเข้าใจผิดในสาระสำคัญของการให้บริการของสถานพยาบาล[8] ซึ่งการกำกับดูแลการโฆษณาหรือประกาศเกี่ยวกับสถานพยาบาลอยู่ในความรับผิดชอบของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด[9]

ผลการตรวจประเมินโฆษณาของสถานพยาบาลเอกชนในจังหวัดหนองบัวลำภู ผ่านช่องทางสื่อต่าง ๆ ในช่วงปี พ.ศ. 2563 – 2564 พบว่าสถานพยาบาลเอกชนมีการโฆษณาทางสื่อออนไลน์มากที่สุด มีการโฆษณาจำนวน 49 แห่ง (ร้อยละ 37.12) ตรวจพบรวมทั้งสิ้น 622 ชิ้นโฆษณา เป็นโฆษณาที่ฝ่าฝืนกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล 406 ชิ้นโฆษณา (ร้อยละ 65.27) ในส่วนของกลุ่มลักษณะข้อความ/เนื้อหาโฆษณาที่ฝ่าฝืนกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล พบการโฆษณาที่มีการแจ้งบริการ วันเวลา เปิด ปิด สถานพยาบาลมากที่สุด ซึ่งเป็นโฆษณาที่ไม่ได้ขออนุมัติก่อนการโฆษณาจำนวน 187 ชิ้นโฆษณา (ร้อยละ 46.06) รองลงมาเป็นการโฆษณายา เครื่องมือแพทย์ และการโฆษณาเข้าข่ายโอ้อวดเกินความจริง จำนวน 71 และ 43 ชิ้นโฆษณา (ร้อยละ 17.49 และ 10.59) ตามลำดับ[10] และมีเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับสถานพยาบาลเอกชนในช่วงปี พ.ศ. 2561 – 2566 มีจำนวน 17 เรื่อง โดยปัญหาการร้องเรียนสามลำดับแรกเป็นเรื่องมาตรฐานการให้บริการ คลินิกไม่ได้ รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล และการโฆษณาสถานพยาบาลที่ฝ่าฝืนกฎหมาย

ข้อมูลสถานการณ์และสภาพปัญหาการโฆษณาของสถานพยาบาลเอกชนข้างต้น อาจนำมาซึ่งปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อประชาชนผู้รับบริการ การโฆษณาที่ไม่ถูกต้องหรือการใช้ข้อความโฆษณาชักชวนในลักษณะเป็นเท็จได้กลายเป็นภัยคุกคามต่อสิทธิของผู้บริโภคด้านสาธารณสุข ซึ่งอาจนำไปสู่ความเสียหายทั้งทางร่างกาย จิตใจ และทรัพย์สินดังนั้นผู้วิจัยในฐานะผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขได้เห็นถึงความสำคัญของการแก้ไขปัญหาดังกล่าว และได้เล็งเห็นถึงรูปแบบของโปรแกรมหรือโมเดล

การให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ (Information-Motivation-Behavioral Skill Model : IMB Model) ซึ่งเป็นหนึ่งในแนวทางที่มีความเหมาะสมอย่างยิ่งสำหรับการแก้ไขปัญหานี้ โมเดลดังกล่าวได้รับการพัฒนาขึ้นโดยอาศัยหลักการทางจิตวิทยาสังคมที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผ่านการให้ความรู้ที่มีประสิทธิภาพ การกระตุ้นหรือสร้างแรงจูงใจโดยการสนับสนุนทางสังคม และการพัฒนาทักษะที่จำเป็นสำหรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใหม่ที่ต้องการ[11] ซึ่ง IMB Model โดยทั่วไปมักใช้ในการปรับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี รวมถึงการป้องกันโรคและลดอัตราการเกิดโรค ได้เป็นผลสำเร็จเป็นอย่างดี ได้รับการยืนยันผ่านงานวิจัยจำนวนมากในด้านการปรับพฤติกรรมสุขภาพและการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ความสำเร็จของโมเดลนี้ทำให้มีความเชื่อมั่นว่าสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการแก้ไขปัญหาการโฆษณาสถานพยาบาลเอกชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์ใช้โปรแกรมของ IMB Model ทั้ง 3 ขั้นตอนหลักเริ่มต้นตั้งแต่ขั้นตอนการค้นหาข้อมูล (Elicitation) ซึ่งจะใช้เทคนิคการระดมความคิดเพื่อศึกษาและทำความเข้าใจถึงระดับความรู้ แรงจูงใจ ทักษะ และพฤติกรรมการโฆษณาของกลุ่มเป้าหมายในปัจจุบัน ขั้นตอนนี้จะช่วยให้เข้าใจปัจจัยที่เป็นอุปสรรคและปัจจัยที่เอื้ออำนวยต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ขั้นตอนการจัดกิจกรรม (Intervention) ซึ่งจะเป็นการออกแบบและดำเนินการแทรกแซงที่มุ่งเน้นไปที่การส่งเสริมความรู้ การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะที่มีความเฉพาะเจาะจงในส่วนที่กลุ่มเป้าหมายยังขาดแคลน กิจกรรมเหล่านี้จะถูกออกแบบให้สอดคล้องกับผลการวิจัยในขั้นตอนแรก และจะคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลในกลุ่มเป้าหมาย และขั้นตอนการประเมินผล (Evaluation) ซึ่งจะทำการวัดและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการโฆษณาการประกอบกิจการสถานพยาบาล ทัศนคติต่อการโฆษณาสถานพยาบาลที่เหมาะสม รวมถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการโฆษณาในทางที่ถูกต้องตามกฎหมาย ซึ่งผลการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมดังกล่าว จะเป็นประโยชน์แก่พนักงานเจ้าหน้าที่ ประชาชนทั่วไป และผู้ที่เกี่ยวข้อง สามารถที่จะนำไปใช้ในการบริหารจัดการและส่งเสริมการโฆษณาของสถานพยาบาลเอกชนให้มีความถูกต้องตามกฎหมาย ของสถานพยาบาลเอกชนในจังหวัดหนองบัวลำภู และพื้นที่อื่นที่มีความสนใจต่อไป

วัตถุประสงค์

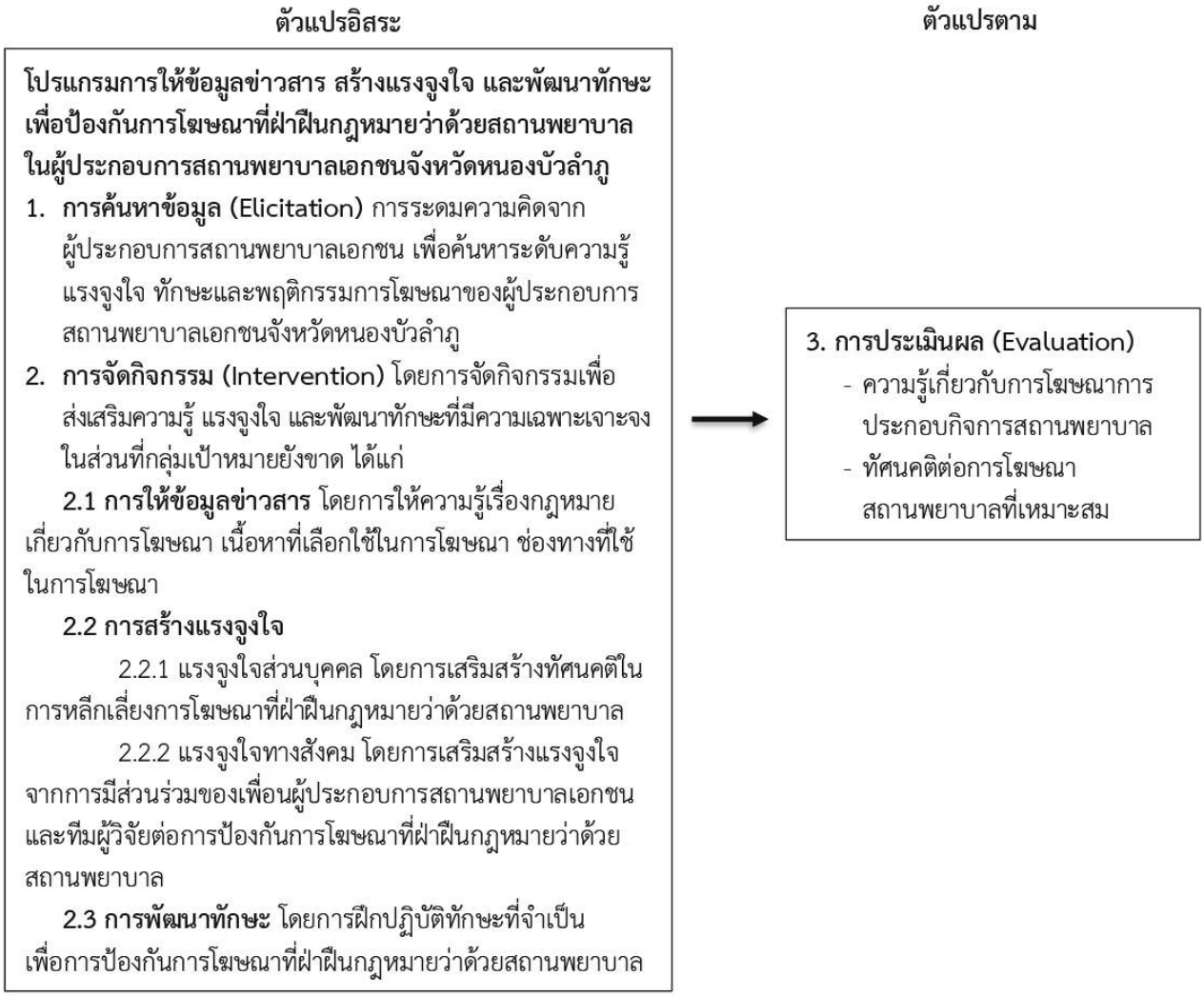
1. เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับการโฆษณาการประกอบกิจการสถานพยาบาล และทัศนคติต่อการโฆษณาสถานพยาบาลที่เหมาะสมของผู้ประกอบการสถานพยาบาลเอกชนจังหวัดหนองบัวลำภู ก่อนกับหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการโฆษณาการประกอบกิจการสถานพยาบาล และทัศนคติต่อการโฆษณาสถานพยาบาลที่เหมาะสมของผู้ประกอบการสถานพยาบาลเอกชนจังหวัดหนองบัวลำภู ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

ผู้ประกอบการสถานพยาบาลเอกชนจังหวัดหนองบัวลำภู มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการโฆษณาการประกอบกิจการสถานพยาบาล และทัศนคติต่อการโฆษณาสถานพยาบาลที่เหมาะสมเพิ่มขึ้นหลังการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) ซึ่งการวิจัยนี้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู เอกสารรับรองเลขที่ 07/2567 ทำการศึกษาวิจัยระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเมษายน พ.ศ. 2568 โดยมีระเบียบวิธีวิจัยดังนี้

1. ประชากรและตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในประชากรที่เป็นผู้ประกอบการสถานพยาบาลเอกชนที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาในจังหวัดหนองบัวลำภู ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 จำนวน 132 ราย[12] โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมจนครบทุกกิจกรรมได้ และยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกำหนดโดยใช้การวิเคราะห์อำนาจของการทดสอบ (Power Analysis) กำหนดอำนาจทดสอบ (Power of Test) เท่ากับ 0.80

กำหนดความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.05 เนื่องจากไม่พบการศึกษาที่ใกล้เคียงกัน ผู้วิจัยจึงคำนวณโดยสมมติทั้งค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และประมาณค่าอิทธิพล (Effect Size) ต่อ Standard Deviation เรียกว่า Standardized Effect Size ในที่นี้กำหนดเป็น 3 ค่า ดังนี้ 0.25, 0.50, 0.75 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 126, 32 และ 14 ราย ตามลำดับ โดยในการวิจัยนี้ผู้วิจัยเลือกใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 32 ราย และได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 25 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้น จึงได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 40 ราย และใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ในการวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างที่ถูกคัดออกจำนวน 8 ราย (ร้อยละ 20) เนื่องจากผู้ประกอบการหรือผู้แทน ไม่สามารถเข้าร่วมได้ครบทุกกิจกรรม จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 32 ราย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองเป็นโปรแกรมการให้ข้อมูลข่าวสาร สร้างแรงจูงใจและพัฒนาทักษะเพื่อป้องกันการโฆษณาที่ฝ่าฝืนกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล ประกอบด้วยแผ่นภาพ 3 หลักที่ควรรู้โฆษณาสถานพยาบาล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง คู่มือการขออนุมัติการโฆษณาหรือประกาศเกี่ยวกับสถานพยาบาล และภาพข่าว คลิปวิดีโอผลจากการโฆษณาที่ฝ่าฝืน ซึ่งได้จากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ใบงานประกอบการดำเนินกิจกรรม และแอพพลิเคชันไลน์

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของทั้งฉบับ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.77 ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ประกอบการของสถานพยาบาลเอกชน ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาประกอบกิจการสถานพยาบาล ประเภทสถานพยาบาล บริการเพิ่มเติมที่มี จำนวนพนักงานการได้รับข้อมูลข่าวสารการโฆษณาการประกอบกิจการสถานพยาบาล และการเผยแพร่ข่าวสารในช่องทางต่าง ๆ ณ ปัจจุบัน

2. แบบวัดความรู้ในการโฆษณาการประกอบกิจการสถานพยาบาล ประกอบด้วย กฎหมายเกี่ยวกับการโฆษณา จำนวน 6 ข้อ เนื้อหาที่เลือกใช้ในการโฆษณา จำนวน 10 ข้อ ช่องทางที่ใช้ในการโฆษณา จำนวน 4 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งสิ้นจำนวน 20 ข้อ ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบถูกผิด ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนอยู่ในช่วง 0 – 20 คะแนน การแปลผลใช้เกณฑ์แบ่งเป็น 3 ระดับ[13]

ช่วงคะแนน	ระดับความรู้ในการโฆษณาการประกอบกิจการสถานพยาบาล
ร้อยละ 80 ขึ้นไป	ระดับสูง
ร้อยละ 60 – 79	ระดับปานกลาง
ต่ำกว่าร้อยละ 60	ระดับต่ำ

3. แบบวัดทัศนคติต่อการโฆษณาสถานพยาบาลที่เหมาะสม ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ด้านความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) จำนวน 7 ข้อ, ด้านความรู้สึก (Affective) จำนวน 7 ข้อ และด้านการปฏิบัติ (Behavioral) จำนวน 6 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง รวมข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 20 ข้อ แบบวัดเป็นแบบมาตรประมาณค่าของลิเคริร์ท (Likert Scale) 5 ระดับ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1 – 5 คะแนน การแปลผลใช้เกณฑ์แบ่งเป็น 5 ระดับ[14]

คะแนนเฉลี่ย	ระดับทัศนคติที่ดีต่อการหลีกเลี่ยงการโฆษณาที่ฝ่าฝืนกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล
4.50 – 5.00	มากที่สุด
3.50 – 4.49	ดีมาก
2.50 – 3.49	ปานกลาง
1.50 – 2.49	น้อย
1.00 – 1.49	น้อยมาก

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ

ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยได้ทำหนังสือแจ้งผู้ประกอบการสถานพยาบาลเอกชนในจังหวัดหนองบัวลำภูทั้ง 132 แห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัย ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและให้ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร ล่วงหน้าก่อนการทดลอง 2 สัปดาห์ จำนวน 40 ราย โดยในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เตรียมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2 ท่าน ซึ่งเป็นเภสัชกรในกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู โดยได้ชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัยแผนการดำเนินงานวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย และบทบาทของผู้ช่วยวิจัยเพื่อให้มีความเข้าใจตรงกันและสามารถช่วยดำเนินกิจกรรมตามแผนการวิจัยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

ขั้นดำเนินการทดลอง

กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการให้ข้อมูลข่าวสาร สร้างแรงจูงใจ และพัฒนาทักษะเพื่อป้องกันการโฆษณาที่ฝ่าฝืนกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล โดยมีขั้นตอนดำเนินกิจกรรม ดังนี้

1. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองกับกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้ในการโฆษณาการประกอบกิจการสถานพยาบาล และแบบวัดทัศนคติต่อการโฆษณาสถานพยาบาลที่เหมาะสม โดยให้กลุ่มตัวอย่างกำหนดรหัส (Code) ประจำตัว 10 หลัก ตามเบอร์โทรศัพท์ของตนเอง และให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามและแบบวัดผ่านระบบออนไลน์ (Google Forms) ซึ่งผู้วิจัยได้จัดทำเป็นหนังสือแจ้งไปยังกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้เข้าทำผ่านระบบออนไลน์ ในช่วงก่อนการทดลอง 1 สัปดาห์

2. ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยเริ่มตั้งแต่ขั้นการค้นหาข้อมูลในกิจกรรมที่ 1 และขั้นดำเนินการจัดกิจกรรมในกิจกรรมที่ 2 ถึง 4 เป็นจำนวน 4 ครั้งต่อเนื่องตลอดระยะเวลา 12 สัปดาห์ ซึ่งมีกระบวนการดังต่อไปนี้

- **กิจกรรมครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1)** การค้นหาข้อมูล (Elicitation) เป็นการจัดกิจกรรมแบบออนไลน์ (ระบบ Zoom) ในหัวข้อ “ระดมสมอง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ด้วยกัน” ใช้เวลา 50 นาที เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้แสดงความคิดเห็นของตนเองต่อการโฆษณาการประกอบกิจการสถานพยาบาลที่ตนเองเข้าใจในประเด็นกฎหมายเกี่ยวกับการโฆษณา ช่องทางที่ใช้ในการโฆษณา เนื้อหาที่เลือกใช้ในการโฆษณา ผู้วิจัยประเมินความรู้เกี่ยวกับการโฆษณาการประกอบกิจการสถานพยาบาล แรงจูงใจทักษะและพฤติกรรมการโฆษณาของกลุ่มตัวอย่างในบรรยากาศเป็นกันเองและคอยกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นอย่างทั่วถึง

- **กิจกรรมครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 3)** การจัดกิจกรรม (Intervention) ในส่วนการให้ข้อมูลข่าวสาร เป็นการจัดกิจกรรมแบบออนไลน์ (ระบบ Zoom) ในหัวข้อ “รู้ก่อนทำ ไม่ทำผิด” ใช้เวลา 90 นาที ผู้วิจัยบรรยายให้ข้อมูลความรู้เรื่องกฎหมายเกี่ยวกับการโฆษณา เนื้อหาที่เลือกใช้ในการโฆษณา ช่องทางที่ใช้ในการโฆษณา ซึ่งเนื้อหาที่บรรยายทั้ง 3 หัวข้อเป็นส่วนที่กลุ่มตัวอย่างยังขาดความเข้าใจจากการประเมินความรู้เกี่ยวกับการโฆษณาการประกอบ

กิจการสถานพยาบาลในกิจกรรมครั้งที่ 1 โดยการบรรยายประกอบวิดีทัศน์ เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามในประเด็นที่เป็นข้อสงสัย และรวบรวมข้อคำถามจัดทำเป็นเอกสารเพื่อเผยแพร่ผ่านช่องทางเว็บไซต์ (Website) และเฟสบุ๊ค (Facebook) ของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู ตอนท้ายในช่วง 10 นาทีก่อนครบเวลาของกิจกรรมให้กลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มไลน์ (Line) โดยใช้ชื่อช่องทางไลน์กลุ่มผู้ประกอบการสถานพยาบาลว่า “คลินิกที่โฆษณาในสถานพยาบาล” เพื่อเป็นช่องทางการให้คำปรึกษาและข้อมูลเกี่ยวกับการโฆษณาที่ถูกต้องไม่ขัดต่อประกาศฯ หรือข้อกฎหมาย

- **กิจกรรมครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 5)** การจัดกิจกรรม (Intervention) ในส่วนของการสร้างแรงจูงใจ เป็นการจัดกิจกรรมแบบออนไลน์ (ระบบ Zoom) ในหัวข้อ “พลังแห่งแรงจูงใจ” ใช้เวลา 50 นาที เป็นการสร้างแรงจูงใจส่วนบุคคล โดยการเสริมสร้างทัศนคติในการหลีกเลี่ยงการโฆษณาที่ฝ่าฝืนกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล ให้กลุ่มตัวอย่างดูวิดีทัศน์ข่าวที่สะท้อนการดำเนินคดีที่เกี่ยวกับการโฆษณาที่ฝ่าฝืนกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลและให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความรู้สึก มุมมอง ความคิด แลกเปลี่ยนถึงผลกระทบที่เกิดขึ้น และเสริมสร้างแรงจูงใจทางสังคมด้วยกิจกรรม “Self Help Group” โดยการมีส่วนร่วมของเพื่อนผู้ประกอบการผ่านช่องทางไลน์กลุ่มผู้ประกอบการสถานพยาบาล “คลินิกที่โฆษณาในสถานพยาบาล” ที่ได้สร้างไว้เมื่อครั้งกิจกรรมที่ 2 ได้ให้ความช่วยเหลือกัน แสดงภาพตัวอย่างโฆษณาที่ถูกต้อง แลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน รวมถึงการออกกำกับติดตามโดยทีมผู้วิจัย ออกปฏิบัติงานนอกพื้นที่ในการควบคุมกำกับติดตาม เพื่อเป็นการสนับสนุนให้กำลังใจแก่กลุ่มตัวอย่างและเป็นการกระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติตามกฎหมาย

- **กิจกรรมครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 12)** การจัดกิจกรรม (Intervention) ในส่วนการพัฒนาทักษะ เป็นการจัดกิจกรรมแบบอบรมพัฒนาศักยภาพในหัวข้อ “ทำ เป็น ทำ ได้ ไม่โฆษณาที่ฝ่าฝืนกฎหมาย” ใช้เวลา 60 นาที โดยพัฒนาทักษะที่จำเป็นและต้องการพัฒนาเพื่อการป้องกันการโฆษณาที่ฝ่าฝืนกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล โดยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติทักษะต่าง ๆ โดยผ่านการบรรยายและสาธิตเกี่ยวกับการเลือกใช้สื่อโฆษณาและรูปแบบวิธีการโฆษณาที่เหมาะสม จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการฝึกทักษะและใช้ทักษะต่าง ๆ และตอนท้ายของกิจกรรมเป็นการสร้างพันธะสัญญาใจ ตั้งเป้าหมายร่วมกันในการหลีกเลี่ยงการโฆษณาที่ฝ่าฝืนกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล โดยให้กลุ่มตัวอย่างเขียนคำมั่นสัญญาเป็นข้อความสะท้อนถึงความมุ่งมั่นที่จะไม่โฆษณาที่ฝ่าฝืนกฎหมาย และนำรูปหัวใจมาประกอบรวมกันเป็นอัลบั้มของ Line Group “คลินิกที่โฆษณาในสถานพยาบาล”

ขั้นประเมินผล (Evaluation)

เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองเสร็จทันที โดยใช้แบบสอบถามและแบบวัดที่มีเนื้อหาเช่นเดียวกับก่อนการทดลอง

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

1) สถิติเชิงพรรณนา ใช้อธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยข้อมูลเชิงกลุ่ม เช่น เพศ ระดับการศึกษา ประเภทสถานพยาบาล นำเสนอด้วยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณ เช่น อายุ นำเสนอด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) สถิติเชิงอนุมาน ใช้เปรียบเทียบความรู้และทัศนคติ ก่อนกับหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ เมื่อทดสอบด้วย Shapiro-Wilk test โดย

กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05 และนำเสนอค่าผลต่างเฉลี่ยพร้อมช่วงเชื่อมั่น 95%

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 87.5 มีอายุในช่วง 25 – 58 ปี ($\bar{x}$ = 39.22, S.D. 7.82) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 93.8 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 46.9 มีระยะเวลาประกอบกิจการน้อยกว่า 1 ปี รองลงมาคือ 1 – 5 ปี ร้อยละ 25.0 ส่วนใหญ่เป็นคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ร้อยละ 81.3 สำหรับการบริการเพิ่มเติม พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีบริการเพิ่มเติมร้อยละ 59.4 ส่วนด้านจำนวนพนักงานในสถานพยาบาล ส่วนใหญ่ไม่มีพนักงานร้อยละ 43.8 รองลงมามีพนักงานเพียง 1 คนร้อยละ 37.5 ในด้านการรับข้อมูลข่าวสารข้อปฏิบัติ/ระเบียบของการโฆษณา การประกอบกิจการ ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดร้อยละ 81.3 รองลงมาเป็นทางเว็บไซต์ทางอินเทอร์เน็ตร้อยละ 53.1 สำหรับการเผยแพร่ข่าวสารของสถานพยาบาล ส่วนใหญ่มีการเผยแพร่ผ่านช่องทางอินเทอร์เน็ต เช่น Website, LINE และ Facebook ร้อยละ 46.9

ส่วนที่ 2 ระดับความรู้ในการโฆษณาการประกอบกิจการสถานพยาบาล และระดับทัศนคติต่อการโฆษณาสถานพยาบาลที่เหมาะสม ก่อน และหลังการทดลอง

1. การประเมินความรู้ในการโฆษณาการประกอบกิจการสถานพยาบาล แบ่งออกเป็น 3 ด้านหลัก ได้แก่ ด้านกฎหมายเกี่ยวกับการโฆษณา ด้านเนื้อหาที่เลือกใช้ในการโฆษณา และด้านช่องทางที่ใช้ในการโฆษณา พบว่าผลการประเมินความรู้โดยรวมพบการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญคือ ก่อนการทดลอง ไม่มีกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับสูง โดยส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลาง (17 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.1) และระดับต่ำ (15 ราย คิดเป็นร้อยละ 46.9) ซึ่งภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (25 ราย คิดเป็นร้อยละ 78.1) มีความรู้เพิ่มขึ้นไปอยู่ในระดับสูง และไม่พบกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งแนวโน้มการพัฒนาในเชิงบวกดังกล่าวปรากฏสอดคล้องในทุกด้านหลัก ทั้งด้านกฎหมายเกี่ยวกับการโฆษณา, เนื้อหาที่เลือกใช้ในการโฆษณา และช่องทางที่ใช้ในการโฆษณา รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้ในการโฆษณาการประกอบกิจการสถานพยาบาล ก่อนและหลังการทดลอง (n=32)

รายการประเมินความรู้	ระดับความรู้	ก่อนทดลอง n (%)	หลังทดลอง n (%)
1. กฎหมายเกี่ยวกับการโฆษณา (6 คะแนน)	ระดับสูง (ร้อยละ 80 ขึ้นไป, คะแนน > 4.8)	1 (3.1)	23 (71.9)
	ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 – 79, คะแนน 3.6 – 4.8)	3 (9.4)	7 (21.9)
	ระดับต่ำ (ต่ำกว่าร้อยละ 60, คะแนน <3.6)	28 (87.5)	2 (6.3)
2. เนื้อหาที่เลือกใช้ในการโฆษณา (10 คะแนน)	ระดับสูง (ร้อยละ 80 ขึ้นไป, คะแนน > 8.0)	2 (6.3)	28 (87.5)
	ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 – 79, คะแนน 6.0 – 8.0)	20 (62.5)	4 (12.5)
	ระดับต่ำ (ต่ำกว่าร้อยละ 60, คะแนน < 6.0)	10 (31.3)	0 (0.0)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้ในการโฆษณาการประกอบกิจการสถานพยาบาล ก่อนและหลังการทดลอง (n=32) (ต่อ)

รายการประเมินความรู้	ระดับความรู้	ก่อนทดลอง n (%)	หลังทดลอง n (%)
3. ช่องทางที่ใช้ในการโฆษณา (4 คะแนน)	ระดับสูง (ร้อยละ 80 ขึ้นไป, คะแนน > 3.2)	12 (37.5)	24 (75.0)
	ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 – 79, คะแนน 2.4 – 3.2)	12 (37.5)	7 (21.9)
	ระดับต่ำ (ต่ำกว่าร้อยละ 60, คะแนน < 2.4)	8 (25.0)	1 (3.1)
รวม (20 คะแนน)	ระดับสูง (ร้อยละ 80 ขึ้นไป, คะแนน >16.0)	0 (0.0)	25 (78.1)
	ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 – 79, คะแนน 12.0 – 16.0)	17 (53.1)	7 (21.9)
	ระดับต่ำ (ต่ำกว่าร้อยละ 60, คะแนน < 12.0)	15 (46.9)	0 (0.0)

2. การประเมินทัศนคติต่อการโฆษณาสถานพยาบาลที่เหมาะสม แบ่งออกเป็น 3 ด้านหลัก ได้แก่ ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านความรู้สึก และด้านการปฏิบัติ พบว่าผลการประเมินทัศนคติโดยรวมก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติในระดับดีมากและมากที่สุด แต่ยังคงมีบางส่วนอยู่ในระดับปานกลาง (2 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.3) ซึ่งภายหลังการทดลอง พบการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติในระดับปานกลางได้รับการยกระดับขึ้นทั้งหมด ขณะที่สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติในระดับมากที่สุดเพิ่มขึ้นจาก 9 ราย (ร้อยละ 28.1) เป็น 13 ราย (ร้อยละ 40.6) การเปลี่ยนแปลงที่เด่นชัดที่สุดปรากฏในด้านความรู้สึก ซึ่งก่อนการทดลองเป็นด้านเดียวที่มีกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับน้อย (3 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.4) และระดับปานกลาง (4 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.5) แต่ภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างในระดับดังกล่าวได้รับการยกระดับขึ้นทั้งหมดจนอยู่ในระดับดีมากหรือมากที่สุดเท่านั้น รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกระดับทัศนคติต่อการโฆษณาสถานพยาบาลที่เหมาะสม ก่อนและหลังการทดลอง (n=32)

รายการประเมินทัศนคติ		น้อยมาก (1.00 – 1.49)	น้อย (1.50 – 2.49)	ปานกลาง (2.50 – 3.49)	ดีมาก (3.50 – 4.49)	มากที่สุด (4.50 – 5.00)
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1.ด้านความรู้ความเข้าใจ (7 ข้อ)	ก่อนทดลอง	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	22 (68.8)	10 (31.3)
	หลังทดลอง	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	10 (31.3)	22 (68.8)
2.ด้านความรู้สึก (7 ข้อ)	ก่อนทดลอง	0 (0.0)	3 (9.4)	4 (12.5)	20 (62.5)	5 (15.6)
	หลังทดลอง	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	24 (75.0)	8 (25.0)
3.ด้านการปฏิบัติ (6 ข้อ)	ก่อนทดลอง	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	19 (59.4)	13 (40.6)
	หลังทดลอง	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	14 (43.8)	18 (56.3)
รวม (20 ข้อ)	ก่อนทดลอง	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (6.3)	21 (65.6)	9 (28.1)
	หลังทดลอง	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	19 (59.4)	13 (40.6)

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความรู้ในการโฆษณาการประกอบกิจการสถานพยาบาล และทัศนคติต่อการโฆษณาสถานพยาบาลที่เหมาะสม ก่อนกับหลังการทดลอง

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการโฆษณาการประกอบกิจการสถานพยาบาล ผลการวิเคราะห์พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้โดยรวมหลังการทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจาก 11.38 ± 1.62 เป็น 17.28 ± 1.19 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 5.90 คะแนน (95%CI [5.20, 6.60]; $p < 0.001$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน (ด้านกฎหมายเกี่ยวกับการโฆษณา, ด้านเนื้อหาที่เลือกใช้ในการโฆษณา และด้านช่องทางที่ใช้ในการโฆษณา; $p < 0.001$ ทั้งหมด)โดยความรู้ด้านกฎหมายเกี่ยวกับการโฆษณาคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นสูงสุด 2.97 คะแนน (95%CI [2.53, 3.41]) รายละเอียดดังตารางที่ 3

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติต่อการโฆษณาสถานพยาบาลที่เหมาะสม ผลการวิเคราะห์พบว่าคะแนนเฉลี่ยทัศนคติโดยรวมหลังการทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจาก 4.15 ± 0.43 เป็น 4.45 ± 0.28 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 0.30 คะแนน (95%CI [0.2, 0.4]; $p < 0.001$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน (ด้านความรู้ความเข้าใจ, ด้านความรู้สึก และด้านการปฏิบัติ; $p \leq 0.001$ ทั้งหมด) อย่างไรก็ตาม เป็นที่น่าสังเกตในด้านการปฏิบัติ แม้คะแนนเฉลี่ยจะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจาก 4.35 ± 0.45 เป็น 4.48 ± 0.28 ($p = 0.001$) แต่เป็นด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นน้อยที่สุดในสามด้านเพียง 0.13 คะแนน (95%CI [0.06, 0.20]) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ในการโฆษณาการประกอบกิจการสถานพยาบาล และทัศนคติต่อการโฆษณาสถานพยาบาลที่เหมาะสม ก่อนกับหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง $\bar{x}$ (S.D.)	หลังการทดลอง $\bar{x}$ (S.D.)	Mean Diff.	95%CI of Difference	t	df	p-value
ความรู้ในการโฆษณาการประกอบกิจการสถานพยาบาล	**11.38 (1.62)**	**17.28 (1.20)**	**5.90**	**5.20 - 6.60**	**17.22**	**31**	**<0.001***
- กฎหมายเกี่ยวกับการโฆษณา	2.22 (0.96)	5.19 (0.99)	2.97	2.53 - 3.41	13.64	31	<0.001*
- เนื้อหาที่เลือกใช้ในการโฆษณา	6.03 (1.15)	8.38 (0.79)	2.35	1.90 - 2.80	10.74	31	<0.001*
- ช่องทางที่ใช้ในการโฆษณา	3.13 (0.79)	3.72 (0.52)	0.59	0.35 - 0.83	5.05	31	<0.001*

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ในการโฆษณาการประกอบกิจการสถานพยาบาล และทัศนคติต่อการโฆษณาสถานพยาบาลที่เหมาะสม ก่อนกับหลังการทดลอง (ต่อ)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง $\bar{X}$ (S.D.)	หลังการทดลอง $\bar{X}$ (S.D.)	Mean Diff.	95%CI of Difference	t	df	p-value
ทัศนคติต่อการโฆษณาสถานพยาบาลที่เหมาะสม	**4.15 (0.43)**	**4.45 (0.28)**	**0.30**	**0.20 - 0.40**	**6.16**	**31**	**<0.001***
- ด้านความรู้ความเข้าใจ	4.30 (0.43)	4.58 (0.30)	0.28	0.17 - 0.39	5.12	31	<0.001*
- ด้านความรู้สึก	3.83 (0.81)	4.28 (0.38)	0.45	0.23 - 0.67	4.16	31	<0.001*
- ด้านการปฏิบัติ	4.35 (0.45)	4.48 (0.28)	0.13	0.06 - 0.20	3.73	31	0.001*

*Statistical significance at p <0.05

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีการดำเนินการตามโปรแกรมการให้ข้อมูลข่าวสาร สร้างแรงจูงใจ และพัฒนาทักษะเพื่อป้องกันการโฆษณาที่ฝ่าฝืนกฎหมายในผู้ประกอบการสถานพยาบาลเอกชนจังหวัดหนองบัวลำภู โดยมีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 32 รายที่เข้าร่วมโปรแกรมจนครบ 12 สัปดาห์ มีการเปลี่ยนแปลงในเชิงบวกที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งความรู้ในการโฆษณาการประกอบกิจการสถานพยาบาล และทัศนคติต่อการโฆษณาสถานพยาบาลที่เหมาะสม โดยการเปลี่ยนแปลงของความรู้ที่คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 5.90 คะแนน (95%CI [5.20, 6.60]; p < 0.001) ซึ่งสอดคล้องกับตารางที่ 1 ที่พบว่าก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 46.9 มีความรู้ในระดับต่ำและไม่มีในระดับสูง แต่หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 78.1 ระดับความรู้ขึ้นไปอยู่ในระดับสูง และไม่มีในระดับต่ำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านกฎหมาย ซึ่งเป็นด้านที่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดก่อนการทดลอง ได้รับการพัฒนาอย่างก้าวกระโดด คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นสูงสุด 2.97 คะแนน (95%CI [2.53, 3.41]) ซึ่งสอดคล้องกับตารางที่ 1 ที่พบว่าสัดส่วนผู้มีความรู้ระดับต่ำด้านกฎหมายลดลงจากร้อยละ 87.5 เหลือเพียงร้อยละ 6.3 ในส่วนการเปลี่ยนแปลงของทัศนคติคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 0.30 คะแนน (95% CI [0.2, 0.4]; p < 0.001) แต่เมื่อพิจารณาข้อมูลจากตารางที่ 2 จะเห็นการเปลี่ยนแปลงเชิงคุณภาพที่สำคัญในด้านความรู้สึก ซึ่งเป็นด้านที่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด และเป็นด้านเดียวที่พบกลุ่มตัวอย่างในระดับน้อยและปานกลางก่อนการทดลอง ภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างในระดับดังกล่าวได้รับการยกระดับขึ้นทั้งหมด อยู่ในระดับดีมากหรือมากที่สุดเท่านั้น แม้ว่าผลการเปรียบเทียบทั้งหมดจะมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq 0.001$) แต่การพิจารณาผลต่างค่าเฉลี่ย ได้ให้ข้อมูลที่น่าสนใจของทัศนคติด้านการปฏิบัติ ที่มีขนาดการเปลี่ยนแปลงน้อยที่สุด 0.13 คะแนน (95%CI [0.06, 0.20]) ซึ่งสามารถอธิบายในส่วนนี้ได้ว่า คะแนนเฉลี่ยทัศนคติด้านการปฏิบัติ ก่อนการทดลองอยู่ในระดับที่ค่อนข้างสูงอยู่แล้ว ($\bar{X}$ = 4.35, S.D. 0.45) ทำให้มีช่องว่างในการพัฒนาน้อยกว่าด้านอื่น และการเปลี่ยนแปลงทัศนคติที่เกี่ยวข้องกับการลงมือปฏิบัติจริงอาจมีความซับซ้อนและต้องใช้เวลาหรือการแทรกแซงที่เข้มข้นกว่าการปรับเปลี่ยนความรู้สึก

หรือความเข้าใจ ซึ่งผลการเปลี่ยนแปลงในเชิงบวกทั้งสองด้านนี้ สามารถอธิบายตามกรอบแนวคิด IMB Model ได้ดังต่อไปนี้

ประการที่ 1 การให้ข้อมูลข่าวสาร

โดยการพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลข่าวสารที่มีความเฉพาะเจาะจงกับกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งได้มาจากค้นหาความต้องการในกลุ่มเป้าหมายก่อนในประเด็นความรู้เรื่องกฎหมายเกี่ยวกับการโฆษณา เนื้อหาที่เลือกใช้ในการโฆษณา และช่องทางที่ใช้ในการโฆษณา โดยมีการให้ข้อมูลข่าวสารในประเด็นดังกล่าวผ่านรูปแบบการบรรยายประกอบวิดีทัศน์ การตอบข้อซักถามในประเด็นที่เป็นข้อสงสัย การอภิปรายร่วมกัน รวมถึงการจัดทำข้อคำถามและแผ่นภาพ 3 หลักที่ควรรู้โฆษณาสถานพยาบาลเป็นเอกสารเพื่อเผยแพร่ ซึ่งทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเข้าใจที่ถูกต้องมากขึ้น และมีการทบทวนความรู้เพิ่มเติม เมื่อเวลาผ่านไประยะหนึ่ง ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ประกอบการรายใหม่ (ประกอบกิจการน้อยกว่า 1 ปี) จึงมีความกระตือรือร้นในการเรียนรู้ และการใช้เทคโนโลยีออนไลน์ช่วยให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ดีในสถานการณ์ปัจจุบัน ส่งผลให้ภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ที่เพิ่มสูงขึ้นจากก่อนการทดลอง โดยสอดคล้องกับงานวิจัยของ กมลภัทร์ สวัสดิ์โกศล การศึกษาที่ว่าปัจจัยความรู้เกี่ยวกับการโฆษณาตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541 มีผลต่อการปฏิบัติตามข้อกฎหมาย[15] และผลจากการจัดกิจกรรมเรียนรู้อย่างเป็นระบบงานวิจัยของ ชฎากร บุญสิน และกนกกาญจน์ จันวะโร โดยการชี้แจงนโยบายในการควบคุมการโฆษณา ให้ความรู้ด้านกฎหมายเกี่ยวกับการโฆษณาที่ถูกต้อง การปรับทัศนคติให้ผู้ประกอบการให้มีความตระหนักในการปฏิบัติตามกฎหมายนั้นสามารถ ทำให้ผู้ประกอบการที่เข้าร่วมกิจกรรม มีความรู้เพิ่มขึ้นในทุกประเด็นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[16,17] ซึ่งการให้ข้อมูลข่าวสารเป็นองค์ประกอบแรกในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เมื่อบุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารที่มีความน่าเชื่อถือถูกต้อง จะทำให้บุคคลมีกระบวนการคิดและนำมาประกอบการตัดสินใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใหม่ที่ต้องการ[11] จากการดำเนินการให้ข้อมูลข่าวสารดังกล่าวช่วยให้ กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงสิ่งที่ถูกต้องในส่วนที่ตนเองยังขาดอยู่ ส่งผลให้เกิดความรู้สึกในด้านบวก นำไปสู่กระบวนการคิดให้มีการตัดสินใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ถูกต้องและเหมาะสมต่อไป ที่จะไม่โฆษณาที่ฝ่าฝืนกฎหมาย

ประการที่ 2 การสร้างแรงจูงใจ

เป็นการสร้างแรงจูงใจในทางบวกในการป้องกันการโฆษณาที่ฝ่าฝืนกฎหมาย กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงจูงใจ 2 แหล่ง ได้แก่ แรงจูงใจส่วนบุคคลและแรงจูงใจทางสังคม โดยแรงจูงใจส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงจูงใจจากการดูวิดีทัศน์/ภาพข่าวเกี่ยวกับการดำเนินคดีที่เกี่ยวกับการโฆษณาที่ฝ่าฝืนกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลที่ผ่านมา โดยแรงจูงใจที่เกิดขึ้นผ่านการพูดคุยแลกเปลี่ยน กลุ่มตัวอย่างได้แสดงความรู้สึก มุมมอง ความคิด แลกเปลี่ยนถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น การได้เห็นตัวอย่างผลกระทบจากการฝ่าฝืนกฎหมายช่วยปรับเปลี่ยนมุมมอง ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดแรงผลักดัน และการได้รับแรงจูงใจทางสังคม กลุ่มตัวอย่างได้รับจากเพื่อนผู้ประกอบการและทีมผู้วิจัยผ่านกิจกรรม “Self Help Group” โดยการมีส่วนร่วมของเพื่อนผู้ประกอบการผ่านช่องทางไลน์ “คลินิกที่โฆษณาในสถานพยาบาล” ที่ได้ให้ความช่วยเหลือกัน รวมถึงการออกกำกับติดตามโดยทีมผู้วิจัย เพื่อเป็นการสนับสนุนให้กำลังใจแก่กลุ่มตัวอย่างและเป็นการกระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติตามกฎหมาย จากกิจกรรมข้างต้นทำให้พบว่ากลุ่มตัวอย่างยังคงมีความกังวลใจในสิ่งที่ต้องปฏิบัติอย่างไรจึงจะถูกต้องในการโฆษณา ผู้วิจัยจึงให้ข้อมูลเกี่ยวกับหลักของการโฆษณาสถานพยาบาล

โดยใช้แผ่นภาพ 3 หลัก ที่ควรรู้โฆษณาสถานพยาบาล และคู่มือการขออนุมัติการโฆษณาหรือประกาศเกี่ยวกับสถานพยาบาลเน้นย้ำอีกรอบ เพื่อเป็นการเสริมความมั่นใจและความเข้าใจให้แก่กลุ่มตัวอย่าง สิ่งเหล่านี้ช่วยเพิ่มทัศนคติทางบวกในการมีพฤติกรรมในการป้องกันการโฆษณาที่ฝ่าฝืนกฎหมาย ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนทัศนคติเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง โดยสอดคล้องกับงานวิจัยของ กมลภัทร์ สวัสดิ์โกศล ที่ศึกษาถึงปัจจัยด้านทัศนคติ การถูกตักเตือน และการถูกดำเนินคดี มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามข้อกฎหมายเกี่ยวกับการโฆษณาตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541[15] และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ชฎากร บุญสิน ที่พบว่าการสนับสนุนให้กำลังใจ การกระตุ้นเตือนโดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคม ทำให้ผู้ประกอบการที่เข้าร่วมกิจกรรมมีทัศนคติที่ดีและพฤติกรรมการปฏิบัติที่ถูกต้องในการโฆษณาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[16] ซึ่งการสร้างแรงจูงใจส่วนบุคคลและการสร้างแรงจูงใจทางสังคมดังกล่าวอาจช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกคล้อยตามมีความเชื่อมั่นว่าตนเองจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จเกิดความรู้สึกทางบวกต่อพฤติกรรมใหม่ที่ต้องการ[11]

ประการที่ 3 การพัฒนาทักษะ

การจัดกิจกรรมพัฒนาทักษะ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจในการมีพฤติกรรมป้องกันการโฆษณาที่ฝ่าฝืนกฎหมาย โดยผ่านกระบวนการบรรยายและสาธิตเกี่ยวกับการเลือกใช้สื่อโฆษณาและรูปแบบวิธีการโฆษณาที่เหมาะสม กลุ่มตัวอย่างได้ฝึกทักษะการขออนุมัติโฆษณา การเลือกใช้สื่อและข้อความในการโฆษณา ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเองในการเลือกใช้สื่อ และข้อความที่ทำการลงโฆษณาในช่องทางของสถานพยาบาล และทบทวนถึงการโฆษณาของสถานพยาบาลตนเองที่ผ่านมาได้ โดยมีคู่มือการขออนุมัติการโฆษณาหรือประกาศเกี่ยวกับสถานพยาบาลประกอบในการตัดสินใจ รวมถึงการมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดเป็นแหล่งข้อมูลหลักของผู้ประกอบการ ช่วยสร้างความน่าเชื่อถือและความไว้วางใจ ลดความกังวลใจในสิ่งที่ต้องปฏิบัติว่าควรปฏิบัติอย่างไรจึงจะถูกต้องและโฆษณาได้ ซึ่งอาจเป็นจากเหตุนี้ทำให้ทัศนคติด้านความรู้สึกมีการพัฒนาขึ้นอย่างชัดเจน จากการติดตามกลุ่มตัวอย่างในการปฏิบัติ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ยังไม่ได้มีการขออนุมัติโฆษณาได้มีการดำเนินการขออนุมัติโฆษณา และบางรายที่มีการโฆษณาไปแล้วก็ได้มีการปรับเปลี่ยนสื่อ ข้อความให้มีความถูกต้องเหมาะสมมากขึ้น โดยการพัฒนาทักษะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างได้มีการฝึกทักษะจนประสบผลสำเร็จ และการที่กลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจที่ดีก็สามารถฝึกทักษะให้ประสบผลสำเร็จ นำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งการพัฒนาทักษะเป็นองค์ประกอบสุดท้ายที่จะช่วยให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพราะบุคคลล้วนต้องการความมั่นใจในการปฏิบัติและมีความต้องการในการปฏิบัตินั้นสอดคล้องกับวิถีชีวิตของตนเอง ซึ่งการพัฒนาทักษะอย่างต่อเนื่องจะนำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใหม่ที่ต้องการได้[11]

ผลการวิจัยครั้งนี้มีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ ชฎากร บุญสิน[16], กนกกาญจน์ จันวะโร[17] และ วาสิฏฐี ตั้งสัตยาธิษฐาน[18] ในด้านกิจกรรมและสื่อที่นำมาปรับประยุกต์ตามแนวคิดการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ ได้แก่ การประชุมชี้แจงนโยบาย การคืนข้อมูลผลการประเมิน การพัฒนาระบบให้คำปรึกษา การตรวจเยี่ยมคลินิก การสนับสนุนให้กำลังใจ ที่สามารถเพิ่มระดับความรู้ในการโฆษณา ทัศนคติในการโฆษณาและพฤติกรรมการปฏิบัติในการโฆษณาได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ช่วยยืนยันผลลัพธ์ตามแนวคิดการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ สามารถเพิ่มความรู้ที่ถูกต้อง

เกี่ยวกับการโฆษณาการประกอบกิจการสถานพยาบาล และทัศนคติต่อการโฆษณาสถานพยาบาลที่เหมาะสม ของผู้ประกอบการสถานพยาบาลเอกชนจังหวัดหนองบัวลำภูได้เป็นอย่างดี

งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดหลายประการที่สำคัญ คือ มีการวัดผลเพียง 2 ครั้ง (ก่อนและหลังการทดลอง) โดยไม่มีการติดตามผลระยะยาว ทำให้ไม่สามารถประเมินความยั่งยืนของผลการทดลองได้ และงานวิจัยนี้ไม่ได้วัดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจริงของผู้ประกอบการ แต่วัดเฉพาะความรู้และทัศนคติเท่านั้น ซึ่งอาจไม่สะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการโฆษณาที่เป็นไปตามกฎหมายในทางปฏิบัติ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการวิจัยครั้งนี้

1. ด้านการพัฒนากิจกรรม จากผลการวิจัยที่พบว่าทัศนคติด้านการปฏิบัติ เป็นส่วนที่มีการเปลี่ยนแปลงน้อยที่สุด ควรพิจารณาเพิ่มกิจกรรมที่เน้นการ "พัฒนาทักษะ" และ "การปฏิบัติจริง" อย่างต่อเนื่อง เช่น การจัดคลินิกให้คำปรึกษาเชิงปฏิบัติการ (Workshop) ด้านการร่างโฆษณา หรือการสร้างช่องทางให้คำปรึกษาแบบพี่เลี้ยง (Mentoring) เพื่อสร้างความมั่นใจและสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะยาว

2. ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค จากผลการวิจัยที่พบว่าโปรแกรมนี้ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในเชิงบวกที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งด้านความรู้และทัศนคติต่อการโฆษณาสถานพยาบาลที่เหมาะสม ควรนำโปรแกรมนี้ไปผสมผสานในการส่งเสริม ควบคุม กำกับ ดูแลงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพ การบูรณาการนี้จะทำให้การป้องกันการโฆษณาที่ฝ่าฝืนกฎหมายไม่ใช่เพียงการดำเนินการเฉพาะหน้า แต่เป็นส่วนหนึ่งของระบบการทำงานที่เป็นปกติ ซึ่งจะช่วยให้การควบคุมกำกับมีประสิทธิภาพและความสม่ำเสมอมากขึ้น นอกจากนี้ การบูรณาการยังช่วยให้การใช้ทรัพยากรเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและสร้างความเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาระยะยาวและการติดตามผลการศึกษาวิจัยในครั้งต่อไปควรออกแบบการศึกษาระยะยาวเพื่อประเมินความยั่งยืนของผลการทดลอง และควรวัดผลในช่วงเวลาที่หลากหลาย เช่น 3 เดือน, 6 เดือน และ 1 ปีหลังการทดลอง เพื่อดูการคงอยู่ของความรู้และทัศนคติที่ปรับปรุงแล้ว

2. การวัดพฤติกรรมจริงและผลลัพธ์ทางปฏิบัติ การศึกษาวิจัยในครั้งต่อไปควรรวมการวัดพฤติกรรมการโฆษณาที่เกิดขึ้นจริง เช่น อัตราการขออนุมัติโฆษณาก่อนเผยแพร่ จำนวนการโฆษณาที่ฝ่าฝืนกฎหมายที่ลดลง และคุณภาพของเนื้อหาโฆษณาที่ปรับปรุง

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยความอนุเคราะห์และสนับสนุนเป็นอย่างดียิ่งจาก ท่านนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู สมาคมเภสัชสาธารณสุขแห่งประเทศไทย และได้รับความอนุเคราะห์ในการให้ข้อคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญหลายท่าน ที่กรุณาสละเวลาในการแสดงความคิดเห็น อันมีค่า

เอกสารอ้างอิง

1. พรรัตน์ ชาญชวณิชย์, พอดี สุขพันธ์, ปรามศึก หวลประไพ. กลยุทธ์การตลาดที่ส่งผลต่อการตัดสินใจกลับมาใช้บริการคลินิกศัลยกรรมเสริมความงามในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา 2564; 14(1): 61-81.
2. กรุงเทพธุรกิจ. กรม สบส.แนะนำ รพ.เอกชน/คลินิก ขออนุมัติโฆษณาทุกครั้งก่อนเผยแพร่ [อินเตอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพธุรกิจ; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 10 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก https://www.bangkokbiznews.com/social/971857
3. จุฬาลักษ์ พชรทิพย์. ความชุกของการโฆษณาทางสื่อออนไลน์ที่ฝ่าฝืนกฎหมายของคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านความงามในอำเภอเมืองของจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคใต้. วารสารเภสัชกรรมไทย 2562; 11(1): 236-46.
4. วิภา ศิริสวัสดิ์. การศึกษาโฆษณาของสถานพยาบาลเอกชนในจังหวัดนครราชสีมา. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2562; 13(31): 92-104.
5. ชฎากร บุญสิน. ความชุกของโฆษณาทางสื่อออนไลน์ที่ฝ่าฝืนกฎหมายของคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการเสริมความงามในจังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารเภสัชกรรมไทย 2565; 14(2): 416-23.
6. อาภากร เขจรรักษ์. การโฆษณาทางสื่อสังคมออนไลน์ที่ฝ่าฝืนกฎหมายของคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการเสริมความงามในจังหวัดมหาสารคาม. วารสารเภสัชกรรมไทย 2565; 14(3): 542-55.
7. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. สรุปรายงานรับเรื่องร้องเรียน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ [อินเตอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 10 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก https://crm.hss.moph.go.th/report_work1.php
8. พระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2559. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 113, ตอนที่ 107 ก (ลงวันที่ 20 ธันวาคม 2559).
9. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. คู่มือการปฏิบัติงานการพิจารณาอนุมัติการโฆษณาหรือประกาศเกี่ยวกับสถานพยาบาล. นนทบุรี: กองกฎหมาย; 2561.
10. อรรถพล คนต่ำ, วุฒิไกร ยศกำธร. สถานการณ์โฆษณาทางสื่อออนไลน์ของสถานพยาบาลเอกชนในจังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารด้านการคุ้มครองผู้บริโภค (online) 2566; 3(2): 63-74.
11. Fisher JD, Fisher WA. Information-motivation-behavioral skills model. In: Diclemente RJ, Crosby RA, Kegler MC, editors. Emerging theories in health promotion practice and research. San Francisco: Jossey-Bass; 2002. p. 40-70.
12. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู. เอกสารตรวจราชการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู รอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2567. หนองบัวลำภู: กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข; 2567.
13. Bloom BS. Taxonomy of educational objectives: the classification of educational goals. Handbook I: cognitive domain. New York: David McKay Co Inc; 1956.
14. Best JW. Research in education. New Jersey: Prentice Hall Inc; 1997.

15. กมลภัทร์ สวัสดิ์โกศล. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามข้อกฎหมายเกี่ยวกับการโฆษณาตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 ของสถานพยาบาลในจังหวัดกาญจนบุรี. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ 2567; 9(2): 346-57.
16. ชฎากร บุญสิน. การศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมส่งเสริมการโฆษณาของสถานพยาบาลเอกชนในจังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีนอร์ทเทิร์น 2564; 2(3): 40-52.
17. กนกกาญจน์ จันวะโร. การพัฒนารูปแบบการจัดการปัญหาโฆษณาทางสื่อออนไลน์ของคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านความงาม จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข 2567; 10(2): 271-84.
18. วาสิฎฐี ตั้งสัตยาธิษฐาน. ผลของการพัฒนาการให้คาแนะนาการขออนุญาตโฆษณาสถานพยาบาลเอกชนในจังหวัดอุดรธานี. วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ. 2566; 3(1): 248-59.

JOURNAL OF HEALTH CONSUMER PROTECTION
วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
Vol: 5 No.2 July-December 2025
ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2568

การวิเคราะห์เชิงพื้นที่และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของคลินิกเอกชน ในจังหวัดนครศรีธรรมราช

Spatial analysis and temporal trends of private clinics in Nakhon Si Thammarat Province

อรรถพล ศรีสุวรรณ[1]
Attapon Srisuwan[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์การกระจายตัวเชิงพื้นที่และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของคลินิกเอกชนในจังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางร่วมกับการวิเคราะห์อนุกรมเวลา ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากทะเบียนสถานพยาบาลระหว่างปี พ.ศ. 2558 - 2567 ประชากรคือคลินิกเอกชนทั้งหมด 651 แห่ง ใน 23 อำเภอ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยเทคนิค Global Moran's I สำหรับตรวจสอบการกระจุกตัวเชิงพื้นที่, Kernel Density Estimation สำหรับวิเคราะห์ความหนาแน่น, Getis-Ord Gi* สำหรับหาจุดกระจุกตัวที่มีนัยสำคัญทางสถิติ, Spatial Regression Models สำหรับหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ และ Network Analysis สำหรับวิเคราะห์การเข้าถึงบริการ ผลการวิจัยพบว่าคลินิกเอกชนทั้งหมด 651 แห่ง ประกอบด้วยคลินิกพยาบาล 204 แห่ง (ร้อยละ 31.34), คลินิกเวชกรรมเฉพาะทาง 150 แห่ง (ร้อยละ 23.04), คลินิกเวชกรรม 134 แห่ง (ร้อยละ 20.58) และคลินิกประเภทอื่น ๆ 163 แห่ง (ร้อยละ 25.04) คลินิกมีการกระจุกตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Moran's I = 0.3097, $p < 0.001$) โดยมีพื้นที่กระจุกตัวสูง 38 จุด ซึ่งร้อยละ 65.79 ตั้งอยู่ในอำเภอเมืองนครศรีธรรมราช ความหนาแน่นประชากรมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการกระจุกตัวของคลินิก ($R^2 = 0.8514$, $p < 0.001$) คลินิกร้อยละ 36.70 อยู่ในรัศมี 15 นาทีจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ร้อยละ 24.40 ใช้เวลาเดินทาง 15 - 60 นาที และร้อยละ 38.90 ใช้เวลามากกว่า 60 นาที แนวโน้มการเติบโตในช่วง 10 ปี เพิ่มขึ้นจาก 473 แห่ง เป็น 651 แห่ง (อัตราเฉลี่ยร้อยละ 3.67 ต่อปี) โดยคลินิกเวชกรรมเฉพาะทางมีอัตราการเติบโตสูงสุดร้อยละ 7.82 ต่อปี ผลการวิจัยสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวางนโยบายบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพเอกชนในระดับจังหวัด

คำสำคัญ : การวิเคราะห์เชิงพื้นที่, แนวโน้ม, คลินิกเอกชน, จังหวัดนครศรีธรรมราช

[1] เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช
[1] Pharmacist, Professional Level. Division of Consumer Protection and Public Health Pharmacy, Nakhon Si Thammarat Provincial Public Health Office. E-mail : xattapon@gmail.com

Received: 15 Aug 2025, Revised: 21 Nov 2025, Accepted: 20 Dec 2025

Abstract

This research aimed to analyze the spatial distribution and temporal trends of private clinics in Nakhon Si Thammarat Province. A cross-sectional analytical research combined with time series analysis was conducted using secondary data from healthcare facility registries between 2015-2024. The study population comprised all 651 private clinics across 23 districts. Data were analyzed using Global Moran's I to detect spatial clustering, Kernel Density Estimation to analyze density, Getis-Ord Gi* to identify statistically significant hotspots, Spatial Regression Models to determine relationships between factors, and Network Analysis to assess service accessibility. The results revealed 651 private clinics, consisting of 204 nursing clinics (31.34%), 150 specialized medical clinics (23.04%), 134 general medical clinics (20.58%), and 163 other types of clinics (25.04%). Spatial analysis showed statistically significant clustering (Moran's I = 0.3097, $p < 0.001$) with 38 high-concentration hotspots, of which 65.79% were located in Mueng Nakhon Si Thammarat District. Population density showed a statistically significant positive correlation with clinic clustering ($R^2 = 0.8514$, $p < 0.001$). Distance analysis found that 36.70% of clinics were within a 15 minute radius from the Provincial Public Health Office, 24.40% required 15 - 60 minutes travel time, and 38.9% required more than 60 minutes. The 10-year growth trend showed an increase from 473 to 651 facilities (average growth rate of 3.67% per year), with specialized medical clinics having the highest growth rate at 7.82% per year. The findings can serve as fundamental data for policy formulation in managing private healthcare services at the provincial level.

Keywords : Spatial analysis, Trends, Private clinics, Nakhon Si Thammarat Province

บทนำ

การกระจายตัวของสถานพยาบาลเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) ซึ่งเป็นบริการที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีบทบาทสำคัญในการกำกับดูแลและควบคุมสถานพยาบาลเอกชนตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 จากรายงานข้อมูลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ปี พ.ศ. 2567 พบว่ามีคลินิกที่ต้องกำกับดูแลถึง 651 แห่ง กระจายอยู่ใน 23 อำเภอ การตรวจเฝ้าระวังและกำกับดูแลให้คลินิกปฏิบัติตามมาตรฐานและกฎหมายจึงเป็นความท้าทายสำคัญ เนื่องจากต้องใช้ทรัพยากรทั้งด้านบุคลากร งบประมาณ และยานพาหนะเป็นจำนวนมาก

การประยุกต์ใช้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ (GIS) ในการวิเคราะห์การเข้าถึงบริการสุขภาพได้รับความนิยมเพิ่มขึ้นอย่างมาก การศึกษาของ Wei Luo และ Fahui Wang ค.ศ. 2003[1] ได้พัฒนาวิธีการ Two-Step Floating Catchment Area (2SFCA) ซึ่งเป็นการวัดการเข้าถึงบริการสุขภาพเชิงพื้นที่ที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลาย Ying Liu และคณะ ค.ศ. 2022[2] แสดงให้เห็นว่าการวิเคราะห์ Spatial accessibility ของสถานพยาบาลด้วยการรวมข้อมูลเครือข่ายการขนส่งช่วยในการวางแผนและจัดสรรทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในบริบทของประเทศไทย Hathaikan Sritart และคณะ ค.ศ. 2021[3] ประยุกต์ใช้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์เพื่อประเมินความเหลื่อมล้ำในการให้บริการสุขภาพในพื้นที่ชายแดน พบว่าประชากรมากกว่า 253,000 คน อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่ต้องเดินทางมากกว่า 30 นาที เพื่อเข้าถึงสถานพยาบาล

การศึกษาในประเทศไทยแสดงให้เห็นการประยุกต์ใช้ GIS ในหลากหลายมิติ พุทธจักร ช่วยราย และ อาจินต์ สงทับ พ.ศ. 2562[4] แสดงให้เห็นว่าการใช้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ในงานสาธารณสุขช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการวิเคราะห์การกระจายตัวของสถานบริการสุขภาพและการจัดการทรัพยากร สมุน นิติการุญ และ นิลวรรณ อยู่ภักดี พ.ศ. 2563[5] พบว่าร้านขายยามีแนวโน้มกระจุกตัวในพื้นที่ที่มีรายได้ต่อหัวสูงและประชากรหนาแน่น ซึ่งสะท้อนผลกระทบของกลไกตลาดต่อการกระจายบริการสุขภาพ พิมพ์พลอย เผือกพ่วง และ พัฒนา ราชวงศ์ พ.ศ. 2561[6] พบว่าการใช้ข้อมูลการใช้ประโยชน์ที่ดินและลักษณะทางพื้นที่ช่วยในการวิเคราะห์การกระจายตัวของผู้ป่วยในระบบสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพด้วยเทคนิค Dasymetric mapping

ทฤษฎี Central Place Theory ของ Walter Christaller ค.ศ. 1966[7] อธิบายการกระจายตัวของสถานบริการตามขนาดของตลาดและความหนาแน่นประชากร ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการศึกษาการกระจายตัวของสถานพยาบาล ทฤษฎี Epidemiologic Transition ของ Abdel R. Omran ค.ศ. 1971[8] อธิบายการเปลี่ยนผ่านของโรคและบริการสุขภาพตามการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งช่วยอธิบายแนวโน้มการเติบโตของสถานพยาบาลเฉพาะทางในพื้นที่ที่มีการพัฒนา

แม้ว่าจะมีการศึกษาเกี่ยวกับการกระจายตัวของสถานบริการสุขภาพในหลายบริบท แต่ยังขาดการศึกษาที่ครอบคลุมทั้งการวิเคราะห์เชิงพื้นที่และแนวโน้มเชิงเวลาของสถานพยาบาลเอกชนประเภทไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนในระดับจังหวัดอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะในบริบทของประเทศไทย ซึ่งมีการขยายตัวของสถานพยาบาลเอกชนอย่างรวดเร็ว การศึกษาส่วนใหญ่ยังไม่ได้รวมการวิเคราะห์ระยะทางการเข้าถึงเพื่อการกำกับดูแลเข้าด้วยกัน ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับการวางแผนการปฏิบัติงานของ

หน่วยงานกำกับดูแล การประยุกต์ใช้เทคโนโลยี GIS สามารถช่วยในการจัดลำดับความสำคัญตามระดับความเสี่ยง วางแผนเส้นทางการตรวจที่มีประสิทธิภาพ และจัดสรรทรัพยากรให้เหมาะสมกับความหนาแน่นของคลินิกในแต่ละพื้นที่

การวิจัยเรื่องการวิเคราะห์เชิงพื้นที่และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนในจังหวัดนครศรีธรรมราชจึงมีความสำคัญ เพื่อให้ทราบรูปแบบการกระจายตัวของคลินิก ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการกระจายตัว และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลง เพื่อนำไปใช้ในการวางแผนการกำกับดูแลและการจัดการทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งเป็นต้นแบบสำหรับการประยุกต์ใช้ในจังหวัดอื่น ๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์รูปแบบการกระจายตัวเชิงพื้นที่ของคลินิกเอกชนในจังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษาแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของคลินิกเอกชนในช่วง 10 ปี (พ.ศ. 2558 - 2567)
3. เพื่อวิเคราะห์ระยะทางการเดินทางและเวลาในการเข้าถึงคลินิกเอกชน

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางร่วมกับการวิเคราะห์อนุกรมเวลา โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูลทะเบียนสถานพยาบาลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราชในระยะเวลา 10 ปี (พ.ศ. 2558 - 2567) เพื่อวิเคราะห์การกระจายตัวเชิงพื้นที่และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของคลินิกเอกชน การศึกษาครอบคลุมคลินิกทั้งหมด 651 แห่งใน 23 อำเภอ โดยใช้เทคนิคทางสถิติเชิงพื้นที่และระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ในการวิเคราะห์รูปแบบการกระจุกตัว ความสัมพันธ์กับปัจจัยต่างๆ และการเข้าถึงเพื่อการกำกับดูแล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างคือคลินิกเอกชนทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 - 2567 ครอบคลุมพื้นที่ 23 อำเภอ โดยไม่มีการสุ่มตัวอย่าง ใช้ข้อมูลประชากรทั้งหมด จำนวน 651 แห่ง ณ วันที่ 30 กันยายน 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 3 กลุ่มหลัก ได้แก่ โปรแกรมระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ ประกอบด้วย QGIS เวอร์ชัน 3.34 สำหรับการวิเคราะห์เชิงพื้นที่ และ GeoDa เวอร์ชัน 1.20 สำหรับการวิเคราะห์สถิติเชิงพื้นที่ โปรแกรมสถิติ SPSS เวอร์ชั่น 27 สำหรับการวิเคราะห์สถิติ และเครื่องมือพัฒนาระบบฐานข้อมูลเชิงพื้นที่ ได้แก่ MariaDB 10.11.13, PHP 8.4, Nginx 1.18.0, Leaflet.js และ Bootstrap 5

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 3 ประเภทหลัก ประเภทแรกคือข้อมูลคลินิก ประกอบด้วยข้อมูลทะเบียนคลินิก พิกัดทางภูมิศาสตร์ของคลินิกทั้ง 651 แห่ง และประเภทและลักษณะของคลินิกตามการจำแนกของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ประเภทที่สองคือข้อมูลภูมิศาสตร์และประชากร ประกอบด้วยแผนที่ขอบเขตการปกครองจากศูนย์ฝึกอบรมและบริการด้านเทคโนโลยีภูมิสารสนเทศ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตภูเก็ต ข้อมูลประชากรระดับตำบลจาก Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข และข้อมูลเครือข่ายถนนจาก OpenStreetMap ประเภทสุดท้ายคือข้อมูลเชิงเวลา ครอบคลุมข้อมูลย้อนหลัง 10 ปีของจำนวนคลินิกแต่ละประเภทและข้อมูลการขึ้นทะเบียนและยกเลิกทะเบียนคลินิกรายปี

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย 4 ส่วนหลัก ส่วนแรกเป็นการวิเคราะห์เชิงพรรณนา ได้แก่

การแจกแจงความถี่และร้อยละของคลินิกจำแนกตามประเภทและพื้นที่ การคำนวณอัตราส่วนคลินิกต่อประชากร และการวิเคราะห์ความหนาแน่นเชิงพื้นที่ ส่วนที่สองเป็นการวิเคราะห์เชิงพื้นที่ ประกอบด้วย Global Moran's I สำหรับตรวจสอบ Spatial autocorrelation, Kernel Density Estimation สำหรับวิเคราะห์ความหนาแน่นการกระจายตัว, Getis-Ord Gi* สำหรับระบุพื้นที่ที่มีการกระจุกตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ Spatial Regression Models สำหรับวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับปัจจัยต่าง ๆ ส่วนที่สามเป็นการวิเคราะห์แนวโน้มเชิงเวลา โดยใช้ Linear Regression Analysis สำหรับวิเคราะห์แนวโน้มการเปลี่ยนแปลง Compound Annual Growth Rate สำหรับคำนวณอัตราการเติบโตเฉลี่ยต่อปี และ Time Series Analysis สำหรับวิเคราะห์รูปแบบการเปลี่ยนแปลงตามช่วงเวลา ส่วนสุดท้ายเป็นการวิเคราะห์การเข้าถึงเชิงพื้นที่ โดยใช้ Network Analysis เพื่อคำนวณระยะทางและเวลาการเดินทางจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราชไปยังคลินิกแต่ละแห่ง และการวิเคราะห์ Service Area สำหรับกำหนดขอบเขตการให้บริการกำกับดูแล

การพัฒนาระบบฐานข้อมูลเชิงพื้นที่

ระบบฐานข้อมูลเชิงพื้นที่ถูกพัฒนาด้วยสถาปัตยกรรมแบบสามชั้น ประกอบด้วยชั้นข้อมูลที่ใช้ MariaDB 10.11.13 สำหรับจัดเก็บข้อมูลเชิงพื้นที่และข้อมูลคลินิก ชั้นตรรกะที่ใช้ PHP 8.4 สำหรับประมวลผลและจัดการคำขอ และ Nginx 1.18.0 เป็น Web Server และชั้นนำเสนอที่ใช้ Leaflet.js สำหรับแสดงผลแผนที่แบบโต้ตอบ Bootstrap 5 สำหรับออกแบบส่วนติดต่อผู้ใช้ และ amCharts สำหรับแสดงผลกราฟและสถิติ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช หมายเลขรับรอง 181/2567 ลงวันที่ 28 พฤศจิกายน 2567

ผลการศึกษา

1. ลักษณะทั่วไปของสถานพยาบาล

ณ วันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2567 จังหวัดนครศรีธรรมราชมีคลินิกเอกชนทั้งหมด 651 แห่ง แบ่งเป็นคลินิกพยาบาล 204 แห่ง (ร้อยละ 31.34), คลินิกเวชกรรมเฉพาะทาง 150 แห่ง (ร้อยละ 23.04), คลินิกเวชกรรม 134 แห่ง (ร้อยละ 20.58) และคลินิกประเภทอื่น ๆ 163 แห่ง (ร้อยละ 25.04) อัตราส่วนคลินิกต่อประชากรโดยรวมอยู่ที่ 4.18 แห่งต่อประชากร 10,000 คน รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของคลินิกเอกชนจำแนกตามประเภท

ประเภทคลินิก	จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ	อัตราส่วนต่อประชากร 10,000 คน
คลินิกพยาบาล	204	31.34	1.31
คลินิกเวชกรรมเฉพาะทาง	150	23.04	0.96
คลินิกเวชกรรม	134	20.58	0.86
อื่น ๆ	163	25.04	1.05
รวม	**651**	**100.00**	**4.18**

2. การกระจายตัวเชิงพื้นที่

2.1 Global Spatial Pattern

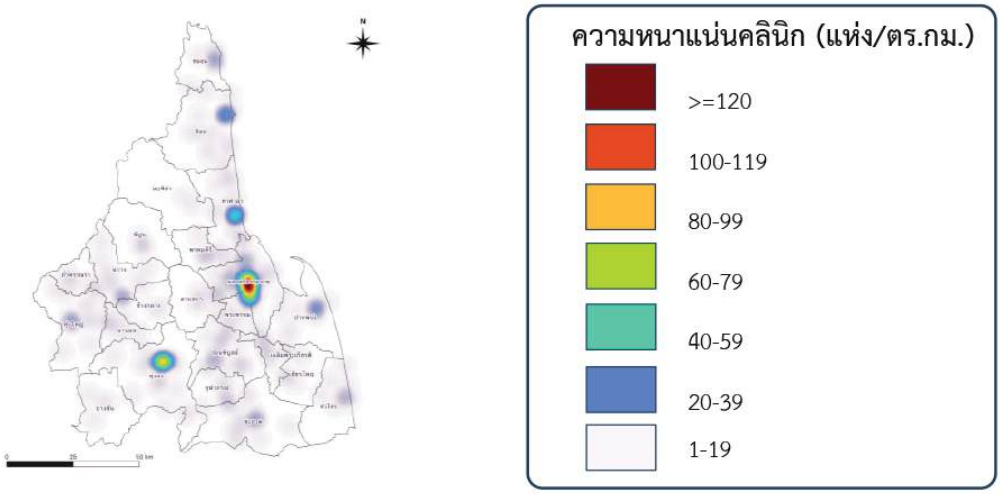
การวิเคราะห์รูปแบบการกระจายตัวโดยรวมด้วยเทคนิค Global Moran's I พบค่า 0.3097 (Z-score = 61.29, P-value < 0.001) ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าคลินิกมีแนวโน้มกระจุกตัวอยู่ใกล้กันในพื้นที่บางส่วนมากกว่าการกระจายตัวแบบสุ่มหรือกระจายสม่ำเสมอทั่วจังหวัด รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การกระจายตัวของคลินิกเอกชนจำแนกตามอำเภอ

อำเภอ	จำนวนคลินิก (แห่ง)	ร้อยละ	อัตราส่วน (แห่ง/10,000คน)
เมือง	245	37.60	8.93
ทุ่งสง	97	14.90	6.03
ท่าศาลา	49	7.50	3.88
สิชล	38	5.80	4.29
ชะอวด	26	4.00	3.04
อำเภออื่น ๆ (18 อำเภอ)	196	30.20	2.38
รวม	**651**	**100**	**4.18**

2.2 Kernel Density Analysis

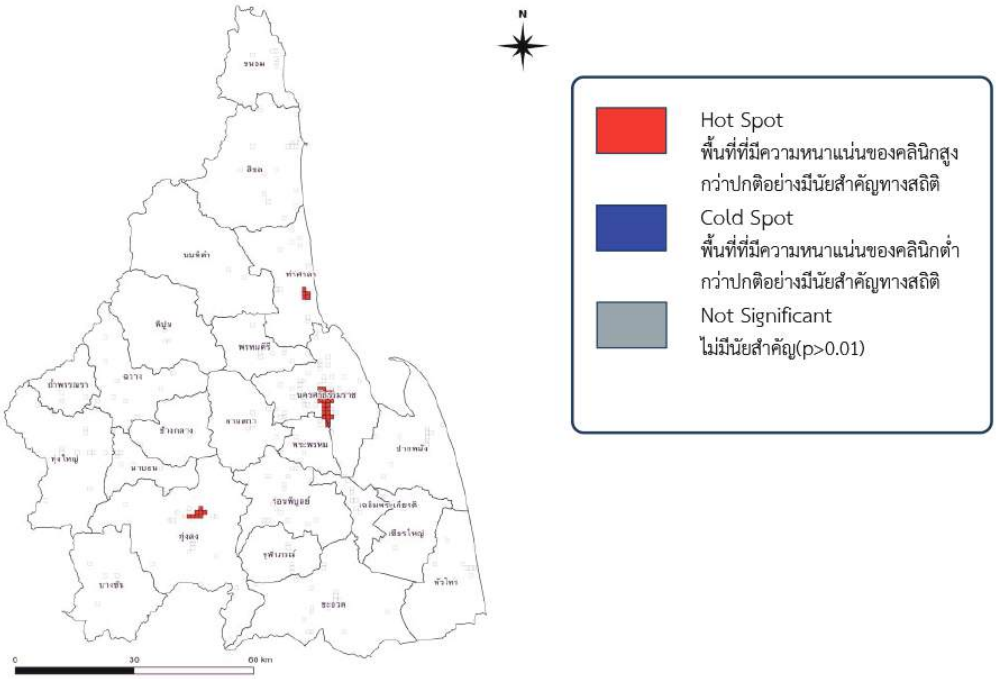
การวิเคราะห์ความหนาแน่นของคลินิกเชิงพื้นที่โดยใช้รัศมีการค้นหา 5 กิโลเมตร และความละเอียดพิกเซล 500 เมตร พบว่าอำเภอเมืองนครศรีธรรมราชมีความหนาแน่นสูงสุด มากกว่า 120 แห่งต่อตารางกิโลเมตร ซึ่งเป็นจุดศูนย์กลางหลักของการกระจุกตัว รอบ ๆ พื้นที่นี้มีความหนาแน่นระดับสูง 80 - 119 แห่งต่อตารางกิโลเมตร และค่อย ๆ ลดลงเป็นวงกว้าง นอกจากนี้ยังพบจุดกระจุกตัวรองในอำเภอทุ่งสง ท่าศาลา และสิชล ที่มีความหนาแน่น 20 - 79 แห่งต่อตารางกิโลเมตร ขณะที่พื้นที่ส่วนใหญ่ของจังหวัดมีความหนาแน่นต่ำ 1 - 19 แห่งต่อตารางกิโลเมตร ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 การวิเคราะห์ความหนาแน่นเชิงพื้นที่ของคลินิกในจังหวัดนครศรีธรรมราช โดยใช้วิธี Kernel Density Estimation

2.3 Hot Spot Analysis

การวิเคราะห์จุดร้อน (Hot Spot) ด้วยเทคนิค Getis-Ord Gi* โดยใช้ระยะทางขีดจำกัด 1,500 เมตร และจำนวนเพื่อนบ้านขั้นต่ำ 2 จุด จากกริดทั้งหมด 10,297 กริด ที่มีคลินิก 286 กริด พบจุดร้อนที่มีการกระจุกตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 38 จุด (ระดับความเชื่อมั่น 99%) คิดเป็นร้อยละ 13.29 ของพื้นที่ที่มีคลินิก ไม่พบจุดเย็น (Cold Spots) ในพื้นที่ศึกษา จุดร้อนส่วนใหญ่กระจุกตัวในอำเภอเมืองนครศรีธรรมราช 25 จุด (ร้อยละ 65.79) รองลงมาคืออำเภอทุ่งสง 8 จุด (ร้อยละ 21.05) และอำเภอท่าศาลา 5 จุด (ร้อยละ 13.16) การกระจายของจุดร้อนแสดงรูปแบบความเข้มข้นที่ลดลงจากศูนย์กลางเมืองไปสู่พื้นที่โดยรอบ โดยพื้นที่ที่มีจุดร้อนครอบคลุมประมาณร้อยละ 3.69 ของพื้นที่จังหวัด แต่มีคลินิกกระจุกตัวอยู่ถึงร้อยละ 34.70 ของคลินิกทั้งหมด ดังรูปที่ 2



รูปที่ 2 การวิเคราะห์จุดร้อน (Hot Spots) ของคลินิกในจังหวัดนครศรีธรรมราชด้วยเทคนิค Getis-Ord Gi* โดยใช้ระบบกริดขนาด 1x1 กิโลเมตร

3. ความสัมพันธ์กับความหนาแน่นประชากร

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความหนาแน่นประชากรกับการกระจายตัวของคลินิก โดยเปรียบเทียบโมเดลสถิติ 3 แบบ คือ Ordinary Least Squares (OLS), Spatial Lag และ Spatial Error ผลการวิเคราะห์รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบประสิทธิภาพของโมเดลสถิติในการอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างความหนาแน่นประชากรกับการกระจายตัวของคลินิก

โมเดล	AIC	R^2	Adjusted R^2	Coefficient (β)	p-value
OLS	367.53	0.8514	0.8505	0.002134	< 0.001
Spatial Lag	368.31	0.8533	0.8516	0.002089	< 0.001
Spatial Error	373.90	0.8481	0.8472	0.002126	< 0.001

หมายเหตุ: AIC = Akaike Information Criterion; β = ค่าสัมประสิทธิ์ของความหนาแน่นประชากร (คลินิก/ตร.กม. ต่อ คน/ตร.กม.); ค่า AIC ที่ต่ำกว่าแสดงถึงโมเดลที่มีประสิทธิภาพดีกว่า; การวิเคราะห์ข้อมูล 170 ตำบลในจังหวัดนครศรีธรรมราช

จากตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบประสิทธิภาพของโมเดลสถิติในการอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างความหนาแน่นประชากรกับการกระจายตัวของคลินิกใน 170 ตำบลของจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่าโมเดล Ordinary Least Squares (OLS) มีค่า AIC ต่ำที่สุด (367.53) เมื่อเทียบกับโมเดล Spatial Lag (368.31) และ Spatial Error (373.90) แสดงให้เห็นว่า OLS เป็นแบบจำลองที่เหมาะสมที่สุดในการอธิบายความสัมพันธ์เชิงพื้นที่ในกรณีนี้ โดยค่า R^2 = 0.8514 และ Adjusted R^2 = 0.8505 บ่งชี้ว่าโมเดลสามารถอธิบายความแปรปรวนของการกระจายตัวของคลินิกได้ถึงร้อยละ 85.14 ทั้งนี้ ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย (β = 0.002134, $p < 0.001$) แสดงความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างความหนาแน่นประชากรกับการกระจายตัวของคลินิก กล่าวคือ พื้นที่ที่มีความหนาแน่นประชากรสูงมีแนวโน้มมีจำนวนคลินิกมากขึ้นตามไปด้วย สำหรับโมเดล Spatial Lag แม้จะให้ค่า R^2 สูงกว่าเล็กน้อย (0.8533) แต่มีค่า AIC สูงกว่า ซึ่งบ่งชี้ว่าไม่ได้เพิ่มความเหมาะสมของโมเดลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4 แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงเชิงเวลา

4.1 แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงโดยรวม

ตารางที่ 4 แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงจำนวนคลินิกรายปี (พ.ศ. 2558 - 2567)

ปี (พ.ศ.)	จำนวนคลินิก	การเปลี่ยนแปลง	อัตราการเติบโต (%)	CAGR สะสม (%)
2558	473	-	-	-
2559	494	+21	4.44	4.44
2560	500	+6	1.21	2.81
2561	478	-22	-4.40	0.35
2562	507	+29	6.07	1.75
2563	516	+9	1.78	1.76
2564	540	+24	4.65	2.26
2565	556	+16	2.96	2.35
2566	598	+42	7.55	3.10
2567	651	+53	8.86	3.67

หมายเหตุ: CAGR = Compound Annual Growth Rate (อัตราการเติบโตเฉลี่ยต่อปีแบบทบต้น)

การศึกษาแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของจำนวนคลินิกในระยะเวลา 10 ปี พบการเติบโตจาก 473 แห่งเป็น 651 แห่ง เพิ่มขึ้น 178 แห่ง (ร้อยละ 37.63) ด้วยอัตราเฉลี่ยร้อยละ 3.67 ต่อปี การเติบโตมีความผันผวน โดยปี 2561 ลดลง 22 แห่ง (ร้อยละ -4.40) จากนั้นฟื้นตัวอย่างต่อเนื่อง ช่วง 2 ปีสุดท้าย (2566-2567) มีการเพิ่มขึ้น 95 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 53.37 ของการเติบโตทั้งหมด โดยมีอัตราเฉลี่ยร้อยละ 8.21 ต่อปี

4.2 แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงจำแนกตามประเภท

การวิเคราะห์แนวโน้มของคลินิกแต่ละประเภทระหว่างปี พ.ศ. 2558-2567 ด้วย Linear Regression Analysis เพื่อหาอัตราการเปลี่ยนแปลง (β) ค่า R^2 และ CAGR ผลการวิเคราะห์รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงจำนวนคลินิกด้วยการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้น (พ.ศ. 2558 - 2567)

ประเภทคลินิก	R^2	β (Slope)	p-value	CAGR (%/ปี)
คลินิกเวชกรรมเฉพาะทาง	**0.97**	**8.22**	**< 0.001**	**7.82**
คลินิกทันตกรรม	**0.99**	**3.56**	**< 0.001**	**5.73**
คลินิกเวชกรรม	**0.92**	**4.67**	**< 0.001**	**4.22**
คลินิกการแพทย์แผนไทย	**0.73**	**1.44**	**0.002**	**5.13**
คลินิกกายภาพ	**0.58**	**0.44**	**0.011**	**7.18**
คลินิกเทคนิคการแพทย์	**0.54**	**0.56**	**0.015**	**2.73**
สหคลินิก	**0.55**	**0.56**	**0.014**	**7.18**
คลินิกการประกอบโรคศิลปะ	**0.85**	**0.89**	**< 0.001**	N/A*
คลินิกพยาบาล	0.38	-0.56	0.057	-0.28
คลินิกทันตกรรมเฉพาะทาง	-	0	-	0
รวม	**0.83**	**19.78**	**< 0.001**	**3.67**

หมายเหตุ : ตัวหนา = มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$); *คลินิกการประกอบโรคศิลปะเริ่มจาก 0 ในปี 2558; β = อัตราการเพิ่มขึ้น (แห่ง/ปี); CAGR = อัตราการเติบโตเฉลี่ยต่อปีแบบทบต้น

จากตารางที่ 5 พบว่าแนวโน้มโดยรวมของคลินิกทั้งหมดมีการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β = 19.78, $p < 0.001$, R^2 = 0.83) โดยเฉพาะกลุ่มคลินิกเวชกรรมเฉพาะทาง (R^2 = 0.97, β = 8.22, CAGR = 7.82%) คลินิกทันตกรรม (R^2 = 0.99, β = 3.56, CAGR = 5.73%) และคลินิกเวชกรรม (R^2 = 0.92, β = 4.67, CAGR = 4.22%) ซึ่งเป็นประเภทที่มีอัตราการขยายตัวสูงและมีความสัมพันธ์เชิงเส้นชัดเจนกับเวลา ขณะที่คลินิกการแพทย์แผนไทย (R^2 = 0.73, β = 1.44, p = 0.002, CAGR = 5.13%) คลินิกกายภาพ (R^2 = 0.58, β = 0.44, p = 0.011, CAGR = 7.18%) และสหคลินิก (R^2 = 0.55, β = 0.56, p = 0.014, CAGR = 7.18%) ก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน แสดงถึงการเติบโตของบริการสุขภาพเฉพาะทางและการให้บริการแบบบูรณาการ ส่วนคลินิกเทคนิคการแพทย์ (R^2 = 0.54, β = 0.56, p = 0.015, CAGR = 2.73%) มีการ

ขยายตัวในระดับปานกลาง ขณะที่คลินิกพยาบาล (R^2 = 0.38, β = -0.56, p = 0.057) มีแนวโน้มลดลงเล็กน้อยแต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคลินิกการประกอบโรคศิลปะแม้ไม่มีข้อมูลเริ่มต้นในปี 2558 แต่มีการ เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน (R^2 = 0.85, β = 0.89, p < 0.001)

5. การวิเคราะห์การเข้าถึงเพื่อการกำกับดูแล

การวิเคราะห์ระยะทางการเดินทางด้วยเทคนิค Network Analysis โดยใช้ข้อมูลเครือข่ายถนนจาก OpenStreetMap เพื่อวัดระยะทางและเวลาการเดินทางจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราชไปยังคลินิกทั้ง 651 แห่ง พบรูปแบบการกระจายตัวที่มีลักษณะเป็น Bimodal distribution โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มหลัก คือ คลินิกที่เข้าถึงได้ง่าย (0 - 15 นาที) จำนวน 239 แห่ง (ร้อยละ 36.7) และคลินิกที่เข้าถึงได้ยาก (มากกว่า 60 นาที) จำนวน 253 แห่ง (ร้อยละ 38.9) ขณะที่คลินิกในช่วงระยะเวลากลาง (15 - 60 นาที) มีจำนวนเพียง 159 แห่ง (ร้อยละ 24.4) ระยะทางการเดินทางโดยเฉลี่ย 33.5 กิโลเมตร และเวลาการเดินทางเฉลี่ย 40.2 นาทีต่อการเดินทาง รายละเอียดดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การกระจายตัวของคลินิกจำแนกตามระยะเวลาการเดินทางและสถิติพื้นฐาน

ระยะเวลาการเดินทาง	จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ	ระยะทางเฉลี่ย (กม.)
0 - 15 นาที	239	36.70	3.90
15 - 30 นาที	47	7.20	18.90
30 - 45 นาที	87	13.40	31.30
45 - 60 นาที	25	3.80	43.70
มากกว่า 60 นาที	253	38.90	63.80
รวม	**651**	**100**	**33.50**

หมายเหตุ : ช่วงระยะทางรวม 0.10 - 101.20 กิโลเมตร , คำนวณด้วยความเร็วเฉลี่ย 50 กม./ชม. เหมาะสำหรับการกำกับดูแลในพื้นที่เมืองและชนบท

6. การพัฒนาระบบฐานข้อมูลเชิงพื้นที่

ระบบฐานข้อมูลเชิงพื้นที่สำหรับการกำกับดูแลคลินิกได้รับการพัฒนาด้วยสถาปัตยกรรมแบบ 3 ชั้น ใช้ MariaDB, PHP และ Leaflet.js ระบบมีฟังก์ชันหลัก 4 ประการ คือ ระบบ Marker Clustering สำหรับจัดการข้อมูลคลินิก 651 แห่ง การจำแนกสีตามประเภทคลินิก 10 ประเภท ระบบ Legend แบบโต้ตอบที่แสดงสถิติเรียลไทม์ และการแสดงข้อมูลตามขอบเขตพื้นที่ระดับจังหวัดและอำเภอ ผลการทดสอบประสิทธิภาพรายละเอียดดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ผลการทดสอบประสิทธิภาพระบบ

ตัวชี้วัด	ค่าที่วัดได้	เกณฑ์มาตรฐาน	ประเมินผล
LCP (Largest Contentful Paint)	3.15 วินาที	< 2.5 วินาที	ต้องปรับปรุง
CLS (Cumulative Layout Shift)	0.01	< 0.1	ดีเยี่ยม
การโหลดทรัพยากรเครือข่าย	24ms	-	ดีเยี่ยม

หมายเหตุ : การทดสอบประสิทธิภาพดำเนินการผ่าน Google Chrome DevTools

จากตารางที่ 7 พบว่าโดยรวมระบบมีประสิทธิภาพอยู่ในระดับดี โดยเฉพาะในด้านความเสถียรของโครงร่างหน้าเว็บ (Cumulative Layout Shift: CLS) ซึ่งมีค่าเท่ากับ 0.01 เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ (< 0.1) จัดอยู่ในระดับดีเยี่ยม แสดงว่าองค์ประกอบของหน้าเว็บมีเสถียรภาพสูง ไม่เกิดการเลื่อนหรือกระโดดในระหว่างการโหลดข้อมูล ขณะเดียวกัน การโหลดทรัพยากรเครือข่าย (Network Resource Loading) ใช้เวลาเพียง 24 มิลลิวินาที ถือว่าอยู่ในระดับดีเยี่ยมเช่นกัน สะท้อนถึงประสิทธิภาพในการสื่อสารระหว่างระบบและเซิร์ฟเวอร์ที่รวดเร็ว อย่างไรก็ตาม ค่า Largest Contentful Paint (LCP) ซึ่งเป็นตัวชี้วัดความเร็วในการแสดงผลเนื้อหาหลักของหน้าเว็บ มีค่า 3.15 วินาที ยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด (< 2.5 วินาที) จึงจัดอยู่ในระดับต้องปรับปรุง

สรุปและอภิปรายผล

สรุปผลการวิจัย

รูปแบบการกระจายตัวเชิงพื้นที่

ผลการวิจัยพบว่า คลินิกเอกชนในจังหวัดนครศรีธรรมราชทั้งหมด 651 แห่ง มีรูปแบบการกระจุกตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Moran's I = 0.3097, $p < 0.001$) โดยมีการกระจุกตัวหนาแน่นในพื้นที่เมืองมากกว่าการกระจายแบบสุ่มหรือสม่ำเสมอทั่วจังหวัด อำเภอเมืองนครศรีธรรมราชมีคลินิกมากที่สุด 245 แห่ง (ร้อยละ 37.60) รองลงมาคือ อำเภอทุ่งสง 97 แห่ง (ร้อยละ 14.90) และอำเภอท่าศาลา 49 แห่ง (ร้อยละ 7.50) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาอัตราส่วนคลินิกต่อประชากร พบว่าอำเภอเมืองนครศรีธรรมราชมีอัตราสูงถึง 8.93 แห่งต่อประชากร 10,000 คน ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของจังหวัดที่ 4.18 แห่งต่อประชากร 10,000 คน

การวิเคราะห์ความหนาแน่นด้วยเทคนิค Kernel Density พบพื้นที่กระจุกตัวหลักในอำเภอเมืองมีความหนาแน่นสูงสุดมากกว่า 120 แห่งต่อตารางกิโลเมตร และค่อย ๆ ลดลงเป็นวงกว้างรอบ ๆ ศูนย์กลาง พร้อมทั้งมีจุดกระจุกตัวรองในอำเภอทุ่งสง ท่าศาลา และสิชล ที่มีความหนาแน่น 20 - 79 แห่งต่อตารางกิโลเมตร การวิเคราะห์จุดร้อนด้วยเทคนิค Getis-Ord Gi* ระบุพื้นที่ที่มีการกระจุกตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 38 จุด โดยร้อยละ 65.79 อยู่ในอำเภอเมือง ร้อยละ 21.05 ในอำเภอทุ่งสง และร้อยละ 13.16 ในอำเภอท่าศาลา

ความหนาแน่นประชากรมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการกระจายตัวของคลินิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = 0.8514$, $p < 0.001$, $\beta = 0.002134$) โดยความหนาแน่นประชากรสามารถอธิบายความแปรปรวนของการกระจายตัวของคลินิกได้ร้อยละ 85.14 ซึ่งหมายความว่าพื้นที่ที่มีความหนาแน่นประชากรสูงมักมีจำนวนคลินิกมากขึ้นตามไปด้วย อย่างไรก็ตาม การวิเคราะห์เชิงพื้นที่พบความไม่สมดุลที่สำคัญ พื้นที่ที่มีความหนาแน่นประชากรสูงครอบคลุมเพียงร้อยละ 2.90 ของพื้นที่ทั้งหมด แต่กลับมีคลินิกกระจุกตัวอยู่ถึงร้อยละ 34.70 ของคลินิกทั้งหมด

แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงในช่วง 10 ปี

จำนวนคลินิกเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 473 แห่งในปี พ.ศ. 2558 เป็น 651 แห่งในปี พ.ศ. 2567 คิดเป็นการเพิ่มขึ้น 178 แห่ง (ร้อยละ 37.63) โดยมีอัตราการเติบโตเฉลี่ยร้อยละ 3.67 ต่อปี ($R^2 = 0.83$, $\beta = 19.78$, $p < 0.001$) รูปแบบการเติบโตมีความผันผวนและสามารถจำแนกได้เป็น 4 ช่วง ได้แก่ ช่วงเติบโตชะลอตัว (พ.ศ. 2559 - 2560) ช่วงลดลง (พ.ศ. 2561) ช่วงฟื้นตัว (พ.ศ. 2562 - 2565) และช่วงเติบโตสูง (พ.ศ. 2566 - 2567) ซึ่งมีอัตราการเติบโตเฉลี่ยร้อยละ 8.21 ต่อปี

เมื่อจำแนกตามประเภทคลินิก พบว่าคลินิกเวชกรรมเฉพาะทางมีอัตราการเติบโตสูงสุดร้อยละ 7.82 ต่อปี ($R^2 = 0.97$, $\beta = 8.22$, $p < 0.001$)

รองลงมาคือคลินิกกายภาพบำบัดและสหคลินิก (ร้อยละ 7.18 ต่อปี), คลินิกทันตกรรม (ร้อยละ 5.73 ต่อปี, $R^2 = 0.99$, $\beta = 3.56$, $p < 0.001$), คลินิกการแพทย์แผนไทย (ร้อยละ 5.13 ต่อปี, $R^2 = 0.73$, $\beta = 1.44$, $p = 0.002$) และคลินิกเวชกรรม (ร้อยละ 4.22 ต่อปี, $R^2 = 0.92$, $\beta = 4.67$, $p < 0.001$) ตามลำดับ ในทางตรงกันข้าม คลินิกพยาบาลมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย (ร้อยละ -0.28 ต่อปี, $R^2 = 0.38$, $\beta = -0.56$, $p = 0.057$) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงจากบริการทั่วไปสู่บริการเฉพาะทาง

ระยะทางการเดินทางและเวลาในการเข้าถึง

การวิเคราะห์ระยะทางด้วยเทคนิค Network Analysis พบรูปแบบการกระจายตัวที่สามารถแบ่งเป็น 2 กลุ่มหลักที่ชัดเจน กลุ่มแรกคือคลินิกที่เข้าถึงได้ง่าย (0 - 15 นาที) จำนวน 239 แห่ง (ร้อยละ 36.7) มีระยะทางเฉลี่ย 3.90 กิโลเมตร เจ้าหน้าที่สามารถตรวจสอบได้ 6 - 8 แห่งต่อวัน กลุ่มที่สองคือคลินิกที่เข้าถึงได้ยาก (มากกว่า 60 นาที) จำนวน 253 แห่ง (ร้อยละ 38.9) มีระยะทางเฉลี่ย 63.80 กิโลเมตร สามารถตรวจสอบได้เพียง 2-3 แห่งต่อวัน ส่วนคลินิกในช่วงระยะกลาง (15 - 60 นาที) มีเพียง 159 แห่ง (ร้อยละ 24.4) โดยระยะทางการเดินทางโดยเฉลี่ยอยู่ที่ 33.5 กิโลเมตร และเวลาเฉลี่ย 40.2 นาทีต่อการเดินทาง

อภิปรายผลการวิจัย

การกระจุกตัวและความเหลื่อมล้ำในมิติเชิงพื้นที่

การกระจุกตัวของคลินิกในพื้นที่เมืองหลักสะท้อนอิทธิพลของกลไกตลาดที่ผู้ประกอบการเลือกตั้งคลินิกในพื้นที่ที่มีศักยภาพทางเศรษฐกิจสูง ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎี Central Place Theory ของ Water Christaller ค.ศ. 1966 ที่อธิบายว่าการกระจายตัวของสถานบริการขึ้นอยู่กับขนาดของตลาดและความหนาแน่นประชากร การศึกษาของสมุน นิติการุญ และนิลวรรณ อยู่ภักดี พ.ศ. 2563[5] สนับสนุนข้อค้นพบนี้โดยพบว่าร้านขายยากระจุกตัวในพื้นที่ที่มีรายได้ต่อหัวสูงและประชากรหนาแน่น นอกจากนี้ รูปแบบ "การรวมกลุ่มใหญ่และการกระจายตัวเล็ก" ที่พบในการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Ying Liu และคณะ ค.ศ. 2022[2] ที่พบลักษณะคล้ายกันในการกระจายสิ่งอำนวยความสะดวกทางการแพทย์ในเมืองฉงชิ่ง แสดงให้เห็นว่าเป็นปรากฏการณ์ทั่วไปของการกระจายบริการสุขภาพเอกชนในเมืองขนาดใหญ่

ความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญระหว่างความหนาแน่นประชากรกับการกระจายตัวของคลินิก ($R^2 = 0.8514$, $p < 0.001$, $\beta = 0.002134$) ยืนยันความถูกต้องของทฤษฎี Central Place Theory อย่างไรก็ตาม การวิเคราะห์เชิงพื้นที่พบว่าพื้นที่ที่มีความหนาแน่นประชากรสูงครอบคลุมเพียงร้อยละ 2.90 ของพื้นที่ทั้งหมด แต่กลับมีคลินิกกระจุกตัวอยู่ถึงร้อยละ 34.70 ของคลินิกทั้งหมด ความไม่สมดุลดังกล่าวแสดงถึงการกระจุกตัวที่เกินกว่าที่ทฤษฎีคาดการณ์ และสะท้อนอิทธิพลของปัจจัยทางเศรษฐกิจที่มากกว่าความต้องการตามสัดส่วนประชากร การกระจุกตัวนี้สร้างความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการระหว่างเมืองและชนบท สอดคล้องกับการศึกษาของ Hathaikan Sritart และคณะ ค.ศ. 2021[3] ที่พบช่องว่างในการเข้าถึงบริการสุขภาพในพื้นที่ชายแดนของไทย โดยประชากรมากกว่า 253,000 คนต้องเดินทางมากกว่า 30 นาทีเพื่อเข้าถึงสถานพยาบาล แม้ว่าการกระจุกตัวจะช่วยเพิ่มทางเลือกให้ผู้บริโภคในเมือง แต่ก็ส่งผลให้ประชาชนในพื้นที่ห่างไกลเข้าถึงบริการได้ยากลำบากมากขึ้น ความไม่สมดุลนี้ส่งผลกระทบต่อการกำกับดูแลในหลายมิติ ประการแรก พื้นที่กระจุกตัวสูงต้องการการตรวจสอบเข้มข้นและบ่อยครั้งเพื่อ

ป้องกันการแข่งขันที่ไม่เป็นธรรมและการละเมิดมาตรฐาน ประการที่สอง พื้นที่ห่างไกลต้องการกลยุทธ์การกำกับดูแลที่แตกต่าง เช่น การตรวจสอบเส้นทางหรือการใช้เทคโนโลยีระยะไกล ประการสุดท้าย การจัดสรรทรัพยากรต้องคำนึงถึงทั้งความหนาแน่นของคลินิกและความยากในการเข้าถึง

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างบริการสุขภาพและผลกระทบต่อการกำกับดูแล

การเติบโตของคลินิกเวชกรรมเฉพาะทางที่มีอัตราการเติบโตเฉลี่ยร้อยละ 7.82 ต่อปี ซึ่งเร็วกว่าคลินิกเวชกรรมทั่วไป ประกอบกับการลดลงของคลินิกพยาบาล (CAGR = -0.28%) แม้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับ Epidemiologic Transition Theory ของ Abdel R.Omran ค.ศ. 2005[8] ซึ่งอธิบายว่าเมื่อสังคมพัฒนา โรคติดเชื้อเฉียบพลันจะลดลง ในขณะที่โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable Diseases) เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง และเบาหวาน รวมถึงโรคที่เกิดจากพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม (Man-made Diseases) จะเพิ่มขึ้นเป็นสาเหตุหลักของการเจ็บป่วยและการเสียชีวิต การเปลี่ยนแปลงรูปแบบโรคดังกล่าวส่งผลให้ความต้องการบริการสุขภาพเฉพาะทางเพิ่มมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงนี้สอดคล้องกับบริบทสุขภาพโลกที่มีการขยายตัวของบริการสุขภาพเฉพาะทางในพื้นที่เมืองอย่างต่อเนื่อง และเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาของ พุทธจักร ช่วยราย และอาจินต์ สงทับ พ.ศ. 2562[4] ที่ชี้ให้เห็นถึงการเติบโตและการกระจายตัวของสถานบริการสุขภาพในประเทศไทยที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะบริการเฉพาะทางที่ตอบสนองความต้องการของประชากรที่มีรายได้สูงขึ้นและมีความรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น

การเติบโตที่รวดเร็วในช่วงปี พ.ศ. 2566 -2567 (อัตราเฉลี่ยร้อยละ 8.21 ต่อปี) ชี้ให้เห็นถึงการฟื้นตัวของภาคบริการสุขภาพเอกชนหลังสถานการณ์โควิด-19 และความต้องการบริการสุขภาพที่สะสมมา การเติบโตนี้สร้างความท้าทายใหม่ในการกำกับดูแล เนื่องจากแต่ละสาขาเฉพาะทางต้องการมาตรฐาน เกณฑ์การประเมิน และความรู้เฉพาะทางที่แตกต่างกัน ระบบการกำกับดูแลจึงต้องปรับตัวให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงโดยพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้เฉพาะทางในแต่ละสาขา และปรับปรุงเกณฑ์มาตรฐานให้เหมาะสมกับลักษณะของบริการแต่ละประเภท

ความท้าทายในการกำกับดูแลจากระยะทางและการเข้าถึง

รูปแบบการกระจายตัวของสถานพยาบาลแสดงความแตกต่างอย่างชัดเจน โดยสถานพยาบาลร้อยละ 36.7 อยู่ในรัศมีเดินทาง 15 นาที ขณะที่อีกร้อยละ 38.9 ต้องใช้เวลาเดินทางมากกว่า 60 นาที ความแตกต่างดังกล่าวสร้างความท้าทายสำคัญในการจัดสรรทรัพยากรและการวางแผนการกำกับดูแล ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Hathaikan Sritart และคณะ ค.ศ. 2021[3] ที่เน้นย้ำความสำคัญของระยะทางในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และการศึกษาของ Ying Liu และคณะ ค.ศ. 2022[2] ที่แสดงให้เห็นว่าการวิเคราะห์การเข้าถึงเชิงพื้นที่ของสถานพยาบาลด้วยการรวมข้อมูลเครือข่ายการขนส่งช่วยในการวางแผนและจัดสรรทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ พุทธจักร ช่วยราย และ อาจินต์ สงทับ พ.ศ. 2562[4] ได้เน้นย้ำถึงประโยชน์ของระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ในการวิเคราะห์การเข้าถึงบริการสาธารณสุข ซึ่งสนับสนุนแนวทางการวิเคราะห์เชิงพื้นที่ในการวิจัยนี้ ความแตกต่างในประสิทธิภาพการทำงานระหว่าง 2 กลุ่มมีนัยสำคัญ เจ้าหน้าที่สามารถตรวจสอบ

คลินิกกลุ่มใกล้ได้ 6 - 8 แห่งต่อวัน เปรียบเทียบกับกลุ่มไกลที่ตรวจสอบได้เพียง 2 - 3 แห่งต่อวัน แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนากลยุทธ์การกำกับดูแลที่แตกต่างกันสำหรับแต่ละกลุ่ม สำหรับกลุ่มใกล้ควรใช้การตรวจสอบเชิงรุกแบบหมุนเวียนที่มีความถี่สูง ขณะที่กลุ่มไกลควรใช้การตรวจสอบแบบมีแผนล่วงหน้าหรือพิจารณาใช้เทคโนโลยีการกำกับดูแลระยะไกล เช่น ระบบติดตามออนไลน์และการรายงานผลการปฏิบัติงานผ่านแพลตฟอร์มดิจิทัล

การที่สถานพยาบาลเกือบร้อยละ 40 อยู่ห่างไกลและต้องใช้เวลาเดินทางมากกว่า 60 นาที ส่งผลกระทบโดยตรงต่อความสามารถในการกำกับดูแลอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม อาจทำให้สถานพยาบาลในพื้นที่ห่างไกลได้รับการตรวจสอบน้อยกว่าที่ควรจะเป็น ซึ่งอาจส่งผลต่อคุณภาพการบริการและความปลอดภัยของผู้ใช้บริการ ดังนั้นการพัฒนาระบบฐานข้อมูลเชิงพื้นที่ที่สามารถวางแผนเส้นทางการตรวจสอบที่มีประสิทธิภาพและจัดลำดับความสำคัญตามความเสี่ยงจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศภูมิศาสตร์เพื่อการบริหารจัดการ

การพัฒนาระบบฐานข้อมูลเชิงพื้นที่ในการวิจัยนี้แสดงศักยภาพในการสนับสนุนการตัดสินใจเชิงพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพุทธจักร ช่วยราย และ อาจินต์ สงทับ พ.ศ. 2562[2] ที่ชี้ให้เห็นว่าระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์สามารถนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการดำเนินงานทางด้านสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในการวางแผนสาธารณสุขและการวิเคราะห์การเข้าถึงบริการ การศึกษาของ พิมพ์พลอย เผือกพ่วง และพัฒนา ราชวงศ์ พ.ศ. 2561[6] เสริมว่าการใช้ข้อมูลการใช้ประโยชน์ที่ดินและลักษณะทางพื้นที่ช่วยในการวิเคราะห์การกระจายตัวในระบบสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพด้วยเทคนิค Dasymetric mapping

การรวมข้อมูลพื้นที่ ระยะทาง ความหนาแน่น และลักษณะคลินิกเข้าด้วยกันในระบบเดียว ช่วยให้สามารถวิเคราะห์และวางแผนการตรวจสอบที่คำนึงถึงทั้งความเสี่ยง ความหนาแน่น และข้อจำกัดด้านทรัพยากรพร้อมกัน ซึ่งเป็นแนวทางที่สอดคล้องกับหลักการบริหารจัดการสมัยใหม่ที่เน้นการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการตัดสินใจ การประยุกต์ใช้แนวทางของ Wei Luo และ Fahui Wang ค.ศ. 2003[1] ที่พัฒนาวิธีการวัดการเข้าถึงเชิงพื้นที่ด้วยเทคนิค Two-Step Floating Catchment Area ร่วมกับการวิเคราะห์เครือข่ายจึงเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการวางแผนการกำกับดูแลคลินิก

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

หน่วยงานควรพัฒนากลยุทธ์การกำกับดูแลแบบหลายระดับโดยจัดสรรทรัพยากรตามลักษณะการกระจายทางพื้นที่ เน้นการตรวจสอบเชิงรุกในพื้นที่กระจุกตัวสูง พัฒนาระบบการกำกับดูแลระยะไกลและจัดทำแผนการตรวจสอบแบบเส้นทางที่มีประสิทธิภาพ การเตรียมความพร้อมรองรับการเติบโตของคลินิกเฉพาะทางผ่านการพัฒนาบุคลากรและปรับปรุงระบบมาตรฐานจะช่วยให้การกำกับดูแลมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของบริการสุขภาพในอนาคต

ข้อจำกัดและแนวทางอนาคต

การวิจัยนี้มีข้อจำกัดในการไม่ได้วิเคราะห์ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม (รายได้ครัวเรือน) ปัจจัยเชิงคุณภาพ (คุณภาพบริการและความพึงพอใจ) อุปสรรคทางภูมิศาสตร์ และข้อมูลประวัติการกระทำผิด การศึกษาในอนาคตควรรวมปัจจัยเหล่านี้เพื่อพัฒนาการกำกับดูแลที่มีประสิทธิภาพสูงสุด

เอกสารอ้างอิง

1. Luo W, Wang F. Measures of spatial accessibility to health care in a GIS environment: synthesis and a case study in the Chicago region. Environment and Planning B: Planning and Design 2003; 30(6): 865-84.
2. Liu Y, Gu H, Shi Y. Spatial accessibility analysis of medical facilities based on public transportation networks. International Journal of Environmental Research and Public Health 2022; 19(23): 16224.
3. Sritart H, Tuntiwong K, Miyazaki H, Taertulakarn S. Disparities in healthcare services and spatial assessments of mobile health clinics in the border regions of Thailand. International Journal of Environmental Research and Public Health 2021; 18(20): 10782.
4. พุทธจักร ช่วยราย, อาจินต์ สงทับ. การประยุกต์ใช้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ในงานสาธารณสุข. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ พ.ศ. 2562; 6(3): 229-36.
5. สมุน นิติการุญ, นิลวรรณ อยู่ภักดี. การกระจายร้านยากับความต้องการด้านสุขภาพในประเทศไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2563; 14(1): 71-87.
6. พิมพ์พลอย เผือกพ่วง, พัฒนา ราชวงศ์. การศึกษาการกระจายตัวของผู้ป่วยโรคระบาดในระบบข้อมูลสุขภาพด้วยการทำแผนที่ Dasymetric. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2561; 12(3): 480-9.
7. Christaller W. Central places in southern Germany. Prentice-Hall 1966.
8. Omran AR. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. The Milbank Memorial Fund Quarterly 2005; 83(4): 731-57

JOURNAL OF HEALTH CONSUMER PROTECTION
วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
Vol: 5 No.2 July-December 2025
ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2568

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพร จังหวัดสงขลา

A study of factors influencing the development of herbal product manufacturing facilities in Songkhla Province

อารยา ส่องศรี[1]
Araya Songsri[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพรของสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพร (ย่อว่าเกณฑ์ GMP 2564) และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพรตามเกณฑ์ GMP 2564 จังหวัดสงขลา โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ตอน คือ ตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การปฏิบัติตามเกณฑ์ GMP 2564 ของสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพร กลุ่มตัวอย่าง คือ สถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพรทุกแห่งในจังหวัดสงขลา จำนวน 14 แห่ง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพร ซึ่งมีจำนวน 6 หมวด ตอนที่ 2 การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพรตามเกณฑ์ GMP 2564 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้รับอนุญาตผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพร หรือผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจพัฒนาสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพร แห่งละ 1 คน รวมจำนวน 14 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ระยะเวลาในการดำเนินการเก็บข้อมูล คือ ระหว่างเดือนมีนาคม ถึง เมษายน พ.ศ.2568 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการวิจัย ตอนที่ 1 พบว่า สถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพรมีการปฏิบัติตาม GMP 2564 ทั้ง 6 หมวด ได้คะแนนเฉลี่ยรวม ร้อยละ 58.94 หมวดที่ได้คะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ “สุขอนามัยและสุขลักษณะ” ได้ร้อยละ 81.87 หมวดที่ได้คะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ “ข้อร้องเรียนและการเรียกคืนผลิตภัณฑ์” ได้ร้อยละ 21.07 ผลการศึกษาตอนที่ 2 พบว่า ปัจจัยด้านกฎหมายและข้อบังคับ ผู้ประกอบการส่วนใหญ่รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับเกณฑ์ GMP 2564 คิดเป็นร้อยละ 64.29 และเคยผ่านการอบรม คิดเป็นร้อยละ 85.71 แต่มีความเข้าใจและความสามารถในการปฏิบัติตาม GMP 2564 ในระดับปานกลาง ปัจจัยด้านการลงทุนและงบประมาณ พบว่า ผู้ประกอบการทุกคนคิดว่า ปัจจัยทางการเงินเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติตามเกณฑ์ GMP 2564 โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายในการปรับปรุงสถานที่ผลิตที่สูงเป็นปัญหาอุปสรรคที่สำคัญที่สุด และปัจจัยด้านการตลาดและการแข่งขัน พบว่า ข้อจำกัดด้านมาตรฐานสถานที่ผลิต และการขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์ เป็นอุปสรรคสำคัญที่สุดต่อการขยายตลาด อุปสรรคที่สำคัญด้านบุคลากรและองค์ความรู้ คือ การขาดบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ แรงจูงใจหลักในการพัฒนาสถานที่ผลิต คือ ความต้องการพัฒนาสถานที่ผลิตให้ดีขึ้น และการบังคับใช้กฎหมาย ผู้ประกอบการส่วนใหญ่ต้องการการสนับสนุนจากภาครัฐด้านการตลาดและแหล่งเงินทุนเป็นลำดับแรก จากผลการวิจัย ภาครัฐควรมีการสนับสนุนการจัดโปรแกรมให้คำปรึกษา และฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการที่ตรงกับความต้องการของผู้ผลิตขนาดเล็กแต่ละราย โดยเน้นการจัดทำเอกสาร รวมถึงสนับสนุนการเข้าถึงแหล่งเงินทุน และการปรับปรุงเกณฑ์ที่เหมาะสมกับผู้ผลิตขนาดเล็ก เพื่อส่งเสริมการยกระดับมาตรฐานการผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพรให้ปลอดภัยและมีคุณภาพ

คำสำคัญ : ปัจจัย, การพัฒนา ผลิตภัณฑ์สมุนไพร

---

[1] เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา

[1] Pharmacy, Professional Level. Division of Consumer Protection and Public Health Pharmacy, Songkhla Provincial Public Health Office. E-mail : a.pupe2016@gmail.com

Received: 26 May 2025, Revised: 25 Dec 2025, Accepted: 28 Dec 2025

Abstract

This analytical research aimed to investigate the compliance status with the Criteria, Methods, and Conditions for Herbal Product Manufacturing (GMP 2021) and to identify the factors influencing the development of herbal product manufacturing facilities in Songkhla Province. The study was divided into two parts. Part 1 assessed the compliance of all 14 herbal product manufacturing facilities in Songkhla using a comprehensive evaluation form consisting of six categories. Part 2 explored the determinants of facility development through structured interviews with 14 key participants, including licensees or authorized decision-makers from each facility. Data collection was conducted between March and April 2025, and results were analyzed using descriptive statistics. The results of the first part of the study revealed that the overall average compliance score across all six categories was 58.94%. The highest scoring category was "Sanitation and Hygiene" (81.87%), while the lowest was "Complaints and Product Recalls" (21.07%). Regarding the second part, for legal and regulatory factors, 64.29% of entrepreneurs were aware of the GMP 2021 standards and 85.71% had undergone training; however, their understanding and implementation capability remained at a moderate level. In terms of investment and budget, all respondents identified financial constraints as a major barrier to compliance, with high renovation costs being the most significant obstacle. For marketing and competition, limitations in facility standards and product registration were cited as the primary hurdles for market expansion. Personnel challenges included a shortage of experts. The main motivations for development were the desire for facility improvement and legal enforcement. Most entrepreneurs prioritized government support in marketing and access to funding. In conclusion, the findings suggest that the government should provide tailored consulting programs and practical workshops for small-scale manufacturers, focusing on documentation and access to financial resources. Furthermore, streamlining regulations to suit small-scale producers is essential to enhance manufacturing standards, ensuring the safety and quality of herbal products.

Keywords : Factors, Development, Herbal products

บทนำ

สมุนไพรของไทย ปัจจุบันนับได้ว่ามีศักยภาพทั้งด้านการเป็นแหล่งผลิตที่สำคัญ มีความหลากหลายของชนิดสมุนไพรและการนำไปใช้ประโยชน์ โดยเฉพาะการใช้เป็นวัตถุดิบเพื่อแปรรูปเป็นผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ เช่น ยารักษาโรค เครื่องสำอาง อาหารเสริมเพื่อสุขภาพ ตามกระแสความต้องการใช้สมุนไพรเพื่อทดแทนการใช้สารสังเคราะห์ทางเคมีที่มากขึ้น

จากข้อมูลของ Euromonitor[1] พบว่า การค้าปลีกผลิตภัณฑ์สมุนไพรทั่วโลกในปี 2565 มีมูลค่า 56.50 พันล้านดอลลาร์ โดยภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก มีมูลค่าการค้าปลีก ผลิตภัณฑ์สมุนไพรสูงที่สุด เป็นอันดับ 1 มีมูลค่าสูงถึง 32.54 พันล้านดอลลาร์ รองลงมา คือภูมิภาคอเมริกาเหนือ 9.43 พันล้านดอลลาร์ และภูมิภาคยุโรปตะวันตก 8.58 พันล้านดอลลาร์ ขณะที่ตลาดของผลิตภัณฑ์สมุนไพรในประเทศไทย (สมุนไพรไทย) ในปี 2565 มีมูลค่าสูงถึง 52.10 พันล้านบาท(ประมาณ 1.62 พันล้านดอลล่าคิดจากดอลล่าละ 32 บาท) ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี 2564 ประมาณร้อยละ 8 และมีการคาดการณ์ว่าผลิตภัณฑ์สมุนไพรจะเติบโตเพิ่มขึ้นทุกๆ ปี และจะมีมูลค่าตลาดสูงถึง 74.0 พันล้านบาทในปี 2570

ในอดีต การควบคุมและกำกับดูแลผลิตภัณฑ์สมุนไพร อยู่ภายใต้พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510[2] และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม ในหมวดยาแผนโบราณ และกฎกระทรวงที่ออกมาบังคับใช้เกี่ยวกับสถานที่ผลิตในขณะนั้น คือ กฎกระทรวง ฉบับที่ 17 (พ.ศ.2525) ออกตามความในพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510[3] กำหนดให้สถานที่ผลิตมีการจัดแบ่งเป็นสัดส่วน โดยมีห้องที่เกี่ยวข้องกับการผลิตเพียง 4 ห้อง และกำหนดให้จัดทำเอกสารเกี่ยวกับการผลิต จำนวน 2 รายการ ได้แก่ บัญชีการผลิตและรายงานประจำปีเกี่ยวกับการผลิตยาแผนโบราณเท่านั้น ต่อมาได้มีการออกกฎกระทรวงฉบับใหม่ คือ กฎกระทรวงการขออนุญาต และการออกใบอนุญาตผลิต ขาย นำหรือสั่งเข้ามาในราชอาณาจักรซึ่งยาแผนโบราณ พ.ศ.2555[4] และประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับหลักเกณฑ์ และวิธีการในการผลิตยาแผนโบราณตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2559[5] ซึ่งกำหนดให้สถานที่ผลิตต้องมีจำนวนห้องแปรผันขึ้นกับรูปแบบและกรรมวิธีของยาที่ผลิต เพื่อให้เป็นไปตามข้อตกลงการค้าเสรีอาเซียน และรองรับการเปิดประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ซึ่งทำให้ผู้ผลิตยาแผนโบราณต้องมีการปรับปรุงสถานที่ผลิตให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ดังกล่าว

ต่อมา ได้มีการออกกฎหมายควบคุมและกำกับดูแลผลิตภัณฑ์สมุนไพรเป็นการเฉพาะ คือ พระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2562[6] ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 29 มิถุนายน พ.ศ. 2562 เป็นต้นมา และมีการออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพรตามพระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2562 พ.ศ. 2564[7] (ย่อว่า GMP 2564) มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 7 มิถุนายน พ.ศ. 2565 ซึ่งเป็นมาตรฐานตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิต (Good Manufacturing Practice : GMP) สำหรับการผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพร โดยอ้างอิงจาก ASEAN Guidelines on Good Manufacturing Practice for Traditional Medicines เพื่อปรับมาตรฐานการผลิตยาแผนโบราณหรือผลิตภัณฑ์สมุนไพรให้อยู่ในระดับเดียวกันในกลุ่มประชาคมอาเซียน โดยประกาศดังกล่าวกำหนดให้ผู้ผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพรทั่วประเทศต้องปฏิบัติตาม GMP 2564 ซึ่งมีหลายประเด็นที่แตกต่างจากกฎหมายฉบับเดิม โดยกำหนดหลักเกณฑ์ จำนวน 10 หมวด ได้แก่ การบริหารคุณภาพ บุคลากร อาคารสถานที่และเครื่องมือ สุขอนามัยและสุขลักษณะ การดำเนินการด้านเอกสาร

การดำเนินการผลิต การควบคุมคุณภาพ การจ้างผลิตและการวิเคราะห์ ข้อร้องเรียนและเรียกคืนผลิตภัณฑ์ การตรวจสอบตนเอง แต่สำหรับสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่มีกระบวนการผลิตซึ่งมีความเสี่ยงต่ำที่เป็นผู้ผลิตขนาดเล็ก ได้รับยกเว้นไม่ต้องปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ GMP 2564 จำนวน 4 หมวด ได้แก่ การบริหารคุณภาพ การดำเนินการด้านเอกสาร การควบคุมคุณภาพ และการตรวจสอบตนเอง ตามที่ระบุไว้ในเอกสาร 2 แนบท้ายประกาศ GMP 2564 ภายในระยะเวลาห้าปีนับแต่วันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับ หรือภายในวันที่ 6 มิถุนายน พ.ศ. 2570 ส่งผลให้ผู้ผลิตซึ่งได้รับอนุญาตภายใต้พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 และอยู่ระหว่างดำเนินการปรับปรุงการผลิตให้เป็นไปตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับหลักเกณฑ์ และวิธีการในการผลิตยาแผนโบราณตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2559 ต้องมีการปรับเปลี่ยนอีกครั้ง เพื่อให้เป็นไปตาม GMP 2564

จังหวัดสงขลา มีสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพร จำนวน 14 แห่ง แบ่งเป็นสถานที่ผลิตที่ได้รับการพิจารณาอนุญาตตามกฎกระทรวงที่ออกตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ.2510 จำนวน 11 แห่ง และได้รับอนุญาตหลังจากมีการออกพระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2562 จำนวน 3 แห่ง แต่เป็นการอนุญาตก่อนการออกประกาศ GMP 2564 สถานที่ผลิตดังกล่าวจำแนกเป็นเป็นสถานที่ผลิตฯ ประเภทผลิต ยาแผนไทย/ยาตามองค์ความรู้การแพทย์ทางเลือก จำนวน 13 แห่ง และประเภทวัตถุที่มุ่งหมายสำหรับใช้เป็นส่วนผสมในการผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพร (วัตถุดิบ) จำนวน 1 แห่ง สถานที่ผลิตฯ ทั้งหมด เป็นสถานที่ผลิตฯ ที่มีกระบวนการผลิตซึ่งมีความเสี่ยงต่ำที่เป็นผู้ผลิตขนาดเล็ก การพัฒนาให้ได้ตามมาตรฐาน GMPเป็นเรื่องที่ค่อนข้างยาก ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาสถานการณ์ของสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพรจังหวัดสงขลาว่าสามารถปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการผลิตตาม GMP 2564 ได้มากน้อยเพียงใด รวมถึงปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาสถานที่ผลิตฯ ตาม GMP 2564 เช่น ความรู้ งบประมาณในการลงทุน และสิ่งที่ผู้ประกอบการต้องการการสนับสนุนในการพัฒนาสถานที่ผลิตฯ ผลการศึกษาสามารถนำมาจัดทำแนวทางการส่งเสริมและพัฒนาสถานที่ผลิตฯ ในจังหวัดสงขลา ให้สามารถปฏิบัติได้ถูกต้องตามมาตรฐานของกฎหมาย ส่งผลให้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ได้มีมาตรฐานและมีความปลอดภัยในการบริโภค นอกจากนี้ยังเป็นการเสริมสร้างความสามารถในการแข่งขันให้กับอุตสาหกรรมนี้ในจังหวัดสงขลา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การปฏิบัติตามเกณฑ์ GMP 2564 ของสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพรตามเกณฑ์ GMP 2564

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นงานวิจัยเชิงวิเคราะห์ ระยะเวลาในการดำเนินการเก็บข้อมูล คือ ระหว่างเดือนมีนาคม ถึง เมษายน พ.ศ.2568 โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ตอนคือ 1) ศึกษาสถานการณ์การปฏิบัติตามเกณฑ์ GMP 2564 ของสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพร และ 2) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพรตามเกณฑ์ GMP 2564 แต่ละตอนระเบียบวิธีวิจัย ดังนี้

ตอนที่ 1: ศึกษาสถานการณ์การปฏิบัติตามเกณฑ์ GMP 2564 ของสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพร ซึ่งได้รับใบอนุญาตผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพร และตั้งอยู่ในจังหวัดสงขลาทุกแห่ง จำนวน 14 แห่ง โดย

ที่ สถานที่ผลิตฯ ทุกแห่ง เข้าข่ายเป็นผู้ผลิตขนาดเล็ก[8] และผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่มีกระบวนการผลิตที่มีความเสี่ยงต่ำ[7]

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บข้อมูล คือ แบบประเมินสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพร ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองโดยดัดแปลงมาจากคู่มือการดำเนินการสำหรับสถานที่ผลิตขนาดเล็กและมีกระบวนการผลิตซึ่งมีความเสี่ยงต่ำ ตามประกาศ GMP 2564[9] ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา แบ่งเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลธุรกิจ ซึ่งประกอบด้วย ปีที่เริ่มดำเนินการ จำนวนพนักงาน จำนวนแรงม้าเครื่องจักรที่ใช้ในการผลิต จำนวนกระบวนการผลิตที่ได้รับอนุญาต จำนวนทะเบียนตำรับที่ได้รับการขึ้นทะเบียน มูลค่าการผลิตต่อปี (บาท) พื้นที่ทั้งหมดของสถานที่ผลิต จำนวนห้องภายในสถานที่ผลิต และกระบวนการผลิตที่ได้รับอนุญาต (ซึ่งสถานที่ผลิต 1 แห่ง อาจมีมากกว่า 1 กระบวนการ)

ส่วนที่ 2 การปฏิบัติตาม GMP 2564 ซึ่งพัฒนาโดยดัดแปลงมาจากจากคู่มือการดำเนินการสำหรับผู้ประกอบการที่มีกระบวนการผลิตซึ่งมีความเสี่ยงต่ำ ตามประกาศ GMP2564 [(9)] สำหรับสถานที่ผลิตฯ ที่มีกระบวนการผลิตความเสี่ยงต่ำและเป็นผู้ผลิตขนาดเล็ก จะต้องปฏิบัติตามเกณฑ์ GMP 2564 จำนวน 6 หมวด 128 ข้อ รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนข้อกำหนดของเกณฑ์ประเมินสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพรจำแนกตามหมวดต่างๆ

หมวด	จำนวนข้อกำหนด
1. บุคลากร	3
2. อาคารสถานที่และเครื่องมือ	41
3. สุขอนามัยและสุขลักษณะ	14
4. การดำเนินการผลิต	61
5. การจ้างผลิตและการวิเคราะห์	2
6. ข้อร้องเรียนและเรียกคืนผลิตภัณฑ์	7
รวม	**128**

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขขั้นพื้นฐานเกี่ยวกับการผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพร ตามพระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2562 มีประสบการณ์ในการประเมินสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพรมาไม่น้อยกว่า 3 ปี ประเมินสถานที่ผลิตฯ ตาม GMP 2564 ด้วยตนเอง โดยใช้วิธีการสังเกตสถานที่ผลิตฯ ประกอบการสัมภาษณ์ผู้ประกอบการและผู้ปฏิบัติงาน แล้วให้คะแนน แต่ละข้อ

วิธีการให้คะแนนการปฏิบัติตามข้อกำหนดแต่ละข้อมี 3 ระดับ 1) Conform หมายถึง ผลการตรวจเป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในประกาศกระทรวงฯ (ได้คะแนนเท่ากับ 1) 2) Non Conform หมายถึง ผลการตรวจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในประกาศกระทรวงฯ หรือพบข้อบกพร่องที่มีผลกระทบต่อคุณภาพมาตรฐานและปลอดภัยของผลิตภัณฑ์สมุนไพรหรือความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงาน (ได้คะแนน เท่ากับ 0) 3) Not Applicable (N/A) ไม่มีการดำเนินการในข้อนี้ (ตัดฐานคะแนน)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ หรือ แจงนับจำนวนสถานที่ผลิตที่ทำได้ตามเกณฑ์ในแต่ละข้อ ทั้ง 128 ข้อ และคำนวณค่าเฉลี่ยคะแนนแต่ละหมวด และคำนวนเป็นค่าร้อยละของคะแนนเต็มทั้งรายหมวดและคะแนนรวม

ตอนที่ 2: ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพรให้เป็นไปตามเกณฑ์ GMP 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้รับอนุญาตผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพร หรือผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจพัฒนาสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพร แห่งละ 1 คน จำนวน 14 แห่ง รวมจำนวน 14 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์ที่มีโครงสร้างเป็นข้อคำถามให้ตอบแบบมีตัวเลือก และความเห็นเพิ่มเติมซึ่งพัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัวผู้ตอบแบบสัมภาษณ์

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพร เป็นข้อคำถามให้ตอบแบบมีตัวเลือกหลายตัวเลือก เกี่ยวกับปัจจัยด้านต่าง ๆ 5 ด้าน คือ 1) ปัจจัยด้านกฎหมายและข้อบังคับ 2) ปัจจัยด้านการลงทุนและงบประมาณ 3) ปัจจัยด้านการตลาดและการแข่งขัน 4) ปัจจัยด้านบุคลากรและองค์ความรู้ 5) แรงจูงใจ อุปสรรคและความต้องการสนับสนุน 6) คำถามปลายเปิดถึงข้อเสนอแนะหรือความคิดเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับสถานที่ผลิตหรือผลิตภัณฑ์ที่ต้องการให้ปรับปรุง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบเครื่องมือในด้านความตรงความชัดเจน และความครบถ้วนของเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ประกอบด้วย อาจารย์ประจำคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่เชี่ยวชาญในเรื่องระเบียบวิธีวิจัย จำนวน 1 ท่าน, หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 1 ท่าน และเภสัชกรที่รับผิดชอบงานตามพระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2562 ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 1 ท่าน เพื่อพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยใช้ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ผลการพิจารณาพบว่า ข้อคำถามส่วนใหญ่มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67 ถึง 1.00 ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (IOC ≥ 0.50) สำหรับข้อคำถามที่มีข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขสำนวนภาษาและความชัดเจนตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญก่อนนำไปใช้จริง"

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ประกอบการรายคน ณ สถานประกอบการแต่ละแห่ง โดยการสอบถามเป็นรายประเด็นตามแบบสัมภาษณ์แล้วบันทึกคำตอบลงในแบบสัมภาษณ์พร้อมทั้งบันทึกเสียง และจดในประเด็นเพิ่มเติมที่สำคัญ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยข้อมูลที่เป็นปริมาณ ใช้การแจกแจงความถี่ และคำนวณค่าร้อยละโดยใช้โปรแกรม Microsoft Excel ส่วนข้อมูลข้อเสนอแนะและความคิดเห็นวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อจัดกลุ่มข้อเสนอแนะที่เป็นข้อเสนอแนะร่วมและข้อเสนอแนะต่าง

การรับรองจริยธรรม

โครงร่างงานวิจัยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน ระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา เลขที่ 25/2568 ลงวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2568

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยที่ได้ เสนอแยกเป็น 2 ตอน

ตอนที่ 1 ผลการศึกษาสถานการณ์การปฏิบัติตามเกณฑ์ GMP 2564 ของสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพร เสนอเป็นลำดับดังนี้

1.1 ข้อมูลทั่วไปของสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพรในจังหวัดสงขลา

สถานที่ผลิตฯ ในจังหวัดสงขลามีทั้งหมด 14 แห่ง เริ่มดำเนินการผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพรก่อนปี พ.ศ. 2562 จำนวน 11 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 78.57 แสดงให้เห็นว่าสถานที่ผลิตส่วนใหญ่ดำเนินการภายใต้พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 จำนวนพนักงานในสถานที่ผลิตแต่ละแห่งมีความหลากหลาย สถานที่ผลิตฯที่มีพนักงาน 1-2 คน มีสัดส่วนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.71 รองลงมาคือกลุ่มที่มี 3-4 คน และ 9-10 คนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 21.43 ซึ่งอาจสะท้อนว่าธุรกิจอยู่ในระดับวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม กำลังการผลิต วัดจากกำลังม้าของเครื่องจักร ของแต่ละแห่งพบว่า สถานที่ผลิตฯ ใช้เครื่องจักรมีแรงม้าอยู่ในช่วง 0–10 แรงม้า ร้อยละ 64.29 จำนวนกระบวนการผลิตที่ได้รับอนุญาต พบว่ากลุ่มที่ได้รับอนุญาต 1-2 และ 3-4 กระบวนการมีสัดส่วนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 35.71 สถานที่ผลิตฯที่ได้รับอนุญาตถึง 7-8 กระบวนการ คิดเป็นร้อยละ 7.14 จำนวนทะเบียนตำรับที่ได้รับการขึ้นทะเบียน สถานที่ผลิตฯส่วนใหญ่ขึ้นทะเบียนในช่วง 1–9 ตำรับ ร้อยละ 57.14 สถานที่ผลิตฯที่มูลค่าการผลิตต่อปีไม่เกิน 1 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 64.29 แสดงถึงขนาดธุรกิจที่ยังอยู่ในระยะเริ่มต้นหรืออยู่ในกลุ่ม SME ในด้านพื้นที่ของสถานที่ผลิต พบว่าสถานประกอบการที่มีพื้นที่ 100–200 ตร.ม. และ 300–400 ตร.ม. มีสัดส่วนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 28.57 สอดคล้องกับขนาดการดำเนินการระดับวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม จำนวนห้องภายในสถานที่ผลิต สถานที่ผลิตส่วนใหญ่มี 5-9 ห้อง ร้อยละ 28.57 รองลงมา 10–14 ห้อง ร้อยละ 21.43 โดยมีมีสถานที่ผลิตที่ได้รับการรับรองมาตรฐาน GMP เพียง 1 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 7.14

1.2 ผลการประเมินสถานที่ผลิตฯ ตามเกณฑ์ GMP 2564

ผลการประเมินสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพร จังหวัดสงขลา ในภาพรวม สถานที่ผลิตฯ ได้คะแนนเฉลี่ยรวมของทุกหมวดอยู่ที่ร้อยละ 58.94 โดยหมวดที่ได้คะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด คือ หมวดสุขอนามัยและสุขลักษณะ ร้อยละ 81.87 รองลงมาคือ หมวดบุคลากร ร้อยละ 66.67 ขณะที่หมวดที่ได้คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ หมวดข้อร้องเรียนและการเรียกคืนผลิตภัณฑ์ ร้อยละ 21.07 รองลงมาคือ หมวด การจ้างผลิตและการวิเคราะห์ ร้อยละ 25.00 ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ร้อยละของคะแนนเฉลี่ยรายหมวดGMPของสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพร จังหวัดสงขลา

หมวดการประเมิน	ร้อยละของคะแนนเฉลี่ย
1 บุคลากร	66.67
2 อาคารสถานที่และเครื่องมือ	65.04
3 สุขอนามัยและสุขลักษณะ	81.87
4 การดำเนินการผลิต	53.34
5 การจ้างผลิตและการวิเคราะห์	25.00
6 ข้อร้องเรียนและการเรียกคืนผลิตภัณฑ์	21.07
คะแนนเฉลี่ยรวม	**58.94**

หมวดบุคลากร ผลการประเมินหมวดนี้ พบว่า มีสถานที่ผลิตฯ ที่ผลการประเมิน “ไม่มีการดำเนินการในข้อนี้ (N/A)” ทั้ง 3 หัวข้อ จำนวน 8 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 57.14 คะแนนประเมิน เป็นคะแนนจากสถานประกอบการเพียง 6 แห่ง ได้ คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 66.67 เป็นหมวดที่ได้คะแนนเฉลี่ยสูงเป็นลำดับที่ 2 โดยสถานที่ผลิตฯ ได้คะแนนเต็มร้อยละ 100 จำนวน 2 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 33.33 ของสถานที่ผลิตฯ ที่มีการดำเนินการ

หมวดอาคารสถานที่และเครื่องมือ มีข้อกำหนด จำนวน 41 ข้อ โดยผลการประเมินหมวดนี้ ได้คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 65.04 แบ่งเป็นหมวดย่อย 2 หัวข้อ คือ อาคารสถานที่ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการผลิต 27 ข้อ และเครื่องมือและอุปกรณ์ จำนวน 14 ข้อ ในส่วนอาคารสถานที่ฯ พบว่า ข้อกำหนดที่สถานที่ผลิตฯ สามารถปฏิบัติได้ทุกแห่ง คือ กรณีมีเครื่องมือเครื่องจักรที่ไม่สามารถเคลื่อนย้ายได้ จะต้องมีกิจกรรมในห้องนั้นเพียงกิจกรรมเดียว และ บริเวณผลิตมีแสงสว่างเพียงพอ ในขณะที่ ข้อกำหนดที่สถานที่ผลิตไม่สามารถปฏิบัติได้มากที่สุด คือ มีวิธีปฏิบัติ หรือมีมาตรการในการควบคุมป้องกันไม่ให้มีแมลง หรือสัตว์รบกวนอื่นเข้ามาในสถานที่จัดเก็บและบริเวณผลิต จำนวน 11 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 78.57 รองลงมา คือ มีวิธีปฏิบัติ หรือมาตรการในการบำรุงรักษาอาคารสถานที่ จำนวน 10 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 71.43 และสำหรับ หัวข้อเครื่องมือและอุปกรณ์ พบว่า ข้อกำหนดที่สถานที่ผลิตฯ สามารถปฏิบัติได้ทุกแห่ง มีจำนวน 3 ข้อ คือ เครื่องมือการผลิตมีการติดตั้ง หรือจัดวางที่หลีกเลี่ยงความแออัด ไม่พบเครื่องมือชำรุดในบริเวณผลิต ในขณะตรวจ อุปกรณ์การผลิตที่ทำความสะอาดแล้วมีการจัดเก็บไว้ในที่ที่สะอาดและแห้ง ในขณะที่ข้อกำหนดที่สถานที่ผลิตไม่สามารถปฏิบัติได้มากที่สุด คือ มีการจัดทำบันทึกควบคุมการใช้งาน (log book) ของเครื่องชั่ง เครื่องวัด เครื่องบันทึก และเครื่องควบคุมบันทึก จำนวน 14 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 รองลงมา คือ มีการจัดทำบันทึกของเครื่องมือหลักในกระบวนการผลิต จำนวน 12 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 85.71

หมวดสุขอนามัยและสุขลักษณะ มีข้อกำหนด จำนวน 14 ข้อ ผลการประเมินหมวดนี้ ได้คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 81.87 เป็นหมวดที่ได้คะแนนเฉลี่ยมากที่สุด สถานที่ผลิตฯ ทุกแห่งสามารถปฏิบัติตามข้อกำหนดในหมวดสุขอนามัยและสุขลักษณะได้มากถึง 8 ข้อ จาก 14 ข้อ เช่น “บุคลากรทุกคนได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีหรือได้ตรวจสุขภาพตามความเหมาะสม” “ขณะตรวจไม่พบ ผู้ที่มีบาดแผลเปิด หรือผู้ที่เจ็บป่วย หรือผู้ที่เป็นโรคติดต่อ โรคติดเชื้อ ท้องเสีย ไอ ไข้หวัด โรคผิวหนัง ในบริเวณผลิตที่พนักงานสามารถสัมผัสกับผลิตภัณฑ์ได้โดยตรง” “ไม่พบ บุหรี่ อาหาร น้ำดื่ม หรือยารักษาโรคประจำตัว หรือสิ่งอื่นใดอันไม่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ได้รับอนุญาตของสถานที่นั้น ในบริเวณผลิต” เป็นต้น ในขณะที่ข้อกำหนดที่สถานที่ผลิตไม่สามารถปฏิบัติได้มากที่สุด คือ “มีคำแนะนำสำหรับผู้เยี่ยมชม หรือบุคลากรที่ยังไม่ผ่านการฝึกอบรมในการเข้าไปในบริเวณผลิต” จำนวน 11 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 78.57 รองลงมา คือ “มีวิธีปฏิบัติ หรือมาตรการเกี่ยวกับอนามัยส่วนบุคคล” จำนวน 10 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 71.43

หมวดการดำเนินการผลิต เป็นหมวดที่มีข้อกำหนดมากที่สุด จำนวน 61 ข้อ โดยผลการประเมินหมวดนี้ ได้คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 53.34 เมื่อพิจารณาคะแนนประเมินของสถานที่ผลิตฯ แต่ละแห่ง พบว่า ข้อกำหนดที่สถานที่ผลิตฯ ทุกแห่งสามารถปฏิบัติตามได้ มีจำนวน 14 ข้อ เช่น “มีการจัดเก็บวัตถุดิบ วัตถุตั้งต้น ที่ไม่วางสัมผัสพื้นโดยตรง” “มีการจัดเก็บวัตถุดิบ วัตถุตั้งต้นในสภาวะ

ที่เหมาะสมตามที่ผู้ผลิตวัตถุดิบ หรือวัตถุตั้งต้น นั้น ๆ กำหนด” “ไม่พบพนักงานสวมใส่ชุดที่ใส่ในบริเวณผลิต อยู่นอกบริเวณที่กำหนดไว้ และไม่พบพนักงานสวมชุดนอกบริเวณผลิตในบริเวณผลิตโดยเฉพาะขณะที่กำลังดำเนินการผลิต” เป็นต้น ในขณะที่ข้อกำหนดที่สถานที่ผลิตไม่สามารถปฏิบัติได้มากที่สุด คือ มีบันทึกการตรวจสอบเครื่องอิเล็กทรอนิกส์สำหรับอ่านรหัส เครื่องนับฉลาก หรือ อุปกรณ์คล้ายกัน จำนวน 14 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 รองลงมา คือ “วัสดุการบรรจุ มีการดำเนินการสุ่มตัวอย่างทดสอบ และรับเข้าที่เหมาะสม ตามวิธีปฏิบัติหรือมาตรการที่ผู้ผลิตกำหนด” และ “ข้อมูลของผู้ส่งมอบวัตถุดิบถูกต้องตรงกับรายชื่อผู้ส่งมอบที่ได้รับการอนุมัติไว้” ซึ่งมีจำนวนสถานที่ผลิตฯ เท่ากัน คือ จำนวน 13 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 92.86

หมวดการจ้างผลิตและการวิเคราะห์ มีข้อกำหนดเพียงแค่ 2 ข้อ คือ “มีการจัดทำสัญญาจ้างการผลิต เป็นลายลักษณ์อักษร โดยมีการกำหนดหน้าที่ของแต่ละฝ่ายอย่างชัดเจน” และ “มีการจัดทำสัญญาจ้างวิเคราะห์ เป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งกำหนดหน้าที่และความรับผิดชอบของแต่ละฝ่ายไว้อย่างชัดเจน” โดยผลการประเมินหมวดนี้ ได้คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 25.00 เมื่อพิจารณาคะแนนประเมินแต่ละข้อ พบว่า ข้อกำหนด “มีการจัดทำสัญญาจ้างการผลิต เป็นลายลักษณ์อักษร โดยมีการกำหนดหน้าที่ของแต่ละฝ่ายอย่างชัดเจน” มีสถานที่ผลิตฯ ที่ผลการประเมิน “ไม่มีการดำเนินการในข้อนี้ (N/A)” จำนวน 13 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 92.85 โดยมีสถานที่ผลิตฯ เพียง 1 แห่ง ที่มีการรับจ้างผลิตและมีการปฏิบัติตามข้อกำหนดนี้ และสำหรับข้อกำหนด “มีการจัดทำสัญญาจ้างวิเคราะห์ เป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งกำหนดหน้าที่และความรับผิดชอบของแต่ละฝ่ายไว้อย่างชัดเจน” พบว่า มีสถานที่ผลิตฯ ที่มีผลการประเมิน “ไม่มีการดำเนินการในข้อนี้ (N/A)” จำนวน 12 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 85.71 สำหรับสถานที่ผลิตฯ อีก 2 แห่ง มีการจ้างวิเคราะห์ แต่ไม่สามารถปฏิบัติให้เป็นไปตามข้อกำหนดนี้ได้ เนื่องจากยังไม่มีการจัดทำสัญญาจ้างวิเคราะห์ เป็นลายลักษณ์อักษร

หมวดข้อร้องเรียนและการเรียกคืนผลิตภัณฑ์ มีข้อกำหนด จำนวน 7 ข้อ โดยผลการประเมินหมวดนี้ ได้คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 21.07 โดยหมวดนี้เป็นหมวดที่ได้คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด เมื่อพิจารณาคะแนนประเมินแต่ละข้อ พบว่า ข้อกำหนดที่สถานที่ผลิตฯ ทุกแห่ง มีผลการประเมิน “ไม่มีการดำเนินการในข้อนี้ (N/A)”มีจำนวน 3 ข้อ คือ “กรณีเกิดข้อร้องเรียนเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ที่บกพร่อง มีการพิจารณาตรวจสอบผลิตภัณฑ์รุ่นอื่นด้วย” “มีบันทึกหรือรายงานผลการเรียกเก็บยาคืน” และ “ในกรณีที่พบอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์ ต้องมีเอกสารเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์ และข้อมูลการสืบสวนหาสาเหตุ และมีการรายงานมายังสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา” เนื่องจากยังไม่เคยเกิดกรณีตามข้อกำหนดดังกล่าว ในขณะที่ข้อกำหนดอื่นๆ อีก 4 ข้อ พบว่า สถานที่ผลิตฯ ส่วนใหญ่ ไม่สามารถปฏิบัติตามข้อกำหนดได้ โดยข้อกำหนดที่มีสถานที่ผลิตฯ ไม่สามารถปฏิบัติตามได้มากที่สุด คือ “มีการซ้อมดำเนินการเรียกเก็บผลิตภัณฑ์คืน” จำนวน 14 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 และข้อกำหนดอีก 3 ข้อ คือ “มีวิธีปฏิบัติ การดำเนินการเกี่ยวกับข้อร้องเรียน ซึ่งแสดงรายละเอียดของขั้นตอนการปฏิบัติงาน ผู้รับผิดชอบ กรอบระยะเวลาในการดำเนินการ การตรวจสอบผลิตภัณฑ์รุ่นอื่นที่เกี่ยวข้อง การแจ้งต่อสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา” “มีบันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับการจัดการเรื่องร้องเรียน” และ “มีวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการเรียกคืนผลิตภัณฑ์” มีสถานที่ผลิตฯ จำนวน 10 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 71.43 ที่สามารถปฏิบัติตามข้อกำหนดดังกล่าวได้

ตอนที่ 2 ผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพรให้เป็นไปตามเกณฑ์ GMP 2564 เสนอเป็นลำดับดังนี้

2.1 ข้อมูลทั่วไป

ผู้ให้สัมภาษณ์ ที่เป็นตัวแทนผู้ประกอบการจำนวน 14 คน เป็นหญิงร้อยละ 71.43 และส่วนใหญ่มีอายุ ระหว่าง 40–59 ปี ร้อยละ 50.00 โดยมีสถานะเป็น “ผู้รับอนุญาต” และ “ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ” ร้อยละ 28.57 เท่ากัน ผู้รับใบอนุญาตร้อยละ 64.29 เป็นนิติบุคคล และมีประสบการณ์ทำงานด้านผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพรมากกว่า 10 ปีขึ้นไปถึง ร้อยละ 71.42 ผู้ประกอบการเริ่มต้นดำเนินกิจการ โดยก่อตั้งกิจการเอง ร้อยละ 50.00 ดำเนินงานในลักษณะธุรกิจครอบครัว ร้อยละ 42.86

2.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพร

ปัจจัยด้านกฎหมายและข้อบังคับ พบว่า ผู้ประกอบการ ร้อยละ 64.29 รับทราบประกาศ GMP 2564 ส่วนใหญ่ ได้ข้อมูลจากหนังสือราชการ และผู้ประกอบการด้วยกันเอง ผู้ประกอบการร้อยละ 85.71 เคยผ่านการอบรมเรื่อง GMP 2564 ระดับความเข้าใจ ผู้ประกอบการมีความเข้าใจ เกี่ยวกับประกาศ GMP 2564 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 78.57 ผู้ประกอบการร้อยละ 71.43 ประเมินว่าความสามารถในการปฏิบัติตาม GMP 2564 ของตนอยู่ในระดับปานกลาง

ปัจจัยด้านการลงทุนและงบประมาณ ผู้ประกอบการร้อยละ 71.43 เห็นว่าการดำเนินการตามเกณฑ์ต้องชั้งบประมาณมาก และ ร้อยละ 78.57 ระบุว่ามีงบประมาณไม่เพียงพอ ผู้ประกอบการร้อยละ 64.29 ใช้ทุนของตนเองเป็นแหล่งงบประมาณ และพบว่า ทุกแห่งระบุว่าปัจจัยทางการเงินเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการพัฒนา ร้อยละ 85.71 ของผู้ประกอบการเห็นว่าค่าใช้จ่ายในการปรับปรุงสถานที่ผลิตเป็นค่าใช้จ่ายที่สูง

ปัจจัยด้านการตลาดและการแข่งขัน ในช่วง 5 ปีที่ผ่านผู้ประกอบการทุกราย มีการส่งผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ผลิตจำหน่ายภายในประเทศทั้งหมด ช่องทางหลักเป็นการขายส่งให้พ่อค้าคนกลาง ร้านขายยา และขายตรงให้ผู้บริโภค ผู้ประกอบการเป็นร้อยละ 64.29 เห็นว่าความต้องการของผู้บริโภคมีผลต่อการพัฒนาสถานที่ผลิต และอุปสรรคสำคัญที่พบคือ ข้อจำกัดด้านมาตรฐานและการขึ้นทะเบียนคิดเป็นร้อยละ 50.00

ปัจจัยด้านบุคลากรและองค์ความรู้ ผู้ประกอบการร้อยละ 57.14 เห็นว่าความรู้ของบุคลากรเกี่ยวกับมาตรฐานการผลิตอยู่ในระดับปานกลาง ผู้ประกอบการร้อยละ 35.71และ 28.57 เห็นว่าอุปสรรคสำคัญที่พบคือ การขาดบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ และการเปลี่ยนแปลงบุคลากรบ่อยตามลำดับ

แรงจูงใจ ปัญหาอุปสรรค และความต้องการสนับสนุนจากภาครัฐ ผู้ประกอบการ ร้อยละ 57.14 และ 50.00 เห็นว่าแรงจูงใจสำคัญที่สุดในการพัฒนาสถานที่ผลิตให้ได้มาตรฐาน คือ ต้องการพัฒนาอยู่แล้ว และการบังคับใช้กฎหมาย ตามลำดับ ส่วนอุปสรรคที่สำคัญที่สุดผู้ประกอบการ ร้อยละ 71.43 และ 64.29 เห็นว่าการปรับปรุงอาคารและสถานที่ให้ได้มาตรฐาน และการจัดทำเอกสารการผลิตให้ได้ตามหลักเกณฑ์เป็นอุปสรรคที่สำคัญตามลำดับ การสนับสนุนที่ผู้ประกอบการต้องการมากที่สุดจากภาครัฐ คือ ด้านการตลาด (อันดับเฉลี่ย 1.27) รองลงมาคือ ด้านแหล่งเงินทุน (อันดับเฉลี่ย 2.27) ขณะที่ด้านการประชาสัมพันธ์ การพัฒนาบุคลากร และด้านวิชาการ/เทคโนโลยี มีความต้องการน้อยกว่า

ผู้ประกอบการให้ข้อเสนอแนะหรือความคิดเห็นเพิ่มเติมในการพัฒนาสถานที่ผลิตหรือผลิตภัณฑ์สมุนไพร ประกอบด้วย“ระบบมาตรฐานที่ออกมานั้น มีข้อกำหนดมากเกินไป และเหมาะกับสถานที่ผลิตขนาดใหญ่ ทำให้สถานที่ผลิตขนาดเล็กที่มีการผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพียง 1–2 รายการ” และมีบางความคิดเห็นระบุว่า “ไม่สามารถปฏิบัติตามได้ หรือปฏิบัติตามได้ยาก โดยเฉพาะหากมีผู้ผลิตเพียงแค่ 1 คน การต้องจัดทำเอกสารต่าง ๆ จะเป็นภาระในการดำเนินการค่อนข้างมาก” อีกความคิดเห็น ระบุว่า “กฎหมายมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย ทำให้ไม่กล้าที่จะปรับปรุง เนื่องจากจะต้องใช้เงินในการปรับปรุงเยอะมาก” สำหรับข้อเสนอแนะมีการระบุว่า “ควรมีการจัดอบรมการผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพรและให้ความรู้ด้านการพัฒนาสูตรผลิตภัณฑ์สมุนไพรฉบับอัพเดตทุกๆปีเพื่อพัฒนาทักษะของบุคลากร” และ “ขอให้มีการส่งเสริมการขึ้นทะเบียนตำรับให้มีความสะดวกรวดเร็วมากยิ่งขึ้น”

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การปฏิบัติตาม เกณฑ์ GMP 2564) และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพรตามเกณฑ์ GMP 2564 จังหวัดสงขลา

จากการศึกษาสถานการณ์การปฏิบัติตามเกณฑ์ GMP 2564 ของสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพร 14 แห่งในจังหวัดสงขลา พบว่า คะแนนเฉลี่ยรวมการปฏิบัติตามเกณฑ์ GMP 2564 อยู่ที่ร้อยละ 58.94 ซึ่งสะท้อนว่าโดยรวมแล้วผู้ผลิตส่วนใหญ่ยังต้องมีการปรับปรุงในหลายด้านเพื่อให้สอดคล้องกับมาตรฐานที่กำหนด หมวดที่ได้คะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ หมวดสุขอนามัยและสุขลักษณะ คิดเป็นร้อยละ 81.87 แสดงให้เห็นว่าผู้ผลิตให้ความสำคัญและสามารถปฏิบัติตามข้อกำหนดด้านความสะอาดส่วนบุคคลและการจัดการสุขาภิบาลในระดับที่ดีได้ เช่น การตรวจสุขภาพประจำปีของบุคลากร การป้องกันการปนเปื้อนจากผู้ปฏิบัติงานที่ป่วยหรือมีบาดแผล และการห้ามนำสิ่งที่ไม่เกี่ยวข้องเข้ามาในบริเวณผลิต อย่างไรก็ตามหมวดที่ได้คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ หมวดข้อร้องเรียนและการเรียกคืนผลิตภัณฑ์ คิดเป็นร้อยละ 21.07 และหมวดการจ้างผลิตและการวิเคราะห์ คิดเป็นร้อยละ 25.00 ในหมวดข้อร้องเรียนและการเรียกคืนผลิตภัณฑ์ พบว่าสถานที่ผลิตทุกแห่ง ไม่มีการซ้อมดำเนินการเรียกเก็บผลิตภัณฑ์คืน และส่วนใหญ่ร้อยละ 71.43 ยังไม่มีวิธีปฏิบัติที่ชัดเจนเกี่ยวกับการจัดการข้อร้องเรียนและการเรียกคืนผลิตภัณฑ์ สำหรับหมวดการจ้างผลิตและการวิเคราะห์นั้น สถานที่ผลิตส่วนใหญ่ ไม่ได้ดำเนินการในส่วนนี้ คิดเป็นร้อยละ 92.85 และร้อยละ 85.71 ตามลำดับ เนื่องจากไม่มีการจ้างผลิตหรือจ้างวิเคราะห์ หรือหากมีการจ้างวิเคราะห์ก็ยังไม่ได้จัดทำสัญญาเป็นลายลักษณ์อักษร ในหมวดสำคัญอื่นๆ เช่น หมวดอาคารสถานที่และเครื่องมือ ที่มีคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 65.04 พบว่าปัญหาหลักคือการขาดมาตรการควบคุมป้องกันแมลงและสัตว์รบกวน ร้อยละ 78.57 และการขาดการบำรุงรักษาอาคารสถานที่อย่างเป็นระบบ ร้อยละ 71.43 รวมถึงการไม่จัดทำบันทึกควบคุมการใช้งานของเครื่องมือวัดและเครื่องมือหลักในการผลิต ร้อยละ 100 และร้อยละ 85.71 ตามลำดับ ส่วนหมวดการดำเนินการผลิต มีคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 53.34 ซึ่งมีข้อกำหนดมากที่สุด พบว่าทุกแห่งไม่สามารถปฏิบัติตามข้อกำหนดเรื่องการบันทึกการตรวจสอบเครื่องอิเล็กทรอนิกส์สำหรับอ่านรหัสหรือเครื่องนับฉลากได้ และส่วนใหญ่ ร้อยละ 92.86 มีปัญหาในการสุ่มตัวอย่างทดสอบวัสดุการบรรจุ และการตรวจสอบข้อมูลผู้ส่งมอบวัตถุดิบ สำหรับหมวดบุคลากร คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 66.67

พบว่ากว่าครึ่งหนึ่ง ร้อยละ 57.14 ไม่สามารถแยกฝ่ายผลิตและฝ่ายควบคุมคุณภาพได้เนื่องจากเป็นผู้ผลิตขนาดเล็กและมีพนักงานน้อย

ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่า ผู้ผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพรขนาดเล็กในจังหวัดสงขลา ซึ่งส่วนใหญ่ดำเนินการภายใต้ พ.ร.บ.ยา พ.ศ. 2510 มาก่อน กำลังเผชิญกับความท้าทายในการปรับตัวให้เข้ากับมาตรฐาน GMP 2564 ซึ่งมีความเข้มงวดและรายละเอียดมากกว่ากฎหมายเดิม แม้จะมีการยกเว้นบางหมวดสำหรับผู้ผลิตขนาดเล็กที่มีกระบวนการผลิตความเสี่ยงต่ำจนถึงปี พ.ศ. 2570 แต่การเตรียมความพร้อมยังคงเป็นเรื่องสำคัญ ผลการศึกษาวิจัยนี้ ไม่ได้มีการตัดสินการผ่านเกณฑ์หรือตกเกณฑ์ในภาพรวมเนื่องจากในช่วงเวลาที่ทำการศึกษาครั้งนี้ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยายังมิได้กำหนดเกณฑ์การพิจารณาผลการประเมิน สำหรับคะแนนการปฏิบัติตามเกณฑ์ GMP 2564 คือ ร้อยละ 58.94 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ ธนัชพร อินโท และจันทรรัตน์ สิทธิวรนันท์[10] ที่พบว่าสถานที่ผลิตยาแผนโบราณส่วนใหญ่ยังไม่สามารถปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ใหม่ได้ ทั้งนี้ หมวดที่ได้คะแนนต่ำ เช่น ข้อร้องเรียนและการเรียกคืนผลิตภัณฑ์ และการจ้างผลิตและการวิเคราะห์ รวมถึงการจัดทำเอกสารจำนวนมากในหมวดการดำเนินการผลิต (เช่น บันทึกการตรวจรับวัตถุดิบ/วัสดุบรรจุ, การติดป้ายสถานะ, บันทึกการเบิกจ่าย, การตรวจสอบการพิมพ์) และอาคารสถานที่ (เช่น บันทึก log book เครื่องมือ, การสอบเทียบ, การบำรุงรักษา) สะท้อนถึงความซับซ้อนของระบบเอกสารและกระบวนการที่เป็นทางการ ซึ่งอาจเป็นภาระสำหรับผู้ผลิตขนาดเล็กที่มีทรัพยากรจำกัดทั้งด้านบุคลากรและงบประมาณ

สำหรับผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพรให้เป็นไปตามเกณฑ์ GMP 2564 พบว่า ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคสำคัญที่สุดคือ "ด้านการลงทุนและงบประมาณ" (ต้นทุนการปรับปรุงสถานที่) รองลงมาคือ "ด้านกฎระเบียบและข้อบังคับ" (ความซับซ้อนของขั้นตอนการขึ้นทะเบียน) และ "ด้านบุคลากรและองค์ความรู้" (การขาดแคลนผู้เชี่ยวชาญ) ในขณะที่แรงจูงใจหลักมาจากความต้องการยกระดับมาตรฐานและความจำเป็นทางกฎหมาย

ปัจจัยด้านกฎหมายและข้อบังคับ: แม้ว่าผู้ประกอบการส่วนใหญ่ ร้อยละ 64.29 จะรับทราบประกาศ GMP 2564 และส่วนใหญ่ ร้อยละ 85.71 เคยผ่านการอบรม แต่ระดับความเข้าใจและความสามารถในการปฏิบัติตามยังอยู่ในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 78.57 และร้อยละ 71.43 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าเนื้อหาของเกณฑ์ GMP 2564 อาจมีความซับซ้อนเกินกว่าที่ผู้ผลิตขนาดเล็ก (SMEs) จะทำความเข้าใจและนำไปปฏิบัติได้จริงด้วยตนเองโดยไม่มีที่ปรึกษาใกล้ชิด

ปัจจัยด้านการลงทุนและงบประมาณ: ผู้ประกอบการส่วนใหญ่ ร้อยละ 71.43 เห็นว่าการปฏิบัติตามเกณฑ์ GMP 2564 ต้องใช้งบประมาณมาก และร้อยละ 78.57 ระบุว่างบประมาณไม่เพียงพอ โดยแหล่งเงินทุนหลักมาจากทุนของตนเอง คิดเป็นร้อยละ 64.29 ปัจจัยทางการเงินถือเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการพัฒนาสำหรับผู้ประกอบการทุกราย โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายในการปรับปรุงสถานที่ผลิตที่สูง คิดเป็นร้อยละ 85.71 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของกมลรัตน์ นุตยกุล[11] ว่าสาเหตุหลักที่จะเป็นปัญหาอุปสรรคต่อการพัฒนา คือ การขาดเงินลงทุนในการปรับปรุงสถานที่ผลิต

ปัจจัยด้านการตลาดและการแข่งขัน: ผู้ประกอบการทุกรายจำหน่ายผลิตภัณฑ์ในประเทศ และส่วนใหญ่ ร้อยละ 64.29 เห็นว่า ความต้องการของผู้บริโภคมีผลต่อการพัฒนาสถานที่ผลิต

อุปสรรคสำคัญด้านการตลาด คือข้อจำกัดด้านมาตรฐานและการขึ้นทะเบียน คิดเป็นร้อยละ 50.00 แสดงให้เห็นว่า มาตรฐานสถานที่ผลิตที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ กลายเป็นปัญหาอุปสรรค หรือ กำแพงภาษีทางเทคนิค ที่ทำให้ไม่สามารถขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์ได้ ส่งผลให้เสียโอกาสในการขยายตลาดไปยังโมเดิร์นเทรดหรือการส่งออก เกิดเป็นวงจรที่ทำให้ผู้ผลิตขาดรายได้มาหมุนเวียนปรับปรุงโรงงาน

ปัจจัยด้านบุคลากรและองค์ความรู้: ความรู้ของบุคลากรเกี่ยวกับมาตรฐานการผลิตส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 57.14) อุปสรรคสำคัญคือการขาดบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ (ร้อยละ 35.71) และการเปลี่ยนแปลงบุคลากรบ่อย (ร้อยละ 28.57) ซึ่งการขาดแคลนบุคลากรที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านผลิตภัณฑ์สมุนไพร รวมถึงการขาดความรู้ความเข้าใจในข้อกำหนด GMP 2564 เป็นปัญหาอุปสรรคที่สำคัญอันหนึ่งในการพัฒนาสถานที่ผลิตให้เป็นไปตามเกณฑ์ GMP 2564 สะท้อนถึงความจำเป็นที่ภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญกับการให้คำปรึกษา การฝึกอบรมที่เน้นการปฏิบัติจริง

แรงจูงใจ ปัญหาอุปสรรค และความต้องการสนับสนุน ของผู้ประกอบการ พบว่า แรงจูงใจสำคัญในการพัฒนาสถานที่ผลิตฯ คือความต้องการพัฒนาอยู่แล้ว (ร้อยละ 57.14) และการบังคับใช้กฎหมาย (ร้อยละ 50.00) อุปสรรคที่สำคัญที่สุดคือการปรับปรุงอาคารและสถานที่ให้ได้มาตรฐาน (ร้อยละ 71.43) และการจัดทำเอกสารการผลิตให้ได้ตามหลักเกณฑ์ (ร้อยละ 64.29) การสนับสนุนที่ผู้ประกอบการต้องการมากที่สุดจากภาครัฐคือด้านการตลาด (อันดับเฉลี่ย 1.27) รองลงมาคือด้านแหล่งเงินทุน (อันดับเฉลี่ย 2.27) เพื่อช่วยให้สามารถพัฒนาสถานที่ผลิตให้ได้มาตรฐานตามกฎหมาย ซึ่งจะนำไปสู่ผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่มีคุณภาพและความปลอดภัย สร้างความเชื่อมั่นให้ผู้บริโภคและเสริมสร้างศักยภาพของอุตสาหกรรมสมุนไพรในจังหวัดสงขลา แม้ว่าผู้ประกอบการจะมีแรงจูงใจในการพัฒนาสถานประกอบการของตนเอง แต่การขาดการสนับสนุนที่ตรงจุด โดยเฉพาะด้านการตลาดและแหล่งเงินทุนอาจทำให้การยกระดับมาตรฐานเป็นไปได้ช้า ผลการศึกษานี้จึงชี้ให้เห็นความจำเป็นที่ภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญกับการให้คำปรึกษา การฝึกอบรมที่เน้นการปฏิบัติจริง การสนับสนุนทางการเงิน และการช่วยเปิดช่องทางการตลาด เพื่อให้ผู้ผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพรขนาดเล็กสามารถปรับตัวและปฏิบัติตามมาตรฐาน GMP 2564 ได้อย่างยั่งยืน ซึ่งจะส่งผลดีต่อคุณภาพและความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์สมุนไพรไทยโดยรวมและเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันในระยะยาว

จากข้อเสนอแนะหรือความคิดเห็นเพิ่มเติมจากผู้ประกอบการในการพัฒนาสถานที่ผลิตหรือผลิตภัณฑ์ สะท้อนให้เห็นว่า ควรมีการทบทวนหลักเกณฑ์ให้มีความสอดคล้องกับสถานที่ผลิตและผลิตภัณฑ์มากยิ่งขึ้น ทั้งนี้ ผู้ประกอบการมีความตั้งใจในการพัฒนาสถานที่ผลิตอยู่แล้ว ประกอบกับการบังคับใช้กฎหมาย แต่ด้วยการเปลี่ยนแปลงของกฎหมายที่เกิดขึ้นในช่วงที่ผ่านมา ทำให้ผู้ประกอบการไม่กล้าที่จะปรับปรุง เนื่องจากการปรับปรุงจำเป็นต้องใช้เงินทุนค่อนข้างมาก สอดคล้องกับการศึกษาของธนัชพร อินโท และจันทรรัตน์ สิทธิวรนันท์[10] ที่พบว่า ปัญหาที่ผู้ประกอบการมีความกังวลใจอย่างยิ่ง คือ เรื่องการเปลี่ยนแปลงด้านเกณฑ์หมายเกี่ยวกับเกณฑ์สถานที่ผลิต ทำให้ผู้ประกอบการขาดเชื่อมั่นและไม่กล้าลงทุนเปลี่ยนแปลงสถานที่ให้เป็นไปตามเกณฑ์ นอกจากนี้ ข้อจำกัดด้านมาตรฐานและการขึ้นทะเบียน ยังเป็นปัญหาอุปสรรคที่สำคัญในด้านการขยายตลาด ซึ่งถือเป็นปัจจัยที่สำคัญที่

อันหนึ่งที่ผู้ประกอบการต้องการให้ภาครัฐสนับสนุนเป็นอันดับแรก

ข้อเสนอแนะ

1) นำผลการศึกษามาพัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงลึกและฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการที่ตรงกับความต้องการของผู้ผลิตขนาดเล็ก โดยเน้นการจัดทำเอกสาร (เช่น การทำบันทึกต่าง ๆ, SOPs) การจัดการความเสี่ยง และการปฏิบัติตามข้อกำหนดที่ยังเป็นจุดอ่อน เช่น การควบคุมกระบวนการผลิต การบำรุงรักษาสถานที่และเครื่องมือ และระบบการจัดการข้อร้องเรียน/การเรียกคืนผลิตภัณฑ์ ทั้งนี้อาจร่วมมือกับมหาวิทยาลัยในการร่วมกันจัดทำหลักสูตรหรือโปรแกรมดังกล่าว

2) จัดทำแนวปฏิบัติตามเกณฑ์ GMP 2564 ในรูปแบบที่เข้าใจง่ายและเข้าถึงได้สะดวก รวมถึงตัวอย่างเอกสารและคู่มือปฏิบัติ สนับสนุนให้กับผู้ประกอบการ

3) พิจารณามาตรการสนับสนุนด้านแหล่งเงินทุนดอกเบี้ยต่ำหรือเงินทุนหมุนเวียนสำหรับการปรับปรุงสถานที่ผลิตและจัดซื้อเครื่องมือที่จำเป็น โดยบูรณาการร่วมกับหน่วยงานที่มีศักยภาพในการส่งเสริมสนับสนุนด้านแหล่งเงินทุน

4) ส่งเสริมช่องทางการตลาดสำหรับผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ได้มาตรฐาน GMP เพื่อสร้างแรงจูงใจให้ผู้ประกอบการพัฒนาคุณภาพ

5) เสนอให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พิจารณาการลดกระบวนการหรือระยะเวลาในการขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์สมุนไพร ทั้งนี้ เพื่อเป็นการส่งเสริมพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรใหม่ ๆ สนับสนุนนวตกรรมด้านการพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรไทย เพื่อให้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรไทยได้มีการขยายตลาดไปได้อย่างรวดเร็วทั้งในประเทศและต่างประเทศ ซึ่งถือเป็นปัจจัยที่สำคัญที่อันหนึ่งที่ผู้ประกอบการต้องการให้ภาครัฐสนับสนุนเป็นอันดับแรก

6) ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคที่ทำให้ผู้ประกอบการไม่สามารถปฏิบัติตาม GMP 2564 จำแนกเป็นรายข้อกำหนด และประเมินความคิดเห็นผู้ประกอบการเกี่ยวกับความยากง่ายในการปฏิบัติเกณฑ์แต่ละข้อ รวมถึงระยะเวลาในการปรับปรุงสถานที่ผลิตให้เป็นไปตาม GMP 2564 เพื่อเป็นข้อมูลในการทบทวนหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพร ให้สอดคล้องกับสถานการณ์สถานที่ผลิตและประเภทผลิตภัณฑ์สมุนไพร ที่ยังคงรักษาระดับมาตรฐานและคุณภาพของผลิตภัณฑ์ได้ **และ**เพื่อให้ได้แนวทางร่วมกันที่จะทำให้ข้อบังคับทางกฎหมายสามารถปฏิบัติได้จริง

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีโดยได้รับความร่วมมือจากหลายท่าน ได้แก่ ภญ.จิราภรณ์ อุไรรัตน์ หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข ภญ.อัจฉรียา ฟองศรี หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ที่ให้คำแนะนำในการศึกษาวิจัย และเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย ภญ.อรอุษา สุวรรณมณี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล และ รองศาสตราจารย์ ดร.ภญ.สุกัญญา เดชอดิศัย คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ร่วมตรวจสอบให้ความเห็นต่อแบบสัมภาษณ์ และขอบคุณเจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนร่วม ผู้ประกอบการผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพรในจังหวัดสงขลาทุกท่านที่ร่วมกันให้ข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพรต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรุงเทพธุรกิจ. เทรนด์รักษาสุขภาพ ดันธุรกิจสมุนไพรไทย เฟื่องฟู. [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 13 เมษายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.bangkokbiznews.com/business/economic/1143576
2. พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 84, ตอนที่ 101 ฉบับพิเศษ (ลงวันที่ 20 ตุลาคม 2510).
3. กระทรวงสาธารณสุข. กฎกระทรวง ฉบับที่ 17 (พ.ศ. 2525) ออกตามความในพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 99, ตอนที่ 164 ฉบับพิเศษ (ลงวันที่ 3 พฤศจิกายน 2525).
4. กระทรวงสาธารณสุข. กฎกระทรวง การขออนุญาตและการออกใบอนุญาตผลิต ขาย หรือสั่งเข้ามาในราชอาณาจักรซึ่งยาแผนโบราณ พ.ศ. 2555. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 129, ตอนที่ 58 ก (ลงวันที่ 4 กรกฎาคม 2555).
5. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการกำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับหลักเกณฑ์และวิธีการในการผลิต ยาแผนปัจจุบัน และแก้ไขเพิ่มเติมหลักเกณฑ์และวิธีการในการผลิตยาแผนโบราณ พ.ศ. 2559. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 133, ตอนพิเศษ 206 ง (ลงวันที่ 14 กันยายน 2559.
6. พระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2562. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 136, ตอนที่ 56 ก (ลงวันที่ 30 เมษายน 2562).
7. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเกี่ยวกับการผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพร ตามพระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2562 พ.ศ. 2564. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 139, ตอนพิเศษ 34 ง (ลงวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2565).
8. กระทรวงสาธารณสุข. กฎกระทรวง กำหนดลักษณะของวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม พ.ศ. 2562. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 137, ตอนที่ 1 ก (ลงวันที่ 7 มกราคม 2563).
9. กองผลิตภัณฑ์สมุนไพร, สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. คู่มือการดำเนินการสำหรับผู้ประกอบการ ที่มีกระบวนการผลิตซึ่งมีความเสี่ยงต่ำ. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา; 2565.
10. ธนัชพร อินโท, จันทรรัตน์ สิทธิวรนันท์. สถานการณ์และความพร้อมของสถานที่ผลิตยาแผนโบราณในเขตสุขภาพที่ 3 ในการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และวิธีการพื้นฐานในการผลิตยาแผนโบราณ พ.ศ. 2559. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2564; 14(1): 193–209.
11. กมลรัตน์ นุตยกุล. การศึกษาปัจจัยและความพร้อมในการพัฒนาของผู้ผลิตยาแผนโบราณ: กรณีศึกษาผู้ผลิต ยาแผนโบราณพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพที่ 11. วารสารอาหารและยา. 2563; 27(3): 26–33.

JOURNAL OF HEALTH CONSUMER PROTECTION
วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
Vol: 5 No.2 July-December 2025
ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2568

การมีส่วนร่วมของเครือข่ายสื่อวิทยุในการจัดการปัญหาโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ จังหวัดเชียงใหม่

Participation of commercial network managing illegal advertisement of health care products in Chiang Mai Province

นัทธินี วัฒนวราสันต์[1]
Nuttinee Watanavarasant[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสื่อวิทยุในการจัดการปัญหาโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพจังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 35 คน ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 – กันยายน พ.ศ. 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบถอดบทเรียนของตัวแทนเครือข่ายสื่อวิทยุ เครือข่ายประชาชน และเจ้าหน้าที่ภาครัฐที่เกี่ยวข้อง ในปี พ.ศ. 2566 ผลการวิจัยพบว่า การดำเนินงานโครงการโฆษณาสีขาวเพื่อชาวเชียงใหม่ ตามกรอบแนวคิด 4 ด้าน ได้แก่ 1. ด้านการพัฒนากลไกการทำงานร่วมกัน โดยมีหน่วยงานงานภาครัฐ ประชาชน สื่อมวลชน สถานศึกษา ร่วมประชุมและนำเสนอผลงานการดำเนินงานด้านต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง ทำให้โฆษณาสีขาวเป็นโครงการที่จังหวัดเชียงใหม่รู้จักและให้ร่วมมืออย่างต่อเนื่อง 2. ด้านการบังคับใช้กฎหมาย จากข้อมูลการเฝ้าระวัง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 – 2566 การกระทำผิดด้านการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ถูกต้องลดลงอย่างต่อเนื่อง คิดเป็นร้อยละ43.90, 51.81, 42.11, 26.13, 10.69 และ 8.81 ตามลำดับ (หมายเหตุ : ตัวเลขปี พ.ศ. 2562 ที่สูงขึ้นเป็นผลจากการขยายขอบเขตการเฝ้าระวังไปยังสถานีวิทยุทุกประเภท รวม 166 แห่ง เพิ่มจากปี พ.ศ. 2561 ที่เฝ้าระวังเฉพาะ 125 แห่ง) 3. ด้านการสร้างความตระหนักแก่สื่อมวลชน ผ่านการอบรมให้ความรู้ด้านโฆษณา และผลิตภัณฑ์สุขภาพอันตราย ผลกระทบของผู้บริโภคด้านสุขภาพที่หลงเชื่อโฆษณาโอ้อวดเกินจริง สร้างความเข้าใจด้านสุขภาพเพื่อเกิดความตระหนักและปฏิเสธรับจ้างโฆษณาที่ผิดกฎหมายรวมถึงเครือข่ายสื่อวิทยุสามารถเตือนกันเองเมื่อพบโฆษณาที่ไม่ถูกต้อง รูปแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสื่อวิทยุในการจัดการปัญหาโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ จังหวัดเชียงใหม่ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ 1. ด้านการเผยแพร่ให้ความรู้แก่ประชาชน 2. สนับสนุนการผลิตสื่อและเผยแพร่สื่อความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชนที่ถูกต้อง 3. การเตือนภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพอันตราย มีส่วนร่วมในการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ และ 4. สร้างกระแสผู้บริโภครู้เท่าทันสื่อ ผลการวิจัยทำให้เห็นว่าเครือข่ายสื่อวิทยุที่ร่วมโครงการมีความรู้ความเข้าใจ และปฏิบัติได้ถูกต้องในการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพทางสื่อวิทยุ เกิดความตระหนักถึงการรับโฆษณา

[1] เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

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

Received: 5 Aug 2025, Revised: 20 Nov 2025, Accepted: 24 Dec 2025

มีการตรวจสอบและปฏิเสธการจ้างหากโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพนั้นเป็นการเอาเปรียบผู้บริโภคหรือผิดกฎหมาย การให้ความรู้ด้านสุขภาพผ่านทางสื่อวิทยุเป็นประจำทำให้รูปแบบของการจัดรายการวิทยุเปลี่ยนเป็นรายการสุขภาพมากขึ้น นักจัดรายการวิทยุมีความสามารถด้านความรู้ผลิตภัณฑ์สุขภาพอันตราย ลดปวด ลดอ้วน ลดโรค การรู้เท่าทันสื่อสามารถเป็นวิทยากรในการอบรมผู้สูงอายุและประชาชนทั่วไปได้ และสามารถเขียนโครงการเพื่อขอรับการสนับสนุนจากกองทุนต่าง ๆ ในการดำเนินงานในด้านการผลิตสื่อสร้างสรรค์ และเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้องแก่ประชาชน

คำสำคัญ : การมีส่วนร่วม, เครือข่ายสื่อวิทยุ, โฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ

Abstact

This research aimed to investigate the participation processes of radio media networks in addressing misleading health product advertisements in Chiang Mai Province. A descriptive research design was employed. The study sample comprised 35 participants, and data were collected between October 2020 and September 2023 using questionnaires and lesson-learned documentation from representatives of radio media networks, community networks, and relevant government officials in 2023. Data were analyzed in accordance with a four-dimensional conceptual framework. Findings revealed that collaborative mechanisms among government agencies, the public, mass media and educational institutions were strengthened, contributing to continuous implementation of the “White Advertisement Project” initiative. Surveillance data from fiscal years 2019 – 2023 showed a consistent decline in violations of improper health product advertisements, decreasing to 51.81%, 42.11%, 26.13%, 10.69%, and 8.81% (Note: The increase in 2019 resulted from expanded surveillance to all 166 stations, compared to only 125 stations in 2018), respectively. Media awareness was enhanced through training on advertising regulations, hazardous health products, and consumer health impacts, leading to increased media literacy, and peer-monitoring among radio network members. The participation model consisted of four components consisting of 1. Dissemination of accurate health information 2. Support for health media production 3. Hazardous health product warning and campaign participation and 4. Promotion of consumer media literacy. The study demonstrates that the radio media network effectively developed knowledge, understanding and compliance with proper advertising practices for health products. Capacity building further enabled radio hosts to serve as resource persons on hazardous health products and media literacy, and to seek external funding for creative health media development. The findings further revealed that members of

the radio media network participating in the project demonstrated adequate knowledge, understanding, and compliance with appropriate practices in health product advertising. They became more aware of the need to screen advertisements and refused promotional requests when the content was exploitative or illegal. Regular dissemination of health information contributed to a shift toward more health-oriented radio programming. Radio hosts enhanced their competencies on identifying hazardous health products such as pain relief, weight loss, and disease related products and in media literacy, enabling them to serve as trainers for older adults and the general public. Additionally, they developed the capacity to prepare funding proposals to support creative media production and the dissemination of accurate health information to the community.

Keywords : Participation, Radio media network, Health product advertisement

บทนำ

ปัญหาโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพทางสื่อวิทยุกระจายเสียงมีการร่วมมือแก้ไขปัญหามีช้านานตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2555 จากการประชุมสมัชชาสุขภาพครั้งที่ 4 ได้มีมติการจัดการปัญหาโฆษณาที่ผิดกฎหมายของยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพทางวิทยุกระจายเสียง สื่อโทรทัศน์ และอินเทอร์เน็ต

ปี พ.ศ. 2565 จากข้อมูลสำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์และกิจการโทรคมนาคม (กสทช.)[1] มีสถานีวิทยุกระจายเสียงในประเทศไทยมีจำนวนรวม 4,390 คลื่น แบ่งเป็น 2 กลุ่มหลัก ได้แก่ 1. ผู้ได้รับอนุญาตให้ใช้คลื่นความถี่และประกอบกิจการวิทยุกระจายเสียงกับ 2. ผู้ทดลองออกอากาศวิทยุกระจายเสียงในระบบเอฟเอ็ม ในส่วนของประเภท “ผู้ทดลองออกอากาศวิทยุกระจายเสียงในระบบเอฟเอ็ม” ซึ่งเคยเป็นวิทยุชุมชนมาก่อน ปัจจุบันมี 3,930 คลื่น แบ่งเป็นประเภทธุรกิจ 3,151 คลื่น ประเภทสาธารณะ 615 คลื่น และประเภทชุมชน 164 คลื่น ในส่วนของจังหวัดเชียงใหม่ เป็นจังหวัดขนาดใหญ่ ปี พ.ศ. 2565 มีสถานีวิทยุกระจายเสียง 166 แห่ง แบ่งเป็นสถานีวิทยุชุมชน 14 แห่ง วิทยุสาธารณะ 27 แห่ง วิทยุธุรกิจ 115 แห่ง และวิทยุคลื่นหลัก 10 แห่ง ซึ่งตามกฎหมายอนุญาตให้สถานีวิทยุประเภทธุรกิจ และสถานีวิทยุคลื่นหลักเท่านั้นที่สามารถโฆษณาเชิงพาณิชย์ได้ รวมเป้าหมายการเฝ้าระวัง 125 แห่ง

เพื่อการแก้ไขปัญหาโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพทางสื่อวิทยุแบบยั่งยืน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ในฐานะผู้รับผิดชอบหลักด้านการกำกับดูแลกฎหมายโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ พบว่าการดำเนินงานด้านกฎหมายเพียงด้านเดียวไม่สามารถจัดการปัญหาโฆษณาทางสถานีวิทยุได้ จึงได้จัดทำโครงการโฆษณาสีขาวเพื่อชาวเชียงใหม่ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 จนถึงปัจจุบัน เป็นเวลา 6 ปี ตามกรอบแนวคิด 4 ด้าน 1. ด้านการพัฒนากลไกการทำงานร่วมกัน โดยมีหน่วยงานงานภาครัฐ ประชาชน สื่อมวลชน สถานศึกษา ร่วมประชุมและดำเนินงานด้านต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง 2. ด้านการบังคับใช้กฎหมาย จากข้อมูลการเฝ้าระวัง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 – 2566 การกระทำผิดด้านการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่ไม่ถูกต้องลดลง คิดเป็นร้อยละ 43.90, 51.81 42.11 26.13 10.69 และ 8.81 ตามลำดับ (หมายเหตุ : ตัวเลขปี พ.ศ. 2562 ที่สูงขึ้น เป็นผลจากการขยายขอบเขตการเฝ้าระวังไปยังสถานีวิทยุทุกประเภท รวม 166 แห่ง เพิ่มจากปี พ.ศ. 2561 ที่เฝ้าระวังเฉพาะ 125 แห่ง) 3. ด้านการสร้างความตระหนักแก่สื่อมวลชน และ 4. ด้านการเผยแพร่ให้ความรู้แก่ประชาชน ซึ่งทั้ง 2 ด้านดำเนินงานพร้อมกันในการเสริมสร้างศักยภาพของเครือข่ายสื่อวิทยุ การอบรมความรู้ด้านโฆษณาและผลิตภัณฑ์อันตราย เครือข่ายสื่อวิทยุสามารถเตือนกันเองเมื่อพบโฆษณาที่ไม่ถูกต้อง และมีส่วนร่วมในการผลิตสื่อและเผยแพร่สื่อความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชนที่ถูกต้องการเตือนภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพอันตราย เช่น สเตียรอยด์ พัฒนาศักยภาพเป็นวิทยากรอบรมประชาชน และร่วมรณรงค์ประชาชนรู้เท่าทันสื่อตลอดจนสามารถเขียนโครงการขอรับการสนับสนุนงบจากหน่วยงานอื่น ๆ ได้ ซึ่งเป็นกลไกการทำงานทั้ง 4 ด้าน จึงสามารถลดปัญหาโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมาย ทางสื่อวิทยุ และเสริมสร้างศักยภาพผู้ประกอบการวิทยุ

นักจัดรายการเกิดความตระหนัก มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพอันตราย และเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้องส่งผลให้ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ถูกต้อง

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสื่อวิทยุในการจัดการปัญหาโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพจังหวัดเชียงใหม่

วิธีดำเนินการการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Study) โดยเก็บรวบรวมแบบข้อมูลย้อนหลังจากการดำเนินงานของโครงการโฆษณาสีขาวเพื่อชาวเชียงใหม่และการเก็บข้อมูลแบบถอดบทเรียนการทำงานวิจัยของตัวแทนเครือข่ายสื่อวิทยุ เครือข่ายประชาชน และเจ้าหน้าที่ภาครัฐที่เกี่ยวข้อง และระยะเวลาในการทำโครงการวิจัย ตั้งแต่ รวบรวมข้อมูลระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 – 2566

การเก็บข้อมูล

การเก็บข้อมูลแบบข้อมูลย้อนหลัง จากการดำเนินงานโครงการโฆษณาสีขาวเพื่อชาวเชียงใหม่ ปี พ.ศ. 2561 – 2565 และการเก็บข้อมูลแบบภาพตัดขวางระหว่างเดือน กรกฎาคม – ธันวาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สถานีวิทยุคลื่นเอฟเอ็มในจังหวัดเชียงใหม่ 125 แห่ง

กลุ่มตัวอย่าง คือ

1. พัฒนารูปแบบ จำนวน 35 คน ประกอบด้วย
   - ตัวแทนสถานีวิทยุที่เข้าร่วมโครงการโฆษณาสีขาวเพื่อชาวเชียงใหม่ จำนวน 20 คน
   - ตัวแทนเครือข่ายภาคประชาชน 5 คน
   - ผู้ที่มีหน้าที่การดำเนินงานด้านกฎหมาย 10 คน

2. เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามและการเก็บข้อมูลแบบถอดบทเรียนของตัวแทนเครือข่ายสื่อวิทยุ เครือข่ายประชาชน และเจ้าหน้าที่ภาครัฐที่เกี่ยวข้อง

<u>เกณฑ์การคัดเข้า</u>

1. ตัวแทนเครือข่ายสื่อวิทยุทั้งหมดที่ร่วมโครงการโฆษณาสีขาวเพื่อชาวเชียงใหม่ 20 คน

คัดเลือกเฉพาะสถานีวิทยุกระจายเสียงที่เข้าร่วมโครงการโฆษณาสีขาวเพื่อชาวเชียงใหม่ ในปี พ.ศ. 2563 – 2566

2. ตัวแทนเครือข่ายภาคประชาชน 5 คน

คัดเลือกเฉพาะเจ้าหน้าที่หน่วยงานประจำจังหวัด สภาองค์กรของผู้บริโภค

3. เจ้าหน้าที่ผู้ที่มีหน้าที่การดำเนินงานด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้อง 10 คน

คัดเลือกเฉพาะเจ้าหน้าที่รัฐที่รับผิดชอบงานโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ ได้แก่ สำนักงาน กสทช. เขต 32, สำนักงาน กสทช. ภาค 3 และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ โดยการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจงอำเภอที่มีผลงานเฝ้าระวังสื่อโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพทางสถานีวิทยุ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ระยะที่ 1 ใช้แบบเก็บข้อมูล ประกอบด้วย

1) การวางแผน

ขั้นตอนการวางแผนเป็นการรวบรวมข้อมูลทางสถิติการพบโฆษณาที่ไม่ถูกต้องและผลการดำเนินงานของเครือข่ายสื่อวิทยุ และร่วมกันวิเคราะห์สภาพปัญหา การวางแผนและร่วมกันเสนอแนะแนวทางในการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสื่อวิทยุ

2) การรวบรวมกิจกรรมการแก้ไขปัญหาโฆษณาทางสื่อวิทยุ ปี พ.ศ. 2563 – 2565

3) การสะท้อนผลการปฏิบัติการเพื่อปรับการดำเนินงาน

ระยะที่ 2 ใช้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์เชิงลึก

แบบสอบถามเครือข่ายสื่อวิทยุ จำนวน 20 คน ประกอบด้วย

1. ข้อมูลทั่วไป
2. ความรู้และทัศนคติต่อการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ

แบบสัมภาษณ์เชิงลึก สำหรับตัวแทนเครือข่ายสื่อวิทยุ จำนวน 10 คน ประกอบด้วย

1. ด้านความรู้เกี่ยวกับโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ
2. ด้านสังคมต่อการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ
3. ด้านเศรษฐกิจต่อการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ
4. ด้านจิตวิญญาณต่อการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ

แบบสอบถามสำหรับตัวแทนเครือข่ายภาคประชาชน จำนวน 5 คน ประกอบด้วย

1. ทัศนคติต่อสื่อวิทยุเชียงใหม่ในการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ
2. ความคิดเห็นต่อการดำเนินงานกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสื่อวิทยุในการจัดการปัญหาโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพจังหวัดเชียงใหม่

แบบสอบถาม สำหรับผู้ที่มีหน้าที่การดำเนินงานด้านกฎหมาย 10 คน ประกอบด้วย

1. ทัศนคติต่อสื่อวิทยุเชียงใหม่ในการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ
2. ความคิดเห็นเกี่ยวกับการกำกับดูแลด้านกฎหมายโฆษณาวิทยุ
3. ความคิดเห็นต่อการดำเนินงานกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสื่อวิทยุในการจัดการปัญหาโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพจังหวัดเชียงใหม่

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนารายงานค่าความถี่ และร้อยละ ส่วนผลลัพธ์การดำเนินงานรายงานโดยใช้การพรรณนารวบรวม จัดหมวดหมู่วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงประเด็น (Thematic Analysis)

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้คำนึงถึงจริยธรรมในการวิจัยโดยได้ดำเนินการขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ได้รับอนุมัติเลขที่ CMPHO-EC 2023/001 ลงวันที่ 15 มิถุนายน 2566

นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล ดังต่อไปนี้

ความเป็นส่วนตัว (Privacy) ดำเนินการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

1. ตัวแทนเครือข่ายสื่อวิทยุทั้งหมดที่ร่วมดำเนินการ 20 คน โดยการจัดประชุมและตอบแบบสอบถามเครือข่ายสื่อวิทยุรายบุคคล 20 คน และสัมภาษณ์เชิงลึกรายกลุ่ม 10 คน โดยการเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัย ที่ทำการบันทึกเทปและถอดเทปสรุปผลโดยไม่ระบุชื่อ ใช้ชื่อเป็นภาพรวมของเครือข่ายภาคสื่อวิทยุ

2. ตัวแทนเครือข่ายภาคประชาชน 5 คน สัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล โดยไม่ระบุชื่อ ใช้ชื่อเป็นภาพรวมของเครือข่ายภาคประชาชน

3. ผู้ที่มีหน้าที่การดำเนินงานด้านกฎหมาย 10 คน สัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล โดยไม่ระบุชื่อ ใช้ชื่อเป็นภาพรวมของผู้ดำเนินงานด้านกฎหมาย

การเก็บรักษาข้อมูลให้เป็นความลับ โดยไม่เปิดเผยให้กับผู้อื่นนอกจากผู้วิจัยเท่านั้น ใช้รหัสแทนตัวเลขและนามสมมุติแทน ผู้วิจัยเป็นผู้เดียวที่สามารถเข้าถึงข้อมูลงานวิจัยได้

การยินยอมพร้อมใจ (Informed Consent) ในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้ดำเนินการขอความยินยอมพร้อมใจในการให้ข้อมูลด้วยการให้ ลงรายมือชื่อหนังสือความยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย

การดำเนินการแก้ไขปัญหาโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพทางสถานีวิทยุโดยดำเนินการตามโครงการโฆษณาสีขาวเพื่อชาวเชียงใหม่ ผลการศึกษาแบ่งออกเป็น 3 ส่วนหลัก ดังนี้

- **ส่วนที่ 1 การพัฒนารูปแบบการทำงาน**

1. รูปแบบการพัฒนางานโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพทางสื่อวิทยุ ประกอบด้วยการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในการแก้ไขปัญหาโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพทางสื่อวิทยุ โดยจัดทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือเมื่อวันที่ 16 กันยายน 2559 ระยะเวลา 3 ปี ดำเนินการตามกรอบการทำงาน 4 ด้าน ได้แก่ 1. ด้านการพัฒนากลไกการทำงานร่วมกัน 2. ด้านการบังคับใช้กฎหมาย 3. ด้านการสร้างความตระหนักแก่สื่อมวลชน และ 4. ด้านการเผยแพร่ให้ความรู้แก่ประชาชน

2. เขียนโครงการตามกรอบการดำเนินงาน 4 ด้าน ในนามโครงการโฆษณาสีขาวเพื่อชาวเชียงใหม่

3. การรวบรวมกิจกรรมการแก้ไขปัญหาโฆษณาทางสื่อวิทยุ

ดำเนินการตามกรอบการดำเนินงานของโครงการโฆษณาสีขาวเพื่อชาวเชียงใหม่ ดังนี้

ด้านที่ 1 พัฒนากลไกการทำงานร่วมกัน

หลังจากการทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ จัดทำแผนการประชุม 2 ครั้ง/ปี โดยมีประธานการประชุมเป็นผู้ว่าราชการจังหวัด หรือผู้แทนในการประชุม ประกอบด้วย

- หน่วยงานภาครัฐ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, สำนักงาน กสทช., เทศบาลนครเชียงใหม่ ประชาสัมพันธ์ วัฒนธรรม และสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค
- หน่วยงานประชาชน ได้แก่ หน่วยงานประจำจังหวัดเชียงใหม่ สภาองค์กรของผู้บริโภค
- หน่วยงานสื่อ ได้แก่ ชมรมผู้ประกอบการวิทยุเขต 9 เชียงใหม่ และสื่อต่าง ๆ เช่น สื่อออนไลน์ สมาคมนักจัดรายการวิทยุและโทรทัศน์ หนังสือพิมพ์

เพื่อนำเสนอผลการเฝ้าระวังโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพทางสื่อวิทยุกระจายเสียง ผลการดำเนินงานตามโครงการโฆษณาสีขาวเพื่อชาวเชียงใหม่ และหารือแนวทาง การแก้ไขปัญหา เช่น การลิงค์สัญญาณของคลื่นหลัก การดำเนินงานของเครือข่ายสื่อวิทยุ และการเสนอให้จัดงานวันคุ้มครองผู้บริโภคไทย

ด้านที่ 2 การบังคับใช้กฎหมาย

หน่วยงานหลักในการดำเนินงานเฝ้าระวังสื่อวิทยุกระจายเสียง คือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ และสำนักงาน กสทช. ในการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ใช้การสุ่มเฝ้าระวังสถานีวิทยุกระจายเสียง เฉพาะสถานีวิทยุที่กฎหมาย กสทช. อนุญาตให้โฆษณาเชิงพาณิชย์ จึงดำเนินการเฝ้าระวังเฉพาะสถานีวิทยุประเภทคลื่นธุรกิจ และวิทยุคลื่นหลัก ไม่มีกำหนด ในด้านวันและเวลาของการสุ่มเฝ้าระวัง พนักงานเจ้าหน้าที่สุ่มเฝ้าระวังอัดเทปเป็นเวลา 3 ชั่วโมง และดำเนินการตรวจสอบโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ หากพบการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมายจะดำเนินการด้านกฎหมายต่อไป ในส่วนของความร่วมมือในการดำเนินงานระหว่างหน่วยงานทั้ง 2 หน่วยงาน ด้านการเฝ้าระวังส่งต่อหนังสือราชการพิจารณาข้อความโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ เริ่มปี พ.ศ. 2562

ตารางที่ 1 ผลการดำเนินงานด้านการบังคับใช้กฎหมาย

ปีงบประมาณ พ.ศ.	2561	2562	2563	2564	2565	2566
จำนวนสถานีที่เฝ้าระวัง (แห่ง)	125	166	166	166	166	166
พบโฆษณาไม่ถูกต้อง (แห่ง)	55	86	70	43	18	15
ร้อยละ	**43.90**	**51.81**	**42.11**	**26.13**	**10.69**	**8.81**

หมายเหตุ: ปี 2562 ตัวเลขการกระทำผิดสูงขึ้นเนื่องจากขยายขอบเขตการเฝ้าระวังจาก 125 แห่ง เป็น 166 แห่ง

ปี พ.ศ. 2561 เป็นข้อมูลเฉพาะสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ดำเนินการสุ่มเฝ้าระวังสถานีวิทยุกระจายเสียงเฉพาะวิทยุธุรกิจ 115 แห่ง และวิทยุคลื่นหลัก 10 แห่ง รวม 125 แห่ง ข้อมูลปี พ.ศ. 2562 – 2566 เป็นข้อมูลรวมจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ กสทช. และเครือข่ายภาคประชาชน โดยใช้ฐานรวมทุกสถานีเป้าหมายการเฝ้าระวัง 166 แห่ง

ตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่า แม้ตัวเลขของการกระทำผิดในปี 2562 (51.81%) จะสูงกว่าปี พ.ศ. 2561 (43.90%) แต่นั่นเป็นผลจากการขยายขอบเขตการเฝ้าระวังไปยังสถานีวิทยุทุกประเภทรวม 166 แห่ง เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2561 ที่เฝ้าระวังเฉพาะวิทยุธุรกิจและวิทยุคลื่นหลัก 125 แห่ง เมื่อพิจารณาจากจำนวนสถานีที่พบการกระทำผิดจริง (55 แห่งในปี พ.ศ. 2561 เทียบกับ 86 แห่งในปี พ.ศ. 2562 จาก Base ที่แตกต่างกัน) จะเห็นว่าหลังจากปี พ.ศ. 2562 เป็นต้นไป แนวโน้มการกระทำผิดลดลงอย่างต่อเนื่อง เป็น 70, 43, 18 และ 15 แห่ง ตามลำดับ โดยความร่วมมือระหว่างหน่วยงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เชียงใหม่ กสทช. เครือข่ายภาคประชาชน และ เครือข่ายสื่อวิทยุกระจายเสียง

ด้านที่ 3 ด้านการสร้างความตระหนักแก่สื่อมวลชน

นอกจากการทำหนังสือราชการแจ้งสถานีวิทยุกระจายเสียง แนะนำการโฆษณา

ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้องให้กับสถานีวิทยุทุกแห่งในจังหวัดเชียงใหม่ได้มีการจัดอบรมให้ความรู้ด้านโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ สนับสนุนงบประมาณจำนวน 50,000 บาท ให้กับกลุ่มเครือข่ายสื่อวิทยุที่รวมตัวกันและร่วมดำเนินกิจกรรมจำนวนสถานีวิทยุเข้าร่วมโครงการ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 – 2566 ดังนี้ 5 แห่ง, 10 แห่ง, 14 แห่ง, 21 แห่ง, 17 แห่ง และ 21 แห่ง ซึ่งกิจกรรมหลักของสถานีวิทยุที่เข้าร่วมโครงการ คือ 1. จะต้องไม่มีโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมาย 2. เผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้องแก่ประชาชน โดยมี 4 กิจกรรม ได้แก่

1. เผยแพร่ความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพทางสถานีวิทยุในนามโฆษณาสีขาวเพื่อชาวเชียงใหม่

2. มีการลงพื้นที่เชิงรุก คือ การออกให้ความรู้เชิงรุกแก่ประชาชนโดยเครือข่ายสื่อจะรณรงค์ให้ความรู้ ทั้งแจกแผ่นพับ เดินรณรงค์ จัดอบรมความรู้ประชาชน และในปี พ.ศ. 2564 ได้ขยายกิจกรรมเพิ่มเติมอีก 2 กิจกรรม ได้แก่ 1. มีการเผยแพร่ความรู้ทางสื่อออนไลน์ เช่น Facebook, Tiktok, YouTube, Line เป็นต้น ด้วยเพราะยุคสมัยเปลี่ยน การสื่อสารผ่านสื่อออนไลน์มากขึ้น กิจกรรมเครือข่ายสื่อวิทยุจึงเสนอให้มีการนำเสนอในรูปแบบที่ทันสมัยมากขึ้นตาม 2. เป็นศูนย์รับเรื่องแจ้งเบาะแส/ร้องเรียน เตือนภัยเร่งด่วน เป็นแนวคิดของนักจัดรายการที่ให้ความรู้ประชาชนเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพลักลอบใส่สารสเตียรอยด์ และมีแฟนรายการโทรเข้าร่วมสอบถาม โดยนักจัดรายการสามารถตรวจสอบเลขผลิตภัณฑ์ ส่งต่อข้อมูลมายังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จึงเป็นอีกช่องทางหนึ่งที่เข้าถึงประชาชนและเผยแพร่ให้ความรู้ ซึ่งกลุ่มเครือข่ายสื่อที่เข้าร่วมโครงการจะต้องผ่านการอบรมความรู้ด้านการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพทุกปี และการจัดกิจกรรมเชิงสร้างสรรค์ให้ความรู้แก่ประชาชนจะเป็นแนวคิดของเครือข่ายสื่อวิทยุเอง

ด้านที่ 4 การเผยแพร่ให้ความรู้แก่ประชาชน

มีการจัดกิจกรรมหลายรูปแบบเพื่อเป็นการรณรงค์ประชาสัมพันธ์และการดำเนินงานร่วมกัน เพื่อสร้างกระแส รู้เท่าทันสื่อกับประชาชน โดยแบ่งเป็นกิจกรรมดังนี้

1) สนับสนุนรายการวิทยุ ของสถานีวิทยุกระจายเสียง Love OK Click 96.75 ที่มีเครือข่ายลิงค์สัญญาณ

- รายการเล่าข่าวเช้านี้ เป็นรายการข่าวที่สามารถส่งข้อมูล ข่าวเตือนภัย ออกอากาศทุกวันจันทร์-ศุกร์ เวลา 08.00 – 08.30 น. ลิงค์สัญญาณ 105 สถานี

- รายการ ไจ้ไค่เล่า เริ่มเมื่อปี พ.ศ. 2562 เป็นราย ออกอากาศทุกวันศุกร์เวลา 18.05 – 18.30 น. ลิงค์สัญญาณ 35 สถานี จนถึงปัจจุบันรายการนี้ ยังเผยแพร่ผลิตอย่างต่อเนื่องแม้ว่าไม่ได้รับงบจากโครงการแล้ว

- รายการ ZZONE เด็ก GEN ใหม่ไอเดียเจ๋ง เริ่มเมื่อปี พ.ศ. 2565 ออกอากาศทุกวันจันทร์ – ศุกร์ 16.00 – 18.00 น. เกาะสัญญาณ 5 สถานี ในรายการสอดแทรกความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ ข้อมูลจาก FDA Thai, และศูนย์ต่อต้านข่าวปลอม

2) สนับสนุนการรณรงค์ประชาสัมพันธ์รู้เท่าทันสื่อแก่ประชาชน โดยจัดการประกวดต่าง ๆ เพื่อเป็นการสร้างกระแส และสร้างความสัมพันธ์รู้จักกับเครือข่ายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสื่อมวลชน

- ปี พ.ศ. 2564 ประกวด TikTok “รู้เท่าทันสื่อไม่หลงเชื่อโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ” (โดยชมรมสื่อออนไลน์เชียงใหม่)
- ปี พ.ศ. 2565 ประกวดคลิปสั้น “รู้เท่าทันสื่อไม่หลงเชื่อโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ” (โดยชมรมสื่อออนไลน์เชียงใหม่)
- ปี พ.ศ. 2566 ประกวดคลิปสั้น “รู้เท่าทันสื่อไม่หลงเชื่อโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ” (โดยสมาคมนักจัดรายการวิทยุ-โทรทัศน์และผู้สื่อข่าวจังหวัดเชียงใหม่)

3) การจัดงาน วันคุ้มครองผู้บริโภคไทย โดยจัดกิจกรรมร่วมกับภาคีเครือข่าย ทั้งภาครัฐ ประชาชน และสื่อมวลชนในการ เพื่อสร้างกระแสให้ประชาชน ไม่หลงเชื่อโฆษณาโอ้อวดหลอกลวง

- ปี พ.ศ. 2561 โฆษณาสีขาว เพื่อชาวเชียงใหม่ จัดที่ถนนคนเดินวันอาทิตย์ ท่าแพ
- ปี พ.ศ. 2562 ผู้บริโภคยุคใหม่ ใส่ใจเท่าทันสื่อ จัดที่ศูนย์การค้าเมญ่า เชียงใหม่
- ปี พ.ศ. 2566 คิดก่อนคลิก ปังหรือพัง รู้เท่าทันโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพโอ้อวดหลอกลวง จัดที่ศูนย์การค้าเซนทรัลแอร์พอต เชียงใหม่

4) การผลิตสื่อให้ความรู้แก่ประชาชน ได้แก่ สื่อสิ่งพิมพ์ แผ่นพับ โปสเตอร์ นิทรรศการ สื่อเสียง สปอต บทความรู้ ผลิตเผยแพร่ จำนวน 60 ชิ้น ให้กับสถานีวิทยุทุกแห่งและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สามารถนำคลิปเสียงเปิดเผยแพร่ต่อได้ และสื่อวีดีทัศน์เผยแพร่ผ่านYouTube : คบส.เชียงใหม่ จำนวน 20 ชิ้น

4. การสะท้อนผลการปฏิบัติการ เพื่อปรับการดำเนินงาน ตามกรอบโครงการ 4 ด้าน

1) ด้านการพัฒนากลไกการทำงานร่วมกัน ทำให้ได้รู้จักและมีความผูกพัน นอกเหนือจากการทำงาน มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสังคมอื่น ๆ ร่วมกัน เช่นปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพอันตราย การรู้เท่าทันสื่อ แก๊งคอลเซ็นเตอร์ เป็นต้น

2) ด้านกฎหมาย มีแนวโน้มโฆษณาผิดกฎหมายลดลง คลื่นที่เข้าร่วมโครงการไม่มีโฆษณาที่ไม่ถูกต้อง ลดภาระพนักงานเจ้าหน้าที่ในการเฝ้าระวัง

3) ด้านสร้างความตระหนักแก่สื่อมวลชน มีการรวมกลุ่ม เตือนกันเอง ตรวจสอบข้อความ แนะนำ เตือนกันเอง ปฏิเสธโฆษณา มีความรู้ด้านโฆษณาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ สามารถเผยแพร่ความรู้ให้กับประชาชนได้อย่างถูกต้อง รวมถึงการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพอันตราย เช่น ผลิตภัณฑ์สมุนไพรลักลอบใส่สารสเตียรอยด์ และสามารถเขียนโครงการเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานอื่น ๆ ในนาม ชมรมผู้ประกอบการวิทยุกระจายเสียงเขต 9 เชียงใหม่ จากกองทุนพัฒนาสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์ จำนวน 2 โครงการ ได้แก่

(1) โครงการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการเครือข่ายเฝ้าระวัง และผลิตสื่อสร้างสรรค์ สู่สังคม โดยเครือข่ายสุขภาพ 3 ภาค (ภาคสื่อมวลชน/ภาคประชาชน/ภาครัฐ) ปี พ.ศ. 2561 จำนวนเงิน 1,000,000 บาท

(2) โครงการวันเก๋ารู้เท่าทันสื่อ ปี พ.ศ. 2563 จำนวนเงิน 1,611,900 บาท โดยอบรมพัฒนานักจัดรายการวิทยุ เป็นวิทยากรสื่อใช้กระบวนการอบรมผ่านสื่อที่ผลิตขึ้น ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ผลิตวิดีทัศน์ ลดปวด ลดอ้วน ลดโรค รู้เท่าทันสื่อ เป็นกิจกรรมในการอบรมให้ความรู้ ด้านรู้เท่าทันสื่อโฆษณาและผลิตภัณฑ์อันตรายเช่น ลักลอบใส่สารสเตียรอยด์

แก่ผู้สูงอายุ อย่างต่อเนื่องถึงปัจจุบัน ทำให้หน่วยงาน เช่น เทศบาล อบต. ชมรมผู้สูงอายุ เชิญเป็นวิทยากรในการอบรมผู้สูงอายุ อย่างต่อเนื่อง

4) ด้านการเผยแพร่ความรู้แก่ประชาชน ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ถูกต้องผ่านสื่อวิทยุในกรายการเล่าข่าวเช้านี้, ไจ้ไค่เล่า, ZZone ที่มีการลิงค์สัญญาณออกอากาศพร้อมกัน และสถานีวิทยุที่ ร่วมโครงการ ยังสามารถเผยแพร่ความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพตามคู่มือและเอกสารจากโครงการเผยผ่านสถานีวิทยุของแต่ละสถานี และเครือข่ายประชาชนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยการร่วมเฝ้าระวังสถานีวิทยุ และจัดอบรมแกนนำประชาชน เพื่อความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

- **ส่วนที่ 2 ผลการสัมภาษณ์เชิงลึก**

2.1 **เครือข่ายสื่อวิทยุ** ใช้กระบวนการจัดประชุมเครือข่ายสื่อวิทยุที่เข้าร่วมโครงการโฆษณาสีขาวเพื่อชาวเชียงใหม่

ผลการสัมภาษณ์เชิงลึก สำหรับตัวแทนเครือข่ายสื่อวิทยุที่เข้าร่วมโครงการโฆษณาสีขาวเพื่อชาวเชียงใหม่ ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2563 – 2566 จำนวน 10 คน สรุปภาพรวม ดังนี้

ก่อนเข้าร่วมโครงการ ทุกคนเคยโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ ซึ่งไม่ทราบว่าโฆษณาถูกต้องหรือไม่ และไม่เคยถูกดำเนินคดี

หลังเข้าร่วมโครงการ ตัวแทนทุกคนไม่มีการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ถูกต้อง และมีความมั่นใจว่าโฆษณาที่โฆษณาถูกต้อง

ด้านความรู้เกี่ยวกับโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ

ตัวแทนทุกให้ข้อมูลตรงกันว่า ได้ความรู้เกี่ยวกับโฆษณาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ที่ผิดกฎหมายโฆษณาโอ้อวดเกินจริง

“ได้ความรู้ด้านสุขภาพดูแลตัวเอง ครอบครัว และถ่ายทอดส่งต่อเรื่องดี ๆ ผ่านทางรายการวิทยุ”

“สามารถใช้คำพูดในการจัดรายการวิทยุโทรทัศน์อย่างถูกต้องปลอดภัยทั้งผู้พูดและผู้ฟัง มีความเข้าใจเกี่ยวกับโฆษณามากยิ่งขึ้นและคัดกรองโฆษณาก่อนออกอากาศ สามารถพูดออกอากาศ ในการวิทยุรวมถึงความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ที่ผิดกฎหมายโฆษณาโอ้อวดเกินจริง ก่อนเข้าร่วมโครงการไม่รู้ว่าการพูดโฆษณาที่ไม่ถูกต้องออกรายการแต่พอมาเข้าร่วมโครงการแล้วสามารถเข้าใจและออกสื่อโฆษณาได้ถูกต้องด้วยคำพูดเข้าถึง เป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังได้ความรู้เกี่ยวกับสารสเตียรอยด์ที่อันตรายกว่าที่เราคิด นอกจากนี้ ยังมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพนักจัดการวิทยุสามารถนำความรู้เผยแพร่ให้คนผู้ฟัง ได้เป็นวิทยากรสื่อ”

“ก่อนเข้าร่วมโครงการสถานีวิทยุประกอบกิจการกระจายเสียงตามปกติมุ่งเน้นผลิตสื่อประชาสัมพันธ์สินค้าให้บริการแก่ลูกค้าซึ่งส่วนใหญ่เป็นประเภทอาหาร สังหาริมทรัพย์ห้างร้านต่าง ๆ เคยได้ยินข่าวเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ทำจากตลาดมาในรูปแบบเปิดสปอร์ตโฆษณาวิทยุเพื่อขยายเครือข่ายมากมายมากที่สุดคือผสมสารอันตรายมากเลยเป็นห่วงญาติผู้ใหญ่ที่ติดตามรับฟังข่าวสารพ่อท่านเล่าให้ฟังว่าอยากได้ผลิตภัณฑ์นี้เนื่องจากผังรายการมีผู้ป่วยมาพูดว่ากินแล้วหายจากอาการปวด หลังเข้าร่วมโครงการได้อบรมความรู้จากผู้เชี่ยวชาญ สสจ. ทำให้ได้ความรู้มากขึ้น ฝึกฝนการพูดที่มาทำให้การนำเสนอข้อมูลสู่ผู้ฟังได้ละเอียดถูกต้องเข้าใจมากยิ่งขึ้นรวมทั้งเข้มงวดกับลูกค้าผลิตภัณฑ์สุขภาพอาหารเสริมบำรุงสุขภาพให้ขออนุญาตกับ อย. ก่อน

เพื่อทำการโฆษณาที่ถูกต้องทางสถานีปฏิเสธโฆษณาที่ไม่ถูกต้องรวมถึงสามารถจัดรายการวิทยุที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ รวมถึงความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้อง ในรายการไจ้ไค่เล่า มีจริยธรรมในการนำเสนอด้วยอีกทั้งสามารถเป็นกระบอกเสียงให้ผู้อื่นได้รับทราบข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องเพื่อประโยชน์แก่ผู้ฟังและคนรอบข้าง”

ด้านสังคม

ตัวแทนทุกคนรู้สึกภูมิใจที่สามารถให้ความรู้ด้านสุขภาพ และผลิตภัณฑ์สุขภาพแก่ประชาชน

“ก่อนการเข้าร่วมโครงการคิดว่าตนเองไม่ได้มีความสนใจเกี่ยวกับเนื้อหาด้านสุขภาพ ทำให้เวลาจัดรายการไม่มีความใส่ใจในการพูดคุยเรื่องสุขภาพเป็นนักจัดการรายการแบบเดิมคือการจัดรายการเน้นเรื่องเพลงการรับฟังประเภทของเพลงเท่านั้นนอกจากนี้ไม่มีความคิดที่จะสนใจถามไถ่เรื่องสุขภาพผู้ฟังที่ได้รับรู้ หลังจากเข้าร่วมโครงการเกิดองค์ความรู้ด้านสุขภาพทำให้เห็นว่าสุขภาพเป็นสิ่งที่จำเป็นไม่เฉพาะกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง มีแฟนรายการนอกจากกลุ่มวัยรุ่นแล้วมีผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุโทรเข้ามาขอคำปรึกษา ซึ่งเรารู้สึกภูมิใจและมีแฟนรายการกลุ่มอื่นเข้ามารับฟังนอกจากนี้ ได้รู้จักกับคนที่อยู่ในวงการผลิตสื่อในหลายๆรูปแบบทั้งสื่อวิทยุสื่อออนไลน์รวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กสทช., ผู้ประกอบการวิทยุในพื้นที่ต่าง ๆ และ สสจ.เชียงใหม่ที่สามารถขอคำแนะนำติดต่อสื่อสารหรือช่วยเหลือกัน”

“สามารถให้ความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ลักลอบใส่สารสเตียรอยด์ผ่านรายการวิทยุ และมีแฟนรายการโทรเข้ามาปรึกษาที่สั่งซื้อมาโฆษณาลดปวดเมื่อย จึงได้ตรวจสอบหาเลข อย. แต่พบว่าเลขไม่ตรงกับผลิตภัณฑ์ จึงได้ส่งต่อให้ สสจ. จึงทราบว่าเป็นผลิตภัณฑ์เถื่อน และได้แจ้งผ่านรายการให้ประชาชนระวังการบริโภค”

ด้านเศรษฐกิจ

ส่วนใหญ่ไม่มีผลต่อรายได้ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการโฆษณาสีขาวเพื่อชาวเชียงใหม่ บางสถานีรายได้ลดจากการปฏิเสธโฆษณา บางสถานีมีรายได้เพิ่มขึ้นจากสปอนเซอร์ที่สนับสนุนรายการ

“ก่อนมาร่วมโครงการมีรายได้จากการโฆษณาแต่พอเข้าร่วมโครงการจำเป็นต้องปฏิเสธเพราะโฆษณาโอ้อวด ไม่อยากรับโฆษณานั้น”

ด้านจิตวิญญาณ

จากการสังเกตและคำพูดผู้ให้ข้อมูลจะพูดด้วยรอยยิ้ม สัมผัสถึงความจริงใจและความภาคภูมิใจที่ได้ความรู้ใหม่หลายเรื่องจากการอบรมร่วมกิจกรรมโครงการ ให้ความรู้ประชาชนโดยเฉพาะการออกกอง ที่ได้ลงพื้นที่ให้ความรู้ประชาชนตามตลาดนัด ร้านค้า และการได้เป็นวิทยากรอบรมความรู้แก่ผู้สูงอายุ รวมถึงการได้พบปะเครือข่ายสื่อกันเอง

“รู้สึกภูมิใจที่สามารถถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้องผ่านรายการวิทยุ”

“ได้ร่วมเป็นวิทยากรสื่อ วัยเก๋า รู้เท่าทันสื่อ อบรมผู้สูงอายุตามที่ต่าง ๆ ให้ความรู้และความสนุกสนาน ทำให้รู้สึกดีใจที่ได้ออกไปให้ความรู้กับประชาชน”

“ดีใจที่ได้ร่วมโครงการได้รู้จักสถานีวิทยุอื่น ๆ ยินดีมาร่วมงานประชุมทุกครั้งแม้ว่าจะไกล”

2.2 **เครือข่ายภาคประชาชน**

2.2.1 แบบสอบถามสำหรับตัวแทนเครือข่ายภาคประชาชน จำนวน 5 คน สรุปภาพรวมดังนี้

(1) ทัศนคติต่อสื่อวิทยุเชียงใหม่ในการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ

เจ้าหน้าที่หน่วยงานประจำจังหวัดบางท่านไม่เคยฟังวิทยุ แต่ได้ยินจากเครือข่ายประชาชนท่านอื่นเล่าให้ฟังว่ามีโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพทางสื่อวิทยุ ส่วนท่านที่ทำงานร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดให้ความเห็นว่าเมื่อ 4 – 5 ปี ก่อนดำเนินการเฝ้าระวังวิทยุพบว่ากว่าครึ่งมีโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพโอ้อวดเกินจริง ส่วนใหญ่ที่พบเป็นการเล่าประสบการณ์ของผู้ป่วย เช่น ความดันเบาหวาน ทานแล้วดีขึ้น ปัจจุบันที่ดำเนินการเฝ้าระวัง ไม่ค่อยพบแล้ว แต่ก็ยังมีการโฆษณาอยู่บ้างแต่น้อยลงมาก ถ้าเทียบกับเมื่อก่อน

(2) ความคิดเห็นต่อการดำเนินงาน

กระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสื่อวิทยุในการจัดการปัญหาโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพจังหวัดเชียงใหม่

ทุกคนเห็นว่าการดำเนินงานร่วมกับสื่อสามารถช่วยให้โฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพลดลง และการได้รู้จักกัน ได้ทำงานร่วมมือกันในการเผยแพร่ให้ความรู้ประชาสัมพันธ์แก่ประชาชนได้มากขึ้น ซึ่งเมื่อก่อนทางเครือข่ายภาคประชาชนแกนนำต่าง ๆ ได้รับความรู้จากการอบรมจากแกนนำและหน่วยงานภาครัฐ เมื่อมีสื่อมาร่วมทำงานสามารถเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร ในวงกว้างผ่านสื่อวิทยุ และทำให้ประชาชนรู้จักหน่วยงานประจำจังหวัด สภาองค์กรของผู้บริโภค ช่องทางร้องเรียนของประชาชนเข้ามาที่หน่วยงานฯ มากขึ้น

2.2.2 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานโฆษณา แบบสอบถามสำหรับผู้ที่มีหน้าที่ดำเนินงานด้านกฎหมาย 5 คน สรุปภาพรวมดังนี้

(1) ทัศนคติต่อสื่อวิทยุเชียงใหม่ในการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ

ก่อนเริ่มโครงการโฆษณาสีขาว ช่วงปี พ.ศ. 2558 – 2560 ให้ความเห็นตรงกัน คือ พบโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพจำนวนมาก และมีการโฆษณาโอ้อวดเกินจริง สัมภาษณ์ผู้ที่เคยใช้แล้วดี อาจเนื่องจากผู้ประกอบการวิทยุยังไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมายโฆษณา ปัจจุบันปี พ.ศ. 2566 คิดเห็นว่าการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพลดลง เปลี่ยนเป็นโฆษณาอื่น เช่น ขายปุ๋ย ขายน้ำมันเครื่อง ส่วนโฆษณาผิดกฎหมายลงลดเช่นกัน อาจเกิดจากเจ้าหน้าที่ในพื้นที่มีการดำเนินงานเฝ้าระวังมากขึ้น รวมถึงสถานีวิทยุมีความรู้ความเข้าใจข้อกฎหมายมากขึ้น แต่ก็ยังพบบางคลื่นที่ยังโฆษณาไม่ถูกต้อง อาจเป็นเพราะมีผู้บริโภคใช้อยู่

(2) ความคิดเห็นเกี่ยวกับการกำกับดูแลด้านกฎหมายโฆษณาวิทยุ

ในส่วนของระดับอำเภอ พนักงานเจ้าหน้าที่อำเภอยังดำเนินการเฝ้าระวังทุกปี แม้ว่าปัญหาจะลดลง แต่ยังไม่ครอบคลุมทุกคลื่น รวมถึงช่วงเวลาที่ออกอากาศ จึงควรมีการสุ่มเฝ้าระวังบางพื้นที่หากพบการโฆษณาที่ไม่ถูกต้องจะใช้การพูดคุยแทนการดำเนินคดี มีข้อเสนอควรเพิ่มบทลงโทษทางกฎหมายเมื่อกระทำผิดซ้ำ บางพื้นที่ยังคิดว่าตนเอง

ทำงานด้านเฝ้าระวังไม่ดีพอ เนื่องจากมีมาเฟียที่คุมสถานีวิทยุอยู่ เสนอให้ดำเนินงานร่วมกับกรมการปกครอง

(3) ความคิดเห็นต่อการดำเนินงาน

กระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสื่อวิทยุในการจัดการปัญหาโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพจังหวัดเชียงใหม่

ทุกคนให้ความเห็นว่าเป็นกิจกรรมที่ดี เห็นผลได้ว่าโฆษณาลดลง และอยากให้มีกิจกรรมลงสู่พื้นที่อำเภอเพราะทำให้เกิดการควบคุมกันเองในวิชาชีพของผู้ประกอบการ มีผลทำให้โฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมายในพื้นที่ลดลงเพราะโฆษณาที่ลดลงมีส่วนร่วมกิจกรรมเป็นอย่างมาก เห็นผลงานและกิจกรรมให้ความรู้มากมาย มีส่วนให้ปัญหาลดลงได้มาก และอยากให้ช่วยลงทุกอำเภอ เป็นครูพี่เลี้ยงเป็นต้นแบบ และ กสทช. ได้เล็งเห็นปัญหาให้ความร่วมมือช่วยกันแก้ไขปัญหาต่าง ๆ มีส่วนผลักดันขับเคลื่อนโยบาย ทำให้ผู้มีหน้าที่ต่าง ๆ มีความกระตือรือร้นทำงานมากขึ้น

2.2.3 เจ้าหน้าที่ กสทช. ผู้รับผิดชอบงานโฆษณา แบบสอบถามสำหรับผู้ที่มีหน้าที่ดำเนินงานด้านกฎหมาย 3 คน สรุปได้ดังนี้

(1) ทัศนคติต่อสื่อวิทยุเชียงใหม่ในการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ

เมื่อประมาณ ปี พ.ศ. 2558 - 2560 ผู้ให้ข้อมูลมีความเห็นตรงกันคือพบการโฆษณาทางสื่อวิทยุเนื้อหา/รายการต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการโฆษณาอาหาร ยา และผลิตภัณฑ์ที่ผิดกฎหมายเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้บริโภคฯ ที่รับฟังเนื้อหาดังกล่าว ถูกเอารัดเอาเปรียบจากผู้ประกอบกิจการโดยไม่รู้ตัว ขาดการดูแลรักษาสุขภาพที่ถูกวิธี และสูญเสียเงินในการซื้อสินค้าและบริการโดยไม่จำเป็น

ปัจจุบัน ปี พ.ศ. 2566 ผู้ให้ข้อมูลมีความเห็นตรงกันว่าปัญหาโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมายทางสถานีวิทยุมีแนวโน้มลดลง สถานีวิทยุให้ความร่วมมือ สาเหตุจากตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 จนถึงปัจจุบันที่มีการทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน เรื่อง การกำกับดูแลการโฆษณาอาหาร ยา และผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมาย หรือมีลักษณะเป็นการเอาเปรียบผู้บริโภค มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง มีการบังคับใช้กฎหมาย และการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ความเข้าใจแก่สถานีวิทยุทั้ง กสทช., สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, ชมรมผู้ประกอบการวิทยุกระจายเสียงเขต 9 เชียงใหม่ แต่ยังมีการโฆษณาที่ไม่ถูกต้องอยู่

“ส่วนหนึ่งคือความไม่เข้าใจกฎหมายและการโฆษณาของเจ้าของผลิตภัณฑ์ เช่น การดีลกับเจ้าของผลิตภัณฑ์ในการใช้ข้อความเพื่อสื่อข้อดีของผลิตภัณฑ์ อย. และ สสจ. ควรเปิดใจและเชื้อเชิญให้ทางสถานีเข้าไปขอคำปรึกษาในการขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์หรือขออนุญาตข้อความในการโฆษณา”

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมจากผู้ให้ข้อมูลเสนอความคิดเห็นเกี่ยวกับกฎหมายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีความเห็นว่ามีเพียง พ.ร.บ. อาหาร ที่มีการระบุโฆษณาชัดเจน ส่วนผลิตภัณฑ์อื่นยังมีประกาศที่แจ้งตามหลังเพิ่มเติม และการขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์อื่นที่ไม่ใช่สมุนไพรแต่ใช้คำว่าสมุนไพรนำหน้าทาง อย. ได้อนุมัติแล้ว ก็ควรให้มีสรรพคุณเบื้องต้นตามประโยชน์ของส่วนประกอบในผลิตภัณฑ์นั้นได้หรือไม่ รวมทั้งอาหารเสริม

ซึ่งที่จริงมีสารอาหารที่มีประโยชน์อยู่ทาง อย. ควรแยกประเภทออกมาใหม่ไม่ควรรวมกับประเภทผลิตภัณฑ์ที่เป็นอาหารได้หรือไม่ ส่วนผลิตภัณฑ์ประเภทยาซึ่งมีการบ่งใช้แจ้งในเว็บไซต์แล้วรับทราบโดยทั่วกันก็ควรนำมาใช้โฆษณาโดยทั่วไปใช่หรือไม่

(2) ความคิดเห็นเกี่ยวกับการกำกับดูแลด้านกฎหมายโฆษณาวิทยุ

ปัจจุบัน กสทช. ได้มีการบังคับใช้กฎหมายที่เข้มงวด และมีกระบวนการดำเนินงานร่วมกับ สสจ.เชียงใหม่ในการพิจารณาข้อความโฆษณา ได้รับความร่วมมือ และมีการดำเนินงานที่รวดเร็วมากยิ่งขึ้น ซึ่งเมื่อก่อนการดำเนินการออกสั่งทางปกครองให้ผู้รับอนุญาตประกอบกิจการกระจายเสียงระงับการออกอากาศโฆษณาเป็นการชั่วคราวซึ่งเดิมผู้ออกคำสั่งเป็นหน้าที่สำนักงาน กสทช. (ส่วนกลาง) แต่ปัจจุบันเพื่อความรวดเร็วเป็นหน้าที่ของสำนักงาน กสทช. ภาค 3 ที่ดูแล 17 จังหวัดภาคเหนือ

(3) ความคิดเห็นต่อการดำเนินงาน

กระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสื่อวิทยุในการจัดการปัญหาโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพจังหวัดเชียงใหม่

ภาพรวมของผู้ให้ข้อมูลชื่นชมโครงการโฆษณาสีขาวเพื่อชาวเชียงใหม่ ถือว่าเป็นโครงการตัวอย่างที่ดี เป็นประโยชน์ต่อประชาชนให้มีความตระหนักรู้ในการรู้เท่าทันสื่อเพิ่มมากขึ้น โดยเน้นการสร้างเครือข่ายและการคุ้มครองผู้บริโภคให้แก่ประชาชนเกี่ยวกับปัญหาโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่อันตราย อีกทั้งมีการทำความเข้าใจกับผู้ประกอบกิจการในพื้นที่ในการร่วมแก้ไขปัญหาโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพอันตราย รวมถึงการให้ความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนส่งผลให้โฆษณาทางสถานีวิทยุกระจายเสียงที่ผิดกฎหมายลดลงอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการให้ความรู้สถานีวิทยุและการรวมกลุ่มชมรมช่วยกำกับดูแลสมาชิกให้ทำตามกฎระเบียบ มีส่วนช่วยให้ปัญหาด้านการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพมีแนวโน้มลดลงเป็นอย่างดี

โดยสรุปจากการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงประเด็น (Thematic Analysis) พบ 4 ประเด็นหลัก ได้แก่

ประเด็นที่ 1 : การเปลี่ยนแปลงด้านความรู้และทักษะ

ตัวแทนทุกคนให้ข้อมูลตรงกันว่าได้ความรู้เกี่ยวกับโฆษณาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ มีความมั่นใจว่าโฆษณาได้ถูกต้อง สามารถคัดเลือกและปฏิเสธการจ้างหากพบว่าโฆษณาไม่ถูกต้อง

ประเด็นที่ 2 : การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการโฆษณา

ก่อนเข้าร่วมโครงการ ทุกคนเคยโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพโดยไม่ทราบว่าถูกต้องหรือไม่ หลังเข้าร่วมโครงการ ตัวแทนทุกคนไม่มีการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ถูกต้อง และมีความมั่นใจว่าโฆษณาที่ออกอากาศถูกต้อง

ประเด็นที่ 3 : บทบาทใหม่ในสังคม

เครือข่ายสื่อวิทยุมีบทบาทใหม่ในการเป็นวิทยากรให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและประชาชนทั่วไป สามารถเป็นศูนย์รับเรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพได้ และสามารถเขียนโครงการขอรับการสนับสนุนจากแหล่งทุนภายนอกได้

ประเด็นที่ 4 : ความภาคภูมิใจและความสัมพันธ์

ตัวแทนทุกคนรู้สึกภูมิใจที่สามารถให้ความรู้ด้านสุขภาพและผลิตภัณฑ์สุขภาพแก่ประชาชน มีความสัมพันธ์ที่ดีกับเครือข่ายสื่ออื่น ๆ และหน่วยงานภาครัฐ

- ส่วนที่ 3: รูปแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสื่อวิทยุ

จากการวิจัยพบว่า รูปแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสื่อวิทยุในการจัดการปัญหาโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ จังหวัดเชียงใหม่ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ด้านการเผยแพร่ให้ความรู้แก่ประชาชนดังนี้

1) สนับสนุนให้มีการเผยแพร่ความรู้ผ่านสื่อวิทยุ และ การอบรมผู้สูงอายุ ประชาชนทั่วไป โดยวิทยากรสื่อเป็นผู้อบรม เกิดความเชี่ยวชาญด้านการสื่อสารความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

2) สนับสนุนการผลิตสื่อ และเผยแพร่สื่อความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชนที่ถูกต้อง โดยสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย 3 เดือนต่อเนื่องตลอดระยะเวลา 3 ปี ทำให้รายการสถานีวิทยุมีผังรายการด้านความรู้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ แม้หมดช่วงการสนับสนุน รายการสถานีวิทยุยังดำเนินการให้ความรู้แก่ประชาชนอย่างต่อเนื่อง

3) การเตือนภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพอันตราย มีส่วนร่วมในการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ ได้รับความร่วมมือเผยแพร่ทุกครั้งที่มีการแจ้งข่าวรณรงค์ประชาสัมพันธ์จากหน่วยงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

4) สร้างกระแสผู้บริโภครู้เท่าทันสื่อ โดยสนับสนุนด้านการจัดกิจกรรมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการประกวด ผลิตสื่อรณรงค์ด้านสุขภาพ การจัดงานวันคุ้มครองผู้บริโภคร่วมกันทั้งภาครัฐ ประชาชน สื่อมวลชน

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ผลการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสื่อวิทยุในการจัดการปัญหาโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ จังหวัดเชียงใหม่ ภายใต้โครงการโฆษณาสีขาวเพื่อชาวเชียงใหม่ ตั้งแต่ เดือนตุลาคม 2563 – กันยายน 2566 รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและเก็บข้อมูลแบบถอดบทเรียนของตัวแทนเครือข่ายสื่อวิทยุ เครือข่ายประชาชน และเจ้าหน้าที่ภาครัฐที่เกี่ยวข้อง ในปี พ.ศ. 2566 ซึ่งงานวิจัยนี้ ได้นำข้อมูลงานวิจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องมาพัฒนาปรับปรุงแนวทางการดำเนินงาน เช่น งานวิจัยของ ดุริพัธ แจ้งใจ[2] จังหวัดสงขลา สรุปว่า การอบรมสามารถเพิ่มความรู้และทักษะในเรื่องที่เกี่ยวกับการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมายในผู้ประกอบการและนักจัดรายการ แต่ไม่มีผลลดพฤติกรรมการโฆษณาที่ผิดกฎหมาย ในขณะที่การเข้าพบผู้ประกอบการโดยพนักงานเจ้าหน้าที่ เพื่อชี้แจงประเด็นที่พบว่าผิดกฎหมายและขอความร่วมมือให้ปฏิบัติตามกฎหมาย ทำให้การโฆษณาผิดกฎหมายลดลงได้มากกว่าการอบรมเพียงอย่างเดียว ส่วนการจัดทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) แม้จะเป็นผู้บริหารจังหวัดนำโดยผู้ว่าราชการจังหวัด มีตัวแทน กสทช. ตัวแทนทหาร และเครือข่ายผู้บริโภคเข้าร่วมด้วย ก็ไม่สามารถลดการกระทำผิดลงได้ สอดคล้องกับงานวิจัยจังหวัดพัทลุง ของ ราชัน คงชุม และคณะ[3] ที่ดำเนินงานด้านการจัดทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) เป็นเพียงกิจกรรมที่ทำให้เห็นความร่วมมือระหว่าง

หน่วยงานเท่านั้น แต่การกระทำผิดกฎหมายด้านการโฆษณายังคงมีอยู่ ส่วนการดำเนินงานของจังหวัดลพบุรี ของ ตุลาภรณ์ รุจิระยรรยง[4] ใช้กระบวนการแบบมีส่วนร่วมของเครือข่าย 3 หน่วยงาน ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาระบบงานคุ้มครองผู้บริโภค ด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ คณะกรรมการพิทักษ์สิทธิผู้บริโภคด้านการโฆษณาผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ และผู้ประกอบการสถานีวิทยุของจังหวัดลพบุรี พบว่าประสบความสำเร็จทั้งด้านมิติประสิทธิผลและมิติการจัดการ สามารถลดปัญหาโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพทางสื่อวิทยุได้ จากการทบทวนงานวิจัยเพื่อพัฒนากระบวนการดำเนินงาน ผู้วิจัยศึกษาเฉพาะการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสื่อวิทยุในการจัดการปัญหาโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ จังหวัดเชียงใหม่ ภายใต้โครงการโฆษณาสีขาวเพื่อชาวเชียงใหม่ โดยการสนับสนุนกิจกรรมต่าง ๆ หลังจากอบรมความรู้ด้านโฆษณาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ 1. ด้านการเผยแพร่ให้ความรู้แก่ประชาชน 2. สนับสนุนการผลิตสื่อ และเผยแพร่สื่อความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชนที่ถูกต้อง 3. การเตือนภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพอันตราย มีส่วนร่วมในการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ และ 4. สร้างกระแสผู้บริโภครู้เท่าทันสื่อ สรุปได้ว่าการสนับสนุนกิจกรรมต่าง ๆ ให้กับเครือข่ายสื่อ สามารถเสริมการดำเนินงาน ในการจัดการปัญหาโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพทางสื่อวิทยุกระจายเสียง จังหวัดเชียงใหม่ ได้อย่างมีประสิทธิผล จากข้อมูลปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 – 2566 การกระทำผิดด้านการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพทางสื่อวิทยุที่ไม่ถูกต้องมีแนวโน้มลดลง คิดเป็นร้อยละ 43.90, 51.81, 42.11, 26.13, 10.69 และ 8.81 แม้ว่าตัวเลขในปี พ.ศ. 2562 จะสูงขึ้นชั่วคราว แต่นั่นเป็นผลจากการขยายขอบเขตการเฝ้าระวังไปยังสถานีวิทยุทุกประเภท 166 แห่ง เพิ่มจากปี พ.ศ. 2561 ที่เฝ้าระวังเพียง 125 แห่ง เมื่อพิจารณาจากจำนวนสถานีที่พบการกระทำผิดจริง พบว่าหลังจากปี พ.ศ. 2562 มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง เกิดนวัตกรรมการดำเนินงานร่วมกันระหว่างรัฐ สื่อ ประชาชนอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เครือข่ายสื่อวิทยุสามารถเขียนโครงการและได้รับงบสนับสนุนจากกองทุนพัฒนาสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์ และทำให้เห็นว่าการสนับสนุนและพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายสื่อวิทยุส่งผลให้เกิดการพัฒนาทั้งตัวบุคคลและองค์กรในนามชมรมผู้ประกอบการวิทยุกระจายเสียงเขต 9 เชียงใหม่ แม้สิ้นสุดการดำเนินโครงการโฆษณาสีขาวเพื่อชาวเชียงใหม่ กลุ่มเครือข่ายสื่อยังดำเนินการจัดรายการวิทยุ เผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้องแก่ประชาชน การเตือนภัยและรับแจ้งเบาะแสข้อมูลผลิตภัณฑ์สุขภาพอันตราย ยังคงดำเนินการต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความสัมพันธ์ของการทำงานร่วมกัน ระหว่างเครือข่ายสื่อวิทยุกับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน ทำให้เกิดความไว้วางใจกัน เชื่อใจในด้านการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพทางสื่อวิทยุ และยังเป็นอีกช่องทางหนึ่งที่ภาครัฐสามารถเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพมากขึ้นผ่านสื่อวิทยุและสื่อออนไลน์ของเครือข่ายสื่อวิทยุ

จากข้อมูลสัมภาษณ์เชิงลึกตัวแทนสื่อวิทยุเครือข่ายภาคประชาชน หน่วยงานประจำจังหวัดเชียงใหม่ และพนักงานเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ กสทช. สรุปได้ดังนี้

ตัวแทนสื่อวิทยุผู้ให้ข้อมูล

ด้านความรู้เกี่ยวกับโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพมีความมั่นใจว่าโฆษณาได้ถูกต้อง สามารถคัดเลือก

และปฏิเสธการจ้างหากพบว่าโฆษณาไม่ถูกต้อง นอกเหนือจากนี้ยังได้รับความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพอันตรายที่เป็นปัญหาในพื้นที่ ทำให้มีความรู้มากขึ้น มีความภาคภูมิใจที่ได้เผยแพร่ความรู้ผ่านสถานีวิทยุ และการเป็นวิทยากรสื่อออบรมผู้สูงอายุและประชาชน ได้การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม มีส่วนร่วมในการเผยแพร่ความรู้ผ่านสื่อวิทยุ ให้ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้องแก่ประชาชนที่โทรมาสอบถามและภาคภูมิใจที่ได้ช่วยเหลือประชาชน สามารถเป็นศูนย์รับเรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพได้ ส่วนในด้านเศรษฐกิจไม่มีการเปลี่ยนแปลงมากนัก แม้จะมีการปฏิเสธโฆษณาอาจทำให้รายได้สถานีวิทยุลดลง แต่กลับได้สปอนเซอร์สนับสนุนเพิ่มเติมในรายการวิทยุที่ให้ความรู้ด้านสุขภาพและรับงบสนับสนุนจากโครงการกองทุนพัฒนาสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์ด้านจิตวิญญาณ ผู้วิจัยสังเกตจากรอยยิ้มและการสัมภาษณ์ของเครือข่าย มีความภาคภูมิใจที่ถ่ายทอดความรู้แก่ประชาชน ชื่นชอบกิจกรรมออกกองที่ร่วมรณรงค์ลงพื้นที่ เช่น ตลาด ที่มีแฟนคลับชื่นชมรายการและภูมิใจที่ได้เป็นวิทยากรอบรมผู้สูงอายุด้านรู้เท่าทันสื่อความรู้ด้านผลิตภัณฑ์อันตราย ยินดีอาสามาร่วมเป็นวิทยากรในการอบรมผู้สูงอายุรู้เท่าทันสื่อทุกครั้ง แม้ไม่มีค่าจ้างหรือเงินสนับสนุนจำนวนน้อย

ความคิดเห็นของเครือข่ายภาคประชาชน

ในภาพรวมชื่นชมเครือข่ายสื่อวิทยุ และได้ร่วมงานด้วยกันหลายเวทีทำให้รู้จักกันมากขึ้น มีกิจกรรมด้านการเผยแพร่ รณรงค์ประชาสัมพันธ์ก็สามารถดำเนินการร่วมกันได้อย่างดี

ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่

ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ กสทช. ให้ความเห็นต่อการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ถูกต้องผ่านทางสื่อวิทยุมีแนวโน้มลดลง และชื่นชมโครงการโฆษณาสีขาวเพื่อชาวเชียงใหม่ และชมรมผู้ประกอบการวิทยุกระจายเสียงเขต 9 เชียงใหม่

ข้อเสนอแนะ

1. ปัจจุบันนอกจากโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพทางสื่อวิทยุแล้ว ยังมีสื่อโทรทัศน์และสื่อออนไลน์ เสนอให้มีการขยายการดำเนินงานพัฒนากระบวนการแบบมีส่วนร่วมกับสื่อด้านอื่น ๆ เพื่อแก้ไขปัญหาโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพโอ้อวดเกินจริง

2. ในการเผยแพร่ความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ การสร้างกระแส คิดก่อนบริโภค รู้เท่าทันสื่อ ไม่หลงเชื่อโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพโอ้อวดเกินจริง โดยผู้มีชื่อเสียง เช่น นักร้อง นักรีวิว ยูทูปเบอร์ ดาวติ๊กตอก เข้ามามีส่วนร่วมในการสื่อสาร สามารถเผยแพร่ความรู้แก่ประชาชนได้มากขึ้น

3. หน่วยงานต่าง ๆ สามารถนำกระบวนการโฆษณาสีขาวเพื่อชาวเชียงใหม่ เป็นแนวทางหนึ่งในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาโฆษณาทางสื่อวิทยุในพื้นที่

4. ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาว เพื่อประเมินความยั่งยืนของรูปแบบการมีส่วนร่วมนี้

5. ควรขยายการดำเนินงานไปยังสื่อรูปแบบอื่น ๆ เช่น สื่อโทรทัศน์ และสื่อออนไลน์

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้ เป็นงานวิจัยที่ผู้วิจัยดำเนินงานภายใต้โครงการโฆษณาสีขาวเพื่อชาวเชียงใหม่ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 โดยงบประมาณในการดำเนินงานตลอดระยะเวลา 6 ปี ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงาน

สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เพื่อจัดการปัญหาโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพทางสถานีวิทยุกระจายเสียงจังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งผู้วิจัยได้รับความกรุณาและการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลต่าง ๆ ในด้านการให้คำปรึกษาและคำแนะนำ ตลอดจนการทำวิจัยชิ้นนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ทางผู้วิจัยจึงใคร่ขอขอบพระคุณผู้ช่วยผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัตนาภรณ์ อาวิพันธ์ อาจารย์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อาจารย์ที่ปรึกษาโครงงานวิจัย นอกจากนี้ยังได้รับการเอื้อเฟื้อการให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ ตลอดจนความร่วมมือในการการดำเนินกิจกรรมโครงการโฆษณาสีขาวเพื่อเชียงใหม่ด้วยดีจากประธานชมรมผู้ประกอบการวิทยุกระจายเสียงเขต 9 เชียงใหม่ นางสาวนัทฤทัย ทวีฤทธิ์กุล และภาคีเครือข่ายสื่อวิทยุกระจายเสียง เครือข่ายสื่อออนไลน์ ที่เห็นความสำคัญของการแก้ไขปัญหาโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ จึงขอขอบพระคุณ ทุกท่านเป็นอย่างสูงที่ได้ให้ความช่วยเหลือ และเอื้อเฟื้อมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ กิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.); 2566 [เข้าถึงเมื่อ 1 ม.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก : https://broadcast.nbtc.go.th/radio-radio_test-radio_allow
2. ดุริพัธ แจ้งใจ.ประสิทธิภาพของวิธีการแก้ไขปัญหาการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมายทางสถานีวิทยุท้องถิ่น.วารสารเภสัชกรรมไทย. 2557; 6(1): 22-40.
3. ราชัน คงชุมและคณะ.ผลของมาตรการแก้ปัญหาการโฆษณาอาหารและยาที่ผิดกฎหมายในวิทยุท้องถิ่น . วารสารเภสัชกรรมไทย. 2561; 11(3): 586-602.
4. ตุลาภรณ์ รุจิระยรรยง. การจัดการปัญหาโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมายทางสื่อวิทยุโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายจังหวัดลพบุรี. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2562; 11(3): 678-96.

สรุปโครงการโฆษณาสีขาวเพื่อชาวเชียงใหม่

JOURNAL OF HEALTH CONSUMER PROTECTION
วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
Vol: 5 No.2 July-December 2025
ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2568

การพัฒนามาตรการในการกำกับดูแลการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสมในร้านชำจังหวัดเลย

Development of measures for regulating the sale of inappropriate health products in grocery stores in Loei Province

สาวิตรี ทรงศิลป์[1]
Sawitree Songsilp[1]

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสถานการณ์การจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสมในร้านชำจังหวัดเลย ซึ่งตั้งในตำบลที่มีการดำเนินงานการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU community) และเพื่อจัดทำมาตรการในการกำกับดูแลการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสมในร้านชำจังหวัดเลย วิธีดำเนินการวิจัย : เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยแบ่งการดำเนินการออกเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 เป็นการสำรวจสถานการณ์การจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำจำนวน 446 ร้าน และประเมินความรอบรู้ของผู้ประกอบการ และระยะที่ 2 เป็นการพัฒนามาตรการในการกำกับดูแลสถานที่จำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชนโดย จัดเวทีสนทนากลุ่ม 4 กลุ่ม ใช้เทคนิค SOAR Analysis ในการวิเคราะห์ปัจจัยแวดล้อมและกำหนดเป้าหมายในการดำเนินงาน และจัดประชุมหารือภาคีเครือข่ายเพื่อพัฒนามาตรการในการกำดับดูแลการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพ ผลการวิจัย : ร้านชำส่วนใหญ่มีความเหมาะสมด้านสถานที่ (ร้อยละ 94.8) แต่พบปัญหาสำคัญคือการขายยาที่ไม่เหมาะสม โดยมีร้านไม่ผ่านเกณฑ์ถึงร้อยละ 52.2 และการจำหน่ายอาหารไม่ได้มาตรฐานพบสูงถึงร้อยละ 64.6 ผู้ประกอบการมีความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.87 จาก 5) โดยมีปัญหามากที่สุดในหมวดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (ค่าเฉลี่ย 2.26) ร้านที่ผ่านมาตรฐาน ประเภทการใช้ยาสมเหตุผล (G-RDU) เพียงร้อยละ 5.8 และ ประเภทผลิตภัณฑ์สุขภาพปลอดภัย (G-SHP) เพียงร้อยละ 2.2 ผลการพัฒนามาตรการในการกำกับดูแลการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสมในร้านชำจังหวัดเลย ประกอบด้วย 1) การสร้างความตระหนักรู้และให้ความรู้ 2) การตรวจสอบและเฝ้าระวัง 3) การบังคับใช้กฎหมาย 4) การส่งเสริมและสร้างแรงจูงใจ 5) การสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากร 6) การสร้างเครือข่ายความร่วมมือ และ 7) การลดผลกระทบต่อสุขภาพ ผลการประเมินร้านชำคุณภาพ (6 เดือนแรก) : ร้านชำสีเขียวเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10.99 เป็นร้อยละ 68.1, ผู้ประกอบการผ่านเกณฑ์ความรอบรู้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 9.0 เป็นร้อยละ 63.1, ร้านผ่านมาตรฐาน G-RDU เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.8 เป็นร้อยละ 51.5 และ G-SHP เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.2 เป็นร้อยละ 47.7 ข้อเสนอแนะ : ควรพัฒนาระบบการเฝ้าระวังให้ยั่งยืนโดยอาศัยเครือข่าย อสม. (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) และชุมชน พร้อมพัฒนาแอปพลิเคชันรายงานปัญหา ขยายเครือข่ายความร่วมมือให้ครอบคลุมทุกภาคส่วนและจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพื้นที่ บังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจังและต่อเนื่อง โดยเฉพาะกับร้านที่ยังคงจำหน่ายผลิตภัณฑ์ผิดกฎหมาย

คำสำคัญ : มาตรการกำกับดแล, ผลิตภัณฑ์สขภาพ, ร้านชำ, การใช้ยาอย่างสมเหตผลในชมชน, ภาคีเครือข่าย

[1] เภสัชกรชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย
[1] Pharmacist, Senior Professional Level. Division of Consumer Protection and Public Health Pharmacy, Loei Provincial Public Health Office. E-mail : noi_sawitree@hotmail.com

Received: 29 Jul 2025, Revised: 17 Nov 2025, Accepted: 29 Dec 2025

Abstract

Objectives : To study the situation of inappropriate health product sales in grocery stores in Loei Province located in sub- districts implementing RDU (Rational Drug Use) community programs, and to develop measures for regulating the sale of inappropriate health products in grocery stores in Loei Province. Methodology : This is an action research study divided into two phases of operation. Phase 1 involved surveying the situation of health product sales in 446 grocery stores and assessing the health literacy of the operators. Phase 2 involved developing measures for supervising health product sales venues in the community. This was achieved by conducting four focus group discussions and using SOAR Analysis to analyze environmental factors and set operational goals. Additionally, a network partner meeting was organized to develop the measures for regulating health product sales. Results : Most grocery stores had appropriate premises (94.8%), but significant problems were found in inappropriate drug sales, with 52.2% of stores failing the criteria, and substandard food sales found as high as 64.6%. Operators had moderate health product literacy (mean 2.87 out of 5), with the most problems in behavioral modification category (mean 2.26). Only 5.8% of stores met G-RDU (Grocery Store-Rational Drug Use) standards and only 2.2% met G-SHP (Grocery Store-Safety Health) standards. Seven-aspect measure development results including : 1) awareness raising and education 2) monitoring and surveillance 3) law enforcement 4) promotion and incentives 5) budget and resource support 6) collaborative networking and 7) health impact reduction. Measure Implementation Results (First 6 months) : Green grocery stores increased from 10.99% to 68.1%, operators meeting literacy criteria increased from 9.0% to 63.1%, stores meeting G-RDU standards increased from 5.8% to 51.5%, and G-SHP standards increased from 2.2% to 47.7%. Recommendations : A sustainable surveillance system should be developed utilizing the Village Health Volunteers (VHV) network and the community, along with the development of a mobile application for reporting issues. The cooperative network should be expanded to cover all sectors, and platforms for knowledge exchange between areas should be organized. Strict and continuous law enforcing is necessary, especially against shops that continue to sell illegal products.

Keywords : Regulatory measures, Health products, Grocery stores, RDU community, Networks partners

บทนำ

การเฝ้าระวังและจัดการผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่ปลอดภัยในชุมชนเป็นภารกิจสำคัญของกระทรวงสาธารณสุขตามแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 – 2579) กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาความเป็นเลิศ 4 ด้าน โดยในส่วนของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ได้มีการขับเคลื่อนโครงการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ซึ่งครอบคลุมการพัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU Community) รวมถึงร้านชำ Behavioral Modification Category[1]

การสำรวจปัญหาด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับประเทศในปี พ.ศ. 2561 - 2562 พบว่าร้อยละ 10.78 ของครัวเรือนมียาปฏิชีวนะเหลือใช้ และพบผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ตรวจพบการปลอมปนสเตียรอยด์ในครัวเรือนร้อยละ 11.0 จากการสำรวจร้านค้าปลีก จำนวน 1,029 ร้าน พบร้านที่ขายยาปฏิชีวนะ 343 ร้าน ร้อยละ 28.37 ร้านที่ขายยา สเตียรอยด์ทั้งในรูปแบบยาเดี่ยวและยาชุด จำนวน 98 ร้าน ร้อยละ 8.11 [2]

ร้านชำ เป็นสถานที่จำหน่ายสินค้าเบ็ดเตล็ดและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน อาทิเช่น อาหาร เครื่องสำอาง ยาจำหน่ายได้เฉพาะยาสามัญประจำบ้าน ผลิตภัณฑ์สมุนไพรจำหน่ายได้เฉพาะผลิตภัณฑ์สมุนไพรขายทั่วไป วัตถุอันตรายที่ใช้ในบ้านเรือน หากพบการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียน ขายยาหรือผลิตภัณฑ์สมุนไพรนอกเหนือจากที่กล่าวข้างต้นถือว่ามีความผิดตามกฎหมาย

จังหวัดเลย มีการสำรวจสถานการณ์ปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชนของอำเภอนาด้วง ในปี พ.ศ. 2553 พบการจำหน่ายยาแผนปัจจุบันที่มิใช่ยาสามัญประจำบ้านในร้านชำร้อยละ 76.5[3] ในปี พ.ศ. 2567 มีการดำเนินกิจกรรม RDU Community จำนวน 27 ตำบล จากทั้งหมด 89 ตำบลใน 14 อำเภอ โดยประเมินร้านชำ 666 ร้าน พบว่า มีการจำหน่ายยาแผนปัจจุบันที่มิใช่ยาสามัญประจำบ้านในร้านชำร้อยละ 53.5

การแก้ไขปัญหาโดยหน่วยงานสาธารณสุขเพียงอย่างเดียวยังไม่เพียงพอ จึงควรมีการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนทั้งองค์กรภาครัฐและเอกชนเพื่อพัฒนาแนวทางหรือมาตรการในการกำกับดูแลร้านจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพของจังหวัดเลย ร่วมกับหน่วยงานของรัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ทุกฝ่าย ได้มีส่วนร่วมในการกำกับดูแล เพื่อให้ประชาชนได้รับสินค้าที่เหมาะสมและปลอดภัย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสมในร้านชำจังหวัดเลยซึ่งตั้งในตำบลที่มีการดำเนินงาน RDU community
2. เพื่อพัฒนามาตรการในการกำกับดูแลการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสมในร้านชำจังหวัดเลย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบ่งการดำเนินการออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การสำรวจสถานการณ์ผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำก่อนการกำหนดแนวทางระดับจังหวัด ในร้านชำจำนวน 446 ร้าน ประเมินความรอบรู้ของผู้ประกอบการ และระยะที่ 2 การพัฒนาแนวทางในการกำกับดูแลสถานที่จำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายจัดเวทีสนทนากลุ่ม (Focus Group discussion) 4 กลุ่ม ใช้เทคนิค SOAR Analysis เป็นการวิเคราะห์หาจุดแข็ง (strengths), โอกาส (Opportunities), แรงบันดาลใจ (Aspirations)

และผลลัพธ์ (Results) ในการวิเคราะห์ปัจจัยแวดล้อมและกำหนดเป้าหมายในการดำเนินงาน[5] และจัดประชุมหารือภาคีเครือข่ายเพื่อพัฒนามาตรการในการกำดับดูแลการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพ

- ระยะที่ 1 การสำรวจสถานการณ์ผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำก่อนการกำหนดมาตรการระดับจังหวัด

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือร้านชำในจังหวัดเลย ที่ตั้งอยู่ในตำบลที่มีการดำเนินกิจกรรม RDU Community ในปี พ.ศ. 2567 จำนวน 617 แห่ง กลุ่มตัวอย่างคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรสำหรับการประมาณค่าตัวแปรเชิงคุณภาพในประชากรกลุ่มเดียว กำหนดความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 เท่ากับ 0.05 และความคลาดเคลื่อนของการวัดไม่เกินร้อยละ 4 ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ 433 ร้าน เลือกตัวอย่างจากแต่ละตำบลมาเท่ากับร้อยละ 65 - 75 ของจำนวนร้านชำในแต่ละตำบลเป้าหมาย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใช้แบบสำรวจร้านชำในชุมชน โดยใช้โปรแกรมระบบเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน (G-RDU & G-SHP หรือ Grocery Story-Rational Drug Use & Grocery Story-Safety Health Products) ซึ่งจัดทำโดยศูนย์วิชาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.) มูลนิธิวิทยาลัยการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพ (มวคบ.) แบบสำรวจประกอบด้วย 9 ตอน ได้แก่ 1) สภาพทั่วไปและสถานที่ 2) ผลิตภัณฑ์ที่ผิดกฎหมายหรือไม่มีใบอนุญาต 3) การจำหน่ายยา 4) โฆษณา 5) การจำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพร 6) การจำหน่ายเครื่องสำอาง 7) การจำหน่ายอาหาร 8) การจำหน่ายประเภทอื่น และ 9) ความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการร้านชำ[4]

3. วิธีการเก็บข้อมูล

จัดประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย จำนวน 10 คน ทีมประเมินร้านชำ 1 ทีม ประกอบด้วยบุคลากร 6 - 10 คน โดยมีเจ้าหน้าที่ระดับจังหวัด 3 คน ระดับตำบลและอำเภอ 3 - 7 คน มอบหมายหน้าที่การตรวจเยี่ยมร้านชำ ได้แก่ การตรวจสินค้าและผลิตภัณฑ์สุขภาพ การสัมภาษณ์ผู้ประกอบการ และการลงข้อมูลในโปรแกรม G-RDU & G-SHP

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรม G-RDU & G-SHP วิเคราะห์โดยวิธีการพรรณนาวิเคราะห์ (Descriptive Analysis) ใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย

- ระยะที่ 2 การพัฒนามาตรการในการกำกับดูแลการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสมในร้านชำ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

มีการจัดเวทีสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) จำนวน 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มเภสัชกรโรงพยาบาล (รพ.) กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ กลุ่มเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และ กลุ่มประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ระดับอำเภอ ใช้เทคนิค SOAR Analysis ในการวิเคราะห์ปัจจัยแวดล้อมและกำหนดเป้าหมายการดำเนินงาน[5] และจัดประชุมระดมความเห็นภาคีเครือข่าย ใช้เทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และนำข้อมูลที่ได้จากการบันทึกการประชุม และมติที่ประชุมมาเรียบเรียงเพื่อทำเป็นมาตรการในการดำเนินการระดับจังหวัดในการกำกับดูแลการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสมในร้านชำ

ขั้นตอนในการวิจัย

การวิจัยดำเนินการ 4 ขั้นตอนหลัก :

- **ขั้นตอนที่ 1** การเตรียมการและสำรวจข้อมูลภาคสนาม ดำเนินการสำรวจร้านชำโดยทีมเจ้าหน้าที่จากกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่
- **ขั้นตอนที่ 2** การจัดเวทีสนทนากลุ่ม โดยแบ่งเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มเภสัชกร รพ. กลุ่มเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ กลุ่มเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และกลุ่ม อสม.
- **ขั้นตอนที่ 3** การประชุมภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยผู้แทนจากหน่วยงานระดับจังหวัด และการขับเคลื่อนมาตรการในระดับจังหวัด
- **ขั้นตอนที่ 4** ประเมินผลการดำเนินงานขับเคลื่อนมาตรการ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย เลขที่ ECLOEI 067/2567

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์การจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสมในร้านชำจังหวัดเลย จากการสำรวจร้านชำ 446 ร้าน พบว่า

- **ด้านสถานที่และผลิตภัณฑ์ :** ร้านชำส่วนใหญ่มีความเหมาะสมด้านสถานที่ (ร้อยละ 94.8) และแทบไม่พบผลิตภัณฑ์ที่ผิดกฎหมาย (ร้อยละ 96.9 ผ่านเกณฑ์) ปัญหาสำคัญคือการขายยาที่ไม่เหมาะสม โดยมีร้านไม่ผ่านเกณฑ์ถึงร้อยละ 52.2 และการจำหน่ายอาหารไม่ได้มาตรฐานพบสูงถึงร้อยละ 64.6 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของร้านชำที่ผ่านเกณฑ์ด้านสถานที่และผลิตภัณฑ์ จำแนกตามอำเภอ

อำเภอ	จำนวนร้าน	ผ่านเกณฑ์ด้านสถานที่ (ร้อยละ)	ผ่านเกณฑ์ผลิตภัณฑ์ที่ผิดกฎหมาย (ร้อยละ)	ผ่านเกณฑ์การขายยา (ร้อยละ)	ผ่านเกณฑ์อาหาร (ร้อยละ)	ผ่านเกณฑ์เครื่องสำอาง (ร้อยละ)	ผ่านเกณฑ์การโฆษณา (ร้อยละ)	ผ่านเกณฑ์สมุนไพร (ร้อยละ)	ผ่านเกณฑ์ผลิตภัณฑ์อื่น ๆ (ร้อยละ)
เมือง	77	96.1	93.5	48.1	50.6	72.7	98.7	85.7	66.2
นาด้วง	19	89.5	100	52.6	47.4	94.7	100	84.2	63.2
เชียงคาน	16	81.3	100	18.8	18.8	68.8	100	81.3	62.5
ปากชม	20	100	100	40.0	25.0	95.0	100	85.0	65.0
ด่านซ้าย	117	93.2	100	59.8	31.6	83.8	96.6	96.6	84.6
นาแห้ว	11	100	90.9	36.4	27.3	63.6	100	81.8	81.8
ภูเรือ	13	100	100	53.8	38.5	100.0	100	92.3	92.3
ท่าลี่	10	90.0	90.0	30.0	0.0	50.0	100	40.0	70.0
วังสะพุง	80	97.5	95.0	46.3	30.0	90.0	100	90.0	65.0
ภูกระดึง	12	91.7	91.7	25.0	8.3	91.7	100	83.3	50.0
ภูหลวง	5	100	100	40.0	40.0	100	100	60.0	0.0
ผาขาว	27	100	100	40.7	40.7	81.5	100	85.2	25.9
เอราวัณ	26	92.3	92.3	53.8	53.8	76.9	100	92.3	69.2
หนองหิน	13	92.3	100	30.8	38.5	84.6	92.3	76.9	69.2
รวม	**446**	**94.8**	**96.9**	**47.8**	**35.4**	**82.5**	**98.7**	**87.9**	**68.4**

- ด้านความรอบรู้ของผู้ประกอบการ : ความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.87 ± 1.3 จากคะแนนเต็ม 5) โดยมีปัญหามากที่สุดในหมวดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (ค่าเฉลี่ย 2.26 ± 1.24) โดยเฉพาะการตรวจสอบเลขทะเบียนยาและการอ่านฉลาก รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการประเมินความรอบรู้ของผู้ประกอบการร้านชำจำแนกรายหมวด n = 446 ร้าน)

หมวด	ค่าเฉลี่ย ± SD	ผลประเมิน
หมวดที่ 1 การเข้าถึงข้อมูล	2.53 ± 1.36	ปานกลาง
หมวดที่ 2 ความเข้าใจ	3.47 ± 1.29	ปานกลาง
หมวดที่ 3 การโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยน	2.71 ± 1.44	ปานกลาง
หมวดที่ 4 การตัดสินใจ	3.17 ± 1.23	ปานกลาง
หมวดที่ 5 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	2.26 ± 1.24	น้อย
หมวดที่ 6 การบอกต่อ	2.63 ± 1.3	ปานกลาง
ภาพรวมทั้ง 6 หมวด	**2.87 ± 1.3**	**ปานกลาง**

- การประเมินมาตรฐานร้านชำ : พบว่าเป็นร้านสีเขียว 65 ร้าน (ร้อยละ 14.6), ร้านสีเหลือง 131 ร้าน (ร้อยละ 29.4) และร้านสีแดง 250 ร้าน (ร้อยละ 56.0) ผู้ประกอบการที่ผ่านเกณฑ์ความรอบรู้มีเพียง 40 ราย (ร้อยละ 9.0) ร้านที่ผ่านมาตรฐาน G-RDU มีเพียง 26 ร้าน (ร้อยละ 5.8) และผ่านมาตรฐาน G-SHP เพียง 10 ร้าน (ร้อยละ 2.2) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการประเมินร้านชำประเภททั่วไปและร้านชำคุณภาพ (n = 446 ร้าน)

อำเภอ	จำนวนร้านที่สำรวจ (ร้าน)	ร้านสีเขียว GG(G) (ร้อยละ)	ร้านสีเหลือง GG(Y) (ร้อยละ)	ร้านสีแดง GG(R) (ร้อยละ)	ผ่านเกณฑ์ความรอบรู้ (ร้อยละ)	ผ่านมาตรฐาน G-RDU (ร้อยละ)	ผ่านมาตรฐาน G-SHP (ร้อยละ)
เมือง	77	11 (14.3)	19 (24.7)	47 (61.0)	5 (6.5)	3 (3.9)	2 (2.6)
นาด้วง	19	5 (26.3)	5 (26.3)	9 (47.4)	2 (10.5)	2 (10.5)	0
เชียงคาน	16	0	3 (18.7)	13 (81.3)	0	0	0
ปากชม	20	3 (15.0)	5 (25.0)	12 (60.0)	0	0	0
ด่านซ้าย	117	27 (23.1)	39 (3.3)	51 (43.6)	18 (15.4)	15 (12.8)	5 (4.3)
นาแห้ว	11	2 (18.2)	1 (9.1)	8 (72.7)	0	0	0
ภูเรือ	13	2 (15.4)	5 (38.5)	6 (46.1)	1 (7.7)	0	0
ท่าลี่	10	0	3 (30.0)	7 (70.0)	0	0	0
วังสะพุง	80	7 (8.8)	28 (35.0)	45 (56.2)	9 (11.2)	5 (6.25)	2 (2.5)

ตารางที่ 3 ผลการประเมินร้านชำประเภททั่วไปและร้านชำคุณภาพ (n = 446 ร้าน) (ต่อ)

อำเภอ	จำนวนร้านที่สำรวจ (ร้าน)	ร้านสีเขียว GG(G) (ร้อยละ)	ร้านสีเหลือง GG(Y) (ร้อยละ)	ร้านสีแดง GG(R) (ร้อยละ)	ผ่านเกณฑ์ความรอบรู้ (ร้อยละ)	ผ่านมาตรฐาน G-RDU (ร้อยละ)	ผ่านมาตรฐาน G-SHP (ร้อยละ)
ภูกระดึง	12	0	2 (16.7)	10 (83.3)	0	0	0
ภูหลวง	5	0	2 (40.0)	3 (60.0)	0	0	0
ผาขาว	27	3 (11.1)	8 (29.6)	16 (59.3)	1 (3.7)	0	0
เอราวัณ	26	5 (19.2)	7 (26.9)	14 (53.8)	4 (15.4)	1 (3.8)	1 (3.8)
หนองหิน	13	0	4 (30.8)	9 (69.2)	0	0	0
รวม	**446**	**65 (14.6)**	**131 (29.4)**	**250 (56.0)**	**40 (9.0)**	**26 (5.8)**	**10 (2.2)**

หมายเหตุ:

- GG(G) = ร้านประเภทสีเขียว (จำหน่ายเฉพาะผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เหมาะสม)
- GG(Y) = ร้านประเภทสีเหลือง (มีปัญหาเล็กน้อยที่สามารถแก้ไขได้)
- GG(R) = ร้านประเภทสีแดง (จำหน่ายยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่นที่ไม่เหมาะสม ผิดกฎหมาย)
- G-RDU = ร้านชำคุณภาพประเภทการใช้ยาสมเหตุผล
- G-SHP = ร้านชำคุณภาพประเภทผลิตภัณฑ์สุขภาพปลอดภัย
- ผ่านเกณฑ์ความรอบรู้ คือ ผ่านมากกว่า 90 คะแนน จากคะแนนเต็ม 115 คะแนน

2. มาตรการในการกำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพ

การจัดเวทีสนทนา เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยแวดล้อมและกำหนดเป้าหมายในการดำเนินงานในการหาข้อเสนอ แนวทาง และมาตรการในการกำกับดูแลการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชนด้วยเทคนิค SOAR Analysis และการประชุมหารือภาคีเครือข่าย ได้ข้อเสนอมาตรการในการกำกับดูแลการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน 7 ด้าน ได้แก่

1) มาตรการด้านการสร้างความตระหนักรู้และการให้ความรู้

วัตถุประสงค์: เพื่อยกระดับความรู้และความตระหนักของผู้ประกอบการร้านชำและประชาชนเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ปลอดภัยและถูกต้องตามกฎหมาย

กิจกรรมหลัก:

- จัดอบรมให้ผู้ประกอบการร้านชำทุกอำเภออย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง โดยเน้นเนื้อหาเกี่ยวกับการอ่านฉลากผลิตภัณฑ์ การตรวจสอบเลขทะเบียน กฎหมายที่เกี่ยวข้อง และผลกระทบต่อสุขภาพจากผลิตภัณฑ์ที่ไม่ปลอดภัย
- พัฒนาสื่อประชาสัมพันธ์ที่เข้าใจง่าย เช่น โปสเตอร์แสดงผลิตภัณฑ์ที่ขายได้และขายไม่ได้ติดไว้ที่ร้านชำ ภายใต้แนวคิด "ร้านชำปลอดภัยใส่ใจผู้บริโภค"
- ให้ความรู้แก่ประชาชนและแกนนำชุมชนผ่านเครือข่าย อสม. ผู้นำชุมชน และโรงเรียน โดยบูรณาการเข้ากับกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน

หน่วยงานรับผิดชอบ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ร่วมกับ รพ. รพ.สต. และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2) มาตรการด้านการตรวจสอบและเฝ้าระวัง

วัตถุประสงค์: เพื่อสร้างระบบเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืนในการตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำ รวมถึงแหล่งจำหน่ายอื่น ๆ ในชุมชน

กิจกรรมหลัก:

- ขยายการใช้โปรแกรม G-RDU & G-SHP ให้ครอบคลุมทุกอำเภอและตำบล เพื่อประเมินมาตรฐานร้านชำอย่างเป็นระบบ
- จัดตั้งเครือข่ายเฝ้าระวังชุมชนแบบบูรณาการ เช่น เครือข่าย "บวร.ร." (บ้าน วัด โรงเรียน รพ./รพ.สต.) โดยบรรจุเป็นประเด็นสำคัญในการประชุม พชอ. (คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ)
- กำหนดให้มีการตรวจเยี่ยมร้านชำโดยทีม อสม. เดือนละ 1 ครั้ง และทีมสหวิชาชีพ (เภสัชกร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ท้องถิ่น) อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
- จัดตั้งศูนย์รับเรื่องร้องเรียนและแจ้งเบาะแสผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่ปลอดภัยในทุกอำเภอ

หน่วยงานรับผิดชอบ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล รพ.สต. อสม. และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

3) มาตรการด้านการบังคับใช้กฎหมาย

วัตถุประสงค์: เพื่อสร้างความเข้มงวดในการบังคับใช้กฎหมายและป้องปรามการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมาย

กิจกรรมหลัก:

- จัดตั้ง "ศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่ปลอดภัยจังหวัดเลย" เป็นคณะทำงานเฉพาะกิจที่มีการบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- สนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นออกเทศบัญญัติ/ข้อบัญญัติควบคุมการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยในชุมชน
- กำหนดมาตรการลงโทษที่ชัดเจนและบังคับใช้อย่างจริงจัง โดยเฉพาะกรณีจำหน่ายยาอันตราย ยาชุด และผลิตภัณฑ์ที่ไม่มีเลขทะเบียน

หน่วยงานรับผิดชอบ: ตำรวจภูธรจังหวัดเลย ที่ทำการปกครองจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

4) มาตรการด้านการส่งเสริมและสร้างแรงจูงใจ

วัตถุประสงค์: เพื่อกระตุ้นให้ผู้ประกอบการร้านชำปฏิบัติตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมหลัก:

- พัฒนา "ร้านชำคุณภาพต้นแบบ" อย่างน้อยอำเภอละ 1 แห่ง ที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน G-RDU และ G-SHP เพื่อเป็นแหล่งเรียนรู้ในชุมชน
- จัดทำโครงการ เช่น "ร้านชำดีมีรางวัล" โดยมอบใบประกาศเกียรติคุณและป้ายรับรองมาตรฐานให้กับร้านที่ผ่านเกณฑ์ (มีอายุการรับรอง 1 ปี)
- ประชาสัมพันธ์ร้านชำที่ผ่านมาตรฐานผ่านสื่อในชุมชนและในงานสำคัญของจังหวัด

หน่วยงานรับผิดชอบ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์การบริหารส่วนจังหวัด และสำนักงานประชาสัมพันธ์จังหวัด

5) มาตรการด้านการสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากร

วัตถุประสงค์: เพื่อสร้างความยั่งยืนในการดำเนินงานผ่านการจัดหาแหล่งงบประมาณที่หลากหลาย

กิจกรรมหลัก:

- จัดกิจกรรมประชาสัมพันธ์ รณรงค์ในระดับจังหวัด โดยขอรับการสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนจังหวัดและภาคเอกชนในพื้นที่
- สนับสนุนให้ใช้งบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในการดำเนินโครงการเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค
- พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการเฝ้าระวังและติดตามประเมินผลการดำเนินงานทั้งจังหวัด

หน่วยงานรับผิดชอบ: องค์การบริหารส่วนจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

6) มาตรการด้านการสร้างเครือข่ายความร่วมมือ

วัตถุประสงค์: เพื่อสร้างการทำงานแบบบูรณาการระหว่างหน่วยงานและภาคส่วนต่าง ๆ

กิจกรรมหลัก:

- จัดทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) ระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการกำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน
- จัดตั้ง "คณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับจังหวัด" โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน
- ฟื้นฟูศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ให้เป็นกลไกในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของประชาชนในชุมชน
- บรรจุประเด็นการจัดการปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสมเป็นวาระสำคัญในการประชุมหัวหน้าส่วนราชการจังหวัด

หน่วยงานรับผิดชอบ: ผู้ว่าราชการจังหวัด ร่วมกับทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

7) มาตรการด้านการลดผลกระทบต่อสุขภาพ

วัตถุประสงค์: เพื่อลดผลกระทบทางลบต่อสุขภาพของประชาชนจากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสม

กิจกรรมหลัก:

- จัดทำระบบเฝ้าระวังและรายงานผลข้างเคียงจากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสมในจังหวัด โดยมี รพ.จังหวัดเป็นหน่วยงานหลัก
- จัดตั้ง "ทีมสอบสวนโรคจากผลิตภัณฑ์สุขภาพ" ในระดับจังหวัดและอำเภอ
- ส่งเสริมการใช้สมุนไพรและภูมิปัญญาท้องถิ่นที่ปลอดภัยทดแทนผลิตภัณฑ์ที่ไม่เหมาะสม

หน่วยงานรับผิดชอบ: รพ.จังหวัด รพ.ชุมชน และ รพ.สต.

3. ผลการดำเนินงานขับเคลื่อนมาตรการในการกำกับดูแลการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสมในร้านชำจังหวัดเลย ในช่วงเวลากุมภาพันธ์ – กรกฎาคม 2568 และชุมชนนำร่องในการจัดการผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่ปลอดภัยในชุมชน

ดำเนินการขับเคลื่อนมาตรการในการกำกับดูแลการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่เหมาะสมในชุมชน โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ได้ดำเนินกิจกรรมดังนี้

1) จัดประชุมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในทุกอำเภอ ประกอบด้วย รพ.ทุกแห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ รพ.สต. 1 แห่งต่ออำเภอ เพื่อฝึกปฏิบัติการใช้โปรแกรมระบบเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน (G-RDU & G-SHP MOPH) และร่วมพัฒนาแนวทางมาตรการในการกำกับดูแลการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัย

2) มอบหมายให้อำเภอทุกอำเภอ ดำเนินกิจกรรมตามมาตรการ ตรวจร้านชำซ้ำในตำบลที่ได้ดำเนินการตรวจประเมินเมื่อไตรมาสที่ 1 ให้มีการดำเนินกิจกรรมอบรมให้ความรู้ พร้อมประสานงานภาคีเครือข่ายในชุมชนร่วมในการตรวจเฝ้าระวังร้านชำเพิ่มอีก 1 ตำบลเป็นอย่างน้อย โดยนำโปสเตอร์เรื่องยาสามัญประจำบ้านและยาอันตรายมอบแก่ร้านชำ พร้อมบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรม G-RDU & G-SHP

ในการดำเนินการตรวจเยี่ยมร้านชำในรอบที่ 2 (ข้อมูล ณ ไตรมาส 3/2568) เปรียบเทียบกับผลการตรวจร้านชำ ในรอบที่ 1 (ข้อมูล ณ ไตรมาส 1/2568) มีอำเภอที่ดำเนินกิจกรรมและลงข้อมูลในโปรแกรมเสร็จสิ้น จำนวน 10 อำเภอ จากจำนวนทั้งหมด 14 อำเภอ สรุปผลดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการประเมินร้านชำคุณภาพ เปรียบเทียบไตรมาสที่ 1 และไตรมาสที่ 3 ปี พ.ศ. 2568 (ก่อนและหลังดำเนินงาน) (n = 446)

อำเภอ	สำรวจ(ร้าน)		ร้านสีเขียว GG(G) (ร้อยละ)		ผ่านเกณฑ์ความรอบรู้ (ร้อยละ)		ผ่านมาตรฐาน G-RDU (ร้อยละ)		ผ่านมาตรฐาน G-SHP (ร้อยละ)	
	ไตรมาส 1/68	ไตรมาส 3/68	ไตรมาส 1/68	ไตรมาส 3/68	ไตรมาส 1/68	ไตรมาส 3/68	ไตรมาส 1/68	ไตรมาส 3/68	ไตรมาส 1/68	ไตรมาส 3/68
ปากชม	20	31	3 (15.0)	16 (51.6)	0	17 (54.8)	0	14 (45.2)	0	10 (32.3)
ด่านซ้าย	117	156	27 (23.1)	45 (28.8)	18 (15.4)	73 (46.8)	15 (12.8)	50 (32.1)	5 (4.3)	37 (23.7)
นาแห้ว	11	38	2 (18.2)	35 (92.1)	0	4 (10.5)	0	4 (10.5)	0	3 (7.9)
ภูเรือ	13	32	2 (15.4)	14 (43.8)	1 (7.7)	26 (81.3)	0	16 (50.0)	0	14 (43.8)
วังสะพุง	80	502	7 (8.8)	405 (80.7)	9 (11.2)	345 (68.7)	5 (6.25)	289 (57.6)	2 (2.5)	280 (55.8)
ภูกระดึง	12	15	0	7 (46.7)	0	5 (33.3)	0	5 (33.3)	0	5 (33.3)
ภูหลวง	5	42	0	41 (97.6)	0	38 (90.5)	0	38 (90.5)	0	38 (90.5)
ผาขาว	27	47	3 (11.1)	22 (46.8)	1 (3.7)	37 (78.7)	0	24 (51.1)	0	19 (40.4)
เอราวัณ	26	25	5 (19.2)	15 (60.0)	4 (15.4)	8 (32.0)	1 (3.8)	8 (32.0)	1 (3.8)	7 (28.0)
หนองหิน	13	30	0	28 (93.3)	0	29 (96.7)	0	28 (93.3)	0	28 (93.3)
รวม	**446**	**918**	**49 (10.99)**	**631 (68.1)**	**40 (9.0)**	**584 (63.1)**	**26 (5.8)**	**477 (51.5)**	**10 (2.2)**	**442 (47.7)**

หมายเหตุ:

- GG(G) = ร้านประเภทสีเขียว (จำหน่ายเฉพาะผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เหมาะสม)
- G-RDU = ร้านชำคุณภาพประเภทการใช้ยาสมเหตุผล
- G-SHP = ร้านชำคุณภาพประเภทผลิตภัณฑ์สุขภาพปลอดภัย
- ผ่านเกณฑ์ความรอบรู้ คือ ผ่านมากกว่า 90 คะแนน จากคะแนนเต็ม 115 คะแนน

ผลการสำรวจร้านชำ เปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่าจำนวนร้านที่ได้รับการสำรวจเพิ่มมากขึ้นจากเดิม 446 เพิ่มเป็น 918 ร้าน และมีร้านที่ผ่านมาตรฐานเพิ่มขึ้น ดังนี้

- ร้านชำเป็นร้านสีเขียว เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 68.1 (เดิมร้อยละ 10.99)
- ผู้ประกอบการผ่านเกณฑ์ความรู้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 63.1 (เดิมร้อยละ 9.0)
- ร้านชำผ่านมาตรฐาน G-RDU เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 51.5 (เดิมร้อยละ 8)
- ร้านชำผ่านมาตรฐาน G-SHP เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 47.7 (เดิมร้อยละ 2.2)

ผลการดำเนินงานชุมชนนำร่องในการจัดการผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่ปลอดภัยในชุมชน ได้คัดเลือกพื้นที่ จำนวน 1 ชุมชน เพื่อพัฒนาเป็นชุมชนต้นแบบในการจัดการปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่ปลอดภัยในชุมชนคือ หมู่ 3 บ้านบุ่งผักก้าม และหมู่ 4 บ้านปากเป่ง ตำบลวังสะพุง อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย

ผลการดำเนินงานในพื้นที่อำเภอวังสะพุง แสดงอยู่ในตารางที่ 1 จะเห็นว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน ได้มีการดำเนินกิจกรรมตรวจร้านชำเพิ่มขึ้น จาก 80 ร้าน เป็น 502 ร้าน ผลการตรวจร้านชำ ดังนี้

- ร้านชำสีเขียวเพิ่มขึ้นร้อยละ 80.7 (เดิมร้อยละ 8.8)

- ผู้ประกอบการผ่านเกณฑ์ความรู้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 68.7 (เดิมร้อยละ 11.2)

- ร้านชำผ่านมาตรฐาน G-RDU เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 57.6 (เดิมร้อยละ 6.25)

- ร้านชำผ่านมาตรฐาน G-SHP เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 55.8 (เดิมร้อยละ 2.5)

- ในชุมชนนำร่องการจัดการผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่ปลอดภัย ในร้านชำจำนวน 11 ร้าน ผ่านมาตรฐาน G-RDU จากเดิม จำนวน 1 ร้าน (คิดเป็นร้อยละ 9) เพิ่มเป็น 10 ร้าน (คิดเป็นร้อยละ 90.9)

- มีการจัดทำ MOU และธรรมนูญสุขภาพของตำบลวังสะพุง เพื่อให้ภาคีเครือข่ายรับทราบปัญหาและร่วมในกระบวนการจัดการปัญหา รวมถึงจัดตั้งศูนย์รับเรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ตำบลวังสะพุง ณ เทศบาลเมืองวังสะพุง

สรุปอภิปรายผล

ผลการวิจัยสถานการณ์การจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่เหมาะสมในร้านชำจังหวัดเลย พบปัญหาสำคัญคือ การขายยาที่ไม่เหมาะสม โดยมีร้านไม่ผ่านเกณฑ์ถึงร้อยละ 52.2 และการจำหน่ายอาหารไม่ได้มาตรฐานพบสูงถึงร้อยละ 64.6 นอกจากนั้น ยังพบผลิตภัณฑ์สุขภาพที่จัดเป็นวัตถุอันตรายที่ใช้ในบ้านเรือนไม่ขึ้นทะเบียนให้ถูกต้องเช่น ธูปจุดกันยุง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ธีรยุทธ นาคฤทธิ์ ที่พบการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมในร้านชำอำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ร้อยละ 54.8[6] และการศึกษาของ อัปสร บุญยัง และ รุ่งทิวา หมื่นปา ที่พบร้านชำในจังหวัดพิษณุโลกร้อยละ 47.9 จำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสม สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดปัญหานี้คือ ผู้ประกอบการร้านชำมีความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในระดับปานกลางเท่านั้น โดยเฉพาะในด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีความรอบรู้อยู่ในระดับน้อย สะท้อนให้เห็นว่าแม้ผู้ประกอบการจะมีความรู้บ้าง แต่ยังไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง โดยเฉพาะในเรื่องการตรวจสอบเลขทะเบียนยาและการอ่านฉลากก่อนการซื้อมาจำหน่าย[7]

การใช้เทคนิค SOAR Analysis ในการพัฒนามาตรการ ทำให้ได้มาตรการที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการความเสี่ยงที่ต้องมีการดำเนินงานอย่างเป็นระบบและครบวงจร[8]

ผลการขับเคลื่อนมาตรการในระยะเวลา 6 เดือน แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลที่ชัดเจน โดยเฉพาะการเพิ่มขึ้นของร้านชำสีเขียว จากร้อยละ 10.99 เป็นร้อยละ 68.1 และผู้ประกอบการผ่านเกณฑ์ความรอบรู้เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 9.0 เป็นร้อยละ 63.1 ความสำเร็จนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สลิลทิพย์ น้อยสนิท และ ชิดชนก เรือนก้อน ที่พัฒนาพื้นที่ต้นแบบปลอดยาปฏิชีวนะ ยาชุด ยาผสมสารสเตียรอยด์ ซึ่งพบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตเป็นกลไกสำคัญในความสำเร็จ[9]

จากผลการวิจัย พบปัจจัยสำคัญที่ทำให้การขับเคลื่อนมาตรการประสบความสำเร็จ ได้แก่

1. การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การที่มีหน่วยงานหลายภาคส่วนเข้ามาร่วมขับเคลื่อนทั้งภาครัฐ ท้องถิ่น และชุมชน ทำให้เกิดพลังในการแก้ปัญหาอย่างยั่งยืน

2. การใช้เทคโนโลยี การนำโปรแกรม G-RDU & G-SHP มาใช้ ทำให้การตรวจสอบและติดตามผลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

3. การสร้างแรงจูงใจ การมอบใบรับรองและการประชาสัมพันธ์ร้านที่ผ่านมาตรฐาน สร้างแรงจูงใจให้ผู้ประกอบการปรับปรุงร้านของตน

4. การพัฒนาต้นแบบ การเลือกตำบลวังสะพุงเป็นพื้นที่นำร่อง ทำให้สามารถพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมก่อนขยายผลไปยังพื้นที่อื่น

การนำมาตรการเหล่านี้ไปสู่การปฏิบัติจำเป็นต้องมีการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ

และควรมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพของมาตรการให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ระดับจังหวัด ควรประกาศให้การจัดการปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชนเป็นวาระสำคัญบรรจุในแผนพัฒนาจังหวัดและจัดสรรงบประมาณอย่างต่อเนื่อง

2. ระดับอำเภอ ควรกำหนดให้เป็นตัวชี้วัดของอำเภอ และบูรณาการเข้ากับการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

3. ระดับท้องถิ่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรออกเทศบัญญัติ/ข้อบัญญัติเพื่อควบคุมการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัย

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1. การพัฒนาศักยภาพ จัดอบรมเพิ่มเติมในประเด็นที่ผู้ประกอบการยังมีความรู้น้อย โดยเน้นการปฏิบัติจริง

2. การเฝ้าระวัง พัฒนาระบบการเฝ้าระวังให้ยั่งยืนโดยอาศัยเครือข่าย อสม. และชุมชน พร้อมพัฒนาแอปพลิเคชันรายงานปัญหา

3. การบังคับใช้กฎหมาย บังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจังและต่อเนื่อง โดยเฉพาะกับร้านที่ยังคงจำหน่ายผลิตภัณฑ์ผิดกฎหมาย

4. การสร้างเครือข่าย ขยายเครือข่ายความร่วมมือให้ครอบคลุมทุกภาคส่วน และจัดแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพื้นที่

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาติดตามผลระยะยาวเพื่อประเมินความยั่งยืน รวมถึงรวบรวมปัญหาอุปสรรคและความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน

2. ศึกษาเปรียบเทียบรูปแบบการดำเนินงานในพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกัน และระบุมาตรการที่มีความสำคัญที่สุด

3. ควรพัฒนานวัตกรรมหรือเทคโนโลยีใหม่ ๆ เพื่อช่วยในการตรวจสอบและเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน

การวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าการพัฒนามาตรการโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสามารถปรับปรุงสถานการณ์การจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ สมาคมเภสัชสาธารณสุขแห่งประเทศไทย (ภสธท.) อาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัย รศ.ดร.ภก.สงวน ลือเกียรติบัณฑิต คณาจารย์และทีมวิชาการ ภสธท. เป็นอย่างสูงที่ได้ให้คำปรึกษาข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ขอขอบคุณทีมงานในกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข (คบส.) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย ทีมงาน คบส. ในระดับอำเภอ ระดับตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นทีมงานคุ้มครองผู้บริโภคที่เข้มแข็งและร่วมในการสำรวจร้านชำในจังหวัดเลย หวังเป็นอย่างยิ่งว่ารายงานวิจัยฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนากระบวนการในการจัดการปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสมในชุมชนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผล. กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2566.
2. สมหญิง พุ่มทอง. รายงานสรุปผลการดำเนินงานโครงการส่งเสริมการใช้ยาปลอดภัยในชุมชน ปี 2561-2562. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา; 2562.
3. สาวิตรี ทรงศิลป์. การศึกษาสถานการณ์ปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน กรณีศึกษา อำเภอนาด้วง จังหวัดเลย ปี 2553 [รายงานการวิจัย]. เลย: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย; 2553.
4. ศูนย์วิชาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.) มวคบ.-สสส. คู่มือการใช้โปรแกรมระบบเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน(G-RDU & G-SHP). กรุงเทพฯ: มูลนิธิวิทยาลัยการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพ; 2566.
5. ประภัสสร นุชนิยม. การประยุกต์ใช้ SOAR Analysis: เครื่องมือการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมองค์กรเพื่อใช้วางแผนกลยุทธ์ให้มีประสิทธิภาพ [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 18 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก : https://hp.anamai.moph.go.th/th/km-research-person/204969
6. ธีรยุทธ นาคฤทธิ์. ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมของร้านชำอำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่. วารสารคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ. 2023; 3(1): 163-75.
7. อัปสร บุญยัง, รุ่งทิวา หมื่นปา. ความชุกของการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมของร้านชำในจังหวัดพิษณุโลกและปัจจัยที่มีผล. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2562; 11(1): 105-18.
8. วรสุดา ยูงทอง. เอกสารประกอบการสอน เรื่อง การประยุกต์ใช้ระบาดวิทยากับการควบคุมยา. 2561 ก.พ. 1.
9. สลิลทิพย์ น้อยสนิท, ชิดชนก เรือนก้อน. การพัฒนาพื้นที่ต้นแบบปลอดยาปฏิชีวนะ ยาชุด ยาผสมสารสเตียรอยด์ : กรณีเทศบาลตำบลทุ่งหลวง อำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2563; 13(4): 920-32.

JOURNAL OF HEALTH CONSUMER PROTECTION
วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
Vol: 5 No.2 July-December 2025
ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2568

กระบวนการพัฒนามาตรฐานสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพร จังหวัดขอนแก่น ตามพระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2562

The development Process of Herbal Product Manufacturing Facility Standards in Khon Kaen Province according to the Herbal Product Act 2019

พรกช พิทักษ์ธรรม[1], วรวิทย์ อุทธา[2], ปราณปรียา ชำกรม[2], ณิชาภา คงวัฒนานนท์[3]
Ponrakot Pitakthum[1], Worawit Uttha[2], Pranpreeya Chamkrom[2], Nichapa Kongwattananon[3]

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้ เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนามาตรฐานสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพรในจังหวัดขอนแก่น ประเมินผลการพัฒนาตามพระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2562 เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้วงจร (PAOR) ตามแนวคิดของ Kemmis and McTagratt ประกอบด้วยขั้นตอนการวางแผน (P: Planning), การปฏิบัติการ (A: Action), การสังเกต (O: Observation) และการสะท้อนผล (Reflection: R) กับสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพร จังหวัดขอนแก่น เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การประเมินมาตรฐานสถานที่ผลิตด้วยเกณฑ์ Audit Checklist และประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ใช้สถิติเชิงพรรณนาและการเปรียบเทียบค่าคะแนนประเมินมาตรฐานก่อนหลัง โดยใช้สถิติ Pair t-test ดำเนินการวิจัยระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2567 ถึง 30 กันยายน 2568 ผลการวิจัยกระบวนการพัฒนามาตรฐานสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพร จังหวัดขอนแก่น แสดงให้เห็นว่าการพัฒนามาตรฐานสถานที่ ประสบความสำเร็จอย่างมีนัยสำคัญ โดยผลการประเมินมาตรฐาน (Audit Checklist) ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขเกี่ยวกับการผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2562 พ.ศ. 2564 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 73.65 เป็น 80.01 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 92.20) 3 ด้าน (ด้านการดำเนินโครงการ, ด้านการบริการบุคลากร และด้านการให้บริการข้อมูล) จุดสำคัญของความสำเร็จ คือ การเปลี่ยนบทบาทหน่วยงานภาครัฐจาก "ผู้ตรวจประเมิน" เป็น "ผู้สนับสนุน" ประกอบกับการใช้วิธีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและการสร้างเครือข่ายความร่วมมือ ซึ่งนำไปสู่การเรียนรู้ที่ยั่งยืนและมีแผนพัฒนาระยะยาว 5 ปี สู่มาตรฐานระดับสากล เป็นรูปแบบ T.H.A.I Model ที่ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ 1) TOGETHER การสร้างความร่วมมือและการทำงานเป็นเครือข่ายระหว่างผู้ประกอบการสมุนไพร 2) HERBAL "สมุนไพร" ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของสถาประกอบการที่ต้องการ

[1] เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
[1] Pharmacist, Professional Level. Division of Consumer Protection and Public Health Pharmacy, Khon Kaen Provincial Public Health Office, E-mail : ming124i@hotmail.com.
[2] เภสัชกรปฏิบัติการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
[2] Pharmacist, Practitioner Level. Division of Consumer Protection and Public Health Pharmacy, Khon Kaen Provincial Public Health Office
[3] เภสัชกร กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
[3] Pharmacist. Division of Consumer Protection and Public Health Pharmacy, Khon Kaen Provincial Public Health Office

Received: 10 Aug 2025, Revised: 15 Nov 2025, Accepted: 25 Dec 2025

พัฒนาเกี่ยวกับมาตรฐานการผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพร 3) ADVANCEMENT ยกระดับการพัฒนาอย่างเป็นระบบ และ 4) INITIATIVE การสร้างนวัตกรรมและความยั่งยืน กระบวนการพัฒนามาตรฐานสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพร จังหวัดขอนแก่น ตามรูปแบบ T.H.A.I Model มีประสิทธิผลในการยกระดับมาตรฐานสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพร สามารถนำไปเป็นต้นแบบการพัฒนามาตรฐานสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพรในพื้นที่อื่นได้

คำสำคัญ : มาตรฐานสถานที่ผลิต, ผลิตภัณฑ์สมุนไพร, อาเซี่ยนจีเอ็มพี, พระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2562

Abstract

This research aimed to develop and evaluate the improvement of herbal product manufacturing site standards in Khon Kaen Province in accordance with the Herbal Products Act B.E. 2562 (2019 A.D.). An action research design was employed using the PAOR cycle (Planning, Action, Observation, and Reflection) based on the framework of Kemmis and McTaggart. Data were collected from selected herbal product manufacturing sites through in-depth interviews, focus group discussions, standard assessments using an Audit Checklist, and satisfaction surveys. The data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests to compare pre- and post-assessment scores. The research was conducted from December 1, 2024, to September 30, 2025 The results found that this research on herbal product manufacturing facility standard development process in Khon Kaen Province demonstrated significant success. The standard assessment scores (Audit Checklist) based on Good Manufacturing Practice guidelines for herbal products according to the Ministry of Public Health Notification on Criteria, Methods, and Conditions for Herbal Product Manufacturing B.E. 2562 – 2564 increased from 73.65% to 80.01%, representing a statistically significant improvement of 6.36% ($p<.001$). Satisfaction levels were at the highest level (92.20%) across all three dimensions: project implementation, personnel services, and information services. The key success factor was the transformation of government agencies' role from "evaluator" to "supporter," combined with participatory learning methods and collaborative networking, leading to the establishment of a sustainable learning community with a 5-year long-term development plan toward international standards. This resulted in the T.H.A.I Model comprising four components: 1) TOGETHER Building cooperation and networking among herbal entrepreneurs 2) HERBAL Focusing on herbal product production as the core of development 3) ADVANCEMENT Systematic enhancement of production standards and 4) INITIATIVE Promoting innovation and sustainability. In conclusion, the development process based on the T.H.A.I Model effectively improved the standards of herbal product manufacturing sites in Khon Kaen Province and can serve as a prototype for developing herbal product manufacturing standards in other areas.

Keywords : Manufacturing facility standards, Herbal products, ASEAN GMP, Herbal Products Act B.E. 2562

บทนำ

การพัฒนาอุตสาหกรรมสมุนไพรไทยเป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์สำคัญของรัฐบาล ตามแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2566 – 2580 และแผนปฏิบัติการด้านสมุนไพรแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2566 – 2570 มุ่งเน้นการยกระดับความสามารถในการแข่งขันของสมุนไพรและผลิตภัณฑ์สมุนไพรในตลาดทั้งในและต่างประเทศอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ[1,2] ห่วงโซ่อุตสาหกรรมสมุนไพรไทยครอบคลุมตั้งแต่ระดับต้นน้ำ (แหล่งปลูกวัตถุดิบสมุนไพร), ระดับกลางน้ำ (โรงงานผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพร การแปรรูปสมุนไพร) และระดับปลายน้ำ (การพัฒนาสร้างมูลค่าผลิตภัณฑ์สมุนไพร การส่งเสริมการใช้สมุนไพร) โดยการพัฒนามาตรฐานสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพรเป็นหัวใจสำคัญในระดับกลางน้ำ ที่จะเป็นแหล่งผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพรให้ได้มาตรฐานกระทรวงสาธารณสุขได้ลงนามความตกลงของอาเซียนว่าด้วยกรอบการกำกับดูแลด้านผลิตภัณฑ์สมุนไพร (ASEAN Agreement on Regulatory Framework for Traditional Medicines and Health Supplements : TMHS PWG Agreement)[3] ซึ่งเป็นหลักเกณฑ์การที่ใช้เป็นมาตรฐานสำหรับประเทศสมาชิกในภูมิภาคอาเซียนเพื่อเพิ่มโอกาสการส่งออกและสร้างความมั่นใจด้านความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์

ปัจจุบันยาแผนโบราณได้เปลี่ยนผ่านเป็นผลิตภัณฑ์สมุนไพร ภายใต้พระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2562[4] มีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 29 มิถุนายน 2562 โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขเกี่ยวกับการผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2562 พ.ศ. 2564[5] ซึ่งเป็นมาตรฐานตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิต (Good Manufacturing Practice : GMP) สำหรับการผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพร โดยอ้างอิงจาก ASEAN Guidelines on Good Manufacturing Practice for Traditional Medicines

จากรายงานการดำเนินงานของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ประจำปี พ.ศ. 2567 ในการตรวจประเมินสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพร จำนวน 83 แห่ง ในรูปแบบ Audit Checklist ตามแนวทางวิธีการที่ดีในการผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพร พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนรวมที่ไม่ผ่านเกณฑ์ประเมิน (น้อยกว่าร้อยละ 60.00) ได้คะแนนเฉลี่ยเพียงร้อยละ 39.28 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ามีผู้ประกอบการจำนวนหนึ่งที่จำเป็นต้องพัฒนาเพื่อให้ได้คะแนนมากกว่าร้อยละ 60[6]

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โดยกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข ได้พัฒนาส่งเสริมสถานประกอบการผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพรตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 โดยในปี พ.ศ. 2568 มีสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่มีสภาพเป็นสถานที่ผลิตและมีการดำเนินการผลิตต่อเนื่อง จำนวน 12 แห่ง โดยสถานประกอบการที่มีการผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพรสำเร็จรูปที่ได้รับการขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์สมุนไพรมีจำนวน 9 แห่ง จัดเป็นสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพรขนาดเล็กที่มีกระบวนการผลิตซึ่งมีความเสี่ยงต่ำ[7] อย่างไรก็ตาม จากการสำรวจเบื้องต้นพบว่าผู้ประกอบการยังประสบปัญหาในการพัฒนามาตรฐานสถานที่ผลิตทั้งด้านความเข้าใจในข้อกำหนด ความซับซ้อนของระบบเอกสาร การขาดผู้เชี่ยวชาญให้คำแนะนำ และข้อจำกัดด้านงบประมาณ ที่พบว่าผู้ประกอบการต้องการการสนับสนุนด้านองค์ความรู้และการฝึกอบรม[8]

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ของสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพรในจังหวัดขอนแก่น ตามพระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2562
2. เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพร ตามพระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2562
3. เพื่อประเมินผลการพัฒนาสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพร จังหวัดขอนแก่น

ขอบเขตของการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart โดยใช้วงจร PAOR 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การวางแผน (Planning) 2) การปฏิบัติการ (Action) 3) การสังเกต (Observation) และ 4) การสะท้อนผล (Reflection)[9] เพื่อให้เกิดการพัฒนามาตรฐานสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพรอย่างมีส่วนร่วมและยั่งยืน

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ผู้ประกอบการสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพรประเภทผลิตผลิตภัณฑ์สำเร็จรูป จังหวัดขอนแก่น จำนวน 9 แห่ง ที่ได้รับอนุญาตและมีการขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์สมุนไพร ประจำปี พ.ศ. 2568 โดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ ผู้ประกอบการที่เป็นตัวแทนสามารถตัดสินใจ แห่งละ 1 – 2 คน สามารถสื่อสารได้และมีความสมัครใจเข้าร่วมวิจัย จำนวน 9 – 18 คน

เครื่องมือการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง สำหรับเก็บข้อมูลสถานการณ์ทั่วไป ความเข้าใจข้อกฎหมาย การดำเนินการที่ผ่านมาและเป้าหมายการพัฒนา

2. แบบสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) สำหรับวิเคราะห์และวางแผนการพัฒนามาตรฐาน ครอบคลุม 5 ประเด็นหลัก ได้แก่ การรับรู้และทัศนคติ แรงจูงใจ อุปสรรค ยุทธศาสตร์แก้ไข และปัจจัยสำเร็จ

3. แบบบันทึกการตรวจประเมินมาตรฐานด้วยแบบประเมิน Audit Checklist ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขเกี่ยวกับการผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2562 พ.ศ. 2564 ครอบคลุม 6 หมวดหลัก จำนวน 179 ข้อ ประกอบด้วยดังรายละเอียดต่อไปนี้

- หมวดที่ 2 : บุคลากร (21 ข้อ)
- หมวดที่ 3 : อาคารสถานที่และเครื่องมือ (69 ข้อ)
- หมวดที่ 4 : สุขอนามัยและสุขลักษณะ (25 ข้อ)
- หมวดที่ 6 : การดำเนินการผลิต (41 ข้อ)
- หมวดที่ 8 : การจ้างผลิตและการวิเคราะห์ (9 ข้อ)
- หมวดที่ 9 : ข้อร้องเรียนและการเรียกคืนผลิตภัณฑ์ (14 ข้อ)

4. แบบประเมินความพึงพอใจ แบ่งเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไป 2) การประเมินความพึงพอใจ 3 ด้าน (ด้านการดำเนินโครงการ, ด้านการบริการบุคลากร และด้านการให้บริการข้อมูล) 3) ความคาดหวัง และ 4) ความคุ้มค่า โดยใช้เกณฑ์คะแนน 5 ระดับ

การดำเนินการและเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2567 ถึง 30 กันยายน 2568 ตามขั้นตอนของวงจร PAOR

- **ขั้นตอนที่ 1 : การวางแผน (Planning)**

ประเมินสถานการณ์และความพร้อมด้วยแบบสัมภาษณ์ ประเมินตนเองด้วยแบบประเมิน Audit Checklist วิเคราะห์ช่องว่าง (Gap Analysis) และจัดทำแผนพัฒนา

- **ขั้นตอนที่ 2 : การปฏิบัติการ (Action)**

ดำเนินการตามแผนพัฒนา จัดการสนทนากลุ่ม เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ อบรมและถ่ายทอดความรู้โดยผู้เชี่ยวชาญ และประเมินมาตรฐาน Audit Checklist ครั้งที่ 1 โดยพนักงานเจ้าหน้าที่

- **ขั้นตอนที่ 3 : การสังเกต (Observation)**

ติดตามการดำเนินงานและการปรับปรุง จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และดูงานต้นแบบ และประเมินมาตรฐาน Audit Checklist ครั้งที่ 2 โดยพนักงานเจ้าหน้าที่

- **ขั้นตอนที่ 4 : การสะท้อนผล (Reflection)**

วิเคราะห์และสรุปผลการดำเนินงาน ถอดบทเรียนพร้อมจัดทำข้อเสนอแนะ และพัฒนารูปแบบการพัฒนามาตรฐาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

มีการสังเคราะห์กระบวนการพัฒนาใช้การวิเคราะห์เชิงคุณภาพ ส่วนในการเปรียบเทียบผลใช้การวิเคราะห์เชิงปริมาณ รายละเอียดดังนี้

- ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยจัดหมวดหมู่และสรุปประเด็นสำคัญ

- ข้อมูลเชิงปริมาณ

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังใช้ Paired t-test โดยทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลด้วย Shapiro-Wilk test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ได้รับการรับรองการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น REC 080/2567

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของผู้ประกอบการ

สถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพรทั้ง 9 แห่งจัดเป็นผู้ผลิตขนาดเล็กที่มีกระบวนการผลิต ซึ่งมีความเสี่ยงต่ำตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม (มูลค่ารายได้ไม่เกิน 100 ล้านบาทและการจ้างงานไม่เกิน 50 คน) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพร จำแนกตามลักษณะทั่วไปของสถานประกอบการ (n = 9)

ลักษณะ	จำนวน (ร้อยละ)
จำนวนบุคลากร	
น้อยกว่า 5 คน	2 (22.22)
5 – 9 คน	5 (55.55)
10 – 14 คน	1 (11.11)
มากกว่าเท่ากับ 15 คน	1 (11.11)
ลักษณะอาคารผลิต	
อาคารสร้างใหม่	5 (55.56)
อาคารเดิมดัดแปลง	4 (44.44)
อายุอาคาร	
น้อยกว่า 10 ปี	3 (33.33)
10 – 20 ปี	4 (44.44)
มากกว่า 20 ปี	2 (22.22)
พื้นที่ใช้สอย	
น้อยกว่า 500 ตร.ม.	4 (44.44)
500 – 1,000 ตร.ม.	3 (33.33)
มากกว่า 1,000 ตร.ม.	2 (22.22)
แหล่งเงินทุนพัฒนา	
ทุนส่วนตัว	7 (77.78)
สนับสนุนจากภาครัฐ SME	2 (22.22)

จากการวิจัยพบว่าผู้ประกอบการส่วนใหญ่ (ร้อยละ 88.89) เป็นผู้ที่เคยเป็นผู้รับอนุญาตสถานที่ผลิตยาแผนโบราณและเปลี่ยนผ่านมาเป็นผู้รับอนุญาตสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพร มีจำนวนผลิตภัณฑ์ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนรวม 242 ตำรับ เฉลี่ย 27 ตำรับต่อแห่ง โดยมีมูลค่าต้นทุนการผลิตประจำปี พ.ศ. 2567 รวม 16.39 ล้านบาท เฉลี่ย 1.82 ล้านบาทต่อแห่ง

ความเข้าใจในกฎหมายและมาตรฐาน

การประเมินความเข้าใจของผู้ประกอบการต่อประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขเกี่ยวกับการผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2562 พ.ศ. 2564 รายละเอียดดังตารางที่ 2 และ 3 พบว่าผู้ประกอบการมีความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรฐานในระดับน้อยถึงปานกลาง โดยมีความเข้าใจมากที่สุดในหมวดสุขอนามัยและสุขลักษณะ (ร้อยละ 88.89) และมีความกังวลด้านระบบเอกสารมากที่สุด (ร้อยละ 77.78)

ตารางที่ 2 ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อกฎหมายและมาตรฐานของสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพร (n = 9)

ประเด็น	ระดับความเข้าใจ		
	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	มาก จำนวน (ร้อยละ)
ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ฯ ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อกำหนดแต่ละหมวด	**4 (44.44)**	**4 (44.44)**	**1 (11.11)**
หมวดบุคลากร	1 (11.11)	4 (44.44)	4 (44.44)
หมวดอาคารสถานที่และเครื่องมือ	0 (0)	2 (22.22)	7 (77.78)
หมวดสุขอนามัยและสุขลักษณะ	0 (0)	1 (11.11)	8 (88.89)
หมวดการดำเนินการผลิต	1 (11.11)	6 (66.67)	2 (22.22)
หมวดระบบเอกสาร	7 (77.78)	1 (11.11)	1 (11.11)

ตารางที่ 3 ข้อกังวลหรือปัญหาหลักของผู้ผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่มีต่อกฎหมายและมาตรฐานของสถานที่ผลิต (n = 9)

ประเด็น	ระดับความเข้าใจ จำนวน (ร้อยละ)
ระบบเอกสาร	7 (77.78)
งบประมาณในการพัฒนา	6 (66.67)
การขาดผู้เชี่ยวชาญ	5 (55.56)
ความซับซ้อนของกระบวนการ	4 (44.44)

ประสบการณ์การพัฒนาและเป้าหมาย

การสำรวจประสบการณ์การพัฒนาและเป้าหมายของผู้ประกอบการ รายละเอียดดังตารางที่ 4 พบว่าสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพรเคยได้รับมาตรฐาน FMP แล้ว และไม่เคยได้รับการรับรองมาตรฐานใด ๆ มากที่สุด (ร้อยละ 44.44) มีการปรับปรุงสถานที่ตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่มากที่สุด (ร้อยละ 77.78) มีเป้าหมายในการพัฒนาสู่มาตรฐาน ASEAN GMP (Risk Base) มากที่สุด (ร้อยละ 75.00) และระยะเวลาวางแผนในการพัฒนาสถานที่ผลิต 5 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 37.50) โดยมีระยะเวลาเฉลี่ย 3.1 ปี

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้ประกอบการ จำแนกตามประสบการณ์การพัฒนาและเป้าหมายของผู้ประกอบการ (n = 9)

ประเด็น	จำนวน (ร้อยละ)
การประเมินมาตรฐานที่ผ่านมา	
เคยได้รับมาตรฐาน WHO	1 (11.11)
เคยได้รับมาตรฐาน FMP	4 (44.44)
ยังไม่มีมาตรฐานใด ๆ	4 (44.44)
การปรับปรุงสถานที่ที่ผ่านมา	
ปรับปรุงตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่	7 (77.78)
ปรับปรุงโครงสร้างอาคาร	2 (22.22)
ปรับปรุงตามแบบแปลน	2 (22.22)
เป้าหมายการพัฒนาในอนาคต	
ASEAN GMP (Risk Base)	6 (75.00)
PICs GMP	1 (11.11)
FMP	1 (11.11)
ระยะเวลาที่วางแผน	
1 ปี	2 (25.00)
2 ปี	1 (11.11)
3 ปี	2 (25.00)
5 ปี	3 (37.50)
เฉลี่ย	**3.1 ปี**

หมายเหตุ : มีสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพร จำนวน 1 แห่ง ที่ไม่ประสงค์พัฒนาสู่มาตรฐานที่สูงกว่าเกณฑ์กฎหมาย

กระบวนการพัฒนาตามรูปแบบ T.H.A.I Model

จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เมื่อวันที่ 4 มีนาคม 2568 โดยมีผู้ประกอบการจาก 9 แห่ง เข้าร่วม จำนวน 14 คน ได้รูปแบบการพัฒนามาตรฐานสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพร จากประเด็นสำคัญ 5 ด้านสำหรับการพัฒนากระบวนการ ดังนี้ 1) การรับรู้และทัศนคติ 2) แรงจูงใจ 3) อุปสรรค 4) ยุทธศาสตร์แก้ไข 5) ปัจจัยสำเร็จ และพัฒนาเป็นรูปแบบ T.H.A.I Model ดังตารางที่ 5 สรุปได้ว่า รูปแบบ T.H.A.I Model เป็นกรอบแนวคิดที่พัฒนาขึ้น เพื่อพัฒนาแนวทางการยกระดับคุณภาพสถานประกอบการสมุนไพรไทยให้มีความเข้มแข็งและยั่งยืน โดยมีองค์ประกอบสำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ T – TOGETHER (ทำงานร่วมกัน), H – HERBAL (สมุนไพร), A – ADVANCEMENT (ยกระดับ), และ I – INITIATIVE (ริเริ่ม) ซึ่งแต่ละองค์ประกอบสะท้อนหลักการและกิจกรรมที่แตกต่างกันแต่เกื้อหนุนซึ่งกันและกัน องค์ประกอบ T - TOGETHER มุ่งเน้นการสร้างพลังความร่วมมือระหว่างหน่วยงานและผู้ประกอบการ โดยใช้กิจกรรมหลัก เช่น การประเมินสถานการณ์ การสร้างเครือข่าย และการจัดสนทนากลุ่ม เพื่อสร้างความสัมพันธ์และความเข้าใจร่วมกัน โดยมีตัวชี้วัดความสำเร็จ ได้แก่ การเข้าร่วมอบรมครบร้อยละ 100 ความพึงพอใจ

≥ ร้อยละ 90 และการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ไม่น้อยกว่า 4 ครั้งต่อปี ส่วนองค์ประกอบ H - HERBAL เน้นการพัฒนาคุณภาพเชิงวิชาชีพในด้านสมุนไพรผ่านการศึกษาหลักเกณฑ์มาตรฐาน การประเมิน 6 หมวด และการเชื่อมโยงบริบทท้องถิ่น โดยมีเป้าหมายให้ผ่านเกณฑ์สุขอนามัย ≥ ร้อยละ 92, อาคารสถานที่ ≥ ร้อยละ 86 และบุคลากร ≥ ร้อยละ 84 ในส่วนของ A - ADVANCEMENT มุ่งเน้นการพัฒนาอย่างเป็นระบบตามวงจร PAOR (Planning–Action–Observation–Reflection) โดยดำเนินการประเมิน วิเคราะห์ช่องว่าง และปรับปรุงต่อเนื่องเพื่อยกระดับมาตรฐานจาก FMP สู่ ASEAN GMP พร้อมมีแผนพัฒนา 1 – 5 ปี และคาดว่าจะเพิ่มคะแนนคุณภาพ ≥ 6 คะแนน ขณะที่องค์ประกอบสุดท้าย I - INITIATIVE มุ่งเน้นการสร้างนวัตกรรมและการใช้เทคโนโลยีเพื่อความยั่งยืนในอนาคต ผ่านการพัฒนาแนวคิดใหม่ การเป็นต้นแบบ และการสร้างแบรนด์ที่เชื่อถือได้ โดยมีตัวชี้วัดความสำเร็จคือการลดต้นทุน ≥ ร้อยละ 20 และเพิ่มยอดขายหรือการส่งออก ซึ่งเมื่อรวมทั้ง 4 องค์ประกอบเข้าด้วยกัน จึงได้รูปแบบ T.H.A.I Model

ตารางที่ 5 องค์ประกอบของรูปแบบ T.H.A.I Model

องค์ประกอบ	หลักการ	กิจกรรมหลัก	ตัวชี้วัดความสำเร็จ
T - TOGETHER (ร่วมกัน)	ทำงานร่วมกัน = พลังรวม = ความสำเร็จ	• ประเมินสถานการณ์ • สร้างเครือข่าย • สนทนากลุ่ม	• การเข้าร่วมอบรมร้อยละ 100 • ความพึงพอใจ ≥ ร้อยละ 90 • กิจกรรมแลกเปลี่ยน ≥ 4 ครั้ง/ปี
H - HERBAL (สมุนไพร)	เฉพาะทาง = เชี่ยวชาญ = คุณภาพ	• ศึกษาหลักเกณฑ์ • ประเมิน 6 หมวด • เชื่อมโยงบริบทท้องถิ่น	• หมวดสุขอนามัย ≥ ร้อยละ 92 • หมวดอาคารสถานที่ ≥ ร้อยละ 86 • หมวดบุคลากร ≥ ร้อยละ 84
A - ADVANCEMENT (ยกระดับ)	การพัฒนาอย่างเป็นระบบ	• ประเมินครั้งที่ 1 • วิเคราะห์ช่องว่าง • ปรับปรุงแก้ไข	• เพิ่มคะแนน ≥ 6 คะแนน • ผ่านเกณฑ์ FMP ⟶ ASEAN GMP • มีแผนพัฒนา 1 – 5 ปี
I - INITIATIVE (ริเริ่ม)	นวัตกรรม + เทคโนโลยี = อนาคตยั่งยืน	• นำเทคโนโลยีมาใช้ • สร้างนวัตกรรม • เป็นต้นแบบ	• ลดต้นทุน ≥ 20% • เพิ่มยอดขาย/ส่งออก • สร้างแบรนด์เชื่อถือได้

ผลการประเมินมาตรฐานก่อนและหลังการพัฒนา

ผลการประเมินมาตรฐานสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพรด้วย Audit Checklist ก่อนและหลังการพัฒนา รายละเอียดดังตารางที่ 6 และ 7 พบว่าคะแนนการประเมินมาตรฐานสถานที่ผลิตด้วยเกณฑ์ Audit Checklist เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) โดยหมวดที่มีการพัฒนาสูงสุด คือ หมวดการจ้างผลิตและการวิเคราะห์ (เพิ่มขึ้นร้อยละ 100) ตามด้วยหมวดข้อร้องเรียนและการเรียกคืน (เพิ่มขึ้นร้อยละ 18.18)

ตารางที่ 6 ผลการประเมินมาตรฐานก่อนและหลังการพัฒนา (n = 9)

หมวด	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	การเปลี่ยนแปลง
	เฉลี่ย ± SD	เฉลี่ย ± SD	ค่าต่าง
หมวด 2: บุคลากร	74.60 ± 13.26	84.13 ± 13.40	+9.53
หมวด 3: อาคารสถานที่และเครื่องมือ	78.84 ± 17.49	86.95 ± 16.21	+8.11
หมวด 4: สุขอนามัยและสุขลักษณะ	87.63 ± 26.28	92.63 ± 21.89	+5.00
หมวด 6: การดำเนินการผลิต	69.88 ± 8.53	74.98 ± 4.25	+5.10
หมวด 8: การจ้างผลิตและการวิเคราะห์	22.22 ± 39.13	44.44 ± 26.29	+22.22
หมวด 9: ข้อร้องเรียนและการเรียกคืน	34.92 ± 26.43	41.27 ± 29.46	+6.35
คะแนนรวม	**73.65 ± 11.76**	**80.01±12.61**	**+6.36**

ตารางที่ 7 การทดสอบความแตกต่างของคะแนนประเมินมาตรฐาน ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 9)

ตัวแปร	เฉลี่ย ± SD	ค่าต่าง	95%CI	t	p-value
ก่อนพัฒนา	73.65 ± 11.76	6.36	3.77-8.94	5.66	<0.001*
หลังพัฒนา	80.01 ± 12.61				

*p < 0.001 = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ผลการประเมินรายสถานประกอบการ

การวิเคราะห์ผลการประเมินเป็นรายสถานประกอบการ รายละเอียดดังตารางที่ 8 พบว่าสถานประกอบการทุกแห่งมีคะแนนการประเมินเพิ่มขึ้น โดยมี 5 แห่ง (ร้อยละ 55.56) ที่ผ่านเกณฑ์ดีเยี่ยม (คะแนน ≥ ร้อยละ 80) และ 4 แห่ง (ร้อยละ 44.44) ที่ผ่านเกณฑ์ปานกลางถึงดี (คะแนนร้อยละ 60 – 79)

ตารางที่ 8 ผลการประเมินรายสถานประกอบการ

รหัสสถานที่	ก่อนพัฒนา คะแนนร้อยละ	หลังพัฒนา คะแนนร้อยละ	การเปลี่ยนแปลง ค่าต่าง	สถานะหลังพัฒนา
1	94.59	97.70	+3.11	ผ่านเกณฑ์ดีเยี่ยม
2	87.43	89.15	+1.72	ผ่านเกณฑ์ดีเยี่ยม
3	81.25	86.33	+5.08	ผ่านเกณฑ์ดีเยี่ยม
4	79.66	84.75	+5.09	ผ่านเกณฑ์ดีเยี่ยม
5	76.32	82.44	+6.12	ผ่านเกณฑ์ดีเยี่ยม
6	72.18	78.95	+6.77	ผ่านเกณฑ์ดี
7	68.44	75.63	+7.19	ผ่านเกณฑ์ดี
8	64.29	72.18	+7.89	ผ่านเกณฑ์ดี
9	60.69	66.14	+5.45	ผ่านเกณฑ์

ความพึงพอใจต่อกิจกรรมการพัฒนา

ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 18 คน รายละเอียดดังตารางที่ 9 พบว่าผู้เข้าร่วมมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดทุกด้าน โดยด้านการบริการบุคลากรได้คะแนนสูงสุด (ร้อยละ 94.00) และผู้เข้าร่วม ร้อยละ 100 ระบุว่ากิจกรรมเป็นไปตามความคาดหวังและมีความคุ้มค่า

ตารางที่ 9 ผลการประเมินความพึงพอใจต่อกระบวนการพัฒนาของผู้เข้าร่วมกิจกรรม (n = 18)

ด้านการประเมิน	คะแนนเฉลี่ย	ร้อยละ	ระดับ
1. ด้านการดำเนินกิจกรรม			
- รูปแบบและวิธีการดำเนินกิจกรรม	4.50	90.00	มากที่สุด
- การเอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้	4.44	88.89	มากที่สุด
- สถานที่และอุปกรณ์	4.44	88.89	มากที่สุด
- ความพร้อมของระยะเวลา	4.56	91.11	มากที่สุด
- ความรู้ทักษะที่ได้รับ	4.56	91.11	มากที่สุด
เฉลี่ยด้านที่ 1	**4.50**	**90.00**	**มากที่สุด**

ตารางที่ 9 ผลการประเมินความพึงพอใจต่อกระบวนการพัฒนาของผู้เข้าร่วมกิจกรรม (n = 18) (ต่อ)

ด้านการประเมิน	คะแนนเฉลี่ย	ร้อยละ	ระดับ
2. ด้านการบริการบุคลากร			
- ความพร้อมของนักวิจัย	4.72	94.44	มากที่สุด
- การถ่ายทอดและสื่อสาร	4.78	95.56	มากที่สุด
- การให้คำแนะนำ	4.67	93.33	มากที่สุด
- การดูแลเอาใจใส่	4.72	94.44	มากที่สุด
- การเปิดโอกาสแลกเปลี่ยน	4.61	92.22	มากที่สุด
เฉลี่ยด้านที่ 2	**4.70**	**94.00**	**มากที่สุด**
3. ด้านการให้บริการข้อมูล			
- การแจ้งข้อมูลข่าวสาร	4.61	92.22	มากที่สุด
- ช่องทางการประชาสัมพันธ์	4.67	93.33	มากที่สุด
- สื่อและเอกสาร	4.61	92.22	มากที่สุด
เฉลี่ยด้านที่ 3	**4.63**	**92.59**	**มากที่สุด**
ความพึงพอใจโดยรวม	**4.61**	**92.20**	**มากที่สุด**

ปัจจัยสำเร็จและอุปสรรค

จากการวิเคราะห์เนื้อหาการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม พบปัจจัยสำเร็จและอุปสรรคหลักรายละเอียดดังตารางที่ 10 พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนามากที่สุด คือ การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ (ร้อยละ 100) และอุปสรรคในการพัฒนามากที่สุด คือ ความซับซ้อนของระบบเอกสาร (ร้อยละ 77.78)

ตารางที่ 10 ปัจจัยแห่งความสำเร็จและอุปสรรคในการพัฒนา (n = 9)

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนา	จำนวน (ร้อยละ)	อุปสรรคในการพัฒนา	จำนวน (ร้อยละ)
การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่	9 (100)	ความซับซ้อนของระบบเอกสาร	7 (77.78)
การเรียนรู้แบบเครือข่าย	8 (88.89)	ข้อจำกัดด้านงบประมาณ	6 (66.67)
ความมุ่งมั่นของผู้ประกอบการ	8 (88.89)	การขาดผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง	5 (55.56)
การมีผู้เชี่ยวชาญให้คำปรึกษา	7 (77.78)	ความไม่ชัดเจนของกฎระเบียบ	4 (44.44)
การติดตามอย่างต่อเนื่อง	6 (66.67)	การเปลี่ยนแปลงกฎหมายบ่อย	3 (33.33)

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

อภิปรายผลการวิจัย

ความสำคัญของรูปแบบ T.H.A.I Model

รูปแบบ T.H.A.I Model ที่พัฒนาขึ้นในการวิจัยครั้งนี้ ถือเป็นนวัตกรรมเชิงกระบวนการที่มีความสำคัญต่อการยกระดับมาตรฐานสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพร โดยมุ่งเน้นการดำเนินงานใน 4 มิติหลัก ได้แก่ การทำงานร่วมกันเป็นเครือข่าย (TOGETHER), การเสริมสร้างความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านสมุนไพร (HERBAL), การพัฒนาอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง (ADVANCEMENT), และการส่งเสริมความคิดริเริ่มสร้างสรรค์และนวัตกรรม (INITIATIVE) ซึ่งแนวทางดังกล่าวสะท้อนถึงการบูรณาการระหว่างการทำงานแบบมีส่วนร่วม การพัฒนาองค์ความรู้เชิงลึก การบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ และการมุ่งสู่ความยั่งยืนของอุตสาหกรรมสมุนไพรผลการดำเนินงานภายใต้รูปแบบ T.H.A.I Model พบว่าหมวดสุขอนามัยและสุขลักษณะมีคะแนนการประเมินสูงที่สุด (ร้อยละ 92.63) แสดงให้เห็นว่าผู้ประกอบการมีความเข้าใจและสามารถดำเนินการได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ เนื่องจากเป็นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน และมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม

ประสิทธิผลของกระบวนการพัฒนา

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าการประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart มีประสิทธิผลสูงในการพัฒนามาตรฐานสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพร โดยผลการประเมินแสดงให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) จากร้อยละ 73.65 เป็น 80.01 ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Deshler and Ewert ที่ระบุว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการที่มีประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหาและพัฒนาองค์กร[9] นอกจากนี้ พบว่ามีการพัฒนาอย่างโดดเด่นในหมวดการจ้างผลิตและการวิเคราะห์ ซึ่งมีอัตราการเพิ่มขึ้นของคะแนนร้อยละ 100 สะท้อนให้เห็นว่าการให้ความรู้ การติดตาม และการให้คำแนะนำเฉพาะจุดมีประสิทธิภาพสูงต่อการพัฒนา อย่างไรก็ตาม หมวดดังกล่าวยังคงมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด (ร้อยละ 44.44) แสดงให้เห็นถึงความซับซ้อนของประเด็นด้านการจ้างผลิตและการวิเคราะห์ ซึ่งต้องอาศัยการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ สอดคล้องกับ

การศึกษาของ ศักดิ์กมล เพ็งสกุล ที่ระบุว่าผู้ประกอบการยังคงต้องการการสนับสนุนด้านองค์ความรู้และการฝึกอบรมในประเด็นที่มีความซับซ้อนสูง เพื่อยกระดับศักยภาพและมาตรฐานการดำเนินงานในระยะยาว[8]

ปัจจัยสำเร็จของการพัฒนา

จากการวิจัยพบปัจจัยสำเร็จที่สำคัญ 5 ประการ ดังนี้

1. บทบาทของหน่วยงานภาครัฐ[10] การสนับสนุนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นเป็นแรงผลักดันสำคัญ ที่พบว่าการมีระบบให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่องเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จ

2. การเรียนรู้แบบเครือข่าย[11] การใช้วิธีการเรียนรู้แบบเพื่อนช่วยเพื่อน (Peer Learning) และการศึกษาดูงานสถานประกอบการต้นแบบสอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาศักยภาพ ที่เน้นการสร้างเครือข่ายแลกเปลี่ยนเรียนรู้

3. การให้คำปรึกษาเฉพาะทาง ความต้องการผู้เชี่ยวชาญในการให้คำแนะนำด้านเทคนิค โดยเฉพาะระบบโครงสร้างพื้นฐาน สะท้อนให้เห็นถึงความซับซ้อนของมาตรฐานที่ต้องการความรู้เฉพาะทางหลายสาขา

4. การมีส่วนร่วมของผู้ประกอบการ การที่ผู้ประกอบการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่องและมีความพึงพอใจสูง (ร้อยละ 92.20) แสดงให้เห็นถึงความเต็มใจในการพัฒนา ซึ่งเป็นไปตามหลักการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

5. การใช้เทคนิค 5W1H การวิเคราะห์ปัญหาและการวางแผนโดยใช้คำถาม Who, What, Where, When, Why และ How ช่วยให้การพัฒนามีความชัดเจนและเป็นระบบ

ข้อจำกัดและความท้าทาย

อุปสรรคหลักที่พบในการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า[12] โดยเฉพาะเรื่องค่าใช้จ่ายและความซับซ้อนของกระบวนการ ปัญหาด้านต้นทุน การขาดคู่มือที่ชัดเจน และการขาดช่องทางสื่อสารข้อมูล ความกังวลด้านระบบเอกสารที่พบในการวิจัยนี้ (ร้อยละ 77.78) สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบการจัดการเอกสารที่เข้าใจง่ายและเหมาะสมกับผู้ประกอบการ

ความยั่งยืนของการพัฒนา

การที่ผู้ประกอบการมีแผนการพัฒนาระยะยาว 3 – 5 ปี และมีการวางแผนงบประมาณที่ชัดเจน แสดงให้เห็นถึงความมุ่งมั่นในการพัฒนาอย่างยั่งยืน อย่างไรก็ตาม ความสำเร็จในระยะยาวจะขึ้นอยู่กับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากภาครัฐและการรักษาเครือข่ายความร่วมมือระหว่างผู้ประกอบการ การพัฒนาที่เกิดขึ้นจากการวิจัยนี้เป็นพื้นฐานสำคัญในการก้าวสู่มาตรฐานระดับสากล ซึ่งสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ของแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2566 – 2580[1] ที่มุ่งเน้นการยกระดับความสามารถในการแข่งขันของสมุนไพรและผลิตภัณฑ์สมุนไพรอย่างต่อเนื่องในระยะยาว

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยนี้มีข้อจำกัดหลายประการ ได้แก่ 1) ขอบเขตภูมิศาสตร์ที่จำกัดเฉพาะจังหวัดขอนแก่น 2) ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่จำกัด (9 แห่ง) 3) ระยะเวลาการติดตามผลที่ไม่ยาวนัก (10 เดือน) และ 4) การประเมินโดยพนักงานเจ้าหน้าที่ที่อาจมีความไม่สม่ำเสมอในการตีความเกณฑ์ ซึ่งอาจส่งผลต่อความสามารถในการนำผลการศึกษาไปใช้ในบริบทอื่น

สรุปผลการวิจัย

กระบวนการพัฒนามาตรฐานสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพร ตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart โดยใช้วงจร PAOR มีประสิทธิผลในการยกระดับมาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะในด้านการสร้างเครือข่ายความร่วมมือ การพัฒนาความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง การใช้กระบวนการพัฒนาอย่างเป็นระบบ และการมุ่งสู่นวัตกรรมและความยั่งยืน ปัจจัยสำเร็จหลัก

ประกอบด้วย การสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐ การเรียนรู้แบบเครือข่าย การมีผู้เชี่ยวชาญให้คำปรึกษา การมีส่วนร่วมของผู้ประกอบการ และการติดตามอย่างต่อเนื่อง ขณะที่อุปสรรคหลักคือความซับซ้อนของระบบเอกสาร ข้อจำกัดด้านงบประมาณ และการขาดผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ตามรูปแบบ T.H.A.I Model ที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปเป็นต้นแบบการพัฒนามาตรฐานสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพรในพื้นที่อื่นได้ โดยต้องปรับให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

ข้อเสนอแนะ

1. **การขยายผลรูปแบบ T.H.A.I Model** นำรูปแบบไปทดลองใช้ในจังหวัดอื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน ปรับปรุงเครื่องมือและกระบวนการให้เหมาะสมกับผู้ประกอบการประเภทอื่น พัฒนาคู่มือการใช้งานรูปแบบ T.H.A.I Model ที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย

2. **การพัฒนาระบบติดตามและประเมินผล** จัดทำระบบติดตามผลการพัฒนาในระยะยาว (2 – 3 ปี) พัฒนาตัวชี้วัดความยั่งยืนของการพัฒนามาตรฐาน สร้างเครือข่ายการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างจังหวัด

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

1. **การศึกษาผลกระทบทางเศรษฐกิจ** ควรมีการศึกษาผลตอบแทนการลงทุนในการพัฒนามาตรฐาน (ROI) วิเคราะห์ผลกระทบต่อการเพิ่มมูลค่าผลิตภัณฑ์และการส่งออก

2. **การศึกษาเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่** ควรมีการเปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบ T.H.A.I Model ในจังหวัดต่าง ๆ ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในบริบทที่แตกต่างกัน

3. **การพัฒนาเครื่องมือดิจิทัล** ควรมีการพัฒนาแอปพลิเคชันสำหรับการประเมินตนเองและติดตามความคืบหน้า สร้างแพลตฟอร์มออนไลน์สำหรับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ประกอบการ การวิจัยนี้เป็นก้าวสำคัญในการพัฒนาอุตสาหกรรมผลิตภัณฑ์สมุนไพรไทยสู่มาตรฐานสากล และสามารถเป็นต้นแบบสำหรับการพัฒนาในพื้นที่อื่น ๆ เพื่อให้ผู้ประกอบการไทยสามารถแข่งขันในตลาดโลกได้อย่างยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ สำเร็จลุล่วงด้วยดีจากการสนับสนุนผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย จากผู้เชี่ยวชาญ กลุ่มงานมาตรฐานสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพร กองผลิตภัณฑ์สมุนไพร จากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และอาจารย์คณะเภสัชศาสตร์ จากมหาวิทยาลัยขอนแก่น ภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนตลอดจนเครือข่ายผู้ประกอบการสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพรจังหวัดขอนแก่น โดยได้รับความร่วมมือ การสนับสนุนร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และดำเนินการตามโครงการวิจัยจนเสร็จสมบูรณ์และขอขอบพระคุณผู้บริหารจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น คณาจารย์ที่ปรึกษาจากสมาคมเภสัชสาธารณสุขแห่งประเทศไทย ที่ให้คำปรึกษาแนะนำการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2566 – 2580. กรุงเทพฯ: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2565.
2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
3. Jayaraj P. Regulation of traditional and complementary medicinal products in Malaysia. Int J Green Pharm. 2010; 4(1): 10-15.
4. พระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2562. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 136 ตอนที่ 56 ก (30 เม.ย. 2562).
5. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขเกี่ยวกับการผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพร ตามพระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2562. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 139, ตอนพิเศษ 34 ง (8 ก.พ. 2564).
6. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, กองผลิตภัณฑ์สมุนไพร. รายงานผลการตรวจประเมินสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพร ประจำปี 2567. กรุงเทพฯ: กลุ่มกำกับดูแลหลังออกสู่ตลาด; 2567.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. รายงานประจำปี 2559. ขอนแก่น: กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข; 2559.
8. ศักดิ์กมล เพ็งสกุล. การศึกษาศักยภาพของผู้ผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ผ่านการรับรองหลักเกณฑ์และวิธีการขั้นพื้นฐานในการผลิตยาแผนโบราณไปสู่มาตรฐานหลักเกณฑ์และวิธีการที่ดีในการผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพรของอาเซียน [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2566.
9. Deshler D, Ewert M. Participatory action research: traditions and major assumptions. Cornell Participatory Action Research Network. New York: Cornell University; 1995.
10. ประไพศรี ไม้สนธิ์. นวัตกรรมกระบวนการพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรชุมชนที่ไม่ใช่อาหารและมีการส่งเสริม. จากนโยบายหน่วยงานภาครัฐ [วิทยานิพนธ์ปริญญาเอก].กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2563. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2566.
11. ตฤณวรรธน์ ธนิตนิธิพันธ์. ทางการพัฒนาศักยภาพยาและผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรไทยสู่มาตรฐานสากล. วารสารรัฐฐาภิรักษ์. 2565; 64(3): 55-66.
12. นูรวานี กาเหร็มกา, จริญญา พรหมจินดา, อมราวรรณ เพ็ญตระการ. การศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันและสภาพปัญหาของผู้ประกอบการในอุตสาหกรรมผลิตภัณฑ์สมุนไพรต่อการดำเนินการตามกรอบความตกลงอาเซียน. วารสารจันทรเกษมสาร. 2567; 30(1): R48-63.

JOURNAL OF HEALTH CONSUMER PROTECTION
วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
Vol: 5 No.2 July-December 2025
ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2568

การพัฒนาระบบประเมินการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง

Development of an evaluation system for inappropriate medication use in elderly patients with chronic kidney disease

ปรัตดา ศรีสมบัติ[1]
Paratda Srisombat[1]

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบประเมินการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมและประเมินผลลัพธ์ของระบบในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง วิธีดำเนินการวิจัย การวิจัยและพัฒนาโดยประยุกต์ใช้ FOCUS-PDCA model ดำเนินการที่โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างเดือนสิงหาคม 2567 – มีนาคม 2568 แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา พัฒนาระบบประเมินตามกรอบ PLEASE (Policy, Labelling, Essential tools, Awareness, Special care, Ethics) และประเมินผลลัพธ์ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ 10 คน และผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไปที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 – 4 จำนวน 106 คน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ Beers' Criteria และ PCNE Classification ผลการวิจัย ระบบที่พัฒนาประกอบด้วย 6 องค์ประกอบตามกรอบ PLEASE ได้แก่ นโยบายการใช้ยา ฉลากยาเสริม เครื่องมือประเมิน โปรแกรมสร้างความตระหนักการประสานรายการยา และระบบรายงานปัญหา ก่อนพัฒนาพบการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม 41 ราย (ร้อยละ 38.68) โดยยาที่พบมากที่สุดคือ Omeprazole (ร้อยละ 28.30), Aspirin (ร้อยละ 16.04) และ Amitriptyline (ร้อยละ 2.83) หลังพัฒนาพบการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมลดลงเหลือ 13 ราย (ร้อยละ 12.26; $p<0.001$), ปัญหาการใช้ยาได้รับการแก้ไขร้อยละ 73.21 และผู้ป่วยมีความพึงพอใจระดับมากที่สุด (4.64 ± 0.36) สรุปการวิจัยนี้สามารถลดอุบัติการณ์การใช้ยาที่ไม่เหมาะสมได้อย่างมีประสิทธิภาพ และได้รับการยอมรับจากบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย ระบบนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังเพื่อเพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยา

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ, โรคไตเรื้อรัง, การใช้ยาที่ไม่เหมาะสม, Beers' Criteria

---

[1] เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

[1] Pharmacist, Professional Level. Division of Pharmacy and Consumer Protection, Phiboonmangsahan Hospital, Ubon Ratchathani Province, E-mail : Pharmda1981@gmail.com

Received: 15 Aug 2025, Revised: 7 Dec 2025, Accepted: 11 Dec 2025

Abstract

Objectives: To develop a systematic evaluation system for inappropriate medication use and assess its effectiveness in elderly chronic kidney disease (CKD) patients. Research methodology: Research and development by employing the FOCUS-PDCA model at Phiboonmangsahan Hospital, Ubon Ratchathani Province, from August 2024 to March 2025. The study comprised three phases: situation analysis, system development based on the PLEASE framework (Policy, Labelling, Essential tools, Awareness, Special care, Ethics), and outcome evaluation. Participants included 10 multidisciplinary team members and 106 elderly patients aged ≥65 years with CKD stages 3 – 4. Assessment tools included Beers' Criteria and PCNE Classification. Results: The developed system comprises 6 components based on the PLEASE framework including policy, labelling, essential tools, awareness, special care, and ethics. Before development, potentially inappropriate medications (PIMs) were found in 41 cases (38.68%), with the most common medications being Omeprazole (28.30%), Aspirin (16.04%), and Amitriptyline (2.83%). After development, PIMs decreased to 13 cases (12.26%; $p<0.001$), medication-related problems were resolved in 73.21% of cases, and patients expressed the highest level of satisfaction (4.64 ± 0.36). Conclusion: The PLEASE framework effectively reduced inappropriate medication use, and was accepted by healthcare professionals and patients. This system provides a practical approach for enhancing medication safety in elderly CKD patients.

Keywords : Elderly, Chronic kidney disease, Potentially Inappropriate Medications, Beers' Criteria

บทนำ

โรคไตวายเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease : CKD) เป็นปัญหาพบได้บ่อยในกลุ่มประชากรไทยและเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญยิ่งของประเทศ ผู้ป่วยในกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมเพื่อคงหน้าที่การทำงานของไตไว้ และบำบัดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น เป็นภาวะที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมจะช่วยชะลอการเสื่อมของไตและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วยได้ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยมักจะได้รับยาหลายชนิดเพื่อรักษาโรคร่วมต่าง ๆ รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นเนื่องจากความบกพร่องในการทำงานของไต เช่น ความดันโลหิตสูง ภาวะซีด ภาวะความผิดปกติของกระดูกและแร่ธาตุต่าง ๆ เป็นต้น ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องรับประทานยาปริมาณมาก ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีโอกาสเกิดปัญหาเนื่องจากการใช้ยาได้หลายประการ เช่น ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา เป็นต้น ซึ่งอาจส่งผลให้การรักษาไม่ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่ต้องการได้ เภสัชกรเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการให้บริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยโรคไต เพื่อส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ถูกต้องเหมาะสม และลดปัญหาที่เกี่ยวเนื่องกับการใช้ยา[1] อายุของผู้ป่วยจัดเป็นหนึ่งปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตวายเรื้อรัง และเพิ่มมากขึ้นอย่างชัดเจนในผู้ป่วยที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป[2] ซึ่งสังคมไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเมื่อปี 2548 ที่จำนวนผู้สูงอายุมีสัดส่วนร้อยละ 10.00 ของประชากรรวม และปี 2567 ไทยมีผู้สูงอายุจำนวน 18.68 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 28.00 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าในปี 2583 ประชากรผู้สูงอายุเพิ่มเป็น 20.51 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 31.38 ของประชากรทั้งหมด[3]

การที่ผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้น ทำให้มีผู้ป่วยจำนวนมากขึ้นด้วย การใช้ยาก็มากขึ้นตามลำดับ ส่งผลให้เกิดปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ ยังมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระของร่างกายและการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ เสื่อมถอยลง[4-6] บุคลากรทางการแพทย์ต้องวางแผนการจัดการที่เหมาะสม ผ่านการประเมินทางคลินิกและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสมเพื่อควบคุมปัจจัยที่เป็นสาเหตุการเกิดโรคไตเรื้อรัง รวมถึงส่งเสริมความร่วมมือของผู้ป่วยในการใช้ยาตามแผนการรักษา เพื่อป้องกันหรือชะลอการเสื่อมของไตไปสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย[7] ปัญหาการรักษาด้วยยาอย่างไม่เหมาะสม มักตรวจพบในผู้ป่วยสูงวัยโรคไตวายเรื้อรัง เนื่องจากมีความจำเป็นต้องรับการรักษาด้วยยาหลายชนิดร่วมกัน และผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคระบบประสาท เป็นต้น จึงมีโอกาสได้รับการรักษาด้วยยามากกว่า 5 รายการ (Polypharmacy)[4-6] ซึ่งสัมพันธ์กับการได้รับยาที่ไม่เหมาะสม[4] การได้รับยาที่ไม่เหมาะสมจึงเป็นปัญหาด้านยาที่สำคัญ นำไปสู่ความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา (Adverse Drug Events : ADEs) เช่น การแพ้ยา (Drug Allergy) การเกิดผลข้างเคียงจากยา (Drug Side Effects) การได้รับยาซ้ำซ้อน (Drug Duplication) การเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา (Drug-Drug Interaction) การได้รับยาเกินขนาดหรือผิดขนาด (Drug Overdose/Missed Dose) เป็นต้น ซึ่งอาจนำไปสู่การเจ็บป่วย การเสียชีวิต และการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายทางการรักษาพยาบาล[8] นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายที่มีผลต่อการทำงาน

ของอวัยวะสำคัญลงลง (เช่น ตับ ไต) ทำให้กระบวนการเมแทบอลิซึมและการขับออกของยาเกิดการเปลี่ยนแปลง อาจนำไปสู่อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่สำคัญทางคลินิกได้ เช่น ภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ (Hypokalaemia) และภาวะไตวายเฉียบพลัน[9, 10]

โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าปี พ.ศ. 2564 ถึง 2566 ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมีอัตราการลดลงของ eGFR น้อยกว่า 5 ml/min/1.73m^2/yr ร้อยละ 70.09, 68.59 และ 67.04 ซึ่งสูงกว่าเป้าหมาย (เป้าหมายน้อยกว่าร้อยละ 66)[11] ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มักมีโรคร่วมหลายชนิดและได้รับยาร่วมกันหลายขนาน ทำให้มีโอกาสได้รับยาที่ไม่เหมาะสม และไม่ได้รับยาที่ควรได้รับ ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาระบบประเมินการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง ด้วยการพัฒนาตามเกณฑ์ของเบียร์ (Beers' Criteria) ซึ่งเป็นเครื่องมือชนิดหนึ่งที่ใช้ในการพิจารณาการใช้ยาในผู้ป่วยสูงวัย รวมไปถึงปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยที่มีผลต่อการใช้ยาไม่เหมาะสม ชนิดของยาที่พบการใช้ยาไม่เหมาะสม การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยสูงวัยที่มีโรคไตเรื้อรังในครั้งนี้

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาระบบประเมินการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมและประเมินผลลัพธ์ของระบบในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยประยุกต์ใช้ FOCUS-PDCA model แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา, พัฒนาระบบประเมินตามกรอบ PLEASE (Policy, Labelling, Essential tools, Awareness, Special care, Ethics) และประเมินผลลัพธ์

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

- กลุ่มที่ 1 คือทีมสหสาขาวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานที่คลินิกโรคไต โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร จำนวน 10 คน ประกอบด้วย แพทย์ 2 คน, พยาบาล 3 คน, เภสัชกร 2 คน, นักโภชนากร 1 คน, และนักกายภาพบำบัด 2 คน คัดเลือกแบบเจาะจงโดยใช้เกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1) ประสบการณ์ปฏิบัติงานในหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังไม่น้อยกว่า 1 ปี

2) สนใจและสมัครเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรม

2) เปลี่ยนหน้าที่ปฏิบัติงานอื่น

3) ลาออก หรือเกษียณอายุราชการ หรือย้ายไปปฏิบัติงานในหน่วยงานอื่น

- กลุ่มที่ 2 คือผู้ป่วยสูงอายุโรคไตเรื้อรัง จำนวน 106 คน กำหนดขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power[12] (α = 0.05, Power = 0.80, Effect size = 0.38) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากทะเบียนผู้ป่วยตามเกณฑ์การคัดเข้า จากนั้นทำการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับสลาก

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1) อายุ 65 ปีขึ้นไป

2) โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 – 4 (eGFR 15 – 60 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร)

3) เข้าร่วมโปรแกรมอย่างน้อย 4 ครั้ง

4) สามารถสื่อสารและติดต่อทางโทรศัพท์ได้

5) มีผู้ดูแลหลัก

6) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1) โรคไตเรื้อรังระยะวิกฤตรุนแรงต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล

2) โรคไตวายระยะสุดท้าย (eGFR ต่ำกว่า 15 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1) เกณฑ์ของเบียร์ (Beers' Criteria)[8] ซึ่งเป็นเครื่องมือชนิดหนึ่งที่ใช้ในการพิจารณาการใช้ยาในผู้ป่วยสูงวัย รวมไปถึงปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยที่มีผลต่อการใช้ยาไม่เหมาะสม ชนิดของยาที่พบการใช้ยาไม่เหมาะสม การใช้ยาอย่าง สมเหตุผลในผู้ป่วยสูงวัยที่มีโรคไตเรื้อรัง

2) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม ลักษณะเป็นคำถามปลายเปิดเชิงซักถามเหตุผลและค้นหาคำตอบ เน้นให้ผู้สนทนากลุ่มแสดงและความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคของการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังและความต้องการในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรัง จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย สภาพและปัญหาในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรัง, ผลกระทบที่เกิด, แนวทางการแก้ปัญหาและกำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วย ซึ่งตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแนวคำถามให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วยเภสัชกรที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรัง อายุรแพทย์ พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรัง ผลประเมิน Index of Item-Objective Congruence (IOC) พบว่ามีค่ามากกว่า 0.5

3) แบบคัดกรองสุขภาพผู้ป่วยไตเรื้อรัง เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองโดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลภาวะสุขภาพ

4) ประเมินการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ได้ดัดแปลงการจัดกลุ่มปัญหา (Potentially Inappropriate Medications : PIMs) ตามกรอบแนวคิดของ Helper และ Strand[13, 14] มีรายละเอียดดังนี้

(1) ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่จำเป็น (Unnecessary Drug Therapy)

(2) ผู้ป่วยสมควรได้รับยาเพิ่มเติม (Need for Additional Drug Therapy)

(3) ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้ยาแต่มีการเลือกใช้ยาที่ไม่เหมาะสม (Improper Drug Selection)

(4) ขนาดใช้ยาที่ผู้ป่วยได้รับน้อยเกินไป (Dosage Too Low)

(5) อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse Drug Reaction)

(6) ขนาดใช้ยาที่ผู้ป่วยได้รับมากเกินไป (Dosage Too High)

(7) ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (Non-compliance, Non-adherence)

(8) ปัญหาค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับยา (Cost)

5) ประเมินการจัดการปัญหาการใช้ยา โดยใช้เกณฑ์ของ The Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE Version 8.02)[15] แบ่งเป็นการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวกับยา (Interventions : I), การยอมรับต่อการแก้ไขปัญหา (Acceptance of the Intervention : A) และผลลัพธ์ (Outcome of Intervention : O) ทั้งนี้ การยอมรับต่อการแก้ไขการศึกษานี้ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มหลัก คือ การได้รับการยอมรับ หมายถึงข้อเสนอแนะของเภสัชกรได้รับการยอมรับและดำเนินการ และการไม่ได้รับการยอมรับ หมายถึงข้อเสนอแนะไม่ได้รับการยอมรับจากแพทย์หรือผู้ป่วย

6) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการได้รับการบริการสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จำนวน 5 ระดับ ตั้งแต่ มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด (5 คะแนน),

มีความพึงพอใจในระดับมาก (4 คะแนน), มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง (3 คะแนน), มีความพึงพอใจในระดับน้อย (2 คะแนน) และมีความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด (1 คะแนน) เกณฑ์ค่าเฉลี่ย 4.51 – 5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด, ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.50 หมายถึง ระดับมาก, ค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.50 หมายถึง ระดับ ปานกลาง, ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึง ระดับน้อย และค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

3. การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพถูกวิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยจัดระเบียบและจำแนกข้อมูลแต่ละส่วน เพื่อสรุปเป็นประเด็นต่าง ๆ

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Stata 14.0 ประกอบด้วยวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับการเปรียบเทียบก่อนและหลังพัฒนาใช้ McNemar test (ข้อมูลสัดส่วนแบบจับคู่), Paired t-test (จำนวนเหตุการณ์) และ Fisher's exact test (ความถี่ < 5) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

4. ขั้นตอนในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัยตาม FOCUS-PDCA model แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ตามวงล้อเดมมิ่ง (Deming Wheel) หรือวงจรของเดมมิ่ง (Deming Cycle)[16] คือ ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ระยะพัฒนาระบบบริการและทดลองใช้ และระยะประเมินผลรูปแบบการพัฒนา ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา (เดือนที่ 1 – 3) มีลำดับขั้นตอนดังนี้

1) FIND a process to improve คือ ค้นหากระบวนการเพื่อพัฒนา ด้วยการระดมสมอง ด้วยคำถามต่อไปนี้ได้ (1) โอกาสในการปรับปรุงอยู่ที่ใดและขอบเขตของกระบวนการที่จะปรับปรุงคืออะไร (2) ทำไมถึงเป็นเวลาที่เหมาะสมในการปรับปรุงกระบวนการดังกล่าว และ (3) หากปรับปรุงกระบวนการดังกล่าวแล้วจะได้รับผลอย่างไร

2) ORGANIZE a team that knows the process คือ การสร้างทีมงานในการปรับปรุงคุณภาพ ด้วยการเสนอคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลแต่งตั้งคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และวางแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยตามเกณฑ์ของเบียร์ (Beers' Criteria)[8] จัดกลุ่มปัญหาตามแบบ Helper และ Strand[13, 14]

3) CLARIFY current knowledge of the process คือ ทบทวนระบบประเมินการใช้ยา ด้วยการการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วย

4) UNDERSTAND the source or causes of process variation คือ วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา (fish bone diagram)

5) SELECT the process to improve คือ เลือกกระบวนการเพื่อพัฒนาการเลือกวิธีการปรับปรุงคุณภาพ

ระยะที่ 2 พัฒนาระบบประเมินการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง (เดือนที่ 4 – 7) ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม คือทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 10 คน (แพทย์ 2 คน, พยาบาล 3 คน, เภสัชกร 2 คน, นักโภชนากร 1 คน และนักกายภาพบำบัด 2 คน โดยจัดการสนทนากลุ่ม 2 – 3 ครั้ง จนข้อมูลอิ่มตัว ระยะเวลาในแต่ละครั้ง ประมาณ 90 – 120 นาที ตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1) PLAN คือ การวางแผน ด้วยการจัดทำแนวทางในการประเมินการใช้ยาและเตรียมการจัดอบรมให้ความรู้บุคลากรผู้ปฏิบัติงานเรื่องการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง ดำเนินการ

วางแผนในสิ่งที่ต้องการพัฒนา กระบวนการที่ต้องดำเนินการ การวัดและติดตามผลทั้งหมด

2) DO คือ การปรับปรุงคุณภาพงาน ด้วยการวิเคราะห์สาเหตุ (Fish Bone Diagram) พัฒนาตามกุญแจสำคัญ 6 ประการ (PLEASE) ก่อนผู้ป่วยมารับบริการ : เภสัชกรทบทวนการใช้ยาของผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษามาก่อนเพื่อค้นหาปัญหา และประเมินความเหมาะสมและถูกต้องในการเลือกใช้ยา

3) CHECK คือ การตรวจสอบ ด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงานเพื่อการปรับปรุงพัฒนา รับฟังความคิดเห็นจากทีมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ตลอดจนระดมความคิดเห็นในประเด็นที่ยังไม่ประสบผลสำเร็จ และโอกาส ความท้าทายในการพัฒนาให้มีประสิทธิภาพ

4) ACT คือ การทำตามแผน ด้วยการศึกษาถึงปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการพัฒนาสื่อสารในสิ่งที่ค้นพบจากการปรับปรุงการประเมินการใช้ยาและสิ่งที่มีผลกระทบต่อทีมปฏิบัตินำกระบวนการพัฒนาคุณภาพมาใช้ในโรงพยาบาลปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และมุ่งสู่การพัฒนาคุณภาพต่อไป

ระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบการพัฒนา (เดือนที่ 8) ดำเนินการตามรูปแบบประเมินการใช้ยาประกอบด้วยกิจกรรมในคลินิกทุก 1 – 2 เดือน อย่างน้อย 2 ครั้ง กลุ่มตัวอย่างได้รับกิจกรรมตามโปรแกรม ดังนี้

1) ประเมินการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมตามแบบ Helper และ Strand[13, 14] ร่วมกับเกณฑ์ของเบียร์ (Beers' Criteria) จัดการปัญหาโดยใช้เกณฑ์ประเมินของ The Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE Version 8.02)

2) ประเมินผลเปรียบเทียบการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม ก่อนและหลังพัฒนา

3) การวิเคราะห์หลังการปฏิบัติ (After Action Review : AAR) ร่วมกับบุคลากรเพื่อปรับปรุงและแก้ไขระบบบริการที่มีข้อบกพร่อง จนได้รูปแบบที่สมบูรณ์พร้อมนำไปใช้ในวงกว้างต่อไป

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เอกสารรับรองเลขที่ SSJ.UB 2567-134

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 สถานการณ์ปัญหา

ปัญหาที่พบ มีดังนี้ 1) FIND : พบอุบัติการณ์การใช้ยาที่ไม่เหมาะสมร้อยละ 38.68 และอัตราการลดลงของ eGFR สูงกว่าเป้าหมาย (ร้อยละ 67.04 – 70.09) จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาระบบประเมินการใช้ยาโดยเร่งด่วน 2) ORGANIZE : ก่อนการพัฒนามีทีมสหสาขาวิชาชีพ แต่ขาดการกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน ภายหลังการพัฒนามีการกำหนดบทบาทของบุคลากรแต่ละวิชาชีพอย่างเป็นระบบ ได้แก่ แพทย์รับผิดชอบการพิจารณาปรับยา พยาบาลคัดกรองและติดตามผู้ป่วย เภสัชกรประเมินความเหมาะสมและให้คำปรึกษาด้านยา นักโภชนากรให้คำแนะนำด้านโภชนาการ และนักกายภาพบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ 3) CLARIFY : จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย 106 ราย พบว่าระบบเดิมขาดมาตรฐานการประเมินไม่มีเครื่องมือคัดกรองการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมอย่างเป็นระบบ และขาดการบันทึกติดตามปัญหาอย่างต่อเนื่อง 4) UNDERSTAND : จากการวิเคราะห์แผนภาพก้างปลาร่วมกับข้อค้นพบจากการสนทนากลุ่ม พบสาเหตุของปัญหา 6 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย (ขาดความรู้ ยาหลายรายการ อายุมาก ภาวะหลงลืม), ปัจจัยด้านกระบวนการทำงาน (เภสัชกรไม่มีบทบาทเชิงรุก), ปัจจัยด้านการสื่อสาร (การให้คำแนะนำไม่ครบถ้วน ขาดการติดตามผล), ปัจจัย

ด้านบุคลากร (แพทย์ขาดความตระหนักรู้), ปัจจัยด้านทีมงาน (ขาดการทำงานแบบบูรณาการ) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (ไม่มีนโยบายและมาตรการที่ชัดเจน) และ 5) SELECT : ทีมงานเห็นชอบให้พัฒนาระบบประเมินการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมตามกรอบ PLEASE โดยใช้ Beers' Criteria เป็นเครื่องมือหลักในการประเมิน การนำเสนอผลการวิจัยตามลำดับขั้นตอนดังกล่าวจะทำให้ผู้อ่านเห็นความเชื่อมโยงระหว่างระเบียบวิธีวิจัยกับผลการวิจัยอย่างชัดเจนและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้

ส่วนที่ 2 การพัฒนาระบบการประเมินการใช้ยาไม่เหมาะสม

การสังเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่มกับทีมสหสาขาวิชาชีพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และตรวจสอบความถูกต้องโดยให้สมาชิกในกลุ่มพิจารณายืนยันพบว่า

ระบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลักตามกรอบ PLEASE ได้แก่ 1) นโยบายการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง 2) ฉลากยาเสริมสำหรับยาที่ต้องให้คำแนะนำพิเศษ 3) เครื่องมือประเมินตาม Beers' criteria ร่วมกับระบบแจ้งเตือนอิเล็กทรอนิกส์ 4) โปรแกรมสร้างความตระหนักรู้แก่บุคลากรและผู้ป่วย 5) การประสานรายการยาให้เป็นปัจจุบัน และ 6) ระบบรายงานปัญหาให้แพทย์พิจารณา ระบบดังกล่าวได้รับการพัฒนาจากการสังเคราะห์โดยข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม 3 ครั้ง ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านการทดสอบเบื้องต้นก่อนนำไปใช้จริง (รายละเอียดดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบระบบการประเมินการใช้ยาก่อนและหลังพัฒนา

องค์ประกอบ	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
P : Policy (นโยบาย) กำหนดนโยบายการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง	ไม่มีนโยบายการใช้ยาที่ชัดเจน	มีนโยบายการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่กำหนดแนวทาง การสั่งใช้และประเมินยา
L : Labelling (ฉลากยาเสริม) จัดทำฉลากยาช่วยสำหรับยาที่จำเป็นต้องให้คำแนะนำเป็นพิเศษ	ใช้ฉลากยามาตรฐานทั่วไป	จัดทำฉลากยาเสริมสำหรับยาที่ต้องให้คำแนะนำพิเศษและปรับขนาดตามการทำงานของไต
E : Essential Tools (เครื่องมือ) กำหนดแนวรักษาและการสั่งใช้ยาเกณฑ์ดักจับก่อนส่งมอบให้ผู้ป่วย	ไม่มีเครื่องมือคัดกรองการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม	ใช้ Beers' Criteria, PCNE Classification และระบบแจ้งเตือนอิเล็กทรอนิกส์
A : Awareness (ความตระหนักรู้) สร้างความตระหนักรู้แก่บุคลากรและผู้รับบริการ	ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเฉพาะเมื่อมาขอรับยา	มีโปรแกรมสร้างความตระหนักรู้แก่บุคลากรและผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ
S : Special Care (ดูแลพิเศษ) ประสานรายการยา (Medication Reconciliation) ให้เป็นปัจจุบัน	ไม่มีการประสานรายการยา	มีการประสานรายการยาทุกครั้งที่รับบริการ
E: Ethics (จรรยาบรรณ) รายงานแพทย์พิจารณาทุกรายที่พบปัญหา	ไม่มีระบบรายงานปัญหาที่เป็นทางการ	มีระบบรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาทุกรายที่พบปัญหาการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม

จากการสนทนากลุ่มกับทีมสหสาขาวิชาชีพ สามารถสังเคราะห์กรอบการพัฒนาระบบตามกุญแจสำคัญ 6 ประการ (PLEASE) ดังนี้

1) Policy (นโยบาย) ผู้เข้าร่วมทุกคน (10/10 คน, ร้อยละ 100) เห็นพ้องว่าจำเป็นต้องมีนโยบายที่ชัดเจน แพทย์ระบุว่า *"เราต้องมีแนวทางที่ชัดเจนว่ายาตัวไหนไม่ควรใช้ในผู้สูงอายุโรคไต ถ้าไม่มีนโยบายรองรับ การเปลี่ยนแปลงจะไม่ยั่งยืน"* (แพทย์ 2/2 คน)

2) Labelling (ฉลากยาเสริม) พยาบาลทุกคน (3/3 คน, ร้อยละ 100) ระบุว่าผู้ป่วยสูงอายุมักสับสน *"ผู้ป่วยบางคนถามซ้ำแล้วซ้ำเล่าว่ายานี้กินตอนไหน ถ้ามีฉลากที่อ่านง่ายกว่านี้จะดีมาก"* เภสัชกรเสนอให้ทำฉลากเตือนพิเศษสำหรับยาที่ต้องปรับขนาดตามไต เช่น Metformin, Allopurinol (เภสัชกร 2/2 คน)

3) Essential Tools (เครื่องมือ) ผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่ (9/10 คน, ร้อยละ 90) เห็นว่าต้องใช้ Beers' criteria เภสัชกรระบุว่า *"ตอนนี้เราประเมินยาตามประสบการณ์ ไม่มีเครื่องมือมาตรฐาน บางทียาที่ไม่เหมาะสมก็ผ่านไป"* แพทย์เสนอให้มีระบบแจ้งเตือนในคอมพิวเตอร์ตอนสั่งยา (แพทย์ 2/2 คน)

4) Awareness (ความตระหนักรู้) บุคลากรทุกคน (10/10 คน, ร้อยละ 100) เห็นว่าทั้งบุคลากรและผู้ป่วยต้องได้รับความรู้ พยาบาลระบุว่า *"ผู้ป่วยหลายคนไม่รู้ว่ายาที่กินอยู่อาจไม่เหมาะสมกับไต บางคนซื้อยาเองมากิน"* (พยาบาล 3/3 คน) เภสัชกรเสนอจัดอบรมให้บุคลากรทุกคนเข้าใจ Beers' criteria ไม่ใช่แค่เภสัชกรกับแพทย์

5) Special Care (ดูแลพิเศษ) ผู้เข้าร่วม 8/10 คน (ร้อยละ 80) เน้นความสำคัญของการประสานรายการยา เภสัชกรระบุว่า *"ผู้ป่วยบางคนไปหลายโรงพยาบาล รับยาจากหลายแหล่ง บางครั้งยาซ้ำกันแต่ไม่มีใครรู้"* (เภสัชกร 2/2 คน) แพทย์เห็นด้วยว่าเภสัชกรมีบทบาทสำคัญในการตรวจสอบยาทุกครั้ง

6) Ethics (จรรยาบรรณ) ผู้เข้าร่วมทุกคน (10/10 คน, ร้อยละ 100) เห็นตรงกันว่าต้องมีระบบรายงานที่เป็นทางการ เภสัชกรระบุว่า *"ตอนนี้ถ้าเจอปัญหา เราจะไปบอกหมอตัวต่อตัว บางทีก็ลืมบันทึก"* แพทย์เห็นด้วยว่าควรมีระบบรายงานเป็นลายลักษณ์อักษร *"ต้องรายงานทุกรายที่พบปัญหา ไม่ใช่แค่รายที่ร้ายแรง"* (แพทย์ 2/2 คน)

ส่วนที่ 3 การประเมินผล

ผู้ป่วย 106 ราย เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.42 อายุเฉลี่ย 71.57 ± 4.13 ปี ส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษายกเว้น 30 บาท ร้อยละ 83.96, เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 95.28, มีผู้ดูแล ร้อยละ 90.57, มีรายการยาที่รับประทาน 5 – 9 รายการ ร้อยละ 56.60 (รายละเอียดตามตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานกลุ่มตัวอย่าง (n = 106)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	25	23.58
หญิง	81	76.42
อายุ : Mean ± SD, ปี	71.57±4.13	Min 65, Max 80
65 – 70 ปี	44	41.51
71 – 80 ปี	62	58.49
สิทธิการรักษา		
ข้าราชการผู้ป่วยนอกรักษาจ่ายตรง	11	10.38
ยกเว้น 30 บาท	89	83.96
ประกันสังคม	3	2.83
ข้าราชการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจ่ายตรง	3	2.83
โรคร่วม		
เบาหวาน	101	95.28
ความดันโลหิตสูง	83	78.30
มีผู้ดูแล	96	90.57
จำนวนรายการยาที่ได้รับเฉลี่ย		
5 – 9 รายการ	60	56.60
≥ 10 รายการ	46	43.40

ก่อนการพัฒนาระบบพบการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง 56 เหตุการณ์ใน 41 ราย (ร้อยละ 38.68) หลังการพัฒนาระบบลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเหลือ 15 เหตุการณ์ใน 13 ราย (ร้อยละ 12.26; p<0.001) (รายละเอียดดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง (n = 106)

รายการ	ก่อนพัฒนา จำนวน (ร้อยละ)	หลังพัฒนา จำนวน (ร้อยละ)	p-value
จำนวนการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม (Total PIMs)	56 (38.68)	15 (12.26)	<0.001*[a]
จำนวนผู้ป่วยที่ใช้ยาที่ไม่เหมาะสม (Patients on PIMs)	41 (38.68)	13 (12.26)	<0.001*[b]
การใช้ยาที่ไม่เหมาะสม 1 เหตุการณ์ (One PIM)	27 (25.47)	11 (10.38)	
การใช้ยาที่ไม่เหมาะสม 2 เหตุการณ์ (Two PIMs)	13 (12.26)	2 (1.89)	
การใช้ยาที่ไม่เหมาะสม 3 เหตุการณ์ (Three PIMs)	1 (0.94)	0 (0)	

*p-value < 0.05, [a]Paired t-test, [b]McNemar test

การใช้ยาที่ไม่เหมาะสมตามเกณฑ์ Beers' Criteria พบว่า Omeprazole เป็นยาที่พบมากที่สุด ลดลงจากร้อยละ 28.30 เหลือร้อยละ 9.43 (p<0.001) รองลงมาคือ Aspirin ลดลงจากร้อยละ 16.04 เหลือร้อยละ 2.83 (p<0.001) และ Amitriptyline ลดลงจากร้อยละ 2.83 เหลือร้อยละ 0.94 โดยรวมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมลดลงจากร้อยละ 52.83 เหลือร้อยละ 14.15 (p<0.001) (รายละเอียดดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 การใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง จำแนกตามรายการยาของ Beers' Criteria

รายการยา	ข้อกำหนดตาม Beers' Criteria	ก่อนพัฒนา PIM (ร้อยละ)	หลังพัฒนา PIM (ร้อยละ)	p-value
Aspirin	ควรหลีกเลี่ยงการใช้เป็น Primary prevention ใน Cardiovascular disease เพิ่มความเสี่ยง Major bleeding	17 (16.04)	3 (2.83)	<0.001*
Amitriptyline	ควรหลีกเลี่ยงการใช้ Highly anticholinergic, sedating, and cause orthostatic hypotension	3 (2.83)	1 (0.94)	0.625
Ciprofloxacin	GFR<30 ไม่ปรับขนาดยาตามการทำงานของไต เพิ่มความเสี่ยงอาการทางระบบประสาท และ Tendon rupture	1 (0.94)	0 (0.00)	NA
Benzodiazepines (Long-acting)	Benzodiazepines อาจเกิดภาวะง่วงซึม, อาจทำให้การรับรู้ลดลง, สูญเสียการทรงตัว	2 (1.89)	1 (0.94)	1.000
Omeprazole	หลีกเลี่ยงการใช้มากกว่า 8 สัปดาห์ (Avoid scheduled use for > 8 weeks unless for high-risk patients e.g. oral corticosteroids or chronic NSAID use)	30 (28.30)	10 (9.43)	<0.001*
Opioids และ Benzodiazepines	หลีกเลี่ยง การให้ยาปริมาณมากเกิน	1 (0.94)	0 (0.00)	NA
Opioids และ Gabapentin	หลีกเลี่ยง เพราะเพิ่มความเสี่ยงการนอนมาก อาจเกิดกดการหายใจและชีวิตได้	1 (0.94)	0 (0.00)	NA
Benzodiazepines และ Opioids ใช้ร่วมกับ CNS-active drugs	เพิ่มความเสี่ยงของกระดูกหัก	1 (0.94)	0 (0.00)	NA
รวม		**56 (52.83)**	**15 (14.15)**	**<0.001***

*p-value<0.05, วิเคราะห์ข้อมูลด้วย McNemar test ใช้สำหรับข้อมูลที่มีความถี่ ≥5, Fisher's exact test ใช้สำหรับข้อมูลที่มีความถี่<5, NA (Not Applicable) = ไม่สามารถวิเคราะห์ได้, ผู้ป่วย 1 รายอาจมีการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมมากกว่า 1 รายการ

การจัดการปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาพบว่า การแจ้งปัญหาต่อแพทย์ได้รับการยอมรับร้อยละ 73.21 การเสนอแนะการแก้ไขได้รับการยอมรับร้อยละ 69.64 การให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยได้รับการยอมรับร้อยละ 85.71 และปัญหาทั้งหมดได้รับการแก้ไขร้อยละ 73.21 (รายละเอียดดังตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 การแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวกับยา

ปัญหาที่เกี่ยวกับยา	จำนวน (ร้อยละ)
ด้านผู้สั่งใช้ยา	
แจ้งปัญหาต่อผู้สั่งใช้ให้ทราบ	
- ได้รับการยอมรับ	41 (73.21)
- ไม่ได้รับการยอมรับ	15 (26.79)
เสนอการแก้ไขต่อผู้สั่งใช้ยา	
- ได้รับการยอมรับ	39 (69.64)
- ไม่ได้รับการยอมรับ	17 (30.36)
ด้านผู้ป่วย/ผู้ดูแล	
ให้คำปรึกษาด้านยา	
- ได้รับการยอมรับ	48 (85.71)
- ไม่ได้รับการยอมรับ	8 (14.29)
พูดคุยกับสมาชิกในครอบครัว/ผู้ดูแล	
- ได้รับการยอมรับ	39 (69.64)
- ไม่ได้รับการยอมรับ	17 (30.36)
ผลลัพธ์	
ปัญหาทั้งหมดได้รับการแก้ไข	41 (73.21)
ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไข	15 (26.79)

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจ

ผู้ป่วยมีความพึงพอใจระดับมากที่สุด (Mean (SD) = 4.64 (0.36)) ในเรื่องดังต่อไปนี้ ฉลากช่วย การค้นหาปัญหาการใช้ยาก่อนพบส่งมอบให้ผู้ป่วย กิจกรรมการให้ความรู้/คำปรึกษาด้านยา การประสานรายการยาให้เป็นปัจจุบัน การติดตามผลการรักษา บุคลากรผู้ให้บริการ และ ระบบประเมินการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม (รายละเอียดดังตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ความพึงพอใจของผู้ป่วย

รายการประเมิน	Mean	SD	แปลผล
1. ความพึงพอใจต่อฉลากช่วย	4.56	0.49	มากที่สุด
2. ความพึงพอใจต่อเภสัชกรในการค้นหาปัญหาการใช้ยาก่อนพบส่งมอบให้ผู้ป่วย	4.72	0.41	มากที่สุด
3. ความพึงพอใจต่อกิจกรรมการให้ความรู้/คำปรึกษาด้านยา	4.54	0.48	มากที่สุด
4. ความพึงพอใจต่อความรู้เฉพาะด้านเกี่ยวกับการใช้ยาในผู้สูงอายุไตวายเรื้อรัง	4.46	0.15	มาก
5. ความพึงพอใจต่อการประสานรายการยาให้เป็นปัจจุบัน	4.68	0.43	มากที่สุด
6. ความพึงพอใจต่อการแก้ไขปัญหาการใช้ยา	4.31	0.47	มาก
7. ความพึงพอใจต่อการติดตามผลการรักษา	4.78	0.42	มากที่สุด
8. ความพึงพอใจต่อบุคลากรผู้ให้บริการ	4.68	0.31	มากที่สุด
9. ความพึงพอใจกับระบบประเมินการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม	4.75	0.30	มากที่สุด
ความพึงพอใจโดยรวม	**4.64**	**0.36**	**มากที่สุด**

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้พบว่าระบบประเมินการใช้ยาที่พัฒนาขึ้นตามกรอบ PLEASE สามารถลดอุบัติการณ์การใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยจำนวนผู้ป่วยที่พบการใช้ยาไม่เหมาะสมลดลงจากร้อยละ 38.68 เหลือร้อยละ 12.26 ($p<0.001$) และจำนวนเหตุการณ์ลดลงจาก 56 เหลือ 15 เหตุการณ์ ($p<0.001$) นอกจากนี้ ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาได้รับการแก้ไขร้อยละ 73.21 และผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อระบบในระดับมากที่สุด (4.64 ± 0.36) ผลการวิจัยดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการพัฒนาระบบประเมินการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังโดยประยุกต์ใช้หลักการบริบาลทางเภสัชกรรมตามกรอบแนวคิด PLEASE ร่วมกับ Beers' Criteria โดยประยุกต์ใช้หลักการบริบาลทางเภสัชกรรม (Pharmaceutical Care) ตามกรอบแนวคิดของ Hepler และ Strand[13, 14] ซึ่งมุ่งเน้นความรับผิดชอบต่อผลลัพธ์ทางคลินิกจากการใช้ยา การลดลงของอุบัติการณ์การใช้ยาที่อาจไม่เหมาะสม (PIMs) จากร้อยละ 38.68 เหลือร้อยละ 12.26 บ่งชี้ถึงประสิทธิภาพของการจัดการปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาอย่างเป็นระบบ ผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของ Hanlon et al.[17] ซึ่งพบว่าการมีเภสัชกรคลินิกในทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถลดอุบัติการณ์ PIMs ได้ร้อยละ 30 – 50 การบูรณาการเกณฑ์ของเบียร์ (Beers' Criteria) ร่วมกับระบบจำแนกปัญหาตาม PCNE ในการจัดหมวดหมู่ Drug-related Problems (DRPs) ส่งผลให้การระบุและการแก้ไขปัญหามีความเป็นระบบและครอบคลุม สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Tesfaye et al.[18] ที่พบว่าการใช้เครื่องมือมาตรฐานในการประเมิน PIMs มีความไวในการตรวจจับปัญหาสูงถึงร้อยละ 85

การพัฒนาระบบตามกรอบแนวคิดกุญแจสำคัญ 6 ประการ (PLEASE Framework) ที่นำเสนอในการวิจัยนี้ถือเป็นนวัตกรรมทางเภสัชกรรมคลินิกที่มีความสำคัญ โดยมุ่งเน้นการพัฒนาระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก สำหรับการปรับขนาดยาตามอัตราการกรองของไต ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Falconnier et al.[19] ที่พบว่าการใช้ระบบอิเล็กทรอนิกส์ในการคำนวณขนาดยาสามารถ

ลดความคลาดเคลื่อนในการสั่งจ่ายยาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้ร้อยละ 40 – 60 กิจกรรมการจัดทำฉลากเสริม และการประสานรายการยา นับเป็นมาตรการสำคัญทางเภสัชกรรมในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา ซึ่ง Almanasreh et al.[20] รายงานว่าการประสานรายการยาโดยเภสัชกรสามารถตรวจพบความคลาดเคลื่อนได้เฉลี่ย 3.4 รายการต่อผู้ป่วย และสามารถป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่มีความรุนแรงได้ร้อยละ 25

ผลการวิจัยที่พบว่า Omeprazole เป็นยาที่มีการใช้อย่างไม่เหมาะสมสูงสุด (ร้อยละ 28.30) สะท้อนประเด็นสำคัญทางเภสัชระบาดวิทยาของการใช้ยากลุ่ม Proton Pump Inhibitors (PPIs) เกินข้อบ่งใช้ทางคลินิก ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการวิจัยของ Lazarus et al.[21] ที่ศึกษาเชิงวิเคราะห์อภิมานพบความสัมพันธ์ระหว่างการใช้ PPIs ในระยะยาวกับการเพิ่มความเสี่ยงของการดำเนินโรคไตเรื้อรังเป็น 1.5 เท่า การที่เภสัชกรสามารถลดการใช้ PPIs ที่ไม่สอดคล้องกับข้อบ่งใช้ได้ร้อยละ 18.87 แสดงถึงประสิทธิผลของการจัดการการบำบัดด้วยยา (Medication Therapy Management : MTM) ซึ่ง Viswanathan et al.[22] ได้ยืนยันในการศึกษาเชิงวิเคราะห์อภิมานว่า MTM ที่ดำเนินการโดยเภสัชกรสามารถปรับปรุงความเหมาะสมของการใช้ยาและลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การเพิ่มขึ้นของความร่วมมือในการใช้ยา (Medication Adherence) จากร้อยละ 58.49 เป็นร้อยละ 85.85 แสดงถึงประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาด้านยา (Pharmaceutical Counseling) และการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย (Patient Education) อันเป็นองค์ประกอบหลักของการบริบาลทางเภสัชกรรม ผลการวิจัยของ Lee et al.[23] จากการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม พบว่าการให้คำปรึกษาเฉพาะบุคคลโดยเภสัชกรสามารถเพิ่มระดับความร่วมมือในการใช้ยาได้ 1.5 – 2 เท่า โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีภาวะโรคเรื้อรังหลายโรคร่วมกัน อัตราการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาที่ร้อยละ 73.21 และระดับการยอมรับคำแนะนำของเภสัชกรที่อยู่ในระดับสูง สะท้อนถึงประสิทธิภาพของการสื่อสารระหว่างวิชาชีพ ซึ่งถือเป็นสมรรถนะหลักของเภสัชกรคลินิกในยุคปัจจุบัน

การวิจัยครั้งนี้มีจุดแข็งหลายประการ ได้แก่ การใช้รูปแบบวิจัยและพัฒนาร่วมกับวิธีวิจัยแบบผสมผสานในกลุ่มเดียวกัน และการใช้เครื่องมือมาตรฐาน (Beers' Criteria, PCNE Classification) และมีการบูรณาการมาตรการป้องกัน ค้นหา และแก้ไขปัญหายาครบวงจร สอดคล้องกับการบริบาลทางเภสัชกรรมแบบไร้รอยต่อ (Seamless Pharmaceutical Care) การผสมผสาน Beers' criteria กับการตัดสินทางคลินิกของเภสัชกร การใช้ระบบแจ้งเตือนอิเล็กทรอนิกส์ควบคู่สติกเกอร์เตือน และการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้ระบบมีความครอบคลุมและนำไปปฏิบัติได้จริง

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. เนื่องจากระยะเวลาในการทำวิจัยเป็นการศึกษาระยะสั้น อาจไม่เพียงพอสำหรับการประเมินความปลอดภัยของยาในระยะยาว (Long-term Medication Safety) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเกิดพิษต่อไต (Nephrotoxicity) จากยาบางชนิดที่ต้องใช้ระยะเวลาในการแสดงผล การขาดการวิเคราะห์ความคุ้มค่าของระบบที่พัฒนาขึ้น ส่งผลให้ขาดข้อมูลสำคัญสำหรับการตัดสินใจเชิงนโยบาย

2. การไม่ได้ประเมินปฏิกิริยาระหว่างยาอย่างละเอียดถือเป็นช่องว่างสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยในการวิจัยมีการใช้ยาพร้อมกันหลายชนิด

องค์ความรู้ใหม่จากการวิจัยนี้

องค์ความรู้ใหม่ทางเภสัชกรรมคลินิก ที่ได้จากการวิจัยนี้ คือ การพัฒนา "Thai-PLEASE Model" สำหรับการจัดการ PIMs ในผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคไต

เรื้อรังซึ่งเหมาะสมกับบริบทของระบบสุขภาพไทย การผสมผสานระหว่างแนวทางเชิงระบบ ตามกรอบ FOCUS-PDCA กับหลักการบริบาลทางเภสัชกรรมตามกรอบ PLEASE ก่อให้เกิดกรอบการดำเนินงานที่ชัดเจนสำหรับเภสัชกรไทย การวิจัยนี้ยังแสดงให้เห็นว่าเภสัชกรสามารถมีบทบาทเชิงรุกในการป้องกันปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา มิใช่เพียงการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นแล้วเท่านั้น ผลการวิจัยยืนยันความสำคัญของการปฏิบัติงานเภสัชกรรมแบบร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนทางคลินิก การวิจัยในอนาคตควรมุ่งเน้นการพัฒนาการติดตามระดับยาในเลือดสำหรับยาที่มีช่วงการรักษาแคบ และการพัฒนาตัวชี้วัดประสิทธิภาพหลักทางเภสัชกรรมคลินิก เพื่อการตัดสินใจทางการแพทย์แม่นยำ ในการดูแลประชากรผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคไตเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานทางการแพทย์ควรนำระบบประเมินการใช้ยาที่พัฒนาขึ้นนี้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีภาวะโรคไตวายเรื้อรัง เพื่อเพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยาและลดความเสี่ยงจากการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม
2. ควรพัฒนาระบบให้สามารถบูรณาการกับระบบสารสนเทศโรงพยาบาลอื่น ๆ ได้ เพื่อเพิ่มความสะดวกและความรวดเร็วในการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยและการประเมินการใช้ยา
3. ควรมีการฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ในการใช้งานระบบนี้ เพื่อให้สามารถใช้เครื่องมือได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถนำไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยในสถานพยาบาลต่าง ๆ
4. ควรมีการวิจัยระบบในกลุ่มผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ที่มีการใช้ยาหลายชนิด เช่น ผู้ป่วยเบาหวานหรือผู้ป่วยโรคหัวใจ เพื่อขยายขอบเขตการประยุกต์ใช้ระบบ
5. ควรมีการวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับประสิทธิภาพของระบบในระยะยาว โดยเฉพาะการติดตามผลของการใช้ยาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเรื้อรังในระยะเวลาที่ยาวขึ้น
6. ควรพิจารณาวิจัยผลกระทบทางเศรษฐกิจจากการนำระบบนี้มาใช้ในสถานพยาบาล เช่น การลดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์จากภาวะแทรกซ้อน

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้ลุล่วงได้ด้วยความกรุณาจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพิบูลมังสาหารที่ให้ความช่วยเหลือให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล. การประชุมวิชาการกลุ่มเภสัชกรผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไต (ประเทศไทย) ประจำปี พ.ศ. 2560 กรุงเทพ: สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย); 2560 [เข้าถึงเมื่อ 6 กรกฎาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=seminar_detail&subpage=seminar_detail&id=1489.
2. Ingsathit A, Thakkinstian A, Chaiprasert A, Sangthawan P, Gojaseni P, Kiattisunthorn K, et al. Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population: Thai SEEK study. Nephrology Dialysis Transplantation 2010;25(5):1567-75.
3. สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (aged society) [เข้าถึงเมื่อ 6 กรกฎาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://thaipublica.org/2024/02/thailand-becomes-aged-society/.
4. Budnitz DS, Lovegrove MC, Shehab N, Richards CL. Emergency hospitalization for adverse drug events in older Americans. Survey of Anesthesiology 2012;56(2):65-6.
5. Masnoon N, Shakib S, Kalisch-Ellett L, Caughey GE. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. BMC Geriatrics 2017;17(2):1-10.
6. Roy NT, Sajith M, Bansode MP. Assessment of factors associated with low adherence to pharmacotherapy in elderly patients. Journal of Young Pharmacists 2017;9(2):272.
7. Domrongkitchaiporn S, Sritara P, Kitiyakara C, Stitchantrakul W, Krittaphol V, Lolekha P, et al. Risk factors for development of decreased kidney function in a southeast Asian population: a 12-year cohort study. Journal of the American Society of Nephrology 2005;16(3):791-9.
8. Panel AGSBCUE, Fick DM, Semla TP, Beizer J, Brandt N, Dombrowski R, et al. American Geriatrics Society 2015 updated beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. Journal of the American Geriatrics Society 2015;63(11):2227-46.
9. Hanlon JT, Schmader KE, Koronkowski MJ, Weinberger M, Landsman PB, Samsa GP, et al. Adverse drug events in high risk older outpatients. Journal of the American Geriatrics Society 1997;45(8):945-8.
10. Kondo N, Nakamura F, Yamazaki S, Yamamoto Y, Akizawa T, Akiba T, et al. Prescription of potentially inappropriate medications to elderly hemodialysis patients: prevalence and predictors. Nephrology Dialysis Transplantation 2015;30(3):498-505.
11. กระทรวงสาธารณสุข. ระบบคลังข้อมูลสุขภาพด้านการแพทย์ 2567 [เข้าถึงเมื่อ 6 กรกฎาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report_kpi.php?flag_kpi_level=1&flag_kpi_year=2022&source=pformated/format1.php&id=d843f25a088253c22344d771113cf409.

12. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement 1970;30(3):607-10.
13. Strand LM, Morley PC, Cipolle RJ, Ramsey R, Lamsam GD. Drug-related problems: their structure and function. Dicp 1990;24(11):1093-7.
14. ปรีชา มนทกานติกุล. การให้การบริบาลทางเภสัชกรรมอย่างเป็นระบบ. ใน: เฉลิมศรี ภุมมางกูร, กฤตติกา ตัญญูะแสนสุข, editors. โอสถกรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: นิวไทยมิตรการพิมพ์; 2547.
15. Mil J, Horvat N, Westerlund T. Classification for Drug Related Problems V8. 02. Pharmaceutical Care Network Europe Foundation [série na Internet] 2017.
16. Deming WE. Deming Cycle. Madonna University; 1991.
17. Hanlon JT, Perera S, Newman AB, Thorpe JM, Donohue JM, Simonsick EM, et al. Potential drug-drug and drug-disease interactions in well-functioning community-dwelling older adults. Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics 2017;42(2):228-33. doi:10.1111/jcpt.12502. pmcid:PMC5336465.
18. Tesfaye WH, Castelino RL, Wimmer BC, Zaidi STR. Inappropriate prescribing in chronic kidney disease: a systematic review of prevalence, associated clinical outcomes and impact of interventions. International Journal of Clinical Practice 2017;71(7):e12960.
19. Falconnier AD, Haefeli WE, Schoenenberger RA, Surber C, Martin-Facklam M. Drug dosage in patients with renal failure optimized by immediate concurrent feedback. Journal of General Internal Medicine 2001;16(6):369-75.
20. Almanasreh E, Moles R, Chen TF. The medication reconciliation process and classification of discrepancies: a systematic review. British Journal of Clinical Pharmacology 2016;82(3):645-58.
21. Lazarus B, Chen Y, Wilson FP, Sang Y, Chang AR, Coresh J, et al. Proton pump inhibitor use and the risk of chronic kidney disease. JAMA Internal Medicine 2016;176(2):238-46.
22. Viswanathan M, Kahwati LC, Golin CE, Blalock SJ, Coker-Schwimmer E, Posey R, et al. Medication therapy management interventions in outpatient settings: a systematic review and meta-analysis. JAMA Internal Medicine 2015;175(1):76-87.
23. Lee JK, Grace KA, Taylor AJ. Effect of a pharmacy care program on medication adherence and persistence, blood pressure, and low-density lipoprotein cholesterol: a randomized controlled trial. JAMA 2006;296(21):2563-71.

JOURNAL OF HEALTH CONSUMER PROTECTION
วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
Vol: 5 No.2 July-December 2025
ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2568

การพัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านด้านยาสำหรับผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟาริน ที่มีค่า International Normalized Ratio (INR) ไม่อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย ของโรงพยาบาลกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

Development of Medication Home Visit System for warfarin patients with out-of-range international normalized ratio (INR) values at Kantharalak Hospital, Sisaket Province

ธิญญรัตน์ ประสานนิษฐ์[1]
Thinyarat Prasannit[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1. พัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านด้านยาสำหรับผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟารินที่มีค่า INR ไม่อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย ให้มีรูปแบบการบันทึกการเยี่ยมบ้านด้านยาที่เชื่อมโยงโปรแกรมเวชระเบียน 2. ประเมินผลระบบการเยี่ยมบ้านด้านยาที่พัฒนาขึ้น การวิจัยมี 4 ระยะ ได้แก่ 1. วิเคราะห์ปัญหาและพัฒนาระบบการบันทึก 2. การนำรูปแบบไปใช้ 3. การประเมินผลการปฏิบัติและปัญหาอุปสรรค 4. การสะท้อนผลการปฏิบัติ ถอดบทเรียนขยายผลให้เครือข่าย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ได้แก่ กลุ่มทีมสหวิชาชีพเยี่ยมบ้าน 34 คน และกลุ่มผู้ป่วย 51 คน ดำเนินการวิจัยระหว่างสิงหาคม 2567 – กุมภาพันธ์ 2568 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ความถี่ และร้อยละ

ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนาระบบบันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้านด้านยาที่เชื่อมโยงโปรแกรมเวชระเบียนในรูปแบบ SOAP Note ทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อช่องทางแจ้งเตือนร้อยละ 100 พึงพอใจต่อข้อมูลเฉลี่ยร้อยละ 66.6 ผลการวิเคราะห์ปัญหาจากการใช้ยาตามแนวทาง PCNE.Ver9.1 พบปัญหาส่งผลต่อการรักษา 37 ราย (ร้อยละ 72.6) ส่งผลต่อความปลอดภัย 1 ราย (ร้อยละ 1.9) สาเหตุจากพฤติกรรมการใช้ยาไม่เหมาะสม 19 ราย (ร้อยละ 37.3) สามารถแก้ไขปัญหาในระดับผู้ป่วย 25 ราย (ร้อยละ 49.0) ระดับเครือข่าย 23 ราย (ร้อยละ 45.1) ยอมรับแนวทางการแก้ไขได้ทั้งหมด 15 ราย (ร้อยละ 29.4) ผลเชิงคุณภาพพบว่า ผู้ป่วยมี INR เข้าสู่เป้าหมายหลังเยี่ยมบ้าน 31 ราย (ร้อยละ 60.8) สรุปได้ว่าการพัฒนาระบบเยี่ยมบ้านด้านยาทำให้มีรูปแบบส่งต่อข้อมูลที่เหมาะสม ทีมสหวิชาชีพเข้าถึงข้อมูลง่าย เพิ่มผลลัพธ์การดูแลรักษา และเครือข่ายสามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้

คำสำคัญ : การเยี่ยมบ้านด้านยา, ยาวาร์ฟาริน, บันทึกการเยี่ยมบ้านโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ

---

[1] เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

[1] Pharmacist, Professional Level. Division of Pharmacy, Kantharalak Hospital, Sisaket Province.
E-mail: meawtp.126@gmail.com

Received: 9 Aug 2025, Revised: 29 Nov 2025, Accepted: 6 Dec 2025

Abstract

This action research aimed 1. to develop a Medication Home Visit System for warfarin users with international normalized ratio (INR) values outside the therapeutic range by creating a documentation format integrated with the electronic medical record system 2. to evaluate outcomes of the Medication Home Visit System developed. The study was conducted in four phases: 1. problem analysis and development of a home visit documentation system 2. implementation of the model for home visits 3. evaluation of performance and barriers and 4. reflection and dissemination through lessons learned sessions to the healthcare network. Purposive sampling was used to recruit two groups of participants: 34 members of a multidisciplinary home visit team and 51 patients. This research was conducted from August 2024 to February 2025. Data were analyzed using descriptive statistics. The developed system established a SOAP note–based documentation format integrated into the medical record system. The multidisciplinary team expressed complete satisfaction with the notification channel (100%) and moderate satisfaction with the information provided (66.6%). Analysis of drug-related problems (PCNE v9.1) revealed treatment-related issues in 37 patients (72.6%) and safety-related issues in 1 patient (1.9%), with inappropriate medication behavior being the predominant cause (37.3%). Implementation of the system resolved problems at the patient level in 25 cases (49.0%) and at the network level in 23 cases (45.1%), with all recommended interventions accepted in 15 cases (29.4%). Qualitative findings indicated that 31 patients (60.8%) achieved target INR values after home visits. In conclusion the Medication Home Visit System facilitated appropriate information transfer within the medical record system, improved accessibility of patient information, enhanced treatment outcomes, and strengthened the capacity of the home visit network to provide continuous care to warfarin patients at home.

Keywords : Medication home visit, Warfarin, Medication home visit records using information technology

บทนำ

การพัฒนางานเภสัชกรรมปฐมภูมิตามหลักแนวคิดของเวชศาสตร์ครอบครัวคาดหวังให้มีเภสัชกรดูแลการใช้ยาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เข้าใจประวัติความเจ็บป่วยและการใช้ยาบริบทของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยใช้ยาได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และปลอดภัย ส่งผลดีต่อประสิทธิภาพการรักษา โดยการดูแลในระดับบุคคลควรได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน[1] การเยี่ยมบ้านด้านยา โรงพยาบาลกันทรลักษ์ คือ การที่เภสัชกรหรือทีมสหวิชาชีพ ออกไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน เป็นการดำเนินงานบริบาลทางเภสัชกรรมอย่างต่อเนื่องจากการค้นหาผู้ป่วยที่มีปัญหาที่อาจมีสาเหตุจากการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ เพื่อติดตามการใช้ยา ประเมินปัญหา รวมถึงให้คำแนะนำที่ถูกต้องและปลอดภัย และลดความเสี่ยงจากผลข้างเคียงของยา ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีศักยภาพสามารถพึ่งตนเองได้ โดยจะประเมินตามแนวทาง INHOMESSS[2] คือ แนวทางการประเมินสุขภาวะของผู้ป่วยและครอบครัว ประกอบด้วย Immobility, Nutrition, Housing, Other People, Medications, Examinations, Safety, Spiritual Health และ Service และตามแนวคิดในการดูแลต่อเนื่องด้านยาเป็นบทบาทหน้าที่สำคัญ เป็นมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งการสื่อสารระหว่างเภสัชกรและทีมสหวิชาชีพทุกระดับ ทั้งในส่วนปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ ทำให้ทีมบุคลากรทางการแพทย์มีความเข้าใจบริบทหรือหน้าที่ของสหวิชาชีพแต่ละระดับ[3]

การเยี่ยมบ้านด้านยาโรงพยาบาลกันทรลักษ์ในอดีตเป็นการเยี่ยมบ้านเสริมพลังร่วมกับทีมสหวิชาชีพ แต่ยังขาดการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยาจากงานเภสัชกรรม ข้อมูลการเยี่ยมบ้านด้านยายังไม่ถูกพัฒนารูปแบบเดิมเป็นการบันทึกในรูปไฟล์ word ซึ่งไม่สะดวกต่อนำมาใช้และยังไม่ได้ส่งต่ออย่างเป็นระบบในโปรแกรมเวชระเบียน ทำให้ทีมสหวิชาชีพไม่ทราบปัญหาการใช้ยา/ผลิตภัณฑ์สุขภาพ การจัดการปัญหา รวมถึงการวางแผนติดตามผลลัพธ์ แม้ว่าจะมีการบันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้านในโปรแกรม Thai COC หรือ Smart COC แต่โปรแกรมทั้งสองยังไม่ได้เชื่อมโยงโปรแกรมเวชระเบียน จึงทำให้แพทย์ผู้ตรวจรักษาขาดข้อมูลปัญหา ที่มีผลต่อการใช้ยาแบบองค์รวม และในปี พ.ศ. 2565 ได้มีการศึกษาการพัฒนาการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟารินโรงพยาบาลกันทรลักษ์ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมบางรายจำเป็นต้องให้บริบาลทางเภสัชกรรมถึง 3 ครั้งจึงจะทำให้ INR เข้าสู่เป้าหมายหมายการรักษา และผู้ป่วยบางรายเข้ารับการบริบาลทางเภสัชกรรมเป็นจำนวนมากสูงสุดถึง 8 ครั้งต่อปี แต่ผลลัพธ์การควบคุม INR ในภาพรวมยังมีค่า Time in Therapeutic Range (TTR) หรือระยะเวลาที่ค่า INR อยู่ในช่วงการรักษา อยู่ที่ร้อยละ 55.5 และมารับการรักษาตามนัดที่ร้อยละ 91.7 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ตัวชี้วัด Service Plan (ตัวชี้วัดปี พ.ศ. 2560 – 2564) ที่กำหนดให้ TTR ควรมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 65.0 และมารับการรักษาตามนัดควรมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95.0 ซึ่งพบว่าการบริบาลทางเภสัชกรรมในโรงพยาบาลยังมีข้อจำกัดในด้านเวลา และญาติหรือผู้ดูแลหลักไม่มาพร้อมกับผู้ป่วย จึงเป็นปัญหาอุปสรรคต่อการค้นหาสาเหตุที่ส่งผลต่อการดูแลรักษา ดังนั้นการวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบเยี่ยมบ้านด้านยาที่เชื่อมโยงโปรแกรมเวชระเบียน และใช้เกณฑ์ PCNE[4] เพื่อประเมินปัญหายาสำหรับผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟารินที่มีค่า INR ไม่อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย

วัตถุประสงค์

1. พัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านด้านยาสำหรับผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟารินที่มีค่า INR ไม่อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย ให้มีรูปแบบการบันทึกการเยี่ยมบ้านด้านยาที่เชื่อมโยงโปรแกรมเวชระเบียน

2. ประเมินผลระบบการเยี่ยมบ้านด้านยาที่พัฒนาขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2567 – กุมภาพันธ์ 2568 แบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ 1. วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและพัฒนาระบบการบันทึกการเยี่ยมบ้าน 2. การนำรูปแบบไปใช้เยี่ยมบ้านและบันทึกข้อมูลในโปรแกรมเวชระเบียน 3. การประเมินผลการปฏิบัติ และปัญหาอุปสรรค 4. การสะท้อนผลการปฏิบัติ ถอดบทเรียนขยายผลให้เครือข่าย

1. ผู้ร่วมการวิจัย ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ผู้ร่วมการวิจัยในการวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่ กลุ่มที่ร่วมพัฒนาระบบ คือ เจ้าหน้าที่ทีมสหวิชาชีพเยี่ยมบ้านโรงพยาบาลกันทรลักษ์ จำนวน 6 คน ที่มีการคัดเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ แพทย์ 2 คน เภสัชกร 1 คน และพยาบาล 3 คน ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวาร์ฟารินอย่างน้อย 1 ปี และมีประสบการณ์ในการเยี่ยมบ้านอย่างน้อย 1 ปี และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานเยี่ยมบ้านประจำหน่วยบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ เพื่อให้มีการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จำนวน 1 คน/รพ.สต. ทั้งหมด 34 รพ.สต. และ 2) กลุ่มผู้ป่วยที่นำระบบไปให้บริการ คือผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่ใช้ยาวาร์ฟารินที่โรงพยาบาลกันทรลักษ์ และได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมจำนวน 2 ครั้งขึ้นไปและมีผลลัพธ์ INR ไม่อยู่ในช่วงเป้าหมาย ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 – มิถุนายน 2567 จำนวน 90 คน

1.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเชิงปริมาณ

ประชากร คือ กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่ใช้ยาวาร์ฟารินและมีการนำระบบไปให้บริการที่โรงพยาบาลกันทรลักษ์ และได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมจำนวน 2 ครั้งขึ้นไปและมีผลลัพธ์ INR ไม่อยู่ในช่วงเป้าหมาย ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 – มิถุนายน 2567 จำนวน 90 คน

<u>การคำนวณขนาดตัวอย่าง</u>

คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรของ Cochran (1977) อ้างอิงงานวิจัยของ ธีรวุฒิ เอกะกุล[5]

$$No = (Z^2 \times p \times q) / e^2$$

No = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
Z = ค่า Z-score ที่ระดับความเชื่อมั่น (90%)
p = สัดส่วนของประชากร (0.1)
q = 1 – p
e = ความคลาดเคลื่อน (0.05)

<u>สูตรปรับแก้สำหรับประชากรที่ทราบจำนวน</u>

$$n = no/ (1 + ((no – 1) /N))$$

N = ประชากรทั้งหมด (90 คน)

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้เท่ากับ 48 คน

<u>เกณฑ์คัดผู้ป่วยเข้าการวิจัย</u>

1. ผู้ป่วยใช้ยาวาร์ฟารินที่ได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมในโรงพยาบาล 2 ครั้งขึ้นไป แต่ผลลัพธ์ INR ไม่อยู่ในช่วงเป้าหมายจนถึงวันเยี่ยมบ้าน

2. อนุญาตหรือยินยอมให้ดำเนินการเยี่ยมบ้าน

3. อนุญาตหรือยินยอมให้เก็บข้อมูล และสัมภาษณ์

4. ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลสื่อสารได้เข้าใจ สามารถอ่าน เขียนภาษาไทยได้

เกณฑ์คัดผู้ป่วยออกจากการวิจัย

1. ไม่สามารถติดตามผู้ป่วยได้ เช่น เสียชีวิต ย้ายถิ่นที่อยู่อาศัย

2. ผู้ป่วยที่แพทย์มีคำสั่งให้หยุดใช้ยาวาร์ฟาริน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่ใช้ยาวาร์ฟารินที่โรงพยาบาลกันทรลักษ์ที่ได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรม จำนวน 2 ครั้งขึ้นไปและมีผลลัพธ์ INR ไม่อยู่ในช่วงเป้าหมายการรักษาตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าการวิจัยจำนวน 51 คน

ขอบเขตการวิจัย

ผู้ป่วยวาร์ฟารินที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลกันทรลักษ์ และมีถิ่นที่อยู่ในอำเภอกันทรลักษ์ อยู่ในความดูแลของ รพ.สต. จำนวน 28 แห่ง และศูนย์สุขภาพชุมชน 1 แห่ง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองการพิจารณาจริยธรรมโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ SPPH 2024-133

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามกึ่งโครงสร้าง ใช้ในการศึกษาเพื่อสะท้อนผลการใช้รูปแบบด้วยการถอดบทเรียนขยายผลให้เครือข่ายได้รับการประเมินความเหมาะสมด้านเนื้อหา (Content Validity) จากทีมสหวิชาชีพเยี่ยมบ้าน 6 ท่าน โดยมีประเด็น ได้แก่ 1. การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับทีมเยี่ยมบ้านด้านความรู้และความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย 2. ทีมเยี่ยมบ้านมีการจัดการการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายให้เยี่ยมบ้านอย่างไรเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด 3. คู่มือความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวาร์ฟารินและช่องทางการประสานงานเพื่อให้คำปรึกษาจากโรงพยาบาลแม่ข่ายมีความเหมาะสมหรือไม่ควรปรับเปลี่ยนอย่างไร 4. โอกาสในการพัฒนาอยากพัฒนาเรื่องใด เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านด้านยา ตามแนวทาง INHOMESSS เพื่อประเมินหาปัญหาเกี่ยวกับยา ที่ได้รับการประเมินความเหมาะสมด้านเนื้อหาจากงานพัฒนาระบบเยี่ยมบ้านด้านยาจังหวัดศรีสะเกษ ปี 2564 ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ ที่อยู่ อาชีพ โรคประจำตัว ประวัติแพ้ยา และการสรุปปัญหา INHOMESSS

ส่วนที่ 3 แบบเก็บข้อมูลปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา (Drug-Related Problems : DRPs) ของผู้ป่วยที่บ้าน ตามแนวทาง The Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) Classification for Drug Related Problems Version9.1[3] ที่ได้รับการประเมินความตรงทางเนื้อหาจากเภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน Content Validity Index (CVI) เท่ากับ 0.92

ส่วนที่ 4 แผ่นภาพคำแนะนำการดูแลเมื่อใช้ยาวาร์ฟาริน ที่ได้รับการประเมินความเหมาะสมด้านเนื้อหา (Content Validity) และความสวยงามจากทีมสหวิชาชีพเยี่ยมบ้าน 6 ท่าน

ส่วนที่ 5 SOAP Note[6] ในการบันทึกส่งต่อข้อมูลเยี่ยมบ้านในโปรแกรมเวชระเบียน BMS-HosXP Version4.0 ประกอบด้วย

- S คือ Subjective : ข้อมูลความเจ็บป่วย พฤติกรรม คำบอกเล่าที่สอบถามได้จากผู้ป่วย

- O คือ Objective : ข้อมูลยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ผลทางห้องปฏิบัติการ
- A คือ Assessment : การประเมินและจัดการปัญหาให้กับผู้ป่วย
- P คือ Plan : เสนอแผนการดูแลและการติดตาม

3. วิธีการเก็บข้อมูล

ระยะที่ 1 การเตรียมการ

เภสัชกรผู้ดูแลงานเยี่ยมบ้านวิเคราะห์ปัญหาเสนอทีมเยี่ยมบ้านสหวิชาชีพและประชุมทีมเพื่อเสนอแนวทางการเยี่ยมบ้านด้านยาในผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟาริน แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านด้านยา แบบเก็บข้อมูลปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา สื่อที่ใช้ในการเยี่ยมบ้าน เช่น แผ่นพับ/แผ่นภาพ ช่องทางการสื่อสารและกำหนดรูปแบบการบันทึก

ระยะที่ 2 การดำเนินการลงมือปฏิบัตินำรูปแบบไปใช้เยี่ยมบ้านและบันทึกข้อมูลในโปรแกรมเวชระเบียน

ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยขณะเยี่ยมบ้านโดยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ โดยการสอบถาม สังเกต เปรียบเทียบข้อมูลการใช้ยาจากแหล่งต่าง ๆ ทั้งจาก ผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล สมุดประจำตัวผู้ป่วย และเวชระเบียนที่เกี่ยวข้อง เพื่อสรุปประเมินปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยา ใช้เวลาประมาณ 45 นาที และติดตาม INR ของผู้ป่วยเมื่อกลับมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลตามนัด 1 ครั้งห่างจากการเยี่ยมบ้านอย่างน้อย 2 สัปดาห์ (เนื่องจากการออกฤทธิ์ของยาวาร์ฟารินและการเกิด Drug Interaction ของยาให้ผล Full Effect อยู่ที่ 2 สัปดาห์ถึง 1 เดือน[7]) โดยคลินิกวาร์ฟารินโรงพยาบาลกันทรลักษ์กำหนดแนวทางการนัดผู้ป่วยที่ผลลัพธ์ INR ไม่อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายเป็นเวลา 1 สัปดาห์ถึง 2 เดือน ขึ้นกับความรุนแรง

ระยะที่ 3 การประเมินผลการปฏิบัติปัญหาอุปสรรคการนำรูปแบบไปใช้

ประชุมทีมเยี่ยมบ้านสหวิชาชีพ 6 คน พิจารณาข้อมูลเยี่ยมบ้านด้านยาใน SOAP Note เวลาในการบันทึก และวัดความพึงพอใจต่อช่องทางการบันทึกและรูปแบบข้อมูล SOAP Note และประเมินความสามารถในการใช้แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านด้านยาของทีมเยี่ยมบ้าน

ระยะที่ 4 การสะท้อนผลการใช้รูปแบบด้วยการถอดบทเรียนขยายผลให้เครือข่าย

ประชุมทีมเยี่ยมบ้านสหวิชาชีพโรงพยาบาลร่วมกับทีม รพ.สต. 34 แห่ง เพื่อสะท้อนผลการใช้รูปแบบบันทึกเยี่ยมบ้านด้านยาโดยใช้แบบสอบถามกึ่งโครงสร้าง

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ : ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ โรคประจำตัว ใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ : ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามกึ่งโครงสร้าง การประชุม และการฟังเสียงบันทึกแล้ววิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการศึกษาวิจัย

ระยะที่ 1 การเตรียมการ

เดือนสิงหาคม 2567 มีการทำ Situation Analysis เพื่อวิเคราะห์ปัญหา ในการดำเนินการเยี่ยมบ้านในระบบเดิม พบว่าเป็นการเยี่ยมบ้านเสริมพลังร่วมกับทีมสหวิชาชีพ จึงมีปัญหาคือขาดระบบจัดเก็บข้อมูลการเยี่ยมบ้านด้านยา ไม่มีรูปแบบการบันทึกที่ชัดเจน ขาดช่องทางในการส่งต่อให้ทีมสหวิชาชีพ และขาดการติดตามสรุปผลลัพธ์

System Development ได้มีการวางแผนทบทวนวรรณกรรม จัดทำคู่มือการเยี่ยมบ้านด้านยา แผ่นภาพให้ความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อใช้ยาวาร์ฟาริน กำหนดรูปแบบการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมเวชระเบียน BMS-HosXP จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ประชุมทีมสหวิชาชีพเยี่ยมบ้านจำนวน 6 คน ได้แก่ แพทย์ 2 คน เภสัชกร 1 คน และพยาบาล 3 คน โดยกำหนดให้รูปแบบการบันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้านด้านยาเป็นในโปรแกรมเวชระเบียนเป็น SOAP Note ที่ไม่มีโครงสร้าง

ระยะที่ 2 การดำเนินการลงมือปฏิบัตินำรูปแบบไปใช้เยี่ยมบ้านและบันทึกข้อมูลในโปรแกรมเวชระเบียน

มีการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2567

1. เภสัชกรงานปฐมภูมิร่วมกับทีมสหวิชาชีพประกอบเครือข่ายเยี่ยมบ้าน รพ.สต. อย่างน้อย 1 คน ออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่ตรงตามเกณฑ์การคัดเลือก และนัดหมายเครือข่ายเยี่ยมบ้านก่อนอย่างน้อย 1 วัน เพื่อให้ติดต่อผู้ป่วยก่อนทำการเยี่ยมบ้าน โดยบทบาทหน้าที่การเยี่ยมบ้านด้านยาเภสัชกรมีหน้าที่ค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาโดยการสอบถาม สังเกต เปรียบเทียบข้อมูลการใช้ยาจากแหล่งต่าง ๆ ทั้งจากผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล สมุดประจำตัวผู้ป่วย และเวชระเบียนที่เกี่ยวข้องเพื่อสรุปประเมินปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยา

2. กรณีพบปัญหา ดำเนินการจัดการปัญหารายกรณี ตามความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย และมอบหมายวิธีการจัดการปัญหาให้เครือข่าย รพ.สต. ดูแลต่อเนื่อง โดยเครือข่ายได้รับการถ่ายทอดความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวาร์ฟารินพร้อมกับผู้ป่วย

1) บันทึกข้อมูลโปรแกรมเวชระเบียนโรงพยาบาลกันทรลักษ์ BMS-HosXP โดยการดำเนินการเริ่มต้นนำแบบบันทึกการเยี่ยมบ้านด้านยาไปใช้ 2 สัปดาห์ และพัฒนารูปแบบการบันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้านด้านยาจาก SOAP Note ที่ไม่มีโครงสร้าง และบันทึกในโปรแกรมเวชระเบียนนำมาให้ทีมเยี่ยมบ้านตรวจสอบระบบการส่งต่อข้อมูลจำนวน 6 คน ทำให้ได้ SOAP Note ที่มีรูปแบบโครงสร้างดังรูปที่ 1 และมีช่องทางการส่งต่อข้อมูลเยี่ยมบ้านด้านยาในโปรแกรมเวชระเบียน 2 ช่องทาง ได้แก่ Pop-up Note แจ้งเตือน และบันทึกการบริบาลทางเภสัชกรรม

การวัดความพึงพอใจต่อระบบส่งต่อจากทีมสหวิชาชีพเยี่ยมบ้านจำนวน 6 คน โดยเลือกช่องทางการส่งต่อ 3 ช่องทาง ได้แก่

1. บันทึกการเยี่ยมบ้านในช่องตรวจให้บริการผู้ป่วย
2. บันทึกแจ้งเตือนใน Pop-up Note
3. บันทึกการบริบาลทางเภสัชกรรม

ผลคือทีมมีความพึงพอใจของต่อช่องทางการส่งต่อใน Pop-up Note และบันทึกการบริบาลทางเภสัชกรรมร้อยละ 100 ในระดับมากที่สุด แต่พึงพอใจต่อบันทึกการเยี่ยมบ้านในช่องตรวจให้บริการผู้ป่วยน้อยที่สุดร้อยละ 100 และมีความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ส่งต่อในรูปแบบ SOAP Note ที่ไม่มีโครงสร้างร้อยละ 66.7 รายละเอียดดังตารางที่ 1 และได้ปรับรูปแบบ SOAP Note ตามข้อเสนอแนะ แสดงในรูปที่ 1

ตารางที่ 1 ความพึงพอใจต่อการบันทึกข้อมูลเยี่ยมบ้านในโปรแกรมเวชระเบียน BMS-HosXP (n = 6)

ประเด็น	ระดับความพึงพอใจ/จำนวน (ร้อยละ)				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
1. ช่องทางการส่งต่อในโปรแกรมเวชระเบียน					
1.1 บันทึกการเยี่ยมบ้านในช่องตรวจให้บริการผู้ป่วย					6 (100)
1.2 การบันทึกแจ้งเตือนใน Pop-up Note	6 (100)				
1.3 บันทึกการบริบาลทางเภสัชกรรม	6 (100)				
2. บันทึกข้อมูลเยี่ยมบ้านในรูปแบบ SOAP Note ที่ไม่มีโครงสร้าง		4 (66.7)	2 (33.3)		

การประเมินผลระบบเยี่ยมบ้าน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยที่ได้รับเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์การคัดเลือกจำนวน 51 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.9, อายุ 60 – 79 ปี ร้อยละ 52.9, อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 72.6, ข้อบ่งใช้ยาวาร์ฟารินส่วนใหญ่เป็น Atrial Fibrillation (AF) ที่มีโรคร่วมร้อยละ 68.6 และโรคร่วมส่วนใหญ่คือความดันโลหิตสูง ร้อยละ 29.1 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ลักษณะส่วนบุคคล (n = 51)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	23	45.1
หญิง	28	54.9
อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 60	10	19.6
60 – 79	27	52.9
ตั้งแต่ 80 ขึ้นไป	14	27.5
($\bar{x}$ = 70.14, S.D.= 13.43, min = 30.0, max = 93.0)		
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	10	19.6
เกษตรกร	37	72.6
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	3	5.9
พระภิกษุ	1	1.9
ข้อบ่งใช้ยาวาร์ฟาริน		
Atrial Fibrillation (AF)	3	5.9
AF ที่มีโรคร่วม	35	68.6
โรคลิ้นหัวใจ Mitral valve ที่ต้องใส่ลิ้นหัวใจเทียมแบบโลหะ	7	13.7

ตารางที่ 2 ลักษณะส่วนบุคคล (n = 51) (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
มีประวัติเส้นเลือดสมองอุดตันจากลิ่มเลือด	3	5.9
ภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ขา	3	5.9
โรคร่วม (ผู้ป่วย 1 รายเป็นมากกว่า 1 โรคร่วม)		
ความดันโลหิตสูง	16	29.1
ไขมันในเลือดสูง	11	20.0
เบาหวาน	8	14.5
ไทรอยด์	5	9.1
ภาวะหัวใจล้มเหลว	4	7.3
ถุงลมโป่งพอง/โรคหืด	4	7.3
โลหิตจาง	4	7.3
ลมชัก	2	3.6
จิตเวช	1	1.8

Subjective : วันที่, วัตถุประสงค์การติดตาม, ปัญหาที่พบ จากการบอกเล่าของผู้ป่วย
Objective : สมุนไพร/อาหารเสริม, การรักษาที่อื่น
Assessment : การจัดการปัญหา แก้ไขอะไร
Plan : ติดตาม INR ผลลัพธ์, การติดตามปัญหาที่พบ

รูปแบบเดิม SOAP Note ที่ไม่มีโครงสร้าง

Subjective : วันที่, วัตถุประสงค์การติดตาม, รพ.สต. ที่ดูแล, CHA2DS2-VASc Score, ประวัติการเกิดเลือดออกในอดีต, ความสามารถจัดยาเอง, การเก็บยา, การมียาเหลือใช้, ยาหมดอายุ, การบริโภคอาหารที่มี Interaction ต่อยา, ปัญหาการเดินทางมารักษา
Objective: จำนวนรายการยา, สมุนไพร/อาหารเสริม, การรักษาที่อื่น
Assessment: ให้ความรู้อะไร กับใคร, แก้ไขอะไร
Plan: ติดตาม INR ผลลัพธ์, การติดตามปัญหา

รูปแบบใหม่ SOAP Note ที่มีโครงสร้าง

รูปที่ 1 การพัฒนารูปแบบ SOAP Note ตามข้อเสนอแนะ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัญหาผู้ป่วยที่พบจากการเยี่ยมบ้านด้านยา

จากการใช้แบบฟอร์มการเยี่ยมบ้านด้านยา INHOMESSS เพื่อประเมินปัญหาของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 94.1 พบปัญหาด้าน Nutrition คือการรับประทานอาหารที่มีผลทำให้ INR สูงหรือต่ำ ไม่อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายรองลงมาคือปัญหาด้าน Service ได้แก่ การเดินทางมารับบริการตามนัด และ Medication คือปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้ป่วย โดยปัญหาที่พบแต่ละประเด็นนำไปสู่วิธีการจัดการแก้ไขปัญหาการจัดการรายกรณีตามความเหมาะสม รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 สรุปปัญหาด้านการใช้ยาโดยใช้ INHOMESSS (ทุกประเด็น n = 51)

ประเด็น	จำนวน	ร้อยละ
Nutrition : อาหารมีผลต่อการใช้ยา/การรักษา ทำให้ INR สูง/ต่ำ	48	94.1
Service : หน่วยบริการที่ใช้/ความช่วยเหลือเรื่องการเดินทางไปรักษา	15	29.4
Medication : ยา/สมุนไพร/อาหารเสริมคาดว่ามีปฏิกิริยาต่อยาวาร์ฟาริน	14	27.5
Other people : ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในบ้านกับเพื่อนบ้าน/การขาดผู้ช่วยดูแลเรื่องการใช้ยา	11	21.6
Immobility : การเคลื่อนไหวของผู้ป่วยมีผลต่อการใช้ยา	10	19.6
Spirituality : ทัศนคติ ความเชื่อ ความคาดหวังต่อการรักษาในแง่ลบ	9	17.6
Housing : สิ่งแวดล้อมในบ้าน/อุณหภูมิไม่เหมาะสมต่อการเก็บยา	0	0
Examination : ผลการตรวจแสดงถึงการมีอาการไม่พึงประสงค์	0	0
Safety : ปัญหาความปลอดภัยต่อการลื่น หกล้ม	0	0

การสรุปข้อมูลปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา (DRPs) ของผู้ป่วยที่บ้านตามแนวทาง PCNE Ver.9.1 พบว่าปัญหาส่วนใหญ่ส่งผลต่อการรักษา ทำให้ INR ไม่อยู่ในเป้าหมายร้อยละ 72.6 และมีผลต่อความปลอดภัยทำให้ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลร้อยละ 1.9 สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยไม่เหมาะสม ร้อยละ 37.3 รองลงมาคือมีข้อจำกัดการใช้ยาด้วยตนเอง ร้อยละ 27.5 โดยมี Drug Interaction กับสมุนไพร ร้อยละ 1.9 ทำให้ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล และการส่งมอบยาไม่เหมาะสมจากวิธีการใช้ยาที่ใช้ครึ่งเม็ดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง แต่มีจำนวนยาไม่เพียงพอ เนื่องจากผู้ป่วยทิ้งยาที่หักครึ่งเม็ด เพื่อจัดการยาที่อาจเสื่อมสภาพจากการสัมผัสแสงและความชื้นเป็นเวลานาน แต่เนื่องจากมีความแตกต่างในการปฏิบัติขณะจ่ายยา ทำให้มีการปรับแนวทางการจ่ายยาครึ่งเม็ดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ให้เพียงพอต่อยาที่ต้องหักทิ้ง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาครบถ้วนเหมาะสมตามวิธีการใช้ยาที่แพทย์สั่ง

แนวทางการแก้ไขปัญหาเนื่องจากปัญหาส่วนใหญ่เกิดที่ระดับผู้ป่วยจึงมีการแก้ไขปัญหาที่ระดับผู้ป่วยร้อยละ 49.0 ได้แก่ เรื่องการรับประทานอาหารที่มีผลต่อ INR การลืมรับประทานยา เป็นต้น รองลงมาคือ การร่วมมือแก้ไขระดับเครือข่ายร้อยละ 45.1 ได้แก่การช่วยเหลือการจัดยาโดยเครือข่ายเยี่ยมบ้าน การประสานพื้นที่นำส่งโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาการเดินทาง และแก้ไขปัญหาระดับยาที่ใช้ร้อยละ 5.9 เนื่องจากมีรายการยาที่จำเป็นเพื่อรักษาตามอาการ เช่น วิตามินบำรุงเพื่อเจริญอาหาร บรรเทาอาการอ่อนเพลีย ยาระบาย เป็นต้น ซึ่ง รพ.สต. เครือข่ายเยี่ยมบ้านสามารถเพิ่มยาให้ผู้ป่วยได้เลยโดยไม่ต้องมาขอรับยาเพิ่มที่โรงพยาบาล รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 สรุปปัญหาจากการใช้ยาตามเกณฑ์ PCNE Ver.9.1 (n = 51)

หัวข้อ	จำนวน	ร้อยละ
1. ผลของปัญหาจากการใช้ยา		
ส่งผลต่อการรักษา	37	72.6
ส่งผลต่อความปลอดภัย	1	1.9
ไม่พบปัญหาจากการใช้ยา	13	25.5
2. สาเหตุ		
พฤติกรรมการใช้ยาไม่เหมาะสม	19	37.3
มีข้อจำกัดการใช้ยาด้วยตนเอง	14	27.5
ขาดความร่วมมือในการรักษา	3	5.9
มี Drug Interaction กับสมุนไพร	1	1.9
การส่งมอบยาไม่เหมาะสม	1	1.9
ไม่พบสาเหตุปัญหา	13	25.5
3. แนวทางการแก้ไขปัญหา		
ระดับผู้สั่งใช้ยา	0	0.0
ระดับผู้ป่วย	25	49.0
ระดับเครือข่าย	23	45.1
ระดับยาที่ใช้	3	5.9
4. การยอมรับแนวทางการแก้ไข		
ยอมรับการแก้ไขได้บางส่วน	34	66.7
ได้รับการยอมรับแก้ไขทั้งหมด	15	29.5
ยอมรับแต่ไม่ได้รับการแก้ไข	1	1.9
ไม่ได้รับการยอบรับ	1	1.9

ตารางที่ 5 ผลลัพธ์ทางด้านประสิทธิภาพในการรักษาหลังเยี่ยมบ้าน (n = 51)

ตัวชี้วัด	จำนวน	ร้อยละ
ผลลัพธ์ INR		
INR เข้าสู่เป้าหมาย	31	60.8
INR ไม่เข้าสู่เป้าหมาย	20	39.2
การมาโรงพยาบาลตามนัด		
มาตรวจตามนัด	50	98.1
มาตรวจไม่ตรงนัด	1	1.9

ส่วนที่ 3 ผลลัพธ์ทางด้านประสิทธิภาพในการรักษา

เมื่อติดตามผู้ป่วยจนครบวันนัดพบว่าผู้ป่วยมี INR เข้าสู่เป้าหมายการรักษาร้อยละ 60.8 และมาโรงพยาบาลตามนัดได้ร้อยละ 98.1 รายละเอียดดังตารางที่ 5

ระยะที่ 3 การประเมินผลการปฏิบัติ ปัญหาอุปสรรคการนำรูปแบบไปใช้

- **การส่งต่อข้อมูล** : ช่วงเริ่มต้นใช้เวลานานเนื่องจากไม่มีโครงสร้างที่ชัดเจน ต้องรวบรวมข้อมูลตามแบบบันทึกการเยี่ยมบ้านด้านยาที่มีข้อมูลของผู้ป่วยหลายมิติ ทำให้มีข้อมูลจำนวนมาก ใช้เวลานานในการบันทึก หลังทีมเยี่ยมบ้านทบทวนและปรับ SOAP Note ให้มีข้อมูลที่จำเป็นต่อการนำไปใช้ประโยชน์ ทำให้มีความสะดวกมากขึ้น ลดเวลาการบันทึกจาก 45 นาที เป็น 15 นาที/เคส

- **การใช้แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านด้านยา :** แบบเก็บข้อมูลปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยที่บ้าน ทีมสหวิชาชีพยังไม่สามารถนำไปใช้ได้ทันที เนื่องจากแบบบันทึกมีความจำเพาะเจาะจงด้านการบริบาลทางเภสัชกรรม ต้องฝึกอบรมก่อนใช้

ระยะที่ 4 การสะท้อนผลการใช้รูปแบบด้วยการถอดบทเรียนขยายผลให้เครือข่าย

การประชุมทีมเยี่ยมบ้านโรงพยาบาลกันทรลักษ์ร่วมกับเครือข่ายเยี่ยมบ้าน รพ.สต. เพื่อแสดงความเห็นที่มีต่อกระบวนการพัฒนาการเยี่ยมบ้านด้านยาในผู้ป่วยวาร์ฟาริน ข้อเสนอแนะจากการประชุม สามารถถอดประเด็นได้ดังนี้

1. เครือข่ายเยี่ยมบ้าน รพ.สต. มีความรู้และความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น
2. เครือข่ายเยี่ยมบ้าน รพ.สต. มีความตระหนักในความปลอดภัยของผู้ป่วยมากขึ้น และมีความยินดีที่ได้มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องในรายที่ไม่สามารถจัดยากินเองได้ แก้ไขปัญหาเรื่องการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสม การติดตามให้ผู้ป่วยมารับการรักษาตามนัด หากมีปัญหาการเดินทางสามารถประสานรถเพื่อนำส่งโรงพยาบาลได้
3. แผ่นภาพให้ความรู้ผู้ป่วยในการดูแลตนเองเมื่อใช้ยาวาร์ฟารินเข้าใจง่าย ผู้ป่วยสามารถใช้เป็นแนวทางในการดูแลตนเองได้ ช่องทางการประสานงานมีความเหมาะสม
4. การพัฒนาเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟารินควรมีประชุมประจำปี และควรส่งข้อมูลผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟารินให้แก่ทีม รพ.สต. ให้เป็นปัจจุบันทุกเดือน เพื่อแจ้งเตือนในโปรแกรมเวชระเบียนของ รพ.สต.

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการในงานวิจัยนี้มี 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนกลับ โดยการวิจัยนี้ได้พัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านด้านยาสำหรับผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟารินที่มีค่า INR ไม่อยู่ในเป้าหมายให้มีรูปแบบการบันทึกการเยี่ยมบ้านด้านยาที่เชื่อมโยงระบบเวชระเบียน ทำให้มีรูปแบบส่งต่อข้อมูลที่เหมาะสม ตรงประเด็นตามที่สหวิชาชีพควรได้รับและใช้เวลาในการบันทึกลดลงจาก 45 นาทีเป็น 15 นาทีต่อผู้ป่วย 1 ราย เป็นการบันทึกสรุปการให้บริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยที่บ้านเชื่อมโยงงานบริบาลทางเภสัชกรรมในโรงพยาบาล และเป็นการให้ข้อมูลปัญหาการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ และการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วย เพื่อให้ทีมสหวิชาชีพสามารถนำไปใช้ในการสนับสนุนการตัดสินใจในการดูแลรักษา เกิดการดูแลแบบองค์รวม และช่องทางการส่งต่อใน Pop-up Note ทำให้ทีมสหวิชาชีพเข้าถึงข้อมูลง่าย และมีความพึงพอใจ ข้อมูลไม่สูญหาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสถาพร มณี และ

คณะ[8] ได้ศึกษาผลลัพธ์การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสำหรับบริหารจัดการคลินิกวาร์ฟารินในโรงพยาบาลเขมราฐ ซึ่งได้พัฒนาโปรแกรมไมโครซอฟท์ เอ็กซ์เซลเพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยวาร์ฟารินโดยโปรแกรมสามารถบันทึกข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการรับบริการแต่ละครั้ง ผล INR ขนาดยาที่รับประทาน การมีเลือดออกหรือหลอดเลือดอุดตัน ช่วยปรับขนาดยาและรายงานผลลัพธ์ทางคลินิก ทำให้ลดขั้นตอนการทำงานจาก 5 ขั้นตอนเหลือ 2 ขั้นตอน และพบว่าหลังพัฒนาทำให้ระยะเวลาที่ INR อยู่ในช่วงเป้าหมายดีขึ้นจากร้อยละ 45.0 เป็นร้อยละ 57.8 จากการทบทววรรณกรรมด้านผลลัพธ์การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวาร์ฟารินพบว่าหลังเยี่ยมบ้านผู้ป่วยมี INR ดีขึ้นอยู่ในช่วงร้อยละ 50 – 75 ซึ่งการวิจัยนี้หลังได้รับการเยี่ยมบ้านด้านยาเพิ่มผลลัพธ์ INR ให้เข้าสู่เป้าหมายได้ถึงร้อยละ 60.78 สอดคล้องกับการศึกษาของกมลชนก บุญมาก และคณะ[9] และ วรรณวิมล เหลือล้น[10] ในความเห็นของผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านด้านยา มีความคิดเห็นว่าการพัฒนาระบบนี้สามารถปฏิบัติได้จริง เนื่องจากโปรแกรมเวชระเบียน BMS-HosXP version4.0 สามารถรองรับการบันทึก SOAP Note ใน Pop-up Note จึงเอื้ออำนวยต่อการปรับเปลี่ยนรูปแบบตามที่กำหนด สามารถทำได้อย่างยั่งยืน และขยายผลไปสู่คลินิกอื่นได้ และลดภาระในบันทึกการเยี่ยมบ้านในช่องตรวจให้บริการผู้ป่วย เนื่องจากการบันทึกใช้เวลานาน เป็นการเพิ่มภาระงานที่ยังให้ผลตอบแทนน้อยเมื่อเทียบกับงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะท้าย

การติดตามค้นหาปัญหาด้านการใช้ยาของผู้ป่วยการวิจัยนี้ได้ผสมผสานแบบฟอร์มการเยี่ยมบ้านด้านยา INHOMESSS และ PCNE Version9.1 เพื่อสรุปปัญหาด้านยาของผู้ป่วย พบว่าปัญหาส่วนใหญ่ของผู้ป่วยวาร์ฟารินในพื้นที่ดูแลของโรงพยาบาลกันทรลักษ์มีปัญหาเรื่อง Nutrition หรืออาหารมีผลต่อการใช้ยาหรือการรักษาโรคร้อยละ 94.1 คือ การบริโภคอาหารที่มีอันตรกิริยากับยาวาร์ฟาริน ทำให้ INR เพิ่มขึ้นหรือลดลงไม่อยู่ในช่วงเป้าหมายการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ประภา พิทักษา และคณะ[11] ที่พบว่าปัจจัยสาเหตุหลักที่ทำให้ INR อยู่นอกช่วงการรักษา คือ Food non-compliance ร้อยละ 75.2 แต่หลังพัฒนาการบริบาลทางเภสัชกรรมพบว่าทำให้ Food non-compliance ลดลงเหลือร้อยละ 31.4

เนื่องจากผลจากการวิจัยนี้พบปัญหาของผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดจาก Nutrition ส่งผลให้แนวทางการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นการแก้ไขที่ระดับตัวบุคคล คือ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเรื่องการรับประทานอาหาร โดยใช้แผ่นภาพให้ความรู้ ปัญหาที่พบรองลงมาคือ Service ร้อยละ 29.4 คือ การมารับบริการตามนัดที่โรงพยาบาล ด้วยสาเหตุบ้านไกล หรือญาติไม่สามารถพามาโรงพยาบาลได้ การลืมวันนัด เป็นต้น แนวทางการแก้ไขปัญหาจึงใช้แนวทางระดับเครือข่าย ได้แก่ ทีมเครือข่ายเยี่ยมบ้าน รพ.สต. และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กระตุ้นเตือนวันนัดแก่ผู้ป่วยเพื่อให้ไปรักษาตามนัด และองค์การบริหารส่วนตำบลให้บริการนำส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาล

ในการเสนอแนวทางการแก้ไขปัญหาให้กับผู้ป่วย แม้ว่าผู้ป่วยจะยอมรับการแก้ไขปัญหาได้ทั้งหมดในวันแรกที่เยี่ยมบ้านร้อยละ 29.5 แต่ผลการดูแลรักษาเมื่อติดตามไปจนถึงวันนัดสามารถทำให้ผลลัพธ์ INR ให้เข้าสู่เป้าหมายได้ถึงร้อยละ 60.78 และทำให้ผู้ป่วยมารักษาตามนัดได้ถึงร้อยละ 98.4 เป็นผลจากการเยี่ยมบ้านด้านยาที่ได้ให้คำแนะนำการดูแล

ตนเอง การแก้ไขปัญหา และมีเครือข่าย รพ.สต. ที่ช่วยดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการปัญหาด้านการใช้ยา ได้แก่ การช่วยจัดยาให้ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดการใช้ยาด้วยตนเอง ขาดความร่วมมือในการรักษา ไม่มารับการรักษาตามนัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพีระพงศ์ ภูบาล[12] ที่ได้พัฒนาระบบการติดตามดูแลความปลอดภัยจากการใช้ยาวาร์ฟารินในระดับปฐมภูมิ โดยให้ความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์ที่ รพ.สต. อสม. ผู้ป่วย และญาติ เพื่อติดตามดูแลความปลอดภัยจากการใช้ยาวาร์ฟารินในชุมชนช่วยให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้และพึ่งพาตนเอง

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยการพัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านด้านยาสำหรับผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟารินที่มีค่า INR ไม่อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายของโรงพยาบาลกันทรลักษ์ ทำให้มีช่องทางการส่งต่อข้อมูลในเวชระเบียนและมีรูปแบบส่งต่อข้อมูลที่เหมาะสม เพื่อให้ทีมสหวิชาชีพเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย ผู้ป่วยมี INR เข้าสู่เป้าหมายเพิ่มขึ้น และมาตามนัดได้เพิ่มขึ้น เครือข่ายเยี่ยมบ้าน รพ.สต. มีความรู้และมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยวาร์ฟารินเพิ่มมากขึ้นสามารถดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านได้

ข้อเสนอแนะ

เพื่อให้เกิดประสิทธิผลในการรักษาที่ดี จึงควรมีการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่ยอมรับแนวทางการแก้ไขปัญหาได้บางส่วน/ยอมรับแต่ไม่ได้รับการแก้ไข/ไม่ได้รับการยอมรับ เพื่อให้ INR กลับมาเข้าสู่ในช่วงเป้าหมายการรักษาและมีความปลอดภัยในการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยใช้รูปแบบการสื่อสารทางไกล เช่น Tele-pharmacy นอกจากนี้ ควรมีการติดตามผลลัพธ์การดูแลรักษาและความปลอดภัยในการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง 1 ปี และศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการประเมินคุณภาพชีวิตประสิทธิภาพการสร้างระบบความปลอดภัยด้านยาในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ยาความเสี่ยงสูงระดับเครือข่าย รพ.สต.

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนายการโรงพยาบาลกันทรลักษ์ที่สนับสนุนการวิจัยครั้งนี้ ขอบคุณหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม เจ้าหน้าที่กลุ่มงานเภสัชกรรมทุกท่าน ขอขอบคุณแพทย์และพยาบาลคลินิกวาร์ฟาริน ขอบคุณเครือข่ายเยี่ยมบ้าน รพ.สต. และ อสม. ที่มีส่วนร่วมในการติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ขอขอบพระคุณกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ดร.อนุพันธ์ สุวรรณพันธ์ รองคณบดีฝ่ายบริการวิชาการ คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ และ ดร.อรทัยศรี ทองธรรม สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี ที่กรุณาให้คำปรึกษาและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการทำวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. นุชน้อย ประภาโส, จันทนา ลี้สวัสดิ์, รุ่งทิวา หมื่นปา, รศนา ศาสน์พิสุทธิกุล, รัชนิตย์ ราชกิจเสตรสุวรรณ, วราภรณ์ ริมชัยสิทธิ์ และคณะ, บรรณาธิการ. แนวทางปฏิบัติเภสัชกรรมปฐมภูมิ. กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี; 2566.
2. ธิดา นิงสานนท์, ปรีชา มนทกานติกุล, อุษณีย์ วนรรฆมณี, ธนรัตน์ สรวลเสน่ห์, จตุพร ทองอิ่ม. ตำราเภสัชกรครอบครัว. กรุงเทพฯ: สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย); 2557.
3. ภาณุโชติ ทองยัง, ยุภาพรรณ มันกระโทก, จตุพร ทองอิ่ม, จันทกานต์ อภิสิทธิ์ศักดิ์, อรวรรณ กาศสมบูรณ์, ชาญชัย บุญเชิด และคณะ, บรรณาธิการ. คู่มือสำหรับเภสัชกรในการดำเนินงานเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์; 2560.
4. Pharmaceutical Care Network Europe Association. PCNE Classification for Drug Related Problems V9.1 [online]. 2020 [cited 10 February 2022]. Available from: https://www.pcne.org/upload/files/417_PCNE_classification_V9-1_final.pdf
5. ธีรวุฒิ เอกะกุล. ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. อุบลราชธานี : คณะครุศาสตร์ สถาบันราชภัฏอุบลราชธานี; 2542.
6. นวลขนิษฐ์ ลิขิตลือชา, ทิพย์สุดา ลาภภักดี, พัชรีย์ กลัดจอมพงษ์, บรรณาธิการ. การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน. นนทบุรี : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2556.
7. ภูขวัญ อรุณมานะกุล, สุรกิจ นาทีสุวรรณ, บรรณาธิการ. แนวทางการบริบาลเภสัชกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด. กรุงเทพฯ: สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย); 2559.
8. สถาพร มณี, นุชกานดา มณี. ผลลัพธ์การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสำหรับบริหารจัดการคลินิกวาร์ฟาริน. พุทธชินราชเวชสาร. 2560;34(3):371-81.
9. กมลชนก บุญมาก, สายทิพย์ สุทธิรักษา. ผลการบริบาลทางเภสัชกรรมโดยการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน: การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2564;14(2):313-28.
10. วรรณวิมล เหลือล้น. ประสิทธิผลของการเยี่ยมบ้านด้านยาในผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินโรงพยาบาลน้ำหนาว. วารสารเภสัชกรรมคลินิก. 2563;26(2):1-13.
11. ประภา พิทักษา, ธิญญรัตน์ ประสานนิษฐ์. การพัฒนาระบบส่งต่อข้อมูลการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟาริน. วารสารเภสัชกรรมคลินิก. 2566;29(2):87–101.
12. พีระพงศ์ ภูบาล. การศึกษาสถานการณ์ปัญหาการใช้ยาวาร์ฟารินและการพัฒนาระบบการติดตามดูแลความปลอดภัยจากการใช้ยาวาร์ฟารินในระดับปฐมภูมิ. [วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาเภสัชกรรมปฐมภูมิ]. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2563.

JOURNAL OF HEALTH CONSUMER PROTECTION
วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
Vol: 5 No.2 July-December 2025
ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2568

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างปลอดภัยในกลุ่มผู้ประกอบการร้านชำ จังหวัดสิงห์บุรี

The result of the program to promote safe health product sales literacy among grocery store operators in Sing Buri Province

อุสาห์ วงศ์สุกรรม[1]
Usa Wongsugrum[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างปลอดภัยในผู้ประกอบการร้านชำ จังหวัดสิงห์บุรี โดยเปรียบเทียบความรอบรู้ในการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างปลอดภัยของผู้ประกอบการร้านชำก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม และเปรียบเทียบสัดส่วนร้านชำที่ผ่านเกณฑ์ร้านชำคุณภาพด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (G-RDU) และด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพปลอดภัย (G-SHP) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ประกอบการร้านชำจำนวน 60 ราย ในอำเภอบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี ซึ่งได้มาจากการสุ่มอย่างง่ายและคัดเลือกเข้ากลุ่มทดลอง 30 ราย โดยมีกลุ่มเปรียบเทียบ 30 ราย จากผู้ประกอบการร้านชำในพื้นที่อำเภอบางระจัน 198 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือแบบบันทึกการตรวจร้านชำของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา โดยเก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired t-test, Independent t-test, Chi-square test และ McNemar test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างก่อน–หลังได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ผลการวิจัยพบว่าหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ในการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างปลอดภัยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับก่อนทดลอง 3.92 ± 0.61 เป็น 4.56 ± 0.32 (p = 0.004, mean difference = 0.64, 95% CI [-0.52, -0.11]) และจากระดับดีเป็นระดับดีมาก ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบไม่มีการเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้ กลุ่มทดลองมีสัดส่วนร้านชำที่ผ่านเกณฑ์ G-RDU และ G-SHP สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ โดยกลุ่มทดลองผ่านเกณฑ์ G-RDU ร้อยละ 86.67 กลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 60.00 (p = 0.020) และกลุ่มทดลองผ่านเกณฑ์ G-SHP ร้อยละ 86.67 กลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 50.00 (p = 0.002) ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมมีประสิทธิผลในการเพิ่มพูนความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ประกอบการร้านชำ และยกระดับการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพให้มีความปลอดภัยตามเกณฑ์มาตรฐานมากขึ้น สามารถนำไปขยายผลเพื่อพัฒนาร้านชำคุณภาพและเสริมสร้างการคุ้มครองผู้บริโภคในระดับชุมชนต่อไป

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, ร้านชำคุณภาพ, ผลิตภัณฑ์สุขภาพ, การคุ้มครองผู้บริโภค, G-RDU, G-SHP

[1] เภสัชกรชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี
[1] Pharmacist, Senior Professional Level. Division of Consumer Protection and Public Health Pharmacy, Singburi Public Health Office. E-mail : usa.earn23@gmail.com

Received: 28 Aug 2025, Revised: 7 Dec 2025, Accepted: 21 Dec 2025

Abstract

The quasi-experimental research aimed to evaluate the effectivenes of a program to promote safe health product sales literacy among grocery store operators in Sing Buri Province by assessing the changes in safe health product sales literacy in grocery store operators before and after the program, and comparing the proportion of grocery stores meeting the quality criteria of Grocery Store-Rational Drug Use (G-RDU) and Grocery Store-Safety Health Products (G-SHP) between an experimental group and a comparison group. Sixty grocery store owners in Bang Rachan district, Singburi Province were selected from 198 owners through simple random sampling and randomly assigned into an experimental group (30) and a comparison group (30). Data were collected using a grocery store inspection checklist from Thai FDA before and after the intervention. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics, including Paired t-test, Independent t-test, Chi-square test and McNemar test with a significance level of 0.05. The results showed that after the program, the experimental groups safety health product sales literacy significantly increased compared with the pre-test (3.92 ± 0.61 to 4.56 ± 0.32, p = 0.004, mean difference = 0.64, 95% CI [-0.52, -0.11]), improving from a “good” to a “very good” level, while no change was observed in the comparison group (4.01 ± 0.52 to 4.24 ± 0.51, p = 0.068, mean difference = 0.23, 95% CI [-0.49, 0.02]). In addition, the experimental group had a significantly higher proportion of grocery stores meeting the G-RDU and G-SHP quality standards compared with the comparison group (G-RDU : 86.67% vs 60.00%, p = 0.020 and G-SHP : 86.67% vs 50.00%, p = 0.002). These findings indicate that the program effectively enhances the health literacy of grocery store operators and improves the safety standards of health product sales in community grocery stores. The program has the potential to be applied to develop quality grocery stores and strengthen consumer protection at the community level.

Keywords : Health literacy, Quality grocery store, Health products, Consumer protection, G-RDU, G-SHP

บทนำ

ปัจจุบันผลิตภัณฑ์สุขภาพมีความหลากหลายและแพร่หลายในท้องตลาดมากขึ้น โดยร้านชำเป็นช่องทางการจำหน่ายที่สำคัญและเข้าถึงได้ง่ายสำหรับประชาชนในชุมชน ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่พบในร้านชำ ได้แก่ ยา อาหาร เครื่องสำอาง และผลิตภัณฑ์สมุนไพร อย่างไรก็ตาม สถานการณ์ปัจจุบันยังคงพบการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ถูกต้องตามกฎหมายในร้านชำกระจายอยู่ทั่วประเทศ จากผลการสำรวจร้านชำ 8,242 แห่ง ในพื้นที่นำร่อง 38 จังหวัดและกรุงเทพมหานคร ช่วงปลายปี พ.ศ. 2567 พบว่ามีร้านชำเพียงร้อยละ 34.9 ที่ผ่านเกณฑ์ร้านชำคุณภาพด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Grocery Store-Rational Drug Use : G-RDU) และร้อยละ 27.9 ที่ผ่านเกณฑ์ร้านชำคุณภาพด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพปลอดภัย (Grocery Store-Safety Health Products : G-SHP) ขณะที่คะแนนความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพเฉลี่ยของผู้ประกอบการร้านชำอยู่ที่ประมาณ 88.82 ± 17.62 คะแนน ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ (90 คะแนน)[1] ผลการศึกษาดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าการยกระดับความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการร้านชำยังมีความสำคัญที่จะช่วยลดปัญหาการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยได้อย่างยั่งยืน

สำหรับจังหวัดสิงห์บุรี ข้อมูลการสำรวจปี พ.ศ. 2567 ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี พบว่ามีร้านขายของชำที่ดำเนินการสำรวจจำนวน 835 ร้าน ในพื้นที่ 6 อำเภอ โดยผ่านเกณฑ์ร้านชำคุณภาพด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพปลอดภัยจำนวน 411 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 49.22 ในขณะที่พบร้านชำที่มีการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่เหมาะสมมากถึง 237 ร้าน หรือร้อยละ 50.78 โดยอำเภอบางระจันซึ่งเป็นพื้นที่วิจัย มีร้านชำเข้าร่วมการสำรวจ 198 ร้าน พบว่าร้านชำผ่านเกณฑ์ร้อยละ 45.96 และมีร้านชำที่มีการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่เหมาะสมมากถึงร้อยละ 54.04[2] จากข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการดำเนินการแก้ไขปัญหาการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยในชุมชนของจังหวัดสิงห์บุรี โดยเฉพาะการเสริมสร้างความรู้และความตระหนักรู้แก่ผู้ประกอบการร้านชำให้สามารถจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างถูกต้องตามกฎหมายและปลอดภัยยิ่งขึ้น โดยที่ผ่านมามีการดำเนินงานและงานวิจัยหลายโครงการที่มุ่งส่งเสริมความรอบรู้และแก้ไขปัญหาการขายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสมในร้านชำ ซึ่งประสบผลสำเร็จและเป็นแนวทางให้หน่วยงานต่าง ๆ นำไปประยุกต์ใช้ อาทิ โครงการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ประกอบการร้านชำในชุมชน อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าภายหลังดำเนินกิจกรรมให้ความรู้ผู้ประกอบการร้านชำมีพฤติกรรมการขายที่ปลอดภัยขึ้นอย่างชัดเจน[3] รวมถึงโครงการวิจัยขนาดใหญ่ในจังหวัดนครราชสีมา ช่วงปี พ.ศ. 2563 – 2566 ที่มุ่งพัฒนาร้านชำต้นแบบเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (“CS-KORAT Model”) ซึ่งรายงานผลในปี พ.ศ. 2566 ว่าสัดส่วนร้านชำที่เคยขายยาอันตรายหรือยาที่กฎหมายห้ามขายลดลงจากปีก่อนหน้าอย่างมีนัยสำคัญ (ลดลงประมาณร้อยละ 19.9 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2565, $p<0.001$) และระดับความรู้ของผู้ขายเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 66.85 เป็น 93.94 ($p<0.001$)[4]

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างปลอดภัยในกลุ่มผู้ประกอบการร้านชำจังหวัดสิงห์บุรี และดำเนินการศึกษาวิจัยเพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมดังกล่าว เพื่อนำโปรแกรมไปใช้ในการ

พัฒนาร้านชำให้มีการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ปลอดภัยต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้การจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างปลอดภัยในกลุ่มผู้ประกอบการร้านชำ จังหวัดสิงห์บุรี ดังนี้

1. เปรียบเทียบความรอบรู้ในการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างปลอดภัยของผู้ประกอบการร้านชำระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

2. เปรียบเทียบสัดส่วนร้านชำที่ผ่านเกณฑ์ร้านชำคุณภาพ G-RDU และ G-SHP ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสุ่มและมีกลุ่มเปรียบเทียบ ทำการวิจัยในช่วงเดือนมกราคมถึงสิงหาคม 2568 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร คือ ผู้ประกอบการร้านชำในเขตพื้นที่อำเภอบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี ที่ได้รับการสำรวจจากเจ้าหน้าที่ระดับอำเภอที่รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคในปี พ.ศ. 2567 จำนวน 198 ราย

1.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ประกอบการร้านชำในเขตพื้นที่อำเภอบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี โดยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ได้มาจากการคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power 3.1 ในการวิเคราะห์กำลังของสถิติ (Power Analysis) โดยเลือกการทดสอบแบบ t-tests : Means – two independent groups และทำการวิเคราะห์แบบ A priori (α = 0.05), Power = 0.80 และ Effect Size = 0.80) จากงานวิจัย “ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน”[5] ซึ่งคำนวณค่า Effect Size (Cohen’s d) ได้ 0.80 จึงนำค่าดังกล่าวมาใช้ในการกำหนดขนาดตัวอย่างในงานวิจัยนี้ โดยคำนวณได้กลุ่มละ 26 ตัวอย่าง และเพิ่มร้อยละ 15 เพื่อป้องกันการสูญหาย ได้กลุ่มละ 30 คน รวม 60 คน ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยการจับฉลากในการจัดสรรกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) เป็นเจ้าของร้านชำหรือผู้ดูแลหลัก 2) มีอายุตั้งแต่ 20 ขึ้นไป 3) อยู่ในพื้นที่เป้าหมายได้ตลอดระยะเวลาทำการวิจัย 4) ไม่มีปัญหาด้านการฟัง สื่อสารกับผู้วิจัยได้อย่างเข้าใจ 5) ไม่มีปัญหาด้านการมองเห็นและสามารถอ่านข้อความที่ผู้วิจัยให้อ่านได้ 6) ยินยอมและยินดีที่จะเข้าร่วมงานวิจัย ส่วนเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ 1) ผู้ประกอบการร้านชำไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบถ้วนตามระยะเวลาที่ดำเนินการวิจัย 2) มีปัญหาสุขภาพและไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยต่อหรือแจ้งความจำนงขอออกจากโครงการวิจัยหลังจากที่เริ่มการวิจัยแล้ว

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 แบบบันทึกการตรวจร้านชำ จากคู่มือการใช้โปรแกรมระบบเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน (G-RDU & G-SHP) โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา[6] ประกอบด้วย 7 ตอน คือ

- ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป
- ตอนที่ 2 ข้อมูลการขายยา
- ตอนที่ 3 ข้อมูลการขายอาหาร
- ตอนที่ 4 ข้อมูลการขายเครื่องสำอาง
- ตอนที่ 5 ข้อมูลการขายผลิตภัณฑ์สมุนไพร

- ตอนที่ 6 ข้อมูลการโฆษณายาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ

- ตอนที่ 7 ความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการร้านชำ

ในงานวิจัยนี้ใช้ข้อมูลจากแบบบันทึกการตรวจร้านชำดังกล่าวใน 3 ตอนโดยนำเสนอเป็น 3 ส่วนดังนี้

1) ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ประกอบการร้านชำ ข้อมูลตอนที่ 1 เป็นคำถามแบบปลายปิดให้เลือกตอบและปลายเปิดให้เติมข้อความประกอบด้วย เพศ อายุ ที่ตั้งร้าน จำนวน 3 ข้อ

2) ส่วนที่ 2 การประเมินความรอบรู้ในการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างปลอดภัย ใช้ข้อมูลตอนที่ 7 เป็นแบบให้เลือกตอบตามระดับที่ตรงกับความคิดเห็น 5 ระดับ จำนวน 23 ข้อ คะแนนเต็ม 115 คะแนน มีข้อคำถามเชิงบวกและข้อคำถามเชิงลบรวมคะแนน จากนั้นแปลความหมายเป็น 5 ระดับ[7] โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนและแปลความหมายระดับความรอบรู้ดังนี้

ข้อคำถามเชิงบวก	**ให้คะแนน**
● เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5
● เห็นด้วย	4
● ไม่แน่ใจ	3
● ไม่เห็นด้วย	2
● ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1

ข้อคำถามเชิงลบ	**ให้คะแนน**
● เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1
● เห็นด้วย	2
● ไม่แน่ใจ	3
● ไม่เห็นด้วย	4
● ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5

การแปลความหมายระดับความรอบรู้ในการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างปลอดภัยจากคะแนนที่ได้จากแบบบันทึกการตรวจร้านชำ โดยคิดคะแนนจาก (คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด) / จำนวนชั้น = (5 - 1)/5 = 0.80 สรุปผลเป็น 5 ระดับ ดังนี้

- คะแนน 4.21 – 5.00 หมายถึง มีความรอบรู้ระดับดีมาก
- คะแนน 3.41 – 4.20 หมายถึง มีความรอบรู้ระดับดี
- คะแนน 2.61 – 3.40 หมายถึง มีความรอบรู้ระดับปานกลาง
- คะแนน 1.81 – 2.60 หมายถึง มีความรอบรู้ระดับน้อย
- คะแนน 1.00 – 1.80 หมายถึง มีความรอบรู้ระดับน้อยมาก

3) ส่วนที่ 3 การประเมินร้านชำที่ผ่านเกณฑ์ร้านชำคุณภาพ G-RDU และ G-SHP ใช้เกณฑ์การประเมินผลร้านชำประเภทคุณภาพ (Good Grocery Store Practice : GGP) แบ่งเป็น 2 ประเภทย่อย คือ[6]

1) ประเภทการใช้ยาสมเหตุผล (G-RDU) จากแบบบันทึกการตรวจร้านชำ ดังนี้

1.1 ด้านสถานที่ ใช้ข้อมูลตอนที่ 1 ข้อ 7 และข้อ 10 เป็นแบบให้เลือกตอบ มี/ใช่ หรือ ไม่มี/ไม่ใช่ จำนวน 3 ข้อ แปลผลเป็น ผ่าน/ไม่ผ่าน

1.2 ด้านผลิตภัณฑ์ ใช้ข้อมูลตอนที่ 2 และตอนที่ 6 คำถามการขายยา รวมจำนวน 6 ข้อ คะแนนเต็ม 6 คะแนน ให้คะแนน ดังนี้

ข้อคำถามเชิงบวก	**ให้คะแนน**
● ตอบ ขาย/ใช่	1
● ตอบ ไม่มีการขาย/ไม่ใช่	0

ข้อคำถามเชิงลบ	**ให้คะแนน**
● ตอบ ขาย/ใช่	0
● ตอบ ไม่มีการขาย/ไม่ใช่	1

1.3 ด้านความรอบรู้ ใช้ข้อมูลในส่วนที่ 2 การแปลผลร้านชำคุณภาพประเภทการใช้ยาสมเหตุผล (G-RDU) จะแปลผลเป็น ผ่าน/ไม่ผ่าน โดยใช้เกณฑ์ดังนี้

- ด้านสถานที่ ต้อง “ผ่าน”
- ด้านผลิตภัณฑ์ ต้องได้คะแนนเต็ม 6 คะแนน
- ด้านความรอบรู้ฯ ต้องได้คะแนนมากกว่า 90 คะแนน

2) ร้านชำคุณภาพประเภทผลิตภัณฑ์สุขภาพปลอดภัย (G-SHP) จากแบบบันทึกการตรวจร้านชำ ดังนี้

2.1 ด้านสถานที่ ใช้ข้อมูลตอนที่ 1 ข้อ 7 และข้อ 10 เป็นแบบให้เลือกตอบ มี/ใช่ หรือ ไม่มี/ไม่ใช่ จำนวน 3 ข้อ แปลผลเป็น ผ่าน/ไม่ผ่าน

2.2 ด้านผลิตภัณฑ์ ใช้ข้อมูลตอนที่ 2 ถึงตอนที่ 6 รวมจำนวน 13 ข้อ คะแนนเต็ม 13 คะแนน ให้คะแนน ดังนี้

ข้อคำถามเชิงบวก	**ให้คะแนน**
● ตอบ ขาย/ใช่	1
● ตอบ ไม่มีการขาย/ไม่ใช่	0
ข้อคำถามเชิงลบ	**ให้คะแนน**
● ตอบ ขาย/ใช่	0
● ตอบ ไม่มีการขาย/ไม่ใช่	1

2.3 ด้านความรอบรู้ ใช้ข้อมูลในส่วนที่ 2 การแปลผลร้านชำคุณภาพประเภทผลิตภัณฑ์สุขภาพปลอดภัย (G-SHP) จะแปลผลเป็น ผ่าน/ไม่ผ่านโดยใช้เกณฑ์ดังนี้

- ด้านสถานที่ ต้อง “ผ่าน”
- ด้านผลิตภัณฑ์ ต้องได้คะแนนเต็ม 13 คะแนน
- ด้านความรอบรู้ฯ ต้องได้คะแนนมากกว่า 90 คะแนน

2.2 โปรแกรมที่ใช้ในการทดลอง (Intervention Program)

การวิจัยนี้ใช้โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างปลอดภัยสำหรับผู้ประกอบการร้านชำ ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 5 กิจกรรม ซึ่งครอบคลุมทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล, ความรู้ความเข้าใจ, การโต้ตอบซักถาม, การแลกเปลี่ยนข้อมูล, การตัดสินใจ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยดำเนินการต่อเนื่อง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ พร้อมติดตามผลหลังดำเนินการแล้ว 1 เดือน

ตารางที่ 1 กิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างปลอดภัยสำหรับผู้ประกอบการร้านชำ

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินกิจกรรม / สื่อที่ใช้
กิจกรรมที่ 1 : ตรวจฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพ	- ตรวจฉลากผลิตภัณฑ์ได้อย่างถูกต้อง - เข้าใจข้อมูลสำคัญบนฉลาก	- ตัวอย่างผลิตภัณฑ์จริง - ใบงานตรวจฉลาก - ใช้ระบบ อย.Check
กิจกรรมที่ 2 : วิเคราะห์สื่อโฆษณา	- แยกแยะโฆษณาเกินจริง - คิดวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพ	- คลิปตัวอย่างโฆษณา - ใบงานวิเคราะห์สื่อ - อภิปรายกลุ่ม - แบบประเมินการวิเคราะห์สื่อโฆษณา

ตารางที่ 1 กิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างปลอดภัยสำหรับผู้ประกอบการร้านชำ (ต่อ)

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินกิจกรรม / สื่อที่ใช้
กิจกรรมที่ 3 : ฝึกการโต้ตอบลูกค้า	- พัฒนาทักษะการสื่อสารกับลูกค้า - ปฏิเสธสถานการณ์สุ่มเสี่ยงได้	- บทบาทสมมุติ - แบบประเมินพฤติกรรมตอบโต้
กิจกรรมที่ 4 : เรียนรู้กฎหมาย & ใช้ One Page	- เข้าใจกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับร้านชำ - ประเมินผลิตภัณฑ์ได้ถูกต้อง	- สไลด์นำเสนอ - ตัวอย่างผลิตภัณฑ์ - แบบทดสอบความรู้ด้านกฎหมาย
กิจกรรมที่ 5 : แลกเปลี่ยนเรียนรู้ “เราดูแลกัน”	- แลกเปลี่ยนประสบการณ์จริง - หาแนวทางพัฒนาร้านให้ปลอดภัย	- แบ่งกลุ่ม 5 คน - นำเสนอผลการปรับปรุงร้านชำ - คำแนะนำจากทีมวิจัย

โดยผู้วิจัยได้ทำการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence : IOC) เพื่อตรวจสอบการจัดกิจกรรมว่ามีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) พบว่ามีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00 โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของแบบทดสอบความรู้ตามแผนกิจกรรมในโปรแกรม ด้วยสูตร KR-20 ในกลุ่มผู้ประกอบการร้านชำอำเภอเมืองสิงห์บุรี จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.82 และมีอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ในช่วง 0.20 – 0.80

3. วิธีการทดลองและเก็บข้อมูล

3.1 ขั้นเตรียมการทดลอง

3.1.1 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ประกอบการร้านชำจำนวน 60 ราย และสุ่มแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มเปรียบเทียบ 30 ราย

3.1.2 ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการทำวิจัย และสิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัยให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับพื้นที่ในเขตอำเภอบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี ได้แก่ เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เภสัชกรโรงพยาบาล เพื่อเป็นผู้ช่วยวิจัยในการเก็บข้อมูลแบบสอบถามก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ ทั้ง 2 ครั้ง พร้อมเตรียมสื่อและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกการตรวจร้านชำเพื่อสำรวจสถานการณ์การจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำ และระดับความรอบรู้เกี่ยวกับการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างปลอดภัยและสไลด์นำเสนอในรูปแบบพาวเวอร์พอยต์ พร้อมตัวอย่างผลิตภัณฑ์จริง และสื่อโปสเตอร์

3.1.3 ดำเนินการหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของแบบทดสอบความรู้ตามแผนกิจกรรมในโปรแกรม

3.2 ขั้นตอนดำเนินการทดลอง

ดำเนินการโดยการให้โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างปลอดภัยเฉพาะกลุ่มทดลอง จำนวน 30 ราย ประกอบไปด้วยกิจกรรมที่เสริมทักษะทั้ง 6 ด้าน ดังนี้ เสริมทักษะการเข้าถึงข้อมูล, เพิ่มความรู้ความเข้าใจ, การโต้ตอบซักถามและการแลกเปลี่ยนข้อมูล, การบอกต่อ, การตัดสินใจและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์

สุขภาพมาจำหน่าย โดยดำเนินการให้โปรแกรมจำนวน 5 กิจกรรมต่อเนื่องเป็นเวลา 4 สัปดาห์ โดยกลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง รายละเอียดดังตารางที่ 1 และมีแผนการติดตามหลังให้โปรแกรม 1 เดือน ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้รับโปรแกรมใด ๆ รายละเอียดกิจกรรมประกอบด้วย

- กิจกรรมที่ 1 ตรวจฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพจากตัวอย่างจริง
- กิจกรรมที่ 2 วิเคราะห์สื่อโฆษณาเกินจริงและสื่อหลอกลวง
- กิจกรรมที่ 3 ฝึกการโต้ตอบและให้คำแนะนำแก่ลูกค้า
- กิจกรรมที่ 4 เรียนรู้กฎหมายที่เกี่ยวข้องและฝึกใช้สื่อ One Page
- กิจกรรมที่ 5 แลกเปลี่ยนเรียนรู้ “เราดูแลกัน”

3.3 ขั้นประเมินผลหลังการทดลอง

ทำการเก็บข้อมูลหลังทดลอง (Post-test) โดยดำเนินการสำรวจตามแบบบันทึกการตรวจร้านชำ เพื่อสำรวจสถานการณ์การจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำ และระดับความรอบรู้เกี่ยวกับการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างปลอดภัยในกลุ่มตัวอย่าง 60 ราย อีกครั้ง หลังจากสิ้นสุดกระบวนการในขั้นตอนการทดลองแล้ว 1 เดือน การให้โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างปลอดภัยกับกลุ่มทดลอง และดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปเพื่อประเมินผล และสรุปผลการวิจัย

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ใช้วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป คือ เพศ อายุ ที่ตั้งร้าน ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency), ร้อยละ (Percentage), ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

4.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)

4.2.1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของสัดส่วนร้านชำที่ผ่านเกณฑ์ร้านชำคุณภาพ G-RDU และ G-SHP และความรอบรู้ในการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างปลอดภัยของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม โดยใช้สถิติ McNemar test และ Paired t-test ตามลำดับ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ $\alpha = 0.05$

4.2.2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของร้านชำที่ผ่านเกณฑ์ร้านชำคุณภาพ G-RDU และ G-SHP และความรอบรู้ในการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างปลอดภัยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมโดยใช้สถิติ Chi-square test และ Independent t-test ตามลำดับ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ $\alpha = 0.05$

5. จริยธรรมการวิจัย

ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี เลขที่โครงการวิจัย SEC 05/2568

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีข้อมูลทั่วไปคล้ายคลึงกัน โดยในกลุ่มทดลองพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 73.30 มีอายุเฉลี่ย 52.20 ปี และส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในตำบลพักทันร้อยละ 23.30 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 76.70 มีอายุเฉลี่ย 53.47 ปี และส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในตำบลเชิงกลัดร้อยละ 30.00

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ในการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างปลอดภัย

ก่อนการทดลอง มีการเปรียบเทียบความรอบรู้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้ Independence t-test พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน 3.92 ± 0.61 และ 4.01 ± 0.52 (p = 0.518, Mean difference = 0.09, 95%CI [-0.20, 0.39]) ตามลำดับ โดยอยู่ในระดับดี และหลังการทดลองพบว่าความรอบรู้ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 4.56 ± 0.32 กับ 4.24 ± 0.51 (p = 0.005, Mean difference = 0.32, 95%CI [-0.54, -0.09]) รายละเอียดดังตาราง ที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความรอบรู้ในการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างปลอดภัยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ความรอบรู้ในการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างปลอดภัย	กลุ่มทดลอง (n=30)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)			Mean Difference (95%CI)	t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ			
ก่อนการทดลอง	3.92	0.61	ดี	4.01	0.52	ดี	0.09 (-0.20, 0.39)	0.650	0.518
หลังการทดลอง	4.56	0.32	ดีมาก	4.24	0.51	ดีมาก	0.32 (-0.54, -0.09)	-2.889	0.005*

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม โดยใช้ Pair t-test พบว่าในกลุ่มทดลองมีความรอบรู้สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3.92 ± 0.61 เป็น 4.56 ± 0.32 (p = 0.004, Mean difference = 0.64, 95%CI [-0.52, -0.11]) โดยเพิ่มจากระดับดีเป็นระดับดีมาก ในส่วนของกลุ่มเปรียบเทียบพบว่าความรอบรู้ไม่มีความแตกต่างกัน 4.01 ± 0.52 เป็น 4.24 ± 0.51 (p = 0.068, Mean difference = 0.23, 95%CI [-0.49, 0.02]) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความรอบรู้ในการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างปลอดภัยระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ความรอบรู้ในการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างปลอดภัย	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			Mean Difference (95% CI)	t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ			
กลุ่มทดลอง	3.92	0.61	ดี	4.56	0.32	ดีมาก	0.64 (-0.52, -0.11)	-3.148	0.004*
กลุ่มเปรียบเทียบ	4.01	0.52	ดี	4.24	0.51	ดีมาก	0.23 (-0.49, 0.02)	-1.893	0.068

ส่วนที่ 3 การประเมินร้านชำที่ผ่านเกณฑ์ร้านชำคุณภาพ G-RDU และ G-SHP

การทดสอบโดยใช้ Chi-square พบว่าสัดส่วนจำนวนร้านชำที่ผ่านเกณฑ์ G-RDU และ G-SHP ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองไม่มีความแตกต่างกัน 18 แห่ง (ร้อยละ 60.00) กับ 17 แห่ง (ร้อยละ 56.67) p = 0.793) และ 13 แห่ง (ร้อยละ 43.33) กับ 14 แห่ง (ร้อยละ 46.67) p = 0.795 ตามลำดับ และหลังการทดลองพบว่าในกลุ่มทดลองมีสัดส่วนจำนวนร้านชำที่ผ่านเกณฑ์ G-RDU และ G-SHP มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 26 แห่ง (ร้อยละ 86.67) กับ 18 แห่ง (ร้อยละ 60.00) p = 0.020 และ 26 แห่ง (ร้อยละ 86.67) กับ 15 แห่ง (ร้อยละ 50.00) p = 0.002 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบสัดส่วนร้านชำที่ผ่านเกณฑ์ร้านชำคุณภาพ G-RDU และ G-SHP ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

สถานการณ์การจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำ	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)		Chi-square	p-value
	แห่ง	ร้อยละ	แห่ง	ร้อยละ		
ร้านชำที่ผ่านเกณฑ์ G-RDU						
ก่อนการทดลอง	18	60.00	17	56.67	0.069	0.793
หลังการทดลอง	26	86.67	18	60.00	5.455	0.020*
ร้านชำที่ผ่านเกณฑ์ G-SHP						
ก่อนการทดลอง	13	43.33	14	46.67	0.067	0.795
หลังการทดลอง	26	86.67	15	50.00	9.320	0.002*

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมโดยใช้ McNemar test พบว่าสัดส่วนจำนวนร้านชำที่ผ่านเกณฑ์ G-RDU และ G-SHP ในกลุ่มทดลองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 18 แห่ง (ร้อยละ 60.00) กับ 26 แห่ง (ร้อยละ 86.67) p = 0.034 และ 13 แห่ง (ร้อยละ 43.33) กับ 26 แห่ง (ร้อยละ 86.67) p = 0.022 ตามลำดับ ในส่วนของกลุ่มเปรียบเทียบพบว่าสัดส่วนจำนวนร้านชำที่ผ่านเกณฑ์ G-RDU และ G-SHP ไม่มีความแตกต่างกัน 17 แห่ง (ร้อยละ 56.67) กับ 18 แห่ง (ร้อยละ 60.00) p = 0.473 และ 14 แห่ง (ร้อยละ 46.67) กับ 15 แห่ง (ร้อยละ 50.00) p = 1.000 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบสัดส่วนร้านชำที่ผ่านเกณฑ์ร้านชำคุณภาพ G-RDU และ G-SHP ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

สถานการณ์การจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		p-value
	แห่ง	ร้อยละ	แห่ง	ร้อยละ	
ร้านชำที่ผ่านเกณฑ์ G-RDU					
กลุ่มทดลอง	18	60.00	26	86.67	0.034*
กลุ่มเปรียบเทียบ	17	56.67	18	60.00	0.473
ร้านชำที่ผ่านเกณฑ์ G-SHP					
กลุ่มทดลอง	13	43.33	26	86.67	0.022*
กลุ่มเปรียบเทียบ	14	46.67	15	50.00	1.000

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้การจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างปลอดภัยในกลุ่มผู้ประกอบการร้านชำจังหวัดสิงห์บุรี ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างปลอดภัยมีประสิทธิผลในการยกระดับความรอบรู้ของผู้ประกอบการร้านชำและพัฒนาสถานการณ์การจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำให้มีมาตรฐานความปลอดภัยมากยิ่งขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในเชิงความรอบรู้และสัดส่วนร้านชำที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน G-RDU และ G-SHP ที่สูงขึ้น โดยความรอบรู้ของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นจาก 3.92 ± 0.61 เป็น 4.56 ± 0.32 ($p = 0.004$, Mean difference = 0.64, 95%CI [–0.52, –0.11]) ซึ่งช่วง 95%CI แสดงถึงผลของโปรแกรมที่มีความเชื่อมั่นสูงและทิศทางชัดเจนในการเพิ่มความรอบรู้ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบไม่พบการเปลี่ยนแปลง แสดงถึงความก้าวหน้าทางความรู้ความเข้าใจและทักษะด้านการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างปลอดภัยของผู้ประกอบการร้านชำหลังได้รับโปรแกรมดังกล่าว นอกจากนี้ในด้านสถานการณ์การจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำในกลุ่มทดลองมีการปรับปรุงอย่างชัดเจนหลังการเข้ารับโปรแกรมเช่นกันโดยจำนวนร้านชำที่ผ่านเกณฑ์ G-RDU และ G-SHP เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าสัดส่วนจำนวนร้านชำที่ผ่านเกณฑ์ G-RDU และ G-SHP ในกลุ่มทดลองสูงขึ้นจาก 18 แห่ง (ร้อยละ 60.00) เป็น 26 แห่ง (ร้อยละ 86.67, $p = 0.034$) และจาก 13 แห่ง (ร้อยละ 43.33) เป็น 26 แห่ง (ร้อยละ 86.67, $p = 0.022$) ตามลำดับ ในส่วนของกลุ่มเปรียบเทียบพบว่าสัดส่วนจำนวนร้านชำที่ผ่านเกณฑ์ G-RDU และ G-SHP ไม่มีความแตกต่างกัน สะท้อนว่าผู้ประกอบการร้านชากลุ่มทดลองสามารถนำความรู้ไปปรับใช้พัฒนาร้านของตนให้มีการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างถูกต้องปลอดภัยมากขึ้นหลังได้รับโปรแกรมในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบไม่มีการเปลี่ยนแปลง กล่าวคือเมื่อผู้ประกอบการร้านชำได้รับการเสริมสร้างความรอบรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพจะสามารถคัดกรองและประเมินข้อมูลสินค้าสุขภาพได้ดีขึ้น รู้เท่าทันอันตรายของผลิตภัณฑ์ที่ไม่เหมาะสมและตัดสินใจเลือกจำหน่ายสินค้าอย่างมีเหตุผลและปลอดภัยมากขึ้น

และสอดคล้องกับการศึกษาของ อาภัสรี บัวประดิษฐ์ และคณะในปี พ.ศ. 2562[8] ศึกษาโครงการส่งเสริมการรู้เท่าทันสื่อโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพในผู้สูงอายุ พบว่าหลังผู้สูงอายุได้รับโปรแกรม ความรู้เรื่องผลิตภัณฑ์สุขภาพของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และทักษะในการประเมินโฆษณาพร้อมพฤติกรรมการเลือกบริโภคที่เหมาะสมก็ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างชัดเจนเช่นกัน ซึ่งสะท้อนว่าการพัฒนาความรอบรู้ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ทั้งในระดับบุคคลและชุมชน และจากการศึกษาของ มยุเรศ ฤทธิ์ทรงเมือง ในปี พ.ศ. 2567[9] จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าผู้ประกอบการร้านชำที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้เรื่องการจำหน่ายยามีคะแนนความรู้และการตัดสินใจเลือกผลิตภัณฑ์สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้จากการศึกษาของ กฤษฎากร เจริญสุข ที่ศึกษาการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมครสาธารณสุขในจังหวัดสิงห์บุรีในปี พ.ศ. 2564[10] รายงานว่าการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพช่วยให้พฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นในระยะสั้นและขยายผลสู่ชุมชนได้ ผลการศึกษาในผู้สูงอายุโดย Srisaknok et al. ในปี ค.ศ. 2024[11] ยังสนับสนุนประสิทธิผลของโปรแกรมด้านความรอบรู้เช่นกัน โดยพบว่าผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนความรอบรู้ด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพเพิ่มขึ้นถึง ร้อยละ 62.2 เมื่อเทียบก่อน-หลังการอบรม และมีคะแนนทักษะด้านการตัดสินใจเลือกใช้ผลิตภัณฑ์สูงที่สุดในบรรดาทุกด้านที่ประเมิน และงานวิจัยของ นวเรศ เหลืองใส และ ชิดชนก เรือนก้อน ในปี พ.ศ. 2561[12] ที่พัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขเกี่ยวกับร้านชำคุณภาพรายงานว่าหลังการให้สิ่งทดลอง กลุ่มที่ได้รับการพัฒนามีคะแนนความรู้และการปฏิบัติงานสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน โดยสรุปโปรแกรมนี้มีประสิทธิผลสูงในการเพิ่มพูนความรอบรู้และยกระดับมาตรฐานร้านชำอย่างปลอดภัย ค่าช่วง 95%CI ที่แคบและไม่ครอบศูนย์ตลอดการวิเคราะห์บ่งชี้ถึงความมั่นคงของผลลัพธ์ จึงสามารถนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาร้านชำคุณภาพและขยายผลเชิงนโยบายด้านการคุ้มครองผู้บริโภคในระดับจังหวัดและชุมชนได้อย่างเหมาะสม

ความสำเร็จเพิ่มเติมภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า โปรแกรมช่วยส่งเสริมความยั่งยืนในการคุ้มครองผู้บริโภค ได้แก่ การสร้างเครือข่ายและความร่วมมือในการเฝ้าระวังภายหลังได้รับโปรแกรมของผู้ประกอบการร้านชำมีการติดต่อสื่อสารระหว่างกันและกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่อย่างต่อเนื่องเกิดเป็นเครือข่ายความร่วมมือในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน เช่น มีการแจ้งเตือนกรณีพบรถเร่ขายยาหรือผู้จำหน่ายสินค้าสุขภาพต้องห้ามเข้ามาในพื้นที่ทันที ทำให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถเข้าตรวจสอบและจัดการได้อย่างทันท่วงที ช่วยป้องกันปัญหาการแพร่กระจายสินค้าที่ไม่ปลอดภัยในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น และร้านชำนำร่องยังเป็นแหล่งความรู้ให้ผู้บริโภค รวมถึงผู้ประกอบการร้านชำที่ผ่านการอบรมได้กลายเป็นแกนนำหรือต้นแบบในการให้ข้อมูลความรู้ที่ถูกต้องแก่ลูกค้าในชุมชนของตนเอง โดยสามารถให้คำแนะนำแก่ผู้บริโภคในการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เหมาะสม ปฏิเสธการจำหน่ายสินค้าที่ไม่มีคุณภาพ พร้อมทั้งถ่ายทอดข้อมูลให้กับร้านชำอื่นในเครือข่ายชุมชนใกล้เคียง ผลพลอยได้นี้ส่งผลให้ระดับความตระหนักรู้เรื่องการใช้ยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างปลอดภัยของคนในพื้นที่

เพิ่มขึ้นและสร้างสภาพแวดล้อมของชุมชนที่เอื้อต่อการคุ้มครองผู้บริโภคในระยะยาว

ข้อจำกัดของการวิจัย

แม้ว่าการวิจัยครั้งนี้จะให้ผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์อย่างมาก แต่ก็มีข้อจำกัดบางประการที่ควรพิจารณา ได้แก่ ระยะเวลาการติดตามผลสั้น การประเมินผลดำเนินการในระยะสั้น 1 เดือนหลังสิ้นสุดโปรแกรม จึงอาจยังไม่ทราบถึงความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงในระยะยาว เช่น พฤติกรรมของผู้ประกอบการและสถานการณ์การจำหน่ายจะยังคงดีขึ้นหรือคงที่เพียงใด ดังนั้น ควรมีการศึกษาติดตามต่อเนื่องในอนาคต และเนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งมีข้อจำกัดด้านการควบคุมตัวแปรภายนอกในระดับหนึ่ง โดยเฉพาะในช่วงเริ่มต้นของการดำเนินการที่มีการนำกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมารวมกันเพื่อรับฟังชี้แจงโครงการและขั้นตอนการเก็บข้อมูลพร้อมกัน ทำให้มีโอกาสเกิดการปนเปื้อนของข้อมูล (Contamination effect) ระหว่างกลุ่มได้ เช่น การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นหรือข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ และแนวทางการดำเนินงานก่อนเริ่มโปรแกรมจริง ซึ่งอาจส่งผลให้ความแตกต่างของผลลัพธ์ระหว่างสองกลุ่มลดลงจากระดับที่คาดการณ์ไว้ แม้ว่าผู้วิจัยจะได้ดำเนินมาตรการลดผลกระทบดังกล่าวโดยการแยกการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมหลังจากนั้นอย่างชัดเจน และควบคุมการสื่อสารระหว่างกลุ่มในระหว่างระยะการทดลองแต่ผลของการปนเปื้อนในช่วงเริ่มต้นยังอาจมีอิทธิพลต่อการรับรู้ ทัศนคติหรือการตอบแบบสอบถามของผู้เข้าร่วมบางส่วนได้ อีกทั้งการวิจัยครั้งนี้ดำเนินการในพื้นที่เฉพาะของอำเภอบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี ซึ่งมีลักษณะทางสังคม เศรษฐกิจ และปัจจัยชุมชนเฉพาะตัว เช่น ชนิดของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่จำหน่ายบ่อย ลักษณะการประกอบการของร้านชำ และระดับการสนับสนุนจากหน่วยงานท้องถิ่น ซึ่งอาจแตกต่างจากพื้นที่อื่น ดังนั้น การนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในอำเภอหรือจังหวัดอื่นควรปรับเนื้อหาและกิจกรรมให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และความต้องการจำเพาะของกลุ่มเป้าหมาย อีกทั้งควรมีการศึกษาต่อยอดในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น หรือใช้การสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster Sampling) ในหลายอำเภอเพื่อเพิ่มพลังการทดสอบทางสถิติ ความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย

โดยสรุป ผลการวิจัยนี้ยังคงแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมในการยกระดับความรอบรู้ด้านการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างปลอดภัยในกลุ่มผู้ประกอบการร้านชำ ซึ่งเป็นแนวทางที่สามารถขยายผลและต่อยอดเชิงนโยบาย เพื่อยกระดับมาตรฐานร้านค้าปลีกชุมชนให้เป็นกลไกสำคัญในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพได้อย่างยั่งยืนต่อไป

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ร้านชำที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานทั้ง G-RDU และ G-SHP ส่วนใหญ่เป็นผู้ประกอบการสูงอายุ ซึ่งมีข้อจำกัดด้านทักษะการคัดกรองข้อมูลผลิตภัณฑ์สุขภาพ และยังคงได้รับอิทธิพลจากความต้องการของผู้บริโภคในชุมชนที่คุ้นชินกับการจำหน่ายสินค้าบางประเภท แม้จะไม่สอดคล้องกับหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ก็ตาม ดังนั้น การดำเนินมาตรการให้คำปรึกษาเชิงลึกแบบรายร้าน (Micro-Coaching) ควบคู่กับการปรับปรุงโครงสร้างภายในร้านโดยใช้สื่อสนับสนุน เช่น ป้ายเตือน ตลอดจนส่งเสริมบทบาทของ อสม. และ อย.น้อยในการติดตามนิเทศเชิงรุกอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย 2 – 3 เดือนหลังสิ้นสุดโปรแกรม เพื่อช่วยให้ร้านที่ยังไม่ผ่าน

สามารถพัฒนาและผ่านเกณฑ์ในรอบการประเมินถัดไปได้อย่างยั่งยืน

2. ร้านชำที่สามารถพัฒนาความรอบรู้และผ่านเกณฑ์มาตรฐาน G-RDU และ G-SHP ได้ในระดับดีมาก แต่ยังมีประมาณร้อยละ 13.33 ของร้านชำที่มีคะแนนความรอบรู้เพียงระดับปานกลาง จึงควรให้ความสำคัญกับการเสริมพลัง (Coaching) เฉพาะรายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของโปรแกรมในระยะยาว รวมถึงพัฒนาเครื่องมือสนับสนุนที่เข้าใจง่ายและเหมาะกับกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ผลของการวิจัยโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างปลอดภัยในกลุ่มผู้ประกอบการร้านชำ จังหวัดสิงห์บุรี ผู้วิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. เชื่อมโยงกับโครงการ RDU Community และกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชน เช่น การให้ อสม. และ อย.น้อยมีบทบาทในการเฝ้าระวังและคืนข้อมูลให้กับชุมชนเป็นประจำทุกปี รวมทั้งผู้นำชุมชนเป็นศูนย์กลางการถ่ายทอดความรู้และจัดเวทีแลกเปลี่ยนความเห็น

2. ศึกษาผลของโปรแกรมในระยะยาว โดยเพิ่มระยะเวลาการติดตามผลเป็นอย่างน้อย 3 – 6 เดือน เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์และติดตามผลกระทบต่อประชาชน เช่น การลดการจำหน่ายยาอันตราย หรือการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัย

3. พิจารณาขยายขอบเขตการศึกษาให้ครอบคลุมในหลายอำเภอ หรือใช้การสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster Sampling) เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือในการวิเคราะห์ทางสถิติ

4. ควรมีวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) เพื่อพัฒนาโปรแกรมร่วมกับชุมชน ซึ่งจะช่วยให้โปรแกรมตอบสนองความต้องการของพื้นที่ได้ดียิ่งขึ้น เพื่อให้การดำเนินงานมีความยั่งยืนและเกิดความร่วมมือจากทุกภาคส่วน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นพ.วิญญู จันทร์เนตร นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี ที่อนุญาตให้ดำเนินการวิจัยในพื้นที่ นายเทิดไทย มีสะอาด สาธารณสุขอำเภอบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ และเครือข่ายการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค อำเภอบางระจัน ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการสำรวจร้านชำและให้ความช่วยเหลือในการทำวิจัยให้สามารถดำเนินไปได้ด้วยดี และขอขอบพระคุณ ดร.ศิริเนตร สุขดี อาจารย์ประจำมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ ที่ให้คำแนะนำในการทำวิจัยและตรวจแก้ไขงานวิจัยให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. ชยานนท์ แกมทอง, สรินยาพร แววรวีวงศ์. รายงานสถานการณ์คุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำ ปี 2567. ม.ป.ท.: ม.ป.ป.; 2568.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี. สรุปผลการดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ 2567. ม.ป.ท.: ม.ป.ป.; 2567.
3. กิตติภัทร อบอุ่น. รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพของร้านชำในชุมชนอำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2566; 8(2): 539-45.

4. จักรี แก้วคำบ้ง, สุทธินี เรืองสุพันธ์, ศุภธิดา วิสุทพิพัฒน์สกุล, สรัญญาพร รักษ์วิชานันท์. การพัฒนาร้านชำต้นแบบจากโครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างปลอดภัยในชุมชนจังหวัดนครราชสีมา. วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ. 2567; 4(1): 227-48.
5. พิมพ์ณรัณ ผุดผาด. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารนวัตกรรมสุขภาพและความปลอดภัย. 2567; 1(3): 29-45.
6. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. คู่มือการใช้โปรแกรมระบบเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน (G-RDU & G-SHP). ม.ป.ท.: ม.ป.ป.; 2566.
7. บุญมี พันธ์ไทย. ระเบียบวิธีวิจัยการศึกษาเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2557.
8. อาภัสรี บัวประดิษฐ์ และคณะ. ผลของโปรแกรมพัฒนาการรู้เท่าทันสื่อโฆษณาต่อพฤติกรรมการเลือกบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพในผู้สูงอายุที่ใช้แอปพลิเคชันไลน์. ม.ป.ท.: ม.ป.ป.; 2562.
9. มยุเรศ ฤทธิ์ทรงเมือง. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการจำหน่ายยาอย่างปลอดภัยสำหรับผู้ประกอบการร้านชำ. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2567; 9(6): 412-8.
10. กฤษฎากร เจริญสุข. ผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลเมืองสิงห์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี. วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี. 2564; 30(1) :72-90.
11. Srisaknok T, Ploylearmsang C, Wongkongdech R. Effectiveness of Program for Older People's Health Literacy on Drug and Health Products: Northeast of Thailand. Asian Journal of Social Health and Behavior. 2024; 7(1): 11-18.
12. นวเรศ เหลืองใส, ชิดชนก เรือนก้อน. การพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการดำเนินงานร้านชำคุณภาพปลอดยาห้ามจำหน่าย. ม.ป.ท.: ม.ป.ป.; 2561.

JOURNAL OF HEALTH CONSUMER PROTECTION
วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
Vol: 5 No.2 July-December 2025
ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2568

การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ชุมชนตำบลบ้านตะโก อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ โดยเครือข่าย “บวร.ร.” (บ้าน วัด โรงเรียน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล)

Development of consumer protection operational guidelines for health products in Ban Ta Ko Subdistrict Community, Huai Rat District, Buri Ram Province by the network of “Baworn-R” (Home, Temple, School, Subdistrict health promoting hospital)

รัตนชัย รัตนโคตร[1]
Rattanachai Rattanakhot[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ชุมชนตำบลบ้านตะโก อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ โดยเครือข่าย “บวร.ร.” (บ้าน วัด โรงเรียน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 121 คน รวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2567 ถึง กันยายน 2568 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามเพื่อประเมินความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่มเพื่อเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน ใช้ Paired Simple t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ มี 6 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การประชุมชี้แจงและประสานงานเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง 2) การศึกษาบริบทพื้นที่และสถานการณ์เกี่ยวกับงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ 3) การร่วมกันวางแผนการแก้ไขปัญหาและกำหนดแผน 4) การปฏิบัติตามแผน 5) สนับสนุน ติดตามและนิเทศ และ 6) ถอดบทเรียน แลกเปลี่ยนเรียนรู้และสะท้อนผล ผลการวิจัยพบว่า แนวทางการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ชุมชนตำบลบ้านตะโก อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ โดยเครือข่าย “บวร.ร.” (บ้าน วัด โรงเรียน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) คือ “TAKO Model” ประกอบด้วย T: Teamwork (ทีม บวร.ร. ที่ขับเคลื่อน), A: Agreement (บัญญัติชุมชน), K: Keen-sighted (สอดส่องให้ครอบคลุม) และ O: Oversaw (ดูแลปรึกษาโดยผู้เชี่ยวชาญ) และหลังการนำรูปแบบ “TAKO Model” ไปทดลองใช้พบว่า หลังการพัฒนา

---

[1]เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์
[1]Pharmacist, Professional Level. Division of Consumer Protection and Public Health Pharmacy, Buri Ram Provincial Public Health Office. E-mail : rrattanakhot@gmail.com

Received: 19 Sep 2025, Revised: 9 Dec 2025, Accepted: 26 Dec 2025

ส่งผลให้ผู้เข้าร่วมวิจัยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ (16.69 ± 2.19), ทัศนคติ (42.06 ± 6.52) และพฤติกรรม (42.19 ± 6.11) เพิ่มขึ้นจากก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

คำสำคัญ : การคุ้มครองผู้บริโภค, ผลิตภัณฑ์สุขภาพ, เครือข่ายชุมชน, บวร.ร.

Abstract

This research employed Participatory Action Research (PAR) to develop an operational consumer protection model for health products in Ban Ta ko Subdistrict, Huai Rat District, Buri Ram Province, through the community-based network of "Baworn-R" (home, temple, school, and sub-district health-promoting hospitals). The sample consisted of 121 participants and data were collected between October 2024 and September 2025. Research instruments included questionnaires assessing knowledge, attitudes, and behaviors related to consumer protection for health products, as well as in-depth interviews and focus group discussions to collect qualitative data. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics (frequency, percentage, mean, and standard deviation) and inferential statistics (paired-sample t-test) at a significance level of 0.05. Qualitative data were analyzed using content analysis. The development process comprised six stages including 1) network coordination 2) contextual and situational analysis 3)participatory planning 4)implementation of five activities 5) monitoring and supervision and 6) lessons learned reflection. The findings revealed that the developed model, termed the "TAKO Model," consisted of Teamwork, Agreement, Keen-sighted supervision, and Oversight by experts. After implementation, participants demonstrated significantly increased mean scores in knowledge (16.69 ± 2.19), attitudes (42.06 ± 6.52) and behaviors (42.19 ± 6.11) compared with pre-intervention levels ($p < 0.05$).

Keywords : Consumer protection, Health products, Community network, Baworn-R

บทนำ

สิทธิผู้บริโภค ได้บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย หมวด 3 สิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย มาตรา 61 และพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2541 ได้บัญญัติสิทธิของผู้บริโภคที่จะได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย 5 ประการ ได้แก่ 1) สิทธิที่จะได้รับข่าวสาร รวมทั้งคำพรรณนาคุณภาพที่ถูกต้องและเพียงพอเกี่ยวกับสินค้าหรือบริการ 2) สิทธิที่จะมีอิสระในการเลือกหาสินค้าหรือบริการ 3) สิทธิที่จะได้รับความปลอดภัยจากการใช้สินค้าหรือบริการ 4) สิทธิที่จะได้รับความเป็นธรรมในการทำสัญญา และ 5) สิทธิที่จะได้รับการพิจารณาและชดเชยความเสียหาย[1] ผลิตภัณฑ์สุขภาพยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญประการหนึ่งในระบบสุขภาพของประเทศไทย อาทิ การจำหน่ายยานอกเหนือจากยาสามัญประจำบ้านในร้านชำ เช่น ยาอันตราย ยาแผนโบราณ ยาชุดที่มีสเตียรอยด์ ยาแผนโบราณที่มีสเตียรอยด์ปลอมปน หรือยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์[2] งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข เป็นงานที่เกี่ยวข้องกับการควบคุม กำกับ ดูแล และบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ เช่น ยา อาหาร เครื่องสำอาง เป็นต้น ซึ่งมีผู้เกี่ยวข้องหลายส่วน ได้แก่ ผู้ผลิต ผู้จำหน่าย และผู้บริโภค โดยเฉพาะผู้บริโภค ซึ่งเป็นผู้ได้รับผลกระทบโดยตรงจากการใช้ผลิตภัณฑ์เหล่านี้ อีกทั้งการแก้ปัญหาที่เกิดจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังไม่อาจทำให้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ถูกต้องหมดไปได้ จำเป็นต้องอาศัยชุมชนเป็นส่วนหนึ่งในการแก้ปัญหาที่ยั่งยืน[3]

การศึกษาสถานการณ์ของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยในร้านชำ จังหวัดพิษณุโลก พบร้านขายของชำจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสม ร้อยละ 47.9 และการสำรวจพบร้านชำจำหน่ายยาปฏิชีวนะ ร้อยละ 62.3 ยาชุด ร้อยละ 9.4 และยาที่มีสเตียรอยด์ ร้อยละ 3.8[4] ในอำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ พบว่ายาประเภทที่ไม่ได้รับอนุญาตให้ขายในร้านชำที่พบวางขายมากที่สุด คือ ยาอันตราย และยาแผนโบราณ ส่วนแหล่งต้นทางการกระจายยาสู่ร้านชำในชุมชนจากข้อมูลมากที่สุดอันดับหนึ่ง คือ ร้านยา (ขย.1)[5] และมีการสำรวจสถานการณ์การเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำ จังหวัดศรีสะเกษ จากการสำรวจทั้งสิ้นจำนวน 9,305 แห่ง พบมีร้านชำสีเขียว สีเหลือง และสีแดง คิดเป็นร้อยละ 58.49, 24.15 และ 17.36 ตามลำดับ ซึ่งร้านชำสีแดงเป็นร้านชำที่จำหน่ายยาไม่เหมาะสม[3] จะเห็นได้ว่าปัญหาด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพยังคงเป็นปัญหาในชุมชน

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอห้วยราช ได้มีการดำเนินการตรวจสอบร้านชำ ถึงการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ได้มาตรฐาน จากการรายงานการสำรวจเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ พบว่า ในอำเภอห้วยราช ปี พ.ศ. 2564 มีตำบล (ต.) ที่ไม่ผ่านเกณฑ์ 3 อันดับแรก ได้แก่ ต.โคกเหล็ก, ต.เมืองโพธิ์ และ ต.บ้านตะโก คิดเป็นร้อยละ 80.00, 33.33 และ 30.76 ตามลำดับ ปี พ.ศ. 2565 ได้แก่ ต.บ้านตะโก, ต.โคกเหล็ก และ ต.ห้วยราช คิดเป็นร้อยละ 40.57, 39.77 และ 21.42 ตามลำดับ ปี พ.ศ. 2566 ได้แก่ ต.ตาเสา, ต.บ้านตะโก และ ต.ห้วยราช คิดเป็นร้อยละ 33.33, 32.45 และ 19.57 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่า ในเขตตำบลบ้านตะโก อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ เป็นตำบลที่มีปัญหาที่พบผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ถูกต้องติด 3 อันดับแรก ในระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา เพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน ผู้วิจัยจึงมีความประสงค์พัฒนาแนวทางการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ตำบลบ้านตะโก อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ โดยเครือข่าย “บวร.ร.” (บ้าน วัด โรงเรียน โรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบล) โดยมุ่งเน้นให้ประชาชนทุกกลุ่มมีส่วนร่วม และสามารถเฝ้าระวัง ป้องกันและเลือกใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้องและปลอดภัย

วัตถุประสงค์

1.วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อพัฒนาแนวทางการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนตำบลบ้านตะโก อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ โดยเครือข่าย “บวร.ร.”

2.วัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการพัฒนา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) โดยใช้กลไกเครือข่าย "บวร.ร." ในการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ สถานที่ในการศึกษา คือ ชุมชนตำบลบ้านตะโก อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ เนื่องจากมีความพร้อมในหลาย ๆ ด้าน เหมาะที่จะเป็นชุมชนต้นแบบในการขยายผลไปสู่ชุมชนอื่นๆ ต่อไป อีกทั้งในพื้นที่มีภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็งพร้อมให้ความร่วมมือ และบุคลากรสาธารณสุขมีความรู้ความสามารถมีศักยภาพในการประสานงานกับภาคีเครือข่ายได้อย่างต่อเนื่อง รวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนตุลาคม 2567 ถึงกันยายน 2568 รวมระยะเวลา 12 เดือน โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ประชาชนในชุมชนซึ่งครอบคลุมเครือข่าย "บวร.ร." ตำบลบ้านตะโก อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คัดเลือกด้วยวิธีการเฉพาะเจาะจงโดยเลือกตัวแทนที่ให้ความร่วมมือดีจากเครือข่าย “บวร.ร.” จำนวน 121 คน ที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้า ประกอบด้วย

1) บ้าน สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ ๆ ได้แก่

1.1) กลุ่มผู้ประกอบการร้านชำในชุมชน 9 แห่ง ได้ตัวแทนของผู้ประกอบการทั้งหมด 9 คน

1.2) กลุ่มผู้นำชุมชน 9 หมู่บ้าน หมู่บ้านละ 1 คน จำนวน 9 คน

1.3) กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 60 คน

2) วัด จำนวน 4 แห่ง ได้แก่

2.1) พระภิกษุ ซึ่งเป็นตัวแทนผู้นำศาสนาวัดละ 1 รูป จำนวน 4 รูป

3) โรงเรียน จำนวน 3 แห่ง ได้แก่

3.1) ครูผู้รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียน โรงเรียนละ 1 คน จำนวน 3 คน

3.2) กลุ่มนักเรียน อย. น้อย ตัวแทนโรงเรียนละ 10 คน จำนวน 30 คน

4) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 2 แห่ง ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ 2 รพ.สต. จำนวน 6 คน

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

1) เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในตำบลบ้านตะโก อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์

2) สามารถให้ข้อข้อมูลได้ขณะที่ดำเนินการวิจัย

3) มีความยินยอมเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาที่ทำการวิจัย

4) มีโทรศัพท์สมาร์ทโฟนและมีเครือข่ายอินเทอร์เน็ต

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

1) ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบกิจกรรม

2) ขอยกเลิกหรือถอนตัวไม่เข้าร่วมการวิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ครั้งนี้

2.1 เครื่องมือสำหรับเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม

2.2 เครื่องมือสำหรับเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ คือ แบบสอบถาม มีข้อคำถาม 4 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ การศึกษา สถานภาพสมรส สถานภาพทางสังคม จำนวน 5 ข้อ

- ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบใช่ หรือไม่ใช่ แบ่งออกเป็นด้านอาหาร จำนวน 4 ข้อ, ด้านยา จำนวน 4 ข้อ, ด้านเครื่องสำอาง จำนวน 4 ข้อ, ด้านเครื่องมือแพทย์ จำนวน 4 ข้อ และด้านวัตถุอันตรายที่ใช้ในบ้านเรือน จำนวน 4 ข้อ โดยเลือกคำตอบที่ถูกที่สุดเพียงข้อเดียว หากเลือกคำตอบถูกต้องจะได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน มีคะแนนเต็ม 20 คะแนน

มีข้อคำถามเชิงบวกและข้อคำถามเชิงลบ รวมคะแนน จากนั้นแปลความหมายเป็น 3 ระดับ[6] โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมายระดับความรู้ ดังนี้

ข้อคำถามเชิงบวก	**ให้คะแนน**
ตอบ ถูก	1
ตอบ ผิด	0
ข้อคำถามเชิงลบ	**ให้คะแนน**
ตอบ ถูก	0
ตอบ ผิด	1

การแปลความหมายคะแนนความรู้จากคะแนนที่ได้จากแบบสอบถาม โดยคิดคะแนนจาก (คะแนนสูงสุด–คะแนนต่ำสุด)/จำนวนชั้น = (20 – 0)/3 = 6.66 สรุปผลเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 13.33 – 20.00 หมายถึง มีความรู้ระดับสูง

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 6.67 – 13.32 หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 0.00 – 6.66 หมายถึง มีความรู้ระดับต่ำ

- ส่วนที่ 3 ทัศนคติต่อการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ จำนวน 10 ข้อ ให้เลือกตอบตามระดับตรงกับการปฏิบัติ 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ มีข้อคำถามเชิงบวกและข้อคำถามเชิงลบ หาค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม จากนั้นแปลความหมายเป็น 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมายระดับทัศนคติ ดังนี้

ข้อคำถามเชิงบวก	**ให้คะแนน**
เห็นด้วยมากที่สุด	5
เห็นด้วยมาก	4
เห็นด้วยปานกลาง	3
เห็นด้วยน้อย	2
เห็นด้วยน้อยที่สุด	1
ข้อคำถามเชิงลบ	**ให้คะแนน**
เห็นด้วยมากที่สุด	1
เห็นด้วยมาก	2
เห็นด้วยปานกลาง	3
เห็นด้วยน้อย	4
เห็นด้วยน้อยที่สุด	5

การแปลความหมายคะแนนทัศนคติจากคะแนนที่ได้จากแบบสอบถาม โดยคิดคะแนนจาก (คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด)/จำนวนชั้น = (50 – 10)/3 = 13. 33 สรุปผลเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับกลาง ระดับต่ำ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 36.67 – 50.00 หมายถึง มีทัศนคติระดับสูง

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 23.34 – 36.66 หมายถึง มีทัศนคติระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 10.00 – 23.33 หมายถึง มีทัศนคติระดับต่ำ

- ส่วนที่ 4 พฤติกรรมเกี่ยวกับงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ จำนวน 10 ข้อ มีข้อคำถามเชิงบวกและข้อคำถามเชิงลบ หาค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม จากนั้นแปลความหมายเป็น 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมายระดับพฤติกรรม ดังนี้

ข้อคำถามเชิงบวก	**ให้คะแนน**
ปฏิบัติมากที่สุด	5
ปฏิบัติมาก	4
ปฏิบัติปานกลาง	3

ปฏิบัติน้อย	2
ไม่เคยปฏิบัติ	1
ข้อคำถามเชิงลบ	**ให้คะแนน**
ไม่เคยปฏิบัติ	1
ปฏิบัติน้อย	2
ปฏิบัติปานกลาง	3
ปฏิบัติมาก	4
ปฏิบัติมากที่สุด	5

การแปลความหมายคะแนนพฤติกรรมจากคะแนนที่ได้จากแบบสอบถาม โดยคิดคะแนนจาก (คะแนนสูงสุด–คะแนนต่ำสุด)/จำนวนชั้น = (50 – 10)/3 = 13. 33 สรุปผลเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 36.67 – 50.00 หมายถึง มีพฤติกรรมระดับสูง

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 23.34 – 36.66 หมายถึง มีพฤติกรรมระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 10.00 – 23.33 หมายถึง มีพฤติกรรมระดับต่ำ

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นผ่านการตรวจสอบหาค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (Index of Congruence : IOC) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน พบว่าทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.5 จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบ แก้ไข และปรับปรุงแล้วไปทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยทดลองใช้ (Try out) เครื่องมือกับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันในตำบลเจริญสุข อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 30 ราย ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีขนาดและลักษณะโครงสร้างทางสังคม วัฒนธรรม การดำรงชีวิตของประชากรคล้ายคลึงกับพื้นที่วิจัย โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbrach's Alpha Coefficients) พบว่าแบบสอบถามด้านความรู้เรื่องงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพเท่ากับ 0.88, แบบสอบถามด้านทัศนคติต่อการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ เท่ากับ 0.87, แบบสอบถามด้านพฤติกรรมเกี่ยวกับงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพเท่ากับ 0.89 และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งชุดนี้เท่ากับ 0.92

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา สถานภาพสมรส สถานภาพทางสังคม ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

เปรียบเทียบคะแนนความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ใช้สถิติเชิงอนุมาน Paired Sample t – test กำหนดนัยสำคัญที่ $p < 0.05$

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

5. การวิจัย มี 3 ขั้นตอน ได้แก่

5.1 ขั้นตอนเตรียมการ ตั้งแต่ตุลาคม 2567 ถึงพฤศจิกายน 2567 ศึกษาปัญหา บริบทของพื้นที่ที่เกิดปัญหา และวางแนวทางในการแก้ปัญหาอย่างเป็นกระบวนการ โดยอาศัยหลักการและเหตุผลทางระเบียบวิธีวิจัย ทำการรวบรวมเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และศึกษาข้อมูลที่มีความสอดคล้องและครอบคลุมเกี่ยวกับเรื่องของงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ทั้งบทความทางวิชาการ วารสาร หนังสือ และวิทยานิพนธ์ ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญในการขอความอนุเคราะห์เพื่อแสดงความคิดเห็นในความสมบูรณ์พร้อม ถูกต้อง เพื่อนำไปสู่การเก็บรวบรวมข้อมูล

5.2 ขั้นตอนดำเนินการ ตั้งแต่ธันวาคม 2567 ถึงสิงหาคม 2568 ประกอบด้วย 4 ระยะการดำเนินการ ได้แก่

ระยะที่ 1 วางแผน (Planning) ประกอบด้วยการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาของผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน โดยประชุมวางแผนหาแนวทางร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่และแกนนำชุมชน จัดทำแผนปฏิบัติการการพัฒนาแนวทางจัดการปัญหาของผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชนโดยระบุกิจกรรม ขั้นตอน ระยะเวลา โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย “บวร.ร.”

ระยะที่ 2 การปฏิบัติตามแผน (Action) ประกอบด้วยการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการที่ร่วมคิดร่วมสร้างในการดำเนินงานขั้นตอนของการวางแผน

ระยะที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation) ประกอบด้วยการสนับสนุนการดำเนินงานติดตาม นิเทศงาน และประเมินกิจกรรมคุณภาพการติดตาม นิเทศ โดยการลงหน้างานเชิงรุก สัมภาษณ์และสังเกตบริบทของพื้นที่ อีกทั้งยังมีเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ติดตามการดำเนินงานเป็นระยะ และการประเมินผลลัพธ์หลังการพัฒนา ดังนี้ 1. บทบาทในการเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน 2. ความรู้ในเรื่องของผลิตภัณฑ์สุขภาพ 3. ทัศนคติต่อการเลือกบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ 4. พฤติกรรมการเลือกบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ

ระยะที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (Reflection) ประกอบด้วยการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การปฏิบัติกิจกรรมร่วมกับผู้เข้าร่วมวิจัย และถอดบทเรียน เพื่อสะท้อนผลการดำเนินงานทั้งสิ่งที่เกิดการเปลี่ยนแปลง และสิ่งที่ยังเป็นปัญหา และมีการติดตามผลหลังจากเสร็จสิ้นโดยปล่อยให้พื้นที่ดำเนินการเอง โดยที่ผู้วิจัยไม่ได้เข้าไปมีส่วนร่วม แต่จะเป็นการสุ่มตรวจผู้ประกอบการและให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต. สังเกตการณ์ดำเนินการในชุมชนและรายงานผล

5.3 ขั้นตอนประเมินและสรุปผล เดือนกันยายน 2568 หลังจากเก็บข้อมูลเสร็จสิ้น ทำการตรวจสอบแบบสอบถามเพื่อหาความสมบูรณ์พร้อมแล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลการวิจัย แนวทางการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยเครือข่าย “บวร.ร.”

6. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2567 เอกสารรับรองเลขที่ BRO 2024-122

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป ชุมชนตำบลบ้านตะโก อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ มี 9 หมู่บ้าน, รพ.สต. 2 แห่ง, องค์การบริหารส่วนตำบล 1 แห่ง, โรงเรียน 3 แห่ง, วัด 4 แห่ง และ ร้านค้า 9 ร้าน โดยกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 121 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.5 มีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 42 ปี อายุน้อยสุด 11 ปี อายุมากสุด 69 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 32.2 รองลงมาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 28.1 และระดับปริญญาตรี ร้อยละ 14.9 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่มีคู่สมรส ร้อยละ 54.5 รองลงมามีสถานะโสด ร้อยละ 38.8 และหย่าร้าง ร้อยละ 6.7 สำหรับสถานภาพทางสังคม ส่วนใหญ่เป็น อสม. ร้อยละ 54.55 รองลงมาคือนักเรียน ร้อยละ 16.53 และผู้นำท้องที่/กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ร้อยละ 7.44 และผู้ประกอบการร้านชำ ร้อยละ 7.44

การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ชุมชนตำบลบ้านตะโก อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ประกอบด้วย 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวางแผน (Planning) ผู้วิจัยได้จัดการประชุมโดยใช้การมีส่วนร่วมของเครือข่าย “บวร.ร.” เข้ามาเป็นกลุ่มเป้าหมายในการขับเคลื่อนใช้การสนทนากลุ่มเพื่อให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องสะท้อนปัญหาที่พบ ภายหลังจากการจัดหมวดหมู่ของปัญหาเกี่ยวกับการทำงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ดังนี้ ปัญหาด้านผลิตภัณฑ์อาหารไม่มีเลขสารบบอาหาร (เลข อย.), มีการจำหน่ายยาอันตรายในร้านชำ, ผลิตภัณฑ์วัตถุอันตรายที่ใช้ในครัวเรือนไม่มีเลขที่จดแจ้ง และการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ฝ่าฝืนกฎหมายผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ซึ่งประชาชนซื้อผลิตภัณฑ์ผ่านช่องทางออนไลน์ ประชาชนในพื้นที่ขาดข้อมูลที่ถูกต้องโดยเฉพาะอย่างยิ่งขาดความตระหนักรู้ด้านการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ เมื่อผู้มีส่วนร่วมทราบถึงปัญหาที่สำรวจพบในชุมชนภาคีเครือข่าย “บวร.ร.” จึงร่วมสร้างแนวทางการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหา ประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) สร้างบัญญัติชุมชน “ชุมชนปลอดภัยไร้ผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมาย” 2) ให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่าง 3) ขับเคลื่อนกับภาคีเครือข่ายขนาดใหญ่ในการลงชุมชนสำรวจและออกตรวจร้านชำ 4) รณรงค์การบริโภคและใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง และ 5) สอดแทรกความรู้ในชุมชนและใช้สื่อออนไลน์

ระยะที่ 2 การปฏิบัติตามแผน (Action) ดำเนินการจัดกิจกรรมหลักทั้ง 5 กิจกรรม ดังนี้

1) ผู้วิจัยจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยให้ผู้มีส่วนร่วมที่ร่วมวิเคราะห์ปัญหา ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญ โดยให้ชุมชนเล็งเห็นปัญหาที่ใกล้ตัว จากนั้นจึงร่วมกันสร้างบัญญัติชุมชน “ชุมชนปลอดภัยไร้ผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมาย” และประกาศเริ่มใช้งานตามประชามติโดยมีตัวแทนของทุกภาคส่วนในชุมชนเข้าร่วม ประกอบด้วยตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้อำนวยการโรงเรียน ตัวแทนนักเรียน ตัวแทนพระภิกษุ ผู้ประกอบการร้านค้า ตัวแทนเจ้าหน้าที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ สาธารณสุขอำเภอห้วยราช ผู้อำนวยการ รพ.สต.บ้านตะโก ผู้อำนวยการ รพ.สต.บ้านเกตุใต้ และ อสม.

2) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มผู้ใหญ่ และกลุ่มเด็กนักเรียน โดยผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ให้ความรู้ ได้แก่ การเลือกผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ปลอดภัย การอ่านฉลาก ผลิตภัณฑ์ใดควรบริโภค การตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพโดยใช้เครื่องมือ LINE@FDA โดยใช้สไลด์การบรรยายความรู้ ตัวอย่างจริง และทดลองปฏิบัติเพื่อให้เห็นภาพ และจะมีการกระตุ้นเตือนความรู้โดยการส่ง One Page ความรู้และข่าวสารเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพเข้าไลน์กลุ่ม “อสม.บ้านตะโก หูไวตาไว” สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

3) ขับเคลื่อนกับภาคีเครือข่ายขนาดใหญ่ในการลงชุมชนสำรวจและออกตรวจร้านชำ โดยการออกสำรวจชุมชนและร้านชำ เพื่อร่วมกันค้นหาปัญหา แบ่งเป็น

3.1) ออกสำรวจชุมชน ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ที่ปฏิบัติงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภค อสม. ผู้นำชุมชน บุคลากรทางการศึกษาที่รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียน และตัวแทนนักเรียน

(อย. น้อย) โดยจะมีการออกสำรวจชุมชนเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยในชุมชน

3.2) ช่วยกันสอดส่องดูแลแบบตาสัปปะรด โดยการรายงานผ่านไลน์กลุ่ม (Line group) “อสม.บ้านตะโก หูไวตาไว” หากพบเจอผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ได้มาตรฐาน จะมีการแจ้งไปยังไลน์กลุ่มดังกล่าว จากนั้นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะเป็นผู้ดำเนินการแก้ปัญหา

4) รณรงค์การบริโภคและใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง ภายใต้คอนเซ็ป “กินดี ปลอดภัย ใคร ๆ ก็ทำได้” โดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม. และเจ้าหน้าที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อสร้างความร่วมมือโดยภาครัฐและผู้ประกอบการ และรณรงค์ในชุมชน ร้านชำ วัด และโรงเรียน โดยให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ในพื้นที่ อสม. ร่วมกับนักเรียน อย. น้อย รณรงค์เดือนละ 1 ครั้ง

5) สอดแทรกความรู้ในชุมชนและใช้สื่อออนไลน์ โดยแบ่งการสอดแทรกความรู้ ออกเป็น 4 ช่องทาง ดังนี้

5.1) สอดแทรกความรู้ในโรงเรียน โดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ที่ปฏิบัติงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภค และตัวแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภค จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ออกให้ความรู้ในโรงเรียน เดือนละ 1 ครั้ง

5.2) สอดแทรกความรู้ในชุมชน โดยการให้ความรู้ผ่านหอกระจ่ายข่าวประจำชุมชน โดยให้ความรู้เดือนละ 1 ครั้ง

5.3) สอดแทรกความรู้ในวัด โดยใช้โอกาสในวันพระที่ประชาชนไปทำบุญฟังพระเทศน์ จึงได้มีการสอดแทรกความรู้ เกี่ยวกับภัยที่จะเกิดขึ้นหากใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสม และการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง การป้องกันตนเองจากโฆษณาหลอกลวงได้ โดยเจ้าหน้าที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบรีรัมย์ได้ถวายตาลปัตรและย่ามความรู้แด่พระภิกษุ

5.4) ใช้ช่องทางสื่อออนไลน์ร่วมด้วยในการให้ความรู้แก่ประชาชน ผ่านทางรายการ “คบส. พบประชาชน” และ “เวทีประชาชนคุ้มครองผู้บริโภค” โดยนอกเหนือจากวิทยากรจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์แล้ว ยังอาศัยพระภิกษุที่เป็นที่เคารพนับถือของประชาชนในตำบลมาร่วมเทศน์เพื่อสอดแทรกความรู้ให้กับประชาชน แล้วส่ง Link การเข้าชมทั้งสองรายการดังกล่าว เข้าไลน์กลุ่ม 2 กลุ่ม ได้แก่ ไลน์กลุ่ม “อสม.รพ.สต.บ้านตะโก” และไลน์กลุ่ม “อสม.รพ.สต.บ้านเกตุใต้” สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

ระยะที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation) ผู้วิจัยได้สนับสนุนการดำเนินงาน โดยการกระตุ้นและเสริมพลังให้กับผู้เข้าร่วมการวิจัย ตอบข้อซักถามตามประเด็นปัญหาที่พบทำให้สามารถแก้ปัญหาได้ทันเวลา หลังการดำเนินการตามแนวทางแล้ว มีการร่วมติดตามและนิเทศงาน โดยการลงชุมชนร่วมด้วยทุกครั้งที่มีกิจกรรม ซึ่งการติดตามผลการดำเนินงาน ดังนี้

บทบาทการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน พบว่าก่อนการพัฒนาแนวทาง มีเพียงเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ อสม. เท่านั้นที่เป็นผู้ขับเคลื่อนงานคุ้มครองผู้บริโภค แต่ภายหลังการพัฒนาแนวทาง พบว่าภาคีเครือข่าย “บวร.ร.” กลุ่มผู้นำชุมชน, กลุ่มอสม., พระภิกษุ, กลุ่มครู และนักเรียน อย.น้อย มีการทำงานด้านการ

คุ้มครองผู้บริโภคร่วมกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เพื่อให้ข่าวสารและความรู้เกี่ยวกับเรื่องผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างต่อเนื่อง จากการออกสำรวจชุมชนเพื่อติดตามผลการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำ 9 ร้าน พบว่าก่อนการพัฒนา พบผลิตภัณฑ์อาหารที่ไม่มี เลข อย., วัตถุอันตรายที่ไม่มีเลขจดแจ้ง และยาชุด ร้อยละ 66.66, 11.11 และ 22.22 ตามลำดับ ภายหลังจากเสร็จสิ้นกระบวนการไม่พบผลิตภัณฑ์ที่ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน แต่ในระยะติดตามผลพบการวางจำหน่ายผลิตภัณฑ์อาหารไม่มี เลข อย. จำนวน 1 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 11.11 โดยผลิตภัณฑ์ที่พบ คือ ขนมปังแซนวิช ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การสำรวจผลิตภัณฑ์ในชุมชน ก่อนและหลังพัฒนา (n=9)

การสำรวจผลิตภัณฑ์ในชุมชน	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา		ระยะติดตาม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ผลิตภัณฑ์อาหารไม่มี เลข อย.	6	66.66	0	0	1	11.11
วัตถุอันตรายไม่มีเลขที่จดแจ้ง	1	11.11	0	0	0	0
ยาชุด	2	22.22	0	0	0	0

ความรู้เรื่องการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีความรู้ก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 64.5 และอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 35.5 ภายหลังจากการพัฒนากลุ่มตัวอย่างมีความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 94.2 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 5.8 เมื่อเปรียบเทียบระดับความรู้เรื่องงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการพัฒนา พบว่าค่าเฉลี่ยความรู้โดยรวมของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (13.78 $\pm$ 3.01 vs 16.69 $\pm$ 2.19, p<0.001) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ก่อนและหลังพัฒนา (n=121)

ค่าเฉลี่ยความรู้	Mean	SD	Mean Deff	95% CI	df	t	p
ก่อนพัฒนา	13.78	3.01	2.91	2.58-3.25	120	-17.12	<0.001*
หลังพัฒนา	16.69	2.19					

*กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ทัศนคติต่อการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีทัศนคติก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 52.9 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 38.0 และอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 9.1 ภายหลังจากการพัฒนาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 81.0 และระดับปานกลาง ร้อยละ 19.0 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทัศนคติต่อการคุ้มครองผู้บริโภค

ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ก่อนและหลังพัฒนา พบว่า ค่าเฉลี่ยทัศนคติโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (36.20 $\pm$ 8.82 vs 42.06 $\pm$ 6.52, p<0.001) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทัศนคติต่อการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ก่อนและหลังพัฒนา (n=121)

ค่าเฉลี่ยทัศนคติ	Mean	SD	Mean Deff	95% CI	df	t	p
ก่อนพัฒนา	36.20	8.82	5.86	5.13-6.58	120	-16.02	<0.001*
หลังพัฒนา	42.06	6.52					

*กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

พฤติกรรมการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีพฤติกรรมก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับการปฏิบัติมาก ร้อยละ 57.9 รองลงมาอยู่ในระดับการปฏิบัติปานกลาง ร้อยละ 34.7 และอยู่ในระดับการปฏิบัติน้อยร้อยละ 7.4 ภายหลังจากการพัฒนา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับการปฏิบัติมาก ร้อยละ 79.3 และระดับการปฏิบัติปานกลาง ร้อยละ 20.7 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ก่อนและหลังพัฒนา พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (36.81 $\pm$ 7.82 vs 42.19 $\pm$ 6.11, p<0.001) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ก่อนและหลังพัฒนา (n=121)

ค่าเฉลี่ยพฤติกรรม	Mean	SD	Mean Deff	95% CI	df	t	p
ก่อนพัฒนา	36.81	7.82	5.38	4.44-6.31	120	-11.36	<0.001*
หลังพัฒนา	42.19	6.11					

*กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ระยะที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (Reflection) ภายหลังจากเสร็จสิ้นกระบวนการพัฒนาแนวทาง ผู้วิจัยได้จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยขอความอนุเคราะห์จากผู้นำชุมชนและหัวหน้าส่วนราชการ และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อสะท้อนปัญหาอุปสรรค ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อหาแนวทางแก้ปัญหาในการดำเนินการครั้งถัดไป และร่วมวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่เกิดขึ้น

จากการสะท้อนผลการปฏิบัติงานและได้ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พบว่าการดำเนินงานในทุกขั้นตอนมี อสม. เป็นแกนนำสำคัญในการขับเคลื่อน โดยแกนนำ อสม. ท่านหนึ่ง ให้ความเห็นว่า “การดำเนินงานมีความจำเป็นต้องใช้ข้อกฎหมายเข้ามาเกี่ยวข้องถึงจะมีผลทำให้ประชาชนสามารถวางจำหน่ายผลิตภัณฑ์ที่ถูกต้อง” สำหรับตัวแทนของผู้นำชุมชนท่านหนึ่งได้ให้ความเห็นว่า “การให้ความรู้ผ่านวิทยุกระจายเสียง

ของชุมชนในช่วงเช้า อาจทำให้กลุ่มคนวัยทำงานที่ทำงานนอกบ้านไม่ได้รับความรู้ และการรณรงค์ในช่วงกลางวัน จะทำให้ผู้ที่ทราบข่าวสารมีเพียงแค่คนที่อยู่ที่บ้านเท่านั้น” ซึ่งตัวแทนจากคุณครูได้ให้ความเห็นไว้ว่า “การให้ความรู้แก่เด็กนักเรียนในช่วงแรกเป็นเรื่องยากที่เด็กจะจดจำ แต่หากมีการดำเนินงานที่ต่อเนื่องในสถานศึกษา ย่อมส่งผลดีแก่เด็กนักเรียน” โดยการแสดงข้อคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างถูกสะท้อนให้ชุมชนรับทราบ เพื่อพัฒนาต่อยอดให้เกิดประโยชน์สูงสุด และตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ให้ความเห็นว่า “การให้ความรู้และแจ้งข่าวสารด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพผ่านสื่อออนไลน์ มีประโยชน์มากในปัจจุบัน เนื่องจากสามารถเผยแพร่ข้อมูลได้ทันทีและเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายจำนวนมากในเวลาอันสั้น และชาวบ้านที่มีสมาร์ทโฟนสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ทุกที่ ทุกเวลา”

จากการถอดบทเรียนพบว่าแนวทางการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ชุมชนตำบลบ้านตะโก อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ โดยเครือข่าย “บวร.ร.” คือ “TAKO Model” ประกอบด้วย T: Teamwork (ทีม บวร.ร. ที่ขับเคลื่อน), A: Agreement (บัญญัติชุมชน), K: Keen-sighted (สอดส่องให้ครอบคลุม) และ O: Oversaw (ดูแลปรึกษาโดยผู้เชี่ยวชาญ)

จากการร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประเด็นในการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ชุมชนตำบลบ้านตะโก อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ รวมถึงการสัมภาษณ์ผู้ร่วมวิจัย สามารถสรุปเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ คือ 1) นโยบายของผู้บริหารที่เล็งเห็นความสำคัญของงานคุ้มครองผู้บริโภค ตั้งแต่ระดับจังหวัด ถ่ายทอดลงมาสู่ระดับอำเภอ และลงสู่ระดับชุมชน ซึ่งก่อนหน้านี้งานคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเรื่องซับซ้อน แต่เมื่อเครือข่าย “บวร.ร.” เข้ามาขับเคลื่อน ทำให้มีการกำหนดนโยบายของชุมชนร่วมกัน 2) การมีส่วนร่วมของชุมชนซึ่งให้ความร่วมมือ โดยเครือข่าย “บวร.ร.” เมื่อเกิดการทำงานที่ร่วมกัน ทำให้เกิดการขับเคลื่อนในชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม ประชาชนเกิดความตระหนักในสิทธิผู้บริโภคและมีความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้องมากยิ่งขึ้น

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ พบว่าการใช้เครือข่ายของ “บวร.ร.” ประกอบด้วย บ.บ้าน ได้แก่ ผู้นำชุมชน อสม. และผู้ประกอบการร้านชำ, ว.วัด ได้แก่ พระภิกษุ, ร.โรงเรียน ได้แก่ ครูผู้รับผิดชอบงานอนามัยในโรงเรียน และนักเรียน อย.น้อย และ ร.รพ.สต. ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ การนำเครือข่าย “บวร.ร.”มาขับเคลื่อน ทำให้เกิดการสร้างบัญญัติชุมชนขึ้นมา ถือได้ว่าทำให้เกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญของงานคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ จินดาพร อุปถัมป์ และคณะ[3] ที่ได้ใช้เครือข่าย บวร.ร. พัฒนาระบบการเฝ้าระวังการจำหน่ายยาในร้านชำ ส่งผลให้เกิดการสร้างข้อตกลงร่วมกันในชุมชน และสอดคล้องกับการศึกษาของ กุลทัต หงส์ชยางกูร และคณะ[7] ที่ได้ใช้เครือข่ายในการพัฒนารูปแบบการคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชน ประกอบด้วย ประชาชน ผู้ประกอบการ และบุคลากรของหน่วยงานภาครัฐ ได้เกิดการวางเป้าหมายร่วมกันเพื่อสร้างข้อตกลงร่วมกัน เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการพัฒนาชุมชน

การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของ Kemmis and Mc Taggart[8] เป็นกรอบดำเนินการ ประกอบด้วย

การวางแผน (Planning), การลงมือปฏิบัติตามแผน (Action), การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ให้ผู้เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการหาแนวทางแก้ไขปัญหาและพัฒนาแนวทางการดำเนินงาน มีทั้งหมด 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประชุมชี้แจงและประสานงานเครือข่ายผู้เกี่ยวข้อง 2) การศึกษาบริบทพื้นที่และสถานการณ์เกี่ยวกับงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพในชุมชนตำบลบ้านตะโก อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ 3) ร่วมกันวางแผนการแก้ปัญหาและกำหนดแผน 4) การปฏิบัติตามแผนทั้งหมด 5 กิจกรรม ประกอบด้วย 4.1) สร้างบัญญัติชุมชน “ชุมชนปลอดภัยไร้ผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมาย” 4.2) ให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่าง 4.3) ขับเคลื่อนกับภาคีเครือข่ายขนาดใหญ่ในการลงชุมชนสำรวจและออกตรวจร้านชำ 4.4) รณรงค์การบริโภคและใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง 4.5) สอดแทรกความรู้ในชุมชนและใช้สื่อออนไลน์ 5) สนับสนุน ติดตามและนิเทศ 6) ถอดบทเรียนร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสะท้อนผลไปยังผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เป็นการดำเนินงานโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย “บวร.ร.” ซึ่งเกิดรูปแบบใหม่ในการแก้ปัญหา

ผลการวิจัยเปรียบเทียบก่อนและหลังพัฒนา พบว่าภายหลังจากเสร็จสิ้นกระบวนการพัฒนาไม่พบผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ สิริลักษณ์ รื่นรวย[9] พบว่าการขับเคลื่อนด้วยเครือข่าย บวร.ร. ภายหลังออกสำรวจร้านค้า ร้านชำ ปัญหาการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม พบว่าก่อนและหลังพัฒนามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) การให้ความรู้ในกลุ่มตัวอย่างของ บวร.ร. มีทั้งกิจกรรมการบรรยายจากผู้มีความเชี่ยวชาญ รวมถึงการกระจายความรู้สู่ชุมชน และปรับมุมมองทัศนคติต่องานคุ้มครองผู้บริโภคให้เกิดความแตกต่างจากก่อนการทดลอง สอดคล้องกับการศึกษาของ ธิดาพร อาจทวีกุล และคณะ[10] พบว่าภายหลังจากผู้นำชุมชน บุคลากรภาครัฐ ผู้ประกอบการ อสม. ภายหลังจากเข้าสู่กระบวนการพัฒนา ได้รับการให้ความรู้ และดำเนินงานตามแผน มีความรู้และทัศนคติเพิ่มขึ้น ($p<0.05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Kazuhiro Nakayama and et al.[11] พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินเลือกบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ และเช่นเดียวกับการศึกษาของ โชติมา รัตนดิลกณ ภูเก็ต และซอฟียะห์ นิมะ[12] พบว่าการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเครือข่าย สร้างการสื่อสารความรู้ สามารถพัฒนาความรู้และพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างได้ โดยการอบรม ให้ความรู้ และกระตุ้นเตือน จนเกิดนโยบายสาธารณะ นำไปสู่ชุมชนปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างยั่งยืน

การใช้เครือข่ายชุมชนมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา ก่อให้เกิดการทำงานร่วมกันของคนในพื้นที่ เพื่อให้เกิดการต่อเนื่องและรู้สึกว่าเป็นเจ้าของโครงการ ล้วนส่งผลให้เกิดการขับเคลื่อนและดำเนินการต่อเนื่อง โดยเป็นการสร้างทางเลือกในการแก้ปัญหาของคนในชุมชนเป็นผู้กำหนดเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ สิริลักษณ์ รื่นรวย[9] พบว่าเครือข่าย บวร.ร ใช้วัฒนธรรมท้องถิ่นในการให้ความรู้ เน้นการตรวจสอบเฝ้าระวัง จัดทำข้อตกลงร่วมของชุมชน และมีทางเลือกให้แก่คนในชุมชน ทำให้การจัดการปัญหายาและผลิตภัณฑ์สุขภาพลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ วรางคณา สันเทพ[13] พบว่าการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค แบบเครือข่าย บวร.ร.

คนในชุมชนสามารถถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ในการคุ้มครอง ผู้บริโภคฯ ในชุมชนได้ เกิดการสร้างเครือข่ายชุมชนที่เข้มแข็งทั้งในและนอกชุมชน ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานภาครัฐในเรื่องการดำเนินงาน ผู้ประกอบการจำหน่ายอาหารแปรรูป ร้านกาแฟ ร้านขายของชำ ในชุมชน และส่งเสริมการเลือกสินค้าที่มีสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพเข้ามาจำหน่ายในชุมชน

การวิจัยครั้งนี้ทำให้เกิดแนวทางการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ชุมชนตำบลบ้านตะโก อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ โดยเครือข่าย บวร.ร. คือ “TAKO Model” ประกอบด้วย

- T (Teamwork) หมายถึง ทีมที่สามารถร่วมกันขับเคลื่อนการดำเนินงานได้ ในที่นี้ คือ “บวร.ร.” ได้แก่ “ทีม บ.” คือ ตัวแทนจากผู้นำชุมชน อสม. และผู้ประกอบการ ซึ่งเป็นทีมหลักที่ร่วมขับเคลื่อน, “ทีม ว.” คือ ตัวแทนจากผู้นำทางศาสนา เนื่องจากประชาชนในพื้นที่นับถือศาสนาพุทธและเชื่อฟังคำสั่งสอนจากพระสงฆ์อย่างเคร่งครัด การให้ตัวแทนของผู้นำทางศาสนามามีส่วนช่วยในการเทศน์สอนหรือชี้ให้เห็นอันตรายจากผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสม จึงทำให้ประชาชนตระหนักรู้ได้, “ทีม ร. ตัวที่ 1” คือ ครู และนักเรียน อย. น้อย ที่พร้อมร่วมกันปลูกฝังเด็กนักเรียนในโรงเรียนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ และได้มีการแนะนำจากเพื่อนสู่เพื่อน เพื่อง่ายต่อการสื่อสาร และ “ทีม ร. ตัวที่ 2” คือ ตัวแทนจากเจ้าหน้าที่ รพ.สต. โดยมีสาธารณสุขอำเภอเป็นผู้นำที่ขับเคลื่อนในระดับอำเภอ ผู้อำนวยการ รพ.สต. และบุคลากรสาธารณสุขในตำบลเป็นผู้ปฏิบัติในชุมชน และได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลห้วยราชและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์

- A (Agreement) หมายถึง การสร้างข้อตกลงหรือบัญญัติในชุมชน ที่ไม่ได้เกิดขึ้นเพียงแค่ผู้นำในระดับหัวหน้าส่วนราชการ แต่เป็นการสร้างข้อตกลงหรือบัญญัติในชุมชนขึ้น จากการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน อสม. ผู้ประกอบการ พระภิกษุ ผู้บริหารสถานศึกษา และเจ้าหน้าที่ รพ.สต.

- K (Keen-sighted) หมายถึง ความหูไวตาไว หรือตาสับปะรดของ อสม. เนื่องจากว่า อสม. มีการกระจายตัวอยู่ในทุกภาคส่วนของชุมชน ถือเป็นกำลังสำคัญในการช่วยกันดูแลสุขภาพของประชาชนในทุกกลุ่มวัย อีกทั้งยังเป็นเครือข่ายที่เข้มแข็งและเหนียวแน่น จึงเป็นปัจจัยหลักในการสอดส่องเพื่อหาสิ่งผิดปกติ และรายงานต่อเจ้าหน้าที่ได้อย่างรวดเร็ว

- O (Oversaw) หมายถึง การควบคุมดูแลโดยผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งในทุกกระบวนการ ทุกการให้ความรู้ผ่านทุกช่องทาง ล้วนผ่านผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องของการคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อให้ประชาชนได้รับความรู้และข่าวสารที่ถูกต้องและนำไปใช้ได้จริง สอดคล้องกับการศึกษาของ กัญญารัตน์ คุณหงษ์[14] พบว่า รูปแบบเสริมพลังอำนาจชุมชนในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านเครื่องสำอางที่เหมาะสมในพื้นที่ “SAMET Model” ประกอบด้วย การกระตุ้นให้เกิดการรับรู้สภาพปัญหา (Stimulation), วิเคราะห์ปัญหา (Analysis) เพื่อกำหนดแผนการดำเนินการ, การบริหารจัดการโดยชุมชน (Management), การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Exchange Knowledge) และการทำงานเป็นทีม (Team Work) โดยความร่วมมือของชุมชน หลังการพัฒนามีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรม และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านเครื่องสำอางเพิ่มขึ้นกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยเครือข่าย “บวร.ร.” ซึ่งชุมชนมีส่วนร่วมในการค้นหาสาเหตุของปัญหาและร่วมวางแนวทางแก้ปัญหาที่เหมาะสมกับชุมชน ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ทัศนคติ และ

พฤติกรรมเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. การดำเนินงานต่อเนื่องเป็นสิ่งที่จำเป็น เพื่อทำให้เกิดความตระหนักในชุมชน ซึ่งพบว่าการดำเนินงานต่อเนื่องในกลุ่ม อสม. และผู้นำชุมชนในส่วนสถานศึกษาอาจต้องให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต. เข้าไปมีส่วนร่วม เพื่อการกระตุ้นการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

2. ผลการศึกษานี้นำไปประยุกต์ในการบริหารจัดการเพื่อลดความเสี่ยงจากผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยเครือข่าย “บวร.ร.” ในพื้นที่อื่น ๆ ทั้งนี้ควรปรับให้เข้ากับบริบทและความเหมาะสมของแต่ละพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ภญ.กนกพร ชนะค้า รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ นพ.คมเลนส์ สุนทร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยราช นายพินัย สายเชื้อ สาธารณสุขอำเภอห้วยราช นางพนัด หาญคำภา ผู้อำนวยการ รพ.สต.บ้านตะโก ที่เห็นความสำคัญของงานคุ้มครองผู้บริโภค และขอขอบคุณ ภญ.สุชีรา วีระดนัยวงศ์ ภญ.วรรณิภา ประกอบสิน ที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย และขอขอบคุณ พญ.ปัจฉิมา หลอมประโคน และ คุณพงษ์พิพัฒน์ จงเพ็งกลาง ที่กรุณานำเครื่องมือวิจัยไปทดลองใช้ในพื้นที่ และขอขอบคุณ ภญ.รัตนาพร พนมแก่น, ภญ.วัชรินทร์ หัสบุตร, ภญ.ชลธิชา จึงมั่นคง, คุณชัญญานุช พิกุลทอง, คุณศุภกานต์ แสนมั่น, คุณศิริพงษ์ ยงทวี, คุณภัทรภรณ์ พรหมชัยนันท์, คุณตุลา สุขเต็ม และคุณจารุวรรณ สมหวังได้ ที่ร่วมให้ความรู้แก่ผู้เข้าร่วมวิจัย ตลอดจนผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่าน ที่ได้สละเวลามาเข้าร่วมกิจกรรมและพัฒนาชุมชนตำบลบ้านตะโก อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ จนเป็นชุมชนต้นแบบที่มีการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคโดยเครือข่าย บวร.ร. อย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. ณพล เลิศสุมิตรกุล, จุฬาพัฒน์ กีรติภูมิธรรม. การพัฒนากฎหมานโยบายการคุ้มครองผู้บริโภคตามหลักการมีส่วนร่วมขององค์กรของผู้บริโภค. วารสารสมาคมนักวิจัย. 2567; 29(4): 136-147.
2. ไพลิน สาระมนต์, ชิดชนก เรือนก้อน, สุภัสสร แสงพิชัย และบุลกิต วงศ์หาญกล้า. การระบาดของผลิตภัณฑ์ที่ไม่เหมาะสมและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังเขตชายแดน อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2562; 11(2): 307-317.
3. จินดาพร อุปถัมป์, สิรีธร เดชาศิลปชัยกุล และพัทยา โพธิวัฒน์. การพัฒนาระบบเฝ้าระวังการจำหน่ายยาในร้านชำผ่านนโยบายส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนตำบลส้มป่อย อำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ. 2566; 4(2): 102-120.
4. อัปสร บุญยัง และรุ่งทิวา หมื่นปา. ความชุกของการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมของร้านชำในจังหวัดพิษณุโลกและปัจจัยที่มีผล. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2562; 11(1): 105-118.
5. จันทร์จรีย์ ดอกบัว, รัตนาภรณ์ ขันติมัง, หทัยรัชต์ พุกสอาด และณัฐพร สู่หนองบัว. สถานการณ์การจำหน่ายยาในร้านขายของชำ อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (ONLINE). 2564; 1(1): 37-44.

6. บุญมี พันธ์ไทย. ระเบียบวิธีวิจัยการศึกษาเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 4. มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2557.
7. กุลทัต หงส์ชยางกูร, พงค์เทพ สุธีรวุฒิ, เพ็ญ สุขมาก, วรรณา สุวรรณชาตรี, จินดาวรรณ รามทอง, มณฑา ไชยงาม, ลลิตา บุหลาด และเดชา วิมาลัย. รูปแบบการคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชน. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย. 2566; 6(2): 64-80.
8. Kemmis, & McTaggart, R. (1988). The Action Research Planner (3rd ed). Geelong: Deakin University, Australia.
9. สิริลักษณ์ รื่นรวย. การจัดการปัญหายาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชนโดยเครือข่าย บวร.ร.. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2563; 12(3): 855-68.
10. ธิดาพร อาจทวีกุล, วิรัติ ปานศิลา และวรพจน์ พรหมสัตยพรต. การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังการจำหน่ายยาอันตรายในร้านขายของชำ ในพื้นที่ตำบลสะแกโพรง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2559; 22(9): 497-509.
11. Kazuhiro Nakayama, Yuki Yonekura, Hitomi Danya & Kanako Hagiwara. Associations between health literacy and information-evaluation and decision-making skills in Japanese adults. 2022; 22:1473.
12. โชติมา รัตนดิลก ณ ภูเก็ต และซอฟียะห์ นิมะ. รูปแบบการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล ตำบลเขาโร อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2567; 9(2): 358-369.
13. วรางคณา สันเทพ. ถอดบทเรียนการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ โดยเครือข่าย “บวร.ร.” (บ้าน วัด โรงเรียน โรงพยาบาล) จังหวัดลำปาง. วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ. 2562; 6(1): 11-30.
14. กัญญารัตน์ คุณหงษ์, จีระศักดิ์ เจริญพันธุ์ และนิรุวรรณ เทรินโบล์. การพัฒนารูปแบบเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชนในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านเครื่องสำอาง ในพื้นที่ตำบลเสม็ด อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ. 2558; 18(1): 57-65.

JOURNAL OF HEALTH CONSUMER PROTECTION
วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
Vol: 5 No.2 July-December 2025
ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2568

การพัฒนากลไกการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข กรณีแอมโมเนียรั่วไหลในสถานที่ผลิตน้ำแข็ง จังหวัดขอนแก่น

Development of a public health emergency management mechanism in the case of ammonia leakage in an ice factory in Khon Kaen Province

วีรยา ถาอุปชิต[1], ศศิธร เอื้ออนันต์[2], ปฏิญญา สุวรรณรัตน์[1], วรวิทย์ อุทธา[3]
Weeraya Taupachit[1], Sasithorn Eua-Anant[2], Patinya Suwannarat[1], Worawit Utha[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และพัฒนากลไกการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขกรณีแอมโมเนียรั่วไหลในสถานที่ผลิตน้ำแข็ง จังหวัดขอนแก่น ซึ่งมีจำนวน 50 ใน 51 แห่ง (ร้อยละ 98.04) กระจายตัวอยู่ใกล้ชุมชนและขาดระบบจัดการความเสี่ยงที่เป็นรูปธรรม ผู้ให้ข้อมูลสำคัญคือผู้ประกอบการ 7 ราย และเจ้าหน้าที่รัฐที่เกี่ยวข้อง 7 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้คือแบบสัมภาษณ์เชิงลึกและเวทีระดมสมอง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่าสถานการณ์ปัจจุบันมีลักษณะ “เข้มแข็งในระดับบุคคล แต่เปราะบางในเชิงระบบ” โดยด้านการป้องกัน อาศัยประสบการณ์บุคลากรเป็นหลัก แต่มีความเสี่ยงจากอุปกรณ์เก่า ด้านการเตรียมความพร้อม เป็นจุดอ่อนที่สุด โรงงานส่วนใหญ่ซ้อมแผนดับเพลิง แต่ไม่เคยซ้อมแผนรับมือแอมโมเนียรั่วไหล โดยเฉพาะด้านการตอบโต้ มีลักษณะเป็นการจัดการภายในตนเองและแจ้งหน่วยงานภายนอกเมื่อเหตุบานปลายแล้ว และด้านการฟื้นฟู ขับเคลื่อนด้วยข้อกฎหมาย แต่ขาดกระบวนการถอดบทเรียนที่เป็นระบบ การวิจัยนี้นำไปสู่การพัฒนากลไกการบริหารจัดการเชิงบูรณาการที่สำคัญ 4 ด้าน คือ 1) การจัดตั้ง “ทีมตรวจประเมินแบบบูรณาการ” และมาตรการสนับสนุนทางการเงิน 2) การผลักดันให้มี “การซ้อมแผนเฉพาะทาง” ที่เชื่อมโยงกับแผนชุมชน 3) การสร้าง “ช่องทางแจ้งเหตุที่เป็นหนึ่งเดียว (Single Hotline)” พร้อมกำหนดบทบาทที่ชัดเจน และ 4) การจัดตั้ง “กองทุนประกันความเสี่ยง” และกลไก “การถอดบทเรียนร่วมกัน”กลไกที่พัฒนาขึ้นนี้จะเป็นแนวทางสำคัญในการยกระดับการจัดการภาวะฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพและสร้างความปลอดภัยที่ยั่งยืนแก่ชุมชน

คำสำคัญ : การจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข, แอมโมเนียรั่วไหล, โรงงานผลิตน้ำแข็ง, การวิจัยเชิงปฏิบัติการ, จังหวัดขอนแก่น

---

[1] เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
[1] Pharmacist, Professional Level. Division of Consumer Protection and Public Health Pharmacy, Khon Kaen Provincial Public Health Office. E-mail : nongnoiyrx10@gmail.com.
[2] เภสัชกรชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
[2] Pharmacist, Specialist Level. Division of Consumer Protection and Provincial Public Health Pharmacy, Khon Kaen Provincial Public Health Office.
[3] เภสัชกรปฏิบัติการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
[3] Pharmacist, Operating Level. Division of Consumer Protection and Provincial Public Health Pharmacy, Khon Kaen Provincial Public Health Office.

Received: 8 Oct 2025, Revised: 8 Dec 2025, Accepted: 14 Dec 2025

Abstract

This action research aimed to study the situation and develop a mechanism, of public health emergency management for ammonia leakage in ice production facilities in Khon Kaen Province. A significant public health concern exists as 50 out of 51 facilities (98.04%) are scattered near communities and lack a concrete risk management system. Key informants, selected through purposive sampling, included 7 factory operators and 7 related government officials. Data were collected using in-depth interviews and brainstorming sessions, and analyzed using content analysis. The findings revealed a situation characterized by "individual strength but systemic vulnerability". Prevention relied heavily on personnel experience but was undermined by aging equipment. Preparedness was the weakest area. Most factories conducted fire drills but had never specifically rehearsed for an ammonia leak. Response was typically managed internally, with external agencies notified only after escalation. Recovery was legally driven but lacked a systematic lesson-learned process. This research led to the development of an integrated management mechanism focusing on four key areas: 1) establishing an "integrated assessment team" and financial support measures; 2) promoting "specialized drills" linked to community plans; 3) creating a "single emergency hotline" with clear role definitions; and 4) establishing a "risk insurance fund" and a "joint lesson-learned" process. This developed mechanism provides a crucial framework for enhancing emergency management effectiveness and ensuring sustainable community safety.

Keywords : Public health emergency management, Ammonia leakage, Ice factory, Action research, Khon Kaen Province

บทนำ

ภัยสุขภาพที่เกิดจากสารเคมีถือเป็นประเด็นสำคัญระดับโลกในการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (Public Health Emergency Management : PHEM) เนื่องจากสารเคมีอันตรายไม่เพียงแต่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพอย่างรุนแรงและสร้างความเสียหายต่อทรัพย์สิน แต่ยังส่งผลกระทบในวงกว้างต่อสิ่งแวดล้อม[1] ความท้าทายนี้ทวีความรุนแรงขึ้นจากการขยายตัวของเมืองที่รุกล้ำเข้าใกล้เขตอุตสาหกรรม ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดอุบัติภัยในพื้นที่ที่มีประชากรหนาแน่น ดังที่ปรากฏในงานวิจัยของ Zhao และคณะ[2]

ในประเทศไทย ประเด็นนี้สอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2567 – 2568 ที่มุ่งเน้นการจัดการภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขในทุกมิติ[1] และปรากฏเป็นรูปธรรมในภาคอุตสาหกรรม โดยเฉพาะแอมโมเนีย (Ammonia: NH_3) ซึ่งมีบทบาทสำคัญในฐานะสารทำความเย็นในอุตสาหกรรมผลิตน้ำแข็งและห้องเย็น แต่ก็เป็นสารเคมีที่มีความเป็นพิษและอันตรายสูง หากรั่วไหลอาจทำให้เกิดการเสียชีวิตได้ ข้อมูลจากกองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมชี้ให้เห็นว่า ระหว่างปี พ.ศ. 2560 – 2564 ประเทศไทยเกิดอุบัติภัยแอมโมเนียรั่วไหลถึง 19 ครั้ง โดยมีโรงงานผลิตน้ำแข็งเป็นแหล่งกำเนิดเหตุการณ์อันดับสูงสุด[3] ซึ่งสาเหตุหลักมักมาจากปัจจัยที่ป้องกันได้ เช่น ความผิดพลาดของมนุษย์ (Human Error) และการบำรุงรักษาที่ไม่เพียงพอ (Poor Maintenance)[4] สถานการณ์ในระดับชาติสะท้อนอย่างชัดเจนในบริบทของจังหวัดขอนแก่น ซึ่งมีสถานที่ผลิตน้ำแข็งที่ใช้แอมโมเนียเป็นสารทำความเย็นจำนวน 50 ใน 51 แห่ง (ร้อยละ 98.04) กระจายตัวอยู่ใน 17 อำเภอ จากทั้งหมด 26 อำเภอ ที่น่ากังวลคือ โรงงานหลายแห่งตั้งอยู่ในพื้นที่ปะปนกับชุมชน มีทั้งโรงเรียน วัด และบ้านเรือนรายล้อม ก่อให้เกิดพื้นที่เสี่ยงสูงระหว่างแหล่งจัดเก็บสารเคมีอันตรายและชุมชน ความเสี่ยงในพื้นที่ยิ่งถูกซ้ำเติมด้วยช่องว่างเชิงระบบที่สำคัญ กล่าวคือ ผลการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานวิธีการผลิตที่ดี (Good Manufacturing Practice : GMP) ในปี พ.ศ. 2566 พบว่าโรงงานส่วนใหญ่ในขอนแก่นยังขาดระบบการจัดการกรณีสารเคมีรั่วไหลอย่างเป็นระบบ สถานประกอบการหลายแห่งไม่มีการจัดทำแผนฉุกเฉินและไม่มีการฝึกซ้อมตามแผน ซึ่งไม่เพียงแต่ขัดต่อกฎกระทรวงกำหนดมาตรการความปลอดภัยเกี่ยวกับระบบทำความเย็นที่ใช้แอมโมเนียเป็นสารทำความเย็นในโรงงาน พ.ศ. 2554[5] แต่ยังสะท้อนถึงช่องว่างด้านการปฏิบัติตามมาตรฐานความปลอดภัยและอาชีวอนามัย (Occupational Safety and Health : OSH)[6] แม้ว่าประเทศไทยจะมีกรอบการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (PHEM) ในระดับนโยบาย เช่น หลักการ 2P2R (Prevention, Preparedness, Response, Recovery)[7] แต่การมีอยู่ของกรอบการทำงานดังกล่าวอาจไม่เพียงพอ เนื่องจากลักษณะการบริหารจัดการในปัจจุบันมีความเกี่ยวข้องกับบทบาทของหลายหน่วยงาน ซึ่งมีการทำงานแบบแยกส่วนและขาดกลไกในการนำนโยบายไปปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะในอุตสาหกรรมที่ใช้แอมโมเนีย แม้ล่าสุดจะมีความพยายามยกระดับมาตรฐานผ่านประกาศกระทรวงอุตสาหกรรม พ.ศ. 2567 (ซึ่งมีผลบังคับใช้ในปี พ.ศ. 2568)[8] โดยมีสาระสำคัญคือการยกระดับให้มี "ผู้ควบคุมระบบทำความเย็น" ที่ผ่านการฝึกอบรมและได้รับใบประกาศนียบัตรประจำโรงงาน แต่ก็ยิ่งตอกย้ำว่าช่องว่างในการปฏิบัติจริงนั้นมีอยู่จริง

ข้อจำกัดทางเทคโนโลยีในการตรวจสอบแบบดั้งเดิม เช่น การอาศัยการสังเกตการณ์ หรือการตรวจสอบโดยใช้กำมะถันจุดไล่เพื่อตรวจสอบหารอยรั่วของแอมโมเนียตามท่อส่ง ก็เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนากลไกที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น[9] จึงเกิดช่องว่างทางการวิจัย (Research Gap) ที่สำคัญ นั่นคือ ยังขาดการศึกษาที่ทำหน้าที่เป็นสะพานเชื่อมระหว่างองค์ความรู้เชิงนโยบาย (เช่น PHEM, 2P2R) และองค์ความรู้ทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับหลายภาคส่วน สู่การปฏิบัติจริงในพื้นที่ (เช่น ปัญหาในโรงงานน้ำแข็ง) กล่าวคือ ยังไม่มีการวิจัยที่มุ่งเน้นการนำกรอบการจัดการภาวะฉุกเฉินฯ มาออกแบบและพัฒนาให้เป็น "กลไก" ที่ปฏิบัติได้จริง ตรวจสอบได้ และบูรณาการเข้ากับระบบการจัดการคุณภาพ (เช่น Plan Do Check Act หรือ PDCA)[10] เพื่อให้เกิดวงจรการตรวจสอบและปรับปรุงกลไกอย่างต่อเนื่อง เพื่อแก้ไขปัญหาที่ถูกระบุไว้อย่างเฉพาะเจาะจงในบริบทของโรงงานผลิตน้ำแข็ง การวิจัยนี้จึงมุ่งเน้นการวิเคราะห์สถานการณ์และพัฒนากลไกการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขสำหรับสถานที่ผลิตน้ำแข็งในจังหวัดขอนแก่นที่ใช้แอมโมเนียเป็นสารทำความเย็น โดยครอบคลุมกระบวนการจัดการทั้งในระยะก่อนเกิดเหตุ ขณะเกิดเหตุ และหลังเกิดเหตุ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การบริหารจัดการภาวะฉุกเฉิน กรณีการเกิดแอมโมเนียรั่วไหลในสถานที่ผลิตน้ำแข็งจังหวัดขอนแก่น

2. เพื่อพัฒนากลไกการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉิน กรณีการเกิดแอมโมเนียรั่วไหลในสถานที่ผลิตน้ำแข็งจังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) ซึ่งเป็นระเบียบวิธีวิจัยที่มุ่งเน้นการทำงานร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยตรง เพื่อพัฒนากลไกการบริหารจัดการที่สามารถนำไปใช้ได้จริง มากกว่าการอธิบายสภาพปัญหาเพียงอย่างเดียว กระบวนการวิจัยได้ประยุกต์ใช้วงจร 4 ขั้นตอนหลักของ Kemmis & McTaggart[12] (วางแผน-ปฏิบัติการ-สังเกตการณ์-สะท้อนผล) โดยดำเนินการวิจัยซ้ำ 2 วงจรหลัก ได้แก่ วงจรที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์และช่องว่าง และวงจรที่ 2 การพัฒนาและสังเคราะห์กลไก

2. กระบวนการมีส่วนร่วมและการคัดเลือกผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

เพื่อให้การพัฒนากลไกสะท้อนบริบทจริงและได้รับการยอมรับจากผู้ปฏิบัติงาน คณะผู้วิจัยได้ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนสำคัญ โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมมิติของผู้กำกับดูแลและผู้ปฏิบัติงาน ประกอบด้วย 2 กลุ่มหลัก ได้แก่

1) กลุ่มผู้ประกอบการ (ตัวแทนภาคปฏิบัติ) จำนวน 7 ราย คัดเลือกจากตัวแทนผู้ประกอบการที่สามารถให้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับการจัดการความเสี่ยง ได้แก่ เจ้าของโรงงาน, ผู้จัดการ, หรือเจ้าหน้าที่ความปลอดภัย โดยผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์จนกระทั่งข้อมูลที่ได้รับถึงจุดอิ่มตัว (Data Saturation) ซึ่งหมายถึงการที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญรายใหม่ ๆ ไม่ได้ให้ประเด็นหรือแนวคิดที่แตกต่างไปจากเดิมอีก

2) กลุ่มหน่วยงานรัฐ (ตัวแทนภาคกำกับดูแล) จำนวน 7 ราย คัดเลือกจากเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบโดยตรงจากหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานอุตสาหกรรมจังหวัด สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัด ศูนย์ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย เขต 6 (ขอนแก่น) เทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) งานอนามัยสิ่งแวดล้อม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสิ่งแวดล้อมและควบคุมมลพิษที่ 10 (ขอนแก่น)

3. กระบวนการวิจัย เครื่องมือ และการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยดำเนินการตามขั้นตอนใน 2 วงจรหลัก (รายละเอียดตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 สรุปกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ทั้ง 2 วงจร

ขั้นตอน	กิจกรรมหลัก	ผู้มีส่วนร่วม	เครื่องมือที่ใช้	ผลลัพธ์
วงจรที่ 1 : การวิเคราะห์สถานการณ์				
1. วางแผน (Planning)	ทบทวนเอกสาร, ประเมินความเสี่ยง, สร้างเครื่องมือ	ผู้วิจัย, ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน	แบบประเมิน IOC	แบบสัมภาษณ์เชิงลึก, แบบสังเกตการณ์ (ค่า IOC > 0.5)
2. ปฏิบัติการ (Action)	สัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interviews)	ผู้ประกอบการ 7 คน, ภาครัฐ 7 คน	แบบสัมภาษณ์เชิงลึก	ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับสถานการณ์, ปัญหา, อุปสรรค
3. สังเกตการณ์ (Observation)	วิเคราะห์ข้อมูลสัมภาษณ์เบื้องต้น, ลงพื้นที่สังเกตการณ์	ผู้วิจัย	แบบสังเกตการณ์ (Checklist)	ข้อมูลยืนยันสภาพจริงหน้างาน
4. สะท้อนผล (Reflection)	วิเคราะห์ช่องว่าง (Gap Analysis) เทียบกับกรอบ 2P2R	ผู้วิจัย	-	รายงานช่องว่าง (Gap Report) และประเด็นสำหรับเวทีฯ
วงจรที่ 2 : การพัฒนากลไก				
1. วางแผน (Planning)	(จากผลวงจรที่ 1) ออกแบบกระบวนการเวทีระดมสมอง	ผู้วิจัย	-	กำหนดการและเครื่องมือสำหรับเวทีระดมสมอง
2. ปฏิบัติการ (Action)	จัดเวทีระดมสมอง (Brainstorming Workshop)	ผู้ประกอบการ, ภาครัฐ (กลุ่มเดิม)	แบบบันทึกการประชุมกลุ่ม	ข้อเสนอแนะ, แนวทางแก้ไข, ร่างกลไกเบื้องต้น
3. สังเกตการณ์ (Observation)	วิเคราะห์เนื้อหาจากเวทีฯ, สังเคราะห์กลไก	ผู้วิจัย	-	ร่างกลไกการบริหารจัดการฯ ฉบับสมบูรณ์
4. สะท้อนผล (Reflection)	นำร่างกลไกกลับไปตรวจสอบความถูกต้อง (Member Checking)	ผู้ประกอบการ, ภาครัฐ (กลุ่มเดิม)	-	กลไกฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านการรับรอง (Final Mechanism)

ลักษณะเวทีระดมสมอง (Brainstorming Workshop) ซึ่งเป็นขั้นตอน "ปฏิบัติการ" ในวงจรที่ 2 ถูกจัดขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) นำเสนอผลการวิเคราะห์ช่องว่าง (Gap Analysis) ที่ได้จากวงจรที่ 1 ให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งสองกลุ่มรับทราบร่วมกัน และ 2) ร่วมกันออกแบบ (Co-design) และหาฉันทามติสำหรับแนวทางและกลไกการบริหารจัดการฯ ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดยใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและแนวทางแก้ไข

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) อย่างเป็นระบบ เพื่อให้สามารถสังเคราะห์กลไกได้อย่างถูกต้องและน่าเชื่อถือ ดังนี้

4.1 การถอดเทป (Transcription) ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและเวทีระดมสมอง ถูกนำมาถอดเทปแบบคำต่อคำ

4.2 การสร้างรหัส (Coding) ดำเนินการโดยใช้กระบวนการแบบผสมผสาน (Mixed-method coding) ได้แก่ 1) การสร้างรหัสแบบอุปนัย (Inductive Coding) จากข้อมูลที่เกิดขึ้นใหม่จากผู้ให้ข้อมูล และ 2) การสร้างรหัสแบบนิรนัย (Framework) คือ กรอบการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉิน 2P2R เป็นแกนในการจัดกลุ่มข้อมูล

การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล

เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือของข้อมูล ผู้วิจัยใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) โดยเปรียบเทียบข้อมูลจากหลายแหล่ง (Data Triangulation ระหว่างผู้ประกอบการกับภาครัฐ) และใช้วิธีการที่หลากหลาย (Methodological Triangulation : สัมภาษณ์ สังเกตการณ์ และเวทีกลุ่ม) นอกจากนี้ ยังมีการตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (Member Checking) โดยนำผลการวิเคราะห์และร่างกลไกกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยันความถูกต้อง และการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก (Peer Debriefing)

5. ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เลขที่โครงการ 003/2568

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารจัดการภาวะฉุกเฉิน

จากการวิเคราะห์ข้อมูลการสัมภาษณ์ สามารถสรุปสถานการณ์ปัจจุบันของการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินกรณีแอมโมเนียรั่วไหลในโรงงานน้ำแข็งได้ โดยแบ่งตามวัตถุประสงค์การวิจัยและกรอบการดำเนินงาน 4 ระยะ คือ การป้องกัน (Prevention), การเตรียมความพร้อม (Preparedness), การตอบโต้ (Response) และการฟื้นฟู (Recovery)

สถานการณ์การบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินในปัจจุบัน พบว่าสถานการณ์ปัจจุบันมีลักษณะเป็น **“ความเข้มแข็งในระดับบุคคลแต่เปราะบางในเชิงระบบ”** โดยมีช่องว่างสำคัญในแต่ละระยะตามกรอบการจัดการภาวะฉุกเฉิน (2P2R) ดังนี้

- **ด้านการป้องกัน**

การป้องกันเหตุรั่วไหลขึ้นอยู่กับ "ประสบการณ์ของบุคลากร" และ "วินัยในการบำรุงรักษา" ของผู้ปฏิบัติงานในโรงงานเป็นสำคัญ อย่างไรก็ตาม ยังเผชิญความท้าทายเชิงโครงสร้างจากคุณภาพอุปกรณ์ที่เก่า และปัญหาการแข่งขันด้านราคาที่ทำให้ขาดเงินทุนในการปรับปรุง ดังที่เจ้าหน้าที่ภาครัฐระบุว่า *“ส่วนใหญ่เหตุจะเกิดกับโรงงานที่มีเครื่องจักรแบบนาน ๆ แล้ว สัก 40 ปี 50 ปี”*

- **ด้านการเตรียมความพร้อม**

เป็นระยะที่มี "ช่องว่างและความท้าทายมากที่สุด" แม้โรงงานส่วนใหญ่มีการซ้อมแผนดับเพลิงทุกปีตามที่กฎหมายกำหนด แต่กลับพบว่า “ไม่เคยมีการซ้อมแผนรับมือแอมโมเนียรั่วโดยเฉพาะ” ซึ่งเป็นประเด็นที่ทั้งผู้ประกอบการและเจ้าหน้าที่ยอมรับว่าเป็นจุดอ่อนสำคัญ ดังคำกล่าวที่ว่า *“ซ้อมหนีไฟ...แต่ไม่เคยซ้อมหนีแอมโมเนีย”* การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) มีน้อยมาก และนอกจากนี้ การตรวจจับการรั่วไหลยังคงพึ่งพาวิธีดั้งเดิมคือ "การได้กลิ่น" สะท้อนจาก คำกล่าวที่ว่า: *“ทั้งผู้จัดการและช่างที่ต้องเข้าไประงับเหตุมักจะไม่ใส่ชุด PPE โดยให้เหตุผลว่าต้องรีบจัดการปัญหาให้เสร็จภายในเวลาอันสั้น...การใส่ชุด PPE ทำให้ล่าช้าและไม่สะดวก"*

- **ด้านการตอบโต้**

มีลักษณะเป็น "การจัดการภายในตนเอง" โดยทีมช่างของโรงงานเป็นหลัก และจะแจ้งหน่วยงานภายนอกเมื่อควบคุมสถานการณ์ไม่ได้หรือส่งผลกระทบต่อชุมชนแล้ว ซึ่งสะท้อนถึงวัฒนธรรมการตอบโต้แบบแยกส่วน ขาดการบูรณาการ ดังที่ผู้ประกอบการรายหนึ่งกล่าวว่า: *“ทางฝ่ายเจ้าหน้าที่ของภาครัฐเนี่ยจะรู้ทีหลังอยู่แล้วของเราเนี่ยสามารถเก็บงานได้เร็ว เพราะว่าเรามีช่างประจำของโรงงานของเราเลยตลอด 24 ชม.”*

- **ด้านการฟื้นฟู**

กระบวนการถูกขับเคลื่อนด้วย "ข้อบังคับทางกฎหมาย" เป็นหลัก เช่น การสั่งหยุดดำเนินการชั่วคราวจนกว่าจะได้รับการรับรองความปลอดภัยอีกครั้ง แต่ยังขาด "การถอดบทเรียน (Lesson Learned)" อย่างเป็นระบบร่วมกันระหว่างทุกภาคส่วนเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ ดังที่เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่งกล่าวว่า:
“มันทำโดยปฏิบัติ มันโอเคแล้ว แต่มันยังขาดการถอดบทเรียนออกมา”

บทบาทของหน่วยงานหลัก ทั้งผู้ประกอบการและหน่วยงานภาครัฐในแต่ละระยะของการบริหารจัดการ (2P2R) แสดงให้เห็นถึงความเชื่อมโยงและความซ้ำซ้อนของบทบาทซึ่งเป็นฐานสำคัญในการออกแบบกลไก การบูรณาการ (รายละเอียดดังตารางที่ 2)

จากการรวบรวมข้อมูลพบว่ามีกฎหมายหลายฉบับที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการความปลอดภัย เช่น พระราชบัญญัติโรงงาน พ.ศ. 2535, พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535, พระราชบัญญัติป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พ.ศ. 2550 และพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. 2535 ซึ่งเป็นกรอบสำคัญ ในการกำกับดูแล แต่ยังพบช่องว่างด้านการบังคับใช้และการบูรณาการระหว่างหน่วยงาน (รายละเอียดดังตารางที่ 3)

การพัฒนากลไกและศึกษาผลของการใช้กลไกการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉิน

จากการจัดเวทีระดมสมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้นำไปสู่การสังเคราะห์ “กลไกการบริหารจัดการเชิงรุกและบูรณาการ” ซึ่งถือเป็นผลลัพธ์สำคัญของกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยกลไกที่พัฒนาขึ้นมุ่งเน้นการแก้ไขช่องว่างที่ค้นพบในแต่ละระยะ (รายละเอียดดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 2 สถานการณ์และบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานในการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉิน กรณีแอมโมเนียรั่วไหล (2P2R) ในสถานที่ผลิตน้ำแข็ง จังหวัดขอนแก่น

หน่วยงาน	Prevention (การป้องกัน)	Preparedness (การเตรียมความพร้อม)	Response (การตอบโต้)	Recovery (การฟื้นฟู)
ผู้ประกอบการโรงงานน้ำแข็ง	- บำรุงรักษาเชิงป้องกัน - ลงทุนอุปกรณ์มาตรฐานสูง - ควบคุมคุณภาพระบบทำความเย็น	- จัดหาและฝึกใช้ PPE - จัดทำและซ้อมแผนฉุกเฉินภายใน - ติดตั้งเครื่องตรวจจับแอมโมเนีย	- ระงับเหตุเบื้องต้น (ปิดวาล์ว, Pump down, ฉีดน้ำลดฟุ้งกระจาย) - แจ้งเหตุไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	- ซ่อมแซมระบบตามมาตรฐาน - ชดเชย/เยียวยาความเสียหายแก่ชุมชน
สำนักงานอุตสาหกรรมจังหวัด	- กำกับการมีวิศวกรรับรองระบบ - ตรวจสอบและออกใบอนุญาตโรงงาน	- ประเมินความพร้อมด้านเทคนิคของโรงงาน - กำกับการซ้อมแผนร่วม	- ให้คำแนะนำทางวิศวกรรมเมื่อเกิดเหตุ	- สั่งหยุดดำเนินการจนกว่าระบบปลอดภัย - ตรวจสอบและอนุมัติให้กลับมาเปิดใหม่
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.)	- กำหนดมาตรฐานความปลอดภัยด้านสุขภาพของพนักงาน	- ให้ความรู้แก่ชุมชน (Health Literacy) - วางระบบเฝ้าระวังผลกระทบสุขภาพ	- ตรวจสอบผลกระทบสุขภาพประชาชน	- เก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์ตรวจสอบความปลอดภัย - ฟื้นฟูความเชื่อมั่นด้านสาธารณสุข
สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย (ปภ.) จังหวัด/ศูนย์ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย เขต 6 (ขอนแก่น)	- ร่วมตรวจประเมินโรงงานกับหน่วยงานอื่น	- เป็นเจ้าภาพหลักในการซ้อมแผน - พัฒนาช่องทางสื่อสารและ Single Hotline	- ประสานงานกลางระหว่างหน่วยงาน - สนับสนุนอุปกรณ์และกำลังเจ้าหน้าที่	- จัดเวทีถอดบทเรียนร่วมทุกภาคส่วน
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ได้แก่ เทศบาล และ อบต.	- ควบคุมการใช้ประโยชน์ที่ดินและผังเมือง	- จัดทำแผนรับมือในชุมชน - จัดหาอุปกรณ์ป้องกันขั้นพื้นฐาน	- เป็นหน่วยเผชิญเหตุแรกจากภายนอก (ดับเพลิง, อพยพ และฉีดน้ำสกัดกั้น) - ดูแลประชาชนโดยรอบ	- ฟื้นฟูสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยในชุมชน
สำนักงานสิ่งแวดล้อมและควบคุมมลพิษที่ 10 ขอนแก่น	- ควบคุมมาตรฐานสิ่งแวดล้อม	- เตรียมระบบตรวจวัดและประเมินผลกระทบ	- ประเมินผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมเมื่อเกิดเหตุ	- ใช้กลไกกฎหมาย (มาตรา 96 – 97) พ.ร.บ.ส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. 2535 ในการเรียกค่าเสียหายและบังคับเยียวยา

ตารางที่ 3 กฎหมาย ระเบียบ และแนวทางที่เกี่ยวข้องกับโรงงานน้ำแข็งที่ใช้แอมโมเนีย

หน่วยงาน	กฎหมาย/ระเบียบหลัก	สาระ/เนื้อหา
สำนักงานอุตสาหกรรมจังหวัด	- พ.ร.บ.โรงงาน พ.ศ. 2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติม - กฎกระทรวงว่าด้วยมาตรการความปลอดภัยระบบทำความเย็น (พ.ศ. 2554)	- อนุญาตประกอบกิจการโรงงาน (รง.4) ตรวจสอบระบบแอมโมเนียประจำปีโดยวิศวกรเครื่องกล - ต้องมีผู้ควบคุมระบบทำความเย็นที่ผ่านการอบรม - ผู้ประกอบกิจการโรงงานต้องจัดทำแผนฉุกเฉิน ในกรณีแอมโมเนียรั่วไหลและต้องจัด ให้มีการฝึกซ้อมตามแผนฉุกเฉินดังกล่าวอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง - มีอำนาจสั่งหยุดกิจการเมื่อไม่ปลอดภัย - โทษไม่มีใบอนุญาตระวางโทษจำคุกไม่เกินสองปี หรือปรับไม่เกินสองแสนบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ได้แก่ เทศบาล และ อบต.	- พ.ร.บ.การสาธารณสุข พ.ศ. 2535 - ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กิจการที่เป็นอันตรายต่อสุภาพ พ.ศ. 2558	- ออกและต่ออายุใบอนุญาตกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพทุกปี - กำหนดให้ “การผลิต สะสม แบ่งบรรจุ หรือขนส่งน้ำแข็ง” เป็นกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ - ตรวจสุขลักษณะด้วยเช็กลิสต์กรมอนามัย - จัดทำแผนฉุกเฉินตามเกณฑ์ LPA/EHA - มีอำนาจสั่งหยุดกิจการหากฝ่าฝืน - โทษไม่มีใบอนุญาตระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินห้าหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	- พ.ร.บ.การสาธารณสุข พ.ศ. 2535 - พ.ร.บ.โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 - พ.ร.บ.อาหาร พ.ศ. 2522 - ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 420 (พ.ศ. 2563)	- ตรวจประเมินโรงงานผลิตน้ำแข็งตามเกณฑ์ GMP - จัดทำแผน (Hazard Specific Plan : HSP) รองรับอุบัติภัยสารเคมี/แอมโมเนียรั่ว ใช้เกณฑ์ EHA - ประเมินมาตรฐานท้องถิ่น อบรมและสนับสนุน อปท. ในการจัดการเหตุฉุกเฉิน - โทษไม่มีใบอนุญาตผลิตอาหารต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินสามแสนบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ
สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย (ปภ.) จังหวัด / ศูนย์ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยเขต 6 (ขอนแก่น)	- พ.ร.บ.ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พ.ศ. 2550	- จัดทำแผนป้องกันฯ ระดับจังหวัด ระดับเขต - ทำหน้าที่ประสานหน่วยงานเมื่อเกิดเหตุ - สนับสนุนการซ้อมแผนและการเผชิญเหตุ
สำนักงานสิ่งแวดล้อมและควบคุมมลพิษที่ 10 ขอนแก่น	- พ.ร.บ.ส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. 2535 (มาตรา 96 – 97)	- ตรวจวัดความเข้มข้นสารเคมีเมื่อเกิดเหตุ - ให้คำแนะนำทางเทคนิคแก่หน่วยเผชิญเหตุ - ประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมและดำเนินคดีทางแพ่ง

ตารางที่ 4 สรุปการวิเคราะห์ช่องว่างและกลไกการพัฒนาการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉิน กรณีแอมโมเนียรั่วไหลในจังหวัดขอนแก่น

มิติการจัดการ (2P2R)	ปัญหาที่พบ/ช่องว่าง	แนวทางการแก้ไข/ กลไกการพัฒนา	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
Prevention (การป้องกัน)	1. เครื่องจักรและอุปกรณ์เก่า มีความเสี่ยงสูง แต่ผู้ประกอบการบางรายขาดงบประมาณปรับปรุง 2. การบำรุงรักษาพึ่งพาประสบการณ์บุคลากร ไม่เป็นมาตรฐานกลาง การกำกับดูแลยังแยกส่วน ไม่บูรณาการ	1. จัดตั้งกองทุนสนับสนุน/เงินกู้ดอกเบี้ยต่ำเพื่อเปลี่ยนอุปกรณ์บังคับติดตั้ง Ammonia Detector และให้วิศวกรตรวจรับรองประจำปี 2. จัดทีมตรวจประเมินบูรณาการหลายหน่วยงาน	1. ผู้ประกอบการ 2. สำนักงานอุตสาหกรรมจังหวัด 3. สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย (ปภ). 4. สำนักงานควบคุมมลพิษและสิ่งแวดล้อม
Preparedness (การเตรียมความพร้อม)	1. การซ้อมแผนไม่ตรงกับความเสี่ยง (มีแต่ซ้อมหนีไฟ PPE มีแต่ไม่ถูกใช้อย่างจริงจัง 2. ระบบตรวจจับและเตือนภัยไม่ทันสมัย 3. ขาดบุคลากรผู้เชี่ยวชาญ 4. การสื่อสารยังไม่เป็นระบบ	1. บังคับซ้อมแผนเฉพาะกรณีแอมโมเนียอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง 2. ฝึกอบรมและติดตามการใช้ PPE อย่างเข้มงวด 3. จัดหาเครื่องตรวจจับและระบบเตือนภัยอัตโนมัติ 4. จัดทำ Single Hotline และคู่มือการสื่อสารข้ามหน่วยงาน	1. ผู้ประกอบการ 2. สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย (ปภ.จังหวัด/เขต) 3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 4. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล/อบต.) 5. สำนักงานอุตสาหกรรมจังหวัด
Response (การตอบโต้)	1. โรงงานพึ่งพาการจัดการภายในเอง แจ้งเหตุล่าช้า 2. หน่วยงานภายนอกเน้นดูแลชุมชน มากกว่าช่วยควบคุมภายใน ชุมชนบางครั้งต้องเป็นฝ่ายแจ้งเหตุเอง	1. กำหนดขั้นตอนบังคับ : โรงงานต้องแจ้งเหตุทันทีเมื่อควบคุมไม่ได้ 2. จัดระบบ Command Center ระดับจังหวัด โดย ปภ. เป็นผู้ประสานกลาง 3. ผลักดันและเสริมศักยภาพ อปท. ให้เป็นหน่วยเผชิญเหตุแรก (จัดหาอุปกรณ์ Self-Contained Breathing Apparatus : SCBA, รถดับเพลิงเฉพาะทาง)	1. ผู้ประกอบการ 2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล/อบต.) 3. สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย (ปภ.จังหวัด/เขต) 4. หน่วยดับเพลิง 5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
Recovery (การฟื้นฟู)	1. ฟื้นฟูหลังเหตุยังขับเคลื่อนด้วยข้อบังคับกฎหมายเป็นหลัก 2. การเยียวยาชุมชนและสิ่งแวดล้อมไม่มีมาตรฐานกลาง 3. ขาดกระบวนการถอดบทเรียนร่วมกัน	1. จัดตั้งกองทุนประกันความเสี่ยงเพื่อใช้เยียวยาและฟื้นฟู 2. สำนักงานสิ่งแวดล้อมบังคับใช้กฎหมายมาตรา 96 – 97 เรียกค่าเสียหาย 3. จัดเวทีถอดบทเรียนร่วม (Lesson Learned)	1. สำนักงานอุตสาหกรรมจังหวัด 2. สำนักงานควบคุมมลพิษและสิ่งแวดล้อม 3. สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย (ปภ.จังหวัด/เขต) 4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 5. ผู้ประกอบการ

2. ผลการสังเคราะห์กลไกและแนวทางการพัฒนาการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉิน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสะท้อนให้เห็นว่าสถานการณ์การบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินกรณีแอมโมเนียรั่วไหลในปัจจุบันยังคงมีช่องว่างและความท้าทายที่สำคัญหลายประการ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง **ด้านการเตรียมความพร้อม (Preparedness)** ซึ่งขาดการซ้อมแผนที่ตรงกับความเสี่ยงจริง ขาดการสื่อสารที่เป็นระบบระหว่างหน่วยงาน และการใช้งานอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลยังไม่เป็นไปตามมาตรฐานความปลอดภัย แม้ว่าใน **ด้านการป้องกัน (Prevention)** จะมีความเข้มแข็งในระดับปฏิบัติการผ่านการบำรุงรักษาเชิงป้องกันและประสบการณ์ของบุคลากร แต่ยังคงเผชิญความเสี่ยงจากปัจจัยเชิงโครงสร้างด้านคุณภาพอุปกรณ์ที่เสื่อมสภาพและการแข่งขันด้านราคาที่บั่นทอนการลงทุนด้านความปลอดภัย สำหรับ **ด้านการตอบโต้ (Response)** การจัดการส่วนใหญ่ยังคงพึ่งพาศักยภาพภายในของโรงงานเป็นหลัก และการประสานงานกับหน่วยงานภายนอกจะเกิดขึ้นเมื่อเหตุการณ์บานปลายแล้ว ส่วน **ด้านการฟื้นฟู (Recovery)** แม้จะมีกลไกทางกฎหมายรองรับ แต่ยังขาดกระบวนการถอดบทเรียนร่วมกันอย่างเป็นระบบ

จากช่องว่างดังกล่าว การระดมสมองร่วมกันได้นำไปสู่การสังเคราะห์ **กลไกการพัฒนาร่วมกัน** ที่มุ่งเน้นการดำเนินงานเชิงรุกและบูรณาการในทุกระยะ โดยมีข้อเสนอที่สำคัญคือ **กลไกที่ 1 Prevention :** การจัดตั้งทีมตรวจประเมินแบบบูรณาการ เพื่อยกระดับการกำกับดูแล **กลไกที่ 2 Preparedness :** การผลักดันให้มีการซ้อมแผนเฉพาะทางอย่างจริงจัง **กลไกที่ 3 Response :** การสร้างช่องทางสื่อสารและแจ้งเหตุที่เป็นหนึ่งเดียว (Single Hotline) พร้อมกำหนดบทบาทที่ชัดเจน และ**กลไกที่ 4 Recovery :** การสร้างกลไกทางการเงินที่ยั่งยืนผ่าน "กองทุนประกันความเสี่ยง" และการจัดให้มีกระบวนการถอดบทเรียนที่เป็นระบบ ซึ่งกลไกเหล่านี้จะเป็นแนวทางสำคัญในการยกระดับการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพเพื่อสร้างความปลอดภัยที่ยั่งยืนแก่ชุมชนต่อไป

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

การวิจัยนี้ได้เปิดเผยให้เห็นถึงความท้าทายเชิงระบบในการจัดการความเสี่ยงจากแอมโมเนียรั่วไหลในโรงงานน้ำแข็ง ซึ่งจากการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์และกฎหมายที่เกี่ยวข้องในตารางที่ 2 พบว่ามีหน่วยงานที่หลากหลายทั้งภาครัฐ ท้องถิ่น และเอกชน ที่มีข้อกำหนดครอบคลุมการจัดการในภาวะฉุกเฉิน แต่เป็นมีบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบในการดูแลกำกับที่แยกส่วน ไม่มีการเชื่อมโยงประสานงานอย่างเป็นระบบ ซึ่งสะท้อนภาพของ “ความปลอดภัยที่พึ่งพิงตัวบุคคล ท่ามกลางความเปราะบางเชิงโครงสร้าง” ข้อค้นพบนี้สามารถอภิปรายในประเด็นสำคัญที่ให้ความหมายเชิงลึกยิ่งขึ้น ดังนี้

1. ปรากฏการณ์ "ความปลอดภัยบนเส้นด้าย" : เมื่อการปฏิบัติตามกฎหมายสวนทางกับการจัดการความเสี่ยงที่แท้จริง

ข้อค้นพบที่เด่นชัดที่สุดคือ การที่โรงงานซ้อมแผนดับเพลิงเป็นประจำ แต่กลับละเลยการซ้อมแผนรับมือแอมโมเนียรั่วไหล ซึ่งเป็นความเสี่ยงโดยตรงของกิจการ สิ่งนี้ชี้ให้เห็นถึงปรากฏการณ์ที่การดำเนินงานด้านความปลอดภัยมีลักษณะเป็น "การปฏิบัติตามข้อบังคับเพื่อให้ผ่านเกณฑ์ (Compliance-Driven)" มากกว่าที่จะเป็น "การจัดการตามความเสี่ยงอย่างแท้จริง (Risk-Based)" สภาวะเช่นนี้เปรียบเสมือน

"ความปลอดภัยบนเส้นด้าย" ที่ผูกติดอยู่กับข้อบังคับที่อาจไม่สอดคล้องกับความเสี่ยงที่สำคัญที่สุดขององค์กร ซึ่งสอดคล้องอย่างยิ่งกับงานวิจัยของ Ahmad และ Md Yasin[6] ที่พบว่าระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน OSH ยังอยู่ในเกณฑ์ต่ำเนื่องจากขาดความเข้าใจในกระบวนการประเมินความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ นัยสำคัญของประเด็นนี้คือ ลำพังเพียงข้อกฎหมายที่ระบุให้ "ซ้อมแผนฉุกเฉิน" นั้นไม่เพียงพอ หากไม่สามารถผลักดันให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยที่มุ่งเน้นการวิเคราะห์และจัดการความเสี่ยงที่แท้จริงของตนเองได้

2. วัฒนธรรม "ฮีโร่หน้างาน" : ความเปราะบางของระบบที่พึ่งพิงทุนมนุษย์และประสบการณ์เฉพาะตัว

การที่ผู้ประกอบการมองว่า "คน" คือปัจจัยป้องกันที่สำคัญที่สุด และการตอบโต้เหตุในระยะแรกขึ้นอยู่กับทีมช่างของโรงงานเป็นหลัก ได้สะท้อนถึงวัฒนธรรม "ฮีโร่หน้างาน" ที่ระบบความปลอดภัยทั้งหมดต้องพึ่งพิง "ทุนมนุษย์" และประสบการณ์เฉพาะตัวบุคคล ซึ่งเป็นระบบที่มีความเปราะบางสูงและยากต่อการสร้างให้เกิดความยั่งยืน ข้อค้นพบนี้เมื่อพิจารณาร่วมกับประเด็น "คุณภาพอุปกรณ์เก่า" และ "การแข่งขันด้านราคา" ก็จะเห็นภาพที่ซับซ้อนขึ้น กล่าวคือ การพึ่งพิงคนอาจไม่ใช่ทางเลือก แต่เป็น "ความจำเป็น" ในสภาวะที่การลงทุนปรับปรุงอุปกรณ์ใหม่ทำได้ยาก ข้อค้นพบนี้ช่วยขยายจากงานวิจัยของ Bhattacharjee และคณะ[4] ที่ระบุว่า "ความผิดพลาดของมนุษย์" เป็นสาเหตุหลักของการรั่วไหล โดยชี้ให้เห็นว่าปัจจัยเชิงเศรษฐกิจและโครงสร้างอุตสาหกรรมก็เป็นตัวแปรสำคัญให้เกิดสภาวะดังกล่าว นำไปสู่ข้อสรุปที่ว่าการยกระดับความปลอดภัยที่ยั่งยืนไม่สามารถเกิดขึ้นได้จากการฝึกอบรมบุคลากรเพียงอย่างเดียว แต่ต้องอาศัยมาตรการสนับสนุนเชิงโครงสร้างควบคู่กันไป

3. จากการตอบโต้แบบ "ปิดล้อม" สู่การบูรณาการ : ทลายกำแพงเพื่อการบัญชาการเหตุการณ์ที่มีประสิทธิภาพ

พฤติกรรมการจัดการเหตุการณ์ภายในโรงงานด้วยตนเองก่อนและแจ้งหน่วยงานภายนอกเมื่อควบคุมไม่ได้แล้ว สะท้อนถึง "วัฒนธรรมการตอบโต้แบบปิดล้อม (Siloed Response)" ซึ่งเป็นจุดอ่อนที่อันตรายอย่างยิ่งในภาวะฉุกเฉินด้านสารเคมีที่ต้องการการตอบสนองที่รวดเร็วและเป็นหนึ่งเดียว สิ่งนี้ยืนยันข้อสรุปของ Zhao และคณะ[2] ที่ชี้ว่าความล้มเหลวในการประสานงานระหว่างหน่วยงานภายในและภายนอกคือจุดเปราะบางที่สำคัญที่สุดที่นำไปสู่ความสูญเสียรุนแรง นัยสำคัญของข้อค้นพบนี้คือ การพัฒนากลไกการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินต้องให้ความสำคัญกับการทลายกำแพงระหว่างโรงงานและหน่วยงานภายนอก โดยการสร้าง "ช่องทางการสื่อสารที่เป็นหนึ่งเดียว" และ "สายการบังคับบัญชาที่ชัดเจน" ดังที่ได้เสนอในกลไกที่พัฒนาขึ้น เพื่อเปลี่ยนจากการตอบโต้แบบ "ต่างคนต่างทำ" ไปสู่การตอบโต้แบบ "บูรณาการ" ภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ (Incident Command System : ICS)

4. การปรับประยุกต์หลักการสากลด้านการป้องกันและความพร้อมสู่บริบทท้องถิ่น

จากการพัฒนากลไกเชิงบูรณาการ ผู้วิจัยได้เปรียบเทียบกับแนวทางการจัดการภัยเคมีในบริบทของประเทศอุตสาหกรรมชั้นนำในภูมิภาคเอเชีย พบว่ากลไกที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องทางหลักการในมิติของการป้องกัน

และเตรียมความพร้อม **(กลไกที่ 1 Prevention และ 2 Preparedness)** โดยเฉพาะอย่างยิ่งแนวทางการจัดการภัยเคมีในประเทศญี่ปุ่น ซึ่งมีการบังคับใช้กฎหมายความปลอดภัยก๊าซความดันสูง (High Pressure Gas Safety Act) ที่เน้นมาตรการป้องกันที่เข้มงวดและการตรวจสอบความปลอดภัยของถังบรรจุสารเคมีอย่างสม่ำเสมอ รวมไปถึงสาธารณรัฐเกาหลี (เกาหลีใต้) ที่ใช้กฎหมายควบคุมสารเคมี (Chemical Control Act) ซึ่งกำหนดให้โรงงานต้องจัดทำแผนบริหารความเสี่ยงและเปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณะ[12] การนำหลักการสากลดังกล่าวมาแปลงสู่การปฏิบัติในรูปแบบ “ทีมตรวจประเมินแบบบูรณาการ” **(กลไกที่ 1 Prevention)** และ “การซ้อมแผนเชื่อมโยงชุมชน” **(กลไกที่ 2 Preparedness)** จึงเป็นแนวทางสำคัญในการปิดช่องว่างความเปราะบางของระบบ ซึ่งในอดีตมักขาดการเชื่อมโยงระหว่างโรงงานและชุมชนในสังคมไทย โดยสรุปพบว่าสถานการณ์การบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินกรณีแอมโมเนียรั่วไหลในโรงงานน้ำแข็งจังหวัดขอนแก่นเป็น "ภาพสะท้อนของความท้าทายเชิงระบบ" ที่เด่นชัด กล่าวคือ การป้องกันพึ่งพิงประสบการณ์ตัวบุคคลเป็นหลัก การเตรียมความพร้อมไม่สอดคล้องกับความเสี่ยงที่แท้จริง การตอบโต้เป็นไปอย่างแยกส่วน และการฟื้นฟูปราศจากกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน การวิจัยนี้จึงทำหน้าที่เป็นสะพานเชื่อมช่องว่างดังกล่าว โดยอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมในการสังเคราะห์ "กลไกการบริหารจัดการเชิงรุกและบูรณาการ" ที่ปฏิบัติได้จริง ซึ่งมุ่งเน้นการสร้างทีมตรวจประเมินแบบบูรณาการ การผลักดันการซ้อมแผนเฉพาะทาง การสร้างช่องทางสื่อสารที่เป็นหนึ่งเดียว และการวางรากฐานการเรียนรู้และเยียวยาที่ยั่งยืน อันเป็นแนวทางสำคัญในการเปลี่ยนผ่านระบบความปลอดภัยจากการพึ่งพิงตัวบุคคลไปสู่ความเข้มแข็งเชิงระบบ อย่างไรก็ตาม การนำกลไกที่พัฒนาขึ้นไปสู่การปฏิบัติอย่างสมบูรณ์ยังคงเผชิญกับข้อจำกัดและความท้าทายเชิงระบบที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไข **กลไกที่ 1 Prevention** “ทีมตรวจประเมินแบบบูรณาการ” และ**กลไกที่ 2 Preparedness** “การซ้อมแผนเฉพาะทาง” ต้องการการจัดสรรงบประมาณที่ชัดเจนและความร่วมมือที่ต่อเนื่องจากหลายหน่วยงานเพื่อลงพื้นที่ร่วมกันซึ่งอาจขัดต่อภาระงานประจำของเจ้าหน้าที่ ในขณะที่**กลไกที่ 3 Response** “ช่องทางแจ้งเหตุที่เป็นหนึ่งเดียว” และ**กลไกที่ 4 Recovery** “กองทุนประกันความเสี่ยงและการถอดบทเรียนร่วมกัน” มีความท้าทายในมิติของการปรับโครงสร้างการสั่งการตามกฎหมาย (เช่น พ.ร.บ.ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย) และการยอมรับร่วมกันของผู้ประกอบการในการสมทบเงินกองทุน ซึ่งข้อจำกัดเหล่านี้เป็นประเด็นสำคัญที่หน่วยงานรัฐและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่ายต้องนำไปพิจารณาในการขับเคลื่อนกลไกให้เกิด ผลสัมฤทธิ์อย่างยั่งยืน

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. ข้อจำกัดด้านการสรุปอ้างอิง

เนื่องจากเป็นการวิจัยในบริบทเฉพาะของจังหวัดขอนแก่น ผลการวิจัยและกลไกที่พัฒนาขึ้นอาจไม่สามารถนำไปสรุปอ้างอิงกับโรงงานน้ำแข็งในจังหวัดอื่น ๆ ได้โดยตรง ซึ่งอาจมีบริบททางเศรษฐกิจ สังคม และการกำกับดูแลที่แตกต่างกัน

2. ข้อจำกัดของระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพและการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง แม้จะให้ข้อมูลเชิงลึก แต่ไม่สามารถอ้างอิงในเชิงสถิติได้ และการที่ผู้ร่วม

การวิจัยมีส่วนร่วมในกระบวนการ (PAR) อาจมีโอกาสเกิดความลำเอียงของผู้วิจัย (Researcher Bias) ได้ แม้ว่าจะใช้กลไกการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) เพื่อลดผลกระทบดังกล่าวแล้วก็ตาม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการดำเนินการ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายนี้มุ่งเน้นการนำกลไกที่พัฒนาขึ้นไปผนวกเข้ากับโครงสร้างการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินระดับจังหวัด (PHEM) โดยแบ่งออกเป็นสามมิติหลัก ได้แก่ การปฏิรูปการกำกับดูแล การบูรณาการปฏิบัติการและการสร้างความยั่งยืน

1.1 **การปฏิรูปการกำกับดูแลและกฎระเบียบ**

ควรมีการยกระดับมาตรฐานความปลอดภัยให้เป็นเงื่อนไขทางกฎหมายในระดับปฏิบัติการ โดยให้หน่วยงานกำกับดูแลระดับจังหวัดบรรจุ "การซ้อมแผนเผชิญเหตุ**กรณีแอมโมเนียรั่วไหล" (กลไกที่** 2 Preparedness) เป็นเงื่อนไขภาคบังคับในการต่ออายุใบอนุญาตประกอบกิจการประจำปี เพื่อขับเคลื่อนให้เกิดการจัดการตามความเสี่ยงจริง ทั้งนี้ ควรจัดตั้ง "คณะทำงานเฉพาะกิจด้านความปลอดภัยสารเคมีระดับจังหวัด" **(กลไกที่** 1 Prevention) ขึ้นอย่างเป็นทางการภายใต้โครงสร้างการบริหารจัดการภัยพิบัติระดับจังหวัด เพื่อให้เป็นกลไกถาวรในการกำกับดูแลและตรวจประเมินแบบบูรณาการ

1.2 **การบูรณาการปฏิบัติการระดับจังหวัด**

เพื่อให้การตอบโต้มีประสิทธิภาพสูงสุด ควรมีการบูรณาการกลไกเข้ากับระบบภาครัฐ โดยผนวก "ช่องทางแจ้งเหตุที่เป็นหนึ่งเดียว" **(กลไกที่** 3 Response) เข้ากับศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (Public Health Emergency. Operation Center : PHEOC) ในระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ เพื่อให้ทีมตอบโต้ทางการแพทย์ได้รับข้อมูลเพื่อการตัดสินใจอย่างทันท่วงที นอกจากนี้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ต้องรับบทบาทเป็น เจ้าภาพหลักในการจัดทำแผนเผชิญเหตุสารเคมีรั่วไหลร่วม **(กลไกที่** 2 Preparedness) เพื่อเชื่อมโยงขั้นตอนการปฏิบัติการระหว่างโรงงาน ชุมชน และหน่วยเผชิญเหตุในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม

1.3 **ความยั่งยืนของกลไกและการเรียนรู้ต่อเนื่อง**

เพื่อความมั่นคงของระบบในระยะยาว ควรมีการจัดสรรงบประมาณผูกพันประจำปีจากหน่วยงานกำกับดูแล เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของคณะทำงานเฉพาะกิจฯ และการซ้อมแผนอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งผลักดันให้ผู้ประกอบการจัดตั้ง "กองทุนบริหารความเสี่ยงร่วม" **(กลไกที่** 4 Recovery) เพื่อเป็นหลักประกันในการเยียวยาความเสียหายและสร้างความรับผิดชอบร่วมกัน ในด้านการพัฒนาบุคลากร คณะทำงานเฉพาะกิจฯ ควรกำหนดแผนพัฒนาสมรรถนะบุคลากรอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นทักษะการประเมินความเสี่ยง และที่สำคัญที่สุด กลไก "การถอดบทเรียนร่วมกัน (Lesson-learned)" **(กลไกที่** 4 Recovery) ต้องถูกกำหนดให้เป็นกระบวนการบังคับทางปฏิบัติ หลังการเกิดเหตุหรือการซ้อมแผนใหญ่ เพื่อนำข้อค้นพบไปสู่การปรับปรุงประสิทธิภาพและขับเคลื่อน "วัฒนธรรมองค์กรสู่ความปลอดภัยเชิงรุก" อย่างเป็นระบบและยั่งยืน

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 **การศึกษาเชิงปริมาณเพื่อวัดประสิทธิผล**

เนื่องจากงานวิจัยนี้เป็นการสร้างกลไกเชิงคุณภาพ จึงควรมีการวิจัยเชิงทดลอง

(Experimental Research) หรือกึ่งทดลอง เพื่อติดตามและวัดผลลัพธ์ของการนำ "กลไกที่ 1 – 4" ไปใช้จริงในระยะยาว (1 – 2 ปี) ว่าสามารถลดการเกิดอุบัติเหตุหรือลดระยะเวลาการตอบโต้ (Response Time) ได้อย่างมีนัยสำคัญหรือไม่

2.2 การขยายขอบเขตพื้นที่ศึกษา

ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบ (Comparative Study) กับพื้นที่จังหวัดอื่นที่มีบริบทอุตสาหกรรมแตกต่างกัน เพื่อทดสอบว่ากลไกที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปปรับใช้ในบริบทที่แตกต่างกันได้หรือไม่ (Generalizability)

2.3 การพัฒนาระบบเตือนภัยอัจฉริยะ

จากข้อจำกัดด้านเทคโนโลยีที่พบ ควรมีการวิจัยและพัฒนา (R&D) ระบบเซนเซอร์ตรวจจับแอมโมเนียแบบ Internet of Things (IoT) ที่มีต้นทุนต่ำ เพื่อสนับสนุนกลไกการแจ้งเหตุ (Single Hotline) ให้มีความแม่นยำและรวดเร็วยิ่งขึ้น แทนการพึ่งพาการรับรู้กลิ่นของมนุษย์เพียงอย่างเดียว

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณในความอนุเคราะห์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ตลอดจนผู้ช่วยวิจัยและภาคีเครือข่ายทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณสมาคมเภสัชสาธารณสุขแห่งประเทศไทยและทีมคณะจัดการอบรมวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ สำหรับคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการดำเนินงาน และขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงบทความฉบับนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. นโยบายกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2567 - 2568. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2567
2. Zhao P, Li T, Wang B, Li M, Wang Y, Guo X, et al. The scenario construction and evolution method of casualties in liquid ammonia leakage based on Bayesian Network. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(24):16713. doi:10.3390/ijerph192416713
3. กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. การประเมินความเสี่ยง แอมโมเนียรั่วไหล. จุลสาร ENV. OCC. 2564;9(4):6-9.
4. Bhattercharjee G, Bhattacharya S, Gangopadhyay RK, Das SK. Accidental emission of ammonia from cold storage and ice factory in Kolkata and its remedial action. Bonfring Int J Ind Eng Manag Sci. 2012;2(3):1-4. doi:10.9756/BIJIEMS.1075
5. กระทรวงอุตสาหกรรม. กฎกระทรวง กำหนดมาตรการความปลอดภัยเกี่ยวกับระบบทำความเย็นที่ใช้แอมโมเนียเป็นสารทำความเย็นในโรงงาน พ.ศ. 2554. ราชกิจจานุเบกษา 2554 เล่ม 128 ตอนที่ 25 ก (ลงวันที่ 11 เมษายน 2554)
6. Ahmad R, Md Yasin SM. The level of compliance with Occupational Safety and Health (OSH) Standards among ice manufacturing factory workers. International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences. 2024;14(2):1378–92.
7. คณะกรรมการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ. แผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ พ.ศ. 2564 - 2570. กรุงเทพมหานคร: กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย; 2564
8. กระทรวงอุตสาหกรรม. ประกาศกระทรวงอุตสาหกรรม เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการตรวจสอบและทดสอบความปลอดภัยของเครื่องจักรและอุปกรณ์ในระบบทำความเย็น และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2567. ราชกิจจานุเบกษา 2568 เล่ม 142 ตอนพิเศษ 75 ง (ลงวันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2568)
9. สุรสิทธิ์ สิงห์แก้ว. การประยุกต์ใช้เครื่องมือเพื่อตรวจสอบโรงงานผลิตน้ำแข็งหลอด. ศรีสะเกษ: สำนักงานอุตสาหกรรมจังหวัดศรีสะเกษ, กระทรวงอุตสาหกรรม; 2566. (รายงานวิชาการ)
10. Haddad AN, Galante EBF, Xavier GS. Emergency management model based on risk management standard. WIT Trans Eng Sci. 2014;88:419-30. doi:10.2495/TEEM29100511.
11. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Geelong: Deakin University Press; 1988.
12. Park H, Cruz AM. Insights on chemical and Natech Risk Management in Japan and South Korea: a review of current practices. Int J Disaster Risk Sci. 2022;13(3):359–71.

JOURNAL OF HEALTH CONSUMER PROTECTION
วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
Vol: 5 No.2 July-December 2025
ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2568

แนวทางการพัฒนาศักยภาพของผู้ประกอบการคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ให้ปฏิบัติตามกฎหมายพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์

Guidelines for potential development of nursing and midwifery clinic operators to comply with the laws of Sanatorium Act B.E. 2541 and amendments, Phetchabun Provincial Public Health Office

ชฎากร บุญสิน[1]
Chadakorn Boonsin[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อศึกษาปัญหาของผู้ประกอบการคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ในการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม 2) เพื่อพัฒนาแนวทางการพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ให้ปฏิบัติตามกฎหมายพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) ของกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ประกอบการคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ในจังหวัดเพชรบูรณ์ ที่ได้รับอนุญาตก่อนปี พ.ศ. 2567 และขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการนวัตกรรมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ก่อนเดือนตุลาคม 2567 จำนวน 102 แห่ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง และแบบบันทึกการประเมินมาตรฐานการปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล ในสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) โดยตนเอง ของผู้ประกอบการสถานพยาบาลที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาลในจังหวัดเพชรบูรณ์ และใช้วงจรคุณภาพ PDCA ได้แก่ ขั้นวางแผน (Planning), ขั้นปฏิบัติการ (Do), ขั้นตรวจสอบผลการปฏิบัติการ (Check) และขั้นปรับปรุงแก้ไข (Action) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ และการวิเคราะห์ทางสถิติใช้ Paired t-test โดยพิจารณาค่า p-value < 0.05 ผลการวิจัยพบว่า 1) สภาพปัญหาของผู้ประกอบการคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ในการปฏิบัติตามกฎหมาย ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจของผู้ประกอบการต่อข้อกฎหมายที่ไม่แตกฉาน ขาดการเรียนรู้ในกฎระเบียบที่ออกบังคับใหม่ ไม่มีช่องทางให้ศึกษาเพิ่ม บทลงโทษไม่ได้รุนแรง เกณฑ์ข้อบังคับไม่ทันสมัย ขาดการส่งเสริม กระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติตามกฎหมาย การบังคับใช้กฎหมายที่ไม่เต็มประสิทธิภาพไม่ทั่วถึงและไม่ทันต่อการกระทำความผิด 2) มีแนวทางการพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ให้ปฏิบัติตามกฎหมายพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับเกณฑ์มาตรฐาน, กิจกรรมที่ 2 พัฒนาสื่อประชาสัมพันธ์อิเล็กทรอนิกส์เกี่ยวกับข้อกฎหมาย และกิจกรรมที่ 3 การติดตามและให้คำปรึกษา ภายหลังทำกิจกรรมและการติดตามกำกับแล้ว ให้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดทำแบบสอบถาม

[1] เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์
[1] Pharmacist, Professional Level. Division of Consumer Protection and Public Health Pharmacy, Phetchabun Provincial Public Health Office. E-mail : dakorn22@gmail.com

Received: 6 Oct 2025, Revised: 9 Dec 2025, Accepted: 22 Dec 2025

พบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรมทุกด้านมีคะแนนเพิ่มขึ้น และผลเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย การพัฒนาศักยภาพของผู้ประกอบการคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ให้ปฏิบัติตามกฎหมายพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม พบว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนา เท่ากับ 19.92 คะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนา เท่ากับ 28.82 พบว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (p-value <0.05)

คำสำคัญ : การพัฒนาศักยภาพของผู้ประกอบการ, คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์, พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม

Abstract

This research is designed to 1) to study the problems concerning with nursing and midwifery clinic operators' compliance with the Nursing and Midwifery Act B.E. 2541 (1998 A.D.) and its amendments 2) explore potential development approaches and guidelines for nursing and midwifery clinic operators to adhere to the Act before and after participating in the project. This research employs a Participatory Action Research (PAR) with a sample of 102 licensed nursing and midwifery clinic operators in Phetchabun Province. These operators had been authorized before 2024 and registered as innovative service units by the National Health Security Office (NHSO) before October 2024. The research tools include structured interviews and a record form used for assessing compliance with the legal standards set for outpatient clinics (non-inpatient facilities) and evaluated by the subject themselves. Data collection followed the PDCA cycle : Planning, Do, Check and Action. Data are analyzed using frequency and percentage. Statistical analysis uses a Paired t-test with a significance level of p-value less than 0.05. The results found that 1) the problem conditions identified among clinic operators regarding legal compliance include limited and unclear legal knowledge, lack of updates on new regulations, absence of additional educational or information media, light punishment, outdated regulations, lack of promotion and reminders for compliance, and legal enforcement that is not widespread and timely enough to punish legal offenders 2) to enhance operators' compliance, three key activities were implemented which were : Activity 1 providing accurate knowledge about standards and regulations, Activity 2 developing electronic information media concerned with Nursing and Midwifery laws, and Activity 3 follow-up and consultation activities. After the subject's participation in these activities and follow-up by the researcher, all the subjects' scores improved significantly. The average score before the intervention was 19.92, and after the intervention, it increased to 28.82. The results showed a notable improvement in the operators' capacity to comply with the Nursing and Midwifery Act and its amendments which indicated by the p-value score of 0.001 ($p < 0.05$).

Keywords : Potential development, Nursing and midwifery clinic, Sanatorium Act B.E. 2541 and amendments

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขเป็นส่วนราชการที่มีภารกิจด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนไทย มุ่งเน้นการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้แก่คนไทยทุกคน มีเป้าประสงค์เพื่อมุ่งเน้นให้ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน การดำเนินงานหลักประกันสุขภาพภายใต้นโยบายบัตรประชาชนใบเดียว รักษาทุกที่ของกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะเพิ่มคุณภาพการให้บริการ ลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ มุ่งเน้นการสร้างความเข้มแข็งให้กับประชาชนคนไทย สามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้อย่างสะดวก รวดเร็ว ทั่วถึง โดยใช้ประชาชนเป็นศูนย์กลาง ในฐานะเป็นเจ้าของระบบสุขภาพกระทรวงสาธารณสุขต้องปรับแนวทางเพื่อให้ดำเนินงานส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพใต้นโยบายบัตรประชาชนใบเดียวรักษาทุกที่[1] ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศ 10 นโยบายเน้นหนัก ยกระดับ 30 บาทรักษาโรค โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในฐานะประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีมติเห็นชอบข้อเสนอการขับเคลื่อนนโยบาย “บัตรประชาชนใบเดียวรักษาทุกที่” โดยให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอมีบทบาทเป็นหน่วยกำกับดูแล โดยกำหนดเป้าหมายให้โรงพยาบาลของรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข นอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คลินิก ร้านยา โรงพยาบาลเอกชน สามารถดำเนินการ 1) เชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพหน่วยบริการทุกระดับ 2) เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ประชาชนในการรับบริการ และ 3) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพการให้บริการแก่ประชาชน[2]

กระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง มาตรฐานการให้บริการของสถานพยาบาลเกี่ยวกับฉลากบรรจุยา พ.ศ. 2565 ลงประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 16 มีนาคม 2565 และมีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 17 มีนาคม 2567 เป็นต้นมา ส่งผลให้สถานพยาบาลทุกแห่งต้องถือปฏิบัติ ประกาศนี้บังคับใช้และสถานพยาบาลทุกแห่งต้องปฏิบัติให้เป็นไปตามกฎหมายพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม[3]

จังหวัดเพชรบูรณ์ มีสถานพยาบาลที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลและดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ณ วันที่ 30 กันยายน 2567 จำนวน 564 แห่ง แบ่งตามลักษณะดังนี้ คลินิกเวชกรรม 70 แห่ง, คลินิกเวชกรรมเฉพาะทาง 43 แห่ง, คลินิกทันตกรรม 38 แห่ง, คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ 343 แห่ง, คลินิกการผดุงครรภ์ 9 แห่ง, คลินิกกายภาพบำบัด 7 แห่ง, คลินิกเทคนิคการแพทย์ 12 แห่ง, คลินิกการแพทย์แผนไทย/การแพทย์แผนไทยประยุกต์ 29 แห่ง, สหคลินิก 5 แห่ง, คลินิกการประกอบโรคศิลปะ สาขาแพทย์แผนจีน 6 แห่ง และคลินิกการประกอบโรคศิลปะ สาขากิจกรรมบำบัด 2 แห่ง[4] จากผลการประเมินตามแบบประเมินมาตรฐานการปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลในสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) โดยตนเองพบว่า มีสถานพยาบาลที่ประเมินไม่ผ่านมาตรฐาน ส่วนใหญ่เป็นคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ร้อยละ 60.81 (343 แห่ง) ของสถานพยาบาลทั้งหมด โดยปัญหาที่พบมากที่สุด คือ การแสดงรายละเอียดซองยา ขวดยา หรือ ภาชนะบรรจุยาอื่น ๆ ให้ระบุชื่อคลินิก ชื่อผู้ป่วย ชื่อยา วิธีใช้อย่างชัดเจน ไม่เป็นไปตามที่ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง มาตรฐานการให้บริการของสถานพยาบาลเกี่ยวกับฉลากบรรจุยา พ.ศ. 2565 กำหนดจำนวนมากถึง 256 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 74.6 ส่วนใหญ่เป็นสถานพยาบาลที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาลก่อนที่ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับดังกล่าวจะมีผลบังคับใช้ในวันที่ 16

มีนาคม 2567 และหากพ้นระยะเวลาที่กฎหมายกำหนด สถานพยาบาลที่ปฏิบัติไม่เป็นไปตามประกาศกระทรวงฉบับนี้จะมีความผิดตามมาตรา 35 (4) ระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งปีหรือปรับไม่เกินสองหมื่นบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ[5]

จากสภาพปัญหาข้างต้น ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะพัฒนาแนวทางการพัฒนาศักยภาพของผู้ประกอบการคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ให้ปฏิบัติตามกฎหมายพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ เพื่อเตรียมความพร้อมให้แก่สถานพยาบาล และผู้ประกอบการให้สามารถปฏิบัติตามกฎหมาย สถานพยาบาลได้มาตรฐาน เตรียมพร้อมเป็นหน่วยบริการนวัตกรรม 30 บาทรักษาทุกที่ เพื่อเป็นการสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายดังกล่าวให้มีประสิทธิภาพ และบรรลุผลสำเร็จอย่างเป็นรูปธรรม อาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ช่วยผลักดัน ส่งเสริม ดูแล ติดตามกำกับ เพื่อยกระดับการดูแลสุขภาพของประชาชนและการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัญหาของผู้ประกอบการคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ในการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม

2. เพื่อพัฒนาแนวทางการพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ให้ปฏิบัติตามกฎหมาย พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR)

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ประกอบการสถานพยาบาลคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาล ในจังหวัดเพชรบูรณ์ และขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการนวัตกรรมกับ สปสช. ก่อนเดือนตุลาคม 2567 จำนวน 149 แห่ง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ประกอบการคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ในจังหวัดเพชรบูรณ์ที่ได้รับอนุญาตก่อนปี พ.ศ. 2567 และขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการนวัตกรรมกับ สปสช. ก่อนเดือนตุลาคม 2567 จำนวน 102 แห่ง
กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเฉพาะเจาะจง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหา คือ

1) แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ผู้วิจัยได้พัฒนาและสร้าง เครื่องมือขึ้น

2) แบบบันทึกการประเมินมาตรฐานการปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลในสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) โดยตนเองของผู้ประกอบการสถานพยาบาลที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาลในจังหวัดเพชรบูรณ์

3) แบบสอบถามเพื่อประเมินศักยภาพผู้ประกอบการ ก่อนและหลังเข้าร่วมกระบวนการพัฒนาศักยภาพของผู้ประกอบการคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ให้ปฏิบัติตามกฎหมายพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม โดยผู้วิจัยได้พัฒนาและสร้างเครื่องมือขึ้น

ส่วนที่ 2 พัฒนาแนวทางการพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ให้ปฏิบัติตามกฎหมายพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์โดยใช้วงจรคุณภาพ (PDCA) ใน

กระบวนการวิจัยและการบริหารจัดการ 4 ขั้นตอน

- ขั้นที่ 1 ขั้นวางแผน (Planning) : เริ่มต้นด้วยการศึกษาบริบทและวิเคราะห์สถานะปัจจุบันตามมาตรฐานสถานพยาบาล เพื่อใช้ในการวางแผนพัฒนา โดยสำรวจข้อมูลเชิงบริบทของสถานพยาบาลผ่านแบบบันทึกการประเมินมาตรฐานการปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล ในสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้อื่นไว้ค้างคืน (คลินิก) โดยตนเอง ศึกษาสภาพปัญหาจากการสัมภาษณ์ผู้ประกอบการสถานพยาบาลโดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบมีโครงสร้างเพื่อให้ทราบปัญหาตรงจุด และออกตรวจมาตรฐานสถานพยาบาลเพื่อนำผลข้อมูลการตรวจมาตรฐานสถานพยาบาลโดยพนักงานเจ้าหน้าที่ ทำ GAP Analysis วิเคราะห์และกำหนดแผนพัฒนา จัดประชุมผู้ประกอบการสถานพยาบาล ระดมความคิดเห็น วางแผนการพัฒนาร่วมกัน เสนอแผนและแนวทางพัฒนากับผู้รับอนุญาตสถานพยาบาลคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์

- ขั้นที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ (Do) : หลังจากที่ร่วมกันวางแผนเสร็จสิ้นถึงขั้นลงมือปฏิบัติตามแผนที่กำหนด ดำเนินการขับเคลื่อนแผนพัฒนา โดยวางระบบพี่เลี้ยงเพื่อให้คำแนะนำแก่ผู้รับอนุญาตสถานพยาบาลคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ผ่านการจัดตั้งไลน์กรุ๊ป เป็นเวที KM (Knowledge Management) แลกเปลี่ยนเรียนรู้ การปฏิบัติให้เป็นไปตามกฎหมายกำหนด

- ขั้นที่ 3 ขั้นตรวจสอบผลการปฏิบัติการ (Check) : ประเมินความเป็นไปได้ในการนำมาใช้ปฏิบัติขยายผลออกตรวจประเมินมาตรฐานสถานพยาบาลคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ครั้งที่ 2 และนำข้อมูลมาทำ GAP Analysis ครั้งที่ 2

- ขั้นที่ 4 ขั้นปรับปรุงแก้ไข (Action) : เป็นขั้นสุดท้ายของวงจรคุณภาพ คือ เมื่อพบปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ นำมาหาแนวทางแก้ไขปัญหาโดยดำเนินการแบบมีส่วนร่วมกับผู้ประกอบการสถานพยาบาลคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ เพื่อเตรียมความพร้อมการตรวจมาตรฐานสถานพยาบาล นำไปสู่การปรับปรุง และการวางแผนดำเนินการต่อไปแบบเป็นวงจรไม่มีที่สิ้นสุด

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ผู้วิจัยได้พัฒนาและสร้างเครื่องมือขึ้น โดยมีผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา การหาความเที่ยงตรง (Validity) ของข้อคำถามนั้น สามารถทำการวิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence : IOC) ระหว่าง 0.60 – 1.00

2) แบบบันทึกการประเมินมาตรฐานการปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล ในสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) โดยตนเองของผู้ประกอบการสถานพยาบาลคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาลในจังหวัดเพชรบูรณ์

3) แบบสอบถามเพื่อประเมินศักยภาพผู้ประกอบการ ก่อนและหลังเข้าร่วมกระบวนการพัฒนาศักยภาพของผู้ประกอบการคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ให้ปฏิบัติตามกฎหมายพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม โดยผู้วิจัยได้พัฒนาและสร้างเครื่องมือขึ้น แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นข้อคำถามที่เกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ประกอบการคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ประสบการณ์ในการทำงาน ระยะเวลาประกอบกิจการ จำนวน 6 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นข้อคำถามแบบปลายปิดและเติมคำลงในช่องว่าง

- ส่วนที่ 2 ข้อคำถามที่เกี่ยวกับข้อมูลการปฏิบัติตามมาตรฐานสถานพยาบาล ซึ่งเป็นไปตามที่กฎหมายพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติมกำหนด จำนวน 30 ข้อ ลักษณะ

คำตอบ 3 ตัวเลือกคือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ แทนค่าคะแนนของคำตอบดังนี้ ตอบใช่ = 1 คะแนน
ตอบไม่ใช่ = 0 คะแนน
ตอบไม่แน่ใจ = 0 คะแนน

ใช้เกณฑ์การแปลผลของ Bloom[6] แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ ด้วยการนำผลรวมของคะแนนทั้งหมดของแต่ละข้อคำถามมารวมกันแล้วพิจารณาการแบ่งระดับความรู้จากค่าคะแนน ดังนี้

ระดับสูงสุด = ค่าคะแนน ≥ 80%
ระดับปานกลาง = ค่าคะแนน ระหว่าง 61% - 79%
ระดับต่ำ = ค่าคะแนน ≤60%

- ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะของผู้ประกอบการและดำเนินการสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติมเป็นคำถามปลายเปิด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ด้วยแบบประเมินดัชนีความสอดคล้อง IOC นำคุณลักษณะทุกข้อที่มีค่า IOC มากกว่า 0.5 แปลว่า สามารถนำไปใช้ได้ และผลรวมทุกข้อมีค่า IOC เท่ากับ 0.94 แปลว่าแบบสอบถามนี้ใช้ได้ ถือว่ามีความตรงตามเนื้อหา

2) การตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ประกอบการของสถานพยาบาลเอกชนในจังหวัด คนละกลุ่มกับกลุ่มเป้าหมายตรวจสอบความถูกต้องของภาษาและคุณสมบัติ เวลาในการตอบแบบสอบถามก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำข้อมูลที่ได้มาหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ผลการวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยรวมเท่ากับ 0.83

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ใช้อธิบายข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ประกอบการคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ เป็นค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมาน ใช้เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยก่อน-หลังการพัฒนาศักยภาพตามวงจรคุณภาพ PDCA ของผู้ประกอบการคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ในจังหวัดเพชรบูรณ์ ใช้วิธีการวิเคราะห์ด้วยสถิติทดสอบ Paired t-test โดยพิจารณาค่า p-value ที่มีค่าน้อยกว่า 0.05

การวิจัยครั้งนี้ ได้ดำเนินการขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ เอกสารรับรองเลขที่ 002/2568 เพื่อพิจารณาอนุญาตให้ดำเนินการเก็บข้อมูลผู้ประกอบการคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์จังหวัดเพชรบูรณ์และเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ประกอบการคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์จังหวัดเพชรบูรณ์

ผลการวิจัย

มีผลการวิเคราะห์ข้อมูล 3 ส่วน ดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์สภาพปัญหาของผู้ประกอบการคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ให้ปฏิบัติตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม สัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ได้จากการเลือกแบบเจาะจง ใช้คำถามสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง โดยมีข้อคำถามประเด็นหลัก ๆ ดังนี้ การปฏิบัติตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ในด้านความรู้ความเข้าใจ ปัญหาอุปสรรค และการพัฒนาศักยภาพของผู้ประกอบการ รวมถึงปัญหาและอุปสรรคและข้อเสนอแนะต่าง ๆ ผลการวิจัยพบว่าความรู้ความเข้าใจของผู้ประกอบการต่อข้อกฎหมายที่ไม่แตกฉาน ขาดการเรียนรู้ในกฎระเบียบที่ออกบังคับใหม่ ไม่มีช่องทางให้ศึกษาเพิ่มบทลงโทษไม่ได้รุนแรง เกณฑ์ข้อบังคับไม่ทันสมัย

ล้าหลัง ขาดการส่งเสริม กระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติตามกฎหมาย การบังคับใช้กฎหมายที่ไม่เต็มประสิทธิภาพ ไม่ทั่วถึงและไม่ทันต่อการกระทำความผิด เจ้าหน้าที่ของรัฐและสิ่งสนับสนุนไม่เพียงพอ ทำให้ขาดประสิทธิภาพในการตรวจสอบเฝ้าระวังที่ครอบคลุมทั่วถึง ในส่วนประเด็นแนวทางการพัฒนาศักยภาพของผู้ประกอบการรวมถึงปัญหาและอุปสรรคและข้อเสนอแนะต่าง ๆ เสนอให้เจ้าหน้าที่ช่วยส่งเสริม และสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร จัดอบรม เพิ่มช่องทางการสื่อสาร เผยแพร่และแจ้งข้อปฏิบัติ มีตัวอย่างที่ถูกต้อง สร้างคลินิกต้นแบบ จัดประกวด สร้างแรงจูงใจในการพัฒนาคลินิกให้เป็นไปตามกฎหมายและตรวจเฝ้าระวังเพื่อเป็นการกระตุ้นเตือน รวมถึงส่งเสริมทางวิชาชีพและแนวทางการปฏิบัติที่สามารถทำได้ ตามยุคสมัย

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของผู้ประกอบการคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ให้ปฏิบัติตามกฎหมาย พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 92.8) มีอายุระหว่าง 31 – 40 ปี (ร้อยละ 35.3) รองลงมาอายุมากกว่า 50 ปี (ร้อยละ 32.4) การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 87.3) และส่วนใหญ่จะมีประสบการณ์ในการทำงานด้านสุขภาพมากกว่า 10 ปี (ร้อยละ 92.2) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ที่ 20,000 – 40,000 บาท (ร้อยละ 49) รองลงมา มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ที่ 40,000 – 60,000 บาท (ร้อยละ 35.3) และส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการประกอบกิจการสถานพยาบาลมากกว่า 7 ปี (ร้อยละ 46.1)

3. ผลการวิเคราะห์การพัฒนาแนวทางการพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ให้ปฏิบัติตามกฎหมาย พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมโดยใช้วงจรคุณภาพ (PDCA) มีกิจกรรม ดังนี้

- กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับเกณฑ์มาตรฐาน ตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติมกับคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ได้แก่ การจัดประชุมแบบออนไลน์เพื่อพัฒนา องค์ความรู้ ส่งเสริมและเตรียมพร้อมด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการประกอบกิจการสถานพยาบาลให้แก่ผู้ประกอบการสถานพยาบาลให้ปฏิบัติเป็นไปตามมาตรฐานที่กฎหมายกำหนด เป็นการอบรมที่เน้นการมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แสดงความคิดเห็นและซักถามในประเด็นที่สงสัย เน้นให้ความรู้ คำแนะนำ การสร้างเสริมความรู้เกี่ยวกับกฎหมายโดยมีประเด็นที่สำคัญ ได้แก่ ความรู้ด้านมาตรฐานการประกอบกิจการสถานพยาบาล
- กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาสื่อประชาสัมพันธ์อิเล็กทรอนิกส์เกี่ยวกับข้อกฎหมาย เช่น ด้านเครื่องมือเครื่องใช้ ยาและเวชภัณฑ์ ตัวอย่างสติ๊กเกอร์ซองยา โดยมีตัวอย่างให้เป็นแนวทางปฏิบัติแก่ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล โดยทุกแห่งจะได้รับสื่อประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทางสื่อสารออนไลน์ที่สร้างขึ้น เพื่อสื่อสารเกี่ยวกับเกณฑ์มาตรฐานการประกอบกิจการสถานพยาบาลตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ให้คำปรึกษา โดยเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ในรูปแบบไลน์ออฟฟิเชียล ที่ใช้เป็นช่องทางให้ผู้ปฏิบัติงานในคลินิกได้สอบถาม ขอคำแนะนำ คำปรึกษาเพื่อดำเนินการให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กฎหมายกำหนด โดยกลุ่มตัวอย่างได้มีการเข้าร่วมใช้งานในระบบดังกล่าวและมีการใช้ในการติดต่อ ประสาน รวมถึงการขอคำปรึกษาเกี่ยวกับมาตรฐานสถานพยาบาล
- กิจกรรมที่ 3 การติดตามและให้คำปรึกษาโดยเจ้าหน้าที่ที่มีความชำนาญ แก่คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ เพื่อเป็นการสนับสนุน ผู้ประกอบการสถานพยาบาลและเป็นการกระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติตามกฎหมาย โดยเจ้าหน้าที่ได้ทำการกำกับ ติดตามและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับมาตรฐานสถานพยาบาล โดยเลือกลงพื้นที่ตามผลการประเมินในรอบก่อนทำ

- กิจกรรมโดยที่สถานพยาบาลนั้นยังไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กฎหมายกำหนด ภายหลังทำกิจกรรมและการติดตามกำกับแล้วกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดทำแบบสอบถามก่อนและหลังการทำกิจกรรมทั้งหมด

เมื่อจำแนกตามระดับการปฏิบัติตามกฎหมายพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติมก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม พบว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาศักยภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.66 รองลงมา ระดับสูงสุด ร้อยละ 30 และระดับต่ำ ร้อยละ 23.34 ตามลำดับ หลังเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนา พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงสุด ร้อยละ 96.67 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ จำแนกตามระดับการปฏิบัติตามกฎหมายพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติมก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม (n=102)

ระดับการปฏิบัติตามมาตรฐานสถานพยาบาล	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ระดับสูงสุด (คะแนน ≥ 80%)	9 (30.00)	29 (96.67)
ระดับปานกลาง (คะแนน 61% - 79%)	14 (46.66)	1 (3.33)
ระดับต่ำ (คะแนน ≤60%)	7 (23.34)	0 (0)

ผลเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย การพัฒนาศักยภาพของผู้ประกอบการคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ให้ปฏิบัติตามกฎหมายพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม กำหนดก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมพบว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนา เท่ากับ 19.92 คะแนน (S.D. = 2.30) และหลังเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 28.82 คะแนน (S.D. = 1.16) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนา พบว่าหลังการพัฒนาศักยภาพมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนพัฒนากันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (p-value < 0.001) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการพัฒนาศักยภาพของผู้ประกอบการคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ให้ปฏิบัติตามกฎหมายพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติมก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม

	$\bar{x}$	n	S.D.	95%Cl	t	p-value
หลังร่วมกิจกรรม	28.82	102	1.16	8.434 ถึง	37.74	< 0.001
ก่อนร่วมกิจกรรม	19.92	102	2.30	9.370		

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัยแนวทางการพัฒนาศักยภาพของผู้ประกอบการคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ให้ปฏิบัติตามกฎหมายพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่าความรู้ความเข้าใจของผู้ประกอบการต่อข้อกฎหมายที่ไม่แตกฉาน ขาดการเรียนรู้ในกฎระเบียบที่ออกบังคับใหม่ ไม่มีช่องทางให้ศึกษาเพิ่ม ประกอบกับบทลงโทษไม่ได้รุนแรง เกณฑ์ข้อบังคับไม่ทันสมัยล้าหลัง ขาดการส่งเสริม กระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติตาม

กฎหมาย การบังคับใช้กฎหมายที่ไม่เต็มประสิทธิภาพ ไม่ทั่วถึงและไม่ทันต่อการกระทำความผิดและในส่วนประเด็นการพัฒนาศักยภาพของผู้ประกอบการรวมถึงปัญหาและอุปสรรคและข้อเสนอแนะต่าง ๆ ให้เจ้าหน้าที่ส่งเสริม และสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร จัดอบรม เพิ่มช่องทางการสื่อสาร เผยแพร่และแจ้งข้อปฏิบัติ มีตัวอย่างที่ถูกต้อง สร้างคลินิกต้นแบบ จัดประกวด สร้างแรงจูงใจในการพัฒนาคลินิกให้เป็นไปตามกฎหมายและตรวจเฝ้าระวังเพื่อเป็นการกระตุ้นเตือน รวมถึงส่งเสริมทางวิชาชีพและแนวทางการปฏิบัติที่สามารถทำได้ ตามยุคสมัยซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ประภา สุดราม และ ภาวัต ชาวพัฒนวรรณ[7] ซึ่งพบว่า 1) กฎหมายที่ไม่ทันสมัยกับสภาพการณ์ ความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์และการเปลี่ยนแปลงทางสังคม 2) บังคับใช้ไม่ทั่วถึง กระบวนการบังคับใช้กฎหมายของพนักงานเจ้าหน้าที่ไม่ทั่วถึง เนื่องจากการโฆษณาสถานพยาบาลมีหลายช่องทาง และจำนวนสถานพยาบาลมีจำนวนมาก 3) บทลงโทษที่ไม่รุนแรง บทลงโทษที่ไม่รุนแรง มีผลทำให้ความเคารพต่อกฎหมายของผู้ประกอบพาณิชย์โดย ขาดความรับผิดชอบต่อสังคมและหย่อนประสิทธิภาพในการบังใช้กฎหมาย และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ ธารินี แก้วมณีชัย[8] ซึ่งพบว่า ข้อมูลสภาพปัจจุบันมีปัญหาและอุปสรรคในกระบวนการบังคับใช้กฎหมาย ได้แก่ ตัวบทกฎหมายที่ไม่ทันสมัยกับ สภาพการณ์ บทลงโทษที่ไม่รุนแรง เจ้าหน้าที่ของรัฐและสิ่งสนับสนุนไม่เพียงพอ จึงไม่สามารถควบคุมได้ อย่างเต็มประสิทธิภาพ การตรวจสอบการกระทำผิดไม่ทั่วถึง อำนาจหน้าที่ขององค์กรหรือหน่วยงานที่มีหน้าที่ควบคุมกำกับมีความซ้ำซ้อนหรือเหลื่อมล้ำกันในเชิงนโยบาย ความรู้ความเข้าใจ และพฤติกรรมทาง สังคมของผู้รับบริการ การเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมและธุรกิจบริการทางการแพทย์

แนวทางการพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ให้ปฏิบัติตามกฎหมายพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติมโดยใช้ทฤษฎี PDCA ในการบริหารจัดการ 4 ขั้นตอน คือ ขั้นที่ 1 ขั้นวางแผน (Planning), ขั้นที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ (Do), ขั้นที่ 3 ขั้นตรวจสอบผลการปฏิบัติการ (Check) และ ขั้นที่ 4 ขั้นปรับปรุงแก้ไข (Action) พบว่าผู้ประกอบการหลังเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนามีระดับการปฏิบัติตามกฎหมายพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงสุด ร้อยละ 96.67 และผลเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการพัฒนาศักยภาพของผู้ประกอบการคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ให้ปฏิบัติตามกฎหมายพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม พบว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนา เท่ากับ 19.92 คะแนน (S.D. = 2.30) และหลังเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 28.82 คะแนน (S.D. = 1.16) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนา พบว่าหลังการพัฒนาศักยภาพมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนพัฒนากันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < 0.001$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการพัฒนาศักยภาพของผู้ประกอบการคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ให้ปฏิบัติตามกฎหมายพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) กระบวนการที่ใช้ในการผลิต การกระจายความรู้ รวมทั้งเป้าหมายของการปรับปรุงขีดความสามารถและการปฏิบัติทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ในทางปฏิบัติและการเปลี่ยนแปลงสภาพความเป็นจริงทางสังคมผ่านทางนักวิจัย กลุ่มผู้มีส่วนร่วม และกลุ่มผู้ที่ได้รับผลกระทบ มีส่วนร่วมถึงประเด็นปัญหาตั้งแต่การวางแผน การดำเนินการ การวิเคราะห์ และการประยุกต์ใช้ผลของการวิจัยการเจริญเติบโตและการพัฒนาของผู้มีส่วนร่วมเป็นส่วนสำคัญในการออกแบบ ผลลัพธ์ที่ต้องการ เพื่อความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลง

การจัดตั้งรวมกลุ่มหรือองค์กร โดยเฉพาะในระบบสุขภาพ และนโยบายทางด้านสุขภาพ[9] การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมีความแตกต่างจากแนวทางการวิจัยอื่น ๆ ในทางสาธารณสุข เพราะมันขึ้นอยู่กับการสะท้อน การเก็บรวบรวมข้อมูลและการดำเนินการที่มีเป้าหมายเพื่อปรับปรุงสุขภาพ และลดความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพ ผ่านบุคคลที่เกี่ยวข้องกันที่หันมา ดำเนินการเพื่อปรับปรุงสุขภาพของตัวเอง[10] โดยดำเนินการบนพื้นฐานวงจรคุณภาพ (PDCA) เน้นการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องพบว่า หลังจากผู้ได้รับอนุญาตมีการประเมินตนเองร่วมกับเจ้าหน้าที่ตามเกณฑ์มาตรฐานครั้งที่ 1 ผู้ประกอบการสถานพยาบาลที่พบข้อบกพร่องในการปฏิบัติตามกฎหมายพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 ฉบับปรับปรุงแก้ไข พร้อมที่จะศึกษาและให้ความร่วมมือเข้าร่วมโครงการฯ และมีความตระหนักที่จะปฏิบัติตามกฎหมายพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 ฉบับปรับปรุงแก้ไข อย่างเคร่งครัดเพื่อจะทำให้สถานประกอบการมีคุณภาพ และเป็นประโยชน์สูงสุดของผู้บริโภค ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อรชร ประเคนคะชา[11] พบว่า ภายหลังการทดลองพยาบาลวิชาชีพและเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉินกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรู้การพยาบาลในการรับส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน เพิ่มมากขึ้นจากที่เดิม 13.67 คะแนน (S.D. = 1.39) เป็น 18.62 คะแนน (S.D. = 1.83) และมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติการ พยาบาลในการรับส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินเพิ่มมากขึ้นจากที่เดิม 3.35 คะแนน (S.D. = 0.20) เป็น 4.54 คะแนน (S.D. = 0.31) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบความรู้การพยาบาลในการรับส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินและพฤติกรรมการพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติการ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองพยาบาลวิชาชีพและเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉินกลุ่ม มีค่าเฉลี่ยความรู้การพยาบาลในการรับส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินเพิ่มขึ้นจากเดิม 13.67 คะแนน (S.D. = 1.39) เป็น 18.62 คะแนน (S.D. = 1.83) และมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการรับส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินเพิ่มมากขึ้นจากที่เดิม 3.35 คะแนน (S.D. = 0.20) เป็น 4.54 คะแนน (S.D. = 0.31) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบความรู้การพยาบาลในการรับส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินและพฤติกรรมการพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการรับส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินพบว่า หลังการพัฒนามีค่าเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้นก่อนพัฒนากันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังนั้น จึงควรนำเอาแผนกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพที่ได้จากการวิจัยนี้เป็นพัฒนาศักยภาพพยาบาลและเจ้าหน้าที่เวชกิจฉุกเฉินเป็นประจำและต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

ผลของการวิจัยแนวทางการพัฒนาศักยภาพของผู้ประกอบการคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ให้ปฏิบัติตามกฎหมายพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ ผู้วิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะดังนี้

1. ขยายกลุ่มผู้ประกอบการในลักษณะบริการอื่น ๆ เพื่อให้การส่งเสริมครอบคลุมผู้ประกอบการสถานพยาบาลทั้งจังหวัด

2. ควรมีการพัฒนารูปแบบการควบคุม กำกับ ส่งเสริม หรือเฝ้าระวังสถานพยาบาลกลุ่มเสี่ยงที่มีแนวโน้มฝ่าฝืนกฎหมาย ให้ดำเนินกิจการตามมาตรฐานวิชาชีพเพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการ

3. ควรศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ให้ปฏิบัติตามกฎหมายพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์

4. ควรศึกษาข้อมูล ผลกระทบด้านสุขภาพสังคม เกี่ยวกับการให้บริการของคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ที่มีการใช้ยาไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ หรือเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายในการกำหนดหลักเกณฑ์ มาตรฐานสถานพยาบาลที่เหมาะสมต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผศ.ดร.ภก.แสวง วัชระธนกิจ, ภญ.ทิวาวรรณ์ สกุลจันทร์, สมาคมเภสัชสาธารณสุขแห่งประเทศไทย,คณะผู้จัดการอบรมหลักสูตรพัฒนางานวิชาการสำหรับเภสัชกร และผู้เข้าร่วมงานวิจัยทุกท่านที่ทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. แผนปฏิบัติราชการ 4 ปี พ.ศ. 2560-2565 และแผนปฏิบัติราชการประจำปี พ.ศ. 2564 กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
2. สุนันทา กาญจนพงศ์. ข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์ในการพัฒนานโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวของประเทศไทย. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา 2567; 10(1): 199-21.
3. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541. ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 115 ตอนที่ 15 ก หน้า 32 (ลงวันที่ 24 มีนาคม 2541)
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์. รายงานประจำปีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ พ.ศ. 2567. เพชรบูรณ์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์; 2567.
5. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง มาตรฐานการให้บริการของสถานพยาบาลเกี่ยวกับฉลากบรรจุยา พ.ศ. 2565. ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 139 ตอนพิเศษ 61 ง. หน้า 19-20. (ลงวันที่ 16 มีนาคม 2565)
6. Bloom, B. Taxonomy of Education Objective Handbook I. Cognitive Domain. New York: David Mckay; 1975.
7. ประภา สุดราม, ภาวัต ชาวพัฒนวรรณ. อุปสรรคในกระบวนการบังคับใช้พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 เพื่อควบคุมการโฆษณาสถานพยาบาล ในกรุงเทพมหานคร. วารสารเกษมบัณฑิต 2562; 37(3): 5-18.
8. ธารินี แก้วมณีชัย. รูปแบบการพัฒนาศักยภาพของผู้ประกอบการสถานพยาบาลให้ปฏิบัติตามกฎหมายพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 ฉบับปรับปรุงแก้ไข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม. 2567; 9(7): 552-64.
9. Loewenson R. Partici Patory Action Research in Health Systems: a Method Reader. Canada: Equine; 2014.
10. Baum F, MacDougall C, Smith D. Participatory Action Research. J Epidemiol Community Health. 2006; 60(10): 854-7.
11. อรชร ประเคนคะชา. ผลการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการรับส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบึงกาฬ. บึงกาฬ; 2566.

JOURNAL OF HEALTH CONSUMER PROTECTION
วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
Vol: 5 No.2 July-December 2025
ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2568

ผลของการพัฒนาระบบยาโดยใช้ระบบ IPD Paperless ต่อความคลาดเคลื่อนทางยา

Effect of Medication System Development using the IPD Paperless system on Medication errors at Yasothon Hospital

รุจาภา โสมาบุตร[1], อรอุมา บัวเบิก[2], ภารดี ชานุบาล[2]
Ruchapha Somabut[1], Onuma Buaberg[2], Paradee Chanuban[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อเปรียบเทียบจำนวนอุบัติการณ์ อัตราการเกิด ชนิด และระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยา ระหว่างช่วงเวลา 12 เดือนก่อนและหลังการใช้ระบบโปรแกรมผู้ป่วยในไร้กระดาษ หรือ IPD Paperless (1 เมษายน 2566 – 31 มีนาคม 2568) เก็บข้อมูลจากระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงของสถานพยาบาล (Healthcare Risk Management System : HRMS) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ อัตรา ทดสอบทางสถิติโดยใช้ Chi-square test เปรียบเทียบจำนวนอุบัติการณ์และและเปรียบเทียบอัตราการเกิดด้วย Poisson regression กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ผลการวิจัยพบว่า อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาก่อนการใช้ระบบ มีจำนวน 5,899 ครั้ง (30.86 ครั้ง/1,000 วันนอน) และหลังการใช้ระบบมีจำนวน 7,095 ครั้ง (33.63 ครั้ง/1,000 วันนอน) เมื่อวิเคราะห์รายขั้นตอนพบว่า Transcribing error และ Dispensing error ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ส่วน Prescribing error มีแนวโน้มลดลงแต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.080$) ในขณะที่ Pre-dispensing error และ Administration error เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) การกระจายระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (x^2 = 2311.45, df = 5, $p<0.001$) โดยสัดส่วนความรุนแรงระดับ B เพิ่มขึ้น ขณะที่ระดับ C–F ลดลง ไม่พบความรุนแรงระดับ F หลังการใช้ระบบ สรุปได้ว่า การนำระบบ IPD Paperless มาใช้มีความสัมพันธ์กับการลดความคลาดเคลื่อนทางยาในหลายขั้นตอน อย่างไรก็ตามยังควรเสริมมาตรการป้องกันความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนการเตรียมยาและการบริหารยาอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : โปรแกรมผู้ป่วยในไร้กระดาษ, ความคลาดเคลื่อนทางยา

[1] เภสัชกรชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลยโสธร
[1] Pharmacist, Senior Professional Level, Division of Pharmacy, Yasothon Hospital.
E-mail : rujapha51@hotmail.com
[2] เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลยโสธร
[2] Pharmacist, Professional Level, Division of Pharmacy, Yasothon Hospital.

Received: 29 Sep 2025, Revised: 15 Dec 2025, Accepted: 27 Dec 2025

Abstract

This quasi-experimental research compared the incidence, rate, types, and severity levels of medication errors between the 12-month periods before and after implementation of the IPD Paperless system (1 April 2023 to 31 March 2025). Data were retrieved from the Healthcare Risk Management System. Descriptive statistics including frequency, percentage, and error rates were used to analyze the data. Statistical tests were conducted using the Chi-square test, and the incidence rate was compared using Poisson regression. Significance was set at the 0.05 level. The research results showed total of medication error 5,899 incidents (30.86 per 1,000 patient-days) were reported before implementation, compared with 7,095 incidents (33.63 per 1,000 patient-days) after implementation. Transcribing and dispensing errors were significantly reduced after implementation ($p < 0.001$), while prescribing errors showed a non-significant decreasing trend ($p=0.080$). In contrast, pre-dispensing errors and administration errors increased significantly ($p<0.001$). The distribution of medication error severity levels differed significantly ($x^2 = 2311.45$, $df = 5$, $p<0.001$), with the proportion of B-level severity increasing, while levels C–F decreased. No F-level severity was observed after the implementation. In conclusion, the implementation of an IPD Paperless system is associated with a reduction of medication errors in several process . However, continuous measures to prevent errors in the Pre-dispensing and Administration process should still be implemented

Keywords : IPD Paperless, Medication errors

บทนำ

ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) เป็นหัวใจสำคัญของการให้บริการทางการแพทย์ โดยเฉพาะในบริบทของโรงพยาบาลที่มีระบบการดูแลผู้ป่วยที่ซับซ้อน หนึ่งในปัญหาด้านความปลอดภัยที่สำคัญและได้รับความสนใจในระดับนานาชาติ คือ “ความคลาดเคลื่อนทางยา” (Medication Errors : ME) ซึ่งหมายถึงความผิดพลาดที่เกิดขึ้นในกระบวนการใช้ยา ไม่ว่าจะเป็นการสั่งยา การจ่ายยาหรือการให้ยาที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยทั้งโดยตั้งใจหรือไม่ตั้งใจ[1] จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก ระบุว่าความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นสาเหตุที่สำคัญของอันตรายที่ป้องกันได้ในระบบบริการสุขภาพทั่วโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลที่มีการใช้ยาหลายชนิดพร้อมกันในผู้ป่วยรายเดียว อุบัติการณ์ของความคลาดเคลื่อนทางยาอาจสูงถึงร้อยละ 10 – 20 ของคำสั่งยาทั้งหมด[2] ในแง่ของผลกระทบทางเศรษฐกิจ ความคลาดเคลื่อนทางยานำไปสู่การเพิ่มระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล ความจำเป็นในการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์เพิ่มเติมและค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นโดยเฉพาะในกรณีที่ต้องรักษา ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการใช้ยาผิดพลาด ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วย สถานบริการสุขภาพและระบบสาธารณสุขโดยรวม[3] นอกจากนี้ความเชื่อมั่นของผู้ป่วยและครอบครัวต่อระบบการรักษาพยาบาลก็อาจลดลงหากโรงพยาบาลมีเหตุการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาบ่อยครั้ง

กระบวนการสั่งใช้ยา หรือ Prescribing process เป็นหนึ่งในกระบวนการที่สำคัญของระบบยา ปัจจุบันหลายโรงพยาบาลมีการนำใช้กระบวนการสั่งใช้ยาผ่านระบบคอมพิวเตอร์หรือ Computerized Physician Order Entry (CPOE) เข้ามาใช้กันอย่างแพร่หลาย เพื่อลดโอกาสในการเกิดความคลาดเคลื่อนในกระบวนการดังกล่าว จากการที่แพทย์สั่งใช้ยาผ่านการเขียนใบสั่งยา และส่งต่อมายังแผนกเภสัชกรรม โดยมีเภสัชกรอ่านคำสั่งของแพทย์เพื่อพิจารณาความเหมาะสมในการจ่ายยา ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการอ่านลายมือแพทย์ การใช้สัญลักษณ์ที่กำกวมในการสั่งใช้ยา หรือขาดความชัดเจนของใบสั่งยา สร้างความไม่ปลอดภัยต่อผู้ป่วย ข้อดีของระบบการสั่งยาทางอิเล็กทรอนิกส์จากข้อมูลการวิเคราะห์อภิมาน (Meta-analysis) พบว่าความน่าจะเป็นในการเกิดข้อผิดพลาดในการสั่งยาลดลงร้อยละ 48 เมื่อเปรียบเทียบกับการสั่งยาที่ใช้กระดาษ ส่งผลให้สามารถป้องกัน ความคลาดเคลื่อนทางยาได้กว่า 17 ล้านครั้งต่อปีในโรงพยาบาลของสหรัฐอเมริกา[4] การศึกษาในผู้ป่วยในโรงพยาบาลหนองหาน พบว่าอัตราความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาโดยเฉลี่ยต่อเดือนก่อนใช้ระบบ CPOE ที่สั่งยาโดยแพทย์จากหอผู้ป่วยเท่ากับ 66.0 ครั้งต่อ 10,000 วันนอน ภายหลังการใช้ระบบ CPOE พบว่าอัตราความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาลดลงเท่ากับ 39.6 ครั้งต่อ 10,000 วันนอน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[5]

ระบบ Paperless ผู้ป่วยใน (In-patient Department Paperless System) เป็นระบบที่ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการจัดการข้อมูลการสั่งใช้ยา การให้บริการทางคลินิกและการจัดเก็บเวชระเบียน การใช้ระบบ Paperless นอกจากจะช่วย ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดเก็บเอกสารข้อมูลผู้ป่วย ทำให้เกิดความประหยัดในด้านวัสดุอุปกรณ์และการใช้งานที่สะดวก รวดเร็วแล้ว ยังช่วยอำนวยความสะดวกให้กับบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วย ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วย และช่วยลดความผิดพลาดในการจ่ายยา[6]

โรงพยาบาลยโสธร เป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับ S จากข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาของแผนกผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 และ พ.ศ. 2566 พบรายงานอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาคิดเป็นอัตราครั้งต่อ 1,000 วันนอน มีแนวโน้ม

เพิ่มขึ้นทุกขั้นตอน คือ Prescribing error 10.79 และ 11.05, Transcribing error 0.88 และ 1.23, Pre-dispensing error 9.61 และ 13.58, Dispensing error 2.1 และ 5.71, Administration error 1.45 และ 4.2 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน ตามลำดับ และได้มีการใช้ “โปรแกรมผู้ป่วยในไร้กระดาษ” (IPD Paperless) ครบทุกหอผู้ป่วยตั้งแต่เดือนเมษายน 2567 ในช่วงเริ่มต้นการใช้งานระบบยังพบปัญหาความล่าช้าและความคลาดเคลื่อนทางยา จากความไม่ชำนาญและความเข้าใจไม่ตรงกัน เนื่องจากระบบยาของโรงพยาบาลเดิมมีการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ด้วยเอกสาร เช่น เตือนแพ้ยา เตือนการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง Lab Alert ประวัติยาเดิมผู้ป่วย แม้ว่าระบบการสั่งใช้ยาผ่านคอมพิวเตอร์ จะได้รับการออกแบบมาเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย แต่ในทางปฏิบัติยังพบว่าผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นแตกต่างกันในแต่ละบริบทของโรงพยาบาล ซึ่งอาจขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านเทคโนโลยี ทักษะของผู้ใช้งาน การสนับสนุนจากองค์กร และกระบวนการสื่อสารภายในทีมสหสาขาวิชาชีพ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบยาหลังจากมีการใช้ระบบ IPD Paperless โดยเปรียบเทียบจำนวนอุบัติการณ์ อัตราการเกิด ชนิดและระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยาก่อนและหลังการใช้ระบบ IPD Paperless เพื่อนำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงระบบในการพัฒนากระบวนการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของระบบยาโดยใช้ระบบ IPD Paperless ต่อความคลาดเคลื่อนทางยาโรงพยาบาลยโสธร

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อพัฒนาระบบยาผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธร

2.2 เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบจำนวนอุบัติการณ์ อัตราการเกิด ชนิดและระดับความรุนแรงของการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในแผนกผู้ป่วยใน ระหว่างก่อนและหลังการใช้ระบบ IPD Paperless

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบก่อนและหลังการดำเนินการ (Before–after Study) โดยมีการพัฒนาระบบยาในแผนกผู้ป่วยใน เป็นมาตรการแทรกแซง (Intervention) ผ่านการนำระบบ IPD Paperless มาใช้ เพื่อประเมินผลของการพัฒนาระบบต่อความคลาดเคลื่อนทางยา

การวิจัยนี้ไม่ได้กำหนดช่วง Run-in period ก่อนการเก็บข้อมูลหลังการใช้ระบบ IPD Paperless โดยมุ่งประเมินผลลัพธ์จากการใช้งานระบบในบริบทการให้บริการจริง ซึ่งอาจสะท้อนทั้งผลของระบบและการปรับตัวของบุคลากรในช่วงเริ่มต้นการใช้งาน

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ดำเนินการในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลยโสธร เก็บข้อมูลแบบสำมะโน (Census) จากรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านยาที่บันทึกในระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงของสถานพยาบาล (Healthcare Risk Management System : HRMS) ในช่วง 12 เดือนก่อนใช้ IPD Paperless (วันที่ 1 เมษายน 2566 ถึง 30 มีนาคม 2567) และ 12 เดือนหลังการใช้ระบบ IPD Paperless (วันที่ 1 เมษายน 2567 ถึง 31 มีนาคม 2568) จำนวนวันนอนช่วงก่อนใช้ = 191,161

ช่วงหลังใช้ = 210,982 จำนวนรายงานช่วงก่อนใช้ = 5,899 ครั้ง ช่วงหลังใช้ = 7095 ครั้ง สำหรับการเปรียบเทียบอัตราความคลาดเคลื่อนทางยาระหว่างสองช่วงเวลา ภายใต้ระดับนัยสำคัญ 0.05 (Two-tailed) และพลังการทดสอบ 80% เพื่อช่วยตีความกรณีที่ผลการทดสอบไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งอาจเกิดจากความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 2 (Type II error)

เกณฑ์คัดเข้า

เป็นข้อมูลอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านยาในหมวด M2 : Safe from medication error รหัส CPM 201-205 ที่เกิดกับผู้ป่วยในและเกิดเหตุการณ์ในช่วงเวลาที่ศึกษา

เกณฑ์คัดออก

เป็นรายงานที่ไม่ใช่อุบัติการณ์ที่เกิดกับผู้ป่วยใน หรือเป็นรายงานที่ไม่มีข้อมูลขั้นตอนที่เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา/ระดับความรุนแรง/ไม่มีรายละเอียดเหตุการณ์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงของสถานพยาบาล (HRMS) แบบฟอร์มบันทึกข้อมูล (Data Collection Form) แบบเก็บข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาที่ออกแบบเองประกอบด้วย ข้อมูล 3 ส่วน คือ

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ข้อมูลจำนวนวันนอน จำนวนผู้ป่วย จำนวนใบสั่งยาและจำนวนรายการยาผู้ป่วยใน และระยะเวลารอรับยา
- ส่วนที่ 2 ชนิดของความคลาดเคลื่อนทางยาตามขั้นตอนที่เกิด ตั้งแต่การสั่งใช้ยา การคัดลอกคำสั่ง การจัดยา การจ่ายยา จนถึงการบริหารยา การวิจัยนี้จำแนกตามรหัสอุบัติการณ์ของระบบ HRMS ประเภทย่อย M2 Safe from Medication error รหัส CPM 201-CPM 205 ได้แก่ CPM201 : Prescribing error (เกิดข้อผิดพลาด/อุบัติการณ์ในขั้นตอนการสั่งใช้ยา), CPM202 : Transcribing error (เกิดข้อผิดพลาด/อุบัติการณ์ในขั้นตอนการคัดลอกยา), CPM203 : Pre-dispensing error (เกิดข้อผิดพลาด/อุบัติการณ์ในขั้นตอนการจัดเตรียมจ่ายยา), CPM204 : Dispensing error (เกิดข้อผิดพลาด/อุบัติการณ์ในขั้นตอนการจ่ายยา), CPM205 : Administration error (เกิดข้อผิดพลาด/อุบัติการณ์ในขั้นตอนการให้ยา)
- ส่วนที่ 3 ระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยา หมายถึง ระดับความรุนแรงซึ่งกำหนดตาม National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP) บัญชีอุบัติการณ์ แบ่งเป็น 9 ระดับ A-I Category คือ A : ยังไม่เกิดความคลาดเคลื่อน, B : มีความคลาดเคลื่อน แต่ไม่ถึงผู้ป่วย, C : มีความคลาดเคลื่อนถึงผู้ป่วย แต่ไม่อันตราย ไม่ต้องติดตาม, D : มีความคลาดเคลื่อนถึงผู้ป่วยแม้ไม่เกิดอันตรายแต่ต้องติดตาม, E : มีความคลาดเคลื่อนถึงผู้ป่วยเกิดอันตรายเพียงชั่วคราว, F : มีความคลาดเคลื่อนถึงผู้ป่วยเกิดอันตรายชั่วคราวรวมถึงจำเป็นต้องรักษาในโรงพยาบาลหรือเพิ่มระยะเวลาการรักษา, G : มีความคลาดเคลื่อนถึงผู้ป่วยและเป็นอันตรายถาวร, H : มีความคลาดเคลื่อนถึงผู้ป่วยและเป็นอันตรายจนเกือบเสียชีวิต และ I : ความคลาดเคลื่อนถึงผู้ป่วยและเป็นอันตรายจนเสียชีวิต[7]

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากระบบ HRMS โดยส่งออกข้อมูลรายงานอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาหมวด M2 : Safe from medication error รหัส CPM 201-205 และคัดกรองข้อมูลอุบัติการณ์ตามแบบฟอร์มบันทึกข้อมูลข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยา แยกช่วงเวลาก่อนและหลังการใช้ระบบ IPD Paperless

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลจำนวนอุบัติการณ์ อัตราการเกิด ชนิด และระดับความรุนแรงของ

ความคลาดเคลื่อนทางยาด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เช่น ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย อัตราต่อ 1,000 วันนอน ใช้สถิติเชิงอนุมานโดยใช้ Chi-square (x^2) test สำหรับข้อมูลแบบจำนวน และใช้ Poisson regression หรือ Rate ratio สำหรับข้อมูลอัตรา เพื่อประเมินความแตกต่างเชิงสถิติและทิศทางการเปลี่ยนแปลง ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.05$

5. ขั้นตอนการดำเนินการ

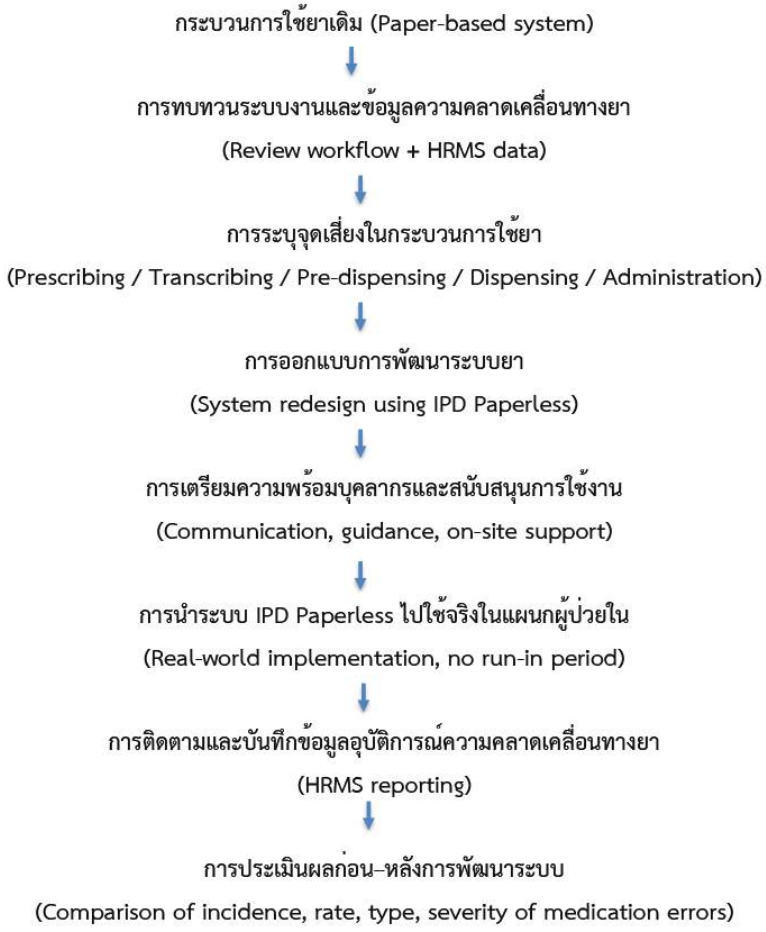
การพัฒนาระบบยาเป็นการ ปรับปรุงกระบวนการทำงานระดับระบบ ในบริบทการให้บริการของโรงพยาบาล เพื่อประเมินผลของการพัฒนาระบบต่อความคลาดเคลื่อนทางยาในภาพรวม

ขั้นเตรียมการ

ได้แก่ ศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน รวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ปัญหา การศึกษาดูงานจากโรงพยาบาลที่เคยใช้ระบบ ศึกษาเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง วางแผนการดำเนินงาน ประชุมปรึกษาหารือในหน่วยงาน เพื่อดำเนินการตามโครงการ

ขั้นตอนการพัฒนา

ออกแบบกระบวนการของการจ่ายยาผู้ป่วยใน แบบ Paperless ให้ครอบคลุมกระบวนการสั่งใช้ยา คัดกรองคำสั่งใช้ยา เตรียมยา จ่ายยา การบริหารยาและการติดตามผล ปรับปรุงแนวทางการสื่อสารและการแจ้งเตือน การพัฒนาระบบยาโดยใช้ระบบ IPD Paperless ดังแผนผังตามรูปที่ 1



รูปที่ 1 แผนผังการพัฒนาระบบยาโดยใช้ระบบ IPD Paperless ในแผนกผู้ป่วยใน

ขั้นตอนการประเมินผล

วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบผลลัพธ์ จำนวนอุบัติการณ์ อัตราการเกิด ประเภท และระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อน ก่อนและหลังการพัฒนาระบบวิเคราะห์ปัญหาตรวจสอบข้อบกพร่องของระบบหรือการใช้งาน เช่น ขั้นตอนที่ซับซ้อนหรือความไม่เข้าใจของบุคลากร เพื่อนำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงระบบในการพัฒนากระบวนการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาอย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

6. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลยโสธร เลขที่ YST 2024-40

ผลการวิจัย

1. การพัฒนาระบบยาผู้ป่วยในโดยใช้ระบบ IPD Paperless

1.1 การออกแบบกระบวนการทำงานของระบบยาด้านการใช้ยาของผู้ป่วยใน ในระบบ Paperless ให้ครอบคลุมกระบวนการสั่งใช้ยา คัดกรองคำสั่งใช้ยา เตรียมยา จ่ายยา การบริหารยาและการติดตามผล ในภาพรวมพบว่าการใช้ระบ IPD Paperless ช่วยลดขั้นตอนการทำงาน เพิ่มความสะดวกรวดเร็ว และลดโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาจากการอ่านลายมือแพทย์ การคัดลอกคำสั่ง และการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยได้ทันที โดยมีขั้นตอนตามรูปที่ 2



รูปที่ 2 ขั้นตอนการปฏิบัติในการใช้ยาผู้ป่วยในเปรียบเทียบก่อน-หลังการใช้ระบบ IPD Paperless

1.2 การปรับปรุงแนวทางการสื่อสารการแจ้งเตือนเพื่อเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาระหว่างสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ ระบบเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา, ระบบ Medication Reconciliation,ระบบยาความเสี่ยงสูง และระบบการบริหารจัดการ Stat Drug เพื่อทดแทนระบบเดิมที่ใช้การสื่อสารผ่านกระดาษและการสื่อสารโดยใช้แบบฟอร์มเดิมต้องมีการส่งต่อหลายขั้นตอน เมื่อมีการใช้ระบบ IPD Paperless จึงสามารถล็อคการสั่งยาที่แพ้, มี pop up แจ้งเตือน,ทำประวัติยาเดิมผู้ป่วยและสื่อสารระหว่างวิชาชีพในระบบ ทำ template การสั่งใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงให้มีความถูกต้องปลอดภัย

2. ผลการเปรียบเทียบจำนวนอุบัติการณ์ อัตราการเกิด ชนิด และความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยา ก่อนและหลังใช้ระบบ IPD Paperless

2.1 ข้อมูลทั่วไปก่อนและหลังการใช้ระบบ IPD Paperless

ข้อมูลทั่วไปของการบริการผู้ป่วยในก่อนและหลังการใช้ระบบ IPD Paperless พบว่าจำนวนวันนอน จำนวนใบสั่งยาและจำนวนรายการยาเพิ่มขึ้น แสดงถึงความซับซ้อนของการรักษาและการปรับเปลี่ยนคำสั่งใช้ยาที่มากขึ้น ซึ่งอาจเป็นผลมาจากระบบช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสารข้อมูลการดูแลรักษาผู้ป่วยระหว่างทีมสหวิชาชีพ เช่น กรณีที่มีการรายงานข้อมูลผู้ป่วยให้แพทย์ทราบ แพทย์สามารถเปิดดูข้อมูลผู้ป่วยไปพร้อมกันผ่านระบบออนไลน์และปรับเปลี่ยนคำสั่งใช้ยาได้ทันที และมีผลให้ระยะเวลารอรับยาเฉลี่ยลดลง รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วย จำนวนวันนอน จำนวนใบสั่งยา จำนวนรายการยาและระยะเวลารอคอย

รายการ	ก่อนใช้ระบบ IPD Paperless	หลังใช้ระบบ IPD Paperless
จำนวนผู้ป่วยใน (คน)	58,017	56,944
จำนวนวันนอน (วัน)	191,161	210,982
จำนวนใบสั่งยา (ใบ)	246,507	270,533
จำนวนรายการยา (ขนาน)	1,118,359	1,124,217
ระยะเวลารอรับยาเฉลี่ย (นาที)	21.35	18.54

2.2 จำนวนอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา

จำนวนอุบัติการณ์รวมก่อนการใช้ระบบ 5,899 ครั้ง/191,161 วันนอน และหลังการใช้ระบบ 7,095 ครั้ง 210,982 วัน เพิ่มขึ้นมากในขั้นตอนการเตรียมยาก่อนจ่าย (Pre-dispensing error) จาก 2,169 ครั้ง เป็น 3,913 ครั้ง เกิดจากการจัดยาเป็นส่วนใหญ่ (ก่อนใช้ระบบ 1,010 ครั้ง หลังใช้ระบบ 2,458 ครั้ง) เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบจำนวนอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา ผลการทดสอบ Chi-square ร่วมกับ Poisson regression พบว่า transcribing error และ dispensing error ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) Prescribing error มีจำนวนและอัตราลดลง (Rate Ratio : RR = 0.85, 95%CI = 0.79 – 0.91) อย่างไรก็ตาม ผลการทดสอบ Chi-square ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.080$) ในทางตรงข้าม Pre-dispensing error และ Administration error เพิ่มขึ้น และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) สะท้อนให้เห็นว่าการนำระบบ IPD Paperless มาใช้มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการใช้ยา รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนเหตุการณ์ ก่อน และ หลัง การใช้ระบบ IPD Paperless แยกประเภทตามขั้นตอนของกระบวนการใช้ยา

ประเภทของ Error	ก่อน (ครั้ง)	หลัง (ครั้ง)	x^2 (df=1)	p-value*	RR**	95%CI ของ RR	สรุปผลเชิงอัตรา
Prescribing error	1,551	1,455	3.07	0.080	0.85	0.79 – 0.91	ลดลง
Transcribing error	497	251	80.90	<0.001	0.46	0.39 – 0.53	ลดลง
Pre-dispensing error	2,169	3,913	500.09	<0.001	1.63	1.55 – 1.72	เพิ่มขึ้น
Dispensing error	1,157	821	57.08	<0.001	0.64	0.59 – 0.70	ลดลง
Administration error	525	655	14.32	<0.001	1.13	1.01 – 1.27	เพิ่มขึ้น

* Chi-Square (x^2) test แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (p<0.05)

** Poisson regression, RR ใช้พิจารณาความแตกต่างของ อัตราต่อวันนอน RR < 1 = หลังใช้ระบบลดลง, RR > 1 = หลังใช้ระบบเพิ่มขึ้น

2.3 อัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา

เมื่อเปรียบเทียบอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา วิเคราะห์ด้วย Poisson regression ชนิดสองด้าน (Two-tailed) รายงานค่า Rate Ratio (RR) และ ค่า p-value ระดับนัยสำคัญทางสถิติ p<0.05 พบว่า Prescribing error, Transcribing error และ Dispensing error ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) ในทางตรงกันข้ามพบอัตราการเกิด Pre-dispensing error เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (RR = 1.63, p < 0.001) ส่วน Administration error เพิ่มขึ้นเล็กน้อยแต่มีนัยสำคัญทางสถิติ (RR = 1.13, p=0.036) แสดงให้เห็นว่าการใช้ระบบ IPD Paperless ส่งผลให้รูปแบบของความคลาดเคลื่อนทางยาเปลี่ยนแปลงไปทั้งในทิศทางที่ลดลงและเพิ่มขึ้นในแต่ละขั้นตอน จึงมีความจำเป็นการวิเคราะห์ชนิดย่อยของความคลาดเคลื่อนทางยาแต่ละประเภทเพิ่มเติม ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 อัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาก่อน และ หลัง การใช้ระบบ IPD Paperless แยกประเภทตามขั้นตอนของกระบวนการใช้ยา

ประเภทของ Error	ก่อน (ครั้ง)	หลัง (ครั้ง)	ก่อน (อัตรา)*	หลัง (อัตรา)*	RR	p-value**	ผลการทดสอบ
Prescribing error	1,551	1,455	8.11	6.90	0.85	<0.001	ลดลง
Transcribing error	497	251	2.60	1.19	0.46	<0.001	ลดลง
Pre-dispensing error	2169	3,913	11.35	18.55	1.63	<0.001	เพิ่มขึ้น
Dispensing error	1,157	821	6.05	3.89	0.64	<0.001	ลดลง
Administration error	525	655	2.75	3.10	1.13	0.036	เพิ่มขึ้น
รวม	**5,899**	**7,095**	**30.86**	**33.63**	**1.09**	**<0.001**	**เพิ่มขึ้น**

* ครั้ง/ต่อ 1000 วันนอน ; จำนวนวันนอนก่อนการใช้ระบบ = 191,161 วัน และหลังการใช้ระบบ = 210,982 วัน

** Poisson regression, RR แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (p<0.05)

2.4 ชนิดย่อยของความคลาดเคลื่อนทางยา

การวิเคราะห์ความคลาดเคลื่อนทางยาชนิดย่อย แต่ละขั้นตอนพบว่าชนิดย่อยที่พบมากที่สุดเป็นอันดับที่ 2 ของทุกขั้นตอน เปรียบเทียบก่อน/หลังการใช้ระบบ IPD paperless พบว่า 1) Prescribing error อันดับที่ 1 ไม่สั่งยาเดิมผู้ป่วย ลดลง 574/313 ครั้ง เนื่องจากการสั่งยาออนไลน์ด้วยระบบ Paperless ทำให้เข้าถึงประวัติยาเดิมผู้ป่วย การตรวจสอบยืนยันการสั่งใช้ยา สะดวกและต่อเนื่องระหว่างสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง รวมถึงมีสัญญานแจ้งเตือนสถานะให้ผู้ปฏิบัติงานทราบ, อันดับที่ 2 สั่งใช้ยาผิดขนาดรักษา เพิ่มขึ้น 460/619 ครั้ง เนื่องจากเภสัชกรมีการจากใช้โปรแกรมการคัดกรองจ่ายยาและการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยได้ โดยในระบบมีการแจ้งเตือนการปรับขนาดยาอัตโนมัติ 2) Transcribing error อันดับที่ 1 คัดลอกผิดจำนวนรายการยา ลดลง 324/200 ครั้ง,อันดับที่ 2 คัดลอกผิดขนาดรักษา ลดลง 93/31 ครั้ง แม้ระบบ Paperless จะมีบันทึกการให้ยาแบบอิเล็กทรอนิกส์แต่ยังมีข้อจำกัดในการใช้งานทำให้ยังมีการบันทึกเอกสารร่วมด้วย และในการเตรียมยาก่อนจ่ายยังต้องมีการบันทึกคำสั่งใช้ยาลงใน HOSxP เพื่อคิดราคาและทำฉลากยา ซึ่งเป็นข้อจำกัดของระบบ 3) Pre-dispensing error ก่อนใช้ระบบ อันดับที่ 1 จัดยาผิดจำนวนยา อันดับที่ 2 พิมพ์ฉลากยาผิดจำนวนรายการ หลังใช้ระบบ อันดับที่ 1 จัดยาผิดจำนวนยา เพิ่มขึ้น 469/1,135 ครั้ง อันดับที่ 2.จัดยาผิดจำนวนรายการ เนื่องจากการยกเลิกใช้ Drug profile แบบกระดาษ และยังไม่มีการใช้เทคโนโลยีช่วยในกระบวนการจัดยา 4) Dispensing error มีอัตราการเกิดที่ลดลง โดยชนิดย่อย อันดับที่ 1 คือจ่ายยาผิดจำนวนรายการ 369/204 ครั้ง และอันดับที่ 2 คือ จ่ายยาผิดชนิด 219/158 ครั้ง ซึ่งเป็นผลต่อเนื่องมาจากขั้นตอนการจัดยาและพิมพ์ฉลากยา 5) Administration error อันดับที่ 1 การให้ยาผิดไม่ทันเวลา/ผิดเวลา เพิ่มขึ้น 284/409 ครั้ง เนื่องจากระบบ Paperless มีการระบุเวลาแบบ Real time สามารถตรวจสอบและประเมินผลได้ตรงตามเวลาที่ปฏิบัติจริง อันดับที่ 2 การให้ยาผิดขนาดการรักษา เพิ่มขึ้น 72/78 ครั้ง พบว่ามีความเชื่อมโยงความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนการทำงาน ตั้งแต่คัดลอกคำสั่งใช้ยา การเตรียมยาก่อนจ่าย การจ่ายยา รวมถึงการให้ยาไม่ทันเวลา รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ชนิดย่อยของความคลาดเคลื่อนทางยา 2 อันดับแรก ก่อนและหลังการใช้ระบบ IPD Paperless

ประเภท	ก่อนใช้ระบบ IPD Paperless		หลังใช้ระบบ IPD Paperless	
	ชนิดย่อย	จำนวน (อัตรา)*	ชนิดย่อย	จำนวน (อัตรา)*
Prescribing error	1. ไม่สั่งยาเดิมผู้ป่วย	574 (3.00)	1. สั่งใช้ยาผิดขนาด	619 (2.93)
	2. ใช้ยาผิดขนาด	460 (2.41)	2. ไม่สั่งยาเดิมผู้ป่วย	313 (1.48)
Transcribing error	1. ผิดจำนวนรายการ	324 (1.69)	1. คัดลอกผิดขนาด	31 (0.15)
	2. คัดลอกผิดขนาด	93 (0.49)	2. ผิดจำนวนราย	200 (0.95)
Pre-dispensing error	1. จัดยาผิดจำนวนยา	469 (2.45)	1. จัดยาผิดจำนวนยา	1,135 (5.38)
	2. พิมพ์ฉลากยาผิดจำนวนรายการ	453 (2.37)	2. จัดยาผิดจำนวนรายการ	624 (2.96)
Dispensing error	1. ผิดจำนวนรายการ	369 (1.93)	1. ผิดจำนวนรายการ	204 (0.97)
	2. จ่ายยาผิดชนิด	219 (1.15)	2. จ่ายยาผิดชนิด	158 (0.75)
Administration error	1. การให้ยาผิดไม่ทันเวลา	284 (1.49)	1. การให้ยาผิดไม่ทันเวลา	409 (1.94)
	2. ให้ยาผิดขนาดรักษา	72 (0.38)	2. ให้ยาผิดขนาดรักษา	78 (0.37)

2.5 ระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยา

เมื่อจำแนกตามระดับความรุนแรง NCC MERP แบ่งเป็น 9 ระดับ A-I เมื่อเปรียบเทียบการกระจายตัวของระดับความรุนแรงพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Chi-square test : x^2= 2311.45, df = 5, (p<0.001) โดยหลังใช้ระบบพบสัดส่วนเหตุการณ์ระดับ B เพิ่มขึ้น (23.33% เป็น 65.43%) ขณะที่สัดส่วนเหตุการณ์ระดับ C ลดลง (70.89% เป็น 32.50%) และระดับ D–F ลดลง รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ข้อมูลเปรียบเทียบตามระดับรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยาแต่ละระดับ

ระดับความรุนแรง	ก่อนใช้ระบบ จำนวน (%)	หลังใช้ระบบ จำนวน (%)	x^2	df	p-value
A	61 (1.03)	44 (0.62)	2,311.45	5	< 0.001*
B	1,376 (23.33)	4,642 (65.43)			
C	4,182 (70.89)	2,306 (32.50)			
D	265 (4.49)	98 (1.38)			
E	14 (0.24)	5.0 (0.07)			
F	1 (0.02)	0 (0)			
รวม	**5,899 (100)**	**7,095 (100)**			

** Chi-Square (x^2) test

2.6 ระดับรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยาแยกตามประเภทของความคลาดเคลื่อน

หลังการใช้ระบบ IPD Paperless การเปรียบเทียบระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยาแยกตามประเภท พบว่าก่อนและหลังการใช้ระบบ IPD Paperless มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในทุกประเภท (p<0.001) โดยเหตุการณ์ระดับรุนแรง (D–F) ลดลง ขณะที่เหตุการณ์ระดับต่ำ (A–B) เพิ่มขึ้นในหลายขั้นตอนของกระบวนการใช้ยา ผลการวิจัยนี้สะท้อนให้เห็นว่า หลังการนำระบบ IPD Paperless มาใช้ รูปแบบระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยาในทุกขั้นตอนของกระบวนการใช้ยาเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ปลอดภัยมากขึ้น โดยมีการตรวจพบความคลาดเคลื่อนในระยะเริ่มต้นเพิ่มขึ้น และลดการเกิดเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ข้อมูลเปรียบเทียบระดับรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยาแยกตามประเภทของความคลาดเคลื่อนก่อนและหลังการใช้ระบบ IPD Paperless

ระดับความรุนแรง	ระดับ A-B		ระดับ C-D		ระดับ E-F		จำนวนรวม (%) ก่อน	จำนวนรวม (%) หลัง	x^2	df	p-value
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง					
Prescribing error	9	626	635	828	1	1	1,551 (51.6)	1,551 (51.6)	955.21	4	<0.001*
Transcribing error	239	202	441	49	2	-	497 (66.4)	251 (33.6)	48.93	4	<0.001 *
Pre-dispensing error	1,084	3,418	4,502	495	-	-	2,169 (35.6)	3,913 (64.4)	1,390.12	3	<0.001 *

ตารางที่ 6 ข้อมูลเปรียบเทียบระดับรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยาแยกตามประเภทของความคลาดเคลื่อนก่อนและหลังการใช้ระบบ IPD Paperless (ต่อ)

ระดับความรุนแรง	ระดับ A-B		ระดับ C-D		ระดับ E-F		จำนวนรวม (%) ก่อน	จำนวนรวม (%) หลัง	x^2	df	p-value
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง					
Dispensing error	38	300	338	521	2	-	1,157 (58.5)	821 (41.5)	593.44	4	<0.001 *
Administration error	67	140	207	511	10	4	525 (35.5)	955 (64.5)	123.77	5	<0.001 *

** Chi-Square (x^2) test

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของการพัฒนาระบบยาโดยใช้ระบบ IPD Paperless ต่อจำนวนอัตราการเกิด ชนิด และระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยาในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลยโสธร โดยเปรียบเทียบช่วงเวลา 12 เดือนก่อนและหลังการใช้ระบบ

1. ประเมินผลการวิจัยของการพัฒนาระบบยาโดยใช้ระบบ IPD Paperless ต่อความคลาดเคลื่อนทางยา พบว่าแม้จำนวนอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยารวมจะเพิ่มขึ้น แต่ระดับความรุนแรงที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยกลับลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงเชิงคุณภาพของระบบยา กล่าวคือ ระบบ IPD Paperless ช่วยให้สามารถตรวจพบความคลาดเคลื่อนในระยะต้น (Near miss) ได้มากขึ้น ผ่านการเข้าถึงข้อมูล การแจ้งเตือน และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ความคลาดเคลื่อนถูกแก้ไขก่อนส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่มีนัยสำคัญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยใน

2. ผลการวิจัยเปรียบเทียบจำนวนอุบัติการณ์ อัตราการเกิด ชนิด และระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยา เมื่อพิจารณาร่วมกันระหว่างผลการทดสอบ Chi-square และ Poisson regression พบว่าหลังการใช้ระบบ IPD Paperless อัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอน Transcribing และ Dispensing ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ซึ่งสามารถอธิบายได้จากกลไกของระบบ IPD Paperless ที่ช่วยลดการคัดลอกคำสั่งด้วยมือ ลดความคลาดเคลื่อนจากการอ่านลายมือแพทย์ และเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยแบบ Real-time รวมถึงระบบแจ้งเตือนและการสื่อสารระหว่างสหสาขาวิชาชีพผ่านแพลตฟอร์มเดียวกัน ส่งผลให้กระบวนการถ่ายทอดคำสั่งยาและการจ่ายยามีความถูกต้องและสอดคล้องกันมากขึ้น ผลดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของ วิทยา ไชยจันพรม และคณะ[6] ที่การใช้ระบบ Paperless ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วยและช่วยลดความผิดพลาดในการจ่ายยาให้กับผู้ป่วย ในขณะที่ Prescribing error ลดลง ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยของ สุมิตรา สงครามศรี และ มาลินี เหล่าไพบูลย์[5] ที่ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการใช้ระบบคอมพิวเตอร์อัตราความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการศึกษานี้ Pre-dispensing error และ Administration error มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะความคลาดเคลื่อนจากการจัดยาและการให้ยาไม่ทันเวลา สะท้อนข้อจำกัดของระบบ IPD Paperless ที่ยังไม่ครอบคลุมกระบวนการจัดยาโดยตรง และการขาดเทคโนโลยีสนับสนุนในขั้นตอน

ดังกล่าว เช่น ระบบจัดยาอัตโนมัติหรือระบบตรวจสอบด้วยบาร์โค้ด นอกจากนี้ การบันทึกเวลาการให้ยาแบบ Real-time ในระบบ Paperless อาจทำให้สามารถตรวจพบความคลาดเคลื่อนด้านเวลาได้มากขึ้น เมื่อเทียบกับระบบเดิมที่ใช้เอกสารกระดาษ อย่างไรก็ตาม การเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของ Pre-dispensing และ Administration error อาจไม่ได้สะท้อนถึงการเพิ่มขึ้นของความผิดพลาดที่เกิดขึ้นจริงทั้งหมด แต่มีความเป็นไปได้ว่าเกิดจาก Reporting bias เนื่องจากระบบ HRMS ที่เชื่อมโยงกับระบบ Paperless เอื้อต่อการบันทึกเหตุการณ์ได้สะดวก รวดเร็ว และมีความครบถ้วนมากขึ้น ส่งผลให้บุคลากรมีแนวโน้มรายงานเหตุการณ์ที่มีความรุนแรงต่ำหรือ near miss เพิ่มขึ้น

เมื่อพิจารณาระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยาพบว่า การกระจายของระดับความรุนแรงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกประเภทของความคลาดเคลื่อน ($p<0.001$) โดยสัดส่วนเหตุการณ์ระดับต่ำ (ระดับ B) เพิ่มขึ้น ในขณะที่เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย (ระดับ C–F) ลดลง และไม่พบเหตุการณ์ระดับ F หลังการใช้ระบบ ผลการวิจัยนี้สะท้อนให้เห็นว่า หลังการนำระบบ IPD Paperless มาใช้ รูปแบบระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยาในทุกขั้นตอนของกระบวนการใช้ยาเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ปลอดภัยมากขึ้น โดยมีการตรวจพบความคลาดเคลื่อนในระยะเริ่มต้นเพิ่มขึ้น และลดการเกิดเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย โดยรวม ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่าระบบ IPD Paperless มีบทบาทสำคัญในการลดความคลาดเคลื่อนในบางขั้นตอนของกระบวนการใช้ยา ขณะเดียวกันยังช่วยเพิ่มความสามารถในการเฝ้าระวังและตรวจพบความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนที่ยังเป็นจุดเสี่ยง ซึ่งข้อมูลจาก HRMS สามารถนำไปใช้เป็นฐานข้อมูลสำคัญในการพัฒนามาตรการปรับปรุงกระบวนการทำงานและความปลอดภัยด้านยาอย่างต่อเนื่องในอนาคต

ข้อจำกัดของการศึกษา

การวิจัยนี้ไม่ได้กำหนดช่วง Run-in period ก่อนการเก็บข้อมูลหลังการใช้ระบบ จึงอาจได้รับอิทธิพลจากการปรับตัวของผู้ใช้งานในช่วงเริ่มต้น ทั้งในด้านความตื่นตัวในการรายงานและความไม่คุ้นเคยกับระบบใหม่ ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความคลาดเคลื่อนบางประเภทเพิ่มขึ้นในระยะสั้น

ข้อเสนอแนะ

จากการวิเคราะห์อุบัติการณ์และชนิดของความคลาดเคลื่อนทางยาที่พบหลังการใช้ระบบ IPD Paperless ผู้วิจัยได้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาต่อเนื่อง ดังนี้

1. เชิงปฏิบัติ

ควรพัฒนาและบูรณาการเทคโนโลยีสนับสนุนในขั้นตอนของ Pre-dispensing และ Administration เช่น ระบบจัดยาอัตโนมัติ ระบบบาร์โค้ด หรือ Double-check system เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนที่ยังพบอุบัติการณ์สูง

2. เชิงนโยบาย

ควรจัดตั้งกลไกติดตามและทบทวนผลการใช้ระบบ IPD Paperless อย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการวิเคราะห์ชนิดและระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อน รวมถึงการรับฟังข้อเสนอแนะจากผู้ใช้งาน เพื่อปรับปรุงระบบให้สอดคล้องกับการปฏิบัติงานจริง

3. เชิงวิจัย

ควรมีการศึกษาต่อยอดโดยใช้การออกแบบการวิจัยที่มีกลุ่มควบคุม หรือการศึกษาที่มี Run-in period และการวิจัยเชิงคุณภาพร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อทำความเข้าใจกลไก ผลกระทบ และปัจจัยเชิงบริบทของการใช้ระบบ IPD Paperless อย่างรอบด้านยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ แพทย์หญิงรุ่งฤดี ตั้งวงศ์ไชย รองผู้อำนายการฝ่ายการแพทย์ โรงพยาบาลยโสธร คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลยโสธร เจ้าหน้าที่กลุ่มงานทรัพยากรแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร และเจ้าพนักงานเภสัชกรรมผู้เกี่ยวข้อง ที่สนับสนุนในการศึกษาวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. About Medication Errors [Internet]. NCC MERP; 2024 [cited 2025 Jun 29]. Available from: https://www.nccmerp.org/about-medication-errors.
2. World Health Organization (WHO). Medication without harm [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017 [cited 2025 Jun 29]. Available from: https://www.who.int/initiatives/_ medication-without-harm
3. Rodziewicz TL, Houseman B, Vaqar S, et al. Medical Error Reduction and Prevention [Internet]. Treasure Island (FL): Stat Pearls Publishing; 2024 [cited 2025 Jun 29]. Jan. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499956/
4. ปภัสรา วรรณทอง. ระบบ Computerized Provider Order Entry (CPOE) กับการพัฒนาระบบยา [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 24 เมษายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=article_detail&subpage=article_detail&id=1408
5. สุมิตรา สงครามศรี, มาลินี เหล่าไพบูลย์. การสั่งยาด้วยระบบคอมพิวเตอร์ในการลดความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา โรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี: Interrupted time series design. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 2567 กรกฎาคม 7]; 13(2): [หน้า 53-56]. เข้าถึงได้จาก: https://he01.tci-thaijo.org/_index.php/IJPS/article/view/77216
6. วิทยา ไชยจันพรม, ทศพร ทองย้อย, มลินา ปฐมเจริญสุขชัย. การใช้ระบบ Paperless ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 2567 ธันวาคม 11]; 32(1): [หน้า 48-57]. เข้าถึงได้จาก: https://he02.tcithaijo.org/_index.php/udhhosmj/article/view/_269014/183315
7. จันทร์จารึก รัตนเดชสกุล, ภาสกร รัตนเดชสกุล. ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication error) กับการกับการใช้ประโยชน์ในระบบจัดการด้านยา [อินเทอร์เน็ต].2560 [เข้าถึงเมื่อ 24 เมษายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: http://ccpe.pharmacycouncil.org/show_file.php?file=3

JOURNAL OF HEALTH CONSUMER PROTECTION
วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
Vol: 5 No.2 July-December 2025
ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2568

การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังการจำหน่ายยาอันตรายในร้านค้า/ร้านชำ อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ

The development of a surveillance model for preventing the sale of dangerous drugs in local shops/general stores in Phra samut Chedi District, Samut Prakan Province

นุจนา ทิพย์อุดม[1]
Nootjana Tipudom[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์ของการจำหน่ายยาอันตรายในร้านค้า/ร้านชำ ความรอบรู้ทางด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการ และความต้องการในการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังการจำหน่ายยาอันตรายในร้านค้า/ร้านชำ อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ 2) พัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังการจำหน่ายยาอันตรายในร้านค้า/ร้านชำ อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ 3) ประเมินผลรูปแบบการเฝ้าระวังการจำหน่ายยาอันตรายในร้านค้า/ร้านชำ อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ ดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ค้นหาปัญหาและความต้องการรูปแบบการเฝ้าระวังการจำหน่ายยาอันตรายที่เหมาะสมในชุมชน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ประกอบการร้านค้า/ร้านชำจำนวน 158 คน และตัวแทนจากเภสัชกรโรงพยาบาลแม่ข่าย สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน รวม 12 คน ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบฯ มีการประชุมเชิงปฏิบัติการกับผู้มีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังการจำหน่ายยาอันตรายในร้านค้า/ร้านชำ และนำรูปแบบไปใช้ในการเฝ้าระวังการจำหน่ายร้านค้า/ร้านชำ ตำบลในคลองบางปลากด กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 120 คน และระยะที่ 3 ระยะติดตามผล เครื่องมือที่ใช้คือแบบสำรวจร้านค้า/ร้านชำ และแบบวัดคะแนนความรอบรู้ทางด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่ 25 เมษายน ถึง 30 มิถุนายน 2568 ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการเฝ้าระวังการจำหน่ายยาอันตรายในร้านค้า/ร้านชำ อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ เป็นการทำงานร่วมกันเป็นเครือข่ายประกอบด้วย 1) การพัฒนาศักยภาพ/ประสานงานและสะท้อนปัญหาสู่ชุมชน 2) การสำรวจร้านค้า/ร้านชำ/ให้ความรู้เชิงรุก 3) มาตรการเมื่อพบปัญหา และ 4) สะท้อนปัญหาเชิงนโยบาย หลังการพัฒนาและใช้รูปแบบดำเนินการพบการจำหน่ายยาอันตรายในร้านค้า/ร้านชำ ลดลงจากร้อยละ 33.33 เหลือร้อยละ 9.17 และคะแนนความรอบรู้เฉลี่ยของผู้ประกอบร้านค้า/ร้านชำ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) จาก 80.60 ± 4.97 เป็น 112.40 ± 2.67 (คะแนนเต็ม 115)

คำสำคัญ : การเฝ้าระวัง, ยาอันตราย, ร้านค้า/ร้านชำ

---

[1] เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ
[1] Pharmacist, Professional Level. Division of Consumer Health Protection and Public Health Pharmacy, Samu Public Health Office. E-mail : Nootjana.tik@gmail.com

Received: 8 Oct 2025, Revised: 12 Dec 2025, Accepted: 28 Dec 2025

Abstract

This research is a research and development project with the following objectives 1) to examine the situation of dangerous drug sales in local shops/general stores, the health product literacy of shop operators, and the need for developing a surveillance model for the sale of dangerous drugs in Phra Samut Chedi District, Samut Prakan Province; 2) to develop such a surveillance model; and 3) to evaluate the effectiveness of the model.The research was conducted in three phases Phase 1 was identifying problems and community needs for an appropriate surveillance model. The sample group consisted of 158 shop operators and 12 representatives, including hospital pharmacists, district public health officers, sub-district health promoting hospital staff, and village health volunteers. Phase 2 was developing the model through participatory workshops with stakeholders, and implementing the model in shops/general stores in Naikhong Bangplakod Subdistrict with a sample of 120 participants. Phase 3 was following-up and evaluating. The research instruments included a survey of local shops/general stores and a questionnaire assessing health product literacy from April 25 to June 30, 2025. The findings revealed that the surveillance model in Phra Samut Chedi District Samut Prakan Province involved a collaborative network comprising : 1) Capacity building, coordination, and problem communication to the community; 2) Proactive surveys and proactive knowledge dissemination; 3) Measures for addressing identified problems; and 4) Policy-level problem management. After implementation, the proportion of dangerous drug sales in shops/general stores decreased from 33.33% to 9.17%. Moreover, the average health product literacy scores of shop operators significantly increased ($p<0.001$) from 80.60 ± 4.97 to 112.40 ± 2.67 (out of a total score of 115).

Keywords : Surveillance, Dangerous drugs, Local shops/general stores

บทนำ

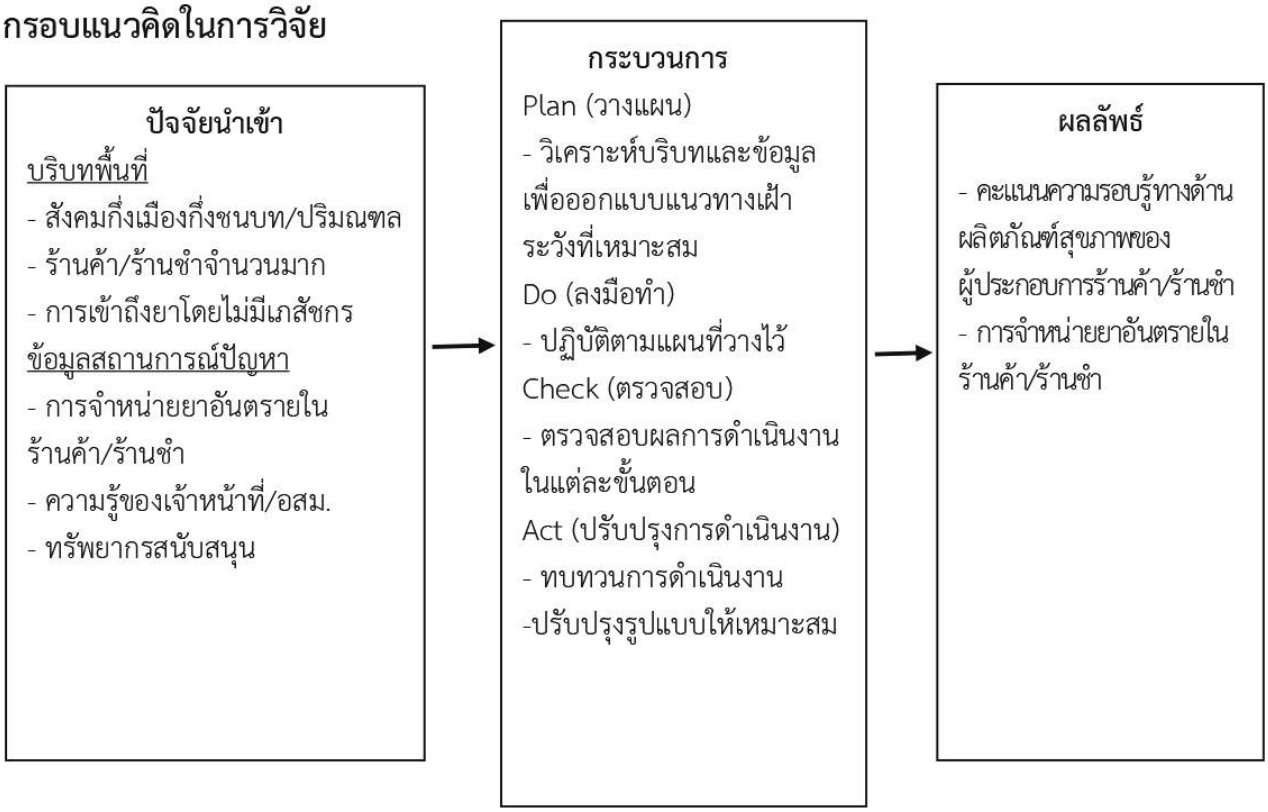
ปัญหาความไม่ปลอดภัยจากการใช้ยาในชุมชนเป็นปัญหาเกิดจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายปัจจัยได้แก่ ผู้ใช้ยา ผู้สั่งใช้ยา ผู้ผลิต การกระจายยาและการควบคุมกำกับตามกฎหมาย สาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจากผู้ใช้ยาขาดความรู้ที่ถูกต้อง มีความเชื่อที่ผิด ๆ และที่สำคัญมีแหล่งจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมและผิดกฎหมายกระจายอยู่ ส่งผลให้เกิดการใช้ยา การกระจายยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสม ผลการสำรวจร้านค้าปลีกในระดับตำบลภายใต้โครงการส่งเสริมการใช้ยาปลอดภัยในชุมชนของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ในปี พ.ศ. 2560 จำนวน 4,128 ร้าน (23 จังหวัด) และปี พ.ศ. 2561 จำนวน 887 ร้าน (28 จังหวัด) พบว่าร้านค้าปลีกจำนวนมากขาย “ยาอันตราย” เช่น ยาปฏิชีวนะ รวมทั้งสเตียรอยด์ที่เป็น “ยาควบคุมพิเศษ” ทั้งที่ตามกฎหมายแล้ว “ยาอันตราย” และ “ยาควบคุมพิเศษ” ต้องจำหน่ายในร้านขายยาที่มีเภสัชกรประจำเท่านั้น ในร้านค้าปลีกเหล่านี้พบผลิตภัณฑ์ที่เสี่ยงต่อการปนเปื้อนสารสเตียรอยด์ เช่น ยาแผนโบราณ ยาสมุนไพร ซึ่งมีหลากหลายรูปแบบ ได้แก่ ยาผง ยาเม็ด ยาลูกกลอน ยาน้ำ ยาต้ม ยาหม้อ ยากษัยเส้น ยาประดง รวมทั้งผลิตภัณฑ์เสริมอาหารด้วย นอกจากร้านค้าปลีกแล้วในชุมชน ยังพบผลิตภัณฑ์เหล่านี้ในแหล่งกระจายยาอื่น ๆ เช่น รถเร่ ตลาดนัด/แผงลอย ตลาดทั่วไป ตัวแทนบริษัท วัด เป็นต้น กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้การใช้ยาอย่างสมเหตุผลเป็นนโยบายที่สำคัญของประเทศไทยภายใต้การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ในสาขาพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Service Plan : Rational Drug Use) โดยนโยบายส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลมีเป้าหมายเพื่อความปลอดภัยในการใช้ยาของผู้ป่วย เกิดความคุ้มค่าในการรักษาโดยการใช้ยาลดการใช้ยาโดยไม่จำเป็น การใช้ยาอย่างสมเหตุผลมีการดำเนินการที่สอดคล้องนโยบายสำคัญระดับโลกอื่น ๆ เช่น เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน Sustainable Development Goal (SDG) ภายใต้ Universal Health Coverage WHO Medicines and Health Products Program Strategic Framework 2016 - 2030 รวมทั้งนโยบายและยุทธศาสตร์ของประเทศไทยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) แผนแม่บทตามยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ประเด็นการเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี 2) แผนการปฏิรูปประเทศด้านการสาธารณสุข เป้าหมายสำคัญ คือ ประชาชนทุกภาคส่วนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีส่วนร่วมในการวางระบบการดูแลสุขภาพได้รับโอกาสที่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็น และอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงภายใต้ระบบสาธารณสุขที่เป็นเอกภาพและการอภิบาลระบบที่ดี 3) นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2555 – 2559 4) แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560 – 2564 มติคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ในการประชุมครั้งที่ 3/2561 เรื่องการพัฒนาระบบกลไกสู่ประเทศใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use : RDU Country) โดย “ประเทศใช้ยาอย่างสมเหตุผล:RDU Country” หมายถึง ประเทศที่มีระบบกลไกให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล สอดคล้องตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก ตั้งแต่ต้นน้ำ (ผู้ผลิตยา/บริษัทยา) กลางน้ำ (สถานบริการสุขภาพ/วิชาชีพด้านสุขภาพ) และปลายน้ำ (ประชาชน) โดยมีกลไก 3 องค์ประกอบหลัก คือ การมีจิตสำนึกที่ดีและความตระหนักรู้ของบุคคล/การบริหารจัดการที่ดี/การกำกับดูแล

ที่มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ กลไกทั้ง 3 ส่วนจะเชื่อมโยงระหว่างกัน เพื่อให้เกิดการพัฒนาและแก้ปัญหาอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมทั้งยาแผนปัจจุบันและยาสมุนไพร นโยบายประเทศใช้ยาอย่างสมเหตุผล และแม้ว่าในสถานพยาบาลจะมีการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลอย่างเป็นระบบ แต่ในความเป็นจริงประชาชนยังสามารถเข้าถึงยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพจากหลายช่องทาง เช่น สถานพยาบาลเอกชน ร้านยา ร้านชำ ศูนย์จำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพสถานีวิทยุชุมชน การเร่จำหน่ายในชุมชน การขายผ่านทางสื่อออนไลน์ เป็นต้น[1] จังหวัดสมุทรปราการได้ดำเนินงานตามนโยบาย “ประเทศใช้ยาอย่างสมเหตุผล : RDU Country” โดยการขับเคลื่อนการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน ในการสำรวจเฝ้าระวังการจำหน่ายยาอันตรายในร้านค้า/ร้านชำ ในแต่ละอำเภอ ของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ จังหวัดสมุทรปราการในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 พบว่ามีการดำเนินกิจกรรมในจังหวัดสมุทรปราการทั้งหมด 6 อำเภอ จากจำนวน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (รพ.สต.) ในเครือข่าย 83 แห่ง มีการสำรวจร้านค้า/ร้านชำทั้งหมดเพียง 1,532 แห่ง จังหวัดสมุทรปราการเป็นหนึ่งในจังหวัดปริมณฑลที่มีการกระจายอยู่ของร้านค้า/ร้านชำ เป็นจำนวนมาก แต่จากข้อมูลการสำรวจยังขาดการรายงานข้อมูลที่ครอบคลุม และจากรายงานยังพบจำนวนร้านค้า/ร้านชำ ที่มียาอันตรายทั้งหมด 65 แห่งคิดเป็นร้อยละ 4.24[2] และจากการทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ พบว่าส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังการจำหน่ายยาอันตรายในร้านค้า/ร้านชำที่มิใช่บริบทของเขตปริมณฑล ผู้วิจัยเล็งเห็นว่าในบริบทที่แตกต่างกันอาจจะมีรูปแบบการบริหารจัดการที่ไม่เหมือนกัน ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังการจำหน่ายยาอันตรายในร้านค้า/ร้านชำ อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ เพื่อเป็นต้นแบบในการดำเนินการ เนื่องจากพื้นที่ดังกล่าวมีเครือข่ายที่เข้มแข็ง และมีการให้ความร่วมมือของชุมชนเพื่อความสะดวกในการวิจัย โดยการวิจัยครั้งนี้มีการดำเนินกิจกรรมตามหลักการของการดำเนินงาน RDU Community ได้แก่ การประเมินปัญหาในพื้นที่ การคืนข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากยาในชุมชนโดยเภสัชกร การประชุมวางแผนการดำเนินกิจกรรมร่วมกันโดยการมีส่วนร่วม การสร้างข้อตกลงร่วมกันของชุมชน การพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการร้านค้า/ร้านชำเกี่ยวกับพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ร่วมกับการดำเนินงานตามวงจร PDCA (Plan, Do, Check และ Act) และมีรูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยและพัฒนาเพื่อที่จะพัฒนารูปแบบหรือกระบวนการทำงานเพื่อช่วยแก้ปัญหาการทำงานให้มีความสอดคล้องกับการปฏิบัติงานจริงของเจ้าหน้าที่ ทำให้เกิดต้นแบบในการดำเนินงานตามนโยบายการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนในจังหวัดสมุทรปราการ ทั้งนี้ผลที่ได้จะสามารถนำไปขยายผลในพื้นที่อื่น ๆ ของจังหวัดสมุทรปราการต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ของการจำหน่ายยาอันตรายในร้านค้า/ร้านชำ ความรอบรู้ทางด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการ และความต้องการในการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังการจำหน่ายยาอันตรายในร้านค้า/ร้านชำ อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังการจำหน่ายยาอันตรายในร้านค้า/ร้านชำ อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ
3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการเฝ้าระวังการจำหน่ายยาอันตรายในร้านค้า/ร้านชำ อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ

กรอบแนวคิดในการวิจัย



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาโดยรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การเฝ้าระวังการจำหน่ายยาอันตรายในร้านค้า/ร้านชำทั้งอดีตและปัจจุบัน, ระยะที่ 2 ขั้นตอนพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังการจำหน่ายยาอันตรายในร้านค้า/ร้านชำ และนำรูปแบบที่ได้ไปลงมือปฏิบัติ และระยะ 3 ขั้นตอนการติดตามประเมินผลและสรุปผล

1. **ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

- ระยะที่ 1

กลุ่มตัวอย่างคือผู้ประกอบการร้านค้า/ร้านชำ ได้มาจากกาคำนวณตามสูตรของ Daniel จากประชากรจำนวน 274 คนได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 158 คนคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง

การสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้มีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังการจำหน่ายยาอันตรายในร้านค้า/ร้านชำ ได้แก่ ตัวแทนจากสาธารณสุขอำเภอพระสมุทรเจดีย์ 1 คน, เภสัชกรโรงพยาบาลแม่ข่าย1 คน, เจ้าหน้าที่จาก รพ.สต. แต่ละตำบล และตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ของแต่ละตำบล รวมทั้งหมด 12 คน

- ระยะที่ 2

การสำรวจร้านค้า/ร้านชำและประเมินความรอบรู้ทางด้านผลิตภัณฑ์ผู้ประกอบการมีประชากรคือตัวแทนร้านค้า/ร้านชำ จำนวน 177 คน

ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 คนโดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้า อสม.

1. ทำงานเกี่ยวข้องกับด้านคุ้มครองผู้บริโภคฯ อย่างน้อย 2 ปี ขึ้นไป

2. ผู้ที่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ครบตามกำหนดเวลา

เกณฑ์ในการคัดเลือกเจ้าหน้าที่ทำงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ ใน รพ.สต.

1. ทำงานเกี่ยวข้องกับด้านคุ้มครองผู้บริโภคอย่างน้อย 2 ปี ขึ้นไป

2. ผู้ที่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ครบตามกำหนดเวลา

เกณฑ์ในการคัดเลือกเจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอพระสมุทรเจดีย์

1. เป็นผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ

2. ผู้ที่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ครบตามกำหนดเวลา

เกณฑ์ในการคัดเลือกเภสัชกรโรงพยาบาลแม่ข่าย

1. เป็นผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ

2. ผู้ที่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ครบตามกำหนดเวลา

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ประกอบการร้านค้า/ร้านชำ

1. เป็นผู้ที่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ครบตามกำหนดเวลา

2. เป็นผู้ที่ยินยอมให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออกจากโครงการ

1. ผู้ให้ข้อมูลที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยตลอดระยะเวลาโครงการจะถูกคัดออก

2. ผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถให้ข้อมูลที่ครบถ้วนและถูกต้องตามที่ต้องการจะถูกคัดออก

3. หากพบว่าข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลมีความขัดแย้งกันมากจนไม่สามารถสรุปผลได้จะพิจารณาคัดออก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- แบบสำรวจร้านค้า/ร้านชำและแบบสำรวจความรอบรู้ทางด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพดัดแปลงมาจากโปรแกรมระบบเฝ้าระวังยาผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน (Grocery Store-Rational Drug Use & Grocery Story-Safety Health Products : G-RDU&G-SHP) ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาที่พัฒนาร่วมกับศูนย์วิชาการคุ้มครองผู้บริโภคสุขภาพ (คคส.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

- แบบสัมภาษณ์ปัญหาการจำหน่ายยาอันตรายในร้านค้า/ร้านชำเป็นแบบสัมภาษณ์เชิงลึกได้รับการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน และได้รับคำแนะนำในการปรับแก้ไขเพิ่มเติมเพื่อให้ได้คำถามมีความครอบคลุมและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย โดยการสัมภาษณ์จะใช้เครื่องบันทึกเสียงเป็นเครื่องมือหลักในการเก็บข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและถูกต้อง

3. วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1) การเก็บรวบรวมข้อมูลจากตัวแทนผู้ประกอบการร้านค้า/ร้านชำโดยใช้แบบสำรวจร้านค้า/ร้านชำและจากแบบสัมภาษณ์จากตัวแทนจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอพระสมุทรเจดีย์ เภสัชกรโรงพยาบาลแม่ข่าย ตัวแทนจากเจ้าหน้าที่จาก รพ.สต. แต่ละตำบล ตัวแทนอสม.ของแต่ละตำบล เพื่อให้ทราบสถานการณ์ปัญหาในระดับอำเภอ

2) เก็บรวบรวมข้อมูลการสำรวจร้านค้า/ร้านชำ จากตัวแทนผู้ประกอบการร้านค้า/ร้านชำในพื้นที่ ตำบลในคลองบางปลากด อำเภอพระสมุทรเจดีย์ โดยสำรวจข้อมูลร้านค้า/ร้านชำ ครั้งที่ 1 พร้อมทั้งสำรวจความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการ จากการใช้แบบทดสอบความรอบรู้

ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพก่อนให้ความรู้เชิงรุกและหลังให้ความรู้เชิงรุกเกี่ยวกับพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510/ผลิตภัณฑ์สุขภาพ และการคัดเลือกผลิตภัณฑ์สุขภาพต่าง ๆ พร้อมแจกสื่อ แผ่นพับ โปสเตอร์เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจ

3) สำรวจข้อมูลร้านค้า/ร้านชำครั้งที่ 2 จากตัวแทนผู้ประกอบการร้านค้า/ร้านชำในพื้นที่ตำบลในคลองบางปลากด อำเภอพระสมุทรเจดีย์ โดยสำรวจระยะห่างจากรอบแรก 1 เดือน

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยการอ่านถอดความจากแบบสัมภาษณ์แล้วทำการจับประเด็น จัดกลุ่มข้อมูล เป็นหมวดหมู่และหาความเชื่อมโยงระหว่างหมวดหมู่ และสรุปเป็นประเด็นสำคัญ

2) ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3) เปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ทางด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการร้านค้า/ร้านชำก่อน-หลังให้ความรู้เชิงรุก ใช้สถิติ Paired t-test กำหนดนัยสำคัญที่ $p<0.05$

5. ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ เลขที่โครงการ: 034/2568 ผู้วิจัยได้ยึดหลักจริยธรรมในการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการพิทักษ์สิทธิ์และเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ โดยสามารถถอนตัวได้ทุกเมื่อ ข้อมูลที่เก็บรวบรวมจะเก็บเป็นความลับ นำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างประเมินปัญหาของพื้นที่เกี่ยวกับการจำหน่ายยาอันตรายในร้านค้า/ร้านชำ โดยใช้แบบสำรวจร้านค้า/ร้านชำ (ระยะที่ 1) จากการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสำรวจร้านค้า/ร้านชำ อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 158 ร้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 119 คน คิดเป็นร้อยละ 75.32 ส่วนใหญ่มีอายุ 41 - 60 ปี จำนวน 93 คน คิดเป็นร้อยละ 58.86 พบว่าจบการศึกษาระดับสูงสุดส่วนใหญ่คือ มัธยมศึกษา/อนุปริญญา จำนวน 94 คน คิดเป็นร้อยละ 59.49 และเป็นร้านขายปลีกทั้งหมด 158 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 100 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างประเมินปัญหาของพื้นที่เกี่ยวกับการจำหน่ายยาอันตรายในร้านค้า/ร้านชำ โดยใช้แบบสำรวจร้านค้า/ร้านชำ (n =158)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
1. เพศ	
ชาย	39 (24.68)
หญิง	119 (75.32)
2. อายุ	
ต่ำกว่า 20 ปี	0 (0)
21 - 40 ปี	28 (17.72)
41 - 60 ปี	93 (58.86)
60 ปีขึ้นไป	37 (23.42)

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างประเมินปัญหาของพื้นที่เกี่ยวกับการจำหน่ายยาอันตรายในร้านค้า/ร้านชำ โดยใช้แบบสำรวจร้านค้า/ร้านชำ (n = 158) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
3. ระดับการศึกษา	
ต่ำกว่าประถมศึกษา	2 (1.27)
ประถมศึกษา	44 (27.85)
มัธยมศึกษา/อนุปริญญา	94 (59.49)
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	18 (11.39)
4. ลักษณะการจำหน่ายสินค้า	
ร้านขายปลีก	158 (100)
ร้านขายปลีกและส่ง	0 (0)

2. การสำรวจร้านค้า/ร้านชำ อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ (ระยะที่ 1) ผลการสำรวจร้านค้า/ร้านชำ อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จำนวน 158 ร้าน พบร้านค้า/ร้านชำที่จำหน่ายยาอันตรายทั้งหมด 111 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 70.25 ร้านค้า/ร้านชำที่ไม่พบการจำหน่ายยาอันตราย จำนวน 47 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 29.75 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการสำรวจร้านค้า/ร้านชำ อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ (ระยะที่ 1) (n = 158)

ร้านค้า/ร้านชำ	จำนวน (ร้อยละ)
ร้านค้า/ร้านชำที่พบการจำหน่ายยาอันตราย	111 (70.25)
ร้านค้า/ร้านชำที่ไม่พบการจำหน่ายยาอันตราย	47 (29.75)

3. ข้อมูลสัมภาษณ์เชิงลึกของกลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่าควรมีการทำงานเป็นทีม มีเครือข่ายร่วมกันในการมีส่วนร่วมการเฝ้าระวังการจำหน่ายยาอันตรายในร้านค้า/ร้านชำ (12 คน) ส่วนใหญ่มีความเห็นว่าควรมีแบบฟอร์มการสำรวจร้านค้า/ร้านชำ สื่อ ประชาสัมพันธ์ แผ่นพับ เพื่อความสะดวกในการปฏิบัติงาน (12 คน) และความเห็นว่าควรมีการให้ความรู้แก่ ผู้ประกอบการร้านค้า/ร้านชำ, อสม. และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง (10 คน) และมีความคิดเห็นว่าอุปสรรคในการดำเนินงานคือ ภาระงานหลายอย่าง (9 คน) รองลงมาคือ การรับรู้ข้อมูลของผู้ประกอบการร้านค้า/ร้านชำ (6 คน)

4. วิเคราะห์ปัจจัยต่าง ๆ ทั้งปัจจัยภายในและภายนอกโดยใช้กรอบการวิเคราะห์ SWOT Analysis เพื่อให้ได้แผนการดำเนินงานที่เหมาะสม โดยผลการวิเคราะห์มีดังนี้

4.1 จุดแข็ง (Strengths) อำเภอพระสมุทรเจดีย์เป็นชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทมีระบบการสื่อสารที่ดี ร้านค้า/ร้านชำมีการจดทะเบียนร้านค้า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอสม.เข้าใจพื้นที่เป็นอย่างดี

4.2 จุดอ่อน (Weaknesses) ในพื้นที่มีร้านค้าขนาดเล็กจำนวนมาก กระจายตัวสูง ผู้ประกอบการบางร้านไม่รู้กฎหมาย หรือมีความเข้าใจเรื่องยาอันตรายน้อย เจ้าหน้าที่มีภาระงานมาก ภาระงานไม่มีความต่อเนื่อง

4.3 โอกาส (Opportunities) มีเทคโนโลยีช่วยในการดำเนินงาน มีเครือข่ายชุมชน ท้องถิ่น นโยบายรัฐสนับสนุน

4.4 สิ่งคุกคาม (Threats) ร้านค้าบางแห่งมีแรงจูงใจเกี่ยวกับรายได้จากการขายยาอันตราย งบประมาณสนับสนุนจากภาครัฐไม่เพียงพอ อาจทำให้การเฝ้าระวังขาดความต่อเนื่อง

เมื่อได้วิเคราะห์ถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง จึงนำมาเข้าสู่กระบวนการเพื่อให้ได้รูปแบบการเฝ้าระวังการจำหน่ายยาอันตรายในร้านค้า/ร้านชำ อำเภอพระสมุทรเจดีย์ กระบวนการเพื่อให้ได้รูปแบบ ตามหลักการของวงจรการบริหารงานคุณภาพ PDCA ดังนี้

- Plan (วางแผน) วางแผนกิจกรรมเฝ้าระวัง กำหนดพื้นที่และร้านค้า/ร้านชำที่จะสำรวจเฝ้าระวัง

- Do (ดำเนินกิจกรรมตามแผน) ได้แก่ อบรมให้ความรู้เจ้าหน้าที่/อสม. จัดทีมสำรวจร้านค้า/ร้านชำมีการให้ความรู้เชิงรุกแก่ผู้ประกอบการร้านค้า/ร้านชำ แจกสื่อประชาสัมพันธ์

- Check (ตรวจสอบผลการดำเนินงาน) ตรวจสอบปัญหาในการดำเนินงานเป็นระยะ ๆ

- Act (ปรับปรุง) ปรับปรุงกระบวนการทำงานเพื่อให้ได้รูปแบบที่เหมาะสม เพื่อนำไปทดลองใช้กับตำบลในคลองบางปลากด อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ

5. รูปแบบการเฝ้าระวังการจำหน่ายอันตรายในร้านค้า/ร้านชำ อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการพบว่าควรมีองค์ประกอบดังนี้

1) พัฒนาศักยภาพ/ประสานงาน และสะท้อนปัญหาการใช้ยาโดยเภสัชกรโรงพยาบาลแม่ข่าย รวมถึงอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ/พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 (พรบ.ยา) แก่เจ้าหน้าที่ รพ.สต./อสม./และ ประสานงานในเครือข่าย

2) การสำรวจเฝ้าระวังยาอันตรายในร้านค้า/ร้านชำ/ให้ความรู้เชิงรุกแก่ผู้ประกอบการโดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. 1 คน และ อสม. 2 คน พร้อมทั้งแจกแผ่นพับ โปสเตอร์ เสริมสร้างความรู้ความเข้าใจในการคัดเลือกผลิตภัณฑ์สุขภาพมาจำหน่าย/พ.ร.บ.ยา

3) กำหนดมาตรการเมื่อพบปัญหาโดยเมื่อพบการจำหน่ายยาอันตรายครั้งที่ 1 ตักเตือน/แนะนำ และหากพบการจำหน่ายยาอันตรายครั้งที่ 2 รายงานต่อสสอ./สสจ. เพื่อร่วมตรวจเฝ้าระวังตามกฎหมาย

4) สะท้อนปัญหาในระดับนโยบายโดยสาธารณสุขอำเภอเข้าสู่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับทราบปัญหาร่วมกันและเกิดการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นองค์รวมและยั่งยืนในระดับพื้นที่ทั้งอำเภอ

6. ผลการวิจัยการประเมินผลรูปแบบการเฝ้าระวังการจำหน่ายยาอันตรายในร้านค้า/ร้านชำ จากการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสำรวจร้านค้า/ร้านชำ จำนวน 120 ร้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 91คน คิดเป็นร้อยละ 75.80 ส่วนใหญ่มีอายุ 41 - 60 ปี จำนวน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 60 พบว่าจบการศึกษาระดับสูงสุดส่วนใหญ่คือ มัธยมศึกษา/อนุปริญญา จำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 59.20 และเป็นร้านขายปลีกทั้งหมด 120 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 100 รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่รับการประเมินความรอบรู้ทางด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ (n = 120)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
1. เพศ	
ชาย	29 (24.20)
หญิง	91 (75.80)
2. อายุ	
ต่ำกว่า 20 ปี	0 (0)
21 - 40 ปี	25 (20.80)
41 - 60 ปี	72 (60)
60 ปีขึ้นไป	23 (19.20)
3. ระดับการศึกษา	
ต่ำกว่าประถมศึกษา	2 (1.70)
ประถมศึกษา	33 (27.50)
มัธยมศึกษา/อนุปริญญา	71 (59.20)
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	14 (11.70)
4. ลักษณะการจำหน่ายสินค้า	
ร้านขายปลีก	120 (100)
ร้านขายปลีกและส่ง	0 (0)

7. การสำรวจการจำหน่ายยาอันตรายในร้านค้า/ร้านชำพบการจำหน่ายยาอันตรายก่อนการพัฒนารูปแบบ จำนวน 40 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 33.33 และหลังพัฒนารูปแบบพบการจำหน่ายยาอันตราย จำนวน 11 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 9.17 รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลสำรวจการจำหน่ายยาในร้านค้า/ร้านชำ ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ (n = 120)

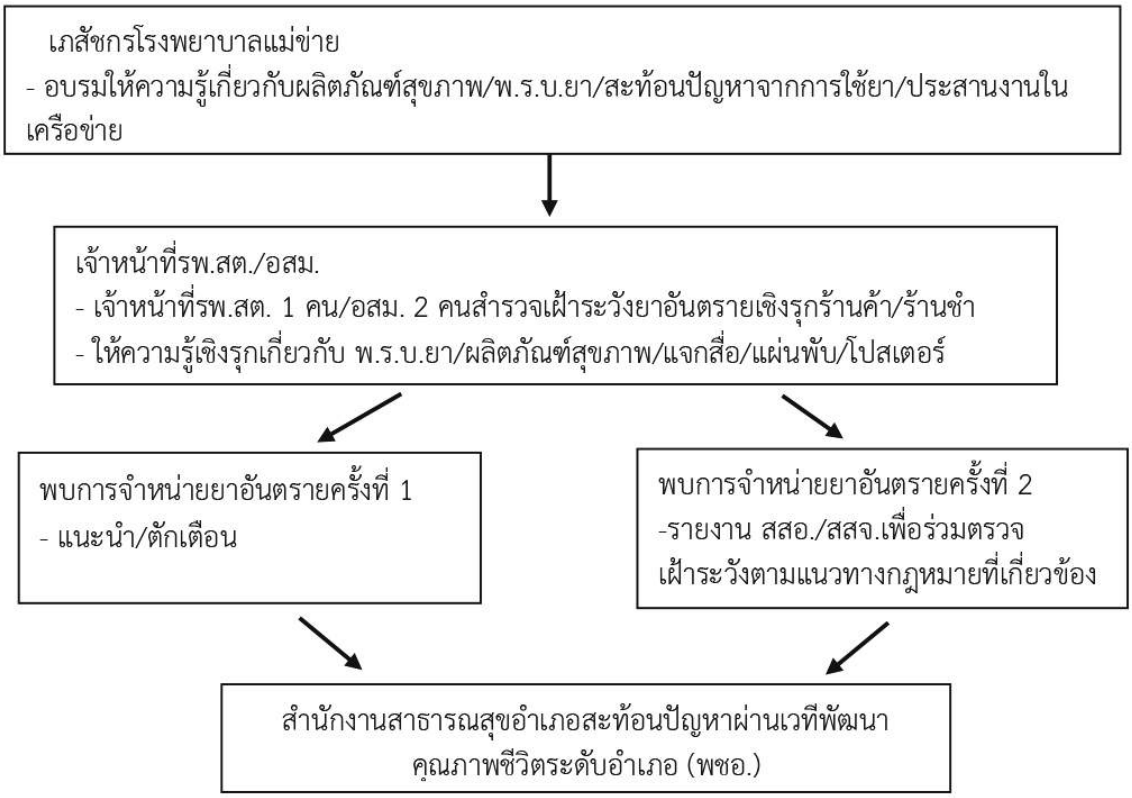
การจำหน่ายยาอันตราย	ก่อนการพัฒนารูปแบบ จำนวน (ร้อยละ)	หลังพัฒนารูปแบบ จำนวน (ร้อยละ)
พบการจำหน่ายยาอันตราย	40 (33.33)	11 (9.17)
ไม่พบการจำหน่ายยาอันตราย	80 (66.67)	109 (90.87)

8. คะแนนความรอบรู้ทางด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพพบว่าก่อนให้ความรู้เชิงรุกของกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพคือ 80.60 (± 4.97) เมื่อให้ความรู้มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 112.40 (± 2.67) ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า $p<0.001$ รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 คะแนนเฉลี่ย (±SD) ความรอบรู้ทางด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ก่อนและหลังการให้ความรู้เชิงรุกของผู้ประกอบการร้านค้า/ร้านชำ (n = 120)

คะแนนความรู้ของผู้ประกอบการ	Mean	SD	t-test	p-value*
ก่อนให้ความรู้เชิงรุก	80.60	4.97	72.317	.000
หลังให้ความรู้เชิงรุก	112.40	2.67		

*กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ <0.005 (p<0.05)



รูปที่ 2 แผนภาพของรูปแบบการเฝ้าระวังการจำหน่ายยาอันตรายในร้านค้า/ร้านชำ อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้สามารถสรุปและอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ได้ดังนี้

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การจำหน่ายยาอันตรายในร้านค้า/ร้านชำ ความรอบรู้ทางด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการและความต้องการในการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังการจำหน่ายยาอันตรายในร้านค้า/ร้านชำ อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการจากการวิจัยพบว่าผู้ประกอบการร้านค้า/ร้านชำเป็นเพศหญิงมากที่สุด ร้อยละ 75.32 ส่วนใหญ่มีอายุ 41 – 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 58.86 รองลงมาจะอยู่ในช่วงอายุ 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 23.42 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับสูงสุด คือ มัธยมศึกษา/อนุปริญญา ร้อยละ 59.49 และพบว่าเป็นร้านขายปลีกทั้งหมด ผลการสำรวจพบว่าร้านค้า/ร้านชำมีการจำหน่ายยาอันตรายมากถึงร้อยละ 70.25 และจากการสัมภาษณ์เชิงลึกข้อคิดเห็นส่วนใหญ่เห็นว่าการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังการจำหน่ายยาอันตรายในร้านค้า/ร้านชำเห็นว่าควรมีเครือข่าย

ในการเฝ้าระวังการจำหน่ายยาอันตรายในร้านค้า/ร้านชำ (12 คน) มีแบบฟอร์มสำรวจร้านค้า/ร้านชำ สื่อ ประชาสัมพันธ์ แผ่นพับ (12 คน) มีการอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่/อสม. (10 คน) และอุปสรรคในการดำเนินงานคือ ภาระงาน (9 คน) การรับรู้ข้อมูลของผู้ประกอบการร้านค้า/ร้านชำ (6 คน)

จากการวิเคราะห์ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกที่มีผลกระทบต่อการเฝ้าระวังการจำหน่ายยาอันตรายในร้านค้า/ร้านชำ โดยใช้ SWOT Analysis สรุปได้ว่า 1) อำเภอพระสมุทรเจดีย์มีจุดแข็ง (Strengths) คือ เป็นชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท ที่มีระบบการสื่อสารที่ดี เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอสม.มีความเข้าใจในพื้นที่ 2) จุดอ่อน (Weaknesses) คือ ในพื้นที่มีร้านค้าขนาดเล็กจำนวนมาก มีการกระจายตัวสูง ผู้ประกอบการบางร้านไม่รู้กฎหมาย เจ้าหน้าที่มีภาระงานมาก ภาระงานไม่มีความต่อเนื่อง 3) โอกาส (Opportunities) มีเทคโนโลยีช่วยดำเนินงาน มีเครือข่ายชุมชนท้องถิ่นและนโยบายรัฐสนับสนุน 4) สิ่งคุกคาม (Threats) ร้านค้าบางแห่งมีแรงจูงใจเกี่ยวกับรายได้จากการขายยาอันตราย งบประมาณสนับสนุนจากภาครัฐไม่เพียงพออาจทำให้การเฝ้าระวังขาดความต่อเนื่อง

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังการจำหน่ายยาอันตรายในร้านค้า/ร้านชำ อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ

รูปแบบการเฝ้าระวังการจำหน่ายยาอันตรายในร้านค้า/ร้านชำ ได้แก่ มีการทำงานเป็นเครือข่ายและแบ่งหน้าที่กันทำโดยประกอบไปด้วย การพัฒนาศักยภาพ/ประสานงานและสะท้อนปัญหาการใช้ยาโดยเภสัชกรโรงพยาบาลแม่ข่าย และอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ/พ.ร.บ.ยา แก่เจ้าหน้าที่ รพ.สต./อสม./รวมถึง ประสานงานในเครือข่าย การสำรวจร้านค้า/ร้านชำ มีการให้ความรู้เชิงรุกแก่ผู้ประกอบการร้านค้า/ร้านชำ แจกแผ่นพับ โปสเตอร์ เสริมสร้างความรู้ความเข้าใจในการคัดเลือกผลิตภัณฑ์มาจำหน่าย/พ.ร.บ.ยา ดำเนินการโดย เจ้าหน้าที่ รพ.สต. 1 คน และ อสม. 2 คน ทั้งนี้ ได้มีมาตรการโดยหากพบการจำหน่ายยาอันตรายครั้งที่ 1 ตักเตือน/แนะนำ หากเป็นครั้งที่ 2 รายงานต่อสสอ./สสจ. เพื่อร่วมตรวจเฝ้าระวังตามกฎหมาย มีการสะท้อนปัญหาในระดับนโยบายโดยสาธารณสุขอำเภอเข้าสู่เวที พชอ.

3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการเฝ้าระวังการจำหน่ายยาอันตรายในร้านค้า/ร้านชำ อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ

จากการวิจัยพบว่าการจำหน่ายยาอันตรายในร้านค้า/ร้านชำหลังการพัฒนารูปแบบลดลงจากร้อยละ 33.33 เหลือ ร้อยละ 9.17 และคะแนนความรอบรู้เฉลี่ยหลังให้ความรู้เชิงรุกเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) จาก 80.60 ± 4.97 เป็น 112.40 ± 2.67 (คะแนนเต็ม 115 คะแนน)

การวิจัยครั้งนี้มีการดำเนินกิจกรรมตามหลักการของการดำเนินงาน RDU Community ได้แก่ ประเมินปัญหาในพื้นที่การคืนข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากยาในชุมชนโดยเภสัชกร การประชุมวางแผนการดำเนินกิจกรรมร่วมกันโดยการมีส่วนร่วม การสร้างข้อตกลงร่วมกันของชุมชน การพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการร้านค้า/ร้านชำ[1] ร่วมกับการดำเนินงานตามวงจร PDCA ทำให้เกิดรูปแบบที่สามารถนำไปใช้ได้จริงและยั่งยืนในพื้นที่ ซึ่งสถานการณ์การจำหน่ายยาอันตรายในร้านค้า/ร้านชำในแต่ละบริบทอาจแตกต่างกันไป อย่างไรก็ตาม จากการวิจัยสภาพปัญหาการจำหน่ายยาอันตรายในร้านค้า/ร้านชำที่พบถึง ร้อยละ 70.25 นับว่าเป็นปัญหาการกระจายยาที่ไม่เหมาะสมของร้านค้า/ร้านชำในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ ธฤติวัน พระพิจิตร และคณะ[3] ที่ได้ทำการศึกษาการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังการกระจายยาที่ไม่

เหมาะสมสู่ร้านชำในชุมชนจังหวัดกำแพงเพชร พบว่าร้านชำมีการจำหน่ายยาไม่เหมาะสมถึงร้อยละ 97.69 และจากการศึกษาของ สุภาภรณ์ ใจบุญลือ และคณะ[4] ที่ศึกษารูปแบบการจัดการปัญหาการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมในร้านชำ ในตำบลห้วยแก้ว อำเภอภูกามยาว จังหวัดพะเยา ที่พบว่ามีสถานการณ์การจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมถึงร้อยละ 89.28 นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ปริญา ถมอุดทา และคณะ[5] ศึกษาการพัฒนากลไกการทำงานเพื่อส่งเสริมการใช้ยาที่ปลอดภัยในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของประชาชน เขตชุมชนเมืองมหาสารคาม ผลสำรวจสถานการณ์การกระจายยาอันตรายในร้านชำพบถึงร้อยละ 98.04 การวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงผลการดำเนินกิจกรรมตามหลักการดำเนินงาน RDU Community ร่วมกับการดำเนินงานตามวงจร PDCA ทำให้การจำหน่ายยาอันตรายในร้านค้า/ร้านชำ ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนิษา ถิ่นแก้ว และคณะ[6] ได้ทำการศึกษาการพัฒนาระบบเฝ้าระวังการจำหน่ายยาในร้านชำผ่านนโยบายส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนตำบลเหล จังหวัดพังงา โดยใช้กระบวนการตามหลัก RDU Community ร้านชำจำหน่ายยาห้ามจำหน่ายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และ จินดาพร อุปถัมภ์ และคณะ[7] ได้ทำการศึกษาการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังการจำหน่ายยาในร้านชำผ่านนโยบายส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนตำบลส้มป่อย อำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ พบสัดส่วนของร้านชำที่จำหน่ายยาห้ามจำหน่ายลดลงจากการสำรวจครั้งแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) การดำเนินงานของจังหวัดสมุทรปราการก่อนที่จะพัฒนารูปแบบยังไม่เคยสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาดังกล่าวให้ชุมชนรับทราบร่วมกัน ทำให้ชุมชนไม่ได้ตระหนักถึงสถานการณ์การจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมในชุมชน การได้ทราบถึงสถานการณ์ที่เกิดขึ้นทำให้ชุมชนเกิดความตระหนักและมีความต้องการที่จะแก้ไขปัญหาดังกล่าวมากขึ้น และการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนนำไปสู่การสร้างแนวทางปฏิบัติร่วมกันเกิดข้อตกลงในชุมชนทำให้เกิดเป็นเครือข่าย และการประสานความร่วมมือกันอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ ธิดาพร อาจทวีกุล และคณะ[8] ที่ได้ทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการเรื่องการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังการจำหน่ายยาอันตรายในร้านขายของชำในพื้นที่ตำบลสะแกโพรง อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จคือการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับยาอันตรายให้แกนนำงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ การประชาสัมพันธ์เพื่อให้ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา และการติดตามรายงานดำเนินโครงการเพื่อให้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และแม้ว่าการพัฒนาศักยภาพของผู้ประกอบการร้านค้า/ร้านชำ เป็นกิจกรรมที่สำคัญในกระบวนการ RDU Community แต่รูปแบบอาจแตกต่างกันเนื่องมาจากบริบทที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ ปัจจัยความสำเร็จของการวิจัยนี้นอกจากการมีรูปแบบการดำเนินงานที่เชื่อมต่อกันเป็นเครือข่ายแล้ว น่าจะเกิดจากการดำเนินกิจกรรมการให้ความรู้เชิงรุกแก่ผู้ประกอบการ ณ ร้านค้า/ร้านชำ อันเนื่องจากบริบทของพื้นที่เป็นชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทในเขตปริมณฑลการให้ความรู้แบบเชิงรุกจึงเหมาะสมกว่าการจัดอบรมในสถานที่ต่าง ๆ ซึ่งอาจไม่เหมาะสมกับสังคมในบริบทของพื้นที่ในอำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ อย่างไรก็ตาม การดำเนินการเฝ้าระวังการจำหน่ายยาอันตรายในร้านค้า/ร้านชำของจังหวัดสมุทรปราการตามแนวทางการดำเนินงานการใช้ยา

อย่างสมเหตุผลในชุมชนที่มีหัวใจหลักของการพัฒนา แบ่งเป็น 5 กิจกรรมหลัก (5 key Activities) คือ 1) การเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกในโรงพยาบาล (Proactive Hospital based Surveillance) 2) การเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกในชุมชน (Active Community Based Surveillance) 3) การสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Community Participation) 4) การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในภาคเอกชน (Good Private Sector) 5) การสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประชาชน (RDU Literacy)[1] ควรขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างเป็นระบบต่อเนื่องและเกิดเครือข่าย RDU Community ที่มีศักยภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1) ควรมีการติดตามผลการดำเนินงานรูปแบบของการเฝ้าระวังการจำหน่ายยาอันตรายในร้านค้า/ร้านชำ อำเภอพระสมุทรเจดีย์อย่างต่อเนื่องเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สะท้อนผลลัพธ์อย่างยั่งยืน

2) การวิจัยครั้งนี้ทำให้เกิดต้นแบบในการดำเนินงานตามนโยบายการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนในจังหวัดสมุทรปราการ ทั้งนี้ผลที่ได้จะสามารถนำไปขยายผลในพื้นที่อื่น ๆ ของจังหวัดสมุทรปราการต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรเพิ่มเครือข่ายการมีส่วนร่วมของชุมชนให้ครอบคลุมมากขึ้น เช่น ผู้นำชุมชน ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน รวมถึงองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้การดำเนินงานมีความยั่งยืนต่อเนื่องและขยายพื้นที่ในการศึกษาเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณท่านรองนายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ นายรังสรรค์ วงษ์บุญหนัก และ ดร.วิรัตน์ ทองรอด ที่กรุณาให้คำแนะนำปรึกษาในการศึกษาครั้งนี้ รวมถึงเพื่อนร่วมงานทุกท่านที่ได้ให้โอกาสในการดำเนินการศึกษาจนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กองบริหารการสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานพัฒนาระบบการการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: กองบริหารการสาธารณสุข; 2563.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ.สรุปผลการดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ 2567. ม.ป.ท.: ม.ป.ป.; 2567.
3. ธฤตะวัน พระพิจิตร, ปริญญา สกุลพอง. การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังการกระจายยาที่ไม่เหมาะสมสู่ร้านชำในชุมชนจังหวัดกำแพงเพชร. วารสารคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (online). 2567 [เข้าถึงเมื่อ 11 ธ.ค. 2567]: 180-91. เข้าถึงได้จาก: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JOHCP/article/view/267752
4. สุภาภรณ์ ใจบุญลือ, สิริวิมล มณี, สุรศักดิ์ เสาแก้ว. รูปแบบการจัดการปัญหาการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมในร้านชำในตำบลห้วยแก้ว อำเภอภูกามยาว จังหวัดพะเยา. วารสารอาหารและยา 2566. [เข้าถึงเมื่อ 11 ธ.ค. 2567]; 30(3): 81-93. เข้าถึงได้จาก https://he01.tci-thaijo.org/index.php/fdajournal/article/download/266877/179680/1114093
5. ปริญา ถมอุดทา, อดิศักดิ์ ถมอุดทา. การพัฒนากลไกการทำงานเพื่อส่งเสริมการใช้ยาที่ปลอดภัยในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของประชาชน เขตชุมชนเมืองมหาสารคาม. วารสารไทยไภษัชยนิพนธ์ 2564 [เข้าถึงเมื่อ 11 ธ.ค. 2567]; 16(1): 123-38. เข้าถึงได้จาก: https://li01.tci-thaijo.org/index.php/TBPS/article/download/248884/171564
6. สุนิษา ถิ่นแก้ว, รัตนาภรณ์ อาวิพันธ์, ชิดชนก เรือนก้อน. การพัฒนาระบบเฝ้าระวังการจำหน่ายในร้านชำผ่านนโยบายส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนตำบลเหล จังหวัดพังงา. วารสารเภสัชกรรมไทย 2566 [เข้าถึงเมื่อ 11 ธ.ค. 2567]; 15(2):316-28. เข้าถึงได้จาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/TJPP/article/view/255783
7. จินดาพร อุปถัมภ์, สิรีธร เดชาศิลปะชัยกุล, พัทยา โพธิวัฒน์. การพัฒนาระบบเฝ้าระวังการจำหน่ายยาในร้านชำผ่านนโยบายส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนตำบลส้มป่อย อำเภอราศีไศล จังหวัดศรีษะเกษ. วารสารคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ 2567 [เข้าถึงเมื่อ 11 ธ.ค. 2567]; 4: 102-19. เข้าถึงได้จาก: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JOHCP/article/view/270658/185019
8. ธิดาพร อาจทวีกุล, วิรัติ ปานศิลา, วรพจน์ พรหมสัตยพรต. การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังการ จำหน่ายยาอันตรายในร้านขายของชำในพื้นที่ตำบลสะแกโพรง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 11 ธ.ค. 2567]; 22(4): 497-99. เข้าถึงได้จาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/CUTJ/article/view/241012

JOURNAL OF HEALTH CONSUMER PROTECTION
วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
Vol: 5 No.2 July-December 2025
ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2568

การดำเนินงานมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดสุราษฎร์ธานี

Implementation of drug safety standards in community hospitals in Surat Thani Province

หนึ่งฤทัย สุขาทิพย์[1]
Nuengruethai Sukhathip[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดำเนินงานมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาของโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยการประเมินโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 19 แห่งในปี พ.ศ. 2566 และ พ.ศ.2567 โดยใช้เครื่องมือคือ แบบประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาล 4 มิติ (15 หัวข้อ) ประกอบด้วย มิติด้านการบริหารระบบยา มิติการบริการและบริบาลเภสัชกรรม มิติการจัดการระบบยา และมิติการบริหารยาและเวชภัณฑ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนประเมินระหว่างผลการประเมิน ปี พ.ศ. 2566 กับ ปี พ.ศ. 2567 ด้วย Paired t-test กำหนดค่านัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัยพบว่า คะแนนประเมินโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดสุราษฎร์ธานี ในปี พ.ศ. 2567 สูงกว่าปี พ.ศ. 2566 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยในปี พ.ศ. 2567 มิติด้านการบริหารระบบยา โรงพยาบาลดำเนินการผ่านเกณฑ์ระดับ 3 ทุกแห่งยกเว้นหัวข้อการพัฒนาสมรรถนะบุคลากร มิติด้านการบริการและบริบาลทางเภสัชกรรม ข้อที่ยังไม่ผ่าน คืองานบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน มิติการจัดการระบบยา ข้อที่ยังไม่ผ่าน คือ การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพและงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ ซึ่งพบข้อจำกัดการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด และมิติการบริหารยาและเวชภัณฑ์ ข้อที่ยังไม่ผ่าน คือด้านการผลิตและเตรียมยา การจัดซื้อจัดหายา การบริหารคลังเวชภัณฑ์ ซึ่งโรงพยาบาลมีการพัฒนาการดำเนินงานตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาที่ดีขึ้น แต่ยังต้องเร่งพัฒนาในด้านการพัฒนาสมรรถนะบุคลากร การดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ การผลิตและเตรียมยา การจัดซื้อจัดหาและบริหารคลังเวชภัณฑ์

คำสำคัญ : มาตรฐาน, ความปลอดภัย, ยา

[1] เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

[1] Pharmacist, Professional Level. Division of Consumer Protection and Public Health Pharmacy, Suratthani Provincial Public Health Office, E-mail : 0989nueng@gmail.com

Received: 14 Oct 2025, Revised: 25 Dec 2025, Accepted: 28 Dec 2025

Abstract

This research aimed to study the implementation of medication safety standards in community hospitals in Surat Thani Province by evaluating 19 community hospitals in 2023 and 2024. The research instrument was a 4-dimensional (15-topic) medication safety standard assessment form for hospitals, including : medication system management dimension, pharmaceutical service and care dimension, medication system management dimension, and drug and medical supply administration dimension. Data were analyzed using descriptive statistics including frequency, percentage, mean and standard deviation. Differences in assessment scores between 2023 and 2024 evaluations were compared using paired t-test with a significance level of 0.05. The findings revealed that assessment scores of community hospitals in Surat Thani Province in 2024 were significantly higher than those in 2023 at the 0.05 significance level. In 2024, all hospitals met level 3 criteria in the medication system management dimension, except for personnel competency development. For the pharmaceutical service and care dimension, areas that did not meet standards were pharmaceutical care for outpatients and inpatients. For the medication system management dimension, areas not meeting standards were monitoring of adverse events from health product use and primary care pharmacy services, with identified limitations in the transfer of sub-district health promoting hospitals to provincial administrative organizations. For the drug and medical supply administration dimension, areas not meeting standards were drug production and preparation, drug procurement, and medical supply warehouse management. The hospitals demonstrated improved implementation of medication safety standards, but accelerated development is still needed in personnel competency development, primary care pharmacy operations, drug production and preparation, and drug procurement and medical supply warehouse management.

Keywords : Standard, Safety, Medication

บทนำ

ความปลอดภัยด้านยา (Medication Safety) หมายถึง การป้องกันและลดความเสี่ยงที่อาจเกิดจากข้อผิดพลาดหรืออันตรายที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การสั่งจ่ายยา การเตรียมยา การจัดเก็บ การจ่ายยา ไปจนถึงการใช้ยาในผู้ป่วย โดยมุ่งเน้นการสร้างกระบวนการ และระบบที่ช่วยลดข้อผิดพลาด และผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพสูงสุด เป็นประเด็นสำคัญในระบบบริการสุขภาพทั่วโลก เนื่องจากการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมหรือความผิดพลาดทางยาสามารถก่อให้เกิดผลกระทบร้ายแรงต่อผู้ป่วย ทั้งในด้านสุขภาพ การรักษาพยาบาล และค่าใช้จ่าย[1] นอกจากนี้ ยังส่งผลต่อความไว้วางใจของผู้ป่วยต่อระบบสุขภาพอีกด้วยเพื่อแก้ไขปัญหาและยกระดับมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาแนวทางที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน แนวทางดังกล่าวต้องคำนึงถึงการบูรณาการระหว่างระบบการบริหารยา บุคลากรทางการแพทย์ เทคโนโลยีสนับสนุน และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ด้วยสถานการณ์ปัจจุบันระบบการให้บริการและบริบาลเภสัชกรรมของโรงพยาบาลได้ปรับเปลี่ยนไป รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงมาตรฐานใหม่ ๆ หลายประเด็น เช่น การดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ การบริบาลเภสัชกรรมที่มีกิจกรรมมากขึ้น ระบบการคัดเลือก/การจัดหายา เป็นต้น[2] ปี พ.ศ. 2552 สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จัดทำแบบประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาล เพื่อให้เห็นถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลและเห็นภาพรวมว่า ควรดำเนินการอย่างไรในการประกันคุณภาพและความปลอดภัยในการให้บริการด้านยาแก่ประชาชน และได้จัดทำโปรแกรมสำหรับการประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขดำเนินการประเมินตนเองในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2552 จนถึงปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 เพื่อให้การประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาเป็นข้อมูลปัจจุบัน สำนักงานปลัดกระทรวง จึงได้ปรับปรุงมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาฉบับใหม่ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 รวมทั้งโปรแกรมแบบประเมินให้สอดคล้องกับมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาฉบับปัจจุบัน โดยการดำเนินงานเพื่อมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา แบ่งเป็น 4 มิติ และภายใต้แต่ละมิติประกอบไปด้วยมาตรฐานด้านต่าง ๆ ได้แก่ มิติด้านการบริหารระบบยา มิติด้านการบริการและบริบาลทางเภสัชกรรม มิติด้านการจัดการระบบยา และมิติด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์[3] ซึ่งในจังหวัดสุราษฎร์ธานียังไม่เคยมีการศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสุราษฎร์ธานีมาก่อน

เพื่อติดตามและวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดสุราษฎร์ธานี และนำมาพัฒนาการดำเนินงานมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสุราษฎร์ธานีต่อไป

การวิจัยนี้คาดหวังว่าจะช่วยพัฒนาการดำเนินงานด้านเภสัชกรรม ลดความผิดพลาดด้านยา เพิ่มความปลอดภัยและคุณภาพบริการในโรงพยาบาลชุมชน ตลอดจนสร้างต้นแบบที่สามารถขยายผลไปยังโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่อื่นได้ในอนาคต

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการดำเนินงานมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาการดำเนินงานด้านความปลอดภัยด้านยา และวิเคราะห์เพื่อการพัฒนามาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 19 แห่ง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลการประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในปี พ.ศ. 2566 และปี พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสุราษฎร์ธานีทุกแห่ง จำนวน 19 แห่ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ฉบับปรับปรุงใหม่ พ.ศ. 2565 เป็นแบบประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา 4 มิติ ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, 2022) ประกอบไปด้วยมาตรฐานด้านต่าง ๆ 4 มิติ 15 หัวข้อ ดังนี้

1. มิติด้านการบริหารระบบยา
   1.) การจัดการระบบด้านยา
   2.) โครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อม
   3.) ระบบข้อมูลที่เชื่อมโยง
   4.) การพัฒนาสมรรถนะบุคลากร
2. มิติด้านการบริการและบริบาลทางเภสัชกรรม
   5.) การบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก
   6.) การบริการจ่ายยาผู้ป่วยใน
   7.) งานบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก
   8.) งานบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยใน
3. มิติด้านการจัดการระบบยา
   9.) การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ
   10.) การส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล
   11.) งานเภสัชกรรมปฐมภูมิ
4. มิติด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์
   12.) การผลิตและเตรียมยา
   13.) การคัดเลือกยา
   14.) การจัดซื้อจัดหา
   15.) การบริหารคลังเวชภัณฑ์

โดยกลุ่มตัวชี้วัดที่จะสะท้อนระดับของการปฏิบัติงาน หรือศักยภาพของโรงพยาบาลในแต่ละตัวชี้วัด ดังนี้

- ระดับที่ 0 ยังไม่ได้ดำเนินการใด ๆ ในตัวชี้วัดดังกล่าว
- ระดับที่ 1 เริ่มการดำเนินการวางแผนวางโครงสร้างเบื้องต้น
- ระดับที่ 2 (Limited Capacity) เริ่มการดำเนินการบางส่วน เริ่มเรียนรู้การดำเนินการ
- ระดับที่ 3 (Developed Capacity) ดำเนินการในตัวชี้วัดแล้ว งานแล้วเสร็จบางส่วนยังดำเนินการ

- ระดับที่ 4 (Demonstrated Capacity) ดำเนินการในตัวชี้วัดแล้วเสร็จ ยังมีความท้าทายด้านความยั่งยืน

- ระดับที่ 5 (Sustainable Capacity) ระบบมีการดำเนินการอย่างยั่งยืน สามารถเป็นตัวอย่างการเรียนรู้[4]

โดยแบบประเมินฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อใช้ในการประเมินตนเองของโรงพยาบาลและใช้ประเมินโดยองค์กรภายนอกด้านความปลอดภัยด้านยา และนำหลักเกณฑ์จากการประเมิน รวมทั้งผลการประเมินนำมาทบทวนการดำเนินการของโรงพยาบาลให้เกิดการพัฒนาองค์กรในการจัดการด้านความปลอดภัยด้านยา ทั้งนี้เพื่อสร้างความมั่นใจแก่กระทรวงสาธารณสุขและผู้รับบริการว่าโรงพยาบาลสามารถดำเนินการจัดการด้านยาที่ปลอดภัยเหมาะสมและได้ผลพร้อมทั้งการมียาที่มีคุณภาพสูงพร้อมใช้สำหรับผู้ป่วย

ขั้นตอนการวิจัย

1. เก็บข้อมูลการประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ในปี พ.ศ. 2566 - 2567

2. วิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์มาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ในปี พ.ศ. 2566 - 2567

3. สรุปสถานการณ์การดำเนินงานมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ในปี พ.ศ. 2566 - 2567

4. นำข้อมูลเข้าที่ประชุมคณะทำงานตรวจประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาจังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อเสนอแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

รายงานผลการตรวจประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา ปี พ.ศ. 2566 และ พ.ศ. 2567 ของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสุราษฎร์ธานีทุกแห่ง

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ โดยแบ่งการวิเคราะห์ดังนี้

1.สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างข้อมูลระหว่างปี พ.ศ. 2566 กับ พ.ศ. 2567 ด้วยสถิติ Paired t-test

จริยธรรมในการวิจัย

วิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี เมื่อวันที่ 26 สิงหาคม 2568 เลขที่โครงการวิจัย STPHO2025-151

ผลการวิจัย

การวิจัยการดำเนินงานมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดสุราษฎร์ธานีที่ได้รับการตรวจประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาโดยคณะทำงานตรวจประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาระดับจังหวัดสุราษฎร์ธานี ในปี พ.ศ. 2566 และปี พ.ศ. 2567 ได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้กระบวนการทางสถิติแบ่งออกเป็น 3 ส่วนได้แก่

1. ข้อมูลโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสุราษฎร์ธานี
2. การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลชุมชน ในปี พ.ศ. 2566 และปี พ.ศ. 2567
3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลรวมและผลการประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสุราษฎร์ธานี จำแนกตามระดับของโรงพยาบาล (n = 19)

ระดับของโรงพยาบาล	จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ
โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย (M2)	5	26.31
โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ (F1)	4	21.05
โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (F2)	9	47.36
โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก (F3)	1	5.26

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสุราษฎร์ธานี 19 แห่ง จำแนกตามระดับของโรงพยาบาล ผลการรวบรวมข้อมูลพบว่าโรงพยาบาลระดับ M2 มีจำนวน 5 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 26.31 ได้แก่ โรงพยาบาลท่าโรงช้าง, โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ, โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์, โรงพยาบาลไชยา และโรงพยาบาลบ้านนาสาร ส่วนโรงพยาบาลระดับ F1 มีจำนวน 4 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 21.05 ได้แก่ โรงพยาบาลพุนพิน, โรงพยาบาลพระแสง, โรงพยาบาลพนม และโรงพยาบาลเกาะพะงัน สำหรับโรงพยาบาลระดับ F2 มีจำนวนมากที่สุด จำนวน 9 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 47.36 ได้แก่ โรงพยาบาลเคียนซา, โรงพยาบาลวิภาวดี, โรงพยาบาลท่าฉาง, โรงพยาบาลชัยบุรี, โรงพยาบาลบ้านตาขุน, โรงพยาบาลศรีรัฐนิคม, โรงพยาบาลบ้านนาเดิม, โรงพยาบาลดอนสัก และโรงพยาบาลท่าชนะ ส่วนโรงพยาบาลระดับ F3 มีจำนวน 1 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 5.26 ได้แก่ โรงพยาบาลเกาะเต่า

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสุราษฎร์ธานีที่ดำเนินงานตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา 4 มิติผ่านเกณฑ์ระดับ 3 ปี พ.ศ. 2566 และ ปี พ.ศ. 2567 จำแนกตามหัวข้อย่อยในแต่ละมิติ

มาตรฐานความปลอดภัยด้านยา 4 มิติ	จำนวนโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสุราษฎร์ธานีที่ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 (ร้อยละ)	
	พ.ศ. 2566	พ.ศ. 2567
มิติที่ 1: มิติด้านการบริหารระบบยา		
- หัวข้อที่ 1 : การจัดการระบบยา	18 (94.73)	19 (100)
- หัวข้อที่ 2 : โครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อม	18 (94.73)	19 (100)
- หัวข้อที่ 3 : ระบบข้อมูลที่เชื่อมโยง	18 (94.73)	19 (100)
- หัวข้อที่ 4 : การพัฒนาสมรรถนะบุคลากร	16 (84.21)	17 (89.47)
มิติที่ 2: มิติด้านการบริการและบริบาลทางเภสัชกรรม		
- หัวข้อที่ 5 : การบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก	19 (100)	19 (100)
- หัวข้อที่ 6 : การบริการจ่ายยาผู้ป่วยใน	19 (100)	19 (100)
- หัวข้อที่ 7 : งานบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก	18 (94.73)	18 (94.73)
- หัวข้อที่ 8 : งานบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยใน	17 (89.47)	16 (84.21)
มิติที่ 3 : มิติด้านการจัดการระบบยา		
- หัวข้อที่ 9 : การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ	18 (94.73)	18 (94.73)
- หัวข้อที่ 10 : การส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล	18 (94.73)	19 (100)
- หัวข้อที่ 11 : งานเภสัชกรรมปฐมภูมิ	10 (52.6) *	12 (63.16) *
มิติที่ 4: มิติด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์		
- หัวข้อที่ 12 : การผลิตและเตรียมยา	1 (5.26)	12 (63.15)
- หัวข้อที่ 13 : การคัดเลือกยา	18 (94.73)	19 (100)
- หัวข้อที่ 14: การจัดซื้อจัดหา	14 (73.68)	14 (73.68)
- หัวข้อที่ 15 : การบริหารคลังเวชภัณฑ์	13 (68.42)	13 (68.42)

*หัวข้อที่ 11 งานเภสัชกรรมปฐมภูมิ เนื่องจากโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสุราษฎร์ธานี มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดทั้งหมดทำให้ไม่สามารถประเมินการดำเนินงานหัวข้อที่ 11 งานเภสัชกรรมปฐมภูมิได้ จำนวน 6 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลพุนพิน โรงพยาบาลท่าโรงช้าง โรงพยาบาลท่าชนะ โรงพยาบาลท่าฉาง โรงพยาบาลบ้านนาสาร โรงพยาบาลเกาะเต่า

จากตารางที่ 2 แสดงจำนวนโรงพยาบาลในจังหวัดสุราษฎร์ธานีที่ดำเนินการตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา 4 มิติ และหัวข้อย่อยในแต่ละมิติประจำปี พ.ศ. 2566 และ พ.ศ. 2567 สามารถวิเคราะห์ผลการดำเนินงานในแต่ละมิติได้ดังนี้

- มิติที่ 1: มิติด้านการบริหารระบบยา ผลการประเมินในมิติด้านการบริหารระบบยาแสดงให้เห็นถึงการพัฒนาที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2567 โรงพยาบาลชุมชนทั้ง 19 แห่ง สามารถดำเนินการผ่านเกณฑ์การประเมินระดับ 3 ทุกแห่ง (ร้อยละ 100) ใน 3 จาก 4 หัวข้อ ได้แก่ การจัดการระบบยา โครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อมและระบบและข้อมูลที่เชื่อมโยง ส่วนหัวข้อการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรยังคงเป็นความท้าทายที่สำคัญ โดยในปี พ.ศ. 2567 มีโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ 17 แห่ง (ร้อยละ 89.47) เพิ่มขึ้นเล็กน้อยจาก 16 แห่ง (ร้อยละ 84.21) ในปี พ.ศ. 2566 ซึ่งสะท้อนถึงข้อจำกัดด้านอัตรากำลังคนในหน่วยงาน

- มิติที่ 2 : มิติด้านการบริการและบริบาลทางเภสัชกรรม มิตินี้แสดงผลการพัฒนาที่โดดเด่นที่สุด โดยในปี พ.ศ. 2566 และในปี พ.ศ. 2567 โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง (ร้อยละ 100) สามารถดำเนินการได้ครบถ้วนทั้ง 2 หัวข้อ ประกอบด้วย การบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกและการบริการจ่ายยาผู้ป่วยใน ส่วนหัวข้องานบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอกคงที่ที่ร้อยละ 94.73 ในทั้งสองปี ความสำเร็จในมิตินี้สะท้อนถึงความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ของบุคลากรเภสัชกรรมในการให้บริการ ซึ่งเป็นงานหลักที่มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ

- มิติที่ 3 : มิติด้านการจัดการระบบยา พบว่าโรงพยาบาลเกือบทั้งหมดสามารถดำเนินการได้ครบถ้วน โดยเฉพาะหัวข้อการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีการดำเนินงานร้อยละ 94.73 ในทั้งสองปี ส่วนหัวข้อการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ในปี พ.ศ. 2567 ทุกโรงพยาบาลชุมชนผ่านเกณฑ์ระดับ 3 (ร้อยละ 100) หัวข้อการดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสุราษฎร์ธานี มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดทั้งหมด ทำให้ไม่สามารถประเมินการดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิได้ จำนวน 6 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลพุนพิน, โรงพยาบาลท่าโรงช้าง, โรงพยาบาลท่าชนะ, โรงพยาบาลท่าฉาง, โรงพยาบาลบ้านนาสาร และโรงพยาบาลเกาะเต่า จึงมีเพียง 13 โรงพยาบาลที่ดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ ซึ่งปี พ.ศ. 2567 โรงพยาบาลชุมชนผ่านเกณฑ์จำนวน 12 แห่ง (ร้อยละ 63.16)

- มิติที่ 4: มิติด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ มิตินี้แสดงให้เห็นถึงผลการดำเนินงานที่แตกต่างกันในปี พ.ศ. 2566 และ พ.ศ. 2567 หัวข้อการผลิตและเตรียมยา เนื่องจากเป็นหัวข้อใหม่ซึ่ง ในปี พ.ศ. 2566 ยังไม่ได้ถูกกำหนดให้ต้องดำเนินการประเมิน และได้เริ่มกำหนดให้ต้องประเมินในปี พ.ศ. 2567 ซึ่งเป็นการประเมินศักยภาพตามระดับโรงพยาบาลชุมชน โดยทุกโรงพยาบาลต้องเตรียมความพร้อมในด้านโครงสร้างพื้นฐาน อุปกรณ์ เอกสารและพื้นที่การเตรียมยาและแบ่งบรรจุยา ให้แยกจากพื้นที่อื่น ๆ เพื่อป้องกันการปนเปื้อน ส่งผลให้บางโรงพยาบาล

มีความจำกัดในด้านสถานที่ จึงยังไม่สามารถผ่านเกณฑ์การประเมินในหัวข้อนี้ได้ ทำให้ยังไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินระดับ 3 ในหัวข้อนี้

การเปรียบเทียบผลการพัฒนาระหว่างสองปี

เมื่อพิจารณาผลการพัฒนาโดยรวม พบว่าโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสุราษฎร์ธานีมีแนวโน้มการพัฒนาที่เป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง ความท้าทายในการพัฒนาปีถัดไป ได้แก่ การพัฒนาระบบข้อมูลที่เชื่อมโยง การเตรียมความพร้อมสำหรับมาตรฐานใหม่ด้านการผลิตและเตรียมยา และการจัดการปัญหาที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างการบริหารราชการส่วนท้องถิ่นที่ส่งผลต่อการประเมินงานด้านเภสัชกรรมปฐมภูมิ ผลการวิจัยนี้สะท้อนให้เห็นถึงความมุ่งมั่นของโรงพยาบาลชุมชนในการยกระดับมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา และความจำเป็นในการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการสร้างระบบการใช้ยาที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยทุกราย และมีบางหัวข้อจะต้องนำมาวางแผนสำหรับการพัฒนาการดำเนินงานมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดสุราษฎร์ธานีในการดำเนินงานปีถัดไป

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลรวมการประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดสุราษฎร์ธานีดำเนินงานจำแนกตามระดับโรงพยาบาล ปี พ.ศ. 2566 และ พ.ศ. 2567 (n = 19)

มาตรฐานความปลอดภัยด้านยา 4 มิติ	ค่าเฉลี่ยคะแนนรวมการประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ผลต่างค่าเฉลี่ยผลรวม ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t	p-value
ปี พ.ศ. 2566	44.95 ± 6.45	-6.13 ± 2.49	-10.178	<0.001
ปี พ.ศ. 2567	51.08 ± 7.54			

จากตารางที่ 3 พบว่าค่าเฉลี่ยผลรวมการประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลจังหวัดสุราษฎร์ธานี ปี พ.ศ. 2567 สูงกว่าปี พ.ศ. 2566 โดยในปี พ.ศ. 2566 ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 38.50 – 51.40 คะแนน ขณะที่ในปี พ.ศ. 2567 ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 43.54 – 58.62 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยระหว่างสองปี พบว่าผลต่างเฉลี่ยเท่ากับ -6.13 ± 2.49 และมีค่า t = -10.178, p<0.001 แสดงให้เห็นว่าผลต่างดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลการประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดสุราษฎร์ธานีดำเนินงานจำแนกตามระดับโรงพยาบาล ปี พ.ศ. 2566 และ พ.ศ. 2567 (n = 19)

มาตรฐานความปลอดภัยด้านยา 4 มิติ	ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนการประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา	ผลต่างค่าเฉลี่ย± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t	p-value
ปี พ.ศ. 2566	3.27±0.46	-0.21 ± 0.19	-4.791	<0.001
ปี พ.ศ. 2567	3.47±0.51			

จากตารางที่ 4 พบว่าค่าเฉลี่ยผลการประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดสุราษฎร์ธานี กล่าวคือ ระดับมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลจังหวัดสุราษฎร์ธานีมีการพัฒนาสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในปี พ.ศ. 2567 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2566 สะท้อนให้เห็นถึงแนวโน้มการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นในการยกระดับมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานด้านมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสุราษฎร์ธานี กลุ่มตัวอย่าง คือ โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 19 แห่ง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ฉบับปรับปรุงใหม่ พ.ศ.2565 เป็นแบบประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา 4 มิติของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, 2022) ประกอบด้วย 1) มิติด้านการบริหารระบบยา 2) มิติการบริการและบริบาลเภสัชกรรม 3) มิติการจัดการระบบยา และ 4) มิติการบริหารยาและเวชภัณฑ์ และภายใต้แต่ละมิติประกอบไปด้วยมาตรฐานด้านต่าง ๆ 15 หัวข้อ เก็บข้อมูลการวิจัยจากการขออนุญาตใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) จากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นรายงานผลการตรวจประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา โดยใช้ข้อมูลมาวิเคราะห์สถานการณ์เกี่ยวกับความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดสุราษฎร์ธานีทุกแห่ง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน ได้แก่ Paired t-test

ผลการวิจัยมีดังต่อไปนี้

1. การพัฒนาระดับมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาโดยรวม ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสุราษฎร์ธานี มีการพัฒนาการดำเนินงานตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาอย่างมีนัยสำคัญ โดยค่าเฉลี่ยผลรวมการประเมินเพิ่มขึ้นจาก 44.95 ± 6.45 คะแนนในปี พ.ศ. 2566 เป็น 51.08 ± 7.54 คะแนนในปี พ.ศ. 2567 (p<0.001) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความมุ่งมั่นและการให้

ความสำคัญของผู้บริหารและบุคลากรในการยกระดับมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับการศึกษาของ นุชน้อย ประภาโส[2] ที่พบว่าการดำเนินงานตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกขนาดให้ความสำคัญในทุกมิติ และการศึกษาของ ณัฐฎา สุรณัฐกุล[5] ที่เน้นความสำคัญของการขับเคลื่อนนโยบายและการทำความเข้าใจเกณฑ์มาตรฐานอย่างถูกต้อง

2. การวิเคราะห์การดำเนินงานในแต่ละมิติ

2.1 มิติด้านการบริหารระบบยา (มิติที่ 1) ผลการวิจัยพบว่าโรงพยาบาลชุมชนสามารถดำเนินการได้อย่างครบถ้วนเกือบทุกหัวข้อ โดยในปี พ.ศ. 2567 มีโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100 ในทุกหัวข้อ ยกเว้นหัวข้อการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรที่มีร้อยละ 89.47 ซึ่งปรับปรุงขึ้นจากร้อยละ 84.21 ในปี พ.ศ. 2566 ปัญหาด้านการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรที่ยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายร้อยละ 100 นั้น สะท้อนถึงข้อจำกัดด้านอัตรากำลังและการจัดการทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิวิมล ทองพั้ว[6] ที่ระบุว่าปัจจัยทางการบริหารทุกด้านมีผลต่อการนำมาตรฐานการจัดการด้านยาไปสู่การปฏิบัติ

2.2 มิติด้านการบริการและบริบาลทางเภสัชกรรม (มิติที่ 2) ผลการวิจัยแสดงให้เห็นการพัฒนาที่ดีในมิตินี้ โดยในปี พ.ศ. 2567 โรงพยาบาลทุกแห่งสามารถดำเนินการผ่านเกณฑ์ทุกแห่ง ได้แก่ หัวข้อการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกและการบริการจ่ายยาผู้ป่วยใน การพัฒนาที่เห็นได้ชัดในมิตินี้อาจเป็นผลมาจากการที่มิติการบริการและบริบาลทางเภสัชกรรมเป็นงานหลักที่บุคลากรเภสัชกรรมมีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์โดยตรง ทำให้สามารถปรับปรุงและพัฒนาได้รวดเร็ว

2.3 มิติด้านการจัดการระบบยา (มิติที่ 3) โรงพยาบาลเกือบทั้งหมดสามารถดำเนินการได้ครบถ้วน ทั้งหัวข้อการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพและหัวข้อการส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล สะท้อนให้เห็นถึงการตื่นตัวของโรงพยาบาลชุมชนในการจัดการความเสี่ยงด้านยา ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ วรพงศ์ เรืองสงค์[1] ที่เน้นว่าอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเป็นประเด็นสำคัญในความปลอดภัยด้านยา อย่างไรก็ตาม การที่หัวข้องานเภสัชกรรมปฐมภูมิมีโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 6 แห่ง ที่ไม่สามารถประเมินได้เนื่องจาก รพ.สต. ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด แสดงให้เห็นถึงผลกระทบของนโยบายการกระจายอำนาจต่อการประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา

2.4 มิติด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ (มิติที่ 4) มิตินี้พบความแตกต่างที่สำคัญในหัวข้อการผลิตและเตรียมยา เนื่องจากในปี พ.ศ. 2567 กองบริหารการสาธารณสุขได้บังคับใช้การประเมินหัวข้อนี้ ทำให้บางโรงพยาบาลยังไม่ผ่านเกณฑ์ เนื่องจากไม่ได้เตรียมความพร้อมด้านสถานที่และระบบการผลิตและเตรียมยาปัญหานี้สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการให้เวลาและการสนับสนุนเพียงพอแก่โรงพยาบาลชุมชนในการปรับตัวตามมาตรฐานใหม่

3. การนำทฤษฎีการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice) มาใช้ ผลการวิจัยแสดงให้เห็นถึงการนำแนวคิด Evidence-Based Practice มาใช้ในการพัฒนามาตรฐาน

ความปลอดภัยด้านยา โดยโรงพยาบาลชุมชนได้ประเมินสถานการณ์ปัญหา (Assess), กำหนดคำถามเพื่อพัฒนา (Ask), สืบค้นหลักฐานและแนวทางปฏิบัติที่ดี (Acquire), ประเมินความเหมาะสม (Appraise), นำไปใช้ (Apply) และประเมินผล (Evaluation) อย่างเป็นระบบ[7] การที่คะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาระบบงานด้านมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลชุมชน

โดยสรุป การวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสุราษฎร์ธานีมีการพัฒนาการดำเนินงานมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในภาพรวมดีขึ้นอย่างชัดเจนในปี พ.ศ. 2567 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2566 แม้ยังมีบางมิติที่ต้องการการวางแผนและสนับสนุนเพิ่มเติม เช่น การพัฒนาสมรรถนะบุคลากร และการเตรียมความพร้อมในด้านสถานที่สำหรับการผลิตและเตรียมยา ทั้งนี้ การปรับปรุงและการสนับสนุนเชิงนโยบายในระยะต่อไปจะช่วยเสริมความเข้มแข็งและความยั่งยืนของระบบความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลชุมชนได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งการพัฒนามาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลชุมชนต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ตั้งแต่ระดับนโยบายจนถึงระดับปฏิบัติการ โดยเน้นการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การสร้างระบบการเรียนรู้ และการใช้เทคโนโลยีเป็นเครื่องมือสนับสนุน ทั้งนี้ ความสำเร็จของการดำเนินงานจะวัดจากการลดลงของความผิดพลาดทางยาและการเพิ่มขึ้นของความปลอดภัยและความพึงพอใจของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยพบว่า โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสุราษฎร์ธานีมีการพัฒนาการดำเนินงานมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในภาพรวมดีขึ้นอย่างชัดเจนในปี พ.ศ. 2567 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2566 แม้ยังมีบางมิติที่ต้องการการวางแผนและสนับสนุนเพิ่มเติม ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. กองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขอาจต้องมีการปรับแนวทางการประเมินให้เหมาะสมกับบริบทใหม่ โดยปรับปรุงเกณฑ์การประเมิน ให้สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชนที่มี รพ.สต. ถูกถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด ผลกระทบของนโยบายการกระจายอำนาจ เนื่องจากการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดส่งผลต่อการประเมินในหัวข้องานเภสัชกรรมปฐมภูมิ

2. กระทรวงสาธารณสุขควรจัดสรรงบประมาณเฉพาะด้าน สำหรับการพัฒนาโครงสร้างกายภาพและระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อรองรับมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา โดยเฉพาะหัวข้อการผลิตและเตรียมยาที่ต้องการการลงทุนด้านสถานที่และอุปกรณ์ การพัฒนาระบบฐานข้อมูลกลาง สำหรับการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse Drug Reaction Monitoring System : ADR Monitoring System) ที่เชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลในระดับต่าง ๆ ปรับปรุงระบบการรายงานและติดตาม ADR โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น Mobile Application หรือ Web-based System ที่ใช้งานง่าย จัดทำคู่มือและ Standard Operating Procedure (SOP) ที่ชัดเจนสำหรับการดำเนินงาน

ในแต่ละมิติ โดยเฉพาะหัวข้อที่ยังมีผลการประเมินต่ำ พัฒนาระบบการเตือนภัยและป้องกันความผิดพลาด เช่น ระบบ Clinical Decision Support System (CDSS) สำหรับการตรวจสอบ Drug-Drug Interaction เป็นต้น

3. ให้โรงพยาบาลที่มีผลการประเมินดีเป็นพี่เลี้ยง เป็นการพัฒนาระบบ Peer Review สำหรับโรงพยาบาลที่ต้องการพัฒนาจัดตั้งศูนย์ความเป็นเลิศด้านความปลอดภัยทางยา ระดับจังหวัด เพื่อเป็นแหล่งเรียนรู้และให้คำปรึกษากำหนดแผนพัฒนาระยะยาว (3 - 5 ปี) ที่มีเป้าหมายชัดเจนสำหรับแต่ละมิติและแต่ละระดับโรงพยาบาล จัดทำแผนการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรอย่างเป็นระบบ โดยวิเคราะห์ Gaps ของความรู้และทักษะที่จำเป็น จัดทำ Individual Development Plan (IDP) และจัดกิจกรรมพัฒนาอย่างต่อเนื่อง สร้างทีมสหสาขาวิชาชีพด้านความปลอดภัยทางยา ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาล และเจ้าหน้าที่คุณภาพ เพื่อทำงานร่วมกันอย่างบูรณาการ พัฒนาระบบ การจัดการความรู้ (Knowledge Management) เพื่อการเรียนรู้และแบ่งปันประสบการณ์ภายในองค์กร มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ กับจังหวัดอื่น ๆ ในภาคใต้ พัฒนา Best Practice Sharing Platform ระดับภาค

4. ควรศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก หรือ การสนทนากลุ่ม

5. ควรมีการศึกษาเรื่องการพัฒนาและทดสอบแบบจำลองการพัฒนา (Development Model) ที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้ ศึกษาความคุ้มค่าของการลงทุน (Cost-Effectiveness Analysis) ในการพัฒนามาตรฐานความปลอดภัยด้านยา

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณคณะกรรมการตรวจประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาระดับจังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่ได้เอื้อเฟื้อข้อมูลและให้คำปรึกษาอันมีคุณค่า รวมถึง ผู้บริหารและหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมในโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 19 แห่ง ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและสนับสนุนการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้ด้วยดีตลอดมา และขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิให้คำปรึกษาจาก ดร. สมหมาย คชนาม ผู้จัดการสำนักงานวิจัยและสถิติ

เอกสารอ้างอิง

1. วรพงศ์ เรืองสงค์. ความปลอดภัยด้านยา (Patient Medication Safety) [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 30 เม.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/MNSTMedJ/article/view/248235
2. นุชน้อย ประภาโส. การศึกษาการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ. 2567;3(2):66-79. เข้าถึงได้จาก: https://he03.tci-thaijo.org/index.php/SJRH/article/view/2694/2121
3. กรมการแพทย์. มาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาล [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 30 เม.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://dmsic.moph.go.th/editors/userfiles/files/hospital.pdf
4. กองบริหารการสาธารณสุข. มาตรฐานความปลอดภัยด้านยา [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 30 เม.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://phdb.moph.go.th/main/
5. ณัฐฎา สุรณัฐกุล. รูปแบบการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสงขลา [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 30 เม.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jhri/article/view/269886/184694
6. ศศิวิมล ทองพั้ว. ปัจจัยที่มีผลต่อการนำมาตรฐานการจัดการด้านยาไปสู่การปฏิบัติ ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 30 เม.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://hpci.anamai.moph.go.th/hl/Res/ResFile/2560000801.pdf
7. นิตยา เพ็ญศิรินภา. การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice : EBP) [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [เข้าถึงเมื่อ 29 เม.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.stou.ac.th/Schools/Shs/booklet/book55_1/pbhealth.htm

JOURNAL OF HEALTH CONSUMER PROTECTION
วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
Vol: 5 No.2 July-December 2025
ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2568

การใช้โปรแกรมระบบคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชน (สำรวจร้านชำ) เพื่อยกระดับร้านชำในจังหวัดลพบุรี ให้ปฏิบัติตามกฎหมาย

Using the consumer protection system program in the community (survey of grocery stores) to raise the level of grocery stores in Lopburi Province following the laws

สุทธิดา โต๊ะทอง[1]
Suttida Toautong[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์ปัญหาการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ฝ่าฝืนกฎหมายในร้านชำ 2) ยกระดับศักยภาพเครือข่ายสุขภาพจังหวัดลพบุรีในการใช้โปรแกรมระบบคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชน (สำรวจร้านชำ) เพื่อยกระดับร้านชำให้ปฏิบัติตามกฎหมาย และ 3) เสนอแนวทางเชิงนโยบายในการบังคับใช้กฎหมายพัฒนาร้านชำให้ได้มาตรฐาน โดยการศึกษาแบบผสมผสานระหว่างการศึกษาเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณภาคตัดขวาง ในร้านชำ 102 แห่งของอำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี เก็บรวบรวมข้อมูลโดย ใช้โปรแกรมระบบคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชนเก็บข้อมูลผลิตภัณฑ์สุขภาพและสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ประกอบ เนินการระหว่างเดือนกรกฎาคม - ตุลาคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ และคำนวนค่าร้อยละ ผลการศึกษาพบว่า ร้านชำส่วนใหญ่ผ่านมาตรฐานด้านสถานที่ ร้อยละ 84.3 แต่ไม่ผ่านมาตรฐาน ด้านผลิตภัณฑ์ โดยร้านชำที่จำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพถูกต้อง (สีเขียว) มีร้อยละ 12.7 ร้านที่สามารถปรับปรุงได้ (สีเหลือง) ร้อยละ 34.4 และร้านที่จำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมาย (สีแดง) ร้อยละ 52.9 สาเหตุหลักที่ไม่ผ่านมาตรฐาน ได้แก่ การขายอาหารผิดกฎหมาย ร้อยละ 79.4 ยาผิดกฎหมาย ร้อยละ 42.2 และวัตถุอันตรายในครัวเรือน ร้อยละ 22.5 ผู้ประกอบการส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในระดับมาก โดยเฉพาะด้านการเข้าถึงและทำความเข้าใจข้อมูล แต่ยังมีจุดอ่อนด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการบอกต่อ ข้อเสนอแนะคือ ควรใช้ข้อมูลจากโปรแกรมระบบคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชน เพื่อกำหนดแนวทางพัฒนาร้านชำและศักยภาพเครือข่ายสุขภาพ รวมถึงพัฒนาโปรแกรมให้สามารถแจ้งข้อกฎหมายเมื่อพบการฝ่าฝืน เพื่อสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายและยกระดับร้านชำในจังหวัดลพบุรีให้ปฏิบัติตามกฎหมายอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ : โปรแกรมระบบคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชน (สำรวจร้านชำ), ร้านชำคุณภาพ

---

[1] เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี
[1] Pharmacist, Professional Level. Division of Consumer Protection and Public Health Pharmacy, Lopburi Public Health Office. Email : suttida4311@gmail.com

Received: 12 Dec 2025, Revised: 15 Dec 2025, Accepted: 28 Dec 2025

Abstract

This study aimed 1) to examine the situation and problems related to the sale of health products that violate the law in local grocery stores, 2) to enhance the capacity of health networks in Lopburi Province in utilizing the Consumer Protection System in the Community Program (Grocery Store Survey) to promote legal compliance among grocery stores, and 3) to propose policy recommendations for effective law enforcement and the development of standard-compliant grocery stores. This cross-sectional study employed both quantitative and qualitative approaches and included 102 grocery stores in Lam Sonthi District, Lopburi Province. Data on health products and in-depth interviews with store owners were collected using the Consumer Protection System in the Community Program between July and October 2024. Descriptive statistics were used for data analysis, including frequency distribution and percentage. The findings revealed that most grocery stores met the criteria for appropriate premises (84.3%), but many failed to meet product standards. Stores selling legally compliant health products (green) accounted for 12.7%, stores that could be improved (yellow) 34.4%, and stores selling illegal health products (red) 52.9%. The main causes of non-compliance were the sale of illegal foods (79.4%), illegal medicines (42.2%), and household hazardous substances (22.5%). Most store owners demonstrated a high level of health product literacy, particularly in accessing and understanding information, while their behavioral change and communication dimensions remained moderate. The study suggests that data from the Consumer Protection System in the Community Program should be used to develop strategies for improving grocery stores and strengthening health network capacity. Furthermore, the program should be enhanced to automatically notify relevant legal provisions when violations are detected, thereby supporting law enforcement and promoting sustainable legal compliance among grocery stores in Lopburi Province.

Keywords : Community-based Consumer Protection Program, Grocery Store Quality Standards, Lopburi Province

บทนำ

จังหวัดลพบุรี มีการพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการร้านชำเพื่อให้มีการพัฒนาร้านชำให้ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด จากสถานการณ์การสำรวจข้อมูลร้านชำที่ตั้งอยู่ในพื้นที่จังหวัดลพบุรี ณ เดือนมิถุนายน 2567 พบว่ามีจำนวนรวมทั้งสิ้น 3,656 แห่ง[1] สินค้าส่วนใหญ่ที่จำหน่าย คือสินค้าที่จำเป็นในการดำรงชีวิต เช่น อาหาร ยา เครื่องสำอาง เป็นต้น โดยลูกค้าส่วนใหญ่เป็นประชาชน นักเรียน ที่อาศัยอยู่ใกล้กับร้านชำที่ตั้งอยู่ในชุมชนนั้น และส่วนใหญ่มีเศรษฐานะไม่ค่อยดี ดังนั้นร้านชำจึงเป็นแหล่งกระจายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่สำคัญ ใกล้ชิดกับประชาชนโดยเฉพาะในชุมชนที่อยู่ห่างไกลจากตัวเมือง โดยปัญหาที่พบจากผลิตภัณฑ์ที่มีจำหน่ายในร้านชำ ได้แก่ การจำหน่ายยาอันตราย อาหารไม่มีฉลาก หมดอายุ เป็นต้น สาเหตุที่ส่งผลให้ผู้ประกอบการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐาน เนื่องจากไม่เห็นความสำคัญของการรับรอบมาตรฐานดังกล่าว ไม่มีความใส่ใจในการตรวจตราสินค้า ให้ได้มาตรฐานอยู่เสมอ เป็นต้น สำหรับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี ได้ดำเนินการพัฒนามาตรฐานร้านชำ ตั้งแต่ปี 2562 โดยเริ่มจากการสำรวจ พร้อมให้ความรู้ คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเครือข่ายด้านสุขภาพ เกี่ยวกับหลักเกณฑ์ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาร้านชำให้ผ่านมาตรฐานตามเกณฑ์แบบตรวจประเมินร้านชำมาตรฐานที่จัดทำขึ้น ปัจจุบันพบว่ามีร้านชำที่ผ่านตามเกณฑ์แบบตรวจประเมินร้านชำมาตรฐาน Plus RDU จังหวัดลพบุรี เพียงจำนวน 146 แห่ง คิดเป็นจำนวนร้อยละ 3.99 ดังนั้นการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่มีคุณภาพ ไม่ปฏิบัติตามกฎหมายที่กำหนด อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในชุมชนที่ซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพดังกล่าวไปบริโภค การยกระดับและพัฒนาร้านชำให้เป็นร้านชำคุณภาพ มีการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพมาตรฐาน และการจัดเก็บผลิตภัณฑ์ที่เหมาะสม รวมถึงปฏิบัติตามกฎหมายที่กำหนด จึงมีความสำคัญในการส่งต่อ กระจายผลิตภัณฑ์สุขภาพมีคุณภาพมาตรฐานปลอดภัย เป็นประโยชน์ และลดความเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้บริโภคหลังจากการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ซื้อจากร้านชำในชุมชนนั้น

ในปี 2563 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแนวทางการส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลในชุมชน โดยมีการเชื่อมโยงจาก 5 กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) การเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกในโรงพยาบาล 2) การเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกในชุมชน 3) การสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล 4) การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในภาคเอกชน 5) การสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประชาชน โดยกิจกรรมทั้งหมดจำเป็นต้องทำร่วมกันของเครือข่ายสุขภาพ ในการร่วมกันค้นหาปัญหาจากผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่พบในชุมชน แล้วนำมาหาวิธีแก้ไขปัญหาตามความเหมาะสมหรือตามบริบทของชุมชน เพื่อให้เกิดการแก้ไข ป้องกันปัญหาได้อย่างมีระบบ และยั่งยืน[2]

ปี 2567 ศูนย์วชาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา(อย.) ได้พัฒนาโปรแกรมระบบคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชน (สำรวจร้านชำ) ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ใช้สำรวจผลิตภัณฑ์ในชุมชน หรือออกตรวจร้านชำ เป็นการใช้โปรแกรมผ่านสมาร์ทโฟน แทบเลต สามารถจัดเก็บข้อมูลผลิตภัณฑ์สุขภาพที่พบการจำหน่ายจากการสำรวจร้านชำเป้าหมาย โดยโปรแกรมดังกล่าวสามารถวิเคราะห์ข้อมูลของผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างละเอียด เช่น ทราบถึงผลิตภัณฑ์ที่ฝ่าฝืนกฎหมาย ลักษณะของผลิตภัณฑ์ที่ผิดกฎหมาย เป็นผลิตภัณฑ์ประเภทใด สามารถระบุชนิด/ชื่อทางการค้าของ

ผลิตภัณฑ์ จำนวนที่พบ รวมถึงแหล่งที่มาของผลิตภัณฑ์ที่ฝ่าฝืนกฎหมาย และสามารถจำแนกได้ว่าเป็นร้านชำประเภทใด เช่น ร้านชำประเภททั่วไป ตามระดับสี (สีเขียว สีเหลือง สีแดง) และ ร้านชำคุณภาพ (ประเภทการใช้ยาสมเหตุผล ประเภทผลิตภัณฑ์สุขภาพปลอดภัย) อีกทั้งยังสามารถระบุข้อมูล latitude longitude ของร้านชำได้[3] จึงทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจในการรวบรวมสถานการณ์การจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำ โดยใช้โปรแกรมระบบคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชน (สำรวจร้านชำ) เพื่อนำข้อมูลจากการสำรวจมาวิเคราะห์ ประเมินความเสี่ยง ปริมาณผลิตภัณฑ์สุขภาพที่พบว่ามีการฝ่าฝืนข้อกฎหมาย ประเด็นที่ฝ่าฝืนกฎหมาย เพื่อนำมากำหนดเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายให้กับจังหวัดในการกำหนดแนวทางในการปฏิบัติ สร้างความตระหนักรู้มาตรการบังคับใช้กฎหมาย และเป็นการยกระดับพัฒนามาตรฐานร้านชำในจังหวัดลพบุรีให้ปฏิบัติตามกฎหมาย รวมถึงร้านชำสามารถเป็นแหล่งจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ปลอดภัยในชุมชน ทำให้ผู้บริโภครวมถึงประชาชนกลุ่มเปราะบาง กลุ่มเศรษฐานะไม่ค่อยดีสามารถเข้าถึงสินค้าที่ปลอดภัยได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำที่มีการฝ่าฝืนกฎหมาย

2. เพื่อยกระดับศักยภาพของเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่จังหวัดลพบุรี ให้สามารถใช้โปรแกรมระบบคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชน (สำรวจร้านชำ) เพื่อยกระดับร้านชำในจังหวัดลพบุรี ให้ปฏิบัติตามกฎหมาย

3. เพื่อหาข้อเสนอเชิงนโยบาย แนวทางการบังคับใช้กฎหมายของจังหวัดลพบุรี ในการพัฒนาร้านชำให้ปฏิบัติตามกฎหมาย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาการใช้โปรแกรมระบบคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชน (สำรวจร้านชำ) เพื่อยกระดับร้านชำในจังหวัดลพบุรี ให้ปฏิบัติตามกฎหมาย เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ชนิกการสำรวจ ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional survey study) โดยศึกษาตั้งแต่ 15 กรกฎาคม 2567 - 15 ตุลาคม 2567 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการศึกษา คือ ร้านชำในจังหวัดลพบุรี สุ่มตัวอย่างแบบ cluster sampling ชนิดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยการเลือกศึกษากลุ่มร้านชำทั้งหมดที่เปิดจำหน่ายในปี 2567 ในพื้นที่ของตำบลลำสนธิ และตำบลกุดตาเพชร อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 122 ร้าน (เลือกตำบลลำสนธิ เนื่องจากเป็นตำบลที่อยู่ใกล้อำเภอ และเลือกตำบลกุดตาเพชร เนื่องจากเป็นตำบลที่อยู่ไกลจาก ตัวอำเภอมากที่สุด)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 โปรแกรมระบบคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชน (สำรวจร้านชำ) ในการเก็บข้อมูลผลิตภัณฑ์สุขภาพที่จำหน่ายในร้านชำ

2.2 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับสัมภาษณ์ผู้ประกอบการร้านชำเกี่ยวกับข้อมูลของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีการฝ่าฝืนกฎหมายและพบว่ามีการจำหน่ายในร้านชำ ให้ทราบถึงแหล่งต้นทางที่การกระจายสินค้าไม่เหมาะสม ด้วยแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structured Questionnaire) โดยมีผู้วิจัยและเครือข่ายสุขภาพเป็นผู้สัมภาษณ์

3. วิธีการเก็บข้อมูล

3.1สำรวจร้านชำและบันทึกข้อมูลโดยใช้โปรแกรมระบบคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชน (สำรวจร้านชำ) ในการเก็บข้อมูลผลิตภัณฑ์สุขภาพที่จำหน่ายในร้านชำ

3.2 สัมภาษณ์ผู้ประกอบการร้านชำ เกี่ยวกับรายละเอียดของข้อมูลของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีการฝ่าฝืนกฎหมายและพบว่ามีการจำหน่ายในร้านชำ(จากการตรวจพบโดยโปรแกรมระบบคุ้มครองผู้บริโภค) เพื่อศึกษาแหล่งต้นทางที่การกระจายสินค้าไม่เหมาะสม ด้วยแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structured Questionnaire) โดยมีผู้วิจัยและเครือข่ายสุขภาพเป็นผู้สัมภาษณ์

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่อแจกแจงความถี่ และคำนวณค่าร้อยละ ของข้อมูลทั่วไปจัด แบ่งร้านชำประเภททั่วตามระดับสี (สีเขียว สีเหลือง สีแดง) และ ร้านชำคุณภาพ (ประเภทการใช้ยาสมเหตุผล ประเภทผลิตภัณฑ์สุขภาพปลอดภัย) นำเสนอด้วยค่าความถี่ร้อยละ

4.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ให้ทราบถึงแหล่งต้นทางที่การกระจายสินค้าไม่เหมาะสม โดยการประมวลผลข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview –IDI)

ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี เลขที่ LBEC 8/2567

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

จำนวนร้านชำทั้งหมด 102 ร้าน เป็นร้านชำที่อยู่ในพื้นที่ตำบลกุดตาเพชร จำนวน 77 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 75.5 และตำบลลำสนธิ จำนวน 25 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 24.5 จากการประเมินพบว่า เป็นร้านชำที่มีสถานที่เหมาะสม จำนวน 86 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 84.3 ร้านชำที่มีสถานที่ไม่เหมาะสม จำนวน 16 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 15.7 (ดังตารางที่ 1)

ผลการประเมินร้านชำประเภททั่วไป (GG)

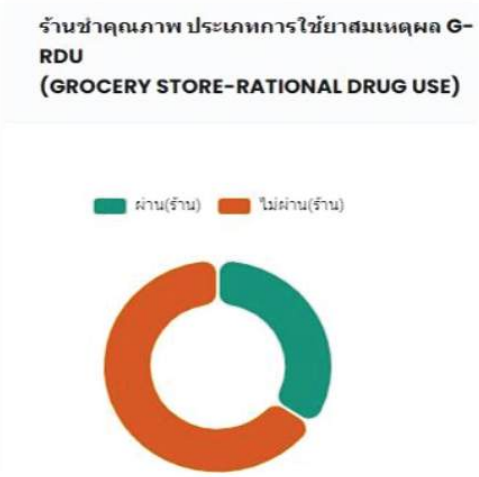
โดยเป็นการตรวจประเมินเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์ในร้านชำเบื้องต้น พบว่าร้านชำส่วนใหญ่เป็นร้านชำระดับสีแดง คิดเป็นร้อยละ 52.9 รองลงมาเป็นร้านชำระดับสีเหลือง คิดเป็นร้อยละ 34.4 และร้านชำระดับสีเขียว คิดเป็นร้อยละ 12.7 ตามลำดับ รูปภาพที่ 1 แสดงประเภทร้านชำที่ผ่านเกณฑ์การประเมินตามระดับสี



รูปภาพที่ 1 สัดส่วนร้านชำแต่ละประเภทร้านชำที่ผ่านเกณฑ์การประเมินตามระดับสี

ผลการประเมินร้านชำประเภทคุณภาพ (GGP)

การตรวจประเมินร้านชำประเภทการใช้ยาสมเหตุผล (G-RDU) เพื่อยกระดับร้านชำในด้านคุณภาพ โดยใช้เกณฑ์ร้านชำคุณภาพ ด้านสถานที่ ด้านผลิตภัณฑ์ และด้านความรอบรู้ของผู้ประกอบการร้านชำพบว่า ส่วนใหญ่ไม่ผ่านการประเมินร้านชำประเภทการใช้ยาสมเหตุผล (G-RDU) คิดเป็นร้อยละ 65.7 ส่วนร้านชำที่ผ่านการประเมินร้านชำประเภทการใช้ยาสมเหตุผล (G-RDU) คิดเป็นร้อยละ 34.3 รูปภาพที่ 2



รูปภาพที่ 2 สัดส่วนร้านชำที่ผ่านเกณฑ์การประเมินร้านชำคุณภาพ ประเภทการใช้ยาสมเหตุผล G-RDU

ส่วนที่ 2 ข้อมูลผลิตภัณฑ์

จากการสำรวจข้อมูลด้านการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำ พบว่าส่วนมากข้อมูลการโฆษณายาและผลิตภัณฑ์สมุนไพร ผ่านเกณฑ์การประเมินร้อยละ 100 รองลงมาคือข้อมูลการขายผลิตภัณฑ์สมุนไพร และการขายเครื่องสำอาง ร้อยละ 96.1 และ 89.2 ตามลำดับ สำหรับข้อมูลผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ส่วนใหญ่พบว่า เป็นข้อมูลด้านการขายอาหาร ร้อยละ 79.4 รองลงมาคือข้อมูลการขายยา ร้อยละ 42.2 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของร้านชำในแต่ละตำบลที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานด้านสถานที่และผลิตภัณฑ์

ข้อมูลร้านชำ	รวมจำนวน (n = 102)		ตำบลกุดตาเพชร (n = 77)		ตำบลลำสนธิ (n = 25)	
	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน
สถานที่เหมาะสม	86(84.3)	16(15.7)	67(77.9)	10(62.5)	19(22.1)	6(37.5)
ผลิตภัณฑ์ผิดกฎหมายและไม่เหมาะสม	102(100)	0(0)	77(75.5)	0(0)	25(24.5)	0(0)

หมายเหตุ : สถานที่สะอาด ไม่รกรุงรัง, บริเวณที่วางยา อาหาร เครื่องสำอาง ปราศจากแสงแดดส่องถึง และมีข้อสังเกตว่าร้านชำไม่พบข้อมูลผลิตภัณฑ์ผิดกฎหมายและไม่เหมาะสม ร้อยละ 100 ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการสำรวจในลำดับถัดไป

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของร้านชำในแต่ละตำบลที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานแต่ละด้าน

ข้อมูลผลิตภัณฑ์	รวมจำนวน (n = 102)		ตำบลกุดตาเพชร (n = 77)		ตำบลลำสนธิ (n = 25)	
	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน
การขายอาหาร	21(20.6)	81(79.4)	21(100)	56(69.1)	0(0)	25(30.9)
การขายยา	59(57.8)	43(42.2)	46(78.0)	31(72.1)	13(22.0)	12(27.9)
การขายผลิตภัณฑ์อื่นๆ	79(77.5)	23(22.5)	54(68.4)	23(100)	25(31.6)	0(0)
การขายเครื่องสำอาง	91(89.2)	11(10.8)	68(74.7)	9(81.8)	23(25.3)	2(18.2)
การขายผลิตภัณฑ์สมุนไพร	98(96.1)	4(3.9)	75(76.5)	2(50.0)	23(23.5)	2(50.0)
การโฆษณายาและผลิตภัณฑ์สมุนไพร	102(100)	0(0)	77(75.5)	0(0)	25(24.5)	0(0)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการประเมินความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

เมื่อพิจารณาระดับความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการร้านชำ จากแบบประเมินความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพโดยรวมพบว่ามีผลการประเมินอยู่ในระดับมาก สำหรับการเข้าถึงข้อมูล ความเข้าใจ การโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยน การตัดสินใจ มีผลการประเมินอยู่ในระดับมาก ส่วนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อ มีผลการประเมินอยู่ในระดับปานกลาง รายละเอียดดังตารางที่3

ตารางที่ 3 จำนวนผู้ประกอบการมีความรู้แต่ละระดับ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลการประเมินรวม จำแนกรายประเด็นของความรอบรู้ (n = 102)

หมวดที่ 1 การเข้าถึงข้อมูล	5 มากที่สุด	4 มาก	3 ปานกลาง	2 น้อย	1 น้อยที่สุด	ค่าเฉลี่ย	ค่า SD	ผลประเมิน
1. ท่านสนใจและเข้าใจข้อความที่แสดงประเภทของยาบนฉลาก [ยาอันตราย][สามัญประจำบ้าน]	55	18	13	5	11	3.99	1.35	มาก
2. ท่านสามารถค้นหาข้อมูลผลิตภัณฑ์สุขภาพ(ยา อาหาร เครื่องสำอาง) ที่ถูกต้อง ก่อนซื้อมาจำหน่ายได้ด้วยตนเอง โดยค้นจากหลายแหล่ง เช่น เภสัชกร บุคลากรสาธารณสุข สื่อออนไลน์ฯ	28	10	23	10	31	2.94	1.58	ปานกลาง
3. ท่านรับรู้ข้อมูลประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ(ยา อาหาร เครื่องสำอาง) จากหน่วยงานต่างๆ เช่น อย. สสจ. โรงพยาบาล รพ.สต.	54	16	21	5	6	4.05	1.21	มาก
ภาพรวม						**3.66**	**1.38**	**มาก**

ตารางที่ 3 จำนวนผู้ประกอบการมีความรู้แต่ละระดับ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลการประเมินรวม จำแนกรายประเด็นของความรอบรู้ (n = 102) (ต่อ)

หมวดที่ 2 ความเข้าใจ								
1. ยาต้องแสดงเลขทะเบียนยาบนฉลาก เช่น 1A 12/53	32	8	13	8	41	2.82	1.73	ปานกลาง
2. ยาสิ้นอายุ 180722 หมายถึง ยาหมดยาอายุไปแล้ว	70	8	9	2	13	4.18	1.4	มาก
3. ท่านสามารถนำยามาจัดเป็นชุดเพื่อจำหน่ายในร้านค้า ร้านชำได้ ***	1	1	3	3	94	4.84	0.61	มากที่สุด
4. ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารสามารถรักษาโรคได้ ***	2	0	5	2	93	4.8	0.7	มากที่สุด
5. อาหาร เช่น น้ำแข็ง นม ฯ ต้องมีเลขสารบบอาหาร	64	10	11	3	14	4.05	1.44	มาก
6.เ ครื่องสำอางต้องมีฉลากภาษาไทย	67	11	13	3	8	4.24	1.25	มาก
ภาพรวม						**4.16**	**1.19**	**มาก**
หมวดที่ 3 การโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยน								
1. ท่านกล้าที่จะซักถามบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับ สิ่งที่กังวลในการเลือกซื้อ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ (ยา อาหาร เครื่องสำอาง) เพื่อนำมาจำหน่าย	50	19	20	3	10	3.94	1.3	มาก
2. ท่านรู้ว่าสามารถโทรสอบถามข้อมูล ข้อสงสัย หรือข้อร้องเรียนเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ(ยา อาหาร เครื่องสำอาง) จาก อย. สสจ รพช. และ รพ.สต.ได้	46	17	19	4	16	3.72	1.46	มาก
ภาพรวม						**3.83**	**1.38**	**มาก**
หมวดที่ 4 การตัดสินใจ								
1.เมื่อท่านเห็นโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ(ยา อาหาร เครื่องสำอาง) นั้นท่านจะหาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อประเมินความน่าเชื่อถือก่อนการตัดสินใจเลือก	34	13	21	8	26	3.21	1.59	ปานกลาง

ตารางที่ 3 จำนวนผู้ประกอบการมีความรู้แต่ละระดับ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลการประเมินรวม จำแนกรายประเด็นของความรอบรู้ (n = 102) (ต่อ)

2. ท่านมักเปรียบเทียบข้อมูลผลิตภัณฑ์สุขภาพ(ยา อาหาร เครื่องสำอาง) จากหลายแหล่ง/หลายร้านก่อนที่จะเลือกซื้อมาจำหน่ายในร้านค้า	35	14	27	10	16	3.41	1.44	ปานกลาง
3. ท่านตัดสินใจเลือกซื้อผลิตภัณฑ์ (ยา อาหาร เครื่องสำอาง) มาจำหน่ายตามดาราหรือพรีเซนเตอร์ ***	0	2	5	5	90	4.79	0.62	มากที่สุด
4. ท่านเลือกซื้อผลิตภัณฑ์ (ยา อาหาร เครื่องสำอาง) มาจำหน่ายในร้านค้าต่อเมื่อลดราคาเท่านั้น ***	1	2	6	9	84	4.7	0.75	มากที่สุด
ภาพรวม						**4.03**	**1.1**	**มาก**
หมวดที่ 5 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม								
1. ท่านจะตรวจสอบเลขทะเบียนยาทุกครั้งก่อนซื้อมาจำหน่าย	25	7	20	9	41	2.67	1.62	ปานกลาง
2. ท่านอ่านฉลากจนเข้าใจก่อนเลือกซื้อยามาจำหน่าย	27	10	14	13	38	2.75	1.65	ปานกลาง
3. ท่านว่างแผนก่อนการซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพ (ยา อาหาร เครื่องสำอาง) มาจำหน่าย	44	12	21	11	14	3.6	1.46	มาก
4. ท่านศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ (ยา อาหาร เครื่องสำอาง) ที่สนใจก่อนเลือกซื้อมาจำหน่าย	30	12	20	11	29	3.03	1.59	ปานกลาง
ภาพรวม						**3.01**	**1.58**	**ปานกลาง**
หมวดที่ 6 การบอกต่อ								
1. ท่านสามารถแนะนำบุคคลอื่นให้อ่านสรรพคุณของผลิตภัณฑ์สุขภาพ (ยา อาหาร เครื่องสำอาง) ก่อนซื้อได้	46	19	13	8	16	3.7	1.49	มาก
2. ท่านสามารถบอกเล่าข้อมูลผลิตภัณฑ์สุขภาพ (ยา อาหาร เครื่องสำอาง) ที่ปลอดภัยให้กับคนในชุมชนได้	39	16	19	8	20	3.45	1.53	ปานกลาง

ตารางที่ 3 จำนวนผู้ประกอบการมีความรู้แต่ละระดับ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลการประเมินรวม จำแนกรายประเด็นของความรอบรู้ (n = 102) (ต่อ)

3. ท่านสามารถแนะนำผลิตภัณฑ์สุขภาพ (ยา อาหาร เครื่องสำอาง) ที่สามารถจำหน่ายในร้านชำให้กับผู้ประกอบการร้านค้ารายอื่น ๆ ได้	37	13	13	8	31	3.17	1.69	ปานกลาง
4. ท่านมีความมั่นใจในการให้ข้อมูลผลิตภัณฑ์สุขภาพ (ยา อาหาร เครื่องสำอาง) ที่ถูกต้องแก่ลูกค้าร้านค้า ร้านชำอื่น ๆ แก่ครอบครัวและผู้สนใจได้	37	12	28	9	16	3.44	1.45	ปานกลาง
ภาพรวม						**3.44**	**1.54**	**ปานกลาง**
ภาพรวมทั้ง 6 หมวด						**3.72**	**1.34**	**มาก**

ส่วนที่ 4. ผลจากการสัมภาษณ์ผู้ประกอบร้านชำ

ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมายในร้านชำผู้ประกอบการซื้อมาจากแหล่งต่อไปนี้

ผลิตภัณฑ์ยา ส่วนใหญ่พบว่ามีแหล่งที่ซื้อมาจากร้านขายยา ขย.1 ที่ตั้งอยู่ในอำเภอลำสนธิทั้งหมดจำนวน 2 แห่ง

ผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่น ๆ นอกจากยา ส่วนใหญ่มีแหล่งที่ซื้อมาจากร้านค้าส่งรายใหญ่ จำนวน 4 แห่ง ที่ตั้งอยู่ในตัวอำเภอลำสนธิ โดยมีบริการรับสั่งซื้อผลิตภัณฑ์จากทางโทรศัพท์ จากนั้นทางร้านจะมีบริการจัดส่งของโดยรถยนต์ส่งของไปยังร้านชำที่สั่งซื้อโดยตรง และมีแหล่งที่ซื้อจากรถเร่/รถเซลล์ขายของ(ขนมปังไม่มี อย. ขนมแผง ข้าวเกรียบ แคปหมู ฯ)

สาเหตุที่นำผลิตภัณฑ์ที่ผิดกฎหมายมาจำหน่ายที่ร้านชำ

ไม่ทราบว่าเป็นสินค้าที่ผิดกฎหมาย ขายไม่ได้

เป็นสินค้าที่ลูกค้าต้องการ (เรียกซื้อ ถามหา) บ่อยครั้ง

ทำไมสินค้าที่ผิดกฎหมายที่พบในร้านชำยังเป็นที่ต้องการของคนในชุมชน

เป็นสินค้าที่จำเป็นต่อการประกอบการทำงาน ตัวอย่างเช่น ในระยะช่วงเวลาที่ออกตรวจประเมินร้านชำคุณภาพ เป็นช่วงฤดูการที่มีการเก็บหน่อไม้ที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติบนเขา สินค้าที่ได้รับความนิยม เช่น ขนมเปี๊ยะที่ไม่มีฉลาก ยังคงเป็นขนมที่มียอดการซื้อมาก เนื่องจากราคาถูก รสชาติหวาน รับประทานแล้วรู้สึกสดชื่น มีแรงในการหาหน่อไม้ พกพาง่าย , ธูปไล่แมลง (ไม่มีฉลากภาษาไทย) เมื่อใช้แล้วแมลงไม่มารบกวน ไม่เป็นอุปสรรคต่อการหาหน่อไม้

เป็นสินค้าราคาถูก ใช้แล้วเห็นผล ความเคยชิน เช่น ยาดีคอลเจน พริน ,ทิฟฟี่ เดย์ และยาธาตุน้ำขาวตรากระต่ายบิน คิดว่าเป็นยาที่ปลอดภัยรับประทานได้

ส่วนที่ 5 ผลการยกระดับศักยภาพของเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่จังหวัดลพบุรี ให้สามารถใช้โปรแกรมระบบคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชน (สำรวจร้านชำ)

กระบวนการทำงานแบบใหม่หลังจากใช้โปรแกรมระบบคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชน (สำรวจร้านชำ) เพื่อยกระดับศักยภาพของเครือข่ายโดยวิธีการดังนี้

1) ประชุมเครือข่ายสุขภาพ(จนท.สธ., อสม.) เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้มาตรฐาน และเรียนรู้การใช้โปรแกรมระบบคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชน (สำรวจร้านชำ) และทดสอบการใช้โปรแกรมฯ บันทึกข้อมูลการสำรวจร้านชำกำหนดเพื่อดูความเข้าใจและความถูกต้องในการบันทึกข้อมูล ให้มีมาตรฐานเดียวกัน

2) ออกตรวจประเมินมาตรฐานร้านชำ โดยใช้โปรแกรมระบบคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชน (สำรวจร้านชำ) ใช้โปรแกรมฯทั้ง จนท.สธ.และ อสม.

3) สรุปผลการประเมินได้ทันที โดย

1. มีการแสดงผลการตรวจประเมิน โดยการจัดระดับคุณภาพของร้านชำเป็นระดับสี(เขียว เหลือง แดง) ,ร้านชำ G-RDU, ร้านชำ G-SHP

2. สามารถบอกตำแหน่งของร้านชำที่ผ่านการตรวจประเมินแล้ว

3. มีการแสดงผล วิเคราะห์ข้อมูล โดยละเอียดให้เห็นว่ามีปัญหาด้านใด คือ 1. ด้านสถานที่ 2. ด้านผลิตภัณฑ์ 3.ด้านความรอบรู้

สรุปได้ว่าโปรแกรมสามารถใช้สำรวจสถานการณ์ร้านชำ และใช้เป็นข้อมูลในการวิเคราะห์ได้ข้อมูลที่ได้จากการใช้โปรแกรมระบบคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชน (สำรวจร้านชำ) เป็นข้อมูลสำหรับใช้ในการกำหนดแนวทางการพัฒนาร้านชำ สามารถพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่จังหวัดลพบุรีในการเฝ้าระวังปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพในพื้นที่ได้

สรุปและอภิปรายผล

1. ผลการประเมินสถานการณ์การจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำ ในเขตตำบลกุดตาเพชรและตำบลลำสนธิ โดยใช้โปรแกรมระบบคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชน (สำรวจร้านชำ) พบว่าร้านชำส่วนใหญ่ผ่านมาตรฐานด้านสถานที่เหมาะสม ร้อยละ 84.3 แต่มีปัญหาการไม่ผ่านมาตรฐานด้านผลิตภัณฑ์ที่มาจำหน่าย จากการประเมินร้านชำประเภททั่วไป (GG) พบว่าร้านชำที่ไม่มีการขายยาหรือมีการขายเฉพาะยาสามัญประจำบ้าน และมีการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้องตามกฎหมาย (สีเขียว) ร้อยละ 12.7 ร้านชำที่มีการขายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่อาจไม่เป็นไปตามข้อกำหนดแต่สามารถปรับปรุงแก้ไขได้(สีเหลือง) ร้อยละ 34.4 และร้านชำที่มีการขายยาและมีการขายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมาย (สีแดง) ร้อยละ 52.9 สาเหตุที่ไม่ผ่านมาตรฐาน 3 อันดับแรก ได้แก่ 1) การขายอาหารที่ผิดกฎหมาย ร้อยละ 79.4 2) การขายยาที่ผิดกฎหมาย ร้อยละ 42.2 3) การขายผลิตภัณฑ์อื่น ๆ (วัตถุอันตรายที่ใช้ในครัวเรือน) ร้อยละ 22.5 นอกจากนี้พบว่าผู้ประกอบการร้านชำมีความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีความรอบรู้มิติการเข้าถึงข้อมูล ความเข้าใจ การโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยน การตัดสินใจ ในระดับมาก ส่วนความรอบรู้มิติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่ออยู่ในระดับปานกลาง ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกทำให้ทราบว่าร้านยาแผนปัจจุบัน 2 แห่งเป็นผู้กระจายยาที่ไม่เหมาะสมแก่ร้านชำ

2. โปรแกรมสามารถใช้สำรวจสถานการณ์ร้านชำ และใช้เป็นข้อมูลในการวิเคราะห์ และแสดงผลได้อย่างรวดเร็ว ข้อมูลที่ได้จากการใช้โปรแกรมระบบคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชน (สำรวจร้านชำ) เป็นข้อมูลสำหรับใช้ในการกำหนดแนวทางการพัฒนาร้านชำ พัฒนาศักยภาพของเครือข่ายสุขภาพในการเฝ้าระวังปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพ สามารถนำมาสังเคราะห์จัดทำร่างนโยบายการพัฒนาร้านชำ มาตรการจัดการความเสี่ยงและและแนวทางการบังคับใช้กฎหมายของจังหวัดเพื่อขยายผลยกระดับร้านชำทุกแห่งในจังหวัดลพบุรีให้ปฏิบัติตามกฎหมายต่อไป

3. เครือข่ายสุขภาพในพื้นที่จังหวัดลพบุรีสามารถใช้โปรแกรมระบบคุ้มครองผู้บริโภค

ในชุมชน (สำรวจร้านชำ) ในการตรวจเฝ้าระวังด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีในชุมชนได้ ควรขยายผลนำไปใช้ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ในจังหวัดลพบุรี

ข้อเสนอแนะในการพัฒนาโปรแกรม

1) พัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลให้สามารถดึงข้อมูลที่ลงในโปรแกรมไปประเภทของผลิตภัณฑ์ที่ถูกต้องได้อัตโนมัติ

2) ต้องมีการส่งเสริมความรู้ด้านผลิตภัณฑ์ยาอย่างละเอียด เพื่อให้เครือข่ายสุขภาพ มีความรู้และสามารถบันทึกข้อมูลได้อย่างถูกต้อง เพื่อให้ได้ผลการวิเคราะห์ที่แม่นยำ

3) ควรแยกประเภทออกจากกัน เพื่อให้สามารถนำผลมาวิเคราะห์ได้อย่างแม่นยำ เนื่องจากหากพบการฝ่าฝืนการกระทำผิด มีบทกำหนดโทษที่ต่างกัน

4) ควรแก้ไขเป็นคำอื่น เนื่องจากอาจทำให้เกิดความเข้าใจว่าหมายรวมถึงเป็นผลิตภัณฑ์สุขภาพด้วย

5) พัฒนาโปรแกรมให้สามารถประมวลผลแหล่งที่ซื้อผลิตภัณฑ์ที่ผิดกฎหมายได้ทันที เมื่อใช้ cursor ชี้ตรงหัวข้อที่ประเมินไม่ผ่านให้สามารถระบุถึงโทษของการกระทำผิดในกรณีต่าง ๆ ได้ เพื่อให้ผู้ประเมินสามารถแนะนำผู้ประกอบการร้านชำได้ทันที

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

(ร่าง) นโยบายการพัฒนาร้านชำ มาตรการจัดการความเสี่ยงและ แนวทางการบังคับใช้กฎหมายของจังหวัดลพบุรี ในการพัฒนาร้านชำ ให้ปฏิบัติตามกฎหมาย สำหรับมาตรการที่หน่วยงานรัฐและเครือข่ายสุขภาพต้องดำเนินการ มี 4 มาตรการ เป็นมาตรการเร่งด่วนที่ต้องดำเนินการทันที ดังนี้

1) มาตรการการส่งเสริมความรู้ด้านกฎหมายเกี่ยวกับกรณีการฝ่าฝืนกฎหมายที่พบจากการสำรวจร้านชำ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เครือข่ายสุขภาพ ดำเนินการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ให้กับผู้ประกอบการร้านชำทุกแห่ง รวมถึงประชาชนในชุมชนทราบ ถึงกรณีการฝ่าฝืนกฎหมายที่พบหลังจากดำเนินการประชาสัมพันธ์ให้ทราบแล้ว หากพบการกระทำฝ่าฝืนกฎหมายดังกล่าว ให้ดำเนินการตามกฎหมายทันที

2) มาตรการการตรวจเฝ้าระวังร้านชำในชุมชน เมื่อร้านชำได้รับการประเมินมาตรฐานโดยใช้โปรแกรมระบบคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชน (สำรวจร้านชำ) พบว่ามีผลการประเมินเป็นร้านชำทั่วไประดับสีแดง ต้องมีการตรวจเฝ้าระวังซ้ำทุก 1 เดือน หากผลตรวจเฝ้าระวังเป็นระดับสีแดงติดต่อกันเกิน 3 ครั้ง ให้ดำเนินการตามกฎหมายทันที และร้านชำทุกร้านต้องผ่านเกณฑ์ประเมินร้านชำคุณภาพภายใน 1 ปี ร้านชำที่ผ่านเกณฑ์ร้านชำคุณภาพแล้วให้ตรวจเฝ้าระวังทุก 1 ปี

3) ให้หน่วยงานบังคับใช้ระเบียบ/กฎหมายอย่างเข้มข้น โดยบูรณาการตรวจเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชนร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน เครือข่ายสุขภาพ ทั้งในส่วนของร้านชำในชุมชน และโดยเฉพาะร้านค้าส่ง รวมถึงร้านขายยาที่อยู่ในชุมชนทุกแห่ง ตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพต้องถูกต้องตามกฎหมาย หากพบการฝ่าฝืนกฎหมายให้ดำเนินการตามกฎหมายทันที

4) ร้านชำที่ผ่านการประเมินเป็นร้านชำคุณภาพ จะได้รับมอบป้ายร้านชำคุณภาพในเวทีระดับจังหวัด เพื่อเป็นการประชาสัมพันธ์และยกย่องผู้ประกอบการร้านชำให้เป็นที่รู้จักของคนในชุมชน

ข้อเสนอแนะแนวทางการดำเนินการพัฒนาร้านชำ ปี 2568

1) จัดการความเสี่ยงตามข้อมูลที่พบดำเนินการกับร้านยา ร้านค้าส่ง และแหล่งกระจายสินค้าจากที่อื่นที่จัดส่งผลิตภัณฑ์ที่ฝ่าฝืนกฎหมายให้ร้านชำ

2) สื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ร้านชำและประชาชนทราบ ถึงสถานการณ์ความเสี่ยงของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่พบ และส่งเสริมความรอบรู้โดยเฉพาะในเรื่องของการกระทำฝ่าฝืนกฎหมายที่พบในในพื้นที่

3) ส่งเสริมเครือข่ายสุขภาพ ตรวจเฝ้าระวังปัญหาโดยการใช้โปรแกรมระบบคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชน

4) ตั้งเป้าหมายในการพัฒนาร้านชำคุณภาพร่วมกับภาคีเครือข่ายต่างๆ

5) จัดทำร่างนโยบายการพัฒนาร้านชำ มาตรการจัดการความเสี่ยงและ และการบังคับใช้กฎหมาย

ทั้งนี้ ควรมีการแบบบูรณาการจากเครือข่ายสุขภาพ ผู้ประกอบการร้านชำ ที่เกี่ยวข้อง โดยการจัดเวทีเพื่อร่วมกันจัดลำดับความสำคัญของปัญหา จะทำให้เกิดการสื่อสารและทางเครือข่ายสุขภาพร่วมกับผู้ประกอบการร้านชำ ช่วยออกแบบในการแก้ไขปัญหา มีการวางแผนกำหนดระยะเวลาในการจัดการปัญหา กำกับติดตาม ผลการดำเนินงานต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ภญ.กนกวรรณ ทรงผาสุข รองนายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี ภญ.ตุลาภรณ์ รุจิระยรรยง หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข และ นายสุเทพ พลอยพลายแก้ว หัวหน้ากลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย ที่ได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งผู้ช่วยวิจัยและเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคฯ อำเภอลำสนธิ ทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือในการทำวิจัยให้สามารถดำเนินไปได้ด้วยดี และขอขอบพระคุณ ภก.วรวิทย์ กิตติวงศ์สุนทร ที่ให้คำแนะนำในการทำวิจัยและตรวจแก้ไขงานวิจัยให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี. แนวทางการดำเนินงานการตรวจประเมินมาตรฐานร้านชำ Plus RDU ปีงบประมาณ 2566. ม.ป.ท. : ม.ป.ป.; 2566.
2. กองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. รายละเอียดและตัวชี้วัดในการติดตามประเมินผลตามแนวทางการดำเนินงานพัฒนาระบบการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน. 2566;1:2-32.
3. ศูนย์วิชาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา(อย.). คู่มือโปรแกรมระบบคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชน (สำรวจร้านชำ) ฉบับแก้ไข ภายใต้เงินสนับสนุนโครงการส่งเสริมพัฒนาความเข้มแข็งระบบงานคุ้มครองผู้บริโภคระดับพื้นที่. มปท.:ม.ป.ป.; 2567.
4. จินดาพร อุปถัมภ์, คณัฐวุฒิ หลวงเทพ, สิรีธร บัวขจร.การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์ สุขภาพ ในร้านชำจังหวัดศรีสะเกษ.วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ. 2565;1:70-85.
5. ธีระยุทธ นาคฤทธิ์.ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมของร้านชำ.วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ. 2565;1:163-75.
6. จันทร์จรีย์ ดอกบัว, รัตนาภรณ์ ขันติมัง, หทัยรัชต์ พุกสอาด, ณัฐพร สู่หนองบัว.สถานการณ์การจำหน่ายยาในร้านขายของชำ อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ.วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ. 2564;1:37-44.

7. อัปสร บุญยัง, รุ่งทิวา หมื่นปา.ความชุกของการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมของร้านชำในจังหวัดพิษณุโลกและปัจจัยที่มีผล.วรสารเภสัชกรรมไทย. 2561;1:105-18.
8. ไสว ตันทวุทธ, สมศักดิ์ อาภาศรีทองสกุล.การพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานร้านชำคุณภาพและการสำรวจร้านชำตามเกณฑ์ดังกล่าว ในอำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ.วรสารเภสัชกรรมไทย. 2567;1:16-24.
9. ปริชญา ยอดสะเทิ้น, สุมัทนา กลางคาร, บัณฑิต วรรณประพันธ์.การพัฒนากระบวนการเฝ้าระวังการจำหน่ายอาหารผิดมาตรฐานในร้านชำ.วรสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2563;4:27-38.
10. ณัฐพล ผลโยน, วุธิพงศ์ ภักดีกุล, วรินท์มาศ เกษทองมา, บุญมี โพธิ์คำ.การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาร้านชำคุณภาพต้นแบบตามโครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม.วรสารเภสัชกรรมไทย. 2566;3:561-75.
11. สุนิษา ถิ่นแก้ว, รัตนาภรณ์ อาวิพันธ์, ชิดชนก เรือนก้อน.การพัฒนาระบบเฝ้าระวังการจำหน่ายยาในร้านชำผ่านนโยบายส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนตำบลเหล จังหวัดพังงา.วรสารเภสัชกรรมไทย. 2566;2:316-30.

JOURNAL OF HEALTH CONSUMER PROTECTION
วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
Vol: 5 No.2 July-December 2025
ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2568

การพัฒนาแนวทางการกำกับดูแลคุณภาพทางโภชนาการของผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน ประเภทอาหารที่ต้องแสดงฉลากโภชนาการ เพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค

Development of guidelines for nutritional quality control of community health food products requiring nutrition labeling for consumer protection

เพลิน จำแนกพล[1]
Ploen Chamnakpol [1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์คุณค่าทางโภชนาการของผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนประเภทอาหาร 2) จัดกลุ่มผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนในแต่ละเขตสุขภาพตามระดับความเสี่ยงทางโภชนาการ และ 3) พัฒนาแนวทางการส่งเสริมคุณภาพทางโภชนาการของผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนประเภทอาหารที่ต้องแสดงฉลากโภชนาการ การวิจัยเป็นแบบผสมผสานระหว่างการศึกษาเชิงปริมาณกับการศึกษาเชิงคุณภาพ การศึกษาเชิงปริมาณเก็บข้อมูลด้วยการสำรวจแบบสำมะโนผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนประเภทอาหาร ทั่วประเทศ จำนวน 836 ตัวอย่าง เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ค่าพลังงาน ปริมาณน้ำตาล ไขมัน และโซเดียม การศึกษาเชิงคุณภาพเก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม เพื่อรวบรวมความคิดเห็นและข้อเสนอแนะมาสังเคราะห์เป็นแนวทางส่งเสริมคุณภาพทางโภชนาการของผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน ผลการศึกษาพบว่ามีผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนที่เข้าเกณฑ์เป็นผลิตภัณฑ์ทางเลือกสุขภาพ (Healthier Choice) เพียงร้อยละ 8.25 และ เมื่อจัดกลุ่มผลิตภัณฑ์ตามเกณฑ์ของพลังงาน น้ำตาล ไขมัน และ โซเดียม พบว่า ผลิตภัณฑ์เข้าเกณฑ์“พลังงานต่ำ” ร้อยละ 9.7 “ไม่มีน้ำตาล” ร้อยละ 11.6 “ไขมันต่ำ” ร้อยละ 37.9 และ “โซเดียมต่ำ” ร้อยละ 67.3 เมื่อจำแนกผลิตภัณฑ์ตามคุณค่าทางโภชนาการเป็นรายภูมิภาคพบว่า ผลิตภัณฑ์ของภาคเหนือมีค่าพลังงานและโซเดียมต่ำที่สุด ภาคกลาง มีค่าน้ำตาลสูงที่สุด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีพลังงาน ไขมัน น้ำตาล และโซเดียมสูงที่สุดในภาพรวม ส่วนภาคใต้พบค่าพลังงานและโซเดียมสูง ผลการสังเคราะห์การศึกษาเชิงคุณภาพได้แนวทางการส่งเสริมคุณภาพทางโภชนาการซึ่งมีแนวทางหลัก คือ การส่งเสริมต้องดำเนินการ ทั้ง 3 ระดับ โดย ระดับผู้ประกอบการ : จะต้อง ให้ข้อมูล ฝึกอบรมเข้มข้น ให้คำปรึกษาเฉพาะราย และสร้างแรงจูงใจผ่านรางวัลหรือตราสัญลักษณ์ ระดับจังหวัด: จะต้อง เสริมศักยภาพเจ้าหน้าที่และ บูรณาการกับคณะกรรมการอาหารจังหวัด ระดับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา : จะต้องจัดทำแผนแม่บท พัฒนาเครื่องมือและแพลตฟอร์มดิจิทัล สนับสนุนงบประมาณตรวจวิเคราะห์สำหรับผู้ประกอบการรายย่อย

คำสำคัญ : ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน ฉลากโภชนาการ การกำกับดูแล คุ้มครองผู้บริโภค

---

[1] เภสัชกรชำนาญการพิเศษ กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

[1] Pharmacist, Senior Professional Level. Division of Promotion of Consumer Protection Related to Health Products in Provincial and Local Administration. Food and Drug Administration. E-mail : plernfda@gmail.com

Received: 10 Nov 2025, Revised: 11 Dec 2025, Accepted: 28 Dec 2025

Abstract

This study aimed to 1) examine the nutritional quality of community health food products, 2) classify and analyze their nutritional risk levels across health regions, and 3) develop guidelines to enhance the nutritional quality of community health food products requiring nutrition labeling. A mixed-methods design was employed. The quantitative component involved a nationwide census of 836 community food products to assess energy, sugar, fat, and sodium content. The qualitative component consisted of focus group discussions to gather expert opinions and recommendations, which were synthesized into practical guidelines for improving nutritional quality. The results showed that only 8.25% of products met the Healthier Choice criteria. Based on nutrient-specific thresholds, 9.7% met the “low energy” criterion, 11.6% were classified as “no sugar,” 37.9% as “low fat,” and 67.3% as “low sodium.” Regional comparisons indicated that products from the northern region had the lowest energy and sodium levels, whereas those from the central region showed the highest sugar content. Products from the northeastern region exhibited the highest overall levels of energy, fat, sugar, and sodium, while southern products showed relatively high energy and sodium levels. The qualitative synthesis identified a multi-level approach to enhancing nutritional quality: (1) Community producers require intensive training, targeted technical consultation, and motivation through recognition or labeling incentives; (2) Provincial health authorities should strengthen staff capacity and integrate nutrition governance within provincial food committees; and (3) The Food and Drug Administration should refine regulatory support mechanisms and promote standardized implementation across regions. These findings highlight the need for coordinated efforts to strengthen nutritional governance and consumer protection at both local and national levels.

Keywords : Community health products, Nutrition labeling, Healthier Choice, Governance, Consumer protection

บทนำ

ปัจจุบันทั่วโลกกำลังเผชิญกับปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคอ้วนลงพุง และโรคมะเร็ง ซึ่งส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคอาหารที่มีไขมัน น้ำตาล และโซเดียมในปริมาณ สูงเกินกว่า ที่ร่างกายต้องการ การบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ รวมถึงการขาดการออกกำลังกาย ส่งผลให้เกิดภาวะเสี่ยงต่อโรค NCDs และกลายเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยและเสียชีวิตของคนไทย โดยข้อมูลจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) พบว่า ร้อยละ 74 ของการเสียชีวิตทั้งหมดในประเทศไทยเกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง[1] ซึ่งสร้างภาระค่าใช้จ่ายทางสาธารณสุขและกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนอย่างมาก

เพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดโรค NCDs ภาครัฐได้ใช้มาตรการด้านโภชนาการเป็นกลไกสำคัญในการคุ้มครองผู้บริโภค โดยเฉพาะการส่งเสริมให้ผู้บริโภคมีความรู้และเข้าใจในการเลือกอาหารที่เหมาะสมกับสุขภาพ ผ่านการแสดง “ฉลากโภชนาการ” บนบรรจุภัณฑ์อาหาร ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ให้ข้อมูลคุณค่าทางโภชนาการ เช่น พลังงาน ไขมัน น้ำตาล และโซเดียม เพื่อให้ผู้บริโภคสามารถตัดสินใจเลือกอาหารที่ดีต่อสุขภาพได้อย่างเหมาะสม กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 394 พ.ศ. 2561 เรื่อง อาหารที่ต้องแสดงฉลากโภชนาการและค่าพลังงาน น้ำตาล ไขมัน และโซเดียม แบบจีดีเอ และ ฉบับที่ 445 พ.ศ. 2566 เรื่อง ฉลากโภชนาการที่ออกตามความในพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ.2522 เพื่อกำหนดให้ผลิตภัณฑ์อาหารบางประเภทต้องแสดงฉลากโภชนาการ และค่าพลังงาน น้ำตาล ไขมัน และโซเดียม โดยใช้สัญลักษณ์ทางโภชนาการแบบจีดีเอ (Guideline Daily Amounts; GDAs) เพื่อให้ประชาชนรับรู้และปรับพฤติกรรมการบริโภคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในระดับพื้นที่ “ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนประเภทอาหาร” ที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา หมายถึง ผลิตภัณฑ์อาหารที่ผลิตโดยผู้ประกอบการกลุ่มเศรษฐกิจฐานราก ได้แก่ วิสาหกิจชุมชน วิสาหกิจขนาดย่อม และสถานประกอบการที่ไม่เข้าข่ายโรงงาน ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมเศรษฐกิจฐานรากของประเทศ ผลิตภัณฑ์เหล่านี้ส่วนใหญ่ใช้วัตถุดิบจากท้องถิ่น มีเอกลักษณ์เฉพาะของชุมชน และได้รับความนิยมในตลาดอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) พบว่า ผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักเกณฑ์การแสดงข้อมูลโภชนาการตามที่กฎหมายกำหนด ขาดการวิเคราะห์คุณค่าทางโภชนาการของผลิตภัณฑ์ และยังไม่มีระบบกำกับดูแลคุณภาพทางโภชนาการที่เป็นรูปธรรม ส่งผลให้ผลิตภัณฑ์บางส่วนมีคุณค่าทางโภชนาการไม่เหมาะสม หรืออาจก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้บริโภค

การพัฒนาแนวทางการกำกับดูแลคุณภาพทางโภชนาการของผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนประเภทอาหาร จึงเป็นกลไกสำคัญในการยกระดับมาตรฐานการผลิต เพิ่มความน่าเชื่อถือของผลิตภัณฑ์ และคุ้มครองสุขภาพของประชาชนให้ปลอดภัยจากการบริโภคอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการไม่สมดุล ทั้งนี้สอดคล้องกับนโยบาย “ลด หวาน มัน เค็ม” ของกระทรวงสาธารณสุข ที่มุ่งลดการบริโภคสารอาหารเกินความจำเป็นซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ดังนั้น การวิจัยนี้จึงมุ่งศึกษาสถานการณ์คุณค่าทางโภชนาการของผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนจัดกลุ่ม วิเคราะห์ระดับความเสี่ยงทางโภชนาการของผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนในแต่ละเขตสุขภาพ และพัฒนาแนวทางการกำกับดูแลคุณภาพทางโภชนาการของผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนประเภทอาหารที่ต้องแสดงฉลากโภชนาการ เพื่อคุ้มครองผู้บริโภค ทั้งนี้ เพื่อสนับสนุนนโยบาย “ลด หวาน มัน เค็ม” ของกระทรวงสาธารณสุข และเสริมสร้างระบบคุ้มครองผู้บริโภคของประเทศไทยให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

หมายเหตุ : ในการศึกษาครั้งนี้ คำว่า “กำกับดูแลคุณภาพทางโภชนาการ” ถูกใช้ในความหมายเชิงสนับสนุน (supportive governance) ซึ่งมุ่งเน้นกระบวนการส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการ มากกว่าการควบคุมหรือบังคับใช้กฎหมายเชิงลงโทษ ดังนั้น แนวทางที่พัฒนาขึ้นจึงเป็นแนวทางเชิงส่งเสริมเป็นหลัก

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์คุณค่าทางโภชนาการของผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนประภทอาหาร
2. เพื่อจัดกลุ่มผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนประเภทอาหารในแต่ละเขตสุขภาพตามระดับความเสี่ยงทางโภชนาการ
3. เพื่อพัฒนาแนวทางการส่งเสริมคุณภาพทางโภชนาการของผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) ระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ ดำเนินการตามระเบียบวิธีวิจัย ดังนี้

1.ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชาการในการศึกษา เชิงปริมาณ คือ ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนประเภทอาหาร ที่ผลิตโดยผู้ประกอบการเศรษฐกิจฐานรากได้แก่ วิสาหกิจชุมชน วิสาหกิจขนาดย่อม และสถานประกอบการที่ไม่เข้าข่ายโรงงานใน 76 จังหวัด ทั่วประเทศ สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยสุ่มเฉพาะผลิตภัณฑ์ที่เข้าตามเงื่อนไขที่กำหนด คือผลิตภัณฑ์สำคัญที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต้องการส่งเสริม โดยเลือกเรียงลงมาตามลำดับความต้องการส่งเสริมจนครบตามเป้าหมาย ตามโควตา จังหวัดละ 11 ตัวอย่าง ได้ผลิตภัณฑ์ทั้งหมดรวมจำนวน 836 ตัวอย่าง จากผู้ประกอบการ 505 ราย

ส่วนการวิจัยเชิงคุณภาพเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) โดยผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informant) ประกอบด้วยผู้แทนจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ซึ่งประกอบด้วยผู้แทนจาก กองอาหาร และ กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น จำนวน 3 คน ผู้แทนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในแต่ละภูมิภาค คือ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ ภาคละ 1 คน รวม 4 คน และผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มเพื่อรวบรวมความคิดเห็นและข้อเสนอแนะทั้งสิ้น 7 คน โดยมีผู้วิจัยเป็น Moderator

2. เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 การวิจัยเชิงปริมาณ

การวิจัยเชิงปริมาณ ศึกษาสถานการณ์คุณค่าทางโภชนาการของผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนประเภทอาหารที่ต้องแสดงฉลากโภชนาการ และประเมินระดับความเสี่ยงทางโภชนาการจำแนกตามเขตสุขภาพ และภูมิภาค โดยดำเนินการตามขั้นตอนการเก็บข้อมูล การตรวจวิเคราะห์ และการประเมินตามเกณฑ์ที่เกี่ยวข้อง

2.1.1 เครื่องมือวิจัย

ประกอบด้วยแบบฟอร์มที่สร้างในโปรแกรม excel สำหรับบันทึกข้อมูลผลิตภัณฑ์ ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผลิตภัณฑ์ ผลการตรวจวิเคราะห์คุณค่าทางโภชนาการจากห้องปฏิบัติการ

2.1.2 การเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์และการเก็บรวบรวมข้อมูล

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแต่ละจังหวัดทั้ง 76 จังหวัด สุ่มเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนประเภทอาหารตามเงื่อนไข จังหวัดละ 11 ตัวอย่าง ครอบคลุมทุกจังหวัดใน 12 เขตสุขภาพ รวม 836 ตัวอย่าง การคัดเลือกตัวอย่างของแต่ละจังหวัดบันทึกข้อมูลผลิตภัณฑ์ลงในแบบฟอร์มที่กำหนดและส่งตัวอย่างไปตรวจวิเคราะห์ที่ บริษัท ห้องปฏิบัติการกลาง (ประเทศไทย) จำกัด เพื่อประเมินค่าพลังงาน น้ำตาล ไขมัน และโซเดียม ตามวิธีมาตรฐาน AOAC International (2020) ผลการวิเคราะห์บันทึกลงในไฟล์ Excel เดิมเรียงตามข้อมูลผลิตภัณฑ์ ทำให้ได้ข้อมูลทั้ง 2 ส่วน คือ ข้อมูลผลิตภัณฑ์และข้อมูลคุณค่าทางโภชนาการของผลิตภัณฑ์ทั้ง 836 ตัวอย่าง

2.1.3 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

1. แจกแจงความถี่และคำนวณค่าร้อยละของผลิตภัณฑ์รายภูมิภาคและเขตสุขภาพ

2. แจกแจงความถี่และคำนวณค่าร้อยละของผลิตภัณฑ์รายหมวดประเภทผลิตภัณฑ์ตามประกาศฯ ฉบับที่ 445 พ.ศ. 2566

3.ประเมินความครบถ้วนของฉลากโภชนาการบนบรรจุภัณฑ์ตามเกณฑ์ตามประกาศฯ ฉบับที่ 394

4.ประเมินระดับความเสี่ยงทางโภชนาการของผลิตภัณฑ์โดยเทียบกับเกณฑ์พลังงานต่ำ น้ำตาลต่ำหรือไม่มีน้ำตาล ไขมันต่ำ และโซเดียมต่ำ แล้วแจกแจงความถี่และคำนวณ ค่าร้อยละของผลิตภัณฑ์ฯ ที่เข้าเกณฑ์พลังงานต่ำ น้ำตาลต่ำหรือไม่มีน้ำตาล ไขมันต่ำ และโซเดียมต่ำ

5.ประเมินค่าทางโภชนาการของผลิตภัณฑ์เทียบกับเกณฑ์ของฉลากโภชนาการทางเลือกเพื่อสุขภาพ[4,5,6] (Healthier Choice) แจกแจงความถี่ของผลิตภัณฑ์ชุมชนที่มีคุณค่าทางโภชนาการอยู่ในเกณฑ์ที่จัดเป็นผลิตภัณฑ์ “ทางเลือกเพื่อสุขภาพ” จากค่าพลังงาน น้ำตาล ไขมัน และโซเดียมกับเกณฑ์ที่กำหนดในแต่ละกลุ่มอาหาร

6.เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพลังงาน น้ำตาล ไขมัน และโซเดียม ต่อหนึ่งหน่วยบริโภคของผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนจำแนกตามภูมิภาค

2.1.4 สถิติที่ใช้วิเคราะห์

สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.2 การวิจัยเชิงคุณภาพ

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการสนทนา (Moderator) โดยเริ่มจากการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการวิจัยเชิงปริมาณให้ผู้ให้ข้อมูลรับทราบเพื่อใช้เป็นจุดเริ่มต้น ในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น จากนั้นดำเนินการสนทนาด้วยคำถามกึ่งโครงสร้าง ครอบคลุมประเด็นที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1.อภิปรายสถานการณ์คุณค่าทางโภชนาการและระดับความเสี่ยงของผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนจากผลวิจัยเชิงปริมาณ

2.การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับสถานการณ์ปัจจุบันของการกำกับดูแลและการส่งเสริมคุณภาพทางโภชนาการในพื้นที่

3.การวิเคราะห์อุปสรรค ปัจจัยเอื้อของการพัฒนาผลิตภัณฑ์ และระดมความคิดเสนอแนวทางสำหรับการพัฒนา แนวทางการส่งเสริมกำกับดูแลในระดับพื้นที่

4.สังเคราะห์ข้อเสนอสำหรับการพัฒนาในระดับจังหวัดและระดับประเทศ

การวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วยการวิเคราะห์ระหว่างการการสนทนาเพื่อให้ข้อมูลที่อิ่มตัว และเป็นข้อมูลที่สอดคล้องกันทุกมิติ และบันทึกเสียงด้วยความยินยอมจากผู้เข้าร่วม และมีการจดบันทึกประกอบ จากนั้นถอดเทป และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) เพื่อสกัดประเด็นสำคัญและข้อเสนอสำหรับจัดทำ “แนวทางการส่งเสริมคุณภาพทางโภชนาการของผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน ประเภทอาหารที่ต้องแสดงฉลากโภชนาการ”

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี เอกสารเลขที่ 80/2568

ผลการศึกษา

1. ลักษณะทั่วไปของผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนประเภทอาหารที่ศึกษา

จำแนกผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนตามภูมิภาค ตามตารางที่ 1 พบว่า ภาคกลาง มีสัดส่วนตัวอย่างมากที่สุด 264 ตัวอย่าง (ร้อยละ 31.6) รองลงมาคือ ภาคอีสาน (ตะวันออกเฉียงเหนือ) 220 ตัวอย่าง (ร้อยละ 26.3) ภาคเหนือ 198 ตัวอย่าง (ร้อยละ 23.7) และภาคใต้ 154 ตัวอย่าง (ร้อยละ 18.4)

จำแนกผลิตภัณฑ์สุขภาพ เป็น 14 กลุ่มผลิตภัณฑ์ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 445 พ.ศ. 2566 ตามตารางที่ 2 พบว่า

ตัวอย่างกลุ่มผลิตภัณฑ์ที่มากที่สุด คือ อาหารขบเคี้ยว (28.0%) รองลงมาคือ ผลิตภัณฑ์ขนมอบ นึ่ง ทอด (23.3%) และเครื่องดื่ม (21.2%)

2. สถานการณ์และปัญหาการแสดงฉลากของผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนประเภทอาหารที่ต้องแสดงฉลากโภชนาการ

การตรวจสอบการแสดงข้อมูลโภชนาการบนบรรจุภัณฑ์ตามเกณฑ์ของประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 394 พ.ศ. 2561 พบว่า ปัญหาที่พบสูงที่สุด คือ ปัญหาการไม่แสดงข้อมูลทางโภชนาการ จำนวน 669 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 80 ของผลิตภัณฑ์ทั้งหมด

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของตัวอย่างจำแนกตามภูมิภาค

ภูมิภาค	เขตสุขภาพ	จำนวนจังหวัด	จำนวนตัวอย่าง	ร้อยละ
ภาคเหนือ	1, 2, 3	18	198	23.7
ภาคกลาง	4, 5, 6	24	264	31.6
ภาคอีสาน	7, 8, 9, 10	20	220	26.3
ภาคใต้	11, 12	14	154	18.4
รวมทั้งหมด	**12 เขต**	**76**	**836**	**100.0**

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน จำแนกตามประเภทตามรายการในบัญชีหมายเลข 2 ท้ายประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 445 พ.ศ. 2566 เรื่อง ฉลากโภชนาการ

ลำดับที่	ประเภทผลิตภัณฑ์	จำนวนตัวอย่าง	ร้อยละ
1	อาหารขบเคี้ยว	234	28.0
2	ผลิตภัณฑ์ขนมอบ นึ่ง ทอด	195	23.3
3	เครื่องดื่ม	177	21.2
4	ขนมหวาน	75	9.0
5	เนื้อสัตว์ ปลา สัตว์น้ำอื่นๆ ไข่ และผลิตภัณฑ์	42	5.0
6	ซอส เครื่องปรุงรส ผลิตภัณฑ์สำหรับทา	38	4.5
7	ผลไม้	31	3.7
8	ผลิตภัณฑ์อาหารกึ่งสำเร็จรูป ผลิตภัณฑ์อาหารพร้อมปรุง	24	2.9
9	อาหารสำเร็จรูปพร้อมบริโภค	8	1.0
10	ไขมัน น้ำมัน และผลิตภัณฑ์	4	0.5
11	ผัก	4	0.5
12	ธัญพืช ถั่ว เมล็ด และผลิตภัณฑ์	3	0.4
13	อื่น ๆ	1	0.1
	รวมทั้งหมด	**836**	**100.0**

3. สถานการณ์คุณค่าทางโภชนาการของผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนประเภทอาหาร

จากการวิเคราะห์ ค่าเฉลี่ยพลังงาน น้ำตาล ไขมัน และโซเดียมของผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน จำแนกตามประเภทผลิตภัณฑ์ (ต่อหนึ่งหน่วยบริโภค) พบว่า

3.1 พลังงาน (กิโลแคลอรี)

ผลิตภัณฑ์ที่มีพลังงานสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ อาหารสำเร็จรูปพร้อมบริโภค (199.4 ± 159.4 กิโลแคลอรี) ผลิตภัณฑ์ขนมอบ นึ่ง ทอด (178.9 ± 54.8 กิโลแคลอรี) และ ผลิตภัณฑ์อาหารกึ่งสำเร็จรูป และผลิตภัณฑ์อาหารพร้อมปรุง (169.6 ± 106.4 กิโลแคลอรี) ส่วนผลิตภัณฑ์ที่มีพลังงานต่ำสุด คือ ผัก (32.5 ± 9.6 กิโลแคลอรี) ซอส เครื่องปรุงรส ผลิตภัณฑ์สำหรับทา และผลิตภัณฑ์ในทำนองเดียวกัน (56.6 ± 39.3 กิโลแคลอรี) และ เครื่องดื่ม (93.0±66.2 กิโลแคลอรี)

สำหรับกลุ่มผลิตภัณฑ์หลักที่มีตัวอย่างมาก พบว่า กลุ่มอาหารขบเคี้ยว มีพลังงาน 155.6 ± 43.7 กิโลแคลอรี อยู่ในระดับปานกลาง ในขณะที่ เครื่องดื่ม มีพลังงานต่ำที่สุด (93.0 ± 66.2 กิโลแคลอรี) แต่มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสูงถึง 66.2 กิโลแคลอรี แสดงให้เห็นว่ามีทั้งเครื่องดื่มที่ให้พลังงานต่ำมากและสูงมากในกลุ่มเดียวกัน

3.2 น้ำตาล (กรัม)

ผลิตภัณฑ์ที่มีน้ำตาลสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ เครื่องดื่ม (15.0 ± 13.3 กรัม) ผลไม้ (14.9 ± 7.8 กรัม) และ อาหารสำเร็จรูปพร้อมบริโภค (13.0 ± 16.0 กรัม) โดยเฉพาะกลุ่มเครื่องดื่มซึ่งมีน้ำตาลเฉลี่ยสูงที่สุด และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสูงถึง 13.3 กรัม แสดงว่ามีเครื่องดื่มบางชนิดที่มีปริมาณน้ำตาลสูงมาก

กลุ่มที่มีน้ำตาลต่ำสุดคือ ผัก (0.0 ± 0.0 กรัม) ไขมัน น้ำมัน และผลิตภัณฑ์ (0.7 ± 0.6 กรัม) และอาหารขบเคี้ยว (4.2 ± 3.6 กรัม) โดยกลุ่มอาหารขบเคี้ยวถือเป็นกลุ่มผลิตภัณฑ์หลักที่มีน้ำตาลต่ำที่สุด

3.3 ไขมัน (กรัม)

ผลิตภัณฑ์ที่มีไขมันสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ อาหารสำเร็จรูปพร้อมบริโภค (10.4 ± 8.7 กรัม) ไขมัน น้ำมัน และผลิตภัณฑ์ (9.5 ± 3.0 กรัม) และ อาหารขบเคี้ยว (8.1 ± 4.5 กรัม) ส่วนผลิตภัณฑ์ที่มีไขมันต่ำสุดคือ ผัก (0.1 ± 0.2 กรัม) เครื่องดื่ม (0.7 ± 1.5 กรัม) และ ผลไม้ (1.0 ± 1.7 กรัม)

สำหรับกลุ่มผลิตภัณฑ์หลัก พบว่า ผลิตภัณฑ์ขนมอบ นึ่ง ทอด มีไขมัน 7.7 ± 3.4 กรัม และ อาหารขบเคี้ยว มีไขมัน 8.1 ± 4.5 กรัม อยู่ในระดับที่มีความใกล้เคียงกัน ขณะที่เครื่องดื่ม มีไขมันต่ำมาก (0.7 ± 1.5 กรัม) เนื่องจากลักษณะของผลิตภัณฑ์

3.4 โซเดียม (มิลลิกรัม)

โซเดียมเป็นตัวชี้วัดที่มีความกังวลมากที่สุด โดยผลิตภัณฑ์ที่มีโซเดียมสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ผลิตภัณฑ์อาหารกึ่งสำเร็จรูปและผลิตภัณฑ์อาหารพร้อมปรุง (935.0 ± 800.6 มิลลิกรัม) อาหารสำเร็จรูปพร้อมบริโภค (499.4 ± 447.9 มิลลิกรัม) และ ซอส เครื่องปรุงรส ผลิตภัณฑ์สำหรับทา และผลิตภัณฑ์ในทำนองเดียวกัน (386.8 ± 392.4 มิลลิกรัม) โดยเฉพาะกลุ่มผลิตภัณฑ์อาหารกึ่งสำเร็จรูปและผลิตภัณฑ์อาหารพร้อมปรุง มีโซเดียมเฉลี่ยสูงถึง 935.0 มิลลิกรัม คิดเป็นเกือบครึ่งหนึ่งของปริมาณโซเดียมที่องค์การอนามัยโลกแนะนำต่อวัน (2,000 มิลลิกรัม) โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสูงถึง 800.6 มิลลิกรัม แสดงว่ามีผลิตภัณฑ์บางชนิดที่มีโซเดียมสูงมากเกินไป

สำหรับกลุ่มผลิตภัณฑ์หลัก พบว่า อาหารขบเคี้ยว มีโซเดียม 117.9 ± 114.9 มิลลิกรัม ผลิตภัณฑ์ขนมอบ นึ่ง ทอด มีโซเดียม 125.9 ± 79.5 มิลลิกรัม และ เครื่องดื่ม มีโซเดียมต่ำที่สุดในกลุ่มหลัก (51.3 ± 76.1 มิลลิกรัม)

ผลิตภัณฑ์ที่มีโซเดียมต่ำสุดคือ ไขมัน น้ำมัน และผลิตภัณฑ์ (3.8 ± 7.5 มิลลิกรัม) ธัญพืช ถั่ว เมล็ด และผลิตภัณฑ์ (30.0 ± 52.0 มิลลิกรัม) และ ขนมหวาน (38.1 ± 40.2 มิลลิกรัม)

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างคุณค่าทางโภชนาการทั้ง 4 ตัวชี้วัด พบว่า ผลิตภัณฑ์ที่มีพลังงานสูงมักมีไขมันสูงตามไปด้วย โดยเฉพาะอาหารสำเร็จรูปพร้อมบริโภคที่มีพลังงาน 199.4 กิโลแคลอรี และไขมัน 10.4 กรัม ซึ่งสูงที่สุดในทั้งสองตัวชี้วัดในทางตรงกันข้าม เครื่องดื่มแม้จะมีน้ำตาลสูงที่สุด (15.0 กรัม) แต่กลับมีไขมันต่ำมาก (0.7 กรัม) สะท้อนให้เห็นว่าความเสี่ยงทางโภชนาการของแต่ละกลุ่มผลิตภัณฑ์มีลักษณะเฉพาะแตกต่างกัน

เมื่อพิจารณาความแปรปรวนภายในกลุ่มผลิตภัณฑ์ พบว่า ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่สูงในหลายกลุ่มผลิตภัณฑ์สะท้อนให้เห็นความหลากหลายของคุณภาพภายในกลุ่มเดียวกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กลุ่มผลิตภัณฑ์อาหารกึ่งสำเร็จรูปและผลิตภัณฑ์อาหารพร้อมปรุงมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของโซเดียมสูงถึง 800.6 มิลลิกรัม และกลุ่มอาหารสำเร็จรูปพร้อมบริโภคมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพลังงานสูงถึง 159.4 กิโลแคลอรี แสดงให้เห็นว่าภายในกลุ่มเดียวกันมีทั้งผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพดีและมีความเสี่ยงสูงปะปนกันอยู่ รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยพลังงาน น้ำตาล ไขมัน และโซเดียมของผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนประเภทอาหาร จำแนกตามประเภทผลิตภัณฑ์ (ต่อหนึ่งหน่วยบริโภค)

ประเภทผลิตภัณฑ์	จำนวน	พลังงาน	น้ำตาล	ไขมัน	โซเดียม
อาหารขบเคี้ยว	234	155.6 ± 43.7	4.2 ± 3.6	8.1 ± 4.5	117.9 ± 114.9
ผลิตภัณฑ์ขนมอบ นึ่ง ทอด	195	178.9 ± 54.8	10.3 ± 5.5	7.7 ± 3.4	125.9 ± 79.5
เครื่องดื่ม	177	93.0 ± 66.2	15.0 ± 13.3	0.7 ± 1.5	51.3 ± 76.1
ขนมหวาน	75	145.8 ± 49.2	9.0 ± 8.1	7.6 ± 4.6	38.1 ± 40.2
เนื้อสัตว์ ปลา สัตว์น้ำอื่น ๆ ไข่ และ	42	120.7 ± 79.1	3.9 ± 3.9	6.1 ± 7.7	355.5 ± 260.5
ซอส เครื่องปรุงรส ผลิตภัณฑ์	38	56.6 ± 39.3	4.2 ± 4.7	1.9 ± 2.2	386.8 ± 392.4
ผลไม้	31	109.0 ± 36.0	14.9 ± 7.8	1.0 ± 1.7	76.3 ± 142.8
ผลิตภัณฑ์อาหารกึ่งสำเร็จรูปและ	24	169.6 ± 106.4	5.8 ± 6.6	2.5 ± 3.3	935.0 ± 800.6
อาหารสำเร็จรูปพร้อมบริโภค	8	199.4 ± 159.4	13.0 ± 16.0	10.4 ± 8.7	499.4 ± 447.9
ไขมัน น้ำมัน และผลิตภัณฑ์	4	107.5 ± 15.0	0.7 ± 0.6	9.5 ± 3.0	3.8 ± 7.5
ผัก	4	32.5 ± 9.6	0.0 ± 0.0	0.1 ± 0.2	162.5 ± 182.6
ธัญพืช ถั่ว เมล็ด และผลิตภัณฑ์	3	120.0 ± 60.8	4.7 ± 8.1	7.3 ± 1.2	30.0 ± 52.0
อื่น ๆ	1	15.0	3.0	0.0	0.0

4. การประเมินความเสี่ยงทางโภชนาการของผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนประเภทอาหาร

จากการประเมินความเสี่ยงทางโภชนาการของผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน โดยเทียบค่าสารอาหารที่มีในผลิตภัณฑ์ สำหรับการอ้างโภชนาการโดยตรง คือ “พลังงานต่ำ ไขมันต่ำ โซเดียมต่ำ และไม่มีน้ำตาล” โดยพิจารณาค่าสารอาหารต่อหนึ่งหน่วยบริโภค ได้แก่ พลังงาน น้ำตาล ไขมัน และโซเดียม พบว่า

4.1 พลังงาน:

มีเพียง ร้อยละ 9.7 ของผลิตภัณฑ์ทั้งหมดที่อยู่ในเกณฑ์ “พลังงานต่ำกว่า 40 กิโลแคลอรี” โดยเขตสุขภาพที่มีสัดส่วนผลิตภัณฑ์พลังงานต่ำมากที่สุด คือ เขต 4 และ 7 (ร้อยละ 10.2) ในขณะที่หลายเขตมีแนวโน้มพลังงานสูงโดยเฉพาะเขต 2 และ 11 ซึ่งมีผลิตภัณฑ์อาหารทอดและขบเคี้ยวจำนวนมาก

4.2 น้ำตาล:

ผลิตภัณฑ์ที่จัดอยู่ในเกณฑ์ “ไม่มีน้ำตาล (<0.5 กรัม)” มีเพียง ร้อยละ 11.6 ของทั้งหมด โดยเขตสุขภาพที่ 4 มีสัดส่วนสูงที่สุด (ร้อยละ 14.8) รองลงมาคือ เขต 6 (ร้อยละ 13.6)

4.3 ไขมัน:

ประมาณ ร้อยละ 37.9 ของผลิตภัณฑ์อยู่ในเกณฑ์ “ไขมันต่ำ (≤3 กรัม)”โดยเขตสุขภาพที่ 3 (ภาคเหนือ) มีสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 42.4) ขณะที่เขตที่มีสัดส่วนไขมันสูง ได้แก่ เขต 7 (อีสานตอนล่าง) และเขต 5 (ภาคกลางตอนล่าง) ซึ่งมักมีผลิตภัณฑ์ประเภททอด

4.4 โซเดียม:

พบว่า ร้อยละ 67.3 ของผลิตภัณฑ์อยู่ในเกณฑ์ “โซเดียมต่ำกว่า 140 มิลลิกรัม ต่อหนึ่งหน่วยบริโภค” เขตสุขภาพที่มีสัดส่วนสูงที่สุดคือ เขต 2 (ร้อยละ 70.0) ในขณะที่เขตที่มีโซเดียมสูงกว่าเกณฑ์ส่วนใหญ่เป็นพื้นที่ภาคอีสานและภาคใต้

เมื่อพิจารณาภาพรวมของทั้ง 12 เขต พบความแตกต่างทางโภชนาการที่สะท้อนถึงลักษณะการผลิตอาหารท้องถิ่นของแต่ละภูมิภาคอย่างชัดเจน เขตสุขภาพในภาคเหนือ (เขต 1–3) ให้สัดส่วนผลิตภัณฑ์ที่จัดอยู่ในเกณฑ์ “ไขมันต่ำ” และ “โซเดียมต่ำ” สูงกว่าหลายพื้นที่ ขณะที่ภาคอีสานและภาคใต้พบสัดส่วนผลิตภัณฑ์ที่มีระดับพลังงานและโซเดียมสูงกว่าเกณฑ์มากกว่าเขตอื่น ซึ่งสอดคล้องกับรูปแบบอาหารที่มีรสเค็ม ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ร้อยละของผลิตภัณฑ์ชุมชนที่มีคุณค่าทางโภชนาการได้ตามระดับความเสี่ยงทางโภชนาการตามเกณฑ์ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 445 พ.ศ. 2566จำแนกตามเขตสุขภาพ

เขตสุขภาพ	ภูมิภาค	จำนวน	พลังงานต่ำ	ไม่มีน้ำตาล	ไขมันต่ำ	โซเดียมต่ำ
เขต 1	เหนือ	88	8.0	10.2	40.9	68.2
เขต 2	เหนือ	55	6.2	12.1	38.5	70.0
เขต 3	เหนือ	55	9.1	9.1	42.4	67.3
เขต 4	กลาง	88	10.2	14.8	39.8	64.8
เขต 5	กลาง	88	9.1	11.4	36.4	65.9
เขต 6	กลาง	88	8.0	13.6	38.6	66.0
เขต 7	อีสาน	44	10.2	10.2	34.1	63.6
เขต 8	อีสาน	77	9.1	9.1	36.4	68.2
เขต 9	อีสาน	44	8.0	9.1	38.6	64.8
เขต 10	อีสาน	55	9.1	10.2	36.4	68.2
เขต 11	ใต้	77	7.0	9.1	38.6	65.9
เขต 12	ใต้	77	8.0	10.2	37.5	66.7

5. การวิเคราะห์ความสอดคล้องของผลิตภัณฑ์กับหลักเกณฑ์ สัญญลักษณ์โภชนาการ“ทางเลือกสุขภาพ (Healthier Choice)”

จากการประเมินคุณค่าทางโภชนาการของผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนจำนวน 836 รายการ ตามเกณฑ์สัญลักษณ์โภชนาการ ทางเลือกเพื่อสุขภาพ (Healthier Choice) ซึ่งเป็นมาตรฐานที่คณะอนุกรรมการพัฒนาและส่งเสริมการใช้สัญลักษณ์โภชนาการอย่างง่ายกำหนดขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้ผู้บริโภคเลือกบริโภคอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการเหมาสม โดยเกณฑ์ดังกล่าว ครอบคลุม 15 กลุ่มผลิตภัณฑ์

พบว่ามีผลิตภัณฑ์ผ่านเกณฑ์ทางเลือกเพื่อสุขภาพ (Healthier Choice) เพียงร้อยละ 8.25 (69 รายการ) และไม่ผ่านเกณฑ์ถึงร้อยละ 91.75 (767 รายการ) ประเภทผลิตภัณฑ์ที่มีสัดส่วนผ่านเกณฑ์สูงที่สุด ได้แก่ เครื่องปรุงรส (ร้อยละ 68.42) และอาหารกึ่งสำเร็จรูป (ร้อยละ 66.67) ในทางตรงกันข้าม กลุ่มที่มีอัตราผ่านต่ำ ได้แก่ ขนมหวาน (ร้อยละ 9.33) เครื่องดื่ม (ร้อยละ 6.21), ขนมขบเคี้ยว (ร้อยละ 2.99) และผลิตภัณฑ์ขนมอบ (ร้อยละ 1.03) โดยพบปัญหาปริมาณน้ำตาลเกิน 10 กรัมต่อหนึ่งหน่วยบริโภค, ไขมันอิ่มตัวเกิน 5–6 กรัมต่อ 100 กรัม, และพลังงานรวมสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดในประกาศเกณฑ์ Healthier Choice

ตารางที่ 5 ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนที่ผ่านเกณฑ์ “ทางเลือกเพื่อสุขภาพ (Healthier Choice)” จำแนกตามประเภทผลิตภัณฑ์อาหาร

ประเภทผลิตภัณฑ์	จำนวนทั้งหมด	ผ่านเกณฑ์	ไม่ผ่านเกณฑ์	สัดส่วน (%)
เครื่องปรุงรส	38	26	12	**68.42**
อาหารกึ่งสำเร็จรูป	24	16	8	**66.67**
ขนมหวาน	75	7	68	**9.33**
เครื่องดื่ม	177	11	166	**6.21**
ขนมขบเคี้ยว	234	7	227	**2.99**
ผลิตภัณฑ์ขนมอบ	195	2	193	**1.03**
ธัญพืช ถั่ว เมล็ด และผลิตภัณฑ์	3	0	3	**0.00**
ผลไม้	31	0	31	**0.00**
ผัก	4	0	4	**0.00**
อื่นๆ	1	0	1	**0.00**
อาหารสำเร็จรูปพร้อมบริโภค	8	0	8	**0.00**
เนื้อสัตว์ ปลา สัตว์น้ำอื่นๆ ไข่ และผลิตภัณฑ์	42	0	42	**0.00**
ไขมัน น้ำมัน และผลิตภัณฑ์	4	0	4	**0.00**
รวมทั้งหมด	**836**	**69**	**767**	**8.25**

6. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพลังงาน น้ำตาล ไขมัน และโซเดียม รายพื้นที่ตามภูมิภาค

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพลังงาน น้ำตาล ไขมัน และโซเดียมในประเภทอาหาร 4 กลุ่มหลัก คือ อาหารขบเคี้ยว ขนมอบ นึ่ง ทอด เครื่องดื่ม และขนมหวาน เป็นรายภาค พบว่า

ภาคเหนือ เป็นภูมิภาคที่มีระดับพลังงานและโซเดียมต่ำที่สุดในหลายหมวดอาหาร อาหารขบเคี้ยวมีพลังงานเฉลี่ย 147.40 ± 41.97 กิโลแคลอรี น้ำตาล 3.54 ± 3.60 กรัม และโซเดียมต่ำที่สุด 82.53 ± 83.86 มิลลิกรัม ขนมอบ นึ่ง ทอด มีพลังงาน 188.15 ± 66.74 กิโลแคลอรี และไขมัน 3.89 ± 2.69 กรัม เครื่องดื่มมีพลังงานต่ำที่สุด (73.41 ± 59.29 กิโลแคลอรี) และโซเดียมต่ำที่สุด (18.29 ± 30.75 มิลลิกรัม) ส่วนขนมหวานมีน้ำตาล 10.12 ± 11.77 กรัม และมี SD สูง แสดงถึงความหลากหลายของสูตรผลิตภัณฑ์อาหารพื้นบ้าน

ภาคกลาง มีจุดเด่นคือปริมาณน้ำตาลสูงโดยเฉพาะในกลุ่มเครื่องดื่ม อาหารขบเคี้ยวให้พลังงานใกล้เคียงภาคเหนือ (148.40 ± 46.37 กิโลแคลอรี) แต่น้ำตาลสูงกว่า (4.75 ± 4.13 กรัม) และโซเดียมค่อนข้างสูง (154.91 ± 102.32 มิลลิกรัม) ขนมอบ นึ่ง ทอด มีพลังงานต่ำที่สุดในประเทศ (156.64 ± 36.08 กิโลแคลอรี) แต่มีน้ำตาลสูง (10.34 ± 4.97 กรัม) เครื่องดื่มมีน้ำตาลสูงที่สุดในประเทศ (18.51 ± 13.66 กรัม) พร้อม SD สูงสะท้อนความแตกต่างของระดับ

ความหวาน ขนมหวานมีพลังงานเฉลี่ย 152.90 ± 49.88 กิโลแคลอรี และน้ำตาลระดับปานกลาง ค่อนไปทางสูง

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นภูมิภาคที่มีความเสี่ยงด้านโภชนาการสูงที่สุด โดยค่าสารอาหารหลายรายการสูงที่สุดในประเทศ อาหารขบเคี้ยวให้พลังงานสูง (160.48 ± 31.29 กิโลแคลอรี) และมีน้ำตาลสูงที่สุด (5.41 ± 3.55 กรัม) ขนมอบ นึ่ง ทอดมีค่าสารอาหารสูงที่สุดทุกตัว (197.50 ± 67.62 กิโลแคลอรี; 12.66 ± 7.53 กรัม; 5.33 ± 2.73 กรัม; 152.61 ± 90.93 มิลลิกรัม) เครื่องดื่มมีโซเดียมสูงที่สุด (74.67 ± 107.36 มิลลิกรัม) และน้ำตาลสูง (14.39 ± 13.48 กรัม) ส่วนขนมหวานมีพลังงานสูงที่สุด (164.50 ± 21.64 กิโลแคลอรี) และโซเดียมสูง (62.50±33.03 มิลลิกรัม)

ภาคใต้ มีค่าพลังงานและโซเดียมสูงในหลายผลิตภัณฑ์ สะท้อนการปรุงรสเค็มและมันในอาหารพื้นถิ่น อาหารขบเคี้ยวมีพลังงานสูงที่สุดในประเทศ (172.93 ± 54.28 กิโลแคลอรี) และโซเดียมสูง (152.56 ± 147.79 มิลลิกรัม) ขนมอบ นึ่ง ทอดมีพลังงานสูง(189.80 ± 48.27 กิโลแคลอรี) และโซเดียม 135.98 ± 71.09 มิลลิกรัม เครื่องดื่มมีพลังงานสูงที่สุด (113.48 ± 88.95 กิโลแคลอรี) ขนมหวานมีน้ำตาลต่ำที่สุด (1.67 ± 1.97 กรัม) และโซเดียมต่ำที่สุด (6.43 ± 14.92 มิลลิกรัม) ตามรายละเอียดดังตารางที่ 6

ผลการวิเคราะห์คุณค่าทางโภชนาการของผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนที่ได้ในแต่ละภาคสะท้อนความเสี่ยงต่อสุขภาพที่แตกต่างกันอย่างชัดเจน โดยภาคเหนือมีความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่ำที่สุดจากระดับพลังงานและโซเดียมเฉลี่ยที่ค่อนข้างต่ำ ขณะที่ภาคกลางมีน้ำตาลเฉลี่ยสูงที่สุดโดยเฉพาะในกลุ่มผลิตภัณฑ์เครื่องดื่ม ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีค่าพลังงาน ไขมัน น้ำตาล และโซเดียมสูงที่สุดในภาพรวม สะท้อนความเสี่ยงด้านโภชนาการสูงสุด ส่วนภาคใต้พบระดับพลังงานและโซเดียมค่อนข้างสูง แม้จะมีน้ำตาลเฉลี่ยของกลุ่มขนมหวานต่ำที่สุดก็ตาม

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสารอาหารหลักต่อหนึ่งหน่วยบริโภคของผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนระหว่างแต่ละภูมิภาค

ภูมิภาค	เขตสุขภาพ	จำนวนตัวอย่าง	พลังงาน (กิโลแคลอรี)	น้ำตาล (กรัม)	ไขมัน (กรัม)	โซเดียม (มิลลิกรัม)
อาหารขบเคี้ยว						
ภาคเหนือ	เขต 1-3	77	147.40±41.97	3.54±3.60	3.21±2.22	82.53±83.86
ภาคกลาง	เขต 4-6	53	148.40±46.37	4.75±4.13	2.80±1.55	154.91±102.32
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	เขต 7-10	63	160.48±31.29	5.41±3.55	3.55±1.57	107.30±120.35
ภาคใต้	เขต 11-12	41	172.93±54.28	3.08±2.12	3.11±1.51	152.56±147.79
ค่าเฉลี่ยรวมประเทศ		**234**	**155.62±43.75**	**4.23±3.60**	**3.19±1.81**	**117.86±114.90**

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสารอาหารหลักต่อหนึ่งหน่วยบริโภคของผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนระหว่างแต่ละภูมิภาค

ภูมิภาค	เขตสุขภาพ	จำนวนตัวอย่าง	พลังงาน (กิโลแคลอรี)	น้ำตาล (กรัม)	ไขมัน (กรัม)	โซเดียม (มิลลิกรัม)
ผลิตภัณฑ์ขนมอบ นึ่ง ทอด						
ภาคเหนือ	เขต 1-3	27	188.15±66.74	9.81±4.90	3.89±2.69	136.48±101.49
ภาคกลาง	เขต 4-6	73	156.64±36.08	10.34±4.97	3.40±2.14	98.84±59.61
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	เขต 7-10	44	197.50±67.62	12.66±7.53	5.33±2.73	152.61±90.93
ภาคใต้	เขต 11-12	51	189.80±48.27	8.57±3.53	3.22±1.87	135.98±71.09
ค่าเฉลี่ยรวมประเทศ		**195**	**178.90±54.79**	**10.33±5.50**	**3.85±2.43**	**125.90±79.46**
เครื่องดื่ม						
ภาคเหนือ	เขต 1-3	41	73.41±59.29	11.38±12.78	0.59±1.34	18.29±30.75
ภาคกลาง	เขต 4-6	68	101.10±65.60	18.51±13.66	0.29±0.91	57.21±62.13
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	เขต 7-10	45	88.00±55.64	14.39±13.48	0.21±0.68	74.67±107.36
ภาคใต้	เขต 11-12	23	113.48±88.95	12.26±10.90	0.54±0.95	47.17±81.13
ค่าเฉลี่ยรวมประเทศ		**177**	**92.97±66.15**	**15.02±13.31**	**0.37±0.99**	**51.33±76.15**
ขนมหวาน						
ภาคเหนือ	เขต 1-3	17	120.29±58.00	10.12±11.77	3.00±2.30	32.94±31.28
ภาคกลาง	เขต 4-6	31	152.90±49.88	9.97±7.95	4.52±3.36	32.26±45.31
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	เขต 7-10	20	164.50±21.64	8.90±3.67	3.30±1.43	62.50±33.03
ภาคใต้	เขต 11-12	7	122.86±55.29	1.67±1.97	4.29±3.89	6.43±14.92
ค่าเฉลี่ยรวมประเทศ		**75**	**145.80±49.18**	**9.04±8.08**	**3.83±2.82**	**38.07±40.23**

7.แนวทางการกำกับดูแลและส่งเสริมคุณภาพทางโภชนาการของผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน

การสนทนากลุ่มกับผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจากทุกภูมิภาค พบประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ อุปสรรค และแนวทางการพัฒนางานส่งเสริมคุณภาพทางโภชนาการของผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน สรุปเป็น 3 ประเด็นหลักดังนี้

1. สถานการณ์และสภาพปัญหาที่พบ

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เห็นว่า ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนจำนวนมากยังมีค่าพลังงาน น้ำตาล ไขมัน และโซเดียมสูงกว่าเกณฑ์ประกาศฯ 445 และ

ไม่ผ่านเกณฑ์ทางเลือกสุขภาพ (Healthier Choice) โดยที่ผู้ประกอบการส่วนใหญ่ “ไม่ทราบจุดที่ผลิตภัณฑ์ของตนเกินเกณฑ์” ทำให้ไม่สามารถปรับสูตรได้อย่างถูกต้อง และยังพบปัญหาสำคัญ ได้แก่ การจัดทำฉลากไม่ครบถ้วนหรือไม่ถูกต้อง ขาดความรู้ด้านโภชนาการและการปรับสูตร และความเชื่อว่าการลดหวาน มัน เค็ม จะทำให้ยอดขายลดลง

2. อุปสรรคและปัจจัยเอื้อในพื้นที่

ในแต่ละพื้นที่มีทั้งอุปสรรคและปัจจัยเอื้อที่ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพทางโภชนาการของผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน โดย "อุปสรรค" หมายถึงปัจจัยที่เป็นข้อจำกัดหรือก่อให้เกิดความยากลำบากในการพัฒนา ส่วน "ปัจจัยเอื้อ" หมายถึง ปัจจัยที่สนับสนุนหรือเอื้อต่อการพัฒนา

อุปสรรคของผู้ประกอบการ: ผู้ประกอบการส่วนใหญ่มีข้อจำกัดด้านต้นทุนตรวจวิเคราะห์คุณค่าทางโภชนาการมีราคาสูง ไม่มีสูตรมาตรฐาน ไม่มีผู้ช่วยด้านเทคนิค กลัวปรับสูตรแล้วรสชาติเปลี่ยน รวมทั้งไม่มีทักษะด้านกฎหมายและการจัดทำฉลาก

อุปสรรคของเจ้าหน้าที่: เจ้าหน้าที่ในหลายจังหวัด ยังขาดทักษะเฉพาะด้านที่จำเป็นต่อการพัฒนาคุณภาพทางโภชนาการของผลิตภัณฑ์ชุมชน เช่น การตีความผลวิเคราะห์สารอาหาร การทำความเข้าใจกฎหมายที่มีการปรับปรุงบ่อยและมีความซับซ้อน ตลอดจนการให้คำปรึกษาด้านการปรับสูตรอย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ยังขาดคู่มือรูปแบบเข้าใจง่ายและเครื่องมือสื่อสารสำหรับถ่ายทอดข้อมูลให้ผู้ประกอบการและผู้บริโภค ส่งผลให้การสนับสนุนเชิงเทคนิคของเจ้าหน้าที่มีข้อจำกัดในหลายพื้นที่

ปัจจัยเอื้อ: ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานระดับจังหวัด ได้แก่ สำนักงานพัฒนาชุมชน สำนักงานพาณิชย์จังหวัด สำนักงานเกษตรจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและมหาวิทยาลัยในพื้นที่ เป็นกลไกบูรณาการสำคัญที่ช่วยสนับสนุนและขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพผลิตภัณฑ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ ยังมีตัวอย่าง**ความสำเร็จ**ของการดำเนินงานในบางจังหวัดที่สะท้อนรูปแบบการสนับสนุนเชิงพื้นที่ เช่น จังหวัดอุบลราชธานี ที่ขับเคลื่อนการลดโซเดียมผ่าน “แผนบูรณาการอาหารปลอดภัยจังหวัด” โดยคณะกรรมการอาหารจังหวัดร่วมกับผู้เชี่ยวชาญได้พัฒนาสูตรก๋วยจั๊บอุบลแบบลดโซเดียม โดยใช้ยีสต์แทนผงชูรส ส่งผลให้สามารถลดปริมาณโซเดียมได้ประมาณครึ่งหนึ่งโดยไม่กระทบต่อรสชาติ และผู้บริโภคยังยอมรับผลิตภัณฑ์ได้ดี

ในลักษณะเดียวกัน จังหวัดเชียงใหม่และภาคเหนือมีหน่วยสนับสนุนด้านนวัตกรรม ได้แก่ ศูนย์ FIN (มหาวิทยาลัยเชียงใหม่) และSTEP (อุทยานวิทยาศาสตร์ภาคเหนือ) ช่วยผู้ประกอบการปรับสูตร ยืดอายุผลิตภัณฑ์ และให้คำปรึกษาด้านเทคโนโลยีอาหารช่วยให้การพัฒนาผลิตภัณฑ์เกิดขึ้นจริงและมีคุณภาพ

3.แนวทางการส่งเสริมคุณภาพทางโภชนาการของผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนประเภทอาหารที่ต้องแสดงฉลากโภชนาการ

จากการสังเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพร่วมกับผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณ พบว่าแนวทางพัฒนาที่มีประสิทธิภาพประกอบด้วย 3 ระดับ ได้แก่ ระดับผู้ประกอบการ ระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และระดับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ดังนี้

ระดับที่ 1 แนวทางระดับผู้ประกอบการชุมชน คือ การพัฒนาให้ผู้ประกอบการ มี ศักยภาพ ในการพัฒนา โดย

1.1 การให้ข้อมูลสถานการณ์เพื่อสร้างการตระหนักรู้ปัญหา

การใช้ข้อมูลจากผลวิเคราะห์โภชนาการของผลิตภัณฑ์จริงเทียบกับเกณฑ์ประกาศฯ 445 และ Healthier Choice ช่วยให้ผู้ประกอบการเห็นปัญหาได้อย่างชัดเจน และเกิดแรงจูงใจในการปรับสูตร

1.2 การพัฒนาเชิงลึกแบบเข้มข้น (Intensive Training)

จำเป็นต้องมีการฝึกอบรมที่ครอบคลุมการปรับสูตรลดหวาน–มัน–เค็ม การอ่านฉลากโภชนาการ การวิเคราะห์ความเสี่ยง และเทคนิคการเลือกใช้วัตถุดิบเพื่อสุขภาพ รวมถึงการอบรมแบบปฏิบัติจริง

1.3 การแก้ไขอุปสรรคเฉพาะรายแบบเจาะจง

ผู้ประกอบการแต่ละรายมีปัญหาเฉพาะตัว เช่น ขาดสูตรต้นแบบ ขาดงบประมาณ หรือกังวลเรื่องรสชาติ จึงควรมีการให้คำปรึกษาเชิงลึกแบบรายผลิตภัณฑ์

1.4 การสร้างแรงจูงใจเชิงบวก

โดยให้ผู้ประกอบการเข้าประกวดผลิตภัณฑ์โภชนาการดี “Healthy GDA Award” การมอบตราสัญลักษณ์คุณภาพ และ การประชาสัมพันธ์ผลิตภัณฑ์ที่ปรับสูตรสำเร็จ ลด หวาน มัน เค็ม สำเร็จ แนวทางนี้ช่วยให้ผู้ผลิตเกิดความภาคภูมิใจและพร้อมพัฒนาผลิตภัณฑ์ด้วยความสมัครใจ

ระดับที่ 2 แนวทางระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ระดับจังหวัดและเขตสุขภาพมีบทบาทสำคัญในฐานะหน่วยงานเชื่อมประสานระหว่างผู้ประกอบการในพื้นที่กับนโยบายระดับประเทศ ผลการสนทนากลุ่มสะท้อนว่าการพัฒนาคุณภาพทางโภชนาการของผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนจะเกิดผลได้อย่างยั่งยืน จำเป็นต้องมีระบบสนับสนุนที่เข้มแข็งในระดับพื้นที่ โดยประกอบด้วยแนวทางดังต่อไปนี้

2.1 การเสริมศักยภาพเจ้าหน้าที่ในพื้นที่

เจ้าหน้าที่ควรมีความสามารถในการ ให้คำปรึกษาเรื่องโภชนาการ วิเคราะห์ผลสารอาหาร แนะนำการจัดทำฉลาก และทำหน้าที่ “Nutrition Coach” ให้ผู้ผลิตในพื้นที่

2.2 การบูรณาการกับคณะกรรมการอาหารจังหวัด

การพัฒนาสูตรลดหวาน มัน เค็มของผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน ควรได้รับการยกระดับเข้าสู่วาระของคณะกรรมการอาหารจังหวัด เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนงานอย่างต่อเนื่องและมีศักยภาพมากขึ้น ในระดับพื้นที่ โดยคณะกรรมการอาหารจังหวัด มีองค์ประกอบจากหลายภาคส่วน เช่น พัฒนาชุมชน พาณิชย์จังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเกษตรจังหวัด มหาวิทยาลัย ซึ่งสามารถร่วมกันสนับสนุน การพัฒนาคุณภาพผลิตภัณฑ์ได้อย่างรอบด้าน

ระดับที่ 3 แนวทางระดับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ผลการสนทนากลุ่มสะท้อนบทบาทสำคัญของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ในฐานะหน่วยงานระดับนโยบายที่ต้องกำหนดมาตรฐาน ทิศทาง และระบบสนับสนุนเพื่อยกระดับคุณภาพทางโภชนาการของผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนทั่วประเทศ โดยประเด็นที่ควรดำเนินการประกอบด้วยดังนี้

3.1 การจัดทำแผนแม่บทการกำกับคุณภาพโภชนาการระดับชาติ

เพื่อให้ทุกหน่วยงานทำงานภายใต้มาตรฐานเดียวกัน และสนับสนุนเป้าหมายการลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ของประเทศ

3.2 การพัฒนาเครื่องมือสนับสนุนที่เข้าใจง่ายและใช้ได้จริง

ผู้เข้าร่วมสนทนาจากหลายพื้นที่สะท้อนว่าประกาศฯ 445 มีความซับซ้อนและตีความยาก จึงเสนอให้ อย. พัฒนาเครื่องมือที่ใช้งานได้จริง เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการปฏิบัติ เพิ่มความมั่นใจของผู้ประกอบการ และช่วยให้เจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษาได้อย่างถูกต้องมากขึ้น ได้แก่ คู่มือฉลากโภชนาการ ตัวอย่างฉลากโภชนาการ Infographic เพื่อสื่อสารหลักเกณฑ์สำคัญ ข้อความ Disclaimer ที่ถูกต้องตามกฎหมาย

3.3 การพัฒนาแพลตฟอร์มดิจิทัลด้านโภชนาการ

ได้แก่ ระบบจัดทำฉลากตามผลการวิเคราะห์คุณค่าทางโภชนาการ รูปแบบที่ถูกต้องตามกฎหมายทั้งประกาศฯ 394 และ 445

3.4 การสนับสนุนงบประมาณตรวจวิเคราะห์สำหรับผู้ประกอบการรายย่อย

ผู้เข้าร่วมสนทนาทุกภูมิภาคสะท้อนปัญหาเดียวกันคือ ต้นทุนการตรวจวิเคราะห์โภชนาการสูงเกินกำลังผู้ประกอบการรายย่อย ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการทำฉลากให้เป็นไปตามประกาศฯ 445 ดังนั้น อย. ควรสนับสนุนงบประมาณหรือมาตรการลดต้นทุน เช่น โควตาการตรวจวิเคราะห์สำหรับผู้ประกอบการที่เข้าร่วมโครงการลดหวาน มัน เค็ม มาตรการสนับสนุนเฉพาะกลุ่มสำหรับผลิตภัณฑ์เสี่ยงสูง และความร่วมมือกับศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ในการกำหนดอัตราค่าบริการที่เหมาะสม แนวทางนี้จะช่วยให้ผู้ประกอบการสามารถปรับสูตรและทำฉลากได้ต่อเนื่อง จนนำไปสู่การยกระดับคุณภาพผลิตภัณฑ์ในระยะยาว

สรุปและอภิปรายผล

สรุปผลการศึกษา

1.สถานการณ์คุณค่าทางโภชนาการโดยรวม

ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนมีค่าเฉลี่ยพลังงาน 138.6 กิโลแคลอรี น้ำตาล 8.9 กรัม ไขมัน 5.6 กรัม และโซเดียม 147.4 มิลลิกรัมต่อหน่วยบริโภค โดยพบความแปรปรวนสูงในโซเดียม (SD 253.8 มิลลิกรัม) สะท้อนถึงความหลากหลายของผลิตภัณฑ์

2. ความเสี่ยงตามเกณฑ์ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 445 พ.ศ.2566

พบว่าผลิตภัณฑ์ที่อยู่ในเกณฑ์ “พลังงานต่ำ” มีเพียง 9.7%, “ไม่มีน้ำตาล” 11.6%, “ไขมันต่ำ” 37.9%, และ “โซเดียมต่ำ” 67.3% แสดงให้เห็นว่าผลิตภัณฑ์ส่วนใหญ่ยังไม่เข้าตามเกณฑ์ซึ่งกำหนดค่าสารอาหารอ้างอิงสำหรับการอ้างโภชนาการโดยตรง

3. ความสอดคล้องกับฉลากโภชนาการทางเลือกสุขภาพ (Healthier Choice)

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนส่วนใหญ่ยัง ไม่ผ่านเกณฑ์ โดยมีเพียง 8.25% เท่านั้นที่ผ่านเกณฑ์ ปัญหาหลักคือปริมาณน้ำตาลและโซเดียมสูงเกินมาตรฐานที่กำหนดไว้ โดยกลุ่มที่ผ่านมากที่สุดคือ เครื่องปรุงรส และ อาหารกึ่งสำเร็จรูป ในขณะที่กลุ่มขนมอบ ขนมขบเคี้ยว และเครื่องดื่มมีอัตราผ่านต่ำมาก

4. ความแตกต่างเชิงภูมิภาค

จากการเปรียบเทียบข้อมูลตามภูมิภาคพบว่า

ภาคเหนือ มีระดับโซเดียมและพลังงานต่ำที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับอาหารพื้นถิ่นที่เน้นรสไม่จัด และนิยมวิธีการนึ่ง ต้ม มากกว่าการทอด แม้ค่า SD บางรายการจะสูง แสดงถึงสูตรดั้งเดิมที่แตกต่างกันระหว่างชุมชน

ภาคกลาง มีน้ำตาลเฉลี่ยสูงที่สุด โดยเฉพาะในเครื่องดื่ม สะท้อนรูปแบบบริโภคเครื่องดื่มหวานและขนมอบที่หลากหลาย

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบค่าสารอาหารสูงที่สุดในหลายตัวแปร โดยเฉพาะพลังงาน ไขมัน น้ำตาล และโซเดียมในผลิตภัณฑ์ขนมอบ ทอด ซึ่งสะท้อนความนิยมอาหารรสจัด การทอดในน้ำมันมาก และการปรุงรสเข้มข้น

ขณะเดียวกัน SD ที่สูงในหลายหมวดยังสะท้อนความไม่สม่ำเสมอของสูตรผลิตภัณฑ์ในแต่ละพื้นที่

ภาคใต้ มีระดับพลังงานและโซเดียมสูงในผลิตภัณฑ์หลายประเภท ซึ่งสอดคล้องกับอาหารพื้นบ้านที่มีรสเค็มจัดและวิธีการทอด อย่างไรก็ตาม ภาคใต้กลับมีขนมหวานน้ำตาลต่ำที่สุด สะท้อนวัฒนธรรมการทำขนมที่เน้นกะทิและรสหวานน้อยตามแบบดั้งเดิม

โดยสรุป ความแตกต่างเชิงภูมิภาคดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นของการกำกับดูแลคุณค่าทางโภชนาการแบบ“จำเพาะพื้นที่ เพื่อให้มาตรการสอดคล้องกับปัจจัยเสี่ยงเฉพาะของแต่ละภูมิภาค เช่น การลดน้ำตาลในภาคกลาง การลดพลังงานโซเดียมในภาคใต้ และการลดพลังงาน ไขมัน น้ำตาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รวมถึงการส่งเสริมมาตรฐานสูตรผลิตภัณฑ์เพื่อลดความแปรปรวนของคุณค่าทางโภชนาการในผลิตภัณฑ์ชุมชน

5. แนวทางการกำกับดูแลคุณภาพทางโภชนาการของผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนประเภทอาหารที่ต้องแสดงฉลากโภชนาการเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค

การศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่า การกำกับดูแลคุณภาพทางโภชนาการของผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนจำเป็นต้องขับเคลื่อนภายใต้กลไกบูรณาการสามระดับ ได้แก่

1. ระดับผู้ประกอบการชุมชน เน้นการเสริมสร้างความรู้ การสนับสนุนทางเทคนิค และแรงจูงใจเชิงบวกในการพัฒนาผลิตภัณฑ์ให้สอดคล้องกับเกณฑ์สุขภาพ

2. ระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทำหน้าที่ประสานความร่วมมือแบบบูรณาการกับหน่วยงานในระดับพื้นที่ เพื่อสนับสนุนและขับเคลื่อนการกำกับดูแลคุณภาพทางโภชนาการของผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน รวมถึงส่งเสริมให้ผู้ประกอบการปฏิบัติตามข้อกำหนดด้านการแสดงฉลากโภชนาการอย่างถูกต้องตามกฎหมาย

3. ระดับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กำหนดนโยบาย มาตรฐาน และเครื่องมือสนับสนุนการปฏิบัติในระดับประเทศ

การดำเนินงานเชิงบูรณาการดังกล่าวจะนำไปสู่การพัฒนา “ระบบกำกับดูแลคุณภาพโภชนาการแบบมีส่วนร่วม” ที่เน้นการพัฒนาเชิงส่งเสริมมากกว่าการควบคุมเชิงลงโทษ อันจะช่วยยกระดับคุณภาพผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนของประเทศไทยให้มีมาตรฐาน ปลอดภัย และสนับสนุนการคุ้มครองผู้บริโภคเชิงป้องกันได้อย่างยั่งยืน

การอภิปรายผล

1. ความเหลื่อมล้ำทางโภชนาการระหว่างภูมิภาค

ผลการศึกษาชี้ว่าคุณค่าทางโภชนาการของผลิตภัณฑ์ชุมชนมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างภูมิภาค ซึ่งสะท้อนถึงความเหลื่อมล้ำด้านเทคโนโลยีการผลิต ความรู้ด้านโภชนาการ และวัฒนธรรมการบริโภคในท้องถิ่น โดยเฉพาะผลิตภัณฑ์ในภาคใต้และภาคอีสานที่มีค่าพลังงานและโซเดียมสูง

2. ปัญหาน้ำตาลและโซเดียมสูงเกินเกณฑ์มาตรฐาน

ผลิตภัณฑ์กว่า 80% มีค่าปริมาณน้ำตาลและโซเดียมสูงกว่าเกณฑ์ Healthier Choice และซึ่งเป็นสาเหตุหลักของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น เบาหวานและความดันโลหิตสูง การพัฒนาผลิตภัณฑ์จึงควรมุ่งเน้นการลดส่วนประกอบเหล่านี้โดยไม่กระทบรสชาติ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลของโครงการสำรวจผลิตภัณฑ์ OTOP เพื่อขอสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพ พบว่า ผลิตภัณฑ์กล้วยแปรรูปจำนวน 127 ตัวอย่าง มีเพียงร้อยละ 3.45–13.79 ที่ผ่านเกณฑ์ Healthier Choice โดยกลุ่มที่ผ่านเกณฑ์มักปรับสูตรเพื่อลดไขมันอิ่มตัว น้ำตาล และโซเดียม การประชุมเสนอให้ปรับกระบวนการผลิต เช่น การเปลี่ยนน้ำมันที่ใช้ และกำหนดเกณฑ์เฉพาะสำหรับผลิตภัณฑ์ชุมชนให้เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น[7]

3. ข้อจำกัดด้านองค์ความรู้และระบบกำกับดูแล

ผู้ประกอบการชุมชนส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ในการคำนวณและแสดงฉลากโภชนาการ รวมถึงขาดระบบตรวจสอบภายในที่เป็นรูปธรรม จึงควรมีการสนับสนุนเชิงระบบจากหน่วยงานภาครัฐ

4. แนวทางการกำกับดูแลเชิงระบบและการคุ้มครองผู้บริโภค

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบกำกับดูแลส่งเสริมคุณภาพทางโภชนาการของผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนในลักษณะเชิงสนับสนุนมากกว่าการควบคุม โดยเน้นการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ประกอบการปรับสูตรผลิตภัณฑ์ ลด หวาน มัน เค็ม และแสดงฉลากโภชนาการให้ถูกต้องตามเกณฑ์“ทางเลือกเพื่อสุขภาพ (Healthier Choice)” การดำเนินงานควรบูรณาการระหว่างหน่วยงานส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และท้องถิ่นเพื่อขับเคลื่อนนโยบายอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ผลของการศึกษาการพัฒนาแนวทางการกำกับส่งเสริมดูแลคุณภาพทางโภชนาการของผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนประเภทอาหารที่ต้องแสดงฉลากโภชนาการ เพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค ผู้วิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ควรมีการพัฒนาระบบ “ฐานข้อมูลโภชนาการผลิตภัณฑ์ชุมชนระดับประเทศ”ภายใต้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

2. ควรมีการบูรณาการความร่วมมือระหว่าง สสจ.–อปท.–สถาบันการศึกษา เพื่อสนับสนุนการตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์

3. ควรมีการจัดทำเกณฑ์ ระบบการจำแนกอาหารเพื่อส่งเสริมการกินอาหารที่ดีต่อสุขภาพของคนไทย เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ของอาหารแต่ละกลุ่มผลิตภัณฑ์

4. ควรมีการจัดทำหลักสูตรอบรม “การพัฒนาอาหารชุมชนสุขภาพดีตามเกณฑ์ Thai RDI” สำหรับผู้ผลิต

5. ข้อเสนอในการศึกษาต่อไป ศึกษาผลของการใช้ฉลากGDA ต่อพฤติกรรมผู้บริโภคในระยะยาว

ข้อจำกัดของการศึกษา

1. ความคลุมเครือในการจำแนกประเภทผลิตภัณฑ์

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพอาจ มีอคติจากผู้ให้ข้อมูลที่เป็นเจ้าหน้าที่ภาครัฐเป็นหลัก ขาดมุมมองโดยตรงจากผู้ประกอบการรายย่อยและผู้บริโภค

3. เกณฑ์สัญลักษณ์โภชนาการทางเลือกเพื่อสุขภาพ (Healthier Choice) กำหนดขอบข่ายเฉพาะ 17 กลุ่มผลิตภัณฑ์ ทำให้ผลิตภัณฑ์บางกลุ่มไม่สามารถประเมินเพื่อขอรับการรับรองได้ แม้จะมีคุณค่าทางโภชนาการอยู่ในเกณฑ์ที่ดี

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ เภสัชกรมรกต จรูญวรรธนะ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านความปลอดภัยและประสิทธิผลของผลิตภัณฑ์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ที่ให้การอนุมัติและสนับสนุนโครงการดำเนินงานวิจัยฉบับนี้ ขอขอบพระคุณเภสัชกรสุชาติ จองประเสริฐ ผู้อำนวยการกองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น สำหรับคำปรึกษาและข้อเสนอแนะทางวิชาการอันมีคุณค่า ขอขอบคุณ หน่วยงานสาธารณสุขส่วนภูมิภาคและผู้ประกอบการชุมชน ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลและตัวอย่างผลิตภัณฑ์จากจังหวัดทั่วประเทศ รวมถึงผู้ช่วยวิจัยและเครือข่ายงานคุ้มครองผู้บริโภค ที่สนับสนุนการดำเนินงานอย่างดียิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. เจาะลึกสุขภาพ. เปิดตัวเลขคนไทยมีแนวโน้มเสียชีวิตด้วยโรคเอ็นซีดี 4 แสนรายต่อปี 74% ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด!. กรุงเทพฯ: Hfocus; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 3 พฤศจิกายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.hfocus.org/content/2024/10/32092
2 .กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 394 พ.ศ. 2561 เรื่อง อาหารที่ต้องแสดงฉลากโภชนาการ และค่าพลังงาน น้ำตาล ไขมัน และโซเดียมแบบจีดีเอ (GDA). ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 135 ตอนพิเศษ 264 ง (หน้า 12–15), 22 ตุลาคม 2561.
3. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 445 พ.ศ. 2566 เรื่อง ฉลากโภชนาการ. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 141 ตอนพิเศษ 3 ง (หน้า 26–45), 4 มกราคม 2567.
4. คณะอนุกรรมการพัฒนาและส่งเสริมการใช้สัญลักษณ์โภชนาการอย่างง่าย. ประกาศคณะอนุกรรมการพัฒนาและส่งเสริมการใช้สัญลักษณ์โภชนาการอย่างง่าย เรื่อง เกณฑ์สารอาหารหรือคุณค่าทางโภชนาการที่ใช้ประกอบการพิจารณารับรองการแสดงสัญลักษณ์โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ”. กรุงเทพฯ: คณะอนุกรรมการพัฒนาและส่งเสริมการใช้สัญลักษณ์โภชนาการอย่างง่าย; 13 กรกฎาคม 2564.
5. คณะอนุกรรมการพัฒนาและส่งเสริมการใช้สัญลักษณ์โภชนาการอย่างง่าย. ประกาศคณะอนุกรรมการพัฒนาและส่งเสริมการใช้สัญลักษณ์โภชนาการอย่างง่าย เรื่อง เกณฑ์สารอาหารหรือคุณค่าทางโภชนาการที่ใช้ประกอบการพิจารณารับรองการแสดงสัญลักษณ์โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ” ในอาหารแต่ละกลุ่ม (ฉบับที่ 2). กรุงเทพฯ: คณะอนุกรรมการพัฒนาและส่งเสริมการใช้สัญลักษณ์โภชนาการอย่างง่าย; 16 สิงหาคม 2565.
6. คณะอนุกรรมการพัฒนาและส่งเสริมการใช้สัญลักษณ์โภชนาการอย่างง่าย. ประกาศคณะอนุกรรมการพัฒนาและส่งเสริมการใช้สัญลักษณ์โภชนาการอย่างง่าย เรื่อง เกณฑ์สารอาหารหรือคุณค่าทางโภชนาการที่ใช้ประกอบการพิจารณารับรองการแสดงสัญลักษณ์โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ” ในอาหารแต่ละกลุ่ม (ฉบับที่ 3). กรุงเทพฯ: คณะอนุกรรมการพัฒนาและส่งเสริมการใช้สัญลักษณ์โภชนาการอย่างง่าย; 26 มิถุนายน 2566.
7. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. การประชุมหารือแนวทางและแผนการดำเนินงานกับผู้ประกอบการเรื่อง สัญลักษณ์โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ” ประจำปี 2560. กระทรวงสาธารณสุข; 2560. เข้าถึงได้จาก: https://healthierlogo.com/wp-content/uploads/2017/10/ppt-%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%9B%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%8A%E0%B8%B8%E0%B8%A1-%E0%B8%9C%E0%B8%9B%E0%B8%81.-%E0%B8%A7%E0%B8%B1%E0%B8%99%E0%B8%97%E0%B8%B5%E0%B9%8818-10-60.pdf

JOURNAL OF HEALTH CONSUMER PROTECTION
วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
Vol: 5 No.2 July-December 2025
ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2568

โฆษณาอาหารอย่างไร ให้ถูกกฎหมาย

ราชัน คงชุม
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง

การควบคุมการโฆษณาอาหารเป็นไปตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 มาตรา 40 ห้ามมิให้ผู้ใดโฆษณาคุณประโยชน์ คุณภาพ หรือสรรพคุณของอาหารอันเป็นเท็จหรือเป็นการหลอกลวงให้เกิดความหลงเชื่อโดยไม่สมควร มีบทลงโทษ มาตรา 70 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินสามหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และมาตรา 41 ผู้ใดประสงค์จะโฆษณาคุณประโยชน์ คุณภาพหรือสรรพคุณของอาหาร ทางวิทยุกระจายเสียง วิทยุโทรทัศน์ ทางฉายภาพ ภาพยนตร์ หรือทางหนังสือพิมพ์ หรือสิ่งพิมพ์อื่น หรือด้วยวิธีอื่นใด เพื่อประโยชน์ในทางการค้า ต้องนำเสียง ภาพ ภาพยนตร์ หรือข้อความที่จะโฆษณาดังกล่าวนั้น ให้ผู้อนุญาตตรวจพิจารณาก่อน เมื่อได้รับอนุญาตแล้วจึงจะโฆษณาได้ เฉพาะสื่อวิทยุกระจายเสียง เครื่องขยายเสียง และทางสิ่งพิมพ์ สามารถยื่นขออนุญาตโฆษณาอาหารได้ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ส่วนสื่ออื่น ๆ จะต้องยื่นขออนุญาตต่อสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา หากฝ่าฝืนมาตรา 41 มีบทลงโทษมาตรา 71 ต้องระวางโทษปรับไม่เกินห้าพันบาท[1]

การขออนุญาตโฆษณาอาหารในสื่ออินเทอร์เน็ต จึงต้องยื่นคำขออนุญาตโฆษณาที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้เพียงแห่งเดียว จากประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่องหลักเกณฑ์การโฆษณาอาหาร พ.ศ. 2564[2] ได้ให้คำจำกัดความ การโฆษณาอาหาร หมายความถึง การกระทำด้วยวิธีการใด ๆ ให้ประชาชนเห็น หรือทราบข้อความเกี่ยวกับอาหาร ส่วนประกอบของอาหาร เพื่อประโยชน์ในทางการค้า และ “ข้อความ” หมายความรวมถึง ข้อความ ข้อความเสียง เสียง ภาพ รูปภาพ รอยประดิษฐ์ เครื่องหมายสัญลักษณ์ หรือการกระทำอื่นใดที่เข้าใจได้ในความหมาย โดยข้อความที่ใช้โฆษณาอาหาร ต้องไม่ใช้ข้อความในลักษณะที่ไม่เป็นธรรมต่อผู้บริโภค หรือข้อความที่อาจก่อให้เกิดผลเสียต่อสังคมในส่วนรวม ดังนี้ข้อความที่ทำให้เข้าใจว่าอาหารมีคุณค่าหรือเป็นส่วนประกอบของอาหาร ซึ่งความจริงไม่มี หรือมีแต่ไม่เท่ากับที่ทำให้เข้าใจตามที่โฆษณา ข้อความที่ก่อให้เกิดความเข้าใจผิดหรือไม่เข้าใจลักษณะ หรือวิธีการบริโภคอาหาร ข้อความที่อาจก่อให้เกิดความแตกแยกหรือเสื่อมเสียความสามัคคีในหมู่ประชาชน ข้อความที่เป็นการสนับสนุนโดยตรงหรือโดยอ้อมให้มีการกระทำผิดกฎหมายหรือศีลธรรมหรือนำไปสู่ ความเสื่อมเสียในประเพณีและวัฒนธรรมอันดีของชาติ ข้อความที่อาจก่อให้เกิดพฤติกรรมลอกเลียนแบบ ที่จะนำมาซึ่งอันตรายหรือความรุนแรง ข้อความที่เป็นการแนะนำรับรองหรือยกย่องคุณประโยชน์ คุณภาพหรือสรรพคุณของอาหารโดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขหรือผู้ที่อ้างตนหรือแสดงตนหรือทำให้เข้าใจว่าเป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

เนื่องจากการโฆษณาเป็นการผลิตสื่อเพื่อให้เข้าถึงความรับรู้ในหมู่ประชาชน ในทางการตลาดและรูปลักษณ์ของผลิตภัณฑ์ ดังนั้นผู้ผลิตสื่อจะมีการกำหนดให้มีการใช้คำ หรือข้อความในทางที่จะให้ผู้บริโภคได้รับรู้ถึงข้อดีของผลิตภัณฑ์ของตน ผ่านสื่อในรูปแบบต่าง ๆ โดยเฉพาะสื่ออินเทอร์เน็ตและสังคมออนไลน์ ที่ผู้คนสามารถเข้าถึงได้ง่าย รวดเร็ว ซึ่งหากเป็นการโฆษณาที่ไม่เข้าข่ายตามมาตรา 40 และ 41 ผู้ประกอบการสามารถโฆษณาอาหารที่สามารถกระทำได้เลย ไม่ต้องนำข้อความมาขออนุญาตนั้น แต่ต้องเป็นการให้ข้อมูลทางวิชาการที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อประโยชน์ในทางการค้า และไม่มีความเชื่อมโยงทำให้เข้าใจว่าเป็นการโฆษณาคุณประโยชน์ คุณภาพหรือสรรพคุณของอาหารใด ๆ แต่ทั้งนี้ การให้ข้อมูลทางวิชาการดังกล่าวต้องมีการให้ข้อมูลที่ครบถ้วน ถูกต้องตามหลักวิชาการ มีหลักฐานอ้างอิง ที่เชื่อถือได้ เช่น แสดงทั้งข้อดีข้อเสีย ข้อควรระวัง เป็นต้น การโฆษณาในลักษณะการเสนอภาพลักษณ์ของบริษัทหรือกิจการ (Corporate Image) การโฆษณาเฉพาะในลักษณะที่เป็นการให้ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับอาหาร ซึ่งสามารถใช้ข้อความได้ ดังข้อความอันมีลักษณะดังต่อไปนี้

การจัดรายการส่งเสริมการขาย เช่น การเสี่ยงโชคชิงรางวัล ลดแลก แจกแถม โปรโมชั่นต่าง ๆ การโฆษณาราคาสินค้าหรือปริมาณสินค้า การเปรียบเทียบราคากับปริมาณสินค้า เช่น คุ้มค่าประหยัดกว่า สุดคุ้มเพิ่มปริมาณแต่ไม่เพิ่มราคา การโฆษณาสถานที่วางจำหน่าย ระยะเวลาจำหน่าย ข้อความโลโก้ เครื่องหมายรับรองผลิตภัณฑ์อาหารจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ฮาลาล โคเชอร์ (Kosher) มอก. เป็นต้น การได้รับรางวัล เช่น ได้รับรางวัลแบรนด์ที่น่าเชื่อถือจากหน่วยงานที่รับรอง การโฆษณาสถานที่ซึ่งผ่าน การตรวจ GMP ตามกฎหมาย หรือสถานที่ผลิตได้รับการรับรองระบบประกันคุณภาพซึ่งจะต้องมีหนังสือรับรองเช่นว่านั้น การโฆษณาชื่ออาหาร และส่วนประกอบของผลิตภัณฑ์ตามสูตรที่ผลิตจริง นำเข้าจริง ตามที่ได้รับอนุมัติ การโฆษณาว่า ไม่ใช้ ไม่ใส่ ไม่เติม เช่น ไม่ใช้วัตถุกันเสีย ไม่เติมสีสังเคราะห์ หรือการโฆษณาว่าไม่ใช้ ไม่เติม วัตถุปรุงแต่งรส โดยข้อเท็จจริงจากสูตรส่วนประกอบ ที่ได้รับอนุญาต สูตรส่วนประกอบ 100%

คำที่สามารถใช้ได้โดยไม่ต้องขออนุญาตโฆษณา เช่น คำว่า ใหม่ จะต้องเป็นสินค้าใหม่ และวางจำหน่ายเป็นระยะเวลาไม่เกิน 1 ปี ส่วนสูตรใหม่จะต้องเป็นสินค้าสูตรใหม่และวางจำหน่ายเป็นเวลาไม่เกิน 1 ปี โฉมใหม่ แพ็คใหม่ ขนาดใหม่ ต้องเป็นสินค้าที่มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบขนาดบรรจุใหม่และวางจำหน่ายไม่เกิน 1 ปีเช่นเดียวกัน ส่วนยอดขายอันดับ 1 แบรนด์ยอดนิยมอันดับ 1 จะต้องระบุได้ว่าเป็นยอดขายของผลิตภัณฑ์กลุ่มใด ปีที่มีการรับรองยอดขายการกล่าวอ้างเฉพาะสิ่งปรากฏในหลักฐานการสำรวจ และไม่ขัดกับกฎหมายอาหาร ส่วนการใช้ยอดขายอันดับ 1 ทั่วโลกต้องมีหลักฐานแสดงว่ามียอดขายเป็นอันดับ 1 ในทุก ๆ ประเทศ หรือแม้กระทั่งการเป็นที่ยอมรับทั่วโลกหรือเป็นนิยมทั่วโลก ให้ใช้เฉพาะกล่าวอ้างเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์

จำหน่ายทั่วโลกเท่านั้น โดยมีหลักฐานการจำหน่ายไม่น้อยกว่า 15 ประเทศใน 3 ทวีปจึงจะถือได้ว่ามีการจำหน่ายทั่วโลก

คำต่อไปนี้สามารถใช้โดยไม่ต้องขออนุญาต เช่น อร่อย อร่อยง่าย กลมกล่อม อร่อยต้องลอง อร่อยเหมือนเดิม อร่อยเข้ม เข้มข้น เปรี้ยว หวาน เค็ม มัน ขม หอม เผ็ด หลากรส เปรี้ยวหวาน เปรี้ยวจี๊ด จี๊ดจี๊ดจ้าด แซ่บแซ่บ นัว รสจัดจ้าน แซ่บเวอร์ จี๊ดเวอร์ ร้อนแรง แสบเข้าเส้น กรอบ กรอบเวอร์ กรุบกรอบ นุ่มละมุน รสชาติอ่อนโยน เด้ง เหนียว เหนียวหนึบ แน่น เนื้อแน่น เต็มรส เต็มรสชาติ หรือแม้แต่คำว่า ชอบ รักโดนใจ ถูกใจ ถูกปาก ฟินสุด ฟินฝุด ๆ รสชาติถึงใจ รสชาติที่ใช่ เต็มคำ เป็นที่ยอมรับ เป็นที่นิยม ซ่า เย็นซ่า ซาบซ่า ลงตัวทุกเมนู ท้าให้ลอง เคี้ยวนุ่ม เคี้ยวมัน เคี้ยวสนุก เติมสีสัน เติมความสนุก มืออาชีพเลือกใช้ สำหรับมืออาชีพ เชฟมืออาชีพเลือกใช้ recommend ขอแนะนำ หากจะใช้ข้อความเปรียบเทียบรสชาติผลิตภัณฑ์ภายในบริษัทตัวเองสามารถกระทำได้ เช่นอร่อยกว่า เข้มกว่า เข้มขึ้นโดยเปรียบเทียบกับผลิตภัณฑ์ของตัวเองภายใต้บริษัทตัวเองเท่านั้น การระบุวัตถุดิบหรือผลิตภัณฑ์ว่านำเข้ามาจากประเทศใด จะต้องระบุชื่อวัตถุดิบ แต่ละชนิด ตามหลักฐาน สำหรับแบบหรือสไตล์ เช่นสไตล์เกาหลี สไตล์ต้นตำรับ คลาสสิคดั้งเดิม Original สามารถจะใช้ได้ หากเป็นการโฆษณาว่าเป็นสินค้าอาหารเจหรือสินค้าเจ ต้องไม่มีส่วนประกอบ หรือวัตถุดิบที่ขัดกับหลักการของอาหารเจ สูตรส่วนประกอบเป็นไปตามที่ได้รับอนุญาต

การแจ้งข้อมูลเบอร์โทร LINE QR Code ซึ่งเป็นข้อมูลที่ไม่ได้แสดงสรรพคุณอาหาร คำว่าแจ่มแจ่มเลย สามารถใช้ได้กับรูปลักษณ์ของผลิตภัณฑ์ ส่วนคำว่าใสต้องเป็นการใช้กับอาหารที่มีลักษณะใสเท่านั้น signature ใช้กับลักษณะหรือรสชาติที่เป็นเอกลักษณ์ของผู้ผลิตนั้นๆ หากมีการกล่าวอ้างว่า Special Edition, Limited Edition, Exclusive จะต้องเป็นการผลิตขายในช่วงเวลาหนึ่งหรือโอกาสพิเศษเท่านั้น การระบุเครื่องหมายทางเลือกสุขภาพจะต้องมีหนังสือรับรองการใช้เครื่องหมายทางเลือกสุขภาพ โดยให้แสดงเฉพาะบนฉลากอาหารที่ปรากฏในหน้าโฆษณาและมีรูปแบบตรงกับฉลากที่ใช้จำหน่ายจริง

แม้ว่าหลักเกณฑ์การโฆษณาอาหารจะมีข้อยกเว้นไม่ต้องขออนุญาตโฆษณาอาหารในหลายกรณี แต่กลับพบว่า การโฆษณาฝ่าฝืนกฎหมายอาหารพบได้อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการโฆษณาผ่านช่องทางอินเทอร์เน็ต ส่วนมากจะเป็นการโฆษณาสรรพคุณของผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในตลาดออนไลน์ แพลตฟอร์มออนไลน์ หรือสื่อสังคมออนไลน์ หากพิจารณาตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 293 พ.ศ. 2548 เรื่อง ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร[3] นั้น ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร หมายถึง ผลิตภัณฑ์ที่ใช้รับประทานนอกเหนือ จากการรับประทานอาหารตามปกติ ซึ่งมีสารอาหารหรือสารอื่นเป็นองค์ประกอบ อยู่ในรูปแบบเม็ด แคปซูล ผง เกล็ด ของเหลวหรือลักษณะอื่น ซึ่งมิใช่รูปแบบอาหารตามปกติ (conventional foods) สำหรับผู้บริโภคที่คาดหวังประโยชน์ทางด้านส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งคงเป็นไปได้ยาก ที่ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารจะโฆษณาให้อยู่ในกรอบของข้อกำหนด เพราะผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ทั้งผู้ขายและผู้ซื้อ

ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ตาม ประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่องหลักเกณฑ์การโฆษณาอาหาร พ.ศ. 2564 ข้อ 9(10) ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ต้องแสดงข้อความหรือเสียงทางสื่อโฆษณาว่า “ไม่มีผลในการป้องกันหรือรักษาโรค” “อ่านคำเตือนในฉลากก่อนบริโภค” (กรณีมีส่วนประกอบที่ต้องแสดง คำเตือนอื่น ๆ) “เด็กและสตรีมีครรภ์ไม่ควรรับประทาน” “ควรกินอาหารหลากหลายครบ 5 หมู่ ในสัดส่วนที่เหมาะสมเป็นประจำ” หรือข้อความในทำนองเดียวกัน ผู้แสดงแบบต้องมีอายุ 15 ปีขึ้นไปและไม่ใช่สตรีมีครรภ์

ข้อมูลจากศูนย์จัดการเรื่องร้องเรียนและปราบปรามการกระทำผิดกฎหมายเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ พบว่าในปี พ.ศ. 2567[4] มีการตรวจสอบโฆษณาอาหารในโทรทัศน์และอินเตอร์เน็ต จำนวน 13,629 ครั้ง พบการโฆษณาฝ่าฝืนกฎหมายอาหาร จำนวน 13,196 ครั้ง หรือคิดเป็นร้อยละ 96.80% ซึ่งจะเห็นได้ว่าโฆษณา ที่ตรวจสอบพบฝ่าฝืนกฎหมายเกือบทั้งหมด

ปัญหาหลักในการคุ้มครองผู้บริโภคกรณีโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพเกินจริงคือ การที่ผู้ประกอบธุรกิจมักโฆษณาโดยหลอกลวงหรือใช้ข้อความอันเป็นเท็จ เนื่องจากกฎหมายปัจจุบันมีอัตราโทษน้อยเกินไป ทำให้ผู้กระทำผิดไม่เกรงกลัวและกระทำผิดซ้ำ ประเทศไทยจึงควรมีการกำหนดบทลงโทษที่เข้มงวดมากขึ้น โดยเพิ่มอัตราโทษให้หนักขึ้น หากผู้ประกอบการกระทำความผิดซ้ำซ้อน ต้องกำหนดให้มีอัตราโทษจำคุกและปรับ ในอัตราที่สูง ตลอดระยะเวลาที่ยังฝ่าฝืน ในส่วนภาครัฐควรมีการประชาสัมพันธ์ เพื่อกระตุ้นการมีส่วนร่วมของผู้บริโภค ให้เข้ามามีบทบาทในการควบคุมการโฆษณา รวมทั้งควรมีการจัดตั้งองค์กรคุ้มครองผู้บริโภคที่เป็นหน่วยงานอิสระ จากหน่วยงานรัฐ แต่ให้รัฐสนับสนุนงบประมาณ ในการดำเนินงานแต่ละปี เพื่อที่จะได้มีส่วนร่วมในการบังคับใช้กฎหมาย[5] การจัดการโฆษณาที่ผิดกฎหมายต้องอาศัยปัจจัยหลายอย่าง เช่น นโยบาย ผู้บริหาร เครือข่าย เครื่องมือ แนวทางการปฏิบัติงาน และการบังคับใช้กฎหมาย หน่วยงานกำกับดูแลควรมีการบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวด ตรวจสอบโฆษณาอย่างสม่ำเสมอ ดำเนินการกับ ผู้ที่ฝ่าฝืนกฎหมาย สื่อสารประชาสัมพันธ์ การรู้เท่าทันโฆษณา และความร่วมมือของผู้ประกอบการควรมีการกำกับดูแลตนเอง โฆษณาอย่างถูกต้อง ไม่โอ้อวดเกินจริง และไม่โฆษณาที่ไม่เหมาะสม[6]

การโฆษณาอาหารอย่างไรให้ถูกต้องตามกฎหมาย จะต้องใช้มิติของทางภาครัฐ ควรเน้นประสิทธิภาพและความรวดเร็วในการอนุญาตโฆษณาอาหาร รวมถึงควรกระจายอำนาจในการอนุญาตโฆษณาผลิตภัณฑ์อาหาร ที่มีความเสี่ยงต่ำให้หน่วยงานอื่น เพื่อลดภาระและเพิ่มความคล่องตัวในการดำเนินงาน ภาคผู้ประกอบการ จะต้องมีความรับผิดชอบและซื่อสัตย์ โดยการโฆษณาจะต้องเป็นไปตามกรอบของกฎหมายอย่างเคร่งครัด และใช้เฉพาะข้อความ ภาพ หรือเสียง ที่ได้รับอนุญาตแล้วเท่านั้น และภาคประชาชนจะต้องรู้เท่าทัน มีความรอบรู้ในการเลือกบริโภคสินค้าอย่างปลอดภัย คุ้มค่า และสมประโยชน์ ดังนั้น การโฆษณาอาหารที่ถูกต้องตามกฎหมาย จึงมิใช่เพียงภาระหน้าที่ของหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง แต่เป็น ความรับผิดชอบร่วมกันของทั้งระบบ ที่จะนำไปสู่การคุ้มครองสุขภาพและความเชื่อมั่นของผู้บริโภคได้อย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. พระราชบัญญัติ อาหาร พ.ศ. 2522. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 96, ตอน 75 ก (ลงวันที่ 8 พฤษภาคม 2522).
2. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. ประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่อง หลักเกณฑ์การโฆษณาอาหาร พ.ศ. 2564. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 138, ตอนพิเศษ 63 ง (ลงวันที่ 3 มีนาคม 2564).
3.กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ ๒๙๓) พ.ศ. ๒๕๔๘ เรื่อง ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร. ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม ๑๒๒ ตอนพิเศษ ๙๐ ง หน้า ๒. (ลงวันที่ ๒๘ ธันวาคม ๒๕๔๘.)
4. ศูย์จัดการเรื่องร้องเรียนและปราบปรามการกระทำผิดกฎหมายเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ. อย. ร่วมกับ บก.ปคบ. รุกกวาดล้างผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยปีงบ 2567 อย. จัดการปัญหาโฆษณา... [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 29 พฤศจิกายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://cemc.fda.moph.go.th/press-release/213
5. ณฐพรรณ เพ็ชร์เรือทอง. มาตรการทางอาญาในการคุ้มครองผู้บริโภค กรณีในการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพเกินจริง [การศึกษาค้นคว้าอิสระ นิติศาสตรมหาบัณฑิต]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2560.
6. สิรินยา ปาทาน. การจัดการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพที่ผิดกฎหมายในยุคดิจิทัลจังหวัดศรีสะเกษ โดยใช้ Application. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ 2025; 4(4): 53–66.

JOURNAL OF HEALTH CONSUMER PROTECTION
วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
Vol: 5 No.2 July-December 2025
ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2568

ซื้อยาแก้ไอ ได้น้ำเชื่อม

รติกร ประเสริฐไทยเจริญ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

วันศุกร์ที่ 26 มิถุนายน 2563 วันต่อต้านยาเสพติดโลก วันนี้ในห้องทำงานน้อง ๆ นั่งกันอยู่ครบแสดงว่าไม่มีงานออกตรวจข้างนอก เสียงทักทายแซวกันข้ามโต๊ะสลับกับเสียงหัวเราะดังขึ้นเป็นระยะ มันคงจะเป็นวันศุกร์ที่หวังว่าพวกเราจะ“สุข”กันจริง ๆ การทำงานคุ้มครองผู้บริโภคในจังหวัดใหญ่และเป็นทั้งเมืองท่องเที่ยวระดับสากล มีนิคมอุตสาหกรรมหลายแห่ง มีท่าเรือขนาดใหญ่ มีผู้คนหลากหลายเข้ามาอยู่อาศัยมาประกอบอาชีพและมาท่องเที่ยว ทำให้มีสถานประกอบการที่เรามีหน้าที่ต้องกำกับดูแลตามกฎหมายเป็นจำนวนมาก เพื่อคุ้มครองผู้บริโภคให้ได้รับความปลอดภัยจากการรับบริการด้านสุขภาพและบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ ดังนั้นในแต่ละวันก็จะมีเรื่องร้องเรียนและปัญหาต่าง ๆ เข้ามาให้เราต้องแก้ไขและจัดการอยู่เสมอ ซึ่งพวกเราต้องมีความพร้อมในการปฏิบัติหน้าที่ตลอดเวลา

“พี่ครับ มีหนังสือ **ลับ** จากศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ตำรวจภูธรภาค 2 ผมส่งในไลน์ให้พี่แล้ว ผู้กำกับแจ้งมาว่าร้านเดิมที่เราเคยจับเค้ายังขายยาแก้ไอให้เด็กอยู่นะครับ”

“สายตำรวจให้ข้อมูลว่ามีหลายร้านเป็นเครือข่ายเดียวกัน เดี๋ยวเค้าจะให้สายล่อซื้อและจะส่งข้อมูลให้เราตรวจสอบแล้วนัดหมายในการจับกุมกันอีกครั้ง” น้องเภสัชกรที่รับผิดชอบงานตรวจสอบเฝ้าระวังร้านขายยาเข้ามาแจ้ง

งานเข้าในวันต่อต้านยาเสพติดแล้วล่ะสิ ฉันรีบหยิบโทรศัพท์ขึ้นมาเปิดอ่านไลน์ดูว่าเป็นเรื่องอะไร “ขอความร่วมมือสืบสวนจับกุมผู้กระทำผิดที่ขายยาแก้ไอให้กับกลุ่มวัยรุ่นเพื่อนำไปผสมน้ำกระท่อมทำเป็นเครื่องดื่มชนิด **สี่คูณร้อย** แล้วใช้เสพเป็นยาเสพติด”

สี่คูณร้อย ที่แพร่ระบาดทางภาคใต้ และไม่เคยเป็นปัญหาของจังหวัดเรา แต่ช่วงนี้ได้รับการประสานจากตำรวจให้ร่วมตรวจสอบกรณีจับยาแก้ไอมากขึ้น เมื่อเดือนที่แล้วเราเพิ่งร่วมจับกุมหัวหน้าแก๊ง ตี๋ สี่คูณร้อยร่วมกับตำรวจภาค 2 นายตี๋เปิด Facebook ขาย สี่คูณร้อย ตำรวจให้สายล่อซื้อแล้วไม่ได้ของเลยลงไปซุ่มที่บ้านนายตี๋เห็นยังมีกลุ่มวัยรุ่นเข้าออกที่บ้าน ซึ่งคราวนั้นตำรวจปลอมตัวเป็นช่างไฟแล้วแอบติดกล้องส่องดูพฤติกรรมนายตี๋เห็นว่ามียาแก้ไอจำนวนหนึ่งยังเก็บอยู่ในบ้าน ส่วนหลังบ้านยังมีอุปกรณ์การต้มน้ำกระท่อม ตำรวจมั่นใจว่าในบ้านต้องมีใบกระท่อมอยู่แน่ ๆ จึงขอหมายค้นและนัดหมายประชุมทีมอย่างขึงขัง ฉันแจ้งที่ประชุมว่ายาแก้ไอที่นำมาผสมน้ำกระท่อมเป็นสี่คูณร้อย จัดเป็นยาอันตรายไม่ใช่ยาเสพติดให้โทษ ตามกฎหมายให้ขายได้ในร้านขายยาแผนปัจจุบันที่ได้รับอนุญาต แต่ต้องจัดทำบัญชีซื้อขายและส่งมอบยาโดยเภสัชกร ซึ่งผู้กำกับซึ่งเป็นหัวหน้าทีมได้กำชับกับพวกเรา

“ตำรวจจะเข้าชาร์จก่อนเพราะไม่แน่ใจว่าเค้ามีอาวุธ ไหมและเมื่อควบคุมตัวนายตี๋ได้แล้วทีมสาธารณสุขค่อยตามเข้าไปดูยานะครับ” ฉันก็หวั่น ๆ ในใจนะเพราะการเข้าจับกุมระดับหัวหน้าแก๊งในบ้านเค้า ถ้าเค้าสู้ แล้วมีการใช้อาวุธ พวกเราจะป้องกันตัวเองกันอย่างไร

เวลาบ่ายแก่ ๆ ทีมเราจอดรถรอจนตำรวจส่งสัญญาณให้เราเข้าไป ภาพหัวหน้าแก๊งที่เราเห็นคือ เด็กชายวัยรุ่นผมบ็อบตัวเล็ก ๆ ผอม ๆ ซีด ๆ ท่าทีเรียบร้อย ไม่ได้ต่อสู้ขัดขืนอะไร ตำรวจค้นรถค้นบ้านไม่พบใบกระท่อมและสิ่งผิดกฎหมายอื่น หลังจากค้นบ้านอยู่นานก็ส่งสัญญาณเรียกพวกเราให้เข้าไปดูยาแก้ไอในห้องนอนของตี๋

ขวดยาแก้ไอหลากยี่ห้อวางอยู่บนชั้นวางของ บางขวดก็มีฝุ่นเกาะหนาพอหยิบขึ้นมาดูมันเบาโหวงหลายสิบขวด ตี๋บอกว่าเค้าเก็บสะสมไว้การสะสมขวดยาเปล่ามันก็คงไม่มีความผิดแต่ตำรวจก็ยึดเพื่อทำรายงานการตรวจค้น ตี๋บอกว่าผมไม่ได้ขายสี่คูณร้อยมาเป็นปีแล้ว ฉันบอกตี๋ว่าคงไม่ถึงปีหรอกเพราะฉลากที่ขวดยาแก้ไอที่ตี๋ซื้อมามันระบุวันผลิตเมื่อ 5 - 6 เดือนนี่เอง ตี๋ก็ยอมรับเสียงอ่อยว่า “ครับ ผมเพิ่งเลิกขาย เพราะเพื่อนในแก๊งเพิ่งถูกจับ ยาแก้ไอผมซื้อจากร้านขายยา”

“พี่จะไปที่ร้านขายยาที่ขายยาแก้ไอให้ตี๋มั้ยครับ พวกพี่เข้าได้โดยไม่ต้องใช้หมายค้นใช่ไหมครับ”ผู้กำกับฯ ถามฉันด้วยความกังวล ซึ่งทางตำรวจขอให้ตี๋เป็นสายล่อซื้อยาจากร้านขายยาที่เค้าเคยซื้อ ตี๋ซื้อยาได้ง่าย ๆ คนขายไม่ใช่เภสัชกรเราเข้าตรวจร้านเจอยาแก้ไออีกหลายรายการและไม่มีบัญชีแสดงตำรวจยึดหมดและควบคุมตัวคนขายไปที่ศูนย์บัญชาการเพื่อทำบันทึกจับกุม เค้าโวยว่าทำไมจับเค้าร้านเดียวร้านฝั่งตรงข้ามก็ขาย

“พี่เอาไง” ตำรวจหันมาถามฉัน

“ชุดล่อซื้อมีเงินมั้ยเข้าต่อเลยค่ะ”

สายเดินเข้าร้านไปชักพักก็เดินกลับมาพร้อมยาแก้ไอ พวกเราเข้าไปแสดงตัวในร้านขอดูที่สมุดบันทึกการขายวันนี้เค้าขายยาแก้ไปไปเยอะมาก คนขายที่ไม่ใช่เภสัชกร ดูท่าทาง งง ๆ เบลอ ๆ ขนยาแก้ไอที่มีอยู่ทั้งในร้านและหลังร้านออกมาให้เราง่าย ๆ ไม่พูดอะไรแล้วก็ตามตำรวจขึ้นรถ ตำรวจพาไปทำบันทึกจับกุมที่เซฟเฮ้าส์ในสวนมะพร้าวเข้าไปลึกมาก ระหว่างทำบันทึก น้องที่ สสจ. โทรมาบอกว่าเจ้าของร้านขายยาโทรไปที่ สสจ. แจ้งว่าเขาไปที่ร้านเห็นร้านปิด เมื่อเปิดดูกล้องวงจรปิดพบว่า มีกลุ่มชายฉกรรจ์เข้าไปตรวจค้นที่ร้านและเอาตัวลูกน้องเค้าไป สสจ. พอทราบมั้ยว่าเป็นใครแล้วตอนนี้ลูกน้องเค้าอยู่ที่ไหน และที่น่าตกใจเค้าบอกว่าลูกน้องเค้ากินยาจิตเวชอยู่ และวันนี้น่าจะยังไม่ได้กินยา มิน่าท่าทางมึน ๆ อึน ๆ โทรศัพท์มีก็ไม่โทรบอกเจ้าของร้าน ฉันเลยบอกให้แจ้งเจ้าของร้านตามไปประกันตัวที่สถานีตำรวจ เฮ้อเค้าจ้างคนไข้จิตเวชมาขายยาเหรอเนี่ย จากที่แผนเดิมจะจับ**ตี๋สี่คูณร้อย**เลยได้จับร้านขายยาแทน และตำรวจก็ขยายผลจนนำไปสู่การจับล็อตใหญ่ในครั้งนี้

วันต่อมาน้องแจ้งว่า “พี่ครับ สรุปว่าสายตำรวจล่อซื้อยาแก้ไอได้ 5 ร้าน เช็คแล้วมี 1 ร้านที่ไม่มีใบอนุญาต เจ้าของเป็นเภสัชกรที่เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการร้านยาที่เราไปจับครั้งที่แล้ว เราเรียกมารับทราบข้อกล่าวหาแล้วรอเข้าคณะกรรมการเปรียบเทียบปรับครับ”

“พี่เค้าอายุเยอะแล้ว ใส่เสื้อผ้าป่านคอกลมสีขาว ดูท่าทางธรรมะธรรมโม แกบอกว่าแกจะแจ้งเลิกที่ร้านเก่าจะไปเปิดร้านเอง ผมเช็คทะเบียนแล้วว่ายังไม่ขออนุญาต สายตำรวจแจ้งว่าแกเปิดขายทั้งคืนน่าจะมีของสต็อกเยอะรวมทั้งมียานอนหลับและยาไม่มีทะเบียน ชื่อร้าน “หมอสง่า” แกเป็นหมอดูด้วยหน้าร้านติดป้าย หมอสง่าพยากรณ์ ตำรวจจะขอหมายค้นพี่เข้าร้านนี้กับผู้กำกับและทีม ปปส.นะครับน่าจะผิดหลายข้อหาและของเยอะ”

วันนัดหมายปฏิบัติการใหญ่บูรณาการร่วม สาธารณสุข ตำรวจ ปปส.พร้อมทีมนักข่าวประชุมทีมที่ ศูนย์ปฏิบัติการตำรวจภูธร ภาค 2 (เซฟเฮ้าส์ในสวนมะพร้าว) แลดูขึงขังจริงจังกว่าครั้งที่ผ่านมา เราแบ่งกำลังเป็น 5 ทีม ทีมละ 2 - 3 คน ประกบกับทีมตำรวจ ตำรวจเตรียมสายพร้อมเงินล่อซื้อลง

บันทึกประจำวัน พวกเราต้องไปกับรถตำรวจส่วนรถเราต้องจอดรอที่เชฟเฮ้าส์เพราะเป็นรถมีตรากระทรวงไปจอดที่ไหนร้านยา ก็รู้หมด ได้เวลานัดหมายปล่อยสายพร้อมกัน เราไปรอใกล้ ๆ ร้านซักพักสายก็เอายามาส่งให้ บอกว่าผู้หญิงขายให้ เราหยิบขวดยาขึ้นมาดู มันคล้ายยาแก้ไอฝาแดงแต่ไม่ใช่ พอเราตรวจดูที่ฉลากข้างขวด อ้าวมันเป็น **น้ำเชื่อม** นี่นา สังหรณ์ใจว่าเค้ารู้ตัวแน่เลย ไม่เป็นไรเรามีหมายค้น สายรายงานว่ามียาแก้ไอแน่นอนเพิ่งล่อซื้อไปเมื่อวาน เค้าชุ่มดูก็มีเด็กวัยรุ่นเข้าออกตลอดคืน ผู้กำกับนำพวกเราเข้าไปแสดงหมายค้น พบหญิงสาววัยสามสิบกว่า ๆ อุ้มเด็กผู้ชายที่ไม่ใส่เสื้อผ้าร้องกระจองอแง เธอบอกว่าเธอเป็นคนขายน้ำหวานเอง ตำรวจให้เธอส่งคืนธนบัตรที่สายใช้ในการล่อซื้อตามหมายเลขที่ได้ลงบันทึกประจำวันไว้ เธอก็โวยวาย เธอบอกว่าไม่ได้ทำอะไรผิดอะไร ขายแค่น้ำเชื่อมซึ่งเป็นอาหารและมีเลข อย. ด้วย ส่วนยาในตู้ก็มีแต่ยาสามัญประจำบ้าน เหมือนเธอเตรียมคำตอบมาอย่างดี ฉันบอกให้เธอหยิบยาในตู้ออกมาและชี้ให้ดูว่ามันไม่ใช่ยาสามัญประจำบ้าน เธอก็อ้างว่าเอาไว้กินเองบ้าง เป็นยาของลูกบ้าง รวมทั้งเป็นยาที่เอาไว้เตรียมเปิดร้านใหม่บ้าง เธอยังต่อว่าต่อขานพวกเราเป็นระยะเหมือนเธอถูกพวกเรารังแก เราให้เธอหยิบยาแผนโบราณในตู้อีกด้านหนึ่งออกมาด้วย ส่วนใหญ่เป็นยาที่ไม่มีทะเบียน ในใจก็คิดว่าสายข่าวตำรวจพลาดซะแล้วล่ะงานนี้ไม่เจอยาแก้ไอซักขวดหรือข่าวจะรั่วล่ะ เราขอให้เปิดลิ้นชักโต๊ะบัญชี เธอบอกว่ากุญแจอยู่ที่หมอ เราก็รอจนหมอสง่าลงมาจากชั้นสองพร้อมผู้กำกับ พอเปิดลิ้นชักก็เจอยาหลายรายการ เจอไดอะซีแพมด้วย 1 กระปุก พวกเราพยายามหายาแก้ไอในร้านแต่ไม่เจอ แต่ซักพักทีม ปปส.แจ้งว่าเดี๋ยวให้หมอไปเปิดห้องเช่าในซอยข้างหลังร้านด้วย คราวนี้เสียงโวยวายเริ่มเงียบลง พวกเรายึดยาที่พบในร้านแล้วตามไปที่ห้องเช่าที่อยู่ในซอยใกล้ ๆ ร้าน หมอสง่าบอกว่าไม่มีกุญแจเปิด ทีม ปปส. เลยมาร่วมกดดัน บอกว่ามีคนแจ้งว่าหมอสง่าจ้างซาเล้งขนยาจากร้านมาเก็บไว้ที่ห้องนี้ แกเลยยอมเปิดประตูห้องเช่าให้ พอเปิดประตูเข้าไปเจอกล่องยาที่มีผ้าคลุมไว้ แกอ้างว่าเป็นยาที่สั่งมาเตรียมเปิดร้าน เมื่อตำรวจเปิดผ้าคลุมออกพบว่าเป็นยาแก้ไอหลายยี่ห้อจำนวนมาก หมอสง่าและภรรยาก็เงียบเสียงไป เราตรวจยึดยาได้ 1 คันรถ ส่วนอีก 4 ทีมที่เป้าหมายเป็นร้านขายยาที่ขออนุญาตถูกต้อง ปรากฏว่า ปิด 1 ร้าน ร้านที่จับไปครั้งที่แล้วก็ยังขายอีก บางร้านต้องส่งสายเข้าไปล่อซื้อถึง 3 ครั้งใช้สาย 3 คน เค้าถึงขายยาให้ บางร้านช่วงเช้าปิดแต่ชุดปฏิบัติการไปซุ่มรอจนเค้าเปิดร้านและล่อซื้อ น้องทีมงานบอกว่า “นายคนนี้ช่วงที่เราจับอีกร้านเค้ายังมาดูด้วย” เขาบอกว่าเห็นจับเสร็จแต่เช้าแล้วคิดว่าปลอดภัยเลยเปิดร้านช่วงเย็น หารู้ไม่ว่าเราแยกทีมกันทำงานทุกทีมต้องทำงานให้บรรลุผลสำเร็จ ส่วนอีกร้านที่ไม่เปิดเนื่องจากเจ้าของมีหลายร้านโดนจับไปแล้วตอนเช้า 1 ร้านเลยไม่ได้เปิดอีกร้าน ในการวางแผนแต่ละครั้งแม้ว่าเราจะเตรียมพร้อมแยกทีมแยกสายลับ นัดหมายเวลาในการเข้าล่อซื้อและการเข้าจับกุม แต่สถานการณ์ในแต่ละร้านอยู่นอกเหนือการควบคุมบางร้านมีลูกค้าเยอะ บางร้านมีกระบวนการคัดกรองจนทีมต้องแปลงร่างเป็นสายเข้าไปล่อซื้อถึง 3 คน

“หมอหง่าแกเป็นหมอไหมครับ เห็นติดป้ายหน้าร้าน **หมอสง่าพยากรณ์** แกคงไม่ได้ดูดวงให้ตัวเองนะครับว่าแกจะถูกจับ รีว่าแกรู้แกเลยขนยาหนีก่อนที่เราจะเข้าตรวจแต่แกคงไม่ได้ดูดวงต่อว่าจะโดนเพื่อนบ้านหักหลังแจ้งตำรวจว่าแกขนยาไปไว้ที่ไหน **เภสัชกรขายเองเลยนะครับ**” เสียงตำรวจในทีมแว่ว ๆ มาเข้าหู

“ค่ะ เภสัชกรขายเอง” ฉันได้แต่สะท้อนใจดูจากภาพลักษณ์ภายนอก ชายสูงวัยใส่เสื้อผ้าป่านคอกลมสีขาว ดูเป็นคนธรรมะธรรมโม ซึ่งมันขัดกับ

พฤติกรรมที่ทำ พวกเราตามไปส่งถึงสถานีตำรวจ แจ้งข้อกล่าวหาไป 4 ข้อหา ขายยาแผนปัจจุบันโดยไม่ได้รับอนุญาต ขายยาที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนตำรับ ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพรโดยไม่ได้รับอนุญาต ขายวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทประเภทที่ 4 โดยไม่ได้รับอนุญาต ซึ่งหมอสง่าต้องนอนห้องขัง 1 คืน จึงได้รับการประกันตัวในวันรุ่งขึ้น คงจะอีกนานกว่าศาลจะตัดสินคดี เพราะต้องส่งยาไปตรวจพิสูจน์ด้วย ไม่รู้ว่าคำตัดสินจะออกมาเป็นอย่างไร แต่เราได้ส่งเรื่องให้สภาเภสัชกรรมพิจารณาเรื่องจรรยาบรรณวิชาชีพด้วย แม้จะมีการจับกุมจริงจังต่อเนื่องมีการออกข่าวหลายช่องทาง แต่เราก็ทราบจากสายตำรวจว่ายังมีการขายยาแก้ไอให้กับกลุ่มวัยรุ่นอยู่อีกหลายร้าน จนนำไปสู่การล่อซื้อจับกุมเป็นครั้งที่ 3 อีกครั้ง เฮ้อ.....

****

JOURNAL OF HEALTH CONSUMER PROTECTION
วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
Vol: 5 No.2 July-December 2025
ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2568

เธอคือแรงบันดาลใจ

โศภิต สิทธิพันธ์
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส

แสงอาทิตย์ของเช้าวันใหม่ส่องผ่านช่องประตูเข้ามาในห้องนอนเล็ก ๆ ของฉัน เสียงนกร้องขับขานเจื้อยแจ้วจากหน้าบ้านดังเข้ามาถึงในห้อง จนทำให้จิตใจได้กระชุ่มกระชวยเบิกบานต้อนรับเช้าวันใหม่ วันนี้ วันศุกร์แล้วสิน่ะ ฉันรีบลุกขึ้นจากที่นอน อาบน้ำแต่งตัวทะมัดทะแมนก่อนจะสวมเสื้อกาวน์ปักตราสภาเภสัชกรรม แล้วเดินออกไปตามกลิ่นอาหารที่หอมอบอวลไปทั่วบ้าน

“แม่จ๊ะ วันนี้ลูกออกตรวจร้านชำที่อำเภอ ศรีสาครนะจ๊ะ” แม่หยุดชะงักจากการสาละวนคนแกงในหม้อแล้วหันมามองหน้าฉัน

“ไม่ไปได้ไหมลูก ช่วงนี้ทั้งระเบิด ทั้งยิงกันอยู่ทุกวัน” นี่คือคำร้องขอจากแม่ ที่ดังก้องในใจทุกครั้งก่อนลงทำงานคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชน แต่คำตอบที่แม่มักจะได้รับเสมอ คือ การวิ่งเข้าไปหอมแก้มแม่ฟอดใหญ่ แล้วรีบขับรถออกจากบ้านไปทำงานอย่างรวดเร็ว

ภาพที่ฉันเห็นจนชินตาตลอดเส้นทางที่ขับรถจากบ้านไปทำงาน คือ ด่านตรวจที่กั้นด้วยเหล็กซี่ แต้มสีแดงสลับขาววางขวางเป็นแนวซิกแซกอยู่กลางถนน บังเกอร์สีเขียวกั้นสูงแซมด้วยกระดาษทรายวางริมถนนเป็นระยะ ๆ บางช่วงเห็นรถถังคันสูงใหญ่มีทหารหนุ่มยืนตัวตรงถือปืนอยู่บนรถมองเห็นแต่ไกล บ้างก็มีทหารสวมชุดสีเขียวแก่เดินลาดตระเวนเรียงแถวอย่างเป็นระเบียบอยู่สองข้างถนน เสมือนว่านี่เป็นดินแดนแห่งสงคราม เมื่อถึงที่ทำงานฉันและน้องในทีมอีกสองคน รีบคว้ากระเป๋าที่เต็มไปด้วยอุปกรณ์ตรวจร้านชำแล้วขึ้นรถตู้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอย่างรวดเร็ว รถตู้ของเราค่อยๆขับผ่านพื้นที่สีเขียวเต็มไปด้วยต้นไม้สูงใหญ่ขึ้นหนาแน่นจนกลายเป็นป่าทึบตลอดสองข้างทาง สลับกับด่านตรวจให้รถของเราต้องขับซิกแซกชะลอความเร็วเป็นระยะ ๆ บางช่วงเราก็ผ่านชาวบ้านสวมผ้าคลุม บ้างก็สวมหมวกกะปิเย๊ะนุ่งผ้าโสร่งสีสวยขับมอเตอร์ไซด์สวนกับเรา แต่บางช่วงมีเพียงรถตู้ของเราแล่นอยู่เพียงลำพังบนถนนสีเทาที่เงียบสงบ

เวลาผ่านไปเกือบสองชั่วโมง เราเดินทางมาถึงอำเภอศรีสาคร “ทำไมถึงได้เงียบขนาดนี้” เสียงลูกทีมถามขึ้นมาดังลั่นรถ เมื่อเห็นร้านค้าเปิดเพียงไม่กี่ร้าน นานๆครั้งเราถึงจะเห็นรถขับผ่าน เอ๊ะ..หรือเพราะวันนี้จะเป็นวันศุกร์ ชาวบ้านคงจะหยุดประกอบศาสนกิจกัน ฉันได้แต่ถามและตอบคำถามในใจของตัวเอง ก่อนที่จะบอกว่า “ไปรับพี่ยาให้นำตรวจกันเถอะ” ทันใดนั้นเอง ทุกสายตามองตรงมาที่ฉันโดยไม่ได้นัดหมายแล้ว แววตาเหล่านั้นก็ค่อย ๆ เปลี่ยนเป็นความเศร้าหมอง เสมือนท้องฟ้าได้ค่อย ๆ กลายเป็นสีเทา ในทันทีที่ฉันพูดถึงพี่ยาผู้จากไป

สาวผิวเหลืองหน้าตาคมขำนัยน์ตาอ่อนโยนวัยยี่สิบเก้าปี นามว่า พี่ยา (นามสมมติ) เธอเป็นนักวิชาการสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคอำเภอศรีสาคร เธอเคยบอกกับฉันว่า ถึงแม้บ้านเราจะมีสถานการณ์เกิดขึ้นทุกวัน แต่เธอจะไม่ไปไหน เพราะอยากจะดูแลให้คนศรีสาครมีของกินของใช้ที่ปลอดภัย เธอจึงมีความมุ่งมั่นตั้งใจทำงานในฐานะพนักงานเจ้าหน้าที่คุ้มครองผู้บริโภคระดับอำเภออย่างเต็มที่ ไม่ว่าจะต้องลงไปทำงานในพื้นที่สีแดงหรือพื้นที่เสี่ยงภัยมากแค่ไหน เธอก็ไม่เคยปฏิเสธหรือละเลยการปฏิบัติหน้าที่ ประกอบกับการเป็นคนจิตใจดีมีกิริยาสุภาพ สายตาอ่อนโยนและวาจาที่ไพเราะ ทำให้เธอเป็นที่รักของผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงาน และมีครอบครัวที่น่ารักกับหนุ่มรูปหล่ออนาคตไกลยศร้อยตำรวจตรี จนตั้งครรภ์ลูกน้อยคนแรกได้อายุครรภ์เพียงสองเดือน

ปั้ง..เสียงปืนดังลั่นสนั่นหวั่นไหว สิ้นเสียงปืน..ไร้ซึ่งเงาของคนร้าย เหลือไว้เพียงศพหญิงสาวตั้งครรภ์นอนท่ามกลางกองเลือดสีแดงกร่ำอยู่เพียงลำพัง หน้าเพิงไม้เก่า ๆ ที่แขวนเสื้อผ้ามือสองเรียงรายในตลาดนัดหน้าโรงพยาบาลศรีสาคร สองวันหลังเสร็จสิ้นงานฌาปนกิจศพ ในเวลาหลังเลิกงาน ขณะที่ฉันและพี่เภสัชกำลังคุยกันถึงเรื่องการจากไปของพี่ยาอยู่ที่ห้องทำงาน ทันใดนั้นเองก็มีเสียงโทรศัพท์ดังขึ้น พี่เภสัชรีบลุกขึ้นไปรับโทรศัพท์ สิ้นเสียง “ค่ะ” ก่อนวางสายสีหน้าพี่ค่อย ๆ เปลี่ยนไปเป็นความสงสัยขึ้นมาทันที ทันใดนั้นเองชายหนุ่มสวมชุดกากีสีเข้มสองคนเดินตรงมุ่งหน้าเข้ามาหาเราสองคน ก่อนที่จะกล่าวว่า

“ผมขอคุยกับผู้รับผิดชอบงานอาหารที่เคยลงไปตรวจสถานที่เพื่อออกเลข อย. ร่วมกับ จนท. สาธารณสุขที่เสียชีวิตครับ”

พี่เภสัชเดินนำทางชายสองคนไปยังห้องเล็ก ๆ อีกห้องหนึ่งถัดออกไป เพื่อสนทนากันอย่างเป็นส่วนตัว ปล่อยฉันไว้อยู่กับความสงสัยเพียงลำพัง เวลาผ่านไปเกือบสองชั่วโมง ตำรวจทั้งสองกล่าวขอบคุณก่อนที่จะเดินออกจากสำนักงาน พี่เภสัชเดินตรงเข้ามาหาฉันก่อนที่จะบอกว่า

“ตำรวจสันนิษฐานว่า การไม่ออกเลข อย. ให้กับผู้ประกอบการในพื้นที่ อาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตของพี่ยาซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ในอำเภอ” ทันใดนั้นเองบรรยากาศในห้องเต็มไปด้วยความเงียบสงบความมืดปกคลุมทันที เราสองคนไร้ซึ่งบทสนทนาใด ๆ มีเพียงสิ่งที่ฉันครุ่นคิดว่า

“นี่งานที่เรากำลังทำอยู่ เสี่ยงขนาดนี้เชียวหรือ...และเราจะทำงานอย่างไรต่อไป” เราสองคนค่อย ๆ เข้ามากุมมือกันไว้แน่นโดยไม่ได้นัดหมายก่อนที่จะรีบแยกย้ายกลับบ้านกันอย่างรวดเร็ว

แต่เราทั้งสอง ต่างรับรู้ได้ว่า ไม่ว่าเราจะอยู่ที่ไหน แม้จะกลับไปที่บ้านหรืออยู่ที่ทำงาน ความรู้สึกหดหู่กังวลใจนั้น ยังคงติดอยู่ในใจทุกวันเวลา เรารู้สึกกลัวการต้องออกพื้นที่ กลัวการดำเนินคดีผู้ประกอบการในพื้นที่ ความรู้สึกนี้ติดอยู่ในใจของเรานานเป็นเวลาหลายเดือน จนเมื่อเวลาผ่านไปทุก ๆ วันกับที่ทำงานแห่งเดิม ฉันได้กลับมาทบทวน ย้อนคิดถึงคำพูดของพี่ยาในวันนั้นที่เราได้คุยกัน มันทำให้ฉันได้คำตอบกับตัวเองว่า งานคุ้มครองผู้บริโภคเป็นงานที่ฉันรัก ทำให้ฉันมีความสุข ภาคภูมิใจทุกครั้งที่ได้ทำบุญจากการดูแลคนในครอบครัว คนในบ้านเราให้ได้บริโภคสิ่งที่ปลอดภัย คงไม่แตกต่างกับพี่ยา ที่ยังคงยืนหยัดทำงานบนแผ่นดินสามจังหวัดชายแดนใต้แห่งนี้ ไม่ว่าจะเกิดอะไรขึ้น เพราะคงไม่มีใครที่จะหนีรอดจากความตายไปได้ ไม่ว่าการจากไปของพี่ยาจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคหรือไม่ แต่ความมุ่งมั่นตั้งใจและอุดมการณ์ในการทำงานของเธอ จะเป็นแรงบันดาลใจให้กับเราคนทำงานคุ้มครองผู้บริโภคในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ตลอดไป

JOURNAL OF HEALTH CONSUMER PROTECTION
วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
Vol: 5 No.2 July-December 2025
ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2568

เปิดกระสอบปุ๋ย กลับเจอน้ำแข็ง

สมสุข สัมพันธ์ประทีป
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต

“ร้อน ๆ อย่างนี้ พี่รับน้ำใส่น้ำแข็งเย็น ๆ ซักแก้วนะ” สิ้นเสียง น้องเจ้าหน้าที่หน้าตาหมดจด ใส่แว่นตาแฟชั่นกลมโต ใส่กระโปรงบานถึงเข่าเข้าชุดสีฟ้าอ่อนคล้ายสาวออฟฟิศ วางแก้วน้ำเปล่าใส่น้ำแข็งที่มีไอเย็นลอยให้เห็นชัดตา ซึ่งผมก็ไม่ลืมที่จะเอ่ยขอบคุณในความเอื้ออาทรที่น้องมีต่อหัวหน้ากลุ่มงาน

ผมนั่งมองแก้วน้ำใสที่บรรจุน้ำเย็นที่เริ่มมีหยดน้ำเกาะข้างแก้วซึ่งตั้งอยู่บนโต๊ะทำงานร่วมกับเอกสารที่วางซ้อนอยู่เป็นกองไม่ต่ำกว่า 3 กอง ทั้งยังมีแฟ้มเอกสารที่บรรจุด้วยเอกสารที่ต้องพิจารณาสั่งการอีกกว่า 10 แฟ้ม ผมละสายตาจากแก้วน้ำเย็น มาอ่านเอกสารในแฟ้มที่เปิดค้างไว้ เป็นเอกสารที่แสดงผลการตรวจวิเคราะห์ตัวอย่างน้ำแข็งของบริษัทแห่งหนึ่ง พบว่ามีเอ็มพีเอ็นโคลิฟอร์ม มากกว่า 2.2 ต่อน้ำสะอาด 1 ลิตร จึงได้พลิกไปดูผลการตรวจวิเคราะห์ของบริษัทอื่นในหน้าถัด ๆ ไป ซึ่งสรุปได้ว่าตกมาตรฐานเกินครึ่ง ผมจึงเอื้อมมือไปหยิบแก้วน้ำเย็นและยกขึ้นดื่มน้ำจนหมดแก้ว จึงวางแก้วที่เหลือแต่น้ำแข็งลงตรงตำแหน่งเดิมบนโต๊ะ ผมหลับตาลงและเริ่มเอนหลังพิงพนักพิง นึกถึงประสบการณ์ที่เคยตรวจสถานที่ผลิตน้ำแข็ง

“สวัสดีครับ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จะมาขอตรวจมาตรฐานจีเอ็มพีของสถานที่ผลิตตามที่นัดไว้” ผมและเจ้าหน้าที่สาวอีก 2 คน ทักทายแบบคนรู้จักกับเจ้าของบริษัทหนุ่มใหญ่อายุประมาณ 50 ปี ผมสั้นมีผมหงอกแซมเล็กน้อย สวมเสื้อเชิ้ตค่อนข้างเก่ากับกางเกงยีนส์ เรายืนพูดคุยอยู่เล็กน้อย เจ้าของบริษัทจึงนำพวกเราเข้าไปยังห้องทำงานสี่เหลี่ยมกระทัดรัด มีเนื้อที่ไม่เกิน 16 ตารางเมตรเปิดแอร์เย็นฉ่ำ ผนัง 3 ด้านมีลักษณะคล้ายกันคือด้านล่างสร้างด้วยอะลูมิเนียมสูงประมาณ 120 เซนติเมตรเป็นกระจกใส ส่วนผนังด้านที่เหลือเป็นผนังทึบทาสีขาว ในห้องมีโต๊ะทำงานขนาดเล็กพร้อมเก้าอี้ 2 ชุดและตู้เอกสาร 3 ตู้ พื้นที่ที่เหลือจัดวางโต๊ะสี่เหลี่ยมพร้อมเก้าอี้ 6 ตัว บนโต๊ะมีแฟ้มเอกสารข้อมูลให้ตรวจอยู่หลายแฟ้ม หลังจากใช้เวลาประมาณ 30 นาที การตรวจเอกสารก็เสร็จสิ้น เจ้าของบริษัทจึงพานำตรวจตั้งแต่บ่อน้ำดิบ ที่ติดตั้งเครื่องสูบน้ำดึงน้ำผ่านท่อลงสู่ถังพักขนาด 2,000 ลิตร จำนวน 2 ถัง ซึ่งมีการสารคลอรีนเหลวลงสู่ถังพักน้ำดิบ หลังจากนั้นจะใช้เครื่องสูบน้ำดึงน้ำผ่ายไปยังระบบปรับปรุงคุณภาพน้ำที่ประกอบด้วย ถังกรองบรรจุคาร์บอน ถังกรองบรรจุเรซิน และถังกรองเซรามิก ตามลำดับแล้วน้ำที่ได้ก็จะไหลเข้าสู่ถังพักน้ำขนาด 2,000 ลิตร ขั้นตอนสุดท้ายก็จะใช้เครื่องสูบน้ำดึงน้ำผ่านหลอดไฟยูวีเข้าสู่เครื่องผลิตน้ำแข็ง ซึ่งขณะนี้ทั้งหมดได้มายืนอยู่หน้าเครื่องผลิตน้ำแข็งที่มีคนงานนำกระสอบปุ๋ยที่ผ่านขั้นตอนการความสะอาดและฆ่าเชื้อแล้วมารองรับน้ำแข็งที่มีลักษณะเป็นหลอดสั้น ๆ ซึ่งไหลออกจากเครื่องอย่างต่อเนื่อง เมื่อได้ปริมาณพอเหมาะก็ผูกปิดปากกระสอบด้วยเชือกฟาง แล้วนำกระสอบน้ำแข็งไปพักไว้ที่ห้องอุณหภูมิต่ำเพื่อรอจำหน่ายต่อไป

ผมลืมตาขึ้นอีกครั้งและบอกกับตัวเองว่า “ปัญหาน่าจะเกิดจากกระสอบปุ๋ยหรือไม่” จึงได้ตามน้องจากงานควบคุมกำกับก่อนได้รับอนุญาตและงานควบคุมกำกับหลังการอนุญาต งานละ 2 คน รวมเป็น 4 คน ซึ่งประกอบด้วย 3 สาว กับอีก 1 ชายคมเข้มแนวพระเอกหนังแขก มาปรึกษาหารือการจะผลักดันให้ผู้ผลิตน้ำแข็งหลอดทุกราย เปลี่ยนจากกระสอบปุ๋ยมาเป็นถุงพลาสติกปิดสนิท สำหรับบรรจุน้ำแข็งโดยเฉพาะ พร้อมพิมพ์ฉลากที่ถูกต้องตามที่กำหนดบนถุงทุกใบ ซึ่งในระหว่างหารือมีคำถามจากหนุ่มคนเดียวในกลุ่มน้องเจ้าหน้าที่ ว่า “แล้วเค้า

จะยอมหรือพี่ มันทำให้ต้นทุนการผลิตสูงขึ้นอีกนะ” หลังจากปรึกษาหารือกันประมาณ 1 ชั่วโมง ได้ข้อสรุปว่า เราจะเดินหน้าเพื่อยุติการใช้กระสอบปุ๋ยบรรจุน้ำแข็งหลอด โดยมีหลักการที่จะเจรจากับเจ้าของกิจการอยู่ 3 ข้อ คือ

1) การเป็นจังหวัดท่องเที่ยวระดับโลก สินค้าที่จำหน่ายให้นักท่องเที่ยวก็ควรเป็นสินค้าได้มาตรฐานสากลทั้งตัวสินค้าและบรรจุภัณฑ์

2) เพื่อแก้ปัญหาที่น้ำแข็งไม่ผ่านมาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนดโดยเฉพาะเรื่องเชื้อแบคทีเรีย

3) สำนักงานสาธารณสุขจะประชาสัมพันธ์ในเรื่องมาตรฐานผลิตภัณฑ์น้ำแข็งหลอดในภาพรวมให้กับประชาชนและนักท่องเที่ยวทั้งชาวไทยและชาวต่างประเทศรับทราบ

และแล้วการดำเนินการก็เริ่มขึ้นตามวิธีที่วางไว้ โดยผมรับหน้าที่หว่านล้อมผู้ประกอบการรายใหญ่ที่มีสถานที่ผลิตน้ำแข็งหลายสาขา จำนวน 2 บริษัท ซึ่งจะคลอบคลุมสถานที่ผลิตรวม 5 แห่ง สำหรับหนุ่มผิวเข้มในตาแขกหนึ่งเดียวในกลุ่มน้องเจ้าหน้าที่ที่ร่วมปรึกษาหารือกัน รับหน้าที่เจรจากับบริษัทเล็ก ๆ อีก 2 บริษัท ส่วนสาว ๆ อีก 3 คน ก็ทำหน้าที่จัดการประชุมระหว่างพวกเราทั้ง 5 คน กับผู้มีอำนาจตัดสินใจของทั้ง 4 บริษัท โดยใช้ห้องประชุมเล็กที่จุผู้ร่วมประชุมได้ 15 คน โดยทั้ง 3 มีความเห็นว่าบรรยากาศของห้องประชุมเป็นทางการเกินไป ควรจะปรับบรรยากาศของห้องประชุมให้เหมือนเป็นการรวมตัวของญาติพี่น้องจะดีกว่า โดยขั้นแรก ปรับกลิ่นให้หอมสดชื่นด้วยสเปรย์กลิ่นดอกไม้ และตามด้วยการเปิดแอร์ให้เย็นฉ่ำ จัดแจกันดอกไม้สดสวย ๆ มาประดับบนโต๊ะ สุดท้ายเสิร์ฟเครื่องดื่มและของว่างไม่ให้ขาดตอน

ณ ด่านตรวจรถเข้า - ออก ของจังหวัดที่มีอาณาบริเวณไม่ต่ำกว่า 10 ไร่ มีอาคารสำนักงาน 2 ชั้น ขนาดใหญ่ตั้งอยู่กึ่งกลาง โดยมีหลังคาคอนกรีตยื่นออกมาเป็นปีก 4 ทิศทาง โดยด้านซ้ายและขวามีไว้เพื่อกันแดดและฝนให้กับเจ้าหน้าที่และคนขับรถขณะหยุดตรวจ ที่เหลืออีก 2 ปีกหน้าและหลังสำหรับจอดรถของเจ้าหน้าที่ และรถราชการรวมทั้งรถของประชาชน ที่ถูกเรียกตรวจค้น ซึ่งการจัดงานได้ยึดพื้นที่ใต้หลังคาที่จอดรถ 1 ด้าน โดยตั้งเวทีขนาดประมาณ 4 × 5 เมตร มีฉากหลังที่มีอักษรและการตกแต่งสวยงาม ผมมองไปด้านหน้าเวทีที่ทอดระยะห่างจากขอบเวทีประมาณ 3 เมตร เห็นจัดวางชุดโซฟา 1 ชุด ถัดไปด้านหลังโซฟามีเก้าอี้พลาสติกนับได้แถวละ 15 ตัว ทั้งหมด 20 แถว โดย 2 แถวหน้าเวทีจะคลุมด้วยผ้าขาวติดโบว์ผ้าสีทอง ผูกไว้เป็นโบว์หลังพนักพิง ซึ่งขณะนี้นั่งเต็มไปด้วยผู้ร่วมงาน ด้านข้างของเวทีและแถวที่นั่ง มีรถตู้ 3 คัน ที่มีข้อความข้างรถ คันที่ 1 “รถปฏิบัติการตรวจอาหารเคลื่อนที่เทศบาลนคร” คันที่ 2 “หน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร เขต 11” คันที่ 3 “หน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา” ถัดไปเป็นโต๊ะที่ปูด้วยผ้าขาว 2 ตัว บนโต๊ะวางป้ายชื่อว่า “ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์” และมีทั้งผักผลไม้อย่างละนิดอย่างละหน่อย พร้อมอุปกรณ์วิทยาศาสตร์ต่าง ๆ โดยมีเจ้าหน้าที่ 3 คน คอยอธิบายให้ผู้ที่สนใจฟัง ส่วนพื้นที่ว่างหน้าเวทีเห็นคนอยู่ซัก 10 กว่าคน บางคนคล้องคอด้วยกล้องถ่ายรูป บางคนก็แบกกล้อง VDO ที่ติดอยู่บนขาตั้ง จับกลุ่มคุยกันอยู่ “พี่คะพี่ ทำไงดีคะ ตอนนี้ท่านนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมาถึงแล้วคะ และท่านผู้ว่าราชการจังหวัดกำลังจะถึงงาน นักข่าวทั้งวิทยุและทีวีก็มาแล้วหลายสำนัก แต่หนูไม่สามารถติดต่อเจ้าของโรงน้ำแข็งเจ้าหนึ่งได้ หากว่าท่านผู้ว่ามาถึงเราก็ต้องเริ่มงานเลย..... ทำอย่างไรดีคะ” ผมจึงล้วงโทรศัพท์มือถือที่ใส่ไว้ใน

กระเป๋ากางเกง และกดหมายเลขโทรศัพท์ถึงผู้จัดการสถานที่ผลิตน้ำแข็งแห่งนั้น และถามไถ่ถึงการเดินทางมาสถานที่จัดงานแห่งนี้ มีเสียงตอบรับมาว่า “ถึงพอดีครับ กำลังเดินไปที่งานครับ”

หลังสิ้นสุดเสียงเชิญผู้เกี่ยวข้องขึ้นประจำที่นั่งบนเวที พร้อมกับกลุ่มช่างภาพหน้าเวทีได้ร่วมถ่ายภาพ คณะบุคคลบนเวที ที่นั่งเป็นแถวเรียง 6 ท่านตามเก้าอี้ที่วางไว้ โดย 2 ท่านที่อยู่ตรงกลางก็คือท่านผู้ว่าราชการจังหวัดและท่านนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ส่วนตัวแทนของสถานที่ผลิตน้ำแข็งจะนั่งอยู่ด้านซ้าย 2 ท่าน และด้านขวาอีก 2 ท่าน ผมจึงมองต่อไปที่ฉากหลังบนเวที ซึ่งอ่านใจความได้ว่า “Kick off ด่านอาหารปลอดภัยและพิธีลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือส่งเสริมความปลอดภัยในการบริโภคน้ำแข็งหลอดของผู้บริโภค” ผมคิดในใจ

“เสร็จเสียทีกับภารกิจ ตั้งแต่เดือนหน้าน้ำแข็งหลอดจะบรรจุในถุงพลาสติกมาตรฐานแล้ว”

เร็วเหมือนโกหก 4 เดือนต่อมา ขณะนั่งจิบกาแฟดำหอมกรุ่น ที่น้องเอื้อเฟื้อชงให้ดื่มอย่างสบายใจ มีเสียงเรียกเข้าจากโทรศัพท์มือถือ ผมดูชื่อ เอะ! ผู้จัดการบริษัทน้ำแข็งโทรมาทำไมนะ เสียงจากปลายสาย “ท่านครับ ผมได้รับรายงานจากลูกน้องว่ามีน้ำแข็งใส่กระสอบปุ๋ยจากจังหวัดอื่นเข้ามาตีตลาดบ้านเรานะ ของเราทุกบริษัทยอมจ่ายค่าถุงพลาสติกไม่มีที่ไหนใช้กระสอบปุ๋ยเลย ช่วยจัดการด้วยนะครับ” เฮ้อ! นึกว่าจบแล้ว ตามทั้ง 4 คนมาคุยกันอีกดีกว่า

****



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