ISSN:3027-8554 (Online)

JOURNAL OF HEALTH CONSUMER PROTECTION

วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

Vol.6 No.1
January-June 2026
ปีที่ 6 ฉบับที่ 1
มกราคม-มิถุนายน 2569

ที่ปรึกษา

เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา

นายกสภาเภสัชกรรม

นายกสมาคมเภสัชสาธารณสุขแห่งประเทศไทย

บรรณาธิการที่ปรึกษา

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

บรรณาธิการอำนวยการ

ภก.วันชัย นนทกิจไพศาล	เลขานุการสมาคมเภสัชสาธารณสุขแห่งประเทศไทย

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.ภญ.บุญส่ง หวังสินทวีกุล	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์	
ดร.ภญ.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	
ภญ.พรชนก เจนศิริศักดิ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง	

ผู้กลั่นกรองและประเมินบทความวิจัย (Peer review)

ภก.ประสาท ลิ่มดุล	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.ภก.แสวง วัชระธนกิจ	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ผศ.ดร.อารี บุตรสอน	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ผศ.ดร.ภญ.ภัทรวดี ศรีคูณ	มหาวิทยาลัยบูรพา
ผศ.พีรวัฒน์ จินาทองไทย	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ดร.กล้าณรงค์ วงศ์พิทักษ์	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ดร.อนุพันธ์ สุวรรณพันธ์	มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ
ดร.ภญ.ภควดี ศรีภิรมย์	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
นพ.เศกสรรค์ ชวนะดีเลิศ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา
ภญ.กนกพร ชนะค้า	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์
ภญ.มัลลิกา สุพล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
ภญ.กนกพร ธัญมณีสิน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
ภญ.มนชยา ศิริอังคาวุธ	โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี
ภก.อาคม สมบัติ	โรงพยาบาลห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ

บทบรรณาธิการ (Editor Note)

วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ปีที่ 6 ฉบับที่ 1

วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (ออนไลน์) ก่อตั้งขึ้นจากวิสัยทัศน์ของ ภก.วีระศักดิ์ เจียมอนุกูลกิจ ประธานชมรมเภสัชสาธารณสุขจังหวัดแห่งประเทศไทย (ภจท.) ในขณะนั้น ผู้ตระหนักถึงความจำเป็นของวารสารวิชาการเฉพาะทางด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ จึงมอบหมายให้ ภญ.ฐิติพร อินศร ในฐานะผู้รับผิดชอบฝ่ายวิชาการของชมรมฯ เป็นแกนนำดำเนินงานจนสำเร็จเป็นรูปธรรม วารสาร จดทะเบียนกับสำนักหอสมุดแห่งชาติในปี พ.ศ. 2563 และเผยแพร่ฉบับปฐมฤกษ์ในเดือนมกราคม–มิถุนายน พ.ศ. 2564 นับแต่นั้นมา วารสารได้รับการอำนวยการสืบต่อกันโดยบรรณาธิการอีก 2 ท่าน คือ ภก.กฤช โชติการณ์ และ ภก.สมสุข สัมพันธ์ประทีป โดยมี รศ.ดร.ภญ.ชื่นจิตร กองแก้ว คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ช่วยกรุณาควบคุมดูแลคุณภาพโดยรวมทางวิชาการของวารสารมาโดยตลอด

นับแต่ก่อตั้ง วารสารเผยแพร่ผลงานวิชาการคุณภาพอย่างสม่ำเสมอปีละ 2 ฉบับ ครอบคลุมองค์ความรู้ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคในมิติที่หลากหลายด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ โดยมีผู้นิพนธ์จากภาควิชาการ หน่วยงานภาครัฐ องค์กรเอกชน และภาคประชาชน ความพยายามดังกล่าวได้รับการยืนยันเมื่อวารสารได้รับการจัดอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2568 ปัจจุบันมีผลงานเผยแพร่สะสมแล้วกว่า 80 เรื่อง ซึ่งหลายเรื่องถูกนำไปใช้ประกอบการขอตำแหน่งทางวิชาการที่สูงขึ้น

วารสารฉบับปีที่ 6 ฉบับที่ 1 นี้ นับเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญอีกวาระหนึ่ง เมื่อวารสารได้โอนมาอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของสมาคมเภสัชสาธารณสุขแห่งประเทศไทย (ภสธท.) โดยยังคงทีมกองบรรณาธิการและผู้ทรงคุณวุฒิชุดเดิมที่มีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์สูง พร้อมเชิญผู้เชี่ยวชาญรายใหม่เข้าร่วมเป็นผู้ประเมินบทความ (Peer Reviewer) เพื่อเสริมความหลากหลายและความเข้มแข็งทางวิชาการ ทั้งนี้ กองบรรณาธิการได้ตั้งเป้าหมายร่วมกันที่จะพัฒนาวารสารให้ได้รับการรับรองเข้าสู่ฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 1 ภายในระยะเวลา 2 ปีข้างหน้าเพื่อยกระดับคุณภาพและการยอมรับในระดับชาติต่อไป

กองบรรณาธิการขอแสดงความขอบคุณอย่างจริงใจต่อผู้นิพนธ์ ผู้ทรงคุณวุฒิ และทุกท่านที่ให้การสนับสนุนวารสารด้วยดีตลอดมา และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าวารสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อวงการวิชาการด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพของประเทศไทยสืบไป



วันชัย นนทกิจไพศาล
เลขานุการสมาคมเภสัชสาธารณสุขแห่งประเทศไทย (ภสธท.)
บรรณาธิการ

บทบรรณาธิการ (Editorial Note)
วันชัย นนทกิจไพศาล

บทเรียนการทำงาน (Lesson Learned)
การให้บริการของศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพแบบเบ็ดเสร็จ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู เพื่อส่งเสริมเศรษฐกิจสุขภาพ **1-18**
The service of One Stop Service Center, Nong Bua Lam Phu Provincial Public Health Office for Wellness Economy
สุภนัย ประเสริฐสุข, กันยามาส จันทรโยธา

บทความวิชาการ (Review Article) **19-28**
การพัฒนากลไกการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในกรุงเทพมหานคร
The development of a consumer protection mechanism for health products in Bangkok
อุษณีย์ ทองใบ, วรสุดา ยูงทอง

บทความวิจัย (Research Article)

ผลของการพัฒนาระบบการพิจารณาใบอนุญาตสถานพยาบาลผ่านระบบ Biz Portal จังหวัดยโสธร **29-41**
Effects of developing a healthcare facility license review system via the Biz Portal in Yasothon Province
พิริยะ จิตนภากาญจน์, กรกต ชัยยนต์, เกศรา ศรีปทุมภรณ์

ผลของการพัฒนาแนวทางการจัดทำฉลากบนซองบรรจุยาของคลินิกเวชกรรมตามกฎหมาย : กรณีศึกษา อำเภอเมืองอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี **42-58**
Effects of developing guidelines to support private medical clinics in providing drug packaging labels : a case study in Mueang Udon Thani District, Udon Thani Province
กิตติพศ ใครบุตร, สุนทรี ท. ชัยสัมฤทธิ์โชค

การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายองค์กรคุ้มครองผู้บริโภค ในการตรวจสอบโฆษณาที่ผิดกฎหมายของผลิตภัณฑ์สุขภาพ ทางสื่อออนไลน์ จังหวัดอุบลราชธานี **59-70**
Developing the potential of the network of consumer protection organizations to detect illegal advertisements of health products via online media Ubon Ratchathani Province
พรรณธิดา หล้าวงษ์

การพัฒนาระบบการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้แอปพลิเคชัน Sisaket Telepharmacy Service ในโครงการร้านยาคุณภาพของจังหวัดศรีสะเกษ **71-89**
Development of a telepharmacy service system for patients with non-communicable chronic diseases using the Sisaket Telepharmacy Service application in accredited community pharmacies of Sisaket Province
รวิวรรณ ฉลาดล้ำ

ผลการพัฒนาระบบเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี **90-103**
Results of medication error monitoring system development in subdistrict health promotion hospitals, Buntharik District, Ubon Ratchathani Province
มณีรัตน์ เปี่ยมสติ

การศึกษาการละเมิดกฎหมายโฆษณาสถานพยาบาลบน Facebook ของคลินิกบริการเสริมความงามในจังหวัดนครศรีธรรมราช **104-122**
A study of healthcare facility advertising law violations on Facebook by aesthetic clinics in Nakhon Si Thammarat Province
อรรถพล ศรีสุวรรณ

การติดตามการทำงานของไตในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เกิดภาวะไตผิดปกติจากยา TLD ณ คลินิกเอชไอวีโรงพยาบาลฉลาง จังหวัดภูเก็ต **123-135**
Follow-up of kidney function among HIV-infected patients with TLD-related kidney dysfunction at HIV clinic, Thalang Hospital, Phuket Province
กัลยกร แก่เมือง

ผลของการบริหารคลังยาโดยการมีส่วนร่วมขององค์การเภสัชกรรม ในโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ **136-150**
Results of collaborative inventory management by the Government Pharmaceutical Organization (GPO) at Chumphon Khet Udomsakdi Hospital
ชนิกา วลัยกนก, ภัทราภรณ์ นิลฉาย, อมาวดี วชิรศิริ

การพัฒนากลยุทธ์การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยกระบวนการมีส่วนร่วม จังหวัดยโสธร **151-171**
Strategies development of health products consumer protection with participations in Yasothon Province
กาญจนา เลียงใส

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพธิ์กระสังข์ อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ **172-182**
Developing a model to promote the Rational Drug Use in community area of responsibility of Ban Pho Krasang Subdistrict Health Promoting Hospital, Khun Han District, Sisaket Province
วนิศรา สร้อยประดับ, สงครามชัยย์ ลีทองดีศกุล, สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์

การเฝ้าระวังการโฆษณาทางสื่อออนไลน์ที่ฝ่าฝืนกฎหมายของคลินิกทางด้านเวชกรรมที่ให้บริการเสริมความงามในจังหวัดราชบุรี **183-198**
Monitoring illegal online media content of an aesthetic clinic in Ratchaburi Province
วรพจน์ เพียรพิจารณ์

การพัฒนารูปแบบการเยี่ยมเสริมพลังในการพัฒนางานเภสัชกรรมตามมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอนาแก จังหวัดนครพนม **199-214**
Development of an empowerment-based visiting model for pharmaceutical service improvement under primary health care standards of subdistrict health promoting hospitals in Na Kae district, Nakhon Phanom Province
พรพิทักษ์ กอมสิน

การพัฒนาแนวทางการขับเคลื่อนการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี **215-240**
Development of guidelines for driving consumer protection operations on health products of subdistrict health promoting hospitals under Suphanburi Provincial Administrative Organization
ณัฏฐ์อริญ เดชะศิริพงษ์

การใช้ยาสมุนไพรในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 - 2569 **241-254**
Herbal medicine used in Thailand's healthcare system, fiscal year 2022 – 2026
ภักศจีภรณ์ ขันทอง, พันธ์วิรา เวยสาร, วัฒนา ชยธวัช

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความรู้และพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้บริโภคในอำเภอชายแดน จังหวัดอุบลราชธานี **255-273**
The effect of a knowledge and consumption behavior modification program regarding health products among consumers in Ubon Ratchathani's border districts
กิตติยาพร ทองไทย

เกร็ดกฎหมาย (Law Anecdote)

เภสัชกรแขวนป้ายในร้านยา : ช่องว่างการกำกับดูแลวิชาชีพและข้อเสนอเชิงนโยบาย **274-282**
Absent Pharmacists in Thai Drug Stores : Professional Regulatory Gaps and Policy Recommendations
วันชัย นนทกิจไพศาล

เรื่องเล่าชาวฟาร์ (Narrative Pharmacy)

อย่างงี้ก็มีด้วย **283-285**
อังคณา ศรีนามวงศ์

JOURNAL OF HEALTH CONSUMER PROTECTION
วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
Vol.6 No.1 January-June 2026
ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2569

การให้บริการของศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพแบบเบ็ดเสร็จ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู เพื่อส่งเสริมเศรษฐกิจสุขภาพ

The service of One Stop Service Center, Nong Bua Lam Phu Provincial Public Health Office for Wellness Economy

สุภนัย ประเสริฐสุข[1], กันยามาส จันทรโยธา[2]
Supanai Prasertsuk[1], Kanyamas Chantarayotha[2]

บทคัดย่อ

รายงานนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิภาพของศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพแบบเบ็ดเสร็จ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู ตามมาตรฐานศูนย์ราชการสะดวกและบทบาทในการขับเคลื่อนนโยบายเศรษฐกิจสุขภาพเพื่อสร้างรายได้แก่เศรษฐกิจฐานราก โดยใช้กระบวนการศึกษาแบบผสมผสานระหว่างการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยการทบทวนกระบวนการปฏิบัติงานเชื่อมโยงกับความสำเร็จของงาน และการศึกษาเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2566 – 2568) และข้อมูลปฐมภูมิจากการสำรวจวิเคราะห์ข้อมูล ผลการทบทวนพบว่า กระบวนการทำงานของของศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพแบบเบ็ดเสร็จ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู การที่เปลี่ยนบทบาทจากผู้กำกับดูแลมาเป็นเพื่อนคู่คิด และผู้เร่งการเติบโต ผ่านกระบวนการ Digital Transformation และการใช้ HEP Model (Health Economy Partner Model : อย.หนองบัวลำภู เพื่อนคู่คิดเศรษฐกิจสุขภาพ) ก่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์เชิงประจักษ์ใน 5 ด้าน ได้แก่

1. ด้านประสิทธิภาพพบว่า สามารถลดระยะเวลาการดำเนินการเกี่ยวกับใบอนุญาตจาก 5.5 วัน เหลือเพียง 1.6 วัน ในปี 2568 และมีความทันเวลาในการให้บริการร้อยละ 100
2. ด้านการเข้าถึงพบว่าสัดส่วนการใช้บริการออนไลน์ (E-service) สูงถึงร้อยละ 93.65
3. ด้านเศรษฐศาสตร์พบว่าระบบบริการออนไลน์ช่วยลดต้นทุนค่าใช้จ่ายและค่าเสียโอกาสให้ผู้ประกอบการได้กว่า 234,225 บาท ในปี พ.ศ. 2568
4. ด้านการพัฒนาเศรษฐกิจสุขภาพ การใช้ HEP Model พัฒนาผู้ประกอบการได้สำเร็จอย่างเป็นรูปธรรมจนเป็นตัวอย่างการพัฒนาอย่างเด่นชัด คือ วิสาหกิจชุมชนบ้านวังหินซาได้รับรางวัล อย. ควอลิตี้ อวอร์ด ปี 2568 และผลิตภัณฑ์สวนลุงดำลำพะเนียงได้รับรอง Smart Product สร้างยอดขายเพิ่มขึ้นกว่าเดิมอย่างต่อเนื่อง
5. ด้านความพึงพอใจผู้รับบริการมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด (Walk-in 4.86, Online 4.51)

ข้อเสนอแนะควรพัฒนาระบบบริการสุขภาพดิจิทัลของงานบริการ โดยนำ AI และ Big Data มาช่วยวิเคราะห์แนวโน้มตลาดและให้คำปรึกษาเพื่อยกระดับจังหวัดหนองบัวลำภูสู่เมืองเกษตรคุณภาพสูงอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ : เศรษฐกิจสุขภาพ, ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพแบบเบ็ดเสร็จ, ศูนย์ราชการสะดวก, ดิจิทัลสุขภาพ, นโยบายทางเภสัชกรรม

[1] เภสัชกรชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู
[1] Pharmacist, Senior Professional Level. Division of Consumer Protection and Public Health Pharmacy, Nong Bua Lamphu Provincial Public Health Office. E-mail : spras77@hotmail.com
[2] เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู
[2] Pharmacist, Professional Level. Division of Consumer Protection and Public Health Pharmacy, Nong Bua Lamphu Provincial Public Health Office.
Received: 25 DEC 2025, Revised: 20 JUN 2026, Accepted: 21 JUN 2026

Abstract

This report aims to evaluate the efficiency of the One Stop Service Center (OSSC) at the Nong Bua Lamphu Provincial Public Health Office in upgrading to the Government Easy Contact Center (GECC) standards and its role in driving the Wellness Economy policy to generate income for the grassroots economy. Using a Mixed Methods approach to analyze retrospective data over 3 years (2023–2025), the study found that shifting the role from a Regulator to a Partner and Accelerator through Digital Transformation and the implementation of the HEP Model (Nong Bua Lamphu Health Economy Partner Model) yielded tangible achievements:

1. Efficiency : The processing time for drug license renewals was reduced from 5.5 days to just 1.6 days in 2025, achieving 100% timeliness in service delivery.

2. Accessibility : The proportion of online service usage (E-service) reached 93.65%.

3. Economic Impact : The online service system helped reduce costs and opportunity costs for entrepreneurs by over 234,225 THB in 2025.

4. Wellness Economy Development : Utilizing the HEP Model for entrepreneur development led to concrete successes. Notably, the Ban Wang Hin Sa Community Enterprise received the FDA Quality Award 2025, and Suan Lung Dam Lam Phaniang products were certified as Smart Products, increasing sales to over 3,000 units per year.

5. Satisfaction : Service users reported highest levels of satisfaction (Walk-in 4.86, Online 4.51).

Policy recommendations suggest enhancing the digital health service system by leveraging AI and Big Data to analyze market trends and provide consultation, aiming to sustainably elevate Nong Bua Lamphu to a high-quality agricultural city.

Keywords : Wellness economy, One Stop Service Center, OSSC, Government Easy Contact Center, GECC, digital health, pharmaceutical policy

บทนำ

1. บริบทและความเป็นมา

จังหวัดหนองบัวลำภู เป็นจังหวัดที่มีศักยภาพในการพัฒนาด้านการเกษตรและภูมิปัญญาท้องถิ่น แต่ด้วยบริบททางเศรษฐกิจที่มีรายได้ต่อหัวของประชากรไม่สูงนัก การขับเคลื่อนเศรษฐกิจจึงจำเป็นต้องพึ่งพาการสร้างมูลค่าเพิ่มให้กับทรัพยากรในพื้นที่ นโยบายเศรษฐกิจสุขภาพ (Wellness Economy Policy) จึงถูกนำมาใช้เป็นเครื่องมือสำคัญในการยกระดับรายได้[1] โดยการแปรรูปผลผลิตทางการเกษตรให้เป็นผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีมูลค่าสูง เช่น อาหารแปร สมุนไพร และเครื่องสำอาง

อย่างไรก็ตาม กระบวนการขออนุญาตผลิตภัณฑ์สุขภาพในอดีตมักถูกมองว่าเป็นอุปสรรค (Pain Point) สำคัญสำหรับผู้ประกอบการรายย่อย[2] เนื่องด้วยขั้นตอนที่ซับซ้อน การใช้เอกสารจำนวนมาก และความจำเป็นในการเดินทางไกลเพื่อมาติดต่อราชการที่ตัวจังหวัด โดยเฉพาะจังหวัดหนองบัวลำภูที่มีภูมิประเทศ ซึ่งแตกต่างทั้งในพื้นที่สูง พื้นที่หลังเขื่อนเก็บน้ำ ผู้ประกอบการในอำเภอห่างไกล เช่น อำเภอสุวรรณคูหาหรืออำเภอนาวัง ปัญหาเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ประกอบการจำนวนมากไม่สามารถเข้าสู่ระบบมาตรฐานได้ เสียโอกาสในการแข่งขันทางการตลาด และไม่สามารถยกระดับผลิตภัณฑ์สู่สากลได้

2. การเปลี่ยนผ่านสู่บทบาทใหม่

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู ตระหนักถึงปัญหานี้ จึงได้ดำเนินการปฏิรูประบบบริการของศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพแบบเบ็ดเสร็จ (One Stop Service Center : OSSC) โดยมุ่งเน้นการเปลี่ยนบทบาทจากผู้ควบคุม (Regulator) ที่เน้นการตรวจจับและอนุมัติ มาเป็นเพื่อนคู่คิด (Partner) และผู้เร่งการเติบโต (Accelerator) ที่ทำหน้าที่สนับสนุน ส่งเสริม และอำนวยความสะดวกให้ผู้ประกอบการสามารถบรรลุมาตรฐานได้รวดเร็วขึ้น ผ่านการนำมาตรฐานศูนย์ราชการสะดวก (Government Easy Contact Center : GECC) มาประยุกต์ใช้ร่วมกับเทคโนโลยีดิจิทัล (Digital Transformation) และการใช้ HEP Model (Health Economy Partner Model : อย. หนองบัวลำภู เพื่อนคู่คิดเศรษฐกิจสุขภาพ)[1]

เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จึงได้ร่วมกันถอดบทเรียนจากการดำเนินงานจริง (Practice-based Review) เพื่อสังเคราะห์บทเรียน แนวปฏิบัติที่ดีและข้อเสนอเชิงนโยบายจากประสบการณ์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับจังหวัด โดยให้ความสำคัญที่การประเมินผลสัมฤทธิ์ของการเปลี่ยนแปลง ว่าสามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการ สร้างมูลค่าเพิ่มทางเศรษฐกิจ และตอบสนองต่อความคาดหวังของประชาชนได้จริงหรือไม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ซึ่งเป็นปีที่มีการใช้งานระบบดิจิทัลอย่างเต็มรูปแบบ

วัตถุประสงค์

จุดมุ่งหมายมี 3 ประการครอบคลุมทุกมิติของการพัฒนา ดังนี้

1. เพื่อศึกษาความพึงพอใจและความต้องการของผู้รับบริการ โดยการสำรวจและวิเคราะห์ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการทั้งช่องทางทั่วไปและช่องทางออนไลน์ เพื่อนำผลตอบสนอง (Feedback) มาใช้ในการปรับปรุงและออกแบบระบบในอนาคต

2. เพื่อประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการให้บริการ โดยเปรียบเทียบผลการดำเนินงานด้านความรวดเร็ว ความถูกต้อง และความทันเวลาของศูนย์บริการฯ ในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 – 2568 เพื่อวิเคราะห์ผลสัมฤทธิ์ของการนำระบบ E-service และ Skynet มาใช้

3. เพื่อวิเคราะห์ผลกระทบต่อเศรษฐกิจสุขภาพ ประเมินมูลค่าทางเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นจากการลดต้นทุนของผู้ประกอบการ (Cost Saving) และติดตามความสำเร็จของผลิตภัณฑ์ชุมชนที่ได้รับการพัฒนาผ่าน HEP Model (Health Economy Partner Model : อย. หนองบัวลำภู เพื่อนคู่คิดเศรษฐกิจสุขภาพ) ในการสร้างรายได้และการยอมรับในตลาดระดับประเทศ

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. **ตัวชี้วัดด้านประสิทธิภาพและคุณภาพการให้บริการ (Efficiency Indicators)** ประกอบด้วย

1.1 ด้านประสิทธิภาพ (Service Time) ร้อยละความทันเวลาของการให้บริการ (เป้าหมาย 100%), ระยะเวลาเฉลี่ยในการให้บริการเมื่อเทียบกับเกณฑ์คู่มือประชาชน สะท้อนความพร้อมของศูนย์บริการฯ ในการอำนวยความสะดวกและลดภาระผู้ประกอบการ

1.2 ด้านการเข้าถึง (E-Service Adoption) สัดส่วนจำนวนผู้รับบริการผ่านช่องทาง E-service เทียบกับช่องทาง Walk-in สะท้อนการปรับตัวของศูนย์บริการฯ สู่ระบบบริการดิจิทัลที่เข้าถึงง่าย โปร่งใส เป็นมิตร และลดความแออัด

1.3 ด้านคุณภาพ (Service Quality) ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ (เป้าหมายระดับมาก ถึง มากที่สุด) ที่ช่วยสะท้อนบทบาทเพื่อนคู่คิดของ อย.หนองบัวลำภู

2. **ตัวชี้วัดด้านเศรษฐกิจสุขภาพ (Wellness Economy Indicators)** ประกอบด้วย

2.1 จำนวนผลิตภัณฑ์ที่ได้รับการพัฒนา (Product Development) จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนที่ได้รับการส่งเสริมจนได้รับมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขหรือการรับรองมาตรฐานอื่น ๆ (เช่น Smart Product)

2.2 มูลค่าการลดต้นทุน (Cost Saving Value) มูลค่าทางเศรษฐศาสตร์ที่ประหยัดได้จากการลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางและค่าเสียโอกาสของผู้ประกอบการ อันเนื่องมาจากการใช้บริการระบบออนไลน์และหน่วยบริการเคลื่อนที่

2.3 ยอดจำหน่ายผลิตภัณฑ์ (Sales Volume) ปริมาณยอดจำหน่ายของผลิตภัณฑ์ต้นแบบที่ได้รับการสนับสนุนจากศูนย์บริการฯ ซึ่งสะท้อนผลในเชิงพาณิชย์และการสร้างรายได้ให้ชุมชน

วิธีดำเนินการ

รายงานการพัฒนานี้ใช้วิธีการศึกษาแบบผสมผสาน (Mixed Methods) ระหว่างการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ และการทบทวนกระบวนการทำงาน โดยในส่วนของการทบทวนกระบวนการทำงานเป็นการทบทวนการเปลี่ยนแปลงกลยุทธ์และกระบวนการปฏิบัติงาน รวมทั้งกลวิธีและความเชื่อมโยงกับผลที่ได้รับ เพื่อให้เห็นลำดับของการเปลี่ยนแปลงและความสัมพันธ์เชิงตรรกะระหว่างกระบวนการกับผลสำเร็จที่ได้ ส่วนการศึกษาเชิงปริมาณใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูลของหน่วยงานและการสำรวจข้อมูลปฐมภูมิจากผู้รับบริการ รวมทั้งผลที่วัดได้เป็นปริมาณ

แหล่งข้อมูลและเครื่องมือ

1. ระบบสารสนเทศ OSSC Smart Service ใช้สำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณแบบ Real-time เกี่ยวกับจำนวนคำขอ ประเภทผลิตภัณฑ์ ช่องทางการให้บริการ และระยะเวลาดำเนินการ

2. ระบบ e-Submission และ Skynet ใช้ดึงข้อมูลสถิติการยื่นคำขออนุญาตทางอิเล็กทรอนิกส์ สถานะคำขอ และข้อมูลการอนุมัติอนุญาต

3. แบบสอบถามความพึงพอใจอิเล็กทรอนิกส์ (E-Survey) เครื่องมือสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ ครอบคลุมประเด็นด้านกระบวนการ เจ้าหน้าที่ สถานที่ และระบบสารสนเทศ

โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มผู้ประกอบการและประชาชนที่มารับบริการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในจังหวัดหนองบัวลำภูครอบคลุม 6 อำเภอ ประกอบด้วยบริการด้านร้านยา, สถานที่ผลิต/จำหน่ายอาหาร, เครื่องสำอาง, สถานพยาบาลเอกชน และอื่น ๆ การสำรวจความพึงพอใจและความคาดหวังใช้วิธีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตรของ Taro Yamane และใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 กลุ่มตัวอย่าง 312 ราย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 155 ราย และปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 จำนวน 215 ราย รวมทั้งสิ้นจำนวน 682 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยการเปรียบเทียบ (Comparative Analysis) ย้อนหลัง 3 ปีงบประมาณ (พ.ศ. 2566 – 2568) เพื่อศึกษาแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ และคำนวนผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดเปรียบเทียบกับเป้าหมายโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

ในส่วนของการวิเคราะห์เชิงคุณภาพเป็นการวิเคราะห์การดำเนินกิจกรรมที่ดำเนินการตามลำดับในแต่ละช่วงของการพัฒนาและสังเคราะห์เป็นรูปแบบที่ใช้ในแต่ละระยะของพัฒนาการ ตลอดจนรวบรวมผู้ประกอบการที่ประสบผลสำเร็จอย่างชัดเจนจากผลของการปฏิบัติตามกระบวนการพัฒนา

กระบวนการพัฒนา

พัฒนาผู้ประกอบการด้วย HEP Model (Health Economy Partner Model : อย. หนองบัวลำภู เพื่อนคู่คิดเศรษฐกิจสุขภาพ) ศูนย์บริการฯ ได้จัดระบบบริการเพื่อสร้างและเร่งพัฒนาผู้ประกอบการโดยแบ่งการพัฒนาออกเป็น 3 ระยะตาม HEP Model ดังนี้

- **ระยะที่ 1 : New Product**

การบ่มเพาะและก่อร่างสร้างฐาน (Start-up Stage) โดยเป็นช่วงเริ่มต้นที่ผู้ประกอบการมีความเปราะบางที่สุด มักขาดความรู้เรื่องกฎหมายและมาตรฐานสถานที่ผลิต[3] บทบาทของศูนย์บริการฯ จะเปลี่ยนจาก ผู้ตรวจสอบ(Inspector/Regulator) เป็นที่ปรึกษาทางเทคนิค (Technical Consultant) และเพื่อนคู่คิด (Partner) โดยบริการให้คำแนะนำถึงบ้าน (Home-based Advice) เภสัชกรและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขลงพื้นที่เชิงรุกไปยังสถานประกอบการก่อนที่จะมีการยื่นคำขออนุญาต เพื่อการออกแบบผังไลน์การผลิต (Layout Design) ช่วยออกแบบและจัดวางผังสถานที่ผลิตให้ถูกต้องตามหลักวิชาการและมาตรฐาน ตั้งแต่ต้น การออกแบบฉลาก (Label Compliance) ให้คำปรึกษาเรื่องการออกแบบฉลากผลิตภัณฑ์ให้ถูกต้องตามกฎหมายก่อนสั่งพิมพ์บรรจุภัณฑ์จำนวนมาก เช่น กรณีการลงพื้นที่ให้คำปรึกษาแก่สวนลุงดำลำพะเนียง และฟาร์มผึ้งสุวรรณฟาร์ม

ในการวางผังสถานที่ผลิตน้ำสมุนไพรและขนมขบเคี้ยว จนสามารถผ่านเกณฑ์มาตรฐานได้ตั้งแต่ครั้งแรก

- **ระยะที่ 2 : Product Development**

การพัฒนาและสร้างมูลค่าเพิ่ม (Growth Stage) เมื่อเข้าสู่ตลาด สินค้ามักเผชิญคู่แข่ง หรือประสบปัญหาคุณภาพไม่สม่ำเสมอ ต้องการการยกระดับเพื่อแข่งขันได้[3] บทบาทของศูนย์บริการฯ เป็นตัวเชื่อม (Connector/Linkage) และผู้เร่งการเติบโต (Accelerator) โดยการวิจัยและพัฒนา (Research & Development หรือ R&D Support) ร่วมมือกับเครือข่ายพันธมิตร เพื่อพัฒนาสูตรผลิตภัณฑ์ใหม่ที่ตอบโจทย์แนวโน้มด้านสุขภาพ เช่น สูตรหวานน้อย (Low Sugar) การแก้ปัญหา Pain Points ของผลิตภัณฑ์ โดยเข้าไปช่วยแก้ปัญหาเทคนิคการผลิต เช่น การแก้ปัญหาเชื้อราในปลาแห้ง หรือการยืดอายุการเก็บรักษา การเชื่อมโยงแหล่งทุนและมาตรฐานอื่น เชื่อมโยงผู้ประกอบการไปสู่การจดทะเบียนวิสาหกิจชุมชน, มาตรฐานผลิตภัณฑ์ชุมชน (มผช.) หรือแหล่งเงินทุน เช่น การพัฒนาผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มผงเห็ด 3 ชนิด สูตรหวานน้อยของวิสาหกิจชุมชนบ้านวังหินซา เพื่อตอบสนองกลุ่มผู้รักสุขภาพ

- **ระยะที่ 3 : Super Product**

การยกระดับสู่ความเป็นเลิศและขยายตลาด (Maturity Stage) เมื่อผู้ประกอบการมีความเข้มแข็ง แต่ต้องการขยายตลาดสู่ระดับประเทศหรือส่งออก ต้องการการรับรองความเชื่อมั่นในระดับสูง[3] บทบาทของศูนย์บริการฯ จะเป็นผู้จับคู่ธุรกิจ (Business Matcher) และผู้ส่งเสริม (Promoter) โดยการส่งเสริมรางวัลคุณภาพผลักดันให้ผู้ประกอบการเข้าประกวดรางวัลระดับชาติ เช่น อย.ควอลิตี้ อวอร์ด (FDA Quality Award) การจับคู่ธุรกิจ (Business Matching) เชื่อมโยงผลิตภัณฑ์เข้าสู่ช่องทางจัดจำหน่ายที่มีกำลังซื้อสูง เช่น โรงพยาบาลอาหารปลอดภัย/ตลาดสีเขียว, โรงแรมเพื่อการพักผ่อน/กิจกรรมเวลเนสเพื่อสุขภาพ, เส้นทางท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ การเตรียมความพร้อมสู่การส่งออกด้วยการยกระดับมาตรฐานเพื่อใช้เป็นใบเบิกทางในการส่งออกสินค้า เช่น การผลักดันให้วิสาหกิจชุมชนบ้านวังหินซา ได้รับรางวัล อย.ควอลิตี้ อวอร์ด ประจำปี 2568 และผลิตภัณฑ์ของสวนลุงดำลำพะเนียง ได้รับการรับรองเป็น Smart Product จากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

ผลการดำเนินการพัฒนา

การดำเนินงานของศูนย์บริการฯ มีพัฒนาการอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ซึ่งเป็นปีของการก้าวกระโดดที่มีการนำเทคโนโลยี ดิจิทัลสุขภาพและการบริการแบบอิเลกทรอนิกส์มาใช้เต็มรูปแบบผ่านนวัตกรรมการให้บริการ (Service Innovation) เพื่อให้การบริการที่ตอบโจทย์ผู้มารับบริการสูงสุด โดยการพัฒนานวัตกรรมระบบบริการของศูนย์บริการฯ OSSC Smart Service ที่พัฒนาขึ้นเองโดยเชื่อมโยงข้อมูลจากส่วนกลาง (Skynet/Biz Portal) มาสู่การบริหารจัดการภายในศูนย์บริการฯ ช่วยให้เจ้าหน้าที่ติดตามสถานะงานได้แบบ Real-time และแจ้งเตือนเมื่อใกล้ครบกำหนดเวลา ระบบ E-Consult & Chatbot โดยใช้ Line Official Account (ที่เป็นมิตรและผู้มารับบริการคุ้นเคยอยู่แล้ว) ในการให้คำปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมงช่วยคัดกรองเอกสารก่อนยื่นจริง ลดอัตราการตีกลับคำขอ (Rejection Rate) ส่งผลให้กระบวนการอนุมัติ

รวดเร็วขึ้นอย่างมาก สถิติการใช้งานกว่า 5,840 ครั้ง[1] ได้สะท้อนการยอมรับของผู้มารับบริการต่อช่องทางนี้ นอกจากนี้ระบบ Remote Audit การตรวจประเมินสถานที่ผลิตอาหารทางไกลผ่านวิดีโอคอล ยังได้ช่วยลดระยะเวลาการนัดหมายและค่าใช้จ่ายในการเข้าสู่พื้นที่ ทำให้ผู้ประกอบการในพื้นที่ห่างไกลเข้าถึงบริการได้รวดเร็วเท่าเทียมกับในพื้นที่เมือง ผลการดำเนินการดังกล่าวสามารถสรุปได้ดังนี้

1. การพัฒนาประสิทธิภาพการให้บริการ (Service Efficiency)

หัวใจสำคัญของการยกระดับสู่มาตรฐานศูนย์ราชการสะดวก นอกจากความโปร่งใสและสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้มารับบริการได้แล้ว คือ ความสะดวกและรวดเร็ว ข้อมูลต่อไปนี้แสดงให้เห็นว่าการนำระบบ E-Service มาใช้ในการงานบริการต่าง ๆ ของศูนย์บริการฯ อย่างเต็มรูปแบบในปี พ.ศ. 2568 ส่งผลให้ระยะเวลาการให้บริการรวดเร็วชัดเจน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบระยะเวลาดำเนินการต่ออายุใบอนุญาต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 – 2568

ปีงบประมาณ	รูปแบบการให้บริการ (Service Model)	ระยะเวลาเฉลี่ย (วัน)	เกณฑ์คู่มือประชาชน (วัน)	ผลการประเมิน
2566	Walk in/ Paper-based	5.5	3.0	เกินเกณฑ์/ล่าช้า
2567	Walk-in / Paper-based/ E-Service	3.1	3.0	ทันเกณฑ์/ตามมาตรฐาน
2568	Online (Skynet) / E-Service	1.6	3.0	เร็วกว่าเกณฑ์มาก (ดีเยี่ยม)

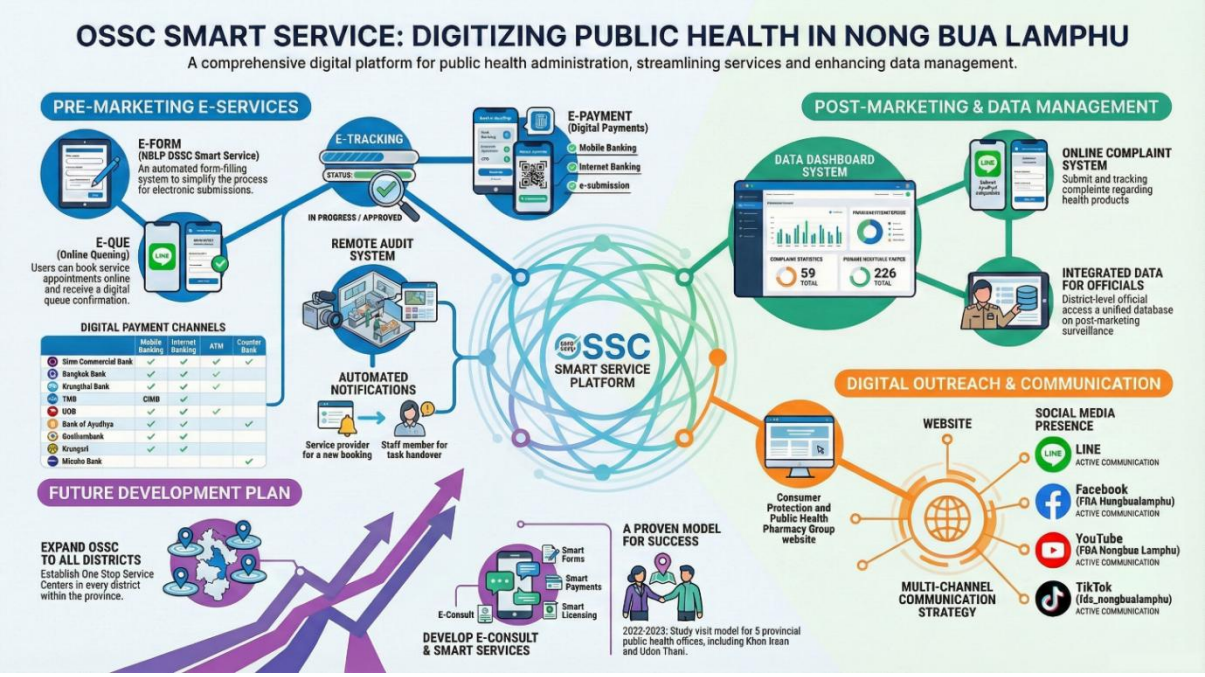
จากตารางที่ 1 พบว่าการเปลี่ยนผ่านจากระบบกระดาษ (Paper-based) มาสู่ระบบดิจิทัล E-Service และ Skynet ทำให้ระยะเวลาดำเนินการลดลงจาก 5.5 วัน เหลือเพียง 1.6 วัน ซึ่งลดลงถึงร้อยละ 70.9 และพบว่าเร็วกว่าเกณฑ์มาตรฐานตามคู่มือประชาชนถึงร้อยละ 46 การเปลี่ยนแปลงนี้นอกจากทำให้การบริการผ่านเกณฑ์มาตรฐานคู่มือประชาชน ยังสร้างมาตรฐานที่รวดเร็วกว่าความคาดหวังของผู้รับบริการ ซึ่งเกิดจากการลดขั้นตอนทางเอกสารโดยที่ยังคงดำเนินการตามกฎระเบียบและระบบอัตโนมัติที่ช่วยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเบื้องต้น[1]

นอกจากนี้ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ศูนย์บริการฯ สามารถบริหารจัดการคำขอให้แล้วเสร็จภายในเวลาที่กำหนดได้ครบถ้วน คิดเป็นความทันเวลา 100% สำหรับทุกประเภทบริการ ซึ่งเป็นตัวชี้วัดคุณภาพที่สำคัญของมาตรฐานศูนย์ราชการสะดวกฯ[1]

2. ระบบบริการสุขภาพดิจิทัล (OSSC Smart Service)

การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานดิจิทัลภายใต้โปรแกรม NBLP OSSC Smart Service ซึ่งประกอบด้วยระบบสนับสนุนทั้งในระยะก่อนและหลังออกสู่ตลาดเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดระยะเวลาการให้บริการและเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงาน ระบบดังกล่าวประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) บริการดิจิทัลก่อนออกสู่ตลาด (Pre-marketing E-Services) 2) ระบบกำกับดูแลและฐานข้อมูลหลังออกสู่ตลาด (Post-marketing &

Data Management) 3) ระบบสื่อสารและประชาสัมพันธ์หลายช่องทาง (Digital Outreach & Communication) และ 4) แผนการพัฒนาในอนาคต (Future Development Plan) ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 โครงสร้างและองค์ประกอบของ NBLP OSSC Smart Service ที่สนับสนุนการดำเนินงานก่อนและหลังออกสู่ตลาด

การลดระยะเวลาและเพิ่มประสิทธิภาพเกิดจากการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานทางดิจิทัล E-Service ที่ครบวงจรภายใต้โปรแกรม NBLP OSSC Smart Service ซึ่งครอบคลุมทั้งการดำเนินงานก่อนออกสู่ตลาด (Pre-marketing) และหลังออกสู่ตลาด (Post-marketing) ประกอบด้วยบริการดังนี้

บริการก่อนออกสู่ตลาด (Pre-marketing E-Services)

1) E-Form (ระบบกรอกแบบฟอร์มอัตโนมัติ) ช่วยอำนวยความสะดวกในการกรอกข้อมูลเพื่อขอเปิดสิทธิ์ใช้งานระบบ e-submission ลดความผิดพลาดของข้อมูล

2) E-Que (ระบบจองคิวออนไลน์) ประชาชนสามารถจองคิวรับบริการล่วงหน้าผ่าน Line หรือ Website โดยจะได้รับหมายเลขคิวและเวลานัดหมายที่แน่นอน (เช่น A100 เวลา 10.00 น.) ช่วยลดความแออัดและระยะเวลาการรอคอย

3) E-Consult (ให้คำปรึกษาออนไลน์) ข้อมูลเชิงเทคนิค กฎหมายและการพัฒนาธุรกิจผลิตภัณฑ์สุขภาพ ผ่านช่องทางดิจิทัล โดยศูนย์ บริการฯ สนับสนุนผู้ประกอบการตลอดเส้นทางการเติบโตตาม HEP Model

4) E-Tracking (ระบบติดตามสถานะ) ผู้รับบริการสามารถตรวจสอบสถานะคำขอ (Tracking) ได้ด้วยตนเองผ่าน Line หรือ Website ว่าอยู่ในขั้นตอนใด เช่น รออนุมัติ อนุมัติแล้ว

5) Notification System (ระบบแจ้งเตือน) การแจ้งเตือนอัตโนมัติไปยังเจ้าหน้าที่เมื่อมีคิวใหม่ และแจ้งเตือนผู้รับบริการเมื่อสถานะงานมีการเปลี่ยนแปลง

6) E-Payment (ระบบชำระเงินออนไลน์) รองรับการชำระค่าธรรมเนียมผ่าน Mobile Banking (Cross-bank Bill Payment) และผ่านระบบ e-submission โดยตรง เพิ่มความสะดวกและโปร่งใส

7) Remote Audit (การตรวจประเมินทางไกล) นวัตกรรมสำหรับการตรวจสถานประกอบการผ่านระบบออนไลน์และกำลังขยายผลไปยังสถานที่ด้านยาและเครื่องสำอาง เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ประกอบการ

บริการระยะหลังออกสู่ตลาด (Post-marketing E-Services)

1) Online Consultation & Complaint ช่องทางให้คำปรึกษาและรับเรื่องร้องเรียนผ่าน Line/Website พร้อมระบบติดตามผลการดำเนินการเรื่องร้องเรียน

2) OSSC Dashboard ระบบฐานข้อมูลกลางที่เชื่อมโยงข้อมูลให้เจ้าหน้าที่ระดับอำเภอสามารถใช้ข้อมูลร่วมกันได้ เพื่อประสิทธิภาพในการกำกับดูแลและเฝ้าระวังความปลอดภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพในพื้นที่

การสื่อสารและประชาสัมพันธ์ (Digital Communication Channels)

ช่องทางเพื่อสื่อสารสองทางรวดเร็วตรงจุดและตอบสนองทันสถานการณ์ Website & Social Media มีการใช้สื่อหลากหลายช่องทางที่เป็นมิตรกับผู้ประกอบการ/ ผู้มารับบริการ ได้แก่ ระบบ E-Consult ให้คำปรึกษาออนไลน์ Facebook (FDA Nongbualamphu), YouTube, TikTok และ Line Official Account เพื่อสื่อสารความเสี่ยง แจ้งเตือนภัยและประชาสัมพันธ์ข่าวสารให้ประชาชนรับรู้ได้อย่างรวดเร็ว

3. การเข้าถึงบริการผ่านระบบดิจิทัล (Digital Transformation Trends)

ข้อมูลของปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 – 2568 แสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมผู้รับบริการของจังหวัดหนองบัวลำภูที่เปลี่ยนไปสู่ช่องทางออนไลน์มากขึ้นตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายที่มุ่งเน้นให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้สะดวก ทันที และทุกที่ทุกเวลา โดยไม่มีกำแพงกั้น[1]

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบสถิติปริมาณงานและสัดส่วนการใช้บริการ E-service (พ.ศ. 2566 – 2568)

ปีงบประมาณ	จำนวนบริการทั้งหมด (ครั้ง)	จำนวนบริการ Walk-in (ครั้ง)	จำนวนบริการ E-service (ครั้ง)	สัดส่วน E-service (%)
2566	4,509	3,405*	3,967	87.97
2567	11,554	1,309*	10,245	88.67
2568	9,332	804*	8,740	93.65

หมายเหตุ :

- *ปี พ.ศ. 2568 จำนวนบริการ E-service รวม E-consult และปรับเป็นการยื่นคำขอออนไลน์ต่าง ๆ*
- ** บางกิจกรรมใช้ทั้ง Walk in และ E-service*

การดำเนินการพัฒนาฯ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2566 เป็นจุดเริ่มต้นของการเปลี่ยนแปลง พบว่าระยะเวลาเฉลี่ยในการอนุญาตทั้งกระบวนการอยู่ที่ 5.5 วัน ซึ่งถือว่าเป็นเกณฑ์ที่พอยอมรับได้ เนื่องจากยังต้องพึ่งพากระบวนการตรวจสอบเอกสารที่ใช้เวลานาน โดยเป็นการเริ่มมีการปรับปรุงกระบวนการให้กระชับขึ้นกว่าปี พ.ศ. 2564 – 2565

ในปี พ.ศ. 2567 ระยะเวลาต่ออายุใบอนุญาตด้านยาอยู่ที่ 3.1 วัน ซึ่งเกินกว่าเกณฑ์มาตรฐานคู่มือประชาชนที่กำหนดเล็กน้อย สาเหตุเกิดจากปริมาณงานที่เพิ่มขึ้นและข้อจำกัดของระบบเอกสารที่มีการปรับเปลี่ยนระบบ ต้องรอการลงนามและการตรวจสอบ สิ่งนี้กลายเป็น Pain Point สำคัญที่เร่งให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

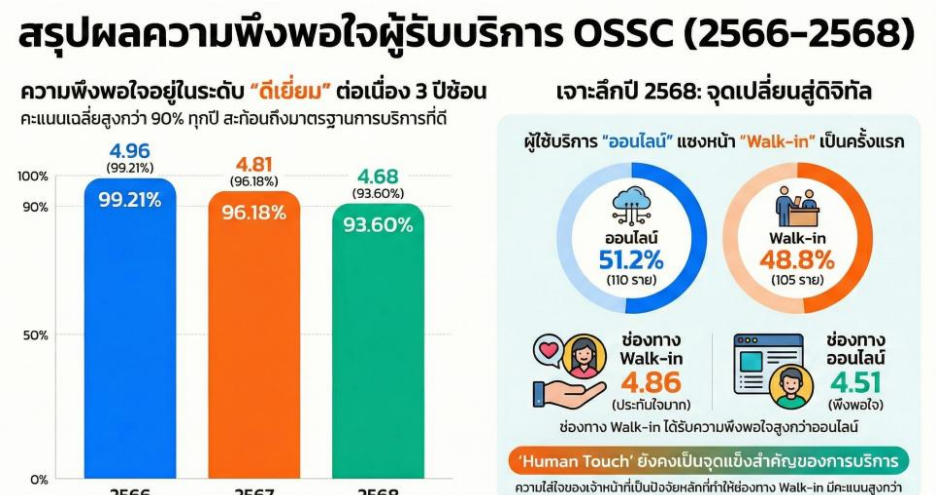
ต่อมาในปี พ.ศ. 2568 ผลของ Digital Transformation โดยการนำระบบ E-Service ของ OSSC Smart Service, ระบบ e-Submission ที่เชื่อมกับระบบ SKYNET ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา มาใช้อย่างเต็มรูปแบบ ส่งผลให้ระยะเวลาดำเนินการอนุญาตเหลือเพียง 1.6 วัน ดังนั้น จึงจะเห็นกระบวนการพัฒนา

1. เสถียรภาพของการใช้งานระบบดิจิทัล สัดส่วนการใช้งาน E-service ทรงตัวอยู่ในระดับสูงที่ประมาณร้อยละ 87 – 93 ตลอด 3 ปี แสดงให้เห็นว่าระบบบริการออนไลน์ของศูนย์บริการฯ มีความเสถียรใช้งานง่ายและเป็นช่องทางหลักที่ผู้ประกอบการไว้วางใจ

2. โครงสร้างการใช้งาน ในปี พ.ศ. 2568 พบว่าบริการ E-consult (การให้คำปรึกษาออนไลน์) มียอดการใช้งานสูงสุดถึง 8,228 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 91.95 ของบริการออนไลน์ทั้งหมด ในกรอบงานบริการด้านสถานพยาบาลและงานบริการด้านอาหาร ซึ่งสะท้อนว่าประชาชนมีความต้องการข้อมูลและคำปรึกษามากที่สุด และระบบ Chat/Line Official ของระบบ E-Service สามารถตอบสนองความต้องการนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงกว่าการเดินทางมาสอบถามด้วยตนเอง

4. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ (Customer Satisfaction)

ความพึงพอใจของผู้มารับบริการที่ศูนย์บริการฯ เป็นการสะท้อนคุณภาพของการให้บริการ ผลการสำรวจความพึงพอใจพบว่าความเชื่อมั่นเพิ่มสูงขึ้นตามประสิทธิภาพของระบบ ความพึงพอใจของผู้มารับบริการที่ศูนย์บริการฯ เป็นการสะท้อนคุณภาพของการให้บริการ โดยผลการสำรวจพบว่า ศูนย์บริการฯ สามารถรักษาระดับความพึงพอใจให้อยู่ในระดับดีเยี่ยม (มากกว่าร้อยละ 90) ได้อย่างต่อเนื่องตลอดช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 – 2568[1] ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการและการเปรียบเทียบรูปแบบการรับบริการของศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพแบบเบ็ดเสร็จ (OSSC) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 – 2568

โดยปี พ.ศ. 2566 ได้รับความพึงพอใจภาพรวมที่สูงมากถึง ร้อยละ 99.21 ซึ่งอาจเกิดจากความตื่นตัวในการเปิดตัวบริการรูปแบบใหม่และการอำนวยความสะดวกเชิงรุก ปี พ.ศ. 2567 คะแนนความพึงพอใจคิดเป็นร้อยละ 96.18 ลดลงเล็กน้อยเมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2566 เกิดจากช่วงรอยต่อในการปรับเปลี่ยนการบังคับใช้ระบบออนไลน์ที่ผู้ใช้บางส่วนอาจยังไม่คุ้นเคย และในปี พ.ศ. 2568 ความพึงพอใจอยู่ที่ระดับร้อยละ 93.6 โดยเฉพาะความพึงพอใจในด้านความโปร่งใส และกระบวนการขั้นตอน ที่ได้คะแนนสูงถึง 4.91 และ 4.84 ตามลำดับ[1] สามารถสะท้อนได้ว่าประชาชนยอมรับและชื่นชอบระบบดิจิทัลที่มีความชัดเจนและรวดเร็ว ติดตามกระบวนการขออนุญาตได้

ศูนย์บริการฯ สามารถรักษามาตรฐานความพึงพอใจให้อยู่ในระดับ ดีเยี่ยม (สูงกว่า 90%) ได้อย่างต่อเนื่องแม้จะมีจำนวนผู้รับบริการและรูปแบบการให้บริการที่เปลี่ยนไป เมื่อดูเฉพาะปี พ.ศ. 2568 ที่เป็นปีแรกที่ ผู้ใช้งานออนไลน์ (Online) มีจำนวนมากกว่า ผู้มาติดต่อด้วยตนเอง (Walk-in) แต่คะแนนความพึงพอใจกลับมีความแตกต่างกันที่น่าสนใจโดยเมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนผู้ใช้บริการของปี พ.ศ. 2568 พบว่าใช้บริการแบบ Online 51.2% (110 ราย) คะแนนความพึงพอใจอยู่ที่ 4.51 คะแนนจากคะแนนเต็ม 5 คะแนน และ แบบ Walk-in 48.8% (105 ราย) คะแนนความพึงพอใจอยู่ที่ 4.86 คะแนนจากคะแนนเต็ม 5 คะแนน คะแนนความพึงพอใจ Walk-in ที่สูงกว่า (4.86) สะท้อนว่าการบริการด้วยใจ (Human Touch) ของเจ้าหน้าที่ยังเป็นจุดแข็งที่สุดของศูนย์บริการฯ หนองบัวลำภู ที่ระบบ E-Service ยังทดแทนได้ไม่สมบูรณ์ และบางส่วนของผู้ประกอบการ/ผู้มารับบริการยังต้องการเวลาในการปรับตัว เมื่อคะแนนความพึงพอใจในรูปแบบ Online ที่ลดลงเล็กน้อย (4.51) ที่เกิดจากความคาดหวังเรื่องความง่ายในการใช้งาน (User Experience) หรือความเสถียรของระบบอินเทอร์เน็ต ซึ่งเป็นจุดที่ควรเร่งปรับปรุงเพื่อให้คะแนนกลับมาสูงเท่ากับช่องทางปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของป้อมเพชร รุจิราตุลธร[4] และ ฤกษ์ดี วิศาลอรรถกิจ[5] ที่ประชาชนชื่นชอบการบริการของเจ้าหน้าที่เพราะสามารถทำงานข้ามสายงาน (Multi-task) มีอำนาจตัดสินใจได้ในระดับหนึ่งและสามารถสื่อสารสองทางได้กับผู้ประกอบการ/ผู้มารับบริการ อย่างไรก็ดี ข้อมูลเปรียบเทียบระหว่างปีพบว่าประชาชนเริ่มคุ้นเคยและย้ายมาใช้ช่องทางออนไลน์มากขึ้นเรื่อย ๆ (เกิน 50% ในปีล่าสุด) ซึ่งเป็นสัญญาณที่สะท้อนการทำงานระบบที่ดีของ Digital Transformation

3. ผลต่อเศรษฐกิจและความคุ้มค่า (Wellness Economic Impact & Cost Saving)

ศูนย์บริการฯ เป็นกลไกหนึ่งในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจสุขภาพของจังหวัดหนองบัวลำภู ด้วยการดำเนินงานเชิงรุกที่สร้างมูลค่าเพิ่มให้กับผู้ประกอบการในพื้นที่ ด้วยวัตถุประสงค์สำคัญหนึ่งของการพัฒนาระบบของศูนย์บริการฯ คือการช่วยลดต้นทุนให้กับภาคธุรกิจและประชาชน การพัฒนาระบบบริการออนไลน์ (E-Service) และหน่วยบริการเคลื่อนที่ OSSC Mobile Unit และ Home-based Advice ได้ช่วยลดความจำเป็นในการเดินทางของผู้ประกอบการมายังศูนย์บริการฯ

ในอดีตกระบวนการขออนุญาต 1 ครั้ง อาจต้องเดินทางมาติดต่อเฉลี่ย 3 – 4 รอบ[1] เริ่มจากการสอบถามข้อมูล ยื่นเอกสาร แก้ไขเอกสาร รับใบอนุญาต แต่เมื่อนำ E-Consult

(ให้คำปรึกษาออนไลน์) และ e-Submission (ยื่นคำขอออนไลน์) มาใช้ทำให้ผู้ประกอบการสามารถส่งไฟล์ให้เจ้าหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องได้ล่วงหน้า (Pre-screening) สามารถสื่อสารโต้ตอบจนสมบูรณ์ก่อนยื่นจริง ทำให้การเดินทางลดลงเหลือเท่าที่จำเป็นเท่านั้น

นอกจากนี้ การให้บริการ 24/7 คือ ระบบที่เปิดให้ยื่นคำขอและชำระค่าธรรมเนียมได้ตลอด 24 ชั่วโมงในทุกวัน ผู้ประกอบการสามารถทำธุรกรรมได้นอกเวลาทำการปกติ ไม่ต้องเสียเวลาในช่วงกลางวันเพื่อมาติดต่อราชการ

ข้อมูลปี พ.ศ. 2568 มีการใช้งานช่องทางออนไลน์ถึงร้อยละ 93.65 ของธุรกรรมทั้งหมด เมื่อคำนวณเปรียบเทียบกับการเดินทางด้วยตนเอง (ค่าพาหนะและค่าเสียเวลา) พบว่าระบบนี้ช่วยประหยัดเงินในกระเป๋าให้ผู้ประกอบการรวมกันได้กว่า 234,225 บาท ต่อปี[1]

นอกจากนี้ กระบวนงานของผลิตภัณฑ์บริการ HEP Model Health Economy Partner Model : อย.หนองบัวลำภู เพื่อนคู่คิดเศรษฐกิจสุขภาพ ของศูนย์บริการฯ ช่วยการลดค่าเสียโอกาสสำหรับผู้ประกอบการหรือกลุ่มที่ต้องมีการเตรียมสถานที่ผลิต หน่วยบริการเคลื่อนได้เป็นกลไกสำคัญในการลดค่าเสียโอกาสนั้น

กล่าวคือ การที่เจ้าหน้าที่ไปให้คำแนะนำการวางผังโรงเรือนและสายการผลิตถึงที่ตั้ง (On-site Advice) ช่วยป้องกันไม่ให้ผู้ประกอบการลงทุนก่อสร้างผิดแบบ ซึ่งเมื่อสร้างผิดแล้วต้องทุบแก้ เกิดค่าใช้จ่ายจำนวนมาก การบริการถึงที่จึงช่วยประหยัดต้นทุนการลงทุนได้มหาศาล นอกจากนี้ ยังช่วยลดค่าเสียโอกาสสำหรับผู้ประกอบการที่ต้องหยุดการผลิตหรือดำเนินกิจการ 1 วันเพื่อเดินทางมายังศูนย์บริการฯ ในจังหวัดหนองบัวลำภู หมายถึง การสูญเสียรายได้ทั้งวัน (Opportunity Cost) การมีหน่วยเคลื่อนที่ออกไปให้บริการต่ออายุหรือตรวจเยี่ยมถึงอำเภอ ช่วยให้พวกเขาสามารถดำเนินกิจการต่อได้โดยไม่สะดุด โดยการประเมินมูลค่าทางเศรษฐศาสตร์ โดยใช้อัตราค่าจ้างขั้นต่ำของจังหวัดหนองบัวลำภู (347 บาท/วัน) เป็นฐานในการคำนวณค่าเสียโอกาส พบว่าบริการเชิงรุกนี้ได้ช่วยคืนเวลาทำมาหากินให้กับประชาชนได้นับพันชั่วโมงต่อปี ซึ่งเป็นปัจจัยเอื้อต่อการเติบโตของเศรษฐกิจฐานรากของจังหวัดหนองบัวลำภูอย่างยั่งยืน

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบมูลค่าการลดค่าใช้จ่าย (Cost Saving) ย้อนหลัง 3 ปี

ปีงบประมาณ	จำนวนคำขอผ่านระบบออนไลน์	สูตรการคำนวณ (คำขอ x 347 บาท*)	มูลค่าที่ลดได้ (บาท)	อัตราการเติบโต (%)
2566	307	307 x 347	**106,529**	-
2567	497	497 x 347	**172,459**	+61.9
2568	675	675 x 347	234,225	+35.8

หมายเหตุ : 347 บาท คืออัตราค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อการเดินทาง 1 ครั้ง อ้างอิงตามมาตรฐานค่าจ้างขั้นต่ำและค่าพาหนะในพื้นที่

การวิเคราะห์มูลค่าที่ลดได้ (Cost Saving) ที่คำนวณจากค่าใช้จ่ายในการเดินทางและค่าเสียโอกาส (Opportunity Cost) ที่ผู้รับบริการไม่ต้องเสียไปจากการเดินทางมารับบริการที่ศูนย์บริการฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู

มูลค่าทางเศรษฐกิจที่ศูนย์บริการฯ ช่วยประหยัดให้กับผู้ประกอบการมีแนวโน้มเติบโตอย่างต่อเนื่อง จาก 1 แสนกว่าบาท ในปี พ.ศ. 2566 พุ่งขึ้นเป็นกว่า 2.3 แสนบาทในปี พ.ศ. 2568 ตัวเลขนี้สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของระบบ E-Service / Online Submission ที่รองรับคำขอได้มากขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งได้ช่วยลดความเหลื่อมล้ำให้กับผู้ประกอบการในพื้นที่ห่างไกลที่ต้องแบกรับต้นทุนการเดินทางสูง ตอบโจทย์สภาพภูมิประเทศที่มีความแตกต่างของจังหวัดหนองบัวลำภูเป็นอย่างดี

4. ความสำเร็จในการพัฒนาผู้ประกอบการตาม Health Economy Partner Model : อย. หนองบัวลำภู เพื่อนคู่คิดเศรษฐกิจสุขภาพ - HEP Model

นอกเหนือจากตัวเลขข้อมูลผลงานเชิงคุณภาพที่สะท้อนผลงานของนโยบายเศรษฐกิจสุขภาพจังหวัดหนองบัวลำภู คือ การเติบโตของผู้ประกอบการในพื้นที่ ในปี พ.ศ. 2568 ศูนย์บริการฯ ได้ผลักดันผู้ประกอบการจากระดับฐานรากสู่ระดับประเทศได้หลายราย ตาม Health Economy Partner Model : อย.หนองบัวลำภู เพื่อนคู่คิดเศรษฐกิจสุขภาพ - HEP Model ผ่านกรณีศึกษาความสำเร็จของปี พ.ศ. 2568

1) ผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มชนิดผงเห็ด 3 ชนิด ตราวังซา (สูตรปกติและสูตรหวานน้อย) ของวิสาหกิจชุมชนแปรรูปเกษตรอินทรีย์บ้านวังหินซา อ.สุวรรณคูหา ที่ได้รับรางวัล อย.ควอลิตี้ อวอร์ด ปี 2568 (FDA Quality Award 2025)[1] ซึ่งเป็นรางวัลสูงสุดด้านคุณภาพสถานที่ผลิตผ่านเกณฑ์ GMP (Good Manufacturing Practice) ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข มียอดจำหน่ายสูงกว่าเดิมอย่างต่อเนื่องและรับการส่งเสริมเป็นสินค้า OTOP ยกระดับเป็นผลิตภัณฑ์ดาวเด่นของจังหวัดหนองบัวลำภู

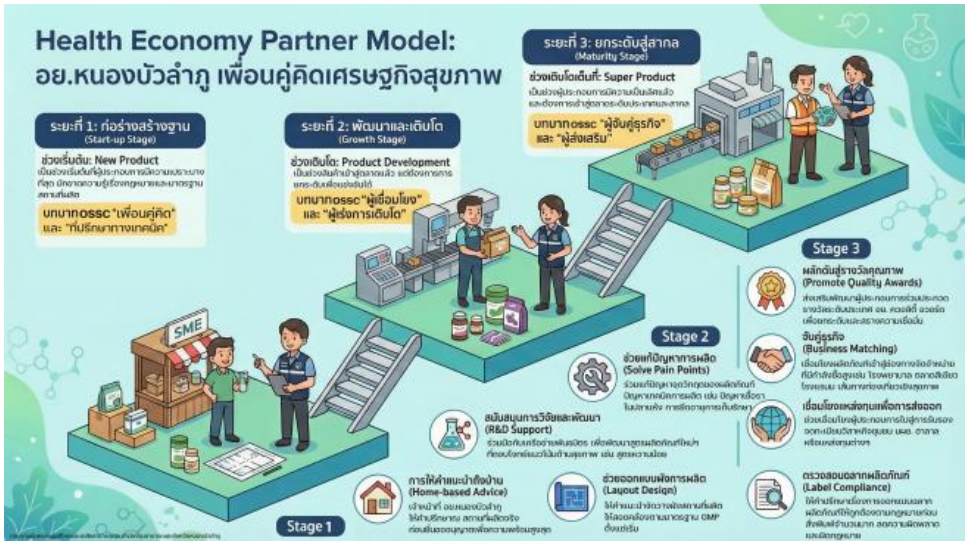
2) ผลิตภัณฑ์สวนลุงดำ ลำพะเนียง อ.นากลาง ผลิตภัณฑ์ข้าวเกรียบเห็ดหอมและข้าวเกรียบมันหวานญี่ปุ่น ได้รับการรับรองตราสัญลักษณ์ Smart Product จากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ยืนยันคุณภาพและความปลอดภัยทางวิทยาศาสตร์ เป็นสินค้าเด่นประจำจังหวัดที่ขายดีมียอดจำหน่ายสูงขึ้นตามลำดับภายหลังการพัฒนา

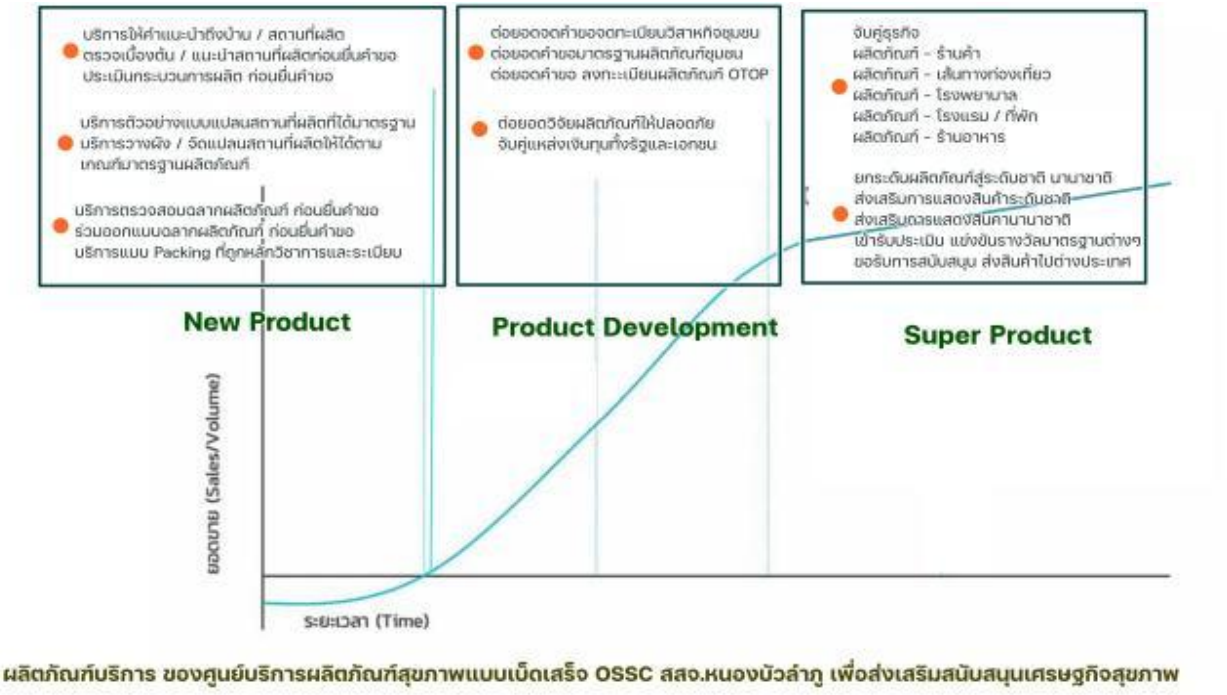
ความสำเร็จอื่น ๆ ในเครือข่ายเศรษฐกิจฐานราก เช่น วิสาหกิจชุมชนหันนางาม อ.ศรีบุญเรือง ผลิตภัณฑ์มะขามป้อมแช่อิ่มอบแห้ง, กลุ่มแปลงใหญ่อ้อยโนนเมือง อ.นากลาง ผลิตภัณฑ์น้ำอ้อยก้อนและไซรัปอ้อย, กลุ่มเลี้ยงผึ้งหนองบัวใต้ (สุวรรณฟาร์ม) เครื่องดื่มกระชายขาวผสมน้ำผึ้ง ผ่านการรับรอง Smart Product นอกจากวิสาหกิจชุมชนบ้านวังหินซาที่ได้รับรางวัล FDA Quality Award 2025 แล้ว ยังพบความสำเร็จของผู้ประกอบการในเครือข่ายเศรษฐกิจฐานรากหลายแห่งที่ได้รับการพัฒนาผลิตภัณฑ์และยกระดับมาตรฐานจนได้รับการรับรอง Smart Product ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 ตัวอย่างผลลัพธ์การพัฒนาผู้ประกอบการในเครือข่ายเศรษฐกิจฐานรากภายใต้ Health Economy Partner Model (HEP Model)

สิ่งเหล่านี้สะท้อนกระบวนการทำงานของศูนย์บริการฯ ที่ไม่ได้ทำหน้าที่เพียงแค่ออกใบอนุญาต แต่ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงที่ช่วยบ่มเพาะ พัฒนา ออกแบบบรรจุภัณฑ์ และยกระดับมาตรฐาน จนสินค้าสามารถแข่งขันได้ในตลาดจริง แนวคิดการพัฒนาผู้ประกอบการภายใต้ HEP Model ซึ่งมุ่งลดความสูญเสียตั้งแต่ต้นน้ำและสนับสนุนผู้ประกอบการตลอดเส้นทางการเจริญเติบโตของผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ ดังภาพที่ 4





ภาพที่ 4 กรอบแนวคิด Health Economy Partner Model (HEP Model) : อย.หนองบัวลำภู เพื่อนคู่คิดเศรษฐกิจสุขภาพ

HEP Model ลดความสูญเสียตั้งแต่ต้นน้ำทำให้ผู้ประกอบการผ่านในครั้งแรก ที่ยื่นขออนุญาตได้ทันทีเมื่อเข้าโปรแกรมผลิตภัณฑ์และร่วมพัฒนาไปพร้อมกัน ลดต้นทุนเวลา ค่าใช้จ่ายและความเสี่ยงจากการแก้ไขซ้ำ ซึ่งเป็นต้นทุนแฝงที่มักไม่ถูกมองเห็นในระบบแบบเดิม เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว HEP Model มีมุมมองว่า การอนุญาตคือจุดเริ่มต้นของการพัฒนาไม่ใช่จุดสิ้นสุด โปรแกรมผลิตภัณฑ์บริการ HEP Model เป็นการดูแลตลอดเส้นทางการเจริญเติบโตของผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ โดยใช้กลไกการจัดระบบ ประสานแนวทาง และเชื่อมโยงภาคีช่วยลดความซ้ำซ้อน เพิ่มความถูกต้องและอำนวยความสะดวกให้ผู้ประกอบการเข้าถึงการรับรองและเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยไม่ล้ำบทบาทของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้ประกอบการเติบโตภายใต้กฎหมายและมาตรฐานอย่างถูกต้องและยั่งยืน

สรุปและวิจารณ์

การดำเนินงานของศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพแบบเบ็ดเสร็จ (One Stop Service Center : OSSC) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู ในช่วงปี พ.ศ. 2566 – 2568 บรรลุวัตถุประสงค์ทั้งด้านประสิทธิภาพและประสิทธิผล การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการทำงานสู่ระบบดิจิทัล (Digital Transformation) และการดำเนินการตามมาตรฐานศูนย์ราชการสะดวก (Government Easy Contact Center : GECC) ได้ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม 3 ประการ ดังนี้

1. ด้านประสิทธิภาพการให้บริการ พบว่าสามารถดำเนินงานบรรลุวัตถุประสงค์ในการเพิ่มประสิทธิภาพการบริการอย่างชัดเจน โดยเฉพาะในปี พ.ศ. 2568 ที่มีการนำระบบดิจิทัล (Digital Transformation) มาใช้อย่างเต็มรูปแบบ ทำให้สามารถลดระยะเวลาการดำเนินการเกี่ยวกับ

ใบอนุญาตจาก 5.5 วัน เหลือเพียง 1.6 วันซึ่งเร็วกว่าเกณฑ์มาตรฐานถึงร้อยละ 46 นอกจากนี้ สัดส่วนการใช้งานระบบออนไลน์ที่สูงถึงร้อยละ 93.65 และคะแนนความพึงพอใจในระดับมากที่สุดอย่างต่อเนื่องตลอด 3 ปี ซึ่งสะท้อนผลงานในการยกระดับบริการสู่มาตรฐานศูนย์ราชการสะดวก

2. ด้านผลต่อเศรษฐกิจสุขภาพ การปรับบทบาทของศูนย์บริการฯ ในฐานะผู้ร่วมคิดและผู้เร่งการเติบโต ส่งผลโดยตรงต่อการขับเคลื่อนเศรษฐกิจสุขภาพของจังหวัด โดยสามารถสร้างมูลค่าทางเศรษฐกิจจากการลดต้นทุน (Cost Saving) ให้แก่ผู้ประกอบการได้กว่า 234,225 บาทต่อปี และสามารถดำเนินการ Health Economy Partner Model : อย.หนองบัวลำภู เพื่อนคู่คิดเศรษฐกิจสุขภาพ ในการผลักดันผลิตภัณฑ์ชุมชนที่ได้พัฒนา เช่น เครื่องดื่มผงเห็ด, ข้าวเกรียบเห็ดหอม ให้ได้รับมาตรฐาน อย. และรางวัลระดับประเทศ (อย.ควอลิตี้ อวอร์ด, Smart Product) ซึ่งนำไปสู่การสร้างรายได้จริงในพื้นที่ (Real Income Generation) มียอดจำหน่ายรวมหลายพันชิ้นต่อปี

จากข้อมูลภาระงานและผลสำรวจความต้องการของผู้รับบริการของศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพแบบเบ็ดเสร็จ (OSSC) จังหวัดหนองบัวลำภู พบว่ายังมีช่องว่างสำคัญ

1. การเข้าไม่ถึงบริการดิจิทัลของกลุ่มเปราะบาง เนื่องจากข้อจำกัดด้านทักษะเทคโนโลยีและระยะทางในการเดินทาง

2. คอขวดด้านภาระงานของเจ้าหน้าที่ที่ต้องตอบคำถามซ้ำซ้อนในแบบเดิม ๆ ทำให้ขาดเวลาในการกำกับดูแลเชิงรุก เกิดความล่าช้าและสร้างให้เกิดข้อจำกัดด้านเวลาในการให้บริการ

3. ช่องว่างระหว่างการผลิตและความต้องการของตลาด ซึ่งเกิดจากการที่ผู้ประกอบการยังขาดข้อมูลที่แม่นยำในการตัดสินใจทางธุรกิจ

ปัญหาเหล่านี้เป็นโอกาสในการพัฒนาที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน เพื่อให้การบริการของศูนย์บริการฯ เปลี่ยนผ่านจากการเป็นเพียงผู้อนุญาตไปสู่การเป็นผู้สร้างมูลค่าเพิ่มให้แก่ผู้ประกอบการอย่างแท้จริง ทั้งนี้ เพื่อตอบสนองต่อปัญหาดังกล่าว ศูนย์บริการฯ ได้ออกแบบแผนปฏิบัติการเชิงรุกเพื่อปิดช่องว่างและยกระดับประสิทธิภาพการดำเนินงาน ซึ่งรายละเอียดจะถูกนำเสนอในส่วนถัดไป

ข้อเสนอแนะ

แม้ผลการดำเนินงานจะอยู่ในเกณฑ์ดีเยี่ยม แต่ผลการสำรวจความพึงพอใจสะท้อนให้เห็นว่าผู้รับบริการยังคงให้ความสำคัญกับปฏิสัมพันธ์ เมื่อประเมินจากคะแนนความพึงพอใจด้านบุคลากร (Walk-in) ที่สูงกว่าระบบอัตโนมัติ (Online) ดังนั้น การพัฒนาในระยะต่อไปสำหรับพื้นที่หนองบัวลำภู อาจปรับตามแนวคิด High Tech - High Touch ดังนี้

1. ระบบบริการสุขภาพดิจิทัล ให้เชื่อมโยงฐานข้อมูลการอนุญาต (Licensing) เข้ากับฐานข้อมูลการตลาด (Market Data) เพื่อให้สามารถวิเคราะห์และชี้เป้าผลิตภัณฑ์ดาวรุ่งให้กับเกษตรกรได้ก่อนเริ่มผลิตจริง โดยใช้ Big Data วิเคราะห์เทรนด์ผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ

2. นำ AI มาเสริมศักยภาพเทคโนโลยี AI Chatbot ช่วยตอบคำถามพื้นฐานในช่องทาง E-Consult ตลอด 24 ชั่วโมงในทุกวัน เพื่อลดภาระงานของเจ้าหน้าที่และเพิ่มความรวดเร็วในการตอบกลับ ซึ่งจะช่วยยกระดับคะแนน

ความพึงพอใจด้านการสื่อสารออนไลน์

3. รักษามาตรฐานเชิงรุก เน้นการออกให้คำแนะนำถึงบ้าน (Home-based Advice) ที่เข้าพื้นที่พร้อมอุปกรณ์และเทคโนโลยีในการทำ E-Service และ e-Submission หน้างานได้ทันทีควบคู่ไปกับระบบออนไลน์ เพื่อดูแลกลุ่มผู้ประกอบการเปราะบางทางเทคโนโลยีไม่ให้ถูกทิ้งไว้ข้างหลัง เพื่อให้การขับเคลื่อนเศรษฐกิจสุขภาพของจังหวัดหนองบัวลำภูเป็นการเติบโตอย่างทั่วถึงและยั่งยืน

เพื่อให้การดำเนินงานของศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพแบบเบ็ดเสร็จ (OSSC) จังหวัดหนองบัวลำภู ยกระดับสู่การเป็นต้นแบบ เมืองสุขภาพดิจิทัลและสามารถสร้างเศรษฐกิจฐานรากได้อย่างยั่งยืน ศูนย์บริการฯ ได้จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายสู่แผนปฏิบัติการดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แผนปฏิบัติการกิจกรรมและแนวทางการประเมินผล

ปัญหาหน้างาน	กิจกรรมเชิงรูปธรรม	ตัวชี้วัดความสำเร็จ	ระดับผลกระทบ
1. กลุ่มเปราะบางเข้าไม่ถึงบริการดิจิทัล ขาดทักษะเทคโนโลยีและอยู่ในพื้นที่ห่างไกล	OSSC Mobile Unit หน่วยบริการเคลื่อนที่ลงพื้นที่ให้คำปรึกษาและยื่นคำขอหน้างาน	ร้อยละของผู้ประกอบการในพื้นที่ห่างไกลที่ยื่นคำขอสำเร็จ	ลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการภาครัฐ
2. ความล่าช้าและข้อจำกัดเวลา ปริมาณงานมากและการตอบคำถามซ้ำซ้อนนอกเวลาราชการ	AI Chatbot อัจฉริยะระบบ Pre-screening และตอบคำถามทางกฎหมายตลอดเวลา	อัตราการลดลงของงานที่ถูกตีกลับ (Rejection Rate) ลง 20%	เพิ่มประสิทธิภาพและความต่อเนื่องในการบริการ
3. ข้อมูลไม่ตอบโจทย์ตลาด ผู้ประกอบการผลิตสินค้าโดยขาดข้อมูลเทรนด์ความต้องการ	Market Data Integration เชื่อมโยงฐานข้อมูลการอนุญาตกับระบบวิเคราะห์แนวโน้มตลาด	อัตราความสำเร็จของผลิตภัณฑ์ที่ผลิตตรงความต้องการตลาด	ยกระดับเศรษฐกิจฐานรากและขีดความสามารถในการแข่งขัน

กิจกรรมข้างต้นจะจัดทำเป็นแผนงานนำร่องของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู โดยมีเป้าหมายหลักคือการลดขั้นตอนแฝงและสร้างมูลค่าเพิ่มทางเศรษฐกิจให้ผู้ประกอบการอย่างทั่วถึง การดำเนินงานดังกล่าวจะไม่มุ่งเน้นเฉพาะการเปลี่ยนแปลงที่นำเทคโนโลยีมาใช้ในการยกระดับงานบริการแต่ได้เพิ่มการบริการอย่างใส่ใจควบคู่กันไป (High Tech - High Touch) เพื่อให้เจ้าหน้าที่เป็นที่ปรึกษาที่เข้าถึงง่ายและไว้วางใจได้สำหรับประชาชนในทุกพื้นที่ของจังหวัด

การให้บริการของศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพแบบเบ็ดเสร็จ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภูได้ก้าวข้ามขีดจำกัดเดิมและเป็นฟันเฟืองสำคัญที่หมุนขับเคลื่อนเศรษฐกิจสุขภาพของจังหวัดให้เติบโตขึ้น การรักษามาตรฐานศูนย์ราชการสะดวกและการปรับตัวอย่างต่อเนื่องจะช่วยให้ศูนย์บริการฯ เป็นเพื่อนคู่คิดและมิตรที่ช่วยสร้างโอกาสทางธุรกิจสุขภาพของคนหนองบัวลำภูได้ในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู. รายงานผลการดำเนินงานกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2566-2568 [อินเทอร์เน็ต]. หนองบัวลำภู: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู; 2568 [เข้าถึงเมื่อ 11 มกราคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://fdanongbualamphu.com/report/anaualreport
2. Food and Drug Administration (Thailand). FDA expedites the modification of law and regulation to facilitate health product business operation [Internet]. 2024 Apr 23 [cited 2025 Feb 24]. Available from: https://en.fda.moph.go.th/news/expedites-the-modification-of-law-and-regulation-to-facilitate-for-health-product-business-opera
3. สำนักงานส่งเสริมวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม. รายงานสถานการณ์วิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม ปี 2560 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานส่งเสริมวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 20 มิ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: http://www.sme.go.th/upload/mod_download/download-20171124082328.pdf
4. ป้อมเพชร รุจิราตุลธร. คุณภาพการให้บริการศูนย์บริการกรุงเทพมหานคร (Bangkok Service Center) : กรณีศึกษาสำนักงานเขตหนองแขม [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2557.
5. ฤกษ์ดี วิศาลอรรถกิจ. การศึกษาแนวทางการพัฒนาการให้บริการประชาชนรูปแบบใหม่ของกรุงเทพมหานคร: กรณีศึกษารถบริการทะเบียนเคลื่อนที่ จุดบริการด่วนมหานคร และการให้บริการข้อมูลทางเว็บไซต์ [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2557.

การพัฒนากลไกการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในกรุงเทพมหานคร

The development of a consumer protection mechanism for health products in Bangkok

อุษณีย์ ทองใบ[1], วรสุดา ยูงทอง[2]

Usanee Thongbai[1], Worasuda Yungthong[2]

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้ เพื่อพัฒนากลไกการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ (คบส.) ในกรุงเทพมหานคร (กทม.) ให้สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการและกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2545 ซึ่งกำหนดให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ถ่ายโอนภารกิจแก่ กทม. จำนวน 4 ภารกิจ โดยที่ผ่านมาภารกิจที่ 1 – 3 สำเร็จครบถ้วนแล้ว แต่ภารกิจที่ 4 ด้านการตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพ ณ สถานที่จำหน่าย ยังไม่สามารถถ่ายโอนได้ตามแผน ทำให้ กทม. ยังมีการเฝ้าระวังและจัดการปัญหาด้านการตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพในพื้นที่ยังไม่ครอบคลุมทั่วถึง การศึกษาครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ ตามวงจรเดมิ่ง (Deming Cycle : PDCA) เพื่อพัฒนาทรัพยากรการบริหาร 4M ได้แก่ บุคลากร (Man), งบประมาณ (Money), วัสดุอุปกรณ์ (Material) และการบริหารจัดการ (Management) ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2559 ถึงกันยายน 2563

ผลการวิจัยพบกลไกสำคัญในการพัฒนางาน คบส. ที่ประกอบด้วยปัจจัยความสำเร็จที่ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม เห็นตรงกันมากที่สุด คือ กลไกการบูรณาการทรัพยากรการบริหารที่มีอยู่เดิมของหน่วยงานรับมอบอำนาจ เช่น กิจกรรมการเยี่ยมบ้านให้เข้ากับงาน คบส. กลไกการให้ผู้บริหารให้ความสำคัญหรือมีนโยบายความร่วมมือระหว่างผู้บริหาร รวมทั้งมีความเห็นสอดคล้องกันในเรื่องกลไกการสนับสนุนทางวิชาการและงบประมาณอบรมจาก อย. ร่วมกับงบประมาณดำเนินงานในพื้นที่ของ กทม. อนึ่ง ความชัดเจนในการจัดหาหรือถ่ายโอนทรัพยากรการบริหาร (4M) ด้านอื่น ๆ ให้แก่หน่วยงานผู้รับโอนเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้กลไกการพัฒนาไม่ต่อเนื่องได้ การวิจัยนี้มีข้อเสนอให้มีการพัฒนาระบบเชื่อมโยงข้อมูลดิจิทัล เช่น แพลตฟอร์มรายงานเรื่องร้องเรียนและข้อมูลเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพแบบเรียลไทม์ เพื่อให้กลไกการดำเนินงานมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ : การคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ, การกระจายอำนาจ, วงจรเดมิ่ง, ทรัพยากร, การบริหาร (4M), กรุงเทพมหานคร

[1] เภสัชกรชำนาญการพิเศษ กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา จังหวัดนนทบุรี ประเทศไทย

[1] Pharmacist, Senior Professional Level. Division of Promotion of Consumer Protection related to Health Products in Provincial and Local Administration, Food and Drug Administration. Nonthaburi Province. Thailand. E-mail : usaneet@fda.moph.go.th

[2] ผู้อำนวยการกองยา กองยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา จังหวัดนนทบุรี ประเทศไทย

[2] Director of Medicines Regulation Division, Medicines Regulation Division, Food and Drug Administration. Nonthaburi Province. Thailand.

Received: 28 JAN 2026, Revised: 25 JUN 2026, Accepted: 26 JUN 2026

Abstract

The objective of this research was to develop a mechanism for health consumer protection in Bangkok (BKK) in accordance with the Action Plan and Procedures for Decentralization to Local Government Organizations Act, B.E. 2545 (2002). This act requires the Food and Drug Administration (FDA) to transfer four missions to the Bangkok Metropolitan Administration (BMA). While Missions 1 – 3 have been successfully completed, Mission 4 — concerning the inspection of health products at points of sale—has not yet been transferred as planned. Consequently, the surveillance and management of health product inspections in Bangkok remain incomplete. This study employed action research based on the Deming Cycle (PDCA) to develop the 4M management resources: Man, Money, Material, and Management, covering the period from October 2016 to September 2020.

The results revealed key mechanisms for developing health consumer protection, with focus group participants identifying the most significant success factor as the integration of existing management resources within the delegated agencies (e.g., integrating home visit activities with consumer protection tasks). Other critical factors included executive leadership, prioritizing the issue through collaborative policies, and a consensus on the need for academic support and training budgets from the FDA, combined with the BMA's local operating budgets. Furthermore, lack of clarity in the procurement or transfer of other 4M resources to the receiving agencies was found to be a major factor causing discontinuity in development mechanisms. This study proposes the development of a digital data linkage system, such as a real-time platform for reporting complaints and health product surveillance data, to enhance the efficiency and effectiveness of the operational mechanisms.

Keywords : Health consumer protection, decentralization, Deming Cycle (PDCA), management resources (4M), Bangkok Metropolitan Administration (BMA)

บทนำ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 250 กำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีหน้าที่และอำนาจดูแลและจัดทำบริการสาธารณะและกิจกรรมสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่น ตามหลักการพัฒนาอย่างยั่งยืน ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ[1] โดยคณะกรรมการตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542[2] มีประกาศ เรื่อง แผนปฏิบัติการและกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2545 กำหนดให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ถ่ายโอนภารกิจให้แก่กรุงเทพมหานคร (กทม.) จำนวน 4 ภารกิจ คือ 1) การผลิตสื่อ และเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ ข้อมูลข่าวสารด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ 2) การเสริมสร้างศักยภาพผู้บริโภคทั้งด้านความรู้ในการบริโภคและเรียกร้องสิทธิอันชอบธรรม 3) การสร้างและขยายเครือข่ายการมีส่วนร่วมในงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้บริโภคในท้องถิ่น 4) การตรวจสอบ คุ้มครอง กำกับ ผลิตภัณฑ์อาหาร ยา เครื่องมือแพทย์ เครื่องสำอาง และวัตถุอันตราย ณ สถานที่จำหน่าย[3]

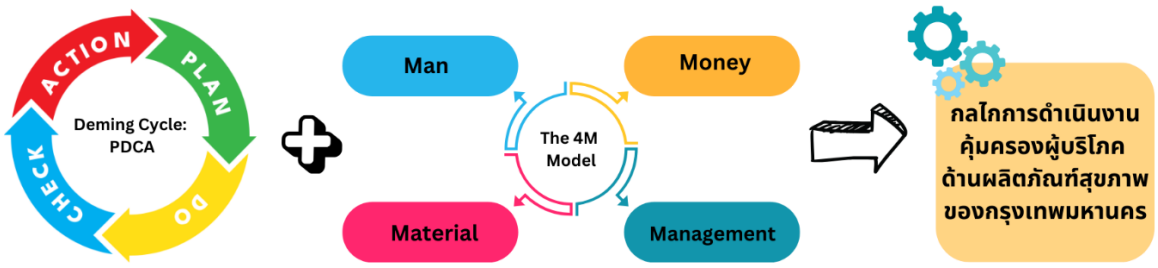
อย. ได้ถ่ายโอนภารกิจสำเร็จครบถ้วนตามกฎหมายแล้ว จำนวน 3 ภารกิจ คือ ภารกิจที่ 1 – 3[4] ส่วนภารกิจที่ 4 การตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพ ณ สถานที่จำหน่าย ยังไม่สามารถดำเนินการถ่ายโอนให้ครบถ้วนได้ตามแผน เพื่อให้การดำเนินกิจกรรมสาธารณประโยชน์ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคใน กทม. มีประสิทธิภาพและสนองต่อนโยบายรัฐบาลด้านการกระจายอำนาจ การศึกษาด้านการพัฒนากลไกงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในกรุงเทพมหานครจะทำให้ทราบถึงรูปแบบหรือกลไกการพัฒนาการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคของสำนักงานคณะกรรมการอาหารยาที่มีการถ่ายโอนภารกิจแก่หน่วยงานระดับท้องถิ่น

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนากลไกการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในกรุงเทพมหานคร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ด้วยการสืบค้นเอกสาร การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม เพื่อพัฒนากลไกการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ (คบส.) ใน กทม.อาศัยวงจรเดมิ่ง (Deming Cycle : PDCA)[5] เพื่อเสริมสร้างทรัพยากรการบริหาร (Man, Money, Material, Management : 4M)[6] ให้ครบถ้วน ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่ตุลาคม 2559 ถึงกันยายน 2563 และการดำเนินการวงจรเดมิ่งซ้ำเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบในการวิเคราะห์และพัฒนางาน

ขั้นตอนที่ 1 : วางแผน (Plan)

ศึกษาสถานการณ์และปัญหาในการดำเนินงาน คบส. ใน กทม. ด้วยการสืบค้นเอกสาร เช่น รายงานสถิติ การสนทนากลุ่ม ดำเนินการด้วยการประชุมร่วมกับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานจาก กทม. และ อย. เพื่อวิเคราะห์ช่องว่าง (Gap Analysis) เพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการร่วมกัน ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก ประกอบด้วยผู้บริหารและเจ้าหน้าที่จากสำนักอนามัย กทม. หน่วยงานต่าง ๆ ใน อย. เภสัชกรและพยาบาลของศูนย์บริการสาธารณสุข (ศบส.) 68 แห่ง (สุ่มเฉพาะเจาะจง 13 แห่งตามความสมัครใจ) ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสส.)

ขั้นตอนที่ 2 : ปฏิบัติ (Do)

จัดอบรมเชิงปฏิบัติการจากข้อมูลสถานการณ์การวางแผนจากขั้นตอนที่ 1 กับผู้เกี่ยวข้อง คือ เจ้าหน้าที่ กทม. จำนวน 42 คน จัดการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เป็น 6 กลุ่ม (กลุ่มละ 8 คน : วิทยากร อย. 1 คน, เภสัชกรกองเภสัชกรรม 1 คน, เภสัชกร ศบส. 2 คน, พยาบาล ศบส. 2 คน และ อสส. 2 คน) เพื่อศึกษาปัจจัยด้านทรัพยากรการบริหาร 4M และปัญหาอุปสรรคของภารกิจ 4 ด้านที่ได้รับมอบอำนาจแก่หน่วยงาน โดยใช้เครื่องมือคือ แนวคำถามที่ได้จากการสืบค้นเอกสารรายงานการประชุม และรายงานเรื่องร้องเรียนจากศูนย์จัดการเรื่องร้องเรียนและปราบปรามการกระทำผิดกฎหมายเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ (ศรป.) อย. เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

ขั้นตอนที่ 3 – 4 : ตรวจสอบและแก้ไข (Check-Act)

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยประกอบด้วย ผู้มีส่วนร่วมหลักในกระบวนการ พัฒนางาน คบส. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักอนามัย กทม. และ อย. กระทรวงสาธารณสุข ทั้งระดับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบคำถามการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วยประเด็นสนทนาเพื่อประเมิน 4M PDCA และแนวคำถามเกี่ยวกับกิจกรรมผลิตสื่อ เสริมศักยภาพผู้บริโภค สร้างเครือข่าย ตรวจสอบผลิตภัณฑ์ ความต้องการสนับสนุนจาก กทม. และ อย.

มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการประเมินความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของคำถามสนทนากลุ่ม โดยผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ หัวหน้ากลุ่มส่งเสริมและประสานงาน คบส. พื้นที่ กอง คบ. และเจ้าหน้าที่กลุ่มงานที่เกี่ยวข้อง ให้ครอบคลุมประเด็น 4M และ PDCA อย่างเหมาะสม

3. วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลการสนทนากลุ่มตามประเด็นในแบบคำถามการสนทนากลุ่มที่ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาเรียบร้อยแล้ว ประกอบด้วยประเด็นสนทนาเพื่อประเมิน 4M และ PDCA จากกลุ่มเป้าหมายคือ 1) กลุ่มผู้ปฏิบัติงานระดับพื้นที่ชุมชน แบ่ง 6 กลุ่มตามเขต กทม. 2) การประชุมนโยบายผู้บริหารสูงสุด (อย. และ กทม.) 2 ครั้ง การประชุมวางแผนระดับกอง 18 ครั้งการประชุมกำหนดตัวชี้วัดระดับกระทรวงสาธารณสุขและ กทม. 9 ครั้ง และ 3) การสนทนากับผู้ปฏิบัติงานระดับพื้นที่ชุมชน

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตามกรอบ PDCA

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 : สถานการณ์การดำเนินงาน คบส. ใน กทม.

ข้อมูล อย. ย้อนหลังจนถึงวันที่ 30 กันยายน 2562 พบว่าใน กทม. มีสถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มาขออนุญาตกับ อย. จำนวนทั้งหมด 30,505 แห่ง และมีการขออนุญาตหรือจดแจ้งผลิตภัณฑ์สุขภาพ จำนวน 825,134 รายการ จำนวนเจ้าหน้าที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจสอบเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์หลังออกสู่ตลาดของ อย. มีทั้งหมด 70 คน คิดเป็นสัดส่วนเจ้าหน้าที่ต่อสถานประกอบการ คือ 1 คน : 436 แห่ง มีรายงานการตรวจสอบการเฝ้าระวังคุณภาพผลิตภัณฑ์สุขภาพของ อย. ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 – 2564 ผ่านมาตรฐานมากกว่าร้อยละ 90 ผลการดำเนินงานเรื่องร้องเรียนของ ศรป. อย. เฉพาะเรื่องร้องเรียนที่เกิดขึ้นใน กทม. และเป็นส่วนที่ อย. ดำเนินการเอง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 – 2564 ดังตารางที่ 1 การสืบค้นเชิงเอกสารพบการดำเนินงาน คบส. ใน กทม. ส่วนใหญ่ยังเป็นภารกิจของ อย. เนื่องจาก กทม. ยังไม่ได้รับการถ่ายโอนภารกิจจาก อย. อย่างครบถ้วนตามแผนปฏิบัติการและกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2545

ตารางที่ 1 จำนวนตัวอย่างผลิตภัณฑ์สุขภาพและจำนวนเรื่องร้องเรียนที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาดำเนินการ (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 – 2564)

ปีงบประมาณ พ.ศ.	จำนวนตัวอย่างที่เก็บ (ร้อยละที่ผ่านมาตรฐาน)	จำนวนเรื่องร้องเรียนทั้งหมด (ร้อยละที่ดำเนินการแล้วเสร็จ)
2560	16,828 (90.1)	697 (90.9)
2561	16,389 (95.1)	964 (72.7)
2562	15,273 (94.8)	736 (88.3)
2563	4,899 (95.1)	1,049 (87.3)
2564	3,825 (93.2)	1,388 (66.1)

ส่วนที่ 2 : ถอดบทเรียนการถ่ายโอนภารกิจ อย. สู่ กทม.

ผลการวิจัยได้ความเห็นที่ตรงกันของกลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่ม โดยพบว่า อย. ถ่ายโอนภารกิจด้านอาหารได้บรรลุผลสำเร็จตามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือระหว่าง กทม.และ อย.[7,8] จากการพัฒนากลไกต่าง ๆ ใน 4 กลไก ดังต่อไปนี้

1. ความพร้อมของทรัพยากร คือ กทม. มีทรัพยากรการบริหาร (4M) ในงานสุขาภิบาลอาหารและสิ่งแวดล้อมที่สมบูรณ์และบูรณาการได้ทันที

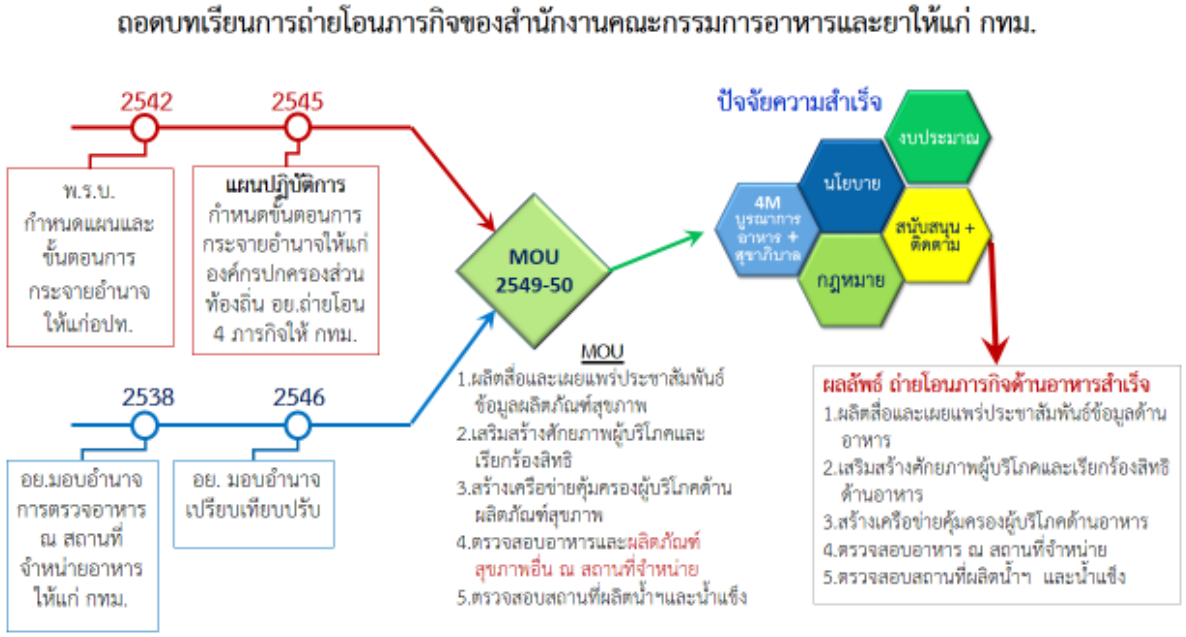
2. วิสัยทัศน์ผู้บริหาร คือ ผู้บริหารเห็นความสำคัญและผลกระทบต่อประชาชน

3. กลไกกฎหมาย โดยมีกฎหมายการกระจายอำนาจกำหนดให้ อย. ต้องถ่ายโอนภารกิจ

4. การสนับสนุนจากหน่วยงานหลัก โดยมีกองอาหาร อย. สนับสนุนและติดตามงานอย่างต่อเนื่อง

5. การสนับสนุนงบประมาณ โดย อย. เพิ่มเติมสำหรับการตรวจสอบสถานที่ผลิตและตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำและน้ำแข็ง

สรุปผลการถอดบทเรียนการถ่ายโอนภารกิจของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาให้แก่กรุงเทพมหานคร ดังภาพที่ 2



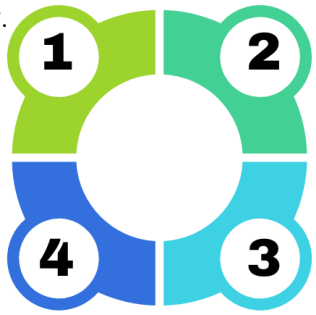
ภาพที่ 2 ผลการถอดบทเรียนการถ่ายโอนภารกิจของ อย. ให้แก่ กทม.

ส่วนที่ 3 : การพัฒนากลไกในการดำเนินงานในเขตสุขภาพที่ 13 กรุงเทพมหานคร

การสนทนากลุ่ม พบความเห็นที่สอดคล้องกันว่ากลไกการดำเนินงาน คบส. มีการดำเนินการครบวงจรเดมมิ่งในช่วงระยะเวลาที่ศึกษา 3 ปี คือ มีการวางแผนผลักดันตัวชี้วัดงาน คบส. เข้าสู่เขตสุขภาพที่ 13 กทม. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยามีกระบวนการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน มีกลไกการสืบค้นหาปัญหา การผลักดันตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข แก้ไขปัญหา มีกลไกของการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ พบการขยายผลการดำเนินงานจากการวางแผนผลักดันตัวชี้วัดดังกล่าวสู่การปฏิบัติจริง ซึ่งเป็นผลมาจากการดำเนินงานที่ครบวงจรในช่วงแรก มีรายงานผลการยกระดับกลไกการคุ้มครองผู้บริโภคให้มีประสิทธิภาพ มีผลสรุปการดำเนินงานในแต่ละปีงบประมาณดังภาพที่ 3, 4 และ 5 ตามลำดับ

วางแผน
- ศึกษาสถานการณ์และบริบท กทม.
- ให้หน่วยงานต่างๆ รู้จักงาน คบส.
- ให้มีงาน คบส. ใน กทม.

ปฏิบัติ
- สืบค้นข้อมูลการดำเนินงาน คบส. ใน กทม.
- นำเสนอตัวชี้วัดและปัญหางาน คบส. ในที่ประชุมเขต 13
- ประสานผู้บริหาร อย. เพื่อจัดทำแผนยุทธศาสตร์



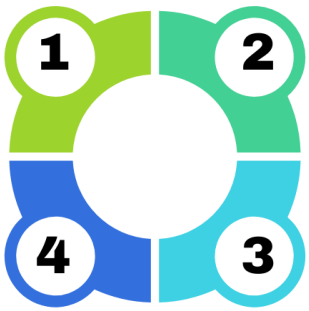
แก้ไข
- ประสานงานกับระดับผู้บริหาร กทม. - อย.
- ส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมของ กทม.

ตรวจสอบ
- กทม. ไม่มีนโยบาย ผู้รับผิดชอบงาน งบประมาณ และกิจกรรมงาน คบส. ที่ชัดเจน (ไม่มี 4M) แต่เริ่มมี M1 : Management

ภาพที่ 3 การดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ. 2560

วางแผน
- ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการวางแผนและดำเนินการ
- พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ กทม.
- ค้นหาปัญหางาน คบส. ใน กทม.
- มีนโยบายงน คบส. ใน กทม.

ปฏิบัติ
- นำเสนอตัวชี้วัดและปัญหางาน คบส. ในที่ประชุม
- จัดทำโครงการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ กทม.
- ทำสนทนากลุ่ม ค้นหาปัญหางาน คบส. ใน กทม.



แก้ไข
- พัฒนาต้นแบบงาน คบส.
- มีแผนงาน ติดตาม และประเมินผล
- ประสานงานระดับผู้บริหาร กทม. - อย. เพื่อรับนโยบาย

ตรวจสอบ
- กทม. มีนโยบายงาน คบส.
- กทม. มีตัวชี้วัดงาน คบส.

ภาพที่ 4 การดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

วางแผน
- พัฒนาต้นแบบงาน คบส.
- ประสานงานระดับผู้บริหาร กทม. - อย. เพื่อรับนโยบาย
- มีแผนงาน ติดตาม และประเมินผล

ปฏิบัติ
- อบรมเชิงปฏิบัติการในพื้นที่
- จัดประชุมผู้บริหาร อย. - กทม.



แก้ไข
- พัฒนาต้นแบบงาน คบส.
- มีแผนงาน ติดตาม และประเมินผล
- ประสานงานระดับผู้บริหาร กทม. - อย. เพื่อรับนโยบาย

ตรวจสอบ
- กทม. มีแผนปฏิบัติการ (M1 : Management)
- กทม. จ้างเภสัชกรจ้างเหมาเพื่อทำงาน คบส. (M2 : Money, M3 : Man)
- กทม. จัดซื้อชุดทดสอบเบื้องต้นและจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ (M2 : Money, M4 : Material
- มีต้นแบบงาน คบส. ใน กทม. 13 แห่ง

ภาพที่ 5 การดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ. 2562

กลไกสำคัญในการพัฒนางาน คบส. ประกอบด้วยปัจจัยความสำเร็จที่ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม เห็นตรงกันมากที่สุด คือ การบูรณาการทรัพยากรการบริหารที่มีอยู่เดิมของหน่วยงานรับมอบอำนาจ เช่น กิจกรรมการเยี่ยมบ้านให้เข้ากับงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภค การที่ผู้บริหารให้ความสำคัญหรือมีนโยบายความร่วมมือระหว่างผู้บริหารแต่ละหน่วยงาน รวมทั้งมีความเห็นสอดคล้องกันในเรื่องการสนับสนุนทางวิชาการและงบประมาณอบรมจาก อย. ร่วมกับงบประมาณดำเนินงานในพื้นที่ของ กทม. การถ่ายโอนภารกิจตามแผนกระจายอำนาจฯ ที่ยังไม่สมบูรณ์ พบยังขาดความชัดเจนในการจัดหาหรือถ่ายโอนทรัพยากรการบริหารและด้านอื่น ๆ ให้แก่หน่วยงานผู้รับโอนเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้กลไกการพัฒนาไม่ต่อเนื่องได้

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า กลไกการพัฒนาภารกิจการดำเนินงาน คบส. ที่ประสบความสำเร็จ ต้องผ่านกลไกการจัดทำแผนปฏิบัติการ จัดสรรงบประมาณ จ้างบุคลากร ทำให้ภารกิจประชาสัมพันธ์ เสริมศักยภาพผู้บริโภค รวมทั้งมีกลไกของการติดตามผลพบการขยายผลการดำเนินงานจากการวางแผนผลักดันตัวชี้วัดดังกล่าวสู่การปฏิบัติจริง ซึ่งเป็นไปตามวงจรเดมมิ่ง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Qiu H et al. ที่ศึกษาในสาธารณรัฐประชาชนจีน การดำเนินการแก้ไขกระบวนงานในโรงพยาบาล พบอัตราความสำเร็จเพิ่มจากร้อยละ 70 – 90 เป็นร้อยละ 94.7 ผ่านการวนซ้ำ Plan-Do-Check-Act[9] Karnwareetip S et al. ได้ศึกษามุมมองของเจ้าหน้าที่คุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพต่อปัญหาและกลไกการคุ้มครองผู้บริโภคเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพในภาคเหนือตอนบน พบว่ากลไกเฝ้าระวังและการมีส่วนร่วมชุมชนยังไม่สมบูรณ์ แต่วงจร PDCA ช่วยบูรณาการทรัพยากรที่มีของเจ้าหน้าที่คุ้มครองฯ คือ การเยี่ยมบ้าน สามารถลดเรื่องร้องเรียนลงจากร้อยละ 27 เป็นต่ำกว่าร้อยละ 12[10] Punturungsee P et al. ได้ศึกษาการใช้วงจร PDPA ในร้านยาอีสานไทย พบว่าช่วยให้มีการปฏิบัติตามมาตรฐานร้านยาที่กำหนดไว้ เท่ากับร้อยละ 100 สอดคล้องกับผลการวิจัยในครั้งนี้ที่พบว่ากลไกการอบรมเจ้าหน้าที่ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ จำนวน 21 คนใน กทม. สามารถเพิ่มขีดความสามารถระดับพื้นที่ได้[11]

ข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ได้กลไกการติดตามประเมินผลและพัฒนางานคุ้มครองผู้บริโภคในหน่วยงานระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกรุงเทพมหานคร ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการพัฒนาระบบเชื่อมโยงข้อมูลในรูปแบบดิจิทัล เช่น แพลตฟอร์มรายงานเรื่องร้องเรียนและข้อมูลเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพแบบเรียลไทม์ ซึ่งอาจเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของกลไกการติดตามประเมินผลงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพต่อไป

ข้อจำกัดการวิจัย

การวิจัยนี้ดำเนินการในเขตสุขภาพที่ 13 หรือเพียงแค่กรุงเทพมหานคร ไม่ได้ครอบคลุมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นที่มีขนาดและโครงสร้างต่างกัน เช่น เทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบลในส่วนภูมิภาค

กิตติกรรมประกาศ

บทความนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี คณะผู้จัดทำขอกราบขอบพระคุณ นพ.พูลลาภ ฉันทวิจิตรวงศ์ อดีตรองเลขาธิการ อย. ผู้ผลักดันนโยบายความร่วมมือระหว่าง อย. และ กทม. ให้เกิดขึ้นจริง และ ภญ.บุญญวรรณ จิระวุฒิ อดีตผู้อำนวยการกองเภสัชกรรม สำนักอนามัย ที่มุ่งมั่นสนับสนุนงาน คบส. กทม. มาโดยตลอด

ขอขอบคุณ ภก.อาทิตย์ พันเดช สำหรับการช่วยเหลือด้านแผนงานและงบประมาณ, ภญ.เพลิน จำแนกพล และ ภญ.กมลรัตน์ นุยกุล ผู้ร่วมวางกรอบแนวคิด ตลอดจน เจ้าหน้าที่กลุ่มงาน คบส. พื้นที่ทุกท่าน ที่เสียสละเวลาลงพื้นที่เป็นพี่เลี้ยงให้คำแนะนำแก่เจ้าหน้าที่ กทม. อย่างใกล้ชิด

นอกจากนี้ ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์วิทยาลัยการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพแห่งประเทศไทย ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาและให้คำปรึกษาอันมีค่า พร้อมขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่น สำหรับคำแนะนำและกำลังใจ

ท้ายที่สุด ขอบคุณ คณะผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ และผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน ที่สนับสนุนข้อมูลอันเป็นประโยชน์ คณะผู้จัดทำขอมอบคุณประโยชน์ของบทความนี้ให้แก่ทุกท่านด้วยความซาบซึ้งใจ

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการร่างรัฐธรรมนูญ. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 134 ตอนที่ 40 ก (6 เมษายน 2560).
2. พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 116 ตอนที่ 114 ก (18 พฤศจิกายน 2542).
3. สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. ประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง แผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2545. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 119 ตอนพิเศษ 23 ง (13 มีนาคม 2545).
4. สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. สรุปการถ่ายโอนภารกิจตามแผนปฏิบัติการ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานฯ; [เข้าถึงเมื่อ 5 ตุลาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: https://odloc.go.th/transfer/สรุปผลการถ่ายโอน/
5. Moen R, Norman C. The History of the PDCA Cycle. In: Proceedings of the 7th ANQ Congress; 2009 Sep 17; Tokyo, Japan. Tokyo: ANQ; 2009.
6. Ishikawa K. Guide to quality control. 2nd ed. Tokyo: Asian Productivity Organization; 1986. p. 9-19.
7. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา; กรุงเทพมหานคร. บันทึกข้อตกลงความร่วมมือระหว่างสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากับกรุงเทพมหานคร เรื่อง การถ่ายโอนภารกิจผลิตภัณฑ์สุขภาพ. 4 กันยายน 2549
8. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา; กรุงเทพมหานคร. บันทึกข้อตกลงความร่วมมือระหว่างสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากับกรุงเทพมหานคร เรื่อง การถ่ายโอนภารกิจการตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพให้กรุงเทพมหานคร. 28 พฤศจิกายน 2550.
9. Qiu H, Du W. Evaluation of the Effect of PDCA in Hospital Health Management. J Healthc Eng. 2021;2021:6778045. doi: 10.1155/2021/6778045.
10. Karnwareetip S, Surawichai A, Ruanta Y. Health consumer protection officers' perspective toward the problems and the mechanism of consumer protection involving health products in upper northern thailand. Mahidol Univ J Pharm Sci. 2016;43(2):63-7.
11. Punturungsee P, Chaleermkit K, Phaisarn T, et al. Empowerment interventions for pharmacies to comply with the Good Pharmacy Practice (GPP) in Thailand. Pharm Pract (Granada)[Internet]. 2023[cited 2026 Jan 10];21(3):2852. doi: 10.18549/PharmPract.2023.3.2852

ผลของการพัฒนาระบบการพิจารณาใบอนุญาตสถานพยาบาล ผ่านระบบ Biz Portal จังหวัดยโสธร

Effects of developing a healthcare facility license review system via the Biz Portal in Yasothon Province

พิริยะ จิตนภากาญจน์[1], กรกต ชัยยนต์[2], เกศรา ศรีปทุมภรณ์[3]

Phiriya Jitanapakarn[1], Karakot Chaiyon[2], Kessara Sripathumporn[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ ได้แก่ 1) เพื่อพัฒนาระบบการพิจารณาใบอนุญาตสถานพยาบาลผ่านระบบ Biz Portal จังหวัดยโสธร โดยมุ่งเน้นการเพิ่มประสิทธิภาพกระบวนการให้บริการและการอำนวยความสะดวกแก่ผู้ใช้บริการ 2) เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการใช้ระบบ Biz Portal ภายหลังการพัฒนาระบบ และ 3) เพื่อสังเคราะห์รูปแบบการพัฒนาระบบการพิจารณาใบอนุญาตสถานพยาบาลผ่านระบบ Biz Portal จังหวัดยโสธร การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ตามแนวคิดวงจร PAOR (Plan–Act–Observe–Reflect) ของ Kemmis & McTaggart จำนวน 2 วงรอบ โดยดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึงธันวาคม พ.ศ. 2568 ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ประกอบกิจการหรือผู้ดำเนินการสถานพยาบาลที่ยื่นคำขอผ่านระบบ Biz Portal จำนวน 139 ราย (วงรอบที่ 1 จำนวน 32 ราย และวงรอบที่ 2 จำนวน 107 ราย) คัดเลือกโดยวิธีเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจระหว่างวงรอบด้วย Independent t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า ในวงรอบที่ 1 ความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 3.75, SD = 1.37) จากการสะท้อนคิดพบว่าผู้ใช้บริการต้องการเครื่องมือสนับสนุนในรูปแบบสื่อประสมและช่องทางสื่อสารที่รวดเร็วขึ้น ภายหลังการพัฒนาชุดนวัตกรรมเครื่องมือสนับสนุน 5 รายการ ได้แก่ คู่มือการใช้งานฉบับปรับปรุง แบบฟอร์มมาตรฐานภาพถ่ายคลินิก อินโฟกราฟิกสรุปขั้นตอน วิดีโอสอนการใช้งาน และช่องทางให้คำปรึกษาผ่าน LINE Official Account ในวงรอบที่ 2 พบว่าความพึงพอใจโดยรวมเพิ่มขึ้นสู่ระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.50, SD = 0.63) และแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือความน่าเชื่อถือของระบบ ($\bar{x}$ = 4.59, SD = 0.55) นอกจากนี้ ผู้ใช้บริการประเมินว่าระบบช่วยลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางได้ประมาณ 0 – 3,000 บาทต่อธุรกรรม กระบวนการวิจัย ผู้วิจัยได้สังเคราะห์ YBLD Model (Yasothon Biz Portal License Development Model) เพื่อเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาระบบบริการภาครัฐดิจิทัลที่สามารถถ่ายทอดสู่บริบทอื่นได้

คำสำคัญ : Biz Portal, สถานพยาบาล, การวิจัยเชิงปฏิบัติการ, รัฐบาลดิจิทัล, ความพึงพอใจ

[1] เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

[1] Pharmacist, Professional Level. Division of Consumer Protection and Public Health Pharmacy, Yasothon Provincial Public Health Office. E-mail : phiriya.kook@gmail.com

[2] เภสัชกรปฏิบัติการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

[2] Pharmacist, Practitioner Level. Division of Consumer Protection and Public Health Pharmacy, Yasothon Provincial Public Health Office.

[3] เจ้าพนักงานเภสัชกรรมชำนาญงาน กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

[3] Pharmacy Technician, Experienced Level. Division of Consumer Protection and Public Health Pharmacy, Yasothon Provincial Public Health Office.

Received: 2 APR 2026, Revised: 11 MAY 2026, Accepted: 10 JUN 2026

Abstract

This research aimed to 1) develop the healthcare facility licensing review system through the Biz Portal in Yasothon Province with a focus on improving service efficiency and user convenience, 2) evaluate user satisfaction with the system after development, and 3) synthesize a development model for the healthcare facility licensing review system through the Biz Portal in Yasothon Province. An action research approach based on the PAOR (Plan–Act–Observe–Reflect) cycle of Kemmis & McTaggart was employed, consisting of two cycles conducted between October 2024 and December 2025 at the Yasothon Provincial Public Health Office. The sample comprised 139 healthcare facility operators or administrators who submitted licensing applications through the Biz Portal (cycle 1: n=32; cycle 2: n=107), selected using purposive sampling. The research instrument was a satisfaction questionnaire. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and independent t-test, while qualitative data were analyzed using content analysis. The results showed that in cycle 1, the overall satisfaction was at a high level ($\bar{x}$ = 3.75, SD = 1.37). Reflection revealed that users needed multimedia supporting tools and faster communication channels. After developing five innovation tools comprising an improved user manual, a standardized clinic photo form, a step-by-step infographic, a tutorial video, and a LINE Official Account consultation channel, the overall satisfaction in cycle 2 increased to the highest level ($\bar{x}$ = 4.50, SD = 0.63) with a statistically significant difference ($p < 0.05$). The highest mean score was found in system reliability ($\bar{x}$ = 4.59, SD = 0.55). Users also estimated travel cost savings of approximately 0 – 3,000 baht per transaction. The research further resulted in the synthesis of the YBLD Model (Yasothon Biz Portal License Development Model) as a transferable framework for digital public service development in similar contexts.

Keywords : Biz portal, healthcare facility, action research, digital government, user satisfaction

บทนำ

ในปัจจุบันการพัฒนาระบบราชการดิจิทัล (Digital Government) เป็นนโยบายสำคัญของประเทศไทยที่มุ่งเน้นการปรับปรุงรูปแบบการให้บริการภาครัฐให้มีความสะดวก รวดเร็ว และโปร่งใสมากยิ่งขึ้น โดยภาครัฐได้พัฒนาระบบบริการอิเล็กทรอนิกส์เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ประชาชนและผู้ประกอบการในการเข้าถึงบริการของภาครัฐผ่านช่องทางดิจิทัล[1] สอดคล้องกับแนวโน้มการพัฒนารัฐบาลดิจิทัลในระดับสากลที่มุ่งเน้นการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการลดต้นทุน และยกระดับคุณภาพการให้บริการภาครัฐ[2,3] ระบบศูนย์กลางบริการภาครัฐเพื่อภาคธุรกิจ (Biz Portal) เป็นแพลตฟอร์มดิจิทัลที่พัฒนาขึ้น เพื่อเป็นช่องทางกลางในการยื่นคำขออนุญาตและการดำเนินธุรกิจผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์แบบเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียว (One Stop Service) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดขั้นตอนการติดต่อราชการ เพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการและสนับสนุนนโยบายรัฐบาลดิจิทัลของประเทศไทย[4] ทั้งนี้การขออนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลเป็นหนึ่งในบริการที่ถูกนำเข้าสู่ระบบ Biz Portal เพื่อเพิ่มความสะดวกในการยื่นคำขอและติดตามสถานะการดำเนินงาน[5]

จังหวัดยโสธรมีจำนวนสถานพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยข้อมูลในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 – 2567 พบว่ามีจำนวนสถานพยาบาลสะสมจำนวน 144 แห่ง, 174 แห่ง และ 246 แห่ง ตามลำดับ ส่งผลให้จำนวนธุรกรรมที่เกี่ยวข้องกับการขอใบอนุญาตสถานพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับกระบวนการพิจารณาใบอนุญาตมีความซับซ้อน จึงทำให้ต้องใช้ระยะเวลาในการดำเนินงานมากขึ้น

ก่อนการนำระบบ Biz Portal มาใช้ในกระบวนการยื่นคำขออนุญาตส่วนใหญ่ดำเนินการในรูปแบบเอกสาร (Paper-based System) ซึ่งผู้ประกอบการต้องเดินทางมาติดต่อราชการด้วยตนเอง และจัดเตรียมเอกสารหลายรายการ ส่งผลให้เกิดข้อจำกัดทั้งด้านเวลา ค่าใช้จ่าย และภาระงานของเจ้าหน้าที่ โดยเฉพาะในกรณีที่เอกสารไม่ครบถ้วนหรือมีความคลาดเคลื่อน อาจทำให้เกิดความล่าช้าในการพิจารณาอนุญาต[5] เนื่องจากระบบ Biz Portal เป็นระบบที่เริ่มนำมาใช้ในการพิจารณาใบอนุญาตสถานพยาบาลในระดับพื้นที่ในช่วงระยะเวลาที่ศึกษา จึงยังไม่มีการจัดเก็บข้อมูลเชิงสถิติย้อนหลังเกี่ยวกับปัญหาและผลลัพธ์ของกระบวนการอนุญาตในรูปแบบที่เป็นระบบ อย่างไรก็ตาม จากการดำเนินงานในระยะเริ่มต้นพบว่าผู้ใช้บริการยังมีข้อจำกัดในการใช้งานระบบ เช่น ความไม่เข้าใจในขั้นตอนการดำเนินงาน การจัดเตรียมเอกสารประกอบคำขอ และการใช้งานระบบอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งอาจส่งผลต่อประสิทธิภาพการให้บริการและระยะเวลาในการดำเนินงาน ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งเน้นการเก็บข้อมูลจากการใช้งานจริงในบริบทพื้นที่เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาระบบและปรับปรุงกระบวนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เป็นแนวทางที่เหมาะสมในการพัฒนาระบบบริการในบริบทดังกล่าว เนื่องจากเป็นกระบวนการที่มุ่งเน้นการพัฒนาการปฏิบัติงานจริงผ่านการวางแผน การดำเนินการ การตรวจสอบ และการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องตามแนวคิดวงจร PAOR

(Plan–Act–Observe–Reflect) ของ Kemmis & McTaggart ซึ่งช่วยให้สามารถปรับปรุงระบบให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานได้อย่างเป็นระบบ[6-8] นอกจากนี้ กระบวนการวิจัยยังมุ่งสังเคราะห์รูปแบบการพัฒนาระบบที่สามารถนำไปถ่ายทอด สู่บริบทอื่นได้ (Transferability)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาการพัฒนาระบบการพิจารณาใบอนุญาตสถานพยาบาลผ่านระบบ Biz Portal จังหวัดยโสธร โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาระบบในมิติของประสิทธิภาพการให้บริการ ความสะดวกในการดำเนินงาน และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการในบริบทของระบบบริการภาครัฐดิจิทัลระดับพื้นที่

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบการพิจารณาใบอนุญาตสถานพยาบาลผ่านระบบ Biz Portal จังหวัดยโสธร โดยมุ่งเน้นการเพิ่มประสิทธิภาพกระบวนการให้บริการและการอำนวยความสะดวกแก่ผู้ใช้บริการ
2. เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการใช้ระบบ Biz Portal ภายหลังการพัฒนาระบบ
3. เพื่อสังเคราะห์รูปแบบการพัฒนาระบบการพิจารณาใบอนุญาตสถานพยาบาลผ่านระบบ Biz Portal จังหวัดยโสธร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมุ่งเน้นการพัฒนาระบบการพิจารณาใบอนุญาตสถานพยาบาลผ่านระบบ Biz Portal ในพื้นที่จังหวัดยโสธร ดำเนินการตามแนวคิดวงจร PAOR (Plan-Act-Observe-Reflect) จำนวน 2 วงรอบ ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึงธันวาคม พ.ศ. 2568 ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ซึ่งการวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ลำดับที่ 6799/2567 เลขที่ 6799

1. กลุ่มเป้าหมายและผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

ผู้วิจัยใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมุ่งเน้นไปที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยตรง ได้แก่ ผู้ประกอบกิจการหรือผู้ดำเนินการสถานพยาบาลที่ดำเนินธุรกรรมผ่านระบบ Biz Portal จังหวัดยโสธรและยินยอมตอบแบบประเมินความพึงพอใจภายหลังการดำเนินธุรกรรมเสร็จสิ้นจริง โดยแบ่งผู้มีส่วนร่วมในแต่ละระยะ ดังนี้

- วงรอบที่ 1: ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) จำนวน 32 ราย เพื่อร่วมค้นหาสภาพปัญหาและอุปสรรคในระยะเริ่มต้น
- วงรอบที่ 2: ผู้ใช้งานระบบจำนวน 107 ราย เพื่อประเมินประสิทธิภาพของเครื่องมือสนับสนุนที่พัฒนาขึ้น

2. ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

แบ่งการดำเนินงานออกเป็น 2 วงรอบต่อเนื่องกัน เพื่อสร้างความสมบูรณ์ให้กับกระบวนการพัฒนาดังนี้

- วงรอบที่ 1 (ตุลาคม พ.ศ. 2567 – เมษายน พ.ศ. 2568) : การสำรวจสภาพปัญหาและทดลองระบบเบื้องต้น (Cycle 1)

ขั้นวางแผน (Plan : P) ศึกษาระเบียบกฎหมาย กระบวนการดำเนินงาน และวิเคราะห์ขั้นตอนการใช้งานระบบ Biz Portal เบื้องต้น ออกแบบคู่มือการใช้งานฉบับร่างเพื่อใช้สนับสนุนการทำงานในระยะแรก และสร้างแบบสอบถามความพึงพอใจเพื่อประเมินผลการดำเนินงาน

ขั้นปฏิบัติ (Act : A) เปิดให้บริการพิจารณาใบอนุญาตสถานพยาบาลผ่านระบบ Biz Portal แจกคู่มือการใช้งานเบื้องต้นให้ผู้ประกอบกิจการที่มาติดต่อ พร้อมทั้งจัดให้มีเจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษารายบุคคลกรณีพบปัญหาในการใช้ระบบ

ขั้นสังเกตการณ์ (Observe : O) รวบรวมข้อมูลความพึงพอใจจากแบบสอบถาม บันทึกพฤติกรรมการใช้งานระบบ รวมถึงข้อเสนอแนะเชิงลึกผ่านช่องคำถามปลายเปิดจากผู้ประกอบกิจการที่ดำเนินธุรกรรมเสร็จสิ้น จำนวน 32 ราย

ขั้นสะท้อนคิด (Reflect : R) วิเคราะห์ผลการดำเนินงานวงรอบแรก เพื่อระบุช่องว่าง (Gap) ของระบบเพื่อนำไปสู่การพัฒนาเครื่องมือสนับสนุนต่าง ๆ และกำหนดทิศทางการปรับปรุงในวงรอบที่ 2

- วงรอบที่ 2 (พฤษภาคม – ธันวาคม พ.ศ. 2568) : การพัฒนานวัตกรรมสนับสนุนและการสังเคราะห์รูปแบบ (Cycle 2)

ขั้นวางแผน (P) นำผลการสะท้อนความคิดจากวงรอบที่ 1 มาออกแบบชุดเครื่องมือสนับสนุนการใช้งานระบบ 5 รายการ ได้แก่ (1) คู่มือการเปิดสถานพยาบาลใหม่ฉบับปรับปรุง (2) แบบฟอร์มภาพถ่ายคลินิกสำหรับการลงภาพถ่ายที่ครบถ้วน ในรูปแบบ word และ pdf (3) อินโฟกราฟิกสรุปขั้นตอนการใช้งานธุรกรรมต่าง ๆ (4) วิดีโอสอนการใช้งานทีละขั้นตอน และ (5) ช่องทาง LINE Official Account เพื่อให้คำปรึกษา

ขั้นปฏิบัติ (A) นำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นใหม่ทั้งหมดไปใช้ในการปฏิบัติงานจริง ประชาสัมพันธ์ให้ผู้ประกอบการสามารถปรึกษาเจ้าหน้าที่ได้ผ่าน LINE Official Account (LINE OA)

ขั้นสังเกตการณ์ (O) ติดตามผลจากกลุ่มผู้ใช้งานที่ใหญ่ขึ้น จำนวน 107 ราย เพื่อเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจและความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ และบันทึกข้อเสนอแนะเชิงคุณภาพเพื่อประกอบการสะท้อนคิด

ขั้นสะท้อนคิด (R) ประเมินผลความสำเร็จและถอดบทเรียนจากทั้งสองวงรอบ นำไปสู่การสังเคราะห์รูปแบบการพัฒนาระบบการพิจารณาใบอนุญาตสถานพยาบาลผ่านระบบ Biz Portal จังหวัดยโสธร

3. เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในรวบรวมข้อมูล ประกอบไปด้วย แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้ระบบ Biz Portal จังหวัดยโสธร แบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (Likert Scale) ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00 และตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) จากผู้ตอบแบบสอบถาม 30 รายแรกของวงรอบที่ 1 ได้เท่ากับ 0.948 ซึ่งอยู่ในระดับดีมาก นอกจากนี้ยังมีการบันทึกข้อเสนอแนะเชิงคุณภาพเพื่อใช้ในการสะท้อนคิดตามวงรอบวิจัย การแปลผลใช้เกณฑ์แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ระดับความพึงพอใจต่อการใช้ระบบ Biz Portal จังหวัดยโสธร
4.21 – 5.00	มากที่สุด
3.41 – 4.20	มาก
2.61 – 3.40	ปานกลาง
1.81 – 2.60	น้อย
1.00 – 1.80	น้อยที่สุด

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

- ข้อมูลเชิงปริมาณ : วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการในแต่ละวงรอบ และใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การทดสอบค่าทีแบบอิสระ (Independent t-test) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความพึงพอใจระหว่างวงรอบที่ 1 และวงรอบที่ 2 โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.05$

- ข้อมูลเชิงคุณภาพ : วิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) จากข้อเสนอแนะและบันทึกการปฏิบัติงาน เพื่อสังเคราะห์เป็นองค์ความรู้เชิงกระบวนการ

ผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามวงจร PAOR จำนวน 2 วงรอบ มีผู้เข้าร่วมวิจัยรวม 139 ราย ผลกาวิจัย ดังนี้

- วงรอบที่ 1 (ตุลาคม พ.ศ. 2567 – เมษายน พ.ศ. 2568)

ผลการเก็บข้อมูลจากผู้ประกอบกิจการจำนวน 32 ราย พบว่าความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 3.75, SD = 1.37) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือด้านคู่มือ/ขั้นตอน และด้านระยะเวลาการพิจารณา ($\bar{x}$ = 3.44, SD = 1.32) นอกจากนี้ ข้อเสนอแนะเชิงคุณภาพ พบว่าผู้ใช้บริการสะท้อนปัญหาสำคัญ ได้แก่ คู่มือรูปแบบตัวอักษรเข้าใจยาก ต้องการให้มีการอธิบายขั้นตอนที่ละเอียดเพิ่มขึ้น การแนบไฟล์ในระบบค่อนข้างยาก โดยเฉพาะผู้ที่ไม่มีความเชี่ยวชาญด้านไอที และต้องการช่องทางการสื่อสารที่ติดต่อได้ง่าย รวดเร็วกว่าการรอติดตามในระบบเพียงอย่างเดียว ดังตารางที่ 1

เมื่อนำข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพมาวิเคราะห์ร่วมกัน พบว่าการเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการสู่ระบบดิจิทัลควบคู่กับการใช้คู่มือรูปแบบเอกสารยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการได้อย่างสมบูรณ์ ทั้งนี้คะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยที่ระดับ 3.75 ได้สะท้อนให้เห็นถึง "ช่องว่าง" ด้านการสื่อสารและการสนับสนุนผู้ใช้งาน ประเด็นดังกล่าวจึงถูกนำมาใช้เป็นทิศทางหลักในการพัฒนา ชุดเครื่องมือสนับสนุนการใช้งานระบบในวงรอบที่ 2

- วงรอบที่ 2 (พฤษภาคม – ธันวาคม พ.ศ. 2568)

ภายหลังการนำเครื่องมือสนับสนุน 5 รายการไปใช้จริง พบว่าความพึงพอใจโดยรวมเพิ่มขึ้นสู่ระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.50, SD = 0.63) และแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับวงรอบที่ 1 ($p=0.005$) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือความน่าเชื่อถือของระบบ ($\bar{x}$ = 4.59, SD = 0.55, p = 0.002) รองลงมาคือด้านการแจ้งเตือนสถานะ ($\bar{x}$ = 4.43, SD = 0.58, p=0.011) และด้านความคุ้มค่า ($\bar{x}$ = 4.37, SD = 0.67, p=0.009) อย่างไรก็ตาม ด้านการเข้าสู่ระบบ คู่มือ/ขั้นตอน ระยะเวลาการพิจารณา และการให้คำแนะนำของเจ้าหน้าที่แม้คะแนนเฉลี่ยจะเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการประเมินความพึงพอใจต่อระบบ Biz Portal เปรียบเทียบระหว่างวงรอบที่ 1 และวงรอบที่ 2

ด้านการประเมิน	วงรอบที่ 1 (n=32) Mean (SD)	วงรอบที่ 2 (n=107) Mean (SD)	p-value	การเปลี่ยนแปลง
การเข้าสู่ระบบ	3.72 (1.35)	4.06 (0.51)	0.089	เพิ่มขึ้น
คู่มือ/ขั้นตอน	3.44 (1.32)	3.83 (0.75)	0.074	เพิ่มขึ้น
ระยะเวลาการพิจารณา	3.44 (1.32)	3.87 (0.94)	0.052	เพิ่มขึ้น
การแจ้งเตือนสถานะ	3.78 (1.41)	4.43 (0.58)	0.011*	เพิ่มขึ้น
ช่องทางช่วยเหลือ	3.75 (1.39)	4.19 (0.82)	0.048*	เพิ่มขึ้น
การให้คำแนะนำเจ้าหน้าที่	4.00 (1.41)	4.39 (0.61)	0.072	เพิ่มขึ้น
ความน่าเชื่อถือระบบ	3.81 (1.38)	4.59 (0.55)	0.002*	เพิ่มขึ้น
ความคุ้มค่า	3.69 (1.42)	4.37 (0.67)	0.009*	เพิ่มขึ้น
ความพึงพอใจโดยรวม	3.75 (1.37)	4.50 (0.63)	0.005*	เพิ่มขึ้น

หมายเหตุ : **ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p<0.05*

ผลการประเมินความพึงพอใจต่อคู่มือและเครื่องมือสนับสนุนที่พัฒนาขึ้น พบว่าด้านความชัดเจนของเอกสารมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 4.20 (SD = 0.68) เป็น 4.50 (SD = 0.63) และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.030) ดังตารางที่ 2

ในด้านความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ ผู้ใช้บริการประเมินว่าสามารถลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางได้ประมาณ 0 – 3,000 บาทต่อธุรกรรม ขึ้นอยู่กับระยะทาง โดยผู้ใช้บริการในอำเภอที่ตั้งของสำนักงานประเมินไว้ที่ประมาณ 0 – 300 บาท ขณะที่ผู้ใช้บริการในพื้นที่ห่างไกลประเมินไว้ที่ประมาณ 500 – 3,000 บาท ทั้งนี้ การประเมินดังกล่าวเป็นการประเมินเชิงประมาณจากมุมมองของผู้ใช้บริการ ไม่ใช่การวิเคราะห์ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์โดยตรง

นอกจากนี้ ผู้ใช้บริการยังสะท้อนว่าการใช้ระบบช่วยลดภาระด้านเวลา ลดความจำเป็นในการลางาน และลดระยะเวลาการรอคอยในการติดต่อราชการ อย่างไรก็ตาม ระบบอาจยังไม่สามารถลดค่าใช้จ่ายด้านเอกสารได้ เนื่องจากผู้ใช้บริการยังคงต้องจัดเตรียมเอกสารในรูปแบบกระดาษก่อนนำเข้าสู่ระบบในรูปแบบดิจิทัลผ่านการสแกนและแนบไฟล์เข้าสู่ระบบ

ตารางที่ 2 ผลการประเมินความพึงพอใจคู่มือและเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นเปรียบเทียบระหว่างวงรอบที่ 1 และวงรอบที่ 2

ด้านการประเมิน	วงรอบที่ 1 (n=32) Mean (SD)	วงรอบที่ 2 (n=107) Mean (SD)	p-value	การเปลี่ยนแปลง
ความสามารถปฏิบัติตามขั้นตอน	4.00 (0.76)	4.43 (0.50)	0.060	เพิ่มขึ้น
ความครบถ้วนของเนื้อหา	4.13 (0.83)	4.43 (0.50)	0.110	เพิ่มขึ้น
ความชัดเจนของเอกสาร	4.20 (0.68)	4.50 (0.63)	0.030*	เพิ่มขึ้น

*หมายเหตุ : **ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p<0.05*

จากผลการดำเนินงานทั้ง 2 วงรอบ ผู้วิจัยได้สังเคราะห์ YBLD Model (Yasothon Biz Portal License Development Model) ดังภาพที่ 1 โดยใช้กระบวนการถอดบทเรียนจากข้อมูล 3 แหล่ง ได้แก่ ผลการประเมินความพึงพอใจในทั้งสองวงรอบ ข้อเสนอแนะเชิงคุณภาพจากผู้ใช้บริการ และบทเรียนจากกระบวนการปรับปรุงในแต่ละขั้นตอน PAOR ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่

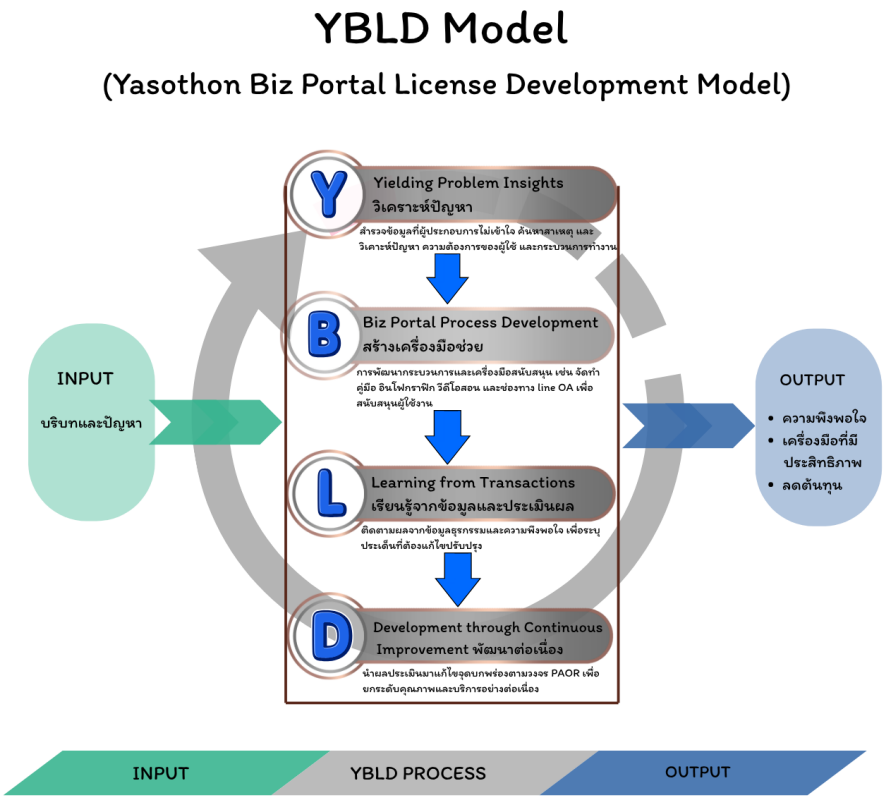
1. Yielding Problem Insights (Y) การสำรวจและวิเคราะห์ปัญหาและบริบทของการใช้งานระบบ เพื่อระบุประเด็นที่ต้องปรับปรุงและพัฒนาระบบให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้บริการ

2. Biz Portal Process Development (B) การพัฒนากระบวนการดำเนินงานและเครื่องมือสนับสนุนการใช้งานระบบ เช่น คู่มือ อินโฟกราฟิก วิดีโอ และ LINE Official Account เพื่อช่วยให้ผู้ใช้บริการสามารถดำเนินธุรกรรมผ่านระบบได้อย่างถูกต้องและสะดวก

3. Learning from Transactions (L) การติดตามและประเมินผลการใช้งานระบบจากข้อมูลธุรกรรมจริงและแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ เพื่อประเมินประสิทธิภาพของระบบในแต่ละวงรอบ

4. Development through Continuous Improvement (D) การนำผลการสะท้อนคิด (Reflect) มาปรับปรุงระบบอย่างต่อเนื่องตามวงจร PAOR เพื่อยกระดับคุณภาพการให้บริการของหน่วยงาน

โดยผู้วิจัยได้นิยามความสัมพันธ์ระหว่างขั้นตอน ผลลัพธ์ และแหล่งข้อมูลที่นำมาสังเคราะห์ของแต่ละองค์ประกอบ ดังตารางที่ 3



ภาพที่ 1 YBLD Model (Yasothon Biz Portal License Development Model)

ตารางที่ 3 องค์ประกอบ ขั้นตอน และผลลัพธ์ของ YBLD Model

ตัวอักษร	ขั้นตอน (Process)	สิ่งที่ได้รับ (Output)	แหล่งข้อมูลที่สังเคราะห์
Y	Yielding Problem Insights	รายงานวิเคราะห์ Pain Point ของผู้ประกอบกิจการ	ข้อเสนอแนะเชิงคุณภาพและการสังเกตพฤติกรรมการใช้งานในวงรอบที่ 1
B	Biz Portal Process Development	ชุดเครื่องมือสนับสนุน (คู่มือ, แบบฟอร์มภาพถ่ายคลินิก, อินโฟกราฟิก, วิดีโอ, LINE OA)	ผลการสะท้อนคิดวงรอบที่ 1 และความต้องการของผู้ใช้บริการ
L	Learning from Transactions	ฐานข้อมูลความพึงพอใจและผลเปรียบเทียบระหว่างวงรอบ (Independent t-test)	ข้อมูลจากตารางที่ 1 และ 2 ของวงรอบที่ 1 และ 2
D	Development through Continuous Improvement	แนวทางการพัฒนาระบบบริการ	การถอดบทเรียนจากผลการสะท้อนคิดทั้งสองวงรอบ

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนากระบวนการดำเนินงานและเครื่องมือสนับสนุนการใช้งานระบบ สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการได้อย่างชัดเจน โดยคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยของผู้ใช้บริการเพิ่มขึ้นจาก 3.75 ในวงรอบที่ 1 เป็น 4.50 ในวงรอบที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.005$) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านความน่าเชื่อถือของระบบ ด้านการแจ้งเตือนสถานะ และด้านความคุ้มค่า ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis & McTaggart ที่อธิบายว่า กระบวนการ PAOR ช่วยให้หน่วยงานสามารถเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง โดยเฉพาะในขั้นสะท้อนคิด (R) ซึ่งเปิดโอกาสให้ทีมวิจัยได้วิเคราะห์ปัญหาเชิงลึกและนำผลลัพธ์มาวางแผนปรับปรุงเพื่อปิดช่องว่างได้อย่างตรงจุดในวงรอบถัดไป[6-8]

นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ คุ้มขวัญ ภมรศิลปะธรรม ที่พบว่าการนำระบบ e-Submission มาใช้ในการพิจารณาอนุญาตผลิตภัณฑ์อาหารในจังหวัดนครปฐม สามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐและลดระยะเวลา ในการดำเนินการได้อย่างมีนัยสำคัญ[9] ในทำนองเดียวกัน ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ ธัญลักษณ์ จันโทพลัง และ พัฒนพงศ์ โตภาคงาม[10] รวมถึง ศุภกัญญา ทองเดชาสามารถ[11] ที่รายงานว่าการจัดทำคู่มือ การพัฒนาสื่อสนับสนุน และการสื่อสารขั้นตอนการใช้งานระบบให้ชัดเจน เป็นปัจจัยและบทบาทสำคัญต่อความสำเร็จของการใช้ระบบบริการภาครัฐผ่านช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ในบริบทพื้นที่

ในระดับนานาชาติ ผลการวิจัยมีความสอดคล้องกับรายงานขององค์การสหประชาชาติ (United Nations : UN) และองค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา (Organization for Economic Co-operation and Development : OECD) ที่ระบุว่า การนำระบบดิจิทัลมาใช้ในการให้บริการภาครัฐสามารถช่วยลดขั้นตอนการดำเนินงาน เพิ่มความโปร่งใส และยกระดับการเข้าถึงบริการของ

ประชาชนได้ โดยมีเงื่อนไขสำคัญคือ การพัฒนาเครื่องมือสนับสนุนผู้ใช้งานควบคู่กับการพัฒนาระบบเทคโนโลยี[2,3]

สำหรับมิติด้านความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ การที่ผู้ใช้บริการประเมินว่าระบบสามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางได้ประมาณ 0 – 3,000 บาทต่อธุรกรรมนั้น ได้สะท้อนให้เห็นว่าระบบบริการภาครัฐดิจิทัลสามารถช่วยลดภาระต้นทุนทางการเงินของผู้ใช้บริการได้จริง อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการประเมินดังกล่าวเป็นการรับรู้เชิงประมาณจากมุมมองของผู้ใช้บริการ (Self-reported Estimation) ไม่ใช่การวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล (Cost-effectiveness Analysis) โดยตรงในเชิงเศรษฐศาสตร์ การตีความผลลัพธ์ในส่วนนี้จึงควรพิจารณาบนพื้นฐานของบริบทการรับรู้และประสบการณ์ตรงของผู้ใช้บริการเป็นสำคัญ

จากผลการดำเนินงานทั้ง 2 วงรอบ ผู้วิจัยได้สังเคราะห์รูปแบบการพัฒนาระบบการพิจารณาใบอนุญาตสถานพยาบาลผ่านระบบ Biz Portal จังหวัดยโสธร หรือ "YBLD Model" (Yasothon Biz Portal License Development Model) โดยใช้กระบวนการถอดบทเรียนจากแหล่งข้อมูล 3 ประการ ได้แก่ ผลการประเมินความพึงพอใจในทั้งสองวงรอบ ข้อเสนอแนะเชิงคุณภาพจากผู้ใช้บริการ และบทเรียนที่ได้จากกระบวนการปรับปรุงในแต่ละขั้นตอนของวงจร PAOR

ทั้งนี้ YBLD Model มิได้เป็นเพียงกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีที่กำหนดขึ้นโดยอิสระ หากแต่เป็นผลลัพธ์ที่สะท้อนกระบวนการปฏิบัติจริงตามวงจร PAOR ในการวิจัยครั้งนี้ กล่าวคือ

- **Y (Yielding Problem Insights)** เกิดจากขั้นสังเกตการณ์ (Observe) และสะท้อนคิด (Reflect) ในวงรอบที่ 1 ที่ทีมวิจัยค้นพบช่องว่างด้านการสื่อสารและความเข้าใจขั้นตอน

- **B (Biz Portal Process Development)** เกิดจากขั้นวางแผน (Plan) และปฏิบัติ (Act) ในวงรอบที่ 2 ที่นำผลการสะท้อนคิดมาพัฒนาชุดนวัตกรรมเครื่องมือสนับสนุน 5 รายการ

- **L (Learning from Transactions)** เกิดจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในทั้งสองวงรอบ ดังแสดงในตารางที่ 1 และ 2

- **D (Development through Continuous Improvement)** เกิดจากขั้นสะท้อนคิด (Reflect) ในวงรอบที่ 2 ที่นำผลการประเมินมาปรับปรุงและสังเคราะห์เป็นรูปแบบมาตรฐานสำหรับการถ่ายทอดสู่บริบทอื่น

โมเดลดังกล่าวสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงานที่มีบริบทใกล้เคียงกัน ได้แก่ มีระบบดิจิทัลที่รองรับการยื่นคำขออนุญาต มีผู้ใช้บริการที่หลากหลายด้านทักษะดิจิทัล และมีเจ้าหน้าที่ที่สามารถพัฒนาเครื่องมือสนับสนุนได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการสนับสนุนการพัฒนารัฐบาลดิจิทัลของประเทศไทยในอนาคต[1,4,12]

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. ผู้ใช้บริการบางส่วนอาจมีข้อจำกัดด้านทักษะการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ โดยเฉพาะในระยะเริ่มต้นของการใช้งานระบบ ซึ่งอาจส่งผลต่อคะแนนความพึงพอใจในวงรอบที่ 1

2. ระบบ Biz Portal เป็นแพลตฟอร์มที่มีการปรับปรุงฟังก์ชันอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้รูปแบบและขั้นตอนการใช้งานอาจมีการเปลี่ยนแปลงในบางช่วงเวลา

3. การประเมินผลอาศัยข้อมูลจากแบบสอบถามความพึงพอใจเป็นหลัก ซึ่งเป็นข้อมูลแบบ Self-reported จึงอาจมีอคติจากการรายงาน

(Reporting Bias) และไม่สะท้อนประสิทธิภาพของระบบในเชิงเทคนิคได้อย่างครบถ้วน

4. การวิจัยดำเนินการในบริบทของจังหวัดยโสธรเพียงพื้นที่เดียว จึงมีข้อจำกัดด้านความสามารถในการอ้างอิงผล (Generalizability) ไปยังพื้นที่อื่นที่มีบริบทด้านจำนวนสถานพยาบาล ทักษะดิจิทัลของผู้ประกอบการ หรือขีดความสามารถของเจ้าหน้าที่แตกต่างกัน

5. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Cronbach's alpha = 0.948) ดำเนินการจากผู้ตอบแบบสอบถาม 30 รายแรกของวงรอบที่ 1 เนื่องจากบริบทการวิจัยเชิงปฏิบัติการในพื้นที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและจำนวนผู้ใช้บริการในระยะเริ่มต้น จึงมิได้แยกกลุ่มทดลองใช้เครื่องมือ (Pilot Group) ออกจากกลุ่มเก็บข้อมูลจริงอย่างเป็นอิสระ ทั้งนี้ ค่าความเชื่อมั่นที่ได้อยู่ในระดับดีมาก แสดงให้เห็นว่าเครื่องมือมีความสอดคล้องภายในอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม อย่างไรก็ตาม การวิจัยครั้งต่อไปควรมีการทดสอบเครื่องมือในกลุ่มตัวอย่างนำร่องแยกต่างหากก่อนดำเนินการเก็บข้อมูลจริง เพื่อเพิ่มความเข้มแข็งทางระเบียบวิธีวิจัยและลดความเป็นไปได้ของอคติจากการใช้กลุ่มตัวอย่างชุดเดียวกัน

ข้อเสนอแนะ

สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาการนำ YBLD Model ไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่หรือหน่วยงานอื่น เพื่อประเมินความสามารถในการถ่ายทอดในบริบทที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ควรพิจารณาใช้ข้อมูลจากหลายแหล่งร่วมกัน เช่น ข้อมูลสถิติการใช้งานระบบ ระยะเวลาการดำเนินธุรกรรม หรือการวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล (Cost-effectiveness Analysis) เพื่อประเมินประสิทธิภาพของระบบในมิติที่หลากหลายและครบถ้วนมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ที่ให้การสนับสนุนและเอื้ออำนวยในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องที่ให้ข้อมูลและความร่วมมือในการดำเนินการศึกษา ตลอดจนผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลและผู้ดำเนินการสถานพยาบาลที่ได้สละเวลาในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งมีส่วนสำคัญทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. ศักดิ์ เสกขุนทด. Digital Government Transformation in Action. [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 11 พฤษภาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dga.or.th/wpcontent/uploads/2016/10/file_62ad39d4021384662ac8a0c84b1bd7ff.pdf
2. United Nations. E-Government Survey 2022: The Future of Digital Government [Internet]. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs; 2022 [cited 2025 May 11]. Available from: https://publicadministration.un.org/egovkb/en-us/Reports/UN-E-Government-Survey-2022
3. Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). Digital government review of Thailand: towards a digital government transformation [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2022 [cited 2025 May 11]. Available from: https://doi.org/10.1787/3f136100-en
4. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. การขออนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลผ่านระบบ Biz Portal [อินเทอร์เน็ต]. (ม.ป.ท.). [เข้าถึงเมื่อ 11 พฤษภาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://hss.moph.go.th/e-service/biz-mrd
5. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. คู่มือการปฏิบัติงานการอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล และการดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 7 เมษายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://hss.moph.go.th/fileupload_doc_slider/2020-04-27-25-20-865472.pdf
6. Kemmis S, McTaggart R, Nixon R. The Action Research Planner: Doing Critical Participatory Action Research. Singapore: Springer; 2014.
7. วีระยุทธ์ ชาตะกาญจน. การวิจัยเชิงปฏิบัติการ. วารสารราชภัฏสุราษฎร์ธานี. 2558; 2(1): 32–48.
8. สัญญา ยือราน, ศิวิไลซ์ วนรัตน์วิจิตร. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมสู่ความสำเร็จการเปลี่ยนแปลงนโยบายในระบบสุขภาพ. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2561; 5(2): 288–300.
9. คุ้มขวัญ ภมรศิลปะธรรม. การพิจารณาอนุญาตผลิตภัณฑ์อาหารผ่านระบบ e-Submission และระบบ Auto-e-permission ในจังหวัดนครปฐม ปี 2562–2563. วารสารอาหารและยา.2565; 29(1): 59-70.
10. ธัญลักษณ์ จันโทพลัง, พัฒนพงศ์ โตภาคงาม. การใช้ระบบการอนุญาตก่อสร้างผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ของเทศบาลตำบลหนองหว้า อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. Journal of Roi Kaensarn Academi. 2567; 9(5): 637–53.
11. ศุภกัญญา ทองเดชาสามารถ. ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการยื่นคำขออนุญาตผลิตภัณฑ์อาหารด้วยระบบ E-submission ของผู้ประกอบการในจังหวัดกาญจนบุรี. วารสารโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา. 2567; 12(1): 73–87.

12. สำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล (องค์การมหาชน). ระบบศูนย์กลางบริการภาครัฐเพื่อภาคธุรกิจ (Biz Portal) [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 11 พฤษภาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dga.or.th/our-services/one-stop-service/bizportal-2/

ผลของการพัฒนาแนวทางการจัดทำฉลากบนซองบรรจุยาของคลินิกเวชกรรมตามกฎหมาย : กรณีศึกษา อำเภอเมืองอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี

Effects of developing guidelines to support private medical clinics in providing drug packaging labels : a case study in Mueang Udon Thani District, Udon Thani Province

กิตติพศ ใครบุตร[1], สุนทรี ท. ชัยสัมฤทธิ์โชค[2]

Kittiphot Khraibutr[1], Suntharee T. Chaisumritchoke[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางในการสนับสนุนคลินิกเอกชนให้สามารถจัดให้มีฉลากบรรจุยาและวัดผลของแนวทางฯ โดยการเปรียบเทียบฉลากบรรจุยาก่อนและหลังการใช้แนวทางนี้ ศึกษาในคลินิกเอกชนด้านเวชกรรม อำเภอเมืองอุดรธานี เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการด้วยวงจร PAOR เก็บข้อมูลจากผู้ปฏิบัติงานที่มีหน้าที่ส่งมอบยาให้กับผู้ป่วย จำนวน 48 แห่ง ระยะเวลาวิจัยระหว่างเดือนสิงหาคม 2567 – พฤศจิกายน 2568 รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ขั้นตอน Planning : วิเคราะห์ปัญหาและวางแผน, ขั้นตอน Acting : ออกแบบการพัฒนาศักยภาพเป็น 3 แนวทาง ได้แก่ 1) คู่มือพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานด้วยตนเอง 2) บริการให้คำปรึกษาผ่านไลน์ Official 3) บริการให้คำปรึกษาเชิงลึก ณ คลินิกฉลากยาคุณภาพ, ขั้นตอน Observing : ติดตามและวัดผลการพัฒนาฉลากบนซองบรรจุยาในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 และขั้นตอน Reflecting : มอบป้ายรับรองแก่คลินิกที่มีมาตรฐานและจัดการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ร่วมกับผู้ปฏิบัติงานในคลินิกเพื่อสรุปผลการพัฒนาแนวทางฯ พร้อมการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)

ผลการวิจัยพบว่า คลินิกที่ศึกษา 48 แห่ง ก่อนเข้าร่วมโครงการพัฒนาศักยภาพมีเพียง 3 แห่ง (6.3%) ที่ฉลากบรรจุยามีองค์ประกอบครบถ้วนตามกฎหมายและหลังจากพัฒนาศักยภาพภายใน 4 สัปดาห์ พบว่าคลินิก 44 แห่ง (91.7%) สามารถจัดฉลากบรรจุยาได้ครบถ้วนตามที่กฎหมายกำหนด โดยผู้ปฏิบัติงานในคลินิก 43 แห่ง ใช้คู่มือและปรึกษาผ่านช่องทางไลน์ Official ส่วนใหญ่หัวข้อที่มีการปรึกษา คือ ชื่อยาภาษาไทย ข้อบ่งใช้ และคำเตือน ข้อควรระวังหรือข้อห้ามใช้ ส่วนคลินิกฉลากยาคุณภาพมีผู้ใช้บริการเพียง 12 แห่ง และจากการสนทนากลุ่มพบว่าโครงการฯ ดังกล่าวมีความเหมาะสม ส่วนอุปสรรคหลักคือ การขาดฐานข้อมูลชื่อสามัญทางยาภาษาไทย และคำเตือน ข้อควรระวังหรือข้อห้ามใช้ที่สำคัญ ซึ่งโครงการดังกล่าว

[1] เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

[1] Pharmacist, Professional Level. Division of Consumer Protection and Public Health Pharmacy, Udon Thani Provincial Public Health Office. E-mail : kittiphot.kh.54@ubu.ac.th

[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เภสัชกรหญิง ภาควิชาเภสัชศาสตร์สังคมและบริหาร คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

[2] Assistant Professor. Department of Social and Administrative Pharmacy, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Chulalongkorn University

Received: 19 MAR 2026, Revised: 29 APR 2026, Accepted: 9 JUN 2026

สามารถสนับสนุนให้คลินิกจัดให้มีฉลากบรรจุยาได้ตามกฎหมาย จึงควรขยายผลในวงกว้างและหน่วยงานที่รับผิดชอบควรจัดให้มีความสมบูรณ์ในฐานข้อมูลชื่อสามัญทางยาภาษาไทยและคำเตือน ข้อควรระวัง หรือข้อห้ามใช้ที่สำคัญ เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับผู้ปฏิบัติงานในคลินิก

คำสำคัญ : ฉลากบรรจุยา, คลินิกเวชกรรมเอกชน, การปฏิบัติตามกฎหมาย, การคุ้มครองผู้บริโภค

Abstract

This research aimed to develop and evaluate a framework for guiding private medical clinics toward achieving legal compliance in medication labeling. The effectiveness of the intervention was measured by comparing labeling standards before and after implementation among private medical clinics in Mueang Udon Thani District, Udon Thani Province. This action research design was based on the PAOR (Planning, Acting, Observing and Reflecting) cycle, involving 48 clinics. Data were collected from practitioners responsible for medication dispensing between August 2024 and November 2025. The intervention was comprised with three primary strategies : 1) A self- development competency manual, 2) Consultative services via a Line Official Account, and 3) In-depth on-site consultations at "Quality Labeling Clinics." Progress was monitored and evaluated at the second and fourth weeks post-intervention. In the final phase, certification plaques were awarded to compliant clinics. Then focus group discussions were conducted to synthesize findings. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation.

The findings revealed that prior to the program, only 3 clinics (6.3%) fulfilled legal requirements for medication labeling. Following the 4-week intervention, compliance significantly surged to 91.7% (44 clinics). Personnel from 43 clinics actively utilized the manual and Line Official Account, primarily seeking guidance on Thai drug nomenclature, indications, and mandatory warnings or contraindications. While 12 clinics achieved "Quality Labeling Clinic" status, focus group results confirmed the overall suitability and effectiveness of the developed framework. In conclusion, the primary obstacle identified was the lack of a standardized database for Thai generic drug names and critical safety information. This framework successfully enhanced legal compliance. Large-scale implementation of this framework is recommended to be carried out. Furthermore, relevant authorities should prioritize the development of a centralized and comprehensive drug database to facilitate efficient clinical operations and ensure patient safety.

Keywords : Drug package labeling, private medical clinics, legal enforcement, health consumer protection

บทนำ

สถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน หรือคลินิกเอกชน เป็นสถานบริการด้านสุขภาพที่ประชาชนนิยมไปรับบริการเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพ เนื่องจากเป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิรูปแบบหนึ่งที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย พบว่าในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยมีคลินิกเอกชนถึง 33,483 แห่ง โดยส่วนใหญ่เป็นคลินิกเวชกรรม 11,572 แห่ง และคลินิกเฉพาะทางด้านเวชกรรม 4,337 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 47.51 ของคลินิกเอกชนทั้งหมด โดยการให้บริการมักมีการจ่ายยาให้ผู้ป่วยนำกลับไปใช้เองที่บ้าน ดังนั้น การให้ข้อมูลบนฉลากบรรจุยาจึงเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะช่วยลดความเสี่ยงจากการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องและเพิ่มความปลอดภัยให้แก่ผู้ใช้ยา ทั้งนี้ การระบุข้อมูลบนฉลากยาที่ไม่ครบถ้วน ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาเองได้อย่างถูกต้อง นอกจากไม่หายป่วยแล้ว ยังอาจได้รับยาเกินขนาด มีการใช้ยาซ้ำซ้อน เกิดการแพ้ยาหรือแพ้ยาซ้ำ เนื่องจากไม่ทราบชื่อและชนิดของยาที่ใช้ รวมทั้งยังถือเป็นการละเมิดสิทธิขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยอีกด้วย[1] กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) เรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในสถานพยาบาลเอกชน (Rational Drug Use หรือ RDU in Private Health Sectors) สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ ด้านการพัฒนาคุณภาพหน่วยงานบริการด้านสุขภาพ ยกระดับมาตรฐานบริการสุขภาพภาคเอกชน ภายใต้กุญแจสำคัญ 6 ประการ (PLEASE) ซึ่งฉลากบรรจุยาเป็นกุญแจดอกที่ 2 (L) ให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและแก้ปัญหายาอย่างเป็นระบบและยั่งยืน เพื่อให้ประชาชนปลอดภัยจากการใช้ยา มีประสิทธิผลและสมประโยชน์ตามสิทธิที่ผู้บริโภคควรได้รับ[3] ปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในคลินิก ตามรายงานผลการประเมินตนเองด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล พบว่าผู้ปฏิบัติงานที่ช่วยจัดและจ่ายยาในคลินิกมักไม่ใช่เภสัชกร[2] เพื่อเป็นการคุ้มครองผู้บริโภคให้ปลอดภัยจากการใช้ยา รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง มาตรฐานการให้บริการของสถานพยาบาลเกี่ยวกับฉลากบรรจุยา พ.ศ. 2565[4] โดยฉลากบรรจุยาต้องแสดงข้อมูลที่มีรายละเอียดอย่างน้อย 8 องค์ประกอบเพื่อให้ฉลากบรรจุยามีมาตรฐานตามหลักการบริหารยาทางเภสัชกรรม ให้ผู้ป่วยมีข้อมูลเพียงพอ สามารถใช้ยาได้เองอย่างถูกต้อง ปลอดภัย และเป็นการคุ้มครองผู้บริโภคให้ปลอดภัยจากการใช้ยา

อย่างไรก็ตาม ในช่วงปี พ.ศ. 2565 – 2566 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี พบข้อร้องเรียนที่เกี่ยวกับฉลากบรรจุยาในคลินิกเอกชนและจากการสำรวจสถานการณ์การส่งมอบยาของคลินิกเวชกรรมเอกชนที่ให้บริการในเขตอำเภอเมืองอุดรธานี 89 แห่ง พบว่ามีเพียงร้อยละ 3.4 ที่สามารถจัดทำฉลากบรรจุยาได้ครบถ้วนตามที่กฎหมายกำหนด องค์ประกอบที่ไม่พบได้แก่ ชื่อยาภาษาไทย รูปแบบ ความแรง และจำนวนยาที่จ่าย สำหรับเหตุผลที่คลินิกไม่จัดทำฉลากที่มีองค์ประกอบครบถ้วน ส่วนใหญ่มาจากคลินิกเอกชน มีผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมเพียงคนเดียว ผู้ปฏิบัติงานที่ช่วยจัดยาและจ่ายยาส่วนใหญ่ ไม่ใช่แพทย์ เภสัชกร พยาบาล หรือบุคลากรสาธารณสุข จึงขาดองค์ความรู้ด้านยาและขาดความเข้าใจถึงองค์ประกอบของฉลากบรรจุยา[5]

ดังนั้น ผู้วิจัยตระหนักดีถึงความจำเป็นที่จะต้องหาแนวทางพัฒนาศักยภาพของผู้ทำหน้าที่

จ่ายยาในคลินิก ให้สามารถจัดทำฉลากบรรจุยาที่ถูกต้อง ครบถ้วน ได้ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับนี้ จึงได้จัดทำการวิจัยเพื่อพัฒนาแนวทางในการสนับสนุนคลินิกเอกชนให้สามารถจัดให้มีฉลากบรรจุยาได้ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแนวทางในการสนับสนุนคลินิกให้สามารถจัดให้มีฉลากบรรจุยา โดยมีองค์ประกอบครบถ้วนทั้ง 8 องค์ประกอบตามที่กฎหมายกำหนด
2. วัดผลการพัฒนาแนวทางในการสนับสนุนคลินิกให้สามารถจัดให้มีฉลากบรรจุยาตามกฎหมายสถานพยาบาลโดยการเปรียบเทียบฉลากบรรจุยาก่อนและหลังการเข้าร่วมใช้แนวทางนี้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) ดำเนินงานตามขั้นตอนด้วยวงจร PAOR 1 วงจร (Cycle) ดำเนินการวิจัยระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2567 – 30 พฤศจิกายน 2568 โดยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เมื่อวันที่ 19 กรกฎาคม 2567 รหัสโครงการ UDREC 10667

การดำเนินงานตามขั้นตอนวงจร PAOR 1 วงจร มีการดำเนินงานตามขั้นตอน ดังนี้

ระยะที่ 1 การวางแผน (Planning)

1) สืบค้นปัญหาโดยการทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยและออกแบบงานวิจัย

2) ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มเป้าหมายเพื่อให้ครอบคลุมคลินิกทุกกลุ่ม งานวิจัยนี้เลือกกลุ่มตัวอย่างทั้งจากคลินิกที่เคยมีและไม่มีประวัติการกระทำผิดกฎหมาย ได้แก่ คลินิกที่มีให้บริการเสริมความงาม คลินิกที่มีประวัติการได้รับการร้องเรียน คลินิกที่มีรายการยามากกว่า 5 กลุ่ม รวมทั้งคลินิกที่ไม่เคยมีข้อร้องเรียน

3) สร้างนวัตกรรมกระบวนการที่จะใช้แก้ปัญหา รูปแบบการพัฒนาแนวทางการให้ความรู้และซักถามปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการตามมาตรฐาน พร้อมให้คำแนะนำเพื่อสร้างทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติตามมาตรฐาน ด้วยแนวทางที่มุ่งพัฒนาศักยภาพของผู้ปฏิบัติงานโดยอาศัยปัจจัยสนับสนุน ให้มีองค์ประกอบในฉลากบรรจุยาเพิ่มขึ้น ดังนี้

1. ร่างคู่มือพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงาน
2. ร่างแนวทางการให้บริการคำปรึกษาผ่านช่องทางไลน์ Official
3. ร่างการให้คำบริการปรึกษาในการจัดทำรายละเอียดในฉลากยาโดยเภสัชกร ณ คลินิกฉลากยาคุณภาพ

ทั้งนี้ ผู้ปฏิบัติงานอาจเลือกเข้าร่วมแนวทางใดแนวทางหนึ่งหรือทั้งสามแนวทาง นับเป็นหนึ่งรอบ

4) ประชุมคณะทำงานสถานพยาบาลจังหวัดอุดรธานีเพื่อวางแผนขั้นตอนการจัดกิจกรรม

ระยะที่ 2 การปฏิบัติ (Acting)

1) รณรงค์สร้างความร่วมมือในการแสดงฉลากบรรจุยาตามกฎหมายและประชาสัมพันธ์รับสมัครผู้เข้าร่วมการใช้แนวทางฯ

2) ประชาสัมพันธ์ให้คลินิกทราบว่า คลินิกที่สามารถแสดงฉลากบรรจุยาได้ตามกฎหมายกำหนด จะได้รับป้ายรับรองมาตรฐานเป็นคลินิกฉลากยาคุณภาพ

3) ลงพื้นที่และเก็บข้อมูลตามการจัดทำฉลากจากคลินิกที่สมัครเข้าร่วมโครงการฯ

และยินยอมให้ข้อมูล โดยให้แสดงการลงรายละเอียดของฉลากบรรจุยาสำหรับส่งมอบให้ผู้ป่วย และบันทึกข้อมูลตามแบบสอบถาม

4) สังเกตปัจจัยที่สนับสนุนและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงาน จากนั้นจึงแจ้งแนวทางการพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานพร้อมทั้งอธิบายวิธีการใช้แนวทางฯ และให้คำแนะนำในการปรับปรุงฉลากบรรจุยา

ระยะที่ 3 การสังเกตผล (Observing)

1) ติดตามการปรับปรุงฉลากบรรจุยาในสัปดาห์ที่ 2 และ 4

2) รวบรวมข้อมูลเบื้องต้นของคลินิกและผู้ปฏิบัติงานในคลินิกที่สมัครร่วมการใช้แนวทางฯ

ระยะที่ 4 การสะท้อนผล (Reflecting)

1) มอบป้ายรับรองมาตรฐานเป็นคลินิกฉลากยาคุณภาพสำหรับคลินิกที่มีมาตรฐานตามกฎหมาย

2) เปรียบเทียบผลการจัดทำฉลากบรรจุยาของคลินิกระหว่างก่อนกับหลังการดำเนินการวิจัยว่าแนวทางที่พัฒนาขึ้นสามารถสนับสนุนให้คลินิกที่สมัครเข้าร่วมปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฯ ฉบับนี้ได้หรือไม่ อย่างไร

3) จัดให้มีการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ร่วมกับผู้ปฏิบัติงานเพื่อนำเสนอผลการวิจัยเบื้องต้น และเพื่อวัดผลว่าแนวทางที่พัฒนาขึ้นสามารถสนับสนุนผู้ปฏิบัติงานให้สามารถจัดทำฉลากบรรจุยาที่เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนดหรือไม่ และขอรับความคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่น ๆ จากผู้ปฏิบัติงาน

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้เก็บข้อมูลจากผู้ปฏิบัติงานของคลินิกที่ขึ้นทะเบียนในระบบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี โดย “คลินิก” หมายถึง เฉพาะสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ที่มีผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมเป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาล รวมจำนวนประชากรคลินิกทั้งหมด 254 แห่ง ผู้วิจัยคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรสำหรับการคำนวณสัดส่วนในประชากรกลุ่มเดียว[8] โดยอ้างอิงจากงานวิจัยของ กิตติพศ ใครบุตร[5] ซึ่งศึกษาองค์ประกอบของฉลากยาในคลินิกเวชกรรม อำเภอเมืองอุดรธานี จำนวน 89 แห่ง พบว่าขนาดความชุกของการไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย คิดเป็นร้อยละ 96.6 ความคลาดเคลื่อนชนิดที่หนึ่งที่ 0.05 จึงทำให้คำนวณขนาดตัวอย่างคลินิกได้อย่างน้อย 48 แห่ง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 **แบบสอบถาม** เก็บข้อมูลจากผู้ปฏิบัติงานของคลินิก ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ปฏิบัติงานในคลินิก ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด และประสบการณ์ดำเนินการคลินิกของผู้ตอบแบบสอบถาม

- ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับคลินิกเอกชน ประกอบด้วย ชื่อคลินิก ลักษณะของคลินิก ระยะเวลาประกอบกิจการ ช่วงเวลาเปิดทำการ จำนวนผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม จำนวนผู้ปฏิบัติงาน จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ยต่อวัน รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของคลินิก รูปแบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย ลักษณะของฉลากบรรจุยาที่คลินิกใช้ในปัจจุบัน และแนวทางในการจ่ายยาของคลินิก

- ส่วนที่ 3 ข้อมูลฉลากบรรจุยาของคลินิกดังกล่าวที่มีการเขียนฉลากและส่งมอบจริงให้แก่ผู้มาใช้บริการ ในกรณีที่มีทั้งการจ่ายยา ยานับเม็ด ยาบรรจุเสร็จ ยาน้ำขวด ยาครีม โดยมีรูปถ่ายฉลากบรรจุยาทุกประเภทแนบประกอบ

- ส่วนที่ 4 ข้อมูลการประเมินผลการใช้แนวทางที่พัฒนาเพื่อสนับสนุนคลินิกเอกชนให้จัดทำฉลากบรรจุยาที่ได้มาตรฐาน ประกอบด้วย

1) การประเมินร่างคู่มือพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงาน

2) การประเมินร่างแนวทางการให้บริการคำปรึกษาผ่านช่องทางไลน์ Official

3) การประเมินร่างแนวทางการให้คำบริการปรึกษาในการจัดทำฉลากยาและรายละเอียดในฉลากยา โดยเภสัชกร ณ คลินิกฉลากยาคุณภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

ข้อคำถามส่วนที่ 1 – 3 ผู้วิจัยนำมาจากการศึกษา กิตติพศ ใครบุตร[5] ข้อคำถามส่วนที่ 4 มีการประเมินความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) เพิ่มเติมจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่ หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลลำปาง/คณะทำงานพัฒนาระบบบริการงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุข และเภสัชกรเชี่ยวชาญ (ด้านเภสัชสาธารณสุข) รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี คำถามที่ถูกปรับปรุงและนำมาใช้มีค่า IOC (Index of Item Objective Congruence) ระหว่าง 0.67 ถึง 1.00 เนื่องจากคำถามทั้งหมดเป็นคำถามเกี่ยวกับข้อเท็จจริง จึงไม่มีการทดสอบความเที่ยง ในกรณีที่คลินิกมีรูปถ่ายฉลากยามากกว่า 1 รูป ฉลากยาที่มีองค์ประกอบน้อยกว่าจะถูกนำมาใช้เป็นตัวแทนของคลินิกดังกล่าวต่อไป ในการวิจัยนี้

2.2 **แบบบันทึกประเด็นการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)** ข้อคำถามส่วนที่ 1 – 2 มีการประเมินความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เนื่องจากคำถามทั้งหมดเป็นคำถามเกี่ยวกับข้อเท็จจริง จึงไม่มีการทดสอบความเที่ยง

3. วิธีการเก็บข้อมูล

การสำรวจฉลากบรรจุยาก่อนส่งมอบยาในคลินิก โดยการลงพื้นที่เพื่อตรวจสอบฉลากบรรจุยาก่อนส่งมอบยาให้แก่ผู้ป่วยกระทำร่วมกันกับการตรวจคลินิกตามกฎหมายโดยพนักงานเจ้าหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานีที่ได้รับการแต่งตั้งเพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 อย่างน้อย 2 ท่าน การตรวจสอบฉลากบรรจุยาของแต่ละคลินิกจะพิจารณาว่าฉลากนั้นมีองค์ประกอบครบถ้วนตามที่กฎหมายกำหนดหรือไม่ หากส่งมอบยามากกว่า 1 รายการ ผู้วิจัยจะเลือกฉลากที่มีองค์ประกอบในฉลากบรรจุยาครบถ้วนน้อยที่สุด

ถ้าผลการตรวจสอบฉลากยาไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยจะเสนอให้เข้าร่วมโครงการพัฒนาแนวทางในการสนับสนุนคลินิกเวชกรรมเอกชน โดยการสนับสนุนให้ใช้แนวทางที่พัฒนาขึ้นเพื่อ สนับสนุนคลินิกอย่างใดอย่างหนึ่ง ขึ้นกับความสะดวกของผู้ปฏิบัติงาน เช่น ใช้ร่างคู่มือพัฒนาศักยภาพ ใช้ร่างบริการคำปรึกษาผ่านช่องทางไลน์ Official ใช้ร่างบริการปรึกษา โดยเภสัชกร ณ คลินิกฉลากยาคุณภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

การติดตามผลการพัฒนาศักยภาพของผู้ปฏิบัติงานในคลินิก ผู้ปฏิบัติงานสามารถเลือกว่าจะส่งฉลากบรรจุยาผ่านทางไลน์ Official หรือให้ผู้วิจัยมาเก็บข้อมูลภายหลัง โดยกำหนดระยะเวลาภายใน 4 สัปดาห์หลังจากตรวจสอบฉลากยาครั้งแรก ผู้วิจัยได้กำหนดการติดตามความก้าวหน้าในสัปดาห์ที่ 2 และ 4

หลังจากที่ส่งฉลากบรรจุยาแล้วผู้วิจัยจะประเมินว่าผู้ปฏิบัติงานในคลินิกใช้แนวทางที่พัฒนาขึ้นหรือไม่ อย่างไร ตามแบบสอบถามส่วนที่ 4

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ความชุกขององค์ประกอบของการเขียนฉลากยาและการประเมินการใช้แนวทางที่พัฒนาเพื่อสนับสนุนคลินิกเวชกรรมเอกชน จะใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ความถี่และร้อยละ (สำหรับข้อมูลแบ่งกลุ่ม), ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (สำหรับข้อมูลต่อเนื่องที่มีการกระจายเป็นปกติ), ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสนทนากลุ่มย่อย (Focus Group Discussion) วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาโดยผู้วิจัยและวิเคราะห์และการกำหนดแนวทางฯ ด้วยผู้ทรงคุณวุฒิ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ผลของการพัฒนาแนวทางในการสนับสนุนคลินิกเวชกรรมเอกชนให้สามารถจัดให้มีฉลากบรรจุยาตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับนี้

จากการศึกษาของ กิตติพศ ใครบุตร และคณะ[5] พบว่าความสอดคล้องของการระบุองค์ประกอบของฉลากบรรจุยาของคลินิกระหว่างผู้ปฏิบัติงานของคลินิกกับพนักงานเจ้าหน้าที่พบว่ามีความสอดคล้องต่ำ (Kappa statistics - 0.03 ถึง 0.38) สะท้อนถึงความจำเป็นที่จะต้องมีการชี้แจงและให้ความรู้ความเข้าใจเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการแสดงฉลากบนซองยาที่ครบถ้วนตามที่กฎหมายกำหนด ปัจจัยที่เพิ่มจำนวนองค์ประกอบของฉลากบรรจุยาและปัจจัยที่ทำให้มีการแสดงองค์ประกอบสำคัญครบถ้วน คือ การมีจำนวนบุคลากรที่เพียงพอ จากการวิจัย มีข้อสังเกตว่าคลินิกที่มีจำนวนแพทย์ประจำมากกว่าหนึ่งคนเป็นปัจจัยที่ช่วยให้มีองค์ประกอบในฉลากบรรจุยาครบถ้วนเพิ่มขึ้น ส่วนคลินิกที่มีแพทย์เพียงคนเดียวต้องให้ผู้ช่วยปฏิบัติงานที่ไม่ใช่แพทย์ เภสัชกร หรือบุคลากรสาธารณสุขอื่น ส่งมอบยาแทนพบว่าการแสดงองค์ประกอบของฉลากบรรจุยามักไม่ครบถ้วนตามที่กฎหมายกำหนด ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนาแนวทางเพื่อเพิ่มศักยภาพของผู้ปฏิบัติงานคลินิก (Communication to Clinic Staff) เป็น 3 แนวทาง ดังนี้

1. จัดทำคู่มือพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงาน (Handbook) และเผยแพร่ไปยังคลินิกเพื่อช่วยในการจัดทำฉลากบรรจุยาและแสดงรายละเอียดในฉลากบรรจุยา โดยจัดทำในรูป Infographic ที่เข้าใจง่าย ศึกษาได้ด้วยตนเอง เป็นคำชี้แจงและให้ความรู้ความเข้าใจเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการแสดงข้อมูลบนฉลากบรรจุยาที่ครบถ้วนตามกฎหมาย โดยการจัดให้มีเนื้อหาดังนี้

1) ชื่อสถานพยาบาลและหมายเลขโทรศัพท์หรือช่องทางการติดต่อและชื่อและสกุลของผู้ป่วย เลขที่ประจำตัวผู้ป่วย รวมถึงวันที่จ่ายยา ตามรายละเอียดที่กำหนดในประกาศ

2) ชื่อยา โดยต้องแสดงชื่อสามัญทางยาเป็นภาษาไทย วิธีการใช้ยา ข้อบ่งใช้ของยาและคำเตือน ข้อควรระวัง หรือข้อห้ามใช้ เป็นการแนะนำการค้นหาข้อมูลผ่าน National Drug Information สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

3) รูปแบบ ความแรง และจำนวนยาที่จ่ายให้ผู้ป่วย และวันหมดอายุของยา จัดทำข้อมูลตามคู่มือทักษะตามเกณฑ์ความรู้ความสามารถทางวิชาชีพของผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม (สมรรถนะร่วม) พ.ศ. 2562

2. บริการให้คำปรึกษาผ่านช่องทางไลน์ Official (Operation Consulting) เพื่อให้ความช่วยเหลือแบบออนไลน์ที่เป็นการสื่อสารสองทาง เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้ความเข้าใจที่ตรงตามเจตนารมณ์ของกฎหมายและสามารถแสดงองค์ประกอบของฉลากตามที่กฎหมายกำหนด ประหยัดเวลาและลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมายังที่ตั้งของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี และเป็นการให้คำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นเภสัชกรที่ได้รับการแต่งตั้งเพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541

3. บริการให้คำปรึกษาในการจัดทำฉลากบรรจุยาและรายละเอียดในฉลากบรรจุยาเชิงลึกโดยเภสัชกร ณ คลินิกฉลากยาคุณภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี (Care Center) เพื่อให้ความช่วยเหลือในลักษณะการให้บริการเป็นรายบุคคล เพื่อให้เป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการอำนวยความสะดวกแก่ผู้ปฏิบัติงานที่ไม่ต้องการใช้คู่มือ หรือรับคำปรึกษาผ่านไลน์ Official

ส่วนที่ 2 ลักษณะของคลินิกในการวิจัย

เมื่อพิจารณาข้อมูลทั่วไปของผู้ปฏิบัติงานในคลินิก ทั้งหมด 48 แห่ง พบว่าเป็นหญิงร้อยละ 60.4 มีอายุเฉลี่ย 37.3 ± 8.5 ปี จบการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต ร้อยละ 43.8 มีประสบการณ์ดำเนินการคลินิกเฉลี่ย 8.7 ± 7.1 ปี ข้อมูลทั่วไปด้านคลินิกพบว่าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 52.1) เป็นคลินิกเวชกรรม มีประเภทการให้บริการเสริมความงาม ร้อยละ 31.3 คลินิกที่ไม่เคยได้รับข้อร้องเรียน ร้อยละ 20.8 คลินิกที่มีประวัติการได้รับการร้องเรียน ร้อยละ 18.8 และคลินิกที่มีรายการยามากกว่า 5 กลุ่ม ร้อยละ 29.2 ซึ่งอยู่ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน ระยะเวลาประกอบกิจการน้อยกว่า 11 ปี ร้อยละ 77.1 เปิดให้บริการมากกว่า 4 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 75.0 ส่วนใหญ่มีแพทย์ให้บริการเพียงคนเดียว (ร้อยละ 77.1) และมีผู้ปฏิบัติงานมากกว่าหรือเท่ากับ 3 คน (ร้อยละ 52.1) รูปแบบการบันทึกเวชระเบียนส่วนใหญ่ยังคงใช้ใบบันทึกเวชระเบียน (ร้อยละ 47.9) และยังคงเขียนฉลากยาด้วยมือ (ร้อยละ 62.5) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ปฏิบัติงานในคลินิก (ผู้จัดทำฉลากบรรจุยา) 48 แห่ง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
หญิง	29 (60.4)
ชาย	19 (36.9)
อายุเฉลี่ย (ปี) ±SD	37.3 ± 8.5
การศึกษา	
ต่ำกว่าปวส./ปวช.	2 (4.2)
ต่ำกว่าปริญญาตรี	6 (12.5)
ปริญญาตรี	16 (33.3)
สูงกว่าปริญญาตรี	3 (6.3)
แพทยศาสตรบัณฑิต	21 (43.8)
ประสบการณ์ดำเนินการคลินิก (ปี)	8.7 ± 7.1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ปฏิบัติงานในคลินิก (ผู้จัดทำฉลากบรรจุยา) 48 แห่ง (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
ประเภทตามการให้บริการของคลินิก	
คลินิกที่มีให้บริการเสริมความงาม	15 (31.3)
คลินิกที่ไม่เคยได้รับข้อร้องเรียน	10 (20.8)
คลินิกที่มีประวัติการได้รับการร้องเรียน	9 (18.8)
คลินิกที่มีรายการยามากกว่า 5 กลุ่ม	14 (29.2)
ระยะเวลาประกอบกิจการ	
< 11 ปี	37 (77.1)
≥ 11 ปี	11 (22.9)
ช่วงเวลาที่เปิดทำการของคลินิก	
≤ 4 ชั่วโมงต่อวัน	12 (25.0)
> 4 ชั่วโมงต่อวัน	36 (75.0)
รูปแบบการบันทึกเวชระเบียน	
ใบบันทึกเวชระเบียน	23 (47.9)
คอมพิวเตอร์	4 (8.3)
ใช้ทั้งสองระบบควบคู่กัน	21 (43.8)
รูปแบบของฉลากยาที่ใช้ในคลินิก	
เขียนด้วยมือ	30 (62.5)
ระบบพรินต์ฉลากอัตโนมัติ	12 (25.0)
ใช้ทั้งสองระบบควบคู่กัน	6 (12.5)

องค์ประกอบของฉลากบรรจุยา

คลินิกที่สำรวจ รวมทั้งหมด 48 แห่ง พบว่ามีคลินิกเพียง 3 แห่ง (ร้อยละ 6.3) เท่านั้นที่จัดทำฉลากบรรจุยาได้ครบถ้วนตามที่กฎหมายกำหนด องค์ประกอบของฉลากยามีค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบียนมาตรฐาน เท่ากับ 4.63 ± 1.85 องค์ประกอบ โดยองค์ประกอบที่พบในคลินิกส่วนใหญ่ สามอันดับแรกได้แก่ ได้แก่ วิธีการใช้ยา (48 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100.0) วันหมดอายุ (36 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 75.0) ข้อบ่งใช้และคำเตือน ข้อควรระวังหรือข้อห้ามใช้ (33 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 68.8) ชื่อสถานพยาบาล และช่องทางติดต่อ (25 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 52.1) ในขณะที่ชื่อยาภาษาไทย (12 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 25.0) และรูปแบบความแรง และจำนวนที่จ่ายยา (7 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 14.6) เป็น 2 องค์ประกอบที่ถูกเขียนน้อยที่สุดตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของคลินิกจำแนกตามองค์ประกอบของฉลากบรรจุยาที่จัดทำ (คลินิก 48 แห่ง)

องค์ประกอบของฉลากบรรจุยา	ความถี่ (ร้อยละ)
วิธีการใช้ยา	48 (100)
วันหมดอายุ	36 (75.0)
ข้อบ่งใช้	33 (68.8)
คำเตือน ข้อควรระวัง หรือข้อห้ามใช้	33 (68.8)
ชื่อยาภาษาอังกฤษ	26 (54.2)
ชื่อ – สกุลผู้ป่วย และวันเดือนปีที่จ่ายยา	28 (58.3)
ชื่อสถานพยาบาลและช่องทางติดต่อ	25 (52.1)
ชื่อยาภาษาไทย	12 (25.0)
รูปแบบ ความแรง และจำนวนยาที่จ่าย	7 (14.6)

วิธีการใช้ยาเป็นองค์ประกอบที่พบในคลินิกทุกแห่ง เนื่องจากเป็นวัตถุประสงค์ในการจัดทำฉลากบรรจุยาของคลินิก เพื่อให้ผู้ป่วยได้ใช้ยาสำหรับรักษาโรค ลำดับถัดมาคือวันหมดอายุของยาเนื่องจากเป็นองค์ประกอบที่หากคลินิกมีการใช้ยาในลักษณะที่ผลิตภัณฑ์บรรจุยาได้ระบุวันหมดอายุไว้ จะถือว่าได้มีการแจ้งวันหมดอายุให้กับผู้บริโภครับทราบแล้ว แต่พบว่ามีคลินิกบางแห่งที่ไม่มีการแสดงวันหมดอายุของยา เนื่องจากจ่ายยาในลักษณะการนับเม็ดหรือมีการลอกฉลากยาออก

สำหรับ คำเตือน ข้อควรระวัง หรือข้อห้ามใช้ ชื่อสถานพยาบาล และช่องทางการติดต่อ ผู้วิจัยพบว่าคลินิกที่พบส่วนใหญ่มีการจัดทำลงไปในฉลากบรรจุยาสำเร็จรูป จึงสามารถพบรายละเอียดดังกล่าวได้ในคลินิกหลายแห่งที่มีการสั่งผลิตซองบรรจุยาในปริมาณมาก มีเพียงคลินิกบางแห่งเท่านั้นที่ระบุคำเตือน ข้อควรระวัง หรือข้อห้ามใช้ สำหรับยาในแต่ละชนิด

ส่วนองค์ประกอบที่พบน้อยคือ ชื่อยาภาษาไทย เนื่องจากคลินิกหลายแห่งมีความเข้าใจว่าการระบุชื่อยาเป็นภาษาอังกฤษสามารถสื่อสารให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่ายและเพียงพอแล้ว และยาบางรายการ หากมีชื่อภาษาไทยจะยาว สะกดยาก จึงเป็นอุปสรรคในการระบุองค์ประกอบดังกล่าว และในองค์ประกอบที่พบว่าระบุน้อยที่สุดคือ รูปแบบ ความแรง และจำนวนที่จ่ายยา เนื่องจากคลินิกยังขาดความเข้าใจในการจำแนกยาในลักษณะต่าง ๆ ตามรูปแบบยาตามหลักวิชาการในลักษณะต่าง ๆ ตามรูปแบบยาตามหลักวิชาการด้านเภสัชกรรมและในส่วนของจำนวนยาที่จ่ายในคลินิกหลายแห่งเข้าใจว่าผู้ป่วยสามารถเห็นจำนวนได้จากยาที่อยู่ในภาชนะบรรจุที่สังเกตได้ จึงไม่มีความจำเป็นต้องระบุเพิ่มเติม

ส่วนที่ 3 ประเมินผลสำเร็จโดยการเปรียบเทียบฉลากก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการพัฒนาแนวทางในการสนับสนุนคลินิกเวชกรรมเอกชนให้สามารถจัดให้มีฉลากบรรจุยาตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับนี้

คลินิกที่เข้าร่วมโครงการฯ มีจำนวนทั้งหมด 48 แห่ง มีคลินิกรวม 4 แห่งออกจากการศึกษาก่อนกำหนด ดังนั้น คลินิกที่เข้าร่วม ตลอดโครงการฯ มีทั้งหมด 44 แห่ง โดยหลังจากพัฒนาศักยภาพภายใน

2 สัปดาห์ มีคลินิก 30 แห่ง (ร้อยละ 68.2) จัดทำฉลากบรรจุยาได้ครบถ้วนตามที่กฎหมายกำหนด องค์ประกอบของฉลากยามีค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบียนมาตรฐาน เท่ากับ 7.2 ± 1.4 องค์ประกอบ โดยองค์ประกอบที่พบในคลินิกทุกแห่ง ได้แก่ ชื่อสถานพยาบาล (34 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100), วิธีการใช้ยา (34 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100), คำเตือน ข้อควรระวัง หรือข้อห้ามใช้ (34 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100), ลำดับถัดมาคือวันหมดอายุ (33 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 97.1), ชื่อ-สกุลผู้ป่วย และวันเดือนปีที่จ่ายยา (30 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 88.2) และชื่อยาภาษาไทย (26 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 76.5) ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่พบน้อยที่สุด

ผลสำเร็จที่สำคัญ คือ หลังจากพัฒนาศักยภาพครบภายใน 4 สัปดาห์ คลินิกทุกแห่งสามารถจัดทำองค์ประกอบในฉลากบรรจุยาได้ครบถ้วน ถูกต้อง ตามที่กฎหมายกำหนด ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของคลินิกที่ฉลากบรรจุยามีองค์ประกอบแต่ละองค์ประกอบระหว่างก่อนกับหลังการพัฒนาศักยภาพ (คลินิกเข้าร่วมครบถ้วน 44 แห่ง)

องค์ประกอบของฉลากบรรจุยา	สัปดาห์ที่ 2 ความถี่ (ร้อยละ)	สัปดาห์ที่ 4 ความถี่ (ร้อยละ)
วิธีการใช้ยา	44 (100)	44 (100)
คำเตือน ข้อควรระวัง หรือข้อห้ามใช้	44 (100)	44 (100)
ชื่อ-สกุลผู้ป่วย และวันเดือนปีที่จ่ายยา	43 (97.7)	44 (100)
ชื่อสถานพยาบาลและช่องทางติดต่อ	42 (95.5)	44 (100)
วันหมดอายุ	42 (95.5)	44 (100)
ข้อบ่งใช้	37 (84.1)	44 (100)
รูปแบบ ความแรง และจำนวนยาที่จ่าย	37 (84.1)	44 (100)
ชื่อยาภาษาไทย	34 (77.3)	44 (100)

การใช้คู่มือพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงาน (ทั้ง 3 ส่วนนี้เป็นส่วนหนึ่งของการสังเกต)

ผู้ปฏิบัติงานในคลินิกทุกแห่งที่เข้าร่วมโครงการฯ ใช้คู่มือพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานในการจัดทำฉลากบรรจุยาและลงรายละเอียดในฉลากบรรจุยา ระยะเวลาโดยเฉลี่ยที่ใช้คือ 4.3 ชั่วโมง หัวข้อที่คลินิกทุกแห่ง มีการใช้คู่มือ คือ ชื่อยาภาษาไทย (44 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100) และหัวข้อที่คลินิกส่วนใหญ่ใช้ คือ รูปแบบ ความแรง และจำนวนยาที่จ่าย (42 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 95.5) คำเตือน ข้อควรระวัง หรือข้อห้ามใช้ (39 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 88.6) ตามลำดับ โดยผู้ปฏิบัติงานในคลินิก ร้อยละ 97.7 ให้ความเห็นว่าคำอธิบายในคู่มือมีความชัดเจนและเพียงพอต่อการนำไปปฏิบัติใช้ในการจัดทำฉลากบรรจุยา ดังตารางที่ 4

การใช้บริการให้คำปรึกษาผ่านช่องทางไลน์ Official

บริการให้คำปรึกษาผ่านช่องทางไลน์ Official เพื่อให้ความช่วยเหลือด้วยการสื่อสารสองทาง ผู้ปฏิบัติงานในคลินิก จำนวน 38 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 86.4 ใช้บริการแนวทางดังกล่าว ระยะเวลาโดยเฉลี่ยที่ใช้คือ 26.7 นาที ลักษณะการใช้บริการ

ไลน์ Official คือคลินิกส่วนใหญ่สอบถามหัวข้อที่ตนสงสัย (36 แห่ง ร้อยละ 81.8) และศึกษาข้อมูลที่เจ้าหน้าที่เผยแพร่ไว้ให้ (35 แห่ง ร้อยละ 75.5) โดยหัวข้อที่คลินิกส่วนใหญ่ใช้บริการคือ ชื่อยาภาษาไทย (29 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 65.9) รูปแบบ ความแรง และจำนวนยาที่จ่าย (23 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 52.3) และข้อบ่งใช้ (18 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 40.9) ดังตารางที่ 4

การใช้บริการคลินิกฉลากยาคุณภาพ

บริการให้คำปรึกษาในการจัดทำฉลากบรรจุยาและรายละเอียดในฉลากบรรจุยา โดยเภสัชกร ณ คลินิกฉลากยาคุณภาพ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี มีผู้ใช้บริการเพียง 12 แห่งเท่านั้น คิดเป็นร้อยละ 27.3 และจำนวนครั้งที่เข้ารับบริการเฉลี่ย 0.4 ครั้งในหนึ่งเดือน โดยหัวข้อที่มีการขอรับบริการส่วนใหญ่คือ ชื่อยาภาษาไทย (9 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 20.5) รูปแบบ ความแรง และจำนวนยาที่จ่ายและข้อบ่งใช้ (7 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 15.9) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละ ของผู้ปฏิบัติงานของคลินิกและองค์ประกอบของฉลากบรรจุยาที่ขอรับบริการจากแต่ละช่องทางของแนวทางพัฒนาศักยภาพของผู้ปฏิบัติงาน

องค์ประกอบของฉลากบรรจุยาที่ขอรับบริการ	คู่มือพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงาน (ร้อยละ)	บริการให้คำปรึกษาช่องทางไลน์ Official (ร้อยละ)	คลินิกฉลากยาคุณภาพ (ร้อยละ)
ผู้ปฏิบัติงานในคลินิกที่ขอรับบริการ	44 (100)	38 (86.4)	12 (27.3)
ชื่อสถานพยาบาล และช่องทางติดต่อ	38 (86.4)	12 (27.3)	3 (6.8)
ชื่อสกุลผู้ป่วย และวันเดือนปีที่จ่ายยา	37 (84.1)	11 (25.0)	2 (4.5)
ชื่อยาภาษาไทย	44 (100)	29 (65.9)	9 (20.5)
รูปแบบ ความแรง และจำนวนยา	42 (95.5)	23 (52.3)	7 (15.9)
ข้อบ่งใช้	38 (86.4)	18 (40.9)	7 (15.9)
คำเตือน ข้อควรระวัง หรือข้อห้ามใช้	39 (88.6)	15 (34.1)	3 (6.8)
วันหมดอายุ	38 (86.4)	12 (27.3)	2 (4.5)

ในส่วนของการสอบถามความเห็นในการจัดให้มีแนวทางที่พัฒนาเพื่อสนับสนุนคลินิกเวชกรรมที่ผู้ปฏิบัติงานต้องการให้มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องทุกแห่ง ได้แก่ การจัดทำคู่มือพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานและบริการให้คำปรึกษาผ่านช่องทางไลน์ Official และส่วนใหญ่ ร้อยละ 97.7 ต้องการให้มีบริการให้คำปรึกษาโดยเภสัชกร ณ คลินิกฉลากยาคุณภาพ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี และพบว่าระยะเวลาเฉลี่ยในการแก้ไขปรับปรุงฉลากบรรจุยาให้เป็นไปตามมาตรฐานจนแล้วเสร็จเฉลี่ย 10.6 ± 8.2 วัน

ส่วนที่ 4 ผลจากการถอดบทเรียนประเมินแนวทางสนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถจัดทำฉลากบรรจุยาที่เป็นไปตามที่กฎหมายจากการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)

การใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสรุปถอดบทเรียนโครงการพัฒนาแนวทางในการสนับสนุนคลินิกเวชกรรมฯ โดยการประชุมประกอบด้วย พนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี 6 ท่าน เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานระดับอำเภอ จำนวน 14 ท่าน ผู้ปฏิบัติงานในคลินิกที่ให้บริการด้านเวชกรรมโดยมีหน้าที่ส่งมอบยาให้กับผู้ป่วย จำนวน 10 ท่าน ได้ข้อสรุปดังนี้

ส่วนที่ 1 ประเด็นคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์จากการดำเนินงานการจัดทำฉลากบรรจุยาตามกฎหมายในปัจจุบัน

1) การจัดทำฉลากบรรจุยาเพื่อใช้ในสถานพยาบาลมีความจำเป็น เนื่องจากเป็นเครื่องมือสำคัญในการสื่อสารข้อมูลยาแก่ผู้ป่วย

2) ปัจจุบันจัดทำฉลากบรรจุยาโดยอาศัยข้อมูลจากบรรจุภัณฑ์หรือข้อมูลยาที่มาในกล่องบรรจุภัณฑ์ (Information Leaflet)

3) ปัญหาจากฐานข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน เนื่องจากฐานข้อมูลเรื่องยาของกระทรวงสาธารณสุข (National Drug Information) ที่นำใช้ ไม่มีข้อมูลสำหรับยาบางรายการ **โดยเฉพาะชื่อยาภาษาไทย และคำเตือน ข้อควรระวังหรือข้อห้ามที่สำคัญ** (ควรมีการลำดับความสำคัญหรือโอกาสการเกิดผลกระทบของคำเตือนหรือข้อควรระวัง) ซึ่งหากมีการจัดทำรูปแบบตัวอย่างหรือโปรแกรมจัดทำฉลากยา อาจจะสามารถทำให้สมบูรณ์ขึ้นได้

ส่วนที่ 2 ประเด็นคำถามเกี่ยวกับโครงการพัฒนาแนวทางในการสนับสนุนคลินิกเวชกรรมเอกชนในรูปแบบใหม่และข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

1) สื่อการรณรงค์เพื่อสร้างความร่วมมือในการแสดงฉลากบรรจุยาตามกฎหมาย เป็นการสื่อสารข้อมูลที่ดีและแจ้งให้ทราบบทลงโทษของการฝ่าฝืนกฎหมายทำให้เกิดความตระหนักในการจัดทำฉลากบรรจุยา

2) แนวทางเพื่อเพิ่มศักยภาพของผู้ปฏิบัติงานคลินิก (Communication to Clinic Staff : CHOC's Model) เป็นการเพิ่มศักยภาพในการจัดทำฉลากบรรจุยาและอำนวยความสะดวกให้มากขึ้น คู่มือพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงาน (Handbook) สามารถศึกษาได้โดยง่ายพร้อมภาพประกอบ และหากมีข้อสงสัยสามารถปรึกษาผ่านไลน์ Official ได้ อีกทั้งเป็นช่องทางออนไลน์ที่ง่ายต่อการติดต่อและติดตามการแก้ไข ซึ่งช่วยเพิ่มความมั่นใจในการจัดทำฉลากยาให้กับปฏิบัติงานในคลินิก ส่วนคลินิกฉลากยาคุณภาพ (Care Center) ให้บริการคำปรึกษาเชิงลึกเป็นรายบุคคล (Face to Face) ซึ่งเหมาะกับผู้ประกอบการที่ไม่ต้องการใช้คู่มือและการสอบถามผ่านไลน์ Official

3) บริการคลินิกฉลากยาคุณภาพยังมีความสำคัญสำหรับกรณีที่มีความซับซ้อนหรือต้องการคำปรึกษาเจาะลึก โดยเฉพาะในช่วงเริ่มต้นการพัฒนา จึงควรคงบริการนี้ไว้เป็นทางเลือกสำหรับผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือเฉพาะทางและเป็นแนวทางที่สามารถเพิ่มศักยภาพให้แก่ผู้ปฏิบัติงานในคลินิก

4) การรับรองมาตรฐานเป็นคลินิกฉลากยาคุณภาพ การแสดงเชิงสัญลักษณ์ที่ดี สร้างความแตกต่างให้กับคลินิก สร้างความมั่นใจให้กับ

ผู้รับบริการ สร้างความยั่งยืน แต่ควรมีการระบุวันที่รับรองเพื่อให้เกิดการประกันคุณภาพที่ต่อเนื่อง

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

โครงการพัฒนาแนวทางในการสนับสนุนคลินิกเวชกรรมเอกชนในเขตอำเภอเมืองอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี สามารถจัดให้มีฉลากบรรจุยาตามตามกฎหมายสูงถึงร้อยละ 91.7 (มีคลินิกจำนวน 44 แห่ง จาก 48 แห่ง ที่เข้าร่วมโครงการ) พ.ศ. 2565 โดยได้จัดทำ (1) คู่มือพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานและเผยแพร่ไปยังคลินิกเพื่อช่วยในการจัดทำฉลากบรรจุยาและลงรายละเอียดที่เป็นข้อมูลสำคัญในฉลากยา โดยจัดทำในรูป Infographic ที่เข้าใจง่าย ใช้งานได้ด้วยตนเอง (2) บริการให้คำปรึกษาออนไลน์ผ่านช่องทางไลน์ Official ที่เป็นการสื่อสารสองทางเพื่อให้ความช่วยเหลือได้ง่ายและสะดวก (3) บริการให้คำปรึกษาในการจัดทำฉลากบรรจุยาและรายละเอียดในฉลากบรรจุยา โดยเภสัชกร ณ คลินิกฉลากยาคุณภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เพื่อให้บริการช่วยเหลือในลักษณะที่เป็นรายบุคคล แนวทางดังกล่าวคือ CHOC's Model

สำหรับคลินิกเอกชนที่สามารถจัดทำฉลากบรรจุยาได้ครบถ้วนอย่างต่อเนื่องจะได้รับป้ายรับรองมาตรฐานเป็นคลินิกฉลากยาคุณภาพจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ให้เป็นสัญลักษณ์เพื่อประกันคุณภาพของฉลากบรรจุยาตามกฎหมาย สร้างความมั่นใจและความปลอดภัยด้านยาให้แก่ผู้ป่วย/ผู้บริโภค ซึ่งเป็นการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ

อย่างไรก็ตาม คลินิกเวชกรรมเอกชนในประเทศไทยส่วนใหญ่ยังไม่สามารถจัดให้มีฉลากบรรจุยาตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับนี้ ในช่วงปี พ.ศ. 2565 – 2566 ผลการศึกษาคลินิกเวชกรรมในอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี จำนวน 89 แห่ง พบว่าส่วนใหญ่ให้ข้อมูลบนฉลากยาได้อย่างครบถ้วนน้อยมาก มีเพียง 2 แห่ง คลินิกเวชกรรมที่มีแพทย์ประจำเพียงท่านเดียว ผู้ช่วยปฏิบัติงานต้องทำงานทุกอย่างโดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงเวลาที่มีผู้ป่วยขอรับบริการจำนวนมาก ทำให้ไม่สามารถเขียนฉลากยาได้ครบถ้วน ในทางตรงข้าม คลินิกที่มีแพทย์ประจำมากกว่าหนึ่งท่านและจำนวนผู้ช่วยปฏิบัติงานที่มากกว่า 3 คน สามารถจัดทำฉลากบรรจุยาที่มีองค์ประกอบได้มากกว่า[5]

นอกจากนี้ พบว่าคลินิกที่มีแพทย์ประจำมากกว่าหนึ่งท่าน คลินิกต้องกำหนดแนวทางบริการให้ชัดเจน เพื่อให้แพทย์แต่ละคนที่ปฏิบัติงานให้บริการในมาตรฐานเดียวกัน[5] ผู้วิจัยยังพบด้วยว่าคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านความงามที่มีผู้ป่วยมาขอรับบริการจำนวนมาก แต่จ่ายยาน้อยรายการ แก้ปัญหาด้วยการใช้ฉลากบรรจุยาที่เตรียมไว้ล่วงหน้า แล้วให้ผู้ช่วยปฏิบัติงานเพิ่มเติมข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย ทำให้ได้ฉลากบรรจุยาที่มีข้อมูลครบถ้วนตามกฎหมาย โดยไม่ต้องรอนาน

จากการศึกษาเชิงคุณภาพในคลินิกและร้านขายยาในอำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 18 แห่ง พบว่าสาเหตุของการเขียนฉลากยาไม่ครบถ้วนมีหลากหลาย ได้แก่ การไม่มีเวลาเขียนชื่อยา การไม่อยากให้ผู้ป่วยหาซื้อยากินเอง การเห็นว่ามีชื่อยาติดอยู่ที่แผงยาอยู่แล้ว ความกังวลว่าการให้ข้อมูลผลข้างเคียงจะทำให้ผู้ป่วยกลัวการกินยา ความต้องการปกปิดชื่อยาเพื่อมิให้ผู้ป่วยไปรับบริการยาจากสถานบริการอื่น การให้ยาเกินจำเป็นเพื่อคิดราคายาเพิ่ม ซึ่งหากมีการให้ข้อมูลในฉลากยา ผู้ป่วยอาจทักท้วงถึงความจำเป็นในการจ่ายยาดังกล่าว ความไม่มั่นใจของผู้จ่ายยาว่าตนเองให้ยาได้ถูกต้อง

ความกังวลว่ายาที่ให้อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย หากให้ข้อมูลบนฉลากยาที่ครบถ้วน ผู้ป่วยอาจปฏิเสธ ต่อต้าน หรือไม่ยอมร่วมมือในการใช้ยาได้ การไม่ทราบว่าจะเขียนอย่างไรเมื่อเป็นยาน้ำที่ผสมขึ้นเอง และการไม่ได้ให้ยาตามหลักวิชาการ[6] ในส่วนของสาเหตุเชิงพาณิชย์อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่คลินิกบางส่วนปฏิเสธในการเข้าร่วมโครงพัฒนาฯ

จากการศึกษาความปลอดภัยด้านยาของคลินิกเอกชน จังหวัดระยอง โดยอาศัยโปรแกรมประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุข จำนวน 178 แห่ง พบว่าเมื่อให้คะแนนระดับความปลอดภัยเต็ม 5 ระดับ ความปลอดภัยเฉลี่ยของคลินิกอยู่ที่ 0.76 และพบว่ามีคลินิกที่อยู่ในระดับที่ต่ำกว่า 0.50 สูงถึงร้อยละ 50.90 โดยระดับความปลอดภัยด้านการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลอยู่ในระดับต่ำสุด 0.08 รองลงมาเป็นการคัดเลือกยา การพัฒนาสมรรถนะบุคลากร และการติดตามอาการไม่พึงประสงค์ฯ 0.20, 0.25 และ 0.30 ตามลำดับ โดยปัญหาที่พบได้แก่ ยาที่จ่ายเป็นยาที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนตำรับ สถานที่จัดเก็บไม่เหมาะสม ไม่มีแนวทางในการสั่งใช้ยาตามหลักวิชาการ ขาดแหล่งอ้างอิงทางยา และฉลากยาไม่ครบถ้วน[7]

การพัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในสถานพยาบาลเอกชน เป็นสิทธิของผู้บริโภคทุกคนที่พึงได้รับยาที่ปลอดภัย ข้อมูลยาที่ครบถ้วน ถูกต้อง เพื่อลดปัญหาจากการใช้ยา การแพ้ยาซ้ำจากการไม่ทราบชื่อยาที่ได้รับจากสถานบริการหลายแห่ง ลดค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาล ลดโอกาสการสูญเสียรายได้จากการนอนโรงพยาบาล ฯลฯ การที่ประเทศไทยจะบรรลุเป้าหมายการใช้ยาอย่างสมเหตุผลดังกล่าว จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายผู้ที่มีส่วนได้เสียที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับนโยบายและปฏิบัติการของภาครัฐและเอกชน

การวิจัยครั้งนี้สะท้อนว่า ลำพังการบังคับใช้กฎหมาย อาจไม่สามารถทำให้บรรลุเป้าหมายการใช้ยาอย่างสมเหตุผลได้ การพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานของคลินิกเอกชนให้สามารถจัดทำฉลากบรรจุยาที่ถูกต้องตามกฎหมาย เป็นอีกแนวทางหนึ่งที่นำการสร้างความร่วมมือกับผู้ปฏิบัติงานในคลินิกมาใช้เพื่อเพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลยาที่ถูกต้องและครบถ้วนเพิ่มมากขึ้นนับเป็นอีกกลยุทธ์หนึ่งในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

ข้อเสนอแนะ

ความสำเร็จจากการดำเนินโครงการฯ ครั้งนี้ ทำให้ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะรวม 3 ประการ ดังนี้

ประการแรก งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมเพื่อนำมาใช้เพื่อแก้ไขปัญหาการบังคับใช้กฎหมายในเรื่องการจัดทำฉลากบรรจุยาของสถานพยาบาลเอกชน ในอำเภอเมืองอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี การดำเนินงานมีลักษณะเป็นการวิจัยนำร่องที่แก้ไขปัญหาเรื่องฉลากบรรจุยาในพื้นที่ด้วยการให้ข้อมูลความรู้และการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานแทนการบังคับใช้กฎหมาย ซึ่งหากพื้นที่อื่นใดมีสถานการณ์ปัญหาในลักษณะที่คล้ายคลึงกัน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอาจพิจารณาสนับสนุนให้นำวิธีการแนวทางที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้เพื่อควบคุม กำกับ และพัฒนาสถานพยาบาลเอกชนประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนในพื้นที่นั้น ให้มีความปลอดภัยต่อผู้รับบริการ โดยรวม แนวทางฯ ที่พัฒนาขึ้นนี้ มีส่วนทำให้การบังคับใช้กฎหมายที่ว่าด้วยการจัดทำฉลากบรรจุยาในพื้นที่เป็นจริง

ยิ่งไปกว่านั้น นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอาจพิจารณาให้มีการประสานความร่วมมือกับโรงพยาบาลระดับจังหวัดและระดับอำเภอเพื่อให้คลินิกเอกชนสามารถนำโปรแกรมการจัดทำฉลากบรรจุยาของโรงพยาบาลมาใช้ ซึ่งจะส่งผลทำให้ได้ฐานข้อมูลการใช้ยาที่แท้จริงของประชาชนของจังหวัดนั้น เพื่อสนับสนุนให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในระดับจังหวัดและประเทศได้ต่อไป

ประการที่สอง กรมสนับสนุนบริการสุขภาพเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาที่รับผิดชอบกฎหมายว่าด้วยยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ควรพิจารณาให้มีการจัดระบบติดตามและประเมินผลการสนับสนุนการจัดทำฉลากบรรจุยาระดับประเทศในระยะยาว รวมทั้งจัดให้มีฐานข้อมูลด้านยาที่สมบูรณ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เพื่อให้ประชาชนรวมทั้งผู้ปฏิบัติงานของคลินิกเอกชน สามารถสืบค้นข้อมูลได้ด้วยตนเอง

ประการที่สาม สำนักงานหลักประกันสุขภาพ (สปสช.) เป็นหน่วยงานหลักที่ให้การสนับสนุนงบประมาณแก่คลินิกเอกชนและร้านยาเพื่อให้บริการแก่ประชาชนอยู่แล้ว อาจพิจารณาสนับสนุนงบประมาณแบบมีเงื่อนไขให้แก่คลินิกเอกชนที่เข้าร่วมโครงการนี้ หรือโครงการอื่น ๆ ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อการจัดทำฉลากบรรจุยาตามกฎหมาย อันอาจส่งผลให้ประเทศไทยบรรลุเป้าหมายประเทศไทยใช้อย่างสมเหตุผลได้ภายในปี พ.ศ. 2573

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผศ.ดร.ภก.ณัฐ นาเอก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา คำแนะนำ ข้อเสนอแนะอันมีค่ายิ่งตลอดจนตรวจสอบและแก้ไขงานวิจัยฉบับนี้ด้วยความเอาใจใส่อย่างดียิ่ง จนงานวิจัยฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ ขอขอบพระคุณ ดร.นพ.สมชายโชติปิยวัชร์เวลา นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี และ ภก.มะโนตร์ นาคะวัจนะ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ทีมสถานพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานีที่อนุเคราะห์ข้อมูลและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณ ผู้ประกอบการและแพทย์ที่ปฏิบัติงานคลินิกเอกชนในอำเภอเมืองอุดรธานี ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลสำรวจ ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงได้

ขอขอบคุณสมาคมเภสัชสาธารณสุขแห่งประเทศไทย ศูนย์วิชาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.) และวิทยาลัยการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพแห่งประเทศไทย (วคบท.) ที่เปิดโอกาสให้ผู้วิจัยได้ศึกษาเล่าเรียนและพัฒนาความรู้ความสามารถ ขอขอบคุณที่ให้การสนับสนุนทุนวิจัยซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. สถานพยาบาล ประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 22 พ.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: http://statv2.nic.go.th/Health/05030602_02.php.
2. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในสถานพยาบาลเอกชน: คลินิกเอกชน [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 1 มิ.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://mrd.hss.moph.go.th/mrd1_hss/?cat=18.
3. กระทรวงสาธารณสุข. รายละเอียดตัวชี้วัด กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2567. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2567.
4. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง มาตรฐานการให้บริการของสถานพยาบาลเกี่ยวกับฉลากบรรจุยา พ.ศ. 2565. ราชกิจจานุเบกษา 2565; 119(16ง): 19-20.
5. กิตติพศ ใครบุตร, ณัฐ นาเอก, รุ่งทิวา หมื่นปา. ลักษณะของฉลากบรรจุยาในคลินิกเวชกรรมเอกชน: การศึกษาเชิงตัดขวางในอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. วารสารเภสัชกรรมไทย 2568; 17(1): 112-24.
6. เด่นชัย ดอกพอง, กรแก้ว จันทภาษา. การให้ข้อมูลยาของคลินิกและร้านขายยาแก่ผู้ป่วยอำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ. [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2556.
7. วันชัย นนทกิจไพศาล, พิมลวรรณ ศิริจีระชัย, ชื่นจิตร กองแก้ว. การพัฒนามาตรการควบคุมกำกับความปลอดภัยด้านยาของคลินิกเอกชน [ประชุมวิชาการ]. งานประชุมวิชาการงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566; 30 สิงหาคม 2566; สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, ประเทศไทย.
8. Wade A. Study size. Sex Transm Infect. 2001; 77: 332–4. doi: 10.1136/sti.77.5.332.

การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายองค์กรคุ้มครองผู้บริโภค ในการตรวจสอบโฆษณาที่ผิดกฎหมายของผลิตภัณฑ์สุขภาพ ทางสื่อออนไลน์ จังหวัดอุบลราชธานี

Developing the potential of the network of consumer protection organizations to detect illegal advertisements of health products via online media Ubon Ratchathani Province

พรรณธิดา หล้าวงษ์[1]

Panthida Lawong[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาความรู้และศักยภาพการตรวจสอบโฆษณาที่ผิดกฎหมายทางสื่อออนไลน์ รวมทั้งศึกษาผลการตรวจสอบและรายงานโฆษณาที่ผิดกฎหมายทางสื่อออนไลน์ ในองค์กรคุ้มครองผู้บริโภคจังหวัดอุบลราชธานี 144 คน ตั้งแต่เดือนมีนาคม - พฤษภาคม พ.ศ. 2567 โดยอบรมพัฒนาความรู้และทักษะการตรวจสอบโฆษณาที่ผิดกฎหมายทางสื่อออนไลน์ ทดสอบก่อน-หลังการอบรม ประเมินทักษะการตรวจสอบและรายงานโฆษณาที่ผิดกฎหมายทางสื่อออนไลน์ หลังอบรมทันทีและหลังอบรม 1 สัปดาห์ เก็บข้อมูลโดยแบบทดสอบความรู้ แบบประเมินศักยภาพ และแบบรายงานผลการตรวจสอบและรายงานโฆษณาที่ผิดกฎหมายทางสื่อออนไลน์ สถิติที่ใช้ คือ สถิติเชิงพรรณนา Paired t-test และ McNemar's Test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.31 อายุ 51.26 $\pm$ 10.26 ปี วุฒิการศึกษาระดับอนุปริญญา/ปวส. ร้อยละ 53.47 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 50.69 กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้น ประเด็นผลิตภัณฑ์สุขภาพ ก่อนการอบรม 2.94 ± 0.94 คะแนน และหลังการอบรม 4.62 ± 0.61 คะแนน ($p<0.001$), โฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ ก่อนการอบรม 1.54 ± 0.88 คะแนน และหลังการอบรม 4.60 ± 0.57 คะแนน ($p<0.001$), รายงานโฆษณาที่ผิดกฎหมายผ่านสื่อออนไลน์ ก่อนการอบรม 4.81 ± 1.22 คะแนน และหลังการอบรม 7.83 ± 0.43 คะแนน ($p<0.001$) แต่ทักษะการตรวจสอบและการรายงานผลหลังการอบรม 1 สัปดาห์ลดลง ในสื่อติ๊กตอก จากร้อยละ 71.53 เป็นร้อยละ 62.50 ($p=0.001$), ช้อปปี้ จากร้อยละ 97.92 เป็นร้อยละ 80.56 ($p<0.001$) และลาซาด้า จากร้อยละ 98.61 เป็นร้อยละ 86.81 ($p<0.001$) พบการรายงานผ่านสื่อเฟซบุ๊คมากที่สุด ร้อยละ 21.04 พบประเด็นโฆษณาเกินจริงมากที่สุด ร้อยละ 61.77 การวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าการอบรมสามารถเพิ่มความรู้แก่ผู้รับการอบรม แต่ยังไม่สามารถเพิ่มทักษะการตรวจสอบและรายงานโฆษณาได้อย่างต่อเนื่อง จึงควรนำผลการวิจัยมาวิเคราะห์เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาศักยภาพเครือข่าย ในการตรวจสอบโฆษณาที่ผิดกฎหมายของผลิตภัณฑ์สุขภาพทางสื่อออนไลน์ต่อไป

คำสำคัญ : โฆษณา, ผลิตภัณฑ์สุขภาพ, ผิดกฎหมาย, ออนไลน์, องค์กรคุ้มครองผู้บริโภค

---

[1] เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

[1] Pharmacist, Professional Level. Division of Consumer Protection and Public Health Pharmacy, Ubon Ratchathani Provincial Public Health Office. E-mail : panwanlee@gmail.com

Received: 3 APR 2026, Revised: 8 JUN 2026, Accepted: 8 JUN 2026

Abstract

This quasi-experimental research aimed to develop knowledge and assess the potential for monitoring online health products advertisements that violate the law, and to study the results of monitoring and reporting illegal health products advertisements via online media by 144 members of Ubon Ratchathani Province consumer protection network from March – May 2025. The research method consisted with practical training for to develop knowledge and skills needed for inspecting and reporting illegal health products advertisements via online media. Pre-training and post-training knowledge testing and evaluation of inspecting and reporting skills for illegal health products advertisements via online media were conducted immediately after training was done and one week after. Data were collected using knowledge tests, skills assessment forms, and inspecting and report of illegal health products advertisements via online media report forms. Descriptive statistics including paired t-tests and McNemar's test were used.

The research found that most subjects were females (74.31%) with an average age of 51.26 ± 10.26 years. Most graduated diploma/associates degree (53.47%) and were farmers (50.69%). The test results found that the subjects' knowledge about health products increased, before training with 2.94 ± 0.94 points and after training with 4.62 ± 0.61 points ($p<0.001$). Knowledge on legal aspects of advertising health products increased, before training with 1.54 ± 0.88 points and after training with 4.60 ± 0.57 points ($p<0.001$). Reporting illegal health products advertisements via online media increased, before training with 4.81 ± 1.22 points and after training with 7.83 ± 0.43 points ($p<0.001$). On the contrary, the results of monitoring and reporting on the illegal health products advertisements one week after the training finished decreased in three platforms : TikTok from 71.53% to 62.50% ($p=0.001$), Shopee from 97.92% to 80.56% ($p<0.001$), and Lazada from 98.61% to 86.81% ($p<0.001$). The results of inspecting and reporting illegal health products advertisements via online media found that the online media reported most was Facebook at 21.04% and the content found prohibited most was excessive advertising at 61.77%. This research shows that the training can increase knowledge for the Ubon Ratchathani Province consumer protection network, but cannot increase the ability to inspect and report illegal health products advertisements via online media continuously. Therefore, the results from this research should be analyzed to develop a better model that can improve the network's potential to inspect illegal health products advertisements via online media in the future.

Keywords : Advertising, health products, illegal, online, consumer protection organization

บทนำ

ปัจจุบันความนิยมสื่อสารและส่งต่อข้อมูลผ่านสื่อโซเชียลมีจำนวนมากขึ้น ทุกคนสามารถเป็นได้ทั้งผู้รับและผู้ผลิตข่าวสารข้อมูล ซึ่งนอกจากจะมีข่าวสารข้อมูลที่เป็นความจริงและเป็นประโยชน์ ยังมีเนื้อหาข้อมูลเท็จ โอ้อวด ยากจะตรวจสอบหรือค้นหาต้นตอข่าวปลอมและภัยไซเบอร์ ซึ่งพบในชีวิตประจำวันมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการโฆษณาเกี่ยวกับสุขภาพ และผลิตภัณฑ์สุขภาพ[1]

จากข้อมูลสถานการณ์เรื่องร้องเรียนโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพทางสื่อออนไลน์ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 – 2565 พบว่า ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 – 2561 มีเรื่องร้องเรียนโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพทางสื่อออนไลน์เพิ่มขึ้นจาก 553 รายการ เป็น 1,402 รายการ โดยพบจำนวนลดลงในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 เป็น 738 รายการ และในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 – 2565 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 1,143 รายการ เป็น 2,524 รายการ และ 2,438 รายการ ตามลำดับ ประกอบกับข้อมูล ผลการดำเนินคดีเกี่ยวกับโฆษณาผลิตภัณฑ์และสถานประกอบการของ อย. ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 รวมทั้งสิ้น 2,594 คดี แบ่งออกเป็น คดีเปรียบเทียบปรับ จำนวน 1,792 คดี และเรื่องร้องทุกข์ดำเนินคดี จำนวน 802 คดี โดยพบว่า โฆษณาหลอกลวงที่พบมากที่สุด คือ ผลิตภัณฑ์อาหาร พบการโฆษณาแสดงสรรพคุณ/คุณประโยชน์เกินขอบเขตของผลิตภัณฑ์ เป็นการโฆษณารักษาโรคมากที่สุด คือ 61.6% รองลงมา คือ โฆษณาลดน้ำหนัก 22.6%, โฆษณาบำรุงผิวพรรณ 9.1% และโฆษณาเสริมสมรรถภาพทางเพศ 6.7% ด้านข้อมูลช่องทางการโฆษณาที่พบการกระทำผิด พบว่า ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ช่องทางการกระทำผิดที่พบมากที่สุด คือ เฟซบุ๊ค 39.0% รองลงมาคือ เว็บไซต์ทั่วไป 18.1%, ช้อปปี้ 14.9%, ลาซาด้า 14.5%, อินสตาแกรม 4.9%, ไลน์ 4.3%, ติ๊กตอก 2.6%, ยูทูป 1.4% และช่องทางที่พบน้อยที่สุด คือ ทวิตเตอร์ 0.4%[2]

ข้อมูลสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 4 ได้มีมติเสนอแนวทางการแก้ไขปัญหาประเด็นการจัดการปัญหาโฆษณายาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมายทางวิทยุท้องถิ่น เคเบิลทีวี โทรทัศน์ดาวเทียม และอินเทอร์เน็ต ซึ่งแนวทางแก้ไขปัญหาโฆษณาที่ผิดกฎหมายของยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพทางวิทยุ กระจายเสียง โทรทัศน์ และสื่ออินเทอร์เน็ต ได้แก่ การสนับสนุนให้ภาคประชาชนทำหน้าที่เฝ้าระวังการโฆษณายา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ฝ่าฝืนกฎหมาย รวมทั้งการจัดการปัญหาในพื้นที่ การสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรชุมชน ภาคประชาชน องค์กรวิจัย และหน่วยงานสนับสนุนการวิจัย ดำเนินการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาระบบกลไกในการเฝ้าระวังและจัดการปัญหาการโฆษณายา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ การประเมินผลกระทบจากการโฆษณา รวมทั้งการศึกษาวิจัยเพื่อทดลองระบบและกลไกที่ได้พัฒนาขึ้น และให้มีองค์กรอิสระเพื่อคุ้มครองผู้บริโภค และขอให้รัฐบาลสนับสนุนการทำหน้าที่เฝ้าระวังและตรวจสอบการดำเนินการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการโฆษณายา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ[3] โดยข้อเสนอแนะดังกล่าวสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ประกาย หมายมั่น[4] ที่ได้ทำการสำรวจการขายยาผ่านเว็บไซต์ขายสินค้า ซึ่งเป็นที่นิยมในประเทศไทย โดยพบว่า เว็บไซต์ขายสินค้าซึ่งเป็นที่นิยมของประเทศไทยมีการโฆษณาหรือแสดงรายการยาเป็นสินค้าเพื่อจำหน่าย ซึ่งเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมายและก่อความเสี่ยงต่อผู้บริโภค ดังนั้น

ควรมีการจัดการความเสี่ยงในทุกระดับ ได้แก่ ระดับต้นน้ำคือ ผู้ประกอบการ และ อย. ระดับกลางน้ำคือ พนักงานเจ้าหน้าที่ในระดับภูมิภาค ตลอดจนระดับปลายน้ำคือ ผู้บริโภค และการศึกษาของ ฐิติพร อินศร[5] ศึกษาเรื่อง การโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ผิดกฎหมาย ในสื่อสังคมประเภทเฟซบุ๊ก และข้อเสนอแนวทางบังคับใช้กฎหมายของพนักงานเจ้าหน้าที่ ผลการศึกษาพบว่า อย. เป็นหน่วยงานที่อนุญาตการโฆษณาทางอินเตอร์เน็ต มีข้อจำกัด คือ ไม่มีการระบุแหล่งที่นำไปเผยแพร่ที่ชัดเจนทำให้ยากต่อการควบคุมกำกับ การดำเนินงานตามกฎหมายเป็นหน้าที่ของ อย. รวมทั้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ซึ่งการดำเนินคดีทางเฟซบุ๊ก มีหลายขั้นตอนและต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานภายนอก และการศึกษาของ สถาพร อารักษ์วทนะ[6] เรื่อง การพัฒนารูปแบบการกำกับดูแลโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพเกินจริง : คลังข้อมูลผลิตภัณฑ์สุขภาพเพื่อผู้บริโภคว่า ปัญหาการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพในระบบออนไลน์นั้น ได้ลุกลามและมีการพัฒนาช่องทางการขายไปในหลายรูปแบบ ทำให้การแก้ปัญหาด้วยวิธีการเดิม ๆ ของหน่วยงานกำกับดูแลไม่สามารถคุ้มครองผู้บริโภคได้อย่างทันท่วงที ซึ่งการแก้ปัญหาโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมายในระบบออนไลน์ จะต้องประสานความร่วมมือจากทุกภาคส่วน และต้องรณรงค์สร้างกลไกความเข้มแข็งให้ผู้บริโภครู้เท่าทันการโฆษณาและการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ

การแก้ปัญหาของ อย. ที่มีการจัดตั้งศูนย์จัดการเรื่องร้องเรียนและปราบปรามการกระทำผิดกฎหมายเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ (ศรป.) ขึ้นมาเพื่อจัดการปัญหาโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ เป็นการลดขั้นตอนการทำงานอันซ้ำซ้อนและเสียเวลาได้กว่าเดิมจริง แต่ด้วยปริมาณโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมายที่มากเกินกว่ากำลังของบุคลากรที่จะสามารถปฏิบัติงานได้ทันท่วงที การบังคับใช้กฎหมายใช้เวลานาน จึงจำเป็นต้องอาศัยพลังเครือข่ายในการร่วมมือปิดกั้นโฆษณาผลิตภัณฑ์ที่ผิดกฎหมาย ดังนั้น การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการพัฒนาเครือข่ายองค์กรคุ้มครองผู้บริโภคจังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็น“องค์กรเครือข่ายผู้บริโภค”[7] ที่มีบทบาทหน้าที่ในการขับเคลื่อนงานคุ้มครองผู้บริโภคและงานด้านการส่งเสริมสุขภาวะของประชาชนในจังหวัดอุบลราชธานี ในการตรวจสอบและรายงานโฆษณาที่ผิดกฎหมายของผลิตภัณฑ์สุขภาพทางสื่อออนไลน์ ประกอบกับการจัดการโฆษณาทางสื่อออนไลน์ร่วมกันรายงานข้อมูลโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมาย จึงจะเป็นการช่วยให้แพลตฟอร์ม ได้เรียนรู้และพัฒนาไปสู่การเพิ่มพลังการจัดการระงับโฆษณาขายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมายอย่างได้ผลยิ่งขึ้น เพื่อที่จะได้นำข้อสรุปไปใช้เป็นกลยุทธ์ในการตรวจสอบเฝ้าระวังโฆษณาที่ผิดกฎหมายของผลิตภัณฑ์สุขภาพทางสื่อออนไลน์ของจังหวัดอุบลราชธานีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประเมินความรู้และศักยภาพการตรวจสอบและรายงานโฆษณาที่ผิดกฎหมายของผลิตภัณฑ์สุขภาพทางสื่อออนไลน์ ของเครือข่ายองค์กรคุ้มครองผู้บริโภค จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาผลการตรวจสอบ และรายงานโฆษณาที่ผิดกฎหมายของผลิตภัณฑ์สุขภาพทางสื่อออนไลน์ ของเครือข่ายองค์กรคุ้มครองผู้บริโภค จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) ที่ผ่านการรับรอง

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของคณะกรรมการส่งเสริมจริยธรรมในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SSJ.UB 2567-063

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ เครือข่ายองค์กรคุ้มครองผู้บริโภค จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 18 องค์กร มีสมาชิกรวมทั้งสิ้น 184 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คัดเลือกจากสมาชิกเครือข่ายองค์กรคุ้มครองผู้บริโภค จังหวัดอุบลราชธานี จากทั้ง 18 องค์กร โดยคัดเลือกผู้รับผิดชอบเฝ้าระวังโฆษณาในแต่ละแพลตฟอร์มออนไลน์ทั้ง 8 แพลตฟอร์ม ด้วยวิธีแบบจำเพาะเจาะจง (Purposive sampling) คัดเลือกจากผู้ที่มีบัญชีผู้ใช้ (Account) เฟซบุ๊ค, อินสตาแกรม, ไลน์, ติ๊กตอก, ทวิตเตอร์, ยูทูป,ช้อปปี้ และลาซาด้า องค์กรละ 8 คน รวมทั้งสิ้น 144 คน

โฆษณาที่ผิดกฎหมายของผลิตภัณฑ์สุขภาพทางสื่อออนไลน์ในการวิจัยนี้ คือ โฆษณาที่ผิดกฎหมายของผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่เผยแพร่ทางแพลตฟอร์มออนไลน์ 8 ช่องทาง ได้แก่ เฟซบุ๊ค, อินสตาแกรม, ไลน์, ติ๊กตอก, ทวิตเตอร์, ยูทูป, ช้อปปี้ และลาซาด้า

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

2.1 เครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

2.1.1 แบบสอบถาม เนื้อหาประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ, อายุ, ตำแหน่งในองค์กร, แพลตฟอร์มออนไลน์ที่มีบัญชีผู้ใช้งาน (Account), แพลตฟอร์มออนไลน์ที่ใช้บ่อย
- ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เรื่องผลิตภัณฑ์สุขภาพ
- ส่วนที่ 3 แบบวัดความรู้เรื่องการโฆษณาผิดกฎหมายของผลิตภัณฑ์สุขภาพ
- ส่วนที่ 4 แบบวัดความรู้เรื่องการตรวจสอบและรายงานโฆษณาที่ผิดกฎหมายของผลิตภัณฑ์สุขภาพผ่าน 8 แพลตฟอร์มโดยแบบสอบถามในส่วนที่ 2 – 4 เป็นแบบวัดความรู้ (ก่อนและหลังการอบรม) 3 ประเด็น ได้แก่ ความรู้เรื่องผลิตภัณฑ์สุขภาพ, ความรู้เรื่องการโฆษณาผิดกฎหมายของผลิตภัณฑ์สุขภาพ และความรู้เรื่องการตรวจสอบและรายงานโฆษณาที่ผิดกฎหมายของผลิตภัณฑ์สุขภาพผ่าน 8 แพลตฟอร์ม เพื่อใช้วัดระดับความรู้องค์กรคุ้มครองผู้บริโภค จังหวัดอุบลราชธานี ทั้งก่อนและหลังการอบรม

2.1.2 แบบประเมินศักยภาพ

ในการตรวจสอบและรายงานโฆษณาที่ผิดกฎหมายของผลิตภัณฑ์สุขภาพผ่าน 8 แพลตฟอร์ม ขององค์กรคุ้มครองผู้บริโภค จังหวัดอุบลราชธานี เนื้อหาประกอบด้วยแบบทดสอบ ซึ่งเป็นเหตุการณ์จำลองโฆษณาที่ผิดกฎหมายของผลิตภัณฑ์สุขภาพผ่าน 8 แพลตฟอร์ม รวมทั้งสิ้น 8 เหตุการณ์ (8 ข้อ) โดยกำหนดให้มีการทดสอบ 2 ครั้ง คือ ทดสอบภายหลังการอบรมทันที และภายหลังการอบรม เป็นเวลา 1 สัปดาห์ โดยกำหนด “เกณฑ์ผ่าน” คือ ต้องตอบแบบทดสอบถูกทุกข้อ (8 ข้อ)

2.1.3 แบบรายงานผล

การตรวจสอบและรายงานโฆษณาที่ผิดกฎหมายของผลิตภัณฑ์สุขภาพผ่าน 8 แพลตฟอร์ม ซึ่งเป็นช่องทางในการรายงานผลงานขององค์กรคุ้มครองผู้บริโภค จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้แบบฟอร์มรายงานผลการปฏิบัติงานเฝ้าระวังโฆษณาผิดกฎหมายของผลิตภัณฑ์สุขภาพทางสื่อออนไลน์ จังหวัดอุบลราชธานี โดยเครือข่ายองค์กรคุ้มครองผู้บริโภค จังหวัดอุบลราชธานี ผ่าน Google form

2.2 เครื่องมือที่สร้างขึ้นโดย อย.

ผู้วิจัยได้นำ “คู่มือแนวทางระงับโฆษณาทางสื่อออนไลน์ ด้วยวิธีการรายงานผ่านระบบของแพลตฟอร์มออนไลน์” มาใช้เป็นสื่อในการอบรม และมอบให้แก่เครือข่ายองค์กรคุ้มครองผู้บริโภค จังหวัดอุบลราชธานี และนำไปใช้เป็นคู่มือในการปฏิบัติงาน เพื่อให้การดำเนินการเฝ้าระวังและรายงานเป็นไปอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

3. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

3.1 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยจะนำแบบทดสอบที่สร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องไปปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อให้แบบทดสอบมีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ตรงตามเนื้อหา ใช้ภาษาถูกต้องเหมาะสม สอดคล้องกับบริบทการดำเนินงานเฝ้าระวังโฆษณาผิดกฎหมายของผลิตภัณฑ์สุขภาพทางสื่อออนไลน์ของจังหวัดอุบลราชธานี และเป็นข้อคำถามที่ปรับแก้เนื้อหา จนมีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Validity) ตามเกณฑ์ผู้เชี่ยวชาญเห็นชอบ (IOC > 0.50)

3.2 การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบทดสอบที่สร้างขึ้น ไปทดลองใช้ (Try out) กับเครือข่ายองค์กรคุ้มครองผู้บริโภค จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ภายหลังได้รับแบบทดสอบกลับคืนมา ได้ดำเนินการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบทดสอบ และนำมาคำนวณหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรการคำนวณของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) ได้เท่ากับ 0.78 จากนั้นผู้วิจัยจึงนำแบบทดสอบมาปรับปรุงให้ถูกต้องและเหมาะสม ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญตามข้อ 3.1 จึงนำไปใช้

4. การรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

4.1 แบบสอบถาม เป็นการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

4.1.1 ข้อมูลทั่วไป (ส่วนที่ 1 ของแบบสอบถาม) ได้แก่ เพศ, อายุ, อาชีพ, แพลตฟอร์มออนไลน์ที่มีบัญชีผู้ใช้งาน (Account), แพลตฟอร์มออนไลน์ที่ใช้บ่อย และแพลตฟอร์มออนไลน์ที่ไม่เคยใช้งานเลย

4.1.2 แบบวัดความรู้ (ส่วนที่ 2 – 4 ของแบบสอบถาม) เพื่อวัดระดับความรู้องค์กรคุ้มครองผู้บริโภค จังหวัดอุบลราชธานี ก่อนและหลังได้รับการอบรม 3 ประเด็น ได้แก่ ความรู้เรื่องผลิตภัณฑ์สุขภาพ ความรู้เรื่องการโฆษณาผิดกฎหมายของผลิตภัณฑ์สุขภาพ และความรู้เรื่องการตรวจสอบและรายงานโฆษณาที่ผิดกฎหมายของผลิตภัณฑ์สุขภาพผ่าน 8 แพลตฟอร์ม โดยแจกแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่างในวันที่จัด การอบรม ก่อนเริ่มการอบรม และภายหลังได้รับการอบรมทันที และกำหนดเวลาการรับกลับคืนภายในวันที่จัดการอบรม

4.2 แบบประเมินศักยภาพ การตรวจสอบและรายงานโฆษณาที่ผิดกฎหมายของผลิตภัณฑ์สุขภาพทางสื่อออนไลน์ โดยแจกแบบประเมินแก่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 2 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 ภายหลังการอบรมทันที โดยกำหนดเวลาการรับกลับคืนภายในวันที่แจกแบบประเมินฯ และครั้งที่ 2 ภายหลังผ่านการอบรมไปแล้ว เป็นเวลา 1 สัปดาห์ โดยกำหนดเวลาการรับกลับคืนภายในวันที่แจกแบบประเมินฯ

4.3 แบบรายงานผลการปฏิบัติงาน ภายหลังจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการอบรม การทดสอบวัดความรู้ และการประเมินศักยภาพ

การตรวจสอบและรายงานโฆษณาที่ผิดกฎหมายของผลิตภัณฑ์สุขภาพทางสื่อออนไลน์แล้ว กลุ่มตัวอย่างจะเริ่มดำเนินการตรวจสอบโฆษณาและรายงานผลตามขั้นตอน และแนวทางที่ได้กำหนดไว้ โดยส่งข้อมูลผ่านแบบรายงานผลการตรวจสอบและรายงานโฆษณาที่ผิดกฎหมายของผลิตภัณฑ์สุขภาพผ่าน 8 แพลตฟอร์ม ทาง Google form จากนั้นรวบรวมข้อมูลที่ได้รับ ตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้อง แล้วนำไปวิเคราะห์ต่อไป

5. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

5.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้พรรณนาข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่างผลการตรวจสอบและรายงานโฆษณาที่ผิดกฎหมายของผลิตภัณฑ์สุขภาพ

5.2 สถิติ Paired t-test แสดงผลการวัดระดับความรู้ก่อน-หลังอบรม (คะแนนเฉลี่ย)

5.3 สถิติ McNemar's Test ใช้แสดงผลการประเมินศักยภาพในการตรวจสอบและรายงานโฆษณาที่ผิดกฎหมายของผลิตภัณฑ์สุขภาพ (ผ่าน/ไม่ผ่าน)

ค่านัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ กำหนดไว้ที่ระดับ 0.05

6. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยที่มีความเสี่ยงต่ำ มีความปลอดภัยต่อประชากรผู้เข้าร่วมการศึกษา โดยข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ และประมวลผลในภาพรวม ไม่ระบุชื่อหรือเปิดเผยข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลแก่บุคคลอื่นและจะไม่มีผลใด ๆ กับประชากรผู้เข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้ เอกสารและข้อมูลการวิจัยเก็บรักษาไว้อย่างปลอดภัย เป็นเวลา 3 ปี

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลจากแบบสอบถาม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.31 อายุเฉลี่ย 51.26 ± 10.26 ปี วุฒิการศึกษาระดับอนุปริญญา/ปวส. ร้อยละ 53.47 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 50.69 แพลตฟอร์มที่กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีบัญชีผู้ใช้งานและใช้บ่อยที่สุด คือ เฟซบุ๊ค และ ไลน์ ร้อยละ 100 ที่ไม่เคยใช้งานมากที่สุด คือ ทวิตเตอร์ ร้อยละ 82.64

ส่วนที่ 2 ผลการวัดความรู้ขององค์กรคุ้มครองผู้บริโภค จังหวัดอุบลราชธานี ก่อนและหลังได้รับการอบรม

ผลการทดสอบความรู้ของกลุ่มตัวอย่างพบว่ามีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในประเด็นความรู้เรื่องผลิตภัณฑ์สุขภาพ ก่อนการอบรม 2.94 ± 0.94 คะแนน และหลังการอบรม 4.62 ± 0.61 คะแนน ($p<0.001$), ความรู้เรื่องการโฆษณาผิดกฎหมายของผลิตภัณฑ์สุขภาพ ก่อนการอบรม 1.54 ± 0.88 คะแนน และหลังการอบรม 4.60 ± 0.57 คะแนน ($p<0.001$), และความรู้เรื่องการตรวจสอบและรายงานโฆษณาที่ผิดกฎหมายของผลิตภัณฑ์สุขภาพผ่าน 8 แพลตฟอร์ม (ก่อนการอบรม 4.81 ± 1.22 คะแนน และหลังการอบรม 7.83 ± 0.43 คะแนน ($p<0.001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยผลการวัดความรู้ขององค์กรคุ้มครองผู้บริโภค จังหวัดอุบลราชธานี ก่อนและหลังได้รับการอบรม (n = 144)

หัวข้อความรู้ที่ทดสอบ	ก่อนอบรม		หลังอบรม		t	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
1. ความรู้เรื่องผลิตภัณฑ์สุขภาพ	2.944	0.944	4.618	0.614	21.955	<0.001
2. ความรู้เรื่องการโฆษณาผิดกฎหมายของผลิตภัณฑ์สุขภาพ	1.542	0.876	4.604	0.570	38.479	<0.001
3. ความรู้เรื่องการตรวจสอบและรายงานโฆษณาที่ผิดกฎหมายของผลิตภัณฑ์สุขภาพผ่าน 8 แพลตฟอร์ม	4.813	1.223	7.833	0.426	31.537	<0.001

2. ผลการประเมินศักยภาพ การตรวจสอบและรายงานโฆษณาผิดกฎหมายของผลิตภัณฑ์สุขภาพทางสื่อออนไลน์ ขององค์กรคุ้มครองผู้บริโภค จังหวัดอุบลราชธานี ภายหลังได้รับการอบรมทันทีและภายหลังได้รับการอบรม เป็นเวลา 1 สัปดาห์ ผลการประเมินศักยภาพการตรวจสอบและรายงานโฆษณาผิดกฎหมายของผลิตภัณฑ์สุขภาพทางสื่อออนไลน์ ภายหลังได้รับการอบรมทันที และภายหลังได้รับการอบรมเป็นเวลา 1 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีศักยภาพในการทำแบบประเมินลดลงภายหลังอบรม 1 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติใน 3 แพลตฟอร์ม ได้แก่ ติ๊กตอก จากร้อยละ 71.53 เป็นร้อยละ 62.50 (p<0.001), ช้อปปี้ จากร้อยละ 97.92 เป็นร้อยละ 80.56 (p<0.001) และลาซาด้า จากร้อยละ 98.61 เป็นร้อยละ 86.81 (p<0.001) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลการประเมินศักยภาพการตรวจสอบและรายงานโฆษณาผิดกฎหมายของผลิตภัณฑ์สุขภาพทางสื่อออนไลน์ โดยองค์กรคุ้มครองผู้บริโภค จังหวัดอุบลราชธานี ภายหลังได้รับการอบรมทันที และภายหลังได้รับการอบรมเป็นเวลา 1 สัปดาห์ (n = 144)

แพลตฟอร์ม	จำนวนผู้ที่ทำแบบประเมินผ่าน (ร้อยละ)		
	ภายหลังได้รับการอบรมทันที	ภายหลังได้รับการอบรม 1 สัปดาห์	p-value
1. เฟซบุ๊ค (Facebook)	107 (74.31)	104 (72.22)	0.775
2. อินสตาแกรม (Instagram)	129 (89.58)	122 (84.72)	0.311
3. ไลน์ (Line)	134 (93.06)	131 (90.97)	0.648
4. ติ๊กตอก (Tiktok)	103 (71.53)	90 (62.50)	<0.001
5. ทวิตเตอร์ (Twitter)	103 (71.53)	90 (62.50)	0.002
6. ยูทูป (Youtube)	126 (87.50)	125 (86.81)	1.000
7. ช้อปปี้ (Shopee)	141 (97.92)	116 (80.56)	<0.001
8. ลาซาด้า (Lazada)	142 (98.61)	125 (86.81)	<0.001

3. ผลการตรวจสอบและรายงาน โฆษณาที่ผิดกฎหมายของผลิตภัณฑ์สุขภาพทางสื่อออนไลน์ จำแนกตามแพลตฟอร์ม ประเภทผลิตภัณฑ์ และการกระทำความผิด

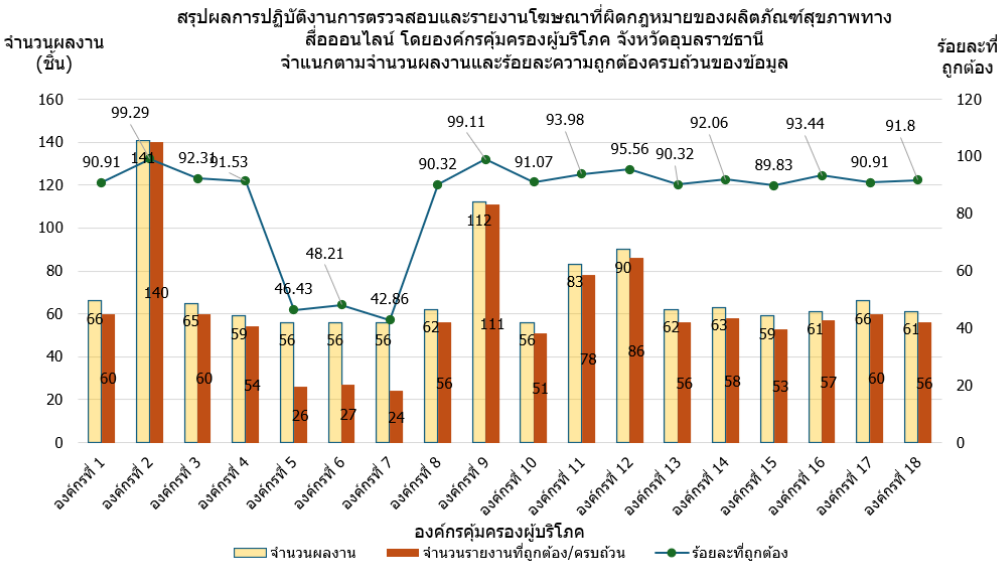
ผลการตรวจสอบและรายงานโฆษณาที่ผิดกฎหมายของผลิตภัณฑ์สุขภาพทางสื่อออนไลน์ จำแนกตามประเภทของแพลตฟอร์ม พบการรายงานผ่านเฟซบุ๊ค (Facebook) มากที่สุด ร้อยละ 21.04 รองลงมาคือ ช้อปปี้ (Shopee) ร้อยละ 12.17 และลาซาด้า (Lazada) ร้อยละ 11.70 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาผลการตรวจสอบและรายงานโฆษณาที่ผิดกฎหมายของผลิตภัณฑ์สุขภาพทางสื่อออนไลน์ จำแนกประเภทผลิตภัณฑ์ พบว่าผลิตภัณฑ์ที่พบการโฆษณาผิดกฎหมายมากที่สุด คือ อาหาร/อาหารเสริม ร้อยละ 46.15 รองลงมาคือ เครื่องสำอาง ร้อยละ 28.02 และผลิตภัณฑ์สมุนไพร ร้อยละ 16.88 ตามลำดับ

ผลการตรวจสอบและรายงานโฆษณาที่ผิดกฎหมายของผลิตภัณฑ์สุขภาพทางสื่อออนไลน์ จำแนกตามประเภทการกระทำความผิด พบว่าเนื้อหาที่พบการกระทำผิดมากที่สุด คือ โฆษณาโอ้อวดเกินจริง ร้อยละ 61.77 รองลงมาคือ โฆษณาเป็นเท็จหรือหลอกลวง ร้อยละ 29.83 และโฆษณาโดยไม่ได้รับอนุญาต (เนื้อหาไม่เข้าข่ายโฆษณาโอ้อวดเกินความจริง หรือโฆษณาเป็นเท็จหรือหลอกลวง) ร้อยละ 5.81 ตามลำดับ

สรุปผลการปฏิบัติงานการตรวจสอบและรายงานโฆษณาที่ผิดกฎหมายของผลิตภัณฑ์สุขภาพทางสื่อออนไลน์ โดยองค์กรคุ้มครองผู้บริโภคจังหวัดอุบลราชธานี

ด้านความครบถ้วนและถูกต้องของรายงาน พบว่ามีองค์กรคุ้มครองผู้บริโภคจังหวัดอุบลราชธานี 15 องค์กร ที่มีข้อมูลการรายงานครบถ้วนและถูกต้องเกินร้อยละ 90 ซึ่งมี 3 องค์กรที่มีผลการตรวจสอบและรายงานโฆษณาที่ผิดกฎหมายของผลิตภัณฑ์สุขภาพทางสื่อออนไลน์ที่ครบถ้วนถูกต้องและน้อยกว่าร้อยละ 50 โดยองค์กรคุ้มครองผู้บริโภคแห่งที่ 7 มีข้อมูลผลการตรวจสอบและรายงานโฆษณาที่ผิดกฎหมายของผลิตภัณฑ์สุขภาพทางสื่อออนไลน์ถูกต้องและครบถ้วนน้อยที่สุดคือ ร้อยละ 42.86 รองลงมาคือ องค์กรคุ้มครองผู้บริโภคแห่งที่ 5 ร้อยละ 46.43 และองค์กรคุ้มครองผู้บริโภคแห่งที่ 6 ร้อยละ 48.21 ตามลำดับ ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 สรุปผลการปฏิบัติงานการตรวจสอบและรายงานโฆษณาที่ผิดกฎหมายของผลิตภัณฑ์สุขภาพทางสื่อออนไลน์ จำแนกตามความครบถ้วน ถูกต้องของข้อมูล โดยองค์กรคุ้มครองผู้บริโภค จังหวัดอุบลราชธานี (18 แห่ง)

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากการวิจัยพบว่า องค์กรคุ้มครองผู้บริโภคจังหวัดอุบลราชธานี มีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทั้ง 3 ประเด็นที่ได้รับการอบรมพัฒนาศักยภาพ ได้แก่ ประเด็นความรู้เรื่องผลิตภัณฑ์สุขภาพ ความรู้เรื่องการโฆษณาผิดกฎหมายของผลิตภัณฑ์สุขภาพ และการรายงานโฆษณาที่ผิดกฎหมายของผลิตภัณฑ์สุขภาพ ผ่าน 8 แพลตฟอร์ม แสดงว่าการอบรมสามารถพัฒนาศักยภาพเครือข่ายองค์กรคุ้มครองผู้บริโภค จังหวัดอุบลราชธานี ให้มีความรู้ในการตรวจสอบและรายงานโฆษณาที่ผิดกฎหมายของผลิตภัณฑ์สุขภาพทางสื่อออนไลน์ได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สถาพร อารักษ์วทนะ[6] ที่พบว่าการพัฒนารูปแบบการกำกับดูแลและการสร้างคลังข้อมูลผลิตภัณฑ์สุขภาพเพื่อผู้บริโภค มีส่วนสำคัญในการเพิ่มพูนความรู้และทักษะการเฝ้าระวังของภาคประชาชนและยังสอดรับกับแนวทางของสมัชชาสุขภาพตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 4[3] ที่มุ่งเน้นการสานพลังเครือข่ายทุกภาคส่วนรวมถึงองค์กรผู้บริโภคในการเฝ้าระวังและจัดการปัญหาโฆษณาที่ผิดกฎหมาย แต่ไม่สามารถทำให้ศักยภาพในการตรวจสอบและรายงานโฆษณาที่ผิดกฎหมายของผลิตภัณฑ์สุขภาพทางสื่อออนไลน์คงอยู่ได้ตลอด โดยเมื่อพิจารณาผลการประเมินศักยภาพในการตรวจสอบและรายงานโฆษณาที่ผิดกฎหมายของผลิตภัณฑ์สุขภาพทางสื่อออนไลน์ในระยะต่อมา พบว่ากลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินได้ถูกต้องผ่านเกณฑ์น้อยลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติใน 3 แพลตฟอร์ม ได้แก่ ติ๊กตอก ช้อปปี้ และลาซาด้า ทั้งนี้ อาจมีหลายสาเหตุ เช่น รูปแบบการกดรายงานโฆษณาที่ผิดกฎหมายของผลิตภัณฑ์สุขภาพของทั้ง 3 แพลตฟอร์มดังกล่าวมีความซับซ้อนมากกว่าแพลตฟอร์มอื่น ๆ ประกอบกับระยะเวลาและเนื้อหาในการอบรมที่อาจไม่เพียงพอต่อการสร้างความจำในระยะยาว หรืออาจไม่เหมาะสมตลอดจนความถี่ในการประเมินศักยภาพน้อยเกินไป นอกจากนี้ อายุเฉลี่ยของสมาชิกองค์กรคุ้มครองผู้บริโภคที่เป็นกลุ่มตัวอย่างซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (อายุเฉลี่ย 51.26 ± 10.26 ปี) อาจเป็นปัจจัยที่มีผลต่อศักยภาพในการจดจำเนื้อหา การเรียนรู้เทคโนโลยี[8] และการจดจำขั้นตอนการรายงานที่มีเงื่อนไขเชิงเทคนิค ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ประกายหมายมั่น[4] ที่ระบุว่า แพลตฟอร์มตลาดออนไลน์ (E-commerce) ที่เป็นที่นิยมในประเทศไทย เช่น ช้อปปี้ ลาซาด้า มีกลไกและการแสดงผลการขายยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ซับซ้อนหลากหลาย หากจำแนกตามประเภทแพลตฟอร์ม พบว่ามีการรายงานผ่านเฟซบุ๊คมากที่สุด ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากองค์กรคุ้มครองผู้บริโภค จังหวัดอุบลราชธานีที่คัดเลือกมาเป็นกลุ่มตัวอย่าง เฟซบุ๊คเป็นแพลตฟอร์มที่ทุกคนมีบัญชีผู้ใช้งานและใช้บ่อยที่สุด เป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างเลือกตรวจสอบและรายงานโฆษณาที่ผิดกฎหมายของผลิตภัณฑ์สุขภาพทางเฟซบุ๊ค ซึ่งเป็นแพลตฟอร์มที่ตนเองมีความถนัดและใช้งานบ่อยมากกว่าแพลตฟอร์มอื่น ซึ่งสอดคล้องกับผลงานวิจัยของ ฐิติพร อินศร[5] ที่พบว่า เฟซบุ๊คเป็นสื่อสังคมออนไลน์ยอดนิยมที่มีการโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ผิดกฎหมายเป็นจำนวนมาก การที่เครือข่ายเลือกรายงานผ่านช่องทางนี้เป็นหลัก จึงสะท้อนถึงพฤติกรรมการเปิดรับสื่อของผู้บริโภค ซึ่งเป็นโอกาสอันดีในการหนุนเสริมให้เกิดกระบวนการบังคับใช้กฎหมายของพนักงานเจ้าหน้าที่จากข้อมูลดังกล่าว ซึ่งตรงกับฐานข้อมูลสถานการณ์เรื่องร้องเรียนของ ศรป.[2] และแนวทางการขับเคลื่อนของสภาองค์กรของผู้บริโภค[7] ที่ชี้ให้เห็นว่าสื่อออนไลน์คือพื้นที่วิกฤตที่ต้องอาศัยพลังเครือข่ายผู้บริโภคช่วยแจ้งเบาะแส

สำหรับองค์กรคุ้มครองผู้บริโภคที่มีข้อมูลการตรวจสอบและรายงานโฆษณาที่ผิดกฎหมายของ

ผลิตภัณฑ์สุขภาพทางสื่อออนไลน์ถูกต้องและครบถ้วนน้อยกว่าร้อยละ 50 อาจมีศักยภาพไม่เพียงพอต่อการพัฒนาเป็นเครือข่ายร่วมตรวจสอบและรายงานโฆษณาที่ผิดกฎหมายของผลิตภัณฑ์สุขภาพทางสื่อออนไลน์ของจังหวัดอุบลราชธานี ในอนาคตจึงจำเป็นต้องได้รับการหนุนเสริมหรือปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ในการทำงานให้สอดคล้องกับระดับศักยภาพของแต่ละองค์กรอย่างเป็นระบบต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรพิจารณาปรับปรุงรูปแบบ/เนื้อหาของหลักสูตรที่อบรม โดยเฉพาะแพลตฟอร์มที่มีรูปแบบการรายงานที่ซับซ้อน ตลอดจนคู่มือที่ใช้ในการปฏิบัติงานให้เท่าทันกับรูปแบบปัจจุบันของแพลตฟอร์มนั้น ๆ

2. ควรมีการพัฒนาคู่มือแนวทางระงับโฆษณาทางสื่อออนไลน์ ด้วยวิธีการรายงานผ่านระบบของแพลตฟอร์มออนไลน์ ให้อยู่ในรูปแบบที่สามารถช่วยลดข้อจำกัดเรื่องความจำ ซึ่งอาจเป็นรูปแบบของ “คู่มือฉบับย่อ” หรือ “Infographic” แสดงขั้นตอนการกดรายงานที่เป็นรูปภาพชัดเจน ตัวอักษรมีขนาดใหญ่ เหมาะสำหรับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถเปิดดูซ้ำได้ง่ายเมื่อต้องการรายงานผล

3. ควรมีการกำหนดระยะเวลาในการอบรมเชิงปฏิบัติการที่เพียงพอและรองรับเนื้อหาตลอดจนการฝึกปฏิบัติให้เหมาะสม ซึ่งหลักสูตรการอบรมควรมีระยะเวลามากกว่า 1 วัน

4. ควรเพิ่มความถี่ในการประเมินศักยภาพในการตรวจสอบและรายงานโฆษณาที่ผิดกฎหมายของผลิตภัณฑ์สุขภาพให้เหมาะสม เพียงพอต่อการนำไปใช้ในการปฏิบัติการจริงได้อย่างถูกต้องตรงตามแนวทางที่กำหนด เพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ในการตรวจสอบและรายงานโฆษณาที่ผิดกฎหมายของผลิตภัณฑ์ สุขภาพทางสื่อออนไลน์มากที่สุด เช่น ภายหลังได้รับการอบรมทันที, 1 สัปดาห์, 3 สัปดาห์ เป็นต้น

5. ควรนำข้อมูลผลการตรวจสอบและรายงานโฆษณาที่ผิดกฎหมายของผลิตภัณฑ์สุขภาพทางสื่อออนไลน์ โดยจำแนกตามความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูล มาประกอบการพิจารณาคัดเข้า/คัดออกกลุ่มองค์กรคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อพัฒนาเป็นเครือข่ายเฝ้าระวังของจังหวัดต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี (ด้านเภสัชสาธารณสุข) และหัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ที่กรุณาสนับสนุนด้านการศึกษาของผู้วิจัย ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้ให้ความกรุณาในการตรวจสอบความเที่ยงตรง ความเหมาะสมของเนื้อหาแบบสอบถามและแบบประเมินศักยภาพ รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะ อันเป็นผลให้การทำวิจัยโครงการนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ตลอดจนเครือข่ายองค์กรคุ้มครองผู้บริโภค จังหวัดอุบลราชธานี ที่สละเวลาเข้าร่วมการวิจัย ขอขอบคุณพี่น้องเภสัชกรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีทุกท่านที่สนับสนุนทุกด้าน สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดามารดาของผู้วิจัยที่อบรมเลี้ยงดูและส่งเสริม ด้านการเรียนการศึกษาแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี จนทำให้โครงการวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์. Fake News ลวงให้เชื่อ หลอกให้แชร์ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงาน; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 1 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.etda.or.th/th/Useful-Resource/knowledge-sharing/articles/IFBL/FakeNews.aspx
2. ศูนย์จัดการเรื่องร้องเรียนและปราบปรามการกระทำผิดกฎหมายเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ (ศรป.). ข้อมูลสถานการณ์เรื่องร้องเรียนโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพทางสื่อออนไลน์ ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 8 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://cemc.fda.moph.go.th
3. สมัชชาสุขภาพ. มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 4. [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [เข้าถึงเมื่อ 12 เมษายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://main.samatcha.org/node/66
4. ประกาย หมายมั่น. การสำรวจการขายยาผ่านเว็บไซต์ขายสินค้าซึ่งเป็นที่นิยมในประเทศไทย.วารสารเภสัชกรรมไทย. 2562; 11(2): 368-77.
5. ฐิติพร อินศร. การโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ผิดกฎหมายในสื่อสังคมประเภทเฟซบุ๊ก และข้อเสนอแนวทางบังคับใช้กฎหมายของพนักงานเจ้าหน้าที่. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2562; 12(1): 40-8.
6. สถาพร อารักษ์วทนะ. งานวิจัยด้านสื่อและโทรคมนาคม ปี 2560 เรื่อง การพัฒนารูปแบบการกำกับดูแลโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพเกินจริง : คลังข้อมูลผลิตภัณฑ์สุขภาพเพื่อผู้บริโภค [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 8 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: http://www.indyconsumers.org
7. สภาองค์กรของผู้บริโภค : อาหาร ยา และผลิตภัณฑ์สุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 12 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.tcc.or.th/category/food-and-drug/
8. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. สรุปผลที่สำคัญการมีการใช้ไอซีทีของผู้สูงอายุ พ.ศ. 2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 20 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nso.go.th/nsoweb/index#gsc.tab=0

การพัฒนาระบบการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้แอปพลิเคชัน Sisaket Telepharmacy Service ในโครงการร้านยาคุณภาพของจังหวัดศรีสะเกษ

Development of a telepharmacy service system for patients with non-communicable chronic diseases using the Sisaket Telepharmacy Service application in accredited community pharmacies of Sisaket Province

รวิวรรณ ฉลาดล้ำ[1]

Rawiwan Chaladlam[1]

บทคัดย่อ

โรงพยาบาลศรีสะเกษมีนโยบายเพิ่มความสะดวกให้แก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อลดความแออัดในการมารับบริการที่โรงพยาบาล จึงมีระบบการให้บริการส่งยาถึงบ้านแก่ผู้ป่วย แต่ยังขาดการดำเนินงานโดยเภสัชกร ให้คำแนะนำปรึกษาด้านยา การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยา ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องกลับมารับบริการที่โรงพยาบาลอีกครั้ง และอาจจะทำให้โรงพยาบาลเกิดค่าใช้จ่ายตามมาได้ในภายหลัง การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกหลังจากได้ปรับรูปแบบการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลด้าน ปัญหาการใช้ยา และความพึงพอใจของผู้ป่วย จำนวน 52 คน โดยการสุ่มตัวอย่างเภสัชกรผู้มีส่วนร่วมดำเนินการ จำนวน 7 คน แบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ประกอบไปด้วย แอปพลิเคชัน Sisaket Telepharmacy Service แบบบันทึกข้อมูล ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ปัญหาจากยา อาการไม่พึงประสงค์จากยา ความพึงพอใจ และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย ดำเนินการระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2567 – กุมภาพันธ์ 2568 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติเชิงอนุมาน Paired t-test และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลลัพธ์การจัดการปัญหาจากยาหลังรับบริการเภสัชกรรมทางไกล จำนวน 2 ครั้ง พบว่าผู้ป่วยให้ความร่วมมือปฏิบัติตามคำแนะนำของเภสัชกรและสามารถจัดการกับปัญหาได้ ร้อยละ 68.25 ความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับที่พึงพอใจมากที่สุด (3.71 ± 0.81 จากคะแนนเต็ม 4) ผลลัพธ์ทางคลินิกพบว่า ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต Systolic BP ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ลดลงจาก 137.85 ± 23.22 mmHg เป็น 129.90 ± 11.84 mmHg ; $p<0.016$) และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต Diastolic BP ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ลดลงจาก 84.33 ± 12.34 mmHg เป็น 78.96 ± 8.48 mmHg ; $p<0.005$) สรุปการพัฒนาระบบการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยนี้ สามารถลดปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา ทั้งใช้ติดตามผลข้างเคียงและอาการไม่พึงประสงค์จากยา เพิ่มความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วยได้ และผู้ป่วยที่รับบริการมีความพึงพอใจมากที่สุด

คำสำคัญ : บริการเภสัชกรรมทางไกล, โรคความดันโลหิตสูง, ปัญหาจากยา, อาการไม่พึงประสงค์จากยา

---

[1] เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาล 50 พรรษา มหาวชิราลงกรณ จังหวัดอุบลราชธานี

[1] Pharmacist, Professional Level. Division of Social Medicine, 50th Phansa Mahavajiralongkorn Hospital, Ubon Ratchathani Province. E-mail: rawiwan.kamnon32@gmail.com

Received: 3 AUG 2025, Revised: 12 MAR 2026, Accepted: 15 MAR 2026

Abstract

Sisaket Hospital has implemented a policy to enhance convenience for patients with hypertension, a key group within non-communicable chronic diseases (NCDs) to mitigate hospital overcrowding, a home drug delivery system has been established to ensure continuous access to medication. However, the absence of pharmacist-led counseling and adverse drug reaction (ADR) monitoring may compromise patient safety and increase healthcare costs. This study aimed to develop a telepharmacy service for hypertensive patients and evaluate its impact on drug-related problems, clinical outcomes, and patient satisfaction. An action research design was employed, involving 52 hypertensive patients and 7 purposively selected pharmacists. The Sisaket Telepharmacy Service application was used to provide remote pharmaceutical care between November 2024 and February 2025. Data were collected using structured forms covering patient characteristics, medication-related problems, ADRs, satisfaction, and clinical outcomes. Statistical analyses included descriptive statistics, paired t-tests, and content analysis. After two telepharmacy consultations, 68.25% of patients successfully managed medication-related problems following pharmacists' recommendations. Overall satisfaction was rated very high (3.71±0.81 out of 4). Clinically, significant reductions were observed in mean systolic blood pressure (reduced from 137.85 ± 23.22 mmHg to 129.90 ± 11.84 mmHg ; $p<0.016$) and diastolic blood pressure (reduced from 84.33 ± 12.34 mmHg to 78.96 ± 8.48 mmHg ; $p<0.005$). The telepharmacy service model improved medication management, enhanced monitoring of ADRs, reduced drug-related problems, and significantly improved clinical outcomes in hypertensive patients, with high levels of patient satisfaction.

Keywords : Telepharmacy, hypertension, drug-related problems, adverse drug reactions

บทนำ

การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา Coronavirus disease 2019 (COVID-19) ได้ส่งผลกระทบอย่างมากต่อระบบสาธารณสุขทั่วโลกรวมถึงประเทศไทย แม้จะผ่านช่วงการระบาดรุนแรงไปแล้ว แต่ยังคงมีผู้ติดเชื้อและผู้เสียชีวิตอย่างต่อเนื่อง โดยข้อมูลจากกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 20 พฤษภาคม 2567 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่รักษาตัวในโรงพยาบาลสะสม 35,688 คน และจำนวนผู้เสียชีวิตรายใหม่สะสม 823 คน สถานการณ์นี้ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยเน้นการลดการสัมผัสและการรักษาระยะห่างทางสังคม[1]

ในขณะเดียวกัน โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง Non-communicable Chronic Diseases (NCDs) ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย โดยเฉพาะในจังหวัดศรีสะเกษ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบบ่อยในพื้นที่ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคไตเรื้อรัง จากข้อมูลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ปี พ.ศ. 2566 พบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 58,396 ราย, โรคความดันโลหิตสูง 88,540 ราย, โรคหัวใจและหลอดเลือด 15,516 ราย และโรคไตเรื้อรัง 18,732 ราย[2] ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องการการดูแลและติดตามการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและเพิ่มอัตราการเสียชีวิต โดยส่วนของโรงพยาบาลศรีสะเกษเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 800 เตียง มีผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมารับบริการที่ห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอกเฉลี่ยวันละ 600 – 800 คน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในอนาคต ทำให้เกิดความแออัดและเพิ่มความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อโรค

นโยบายและทิศทางการดำเนินงานกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทย พ.ศ. 2567 ได้ยกระดับ 30 บาท รักษาได้ทุกที่ เพิ่มคุณภาพชีวิตประชาชน ด้านดิจิทัลสุขภาพ ให้โรงพยาบาลมีการเก็บประวัติสุขภาพของผู้ป่วยด้วยอิเล็กทรอนิกส์มากขึ้น และในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 – 2568 ได้มีการผลักดันการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขสู่ยุคดิจิทัล กล่าวคือ เน้นการให้โรงพยาบาลทุกแห่งใช้การแพทย์ทางไกลเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ ลดภาระค่าใช้จ่ายของประชาชน ปรับปรุงให้โรงพยาบาลแต่ละแห่งขับเคลื่อนการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข ให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชนอย่างเป็นรูปธรรม รวมทั้งเน้นการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพให้เอื้อต่อการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างไร้รอยต่อ และพัฒนาระบบสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งยังมีการเร่งพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์ โดยมีจุดมุ่งหมายคือเพื่อให้ผู้ป่วยรับบริการที่มีประสิทธิภาพ ได้มาตรฐาน ผ่านเทคโนโลยีทางการแพทย์สมัยใหม่[3]

ขณะที่สภาเภสัชกรรมได้กำหนดให้มีระบบการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) เพื่อเป็นการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคในผู้ป่วยที่ต้องเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาล เนื่องจากถ้าผู้ป่วยที่เดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาลมีโอกาสสัมผัสเชื้อโรคแล้ว อาจมีอาการรุนแรงมากยิ่งขึ้นได้ โดยระบบบริการเภสัชกรรมทางไกลจะทำให้เภสัชกรสามารถให้คำแนะนำด้านยาทางไกลแก่ผู้ป่วยที่รับบริการผ่านการสื่อสารด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศ รวมทั้งบริการส่งมอบยาให้แก่ผู้ป่วยตามมาตรฐานที่กำหนด[4]

โรงพยาบาลศรีสะเกษมีนโยบายเพิ่มความสะดวกให้แก่ผู้ป่วยและลดความแออัดในการมารับบริการที่

โรงพยาบาลตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 จึงมีระบบการให้บริการส่งยาถึงบ้านแก่ผู้ป่วยที่มาตรวจที่โรงพยาบาล และผู้ป่วยสามารถรอรับยาที่บ้านได้ แต่ระบบบริการนี้ยังขาดการดำเนินงานการให้บริการโดยเภสัชกร ซึ่งประกอบไปด้วยการให้คำแนะนำปรึกษาด้านยา การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยา และการติดตามผลข้างเคียงจากยาที่ผู้ป่วยอาจได้รับ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องกลับมารับบริการที่โรงพยาบาลอีกครั้ง และอาจจะทำให้โรงพยาบาลเกิดค่าใช้จ่ายตามมาได้ในภายหลัง

การทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับ Telepharmacy ในต่างประเทศ เช่น การศึกษาของ Li et al.[5] ที่ให้บริการเภสัชกรรมทางไกลในประเทศจีน โดยเภสัชกรดูแลการใช้ยาอย่างเหมาะสมผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศ ส่งผลให้สามารถแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วยและส่งเสริมการใช้ยาอย่างถูกต้องและเหมาะสม รวมทั้งมีการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ในการบริการ การตรวจสอบและจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วยและติดตามปัญหาจากการใช้ยาด้วยเภสัชกรโดยตรง และการศึกษาของ Asseri และคณะ[6] ที่ให้บริการเภสัชกรรมทางไกลในประเทศซาอุดิอาระเบีย ผ่านช่องทางอิเล็กทรอนิกส์เพื่อให้บริการแก่ผู้ป่วยที่บ้านได้ รวมทั้งมีบริการจัดส่งยาถึงบ้าน การส่งยาไปยังชุมชนห่างไกล และการตรวจสอบใบสั่งยา การตรวจสอบความเหมาะสมของขนาดยา การติดตามการใช้ยาและการให้คำปรึกษาด้านยา พบว่า Telepharmacy ช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการทางเภสัชกรรมในพื้นที่ห่างไกล ในส่วนของประเทศไทยนั้น งานวิจัยของศิริพร พรหมรัตน์ และคณะ[7] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยศึกษาในโรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิ ในจังหวัดนครปฐม พบว่าการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถสร้างความร่วมมือในการรับประทานยาให้ผู้ป่วยได้และงานวิจัยของ ปรียา ยุคันตวนิชชัย[8] ที่ศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับยาทางไปรษณีย์ของโรงพยาบาลอุดรธานี โดยการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล พบว่าความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวานและคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีความร่วมมือในการใช้ยาร้อยละ 42.80 แต่ยังไม่มีการศึกษาในบริบทของโรงพยาบาลระดับจังหวัดและร้านยาคุณภาพในประเทศไทย ดังนั้น ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยจึงเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากข้อมูลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ปี พ.ศ. 2566 พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงนั้นเป็นผู้ป่วยกลุ่มที่มีจำนวนมากที่สุดในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังของจังหวัดศรีสะเกษ[2]

ดังนั้น การพัฒนาระบบการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้แอปพลิเคชัน Sisaket Telepharmacy Service จึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง แอปพลิเคชันนี้จะมีฟีเจอร์หลัก ได้แก่ การส่งข้อมูลการให้คำปรึกษาด้านยาก่อนรับบริการเภสัชกรรมทางไกล โดยจะส่งข้อมูลทั้งรายการยา ปัญหาจากการใช้ยา (Adverse Drug Events : ADEs) ที่ต้องได้รับการติดตามโดยเภสัชกร ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญของผู้ป่วย วันนัดพบแพทย์ การบันทึกอาการไม่พึงประสงค์จากยา (Adverse Drug Reactions : ADRs) และระบบนัดหมายติดตามผลการรักษา ซึ่งจะช่วยแก้ปัญหาการขาดการติดตามการใช้ยาอย่างต่อเนื่องและลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อโรค โดยจะร่วมกันกับร้านยาคุณภาพ ซึ่งเป็นโครงการที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ริเริ่มขึ้น

เพื่อยกระดับมาตรฐานร้านยาในประเทศไทย ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการด้านยาที่มีคุณภาพและปลอดภัย ในจังหวัดศรีสะเกษมีร้านยาคุณภาพจำนวน 8 ร้าน[9] ซึ่งจะมีส่วนร่วมในระบบ Telepharmacy โดยเป็นจุดให้คำปรึกษาเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในชุมชน

การวิจัยนี้คาดว่าจะช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาลได้ ลดปัญหาที่อาจเกิดจากการใช้ยาของผู้ป่วย รวมทั้งเพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยาของผู้ป่วย และเพิ่มความพึงพอใจในการรับบริการทางเภสัชกรรมทางไกล โดยจะวัดความสำเร็จจากจำนวนการติดตามผู้ป่วยที่ใช้บริการเภสัชกรรมทางไกล จำนวนปัญหาจากยาและการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่ลดลง ผลลัพธ์ทางคลินิกด้านระดับความดันโลหิตเฉลี่ยของผู้ป่วย และคะแนนความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ อีกทั้งการวิจัยนี้จะช่วยเติมเต็มช่องว่างการดำเนินงานการให้บริการโดยเภสัชกรในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่รับยาที่บ้านและเป็นต้นแบบสำหรับการพัฒนาระบบการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลในพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้แอปพลิเคชัน Sisaket Telepharmacy Service ในโครงการร้านยาคุณภาพของจังหวัดศรีสะเกษ

2. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาระบบในประเด็นปัญหาจากยา และอาการไม่พึงประสงค์จากยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มารับบริการ

3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกหลังจากได้ปรับรูปแบบการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลด้านระดับความดันโลหิต (Blood Pressure : BP)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method) แบบ Explanatory Sequential Design โดยมีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) และข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data) ดำเนินการระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2567 – กุมภาพันธ์ 2568 แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ ขั้นตอนการวางแผน (Planning), ขั้นตอนการปฏิบัติ (Action), ขั้นตอนการสังเกตการณ์ (Observation) และขั้นตอนการสะท้อนผล (Reflection) ในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยกำหนดขั้นตอนไว้ 2 ระยะ คือระยะเตรียมการและระยะปฏิบัติการวิจัย ดังนี้

1) ระยะเตรียมการ ดำเนินการระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน – 30 พฤศจิกายน 2567

1.1 ศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากเอกสาร ตำราต่าง ๆ เพื่อวิเคราะห์ สังเคราะห์ รวบรวมความรู้ แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบบริการเภสัชกรรมทางไกล

1.2 ศึกษาข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับสถานการณ์การรับบริการเภสัชกรรมทางไกลของผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีสะเกษและร้านยาคุณภาพของจังหวัดศรีสะเกษ

1.3 ผู้วิจัยชี้แจงทำความเข้าใจกระบวนการพัฒนาระบบการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลต่อเภสัชกรผู้ร่วมการวิจัยในการพัฒนาระบบบริการและนักวิชาการคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาล เพื่อขอความร่วมมือและแจ้งรายละเอียดของโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ ขั้นตอนกระบวนการในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ตลอดจนประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับในการวิจัยครั้งนี้

รวมทั้งสัมภาษณ์ผู้ป่วยเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการนำมาพัฒนาระบบการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล

1.4 เตรียมจัดทำแนวทางการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลและแบบเก็บข้อมูลตัวชี้วัดเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการดำเนินการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล

1.5 วางแผนงานเพื่อดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

2) ระยะปฏิบัติการ ในวงรอบแรก ดำเนินการระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน – 31 ธันวาคม 2567 และวงรอบที่สองช่วงเดือน 1 มกราคม – 28 กุมภาพันธ์ 2568 ร่วมกับทีมเภสัชกรผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการเภสัชกรรมทางไกล ดำเนินการตามแนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการในลักษณะวงรอบ 4 ขั้นตอนหลัก คือ การวางแผนงาน, การลงมือปฏิบัติงาน และการสังเกตผลการปฏิบัติงาน แล้วจึงสะท้อนผลที่ได้ โดยมีขั้นตอนในการดำเนินงานดังนี้

เพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อพัฒนาระบบการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล ดังนี้

1) ขั้นการวางแผนงาน (Planning)

วางแผนงานร่วมกับเภสัชกรผู้ร่วมการวิจัย ในระยะเตรียมการ โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกและจัดประชุมสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึกโดยผู้วิจัยจัดประชุมผู้ร่วมการวิจัยในการดำเนินงาน ผู้วิจัยระบุปัญหาและวางแผนทำงานร่วมกันระหว่างเภสัชกรโรงพยาบาล จำนวน 5 คน, เภสัชกรร้านยาคุณภาพ จำนวน 2 คน จากร้านยาคุณภาพ จำนวน 2 ร้าน และนักวิชาการคอมพิวเตอร์ จำนวน 1 คน ในประเด็นการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลที่ต้องพัฒนาระบบบริการเพื่อให้บริการแก่ผู้ป่วย และระบบการส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลศรีสะเกษและร้านยาคุณภาพ ส่วนการจัดสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยได้คัดเลือกผู้ใช้บริการที่เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อมาเป็นผู้ให้ข้อมูล (Key Informants) จำนวน 10 คน หรือจนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว โดยคัดเลือกจากผู้ป่วยที่รับบริการรับยาที่บ้าน ในเดือนพฤศจิกายน 2567 – กุมภาพันธ์ 2568

ผู้วิจัยและผู้ร่วมการวิจัยวางแผนพัฒนางาน มีแนวทางปฏิบัติ ดังนี้

- ผู้วิจัยและผู้ร่วมการวิจัยวางแผนร่วมกันในการดำเนินงาน ออกแบบการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลและออกแบบพัฒนาแอปพลิเคชันแก้ไขในส่วนที่แอปพลิเคชันเดิมที่ยังทำหน้าที่ได้ไม่สมบูรณ์ ในการติดตาม ADRs, ADEs และ Side effects
- นักวิชาการคอมพิวเตอร์ ทำหน้าที่จัดทำแอปพลิเคชันสำหรับการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลของโรงพยาบาลศรีสะเกษและเชื่อมโยงข้อมูลกับร้านยาคุณภาพ เมื่อสร้างแอปพลิเคชัน แล้วมีการนำส่งให้ผู้วิจัยแก้ไขปรับปรุงก่อนที่ผู้วิจัยจะพัฒนาเสนอในการจัดประชุมโครงการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลของเครือข่ายร้านยาคุณภาพและโรงพยาบาลศรีสะเกษ
- ผู้วิจัยและเภสัชกรผู้ร่วมการวิจัยทำหน้าที่หลักคือบริการเภสัชกรรมทางไกลในผู้ที่ใช้บริการ
- ผู้วิจัยและเภสัชกรหัวหน้างานร่วมกันสรุปข้อมูลปัญหาจากยาที่พบในการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล เสนอต่อทีมผู้ร่วมวางแผนพัฒนา

2) การลงมือปฏิบัติงาน (Action)

จัดกิจกรรมจากแผนปฏิบัติการที่ได้จากขั้นตอนการวางแผนงาน

3) การสังเกตผลการปฏิบัติงาน (Observation)

- จัดประชุมทีมเภสัชกรผู้ร่วมการวิจัยในการดำเนินงานและแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่พบ

- การติดตามผลตามตัวชี้วัด 2 ส่วน เพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้อ 2 ในการติดตามปัญหาจากการใช้ยาและอาการไม่พึงประสงค์จากยาของผู้ป่วยที่รับบริการเภสัชกรรมทางไกลโรงพยาบาลศรีสะเกษ และตอบวัตถุประสงค์ข้อ 3 ในการติดตามผลลัพธ์ทางคลินิก คือ ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย

4) การสะท้อนผลที่ได้ (Reflection)

โดยการสนทนากลุ่มเพื่อรับฟังเสียงสะท้อนและมุมมองของผู้ร่วมการวิจัย ซึ่งประกอบด้วย เภสัชกรงานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก เภสัชกรร้านยาคุณภาพ เพื่อหาข้อสรุป ข้อเสนอแนะ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

1. ผู้ร่วมการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

<u>การวิจัยเชิงคุณภาพ</u>

1) ผู้ร่วมการวิจัย ได้แก่ เภสัชกรงานบริการผู้ป่วยนอก จำนวน 5 คน เภสัชกรร้านยาคุณภาพ จำนวน 2 คน และนักวิชาการคอมพิวเตอร์ 1 คน เป็นผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล

- เภสัชกรงานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก จำนวน 5 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วย หัวหน้างานจ่ายยาผู้ป่วยนอก 1 คน และเภสัชกรงานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกที่อายุงาน 5 ปีขึ้นไป จำนวน 4 คน ที่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยได้ตลอดโครงการ

- เภสัชกรร้านยาคุณภาพ จำนวน 2 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยเลือกตัวแทนจากร้านขายยาที่มีจำนวนผู้ใช้บริการเป็นจำนวนมากที่สุด 2 ลำดับแรกของจังหวัดศรีสะเกษ

- นักวิชาการคอมพิวเตอร์ 1 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ซึ่งเป็นนักวิชาการคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลศรีสะเกษที่ดูแลประสานงานระบบการแพทย์ทางไกล

2) ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) ได้แก่ ผู้ป่วยที่รับบริการรับยาที่บ้าน ในเดือนพฤศจิกายน 2567 – กุมภาพันธ์ 2568 คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 10 คน หรือจนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว

<u>เกณฑ์การคัดเข้าผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion Criteria)</u>

- เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อายุ 18 ปีขึ้นไป มีอาการคงที่ แพทย์พิจารณาให้รับยาที่บ้านได้ โดยเข้าร่วมโครงการส่งยาที่บ้าน (Health Rider)

- ผู้ป่วยอ่านหนังสือได้อย่างเข้าใจ

- ผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

- ผู้ป่วยมีโทรศัพท์มีมือถือสามารถติดต่อกับเภสัชกรได้

- เป็นผู้ป่วยที่ใช้สิทธิ์เบิกได้จากกรมบัญชีกลาง ประกันสังคม และประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่สามารถให้ข้อมูลการรับบริการได้

<u>เกณฑ์การถอนตัวออกจากงานวิจัย (Withdrawal Criteria)</u>

- ผู้ป่วยที่เภสัชกรไม่สามารถโทรสอบถามข้อมูลหรือติดตามเพื่อให้ข้อมูลได้ครบ

<u>การวิจัยเชิงปริมาณ</u>

- ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลศรีสะเกษ

- กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรับบริการรับยาที่บ้านของโรงพยาบาลศรีสะเกษ ในเดือนพฤศจิกายน 2567 – กุมภาพันธ์ 2568

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดตัวอย่าง ใช้สูตรสำหรับการทดสอบ 1 ทาง (One-sided test) ของ Levy et al. ในปี ค.ศ. 2013 โดยอ้างอิงจากการศึกษาของราตรี ชาติศรีศักดิ์[10] ที่ศึกษาผลการบริบาลโดยเภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยศึกษาผลลัพธ์ด้านความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยหลังติดตามผู้ป่วยทางไกล โดยพบว่าก่อนให้บริการผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยอัตราความร่วมมือในการใช้ยาร้อยละ 79.00 และหลังให้บริการผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยอัตราความร่วมมือในการใช้ยาร้อยละ 95.90 การศึกษานี้จึงคำนวณขนาดตัวอย่างดังนี้

สูตรในการคำนวณ

$$n = \frac{[Z_\alpha\sqrt{2\bar{p}\bar{q}} + Z_\beta\sqrt{p_1q_1 + p_2q_2}]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Z_α = ค่า Z ที่ระดับ α (0.05) = 1.645

Z_β = ค่า Z ที่ระดับ β (0.20) = 0.840

p_1 = การปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติก่อนการพัฒนา = 0.790

p_2 = การปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติหลังการพัฒนา = 0.959

$\bar{p}$ = $= (p_1 + p_2)/2 = (0.790+0.959)/2 = 0.8745$

$\bar{q}$ = $1 - \bar{p} = 1 - 0.8745 = 0.1255$

แทนค่าในสูตรได้ ดังนี้

$$n = \frac{[1.645\sqrt{2(0.8745)(0.1255)} + 0.840\sqrt{(0.79)(0.21) + (0.959)(0.041)}]^2}{(0.79 - 0.959)^2}$$

$$n = \frac{1.325267}{0.028561} = 46.40$$ ประมาณ 47 คน

คำนวณเผื่อไม่สามารถติดตามผู้ป่วยได้ร้อยละ 10 ดังนั้น ต้องใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 52 คน

เกณฑ์การคัดตัวอย่างเข้าร่วมวิจัย (Inclusion Criteria)

- เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อายุ 18 ปีขึ้นไป มีอาการคงที่แพทย์พิจารณาให้รับยาที่บ้านได้
- ผู้ป่วยอ่านหนังสือได้อย่างเข้าใจ
- ผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
- ผู้ป่วยมีโทรศัพท์มีมือถือสามารถติดต่อกับเภสัชกรได้
- เป็นผู้ป่วยที่ใช้สิทธิ์เบิกได้จากกรมบัญชีกลาง ประกันสังคม และประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่สามารถให้ข้อมูลการรับบริการได้

เกณฑ์การถอนตัวออกจากงานวิจัย (Withdrawal Criteria)

- ผู้ป่วยที่เภสัชกรไม่สามารถโทรสอบถามข้อมูลหรือติดตามเพื่อให้ข้อมูลได้ครบ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่นำมาใช้ในการวิจัยประกอบด้วยเครื่องมือในการพัฒนาระบบการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล และเครื่องมือในการเก็บข้อมูล

2.1 เครื่องมือในการพัฒนาระบบการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล ได้แก่ แนวทางมาตรฐานการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmcy) พ.ศ. 2565 โดยสภาเภสัชกรรม ประเทศไทย เพื่อให้เภสัชกรใช้เป็นแนวทางในการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลแก่ผู้ป่วยที่รับบริการ

2.2 เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย

1) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ของผู้รับบริการที่เป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญในการรับบริการเภสัชกรรมทางไกล ประกอบด้วย 3 ส่วนต่อไปนี้

(1) คำถามส่วนที่ 1 : ประวัติส่วนตัว ประกอบด้วย เพศ อายุ ประวัติการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว ยาที่ใช้อยู่ประจำ ประสบการณ์การใช้บริการเภสัชกรรมทางไกลทั้งในปัจจุบันและในอดีต (3 เดือน)

(2) คำถามส่วนที่ 2 : ปัญหาจากการใช้ยาและอาการไม่พึงประสงค์จากยา

(3) คำถามส่วนที่ 3 : ความคิดเห็นที่มีต่อระบบบริการเภสัชกรรมทางไกลของโรงพยาบาลศรีสะเกษและร้านยาคุณภาพ

2) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้างในการสนทนากลุ่ม (Focus Group) โดยเภสัชกรผู้ร่วมการวิจัยในการพัฒนาระบบบริการเภสัชกรรมทางไกล ประกอบด้วย 2 ส่วนต่อไปนี้

(1) คำถามส่วนที่ 1 : ประวัติส่วนตัว ประวัติการศึกษา ประวัติการทำงานโดยย่อของผู้ถูกสัมภาษณ์ เพศอายุ ประสบการณ์การทำงานโรงพยาบาล ประสบการณ์การทำงานร้านยา ประสบการณ์ในการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล

(2) คำถามส่วนที่ 2 : ความคิดเห็นในการพัฒนาระบบการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล

- ท่านคิดว่ารูปแบบในการพัฒนาระบบบริการเภสัชกรรมทางไกลของโรงพยาบาลศรีสะเกษและร้านยาคุณภาพควรมีรูปแบบ และวิธีการให้บริการอย่างไร
- ท่านคิดเห็นอย่างไรต่อข้อมูลผลการสัมภาษณ์เชิงลึก
- ท่านมีข้อเสนอแนะอื่น ๆ หรือไม่ อะไรบ้าง

2.3 เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย

1) ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ ประกอบไปด้วยโรคประจำตัว อายุ น้ำหนัก ประวัติแพ้ยา ยาที่ผู้ป่วยใช้ประจำ และข้อมูลผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

2) การประเมินปัญหาจากยาและอาการไม่พึงประสงค์จากยาโดย ซึ่งประกอบด้วยคำถาม 6 ข้อ ได้แก่ 1. ผู้ป่วยได้รับจำนวนยาครบหรือไม่ 2. ผู้ป่วยเกิดปัญหาจากการใช้ยาหรือไม่ 3. ผู้ป่วยมีความกังวลเกี่ยวกับการรับบริการรับยาที่บ้านหรือไม่ 4. ผู้ป่วยรับประทานยาเองด้วยตัวเองหรือไม่ 5. ผู้ป่วยต้องการรับคำแนะนำเพิ่มเติมจากเภสัชกรอีกครั้งหรือไม่ และ 6. หากผู้ป่วยมีปัญหาอื่น ๆ โปรดระบุ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ข้อคำถามการสนทนากลุ่มของเภสัชกรผู้ร่วมการวิจัยและข้อคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ให้ข้อมูลสำคัญ มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน

2. แบบประเมินปัญหาการใช้ยาและติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยาทดสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ตรวจสอบคุณภาพโดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน พิจารณาเนื้อหาของข้อคำถามว่าสามารถใช้ได้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยหรือไม่ วิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence : IOC) โดยกำหนดคะแนนความคิดเห็นไว้ดังนี้

+1 แทน แน่ใจว่าวัดได้ตรงตามจุดประสงค์และเนื้อหาที่ระบุไว้

0 แทน ไม่แน่ใจว่าวัดได้ตรงตามจุดประสงค์และเนื้อหาที่ระบุไว้

-1 แทน แน่ใจว่าวัดไม่ได้ตรงตามจุดประสงค์และเนื้อหาที่ระบุไว้

จากนั้น นำคะแนนความคิดเห็นที่ได้มาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) โดยใช้สูตรของโรวิเนลลีและแฮมเบลตัน[11] ดังนี้

$$IOC = (\Sigma R)/N$$

เมื่อ IOC แทน ดัชนีความสอดคล้อง

ΣR แทน ผลรวมของคะแนนการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ

N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

แล้วเลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป และพิจารณาแก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญก่อนนำไปใช้จริง โดยเครื่องมือทั้ง 2 ส่วน ได้รับการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ได้แก่ เภสัชกรหัวหน้างานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีสะเกษ, หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลศรีสะเกษ และอาจารย์มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ ประจำหลักสูตรวิทยาศาสตร์สุขภาพ

3. วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกของผู้รับบริการที่มาเป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ในการรับบริการเภสัชกรรมทางไกล จำนวน 10 คน โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการด้วยตนเอง และแบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้างในการสนทนากลุ่ม โดยเภสัชกรผู้ร่วมการวิจัยในการพัฒนาระบบบริการเภสัชกรรมทางไกล จำนวน 7 คน รวมผู้วิจัยแล้ว

ข้อมูลเชิงปริมาณ

ใช้แบบประเมินปัญหาการใช้ยาและติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยา ประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก คือ

1) ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ ประกอบไปด้วย โรคประจำตัว อายุ น้ำหนัก ประวัติแพ้ยา ยาที่ผู้ป่วยใช้ประจำ และข้อมูลผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

2) การประเมินปัญหาจากยาและอาการไม่พึงประสงค์จากยาโดย

3) แบบประเมินความพึงพอใจในการรับบริการเภสัชกรรมทางไกล ผ่านการกรอกข้อมูลของผู้ป่วยทาง Google Form

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การสนทนากลุ่มเพื่อวางแผนปรับปรุงจัดทำแนวทางการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล โดยใช้การบันทึกข้อมูลการสนทนาในเทปบันทึกเสียง แบบจดบันทึกคำสนทนา ประเด็นปัญหา วิเคราะห์ข้อมูลทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยวิเคราะห์ความคิดเห็น ถ้ามีความคิดเห็นต่างกัน ให้กลับไปฟังรายละเอียดจากเทปใหม่ เพื่อความกระจ่างนำมาวางแผนในการปรับปรุงพัฒนาระบบการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลของโรงพยาบาลศรีสะเกษและร้านยาคุณภาพ จังหวัดศรีสะเกษต่อไป รวมทั้งมีการจัดประชุมในการประชุมประจำปีของเภสัชกรโรงพยาบาลศรีสะเกษ ในการเพิ่มบทบาทด้านการบริบาลทางเภสัชกรรมของโรงพยาบาล เพื่อให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามด้วยระบบบริการเภสัชกรรมทางไกล จำนวนปัญหาจากยาที่ค้นพบในการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล จำนวนการจัดการแก้ไขปัญหาที่ผู้ป่วยได้รับในการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล และความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการรับบริการเภสัชกรรมทางไกล โดยใช้โปรแกรม Microsoft Excel ในการเก็บข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่

ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ด้วยสถิติ Paired t-test ที่ระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 วิเคราะห์ข้อมูลระดับความพึงพอใจ และ Likert Scale ความพึงพอใจมีพิสัย 1 – 4 โดย คะแนน หมายถึง พึงพอใจน้อย พึงพอใจปานกลาง พึงพอใจมาก และพึงพอใจมากที่สุด

5. การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยขออนุญาตศึกษาวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสะเกษ พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยให้ผู้ร่วมวิจัยทราบ และอธิบายให้เข้าใจ เพื่อให้การตัดสินใจเข้าร่วมโครงการเป็นไปด้วยความสมัครใจ ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม จะเก็บเป็นความลับ เข้าถึงได้เฉพาะผู้วิจัย และจะทำลายข้อมูลเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย การนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ เมื่อวันที่ 21 ตุลาคม 2567 เลขที่โครงการ 042/2567

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดังนี้

1. แนวทางการพัฒนาระบบการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้แอปพลิเคชัน Sisaket Telepharmacy Service ในโครงการร้านยาคุณภาพของจังหวัดศรีสะเกษ ดังนี้

- วงรอบที่ 1 การพัฒนาประกอบไปด้วยขั้นตอนที่ 1 ขั้นการวางแผนงาน (Planning)

วางแผนงานร่วมกับเภสัชกรผู้ร่วมการวิจัย ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกและจัดประชุมสนทนากลุ่มโดยที่ผู้วิจัยจัดประชุมผู้ร่วมการวิจัยในการดำเนินงาน

ผู้วิจัยระบุปัญหาและวางแผนทำงานร่วมกันระหว่างเภสัชกรโรงพยาบาล เภสัชกรร้านยาคุณภาพ นักวิชาการคอมพิวเตอร์ ในประเด็นของการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลที่ต้องพัฒนาระบบบริการเพื่อให้บริการแก่ผู้ป่วยและระบบการส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลศรีสะเกษและร้านยาคุณภาพ

ผู้วิจัยและผู้มีส่วนร่วมวางแผนพัฒนางานมีแนวทางปฏิบัติ ดังนี้

1) ผู้วิจัยและผู้ร่วมการวิจัยวางแผนร่วมกันในการดำเนินงาน ออกแบบการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลและออกแบบพัฒนาแอปพลิเคชันแก้ไขในส่วนที่แอปพลิเคชันเดิมที่ยังทำหน้าที่ได้ไม่สมบูรณ์ ในการติดตาม ADRs, ADEs และ Side effects

2) นักวิชาการคอมพิวเตอร์ ทำหน้าที่จัดทำแอปพลิเคชันสำหรับการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลของโรงพยาบาลศรีสะเกษและเชื่อมโยงข้อมูลกับร้านยาคุณภาพจำนวน 2 ร้าน เมื่อสร้างแอปพลิเคชันแล้วจะนำส่งให้ผู้วิจัยแก้ไขปรับปรุงก่อนที่ผู้วิจัยจะนำแอปพลิเคชันที่พัฒนาเสนอในการประชุมโครงการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลของเครือข่ายร้านยาคุณภาพและโรงพยาบาลศรีสะเกษ

3) ผู้วิจัยและเภสัชกรผู้ร่วมการวิจัยทำหน้าที่หลัก คือ ให้บริการเภสัชกรรมทางไกลในผู้รับบริการ โดยเภสัชกรโรงพยาบาลศรีสะเกษจะเป็นผู้ลงข้อมูลการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล รวมทั้งปัญหาจากยาที่ค้นพบในการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล ครั้งที่ 1 และเภสัชกรร้านยาคุณภาพ จะเป็นผู้ลงข้อมูลการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล รวมทั้งปัญหาจากยาที่ค้นพบหรือการแก้ไขปัญหา

จากยาในการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลเป็นครั้งที่ 2 โดยการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 จะดำเนินการห่างกันเป็นจำนวน 14 วัน โดยลงข้อมูลในแอปพลิเคชัน Sisaket Telepharmacy Service และผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมข้อมูลทั้งหมดในแอปพลิเคชันเพื่อนำมาวิเคราะห์ผลการวิจัย

4) ผู้วิจัยและเภสัชกรหัวหน้างานร่วมกันสรุปข้อมูลปัญหาจากยาที่พบในการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล เสนอต่อทีมผู้ร่วมวางแผนพัฒนา

นำปัญหาที่พบจากการดำเนินงานรอบที่ 1 คือ ความไม่เข้าใจการใช้งานแอปพลิเคชัน Sisaket Telepharmacy Service และพบปัญหาจากการใช้ยาที่เกิดกับผู้ป่วย เพื่อพัฒนาในวงรอบที่ 2

2. ผลการพัฒนาคุณภาพการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นเพศหญิง และเพศชาย ร้อยละ 50.00 มีช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 65.38 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 65.38 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 61.54 มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไขมันในเลือดสูง มีผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงโรคเดียวเพียงร้อยละ 38.46 และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีจำนวนยาที่รับประทานอยู่มากกว่าหรือเท่ากับ 3 รายการ ร้อยละ 73.08

1) ผลการวิจัยด้านปัญหาจากยา และอาการไม่พึงประสงค์จากยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มารับบริการ ของผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 63 รายการ ผลลัพธ์การจัดการปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาหลังจากได้รับบริการเภสัชกรรมทางไกลจำนวน 2 ครั้ง พบว่าผู้ป่วยให้ความร่วมมือปฏิบัติตามคำแนะนำของเภสัชกรและสามารถร่วมกันแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา รวมทั้งอาการไม่พึงประสงค์จากยาได้ จำนวน 43 รายการ (ร้อยละ 68.25) พบว่าผู้ป่วยยังคงมีปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา จำนวน 20 รายการ (ร้อยละ 31.75) แยกเป็นประเภทของปัญหาที่ทำให้เภสัชกรไม่สามารถจัดการปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาได้มากอันดับสูงสุดคือ พฤติกรรมการใช้ชีวิตของผู้ป่วยเอง เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีรสเค็มหวาน การรับประทานแอลกอฮอล์ และสูบบุหรี่ รองลงมาคือปัญหาด้านความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ได้แก่ การใช้ยาน้อยกว่าที่แพทย์กำหนดไว้ ปัญหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา ได้แก่ การเกิดอาการข้างเคียงจากยา ปัญหาการได้รับยาที่ไม่จำเป็น ได้แก่ การใช้สมุนไพร อาหารเสริมโดยไม่มีข้อบ่งใช้ และปัญหาจำเป็นต้องได้รับยารักษาแต่ไม่ได้รับ ได้แก่ ผู้ป่วยเกิดอาการของโรคใหม่จึงจำเป็นต้องเพิ่มการรักษาด้วยยาใหม่ เป็นต้น ผู้ป่วยที่เกิดปัญหาจากการใช้ยาทุกราย จะมีเภสัชกรประจำร้านยาคุณภาพซึ่งเป็นร้านยา ในเครือข่ายของโรงพยาบาลเป็นผู้ติดตาม ปัญหาที่เกิดจากของผู้ป่วยและให้คำปรึกษาแนะนำด้านยา ด้วยบริการเภสัชกรรมทางไกล (ดังตารางที่ 1)

2) ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยที่รับบริการเภสัชกรรมทางไกล จำนวน 52 คน ซึ่งแสดงผลเป็นค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล ภาพรวมอยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุด (3.71 ± 0.81) ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลอยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุดในทุกข้อคำถาม โดยเรียงอันดับของความพึงพอใจตามลำดับ โดยระดับความพึงพอใจมากที่สุดอันดับสูงสุด ได้แก่ ความพึงพอใจ

โดยรวมกับการให้คำแนะนำการใช้ยาจากเภสัชกรในการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (3.75±0.98) รองลงมา ได้แก่ ความพอใจในระยะเวลาการได้รับยาที่บ้าน (3.73 ± 0.91) ความสะดวกในการรับบริการเภสัชกรรมทางไกล (3.69 ± 0.77) และการรับบริการเภสัชกรรมทางไกลที่มีประสิทธิภาพ ทดแทนการมารับยาที่โรงพยาบาล (3.65 ± 0.58) ตามลำดับ (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ปัญหาจากยา และอาการไม่พึงประสงค์จากยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มารับบริการ (n = 52)

ประเภทของปัญหาจากยา	จำนวนปัญหาจากยาที่พบหลังให้บริการเภสัชกรรมทางไกล	การจัดการปัญหา	
		จำนวนปัญหาที่ได้รับการแก้ไข (ร้อยละ)	จำนวนปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ (ร้อยละ)
1. ปัญหาจำเป็นต้องได้รับยารักษาแต่ไม่ได้รับ (Need for Additional Drug Therapy)			
- ผู้ป่วยเกิดอาการของโรคใหม่ จึงจำเป็นต้องเพิ่มการรักษาด้วยยาใหม่	4	3 (75.00)	1 (25.00)
2. ปัญหาด้านความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย (Non-compliance)			
- การใช้ยาน้อยกว่าที่กำหนด (Under Dosage)	14	11 (78.57)	3 (21.43)
- การใช้ยามากกว่าที่กำหนด (Over Dosage)	3	3 (100)	0 (0)
3. ปัญหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา (Adverse Drug Reaction)			
- อาการข้างเคียงจากยา (Side Effects)	10	9 (90.00)	1 (10.00)
4. ปัญหาการได้รับยาที่ไม่จำเป็น (Unnecessary Drug Therapy)			
- การใช้สมุนไพร อาหารเสริมโดยไม่มีข้อบ่งใช้ (Herb Use without Indication)	5	5 (100)	0 (0)
5. ปัญหาอื่น ๆ			
- พฤติกรรมการรับประทานอาหาร เช่น อาหารรสเค็มหวาน	15	8 (53.33)	7 (46.67)
- พฤติกรรมการบริโภคแอลกอฮอล์	9	4 (44.44)	5 (55.56)
- พฤติกรรมการสูบบุหรี่	3	0 (0.00)	3 (100.00)
รวม	**63**	**43 (68.25)**	**20 (31.75)**

ตารางที่ 2 ความพึงพอใจในการรับบริการเภสัชกรรมทางไกล จำแนกเป็นรายประเด็น (n = 52)

ประเด็นความพึงพอใจ	ค่าเฉลี่ย ± SD (คะแนนเต็ม 4.00)	ระดับความพึงพอใจ
1. การรับบริการเภสัชกรรมทางไกลที่มีประสิทธิภาพ ทดแทนการมารับยาที่โรงพยาบาล	3.65 ± 0.58	มากที่สุด
2. ความสะดวกในการรับบริการเภสัชกรรมทางไกล	3.69 ± 0.77	มากที่สุด
3. การให้คำแนะนำการใช้ยาจากเภสัชกรในการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล	3.75 ± 0.98	มากที่สุด

ตารางที่ 2 ความพึงพอใจในการรับบริการเภสัชกรรมทางไกล จำแนกเป็นรายประเด็น (n = 52) (ต่อ)

ประเด็นความพึงพอใจ	ค่าเฉลี่ย ± SD (คะแนนเต็ม 4.00)	ระดับความพึงพอใจ
ความพอใจในระยะเวลาการได้รับยาที่บ้าน	3.73 ± 0.91	มากที่สุด
ภาพรวม	**3.71 ± 0.81**	**มากที่สุด**

3. ผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่าหลังรับบริการค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของผู้ป่วย 52 ราย มีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต Systolic BP ของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (137.85 ± 23.22, 129.90 ±1 1.84; p<0.016) และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต Diastolic BP ของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (84.33 ± 12.34, 78.96 ± 8.48; p<0.005) (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังรับบริการเภสัชกรรมทางไกล

ผลลัพธ์ทางคลินิก	ก่อนได้รับการบริการ		หลังได้รับการบริการ		t	p-value
	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD		
Systolic BP (mmHg)	137.85	23.22	129.90	11.84	2.50	0.016
Diastolic BP (mmHg)	84.33	12.34	78.96	8.48	2.96	0.005

หมายเหตุ : p-value < 0.05

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 – 2568 ได้มีการผลักดันให้เกิดการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขสู่ยุคดิจิทัล โดยได้มีการเน้นให้โรงพยาบาลทุกแห่งใช้การแพทย์ทางไกลเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพผ่านเทคโนโลยีทางการแพทย์สมัยใหม่[3] ดังนั้นการพัฒนาคุณภาพการให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยนำระบบบริการเภสัชกรรมทางไกลมาประยุกต์ใช้ร่วมกับกระบวนการทางเภสัชกรรมในการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรม[4] เป็นแนวทางให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีอยู่ของโรงพยาบาบาลจำนวนมาก โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถรับรู้ประโยชน์ของการรักษาที่ดีขึ้น รับรู้อุปสรรคการรับประทานยาลดลง สามารถจัดการปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา และผู้ป่วยให้ความร่วมมือปฏิบัติตามคำแนะนำของเภสัชกรและสามารถร่วมกันแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา รวมทั้งอาการไม่พึงประสงค์จากยาได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริพร พรหมรัตน์ และคณะ[7] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในจังหวัดนครปฐม พบว่าการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถสร้างความร่วมมือในการรับประทานยาให้ผู้ป่วยได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ดีขึ้นเกี่ยวกับประโยชน์ของการรักษาโรคความดันโลหิตสูงและการรับรู้อุปสรรคการรับประทานยาลดลง ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างสม่ำเสมอมีโอกาสควบคุมโรคได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพร สุปินธรรม[12] ที่ได้ศึกษา

เกี่ยวกับผลของโปรแกรมการส่งเสริมการใช้ยาต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับบริการผ่านระบบเภสัชกรรมทางไกล โรงพยาบาลป่าซาง จังหวัดลำพูน ซึ่งพบว่าโปรแกรมการส่งเสริมการใช้ยาผ่านระบบบริการเภสัชกรรมทางไกลก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมโครงการส่งมอบยาให้ผู้ป่วยถึงบ้าน ด้วยระบบบริการเภสัชกรรมทางไกลโดยการเสริมสร้างความรู้ ความร่วมมือ มีพฤติกรรมการใช้ยา และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวและการดูแลตนเองที่ถูกต้อง สามารถลดปัญหาการใช้ยาที่บ้านของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาระบบการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลของโรงพยาบาลศรีสะเกษ เพื่อใช้ในการจัดการปัญหาด้านยาให้แก่ผู้ป่วยร่วมกับเภสัชกรร้านยาคุณภาพ ซึ่งเป็นร้านยาเครือข่ายของโรงพยาบาล จำนวน 2 ร้าน ซึ่งผลลัพธ์การจัดการปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาหลังจากได้รับบริการเภสัชกรรมทางไกลจำนวน 2 ครั้ง พบว่าผู้ป่วยให้ความร่วมมือปฏิบัติตามคำแนะนำของเภสัชกรและสามารถร่วมกันแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา รวมทั้งอาการไม่พึงประสงค์จากยาได้ จำนวน 43 รายการ (ร้อยละ 68.25) พบว่าผู้ป่วยยังคงมีปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา จำนวน 20 รายการ (ร้อยละ 31.75) แยกเป็นประเภทของปัญหาที่ทำให้เภสัชกรไม่สามารถจัดการปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาได้มากอันดับสูงสุด คือ พฤติกรรมการใช้ชีวิตของผู้ป่วยเอง เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีรสเค็มหวาน การบริโภคแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ รองลงมาคือ ปัญหาด้านความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ได้แก่ การใช้ยาน้อยกว่าที่แพทย์กำหนดไว้ ปัญหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา ได้แก่ การเกิดอาการข้างเคียงจากยา ปัญหาการได้รับยาที่ไม่จำเป็น ได้แก่ การใช้สมุนไพร อาหารเสริมโดยไม่มีข้อบ่งใช้ และปัญหาจำเป็นต้องได้รับยารักษาแต่ไม่ได้รับ ได้แก่ ผู้ป่วยเกิดอาการของโรคใหม่ จึงจำเป็นต้องเพิ่มการรักษาด้วยยาใหม่ ในงานวิจัยครั้งนี้ พบว่าผลลัพธ์ทางคลินิกด้านการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยหลังได้รับบริการเภสัชกรรมทางไกล พบว่ามีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต Systolic BP ของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ลดลงจาก 137.85 ± 23.22 mmHg เป็น 129.90 ± 11.84 mmHg; $p<0.016$) และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต Diastolic BP ของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ลดลงจาก 84.33 ± 12.34 mmHg เป็น 78.96 ± 8.48 mmHg; $p<0.005$) สอดคล้องการศึกษาในต่างประเทศ ของ Choudhry ที่ศึกษาเปรียบเทียบการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลกับการรักษาแบบปกติในระยะเวลา 12 เดือน ในสถาบันสุขภาพ Atrius Health ร่วมกับกลุ่มเครือข่ายของสถาบัน โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคไขมันในเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูง หรือโรคเบาหวาน พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับบริการเภสัชกรรมทางไกลมีค่าความดันโลหิต Systolic BP เป็น 134.8 mmHg แต่ผู้ป่วยปกติที่ไม่ได้รับบริการเภสัชกกรมทางไกลมีค่าความดันที่สูงกว่าเป็น 137.6 mmHg และสอดคล้องกับการศึกษาของ วีรวรรณ รุจิจนากุล และคณะ[14] ที่ได้ศึกษาพัฒนาคุณภาพการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยโรคไตระยะเริ่มต้นของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดขอนแก่น ซึ่งพบว่าหลังการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล ผ่านโปรแกรม Tele VHV (Tele-Village Health Volunteer) พบว่าค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต Systolic BP ของผู้ป่วย 175 ราย จาก 226 ราย (ร้อยละ 77.43) ลดลง

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ลดลงจาก 133.61 ± 14.38 mmHg เป็น 129.79 ± 15.54 mmHg; p<0.002) แต่ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Diastolic BP ของผู้ป่วย 115 ราย จาก 226 ราย (ร้อยละ 50.88) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (72.60 ± 9.32, 74.27 ± 10.09; p<0.02) ซึ่งการที่ความดัน Diastolic BP เพิ่มสูงขึ้นหรือลดลงได้นั้น อาจเกิดจากปัจจัยหลายอย่าง ทั้งตัวโรคของผู้ป่วยเองที่มีภาวะโรคไต หรือ อาจเกิดจากปัจจัยภายนอก เช่น ความเครียด การพักผ่อนไม่เพียงพอ การรับประทานอาหารรสเค็มหรือหวาน เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยะวัฒน์ รัตนพันธุ์ และคณะ[14] ที่มีการศึกษาการพัฒนาระบบจัดส่งยาทางไปรษณีย์สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในสถานการณ์แพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 พบว่าในการให้บริการส่งยาทางไปรษณีย์และติดตามระดับความดันโลหิตก่อนและหลังรับยาทางไปรษณีย์ ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ส่วนความพึงพอใจต่อระบบการจัดส่งยาทางไปรษณีย์อยู่ที่ร้อยละ 96.2 ซึ่งพบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจสูงในระดับที่สูงมาก สอดคล้องกับการศึกษานี้ ที่พบว่าเมื่อวัดผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยที่รับบริการเภสัชกรรมทางไกล พบว่าค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล ภาพรวมอยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุด (3.71 ± 0.81) ในทุกข้อคำถาม โดยเรียงอันดับของความพึงพอใจตามลำดับ โดยระดับความพึงพอใจมากที่สุดอันดับสูงสุด ได้แก่ ความพึงพอใจโดยรวมกับการให้คำแนะนำการใช้ยาจากเภสัชกรในการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล รองลงมา ได้แก่ ความพอใจในระยะเวลาการได้รับยาที่บ้าน ความสะดวกในการรับบริการเภสัชกรรมทางไกล และการรับบริการเภสัชกรรมทางไกลที่มีประสิทธิภาพทดแทนการมารับยาที่โรงพยาบาล สอดคล้องกับงานวิจัยของ วีรวรรณ รุจิจนากุล และคณะ[14] ที่ให้บริการเภสัชกรรมทางไกล ผ่านโปรแกรม Tele VHV พบว่าความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคไตต่อระบบบริการเภสัชกรรมทางไกลภาพรวมอยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุด โดยระดับความพึงพอใจมากที่สุด ได้แก่ ความพอใจโดยรวมกับการนัดหมายการบริการเภสัชกรรมทางไกล รองลงมา ได้แก่ การรับบริการเภสัชกรรมทางไกลที่มีประสิทธิภาพทดแทนการมารับบริการที่โรงพยาบาลด้วย ดังนั้น ในด้านผู้ปฏิบัติงาน จึงสรุปได้ว่าการพัฒนาระบบการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่พบเป็นจำนวนมากนี้ สามารถใช้ติดตามผู้ป่วยได้จริงและสามารถปฏิบัติได้อย่างยั่งยืน เนื่องจากมีการพัฒนาระบบบริการเภสัชกรรมทางไกลของโรงพยาบาลศรีสะเกษร่วมกับเครือข่ายเภสัชกรร้านยาคุณภาพของจังหวัด ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ทั้งผลลัพธ์ทางคลินิกสามารถ ลดความดัน Systolic และ Diastolic BP ของผู้ป่วยลงได้ ลดปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา ทั้งใช้ติดตามผลข้างเคียงและอาการไม่พึงประสงค์จากยา เพิ่มความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วยได้ และผู้ป่วยที่รับบริการมีความพึงพอใจมากที่สุดในการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลนี้ด้วย และถึงแม้ว่าการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลจะทำให้ผู้ป่วยมีการเข้าถึงยาได้มากขึ้น แต่ก็มีความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดความผิดพลาด ทั้งในเรื่องของการรับรู้ และความเข้าใจของผู้ป่วยในการใช้ยาได้อย่างถูกต้อง[16] ดังนั้น เภสัชกรผู้ให้บริการเภสัชกรรมทางไกลจึงต้องได้รับการอบรมตามมาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรมด้วย เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยมากที่สุดด้วย

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยนี้ไปใช้

1) แนะนำให้มีการพัฒนาคุณภาพการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล โดยควรมีการบูรณาการกับงานบริบาลเภสัชกรรมในคลินิกต่าง ๆ ของโรงพยาบาลด้วย ไม่ว่าจะเป็นคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง คลินิกโรคหัวใจ คลินิกโรคไต หรือคลินิกโรคเรื้อรังอื่น ๆ เพื่อให้เกิดการพัฒนางานเภสัชกรรมทางไกลอย่างครบวงจร

2) สามารถขยายผลของงานวิจัยเพื่อนำไปใช้ในการให้บริการแก่หน่วยปฐมภูมิร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่หน่วยบริการสุขภาพเครือข่ายของโรงพยาบาล เพิ่มการเข้าถึงการดูแลผู้ป่วย เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งโรคเรื้อรังอื่น ๆ ได้ด้วย

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการกำหนดนโยบายให้มีการจัดตั้งคณะทำงานร่วมกันระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน เพื่อประสานงานความร่วมมือของทุกสหสาขาวิชาชีพในการนำแอปพลิเคชันในการบริการเภสัชกรรมทางไกลมาใช้เป็นเครื่องมือเพื่อช่วยเสริมประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ ดังนั้น ควรมีการประชุมร่วมกันออกแบบและพัฒนาแอปพลิเคชันบริการเภสัชกรรมทางไกลที่มีความเป็นระบบมากขึ้น เพื่อให้ประชาชนเกิดความเชื่อมั่น และสร้างความปลอดภัยในการให้บริการแก่ประชาชน

2) ควรมีการสำรวจความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นผู้ให้บริการแก่ผู้ป่วย เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาแอปพลิเคชันบริการเภสัชกรรมทางไกลในอนาคตด้วย

3) ควรมีการนำแอปพลิเคชันบริการเภสัชกรรมทางไกลไปใช้ในกลุ่มประชากรที่หลากหลายมากขึ้น ทั้งภาวะโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่สามารถประยุกต์ใช้ระบบบริการเภสัชกรรมทางไกลนี้ ไม่ว่าจะเป็นประชากรในพื้นที่จังหวัดใกล้เคียง และประเมินกระทบในด้านอื่น ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นทั้งที่เป็นผลดีและผลเสีย นำเข้าสู่การประชุมประจำเขตหรือการประชุมในสภาเภสัชกรรม เพื่อเป็นแรงขับเคลื่อนนโยบายที่เป็นประโยชน์ต่อประชาชนในอนาคตด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ แพทย์หญิงแคทลียา เทนสิทธิ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสะเกษ ที่เล็งเห็นถึงประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับ โดยได้อนุมัติให้มีการวิจัยในครั้งนี้ขึ้น ขอขอบพระคุณ เภสัชกรหญิงวชิรา สุเมธิวิทย์ หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลศรีสะเกษ ที่ได้ให้คำแนะนำในการจัดทำวิจัยนี้ ด้วยความเอาใจใส่อย่างดียิ่ง จึงทำให้การวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. Department of health, Annual report 2024 Department of Health. Bangkok: Arkkarn Graphic and Design; 2021. p.125-9.
2. Sisaket Provinvial Publicc Health Office, NCD Screen2022 [Internet] 2023 [cited 2023 Aug 3]. Available from : http://203.157.165.36/misprovisdb43/#.
3. Health Systems Research Institute, Strategic plan2023-2025 [Internet] 2023 [cited 2023 Oct 29]. Available from : http://www.cmpo.moph.go.th/cmpo/index.php/2021-08-16-04-02-53/1133-2566-2568.
4. Limpananont J, Kittiwongsoontorn W, Sakulbamroongsin R, Thantayothin W, Sripanitchakulchai K, Kessomboon N, et al. Development of telepharmacy practice guideline in Thailand. Bangkok: Health Systems Research Institute; 2021. p.103-7.
5. Li H, Zheng S, Liu F, Liu W, Zhao R. Fighting against COVID-19: Innovative strategies for clinical pharmacists. Res Social Adm Pharm 2021;17(1):1813–8.
6. Asseri A, Manna M, Yasin I, Moustafa M, Roubie G, El-Anssay S, et al. Implementation and evaluation of telepharmacy during COVID-19 pandemic in an academic medical city in the Kingdom of Saudi Arabia: paving the way for telepharmacy. World J Adv Res Rev 2020;7(2): 218–26.
7. ศิริพร พรหมรัตน์, พนิตา ค้าผล, ณัฏฐิญา ค้าผล. ผลของโปรแกรมสร้างความร่วมมือในการใช้ยาโดยใช้เภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วารสารไทยไภษัชยนิพนธ์ 2564;17(1):31-41.
8. ปรียา ยุคันตวนิชชัย. ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับยาทางไปรษณีย์ของโรงพยาบาลอุดรธานี. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 2564;5(10):99-114.
9. Pharmacy Council. The Office of Community Pharmacy Accreditation [Internet] 2023 [cited Aug 3, 2023]. Available from : https://www.acc-pharm.com/Pharmacy.
10. ราตรี ชาติศรีศักดิ์.การเปรียบเทียบผลของการบริบาลเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยในซึ่งเป็นโรคความดันโลหิตสูงกับการให้คำแนะนำเรื่องยาก้อนกลับบ้านแบบเดิม [วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2554.
11. Phattayanee S. Educational measurement. Kalasin: Prasarn Printing; 2013. p.218-20.
12. สุภาพร สุปินธรรม. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการใช้ยาต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับบริการผ่านระบบเภสัชกรรมทางไกล โรงพยาบาลป่าซาง จังหวัดลำพูน. วารสารเภสัชกรรมคลินิก 2566; 29(1):51-64.

13. Choudhry NK, Isaac T, Lauffenburger JC, Gopalakrishnan C, Lee M, Vachon A, et al. Effect of a remotely delivered tailored multicomponent approach to enhance medication taking for patients with hyperlipidemia, hypertension, and diabetes, the STIC2IT cluster randomized clinical trial. JAMA Intern Med. 2018;178(9):1182-9.
14. วีรวรรณ รุจิจนากุล. การพัฒนาคุณภาพการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยโรคไตระยะเริ่มต้นของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดขอนแก่น. วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (Online) 2567; 29(1): 311-34.
15. ปิยะวัฒน์ รัตนพันธุ์. การพัฒนาระบบจัดส่งยาทางไปรษณีย์สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในสถานการณ์แพร่ระบาดของเชื้อโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019. วารสารเชียงรายเวชสาร 2563;12(2):48-66.
16. ปฐมา เทพชัยศรี. การให้บริการเภสัชกรรมทางไกลในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019; โอกาสด้านสุขภาพ และความเสี่ยง. วารสาร Mahidol R2R e-journal 2566; 10(2):13-27.

ผลการพัฒนาระบบเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

Results of medication error monitoring system development in subdistrict health promotion hospitals, Buntharik District, Ubon Ratchathani Province

มณีรัตน์ เปี่ยมสติ[1]

Maneerat Piemsati[1]

บทคัดย่อ

ความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นปัญหาสำคัญในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เพิ่มขึ้น ประกอบกับการขาดแคลนเภสัชกรและระบบเฝ้าระวังที่ยังขาดประสิทธิภาพ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการพัฒนาระบบเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยาใน รพ.สต. เขตอำเภอบุณฑริก โดยเปรียบเทียบอัตราความคลาดเคลื่อนทางยาและความพึงพอใจของผู้ใช้งานก่อนและหลังการพัฒนา

การวิจัยและพัฒนานี้ใช้รูปแบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง ดำเนินการใน รพ.สต. 16 แห่ง ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2567 ถึงกรกฎาคม 2568 กลุ่มตัวอย่างคือเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านยา 32 คน การพัฒนาระบบประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ระบบสารสนเทศ การพัฒนาศักยภาพบุคลากร และการปรับปรุงกระบวนการทำงาน 6 ขั้นตอน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาออนไลน์และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Dependent t-test

ผลการวิจัยพบว่า อัตราความคลาดเคลื่อนทางยาลดลงจาก 22.55 เป็น 20.50 ครั้งต่อ 1,000 ใบสั่งยา (ลดลงร้อยละ 9.09, p=0.028) ความคลาดเคลื่อนระดับรุนแรงสูงลดลงจากร้อยละ 4.92 เป็น 0.90 (ลดลงร้อยละ 81.71, p=0.018) และบุคลากรมีความพึงพอใจต่อระบบในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.43, SD = 0.61) การพัฒนาระบบเฝ้าระวังแบบผสมผสานสามารถลดอัตราและระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยาใน รพ.สต. ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : ความคลาดเคลื่อนทางยา, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, ระบบเฝ้าระวัง, ความปลอดภัยด้านยา

[1] เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลบุณฑริก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

[1] Pharmacist, Professional Level. Division of Pharmacy and Consumer Protection, Buntharik Hospital, Ubon Ratchathani Provincial Public Health Office, E-mail : noomeng.24@gmail.com

Received: 5 JUL 2025, Revised: 8 MAY 2026, Accepted: 11 JUN 2026

Abstract

Medication errors represent a significant problem in Sub-district Health Promoting Hospitals (SHPHs), particularly among the increasing number of chronic disease patients, compounded by pharmacist shortages and ineffective surveillance systems. This study aimed to evaluate the development of a medication error surveillance system in SHPHs within Buntharik District by comparing medication error rates and user satisfaction before and after system implementation.

This research and development study employed a one-group pretest-posttest design, conducted across 16 SHPHs from July 2024 to July 2025. The sample consisted of 32 staff members involved in medication management. System development comprised three main components : information system development, personnel capacity building, and process improvement across six operational steps. Research instruments included an online medication error reporting form and a satisfaction questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and dependent t-test.

Results showed that the overall medication error rate decreased from 22.55 to 20.50 per 1,000 prescriptions (9.09% reduction, p=0.028). High-severity errors (Category E) decreased from 4.92% to 0.90% (81.71% reduction, p=0.018), Staff demonstrated high satisfaction with the system ($\bar{x}$ = 4.43, SD = 0.61). The integrated medication error surveillance system effectively reduced both the rate and severity of medication errors in SHPHs.

Keywords : Medication errors, Sub-district Health Promoting Hospital, surveillance system, medication safety

บทนำ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ใกล้ชิดกับประชาชน ทำหน้าที่เป็นด่านแรกที่ช่วยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม มีภารกิจในการจัดบริการสุขภาพแบบผสมผสานทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้น และการฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้อย่างสะดวกและมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ[1] ซึ่งงานเภสัชกรรมปฐมภูมิเป็นส่วนสำคัญของระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยมีเป้าหมายหลักในการสร้างความปลอดภัยด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชน เพื่อให้เกิดระบบการจัดการด้านยาที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่[2] ซึ่งระบบการจัดการด้านยาเป็นกระบวนการที่มีความซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับบุคลากรหลายฝ่าย ประกอบด้วยการสั่งจ่ายยา การจัดยา การคัดลอกคำสั่งใช้ยา การบริหารยา การติดตามการใช้ยา การเบิกจ่ายยาและการดูแลระบบสำรองยาใน รพ.สต. ซึ่งในแต่ละขั้นตอนมีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาได้[3]

ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication Error : ME) เป็นเหตุการณ์ที่สามารถป้องกันได้ ซึ่งอาจนำไปสู่การใช้ยาที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย เกิดขึ้นในกระบวนการใช้ยาตั้งแต่การสั่งใช้ยา การคัดลอกคำสั่ง การจัดยา การจ่ายยา และการให้ยาแก่ผู้ป่วย โดยเฉพาะใน รพ.สต. ที่มีข้อจำกัดด้านบุคลากรและระบบสนับสนุน[4] ดังนั้นระบบเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยาจึงมีความสำคัญในการติดตาม ตรวจสอบ และรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาอย่างเป็นระบบ เพื่อให้สามารถค้นหาสาเหตุ วิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และพัฒนาระบบป้องกันที่มีประสิทธิภาพ ใน รพ.สต. ที่มีข้อจำกัดด้านเภสัชกร การพัฒนาระบบเฝ้าระวังที่เหมาะสมกับบริบทจะช่วยเพิ่มความปลอดภัยด้านยาให้แก่ผู้รับบริการในระดับปฐมภูมิได้อย่างมีประสิทธิภาพ[5]

ปัญหาความคลาดเคลื่อนทางยาใน รพ.สต. เขตอำเภอบุณฑริก พบว่ามีหลายปัจจัยที่เป็นสาเหตุสำคัญ ได้แก่ จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิเพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งไม่สอดคล้องกับอัตรากำลังของเจ้าหน้าที่ ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานด้านยามีภาระงานเพิ่มขึ้นและนำไปสู่ความคลาดเคลื่อนทางยาในที่สุด นอกจากนี้ยังพบว่าการขาดแคลนบุคลากรของโรงพยาบาลโดยเฉพาะเภสัชกร ทำให้ไม่สามารถลงพื้นที่ได้ทุกวัน ส่งผลให้ขาดการกำกับดูแลและตรวจสอบการจ่ายยาอย่างเป็นระบบ จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาระบบเฝ้าระวังที่เหมาะสมกับบริบทของ รพ.สต. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาและบริหารยาได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินผลการพัฒนาระบบเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอบุณฑริก โดยเปรียบเทียบอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา และความพึงพอใจของผู้ใช้งานระบบทั้งก่อนและหลังการพัฒนาระบบ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีระยะเวลาการวิจัย แบ่งเป็นก่อนดำเนินการระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงธันวาคม 2567 หลังดำเนินการระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงกรกฎาคม 2568

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากร ได้แก่ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ทั้ง 16 แห่ง ในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบุณฑริก

2) กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ทั้ง 16 แห่ง ในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบุณฑริก ที่มีบทบาทหน้าที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการจัดการด้านยาใน รพ.สต. เช่น การสั่งจ่ายยา การจัดยา การคัดลอกคำสั่งใช้ยา การบริหารยา การติดตามการใช้ยา การเบิกจ่ายยาและการดูแลระบบสำรองยาคลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของ รพ.สต. จำนวน 32 คน

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) คือต้องปฏิบัติงานใน รพ.สต. ไม่น้อยกว่า 5 ปี

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ

(1) ไม่ได้ปฏิบัติงานในช่วงที่ทำการวิจัย

(2) ไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างในการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ ประกอบด้วย 6 ข้อคำถาม ในการสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานที่เคยมีส่วนร่วมในการให้บริการด้านยา เพื่อนำมาวิเคราะห์สถานการณ์ก่อนการวางแผนพัฒนาระบบบริการด้านยา ดังนี้

(1) สถานการณ์การให้บริการด้านยาใน รพ.สต. เป็นอย่างไร

(2) ความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอนใดบ้าง และมีสาเหตุจากอะไร

(3) แนวทางการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาตามกระบวนการจัดการด้านยาใน รพ.สต. อย่างไร

(4) ระบบการเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยาที่เหมาะสมควรมีลักษณะอย่างไร

(5) ข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบบริการด้านยาอย่างไรบ้าง

(6) ปัจจัยใดที่จะทำให้การพัฒนาระบบบริการด้านยาประสบความสำเร็จ

2) แบบประเมินความพึงพอใจต่อระบบเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา ประกอบด้วย 7 ข้อคำถาม ผ่านการตรวจสอบหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.66 – 1.00 มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.932 เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีระดับความพึงพอใจมากที่สุด 5 คะแนน และระดับพึงพอใจน้อยที่สุด 1 คะแนน และมีการแปลผลคะแนนความพึงพอใจ ดังนี้

- ค่าเฉลี่ย 4.21 – 5.00 = พึงพอใจมากที่สุด
- ค่าเฉลี่ย 3.41 – 4.20 = พึงพอใจมาก
- ค่าเฉลี่ย 2.61 – 3.40 = พึงพอใจปานกลาง
- ค่าเฉลี่ย 1.81 – 2.60 = พึงพอใจน้อย
- ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.80 = พึงพอใจน้อยที่สุด

3) แบบรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาออนไลน์ (Google Form) ประกอบด้วย วันที่เกิดเหตุการณ์ ประเภทความคลาดเคลื่อนทางยา รายละเอียดของเหตุการณ์ ความรุนแรงของความคลาดเคลื่อน การแก้ไข สาเหตุ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

3. วิธีการเก็บข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการโดยขออนุญาตจากผู้อำนวยการ รพ.สต. 16 แห่ง จากนั้นจัดประชุมชี้แจงและอบรมการใช้ระบบรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาออนไลน์ผ่าน Google Form ซึ่งเชื่อมต่อกับกลุ่มสนทนาในแอปพลิเคชั่น

ไลน์สำหรับรายงานเหตุการณ์เบื้องต้นแบบเรียลไทม์ โดยระบบประกอบด้วยการบันทึกวันที่เกิดเหตุการณ์ ประเภทของความคลาดเคลื่อนรายละเอียดของเหตุการณ์ ระดับความรุนแรง การแก้ไข และสาเหตุที่เกี่ยวข้อง สำหรับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพดำเนินการโดยการสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อความคลาดเคลื่อนทางยา ส่วนการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณดำเนินการโดยรวบรวมรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาจากระบบออนไลน์ทั้งก่อนและหลังการพัฒนาระบบ ทั้งนี้ เภสัชกรปฐมภูมิออกหน่วยติดตามความสมบูรณ์ของการบันทึกข้อมูลและตรวจสอบระบบเป็นประจำทุกเดือน

ผลลัพธ์หลักที่ต้องการวัด ได้แก่ อัตราความคลาดเคลื่อนทางยาต่อ 1,000 ใบสั่งยาและสัดส่วนความคลาดเคลื่อนจำแนกตามระดับความรุนแรง (ระดับ A-E) โดยเปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังการพัฒนาระบบจากแบบรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาออนไลน์ ผลลัพธ์รอง ได้แก่ ความพึงพอใจของบุคลากรต่อระบบเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยาที่พัฒนาขึ้น ประเมินโดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจ 7 ข้อ มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ภายหลังสิ้นสุดการพัฒนาระบบ

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยถอดความจากการสัมภาษณ์ กำหนดรหัส จัดกลุ่มเป็นหมวดหมู่ และสรุปประเด็นหลักเกี่ยวกับสถานการณ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อความคลาดเคลื่อนทางยา

4.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้โปรแกรม Stata version 14

1) สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้นำเสนอข้อมูลทั่วไป จำนวน และประเภทความคลาดเคลื่อนทางยา และระดับความพึงพอใจ

2) สถิติ Dependent t-test ใช้เปรียบเทียบอัตราความคลาดเคลื่อนทางยาและสัดส่วนความคลาดเคลื่อนตามระดับความรุนแรงระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาระบบ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.05$

5. ขั้นตอนในการวิจัย

5.1 การเก็บข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Data Collection) ก่อนการพัฒนาระบบดำเนินการรวบรวมอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาจากแบบรายงานออนไลน์ ร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึกเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านยาทั้ง 32 คน เพื่อนำมาวิเคราะห์และวางแผนพัฒนาระบบให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

5.2 ขั้นวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation Analysis) รวบรวมหลักฐานของสถานการณ์ปัจจุบัน ดังนี้ จัดประชุมชี้แจงและระดมความคิดร่วมกับผู้ปฏิบัติงาน วิเคราะห์ระบบการให้บริการด้านยาแบบเดิม โดยพิจารณาข้อดีและข้อเสียของระบบ จุดเสี่ยงที่อาจเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา และกระบวนการทำงานที่เป็นสาเหตุของความคลาดเคลื่อน พร้อมรับฟังปัญหาที่เกิดขึ้นในกระบวนการทำงาน

5.3 ขั้นดำเนินการพัฒนาระบบ (System Development Implementation) ดังนี้

1) การพัฒนาระบบสารสนเทศ

- ระบบรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาออนไลน์ : พัฒนากระบวนการโดยให้เจ้าหน้าที่รายงานเหตุการณ์เบื้องต้นผ่านกลุ่มสนทนา

ในแอปพลิเคชันไลน์ (Line Application) จากนั้นจึงบันทึกข้อมูลฉบับสมบูรณ์ลงในแบบฟอร์มออนไลน์ (Google Form) ที่พัฒนาขึ้น

- ระบบแจ้งเตือนปฏิกิริยาระหว่างยา (Drug Interaction Alert) : ส่งต่อข้อมูลคู่ยาที่เกิดปฏิกิริยาระหว่างยา ให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ลงข้อมูลการป้องกันปฏิกิริยาระหว่างยา เภสัชกรออกหน่วยติดตามความสมบูรณ์การบันทึกแจ้งเตือน

- ระบบแจ้งเตือนประวัติการแพ้ยา (Drug Allergy Alert) : มีระบบส่งต่อข้อมูลแพ้ยาแบบเรียลไทม์ในกลุ่มสนทนาผ่านแอปพลิเคชัน ไลน์ ให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ลงข้อมูลการป้องกันการแพ้ยาซ้ำ เภสัชกรออกหน่วยติดตามความสมบูรณ์การบันทึกแจ้งเตือน

- ระบบให้คำปรึกษาทางไกล (Telepharmacy) : ใช้การติดต่อผ่านกลุ่มสนทนาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ หมุนเวียนเภสัชกรมาให้การปรึกษาระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ ให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วย และติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย

2) การพัฒนาบุคลากร

- จัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้แก่บุคลากรใน รพ.สต. ในช่วงระยะเวลาที่ดำเนินการวิจัย เรื่อง การบริหารจัดการยาอย่างปลอดภัย การใช้ระบบรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาออนไลน์ที่พัฒนาขึ้น และแนวทางการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาตามการทำงาน 6 ขั้นตอน ที่ปรับปรุงใหม่

- จัดระบบเภสัชกรหมุนเวียน ดังนี้ กำหนดตารางการหมุนเวียนเภสัชกร มอบหมายความรับผิดชอบ เภสัชกรปฐมภูมิให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยทั้งการออกหน่วยพร้อมสหสาขาวิชาชีพและผ่าน Telepharmacy ค้นหาปัญหาการใช้ยากรณีมีรายงานจาก รพ.สต.

3) การปรับปรุงกระบวนการบริหารจัดการยาเพื่อลดความคลาดเคลื่อนและเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย ดำเนินการใน 6 ขั้นตอน ได้แก่

(1) การสั่งจ่ายยา โดยเพิ่มระบบแจ้งเตือนการแพ้ยาและอันตรกิริยาระหว่างยาในโปรแกรมสั่งยา

(2) การจ่ายยา โดยให้เภสัชกรตรวจสอบยาโรคเรื้อรังก่อนจัดส่งและแยกเก็บยาที่มีชื่อพ้องรูปพ้องเสียง (LASA) ออกจากยาทั่วไป

(3) การคัดลอกคำสั่งใช้ยา โดยเพิ่มการตรวจสอบซ้ำจากเภสัชกรเดือนละ 1 ครั้ง

(4) การบริหารยา โดยใช้หลัก 5 Rights และตรวจสอบซ้ำก่อนให้ยาแก่ผู้ป่วยทุกครั้ง

(5) การติดตามการใช้ยา โดยเพิ่มการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้สูงอายุที่ใช้ยาหลายชนิดหรือผู้ป่วยที่ใช้ยาความเสี่ยงสูง

(6) การเบิกจ่ายยา โดยเพิ่มการตรวจสอบคลังยาจากเภสัชกรปฐมภูมิทุกเดือน ครอบคลุมวันหมดอายุ และความสอดคล้องของปริมาณคงคลังกับบันทึกในระบบ

5.4 ขั้นประเมินผล (Evaluation Phase) การประเมินผลการพัฒนาระบบป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา เป็นขั้นตอนสำคัญในการสรุปผลการดำเนินงานวิจัย โดยมุ่งเน้นการประเมินวิธีการที่ใช้ในการปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานใหม่ รวมถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในองค์กร และการเรียนรู้ที่ได้รับจากการพัฒนาระบบ ทั้งนี้ ผู้ร่วมวิจัยได้แสดงความคิดเห็นต่อระบบงานใหม่ และมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนระบบให้เหมาะสมกับบริบทและศักยภาพของหน่วยงาน ซึ่งการประเมินผลดำเนินการเป็น 2 วงรอบ ดังนี้

1) วงรอบที่ 1 การประเมินการนำสู่การปฏิบัติและปัญหาอุปสรรคในการใช้งานดำเนินการภายหลังนำระบบมาใช้ 2 เดือน โดยเภสัชกรปฐมภูมิออกหน่วยติดตามความสมบูรณ์ของการบันทึกข้อมูลในระบบรายงานออนไลน์ และรวบรวมปัญหาอุปสรรคจากผู้ใช้งานผ่านกลุ่มในแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงพัฒนาระบบก่อนดำเนินการในระยะต่อไป

2) วงรอบที่ 2 การประเมินประสิทธิภาพระบบหลังปรับปรุงและพัฒนา ดำเนินการในช่วง 6 เดือนหลังนำสู่การปฏิบัติ โดยประเมินทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ในส่วนของการประเมินเชิงปริมาณ วัดจากอัตราความคลาดเคลื่อนทางยาต่อ 1,000 ใบสั่งยา และสัดส่วนความคลาดเคลื่อนจำแนกตามระดับความรุนแรงและประเภท เปรียบเทียบกับข้อมูลพื้นฐานก่อนการพัฒนา สำหรับการประเมินเชิงคุณภาพ วัดจากความพึงพอใจของบุคลากรต่อระบบที่พัฒนาขึ้นเมื่อสิ้นสุดการวิจัย ทั้งนี้ หัวข้อและตัวชี้วัดที่ใช้ในการประเมินสอดคล้องกับหัวข้อทางสถิติที่กำหนดไว้ในระเบียบวิธีวิจัย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เอกสารรับรองเลขที่ SSJ.UB 01.017

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 สถานการณ์การให้บริการ

สถานการณ์การให้บริการด้านยาใน รพ.สต. จากการสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับระบบยา พบว่าระบบการให้บริการยามีจุดอ่อนสำคัญที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไข ได้แก่ การขาดเภสัชกรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านยา การขาดระบบการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาที่มีประสิทธิภาพ พื้นที่ในการจัดเตรียมยาที่ไม่เป็นสัดส่วนและมีแสงสว่างไม่เพียงพอ รวมถึงภาระงานที่มากทำให้มีเวลาในการตรวจสอบความถูกต้องน้อยลง ก่อนการพัฒนาระบบพบว่าความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยามีอุบัติการณ์สูงสุด รองลงมาคือความคลาดเคลื่อนในการสั่งจ่ายยา โดยสาเหตุหลักมาจากการขาดความรู้เฉพาะทางเกี่ยวกับยา การสื่อสารที่ไม่ชัดเจนระหว่างบุคลากร การจัดเก็บยาชื่อพ้อง มองคล้าย (LASA : Look Alike Sound Alike)ที่ไม่เหมาะสมและไม่มีการแยกหรือทำสัญลักษณ์ และความซับซ้อนของโรคและการรักษาในผู้ป่วยที่มีโรคร่วมหลายโรคและได้รับยาหลายรายการ

ส่วนที่ 2 การพัฒนาระบบเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา

ระบบเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยาที่พัฒนาขึ้นมี 6 ขั้นตอน ได้แก่

1) การสั่งจ่ายยา (Prescribing) พัฒนาระบบแจ้งเตือนการแพ้ยาและจัดทำคู่มือยามาตรฐาน

2) การจ่ายยา (Dispensing) ให้เภสัชกรตรวจสอบยาโรคเรื้อรังก่อนส่งและแยกเก็บยา LASA

3) การคัดลอกคำสั่งใช้ยา (Transcribing) เพิ่มการตรวจสอบซ้ำโดยเภสัชกรรายเดือน

4) การบริหารยา(Administration) ใช้หลัก 5 Rights (ผู้ป่วยถูกคน, ยาถูกต้อง, ขนาดถูกต้อง, เวลาถูกต้อง และวิธีถูกต้อง) และตรวจสอบซ้ำก่อนให้ผู้ป่วย

5) การติดตามการใช้ยา (Monitoring) ติดตามที่ รพ.สต. เยี่ยมบ้านกลุ่มเสี่ยง และให้คำปรึกษาผ่าน Telepharmacy

6) การเบิกจ่ายยาและดูแลระบบสำรองยา (Inventory) เภสัชกรปฐมภูมิตรวจสอบสต็อกทุกเดือน เพื่อควบคุมคลังยาอย่างมีประสิทธิภาพ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การพัฒนาระบบเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา (MEs) ตามการทำงาน 6 ขั้นตอน

	มาตรการป้องกัน MEs เดิม	มาตรการป้องกัน MEs ที่พัฒนาขึ้นใหม่
การสั่งจ่ายยา (Prescribing)	- ตรวจสอบใบสั่งยาโดยเภสัชกร - ใช้ระบบคอมพิวเตอร์ช่วยในการสั่งยา	- พัฒนาระบบแจ้งเตือนการแพ้ยาและอันตรกิริยาของยาในโปรแกรมสั่งยา - จัดทำคู่มือยามาตรฐานสำหรับ รพ.สต. - จัดอบรมให้ความรู้เรื่องยาแก่ผู้สั่งใช้ยา
การจ่ายยา (Dispensing)	- ตรวจสอบซ้ำก่อนจ่ายโดยพยาบาล รพ.สต. - จัดเก็บยาเรียงตามตัวอักษร	- จัดยาโรคเรื้อรังโดยโรงพยาบาลมีเภสัชกรตรวจสอบก่อนส่งให้ทุก รพ.สต. - แยกจัดเก็บยาที่มีชื่อพ้องมองคล้าย (LASA)
การคัดลอกคำสั่งใช้ยา (Transcribing)	- คัดลอกคำสั่งใช้ยาโดยพยาบาลวิชาชีพของแต่ละ รพ.สต.	- คัดลอกคำสั่งใช้ยาโดยพยาบาลวิชาชีพของแต่ละ รพ.สต. และตรวจสอบซ้ำโดยเภสัชกร เดือนละ 1 ครั้ง
การบริหารยา (Administration)	- การบริหารยาโดยพยาบาลวิชาชีพในแต่ละ รพ.สต.	- การบริหารยาโดยพยาบาลวิชาชีพในแต่ละ รพ.สต. ใช้หลัก "5 Rights" ในการบริหารยา - จัดให้มีการตรวจสอบโดยพยาบาลวิชาชีพหรือเจ้าหน้าที่เสมอก่อนการบริหารยาแก่ผู้ป่วย
การติดตามการใช้ยา (Monitoring)	- นัดผู้ป่วยมาติดตามผลการรักษาตามความจำเป็น - บันทึกผลการรักษาในเวชระเบียน	- มีการติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีแนวโน้มเกิดปัญหาการใช้ยา โดยทีมสหสาขาวิชาชีพลงพื้นที่ติดตามทั้งที่ รพ.สต. และที่บ้าน - เภสัชกรปฐมภูมิให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยทั้งการออกหน่วยพร้อมสหสาขาวิชาชีพและผ่าน Telepharmacy ค้นหาปัญหาการใช้ยากรณีมีรายงานจาก รพ.สต.
การเบิกจ่ายยาและดูแลระบบสำรองยา (Inventory)	- มีการตรวจสอบการสำรองยาโดยเจ้าพนักงานเภสัชกรรมผู้รับผิดชอบงานคลัง	- เพิ่มการตรวจสอบคลังยาโดยเภสัชกรปฐมภูมิที่ออกหน่วยบริการเป็นประจำทุกเดือน เพื่อให้แน่ใจว่าจำนวนยาในคลังถูกต้องตรงตามระบบและมีการตรวจสอบยาหมดอายุอย่างสม่ำเสมอ

ส่วนที่ 3 ความคลาดเคลื่อนทางยา

จำนวนความคลาดเคลื่อนลดลงจาก 122 ครั้ง เป็น 111 ครั้ง โดยมีการเปลี่ยนแปลงสำคัญในด้านระดับความรุนแรง คือความคลาดเคลื่อนระดับ A เพิ่มขึ้นจาก 19 ครั้ง เป็น 40 ครั้ง ขณะที่ระดับความรุนแรง C – E ลดลงอย่างชัดเจน โดยเฉพาะระดับ E ลดลงจาก 6 เป็นเพียง 1 ครั้ง ดังตารางที่ 2

หลังการพัฒนาระบบมีการเปลี่ยนแปลงระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.018) โดยความคลาดเคลื่อนระดับความรุนแรงต่ำ (A-B) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 54.92 เป็นร้อยละ 76.58 ความคลาดเคลื่อนระดับความรุนแรงปานกลาง (C – D) ลดลงจากร้อยละ 40.16 เป็นร้อยละ 22.52 และความคลาดเคลื่อนระดับ

ความรุนแรงสูง (E) ลดลงอย่างชัดเจนจากร้อยละ 4.92 เป็นร้อยละ 0.90 ดังตารางที่ 3

พบว่าในช่วงเวลาที่ใกล้เคียงกันมีจำนวนใบสั่งยาที่ใกล้เคียงกัน 5,409 ใบ และ 5,415 ใบ ตามลำดับ โดยหลังการพัฒนาระบบ จำนวนความคลาดเคลื่อนทางยาลดลงจาก 122 ครั้งเหลือ 111 ครั้ง ส่งผลให้อัตราความคลาดเคลื่อนทางยาต่อ 1,000 ใบสั่งยาลดลงจาก 22.55 ครั้ง เป็น 20.50 ครั้ง หรือลดลงร้อยละ 9.09 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและอัตราการรายงาน MEs ก่อนและหลังการพัฒนา (ครั้ง)

ความคลาดเคลื่อน	ช่วงของข้อมูล	ระดับความรุนแรง					รวม
		A	B	C	D	E	
ความคลาดเคลื่อนในการสั่งจ่ายยา	ก่อนพัฒนา	5	12	8	4	1	30
(Prescribing Error)	หลังพัฒนา	15	18	3	1	0	37
ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา	ก่อนพัฒนา	6	15	13	5	2	41
(Dispensing Error)	หลังพัฒนา	9	12	7	3	1	32
ความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกคำสั่งใช้ยา	ก่อนพัฒนา	3	7	5	2	1	18
(Transcribing Error)	หลังพัฒนา	4	5	3	1	0	13
ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา	ก่อนพัฒนา	2	8	6	3	2	21
(Administration Error)	หลังพัฒนา	5	6	4	2	0	17
ความคลาดเคลื่อนในการติดตามการใช้ยา	ก่อนพัฒนา	1	3	2	0	0	6
(Monitoring Error)	หลังพัฒนา	3	2	1	0	0	6
ความคลาดเคลื่อนในการเบิกจ่ายยาและ	ก่อนพัฒนา	2	3	1	0	0	6
ดูแลระบบสำรองยา (Inventory Error)	หลังพัฒนา	4	2	0	0	0	6
รวม	**ก่อนพัฒนา**	**19**	**48**	**35**	**14**	**6**	**122**
	หลังพัฒนา	**40**	**45**	**18**	**7**	**1**	**111**

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของ MEs ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนา

ช่วงของการเก็บข้อมูล	ระดับความรุนแรง, จำนวนครั้ง (ร้อยละ)			MEs ทั้งหมด (ครั้ง)	p-value
	A – B	C – D	E		
ก่อนการพัฒนา	67 (54.92)	49 (40.16)	6 (4.92)	122	0.018
หลังการพัฒนา	85 (76.58)	25 (22.52)	1 (0.90)	111	

ตารางที่ 4 จำนวนรายงานและอัตราของ MEs ก่อนและหลังพัฒนาระบบ

รายงานความคลาดเคลื่อน	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
จำนวนใบสั่งยา (ใบ)	5,409	5,415
จำนวนความคลาดเคลื่อนทางยา (ครั้ง)	122	111
อัตราความคลาดเคลื่อนทางยา (ครั้งต่อ 1,000 ใบสั่งยา)	22.55	20.50

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจของบุคลากร

ภาพรวมบุคลากรมีความพึงพอใจในระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.43, SD = 0.61) โดยประเด็นที่ได้รับความพึงพอใจสูงสุด คือความพึงพอใจโดยรวมต่อระบบที่พัฒนาขึ้น ($\bar{x}$ = 4.52, SD = 0.54) ซึ่งอยู่ในระดับมากที่สุด ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความพึงพอใจของบุคลากรต่อระบบเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา

คำถาม	$\bar{x}$	SD	แปลผล
1. ความเข้าใจและการรับรู้เกี่ยวกับระบบเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา	4.32	0.68	มาก
2. ความพึงพอใจต่อการออกแบบและการใช้งานระบบรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาออนไลน์	4.47	0.59	มาก
3. ความพึงพอใจต่อกระบวนการและขั้นตอนการดำเนินงาน	4.18	0.72	มาก
4. ความพึงพอใจต่อประสิทธิภาพของระบบในการป้องกันและลดความคลาดเคลื่อน	4.26	0.65	มาก
5. ความพึงพอใจต่อการสนับสนุนและประสานงาน	4.15	0.77	มาก
6. ความพึงพอใจต่อระบบที่พัฒนาขึ้น	4.52	0.54	มากที่สุด
7. ความพึงพอใจโดยรวม	4.43	0.61	มากที่สุด

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยนี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการพัฒนาระบบเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยาใน รพ.สต. ในเขตอำเภอบุณฑริก สามารถลดอัตราความคลาดเคลื่อนทางยาโดยรวมจาก 22.55 เป็น 20.50 ครั้งต่อ 1,000 ใบสั่งยา (ลดลงร้อยละ 9.09) และลดความคลาดเคลื่อนระดับความรุนแรงสูง (ระดับ E) จากร้อยละ 4.92 เป็น 0.90 (ลดลงร้อยละ 81.71) สอดคล้องกับงานวิจัยในบริบทที่คล้ายคลึงกันของ วันชนก แก้วคะตา[4] ที่พัฒนาระบบรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาและเก็บรวบรวมข้อมูลใน รพ.สต. เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองจันทร์ พบว่าการพัฒนาระบบรายงานสามารถเพิ่มการรายงานได้ 4.7 เท่า โดยพบอัตราความคลาดเคลื่อน 14 ครั้ง ต่อ 1,000 ใบสั่งยา ซึ่งเป็นอัตราที่ต่ำกว่าการวิจัยนี้ เนื่องจากครอบคลุมเฉพาะการรายงานความคลาดเคลื่อน ไม่ใช่การค้นหาเชิงรุก การศึกษาของ สมหญิง พุ่มทอง และคณะ[6] พัฒนาระบบป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาใน รพ.สต. เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งระบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 1) แนวทาง การคัดกรองและจัดการความเสี่ยง 2) ระบบตรวจสอบรายการยา 3) ระบบการบันทึกและรายงานความคลาดเคลื่อน และ 4) ระบบการติดตามและประเมินผล หลังการพัฒนาพบว่า อัตราความคลาดเคลื่อนทางยาลดลงจาก 8.5 เป็น 2.3 ครั้งต่อ 1,000 ใบสั่งยา อัตราการรายงานความคลาดเคลื่อนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 35.6 เป็นร้อยละ 92.4 ส่วนการศึกษาของ อภิรดี แซ่ลิ้ม และคณะ[7] พัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยาใน รพ.สต. จังหวัดสงขลา การพัฒนาขึ้นประกอบด้วย 1) การค้นหาความคลาดเคลื่อนทางยาเชิงรุก 2) ระบบรายงานอิเล็กทรอนิกส์ 3) การวิเคราะห์สาเหตุราก และ 4) การพัฒนาระบบป้องกัน พบว่าอัตราการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาเพิ่มขึ้น

จาก 2.3 เป็น 6.8 ครั้งต่อ 1,000 ใบสั่งยา ความครบถ้วนของการรายงานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 48.2 เป็นร้อยละ 95.6 บุคลากรมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการเฝ้าระวังในระดับมาก (4.35 ± 0.48)

การวิจัยนี้ลดความคลาดเคลื่อนระดับความรุนแรงสูง (ระดับ E) ลงร้อยละ 81.71 ซึ่งมีความสำคัญทางคลินิกมากกว่าการลดความคลาดเคลื่อนโดยรวมจากการศึกษาในประเทศไทยด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบว่า ความคลาดเคลื่อนระดับรุนแรงมักส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเข้าโรงพยาบาลและเสียชีวิต[8] การลดความคลาดเคลื่อนระดับนี้จึงมีผลกระทบโดยตรงต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย การวิจัยนี้พบว่าการที่สัดส่วนของความคลาดเคลื่อนระดับ A (เหตุการณ์ที่ยังไม่ถึงตัวผู้ป่วย) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 54.92 เป็น 76.58 ไม่ได้ถือเป็นผลลัพธ์เชิงลบ แต่เป็นตัวชี้วัดเชิงบวกที่สะท้อนถึงความตระหนักรู้และการมีส่วนร่วมในการรายงานของบุคลากรที่สูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับหลักการของวัฒนธรรมความปลอดภัย ที่ส่งเสริมการเรียนรู้จากความผิดพลาดมากกว่าการลงโทษ[9]

การออกแบบระบบแบบผสมผสาน 3 ส่วน ประกอบด้วย ระบบสารสนเทศ การพัฒนาบุคลากร และการปรับปรุงกระบวนการ 6 ขั้นตอน สอดคล้องกับแนวคิดของ Institute of Medicine ที่เน้นการแทรกแซงแบบหลายองค์ประกอบ[10] ที่เน้นการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย การกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงาน และการมีระบบรายงาน นอกจากนี้ การมีระบบ Telepharmacy สามารถลดอัตราความคลาดเคลื่อนทางยาได้เทียบเท่าหรือดีกว่าระบบเภสัชกรรมแบบดั้งเดิม ซึ่งการศึกษาใน North Dakota พบอัตราความคลาดเคลื่อนในระบบ Telepharmacy ที่ร้อยละ 1.3 เปรียบเทียบกับระบบดั้งเดิมที่ ร้อยละ 0.8[11] นอกจากนี้ การศึกษาใน UC Davis พบว่าระบบ Telepharmacy สามารถระบุและป้องกันข้อผิดพลาดในการส่งยา (Transcription Errors) ได้ร้อยละ 43.3 และข้อผิดพลาดในการสั่งจ่ายยา (Prescribing-related Errors) ได้ร้อยละ 37.7[12]

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการวิจัยนี้คือ การสนับสนุนจากผู้บริหาร การมีส่วนร่วมของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง และระบบรายงานที่สะดวก การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยาใน รพ.สต. จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้งผู้บริหาร บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน และเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่ นอกจากนี้ การมีระบบการรายงานและติดตามความคลาดเคลื่อนทางยาที่เป็นมาตรฐาน ร่วมกับการพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้การเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยามีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อความปลอดภัยด้านยาของผู้รับบริการใน รพ.สต. การวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าระบบเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยาที่พัฒนาขึ้นสามารถลดอัตราความคลาดเคลื่อนทางยาได้ร้อยละ 9.09 ซึ่งถือเป็นผลลัพธ์ที่น่าพอใจ เมื่อพิจารณาจากมาตรฐานสากล พบว่าประสิทธิผลของระบบที่พัฒนาขึ้นยังอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากการศึกษานานาชาติแสดงให้เห็นว่าการแทรกแซงแบบผสมผสานสามารถลดความคลาดเคลื่อนทางยาได้ถึงร้อยละ 62 ในกรณีของการให้การศึกษาโดยเภสัชกร [13] และร้อยละ 55 ในกรณีของโปรแกรมความปลอดภัยด้านยาแบบครอบคลุม[14, 15] ซึ่งสูงกว่าผลการวิจัยนี้ที่ลดลงร้อยละ 9.09 ความแตกต่างดังกล่าวอาจอธิบายได้จากหลายปัจจัย ประการแรก บริบทของ รพ.สต. มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและบุคลากรมากกว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในต่างประเทศ โดยเฉพาะ

การขาดเภสัชกรประจำที่สามารถกำกับดูแลได้อย่างต่อเนื่อง ประการที่สอง การศึกษานานาชาติส่วนใหญ่ดำเนินการในโรงพยาบาลที่มีระบบสารสนเทศและเทคโนโลยีสนับสนุนที่ครบถ้วน ขณะที่ รพ.สต. ยังมีข้อจำกัดด้านโครงสร้างพื้นฐาน ประการที่สาม ระยะเวลาติดตามผล 6 เดือนอาจยังไม่เพียงพอที่จะเห็นผลลัพธ์เต็มที่ของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและวัฒนธรรมความปลอดภัย

นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยแห่งความสำเร็จอื่น ได้แก่ การสนับสนุนจากผู้บริหาร การมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ และการสร้างวัฒนธรรมการรายงานที่ไม่ใช่การตำหนิ สอดคล้องกับปัจจัยความสำเร็จที่ระบุในการศึกษาระดับสากล การศึกษาในอังกฤษเกี่ยวกับความยั่งยืนของการปรับปรุงความปลอดภัยในการสั่งยาพบว่า การมีผู้นำที่เข้มแข็ง การบูรณาการเข้ากับระบบงานปกติ และการมีระบบประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เป็นปัจจัยสำคัญของความยั่งยืน[16] ข้อจำกัดของการวิจัยนี้ประกอบด้วยระยะเวลาการติดตามผลที่ยังสั้น ซึ่งอาจไม่เพียงพอต่อการประเมินความยั่งยืนของระบบและผลกระทบระยะยาว ดำเนินการในพื้นที่เดียว (อำเภอบุณฑริก) ทำให้การนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในบริบทอื่น จำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมและลักษณะของพื้นที่นั้น ๆ

ข้อเสนอแนะ

1) กระทรวงสาธารณสุขควรกำหนดนโยบายและงบประมาณสนับสนุนการขยายผลระบบเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยาไปยัง รพ.สต. ทั่วประเทศ โดยบูรณาการเข้ากับยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข 20 ปี และจัดสรรงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการกำหนดมาตรฐานและแนวทางปฏิบัติที่เป็นเอกภาพสำหรับการเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยาในระดับปฐมภูมิ

2) กระทรวงสาธารณสุขควรจัดทำหลักสูตรการฝึกอบรมมาตรฐานด้านความปลอดภัยทางยาสำหรับบุคลากร รพ.สต. โดยใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบผสมผสาน (Blended Learning) ที่รวมการอบรมแบบเผชิญหน้าและการเรียนรู้ออนไลน์ เพิ่มจำนวนเภสัชกรเพื่อให้บริการ Telepharmacy ครอบคลุมทุกพื้นที่ และจัดระบบการรับรองมาตรฐานความรู้ด้านเภสัชกรรมปฐมภูมิสำหรับบุคลากรสาธารณสุข

3) ควรมีการสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่าง รพ.สต. โรงพยาบาลชุมชน และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และแก้ไขปัญหาร่วมกัน ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนและองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนระบบความปลอดภัยด้านยา จัดตั้งคณะกรรมการความปลอดภัยด้านยาระดับอำเภอ เพื่อกำกับดูแลและประเมินผลการดำเนินงาน และสร้างช่องทางการสื่อสารและแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงานผ่านแพลตฟอร์มดิจิทัลที่มีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลบุณฑริกที่ให้การสนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัย ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 16 แห่งในเขตอำเภอบุณฑริกที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาระบบอย่างเต็มที่

เอกสารอ้างอิง

1. ชาญวิทย์ วสันต์ธนารัตน์, วิชช์ เกษมทรัพย์, กฤษดา เรืองอารีย์รัชต์, นารีรัตน์ ผุดผ่อง, จิราพร เขียวอยู่. รูปแบบการจัดบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในประเทศไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2563; 14(4): 428-44.
2. กลุ่มงานพัฒนาระบบสนับสนุนบริการ. แนวทางปฏิบัติเภสัชกรรมปฐมภูมิ. นนทบุรี: กองบริหารการสาธารณสุข; 2566.
3. กิตติพนธ์ เครือวังค์. ระบบการจัดการด้านยาในหน่วยบริการปฐมภูมิ. วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข 2564; 7(2): 235-44.
4. วันชนก แก้วคะตา. การพัฒนาระบบรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองจันทร์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารเภสัชกรรมไทย 2566; 15(1): 136-46.
5. จันทร์ธิมา เพียรธรรม, ชนัตถา พลอยเลื่อมแสง, วนรัตน์ อนุสรณ์เสงี่ยม. ผลลัพธ์กระบวนการลดความคลาดเคลื่อนทางยาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน 2564; 17(3): 78-89.
6. สมหญิง พุ่มทอง, วรรณา คงสุริยะนาวิน, ศิริพร ยงพานิชกุล, สุนทรี ท้าวกลาง, จิราภรณ์ บุญมาก, ประภาพร บุญมี. การพัฒนาระบบป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารเภสัชกรรมไทย 2565; 14(1): 45-58.
7. อภิรดี แซ่ลิ้ม, สุนิสา จันทร์เพ็ญ, พัชราภรณ์ กลิ่นเกษร, วรินทร จันทร์เพ็ชร, สุภาวดี เสริมศรี, นงนุช ภัทรอนันตนพ. การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสงขลา. วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล 2564; 31(2): 112-24.
8. Salmasi S, Khan TM, Hong YH, Ming LC, Wong TW. Medication errors in the Southeast Asian countries: a systematic review. PloS one 2015; 10(9): 1-18.
9. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. Institute of Medicine. To err is human: building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press; 2000.
10. Soller RW, Mann S. A Systems Cycle of Self-Care-Adaption of Institute of Medicine (IOM) Principles for Creating a Systems Approach to Healthcare. SelfCare Journal 2014; 5(3): 47-57.
11. Pathak S, Haynes M, Qato DM, Urick BY. Telepharmacy and quality of medication use in rural areas, 2013–2019. Preventing Chronic Disease 2020; 17(E101): 1-11.

12. Scott DM, Friesner DL, Rathke AM, Doherty-Johnsen S. Medication error reporting in rural critical access hospitals in the North Dakota Telepharmacy Project. American journal of health-system pharmacy : AJHP : official journal of the American Society of Health-System Pharmacists 2014; 71(1): 58-67. doi:10.2146/ajhp120533.
13. Jaam M, Naseralallah LM, Hussain TA, Pawluk SA. Pharmacist-led educational interventions provided to healthcare providers to reduce medication errors: A systematic review and meta-analysis. PLoS One 2021; 16(6): 1-23. doi:10.1371/journal.pone.0253588. pmcid:PMC8221459.
14. Mostafa LS, Sabri NA, El-Anwar AM, Shaheen SM. Evaluation of pharmacist-led educational interventions to reduce medication errors in emergency hospitals: a new insight into patient care. Journal of public health (Oxford, England) 2020; 42(1): 169-74. doi:10.1093/pubmed/fdy216.
15. George D, Supramaniam ND, Hamid SQA, Hassali MA, Lim WY, Hss AS. Effectiveness of a pharmacist-led quality improvement program to reduce medication errors during hospital discharge. Pharmacy Practice 2019; 17(3): 1-10. doi:10.18549/PharmPract.2019.3.1501. pmcid:PMC6763293.
16. Shamsuddin A, Jeffries M, Sheikh A, Laing L, Salema N-E, Avery AJ, et al. Strategies supporting sustainable prescribing safety improvement interventions in English primary care: a qualitative study. BJGP open 2021; 5(5): 1-14.

การศึกษาการละเมิดกฎหมายโฆษณาสถานพยาบาลบน Facebook ของคลินิกบริการเสริมความงามในจังหวัดนครศรีธรรมราช

A study of healthcare facility advertising law violations on Facebook by aesthetic clinics in Nakhon Si Thammarat Province

อรรถพล ศรีสุวรรณ[1]

Attapon Srisuwan[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุก ประเภท ระดับความรุนแรง และรูปแบบการละเมิดร่วมของการละเมิดกฎหมายโฆษณาสถานพยาบาลบน Facebook ของคลินิกเสริมความงามในจังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่างคือโพสต์ล่าสุด 10 โพสต์จากคลินิกเสริมความงาม 62 แห่ง รวมทั้งสิ้น 620 โพสต์ เครื่องมือวิจัยเป็นกรอบประเมิน 19 ประเด็น ซึ่งสังเคราะห์จากกฎหมายและข้อบังคับวิชาชีพ 6 ฉบับ ร่วมกับแนวปฏิบัติของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ การประเมินระดับความรุนแรงใช้คะแนนถ่วงน้ำหนัก (Weighted Severity Score : WSS) การวิเคราะห์ดำเนินการ 2 ขั้นตอน คือ ใช้ปัญญาประดิษฐ์ (NotebookLM ขับเคลื่อนด้วย Gemini 1.5 Pro) คัดกรองเบื้องต้น จากนั้นผู้วิจัยในฐานะพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 ตรวจสอบซ้ำทุกโพสต์ในฐานะผู้วินิจฉัยขั้นสุดท้าย ผู้ประเมินร่วมอิสระประเมินซ้ำร้อยละ 10 ของกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่า Cohen's Kappa เท่ากับ 0.9742 (Almost Perfect)

ผลการวิจัยพบว่า จากคลินิก 62 แห่ง มี 61 แห่ง (ร้อยละ 98.4) ที่มีโพสต์ละเมิดกฎหมายอย่างน้อยหนึ่งโพสต์ และจากโพสต์ 620 โพสต์ มี 535 โพสต์ (ร้อยละ 86.3) ที่มีเนื้อหาผิดกฎหมาย การละเมิดที่พบมากที่สุดสามอันดับแรก ได้แก่ การไม่แสดงเลขอนุมัติโฆษณา (ร้อยละ 82.7) การโอ้อวดสรรพคุณเกินจริง (ร้อยละ 65.8) และการไม่แสดงคำเตือน (ร้อยละ 46.3) การละเมิดทั้งสามมักเกิดร่วมกันเป็น Phi Coefficient 0.415–0.517) โพสต์ร้อยละ 55.0 อยู่ในระดับเสี่ยงสูงถึงสูงมาก คลินิกที่มีสาขามีอัตราการละเมิดและระดับความรุนแรงสูงกว่าคลินิกเดี่ยวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.002 และ p=0.025 ตามลำดับ)

การละเมิดกฎหมายโฆษณาสถานพยาบาลบน Facebook เป็นปัญหาเชิงระบบที่มีรูปแบบคาดการณ์ได้ งานวิจัยเสนอให้พัฒนาระบบเฝ้าระวังเชิงรุกโดยนำปัญญาประดิษฐ์มาช่วยคัดกรองเนื้อหาและจัดลำดับการบังคับใช้กฎหมายตามระดับความรุนแรง เพื่อใช้ทรัพยากรของหน่วยงานกำกับดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : การโฆษณาสถานพยาบาล, การคุ้มครองผู้บริโภค, สื่อสังคมออนไลน์

[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: 26 MAR 2026, Revised: 7 JUN 2026, Accepted: 14 JUN 2026

Abstract

This cross-sectional descriptive research examined the prevalence, types, severity, and co-occurrence patterns of healthcare facility advertising law violations on Facebook by aesthetic clinics in Nakhon Si Thammarat Province. The sample comprised the 10 most recent posts from 62 aesthetic clinics, totaling 620 posts. Violations were assessed using a 19-item framework synthesized from 6 relevant laws and professional regulations, together with operational guidelines issued by the Department of Health Service Support. Severity was evaluated using the Weighted Severity Score (WSS). The analysis was conducted in two stages: artificial intelligence (NotebookLM powered by Gemini 1.5 Pro) was used for initial screening, after which the researcher — an authorized official under the Healthcare Facility Act B.E. 2541 (1998)—re-evaluated every post as the final arbiter. An independent rater re-assessed 10% of the sample, yielding a Cohen's Kappa of 0.9742 (Almost Perfect).

Results showed that 61 of 62 clinics (98.4%) had at least one violating post, and 535 of 620 posts (86.3%) contained content in violation of the law. The three most common violations were failure to display the advertising approval number (82.7%), false or exaggerated claims (65.8%), and failure to display legally required warnings (46.3%). These three violations frequently co-occurred as a cluster (Phi Coefficient 0.415 – 0.517). Severity assessment revealed that 55.0% of posts were rated as high or very high risk. Multi-branch clinics had significantly higher violation rates and severity scores than independent clinics (p=0.002 and p=0.025, respectively).

The findings indicate that advertising law violations on Facebook by aesthetic clinics are a systemic problem with predictable patterns. The study recommends developing proactive AI-assisted monitoring systems and prioritizing law enforcement according to violation severity, to ensure efficient use of regulatory resources.

Keywords : Healthcare facility advertising, consumer protection, social media

บทนำ

อุตสาหกรรมบริการเสริมความงามในประเทศไทยเติบโตอย่างรวดเร็ว ปัจจุบันมีคลินิกเวชกรรมด้านความงามมากกว่า 8,500 แห่งทั่วประเทศ การแข่งขันที่รุนแรงทำให้ผู้ประกอบการหันมาใช้สื่อสังคมออนไลน์เป็นช่องทางโฆษณาหลัก โดยเฉพาะ Facebook[1] อย่างไรก็ตาม โฆษณาจำนวนมากยังไม่ได้รับอนุมัติตามที่กฎหมายกำหนด และมีการใช้ข้อความโปรโมชัน ภาพเปรียบเทียบก่อน–หลังรับบริการ (Before–After) รวมถึงข้อความโอ้อวดเกินจริง ซึ่งเข้าข่ายฝ่าฝืนมาตรา 38 แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541[2]

แม้มีกฎหมายกำกับดูแล แต่ในทางปฏิบัติยังพบการฝ่าฝืนในอัตราสูง งานวิจัยในพื้นที่ต่าง ๆ พบอัตราการละเมิดในช่วงร้อยละ 65 – 93[3-7] สาเหตุหลักมาจาก 3 ปัจจัย คือ บทลงโทษที่ไม่รุนแรงพอ บุคลากรกำกับดูแลมีจำกัด และการบังคับใช้กฎหมายยังเป็นเชิงรับ[8-10] ในขณะเดียวกัน การโฆษณาผ่านสื่อดิจิทัลมีอิทธิพลสูงต่อพฤติกรรมผู้บริโภค และเป็นปัจจัยสำคัญต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการและกลับมาใช้บริการซ้ำ[11,12] ด้วยเหตุนี้ คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา[1] จึงเสนอให้นำเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence : AI) มาใช้ในการเฝ้าระวังเชิงรุก

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยพบช่องว่างทางความรู้ที่สำคัญ 4 ประการ **ประการแรก** ยังไม่มีการวิเคราะห์รูปแบบการละเมิดร่วม (Co-occurrence) ระหว่างประเภทการละเมิด **ประการที่สอง** ยังไม่มีเครื่องมือวัดระดับความรุนแรงของการละเมิดในเชิงปริมาณ **ประการที่สาม** กรอบการประเมินที่ผ่านมายังไม่ครอบคลุมกฎหมายและข้อบังคับวิชาชีพฉบับล่าสุด และ**ประการที่สี่** ยังไม่มีงานวิจัยลักษณะนี้ในจังหวัดนครศรีธรรมราช

จังหวัดนครศรีธรรมราช ณ วันที่ 1 ธันวาคม 2568 มีคลินิกเสริมความงามขึ้นทะเบียนทั้งสิ้น 69 แห่ง และทุกแห่งมีเพจ Facebook อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการวิจัยเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบในพื้นที่นี้ ผู้วิจัยจึงพัฒนากรอบประเมินการละเมิด 19 ประเด็น (V01–V19) จากกฎหมาย ข้อบังคับวิชาชีพ และแนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับระบบคะแนนความรุนแรงถ่วงน้ำหนัก เพื่อศึกษาความชุก ประเภท ระดับความรุนแรง และรูปแบบการละเมิดร่วมของโฆษณาบน Facebook ในจังหวัดนครศรีธรรมราช ผลการวิจัยจะเป็นฐานข้อมูลสำหรับการเฝ้าระวังเชิงรุกและการพัฒนามาตรการบังคับใช้กฎหมายที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความชุกและประเภทของการละเมิดกฎหมายโฆษณาสถานพยาบาลบน Facebook ของคลินิกบริการเสริมความงามในจังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อวิเคราะห์รูปแบบการละเมิดร่วม (Co-occurrence) ระหว่างประเภทการละเมิดกฎหมายโฆษณาที่พบในโพสต์บน Facebook
3. เพื่อวิเคราะห์ระดับความรุนแรงของการละเมิดกฎหมายโฆษณาและเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคลินิกแต่ละประเภท

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Research) ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เป็นวิธีการหลักในการศึกษาโพสต์

โฆษณาบน Facebook ของคลินิกเสริมความงามในจังหวัดนครศรีธรรมราช

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือคลินิกเสริมความงามที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ณ วันที่ 1 ธันวาคม 2568 จำนวน 69 แห่ง การคัดเลือกหน่วยวิเคราะห์ดำเนินการ 2 ขั้นตอน คือ 1) ตัดคลินิก 2 แห่ง ที่ไม่มีโพสต์ออก และ 2) รวมคลินิก 10 แห่ง ที่ใช้เพจร่วมกัน (5 คู่สาขา) นับเป็น 5 เพจ คงเหลือ 62 เพจ

หน่วยวิเคราะห์คือ โพสต์บน Facebook โดยเลือกโพสต์ล่าสุด 10 โพสต์ต่อเพจ (Reverse Chronological) รวมทั้งสิ้น 620 โพสต์ เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 25 มกราคม ถึงวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2569 รวม 22 วัน การกำหนดจำนวน 10 โพสต์ล่าสุดต่อเพจ อ้างอิงเหตุผลเชิงวิธีวิทยา 3 ประการ

- ประการแรก : เพื่อควบคุมอคติจากปริมาณการโพสต์ที่แตกต่างกันระหว่างคลินิก (Over-representation Bias) ในกลุ่มตัวอย่างมีความถี่การโพสต์แตกต่างกันมาก ตั้งแต่มัธยฐาน 0.7 วันในเครือข่ายขนาดเล็ก ถึง 2.2 วันในเครือข่ายขนาดใหญ่ การกำหนดจำนวนโพสต์เท่ากันทุกคลินิกจึงทำให้ทุกคลินิกมีน้ำหนักเท่ากันในการวิเคราะห์

- ประการที่สอง : สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่มุ่งศึกษา "ลักษณะการละเมิดในเนื้อหา" มิใช่ "ความถี่การโพสต์" การเลือกโพสต์ล่าสุดสะท้อนเนื้อหาที่คลินิกใช้สื่อสารในปัจจุบัน ทั้งนี้ พบว่าคลินิกเดี่ยวร้อยละ 77.5 มีช่วงห่างระหว่างโพสต์ ไม่เกิน 7 วัน บ่งชี้ว่าโพสต์ล่าสุด 10 รายการครอบคลุมเนื้อหาในช่วงเวลาใกล้เคียงกัน

- ประการที่สาม : ขนาดตัวอย่าง 620 โพสต์ครอบคลุมคลินิกในจังหวัดอย่างเป็นระบบและเทียบเคียงหรือสูงกว่างานวิจัยลักษณะเดียวกันในจังหวัดอื่น[3-7] จึงเพียงพอต่อการวิเคราะห์ทางสถิติและการวิเคราะห์รูปแบบการละเมิดร่วม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลการวิเคราะห์โพสต์โฆษณา

พัฒนาในรูปแบบตาราง Excel ประกอบด้วยข้อมูลระบุตัวตนของโพสต์ ลักษณะสื่อ สถานะการละเมิดในแต่ละประเด็น และรายละเอียดหลักฐานประกอบ

2.2 กรอบการจำแนกประเภทการฝ่าฝืนกฎหมาย

ผู้วิจัยสังเคราะห์กรอบตัวแปรการละเมิด 19 ประเด็น จากกฎหมายและข้อบังคับวิชาชีพ 6 ฉบับ ได้แก่ พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541, ประกาศกรมสนับสนุนบริการสุขภาพเรื่องหลักเกณฑ์การโฆษณา พ.ศ. 2562, ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยจริยธรรม พ.ศ. 2549, ประกาศแพทยสภาที่ 50/2549 ข้อบังคับแพทยสภาเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ พ.ศ. 2565 และ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2566 และประกาศแพทยสภา เรื่อง การโฆษณาเสริมความงาม พ.ศ. 2567 โดยใช้แนวปฏิบัติของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพว่าด้วยการโฆษณาสถานพยาบาล (มีนาคม 2568) ประกอบการตีความ จัดเป็น 7 กลุ่ม พร้อมกำหนดค่าน้ำหนักความรุนแรง (w) 3 ระดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 กรอบตัวแปรการละเมิดกฎหมายโฆษณาสถานพยาบาล

กลุ่ม	Code	ประเด็นการละเมิด	w
A การอนุมัติและเอกสาร	V06	ไม่แสดงเลขอนุมัติโฆษณา (ฆสพ.)	1
B เนื้อหาข้อความ	V02	โอ้อวด เท็จ คำต้องห้าม ตั้งชื่อเทคนิค	2
	V10	อ้างเชี่ยวชาญโดยไม่มีหลักฐาน	2
	V14	การันตีผล 100% / No.1 / ดีที่สุด	2
C เนื้อหาบุคคล	V03	แสดงข้อมูลแพทย์ไม่ครบตามกำหนด	1
	V04	อ้างวุฒิบัตรที่ไม่มีจริง	3
	V09	ใช้บุคคลรับรองผล (รีวิว ดารา Influencer)	2
D เนื้อหาภาพ	V05	ภาพขณะทำหัตถการ	2
	V11	Before–After ไม่เป็นไปตามเงื่อนไข	2
	V13	เนื้อหาลามกหรือขัดศีลธรรมอันดี	3
E ผลิตภัณฑ์	V07	แสดงยี่ห้อยา/เครื่องมือแพทย์ไม่มีเลขอนุญาต	2
	V08	หัตถการ/ผลิตภัณฑ์ที่ไม่ได้รับรองให้โฆษณาต่อสาธารณะ	3
F คำเตือนและราคา	V12	ไม่แสดงคำเตือนตามกฎหมาย	1
	V15	โปรโมชันไม่แสดงเงื่อนไข	1
G โครงสร้างกิจการ	V16	ประกอบกิจการนอกเหนือใบอนุญาต	2
	V17	หัตถการโดยไม่มีแพทย์ควบคุม	3
	V18	อ้างสถาบันพระมหากษัตริย์โดยไม่ได้รับอนุญาต	3
	V19	ถ่ายทอดสดหัตถการ/ทำหัตถการต่อตนเอง	2

<u>หมายเหตุ :</u> V06 รวม V01 (ไม่ขออนุมัติรายชิ้น) ไว้ในประเด็นเดียวกัน เนื่องจากระบบอนุมัติโฆษณาปัจจุบันเป็นการอนุมัติช่องทาง ไม่ใช่รายชิ้นงาน การตรวจสอบจึงพิจารณาจากการแสดงเลข ฆสพ. ในโพสต์เป็นหลัก

2.3 ระบบคะแนนความรุนแรงถ่วงน้ำหนัก (Weighted Severity Score : WSS)

เพื่อจำแนกระดับความเสี่ยงของโพสต์แต่ละชิ้น ผู้วิจัยคำนวณคะแนน WSS จากสูตร

$$WSS = \Sigma(w_i \times V_i)$$

โดย V_i มีค่า 0 (ไม่ละเมิด) หรือ 1 (ละเมิด) และ w_i คือค่าน้ำหนักของแต่ละประเด็นตามตารางที่ 1 คะแนนเต็ม 37 คะแนน ค่าน้ำหนักความรุนแรง 3 ระดับกำหนดตามหลักการจำแนกผลกระทบต่อผู้บริโภค (Consequence-based Classification) ดังนี้ w = 1 สำหรับการละเมิดด้านเอกสารหรือเงื่อนไขทางปกครองที่ไม่กระทบต่อการตัดสินใจของผู้บริโภคโดยตรง, w = 2 สำหรับการละเมิดที่บิดเบือนข้อมูลทำให้ผู้บริโภครับบริการโดยขาดข้อมูลที่ถูกต้อง และ w = 3 สำหรับการละเมิดที่อาจนำไปสู่อันตรายร้ายแรงต่อร่างกายหรือชีวิต

เช่น การทำหัตถการโดยไม่มีแพทย์ควบคุม หรือการใช้ผลิตภัณฑ์ที่ไม่ได้รับการรับรอง

จากนั้นจำแนกระดับความเสี่ยงเป็น 4 ระดับ ได้แก่ **ต่ำ** (0 คะแนน) คือ ไม่พบการละเมิด, **ปานกลาง** (1 – 6 คะแนน) ครอบคลุมโพสต์ที่ละเมิดด้านเอกสารเป็นหลัก, **สูง** (7 – 10 คะแนน) เป็นโพสต์ที่มีการบิดเบือนข้อมูลผู้บริโภคร่วมด้วย และ**สูงมาก** (≥ 11 คะแนน) เป็นโพสต์ที่ละเมิดหลายมิติ รวมถึงมิติที่เสี่ยงต่ออันตรายร้ายแรง

2.4 การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ

การพัฒนากรอบ V01–V19 และระบบ WSS ผ่านการตรวจสอบความตรง 3 มิติ ดังนี้

1) ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) กรอบประเมินทั้ง 19 ประเด็น ได้รับการสังเคราะห์เนื้อหามาจากบทบัญญัติทางกฎหมายและข้อบังคับวิชาชีพที่เกี่ยวข้องรวม 6 ฉบับ (รายละเอียดดังระบุในหัวข้อ 2.2) โดยกำหนดให้ทุกตัวแปรต้องมีความเชื่อมโยงกับฐานข้อกฎหมายอย่างชัดเจนและตรงประเด็น

การพัฒนากรอบประเมินเริ่มต้นจาก 15 ประเด็นหลัก (V01 – V15) ต่อมาได้ขยายเพิ่มเป็น 19 ประเด็น เพื่อให้ครอบคลุมการละเมิดเชิงโครงสร้าง (V16 – V17) และข้อบังคับตามกฎหมายใหม่ในช่วงปี พ.ศ. 2567 – 2568 (V18 – V19) ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ประสบการณ์กว่า 20 ปีในฐานะเจ้าหน้าที่ตรวจสอบโฆษณาสถานพยาบาล เพื่อให้กรอบการประเมินนี้สอดคล้องกับรูปแบบการละเมิดที่พบได้จริงในการปฏิบัติงาน

2) ความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) การกำหนดค่าน้ำหนัก 3 ระดับ อ้างอิงจากหลักการจำแนกผลกระทบต่อผู้บริโภค ซึ่งสอดคล้องกับโครงสร้างบทลงโทษทางกฎหมายที่เพิ่มขึ้นตามระดับความรุนแรง ดังนี้

- **น้ำหนัก 1** (การละเมิดด้านเอกสาร) เป็นข้อบกพร่องที่แก้ไขได้ง่าย ไม่กระทบต่อความปลอดภัยโดยตรง (มิติ V03, V06, V12 และ V15)
- **น้ำหนัก 2** (การละเมิดที่กำหนดโทษหนักขึ้น) สอดคล้องกับมาตรา 38 วรรคสอง เป็นการบิดเบือนข้อมูลหรือโอ้อวดเกินจริง (มิติ V02, V05, V07, V09, V10, V11, V14, V16 และ V19)
- **น้ำหนัก 3** (การละเมิดที่เสี่ยงต่ออันตราย) อาจนำไปสู่อันตรายร้ายแรงต่อผู้บริโภค หรือเข้าข่ายความผิดทางอาญาตามกฎหมายอื่น (มิติ V04, V08, V13, V17 และ V18)

3) เกณฑ์จุดตัด (Cut-off Criteria) จุดตัดที่ 7 คะแนน (ระหว่างปานกลางและสูง) สะท้อนการเปลี่ยนผ่านจากการละเมิดด้านเอกสารเป็นหลัก ไปสู่การละเมิดที่บิดเบือนข้อมูลผู้บริโภคร่วมด้วย ส่วนจุดตัดที่ 11 คะแนน (ระหว่างสูงและสูงมาก) สะท้อนโพสต์ที่ละเมิดหลายมิติพร้อมกัน รวมถึงมิติที่อาจเสี่ยงต่ออันตรายร้ายแรง

อย่างไรก็ตาม WSS เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นใหม่ในการวิจัยครั้งนี้ ยังไม่ผ่านการทดสอบความตรงด้วยวิธีการมาตรฐานเชิงปริมาณ เช่น ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) หรือเทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique) จึงนำเสนอเป็นเครื่องมือเชิงสำรวจ (Exploratory Tool) (อภิปรายเพิ่มเติมในข้อจำกัดการวิจัย ข้อ 7)

2.5 การตรวจสอบความน่าเชื่อถือระหว่างผู้ประเมิน

ผู้วิจัยเชิญพนักงานเจ้าหน้าที่ที่มีประสบการณ์ตรวจสอบโฆษณาสถานพยาบาลไม่ต่ำกว่า 5 ปี ทำหน้าที่เป็นผู้ประเมินร่วม โดยประเมินอย่างเป็นอิสระจากผู้วิจัย จำนวน 62 โพสต์ ซึ่งสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) คลินิกละ 1 โพสต์ คิดเป็นร้อยละ 10 ของกลุ่มตัวอย่าง การประเมินดำเนินการโดยไม่เห็นผลของผู้วิจัย (Blind Assessment)

บทบาทของผู้ประเมินร่วมจำกัดเฉพาะการทดสอบความน่าเชื่อถือของกรอบประเมิน ไม่มีบทบาทในการวินิจฉัยขั้นสุดท้ายของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (620 โพสต์) ผู้วิจัยซึ่งมีประสบการณ์มากกว่า 20 ปี ทำหน้าที่วินิจฉัยขั้นสุดท้าย (Final Arbiter) ทุกกรณี การออกแบบนี้สะท้อนบริบทการบังคับใช้กฎหมายในทางปฏิบัติ ขณะเดียวกัน การมีผู้ประเมินร่วมอิสระช่วยลดอคติส่วนบุคคลและเสริมความโปร่งใสของกระบวนการ

ผลการทดสอบพบ Percent Agreement ร้อยละ 98.98 และ Cohen's Kappa = 0.9742 (Almost Perfect)[15] โดย 14 มิติจาก 19 มิติมีค่า κ = 1.0000 (สอดคล้องสมบูรณ์) ส่วนมิติที่มีค่า κ ต่ำสุดคือ V13 (κ = 0.49) และ V03 (κ = 0.69) ผลดังกล่าวยืนยันความน่าเชื่อถือของ "เกณฑ์การประเมิน" แต่ยังคงมีความเสี่ยงของอคติจากบทบาทของผู้วิจัยหลงเหลืออยู่ (ดูข้อจำกัดการวิจัย ข้อ 6)

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยรวบรวมรายชื่อคลินิกเสริมความงามจากทะเบียนสถานพยาบาลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งเป็นข้อมูลที่เปิดเผยต่อสาธารณะ จากนั้นสืบค้นเพจ Facebook ของแต่ละคลินิก และบันทึกข้อความฉบับเต็ม รูปภาพ และวิดีโอของโพสต์ 10 รายการล่าสุด

การวิเคราะห์เนื้อหาดำเนินการเป็น 2 ขั้นตอน

1) ขั้นตอนแรก : ใช้แอปพลิเคชัน NotebookLM (Google ขับเคลื่อนด้วย Gemini 1.5 Pro) คัดกรองเบื้องต้น (Initial Screening) โพสต์ทั้งหมด 620 โพสต์ ครบทุก 19 ประเด็น รวม 11,780 การวินิจฉัย

2) ขั้นตอนที่สอง : ผู้วิจัยซึ่งเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และมีประสบการณ์ตรวจสอบสถานพยาบาลมากกว่า 20 ปี ตรวจสอบซ้ำทุกโพสต์ทุกประเด็นด้วยตนเองอย่างเป็นอิสระในฐานะผู้ตัดสินสุดท้าย (Final Arbiter) ทุกกรณี

การวิเคราะห์ความสอดคล้องระหว่าง AI กับผู้วิจัยพบค่า Overall Agreement ร้อยละ 97.6 และ Cohen's Kappa = 0.9378 อยู่ในระดับ Almost Perfect

AI มีประสิทธิภาพสูงในประเด็นที่มีกฎเกณฑ์ชัดเจน เช่น การตรวจจับคำต้องห้าม (V02, κ = 0.92) เลขอนุมัติโฆษณา (V06, κ = 0.98) และยี่ห้อยา (V07, κ = 0.95) อย่างไรก็ตาม AI มีข้อจำกัดในประเด็นที่ต้องอาศัยดุลยพินิจ โดยเฉพาะการแยกว่าบุคคลที่ปรากฏในโพสต์เป็นแพทย์ประจำคลินิกหรือบุคคลทั่วไป (V03, κ = 0.60) ประเด็นเหล่านี้ผู้วิจัยเป็นผู้วินิจฉัยโดยตรงทุกกรณี

นอกจากนี้ AI ยังมีแนวโน้มตรวจจับเกิน (False Positive : FP) มากกว่าพลาดการตรวจจับ (False Negative : FN) ในอัตราส่วน 195 ต่อ 93 ซึ่งคุณลักษณะที่พึงประสงค์สำหรับการคัดกรองเบื้องต้น

ทุกการวินิจฉัยบันทึกพร้อมหลักฐานประกอบ ได้แก่ ภาพถ่ายหน้าจอ (Screenshot) ของข้อความ ภาพ และ/หรือวิดีโอ พร้อมระบุบทบัญญัติกฎหมายที่เกี่ยวข้องไว้ในแบบบันทึกข้อมูล เพื่อให้สามารถตรวจสอบย้อนหลังและทำซ้ำได้ (Audit Trail)

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา สถิติเชิงอนุมาน และการวิเคราะห์รูปแบบการละเมิดร่วม

1) สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย มัธยฐาน ฐานนิยม และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สำหรับวิเคราะห์ความชุกความถี่รายประเด็น และการกระจายของคะแนน WSS

2) สถิติเชิงอนุมาน ใช้สถิติ 2 ชนิดหลัก คือ Chi-square test with Yates' correction สำหรับเปรียบเทียบอัตราการละเมิดระหว่างกลุ่ม และ Mann-Whitney U test สำหรับเปรียบเทียบคะแนนความรุนแรงเฉลี่ยระหว่างคลินิกที่มีสาขากับคลินิกเดี่ยว เนื่องจากข้อมูลไม่มีการแจกแจงปกติ (Shapiro-Wilk, $p<0.001$)

กรณีที่เปรียบเทียบมากกว่า 2 กลุ่ม ใช้ Kruskal-Wallis test ร่วมกับการทดสอบรายคู่แบบ Mann-Whitney และปรับค่าความมีนัยสำคัญด้วยวิธี Bonferroni correction

3) การวิเคราะห์รูปแบบการละเมิดร่วม (Co-occurrence) คำนวณค่าสัมประสิทธิ์ Phi (φ) เพื่อวัดความสัมพันธ์ระหว่างคู่ตัวแปรการละเมิด ร่วมกับค่าความน่าจะเป็นแบบมีเงื่อนไข (Conditional Probability) โดยใช้เกณฑ์ตีความ ดังนี้

- สูงมาก ($\varphi \geq 0.70$)
- สูง ($0.40 \leq \varphi < 0.70$)
- ปานกลาง ($0.20 \leq \varphi < 0.40$)
- ต่ำ ($0.10 \leq \varphi < 0.20$)
- ต่ำมาก ($\varphi < 0.10$)

การพิทักษ์สิทธิ์ การวิจัยครั้งนี้ศึกษาเฉพาะข้อมูลที่เผยแพร่ต่อสาธารณะบนเพจ Facebook ของสถานพยาบาล ซึ่งบุคคลทั่วไปสามารถเข้าถึงได้โดยไม่ต้องได้รับอนุญาต ไม่มีการเก็บข้อมูลส่วนบุคคล และไม่มีการติดต่อหรือแทรกแซงกลุ่มตัวอย่างในทุกกรณี จึงเข้าข่ายได้รับการยกเว้นจากการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ตามหลักเกณฑ์สากล ทั้งนี้ การวิจัยได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชาให้ดำเนินการแล้ว

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของโพสต์โฆษณาที่ศึกษา

จากโพสต์ 620 โพสต์ที่วิเคราะห์ พบว่าส่วนใหญ่เป็นโพสต์โฆษณาสถานพยาบาล 533 โพสต์ (ร้อยละ 86.0) ที่เหลือเป็นโพสต์ประชาสัมพันธ์ทั่วไป ให้ความรู้ด้านสุขภาพ และอื่น ๆ รวม 87 โพสต์ (ร้อยละ 14.0)

ด้านลักษณะสื่อ โพสต์ทั้งหมดมีข้อความเป็นองค์ประกอบหลัก โดยร้อยละ 85.6 มีภาพนิ่งประกอบ ร้อยละ 10.2 เป็นวิดีโอ และร้อยละ 14.0 เป็นข้อความอย่างเดียว องค์ประกอบเนื้อหาที่พบบ่อย ได้แก่ ภาพผลิตภัณฑ์ (ร้อยละ 32.6) ภาพดารา/ อินฟลูเอนเซอร์ (ร้อยละ 19.4) และภาพแพทย์ (ร้อยละ 16.9)

ด้านความถี่การโพสต์ ผู้วิจัยจำแนกคลินิกเป็น 3 กลุ่มตามขนาดเครือข่าย ได้แก่ คลินิกเครือข่ายขนาดใหญ่ (มากกว่า 3 สาขา, 10 แห่ง) คลินิกเครือข่ายขนาดเล็ก (2–3 สาขา, 9 แห่ง) และคลินิกเดี่ยว (ไม่มีสาขา, 43 แห่ง) พบว่าคลินิกทุกกลุ่มมีการโพสต์อย่างสม่ำเสมอ มัธยฐานระยะห่างระหว่างโพสต์ 2.2 วัน ในกลุ่มเครือข่ายขนาดใหญ่ 0.7 วันในกลุ่มเครือข่าย

ขนาดเล็ก ส่วนคลินิกเดี่ยวมีความหลากหลายภายในกลุ่มมากที่สุด แต่ร้อยละ 77.5 มีช่วงห่างไม่เกิน 7 วัน บ่งชี้ว่าคลินิกส่วนใหญ่ใช้ Facebook เป็นช่องทางโฆษณาอย่างต่อเนื่องทุกขนาด

1. ความชุกและประเภทของการละเมิดกฎหมายโฆษณา

จากการวิเคราะห์โพสต์ทั้ง 620 โพสต์ พบว่าคลินิกถึงร้อยละ 98.4 (61 จาก 62 แห่ง) มีโพสต์ที่ละเมิดกฎหมายอย่างน้อยหนึ่งโพสต์ และเมื่อพิจารณาในระดับโพสต์ พบว่าร้อยละ 86.3 (535 โพสต์) มีเนื้อหาที่ผิดกฎหมาย

สิ่งที่น่าสังเกตคือการละเมิดมักไม่เกิดขึ้นเพียงมิติเดียว แต่ละโพสต์ที่ละเมิดมีจำนวนมิติการละเมิดเฉลี่ยถึง 5.79 มิติ และร้อยละ 70.2 ละเมิดพร้อมกัน 4 – 8 มิติในโพสต์เดียว บ่งชี้ว่าโพสต์ที่มีปัญหามักมีหลายข้อบกพร่องควบคู่กันไป

เมื่อจำแนกตามประเภทเนื้อหาโพสต์โฆษณาบริการทางการแพทย์มีอัตราการละเมิดสูงที่สุดถึงร้อยละ 98.9 (527 จาก 533 โพสต์) รายละเอียดความถี่การละเมิดรายมิติดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความถี่ของการละเมิดกฎหมายโฆษณา จำแนกตามกลุ่มและมิติ (n = 620)

กลุ่ม	มิติ	รายละเอียด	จำนวน	ร้อยละ
A	V06	ไม่แสดงเลขอนุมัติโฆษณา (ฆสพ.)	513	82.7
B	V02	โอ้อวด/เท็จ/คำต้องห้าม	408	65.8
	V10	อ้างเชี่ยวชาญไม่มีหลักฐาน	44	7.1
	V14	การันตีผล/No.1/ดีที่สุด	78	12.6
C	V03	ข้อมูลแพทย์ไม่ครบ	214	34.5
	V04	อ้างวุฒิบัตรไม่มีจริง	2	0.3
	V09	บุคคลรับรองผลการรักษา	266	42.9
D	V05	ภาพขณะทำหัตถการ	60	9.7
	V11	Before–After ไม่ตามเงื่อนไข	127	20.5
	V13	เนื้อหาลามก/ขัดศีลธรรม	9	1.5
E	V07	ยี่ห้อยา/เครื่องมือแพทย์ไม่มีเลขอนุญาต	241	38.9
	V08	หัตถการ/ผลิตภัณฑ์ที่ไม่ได้รับรองให้โฆษณาต่อสาธารณะ	94	15.2
F	V12	ไม่แสดงคำเตือนตามกฎหมาย	287	46.3
	V15	โปรโมชันไม่แสดงเงื่อนไข	198	31.9

ตารางที่ 2 ความถี่ของการละเมิดกฎหมายโฆษณา จำแนกตามกลุ่มและมิติ (n = 620) (ต่อ)

กลุ่ม	มิติ	รายละเอียด	จำนวน	ร้อยละ
G	V16	กิจการนอกเหนือใบอนุญาต	13	2.1
	V17	หัตถการโดยไม่มีแพทย์ควบคุม	12	1.9
	V18	อ้างสถาบันพระมหากษัตริย์โดยไม่ได้รับอนุญาต	0	0.0
	V19	Live/หัตถการต่อตนเอง	17	2.7

หมายเหตุ : หนึ่งโพสต์อาจละเมิดได้หลายมิติ จึงนับซ้ำได้ ทั้งนี้รวม V01 (ไม่ขออนุมัติรายชิ้น) ไว้ใน V06 เพราะระบบปัจจุบันอนุมัติโฆษณาเป็น 'ช่องทาง' ไม่ใช่รายชิ้น การตรวจสอบจึงพิจารณาจากการแสดงเลข ฆสพ. ในโพสต์เป็นหลัก

เมื่อประเมินระดับความเสี่ยงของโพสต์ด้วยคะแนน WSS พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของโพสต์ทั้งหมด (341 โพสต์, ร้อยละ 55.0) อยู่ในระดับเสี่ยงสูงถึงสูงมาก กล่าวคือมีเนื้อหาที่อาจทำให้ผู้บริโภคตัดสินใจรับบริการโดยขาดข้อมูลที่ถูกต้อง หรืออาจนำไปสู่อันตรายต่อสุขภาพ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับความเสี่ยงของโพสต์โฆษณา (n = 620)

ระดับความเสี่ยง	เกณฑ์ WSS	จำนวน	ร้อยละ
สูงมาก	≥ 11	100	16.1
สูง	7–10	241	38.9
ปานกลาง	1–6	194	31.3
ต่ำ	0	85	13.7

2. รูปแบบการละเมิดร่วม (Co-occurrence)

การวิเคราะห์รูปแบบการเกิดร่วมกันของการละเมิดโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ Phi (φ) พบคู่การละเมิดที่มีความสัมพันธ์ระดับสูงถึงปานกลาง 6 คู่ ดังแสดงในตารางที่ 4 ซึ่งพบรูปแบบการละเมิดร่วมที่น่าสนใจ 2 ลักษณะ

1) ลักษณะแรก การละเมิด 3 มิติหลัก ได้แก่ ไม่แสดงเลข ฆสพ. โอ้อวดเกินจริง และไม่แสดงคำเตือน มักเกิดขึ้นพร้อมกันเป็นชุด (φ = 0.415 – 0.517) อธิบายได้ว่าโพสต์ที่ไม่ผ่านการพิจารณาเนื้อหาก่อนเผยแพร่ย่อมขาดกลไกกำกับ จึงมีแนวโน้มโอ้อวดเกินจริงและละเลยคำเตือนตามกฎหมายไปพร้อมกัน

2) ลักษณะที่สอง การใช้บุคคลรับรองผลคู่กับภาพ Before–After (φ = 0.376) สะท้อนกลยุทธ์การตลาดที่ใช้ภาพเป็นหลักฐานเสริมความน่าเชื่อถือให้คำรับรอง โดยร้อยละ 79.5 ของโพสต์ที่มีภาพ Before–After มีบุคคลรับรองผลร่วมด้วย

ตารางที่ 4 คู่การละเมิดร่วมที่สำคัญ เรียงตามค่า Phi (n = 620)

ลำดับ	คู่การละเมิด	n	Phi (φ)	ระดับ
1	ไม่แสดงเลข ฆสพ. + โอ้อวด/เท็จ (V06+V02)	395	0.517	สูง
2	โอ้อวด/เท็จ + ไม่แสดงคำเตือน (V02+V12)	250	0.417	สูง
3	ไม่แสดงเลข ฆสพ. + ไม่แสดงคำเตือน (V06+V12)	286	0.415	สูง
4	โอ้อวด/เท็จ + โปรโมชันไม่แสดงเงื่อนไข (V02+V15)	185	0.399	ปานกลาง
5	บุคคลรับรองผล + Before–After ไม่ตามเงื่อนไข (V09+V11)	101	0.376	ปานกลาง
6	ไม่แสดงเลข ฆสพ. + ยี่ห้อยา/เครื่องมือแพทย์ (V06+V07)	240	0.355	ปานกลาง

หมายเหตุ : n = จำนวนโพสต์ที่พบการละเมิดทั้งสองมิติร่วมกัน; ตัดคู่ที่ซ้ำซ้อนจากการรวม V01 เข้ากับ V06 ออกแล้ว (ดูหมายเหตุตารางที่ 2)

3. การเปรียบเทียบระดับความรุนแรงระหว่างคลินิกที่มีสาขากับคลินิกเดี่ยว

เมื่อเปรียบเทียบคลินิกที่มีสาขา (n = 190 โพสต์) กับคลินิกเดี่ยว (n = 430 โพสต์) พบว่าคลินิกที่มีสาขามีทั้งอัตราการละเมิดและคะแนนความรุนแรงเฉลี่ยสูงกว่าคลินิกเดี่ยวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบการละเมิดระหว่างคลินิกที่มีสาขากับคลินิกเดี่ยว

รายการ	มีสาขา (n = 190)	เดี่ยว (n = 430)	สถิติทดสอบ	p-value
อัตราการละเมิด (%)	93.2	83.5	χ^2 = 9.710	0.002
คะแนน WSS เฉลี่ย (SD)	7.36 (3.94)	6.22 (3.97)	U = 45,428	0.025

Mann-Whitney U test (two-sided); ข้อมูลไม่มีการแจกแจงปกติทั้งสองกลุ่ม (Shapiro-Wilk, p<0.001)

เมื่อจำแนกตามขนาดเครือข่ายเป็น 3 กลุ่ม พบว่าอัตราการละเมิดและระดับความรุนแรงเรียงลำดับสอดคล้องกับขนาดเครือข่าย ได้แก่ เครือข่ายขนาดใหญ่ (มากกว่า 3 สาขา)ร้อยละ 95.0 คะแนน WSS เฉลี่ย 7.78 เครือข่ายขนาดเล็ก (2 – 3 สาขา) ร้อยละ 91.1 คะแนน WSS เฉลี่ย 6.89 และคลินิกเดี่ยว (ไม่มีสาขา)ร้อยละ 83.5 คะแนน WSS เฉลี่ย 6.22 อย่างไรก็ตาม การทดสอบรายคู่ด้วย Mann-Whitney (Bonferroni correction) พบว่าความแตกต่างที่มีนัยสำคัญเกิดขึ้นเฉพาะระหว่างเครือข่ายขนาดใหญ่กับคลินิกเดี่ยวเท่านั้น (p=0.014) ขณะที่เครือข่ายขนาดเล็กกับคลินิกเดี่ยวไม่แตกต่างกัน (p=0.088) บ่งชี้ว่าขนาดเครือข่ายที่ใหญ่มากเป็นปัจจัยสำคัญ มากกว่าการมีสาขาเพียงไม่กี่แห่ง

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบอัตราการละเมิดรายประเด็น ระหว่างคลินิกที่มีสาขากับคลินิกเดี่ยว (หน่วย : ร้อยละ)

ประเด็น	มีสาขา (n = 190)	เดี่ยว (n = 430)	p-value
เนื้อหาโอ้อวด/คำต้องห้าม	**75.8**	62.8	0.002
ไม่แสดงเลข ฆสพ.	**85.8**	78.6	0.047
บุคคลรับรองผลการรักษา	**62.1**	39.3	<0.001
ไม่แสดงคำเตือน	**53.7**	38.6	<0.001
ผลิตภัณฑ์/หัตถการห้ามโฆษณาต่อสาธารณะ	10.5	**20.2**	0.005

Chi-square test with Yates' correction, df = 1 ทุกประเด็น; ตัวหนา = กลุ่มที่มีอัตราสูงกว่า; นิยามแต่ละประเด็น ดูตารางที่ 2

จากตารางที่ 6 คลินิกที่มีสาขาละเมิดในลักษณะที่แตกต่างจากคลินิกเดี่ยวอย่างชัดเจนใน 2 ทิศทาง

- ทิศทางแรก : คลินิกที่มีสาขามีอัตราการละเมิดสูงกว่าใน 4 ประเด็น โดยความแตกต่างที่เด่นชัดที่สุดคือการใช้บุคคลรับรองผลการรักษาซึ่งพบสูงกว่าคลินิกเดี่ยว 1.6 เท่า (ร้อยละ 62.1 เทียบกับ 39.3, p<0.001) สะท้อนการใช้กลยุทธ์ Influencer Marketing อย่างเป็นระบบนอกจากนี้ ยังมีอัตราการใช้เนื้อหาโอ้อวด (ร้อยละ 75.8 เทียบกับ 62.8, p=0.002) และการละเลยการแสดงคำเตือน (ร้อยละ 53.7 เทียบกับ 38.6, p<0.001) สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน

- ทิศทางที่สอง : คลินิกเดี่ยวกลับมีอัตราการโฆษณาผลิตภัณฑ์หรือหัตถการที่ห้ามโฆษณาต่อสาธารณะสูงกว่าคลินิกที่มีสาขาเกือบสองเท่า (ร้อยละ 20.2 เทียบกับ 10.5, p=0.005) บ่งชี้ว่าความเสี่ยงด้านความปลอดภัยของผู้บริโภคมิได้กระจุกตัวอยู่ในคลินิกขนาดใหญ่เท่านั้น

สำหรับการไม่แสดงเลข ฆสพ. แม้พบในทั้งสองกลุ่มในอัตราสูง (ร้อยละ 85.8 และ 78.6) แต่ขนาดผลอยู่ในระดับต่ำ (Cramer's V = 0.080) สะท้อนว่าปัญหานี้เป็นช่องว่างเชิงระบบที่เกิดขึ้นในคลินิกทุกขนาด

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

อภิปรายผลการวิจัย

ด้านความชุกและประเภทการละเมิด

การวิจัยครั้งนี้พบอัตราการละเมิดร้อยละ 86.3 และคลินิกร้อยละ 98.4 มีการละเมิดอย่างน้อยหนึ่งโพสต์ สะท้อนว่าการละเมิดกฎหมายโฆษณาสถานพยาบาลเป็นปัญหาเชิงระบบที่แพร่หลาย

อัตราดังกล่าวสูงกว่างานวิจัยที่ผ่านมาในประเทศไทยซึ่งพบในช่วงร้อยละ 65 – 93[3-7] ความแตกต่างนี้อธิบายได้จาก 2 ปัจจัย คือ กรอบการประเมินครอบคลุม 19 มิติจากกฎหมายและข้อบังคับ 6 ฉบับ ซึ่งกว้างกว่างานวิจัยก่อนหน้าที่มักใช้เพียง 5 – 10 มิติ และการเก็บข้อมูลมาจากโพสต์ที่เผยแพร่จริง ไม่ใช่เฉพาะโฆษณาที่ยื่นขออนุมัติ

การไม่แสดงเลข ฆสพ. ซึ่งพบสูงที่สุด (ร้อยละ 82.7) ควรพิจารณาภายใต้บริบทของระบบอนุมัติโฆษณาในปัจจุบันที่กำหนดให้ยื่นขออนุมัติเป็นรายช่องทาง ไม่ใช่รายชิ้นงาน เนื่องจากเนื้อหาสื่อออนไลน์มีการเปลี่ยนแปลงบ่อยและมีปริมาณ มาก การบังคับให้ยื่นทุกชิ้นงานจะสร้างภาระแก่ผู้ประกอบการและเจ้าหน้าที่ที่มีกำลังคนจำกัดเกินสมควร ผลที่ตามมาคือโพสต์แต่ละชิ้นไม่มีเลข ฆสพ. ประจำโพสต์ให้แสดง แม้ช่องทางเพจ

จะผ่านการอนุมัติแล้วก็ตาม ลักษณะเช่นนี้ชี้ว่าปัญหาอยู่ที่ช่องว่างระหว่างการกำกับช่องทางกับการกำกับเนื้อหา ไม่ใช่เจตนาฝ่าฝืนของผู้ประกอบการ จึงจำเป็นต้องพัฒนากลไกตรวจสอบเนื้อหาที่สมดุลระหว่างประสิทธิภาพการกำกับดูแลกับภาระที่ผู้ประกอบการรับไหว[2,10]

ด้านลักษณะเนื้อหาเชิงคุณภาพ

การวิเคราะห์เนื้อหาเชิงคุณภาพเผยให้เห็นรูปแบบการละเมิดที่น่ากังวลหลายประการ คำต้องห้ามที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ "พิเศษ/สุดพิเศษ" (67 โพสต์) "เท่านั้น" (62 โพสต์) และ "เพียง" (60 โพสต์) สะท้อนการใช้ภาษากระตุ้นการตัดสินใจที่เข้าข่ายคำต้องห้ามตามกฎหมาย

ประเด็นที่น่ากังวลด้านความปลอดภัยคือการโฆษณายากลุ่ม GLP-1 Agonists (เช่น Ozempic, Wegovy, Mounjaro) ต่อประชาชนทั่วไปผ่านสื่อสังคมออนไลน์ พบใน 39 โพสต์ แม้ยาดังกล่าวใช้ได้ภายใต้การดูแลของแพทย์ แต่การโฆษณาต่อประชาชนทั่วไปเป็นสิ่งต้องห้ามตามกฎหมาย เพราะอาจกระตุ้นให้ผู้บริโภคขอรับยาโดยไม่ผ่านการประเมินทางการแพทย์ที่เหมาะสม พบว่าบางคลินิกมีการปรับภาษาเพื่อหลีกเลี่ยงการตรวจจับ โดยใช้คำเลี่ยง เช่น "ปากกาคุมหิว" หรือ "เปปไทด์คุมหิว" แทนการระบุชื่อยาโดยตรง ซึ่งบ่งชี้ถึงการปรับตัวเชิงกลยุทธ์เพื่อหลบเลี่ยงมาตรการกำกับดูแล ยังพบข้อบกพร่องด้านข้อมูลที่ผู้บริโภคพึงได้รับอย่างแพร่หลาย ทั้งภาพ Before-After ที่ขาดข้อความกำกับตามกฎหมาย (117 โพสต์) และข้อมูลแพทย์ที่ไม่ครบถ้วน ไม่ว่าจะเป็นเลขใบอนุญาต (200 โพสต์) และชื่อ-นามสกุลจริง (182 โพสต์)

ข้อค้นพบที่มีนัยสำคัญด้านความปลอดภัยสูงที่สุดคือการโฆษณาให้เข้ารับหัตถการในวันที่ไม่มีแพทย์ปฏิบัติงาน ซึ่งพบใน 10 โพสต์จาก 5 คลินิก แม้จำนวนไม่มาก แต่สะท้อนปัญหาเชิงโครงสร้างที่ผู้ประกอบการยอมรับโดยปริยายว่ามีการให้บริการโดยไม่มีแพทย์ควบคุม ซึ่งผิดกฎหมายวิชาชีพเวชกรรมโดยตรงและก่อความเสี่ยงต่อผู้บริโภคอย่างมีนัยสำคัญ

ด้านระดับความรุนแรง

การละเมิดที่บิดเบือนการตัดสินใจของผู้บริโภค ได้แก่ การโอ้อวดเกินจริง การใช้บุคคลรับรองผล และการแสดงยี่ห้อยาโดยไม่มีเลขอนุญาต คิดเป็นสัดส่วนสูงสุดของคะแนนความรุนแรงสะสม ร้อยละ 61.6 สอดคล้องกับที่คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา[1] ระบุว่าการโฆษณาสถานพยาบาลที่ฝ่าฝืนกฎหมายเป็น “ภัยคุกคามสุขภาพ” ข้อค้นพบนี้บ่งชี้ว่าการกำหนดลำดับความสำคัญในการบังคับใช้กฎหมายอาจพิจารณาให้น้ำหนักกับการละเมิดที่บิดเบือนการตัดสินใจของผู้บริโภคควบคู่ไปกับการละเมิดด้านเอกสาร อย่างไรก็ตาม การวิจัยเป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง ข้อเสนอเชิงนโยบายควรพิจารณาประกอบกับปัจจัยเชิงบริบทอื่น

ด้านรูปแบบการละเมิดร่วม

การวิเคราะห์รูปแบบการเกิดร่วมกันของการละเมิดเป็นจุดเด่นของการวิจัยครั้งนี้ที่ยังไม่มีงานวิจัยในประเทศไทยศึกษาในลักษณะเดียวกัน พบว่าการไม่แสดงเลข ฆสพ. การโอ้อวดเกินจริง และการไม่แสดงคำเตือน มักเกิดร่วมกันเป็นชุด (Violation Cluster, φ = 0.415–0.517) อธิบายได้ว่าเมื่อโพสต์ไม่ผ่านการพิจารณาเนื้อหาก่อนเผยแพร่ย่อมไม่มีกลไกกำกับ ส่งผลให้เนื้อหามีแนวโน้มโอ้อวดเกินจริงและขาดคำเตือนตามไปด้วย สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าการอบรมและการยื่น

ขออนุมัติโฆษณาช่วยให้เนื้อหามีความเหมาะสมมากขึ้น[13] และการจัดการแบบบูรณาการสามารถส่งเสริมการปฏิบัติตามกฎหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ[14] ในเชิงนโยบาย ข้อค้นพบนี้บ่งชี้ว่าการเพิ่มอัตราการพิจารณาเนื้อหาก่อนเผยแพร่อาจมีศักยภาพในการลดการละเมิดหลายมิติพร้อมกัน ทั้งนี้ข้อสรุปอาศัยความสัมพันธ์ที่พบในข้อมูลภาคตัดขวาง ซึ่งไม่สามารถยืนยันความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลการวิจัยเชิงทดลองในอนาคตควรประเมินประสิทธิผลก่อนนำไปขยายผลในวงกว้าง

การใช้บุคคลรับรองผลคู่กับภาพ Before–After มักเกิดร่วมกันเป็นกลยุทธ์ทางการตลาด ($\varphi = 0.376$) กล่าวคือ ภาพ Before–After ทำหน้าที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เสริมความน่าเชื่อถือให้คำรับรองจากบุคคล สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าภาพ Before–After ที่ไม่เป็นไปตามเงื่อนไขเป็นประเด็นที่พบบ่อยในการโฆษณาคลินิกเสริมความงาม[3, 4]

ด้านการใช้ AI เป็นเครื่องมือคัดกรองเบื้องต้น

การใช้ NotebookLM (Gemini 1.5 Pro) เป็นเครื่องมือคัดกรองเบื้องต้นพบ Cohen's Kappa = 0.9378 (Almost Perfect) แต่การพิจารณานำ AI ไปใช้ในงานบังคับใช้กฎหมายจริงต้องคำนึงถึงข้อจำกัดและเงื่อนไขที่สำคัญ

ข้อจำกัดของ AI ที่พบมี 4 ด้าน ได้แก่ **1) ด้านดุลยพินิจ** AI วิเคราะห์ตามกฎเกณฑ์อย่างเคร่งครัด แต่ขาดดุลยพินิจเชิงลึก **2) ความยืดหยุ่นต่อบริบท** AI มีข้อจำกัดในการตีความเจตนาแฝงและคำสแลงใหม่ โดยเฉพาะการแยกบุคคลที่ปรากฏในโพสต์ (V03, $\kappa = 0.60$) **3) ข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน** AI วิเคราะห์ได้เฉพาะจากฐานข้อมูลที่อัพโหลดหากมีระเบียบใหม่ภายหลัง AI ไม่สามารถทราบได้ **4) ความซับซ้อนของสื่อประสม** การเชื่อมโยงภาพและข้อความที่ซับซ้อนอาจทำให้ AI ดึงหลักฐานไม่ครบถ้วน

กลไกควบคุมความคลาดเคลื่อนที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) ผู้วิจัยตรวจสอบซ้ำทุกโพสต์ทุกประเด็น ผลการคัดกรองของ AI มิได้ใช้เป็นข้อสรุปขั้นสุดท้าย 2) ทุกการวินิจฉัยมีหลักฐานประกอบตรวจสอบย้อนหลังได้ (Audit Trail) 3) AI มีแนวโน้มตรวจจับเกิน (FP 195) มากกว่าพลาด (FN 93) ในอัตราส่วน 2.1:1 ซึ่งเป็นคุณลักษณะที่พึงประสงค์สำหรับระบบคัดกรอง

สำหรับการนำไปใช้ในงานบังคับใช้กฎหมายจริง ผู้วิจัยเสนอว่าการใช้ AI ในกระบวนการกำกับดูแลควรเป็นไปในรูปแบบ "การคัดกรองเบื้องต้นภายใต้การกำกับของพนักงานเจ้าหน้าที่" มิใช่ "การวินิจฉัยอัตโนมัติ" โดยเสนอแนวทาง การใช้แบบ 2 ชั้น (Two-tier Screening)

- ชั้นที่ 1 : ใช้ AI คัดกรองอัตโนมัติในมิติที่มีค่า $\kappa \geq 0.90$ จำนวน 12 มิติ (V01, V02, V05, V06, V07, V08, V09, V11, V12, V15, V16 และ V17) ครอบคลุมการตรวจจับเลข ฆสพ. คำต้องห้าม Before–After ยี่ห้อยา และคำเตือน
- ชั้นที่ 2 : พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบทุกกรณีที่ AI คัดกรองว่าอาจเป็นการละเมิดก่อนดำเนินการทางกฎหมาย โดยเฉพาะมิติที่มี $w = 3$ และมิติที่ AI มีข้อจำกัดด้านดุลยพินิจ (V03, V04, V10, V13, V14, V18 และ V19) แนวทางนี้สอดคล้องกับข้อเสนอของคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา และยังคงรักษาหลักนิติธรรม โดยอำนาจการวินิจฉัยอยู่ภายใต้พนักงานเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจตามกฎหมาย

ทั้งนี้ การประเมินไม่ได้ออกแบบเป็น Independent Blinded Evaluation จึงไม่สามารถคำนวณ Sensitivity และ Specificity ของ AI ได้ในเชิงทดลองที่เข้มงวด การวิจัยในอนาคตควรออกแบบเป็นการศึกษาเชิงทดลองที่ทดสอบ AI กับผู้เชี่ยวชาญหลายคนอย่างเป็นอิสระ

ด้านความแตกต่างระหว่างคลินิกที่มีสาขากับคลินิกเดี่ยว

คลินิกที่มีสาขาไม่เพียงละเมิดบ่อยกว่า (ร้อยละ 93.2 เทียบกับ 83.5, p=0.002) แต่ยังละเมิดในลักษณะที่รุนแรงกว่า มีคะแนน WSS เฉลี่ยสูงกว่า (7.36 เทียบกับ 6.22, p=0.025) ความแตกต่างที่เด่นชัดที่สุดอยู่ที่การใช้บุคคลรับรองผลการรักษา (สูงกว่าคลินิกเดี่ยว 1.6 เท่า, p<0.001) และการใช้เนื้อหาโอ้อวดเกินจริง (p=0.002) รูปแบบดังกล่าวอาจสะท้อนความแตกต่างของกลยุทธ์การสื่อสารทางการตลาด สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าการโฆษณาเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการคลินิกเสริมความงาม[12] แต่การวิจัยครั้งนี้ไม่ได้เก็บข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับโครงสร้างทีมการตลาด จึงไม่สามารถยืนยันสาเหตุของความแตกต่างได้โดยตรง

ประเด็นที่น่ากังวลเพิ่มเติมคือ บทลงโทษปัจจุบันที่กำหนดค่าปรับสูงสุดเพียง 20,000 บาท ไม่ได้สัดส่วนกับรายได้ของคลินิกเครือข่าย จึงไม่มีผลป้องปรามเพียงพอ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ชี้ว่าบทลงโทษที่ไม่ได้สัดส่วนเป็นอุปสรรคต่อการบังคับใช้กฎหมาย[10]

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้ศึกษาโพสต์โฆษณาบน Facebook จำนวน 620 โพสต์ จากคลินิกเสริมความงาม 62 แห่งในจังหวัดนครศรีธรรมราช สรุปผลได้ 3 ประการดังนี้

1. โพสต์ร้อยละ 86.3 ละเมิดกฎหมายอย่างน้อยหนึ่งมิติ และคลินิกร้อยละ 98.4 มีการละเมิด การละเมิดที่พบมากที่สุดคือการไม่แสดงเลขอนุมัติโฆษณา (ร้อยละ 82.7) การโอ้อวดเกินจริง (ร้อยละ 65.8) และการไม่แสดงคำเตือน (ร้อยละ 46.3) เมื่อประเมินระดับความรุนแรง พบว่าร้อยละ 55.0 ของโพสต์ทั้งหมดอยู่ในระดับเสี่ยงสูงถึงสูงมาก

2. การไม่แสดงเลข ฆสพ. การโอ้อวดเกินจริง และการไม่แสดงคำเตือน มักเกิดร่วมกันเป็นชุด (Violation Cluster, φ = 0.415 – 0.517) สะท้อนว่าเมื่อโพสต์ไม่ผ่านการพิจารณาเนื้อหาก่อนเผยแพร่ จะนำไปสู่การละเมิดหลายมิติพร้อมกัน

3. คลินิกที่มีสาขามีทั้งอัตราการละเมิดและระดับความรุนแรงสูงกว่าคลินิกเดี่ยวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยแตกต่างชัดเจนในเนื้อหาที่เกี่ยวกับการใช้บุคคลรับรองผลการรักษา การโอ้อวดเกินจริง และการไม่แสดงคำเตือน ในทางกลับกัน การไม่แสดงเลข ฆสพ. ไม่แตกต่างกันระหว่างสองกลุ่ม สะท้อนว่าเป็นปัญหาเชิงระบบที่เกิดขึ้นในคลินิกทุกขนาด

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการปฏิบัติ

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องอาจพิจารณาพัฒนาระบบการพิจารณาเนื้อหาโฆษณาก่อนเผยแพร่ที่สอดคล้องกับบริบทสื่อออนไลน์ เช่น ระบบแจ้งเนื้อหาออนไลน์ผ่านช่องทางของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพราะผลการวิจัยชี้ว่าการเพิ่มอัตราการพิจารณาเนื้อหาก่อนเผยแพร่จะช่วยลดการละเมิดหลายมิติพร้อมกัน สอดคล้องกับข้อเสนอของ

คณะกรรมาธิการการสาธารณสุขวุฒิสภา[1] ทั้งนี้ ควรมีการศึกษาความเป็นไปได้และประสิทธิผลของระบบดังกล่าวเพิ่มเติมก่อนการดำเนินงาน

2. ควรปรับโครงสร้างบทลงโทษให้สอดคล้องกับขนาดกิจการ เช่น ค่าปรับแบบลำดับขั้น (Graduated Fine) เนื่องจากบทลงโทษปัจจุบันไม่เพียงพอที่จะป้องปรามคลินิกเครือข่ายที่มีรายได้สูง[10]

3. การจัดลำดับความสำคัญในการบังคับใช้กฎหมายอาจพิจารณาจากระดับความรุนแรงและรูปแบบการละเมิดร่วม ผลการวิจัยบ่งชี้ว่าคลินิกเครือข่ายขนาดใหญ่มีคะแนนความรุนแรงเฉลี่ยสูงกว่าคลินิกเดี่ยว และเมื่อพบโพสต์ที่ไม่แสดงเลข ฆสพ. ควรตรวจสอบเนื้อหาโอ้อวดเกินจริงและคำเตือนร่วมด้วย เพราะการละเมิดเหล่านี้มักเกิดร่วมกันเป็นชุด (φ = 0.415–0.517) ทั้งนี้ การจัดลำดับในทางปฏิบัติควรพิจารณาประกอบกับปัจจัยอื่น เช่น เรื่องร้องเรียน ความเสี่ยงเฉพาะกรณี และทรัพยากรที่มี

4. ควรพัฒนาระบบเฝ้าระวังเชิงรุกโดยนำ AI มาช่วยคัดกรองเนื้อหาเบื้องต้น กรอบตัวแปร 19 มิติ และระบบคะแนนความรุนแรงที่พัฒนาในการวิจัยครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลฝึกสอน (Training Data) สำหรับระบบตรวจจับอัตโนมัติ ซึ่งจะช่วยลดภาระเจ้าหน้าที่ที่มีกำลังคนจำกัด

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาประสิทธิภาพของ AI เปรียบเทียบกับผู้เชี่ยวชาญอย่างเป็นอิสระ

2. ควรมีการศึกษาเชิงทดลอง โดยประยุกต์มาตรการส่งเสริมการปฏิบัติตามกฎหมาย ขยายการศึกษาไปยังจังหวัดอื่นและช่องทางอื่น เช่น TikTok, Instagram และ LINE

3. ควรมีการศึกษาผลกระทบของโฆษณาที่ฝ่าฝืนกฎหมายต่อพฤติกรรมและสุขภาพของผู้บริโภค โดยเฉพาะผลิตภัณฑ์ที่ไม่ได้รับการรับรอง

4. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามกฎหมายของคลินิกเสริมความงาม

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การวิจัยนี้ศึกษาเฉพาะคลินิกเสริมความงามในจังหวัดนครศรีธรรมราช ผลจึงไม่สามารถอ้างอิงเป็นตัวแทนของสถานการณ์ทั่วประเทศ อย่างไรก็ตาม อัตราการละเมิดที่พบสอดคล้องกับแนวโน้มที่รายงานในจังหวัดอื่น (ร้อยละ 65 – 93)[3-7]

2. การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง จึงไม่สามารถสรุปแนวโน้มตามเวลาหรือความสัมพันธ์เชิงเหตุผลได้ การกำหนดให้เก็บ 10 โพสต์ล่าสุด ทำให้โพสต์ครอบคลุมช่วงเวลาที่แตกต่างกันตามความถี่การโพสต์ของแต่ละคลินิก

3. การวิจัยนี้ศึกษาเฉพาะโฆษณาบน Facebook ซึ่งคลินิกบางแห่งใช้ช่องทางอื่นร่วมด้วย เช่น TikTok, Instagram และ LINE นอกจากนี้ โพสต์สามารถถูกแก้ไขหรือลบได้ตลอดเวลา และไม่ครอบคลุมกลุ่มปิด ข้อความส่วนตัว หรือ Stories

4. การใช้ AI ช่วยคัดกรองเบื้องต้นพบข้อจำกัดในประเด็นที่ต้องอาศัยดุลยพินิจของผู้เชี่ยวชาญ เช่น การแยกบุคคลที่ปรากฏในโพสต์และการตรวจสอบวุฒิบัตรหรือผลิตภัณฑ์ ประเด็นเหล่านี้ยังต้องอาศัยประสบการณ์ของพนักงานเจ้าหน้าที่ และผลวินิจฉัยสุดท้ายยึดตามการตัดสินของพนักงานเจ้าหน้าที่เสมอ

5. การใช้ AI ในการวิจัยครั้งนี้ออกแบบให้ AI คัดกรองก่อนแล้วผู้วิจัยตรวจสอบซ้ำ จึงไม่ใช่การประเมินแบบอิสระต่อกัน (Independent Blinded

Evaluation) ค่า Cohen's Kappa = 0.9378 สะท้อนความสอดคล้องระหว่าง AI กับการวินิจฉัยของผู้วิจัย มิใช่การวัดประสิทธิภาพการตรวจจับของ AI ในเชิงทดลองที่เข้มงวด การคำนวณ Sensitivity และ Specificity ที่แท้จริงต้องอาศัยการศึกษาที่ออกแบบเชิงทดลองในอนาคต

6. ผู้วิจัยเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 ซึ่งมีบทบาทในการกำกับดูแลโดยตรง จึงอาจมีแนวโน้มตีความการละเมิดอย่างเข้มงวดกว่าผู้ประเมินทั่วไป (Potential Assessor Bias) อย่างไรก็ตาม การวิจัยได้ออกแบบมาตรการควบคุมอคติ 3 ประการ ได้แก่ กรอบตัวแปร 19 ประเด็นที่กำหนดเกณฑ์จากบทบัญญัติกฎหมายโดยตรง ผู้ประเมินร่วมอิสระประเมินซ้ำร้อยละ 10 ได้ Cohen's Kappa = 0.974 และทุกการวินิจฉัยมีหลักฐานประกอบบันทึกไว้ ทั้งนี้ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางของผู้วิจัยเป็นข้อได้เปรียบในการวินิจฉัยประเด็นซับซ้อน เช่น การตรวจสอบวุฒิบัตรและสถานะ การรับรองผลิตภัณฑ์

7. ระบบคะแนน WSS รวมถึงค่าน้ำหนักและเกณฑ์จุดตัดเป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นใหม่ ยังไม่ผ่านการตรวจสอบความตรงด้วยวิธีการมาตรฐาน เช่นเทคนิคเดลฟาย หรือ CVI ผลการวิเคราะห์จึงควรตีความด้วยความระมัดระวังการวิจัยในอนาคตควรทดสอบความไว (Sensitivity Analysis) โดยเปรียบเทียบผลเมื่อใช้ค่าน้ำหนักที่แตกต่างกัน

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยความอนุเคราะห์อย่างดียิ่งจาก ภก.นพพร วุ่นศิลป หัวหน้างานสถานพยาบาล กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช และขอขอบคุณ ภก.ชุณห อังศุวัฒนากุล เภสัชกรชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ในฐานะผู้ประเมินร่วมที่เป็นอิสระสำหรับการทดสอบความน่าเชื่อถือระหว่างผู้ประเมิน รวมถึงผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่กรุณาสละเวลาให้ข้อคิดเห็นอันมีค่าต่อการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา. รายงานการพิจารณาศึกษา เรื่อง ภัยคุกคามสุขภาพจากการโฆษณาสถานเสริมความงาม และข้อเสนอแนวทางการแก้ไข. กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา; 2568.
2. อาภากร เขจรรักษ์, นพดล มุสิก. การจัดการปัญหาการโฆษณาทางสื่อสังคมออนไลน์ที่ฝ่าฝืนกฎหมายของคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการเสริมความงาม จังหวัดมหาสารคาม. วารสารการบริหารปกครอง มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ 2567; 13(1): 58-90.
3. จุฬาลักษ์ พชรทิพย์. ความชุกของการโฆษณาทางสื่อออนไลน์ที่ฝ่าฝืนกฎหมายของคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านความงามในอำเภอเมืองของจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคใต้. วารสารเภสัชกรรมไทย 2562; 11(1): 237-46.
4. ชฎากร บุญสิน. ความชุกของโฆษณาทางสื่อออนไลน์ที่ฝ่าฝืนกฎหมายของคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการเสริมความงามในจังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารเภสัชกรรมไทย 2565; 14(2): 415-23.
5. วิภา ศิริสวัสดิ์. การศึกษาโฆษณาของสถานพยาบาลเอกชนในจังหวัดนครราชสีมา. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2562; 13(31): 92-104.
6. อาภากร เขจรรักษ์. การโฆษณาทางสื่อสังคมออนไลน์ที่ฝ่าฝืนกฎหมายของคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการเสริมความงามในจังหวัดมหาสารคาม. วารสารเภสัชกรรมไทย 2565; 14(3): 541-55.
7. อรรถพล คนต่ำ, วุฒิไกร ยศกำธร. สถานการณ์โฆษณาทางสื่อออนไลน์ของสถานพยาบาลเอกชนในจังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ 2566; 3(2): 62-74.
8. ประไพ ตรีกาลนนท์. อุปสรรคในกระบวนการบังคับใช้พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 เพื่อควบคุมการโฆษณาสถานพยาบาลในกรุงเทพมหานคร. วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง 2566; 37(3): 5-18
9. กมลภัทร์ สวัสดิ์โกศล. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามข้อกฎหมายเกี่ยวกับการโฆษณาตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 ของสถานพยาบาลในจังหวัดกาญจนบุรี. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ 2567; 9(2): 346-57.
10. ประภา สุดราม, ภาวัต ชาวพัฒนวรรณ. อุปสรรคในกระบวนการบังคับใช้พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 เพื่อควบคุมการโฆษณาสถานพยาบาล. วารสารเกษมบัณฑิต 2562; 20(2): 201-9.
11. อารีวรรณ สีชุม, นรารัตน์ เกื้อทอง, กิตติศักดิ์ ศรีไพโรจน์, วีรภัทร นุกูลกิจ, ฉัตรชัย กองกุล. รูปแบบการสื่อสารการตลาดแบบบูรณาการผ่านสื่อดิจิทัลที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการคลินิกเสริมความงามของผู้บริโภคในจังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์ 2568; 12(10): 138-48.
12. พรรัตน์ ชาญชวณิชย์, พอดี สุขพันธ์, ปรามศึก หวลประไพ. กลยุทธ์การตลาดที่ส่งผลต่อการตัดสินใจกลับมาใช้บริการคลินิกศัลยกรรมเสริมความงามในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา 2564; 14(1): 61-81.

13. อัจฉรา ตันเจริญ. การพัฒนารูปแบบการจัดการปัญหาด้านการโฆษณาของคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านเสริมความงาม ในจังหวัดสมุทรปราการ. วารสารวิชาการโรงพยาบาลสมุทรปราการ 2568; 3(1): 48-65.
14. กฤตธี พุทธิกานต์. การประเมินการจัดการปัญหาการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมายบนสื่อออนไลน์ด้วยวิธีการรายงานผ่านระบบของแพลตฟอร์มออนไลน์: กรณีศึกษาจังหวัดราชบุรี. วารสารวิจัยและนวัตกรรมสุขภาพลายสือไทย 2568; 1(2): 1-15.
15. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. Biometrics 1977; 33(1): 159-74.

การติดตามการทำงานของไตในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เกิดภาวะไตผิดปกติจากยา TLD ณ คลินิกเอชไอวีโรงพยาบาลถลาง จังหวัดภูเก็ต

Follow-up of kidney function among HIV-infected patients with TLD-related kidney dysfunction at HIV clinic, Thalang Hospital, Phuket Province

กัลยกร แก่เมือง[1]

Kanyakorn Kaemuang[1]

บทคัดย่อ

ภาวะไตผิดปกติจากยาเม็ดรวม TLD (Tenofovir/Lamivudine/Dolutegravir) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ติดเชื้อเอชไอวี แต่ข้อมูลการฟื้นตัวของการทำงานของไตยังมีจำกัด งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการฟื้นตัวของการทำงานของไตและเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของค่า SCr และ eGFR ระหว่างกลุ่มที่เปลี่ยนสูตรยากับกลุ่มที่ยังคงใช้ TLD การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสังเกตย้อนหลังในผู้ติดเชื้อเอชไอวี 90 ราย ที่เกิดภาวะไตผิดปกติจากยาเม็ดรวม TLD ณ คลินิกเอชไอวีโรงพยาบาลถลาง จังหวัดภูเก็ต ระหว่างเดือนมกราคม 2567 – กรกฎาคม 2568 โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ยังคงใช้ TLD จำนวน 67 ราย และกลุ่มที่เปลี่ยนเป็น Kocitaf จำนวน 23 ราย

ผลการวิจัยพบว่า ผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 54.40) อายุ 51–60 ปี (ร้อยละ 35.55) และมีโรคร่วม (ร้อยละ 78.88) ในกลุ่มที่ยังคงใช้ TLD ค่า SCr และ eGFR ไม่แตกต่างกันตลอดการติดตาม ขณะที่กลุ่มที่เปลี่ยนเป็น Kocitaf ค่า SCr ลดลงและ eGFR เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

การฟื้นตัวของการทำงานของไตที่ระยะ 3 เดือน พบ Complete recovery 25 ราย (27.78%) Partial recovery 55 ราย (61.11%) และ Non-recovery 10 ราย (11.11%) ส่วนที่ระยะ 18 เดือน พบ Complete recovery 39 ราย (43.33%) Partial recovery 35 ราย (38.89%) และ Non-recovery 16 ราย (17.78%) โดยไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม TLD และ Kocitaf ในสัดส่วนของ Complete recovery และ Non-recovery

คำสำคัญ : ยาเม็ดรวม TLD, ยาเม็ดรวม Kocitaf, ภาวะไตผิดปกติ, การฟื้นตัวของการทำงานของไต, เอชไอวี, eGFR, Serum Creatinine

[1] เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลถลาง จังหวัดภูเก็ต

[1] Pharmacist, Professional Level. Division of Pharmacy and Consumer Protection, Thalang Hospital, Phuket Province. E-mail : kkanyakorn@hotmail.com

Received: 19 NOV 2025, Revised: 9 JUN 2026, Accepted: 14 JUN 2026

Abstract

Renal dysfunction associated with TLD (Tenofovir/Lamivudine/Dolutegravir) is a common complication among HIV-infected patients, while data on renal recovery remain limited. This study aimed to evaluate renal recovery and compare changes in serum creatinine (SCr) and estimated glomerular filtration rate (eGFR) between patients who continued TLD and those who switched to Kocitaf. A retrospective cohort study was conducted in 90 HIV-infected patients with TLD-related renal dysfunction at the HIV clinic, Thalang Hospital, Phuket Province, between January 2024 and July 2025. Participants were divided into two groups: Cohort A (continued TLD, n=67) and Cohort B (switched to Kocitaf, n=23). Renal function was assessed at baseline, 3 months, and 18 months. Data were analyzed using descriptive statistics, Repeated Measures ANOVA, Friedman test, Mann–Whitney U test, and independent t-test.

Most participants were male (54.40%), aged 51–60 years (35.55%), and had comorbidities (78.88%). In Cohort A, mean SCr and eGFR showed no significant changes across time points. In Cohort B, SCr decreased and eGFR increased significantly ($p<0.001$). Between-group comparisons demonstrated higher SCr and lower eGFR in Cohort B at all time points.

Renal recovery analysis revealed that at 3 months, 25 patients (27.78%) achieved complete recovery, 55 patients (61.11%) partial recovery, and 10 patients (11.11%) non-recovery. At 18 months, complete recovery was observed in 39 patients (43.33%), partial recovery in 35 patients (38.89%), and non-recovery in 16 patients (17.78%). No differences in recovery rates were observed between the two groups.

Keywords : TLD, Kocitaf, renal dysfunction, renal recovery, HIV, estimated glomerular filtration rate, serum creatinine

บทนำ

Tenofovir disoproxil fumarate (TDF) ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของสูตรยาเม็ดรวม TLD (Tenofovir disoproxil fumarate, Lamivudine และ Dolutegravir) เป็นยาต้านไวรัสที่มีประสิทธิภาพสูงและใช้แพร่หลาย อย่างไรก็ตาม มีรายงานว่า TDF อาจส่งผลต่อการทำงานของไต โดยสัมพันธ์กับการลดลงของ estimated glomerular filtration rate (eGFR) และการเพิ่มขึ้นของ Serum creatinine (SCr) ซึ่งสะท้อนภาวะ Renal dysfunction โดยเฉพาะในผู้สูงอายุและผู้ที่มีโรคร่วมหลายชนิด[1–6] นอกจากนี้ Dolutegravir อาจทำให้ค่า SCr เพิ่มขึ้นได้จากการยับยั้ง Renal organic cation transporter 2 (OCT2) โดยไม่ได้สะท้อนการลดลงของการทำงานของไตที่แท้จริง[7]

นิยามภาวะไตผิดปกติ (Renal Dysfunction) ในการวิจัยนี้อ้างอิงตามเกณฑ์มาตรฐาน KDIGO และเกณฑ์ที่ใช้ในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าสู่การศึกษา ได้แก่ 1) ค่า SCr เพิ่มขึ้น ≥0.3 mg/dL ภายใน 48 ชั่วโมง 2) ค่า SCr เพิ่มขึ้น ≥1.5 เท่าจากค่า Baseline ภายใน 7 วัน และ 3) ค่า eGFR ลดลง ≥25% จากค่า Baseline

แม้งานวิจัยที่ผ่านมา ส่วนใหญ่มุ่งศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของภาวะไตผิดปกติจาก TDF-based regimen แต่ข้อมูลเกี่ยวกับ “การฟื้นตัวของการทำงานของไต (Renal recovery)” ภายหลังเกิดภาวะไตผิดปกติยังมีจำกัด โดยเฉพาะการติดตามผลระยะ 3 – 18 เดือน รวมถึงระดับของการฟื้นตัวทั้ง Complete recovery และ Partial recovery ซึ่งประเมินจากค่า eGFR แบ่งเป็น 2 ระดับ ได้แก่ 1) Complete recovery คือ eGFR ฟื้นกลับ ≥90% ของค่า Baseline ก่อนเริ่มยาเม็ดรวม TLD ภายใน 3 เดือน และ 2) Partial recovery คือ eGFR ดีขึ้นแต่ยังไม่ถึงเกณฑ์ Complete recovery (<90% ของค่า Baseline)[11–17]

นอกจากนี้ ยังมีข้อมูลจำกัดเกี่ยวกับผลลัพธ์ด้านการทำงานของไตหลังเปลี่ยนจาก TDF-based regimen เป็น TAF-based regimen เช่น ยาเม็ดรวม Kocitaf (Tenofovir Alafenamide, Emtricitabine และ Dolutegravir) แม้ว่าหลายการศึกษารายงานว่า TAF มีความปลอดภัยต่อไตมากกว่า TDF แต่ผู้ป่วยบางส่วนยังฟื้นตัวของการทำงานของไตได้ไม่สมบูรณ์ ซึ่งอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรังในระยะยาว

ช่องว่างองค์ความรู้ดังกล่าวมีความสำคัญต่อการติดตามการทำงานของไต การพิจารณาปรับสูตรยา และการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะไตเสื่อม[11,15–16] นอกจากนี้ การเฝ้าระวังการทำงานของไตอย่างเป็นระบบโดยติดตามค่า eGFR และ SCr อย่างต่อเนื่อง มีบทบาทสำคัญในการคัดกรองและป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตจากการใช้ยา TDF[8]

ดังนั้น การวิจัยนี้จึงมุ่งเน้นที่การประเมินการเปลี่ยนแปลงของค่า eGFR และ SCr รวมถึงการฟื้นตัวของการทำงานของไตในผู้ที่เคยเกิดภาวะไตผิดปกติจากยาเม็ดรวม TLD ทั้งในกลุ่มที่ยังคงใช้สูตรยาเดิมและกลุ่มที่เปลี่ยนเป็นยาเม็ดรวม Kocitaf

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของค่า eGFR และ SCr ภายในแต่ละกลุ่มตลอดช่วงเวลาการติดตาม
2. เพื่อเปรียบเทียบค่า eGFR และ SCr ระหว่างกลุ่มที่ยังคงใช้ยาเม็ดรวม TLD กับกลุ่มที่เปลี่ยนเป็นยาเม็ดรวม Kocitaf

3. เพื่อศึกษาการฟื้นตัวของการทำงานของไตภายหลังเกิดภาวะไตผิดปกติจากยาเม็ดรวม TLD

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงสังเกตย้อนหลังแบบติดตามระยะยาว (Retrospective Cohort Study) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เคยเกิดภาวะไตผิดปกติภายหลังได้รับยาเม็ดรวม TLD และมารับยาตามนัดอย่างต่อเนื่อง ณ คลินิกเอชไอวี โรงพยาบาลถลาง ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2567 ถึง 31 กรกฎาคม 2568 โดยแบ่งผู้ติดเชื้อออกเป็น 2 กลุ่ม (Cohort)

- Cohort A เป็นกลุ่มที่มีภาวะไตผิดปกติระดับไม่รุนแรง (eGFR ≥50 mL/min/1.73 m^2 และไม่มี Proteinuria) จำนวน 67 ราย ซึ่งยังคงได้รับยาเม็ดรวม TLD ต่อ พร้อมเฝ้าระวังการทำงานของไตและให้คำแนะนำด้านพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

- Cohort B เป็นกลุ่มที่มีภาวะไตผิดปกติระดับรุนแรงกว่า (eGFR < 50 mL/min/1.73 m^2 หรือมี Proteinuria > 1^+) จำนวน 23 ราย โดยได้รับการเปลี่ยนสูตรยาเป็นยาเม็ดรวม Kocitaf พร้อมเฝ้าระวังการทำงานของไตและให้คำแนะนำด้านพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องเช่นเดียวกัน

ผู้ติดเชื้อทั้ง 2 กลุ่มได้รับการติดตามการทำงานของไตเป็นระยะเวลา 18 เดือน โดยประเมินผลใน 3 ช่วงเวลา ได้แก่ ระยะเริ่มต้น (เดือนที่ 0), ระยะ 3 เดือน และระยะ 18 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ โรคร่วม เช่น เบาหวานและความดันโลหิตสูง การใช้ยาที่อาจส่งผลต่อไต รวมถึงข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ค่า eGFR และ SCr โดยรวบรวมข้อมูลจากระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาล ผู้ติดเชื้อทั้งสองกลุ่มได้รับการดูแลตามมาตรฐานเดียวกัน พร้อมติดตามค่า eGFR และ SCr ที่ระยะ 3 เดือน และ 18 เดือนหลังการประเมินครั้งแรก

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย โดยข้อมูลที่มีการกระจายแบบปกติรายงานเป็น Mean ± SD ส่วนข้อมูลที่มีการกระจายไม่ปกติรายงานเป็น Median (IQR) และเปรียบเทียบความแตกต่างด้วย Repeated Measures ANOVA สำหรับข้อมูลที่มีการกระจายแบบปกติ และใช้ Friedman test สำหรับข้อมูลที่ไม่เป็นไปตามการกระจายแบบปกติ Mann–Whitney U test และ Independent t-test

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ PKPH 012/68 เมื่อวันที่ 28 สิงหาคม 2568

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 54.44) อายุเฉลี่ย 50.02 ± 10.13 ปี โดยพบมากในช่วงอายุ 51 – 60 ปี (ร้อยละ 35.55) ส่วนใหญ่มีโรคร่วม (ร้อยละ 78.88) มีค่า CD_4 มากกว่า 500 cell/mm^3 (ร้อยละ 75.60) และมี Viral load น้อยกว่า 20 copies/mL (ร้อยละ 72.20) ค่าเฉลี่ย eGFR ก่อนเกิดภาวะไตผิดปกติเท่ากับ 90.69 ± 16.35 mL/min/1.73 m^2

ในกลุ่มที่ยังคงใช้ยาเม็ดรวม TLD (Cohort A) ค่า SCr ลดลงเล็กน้อยตลอดระยะติดตาม ขณะที่ค่า eGFR เปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อยจาก 81.15 ± 9.65 เป็น 81.78 ± 9.24 mL/min/1.73m^2 โดยผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่อยู่ในระยะที่ 2 ของการทำงานของไตตลอดช่วงติดตาม

ส่วนกลุ่มที่เปลี่ยนเป็นยาเม็ดรวม Kocitaf (Cohort B) พบว่าค่า SCr ลดลง ขณะที่ค่า eGFR เพิ่มขึ้นจาก 59.87 เป็น 66.84 mL/min/1.73 m^2 ที่ระยะ 18

เดือน อีกทั้งสัดส่วนของผู้ติดเชื้อที่มีค่า eGFR ดีขึ้นเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาการติดตาม

ส่วนที่ 2 การเปรียบค่าเฉลี่ย SCr และ eGFR ใน 3 ช่วงเวลา

2.1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย SCr และ eGFR ผู้ติดเชื้อที่ยังคงใช้ยาเม็ดรวม TLD ดังเดิม (ใน Cohort A) ในกลุ่มที่ยังคงใช้ยาเม็ดรวม TLD ค่าเฉลี่ย SCr มีแนวโน้มลดลงเล็กน้อยจาก 0.99 ± 0.15 เป็น 0.98 ± 0.13 mg/dL ขณะที่ค่าเฉลี่ย eGFR เพิ่มขึ้นเล็กน้อยจาก 81.15 ± 9.65 เป็น 81.78 ± 9.24 mL/min/1.73m² ตลอดระยะเวลาการติดตาม อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบทั้ง 3 ช่วงเวลา ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งค่า SCr (p=0.480) และ eGFR (p=0.871)

2.2 การเปรียบเทียบค่า SCr และ eGFR ภายหลังเกิดภาวะไตผิดปกติจากยาเม็ดรวม TLD แล้วเปลี่ยนไปใช้ยาเม็ดรวม Kocitaf (ใน Cohort B) ในกลุ่มผู้ติดเชื้อที่เปลี่ยนไปใช้ยาเม็ดรวม Kocitaf ค่า SCr มีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ช่วงเกิดภาวะไตผิดปกติจนถึงระยะติดตาม 18 เดือน โดยผลการทดสอบด้วย Friedman test พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2=14.565, df=2, p=0.001) เมื่อเปรียบเทียบรายคู่หลังปรับค่า p ด้วย Bonferroni correction พบว่าค่า SCr ที่ 18 เดือนต่ำกว่าช่วงไตผิดปกติ (p=0.048) และต่ำกว่าช่วง 3 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.001) ขณะที่ค่า SCr ระหว่างช่วงไตผิดปกติ และ 3 เดือนยังไม่แตกต่างกัน สะท้อนว่า ค่า SCr ลดลงต่อเนื่อง โดยเฉพาะในระยะ 18 เดือนที่ลดลงชัดเจนเมื่อเทียบกับช่วงก่อนหน้า

สำหรับค่า eGFR พบแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 59.87 mL/min/1.73 m² ในช่วงไตผิดปกติเป็น 66.84 mL/min/1.73 m² ที่ระยะ 18 เดือน โดยผลการทดสอบด้วย Friedman test พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2=14.814, df=2, p=0.001) ผลการเปรียบเทียบรายคู่หลังปรับค่า p ด้วย Bonferroni correction พบว่า ค่า eGFR ที่ 18 เดือนสูงกว่าช่วง 3 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) และมีแนวโน้มสูงกว่าช่วงไตผิดปกติ ขณะที่ค่า eGFR ระหว่างช่วงไตผิดปกติ และ 3 เดือนไม่แตกต่างกัน (p=0.456)

โดยรวมค่า SCr มีแนวโน้มลดลง ขณะที่ค่า eGFR เพิ่มขึ้นตามระยะเวลาการติดตาม โดยเฉพาะที่ระยะ 18 เดือน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่า SCr และ eGFR ภายในแต่ละกลุ่มใน 3 ช่วงเวลา

กลุ่ม	ตัวแปร	ช่วงเกิดภาวะไตผิดปกติ	3 เดือน	18 เดือน	สถิติ	p-value
TLD	SCr	0.99 ± 0.15	0.99 ± 0.15	0.98 ± 0.13	Repeated Measures ANOVA	0.480
TLD	eGFR	81.15 ± 9.65	81.29 ± 9.13	81.78 ± 9.24	Repeated Measures ANOVA	0.871
Kocitaf	SCr	1.20 (0.34)	1.11 (0.30)	1.10 (0.22)	Friedman test	<0.001
Kocitaf	eGFR	59.87 (12.97)	60.00 (9.42)	66.84 (9.42)	Friedman test	<0.001

หมายเหตุ :

1. *กลุ่ม TLD มีข้อมูลติดตามครบ 53 ราย และกลุ่ม Kocitaf มีข้อมูลติดตามครบ 22 ราย กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ p<0.05.*
2. *Data are presented as mean ± SD for normally distributed variables and median (IQR) for non-normally distributed variables*

2.3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย SCr และ eGFR ระหว่างกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังคงใช้ยาเม็ดรวม TLD ดังเดิมกับกลุ่มที่ใช้ยาเม็ดรวม Kocitaf แม้กลุ่มที่เปลี่ยนเป็นยาเม็ดรวม Kocitaf จะมีค่า eGFR ต่ำกว่าในทุกช่วงเวลา แต่กลุ่มดังกล่าวมีระดับความรุนแรงของภาวะไตผิดปกติตั้งแต่เริ่มต้นมากกว่า เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มในช่วงเกิดภาวะไตผิดปกติ ระยะ 3 เดือน และระยะ 18 เดือน พบว่าค่า SCr และ eGFR แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มที่ยังคงใช้ยาเม็ดรวม TLD กับกลุ่มที่เปลี่ยนเป็นยาเม็ดรวม Kocitaf

1) การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย SCr พบว่ากลุ่มที่เปลี่ยนเป็นยาเม็ดรวม Kocitaf มีค่า SCr สูงกว่ากลุ่ม TLD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกช่วงเวลาที่ประเมิน ($p<0.05$)

2. การเปรียบเทียบค่า eGFR พบว่ากลุ่มที่ใช้ยาเม็ดรวม Kocitaf มีค่า eGFR เฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มที่ยังคงใช้ยาเม็ดรวม TLD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกช่วงเวลาที่ประเมินเช่นกัน โดยในช่วงเกิดภาวะไตผิดปกติ กลุ่ม Kocitaf มีค่า eGFR ต่ำกว่ากลุ่ม TLD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกช่วงเวลา ($p<0.001$) สรุปว่าในแต่ละช่วงเวลา ทั้ง 3 ช่วง ค่าเฉลี่ย SCr และ eGFR ของ 2 กลุ่มแตกต่างกัน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบค่าเฉลี่ย SCr และ eGFR ระหว่างกลุ่มที่ผู้ติดเชื้อที่ใช้ยาเม็ดรวม TLD และยาเม็ดรวม Kocitaf ภายหลังเกิดภาวะไตผิดปกติประมาณ 3 และ 18 เดือน

ตัวแปร ค่าการทำงานของไต	สถิติที่ใช้	Mean difference	95%CI ช่วงของความเชื่อมั่น	p-value
SCr ขณะเกิดภาวะไตผิดปกติ	Mann-Whitney U test	-0.20	-	<0.001
SCr 3 เดือน	Mann-Whitney U test	-0.21	-	<0.001
SCr 18 เดือน	Mann-Whitney U test	-0.13	-	0.014
eGFR ขณะเกิดภาวะไตผิดปกติ	Independent t-test	20.24	15.25 ถึง 25.24	<0.001
eGFR 3 เดือน	Independent t-test	22.60	19.07 ถึง 26.13	<0.001
eGFR 18 เดือน	Independent t-test	17.55	12.85 ถึง 22.25	<0.001

หมายเหตุ :

1. *การเปรียบเทียบค่า SCr ระหว่างกลุ่มวิเคราะห์โดยใช้ Mann–Whitney U test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายไม่ปกติในบางช่วงเวลาติดตาม*
2. *การเปรียบเทียบค่า eGFR ระหว่างกลุ่มวิเคราะห์โดยใช้ Independent t-test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายปกติ*
3. *Mean difference คำนวณจากค่าเฉลี่ยของกลุ่ม TLD ลบด้วยกลุ่ม Kocitaf ดังนั้นค่าลบแสดงว่ากลุ่ม Kocitaf มีค่า SCr สูงกว่า ขณะที่ค่าบวกแสดงว่ากลุ่ม TLD มีค่า eGFR สูงกว่า*
4. *ไม่ได้รายงาน 95% confidence interval สำหรับค่า SCr เนื่องจากวิเคราะห์ด้วย Mann–Whitney U test*
5. *กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.05$*

ส่วนที่ 3 การศึกษาการฟื้นตัวของการทำงานของไตภายหลังเกิดภาวะไตผิดปกติจากยาเม็ดรวม TLD

การวิจัยนี้ประเมินการฟื้นตัวของการทำงานของไตในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เคยเกิดภาวะไตผิดปกติจากยาเม็ดรวม TLD โดยเปรียบเทียบค่า eGFR ใน 3 ช่วงเวลา ได้แก่ 1) ก่อนเริ่มใช้ยาเม็ดรวม TLD (Baseline) 2) ประมาณ 3 เดือนหลังเกิดภาวะไตผิดปกติ 3) ประมาณ 18 เดือนหลังเกิดภาวะไตผิดปกติ

เพื่อจำแนกผลลัพธ์การฟื้นตัวของไตเป็น 3 ระดับ ได้แก่ Complete recovery, Partial recovery และ Non-recovery ซึ่ง Non-recovery ในการวิจัยนี้ หมายถึง ผู้ป่วยที่มีค่า eGFR ไม่ดีขึ้นหรือคงที่ต่ำกว่า Baseline รวมถึงผู้ที่มีค่า eGFR ลดลงต่อเนื่อง ถูกจัดอยู่ในกลุ่ม Non-recovery หรือ Worsening Renal Function เพื่อให้การจำแนกผลลัพธ์ครอบคลุมทั้ง Complete recovery, Partial recovery และ Non-recovery ซึ่งสะท้อนภาพรวมการฟื้นตัวของไตได้ชัดเจนมากขึ้น ดังภาพที่ 1

การวิเคราะห์ในแต่ละช่วงเวลาใช้เฉพาะผู้ที่มีข้อมูล eGFR ครบถ้วน (Available-case Analysis) ส่วนผู้ที่ไม่มีผลตรวจในช่วงติดตามจะถูกตัดออกจากการวิเคราะห์เฉพาะช่วงเวลานั้น ระดับการฟื้นตัวของการทำงานของไตแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) Complete recovery หมายถึง ค่า eGFR เพิ่มขึ้น ≥90% ของค่า Baseline ก่อนเริ่มยาเม็ดรวม TLD 2) Partial recovery หมายถึง ค่า eGFR ดีขึ้น แต่ยังไม่ถึงเกณฑ์ Complete recovery (<90% ของ Baseline) 3) Non-recovery หมายถึง ค่า eGFR ไม่ดีขึ้นหรือแย่ลงจาก Baseline

ผลการวิเคราะห์การฟื้นตัวของการทำงานของไต

- **Cohort A (ยังคงใช้ TLD ต่อ)**

ก่อนเริ่มศึกษา ส่วนใหญ่อยู่ในระยะที่ 1 ของการทำงานของไต (eGFR ≥90 mL/min/1.73 m²) ร้อยละ 64.20 รองลงมาคือ ระยะที่ 2 ร้อยละ 34.30 และระยะที่ 3a ร้อยละ 1.50 โดยมีค่าเฉลี่ย eGFR เท่ากับ 95.12 ± 14.47 mL/min/1.73 m² (Min = 49.69, Max = 124.16) หลังเกิดภาวะไตผิดปกติประมาณ 3 เดือน ส่วนใหญ่อยู่ในระยะที่ 2 ร้อยละ 79.60 รองลงมาคือ ระยะที่ 1 ร้อยละ 20.40 (Min = 63.05, Max = 98.90) ที่ระยะ 18 เดือน ส่วนใหญ่อยู่ในระยะที่ 2 ร้อยละ 77.30 รองลงมาคือ ระยะที่ 1 ร้อยละ 22.70 (Min = 61.92, Max = 107.80)

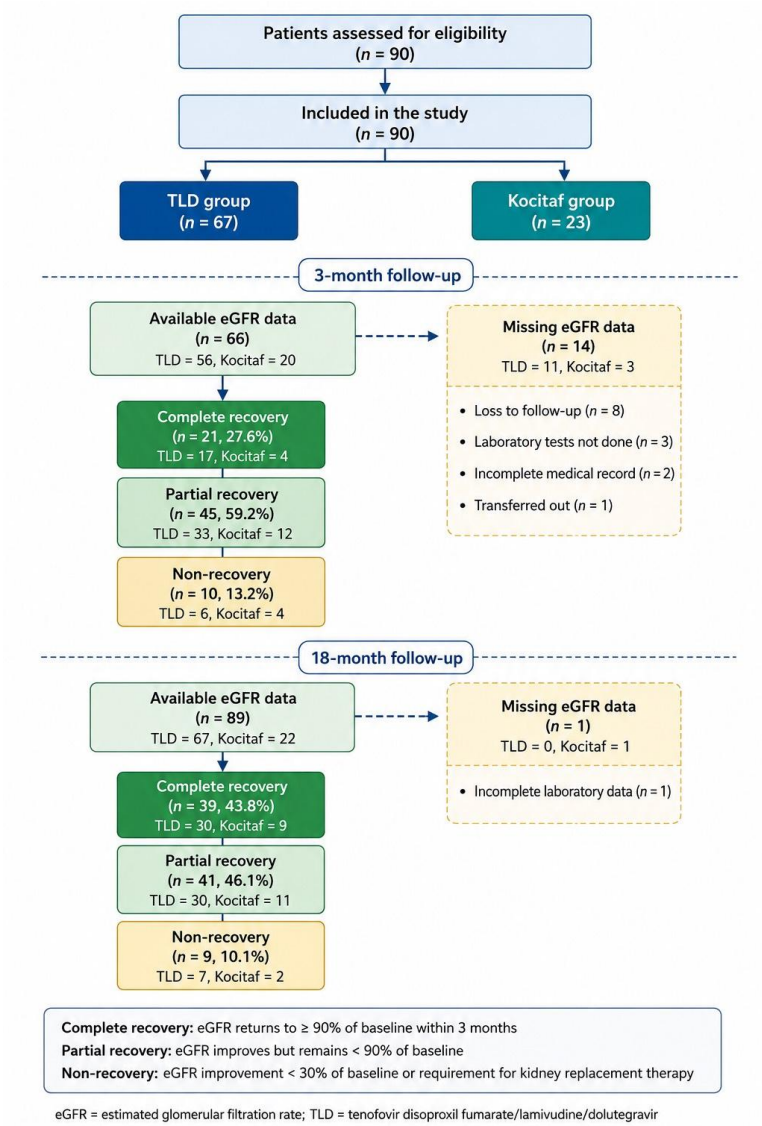
- **Cohort B (เปลี่ยนเป็น Kocitaf)**

ก่อนเริ่มศึกษา ส่วนใหญ่อยู่ในระยะที่ 2 ร้อยละ 65.20 รองลงมาคือ ระยะที่ 1 ร้อยละ 26.10 และระยะที่ 3a ร้อยละ 8.70 โดยมีค่าเฉลี่ย eGFR เท่ากับ 77.81 ± 14.85 mL/min/1.73 m² (Min = 51.12, Max = 106.13) ที่ระยะประมาณ 3 เดือนหลังเกิดภาวะไตผิดปกติ ส่วนใหญ่อยู่ในระยะที่ 3a ร้อยละ 63.60 รองลงมาคือ ระยะที่ 2 ร้อยละ 36.40 (Min = 46.01, Max = 69.66) ขณะที่ระยะ 18 เดือน ส่วนใหญ่กลับมาอยู่ในระยะที่ 2 ร้อยละ 69.60 รองลงมาคือ ระยะที่ 3a ร้อยละ 30.40 โดยมีค่าเฉลี่ย eGFR เท่ากับ 66.84 ± 9.42 mL/min/1.73 m² (Min = 48.81, Max = 88.47) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำแนกตามระยะการทำงานของไตในแต่ละช่วงเวลา

ระยะการทำงานของไต	TLD Baseline	TLD 3 months	TLD 18 months	Kocitaf Baseline	Kocitaf 3 months	Kocitaf 18 months
Stage 1	64.20	20.40	22.70	26.10	-	-
Stage 2	34.30	79.60	77.30	65.20	36.40	69.60
Stage 3a	1.50	-	-	8.70	63.40	30.40

หมายเหตุ : กลุ่ม Kocitaf มีข้อมูลติดตามครบทั้ง 3 ช่วงเวลา 22 ราย โดยรวม Cohort B มีแนวโน้มการฟื้นตัวของไตช้ากว่า Cohort A แต่เมื่อเปลี่ยนสูตรยาเป็น Kocitaf พบว่ามีการฟื้นตัวต่อเนื่อง โดยเฉพาะในระยะ 18 เดือน



ภาพที่ 1 การติดตามการฟื้นตัวของการทำงานของไตหลังเกิดภาวะไตผิดปกติจากยาเม็ดรวม TLD

ผลการฟื้นตัวของการทำงานของไต

การเปรียบเทียบผลการฟื้นตัวของการทำงานของไตระหว่างกลุ่มที่ได้รับยาเม็ดรวม TLD ต่อเนื่อง (n = 67) และกลุ่มที่เปลี่ยนเป็นยา Kocitaf (n = 23) พบว่า ในระยะเวลา 3 เดือนหลังเกิดภาวะไตผิดปกติ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ทั้งสองกลุ่มมีการฟื้นตัวของไตในระดับ Partial recovery โดยพบร้อยละ 62.69 ในกลุ่ม TLD ต่อเนื่อง และร้อยละ 56.52 ในกลุ่ม Kocitaf ขณะที่ Complete recovery พบร้อยละ 26.87 และ 30.43 ตามลำดับ ส่วน Non-recovery พบร้อยละ 10.44 และ 13.05 ตามลำดับ

เมื่อประเมินผลที่ระยะเวลา 18 เดือน พบว่าสัดส่วนผู้ป่วยที่มี Complete recovery เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 43.28 ในกลุ่ม TLD ต่อเนื่อง และร้อยละ 43.48 ในกลุ่ม Kocitaf ขณะที่สัดส่วนผู้ป่วยที่มี Partial recovery ลดลงเหลือร้อยละ 38.81 และ 39.13 ตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยที่มี Non-recovery พบร้อยละ 17.91 ในกลุ่ม TLD ต่อเนื่อง และร้อยละ 17.39 ในกลุ่ม Kocitaf ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบผลการฟื้นตัวของไตระหว่างกลุ่มที่ได้รับ TLD ต่อเนื่องและกลุ่มที่เปลี่ยนเป็น Kocitaf ที่ 3 และ 18 เดือน

ระดับการฟื้นตัวของไต	TLD ต่อเนื่อง (n=67) 3 เดือน	TLD ต่อเนื่อง (n=67) 18 เดือน	เปลี่ยนเป็น Kocitaf (n=23) 3 เดือน	เปลี่ยนเป็น Kocitaf (n=23) 18 เดือน
Complete recovery	18 (26.87%)	29 (43.28%)	7 (30.43%)	10 (43.48%)
Partial recovery	42 (62.69%)	26 (38.81%)	13 (56.52%)	9 (39.13%)
Non recovery	7 (10.44%)	12 (17.91%)	3 (13.05%)	4 (17.39%)

ความเสี่ยงต่อภาวะไตเรื้อรัง

ตามนิยามของโรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease : CKD) หมายถึง ภาวะที่มีค่า eGFR < 60 mL/min/1.73m² ต่อเนื่องนาน ≥ 3 เดือน ในการวิจัยนี้พบผู้ติดเชื้อที่มีค่า eGFR อยู่ในระดับ 3a (45 – 59 mL/min/1.73 m²) จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 7.78) ซึ่งถือเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิด CKD ในระยะต่อไป

เมื่อจำแนกตาม Cohort พบว่าผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง CKD จำนวน 7 ราย กระจายอยู่ทั้งสองกลุ่ม โดย Cohort A (ยังคงใช้ TLD ต่อ) มี 5 ราย (7.46%) และ Cohort B (เปลี่ยนเป็น Kocitaf) มี 2 ราย (8.70%) สัดส่วนการเกิด CKD ใกล้เคียงกันระหว่างสองกลุ่ม แต่ Cohort B มีแนวโน้มความรุนแรงของไตผิดปกติมากกว่าใน Baseline ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ที่พบว่า Cohort B มีค่า SCr สูงกว่าและ eGFR ต่ำกว่า Cohort A ในทุกช่วงเวลา

ข้อมูลนี้ช่วยสนับสนุนข้อสรุปว่า การเปลี่ยนสูตรยาไปเป็น TAF-based regimen (Kocitaf) อาจมีบทบาทสำคัญต่อการฟื้นตัวของไตในระยะยาว แม้ผู้ป่วยใน Cohort B จะเริ่มต้นด้วยภาวะไตผิดปกติที่รุนแรงกว่า

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

กาวิจัยครั้งนี้เป็นการติดตามผลการฟื้นตัวของการทำงานของไตในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เกิดภาวะไตผิดปกติจากการได้รับยาเม็ดรวม TLD จำนวน 90 ราย แบ่งเป็น Cohort A ซึ่งยังคงได้รับยาเม็ดรวม TLD ต่อเนื่อง จำนวน 67 ราย และ Cohort B

ซึ่งได้รับการเปลี่ยนเป็นยาเม็ดรวม Kocitaf จำนวน 23 ราย โดยติดตามผลที่ระยะ 3 เดือน และ 18 เดือนหลังเกิดภาวะไตผิดปกติ ผลการศึกษาพบว่าผู้ติดเชื้อทั้งสองกลุ่มมีแนวโน้มการฟื้นตัวของการทำงานของไตดีขึ้นตามระยะเวลาการติดตาม โดยในระยะ 3 เดือน ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่มีการฟื้นตัวอยู่ในระดับ Partial recovery ขณะที่เมื่อระยะเวลาติดตามเพิ่มขึ้นเป็น 18 เดือน สัดส่วนของผู้ติดเชื้อที่มี Complete recovery เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 26.87 เป็น 43.28 ใน Cohort A และจากร้อยละ 30.43 เป็น 43.48 ใน Cohort B สะท้อนให้เห็นว่าการทำงานของไตสามารถฟื้นตัวได้ดีขึ้นเมื่อได้รับการติดตามและดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง

ผลการวิจัยนี้สนับสนุนข้อมูลจากการศึกษาก่อนหน้าที่รายงานว่าการใช้ TDF อาจสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงการทำงานของไต และการติดตามการทำงานของไตอย่างต่อเนื่องมีความสำคัญต่อการประเมินการฟื้นตัวของไต[20] ภายหลังได้รับการประเมิน ติดตาม และจัดการปัจจัยเสี่ยงอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะในผู้ติดเชื้อที่ได้รับการเฝ้าระวังการทำงานของไตอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ การเพิ่มขึ้นของสัดส่วน Complete recovery ในการวิจัยครั้งนี้ยังแสดงให้เห็นว่าการฟื้นตัวของไตอาจต้องอาศัยระยะเวลาติดตามที่ยาวนานมากกว่า 3 เดือน อย่างไรก็ตาม ยังพบผู้ติดเชื้อบางส่วนที่มีการฟื้นตัวไม่สมบูรณ์ (Partial recovery) หรือไม่ฟื้นตัว (Non-recovery) แม้ติดตามนาน 18 เดือน ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยอื่นที่มีผลต่อการทำงานของไต เช่น อายุ โรคร่วม ระดับการทำงานของไตก่อนเกิดภาวะผิดปกติ หรือความรุนแรงของภาวะไตผิดปกติในระยะเริ่มต้น ทั้งนี้ตามแนวทาง KDIGO 2012 โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease : CKD) หมายถึง ภาวะที่มีความผิดปกติของโครงสร้างหรือการทำงานของไตต่อเนื่องนานตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป[16] ดังนั้น ผู้ติดเชื้อที่มีการฟื้นตัวของไตไม่สมบูรณ์ควรได้รับการติดตามค่า SCr และ eGFR อย่างต่อเนื่อง เพื่อเฝ้าระวังการดำเนินโรคไปสู่โรคไตเรื้อรังในอนาคต โดยสรุป ผู้ติดเชื้อที่เกิดภาวะไตผิดปกติจากการได้รับยาเม็ดรวม TLD มีแนวโน้มการฟื้นตัวของการทำงานของไตเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาการติดตาม ทั้งในกลุ่มที่ยังคงได้รับยาเม็ดรวม TLD ต่อเนื่องและกลุ่มที่เปลี่ยนเป็นยาเม็ดรวม Kocitaf โดยพบว่าสัดส่วน Complete recovery เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจนถึงระยะ 18 เดือน แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการติดตามการทำงานของไตในระยะยาวเพื่อประเมินการฟื้นตัวและเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังในอนาคต ดังนั้น ผลการวิจัยนี้จึงสนับสนุนแนวทางการปรับสูตรยาจาก TDF เป็น TAF ในผู้ติดเชื้อที่มีภาวะไตผิดปกติ เพื่อเพิ่มโอกาสการฟื้นตัวของการทำงานของไตและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังในอนาคต

ข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้

การจัดกลุ่มผู้ติดเชื้อไม่ได้เป็นการสุ่ม แต่ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของภาวะไตผิดปกติตั้งแต่ต้น จึงอาจเกิด Confounding by indication ส่งผลให้ไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลของการเปลี่ยนสูตรยาได้โดยตรง อีกทั้งขนาดตัวอย่างใน Cohort B มีจำนวนค่อนข้างน้อยเมื่อเทียบกับ Cohort A อาจจำกัดความสามารถในการอธิบายผลลัพธ์ระยะยาวได้อย่างครอบคลุม ดังนั้น งานวิจัยในอนาคตควรพิจารณาใช้การออกแบบการศึกษาแบบ Prospective Cohort หรือ Randomized Controlled Trial เพื่อยืนยันผลลัพธ์และลดอคติจากการเลือกกลุ่มตัวอย่าง[10-12]

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการพัฒนาระบบแจ้งเตือน (Alert System) ในเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ เมื่อพบว่าค่า eGFR ลดลงถึงระดับที่ต้องเฝ้าระวัง เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถติดตามและประเมินความเสี่ยงต่อภาวะไตผิดปกติได้อย่างทันท่วงที นอกจากนี้ควรมีการติดตามค่า eGFR และ SCr อย่างต่อเนื่องทุก 3 – 6 เดือนในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยา TDF-based regimen โดยเฉพาะผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตผิดปกติ เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจในการปรับสูตรยาและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังในระยะยาว รวมทั้งควรมีการบันทึกข้อมูลการติดตามในระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์อย่างเป็นระบบ เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลสำหรับการเฝ้าระวังและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณเภสัชกรประสาท ลิ่มดุล, นายแพทย์นิวัฒน์ สายเพ็ชร, เภสัชกรหญิงพุทธชาด สังข์ประพันธ์ และเภสัชกรหญิงอังคณา อนันต์ตันติกุล แห่งโรงพยาบาลถลาง ที่ให้คำแนะนำและช่วยเหลือในการดำเนินงานวิจัย รวมถึงเจ้าหน้าที่กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภคที่ให้กำลังใจและสนับสนุนจนงานสำเร็จลุล่วง

เอกสารอ้างอิง

1. ธีระพงษ์ มนต์มธุรพจน์. ความแตกต่างของ tenofovir alafenamide และ tenofovir disoproxil fumarate ต่อผลของการยับยั้งไวรัสและความปลอดภัยต่อไต. ศรีนครินทร์เวชสาร [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 4 เมษายน 2568]; 31(3): 328–42. เข้าถึงได้จาก: https://li01.tci-thaijo.org/index.php/SRIMEDJ/article/view/58488/48236
2. อุดมลักษณ์ จันทรวงศ์, นันทวรรณ กิติกรรณากรณ์. ตัวส่งสัญญาณเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่อไตจากการใช้ยาทีโนโฟเวียร์ไดโซโพรซิลฟูมาเรตในผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือโรคเอดส์ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 25 มิถุนายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=article_detail&subpage=article_detail&id=13976
3. Patamatamkul S, Songumpai N, Payoong P, Katavetin P, Putcharoen O. Early switching of tenofovir disoproxil fumarate (TDF) in HIV-infected patients with TDF-induced nephrotoxicity: a prospective study. HIV Res Clin Pract. 2022; 23(1): 99–106.
4. สโรชา งานวิวัฒน์ถาวร. การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการทำงานของไตผิดปกติในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านแบบรวมเม็ด (TLD) ในคลินิก ARV โรงพยาบาลถลาง จังหวัดภูเก็ต. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีนอร์ทเทิร์น. 2567; 5(2): 129–41.
5. ปอแก้ว เพ็ชร์คำ, ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์. อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตจากการได้รับยา Tenofovir ของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2559; 25(1): 92–103.
6. สุริยา แก้วภูมิแห่, จิรนันท์ โชติธรรมนาวี. ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการบาดเจ็บที่ไตในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านเอชไอวีสูตรต่าง ๆ. วารสารเภสัชกรรมคลินิก. 2567; 30(3): 181–91.
7. Wang X, Jones HM, Menon RM, et al. Dolutegravir does not affect renal function as assessed by iohexol clearance despite increases in serum creatinine due to inhibition of renal OCT2. Br J Clin Pharmacol. 2016; 81(2): 258–67.
8. วิบูลย์ อยู่ยงวัฒนา, ศิรานันต์ พลเหี้ยมห้าญ, ประภา ศรีอารยะพงศ์. การพัฒนาแนวปฏิบัติในการเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตจาก tenofovir disoproxil fumarate (TDF) ในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลนครพนม. วารสารเภสัชกรรมคลินิก [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 4 กุมภาพันธ์ 2567]; 28(1): 1–14. เข้าถึงได้จาก: https://thaidj.org/index.php/TJCP/article/view/12452
9. Scherzer R, Estrella M, Li Y, Choi AI, Deeks SG, Grunfeld C, Shlipak MG. Association of tenofovir exposure with kidney disease risk in HIV infection. AIDS. 2012; 26(7): 867–75.
10. Srisopa S, Kornjirakasemsan A, Treebupachatsakul P, Sonthisombat P. Incidence and risk factors of tenofovir disoproxil fumarate induced nephrotoxicity and renal function recovery: a hospital case-control study. Infect Chemother. 2023; 55(2): 226–36.

11. Forni LG, Darmon M, Ostermann M, Oudemans-van Straaten HM, Pettilä V, Prowle JR, et al. Renal recovery after acute kidney injury. Intensive Care Med. 2017;43(6): 855–66.
12. Chawla LS, Bellomo R, Bihorac A, Goldstein SL, Siew ED, Bagshaw SM, et al. Acute kidney disease and renal recovery: consensus report. Nat Rev Nephrol. 2017; 13(4): 241–57.
13. Kellum JA, Lameire N; KDIGO AKI Guideline Work Group. KDIGO clinical practice guideline for acute kidney injury. Kidney Int Suppl. 2012; 2(1): 1–138.
14. World Health Organization. Update of recommendations on first- and second-line antiretroviral regimens. Geneva: WHO; 2021.
15. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2566.
16. Kidney disease: improving global outcomes (KDIGO). KDIGO 2024 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. Kidney Int Suppl. 2024; 105(4 Suppl): 137–74.
17. Hall AM, Hendry BM, Nitsch D, Connolly JO. Tenofovir-associated kidney toxicity in HIV-infected patients: a review of the evidence. Kidney Int. 2011; 80(8): 833–9.
18. Sax PE, Wohl D, Yin MT, Post F, DeJesus E, Saag M, et al. Tenofovir alafenamide versus tenofovir disoproxil fumarate for initial HIV-1 therapy. Lancet. 2015; 385(9987): 2606–15.
19. Gupta SK, Post FA, Arribas JR, Eron JJ Jr, Wohl DA, Clarke AE, et al. Renal safety of tenofovir alafenamide vs tenofovir disoproxil fumarate: a pooled analysis of 26 clinical trials. AIDS. 2019; 33(9): 1455–65.
20. Cooper RD, Wiebe N, Smith N, Keiser P, Naicker S, Tonelli M. Systematic review and meta-analysis: renal safety of tenofovir disoproxil fumarate in HIV-infected patients. Clin Infect Dis. 2010; 51(5): 496-505.

ผลของการบริหารคลังยาโดยการมีส่วนร่วมขององค์การเภสัชกรรม ในโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

Results of collaborative inventory management by the Government Pharmaceutical Organization (GPO) at Chumphon Khet Udomsakdi Hospital

ชนิกา วลัยกนก[1], ภัทราภรณ์ นิลฉาย[2], อมาวดี วชิรศิริ[2]

Chanika Walaikanok[1], Pattaraphon Nilchaay[2], Amawadee Wachirasiri[2]

บทคัดย่อ

การบริหารคลังยาเป็นองค์ประกอบสำคัญของระบบบริการสุขภาพที่มีผลต่อความพร้อมใช้ยาและประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการบริหารคลังยาโดยการมีส่วนร่วมขององค์การเภสัชกรรมและประเมินผลการดำเนินงาน 4 มิติ ได้แก่ ด้านการบริหารคลังยา (อัตราการหมุนเวียนสต็อก อัตราการสำรองคลังยา อัตราการเกิดภาวะยาขาดสต็อค), ด้านมูลค่า (มูลค่าซื้อยาเฉลี่ย มูลค่ายาที่ใช้เฉลี่ย มูลค่ายาคงคลัง), ด้านการบริการ (อัตราการเติมเต็มคำสั่งซื้อ) ด้านเวลา (ระยะเวลาดำเนินการจัดซื้อ จำนวนใบสั่งซื้อค้างส่ง) ในโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการดำเนินการเป็นระยะเวลา 5 เดือน ระหว่างเดือนสิงหาคมถึงธันวาคม พ.ศ. 2568 โดยแบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติการสังเกต และการสะท้อนผล กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยรายการยาที่เข้าเกณฑ์จำนวน 112 รายการ ผู้ร่วมการวิจัยได้แก่ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ผู้รับผิดชอบงานคลังยา งานจัดซื้อ จำนวน 7 คน และเจ้าหน้าที่องค์การเภสัชกรรม จำนวน 2 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบ Two-sample Wilcoxon rank-sum (Mann–Whitney) test กำหนดนัยสำคัญที่ $p<0.05$

ผลการวิจัยพบว่า หลังการพัฒนาระบบมิติด้านมูลค่ามีความคุ้มค่ามากขึ้น โดยค่ามัธยฐานมูลค่าจัดซื้อลดลงจาก 116,674.80 บาท เหลือ 17,582.24 บาท และมูลค่ายาที่ใช้ลดลงจาก 129,071.12 บาท เหลือ 17,096.64 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ขณะที่มูลค่ายาคงคลังเฉลี่ยคงเดิมที่ 4,943.40 บาท มิติด้านการบริการพบว่าอัตราการเติมเต็มคำสั่งซื้อลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.012$) จากร้อยละ 84.31 เหลือ 73.55 แต่ช่วงข้อมูลมีการบีบแคบลงสะท้อนเสถียรภาพและความแน่นอนของระบบที่ดีขึ้น สอดคล้องกับจำนวนใบสั่งซื้อค้างส่ง ที่ลดลงในทุกกระบวนการ โดยในรอบการรับยาครั้งที่ 4 ลดลงจนเหลือ 0 ใบ สำหรับมิติด้านการบริหารคลังยาและเวลา พบข้อจำกัดเชิงระบบเนื่องจากอัตราการเกิดภาวะยาขาดสต็อกเพิ่มขึ้นจาก

[1] เภสัชกรชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ จังหวัดชุมพร

[1] Pharmacist, Senior Professional Level. Pharmacy Division. Chumphon Khet Udomsakdi Hospital. Chumphon Province. E-mail: nika.walaikanok@gmail.com

[2] เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ จังหวัดชุมพร

[2] Pharmacist, Professional Level. Pharmacy Division. Chumphon Khet Udomsakdi Hospital. Chumphon Province.

Received: 23 DEC 2025, Revised: 10 JUN 2026, Accepted: 17 JUN 2026

ร้อยละ 0.17 เป็น 0.72 อัตราการหมุนเวียนคงคลังลดลงจาก 18.35 รอบ เหลือ 3.51 รอบ และระยะเวลาดำเนินการจัดซื้อเฉลี่ย เพิ่มขึ้นเล็กน้อยจาก 24.35 วัน เป็น 26.70 วัน ซึ่งเป็นผลกระทบส่วนหนึ่งจากปัจจัยภายนอกชั่วคราวและการปรับตัวของระบบในระยะเริ่มแรก ดังนั้น การพัฒนาระบบบริหารคลังยาโดยการมีส่วนร่วมขององค์การเภสัชกรรมสามารถเพิ่มประสิทธิภาพด้านการจัดการคำสั่งซื้อและการใช้ทรัพยากรได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อจำกัดด้านระยะเวลาดำเนินการและการควบคุมภาวะยาขาดสต็อก ซึ่งควรได้รับการพัฒนาเพิ่มเติมเพื่อให้เกิดความยั่งยืนของระบบในระยะยาว

คำสำคัญ : การบริหารคลังยา, องค์การเภสัชกรรม, การวิจัยเชิงปฏิบัติการ, ยาขาดคลัง, โรงพยาบาลจังหวัด

Abstract

Medication inventory management is a critical component of healthcare systems, directly affecting drug availability and efficient resource utilization. This study aimed to develop a collaborative medication inventory management system involving the Government Pharmaceutical Organization (GPO) and evaluate its performance across 4 dimensions : inventory management (inventory turnover rate, safety stock, stock-out rate), financial value (median drug purchasing cost, drug utilization cost, average inventory value), service (order fulfillment rate), and time (procurement lead time, backlogged purchase orders) at Chumphon Khet Udomsakdi Hospital. This action research was conducted for 5 months between August and December 2025, divided into 4 phases : planning, action, observation, and reflection. The sample consisted of 112 selected drug items that met the specified criteria. The research participants included 7 hospital personnel responsible for inventory and procurement at Chumphon Khet Udomsakdi Hospital and 2 GPO staff members. Data were analyzed using descriptive statistics and the Two-sample Wilcoxon rank-sum (Mann–Whitney) test with a significance level at $p<0.05$.

The results revealed significant improvements in the financial value dimension. The median drug purchasing cost significantly decreased from 116,674.80 baht to 17,582.24 baht, and the drug utilization cost significantly decreased from 129,071.12 baht to 17,096.64 baht ($p<0.001$), while the average inventory value remained unchanged at a median of 4,943.40 baht. In the service dimension, the order fulfillment rate significantly decreased from 84.31% to 73.55% ($p=0.012$); however, a narrower data distribution reflected improved system stability and predictability. This was consistent with a decline in backlogged purchase orders across all process stages, with the backlog in the 4th procurement round dropping to 0 orders. Conversely, system constraints were identified in the inventory and time dimensions : the stock-out rate increased

from 0.17% to 0.72%, the inventory turnover rate decreased from 18.35 to 3.51 rounds, and the overall procurement lead time slightly increased from 24.35 to 26.70 days. These constraints were partially influenced by temporary external factors and early-stage system adjustments. In conclusion, the collaborative inventory management system with GPO significantly improved procurement efficiency and resource utilization. However, challenges remain in reducing procurement lead time and controlling stock-outs, which require further refinement to ensure long-term system sustainability.

Keywords : Medication inventory management, Government Pharmaceutical Organization, action research, stock-out, provincial hospital

บทนำ

ระบบบริหารคลังยาเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดำเนินงานโรงพยาบาล เนื่องจากมีความเชื่อมโยงโดยตรงกับคุณภาพการให้บริการทางสาธารณสุข ความต่อเนื่องของการรักษา และประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรทางการเงินของหน่วยบริการ การมีปริมาณยาเพียงพอและพร้อมใช้งานตามความต้องการทางคลินิกเป็นเงื่อนไขพื้นฐานที่ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างปลอดภัยและมีคุณภาพ โดยเอกสารเชิงนโยบายและงานวิจัยขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) ระบุว่าภาวะยาขาดคลัง (Stock-out) ส่งผลให้การรักษาล่าช้า เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน เป็นการเปลี่ยนแผนการรักษาโดยไม่จำเป็น และเพิ่มภาระต้นทุนของระบบบริการสุขภาพ[1-3] ในทางกลับกันการมีมูลค่ายาคงคลังสำรองสูงเกินความจำเป็นยังเพิ่มความเสี่ยงด้านยาหมดอายุ ยาเสื่อมคุณภาพ และกระทบต่อสภาพคล่องทางการเงินของโรงพยาบาล โดยงานวิจัยด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขชี้ให้เห็นว่าต้นทุนคงคลัง (Inventory Holding Cost) เป็นหนึ่งในต้นทุนแฝงที่สำคัญ และหากขาดการควบคุมที่เหมาะสม อาจส่งผลต่อเสถียรภาพทางการเงินในระยะยาว[4-6] งานศึกษาด้านห่วงโซ่อุปทานยาระบุว่า โรงพยาบาลขนาดกลางและขนาดใหญ่มีความเสี่ยงต่อทั้งภาวะยาขาดคลังและการมีสินค้าคงคลังเกินความจำเป็น หากขาดระบบวางแผนและควบคุมคลังยาที่มีประสิทธิภาพ[7-9] โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์เป็นโรงพยาบาลระดับจังหวัดที่มีปริมาณการใช้ยาและความหลากหลายของรายการยาสูง ทำให้การบริหารคลังยามีความซับซ้อนเพิ่มขึ้นทั้งด้านการคาดการณ์ความต้องการยา ความผันผวนของการใช้ยาตามฤดูกาลและข้อจำกัดด้านงบประมาณ แม้โรงพยาบาลจะมีระบบคลังยาและการจัดซื้อที่เป็นไปตามมาตรฐานภาครัฐ แต่การประเมินสถานการณ์เบื้องต้นยังพบปัญหา ได้แก่ ภาวะยาขาดคลังในช่วงความต้องการใช้สูง ปริมาณคงคลังที่ไม่สอดคล้องกับการใช้จริง ความคลาดเคลื่อนของข้อมูลสต็อก ต้นทุนคงคลังสูง การขาดระบบคาดการณ์ความต้องการยา และภาระงานของบุคลากรด้านเภสัชกรรม ซึ่งสอดคล้องกับรายงานจากหลายประเทศที่ระบุว่าความล้มเหลวของระบบข้อมูลและการวางแผนคงคลังเป็นสาเหตุสำคัญของความสูญเสียด้านงบประมาณในโรงพยาบาล[10-12] จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการนำเครื่องมือเชิงระบบ เช่น การวิเคราะห์ ABC-VED หรือ ABC-VEN Matrix และการบริหารคลังยาโดยอิงข้อมูลการใช้จริง สามารถช่วยลดมูลค่ายาคงคลังและลดอัตราการเกิดยาขาดคลังได้อย่างมีนัยสำคัญ ทั้งในต่างประเทศและบริบทของประเทศไทย[13-16] ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการบริหารคลังยาโดยการมีส่วนร่วมขององค์การเภสัชกรรม (Collaborative Inventory Management) เพื่อขยายบทบาทจากการเป็นผู้จัดหาและกระจายยาไปสู่การมีส่วนร่วมเชิงกลยุทธ์และเชิงปฏิบัติการ โดยครอบคลุมการร่วมกำหนดทิศทางการบริหารคลังยา การสนับสนุนโครงสร้างด้านโลจิสติกส์ การร่วมวิเคราะห์ข้อมูลการใช้ยาและแนวโน้มความต้องการ การกำหนดระดับคงคลังขั้นต่ำและปริมาณยาสำรองเพื่อความปลอดภัยของคลังองค์การเภสัชกรรม โดยสำรองยาให้เพียงพอสอดคล้องกับความต้องการใช้จริงของโรงพยาบาล และควบคุมระดับยาผ่านการแลกเปลี่ยนข้อมูลและการติดตามสินค้าคงคลังอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ

ลดการขาดยา และควบคุมต้นทุน[17-18] จากการดำเนินงานที่ผ่านมาตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2567 ผู้วิจัยได้จัดเก็บข้อมูลพื้นฐานและตัวชี้วัดสำคัญของระบบคลังยา ได้แก่ มูลค่าคงคลัง, อัตราการสำรองคลังยา (จำนวนเดือนที่ยาในคลังสามารถรองรับการให้บริการผู้ป่วยได้)[17-18], อัตราการหมุนเวียนคงคลัง (อัตราที่แสดงความเร็วในการหมุนเวียนของยาในคลัง โดยคำนวณจากมูลค่ายาที่ถูกใช้หรือจ่ายออก เมื่อเทียบกับมูลค่ายาคงคลังเฉลี่ยในช่วงเวลาหนึ่ง)[17-18], อัตราการเติมเต็มคำสั่งซื้อ (สัดส่วนของจำนวนคำสั่งซื้อที่สามารถจัดหาและส่งมอบได้ครบถ้วนตามจำนวนที่ร้องขอ เมื่อเทียบกับจำนวนคำสั่งซื้อทั้งหมด)[17-18], อัตรายาขาดสต็อก (สัดส่วนของจำนวนรายการยาที่เกิดภาวะขาดคลัง เมื่อเทียบกับจำนวนรายการยาที่มีการเบิกใช้ทั้งหมดในช่วงเวลาที่กำหนด)[17-18], ระยะเวลาดำเนินการจัดซื้อรวมถึงปัญหา อุปสรรคของระบบคลังยาในปัจจุบันผลประเมินในระยะแรกพบว่าระบบดังกล่าวประสบความสำเร็จตามเป้าหมายหลักในการควบคุมมูลค่าเวชภัณฑ์คงคลังและสามารถลดอัตราการสำรองคลังยาของโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม ในการปฏิบัติงานจริงยังพบปัญหาการบริหารคลังยาที่ต้องได้รับการแก้ไข ได้แก่ ระยะเวลาการจัดซื้อที่เพิ่มขึ้น ซึ่งกลายเป็นคอขวดที่ทำให้อัตราการหมุนเวียนสต็อกลดลง และนำไปสู่ความเสี่ยงของภาวะยาขาดสต็อกในบางช่วงเวลา

ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาระบบการบริหารคลังยาร่วมกับองค์การเภสัชกรรม เพื่อจัดทำมาตรการปรับปรุงระบบให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นและเพื่อส่งเสริมความพร้อมใช้ของยาและยกระดับคุณภาพระบบบริการสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง อันเป็นที่มาและวัตถุประสงค์สำคัญของการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการในครั้งนี้

วัตถุประสงค์งานวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบการบริหารคลังยาโดยการมีส่วนร่วมขององค์การเภสัชกรรมในโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
2. เพื่อประเมินผลการดำเนินงานของระบบบริหารคลังยาที่พัฒนาขึ้น

ขอบเขตการวิจัย

งานวิจัยนี้ดำเนินการที่งานคลังยาและจัดซื้อ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ระหว่างเดือนสิงหาคมถึงธันวาคม พ.ศ. 2568 (5 เดือน)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ (เลขที่ 092/2568 ลงวันที่ 7 สิงหาคม 2568) โดยเป็นไปตามหลัก Declaration of Helsinki, Belmont Report, CIOMS Guidelines และ ICH-GCP มีระยะเวลาในการศึกษา 5 เดือน คือ เดือนสิงหาคมถึงธันวาคม 2568 แบ่งการดำเนินการวิจัยออกเป็น 4 ระยะดังนี้

- ระยะที่ 1 ขั้นวางแผน (Planning) ประชุมระดมสมองกับกลุ่มงานคลัง งานจัดซื้อและเจ้าหน้าที่องค์การเภสัชกรรมครั้งที่ 1 เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2568 เพื่อร่วมกันกำหนดแนวทางปฏิบัติหรือระบบที่จะช่วยลดปัญหา และเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารคลังยา โดยมีแผนลงมือ

ปฏิบัติการตามแนวทางเป็นเวลา 3 เดือนระหว่างเดือนกันยายนถึงพฤศจิกายน พ.ศ. 2568

- ระยะที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ (Action) เป็นระยะของการดำเนินงานตามระบบที่ปรับใหม่ โดยอาศัยผลการวางแผนจากระยะที่ 1 มาใช้ในการปรับปรุงระบบการบริหารคลังยาและปรับให้สอดคล้องกับบริบทการให้บริการจริงของหน่วยงาน ระหว่างวันที่ 1 กันยายน ถึง 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2568 รวมระยะเวลา 3 เดือน ในช่วงดำเนินงานมีการจัดประชุมจำนวน 2 ครั้ง เพื่อกำกับ ติดตาม สอบถามปัญหา และเสนอแนะแนวทางแก้ไขรวมถึงแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างโรงพยาบาลและองค์การเภสัชกรรม

- ระยะที่ 3 ขั้นสังเกตการณ์ (Observing) ดำเนินการประเมินผลการใช้ระบบบริหารคลังยาที่ปรับใหม่ โดยรวบรวมข้อมูลตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ มูลค่าคงคลัง อัตราการสำรองคลังยา อัตราการหมุนเวียนสต็อก อัตราการเติมเต็มคำสั่งซื้อ อัตรายาขาดสต็อก ระยะเวลาดำเนินการจัดซื้อ จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังปรับระบบเพื่อประเมินผลการเปลี่ยนแปลง

- ระยะที่ 4 ขั้นสะท้อนกลับ (Reflection) ดำเนินการแจ้งผลการเปลี่ยนแปลงจากการใช้ระบบบริหารคลังที่ปรับใหม่ และปัญหาที่พบในหน่วยงานคลัง งานจัดซื้อ และแจ้งให้องค์การเภสัชกรรมทราบ ระยะเวลาดำเนินการเดือนธันวาคม พ.ศ. 2568

ประชากร กลุ่มตัวอย่าง และผู้ร่วมการวิจัย

ประชากร คือ จำนวนรายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติที่องค์การเภสัชกรรมผลิตหรือมีพร้อมจำหน่าย หรือยาที่มีผู้ผลิตหรือผู้นำเข้ารายเดียว (Monopoly) ในโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

กลุ่มตัวอย่าง คือ จำนวนรายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติที่องค์การเภสัชกรรมผลิตหรือมีพร้อมจำหน่าย หรือยาที่มีผู้ผลิตหรือผู้นำเข้ารายเดียว (Monopoly) ในโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ที่องค์การเภสัชกรรมบริหารคลังให้ จำนวน 112 รายการ ระหว่างเดือนสิงหาคมถึงธันวาคม พ.ศ. 2568

ผู้ร่วมการวิจัย ได้แก่ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ผู้รับผิดชอบงานคลังยา งานจัดซื้อ จำนวน 7 คน (แบ่งเป็นเภสัชกร 4 คน, เจ้าพนักงานเภสัชกรรม 2 คนและเจ้าหน้าที่งานคลัง 1 คน) และเจ้าหน้าที่องค์การเภสัชกรรม 2 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกการเก็บข้อมูล : มูลค่าคงคลัง การรับ เข้าคลัง การเบิกจ่ายไปหน่วยบริการ ปริมาณการสั่งซื้อ ราคาทุน ระยะเวลาดำเนินการจัดซื้อ
2. จากโปรแกรมบริหารคลังยา Inventory BMS-HOSxP XE โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ได้แก่

2.1 รายงานคลังยา : มูลค่าคงคลัง รับเข้าคลังยา เบิกจ่ายไปยังหน่วยบริการ

2.2 รายงานจัดซื้อยา : ระยะเวลาดำเนินการจัดซื้อ ปริมาณที่สั่งซื้อ ราคาทุน

2.3 รายงานยาขาดสต็อก : วัน/รายงาน

2.4 รายงานยาหมดอายุ : มูลค่า/รายงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้จากแบบบันทึกข้อมูลการประชุมและแผนปฏิบัติการ โดยนำมารวบรวม แยกแยะ และจัดกลุ่มข้อมูลปัญหาที่พบจริงในแต่ละขั้นตอนอย่างเป็นระบบ และสรุป

ออกมาเป็นหมวดหมู่จำแนกตามกระบวนการหลักร่วมกับแนวทางแก้ไขปัญหา

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรม STATA/MP 18.0 ผลลัพธ์มูลค่าคงคลัง อัตราการสำรองคงคลัง อัตราการหมุนเวียนสต็อก อัตราการเติมเต็มคำสั่งซื้อ อัตรายาขาดสต็อก ระยะเวลาดำเนินการจัดซื้อ นำเสนอข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เป็นค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) (กรณีข้อมูลแจกแจงปกติ) และค่ามัธยฐาน (Median) เปอร์เซ็นต์ไทล์ (IQR) (กรณีการแจกแจงไม่ปกติ) สถิติเชิงอนุมานใช้ Two-sample Wilcoxon rank-sum (Mann-Whitney) test โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.05$

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

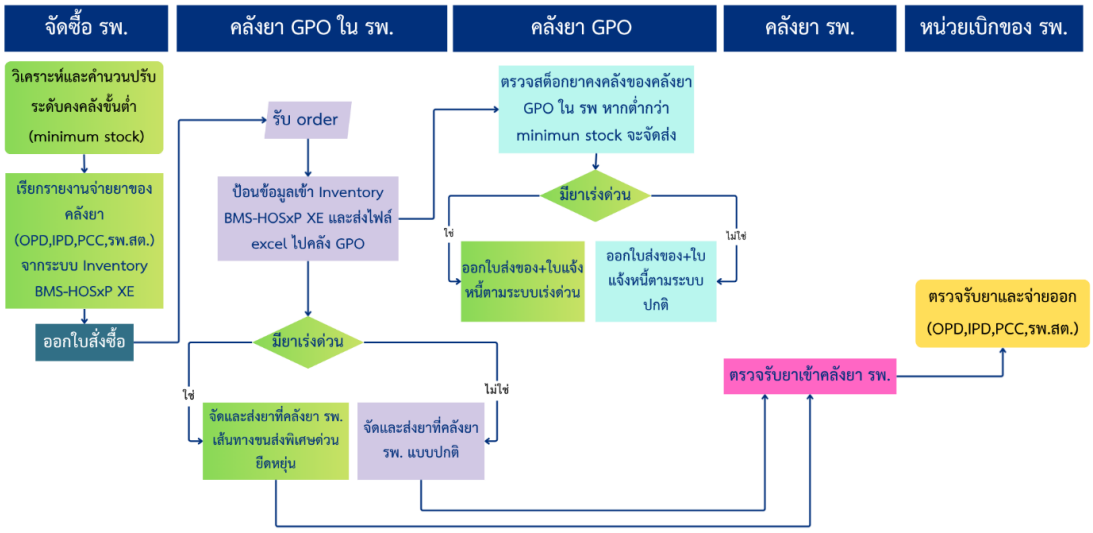
1. ผลการพัฒนาระบบบริหารคลังยาโดยการมีส่วนร่วมขององค์การเภสัชกรรม จากกระบวนการประชุมระดมสมองผู้มีส่วนได้ส่วนเสียพบปัญหาอุปสรรคในระบบการบริหารจัดการระบบเดิมดังนี้

1) ระดับคงคลังขั้นต่ำไม่เหมาะสมส่งผลให้เกิดการขาดคลังหรือคงคลังเกิน

2) การตอบสนองต่อความต้องการใช้ยาที่เพิ่มขึ้นอย่างฉับพลันล่าช้า ทำให้เกิด Stock-out ในบางช่วงเวลา

3) รายงานการเบิกจ่ายและคลังยาของทุกหน่วยงานไม่ครอบคลุมทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

จึงได้มีการปรับปรุงและพัฒนาระบบใหม่ประกอบด้วยขั้นตอนการกำหนดระดับคงคลังขั้นต่ำใหม่โดยอิงจากอัตราการหมุนเวียนคลังและข้อมูลการใช้ยาจริง ขั้นตอนการจัดหาและกระจายยาโดยพัฒนาระบบจัดหาด่วนเพื่อเร่งกระบวนการจัดหาและนำส่งยาและพัฒนาขั้นตอนระบบรายงานและสารสนเทศในรายงาน Inventory BMS-HOSxP XE ให้ครอบคลุมทุกหน่วยงานที่คลังจ่ายออก (ขั้นตอนที่พัฒนาจะอยู่ในกรอบสีเขียว) ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ขั้นตอนการบริหารคลังยาโดยการมีส่วนร่วมขององค์การเภสัชกรรมในโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ระบบใหม่

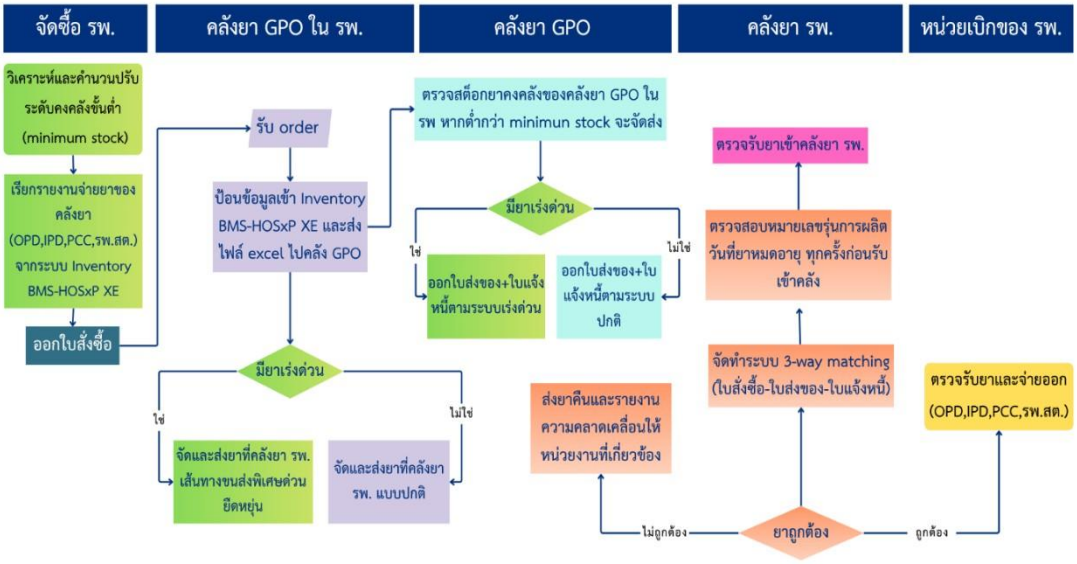
หลังนำระบบบริหารจัดการคลังยาแบบใหม่สู่การปฏิบัติ เป็นระยะเวลา 3 เดือน ได้ดำเนินการรับฟังปัญหาเพื่อพัฒนาให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นและได้แก้ไขปรับปรุงขั้นตอนการดำเนินการเพิ่มเติม ดังภาพที่ 2 รายละเอียดดังนี้

1) ขั้นตอนการตรวจรับยาและเอกสารมีการจัดทำระบบ 3–way matching (ใบสั่งซื้อ-ใบส่งของ-ใบแจ้งหนี้) และกำหนด SOP กาตรวจสอบก่อนรับยา

2) ขั้นตอนการรับเข้าคลัง กำหนดแนวทางปฏิบัติที่สามารถรับยาได้แบบมีเงื่อนไขพร้อมติดตามเอกสารย้อนหลังเพื่อลดความเสี่ยงจากภาวะยาขาดสต็อก

3) การตรวจสอบหมายเลขรุ่นการผลิต (Lot Number) และวันหมดอายุทุกครั้งก่อนรับเข้าคลัง

4) ขั้นตอนการตรวจสอบความถูกต้องในการจัดส่งพร้อมรายงานความคลาดเคลื่อนให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (ขั้นตอนที่พัฒนาจะอยู่ในกรอบสีส้ม)



ภาพที่ 2 ระบบการบริหารคลังยาโดยการมีส่วนร่วมขององค์การเภสัชกรรมในปัจจุบันหลังทดลองใช้งาน

2. ผลของประสิทธิภาพระบบบริหารคลังยาโดยการมีส่วนร่วมขององค์การเภสัชกรรมหลังปฏิบัติงานตามระบบที่พัฒนาขึ้น ประเมินผลลัพธ์ 4 ประเด็นดังนี้

2.1 ด้านการบริหารคลังยา ได้แก่ อัตราการหมุนเวียนคงคลัง อัตราการสำรองคลังยา และอัตรายาขาดสต็อก จากการเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนาระบบบริหารคลังยา พบว่าอัตราการหมุนเวียนของสต็อกยาลดลงจาก 18.35 เป็น 3.51 ขณะที่อัตราการสำรองคลังยาเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจาก 0.85 เป็น 0.90 เดือน ในส่วนของอัตรายาขาดสต็อก พบว่าเพิ่มขึ้นจาก 0.17 เป็น 0.72 อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาถึงช่วงเวลาในการเก็บข้อมูล พบว่าช่วงก่อนดำเนินการมีระยะเวลานานกว่าช่วงหลังดำเนินการอย่างชัดเจน ซึ่งอาจส่งผลต่อค่าตัวชี้วัดที่มีลักษณะขึ้นกับเวลา ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 อัตราการหมุนเวียนคงคลัง และอัตราการสำรองคลังยา ก่อนและหลังดำเนินตามการพัฒนาระบบบริหารคลังยาโดยการมีส่วนร่วมขององค์การเภสัชกรรมในโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

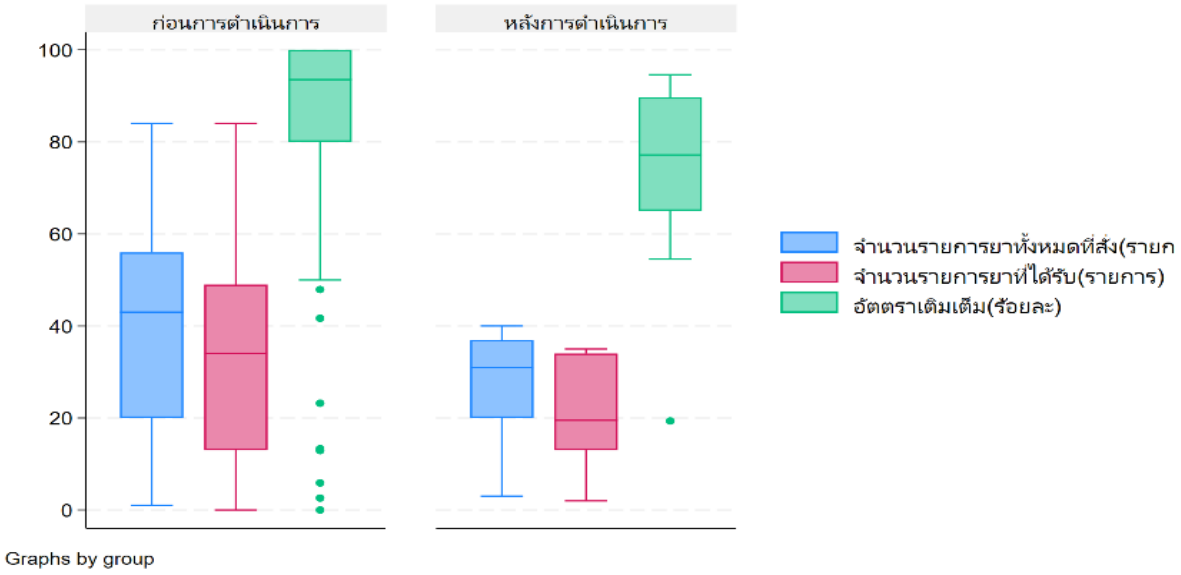
ตัวชี้วัด	ก่อนดำเนินการ (เม.ย. 67- ก.ค. 68)	หลังดำเนินการ (ก.ย. 68 – พ.ย. 68)
อัตราการหมุนเวียนของสต็อกยา	18.35	3.51
อัตราการสำรองคลังยา (เดือน)	0.85	0.9
อัตรายาขาดสต็อก	0.17	0.72

2.2 ด้านมูลค่าซื้อยา จากการเปรียบเทียบตัวชี้วัดด้านมูลค่าการบริหารจัดการยาก่อนและหลังการดำเนินการ พบว่ามูลค่าการซื้อยาเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่ามัธยฐานลดลงจาก 116,674.80 บาท (IQR : 26,137.93 – 379,680.00) เป็น 17,582.24 บาท (IQR : 2,510.80 – 57,720.00) ($p<0.001$) เช่นเดียวกับมูลค่ายาที่ใช้เฉลี่ย ซึ่งลดลงจาก 129,071.12 บาท (IQR : 27,385.82 – 380,320.00) เป็น 17,096.64 บาท (IQR : 2,482.40 – 58,468.14) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาในรูปของมูลค่าต่อเดือน พบว่าทั้งมูลค่าการซื้อยาเฉลี่ยต่อเดือนและมูลค่ายาที่ใช้เฉลี่ยต่อเดือนมีแนวโน้มลดลง (7,292.18 เป็น 5,860.75 บาท และ 8,066.95 เป็น 5,698.88 บาท ตามลำดับ) สำหรับมูลค่ายาคงคลังเฉลี่ย พบว่าไม่มีแตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังการดำเนินการ โดยมีค่ามัธยฐานเท่ากันที่ 4,943.40 บาท แม้ว่าช่วงการกระจายของข้อมูล (IQR) จะเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบมูลค่าซื้อยาและมูลค่ายาที่ใช้ก่อนและหลังการพัฒนาระบบบริหารคลังยา

ตัวชี้วัด	ก่อนดำเนินการ (เม.ย. 67- ก.ค. 68) Median (IQR)	หลังดำเนินการ (ก.ย. 68 – พ.ย. 68) Median (IQR)	p-value
มูลค่าซื้อยาเฉลี่ย (บาท)	116,674.80 (26,137.93/379,680.00)	17,582.24 (2,510.80/57,720.00)	<0.001
มูลค่าซื้อยาเฉลี่ยต่อเดือน (บาท)	7292.18 (1633.62/23,730.00)	5,860.75 (836.93/19,240)	0.242
มูลค่ายาที่ใช้เฉลี่ย (บาท)	129,071.12 (27,385.82/380,320)	17,096.64 (2,482.40/58,468.14)	<0.001
มูลค่ายาที่ใช้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)	8066.95 (1,711.61/23,770)	5,698.88 (827.47/19,489.38)	0.245
มูลค่ายาคงคลังเฉลี่ย (บาท)	4,943.40 (760.00/13,170.00)	4,943.40 (1,564.00/11,974.37)	0.697

2.3 ด้านการบริการ ได้แก่ อัตราการเติมเต็มคำสั่งซื้อก่อนและหลังพัฒนาระบบบริหารคลัง พบว่าอัตราการเติมเต็มคำสั่งซื้อภายหลังการพัฒนาระบบบริหารคลังยามีแนวโน้มลดลงเมื่อเทียบกับก่อนการดำเนินการ ดังภาพที่ 3 แสดงเป็นกราฟ Boxplot ค่ามัธยฐานของอัตราการเติมเต็มคำสั่งซื้อหลังการดำเนินการปรับลดลงอยู่ที่ร้อยละ 77 เทียบกับก่อนการดำเนินการร้อยละ 93 แต่มีการกระจายของข้อมูลแคบลง สะท้อนถึงความสม่ำเสมอของกระบวนการที่ดีขึ้น ผลการทดสอบทางสถิติ พบว่า ค่า p=0.012 แสดงให้เห็นว่าความแตกต่างของอัตราการเติมเต็มคำสั่งซื้อระหว่างก่อนและหลังการดำเนินการมีนัยสำคัญทางสถิติ



ภาพที่ 3 แผนภาพกล่อง (Boxplot) แสดงการเปรียบเทียบอัตราเติมเต็มคำสั่งซื้อก่อนและหลังดำเนินการ โดยใช้ Two-sample Wilcoxon rank-sum (Mann–Whitney) test (p=0.012)

2.4 ด้านเวลา ได้แก่ ระยะเวลาดำเนินการจัดซื้อ (Lead time) จากการวิเคราะห์ข้อมูลจำนวนใบสั่งซื้อที่ค้างส่งและระยะเวลาดำเนินการ เปรียบเทียบระหว่างช่วงเดือนเมษายน พ.ศ. 2567 ถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2568 กับช่วงเดือนกันยายน ถึงพฤศจิกายน พ.ศ. 2568 พบว่าจำนวนใบสั่งซื้อที่ค้างส่งในทุกช่วงของการรับยา (ครั้งที่ 1 – 4) มีแนวโน้มลดลงอย่างชัดเจน โดยในช่วงแรกมีจำนวนใบสั่งซื้อค้างส่งเท่ากับ 85, 62, 26 และ 4 ใบ ตามลำดับ ขณะที่ช่วงหลังลดลงเหลือ 10, 8, 4 และ 0 ใบ ตามลำดับ แสดงให้เห็นถึงการลดลงของปริมาณงานค้างส่งในทุกระยะของกระบวนการ ในด้านระยะเวลาดำเนินการเฉลี่ยของแต่ละช่วง พบว่าครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 มีค่าใกล้เคียงกันระหว่างสองช่วงเวลา (7.76 เทียบกับ 8 วัน และ 13.05 เทียบกับ 13 วัน ตามลำดับ) ขณะที่ครั้งที่ 3 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อย (19.19 เป็น 20.75 วัน) และในครั้งที่ 4 ไม่พบใบสั่งซื้อค้างส่งในช่วงหลัง ส่วนระยะเวลาดำเนินการทั้งหมดเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 24.35 วัน เป็น 26.70 วัน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระยะเวลาดำเนินการจัดซื้อก่อนและหลังดำเนินงานตามการพัฒนาระบบบริหารคลังยาโดยการมีส่วนร่วมขององค์การเภสัชกรรมในโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

ช่วงเวลา	รับยาครั้งที่ 1		รับยาครั้งที่ 2		รับยาครั้งที่ 3		รับยาครั้งที่ 4		ระยะเวลาดำเนินการทั้งหมดเฉลี่ย (วัน)
	จำนวนใบจัดซื้อ (ใบ)	จำนวนวันเฉลี่ย (วัน)	จำนวนใบจัดซื้อที่ค้างส่ง (ใบ)	จำนวนวันเฉลี่ย (วัน)	จำนวนใบจัดซื้อที่ค้างส่ง (ใบ)	จำนวนวันเฉลี่ย (วัน)	จำนวนใบจัดซื้อที่ค้างส่ง (ใบ)	จำนวนวันเฉลี่ย (วัน)	
เม.ย. 67 – ก.ค. 68	85	7.76	62	13.05	26	19.19	4	25.5	24.35
ก.ย. 68 – พ.ย. 68	10	8	8	13	4	20.75	0	0	26.70

สรุปผลการวิจัย

การพัฒนาระบบบริหารคลังยาโดยการมีส่วนร่วมขององค์การเภสัชกรรมในโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ส่งผลให้ประสิทธิภาพของระบบโดยรวมดีขึ้นในหลายมิติ ในด้านการบริหารคำสั่งซื้อ พบว่าอัตราการเติมเต็มคำสั่งซื้อเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.012) สะท้อนถึงความสามารถในการจัดหายาได้ครบถ้วนและสม่ำเสมอมากขึ้น ขณะเดียวกันจำนวนใบสั่งซื้อที่ค้างส่งในทุกช่วงของกระบวนการลดลงอย่างชัดเจน แสดงถึงการปรับปรุงประสิทธิภาพของกระบวนการจัดซื้อและการบริหารจัดการคำสั่งซื้อ ในด้านมูลค่าการบริหารยา พบว่ามูลค่าการซื้อยาและมูลค่ายาที่ใช้โดยรวมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) สะท้อนถึงการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาในรูปมูลค่าต่อเดือน ไม่พบความแตกต่างและมูลค่ายาคงคลังเฉลี่ยไม่เปลี่ยนแปลง แสดงให้เห็นว่าการดำเนินการไม่ได้ส่งผลกระทบต่อระดับสินค้าคงคลังโดยรวม สำหรับตัวชี้วัดด้านคลังยา พบว่าอัตราการหมุนเวียนของสต็อกลดลง ขณะที่อัตราการสำรองคลังเพิ่มขึ้นเล็กน้อย และอัตราการขาดสต็อกเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจได้รับอิทธิพลจากความแตกต่างของช่วงเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูลระหว่างก่อนและหลังดำเนินการ ในด้านระยะเวลาดำเนินการจัดซื้อ พบว่าจำนวนใบสั่งซื้อค้างส่งลดลงอย่างชัดเจน แต่ระยะเวลาดำเนินการเฉลี่ยโดยรวมเพิ่มขึ้นเล็กน้อย สะท้อนว่าประสิทธิภาพเชิงปริมาณดีขึ้น แต่ยังมีข้อจำกัดในเชิงระยะเวลาที่ต้องได้รับการพัฒนาเพิ่มเติม โดยสรุปการพัฒนาระบบดังกล่าวช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารคลังยาในด้านความพร้อมใช้ยา การลดปริมาณงานค้าง และการใช้ทรัพยากร แต่ยังควรมีการปรับปรุงในด้านการลดระยะเวลาดำเนินการและการควบคุมภาวะยาขาดสต็อก เพื่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดของระบบในระยะยาว

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาระบบบริหารคลังยาโดยการมีส่วนร่วมขององค์การเภสัชกรรมสามารถเพิ่มประสิทธิภาพของระบบได้ในหลายด้าน โดยเฉพาะด้านความพร้อมใช้ยาและการจัดการคำสั่งซื้อ ซึ่งสะท้อนจากการเพิ่มขึ้นของอัตราการเติมเต็มคำสั่งซื้อและการลดลงของจำนวนใบสั่งซื้อค้างส่งอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับแนวคิดด้านการจัดการห่วงโซ่อุปทานที่เน้นความร่วมมือระหว่างหน่วยงานเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบ ในด้านการใช้ทรัพยากร พบว่ามูลค่าการซื้อยาและมูลค่ายาที่ใช้ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แสดงถึงการวางแผนและควบคุมการใช้ยาได้ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาในรูปมูลค่าต่อเดือน ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งอาจเป็นผลจากระยะเวลาการเก็บข้อมูลที่ไม่เท่ากันระหว่างช่วงก่อนและหลังดำเนินการ ทำให้ผลลัพธ์ในภาพรวมดูเปลี่ยนแปลง แต่เมื่อปรับตามช่วงเวลาแล้ว ความแตกต่างลดลง ในขณะที่ตัวชี้วัดบางประการ เช่น อัตราการหมุนเวียนสต็อกที่ลดลง และอัตรายาขาดสต็อกที่เพิ่มขึ้น สะท้อนถึงข้อจำกัดของระบบ โดยเฉพาะการบริหารสมดุลระหว่างปริมาณสำรองยาและความเพียงพอต่อการใช้งาน ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับการปรับระบบใหม่ในระยะเริ่มต้นที่ยังไม่เหมาะสมเต็มที่ แม้ว่าจำนวนใบสั่งซื้อค้างส่งจะลดลงอย่างชัดเจน แต่ระยะ เวลาดำเนินการจัดซื้อเฉลี่ยกลับเพิ่มขึ้นเล็กน้อย แสดงให้เห็นว่าระบบสามารถลดปริมาณงานสะสมได้ แต่ยังไม่สามารถลดระยะเวลาในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ผลการศึกษายังอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยภายนอกที่เกิดขึ้นในช่วงดำเนินการ โดยเฉพาะ การปิดคลังยาขององค์การเภสัชกรรมในช่วงปลายเดือนกันยายนถึงต้นเดือนตุลาคม ซึ่งอาจทำให้ปริมาณยาสำรองไม่เพียงพอ ส่งผลให้เกิดภาวะยาขาดสต็อก และทำให้ระยะเวลาในการจัดส่งยานานกว่าปกติ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าอัตรายาขาดสต็อกและระยะเวลาดำเนินการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อีกทั้งการลดลงของอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ในคลังยาจำนวน 1 คน อาจส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน เช่น การเตรียมยา การตรวจสอบคำสั่งซื้อ และการจัดส่ง ซึ่งอาจเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ระยะเวลาดำเนินการยาวนานขึ้นแม้ว่าปริมาณงานค้างจะลดลง

อย่างไรก็ตาม การตีความผลการวิจัยนี้ควรพิจารณาข้อจำกัดสำคัญคือ ความแตกต่างของระยะเวลาในการเก็บข้อมูลระหว่างก่อนและหลังดำเนินการ ซึ่งอาจส่งผลต่อความเสถียรของข้อมูลและตัวชี้วัดที่ขึ้นกับเวลา รวมถึงอิทธิพลของปัจจัยตามฤดูกาลของการใช้ยา โดยสรุป แม้ว่าการพัฒนาระบบจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในด้านการจัดการคำสั่งซื้อและการใช้ทรัพยากร แต่ผลลัพธ์บางส่วนอาจได้รับผลกระทบจากปัจจัยภายนอกและข้อจำกัดของการวิจัย ดังนั้นควรมีการติดตามผลในระยะยาว และปรับปรุงระบบในด้านระยะเวลาดำเนินการและการป้องกันยาขาดสต็อกเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพอย่างยั่งยืนในระยะยาว

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

จากผลการวิจัยและข้อจำกัดที่พบ สามารถเสนอแนะแนวทางเพื่อการพัฒนางานและการวิจัยในอนาคต ดังนี้

1. ควรเพิ่มระยะเวลาในการติดตามผลหลังดำเนินการ เนื่องจากช่วงเวลาหลังดำเนินการมีระยะเวลาสั้น อาจทำให้ผลลัพธ์ยังไม่สะท้อนประสิทธิภาพของระบบในระยะยาว การเก็บข้อมูลต่อเนื่องจะช่วยยืนยันแนวโน้มของตัวชี้วัด เช่น อัตรายาขาดสต็อกและระยะเวลาดำเนินการได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

2. ควรพัฒนารูปแบบการวิเคราะห์ที่ควบคุมปัจจัยด้านเวลาและฤดูกาล เช่น การวิเคราะห์แบบ Time-series หรือ Interrupted Time series เพื่อแยกผลของการดำเนินการออกจากอิทธิพลของช่วงเวลา และเพิ่มความแม่นยำในการตีความผลลัพธ์

3. ควรบันทึกและวิเคราะห์ปัจจัยแทรกซ้อนอย่างเป็นระบบ เช่น การปิดคลังยา การเปลี่ยนแปลงอัตรากำลังบุคลากร หรือความล่าช้าในการจัดส่ง ซึ่งมีผลต่ออัตรายาขาดสต็อกและระยะเวลาดำเนินการ เพื่อให้สามารถอธิบายผลการศึกษาได้อย่างครอบคลุมมากขึ้น

4. ควรวิเคราะห์ระยะเวลาดำเนินการในแต่ละขั้นตอน (Process-level Analysis) เพื่อระบุจุดคอขวดของกระบวนการจัดซื้อและการจัดส่งยา และนำไปสู่การปรับปรุงที่ตรงจุด โดยเฉพาะในขั้นตอนที่ยังทำให้ระยะเวลาโดยรวมเพิ่มขึ้น

5. ควรพัฒนาการกำหนดระดับสำรองยา (Safety Stock) แบบยืดหยุ่น จากผลที่พบว่าอัตรายาขาดสต็อกเพิ่มขึ้น ควรปรับระดับสำรองยาให้เหมาะสมกับความผันผวนของการใช้ยา ความเสี่ยงด้านการจัดหา และความสำคัญของยา เพื่อสร้างสมดุลระหว่างการลดต้นทุนและความต่อเนื่องของการรักษา

6. ควรประเมินและปรับอัตรากำลังของบุคลากรให้เหมาะสม เนื่องจากการลดลงของบุคลากรอาจส่งผลต่อระยะเวลาดำเนินการและประสิทธิภาพของระบบ จึงควรพิจารณาภาระงานควบคู่กับรูปแบบการจัดส่งยา

7. ควรปรับรูปแบบรอบการจัดส่งยาให้เหมาะสมกับลักษณะการใช้ยา แม้ว่าการจัดส่งทุก 7 วันจะช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นและลด Backlog แต่ควรพิจารณาปรับความถี่ให้เหมาะสม เช่น ยาที่ใช้สม่ำเสมออาจจัดส่งห่างขึ้น เพื่อช่วยลดภาระงานบุคลากรโดยไม่กระทบความพร้อมใช้ยา

8. ข้อเสนอเชิงนโยบาย รูปแบบการบริหารคลังยาโดยความร่วมมือกับองค์การเภสัชกรรมมีศักยภาพในการเพิ่มความพร้อมใช้ยาโดยไม่เพิ่มภาระคงคลังอย่างมีนัยสำคัญ เหมาะสำหรับการขยายผลในหน่วยบริการที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากร อย่างไรก็ตาม สำหรับโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ควรเลือกใช้ในกลุ่มยาที่มีความเสี่ยงสูงต่อการขาดคลัง หรือยาที่มีแหล่งจัดหาจำกัด และควรบูรณาการร่วมกับระบบบริหารคลังยาภายใน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

การวิจัยนี้มีข้อจำกัดด้านระยะเวลาในการเก็บข้อมูล โดยช่วงหลังดำเนินการมีระยะเวลาสั้นกว่าช่วงก่อนดำเนินการอย่างชัดเจน ดังนั้น การวิจัยในอนาคตควรดำเนินการติดตามผลในระยะยาว เพื่อประเมินประสิทธิผลของระบบบริหารคลังยาได้อย่างครอบคลุมและมีความเสถียรมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ ควรมีการประยุกต์ใช้รูปแบบการวิเคราะห์เชิงเวลา เช่น Interrupted Time Series หรือ Time-series Analysis เพื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยด้านเวลาและความแปรผันตามฤดูกาล ซึ่งอาจมีผลต่อการใช้ยาและตัวชี้วัดด้านคลังยา รวมทั้งขยายการประเมินไปยังมิติอื่น ๆ เช่น ผลกระทบด้านต้นทุนรวม (Total cost of Ownership) คุณภาพการให้บริการ ความพึงพอใจของบุคลากร และผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย เพื่อยืนยันความยั่งยืนและความคุ้มค่าของรูปแบบการบริหารคลังยาโดยการมีส่วนร่วมขององค์การเภสัชกรรมในบริบทของระบบสุขภาพไทย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. WHO guideline on country pharmaceutical supply systems. Geneva: World Health Organization; 2022.
2. World Health Organization. Medicines shortages: global approaches to addressing shortages. Geneva: World Health Organization; 2021.
3. Harris D, Ho L, Taylor S. Impact of medicine shortages on hospital practice: role of a multidisciplinary medicine shortages team. Int J Clin Pharm. 2024; 46(6): 1563-9.
4. De Vries J. The shaping of inventory systems in health services: a stakeholder analysis. Int J Prod Econ. 2011; 133(1): 60-9.
5. Chanjaruporn F, Riewpaiboon A, Singweratham N, Bunpean A, Sawatwipachai B, Khunboonchan T. A Unit Cost Analysis for Thai Traditional Medicine Service and Activities of Health Promotion and Disease Prevention. South Coll Netw J Nurs Public Health. 2021; 8(1): 11-26.
6. Fox ER, McLaughlin MM. ASHP guidelines on managing drug product shortages. Am J Health Syst Pharm. 2018; 75(21): 1742-50.
7. Mustaffa NH, Potter A. Healthcare supply chain management in Malaysia: a case study. Supply Chain Manag. 2009; 14(3): 234-43.
8. Yadav P. Health product supply chains in developing countries. Health Syst Reform. 2015; 1(2): 142-54.
9. Suchonwanich N, Laowahutannon T, Luangruangrong P, Techathawat S, Wongtangprasert S. Drug procurement and distribution. J Health Sci. 2020; 29(Suppl): S45-60.
10. Adirektawon S, Theeraroungchaisri A, Sakulbumrungsril CR. Efficiency of inventory in Thai hospitals: Comparing Traditional and vendor-managed Inventory Systems. Logistics. 2024; 8(3): 89.
11. Senarak D. Hospital supply chain performance. Oper Supply Chain Manag. 2019; 12: 85-97.
12. World Health Organization. Operational principles for good pharmaceutical procurement. Geneva: World Health Organization; 2012.
13. Kowicha W. ABC-VED analysis in hospital pharmacy. Srinagarind Med J. 2019; 34(1): 46-55.
14. Kaewngam S. Management of drug procurement using ABC-VEN Matrix in Takua Hospital. Thai J Clin Pharm. 2021; 27(3): 103-11.
15. Thazin MP, Sakulbumrungsil R. Analysis of pharmaceutical inventory management in a state hospital in Myanmar. Thai J Pharm Sci. 2022; 46(2): 203-7.

16. กานติมา ศรีวัฒนะ. การพัฒนาประสิทธิภาพในการบริหารคลังยา โรงพยาบาลสระบุรี [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: คลังปัญญามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 10 ส.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://www.repository.rmutt.ac.th/dspace/handle/123456789/3758
17. วรนัดดา ศรีสุพรรณ, ชุติมา อรรคลีพันธุ์, วิไลลักษณ์ แสงศรี. การจัดทำตัวชี้วัดเพื่อการพัฒนางานบริหารเวชภัณฑ์(ยา)สำหรับโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. วารสารเภสัชกรรมคลินิก. 2567; 30(1): 84-98.
18. กัญญชนก จรูญศักดิ์ชัย. การพัฒนางานบริหารเวชภัณฑ์ด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศในการบริหารจัดการเวชภัณฑ์คงคลัง. วารสารเภสัชกรรมคลินิก. 2568; 31(3): 340-51.

การพัฒนากลยุทธ์การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยกระบวนการมีส่วนร่วม จังหวัดยโสธร

Strategies development of health products consumer protection with participations in Yasothon Province

กาญจนา เสียงใส[1]

Kanjana Seangsai[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหา รวมทั้งพัฒนาและประเมินผลกลยุทธ์การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพโดยกระบวนการมีส่วนร่วม ดำเนินการเดือนมีนาคม – ธันวาคม 2568 ในพื้นที่ 9 อำเภอ จังหวัดยโสธร มี 2 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะเตรียมการ และ 2) ระยะพัฒนากลยุทธ์ มี 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตการณ์ และการสะท้อนผล ตัวอย่างในการวิจัย คือ ประชาชน 768 คน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 16 คน สำหรับศึกษาสถานการณ์ปัญหาและพัฒนากลยุทธ์ดำเนินการในภาพรวมระดับจังหวัด จากนั้นนำกลยุทธ์ไปทดลองใช้ในพื้นที่นำร่อง 2 ตำบล ในอำเภอมหาชนะชัย ตัวอย่างในการวิจัย คือ ประชาชน 82 คน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 83 คน และร้านชำ 44 ร้าน เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ แนวคำถามสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสอบถามความรอบรู้ พฤติกรรม การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจ และแบบสำรวจผลิตภัณฑ์สุขภาพ ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired t-test และ McNemar’s test ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า สถานการณ์ก่อนการพัฒนากลยุทธ์ จากการสำรวจข้อมูลในประชาชน 768 ราย พบว่าใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพเป็นประจำ ร้อยละ 65.1 ความรอบรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.6 และพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้องอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 57.3 ผลจากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า มีการโฆษณาเกินจริงผ่านสื่อออนไลน์ การลักลอบจำหน่ายยาชุดและผลิตภัณฑ์ผสมสเตียรอยด์ในร้านชำ บุคลากรขาดแคลนและขาดการบูรณาการงาน จึงได้พัฒนากลยุทธ์จาก 10 ประเด็นที่ค้นพบในเบื้องต้น แล้วนำมาสังเคราะห์และรวมกลุ่มจนกลายเป็น 8 มาตรการหลักภายใต้ชื่อ “FDA YASOTHON DRIVE 8” ผลการประเมินภายหลังดำเนินกลยุทธ์ ในพื้นที่นำร่อง พบว่าความรอบรู้และพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้องของประชาชนเพิ่มขึ้น (Mean difference 13.6, $p<0.001$ และ 6.2, $p<0.001$ ตามลำดับ) การสำรวจร้านชำผ่านเกณฑ์ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ยา เครื่องสำอาง และวัตถุอันตรายเพิ่มขึ้น ($p=0.008$, 0.025, 0.025 และ 0.045 ตามลำดับ) ขณะที่ด้านสถานที่และอุปกรณ์ยังไม่สามารถบอกได้ว่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.096$) ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมและพึงพอใจในระดับสูง (ร้อยละ 48.2 และ 62.7 ตามลำดับ) สะท้อนประสิทธิผลของกลยุทธ์การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคที่พัฒนาขึ้น

คำสำคัญ : การคุ้มครองผู้บริโภค, ผลิตภัณฑ์สุขภาพ, การมีส่วนร่วม, กลยุทธ์การดำเนินงาน, การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

[1] เภสัชกรชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

[1] Pharmacist, Senior Professional Level. Division Consumer Protection and Public Health Pharmacy, Yasothon Provincial Public Health Office. E-mail : kanjachai2522@gmail.com

Received: 15 FEB 2026, Revised: 11 JUN 2026, Accepted: 19 JUN 2026

Abstract

This action research aimed to examine the problem situation and to develop and evaluate participatory strategies for consumer protection regarding health products. The study was conducted from March to December 2025 in 9 districts of Yasothon Province. The research consisted of two phases : 1) the preparation phase and 2) the strategy development phase, following four steps : planning, action, observation, and reflection. Participants included 768 community members and 16 stakeholders involved in situation analysis and province-level strategy development. The strategies were then piloted in 2 subdistricts of Maha Chana Chai District, involving 82 community members, 83 stakeholders, and 44 grocery stores. Research instruments included focus group and in-depth interview guidelines, questionnaires on health literacy, behaviors, participation, and satisfaction, and a health product survey form. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and McNemar's test, while qualitative data were analyzed using content analysis.

Results revealed that before the strategy development, 65.1% of participants regularly used health products, 48.6% had moderate health product literacy, and 57.3% demonstrated high levels of appropriate consumption behavior. Qualitative findings revealed key problems, including misleading online advertisements, illegal sales of multi-drugs in medicine package and steroid-containing products in grocery stores, shortages of personnel, and lack of work integration. Ten identified issues were synthesized into eight strategic measures under the framework "FDA YASOTHON DRIVE 8". Post-implementation evaluation in the pilot areas showed significant improvements in health product literacy and appropriate consumption behaviors (mean difference = 13.6, $p<0.001$; and 6.2, $p<0.001$, respectively). The proportion of grocery stores meeting standards for health products, medicines, cosmetics, and hazardous substances also significantly increased ($p=0.008$, 0.025, 0.025, and 0.045, respectively), while improvements in premises and equipment standards were not statistically significant ($p=0.096$). Stakeholders reported high levels of participation and satisfaction, reflecting the effectiveness of the developed strategies

Keywords : Consumer protection, health products, participation, operational strategy, action research

บทนำ

ผลิตภัณฑ์สุขภาพ เป็นสิ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิต การใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยอาจมีผลกระทบต่อสุขภาพผู้บริโภค[1] สถานการณ์ผลกระทบจากการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพของประเทศไทย ข้อมูลจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) พบว่าในปี พ.ศ. 2564 – 2566 มีผู้บริโภคได้รับผลกระทบและร้องเรียน 4,070 เรื่อง, 3,614 เรื่อง และ 4,107 เรื่อง ตามลำดับ[1–3] ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และข้อมูลปี พ.ศ. 2566 พบว่าร้องเรียนเรื่องอาหารมากที่สุด ร้อยละ 51.3 รองลงมาเป็นเรื่องยาและเครื่องสำอาง ร้อยละ 27.9 และ 10.2 ตามลำดับ โดยร้องเรียนทางอินเทอร์เน็ตมากที่สุด ร้อยละ 64.3 รองลงมาคือแจ้งด้วยตนเอง ส่งจดหมาย และสายด่วน อย. 1556 ร้อยละ 27.2, 6.2 และ 3.0 ตามลำดับ[1] ด้านความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ พบว่าประชาชน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณญาณเพียงร้อยละ 55.4 ขั้นปฏิสัมพันธ์ ร้อยละ 58.0 และขั้นพื้นฐาน ร้อยละ 61.7[4] ปัญหาสำคัญของผู้บริโภค คือ การที่ผู้บริโภคได้รับสินค้าและบริการที่ไม่ปลอดภัยหรือถูกเอารัดเอาเปรียบ ทั้งในสถานที่ขายตามกฎหมาย ร้านค้าในชุมชน ร้านค้าออนไลน์ การโฆษณาที่ผิดกฎหมาย ขณะที่หน่วยงานรัฐและองค์กรผู้บริโภคยังไม่สามารถคุ้มครองผู้บริโภคได้เท่าที่ควร แม้ปัจจุบันจะมีการจัดตั้งสภาองค์กรของผู้บริโภค แต่ก็ยังต้องการการพัฒนาศักยภาพให้มีความเข้มแข็งมากขึ้น[1] เป้าหมายสำหรับการคุ้มครองผู้บริโภคคือ “ประชาชนหรือผู้บริโภคได้รับการคุ้มครองสิทธิตามกฎหมายอย่างมีศักดิ์ศรี ได้บริโภคผลิตภัณฑ์และบริการด้านสุขภาพที่มีมาตรฐาน เสมอภาคไม่มีการเลือกปฏิบัติ และยึดหลักที่ว่าสุขภาพสำคัญกว่าการค้า[5] ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขมียุทธศาสตร์ในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค 5 ด้าน ได้แก่ 1) ระบบคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เป็นมาตรฐานสากล 2) ส่งเสริมและพัฒนาความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ 3) ความมั่นคงของผลิตภัณฑ์สุขภาพ 4) ศูนย์กลางผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เป็นเลิศ และ 5) องค์กรสมรรถนะสูงด้วยนวัตกรรมและดิจิทัล ซึ่งจะช่วยให้การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพมีความชัดเจนเป็นรูปธรรมยิ่งขึ้น โดยเฉพาะในพื้นที่[1]

จังหวัดยโสธร เป็นพื้นที่หนึ่งที่พบปัญหาเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้บริโภคหรือประชาชนในพื้นที่ ข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ปี พ.ศ. 2567 พบว่าประชาชนใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพเป็นประจำ ร้อยละ 60 และร้านค้าร้านชำ มีการจำหน่ายยาปฏิชีวนะ และจำหน่ายยาที่ไม่ได้มาตรฐาน เช่น ยาไม่มีเลขทะเบียน ยาที่ไม่มีข้อความฉลากภาษาไทย รวมทั้ง สเตียรอยด์ ถึงร้อยละ 80 นอกจากนี้ ยังพบผลิตภัณฑ์ที่มีความเสี่ยงต่อการได้รับสารสเตียรอยด์ เช่น ยาสมุนไพร ซึ่งมีหลากหลายรูปแบบ ได้แก่ ยาผง ยาเม็ด ยาลูกกลอน ยาน้ำ ยาต้ม ยาหม้อ กษัยเส้น ประดง เป็นต้น ซึ่งสะท้อนความจำเป็นในการพัฒนากลยุทธ์เฉพาะพื้นที่ ด้านการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคที่ผ่านมามีมาตรการ ที่สำคัญ ได้แก่ 1) การดำเนินงานตามกฎหมายผลิตภัณฑ์สุขภาพและสถานพยาบาล ด้านการตรวจ พิจารณาและออกใบอนุญาตที่เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพและสถานพยาบาล 2) การดำเนินงานกำกับตรวจสอบผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพก่อนออกสู่ท้องตลาด 3) การกำกับ

ดูแล ตรวจสอบ เฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพและสถานประกอบการ 4) การพัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล ทั้งในชุมชนและในภาคเอกชน 5) การสร้างความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของจังหวัด ผ่านโครงการเครือข่ายชุมชน และโครงการ อย.น้อย และ 6) การสร้างความร่วมมือในส่วนภูมิภาค ซึ่งมีการดำเนินงานมาอย่างต่อเนื่อง แต่สามารถทำได้ดีเพียงบางมาตรการ จุดที่เป็นปัญหาและสมควรได้รับการพัฒนา คือ ความเข้มแข็ง ยั่งยืน ต่อเนื่อง และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานที่ชัดเจนของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งภาคประชาชน ผู้ผลิตหรือ ผู้จำหน่าย หน่วยงานที่ทำหน้าที่คุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพทั้งในระดับจังหวัดและในระดับชุมชน และที่ผ่านมายังขาดกลยุทธ์การดำเนินงานเฝ้าระวังและคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีความชัดเจนครอบคลุมปัญหามิติต่าง ๆ ซึ่งสอดคล้องกับผลลัพธ์การดำเนินงานที่ยังพบเรื่องร้องเรียนผลิตภัณฑ์สุขภาพ การเฝ้าระวังและส่งเสริมผลิตภัณฑ์สุขภาพยังต้องมีการดำเนินงานอย่างเข้มแข็ง การใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลยังอยู่ในระดับที่น่าเป็นห่วง ระบบฐานข้อมูล การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล กลไกและเครือข่ายการดำเนินงานทุกระดับยังต้องได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถขับเคลื่อนการดำเนินงานเฝ้าระวังและคุ้มครองผู้บริโภคในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ[6]

แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะมียุทธศาสตร์ในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคที่ชัดเจน และได้ขยายผลไปสู่การปฏิบัติในแต่ละจังหวัด แต่การที่จะดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าวนั้น ขึ้นอยู่กับหลายองค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง และในแต่ละพื้นที่ต่างก็มีบริบทหรือสภาพปัญหาที่แตกต่างกัน ประกอบกับที่ผ่านมายังขาดกลยุทธ์ที่เหมาะสมในการขับเคลื่อนงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์ รวมทั้งการนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่ ยังไม่มีรูปแบบและกลไกขับเคลื่อนการดำเนินงานที่ชัดเจน แนวทางเดิมที่มีอยู่ก็ยังพบปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน ซึ่งอาจมีปัจจัยเกี่ยวข้องหลายประการ[6]

การทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพผ่านการมีส่วนร่วมของชุมชน เครือข่าย อสม. และหน่วยงานสาธารณสุข พบว่าความสำคัญสามารถช่วยเพิ่มความรู้ ลดการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสม รวมถึงพัฒนาระบบจัดการข้อมูลและเฝ้าระวังในระดับพื้นที่ได้[7–11] อย่างไรก็ตาม งานวิจัยส่วนใหญ่มุ่งเน้นเฝ้าระวังหรือจัดการปัญหาเฉพาะด้านในบางพื้นที่ และขาดการวิจัยที่บูรณาการการศึกษาสถานการณ์ปัญหา ความต้องการการพัฒนากลยุทธ์ และการประเมินผลการดำเนินงานอย่างเป็นระบบในระดับจังหวัด ภายใต้กระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนากลยุทธ์การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพโดยกระบวนการมีส่วนร่วม จังหวัดยโสธรขึ้น เพื่อเติมเต็มช่องว่างขององค์ความรู้ด้านการพัฒนากลยุทธ์เชิงระบบที่สามารถนำไปใช้ได้จริงและยั่งยืนในบริบทระดับพื้นที่สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนด้านสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี (SDG 3) รวมถึงเป้าหมายด้านการบริโภคและการผลิตที่ยั่งยืน (SDG 12)[12] ซึ่งมุ่งลดผลกระทบต่อสุขภาพจากผลิตภัณฑ์ที่ไม่ปลอดภัยและส่งเสริมการบริโภคอย่างรับผิดชอบ

งานวิจัยนี้อิงกรอบแนวคิดสำคัญ 3 ส่วน ได้แก่ การวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และคณะ ซึ่งมีอยู่ 4 ขั้นตอน (Plan, Act, Observe และ Reflect)[13] แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนของ Cohen & Uphoff[14] และแนวคิดความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของ Nutbeam[15]

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการในการพัฒนากลยุทธ์การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพโดยกระบวนการมีส่วนร่วม จังหวัดยโสธร
2. เพื่อพัฒนากลยุทธ์การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพโดยกระบวนการมีส่วนร่วม จังหวัดยโสธร
3. เพื่อประเมินผลกลยุทธ์การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพโดยกระบวนการมีส่วนร่วม จังหวัดยโสธร

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบวิจัย

ประยุกต์ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ซึ่งมีทั้งการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (Mixed Methods) ชนิด Convergent Parallel Design โดยเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในช่วงเวลาเดียวกัน และนำผลการวิเคราะห์ทั้งสองส่วนมาบูรณาการร่วมกันเพื่อยืนยันและอธิบายข้อค้นพบ (Triangulation) ให้มีความน่าเชื่อถือและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

2. ขั้นตอนการวิจัย มีอยู่ 2 ระยะ ได้แก่

1) ระยะที่ 1 การเตรียมการ

ดำเนินการในเดือนมีนาคม 2568 ได้แก่ 1) การศึกษาสถานการณ์ปัญหาการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ และความต้องการในการพัฒนา ด้วยการทบทวนเอกสาร ฐานข้อมูล การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสำรวจด้วยแบบสอบถาม 2) จัดประชุมผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงการดำเนินงาน 3) แต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อพัฒนาและขับเคลื่อนกลยุทธ์การดำเนินงาน และ 4) วิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการศึกษาสภาพปัญหาบริบทการดำเนินงาน และความต้องการในการพัฒนา

2) ระยะที่ 2 การพัฒนากลยุทธ์การดำเนินงาน

ดำเนินการระหว่างเดือนเมษายน – ธันวาคม 2568 ขั้นตอนนี้ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามกรอบแนวคิดของ Kemmis และคณะ[13] มี 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติการ การสังเกตการณ์ และการสะท้อนผล โดยเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้เสียมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นวางแผน เป็นการประชุมกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อระดมความคิดเห็น วิเคราะห์ปัญหา ข้อเสนอแนะ และวางแผนเพื่อพัฒนากลยุทธ์การดำเนินงาน 2) ขั้นปฏิบัติการ ดำเนินงานตามแผนที่จัดทำขึ้น ได้แก่ การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาและนำกลยุทธ์การดำเนินงานที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ใน 2 ต้นแบบ คือ ตำบลบากเรือ และตำบลบึงแก อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร รวมทั้งสำรวจข้อมูลก่อนการวิจัย (เดือนเมษายน 2568) ได้แก่ ความรอบรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพในกลุ่มประชาชน และสำรวจผลิตภัณฑ์ด้านสุขภาพ 3) ขั้นสังเกตการณ์ ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนในพื้นที่

ต้นแบบ ด้วยการสังเกตการณ์ กำกับ ติดตาม เยี่ยมเสริมพลัง และสำรวจข้อมูลหลังการวิจัย (เดือนพฤศจิกายน 2568) รวมทั้งประเมินการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานและความพึงพอใจต่อกลยุทธ์ที่พัฒนาขึ้นในกลุ่มผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียด้วยแบบสอบถาม การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก และ 4) ขั้นสะท้อนผล วิเคราะห์และสรุปผลการดำเนินงาน โดยเปรียบเทียบผลการดำเนินงานก่อน-หลังการวิจัย ถอดบทเรียนและคืนข้อมูลให้กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ และในระดับจังหวัด เพื่อปรับปรุงกลยุทธ์การดำเนินงานให้เหมาะสมยิ่งขึ้น และถ่ายทอดไปสู่การปฏิบัติในภาพรวมระดับจังหวัด

3. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากผลิตภัณฑ์สุขภาพ อายุ 18 – 80 ปี จำนวน 148,788 คน และผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ได้แก่ ผู้ปฏิบัติงาน ผู้ประกอบการทุกคนที่อาศัยอยู่จริง ทั้ง 9 อำเภอ พื้นที่จังหวัดยโสธร

กลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากการวิจัยมีหลายระยะ จึงขอนำเสนอกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการวิจัย ดังนี้

1) กลุ่มตัวอย่างสำหรับศึกษาสถานการณ์ปัญหาในระยะที่ 1 มี 2 กลุ่ม ได้แก่

(1) ประชาชน ซึ่งมีโอกาสได้รับผลกระทบจากผลิตภัณฑ์สุขภาพ เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา พฤติกรรมเสี่ยง ระดับความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ และความต้องการในพื้นที่ เพื่อนำไปสู่การกำหนดประเด็นปัญหาสำคัญ (Priority Areas) และใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการออกแบบและพัฒนากลยุทธ์การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพให้สอดคล้องกับบริบทและปัญหาของพื้นที่จังหวัดยโสธร คือ ประชาชนอายุ 18 – 80 ปี ในพื้นที่ 9 อำเภอ จังหวัดยโสธร คำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับประมาณค่าสัดส่วนแบบทราบค่าประชากรของ Cochran[16] กำหนดระดับความเชื่อมั่นในการประมาณค่าสถิติ ($Z_{\alpha/2}$) ที่ 95% เท่ากับ 1.96 กำหนดสัดส่วนของประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากผลิตภัณฑ์สุขภาพ กำหนดที่ 0.5 เพื่อให้ได้ขนาดตัวอย่างสูงสุด และความคลาดเคลื่อนสัมพัทธ์ กำหนดที่ร้อยละ 5 หรือ 0.05 ได้ขนาดตัวอย่างเบื้องต้น 384 คน แต่เนื่องจากการสุ่มตัวอย่างเป็นแบบหลายขั้นตอน จึงได้นำขนาดตัวอย่างเบื้องต้นไปคูณกับค่า Design Effect ซึ่งกำหนดให้เท่ากับ 2 ได้ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ 768 คน สุ่มตัวอย่างโดย 1) จัดกลุ่มอำเภอตามจำนวนประชากร ได้แก่ ขนาดใหญ่ กลาง และเล็ก 2) สุ่มอย่างง่ายมากลุ่มละ 1 อำเภอ 3) สุ่มอย่างง่าย 1 ตำบลต่อ 1 อำเภอ ได้แก่ คือ ตำบลขุมเงิน ตำบลบึงแก และตำบลค้อวัง และ 4) สุ่มอย่างง่าย 2 ชุมชน ต่อ 1 ตำบล กำหนดเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) เป็นประชาชนที่อายุ 18 – 80 ปี 2) อาศัยอยู่จริงในพื้นที่จังหวัดยโสธรอย่างน้อย 1 ปี และ 3) สมัครใจเข้าร่วมการศึกษา

(2) ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย ในพื้นที่ 9 อำเภอ สำหรับสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับสภาพปัญหา บริบทการดำเนินงาน และความต้องการในการพัฒนา เลือกแบบเฉพาะเจาะจง 16 คน ประกอบด้วย กลุ่มที่สัมภาษณ์เชิงลึก 4 คน ได้แก่ 1) ผู้บริหารจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ยโสธร 1 คน 2) ผู้บริหารจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) 1 คน 3) ผู้บริหารจากโรงพยาบาล (รพ.) 1 คน และ 4) ผู้บริหารจาก

เทศบาล 1 คน สำหรับกลุ่มที่สนทนากลุ่ม 12 คน ได้แก่ 1) ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องจาก สสจ. 1 คน 2) ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องจาก สสอ. 1 คน 3) ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องจาก รพ. 1 คน 4) ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องจากหน่วยบริการปฐมภูมิ 2 คน 5) ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) 2 คน 6) ครูอนามัยโรงเรียน 1 คน 7) ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 2 คน และ 8) ตัวแทน ผู้ประกอบการ 2 คน กำหนดเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพหรือมีโอกาสได้รับผลกระทบจากผลิตภัณฑ์สุขภาพ 2) อาศัยอยู่ในพื้นที่อย่างน้อย 1 ปี และ 3) สมัครใจเข้าร่วมการศึกษา

2) กลุ่มตัวอย่างสำหรับร่วมพัฒนากลยุทธ์การดำเนินงานในระยะที่ 2 คือ ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งเป็นกลุ่มเดียวกันกับระยะที่ 1 จำนวน 16 คน

3) กลุ่มตัวอย่างสำหรับประเมินผลกลยุทธ์การดำเนินงานที่พัฒนาขึ้นในระยะที่ 2 ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีความพร้อมในการนำกลยุทธ์พัฒนาขึ้นไปสู่การปฏิบัติ คือ ตำบลบากเรือ และตำบลบึงแก อำเภอมหาชนะชัย กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

(1) ประชาชน สำหรับสำรวจด้วยแบบสอบถามเพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ และพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้องก่อนและหลังการวิจัย ได้มาโดยการสุ่มอย่างง่าย ขนาดตัวอย่างคำนวณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*power[17] มีขั้นตอน ได้แก่ 1) กำหนดกลุ่มของสถิติ (Test Family) เลือก t-test 2) Statistic test เลือก Mean : difference between two dependent means (Matched Pairs) 3) กำหนดการทดสอบสมมุติฐาน 2 ทาง (2-tailed) และ 4) ระบุค่าพารามิเตอร์ (Input Parameter) ได้แก่ ค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) ร้อยละ 80 หรือ 0.8 ค่าอัลฟา (α) เท่ากับ 0.05 และขนาดอิทธิพล (Effect Size) ระดับใหญ่ 0.8[18] ได้ขนาดตัวอย่างเบื้องต้นตำบลละ 34 คน และผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดตัวอย่างกรณีตัวอย่างขอถอนตัวอีกร้อยละ 20 หรือกลุ่มละ 7 คน ขนาดตัวอย่างในขั้นตอนสุดท้าย คือ ตำบลละ 41 คน รวม 82 คน กำหนดเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) เป็นประชาชนที่มีอายุ 18 – 80 ปี 2) อาศัยอยู่จริงในพื้นที่อย่างน้อย 1 ปี และ 3) สมัครใจเข้าร่วมการศึกษา

(2) ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย ทั้งในพื้นที่ 2 ตำบลและหน่วยงานภายนอกที่สนับสนุนการดำเนินงาน เพื่อประเมินการมีส่วนร่วม และความพึงพอใจต่อกลยุทธ์ที่พัฒนาขึ้น เลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด มี 3 กลุ่มย่อย ได้แก่ ก) ตัวอย่างสำหรับสำรวจด้วยแบบสอบถาม 83 คน ได้แก่ 1) รพ.มหาชนะชัย 2 คน 2) สสอ.มหาชนะชัย 2 คน 3) หน่วยบริการปฐมภูมิ 3 คน 4) อปท. 2 คน 5) ครูโรงเรียนในพื้นที่ 2 คน และ 6) ตัวแทน อสม. ที่มีบทบาทหลักในการดำเนินงานในชุมชน หมู่บ้านละ 3 คน ในตำบลบากเรือ 11 หมู่บ้าน ตำบลบึงแก 7 หมู่บ้าน ข) ตัวอย่างสำหรับการสนทนากลุ่ม 14 คน ได้แก่ 1) รพ.มหาชนะชัย 2 คน 2) สสอ.มหาชนะชัย 2 คน 3) หน่วยบริการปฐมภูมิ 2 คน 4) อปท. 2 คน 5) ครูโรงเรียนในพื้นที่ 2 คน และ 6) ตัวแทน อสม. ในตำบลบากเรือ 2 คน ตำบลบึงแก 2 คน และ ค) ตัวอย่างสำหรับสัมภาษณ์เชิงลึก 4 คน ได้แก่ 1) ผู้บริหารจาก สสจ.ยโสธร 1 คน 2) ผู้บริหารจาก สสอ. 1 คน 3) ผู้บริหารจาก รพ. 1 คน และ 4) ผู้บริหารจาก อปท. 1 คน คุณสมบัติของตัวอย่าง ตามข้อ ก. – ค. กำหนด

เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพหรือมีโอกาสได้รับผลกระทบจากผลิตภัณฑ์สุขภาพ 2) อาศัยอยู่ในพื้นที่อย่างน้อย 1 ปี และ 3) สมัครใจเข้าร่วมการศึกษา (3) ร้านค้าร้านชำ สำหรับสำรวจผลิตภัณฑ์ด้านสุขภาพ ก่อนและหลังการวิจัย เลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด แล้วสำรวจทุกร้านในพื้นที่ 2 ตำบล รวม 44 ร้าน กำหนดเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) เปิดทำการอย่างน้อย 1 ปี และ 2) สมัครใจเข้าร่วมการศึกษาส่วนเกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่างในแต่ละระยะ ได้แก่ 1) ไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยและ 2) ต้องการออกจากการศึกษาด้วยเหตุผลใด ๆ กลุ่มตัวอย่างแต่ขั้นตอน สามารถสรุปได้ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยในแต่ละขั้นตอน

ขั้นตอนการวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	เป้าหมาย
ระยะที่ 1 การเตรียมการ	1.1 ประชาชน ซึ่งมีโอกาสได้รับผลกระทบจากผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในพื้นที่ 9 อำเภอ ได้มาจากการคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยการสุ่มอย่างง่าย 768 คน	เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหา โดยการสำรวจด้วยแบบสอบถาม
	1.2 ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย ในพื้นที่ 9 อำเภอ เลือกแบบเฉพาะเจาะจง 16 คน มี 2 กลุ่มย่อย 1.2.1 สำหรับสัมภาษณ์เชิงลึก 4 คน 1.2.2 สำหรับสนทนากลุ่ม 12 คน	เพื่อศึกษาสภาพปัญหา บริบทการดำเนินงาน และความต้องการในการพัฒนา โดยการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก
ระยะที่ 2 การพัฒนากลยุทธ์การดำเนินงาน	2.1 ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย เป็นกลุ่มเดียวกันกับระยะที่ 1 เลือกแบบเฉพาะเจาะจง 16 คน	ร่วมพัฒนากลยุทธ์การดำเนินงาน
	2.2 ประชาชน ซึ่งมีโอกาสได้รับผลกระทบจากผลิตภัณฑ์สุขภาพ ใน 2 ตำบลนำร่อง คือ ตำบลบากเรือ และตำบลบึงแก ได้มาโดยการสุ่มอย่างง่าย 82 คน	ประเมินผลกลยุทธ์การดำเนินงานที่พัฒนาขึ้น โดยเปรียบเทียบความรอบรู้ และพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้องก่อนและหลังการวิจัย
	2.3 ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย ในพื้นที่ 2 ตำบลและหน่วยงานภายนอก มี 3 กลุ่มย่อย 2.3.1 สำหรับสำรวจด้วยแบบสอบถาม 83 คน 2.3.2 สำหรับการสนทนากลุ่ม 14 คน 2.3.3 สำหรับสัมภาษณ์เชิงลึก 4 คน	เพื่อประเมินการมีส่วนร่วม และความพึงพอใจต่อกลยุทธ์ที่พัฒนาขึ้น ด้วยการสำรวจแบบสอบถาม การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก
	2.4 ร้านค้าร้านชำ เลือกแบบจำเพาะเจาะจง ในพื้นที่ 2 ตำบลนำร่อง รวม 44 ร้าน	เพื่อประเมินผลิตภัณฑ์ด้านสุขภาพที่มีความเสี่ยงหรือผิดกฎหมาย ด้วยการสำรวจแบบสำรวจผลิตภัณฑ์ด้านสุขภาพก่อนและหลังการวิจัย

4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 5 ชุด ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แล้วปรับให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่จังหวัดยโสธร เครื่องมือที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ข้อ 1) ศึกษาสถานการณ์ปัญหา มี 2 ชุด ได้แก่ ชุดที่ 1 : แนวคำถามในการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นคำถามปลายเปิด มี 8 ข้อ ชุดที่ 2 : แบบสอบถามประชาชนที่มี

โอกาสได้รับผลกระทบจากผลิตภัณฑ์สุขภาพ ได้มาจากงานวิจัยของ ศิลวรา เจริญกุล และชิดชนก เรือนก้อน[19] มี 5 ส่วน เป็นคำถามปลายปิด คำตอบมีทั้งแบบเติมข้อมูลและเลือกตอบ ได้แก่ (1) ข้อมูลทั่วไป มี 7 ข้อ (2) ข้อมูลการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ มี 3 ข้อ (3) การได้รับข้อมูลข่าวสาร มี 4 ข้อ (4) พฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง มี 8 ข้อ และ (5) ความรอบรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ เป็นเครื่องมือแบบย่อ มี 12 ข้อ โดยอิงแนวคิดของ Nutbeam[15] เครื่องมือที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ข้อ 3) การประเมินผลยุทธ์ที่พัฒนาขึ้น มี 3 ชุด ได้แก่ ชุดที่ 3 : แบบสอบถามการมีส่วนร่วมโดยอิงแนวคิดของ Cohen & Uphoff[14] และความพึงพอใจ มีอยู่ 5 ส่วน เป็นคำถามปลายปิด คำตอบมีทั้งแบบเติมข้อมูลและเลือกตอบ ได้แก่ (1) ข้อมูลทั่วไป มี 6 ข้อ (2) กิจกรรมที่มีส่วนร่วม มี 7 ข้อ และ (3) ความพึงพอใจต่อกลยุทธ์ดำเนินงาน มี 7 ข้อ ชุดที่ 4 : แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจ เป็นคำถามปลายเปิด มี 7 ข้อ และชุดที่ 5 : แบบสำรวจผลิตภัณฑ์ด้านสุขภาพ[20] มี 6 ส่วน เป็นคำถามปลายปิด คำตอบมีทั้งแบบเติมข้อมูลและเลือกตอบ ได้แก่ (1) ข้อมูลทั่วไป มี 3 ข้อ (2) สถานที่และอุปกรณ์ มี 4 ข้อ (3) ผลิตภัณฑ์สุขภาพ มี 6 ข้อ (4) ยา มี 8 ข้อ (5) เครื่องสำอาง มี 5 ข้อ และ (6) วัตถุอันตราย มี 2 ข้อ

5. การทดสอบเครื่องมือ

แบบสอบถามประชาชน ได้มาจากงานวิจัยของ ศิลวรา เจริญกุล และชิดชนก เรือนก้อน[19] ซึ่งมีค่า IOC (Item Objective Congruence Index) มากกว่า 0.5 ทุกข้อ และมีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.83 สำหรับส่วนที่สำรวจความรอบรู้ และเครื่องมือที่ใช้สำรวจการมีส่วนร่วม ความพึงพอใจ และแบบสำรวจผลิตภัณฑ์ด้านสุขภาพ ประเมินความตรงเชิงเนื้อหาด้วยการหาค่า IOC โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการคุ้มครองผู้บริโภค 3 คน ซึ่งปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องอย่างน้อย 3 ปี ได้แก่ 1) ศูนย์อนามัยที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี 2) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร และ 3) หน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดยโสธร ซึ่งข้อคำถามมีค่า IOC ตั้งแต่ 0.66 – 1.00 จากนั้นเฉพาะแบบสอบถามด้านความรอบรู้ การมีส่วนร่วม ความพึงพอใจ นำไปทดลองเก็บข้อมูลกับกลุ่มที่คล้ายกับตัวอย่าง 30 คน ในพื้นที่อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร ผลการทดสอบความเที่ยงประเภทความสอดคล้องภายในด้านความรอบรู้ การมีส่วนร่วม ความพึงพอใจ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.78, 0.81 และ 0.82 ตามลำดับ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลจากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยที่เป็นบุคลากรสาธารณสุขที่มีประสบการณ์ในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค และผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือแล้ว ส่วนการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม และสำรวจผลิตภัณฑ์ด้านสุขภาพ โดยผู้ช่วยนักวิจัยที่เป็นแกนนำ อสม. ที่ผ่านการฝึกอบรมการใช้เครื่องมือแล้ว โดยเก็บข้อมูล ณ บ้านของผู้เข้าร่วมวิจัย ใช้เวลา 30 – 40 นาที/ราย

6. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1) ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

2) ข้อมูลเชิงปริมาณใช้การวิเคราะห์ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ด้านความรอบรู้ พฤติกรรม การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจ และ

นำมารวมคะแนนแล้วจัดกลุ่มตามเกณฑ์ของ Best[21] แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง และสูง เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรอบรู้ และพฤติกรรมก่อนและหลังการวิจัยด้วย Paired t-test โดยทดสอบการแจกแจงปกติด้วย Kolmogorov-Smirnov ซึ่งพบว่ามีค่า p-value >0.05 ทุกตัวแปร และเปรียบเทียบร้อยละผลิตภัณฑ์ด้านสุขภาพก่อนและหลังการวิจัยด้วย McNemar's test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value<0.05

การสังเคราะห์กลยุทธ์การดำเนินงาน โดยนำข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ รวมทั้งดึงเอากิจกรรมหรือมาตรการที่สำคัญ มากำหนดเป็นกลยุทธ์หรือแนวทางใหม่ที่เหมาะสมและง่ายต่อการดำเนินงาน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร เลขที่ HE6388 เมื่อวันที่ 13 มกราคม พ.ศ. 2568

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ปัญหาและความต้องการในการพัฒนากลยุทธ์ มี 2 ประเด็นย่อย ได้แก่

1.1 สถานการณ์ปัญหาการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

ผลการสำรวจด้วยแบบสอบถามในกลุ่มประชาชนพบว่า ในพื้นที่ 9 อำเภอ 768 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.9 อายุเฉลี่ย 42.2 ปี การศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษา ร้อยละ 38.3 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 48.3 รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 7,103 บาท เป็นประชาชนทั่วไป ร้อยละ 94.0 ใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพเป็นประจำ ร้อยละ 65.1 ส่วนใหญ่ใช้ผลิตภัณฑ์แอลกอฮอล์เพื่อสุขอนามัยสำหรับมือ ร้อยละ 44.4 มาจากร้านขายยา ร้อยละ 55.2 วัตถุประสงค์ในการใช้เพื่อรักษาโรค ร้อยละ 37.6 ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาใช้อินเตอร์เน็ตหรือสื่อออนไลน์ทุกวัน ร้อยละ 72.0 ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพจากสื่อต่าง ๆ ได้รับบางวันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 47.1 ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพจากสื่อหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 89.6 การตัดสินใจเลือกใช้หรือซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพ พบว่าการตรวจสอบทะเบียน อย. ของผลิตภัณฑ์ที่ได้รับอนุญาตมีความสำคัญที่สุด ร้อยละ 90.8 ความรอบรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.6 และพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้องอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 57.3 ผลจากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า ประชาชนสามารถเข้าถึงสื่อออนไลน์ได้ง่าย ทำให้เผชิญปัญหาโฆษณาอวดอ้างสรรพคุณเกินจริงและสินค้าไม่ตรงปก โดยผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งสะท้อนว่า "ตอนนี้คนในชุมชนสั่งซื้อผลิตภัณฑ์จาก TikTok และ Facebook กันมาก บางครั้งโฆษณาเกินจริง ใช้แล้วไม่ได้ผลเหมือนที่กล่าวอ้าง" พบการลักลอบจำหน่ายผลิตภัณฑ์ผิดกฎหมาย เช่น อาหารเสริมปนเปื้อนสารอันตราย และเครื่องสำอางใส่สารต้องห้าม ในชุมชนยังพบการจำหน่ายยาอันตราย และยาชุดผสมสเตียรอยด์ในร้านชำ โดยผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งกล่าวว่า "บางร้านยังแอบขายยาชุดกับยาอันตราย เพราะชาวบ้านนิยมซื้อและเห็นว่ากินแล้วหายเร็ว" ประชาชนบางส่วนยังขาดความรอบรู้ด้านสุขภาพและไม่กล้าร้องเรียนเมื่อได้รับความเสียหาย ผู้ประกอบการบางรายขาดจริยธรรม มุ่งเน้นผลกำไรและจำหน่ายสินค้าที่ไม่ได้มาตรฐาน การปฏิบัติงานประสบปัญหาขาดแคลนเจ้าหน้าที่

โดยเฉพาะในระดับ รพ.สต. และยังขาดทักษะด้านกฎหมาย การสืบสวนสอบสวน และความเข้าใจในเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อเฝ้าระวังภัยออนไลน์ โดยมีผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า “เจ้าหน้าที่ในพื้นที่มีจำนวนน้อย งานหลายด้าน ทำให้การลงตรวจและเฝ้าระวังเชิงรุกทำได้ไม่ต่อเนื่อง” งบประมาณไม่เพียงพอและล่าช้า ส่งผลกระทบต่อการทำงานเชิงรุก การบังคับใช้กฎหมายยังขาดความเข้มงวดและยังขาดการบูรณาการดำเนินงานร่วมกัน

1.2 ความต้องการในการพัฒนากลยุทธ์การดำเนินงาน

ต้องการพัฒนากลยุทธ์ที่เน้นการมีส่วนร่วมและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ โดยเฉพาะการยกระดับ อสม. และแกนนำชุมชน รวมทั้ง นักเรียนในชุมชน ให้เป็นนักสืบหรือทีมตาสับปะรด ยกระดับความรอบรู้ผ่านกิจกรรมเฉพาะกลุ่ม เช่น หลักสูตรผู้สูงวัยรอบรู้ และพ่อค้าแม่ค้าหัวใจสีขาว การจัดสรรงบประมาณจากส่วนกลางที่เพียงพอสำหรับการจัดกิจกรรมรณรงค์และงานเชิงรุกในพื้นที่ การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นการพัฒนาระบบฐานข้อมูลความเสี่ยงและช่องทางแจ้งเตือนภัยออนไลน์ผ่านระบบไลน์หรือเฟสบุ๊คของชุมชน ส่งเสริมสถานประกอบการต้นแบบ ปรับปรุงแนวทางการทำงานให้ทันสมัย เข้าใจง่าย และอบรมด้านกฎหมายให้แก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน บูรณาการร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเครือข่ายต่าง ๆ ในชุมชน ควบคู่ไปกับการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

2. การพัฒนากลยุทธ์การดำเนินงาน

ผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ **1) ขั้นวางแผน (Plan)** โดยนำผลการศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการในการพัฒนา คืนข้อมูลแก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องผ่านเวทีประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อร่วมวิเคราะห์ปัญหา กำหนดเป้าหมาย และออกแบบกิจกรรมการดำเนินงานร่วมกัน และสามารถกำหนดกลยุทธ์ ได้ 10 ประเด็น ได้แก่ (1) การจัดตั้ง "คณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคระดับพื้นที่" และเครือข่ายพหุภาคี บูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานสาธารณสุข อปท. ตำรวจ และภาคประชาชน ภายใต้โมเดล "บวร.ร." (บ้าน วัด โรงเรียน โรงพยาบาล) เพื่อให้เกิดการบูรณาการครอบคลุมทุกมิติ (2) การพัฒนา "ทีมตาสับปะรด" หรือนักสืบสุขภาพชุมชน ยกระดับศักยภาพ อสม. แกนนำชุมชน และนักเรียนในชุมชน ให้มีความรอบรู้และทักษะเฉพาะทางในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพที่น่าสงสัยในร้านค้า ตลาดนัด และรถเร่ พร้อมติดตั้ง "กล่องรับแจ้งเบาะแส" ในพื้นที่สาธารณะเพื่อความสะดวกในการแจ้งภัย (3) การยกระดับความรอบรู้ผ่าน "โรงเรียนผู้สูงอายุรอบรู้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ" อบรมเฉพาะเกี่ยวกับอันตรายของยาสเตียรอยด์และยาสมุนไพร และหลักสูตร "วัยรุ่นทันสื่อ" ในโรงเรียน รวมทั้ง ให้ความรู้ทางหอกระจายข่าว เพื่อสร้างทักษะการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์ทางออนไลน์อย่างปลอดภัย (4) โครงการ "ร้านชำสีขาว ดาวปลอดภัย" และตลาดนัดสุขภาพ กำหนดเกณฑ์มาตรฐานสำหรับร้านค้าในชุมชนที่มียาอันตรายและได้รับอนุญาตถูกต้อง และจัดโซน "อาหารปลอดภัย" ในตลาดสด เพื่อสร้างแรงจูงใจให้ผู้ประกอบการดำเนินงานอย่างมีจริยธรรม (5) การจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรในระดับท้องถิ่น สนับสนุนงบประมาณที่เพียงพอและยืดหยุ่น โดยเฉพาะการจัดซื้อชุดทดสอบเบื้องต้น เพื่อใช้ดำเนินงานเชิงรุก (6) การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและช่องทางออนไลน์เพื่อแจ้งเตือนภัยและรับเรื่องร้องเรียนผ่าน Line Official Account หรือ Facebook

(7) การสร้างคลินิกผลิตภัณฑ์สุขภาพใน รพ.สต. จัดให้มีมุมให้คำปรึกษาเฉพาะด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิป้องกันอย่างต่อเนื่อง (8) การจัดทำฐานข้อมูลผลิตภัณฑ์สุขภาพรวบรวมข้อมูลพื้นที่เสี่ยง เพื่อใช้ในการวางแผนการเฝ้าระวัง (9) การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ด้านทักษะด้านกฎหมาย การสืบสวนสอบสวน และความรู้เรื่องเทคโนโลยีใหม่ ๆ และ (10) การจัดตั้งกองทุนคุ้มครองผู้บริโภคระดับอำเภอ โดยระดมทรัพยากรจาก อปท. และภาคเอกชน เพื่อสนับสนุนกิจกรรมของเครือข่ายภาคประชาชน

2) ขั้นปฏิบัติการ (Act) เป็นการนำกลยุทธ์ไปทดลองใช้ในพื้นที่ 2 ตำบลนำร่อง มีกลไกดำเนินงาน ได้แก่ (1) คณะกรรมการพหุภาคี ได้แก่จัดตั้งคณะทำงานระดับอำเภอและในระดับพื้นที่ มีนายอำเภอเป็นประธาน มีคณะกรรมการจากหลายภาคส่วนเพื่อวางแผนและแปลงนโยบายสู่แผนปฏิบัติการเน้นกระบวนการมีส่วนร่วม และบริหารทรัพยากรด้วยหลัก 3M ได้แก่ บริหารจัดการคน (Man), งบประมาณ (Money) และวัสดุอุปกรณ์ (Material) ให้สอดคล้องกับภารกิจ และ (2) สนับสนุนและการติดตามประเมินผล ได้แก่ ระบบพี่เลี้ยงและการนิเทศ หน่วยงานระดับอำเภอและจังหวัดทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์และความรู้ทางกฎหมาย ติดตามและสรุปบทเรียนโดยการประชุม การบูรณการกับการตรวจราชการหรือการนิเทศงาน รวมทั้ง การเสริมพลังด้วยการยกย่องเชิดชูบุคคลและองค์กรดีเด่น

3) ขั้นสังเกตผล (Observe) โดยติดตามผลลัพธ์จากตัวชี้วัดด้านความรอบรู้ พฤติกรรม การผ่านเกณฑ์ร้านชำ การมีส่วนร่วมและความพึงพอใจของเครือข่าย และ **4) ขั้นสะท้อนผล (Reflect)** โดยจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อนำข้อเสนอแนะไปปรับปรุงกระบวนการดำเนินงานในโอกาสต่อไป

3. ผลของกลยุทธ์การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

3.1 การสำรวจข้อมูลในกลุ่มประชาชน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.1 อายุเฉลี่ย 45.1 ปี (ต่ำสุด 18 ปี สูงสุด 80 ปี) การศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 45.1 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 47.6 รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 6,462 บาท ผลการเปรียบเทียบความรอบรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้องก่อนและหลังการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้องเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความรอบรู้และพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง ก่อนและหลังการวิจัย (n = 82)

ความรู้และการปฏิบัติ	ค่าเฉลี่ย	SD	Mean difference	95%CI	p-value
ความรอบรู้ (คะแนนเต็ม 60)					
ก่อนการวิจัย	36.2	5.4			
หลังการวิจัย	49.8	6.1	13.6	11.8, 15.4	<0.001***
พฤติกรรม (คะแนนเต็ม 40)					
ก่อนการวิจัย	26.0	5.8			
หลังการวิจัย	32.2	4.9	6.2	4.5, 7.9	<0.001***

*หมายเหตุ : Paired t-test was used; ***p<0.001*

3.2 ผลการสำรวจผลิตภัณฑ์ด้านสุขภาพที่มีความเสี่ยงหรือผิดกฎหมายก่อนและหลังการวิจัย พบว่าร้านค้าร้านชำส่วนใหญ่เปิดทำการมาแล้ว 4 – 8 ปี ร้อยละ 36.4 การสำรวจผลิตภัณฑ์ด้านสุขภาพที่มีความเสี่ยงหรือผิดกฎหมายทั้ง 5 ด้าน พบว่าด้านสถานที่และอุปกรณ์ผ่านเกณฑ์เพิ่มขึ้น ส่วนการสำรวจด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ยา เครื่องสำอาง และวัตถุอันตราย พบว่าในแต่ละด้านผ่านเกณฑ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การสำรวจผลิตภัณฑ์ด้านสุขภาพที่มีความเสี่ยงหรือผิดกฎหมายก่อนและหลังการวิจัย (n = 44)

การสำรวจแต่ละด้าน	ผ่านเกณฑ์*		Proportion difference**	95%CI	p-value**
	จำนวน	ร้อยละ			
ด้านสถานที่และอุปกรณ์					
ก่อนการวิจัย	35	79.5			
หลังการวิจัย	40	90.9	11.4	-3.8, 26.6	0.096
ผลิตภัณฑ์สุขภาพ					
ก่อนการวิจัย	37	84.1			
หลังการวิจัย	44	100.0	15.9	2.8, 29.0	0.008
ยา					
ก่อนการวิจัย	39	88.6			
หลังการวิจัย	44	100.0	11.4	0.3, 20.8	0.025
เครื่องสำอาง					
ก่อนการวิจัย	39	88.6			
หลังการวิจัย	44	100.0	11.4	0.3, 20.8	0.025
วัตถุอันตราย					
ก่อนการวิจัย	40	90.9			
หลังการวิจัย	44	100.0	9.1	1.7, 19.9	0.045

หมายเหตุ : * ผ่านเกณฑ์ทุกข้อในแต่ละด้าน*

***McNemar's test Proportion differences were analyzed using McNemar's test*

การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานและความพึงพอใจต่อกลยุทธ์ที่พัฒนาขึ้น พบว่าผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่นำร่อง 2 ตำบล ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 97.6 อายุเฉลี่ย 54 ปี (SD 9.0) การศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 80.7 ปฏิบัติงานเป็น อสม. ร้อยละ 86.7 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานและความพึงพอใจต่อกลยุทธ์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 48.2 และ 62.7 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานและความพึงพอใจต่อกลยุทธ์ที่พัฒนาขึ้น (n = 83)

การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานและความพึงพอใจต่อกลยุทธ์ที่พัฒนาขึ้น	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการมีส่วนร่วม (Mean = 25.2, SD = 5.1)		
ต่ำ	5	6.0
ปานกลาง	38	45.8
สูง	40	48.2
ระดับความพึงพอใจต่อกลยุทธ์ที่พัฒนาขึ้น (Mean = 25.5, SD 4.6)		
ต่ำ	3	3.6
ปานกลาง	28	33.7
สูง	52	62.7

จากเวทีถอดบทเรียนและคืนข้อมูล โดยจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเห็นว่ากลยุทธ์ที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วม สามารถนำนโยบายสู่การปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม ช่วยบูรณาการทรัพยากร เพิ่มพลังการทำงานเชิงรุกในชุมชน และสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกัน ประชาชนรู้เท่าทันโฆษณาและเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ที่ปลอดภัย พร้อมกันนี้ ได้มีการปรับปรุงกลยุทธ์ให้เหมาะสมยิ่งขึ้น ที่ง่ายต่อการจดจำและสะดวกต่อการนำไปใช้ เป็นการรวมพลังผสาน 8 ด้าน เพื่อขับเคลื่อนงานคุ้มครองผู้บริโภคสู่ความเป็นเลิศอย่างยั่งยืน มีเป้าหมายหลักคือการทำให้ประชาชนปลอดภัย มั่นใจ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ชื่อกลยุทธ์ “FDA YASOTHON DRIVE 8” ประกอบด้วย 1) การสร้างภาคีเครือข่ายและกลไกความร่วมมือ เน้นการรวมพลังจากทุกภาคส่วนให้ทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ 2) การพัฒนาการเฝ้าระวังในยุคดิจิทัล การนำข้อมูลและเทคโนโลยีมาใช้ในระบบเฝ้าระวัง 3) การบริหารจัดการทรัพยากรสู่ความเป็นเลิศ มุ่งเน้นการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ 4) การเสริมสร้างศักยภาพผู้ประกอบการและเศรษฐกิจสุขภาพชุมชน 5) การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ประชาชนรู้เท่าทันและตัดสินใจได้อย่างปลอดภัย 6) การส่งเสริมและพัฒนาความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ 7) การพัฒนานวัตกรรมและงานวิจัย เพื่อสร้างองค์ความรู้และนวัตกรรมใหม่ ๆ มาพัฒนางานเพื่อให้ก้าวทันต่อการเปลี่ยนแปลง และ 8) การกำกับติดตามและประเมินผล โดยสร้างระบบที่ตรวจสอบได้ มีความโปร่งใส และมีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องเพื่อความยั่งยืน สรุปได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กลยุทธ์การดำเนินงาน “FDA YASOTHON DRIVE 8”

อภิปรายผลการวิจัย

1. สถานการณ์ปัญหาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ผลการวิจัยในส่วนนี้สะท้อนให้เห็นภาพรวมได้อย่างชัดเจน ทั้งในมิติของประชาชน ผู้ประกอบการ และการดำเนินงานของภาครัฐ ข้อมูลเชิงปริมาณสะท้อนพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างชัดเจน โดยเฉพาะการเข้าถึงสื่อออนไลน์ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่สะท้อนปัญหาการโฆษณาเกินจริงของผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างแพร่หลาย ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้องเพียงร้อยละ 57.3 ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลระดับประเทศที่ผู้บริโภคยังคงเผชิญความเสี่ยงสูง ส่งผลให้การควบคุมกำกับดูแลมีความซับซ้อนและท้าทายมากกว่าที่ผ่านมา[1,22] ผลการวิจัยยังพบว่าในระดับชุมชนยังมีการลักลอบจำหน่ายยาชุดและผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของสเตียรอยด์ในร้านชำ ปัญหาดังกล่าวยิ่งทวีความรุนแรงมากขึ้นจากข้อจำกัดด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน[6] อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยยังพบความย้อนแย้งบางประการ กล่าวคือ แม้ประชาชนส่วนใหญ่จะมีระดับความรู้และพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพอยู่ในระดับมาก แต่ยังคงเผชิญกับปัญหาการใช้ผลิตภัณฑ์ที่ผิดกฎหมาย ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าความรู้เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ หากขาดทักษะการรู้เท่าทันสื่อ รวมถึงกลไกการคุ้มครองผู้บริโภคที่มีความเข้มแข็งและครอบคลุม การดำเนินงานที่ผ่านมาชี้ให้เห็นข้อจำกัดเชิงโครงสร้างที่สำคัญ ได้แก่ การขาดแคลนบุคลากร งบประมาณ และทักษะเฉพาะทางของเจ้าหน้าที่ ตลอดจนข้อจำกัดในการบังคับใช้กฎหมายที่ยังไม่สามารถปรับตัวได้ทันต่อบริบทของการค้าและการโฆษณาออนไลน์ สำหรับความต้องการในการพัฒนากลยุทธ์ การดำเนินงานต้องมีความชัดเจนและสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของพื้นที่ โดยเฉพาะการให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของชุมชนและการพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายในพื้นที่ ซึ่งสะท้อนแนวคิดการจัดการเชิงระบบและการพัฒนาอย่างยั่งยืน[23] ทั้งนี้ ควรมีการกำหนดกลไกการขับเคลื่อนและตัวชี้วัดความสำเร็จของกลยุทธ์ให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น เพื่อให้การนำไปใช้ในทางปฏิบัติเกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม

2. การพัฒนากลยุทธ์การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคโดยกระบวนการมีส่วนร่วม ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการพัฒนากลยุทธ์การดำเนินงานผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ[13] เอื้อต่อการสร้างกลยุทธ์ที่สอดคล้องกับบริบท ปัญหา และความต้องการที่แท้จริงของพื้นที่ เนื่องจากเป็นกระบวนการที่เปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา การวางแผน การลงมือปฏิบัติการสังเกตการณ์ และการสะท้อนผล ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการวิจัยปฏิบัติการที่มุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบควบคู่กับการเรียนรู้ร่วมกันของผู้ปฏิบัติ[13,23] กลยุทธ์ ที่พัฒนาขึ้น คือ “FDA YASOTHON DRIVE 8” ซึ่งผสานแนวคิดการทำงานแบบพหุภาคีผ่านกลไกต่าง ๆ ในชุมชน สะท้อนการเปลี่ยนผ่านจากการบริหารจัดการแบบบนลงล่าง ไปสู่การขับเคลื่อนจากล่างขึ้นบนอย่างชัดเจน แนวทางดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดการมีส่วนร่วมที่เน้นพลังของประชาชนและเครือข่ายในพื้นที่เป็นฐานสำคัญของการแก้ไขปัญหา

สาธารณสุข[10] กลยุทธ์ด้านการพัฒนา การเฝ้าระวังในยุคดิจิทัล การเสริมพลังเครือข่าย และการพัฒนานวัตกรรมเชิงพื้นที่ เป็นการออกแบบที่ตอบสนองต่อบริบทของสังคมดิจิทัลและพฤติกรรมผู้บริโภคที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของกันยารัตน์ พรหมคำแดง และ หทัยกาญจน์ เชาวนพูนผล[11] รวมถึง วีรณัฐ ไชยคุณ และคณะ[7] ที่พบว่า ระบบเฝ้าระวังด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องอาศัยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนร่วมกับการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ นวัตกรรมเชิงปฏิบัติการ เช่น “ทีมตาสับปะรด” และ “คลินิกผลิตภัณฑ์สุขภาพ” ใน รพ.สต. เป็นตัวอย่างของการสร้างกลไกเฝ้าระวังที่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อัจฉรีย์ สีหา และ วรรณภา ศักดิ์ศิริ[9] และ ธฤตวัน พระพิจิตร และ ปริญญา สกุลทอง[10] ที่ชี้ให้เห็นว่าการเฝ้าระวังในร้านชำและชุมชน หากดำเนินการโดยใช้เครือข่ายชุมชนและ อสม. จะช่วยลดการกระจายของยาที่ไม่เหมาะสมและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีความเสี่ยงได้อย่างเป็นรูปธรรม เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบกับยุทธศาสตร์ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมุ่งเน้นการกำหนดนโยบายและตัวชี้วัดในภาพรวมระดับประเทศ[1,24] พบว่ากลยุทธ์ “FDA YASOTHON DRIVE 8” มีจุดเด่นที่ความยืดหยุ่นและความจำเพาะต่อบริบทพื้นที่ โดยสามารถออกแบบกิจกรรมให้ตอบโจทย์ปัญหาเฉพาะ เช่น การจัดการปัญหายาชุดปนเปื้อนสเตียรอยด์ในร้านชำชุมชน และปัญหาการใช้สารเร่งเนื้อแดงในตลาดท้องถิ่น ซึ่งเป็นรายละเอียดที่นโยบายระดับชาติอาจไม่สามารถเข้าถึงได้อย่างลึกซึ้ง นอกจากนี้ การยกระดับบทบาท อสม. ให้เป็น “นักสืบสุขภาพชุมชน” และการสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ประกอบการผ่านโครงการเชิงบวก เช่น “ร้านชำสีขาว ดาวปลอดภัย” และการจัดโซน “อาหารปลอดภัย” ในตลาดนัด สอดคล้องกับงานวิจัยของโชติมา รัตนดิลก ณ ภูเก็ต และซอฟียะห์ นิมะ[8] ที่พบว่าการใช้มาตรการเชิงส่งเสริมควบคู่กับการบังคับใช้กฎหมาย ช่วยเพิ่มการมีส่วนร่วมและสร้างความยั่งยืนของการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคได้ดีกว่า นอกจากนี้ กลยุทธ์ที่พัฒนาขึ้นจากการวิจัยนี้ ยังเป็นรูปแบบการดำเนินงานที่สอดคล้องกับองค์ความรู้และผลการวิจัยก่อนหน้าทั้งในด้านการวิจัยเชิงปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมของชุมชน ระบบเฝ้าระวังเชิงพื้นที่ และการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ[7,9,13] โดยมีความโดดเด่นในการปรุงกลยุทธ์ให้เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่นอันเป็นปัจจัยสำคัญที่เอื้อต่อความยั่งยืนของระบบคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในจังหวัดยโสธร

3. ผลของกลยุทธ์การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคที่พัฒนาขึ้น ส่งผลเชิงบวกต่อความรู้และการปฏิบัติที่ถูกต้องของประชาชนในพื้นที่นำร่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนให้เห็นว่าการดำเนินงานที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย สามารถยกระดับความรอบรู้และพฤติกรรมด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างเป็นรูปธรรม ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของศิลวรา เจริญกุล และ ชิดชนก เรือนก้อน[19] และอารีวัล มหาธนรัตน์[25] รวมถึงรายงานของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา[4] ที่ชี้ว่าความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการตัดสินใจและพฤติกรรมการบริโภคอย่างปลอดภัยของประชาชน แม้ว่าผลการประเมินด้านสถานที่และอุปกรณ์จะมีแนวโน้มผ่านเกณฑ์เพิ่มขึ้น

แต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ความรอบรู้และพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้องของประชาชนจะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แต่เพิ่มขึ้นไม่มากนัก รวมทั้งระดับการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียที่ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงเพียงแค่ ร้อยละ 48.2 ผลลัพธ์ดังกล่าวอาจสะท้อนถึงข้อจำกัดเชิงโครงสร้างของระบบ เช่น ขาดแคลนงบประมาณ การจัดสรรทรัพยากรที่ล่าช้า และการขาดวัสดุอุปกรณ์สำคัญ รวมทั้งความเข้มข้นและต่อเนื่องของการดำเนินงาน ซึ่งเป็นประเด็นที่สอดคล้องกับข้อค้นพบของ อุดม อัศวุตมางกุร และคณะ[26] รวมถึง ดวงแก้ว อังกูรสิทธิ์ และเจียมวชิระ รัฐนันท์[22] ที่ระบุว่าปัจจัยด้านทรัพยากรและระบบสนับสนุนมีอิทธิพลต่อประสิทธิผลของการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคในระดับพื้นที่ แม้บุคลากรและชุมชนจะมีศักยภาพและความตั้งใจในการดำเนินงานก็ตาม ในขณะเดียวกันผลการสำรวจด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ยา เครื่องสำอาง และวัตถุอันตราย พบว่าผ่านเกณฑ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิผลของกลไกเฝ้าระวังเชิงรุกภายใต้กลยุทธ์ “FDA YASOTHON DRIVE 8” โดยเฉพาะการใช้เครือข่าย อสม. และนวัตกรรม “ทีมตาสับปะรด” ในการเฝ้าระวัง ร้านชำและพื้นที่สาธารณะ ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ วีรณัฐ ไชยคุณ และคณะ[7] และ อัจฉรีย์ สีหา และ วรรณภา ศักดิ์ศิริ[9] ที่พบว่าระบบเฝ้าระวังในชุมชนซึ่งอาศัยเครือข่ายท้องถิ่นสามารถลดการกระจายของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสมได้ นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานและระดับความพึงพอใจที่อยู่ในระดับสูงเกือบครึ่ง (ร้อยละ 48.2) สะท้อน การยอมรับโดยรวม แม้ยังมีกลุ่มที่ไม่ยังไม่มีส่วนร่วมเต็มที่ ซึ่งควรเป็นจุดพัฒนาในรอบถัดไป การยอมรับกลยุทธ์การดำเนินงานโดยรวมนี้สอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาชุมชนแบบมีส่วนร่วม[1423] และผลการศึกษาของ โชติมา รัตนดิลกณ ภูเก็ต และ ซอฟียะห์ นิมะ[8] ที่ชี้ว่ากลไกการมีส่วนร่วมในระดับตำบลช่วยสร้างความเป็นเจ้าของและความต่อเนื่องของการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคได้ดีกว่าการขับเคลื่อนโดยหน่วยงานรัฐเพียงฝ่ายเดียว เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ของกลยุทธ์ในภาพรวม ไม่เพียงช่วยเพิ่มผลลัพธ์เชิงปริมาณด้านความรู้ พฤติกรรม และคุณภาพของผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชนเท่านั้น แต่ยังช่วยสร้าง “ระบบนิเวศความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ” ที่เอื้อต่อความยั่งยืนของการคุ้มครองผู้บริโภคในระดับพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาระบบคุ้มครองผู้บริโภคของประเทศที่มุ่งเน้นการบูรณาการเชิงระบบและการขับเคลื่อนจากฐานชุมชน[1,24] แม้ว่ากลยุทธ์นี้จะมีความโดดเด่นและสอดคล้องกับพื้นที่ แต่ยังพบข้อจำกัดสำคัญหลายประการ ได้แก่ ปัญหาขาดแคลนอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ในระดับ รพ.สต. และบุคลากรส่วนใหญ่ยังขาดทักษะเฉพาะทาง เช่น ด้านกฎหมาย การสืบสวนสอบสวน และความเชี่ยวชาญในการเฝ้าระวังภัยออนไลน์ กิจกรรมคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชนหลายอย่างมักอยู่ในรูปแบบโครงการที่มีระยะเวลาจำกัด แผนงานอาจขาดความต่อเนื่อง นอกจากนี้ พฤติกรรมและความเชื่อของประชาชนยังฝังรากในผลิตภัณฑ์ที่โฆษณาอวดอ้างสรรพคุณเกินจริง ทำให้การยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต้องใช้ระยะเวลานาน

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้พบว่าร้านชำมีระดับการผ่านเกณฑ์ค่อนข้างสูงตั้งแต่ก่อนดำเนินงาน และภายหลังการดำเนินงานหลายด้านมีผลผ่านเกณฑ์ครบทั้งหมด อาจเป็นเพราะว่าพื้นที่อำเภอมหาชนะชัยเป็นพื้นที่มีบริบทต้นทุนที่มีความพร้อมในการดำเนินงาน หรืออาจสะท้อนถึงข้อจำกัดของเกณฑ์การประเมินที่ยังไม่เข้มงวดเพียงพอ ทำให้เกิด Ceiling Effect ดังนั้น การวิจัยในครั้งต่อไปควรพัฒนาเกณฑ์การประเมินให้มีความท้าทายและครอบคลุมมากขึ้น เช่น การตรวจสอบฉลากวันหมดอายุ การเก็บรักษาผลิตภัณฑ์ รวมถึงการตรวจสอบความสอดคล้องของผู้ประเมิน (Inter-rater Reliability) เพื่อเพิ่มความแม่นยำของการประเมินผล รวมทั้ง การวิจัยนี้ดำเนินการในพื้นที่นำร่องเพียง 2 ตำบล และในบริบทพื้นที่จังหวัดยโสธร ซึ่งอาจมีบริบทที่แตกต่างจากพื้นที่อื่น การนำผลการวิจัยไปใช้ ควรคำนึงข้อจำกัดนี้

สรุปผลการวิจัย

ประชาชนในจังหวัดยโสธรเผชิญความเสี่ยงสูงจากผลิตภัณฑ์สุขภาพ ทั้งจากการโฆษณาเกินจริงและการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพต้องห้ามและไม่ได้มาตรฐาน การดำเนินงานยังมีปัญหาหลายด้าน ทั้งบุคลากร งบประมาณองค์ความรู้และการบูรณการร่วมกัน การขับเคลื่อนกลยุทธ์ที่มีอยู่เดิมไปสู่การปฏิบัติยังมีข้อจำกัดและไม่เป็นรูปธรรมชัดเจน จึงเกิดการพัฒนากลยุทธ์ใหม่ชื่อว่า "FDA YASOTHON DRIVE 8" ผลของกลยุทธ์ที่พัฒนาขึ้น ส่งผลให้ประชาชนมีความรอบรู้และการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น การสำรวจด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ยา เครื่องสำอางและวัตถุอันตราย พบว่าในแต่ละด้านผ่านเกณฑ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดำเนินงานและมีความพึงพอใจค่อนข้างสูง สะท้อนการยอมรับโดยรวม

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำกลยุทธ์ “FDA YASOTHON DRIVE 8” ไปทดลองในพื้นที่อื่น โดยปรับใช้เป็นแผนปฏิบัติการระดับจังหวัดและอำเภอ โดยเน้นการบูรณาการทรัพยากรร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้เกิดกลไกการทำงานที่ยืดหยุ่นและสอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม

2. ควรศึกษาความยั่งยืนของกลยุทธ์ในระยะยาว ว่าหลังจากสิ้นสุดโครงการวิจัยหรือมีการเปลี่ยนแปลงบุคลากร เครือข่ายภาคประชาชนและกลไกในพื้นที่จะยังสามารถขับเคลื่อนงานคุ้มครองผู้บริโภคได้อย่างต่อเนื่อง

3. ควรพัฒนาเกณฑ์การประเมินร้านค้าให้มีความท้าทายและครอบคลุมมากขึ้น และการตรวจสอบความสอดคล้องของผู้ประเมิน (Inter-rater Reliability) เพื่อเพิ่มความแม่นยำของการประเมินผล ในการวิจัยครั้งต่อไป

4. การวิจัยครั้งต่อไปควรพัฒนาเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพให้มีความครอบคลุมและละเอียดมากขึ้น รวมทั้งทดสอบคุณภาพเครื่องมือในด้านความตรงเชิงโครงสร้างและความเชื่อมั่นเพิ่มเติม เพื่อเพิ่มความแม่นยำในการประเมินผล

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. รายงานประจำปี 2566 สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา [อินเทอร์เน็ต]. กระทรวงสาธารณสุข. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 1 มีนาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://online.fliphtml5.com/bcbgj/lhro/#p=1
2. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. รายงานประจำปี 2564 สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา [อินเทอร์เน็ต]. กระทรวงสาธารณสุข. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2 มีนาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://catalog.fda.moph.go.th/ne/dataset/summaryreport/resource/f97f9228-33d6-48cc-a3ee-627f089b8066
3. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. รายงานประจำปี 2565 ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา [อินเทอร์เน็ต]. กระทรวงสาธารณสุข. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2 มีนาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://catalog.fda.moph.go.th/dataset/summaryreport/resource/ df81077d-cd65-4321-aa4c-b528247fe1d2
4. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. ความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ปี พ.ศ. 2563. นนทบุรี; 2563.
5. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. คลังสื่อความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพบนระบบออนไลน์ [อินเทอร์เน็ต]. กระทรวงสาธารณสุข. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://fda.go.th/
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร. สรุปผลการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคปี พ.ศ. 2567. ยโสธร; 2567.
7. วีรณัฐ ไชยคุณ, พรสวรรค์ ไชยคุณ, อนงรัก สุดงาม. การพัฒนาระบบเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2564; 3(1): 39–53.
8. โชติมา รัตนดิลก ณ ภูเก็ต, ซอฟียะห์ นิมะ. รูปแบบการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล ตำบลเขาโร อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2567; 9(2): 358–68.
9. อัจฉรีย์ สีหา, วรรณภา ศักดิ์ศิริ. การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาในร้านชำเขต อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2565; 15(1): 304–17.
10. ธฤตวัน พระพิจิตร, ปริญญา สกุลทอง. การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังการกระจายยาที่ไม่เหมาะสมสู่ร้านชำในชุมชน จังหวัดกำแพงเพชร. วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ. 2567; 4(1): 180–92.
11. กันยารัตน์ พรหมคำแดง, หทัยกาญจน์ เชาวนพูนผล. การพัฒนากลไกการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในอำเภอเวียงแหง จังหวัดเชียงใหม่. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2567; 16(3): 215–22.

12. United-Nations. Sustainable Development Goals (SDG) [Internet]. 2023 [cited 2025 Apr 12]. Available from: https://www.un.org/sustainabledevelopment/wp-content/uploads/2023/09/E_SDG_Guidelines_Sep20238.pdf
13. Kemmis S, Mc Taggart R, Nixon, R. The action research planner. Singapore: Springer; 2014.
14. Cohen J, Uphoff N. Participation's place in rural development: Seeking clarity through specificity. World Dev. 1980; 8: 213–35.
15. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promot Int. 2000; 15(3): 259–67.
16. Cochran WG. Sampling Techniqes. New york; 1977. 428 p.
17. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behav Res Methods. 2007; 39(2): 175–91.
18. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. NJ: Erlbaum: Hillsdale; 1988.
19. ศิลวรา เจริญกุล, ชิดชนก เรือนก้อน. ความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้องของประชาชนในเขตคลองสามวา กรุงเทพมหานคร. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2565; 14(1): 154–72.
20. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. แบบสำรวจมาตรฐานร้านจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพ. นครราชสีมา; 2564.
21. Best JW. Research in Education. New York: Prentice-Hall, Englewood Cliffs; 1977.
22. ดวงแก้ว อังกูรสิทธิ์, เจียมวชิระ รัฐนันท์. สถานการณ์และพัฒนาการจัดการข้อมูลเรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับงานคุ้มครองผู้บริโภคในจังหวัดสมุทรสาคร. วารสารอาหารและยา. 2564; 28(2): 76–84.
23. ศิลปวิชญ์ น้อยสมมิตร, โชติกา แก่นธิยา. การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนต่อนโยบายสาธารณะ. วารสารวิจัยวิชาการ. 2562; 2(1): 101–15.
24. Sriviriyanupap W, Jamniandamrongkarn S, Watcharadamrongkun S, Sukamolson S, Sutapuk U, Onwongsa I, et al. Development of Thai consumer protection indicators with the current situation of related consumer protection. Thai J Pharm Sci [Internet]. 2024;48(1):1–7. Available from: https://digital.car.chula.ac.th/tjps/vol48/iss1/7

25. อารีวัล มหาธนรัตน์. การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำ : กรณีศึกษา ตำบลปากน้ำแหลมสิงห์ อำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี. วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (Online). 2568; 5(2): 22–44.
26. อุดม อัศวุตมางกุร, อารยา ประเสริฐชัย, ช่อทิพย์ บรมธนะรัตน์. การประเมินผลการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปทุมธานี. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก. 2560; 34(2): 124–34.

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพธิ์กระสังข์ อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ

Developing a model to promote the Rational Drug Use in community area of responsibility of Ban Pho Krasang Subdistrict Health Promoting Hospital, Khun Han District, Sisaket Province

วนิศรา สร้อยประดับ[1], สงครามชัยย์ ลีทองดีศกุล[2], สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์[3]

Wanisara Soypradap[1], Songkhamchai Leethongdissakul[2], Surasak Thaibrithi[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน เขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพธิ์กระสังข์ อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ ผู้ร่วมการวิจัยในการพัฒนารูปแบบฯ ประกอบด้วย บุคลากรทางด้านสุขภาพ ได้แก่ สหวิชาชีพที่มีบทบาทหน้าที่ด้านสาธารณสุขในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอขุนหาญและตำบลโพธิ์กระสังข์ และเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 25 คน และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลคือ ตัวแทนครัวเรือนในชุมชนต้นแบบทุกครัวเรือน ๆ ละ 1 คน ในหมู่บ้านหนองขนาน หมู่ที่ 6 ตำบลโพธิ์กระสังข์ อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 83 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม จำนวน 2 ชุด โดยชุดที่ 1 สำหรับผู้ปฏิบัติงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนและชุดที่ 2 สำหรับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้เสีย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน Paired t-test เพื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการพัฒนาโดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนารูปแบบฯ ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นเตรียมการวิจัย 2) ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และ 3) ขั้นตอนการประเมินและสรุปผล หลังการใช้รูปแบบฯ ผู้ปฏิบัติงานมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเพิ่มขึ้นจาก 12.72 คะแนน เป็น 14.68 คะแนน, ระดับทักษะและความสามารถในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ย 3.65 เป็น 3.72, ระดับการมีส่วนร่วมในรูปแบบเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 52.00 เป็นร้อยละ 60.00, ประชาชนมีความรู้ด้านการใช้ยาอย่างสม

[1] เจ้าพนักงานเภสัชกรรมชำนาญงาน, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพธิ์กระสังข์ อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ

[1] Pharmacy Technician, Professional Level. Pho Krasang Subdistrict Health Promoting Hospital, Khun Han District, Sisaket Province. E-mail : 66011481016@msu.ac.th

[2] รองศาสตราจารย์, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

[2] Associate Professor, Faculty of Public Health, Mahasarakham University

[3] ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

[3] Assistant Professor, Faculty of Public Health, Mahasarakham University

Received: 29 OCT 2025, Revised: 20 JAN 2026, Accepted: 26 JUN 2026

เหตุผลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีสัดส่วนผู้มีความรู้ระดับสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 18.07 เป็นร้อยละ 53.86, ด้านพฤติกรรมการใช้ยาในภาพรวมเปลี่ยนจากระดับปานกลาง (ร้อยละ 86.75) เป็นระดับสูง (ร้อยละ 60.24) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดำเนินงานในระดับมากที่สุดเต็มร้อยละ 100

คำสำคัญ : การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน, การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

Abstract

This action research aimed to develop a model for promoting Rational Drug Use in the Community (RDU Community) within the catchment area of Baan Pho Krasang Health Promoting Hospital, Khun Han District, Si Sa Ket Province. The research participants consisted of : 25 healthcare personnel, including multidisciplinary professionals responsible for public health operations within Khun Han District Health Network Pho Krasang Sub-district, alongside operational staff at the Health Promoting Hospital and 83 community data collection samples, comprising one representative selected from every household in Baan Nong Khanan Village, Moo 6, Pho Krasang Sub-district, Khun Han District, Si Sa Ket Province. Two research tools were used : 1) tool used for developing the community RDU promotion model, and 2) tool for data collection which were two sets of questionnaires — Set 1 for practitioners and stakeholders involved in community RDU operations, and Set 2 for service users and community stakeholders. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, and inferential statistics with paired t-test to compare pre- and post-intervention outcomes, with the statistical significance level set at 0.05. The findings revealed that the developed community RDU promotion model comprised three main phases : 1) the pre-research preparation phase, 2) the implementation phase, and 3) the evaluation and conclusion phase. Following the implementation of the model, the outcomes among practitioners demonstrated that their mean health literacy score on RDU increased from 12.72 to 14.68. Their operational skills and competencies improved from a mean of 3.65 to 3.72, and their high-level participation rate rose from 52.00% to 60.00%. Regarding the community outcomes, the community members' knowledge on RDU increased significantly, with the proportion of individuals possessing a high level of knowledge rising from 18.07% to 53.86%. Overall RDU behaviors shifted significantly from a moderate level (86.75%) to a high level (60.24%). Furthermore, the community's overall satisfaction with the implemented model reached 100% at the highest level.

Keywords : RDU in community, action research

บทนำ

ในช่วงทศวรรษที่ 1980 ได้เกิดแนวคิดเกี่ยวกับยาจำเป็น (Essential Medicines) โดยแนวคิดนี้ได้กลายเป็นอีกหนึ่งนโยบายสุขภาพในระดับนานาชาติและระดับชาติ ซึ่งเป็นแนวคิดที่มีอิทธิพลอย่างมากต่อการตัดสินใจเชิงนโยบายทางสุขภาพที่สำคัญทั้งในประเทศที่กำลังพัฒนาและประเทศที่พัฒนาแล้ว การใช้ยาอย่างสมเหตุผลเป็นบรรทัดฐานของสังคมไทยประการหนึ่งและยังถือเป็นสิทธิพื้นฐานของคนไทย[1]

สถานการณ์การใช้ยาในประเทศไทย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 พบว่าผลรวมของการใช้ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานทุกรายการต่อ 1,000 Out-patient (OP Visit หรือผู้ป่วยนอกที่มารับบริการ) เท่ากับ 1,232.40 ร้อยละของการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอกระดับโรงพยาบาล (Respiratory Infection : RI) เท่ากับ 21.00 (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 20.00) และร้อยละของการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในกลุ่มผู้ป่วยนอกระดับโรงพยาบาล (Acute Diarrhea : AD) เท่ากับ 22.65 (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 20.00) ผลการดำเนินงานปี พ.ศ. 2565 เริ่มมีการประเมินจังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use Province หรือ RDU Province) โดยจังหวัดศรีสะเกษมีการประเมินการขับเคลื่อน RDU ในระดับอำเภอ พบว่ามีอำเภอที่ผ่านเกณฑ์เพียง 5 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ 22.72[2]

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพธิ์กระสังข์ เป็นหน่วยบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิที่มีการดำเนินงานการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU Community) ผลจากการสำรวจการขายยาในร้านชำโดยกลุ่มองค์กรคุ้มครองผู้บริโภคตำบลโพธิ์กระสังข์ประจำปี พ.ศ. 2567 มีร้านชำจำนวน 62 ร้าน พบการจำหน่ายยาอันตรายร้อยละ 75.80 โดยพบการขายยาอันตราย ยาโรคเรื้อรัง ยาปฏิชีวนะ ยาชุด และยาลูกกลอน[3] ผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญของปัญหายาอันตรายที่พบในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพธิ์กระสังข์ จึงมีความสนใจศึกษาแนวทางการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาที่เหมาะสมในชุมชนภายใต้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมและประยุกต์ใช้แนวคิดการดำเนินงานการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนภายใต้ 5 กิจกรรมหลัก (5 Key Activities)[5]

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนพื้นที่เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพธิ์กระสังข์ อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ

2. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนพื้นที่เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพธิ์กระสังข์ อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้แนวคิดของ Kemmis & McTaggart ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Planning), การปฏิบัติการ (Action), การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ร่วมกับแนวคิดการใช้ยาอย่างปลอดภัยตามหลักการการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน ประกอบด้วย 5 กิจกรรมหลัก 1) การเฝ้าระวัง

ความปลอดภัยจากโรงพยาบาล 2) การเฝ้าระวังความปลอดภัยเชิงรุกในชุมชน 3) การสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล 4) การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในภาคเอกชน และ 5) การสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประชาชน[4]

1. ประชากร กลุ่มตัวอย่าง และผู้เข้าร่วมการวิจัย

1) ผู้ร่วมการวิจัยในการพัฒนารูปแบบฯ ประกอบด้วยสหวิชาชีพที่มีบทบาทหน้าที่ด้านเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอขุนหาญและตำบลโพธิ์กระสังข์ จำนวน 18 คน และเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพธิ์กระสังข์ จำนวน 7 คน

2) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการประเมินผลของรูปแบบฯ คือตัวแทนครัวเรือนในชุมชนต้นแบบทุกครัวเรือน ๆ ละ 1 คน ในบ้านหนองขนาน หมู่ที่ 6 ตำบลโพธิ์กระสังข์ อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งมีทั้งหมด 83 ครัวเรือน จำนวน 83 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใชในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด ได้แก่

1) เครื่องมือที่ใช้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม จำนวน 2 ชุด

(1) ชุดที่ 1 สำหรับผู้ปฏิบัติงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน แบ่งข้อคำถามออกเป็น 3 ส่วน

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก และบทบาทหน้าที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน
- ส่วนที่ 2 สมรรถนะการให้บริการด้านการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน
- ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมต่อรูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน

(2) ชุดที่ 2 สำหรับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย แบ่งข้อคำถามออกเป็น 4 ส่วน

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และประสบการณ์การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับ ยา และผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่น ๆ (เช่น สมุนไพร) รวมถึงช่องทาง
- ส่วนที่ 2 ความรู้ต่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน
- ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน
- ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน

มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ ข้อคำถามมีการประเมิน IOC (Index of Item-Objective Congruence) หรือค่าเฉลี่ยดัชนีความ สอดคล้อง มากกว่า 0.5 ทุกข้อ

มีการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยได้นำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ไปทดลองใช้ (Try Out) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านภูทอง อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ ข้อคำถามมีความเชื่อมั่นมากกว่า 0.7 แสดงว่าแบบสอบถามมี ความเชื่อมั่น ทั้งนี้ แบบสอบถามชุดที่ 1 ผู้ปฏิบัติงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน มีค่าความเชื่อมั่น 0.83 และแบบสอบถามชุดที่ 2 กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีค่าความเชื่อมั่น 0.89

3. วิธีการเก็บข้อมูล

1) ขั้นตอนการวางแผน (Planning)

(1) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเบื้องต้นโดยได้ดำเนินการศึกษาและวิเคราะห์สภาพปัญหาพื้นที่

(2) จัดประชุมร่วมกับองค์กรคุ้มครองผู้บริโภคตำบลโพธิ์กระสังข์ เพื่อร่วมกันกำหนดบทบาทหน้าที่ผู้รับผิดชอบ กำหนดแผนและแนวทางในการพัฒนาการส่งเสริมการใช้สมเหตุผลในชุมชน

(3) สรุปแนวทางและแผนที่ได้จากการประชุมแบบมีส่วนร่วม

2) ขั้นตอนการปฏิบัติการ (Action)

(1) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับคณะทำงาน เพื่อดำเนินการ 3 โครงการ ได้แก่

- โครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
- โครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนและผู้ประกอบการ
- โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาในชุมชน (เยี่ยมบ้าน, สำรวจร้านชำ)

(2) มอบหมายงานกำหนดผู้รับผิดชอบหลักของแต่ละหน้าที่ของทุกหมู่บ้านและหน่วยงาน

(3) สรุปสถานการณ์เป็นรายเดือน

3) ขั้นตอนการสังเกต (Observation)

(1) ติดตาม ร่วมสังเกตการณ์ มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน โดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล

(2) ประเมินผลก่อนและหลังการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการวางแผนการพัฒนาการดำเนินการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน พื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพธิ์กระสังข์ อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ

4) ขั้นตอนการสะท้อนผล (Reflection)

(1) จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน

(2) รวบรวมข้อมูลและทำกิจกรรมถอดบทเรียน

(3) ถอดบทเรียนตามกระบวนการที่ได้วางแผนด้วยการวิเคราะห์ปัจจัยของความสำเร็จและอุปสรรคที่เกิดขึ้น

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 สถิติพรรณนา (Descriptive Analysis) การวิเคราะห์ความรู้และทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ

4.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Analysis) เปรียบเทียบความรู้เรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผลก่อนและหลังการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลโดยใช้สถิติ Paired t-test

5. ขั้นตอนในการดำเนินงาน

5.1 ขั้นเตรียมการ ได้แก่ การจัดทำหนังสือขออนุญาตลงเก็บข้อมูลในการทำวิจัยประสานงานกับพื้นที่เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการทำวิจัย

5.2 ขั้นตอนดำเนินการ เกิดกิจกรรมการดำเนินงาน 3 กิจกรรม โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) โครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นการจัดอบรมเพื่อทบทวน พัฒนาความรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผมในชุมชนแก่บุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพธิ์กระสังข์ อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ

2) โครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนและผู้ประกอบการ การอบรมเชิงปฏิบัติการ มีฐานกิจกรรมความรู้ ประกอบด้วยฐานความรู้ 4 ฐาน ดังนี้

- ฐานที่ 1 : การแบ่งชนิดและประเภทยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ประเภทยาที่สามารถจำหน่ายได้ และไม่สามารถจำหน่ายได้ในร้านค้าร้านชำ และตัวอย่างยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสมในรูปแบบต่าง ๆ
- ฐานที่ 2 : การอ่านฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพ
- ฐานที่ 3 : การรู้เท่าทันสื่อโฆษณา
- ฐานที่ 4 : การเลือกซื้อและเลือกใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ

3) โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาในชุมชน (เยี่ยมบ้าน, สำรวจร้านชำ) กิจกรรมการตรวจเฝ้าระวังซ้ำ โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กิจกรรมนี้เป็นการพัฒนาและเฝ้าระวังร้านขายค้าหรือร้านขายของชำในชุมชนไม่ให้จำหน่ายยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมาย ดำเนินการโดยคณะกรรมการในชุมชน

5.3 ขั้นตอนการประเมินและสรุปผล

ผู้วิจัยได้สังเกตการประชุม/การจัดกิจกรรม และแบบนิเทศติดตามงาน จัดประชุมถอดบทเรียนที่ได้จากการพัฒนา โดยประยุกต์ใช้วิธีการทบทวนหลังปฏิบัติการ (After Action Review)

6. การพิทักษ์สิทธิ์ของของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ SPPH2025-018 และจากคณะกรรมการการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม หมายเลขรับรอง 297-166/2568

ผลการวิจัย

ผลการประเมินผลของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนตำบลโพธิ์กระสังข์ แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1. ผู้ปฏิบัติงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน

ผู้ร่วมวิจัย จำนวน 25 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.0 อายุ 31 – 40 ปี ร้อยละ 28.0 ระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ประกาศนียบัตรวิชาชีพ และปริญญาตรี ร้อยละ 36.0 อาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 48.0 บทบาทหน้าที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน ส่วนใหญ่เป็น อสม. ร้อยละ 44.0 และเคยผ่านการอบรม หลังการอบรมหลักสูตรการอบรมความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสำหรับประชาชนคะแนนความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) จาก 12.72 คะแนน เป็น 14.68 คะแนน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความรู้ต่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนก่อนและหลังดำเนินการ (n = 25)

ความรู้ต่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน	คะแนน ต่ำสุด	คะแนน สูงสุด	$\bar{x}$	SD	$\bar{d}$	95%CI	t	p-value
ก่อนดำเนินการ	7	17	12.72	1.75	1.34	2.387 – 2.512	7.325	<0.001
หลังดำเนินการ	11	17	14.68	2.07				

ก่อนดำเนินการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน ภาพรวมอยู่ในระดับสูงและปานกลาง ซึ่งมีค่าร้อยละ 48.00 หลังดำเนินการพบว่าทักษะและความสามารถในการปฏิบัติงานการส่งเสริมการใช้ยา

อย่างสมเหตุผลในชุนชนระดับสูงและปานกลาง ซึ่งมีค่าร้อยละ 48.00 สรุปได้ว่าผู้ปฏิบัติงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนหลังดำเนินการมีระดับทักษะและความสามารถในการปฏิบัติงานการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุนชน เพิ่มขึ้นจากคะแนนเฉลี่ย ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับทักษะและความสามารถในการปฏิบัติงานการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุนชน (n = 25)

ระดับทักษะและความสามารถต่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน	คะแนน ต่ำสุด	คะแนน สูงสุด	$\bar{x}$	SD	$\bar{d}$	95%CI	t	p-value
ก่อนดำเนินการ	1.30	5	3.65	0.82	0.15	0.006 – 0.130	2.257	<0.001
หลังดำเนินการ	1.90	5	3.72	0.87				

ผลการวิเคราะห์พบว่า หลังดำเนินการระดับทักษะและความสามารถต่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน สูงกว่าก่อนการดำเนินการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) จาก 3.65 คะแนน เป็น 3.72 คะแนน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระดับทักษะและความสามารถต่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน ก่อนและหลังดำเนินการ (n = 25)

ระดับทักษะและความสามารถ	จำนวน (ร้อยละ)	
	ก่อนดำเนินการ	หลังดำเนินการ
ระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.68– 5.00)	12 (48.0)	12 (48.0)
ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67)	12 (48.0)	12 (48.0)
ระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33)	1 (4.0)	1 (4.0)
	$\bar{x}$ = 3.65, SD = 0.87 (Min = 1.3, Max = 5.0)	$\bar{x}$ = 3.72, SD = 0.82 (Min = 1.9, Max = 5.0)

การมีส่วนร่วมต่อรูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน ก่อนดำเนินการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน ภาพรวมอยู่ในระดับสูง ซึ่งมีค่าร้อยละ 52.00 และหลังการดำเนินการพบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับสูงซึ่งมีค่าร้อยละ 60.0 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับส่วนร่วมต่อรูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (n = 25)

ระดับส่วนร่วมต่อรูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน	จำนวน (ร้อยละ)	
	ก่อนดำเนินการ	หลังดำเนินการ
ระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.68– 5.00)	13 (52.0)	15 (60.0)
ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67)	11 (44.0)	9 (36.0)
ระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33)	1 (4.0)	1 (4.0)
	$\bar{x}$ = 3.56, SD = 0.76 (Min = 1.4, Max = 5.0)	$\bar{x}$ = 3.65, SD = 0.75 (Min = 1.6, Max = 5.0)

ผลการวิเคราะห์พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมต่อรูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน หลังการดำเนินการ สูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) จาก 3.56 คะแนน เป็น 3.65 คะแนน ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมต่อรูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน ก่อนและหลังดำเนินการ (n = 25)

ระดับความรู้	จำนวน (ร้อยละ)	
	ก่อนดำเนินการ	หลังดำเนินการ
ระดับความรู้สูง (14 – 18 คะแนน)	15 (18.07)	53 (53.86)
ระดับความรู้ปานกลาง (9 – 13 คะแนน)	49 (59.04)	26 (31.33)
ระดับความรู้ต่ำ (0 – 8 คะแนน)	19 (22.89)	4 (4.81)
	$\bar{x}$ = 50.72, SD = 12.29 (Min = 16, Max = 67)	$\bar{x}$ = 63.72, SD = 15.60 (Min = 14, Max = 79)

2. ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้เสียกิจกรรมที่ดำเนินงานในหมู่ต้นแบบ

กลุ่มตัวอย่าง ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้เสียกิจกรรมที่ดำเนินงานในหมู่ต้นแบบ จำนวน 83 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 75.90 อายุส่วนใหญ่ 51 – 60 ปี ร้อยละ 31.33 วุฒิการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 63.86 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 84.35 เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับยา และผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่น ๆ ร้อยละ 98.80 และเคยรับข้อมูลเกี่ยวกับยา และผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่น ๆ (เช่น สมุนไพร อาหารเสริม) จากเภสัชกร ร้อยละ 56.63

ระดับความรู้ก่อนดำเนินการ พบว่าความรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสำหรับประชาชน ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าร้อยละ 59.04 และหลังการดำเนินการพบว่าความรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสำหรับประชาชน ภาพรวมอยู่ในระดับสูง ซึ่งมีค่าร้อยละ 53.86 ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ระดับความรู้ก่อนดำเนินการและหลังดำเนินการส่งเสริมความรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสำหรับประชาชน (n = 83)

ระดับการมีส่วนร่วมต่อรูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน	คะแนน ต่ำสุด	คะแนน สูงสุด	$\bar{x}$	SD	$\bar{d}$	95%CI	t	p-value
ก่อนดำเนินการ	1.39	5	3.56	0.76	0.18	0.021 – 0.175	2.632	<0.001
หลังดำเนินการ	1.50	5	3.65	0.75				

ระดับพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งมีค่าร้อยละ 86.75 และหลังการดำเนินการ พบว่าภาพรวมอยู่ในระดับสูง ซึ่งมีค่าร้อยละ 60.24 สรุปได้ว่า ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้เสียหลังดำเนินงานระดับพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนเพิ่มขึ้น ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ระดับพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (n = 83)

ระดับพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน	จำนวน (ร้อยละ)	
	ก่อนดำเนินการ	หลังดำเนินการ
ระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.68– 5.00)	7 (8.43)	50 (60.24)
ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67)	72 (86.75)	32 (38.55)
ระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33)	4 (4.82)	1 (1.21)
	$\bar{x}$ = 2.04, SD = 0.36 (Min = 1, Max = 3)	$\bar{x}$ = 2.59, SD = 0.52 (Min = 1, Max = 3)

179

ระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน ภาพรวมอยู่ในระดับพึงพอใจมาก ซึ่งมีค่าร้อยละ 87.95 และหลังการดำเนินการพบว่าภาพรวมอยู่ในระดับสูง ที่ค่าร้อยละ 100 สรุปได้ว่าความพึงพอใจต่อรูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน มีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (n = 83)

ระดับความพึงพอใจ	จำนวน (ร้อยละ)	
	ก่อนดำเนินการ	หลังดำเนินการ
ระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.68– 5.00)	73 (87.95)	83 (100)
ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67)	10 (12.05)	0 (0)
ระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33)	0 (0)	0 (0)
	$\bar{x}$ = 4.32, SD = 043 (Min = 3, Max = 5)	$\bar{x}$ = 4.72, SD = 0.22 (Min = 4, Max = 5)

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยบริบทของการดำเนินงานด้านการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพธิ์กระสังข์พบว่า

หลังการอบรมหลักสูตรความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสำหรับประชาชน พบว่าคะแนนความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของผู้ปฏิบัติงานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับความสามารถและระดับการมีส่วนร่วมต่อรูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนหลังดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมถึงกลุ่มตัวอย่างชุมชนต้นแบบระดับความรู้ หลังดำเนินการสูงกว่าก่อนการพัฒนา ระดับพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนหลังดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการ และความพึงพอใจต่อรูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนหลังการดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของณัฐพล ผลโยน ที่ศึกษาการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่

ในระดับดี ร้อยละ 35.30 และมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 65.80 และความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.02[6]

ผลการวิจัยการประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนหลังดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของพรรณนภา ศรีสวัสดิ์ ที่ศึกษาการถอดบทเรียนการดำเนินงานพัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาสมเหตุผลพื้นที่นำร่องอำเภอใช้ยาสมเหตุผลจังหวัดศรีสะเกษ พบว่าการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลในโรงพยาบาลดำเนินงานที่ขับเคลื่อนนโยบายลงสู่การปฏิบัติโดยผู้บริหารของโรงพยาบาล และคณะกรรมการเภสัชกรรมบำบัด โดยมี RDU Co-ordinator ระดับอำเภอ เป็นผู้ประสานการดำเนินงานและกำกับติดตามตัวชี้วัด ผ่านนโยบายกุญแจสำคัญ 6 ประการ (PLEASE) ทำให้เน้นเรื่องการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ให้เป็นตามนโยบาย[7]

ข้อเสนอแนะ

ในการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการสร้างเครือข่ายการดำเนินงานในชุมชนเพิ่มขึ้น เช่น ควรให้ผู้นำอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการในทุกหมู่บ้านเข้ามามีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ควรให้ประชาชนที่มีความพร้อมและต้องการร่วมพัฒนาเข่ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ซึ่งกลุ่มคนเหล่านี้จะมีส่วนช่วยผลักดันให้การดำเนินงานสำเร็จลุล่วงและเกิดความยั่งยืนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิ ภญ.หนึ่งหทัย นาคีสังข์ เภสัชกรชำนาญการ, ภญ.ศุภร เกิดเหมาะ เภสัชกรชำนาญการ และนายสมัย คำเหลือ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ที่กรุณาให้ความรู้ให้คำแนะนำข้อคิดที่เป็นประโยชน์ ขอขอบคุณท่านผู้อำนวยการและบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพธิ์กระสังข์ ทีมองค์กรคุ้มครองผู้บริโภคตำบลโพธิ์กระสังข์ ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการดำเนินงานการทำวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนปฏิบัติราชการระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 – 2570) ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 26 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://spd.moph.go.th/government-action-plan/
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. สรุปผลการดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567. ศรีสะเกษ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ; 2567.
3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพธิ์กระสังข์. สรุปผลการดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567. ศรีสะเกษ: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพธิ์กระสังข์; 2567.
4. นาเพีย สุวรรณแสน. การวิจัยเชิงปฏิบัติการ: แนวคิด หลักการ และการประยุกต์ใช้. มหาสารคาม: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2561.
5. กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานพัฒนาระบบการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กองบริหารการสาธารณสุข; 2557 [เข้าถึงเมื่อ 10 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://dmsic.moph.go.th/index/detail/8302
6. ณัฐพล ผลโยน. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 25 พฤษภาคม 2569]; 16(3): 333–47. เข้าถึงได้จาก: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ/article/view/264271
7. พรรณนภา ศรีสวัสดิ์ . ถอดบทเรียนการดำเนินงานพัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาสมเหตุผล : พื้นที่นำร่องอำเภอใช้ยาสมเหตุผลจังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 20 มกราคม 2569];2(ฉบับพิเศษ): 43-55. เข้าถึงได้จาก: https://he03.tci-thaijo.org/index.php/SJRH/article/view/1655

การเฝ้าระวังการโฆษณาทางสื่อออนไลน์ที่ฝ่าฝืนกฎหมายของคลินิกทางด้านเวชกรรม ที่ให้บริการเสริมความงามในจังหวัดราชบุรี

Monitoring illegal online media content of an aesthetic clinic in Ratchaburi Province

วรพจน์ เพียรพิจารณ์[1]

Vorapot Pianpijarn[1]

บทคัดย่อ

ผู้บริโภคส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับเรื่องความงามเพิ่มมากขึ้น ผู้ประกอบธุรกิจทางการแพทย์จึงตอบสนองความต้องการผ่านสื่อโฆษณาเพื่อจูงใจให้เข้ารับบริการ ซึ่งการวิจัยที่ผ่านมาพบการโฆษณาทางสื่อออนไลน์ที่ฝ่าฝืนกฎหมายจำนวนมาก **วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาสถานการณ์การโฆษณาทางสื่อออนไลน์ของคลินิกด้านเวชกรรมเสริมความงามในจังหวัดราชบุรี และศึกษาผลของการใช้คู่มือการขออนุมัติโฆษณาที่ทำขึ้นเพื่อจัดการปัญหา **วิธีวิจัย :** เป็นการวิจัยกึ่งทดลองของคลินิกด้านเวชกรรมที่ให้บริการเสริมความงามในจังหวัดราชบุรี จำนวน 42 แห่ง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบสมมติฐานแบบไม่อิงพารามิเตอร์ (Mann-Whitney U test และ Wilcoxon signed-rank test) การวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน **ผลการวิจัย :** สถานการณ์โฆษณาทางสื่อออนไลน์ของคลินิกกลุ่มตัวอย่างในเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2568 พบว่ามีการฝ่าฝืนกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลและกฎหมายว่าด้วยการประกอบวิชาชีพเวชกรรมรวม 1,972 รายการ โดยฝ่าฝืนประกาศกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ พ.ศ. 2562 มากที่สุด 1,432 รายการ (ร้อยละ 72.62) เมื่อเปรียบเทียบจำนวนการโฆษณาที่ฝ่าฝืนกฎหมายระหว่างกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับหนังสืออนุมัติโฆษณา รวมถึงกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับอนุญาตให้บริการห้องผ่าตัดเล็กพบว่าไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม ภายหลังการเผยแพร่คู่มือการขออนุมัติโฆษณาสถานพยาบาล พบว่าจำนวนรายการโฆษณาที่ฝ่าฝืนกฎหมายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) **สรุป :** การโฆษณาทางสื่อออนไลน์ของคลินิกด้านเวชกรรมความงามในจังหวัดราชบุรี พบการฝ่าฝืนกฎหมายไม่แตกต่างกัน และคู่มือการขออนุมัติโฆษณาสถานพยาบาลที่สร้างขึ้นสามารถลดการโฆษณาที่ฝ่าฝืนกฎหมาย

คำสำคัญ : โฆษณาสถานพยาบาล, โฆษณาผิดกฎหมาย, โฆษณาคลินิกเสริมสวย, โฆษณาคลินิกเสริมความงาม

[1] เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี

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

Received: 2 DEC 2025, Revised: 11 JUN 2026, Accepted: 21 JUN 2026

Abstract

Consumers are increasingly prioritizing beauty. Medical practitioners respond to this demand through advertising to entice consumers to seek their services. Previous research has revealed a significant amount of illegal online advertising in this sector. **Objective :** To examine the online advertising situation of cosmetic clinics in Ratchaburi Province and evaluate the effectiveness of a newly developed advertisement approval manual in addressing this issue. **Methodology :** Quasi-experimental research was conducted on 42 medical clinics providing cosmetic procedures in Ratchaburi Province. Data were analyzed using descriptive statistics and non-parametric tests (Mann-Whitney U test and Wilcoxon signed-rank test). The study protocol was reviewed and approved by the Human Research Ethics Committee. **Results :** From February to April 2025, a total of 1,972 violations of the Hospital Act and the Medical Profession Act were identified in the online advertisements of the sampled clinics. The majority of these violations (1,432 items, 72.62%) breached the Department of Health Service Support's Notification (B.E. 2562) regarding hospital advertising criteria. When comparing the number of advertising violations between clinics that had received advertising approval and those that had not, as well as between clinics with and without minor operating room permits, no differences were found. However, after the implementation of the advertisement approval manual, the number of illegal online advertising items decreased significantly ($p < .001$). **Conclusion :** Online advertising violations by medical clinics providing cosmetic services in Ratchaburi Province was similarly, and the published Hospital Advertisement Approval Manual was able to reduce violations.

Keywords : Advertising for medical facilities, illegal advertising, advertising for beauty clinics, advertising for cosmetic clinics

บทนำ

ปัจจุบันผู้บริโภคส่วนใหญ่ให้ความสำคัญเกี่ยวกับเรื่องความงามเป็นอย่างมากและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น เพื่อสร้างความมั่นใจและบุคลิกภาพที่ดีมีความน่าเชื่อถือ[1] ผู้ประกอบธุรกิจทางการแพทย์ที่ให้บริการด้านความงามในประเทศไทยตอบสนองความต้องการของผู้บริโภคผ่านสื่อโฆษณาเพื่อจูงใจให้ตัดสินใจเข้ารับบริการ[2] จากรายงานสภาพตลาดโทรคมนาคม ประจำปี พ.ศ. 2565 พบว่าตลาดค้าปลีกบริการอินเทอร์เน็ตบรอดแบนด์เคลื่อนที่มีผู้ใช้บริการมากถึง 87.35 ล้านคน และเพิ่มขึ้นจากไตรมาสก่อนหน้า[3]

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบการโฆษณาทางสื่อออนไลน์ที่ฝ่าฝืนกฎหมายของคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการเสริมความงาม โดยฝ่าฝืนพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม[4,5] เกี่ยวกับการโฆษณาการประกอบกิจการของสถานพยาบาลอันเป็นเท็จหรือโอ้อวดเกินความจริงหรือน่าจะก่อให้เกิดความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการประกอบกิจการ ร้อยละ 19 ถึง ร้อยละ 34 ได้แก่ ยา เวชภัณฑ์ ร้อยละ 14 ถึง ร้อยละ 41[2,6,7] ไม่ระบุเงื่อนไขและรายละเอียดของสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ร้อยละ 46[6] โฆษณาโดยฝ่าฝืนประกาศแพทยสภาที่ 50/2549 เรื่อง คำที่ห้ามใช้ในการโฆษณา ร้อยละ 12 ถึง 28[2,6,7] ซึ่งคลินิกเวชกรรมส่วนใหญ่มีการโฆษณาทางสื่อออนไลน์ที่ฝ่าฝืนกฎหมายมากที่สุด ร้อยละ 87.12[8] และใช้เฟซบุ๊ก (Facebook) เป็นช่องทางหลักในการโฆษณาเกี่ยวกับการประกอบกิจการสถานพยาบาล[2,7,8]

ในปี พ.ศ. 2566 จังหวัดราชบุรีมีสถานพยาบาล 365 แห่ง แบ่งเป็น โรงพยาบาล 5 แห่ง และ คลินิก 360 แห่ง[9] มีสถานพยาบาลที่ให้บริการเสริมความงามเป็นคลินิกเวชกรรม 40 แห่ง และสหคลินิกที่ประกอบด้วยคลินิกเวชกรรม 2 แห่ง มีผู้ได้รับหนังสืออนุมัติข้อความ เสียง หรือภาพที่ใช้ในการโฆษณาหรือประกาศของสถานพยาบาล 45 ฉบับ โดยช่องทางเฟซบุ๊กได้รับอนุมัติมากที่สุด ร้อยละ 22.22 ซึ่งเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการโฆษณาสถานพยาบาลที่ไม่ปฏิบัติตามหรือฝ่าฝืนกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล และกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเวชกรรมมีมากถึงร้อยละ 82.86 อันเป็นการกระทำที่เอาเปรียบผู้บริโภค

ทั้งนี้ สาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้เกิดการโฆษณาฝ่าฝืนกฎหมายอย่างต่อเนื่อง คือ ความซับซ้อนของข้อกฎหมายที่มีความเกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงาน ทั้งกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลและกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเวชกรรม ทำให้ผู้ประกอบการหรือผู้ดูแลสื่อโฆษณาขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและครอบคลุม ดังนั้น นอกจากการบังคับใช้กฎหมายและการรับเรื่องร้องเรียนแล้ว การเฝ้าระวังเชิงรุกควบคู่กับการพัฒนาเครื่องมือเพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ผู้ประกอบการ จึงเป็นกลไกสำคัญในการป้องกันปัญหาตั้งแต่ต้นทาง จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาสถานการณ์และลักษณะปัญหาการโฆษณาทางสื่อออนไลน์ของคลินิกด้านเวชกรรมเสริมความงามในจังหวัดราชบุรี พร้อมทั้งพัฒนาและประเมินผลการใช้คู่มือการขออนุมัติโฆษณาสถานพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการปัญหาและคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และลักษณะปัญหาการโฆษณาทางสื่อออนไลน์ของคลินิก

ทางด้านเวชกรรมที่ให้บริการเสริมความงามในจังหวัดราชบุรี

2. เพื่อศึกษาผลของการใช้คู่มือการขออนุมัติโฆษณาสถานพยาบาลที่ได้จัดทำขึ้นในการจัดการปัญหาการโฆษณาทางสื่อออนไลน์

สมมติฐานการวิจัย

1. คลินิกทางด้านเวชกรรมที่ให้บริการเสริมความงามในจังหวัดราชบุรี ที่มีลักษณะการได้รับหนังสืออนุมัติโฆษณาหรือการได้รับอนุญาตห้องผ่าตัดเล็กต่างกัน มีการโฆษณาทางสื่อออนไลน์ที่ฝ่าฝืนกฎหมายแตกต่างกัน

2. การโฆษณาทางสื่อออนไลน์ที่ฝ่าฝืนกฎหมายของคลินิกทางด้านเวชกรรมที่ให้บริการเสริมความงามในจังหวัดราชบุรี ภายหลังการเผยแพร่คู่มือการขออนุมัติโฆษณาสถานพยาบาลลดลงเมื่อเทียบกับก่อนการเผยแพร่คู่มือ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้ได้กำหนดขอบเขตไว้ ดังนี้

1. ขอบเขตด้านประชากร ได้แก่ คลินิกเวชกรรม และสหคลินิกที่ประกอบด้วยคลินิกเวชกรรม ที่ให้บริการเสริมความงามในจังหวัดราชบุรีที่ ที่ได้รับใบอนุญาต ในปี พ.ศ. 2567

2. ขอบเขตด้านระยะเวลา กำหนดการศึกษาวิจัยเป็นเวลา 1 ปี (17 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 ถึง 16 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2569)

3. ขอบเขตด้านข้อมูล เก็บข้อมูลการโฆษณาทางสื่อออนไลน์ของกลุ่มตัวอย่างในเว็บไซต์เฟซบุ๊กเพียงช่องทางเดียว

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบศึกษากลุ่มตัวอย่างเดียววัดผลก่อนและหลังการใช้คู่มือการขออนุมัติโฆษณาสถานพยาบาล เก็บข้อมูลการโฆษณาที่ฝ่าฝืนกฎหมายก่อนการใช้คู่มือ เปรียบเทียบค่ามัธยฐานของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอิสระต่อกัน (Mann-Whitney U test) นำการฝ่าฝืนที่พบ และข้อกฎหมายมาจัดทำคู่มือและแทรกแซงกลุ่มตัวอย่างเดิมโดยการเผยแพร่คู่มือ เก็บข้อมูล และศึกษาผลการใช้คู่มือจัดการปัญหาการโฆษณาที่ฝ่าฝืนเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้ก่อนและหลังการเผยแพร่คู่มือโดยวิเคราะห์ค่ามัธยฐานของกลุ่มตัวอย่างแบบคู่ (Wilcoxon signed-rank test)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้คือ คลินิกเวชกรรมความงามในจังหวัดราชบุรีทั้งหมด 42 แห่ง โดยมีคลินิกที่มีการโฆษณาผ่านทางสื่อเฟซบุ๊กและนำมาวิเคราะห์สถิติเปรียบเทียบจำนวน 26 แห่ง ทั้งนี้ ในการทดสอบสถิติ Mann-Whitney U test และสถิติ Wilcoxon signed-rank test กำหนดให้คลินิก (Clinic) เป็นหน่วยในการวิเคราะห์ (Unit of Analysis) โดยตัวแปรตามที่ใช้ในการเปรียบเทียบคือ ค่ามัธยฐานรายการโฆษณาที่ฝ่าฝืนกฎหมายต่อกลุ่มคลินิก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การเก็บรวบรวมการโฆษณาทางสื่อออนไลน์ที่ฝ่าฝืนกฎหมายโดยใช้แบบบันทึกที่สร้างขึ้น ก่อนและหลังการใช้คู่มือการขออนุมัติโฆษณาสถานพยาบาลที่สร้างขึ้น ตามเนื้อหาที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม[4,5]

2. ประกาศกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขและค่าใช้จ่ายในการโฆษณาหรือประกาศเกี่ยวกับสถานพยาบาล พ.ศ. 2562[10]

3. คู่มือการปฏิบัติงานการพิจารณาอนุมัติการโฆษณาหรือประกาศเกี่ยวกับสถานพยาบาล[11]

4. แนวทางข้อความการโฆษณาหรือประกาศเกี่ยวกับสถานพยาบาล[12]

5. ข้อบังคับแพทยสภา ว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ พ.ศ. 2565 และที่แก้ไขเพิ่มเติม[13,14]

6. ประกาศแพทยสภา ที่ 39/2567 เรื่อง การโฆษณาเกี่ยวกับการเสริมสวยหรือการเสริมความงามของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2567[15]

7. ประกาศแพทยสภา ที่ 50/2549 เรื่อง คำที่ห้ามใช้ในการโฆษณา[16]

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบบันทึกการโฆษณาทางสื่อออนไลน์ที่ฝ่าฝืนกฎหมายของคลินิกทางด้านเวชกรรมที่ให้บริการเสริมความงามในจังหวัดราชบุรี และคู่มือการขออนุมัติโฆษณาสถานพยาบาลที่สร้างขึ้น ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี จำนวน 3 ท่าน ผ่านการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence : IOC) ซึ่งกำหนดเกณฑ์การยอมรับที่ค่าตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป[17] จากการคำนวณพบว่าเครื่องมือทั้งสองฉบับมีค่า IOC รวมเท่ากับ 0.87 และ 0.94 ตามลำดับ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเพียงผู้เดียวเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ใช้ชื่อของคลินิกที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการสืบค้นโฆษณาทางเฟซบุ๊ก (Facebook)

2. บันทึกการโฆษณาทุกชิ้นงานลงในแบบบันทึกที่เป็นเครื่องมือในการวิจัยนี้ ซึ่งในแต่ละชิ้นงาน หากพบว่าฝ่าฝืนข้อกฎหมายใดจะบันทึกว่า “ใช่” (1 คะแนน) และบันทึกสิ่งที่ฝ่าฝืน หากไม่พบว่าฝ่าฝืนข้อกฎหมายใดจะบันทึกว่า “ไม่ใช่” (0 คะแนน) ในแต่ละข้อ เป็นระยะเวลา 2 เดือน

3. รวบรวมแบบบันทึกนำคะแนนจำนวนรายการที่ฝ่าฝืนข้อกฎหมายไปวิเคราะห์ และจัดทำคู่มือโดยใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องและการฝ่าฝืนที่พบเป็นตัวอย่าง

4. บันทึกการโฆษณาของกลุ่มตัวอย่างเป็นระยะเวลา 2 เดือน ภายหลังเผยแพร่คู่มือไปแล้ว 1 เดือน รวบรวมแบบบันทึกและนำคะแนนจำนวนรายการที่ฝ่าฝืนข้อกฎหมายไปวิเคราะห์ที่ได้ไปวิเคราะห์

5. กระบวนการควบคุมคุณภาพข้อมูลและการลดอคติ (Bias Control) เนื่องจากการวิจัยนี้ดำเนินการเก็บข้อมูลและประเมินผลโดยผู้วิจัยเพียงคนเดียว (Single-coder) ผู้วิจัยจึงได้กำหนดมาตรการเพื่อความน่าเชื่อถือของการลงรหัสข้อมูล ผู้วิจัยประเมินการฝ่าฝืนโดยยึดตามคู่มือและข้อกฎหมายอย่างเคร่งครัด หากพบชิ้นงานโฆษณาที่มีความกำกวมหรือตีความได้หลายแง่มุม ผู้วิจัยจะนำชิ้นงานดังกล่าวไปปรึกษาและขอความเห็นชอบร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิทางกฎหมาย (นิติกร) หรือผู้เชี่ยวชาญด้านการคุ้มครองผู้บริโภคของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี เพื่อหาข้อสรุปก่อนบันทึกผล

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของคลินิกทางด้านเวชกรรม เช่น การได้รับหนังสืออนุมัติโฆษณา และการได้รับอนุญาตให้บริการห้องผ่าตัดเล็ก วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน และร้อยละ

2. ข้อมูลสถานการณ์การโฆษณาทางสื่อออนไลน์ที่ฝ่าฝืนกฎหมาย จำแนกตามการได้รับ

หนังสืออนุมัติโฆษณาและการได้รับอนุญาตห้องผ่าตัดเล็ก วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน, ร้อยละ, ค่ามัธยฐาน (Median), ค่าต่ำสุด (Min) และค่าสูงสุด (Max)

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างของการโฆษณาที่ฝ่าฝืนกฎหมาย ระหว่างกลุ่มคลินิกที่ได้รับและไม่ได้รับหนังสืออนุมัติโฆษณา รวมถึงกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับอนุญาตให้บริการห้องผ่าตัดเล็ก ทั้งนี้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีขนาดไม่เท่ากันอย่างชัดเจน และเมื่อทดสอบการกระจายตัวด้วยสถิติ Shapiro-Wilk test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ ($p<0.05$) ผู้วิจัยจึงเลือกวิเคราะห์โดยใช้สถิติทดสอบความแตกต่างสำหรับสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Mann-Whitney U test) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\leq0.05$)

4. การเปรียบเทียบความแตกต่างของการโฆษณาที่ฝ่าฝืนกฎหมาย ก่อนและหลังการเผยแพร่คู่มือการขออนุมัติโฆษณาสถานพยาบาล วิเคราะห์โดยใช้สถิติทดสอบความแตกต่างสำหรับสองกลุ่มที่สัมพันธ์กัน (Wilcoxon signed-rank test) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\leq0.05$)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี หมายเลข RbPH REC 148/2568 ลงวันที่ 17 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568

ผลการวิจัย

ในเดือนกุมภาพันธ์ถึงเมษายน พ.ศ. 2568 คลินิกด้านเวชกรรมความงามในจังหวัดราชบุรีส่วนมากเป็นคลินิกเวชกรรม ไม่ได้รับหนังสืออนุมัติโฆษณา และไม่ได้รับอนุญาตห้องผ่าตัดเล็ก ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คลินิกทางด้านเวชกรรมที่ให้บริการเสริมความงามในจังหวัดราชบุรี จำแนกตามลักษณะการได้รับหนังสืออนุมัติโฆษณา และการได้รับอนุญาตห้องผ่าตัดเล็ก (n = 42)

ลักษณะของคลินิกทางด้านเวชกรรม	จำนวน (ร้อยละ)
คลินิกเวชกรรม	40 (95.24)
โฆษณาทางสื่อเฟซบุ๊ก	25 (59.53)
ได้รับหนังสืออนุมัติโฆษณาทางสื่อเฟซบุ๊ก	9 (21.43)
ไม่ได้รับหนังสืออนุมัติโฆษณาทางสื่อเฟซบุ๊ก	16 (38.10)
ได้รับอนุญาตให้บริการห้องผ่าตัดเล็ก	7 (16.67)
ไม่ได้รับอนุญาตให้บริการห้องผ่าตัดเล็ก	18 (42.86)
ไม่ได้โฆษณาทางสื่อเฟซบุ๊ก	15 (35.71)
สหคลินิก*	2 (4.76)
โฆษณาทางสื่อเฟซบุ๊ก	1 (2.38)
ไม่ได้รับหนังสืออนุมัติโฆษณาทางสื่อเฟซบุ๊ก	1 (2.38)
ไม่ได้รับอนุญาตให้บริการห้องผ่าตัดเล็ก	1 (2.38)
ไม่ได้โฆษณาทางสื่อเฟซบุ๊ก	1 (2.38)

หมายเหตุ : * *สหคลินิก ประกอบด้วย คลินิกเวชกรรมร่วมกับคลินิกทันตกรรม 1 แห่ง (ร้อยละ 2.38) และคลินิกเวชกรรมร่วมกับคลินิกเทคนิคการแพทย์ 1 แห่ง (ร้อยละ 2.38)*

คลินิกด้านเวชกรรมมีการโฆษณาทางสื่อเฟซบุ๊ก 26 แห่ง ร้อยละ 61.91 ส่วนมากเป็นคลินิกเวชกรรม พบการโฆษณา 1,537 ชิ้น ฝ่าฝืนกฎหมาย 1,266 ชิ้น (ร้อยละ 82.37) เมื่อพิจารณาในแต่ละชิ้นงาน พบว่าฝ่าฝืนข้อกฎหมาย 1,972 รายการ ส่วนมากฝ่าฝืนประกาศกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขและค่าใช้จ่ายในการโฆษณาหรือประกาศเกี่ยวกับสถานพยาบาล พ.ศ. 2562 ข้อ 7 (1) การโฆษณาเป็นเท็จหรือไม่มีมูลความจริง โอ้อวดเกินจริง หรือทำให้เข้าใจผิด มากที่สุด รองลงมาฝ่าฝืนประกาศแพทยสภา ที่ 50/2549 เรื่อง คำที่ห้ามใช้ในการโฆษณา และฝ่าฝืนประกาศแพทยสภา ที่ 39/2567 เรื่อง การโฆษณาเกี่ยวกับการเสริมสวยหรือการเสริมความงามของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2567 ข้อ 6 แพทย์ไม่แสดงชื่อ นามสกุล เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ตามลำดับ สูงสุด 3 อันดับแรก ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การโฆษณาทางสื่อออนไลน์ที่ฝ่าฝืนกฎหมายของคลินิกทางด้านเวชกรรมที่ให้บริการเสริมความงามในจังหวัดราชบุรี (สูงสุด 3 อันดับแรก)

โฆษณาที่ฝ่าฝืน (รายการ)	จำนวน (ร้อยละ)	ค่ามัธยฐาน (Median)	ค่าต่ำสุด (Min)	ค่าสูงสุด (Max)
ประกาศกรมสนับสนุนบริการสุขภาพฯ พ.ศ. 2562				
ข้อ 7 (1) การโฆษณาเป็นเท็จหรือไม่มีมูลความจริง โอ้อวดเกินจริง หรือทำให้เข้าใจผิด	866 (43.91)	20.50	0.00	347.00
สูงสุด 3 อันดับแรก *ได้แก่* *1. การแสดงภาพก่อนและหลังใช้บริการไม่ระบุข้อความ “ใช้เป็นตัวอย่างผลจากการเข้ารับการรักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย” และวัน เดือน ปี (215 รายการ), 2. เป๊ะ ทุกองศา ดูแพง เป็นต้น (143 รายการ) และ 3. ทันทีหลังทำ สวยเลยหลังทำ หลังแก้ทันที เป็นต้น (108 รายการ)*				
ข้อ 7 (2) การโฆษณาที่ทำให้เข้าใจว่ามีผู้ประกอบวิชาชีพ ยา เป็นต้น แต่ไม่มีจริง	17 (0.86)	0.00	0.00	5.00
สูงสุด 3 อันดับแรก *ได้แก่ 1. แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญและมากประสบการณ์ เป็นต้น (9 รายการ), 2. ทีมแพทย์ (4 รายการ) และ 3. สเต็มเซลล์ (Stemcell) (3 รายการ)*				
ข้อ 7 (3) การโฆษณาเกี่ยวกับชื่อสถานพยาบาล ซึ่งทำให้เข้าใจว่าประกอบกิจการไม่ตรงกับที่ได้รับอนุญาต ได้แก่ เสกให้ ปรับโหวงเฮ้ง สวยเสริมทรัพย์ (6 รายการ)	6 (0.30)	0.00	0.00	1.00
ข้อ 7 (5) การโฆษณาไม่เหมาะสม น่าหวาดกลัว ลามกอนาจาร กระตุ้นหรือยั่วยุกามารมณ์	21 (1.06)	0.00	0.00	6.00
สูงสุด 3 อันดับแรก *ได้แก่ 1. ภาพแทงเข็ม (14 รายการ), 2. อกยั่ว ๆ (4 รายการ) และ 3. ภาพทุเรียนที่ปอกเปลือกและเห็นเนื้อทุเรียนคล้ายอวัยวะเพศ (2 รายการ)*				
ข้อ 7 (6) การโฆษณาไม่สุภาพหรือแสดงอาการทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ได้แก่ สวยเปรี้ยวเยี่ยวราด (1 รายการ)	1 (0.05)	0.00	0.00	1.00

ตารางที่ 2 การโฆษณาทางสื่อออนไลน์ที่ฝ่าฝืนกฎหมายของคลินิกทางด้านเวชกรรมที่ให้บริการเสริมความงาม ในจังหวัดราชบุรี (สูงสุด 3 อันดับแรก) (ต่อ)

โฆษณาที่ฝ่าฝืน (รายการ)	จำนวน (ร้อยละ)	ค่ามัธยฐาน (Median)	ค่าต่ำสุด (Min)	ค่าสูงสุด (Max)
ข้อ 10 (5) การโฆษณาให้สิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ไม่ระบุเงื่อนไข รายละเอียด และวันเริ่มต้นและสิ้นสุด ได้แก่ 50 เคสสุดท้าย, จนกว่าสิทธิ์จะเต็ม, จำกัด...สิทธิ์เท่านั้น เป็นต้น (163 รายการ)	163 (8.27)	2.00	0.00	76.00
ข้อ 10 (6) การโฆษณาเครื่องมือ ยา เวชภัณฑ์ โดยไม่ปฏิบัติตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง	358 (18.15)	5.00	0.00	75.00
สูงสุด 3 อันดับแรก *ได้แก่ 1. การแสดงชื่อเครื่องมือแพทย์ เช่น Belotero, Filler (166 รายการ), 2. การแสดงชื่อยา เช่น Botox, Nabota, (124 รายการ) และ 3. การโฆษณายาที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียน เช่น Meso Fat (37 รายการ)*				
รวม	**1,432 (72.62)**	**32.50**	**1.00**	**447.00**
ประกาศแพทยสภา ที่ 50/2549				
ใช้คำที่ห้ามใช้ในการโฆษณา ได้แก่ เพียง, ฟรี, เท่านั้น, พิเศษ, ครบวงจร เป็นต้น	387 (19.62)	6.50	0.00	170.00
สูงสุด 3 อันดับแรก *ได้แก่ (1) เพียง (221 รายการ), (2) ฟรี (73 รายการ), (3) พิเศษ (58 รายการ)*				
ประกาศแพทยสภา ที่ 39/2567				
ข้อ 5 ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมโฆษณาคุณวุฒิได้ตามที่แพทยสภารับรอง *ได้แก่ ศัลยแพทย์ความงาม (1 รายการ)*	1 (0.05)	0.00	0.00	1.00
ข้อ 6 ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องแสดงชื่อ นามสกุล เลขที่ใบอนุญาต และชื่อหัตถการหรือผ่าตัดเสริมสวย *ได้แก่ แพทย์ไม่แสดงชื่อ นามสกุล เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ (122 รายการ)*	122 (6.19)	1.00	0.00	77.00
ข้อ 7 ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมโฆษณาว่ามีความชำนาญ ประสบการณ์ หรือเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการเสริมสวย *ได้แก่ แพทย์โฆษณาว่ามีความชำนาญ ประสบการณ์ หรือความเชี่ยวชาญ ในการเสริมสวย (11 รายการ)*	11 (0.56)	0.00	0.00	7.00
รวม	**134 (6.80)**	**1.00**	**0.00**	**79.00**
รวมทั้งสิ้น	**1,972 (100)**	**42.50**	**1.00**	**698.00**

หมายเหตุ :

- *ร้อยละ (%) คำนวณจากจำนวนรายการฝ่าฝืนทั้งหมด (n = 1,972)*
- *มัธยฐาน และค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด หมายถึง ค่ากลางและพิสัยของการฝ่าฝืนข้อกฎหมายต่อ 1 สถานพยาบาล (n = 26 แห่ง)*

การโฆษณาที่ฝ่าฝืนประกาศกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขและค่าใช้จ่ายในการโฆษณาหรือประกาศเกี่ยวกับสถานพยาบาล พ.ศ. 2562 ส่วนมากเป็นการโฆษณาเป็นเท็จหรือไม่มีมูลความจริง โอ้อวดเกินจริง หรือทำให้เข้าใจผิด รองลงมาเป็นการโฆษณาเครื่องมือยา เวชภัณฑ์ โดยไม่ปฏิบัติตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์ และการโฆษณาให้สิทธิประโยชน์ไม่ระบุเงื่อนไขรายละเอียดให้ชัดเจน การโฆษณาที่ฝ่าฝืนประกาศแพทยสภา ที่ 50/2549 ส่วนมากใช้คำที่แพทยสภาไม่อนุญาต ได้แก่ เพียง ฟรี พิเศษ การฝ่าฝืนประกาศแพทยสภา ที่ 39/2567 เรื่อง การโฆษณาเกี่ยวกับการเสริมสวยหรือการเสริมความงามของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2567 ส่วนมากแพทย์ไม่แสดงชื่อ นามสกุล เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ หรือแสดงความชำนาญ ประสบการณ์เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการเสริมสวย

เมื่อจำแนกการฝ่าฝืนข้อกฎหมายตามการได้รับหนังสืออนุมัติโฆษณาพบการโฆษณาฝ่าฝืนประกาศกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ข้อ 7 (1) มากที่สุด รองลงมาฝ่าฝืนประกาศแพทยสภา ที่ 50/2549 และฝ่าฝืนประกาศแพทยสภา ที่ 39/2567 ข้อ 6 ตามลำดับ สูงสุด 3 อันดับแรก ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การโฆษณาทางสื่อออนไลน์ที่ฝ่าฝืนกฎหมายของคลินิกทางด้านเวชกรรมที่ให้บริการเสริมความงามในจังหวัดราชบุรี จำแนกตามการได้รับหนังสืออนุมัติโฆษณา (ฆสพ.) ช่องทางเฟซบุ๊ก (สูงสุด 3 อันดับแรก)

โฆษณาที่ฝ่าฝืน	คลินิกที่มี ฆสพ. (n=9)		คลินิกที่ไม่มี ฆสพ. (n=17)		Z	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	Median (Mean rank)	จำนวน (ร้อยละ)	Median (Mean rank)		
ประกาศกรมสนับสนุนบริการสุขภาพฯ พ.ศ. 2562						
ข้อ 7 (1) การโฆษณาเป็นเท็จหรือโอ้อวดเกินจริง	146 (7.40)	20.00 (12.17)	720 (36.51)	21.00 (14.21)	-0.648	0.517
ประกาศแพทยสภา ที่ 50/2549						
ใช้คำที่ห้ามใช้ในการโฆษณา	91 (4.61)	8.00 (14.22)	296 (15.01)	6.00 (13.12)	-0.354	0.723
ประกาศแพทยสภา ที่ 39/2567						
ข้อ 6 แพทย์ไม่แสดงชื่อ นามสกุล เลขที่ใบอนุญาต	3 (0.15)	0.00 (8.67)	119 (6.03)	2.00 (16.06)	-2.476	0.013*
รวมการฝ่าฝืนทั้งหมดต่อกลุ่มคลินิก	**425 (100)**	**57.00 (12.61)**	**1,547 (100)**	**33.00 (13.97)**	**-0.431**	**0.666**

หมายเหตุ :

- *n หมายถึง จำนวนสถานพยาบาล (คลินิก) ที่ใช้เป็นหน่วยในการวิเคราะห์ (Unit of Analysis)*
- *ร้อยละ (%) คำนวณจากสัดส่วนจำนวนรายการโฆษณาที่ฝ่าฝืนจากชิ้นงานทั้งหมด*
- *Median และ Mean rank หมายถึง ค่ามัธยฐานและค่าเฉลี่ยของอันดับของจำนวนรายการโฆษณาที่ฝ่าฝืนต่อกลุ่มสถานพยาบาล*
- ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05*

เมื่อเปรียบเทียบการโฆษณาที่ฝ่าฝืนกฎหมายในภาพรวม พบว่าคลินิกที่ได้รับและไม่ได้รับหนังสืออนุมัติโฆษณา มีจำนวนการฝ่าฝืนไม่แตกต่างกัน (Z=-0.431, p=0.666) อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาในรายประเด็นพบว่า กลุ่มคลินิกที่ไม่ได้รับหนังสืออนุมัติโฆษณามีการฝ่าฝืนประกาศแพทยสภา ที่ 39/2567 ข้อ 6 (แพทย์ไม่แสดงชื่อ นามสกุล เลขที่ใบอนุญาต) สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับอนุมัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z=-2.476, p=0.013) ดังตารางที่ 3

เมื่อจำแนกการฝ่าฝืนข้อกฎหมายตามการได้รับอนุญาตห้องผ่าตัดเล็กพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากไม่ได้รับอนุญาตห้องผ่าตัดเล็ก โดยคลินิกที่ได้รับอนุญาตห้องผ่าตัดเล็ก มีการโฆษณาทางสื่อออนไลน์ที่ฝ่าฝืนประกาศกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ข้อ 7 (1) มากที่สุด รองลงมาฝ่าฝืนประกาศแพทยสภา ที่ 50/2549 และฝ่าฝืนประกาศแพทยสภา ที่ 39/2567 ข้อ 6 ตามลำดับ สูงสุด 3 อันดับแรก ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การโฆษณาทางสื่อออนไลน์ที่ฝ่าฝืนกฎหมายของคลินิกทางด้านเวชกรรมที่ให้บริการเสริมความงามในจังหวัดราชบุรี จำแนกตามการได้รับอนุญาตห้องผ่าตัดเล็ก (สูงสุด 3 อันดับแรก)

โฆษณาที่ฝ่าฝืน	คลินิกที่มีผ่าตัดเล็ก (n=7)		คลินิกที่ไม่มีผ่าตัดเล็ก (n=19)		Z	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	Median (Mean rank)	จำนวน (ร้อยละ)	Median (Mean rank)		
ประกาศกรมสนับสนุนบริการสุขภาพฯ พ.ศ. 2562						
ข้อ 7 (1) การโฆษณาเป็นเท็จหรือโอ้อวดเกินจริง	487 (24.70)	30.00 (16.86)	379 (19.22)	17.00 (12.26)	-1.360	0.174
ประกาศแพทยสภา ที่ 50/2549						
ใช้คำที่ห้ามใช้ในการโฆษณา	210 (10.65)	1.00 (12.79)	177 (8.98)	7.00 (13.76)	-0.292	0.770
ประกาศแพทยสภา ที่ 39/2567						
ข้อ 6 แพทย์ไม่แสดงชื่อ นามสกุล เลขที่ใบอนุญาต	88 (4.46)	0.00 (13.86)	34 (1.72)	1.00 (13.37)	-0.153	0.879
รวมการฝ่าฝืนทั้งหมดต่อกลุ่มคลินิก	**951 (100)**	**44.00 (14.00)**	**1,021 (100)**	**41.00 (13.32)**	**-0.202**	**0.840**

หมายเหตุ :

- *n หมายถึง จำนวนสถานพยาบาล (คลินิก) ที่ใช้เป็นหน่วยในการวิเคราะห์ (Unit of Analysis)*
- *ร้อยละ (%) คำนวณจากสัดส่วนจำนวนรายการโฆษณาที่ฝ่าฝืนจากชิ้นงานทั้งหมด*
- *Median และ Mean rank หมายถึง ค่ามัธยฐานและค่าเฉลี่ยของอันดับของจำนวนรายการโฆษณาที่ฝ่าฝืนต่อกลุ่มสถานพยาบาล*

เมื่อเปรียบเทียบการโฆษณาที่ฝ่าฝืนกฎหมาย พบว่าคลินิกที่ได้รับอนุญาตให้บริการห้องผ่าตัดเล็ก มีมัธยฐานจำนวนรายการฝ่าฝืนสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับอนุญาตเล็กน้อย อย่างไรก็ตาม เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า ทั้งในภาพรวมและรายประเด็น พบว่าไม่แตกต่างกัน (Z=-0.202, p=0.840) ดังตารางที่ 4

สถานการณ์การโฆษณาทางสื่อออนไลน์ที่ฝ่าฝืนกฎหมายของคลินิกด้านเวชกรรมความงามในจังหวัดราชบุรี พบการฝ่าฝืนประกาศกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขและค่าใช้จ่ายในการโฆษณาหรือประกาศเกี่ยวกับสถานพยาบาล พ.ศ. 2562 ข้อ 7 (1) มากที่สุด รองลงมาคือการฝ่าฝืนประกาศแพทยสภา ที่ 50/2549 และประกาศแพทยสภา ที่ 39/2567 ข้อ 6 ตามลำดับ ทั้งนี้ เมื่อจำแนกกลุ่มตัวอย่างตามสถานะการได้รับหนังสืออนุมัติโฆษณาและการได้รับอนุญาตให้บริการห้องผ่าตัดเล็ก พบว่าคลินิกส่วนใหญ่ไม่ได้รับหนังสืออนุมัติโฆษณาและไม่ได้รับอนุญาตให้บริการห้องผ่าตัดเล็ก และเมื่อเปรียบเทียบการโฆษณาที่ฝ่าฝืนกฎหมายในภาพรวมระหว่างกลุ่ม พบว่าไม่แตกต่างกัน

ผู้วิจัยได้จัดทำคู่มือการขออนุมัติโฆษณาสถานพยาบาล[18] ซึ่งประกอบด้วย กฎหมายที่เกี่ยวข้อง ขั้นตอนการขออนุมัติ การตรวจสอบโฆษณาก่อนเผยแพร่ โดยนำโฆษณาที่ฝ่าฝืนกฎหมายที่พบเป็นตัวอย่างและพัฒนาแนวทางข้อความโฆษณา จัดทำเล่มคู่มือ เผยแพร่คู่มือในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2568 ส่งให้คลินิกทางด้านเวชกรรม โทรศัพท์สอบถามการใช้คู่มือ ข้อขัดข้อง เน้นย้ำให้มีการตรวจสอบโฆษณาก่อนเผยแพร่ตามคู่มือทุกครั้ง และเผยแพร่คู่มือจากเว็บไซต์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี เก็บข้อมูลการโฆษณาทางสื่อออนไลน์ในเดือนกันยายนถึงพฤศจิกายน พ.ศ. 2568 พบว่าคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการเสริมความงามในจังหวัดราชบุรีมีการโฆษณาทางสื่อออนไลน์เฟซบุ๊ก 1,504 ชิ้น เมื่อพิจารณาแต่ละชิ้นงานภายหลังการเผยแพร่คู่มือ พบการโฆษณาที่ฝ่าฝืนกฎหมาย จำนวน 155 ชิ้น (รวม 180 รายการ) โดยประเด็นที่พบการฝ่าฝืนลดลงมาแต่ยังคงมีสัดส่วนสูงที่สุด คือ การโฆษณาเป็นเท็จหรือโอ้อวดเกินจริง (ฝ่าฝืนประกาศกรมสนับสนุนบริการสุขภาพฯ ข้อ 7 (1) รองลงมาคือ การใช้คำที่ห้ามใช้ในการโฆษณา (ฝ่าฝืนประกาศแพทยสภาที่ 50/2549) ตามลำดับ โดยรายละเอียดการเปลี่ยนแปลงของค่าสถิติแต่ละรายการแสดงดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบความแตกต่างของการโฆษณาทางสื่อออนไลน์ที่ฝ่าฝืนกฎหมายของคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการเสริมความงามในจังหวัดราชบุรี ก่อนและหลังการเผยแพร่คู่มือการขออนุมัติโฆษณาสถานพยาบาล (สูงสุด 3 อันดับแรก)

โฆษณาที่ฝ่าฝืน	Median (n=26)		n (Mean rank)			Z	p-value
	ก่อนเผยแพร่	หลังเผยแพร่	Negative	Positive	Ties		
ประกาศกรมสนับสนุนบริการสุขภาพฯ พ.ศ. 2562							
ข้อ 7 (1)	20.50	0.50	24 (12.50)	0 (0.00)	2	-4.288	<0.001*
ข้อ 7 (2)	0.00	0.00	7 (4.00)	0 (0.00)	19	-2.384	0.017*
ข้อ 7 (3)	0.00	0.00	5 (3.00)	0 (0.00)	21	-2.236	0.025*

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบความแตกต่างของการโฆษณาทางสื่อออนไลน์ที่ฝ่าฝืนกฎหมายของคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการเสริมความงามในจังหวัดราชบุรี ก่อนและหลังการเผยแพร่คู่มือการขออนุมัติโฆษณาสถานพยาบาล (สูงสุด 3 อันดับแรก) (ต่อ)

โฆษณาที่ฝ่าฝืน	Median (n=26)		n (Mean rank)			*Z*	p-value
	ก่อนเผยแพร่	หลังเผยแพร่	Negative	Positive	Ties		
ประกาศกรมสนับสนุนบริการสุขภาพฯ พ.ศ. 2562							
ข้อ 7 (5)	0.00	0.00	7 (4.00)	0 (0.00)	19	-2.375	0.018*
ข้อ 7 (6)	0.00	0.00	1 (1.00)	0 (0.00)	25	-1.000	0.317
ข้อ 10 (5)	2.00	0.00	19 (10.00)	0 (0.00)	7	-3.832	<0.001*
ข้อ 10 (6)	5.00	0.00	21 (11.00)	0 (0.00)	5	-4.026	<0.001*
รวม	**32.50**	**1.00**	**26 (13.50)**	**0 (0.00)**	**0**	**-3.250**	**0.001***
ประกาศแพทยสภา ที่ 50/2549							
ใช้คำที่ห้ามใช้ในการโฆษณา	6.50	0.00	19 (10.00)	0 (0.00)	7	-3.825	<0.001*
ประกาศแพทยสภา ที่ 39/2567							
ข้อ 5	0.00	0.00	1 (1.00)	0 (0.00)	25	-1.000	0.317
ข้อ 6	1.00	0.00	13 (7.00)	0 (0.00)	13	-3.190	0.001*
ข้อ 7	0.00	0.00	3 (2.00)	0 (0.00)	13	-1.633	0.102
รวม	**1.00**	**0.00**	**14 (7.50)**	**0 (0.00)**	**12**	**-3.303**	**0.001***
รวมทั้งหมด	**42.50**	**2.00**	**26 (13.50)**	**0 (0.00)**	**0**	**-4.458**	**<0.001***

หมายเหตุ :

- *Median และ Mean rank หมายถึง ค่ามัธยฐานและค่าเฉลี่ยของอันดับของจำนวนรายการโฆษณาที่ฝ่าฝืนต่อกลุ่มสถานพยาบาล (คลินิก)*
- ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05*

เมื่อทดสอบทางสถิติด้วย Wilcoxon signed-rank test เพื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการใช้คู่มือ พบว่าค่ามัธยฐานจำนวนรายการโฆษณาที่ฝ่าฝืนโดยรวมลดลงจาก 42.50 เป็น 2.00 รายการต่อสถานพยาบาล ซึ่งเป็นผลการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z=-4.458, p<0.001) โดยเมื่อพิจารณาในรายประเด็นพบว่ามีการลดลงอย่างมีนัยสำคัญแทบทุกรายการหลัก แสดงให้เห็นว่าคู่มือการขออนุมัติโฆษณาสถานพยาบาลที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นมีส่วนช่วยลดปัญหาการโฆษณาที่ฝ่าฝืนกฎหมายของคลินิกกลุ่มตัวอย่างได้อย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม การลดลงของการโฆษณาทางสื่อออนไลน์ที่ฝ่าฝืนกฎหมายอาจเกิดจากปัจจัยอื่นร่วมด้วย เช่น การโฆษณาที่ลดลง การศึกษาหรือได้รับข่าวสารการโฆษณาที่ถูกต้องโดยวิธีอื่น การถูกดำเนินคดีเกี่ยวกับการโฆษณา หรือปัจจัยอื่นที่แทรกซ้อนหลังเก็บข้อมูลครั้งแรก

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

สถานการณ์การโฆษณาทางสื่อออนไลน์ที่ฝ่าฝืนกฎหมายของคลินิกทางด้านเวชกรรมที่ให้บริการเสริมความงามในจังหวัดราชบุรี ส่วนมากเป็นการโฆษณาที่เป็นเท็จ โอ้อวดเกินจริง หรือทำให้เข้าใจผิด มีการใช้คำที่แพทยสภาห้ามใช้ในการโฆษณาและผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมไม่ปฏิบัติตามประกาศแพทยสภาเกี่ยวกับการโฆษณาเสริมสวยหรือการเสริมความงาม สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบการโฆษณาที่ฝ่าฝืนประกาศกรมสนับสนุนบริการสุขภาพที่เป็นเท็จหรือโอ้อวดเกินความจริง หรือน่าจะก่อให้เกิดความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการประกอบกิจการมากที่สุด ร้อยละ 19-34[2,6,7] และรองลงมาพบการฝ่าฝืนประกาศแพทยสภา ที่ 50/2549 เรื่อง คำที่ห้ามใช้ในการโฆษณา ร้อยละ 28.25[6]

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการโฆษณาทางสื่อออนไลน์ที่ฝ่าฝืนข้อกฎหมายระหว่างคลินิกที่ได้รับและไม่ได้รับหนังสืออนุมัติโฆษณา (ฆสพ.) หรือกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับอนุญาตห้องผ่าตัดเล็ก ไม่พบความแตกต่าง ปรากฏการณ์นี้สามารถอภิปรายผ่านมุมมองเหตุผลเชิงระบบ (Systemic Factors) และช่องโหว่ในการกำกับดูแล ได้ในหลายมิติ **ประการแรก** ด้านแรงจูงใจทางธุรกิจและความคุ้มค่า (Business Motivation & ROI) ในยุคที่ผู้บริโภคใช้อินเทอร์เน็ตบรอดแบนด์เคลื่อนที่จำนวนมาก[3] คลินิกความงามมีการแข่งขันสูง[1,2,6,8] การใช้ภาษาโฆษณาที่กระตุ้นอารมณ์และเห็นผลลัพธ์รวดเร็ว (เช่น “เป๊ะ”, “ทันที”, ”ฟรี”) แม้จะฝ่าฝืนประกาศแพทยสภา แต่สร้างแรงจูงใจและยอดขายได้มหาศาล ซึ่งอาจคุ้มค่าเมื่อเทียบกับบทลงโทษทางกฎหมายหรือค่าปรับที่สถานพยาบาลได้รับ[2,7] **ประการที่สอง** ช่องโหว่ในกระบวนการขออนุญาตและพลวัตของสื่อออนไลน์ (Regulatory Loopholes & Social Media Dynamics) การขออนุมัติ ฆสพ. มีขั้นตอนและใช้ระยะเวลา[1,2] ในขณะที่การทำตลาดบนแพลตฟอร์มเฟซบุ๊ก (Real-time Marketing) ต้องการความรวดเร็วและเนื้อหาที่เปลี่ยนแปลงทุกวัน[1,6,8] ทำให้สถานพยาบาลหลายแห่งอาจขออนุมัติ ฆสพ. เพียงบางชิ้นงานเพื่อให้มีประวัติการขออนุญาต แต่ยังคงผลิตซ้ำหรือดัดแปลงโฆษณาชิ้นอื่น ๆ เผยแพร่ลงสื่อออนไลน์โดยไม่ผ่านการตรวจสอบ[7,8] นอกจากนี้ ข้อจำกัดด้านอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ ในการเฝ้าระวัง (Active Surveillance) บนแพลตฟอร์มที่มีข้อมูลมหาศาล ทำให้การตรวจจับทำได้ยากและล่าช้า[1,8]

จากสถานการณ์ดังกล่าว จึงนำมาสู่สมมติฐานที่ว่า การฝ่าฝืนกฎหมายส่วนหนึ่งอาจไม่ได้เกิดจากเจตนาหลีกเลี่ยงเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจาก “ความซับซ้อนของข้อกฎหมายและความเข้าใจคลาดเคลื่อนของผู้ปฏิบัติงาน (Knowledge Gap)” การทดลองใช้ “คู่มือการขออนุมัติโฆษณาสถานพยาบาล” ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น ซึ่งมีการถอดรหัสข้อกฎหมายให้เป็นขั้นตอนที่ปฏิบัติได้จริง (Actionable Guidelines) พร้อมยกตัวอย่างข้อความที่ผิดกฎหมายอย่างเป็นรูปธรรม จึงทำหน้าที่เป็นเครื่องมืออุดช่องโหว่ด้านความรู้ความเข้าใจ ส่งผลให้สถิติการโฆษณาที่ฝ่าฝืนกฎหมายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) จากผลการศึกษาทั้งหมด ผู้วิจัยจึงปฏิเสธสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 (ในภาพรวม) และยอมรับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ควรนำ "คู่มือการขออนุมัติโฆษณาสถานพยาบาล" ไปขยายผลเผยแพร่ให้กับสถานพยาบาลทุกประเภทในพื้นที่อย่างเป็นระบบ เพื่อใช้เป็นเครื่องมือเฝ้าระวังเชิงรุกในการให้ความรู้และป้องกันการฝ่าฝืนกฎหมายตั้งแต่ต้นทาง เพื่อให้ผู้บริโภคได้รับข้อมูลที่เป็นความจริงและไม่โอ้อวดเกินจริง นอกจากนี้ ควรมีกลไกในการปรับปรุงเนื้อหาในคู่มือให้ทันต่อพลวัตของการตลาดออนไลน์และประกาศ ข้อกฎหมายใหม่ ๆ อย่างสม่ำเสมอ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรขยายขอบเขตการศึกษา เนื่องจากงานวิจัยนี้มีข้อจำกัดเกี่ยวกับขอบเขตการวิจัยด้านประชากร ซึ่งได้ศึกษาเฉพาะคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการเสริมความงาม ได้แก่ คลินิกเวชกรรมและสหคลินิกที่ประกอบด้วยคลินิกเวชกรรม เก็บข้อมูลการโฆษณาทางสื่อออนไลน์ของกลุ่มตัวอย่างในเว็บไซต์เฟซบุ๊กเพียงช่องทางเดียว เพื่อให้ผู้โฆษณาสถานพยาบาลได้ปฏิบัติตามและไม่ฝ่าฝืนกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลและกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง ผู้บริโภคได้รับข้อมูลการโฆษณาที่เป็นความจริง ไม่โอ้อวดเกินความจริง และไม่ทำให้เกิดความเข้าใจผิด จึงควรเฝ้าระวังการโฆษณาที่ฝ่าฝืนกฎหมายของสถานพยาบาลทุกประเภท ทุกลักษณะและทุกช่องทางต่อไป

2.2 การพัฒนาเครื่องมือและระเบียบวิธีวิจัย ในการวิจัยครั้งต่อไปควรเพิ่มจำนวนผู้ประเมิน (Raters) อย่างน้อย 2 – 3 คน ในกระบวนการคัดกรองและประเมินชิ้นงานโฆษณา และหาค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater Reliability) เพื่อลดความลำเอียงส่วนบุคคล (Bias) และเพิ่มความน่าเชื่อถือทางสถิติให้สูงขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ สำเร็จลงได้ด้วยดี โดยได้รับความกรุณาจาก แพทย์หญิงปาจรีย์ อารีย์รบ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดราชบุรี และนายแพทย์ธนสกล ณฐนันวานิชธ์ ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี ซึ่งอนุญาตให้ทำการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ และได้รับความกรุณาจาก เภสัชกรหญิง วรลักษณ์ อนันตกูล เภสัชกรเชี่ยวชาญ (ด้านเภสัชสาธารณสุข) รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดราชบุรี, นายสาโรจน์ อินทรชาติ นิติกรชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มกฎหมาย และเภสัชกรหญิงพัชราภรณ์ เพ่งเรืองโรจนชัย เภสัชกรกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี ผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ความกรุณาเป็นที่ปรึกษาในการวิจัย ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ จนทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. จุฑาลักษณ์ กุประดิษฐ, เฉลิมพร เย็นเยือก. พฤติกรรมและปัจจัยส่วนประสมทางการตลาดบริการที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้บริการคลินิกเสริมความงามของผู้บริโภคในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารรัชต์ภาคย์ 2563;14(34):111-24.
2. กนกกาญจน์ จันวะโร. สถานการณ์การฝ่าฝืนกฎหมายโฆษณาทางสื่อออนไลน์ในคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านความงามจังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข 2566; 9(3): 271-84.
3. สำนักวิชาการและจัดการทรัพยากรโทรคมนาคม. รายงานสภาพตลาดโทรคมนาคมประจำปี 2565 [อินเตอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 8 มกราคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nbtc.go.th/Business/commu/telecom/informatiton/research/%E0%B8%A3%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B8%87%E0%B8%B2%E0%B8%99%E0%B8%AA%E0%B8%A0%E0%B8%B2%E0%B8%9E%E0%B8%95%E0%B8%A5%E0%B8%B2%E0%B8%94%E0%B9%82%E0%B8%97%E0%B8%A3%E0%B8%84%E0%B8%A1%E0%B8%99%E0%B8%B2%E0%B8%84%E0%B8%A1/%E0%B8%9B%E0%B8%B5-2566/63022.aspx?lang=th-TH
4. พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 [อินเตอร์เน็ต]. 2541 [เข้าถึงเมื่อ 1 กุมภาพันธ์ 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://ratchakitcha.soc.go.th/documents/1694159.pdf
5. พระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2559 [อินเตอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 1 กุมภาพันธ์ 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://ratchakitcha.soc.go.th/documents/2094322.pdf
6. อาภากร เขจรรักษ์. การโฆษณาทางสื่อสังคมออนไลน์ที่ฝ่าฝืนกฎหมายของคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการเสริมความงามในจังหวัดมหาสารคาม. วารสารเภสัชกรรมไทย 2565; 14(3): 542-55.
7. ชฎากร บุญสิน. ความชุกของโฆษณาทางสื่อออนไลน์ที่ฝ่าฝืนกฎหมายของคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการเสริมความงามในจังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารเภสัชกรรมไทย 2565; 14(2): 415-23.
8. อรรถพล คนต่ำ, วุฒิไกร ยศกำธร. สถานการณ์โฆษณาทางสื่อออนไลน์ของสถานพยาบาลเอกชนในจังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ 2566; 3(2): 63-74.
9. สำนักสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี. รายงานประจำปี 2566 [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 12 มกราคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://online.anyflip.com/ybqvn/zncr/mobile/index.html
10. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. ประกาศกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขและค่าใช้จ่ายในการโฆษณาหรือประกาศเกี่ยวกับสถานพยาบาล พ.ศ. 2562 [อินเตอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 11 กุมภาพันธ์ 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://ratchakitcha.soc.go.th/documents/17143062.pd
11. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. คู่มือการปฏิบัติงานการพิจารณาอนุมัติการโฆษณาหรือประกาศเกี่ยวกับสถานพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2561.

12. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. แนวทางข้อความการโฆษณาหรือประกาศเกี่ยวกับสถานพยาบาล [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 1 กุมภาพันธ์ 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://heyzine.com/flip-book/d190e5e1ca.html?fbclid=IwY2xjawGypYtleHRuA2FlbQIxMAABHe7JZGTiFqaV9m7GvpwldFMQfVhC8xqDmGUR3aWh9MtWNFqjiE6qj-31Q_aem_VeL67zYwXFUpiDNIiuj0Ag
13. แพทยสภา. ข้อบังคับแพทยสภา ว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรมเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ พ.ศ. 2565 [อินเตอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 1 กุมภาพันธ์ 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://ratchakitcha.soc.go.th/documents/17236544.pdf
14. แพทยสภา. ข้อบังคับแพทยสภา ว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรมเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2566 [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 1 กุมภาพันธ์ 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://ratchakitcha.soc.go.th/documents/140D200S0000000004300.pdf
15. แพทยสภา. ประกาศแพทยสภา ที่ 39/2567 เรื่อง การโฆษณาเกี่ยวกับการเสริมสวยหรือการเสริมความงามของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2567 [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 1 กุมภาพันธ์ 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://ratchakitcha.soc.go.th/documents/32177.pdf
16. แพทยสภา. ประกาศแพทยสภา ที่ 50/2549 เรื่อง คำที่ห้ามใช้ในการโฆษณา [อินเตอร์เน็ต]. 2549 [เข้าถึงเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.tmc.or.th/download/50_49.pdf
17. สุรพงษ์ คงสัตย์, ธีรชาติ ธรรมวงค์. การหาค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (IOC) [อินเตอร์เน็ต]. 2551 [เข้าถึงเมื่อ 7 กุมภาพันธ์ 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.mcu.ac.th/article/detail/14329
18. วรพจน์ เพียรพิจารณ์. คู่มือการขออนุมัติโฆษณาสถานพยาบาล [อินเตอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 27 กรกฎาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://rbpho.moph.go.th/upload-file/doc/files/06082025-023309-4112.pdf

การพัฒนารูปแบบการเยี่ยมเสริมพลังในการพัฒนางานเภสัชกรรม ตามมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอนาแก จังหวัดนครพนม

Development of an empowerment-based visiting model for pharmaceutical service improvement under primary health care standards of subdistrict health promoting hospitals in Na Kae district, Nakhon Phanom Province

พรพิทักษ์ กอมสิน[1]

Pornpitak Gomsin[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการเยี่ยมเสริมพลังในการพัฒนางานเภสัชกรรมตามมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในอำเภอนาแก จังหวัดนครพนม และเพื่อศึกษาผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น รวมถึงปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จของการดำเนินงาน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมีนาคมถึงกันยายน พ.ศ. 2568 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เข้าร่วมการวิจัย ได้แก่ ผู้อำนวยการ รพ.สต. และบุคลากรผู้รับผิดชอบงานเภสัชกรรม ใน รพ.สต. อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม จำนวน 38 คน ซึ่งคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง วิธีดำเนินการตามกระบวนการ วิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่ 1. การวางแผน 2. การปฏิบัติ 3. การสังเกต และ 4. การสะท้อนผล โดยพัฒนารูปแบบการเยี่ยมเสริมพลังภายใต้แนวคิดการสืบค้นคุณค่า (Appreciative Inquiry : AI) ในรูปแบบ NAKAE AI Model เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบประเมินมาตรฐานงานเภสัชกรรม แบบสัมภาษณ์ และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Paired t-test ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบ NAKAE AI Model สามารถพัฒนาคุณภาพงานเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิได้ โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 58.26 เป็น 61.05 คะแนน โดยมีความแตกต่างของค่าเฉลี่ย 2.79 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 4.79 บุคลากรมีความคิดเห็นเชิงบวกต่อการพัฒนาคุณภาพและเห็นด้วยต่อการนำมาตรฐานไปใช้ในระดับสูง ปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญ ได้แก่ การสนับสนุนจากผู้บริหาร การพัฒนาศักยภาพบุคลากร ระบบข้อมูลสุขภาพ การเข้าถึงยา และการกำกับดูแล สรุปได้ว่า รูปแบบการเยี่ยมเสริมพลัง NAKAE AI Model มีประสิทธิภาพในการยกระดับคุณภาพงานเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่น เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพได้อย่างยั่งยืน

คำสำคัญ : การเยี่ยมเสริมพลัง, เภสัชกรรมปฐมภูมิ, NAKAE AI Model, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, การพัฒนาคุณภาพ

---

[1] เภสัชกรชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

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

Received: 10 FEB 2026, Revised: 19 JUN 2026, Accepted: 25 JUN 2026

Abstract

This action research aimed to develop an empowering visit model for improving pharmaceutical services according to the Primary Health Care Service Standards in Subdistrict Health Promoting Hospitals (SHPHs) in Na Kae District, Nakhon Phanom Province, Thailand, and to evaluate the effects of the developed model as well as identify factors contributing to its success. The study was conducted from March to September 2025. The sample or participants consisted of 38 individuals, including SHPH directors and personnel responsible for pharmaceutical services in SHPHs in Na Kae District, Nakhon Phanom Province, selected through purposive sampling. The action research process consisted of four phases : planning, implementation, observation, and reflection. The empowering visit model, termed the NAKAE AI Model, was developed based on the Appreciative Inquiry (AI) concept proposed by Cooperrider and Whitney and adapted to the context of primary healthcare pharmaceutical services. Research instruments included a pharmaceutical service standards assessment form, interview guides, and questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests. The findings revealed that the NAKAE AI Model improved the quality of pharmaceutical services in primary care settings. The mean evaluation score increased from 58.26 to 61.05 points, while the percentage score increased from 89.64% to 93.93%, representing a mean difference of 2.79 points or a 3.50% increase. Participants reported positive perceptions toward quality improvement and expressed a high level of agreement with the implementation of the model. Key success factors included leadership support, personnel capacity development, health information systems, access to essential medicines, and effective governance. In conclusion, the NAKAE AI Model was effective in improving the quality of pharmaceutical services in primary care units and has the potential to be applied in other settings to support sustainable healthcare system development.

Keywords : Empowerment-based visiting, primary care pharmacy, NAKAE AI Model, subdistrict health promoting hospitals, quality improvement

บทนำ

ระบบสุขภาพปฐมภูมิเป็นกลไกสำคัญในการดูแลสุขภาพประชาชนอย่างครอบคลุมต่อเนื่องและเชื่อมโยงกับชุมชน โดยพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 กำหนดให้หน่วยบริการปฐมภูมิเป็นด่านแรกในการให้บริการสุขภาพ ขณะที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นกรอบในการพัฒนาคุณภาพและศักยภาพของหน่วยบริการให้สามารถตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ[1,2]

งานเภสัชกรรมเป็นองค์ประกอบสำคัญของบริการสุขภาพปฐมภูมิ ครอบคลุมการบริหารจัดการระบบยา การส่งมอบยาอย่างปลอดภัย การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ โดยมีการกำหนดมาตรฐานและแนวทางดำเนินงานเพื่อสนับสนุนการเข้าถึงบริการทางเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ[3,4]

อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม มีสถานบริการสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 19 แห่ง จากการวิเคราะห์สถานการณ์และการทบทวนการดำเนินงานด้านเภสัชกรรมของหน่วยบริการในพื้นที่พบประเด็นที่ควรพัฒนา ได้แก่ การส่งมอบยาและการให้ข้อมูลยาที่ยังไม่เป็นมาตรฐาน การจัดทำฉลากยา การบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ การบันทึกข้อมูลในระบบสารสนเทศสุขภาพ และการพัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้รับผิดชอบงานเภสัชกรรม

การพัฒนาคุณภาพงานเภสัชกรรมจำเป็นต้องอาศัยบุคลากรที่มีสมรรถนะและการสนับสนุนจากเครือข่ายบริการสุขภาพ โดยมีรายงานว่าการพัฒนาศักยภาพบุคลากร การมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน การสนับสนุนทางวิชาการ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยยกระดับคุณภาพบริการเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ[5,6] สอดคล้องกับนโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use : RDU) และการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการผ่านโครงการ รพ.สต. ติดดาว ซึ่งมุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องตามมาตรฐานที่กำหนด[7-10]

การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพในปัจจุบันมุ่งเน้นการเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพและการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ ปลอดภัย และตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ[11] ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทยที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบบริการบุคลากร และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่[12]

กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เป็นกระบวนการที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา วางแผนดำเนินการ และประเมินผลร่วมกัน[13,14] ขณะที่แนวคิด Appreciative Inquiry มุ่งเน้นการค้นหาจุดแข็งและศักยภาพขององค์กรเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกและการพัฒนาอย่างยั่งยืน[15]

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการเยี่ยมเสริมพลังในการพัฒนางานเภสัชกรรมตามมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิของ รพ.สต. ในอำเภอนาแก จังหวัดนครพนม เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากร ยกระดับคุณภาพบริการเภสัชกรรม และพัฒนาระบบบริการให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อพัฒนารูปแบบการเยี่ยมเสริมพลังในการพัฒนางานเภสัชกรรมของ รพ.สต. ในอำเภอนาแก ในจังหวัดนครพนม ตามมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ในด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คบส.)

วัตถุประสงค์รอง

1. เพื่อศึกษาความคิดเห็นและความพร้อมของการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ตามมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ
2. เพื่อศึกษาผลของกระบวนเยี่ยมเสริมพลังในการส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพบริการงานเภสัชกรรม ตามมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ
3. เพื่อศึกษาปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพบริการงานเภสัชกรรมตามมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนารูปแบบการเยี่ยมเสริมพลังในการพัฒนางานเภสัชกรรมของ รพ.สต. เพื่อการพัฒนางานเภสัชกรรมตามมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิในด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงาน คบส. ใน รพ.สต. ในอำเภอนาแก ในจังหวัดนครพนม ตั้งแต่เดือนมีนาคมถึงกันยายน พ.ศ. 2568 โดยศึกษาไปพร้อมกับการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานงานเภสัชกรรมของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในพื้นที่อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม ในพื้นที่เป้าหมาย คือ รพ.สต. ในอำเภอนาแก ทั้ง 19 แห่ง โดยเก็บข้อมูลการสัมภาษณ์กับผู้อำนวยการ รพ.สต. และประเมินมาตรฐานและตอบแบบสอบถามจากบุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานเภสัชกรรม โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่

- **ระยะที่ 1 การวางแผน (Planning)** วิเคราะห์สถานการณ์ สัมภาษณ์ 6 Building Blocks ตอบวัตถุประสงค์ข้อ 1 โดยผู้วิจัยวิเคราะห์ สถานการณ์ปัญหางานเภสัชกรรมของ รพ.สต. จากผลการประเมินมาตรฐานที่ผ่านมา พบปัญหาด้านการจัดการยา การเขียนฉลากยา และระบบคลังยา จากนั้นประชุมร่วมกับทีมสหวิชาชีพและผู้เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดเป้าหมายการพัฒนา ออกแบบ “NAKAE AI Model” และเตรียมเครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบประเมินมาตรฐาน แบบสัมภาษณ์ และแบบสอบถามความคิดเห็น รวมทั้งเตรียมทีมพี่เลี้ยงเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่
- **ระยะที่ 2 การปฏิบัติ (Action)** ดำเนินการเยี่ยมเสริมพลัง NAKAE AI Model ตอบวัตถุประสงค์หลัก โดยผู้วิจัยและทีมสหวิชาชีพลงพื้นที่เยี่ยมเสริมพลัง รพ.สต. ทั้ง 19 แห่ง โดยใช้แนวคิด Appreciative Inquiry (AI) เน้นการค้นหาจุดแข็งและความสำเร็จของแต่ละพื้นที่ ร่วมให้คำแนะนำด้านวิชาการ การจัดการระบบยา และการใช้ยาอย่างสมเหตุผล พร้อมร่วมกำหนดเป้าหมายการพัฒนาในแต่ละแห่ง รวมทั้งจัดช่องทางสื่อสารและให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง
- **ระยะที่ 3 การสังเกตผล (Observe)** มีการสังเกต ประเมินคะแนนมาตรฐานและแบบสอบถาม ตอบวัตถุประสงค์ข้อ 2 ผู้วิจัยติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยใช้แบบประเมินมาตรฐานงานเภสัชกรรม การสังเกตการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่ และ

การสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงาน พบว่าระบบการจัดการยาและการให้บริการมีการพัฒนาดีขึ้น บุคลากรมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น ขณะเดียวกันยังพบอุปสรรค เช่น ภาระงานและข้อจำกัดด้านเวลา

- **ระยะที่ 4 การสะท้อนผล (Reflect)** มีการสะท้อนผล ถอดบทเรียน และปัจจัยความสำเร็จตอบวัตถุประสงค์ข้อ 3 โดยผู้วิจัยและทีมสหวิชาชีพร่วมกันวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน เพื่อสะท้อนปัจจัยความสำเร็จ ปัญหา และบทเรียนที่ได้รับ พบว่าแนวทางการเยี่ยมเสริมพลังช่วยสร้างความร่วมมือและแรงจูงใจในการพัฒนางานมากขึ้น จากนั้นนำผลการสะท้อนมาปรับปรุงรูปแบบการดำเนินงาน และวางแผนพัฒนาระบบให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

การเยี่ยมเสริมพลัง โดยใช้ NAKAE AI Model โดยตั้งสมมุติฐานว่าการพัฒนารูปแบบการเยี่ยมเสริมพลังที่ดี จะทำให้การพัฒนางานเภสัชกรรม ตามมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิของ รพ.สต. ดี เกิดการพัฒนาที่ดี ต่อเนื่อง ยั่งยืนและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประกอบด้วย รพ.สต. ในอำเภอนาแก จังหวัดนครพนม จำนวน 19 แห่ง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เข้าร่วมการวิจัย ได้แก่ ผู้อำนวยการ รพ.สต. และบุคลากรผู้รับผิดชอบงานเภสัชกรรม จำนวน 38 คน ซึ่งคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย

- แบบประเมินมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภค ซึ่งพัฒนาจากเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข
- แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จตามกรอบ 6 Building Blocks
- แบบสอบถามความคิดเห็นและความพร้อมในการพัฒนาคุณภาพบริการ

เครื่องมือทุกฉบับได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) ระหว่าง 0.80 – 1.00

แบบสอบถามความคิดเห็นและความพร้อมในการพัฒนาคุณภาพบริการ ได้ทดลองใช้กับบุคลากรสาธารณสุขที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และวิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.89 แสดงว่าเครื่องมือมีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับดี

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ได้รับการรับรองการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เลขที่โครงการวิจัย REC 003/68

ผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ผลการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนารูปแบบการเยี่ยมเสริมพลังในการพัฒนางานเภสัชกรรมของ รพ.สต. เพื่อตอบคำถามตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อพัฒนารูปแบบการเยี่ยมเสริมพลังในการพัฒนางานเภสัชกรรมของ รพ.สต. ในอำเภอนาแก จังหวัดนครพนม ตามมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ[1,2]

พบว่า ในด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คบส.) การพัฒนารูปแบบการเยี่ยมเสริมพลังแบบ NAKAE AI MODEL เป็นรูปแบบการเยี่ยมเสริมพลังที่ประยุกต์ใช้แนวคิด Appreciative Inquiry (AI)[16] ซึ่งเป็นแนวทางใน การพัฒนาและเสริมสร้างพลังให้กับบุคคลหรือองค์กร โดยมุ่งเน้นการค้นหาจุดแข็ง ความสำเร็จ และศักยภาพที่มีอยู่ เพื่อนำมาใช้เป็นพื้นฐานในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มากกว่าการมุ่งเน้นปัญหาหรือข้อบกพร่อง

หลักการสำคัญของ Appreciative Inquiry ประกอบด้วย การมองในแง่บวก การค้นหาความสำเร็จในอดีต และการเสริมสร้างศักยภาพของบุคคลหรือองค์กร[16]

กระบวนการเยี่ยมเสริมพลัง รพ.สต. อำเภอนาแก NAKAE AI Model ประกอบด้วย Non-stop Development โดยใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง(Continuous Quality Improvement : CQI) และวงจรคุณภาพ PDCA ของ Deming[10,17,18] ร่วมกับการพัฒนาตามบริบทของพื้นที่

สำหรับขั้นตอนการดำเนินงาน ประกอบด้วย การเตรียมความพร้อม การประเมินตนเอง (Self-assessment) การจัดทำ Service Profile การแต่งตั้งพี่เลี้ยงและที่ปรึกษา การเยี่ยมเสริมพลัง การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการคืนข้อมูลเพื่อพัฒนางาน ซึ่งเป็นกระบวนการที่สอดคล้องกับแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ของ Kemmis และ McTaggart[18] และ Stringer[19]

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อศึกษาปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพบริการงานเภสัชกรรมตามมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ[1,2,17,20] โดยวิเคราะห์ตามกรอบองค์ประกอบระบบสุขภาพ 6 Building Blocks ขององค์การอนามัยโลก[21] พบว่า

1. ด้านการให้บริการสุขภาพ (Service Delivery) พบว่าการจัดบริการเภสัชกรรมควรดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ และพัฒนาระบบบริการให้สอดคล้องกับมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ[12] และมาตรฐานงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ[17]

2. ด้านกำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce) พบว่าควรมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง สนับสนุนการอบรมและการนิเทศงานด้านเภสัชกรรม ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรด้านเภสัชกรรมปฐมภูมิ[11,17]

3. ด้านระบบข้อมูลสุขภาพ (Health Information Systems) พบว่าควรพัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพให้สามารถเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายและ รพ.สต. รวมทั้งสนับสนุนระบบ Telehealth และ Tele-pharmacy ตามแนวทางของสภาเภสัชกรรม[12]

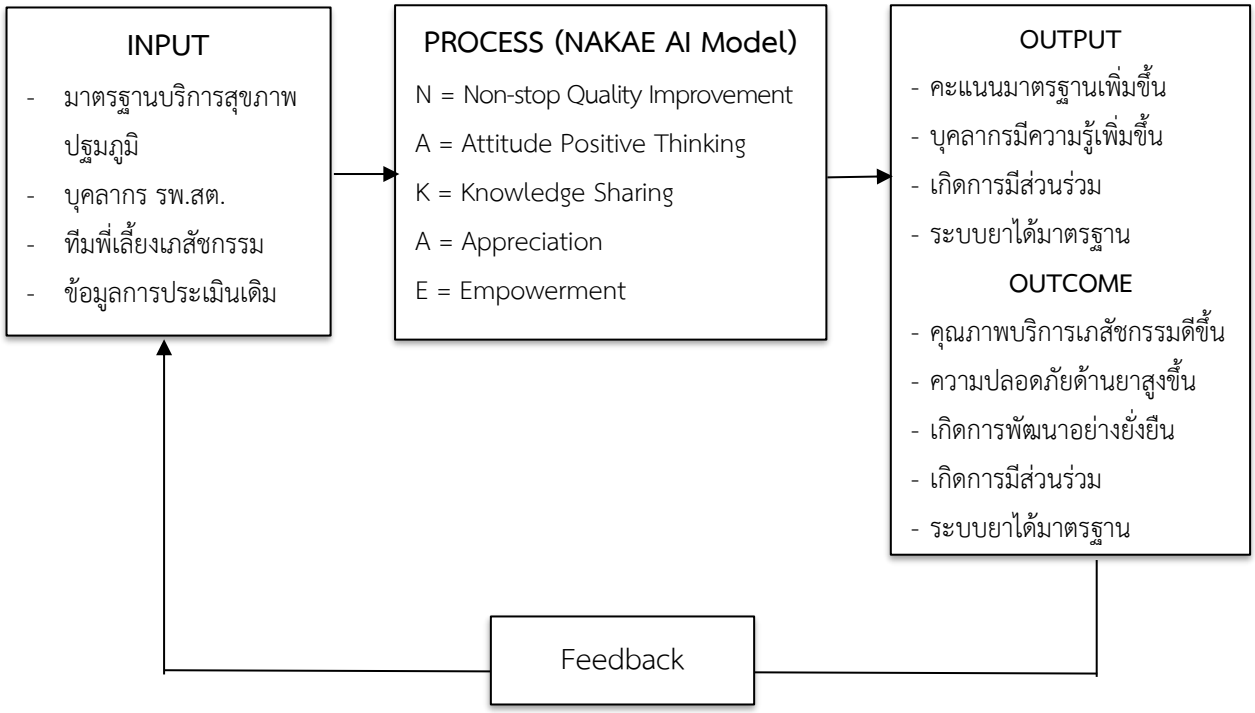
4. ด้านการเข้าถึงยาที่จำเป็น (Access to Essential Medicines) พบว่าควรมีการพัฒนาระบบบริหารจัดการยา การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) และการกระจายยาให้มีประสิทธิภาพสอดคล้องกับแนวทางการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของกระทรวงสาธารณสุข[13,15]

5. ด้านการเงิน (Financing) พบว่าการสนับสนุนงบประมาณ ยา และเวชภัณฑ์จากโรงพยาบาลแม่ข่าย มีความสำคัญต่อการดำเนินงานเภสัชกรรมใน รพ.สต.[17]

6. ด้านภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership and Governance) พบว่าการกำกับติดตามโดยผู้บริหาร การกำหนดนโยบาย และการสนับสนุนทางวิชาการ เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการพัฒนางานเภสัชกรรมตามมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ[1,2,20,21]

การศึกษาความคิดเห็นและความพร้อมของการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ตามมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยใช้กรอบแนวคิดองค์ประกอบระบบสุขภาพ 6 Building Blocks ขององค์การอนามัยโลก[21] พบว่าการพัฒนารูปแบบการเยี่ยมเสริมพลัง NAKAE AI Model สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการเภสัชกรรมใน รพ.สต. ได้อย่างเหมาะสม

การพัฒนารูปแบบการเยี่ยมเสริมพลังในการพัฒนางานเภสัชกรรม โดยใช้รูปแบบการเยี่ยมเสริมพลัง NAKAE AI Model ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบการเยี่ยมเสริมพลัง NAKAE AI Model สำหรับการพัฒนางานเภสัชกรรมตามมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ (พัฒนาโดยผู้วิจัย)

จากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มเป้าหมายในการเข้าร่วมการวิจัยประกอบด้วยผู้อำนวยการ รพ.สต. 19 คน และผู้รับผิดชอบงานเภสัชกรรม 19 คน รวมทั้งสิ้น 38 คน เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีอายุระหว่าง 25 – 56 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 34.32 ปี การศึกษาส่วนใหญ่จบปริญญาตรี 36 คน ระยะเวลา ในการทำงาน 1 – 34 ปี ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานผู้ตอบแบบสอบถาม (n = 38)

ตัวแปร	จำนวน (%)
เพศ	
ชาย	4 (10.53)
หญิง	34 (89.47)
อายุ	
25 – 56 ปี	อายุเฉลี่ย 34.32 ปี
ระดับการศึกษาสูงสุด	
ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	0 (0)
มัธยมศึกษา	2 (5.26)
ปริญญาตรี	36 (94.74)
ปริญญาโท	0 (0)
ปริญญาเอก	0 (0)
ระยะเวลาในการทำงาน 1 – 34 ปี	ระยะเวลาในการทำงานเฉลี่ย 8.74 ปี

จากการแสดงความคิดเห็นภาพรวมต่อการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานสุขภาพปฐมภูมิบริการด้านการจัดบริการเภสัชกรรมใน รพ.สต. พบว่า รพ.สต. ทั้ง 19 แห่งมีความคิดเห็นเชิงบวกต่อการพัฒนาคุณภาพ โดย 10 แห่ง (52.63%) เห็นด้วย และ 9 แห่ง (47.37%) เห็นด้วยมากแสดงให้เห็นถึงความพร้อมในการนำมาตรฐานไปใช้พัฒนางานเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ผลการศึกษาผลของกระบวนเยี่ยมเสริมพลังในการส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพบริการงานเภสัชกรรม ตามมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พบว่า

1. ภายหลังการพัฒนารูปแบบการเยี่ยมเสริมพลังโดยใช้ NAKAE AI Model พบว่าคะแนนมาตรฐานงานเภสัชกรรมปฐมภูมิของ รพ.สต. ในอำเภอนาแกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกด้าน โดยเฉพาะด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและการจัดการระบบยา ส่งผลให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น และบุคลากรมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด ได้แก่ การใช้ยาอย่างปลอดภัยและสมเหตุผล ซึ่งเพิ่มขึ้น 1.16 คะแนน รองลงมาคือด้านคลังยาและเวชภัณฑ์ เพิ่มขึ้น 0.95 คะแนน และด้านการคัดเลือกและส่งมอบยาที่ปลอดภัยและมีคุณภาพ เพิ่มขึ้น 0.69 คะแนน

2. การประเมินคะแนนการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คบส.) แบ่งตามหมวด โดยการประเมินคะแนนมาตรฐานงานเภสัชกรรมใช้หน่วยวิเคราะห์เป็นรพ.สต. จำนวน 19 แห่ง (n = 19) ก่อนการเยี่ยมเสริมพลังพบว่า จากคะแนนรวม 65 คะแนน ก่อนการเยี่ยมเสริมพลังคะแนนเฉลี่ย 58.26 คะแนน หลังการเยี่ยมเสริมพลังคะแนนเฉลี่ย 61.05 คะแนน คะแนนแตกต่างกันเฉลี่ย 2.79 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 3.50 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การประเมินคะแนนรายด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงาน คบส.

เกณฑ์ตามหมวด	คะแนนเต็ม	ก่อนการเยี่ยมเสริมพลัง	หลังการเยี่ยมเสริมพลัง	ส่วนต่าง (% ที่เปลี่ยนแปลง)
1. การบริหารจัดการระบบยา	3	3	3	0 (0)
2. การคัดเลือก การส่งมอบยาที่ปลอดภัยและมีคุณภาพ	9	8.05	8.74	0.69 (7.67)
3. คลังยาและเวชภัณฑ์ หรือ ตู้เก็บยา	31	28.05	29	0.95 (3.06)
4. การใช้ยาอย่างปลอดภัยและมีความสมเหตุผล	20	18.16	19.32	1.16 (5.80)
5. งานคุ้มครองผู้บริโภค	2	1	1	0 (0)
รวม	**65**	**58.26**	**61.05**	**2.79 (3.50)**

3. เปรียบเทียบค่าสถิติ Paired t-test ของการประเมิน การจัดบริการเภสัชกรรมและงาน คบส. แบ่งตามหมวด ก่อนการเยี่ยมเสริมพลัง พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value 0.0094 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าสถิติ Paired t-test ของแบบประเมินคะแนน การจัดบริการเภสัชกรรมและงาน คบส. แบ่งตามหมวด ก่อนและหลังการเยี่ยมเสริมพลัง (n = 19)

การเยี่ยมเสริมพลัง	Mean ± SD ก่อนการเยี่ยมเสริมพลัง	Mean ± SD หลังการเยี่ยมเสริมพลัง	Mean Difference	t	df	p-value	95%CI
เปรียบเทียบ	58.26 ± 6.16	61.05 ± 2.53	2.79	3.12	18	0.0094	1.02 – 4.56

ผลการทดสอบทางด้วย Paired t-test พบว่าคะแนนหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.0094) สะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบ NAKAE AI Model สามารถส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพงานเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิได้อย่างมีประสิทธิผล

ผลการสัมภาษณ์เชิงคุณภาพสรุปผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพตามกรอบ 6 Building Blocks และประเด็นสำคัญ (Themes) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพตามกรอบ 6 Building Blocks และประเด็นสำคัญ (Themes)

6 Building Blocks	Theme	ประเด็นสำคัญ (Key Findings)
1. Service Delivery	การพัฒนาระบบบริการเภสัชกรรมตามมาตรฐานอย่างมีคุณภาพ	รพ.สต. สามารถดำเนินงานเภสัชกรรมตามมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิได้อย่างเหมาะสม มีการให้บริการโดยทีมสหวิชาชีพ การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) และการดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย แต่ยังต้องพัฒนาการเชื่อมโยงข้อมูลและการจัดทำแนวทางปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline : CPG) ให้เป็นปัจจุบัน
2. Health Workforce	การเสริมสร้างศักยภาพและความพร้อมของบุคลากร	บุคลากรมีความมุ่งมั่นในการพัฒนางาน แต่บางแห่งยังขาดบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญด้านเภสัชกรรม จึงต้องการการสนับสนุนจากเภสัชกร การอบรม และการนิเทศติดตามอย่างต่อเนื่อง
3. Health Information System	การพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อการบริหารจัดการคุณภาพ	มีการใช้ข้อมูลในการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน แต่ยังพบข้อจำกัดด้านการบันทึกข้อมูล การรายงานผล การติดตามผู้ป่วยที่บ้าน และความครบถ้วนของข้อมูลในระบบ HIS
4. Access to Essential Medicines and Technologies	การจัดการระบบยาและเวชภัณฑ์ที่ปลอดภัยและเพียงพอ	มียาและเวชภัณฑ์เพียงพอต่อการให้บริการ โดยได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่าย แต่ยังพบปัญหาคลังยาบางแห่งไม่เป็นไปตามมาตรฐาน การควบคุมอุณหภูมิ การจัดเก็บยา การเฝ้าระวังยาหมดอายุ และการบันทึก Stock Card
5. Health Financing	การสนับสนุนทรัพยากรและงบประมาณที่เอื้อต่อการพัฒนา	งบประมาณมีความเพียงพอสำหรับการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ มีการสนับสนุนทรัพยากรจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ส่งผลให้การบริหารจัดการด้านเภสัชกรรมดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ
6. Leadership and Governance	ภาวะผู้นำและกลไกกำกับติดตามที่ส่งเสริมการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	ผู้บริหารให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพบริการ มีนโยบายสนับสนุนการดำเนินงาน การกำกับติดตาม การนิเทศเยี่ยมเสริมพลัง และการมีส่วนร่วมของเครือข่าย อย่างไรก็ตามควรเพิ่มความรวดเร็วในการสื่อสารและการติดตามอย่างสม่ำเสมอ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้พัฒนารูปแบบการเยี่ยมเสริมพลัง NAKAE AI Model เพื่อพัฒนางานเภสัชกรรมและงาน คบส. ของ รพ.สต. ในอำเภอนาแก จังหวัดนครพนม โดยรูปแบบประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การเตรียมการและวิเคราะห์บริบทพื้นที่ 2) การเยี่ยมเสริมพลังด้วยกระบวนการ Appreciative Inquiry เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และค้นหาจุดแข็ง และ 3) การคืนข้อมูลและร่วมวางแนวทางพัฒนา ผลการดำเนินงานพบว่าช่วยเพิ่มความรู้ แรงจูงใจ และการมีส่วนร่วมของบุคลากร ส่งผลให้การพัฒนาระบบยา งานบริหารเวชภัณฑ์ งานบริการเภสัชกรรม และการใช้ยาอย่างสมเหตุผลมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ผลการประเมินความคิดเห็นและความพร้อมในการพัฒนาคุณภาพบริการตามมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พบว่า รพ.สต. ทั้ง 19 แห่ง มีความคิดเห็นเชิงบวกต่อการพัฒนาคุณภาพ โดย 10 แห่ง (52.63%) เห็นด้วย และ 9 แห่ง (47.37%) เห็นด้วยมาก

ผลการประเมินมาตรฐานงานเภสัชกรรมและงาน คบส. พบว่า คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 58.26 คะแนน (89.64%) ก่อนการเยี่ยมเสริมพลัง เป็น 61.05 คะแนน (93.93%) หลังการเยี่ยมเสริมพลัง จากคะแนนเต็ม 65 คะแนน โดยมีคะแนนเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 2.79 คะแนน (4.79%) และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.0094$) แสดงให้เห็นว่ารูปแบบ NAKAE AI Model มีประสิทธิผลในการพัฒนาคุณภาพบริการเภสัชกรรมของ รพ.สต.

สำหรับปัจจัยความสำเร็จตามกรอบ 6 Building Blocks พบว่า รพ.สต. มีระบบบริการเภสัชกรรมที่ดำเนินงานได้ตามมาตรฐาน มีการสนับสนุนจากผู้บริหาร เครือข่ายบริการ และงบประมาณอย่างเพียงพอ รวมทั้งมีการดำเนินงานด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและงาน คบส. อย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม ยังพบประเด็นที่ควรพัฒนา ได้แก่ การเพิ่มศักยภาพบุคลากร การปรับปรุงระบบข้อมูลและการบันทึก การจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ให้เป็นไปตามมาตรฐาน การเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา การติดตามผู้ป่วยที่บ้าน และการสนับสนุนทรัพยากรด้านงานคุ้มครองผู้บริโภคให้เพียงพอ

โดยสรุป รูปแบบการเยี่ยมเสริมพลัง NAKAE AI Model สามารถยกระดับคุณภาพบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภคของ รพ.สต. ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากร เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และเป็นแนวทางที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่อื่นได้ต่อไป

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนารูปแบบการเยี่ยมเสริมพลัง NAKAE AI Model ส่งผลให้คะแนนการประเมินมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงาน คบส. ของ รพ.สต. ในอำเภอนาแกเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากรูปแบบดังกล่าวมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของบุคลากร การค้นหาจุดแข็งขององค์กร และการพัฒนางานบนพื้นฐานของศักยภาพที่มีอยู่ในพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Appreciative Inquiry ของ Cooperrider และ Whitney ที่เน้นการสร้างการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกผ่านการค้นหาความสำเร็จและศักยภาพของบุคคลและองค์กร[16]

ผลการวิจัยครั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาด้านการพัฒนางานเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิของประเทศไทย ซึ่งพบว่าปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการพัฒนาระบบยา ได้แก่ การสนับสนุนจากผู้บริหาร การพัฒนาศักยภาพบุคลากร การนิเทศติดตามอย่างต่อเนื่อง และการมีเครือข่ายสนับสนุนทางวิชาการจากโรงพยาบาลแม่ข่าย[11,17,20] โดยผลการสัมภาษณ์ในการศึกษาครั้งนี้สะท้อนประเด็นดังกล่าวอย่างชัดเจน ทั้งในด้านการพัฒนาความรู้ของผู้รับผิดชอบงานเภสัชกรรม การสนับสนุนระบบยาและเวชภัณฑ์ การพัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพ และการกำกับติดตามโดยผู้บริหาร

อีกทั้งผลการวิจัยครั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ดรุวรรณ คลังศรี และคณะ[6] ซึ่งพบว่าการมีส่วนร่วมของบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน และการสนับสนุนทางวิชาการจากผู้เชี่ยวชาญ มีส่วนสำคัญต่อการพัฒนาระบบส่งมอบยาและการให้คำแนะนำการใช้ยาแก่ประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ โดยกระบวนการเยี่ยมเสริมพลัง NAKAE AI Model ได้ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน การเรียนรู้จากประสบการณ์จริง และการค้นหาจุดแข็งของแต่ละหน่วยบริการ ซึ่งช่วยสร้างแรงจูงใจและความมั่นใจในการพัฒนางานเภสัชกรรมให้เป็นไปตามมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ

นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ธิติรัตน์ โรจนากาศ[9] ที่พบว่าการประเมินและติดตามมาตรฐานงานบริหารเวชภัณฑ์และบริการจ่ายยาอย่างต่อเนื่องช่วยยกระดับคุณภาพการดำเนินงานด้านเภสัชกรรมในหน่วยบริการสุขภาพชุมชนได้อย่างมีประสิทธิผล ทั้งในด้านการบริหารจัดการยา การจัดเก็บเวชภัณฑ์ และการพัฒนาระบบบริการให้เป็นไปตามมาตรฐาน ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่าคะแนนมาตรฐานงานเภสัชกรรมหลังการพัฒนาสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะด้านการจัดการระบบยา คลังยาและเวชภัณฑ์ และการใช้ยาอย่างสมเหตุผล แสดงให้เห็นว่าการเยี่ยมเสริมพลังร่วมกับการติดตามและการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เป็นกลไกสำคัญที่ช่วยยกระดับคุณภาพบริการเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิได้อย่างเป็นรูปธรรม

ผลการวิจัยยังพบว่าสอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทย ที่เน้นการพัฒนาระบบบริการโดยอาศัยองค์ประกอบสำคัญของระบบสุขภาพ ได้แก่ การจัดบริการสุขภาพ บุคลากร ระบบข้อมูลสุขภาพ การเข้าถึงยาที่จำเป็น การเงิน และภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล[21-23] ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดเดียวกับ 6 Building Blocks ขององค์การอนามัยโลก โดยพบว่าปัจจัยความสำเร็จที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ครอบคลุมองค์ประกอบทั้ง 6 ด้านอย่างครบถ้วน

สำหรับ NAKAE AI Model ที่พัฒนาขึ้น พบว่ามีความเชื่อมโยงกับกระบวนการ 4D Cycle ของ Appreciative Inquiry อย่างเป็นระบบ กล่าวคือ ขั้นตอน Discovery มุ่งค้นหาจุดแข็ง ผลงานเด่น และแนวปฏิบัติที่ดีของแต่ละ รพ.สต. ซึ่งสอดคล้องกับองค์ประกอบ Attitude และ Knowledge ที่ส่งเสริมการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ ขั้นตอน Dream เป็นการร่วมกันกำหนดเป้าหมายและทิศทางการพัฒนาในอนาคต สอดคล้องกับองค์ประกอบ

Achievement ที่มุ่งเน้นเป้าหมายการพัฒนาที่ชัดเจน ขั้นตอน Design เป็นการออกแบบแนวทางพัฒนางานเภสัชกรรมและระบบบริการให้สอดคล้องกับมาตรฐาน โดยอาศัยองค์ประกอบ Knowledge และ Efficiency/ Effectiveness ในการพัฒนากระบวนการทำงาน และขั้นตอน Destiny เป็นการขับเคลื่อนการพัฒนาอย่างต่อเนื่องผ่านการติดตาม นิเทศ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งสอดคล้องกับองค์ประกอบ Non-stop Development ที่เน้นการพัฒนาอย่างต่อเนื่องตามหลัก CQI และ PDCA

ดังนั้น NAKAE AI Model จึงไม่เพียงเป็นเครื่องมือในการประเมินหรือเยี่ยมเสริมพลังเท่านั้น แต่ยังเป็นรูปแบบการพัฒนาคุณภาพที่มีพื้นฐานจากทั้งแนวคิด Appreciative Inquiry และการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน การมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน และการพัฒนาคุณภาพบริการเภสัชกรรมอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ข้อเสนอแนะ

ข้อจำกัดการวิจัย (Limitations)

1. การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการใน รพ.สต. เฉพาะในอำเภอนาแก จังหวัดนครพนม จำนวน 19 แห่ง จึงอาจมีข้อจำกัดในการอ้างอิงผลไปยังพื้นที่อื่นที่มีบริบทแตกต่างกัน

2. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพอาศัยความคิดเห็นของผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานเภสัชกรรม ซึ่งอาจได้รับอิทธิพลจากบริบทและมุมมองส่วนบุคคล

3. การประเมินผลเป็นการติดตามในระยะสั้น จึงยังไม่สามารถสะท้อนผลลัพธ์ด้านความยั่งยืนในระยะยาวได้

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ (Recommendations for Practice)

1. ควรนำรูปแบบ NAKAE AI Model ไปประยุกต์ใช้ในการเยี่ยมเสริมพลังและพัฒนาคุณภาพบริการเภสัชกรรมในพื้นที่อื่น

2. ควรพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านเภสัชกรรมอย่างต่อเนื่องผ่านการอบรม การนิเทศงาน และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

3. ควรพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพและระบบสารสนเทศด้านยาให้เชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายและ รพ.สต.

4. ควรกำหนดให้มีการเยี่ยมเสริมพลังและติดตามผลอย่างน้อยปีละ 1 – 2 ครั้ง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป (Recommendations for Future Research)

1. ควรศึกษาการประยุกต์ใช้ NAKAE AI Model ในพื้นที่อื่นเพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์

2. ควรมีการศึกษาติดตามผลระยะยาวเพื่อประเมินความยั่งยืนของรูปแบบ

3. ควรศึกษาปัจจัยความสำเร็จและอุปสรรคเชิงลึกรวมถึงพัฒนาตัวชี้วัดผลลัพธ์ด้านคุณภาพบริการ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการเยี่ยมเสริมพลังในการพัฒนางานเภสัชกรรมตามมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอนาแก จังหวัดนครพนม สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากหลายภาคส่วน

ขอขอบพระคุณผู้บริหารและบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม โรงพยาบาลนาแก สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาแก และ รพ.สต. ทุกแห่งในอำเภอนาแก ที่ให้ความอนุเคราะห์ด้านข้อมูล ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย และอำนวยความสะดวกในทุกขั้นตอนของการศึกษา

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิและที่ปรึกษางานวิจัย ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ และตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ จนทำให้งานวิจัยฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เภสัชกร และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และมีส่วนสำคัญในการพัฒนารูปแบบการเยี่ยมเสริมพลังในครั้งนี้

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณครอบครัวและผู้ที่ให้กำลังใจทุกท่าน ที่คอยสนับสนุนและเป็นแรงผลักดันสำคัญจนทำให้งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562. ราชกิจจานุเบกษา. 2562;136(56 ก).
2. กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิในประเทศไทย. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. คู่มือการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิ. อุดรธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี; 2560.
4. จังหวัดสุราษฎร์ธานี. คู่มือการดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. สุราษฎร์ธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี; 2561.
5. กระทรวงสาธารณสุข. แบบประเมินตนเองการดำเนินการตามมาตรฐานงานบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 5 ก.พ. 2568]. เข้าถึงได้จาก: http://goo.gl/forms/bf02quedxe
6. ดรุวรรณ คลังศรี, รัตนาภรณ์ อาวิพันธ์, พักตร์วิภา สุวรรณพรหม. การมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิในกระบวนการพัฒนาระบบงานบริการส่งมอบยาและให้คำแนะนำการใช้ยา. Thai J Pharm Pract. 2013; 5(2): 92-107.
7. เนาวรัตน์ เจียรวิวัฒนวงศ์, ดาราวรรณ รองเมือง, นัสรียา สือมะ, แววตา ขอจ่วนเตี๊ยะ, โกมาซุม ภูผา, นิศารัตน์ สวนสัน, และคณะ. การเรียนรู้เชิงบูรณาการระบบสุขภาพระดับอำเภอและทีมหมอครอบครัวในการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพด้วยกิจกรรมการเยี่ยมบ้านคุณภาพ. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2559; 3(2): 1-15.
8. บังอร ศรีพานิชกุลชัย, ทิพาพร กาญจนราช, รักษวร ใจสะอาด, จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์, ชนัตถา พลอยเลื่อมแสง, ดวงทิพย์ หงส์สมุทร, และคณะ. ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการเข้าถึงบริการทางเภสัชกรรมที่ดีอย่างเท่าเทียมในสถานบริการทุกระดับ. ขอนแก่น: คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2556.
9. ธิติรัตน์ โรจนากาศ. การประเมินผลการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานบริหารเวชภัณฑ์และบริการจ่ายยาในศูนย์สุขภาพชุมชนเครือข่ายโรงพยาบาลลำปลายมาศ. วารสารเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ. 2550;2(3):305-311.
10. มังกร ประพันธ์วัฒนะ. มาตรฐานงานเภสัชกรรมโรงพยาบาล. พิษณุโลก: คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2559.
11. รักษวร ใจสะอาด, ทิพาพร กาญจนราช. ความต้องการพัฒนาสมรรถนะในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของเภสัชกร. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน. 2557; 10(1): 69-79.
12. สภาเภสัชกรรม. ประกาศสภาเภสัชกรรมที่ 56/2563 เรื่อง การกำหนดมาตรฐานและขั้นตอนการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy). นนทบุรี: สภาเภสัชกรรม; 2563.
13. กองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานพัฒนาระบบการใช้ยาอย่างสมเหตุผล. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2563.

14. กองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการบริหารจัดการระบบยาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
15. กองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานพัฒนาระบบการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
16. Cooperrider DL, Whitney D. Appreciative inquiry: A positive revolution in change. San Francisco (CA): Berrett-Koehler Publishers; 2005.
17. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ระดับความสำเร็จการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
18. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. Geelong (AU): Deakin University Press; 1988.
19. Stringer ET. Action research. 4th ed. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 2014.
20. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ, ชมรมเภสัชกรปฐมภูมิ (ประเทศไทย). คู่มือสำหรับเภสัชกรในการดำเนินงานเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2560.
21. World Health Organization. Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage. Geneva: World Health Organization; 2018.
22. นิธินาถ มหาพรหม. การประเมินคุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิในชุมชนประเทศไทย. ในคณะกรรมาธิการการสาธารณสุขวุฒิสภา.นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
23. สมชาย สุขเกษม, สุนทรี วัฒนาภูมิ. การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและการจัดการบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ.นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2564.

การพัฒนาแนวทางการขับเคลื่อนการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี

Development of guidelines for driving consumer protection operations on health products of subdistrict health promoting hospitals under Suphanburi Provincial Administrative Organization

ณัฏฐ์อริญ เดชะศิริพงษ์[1]
Natharin Dechasiripong[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสถานการณ์ ศึกษาความพร้อม วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพ และพัฒนาแนวทางการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี เป็นการวิจัยแบบผสมผสานโดยแบ่งการวิจัยออกเป็น 2 ระยะ ระยะแรกเป็นการวิจัยเชิงปริมาณเพื่อประเมินสถานการณ์ และศึกษาความพร้อม โดยใช้แบบสอบถามเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 174 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระยะที่สองเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม สำหรับอภิปรายและระดมสมอง โดยใช้ข้อคำถามแบบมีโครงสร้าง เพื่อพัฒนาแนวทางการขับเคลื่อนการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีต้นไม้จริยธรรมมาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนา คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะ เจาะจง จำนวน 30 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการตรวจสอบเชิงหัวข้อ เชิงเนื้อหา และตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนโดยใช้เทคนิคการตรวจสอบสามเส้า

ผลการวิจัยพบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี มีปัญหาและความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในระดับปานกลาง โดยพบปัญหาการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ซื้อผ่านช่องทางออนไลน์มากที่สุด มีความพร้อมในระดับมาก มีประสิทธิภาพและความรู้ในการดำเนินงานอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการดำเนินงาน ได้แก่ การสนับสนุนจากผู้บริหาร ทัศนคติและความพร้อมในการเรียนรู้ของเจ้าหน้าที่ ความเชี่ยวชาญของหน่วยงานด้านวิชาการ ความเข้มแข็งของเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข และความยืดหยุ่นจากการถ่ายโอนภารกิจ สำหรับแนวทางการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ประกอบด้วย การพัฒนาหลักสูตรอบรมออนไลน์ ระบบรายงานและติดตามผลระดับจังหวัด ระบบพี่เลี้ยง คู่มือปฏิบัติงานมาตรฐาน (SOPs) ระบบคลังความรู้ดิจิทัล (FDA-KM App) รวมถึงระบบเฝ้าระวังเชิงรุกและระบบแจ้งเตือนภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน

คำสำคัญ : การคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, องค์การบริหารส่วนจังหวัด

---

[1] เภสัชกรชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี

[1] Pharmacist, Senior Professional Level. Division of Consumer Protection and Public Health Pharmacy. Suphanburi Provincial Public Health Office. E-mail : Natharin.d@gmail.com

Received: 2 JAN 2026, Revised: 20 JUN 2026, Accepted: 27 JUN 2026

Abstract

This research aimed to assess the situation, examine readiness, analyze factors affecting operational effectiveness, and develop guidelines for health product consumer protection operations in Subdistrict Health Promoting Hospitals (SHPHs) under Suphanburi Provincial Administrative Organization. A mixed-methods research design was employed and conducted in two phases. The first phase was a quantitative study to assess the situation and operational readiness using questionnaires administered to 174 SHPHs directors. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation. The second phase was a qualitative study involving focus group discussions with 30 purposively selected key informants. Structured questions were used to facilitate discussion and brainstorming for developing operational guidelines based on the Moral Tree Theory. Qualitative data were analyzed through content interpretation and thematic analysis, and data credibility was verified using triangulation techniques.

The findings indicated that SHPHs under Suphanburi Provincial Administrative Organization experienced a moderate level of health product-related problems and risks, with the highest concern being the use of health products purchased through online platforms. Operational readiness for health product consumer protection was at a high level. Efficiency and knowledge were at a moderate level. Key factors influencing operational effectiveness included administrative support, positive attitudes and learning readiness of personnel, expertise of academic support agencies, strong village health volunteer networks, and operational flexibility resulting from the decentralization process. The proposed guidelines for improving operations consisted of developing online training programs, a provincial monitoring and reporting system, a mentoring system, standard operation of procedures (SOPs), a digital knowledge management platform (FDA-KM App), proactive community surveillance, and health product alert systems.

Keywords : Health product consumer protection, subdistrict health promotion hospital, provincial administrative organization

บทนำ

ประชาชน ชุมชน และท้องถิ่น คือ ฐานรากสำคัญของการบริหารและการพัฒนาประเทศ ช่วงเวลาที่ผ่านมาประเทศไทยมีทิศทางการพัฒนาประเทศโดยเน้นการพัฒนาเศรษฐกิจ เพื่อสร้างความเติบโตทางเศรษฐกิจ มากกว่ามิติทางสังคม และสิ่งแวดล้อม ทรัพยากรของชุมชนถูกใช้เพื่อการลงทุนในระบบผลิตแบบมหภาค และเพิ่มช่องว่างทางสังคมให้กับประชาชนในระดับชุมชนฐานราก โดยเฉพาะการเข้าถึงระบบสวัสดิการ การจัดบริการสาธารณะเพื่อคุณภาพชีวิตของประชาชน การกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) คือการคืนอำนาจ และความเป็นเจ้าของให้แก่ประชาชน ถือเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะทำให้องค์กรภาครัฐสามารถจัดบริการสาธารณะขั้นพื้นฐานที่มีคุณภาพทั่วถึงและเหมาะสมกับบริบทของชุมชน นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน[1]

การกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นยุทธศาสตร์หนึ่งในการบริหารจัดการบ้านเมือง โดยการลดบทบาทและหน้าที่ของราชการส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ให้คงไว้ซึ่งภารกิจหลักที่ต้องดำเนินการเท่าที่จำเป็น และเพิ่มบทบาทให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เข้ามารับผิดชอบและดำเนินการแทน โดยเฉพาะด้านการจัดบริการสาธารณะในท้องถิ่น รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ตั้งแต่พุทธศักราช 2540 เป็นต้นมา มีเจตนารมณ์ที่จะกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยกำหนดให้มีการจัดการปกครองท้องถิ่นตามหลักแห่งการปกครองตนเองตามเจตนารมณ์ของประชาชน ในท้องถิ่นตามวิธีการและรูปแบบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และส่งเสริมให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการปกครอง เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นองค์กรหลักในการจัดบริการสาธารณะให้แก่ประชาชน และพัฒนาท้องถิ่นของตนเอง และเพื่อให้การกระจายอำนาจดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ จึงได้มีการประกาศใช้“พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542”[2] ซึ่งกำหนดให้มีการถ่ายโอนภารกิจการให้บริการสาธารณะที่รัฐดำเนินการอยู่ ดังนี้ 1) ภารกิจที่เป็นการดำเนินการซ้ำซ้อนระหว่างรัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือภารกิจที่รัฐจัดให้บริการในเขตขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2) ภารกิจที่รัฐจัดให้บริการในเขตขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและกระทบถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น และ 3) ภารกิจที่เป็นการดำเนินงานตามนโยบายของรัฐบาล รวมถึงมีการกำหนดขอบเขตความรับผิดชอบในการให้บริการสาธารณะของรัฐและขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยกันเอง และกำหนดแนวทางและหลักเกณฑ์ให้รัฐทำหน้าที่ประสานความร่วมมือและช่วยเหลือการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีประสิทธิภาพ

สำหรับการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองท้องถิ่นของภารกิจด้านงานส่งเสริมคุณภาพชีวิต ในความรับผิดชอบหลักของกระทรวงสาธารณสุขนั้น พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) ได้กำหนดให้

กระทรวงสาธารณสุขถ่ายโอนสถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไป ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อม และในการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด ให้ถ่ายโอนทั้งภารกิจ งบประมาณ บุคลากร และทรัพย์สินภายในช่วงเวลาที่กำหนด ไม่จำเป็นต้องดำเนินการถ่ายโอนไปพร้อมกัน และเพื่อให้การดำเนินการนี้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และตอบสนองความต้องการทางด้านสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่นได้อย่างแท้จริง คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จึงได้ออกประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่องหลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษานวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด โดยมีผลบังคับใช้ ตั้งแต่ 19 ตุลาคม 2564 ที่ผ่านมา และได้มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดที่ได้รับการถ่ายโอนภารกิจไว้ใน ข้อ 2 ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดที่ได้รับการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีหน้าที่และอำนาจเกี่ยวกับการป้องกันและบำบัดโรค การส่งเสริมสุขภาพอนามัยของประชาชน การรักษาพยาบาลอย่างง่าย การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ และการคุ้มครองผู้บริโภค[3]

สำหรับภารกิจด้านการคุ้มครองผู้บริโภคนั้นเป็นภารกิจที่มุ่งเน้นการคุ้มครองและส่งเสริมสุขภาพประชาชนจากการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ได้แก่ อาหาร ยา เครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์ วัตถุอันตรายที่ใช้ในบ้านเรือนฯ ในภารกิจนี้ กระทรวงสาธารณสุขโดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้กำหนดกรอบภารกิจที่ถ่ายโอนให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไว้ในแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฉบับที่ 1 ปี 2545 จำนวน 4 ภารกิจ คือ

1. การผลิตสื่อและหรือเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ ข้อมูลข่าวสารด้านอาหารและยา
2. การเสริมสร้างศักยภาพผู้บริโภคด้านความรู้ในการบริโภคและเรียกร้องสิทธิอันชอบธรรม
3. การสร้างและขยายเครือข่ายการมีส่วนร่วมในงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในท้องถิ่น
4. การตรวจสอบติดตามคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในสถานที่จำหน่ายตามที่ระบุในพระราชบัญญัติแต่ละประเภท[4]

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี ได้ส่งมอบภารกิจและสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวนทั้งสิ้น 174 แห่ง ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี เมื่อวันที่ 2 ตุลาคม 2565 ทำให้ภารกิจด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพเป็นหนึ่งในภารกิจที่เป็นความรับผิดชอบของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี จากที่กล่าวมาผู้วิจัยจึงเห็นถึงความสำคัญในการทำวิจัย เรื่องการพัฒนาแนวทางการขับเคลื่อนการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์

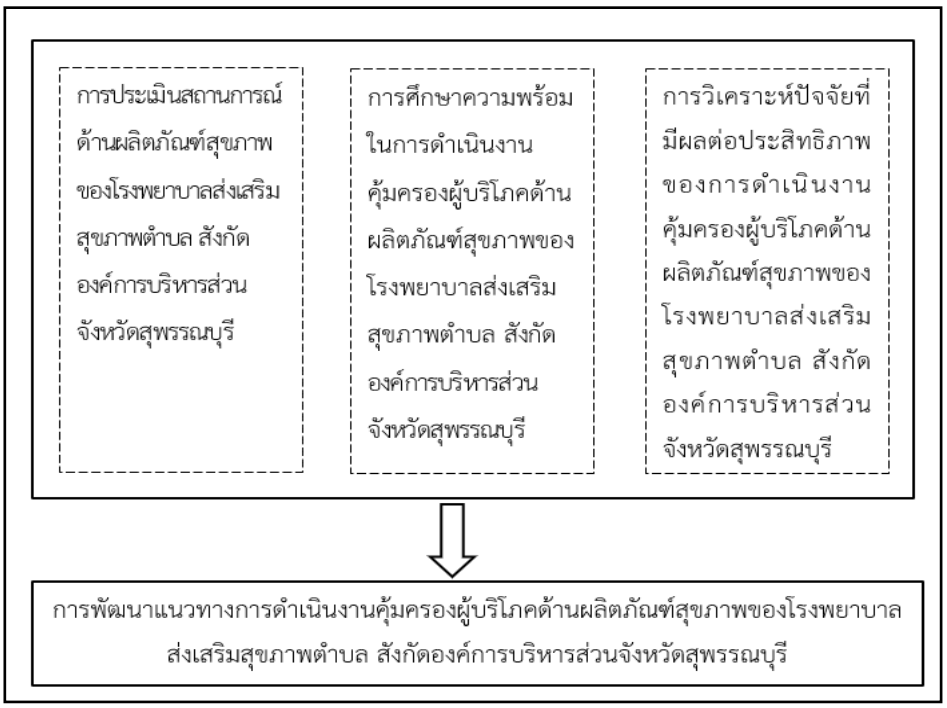
สุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อประเมินสถานการณ์ ศึกษาความพร้อมและวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพของการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพรวมถึงพัฒนาแนวทางการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี สิ่งที่ได้จากการวิจัยนี้ จะเป็นเครื่องมือหรือกลไกสำคัญอันจะนำไปสู่ประสิทธิภาพของการดำเนินงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพร่วมกันระหว่างกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินสถานการณ์ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี
2. เพื่อศึกษาความพร้อมในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี
3. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพของการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี
4. เพื่อพัฒนาแนวทางการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) ระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ แบ่งการดำเนินงานวิจัยเป็น 2 ระยะ โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระยะที่ 1 (การวิจัยเชิงปริมาณ)

1. การประเมินสถานการณ์ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี

2. การศึกษาความพร้อมในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี

ระยะที่ 2 (การวิจัยเชิงคุณภาพ)

3. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพของการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี

4. การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี

ประชากร กลุ่มตัวอย่าง และผู้เข้าร่วมการวิจัย

1. การวิจัยระยะที่ 1 (การวิจัยเชิงปริมาณ) ประชากรทั้งหมดคือกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้อำนวยการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรีทุกแห่ง เก็บข้อมูลโดยการสำมะโนจากประชากร ทั้ง 174 ท่าน

2. การวิจัยระยะที่ 2 (การวิจัยเชิงคุณภาพ) เป็นการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 30 ท่าน ดังนี้

2.1 ผู้บริหาร ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี

2.2 เจ้าหน้าที่กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

2.3 เจ้าหน้าที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย

1. การวิจัยระยะที่ 1 ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยเชิงปริมาณ ประกอบด้วย 6 ส่วน คือ

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 7 ข้อ
- ส่วนที่ 2 สถานการณ์ (ปัญหา/ความเสี่ยง) ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน จำนวน 5 ข้อ
- ส่วนที่ 3 ความพร้อมในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ จำนวน 6 ข้อ
- ส่วนที่ 4 ประสิทธิภาพในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ จำนวน 15 ข้อ
- ส่วนที่ 5 ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ จำนวน 9 ข้อ
- ส่วนที่ 6 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

แบบสอบถาม ส่วนที่ 2, 3, และ 4 เป็นข้อคำถามแบบประมาณค่าแบบ 5 ระดับ (Likert Scale) คือ จาก 5 ไป 1 ดังนี้ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

แบบสอบถาม ส่วนที่ 5 เป็นแบบวัดความรู้ชนิด ถูก-ผิด จำนวน 10 ข้อ โดยแต่ละข้อคำถามเป็นการทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพโดยตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัดนี้มากเป็นผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัดนี้น้อย

2. การวิจัยระยะที่ 2 ใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงาน และพัฒนาแนวทางการขับเคลื่อนการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี สำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความเที่ยงตรง (Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปหาความเที่ยงตรง โดยนำแบบสอบถามที่ได้เรียบเรียงแล้วไปขอคำแนะนำในการแก้ไข ปรับปรุง ความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ (Wording) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านคือ

1.1 เภสัชกรเชี่ยวชาญ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา

1.2 เภสัชกรชำนาญการพิเศษ กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

1.3 เภสัชกรชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

2. การหาความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดสอบกับกลุ่มเป้าหมายที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 30 คน ข้อมูลที่ได้ไปทดสอบความน่าเชื่อถือของแบบสอบถาม โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-coefficient) ตามวิธีของครอนบัค โดยกำหนดเกณฑ์ที่มากกว่า 0.7 ซึ่งผลการวิเคราะห์ ค่า Cronbach's alpha มีค่า 0.85

วิธีการรวบรวมข้อมูล

การวิจัยเรื่องนี้กำหนดวิธีในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. การวิจัยระยะที่ 1 ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากผู้อำนวยการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี ทุกแห่ง จำนวน 174 ท่าน

2. การวิจัยระยะที่ 2 ใช้การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เพื่อร่วมกันอภิปรายและระดมสมอง เกี่ยวกับ ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพและแนวทางการดำเนินงานเพื่อการสร้างประสิทธิภาพการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี โดยใช้ข้อคำถามแบบมีโครงสร้าง คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 30 ท่าน ดังนี้

2.1 ผู้บริหาร ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี

2.2 เจ้าหน้าที่กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

2.3 เจ้าหน้าที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี

ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมกราคม – ธันวาคม 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ มีการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. การวิจัยเชิงปริมาณ (ระยะที่ 1) ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ประกอบด้วย

การแจกแจงความถี่ คำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิจัยเชิงคุณภาพ (ระยะที่ 2) แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ การวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพ และแนวทางการดำเนินงานเพื่อการสร้างประสิทธิภาพการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี มีขั้นตอนในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. นำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มมาลงรหัสหมวดหมู่ของข้อมูล และจัดกลุ่มประเภทของข้อมูล

2. แยกประเภทเป็นหัวข้อย่อยที่มีความสอดคล้องในเนื้อหา ตรวจสอบและตีความวิเคราะห์เชิงหัวข้อ (Thematic Analysis) และเนื้อหาของข้อมูล (Content Analysis) ที่ได้จากผู้ให้ข้อมูล

3. ตรวจสอบความถูกต้องโดยใช้เทคนิคการตรวจสอบสามเส้า (Data Triangulation) เพื่อให้เกิดความถูกต้องของข้อมูล

4. จัดทำแนวทางการขับเคลื่อนการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี เลขที่ 38/2565 เมื่อวันที่ 27 มีนาคม พ.ศ. 2568

ผลการวิจัย

1. ระยะที่ 1 (การวิจัยเชิงปริมาณ)

ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลและแปลผลข้อมูลจำนวน 174 ฉบับ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสรุป ได้ดังนี้

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 174 ท่าน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.0 มีอายุ 31 – 40 ปีเต็ม ร้อยละ 33.9 การศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 87.4 ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชุมชน/นักสาธารณสุข ร้อยละ 33.3 ระดับชำนาญการ ร้อยละ 40.8 ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมาแล้ว 11 – 15 ปี

- ส่วนที่ 2 สถานการณ์ (ปัญหา/ความเสี่ยง) ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน ผลการวิจัยพบว่าในแต่ละพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี มีปัญหา/ความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในภาพรวม ระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 3.68) โดยพบว่ามีปัญหา/ความเสี่ยง ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในเรื่องของการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ซื้อจากช่องทางออนไลน์ มากที่สุด ($\bar{x}$ =3.12, ระดับปานกลาง) รองลงมาคือ การใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพตามโฆษณา ($\bar{x}$ =3.07, ระดับปานกลาง) การใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ซื้อมาจาก ร้านค้า ร้านชำ ตลาดรถเร่ หรือขายตรง ($\bar{x}$ =2.90, ระดับปานกลาง) การใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพเสี่ยงต่อสุขภาพ ($\bar{x}$ =2.77, ระดับปานกลาง) และน้อยที่สุดคือ การใช้/จำหน่ายยาชุด ($\bar{x}$ =2.71, ระดับปานกลาง) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับของสถานการณ์ (ปัญหา/ความเสี่ยง) ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน (N=174)

ปัญหาหรือความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ	จำนวน (ร้อยละ)				
	มากที่สุด	มาก	บางครั้ง	น้อย	ไม่เลย
1. การใช้/จำหน่ายยาชุด	4 (2.3)	30 (17.2)	67 (38.5)	58 (33.3)	15 (8.63)
	$\bar{x}$ = 2.71, SD = 0.93, ระดับปานกลาง				
2. การใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ซื้อจากช่องทางออนไลน์	7 (4.0)	52 (29.9)	80 (46.9)	25 (14.4)	10 (6.7)
	$\bar{x}$ = 3.12, SD = 0.91, ระดับปานกลาง				
3. การใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพเสี่ยงต่อสุขภาพ	3 (1.7)	24 (13.8)	86 (49.4)	52 (29.9)	9 (5.2)
	$\bar{x}$ = 2.77, SD = 0.82, ระดับปานกลาง				
4. การใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ซื้อมาจาก ร้านค้า ร้านชำ ตลาด รถเร่ หรือ ขายตรง	7 (4.0)	30 (17.2)	80 (46.0)	52 (29.9)	5 (2.9)
	$\bar{x}$ = 2.90, SD = 0.86, ระดับปานกลาง				
5. การใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพตามโฆษณา	7 (4.0)	48 (27.6)	74 (42.5)	41 (23.6)	4 (2.3)
	$\bar{x}$ = 3.07, SD = 0.87, ระดับปานกลาง				
รวม	**$\bar{x}$ = 3.91, SD = 0.74, ระดับปานกลาง**				

- ส่วนที่ 3 ความพร้อมในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี ผลการวิจัยพบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี มีความพร้อมในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$=3.45) โดยพบว่ามีความพร้อมในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพมากที่สุดคือ การมอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี ($\bar{x}$=3.79, ระดับมาก) รองลงมาคือด้านความรู้และทักษะงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี ($\bar{x}$=3.70, ระดับมาก) ด้านโครงสร้างพื้นฐาน เช่น อาคารสถานที่ ($\bar{x}$=3.63, ระดับมาก) มีความพร้อมด้านเทคโนโลยีในการจัดการข้อมูลด้านสุขภาพและรายงาน ($\bar{x}$=3.32, ระดับปานกลาง) มีทีมงานหรือคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ (คบส.) ในระดับตำบลและหมู่บ้าน ($\bar{x}$=3.28, ระดับปานกลาง) และน้อยที่สุดคือมีความพร้อมเกี่ยวกับวัสดุ ครุภัณฑ์ และสิ่งสนับสนุนในการทำงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ($\bar{x}$=3.01, ระดับปานกลาง) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความพร้อมในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี (N=174)

ความพร้อมในการดำเนินงานฯ	จำนวน (ร้อยละ)				
	มากที่สุด	มาก	บางครั้ง	น้อย	ไม่เลย
1. โครงสร้างพื้นฐาน เช่น อาคารสถานที่	13 (7.5)	108 (62.1)	33 (19.0)	16 (9.2)	4 (2.3)
	$\bar{x}$ = 3.63, SD = 0.87, ระดับมาก				
2. ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	13 (7.5)	121 (69.5)	30 (17.2)	10 (5.7)	-
	$\bar{x}$ = 3.79, SD = 0.66, ระดับมาก				
3. วัสดุ ครุภัณฑ์ และสิ่งสนับสนุน	4 (2.3)	50 (28.7)	72 (41.4)	39 (22.4)	9 (5.2)
	$\bar{x}$ = 3.01, SD = 0.90, ระดับปานกลาง				
4. ทีมงานหรือคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ (คบส.) ในระดับตำบลและหมู่บ้าน	4 (2.3)	71 (40.8)	72 (41.4)	24 (13.8)	3 (1.7)
	$\bar{x}$ = 3.28, SD = 0.79, ระดับปานกลาง				
5. เทคโนโลยีในการจัดการข้อมูลด้านสุขภาพและการรายงาน	5 (2.9)	74 (42.5)	67 (38.5)	27 (15.5)	1 (0.6)
	$\bar{x}$ = 3.32, SD = 0.79, ระดับปานกลาง				
6. ความรู้และทักษะการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	9 (5.2)	113 (64.9)	42 (24.1)	10 (5.7)	-
	$\bar{x}$ = 3.70, SD = 0.66, ระดับมาก				
รวม	**$\bar{x}$ = 3.45, SD = 0.59, ระดับมาก**				

- ส่วนที่ 4 ประสิทธิภาพในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ผลการวิจัยพบว่า การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี มีประสิทธิภาพในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 3.34) โดยมีประสิทธิภาพในด้านของการสื่อสาร ให้คำแนะนำ ให้ความรู้แก่ผู้บริโภคมากที่สุด ($\bar{x}$ = 3.82, ระดับมาก) รองลงมาคือประสิทธิภาพในด้านการเฝ้าระวังโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมายในพื้น ($\bar{x}$ = 3.69, ระดับมาก) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับประสิทธิภาพในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี (N=174)

ประสิทธิภาพการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ	จำนวน (ร้อยละ)				
	มากที่สุด	มาก	บางครั้ง	น้อย	ไม่เลย
1. การทำงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่	14 (8.0)	98 (56.3)	52 (29.9)	10 (5.7)	-
	$\bar{x}$ = 3.67, SD = 0.71, ระดับมาก				
2. การสื่อสาร ให้คำแนะนำให้ความรู้แก่ผู้บริโภค	16 (9.2)	113 (64.9)	42 (24.1)	3 (1.7)	-
	$\bar{x}$ = 3.82, SD = 0.61, ระดับมาก				
3. การสื่อสาร เจรจา ต่อรองกับผู้ประกอบการ	11 (6.3)	80 (46.0)	64 (36.8)	17 (9.8)	2 (1.1)
	$\bar{x}$ = 3.47, SD = 0.80, ระดับมาก				

ตารางที่ 3 ระดับประสิทธิภาพในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี (N=174) (ต่อ)

ประสิทธิภาพการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ	จำนวน (ร้อยละ)				
	มากที่สุด	มาก	บางครั้ง	น้อย	ไม่เลย
4. การอบรมพัฒนาศักยภาพของผู้บริโภค ผู้ประกอบการ และภาคีเครือข่ายในพื้นที่	8 (4.6)	86 (49.4)	65 (37.4)	10 (5.7)	5 (2.9)
	$\bar{x}$ = 3.47, SD = 0.79, ระดับมาก				
5. การเฝ้าระวังโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมายในพื้น	13 (7.5)	104 (59.8)			
	$\bar{x}$ = 3.69, SD = 0.71, ระดับมาก				
6. การชุดทดสอบอย่างง่าย (Test Kit) สำหรับคัดกรองผลิตภัณฑ์ที่เสี่ยงเบื้องต้น	12 (6.9)	62 (35.6)	62 (35.6)	27 (15.5)	11 (6.3)
	$\bar{x}$ = 3.21, SD = 1.00, ระดับปานกลาง				
7. การตรวจเฝ้าระวังการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำในพื้นที่	9 (5.2)	60 (34.5)	59 (33.9)	32 (18.4)	14 (8.0)
	$\bar{x}$ = 3.10, SD = 1.03, ระดับปานกลาง				
8. การตรวจสอบฉลากและผลิตภัณฑ์สุขภาพเบื้องต้น	12 (6.9)	92 (52.9)	53 (30.5)	15 (8.6)	2 (1.1)
	$\bar{x}$ = 3.56, SD = 0.79, ระดับมาก				
9. การใช้สารสนเทศในการเฝ้าระวังปัญหาด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ	9 (5.2)	86 (49.4)	59 (33.9)	17 (9.8)	3 (1.7)
	$\bar{x}$ = 3.47, SD = 0.81, ระดับมาก				
10. การจัดการความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน	10 (5.7)	78 (44.8)	67 (38.5)	15 (8.6)	4 (2.3)
	$\bar{x}$ = 3.43, SD = 0.82, ระดับมาก				
11. การตรวจสอบเชิงรุก ค้นหาปัญหา ทำประชาคม จัดลำดับปัญหา และทำโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ	5 (2.9)	62 (35.6)	73 (42.0)	26 (14.9)	8 (4.6)
	$\bar{x}$ = 3.17, SD = 0.88, ระดับปานกลาง				
12. การจัดการเกี่ยวกับเรื่องร้องเรียน เช่น ช่องทางรับเรื่องร้องเรียนที่เข้าถึงง่ายและตอบสนองรวดเร็ว	7 (4.0)	55 (31.6)	70 (40.2)	30 (17.2)	12 (6.9)
	$\bar{x}$ = 3.09, SD = 0.96, ระดับปานกลาง				
13. การมีฐานข้อมูลผลิตภัณฑ์สุขภาพและผู้ประกอบการที่เป็นปัจจุบัน	5 (2.9)	56 (32.2)	67 (38.5)	30 (17.2)	16 (9.2)
	$\bar{x}$ = 3.02, SD = 0.99, ระดับปานกลาง				
14. การติดตามผลและเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพในพื้นที่	3 (1.7)	43 (24.7)	73 (42.0)	35 (20.1)	20 (11.5)
	$\bar{x}$ = 2.85, SD = 0.98, ระดับปานกลาง				
15. การบังคับใช้กฎหมายด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในภาพรวม	7 (4.0)	59 (33.9)	66 (37.9)	27 (15.5)	15 (8.6)
	$\bar{x}$ = 3.09, SD = 0.99, ระดับปานกลาง				
รวม	**$\bar{x}$ = 3.34, SD = 0.67, ระดับปานกลาง**				

- ส่วนที่ 5 ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ผลการวิจัยพบว่าอเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี มีความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานคุ้มครอง

ผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 48.9) รองลงมาคือ มีความรู้อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 42.5) และมีความรู้ระดับน้อย (ร้อยละ 8.6) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับความรู้ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี (N=174)

ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
มาก	74	42.50
ปานกลาง	85	48.90
น้อย	15	8.60

2. ระยะที่ 2 (การวิจัยเชิงคุณภาพ)

- ส่วนที่ 1 ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี โดยการใช้ SWOT Analysis เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์หา จุดแข็ง–จุดอ่อน–โอกาส–อุปสรรค เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อประสิทธิภาพของการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ สำหรับใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดให้มีประสิทธิภาพ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปได้ดังนี้ ดังตารางที่ 5

1) จุดแข็ง (S) ที่มีผลต่อประสิทธิภาพของการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ได้แก่

1.1) ผู้บริหารของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี และนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี ตลอดจนผู้อำนวยการกองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี ให้ความสำคัญกับความปลอดภัยของประชาชนในการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ ให้ความสำคัญและให้การสนับสนุนการดำเนินภารกิจด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

1.2) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี มีทัศนคติที่ดีและพร้อมที่จะเรียนรู้ มีความเปิดรับกับการพัฒนาตนเอง ยอมรับการเปลี่ยนแปลง และพร้อมเรียนรู้แนวทางหรือองค์ความรู้ใหม่ ๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ส่งผลให้สามารถปรับตัวเข้ากับนโยบายใหม่ เทคโนโลยี หรือรูปแบบการทำงานที่เปลี่ยนแปลงไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพการให้บริการแก่ประชาชนในพื้นที่

1.3) เจ้าหน้าที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านวิชาการ และประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สามารถให้คำปรึกษา แนะนำ และถ่ายทอด องค์ความรู้แก่หน่วยงานระดับพื้นที่ ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง (Mentor) ช่วยเสริมสร้างศักยภาพบุคลากร และสนับสนุนการดำเนินงานให้เป็นไปตามมาตรฐานและหลักวิชาการ

1.4) เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เข้มแข็ง เครือข่าย อสม. ในแต่ละพื้นที่มีความเข้มแข็ง มีบทบาทสำคัญในการเป็นตัวกลางเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขกับประชาชน สามารถสนับสนุนการเฝ้าระวังสุขภาพ การสื่อสารข้อมูลข่าวสาร และการรณรงค์ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชนได้อย่างทั่วถึง ส่งผลให้ประสิทธิภาพของการดำเนินงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในระดับพื้นที่เพิ่มมากขึ้น

1.5) การถ่ายโอนภารกิจจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี ไปสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี ทำให้การบริหารและการดำเนินงานมีความยืดหยุ่น การถ่ายโอนภารกิจดังกล่าวช่วยให้การบริหารจัดการมีความคล่องตัวมากขึ้น สามารถตัดสินใจและดำเนินงานได้สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของพื้นที่ ลดขั้นตอนด้านการบริหารบางประการ และเอื้อต่อการบูรณาการงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพร่วมกับภารกิจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำให้การให้บริการประชาชนมีประสิทธิภาพและตอบสนองต่อปัญหาได้รวดเร็วขึ้น

2) โอกาส (O) ที่มีผลต่อประสิทธิภาพของการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ได้แก่

2.1) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนด้านวิชาการแก่หน่วยงานระดับพื้นที่ ทั้งในรูปแบบการให้คำปรึกษา การถ่ายทอดองค์ความรู้ การจัดอบรม และการให้คำแนะนำเกี่ยวกับกฎหมาย มาตรฐาน และแนวทางการดำเนินงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ซึ่งช่วยเสริมสร้างศักยภาพบุคลากรและเพิ่มความถูกต้องตามหลักวิชาการและกฎหมายในการปฏิบัติงาน

2.2) การนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการจัดการความรู้ เช่น ระบบฐานข้อมูลออนไลน์ แพลตฟอร์มสำหรับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หรือคลังความรู้ดิจิทัล (KM-Online) ช่วยให้บุคลากรสามารถเข้าถึงข้อมูล แนวทาง การปฏิบัติงาน กฎหมาย และองค์ความรู้ที่เป็นปัจจุบันได้สะดวก รวดเร็ว และทั่วถึง อีกทั้งยังช่วยพัฒนาระบบการทำงานให้เป็นระบบ ลดความซ้ำซ้อน เพิ่มประสิทธิภาพ และเอื้อต่อการติดตามประเมินผลการดำเนินงานในภาพรวม

2.3) ประชาชนและชุมชนมีความรู้ความเข้าใจ และความตระหนักเกี่ยวกับความปลอดภัยในการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพมากขึ้น มีการตรวจสอบข้อมูลที่แสดงบนฉลาก และแหล่งที่มาของผลิตภัณฑ์ก่อนบริโภค รวมถึงให้ความร่วมมือในการเฝ้าระวัง แจ้งเบาะแส หรือร้องเรียนเมื่อพบผลิตภัณฑ์สุขภาพที่อาจเป็นอันตราย ส่งผลให้การคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในพื้นที่มีประสิทธิภาพและเกิดความยั่งยืนมากยิ่งขึ้น

3) จุดอ่อน (W) ที่มีผลต่อประสิทธิภาพของการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ได้แก่

3.1) เจ้าหน้าที่ในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี ยังมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมาย ระเบียบ และข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่เพียงพอ เช่น กฎหมายด้านยา อาหาร เครื่องมือแพทย์ หรือเครื่องสำอาง

ส่งผลให้การกำกับ ดูแล เฝ้าระวัง และให้คำแนะนำแก่ประชาชนหรือผู้ประกอบการในพื้นที่เป็นไปอย่างจำกัด และอาจไม่สามารถดำเนินการได้อย่างถูกต้องตามกฎหมาย

3.2) ไม่มีแนวทางการปฏิบัติงาน (Standard Operation of Procedures : SOPs) ทำให้แต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการปฏิบัติงาน มีวิธีการดำเนินงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับประสบการณ์หรือความเข้าใจของบุคลากรในพื้นที่ ส่งผลต่อคุณภาพและประสิทธิภาพของการปฏิบัติงาน และยากต่อการติดตาม ประเมินผล หรือพัฒนางานในภาพรวม

3.3) การดำเนินงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ จำเป็นต้องใช้งบประมาณในการดำเนินงาน เฝ้าระวัง ตรวจสอบ และประชาสัมพันธ์ แต่ในปัจจุบันยังไม่มีงบประมาณที่เพียงพอหรือจัดสรรอย่างเฉพาะเจาะจง ส่งผลให้การดำเนินงานต้องพึ่งพาทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด และไม่สามารถขยายหรือพัฒนากิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง

3.4) การเปลี่ยนแปลงหรือโยกย้ายบุคลากรบ่อยครั้ง ส่งผลให้ความรู้ ประสบการณ์และความเชี่ยวชาญ ที่สะสมไว้ไม่สามารถถ่ายทอดได้อย่างครบถ้วน ทำให้การดำเนินงานขาดความต่อเนื่อง ต้องเริ่มต้นเรียนรู้ใหม่ และกระทบต่อประสิทธิภาพของงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

3.5) การไม่มีหรือมีเครื่องมือสนับสนุนการทำงานไม่เพียงพอ เช่น ชุดทดสอบเบื้องต้นสำหรับตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพ หรือแบบฟอร์มมาตรฐานในการตรวจประเมินสถานประกอบการ ส่งผลให้การตรวจสอบ เฝ้าระวัง และบันทึกข้อมูลทำได้ไม่ครบถ้วน ขาดความเป็นระบบ และอาจลดความน่าเชื่อถือของผลการดำเนินงาน

4) อุปสรรคหรือความท้าทาย (T) ที่มีผลต่อประสิทธิภาพ ของการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ได้แก่

4.1) ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล/อบต.) ในบางพื้นที่ยังขาดความเข้าใจถึงความสำคัญและผลกระทบของการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพต่อสุขภาพของประชาชน ทำให้งานด้านนี้ไม่ได้รับการผลักดันเชิงนโยบายอย่างจริงจัง ขาดการสนับสนุนด้านงบประมาณ บุคลากร และทรัพยากรที่จำเป็น ส่งผลให้การดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกัน และแก้ไขปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยในพื้นที่เป็นไปอย่างจำกัด

4.2) ร้านค้าในชุมชนบางแห่งมีการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เข้าข่ายเสี่ยงต่อความปลอดภัยหรือผิดกฎหมาย แต่การบังคับใช้กฎหมายและการดำเนินการทางกฎหมายเป็นไปได้ยาก สืบเนื่องจากผู้ประกอบการเป็นคนในพื้นที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้นำชุมชนหรือเจ้าหน้าที่ ทำให้เกิดความเกรงใจหรือความกดดันทางสังคม ส่งผลให้การควบคุมกำกับ และแก้ไขปัญหาขาดความเข้มแข็ง และอาจทำให้ปัญหาดังกล่าวดำรงอยู่ต่อเนื่อง

- ส่วนที่ 2 แนวทางการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี

ผลการวิจัยเพื่อพัฒนาแนวทางการขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อการสร้าง

ประสิทธิภาพการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีต้นไม้จริยธรรม[5] มาเป็นกรอบแนวคิดการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานเพื่อการสร้างประสิทธิภาพการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี ในภารกิจที่กระทรวงสาธารณสุขโดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้ถ่ายโอนให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 4 ภารกิจ คือ 1) การผลิตสื่อหรือเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารด้านอาหารและยา 2) การเสริมสร้างศักยภาพผู้บริโภคด้านความรู้ใน การบริโภคและเรียกร้องสิทธิอันชอบธรรม 3) การสร้างและขยายเครือข่ายการมีส่วนร่วมในงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในท้องถิ่น และ 4) การตรวจสอบติดตามคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในสถานที่จำหน่ายตามที่ระบุในบทกฎหมายแต่ละประเภท

แนวทางการขับเคลื่อนการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี ในการวิจัยนี้เรียกว่า ต้นไม้แห่งการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ (The Tree of Health Products Consumer Protection) ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1. ราก แสดงถึง องค์ประกอบเชิงโครงสร้างและคุณค่าที่หล่อเลี้ยงการดำเนินงานถือเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดความมั่นคง การเติบโต และความยั่งยืนของผลลัพธ์ในการดำเนินงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพของการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี (SWOT analysis)

Strengths (จุดแข็ง)	Weaknesses (จุดอ่อน)
❍ ผู้บริหารของหน่วยงาน ให้ความสำคัญกับความปลอดภัยของประชาชนในการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ ❍ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรีมีทัศนคติดีและพร้อมเรียนรู้ ❍ เจ้าหน้าที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรีมีความเชี่ยวชาญด้านวิชาการและเป็นพี่เลี้ยง ❍ เครือข่าย อสม. เข้มแข็ง	❍ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ขาดความรู้เกี่ยวกับกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ ❍ ไม่มีแนวทางการปฏิบัติงาน (Standard Operation of Procedures : SOPs) ทำให้แต่ละ รพ.สต. มีการปฏิบัติงานที่มีความแตกต่างกัน ❍ ขาดงบประมาณเพื่อใช้สำหรับการปฏิบัติงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ❍ บุคลากรหมุนเวียนสูง ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการปฏิบัติงาน

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพของการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี (SWOT analysis) (ต่อ)

Strengths (จุดแข็ง)	Weaknesses (จุดอ่อน)
❍ การถ่ายโอนภารกิจจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรีไปสู่ องค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี ทำให้การบริหารและการดำเนินงานมีความยืดหยุ่น	❍ ขาดเครื่องมือในการทำงาน เช่น ชุดทดสองเบื้องต้น (Test Kit), แบบฟอร์มตรวจร้าน
Opportunities (โอกาส)	**Threats (อุปสรรค/ความท้าทาย)**
❍ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี และ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา พร้อมให้การสนับสนุนทางวิชาการ ❍ ใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ มาช่วยในการจัดการความรู้ (KM - Online) และพัฒนาระบบการทำงาน ❍ ชุมชนและประชาชนตระหนักและให้ความสำคัญเรื่องความปลอดภัยจากการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพเพิ่มมากขึ้น	❍ ผู้บริหารท้องถิ่นบางพื้นที่ไม่ตระหนักไม่ให้ความสำคัญกับงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ❍ ร้านค้าในชุมชนขายผลิตภัณฑ์สุขภาพเสี่ยง/ผิดกฎหมาย ดำเนินการทางกฎหมายลำบาก เนื่องจากมีความสัมพันธ์ใกล้ชิด

2. ลำต้น ลำต้นเป็นส่วนที่เชื่อมโยงรากฐานไปสู่ผลลัพธ์ และทำให้การดำเนินงานเป็นรูปธรรม มีความสำคัญดังนี้ 1) ทำหน้าที่พยุงกิ่ง ใบ และผล เปรียบเสมือนเป็นแกนหลักของการกำหนดแนวทาง หรือกลยุทธ์ที่เชื่อมที่เชื่อมโยงวิสัยทัศน์และนโยบายไปสู่การปฏิบัติจริงในการดำเนินงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี 2) ทำหน้าที่ในการลำเลียงน้ำและสารอาหารจากรากไปยังส่วนต่าง ๆ ของต้นไม้ ใบ และผล ในการวิจัยนี้คือ การถ่ายทอดจากแนวคิดสู่การลงมือทำ สรุปได้ว่า ลำต้นที่แข็งแรง มั่นคงจะช่วยให้ต้นไม้เติบโตได้ดี แสดงให้เห็นได้ว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี มีการดำเนินงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีประสิทธิภาพ

3. ใบ ดอก และผล เป็นส่วนของผลลัพธ์ของการดำเนินงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี ในการวิจัยนี้คือความปลอดภัยจากการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพของประชาชน อันเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงประสิทธิภาพในการดำเนินงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี

ต้นไม้แห่งการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ (The Tree of Health Products Consumer Protection) แสดงให้เห็นว่า ปัจจัยระดับราก (จุดแข็งและโอกาส) มีอิทธิพลต่อ แนวทาง กลยุทธ์ หรือกระบวนการดำเนินงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี ในระดับลำต้น เช่น การกำหนดแนวทางการดำเนินงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพจากกลยุทธ์เชิงรุกที่นำจุดแข็ง มาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดจากโอกาสที่มีอยู่ (Strength–Opportunity Strategy : SO Strategy) และนำไปสู่ผลลัพธ์ในระดับใบ/ดอก/ผล คือ ความปลอดภัยจากการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพของประชาชนในจังหวัดสุพรรณบุรี หากรากของลำต้นมีความเข้มแข็ง จะส่งผลให้การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในระดับพื้นที่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี สามารถบรรลุเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถสรุปตามกรอบตามแนวคิดต้นไม้แห่งการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ได้ดังนี้ ดังภาพที่ 2

1. ราก คือปัจจัยสำคัญที่กำหนดความมั่นคง การเติบโต และความยั่งยืนของผลลัพธ์ในการดำเนินงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี ผลการวิจัยสรุปได้ว่า

1.1 ผู้บริหารของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี และนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี ตลอดจนผู้อำนวยการกองสาธารณสุขขององค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรีให้ความสำคัญกับความปลอดภัยของประชาชนในการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ ให้ความสำคัญและให้การสนับสนุนการดำเนินภารกิจด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

1.2 เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี มีทัศนคติดีต่อการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ และพร้อมเรียนรู้ เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทภารกิจที่รับผิดชอบ อัตรากำลังของบุคลากรน้อยลงเมื่อเทียบกับก่อนที่จะมีการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี ไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

1.3 เจ้าหน้าที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและเจ้าหน้าที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา มีความเชี่ยวชาญด้านวิชาการ และพร้อมในการถ่ายทอดองค์ความรู้และแนวทางการดำเนินงาน

1.4 เครือข่าย อสม. เป็นเครือข่ายด้านสาธารณสุขที่มีความเข้มแข็ง พร้อมปฏิบัติงานและเป็นผู้ช่วยในการตรวจสอบ เฝ้าระวัง เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับพื้นที่ได้ดี

1.5 การถ่ายโอนภารกิจจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี ไปสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี ทำให้การบริหารและการดำเนินงานมีความยืดหยุ่น

2. ลำต้น คือ แนวทาง หรือกลยุทธ์สำหรับการดำเนินงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี สรุปได้ดังนี้

2.1 ควรมีการพัฒนาหลักสูตรอบรมออนไลน์เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ เพื่อรวบรวมองค์ความรู้และเป็นแห่งเรียนรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย สะดวก และสามารถเรียนรู้ได้ตลอดเวลา

2.2 พัฒนาระบบรายงานและติดตามผลการดำเนินงานร่วมกันระดับจังหวัด เพื่อให้สามารถติดตามผลการดำเนินงานร่วมกันได้อย่างใกล้ชิด และร่วมกันแก้ไขปัญหาได้อย่างทันเวลา

2.3 สร้างระบบพี่เลี้ยงการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยให้เจ้าหน้าที่งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับจังหวัดและระดับอำเภอเป็นพี่เลี้ยงถ่ายทอดความรู้ และประสบการณ์ในการดำเนินงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพให้แก่เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี

2.4 พัฒนาระบบเฝ้าระวังเชิงรุกในชุมชน โดยการสร้างผู้เฝ้าระวังด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ เช่น เครือข่าย อสม., เครือข่าย บวร.ร. (บ้าน วัด โรงเรียน โรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล)

2.5 พัฒนาระบบแจ้งเตือนด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน โดยการใช้ระบาดวิทยาและเทคโนโลยีสารสนเทศ มาสร้างเครื่องมือการรายงานและแจ้งเตือนภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน

2.6 สร้างคู่มือปฏิบัติงาน (SOPs) และระบบคลังความรู้ดิจิทัลด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ (FDA-KM App) สำหรับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี

2.7 จัดสรรงบประมาณและทรัพยากรสำหรับการดำเนินงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

3. ใบ/ดอก/ผล คือ ผลลัพธ์ของการดำเนินงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี ได้แก่

3.1 ประชาชนได้รับความปลอดภัยจากการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ

3.2 ประชาชนมีความรู้และตระหนักในการเลือกบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ปลอดภัย

3.3 ระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพมีความเข้มแข็งและยั่งยืน

3.4 ประชาชน รับรู้ มีความเชื่อมั่นในการดำเนินงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

จากผลการวิจัยสรุปได้ว่า แนวทางการขับเคลื่อนการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี คือ

1. พัฒนาหลักสูตรอบรมออนไลน์เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ

2. พัฒนาระบบรายงานและติดตามผลการดำเนินงานร่วมกันระดับจังหวัด

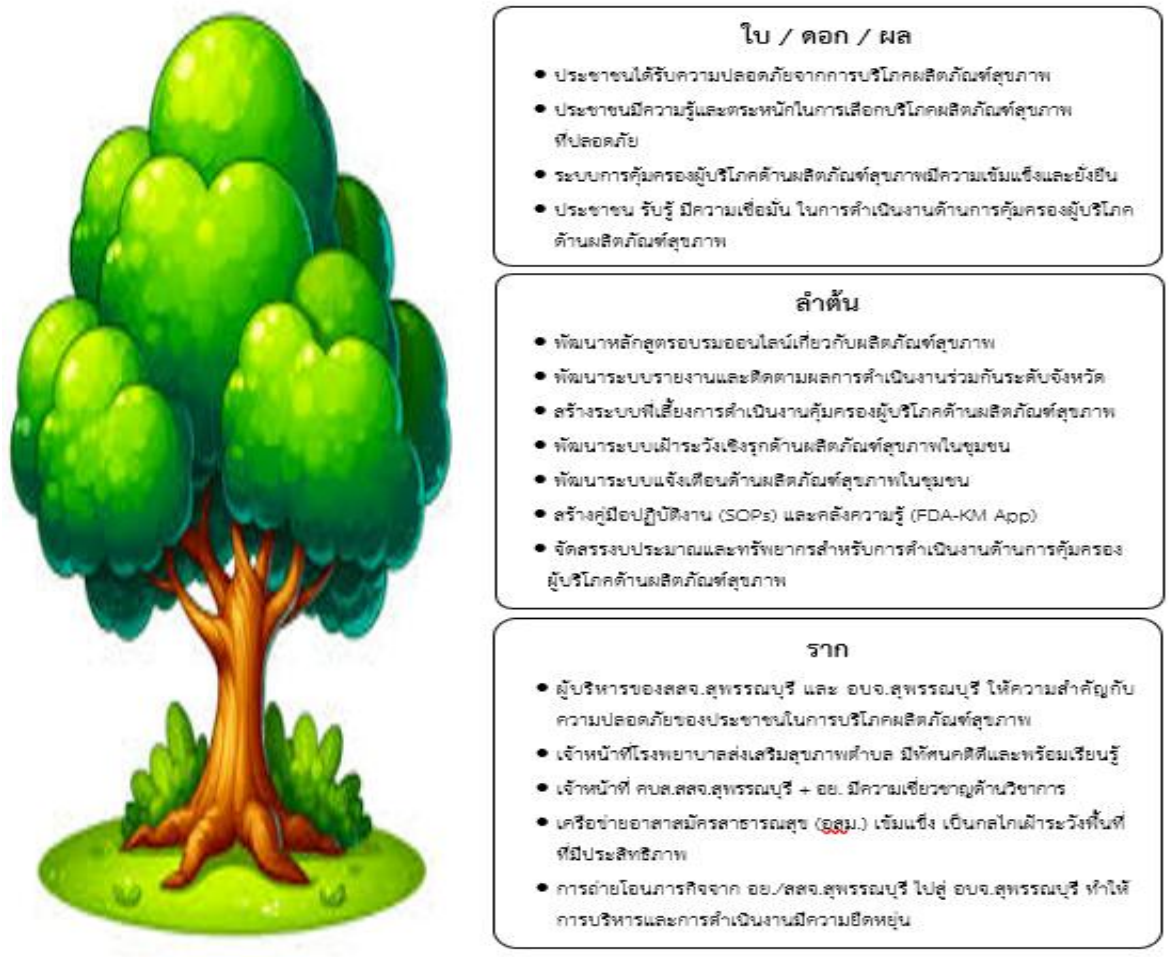
3. สร้างระบบพี่เลี้ยงการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

4. พัฒนาระบบเฝ้าระวังเชิงรุกในชุมชน โดยการสร้างเครือข่ายผู้เฝ้าระวังด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ (เครือข่าย อสม./บวร.ร.)

5. พัฒนาระบบแจ้งเตือนด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน

6. สร้างคู่มือปฏิบัติงาน (SOPs) และระบบคลังความรู้ดิจิทัลด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ (FDA-KM App) สำหรับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี

7. จัดสรรงบประมาณและทรัพยากรสำหรับการดำเนินงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ



ภาพที่ 2 ต้นไม้แห่งการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ
(The Tree of Health Products Consumer Protection)

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 174 ท่าน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.0 มีอายุ 31 – 40 ปีเต็ม ร้อยละ 33.9 มีการศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 87.4 มีตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชุมชน/นักสาธารณสุข ร้อยละ 33.3 ระดับชำนาญการ ร้อยละ 40.8 ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มาแล้ว 11 – 15 ปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี มีปัญหา/ความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในภาพรวมระดับปานกลาง โดยพบว่ามีปัญหา/ความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในเรื่องของการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ซื้อจากช่องทางออนไลน์มากที่สุด (ระดับปานกลาง) และมีความพร้อมในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยพบว่า มีความพร้อมมากที่สุดในด้านการมอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี (ระดับมาก) ประสิทธิภาพในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีประสิทธิภาพในด้านของการสื่อสาร ให้คำแนะนำให้ความรู้แก่ผู้บริโภคมากที่สุด (ระดับมาก) และมีความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง

ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อประสิทธิภาพของการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี คือ 1) ผู้บริหารของหน่วยงานให้ความสำคัญกับความปลอดภัยของประชาชนในการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ 2) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี มีทัศนคติดีและพร้อมเรียนรู้ 3) เจ้าหน้าที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี และเจ้าหน้าที่ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา มีความเชี่ยวชาญด้านวิชาการ 4) เครือข่าย อสม. เข้มแข็ง และ 5) การถ่ายโอนภารกิจ ทำให้มีความยืดหยุ่นในการดำเนินงาน

แนวทางการขับเคลื่อนการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี 1) พัฒนาหลักสูตรอบรมออนไลน์ 2) พัฒนาระบบรายงานและติดตามผลการดำเนินงานร่วมกันระดับจังหวัด 3) สร้างระบบพี่เลี้ยงการดำเนินงาน คู่มือปฏิบัติงาน (SOPs) และระบบคลังความรู้ดิจิทัลด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ (FDA-KM App) สำหรับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี และ 4) พัฒนาระบบเฝ้าระวังเชิงรุกและระบบแจ้งเตือนด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่า แม้การถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดจะเพิ่มความคล่องตัวในการบริหารจัดการและเอื้อต่อการบูรณาการการดำเนินงานด้านคุ้มครองผู้บริโภค

ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ แต่ประชาชนยังคงเผชิญกับความเสี่ยงจากการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพโดยเฉพาะผลิตภัณฑ์ที่จำหน่ายผ่านช่องทางออนไลน์ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานสถานการณ์ผลิตภัณฑ์สุขภาพของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ที่พบว่าการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขภาพผ่านสื่อออนไลน์และการโฆษณาเกินจริงเป็นปัจจัยสำคัญที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการใช้ผลิตภัณฑ์ที่ไม่ปลอดภัยของประชาชน

นอกจากนี้ ผลการวิจัยพบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี มีความพร้อมในการดำเนินงานอยู่ในระดับมาก แต่ประสิทธิภาพและความรู้ในการดำเนินงานอยู่เพียงระดับปานกลาง สะท้อนให้เห็นว่าการมีโครงสร้างการดำเนินงาน บุคลากร และการสนับสนุนเชิงนโยบายเพียงอย่างเดียว ยังไม่เพียงพอต่อการเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงาน หากบุคลากรยังขาดองค์ความรู้เฉพาะด้าน เครื่องมือปฏิบัติงาน และแนวทางการดำเนินงานที่เป็นมาตรฐานร่วมกัน

ผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาศักยภาพองค์กรที่เสนอว่า ประสิทธิภาพของการดำเนินงานด้านสาธารณสุขขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายด้าน ได้แก่ ความรู้และทักษะของบุคลากร ระบบสนับสนุนทางวิชาการ ระบบข้อมูลสารสนเทศ และการมีเครือข่ายความร่วมมือที่เข้มแข็ง ซึ่งหากองค์ประกอบเหล่านี้ยังไม่สมบูรณ์ แม้องค์กรจะมีความพร้อมเชิงโครงสร้าง แต่ประสิทธิภาพการดำเนินงานอาจยังไม่อยู่ในระดับที่คาดหวัง

ผลการวิจัยนี้ยังชี้ให้เห็นว่า การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพภายหลังการถ่ายโอนภารกิจสู่องค์การบริหารส่วนจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานวิชาการอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากร การจัดทำแนวปฏิบัติมาตรฐาน (SOPs)

ผลการวิจัยนี้เป็นไปในทิศทางเดียวกับแนวโน้มสถานการณ์คุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ที่พบว่าการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพผ่านสื่อออนไลน์เป็นความท้าทายสำคัญของระบบคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในปัจจุบัน[4] เนื่องจากประชาชนสามารถเข้าถึงผลิตภัณฑ์ได้สะดวก รวดเร็ว และหลากหลายช่องทาง แต่ขาดความสามารถในการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลและผู้จำหน่าย ส่งผลให้มีโอกาสได้รับผลิตภัณฑ์ที่ไม่ได้มาตรฐานหรือมีการโฆษณาเกินจริง อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่ารูปแบบความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในระดับท้องถิ่นมีความซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วตามบริบททางสังคมและเทคโนโลยี[15] จึงจำเป็นต้องมีระบบเฝ้าระวังและติดตามสถานการณ์อย่างต่อเนื่อง

สำหรับผลการวิจัยที่พบว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี มีความพร้อมในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะด้านการกำหนดผู้รับผิดชอบงานอย่างชัดเจน พบว่ามีความใกล้เคียงกับผลการศึกษา[8] ที่พบว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนใหญ่มีโครงสร้างและบุคลากรรองรับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในระดับที่เหมาะสม การถ่ายโอนภารกิจไปสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดไม่ได้ส่งผลกระทบต่อการดำเนินงานด้านคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในทางลบอย่างมีนัยสำคัญ แต่อาจช่วยเพิ่มโอกาสใน

การบริหารจัดการทรัพยากรและกำหนดแนวทางการดำเนินงานให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่มากขึ้น ซึ่งสนับสนุนผลการศึกษา ที่พบว่าการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลช่วยส่งเสริมการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานในพื้นที่ และการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการสุขภาพชุมชน[3]

แม้ว่าผลการวิจัยจะพบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี มีความพร้อมในระดับมาก แต่ผลการวิจัยครั้งนี้ยังพบว่าประสิทธิภาพการดำเนินงานยังอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพเป็นงานที่ต้องอาศัยองค์ความรู้เฉพาะทาง การติดตามข้อมูลข่าวสารอย่างต่อเนื่อง และการประสานงานกับหลายภาคส่วน ส่งผลให้ความพร้อมด้านโครงสร้างเพียงอย่างเดียวไม่สามารถยกระดับประสิทธิภาพการดำเนินงาน หากขาดการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ระบบสนับสนุนวิชาการ และระบบจัดการองค์ความรู้ที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการดำเนินงาน ได้แก่ การให้ความสำคัญของผู้บริหาร ทัศนคติและความพร้อมในการเรียนรู้ของเจ้าหน้าที่ ความเชี่ยวชาญของหน่วยงานวิชาการ ความเข้มแข็งของเครือข่าย อสม. และความยืดหยุ่นในการบริหารจัดการ

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับทฤษฎีต้นไม้จริยธรรม[5] ที่อธิบายว่าประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานเกิดจากการผสมผสานระหว่างปัจจัยภายในบุคคลและปัจจัยสนับสนุนจากองค์กร เป็นไปในทิศทางเดียวกับผลการศึกษาด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในชุมชน ที่พบว่าความรู้ ทัศนคติ และแรงสนับสนุนจากองค์กรมีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงาน[9] และผลการศึกษาบทบาทหน้าที่เชิงกลยุทธ์ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดกับภารกิจให้บริการดูแลสุขภาพ ที่พบว่าองค์การบริหารส่วนจังหวัดมีศักยภาพในการกำหนดนโยบายและบริหารจัดการทรัพยากรด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชนในพื้นที่ ส่งผลให้การดำเนินงานด้านสุขภาพชุมชนมีความคล่องตัวและสามารถตอบสนองต่อปัญหาในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม[7]

นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังพบว่าความเชี่ยวชาญของเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการดำเนินงาน แม้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรีแล้วก็ตาม ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยเกี่ยวกับบทบาทของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ที่พบว่าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอยังคงมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนทางวิชาการ การนิเทศงาน และการพัฒนาศักยภาพบุคลากรภายหลังการถ่ายโอนภารกิจ โดยเฉพาะงานที่ต้องใช้ความรู้เฉพาะทาง เช่น งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ[10]

ดังนั้น ความสำเร็จของการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพภายใต้ระบบการกระจายอำนาจจึงควรอาศัยความร่วมมือระหว่างองค์การบริหารส่วนจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงาน

คณะกรรมการอาหารและยาอย่างต่อเนื่อง และจากผลการวิจัยที่แสดงให้เห็นว่า ความเข้มแข็งของเครือข่าย อสม. เป็นอีกปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดระบบสุขภาพปฐมภูมิที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน[13] และสอดคล้องกับการศึกษาของโครงการพัฒนาตัวแบบระบบสุขภาพปฐมภูมิขององค์การบริหารส่วนจังหวัดและแนวทางการขับเคลื่อนการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานและการมีส่วนร่วมของประชาชน ที่พบว่าเครือข่ายภาคประชาชนเป็นกลไกสำคัญในการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพและสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ[3] เนื่องจาก อสม. เป็นบุคคลที่ใกล้ชิดประชาชน สามารถสื่อสารความเสี่ยง แจ้งเบาะแส และติดตามสถานการณ์ผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้สามารถเฝ้าระวังและตอบสนองต่อปัญหาได้อย่างรวดเร็ว

สำหรับแนวทางการขับเคลื่อนการดำเนินงานที่ได้จากการวิจัย ได้แก่ การพัฒนาหลักสูตรอบรมออนไลน์ ระบบพี่เลี้ยง ระบบคลังความรู้ดิจิทัล ระบบรายงานและติดตามผลระดับจังหวัด และระบบเฝ้าระวังเชิงรุกในชุมชน สอดคล้องกับข้อเสนอของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา[4] และการศึกษาการพัฒนารูปแบบและแนวทางการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ[14] ที่เสนอแนวทางการพัฒนาว่าควรมีการพัฒนาระบบจัดการความรู้และเครือข่ายเฝ้าระวังในระดับพื้นที่ ทั้งนี้เนื่องจากบริบทการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในปัจจุบันมีความซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว การมีระบบสนับสนุนการเรียนรู้ที่ทันสมัย ระบบข้อมูลที่เชื่อมโยงกัน และกลไกการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ระหว่างหน่วยงาน จะช่วยเพิ่มศักยภาพบุคลากรและสร้างความยั่งยืนของระบบคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่า การมีแนวทางการขับเคลื่อนการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี มีความสำคัญต่อการเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงาน ประกอบด้วย 4 แนวทาง ดังนี้

1) พัฒนาระบบคลังความรู้ดิจิทัลด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ (FDA-KM App) เพื่อเป็นแหล่งเรียนรู้และสนับสนุนการปฏิบัติงานด้านกฎหมาย การเฝ้าระวัง และการจัดการปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยสามารถเข้าถึงได้สะดวก

2) พัฒนาระบบรายงานและติดตามผลการดำเนินงานร่วมกันระดับจังหวัด เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลกลางสำหรับรวบรวมข้อมูลปัญหา ข้อร้องเรียน และผลการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3) สร้างระบบพี่เลี้ยงและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรีต้นแบบด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ เพื่อถ่ายทอดองค์ความรู้และประสบการณ์จากหน่วยงานหรือบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญสู่หน่วยงานที่ยังขาดความพร้อมในการดำเนินงาน

4) พัฒนาระบบเฝ้าระวังเชิงรุกและระบบแจ้งเตือนภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน โดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่าย อสม. และเครือข่าย บวร.ร ในการเฝ้าระวัง แจ้งเตือน และสื่อสารความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพแก่ประชาชน

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งนี้มุ่งเน้นไปที่บทบาทและภารกิจด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพภายใต้ความรับผิดชอบของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเป็นหลัก อย่างไรก็ตาม ในภารกิจของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข ยังมีบทบาทสำคัญคือบทบาทด้านเภสัชสาธารณสุข โดยเฉพาะในประเด็นด้านการบริหารเวชภัณฑ์ยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา เภสัชกรรมปฐมภูมิ และการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ภารกิจด้านเภสัชสาธารณสุขดังกล่าวครอบคลุมถึงการใช้ยาและการให้บริการด้านเภสัชกรรมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งเป็นประเด็นที่ควรได้รับการศึกษาและวิจัยเพิ่มเติม เพื่อให้เกิดความเข้าใจและพัฒนาการดำเนินงานอย่างครบถ้วนและเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นำไปสู่ประสิทธิภาพในการคุ้มครองผู้บริโภคคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างแท้จริง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ เภสัชกรกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ และเจ้าหน้าที่กองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี ตลอดจนท่านอื่น ๆ ที่ไม่ได้กล่าวถึงที่ให้ความช่วยเหลือ คำแนะนำ ข้อคิดเห็น อำนวยความสะดวกในการประสานงาน และให้ข้อมูลเพื่อใช้สำหรับการทำวิจัย ครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. ความรู้เกี่ยวกับการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสาระสำคัญที่เกี่ยวข้องกับประชาชนกรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี; 2560.
2. กองพัฒนาและส่งเสริมการบริหารท้องถิ่น. กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. กรุงเทพฯ: กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น; 2566.
3. ธัชเฉลิม สุทธิพงษ์ประชา, โกเมนทร์ ทิวทอง, อนุวัตร แก้วเชียงหวาง, ทองดี มุ่งดี, บัณฑิต ตั้งเจริญดี, ภัชร์จิรัสม์ ธัชเมฆรัตน์. โครงการพัฒนาตัวแบบระบบสุขภาพปฐมภูมิขององค์การบริหารส่วนจังหวัดและแนวทางการขับเคลื่อนการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานและการมีส่วนร่วมของประชาชน: กรณีศึกษาองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรีและองค์การบริหารส่วนจังหวัดปราจีนบุรี [รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์]. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2565.
4. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ(อาหารและเครื่องสำอาง) สำหรับพนักงานเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข;2562.
5. ดวงเดือน พันธุมนาวิน. ทฤษฎีต้นไม้จริยธรรม: การวิจัยและการพัฒนาบุคคล. กรุงเทพฯ: โครงการส่งเสริมเอกสารวิชาการ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์; 2538.
6. สุภัชญา สุนันต๊ะ. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน. วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข. 2661; 4(1): 98-107.
7. นพวรรณ บุญธรรม, วันชาติ นภาศรี, ชวิน คำบุญเรือง, พงศพล มหาวัจน์, รุ่งอรุณ หน่อคำ, อโนชา ปาระมีสัก และคณะ. บทบาทหน้าที่เชิงกลยุทธ์ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดกับภารกิจให้บริการดูแลสุขภาพชุมชนกรณีจังหวัดในพื้นที่ภาคเหนือ [รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์]. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2567.
8. สุชัญญา พลเพชร. การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2564; 17(1): 23-34.
9. สมาคมอนามัยชุมชนไทย. การประเมินประสิทธิภาพการดำเนินงานด้านคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชน. กรุงเทพฯ: สมาคมอนามัยชุมชนไทย; 2560.
10. รุ่งนภา จันทรา, ทัศนีย์ เกริกกุลธร, ธัญพร ชื่นกลิ่น, สุชาดา นิ้มวัฒนากุล, อติญาณ์ ศรเกษตริน, รวิวรรณ คำเงิน และคณะ. บทบาทของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปองค์การบริหารส่วนจังหวัด [รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์]. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2566.
11. จิรบูรณ์ โตสงวน, ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์, หทัยชนก สุมาลี. การกระจายอำนาจด้านสุขภาพในต่างประเทศ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2553; 4(1): 89-100.

12. สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค. สคบ.กับการคุ้มครองผู้บริโภค. นนทบุรี: โรงพิมพ์รุ่งแสงทองพริ้นติ้ง จำกัด; 2566.
13. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข. การบริหารงานสุขภาพปฐมภูมิในชุมชน. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
14. อาทิตย์ พันเดช. การพัฒนารูปแบบและแนวทางการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. นนทบุรี: กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น; 2557.
15. พิกุล เสียงประเสริฐ, รัตพงษ์ สอนสุภาพ, สังศิต พิริยะรังสรรค์. รูปแบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดปทุมธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 2557; 23(6): 984-991.

การใช้ยาสมุนไพรในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 – 2569

Herbal medicine used in Thailand's healthcare system, fiscal year 2022 – 2026

ภักศจีภรณ์ ขันทอง[1], พันธ์วิรา เวยสาร[2], วัฒนา ชยธวัช[3]

Phaksachiphon Khanthong[1], Punvira Voeisarn[2], Vadhana Jayathavaj[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์การใช้ยาสมุนไพรผู้ป่วยนอกในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center : HDC) ของกระทรวงสาธารณสุข ครอบคลุมปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 – 2569 รวมทั้งสิ้น 3,251 รายการยาสมุนไพร ด้วยการจำแนกตามระบบ ABC (ABC Classification) ซึ่งเป็นวิธีการจัดกลุ่มยาตามมูลค่าการใช้สะสมตามหลักการพาเรโต (Pareto Principle)

ผลการวิจัยพบว่า ยาสมุนไพรถูกจัดกลุ่มเป็น 804 กลุ่มย่อย โดยกลุ่ม A กลุ่มที่มีมูลค่าสูงสุดร้อยละ 79.61 ประกอบด้วย 31 กลุ่มย่อย, กลุ่ม B มูลค่าร้อยละ 15.38 ประกอบด้วย 65 กลุ่มย่อย และกลุ่ม C มูลค่าร้อยละ 5.01 ประกอบด้วย 708 กลุ่มย่อย มูลค่าการใช้ยาเฉลี่ยต่อครั้งของทุกลุ่มอยู่ระหว่าง 55 – 58 บาท โดยกลุ่ม A มีมูลค่าเฉลี่ยต่อครั้งต่ำที่สุดที่ 55 บาท รูปแบบยาที่ใช้มากที่สุดคือ ยาแคปซูล รองลงมาคือ ยาน้ำ และยาต้ม ตามลำดับ ยาสมุนไพรที่มีมูลค่าการใช้สูงสุด 5 อันดับแรก ได้แก่ ฟ้าทะลายโจร ขมิ้นชัน มะขามแขก ไพล และยาประคบ ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในรูปแบบยาแคปซูล ยกเว้นยาประคบ

การวิจัยนี้สะท้อนรูปแบบและมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในระบบบริการสุขภาพ ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ได้สามารถนำไปใช้เป็นฐานในการวางแผนงบประมาณ การจัดซื้อร่วม การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และการบรรจุยาสมุนไพรเข้าสู่สิทธิประโยชน์หลักของประเทศ และส่งเสริมการเติบโตอย่างยั่งยืนของเศรษฐกิจสมุนไพรไทย

คำสำคัญ : ยาสมุนไพร, การใช้ยาสมเหตุสมผล, ระบบบริการสุขภาพไทย, การวิเคราะห์ ABC

---

[1] รองศาสตราจารย์ คณะแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

[1] Assoc Prof., Faculty of Thai Traditional and Alternative Medicine, Ubon Ratchatani Rajabhat University.

[2] เภสัชกรชำนาญการพิเศษ ผู้อำนวยการกองนวัตกรรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข

[2] Pharmacist, Senior Professional Level, Director of Thai Traditional and Alternative Medicine Innovation Division, Division of Thai Traditional and Alternative Medicine, Ministry of Public Health.

[3] รองศาสตราจารย์ คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

[3] Assoc Prof., Faculty of Allied Health Sciences, Pathumthani University. E-mail : vadhana.j@ptu.ac.th

Received: 11 MAR 2026, Revised: 24 JUN 2026, Accepted: 27 JUN 2026

Abstract

This research aimed to analyze the utilization of outpatient herbal medicines in Thailand's healthcare service system using secondary data from the Health Data Center (HDC) of the Ministry of Public Health, covering fiscal years 2022 – 2026, comprising a total of 3,251 herbal medicine items. The analysis employed ABC Classification, a method for categorizing medicines based on cumulative usage value according to the Pareto Principle.

The research result revealed that herbal medicines were classified into 804 subgroups : Group A (highest value group) consisted of 31 subgroups accounted for 79.61% of the total value, Group B comprised 65 subgroups for 15.38%, and Group C contained 708 subgroups for 5.01%. The average dispensing cost per transaction of all groups ranged from 55 – 58 baht, with Group A having the lowest average cost at 55 baht per transaction. The most commonly used dosage form was capsules, followed by liquid preparations and decoctions, respectively. The top five herbal medicines by usage value were *Andrographis paniculata* (Fah Talai Jone), *Curcuma longa* (Kha Min Chan), *Senna alexandrina* (Ma Kham Khaek), *Zingiber cassumunar* (Plai), and herbal compress, most of which were in capsule form except for herbal compress.

This research reflects the utilization patterns and values of herbal medicines in Thailand's healthcare service system. The empirical data obtained can be utilized as a foundation for budget planning, joint procurement, promotion of rational drug use, and inclusion of herbal medicines into the country's main benefit package, as well as promoting sustainable growth of Thailand's herbal economy.

Keywords : Herbal medicines, Rational use of herbal medicine, Health Service System, ABC Analysis

บทนำ

การแพทย์แผนไทยได้รับการสนับสนุนและส่งเสริมจากกระทรวงสาธารณสุขให้เป็นการแพทย์สำหรับคนไทยและผลักดันยาสมุนไพรให้ได้รับการบรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติเพิ่มขึ้นซึ่งกระจายการใช้ยาสมุนไพรไปยังโรงพยาบาลทุกระดับ โดยมุ่งเน้นให้มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริม การป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟู เช่น นวดไทย และการประคบสมุนไพร[1-2]

ข้อมูลการใช้ยาสมุนไพรในระบบบริการสุขภาพถูกรวบรวมจากหน่วยบริการระดับต่าง ๆ เข้าสู่ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center : HDC) ภายใต้การดำเนินงานของศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยข้อมูลดังกล่าวอยู่ในกลุ่มรายงานมาตรฐาน ได้แก่ รายงานการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทย ซึ่งประกอบด้วย (1) รายงาน OPD: ชื่อ “1.2 ปริมาณการให้บริการ”, “1.3 การใช้ยาสมุนไพรจำแนกตามอายุและเพศ”, “1.4 อันดับการใช้ยาสมุนไพร”, “1.5 การใช้ยาสมุนไพรตามบัญชียาหลักแห่งชาติ” และ “1.6 มูลค่าการใช้ยาสมุนไพร” และ (2) รายงาน IPD: 2.2 ถึง 2.6 ซึ่งครอบคลุมข้อมูลในลักษณะเดียวกัน[3] จากการตรวจสอบรายงาน 1.6 OPD-มูลค่าการใช้ยาสมุนไพร ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ของเขตสุขภาพที่ 7 และ 13 รวมถึงรายงาน 2.6 IPD-มูลค่าการใช้ยาสมุนไพร พบว่าการบันทึกข้อมูลส่วนใหญ่เป็นไปตามความสะดวกในการปฏิบัติงาน อย่างไรก็ตาม มีรายการยาส่วนหนึ่งที่ใช้เกณฑ์การตั้งชื่อตาม "รหัสยามาตรฐานไทย" (Thai Medicines Terminology : TMT)[4] ส่งผลให้รายการใช้ยาสมุนไพรในระบบบริการสุขภาพปัจจุบันมีความหลากหลายและกระจัดกระจายสูงถึงกว่า 3,000 รายการ ซึ่งปัญหาสำคัญในปัจจุบันไม่ได้อยู่เพียงแค่การมีปริมาณข้อมูลการใช้ยาจำนวนมาก แต่คือการขาดการวิเคราะห์เชิงลำดับความสำคัญของรายการยาตามมูลค่าการใช้ ซึ่งสร้างข้อจำกัดอย่างมากต่อการบริหารคลังยาทั้งในระดับโรงพยาบาลและระดับประเทศ ทำให้การวางแผนงบประมาณ การจัดซื้อ การบริหารคลังยา รวมถึงการกำกับมาตรฐานรายการยาไม่สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ยิ่งไปกว่านั้น ความหลากหลายของชื่อรายการยาที่ขาดมาตรฐาน TMT รองรับอย่างทั่วถึง ยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดความซ้ำซ้อนในการจัดซื้อ และความยากลำบากในการควบคุมต้นทุนและการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนที่เหมาะสม

ด้วยเหตุนี้ การวิเคราะห์จำแนกหมวดหมู่ตามความสำคัญ (ABC Analysis) จึงถูกนำเสนอในฐานะเครื่องมือเชิงกลยุทธ์ที่ตอบโจทย์ปัญหานี้โดยตรง[5] ไม่ใช่เพียงเทคนิคการวิเคราะห์คลังสินค้าทั่วไป เนื่องจากยาสมุนไพรไทยมีความเฉพาะตัวสูง ทั้งในแง่ของความผันผวนด้านราคายา รูปแบบยาที่หลากหลาย และการควบคุมปริมาณคลังยาให้สอดคล้องกับอายุการใช้งานของสมุนไพรแต่ละชนิด การนำ ABC Analysis มาประยุกต์ใช้กับยาสมุนไพรไทยจะช่วยให้ระบบสาธารณสุขสามารถคัดกรองและจัดลำดับความสำคัญของยาตามมูลค่าการใช้สะสมโดยมีรากฐานมาจากหลักการพาเรโต (Pareto Principle)[6] หรือที่รู้จักกันในชื่อ "กฎ 80/20" หลักการนี้ชี้ให้เห็นว่า ในคลังสินค้าส่วนใหญ่ สินค้าจำนวนน้อยรายการ (ประมาณร้อยละ 15 – 20 ของจำนวนรายการทั้งหมด) มักจะมีมูลค่าการใช้งานต่อปีสูงมาก คิดเป็นประมาณร้อยละ 75 – 80 ของมูลค่ารวมทั้งหมด

เมื่อนำมาจัดกลุ่มยาสมุนไพร จะทำให้สามารถแบ่งรายการออกเป็นสามกลุ่มตามมูลค่าการใช้งาน ได้แก่ กลุ่ม A (High-Value Items) คือกลุ่มสินค้าที่มีมูลค่าการใช้งานต่อปีสูงที่สุด แม้จะมีจำนวนรายการไม่มากนัก แต่คิดเป็นมูลค่าเกือบร้อยละ 80 ของมูลค่ารวม ด้วยเหตุนี้ สินค้ากลุ่ม A จึงต้องได้รับการควบคุมอย่างเข้มงวดที่สุด (Tightest Control)[7] ซึ่งความชัดเจนในการแบ่งกลุ่มเชิงมูลค่านี้ จะช่วยลดความเสี่ยงของการจัดซื้อยาที่ซ้ำซ้อน และมุ่งเน้นไปที่การบริหารจัดการกลุ่มยาที่มีมูลค่าสูงได้อย่างแม่นยำ อีกทั้งยังเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สำคัญในการวางแผนและผลักดันยาสมุนไพรที่มีการใช้สูงเข้าสู่สิทธิประโยชน์หลักในบัญชียาหลักแห่งชาติต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ เช่น ในประเทศอินโดนีเซีย ที่พบว่าการวิเคราะห์ ABC มีบทบาทสำคัญในการช่วยหาปริมาณการสั่งซื้อที่เหมาะสม ลดปริมาณยาหมดอายุ และลดต้นทุนรวมของสินค้าคงคลังลงได้ประมาณร้อยละ 9.6 เมื่อเทียบกับวิธีเดิม[8]

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์รายการยาสมุนไพรที่จ่ายในระบบบริการสุขภาพโดยใช้การจำแนกหมวดหมู่ตามความสำคัญ (ABC Analysis)
2. เพื่อจำแนกรายการยาสมุนไพรที่จ่ายในระบบบริการสุขภาพตามสรรพคุณ รูปแบบยา และชนิดของสมุนไพร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data Analysis) จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center : HDC) ของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อจำแนกรายการยาสมุนไพรที่จ่ายในระบบบริการสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้การวิเคราะห์จำแนกหมวดหมู่ตามความสำคัญ (ABC Analysis) และ การจัดหมวดหมู่ด้วยกฎเชิงคำสำคัญ (Rule-based Keyword Classification) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 – 2569 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากรายการใช้ยาสมุนไพรผู้ป่วยนอก (Out-patient Department : OPD) ในระบบ HDC ของกระทรวงสาธารณสุข (2568) ในหมวดรายงานมาตรฐาน > การเข้าถึงบริการ > แพทย์แผนไทย > OPD-อันดับการใช้ยาสมุนไพร ปีงบประมาณ 2565–2569 ประมวลผลเมื่อวันที่ 16 ธันวาคม 2568 ข้อมูลแต่ละรายการประกอบด้วย ปีงบประมาณ ชื่อยาสมุนไพร จำนวนจ่ายรวมทุกสิทธิ (ครั้ง) จำนวนจ่ายรวมสิทธิจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ครั้ง) จำนวนที่จ่ายรวมทุกสิทธิ (หน่วยนับ) และมูลค่ารวมทุกสิทธิ (บาท) รวมทั้งสิ้น 3,251 รายการ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิเคราะห์ข้อมูลรายการใช้ยาสมุนไพรผู้ป่วยนอก (OPD) ผู้วิจัยใช้โปรแกรม Microsoft Excel ผ่านฟังก์ชัน Pivot Table เพื่อจำแนกรายการยาที่มีความแตกต่างกัน จากนั้นดำเนินการจัดหมวดหมู่ข้อมูลด้วยไลบรารี Pandas ในภาษา Python[9] เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการและวิเคราะห์ข้อมูล

3. วิธีการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดาวน์โหลดข้อมูลรายการใช้ ยาสมุนไพรผู้ป่วยนอก (OPD) จากระบบ HDC ของกระทรวงสาธารณสุข[3] ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 – 2569 ซึ่งประมวลผลเมื่อวันที่ 16 ธันวาคม 2569

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วยสองขั้นตอนหลัก ดังนี้

1) การวิเคราะห์จำแนกหมวดหมู่ตามความสำคัญ (ABC Analysis)

ผู้วิจัยใช้ฟังก์ชัน Pivot Table ในโปรแกรม Microsoft Excel เพื่อสรุปและจำแนกรายการใช้ยาสมุนไพรผู้ป่วยนอก (OPD) ทั้งหมด 3,251 รายการ (ข้อมูลดิบจาก HDC) โดยจัดกลุ่มตามชื่อยาที่เหมือนกัน ได้กลุ่มย่อย 804 กลุ่ม (จัดกลุ่มตามชื่อ รูปแบบยา และสรรพคุณ) จากนั้นนำข้อมูลกลุ่มย่อยมาเรียงลำดับตามมูลค่าการใช้ยาจากมากไปน้อย และคำนวณมูลค่าสะสม (Cumulative Value) เพื่อจัดแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

- กลุ่ม A : รายการยาที่มีมูลค่าสะสมน้อยกว่าร้อยละ 80 ของมูลค่ารวมทั้งหมด
- กลุ่ม B : รายการยาที่มีมูลค่าสะสมมากกว่า 80–95% ของมูลค่ารวมทั้งหมด
- กลุ่ม C : รายการยาที่มีมูลค่าสะสมมากกว่าร้อยละ 95 ของมูลค่ารวมทั้งหมด

ผลลัพธ์จากการวิเคราะห์นำเสนอในรูปแบบตารางแสดงจำนวนกลุ่มย่อย ความถี่ในการใช้ยา และมูลค่ารวมสะสมในแต่ละกลุ่ม

2) การจัดหมวดหมู่ด้วยกฎเชิงคำสำคัญ (Rule-based Keyword Classification)

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ภาษา Python ร่วมกับไลบรารี Pandas เพื่อจัดหมวดหมู่ข้อมูลเชิงลึก โดยใช้ชื่อกลุ่มย่อยทั้ง 804 กลุ่มเป็นข้อมูลนำเข้า และกำหนดกฎเชิงคำสำคัญ (Keyword-based Rules) เพื่อจำแนกข้อมูลตามคุณลักษณะ 3 ด้าน ได้แก่

- สรรพคุณทางยา (เช่น บรรเทาอาการปวด แก้ไอ แก้ไข้)
- รูปแบบยา (เช่น แคปซูล ยาน้ำ ยาต้ม)
- ชนิดของสมุนไพร (เช่น ฟ้าทะลายโจร ขมิ้นชัน มะขามแขก)

โดยรายการยาที่เบิกทั้งหมด 3,250 รายการย่อย ๆ จัดกลุ่มตาม ชื่อ รูปแบบ และสรรพคุณ ได้ 804 กลุ่ม ซึ่ง 1 รายการ ไม่มีการแยกลงไป 2 กลุ่มได้ เพราะกฎตั้งตาม ชื่อ รูปแบบ และสรรพคุณที่ต่างกัน

ผลลัพธ์ที่ได้จะช่วยให้สามารถวิเคราะห์รูปแบบการใช้ยาสมุนไพรได้อย่างครบถ้วนและเป็นระบบ เพื่อนำไปสู่การบริหารจัดการเวชภัณฑ์ที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

5. ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้ข้อมูลทุติยภูมิที่ไม่สามารถระบุตัวบุคคลได้ เนื่องจากเป็นข้อมูลรายงานจากระบบ HDC ไม่ใช่ข้อมูลจากผู้ป่วยรายบุคคล และไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย จึงไม่เข้าข่าย "การวิจัยในคน"[10]

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 รายการยาสมุนไพรที่จ่ายในระบบบริการสุขภาพโดยใช้การจำแนกหมวดหมู่ตามความสำคัญ (ABC Analysis)

1.1 ภาพรวมการใช้ยาสมุนไพรตามกลุ่ม ABC

จากการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้ยาสมุนไพรในผู้ป่วยนอก (OPD) ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 – 2569 โดยใช้เทคนิค ABC Analysis ดังตารางที่ 1 พบว่ารายการยาสมุนไพรทั้งหมด 804 รายการ เมื่อจำแนกออกเป็น 3 กลุ่มหลักตามมูลค่าและความสำคัญ กลุ่ม A (High-value Items) ประกอบด้วยรายการยาสมุนไพร 31 กลุ่มย่อย (คิดเป็นร้อยละ 3.86 ของจำนวน กลุ่มย่อยทั้งหมด)

มีจำนวนการจ่ายรวม 84,837,355 ครั้ง (คิดเป็นร้อยละ 80.18) และมูลค่ารวม 4,672,668,931 บาท (คิดเป็นร้อยละ **79.61** ของมูลค่าทั้งหมด) โดยมีมูลค่าเฉลี่ย 55 บาทต่อครั้งสำหรับกลุ่ม B (Medium-value Items)ประกอบด้วยรายการยาสมุนไพร 65 กลุ่มย่อย (คิดเป็นร้อยละ 8.08) มีจำนวนการจ่ายรวม 15,871,839ครั้ง (คิดเป็นร้อยละ 15.00) และมูลค่ารวม 902,748,919 บาท (คิดเป็นร้อยละ 15.38) โดยมีมูลค่าเฉลี่ย 57 บาทต่อครั้ง และกลุ่ม C (Low-value Items) ประกอบด้วยรายการยาสมุนไพร 708 กลุ่มย่อย (คิดเป็นร้อยละ 88.06 ของรายการทั้งหมด) มีจำนวนการจ่ายรวม 5,093,658 ครั้ง (คิดเป็นร้อยละ 4.81) และมูลค่ารวม 293,841,622 บาท (คิดเป็นร้อยละ 5.01) โดยมีมูลค่าเฉลี่ย 58 บาทต่อครั้ง กลุ่มนี้แม้จะมีจำนวนรายการมากที่สุด แต่มีมูลค่ารวมต่ำที่สุด

ตารางที่ 1 การใช้ยาสมุนไพร OPD ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 – 2569 จาก 13 เขตสุขภาพ จำแนกตามกลุ่ม ABC

กลุ่ม ABC	จำนวนกลุ่มย่อย	จำนวนจ่ายรวมทุกสิทธิ (ครั้ง)	มูลค่ารวมทุกสิทธิ (บาท)	บาท/ครั้ง
A	31	84,837,355	4,672,668,931	55
B	65	15,871,839	902,748,919	57
C	708	5,093,658	293,841,622	58
รวม	**804**	**105,802,852**	**5,869,259,471**	**55**
A	3.86	80.18	79.61	3.86
B	8.08	15.00	15.38	8.08
C	88.06	4.81	5.01	88.06
รวม	**100.00**	**100.00**	**100.00**	

1.2 แนวโน้มการใช้ยาสมุนไพรรายปี

ผลการวิเคราะห์แนวโน้มการใช้ยาสมุนไพรในแต่ละปีงบประมาณ ดังตารางที่ 2 มีรายละเอียดดังนี้

ด้านจำนวนครั้งการใช้ยาสมุนไพรในแต่ละปีงบประมาณนั้นเริ่มเห็นแนวโน้มการเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 และต่อเนื่องจนถึงปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ส่วนมูลค่าการจ่ายยาสมุนไพรในแต่ละปีงบประมาณไม่แตกต่างกัน ยกเว้นปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ที่มีมูลค่าเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 19.48 และเพิ่มต่อเนื่องเล็กน้อยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 เมื่อพิจารณามูลค่าเฉลี่ยต่อครั้ง ดังตารางที่ 3 มีความผันแปรระหว่าง 54 – 58 บาทต่อครั้ง โดยปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 มีมูลค่าเฉลี่ยสูงสุดที่ 58 บาทต่อครั้ง ส่วนปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ลดลงร้อยละ 7.52 เหลือ 54 บาทต่อครั้ง

ตารางที่ 2 แนวโน้มการใช้ยาสมุนไพร OPD รายปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 – 2569 จาก 13 เขตสุขภาพ จำแนกตามกลุ่ม ABC

ปีงบประมาณ พ.ศ.	กลุ่ม ABC				อัตราการเปลี่ยนแปลงปีต่อปี
	A	B	C	รวม	
จำนวนจ่ายรวมทุกสิทธิ (ครั้ง)					
2565	18,935,806	3,467,654	1,214,508	23,617,968	
2566	18,175,971	3,741,927	1,190,782	23,108,680	-2.16
2567	20,661,465	3,995,440	1,213,871	25,870,776	11.95
2568	23,220,242	4,031,877	1,282,041	28,534,160	10.29
2569	3,843,871	634,941	192,456	4,671,268	
รวม	**84,837,355**	**15,871,839**	**5,093,658**	**105,802,852**	
มูลค่ารวมทุกสิทธิ (บาท)					
2565	1,058,112,543	165,848,118	61,001,128	1,284,961,789	
2566	986,725,790	208,945,165	69,214,264	1,264,885,218	-1.56
2567	1,204,658,054	233,276,044	73,384,320	1,511,318,418	19.48
2568	1,214,915,110	249,005,580	77,706,097	1,541,626,787	2.01
2569	208,257,434	45,674,012	12,535,812	266,467,259	
รวม	**4,672,668,931**	**902,748,919**	**293,841,622**	**5,869,259,471**	
บาท/ครั้ง					
2565	56	48	50	54	
2566	54	56	58	55	0.61
2567	58	58	60	58	6.73
2568	52	62	61	54	-7.52
2569	54	72	65	57	
รวม	**55**	**57**	**58**	**55**	

ส่วนที่ 2 จำแนกรายการยาสมุนไพรที่จ่ายในระบบบริการสุขภาพตามสรรพคุณ รูปแบบยา ขนาดบรรจุ และชนิดของสมุนไพร

จากตารางที่ 3 แสดงการจำแนกรายการยาสมุนไพรทั้งหมด 804 รายการตามรูปแบบยาและสรรพคุณ รายการยาสมุนไพรสามารถจำแนกได้ 20 รูปแบบหลัก โดยรูปแบบที่พบมากที่สุดคือยาแคปซูลจำนวน 286 รายการ คิดเป็นร้อยละ 35.57 รองลงมาคือยาน้ำจำนวน 88 รายการ คิดเป็นร้อยละ 10.95 และลำดับถัดไปคือยาต้มจำนวน 81 รายการ คิดเป็นร้อยละ 10.95

สามารถจำแนกสมุนไพรตามสรรพคุณได้ 13 กลุ่มหลัก ซึ่งสรรพคุณที่มีรายการใช้ยาสูงที่สุด 3 อันดับแรก คือ ยาที่มีสรรพคุณบำรุงร่างกาย–เสริมภูมิ รองลงมาคือยาที่รักษาทางเดินอาหาร–ธาตุ–ขับลม และยาแก้ปวดเมื่อย–คลายเส้น ตามลำดับ

ตารางที่ 3 การจำแนกรายการยาสมุนไพร OPD ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 – 2569 จาก 13 เขตสุขภาพ ตามสรรพคุณและรูปแบบยา

อันดับ	รูปแบบ	บำรุงร่างกาย-เสริมภูมิ	ทางเดินอาหาร-ธาตุ-ขับลม	แก้ปวดเมื่อย-คลายเส้น	แก้ไอ-ขับเสมหะ	โรคผิวหนัง-ผื่นคัน	บำรุงเลือด-สตรี	ยาต้ม-ประคบ-พอก-อบ	อื่น ๆ เฉพาะทาง	ริดสีดวง-ระบบหลอดเลือด	ระบาย-ถ่าย	น้ำมัน-บาล์ม-ทาภายนอก	แก้ไข้-ลดไข้	ขับปัสสาวะ-ไต	รวม
1	ยาแคปซูล	94	58	29	3	3	29	2	6	32	19		8	3	**286**
2	ยาน้ำ	2	11	4	49	6	1	1	11		1	2			**88**
3	ยาต้ม	15	12	8		6	26	6	3				1	4	**81**
4	ยาผง	22	11	3		1	4	5	6	2	2		1	1	**58**
5	ยาลูกกลอน	7	3	6	23		2		1	3			1		**46**
6	ยาเม็ด	5	3	3	21		2		1	1	5		4		**45**
7	ขี้ผึ้ง			26		13						3			**42**
8	ยาเข้าน้ำมัน			12		7			1			14			**34**
9	ยาชง	17	4		2	1	3	1			1			1	**30**
10	ครีม			7		11									**18**
11	ยาพอก			1				17							**18**
12	อื่น ๆ		4		1			3	6					1	**15**
13	เจล					10									**10**
14	ยาน้ำแขวนตะกอน		3			3		2							**8**
15	ยาประคบ							8							**8**
16	โลชั่น			1		4			1						**6**
17	ยาดม								5						**5**
18	ทิงเจอร์					4									**4**
19	ยาแช่								1						**1**
20	ยาดอง			1											**1**
รวม	**162**	**109**	**101**	**99**	**69**	**67**	**45**	**42**	**38**	**28**	**19**	**15**	**10**	**804**	

เมื่อพิจารณาการใช้ยาสมุนไพรที่มีมูลค่าสูง (กลุ่ม A) พบว่ารายการยา 31 รายการ มีมูลค่ารวมกันร้อยละ 79.61 โดยกลุ่มยาที่มีมูลค่าสูงสุด ได้แก่ ฟ้าทะลายโจร (ยาแคปซูล) มูลค่า 643.51 ล้านบาท (คิดเป็นร้อยละ 10.96 ของมูลค่ารวม), ขมิ้นชัน (ยาแคปซูล) มูลค่า 546.20 ล้านบาท (ร้อยละ 9.31) และ มะขามแขก (ยาแคปซูล) มูลค่า 472.61 ล้านบาท (ร้อยละ 8.05) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การจำแนกรายการยาสมุนไพร OPD ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 – 2569 จาก 13 เขตสุขภาพ กลุ่ม A ตามชนิดสมุนไพร รูปแบบยา และมูลค่า

ลำดับ	กลุ่มย่อย	มูลค่า (ล้านบาท)	มูลค่าสะสม (ล้านบาท)	ร้อยละสะสม
1	ฟ้าทะลายโจร, ยาแคปซูล	643.51	643.51	10.96
2	ขมิ้นชัน, ยาแคปซูล	546.20	1,189.71	20.27
3	มะขามแขก, ยาแคปซูล	472.61	1,662.31	28.32
4	ไพล, ยาแคปซูล	442.42	2,104.74	35.86
5	ยาประคบ, ยาประคบ	288.55	2,393.29	40.78
6	น้ำมันไพล, ยาเข้าน้ำมัน	205.72	2,599.01	44.28
7	ประสะมะแว้ง, ยาแคปซูล	192.88	2,791.89	47.57
8	ปราบชมพูทวีป, ยาแคปซูล	186.60	2,978.49	50.75
9	เถาวัลย์เปรียง, ยาแคปซูล	185.28	3,163.77	53.90
10	แก้ไอมะขามป้อม, ยาลูกกลอน	169.70	3,333.47	56.80
11	แก้ไอผสมมะขามป้อม สูตรตำรับที่ 1, ยาน้ำ	163.99	3,497.46	59.59
12	อมมะแว้ง, ยาเม็ด	116.86	3,614.31	61.58
13	ธาตุอบเชย, ยาแคปซูล	95.98	3,710.30	63.22
14	ขี้ผึ้งไพล สูตรตำรับที่ 1, ขี้ผึ้ง	88.73	3,799.03	64.73
15	สหัศธารา, ยาแคปซูล	84.73	3,883.76	66.17
16	หอมเทพจิตร, ยาแคปซูล	73.97	3,957.73	67.43
17	พญายอ, โลชั่น	69.71	4,027.44	68.62
18	มะระขี้นก, ยาแคปซูล	66.34	4,093.78	69.75
19	แก้ไอผสมมะขามป้อม สูตรตำรับที่ 2, ยาน้ำ	65.45	4,159.23	70.86
20	ไพลจีซาล, ครีม	57.96	4,217.19	71.85
21	พริก, โลชั่น	57.89	4,275.08	72.84
22	ขิง, ยาแคปซูล	54.53	4,329.60	73.77
23	หญ้าหนวดแมว, ยาแคปซูล	52.21	4,381.81	74.66
24	ยาที่ปรุงสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย, อื่น ๆ	43.75	4,425.56	75.40
25	หญ้าดอกขาว, ยาเม็ด	43.68	4,469.24	76.15
26	แคปซูลเถาวัลย์เปรียง ตราเคเอ็มพี, ยาแคปซูล	42.72	4,511.96	76.87
27	หอมนวโกฐ, ยาแคปซูล	33.27	4,545.24	77.44
28	หม่องเสลดพังพอน/เสลดพังพอนบาล์ม/หม่องพญายอ/ขี้ผึ้งพญายอ/ขี้ผึ้งเสลดพังพอน, ขี้ผึ้ง	32.83	4,578.07	78.00
29	ยาแผนไทยที่ปรุงสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย, อื่น ๆ	32.12	4,610.19	78.55

ตารางที่ 4 การจำแนกรายการยาสมุนไพร OPD ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 – 2569 จาก 13 เขตสุขภาพ กลุ่ม A ตามชนิดสมุนไพร รูปแบบยา และมูลค่า (ต่อ)

ลำดับ	กลุ่มย่อย	มูลค่า (ล้านบาท)	มูลค่าสะสม (ล้านบาท)	ร้อยละสะสม
30	ลูกประคบสมุนไพรร้านหมอยาไทย 101, ยาประคบ	31.77	4,641.96	79.09
31	แคปซูลเพชรสังฆาต ตราเคเอ็มพี, ยาแคปซูล	30.71	4,672.67	79.61
	รวมทั้งสิ้น	**4,672.67**		

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยนี้วิเคราะห์ข้อมูลการใช้ยาสมุนไพรจากระบบ HDC ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 – 2569 ครอบคลุมรายการใช้ยาสมุนไพรผู้ป่วยนอก (OPD) จำนวน 3,251 รายการ มูลค่ารวมกว่า 5,869.26 ล้านบาท โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์การจัดกลุ่มยาสมุนไพรด้วยเทคนิค ABC Analysis ตามมูลค่าการใช้งาน และจำแนกยาสมุนไพรตามลักษณะเฉพาะ ได้แก่ สรรพคุณทางการรักษา รูปแบบตำรับยา และประเภทสมุนไพร

การวิเคราะห์การจัดกลุ่มยาสมุนไพรด้วยวิธี ABC Analysis ตามมูลค่าการใช้ยา

ผลการวิจัยพบว่ารายการยาสมุนไพรทั้งหมด 804 รายการ สามารถจำแนกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่ม A (มูลค่าการใช้ยาสูงสุด) จำนวน 31 รายการ, กลุ่ม B จำนวน 65 รายการ และกลุ่ม C จำนวน 708 รายการ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 – 2568 มีจำนวนครั้งการใช้ยาและมูลค่าที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้ การวิเคราะห์ ABC ยังเป็นวิธีการที่ถูกนำมาใช้ในการบริหารยาแผนปัจจุบัน[11] และควรนำไปประยุกต์ใช้ในการบริหารยาสมุนไพรเพื่อสนับสนุนการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลในระดับประเทศ[12] และนานาชาติ[13-14] การมีข้อมูลรายการยาที่มีมูลค่าการใช้สูงช่วยให้สามารถตรวจสอบและประเมินรูปแบบการสั่งจ่ายยาของบุคลากรทางการแพทย์ ระบุยาที่อาจมีการใช้มากเกินความจำเป็น หรือค้นหาทางเลือกอื่นที่มีประสิทธิภาพใกล้เคียงแต่มีต้นทุนต่ำกว่า[15]

การจำแนกยาสมุนไพรตามลักษณะเฉพาะ

ยาในรูปแบบแคปซูลมีมูลค่าการใช้ยาสูงสุด รองลงมาคือ ยาน้ำและยาต้ม สะท้อนถึงความสะดวกในการเก็บรักษาและการใช้งานของรูปแบบแคปซูล ดังนั้น สถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพรจึงเป็นสิ่งที่ควรให้การสนับสนุนควบคู่ไปกับการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรอย่างสมเหตุสมผล[16] โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนที่นิยมใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรในการดูแลตนเอง[17]

ในด้านสรรพคุณของสมุนไพร พบว่ารายการใช้ยาสูงที่สุด 3 อันดับแรกคือ ยาที่มีสรรพคุณบำรุงร่างกาย–เสริมภูมิ รองลงมาคือยาที่รักษาทางเดินอาหาร–ธาตุ–ขับลม และยาแก้ปวดเมื่อย–คลายเส้น การจำแนกสรรพคุณที่มีความต้องการสูงดังกล่าวสามารถเป็นแนวทางให้บุคลากรทางการแพทย์มีความมั่นใจและเป็นตัวเลือกในการใช้ยาสมุนไพรให้แก่ประชาชนเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งมีผลต่อการจัดหาสมุนไพรในคลังยาให้พอเพียง โดยเฉพาะสมุนไพรมูลค่าสูงในกลุ่ม A สอดคล้องกับผลการศึกษามูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบงใต้ที่พบว่า สมุนไพรที่มีมูลค่าการใช้ยาสูงสุดในปีงบประมาณ 2566 อยู่ใน 32 รายการกลุ่มย่อย ได้แก่ เถาวัลย์เปรียง,

ฟ้าทะลายโจร, น้ำมันไพล, ยาหอมนวโกฐ และลูกประคบ[18] ในการวิจัยนี้ รายการยาในกลุ่ม A ที่ได้รับการยอมรับจากบุคลากรทางการแพทย์มากที่สุด คือ ฟ้าทะลายโจร ขมิ้นชัน และมะขามแขก ซึ่งเป็นตัวยาในรูปแบบแคปซูลทั้งสิ้น

ผลการวิจัยมีนัยสำคัญต่อการพัฒนาระบบยาสมุนไพรของประเทศในหลายมิติ ทั้งการบริหารจัดการคลังยาอย่างมีประสิทธิภาพ การกำหนดนโยบายสาธารณสุขที่อิงหลักฐาน การวางแผนงบประมาณและการจัดสรรทรัพยากรอย่างเหมาะสม รวมถึงการขับเคลื่อนอุตสาหกรรมสมุนไพรไทยให้เติบโตอย่างยั่งยืนและมีความมั่นคงในระยะยาว

แม้ว่าประเทศไทยได้บูรณาการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ เพื่อเพิ่มทางเลือกและการเข้าถึงบริการของประชาชน แต่ยังเผชิญความท้าทายสำคัญหลายประการ ได้แก่ หลักฐานวิจัยด้านประสิทธิผลและความปลอดภัยที่ยังจำกัด ความจำเป็นในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง การประยุกต์เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อยกระดับบริการ และราคายาสมุนไพรที่สูงขึ้นอาจกระทบต่อการเข้าถึงของผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง

ในขณะเดียวกัน การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและพฤติกรรมคนเมืองที่เปลี่ยนไปทำให้โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ระบบการแพทย์ปัจจุบันมีภาระสูง หากประเทศไทยสามารถพัฒนาการแพทย์ทางเลือกให้มีมาตรฐาน บุคลากรเฉพาะทางที่ได้รับการรับรอง และมีงานวิจัยรองรับผลการรักษาที่ชัดเจน ก็จะช่วยเพิ่มทางเลือกและความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพมากขึ้น

โดยสรุปการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าข้อมูลเชิงประจักษ์ว่าข้อมูลจากระบบ HDC สามารถนำมาใช้วิเคราะห์และพัฒนาระบบยาสมุนไพรของประเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพ การจัดกลุ่มยาด้วย ABC Analysis และการจำแนกตามลักษณะเฉพาะเป็นเครื่องมือสำคัญในการบริหารจัดการทรัพยากร การกำหนดนโยบาย และการขับเคลื่อนอุตสาหกรรมสมุนไพรไทยให้เติบโตอย่างยั่งยืน ท่ามกลางความท้าทายที่มีอยู่ ข้อมูลจากกาวิจัยนี้สามารถเป็นรากฐานสำคัญในการพัฒนาระบบการแพทย์แผนไทยให้มีมาตรฐาน มีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับ และสามารถตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนไทยได้อย่างมีประสิทธิภาพและเท่าเทียม

ข้อเสนอแนะ

สำหรับการวิจัยนี้มีข้อเสนอแนะที่สำคัญ 2 ประเด็น ดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์ ABC แสดงให้เห็นว่ายาสมุนไพรกลุ่ม A ซึ่งประกอบด้วยรายการสำคัญ เช่น ฟ้าทะลายโจร ขมิ้นชัน มะขามแขก และไพล มีมูลค่าการใช้งานร้อยละ 79.61 ของมูลค่าทั้งหมด ควรมีการจัดซื้อร่วม ควบคุมคุณภาพ ติดตามราคา และกำกับการใช้กลุ่ม B มีมูลค่าการใช้งานร้อยละ 15.38 ของมูลค่าทั้งหมด ควรติดตามแนวโน้มและปรับ สินค้าคลังตามฤดูกาล และกลุ่ม C มีมูลค่าการใช้งานร้อยละ 5.01 ของมูลค่าทั้งหมด ควรทำการทบทวนรายการซ้ำซ้อน หรือ ชื่อไม่มาตรฐาน หรือ รายการที่ใช้ต่ำมาก

2. ควรมีการพัฒนากลไกการจัดซื้อร่วมในระดับประเทศ (National Joint Procurement) และควรส่งเสริมการพัฒนาห่วงโซ่อุปทานแบบบูรณาการตั้งแต่ต้นน้ำจนถึงปลายน้ำ สนับสนุนการจัดตั้งโรงงานแปรรูปในระดับชุมชน และเชื่อมโยงผลิตภัณฑ์เข้าสู่ระบบสาธารณสุข เพื่อกระจายรายได้สู่ชุมชนท้องถิ่นและสร้างความมั่นคงทางยาอย่างยั่งยืน

3. ควรส่งเสริมให้หน่วยบริการทั่วประเทศเปลี่ยนมาใช้รหัสยามาตรฐานไทย (Thai Medicines Terminology : TMT) เพื่อลดความซ้ำซ้อน เพิ่มความแม่นยำในการวิเคราะห์ และเชื่อมโยงข้อมูลระดับชาติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. บทบาทการแพทย์แผนไทยในระบบบริการสุขภาพ [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 11 มีนาคม 2569]. เข้าถึงได้จาก : https://www.youtube.com/watch?v=pbDhsNRjrtw
2. กองสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. แผนปฏิบัติการด้านสมุนไพรแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2566 – 2570). กรุงเทพฯ: บริษัท เปเปอรี่ จำกัด; 2566. [เข้าถึงเมื่อ 11 มีนาคม 2569]. เข้าถึงได้จาก : https://nph.dtam.moph.go.th/publications/2561/
3. กระทรวงสาธารณสุข. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC), รายงานมาตรฐาน, การเข้าถึงบริการ, แพทย์แผนไทย, OPD-อันดับการใช้ยาสมุนไพร, ปีงบประมาณ 2565 – 2569 [อินเตอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 11 มีนาคม 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-subcatalog/30bc6364fc06a33a7802e16bc596ac3b
4. สำนักพัฒนามาตรฐานระบบข้อมูลสุขภาพไทย. บัญชีข้อมูลยาและรหัสยามาตรฐานไทย [อินเตอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 11 มีนาคม 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://this.or.th/service/tmt/
5. Heizer J, Render B, Munson C. Operations management: sustainability and supply chain management. 14th ed. Pearson; 2023.
6. Montgomery DC. Introduction to statistical quality control. 8th ed. John Wiley & Sons; 2020.
7. Gizaw T, Jemal A. How is Information from ABC-VED-FNS matrix analysis used to improve operational efficiency of pharmaceuticals inventory management? a cross-sectional case analysis. Integr Pharm Res Pract. 2021; 10: 65-73.
8. Sukendar I, Sugiyono A, Monfiqotusshifa M. Medicine inventory control by considering expiry periods and product returns using the always better control (ABC) analysis and the handley within model of economic order quality (EOQ) at pharmacies in Indonesia. J Technol Oper Manag. 2020; 15: 20-32.
9. The pandas development team. pandas-dev/pandas: Pandas (version latest) [Internet]. Zenodo; 2020 [cited 2026 Mar 11]. Available from: https://doi.org/10.5281/zenodo.3509134
10. Menikoff J, Kaneshiro J, Pritchard I. The common rule, updated. N Engl J Med. 2017; 376(7): 613-5.

11. จารุภา ตั้งก่อพันธุ์. การพัฒนาระบบงานคลังบริหารเวชภัณฑ์ยาโรงพยาบาลบ้านฉางให้มีมาตรฐานและปลอดภัย. วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ. 2567; 4(2): 121-32.
12. พักตร์วิภา สุวรรณพรหม, ศิริตรี สุทธจิตต์, สมหญิง พุ่มทอง, นุชรินธ์ โตมาชา, นภาภรณ์ ภูริปัญญวานิช, หทัยกาญจน์ เชาวนพูนผล. การขับเคลื่อนนโยบายจังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผลผ่านการอภิบาลระบบ: งานวิจัยเชิงคุณภาพ. Thai Bull Pharm Sci. 2566; 18(2): 143-65.
13. Gupta RK, Makkar N, Shamdasani S. Always, better and control - vital, essential, desirable matrix analysis of the drug store of a tertiary care teaching hospital of North India. Int J Res Med Sci. 2019; 7(12): 4728-4732.
14. Taddele BW, Wondimagegn AA, Asaro MA, Sorato MM, Gedayi BG, Hailesilase AA. ABC-VEN matrix analysis of the pharmacy store in a secondary level health care facility in Arbaminch Town, Southern Ethiopia. J Young Pharm. 2019; 11(2): 182-5.
15. จันทร์เพ็ญ อนุรัตนานนท์, ประจวบ กล่อมจิตร, พัทธ์ธีรา พรมทอง, รจเรข เลขกูล. การจัดตารางการสั่งซื้อยาในโรงพยาบาลรัฐกรณีศึกษาโรงพยาบาลสิรินธร. วารสารข่ายงานวิศวกรรมอุตสาหการไทย. 2563; 6(2): 8-19.
16. อารยา ส่องศรี. การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพร จังหวัดสงขลา. วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ. 2568; 5(2): 88-102.
17. Wuttikul C, Tong-on J, Wongkeaw W, Watcharawaleekul T, Phattanasobhon S. Use of herbal products and associated factors among patients with non-communicable diseases in a rural northern Thai community: a cross-sectional study. Sci Eng Health Stud. 2025; 19: 25050006.
18. จิตรลดา ทาตาสุข, วัฒนา ชยธวัช, สาคร คำเพราะ, ภักศจีภรณ์ ขันทอง. การพยากรณ์มูลค่าการจ่ายยาสมุนไพรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบงใต้. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี. 2568; 14(2): 25-33.

JOURNAL OF HEALTH CONSUMER PROTECTION
วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
Vol.6 No.1 January-June 2026
ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2569

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความรู้และพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้บริโภคในอำเภอชายแดน จังหวัดอุบลราชธานี

The effect of a knowledge and consumption behavior modification program regarding health products among consumers in Ubon Ratchathani's border districts

กิตติยาพร ทองไทย[1]

Kittiyaporn Thongthai[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนความรู้และพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้บริโภคใน 10 อำเภอชายแดน จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 326 คน ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ จากประชากรในพื้นที่อำเภอชายแดน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมซึ่งประกอบด้วยการจัดอบรมให้ความรู้เชิงปฏิบัติการเป็นเวลา 2 วัน ร่วมกับการจัดกิจกรรมกลุ่มย่อย การสร้างสื่อประชาสัมพันธ์ การดำเนินกิจกรรมสำรวจชุมชน การเยี่ยมบ้านเพื่อสังเกตพฤติกรรม และการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและแจ้งเตือนภัยในชุมชน เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณก่อนและหลังการทดลองระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงกันยายน พ.ศ. 2567 โดยใช้แบบสอบถามของกองพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา (ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) สถิติ McNemar test และ paired t-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพได้มาจากการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มร้านค้าในชุมชนและร้านขายของชำ และนำมาวิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้บริโภคมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3.16 คะแนน (95%CI: 2.88 – 3.45) ในทำนองเดียวกัน คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคหลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 6.60 คะแนน (95%CI: 5.71 – 7.50) นอกจากนี้ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพระบุว่า การบูรณาการกิจกรรมอบรมร่วมกับการลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน และการจัดตั้งระบบเฝ้าระวังในชุมชน สามารถหนุนเสริมให้เกิดความตระหนักร่วมกัน ส่งผลให้ร้านค้าและผู้บริโภคในอำเภอชายแดนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพให้ปลอดภัยได้อย่างยั่งยืน

คำสำคัญ : ความรู้ในการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ, พฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ, ผลิตภัณฑ์สุขภาพ

---

[1] เภสัชกรชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

[1] Pharmacist, Senior Professional Level. Division of Consumer Protection and Public Health Pharmacy, Ubon Ratchathani Provincial Public Health Office. E-mail : kittiyaporn34000@gmail.com

Received: 3 APR 2026, Revised: 27 JUN 2026, Accepted: 27 JUN 2026

Abstract

This quasi-experimental study aimed to examine the effects of a behavior modification program on the knowledge and consumption behaviors regarding health products among consumers across 10 border districts in Ubon Ratchathani Province. A sample of 326 participants was selected using stratified random sampling from the population in these border areas. The experimental tool was a behavior modification program comprising a 2-day workshop training combined with small-group activities, public relations media creation, community surveys, home visits for behavioral observation, and the development of a community surveillance and warning system. Quantitative data were collected from July to September 2024 using a questionnaire developed by the Consumer Potential Development Division, Food and Drug Administration. The quantitative data were analyzed using descriptive statistics (frequency, percentage, mean, and standard deviation), the McNemar test, and the paired t-test. Meanwhile, qualitative data were gathered through in-depth interviews with local shops and grocery stores and were analyzed using content analysis.

The results revealed that after participating in the behavior modification program, the consumers' average knowledge score on health product consumption significantly increased by 3.16 points (95% CI: 2.88 - 3.45). Similarly, their average consumption behavior score after the program was significantly higher than before the intervention by 6.60 points (95% CI: 5.71 - 7.50). Furthermore, the qualitative analysis indicated that integrating the training workshop with home visits and establishing a community surveillance system fostered mutual awareness, effectively enabling local retailers and consumers in these border districts to sustainably modify their health product consumption behaviors toward safety.

Keywords : Knowledge in health product consumption, health product consumption behavior, health products

บทนำ

อำเภอชายแดนของประเทศไทย โดยเฉพาะในจังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งมีเขตพื้นที่ติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้านทั้งสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวและราชอาณาจักรกัมพูชา จำนวน 10 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเขมราฐ, อำเภอโพธิ์ไทร, อำเภอนาตาล, อำเภอศรีเมืองใหม่, อำเภอโขงเจียม, อำเภอสิรินธร, อำเภอบุณฑริก, อำเภอน้ำยืน, อำเภอนาจะหลวย และอำเภอน้ำขุ่น เป็นพื้นที่ที่มีความจำเพาะและซับซ้อนสูงด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ได้มาตรฐาน ยาชุด ยาหมอเถื่อน เครื่องสำอางผสมสารห้ามใช้ และอาหารปนเปื้อนสารเคมี สามารถเล็ดลอดและกระจายเข้าสู่ชุมชนชายแดนได้อย่างรวดเร็วผ่านช่องทางธรรมชาติ ตลาดชายแดน และระบบค้าปลีกในท้องถิ่น[1] ประกอบกับบริบททางวัฒนธรรม ความเชื่อ และภาษาที่คาบเกี่ยวกัน ทำให้ผู้บริโภคในพื้นที่ชายแดนมักตกเป็นกลุ่มเป้าหมายของโฆษณาชวนเชื่อที่เกินจริง ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยอย่างรุนแรง[2] แม้ว่าที่ผ่านมาหน่วยงานสาธารณสุขจะมีความพยายามในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว แต่มาตรการส่วนใหญ่มักเน้นการกำกับดูแลจากภาครัฐหรือการตรวจจับทางกฎหมาย ซึ่งยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างยั่งยืน เนื่องจากข้อจำกัดด้านกำลังคนและพื้นที่ที่กว้างขวาง การสร้าง "ความรอบรู้ด้านสุขภาพ" (Health Literacy) และ "พฤติกรรมการบริโภคที่ปลอดภัย" ให้เกิดขึ้นในตัวผู้บริโภคเอง จึงเป็นกุญแจสำคัญในการสร้างภูมิคุ้มกันที่ยั่งยืน อย่างไรก็ตาม โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในอดีตมักถูกออกแบบมาสำหรับบริบทสังคมเมืองหรือพื้นที่ทั่วไป ซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและปัจจัยกำหนดสุขภาพเฉพาะของชุมชนชายแดนจังหวัดอุบลราชธานี

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบและโปรแกรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในประเทศไทย สามารถแบ่งแนวทางการดำเนินงานในอดีตออกเป็น 3 กลุ่มหลัก ดังนี้ :

1. การพัฒนากลไกเครือข่ายชุมชน (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม./ร้านชำ/แกนนำ) งานวิจัยจำนวนมากชี้ให้เห็นว่าการอบรมและพัฒนาศักยภาพเครือข่ายในชุมชนเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการเฝ้าระวัง การศึกษาของ สมชาย แก้วมณี และคณะ ที่พบว่าโปรแกรมการฝึกอบรม อสม. และผู้ประกอบการร้านชำช่วยเพิ่มความรู้และส่งผลให้สัดส่วนของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยในร้านชำลดลงอย่างมีนัยสำคัญ[3] สอดคล้องกับ พรทิพย์ สุขเกษม และคณะ ที่ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการจัดการปัญหายาชุดและเครื่องสำอางอันตราย ซึ่งช่วยให้ชุมชนเกิดความตระหนักและสามารถคัดกรองผลิตภัณฑ์สุขภาพเบื้องต้นได้เอง[4]

ช่องว่างของงานเดิม : แม้การพัฒนาเครือข่าย (อสม. หรือ ร้านชำ) จะช่วยลด "อุปทาน" (Supply) หรือการนำสินค้าเข้ามาขายในชุมชนได้ดี แต่หาก "อุปสงค์" (Demand) หรือความต้องการของผู้บริโภคยังคงอยู่เนื่องจากขาดความรู้และพฤติกรรมที่ถูกต้อง ผู้บริโภคก็มักจะดิ้นรนไปหาซื้อผลิตภัณฑ์เหล่านั้นจากช่องทางอื่นนอกชุมชนอยู่ดี

2. โปรแกรมคุ้มครองผู้บริโภคในพื้นที่ชายแดนอื่น ๆ ในบริบทพื้นที่ชายแดน มีการศึกษาของ นงนุช คนดี และคณะ ในเขตชายแดนภาคเหนือ ซึ่งระบุว่าโครงสร้างทางสังคมที่มีความหลากหลาย

ทางชาติพันธุ์และประชากรแฝง ทำให้การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพเป็นไปได้ยาก การจัดโปรแกรมคุ้มครองผู้บริโภคในพื้นที่ดังกล่าวจึงต้องอาศัยกลไก "หน้าด่าน" เช่น ด่านอาหารและยาชุมชน และการบังคับใช้กฎหมายร่วมกับผู้นำท้องถิ่นเพื่อสกัดกั้นผลิตภัณฑ์ข้ามแดนที่ผิดกฎหมาย[5]

ช่องว่างของงานเดิม : มาตรการในพื้นที่ชายแดนส่วนใหญ่มักเน้นหนักไปที่การควบคุมทางกายภาพ (Physical Control) และการสกัดกั้น ณ จุดผ่านแดน แต่อาจพึ่งพาการปรับเปลี่ยนเชิงพฤติกรรมศาสตร์ (Behavioral Sciences) ในระดับบุคคลและครอบครัวของผู้บริโภคในพื้นที่อย่างเฉพาะเจาะจงน้อยมาก

3. ประสิทธิผลของสื่อประชาสัมพันธ์การใช้สื่อและสารสนเทศในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นอีกวิธีที่นิยม วรรณภา มีทรัพย์ และคณะ พบว่าการประยุกต์ใช้สื่อดิจิทัลและสื่อท้องถิ่น (เช่น หอกระจายข่าวภาษาถิ่น) สามารถเพิ่มคะแนนความรู้และการรู้เท่าทันโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้บริโภคได้ในระยะสั้น[6] อย่างไรก็ตาม งานวิจัยของ วิชัย พลเยี่ยม ที่ชี้ว่าลำพังการให้ข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อเพียงอย่างเดียว (Information Provision) มักไม่เพียงพอที่จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยน "พฤติกรรมการปฏิบัติ" ในชีวิตจริงได้อย่างยั่งยืน หากขาดกระบวนการกระตุ้นเตือนและการสนับสนุนทางสังคมในพื้นที่[7]

ความใหม่และจุดเด่นของงานวิจัยชิ้นนี้เพื่อปิดช่องว่าง (Gap) จากงานวิจัยในอดีต งานวิจัยเรื่อง "ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความรู้และพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้บริโภคในอำเภอชายแดน จังหวัดอุบลราชธานี" จึงถูกออกแบบขึ้นโดยมีจุดเด่นและความใหม่ที่ต่างออกไป ดังนี้ :

- เปลี่ยนเป้าหมายจาก "ผู้เฝ้าระวัง" มาที่ "ผู้บริโภคโดยตรง" (Focus on Demand Side) : งานวิจัยนี้ไม่ได้เน้นไปที่การอบรม อสม. หรือร้านค้าเหมือนงานส่วนใหญ่ แต่เน้นการสร้างโปรแกรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ตัวผู้บริโภคในพื้นที่ชายแดนโดยตรง เพื่อตัดวงจรอุปสงค์ของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัย

- การออกแบบโปรแกรมที่จำเพาะต่อบริบทชายแดนอุบลราชธานี (Context-Specific Design) : มีการบูรณาการปัจจัยด้านพฤติกรรมศาสตร์วัฒนธรรมความเชื่อท้องถิ่น รวมถึงภาษาที่ใช้ในการสื่อสาร (ภาษาไทยอีสาน/ลาว) เข้ามาในโปรแกรม ซึ่งมีความจำเพาะต่างจากโปรแกรมทั่วไปในเขตเมืองหรือชายแดนภาคอื่น

- การประเมินผลลัพธ์เชิงพฤติกรรมในชีวิตจริง (Behavioral Outcome Evaluation) : นอกจากการวัดระดับความรู้ (Knowledge) แล้ว งานวิจัยนี้มุ่งเน้นการวัดผลสัมฤทธิ์ไปจนถึงระดับ "พฤติกรรมการบริโภคจริง" และวิถีการเลือกซื้อ เพื่อให้มั่นใจว่าโปรแกรมนี้สามารถสร้างพฤติกรรมความปลอดภัยที่ยั่งยืน ไม่ใช่เพียงแค่ความจำระยะสั้นจากสื่อประชาสัมพันธ์

ดังนั้น ผลการศึกษาจากงานวิจัยนี้จะไม่เพียงแต่ช่วยปกป้องสุขภาพของประชาชนในอำเภอชายแดน จังหวัดอุบลราชธานีเท่านั้น แต่จะเป็นการพัฒนา "รูปแบบเชิงนวัตกรรม (Innovative Model)" ในการสร้างความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพที่สามารถนำไปขยายผลในพื้นที่ชายแดนอื่น ๆ ที่มีบริบทคล้ายคลึงกันทั่วประเทศได้

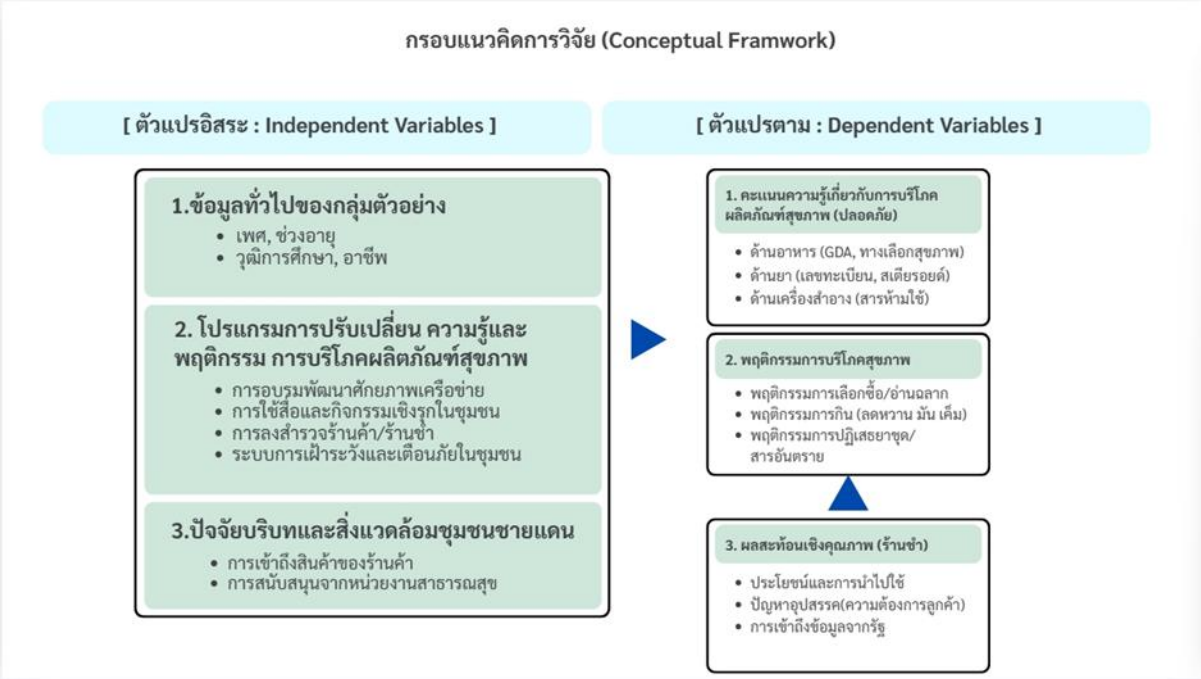
วัตถุประสงค์

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้และพฤติกรรม

การบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพก่อนและหลังการทดลองใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนความรู้และพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้บริโภคในอำเภอชายแดน จังหวัดอุบลราชธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดการวิจัยที่พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมโดยมุ่งเน้นไปที่การปรับเปลี่ยนความรู้และพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยมีตัวแปรอิสระทั้งในระดับบุคคล (ข้อมูลทั่วไป) ระดับมาตรการ/โปรแกรม และระดับสิ่งแวดล้อม (ปัจจัยบริโภคเชิงพื้นที่ชายแดน) ส่งผลไปยังตัวแปรตามที่เป็นระดับความรู้ พฤติกรรม และผลสะท้อนเชิงคุณภาพ ซึ่งได้นำแนวคิดและทฤษฎี KAP Model (Knowledge–Attitude–Practice) เป็นหลัก[8] ซึ่งเป็นกรอบที่ใช้กันแพร่หลายในงานวิจัยด้านสุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีตรรกะว่า การให้ความรู้ (Knowledge) ผ่านโปรแกรมแทรกแซง จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Practice/ Behavior) ซึ่งในแผนภาพนี้สะท้อนชัดผ่านผลลัพธ์ทั้งสองด้าน ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด (Conceptual Framework) แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยก่อนการศึกษา (ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยพื้นฐาน) โปรแกรมการปรับเปลี่ยนความรู้และพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งเชิงทดลอง (Quasi-experimental Research) ที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะกรรมการส่งเสริมจริยธรรมในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SSJ.UB2567-242 ดำเนินการวิจัยในช่วงเดือนกรกฎาคมถึงกันยายน 2567 วิธีดำเนินการวิจัยประกอบด้วย

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้กำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1.1 ประชากร คือ ผู้นำชุมชน เจ้าของร้านค้าร้านชำ ผู้ประการขายอาหารสด อาหารปรุงจำหน่าย ตัวแทนชาวบ้านในชุมชน นักเรียน นักศึกษา และ อสม. ในอำเภอชายแดน จังหวัดอุบลราชธานี ที่เข้าร่วมอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในเขตพื้นที่ชายแดน จังหวัดอุบลราชธานี

1.2 กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 326 คน ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) จากประชากรในพื้นที่ 10 อำเภอชายแดน จังหวัดอุบลราชธานี ดังนี้

1.2.1 เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

(1) ผู้นำชุมชน เจ้าของร้านค้าร้านชำ ผู้ประกอบการขายอาหารสด อาหารปรุงจำหน่าย ตัวแทนชาวบ้านในชุมชน นักเรียน นักศึกษา และ อสม.

(2) สามารถอ่านและตอบแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง

(3) สมัครใจตอบแบบสอบถาม

1.2.2 เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria) ผู้นำชุมชน เจ้าของร้านค้าร้านชำ ผู้ประกอบการขายอาหารสด อาหารปรุงจำหน่าย ตัวแทนชาวบ้านในชุมชน นักเรียน นักศึกษา และ อสม. ที่ไม่สมัครใจตอบแบบสอบถาม หรือที่ไม่เข้ารับการอบรมฯ ในวันที่เก็บข้อมูล

1.2.3 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้เป็นการวิจัยที่มีความเสี่ยงต่ำ มีความปลอดภัยต่อประชากรผู้เข้าร่วมการศึกษา โดยข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ และประมวลผลในภาพรวมไม่ระบุชื่อหรือเปิดเผยข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลแก่บุคคลอื่นและจะไม่มีผลใด ๆ กับประชากรผู้เข้าร่วมการศึกษา หากผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้เยาว์ (อายุต่ำกว่า 18 ปี บริบูรณ์) จะระบุข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (Information Sheet) ว่า “หมายเหตุ : หากผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้เยาว์ (อายุต่ำกว่า 18 ปี บริบูรณ์) และเอกสารชี้แจงนี้ทำให้ผู้ปกครอง/ผู้แทน โดยชอบธรรมเป็นผู้อ่านให้เปลี่ยนสรรพนาม “ท่าน” เป็น “เด็กในปกครองของท่าน” ตามตำแหน่งที่เหมาะสม

2. เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

2.1 แบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยได้มาจากแบบสอบถามประเมินความรู้และพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ (อาหาร ยา และเครื่องสำอาง) อย่างปลอดภัย ของกองพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา แบ่งออกเป็น 3 ตอน ประกอบด้วย

- ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถาม
- ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ยา และเครื่องสำอางอย่างปลอดภัย
- ตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ยา และเครื่องสำอางอย่างปลอดภัย

2.2 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) เพื่อศึกษาความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ประกอบการร้านค้าร้านชำเกี่ยวกับการนำ

ความรู้ที่ได้จากการเข้าร่วมโครงการไปใช้ประโยชน์ ปัญหา อุปสรรค และปัจจัยแห่งความสำเร็จของโครงการ และเพื่อนำผลมาปรับปรุง พัฒนาศักยภาพเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในเขตพื้นที่ชายแดน จังหวัดอุบลราชธานี ให้มีประสิทธิภาพและมีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้ในบริบทของพื้นที่

2.3 โปรแกรมการปรับเปลี่ยนความรู้และพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้บริโภคในอำเภอชายแดน จังหวัดอุบลราชธานี ดำเนินการจัดอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในเขตพื้นที่ชายแดน จำนวน 10 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเขมราฐ, อำเภอโพธิ์ไทร, อำเภอนาตาล, อำเภอศรีเมืองใหม่, อำเภอโขงเจียม, อำเภอสิรินธร, อำเภอบุณฑริก, อำเภอน้ำยืน, อำเภอนาจะหลวย และอำเภอน้ำขุ่น หลักสูตรอำเภอละ 1 วัน จำนวน 1 ครั้ง บรรยายโดยวิทยากรจากกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ได้รับการสนับสนุนสื่อจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา อบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ยา และเครื่องสำอางอย่างปลอดภัย และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ยา และเครื่องสำอางอย่างปลอดภัย กิจกรรมประกอบด้วย

2.3.1 การทดสอบความรู้ก่อนและหลังได้รับการอบรมของกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 1 ชุมชน /1 อำเภอ จำนวนรวม 326 คน

2.3.2 ลงพื้นที่สำรวจร้านค้า ร้านชำ และสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ผู้ประกอบการร้านค้า ร้านชำ ภายหลังได้การอบรม จำนวน 2 แห่ง/อำเภอ จำนวนรวม 20 คน

แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามมาตรฐานของกองพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ซึ่งผ่านการพัฒนาและใช้ในการดำเนินงานระดับประเทศ ผู้วิจัยไม่ได้ดัดแปลงข้อคำถาม อย่างไรก็ตาม เนื่องจากไม่ได้ดำเนินการตรวจสอบค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Index of Item Objective Congruence : IOC) และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ซ้ำ จึงถือเป็นข้อจำกัดของการวิจัยนี้

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป STATA โดยนำข้อมูลจากแบบสอบถามที่เก็บรวบรวมได้นำมาวิเคราะห์ โดยใช้วิธีการสำรวจเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยการสัมภาษณ์ผู้ประกอบการร้านค้า ร้านชำ กลุ่มเป้าหมายในอำเภอชายแดน จังหวัดอุบลราชธานี รายงานข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้ McNemar's test เปรียบเทียบระดับความรู้และพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้บริโภคในอำเภอชายแดน จังหวัดอุบลราชธานี และก่อนการวิเคราะห์ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบการกระจายตัวของข้อมูลด้วย Shapiro–Wilk test พบว่าคะแนนรวมก่อนและหลังการทดลองมีการแจกแจงแบบปกติ ($p>0.05$) จึงเลือกใช้ paired t-test ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนรวมของความรู้และพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้บริโภคในอำเภอชายแดน จังหวัดอุบลราชธานีก่อนและหลังได้รับการอบรม ค่านัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์กำหนดไว้ที่ระดับ 0.05 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยผู้วิจัยถอดเทป การสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ

จากนั้นจัดหมวดหมู่ข้อมูล (Coding) จัดกลุ่มประเด็น (Category) และสังเคราะห์เป็นประเด็นหลัก (Theme) พร้อมตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลจากการเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างผู้ให้ข้อมูล (Data triangulation)

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยเชิงปริมาณ

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง จำนวน 265 คน (ร้อยละ 81.29) มีอายุต่ำกว่า 16 ปี (ร้อยละ 30.67) สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา จำนวน 182 คน (ร้อยละ 55.83) ประกอบอาชีพเกษตรกร จำนวน 166 คน (ร้อยละ 50.92) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (n = 326)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	61	18.71
หญิง	265	81.29
ช่วงอายุ		
ต่ำกว่า 16 ปี	100	30.67
16 – 20 ปี	10	3.07
21 – 30 ปี	37	11.35
31 – 40 ปี	96	29.45
41 – 50 ปี	70	21.47
51 – 60 ปี	-	-
มากกว่า 60 ปี	13	3.99
วุฒิการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1	0.31
ประถมศึกษา	115	35.27
มัธยมศึกษา	182	55.83
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	3	0.92
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	19	5.83
สูงกว่าปริญญาตรี	6	3
อื่น ๆ	-	-

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (n = 326) (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
นักเรียน/นักศึกษา	100	30.67
เกษตรกร	166	50.92
รับจ้าง/ลูกจ้าง	18	5.52
ข้าราชการ/ลูกจ้างของรัฐ/พนักงานของรัฐ	26	7.98
พนักงานบริษัทเอกชน	1	0.31
พ่อบ้าน/แม่บ้าน/เกษียณอายุราชการ/ว่างงาน	6	1.84
อื่น ๆ	9	2.76

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความรู้การบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ (อาหาร ยา และเครื่องสำอาง) อย่างปลอดภัย ผู้บริโภคมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพหลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมเฉลี่ย 3.16 คะแนน ค่าช่วงความเชื่อมั่นที่ระดับ 95% จะมีค่าคะแนนแตกต่างกันระหว่าง 2.88 ถึง 3.45 คะแนน (95%CI : 2.88 – 3.45) ก่อนการเข้าร่วมการอบรมฯ กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุด คือ “การกินอาหารที่มีรสชาติ หวาน มัน เค็ม มากเกินไปทำให้เกิดความเสี่ยงในการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable Diseases : NCDs) เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด” ส่วนรายการที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกน้อยที่สุด และมีความรู้ฯ อยู่ในระดับต่ำ คือ “ยาปฏิชีวนะ คือ ยาแก้อักเสบ” หลังการเข้าร่วมการอบรมฯ กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุด คือ “สัญลักษณ์นี้คือ เครื่องหมายสัญลักษณ์โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ” (Healthier Choice) ที่จะพบในผลิตภัณฑ์อาหารที่มีปริมาณสารอาหาร เช่น น้ำตาล ไขมัน และเกลือ (โซเดียม) ไม่เกินปริมาณที่กำหนด” และ “การกินอาหารที่มีรสชาติหวาน มัน เค็ม มากเกินไปทำให้เกิดความเสี่ยงในการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด” ส่วนรายการที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกน้อยที่สุด คือ “ผลิตภัณฑ์อาหารที่มีสัญลักษณ์ “ทางเลือกสุขภาพ” แสดงว่าเป็นผลิตภัณฑ์อาหารที่สามารถกินมากเท่าไรก็ได้ รายละเอียดดังตารางที่ 2 และ 3

ตารางที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ (อาหาร ยา และเครื่องสำอาง) ก่อนและหลังการอบรมของผู้บริโภคในอำเภอชายแดน จังหวัดอุบลราชธานี (n = 326)

ข้อคำถามที่			ร้อยละของผู้ที่ตอบถูก		
			Pre-test	Post-test	p-value
1.		ข้อความบนฉลากหวาน มัน เค็ม (ฉลาก GDA) นี้หมายความว่าถ้าท่านกินขนมกรุบกรอบที่แสดงฉลากนี้ ท่านควรแบ่งกิน 7 ครั้ง	58.59	95.09	<0.001

ตารางที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ (อาหาร ยา และเครื่องสำอาง) ก่อนและหลังการอบรมของผู้บริโภคในอำเภอชายแดน จังหวัดอุบลราชธานี (n = 326) (ต่อ)

ข้อคำถามที่		ร้อยละของผู้ที่ตอบถูก		
		Pre-test	Post-test	p-value
2.	 สัญลักษณ์นี้คือ เครื่องหมายสัญลักษณ์โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ” (Healthier Choice) ที่จะพบในผลิตภัณฑ์อาหารที่มีปริมาณสารอาหาร เช่น น้ำตาล ไขมัน และเกลือ (โซเดียม) ไม่เกินปริมาณที่กำหนด	86.50	99.39	<0.001
3.	ฉลากหวาน มัน เค็ม (ฉลาก GDA) คือ ฉลากที่แสดงข้อมูลเกี่ยวกับค่าพลังงาน น้ำตาล ไขมัน และโซเดียม (เกลือ)	81.60	99.08	<0.001
4.	การกินอาหารที่มีรสชาติ หวาน มัน เค็ม มากเกินไปทำให้เกิดความเสี่ยงในการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด	85.58	99.39	<0.001
5.	ผลิตภัณฑ์อาหารที่มีสัญลักษณ์ “ทางเลือกสุขภาพ” แสดงว่าเป็นผลิตภัณฑ์อาหารที่สามารถกินมากเท่าไรก็ได้	65.03	91.72	<0.001
6.	ฉลากยาต้องแสดงเลขที่ใบสำคัญการขึ้นทะเบียนตำรับยา เช่น เลขทะเบียนยาที่ G 70/48 โดยไม่ต้องมีกรอบเครื่องหมาย อย.	45.71	95.71	<0.001
7.	ยาปฏิชีวนะ คือ ยาแก้อักเสบ	38.96	96.63	<0.001
8.	การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างพร่ำเพรื่อหรือไม่มีเหตุจำเป็น อาจได้รับอันตรายจากการแพ้ยา รวมถึงทำให้เกิดภาวะเชื้อดื้อยาได้	89.88	96.63	<0.001
9.	ยาชุด ยาลูกกลอน ยาต้ม ยาหม้อ ยาพระ รวมทั้งยาที่อวดอ้างสรรพคุณว่ารักษาได้สารพัดโรคมักพบว่ามีส่วนผสมของสเตียรอยด์	63.19	96.01	<0.001
10.	ยาที่มีส่วนผสมของสารสเตียรอยด์ ทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย ได้แก่ ความดันโลหิตสูง กระดูกพรุน ต้อหิน ต้อกระจก เกิดแผลในกระเพาะอาหาร ผิวบาง หน้ากลม เป็นวงพระจันทร์ หลังเป็นหนอก เป็นต้น	79.14	97.85	<0.001
11.	ฉลากผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง ต้องมีเลขที่ใบรับจดแจ้งบนฉลาก	92.33	98.77	<0.001
12.	หากใช้เครื่องสำอางใดเป็นครั้งแรก ควรทดสอบการแพ้ก่อนใช้ด้วยการทาผลิตภัณฑ์นั้นในปริมาณเล็กน้อยบริเวณท้องแขน	91.41	98.16	<0.001
13.	เครื่องสำอางที่อ้างว่าแก้สิว ฝ้า ทำให้หน้าขาว อาจจะผสมสารห้ามใช้ เช่น สารไฮโดรควิโนน กรดเรทิโนอิก หรือกรดวิตามินเอ สารปรอท สารสเตียรอยด์ ซึ่งก่อให้เกิดอันตรายต่อผิวหน้าในระยะยาว	86.20	96.93	<0.001

ตารางที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ (อาหาร ยา และเครื่องสำอาง) ก่อนและหลังการอบรมของผู้บริโภคในอำเภอชายแดน จังหวัดอุบลราชธานี (n = 326) (ต่อ)

ข้อคำถามที่		ร้อยละของผู้ที่ตอบถูก		
		Pre-test	Post-test	p-value
14.	การใช้เครื่องสำอางที่มีสารอันตราย และสารห้ามใช้อาจทำให้เกิดอาการข้างเคียง เช่น การระคายเคือง แสบแดง ลอก ฝ้าถาวร และอาจเกิดพิษต่อระบบอื่น ๆ ของร่างกาย เช่น ระบบประสาท ตับ ไต และส่งผลต่อทารกในครรภ์ได้ เป็นต้น	74.23	97.24	<0.001
15.	เครื่องสำอางสามารถกล่าวอ้างสรรพคุณทางเพศ เช่น ช่วยให้อกฟู รูฟิต ไร้กลิ่น และช่วยเพิ่มสมรรถภาพทางเพศได้	59.51	94.48	<0.001

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ (อาหาร ยา และเครื่องสำอาง) ก่อนและหลังการอบรมของผู้บริโภคในอำเภอชายแดน จังหวัดอุบลราชธานี (n = 326)

ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ	$\bar{x}$	SD	$\bar{d}$	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง	11.32	2.36	3.16	2.88 – 3.45	21.864	<0.001
หลังการทดลอง	14.48	1.35				

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ (อาหาร ยา และเครื่องสำอาง) อย่างปลอดภัยผู้บริโภคมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพหลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมเฉลี่ย 6.60 คะแนน ค่าช่วงความเชื่อมั่นที่ระดับ 95% จะมีค่าคะแนนแตกต่างกันระหว่าง 5.71 ถึง 7.50 คะแนน (95%CI : 5.71 – 7.50) ก่อนเข้าร่วมอบรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมฯ ในภาพรวมอยู่ในระดับดี โดยรายการที่กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมฯ มากที่สุด คือ “ท่านอ่านข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง ปฏิบัติตามวิธีใช้ และใช้ด้วยความระมัดระวังตามคำเตือนที่ระบุไว้อย่างเคร่งครัด” มีค่าเฉลี่ยคะแนน 3.57 + 0.89 (คะแนนเต็ม 4) ส่วนรายการที่กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมฯ น้อยที่สุด คือ “ท่านกินอาหารรสเค็มจัด และขนมหวาน เช่น ปลาเค็ม ไส้กรอก แหนม ขนมเค้ก ฝอยทอง ขนมชั้น กล้วยบวชชี ฯลฯ” มีค่าเฉลี่ยคะแนน 2.52 + 0.78 (คะแนนเต็ม 4) โดยหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมในโครงการฯ กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมฯ ในภาพรวมเพิ่มขึ้น โดยรายการที่กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมฯ มากที่สุด คือ “ท่านอ่านข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง ปฏิบัติตามวิธีใช้ และใช้ด้วยความระมัดระวังตามคำเตือนที่ระบุไว้อย่างเคร่งครัด” มีค่าเฉลี่ยคะแนน 3.84 + 0.53 (คะแนนเต็ม 4) ส่วนรายการที่กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมฯ น้อยที่สุด คือ “ท่านกินอาหารรสเค็มจัด และขนมหวาน เช่น ปลาเค็ม ไส้กรอก แหนม ขนมเค้ก ฝอยทอง ขนมชั้น กล้วยบวชชี ฯลฯ”มีค่าเฉลี่ยคะแนน 2.60 + 0.82 (คะแนนเต็ม 4) ดังตารางที่ 4 และ 5

ตารางที่ 4 พฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ (อาหาร ยา และเครื่องสำอาง) ก่อนและหลังการอบรมของผู้บริโภคในอำเภอชายแดน จังหวัดอุบลราชธานี (n = 326)

ข้อคำถามที่		Pre-test		Post-test	
		$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD
1.	ท่านอ่านฉลากอาหารก่อนเลือกซื้ออาหารสำเร็จรูปหรือเครื่องดื่มในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท	3.389	0.822	3.755	0.577
2.	ท่านเปรียบเทียบคุณค่าอาหารจากฉลากโภชนาการก่อนเลือกซื้อผลิตภัณฑ์อาหาร	3.034	0.962	3.546	0.778
3.	ท่านเลือกซื้อผลิตภัณฑ์อาหาร ที่มีฉลากแสดงสัญลักษณ์โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ” ก่อนตัดสินใจเลือกซื้อ	3.181	0.932	3.623	0.703
4.	ท่านอ่านฉลากหวาน มัน เค็ม (ฉลาก GDA) เพื่อเลือกอาหารที่เหมาะสมกับตนเอง เช่น อาหารที่มีปริมาณน้ำตาลต่ำ ไขมันต่ำ หรือโซเดียมต่ำ	3.101	0.941	3.607	0.692
5.	ท่านกินอาหารรสเค็มจัด และขนมหวาน เช่น ปลาเค็ม ไส้กรอก แหนม ขนมเค้ก ฝอยทอง ขนมชั้น กล้วยบวชชี ฯลฯ	2.515	0.779	2.601	0.819
6.	ก่อนซื้อยา ท่านดูเลขทะเบียนตำรับยา เช่น Reg. No. 2A 71/52	2.988	1.128	3.570	0.859
7.	ท่านดูว่า ยานั้นมีเลขทะเบียนตำรับยาที่ถูกต้องหรือไม่ ก่อนซื้อยาแผนโบราณ (เช่น ยาน้ำ ยาลูกกลอน)	2.942	1.245	3.497	0.934
8.	เมื่อต้องกินยาปฏิชีวนะ ท่านกินติดต่อกันจนครบตามหมอสั่ง	3.485	1.034	3.782	0.664
9.	ท่านซื้อยาตามคำโฆษณาที่ว่า ยานั้นสามารถรักษาโรคได้ครอบจักรวาลและรักษาได้หายขาดทันใจ	3.399	1.163	3.712	0.886
10.	ท่านซื้อยาลูกกลอน ที่ไม่มีเลขทะเบียนตำรับยามากิน	3.386	1.298	3.644	1.056
11.	ท่านเลือกซื้อผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางที่มีฉลากภาษาไทยกำกับเท่านั้น	2.856	1.236	3.583	0.787
12.	ท่านอ่านข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง ปฏิบัติตามวิธีใช้และใช้ด้วยความระมัดระวังตามคำเตือนที่ระบุไว้อย่างเคร่งครัด	3.571	0.894	3.840	0.531
13.	ท่านเลือกซื้อผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางที่ใช้แล้วเห็นผลได้อย่างรวดเร็ว เช่น หน้าขาวใสขึ้นภายใน 3 – 5 วัน	3.227	1.194	3.687	0.894
14.	ท่านหยุดใช้ผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางทันที หากใช้แล้วมีความผิดปกติ เช่น เกิดผื่นแดง เกิดสิวผด แสบร้อนรุนแรง	3.074	1.480	3.721	0.897
15.	ท่านจะตัดสินใจเลือกซื้อผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง จากการโฆษณาสรรพคุณของเครื่องสำอางนั้น เช่น ทำให้หน้าเรียว แก้ฝ้า หน้าขาว อกฟู รูฟิต ไร้กลิ่น ช่วยเพิ่มสมรรถภาพทางเพศ	3.141	1.402	3.724	0.927
รวมค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		**47.288**	**8.226**	**53.893**	**7.004**

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ (อาหาร ยา และเครื่องสำอาง) ก่อนและหลังการอบรมของผู้บริโภคในอำเภอชายแดน จังหวัดอุบลราชธานี (n = 326)

ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ	$\bar{x}$	SD	$\bar{d}$	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง	47.29	8.23	6.60	5.71 – 7.50	14.47	<0.001
หลังการทดลอง	53.85	7.00				

ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ

สรุปผลการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ผู้ประกอบการร้านค้า ร้านชำ

- ข้อที่ 1) ท่านสามารถนำความรู้ที่ได้จากการเข้าร่วมโครงการฯ ครั้งนี้ไปใช้ประโยชน์หรือไม่ อย่างไร

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบในทิศทางเดียวกันว่า ได้ประโยชน์ ทั้งในฐานะของการเป็นผู้ประกอบการร้านค้าร้านชำในชุมชน เพราะได้ทราบข้อมูลและวิธีการเลือกซื้อสินค้าก่อนนำมาจำหน่าย รวมทั้งวิธีการอ่านฉลาก/ดูวันหมดอายุ และยาประเภทใดบ้างที่สามารถขายในร้านค้าร้านชำได้อย่างปลอดภัย ไม่ผิดกฎหมาย ส่วนในฐานะของผู้บริโภค ทำให้ได้ทราบว่าควรเลือกซื้อเลือกใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างไร

- ข้อที่ 2) ท่านคิดว่าการคัดเลือกสินค้ามาจำหน่ายโดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้บริโภค เช่น ไม่ขายยาอันตราย ไม่ขายอาหารที่ไม่มีฉลาก/หมดอายุ จะทำให้ผู้บริโภคในชุมชนมีความปลอดภัยในการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพหรือไม่ อย่างไร

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบในทิศทางเดียวกันว่า การคัดเลือกสินค้ามาจำหน่ายโดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้บริโภค เช่น ไม่ขายยาอันตราย ไม่ขายอาหารที่ไม่มีฉลาก/หมดอายุ จะทำให้ผู้บริโภคในชุมชนมีความปลอดภัยในการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างแน่นอน เพราะร้านค้าร้านชำเป็นแหล่งกระจายสินค้าที่สำคัญในชุมชน หากมีสินค้าที่ไม่ปลอดภัยวางจำหน่าย ส่งผลให้ผู้บริโภคที่ซื้อสินค้าไม่ได้รับความปลอดภัยตามไปด้วย

- ข้อที่ 3) ท่านคิดว่าการคัดเลือกสินค้ามาจำหน่ายโดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้บริโภค เช่น ไม่ขายยาอันตราย ไม่ขายอาหารที่ไม่มีฉลาก/หมดอายุ มีปัญหาอุปสรรคหรือไม่

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบในทิศทางเดียวกันว่า ในแง่ความตั้งใจของผู้ประกอบการในการคัดเลือกสินค้าที่ปลอดภัยมาจำหน่าย ปฏิบัติตามกฎหมายว่าสินค้าประเภทใดขายได้บ้างขายไม่ได้บ้าง ไม่มีปัญหา แต่ยังพบอุปสรรคบ้างในเรื่องความต้องการซื้อยาอันตรายของผู้บริโภคบางกลุ่ม ซึ่งสาเหตุมีหลายประการ เช่น อยู่ในพื้นที่ไม่สะดวกในการไปรับบริการที่ รพ.สต. ซึ่งห่างไกลจากบ้าน เป็นลูกค้าประจำ หากร้านตนเองไม่ขายจะทำให้เสียลูกค้า เป็นต้น

- ข้อที่ 4) หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ของท่าน มีส่วนช่วยส่งเสริม/สนับสนุนให้ท่านได้เข้าถึงข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจเลือกซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ปลอดภัยมาจำหน่ายในร้านของท่านหรือไม่ อย่างไร

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบในทิศทางเดียวกันว่า ปัจจุบันหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่มีส่วนช่วยส่งเสริม/สนับสนุนให้ผู้ประกอบการร้านค้า ร้านชำได้เข้าถึงข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจเลือกซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพ

ที่ปลอดภัยมาจำหน่ายในร้านมากขึ้น ซึ่งมีให้เลือกหลายช่องทาง ทั้งทางเว็บไซต์ ไลน์ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา รวมถึงแฟนเพจของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยกึ่งเชิงทดลองนี้มุ่งศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความรู้และพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้บริโภคในอำเภอชายแดน จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 326 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 81.29) มีอายุต่ำกว่า 16 ปี (ร้อยละ 30.67) รองลงมาคือช่วงอายุ 31 - 40 ปี (ร้อยละ 29.45) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 55.83) และประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 50.92)

สรุปผลลัพธ์สำคัญได้ดังนี้

1. ด้านความรู้ : หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) โดยเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 3.16 คะแนน (95%CI : 2.88 – 3.45) ประเด็นที่มีการพัฒนาความรู้สูงสุดคือเรื่องความเข้าใจผิดเกี่ยวกับ "ยาปฏิชีวนะคือยาแก้อักเสบ" และการจดจำฉลาก "ทางเลือกสุขภาพ"

2. ด้านพฤติกรรม : หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ปลอดภัยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) โดยเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 6.60 คะแนน (95%CI : 5.71 – 7.50) โดยพฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ การอ่านฉลากเครื่องสำอางและปฏิบัติตามคำเตือนอย่างเคร่งครัด ส่วนพฤติกรรมที่ยังคงมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดคือการบริโภคอาหารรสเค็มจัดและขนมหวาน

3. ผลการสัมภาษณ์เชิงลึก : ผู้ประกอบการร้านค้าและร้านชำ (n = 20) สะท้อนว่าโปรแกรมนี้มีประโยชน์สูงทั้งในบทบาทผู้ค้าและผู้บริโภค ทำให้สามารถคัดเลือกสินค้าที่ปลอดภัยและถูกกฎหมายมาจำหน่ายได้ อย่างไรก็ตาม ยังคงพบอุปสรรคสำคัญคือ "อุปสงค์" หรือความต้องการซื้อยาอันตรายของผู้บริโภคบางกลุ่ม เนื่องจากข้อจำกัดด้านระยะทางที่ห่างไกลจากสถานบริการสาธารณสุข (รพ.สต.) ความเป็นลูกค้าประจำทำให้อาจต้องยอมจำหน่ายเพื่อรักษาฐานลูกค้าไว้

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้สะท้อนให้เห็นถึงความสำเร็จของการประยุกต์ใช้โปรแกรมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในพื้นที่เฉพาะเจาะจง ซึ่งสามารถอภิปรายผลตามประเด็นสำคัญได้ดังนี้ :

1. การพัฒนาความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ (Knowledge) การที่คะแนนความรู้ในภาพรวมเพิ่มขึ้นจาก 11.32 เป็น 14.48 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) เป็นข้อพิสูจน์ตามแนวคิด KAP Model ของ Benjamin S. Bloom[8] และแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของ Don Nutbeam ที่ระบุว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องและผ่านกระบวนการเรียนรู้ที่เหมาะสม จะช่วยยกระดับความจำ ความเข้าใจ และการรู้เท่าทันสถานการณ์สุขภาพ[9] ประเด็นที่น่าสนใจคือ ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจผิดอย่างรุนแรงในเรื่อง "ยาปฏิชีวนะคือยาแก้อักเสบ" (ตอบถูกเพียงร้อยละ 38.96) ซึ่งเป็นปัญหาเรื้อรังในสังคมไทยตามที่ วิชัย พลเยี่ยม และคำภีร์ เขตมนตรี ได้อธิบายไว้ว่า บริบททางภาษาถิ่นและความเคยชิน

ทำให้ชาวบ้านเรียกยาปฏิชีวนะเหมาสวมรวมว่าเป็นยาแก้อักเสบ ส่งผลให้เกิดการใช้ยาอย่างพร่ำเพรื่อ แต่หลังจากได้รับโปรแกรมที่ใช้ภาษาท้องถิ่น (ไทยอีสาน/ลาว)[7,10] ในการสื่อสารและอธิบายความแตกต่าง คะแนนตอบถูกพุ่งสูงขึ้นเป็นร้อยละ 96.63 สอดคล้องกับการศึกษาของ วรรณภา มีทรัพย์ และคณะ ที่ชี้ว่าการใช้สื่อที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมและภาษาถิ่นช่วยเพิ่มความเข้าใจและปิดช่องว่างการเข้าถึงข้อมูลในพื้นที่ห่างไกลได้เป็นอย่างดี[6]

2. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคที่ปลอดภัย (Practice) ผลการวิจัยพบว่าคะแนนพฤติกรรมเพิ่มขึ้นจาก 47.29 เป็น 53.85 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับหลักการ Theory of Planned Behavior ของ Icek Ajzen ที่อธิบายว่าความรู้ที่เพิ่มขึ้นและทัศนคติที่เปลี่ยนไปจะส่งผลโดยตรงต่อความตั้งใจและการแสดงออกของพฤติกรรม[11] อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารรสเค็มจัดและขนมหวาน มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย (จาก 2.52 คะแนน เป็น 2.60 คะแนน) และยังคงเป็นพฤติกรรมที่มีคะแนนต่ำที่สุด ปรากฏการณ์นี้อภิปรายได้ด้วย แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ซึ่งระบุว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารในชีวิตประจำวันมีความเชื่อมโยงกับวิถีวัฒนธรรม ความเคยชิน และความพึงพอใจในรสชาติ[12,13] การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในส่วนนี้จึงทำได้ยากกว่าการอ่านฉลากหรือการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง เนื่องจากผู้บริโภคอาจยังไม่ตระหนักถึงความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตอย่างชัดเจนในระยะเวลาสั้น ๆ สอดคล้องกับรายงานของ สุพัตรา ศรีวณิชชากร และ อุมาลี และคณะ ที่ระบุว่า การปรับพฤติกรรมลดหวาน มัน เค็ม ต้องอาศัยการกระตุ้นเตือนและการสนับสนุนทางสังคมในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง ลำพังการอบรมระยะสั้นอาจไม่เพียงพอ[14,15]

3. ปัจจัยบริบทพื้นที่ชายแดนและระบบนิเวศชุมชน (Context-Specific & Demand Side) จุดเด่นที่สำคัญของงานวิจัยชิ้นนี้คือการมุ่งเน้นไปที่ "ฝั่งอุปสงค์" (Demand Side) หรือตัวผู้บริโภคโดยตรง เพื่อปิดช่องว่างของงานวิจัยในอดีตอย่างของ สมชาย แก้วมณี และคณะ และ พรทิพย์ สุขเกษม และคณะ ที่มักเน้นการควบคุมอุปทาน (Supply) ผ่านการตรวจจับร้านชำหรืออบรม อสม.[3,4] แต่ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกในงานวิจัยนี้ช่วยยืนยันว่า แม้ผู้ประกอบการร้านชำจะมีความรู้และไม่ต้องการนำยาอันตรายมาขาย แต่ "แรงกดดันจากชุมชนและความต้องการของผู้บริโภค" ยังคงเป็นปัจจัยขับเคลื่อนหลัก (Driver) ให้เกิดความเสี่ยง ปรากฏการณ์นี้สามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎี Ecological Systems Theory ของ Urie Bronfenbrenner ซึ่งมองว่าพฤติกรรมของบุคคลถูกกำหนดโดยสิ่งแวดล้อมและระบบรอบตัว[16] ในบริบทอำเภอชายแดนจังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นพื้นที่จำเพาะ มีข้อจำกัดทางภูมิศาสตร์ในการเดินทางไปสถานบริการสาธารณสุข (รพ.สต. หรือโรงพยาบาลชุมชน) ประกอบกับระบบค้าปลีกท้องถิ่นและช่องทางธรรมชาติที่เอื้อต่อการเล็ดลอดของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ได้มาตรฐาน[1,2] ทำให้ผู้บริโภคยังคงมีแนวโน้มที่จะดิ้นรนหาซื้อยาชุด ยาหมอเถื่อน หรือเครื่องสำอางอันตรายตามความเชื่อเดิม การที่โปรแกรมนี้หันมาสร้างภูมิคุ้มกันที่ตัวผู้บริโภคโดยตรง จึงเป็นการแก้ปัญหาที่ต้นตออย่างยั่งยืน ถือเป็นรูปแบบเชิงนวัตกรรม (Innovative Model) ตามนโยบายแผนยุทธศาสตร์ชาติ

ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข[17] ในการสร้างชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อสกัดกั้นภัยคุกคามทางสุขภาพในพื้นที่ชายแดนได้อย่างแท้จริง

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองที่ไม่มีกลุ่มควบคุม จึงไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุผลได้ทั้งหมด

2. ใช้แบบสอบถามมาตรฐานของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ซึ่งผู้วิจัยไม่ได้ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นซ้ำในกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้

3. การติดตามผลดำเนินการเฉพาะหลังสิ้นสุดโครงการ จึงยังไม่สามารถประเมินผลลัพธ์ระยะยาวของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้

4. การศึกษาดำเนินการเฉพาะพื้นที่ชายแดนจังหวัดอุบลราชธานี จึงควรระมัดระวังในการนำผลไปอ้างอิงกับพื้นที่อื่น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรขยายโปรแกรมไปยังพื้นที่ชายแดนจังหวัดอื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน

2. ควรบูรณาการกิจกรรมกับเครือข่าย อสม. ร้านชำ และโรงเรียน เพื่อสร้างความต่อเนื่องของการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ

3. ควรพัฒนาสื่อดิจิทัลและระบบแจ้งเตือนภัยผ่าน Line Official หรือ Facebook ของหน่วยงานสาธารณสุข

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษารูปแบบการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial : RCT) เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบกึ่งทดลอง ในการวิจัยครั้งต่อไปจึงควรยกระดับระเบียบวิธีวิจัยให้เป็นรูปแบบการทดลองที่แท้จริง โดยทำการสุ่มแยกกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างชัดเจน เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือ ลดความเอนเอียง (Bias) และช่วยยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนี้ได้อย่างแม่นยำยิ่งขึ้น ควรมีการติดตามผลในระยะยาว (Long-term Follow-up) เป็นเวลา 6 – 12 เดือน

2. การประเมินผลการวิจัยในครั้งนี้เป็นการเก็บข้อมูลในช่วงเวลาจำกัด (กรกฎาคม ถึงกันยายน 2567) ดังนั้น การวิจัยในอนาคตควรเพิ่มระยะเวลาการติดตามผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหลังสิ้นสุดโปรแกรมไปอีก 6 – 12 เดือน เพื่อทดสอบความคงอยู่ (Sustainability) และความยั่งยืนของพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ปลอดภัยในระยะยาว ควรศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของโปรแกรม (Economic Evaluation)

3. เนื่องจากโปรแกรมนี้มีกระบวนการดำเนินงานที่หลากหลายและครอบคลุม ทั้งการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ การจัดกิจกรรมกลุ่มย่อย การลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน และการสร้างระบบเฝ้าระวังในชุมชน การวิจัยครั้งต่อไปจึงควรมีการวิเคราะห์ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ เช่น การวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล (Cost-Effectiveness Analysis) หรือต้นทุน-ผลประโยชน์ (Cost-Benefit Analysis) เพื่อเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการตัดสินใจเชิงนโยบายและการขยายผลของโปรแกรมในระดับประเทศต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

กราบขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี และหัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ที่กรุณาสนับสนุนด้านการศึกษาของผู้วิจัย ขอขอบคุณพี่น้องเภสัชกร

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีทุกท่าน ที่อำนวยความสะดวก ให้ความช่วยเหลือทุกด้าน สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบขอบพระคุณบิดาและมารดาของผู้วิจัยที่อบรมเลี้ยงดูและส่งเสริม สนับสนุนด้านการเรียนการศึกษาแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี และกัลยาณมิตรทุกท่าน ที่คอยห่วงใยและมอบความปรารถนาดี จนทำให้การวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. รายงานสถานการณ์การเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพในพื้นที่ชายแดนไทย. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. รายงานผลการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ประจำปีงบประมาณ 2567. อุบลราชธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อุบลราชธานี; 2567.
3. สมชาย แก้วมณี, ปรีชา ศรีสุข. ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพเครือข่าย อสม. และผู้ประกอบการร้านชำในการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน. วารสารวิจัย ระบบสาธารณสุข. 2564; 15(2): 145-58.
4. พรทิพย์ สุขเกษม, สมศักดิ์ ตั้งจิต. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการปัญหายาชุดและเครื่องสำอางอันตรายในตำบลนำร่อง. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2566; 15(1): 34-47.
5. นงนุช คนดี, ประสิทธิ์ มีชัย. มาตรการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในพื้นที่ชายแดนภาคเหนือ: ถอดบทเรียนความสำเร็จและข้อจำกัด. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 2565; 52(3): 289-301.
6. วรรณภา มีทรัพย์, ธนพล ดีใจ. ประสิทธิผลของการใช้สื่อพื้นบ้านร่วมกับสื่อดิจิทัลเพื่อเพิ่มความรอบรู้เท่าทันโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุชนบท. วารสารการสื่อสารมวลชน. 2567; 12(2): 88-102.
7. วิชัย พลเยี่ยม. พฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพของประชาชน: ปัจจัยกำหนดและแนวทางการปรับเปลี่ยนเชิงพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหิดล; 2566.
8. Bloom BS. Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. New York: Longmans, Green; 1956. (ทฤษฎี KAP Model รองรับความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมอบรม ความรู้ และพฤติกรรม)
9. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med. 2008; 67(12): 2072-8.
10. คำภีร์ เขตมนตรี. เหตุผลความจำเป็นของชาวบ้านในการเลือกใช้ยาชุด: กรณีศึกษาในบริบทชุมชนอีสาน. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2555; 6(2): 251-260.
11. Ajzen I. The theory of planned behavior. Organ Behav Hum Decis Process. 1991;50(2):179-211.
12. Rosenstock IM. Historical origins of the Health Belief Model. Health Education Monographs. 1974;2(4):328-335. (ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ รองรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดความเสี่ยง NCDs และการปฏิเสธยาชุด)
13. Green EC, Murphy EM. Health belief model. In: Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, editors. Health behavior and health education: Theory, research, and practice. 5th ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2015. p. 75-94.
14. สุพัตรา ศรีวณิชชากร. สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังและภัยเงียบที่ต้องเฝ้าระวังในประเทศไทย. วารสารกรมการแพทย์. 2560; 42(1): 5-10.

15. อุมาลี ธรศรี, และคณะ. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับประทานอาหารลดหวาน มัน เค็ม ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2561; 28(2): 89-101.
16. Bronfenbrenner U. The ecology of human development: Experiments by nature and design. Cambridge: Harvard University Press; 1979.
17. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2561-2580). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2561.

เภสัชกรแขวนป้ายในร้านยา : ช่องว่างการกำกับดูแลวิชาชีพและข้อเสนอเชิงนโยบาย

Absence of pharmacists in Thai drug stores : professional regulatory gaps and policy recommendations

วันชัย นนทกิจไพศาล[1]

Wanchai Nontakitpaisan[1]

บทคัดย่อ

ปัญหา "เภสัชกรแขวนป้าย" หมายถึงกรณีที่เภสัชกรมีชื่อเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการในร้านขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมาย แต่ไม่ได้ปฏิบัติงานจริงในช่วงเวลาที่ร้านเปิดดำเนินการ ปัญหาดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการบริการด้านยา ความปลอดภัยของผู้บริโภค และความน่าเชื่อถือของระบบกำกับดูแลวิชาชีพเภสัชกรรม บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์กรอบกฎหมาย บทบาทของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และช่องว่างของระบบกำกับดูแลปัญหาเภสัชกรแขวนป้ายในประเทศไทย โดยอาศัยการทบทวนกฎหมาย เอกสารนโยบาย วรรณกรรมทางวิชาการ และข้อมูลสาธารณะที่เกี่ยวข้อง ผลการวิเคราะห์พบว่า แม้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะมีบทบาทสำคัญในการกำกับดูแลสถานประกอบการด้านยา แต่ภารกิจหลักมุ่งเน้นการควบคุมผลิตภัณฑ์และความเสี่ยงด้านยา ขณะที่ปัญหาเภสัชกรแขวนป้ายมีลักษณะเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามมาตรฐานและจรรยาบรรณวิชาชีพ ซึ่งอยู่ภายใต้บทบาทการกำกับดูแลของสภาเภสัชกรรม อย่างไรก็ตาม ยังพบข้อจำกัดด้านกำลังคน กลไกการบังคับใช้กฎหมาย และการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงาน ส่งผลให้การกำกับดูแลขาดประสิทธิภาพและความต่อเนื่อง บทความเสนอแนวทางพัฒนาระบบกำกับดูแลโดยประยุกต์ใช้แนวคิด Responsive Regulation, Tripartism และ Risk-Based Regulation ประกอบด้วยการเพิ่มศักยภาพด้านบุคลากรและงบประมาณสำหรับการตรวจสอบ การพัฒนามาตรการทางวินัยแบบขั้นบันได การเสริมสร้างกลไกความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเพื่อสนับสนุนการกำกับดูแล และการพัฒนาฐานข้อมูลการปฏิบัติงานของเภสัชกรอย่างเป็นระบบ ทั้งนี้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการกำกับดูแลวิชาชีพเภสัชกรรมและส่งเสริมการคุ้มครองผู้บริโภคในระบบร้านขายยาของประเทศไทย

คำสำคัญ : เภสัชกรแขวนป้าย, ร้านขายยา, สภาเภสัชกรรม, การกำกับดูแลวิชาชีพ, การกำกับดูแลแบบตอบสนอง

[1] เลขานุการ, สมาคมเภสัชสาธารณสุขแห่งประเทศไทย. E-mail : n.wanchai42@gmail.com

[1] Secretary, Public Health Pharmacy Association (Thailand).

Received: 22 JUN 2026, Revised: 23 JUN 2026, Accepted: 24 JUN 2026

Abstract

Absent pharmacists refer to pharmacists who are officially registered as responsible pharmacists in licensed drug stores but are not physically present to perform their professional duties during operating hours. This issue poses risks to the quality of pharmaceutical services, consumer safety, and the credibility of professional regulatory systems. This article aims to examine the legal framework, institutional responsibilities, and regulatory gaps associated with absent pharmacists in Thailand. The analysis is based on a review of relevant laws, policy documents, academic literature, and publicly available information, using a policy and legal analysis framework. The findings indicate that while the Food and Drug Administration and Provincial Public Health Offices play important roles in regulating pharmaceutical establishments and pharmaceutical risks, issues relating to professional conduct and ethical standards fall primarily within the professional oversight functions of the Pharmacy Council of Thailand. Nevertheless, limitations in enforcement capacity, interagency coordination, and information sharing continue to constrain regulatory effectiveness. Drawing upon the concepts of Responsive Regulation, Tripartism, and Risk-Based Regulation, the article proposes policy recommendations including strengthening inspection capacity, developing graduated disciplinary measures, enhancing interagency collaboration, utilizing digital technologies to support regulatory oversight, and establishing a comprehensive pharmacist practice database. These measures may contribute to more effective professional regulation and stronger consumer protection within Thailand's community pharmacy sector.

Keywords : Absence of pharmacists, community pharmacy, Pharmacy Council of Thailand, professional regulation, responsive regulation

เมื่อเภสัชกรกลายเป็นเพียงชื่อบนป้าย

พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 มาตรา 39 บัญญัติให้เภสัชกรชั้นหนึ่งประจำอยู่ ณ สถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตลอดเวลาที่เปิดทำการ และกำหนดหน้าที่ไว้ใน (1) ถึง (8) เจตนารมณ์ของกฎหมายคือการควบคุมให้มีเภสัชกรรับผิดชอบการขายยาอันตราย เพื่อให้ผู้บริโภคได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญ โดยเฉพาะยาอันตรายและยาควบคุมพิเศษที่หากใช้ผิดอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต แต่ในความเป็นจริง มาตรฐานนี้กลับถูกละเลยมาอย่างยาวนาน

ปรากฏการณ์ที่เรียกกันว่า "เภสัชกรแขวนป้าย" คือการที่เภสัชกรให้ชื่อตนเองผูกกับร้านยา เพื่อให้ได้รับใบอนุญาต แต่ไม่ได้อยู่ประจำหรือปฏิบัติงานในร้านจริง บางรายรับหลายร้านพร้อมกัน บางรายทำงานประจำที่อื่นในเวลาเดียวกัน ผู้ที่ปฏิบัติงานอยู่จริงในร้านยาอาจไม่ใช่เภสัชกร ซึ่งอาจส่งผลต่อคุณภาพการให้คำปรึกษาด้านยาและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ซึ่งนำไปสู่ความเสี่ยงที่ผู้บริโภคไม่รู้ตัว

สภาเภสัชกรรมกำหนดบทลงโทษเภสัชกรที่แขวนป้ายโดยไม่ปฏิบัติหน้าที่ด้วยการพักใช้ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเป็นเวลา 2 ปี จากข้อมูลปี พ.ศ. 2565 พบเรื่องร้องเรียนมากกว่า 100 คดี โดยการแขวนป้ายเป็นประเภทที่ร้องเรียนมากที่สุดเป็นอันดับ 1 รองลงมาคือ การโฆษณาทางโซเชียลมีเดีย[1] ตัวเลขดังกล่าวอาจสะท้อนเพียงส่วนหนึ่งของปัญหาที่แท้จริง เนื่องจากผู้บริโภคส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าสิ่งที่พบเห็นอยู่นั้นเป็นการกระทำที่ผิดทั้งกฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพ

อย่างไรก็ตาม แม้กระบวนการร้องเรียนจะมีอยู่ แต่การนำไปสู่การลงโทษจริงกลับเผชิญกับอุปสรรคสำคัญประการแรก คือ ความยากในการรวบรวมพยานหลักฐาน การที่คณะกรรมการพิจารณาจรรยาบรรณจะมีมติลงโทษเภสัชกรได้จำเป็นต้องมีพยานหลักฐานที่ชัดเจนเพียงพอ ปราศจากข้อสงสัยว่าเภสัชกรผู้นั้นไม่ได้ปฏิบัติงานจริงในร้านยาในช่วงเวลาที่ร้านเปิดทำการ แต่ในทางปฏิบัติ การพิสูจน์การขาดงานอย่างเป็นระบบทำได้ยาก เนื่องจากการตรวจสอบส่วนใหญ่เป็นการออกตรวจเพียงครั้งเดียวหรือไม่ต่อเนื่อง ขณะที่เภสัชกรบางรายอาจปรากฏตัวเฉพาะช่วงที่คาดว่าจะมีการตรวจ ทำให้หลักฐานที่ได้ไม่เพียงพอสำหรับกระบวนการทางวินัย

การทบทวนบทบาทและความรับผิดชอบขององค์กรที่เกี่ยวข้อง

การทำความเข้าใจปัญหาอย่างถูกต้องต้องเริ่มจากการแยกแยะบทบาทหน้าที่ขององค์กรที่เกี่ยวข้องให้ชัดเจน เนื่องจากที่ผ่านมามีความเข้าใจผิดว่าปัญหาการแขวนป้ายเป็นความรับผิดชอบหลักของพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ซึ่งไม่สอดคล้องกับเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติวิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. 2537 ที่กำหนดให้จัดตั้งสภาเภสัชกรรมขึ้นเพื่อทำหน้าที่ส่งเสริมและควบคุมมาตรฐานการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมได้โดยอิสระเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด คือผู้กำกับดูแลความเสี่ยงด้านยาโดยทำหน้าที่เป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 แต่ไม่ใช่ผู้ตรวจสอบจรรยาบรรณเภสัชกร ซึ่งอำนาจของพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 มาตรา 91 มีดังนี้

1. เข้าไปในสถานที่ผลิตยา สถานที่ขายยา สถานที่นำหรือสั่งยาเข้ามาในราชอาณาจักร หรือสถานที่เก็บยาในระหว่างเวลาทำการ เพื่อตรวจสอบควบคุมให้เป็นไปตามพระราชบัญญัตินี้

2. นำยาในปริมาณพอสมควรไปเป็นตัวอย่างเพื่อตรวจสอบหรือวิเคราะห์

3. ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยว่ามีการกระทำความผิดตามพระราชบัญญัตินี้ อาจเข้าไปในสถานที่ใด ๆ เพื่อตรวจสอบยา และอาจยึดหรืออายัดยา เครื่องมือเครื่องใช้ที่เกี่ยวข้องกับการกระทำความผิด ตลอดจนภาชนะ หีบห่อบรรจุและเอกสารที่เกี่ยวกับยาดังกล่าวได้

4. ประกาศผลการตรวจสอบหรือวิเคราะห์คุณภาพของยาที่นำไปตรวจสอบหรือวิเคราะห์ให้ประชาชนทราบ โดยได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการ ทั้งนี้ เพื่อประโยชน์ในการคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ใช้ยา

5. ในกรณีที่ปรากฏต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ว่ายาใดไม่ปลอดภัยหรืออาจเป็นอันตรายต่อผู้ใช้ยา ให้พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจเรียกเก็บหรือสั่งให้ผู้รับอนุญาตจัดเก็บยาดังกล่าวคืน และมีอำนาจทำลายยาดังกล่าวเสียได้ ทั้งนี้ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

ซึ่งผู้ที่เกี่ยวข้องกับการผลิต การขาย และการนำหรือสั่งยาเข้ามาในราชอาณาจักร ต้องอำนวยความสะดวกตามแต่กรณี ทั้งนี้ ในการปฏิบัติหน้าที่พนักงานเจ้าหน้าที่ถือเป็นเจ้าพนักงานตามประมวลกฎหมายอาญา

นอกจากนี้ ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 มาตรา 93 ระบุว่า ยา รวมทั้งภาชนะ หีบห่อบรรจุและเอกสารที่ได้ยึดไว้ตามมาตรา 91 หากไม่ปรากฏเจ้าของ หรือพนักงานอัยการมีคำสั่งเด็ดขาดไม่ฟ้องคดี หรือศาลไม่พิพากษาให้ริบ และเจ้าของหรือผู้ครอบครองไม่ได้ร้องขอรับคืนภายใน 90 วัน ให้ตกเป็นของกระทรวงสาธารณสุข

จะเห็นได้ว่า พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ให้อำนาจพนักงานเจ้าหน้าที่เน้นหนักไปที่การตรวจสอบตัวยาเป็นสำคัญ ซึ่งแตกต่างจากอำนาจของพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. 2537 มาตรา 47 ที่กำหนดให้พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจเข้าไปในสถานที่ของผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม หรือสถานที่ที่มีเหตุอันควรเชื่อว่ามีการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมในระหว่างเวลาทำการ เพื่อตรวจใบอนุญาต ค้นหรือยึดเอกสารหลักฐานที่อาจใช้ในการดำเนินคดีเกี่ยวกับการกระทำความผิดตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. 2537

จึงกล่าวได้ว่า พนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 มีอำนาจตรวจเก็บตัวอย่าง และยึดอายัดยา ซึ่งตรงกับภารกิจหลักของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในการกำกับดูแลผลิตภัณฑ์ยาให้ปลอดภัยและได้มาตรฐาน มากกว่าการตรวจสอบพฤติกรรมรายบุคคลของผู้ประกอบวิชาชีพ แม้การแขวนป้ายจะเป็นปัจจัยเสี่ยงด้านยาอย่างหนึ่ง แต่การให้พนักงานเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานทั้งสองรับภาระเพียงฝ่ายเดียวจึงไม่ถูกต้องทั้งในแง่กฎหมายและประสิทธิภาพในการบังคับใช้

จากรายงานของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ประจำปี พ.ศ. 2568 พบว่ามีร้านขายยาแผนปัจจุบันทั่วประเทศจำนวน 19,258 แห่ง[2] ขณะเดียวกัน มีพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ที่ปฏิบัติงานใน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรวมกันเพียง 957 คน โดยจังหวัดที่มีพนักงานเจ้าหน้าที่น้อยที่สุดมีเพียง 4 คน และมากที่สุด 23 คน นอกจากนี้ พนักงานเจ้าหน้าที่ยังต้องดูแลสถานประกอบการด้านสาธารณสุขประเภทอื่น ส่งผลให้สามารถตรวจร้านยาได้เพียงปีละครั้งหรือน้อยกว่านั้น[3]

สภาเภสัชกรรมกับบทบาทการกำกับดูแลวิชาชีพเภสัชกรรม

พระราชบัญญัติวิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. 2537 มอบอำนาจและหน้าที่ให้สภาเภสัชกรรมในการกำกับดูแลการประกอบวิชาชีพ รักษาจรรยาบรรณ และลงโทษสมาชิกที่กระทำผิด ซึ่งรวมถึงการสนับสนุนให้พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบการปฏิบัติหน้าที่ของเภสัชกร การแขวนป้ายถือเป็นการละเมิดจรรยาบรรณวิชาชีพโดยตรง สภาเภสัชกรรมจึงควรมีบทบาทเชิงรุกในการตรวจสอบและกำกับดูแลการปฏิบัติวิชาชีพให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

พนักงานเจ้าหน้าที่โดยตรงตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. 2537 ได้แก่ นิติกรของสภาเภสัชกรรม ซึ่งมีจำนวนเพียงไม่กี่คนเมื่อเทียบกับจำนวนร้านยาเกือบ 20,000 แห่ง ส่วนพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายประเภทอื่น เช่น กรรมการสภาเภสัชกรรม หรือผู้แทนสภาเภสัชกรรมประจำจังหวัด ยังขาดความชัดเจนในแง่บทบาท และแนวทางปฏิบัติสำหรับการตรวจสอบเฝ้าระวังเภสัชกรแขวนป้ายอย่างเป็นระบบ ข้อเท็จจริงนี้ยิ่งตอกย้ำว่าสภาเภสัชกรรมต้องเร่งลงทุนสร้างศักยภาพด้านกำลังคนและงบประมาณ เพื่อรับผิดชอบปัญหานี้อย่างแท้จริง

นอกจากข้อจำกัดด้านกำลังคนแล้ว กระบวนการลงโทษจริงยังมีอุปสรรคเชิงโครงสร้างประการสำคัญ คือ การที่การลงโทษทางวินัยวิชาชีพ จะมีผลบังคับใช้ได้จริงต้องผ่านความเห็นชอบจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในฐานะที่ดำรงตำแหน่งสภานายกพิเศษของสภาเภสัชกรรม ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. 2537 ซึ่งกำหนดให้รัฐมนตรีมีอำนาจไม่ให้ความเห็นชอบหรือสั่งให้สภาเภสัชกรรมทบทวนมติได้ กลไกดังกล่าวแม้จะมีเจตนารมณ์เพื่อให้มีการตรวจสอบถ่วงดุลโดยฝ่ายบริหาร แต่ในทางปฏิบัติอาจส่งผลให้กระบวนการลงโทษล่าช้า หรือมติของคณะกรรมการจรรยาบรรณไม่ได้รับการบังคับใช้อย่างสมบูรณ์ หากรัฐมนตรีผู้ดำรงตำแหน่งมีความเห็นเป็นอื่นด้วยเหตุผลทางการเมืองหรือดุลยพินิจส่วนตน ภาวะดังกล่าวสะท้อนถึงความเปราะบางของการกำกับดูแลวิชาชีพที่ยังขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของบุคคลในอำนาจบริหาร มากกว่าการยึดถือมาตรฐานวิชาชีพที่เป็นระบบและโปร่งใส และเป็นข้อจำกัดที่สำคัญในแง่ความเป็นอิสระขององค์กรวิชาชีพ (Professional Autonomy) ซึ่งเป็นหลักการสำคัญประการหนึ่งของการกำกับดูแลวิชาชีพในระดับสากล

ช่องว่างของการประสานงานที่ต้องปิด

แม้จะมีความชัดเจนเรื่องบทบาท แต่ปัญหาการแขวนป้ายยังคงดำรงอยู่ได้เพราะช่องว่างในการประสานงานระหว่าง 3 องค์กร เมื่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรวจพบการกระทำผิดและดำเนินคดี ข้อมูลดังกล่าวมักไม่ถูกส่งต่อไปยังสภาเภสัชกรรมโดยอัตโนมัติ ทำให้เภสัชกรที่ถูกพบว่าแขวนป้ายยังคงประกอบวิชาชีพต่อไปได้โดยไม่ถูกดำเนินการทางวินัยวิชาชีพ

ในทางกลับกัน เมื่อสภาเภสัชกรรมรับเรื่องร้องเรียน ข้อมูลนั้นก็ไม่ได้ถูกแจ้งกลับไปยังสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา หรือ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อบันทึกเป็นประวัติความเสี่ยงของร้านยา ยิ่งไปกว่านั้น ความสัมพันธ์เชิงบังคับบัญชาระหว่างสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ซึ่งเป็นหน่วยงานส่วนกลางกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งอยู่ภายใต้สายงานของผู้ว่าราชการจังหวัด ทำให้การกำกับทิศทางนโยบายจากส่วนกลางไปยังระดับจังหวัดไม่มีผลผูกพันทางกฎหมายอย่างเต็มที่ การสร้างกลไกประสานงานสามฝ่ายที่มีสภาเภสัชกรรมเป็นแกนนำจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการอุดช่องว่างนี้

กรอบทฤษฎีเพื่อการออกแบบระบบกำกับที่ถูกต้อง

Ayres และ Braithwaite เสนอแนวคิด Responsive Regulation ผ่าน Enforcement Pyramid ที่เริ่มจากการโน้มน้าวให้ปฏิบัติตามโดยสมัครใจ แล้วจึงค่อย ๆ เพิ่มระดับมาตรการจนถึงโทษทางอาญาและการเพิกถอนใบอนุญาต[4] กรอบนี้ชี้ให้เห็นว่าองค์กรวิชาชีพอย่างสภาเภสัชกรรม เหมาะกับบทบาทผู้กำกับดูแลชั้นแรกมากที่สุด เพราะมีความสัมพันธ์โดยตรงกับสมาชิก มีอำนาจทางวิชาชีพที่เภสัชกรให้ความเกรงใจ และมีมาตรการที่หลากหลายกว่าสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทั้งนี้ Ayres และ Braithwaite พัฒนาแนวคิดดังกล่าวในบริบทของระบบกำกับดูแลองค์กรธุรกิจในประเทศตะวันตก การนำมาปรับใช้กับบริบทไทยจึงต้องคำนึงถึงความแตกต่างของวัฒนธรรมวิชาชีพ โครงสร้างอำนาจระหว่างองค์กร และข้อจำกัดด้านทรัพยากรที่เป็นลักษณะเฉพาะของระบบสาธารณสุขไทย

หลัก Tripartism ยืนยันว่าองค์กรวิชาชีพที่เป็นอิสระควรมีบทบาทอย่างเป็นทางการในกระบวนการกำกับดูแล ไม่ใช่เพียงผู้รับเรื่องร้องเรียนแบบเชิงรับ (Passive) แต่ต้องเป็นผู้กระทำการเชิงรุก (Active Enforcer) สอดคล้องกับแนวคิด Enforced Self-Regulation ของ Sparrow ที่ให้วิชาชีพรับผิดชอบการกำกับตนเอง โดยมีรัฐคอยกำกับดูแลจากระยะห่าง[5]

Baldwin และ Black เสนอหลัก Risk-Based Regulation ซึ่งมีความสำคัญสำหรับทั้งสภาเภสัชกรรมและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในการจัดสรรทรัพยากรที่จำกัดไปยังกรณีที่มีความเสี่ยงสูงก่อน ไม่ว่าจะเป็นร้านยาที่มีประวัติการร้องเรียน หรือเภสัชกรที่จดทะเบียนปฏิบัติงานในร้านหลายแห่งพร้อมกัน[6]

ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาระบบกำกับดูแลวิชาชีพเภสัชกรรม

- เสาที่ 1 : เพิ่มกำลังคนและงบประมาณสำหรับงานตรวจสอบ พระราชบัญญัติวิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. 2537 ให้อำนาจสภาเภสัชกรรมแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่เพื่อตรวจสอบการประกอบวิชาชีพ แต่ปัจจุบันกลไกนี้ยังไม่ได้รับการใช้อย่างเต็มที่ สภาเภสัชกรรมควรจัดสรรงบประมาณจากเงินค่าธรรมเนียมใบอนุญาตและเงินสมาชิกมาสนับสนุนงานตรวจสอบเชิงรุกอย่างเป็นระบบ โดยใช้หลัก Risk-Based Regulation จัดลำดับการตรวจเภสัชกรที่มีชื่อซ้ำซ้อนในร้านยาหลายแห่งพร้อมกันก่อน
- เสาที่ 2 : สร้างมาตรการลงโทษทางวิชาชีพแบบขั้นบันได อิงตามหลัก Enforcement Pyramid[4] สภาเภสัชกรรมควรออกแบบมาตรการลำดับขั้นที่ชัดเจน ตั้งแต่การแจ้งเตือนอย่างเป็นทางการ การพักการรับรองการปฏิบัติงานชั่วคราว ไปจนถึงการพักใช้ใบอนุญาต 2 ปี ตามมติสภา

เภสัชกรรม และการเพิกถอนใบอนุญาตในกรณีร้ายแรง มาตรการเหล่านี้ต้องมีความชัดเจนคาดเดาได้ และบังคับใช้จริงในทางปฏิบัติ

- เสาที่ 3 : จัดตั้งกลไกประสานงานสามฝ่ายที่มีผลผูกพัน อิงตามหลัก Tripartism[5] ควรจัดตั้งคณะกรรมการร่วมระหว่างสภาเภสัชกรรม สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยให้สภาเภสัชกรรมเป็นผู้นำในประเด็นที่เกี่ยวกับพฤติกรรมของเภสัชกร และกำหนดระเบียบให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแจ้งผลการตรวจที่เกี่ยวข้องกับการแขวนป้ายไปยังสภาเภสัชกรรมภายในระยะเวลาที่เหมาะสม เพื่อให้สภาเภสัชกรรมดำเนินการทางวินัยวิชาชีพควบคู่กันได้ทันที

- เสาที่ 4 : นำเทคโนโลยีมาเสริมอำนาจการตรวจสอบ ควรพัฒนาระบบลงเวลาด้วยการยืนยันตัวตนแบบชีวมิติ (Biometrics), QR Code หรือระบบอื่นใดที่เชื่อมต่อกับฐานข้อมูลของสภาเภสัชกรรมแบบ Real-time ระบบนี้ไม่เพียงแต่ช่วยตรวจสอบ แต่ยังสร้างหลักฐานดิจิทัลที่ใช้ในกระบวนการทางวินัยได้โดยตรง ลดการพึ่งพาการออกตรวจภาคสนามที่ใช้ทรัพยากรสูง อย่างไรก็ตามการนำระบบชีวมิติมาใช้ต้องคำนึงถึงข้อจำกัดสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ 1) ต้นทุนการติดตั้งและบำรุงรักษาสำหรับร้านยาขนาดเล็ก ซึ่งอาจต้องการมาตรการอุดหนุนจากสภาเภสัชกรรมหรือกองทุนกลาง 2) ความเป็นส่วนตัวของข้อมูลส่วนบุคคลตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 และ 3) ความเป็นไปได้ที่ผู้ประกอบการบางรายจะต่อต้านหรือหาทางเลี่ยงระบบ จึงต้องมีมาตรการสุ่มตรวจ (Spot Check) ควบคู่กันไป

- เสาที่ 5 : สร้างเงื่อนไขการป้องกันผ่านข้อบังคับสภาเภสัชกรรม สภาเภสัชกรรมควรออกข้อบังคับกำหนดให้ผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมทุกคนมีหน้าที่รายงานสถานที่ประกอบวิชาชีพของตนต่อสภาเภสัชกรรมให้เป็นปัจจุบัน ทั้งในขณะเริ่มต้นและทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานที่ปฏิบัติงาน ข้อมูลดังกล่าวให้ถือเป็นฐานข้อมูลกลางที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สามารถอ้างอิงประกอบการพิจารณาอนุญาตร้านขายยาได้ทันที หากปรากฏว่าเภสัชกรรายใดมีชื่อผูกพันกับสถานประกอบการมากกว่าหนึ่งแห่งในเวลาเดียวกัน จะถือเป็นสัญญาณเตือนภัยเชิงระบบที่ป้องปรามการแขวนป้ายได้ก่อนที่ความเสียหายจะเกิดขึ้น ผลพลอยได้สำคัญคือสภาเภสัชกรรมจะได้ฐานข้อมูลสมาชิกที่ครบถ้วนและทันสมัยเพื่อใช้ในการวางแผนกำลังคนและพัฒนานโยบายวิชาชีพในระยะยาว

ข้อจำกัดของการศึกษา

บทความนี้เป็นการวิเคราะห์เชิงนโยบายและกฎหมายจากเอกสารทุติยภูมิเป็นหลัก จึงมีข้อจำกัดที่ควรพิจารณาในการตีความผลการศึกษาดังนี้

1. การวิเคราะห์อาศัยข้อมูลจากกฎหมาย เอกสารนโยบาย รายงานทางวิชาการ และข้อมูลสาธารณะที่เผยแพร่แล้ว โดยไม่ได้เก็บข้อมูลภาคสนามหรือสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยตรง เช่น เภสัชกรผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้ประกอบการร้านยา ผู้บริโภค หรือผู้กำกับดูแลในระดับพื้นที่

2. บทความไม่ได้ประเมินขนาดของปัญหาเภสัชกรแขวนป้ายในเชิงปริมาณระดับประเทศ จึงไม่สามารถประมาณอัตราความชุกความสูญเสียทางเศรษฐกิจ หรือผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนได้อย่างชัดเจน

3. ข้อเสนอเชิงนโยบายที่นำเสนอมีพื้นฐานจากกรอบแนวคิดด้านการกำกับดูแล ได้แก่ Responsive Regulation, Tripartism และ Risk-Based Regulation ซึ่งพัฒนาขึ้นในบริบทต่างประเทศ การนำมาประยุกต์ใช้ในประเทศไทยอาจต้องปรับให้สอดคล้องกับโครงสร้างการบริหารราชการ วัฒนธรรมองค์กรวิชาชีพ และข้อจำกัดด้านทรัพยากรของระบบสาธารณสุขไทย

4. บทความไม่ได้วิเคราะห์ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ ต้นทุนการดำเนินงาน หรือผลกระทบทางการคลังของมาตรการที่เสนอ ซึ่งควรมีการศึกษาเพิ่มเติมก่อนการนำไปปฏิบัติจริง ดังนั้น ข้อเสนอในบทความนี้ควรได้รับการพัฒนาต่อยอดผ่านการวิจัยเชิงประจักษ์ การศึกษาความเป็นไปได้เชิงปฏิบัติการ และการรับฟังความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อให้เกิดมาตรการกำกับดูแลที่เหมาะสมและสามารถนำไปใช้ได้จริงในบริบทของประเทศไทย

บทสรุป

ปัญหาเภสัชกรแขวนป้ายเป็นความท้าทายสำคัญของระบบกำกับดูแลวิชาชีพเภสัชกรรมในประเทศไทย ซึ่งเกี่ยวข้องทั้งมิติของการบังคับใช้กฎหมาย การกำกับดูแลวิชาชีพ และการคุ้มครองผู้บริโภค แม้ว่าสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะมีบทบาทสำคัญในการกำกับดูแลสถานประกอบการด้านยา แต่การกำกับพฤติกรรมการประกอบวิชาชีพของเภสัชกรจำเป็นต้องอาศัยบทบาทของสภาเภสัชกรรมในฐานะองค์กรวิชาชีพตามกฎหมาย

การเพิ่มประสิทธิภาพการกำกับดูแลจึงควรดำเนินควบคู่ทั้งการพัฒนาศักยภาพของสภาเภสัชกรรม การเสริมสร้างกลไกความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน และการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการตรวจสอบและติดตามการปฏิบัติงานของเภสัชกรอย่างเป็นระบบ แนวทางดังกล่าวจะช่วยยกระดับมาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรม เสริมสร้างความเชื่อมั่นของประชาชน และสนับสนุนการคุ้มครองผู้บริโภคให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของกฎหมายและมาตรฐานวิชาชีพ

เอกสารอ้างอิง

1. สภาเภสัชกรรม. ระวัง! เภสัชกร "แขวนป้าย" ไม่อยู่ปฏิบัติหน้าที่ร้านขายยามีโทษพักใช้ใบอนุญาต 2 ปี [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 3 มี.ค. 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://www.hfocus.org/content/2023/05/27698
2. กองยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. ข้อมูลเชิงสถิติ [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 1 ก.พ. 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://drug.fda.moph.go.th/statistical-data/category/statistics
3. ชมรมเภสัชสาธารณสุขจังหวัดแห่งประเทศไทย. อัตรากำลังเภสัชกรสำนักงานสาธารณสุขทั่วประเทศ. ใน: เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการส่งเสริมและประสานการปฏิบัติงานคุ้มครองด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น ปีงบประมาณ 2569; 2569; เชียงราย.
4. Ayres I, Braithwaite J. Responsive regulation: Transcending the deregulation debate. New York: Oxford University Press; 1992.
5. Sparrow MK. The regulatory craft: Controlling risks, solving problems, and managing compliance. Washington, D.C.: Brookings Institution Press; 2000.
6. Baldwin R, Black J. Really responsive regulation. Modern Law Review. 2008;71(1):59-94. doi:10.1111/j.1468-2230.2008.00681.x

อย่างงี้ก็มีด้วย

อังคณา ศรีนามวงศ์[1]

Angkana Srinamwong[1]

ในชีวิตการทำงาน ฉันทุ่มเททั้งแรงกายแรงใจให้กับงานคุ้มครองผู้บริโภคโดยไม่รู้จักเหน็ดเหนื่อย ลุยและสู้ไม่ถอยเพื่อจัดการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ทั้งปัญหาในเชิงวิชาชีพกับ “เภสัชกรแขวนป้าย” ที่รับจ้างเปิดร้านขายยาแต่ไม่ได้อยู่ปฏิบัติหน้าที่จ่ายยาจริงตามเวลาที่กำหนดเอาไว้ และปัญหาการจำหน่ายยาแก้ไอยาแก้ปวดทรามาดอล และวัตถุออกฤทธิ์ประเภทต่าง ๆ ป้องกันไม่ให้มีการนำมาใช้ในทางที่ผิด และอาจเป็นมูลเหตุให้เกิดอาชญากรรม โดยยาดังกล่าวส่วนใหญ่จะถูกนำมาใช้เป็นส่วนผสมหลักในเครื่องดื่ม “สี่คูณร้อย” ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของเด็กและเยาวชนในพื้นที่ภาคใต้ การลงพื้นที่ตรวจร้านขายยานอกจากฉันจะลงตรวจด้วยตัวเองจนเป็นเรื่องปรกติแล้ว ยังมีน้อง ๆ เภสัชกรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาลช่วยกันตรวจด้วย เรามีการดำเนินคดีกับผู้รับอนุญาตหรือเจ้าของร้านขายยาและเภสัชกรนับครั้งไม่ถ้วน แต่มีครั้งหนึ่งที่มีเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดว่าจะเกิดขึ้นได้ คนทำผิดชัดแจ้ง ไม่ตระหนักถึงความผิดที่ตนกระทำ

เหตุการณ์ครั้งนี้เริ่มต้นในเดือนกันยายน พ.ศ. 2557 สาธารณสุขอำเภอและเภสัชกรโรงพยาบาล ซึ่งเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ดำเนินการตรวจสอบร้านขายยาแห่งหนึ่งโดยเป็นการตรวจเฝ้าระวังการขายยาน้ำแก้ไอ ยาน้ำแก้แพ้ เนื่องจากร้านดังกล่าว มีการขายให้กับเยาวชนและผู้ใช้แรงงาน อย่างไม่เหมาะสม ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้รับข้อมูลจากตำรวจที่จับผู้ต้องหาที่สารภาพว่าซื้อยาจากร้านยาดังกล่าว ร้านดังกล่าวพนักงานเจ้าหน้าที่ได้เข้าตรวจสอบและพบว่ามีพฤติกรรมไม่เหมาะสมหลายครั้ง เคยดำเนินคดีเปรียบเทียบปรับ ในการตรวจสอบพบ วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทประเภท 2 ยาน้ำแก้ไอ ยาน้ำแก้แพ้ ในลิ้นชักตรงบริเวณเคาน์เตอร์จ่ายยา ซึ่งเภสัชกรเจ้าของร้านให้ข้อมูลว่ายาทั้งหมด “มีไว้รับประทานเอง” ทั้งนี้ยาซูโดอีเฟดรินจัดเป็นวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท กำหนดห้ามขาย ในร้านขายยาแผนปัจจุบัน หากประชาชนที่มีความจำเป็นที่ต้องใช้ยาดังกล่าวต้องไปพบแพทย์ เมื่อได้รับการสั่งจ่ายยาต้องมีหลักฐานที่แสดงว่าเป็นการครอบครองยาดังกล่าวโดยคำสั่งแพทย์ เช่น เอกสารกำกับบนซองยา ซึ่งแสดงชื่อและที่อยู่ของสถานพยาบาลที่สั่งจ่าย และชื่อของคนไข้ ทั้งนี้ในขณะการตรวจเภสัชกรเจ้าของร้านมีการขายยาน้ำแก้ไอให้เยาวชนต่อหน้าพนักงานเจ้าหน้าที่อย่างไม่สะทกสะท้าน ส่วนการเก็บหลักฐานประกอบการปฏิบัติงาน น้อง ๆ ได้บันทึกภาพถ่ายและวิดีโอขณะทำการตรวจร้านไว้ด้วย ส่วนบันทึกคำให้การก็ให้เภสัชกรเจ้าของร้านลงนามด้วยตนเอง

ในฐานะหัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ ซึ่งมีหน้าที่คุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ภายใต้ความรับผิดชอบของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ฉันได้ทำบันทึกข้อความเรียนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าว และได้รับมอบอำนาจให้เป็นผู้ร้องทุกข์กล่าวโทษเภสัชกรคนดังกล่าวต่อพนักงานสอบสวนเพื่อดำเนินคดีตามพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ.2518 และพระราชบัญญัติยา

[1] เภสัชกร, ผู้เกษียณอายุราชการ

[1] Pharmacist, Retired Governmental Officer

Received: 7 JUN 2026, Revised: 25 JUN 2026, Accepted: 27 JUN 2026

พ.ศ. 2510 พร้อมทั้งส่งมอบของกลางและหลักฐานต่าง ๆ ซึ่งมีภาพนิ่งและภาพเคลื่อนไหวที่พนักงานเจ้าหน้าที่บันทึกไว้ในขณะตรวจสอบด้วย หลังจากนั้นในเดือนตุลาคม 2557 พนักงานอัยการจังหวัดยื่นฟ้องคดีต่อศาลจังหวัด โดยมีฉันซึ่งเป็นผู้ร้องทุกข์กล่าวโทษเข้าเบิกความเป็นพยานโจทก์

ภายในห้องพิจารณาคดีของศาล ฉันนั่งอยู่ในห้องที่มีเฟอร์นิเจอร์และการตกแต่งภายในที่ทำมาจากไม้เป็นส่วนใหญ่ โต๊ะเก้าอี้หรือที่นั่งของผู้พิพากษาที่เรียกกันว่า “บัลลังก์ศาล” อยู่ด้านในสุดและยกระดับสูงจากพื้น วัสดุทั้งหมดทำมาจากไม้ชิ้นใหญ่โตดูโอ่อ่าน่าเกรงขาม บริเวณด้านหน้าตรงกึ่งกลางของบัลลังก์ศาลคือ “แท่นพยาน” ลักษณะคล้ายโพเดียมไม้ขนาดใหญ่ดูแข็งแรงมั่นคง ที่นั่งของฝ่ายโจทย์และจำเลยอยู่ด้านซ้ายและขวา ส่วนบริเวณที่นั่งของประชาชนหรือผู้สังเกตการณ์อยู่ถัดมาด้านหลัง การได้ชื่นชมสถานที่ซึ่งตกแต่งด้วยงานไม้ลวดลายสวยงามและทุกชิ้นมีเอกลักษณ์เฉพาะตัวแบบนี้ ถ้าเป็นในช่วงเวลาปรกติคงทำให้ฉันมีความสุขมาก แต่วันนี้กลับไม่ใช่ เพราะนี้คือครั้งแรกในการขึ้นเบิกความเป็นพยานต่อศาลในฐานะ “ผู้กล่าวหา” ฉันตื่นเต้นกับบทบาทในวันนี้ของฉัน แต่ด้วยกำลังใจจากน้อง ๆ เภสัชกรกว่า 10 คน ที่เข้าฟังการเบิกความด้วย ทำให้ฉันเข้มแข็งและไม่กังวล พร้อมทั้งตั้งใจเบิกความตามข้อเท็จจริงจากข้อมูลทั้งหมดผู้พิพากษาเกลี้ยกล่อมให้เภสัชกรเจ้าของร้านหรือจำเลยรับสารภาพเพื่อประโยชน์ในการลดโทษกึ่งหนึ่ง แต่ก็ไม่เป็นผล จำเลยให้การปฏิเสธและยังให้การราวกับว่าพนักงานเจ้าหน้าที่เพิ่มจำนวนของกลางวัตถุออกฤทธิ์ยาซูโดอีเฟดรินแต่เภสัชกรเจ้าของร้านไม่สามารถหักล้างข้อกล่าวหาได้เนื่องจากหลักฐานชัดแจ้ง ศาลมีคำพิพากษาว่าจำเลยมีความผิดหลายกรรมต่างกัน ให้ลงโทษทุกกรรมเป็นกระทงความผิดไป และคดีได้ถึงที่สุดแล้วในศาลอุทธรณ์ พิจารณาโทษจำคุก 5 ปี

ธันวาคม พ.ศ. 2562 มีหมายศาลมาส่งไว้ในตู้จดหมายที่บ้านของฉัน โดยเภสัชกรคนดังกล่าวได้ยื่นฟ้องต่อศาลจังหวัดสุราษฎร์ธานี คำฟ้องสรุปว่าฉันและน้อง ๆ เบิกความเท็จและแสดงพยานหลักฐานอันเป็นเท็จ เจตนาให้โจทก์ได้รับโทษทางอาญาที่สูงขึ้น สามีเป็นคนเปิดตู้จดหมายพบหมายศาลดังกล่าวจึงบอกและถามฉันว่า “มีคนฟ้องว่าเธอให้การเท็จ” “ไปทำอะไรเข้าล่ะเขาถึงฟ้อง” ความรู้สึกของฉันที่พุ่งขึ้นมาจนจุกอก ความรู้สึก “งง” และ “โกรธ” ในตัวเภสัชกรคนนั้นมาก ตัวฉันนั้นไม่รู้ว่าเขาทำแบบนั้นเพราะอะไรและไม่อยากรู้ด้วย ฉันปฏิบัติหน้าที่คุ้มครองผู้บริโภคด้วยความมั่นใจที่จะรักษาความถูกต้องเป็นธรรม เมื่อรับทราบข้อกล่าวหา ฉันได้จัดเตรียมข้อเท็จจริงพร้อมทั้งเอกสารหลักฐานเพื่อขอให้อัยการเป็นผู้แก้ต่างในคดีอาญาเนื่องจากการปฏิบัติหน้าที่ ในการจัดเตรียมเอกสารทั้งหมดฉันมีน้องเภสัชกรซึ่งเป็นนิติกรช่วยฉันได้มาก นอกจากนี้ ยังมีน้อง ๆ เภสัชกรทุกคนอยู่เคียงข้างและมีคำแนะนำ คำปรึกษา รวมไปถึงกำลังใจจากสามี ผู้บริหาร ผู้บังคับบัญชา และกัลยาณมิตรด้วย สุดท้ายแล้วในเดือนกันยายน พ.ศ. 2563 เขาก็ถอนฟ้องไป

ในวันนี้ เมื่อฉันย้อนไปคิดทบทวนถึงการทำงานต่าง ๆ ที่ต้องมีการดำเนินคดีตามกฎหมาย ซึ่งฉันมุ่งหวังให้ผู้กระทำผิดได้สำนึกผิดและหลาบจำ เพื่อป้องกันมิให้เกิดอันตรายแก่ประชาชน ฉันตระหนักได้ว่าแม้เราจะคิดดี ทำดี ก็อาจมีเหตุการณ์ไม่คาดฝันที่บั่นทอนจิตใจของเราเกิดขึ้น ไม่มีใครอยากให้มันเกิดขึ้น แต่ไม่ว่าอนาคตข้างหน้าจะเป็นอย่างไร ฉันตัดสินใจแล้วว่าจะยืดมั่นในสิ่งที่ดีและทำดี ไม่ยอมให้เหตุการณ์นี้มามีอิทธิพลต่อความตั้งใจของฉัน ฉันจะเดินหน้าต่อไปอย่างไม่ย่อท้อ

การจัดการความรู้ในงานคุ้มครองผู้บริโภคจากเรื่องเล่า “อย่างนี้ก็มีด้วย”

บทความนี้สะท้อนความยากลำบากและความเสี่ยงภัยในการปฏิบัติงานของเภสัชกร ในฐานะที่เป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2522 ที่ทำงานในพื้นที่ภาคใต้ ในการจัดการ**ปัญหาการขายยาที่ไม่เหมาะสม** ที่ขนาดและความรุนแรงของปัญหารวมทั้งพฤติกรรมท้าทายกฎหมายของผู้เกี่ยวข้องแตกต่างจากที่อื่น โดยที่เหตุและปัจจัยหลักของปัญหา คือ การขาดจรรยาบรรณของเภสัชกรที่ร่วมในกระบวนการแขวนป้าย และการแพร่ระบาดของยาเสพติด 4 x 100 ซึ่งพันกันอย่างยุ่งเหยิงจนกลายเป็นปัญหาสังคมที่ซับซ้อน ซึ่งภายใต้สภาพการณ์ดังกล่าวจะมีร้านขายยาจำนวนหนึ่งที่กระทำการฝ่าฝืนกฎหมายและท้าทายกระบวนการควบคุมกำกับอย่างชัดแจ้ง โดยไม่มีการเกรงกลัวต่อกฎหมาย ที่ เรียกว่า “ร้าน Hard Core” ในการดำเนินการเรื่องนี้เภสัชกรที่มีหน้าที่รับผิดชอบจะต้องทุ่มเทกำลังกาย กำลังใจ รวมทั้งกำลังขวัญเป็นอย่างมากในการปฏิบัติงาน และต้องพร้อมรับปฏิกิริยาโต้กลับในหลาย ๆ รูปแบบจากผู้ประกอบการ หรือบางครั้งก็จากเภสัชกรของร้านเอง บทความตอกย้ำให้เห็นว่าความสำเร็จและความปลอดภัยในการทำงาน เกิดจากความรอบคอบ ความสมบูรณ์ และความครบถ้วนในการบันทึก การรวบรวมพยานหลักฐาน ซึ่งจะเป็นทั้งพยานหลักฐานในการดำเนินคดีกับผู้กระทำผิด และเป็นหลักฐานในการต่อสู้ป้องกันตัว เมื่อถูกฟ้องกลั่นแกล้ง

ยุทธวิธีการจัดการพยานหลักฐานเชิงประจักษ์

จากการสะท้อนคิดหลังปฏิบัติการ พบว่าปัจจัยชี้ขาดในกระบวนการยุติธรรมไม่ใช่เพียงพยานบุคคล แต่คือ ความแม่นยำของหลักฐานดิจิทัล ได้แก่ 1) การบันทึกภาพนิ่งและภาพเคลื่อนไหว (วิดีโอ) ขณะเข้าตรวจค้นเป็นเครื่องมือสำคัญในการหักล้างข้อต่อสู้ของจำเลยที่อ้างว่าพนักงานเจ้าหน้าที่ยัดของกลาง 2) การให้ผู้กระทำผิดลงนามในบันทึกคำให้การด้วยตนเองทันทีในที่เกิดเหตุ เป็นการสร้างบรรทัดฐานความรู้ ที่มีน้ำหนักสูงสุดในการพิจารณาคดีของศาลอุทธรณ์ ซึ่งนำไปสู่โทษจำคุก 5 ปี

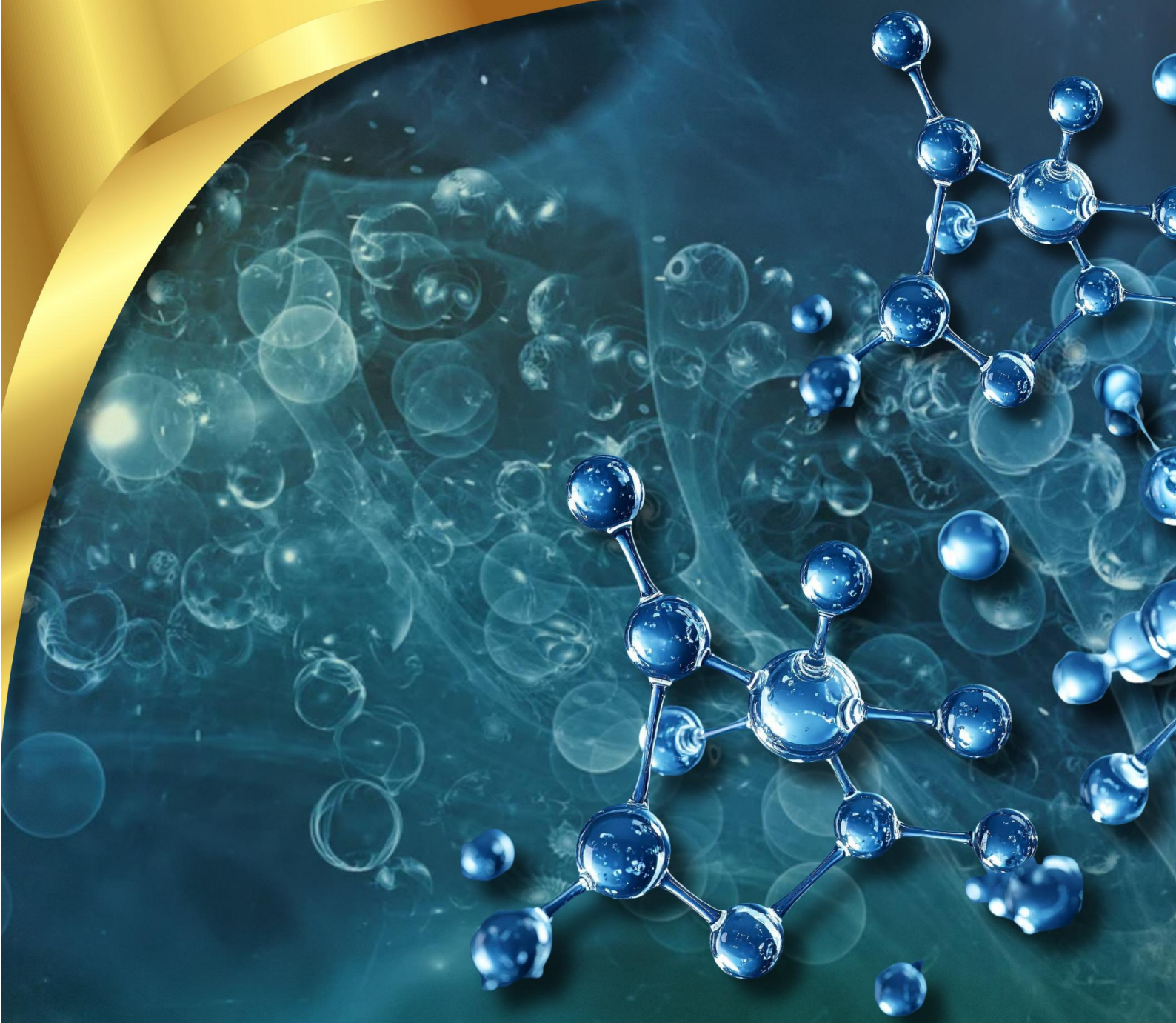
การบริหารจัดการความเสี่ยงทางกฎหมายและการสร้างความยืดหยุ่น

เหตุการณ์ฟ้องกลับฐานเบิกความเท็จในอีก 5 ปีต่อมา สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการสร้างระบบนิเวศแห่งความปลอดภัยสำหรับเจ้าหน้าที่ ได้แก่ การบูรณาการความรู้ระหว่างเภสัชกร นิติกร และอัยการจังหวัดเพื่อแก้ต่างคดีอาญาจากการปฏิบัติหน้าที่ การจัดการความรู้ในระดับเจตคติ โดยการยึดมั่นในอุดมการณ์ "คิดดี ทำดี" แม้จะเผชิญกับเหตุการณ์บั่นทอนจิตใจ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้พนักงานเจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติงานต่อเนื่องได้อย่างยั่งยืน

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

การจัดการความรู้ในงานคุ้มครองผู้บริโภคต้องก้าวข้ามการตรวจตามภารกิจปกติ สู่การเป็นผู้ปฏิบัติงานที่สะท้อนคิด ที่พร้อมรับมือกับความเสี่ยงรอบด้าน หน่วยงานควรพัฒนาระบบจัดเก็บพยาน หลักฐานอิเล็กทรอนิกส์ที่มีประสิทธิภาพและกลไกช่วยเหลือทางกฎหมายเชิงรุก เพื่อรักษาไว้ซึ่งความปลอดภัยของประชาชนและเกียรติแห่งวิชาชีพเภสัชกรรม

คำสำคัญ : เภสัชกรแขวนป้าย, 4x100, การจัดการพยานหลักฐาน, ความยืดหยุ่นทางวิชาชีพ



สมาคมเภสัชสาธารณสุขแห่งประเทศไทย

8 ถนนการุณราษฎร์ ต.ตลาด อ.เมืองสุราษฎร์ธานี
จ.สุราษฎร์ธานี 84000

E-mail : phpa.thai@gmail.com
Line ID : 0610249812 (8.30-16.30น.)
โทร. 061 024 9812 ในเวลาราชการ