



## การพัฒนากลไกการทำงานเพื่อส่งเสริมการใช้ยาที่ปลอดภัยในชุมชนโดยการมีส่วนร่วม ของประชาชน เขตชุมชนเมืองมหาสารคาม

ปริญญ ฤมอดทา<sup>1,\*</sup>, อติศักดิ์ ฤมอดทา<sup>2</sup>

<sup>1</sup> งานคุ้มครองผู้บริโภค กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมหาสารคาม มหาสารคาม

<sup>2</sup> กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลมหาสารคาม มหาสารคาม

\* ติดต่อผู้พิมพ์: pocky107@hotmail.com

### บทคัดย่อ

ชุมชนเมืองมหาสารคามยังคงมียาปฏิชีวนะ ยาสเตียรอยด์ ยาลดการอักเสบกลุ่ม NSAIDs อยู่ในพื้นที่ ล้วนก่อให้เกิดการใช้ยาที่ไม่สมเหตุผลของประชาชน การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนากลไกการทำงานเพื่อส่งเสริมการใช้ยาที่ปลอดภัยในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของประชาชน เป็นการศึกษาแบบ Participatory action research มีขั้นตอน 4 ขั้นตอนโดยย่อ คือ วางแผนเพื่อออกแบบกลไกฯ ปฏิบัติตามแนวทางการดำเนินงานที่ตกลงกันไว้ สังเกตผลและติดตามประเมินผลของกลไกฯ และสะท้อนผลการดำเนินงานด้วยกลไกฯ กลุ่มตัวอย่าง คือ ร้านชำอำเภอเมืองมหาสารคาม 816 ร้าน กลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้อง 211 คน และครัวเรือนบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 140 ครัวเรือน ระยะเวลาดำเนินการ ตุลาคม 2560 – ธันวาคม 2561 ผลการศึกษาพบว่าเกิดมาตรการการเฝ้าระวังการกระจายยาอันตรายในชุมชนโดยเน้นที่จุดเสี่ยง 2 จุด คือ ร้านชำและรถส่งยา จากการใช้กลไกฯ และมาตรการที่ตกลงกัน ทำให้ผลสำรวจสถานการณ์การกระจายยาอันตรายในร้านชำ พบว่ามียาอันตรายในร้านชำลดลงจากร้อยละ 98.04 เหลือเพียงร้อยละ 19.49 ( $p=0.0001$ ) ครัวเรือนของผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีผลิตภัณฑ์เสี่ยงปลอมปนสารสเตียรอยด์ลดลงจากร้อยละ 15.00 เป็น 5.71 ( $p=0.0001$ ) การพัฒนาศักยภาพกลุ่มเป้าหมายเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลทำให้มีคะแนนความรู้ที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.0001$ ) การทำงานเพื่อส่งเสริมการใช้ยาที่ปลอดภัยในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของประชาชนถูกเรียกว่า “MEDGEM2MHKA Model” ทำให้เกิดความสำเร็จการดำเนินงาน ความภาคภูมิใจของโครงการประเด็นสำคัญมิใช่เพียงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น หากแต่เป็นการแสดงออกถึงความมุ่งมั่นต่อการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของชุมชน

**คำสำคัญ:** ยาปลอดภัยในชุมชน, พัฒนาแบบมีส่วนร่วม, การมีส่วนร่วมของประชาชน, การเฝ้าระวังการกระจายยาอันตราย

รับต้นฉบับ: 3 กุมภาพันธ์ 2564; แก้ไข: 24 มีนาคม 2564; ตอบรับตีพิมพ์: 1 เมษายน 2564

# DEVELOPMENT OF A COLLABORATIVE MODEL TO PROMOTE RATIONAL USE OF MEDICATION IN COMMUNITY BY PUBLIC PARTICIPATION IN MAHASARAKHAM URBAN COMMUNITY

Pariya Thomudtha<sup>1\*</sup>, Adisak Thomudtha<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Health Consumer Protection Sub-Division, Social Medicine Division, Mahasarakham Hospital, Mahasarakham

<sup>2</sup> Thai Traditional and Alternative Medicine Division, Mahasarakham Hospital, Mahasarakham

\* Corresponding author: pocky107@hotmail.com

## ABSTRACT

Several dangerous drugs (antibiotics, steroids, NSAIDs) have been distributed in urban community health systems of Mahasarakham Province which causes people to use medication inappropriately. This study aimed to develop a collaborative model to promote rational use of medication in communities by public participation. This study used a participatory action research approach; composed of four steps including: planning the collaborative model; implementation of the model; observation and monitor impacts of the model; and feedback and summarized effectiveness of the model. The target sample was 816 grocery stores located in urban communities, 211 relevant stakeholders and 140 households of chronic disease patients. This study was conducted during October 2017 – December 2018. Two measures were commonly agreed to control dangerous drug distribution. The measures were focused in two risky sectors: grocery stores and drug delivery by vehicles. After implementing the collaborative model, dangerous drug distribution was observed less frequently, from 98.04% to 19.39% ( $p=0.0001$ ). Risky health products containing steroids found in households of chronic disease patients decreased from 15.00% to 5.71% ( $p=0.0001$ ). The potential development of the target groups on rational drug use resulted in a statistically significantly ( $p=0.0001$ ) higher knowledge score. This collaborative model to promote drug safety was named “MEDGEM2MHKA Model” which led to the success of building a drug safety system in the community. This study showed not only successful results but also reflected earnestness from all participated stakeholders involved in community health care.

**Keywords:** drug safety in community, develop model participation, public participation, surveillance of dangerous drug distribution

Received: 3 February 2021; Revised: 24 March 2021; Accepted: 1 April 2021

## บทนำ

การใช้อย่างไม่สมเหตุผลเป็นปัญหาที่มีความสำคัญในระดับประเทศ ทางกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เป็นแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาที่ 15 เมื่อกันยายน 2559 ในโรงพยาบาลทุกแห่งในประเทศไทย<sup>1</sup> ซึ่งยาไม่ได้อยู่เพียงในสถานพยาบาลของรัฐเท่านั้น ความปลอดภัยจากการใช้ยาในชุมชน มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายปัจจัย ได้แก่ ผู้ใช้ยา ผู้สั่งใช้ยา ผู้ผลิต การกระจายยา และการกำกับดูแลตามกฎหมายยา จากการทบทวนงานวิจัยในประเทศไทยพบว่าสาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจากผู้ใช้ขาดความรู้ที่ถูกต้อง มีความเชื่อที่ผิด ๆ และที่สำคัญมีแหล่งจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมและผิดกฎหมายกระจายอยู่ทั่วไป ผลจากการสำรวจร้านค้าปลีกในระดับตำบลภายใต้โครงการส่งเสริมการใช้ยาปลอดภัยในชุมชนของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ในปี 2560 จำนวน 4,128 ร้าน (23 จังหวัด) และปี 2561 จำนวน 887 ร้าน (28 จังหวัด) พบร้านค้าปลีกที่ขายยาปฏิชีวนะ ร้อยละ 22.3 และ 28.4 ร้านค้าปลีกที่ขายยาสเตียรอยด์ (ทั้งในรูปแบบยาเดี่ยว และยาชุด) ร้อยละ 6.0 และ 8.1 ร้านค้าปลีกที่ขายผลิตภัณฑ์ที่มีการปลอมปนสเตียรอยด์ (เช่น ยาแผนโบราณ อาหารเสริม) ร้อยละ 3.3 และ 3.2 ร้านค้าปลีกที่ขายยาอันตรายอื่น ๆ นอกเหนือจาก ยาปฏิชีวนะ และยาสเตียรอยด์ ร้อยละ 16.2 และ 20.8 ตามลำดับ ทั้งที่ตามกฎหมายยาแล้ว “ยาอันตราย” และ “ยาควบคุมพิเศษ” ต้องจำหน่ายในร้านขายยาที่มีเภสัชกรประจำเท่านั้น ในร้านค้าปลีกเหล่านี้พบผลิตภัณฑ์ที่มีความเสี่ยงต่อการได้รับสารสเตียรอยด์ เช่น ยาแผนโบราณ ยาสมุนไพร ซึ่งมีหลากหลายรูปแบบ ได้แก่ ยาผง ยาเม็ด ยาลูกกลอน ยาน้ำ ยาต้ม ยาหม้อ กษัยเส้น ประดง รวมทั้งผลิตภัณฑ์เสริมอาหารด้วย นอกจากร้านค้าปลีกแล้ว ในชุมชนยังพบผลิตภัณฑ์เหล่านี้ในแหล่งกระจายยาอื่น ๆ เช่น รถส่งยา ตลาดนัด/แผงลอย ตลาดทั่วไป ตัวแทนบริษัท วัด เป็นต้น<sup>2</sup>

จากการศึกษาของรัชตะ รัชตะนาวิน<sup>3</sup> ได้ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน พบว่ากลุ่มตัวอย่างเคยใช้ยาชุด ร้อยละ 18 – 48 และเคยใช้ยาแผนโบราณและยาสมุนไพร ร้อยละ 13 – 56 แหล่งที่มาของผลิตภัณฑ์ดังกล่าว เช่น สถานีวิทยุ ร้านยา ร้านชำ คลินิกแพทย์ รถส่งยา เพื่อนบ้าน ขายตรง หรือคนรู้จักผู้ป่วย โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีการใช้ยาสมุนไพรหรือแสวงหาวิธีการรักษาอื่นร่วมกับยาแผนปัจจุบันที่แพทย์สั่งใช้ ซึ่งเป็นผลิตภัณฑ์ที่ไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ รวมทั้งอาจมีการปลอมปนยากลุ่มสเตียรอยด์หรือตัวยาอื่น ๆ ลงไปในผลิตภัณฑ์ซึ่งทำให้เกิดความเสี่ยงและผลกระทบต่อสุขภาพหรือความผิดปกติต่าง ๆ เช่น กลุ่มอาการคุชชิง (เป็นกลุ่มอาการที่แสดงถึงความผิดปกติของร่างกายเราที่เกิดจากมีฮอร์โมน สเตียรอยด์ หรือ คอร์ติโซนมากเกินไป) ภาวะเมแทบอลิกซินโดรม (ภาวะที่เกิดจากการเผาผลาญอาหารของร่างกายที่ผิดปกติไป) ภาวะต่อมหมวกไตบวมพร่ง ทำให้เกิดอาการบวม น้ำ ความดันโลหิตสูง ทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหาร มีเลือดออก ทำให้เกิดภาวะกระดูกพรุน และหักง่าย ทำให้เกิดการซ่อมแซมเนื้อเยื่อและบาดแผลหายช้า ทำให้ภาวะภูมิคุ้มกันโรคลดลง กัดการทำงานของต่อมหมวกไต ทำให้ต่อมหมวกไตฝ่อ<sup>4</sup>

จากการศึกษาความชุกของปัญหาทางคลินิกที่คนไข้ได้รับสารสเตียรอยด์โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์พบว่าความชุกของ Adrenal crisis และ Adrenal insufficiency สูงถึง 4/1000 และ 9/1000 ตามลำดับ และอาการแสดงที่พบมากที่สุด คือ Cushing's syndrome (48/1000 คน) โดยผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการดังกล่าวจะมีระยะเวลาอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น คิดเป็นค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นประมาณ 4,455 บาทต่อคน หรือ ผลกระทบต่อประเทศประมาณ 1,900 ล้านบาทต่อปี ซึ่งสะท้อนปัญหาผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์ที่ใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ใช้ยาไม่สมเหตุผล<sup>2</sup>

ระยะเวลาที่ผ่านมา (ก่อนปี พ.ศ. 2560) พื้นที่อำเภอเมืองมหาสารคามยังไม่มีกลไกการทำงานเพื่อ

ส่งเสริมการใช้ยาที่ปลอดภัยในชุมชนมาก่อน เนื่องจากมีเภสัชกรไม่เพียงพอที่จะมาดูแลรับผิดชอบงานด้านคุ้มครองผู้บริโภค แต่หลังจากเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2560 ได้มีการจัดสรรให้มีเภสัชกรมารับผิดชอบงานด้านนี้จึงทำให้ผู้วิจัยได้ริเริ่มให้มีกิจกรรมนี้ การพัฒนางานยาปลอดภัยในชุมชนนั้นมีความละเอียดอ่อนและเป็นงานที่ทำหาย เพราะส่งผลต่อสิ่งที่เคยปฏิบัติของผู้ประกอบการร้านชำ ทำให้สูญเสียรายได้จากยาที่เคยขายได้ในร้านชำ เมื่อนำข้อกฎหมายการห้ามจำหน่ายยาอันตรายไปใช้ทำให้ผู้ประกอบการร้านชำมีความกลัว ต่อต้าน หรือไม่ให้ความร่วมมือ พื้นที่อำเภอเมืองมหาสารคามเป็นพื้นที่ที่มีปัญหาการกระจายยาที่ไม่เหมาะสมในชุมชน ปัญหาที่มีความเชื่อมโยงกับหลายปัจจัย ได้แก่ การเข้าถึงบริการ (ร้านชำมียาห้ามจำหน่าย รถส่งยาเข้ามาในพื้นที่ และ ประชาชนไม่ออกไปใช้บริการในระบบตามสิทธิที่มีเพราะซ้ำ ไม่สะดวก เดินทางไกล) ผู้ประกอบการร้านชำ (ขาดความตระหนักถึงอันตรายต่อสุขภาพประชาชน เห็นกำไรจากการค้า และ ขาดองค์ความรู้รายการยาที่จำหน่ายได้ในร้านชำ) ผู้บริโภค (ประชาชนเข้าถึงยาอันตราย ยาควบคุมพิเศษได้โดยไม่ผ่านผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ พฤติกรรมการบริโภคยาไม่สมเหตุผล และต้องการให้ร้านค้านำยาอันตรายมาขายเพื่อความสะดวก) เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน (บุคลากรน้อย ภาระงานเยอะ ทำให้การเฝ้าระวังไม่ครอบคลุม ผู้มีอำนาจตาม พ.ร.บ.ยาไม่ใช้กฎหมายเด็ดขาดในการจัดการ ผู้ปฏิบัติงานคุ้มครองระดับตำบลยังไม่ทราบแนวทางการจัดการและขาดความเข้าใจเรื่องยาปลอดภัยในชุมชน ผู้ปฏิบัติงานไม่ต้องการปะทะกับคนในพื้นที่เพราะต้องทำงานชุมชนร่วมกัน) ชุมชน ท้องถิ่น (การมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายท้องถิ่น ชุมชนยังไม่ชัดเจน ยังไม่ทราบ/ตระหนักปัญหาด้านยาปลอดภัยในชุมชน) จากบริบทเหล่านี้ทำให้ผู้วิจัยมุ่งหวังที่จะพัฒนากลไกการทำงานที่ช่วยส่งเสริมการใช้ยาที่ปลอดภัยของชุมชนให้เป็นไปในแนวทางสร้างสรรค์ จึงใช้กลไกการมีส่วนร่วมในชุมชน เพื่อให้ชุมชนได้เข้าใจถึงปัญหา และค่อย ๆ ปรับเปลี่ยนไปสู่ระบบยาปลอดภัยในชุมชน

คณะทำงานคุ้มครองผู้บริโภคของโรงพยาบาลมหาสารคามจึงได้ใช้แนวคิดการทำงานเชิงรุกในการขับเคลื่อนการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เช่น การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายเพื่อให้เกิดความรู้การใช้ยาอย่างปลอดภัยสมเหตุผลที่ถูกต้อง สร้างข้อตกลงกับผู้ประกอบการร่วมกับประชาชนและภาคีเครือข่าย ออกประชาสัมพันธ์เชิงรุก โดยอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมจากเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง คือ มหาตไทย ตำรวจ เทศบาลเมืองมหาสารคาม สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองมหาสารคาม ท้องถิ่น ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ประกอบการร้านชำ อสม. ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อให้ประชาชนมีทักษะในการคุ้มครองตนเองและครอบครัวและให้มีความรู้ด้านการใช้ยาได้อย่างปลอดภัย การศึกษาครั้งนี้ต้องการพัฒนากลไกการทำงานเพื่อส่งเสริมการใช้ยาที่ปลอดภัยในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของประชาชน (ต่อไปในบทความนี้ผู้วิจัยจะเรียกโดยย่อว่ากลไก) เพื่อให้เกิดแนวทางการดำเนินงานด้านนี้และส่งเสริมความปลอดภัยในการใช้ยาให้แก่ประชาชนต่อไป

### วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนากลไกการทำงานเพื่อส่งเสริมการใช้ยาที่ปลอดภัยในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของประชาชน และประเมินประสิทธิผลของกลไกในการลดการกระจายยาอันตรายในชุมชน การใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีความเสี่ยงในชุมชน และความรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

### วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) เพื่อพัฒนากลไกการทำงานเพื่อส่งเสริมการใช้ยาที่ปลอดภัยในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของประชาชน ดำเนินการในช่วงเดือนตุลาคม 2560 ถึงธันวาคม 2561 การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลมหาสารคาม เลขที่ MSKH\_REC 60-01-044 COA No 60/041

## วิธีการศึกษาตามแนวทางของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีการดำเนินการศึกษา 4 ขั้นตอน และมีกิจกรรมย่อย 11 กิจกรรม ผู้วิจัยขออธิบายการดำเนินงานตามกระบวนการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ดังนี้ (รูปที่ 1)

### 1. ขั้นตอนวางแผน (Plan)

ผู้วิจัยได้วางแผนการทำงานประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ (1) จัดประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษาให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทราบ และดำเนินงานไปในทิศทางเดียวกัน จำนวน 1 ครั้ง (Meeting; M) ผู้ที่เกี่ยวข้องได้แก่ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคเครือข่ายอำเภอเมือง 25 คน โดยมีรองผู้อำนวยการ เป็นประธาน รวมทั้งสิ้น 26 คน (2) สำรวจยาในชุมชน (Explore; E) ก่อนเริ่มดำเนินการเพื่อทราบสถานการณ์การกระจายยาในชุมชน การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบจำเพาะเจาะจง กลุ่มตัวอย่าง คือ ร้านชำทุกร้านจำนวน 816 ร้าน ในเขตอำเภอเมืองมหาสารคาม และสำรวจผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีความเสี่ยงในบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นโรคเบาหวาน หรือ ความดันโลหิตสูง หรือ โรคไขมันในเลือดสูง หรือ โรคไตเรื้อรัง เป็นโรคอย่างใดอย่างหนึ่งหรือโรคร่วมกันก็ได้ โดยผู้วิจัยสำรวจโดยการเยี่ยมบ้าน กำหนดจำนวนผู้ป่วยที่ลงเยี่ยมบ้านตำบลละ 10 ครัวเรือน รวมทั้งหมด 140 ครัวเรือน โดยใช้แบบสำรวจ (3) วิเคราะห์ข้อมูลและคืนข้อมูลสถานการณ์ปัญหาการกระจายยาอันตรายและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีความเสี่ยงต่อชุมชนและเครือข่ายผู้ที่เกี่ยวข้อง (Data; D) (4) ประชุมระดมสมองเครือข่ายผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน 25 คน และตัวแทนประชาชนประกอบด้วย อสม. ผู้ประกอบการร้านค้า ผู้นำของแต่ละตำบล ท้องถิ่นอำเภอเมือง ตัวแทนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ตำบลละ 5-7 คน 14 ตำบลรวมทั้งสิ้น 98 คน เพื่อสร้างข้อตกลงและแนวปฏิบัติในการดำเนินงานส่งเสริมระบบยาที่ปลอดภัยในชุมชนและวิธีการกำกับติดตาม (Guidelines; G) แบ่งกลุ่มแต่ละตำบลเพื่อระดมสมอง

และออกมานำเสนอ โดยผู้วิจัยเป็นผู้สังเกตการณ์และสรุปจากนั้นขอมติเพื่อยอมรับข้อตกลงและแนวปฏิบัติที่เกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการยาปลอดภัยในชุมชน กิจกรรมที่ 3 และ 4 นี้ จัดในงานประชุมวันเดียวกัน การวางแผนดำเนินการในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2560 – เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2561

2. ขั้นตอนการปฏิบัติ (Action) ผู้เกี่ยวข้องปฏิบัติตามแผนที่ได้ตกลงกันไว้ ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ได้แก่ (5) การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายให้เกิดความรู้ (Education; E) การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบจำเพาะเจาะจง กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) 50 คน ผู้ประกอบการร้านค้า 96 คน ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวาน หรือ ความดันโลหิตสูง หรือ ไขมันในเลือดสูง หรือ ไตเรื้อรัง เป็นโรคอย่างใดอย่างหนึ่งหรือโรคร่วมกันก็ได้) 40 คน และ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคเครือข่ายปทุมภูมิ ได้แก่ ผู้ที่ทำงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอเมืองมหาสารคาม 25 คน การพัฒนาศักยภาพให้เกิดความรู้ คือ การจัดอบรมให้ความรู้เชิงปฏิบัติการประกอบด้วย การฟังเนื้อหาบรรยาย และการปฏิบัติ เช่น ฝึกปฏิบัติจากกรณีศึกษาเพื่อพิจารณาเหตุการณ์สมควรใช้ยาปฏิชีวนะหรือไม่ ฝึกอ่านเครื่องหมาย อย. เลขทะเบียนยา การดูวันผลิต วันหมดอายุ Lot. No การสืบค้นเพื่อตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพ ฝึกปฏิบัติการรายการยาที่สามารถขายได้/ไม่ได้ในร้านชำด้วยเทคนิคแสดงและตอบ (Show and tell) ฝึกตรวจสอบสารสเตียรอยด์ที่สงสัยในผลิตภัณฑ์ที่เสี่ยงต้องสงสัยนอกจากนี้ยังมีกิจกรรมเสริมอื่น ๆ เช่น การเสวนายาปลอดภัยในชุมชนจากภาคีทุกภาคส่วน (สำรวจ สาธารณสุข ท้องถิ่นเทศบาล มหาดไทย) การจำลองนิทรรศการร้านชำปลอดภัย โดยก่อนการพัฒนา ศักยภาพได้มีการเก็บข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา และประเมินความรู้เรื่องการใช้อยาปลอดภัยสมเหตุผล ด้วยแบบทดสอบความรู้เรื่องการใช้อยาปลอดภัยสมเหตุผล (6) ลงนามการปฏิบัติตามข้อตกลง

อย่างเป็นรูปธรรม (MOU; M) (7) ออกประชาสัมพันธ์เชิงรุกตามร้านค้าในพื้นที่และแจกสื่อความรู้เรื่องยาให้ปิดประกาศไว้ที่ร้านค้า (รูปที่ 2) (Media; M) การปฏิบัติตามแผนดำเนินการในช่วงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2561 – เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2561

### 3. ขั้นตอนการสังเกต (Observe)

ขั้นตอนการสังเกตนี้เพื่อตรวจสอบผลจากการปฏิบัติตามกลไก ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ได้แก่ (8) ประเมินความรู้เรื่องการใช้ยาอย่างปลอดภัยสมเหตุผลในกลุ่มเป้าหมายหลังจากการพัฒนาศักยภาพเครือข่าย และออกสำรวจร้านค้าซ้ำร้านเดิม (Monitoring; M) (9) ออกเยี่ยมบ้านเพื่อสำรวจผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีความเสี่ยงในบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายเดิม (Home Visiting; H) กิจกรรมที่ 8 และ 9 กลุ่มตัวอย่างคือรายเดิมตามขั้นตอนการวางแผนและใช้เครื่องมือชนิดเดิมในการประเมินซ้ำดำเนินการในช่วงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2561 – เดือนกันยายน พ.ศ. 2561

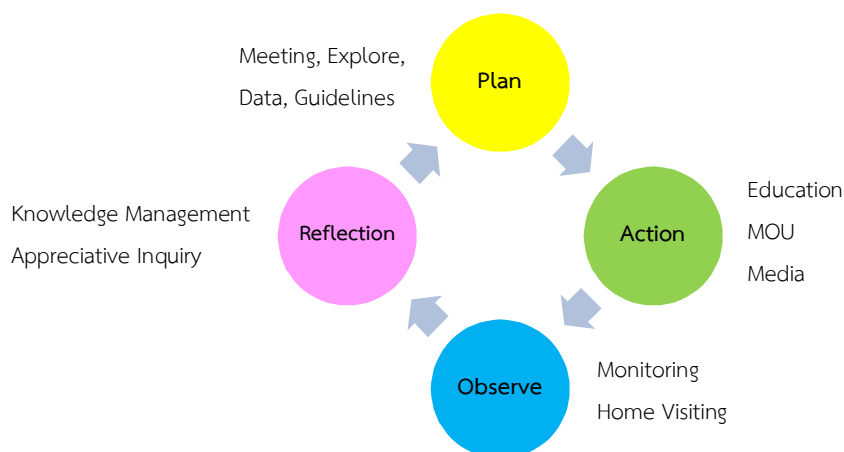
### 4. ขั้นตอนการสะท้อนผล (Reflection)

การสะท้อนผลการดำเนินงานนี้เพื่อให้เกิดการทบทวนกระบวนการทำงานและแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันระหว่างเครือข่าย ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ได้แก่ (10)

การประชุมเครือข่ายเพื่อถอดบทเรียน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อสรุปบทเรียนจากการดำเนินงานพัฒนาเครือข่ายและค้นหาชุมชนต้นแบบ (Knowledge management; K) ผู้ที่เกี่ยวข้องกับระบบยาในชุมชนเข้าร่วมประชุมจำนวน 114 คน คือ นายอำเภอเมืองมหาสารคาม รองผู้อำนวยการรพ. ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคเครือข่ายอำเภอเมืองมหาสารคาม 25 คน ผอ.รพ.สต. 17 แห่ง ในเขตอำเภอเมืองมหาสารคาม ตัวแทนผู้ประกอบการร้านค้า 30 คน อสม. 40 คน มีการดำเนินการประชุมในกิจกรรมนี้ 1 ครั้ง (11) ออกเยี่ยมพื้นที่ต้นแบบเพื่อให้การชื่นชมและเสริมพลังให้เกิดการทำงานต่อเนื่อง (Appreciative Inquiry; A) 2 ครั้ง คือ ไปพื้นที่ ต.โคกก่อ และ พื้นที่ ต.ห้วยแอ่ง ดำเนินการในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2561 – เดือนธันวาคม พ.ศ. 2561

### เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษามี 4 แบบ ได้แก่ (1) แบบสำรวจยาอันตรายในร้านค้าใช้ในกิจกรรมที่ 2 (ก่อนพัฒนา) และ 8 (หลังพัฒนา) แบบสำรวจยาอันตรายในร้านขายมีวิธีการเก็บข้อมูล คือ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคจะเป็นผู้บันทึกรายละเอียดลงในแบบเก็บสำรวจ



รูปที่ 1 ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา 4 ขั้นตอน 11 กิจกรรม



รูปที่ 2 สื่อที่ใช้ในการประชาสัมพันธ์ที่ร้านชำ

โดยใช้การสำรวจรอบ ๆ พื้นที่ในร้าน การสังเกตยาอันตรายในร้าน ร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้ประกอบการร้านชำ การเยี่ยมสำรวจจะไม่มีกำหนดหมายกับผู้ประกอบการร้านชำ และการเยี่ยมสำรวจจะไม่ทำทุกร้านในพื้นที่เดียวกันในเวลาเดียวกันเพื่อป้องกันการส่งต่อข้อมูลระหว่างผู้ประกอบการ (2) แบบสำรวจผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีความเสี่ยงที่บ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังใช้ในกิจกรรมที่ 2 (ก่อนพัฒนา) และ 9 (หลังพัฒนา) การเยี่ยมสำรวจที่บ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะทำการนัดหมายล่วงหน้าผ่านไปยัง อสม.ที่จะร่วมทีมสำรวจ เพราะผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มีอายุมาก และเพื่อให้เกียรติผู้ป่วยและคงไว้ซึ่งความสัมพันธ์อันดีระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วย แบบสำรวจที่ (1) และ (2) นี้อ้างอิงจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา<sup>5</sup> (3) แบบทดสอบความรู้เรื่องการใช้ยาปลอดภัยสมเหตุผลใช้ในกิจกรรมที่ 5 (ก่อนพัฒนา) และ 8 (หลังพัฒนา) แบบทดสอบแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา และส่วนที่ 2 เป็นแบบวัดความรู้การใช้ยาปลอดภัยสมเหตุผล เป็นแบบเลือกตอบมี 4 ตัวเลือก มีคำตอบที่ถูกต้อง 1 ข้อ จำนวน 20 ข้อ ออกแบบทดสอบการวัดความรู้โดยผู้วิจัยเอง โดยอ้างอิงสิ่งที่ต้องรู้จากเกณฑ์แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี 2559 หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกวัย ข้อ 4.3.3 งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ประเด็นองค์ความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ<sup>6</sup> แบบวัดความรู้การใช้ยาปลอดภัยสมเหตุผล ผู้วิจัยสร้างแบบ

ประเมินวัดความรู้และผ่านการทดสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ซึ่งมีประสบการณ์การทำงานคุ้มครองผู้บริโภค มากกว่า 5 ปี ตรวจสอบแนะนำในประเด็น ความเหมาะสมของคำถามแต่ละข้อ ความสามารถในการใช้ได้จริง ความชัดเจนของคำถาม หลังการปรับปรุงแบบประเมินตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยทดสอบแบบวัดในตัวอย่าง 3 คน และปรับแก้อีกครั้งก่อนนำมาใช้ในการวิจัย การแปลผลเพื่อจัดแบ่งระดับความรู้ทำได้โดย หากได้คะแนนตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไปถือว่ามีความรู้ระดับดีมาก ช่วงระหว่าง 14-15 คะแนนถือว่าดี, ช่วงคะแนน 11-13 คะแนนถือว่าพอใช้ คะแนนน้อยกว่า 11 ถือว่าไม่ผ่าน แปลผลระดับคะแนนความรู้ที่ได้แบบอิงเกณฑ์ของ Bloom<sup>7</sup> โดยผู้วิจัยกำหนดให้ความรู้ระดับพอใช้ขึ้นไปเป็นกลุ่มที่มีความรู้ด้านยาปลอดภัยสมเหตุผลในชุมชน (4) สื่อประชาสัมพันธ์ด้านยาที่ใช้ในการประชาสัมพันธ์เชิงรุกในกลุ่มประชาชนและผู้ประกอบการร้านชำ แสดงดังรูปที่ 2 และแนวยายเพื่อให้อ่านสื่อได้ชัดเจนขึ้น

### การเก็บข้อมูล

เนื่องจากการศึกษานี้มีการเก็บข้อมูลในหลายพื้นที่ ผู้วิจัยจึงมีเจ้าหน้าที่ในเครือข่ายจากพื้นที่ต่าง ๆ ช่วยเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยได้จัดประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานให้แก่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคทั้งเครือข่ายอำเภอเมืองมหาสารคามจำนวน 25 คน เพื่อให้เข้าใจวิธีการเก็บข้อมูล ได้แก่ วิธีการสำรวจข้อมูล การใช้

แบบสำรวจ การอธิบายวิธีการบันทึกข้อมูล และแนะนำวิธีการอธิบายรายการยาที่สามารถขายได้และไม่ได้ในร้านชำ เพื่อให้ผู้ประกอบการเข้าใจ การสำรวจการกระจายยาอันตรายในร้านชำนั้นได้ใช้สื่อประชาสัมพันธ์ตามรูปที่ 2 ช่วยตรวจทานรายการยาที่ห้ามจำหน่ายหรือจำหน่ายได้ในร้านชำ หากมีความสงสัยการปลอมปนของสเตียรอยด์ผู้ช่วยเก็บข้อมูลสามารถส่งมาที่ผู้วิจัยเพื่อทดสอบด้วยชุดทดสอบสารสเตียรอยด์ที่ปลอมปนในยาแผนโบราณ (DMSc Steroid Test Kit) ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

การเก็บข้อมูลการเยี่ยมสำรวจร้านชำ, การค้นหาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีความเสี่ยงที่บ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ใช้เครื่องมือ ผู้เก็บข้อมูลและทีมออกเยี่ยม และกลุ่มตัวอย่างเหมือนกันทั้งก่อนและหลังพัฒนา และ การเก็บข้อมูลการวัดความรู้ใช้เครื่องมือ และกลุ่มตัวอย่างเหมือนกันทั้งก่อนและหลังพัฒนากลไก

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณถูกวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรม Excel และ Stata version 14.0 ด้วยสถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง การวิเคราะห์เปรียบเทียบผลของกลไก ระหว่างก่อนและหลังการดำเนินงาน ได้แก่ (1) สถานการณ์การกระจายยาอันตรายในชุมชน เปรียบเทียบผลสำรวจยาอันตรายในร้านชำร้านเดิม คือ จำนวนร้านที่จำหน่ายยาถูกต้องตามกฎหมาย จำนวนร้านชำที่จำหน่ายยาห้ามจำหน่ายก่อนและหลังการพัฒนา กลไก ใช้สถิติ McNemar's chi-squared (2) สถานการณ์ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีความเสี่ยงที่บ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผลสำรวจผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีความเสี่ยงผู้ป่วยรายเดิมที่ครัวเรือนเดิม เปรียบเทียบจำนวนครัวเรือนที่มียาปฏิชีวนะเหลือใช้เก็บไว้ เปรียบเทียบจำนวนครัวเรือนที่พบผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ปลอมปนสารสเตียรอยด์ก่อนและหลังการพัฒนา กลไก ใช้สถิติ McNemar's chi-squared (3) การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังพัฒนาศักยภาพเครือข่ายในกลุ่มตัวอย่างรายเดิมใช้สถิติ Paired t-test (4) การเปรียบเทียบจำนวนคนที่ผ่าน/ไม่ผ่านการ

ทดสอบความรู้ก่อนและหลังพัฒนาศักยภาพเครือข่ายในกลุ่มตัวอย่างรายเดิมใช้สถิติ McNemar's chi-squared โดยกำหนดให้มีระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05 ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การทำงานในเครือข่ายวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาโดยผู้วิจัยเพื่อถอดบทเรียนการทำงาน

### ผลการศึกษา

การศึกษานี้เริ่มจากการจัดการประชุมเพื่อทำความเข้าใจปัญหาด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ร่วมกับการสะท้อนมุมมองของเจ้าหน้าที่ (นักวิชาการสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคในเครือข่ายอำเภอเมืองมหาสารคาม 24 คน) ให้เห็นมุมมองของปัญหาความปลอดภัยในชุมชนของแต่ละพื้นที่ เมื่อเจ้าหน้าที่ภาครัฐที่มีบทบาทรับผิดชอบงานได้สะท้อนความคิดเห็น จากการประชุมชี้แจงพบว่าปัญหาจากผู้ปฏิบัติงานในแต่ละตำบล ยังขาดความเข้าใจเรื่องนโยบายความปลอดภัยในชุมชน มีความกังวลความสัมพันธ์กับผู้ประกอบการ และกังวลหากต้องมีการบังคับด้วยกฎหมาย ผู้วิจัยได้ชี้แจงถึงความสำคัญที่ต้องทำ สอดคล้องกับนโยบายของประเทศไทยที่กำหนดให้มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และขยายการดำเนินงานความปลอดภัยในชุมชน (RDU community) ทำให้เกิดมติในการดำเนินการเพื่อพัฒนางานเน้นกระบวนการสร้างพลังเครือข่ายในการจัดการปัญหาความปลอดภัยในชุมชน ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมจากประชาชนและสังคม จากการประชุมชี้แจงทำให้เกิดมติการดำเนินงาน ได้แก่ การวางแผนการออกสำรวจเพื่อศึกษาสถานการณ์การกระจายยาในร้านชำและการค้นหาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีความเสี่ยงที่บ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และการหาพลังหนุนเสริมช่วยขับเคลื่อนงานจากหน่วยงานภายนอกสาธารณสุข ได้แก่ มหาตไทย ท้องถิ่นอำเภอ ตำรวจ ผู้นำในชุมชน สมาชิกที่เป็นแกนนำในหมู่บ้าน และ อสม. เจ้าหน้าที่ทุกคนเห็นพ้องร่วมกันในการติดตามความก้าวหน้า/ความสำเร็จ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การมีองค์กรกลางในการประสานงาน จากมุมมองเหล่านี้ทำให้ผู้วิจัยออกแบบ

วิธีการศึกษาแบบ Participatory action research ให้ประชาชนและภาคีเครือข่ายผู้ที่มีส่วนได้เสียกับระบบยาในพื้นที่อำเภอเมืองเข้ามามีส่วนร่วมทั้ง 4 ขั้นตอนของการศึกษา ประกอบด้วย การวางแผน ขั้นตอนปฏิบัติตามแผนเพื่อแก้ปัญหา การสังเกตตรวจสอบผลจากการปฏิบัติ และการสะท้อนผล

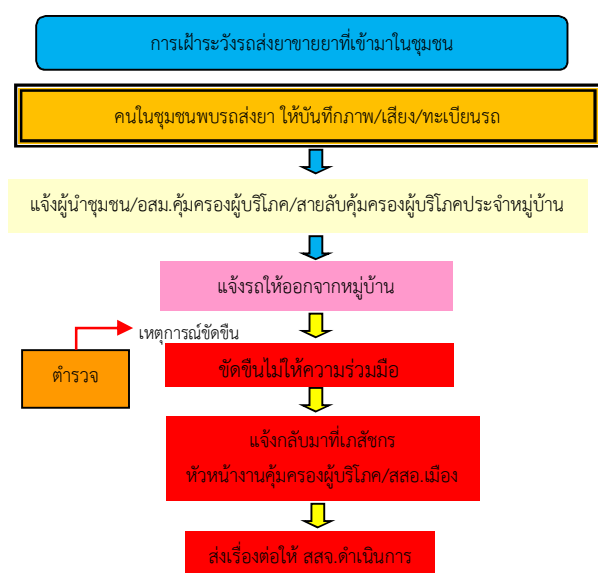
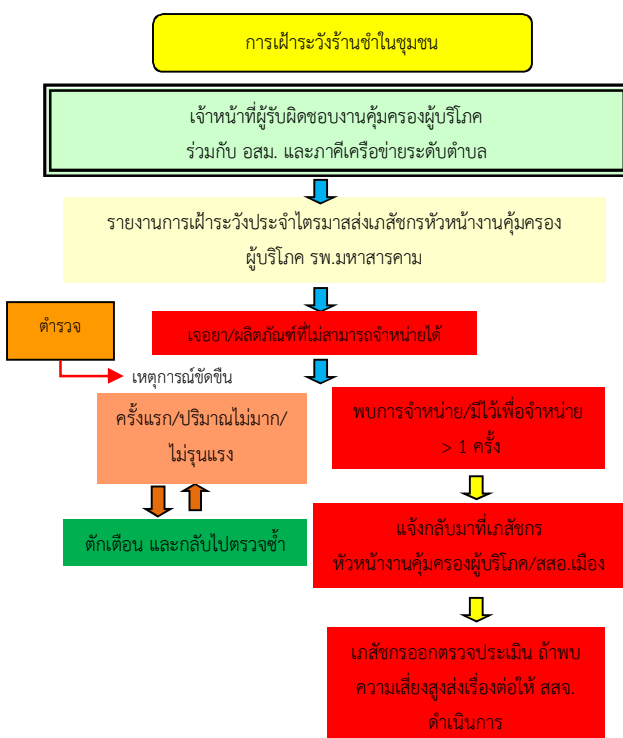
### มาตรการการเฝ้าระวังการกระจายยาอันตราย

จากการคืนข้อมูลสถานการณ์การกระจายยาอันตรายในชุมชนในช่วงการวางแผน คือ ผลสำรวจการกระจายยาอันตรายในร้านชำก่อนพัฒนาคลินิกฯ แสดงให้เห็นปัญหาของพื้นที่มีร้านชำที่จำหน่ายยาถูกต้องในพื้นที่อำเภอเมืองเพียงร้อยละ 1.96 และร้านชำที่จำหน่ายยาห้ามจำหน่ายสูงถึงร้อยละ 98.04 การคืนข้อมูลเหล่านี้ทำให้ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องมีความตระหนักถึงปัญหายาปลอดภัยในชุมชน และนำไปสู่กิจกรรมระดมสมองกลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานและตัวแทนประชาชน ทำให้เกิดเป็นมาตรการการเฝ้าระวังการกระจายยาอันตราย เน้นไป

ที่การจัดการปัญหาการกระจายยาปฏิชีวนะ ยาสเตียรอยด์ ยาลดการอักเสบกลุ่ม NSAIDs และผลิตภัณฑ์ที่เป็นอันตรายอื่น ๆ ในร้านชำ และชุมชน โดยมาตรการมุ่งเน้นไปที่จุดเสี่ยง 2 จุด คือ ร้านชำ และรถส่งยา (รูปที่ 3) ซึ่งหลังจากนั้นได้เกิดการลงนามกันอย่างเป็นทางการ (MOU) ระหว่างผู้ประกอบการ เจ้าหน้าที่ ประชาชนในชุมชน ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทุกตำบลในอำเภอเมือง โดยมีการลงนามครบทุกร้านชำและชุมชนคิดเป็นร้อยละ 100

### การกระจายยาอันตรายในชุมชน

ผลสำรวจการกระจายยาอันตรายในร้านชำก่อนพัฒนาคลินิกฯ แสดงให้เห็นปัญหาของพื้นที่ มีร้านชำที่จำหน่ายยาถูกต้องในพื้นที่อำเภอเมืองเพียงร้อยละ 1.96 และร้านชำที่จำหน่ายยาห้ามจำหน่ายสูงถึงร้อยละ 98.04 ร้านชำส่วนมากจะพบยาปฏิชีวนะมากที่สุดร้อยละ 83.33 รองลงมา คือ ยาชุด (ร้อยละ 74.51) ยาสเตียรอยด์ (ร้อยละ 22.55) และยาอันตรายอื่น ๆ (ร้อยละ 78.43) ตามลำดับ โดยยาชุดที่พบส่วนมากมักเป็นยาที่ใช้ในกลุ่มอาการแก้ปวด



รูปที่ 3 มาตรการเฝ้าระวังการกระจายยาอันตราย

คล้ายกล้ามเนื้อ ยาชุดแก้หวัด สำหรับยาเสพติดที่พบเจอในรูปแบบยาเม็ดเติมรูปแบบเดียว และแบบผงกายมาในผลิตภัณฑ์ที่ถูกกฎหมายซึ่งผู้วิจัยได้นำผลิตภัณฑ์เหล่านั้นมาทดสอบเบื้องต้นด้วยชุดทดสอบสเตียรอยด์ หลังจากมีการดำเนินงานตามกลไกฯ และมาตรการที่ออกแบบไว้ ผู้วิจัยและทีมได้สำรวจร้านชาในพื้นที่จำนวน 816 ร้าน และเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างก่อนและหลังการใช้กลไกฯ ที่พัฒนาขึ้น พบว่ามีร้านชาที่จำหน่ายยาถูกต้องตามกฎหมายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากร้อยละ 1.96 เป็น 80.51 ( $p=0.0001$ ) หลังดำเนินการพัฒนาระบบมีการจำหน่ายยาที่ผิดกฎหมายลดลง เมื่อพิจารณาว่าที่ห้ามจำหน่ายตามกลุ่มพบว่าร้านชาที่มียาอันตรายจำหน่ายมีสัดส่วนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุก ๆ กลุ่มยา (ตารางที่ 1) และการจำหน่ายยาปฏิชีวนะลดลงมากเหลือร้อยละ 4.90 ถึงแม้การศึกษานี้ผู้วิจัยจะพบว่ายังมีร้านชาที่จำหน่ายยาอันตรายห้ามจำหน่ายอยู่ แต่ผลการศึกษาสະท้อนให้เห็นว่าเป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น ขั้นตอนและกระบวนการดำเนินงานที่ผู้วิจัยออกแบบนั้นทำให้เกิดการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงทำให้มีร้านชาที่จำหน่ายยาถูกต้องประเภทในพื้นที่สูงขึ้น สะท้อนให้เห็นถึงระบบยาที่ปลอดภัยในชุมชน

#### ความรู้เรื่องการใช้อย่างปลอดภัยสมเหตุผล

กลไกฯ ที่พัฒนาขึ้นมีกิจกรรมพัฒนาศักยภาพให้แก่กลุ่มเป้าหมาย 4 กลุ่ม ได้แก่ อสม. ผู้ประกอบการร้านชา ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน รวมทั้งหมด 211 คน ลักษณะทั่วไปของตัวอย่างกลุ่มเป้าหมายพบว่า เกือบครึ่ง (ร้อยละ 45.5) ที่เข้าร่วมการพัฒนาศักยภาพ คือ กลุ่มผู้ประกอบการร้านชา ผู้เข้าร่วมส่วนมากเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 68.72) มีอายุอยู่ระหว่าง 41 – 50 ปี และส่วนมากจบการศึกษาระดับประถมร้อยละ 42.18 (ตารางที่ 2) จากการดำเนินงานพบว่า ภายหลังการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายทุกกลุ่มมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยในกลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีคะแนนหลังการพัฒนาศักยภาพสูง

ที่สุด ( $18.36 \pm 0.33$  คะแนน) และมีความรู้ในระดับ “ดีมาก” รองลงมา คือ กลุ่ม อสม. ( $14.50 \pm 0.31$  คะแนน) มีความรู้ในระดับ “ดี” ส่วนกลุ่มผู้ประกอบการร้านชาและผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ  $12.86 \pm 0.33$  และ  $12.97 \pm 0.52$  คะแนน ตามลำดับ ทั้งกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ประกอบการร้านชา มีความรู้หลังพัฒนาศักยภาพระดับ “พอใช้” ถึงแม้กลุ่มตัวอย่างจะมีระดับความรู้ที่แตกต่างกัน แต่ระดับคะแนนที่ผู้วิจัยได้ประเมินจากการศึกษานี้หลังการพัฒนาศักยภาพพบว่าทุกกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มีความรู้ด้านยาปลอดภัยสมเหตุผล (กำหนดให้ 11 คะแนนขึ้นไป ระดับ “พอใช้” เป็นผู้มีความรู้ยาปลอดภัยสมเหตุผล) แสดงดังตารางที่ 3

การวัดผลความรู้เรื่องการใช้อย่างปลอดภัยสมเหตุผลนั้นก่อนการพัฒนาศักยภาพพบว่ากลุ่มผู้ประกอบการร้านชาทดสอบวัดความรู้ไม่ผ่านมากที่สุด (ร้อยละ 73.96) ซึ่งสัมพันธ์กับผลการสำรวจร้านชาที่พบยาอันตรายห้ามจำหน่ายสูงในร้านชา กลุ่มตัวอย่าง อสม. และผู้ป่วยโรคเรื้อรังนั้นเกือบครึ่งที่ไม่ผ่านการวัดความรู้ก่อนการพัฒนาศักยภาพ ภายหลังพัฒนาศักยภาพให้ทุกกลุ่มตัวอย่างผ่านการทดสอบแตกต่างจากก่อนการพัฒนาศักยภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 4) แต่กลุ่มที่ยังไม่ผ่านส่วนมากยังเป็นกลุ่มผู้ประกอบการร้านชา (ร้อยละ 36.46)

#### สถานการณ์ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีความเสี่ยง

การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อสำรวจผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีความเสี่ยงจำนวน 140 ครั้วเรือน พบว่าก่อนการใช้กลไกฯ เกือบทุกครั้วเรือนของผู้ป่วยโรคเรื้อรังมียาปฏิชีวนะเหลือใช้อยู่ในบ้านสูงถึงร้อยละ 81.43 และมีการตรวจผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีความเสี่ยงที่สงสัยด้วยชุดทดสอบสเตียรอยด์เบื้องต้น (DMSc Steroid Test Kit) ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ พบผลิตภัณฑ์ที่ปลอมปนสเตียรอยด์สูงถึงร้อยละ 15.00 แต่หลังใช้กลไกฯ พบว่าเหตุการณ์ดังกล่าวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติดังตารางที่ 5

**ตารางที่ 1** การกระจายยาอันตรายในชุมชนเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการใช้กลไก

|                                     | จำนวนร้าน (ร้อยละ)       |                          | p-value <sup>a</sup> |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|
|                                     | ก่อนสร้างกลไก<br>(n=816) | หลังสร้างกลไก<br>(n=816) |                      |
| ร้านขายที่จำหน่ายยาถูกต้องตามกฎหมาย | 16 (1.96)                | 657 (80.51)              | 0.0001               |
| ร้านขายที่จำหน่ายยาห้ามจำหน่าย      | 800 (98.04)              | 159 (19.49)              | 0.0001               |
| • ยา Antibiotics                    | 680 (83.33)              | 40 (4.90)                | 0.0001               |
| • ยาชุด                             | 608 (74.51)              | 60 (7.35)                | 0.0001               |
| • ยาสเตียรอยด์                      | 184 (22.55)              | 10 (1.23)                | 0.0001               |
| • ยาอันตรายอื่น ๆ                   | 640 (78.43)              | 80 (9.80)                | 0.0001               |

<sup>a</sup> McNemar's chi-squared test

**ตารางที่ 2** ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมพัฒนาศักยภาพ

| ข้อมูลทั่วไป         | จำนวนคนผู้เข้าร่วมพัฒนาศักยภาพ (ร้อยละ) |                                   |                                |                                            | รวม<br>(n = 211) |
|----------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------------|------------------|
|                      | อสม.<br>(n=50)                          | ผู้ประกอบการ<br>ร้านขาย<br>(n=96) | ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง<br>(n = 40) | เจ้าหน้าที่<br>ผู้รับผิดชอบงาน<br>(n = 25) |                  |
| <b>เพศ</b>           |                                         |                                   |                                |                                            |                  |
| ชาย                  | 6 (12.00)                               | 39 (40.63)                        | 11 (27.50)                     | 10 (40.00)                                 | 66 (31.28)       |
| หญิง                 | 44 (88.00)                              | 57 (59.83)                        | 29 (72.50)                     | 15 (60.00)                                 | 145 (68.72)      |
| <b>อายุ (ปี)</b>     |                                         |                                   |                                |                                            |                  |
| 20 - 30              | 0 (0.00)                                | 3 (3.13)                          | 0 (0.00)                       | 5 (20.00)                                  | 8 (3.79)         |
| 31 - 40              | 4 (8.00)                                | 12 (12.50)                        | 0 (0.00)                       | 6 (24.00)                                  | 22 (10.43)       |
| 41 - 50              | 38 (76.00)                              | 42 (43.75)                        | 6 (15.00)                      | 10 (40.00)                                 | 96 (45.50)       |
| 51 - 60              | 8 (16.00)                               | 24 (25.00)                        | 18 (45.00)                     | 4 (16.00)                                  | 54 (25.59)       |
| > 60                 | 0 (0.00)                                | 15 (15.63)                        | 16 (40.00)                     | 0 (0.00)                                   | 31 (14.69)       |
| <b>ระดับการศึกษา</b> |                                         |                                   |                                |                                            |                  |
| ไม่ได้เรียน          | 3 (6.00)                                | 10 (10.42)                        | 0 (0.00)                       | 0 (0.00)                                   | 13 (6.16)        |
| ประถมศึกษา           | 15 (30.00)                              | 49 (51.04)                        | 25 (62.50)                     | 0 (0.00)                                   | 89 (42.18)       |
| มัธยมศึกษา           | 22 (44.00)                              | 19 (19.79)                        | 8 (20.00)                      | 0 (0.00)                                   | 49 (23.22)       |
| อนุปริญญา            | 4 (8.00)                                | 11 (11.46)                        | 5 (12.50)                      | 0 (0.00)                                   | 20 (9.48)        |
| ปริญญาตรี            | 5 (10.00)                               | 7 (7.29)                          | 2 (5.00)                       | 16 (64.00)                                 | 30 (14.22)       |
| สูงกว่าปริญญาตรี     | 1 (2.00)                                | 0 (0.00)                          | 0 (0.00)                       | 9 (36.00)                                  | 10 (4.74)        |

**ตารางที่ 3** คะแนนเฉลี่ยการวัดความรู้ยาปลอดภัยสมเหตุผล ก่อนและหลังการพัฒนาศักยภาพเครือข่าย

| ผู้เข้าร่วมพัฒนาศักยภาพ    | คะแนน (ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD)   |                                    | p-value <sup>b</sup> |
|----------------------------|------------------------------|------------------------------------|----------------------|
|                            | ก่อนการพัฒนาศักยภาพเครือข่าย | หลังได้รับการพัฒนาศักยภาพเครือข่าย |                      |
| อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)  | 11.04 $\pm$ 0.450 (พอใช้)    | 14.50 $\pm$ 0.314 (ดี)             | 0.0001               |
| ผู้ประกอบการร้านค้า        | 9.12 $\pm$ 0.293 (ไม่ผ่าน)   | 12.86 $\pm$ 0.334 (พอใช้)          | 0.0001               |
| ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง         | 10.28 $\pm$ 0.532 (ไม่ผ่าน)  | 12.97 $\pm$ 0.520 (พอใช้)          | 0.0001               |
| เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน | 14.40 $\pm$ 0.858 (ดี)       | 18.36 $\pm$ 0.325 (ดีมาก)          | 0.0004               |

<sup>b</sup> Paired t-test

**ตารางที่ 4** ผู้ที่ผ่าน/ไม่ผ่านการทดสอบการวัดความรู้ด้านยาปลอดภัยสมเหตุผล

| ผู้เข้าร่วมทดสอบวัดความรู้ | ก่อนได้รับการพัฒนาศักยภาพ |             | หลังได้รับการพัฒนาศักยภาพ |             | p-value <sup>c</sup> |
|----------------------------|---------------------------|-------------|---------------------------|-------------|----------------------|
|                            | จำนวนคนไม่ผ่าน            | จำนวนคนผ่าน | จำนวนคนไม่ผ่าน            | จำนวนคนผ่าน |                      |
|                            | (ร้อยละ)                  | (ร้อยละ)    | (ร้อยละ)                  | (ร้อยละ)    |                      |
| อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)  | 24 (48.00)                | 26 (52.00)  | 6 (12.00)                 | 44 (88.00)  | 0.0001               |
| ผู้ประกอบการร้านค้า        | 71 (73.96)                | 25 (26.04)  | 35 (36.46)                | 61 (63.54)  | 0.0001               |
| ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง         | 17 (42.50)                | 23 (57.50)  | 9 (22.50)                 | 31 (77.50)  | 0.0078               |
| เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน | 8 (32.00)                 | 17 (68.00)  | 0 (0.00)                  | 25 (100.00) | 0.0078               |

<sup>c</sup> McNemar's chi-squared test

**ตารางที่ 5** สถานการณ์ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีความเสี่ยงเปรียบเทียบกับก่อนและหลังการใช้กลไก

| ครัวเรือนที่สำรวจ                                        | จำนวนครัวเรือนที่พบ (ร้อยละ) |             | p-value <sup>d</sup> |
|----------------------------------------------------------|------------------------------|-------------|----------------------|
|                                                          | ก่อนใช้กลไก                  | หลังใช้กลไก |                      |
| จำนวนครัวเรือนที่มียาปฏิชีวนะเหลือใช้เก็บไว้             | 121 (81.43)                  | 53 (37.86)  | 0.0001               |
| จำนวนครัวเรือนที่พบผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ปลอมปนสารสเตียรอยด์ | 21 (15.00)                   | 8 (5.71)    | 0.0002               |

<sup>d</sup> McNemar's chi-squared test

**บทเรียนจากการดำเนินงาน**  
จากการประชุมสรุปผลเพื่อถอดบทเรียน มีผู้ที่เกี่ยวข้องกับระบบยาในชุมชนเข้าร่วมประชุมจำนวน 114 คน คือ นายอำเภอเมืองมหาสารคาม รองผู้อำนวยการ รพ.

ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคเครือข่ายอำเภอเมืองมหาสารคาม 25 คน ผอ.รพ.สต. 17 แห่งในเขตอำเภอเมืองมหาสารคาม ตัวแทนผู้ประกอบการร้านค้า 30 คน อสม. 40 คน เสี่ยงสะท้อนจากผู้ปฏิบัติงาน คนในชุมชน

ผู้ประกอบการเพื่อทราบปัญหาอุปสรรค และก้าวสู่ความสำเร็จ พบว่าความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนา กลไกเพื่อส่งเสริมการใช้ยาปลอดภัยสมเหตุผลครั้งนี้มี 2 มิติ ได้แก่ มิติเชิงพื้นที่ คือ การสร้างให้เกิดพื้นที่นำร่องในระดับตำบล จะช่วยเป็นการกระตุ้นให้พื้นที่อื่น ๆ อยากทำตาม (ต.โคกก่อ และ ต.ห้วยแอ่ง ประเมินจากการนำเสนอผลการดำเนินงานของตำบล และการขยายผลการดำเนินงานในปีงบประมาณถัดไปพิจารณาจากการมีแผนงานขอสนับสนุนจากกองทุนท้องถิ่นเพื่อลงลึกระดับพื้นที่ต่อยอด) มิติการทำงานแบบเครือข่าย คือ เกิดมีคณะกรรมการระดับตำบลในการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ร่วมกัน (พิจารณาจากการแต่งตั้งคณะกรรมการ แต่ละพื้นที่ จะมีคณะกรรมการที่ใช้ชื่อแตกต่างกันแล้วแต่บริบท เช่น “สายลับคุ้มครองผู้บริโภคตำบล” “คณะกรรมการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคตำบล” “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล” แล้วสอดแทรกประเด็นยาปลอดภัยในชุมชนลงไปในการขับเคลื่อนการพัฒนา สิ่งเหล่านี้ทำให้มีภาคีเครือข่ายมาทำงานร่วมกัน ทำให้การจัดการปัญหาเป็นแบบเชิงบูรณาการมากขึ้น

### อภิปรายผลการศึกษา

ก่อนพัฒนากลไกฯ ได้ออกสำรวจเพื่อศึกษาสถานการณ์การกระจายยาอันตรายในร้านชำ การลงสำรวจนั้นไม่ได้มีเพียงเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบของรัฐเท่านั้นแต่ผู้วิจัยทำงานร่วมกับ อสม. ผู้นำชุมชน และสมาชิกที่เป็นแกนนำในหมู่บ้าน เพื่อให้เกิดความตื่นตัวของผู้ประกอบการและลดแรงกดดันการปะทะระหว่างเจ้าหน้าที่ภาครัฐและผู้ประกอบการ ผลการสำรวจก่อนพัฒนากลไกฯ 816 ร้าน ครอบคลุม 14 ตำบล 185 หมู่บ้าน 30 ชุมชน ของอำเภอเมืองมหาสารคาม พบความชุกการจำหน่ายยาห้ามจำหน่าย (ยาปฏิชีวนะ, ยาสเตียรอยด์, ยาชุด, ยาอันตราย) สูงถึงร้อยละ 98.04 ซึ่งพบสูงมากเมื่อเทียบกับงานวิจัยอื่น ๆ ดังเช่น งานวิจัยของนฤมล สุรินทร์<sup>๘</sup> พบความชุกของร้านชำที่จำหน่ายยาปฏิชีวนะในอำเภอเมืองปาน จังหวัดลำปาง ร้อยละ 22.1 ของวราภรณ์ สังข์

ทอง<sup>๙</sup> ได้สำรวจความชุกของร้านชำที่จำหน่ายยาปฏิชีวนะในเขตอำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงรายพบว่าร้านชำร้อยละ 51.8 จำหน่ายยาปฏิชีวนะ และการสำรวจสถานการณ์ยาและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในเขตสุขภาพที่ 3 (นครสวรรค์ กำแพงเพชร พิจิตร อุทัยธานี และ ชัยนาท) สิริลักษณ์ รื่นรวย<sup>10</sup> พบร้านชำจำหน่ายยาที่ห้ามจำหน่ายร้อยละ 67.77 แสดงให้เห็นถึงปัญหาความปลอดภัยด้านยาในชุมชนของอำเภอเมืองมหาสารคามเป็นเรื่องที่ควรดำเนินการแก้ไข เมื่อได้ข้อมูลความชุกการกระจายยาอันตรายในร้านชำจากการสำรวจ นำมาคืนข้อมูลเพื่อให้เกิดความตระหนักต่อผู้ที่เกี่ยวข้อง เมื่อคืนข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยได้ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องแบ่งกลุ่มรายตำบลได้ระดมสมอง เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนกับเจ้าหน้าที่ในการสร้างข้อตกลงและแนวปฏิบัติให้เกิดการกำกับ ติดตาม แก้ไขปัญหาความปลอดภัยในชุมชน จากแนวทาง (Guidelines) ที่ได้ร่วมกันสร้างกับเจ้าหน้าที่ภาครัฐ มิใช่เจ้าหน้าที่รัฐนำนโยบายลงสู่การปฏิบัติต่อชุมชนแบบฉาบพ่นอาจทำให้เกิดความไม่ร่วมมือและไม่พบความสำเร็จในการจัดการปัญหาด้านยา ซึ่งถือเป็นหลักการสำคัญในการดำเนินการดูแลสุขภาพชุมชนรวมทั้งการดูแลด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ คือ การดำเนินการที่ยั่งยืนโดยชุมชนเพื่อชุมชน ซึ่งจะเกิดขึ้นได้เมื่อสิ่งที่ดำเนินการเป็นสิ่งที่ชุมชนต้องการ และชุมชนเป็นกลไกหลักสำคัญในการดำเนินการ จึงเป็นปัจจัยสำคัญในการกำหนดความยั่งยืน<sup>11</sup> เมื่อพัฒนากลไกฯ แล้วมีการออกสำรวจการกระจายยาอันตรายในร้านชำซ้ำร้านเดิม พบว่ามีร้านชำที่จำหน่ายยาถูกต้องตามกฎหมายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยที่ทำให้เกิดความความสำเร็จมีหลายปัจจัย ได้แก่ มีการสร้างข้อตกลง (MOU) อย่างเป็นทางการ เพื่อให้ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องรับรู้และถือปฏิบัติตามแนวทางที่สร้างขึ้นร่วมกันจากทั้งประชาชนและเจ้าหน้าที่รัฐ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ประกอบการร้านชำตระหนักถึงการจำหน่ายยาอันตรายและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจำหน่ายได้ อสม.ช่วยเฝ้าระวัง ผู้นำชุมชน และภาคีเครือข่ายรับทราบ และช่วยกันส่งเสริมให้เกิด

ความปลอดภัยกับชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยพัฒนา ร้านชำโครงการพระราชารัฐ ของปีทมาพร ปีทมาสรารุจ<sup>12</sup> และอัญชลี ชมพู<sup>13</sup> ที่พบว่ากำหนดมาตรการทาง กฎหมายเป็นบทลงโทษและการทำ MOU ร่วมกันทำให้ ผู้ประกอบการร้านชำมีความตระหนักมากขึ้น นอกจากนี้ การปฏิบัติตามแผนเพื่อแก้ไขปัญหายาปลอดภัยในชุมชนที่ ทำให้ผู้ประกอบการร้านชำร่วมมือมากขึ้น คือ การออก ประชาสัมพันธ์เชิงรุก เคาะประตูร้านร่วมกับ อสม. และ ผู้นำชุมชนในการแจกสื่อ ธรรมนูญและนำโปสเตอร์เหล่านี้ ติดที่หน้าร้านชำ เพราะทำให้ประชาชนที่จะมาซื้อของที่ ร้านชำได้รับทราบยาอันตรายที่ห้ามจำหน่ายส่วน ผู้ประกอบการเองก็ทราบรายการยาห้ามจำหน่ายโดยเทียบ กับโปสเตอร์ที่นำไปแจกให้

การกำกับติดตามเพื่อประเมินผลหลังการพัฒนา ศักยภาพเครือข่ายโดยการออกสำรวจร้านชำซ้ำร้านเดิม และเปรียบเทียบก่อนและหลังพบว่ามีความแตกต่างอย่างมี นัยสำคัญ ร้านชำที่จำหน่ายยาห้ามจำหน่ายลดลงร้อยละ 80 (ก่อนดำเนินการสูงถึงร้อยละ 98 หลังดำเนินการพัฒนา ระบบยาเหลือร้อยละ 19.49) สอดคล้องกับงานวิจัย ของปีทมาพร ปีทมาสรารุจ<sup>12</sup> หลังดำเนินโครงการมีการ จำหน่ายยาที่ผิดกฎหมายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการจำหน่ายยาปฏิชีวนะลดลงมากเหลือร้อยละ 15.6 ถึงแม้การศึกษาที่ผู้วิจัยจะพบว่ายังมีร้านชำที่จำหน่ายยา อันตรายห้ามจำหน่ายอยู่ แต่ผลการศึกษาสະທ້ອនให้เห็นว่า เป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น ขั้นตอนและกระบวนการ ดำเนินงานที่ผู้วิจัยออกแบบนั้นทำให้เกิดการพัฒนาและ เปลี่ยนแปลงทำให้มีร้านชำที่จำหน่ายยาถูกประเภทใน พื้นที่สูงขึ้นถึงร้อยละ 80

การออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อค้นหาปัญหา การใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีความเสี่ยงในชุมชน ผู้วิจัยได้มีการนัดหมายก่อนล่วงหน้า โดย อสม.เขตรับผิดชอบ คราวเรือนั้น ๆ จะเข้าไปแจ้งผู้ป่วย เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพ ที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วย และยินยอมในการเปิดเผย ข้อมูลยาที่ใช้อื่น ๆ นอกเหนือจากยาที่ได้รับจากในระบบ

บริการสุขภาพที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาดัว เมื่อพบ ผลผลิตที่ส่งต้องสงสัยว่าอาจมีการปลอมปนสเตียรอยด์จึง ทดสอบด้วยชุดทดสอบสเตียรอยด์ ผลการศึกษานี้พบว่า ก่อนพัฒนาไกลฯ พบจำนวนครัวเรือนที่มียาปฏิชีวนะ เหลือใช้ร้อยละ 81.43 สูงกว่ารายงานสรุปผลการ ดำเนินงานของโครงการส่งเสริมการใช้ยาปลอดภัยใน ชุมชนของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาปี พ.ศ. 2561-2562 ที่พบเพียงร้อยละ 10.78 แต่มีจำนวนครัวเรือน ที่พบผลิตภัณฑ์ที่ปลอมปนสเตียรอยด์ใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 11.10<sup>14</sup>

การวัดผลความรู้เรื่องการใช้อย่างสมเหตุสมผลนั้น ก่อนการพัฒนาศักยภาพพบว่ากลุ่มผู้ประกอบการร้านชำ ทดสอบวัดความรู้ไม่ผ่านมากที่สุด (ร้อยละ 73.96) แต่เมื่อ ได้รับการพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการร้านชำ มีจำนวนผู้ ที่ผ่านการทดสอบเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 63.54) และคะแนน เฉลี่ยหลังการพัฒนาศักยภาพ อยู่ในเกณฑ์มีความรู้ “ระดับ พอใช้” สอดคล้องกับงานวิจัยของปีทมาพร ปีทมาสรารุจ<sup>12</sup> ที่พบว่าผู้ประกอบการร้านชำมีความรู้เพิ่มมากขึ้นอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติหลังจากอบรมให้ความรู้เชิงปฏิบัติการ สำหรับการศึกษาที่ผู้วิจัยคาดว่าสาเหตุที่ทำให้ทุกกลุ่ม ตัวอย่างมีความรู้ที่ดีขึ้นและผ่านการทดสอบเพราะ กระบวนการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายผู้วิจัยเลือกใช้หลาย วิธีการในการพัฒนา ได้แก่ การเสวนายาปลอดภัยในชุมชน จากภาคีเครือข่ายหลายภาคส่วนเพราะจะส่งผลต่อการ พัฒนาระบบยา ได้แก่ มหาดไทย เทศบาลเมือง สสอ.เมือง มหาสารคาม รพ.มหาสารคาม และ ตำรวจจากสถานี ตำรวจภูธรเมืองมหาสารคาม กิจกรรมนี้ทำให้เกิดแรง กระเพื่อม การตื่นตัวของประชาชนถึงความสำคัญต่อระบบ ยา การอบรมความรู้ด้านยาปลอดภัยสมเหตุผลในชุมชนทำ ในรูปแบบเชิงปฏิบัติการทำให้ผู้เข้ารับการพัฒนาศักยภาพ ได้ฝึกปฏิบัตินอกจากการฟังบรรยาย การจัดนิทรรศการ ร้านชำปลอดภัย เพื่อให้ผู้ประกอบการร้านชำ อสม. ผู้ป่วย โรคเรื้อรัง ประชาชน เจ้าหน้าที่และภาคีเครือข่ายที่

เกี่ยวข้องได้ร่วมเรียนรู้ยาของจริงที่จัดจำลองให้เห็นเพื่อเพิ่มความเข้าใจ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จการศึกษานี้มาจากกระบวนการที่ใช้ในการดำเนินการ 4 ขั้นตอน 11 กระบวนการ โดยให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน จึงเกิดรูปแบบที่ดี ผู้วิจัยตั้งชื่อรูปแบบที่ทำให้เกิดความสำเร็จในการพัฒนานี้เพื่อให้ง่ายต่อการจำ คือ “MEDGEM2MHKA” (เมด – เจม – ทู – เอ็ม – เอช – เค – เอ) ซึ่งผู้วิจัยเลือกที่จะจัดเรียงตัวของรูปแบบให้ง่ายต่อการออกเสียงและการจำได้ของผู้ที่เกี่ยวข้องหรือศึกษา งานวิจัยนี้ อีกทั้งคำว่า MHKA คือ ตัวย่อของมหาสารคาม

ปัจจัยที่นำมาสู่ความสำเร็จสอดคล้องกับงานวิจัยของเทพศักดิ์ อังคนาวีศัลย์<sup>15</sup> ที่พบปัจจัยความสำเร็จของการจัดการปัญหาไม่ปลอดภัยในชุมชน คือ 1. การที่ทุกฝ่ายในชุมชนมีเป้าหมายร่วมกันอย่างแท้จริง 2. ทุกฝ่ายต้องเห็นพ้องกันร่วมกันว่าจะติดตามความก้าวหน้าหรือความสำเร็จของโครงการอย่างไร 3. กิจกรรมของทุกฝ่ายในชุมชนที่ร่วมมือมีความแตกต่างตามความชำนาญแต่ต้องเสริมพลังกัน 4. การประชุมต่อเนื่องและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 5. การมีองค์กรแกนกลางที่ทำหน้าที่ประสานงาน โดยผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์อันดีกับชุมชน

สิ่งสำคัญของการศึกษานี้ คือ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อรับฟังการสะท้อนปัญหา ผู้วิจัยให้แต่ละพื้นที่ตำบลได้นำเสนอและแลกเปลี่ยนร่วมกันทั้งอำเภอ เพื่อให้เกิดการพัฒนาให้ดียิ่งขึ้นทำให้เห็นผลสำเร็จการดำเนินงานในหลายมิติ ได้แก่ มิติเชิงพื้นที่ คือ การได้พื้นที่นำร่องต้นแบบ มิติการทำงานแบบเครือข่าย คือ เกิดการทำงานร่วมกันระหว่างผู้เกี่ยวข้อง จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทำให้ผู้วิจัยค้นพบพื้นที่ต้นแบบของอำเภอเมือง ได้แก่ พื้นที่ตำบลโคกก่อ และตำบลห้วยแอ่ง จึงออกเยี่ยมเสริมพลัง เพราะเป็นโอกาสให้ผู้นำเครือข่ายได้พัฒนาความรู้ ความเป็นผู้นำ และทักษะการสื่อสาร ทำให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง และชุมชน กระตุ้นให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้การสร้างพลังเครือข่ายทำให้เกิดความสำเร็จใน

การจัดการปัญหาการคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชน สอดคล้องกับงานวิจัยของ พงศักดิ์ นาคะ<sup>16</sup> พบว่าในการเข้าไปมีส่วนร่วมของเภสัชกรในการพัฒนาเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชน เภสัชกรไม่ได้มุ่งการนำประเด็นปัญหาด้านการคุ้มครองผู้บริโภคเข้าไปเพื่อให้เครือข่ายดำเนินการแก้ปัญหาในทันที แต่เป็นการเข้าไปเรียนรู้และพัฒนาความสัมพันธ์จนเกิดความไว้วางใจเชื่อใจแล้วจึงพัฒนากระบวนการขับเคลื่อนเพื่อแก้ปัญหาไปด้วยกัน

จุดเด่นของการศึกษานี้ คือ เป็นการดำเนินการพัฒนาลดภัยในชุมชนครั้งแรก แต่การพัฒนาเกิดการตื่นตัวจากผู้ที่เกี่ยวข้องเพราะการดึงภาคีเครือข่ายของประชาชนที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบยาเข้าร่วมในการพัฒนา และเป็นการศึกษาที่มีการผสมผสานวิธีเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ทำให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและมีความหมาย

การศึกษานี้มีข้อจำกัด คือ การสำรวจการกระจายยาอันตรายหากผู้ประกอบการร้านชำได้นำยาอันตรายออกจากบริเวณที่เยี่ยมสำรวจอาจทำให้การศึกษานี้ไม่พบยาอันตรายในการสำรวจครั้งนั้น ๆ อย่างไรก็ตามทางผู้วิจัยได้พยายามลดโอกาสนี้ด้วยการออกเยี่ยมสำรวจไม่แจ้งล่วงหน้า และไม่สำรวจทุกร้านที่อยู่ในพื้นที่เดียวกันในเวลาเดียวกันเพื่อลดการส่งต่อข้อมูลระหว่างผู้ประกอบการด้วยกันเอง การศึกษานี้ภายใต้บริบทอำเภอเมืองมหาสารคาม การจะนำไปใช้ขยายผลยังพื้นที่อื่น ๆ ควรดูบริบทวัฒนธรรม ต้นทุนเดิมเชิงสังคมประกอบการนำรูปแบบนี้ไปใช้ เพื่อความยั่งยืนต่อระบบยาปลอดภัยในชุมชน นอกจากกระบวนการทางกฎหมายแล้ว ผู้วิจัยเสนอแนะว่าต้องมีมาตรการทางสังคมเข้าหนุนเสริม เช่น การนำข้อตกลงและแนวทางปฏิบัติระบบยาปลอดภัยสมเหตุผลนี้บรรจุเข้าสู่ธรรมนูญสุขภาพตำบล ซึ่งจะเป็นอีกเครื่องมือหนึ่งที่จะทำให้การทำงานระดับพื้นที่เกิดการบูรณาการทั้งธรรมนูญสุขภาพนับเป็นเครื่องมือหนึ่ง ตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550<sup>17</sup> โดยมุ่งเน้นให้ผู้ที่เกี่ยวข้องกับชุมชนนั้น ๆ ลูกขึ้นมาร่วมกันสำรวจปัญหาตามบริบทของตน และร่วมกันสร้างข้อตกลงในการแก้ปัญหาหรือ

สร้างแนวทางอยู่ร่วมกันอย่างสันติ ดังนั้นในแต่ละพื้นที่จึงมีจุดเน้นและข้อตกลงความร่วมมือที่แตกต่างหลากหลายตามสถานการณ์ของตนเอง นอกจากนี้การอบรมให้ความรู้แก่ผู้ประกอบการร้านค้าและเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อเป็นการกระตุ้นทั้งความรู้และจิตสำนึก ควรมีการทดสอบความรู้อย่างต่อเนื่อง การตรวจเฝ้าระวังร้านชำควรทำทุก 3 เดือน เพื่อไม่ให้ห่างและกระตุ้นขีดเกินไปเพื่อลดความกดดันระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้ประกอบการร้านชำ และไม่เพิ่มภาระงานต่อเจ้าหน้าที่จนเกินไป

### สรุปผลการศึกษา

การพัฒนากลไกการทำงานเพื่อส่งเสริมการใช้ยาที่ปลอดภัยในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของประชาชนช่วยให้ความชุกของการกระจายยาอันตรายในชุมชนลดลง การใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีความเสี่ยงในครัวเรือนผู้ป่วยโรคเรื้อรังลดลง และทำให้ความรู้การใช้ยาปลอดภัยสมเหตุผลของกลุ่มเป้าหมายดีขึ้น ความสำเร็จของการดำเนินงานเกิดขึ้นใน 2 มิติ คือ มิติพื้นที่ คือ เกิดพื้นที่นำร่องต้นแบบ มิติการทำงานแบบเครือข่าย คือ มีภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องมาทำงานร่วมกัน ความภาคภูมิใจของการศึกษานี้ประเด็นสำคัญมิใช่เพียงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น หากแต่เป็นการแสดงออกถึงความมุ่งมั่นต่อการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการเข้ามามีส่วนในการดูแลสุขภาพของชุมชน ความเข้มแข็ง งบประมาณดำเนินการและการเชื่อมโยงการทำงานคุ้มครองผู้บริโภคตั้งแต่ระดับตำบลอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อให้เกิดระบบประสานที่ดีจะทำให้เกิดการจัดการปัญหาความปลอดภัยในชุมชนได้อย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณโรงพยาบาลมหาสารคาม และศูนย์วิชาการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา (กพย.) ที่ให้ทุนสนับสนุนการดำเนินการ ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการและรองผู้อำนวยการด้านบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลมหาสารคาม หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมหาสารคาม

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง และเครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคาม ขอขอบคุณ ญญ.ผศ.ดร.กฤษณี สระมุณี คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่กรุณาให้คำปรึกษา รวมทั้งผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีจนทำให้งานวิจัยเสร็จสมบูรณ์ได้ในที่สุด

### เอกสารอ้างอิง

1. Health administration division. Service plan: Rational drug use. n.p. 2016. (in Thai)
2. Health administration division. Rational drug use community: RDU community. n.p. 2020. (in Thai)
3. Rajatanavin R, Suksiriwong C, Pongcharoensuk P, Chailuekij L, Takkinsatien A. Prevalence of overt manifestation of steroid abuse without medical indication. Bangkok: National research council of Thailand Press; 2007. Contract No.: 02190288. Sponsored by National research council of Thailand. (in Thai)
4. Sirivitayakul P. (2018). Physiology of adrenal gland. Bangkok Retrieved from <http://biochem.md.chula.ac.th/Data/Endocrine>. (in Thai)
5. Food and drug administration. Collect data's guide for rational drug use community. n.p. 2016. (in Thai)
6. Strategy and planning division. The sub-district health promoting hospital Tid Dao's guide for development. n.p. 2016. (in Thai)
7. Bloom BS. Handbook on formation and Summative Evaluation of Student Learning. New York: McGraw-Hill Book Company, 1971.
8. Surin N. Prevalence and characteristics of grocery stores that sold antibiotics in Amphoe Muangpan, Lampang province. Thai J Pharm Pract. 2015;7(2):200-5.
9. Sungthong W. Prevalence of grocery stores with antibiotics selling at Maesuai district, Chiang Rai province and its affecting factors. Thai J Pharm Pract. 2015;7(1):38-46.
10. Ruenruay S. Situation of medicines and dietary supplements in the health provider board region 3. Thai J Pharm Pract. 2017;9(1):225-35.
11. Kanjanarach T. Health care of a community to manage medicine and health product. Khon Kaen: Khon Kaen University printing; 2017.
12. Pattamasaravut P. Development of model grocery stores from the civil state project on collective action for drugs

- safety in communities. *Thai J Pharm Pract.* 2020;12(3):601-11.
13. Chompoo A, Surin S. Dangerous drugs distribution surveillance in grocery stores of consumer protection group in the area of Mae Sa Riang hospital. *FDA Journal.* 2015;22(1):45-50.
14. Puntong S. Final report' s a project to rational drug use in community. The annual fiscal year 2018-2019. Nonthaburi: Food and drug administration. 2019. Sponsored by the Food and drug administration. (in Thai)
15. Angkanavisul T. Lessons learned from the project on drug safety management within community by engaging the network of partners in Phra Nakhon Si Ayutthaya during 2015-2017. *Thai J Pharm Pract.* 2016;8(2):143-60.
16. Nata P. Integrating pharmacist' s roles in health consumer protection into community health system. *Thai J Pharm Pract.* 2019;11(1):61-75.
17. Thai health consumer [ Internet] . Bangkok: Health consumer protection; 2015. [cited 2021 Jan 27]. Available from: <http://www.thaihealthconsumer.org/images/mydata/doc/law/HealthPro/2007-NationalHealthAct.pdf> (in Thai)