

ความคิดเห็นของเภสัชกรชุมชนในกรุงเทพมหานครต่อช่องทางและเงื่อนไข ในการจ่ายยาปฏิชีวนะสำหรับใช้ภายนอก

พัชรพรณ กิจพันธ์¹, จันทรรัตน์ สิทธิวรนนท์²

¹ กองแผนงานและวิชาการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

² ภาควิชาเภสัชกรรมปฏิบัติ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อสำรวจความคิดเห็นของเภสัชกรชุมชนในเขตกรุงเทพมหานครต่อช่องทางและเงื่อนไขในการจ่ายยาปฏิชีวนะสำหรับใช้ภายนอก และเพื่อสำรวจความคิดเห็นต่อการส่งเสริมการจ่ายยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของร้านยาคุณภาพและร้านยาทั่วไป **วิธีการ:** แบบสอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อช่องทางและเงื่อนไขในการจ่ายยาปฏิชีวนะสำหรับใช้ภายนอกที่เหมาะสมและความคิดเห็นต่อการส่งเสริมการจ่ายยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ถูกออกแบบและส่งไปยังกลุ่มตัวอย่างทางไปรษณีย์ ตัวอย่างในการวิจัย คือ เภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการในร้านยาแผนปัจจุบัน ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ร้านยาคุณภาพ 354 ร้าน และ ร้านยาทั่วไป 915 ร้าน ซึ่งเลือกตัวอย่างแบบอาศัยหลักความน่าจะเป็นโดยใช้เทคนิคแบบชั้นภูมิ ข้อมูลถูกรวบรวมระหว่าง มกราคม ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560 **ผลการวิจัย:** ยาปฏิชีวนะสำหรับใช้ทาภายนอก 9 กลุ่มที่ศึกษา เภสัชกรชุมชนร้อยละ 85-95 (ขึ้นกับชนิดของกลุ่มยา) เห็นด้วยกับการอนุญาตให้จ่ายยาดังกล่าวได้ในโรงพยาบาล (ช่องทาง) โดยแพทย์เฉพาะทาง (เงื่อนไข) ตัวอย่างร้อยละ 70-85, 60-80, 10-20 และ 60-80 เห็นด้วยต่อการกำหนดให้สามารถจ่ายได้โดยแพทย์ทั่วไปในโรงพยาบาล แพทย์ประจำคลินิก เภสัชกรร้านยาโดยต้องจัดทำบัญชีขายยา และเภสัชกรร้านยาโดยไม่ต้องจัดทำบัญชีขายยา ตามลำดับ ในขณะที่ยาปฏิชีวนะเฉพาะที่สำหรับตาและหู 6 กลุ่มที่ศึกษา เภสัชกรชุมชนร้อยละ 85-95, 60-80, 50-70, 11-22, และ 50-70 เห็นด้วยต่อการกำหนดให้สามารถจ่ายได้โดยแพทย์เฉพาะทางในโรงพยาบาล แพทย์ทั่วไปในโรงพยาบาล แพทย์ประจำคลินิก เภสัชกรร้านยาโดยต้องจัดทำบัญชีขายยา และเภสัชกรร้านยาโดยไม่ต้องจัดทำบัญชีขายยา ตามลำดับ เภสัชกรชุมชนส่วนใหญ่เห็นด้วยกับแนวคิดต่างๆ ของการส่งเสริมการใช้การจ่ายยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล แต่ในการปรับสถานะยาปฏิชีวนะจากยาอันตรายเป็นยาควบคุมพิเศษ (ต้องจ่ายตามใบสั่งแพทย์) นั้น เภสัชกรร้านยาคุณภาพมีคะแนนเฉลี่ยของความเห็นด้วย คือ 2.55 (จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน) ส่วนร้านยาทั่วไปมีคะแนนเฉลี่ย 2.22 (จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน) ซึ่งอยู่ในระดับค่อนข้างไม่เห็นด้วย **สรุป:** เภสัชกรชุมชนส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยกับการควบคุมการจำหน่ายยาปฏิชีวนะโดยร้านยาและทำบัญชีขายยา ทั้งยังไม่เห็นด้วยกับแนวคิดการปรับสถานะยาปฏิชีวนะเป็นยาควบคุมพิเศษเพื่อส่งเสริมการจ่ายยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล มาตรการข้างต้นควรได้รับการทบทวน

คำสำคัญ: ยาปฏิชีวนะ ร้านยา เภสัชกรชุมชน ยาใช้ภายนอก การจ่ายอย่างสมเหตุผล

รับต้นฉบับ: 11 เม.ย. 2560, รับลงตีพิมพ์: 29 มิ.ย. 2560

ผู้ประสานงานบทความ: พัชรพรณ กิจพันธ์ กองแผนงานและวิชาการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 E-mail: patcharaphun_k@yahoo.com

Opinions of Community Pharmacists in Bangkok on Channels and Conditions for Dispensing of Antibiotics for External Use

Patcharaphun Kidpun¹, Chanthonrat Sitthiworanan²

¹Planning and Technical Division Department, Food and Drug Administration

²Department of Pharmacy Practice, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Naresuan University

Abstract

Objective: To survey opinions of community pharmacists in Bangkok on channels and conditions for dispensing of antibiotics for external use and to survey opinions on the promotion of rational antibiotics uses among accredited community pharmacies and general community pharmacies. **Methods:** Questionnaires on opinions on appropriate channels and conditions for dispensing of antibiotics for external use and opinions on the promotion of rational use of antibiotics were designed and mailed to subjects. The subjects were two groups of pharmacists on duty in modern drugstores within Bangkok consisting of 354 of those in accredited community pharmacies and 915 in general community pharmacies. Samples were selected by using probability sampling with stratification. Data were collected during January to February 2017. **Results:** Among 9 groups of antibiotics for topical uses in this study, 85-95% of community pharmacists (depending on the groups of antibiotics) agreed that they should be dispensed within a hospital (channel) by specialists (condition). Around 70-85, 60-80, 10-20 and 60-80% of the subjects agreed that these groups of medication should be dispensed by general practitioners in hospital, physicians in clinics, community pharmacists with mandated bookkeeping and community pharmacists without required bookkeeping, respectively. Among 6 groups of eyes and ears antibiotic preparation, 85-90, 60-80, 50-70, 11-22 and 50-70% of the subjects agreed that they should be dispensed by specialists, general practitioners in hospital, physicians in clinics, community pharmacists with mandated bookkeeping and community pharmacists without required bookkeeping, respectively. Most of community pharmacists agreed with various concepts of rational uses of antibiotics. However, reclassification of antibiotics from dangerous drugs to specially controlled drugs with legal requirement of prescriptions for dispensing, was not well received by pharmacists working in accredited community pharmacies with the mean of 2.55 out of 5, and 2.22 out of 5 among pharmacists in general community pharmacies. **Conclusion:** Most community pharmacists disagreed with sales control of antibiotics for external use by pharmacists with mandated bookkeeping. They also disagreed with legal reclassification of antibiotics to specially controlled drugs in order to promote rational uses of antibiotics. These measures should be reconsidered.

Keywords: antibiotics, pharmacies, community pharmacists, drugs for external use, rational use of drugs

บทนำ

จากการสำรวจโดยองค์การอนามัยโลกพบว่า มากกว่าร้อยละ 50 ของการใช้ยาเป็นไปอย่างสูญเปล่า ไม่สมเหตุผล และส่งผลต่อผู้ป่วยทั้งในด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการรักษา (1) ปัญหาการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลจำนวนมากเกิดขึ้นทั้งในสถานพยาบาลและในชุมชน และเป็นปัญหาของประเทศไทยมานานหลายทศวรรษ (2) งานวิจัยหลายชิ้นชี้ชัดว่า ประเทศไทยมีการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุผลทั้งในกลุ่มประชาชน (3) บุคลากรทางการแพทย์ (4) ปัจจัยที่ทำให้เกิดการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่สมเหตุผลมีหลายสาเหตุ เช่น ประชาชนสามารถเข้าถึงยาปฏิชีวนะได้ง่ายโดยสามารถซื้อยาปฏิชีวนะมารับประทานเองโดยไม่ผ่านบุคลากรทางการแพทย์ (5) มีการจ่ายยาปฏิชีวนะโดยไม่ผ่านบุคลากรทางการแพทย์ทั้งในร้านค้าปลีกและในร้านยา (6) รวมถึงความไม่สอดคล้องระหว่างคุณสมบัติของสถานพยาบาลและคุณสมบัติของผู้สั่งใช้ยากับรายการยาปฏิชีวนะที่มีอยู่ในหน่วยบริการนั้น ๆ

การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างพร่าเพ้อโดยไม่จำเป็นทำให้ปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้มูลค่าการผลิตและนำเข้ากลุ่มยาฆ่าเชื้อ (รวมถึงยาปฏิชีวนะ) สูงสุดเป็นอันดับ 1 ของประเทศอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 เป็นต้นมา ในปี 2552 ยากลุ่มนี้มีมูลค่ารวมประมาณ 22,913.52 ล้านบาท หรือคิดเป็นประมาณร้อยละ 20.09 ของมูลค่ายาทั้งหมดของประเทศ (7)

สำหรับประเทศไทย ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานและชนิดใช้ภายนอกเกือบทั้งหมดจัดเป็นยาอันตรายและยาที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 (8) ยานี้สามารถจ่ายได้โดยมีเภสัชกรเป็นผู้ส่งมอบยาให้กับผู้ป่วยได้โดยไม่ต้องมีใบสั่งแพทย์ ร้านยาถือเป็นช่องทางการกระจายยาหลักรองมาจากโรงพยาบาล (2,9) เนื่องจากร้านยาเป็นแหล่งบริการด้านสุขภาพที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย สะดวก และมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้การกระจายยาไปยังชุมชนมีมากขึ้น จึงอาจจะทำให้เกิดโอกาสเสี่ยงในการใช้ยาได้อย่างไม่ถูกต้องและไม่เหมาะสม ปัจจุบันยังไม่มีมาตรการใดสามารถจัดการปัญหาการดื้อยาและการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่สมเหตุผลได้อย่างเป็นรูปธรรม ต่อเนื่อง และยั่งยืน ในปี พ.ศ. 2559 สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ได้รับฟังความคิดเห็นของเภสัชกรชุมชนและผู้ที่เกี่ยวข้อง

เกี่ยวข้องต่อ "มาตรการควบคุมและปรับประเภทยาต้านจุลชีพสำหรับมนุษย์" ระยะที่ 1 (10) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปรับประเภทยาเป็นยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ ตลอดจนกำหนดสถานที่จำหน่ายยาและการดูแลการส่งมอบยา แต่ก็ยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจน มาตรการที่เสนอดังกล่าวครอบคลุมถึงยาปฏิชีวนะชนิดใช้ภายนอกด้วย เนื่องจากร้านยามีการจำหน่ายยาปฏิชีวนะสำหรับใช้ภายนอก และการจำหน่ายอยู่ภายใต้การตัดสินใจของเภสัชกรชุมชน จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาความคิดเห็นของเภสัชกรชุมชนในเขตกรุงเทพมหานครต่อการควบคุมการจำหน่ายยาปฏิชีวนะสำหรับใช้ภายนอก และความคิดเห็นต่อการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล เพื่อเป็นข้อมูลให้กับ อย. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการหามาตรการที่เหมาะสมที่จะใช้ดูแล ควบคุม และติดตามการใช้ยาปฏิชีวนะในร้านยา

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยนเรศวร (IRB No. 767/59) ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ ตั้งแต่วันที่ 4 มกราคม ถึง 17 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560 รวม 45 วัน

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษา คือ เภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการในร้านยาแผนปัจจุบัน (ขย.1) ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร (11) ร้านยาในการศึกษามี 2 กลุ่ม คือ (1) ร้านยาทั่วไป ซึ่งคำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรของ Cochran (12) ได้เท่ากับ 384 คน ผู้วิจัยคาดว่าจะมีอัตราการตอบกลับของแบบสอบถามประมาณร้อยละ 40 จึงส่งแบบสอบถามไปยังร้านยา 915 แห่ง (13) ซึ่งสุ่มเลือกโดยอาศัยหลักความน่าจะเป็น โดยใช้เทคนิคแบบชั้นภูมิ ชั้นภูมิที่ใช้ คือ 6 กลุ่มพื้นที่ของกรุงเทพมหานครที่มีจำนวน 50 เขต คือ 1. กลุ่มกรุงเทพกลาง 2. กลุ่มกรุงเทพใต้ 3. กลุ่มกรุงเทพเหนือ 4. กลุ่มกรุงเทพตะวันออก 5. กลุ่มกรุงเทพเหนือ และ 6. กลุ่มกรุงเทพใต้ และ (2) ร้านยาคุณภาพ การคำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตร Cochran (12) ได้เท่ากับ 384 แห่ง แต่จำนวนร้านยาคุณภาพในพื้นที่กรุงเทพมหานคร มีเพียง 354 แห่ง (14) ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องส่งแบบสอบถามไปยังร้านยาคุณภาพทุกแห่ง

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย คือ แบบสอบถามชนิดส่งทางไปรษณีย์ ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของร้านยาและของเภสัชกรที่ตอบแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 ประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อช่องทางและเงื่อนไขในการจ่ายและการควบคุมการจำหน่ายยาปฏิชีวนะสำหรับใช้ภายนอกที่เหมาะสม ยาปฏิชีวนะสำหรับใช้ภายนอกในการศึกษาแยกเป็น 2 ประเภท คือ 1. ยาปฏิชีวนะสำหรับใช้ทาภายนอก และ 2. ยาปฏิชีวนะเฉพาะที่สำหรับตาและหู ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิด ชนิด 2 ตัวเลือก คือ เห็นด้วย/ไม่เห็นด้วย 5 ช่องทางและเงื่อนไขที่ถาม คือ การส่งจ่ายในโรงพยาบาลโดยแพทย์เฉพาะทาง การส่งจ่ายในโรงพยาบาลโดยแพทย์ทั่วไป การส่งจ่ายในคลินิกโดยแพทย์ประจำ การจ่ายโดยเภสัชกรร้านยาและต้องจัดทำบัญชีขายยา และการจ่ายโดยเภสัชกรร้านยาโดยไม่ต้องจัดทำบัญชีขายยา รายการยาปฏิชีวนะในการศึกษานี้อ้างอิงมาจากรายการยาที่ อย. ใช้รับฟังความคิดเห็นต่อมาตรการควบคุมยาและปรับประเภทยาต้านจุลชีพสำหรับมนุษย์ ระยะที่ 1 (10) เฉพาะที่มีในประเทศไทย โดยการตรวจสอบจากเว็บไซต์ <http://www.mims.com/thailand> ณ วันที่ 20 สิงหาคม พ.ศ. 2559 ส่วนที่ 3 ประกอบด้วย คำถามความคิดเห็นของเภสัชกรชุมชนต่อวิธีการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล 8 ประเด็นซึ่งได้รวบรวมมาจากการทบทวนวรรณกรรม (15,16) คำถามเป็นแบบ Likert 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ก่อนข้างเห็นด้วย ไม่แน่ใจ ก่อนข้างไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วย แต่ละตัวเลือกมีคะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ

การศึกษาประเมินความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือโดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน พิจารณาคำถามที่ใช้และคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) (15) ระหว่างข้อคำถามกับจุดมุ่งหมายของการวิจัย คำถามที่ IOC มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 ถือว่า มีความตรงเชิงเนื้อหาเพียงพอ คำถามที่ IOC มีค่าน้อยกว่า 0.5 จะถูกตัดออกหรือปรับแก้ คำถามที่ปรับแก้จะถูกผู้เชี่ยวชาญประเมินอีกครั้งจนกว่าค่า IOC จะผ่านเกณฑ์ที่ระบุ ผู้เชี่ยวชาญประกอบด้วยเภสัชกร 1 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการเฝ้าระวังการใช้ยาปฏิชีวนะและระบบการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสมในมนุษย์และมีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 5 ปี เภสัชกรประจำสถานปฏิบัติการเภสัช

กรรมชุมชน 1 ท่าน ที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 5 ปี และเภสัชกร 1 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญด้านระบบการกระจายยาและบริหารจัดการด้านยาใน อย. และมีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 5 ปี

การตรวจสอบความเที่ยง โดยใช้การคำนวณค่า Cronbach's coefficient alpha หากมีค่ามากกว่า 0.7 ถือว่าแบบสอบถามมีความเที่ยงอยู่ในระดับที่น่าพอใจ

การเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ให้แก่ตัวอย่าง หลังจากส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ครั้งที่ 1 แล้ว 21 วันและยังไม่ได้รับแบบสอบถามตอบกลับ ผู้วิจัยโทรศัพท์ไปยังตัวอย่างที่ยังไม่ตอบแบบสอบถามเพื่อขอความร่วมมือ หลังจากนั้นอีก 14 วัน ผู้วิจัยโทรศัพท์ไปขอความร่วมมือเป็นครั้งที่ 2 จากร้านยาที่ไม่มีการตอบกลับ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของร้านยาและเภสัชกร

การศึกษาส่งแบบสอบถามไปยังกลุ่มตัวอย่างทางไปรษณีย์จำนวน 1,269 ฉบับ ได้รับแบบสอบถามที่สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้ 315 ฉบับ (ร้อยละ 24.82) หลังจากการคัดกรองแบบสอบถามเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ร้านยาทั่วไป 2 ร้าน เปลี่ยนเป็นร้านยาคุณภาพ และร้านยาคุณภาพ 1 ร้าน เปลี่ยนแปลงเป็นร้านยาทั่วไป ในร้านยาคุณภาพ มีผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 126 ฉบับ คิดเป็นอัตราการตอบกลับร้อยละ 35.49 ในร้านขายยาทั่วไป มีผู้ตอบแบบสอบถาม 189 ฉบับ คิดเป็นอัตราการตอบกลับร้อยละ 20.68

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะทั่วไปของร้านยาและเภสัชกรที่ตอบแบบสอบถาม ผู้ตอบแบบสอบถาม คือ เภสัชกรที่ทำงานในร้านยาทั่วไป (ร้อยละ 60) และร้านยาคุณภาพ (ร้อยละ 40) ผู้ตอบแบบสอบถามของร้านยาทั้งสองประเภทส่วนใหญ่ คือ เพศหญิง ช่วงอายุที่ตอบแบบสอบถามมากที่สุด คือ 25-35 ปี ระดับการศึกษาสูงสุด คือ ระดับปริญญาตรี สถานะของผู้ตอบแบบสอบถามของร้านยาคุณภาพ คือ เภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ จำนวน 86 คน (ร้อยละ 68.3) ส่วนในร้านยาทั่วไป คือ เภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการและเจ้าของร้านยาจำนวน 98 คน (ร้อยละ 51.9) ร้านยาคุณภาพที่ตอบ

แบบสอบถามส่วนใหญ่ คือ ร้านยาแฟรนไชส์ จำนวน 57 ร้าน (ร้อยละ 45.2) ส่วนร้านยาทั่วไป คือ ร้านยาเดี่ยว จำนวน 142 ร้าน (ร้อยละ 75.1) ร้านยาคุณภาพจำนวน 68 ร้าน (ร้อยละ 54.0) มีเภสัชกรประจำตลอดเวลาที่เปิดบริการ ส่วนร้านยาทั่วไปจำนวน 94 ร้าน (ร้อยละ 49.7) มีเภสัชกรตลอดเวลาที่เปิดบริการ ในร้านยาคุณภาพ พบว่าเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการเป็นผู้ตัดสินใจเลือกยา

ปฏิกิริยาจะเข้าร้านยา 47 ร้าน (ร้อยละ 37.3) ในร้านยาทั่วไป เภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการและเจ้าของร้านเป็นผู้ตัดสินใจ จำนวน 93 ร้าน (ร้อยละ 49.2) คำตอบอื่น ๆ ของผู้ตัดสินใจเลือกยาปฏิกิริยาจะเข้าร้านยา คือ ฝ่ายจัดซื้อของบริษัท ซึ่งพบในร้านยาคุณภาพและร้านยาทั่วไป จำนวน 30 ร้าน และ 8 ร้าน (ร้อยละ 23.8 และ 4.2) ตามลำดับ

ตารางที่ 1. ลักษณะทั่วไปของร้านยาและเภสัชกรที่ตอบแบบสอบถาม (n=315)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)	
	ร้านยาคุณภาพ (n=126)	ร้านยาทั่วไป (n=189)
เพศ		
ชาย	38 (30.2)	75 (39.7)
หญิง	88 (69.8)	114 (60.3)
อายุ		
น้อยกว่า 25 ปี	5 (4.0)	2 (1.0)
25-35 ปี	86 (68.2)	78 (41.3)
36-46 ปี	17 (13.5)	41 (21.7)
47-57 ปี	7 (5.6)	34 (18.0)
มากกว่า 57 ปี ขึ้นไป	11 (8.7)	34 (18.0)
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ปริญญาตรี	106 (84.1)	152 (80.4)
ปริญญาโท	20 (15.9)	34 (18.0)
ปริญญาเอก	0 (0)	3 (1.6)
ช่วงเวลามีเภสัชกรอยู่ปฏิบัติการ		
ตลอดเวลาที่เปิดบริการ	68 (54.0)	94 (49.7)
บางช่วงเวลาตามที่ขออนุญาต	58 (46.0)	95 (50.3)
สถานะของเภสัชกรผู้ตอบแบบสอบถาม		
เภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ	86 (68.3)	74 (39.1)
เภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการและเป็นเจ้าของร้านยา	24 (19.0)	98 (51.9)
เภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการและเป็นผู้จัดการร้านยา	16 (12.7)	17 (9.0)
ลักษณะร้านยา		
ร้านยาเดี่ยว	35 (27.8)	142 (75.1)
ร้านยาสาขา เจ้าของคนเดียว	34 (27.0)	28 (14.8)
ร้านยาแฟรนไชส์	57 (45.2)	19 (10.1)
ผู้ตัดสินใจเลือกยาปฏิกิริยาจะเข้าร้านยา		
เภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ	47 (37.3)	62 (32.8)
เจ้าของร้านยา	12 (9.5)	26 (13.8)
เภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการและเจ้าของร้านยา	37 (29.4)	93 (49.2)
ฝ่ายจัดซื้อ	30 (23.8)	8 (4.2)

ความคิดเห็นต่อช่องทางและเงื่อนไขในการจ่ายยาปฏิชีวนะสำหรับใช้ภายนอก

ความคิดเห็นของเภสัชกรชุมชนต่อช่องทางและเงื่อนไขในการจ่ายยาปฏิชีวนะสำหรับใช้ทาภายนอกและสำหรับตาและหู แสดงในตาราง 2 และ 3 ตามลำดับ จากตารางที่ 2 เภสัชกรชุมชนในร้านยาคุณภาพและร้านยาทั่วไปเกือบทั้งหมด คือ ร้อยละ 88.9-89.7 และ 94.2-95.8 ตามลำดับ เห็นด้วยกับการที่แพทย์เฉพาะทางในโรงพยาบาล สามารถจ่ายยาปฏิชีวนะสำหรับใช้ทาภายนอกได้ ตัวอย่างในร้านยาคุณภาพและร้านยาทั่วไปส่วนมาก คือ ร้อยละ 71.4-87.3 และ 73.5-88.9 ตามลำดับ เห็นด้วยกับการที่แพทย์ทั่วไปในโรงพยาบาล สามารถจ่ายยาปฏิชีวนะนี้ได้ ตัวอย่างในร้านยาคุณภาพและร้านยาทั่วไป ร้อยละ 60.3-77.8 และ 58.7-82.0 ตามลำดับ เห็นด้วยกับการที่คลินิกที่มีแพทย์ประจำ สามารถจ่ายยาปฏิชีวนะสำหรับใช้ทาภายนอกได้ ความเห็นด้วยที่น้อย (ประมาณร้อยละ 60) พบในยาทา clioquinol+betamethasone, nitrofur/nitrofurazone และ chlortetracycline ตัวอย่างในร้านยาคุณภาพและร้านยาทั่วไปเพียงร้อยละ 11.1-20.6 และ 10.1-16.9 ตามลำดับ เห็นด้วยกับการกำหนดให้เภสัชกรร้านยาสามารถจ่ายยาปฏิชีวนะกลุ่มนี้ได้ แต่ต้องทำบัญชีขายยา เภสัชกรชุมชนในร้านยาคุณภาพและร้านยาทั่วไป ร้อยละ 57.1-87.3 และ 54.0-92.6 ตามลำดับ เห็นด้วยกับการที่เภสัชกรร้านยาสามารถจ่ายยาปฏิชีวนะกลุ่มนี้ได้โดยไม่ต้องทำบัญชีขายยา ความเห็นด้วยที่น้อย (ร้อยละ 62 หรือน้อยกว่า) พบในยาทา clioquinol+betamethasone และ nitrofur/nitrofurazone

จากตารางที่ 3 เภสัชกรชุมชนในร้านยาคุณภาพและร้านยาทั่วไปเกือบทั้งหมด คือ ร้อยละ 89.7-90.5 และ 94.2-96.3 ตามลำดับ เห็นด้วยกับการที่แพทย์เฉพาะทางในโรงพยาบาล สามารถจ่ายยาปฏิชีวนะเฉพาะที่สำหรับตาและหูได้ ตัวอย่างในร้านยาคุณภาพและร้านยาทั่วไป ร้อยละ 65.9-80.2 และ 56.1-79.9 ตามลำดับ เห็นด้วยกับการที่แพทย์ทั่วไปในโรงพยาบาล สามารถจ่ายยาปฏิชีวนะกลุ่มนี้ได้ เภสัชกรในร้านยาทั่วไปเพียงประมาณร้อยละ 60 ที่เห็นว่า แพทย์ทั่วไปในโรงพยาบาลควรสามารถจ่ายได้ ต่อไปนี้ chloramphenicol+dexamethasone+tetryzoline, Chloramphenicol + prednisolone +naphazoline, fusidic acid และ sulfacetamide

เภสัชกรชุมชนในร้านยาคุณภาพและร้านยาทั่วไป ร้อยละ 52.4-70.6 และ 49.2-67.7 ตามลำดับ เห็นด้วยกับการที่คลินิกที่มีแพทย์ประจำ สามารถจ่ายยาปฏิชีวนะเฉพาะที่สำหรับตาและหูได้ ระดับความเห็นด้วยที่น้อยที่สุดพบในยาปฏิชีวนะกลุ่ม amphenicols or phenicols กับ คอर्टิโคสเตอรอยด์ (เห็นด้วยเพียงร้อยละ 50-60) และ sulfacetamide (เห็นด้วยเพียงร้อยละ 49-52) ในยาเกือบทุกกลุ่มที่ศึกษา เภสัชกรในร้านยาทั่วไปเพียงประมาณร้อยละ 60 หรือน้อยกว่าเห็นด้วยกับการให้สิทธิสั่งใช้ยาปฏิชีวนะกลุ่มนี้กับแพทย์ทั่วไปในโรงพยาบาล

เภสัชกรชุมชนในร้านยาคุณภาพและร้านยาทั่วไปเพียงร้อยละ 11.9-22.2 และ 11.1-16.4 ตามลำดับ เห็นด้วยกับการที่เภสัชกรร้านยาสามารถจ่ายยาปฏิชีวนะนี้ได้โดยไม่ต้องทำบัญชีขายยา ตัวอย่างในร้านยาคุณภาพและร้านยาทั่วไป ร้อยละ 45.2-75.4 และ 45.0-70.4 ตามลำดับ เห็นด้วยกับการที่เภสัชกรร้านยาสามารถจ่ายยาปฏิชีวนะกลุ่มนี้ได้โดยไม่ต้องทำบัญชีขายยา ความเห็นด้วยในระดับที่ร้อยละ 45 ถึงน้อยกว่า 60 พบในยาปฏิชีวนะกลุ่มต่อไปนี้ framycetin+dexamethasone+gramicidin, amphenicols or phenicols กับ คอर्टิโคสเตอรอยด์, sulfacetamide, neomycin+fludrocortisone+furaltidone+polymyxin b + lidocaines และ framycetin+dexamethasone+gramicidin

ความคิดเห็นต่อการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล

ตารางที่ 4 แสดงร้อยละของเภสัชกรชุมชนในร้านยาคุณภาพและร้านยาทั่วไปที่มีความเห็นในระดับต่าง ๆ ต่อการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล โดยรวม ร้านยาคุณภาพและร้านยาทั่วไปเห็นด้วยกับวิธีการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล (ได้คะแนนเฉลี่ย ≥ 3.75 จากคะแนนเต็ม 5) ยกเว้น การปรับสถานะยาปฏิชีวนะเป็นยาควบคุมพิเศษ คือ ยาที่ต้องมีใบสั่งแพทย์ในการจำหน่าย ซึ่งคะแนนเฉลี่ยของร้านยาคุณภาพและร้านยาทั่วไปอยู่ในระดับค่อนข้างไม่เห็นด้วย คือ 2.55 และ 2.22

เภสัชกรชุมชนมีข้อเสนอแนะอื่น ๆ ในการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ดังนี้ เภสัชกร 11 รายกล่าวว่า การปรับสถานะยาปฏิชีวนะเป็นยาควบคุมพิเศษไม่ใช่วิธีแก้ไขปัญหาคือการดื้อยาปฏิชีวนะ แต่ควรแก้ไขปัญหาเชิงระบบโดยมีหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้องมาร่วมในการแก้ไข

ตารางที่ 2. ร้อยละของเภสัชกรชุมชนที่เห็นด้วยกับช่องทางและเงื่อนไขต่างๆ ในการจ่ายยาปฏิชีวนะสำหรับใช้ทาภายนอก

รายการยา	แพทย์เฉพาะทาง ในโรงพยาบาล ¹		แพทย์ทั่วไป ในโรงพยาบาล ²		แพทย์ในคลินิก ³		เภสัชกรร้านยา ⁴ และทำบัญชี		เภสัชกรร้านยา ⁵	
	ร้านยา คุณภาพ ⁶	ร้านยา ทั่วไป ⁶	ร้านยา คุณภาพ ⁶	ร้านยา ทั่วไป ⁶	ร้านยา คุณภาพ ⁶	ร้านยา ทั่วไป ⁶	ร้านยา คุณภาพ ⁶	ร้านยา ทั่วไป ⁶	ร้านยา คุณภาพ ⁶	ร้านยา ทั่วไป ⁶
1. ยากลุ่ม aminoglycosides กับ คอร์ติโคสเตอรอยด์										
1.1 gentamicin + fluocinoloneacetonide	89.7	95.2	84.9	86.8	73.0	77.8	18.3	14.8	81.0	84.7
1.2 gentamicin + betamethasone	89.7	95.2	87.3	88.4	76.2	81.0	19.8	15.9	87.3	89.4
1.3 gentamicin + betamethasone + clioquinol + tolnaftate	89.7	95.2	81.0	79.9	69.8	72.5	17.5	13.8	73.8	77.2
1.4 neomycin + betamethasone	88.9	95.2	86.5	88.9	76.2	82.0	20.6	15.9	85.7	92.6
1.5 neomycin + fluocinoloneacetonide	88.9	95.2	84.9	87.3	71.4	77.8	18.3	13.2	80.2	82.5
1.6 neomycin + triamcinolone + gramicidin + nystatin	88.9	95.2	84.1	82.5	72.2	71.4	19.0	13.2	77.0	73.5
1.7 framycetin + desoximetasone + gramicidin	88.9	95.2	82.5	82.0	69.8	73.0	17.5	12.7	72.2	74.1
2. ยากลุ่ม amphenicols or phenicols										
(chloramphenicol)	88.9	94.7	84.9	85.2	73.0	77.2	15.1	15.3	77.8	79.9
3. ยากลุ่ม amphenicols or phenicols กับ คอร์ติโคสเตอรอยด์										
(chloramphenicol + hydrocortisone)	89.7	94.7	81.0	83.1	68.3	70.9	15.9	15.3	67.5	69.3
4. ยากลุ่ม quinolone derivatives										
(clioquinol + betamethasone)	89.7	95.2	71.4	73.5	60.3	58.7	14.3	10.1	57.9	54.0
5. ยากลุ่ม nitrofurantoin (nitrofurantoin/ nitrofurazone)	89.7	94.2	75.4	76.2	61.1	63.0	11.1	10.1	57.1	62.4

ตารางที่ 2. ร้อยละของเภสัชกรชุมชนที่เห็นด้วยกับช่องทางและเงื่อนไขต่างๆ ในการจ่ายยาปฏิชีวนะสำหรับใช้ทาภายนอก (ต่อ)

รายการยา	แพทย์เฉพาะทาง ในโรงพยาบาล ¹		แพทย์ทั่วไป ในโรงพยาบาล ²		แพทย์ในคลินิก ³		เภสัชกรร้านยา ⁴ และทำบัญชี		เภสัชกรร้านยา ⁵	
	ร้านยา คุณภาพ ⁶	ร้านยา ทั่วไป ⁶	ร้านยา คุณภาพ ⁶	ร้านยา ทั่วไป ⁶	ร้านยา คุณภาพ ⁶	ร้านยา ทั่วไป ⁶	ร้านยา คุณภาพ ⁶	ร้านยา ทั่วไป ⁶	ร้านยา คุณภาพ ⁶	ร้านยา ทั่วไป ⁶
6. ยากลุ่ม pseudomonic acids (mupirocin)	89.7	95.8	84.9	86.8	75.4	79.9	16.7	15.3	84.1	83.1
7. ยากลุ่ม steroid antibacterials (fusidic acid)	89.7	95.8	86.5	84.7	75.4	77.8	16.7	14.8	87.3	85.2
8. ยากลุ่ม steroid antibacterials กับ คอร์ติโคสเต ออยด์										
8.1 fusidic acid + hydrocortisone	89.7	95.8	87.3	83.6	77.8	73.0	15.9	16.4	84.9	79.9
8.2 fusidic acid + betamethasone	88.9	95.8	87.3	83.6	77.8	73.5	15.9	16.9	84.9	77.2
9. ยากลุ่ม tetracyclines (chlortetracycline)	89.7	94.2	76.2	74.1	61.1	65.6	13.5	11.1	66.7	67.7

1: แพทย์เฉพาะทางในโรงพยาบาล คือ การส่งจ่ายในโรงพยาบาลโดยแพทย์เฉพาะทาง 2: แพทย์ทั่วไปในโรงพยาบาล คือ การส่งจ่ายในโรงพยาบาลโดยแพทย์ทั่วไป 3: แพทย์ในคลินิก คือ การจ่ายในคลินิกที่มีแพทย์ประจำ 4: เภสัชกรร้านยาและทำบัญชี คือ การจ่ายโดยเภสัชกรร้านยาและต้องทำบัญชีขายยา 5: เภสัชกรร้านยา คือ การจ่ายโดยเภสัชกรร้านยา (ไม่ต้องทำบัญชีขายยา) 6: ร้านยาคุณภาพ (n=126) ร้านยาทั่วไป (n=189)

ตารางที่ 3. ร้อยละของเภสัชกรชุมชนที่เห็นด้วยกับช่องทางและเงื่อนไขต่าง ๆ ในการจ่ายยาปฏิชีวนะเฉพาะที่สำหรับตาและหู

รายการยา	แพทย์เฉพาะทาง ในโรงพยาบาล ¹		แพทย์ทั่วไป ในโรงพยาบาล ²		แพทย์ในคลินิก ³		เภสัชกรร้านยา ⁴ และทำบัญชี		เภสัชกรร้านยา ⁵	
	ร้านยา คุณภาพ ⁶	ร้านยา ทั่วไป ⁶	ร้านยา คุณภาพ ⁶	ร้านยา ทั่วไป ⁶	ร้านยา คุณภาพ ⁶	ร้านยา ทั่วไป ⁶	ร้านยา คุณภาพ ⁶	ร้านยา ทั่วไป ⁶	ร้านยา คุณภาพ ⁶	ร้านยา ทั่วไป ⁶
1. ยากลุ่ม aminoglycosides กับ คอร์ติโคสเตอรอยด์ (ใช้เฉพาะที่สำหรับตา)										
1.1 gentamicin + prednisolone	90.5	95.8	76.2	70.4	65.9	63.5	19.8	15.9	70.6	58.7
1.2 neomycin + dexamethasone	90.5	95.8	80.2	73.5	70.6	67.2	19.8	14.3	74.6	70.4
1.3 neomycin + polymyxin b + dexamethasone	90.5	95.8	75.4	67.7	65.9	60.8	22.2	13.2	69.0	59.8
1.4 tobramycin + dexamethasone	89.7	96.3	77.8	68.8	69.0	60.8	21.4	13.8	75.4	63.5
1.5 framycetin + dexamethasone + gramicidin	90.5	95.8	73.0	65.1	62.7	55.6	19.8	14.8	57.9	51.3
2. ยากลุ่ม amphenicols or phenicols กับ คอร์ติโคสเตอรอยด์ (ใช้เฉพาะที่สำหรับตา)										
2.1 chloramphenicol + dexamethasone	89.7	95.2	71.4	65.6	61.1	56.1	15.9	14.3	54.4	54.0
2.2 chloramphenicol + dexamethasone + tetryzoline (tetrahydrozoline)	90.5	95.2	67.5	60.8	57.9	50.8	13.5	14.8	46.8	45.5
2.3 chloramphenicol + prednisolone + naphazoline	90.5	95.2	65.9	61.9	57.9	52.4	15.1	14.3	45.2	46.0
3. ยากลุ่ม polymyxins (ใช้เฉพาะที่สำหรับตา)										
polymyxin b + oxytetracycline	90.5	94.7	75.4	67.7	65.1	59.8	14.3	11.1	69.0	62.4
4. ยากลุ่ม steroid antibacterials (ใช้เฉพาะที่สำหรับตา)										
(fusidic acid)	90.5	95.8	77.0	62.4	65.1	59.3	13.5	13.2	65.1	55.0

ตารางที่ 3. ร้อยละของเภสัชกรชุมชนที่เห็นด้วยกับช่องทางและเงื่อนไขต่างๆ ในการจ่ายยาปฏิชีวนะเฉพาะที่สำหรับตาและหู (ต่อ)

รายการยา	แพทย์เฉพาะทาง ในโรงพยาบาล ¹		แพทย์ทั่วไป ในโรงพยาบาล ²		แพทย์ในคลินิก ³		เภสัชกรร้านยา ⁴ และทำบัญชี		เภสัชกรร้านยา ⁵	
	ร้านยา คุณภาพ ⁶	ร้านยา ทั่วไป ⁶	ร้านยา คุณภาพ ⁶	ร้านยา ทั่วไป ⁶	ร้านยา คุณภาพ ⁶	ร้านยา ทั่วไป ⁶	ร้านยา คุณภาพ ⁶	ร้านยา ทั่วไป ⁶	ร้านยา คุณภาพ ⁶	ร้านยา ทั่วไป ⁶
5. ยากลุ่ม sulfacetamides (ใช้เฉพาะที่สำหรับตา)										
(sulfacetamide)	89.7	94.2	67.5	56.1	52.4	49.2	11.9	12.2	48.4	45.0
6. ยากลุ่ม aminoglycosides กับ คอร์ติโคสเตอรอยด์ (ใช้เฉพาะที่สำหรับหู)										
6.1 neomycin + dexamethasone	90.5	95.8	79.4	79.9	69.8	67.7	20.6	16.4	72.2	70.4
6.2 neomycin + fludrocortisone + furaltadone + polymyxin b + lidocaines	90.5	96.3	73.0	70.9	60.3	58.2	15.9	13.8	54.8	49.2
6.3 framycetin + dexamethasone + gramicidin	90.5	95.8	72.2	72.5	60.3	59.3	18.3	14.3	57.1	48.7

1: แพทย์เฉพาะทางในโรงพยาบาล คือ การส่งจ่ายในโรงพยาบาลโดยแพทย์เฉพาะทาง 2: แพทย์ทั่วไปในโรงพยาบาล คือ การส่งจ่ายในโรงพยาบาลโดยแพทย์ทั่วไป 3: แพทย์ในคลินิก คือ การจ่ายในคลินิกที่มีแพทย์ประจำ 4: เภสัชกรร้านยาและทำบัญชี คือ การจ่ายโดยเภสัชกรร้านยาและต้องทำบัญชีขายยา 5: เภสัชกรร้านยา คือ การจ่ายโดยเภสัชกรร้านยา (ไม่ต้องทำบัญชีขายยา) 6: ร้านยาคุณภาพ (n=126) ร้านยาทั่วไป (n=189)

ปัญหา เกสัชกรอีก 2 ราย ให้ความเห็นว่าควรพิจารณาเลือกรายการยาปฏิชีวนะที่ควรสงวนไว้ ไม่ใช่ปรับสถานะทางกฎหมายของยาปฏิชีวนะทุกรายการและอาจต้องคำนึงถึงการเข้าถึงยาของคนที่มีรายได้น้อยด้วย เกสัชกร 2 ราย ให้ความเห็นว่าไม่ควรเพิ่มภาระในการทำบัญชียาให้แก่ร้านยา เกสัชกร 8 ราย ให้ความเห็นว่าควรให้ความรู้แก่ประชาชน รวมทั้งมีการณรงค์โดยใช้สื่อที่เข้าใจง่ายและสามารถนำไปปฏิบัติได้ และสร้างจิตสำนึกในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลให้แก่ประชาชน เกสัชกร 2 ราย ให้ความเห็นว่าควรมีการสร้างหรือปลูกจิตสำนึกให้เภสัชกรรับบทบาทและหน้าที่ของตนเองที่มีต่อการดูแลสุขภาพของประชาชน เกสัชกร 2 ราย ให้ความเห็นว่าควรให้ อย. ควบคุมการกำกับดูแลร้านยา เพื่อให้มีเภสัชกรปฏิบัติงานประจำร้านยา และเภสัชกร 1 ราย ให้ความเห็นว่าควรมีการปรับปรุงเอกสารกำกับยาปฏิชีวนะบางรายการ เช่น Gano® Tetra®

สรุปและการอภิปรายผล

เภสัชกรชุมชนประมาณร้อยละ 85-95, 70-85, 60-80, 10-20 และ 60-80 เห็นด้วยกับการให้สิทธิในการจ่ายยาปฏิชีวนะสำหรับใช้ภายนอกกับแพทย์เฉพาะทางในโรงพยาบาล แพทย์ทั่วไปในโรงพยาบาล แพทย์ประจำคลินิก เกสัชกรร้านยาโดยต้องทำบัญชีขายยา และเภสัชกรร้านยาโดยไม่ต้องทำบัญชีขายยา เกสัชกรชุมชนร้อยละ 62 หรือน้อยกว่าเห็นว่า เกสัชกรชุมชนควรมีสิทธิจ่ายยาทา clioquinol + betamethasone และ nitrofurantoin แม้จะไม่ต้องทำบัญชีการขายยา สำหรับยาปฏิชีวนะเฉพาะที่สำหรับตาและหู เกสัชกรชุมชนประมาณร้อยละ 85-95, 60-80, 50-70, 11-22 และ 50-70 ตามลำดับเห็นด้วยกับการให้สิทธิในการจ่ายยา เกสัชกรชุมชนเพียงร้อยละ 45 ถึงน้อยกว่า 60 เห็นว่า เกสัชกรชุมชนควรมีสิทธิจ่ายยากลับต่อไปโดยไม่ต้องทำบัญชีการขายยา framycetin + dexamethasone + gramicidin, ยากลุ่ม amphenicols or phenicols กับ คอर्टิโคสเตอรอยด์, sulfacetamide, neomycin+fludrocortisone +furaltadone+polymyxin b+ lidocaines และ framycetin+dexamethasone+gramicidin เกสัชกรชุมชนร้านยาคุณภาพและร้านยาทั่วไปมีความคิดเห็นที่คล้ายกัน (ต่างกันไม่เกินร้อยละ 15) ในเรื่องช่องทางและเงื่อนไขที่เหมาะสมในการจ่ายยาปฏิชีวนะสำหรับใช้ภายนอก อย่างไรก็ตาม ตัวอย่างเห็นว่า แต่ละช่องทางและเงื่อนไขมีความแตกต่างกันมาก นิธิมา สุ่ม

ประดิษฐ์ และคณะ (18,19) สำรวจระบบการควบคุมและเฝ้าระวังการใช้ยาปฏิชีวนะ และพบว่า บุคลากรสาธารณสุขในร้านยา คลินิก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลขนาดใหญ่ มีความคิดเห็นต่อมาตรการการควบคุมการกระจายยาปฏิชีวนะแตกต่างกัน เช่น ยาปฏิชีวนะทุกชนิดควรเป็นยาที่ต้องสั่งโดยแพทย์เท่านั้น ยาปฏิชีวนะบางชนิดควรสั่งโดยแพทย์เท่านั้น ยาปฏิชีวนะบางชนิดไม่ควรขายได้ในร้านยา และยาปฏิชีวนะบางชนิดไม่ควรมีในคลินิก แต่งานวิจัยของ นิธิมา สุ่มประดิษฐ์ และคณะ ไม่ได้ระบุชื่อรายการยาปฏิชีวนะ แต่งานวิจัยนี้ได้ระบุชื่อยาปฏิชีวนะในคำถามอย่างเจาะจง เพื่อให้ได้ผลการวิจัยที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้มากขึ้น ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ช่องทางและเงื่อนไขในการจ่ายยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมในความเห็นของเภสัชกรชุมชนต่อ ขึ้นอยู่กับรายการยา รูปแบบการใช้ยา ตลอดจนความรู้ความชำนาญของผู้สั่งใช้ยา เช่น เกสัชกรชุมชนมากกว่าร้อยละ 70 เห็นว่าช่องทางและเงื่อนไขที่เหมาะสมในการจ่ายยาปฏิชีวนะสำหรับใช้ภายนอก คือ การสั่งจ่ายในโรงพยาบาลโดยแพทย์เฉพาะทาง การสั่งจ่ายในโรงพยาบาลโดยแพทย์ทั่วไป การจ่ายในคลินิกที่มีแพทย์ประจำ และการจ่ายโดยเภสัชกรร้านยาและไม่ต้องทำบัญชีขายยา สำหรับยาปฏิชีวนะเฉพาะที่สำหรับตาและหู เกสัชกรชุมชนมากกว่าร้อยละ 70 เห็นว่า ช่องทางและเงื่อนไขที่เหมาะสม คือ การสั่งจ่ายในโรงพยาบาลโดยแพทย์เฉพาะทาง และสั่งจ่ายในโรงพยาบาลโดยแพทย์ทั่วไป ส่วนช่องทางและเงื่อนไขอื่น ๆ เห็นด้วยน้อยลงมา ตัวอย่างประมาณร้อยละ 50-60 เห็นด้วยกับการจ่ายในคลินิกที่มีแพทย์ประจำและการจ่ายโดยเภสัชกรร้านยาและไม่ต้องทำบัญชีขายยา เกสัชกรชุมชนเห็นด้วยน้อยที่สุดสำหรับการจ่ายยาปฏิชีวนะโดยเภสัชกรร้านยาและต้องทำบัญชีขายยาในทุกรายการยาที่ถาม ร้านยาคุณภาพส่วนใหญ่เห็นด้วยมากกว่าร้านยาทั่วไปในเรื่องการจ่ายยาโดยเภสัชกรร้านยาและต้องทำบัญชีขายยา แตกต่างกันไม่เกินร้อยละ 15

เภสัชกรชุมชนทั้งจากร้านยาคุณภาพและร้านยาทั่วไปค่อนข้างไม่เห็นด้วยกับการปรับสถานะของยาปฏิชีวนะให้เป็นยาควบคุมพิเศษเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ซึ่งมีความสอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศชิลีที่พบว่า การบริโภคยาปฏิชีวนะลดลงในช่วงที่ประกาศใช้นโยบายนี้ แต่หลังจากนั้นการบริโภคยาปฏิชีวนะกลับมา

ตารางที่ 4. จำนวน (ร้อยละ) ของเภสัชกรชุมชนที่มีความเห็นในระดับต่าง ๆ ต่อการส่งเสริมการจ่ายยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลระหว่างร้านยาคุณภาพและร้านยาทั่วไป (n=126,189)

วิธีการส่งเสริมการจ่ายยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล	ประเภทร้านยา	ระดับความคิดเห็น จำนวน (ร้อยละ)					ค่าเฉลี่ย (SD)
		ไม่เห็นด้วย	ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ค่อนข้างเห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	
1. การให้ความรู้เกี่ยวกับการจ่ายยาปฏิชีวนะตามหลักฐานเชิงประจักษ์ และการฝึกอบรมเภสัชกรผ่านทางเว็บไซต์ วารสาร หรือการประชุมวิชาการ	ร้านยาคุณภาพ	2 (1.6)	1 (0.8)	4 (3.2)	34 (27.0)	85 (67.4)	4.58 (0.74)
	ร้านยาทั่วไป	1 (0.5)	1 (0.5)	13 (6.9)	74 (39.2)	100 (52.9)	4.43 (0.69)
2. การจัดทำแนวทางการรักษาโรคติดเชื้อ (antibiotic guidelines) และการจ่ายยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมในร้าน	ร้านยาคุณภาพ	3 (2.4)	0	4 (3.2)	26 (20.6)	93 (73.8)	4.63 (0.77)
	ร้านยาทั่วไป	0	1 (0.5)	13 (6.9)	56 (29.6)	119 (63.0)	4.55 (0.65)
3. การจัดทำแนวทางการตรวจวินิจฉัยโรคอย่างถูกต้อง ทันสมัย	ร้านยาคุณภาพ	3 (2.4)	2 (1.6)	2 (1.6)	29 (23.0)	90 (71.4)	4.60 (0.81)
	ร้านยาทั่วไป	1 (0.5)	1 (0.5)	13 (6.9)	69 (36.5)	105 (55.6)	4.46 (0.70)
4. การใช้นโยบายแยกบทบาทวิชาชีพในกลุ่มยาปฏิชีวนะโดยแพทย์เป็นผู้สั่งจ่ายยา-เภสัชกรเป็นผู้จ่าย	ร้านยาคุณภาพ	6 (4.7)	5 (4.0)	17 (13.5)	34 (27.0)	64 (50.8)	4.15 (1.10)
	ร้านยาทั่วไป	11 (5.8)	13 (6.9)	52 (27.5)	48 (25.4)	65 (34.4)	3.76 (1.17)
5. การปรับสถานะยาปฏิชีวนะเป็นยาควบคุมพิเศษ คือ ยาที่ต้องมีใบสั่งแพทย์ในการจำหน่าย	ร้านยาคุณภาพ	37 (29.4)	32 (25.4)	23 (18.2)	19 (15.1)	15 (11.9)	2.55 (1.37)
	ร้านยาทั่วไป	79 (41.8)	38 (20.1)	35 (18.5)	26 (13.8)	11 (5.8)	2.22 (1.29)
6. การควบคุมการกระจายยาและขายยาปฏิชีวนะในช่องทางที่ผิดกฎหมาย เช่น ร้านชำ ร้านยา ขย.2 อินเทอร์เน็ต และร้านยาขย.1 ในเวลาที่ไม่ใช่เภสัชกร	ร้านยาคุณภาพ	3 (2.4)	0	2 (1.6)	20 (15.9)	101 (80.1)	4.71 (0.73)
	ร้านยาทั่วไป	3 (1.6)	7 (3.7)	19 (10.0)	47 (24.9)	113 (59.8)	4.38 (0.92)
7. พัฒนาร้านยาตามวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน (GPP) หรือพัฒนาร้านยาเป็นร้านยาคุณภาพ	ร้านยาคุณภาพ	2 (1.6)	1 (0.8)	3 (2.4)	34 (27.0)	86 (68.2)	4.60 (0.73)
	ร้านยาทั่วไป	8 (4.2)	9 (4.8)	49 (25.9)	79 (41.8)	44 (23.3)	3.75 (1.00)
8. การกำหนดให้ร้านยาต้องมีเภสัชกรตลอดเวลาที่เปิดให้บริการ	ร้านยาคุณภาพ	3 (2.4)	1 (0.8)	4 (3.2)	30 (23.8)	88 (69.8)	4.58 (0.80)
	ร้านยาทั่วไป	9 (4.8)	11 (5.8)	22 (11.6)	61 (32.3)	86 (45.5)	4.08 (1.11)

สูงขึ้น (20-22) เกสัชกรชุมชนมีความเห็นว่า การปรับสถานะของยาปฏิชีวนะเป็นยาควบคุมพิเศษอาจไม่ใช่วิธีการเพียงอย่างเดียวที่จะส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การปรับสถานะของยาปฏิชีวนะให้เป็นยาควบคุมพิเศษนั้นควรพิจารณาเป็นบางรายการเฉพาะที่ต้องการควบคุมโดยผู้ที่มีความรู้ความชำนาญหรืออยู่ในความดูแลของแพทย์ เพื่อให้เกิดการใช้ยาที่เหมาะสมและปลอดภัย

การศึกษานี้มีข้อจำกัดหลายประการ ข้อมูลของประชากรและตัวอย่างในการศึกษาได้จากเว็บไซต์ของ อย. ในปี พ.ศ. 2558 ซึ่งข้อมูลบางอย่างอาจไม่เป็นปัจจุบันและเกิดการติกลับของแบบสอบถามที่ส่งถึงตัวอย่าง เนื่องจากไม่พบร้านยาตามที่จำหน้า หรือร้านยาเลิกกิจการแล้ว เป็นต้น นอกจากนี้ยังอาจเป็นไปได้ว่า ตัวอย่างไม่เห็นด้วยกับการสั่งจ่ายยาของผู้ประกอบวิชาชีพในบางรายการ เพราะเป็นยาที่ไม่มีประสิทธิภาพ หรือเป็นยาที่ไม่สอดคล้องกับหลักการใช้อย่างสมเหตุผล ผล เช่น ยาสูตรผสมของยาหลายรายการโดยไม่จำเป็นและเป็นยาที่ควรถอนทะเบียนตำรับยาจากประเทศไทย โดยความเห็นดังกล่าวอาจไม่เกี่ยวข้องกับความสะดวกของช่องทางและเงื่อนไขในการจ่ายยา นอกจากนี้ตัวอย่างบางส่วนยังประเมินว่า แพทย์ผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาลไม่ควรจ่ายยาบางรายการ ทั้ง ๆ ที่เป็นผู้ที่มีความรู้ความชำนาญมากที่สุด ทั้งนี้ อาจเป็นไปได้ว่า เกสัชกรชุมชนเหล่านั้นมีความเห็นว่า แพทย์ควรมีหน้าที่เฉพาะการเขียนใบสั่งยา โดยไม่ควรจ่ายยาให้กับผู้ป่วย ตัวอย่างเหล่านี้จึงไม่เห็นด้วยกับช่องทางและเงื่อนไขที่ไม่ใช้ร้านยา เหตุผลดังกล่าวอาจไม่ได้ยึดโยงกับยาเลยว่าจะเป็นยาปฏิชีวนะหรือไม่

การศึกษาในอนาคตควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพควบคู่กับเชิงปริมาณ เพื่อจะได้ข้อมูลที่ครบถ้วน และครอบคลุมมากขึ้นถึงเหตุผลที่เกสัชกรชุมชนไม่เห็นด้วยกับช่องทางและเงื่อนไขในการกระจายยาปฏิชีวนะชนิดที่ใช้ภายนอก การศึกษาครั้งต่อไปยังควรศึกษาในกลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพอื่น ๆ หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในเรื่องนี้เพิ่มขึ้น นอกเหนือจากเกสัชกรชุมชน เพื่อที่จะได้ผลการศึกษาในภาพรวม ซึ่งสามารถนำมาแก้ไขปัญหาการกระจายยาปฏิชีวนะทั้งระบบเพื่อก่อให้เกิดการแก้ไขปัญหาที่ยั่งยืนต่อเนื่อง และสอดคล้องกัน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวรที่มอบเงินทุนอุดหนุนการวิจัยจากเงินงบประมาณแผ่นดิน ประจำปีงบประมาณ 2560 ในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Promoting rational use of medicines [online]. 2002 [cited Mar 15, 2016]. Available from: www.apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jh3011e/2.html.
2. Wibulpolprasert S. Thailand's drug system. Nonthaburi: Bureau of International Health Policy Development; 2002.
3. Chuengsatiansup K, Sriyudhya L, Panin W. Community and medicine: sociocultural aspects. Nonthaburi: Office of Social and Health Research; 2007.
4. Aswapokee N, Vaithayapichet S, Heller R. Pattern of antibiotic use in medical wards of a university hospital, Bangkok, Thailand. Review of Infectious Diseases 1990;12:136-41.
5. Tansatian P. Ethical habits of drug use in Thai people. Journal of Hematology and Blood Transfusion Medicine 2007;19:309-15.
6. Apasrithongsakul S. Antibiotic situation in a grocery store. In: KiatyaiAngsulee N, Kesomboon N, Malee-wong U, editors. Report of drug information system situation 2010: antibiotic resistance and antibiotic use. 2010. p. 32-5.
7. Jittayakorn A. Antibiotic value. In: KiatyaiAngsulee N, Kesomboon N, Maleewong U, editors. Report of drug Information system situation 2010: antibiotic resistance and antibiotic use. 2010. p. 21-5.
8. Drug Act, B.E. 2510. Royal Gazette No. 84, Part 101 special (Oct 20, 1967)
9. Kesomboon S, Sakulbumrungsil R, Kanjanapiboon I, Udomaugorn S, Jitrakontien A. Research and

- development of national drug accounting system [online]. 2012 [cited Feb 3, 2016] Available from: www.kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/3689/hs1984.zip?Sequence=2&isAllowed=y.
10. Subcommittee on Antimicrobial. Documentation on drug control and antimicrobial classifications policy phase 1 [online]. 2016 [cited Apr 10, 2016]. Available from: drug.fda.moph.go.th/zone_admin/files/hearing%20reclass%20amr%20human%20phase%201.pdf
 11. Bureau of drug control. List of drug selling locations in Bangkok, Thailand [online]. 2015 [cited Apr 10, 2016]. Available from: www.drug.fda.moph.go.th/zone_search/ky1.asp.
 12. Yothongyos M, Sawasdip P. Size determination of research samples. [online]. [cited Mar 3, 2016]. Available from: www.fsh.mi.th/km/wp-content/uploads/2014/04/resch.pdf
 13. Boonchoong N, Chanakij T, Dorkrakklang P, Wongsap P, Sootsol Sakkosin, Yospanya S. Compliance with the community pharmacy project after accreditation by the Pharmacy Council. *KKU Research Journal* 2007; 12: 53-6.
 14. The Pharmacy Council. List of accredited community pharmacy address [online]. 2015 [cited Mar 3, 2016]. Available from: www.pharmacycouncil.org/index.php?option=content_detail&menuid=39&itemid=633&catid=0.
 15. VorakitKasemsakul S. Quality inspection of research tools [online]. 2016 [cited Mar 3, 2016]. Available from: www.udru.ac.th/attachments/elearning/01/10.pdf.
 16. Stephan H, Matthew HS. Antimicrobial resistance determinants and future control. *Emerg Infect Dis.* 2005;11: 794-801.
 17. Huttner B, Harbarth S, Nathwani D. Success stories of implementation of antimicrobial stewardship: a narrative review. *Clin Microbiol Infect.* 2014; 20: 954-62.
 18. Sumpradit N, Hunnangkul S, Prakongsai P, Thamlikitkul V. Distribution and utilization of antibiotics in health promoting hospitals, private medical clinics and pharmacies in Thailand. *Health Systems Research Institute Journal* 2013;7: 268-80.
 19. Sumpradit N, Hunnangkul S, Prakongsai P, Thamlikitkul V. A survey of the antibiotic control and surveillance system and measures in promoting rational use of antibiotics: preliminary results. *Health Systems Research Institute Journal* 2012; 6 : 361-73.
 20. Bavestrello L, Cabello A, Casanova D. Impact of regulatory measures in the trends of community consumption of antibiotics in Chile [Abstract]. *Rev Med Chi.* 2002; 130: 1265-72.
 21. Bavestrello L, Cabello M A. Community antibiotic consumption in Chile, 2000-2008 [Abstract]. *Rev Chilena Infectol.* 2011;28:107-12.
 22. Wirtz VJ, Herrera-Patino JJ, Santa-Ana-Tellez Y, Dreser A, Elseviers M, Stichele V. Analysing policy intervention to prohibit over-the-counter antibiotic sales in four Latin American countries. *Tropical Medicine and International Health.* 2013; 8: 665-73.