

# รายงานการวิจัย

เรื่อง

การศึกษาสภาพปัญหาและแนวทางการบริหารจัดการ  
การใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์

โดย

นางสาววิภา เต็งอภิชาติ

กองควบคุมวัตถุเสพติด  
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา  
กระทรวงสาธารณสุข  
มกราคม 2563

## บทคัดย่อ

ภาวะความปวดเป็นสาเหตุหลักที่สร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผู้ป่วยระยะท้าย การบรรเทาอาการปวดจึงเป็นส่วนสำคัญหนึ่งของการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) ซึ่งยากกลุ่มโอปิออยด์ เช่น Morphine, Fentanyl, Pethidine, Methadone, Codeine และ Oxycodone มีการนำมาใช้ในผู้ป่วยเพื่อบรรเทาอาการปวด แต่ปัจจุบันประเทศไทยยังถูกจัดอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีการใช้ยาในกลุ่มดังกล่าวในระดับต่ำ จึงคาดการณ์ได้ว่ายังคงมีผู้ป่วยจำนวนมากที่ไม่สามารถเข้าถึงการบำบัดด้วยยากกลุ่มโอปิออยด์ที่เหมาะสมเพียงพอ ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทราบถึงสภาพปัญหา ข้อจำกัดต่างๆ ในการเข้าถึงยากกลุ่มโอปิออยด์ และแนวทางในการบริหารจัดการการใช้ยากกลุ่มโอปิออยด์ โดยการศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ (quantitative research) ร่วมกับการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ทำการเก็บข้อมูลโดยการศึกษาจากข้อมูลเอกสารเกี่ยวกับข้อมูลการนำเข้าและอัตราการใช้ยากกลุ่มโอปิออยด์ในประเทศไทย ตั้งแต่ช่วงปี พ.ศ. 2553 – พ.ศ. 2561 ใช้แบบเก็บข้อมูลซึ่งเป็นการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (self-administered questionnaire) เก็บข้อมูลในบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล รวม 240 ฉบับ ได้รับแบบสอบถามกลับ 172 ฉบับ ผู้ตอบแบบสอบถามประกอบด้วย แพทย์ จำนวน 15 ราย (ร้อยละ 8.72) เภสัชกร จำนวน 126 ราย (ร้อยละ 73.26) และพยาบาล จำนวน 31 ราย (ร้อยละ 18.02) และโดยการสัมภาษณ์บุคคลที่มีความรู้ ความเข้าใจ หรือมีประสบการณ์เกี่ยวกับยาโอปิออยด์เป็นอย่างดี จำนวน 6 ท่าน

ผลการศึกษาจากข้อมูลเอกสาร พบว่าข้อมูลการใช้ยากกลุ่มโอปิออยด์ ในช่วง 9 ปีย้อนหลัง (พ.ศ. 2553 – พ.ศ. 2561) ส่วนใหญ่แล้วมีแนวโน้มการใช้เพิ่มสูงขึ้น และเป็นการใช้ในโรงพยาบาลรัฐเป็นส่วนใหญ่ ยกเว้น Pethidine ที่มีแนวโน้มการใช้ลดลง สำหรับผลการศึกษาที่ได้จากการตอบแบบสอบถามและจากการสัมภาษณ์ เกี่ยวกับปัญหาและข้อจำกัดในการใช้ยากกลุ่มโอปิออยด์ รวมถึงข้อเสนอแนะและแนวทางในการแก้ไขปัญหานั้น พบว่ามีหลายประเด็นที่เป็นปัญหาและข้อจำกัด แต่ประเด็นสำคัญ สามารถแบ่งได้เป็น ปัญหาจากตัวบุคลากรทางการแพทย์ เช่น ขาดการฝึกอบรม ขาดความรู้เกี่ยวกับการใช้ยากกลุ่มโอปิออยด์ บุคลากรทางการแพทย์มีความกังวลไม่กล้าจ่ายยาดังกล่าว เป็นต้น กรอบชนิดและจำนวนรายการยาในโรงพยาบาลทั้งชนิด รูปแบบ ความแรง และปริมาณยาโอปิออยด์ที่จะให้แพทย์เลือกจ่ายให้แก่ผู้ป่วย มีไม่เหมาะสมเพียงพอ และระบบการสั่งซื้อยาจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ยุ่งยาก หลายขั้นตอน ทำให้การสั่งซื้อล่าช้า รวมถึงไม่มีระบบการรับยาคืน หรือแลกเปลี่ยนยา ทำให้สถานพยาบาลบริหารจัดการยาใกล้หมดอายุได้ยาก

ในส่วนของข้อเสนอแนะและแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่ผู้ตอบแบบสอบถามและผู้ให้สัมภาษณ์เสนอแนะ สามารถสรุปประเด็นสำคัญได้ ดังนี้ ควรกำหนดให้มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในภาพรวม เพื่อใช้เป็นแนวทางทั่วประเทศ เพิ่มหลักสูตรเรื่อง palliative care ในการเรียนการสอนของแพทย์ และส่งเสริมให้มีการจัดอบรมให้ความรู้กับบุคลากรทางการแพทย์ กำหนดให้มีระบบหมุนเวียนยาภายในจังหวัด เพื่อลดปัญหาโรงพยาบาลขาดยาหรือมียาคงค้างหมดอายุ สร้างเครือข่ายการดูแลแบบประคับประคองให้เข้มแข็ง เน้นให้มีการสร้างทีมสหวิชาชีพเพื่อดูแลผู้ป่วย ส่งเสริมให้โรงพยาบาลมีกรอบรายการยากกลุ่มโอปิออยด์ตามความเหมาะสม และพัฒนาระบบการสั่งซื้อยาจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาให้สะดวกรวดเร็วยิ่งขึ้น โดยการลดขั้นตอนและการนำเทคโนโลยีเข้ามาช่วย เป็นต้น

**คำสำคัญ** ยากกลุ่มโอปิออยด์ palliative care บุคลากรทางการแพทย์ ปัญหาและข้อจำกัด ข้อเสนอแนะ

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	ก
สารบัญ	ข
สารบัญตาราง	ค
สารบัญแผนภูมิ	ง
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการศึกษา	2
ขอบเขตของการศึกษา	2
ระยะเวลาการศึกษา	2
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	2
นิยามศัพท์ของการศึกษา	2
บทที่ 2 การทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	3
ข้อมูลยาในกลุ่มโอปิออยด์ และข้อมูลการใช้	3
กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาในกลุ่มโอปิออยด์ระหว่างประเทศ	11
กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาในกลุ่มโอปิออยด์ของประเทศไทย	14
ระเบียบการขาย และรายการยาในกลุ่มโอปิออยด์ที่จำหน่ายในประเทศไทย	20
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	24
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	24
วิธีดำเนินการศึกษา	24
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	25
การวิเคราะห์ข้อมูล	25
กรอบแนวคิดการศึกษา	26
บทที่ 4 ผลการวิจัย	27
ส่วนที่ 1 ผลการศึกษาจากข้อมูลเอกสาร	27
ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาจากการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม	35
ส่วนที่ 3 ผลการศึกษาจากการเก็บข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์	44
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	55
สรุปผล	55
อภิปรายผล	58
ข้อเสนอแนะ	59
บรรณานุกรม	62
ภาคผนวก ก แบบสอบถาม	64
ภาคผนวก ข แบบสัมภาษณ์	68
ภาคผนวก ค ผลการสัมภาษณ์	70

## สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 แสดงชนิดและปริมาณยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ที่อนุญาตให้จำหน่าย หรือมีไว้ในครอบครอง	18
ตารางที่ 2 รายการยาในกลุ่มโอปิออยด์ที่จำหน่ายในประเทศ	21
ตารางที่ 3 ปริมาณการนำเข้ายาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ที่ใช้ในทางการแพทย์ และวิทยาศาสตร์ปี พ.ศ. 2561 เทียบกับปริมาณที่กำหนดในประกาศ กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2561	22
ตารางที่ 4 ปริมาณการจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ที่ใช้ในทางการแพทย์ และวิทยาศาสตร์ปี พ.ศ. 2561 เทียบกับปริมาณที่กำหนดในประกาศ กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2561	23
ตารางที่ 5 ข้อมูลปริมาณการนำเข้าและปริมาณการจำหน่าย เปรียบเทียบกับปริมาณ ที่กำหนดตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฯ ประจำปี พ.ศ. 2561	27
ตารางที่ 6 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม	35
ตารางที่ 7 รูปแบบและชนิดยาโอปิออยด์ที่มีใช้ในโรงพยาบาล	36
ตารางที่ 8 ปัญหาและข้อจำกัดในการใช้ยาโอปิออยด์ที่พบในสถานพยาบาล	38

## สารบัญแผนภูมิ

		หน้า
แผนภูมิที่ 1	แนวทางการใช้ยาแก้ปวดตามความรุนแรงของการปวด ตามหลักบันได 3 ชั้น	7
แผนภูมิที่ 2	ปริมาณการใช้ Codeine สูตรเดี่ยว ของประเทศในช่วงปี พ.ศ. 2553 – พ.ศ. 2561	28
แผนภูมิที่ 3	การกระจาย Codeine สูตรเดี่ยวตามประเภทสถานพยาบาลในช่วงปี พ.ศ. 2556 – พ.ศ. 2561	29
แผนภูมิที่ 4	ปริมาณการใช้ Fentanyl ของประเทศในช่วงปี พ.ศ. 2553 – พ.ศ. 2561	29
แผนภูมิที่ 5	การกระจาย Fentanyl ตามประเภทสถานพยาบาลในช่วงปี พ.ศ. 2556 – พ.ศ. 2561	30
แผนภูมิที่ 6	ปริมาณการใช้ Methadone ของประเทศในช่วงปี พ.ศ. 2553 – พ.ศ. 2561	30
แผนภูมิที่ 7	การกระจาย Methadone ตามประเภทสถานพยาบาลในช่วงปี พ.ศ. 2556 – พ.ศ. 2561	31
แผนภูมิที่ 8	ปริมาณการใช้ Morphine ของประเทศในช่วงปี พ.ศ. 2553 – พ.ศ. 2561	32
แผนภูมิที่ 9	การกระจาย Morphine ตามประเภทสถานพยาบาลในช่วงปี พ.ศ. 2556 – พ.ศ. 2561	32
แผนภูมิที่ 10	ปริมาณการใช้ Pethidine ของประเทศในช่วงปี พ.ศ. 2553 – พ.ศ. 2561	33
แผนภูมิที่ 11	การกระจาย Pethidine ตามประเภทสถานพยาบาลในช่วงปี พ.ศ. 2556 – พ.ศ. 2561	33
แผนภูมิที่ 12	ปริมาณการใช้ Oxycodone ของประเทศในช่วงปี พ.ศ. 2553 – พ.ศ. 2561	34
แผนภูมิที่ 13	การกระจาย Oxycodone ตามประเภทสถานพยาบาลในช่วงปี พ.ศ. 2556 – พ.ศ. 2561	34

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะความปวดเป็นสาเหตุหลักที่สร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วย โดยมีผลกระทบต่อสภาพร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผู้ป่วยระยะท้าย การบรรเทาอาการปวดจึงเป็นส่วนสำคัญหนึ่งของการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care)<sup>(1)</sup> องค์การอนามัยโลก World Health Organization (WHO) ได้ให้แนวทางการใช้ยาแก้ปวดตามความรุนแรงของการปวด โดยระดับความรุนแรงของความปวดปานกลางถึงปวดมาก ได้แนะนำให้ใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์ เพื่อบรรเทาอาการปวด และสามารถปรับขนาดยาเพิ่มขึ้นได้เรื่อยๆ จนกว่าผู้ป่วยจะหายปวด แต่ต้องคำนึงถึงผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นและความทนต่อยาของผู้ป่วย<sup>(2)</sup> เนื่องจากยาในกลุ่มโอปิออยด์ เป็นยาที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง การใช้ยาดังกล่าวติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน อาจทำให้เกิดภาวะการทรมานและการติดยา ทำให้ต้องการได้รับยาต่อเนื่อง มิฉะนั้นจะเกิดอาการถอนยา อีกทั้งยาในกลุ่มโอปิออยด์ยังมีฤทธิ์ทำให้รู้สึกเป็นสุข (euphoria) ยาในกลุ่มนี้จึงอาจมีผู้นำไปใช้ในทางที่ผิดนอกเหนือจากการสั่งจ่ายของแพทย์<sup>(3)</sup> จึงทำให้ที่ผ่านมาเกิดความเข้าใจคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับการใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์ว่าจะทำให้คนใช้ติดยา เกิดความกลัวการใช้ยาโอปิออยด์ทั้งในส่วนของบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งเป็นผู้สั่งจ่าย ผู้ป่วย และญาติของผู้ป่วยเอง

ยาในกลุ่มโอปิออยด์จัดอยู่ในรายการยาเสพติดภายใต้อนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ค.ศ. 1961 และพิธีแก้ไขอนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ค.ศ. 1961, ค.ศ. 1972 ซึ่งองค์การสหประชาชาติกำหนดขึ้นเพื่อเป็นกรอบดำเนินงานมาตรฐานระหว่างประเทศสมาชิก เพื่อใช้ในการควบคุมกำกับดูแลยาเสพติดให้โทษ<sup>(4)</sup> สำหรับประเทศไทยซึ่งเป็นหนึ่งในประเทศภาคีสมาชิก ได้มีการควบคุมยาในกลุ่มโอปิออยด์เป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 โดยได้กำหนดให้การสั่งจ่ายสามารถกระทำได้ในสถานพยาบาลที่ต้องมีใบอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 และมีการกำหนดเพดานหรือปริมาณเพื่อเป็นการกำกับดูแลการใช้ให้เกิดความเหมาะสม เป็นต้น<sup>(5)</sup> รวมถึงจัดให้มีหน่วยงานที่รับผิดชอบในการกำกับดูแลการกระจายยาไปยังสถานพยาบาลทั่วประเทศ โดยกลุ่มเงินทุนหมุนเวียนยาเสพติดให้โทษ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ซึ่งยาในกลุ่มโอปิออยด์ ที่มีการใช้ในประเทศไทยปัจจุบันนี้ ได้แก่ Morphine, Fentanyl, Pethidine, Methadone, Codeine และ Oxycodone

การใช้ยามอร์ฟินซึ่งเป็นหนึ่งในยาในกลุ่มโอปิออยด์ ได้มีการกำหนดให้อัตราการใช้ยาดังกล่าวต่อประชากร ถือเป็นดัชนีชี้วัดอย่างหนึ่งในการเทียบเคียงคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการปวดของแต่ละประเทศ ในปัจจุบันอัตราการใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์ ส่วนใหญ่จะอยู่ในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว ในขณะที่ประเทศกลุ่มอื่นยังมีอัตราการใช้ที่ต่ำ สำหรับประเทศไทยพบว่าแนวโน้มอัตราการใช้ยาในกลุ่มนี้ มีสถิติเพิ่มสูงขึ้น อันเป็นการสอดคล้องกับนโยบาย Palliative care ของกระทรวงสาธารณสุข แต่อย่างไรก็ตามประเทศไทยก็ยังถูกจัดอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีการบริโภคในระดับต่ำ<sup>(6)</sup> จึงคาดการณ์ได้ว่ายังคงมีผู้ป่วยจำนวนมากที่ไม่สามารถเข้าถึงการบำบัดด้วยยาในกลุ่มโอปิออยด์ ที่เหมาะสมเพียงพอ ดังนั้นเพื่อให้ทราบถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุดังกล่าว จึงเห็นควรทำการศึกษาเพื่อให้ทราบถึงสภาพปัญหา ข้อจำกัดต่างๆ ในการเข้าถึงยาในกลุ่มโอปิออยด์เพื่อบรรเทาอาการปวดของผู้ป่วยในประเทศไทย และหาแนวทางในการบริหารจัดการให้มีการใช้ยาอย่างเหมาะสมต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อให้ทราบถึงอัตราและแนวโน้มการใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์ในประเทศไทย
2. เพื่อให้ทราบถึงสภาพปัญหา ข้อจำกัดต่างๆ ในการเข้าถึงยาในกลุ่มโอปิออยด์ เพื่อบรรเทาอาการปวดของผู้ป่วยในประเทศไทย
3. เพื่อศึกษาแนวทางในการบริหารจัดการการใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์ในประเทศไทย

### ขอบเขตของการศึกษา

1. ศึกษาและรวบรวมข้อมูลอัตราการใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์ในประเทศไทย ในช่วงปี 2553 – 2561 โดยรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลระบบรายงานการกระจายวัตถุเสพติด
2. ศึกษาปัญหา ข้อจำกัด และแนวทางในการบริหารจัดการการใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์ โดยผู้ให้ข้อมูลคือบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และบุคคลที่มีความรู้ความเข้าใจ หรือมีประสบการณ์เกี่ยวกับยาในกลุ่มโอปิออยด์

### ระยะเวลาการศึกษา

ระหว่างเดือนสิงหาคม 2562 – มกราคม 2563

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบถึงอัตราและแนวโน้มการใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์ในประเทศไทย
2. ทราบถึงปัญหา ข้อจำกัด และแนวทางในการบริหารจัดการการใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์ เพื่อเป็นข้อมูลให้กับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน และผู้ที่เกี่ยวข้อง นำไปวิเคราะห์และปรับใช้เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานต่อไป

### นิยามศัพท์ของการศึกษา

**ยาในกลุ่มโอปิออยด์** หมายถึง ยาระงับปวดที่จัดเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ได้แก่ Morphine, Fentanyl, Methadone, Pethidine, Codeine สูตรเดี่ยวที่ใช้ระงับปวด, Oxycodone

**บุคลากรทางการแพทย์** หมายถึง แพทย์ เภสัชกร พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล

**อนุสัญญาเดี่ยว ค.ศ. 1961** หมายถึง อนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ค.ศ. 1961 และพิธีแก้ไขอนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ค.ศ. 1961, ค.ศ. 1972

**ระเบียบการขาย** หมายถึง ระเบียบสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาว่าด้วยการขายวัตถุเสพติด พ.ศ. 2561

**อย.** หมายถึง สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

**กบรส.** หมายถึง กองบริหารการสาธารณสุข

**สปสช.** หมายถึง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

## บทที่ 2

### การทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาสภาพปัญหาและแนวทางการบริหารจัดการการใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์ เป็นการศึกษาที่มุ่งเน้นเพื่อให้ทราบถึงปัญหาอุปสรรคในการใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์ เพื่อนำมาวิเคราะห์หาแนวทางในการบริหารจัดการ อันจะเป็นผลประโยชน์ต่อผู้ใช้และผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้ยาดังกล่าว โดยในบทที่ 2 เป็นการทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์ ดังนี้

1. ข้อมูลยาในกลุ่มโอปิออยด์ และข้อมูลการใช้
2. กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาในกลุ่มโอปิออยด์ระหว่างประเทศ
3. กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาในกลุ่มโอปิออยด์ของประเทศไทย
4. ระเบียบการขาย และรายการยาในกลุ่มโอปิออยด์ที่จำหน่ายในประเทศไทย

#### 1. ข้อมูลยาในกลุ่มโอปิออยด์ และข้อมูลการใช้

โอปิออยด์ หมายถึง กลุ่มของสารประกอบซึ่งมีฤทธิ์คล้ายมอร์ฟิน ซึ่งเป็นสารสำคัญในยางฝิ่น (Opium) สารในกลุ่มโอปิออยด์ถูกนำมาใช้เป็นยาระงับปวด โดยการออกฤทธิ์ผ่านตัวรับ (receptor) ซึ่งตัวรับโอปิออยด์ (opioid receptors) ส่วนใหญ่อยู่ในระบบประสาทส่วนกลาง ที่สำคัญ ได้แก่ mu receptor, kappa receptor และ delta receptor

- mu receptor เมื่อถูกกระตุ้นทำให้ระงับการปวด โดยยับยั้งการปวดในระดับไขสันหลัง และเหนือไขสันหลัง ทำให้เกิดอาการเคลิ้มสุข (euphoria) กตการหายใจ รูม่านตาหดเล็ก ลดการบีบรัดของลำไส้ และทำให้ท้องผูก

- kappa receptor เมื่อถูกกระตุ้นทำให้ระงับการปวด โดยยับยั้งการปวดในระดับไขสันหลัง ทำให้ง่วง อารมณ์ละเหี่ย และรูม่านตาหดเล็ก

- delta receptor เมื่อถูกกระตุ้นทำให้ระงับการปวด โดยยับยั้งการปวดในระดับไขสันหลัง และเหนือไขสันหลัง

opioid receptors ทั้ง 3 ชนิด เมื่อถูกกระตุ้นจะทำให้เซลล์ประสาทเกิด hyperpolarization ลดการส่งกระแสประสาท และลดการหลั่งสารสื่อประสาท<sup>(7)</sup>

ยากลุ่มโอปิออยด์เกือบทุกชนิดออกฤทธิ์ทั่วไปเหมือนกัน แตกต่างตรงความแรงและผลกระทบบุทธิกตประสาทส่วนกลางเป็นฤทธิ์ที่พบได้ทั่วไป บริเวณที่ยาออกฤทธิ์ส่วนใหญ่ คือ บริเวณที่รับรู้ความรู้สึกของ cerebral cortex และ thalamus รองลงมา คือ ก้านสมอง และ spinal cord การออกฤทธิ์ของยาที่ cerebral cortex ทำให้ระงับความเจ็บปวด ในขณะที่ยาที่สูงขึ้นจะทำให้นอนหลับ ถ้าในขนาดยาที่สูงมาก คือ ขนาดยาที่มีการนำไปใช้ในทางที่ผิด (abusive dose) สำหรับการออกฤทธิ์ที่ thalamus จะทำให้อารมณ์ดีขึ้น รู้สึกเป็นสุข (euphoria) เป็นเหตุให้มีการนำยาในกลุ่มนี้ไปใช้ในทางที่ผิด ในขณะที่ยาไปออกฤทธิ์ที่ก้านสมอง ซึ่งมีศูนย์ควบคุมการหายใจ การใช้ยาที่เกินขนาดจะกดศูนย์การหายใจจนถึงขั้นเสียชีวิตได้<sup>(3)</sup>

การออกฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลางของยากลุ่มโอปิออยด์นี้ ส่งผลให้ยาออกฤทธิ์ สรุปได้ ดังนี้

- ระงับปวด (analgesic)
- สงบระงับ (sedative) หมดความกังวล กล้ามเนื้อคลายตัว ร่างกายสงบ
- นอนหลับ (hypnosis) เชื่องซึมและหลับถ้าใช้ในขนาดสูง
- รู้สึกเป็นสุข (euphoria)



### พิษและอาการไม่พึงประสงค์จากยาในกลุ่มโอปิออยด์

อาการไม่พึงประสงค์ที่พบ ได้แก่ กตการหายใจ คลื่นไส้ อาเจียน มึนงง ความคิดอ่านสับสน ท้องผูก กล้ามเนื้อเรียวที่เยื่อทางเดินน้ำดีหดเกร็ง การให้มอร์ฟินก่อนการคลอดบุตร ทารกแรกคลอดอาจถูกกตการหายใจได้ อาการข้างเคียงบางอย่างอาจไม่เห็นเด่นชัดในผู้ป่วยทั่วไป แต่ในรายที่มีความผิดปกติอยู่เดิม อาจเกิดผลเสริมกันจนเกิดอาการข้างเคียงที่อันตรายได้ เช่น ผู้ป่วยที่บาดเจ็บที่ศีรษะหรือมีความดันของน้ำสมองไขสันหลังสูง จะสนองตอบต่อฤทธิ์กตการหายใจและการเพิ่มความดันในสมองมากขึ้น หรือการเพิ่มอาการปัสสาวะคั่ง ในผู้ป่วยต่อมลูกหมากโต เป็นต้น สำหรับพิษเฉียบพลันที่เกิดจากการได้รับยาเกินขนาด มี 3 ประการ คือ ม่านตาหรี่มาก กตการหายใจรุนแรง และหมดสติ นอกจากนี้ยังมีสิ่งที่จะต้องพึงระวังอื่นๆ คือ การทนยาและการติดยา

การทนยาและการติดยา (drug tolerance and drug dependence) ที่เห็นได้ชัด คือ อาการทนยา อาการเพิกถอน อาการบ้าคลั่งอยากยาหรือการติดทางจิต การใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์ทุกชนิดติดต่อกันเรื่อยๆ จะทำให้ประสิทธิภาพของยาลดลง โดยอาการทนยาจะแสดงให้เห็นเด่นชัดต่อเมื่อใช้ในการบำบัดรักษา ติดต่อกัน 2-3 สัปดาห์ การทนยาจะเกิดขึ้นได้ง่ายเมื่อให้ยาในขนาดที่สูงและระยะเวลาให้ยาถี่ หากให้ในขนาดที่ต่ำและเว้นระยะห่างในการให้ยา โอกาสที่จะเกิดการทนยาจะมีได้น้อยกว่า การใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์ โดยมีแรงจูงใจในทางที่ผิด จะทำให้เกิดการทนยาอย่างรวดเร็ว

การที่ร่างกายได้รับยาติดต่อกันเป็นเวลานานจนเกิดความเคยชิน ทำให้การตอบสนองต่อยาลดลง ถ้าต้องการผลการรักษาขนาดเดิมต้องเพิ่มขนาดยาให้สูงขึ้น เนื่องจากการปรับตัวของเซลล์ในระบบประสาทให้ทนต่อยา เห็นได้จากความแรงและระยะเวลาในการออกฤทธิ์ของยาลดลง ทำให้ต้องใช้ยาในปริมาณสูงขึ้นเรื่อยๆ จึงจะเกิดผลการรักษาตามที่ต้องการ และมีความโน้มเอียงที่จะต้องใช้ยาเพิ่มขึ้น โดยส่วนใหญ่ฤทธิ์ที่เกิดการทนได้เร็ว ได้แก่ ฤทธิ์กตการหายใจ ระงับปวด เคลิบเคลิ้ม คลื่นไส้ อาเจียน การทนยาจะเกิดขึ้นช้าหรือเร็ว และรุนแรงเท่าใดขึ้นอยู่กับขนาดยา ความถี่ในการใช้ และวิธีการให้ยา การปรับตัวของร่างกายให้เคยชินกับยาเมื่อใช้ซ้ำๆ ติดต่อกัน ทำให้ต้องการได้รับยาต่อเนื่อง มิฉะนั้นจะเกิดอาการถอนยา หรือที่เรียกว่าเกิดการติดยา โดยยาโอปิออยด์จะทำให้เกิดการติดยาทางกาย (physical dependence) ได้ค่อนข้างเร็ว และเกิดการติดยาทางใจ (psychological dependence) ค่อนข้างรุนแรง การเกิดการทนยา เป็นสัญญาณเตือนว่าอาจเกิดการติดยาทางกายขึ้น และจะส่งผลให้ร่างกายต้องการได้รับยาอยู่เสมอ มิฉะนั้นจะเกิดอาการถอนยา (withdrawal syndrome)

การติดยาที่เกิดขึ้นหลังจากการใช้ยาติดต่อกันนั้นจะเกิดขึ้นพร้อมกับการทนยา การเลิกใช้ยาจะส่งผลให้เกิดอาการเพิกถอน ได้แก่ น้ำมูกไหล น้ำตาไหล หาว หนาวสั่น ขนลุก หายใจถี่และถี่ อุดมทรมิร่างกายสูง ม่านตาขยาย ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ อาเจียน ท้องร่วง ภาวะกรวยกรวย ความรุนแรงของอาการเหล่านี้ ขึ้นกับการติดยามากน้อยเพียงใด เมื่อให้ยาโอปิออยด์แก่คนติดยา อาการเพิกถอนจะบรรเทาลง การติดยาทางจิต การรู้สึกเป็นสุข การสงบระงับที่เกิดขึ้น เมื่อมีการใช้ยาในกลุ่มนี้ โดยเฉพาะการฉีดเข้าหลอดเลือด มีแนวโน้มกระตุ้นให้ผู้ใช้ต้องการใช้ยาต่อไปอีก ปัจจัยเหล่านี้ก่อให้เกิดเหตุผลขั้นแรกในการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง โดยผู้ติดยามักอ้างว่าต้องให้ยาต่อไปเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอาการบ้าคลั่ง

**มอร์ฟิน (Morphine)** เป็น alkaloid ได้จากยางสีขาวขุ่นของผลฝิ่น มีฤทธิ์กตประสาทส่วนกลางแรงกว่าฝิ่น ประมาณ 8-10 เท่า นอกจากนี้มอร์ฟินสามารถสังเคราะห์ได้ แต่กรรมวิธีจะยากกว่าสกัดจากธรรมชาติ ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงสูตรโครงสร้างเพียงเล็กน้อยจะได้สารตัวอื่น ซึ่งมีคุณสมบัติแตกต่างกันไป เช่น เปลี่ยน hydroxy group ที่ตำแหน่ง 3 เป็น methoxy group จะได้ โคเดอีน ซึ่งนอกจากมีฤทธิ์ระงับปวดแล้วยังมีฤทธิ์ระงับไอได้ดีอีกด้วย และถ้าเปลี่ยน hydroxy group ที่ตำแหน่ง 3 และที่ตำแหน่ง 6 เป็น acetyl group จะได้ เฮโรอีน ซึ่งจัดเป็นยาเสพติดที่ร้ายแรงกว่า มอร์ฟิน<sup>(8)</sup>

มีการนำมอร์ฟีนมาใช้เป็นยาระงับปวดประเภทเสพติดตัวแรก ถือเป็นยาแม่แบบของยาโอปิออยด์ และยังคงใช้กันอยู่ถึงปัจจุบัน เพื่อระงับอาการปวดตั้งแต่ปานกลางถึงรุนแรง นอกจากนี้ยังใช้เป็นสารมาตรฐานสำหรับเปรียบเทียบ เพื่อประเมินคุณค่าของยาในกลุ่มโอปิออยด์ตัวอื่นๆที่สังเคราะห์ขึ้นมาใหม่ด้วย

มอร์ฟีนออกฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา ดังนี้

1. ฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง ได้แก่

1.1 ฤทธิ์ระงับปวด สามารถระงับปวดแบบตื้อๆ ติดต่อกัน (dull pain) ได้ดีกว่าปวดแบบเจ็บแปลบ (sharp pain) โดยเพิ่มขีดเริ่มรับทราบความเจ็บปวด (pain perception threshold) ให้สูงขึ้น และลดปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเจ็บปวด มอร์ฟีนทำให้เกิดอารมณ์เคลิบเคลิ้มเป็นสุขหลังจากที่ได้รับยาในขนาดแรกเพื่อระงับปวด

1.2 ฤทธิ์กดการหายใจ ในขนาดที่ใช้ระงับปวด มอร์ฟีนจะกดการหายใจได้บ้างแต่ไม่มาก เมื่อเพิ่มขนาดยา การกดการหายใจก็จะเพิ่มมากขึ้น ในรายที่ใช้ยาเกินขนาดอาจส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิต เนื่องจากฤทธิ์ในการกดการหายใจนี้

1.3 ฤทธิ์ระงับไอ โดยการกดศูนย์การไอโดยตรง แต่ไม่ค่อยนำมาใช้ในการรักษาอาการไอ เนื่องจากมียาอื่นที่มีประสิทธิภาพสูงกว่าและอาการข้างเคียงน้อยกว่า เช่น โคเดอีน

1.4 ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน เนื่องจากยาไปกระตุ้น CTZ (chemotrigger zone) ในสมองส่วน medulla โดยตรง

1.5 ทำให้ม่านตาหรี่ อาจมีขนาดเท่าปลายเข็ม (pin point pupil) เมื่อได้รับยาในขนาดสูง โดยการออกฤทธิ์กระตุ้นที่ระบบประสาทส่วนกลาง

2. ระบบหัวใจและหลอดเลือด มอร์ฟีนทำให้หลอดเลือดส่วนปลายขยายตัว เมื่อใช้ยาในขนาดรักษา ปกติจะไม่มีผลที่ชัดเจนต่อความดันเลือดและอัตราการเต้นของหัวใจเมื่อผู้ป่วยอยู่ในท่านอน แต่อาจมีอาการหน้ามืดเป็นลมได้เมื่อลุกขึ้น โดยจะพบชัดเจนในกรณีที่ให้ยาในขนาดที่สูงกว่าใช้ระงับปวด

3. ระบบทางเดินอาหาร มอร์ฟีนลดการหลั่งกรดในกระเพาะอาหารได้บ้างเล็กน้อย ลดการบีบไล่อาหารไปสู่ลำไส้ ทำให้กล้ามเนื้อเรียบที่บุกระเพาะอาหารและลำไส้เกิดการหดตัว เกิดอาการท้องผูก และทำให้กล้ามเนื้อเรียบที่บุทางเดินน้ำดีเกิดการหดเกร็ง ทำให้เกิดอาการปวดเสียดยอดอก จนถึงปวดอย่างรุนแรงและเฉียบพลันจากนิ่วน้ำดี

4. ฤทธิ์อื่นๆ เช่น ถ่ายปัสสาวะน้อย กระตุ้นการหลั่งสารฮีสตามีนทำให้หลอดเลือดที่ผิวขยาย ส่งผลให้ผิวอุ่น หน้าแดง มีแนวโน้มทำให้มดลูกที่ถูกกระตุ้นตอนใกล้คลอดกลับสู่สภาพปกติ จึงอาจชะลอการคลอดได้ ทำให้น้ำตาลในเลือดสูงขึ้นได้เล็กน้อย

ข้อบ่งใช้ของมอร์ฟีน ใช้ในการระงับปวดปานกลางถึงปวดรุนแรง ในกรณีปวดเฉียบพลันหรือปวดเรื้อรัง และใช้ในการฉีดเข้าหลอดเลือดเพื่อระงับความรู้สึกปวดในการคลอดลูก สำหรับความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายสามารถให้มอร์ฟีนได้มากและบ่อยเท่าที่จะสามารถบรรเทาอาการปวดได้ ทั้งนี้ควรเริ่มยาจากขนาดต่ำสุดและเพิ่มขนาดยาขึ้นเท่าที่ระงับปวดได้

**โคเดอีน (Codeine)** เป็น alkaloid ซึ่งพบในยางฝิ่นเช่นเดียวกับมอร์ฟีน แต่มีความแรงในการระงับปวดต่ำกว่ามอร์ฟีน ใช้ในการระงับปวดเล็กน้อยถึงปานกลาง นิยมใช้เป็นส่วนผสมในยาแก้ไอ เพราะโคเดอีนมีฤทธิ์กดศูนย์ควบคุมการไอ ขนาดยาที่ใช้ระงับอาการไอต่ำกว่าขนาดยาที่ใช้ระงับปวด ฤทธิ์ในการเสพติดง่วงนอน กดการหายใจ พบน้อยกว่ามอร์ฟีน โคเดอีนจะถูกเปลี่ยนสภาพที่ตับเป็นส่วนใหญ่ และถูกเปลี่ยนเป็นมอร์ฟีนประมาณร้อยละ 10 โดยทั่วไปโคเดอีนจับกับตัวรับโอปิออยด์ได้ต่ำ ดังนั้นฤทธิ์ในการระงับปวดของโคเดอีน จึงอาจเป็นผลจากส่วนที่ถูกเปลี่ยนไปเป็นมอร์ฟีน

**เพทิดีน (Pethidine)** เป็นสารสังเคราะห์ มีฤทธิ์ประมาณ 1/8 ของมอร์ฟีน เป็น mu agonist ออกฤทธิ์คล้ายทั้งมอร์ฟีนและอโทรปีน (atropine) โดยมีฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลางเหมือนมอร์ฟีน แต่ในขนาดใช้ปกติไม่มีผลระงับอาการไอ ฤทธิ์สงบระงับและทำให้รู้สึกเป็นสุขน้อยกว่ามอร์ฟีน ส่วนการออกฤทธิ์ที่เหมือนอโทรปีน คือ ระงับอาการเกร็งที่ทางเดินอาหาร การใช้เพทิดีนในขนาดระงับปวดที่เทียบเท่ามอร์ฟีนทำให้เกิดอาการข้างเคียงหลายอย่าง เช่น กดการหายใจ คลื่นไส้ อาเจียน ความดันโลหิตต่ำ ปวดศีรษะ ยานี้มีแนวโน้มที่จะทำให้เสพติดได้ง่าย อาการเพิกถอนยาเนื่องจากการหยุดยาเกิดขึ้นเร็วมาก โดยอาการเพิกถอนที่ต่างกับมอร์ฟีนและรุนแรงมากกว่า คือ กล้ามเนื้อบิดตัว กระวนกระวาย ตื่นตกใจและหวาดกลัว เพทิดีนถูกเปลี่ยนแปลงที่ตับ ได้เมตาบอลิต์หลายชนิด เช่น norpethidine ซึ่งมีค่าครึ่งชีวิตยาวกว่าเพทิดีน หากให้ยาในขนาดสูงติดต่อกัน จะทำให้เกิดการสะสมของ norpethidine ซึ่งมีพิษต่อระบบประสาท ทำให้เกิดอาการสั่น กล้ามเนื้อกระตุก ม่านตาขยาย และชัก

**เฟนทานิล (Fentanyl)** เป็นสารสังเคราะห์ ที่จับและกระตุ้น mu receptor ออกฤทธิ์ระงับปวดแรงกว่ามอร์ฟีน 80-100 เท่า ระยะเวลาการออกฤทธิ์สั้น มักใช้เพื่อระงับปวดและเป็นยาสลบในการผ่าตัด อาการไม่พึงประสงค์ของเฟนทานิลน้อยกว่ามอร์ฟีน ระยะเวลาในการกดการหายใจสั้นกว่า เฟนทานิลละลายในไขมันได้ดี ยากกระจายตัวเร็ว ออกฤทธิ์เร็ว แต่เฟนทานิลทำให้กล้ามเนื้อทรวงอกเกร็งแข็งเป็นอุปสรรคต่อการควบคุมการหายใจได้ จึงต้องใช้ยาคลายกล้ามเนื้อร่วมด้วย

**เมทาโดน (Methadone)** เป็น mu agonist คุณสมบัติทั่วไปคล้ายกับมอร์ฟีนนำมาใช้ประโยชน์ในการระงับปวดและใช้ในการทดแทนรักษาผู้ป่วยที่ติดเฮโรอีนหรือมอร์ฟีน เนื่องจากอาการถอนยา (withdrawal syndrome) จะค่อยๆเกิดขึ้นและมีความรุนแรงน้อยกว่ามอร์ฟีน เนื่องจากยาจับกับโปรตีนในพลาสมาได้ร้อยละ 90 จับกับเนื้อเยื่อต่างๆได้คงทน ทำให้ยาสะสมในเนื้อเยื่อ เมื่อหยุดยาจะมียาค่อยๆถูกปลดปล่อยออกจากเนื้อเยื่อ ทำให้อาการถอนยาเกิดขึ้นช้า ไม่รุนแรง แต่ใช้เวลานาน<sup>(7,9)</sup>

**ออกซิโคโดน (Oxycodone)** เป็นสารสังเคราะห์ในกลุ่มอนุพันธ์ฝิ่น ได้มาจากการสังเคราะห์ thebaine ใช้เป็นยาแก้ปวดในผู้ป่วยที่มีอาการปวดระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง เมื่อให้ยาโดยการกิน จะมีฤทธิ์มากกว่ามอร์ฟีน 1.5-2 เท่า แต่เมื่อให้ยาทางกล้ามเนื้อจะมีฤทธิ์น้อยกว่ามอร์ฟีน 1-2 เท่า อาการข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่ ท้องผูก เพื่อย คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ ปวดหัว ปากแห้ง วิตกกังวล อาการคัน ผิวน้ำแห้ง เหงื่อออกมาก ตามัว เนื่องจากรูม่านตาหด หากได้รับในปริมาณสูงอาการข้างเคียงที่สำคัญ ได้แก่ การหายใจตื้น ชีพจรช้า ตัวเย็นขึ้น ความดันโลหิตต่ำ ระบบไหลเวียนโลหิตและระบบหายใจล้มเหลว และเสียชีวิต แต่สาเหตุการเสียชีวิตเนื่องจากการทานออกซิโคโดนเพียงอย่างเดียวพบได้น้อย ส่วนใหญ่เสียชีวิตเกิดจากการได้รับยาหลายชนิดซึ่งเสริมฤทธิ์กันในการกดระบบไหลเวียนโลหิตหรือกดระบบการหายใจ<sup>(10)</sup>

#### การรักษาอาการปวดด้วยยาในกลุ่มโอปิออยด์

การเลือกชนิดของยาแก้ปวด ขนาด ความแรง และความถี่ที่ใช้ ขึ้นกับระดับความปวดเป็นสำคัญ โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization “WHO”) ได้ให้แนวทางการใช้ยาแก้ปวดตามความรุนแรงของการปวด ตามหลักบันได 3 ขั้นของการให้ยาระงับปวด (WHO 3-step analgesics ladder)

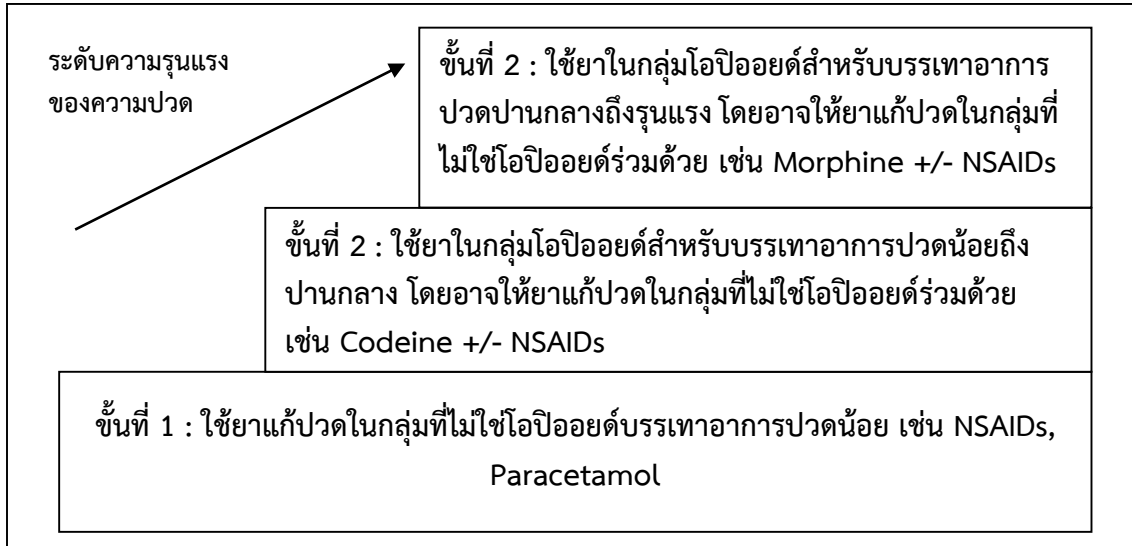
ขั้นที่ 1 ระดับความรุนแรงของความปวดน้อย ให้ใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม non-opioids เช่น Acetaminophen และ NSAIDs

ขั้นที่ 2 ระดับความรุนแรงของความปวดน้อยถึงปานกลาง ให้ใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม weak opioids เช่น Codeine และ Tramadol

ขั้นที่ 3 ระดับความรุนแรงของความปวดปานกลางถึงรุนแรง ให้ใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม strong opioids เช่น Morphine, Fentanyl, Methadone, Pethidine, Oxycodone โดยยาในกลุ่ม strong opioids มีฤทธิ์

ระงับปวดได้ดีมากและสามารถปรับขนาดยาเพิ่มขึ้นได้เรื่อยๆจนกว่าผู้ป่วยจะหายปวด โดยไม่มีระดับยาสูงสุดต่อวัน (no ceiling effect) แต่ต้องคำนึงถึงผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นและความทนต่อยาของผู้ป่วย

ส่วนยาเสริม (adjuvant drugs) เช่น antidepressant หรือ anticonvulsant สามารถให้เป็นการรักษาเสริมได้ในทุกช่วงระดับความรุนแรงของความปวด<sup>(2)</sup> ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 แนวทางการใช้ยาแก้ปวดตามความรุนแรงของการปวด ตามหลักบันได 3 ขั้น

องค์การอนามัยโลกได้ให้หลักการใช้ยาระงับปวด 5 ประการ คือ<sup>(6)</sup>

1. การรับประทาน (by mouth) ควรเลือกใช้ยาระงับปวดที่ใช้วิธีรับประทานเป็นอันดับแรก เพื่อให้ผู้ป่วยมีอิสระในการใช้ยาด้วยตนเองที่บ้านได้

2. การให้ยาตามเวลา (by around the clock) ควรใช้ยาระงับปวดอย่างต่อเนื่องตามกำหนดเวลา เพราะความปวดจากโรคมะเร็งเป็นความปวดที่เรื้อรัง เกิดขึ้นตลอดเวลา การรับประทานยาก่อนที่ยามี้อแรก จะหมดฤทธิ์ จะทำให้ได้ผลควบคุมที่ต่อเนื่อง และอาจต้องเพิ่ม rescue dose สำหรับ breakthrough pain และ incident pain

3. การให้ยาตามลำดับขั้นบันได (by the ladder) การเลือกใช้ยาระงับปวดตามความรุนแรงของอาการปวด แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนแรกสำหรับความปวดน้อย ให้ใช้ยาในกลุ่ม non-opioids เช่น paracetamol, nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) ร่วมกับยาเสริม (adjuvant drugs) ขั้นตอนที่ 2 สำหรับความปวดปานกลาง ให้ใช้ยา weak opioids และขั้นตอนที่ 3 สำหรับความปวดที่รุนแรง ให้ใช้ยา strong opioids โดยมียากกลุ่ม adjuvant drugs เข้ามาเสริมร่วมในการบำบัดทุกขั้นตอน เมื่อมีข้อบ่งชี้สำหรับยา non-opioids สามารถให้ร่วมในขั้นตอนที่ 2 และ 3 เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการระงับปวด และลดภาวะแทรกซ้อน จากยาแต่ละกลุ่ม

4. เหมาะสมสำหรับแต่ละคน (for the individual) ขนาดยาที่เหมาะสมของผู้ป่วย คือขนาดยาที่สามารถลดความปวดของผู้ป่วยรายนั้นได้ตลอดช่วงเวลาที่ยาออกฤทธิ์ โดยมีผลข้างเคียงน้อยที่สุดที่ผู้ป่วยยอมรับได้

5. การใส่ใจรายละเอียด (attention to detail) ให้สนใจในรายละเอียดของการรักษา เช่น ต้องเน้นว่า ควรใช้ยาระงับปวดอย่างสม่ำเสมอจึงจะได้ผล ยามือแรกและมือสุดท้ายของวันควรสัมพันธ์กับการตื่นและการหลับของผู้ป่วย รวมถึงเขียน ชื่อยา สรรพคุณ วิธีใช้อย่างละเอียดที่ฉลากยา และคำเตือน ให้ผู้ป่วยทราบถึงผลข้างเคียงจากยาด้วย

การใช้ยาโอปิออยด์ในการควบคุมความปวด โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคมะเร็งซึ่งเป็นความปวดแบบเรื้อรัง ควรเริ่มต้นด้วยรูปแบบยาที่เป็น immediate release ซึ่งในประเทศไทยมีทั้งในรูปแบบยาเม็ดและยาน้ำ คือ morphine IR tablet และ morphine solution โดยใช้ยาตามระยะเวลาการออกฤทธิ์แบบต่อเนื่องทั้งวัน (around the clock) เมื่อผู้ป่วยสามารถควบคุมความปวดได้ดีจากการใช้ยาโอปิออยด์ชนิด immediate release แล้ว ควรเปลี่ยนเป็นยาโอปิออยด์ในรูปแบบ sustained release แทน เพื่อความสะดวกของผู้ป่วย และเพิ่มการยอมรับปฏิบัติตาม โดยในระหว่างที่ผู้ป่วยได้รับ sustained release ต้องจัดยาโอปิออยด์ชนิด immediate release (rescue analgesic) สำหรับ breakthrough pain หรือ incident pain ให้ผู้ป่วยร่วมด้วยเสมอ

ยาโอปิออยด์ เป็นยาแก้ปวดหลักที่นำมาใช้บำบัดความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง การใช้ยาจำเป็นต้องทราบข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่

- เกสัชวิทยาคลินิกของยาในกลุ่มโอปิออยด์ แต่ละขนาน แต่ละเภสัชภัณฑ์ เพราะมีลักษณะเฉพาะแตกต่างกัน ซึ่งเป็นปัจจัยกำหนดประสิทธิภาพ รูปแบบการให้ยา และการติดตามผลการบำบัดความปวด รวมถึง equianalgesic dose และการคำนวณ เมื่อมีความจำเป็นต้องเปลี่ยนชนิดหรือวิธีในการบริหารยา
- หลักการใช้ยาโอปิออยด์ ได้แก่ การเริ่มใช้ยา strong opioids การปรับขนาดยามอร์ฟิน และ การใช้ rescue analgesics สำหรับรักษา breakthrough pain (BTP)
- การจัดการอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาโอปิออยด์

คำแนะนำในการใช้ยาโอปิออยด์ มีดังนี้

- เลือกชนิดของยาโอปิออยด์ ให้เหมาะสมกับความปวดของผู้ป่วย ในกรณีที่ weak opioids ไม่สามารถควบคุมความปวดได้ให้เปลี่ยนยาเป็น strong opioids
- การสั่งใช้ยาโอปิออยด์ แบบให้ยาตามเวลา (around-the-clock; ATC) ในการรักษาผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งมีความปวดอย่างต่อเนื่อง (continuous pain)
- หากผู้ป่วยเกิด BTP คือ ความปวดกำเริบขึ้นในช่วงสั้นๆ แม้จะได้รับยาแก้ปวดแบบ ATC จนควบคุมความปวดส่วนใหญ่ได้แล้วก็ตาม ควรมีการสั่งยาแก้ปวดที่ใช้เพิ่ม (rescue analgesics) และประเมินความปวดซ้ำทุก 48-72 ชั่วโมง
- การใช้มาตรการเพื่อป้องกันอาการท้องผูกล่วงหน้าในผู้ป่วย cancer pain ที่ได้รับยาโอปิออยด์ในระยะยาว
- ติดตามการทำงานของตับและไตของผู้ป่วยเป็นระยะๆ
- หลีกเลี่ยงการใช้ pethidine ในผู้ป่วย chronic cancer pain

การบริหารยาโอปิออยด์ มีดังนี้

- เริ่มใช้ยาโอปิออยด์ในขนาดต่ำที่สุดเท่าที่สามารถควบคุมความปวดได้ โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุ และผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตบกพร่อง
- ปรับขนาดยาซ้ำๆ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อผลข้างเคียงจากยาได้ ยกเว้นอาการท้องผูกที่จะเกิดขึ้นตลอดการใช้ยา
- พิจารณาให้ยาแก้ปวดกลุ่มอื่นหรือวิธีการอื่นร่วมด้วย เพื่อเสริมฤทธิ์แก้ปวดของยาโอปิออยด์ และลดขนาดการใช้ยาโอปิออยด์ลง เพื่อลดผลข้างเคียงของยาโอปิออยด์ อย่างไรก็ตามต้องระวังปฏิกิริยาระหว่างยา (drug interaction) ที่อาจเกิดขึ้นด้วย
- หากเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา ให้พิจารณาเปลี่ยนชนิดยาโอปิออยด์ หรือเปลี่ยนไปใช้ยาในกลุ่มอื่น หรือวิธีการอื่นในการควบคุมความปวด

- เผ่าระวัง ให้การป้องกัน และให้การรักษาจำเพาะเบื้องต้นตามอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการใช้ยา

การเลือกชนิดของยาโอปิออยด์ จะพิจารณาจากคุณสมบัติของยา (onset and duration of action) และลักษณะการบริหารยา (administration) เป็นหลัก โดยใช้มอร์ฟินเป็นอันดับแรกในการรักษาความปวดจากโรคมะเร็งในระดับปานกลางถึงรุนแรง ในผู้ป่วยที่มี acute pain นิยมใช้มอร์ฟินที่เป็น immediate release เพื่อให้ออกฤทธิ์เร็ว หลังจากที่ควบคุมอาการปวดได้ดีแล้ว สามารถเปลี่ยนเป็นมอร์ฟินที่เป็น sustained release ได้ เพื่อให้ไม่ต้องรับประทานยาบ่อยๆ นอกจากนี้ ในผู้ป่วยบางรายที่ไม่เหมาะกับการบริหารยาโดยการรับประทาน ซึ่งอาจเนื่องมาจากอาการเจ็บปากเจ็บคอ (mucositis) กลืนลำบาก หรือไม่สามรถช่วยเหลือตนเองได้ สามารถเลือกการให้ยาในรูปแบบแผ่นแปะ (transdermal) Fentanyl ได้

ความเข้าใจคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับการใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์

ด้วยมีความเชื่อบางประการที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับการใช้ยาโอปิออยด์ในการรักษาอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็ง เช่น บุคลากรทางการแพทย์เชื่อว่าการส่งจ่ายยาโอปิออยด์จะทำให้ผู้ป่วยติดยาเสพติด ในส่วนของผู้ป่วยและญาติเกิดความกังวลใจเมื่อต้องให้ยาในกลุ่มนี้ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องปรับความเข้าใจ ตั้งแต่เริ่มการรักษาในประเด็น ดังต่อไปนี้

1. ยากลุ่มนี้ถูกมองทางลบว่าเป็นยาเสพติด ยาในกลุ่มนี้อาจมีผู้นำไปใช้ในทางที่ผิดนอกเหนือจากการส่งจ่ายของแพทย์ แต่จากสถิติที่ผ่านมาทั่วโลก มีโอกาสต่ำมากที่ผู้ป่วยมะเร็งจะได้รับการวินิจฉัยว่าเสพติดยาโอปิออยด์ ความกลัวการใช้ยาโอปิออยด์ โดยขาดเหตุผล (opiophobia) จึงเป็นอุปสรรคสำคัญในการพัฒนาการดูแลรักษาอาการปวดจากโรคมะเร็ง ปัจจุบันพบว่าความสะดวกในการเข้าถึงยาโอปิออยด์ สำหรับผู้ป่วยมะเร็ง และปริมาณการส่งจ่ายยาโอปิออยด์ในการบำบัดความปวดที่สูงขึ้นจัดเป็นตัวชี้วัดคุณภาพและความก้าวหน้าในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในระดับนานาชาติ

2. สาเหตุที่ทำให้บุคลากรทางการแพทย์คิดว่าผู้ป่วยติดยา ได้แก่

2.1 ผู้ป่วยร้องขอยาในปริมาณที่บุคลากรทางการแพทย์เห็นว่ามากเกินไป หรือบ่อยเกินไป เนื่องจากระดับยาที่เหมาะสมนั้น ขึ้นกับหลายปัจจัย ทั้งชนิดของความปวด ระดับความรุนแรงของพยาธิสภาพ รวมทั้งความแตกต่างของผู้ป่วยแต่ละรายในเชิง pharmacokinetics และ pharmacodynamics การส่งยาจึงไม่สามารถมีระดับยาที่ตายตัวได้ ต้องปรับระดับยาโดยดูจากผลการตอบสนองของผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยขอยาเพิ่ม อาจไม่ใช่เพราะเสพติดยา แต่เป็นเพราะระดับยาที่ได้ยังไม่เพียงพอต่อการระงับปวด

2.2 ไม่สามารถลดขนาดการใช้ยาได้ เมื่อหยุดใช้เกิดอาการกระวนกระวายเหมือนลงแดง ต้องใช้ไปเรื่อยๆ และเพิ่มขนาดยาขึ้น เพราะยาที่ออกฤทธิ์กับระบบประสาททุกชนิดสามารถเกิด physical dependence คือ เกิดการทนยาและอาการถอนยาได้เมื่อหยุดยาอย่างทันที อีกทั้งต้นเหตุของอาการปวดของผู้ป่วยมะเร็งโดยมากมักไม่ทุเลา หากยังทวีความรุนแรงมากขึ้นจึงอาจจำเป็นต้องใช้ยาแก้ปวดเพิ่มมากขึ้น และพบว่าในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งจะมีโอกาสเกิด physical dependence และ psychological dependence กับยาโอปิออยด์ต่ำ

2.3 ยามีผลต่อสุขภาพจิตผู้ป่วย ดูเหมือนเคลิ้มมีความสุข โดยยาโอปิออยด์แต่ละตัวมีผลต่อความรู้สึกและผ่อนคลายต่างกันไป ร่วมกับการที่ผู้ป่วยหายปวดย่อมมีความสุขมากยิ่งขึ้น จึงไม่ควรสรุปว่าผู้ป่วยใช้ยาเพราะอยากมีความสุข แต่ผู้ป่วยขอยาเพราะอยากหายปวดมิใช่อยากยา

2.4 ผู้ป่วยเคยมีประวัติติดยาเสพติดมาก่อน ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่เคยมีประวัติติดยาเสพติดอื่นๆมาก่อน เมื่อพบว่าเป็นโรคมะเร็งและมีอาการปวดแล้ว การรักษายังคงเป็นไปตามหลักการปกติ การให้ยาต่ำกว่าขนาดปกติทำให้ผู้ป่วยไม่หายปวดและยังแสดงพฤติกรรมไม่พึงประสงค์กับทีมผู้รักษามากขึ้น

ในทางกลับกันผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจต้องใช้ปริมาณยาในขนาดที่สูงกว่าปกติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าเคยติดเฮโรอีน เพราะสมองผู้ป่วยอาจชินกับระดับโอปิออยด์ที่สูงมาก่อนได้รับยาแก้ปวดและมีแนวโน้มทนต่อความปวดได้ดี

2.5 ความเชื่อที่ว่ายาโอปิออยด์จะกวดการหายใจ ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วขึ้น อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาโอปิออยด์ สามารถป้องกันได้เมื่อมีการเฝ้าระวังที่ดี โดยทั่วไปก่อนจะเกิดการกวดการหายใจจะมีอาการแสดงให้สังเกตก่อน เช่น ง่วงซึมหรือมีนงง ซึ่งผู้ป่วยมักจะไม่ได้รับยาเพิ่มอีก นอกจากนี้ อาจเกิดจากภาวะอื่นๆ เช่น ขาดน้ำ อวัยวะทำงานล้มเหลว ติดเชื้อที่เสริมให้อาการไม่พึงประสงค์ของยามากขึ้น จนกวดการหายใจได้ บางครั้งความเชื่อนี้ อาจเกิดจากการสังเกตว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาโอปิออยด์ จะเสียชีวิตอย่างรวดเร็วภายในไม่กี่วัน แต่ที่จริงเกิดจากการที่ผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้ายของชีวิต มักมีอาการปวดหรือหายใจเหนื่อยรุนแรง เลยจำเป็นต้องใช้ยาโอปิออยด์เพื่อรักษามากกว่าและไม่ควรสรุปว่าเสียชีวิตเพราะการใช้ยาโอปิออยด์

2.6 ความเชื่อที่ว่าผู้ป่วยมะเร็งติดยาไม่เป็นไร เพราะเวลาชีวิตเหลือน้อยแล้ว ผู้ป่วยมะเร็งที่ใช้ยาโอปิออยด์ อย่างมีจุดมุ่งหมายภายใต้การควบคุมดูแลของแพทย์เพื่อระงับปวด และช่วยให้ผู้ป่วยใช้เวลาในชีวิตอันจำกัดอย่างมีความหมายต่อไปได้ ต่างกับภาวะของผู้ติดสารเสพติดที่แสวงหาสารเสพติดมาเสพ โดยไม่สามารถควบคุมการใช้ได้แม้รู้ว่าเกิดโทษ ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้ยาโอปิออยด์จึงไม่ถือว่าเป็นผู้ติดยา

นอกจากทัศนคติที่ถูกต้องของบุคลากรทางการแพทย์แล้ว ผู้ป่วยและญาติควรได้รับการชี้แจงปรับความเข้าใจให้ตรงกัน เพื่อประโยชน์สูงสุดในการรักษาต่อไป<sup>(11)</sup>

ข้อมูลการใช้ยาโอปิออยด์สำหรับบรรเทาอาการปวดโดย International Narcotics Control Board ในช่วงระหว่างปี ค.ศ. 2014-2016 พบว่าประเทศที่มีประชากรโลกรวมกันกว่าร้อยละ 80 มีการใช้มอร์ฟินในปริมาณน้อยเพียงแค่อ้อยละ 14 ของปริมาณมอร์ฟินที่ใช้ทั้งหมดเพื่อบรรเทาอาการปวด ในขณะที่อีกร้อยละ 86 เป็นการใช้ในประเภทยุโรปและอเมริกาเหนือ ความไม่สมดุลดังกล่าวเป็นปัญหาอย่างยิ่ง เพราะจากข้อมูลล่าสุดแสดงให้เห็นว่ามากกว่าร้อยละ 70 ของการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งเกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง แต่กลับเป็นกลุ่มประเทศที่มีอัตราการใช้มอร์ฟินต่ำ<sup>(12)</sup>

ข้อมูลในปี ค.ศ. 2017 พบว่าร้อยละ 84.4 ของประชากรโลกซึ่งส่วนใหญ่เป็นประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง มีการใช้มอร์ฟินเพียงร้อยละ 13.6 ของปริมาณมอร์ฟินที่ใช้ทั้งหมดเพื่อบรรเทาอาการปวด ถึงแม้ว่าสถานการณ์จะดีขึ้นกว่าในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา แต่ความแตกต่างของอัตราการใช้มอร์ฟินดังกล่าวยังคงเป็นที่น่ากังวล พบว่าอัตราการใช้มอร์ฟินที่เหนืออีกร้อยละ 86.4 เป็นการใช้อยู่ในไม่กี่ประเทศแถบยุโรปและอเมริกาเหนือ โดยสหรัฐอเมริกามีการใช้สูงสุด (ร้อยละ 47.1) ตามมาด้วยประเทศในทวีปยุโรป (ร้อยละ 32.6) แคนาดา (ร้อยละ 4.6) ออสเตรเลียและนิวซีแลนด์ (ร้อยละ 1.6) และญี่ปุ่น (ร้อยละ 0.5) สำหรับข้อมูลสถิติจัดอันดับประเทศที่มีการใช้ยาโอปิออยด์ พบว่าประเทศไทยมีอัตราการใช้ยาในกลุ่มนี้อยู่ในลำดับที่ 93 จาก 177 ประเทศทั่วโลก และอยู่ในลำดับที่ 21 จาก 45 ประเทศในแถบเอเชีย<sup>(13)</sup>

จากข้อมูลของ WHO เชื่อได้ว่าประชาชนแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่ต้องประสบกับภาวะความเจ็บป่วย โดยเฉพาะจากความเจ็บปวดเรื้อรังและรุนแรง มีจำนวนมากกว่า 15 ล้านคน แต่การเข้าถึงบริการบรรเทาอาการปวดและการดูแลแบบประคับประคองโดยรวมนั้นเป็นเรื่องที่ไม่สามารถทำได้เหมาะสม การขาดการเข้าถึงยาควบคุมสำหรับการจัดการความเจ็บปวดนั้นยังคงสูงอยู่ อัตราการใช้มอร์ฟินต่อประชากรโดยเฉลี่ยของภูมิภาคนี้ ในปี ค.ศ. 2015 มีเพียงแค่ 1.7 มิลลิกรัมต่อประชากร ในขณะที่ตัวเลขเฉลี่ยของประชากรทั่วโลก คือ 61.5 มิลลิกรัมต่อประชากร เนื่องด้วยการบังคับใช้กฎหมายในแต่ละประเทศเกี่ยวกับการใช้ยาโอปิออยด์ทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์มีการควบคุมอย่างเข้มงวด มุ่งเน้นไปที่การควบคุมไม่ให้นำไปใช้ผิดกฎหมาย จึงมีความจำเป็นเร่งด่วนสำหรับการกำหนดนโยบายเพื่อเพิ่มการเข้าถึงยาโอปิออยด์ควบคู่ไปกับการเสริมสร้างศักยภาพและระบบสาธารณสุขที่ครอบคลุมถึงการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

สำหรับการบรรเทาอาการปวดและการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในประเทศไทย พบว่าได้รับการปรับปรุงพัฒนาในช่วงหลายปีที่ผ่านมา โดยในปี ค.ศ. 2006 ได้มีการกำหนดให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจัดรวมอยู่ในมาตรฐานการรับรองโรงพยาบาลของสถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และในปีเดียวกันกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศให้เพิ่มจำนวนการเข้าถึงยาโอปิออยด์ในสถานพยาบาล โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้มีนโยบายสนับสนุนให้มียาโอปิออยด์เพิ่มมากขึ้น ในขณะที่ราคายาลดต่ำลง ปี ค.ศ. 2009 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ให้การสนับสนุนเครือข่ายบริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองภายในโรงพยาบาลและชุมชนที่อยู่อาศัย ปี ค.ศ. 2010 องค์กรเภสัชกรรมสามารถผลิตยาเม็ดมอร์ฟีนชนิดออกฤทธิ์ทันที และชนิดรูปแบบยาน้ำ ซึ่งผ่านการรับรองโดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา การดำเนินการดังกล่าวเห็นผลชัดเจน โดยพบว่าอัตราการใช้มอร์ฟีนต่อประชากร เพิ่มขึ้นจาก 3.96 มิลลิกรัมต่อประชากร ในปี ค.ศ. 2010 เป็น 5.85 มิลลิกรัมต่อประชากร ในปี ค.ศ. 2015 ซึ่งเป็นตัวเลขสูงสุดในภูมิภาค แต่ก็ยังคงต้องพัฒนาต่อไปเพื่อให้มีอัตราการใช้ในระดับที่เหมาะสม เนื่องจากการควบคุมการจ่ายยาโอปิออยด์ในสถานพยาบาลของรัฐส่วนใหญ่ขึ้นกับดุลยพินิจของแพทย์ และอาการปวดยังคงอยู่ภายใต้การประเมินและดำเนินการรักษาเฉพาะในผู้ป่วยโรคมะเร็งเป็นส่วนใหญ่<sup>(14)</sup>

เนื่องด้วยอัตราการใช้ยามอร์ฟีนต่อประชากรเป็นดัชนีชี้วัดอย่างหนึ่งในการเทียบเคียงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการปวด ปราณีย์ สือเจริญ และคณะ ได้ทำการวิเคราะห์ปริมาณการใช้ยามอร์ฟีนในการระงับปวดในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ โดยรวบรวมข้อมูลการระงับปวดในกลุ่มโอปิออยด์ ได้แก่ มอร์ฟีน เพทิดีน เฟนทานิล และเมทาโดน และข้อมูลจำนวนผู้ป่วยต่อปีที่ได้รับยาดังกล่าว จากฐานข้อมูลของฝ่ายเภสัชกรรมของโรงพยาบาลและฐานข้อมูลของภาควิชาวิสัญญีวิทยา ระหว่างปี พ.ศ. 2549-2556 โดยปริมาณยาที่ได้รับทั้งหมดจะถูกแปลงเป็นมอร์ฟีนซึ่งเทียบเป็นหน่วยเดียวกัน ผลการศึกษาพบว่า ปริมาณการใช้มอร์ฟีนต่อปีของโรงพยาบาลและอัตราการได้รับยามอร์ฟีนของผู้ป่วยต่อครั้ง ไม่มีการเพิ่มขึ้นในช่วง 8 ปีดังกล่าว<sup>(15)</sup>

ในปี พ.ศ. 2559 นัยนา พชรไพศาล ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับ ความรู้และทัศนคติของเภสัชกรโรงพยาบาลในการใช้ยาโอปิออยด์สำหรับจัดการความปวดจากโรคมะเร็ง ผลการศึกษาพบว่า เภสัชกรโรงพยาบาลยังมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดจากโรคมะเร็งด้วยยาไม่เพียงพอ และยังมีทัศนคติเชิงลบต่อการใช้ยากกลุ่มโอปิออยด์ในเรื่องการติดยา การบริหารจัดการของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการมีและใช้ยากกลุ่มโอปิออยด์ของโรงพยาบาล<sup>(16)</sup>

## 2. กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาในกลุ่มโอปิออยด์ระหว่างประเทศ

ยาในกลุ่มโอปิออยด์จัดอยู่ในรายการยาเสพติดให้โทษตามอนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ค.ศ. 1961 และพิธีแก้ไขอนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ค.ศ. 1961, ค.ศ. 1972 โดยยาในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จัดอยู่ในบัญชีประเภทที่ 1 ได้แก่ มอร์ฟีน เฟนทานิล เพทิดีน เมทาโดน ออกซิโคโดน และจัดอยู่ในบัญชีประเภทที่ 2 ได้แก่ โคเดอีน<sup>(17)</sup> องค์กรสหประชาชาติได้จัดทำอนุสัญญาเดี่ยว ค.ศ.1961 เพื่อเป็นกรอบดำเนินงานมาตรฐานระหว่างประเทศสมาชิก เพื่อใช้ในการควบคุมกำกับดูแลยาเสพติดให้โทษ ทั้งการผลิต การนำเข้า การส่งออก การใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ และการเพาะปลูกพืชที่ให้ผลผลิตเป็นยาเสพติดของประเทศสมาชิก โดยมีคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษระหว่างประเทศ (International Narcotics Control Board "INCB") ซึ่งประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศภาคีขององค์กรสหประชาชาติ จึงอยู่ภายใต้กรอบความร่วมมือตามอนุสัญญาเดี่ยว ค.ศ.1961 ดังกล่าว ต้องปฏิบัติตามข้อตกลงในการควบคุมสำหรับมาตรการควบคุมยาเสพติดให้โทษ ที่กำหนดไว้ในอนุสัญญาเดี่ยว ค.ศ.1961 สรุปได้ดังนี้<sup>(4)</sup>

**มาตรา 18 ข้อ 1** ภาคีประเทศต้องจัดส่งข้อมูลให้เลขาธิการใหญ่ ตามที่คณะกรรมการอาหาร อารมณ์ขอเท่าที่เห็นว่าจำเป็นเพื่อการดำเนินงานตามหน้าที่ โดยเฉพาะ คือ



- (a) รายงานประจำปีของการปฏิบัติการตามอนุสัญญาของอาณาเขต
- (b) ตัวบทกฎหมายและกฎกระทรวงซึ่งได้ตราขึ้นเป็นคราวๆ และยังมีผลต่ออนุสัญญานี้
- (c) เรื่องโดยเฉพาะเท่าที่คณะกรรมการได้พิจารณาเกี่ยวกับกรณีการค้าผิดกฎหมาย รวมตลอดถึงเรื่องเฉพาะในกรณีเกี่ยวกับการค้าผิดกฎหมายซึ่งอาจจะเห็นว่าสำคัญอันเนื่องจากข้อเท็จจริงของแหล่งที่มาซึ่งยาเสพติดให้โทษที่ได้รับมาโดยการค้าผิดกฎหมาย หรือจากปริมาณที่เกี่ยวข้อง หรือวิธีการปฏิบัติซึ่งกระทำโดยผู้ค้าผิดกฎหมาย
- (d) รายชื่อและที่อยู่ของพนักงานเจ้าหน้าที่ของรัฐบาลที่จะอนุญาตหรือออกใบอนุญาตการส่งออกและการนำเข้า

**มาตรา 19 ข้อ 1** บรรดาภาคีประเทศต้องให้ข้อมูลแก่คณะกรรมการในแต่ละปีสำหรับแต่ละอาณาเขตของตน ประมาณการตามแบบที่เกี่ยวข้องและในลักษณะที่คณะกรรมการกำหนดในเรื่องดังต่อไปนี้

- (a) ของยาเสพติดให้โทษซึ่งใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษสำหรับยาปรุงในบัญชีประเภท 3 และวัตถุอื่นที่อนุสัญญานี้ไม่คลุมถึง
- (b) ยาคงคลังที่มีอยู่ ณ วันที่ ๓๐ ธันวาคม ของปีประมาณการ
- (c) ปริมาณยาเสพติดปริมาณยาเสพติดให้โทษที่ใช้ในทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์
- (d) ปริมาณให้โทษที่เพิ่มเติมในคลังพิเศษ
- (e) เนื้อที่ (เป็นเฮกเตอร์) และตำแหน่งทางภูมิศาสตร์ของพื้นที่ที่ทำการปลูกฝิ่น
- (f) ปริมาณโดยประมาณของจำนวนฝิ่นที่จะผลิต
- (g) จำนวนโรงงานซึ่งทำการผลิตยาเสพติดให้โทษสังเคราะห์
- (h) ปริมาณยาเสพติดให้โทษสังเคราะห์ซึ่งได้ผลิตขึ้นโดยแต่ละโรงงาน

**มาตรา 19 ข้อ 3** ภาคีประเทศใดๆ ในระหว่างปี อาจทำประมาณการเพิ่มเติมพร้อมด้วยเหตุผลและสถานการณ์อันจำเป็นที่ต้องทำประมาณการเพิ่มเติม

**มาตรา 20 ข้อ 1** ภาคีประเทศทั้งหลายจะต้องส่งรายงานภายใต้อาณาเขตของตนไปยังคณะกรรมการตามแบบที่คณะกรรมการกำหนดเกี่ยวกับเรื่องดังต่อไปนี้

- (a) ผลผลิตหรือการผลิตยาเสพติดให้โทษ
- (b) การใช้ยาเสพติดให้โทษเพื่อการผลิตยาชนิดอื่น ยาปรุงในบัญชีประเภท 3 และวัตถุอื่นที่อนุสัญญานี้ไม่ครอบคลุม และการใช้ฟางฝิ่นเพื่อการผลิตยาเสพติดให้โทษ
- (c) ยาเสพติดให้โทษที่ใช้
- (d) การนำเข้าและการส่งออกของยาเสพติดให้โทษและฟางฝิ่น
- (e) การยึดและการจ่ายยาเสพติดให้โทษ
- (f) ยาเสพติดให้โทษคงคลัง ณ วันที่ 31 ธันวาคม ของปีที่ส่งสถิติ
- (g) พื้นที่ที่เชื่อได้แน่นอนว่าทำการปลูกฝิ่น

**มาตรา 21 ข้อ 1** ปริมาณทั้งหมดของยาเสพติดให้โทษแต่ละชนิดที่ผลิตและนำเข้ามาในประเทศหรืออาณาเขตในแต่ละปีนั้นจะต้องไม่เกินยอดรวมดังต่อไปนี้

- (a) ปริมาณที่ใช้ในทางการแพทย์และทางวิทยาศาสตร์ ภายในข้อจำกัดของประมาณการที่เกี่ยวข้อง
- (b) ปริมาณที่ใช้เพื่อการผลิตยาเสพติดให้โทษอย่างอื่นของยาปรุงในบัญชีประเภท 3 และวัตถุอื่นที่อนุสัญญานี้ไม่ครอบคลุม ภายในข้อจำกัดของประมาณการที่เกี่ยวข้อง
- (c) ปริมาณที่ส่งออก

- (d) ปริมาณที่เพิ่มยากคงคลังเพื่อความมุ่งหมายที่จะเพิ่มปริมาณในคลังให้อยู่ในระดับของปริมาณงานที่เกี่ยวข้อง
- (e) ปริมาณที่ต้องการภายใต้ข้อจำกัดของประมาณการที่เกี่ยวข้องสำหรับวัตถุประสงค์พิเศษ

**มาตรา 29 ข้อ 1** บรรดาภาคีประเทศต้องให้ผู้ผลิตยาเสพติดให้โทษต้องมีใบอนุญาต ยกเว้นการผลิตซึ่งกระทำโดยรัฐ หรือรัฐวิสาหกิจ

**มาตรา 29 ข้อ 2** บรรดาภาคีประเทศต้อง

- (a) ควบคุมบุคคลและรัฐวิสาหกิจซึ่งกระทำการผลิตยาเสพติดให้โทษ
- (b) ควบคุมโดยออกใบอนุญาตอาคารและสถานที่ซึ่งการผลิตตั้งอยู่และกำหนดความต้องการ
- (c) ให้ผู้ได้รับอนุญาตผลิตยาเสพติดให้โทษต้องได้รับอนุญาตเฉพาะคราวโดยระบุชนิดและจำนวนของยาเสพติดให้โทษซึ่งจะให้ทำการผลิตได้ การอนุญาตเฉพาะคราวนั้น ไม่ต้องมีในกรณีสำหรับยาปรุง

**มาตรา 29 ข้อ 3** บรรดาภาคีประเทศต้องป้องกันมิให้มีการสะสมปริมาณของยาเสพติดให้โทษและฟางฝิ่นในกรรมวิธีของการผลิตยาเสพติดให้โทษ เกินความจำเป็นที่ต้องใช้ในการดำเนินธุรกิจตามปกติ โดยคำนึงถึงภาวะตลาดเท่าที่เป็นอยู่

**มาตรา 30 ข้อ 1 (a)** ภาคีประเทศทั้งหลายต้องกำหนดความต้องการให้ต้องมีใบอนุญาตในการค้าหรือการจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษ ยกเว้นกรณีการค้าหรือการจำหน่ายซึ่งกระทำโดยรัฐวิสาหกิจหนึ่งแห่งหรือหลายแห่ง

**มาตรา 30 ข้อ 1 (b)** ภาคีประเทศต้อง

- (1) ควบคุมบุคคลทุกคนและรัฐวิสาหกิจทุกแห่งที่เกี่ยวข้องในการค้าและการจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษ
- (2) ควบคุมโดยการออกใบอนุญาตแก่สถานที่และอาคารซึ่งมีการค้าและการจำหน่ายเช่นว่านั้น กำหนดความต้องการเกี่ยวกับใบอนุญาตไม่จำเป็นสำหรับกรณียาปรุง

**มาตรา 30 ข้อ 2** ภาคีประเทศต้อง

- (a) ป้องกันการสะสมการมีไว้ในครอบครองของผู้ค้า ผู้จำหน่าย รัฐวิสาหกิจ หรือบุคคลซึ่งมีหน้าที่โดยชอบตามที่กล่าวข้างต้น ซึ่งปริมาณของยาเสพติดให้โทษ ฟางฝิ่น ในปริมาณที่เกินพอสำหรับความต้องการตามปกติในการดำเนินการของธุรกิจ โดยคำนึงถึงภาวะของตลาดเท่าที่เป็นอยู่
- (b)(1) กำหนดความต้องการเรื่องใบสั่งแพทย์สำหรับการได้มาหรือจ่ายไปซึ่งยาเสพติดให้โทษสำหรับบุคคลเฉพาะราย กำหนดความต้องการนี้ไม่นำไปใช้ในกรณียาเสพติดให้โทษ สำหรับบุคคลเฉพาะกรณีที่ถูกหมายให้มี ใช้ จ่าย หรือบริหารงานในส่วนที่เกี่ยวข้องกับหน้าที่การรักษาซึ่งได้รับอนุญาต
- (b)(2) ถ้าบรรดาภาคีเห็นความจำเป็นหรือตนปรารถนาจะกำหนดความต้องการว่าใบสั่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 1 ต้องเขียนในแบบที่ต้องมีสำเนาต้นฉบับซึ่งพนักงานเจ้าหน้าที่ของรัฐบาลหรือของสมาคมวิชาชีพซึ่งได้รับอนุญาตจากพนักงานเจ้าหน้าที่ก็ได้

**มาตรา 30 ข้อ 3** เป็นที่พึงปรารถนาว่าบรรดาภาคีประเทศพึงกำหนดความต้องการว่าสิ่งเขียนหรือสิ่งพิมพ์เพื่อใช้ไปซึ่งยาเสพติดให้โทษ การโฆษณาทุกชนิด หรือวารสารที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดให้โทษและความประสงค์ทางการค้า สิ่งห่อหุ้มที่อยู่ภายในกล่องซึ่งบรรจุยาเสพติดให้โทษ และฉลากสำหรับยาเสพติดให้โทษเพื่อขาย ต้องใช้ชื่อสามัญทั่วไปที่องค์การอนามัยโลกเห็นชอบด้วย

**มาตรา 30 ข้อ 4** ถ้าภาคีประเทศหนึ่งพิจารณาเห็นว่ามาตรการที่จำเป็นหรือที่ตนปรารถนา ต้องกำหนดความต้องการว่าห้ามหรือห้ามในที่บรรจุยาเสพติดให้โทษ หรือสิ่งห่อหุ้มต้องแสดงให้เห็นได้ชัดเจนด้วย คาสีแดง 2 แถบแล้ว สิ่งห่อหุ้มภายนอกซึ่งยาเสพติดให้โทษบรรจุอยู่ต้องไม่แสดงคาสีแดง 2 แถบ

**มาตรา 30 ข้อ 5** ภาคีประเทศต้องกำหนดความต้องการให้ยาเสพติดให้โทษมีไว้เพื่อขาย แสดง น้ำหนักและจำนวนร้อยละที่แท้จริง กำหนดความต้องการนี้สำหรับข้อความฉลาก ไม่ต้องนำไปใช้กับยาเสพติด ให้โทษซึ่งจ่ายเฉพาะรายตามใบสั่งของแพทย์

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเป็นหน่วยงานหนึ่งที่ได้รับผิดชอบในการควบคุม โดยเฉพาะ ในส่วนที่ใช้ในทางการแพทย์ วิทยาศาสตร์ และอุตสาหกรรม และที่ผ่านมามีการดำเนินการโดย

1. การรายงานต่อคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษระหว่างประเทศ (International Narcotics Control Board “INCB”) ตามแบบดังนี้<sup>(18)</sup>

1.1 แบบฟอร์ม A (Quarterly Statistics of Imports and Exports of Narcotic Drugs) เป็นการรายงานสถิติการนำเข้าและส่งออกซึ่งยาเสพติดให้โทษในบัญชีประเภทที่ 1 และ 2 ทุก 3 เดือน

1.2 แบบฟอร์ม B (Annual Estimates, Requirements of Narcotic Drugs, Manufacture of Synthetic Drugs, Opium Production, Cultivation of the Opium Poppy) เป็นการประมาณปริมาณ การใช้ในทางการแพทย์ วิทยาศาสตร์ และอุตสาหกรรม และปริมาณคงคลังของยาเสพติดของปีต่อไป และ ในระหว่างปีสามารถทำประมาณการเพิ่มเติมได้ตามแบบฟอร์ม Supplement to the Annual Estimates of Requirements of Narcotic Drugs

1.3 แบบฟอร์ม C (Annual Statistics of Production, Manufacture, Consumption, Stocks and Seizures of Narcotic Drugs) เป็นการรายงานปริมาณการใช้ยาเสพติดให้โทษในทางการแพทย์ วิทยาศาสตร์ และอุตสาหกรรม และปริมาณคงคลังประจำปีของปีที่ผ่านมา

1.4 Annual Reports เป็นการรายงานประจำปีเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษและวัตถุออกฤทธิ์ โดยมีรายละเอียดต่างๆ เช่น สถานการณ์วัตถุเสพติดในปัจจุบัน การออกกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดให้ โทษและวัตถุออกฤทธิ์ เป็นต้น

2. ประสานงานกับประเทศต่างๆ ในการนำเข้าและส่งออกซึ่งยาเสพติดให้โทษ เพื่อให้แน่ใจว่า ยาเสพติดให้โทษได้ส่งออกจากประเทศต้นทางไปถึงประเทศปลายทาง โดยการสลักหลังใบแจ้งการส่งออก (Export Authorization) ที่ส่งมาจากประเทศผู้ส่งออก และส่งกลับคืนให้ประเทศผู้ส่งออก รวมถึงให้ความ ร่วมมือในการแจ้งข่าวสารข้อมูลหรือดำเนินการตามที่ประเทศต่างๆ ร้องขอ

### 3. กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาในกลุ่มโอปิออยด์ของประเทศไทย

ประเทศไทยซึ่งเป็นหนึ่งในภาคีประเทศ ต้องมีการควบคุมยาเสพติดให้โทษตามข้อตกลงของ อนุสัญญา จึงได้มีการบัญญัติพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ขึ้นมาเพื่อควบคุม โดยมีการจัด ประเภทของยาในกลุ่มโอปิออยด์เป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ซึ่งมีมาตรการควบคุมกำหนดไว้ สรุปได้ดังนี้<sup>(5)</sup>

**มาตรา 16** ห้ามมิให้ผู้ใดผลิต นำเข้า หรือส่งออกซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 เว้นแต่ได้รับ ใบอนุญาตจากผู้อนุญาตเฉพาะในกรณีจำเป็นเพื่อประโยชน์ของทางราชการ

**มาตรา 17** ห้ามมิให้ผู้ใดจำหน่าย หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 เว้นแต่ ได้รับใบอนุญาต

การมียาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ไว้ในครอบครองค่านวมเป็นสารบริสุทธิ์ได้ตั้งแต่หนึ่งร้อยกรัมขึ้นไปให้ถือว่ามียาไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่าย

**มาตรา 18** บทบัญญัติมาตรา 17 ไม่ใช้บังคับแก่

(1) การมียาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ไว้ในครอบครองไม่เกินจำนวนที่จำเป็นสำหรับใช้รักษาโรคเฉพาะตัว โดยมีหนังสือรับรองของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นหนึ่งในสาขาทันตกรรมซึ่งเป็นผู้ให้การรักษา

(2) การมียาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ไว้ในครอบครองไม่เกินจำนวนที่จำเป็นสำหรับใช้ประจำในการปฐมพยาบาล หรือกรณีเกิดเหตุฉุกเฉินในเรือ เครื่องบินหรือยานพาหนะอื่นใดที่ใช้ในการขนส่งสาธารณะระหว่างประเทศที่ไม่ได้จดทะเบียนในราชอาณาจักร แต่ถ้ายานพาหนะดังกล่าวจดทะเบียนในราชอาณาจักรให้ยื่นคำขอรับใบอนุญาตตามมาตรา 17

**มาตรา 19** ผู้อนุญาตจะออกใบอนุญาตให้จำหน่าย หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ได้ เมื่อปรากฏว่าผู้ขออนุญาตเป็น

(1) กระทรวง ทบวง กรม องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น รวมทั้งกรุงเทพมหานคร สภากาชาดไทย หรือองค์การเภสัชกรรม

(2) ผู้ประกอบการขนส่งสาธารณะระหว่างประเทศ หรือ

(3) ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมหรือผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ชั้นหนึ่ง และ

(ก) มีถิ่นที่อยู่ในประเทศไทย

(ข) ไม่เคยต้องคำพิพากษาถึงที่สุดว่ากระทำความผิดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ กฎหมายว่าด้วยวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท กฎหมายว่าด้วยการป้องกันการใช้สารระเหย กฎหมายว่าด้วยมาตรการในการปราบปรามผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด และกฎหมายว่าด้วยยา

(ค) ไม่อยู่ระหว่างถูกสั่งพักใช้หรือเพิกถอนใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ หรือใบอนุญาตตามพระราชบัญญัตินี้

(ง) ไม่เป็นบุคคลวิกลจริตหรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ

(จ) ไม่เป็นคนไร้ความสามารถหรือคนเสมือนไร้ความสามารถ

ในการพิจารณาอนุญาตแก่บุคคลตามวรรคหนึ่ง ผู้อนุญาตจะต้องคำนึงถึงความจำเป็นในการมีไว้เพื่อจำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครอง ในการนี้ผู้อนุญาตจะกำหนดเงื่อนไขตามที่เห็นสมควรไว้ด้วยก็ได้

**มาตรา 27** ห้ามมิให้ผู้รับอนุญาตตามมาตรา 17 จำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 นอกสถานที่ที่ระบุไว้ในใบอนุญาต

**มาตรา 28** ให้ผู้รับใบอนุญาตตามมาตรา 17 ปฏิบัติดังต่อไปนี้

(1) จัดเก็บรักษายาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ไว้เป็นสัดส่วนในที่เก็บซึ่งมั่นคงแข็งแรงและมีกุญแจใส่ไว้ หรือเครื่องป้องกันอย่างอื่นที่มีสภาพเท่าเทียมกัน

(2) ในกรณีที่ยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ถูกโจรกรรม หรือสูญหาย หรือถูกทำลาย ต้องแจ้งเป็นหนังสือให้ผู้อนุญาตทราบโดยมิชักช้า

**มาตรา 52** ผู้รับอนุญาตผู้ใดฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามพระราชบัญญัตินี้ หรือกฎกระทรวง หรือประกาศที่ออกตามพระราชบัญญัตินี้ ผู้อนุญาตโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการมีอำนาจสั่งพักใช้ใบอนุญาต

ได้ โดยมีกำหนดครั้งละไม่เกินหนึ่งร้อยแปดสิบวัน แต่ในกรณีที่มีการฟ้องผู้รับอนุญาตต่อศาลว่าได้กระทำความผิดตามพระราชบัญญัตินี้ ผู้อนุญาตจะสั่งพักใช้ใบอนุญาตไว้รอคำพิพากษาถึงที่สุดก็ได้

ผู้ถูกสั่งพักใช้ใบอนุญาตจะขอรับใบอนุญาตใด ๆ ตามพระราชบัญญัตินี้ในระหว่างถูกสั่งพักใช้ใบอนุญาตอีกไม่ได้

**มาตรา 58** ห้ามมิให้ผู้ใดเสพยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 เว้นแต่การเสพนั้น เป็นการเสพเพื่อการรักษาโรคตามคำสั่งของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นหนึ่งในสาขาทันตกรรม ที่ได้รับใบอนุญาตตามมาตรา 17

**มาตรา 59** ให้รัฐมนตรีกำหนดจำนวนยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ที่จะต้องใช้ในทางการแพทย์และทางวิทยาศาสตร์ที่ราชอาณาจักรประจำปี โดยให้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาไม่ช้ากว่าเดือนมกราคมของแต่ละปี และให้กำหนดจำนวนเพิ่มเติมได้ในกรณีจำเป็นโดยให้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาเช่นกัน

**มาตรา 60** ในกรณีที่ผู้รับอนุญาตประสงค์ที่จะจำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 เกินปริมาณที่กำหนดไว้ตามมาตรา 8 (5) ให้ยื่นคำขอรับใบอนุญาตเป็นกรณีพิเศษ

การขอรับใบอนุญาตและการออกใบอนุญาตให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง

ให้นำบทบัญญัติในมาตรา 8 (5) มาใช้บังคับโดยอนุโลม

**มาตรา 62** ให้ผู้รับอนุญาตตามมาตรา 17 มาตรา 20 และมาตรา 26 จัดให้มีการทำบัญชีรับจ่ายยาเสพติดให้โทษและเสนอรายงานต่อเลขาธิการเป็นรายเดือนและรายปี บัญชีดังกล่าวให้เก็บรักษาไว้และพร้อมที่จะแสดงต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ได้ตลอดเวลาในขณะเปิดทำการ ทั้งนี้ ภายในห้าปีนับแต่วันที่ลงรายการครั้งสุดท้ายในบัญชี

บัญชีรับจ่ายยาเสพติดให้โทษตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามแบบที่กำหนดในกฎกระทรวง

**กฎกระทรวง ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2522) ออกตามความในพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522<sup>(19)</sup>**

ข้อ 3 ใบอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ให้ใช้แบบ ย.ส. 2 ท้ายกฎกระทรวงนี้ และแบ่งหมวดดังต่อไปนี้

- (1) หมวด ก. สำหรับกระทรวง ทบวง กรม องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น รวมทั้งกรุงเทพมหานคร สภาอากาศไทย และองค์การเภสัชกรรม
- (2) หมวด ข. สำหรับผู้ประกอบการขนส่งสาธารณะระหว่างประเทศ
- (3) หมวด ค. สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง สาขาเภสัชกรรมหรือทันตกรรม หรือผู้ประกอบการบำบัดโรคสัตว์ชั้นหนึ่ง

ข้อ 5 ให้ผู้นับอนุญาตจำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ปฏิบัติตามเงื่อนไขดังต่อไปนี้

- (1) เมื่อประสงค์จะซื้อยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 เพื่อจำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองตามวัตถุประสงค์ที่ได้รับอนุญาต ให้ยื่นคำขอตามแบบ ย.ส. 4 ท้ายกฎกระทรวงนี้
- (2) การใช้ยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 เพื่อการผลิตยาเสพติดให้โทษในประเภท 3 ทุกครั้งจะต้องได้รับอนุญาตเป็นหนังสือจากเลขาธิการก่อนจึงจะทำการผลิตได้ ทั้งนี้ โดยให้ยื่นหนังสือขออนุญาตต่อเลขาธิการตามแบบที่เลขาธิการกำหนด
- (3) การจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ให้แก่บุคคลภายนอกที่ไม่ใช่คนไข้ซึ่งผู้รับอนุญาตเป็นผู้ให้การรักษา จะกระทำได้อต่อเมื่อมีใบสั่งจ่ายของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นหนึ่งในสาขาทันตกรรม หรือผู้ประกอบการบำบัดโรคสัตว์ ตามแบบ ย.ส. 5 ท้ายกฎกระทรวงนี้

ข้อ 6 ให้ผู้รับอนุญาตจำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 จัดทำบัญชีรับจ่ายยาเสพติดให้โทษเสนอต่อเลขาธิการเป็นรายเดือนและรายปีตามแบบ ย.ส.6 และแบบ ย.ส.7 ท้ายกฎกระทรวงนี้

บัญชีรับจ่ายยาเสพติดให้โทษตามวรรคหนึ่งให้จัดทำเป็นสองฉบับ ฉบับหนึ่งให้เสนอต่อเลขาธิการภายในสามสิบวันนับแต่วันสิ้นเดือนหรือสิ้นปี แล้วแต่กรณี อีกฉบับหนึ่งพร้อมด้วยเอกสารหลักฐานเกี่ยวกับการรับจ่ายยาเสพติดให้โทษที่ได้ลงรายการในบัญชีดังกล่าวให้เก็บรักษาไว้ ณ สถานที่ที่กำหนดไว้ในใบอนุญาตมีกำหนดห้าปีนับแต่วันที่ลงรายการครั้งสุดท้ายในบัญชี

ข้อ 7 ผู้รับอนุญาตจำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ผู้ใดประสงค์จะจำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 เกินปริมาณที่รัฐมนตรีกำหนดตามมาตรา 60 ให้ยื่นคำขอตามแบบ ย.ส. 8 ท้ายกฎกระทรวงนี้

**ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการกำหนดปริมาณยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ที่ผู้อนุญาตจะอนุญาตให้จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครอง (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2555<sup>(20)</sup>**  
กำหนดให้มีการนำเมทาโดนชนิดน้ำมาใช้ในการบรรเทาอาการปวด เพื่อเป็นทางเลือกในการบำบัดรักษาอาการปวดในผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรังและผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยกำหนดให้อนุญาตให้ผู้รับอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ทุกกรณี จำหน่ายเมทาโดนได้ ดังนี้

1. **ชนิดเม็ด** สำหรับการบำบัดอาการปวด
2. **ชนิดน้ำ** สำหรับการบำบัดอาการปวดและการบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติดให้โทษ

**ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดชนิดและจำนวนยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ที่จะต้องใช้ในทางการแพทย์ และทางวิทยาศาสตร์ที่ราชอาณาจักรประจำปี พ.ศ. 2562<sup>(21)</sup>** ได้กำหนดชนิดและจำนวน ดังต่อไปนี้

- (1) โคคาอีน (Cocaine) 2.00 กิโลกรัม
- (2) โคเดอีน (Codeine) 700.00 กิโลกรัม
- (3) ไดเฟนออกซิเลต (Diphenoxylate) 25.00 กิโลกรัม
- (4) เฟนทานิล (Fentanyl) 3.00 กิโลกรัม
- (5) ฝิ่นยา (Medicinal Opium) 1,500.00 กิโลกรัม
- (6) เมทาโดน (Methadone) 100.00 กิโลกรัม
- (7) มอร์ฟีน (Morphine) 250.00 กิโลกรัม
- (8) เพทิดีน (Pethidine) 200.00 กิโลกรัม
- (9) เรมิเฟนทานิล (Remifentanyl) 0.07 กิโลกรัม
- (10) ออกซิโคโดน (Oxycodone) 8.00 กิโลกรัม
- (11) ทาเพนทาดอล (Tapentadol) 110.00 กิโลกรัม

**ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการกำหนดปริมาณยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ที่ผู้อนุญาตจะอนุญาตให้จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครอง (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2558<sup>(22)</sup>**  
ได้ปรับปรุงรายการและปริมาณยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ที่ผู้อนุญาตจะอนุญาตให้จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครอง โดยเพิ่มรายการออกซิโคโดนเพื่อเป็นทางเลือกในการบำบัดรักษาอาการปวด และเพิ่มปริมาณเมทาโดนให้เพียงพอและเหมาะสมกับความจำเป็นต้องใช้ในการบำบัดอาการปวดและการบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติดให้โทษ โดยระบุรายละเอียดไว้ในบัญชีท้ายประกาศ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงชนิดและปริมาณยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ที่อนุญาตให้จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครอง

ผู้รับอนุญาตจำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครอง ซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒	ชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ และปริมาณที่กำหนด (เป็นกรัมในรูปของเบส)								หมายเหตุ	
	ฝิ่นยา	มอร์ฟีน	โคเดอีน	โคคาอีน	เพติดีน	เมทาโดน	เฟนทานิล	ออกซิโคโดน		
<b>หมวด ก</b>										
๑) <u>กระทรวง ทบวง กรม องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น รวมทั้งกรุงเทพมหานคร สภาภาคไทย หรือ องค์การเภสัชกรรม</u>										อนุญาตให้ผู้รับอนุญาต จำหน่ายยาเสพติดให้โทษ ในประเภท ๒ ทุกกรณี จำหน่ายเมทาโดนได้ ดังนี้ ๑. ชนิดเม็ด สำหรับการบำบัดอาการปวด ๒. ชนิดน้ำ สำหรับบำบัดอาการปวด และบำบัดรักษาผู้เสพยา เสพติดให้โทษ
๑.๑ กรณีจำหน่ายในสถานพยาบาลที่บำบัดรักษา ทั่วไป	๒,๐๐๐	๔,๐๐๐	๒๐๐	๑๐๐	๒ กรัม ต่อ ๑ เติยง	๒๐	๕๐	๖๐๐		
๑.๒ กรณีจำหน่ายในสถานพยาบาลที่บำบัดรักษา ทั่วไปและเป็นสถานพยาบาลบำบัดรักษาผู้เสพยา เสพติดให้โทษ	๒,๐๐๐	๔,๐๐๐	๒๐๐	๑๐๐	๒ กรัม ต่อ ๑ เติยง	๑,๐๐๐ *	๕๐	๖๐๐		
๑.๓ กรณีมีไว้ในครอบครองเพื่อใช้ในการผลิต ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๓	๒,๐๐๐,๐๐๐	-	-	-	-	-	-	-		
๑.๔ กรณีมีไว้ในครอบครองเพื่อใช้ในการวิเคราะห์	๐.๕	๐.๕	๐.๕	๐.๕	๐.๕	๐.๕	๐.๕	๐.๕		
<b>หมวด ข</b>										
<u>ผู้ประกอบการขนส่งสาธารณะระหว่างประเทศ</u>	-	๑	๓	๐.๕	๑	-	๐.๐๑	-		
<b>หมวด ค</b>										
๑) <u>ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมที่เป็นผู้ดำเนินการ ของสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑</u>									* กรณีเป็นสถานพยาบาล ที่เข้าโครงการใช้เมทาโดน ระยะยาวเป็นกรณีพิเศษของ กรมการแพทย์ กำหนด ปริมาณ ๔,๔๐๐ กรัมในรูป ของเบส	
๑.๑ กรณีจำหน่ายในสถานพยาบาลที่บำบัดรักษา ทั่วไป	๒๐๐	๑,๐๐๐	๖๐	๓๐	๒ กรัม ต่อ ๑ เติยง	๕	๒๕	๔๐๐		

ตารางที่ 1 แสดงชนิดและปริมาณยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ที่อนุญาตให้จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครอง (ต่อ)

ผู้รับอนุญาตจำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครอง ซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒	ชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ และปริมาณที่กำหนด (เป็นกรัมในรูปของเบส)								หมายเหตุ
	ฝิ่นยา	มอร์ฟีน	โคเดอีน	โคคาอีน	เพทิติน	เมทาโดน	เฟนทานิล	ออกซิโคโดน	
๑.๒ กรณีจำหน่ายในสถานพยาบาลที่บำบัดรักษา ทั่วไปและเป็นสถานพยาบาลบำบัดรักษาผู้เสพยา เสพติดให้โทษ	๒๐๐	๑,๐๐๐	๖๐	๑๐	๒ กรัม ต่อ ๑ เตียง	๖๐๐ **	๒๕	๔๐๐	** กรณีเป็นสถานพยาบาล ที่เข้าโครงการใช้เมทาโดน ระยะยาวเป็นกรณีพิเศษ ของกรมการแพทย์ กำหนด ปริมาณ ๑,๕๐๐ กรัมในรูป ของเบส
๒) ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่เป็นผู้ดำเนินการ ของสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑									
๒.๑ กรณีจำหน่ายในสถานพยาบาลที่บำบัดรักษาทั่วไป	๑๐๐	๑๐	-	๕	๑๐	๒	๐.๑	-	
๒.๒ กรณีจำหน่ายในสถานพยาบาลที่บำบัดรักษาทั่วไป และเป็นสถานพยาบาลบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติด ให้โทษ	๑๐๐	๑๐	-	๕	๑๐	๔๐๐ ***	๐.๑	-	*** กรณีเป็นสถานพยาบาล ที่เข้าโครงการใช้เมทาโดน ระยะยาวเป็นกรณีพิเศษของ กรมการแพทย์ กำหนด ปริมาณ ๗๐๐ กรัมในรูป ของเบส
๓) ผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม									
๓.๑ กรณีมีไว้ในครอบครองเพื่อใช้ในการผลิตยาเสพติด ให้โทษในประเภท ๓	๓๐,๐๐๐	-	๒,๐๐๐ กรัม ต่อ ๑ตำรับ ****	-	-	-	-	-	
๓.๒ กรณีมีไว้ในครอบครองเพื่อใช้ในการวิเคราะห์	๐.๕	๐.๕	๐.๕	๐.๕	๐.๕	๐.๕	๐.๕	-	**** เฉพาะการผลิตเพื่อ ประกอบการพิจารณา ชั้นทะเบียนตำรับ
๔) ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม									
กรณีจำหน่ายเพื่อการรักษาทั่วไป	๑๐๐	๑๐	-	๕	๑๐	-	๐.๑	-	
๕) ผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ชั้นหนึ่ง									
กรณีจำหน่ายเพื่อการรักษาทั่วไป	๑๐๐	๑๐	-	๕	๑๐	-	๐.๑	-	



#### 4. ระเบียบการขาย และรายการยาในกลุ่มโอปิออยด์ที่จำหน่ายในประเทศไทย

ประเทศไทยมีการควบคุมการจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 โดยเมื่อได้รับอนุญาตให้จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองแล้ว ผู้รับอนุญาตสามารถยื่นขอซื้อยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ได้ที่ กลุ่มเงินทุนหมุนเวียนยาเสพติดให้โทษ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาจะพิจารณาจำหน่าย ให้แก่ผู้รับอนุญาตตามความจำเป็นและความเหมาะสม โดยไม่เกินปริมาณที่กำหนดประจำปี และเพื่อให้การดำเนินงานเกี่ยวกับการจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 เพื่อใช้ในทางการแพทย์ เป็นไปด้วยความเรียบร้อย รัดกุม และเหมาะสม จึงได้มีการออกระเบียบสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาว่าด้วยการขายวัตถุเสพติด พ.ศ. 2561 ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้<sup>(23)</sup>

1. การยื่นหลักฐานประกอบคำขอซื้อกรณีหน่วยงานราชการ ให้ยื่นเอกสาร ได้แก่
  - 1.1 หนังสือแจ้งความจำนงขอซื้อซึ่งลงลายมือชื่อผู้มีอำนาจของหน่วยงานราชการนั้น
  - 1.2 สำเนาใบอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท 2
  - 1.3 กรณีผู้ซื้อซื้อมอบอำนาจให้บุคคลอื่น เป็นผู้รับยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 แทน ให้ยื่นหลักฐานเพิ่มเติม ดังนี้
    - 1.3.1 หนังสือมอบอำนาจให้บุคคลอื่น เป็นผู้รับยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 แทน ผู้ถือใบอนุญาตของหน่วยงานราชการนั้น
    - 1.3.2 บัตรประจำตัวข้าราชการ หรือบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ หรือบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับมอบอำนาจและผู้มอบอำนาจ แต่ถ้าผู้มอบอำนาจไม่สะดวกอนุโลมให้ใช้สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ หรือบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ หรือบัตรประจำตัวประชาชนผู้มอบอำนาจ
2. การยื่นหลักฐานประกอบคำขอซื้อกรณีมิใช่หน่วยงานราชการ ให้ยื่นเอกสาร ได้แก่
  - 2.1 สำเนาใบอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท 2
  - 2.2 กรณีผู้ซื้อซื้อมอบอำนาจให้บุคคลอื่น เป็นผู้รับยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 แทน ให้ยื่นหลักฐานเพิ่มเติม ดังนี้
    - 2.2.1 หนังสือมอบอำนาจให้บุคคลอื่น เป็นผู้รับยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 แทน ผู้ถือใบอนุญาต ติดอากรแสตมป์ตามประมวลกฎหมายรัษฎากร กรณีที่ได้ยื่นต้นฉบับหนังสือมอบอำนาจให้กระทำการมากกว่าหนึ่งครั้ง (รายปี) ไว้แล้ว ให้ยื่นสำเนาต้นฉบับได้
    - 2.2.2 บัตรประจำตัวข้าราชการ หรือบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ หรือบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับมอบอำนาจและผู้มอบอำนาจ แต่ถ้าผู้มอบอำนาจไม่สะดวกอนุโลมให้ใช้สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ หรือบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ หรือบัตรประจำตัวประชาชนผู้มอบอำนาจ
3. กลุ่มเงินทุนหมุนเวียนยาเสพติดจะไม่รับคำขอซื้อ หรือยกเลิกคำขอซื้อ กรณีดังต่อไปนี้
  - 3.1 ชื่อผู้ซื้อ ชื่อสถานพยาบาล หรือที่อยู่สถานพยาบาล ไม่ตรงกับต้นฉบับของหลักฐานประกอบคำขอซื้อ
  - 3.2 ผู้ซื้อซื้อลงลายมือชื่อในคำขอซื้อ แตกต่างจากเอกสารหลักฐานประกอบคำขอซื้อ
  - 3.3 มีการแก้ไขข้อความหรือตัวเลขในคำขอซื้อโดยมิได้ขีดฆ่าข้อความเต็มแล้วเขียนใหม่ และลงลายมือชื่อกำกับ
  - 3.4 มีเหตุสงสัยว่ามีการปลอมแปลงเอกสาร

- 3.5 ปริมาณยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ของผู้ขอซื้อ มีจำนวนคงเหลือ เกินกว่าที่จะมีใช้ภายใน 3 เดือน
- 3.6 กรณีมีเหตุสงสัยในคำขอซื้อ เอกสารประกอบคำขอซื้อ พฤติกรรมผู้ขอซื้อหรือผู้รับมอบอำนาจ หรือมีเหตุสงสัยอื่นใดที่อาจมีการนำไปใช้ในทางที่ไม่ถูกต้อง
- 4 เจ้าหน้าที่จะแจ้งผู้ขอซื้อให้ยื่นหลักฐานเพิ่มเติมหรือแก้ไขให้ถูกต้อง กรณีต่อไปนี้
  - 4.1 รายงานที่จัดส่งไม่เป็นปัจจุบัน ไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน
  - 4.2 หลักฐานไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง
  - 4.3 ไม่ได้แจ้งอัตราการใช้ต่อเดือนในคำขอซื้อหรือแจ้งอัตราการใช้ไม่ตรงกับความเป็นจริง
- 5 การพิจารณาจำนวน ปริมาณที่ควรอนุมัติขาย เจ้าหน้าที่จะพิจารณาตามหลักเกณฑ์กำหนดดังนี้
  - 5.1 พิจารณาขายตามปริมาณที่ขอซื้อ แต่ไม่เกิน 6 เท่า ของอัตราการใช้เฉลี่ยต่อเดือน หรือไม่เกินจำนวนปริมาณที่รัฐมนตรีกำหนดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ
  - 5.2 กรณีที่ขอซื้อเกินปริมาณที่กำหนดในข้อ 5.1 ต้องแสดงหลักฐานที่แสดงว่ามีความจำเป็นและความเหมาะสมในการขอปริมาณเพิ่ม ข้อมูลการใช้ยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ย้อนหลังไม่น้อยกว่า 6 เดือน ยอดคงเหลือแต่ละรูปเภสัชภัณฑ์

สำหรับรายการยาในกลุ่มโอปิออยด์ที่กลุ่มเงินทุนหมุนเวียนยาเสพติดจัดเตรียมเพื่อจำหน่ายสำหรับใช้ในประเทศ มีทั้งสิ้น 26 รายการ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 รายการยาในกลุ่มโอปิออยด์ที่จำหน่ายในประเทศ

ลำดับ	รายการ	ขนาดบรรจุ
1	Codeine phosphate tablet 15 mg	100 เม็ด/ขวด
2	Codeine phosphate tablet 30 mg	100 เม็ด/ขวด
3	Fentanyl citrate injection 0.1 mg/2ml/amp	10 หลอด/กล่อง
4	Fentanyl citrate injection 0.5 mg/10ml/amp	5 หลอด/กล่อง
5	Fentanyl citrate injection 0.5 mg/10ml/amp	10 หลอด/กล่อง
6	Fentanyl transdermal patch 12.5 mcg/hr	5 แผ่น/กล่อง
7	Fentanyl transdermal patch 25 mcg/hr	5 แผ่น/กล่อง
8	Fentanyl transdermal patch 50 mcg/hr	5 แผ่น/กล่อง
9	Methadone HCl tablet 5 mg	100 เม็ด/ขวด
10	Methadone HCl oral concentrate solution 10 mg/ml	450 มล./ขวด
11	Morphine sulfate SR tablet 10 mg (MST10)	30 เม็ด/กล่อง
12	Morphine sulfate SR tablet 30 mg (MST30)	30 เม็ด/กล่อง
13	Morphine sulfate SR tablet 60 mg (MST60)	30 เม็ด/กล่อง
14	Morphine sulfate SR capsule 20 mg	20 แคปซูล/กล่อง
15	Morphine sulfate SR capsule 20 mg	28 แคปซูล/กล่อง
16	Morphine sulfate SR capsule 50 mg	20 แคปซูล/กล่อง
17	Morphine sulfate SR capsule 50 mg	28 แคปซูล/กล่อง
18	Morphine sulfate SR capsule 100 mg	20 แคปซูล/กล่อง
19	Morphine sulfate SR capsule 100 mg	28 แคปซูล/กล่อง

ตารางที่ 2 รายการยาในกลุ่มโอปิออยด์ที่จำหน่ายในประเทศ (ต่อ)

ลำดับ	รายการ	ขนาดบรรจุ
20	Morphine sulfate injection 10 mg/ml/amp preservative-free กล่องสีม่วง สำหรับฉีด IV IM SC intrathecal และ epidural	10 หลอด/กล่อง
21	Morphine sulfate oral solution 10 mg/5ml	60 มล./ขวด
22	Morphine sulfate IR tablet 10 mg	100 เม็ด/กล่อง
23	Oxycodone HCl reformulation controlled release tablet 10 mg	28 เม็ด/กล่อง
24	Oxycodone HCl reformulation controlled release tablet 40 mg	28 เม็ด/กล่อง
25	Oxycodone HCl reformulation controlled release tablet 10/5 mg	28 เม็ด/กล่อง
26	Pethidine HCl injection 50 mg/ml/amp	10 หลอด/กล่อง

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เป็นผู้ควบคุมการนำเข้า การจำหน่าย และควบคุมการใช้ยา  
ในกลุ่มโอปิออยด์ในประเทศให้ไม่เกินปริมาณที่กำหนดในประกาศกระทรวงสาธารณสุข สำหรับปี พ.ศ. 2561  
พบว่าปริมาณการนำเข้าและการจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ไม่เกินปริมาณโควตาที่กำหนด สรุปได้  
ดังตารางที่ 3 และตารางที่ 4

ตารางที่ 3 ปริมาณการนำเข้ายาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ที่ใช้ในทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์  
ปี พ.ศ. 2561 เทียบกับปริมาณที่กำหนดในประกาศกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2561

ชนิดของยาเสพติด	ปริมาณที่กำหนดตาม ประกาศกระทรวงฯ ประจำปี พ.ศ. 2561	ปริมาณการนำเข้า		รวมปริมาณ นำเข้า	ร้อยละ
		พ.ศ. 2561			
		ม.ค.-มิย.	ก.ค.-ธ.ค.		
Codeine	700	370.000	0.000	370.000	52.857
Fentanyl	2	0.376	0.822	1.198	59.886
Methadone	100	0.000	0.000	0.000	0.000
Morphine	250	97.780	55.264	153.044	61.217
Pethidine	200	0.001	0.000	0.001	0.000
Oxycodone	8	1.131	2.041	3.172	39.653

หมายเหตุ: หน่วยเป็นกิโลกรัมเบส

ตารางที่ 4 ปริมาณการจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ที่ใช้ในทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์ ปี พ.ศ. 2561 เทียบกับปริมาณที่กำหนดในประกาศกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2561

ชนิดของยาเสพติด	ปริมาณที่กำหนดตามประกาศกระทรวงฯ ประจำปี พ.ศ. 2561	ปริมาณการจำหน่าย		รวมปริมาณจำหน่าย	ร้อยละ
		พ.ศ. 2561			
		ม.ค.-มิย.	ก.ค.-ธ.ค.		
Codeine	700	268.871	129.670	398.541	56.934
Fentanyl	2	0.733	0.932	1.665	83.243
Methadone	100	25.559	21.211	46.770	46.770
Morphine	250	69.821	80.296	150.117	60.047
Pethidine	200	21.994	24.768	46.762	23.381
Oxycodone	8	1.033	1.148	2.181	27.264

หมายเหตุ: หน่วยเป็นกิโลกรัมเบส

### บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาสภาพปัญหาและแนวทางการบริหารจัดการการใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์ เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research) ร่วมกับการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ทำการเก็บข้อมูลโดยการศึกษาจากข้อมูลเอกสาร ใช้แบบเก็บข้อมูลซึ่งเป็นการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (self-administered questionnaire) และโดยการสัมภาษณ์ตามข้อคำถามในแบบสัมภาษณ์ ซึ่งผู้ดำเนินการศึกษาได้กำหนดแนวทางในการดำเนินการวิจัย โดยมีรายละเอียดในเรื่อง ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง วิธีดำเนินการศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา การวิเคราะห์ข้อมูล และกรอบแนวคิดการศึกษา ดังนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ บุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร และพยาบาลที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับยากกลุ่มโอปิออยด์

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ

1. บุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งได้เข้าร่วมโครงการ “การฝึกอบรม Palliative care for pharmacists” ซึ่งจัดอบรมโดย ศูนย์การุณรักษ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในช่วงเดือนสิงหาคม - กันยายน 2562
2. บุคคลที่มีความรู้ ความเข้าใจ หรือมีประสบการณ์เกี่ยวกับยาโอปิออยด์เป็นอย่างดี ได้แก่
  - 2.1 ผู้แทนจากกองบริหารการสาธารณสุข
  - 2.2 ประธานคณะอนุกรรมการ service plan สาขาประคับประคอง
  - 2.3 วิชาการผู้ทรงคุณวุฒิด้านความปลอดภัยและประสิทธิผลของผลิตภัณฑ์และการใช้ผลิตภัณฑ์ด้านสาธารณสุข
  - 2.4 แพทย์ผู้มีความรู้ประสบการณ์ในการใช้ยาโอปิออยด์เป็นอย่างดี
  - 2.5 พยาบาลผู้มีความรู้ประสบการณ์ในการใช้ยาโอปิออยด์เป็นอย่างดี
  - 2.6 เภสัชกรผู้มีความรู้ประสบการณ์ในการใช้ยาโอปิออยด์เป็นอย่างดี

#### วิธีดำเนินการศึกษา

1. การศึกษาจากข้อมูลเอกสาร ผู้ทำการศึกษาได้ทำการศึกษาและรวบรวมข้อมูลการนำเข้าและอัตราการใช้ยากกลุ่มโอปิออยด์ในประเทศไทย โดยการรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลระบบรายงานการกระจายวัตถุเสพติด ตั้งแต่ช่วงปี พ.ศ. 2553 - 2561
2. พัฒนาแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ โดยข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม จากนั้นนำแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ ไปให้ผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์การควบคุม กำกับดูแลยาเสพติดที่ใช้ทางการแพทย์ และเกี่ยวกับยาโอปิออยด์ จำนวน 2 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา จากนั้นทำการปรับแก้ไขและเพิ่มเติมตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ
3. นำแบบสอบถามไปทำการเก็บข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ซึ่งได้เข้าร่วมโครงการ “การฝึกอบรม Palliative care for pharmacists” ในช่วงเดือนสิงหาคม - กันยายน 2562 โดยวิธีการเก็บข้อมูล คือ การตอบคำถามด้วยตนเอง

4. นำแบบสัมภาษณ์ ไปสัมภาษณ์บุคคลที่มีความรู้ ความเข้าใจ หรือมีประสบการณ์เกี่ยวกับ ยาโอปิออยด์เป็นอย่างดี โดยผู้ทำการศึกษาดำเนินการติดต่อผู้ให้ข้อมูลเพื่อขออนุญาตทำการสัมภาษณ์ เมื่อได้รับอนุญาต จะทำการนัดหมายวัน เวลา และทำการสัมภาษณ์ต่อไป

5. รวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม กรณีข้อมูลคำถามปลายปิด จะทำการลงรหัสข้อมูล บันทึกข้อมูลในคอมพิวเตอร์ และวิเคราะห์ข้อมูล สำหรับข้อมูลคำถามปลายเปิด จะทำการรวบรวมและบันทึก ข้อมูลในคอมพิวเตอร์ วิเคราะห์เนื้อหา และสรุปประเด็น สำหรับข้อมูลจากการสัมภาษณ์ จะทำการรวบรวม วิเคราะห์ และสรุปประเด็น

#### 6. จัดทำรายงาน

### เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบสอบถาม (questionnaire) ซึ่งประกอบไปด้วยคำถามปลายปิดและคำถามปลายเปิด โดยแบ่งคำถามออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่งงาน ประสบการณ์การทำงาน ประเภทสถานพยาบาล รูปแบบและชนิดยาโอปิออยด์ที่มีในโรงพยาบาล และสถานพยาบาลมีปัญหาการใช้ยาโอปิออยด์ในการรักษาผู้ป่วยหรือไม่ มีลักษณะเป็นคำถามแบบเลือกตอบ (Check list)

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับปัญหาและข้อจำกัดในการใช้ยาโอปิออยด์ที่พบในสถานพยาบาล มีลักษณะเป็นคำถามแบบเลือกตอบ (Check list) จำนวน 17 ข้อ และส่วนที่ให้ระบุรายละเอียดเพิ่มเติม

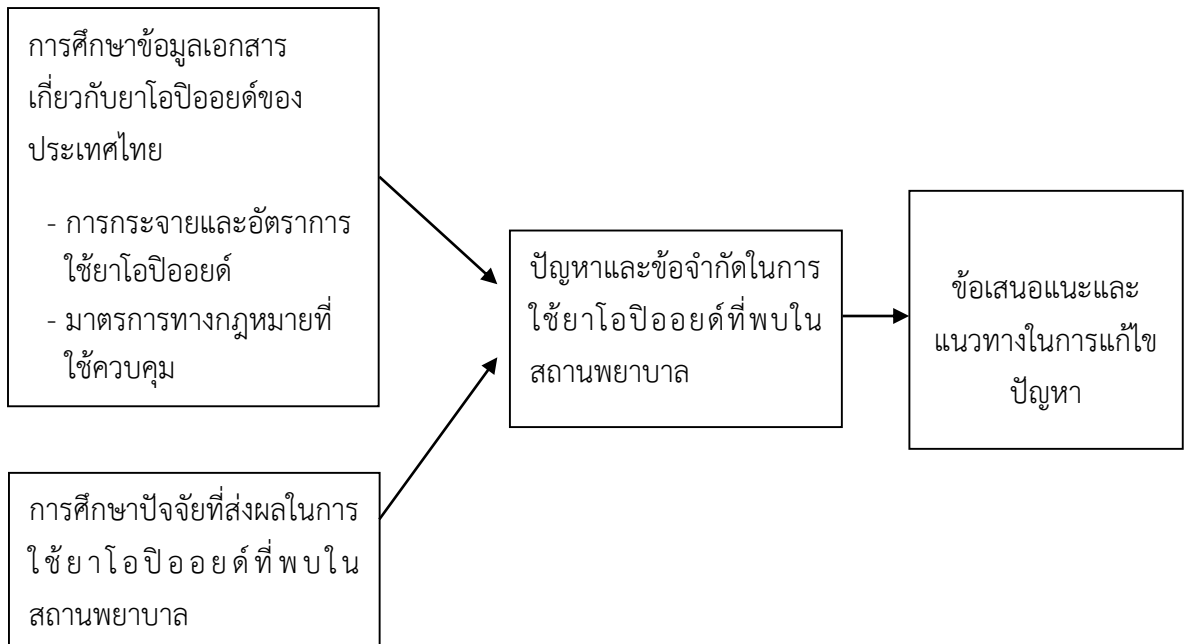
ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับข้อเสนอแนะและแนวทางในการแก้ไขปัญหา ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิด แบบสอบถามส่วนนี้ ใช้เก็บข้อมูลในช่วงเดือนสิงหาคม - กันยายน 2562

2. แบบสัมภาษณ์ ซึ่งประกอบไปด้วยคำถาม 3 ส่วน ได้แก่ คำถามเกี่ยวกับประสบการณ์การทำงานที่เกี่ยวข้องกับยาโอปิออยด์ คำถามเกี่ยวกับปัญหาและข้อจำกัดในการใช้ยาโอปิออยด์ที่พบในสถานพยาบาล และคำถามเกี่ยวกับข้อเสนอแนะและแนวทางในการแก้ไขปัญหา โดยแบบสัมภาษณ์ส่วนนี้ ใช้เก็บข้อมูลในช่วงเดือนธันวาคม 2562

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาข้อมูลเอกสาร และแบบสอบถาม ส่วนที่เป็นคำถามปลายปิด นำเสนอในรูปแบบทางสถิติ ได้แก่ จำนวน ความถี่ ค่าร้อยละ สำหรับข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม ส่วนที่เป็นคำถามปลายเปิด และจากการสัมภาษณ์ใช้การนำข้อมูลมาแยกหมวดหมู่ จัดรูปแบบความสัมพันธ์ของข้อมูล วิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และนำเสนอผลการศึกษาโดยวิธีพรรณนา (Descriptive study) ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา

## กรอบแนวคิดการศึกษา



## บทที่ 4 ผลการวิจัย

ในบทที่ 4 เป็นการนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัย ซึ่งได้จากการศึกษาจากข้อมูลเอกสาร การเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ ผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ผลการศึกษาจากข้อมูลเอกสาร ผลการศึกษาจากการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และผลการศึกษาจากการเก็บข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์

### ส่วนที่ 1 ผลการศึกษาจากข้อมูลเอกสาร

จากการศึกษาและรวบรวมข้อมูลการนำเข้าและอัตราการใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์ในประเทศไทย โดยการรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลระบบรายงานการกระจายวัตถุเสพติด พบข้อมูลดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลปริมาณการนำเข้าและปริมาณการจำหน่าย ของปี พ.ศ. 2561 เปรียบเทียบกับปริมาณที่กำหนดตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดชนิดและจำนวนยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ที่จะต้องใช้ในทางการแพทย์และทางวิทยาศาสตร์ทั่วราชอาณาจักร ประจำปี พ.ศ. 2561 พบว่า ยาในกลุ่มโอปิออยด์มีปริมาณการนำเข้าไม่เกินปริมาณที่กำหนดตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข โดย Methadone และ Pethidine ไม่มีการนำเข้า สำหรับ Codeine, Fentanyl, Morphine และ Oxycodone มีสัดส่วนการนำเข้าเทียบกับปริมาณที่กำหนดตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 52.86, 59.89, 61.22 และ 39.65 ตามลำดับ ในขณะที่ปริมาณการจำหน่ายพบว่า ไม่มีตัวยาใดที่จำหน่ายเกินปริมาณที่กำหนดตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ข้อมูลปริมาณการนำเข้าและปริมาณการจำหน่าย เปรียบเทียบกับปริมาณที่กำหนดตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี พ.ศ. 2561

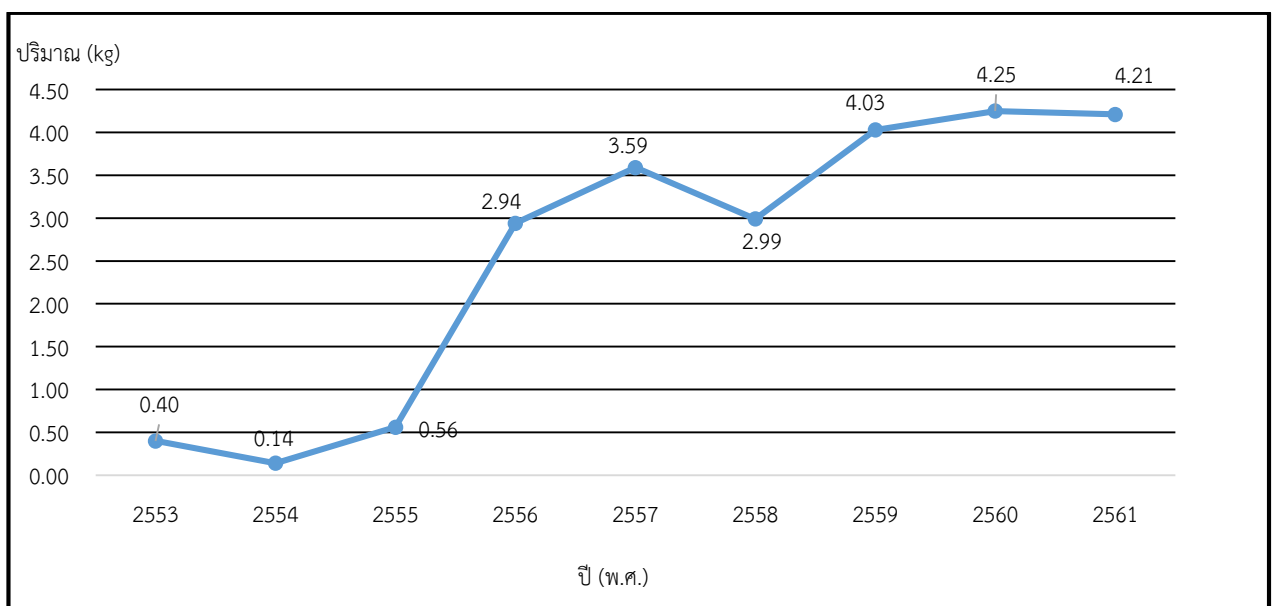
ชนิดของยาเสพติด	ปริมาณที่กำหนดตามประกาศกระทรวงฯ ประจำปี พ.ศ. 2561	ปริมาณนำเข้า พ.ศ. 2561 (หน่วย : kg)	ร้อยละของปริมาณนำเข้าเทียบกับปริมาณที่กำหนดตามประกาศกระทรวงฯ	ปริมาณจำหน่าย พ.ศ. 2561 (หน่วย : kg)	ร้อยละของปริมาณจำหน่ายเทียบกับปริมาณที่กำหนดตามประกาศกระทรวงฯ
Codeine	700.00	370.00	52.86	398.54	56.93
Fentanyl	2.00	1.20	59.89	1.67	83.24
Methadone	100.00	-	-	51.74	51.74
Morphine	250.00	153.04	61.22	191.19	76.48
Pethidine	200.00	-	-	46.13	23.06
Oxycodone	8.00	3.17	39.65	2.16	27.00



2. ข้อมูลปริมาณการใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์ของประเทศในช่วงปี พ.ศ. 2553 – พ.ศ. 2561 และข้อมูลการกระจายยาในกลุ่มโอปิออยด์จำแนกตามประเภทสถานพยาบาล ในช่วงปี พ.ศ. 2556 – พ.ศ. 2561 พบข้อมูล ดังนี้

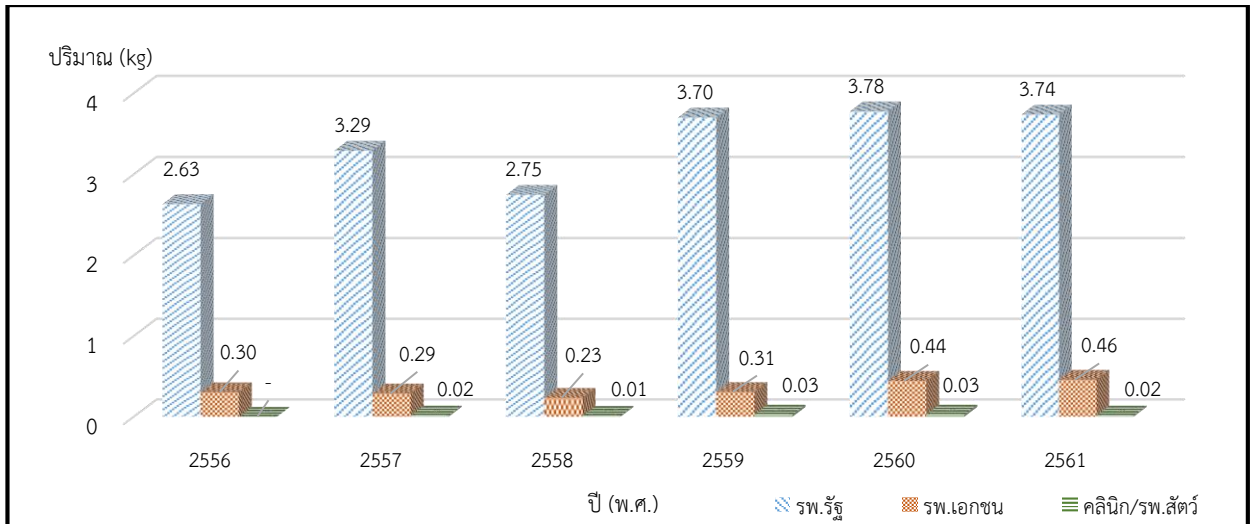
### 2.1 Codeine

ประเทศไทยมีการใช้ Codeine ในรูปแบบยาสูตรผสม เช่น สูตรผสมในตำรับยาแก้ไอ สูตรผสมในตำรับยาแก้ปวด และในรูปแบบยาสูตรเดี่ยวสำหรับใช้บรรเทาอาการปวด โดยในรูปแบบของยาสูตรเดี่ยว ซึ่งจัดเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 มีการใช้ในรูปแบบ Codeine Phosphate Tablet (สูตรเดี่ยว ชนิดเม็ด) โดยมี 2 ความแรงคือ 15 มิลลิกรัม และ 30 มิลลิกรัม จากข้อมูลการใช้ Codeine สูตรเดี่ยว ในช่วง พ.ศ. 2553 – พ.ศ. 2561 พบว่า พ.ศ. 2553 มีการใช้ปริมาณ 0.40 กิโลกรัม และมีแนวโน้มการใช้สูงขึ้นเรื่อยๆ โดยใน พ.ศ. 2561 มีการใช้ปริมาณ 4.21 กิโลกรัม รายละเอียดดังแสดงในแผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 2 ปริมาณการใช้ Codeine สูตรเดี่ยว ของประเทศในช่วงปี พ.ศ. 2553 – พ.ศ. 2561

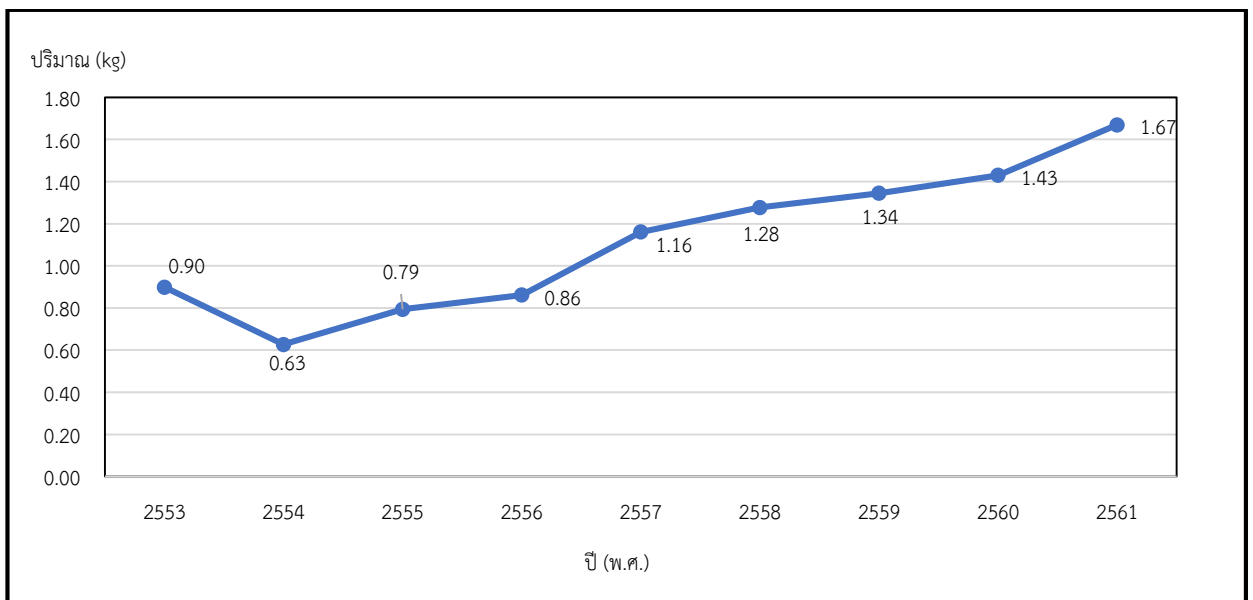
สำหรับภาพรวมการกระจายยา Codeine สูตรเดี่ยว จำแนกตามประเภทสถานพยาบาล ในช่วง พ.ศ. 2556 – พ.ศ. 2561 พบว่ามีการใช้ส่วนใหญ่ในโรงพยาบาลรัฐ รองลงมา คือ โรงพยาบาลเอกชน และคลินิกหรือโรงพยาบาลสัตว์ ตามลำดับ โดยใน พ.ศ. 2561 มีการใช้ในโรงพยาบาลรัฐ ปริมาณ 3.74 กิโลกรัม (ร้อยละ 88.77) โรงพยาบาลเอกชน ปริมาณ 0.46 กิโลกรัม (ร้อยละ 10.87) และคลินิกหรือโรงพยาบาลสัตว์ ปริมาณ 0.02 กิโลกรัม (ร้อยละ 0.36) ดังแสดงในแผนภูมิที่ 3



แผนภูมิที่ 3 การกระจาย Codeine สูตรเดี่ยวตามประเภทสถานพยาบาลในช่วงปี พ.ศ. 2556 – พ.ศ. 2561

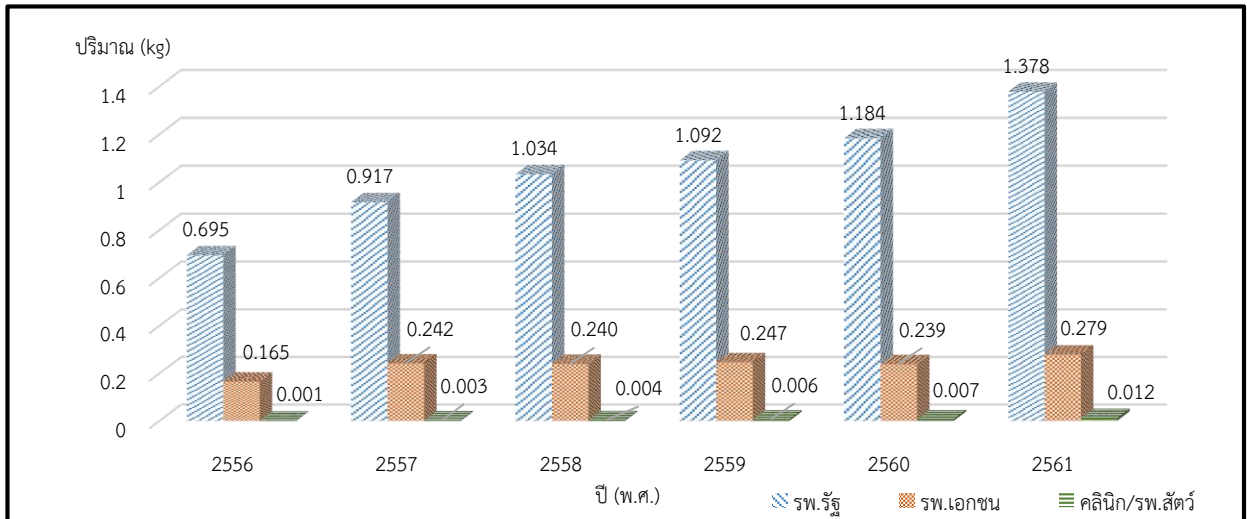
## 2.2 Fentanyl

รูปแบบยาที่มีการใช้ในประเทศ ได้แก่ รูปแบบฉีด ความแรง 0.05 มิลลิกรัม/มิลลิลิตร มี 2 ขนาดบรรจุ ได้แก่ Fentanyl 2 มิลลิลิตร และ Fentanyl 10 มิลลิลิตร และรูปแบบแผ่นแปะผิวหนัง Transdermal Therapeutic System (TTS) มี 3 ขนาดความแรง ได้แก่ Fentanyl TTS 12.5 ไมโครกรัม/ชั่วโมง Fentanyl TTS 25 ไมโครกรัม/ชั่วโมง และ Fentanyl TTS 50 ไมโครกรัม/ชั่วโมง จากข้อมูลการใช้ Fentanyl ในช่วง พ.ศ. 2553 – พ.ศ. 2561 พบว่า พ.ศ. 2553 มีการใช้ปริมาณ 0.90 กิโลกรัม และมีแนวโน้มการใช้สูงขึ้นเรื่อยๆ โดยในพ.ศ. 2561 มีการใช้ปริมาณ 1.67 กิโลกรัม รายละเอียดดังแสดงในแผนภูมิที่ 4



แผนภูมิที่ 4 ปริมาณการใช้ Fentanyl ของประเทศในช่วงปี พ.ศ. 2553 – พ.ศ. 2561

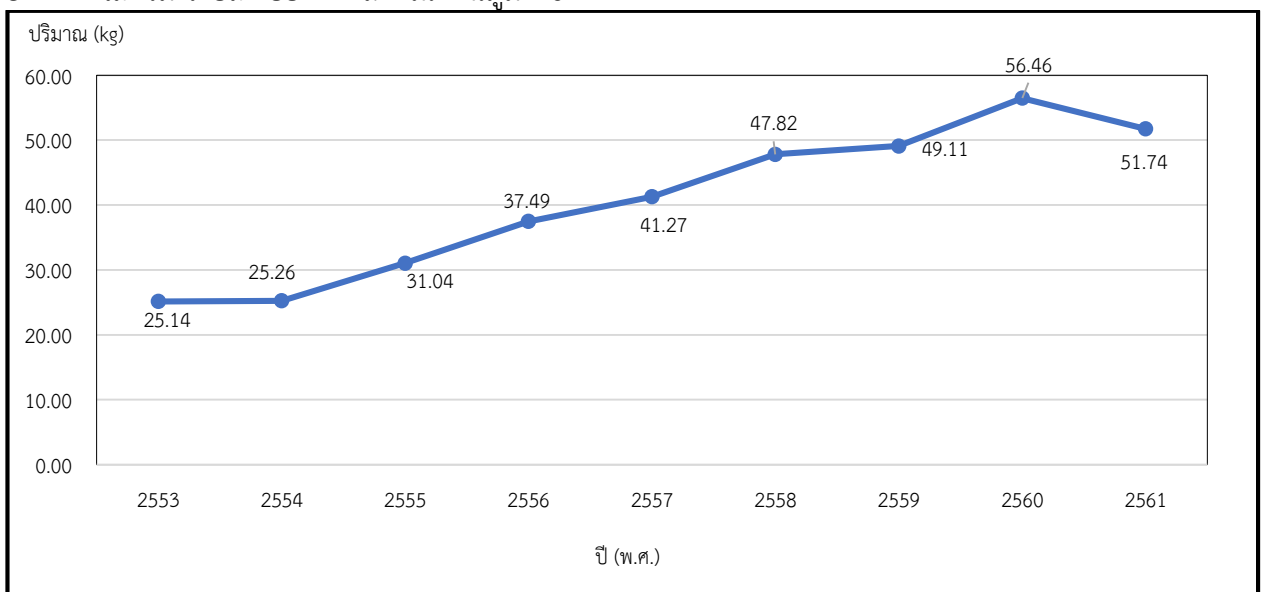
สำหรับภาพรวมการกระจายยา Fentanyl จำแนกตามประเภทสถานพยาบาลในช่วง พ.ศ. 2556 – พ.ศ. 2561 พบว่ามีการใช้ส่วนใหญ่ในโรงพยาบาลรัฐ รองลงมา คือ โรงพยาบาลเอกชน และ คลินิกหรือโรงพยาบาลสัตว์ ตามลำดับ โดยใน พ.ศ. 2561 มีการใช้ในโรงพยาบาลรัฐ ปริมาณ 1.378 กิโลกรัม (ร้อยละ 82.55) โรงพยาบาลเอกชน ปริมาณ 0.279 กิโลกรัม (ร้อยละ 16.72) และคลินิกหรือโรงพยาบาลสัตว์ ปริมาณ 0.012 กิโลกรัม (ร้อยละ 0.73) ดังแสดงในแผนภูมิที่ 5



แผนภูมิที่ 5 การกระจาย Fentanyl ตามประเภทสถานพยาบาลในช่วงปี พ.ศ. 2556 – พ.ศ. 2561

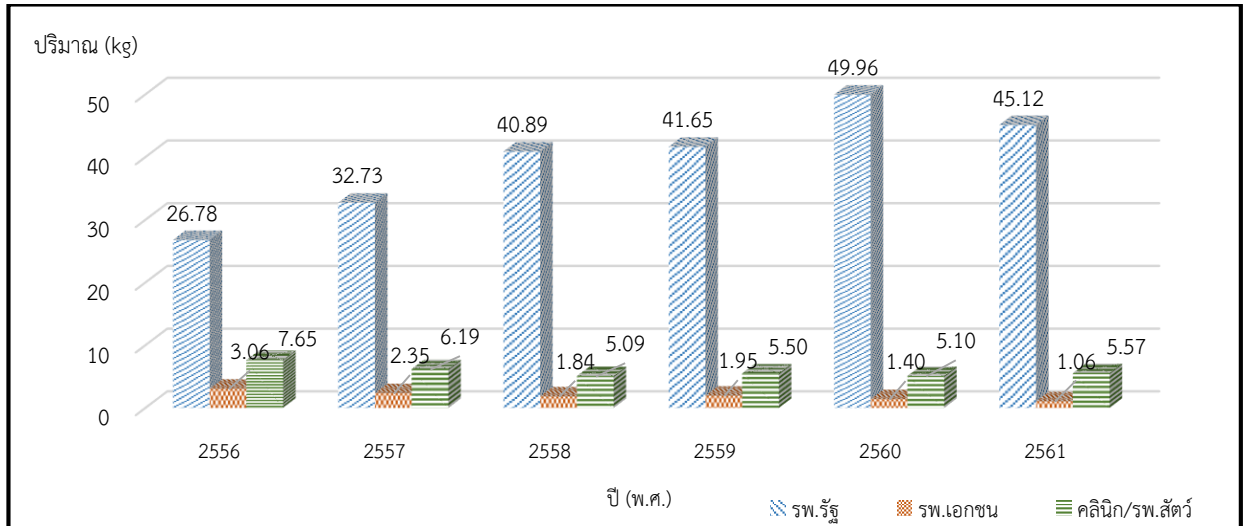
### 2.3 Methadone

รูปแบบยาที่มีการใช้ในประเทศ ได้แก่ รูปแบบน้ำ Oral concentration 10 mg/ml ใช้ในการบำบัดผู้ติดยาเสพติดและบรรเทาอาการปวด และรูปแบบเม็ด Methadone hydrochloride 5 mg/tab ใช้สำหรับบรรเทาอาการปวดเท่านั้น จากข้อมูลการใช้ Methadone ในช่วง พ.ศ. 2553 – พ.ศ. 2561 พบว่า พ.ศ. 2553 มีการใช้ปริมาณ 25.14 กิโลกรัม และมีแนวโน้มการใช้สูงขึ้น โดยใน พ.ศ. 2561 มีการใช้ปริมาณ 51.74 กิโลกรัม รายละเอียดดังแสดงในแผนภูมิที่ 6



แผนภูมิที่ 6 ปริมาณการใช้ Methadone ของประเทศในช่วงปี พ.ศ. 2553 – พ.ศ. 2561

สำหรับภาพรวมการกระจายยา Methadone จำแนกตามประเภทสถานพยาบาล ในช่วง พ.ศ. 2556 – พ.ศ. 2561 พบว่ามีการใช้ส่วนใหญ่ในโรงพยาบาลรัฐ รองลงมา คือ คลินิกหรือโรงพยาบาลสัตว์ (ส่วนใหญ่ใช้ในคลินิกกลุ่มบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด) และโรงพยาบาลเอกชน ตามลำดับ โดยใน พ.ศ. 2561 มีการใช้ในโรงพยาบาลรัฐ ปริมาณ 45.12 กิโลกรัม (ร้อยละ 87.20) โรงพยาบาลเอกชน ปริมาณ 1.06 กิโลกรัม (ร้อยละ 2.04) และคลินิกหรือโรงพยาบาลสัตว์ ปริมาณ 5.57 กิโลกรัม (ร้อยละ 10.76) ดังแสดงในแผนภูมิที่ 7



แผนภูมิที่ 7 การกระจาย Methadone ตามประเภทสถานพยาบาลในช่วงปี พ.ศ. 2556 – พ.ศ. 2561

## 2.4 Morphine

รูปแบบยาที่มีการใช้ในประเศ ได้แก่

รูปแบบรับประทาน มี 2 ชนิด คือ

1. ชนิดออกฤทธิ์นาน Sustained Release มี 2 รูปแบบ

1.1 ชนิดเม็ดออกฤทธิ์นาน 8-12 ชั่วโมง (MST Continus Tablet®) มี 3 ขนาดความแรง ได้แก่ 10 มิลลิกรัม, 30 มิลลิกรัม และ 60 มิลลิกรัม

1.2 ชนิดแคปซูลออกฤทธิ์นาน 24 ชั่วโมง (ชื่อการค้า Kapanol®) มี 3 ขนาดความแรง ได้แก่ 20 มิลลิกรัม, 50 มิลลิกรัม และ 100 มิลลิกรัม

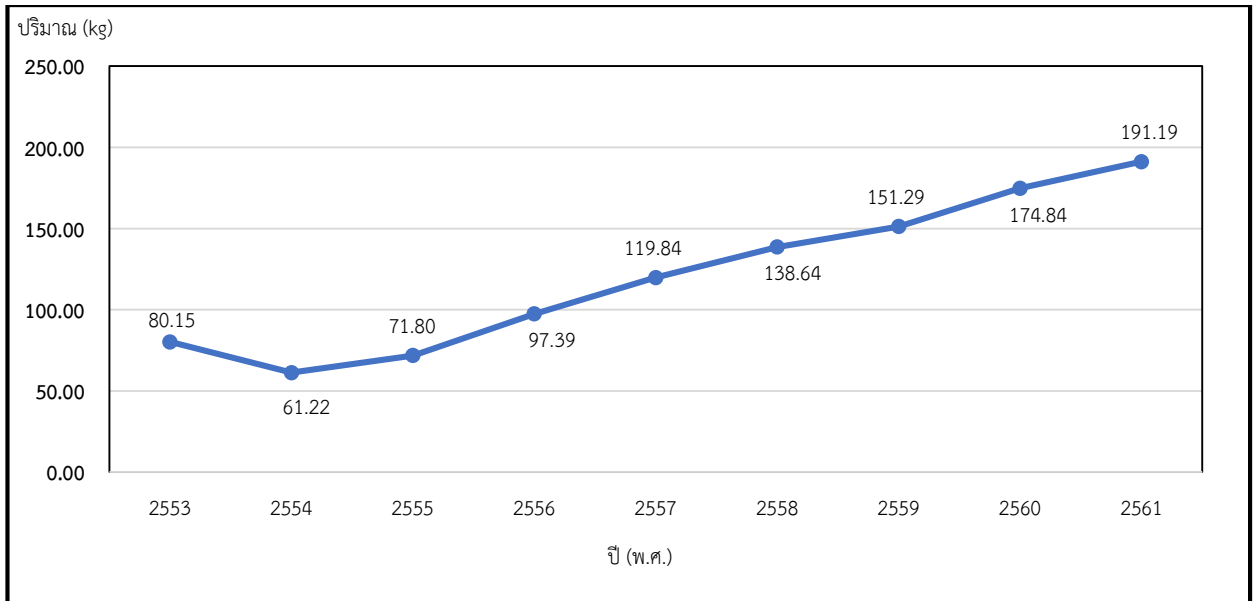
2. ชนิดออกฤทธิ์ทันที Immediated Release มี 2 รูปแบบ

2.1 รูปแบบเม็ด Morphine sulfate immediate release tablet 10 mg/tab

2.2 รูปแบบน้ำ Morphine sulfate oral solution 10 mg/5 ml

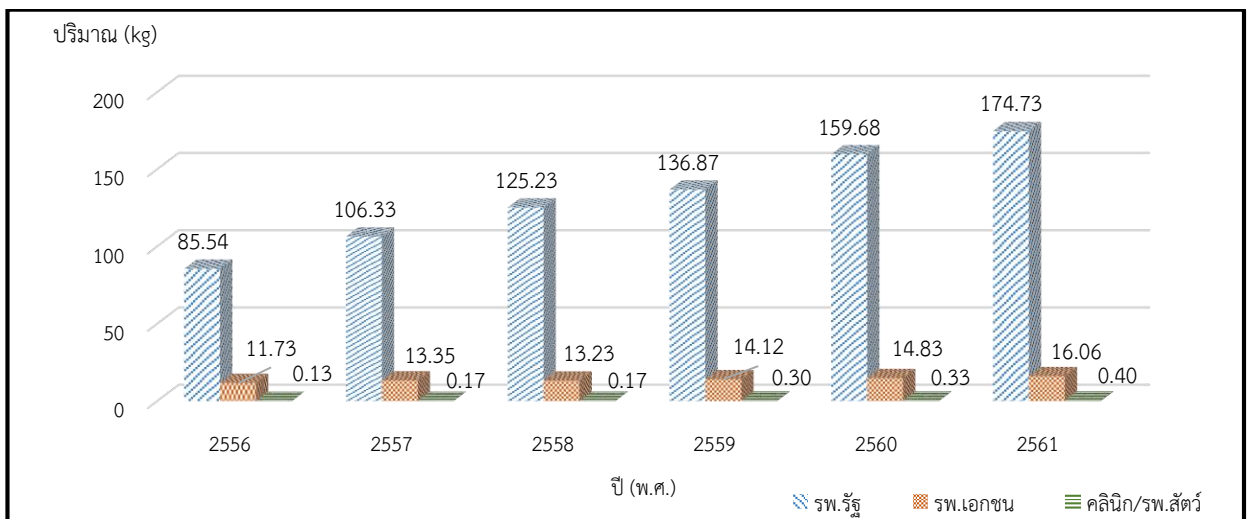
รูปแบบฉีด ได้แก่ Morphine sulfate 10 mg/ml (ไม่มีสารกันเสีย)

จากข้อมูลการใช้ Morphine ในช่วง พ.ศ. 2553 – พ.ศ. 2561 พบว่า พ.ศ. 2553 มีการใช้ปริมาณ 80.15 กิโลกรัม และมีแนวโน้มการใช้สูงขึ้นเรื่อยๆ โดยในพ.ศ. 2561 มีการใช้ปริมาณ 191.19 กิโลกรัม รายละเอียดดังแสดงในแผนภูมิที่ 8



แผนภูมิที่ 8 ปริมาณการใช้ Morphine ของประเทศในช่วงปี พ.ศ. 2553 – พ.ศ. 2561

สำหรับภาพรวมการกระจายยา Morphine จำแนกตามประเภทสถานพยาบาลในช่วง พ.ศ. 2556 – พ.ศ. 2561 พบว่ามีการใช้ส่วนใหญ่ในโรงพยาบาลรัฐ รองลงมา คือ โรงพยาบาลเอกชน และ คลินิกหรือโรงพยาบาลสัตว์ ตามลำดับ โดยใน พ.ศ. 2561 มีการใช้ในโรงพยาบาลรัฐ ปริมาณ 174.73 กิโลกรัม (ร้อยละ 91.39) โรงพยาบาลเอกชน ปริมาณ 16.06 กิโลกรัม (ร้อยละ 8.40) และคลินิกหรือโรงพยาบาลสัตว์ ปริมาณ 0.40 กิโลกรัม (ร้อยละ 0.21) ดังแสดงในแผนภูมิที่ 9

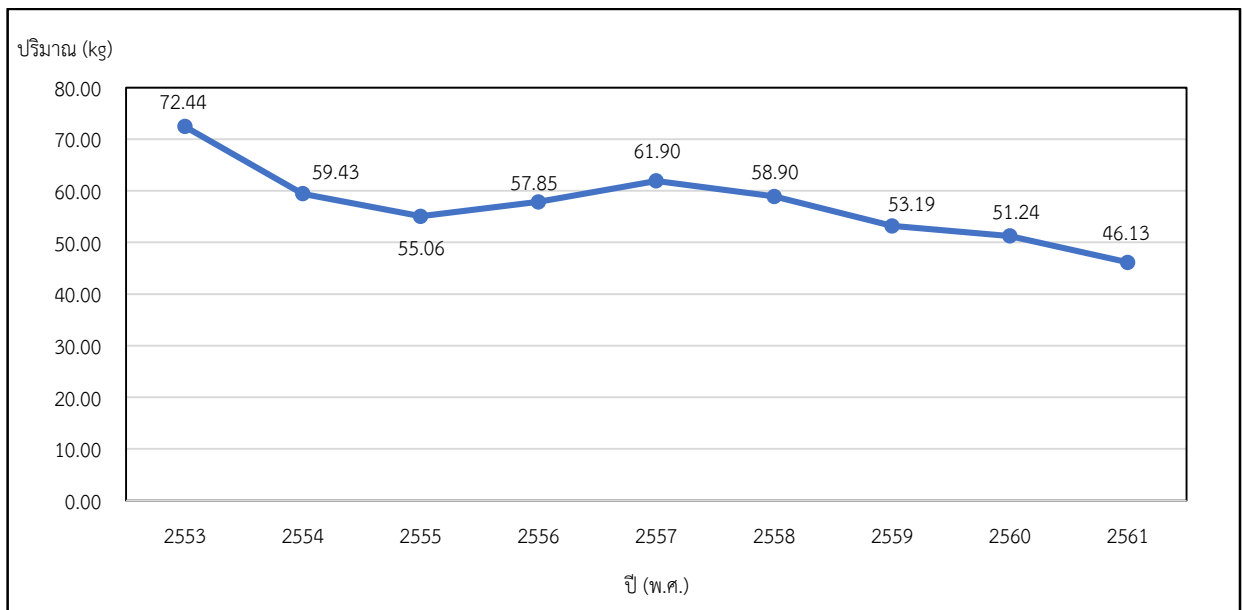


แผนภูมิที่ 9 การกระจาย Morphine ตามประเภทสถานพยาบาลในช่วงปี พ.ศ. 2556 – พ.ศ. 2561

### 2.5 Pethidine

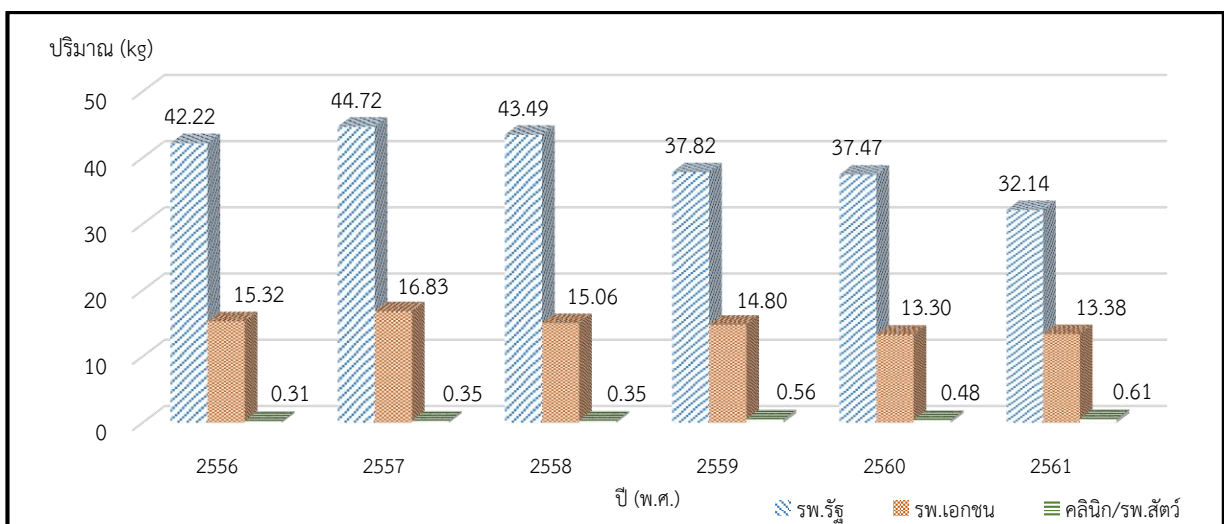
รูปแบบยาที่มีการใช้ในประเทศ มีเพียงรูปแบบเดียว คือ รูปแบบยาฉีด (Pethidine hydrochloride injection 50 mg/ml) จากข้อมูลการใช้ Pethidine ในช่วง พ.ศ. 2553 – พ.ศ. 2561 พบว่า พ.ศ. 2553 มีการใช้ปริมาณ 72.44 กิโลกรัม และมีแนวโน้มการใช้ลดลง โดยใน พ.ศ. 2561 มีการใช้ปริมาณ 46.13 กิโลกรัม และคาดว่าจะมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เนื่องจาก ผลข้างเคียงจากยาที่ค่อนข้างมาก

และการได้รับยา Pethidine บ่อยๆ อาจทำให้เกิดการติดยาได้ง่ายกว่าการใช้ยา Morphine จึงอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้แพทย์เปลี่ยนไปเลือกใช้ยาตัวอื่นแทน รายละเอียดดังแสดงในแผนภูมิที่ 10



แผนภูมิที่ 10 ปริมาณการใช้ Pethidine ของประเทศในช่วงปี พ.ศ. 2553 – พ.ศ. 2561

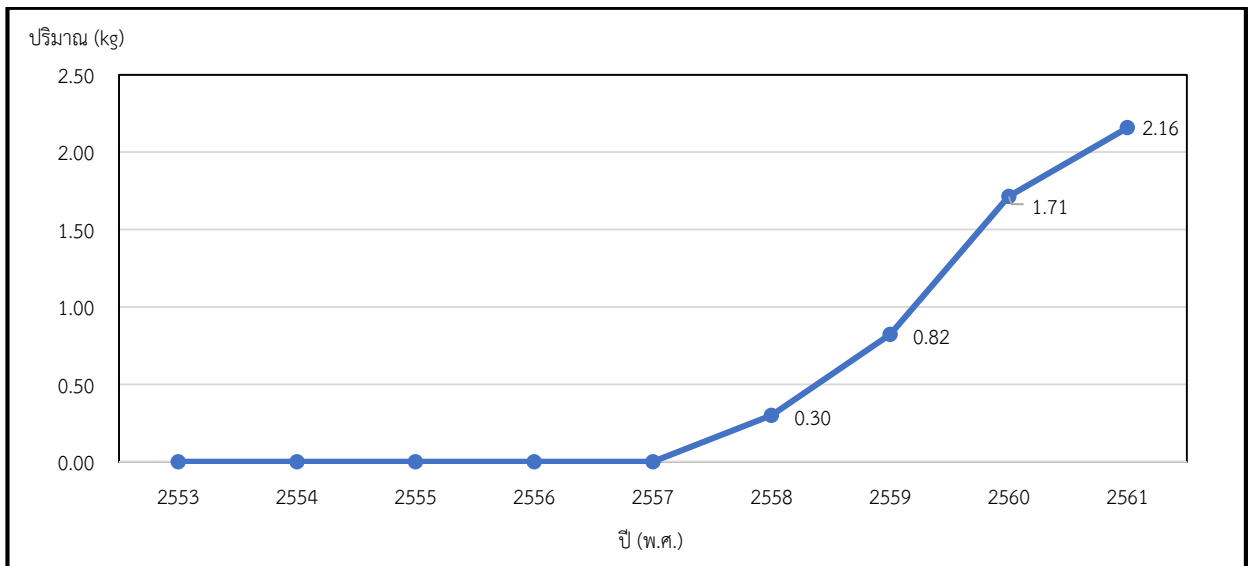
สำหรับภาพรวมการกระจายยา Pethidine จำแนกตามประเภทสถานพยาบาลในช่วง พ.ศ. 2556 – พ.ศ. 2561 พบว่ามีการใช้ส่วนใหญ่ในโรงพยาบาลรัฐ รองลงมา คือ โรงพยาบาลเอกชน และ คลินิกหรือโรงพยาบาลสัตว์ ตามลำดับ โดยใน พ.ศ. 2561 มีการใช้ในโรงพยาบาลรัฐ ปริมาณ 32.14 กิโลกรัม (ร้อยละ 69.66) โรงพยาบาลเอกชน ปริมาณ 13.38 กิโลกรัม (ร้อยละ 29.01) และคลินิกหรือโรงพยาบาลสัตว์ ปริมาณ 0.61 กิโลกรัม (ร้อยละ 1.33) ดังแสดงในแผนภูมิที่ 11



แผนภูมิที่ 11 การกระจาย Pethidine ตามประเภทสถานพยาบาลในช่วงปี พ.ศ. 2556 – พ.ศ. 2561

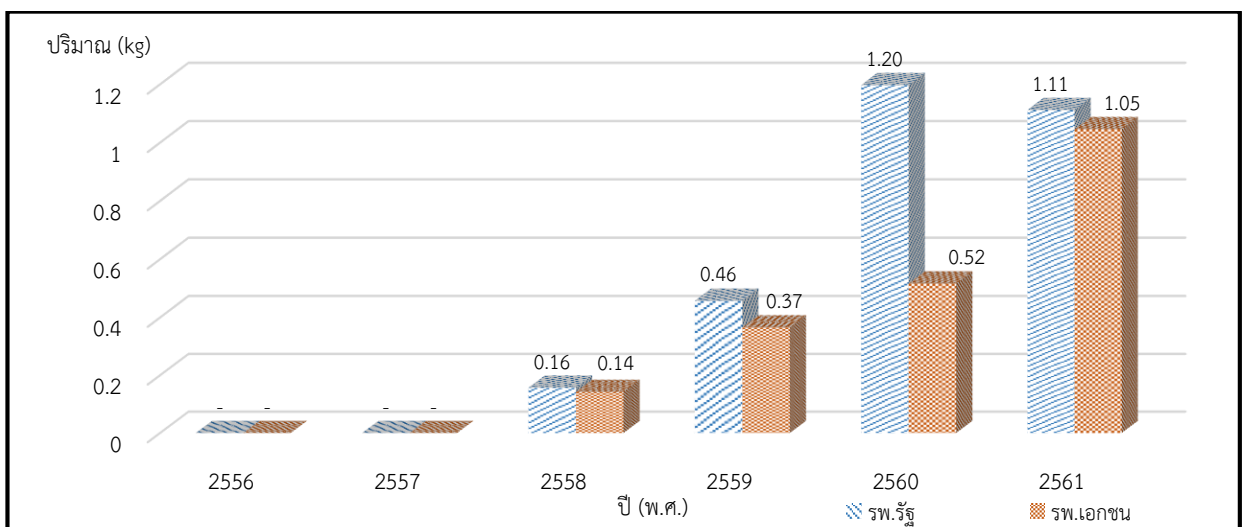
## 2.6 Oxycodone

รูปแบบยาที่มีการใช้ในประเทศ คือ Oxycodone HCl reformulation controlled release tablet มีขนาดความแรง 2 ขนาด คือ 10 mg และ 40 mg ประเทศไทยเริ่มมีการใช้ Oxycodone เมื่อ พ.ศ. 2558 โดยจากข้อมูลการใช้ Oxycodone ในช่วง พ.ศ. 2558 – พ.ศ. 2561 พบว่า พ.ศ. 2558 มีการใช้ปริมาณ 0.30 กิโลกรัม และมีแนวโน้มการใช้เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยในพ.ศ. 2561 มีการใช้ปริมาณ 2.16 กิโลกรัม รายละเอียดดังแสดงในแผนภูมิที่ 12



แผนภูมิที่ 12 ปริมาณการใช้ Oxycodone ของประเทศในช่วงปี พ.ศ. 2553 – พ.ศ. 2561

สำหรับภาพรวมการกระจายยา Oxycodone จำแนกตามประเภทสถานพยาบาล ในช่วง พ.ศ. 2558 – พ.ศ. 2561 พบว่ามีการใช้ส่วนใหญ่ในโรงพยาบาลรัฐ ในสัดส่วนใกล้เคียงกับโรงพยาบาลเอกชน โดยใน พ.ศ. 2561 มีการใช้ในโรงพยาบาลรัฐ ปริมาณ 1.11 กิโลกรัม (ร้อยละ 51.52) และโรงพยาบาลเอกชน ปริมาณ 1.05 กิโลกรัม (ร้อยละ 48.48) ดังแสดงในแผนภูมิที่ 13



แผนภูมิที่ 13 การกระจาย Oxycodone ตามประเภทสถานพยาบาลในช่วงปี พ.ศ. 2556 – พ.ศ. 2561

## ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาจากการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม

จากการเก็บข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งได้เข้าร่วมโครงการ “การฝึกอบรม Palliative care for pharmacists” ซึ่งจัดอบรมโดย ศูนย์การุณรักษ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในช่วงเดือนสิงหาคม - กันยายน 2562 โดยการแจกแบบสอบถามให้ทำการตอบคำถามด้วยตนเอง รวมทั้งสิ้น 240 ฉบับ พบว่ามีผู้ตอบแบบสอบถามกลับจำนวน 172 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 71.67 ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาพบดังนี้

### 1. ข้อมูลทั่วไป

บุคลากรทางการแพทย์ในการศึกษานี้ มีจำนวน 172 ราย ประกอบด้วย แพทย์ จำนวน 15 ราย (ร้อยละ 8.72) เภสัชกร จำนวน 126 ราย (ร้อยละ 73.26) และพยาบาล จำนวน 31 ราย (ร้อยละ 18.02) ในจำนวนนี้เป็นเพศชาย จำนวน 32 ราย (ร้อยละ 18.60) และเพศหญิง จำนวน 140 ราย (ร้อยละ 81.40) โดยมีอายุตั้งแต่ 23 -57 ปี (อายุเฉลี่ย 36 ปี) และมีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 3 เดือน – 35 ปี (ประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 10 ปี 10 เดือน) บุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่สังกัดโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 119 ราย (ร้อยละ 69.19) รองลงมาเป็นโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลเอกชน รวมจำนวน 53 ราย (ร้อยละ 30.81) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	32	18.60
หญิง	140	81.40
<b>อาชีพ</b>		
แพทย์	15	8.72
เภสัชกร	126	73.26
พยาบาล	31	18.02
<b>อายุ</b>		
20-30 ปี	58	33.72
31-40 ปี	59	34.31
41-50 ปี	45	26.16
51-60 ปี	10	5.81
<b>ประสบการณ์การทำงาน</b>		
น้อยกว่า 5 ปี	61	35.47
5-15 ปี	67	38.95
16-25 ปี	34	19.77
26-35 ปี	10	5.81
<b>ประเภทของโรงพยาบาลที่สังกัด</b>		
โรงพยาบาลชุมชน	119	69.19
โรงพยาบาลทั่วไป	37	21.51
โรงพยาบาลศูนย์	15	8.72
โรงพยาบาลเอกชน	1	0.58



สำหรับรูปแบบและชนิดยาโอปิออยด์ที่มีใช้ในโรงพยาบาล จากการศึกษาพบว่า โรงพยาบาลที่บุคลากรทางการแพทย์ในการศึกษาสังกัดอยู่ ทั้ง 172 แห่ง มี Morphine injection ใช้ในโรงพยาบาล รองลงมา คือ Pethidine injection จำนวน 129 แห่ง Morphine solution จำนวน 122 แห่ง Morphine sustained release tablet จำนวน 117 แห่ง Morphine immediate release tablet จำนวน 102 แห่ง Fentanyl injection จำนวน 73 แห่ง Fentanyl TTS จำนวน 30 แห่ง Methadone oral solution จำนวน 25 แห่ง Methadone tablet จำนวน 9 แห่ง Codeine สูตรเดี่ยวที่ใช้ระงับปวด จำนวน 7 แห่ง ในขณะที่ Oxycodone controlled release tablet มีโรงพยาบาลที่ใช้ เพียงจำนวน 2 แห่ง รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 รูปแบบและชนิดยาโอปิออยด์ที่มีใช้ในโรงพยาบาล

ลำดับ	รูปแบบและชนิดยาโอปิออยด์	จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ
1	Morphine injection	172	100.00
2	Pethidine injection	129	75.00
3	Morphine solution	122	70.93
4	Morphine sustained release tablet	117	68.02
5	Morphine immediate release tablet	102	59.30
6	Fentanyl injection	73	42.44
7	Fentanyl TTS	30	17.44
8	Methadone oral solution	25	14.53
9	Methadone tablet	9	5.23
10	Codeine สูตรเดี่ยวที่ใช้ระงับปวด	7	4.07
11	Oxycodone controlled release tablet	2	1.16

## 2. ปัญหาและข้อจำกัดในการใช้ยาโอปิออยด์ที่พบในสถานพยาบาล

จากการสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาและข้อจำกัดในการใช้ยาโอปิออยด์ที่พบในสถานพยาบาล ในประเด็นต่างๆ จำนวน 17 ข้อ พบว่า ปัญหาที่ผู้ตอบแบบสอบถามพบมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ

ลำดับที่ 1 - บุคลากรทางการแพทย์ในสถานพยาบาลขาดการฝึกอบรมเกี่ยวกับการใช้ยาโอปิออยด์ จำนวน 95 ราย จาก 172 ราย (ร้อยละ 55.23)

ลำดับที่ 2 - บุคลากรทางการแพทย์ในสถานพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาโอปิออยด์ ไม่เพียงพอ จำนวน 78 ราย จาก 172 ราย (ร้อยละ 45.35)

ลำดับที่ 3 - อย. ไม่มีระบบการรับยาคืน หรือแลกเปลี่ยนยา ทำให้สถานพยาบาลบริหารจัดการยาใกล้หมดอายุได้ยาก จำนวน 66 ราย จาก 172 ราย (ร้อยละ 38.37)

ลำดับที่ 4 - ขั้นตอนการสั่งซื้อยาโอปิออยด์จาก อย. ยุ่งยาก หลายขั้นตอน ทำให้การสั่งซื้อล่าช้า จำนวน 56 ราย จาก 172 ราย (ร้อยละ 32.56)

ลำดับที่ 5 – จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามตอบว่าพบปัญหาจำนวนเท่ากัน 2 ข้อ คือ สถานพยาบาลมีชนิด รูปแบบ ความแรง ปริมาณยาโอปิออยด์ไม่ครอบคลุมเพียงพอที่จะให้แพทย์เลือกจ่ายให้แก่ผู้ป่วย และบุคลากรทางการแพทย์ในสถานพยาบาลไม่ยอมจ่ายยาโอปิออยด์ เนื่องจากกังวลเรื่องการนำยาไปใช้ในทางที่ผิดของผู้ป่วย จำนวน 55 ราย จาก 172 ราย (ร้อยละ 31.98)

สำหรับประเด็นปัญหาข้ออื่นๆ พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามพบปัญหาจำนวนมากร้อยละหนึ่งถึงห้า ร้อยละเอ็ดถึงยี่สิบแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ปัญหาและข้อจำกัดในการใช้ยาโอปิออยด์ที่พบในสถานพยาบาล

ข้อที่	ปัญหาและข้อจำกัดในการใช้ยาโอปิออยด์	พบ (ราย)	ร้อยละ	ไม่พบ (ราย)	ร้อยละ	ไม่ทราบข้อมูล (ราย)	ร้อยละ
1.	ปัญหาการขาดยาโอปิออยด์ เนื่องจากขาดการวางแผนการจัดซื้อที่ดีของสถานพยาบาล	52	30.23	117	68.02	3	1.75
2	นโยบายของสถานพยาบาลไม่ให้อำเภอยาโอปิออยด์ในปริมาณมาก เช่น ไม่เกิน 2 เดือน	40	23.26	125	72.67	7	4.07
3	สถานพยาบาลมีชนิด รูปแบบ ความแรง ปริมาณยาโอปิออยด์ไม่ครอบคลุมเพียงพอที่จะให้แพทย์เลือกจ่ายให้แก่ผู้ป่วย	55	31.98	115	66.86	2	1.16
4	กฎระเบียบควบคุมการจ่ายยาโอปิออยด์ของสถานพยาบาลเข้มงวดเกินไป	33	19.19	137	79.65	2	1.16
5	บุคลากรทางการแพทย์ในสถานพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาโอปิออยด์ไม่เพียงพอ	78	45.35	93	54.07	1	0.58
6	บุคลากรทางการแพทย์ในสถานพยาบาลขาดการฝึกอบรมเกี่ยวกับการใช้ยาโอปิออยด์	95	55.23	75	43.61	2	1.16
7	บุคลากรทางการแพทย์ในสถานพยาบาลไม่ยอมจ่ายยาโอปิออยด์ เนื่องจากกังวลเรื่องการควบคุมทางกฎหมายที่เข้มงวด	50	29.07	120	69.77	2	1.16
8	บุคลากรทางการแพทย์ในสถานพยาบาลไม่ยอมจ่ายยาโอปิออยด์ เนื่องจากกังวลเรื่องการนำยาไปใช้ในทางที่ผิดของผู้ป่วย	55	31.98	115	66.86	2	1.16

ตารางที่ 8 ปัญหาและข้อจำกัดในการใช้ยาโอปิออยด์ที่พบในสถานพยาบาล (ต่อ)

ข้อที่	ปัญหาและข้อจำกัดในการใช้ยาโอปิออยด์	พบ (ราย)	ร้อยละ	ไม่พบ (ราย)	ร้อยละ	ไม่ทราบข้อมูล (ราย)	ร้อยละ
9	บุคลากรทางการแพทย์ในสถานพยาบาล ไม่กล้าจ่ายยาโอปิออยด์ให้ผู้ป่วยนำกลับบ้าน เพราะกลัวผิดกฎหมาย	50	29.07	120	69.77	2	1.16
10	โควตาประจำปียาโอปิออยด์ของสถานพยาบาล ไม่เพียงพอกับความต้องการใช้ในแต่ละปี	21	12.21	145	84.30	6	3.49
11	รายการยาโอปิออยด์ที่จัดหาโดย อย. มีชนิด รูปแบบ ความแรง ปริมาณไม่ครอบคลุมเพียงพอ กับความต้องการของสถานพยาบาล	19	11.05	146	84.88	7	4.07
12	ขั้นตอนการสั่งซื้อยาโอปิออยด์จาก อย. ยุ่งยาก หลายขั้นตอน ทำให้การสั่งซื้อล่าช้า	56	32.56	103	59.88	13	7.56
13	ช่องทาง วิธีการในการติดต่อสั่งซื้อยาโอปิออยด์ กับ อย. ทำได้ยาก ไม่สะดวก	35	20.35	122	70.93	15	8.72
14	อย. ไม่มีระบบการรับยาคืน หรือแลกเปลี่ยนยา ทำให้สถานพยาบาลบริหารจัดการยาใกล้หมดอายุ ได้ยาก	66	38.37	90	52.33	16	9.30
15	ระบบการจัดส่งยาของ อย. ล่าช้า	48	27.91	107	62.21	17	9.88
16	ปัญหาหายขาดเสียหาย เนื่องจากการจัดส่งของ อย.	7	4.07	148	86.05	17	9.88
17	การขาดยาคงคลังของ อย. ทำให้ไม่มียาจำหน่าย ให้สถานพยาบาลในบางช่วงเวลา	53	30.81	107	62.21	12	6.98

สำหรับรายละเอียดของปัญหาและข้อจำกัดในการใช้ยาโอปิออยด์ ที่ผู้ตอบแบบสอบถามพบตามประเด็นคำถามทั้ง 17 ข้อข้างต้น มีดังนี้

ข้อที่ 1 ปัญหาการขาดยาโอปิออยด์ เนื่องจากขาดการวางแผนการจัดซื้อที่ดีของสถานพยาบาล ผู้ตอบแบบสอบถามได้ให้รายละเอียด สรุปได้ดังนี้

- สถานพยาบาลไม่ได้จัดทำ / จัดส่ง รายงานแสดงการรับจ่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ให้แก่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา หรือจัดส่งล่าช้า ทำให้ไม่สามารถสั่งซื้อยาโอปิออยด์จากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

- จำนวนผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้ยาโอปิออยด์ในแต่ละปีมีจำนวนไม่แน่นอน ทำให้ประมาณการและวางแผนการจัดซื้อทำได้ยาก

- พบกรณีผู้ป่วยถูกส่งตัวมาหลายเคสพร้อมๆกัน หรือกรณีมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น ทำให้ปริมาณยาโอปิออยด์ที่ต้องใช้เพิ่มมากขึ้น ปริมาณยาคงคลังสำรองไว้ไม่เพียงพอ และดำเนินการจัดซื้อยาจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาไม่ทัน

- สถานพยาบาลมีการสำรองยาในปริมาณไม่มาก เนื่องจากยาโอปิออยด์บางตัวอายุยาสั้น

- การจัดเตรียมเอกสารในการสั่งซื้อ พบว่าการสั่งซื้อต้องผ่านการอนุมัติโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาล ซึ่งบางครั้งติดราชการ ทำให้การสั่งซื้อล่าช้า

- ช่วงต้นปีที่ต้องมีการต่ออายุใบอนุญาต จะมีปัญหาการสั่งซื้อล่าช้าเพราะต้องรอการต่ออายุใบอนุญาต

ข้อที่ 2 นโยบายของสถานพยาบาลไม่ให้สำรองยาโอปิออยด์ในปริมาณมาก ผู้ตอบแบบสอบถามได้ให้รายละเอียด สรุปได้ดังนี้

- สถานพยาบาลมีการสำรองยาโอปิออยด์ไม่มาก ทำให้บางครั้งปริมาณยาไม่เพียงพอจ่าย ต้องอาศัยการยืมยาโอปิออยด์จากสถานพยาบาลใกล้เคียง

- บางครั้งพบปัญหายาโอปิออยด์ไม่เพียงพอจ่ายให้กับผู้ป่วย ต้องค้ำยาผู้ป่วยไว้ก่อนบางส่วน หรือจำกัดปริมาณยาที่จ่ายให้กับผู้ป่วย

- ผู้บริหารไม่อนุมัติให้มียาโอปิออยด์หลากหลายรูปแบบ มีแค่เฉพาะ morphine syrup เท่านั้น ทำให้มีข้อจำกัดในการปรับยาให้เหมาะกับผู้ป่วย

ข้อที่ 3 สถานพยาบาลมีชนิด รูปแบบ ความแรง ปริมาณยาโอปิออยด์ไม่ครอบคลุมเพียงพอที่จะให้แพทย์เลือกจ่ายให้แก่ผู้ป่วย ผู้ตอบแบบสอบถามได้ให้รายละเอียด สรุปได้ดังนี้

- กรณีโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก รูปแบบยาโอปิออยด์มีไม่มาก ทำให้บางครั้งเวลาผู้ป่วยถูกส่งตัวมาจากที่อื่น ทางโรงพยาบาลไม่มีรูปแบบหรือชนิดยาตาม que ผู้ป่วยใช้อยู่เดิมเพื่อจ่ายให้กับผู้ป่วย

- สถานพยาบาลไม่มีชนิดและรูปแบบยาโอปิออยด์ที่หลากหลายให้แพทย์เลือกจ่ายให้เหมาะสมกับการรักษาผู้ป่วยแต่ละราย เช่น บางแห่งไม่มียาชนิดออกฤทธิ์ยาว หรือไม่มีรูปแบบแผ่นแปะ บางแห่งมีเฉพาะ Morphine sustained release tablet รูปแบบเดียว ซึ่งไม่สามารถใช้ในผู้ป่วยที่ต้องให้ยาผ่านทาง NG tube ได้

ข้อที่ 4 กฎระเบียบควบคุมการจ่ายยาโอปิออยด์ของสถานพยาบาลเข้มงวดเกินไป ผู้ตอบแบบสอบถามได้ให้รายละเอียด สรุปได้ดังนี้

- สถานพยาบาลมีการกำหนดกฎระเบียบ เช่น กำหนดให้ต้องมีใบ ยส. 5 จากแพทย์ก่อนเบิกยา กำหนดควบคุมปริมาณการจ่ายให้ผู้ป่วยแต่ละครั้ง

- ตามกฎหมายห้ามไม่ให้มีการยืมยาโอปิออยด์จากสถานพยาบาลอื่น ตามที่กำหนดไว้ในมาตรา 17 แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ที่ระบุว่าห้ามมิให้มีผู้ใดจำหน่าย หรือมิไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ เว้นแต่ได้รับอนุญาต ซึ่งตามมาตรา 4 แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 “จำหน่าย” หมายความว่า ขาย จ่าย แจก แลกเปลี่ยน ให้

- โรงพยาบาลมีกฎระเบียบที่เข้มงวดในการนำยาโอปิออยด์ออกไปใช้นอกสถานพยาบาล เช่น กรณีแพทย์ลงพื้นที่ไปตรวจผู้ป่วยต้องการนำ morphine injection ไปฉีดให้กับผู้ป่วย แต่ไม่สามารถทำได้

ข้อที่ 5 บุคลากรทางการแพทย์ในสถานพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาโอปิออยด์ไม่เพียงพอ ผู้ตอบแบบสอบถามได้ให้รายละเอียด สรุปได้ดังนี้

- บุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลส่วนใหญ่ยังมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาโอปิออยด์ไม่เพียงพอ หรือมีความรู้เพียงบางคนเท่านั้น ทำให้ไม่กล้าสั่งจ่ายยาในกลุ่มนี้ โดยเฉพาะเรื่องการปรับขนาดยาปรับชนิดและรูปแบบยา ยาอื่นที่ต้องจ่ายร่วม การจ่ายยาให้ผู้ป่วยไปใช้ที่บ้าน การจ่ายในเคส palliative care กฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น

- บุคลากรทางการแพทย์บางท่านยังขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง เช่น เข้าใจว่าผู้ป่วย palliative care เป็นผู้ป่วยระยะท้ายที่ไม่จำเป็นต้องให้การรักษาใดๆ แล้ว

ข้อที่ 6 บุคลากรทางการแพทย์ในสถานพยาบาลขาดการฝึกอบรมเกี่ยวกับการใช้ยาโอปิออยด์ ผู้ตอบแบบสอบถามได้ให้รายละเอียด สรุปได้ดังนี้

- บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลไม่เพียงพอ ต้องอยู่ปฏิบัติงานจึงไม่มีโอกาสที่จะไปฝึกอบรม

- บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลที่ได้รับการอบรมมีเพียงบางส่วนเท่านั้น ส่วนใหญ่ยังไม่เคยได้รับการฝึกอบรม โดยเฉพาะแพทย์จบใหม่ที่ใช้ทุน

- บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลบางส่วนได้รับการฝึกอบรม แต่ยังขาดการส่งต่อความรู้ให้ผู้เกี่ยวข้องอื่น เนื่องจากโรงพยาบาลไม่มีทีม palliative care ที่จะดูแลผู้ป่วยและถ่ายทอดความรู้ให้บุคลากรในทีมได้โดยตรง

- บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาโอปิออยด์ในผู้ป่วยกลุ่ม Pain แต่ยังขาดความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาโอปิออยด์ในผู้ป่วย palliative care

- บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลขาดการอบรมเรื่องเกี่ยวกับกฎหมายที่ควบคุมเกี่ยวกับยาโอปิออยด์

ข้อที่ 7 บุคลากรทางการแพทย์ในสถานพยาบาลไม่อย่างจ่ายยาโอปิออยด์ เนื่องจากกังวลเรื่องการควบคุมตามกฎหมายที่เข้มงวด ผู้ตอบแบบสอบถามได้ให้รายละเอียด สรุปได้ดังนี้

- แพทย์ไม่กล้าสั่งจ่ายยาโอปิออยด์ให้ผู้ป่วยนำกลับไปใช้ที่บ้าน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วย palliative care ที่ต้องการกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน

- มาตรฐานหรือแนวทางปฏิบัติของสถานพยาบาลแต่ละแห่งไม่เหมือนกัน เช่น โรงพยาบาลบางแห่งจะจ่ายยาโอปิออยด์สำหรับรักษาในโรงพยาบาลเท่านั้น ไม่มีการสั่งให้ผู้ป่วยนำกลับไปรักษาที่บ้าน

ข้อที่ 8 บุคลากรทางการแพทย์ในสถานพยาบาลไม่อย่างจ่ายยาโอปิออยด์ เนื่องจากกังวลเรื่องการนำไปใช้ในทางที่ผิดของผู้ป่วย ผู้ตอบแบบสอบถามได้ให้รายละเอียด สรุปได้ดังนี้

- บุคลากรทางการแพทย์กังวลว่าผู้ป่วยจะไม่ได้ใช้ยาจริง หรือมีการนำไปใช้ผิดวัตถุประสงค์ จึงเป็นเหตุผลที่ทำให้ไม่กล้าส่งจ่ายให้ผู้ป่วยนำกลับไปใช้ที่บ้าน แต่ส่งใช้เฉพาะในโรงพยาบาล เนื่องจากสามารถควบคุมจัดการได้ดีกว่า

- โรงพยาบาลตั้งอยู่ในพื้นที่ที่มีปัญหาการร้ายเกี่ยวกับความมั่นคง ทำให้บุคลากรทางการแพทย์กังวลเกี่ยวกับการจ่ายยาโอปิออยด์

ข้อที่ 9 บุคลากรทางการแพทย์ในสถานพยาบาลไม่กล้าจ่ายยาโอปิออยด์ให้ผู้ป่วยนำกลับบ้านเพราะกลัวผิดกฎหมาย ผู้ตอบแบบสอบถามได้ให้รายละเอียด สรุปได้ดังนี้

- ขาดความรู้ความเข้าใจในข้อกฎหมาย ทำให้ไม่กล้าส่งจ่ายยาโอปิออยด์ให้ผู้ป่วยนำกลับบ้าน

- การจ่ายยาโอปิออยด์ให้ผู้ป่วยนำกลับบ้านยังไม่แพร่หลาย ทำให้เกิดความกังวลไม่แน่ใจที่จะส่งจ่าย

- ยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในเรื่องการจ่ายยาฉีดให้ผู้ป่วยไปใช้นอกสถานพยาบาล ทำให้ผู้ส่งจ่ายไม่กล้าที่จะดำเนินการส่งจ่าย

ข้อที่ 10 โควตาประจำปียาโอปิออยด์ของสถานพยาบาล ไม่เพียงพอกับความต้องการใช้ในแต่ละปี ผู้ตอบแบบสอบถามได้ให้รายละเอียด สรุปได้ดังนี้

- การส่งต่อผู้ป่วยมาจากโรงพยาบาลอื่น ทำให้จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ปริมาณยาโอปิออยด์ที่ต้องจ่ายในโรงพยาบาลมีปริมาณเพิ่มขึ้น

- ผู้ป่วย palliative care มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ทำให้ต้องใช้ยาโอปิออยด์เพิ่มขึ้น

ข้อที่ 11 รายการยาโอปิออยด์ที่จัดหาโดย อย. มีชนิด รูปแบบ ความแรง ปริมาณ ไม่ครอบคลุมเพียงพอกับความต้องการของสถานพยาบาล ผู้ตอบแบบสอบถามได้ให้รายละเอียด สรุปได้ดังนี้

- ต้องการให้รายการยาในกลุ่มนี้มีความหลากหลายมากขึ้น เพื่อให้ครอบคลุมการดำเนินการของ palliative care

ข้อที่ 12 ขั้นตอนการสั่งซื้อยาโอปิออยด์จาก อย. ยุ่งยาก หลายขั้นตอน ทำให้การสั่งซื้อล่าช้า ผู้ตอบแบบสอบถามได้ให้รายละเอียด สรุปได้ดังนี้

- ขั้นตอนการสั่งซื้อแต่ละขั้นใช้เวลานาน ตั้งแต่เริ่มส่งเอกสารคำขอซื้อถึงได้รับยาใช้เวลาประมาณ 1 เดือน ซึ่งบางครั้งไม่ทันท่วงที ทำให้เกิดปัญหาขาด

- ในใบคำขอซื้อที่มีการสั่งซื้อหลายรายการ บางครั้งยาบางรายการหมด ทำให้ต้องแยกใบคำขอซื้อแต่ละรายการ

- ต้องมีการจัดส่งรายงานก่อนจึงจะอนุมัติขาย ซึ่งเป็นการเพิ่มขึ้นตอน โรงพยาบาลต้องทำรายงานซ้ำซ้อน

- ขาดความยืดหยุ่น กรณีโรงพยาบาลมีการรายงานผ่านช่องทางออนไลน์แล้ว แต่ อย. ยังไม่ยอมอนุมัติขายให้จนกว่าจะได้รับเอกสารรายงานตัวจริง

ข้อที่ 13 ช่องทาง วิธีการในการติดต่อสั่งซื้อยาโอปิออยด์ กับ อย. ทำได้ยาก ไม่สะดวก ผู้ตอบแบบสอบถามได้ให้รายละเอียด สรุปได้ดังนี้

- โทรศัพท์ติดต่อเจ้าหน้าที่ยาก บางครั้งเจ้าหน้าที่ไม่อยู่ แจ้งว่าจะติดต่อกลับแต่ไม่ได้ติดต่อกลับ ทำให้มีผลต่อความล่าช้าในการจัดซื้อยาโอปิออยด์

- ไม่มีช่องทางสั่งซื้อแบบเร่งด่วน

ข้อที่ 14 อย. ไม่มีระบบการรับยาคืนหรือแลกเปลี่ยนยา ทำให้สถานพยาบาลบริหารจัดการยากได้ยาก ผู้ตอบแบบสอบถามได้ให้รายละเอียด สรุปได้ดังนี้

- ยาใกล้หมดอายุไม่สามารถแลกเปลี่ยนคืนกับ ออย.ได้ ส่งผลให้หมดอายุที่โรงพยาบาล ทำให้ต้องมีการแลกเปลี่ยนหรือให้ยืมใช้ยาภายในจังหวัด โดยเฉพาะยาที่มีอายุยาสั้นหรือมีการส่งจ่ายน้อย

- โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กบางแห่ง บางทีมีผู้ป่วยไม่มาก ทำให้ยาบางรายการใช้ไม่ทันหมดอายุ ต้องทำลายทิ้ง

- เนื่องจากไม่สามารถแลกเปลี่ยนยาคืนได้ ทำให้โรงพยาบาลไม่กล้าสำรองยาไว้มาก ซึ่งบางครั้งเมื่อมีเคสเร่งด่วนทำให้มียาไม่เพียงพอจ่าย

ข้อที่ 15 ระบบการจัดส่งยาของ ออย.ล่าช้า ผู้ตอบแบบสอบถามได้ให้รายละเอียด สรุปได้ดังนี้

- เคยพบปัญหาการจัดส่งยาช้า ทำให้ต้องมีการจัดสรรยาที่เหลืออยู่ที่ผู้ป่วยแต่ละราย ในปริมาณที่จำกัด ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาลบ่อยขึ้น

- กรณีที่โรงพยาบาลต้องการยาเร่งด่วน อยากให้ ออย.มีช่องทางหรือวิธีการจัดส่งแบบเร่งด่วน

ข้อที่ 16 ปัญหาชำรุดเสียหาย เนื่องจากการจัดส่งของ ออย. ผู้ตอบแบบสอบถามได้ให้รายละเอียด สรุปได้ดังนี้

- เคยพบปัญหาแตก เช่น กรณีของขวดยา Methadone แตก หลอดยาฉีดแตกหักชำรุด

ข้อที่ 17 การขาดยาคลังของ ออย. ทำให้ไม่มียาจำหน่ายให้สถานพยาบาลในบางช่วงเวลา ผู้ตอบแบบสอบถามได้ให้รายละเอียด สรุปได้ดังนี้

- มีบางช่วงเวลาที่ยาโอปิออยด์บางรายการของ ออย. ขาด ทำให้โรงพยาบาลต้องรอได้รับยาล่าช้ากว่าปกติ

นอกเหนือจากปัญหาและข้อจำกัดข้างต้นแล้ว ผู้ตอบแบบสอบถามได้เสนอประเด็นปัญหาและข้อจำกัดเพิ่มเติม ได้แก่ .

1. ขั้นตอนในการทำลายยาเสพติดที่หมดอายุ มีขั้นตอนที่ยุ่งยาก ทำให้โรงพยาบาลไม่อยากจะสำรองยาโอปิออยด์ เพราะไม่อยากจะยุ่งยากทำลายยาหมดอายุ

2. การติดตามผู้ป่วยที่มีการส่งจ่ายยาโอปิออยด์ไปใช้ที่บ้านยังไม่เป็นระบบต่อเนื่อง

3. โรงพยาบาลชุมชนไม่ยอมเพิ่มชนิดและรายการยาโอปิออยด์ในบัญชียาของโรงพยาบาลให้ครอบคลุม แต่ใช้การส่งต่อผู้ป่วยให้ไปรับยาที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่แทน ทำให้ผู้ป่วยไม่สะดวก ต้องเดินทางไกล

4. ในการจ่ายยาฉีดให้ผู้ป่วยนำกลับไปใช้ที่บ้าน ทางโรงพยาบาลขาดอุปกรณ์ syringe driver ให้กับผู้ป่วย รวมถึงยังไม่มีแนวทางชัดเจนเกี่ยวกับปริมาณยาที่สามารถจ่ายให้ผู้ป่วยนำกลับไปใช้ที่บ้าน

### 3. ข้อเสนอแนะและแนวทางในการแก้ไขปัญหา

จากปัญหาและข้อจำกัดในการใช้ยาโอปิออยด์ที่พบในสถานพยาบาลข้างต้น ผู้ตอบแบบสอบถามได้เสนอแนะแนวทางในการแก้ไขปัญหา สรุปได้ดังนี้

1. กรณีมีการส่งต่อผู้ป่วย ควรมีการจัดทำระบบส่งต่อที่ชัดเจน แจ้งข้อมูลผู้ป่วยที่จำเป็นสำหรับใช้ประกอบการพิจารณาหากต้องมีการปรับชนิดและรูปแบบยาเดิมที่ผู้ป่วยใช้รักษา เพื่อให้สอดคล้องกับชนิดและรูปแบบยาของโรงพยาบาลที่รับส่งต่อผู้ป่วย รวมถึงส่งต่อยาที่ผู้ป่วยได้รับเดิมมาด้วย

2. โรงพยาบาลควรมีการจัดทำหลักเกณฑ์มาตรฐานเกี่ยวกับการส่งจ่ายยาโอปิออยด์ของโรงพยาบาล เพื่อให้แพทย์ที่ส่งจ่ายมีแนวทางชัดเจนในการส่งจ่าย

3. การส่งรายงานการรับจ่ายยาโอปิออยด์ควรพัฒนาให้เป็นแบบออนไลน์ ไม่จำเป็นต้องส่งเป็นเอกสาร เพื่อความสะดวกรวดเร็ว และลดการใช้กระดาษโดยไม่จำเป็น



4. กำหนดเป็นนโยบายหรือข้อตกลงในภาพรวม รวมทั้งมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน และใช้เหมือนกันทั่วประเทศ นอกจากนี้ควรสร้างความรู้ความเข้าใจในการใช้ยาโอปิออยด์ ในทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งหน่วยงานรัฐ บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วย เพื่อให้มีการใช้และเข้าถึงยาโอปิออยด์อย่างครอบคลุมและสมเหตุสมผล

5. ส่งเสริมให้มีการจัดอบรมบุคลากรทางการแพทย์เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

6. อย.ควรจัดให้มีระบบการรับแลกเปลี่ยนยาโอปิออยด์ที่ใกล้หมดอายุ โดยกำหนดหลักเกณฑ์การขอแลกเปลี่ยนยา เนื่องจากอัตราการใช้ยาโอปิออยด์ในแต่ละโรงพยาบาล และแต่ละช่วงเวลา ไม่แน่นอน ส่งผลให้เกิดปัญหาค้างสต็อก และหมดอายุต้องทำลาย อันเป็นการสูญเสียงบประมาณโดยสิ้นเปลือง

7. แต่ละวิชาชีพควรรหาแนวทางร่วมกันเพื่อส่งเสริมการสั่งจ่ายยาฉีด morphine injection ให้ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้ยาที่บ้านอย่างเหมาะสม

8. เสนอให้แต่ละโรงพยาบาลมีแพทย์ประจำ palliative care team

9. ปรับกฎระเบียบเกี่ยวกับการทำลายยาโอปิออยด์ให้สะดวกมากขึ้น เช่น ไม่ต้องทำเรื่องเสนอถึงผู้ว่าราชการจังหวัดหรือนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

### ส่วนที่ 3 ผลการศึกษาจากการเก็บข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาโดยการเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์บุคคลที่มีความรู้ความเข้าใจ หรือมีประสบการณ์เกี่ยวกับยาโอปิออยด์เป็นอย่างดี จำนวน 6 ท่าน อันได้แก่

1. ผู้แทนจากกองบริหารการสาธารณสุข
2. ประธานคณะอนุกรรมการ service plan สาขาประคับประคอง
3. วิชาการผู้ทรงคุณวุฒิด้านความปลอดภัยและประสิทธิภาพของผลิตภัณฑ์และการใช้ผลิตภัณฑ์ด้านสาธารณสุข
4. แพทย์ผู้มึประสบการณ์ในการใช้ยาโอปิออยด์เป็นอย่างดี
5. พยาบาลผู้มึประสบการณ์ในการใช้ยาโอปิออยด์เป็นอย่างดี
6. เภสัชกรผู้มึประสบการณ์ในการใช้ยาโอปิออยด์เป็นอย่างดี

ซึ่งผลการศึกษาโดยการสัมภาษณ์บุคคลดังกล่าวข้างต้น ได้ให้ข้อคิดเห็นในประเด็นเกี่ยวกับปัญหาและข้อจำกัดในการใช้ยาโอปิออยด์ รวมถึงข้อเสนอแนะและแนวทางในการแก้ไขปัญหา สรุปได้ดังนี้

#### ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและข้อจำกัดในการใช้ยาโอปิออยด์

ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและข้อจำกัดในการใช้ยาโอปิออยด์ ดังนี้

1. กรอบชนิดและจำนวนรายการยาโอปิออยด์ของโรงพยาบาล ไม่ครบตามความเหมาะสม

เนื่องจากโรงพยาบาลมีหลายระดับ การคัดเลือกรายการยาในแต่ละระดับโรงพยาบาลจะแตกต่างกัน ถึงแม้ว่าในปัจจุบันจะมีการกำหนดชนิดและจำนวนรายการยาโอปิออยด์ แบ่งตามความเหมาะสมของโรงพยาบาลแต่ละระดับในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขแล้ว แต่พบว่าโรงพยาบาลหลายแห่งยังมีชนิดและจำนวนรายการยาไม่ครบตามที่กำหนดไว้ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 1 กล่าวว่า “แต่จากการสำรวจที่ผ่านมา ก็พบปัญหาว่า โรงพยาบาลหลายแห่งยังมีชนิดรายการยาโอปิออยด์ไม่ครบตามที่กำหนดไว้ตามที่แต่ละระดับโรงพยาบาลควรมี ดังนั้นการคัดเลือกยาเข้าโรงพยาบาลปัญหาน่าจะมีเรื่องชนิดและจำนวน

รายการยาของโรงพยาบาลบางแห่งที่ไม่เพียงพอในการซัพพอร์ผู้ป่วย” และผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 3 กล่าวว่า “หลายโรงพยาบาลการจะเอายาโอปิออยด์เข้าบัญชียาของโรงพยาบาลก็ยาก บางครั้งก็ถูกจำกัดความแรงของยา เหมือนอย่างมอร์ฟินมีความแรงหลายขนาด ส่วนใหญ่โรงพยาบาลบางที่เขาก็เลือกยาเข้าแค่ความแรงใดความแรงหนึ่ง ที่นี้ยากกลุ่มพวกนี้ก็มีเรื่องของโควตา ถ้ามีการขาดยาขึ้นมา เขาจะเปลี่ยนไปซื้อยาความแรงอื่นก็ไม่ได้ เพราะในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาลไม่มี”

ซึ่งผลจากการที่โรงพยาบาลมีกรอบชนิดและจำนวนรายการยาโอปิออยด์ ไม่ครบตามความเหมาะสม ทำให้ส่งผลกระทบต่อการใช้ยาของผู้ป่วยได้ โดยเฉพาะในกรณีที่มีการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อไปรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ดังจะเห็นได้จากที่ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 2 กล่าวว่า “ยาที่มีอยู่ในระบบปัจจุบันยังไม่ทั่วถึงในโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กก็ไม่มียา จะเห็นว่ากลุ่ม kaptopril, fentanyl โรงพยาบาลขนาดเล็กก็จะไม่มี ถ้าคนไข้อยู่ในโรงพยาบาลชุมชน บ้านอยู่ไกลมาก เขาต้องเดินทางไกลเพื่อมารับยาในโรงพยาบาลจังหวัด เขาก็เลยไม่มา ถ้าเขาเดินทางมาแสดงว่าเขาต้องเสียค่ารถมา” สอดคล้องกับผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 5 ที่ให้ความเห็นว่า “กรอบรายการยาตามที่กระทรวงกำหนดออกมา พอมาถึงโรงพยาบาลขนาดเล็กไม่มียาตามกรอบรายการยา ผอ.บางท่านไม่สนใจ ไม่มียาจ่ายให้ คนไข้ก็ต้องวิ่งมาเอาที่โรงพยาบาลใหญ่ แล้วบางรายที่อยู่ไกล 60 -70 กิโลเมตร คนไข้เขาจะมาได้ยังไง มันเสียเวลา และคนไข้บางคนเขาไม่มีเงินเดินทางมา” เช่นเดียวกับที่ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 6 กล่าวว่า “เรื่องของการส่งต่อคนไข้ เวลาที่เราส่งต่อคนไข้ไปที่โรงพยาบาลชุมชน หรือ โรงพยาบาลที่อยู่ในเขต จริงๆเราอยากให้คนไข้ไปรับยาใกล้บ้านที่สุด เราไม่อยากให้คนไข้ต้องเดินทางมาที่โรงพยาบาลไกลๆเพื่อมารับยาทุกครั้งๆรอบ แต่โรงพยาบาลขนาดเล็กบางที่ไม่มียา กรอบรายการยายังน้อยอยู่ทำให้คนไข้ต้องลำบากในการเดินทางมารับยา”

## 2. การจัดซื้อจัดหา การบริหารยาคลัง

กรณีที่มีการจัดซื้อจัดหา รวมถึงมีการบริหารยาคลังที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดปัญหาที่พบได้บ่อยและเป็นปัญหาหลักอย่างหนึ่งของโรงพยาบาลผู้ให้ยา เช่น เกิดปัญหาการขาดยา ยาไม่เพียงพอจ่ายให้กับผู้ป่วย หรือบางกรณีพบว่ามียาคลังค้าง ยาหมดอายุ เป็นต้น ดังที่ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 1 กล่าวว่า “โรงพยาบาลไม่สต็อกยากลุ่มนี้ไว้มาก เพราะหากไม่มีการใช้ ปัญหาที่ตามมาคือ ส่งคืน แลกเปลี่ยนไม่ได้ เมื่อยาหมดอายุก็ต้องตั้งคณะกรรมการเพื่อขออนุมัติทำลายยา มีปัญหาเรื่องระเบียบพัสดุว่าปล่อยให้ยาหมดอายุ หรือบางกรณีมีผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ยาเข้ามา ก็จัดซื้อจัดหาไม่ทัน” และผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 6 กล่าวว่า “โรงพยาบาลชุมชนบางแห่ง สต็อกยาฉีดแค่ 50 amp แต่ว่าเจอคนไข้ palliative care เคสที่ใช้ยาเยอะไปเคสหนึ่ง ปรากฏว่าคนไข้ต้องใช้มอร์ฟินฉีดวันละ 10 amp เพราะฉะนั้นอยู่ได้แค่ 5 วัน ยาทั้งหมดโรงพยาบาลแล้ว” ซึ่งปัญหาดังกล่าวทำให้เกิดปัญหาตามมา คือ กรณีของการยืมยาระหว่างโรงพยาบาล เนื่องจากการขาดยาของโรงพยาบาล ตามที่ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 6 กล่าวเสริมว่า “มันก็เลยจะเกิดเป็นปัญหาวนขึ้นมา คือ มาขอยืมยาจากโรงพยาบาลใหญ่แล้วก็เอาไปใช้” และ “แต่จริงๆ แล้วถ้าระบบสต็อกมันดี เรื่องยืมยามันจะไม่มีปัญหา แต่พอระบบสต็อกไม่ดี ยามันขาด มันก็เลยย้อนมาที่การต้องยืมยาตราบไต่ที่บริหารสต็อกไม่ดี มันก็จะยังเจอปัญหานี้อยู่”

## 3. บุคลากรทางการแพทย์

พบว่าปัญหาสำคัญที่ทำให้การส่งจ่ายยาโอปิออยด์ในประเทศไทยยังอยู่ในระดับต่ำ ส่วนหนึ่งเกิดจากตัวของบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ส่งจ่ายยา เช่น ยังขาดองค์ความรู้ ขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาโอปิออยด์ ผู้ป่วยไม่ได้รับการวินิจฉัยและการส่งจ่ายยาที่เหมาะสม ดังจะเห็นได้จากผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 2 กล่าวว่า “หนึ่ง ความเข้าใจใน chronic pain น้อย โรงเรียนแพทย์เน้นการสอนการดูแล acute pain หลังผ่าตัด แต่ไม่ได้สอน palliative care ซึ่งเกี่ยวกับ chronic pain สอง ความกลัว side effect เรื่องกด

การหายใจ เราถูกสอนมาใน acute pain จนกลัวที่จะใช้ประโยชน์ของมัน เพื่อลดการหายใจในคนไข้ที่มี air hunger” และผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 3 กล่าวว่า “ผู้สั่งใช้ยากลุ่มนี้ทำได้เฉพาะแพทย์ เพราะฉะนั้นตรงนี้ก็ตัองยอมรับว่าการใช้ยาของประเทศขึ้นกับแพทย์จริงๆ ขนาดเราซึ่งเป็นผู้ supply ยา บางครั้งยังประมาณการใช้ยาของกลุ่มนี้ของประเทศลำบาก เพราะบางที่แพทย์มี trend การใช้ยาตัวใดตัวหนึ่งพุ่งขึ้นมา หรืออยู่ๆใช้ยาตัวนี้ลดลงก็มี เพราะฉะนั้นส่วนใหญ่ขึ้นกับผู้สั่งใช้ยา ซึ่งส่งผลต่อการเข้าถึงยาของผู้ป่วยด้วย” เช่นเดียวกับผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 4 ที่ให้ความเห็นว่า “ตัวผู้สั่งใช้ยา ซึ่งเป็นบุคลากรทางการแพทย์ อย่างเช่น หมอ คนที่มีประสบการณ์การใช้ ที่จะใช้ด้วยความมั่นใจและสามารถที่จะใช้ยาได้เหมาะสมจริงๆ ก่อนข้างที่จะมีน้อย กรณีแพทย์ที่จบใหม่ แพทย์สาขาอื่นๆ การใช้ยาเหล่านี้ จะยังไม่ค่อยกล้าใช้ เพราะยังไม่มี ความชำนาญ และยังมี ความเข้าใจว่ายาโอปิออยด์ใช้ลดอาการปวดเพียงอย่างเดียว แต่บางที่คนไข้หอบเหนื่อยด้วยสาเหตุต่างๆ เขาก็ไม่ได้นำยาเหล่านี้มาใช้ ทำให้การใช้ยาน้อยลง ประกอบกับแพทย์บางคนก็จะมี ความรู้สึกกลัวว่าใช้แล้วมันเกิดผลกระทบบ คนไข้จะมีความดันต่ำ และคนไข้จะเสียชีวิต” ซึ่งสอดคล้องกับผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 5 ที่กล่าวว่า “หมอไม่กล้าสั่งจ่าย ปัจจัยที่หมอไม่กล้าสั่งคือ หมอบางคนเข้าใจผิดที่ว่ามี opioid เข้าใจผิดเข้าไปแล้ว คนไข้จะเสียชีวิตเร็วขึ้น เพราะเคยเจอประเด็นที่ว่า เวลาที่อาจารย์หมอสั่งยาโอปิออยด์ให้คนไข้ หมออินเทิร์นเขาจะ ไปบอกกับคนไข้ ว่าเข้าสู่ระยะท้ายแล้วต้องให้มอร์ฟีน คนไข้จะหลับหรือคนไข้จะไปเร็ว อันนี้เจอบ่อย” และ “ยังมีหลายโรงพยาบาลที่หมอยังไม่เข้าใจเรื่องงาน palliative แล้วไม่เคยผ่านการอบรม เขาจะไม่กล้าที่จะสั่งจ่ายยา โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชน ส่วนใหญ่เป็นหมออินเทิร์นที่เรียนจบมาไม่นาน เขาจะไม่มียัง ความรู้เรื่องของการใช้โอปิออยด์เลยในกลุ่มคนไข้ palliative” และตรงกับความเห็นของผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 6 ที่ให้ความเห็นว่า “คนไข้ palliative care อาจจะไม่ได้ถูก diagnose แต่กระจายไปอยู่ตามแผนกต่างๆ ซึ่ง แพทย์เหล่านั้นอาจจะมียังความรู้ในเรื่องของยาโอปิออยด์น้อยกว่าทีมที่ดูแล palliative โดยตรง เพราะฉะนั้นบางเคส คือ คนไข้จะไม่ได้รับยาโอปิออยด์ เข้าไม่ถึงยา ด้วยองค์ความรู้ของแพทย์ที่ยังไม่มี ความเชี่ยวชาญ

และยังพบว่าบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ เช่น เภสัชกร ก็มีส่วนในการทำให้การจ่ายยาโอปิออยด์ถูกจำกัด ดังจะเห็นได้จากที่ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 5 กล่าวว่า “บางแห่งเภสัชกรไม่เคยผ่านการอบรม และไม่ให้นำยาออกนอกโรงพยาบาล ถ้าจะจ่ายยาออกต้องรอมอเท่านั้น แล้วต้องจ่ายภายในเวลาราชการเท่านั้น ถ้าเลย 16.00 น.ไปแล้ว นอกเวลาห้ามเอายาออก เสาร์อาทิตย์ก็จ่ายไม่ได้ มันมีอีกหลายโรงพยาบาลที่ไม่ได้ให้ความสำคัญและความร่วมมือ อันนี้คือประเด็นและคนไข้เข้าไม่ถึง ต้องทนนอนปวดตื้อนเข้าคอกว่ากันอีกที เพราะคนไข้มาหาเรา บอกไม่ได้ว่าจะปวดตื้อนไหน ดังนั้นคุณต้องเอื้ออำนวยทุกโรงพยาบาล เปิดตลอด 24 ชั่วโมง ห้องยาต้องเอื้อเรื่องยาด้วย” เช่นเดียวกับผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 6 ที่ให้ความเห็นว่า “บุคลากรทางการแพทย์กลัว ไม่มั่นใจ ด้วยความที่มันขึ้นเป็นยาเสพติดให้โทษ เภสัชกรที่อยู่ในห้องยาจะมีความเข้มงวด ความรัดกุม จู้จุกจิก มันจะเป็นเอกลักษณ์ของเภสัชกรอยู่แล้วในการที่จะจ่ายยานี้ออกไป”

นอกจากนี้ยังมีประเด็นเกี่ยวกับความมั่นใจในกระบวนการควบคุมของโรงพยาบาลและทัศนคติของผู้สั่งจ่ายที่ส่งผลต่อการพิจารณาจ่ายยา ดังจะเห็นได้จากที่ ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 4 กล่าวว่า “แพทย์กลุ่มอื่นๆ หรือที่โรงพยาบาลอื่น เขาอาจจะไม่ทราบขั้นตอนกระบวนการติดตามของโรงพยาบาล หรือโรงพยาบาลบางแห่งก็ยังไม่ได้มีระบบที่รัดกุม ทำให้แพทย์ไม่มั่นใจในการสั่งยา นอกจากนี้ส่วนหนึ่งยังคิดว่ายาเหล่านี้เป็นยาเสพติด ทัศนคติมุมมองมันคือยาเสพติดและไม่กล้าใช้ แต่จะหันไปเลือกใช้อย่างอื่นทดแทน ซึ่งบางทีผลเสียมันมากกว่า”

#### 4. ผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วย

เนื่องด้วยยาในกลุ่มโอปิออยด์ถูกจัดเป็นยาเสพติดให้โทษ ทำให้การรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับยาดังกล่าวเป็นไปได้ในทางลบ ผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยอาจมีทัศนคติที่ไม่ดีในการใช้ยากกลุ่มนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในบางครั้งได้รับการสื่อสารที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับยาโอปิออยด์ จนส่งผลให้ไม่ยากใช้ หรือพยายามหลีกเลี่ยงการใช้ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 2 กล่าวว่า “คนไทยเองที่ไม่ใช่หมอ บุคลากรทางการแพทย์ พอพูดถึง morphine แล้วกลัว บางที่ได้ยาไปก็ไม่กิน หรือขอไม่รับยานี้ เพราะรู้ว่ามันเป็นยาเสพติด ความกลัวของเขา คือ เป็นยาเสพติดใช้แล้วจะติด หยุดไม่ได้ แต่เขาขาดการอธิบายว่า เมื่อเขาเป็น chronic pain อาการปวดนั้น จะไม่มีทางหาย คนไข้ป่วยระยะท้ายไม่ต้องกลัวติด ขอให้อยู่กับมันอย่างเหมาะสม ไม่ใช่ overuse คือไม่ใช่กินความปวด แต่ก็ต้องไม่ใช่ underuse คือปวดๆหายๆ ต้อง pain free ตลอด 24 ชั่วโมง ไม่ว่าจะปวดตื่นหรือหลับ” เหมือนกับผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 4 ที่กล่าวว่า “ชาวบ้านบางคนเขาจะเข้าใจและคิดว่ายาโอปิออยด์เป็นยาเสพติด ใช้แล้วจะติดยาไหม หรือเห็นคนไข้ที่เป็นผู้ป่วยระยะท้ายฉีดมอร์ฟินแล้วจะเสียชีวิต ก็เข้าใจว่ามันเป็นเพราะยา จึงไม่ยากจะให้ใช้กับญาติตัวเองและคนไข้ก็ยังมี ความเข้าใจที่ไม่ค่อยถูกต้องเกี่ยวกับยานี้เท่าไร”

#### 5. ข้อกฎหมายและกฎระเบียบ

พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 เป็นกฎหมายที่บัญญัติขึ้นมาเพื่อควบคุม กำกับดูแลเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษ ซึ่งรวมถึงยาในกลุ่มโอปิออยด์ ที่จัดเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 และนอกจากนี้ยังพบว่า ได้มีการกำหนดกฎระเบียบต่างๆ ในโรงพยาบาลขึ้นมาเพื่อใช้ในการควบคุมการจ่าย ยาในกลุ่มโอปิออยด์เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการนำไปใช้ในทางที่ผิด ซึ่งการควบคุมที่เข้มงวดดังกล่าวพบว่าเป็น ส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดปัญหาและอุปสรรคในการบริหารจัดการการใช้ยาโอปิออยด์ในประเทศ ดังที่ผู้ให้ข้อมูล ท่านที่ 1 ให้ความเห็นว่า “เรื่องการเข้าถึงยาก เนื่องจากการใช้มีการควบคุมกำกับเข้มงวด ที่แพทย์ไม่ยาก ง่ายน่าจะกลัวเรื่องข้อกฎหมาย เพราะเวลาแพทย์จะสั่งจ่ายต้องเซ็นชื่อในใบสั่งจ่าย มันเป็นการผูกความ รับผิดชอบของแพทย์” และผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 2 ให้ความเห็นว่า “ปัญหาตอนนี้ของเราอย่างหนึ่ง คือ กฎหมาย แต่มันก็เป็นแบบนี้หลายประเทศ ส่วนใหญ่เขาก็มีกฎหมายควบคุมกันทั้งนั้น ซึ่งกฎหมายข้อหนึ่ง ที่มองว่าเป็นอุปสรรคของเรา คือ ห้ามซื้อ ขาย แลกเปลี่ยน ยืม คิน” โดยผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 2 ได้อธิบาย เพิ่มเติมถึงข้อจำกัดในการควบคุมดังกล่าวว่าส่งผลให้การบริหารจัดการยาทำได้ยาก ซึ่งได้ยกตัวอย่างดังที่ กล่าวว่า “ถ้าโรงพยาบาลที่หนึ่งมียาใกล้หมดอายุ โรงพยาบาลที่สองอยากได้ยานั้นด่วน แต่ไม่สามารถขอ จากโรงพยาบาลที่หนึ่งได้ หรือถ้าโรงพยาบาลที่หนึ่งมียาใกล้หมดอายุจะขอคืนยามาที่ อย. ก็ทำไม่ได้ ต้อง ทำลาย ซึ่งการทำลายก็คือการเอาเงินไปเผาทิ้ง แบบนี้โรงพยาบาลที่หนึ่งก็ไม่อยากจะทำ เพราะว่ามันทำให้เขาต้องเสียเงินบำรุงไปกับการมีสต็อกยากกลุ่มนี้ เพื่อให้คนไข้ซึ่งจะมีหรือไม่มีก็ไม่รู้”

สำหรับกฎระเบียบอื่นๆ ที่มีการกำหนดเพิ่มเติมสำหรับโรงพยาบาลผู้สูงอายุ เพื่อใช้ในการ ควบคุมนั้น ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 4 – 6 ได้ให้ความเห็นเป็นไปได้ในทางเดียวกันว่า กฎระเบียบดังกล่าวเพิ่มขึ้นตอน การปฏิบัติงานและความยุ่งยากมากขึ้น แต่ก็ไม่ได้ยากเกินกว่าที่จะปฏิบัติตามได้ ในขณะที่เดียวกันก็มีข้อดี ในการเพิ่มความมั่นใจและความสบายใจของผู้ปฏิบัติงาน ว่ายาจะไม่รั่วไหลออกไปใช้ในทางที่ผิด หรือมีการ นำไปใช้อย่างไม่เหมาะสม ดังที่ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 4 กล่าวว่า “กฎระเบียบบางอย่างที่บางทีมันทำให้เกิดความ ยุ่งยากในการปฏิบัติงาน ก็เช่นการที่ตัว amp. ยาจะต้องเก็บกลับมาคืน บางทีหลายครั้งที่คนไข้ ญาติหรือ เจ้าหน้าที่ก็คือไม่รู้ว่าจะต้องเก็บ เขาจะใช้แล้วทิ้ง ทำให้ไม่มีมาคืน เราต้องเขียนบันทึกข้อความเพื่อจะอธิบาย เหตุผลที่ไม่มี amp. มาแลกเปลี่ยนคืน” และ “ส่วนเรื่องกฎระเบียบที่ต้องให้แพทย์เซ็นชื่อในใบสั่งยา จริง ๆ มัน ก็เช่นแคบยาเสพติด มันไม่ได้ส่งผลยุ่งยาก อย่างยาตัวอื่นที่แพงๆ เวลาจะสั่งจ่ายก็ต้องเขียนเหตุผลและมันก็

จะต้องเซ็นเหมือนกัน แต่อาจจะเซ็นเพราะว่าทัศนคติมุมมองมันต่างกัน พอต้องมาเซ็นใบยาเสพติด แพทย์บางคนอาจจะรู้สึกเหมือนว่ามันคือยาเสพติดไม่ค่อยอยากจะเซ็นสั่งจ่าย” ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 5 กล่าวว่า “เรื่องกฎระเบียบควบคุมที่เข้มงวด มันมี 2 แง่นะ อันที่หนึ่ง ถามว่ามันยุ่งยากไหม บางครั้งมันยากมาก เช่น เมื่อวานตอน 18.00 น. มีคนไข้มาแต่หมอไม่อยู่ ก็ต้องไปรับคนไข้ คั่นบัตร และจะต้องมาหาหมอให้เซ็นจ่ายยาให้ เพื่อมาเบิกยา แต่ถ้าถามว่ามันเป็นกฎระเบียบที่ทำแล้วมันสบายใจกับทุกฝ่าย แล้วทำไปทำไม ก็ไม่ได้รู้สึกว่ามันยุ่งยากถึงขนาดทำไม่ได้ แต่ว่าถ้าเราไม่มีกฎระเบียบนี้ เราก็จะตามตรวจสอบยาก สำหรับผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 6 ได้อธิบายขั้นตอนการปฏิบัติงานไว้ว่า “สำหรับการจ่ายยาในกลุ่มนี้ ถามว่ายุ่งยากหรือเปล่านั้นก็ค่อนข้างยุ่งยาก ถ้าเทียบกับการจ่ายยาทั่วไป หนึ่ง คือ แพทย์ต้องเขียนคำสั่ง แพทย์ต้องเขียนใบ ยส.5 ซึ่งยาทั่วไปไม่ต้องเขียน พอมาที่ห้องยา ห้องยาที่จะต้องมีการตัดสต็อก คือ ต้องตัดสต็อกการ์ด ถ้าเป็นยาทั่วไปหยิบในชั้นวางมาได้เลย แล้วก็พอดัดแล้วมันต้องนับยาด้วยให้ยอดตรง แล้วหลังจากนั้นก็ก็ต้องตรวจสอบใบยส.5 กับใบสั่งยาก่อน แล้วพอจะไปจ่ายยาก็คงต้องให้ญาติเซ็นชื่อรับยาด้วย มันก็จะมีขั้นตอนยุ่งยาก และตอนที่ให้เขาเอา amp ยามาแลกคืน สำหรับในเคสที่เราให้ยาฉีดเป็น amp กลับบ้านไป เราให้ 7 วัน แล้วเขาต้องเอา amp มาเปลี่ยน ถ้าเขายังมีชีวิตอยู่ส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีปัญหา แต่ถ้าเป็นคนไข้ที่ได้ไป แล้วคนไข้เสียชีวิต แล้วเราจะเก็บยาคืน อย่างนี้มันทำให้เรายุ่งยากในการต้องตามเคส ต้องตามญาติให้เอามาคืน ตรงนี้เป็นประเด็นที่ยุ่งยาก ตามซอก amp ยาเอามาคืน บางเคสปัญหาที่เราเจอคนไข้เอาซอก amp ยาไปเผาพร้อมกับ syringe driver หรือเอาไปฝัง” นอกจากนี้ในส่วนของการรายงานการรับจ่ายยาเสพติด ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 6 ได้กล่าวเสริมว่า “เรื่องของขั้นตอนการรายงาน บางที่โรงพยาบาลชุมชนเขาก็บอกว่าขั้นตอนมันมีเยอะ คือ ต้องทำรายงานส่งด้วย คนของเขาหน่อย ถ้าต้องมีคนเข้าไปทำตรงนี้ มันก็จะทำให้คนของเขาไม่พอ”

#### 6. การขาดการสื่อสาร

ปัญหาหนึ่งที่พบ คือ การขาดการสื่อสาร เพื่อทำความเข้าใจให้ตรงกันระหว่างหน่วยงาน ทำให้บางครั้งเกิดความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องตรงกัน จนนำไปสู่การปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง ไม่ว่าจะเป็นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับข้อกฎหมาย หรือการถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงาน ดังเช่น ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 1 ให้ข้อมูลว่า “เราก็ไม่อยากจะไปกำหนดเป็นนโยบายไปโดยยังไม่มีมีการพูดคุยกับทางโรงพยาบาลก่อน ว่ามีประเด็นอะไรที่ยังไม่จัดซื้อยาโอปิออยด์ ตามรายการที่กำหนดไว้ เพราะบางโรงพยาบาลแพทย์อาจไม่มีการสั่งจ่ายยาตัวนี้ เกสซักรักไม่สั่งยาเข้าโรงพยาบาล ตรงนี้คิดว่าปัญหาคือการสื่อสาร เพราะเราทำคู่มือแนวทางส่งไปตามโรงพยาบาล แต่ยังไม่เคยมีการสื่อสารกับทางโรงพยาบาลเลย” และตามที่ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 2 กล่าวว่า “การนำยาฉีดออกไปนอกโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่วนใหญ่เข้าใจว่าทำไม่ได้ เพราะกฎหมายห้าม ซึ่งหากทำได้ ตรงนี้ก็ต้องไปสื่อสารว่าสามารถทำได้ด้วยวิธีไหนบ้าง”

#### 7. นโยบายการจ่ายเงินชดเชยของ สปสช.

จากข้อมูลเกี่ยวกับระบบการจ่ายเงินชดเชยของ สปสช. พบว่ามีความสัมพันธ์กับปริมาณการจ่ายยาโอปิออยด์ในโรงพยาบาล ดังที่ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 2 ได้ให้ข้อมูลว่า “ระบบการจ่ายเงินของ สปสช. เมื่อปี 2554 จะเห็นว่ามีค่าใช้จ่ายเยอะขึ้น เพราะเป็นปีที่ สปสช. จ่ายค่าชดเชยยากกลุ่มอนุพันธ์ฝิ่นสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง พอจ่ายเงินปุ๊บ ก็มีการใช้ทันที อัตราการใช้พุ่งสูงขึ้น ต่อมาปี 2559 มีการปรับ คือ จ่ายชดเชยยากกลุ่มอนุพันธ์ฝิ่น จ่ายค่า oxygen คือจ่ายค่ากิจกรรมของ palliative care ทั้งหมด ซึ่งมันมีปัญหาว่าการจ่ายแบบนี้ โรงพยาบาลต้องศิรัยละเอียดเยอะ คนศิรัยเริ่มไม่ยอมศิรัยข้อมูล สปสช. ก็เห็นใจ คือ ตั้งเงินไว้ให้จ่ายเหมือนเดิม แต่เปลี่ยนเป็นเหมาจ่ายผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ระยะสุดท้ายตามเวลาเสียชีวิต การเหมาจ่ายรวมการเยี่ยมบ้าน ค่ายา ค่า oxygen ค่าดูแลแผล ผลคือ มีการเยี่ยมบ้านเพิ่มขึ้น แต่ไม่ได้ลด

การมาโรงพยาบาลขนาดใหญ่ของผู้ป่วย เพราะโรงพยาบาลชุมชนถึงจะไม่จ่ายยา morphine เพิ่มจากเดิมที่เคยจ่าย ก็ยังคงได้รับเงินอยู่ดี เพราะฉะนั้นโรงพยาบาลไม่ต้องมียา ไม่ต้องสต็อก แต่ลงไปเยี่ยมบ้าน ก็ได้เงินในอัตราเดียวกัน เพราะมันคือการเหมาจ่ายรายเดือน”

#### 8. การจัดหายาโอปิออยด์ให้เพียงพอสำหรับใช้ในประเทศ

ด้วยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา โดยกลุ่มเงินทุนหมุนเวียนยาเสพติด เป็นหน่วยงานเดียวในประเทศที่ทำหน้าที่ในการจัดหาและกระจายยาในกลุ่มโอปิออยด์ ให้กับโรงพยาบาลทั่วประเทศ ซึ่งจำเป็นต้องดำเนินการจัดหาให้มีเพียงพอใช้ในประเทศ ป้องกันไม่ให้เกิดการขาดครวของยา ดังกล่าว เพราะจะกระทบต่อการขาดยาในโรงพยาบาล อันส่งผลต่อการเข้าถึงยาของผู้ป่วยได้นั้น แต่ด้วยข้อจำกัดในส่วนของผู้ผลิต ผู้นำเข้า ทำให้ที่ผ่านมามีเคยประสบปัญหาขาด ดังที่ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 3 ได้กล่าวว่า “ตั้งแต่เรื่องของการจัดหา เพราะว่ายากลุ่มนี้นับวันผู้ผลิตทั่วโลกก็ยิ่งน้อยลงเรื่อยๆ เดียวนี้พวกบริษัทยา original ต่างๆ เขาก็พยายามเลิกผลิตยากลุ่มนี้แล้วหันไปทำผลิตภัณฑ์อื่นๆ ยาอื่นๆ ที่ไม่ใช่ยาเสพติด เพราะว่าผลกำไรได้เยอะกว่าและความเสี่ยงต่ำกว่า เนื่องจากยากลุ่มนี้นอกจากจะคุมเข้มแล้ว ยังมีการแข่งขันกันจนถึงจุดที่แทบจะไม่ได้กำไร กำไรน้อยเมื่อเทียบกับความเสี่ยงที่จะได้รับ ผู้ผลิตจึงน้อยลงเรื่อยๆ เวลาเราจะหา source ของยาโอปิออยด์แต่ละตัวที่เป็นยานำเข้า มันก็จะหายากขึ้น และแม้แต่ผู้นำเข้าเองที่จะตัดสินใจนำเข้ามาเพื่อมาแข่งขันเวลาเราประกวดราคาก็มีน้อย อันนี้ก็เป็นอุปสรรคหนึ่งในการจัดหาเข้ามาใช้ในประเทศ” และ “การใช้ของประเทศเราเมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆก็ไม่เยอะ เวลาไปต่อรองเขาในเรื่องของโควตาที่จะผลิตให้เรา ก็ต่อรองได้น้อยทั้งในเรื่องของราคาและปริมาณ ยาบางตัวปริมาณที่เราตั้งเรื่องซื้อ มันน้อยกว่าปริมาณที่เขาจะผลิตแล้วคุ้มทุน บางทีเราก็ต้องไปขอแบ่งสัดส่วนเวลาให้ผู้ผลิตเขาผลิตให้ลูกค้าประเทศอื่น แล้วมาซื้อมาให้เรา เพราะว่าอัตราการใช้ของเราถือว่าน้อยมาก เมื่อเทียบกับประเทศใหญ่ๆ” นอกจากนี้ยังได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติม ดังนี้ “เวลาเรานำเข้ายามา เหมือนชีวิตเราไปผูกกับบริษัทผู้ผลิต ผู้นำเข้า เพราะระเบียบจัดซื้อจัดจ้างกำหนดให้มีการแข่งขัน มีการประมูล bidding บริษัทไหนประมูลชนะ ชีวิตเราก็ขึ้นกับเขาแล้ว ว่าเขาจะส่งมอบยาให้เราตรงตามสัญญาหรือไม่ เพราะฉะนั้นมีหลายครั้งที่ขาดเพราะบริษัทผู้ผลิตมีปัญหาในเรื่องของการผลิต มีปัญหาเรื่องการนำเข้า ปัญหาเรื่องการวิเคราะห์คุณภาพก็เคยมี พอถึงงวดแล้วไม่สามารถส่งยาให้เราได้” ซึ่งผลจากที่กล่าวมาข้างต้นส่งผลให้เกิดปัญหาขาดครวได้บางช่วง ตามที่ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 3 กล่าวเพิ่มเติมว่า “ที่ผ่านมาก็เคยเจอปัญหาโอปิออยด์ขาดครว เช่น fentanyl ล่าสุดก็ morphine SR 50 mg กับ 100 mg ปัญหา คือ ผลการตรวจวิเคราะห์มีปัญหา สุดท้ายบริษัทผู้ผลิตซึ่งเป็นผู้ผลิตรายเดียวต้องส่งคนมาตรวจสอบแล้วพวกนี้เขาไม่สนใจ เพราะเขาเป็นผู้ผลิตรายเดียว จะขายหรือไม่ขายให้เราก็ได้ เพราะเราไม่ใช่ลูกค้ารายใหญ่ของเขา แต่ผู้ป่วยเราต้องไ้ยา นี่เป็นข้อจำกัด เพราะผู้ผลิตก็มีน้อยรายไม่ค่อยมีคนผลิต”

นอกจากนี้ยังพบว่ากฎระเบียบในการจัดซื้อจัดจ้าง ก็เป็นอีกประเด็นหนึ่งที่ส่งผลต่อการดำเนินงานจัดหาโอปิออยด์เพื่อใช้ในประเทศ กล่าวคือ การจัดซื้อจัดจ้างเพื่อจัดหาเข้ามาใช้ในประเทศต้องดำเนินการภายใต้กฎหมายและระเบียบ โดยเฉพาะระเบียบพัสดุเรื่องการจัดซื้อจัดจ้าง ดังที่ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 3 ได้กล่าวว่า “ระเบียบตรงนี้นั้นมันไม่ได้ถูกออกแบบมาเพื่อการใช้สำหรับจัดซื้อยากลุ่มพวกนี้ ระเบียบพวกนี้กำหนดให้ทุกหน่วยงานของรัฐต้องปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด เพราะฉะนั้นการจะจัดซื้อต้องระเบียบให้ตี เพราะเราเองก็เป็นกองทุน ที่ต้องโดนตรวจสอบโดย สตง. หรือตรวจสอบภายใน ตรงนี้ก็เป็นอุปสรรคเหมือนกัน เพราะระเบียบการจัดซื้อจัดจ้างก็ไม่ได้เอื้อให้กับการจำหน่ายยากลุ่มนี้ จริงๆถ้ามีระเบียบเฉพาะสำหรับยากลุ่มนี้เลยก็ดี การบริหารจัดการจะได้สะดวกขึ้น” รวมถึงกฎระเบียบต่างๆที่มีอยู่ในปัจจุบันทำให้การจัดหาให้พอเพียงกับอัตราการใช้เป็นไปได้ยากขึ้น ตามที่ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 3 ให้ข้อมูลว่า “เดิมเราเคย

ใช้นโยบายจัดซื้อยาสต็อก 2 ปี คือ จัดซื้อจัดจ้างครั้งหนึ่งในระยะเวลาใช้ 2 ปี แต่ว่าทยอยส่งมอบเป็นงวดๆ เพื่อความมั่นคงไม่ต้องจัดซื้อบ่อยและมีเวลาในการตั้งเรื่อง เวลาที่บริษัทส่งมอบไม่ได้ แต่ปรากฏว่า กรมบัญชีกลางไม่ยอมให้ทำเช่นนี้ แต่ให้เราจัดซื้อแค่ในอัตราการใช้ 1 ปี เพราะเขามองว่าหน่วยราชการในประเทศใช้วิธีงบประมาณรายปี การที่จะไปทำสัญญาซื้อผูกพันเกิน 1 ปี มันก็ไม่เป็นไปตามระเบียบของเขา”

#### 9. ความล่าช้าในการสั่งซื้อและการจัดส่งยา

เนื่องด้วยยาโอปิออยด์เป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 กระบวนการสั่งซื้อต้องยื่นเอกสารและคำขอซื้อมาที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ซึ่งบางครั้งผู้สั่งซื้ออาจรู้สึกว่าการขึ้นตอนการสั่งซื้อยุ่งยาก และล่าช้า จนเป็นอุปสรรคต่อการบริหารจัดการยาในโรงพยาบาล กรณีนี้ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 3 ได้ให้ความเห็นว่า “ปัจจุบันระบบการสั่งซื้อของเรายังเป็นระบบเอกสาร ไม่ใช่ระบบอัตโนมัติ ยังต้องใช้เจ้าหน้าที่ในการตรวจสอบเอกสาร ลงข้อมูล การส่งเอกสารยังต้องเป็นเอกสารตัวจริง มีหนังสือของหน่วยงานที่สั่งซื้อส่งมาด้วย การสั่งซื้อก็ต้องมีขั้นตอนระยะเวลาในการส่งเอกสาร ต้องใช้เวลา ซึ่งถ้าเอกสารครบถ้วนระยะเวลาในการสั่งซื้อก็ประมาณไม่เกิน 1 เดือน แต่ปัญหาที่เข้าส่วนใหญ่ คือ ส่งเอกสารสั่งซื้อไม่ครบถ้วน รายงานไม่ครบไม่เป็นปัจจุบัน เราก็ต้องคอยตามเอกสาร ก็ยิ่งทำให้ช้า แต่ตอนนี้ก็เริ่มมีการนำระบบอิเล็กทรอนิกส์มาช่วยมากขึ้น” ส่วนเรื่องปัญหาในการจัดส่งยานั้น ขณะนี้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้ดำเนินงานโดยความร่วมมือกับไปรษณีย์ไทย เพื่อลดปัญหาเกี่ยวกับการจัดส่ง ดังที่ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 3 กล่าวว่า “ตอนนี้เรามี MOU กับไปรษณีย์ไทย ร่วมมือกันจัดส่ง ทำให้ปัญหาเรื่องล่าช้าลดลง แต่มีที่เจอปัญหาบ้างก็จะเป็นเรื่องยาน้ำที่แตกระหว่างการขนส่งบ้าง ซึ่งโรงพยาบาลก็สามารถแลกเปลี่ยนคืนยาที่ชำรุดเสียหายได้”

ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 6 ได้ให้ความเห็นเกี่ยวกับกรณีความล่าช้าในการสั่งซื้อว่า “เรื่องของการสั่งซื้อยา ที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่ไม่ค่อยเจอปัญหาเพราะว่าเราจะมี minimum stock เผื่อเอาไว้พอสมควร ซึ่งถ้าเกิดเหตุการณ์ได้ยาล่าช้า หรืออะไรขึ้นมา มันก็จะมียาที่เราสต็อกไว้อยู่แล้ว ไม่ค่อยจะมีปัญหา แต่ที่เจอคือ โรงพยาบาลชุมชน จะเจอปัญหาเยอะมาก เขาก็จะบอกว่า ออ.ยังไม่ส่งยามาให้เลย จะ 2 เดือนแล้ว เราก็กลับมาคิดว่า มันเกิดอะไรขึ้น คนที่ทำหน้าที่จัดซื้อในโรงพยาบาลชุมชนไม่เข้าใจ ขั้นตอนหรือกระบวนการสั่งซื้อหรือเปล่า เอกสารไม่ครบถ้วนหรือเปล่า อันนี้เป็นข้อสังเกต ที่ผ่านมาก็มีโรงพยาบาลชุมชนหนึ่งในจังหวัดมาโวยวายต่อว่าให้ฟังว่า สั่งซื้อยาจาก ออ. ไปแล้ว ไม่ได้ของ แล้วก็โทรมา ยืมยากับเราหลายรอบมาก เราก็ถามไปว่า ได้จ่ายเงินค่ายาให้ ออ. หรือเปล่า สรุปกลับไปเช็คปรากฏว่า เขาไม่ได้จ่ายเงิน ออ. อย่างนี้ เป็นต้น คือจริงๆ มันมีสาเหตุของตัวเองที่ทำให้เขาได้ยาช้า” จากคำกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าสาเหตุหนึ่งที่ทำให้การสั่งซื้อได้ยาล่าช้าขึ้น เกิดจากการดำเนินการสั่งซื้อที่ไม่ถูกต้องครบถ้วนของโรงพยาบาลเองด้วย

#### ข้อเสนอแนะและแนวทางในการแก้ไขปัญหา

ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับข้อเสนอแนะและแนวทางในการแก้ไขปัญหา ดังนี้

##### 1. กำหนดให้มีระบบหมุนเวียนยาภายในจังหวัด

เพื่อเป็นการลดปัญหาโรงพยาบาลขาดยา สั่งซื้อไม่ทัน หรือปัญหาขาดยาไม่มีการใช้ จนหมดอายุ ต้องทำลายทิ้งอันเป็นการสิ้นเปลืองงบประมาณ รวมถึงลดขั้นตอนยุ่งยากในกระบวนการทำลายยา ผู้ให้ข้อมูลได้เสนอแนวทางแก้ปัญหา โดยการกำหนดให้มีระบบหมุนเวียนยาภายในจังหวัด ตามที่ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 1 กล่าวว่า “โรงพยาบาลขนาดเล็กสต็อกยามอร์ฟีนไว้ 10 amp แต่ไม่มีการใช้เลย ก็ให้เขาสามารถหมุนเวียนยานี้ไปให้โรงพยาบาลศูนย์ใช้แทน แล้วทำบัญชีรายงานกัน ก็จะไม่มีปัญหาหมดอายุ

โรงพยาบาล ก็น่าจะยอมมีการจัดหายามาติดต่อไว้ตามรายการที่กำหนด ทำเป็นเหมือน node ยา เฉพาะในระดับจังหวัด โดยให้โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลจังหวัดช่วยเป็น node ยา ให้มีการแลกเปลี่ยนกันได้ภายในจังหวัด แบบนี้โรงพยาบาลก็ไม่ขาดยา ไม่มีการสต็อกยาเกิน ต้องทำลายยาหมดอายุ การที่โรงพยาบาลชุมชน 700 กว่าแห่ง สต็อกยาแล้ว ต้องมาทำลายรวมๆกัน มันสูญเสียเยอะไม่ใช่หน่อย ไม่มีใครอยากทำลายยาทิ้ง และยากลุ่มนี้จะทำลายก็ต้องมีการตั้งคณะกรรมการอีก อันนี้ต้องเป็นเรื่องระดับนโยบายที่จะกำหนดให้มีระบบที่มี node ยา กลุ่มนี้ขึ้นมา และจังหวัดต้องจัดทำระบบตรงนี้ขึ้นมารองรับ” เช่นเดียวกับผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 6 กล่าวว่า “เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาเรื่องยาหมดอายุ ก็อยากเสนอให้ สามารถที่จะหมุนเวียนยากันระหว่างโรงพยาบาลในจังหวัดได้ เช่น โรงพยาบาลชุมชนบางแห่งที่มียาใกล้จะหมดอายุ สามารถส่งยามาเปลี่ยนกับโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีอัตราการใช้จ่ายสูง ให้เขาเอายาที่ใกล้หมดอายุไปใช้ก่อน เพราะเขามีเคสเยอะ แล้วเปลี่ยนเอายาล็อตที่เหลืออายุอีกนานไปให้โรงพยาบาลชุมชน แบบนี้ก็จะสามารถแก้ไขปัญหาให้โรงพยาบาลขนาดเล็กที่มีอัตราการใช้จ่ายต่ำได้”

## 2. สร้างเครือข่ายการดูแลแบบประคับประคองให้เข้มแข็ง

เน้นให้มีการสร้างทีมสหวิชาชีพ ที่จะร่วมมือกันพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองให้ครอบคลุมทั้งระบบ ตั้งแต่การส่งจ่ายไปจนถึงการติดตามดูแลการใช้ยาในผู้ป่วยให้เป็นไปอย่างเหมาะสม ซึ่งจะช่วยสร้างความมั่นใจให้กับผู้ปฏิบัติงานรวมถึงผู้บริหารอีกด้วย ดังที่ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 1 กล่าวว่า “เภสัชกรต้องลงไปติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย ไม่ใช่ไม่ยอมจ่ายยาเพราะไม่อยากไปติดตามดูแลการใช้ยา ถ้าแพทย์สั่งจ่ายแล้ว เภสัชกรต้องช่วยติดตามดูแลการบริหารยาให้ผู้ป่วย กรณีผู้ป่วยใช้ยาแล้วมีปัญหาต้องลงไปดู หรือปรับเปลี่ยนรูปแบบยาให้เหมาะสมกับสถานะของผู้ป่วย ดู compliance ของผู้ป่วยในชุมชน นี่เป็นบทบาทที่เภสัชกรต้องช่วยกันทำ ต้องคอยเป็นตัวเชื่อมให้แพทย์กับผู้ป่วย โดยอยากให้นำไปที่เภสัชกรปฐมภูมิในการสร้างบทบาทตรงนี้ขึ้นมา จะแค่จ่ายยาในโรงพยาบาลอย่างเดียวไม่พอ แพทย์เองก็จะมั่นใจว่ายาที่จ่ายไป มีเภสัชกรดูแลการใช้ยาของผู้ป่วยต่อ ยาไม่ได้ถูกนำไปใช้ในทางที่ผิด หรือใช้อย่างไม่เหมาะสม” และ “การทำงานในปัจจุบันต้องช่วยกัน ทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ ช่วยกันดูแลผู้ป่วย ตรงนี้ก็ลดความกังวลของแพทย์ในการสั่งจ่ายว่าจะไม่ถูกนำไปใช้ในทางที่ไม่เหมาะสมซึ่งการปลุกฝังเรื่องการทำงานเป็นทีมแบบสหวิชาชีพ อันนี้แต่ละหน่วยงานต้องช่วยกันสร้างระบบขึ้นมาให้มีการสร้างทีมที่จะมาทำงานร่วมกัน ถ้าให้ตีต้องมีการปลุกฝังกันตั้งแต่หลักสูตรการเรียนการสอนเลยว่าการดูแลผู้ป่วยต้องทำงานกันเป็นทีมสหวิชาชีพ” สอดคล้องกับที่ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 5 กล่าวว่า “ต่างคนต่างช่วยเหลือกัน ไม่ใช่แบบว่าหมอดึงหมอนดึง หมอแค่เซ็น แล้วเราก็จ่ายยาตามนี้ เภสัชกรก็เช็ดยาตามที่หมอสั่งจ่าย ทำหน้าที่ในส่วนของตัวเอง แต่ละส่วนพอมันมาต่อกันแล้ว มันทำให้เป็นภาพรวมที่สามารถตรวจสอบกันได้ทั้งระบบ”

นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 2 ยังได้เพิ่มเติมในเรื่องของการพัฒนาระบบเครือข่าย ที่จะช่วยดูแลผู้ป่วยในกรณีที่มีการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น หรือกลับไปรักษาที่บ้าน ตามที่ได้ให้ข้อมูลว่า “คนไข้กลับบ้านไปก็ต้องตามไปให้ยา morphine ที่บ้านต่อ มีเครือข่ายการดูแลแบบประคับประคอง ถ้าคนไข้ถูก refer จากโรงพยาบาลจังหวัดกลับไปอยู่ที่บ้าน แปลว่า โรงพยาบาลชุมชนต้องรับรู้เพราะเป็นเครือข่ายกัน” และ “ปัจจุบันทุกจังหวัดมีเครือข่าย ขนาดที่รวบรวมข้อมูลทำเป็นไฟล์ excel ตอนนี้นำส่งขอพิกัดละติจูด ลองติจูด และจะส่งให้ MOPH connect เพื่อทำระบบให้สามารถดูได้เลยว่าเครือข่าย palliative care ใกล้ๆ อยู่ที่ไหน มีชื่อโรงพยาบาล ชื่อเจ้าหน้าที่ เบอร์โทรศัพท์ เว็บไซต์ที่ให้ติดต่อได้ รู้ว่าจะต้องติดต่อใคร”



### 3. การกำหนดตัวชี้วัดให้ครอบคลุม เพื่อให้มีกระบวนการที่ส่งเสริมให้การใช้ยาเพิ่มมากขึ้น

ที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุขได้มีการกำหนดตัวชี้วัดในการดำเนินงานด้าน palliative care ตามสากล เพื่อส่งเสริมให้มีการใช้ยาโอปิออยด์เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยาและการรักษาที่เหมาะสม ดังที่ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 2 ให้ข้อมูลว่า “ตัวชี้วัดที่ถูกกำหนดขึ้นมานั้นมันเป็นกระบวนการที่ทำให้การใช้ morphine ดีขึ้นอยู่แล้ว กำหนดให้บุคลากรต้องสามารถส่งจ่ายยาได้ เริ่มตั้งแต่ต้องจัดให้มีบุคลากรก่อนในระดับต่างๆ มีแพทย์ เภสัชกร พยาบาล มีการกำหนดโครงสร้างบุคลากรให้สามารถทำงานได้ มีความก้าวหน้าและทำงานได้คล่องตัว โรงพยาบาลทุกระดับจัดให้มี Essential drug list ของกลุ่มโอปิออยด์ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก” ซึ่งพบว่าภายหลังมีการกำหนดตัวชี้วัดดังกล่าว แนวโน้มการใช้ยาโอปิออยด์ของประเทศเพิ่มสูงขึ้น ตามข้อมูลที่คุณให้ข้อมูลท่านที่ 2 ให้ไว้ว่า “ซึ่งจากปี 2560 ที่เริ่มกำหนดตัวชี้วัดนี้ ตัวเลขอยู่ที่ 25 เปอร์เซ็นต์ ปี 2561 เพิ่มเป็น ประมาณ 30 เปอร์เซ็นต์ มาปีนี้ตัวเลขขยับขึ้นไปอีก แนวโน้มอัตราการใช้ยาเพิ่มขึ้น ดีขึ้น แต่ตอนนี้มันกำลังจะนิ่ง จะขึ้นไปถึง 40 เปอร์เซ็นต์ ได้หรือเปล่ายังไม่รู้”

### 4. เพิ่มหลักสูตรเรื่อง palliative care ในการเรียนการสอนของแพทย์ และส่งเสริมให้มีการจัดอบรมให้ความรู้กับบุคลากรทางการแพทย์

เนื่องด้วยในปัจจุบันหลักสูตรการเรียนการสอนของแพทย์ จะเน้นเกี่ยวกับการรักษา acute pain เป็นหลัก ไม่ได้มีการเน้นการรักษา chronic pain โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรักษาในกลุ่ม palliative care ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีการใช้ยาโอปิออยด์เป็นหลัก ส่งผลให้แพทย์ส่วนใหญ่ขาดองค์ความรู้เกี่ยวกับการวินิจฉัยผู้ป่วยและส่งจ่ายยาในกลุ่มนี้ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ จึงมีความเห็นไปในแนวทางเดียวกันว่า ควรจะมีการส่งเสริมให้เพิ่มหลักสูตรเรื่อง palliative care ในการเรียนการสอนของแพทย์ รวมถึงส่งเสริมให้มีการจัดอบรมให้ความรู้กับบุคลากรทางการแพทย์ในเรื่องดังกล่าว ดังเห็นได้จากที่คุณให้ข้อมูลท่านที่ 2 กล่าวว่า “เรื่องการรักษาด้วย morphine ก็ต้องไปปรับกันตั้งแต่หลักสูตรการเรียนการสอน การอบรมเพิ่มเติมตอนนี้ต้องเน้นเรื่องที่ว่าทำยังไงให้เรื่อง palliative care เข้าสู่ระบบการเรียนการสอน” และ “ก็พยายามใส่หลักสูตรนี้ไปในแพทยสภา ถ้าไม่เข้าไปในหลักสูตร โรงเรียนแพทย์ไหนที่อยากสอนก็สอน ที่ไหนไม่อยากก็ไม่สอน พอเวลาไปลงวอร์ดจริง อาจารย์แพทย์ที่ไม่เคยเรียน palliative care จะไม่พูดถึงเรื่องนี้ residence ที่ลงวอร์ดด้วยก็ไม่เคยได้เรียนรู้ เวลาปฏิบัติงานจริง แพทย์ใช้ทุนเขาก็จะงงๆ เพราะฉะนั้นควรมีการจัดอบรมให้กับแพทย์ใช้ทุนด้วย” เช่นเดียวกับผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 6 กล่าวว่า “คนที่สั่งใช้ จะมองไปที่สองกลุ่ม กลุ่มแรก คือ กลุ่มที่ทำงานแล้ว ปัจจุบันเรื่องการอบรมเกี่ยวกับโอปิออยด์ส่วนใหญ่โรงพยาบาลจะส่งแพทย์วิสัญญี หรือแพทย์ที่เก่งเชี่ยวชาญด้านนี้ไปอบรม แต่คนที่ไม่เชี่ยวชาญเขาก็จะไม่มีโอกาสไปอบรมเรื่องนี้ เพราะฉะนั้นจะต้องปูพื้นเกี่ยวกับเรื่องยาโอปิออยด์ความรู้ในเรื่องของการสั่งใช้ให้กับแพทย์ กลุ่มสองคือ นักเรียนแพทย์ มองว่ามันน่าจะมีหลักสูตรของมหาวิทยาลัย หรือว่าหลักสูตรของแพทย์ intern ที่แพทย์จะต้องเรียน เขาจำเป็นต้องมีความรู้เรื่องของยากลุ่มนี้ แล้วมันจะดีขึ้น น่าจะพอแก้ไขปัญหาได้” สำหรับผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 4 ได้เสนอความเห็นเพิ่มเติมว่าการอบรมเฉพาะทฤษฎีสามารถช่วยให้แพทย์มีแนวคิดและเข้าใจเรื่อง palliative care ได้ดีขึ้น แต่เพื่อเป็นการเพิ่มทักษะให้แพทย์ เห็นควรเสนอให้มีการอบรมภาคปฏิบัติให้แก่แพทย์ ดังคำกล่าวที่ว่า “เรื่องการจัดหลักสูตรอบรมคิดว่าควรจะมีมากกว่านี้ ควรมีหลักสูตรที่อบรมทฤษฎี เช่น 3-5 วัน แต่ตรงนี้จะช่วยให้แพทย์ได้โอเคทีเดียว ยังไม่ได้ชำนาญในการใช้ยา แต่ถ้าแพทย์เคยเห็นการรักษาเรื่องนี้ ตั้งแต่เรียนอยู่จะทำให้แพทย์ไม่กลัวและเข้าใจการจ่ายยากลุ่มนี้มากขึ้น คิดว่าการเรียนทฤษฎีหรือการอ่านหนังสือ จะช่วยให้มีความเข้าใจมากขึ้น แต่อาจจะยังไม่พอ เพราะทักษะในการสั่งใช้น่าจะต้องอาศัยภาคปฏิบัติ คือ ควรจะมีทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติให้ได้คุณใช้ คุณเคสจริง และได้มีการสั่งใช้ยาโอปิออยด์จะได้เข้าใจมากยิ่งขึ้น”

#### 5. ส่งเสริมให้โรงพยาบาลมีกรอบรายการตามความเหมาะสม

ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุข โดย กบรส. ได้มีการกำหนดชนิดและจำนวนรายการยาตามความเหมาะสมของโรงพยาบาลแต่ละระดับ เพื่อเป็นแนวทางในการคัดเลือกยาเข้าโรงพยาบาล และได้จัดทำคู่มือแนวทางดังกล่าวให้กับโรงพยาบาลทั่วประเทศ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลได้เสนอว่าควรมีการส่งเสริมให้โรงพยาบาลดำเนินการคัดเลือกยาเข้าโรงพยาบาลตามกรอบรายการยาที่กำหนด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยาได้อย่างเหมาะสม ตามที่ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 3 กล่าวว่า “กระทรวงสาธารณสุขมี service plan อยู่แล้ว ก็ต้องเน้นนโยบายส่งเสริมการเข้าถึงยา กำหนดให้โรงพยาบาลเพิ่มหรือจัดให้มีกลุ่มยาพวกนี้ใช้ในโรงพยาบาลตามกรอบยาที่เหมาะสม” เช่นเดียวกับผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 6 กล่าวว่า “เรื่องกรอบรายการยาของโรงพยาบาล มองว่ามันต้องเป็นนโยบายที่จริงจัง ที่ผ่านมาระบบทำคู่มือออกมาก็จริง แต่มันอาจจะแบบแค่แจ้งให้ทราบว่า โรงพยาบาลควรมีกรอบรายการยาตามนี้” และ “ขณะนี้ถามว่าโรงพยาบาลแต่ละแห่งรู้ไหมว่าควรจะต้องมียาอะไรบ้าง คิดว่าน่าจะรู้แต่แบบทำก็ได้ไม่ทำก็ได้ เพราะฉะนั้นต้องมีนโยบายที่ชัดเจนและส่งการไปยังโรงพยาบาลทุกแห่ง มันก็จะทำให้กรอบยานี้มันเกิดขึ้นได้”

#### 6. แก้ไขระเบียบการจัดซื้อจัดจ้าง และส่งเสริมการผลิตยาในประเทศเพื่อลดปัญหาการขาดยา

เนื่องจากระเบียบการจัดซื้อจัดจ้างที่ใช้ในกระบวนการจัดหายาโอปิออยด์สำหรับใช้ในประเทศ เป็นระเบียบกลาง ซึ่งไม่เอื้อกับการดำเนินการจัดซื้อจัดหายาดังกล่าว ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 3 จึงเสนอว่าควรมีการปรับปรุงแก้ไขระเบียบการจัดซื้อจัดจ้าง ดังคำกล่าวที่ว่า “ต้องแก้ไขระเบียบการจัดซื้อจัดจ้างให้มีระเบียบเฉพาะสำหรับยาในกลุ่มนี้ โดยจะออกเป็นระเบียบของหน่วยงานเฉพาะ ไม่ต้องอิงระเบียบกลางของหน่วยราชการอื่นๆก็จะดี เพราะการจัดซื้อยากกลุ่มนี้ มันมีลักษณะเฉพาะของตัวเอง”

นอกจากนี้ยังเสนอให้มีการส่งเสริมหน่วยงานผู้ผลิตในประเทศ ให้มีการผลิตยากลุ่มดังกล่าว เพื่อลดการนำเข้ายาจากต่างประเทศ อันจะเป็นการลดขั้นตอนในการจัดหายารวมถึงลดความเสี่ยงในการขาดยาของประเทศ กรณีที่ผู้ผลิตจากต่างประเทศหรือผู้นำเข้ามีปัญหาไม่สามารถส่งมอบยาให้ได้ ตามที่ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 3 กล่าวว่า “เราต้องพยายามยืนด้วยขาตัวเอง อาศัยหน่วยงานผู้ผลิตในประเทศ มาวิจัยพัฒนาการผลิตยากลุ่มนี้เพื่อใช้ในประเทศเอง เหมือนที่ผ่านมา ที่องค์การเภสัชกรรม และโรงงานเภสัชกรรมทหาร ผลิตยาบางตัวให้เรา ก็จะช่วยให้เราไม่ต้องไปขึ้นกับผู้ผลิตต่างประเทศหรือผู้นำเข้า ความมั่นคงก็จะมีมากขึ้น ปัญหาขาดยาลดลง ซึ่งปัจจุบันเราเริ่มส่งเสริมให้มีการผลิตยาบางตัวในประเทศ แต่ยังไม่ครอบคลุมทุกตัวยา”

#### 7. การนำเทคโนโลยีมาช่วยลดขั้นตอนการดำเนินงาน

เพื่อเป็นการพัฒนาการดำเนินงานด้านการส่งจ่ายยาของโรงพยาบาลมายังสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ให้มีความรวดเร็วขึ้น ลดการใช้เอกสารตัวจริง รวมถึงลดขั้นตอนการดำเนินการควบคุมการจ่ายยาโอปิออยด์ในโรงพยาบาล ผู้ให้ข้อมูลได้เสนอให้มีการนำเทคโนโลยีมาช่วยในการดำเนินงาน เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปอย่างสะดวกรวดเร็วยิ่งขึ้น ดังที่ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 3 กล่าวว่า “ต้องนำเทคโนโลยีมาช่วยในการขายและระบบการตรวจสอบ เพราะจะช่วยลดขั้นตอน ตอนนี้อยู่กำลังพัฒนาระบบเพื่อให้ในอนาคตการส่งเอกสารจะได้ไม่ต้องใช้เอกสารตัวจริง แต่สามารถยื่นผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์แทน และถ้าระบบตรงนี้พร้อมก็ต้องขอแก้ไขระเบียบอนุมัติให้มีการใช้เอกสารที่เป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์แทน” และผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 6 กล่าวว่า “ไม่แน่ใจว่าถ้าใช้ระบบไอทีเข้ามาช่วยแล้วอาจจะสามารถลดขั้นตอนบางอย่างได้ เช่น ลดการเขียนใบ ยส.5 หรือเรื่องของระบบตัดสต็อก ให้ทางสารสนเทศเข้ามาช่วย คือจ่ายยาไปแล้วมันตัดสต็อกของยาเสพติดให้เลยก็จะช่วยลดขั้นตอนการทำงานได้ เพราะปัจจุบันโรงพยาบาลยังใช้ระบบ manual เป็นส่วนใหญ่ หากมีระบบไอทีมาช่วยน่าจะดีขึ้น”

#### 8. การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ที่ถูกต้องต่อประชาชนเกี่ยวกับยาโอปิออยด์

เนื่องด้วยการรับรู้และความเข้าใจของประชาชนทั่วไป ตัวผู้ป่วย และญาติของผู้ป่วย ที่มีต่อยาในกลุ่มโอปิออยด์ ส่วนหนึ่งยังมีความเข้าใจและทัศนคติด้านลบเกี่ยวกับยาโอปิออยด์ เพราะเป็นยาเสพติด จนส่งผลให้ไม่ยากิใช้ หรือกลัวการใช้ยาดังกล่าว ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริมและประชาสัมพันธ์ให้ความรู้กับประชาชน เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง ดังที่ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 6 ให้ความเห็นว่า “เราควรจะให้ความรู้ในเรื่องนี้ให้ถูกต้องเพื่อให้เขาเปลี่ยนทัศนคติ จริงๆคนที่เขามีประสบการณ์ใช้ยา เขาจะรู้สึกดีว่ามันช่วยลดอาการทำให้เขาสบายขึ้น ฉะนั้นถ้าเรามีการประชาสัมพันธ์และให้ความรู้กับคนไข้ ญาติคนไข้ ให้มากขึ้น เขาก็น่าจะเข้าใจในเรื่องของการใช้ยาโอปิออยด์มากขึ้น” และ “อย่างในปัจจุบันนี้ที่พูดถึงกันมากๆ คือเรื่องของกัญชา มีเอกสารหรือข้อมูลต่างๆ ที่ออกมาเผยแพร่เยอะมากเพราะว่ามันเป็นเรื่องที่กำลังเป็นที่สนใจอยู่ในตอนนี้ ก็น่าจะทำเช่นเดียวกันกับยาในกลุ่มโอปิออยด์ ในส่วนของมอร์ฟีนก็ควรให้ข้อมูลเบื้องต้นว่าคืออะไร ทำให้คนเข้าใจว่ามันไม่ได้ติด หากดูแลใช้ภายใต้คำสั่งของแพทย์เฉพาะทางที่รักษา มีการเฝ้าระวังอย่างดี คนจะได้เข้าใจและจะได้ไม่กลัวการใช้”

## บทที่ 5

### สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

#### สรุปผล

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและแนวทางการบริหารจัดการการใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์ โดยการศึกษาจากข้อมูลเอกสาร การเก็บข้อมูลซึ่งเป็นการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (self-administered questionnaire) จากบุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 172 ท่าน และการสัมภาษณ์ตามข้อคำถามในแบบสัมภาษณ์ จากบุคคลที่มีความรู้ ความเข้าใจ หรือมีประสบการณ์เกี่ยวกับยาโอปิออยด์เป็นอย่างดี จำนวน 6 ท่าน

ผลจากการศึกษาข้อมูลเอกสาร พบว่า ข้อมูลการนำเข้ายาในกลุ่มโอปิออยด์ ของปี พ.ศ. 2561 เปรียบเทียบกับปริมาณที่กำหนดตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดชนิดและจำนวนยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ที่จะต้องใช้ในทางการแพทย์และทางวิทยาศาสตร์ที่วราชอาณาจักร ประจำปี พ.ศ. 2561 ยาในกลุ่มโอปิออยด์มีปริมาณการนำเข้าไม่เกินปริมาณที่กำหนดตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ในขณะที่อัตราการใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์ในประเทศไทย เปรียบเทียบช่วงปี พ.ศ. 2553 – พ.ศ. 2561 พบข้อมูลดังนี้

1. อัตราการใช้ Codeine ช่วงปี พ.ศ. 2553 – พ.ศ. 2561 มีการใช้เพิ่มขึ้นจาก 0.40 กิโลกรัม เป็น 4.21 กิโลกรัม เพิ่มขึ้นคิดเป็น 10.53 เท่า โดยส่วนใหญ่เป็นการใช้ในโรงพยาบาลรัฐ (คิดเป็นร้อยละ 88.77 ของข้อมูลการใช้ในปี พ.ศ. 2561)

2. อัตราการใช้ Fentanyl ช่วงปี พ.ศ. 2553 – พ.ศ. 2561 มีการใช้เพิ่มขึ้นจาก 0.90 กิโลกรัม เป็น 1.67 กิโลกรัม เพิ่มขึ้นคิดเป็น 1.86 เท่า ส่วนใหญ่เป็นการใช้ในโรงพยาบาลรัฐ (คิดเป็นร้อยละ 82.55 ของข้อมูลการใช้ในปี พ.ศ. 2561)

3. อัตราการใช้ Methadone ช่วงปี พ.ศ. 2553 – พ.ศ. 2561 มีการใช้เพิ่มขึ้นจาก 25.14 กิโลกรัม เป็น 51.74 กิโลกรัม เพิ่มขึ้นคิดเป็น 2.06 เท่า ส่วนใหญ่เป็นการใช้ในโรงพยาบาลรัฐ (คิดเป็นร้อยละ 87.20 ของข้อมูลการใช้ในปี พ.ศ. 2561)

4. อัตราการใช้ Morphine ช่วงปี พ.ศ. 2553 – พ.ศ. 2561 มีการใช้เพิ่มขึ้นจาก 80.15 กิโลกรัม เป็น 191.19 กิโลกรัม เพิ่มขึ้นคิดเป็น 2.38 เท่า ส่วนใหญ่เป็นการใช้ในโรงพยาบาลรัฐ (คิดเป็นร้อยละ 91.39 ของข้อมูลการใช้ในปี พ.ศ. 2561)

5. อัตราการใช้ Pethidine ช่วงปี พ.ศ. 2553 – พ.ศ. 2561 มีการใช้ลดลงจาก 72.44 กิโลกรัม เป็น 46.13 กิโลกรัม ลดลงคิดเป็น 0.64 เท่า ส่วนใหญ่เป็นการใช้ในโรงพยาบาลรัฐ (คิดเป็นร้อยละ 69.66 ของข้อมูลการใช้ในปี พ.ศ. 2561)

6. อัตราการใช้ Oxycodone ประเทศไทยเริ่มมีการใช้เมื่อปี พ.ศ. 2558 โดยช่วงปี พ.ศ. 2558 – พ.ศ. 2561 มีการใช้เพิ่มขึ้นจาก 0.30 กิโลกรัม เป็น 2.16 กิโลกรัม เพิ่มขึ้นคิดเป็น 7.20 เท่า เป็นการใช้ในโรงพยาบาลรัฐมากที่สุด ในสัดส่วนใกล้เคียงกับโรงพยาบาลเอกชน (คิดเป็นร้อยละ 51.52 และ 48.48 ตามลำดับ ของข้อมูลการใช้ในปี พ.ศ. 2561)

จะเห็นว่าข้อมูลการใช้ยาโอปิออยด์ ในช่วง 9 ปีย้อนหลัง ส่วนใหญ่แล้วมีแนวโน้มการใช้เพิ่มขึ้น และเป็นการใช้ในโรงพยาบาลรัฐเป็นส่วนใหญ่ ยกเว้น Pethidine ที่มีแนวโน้มการใช้ลดลง ทั้งนี้อาจเนื่องจากผลข้างเคียงจากยาสูง และมีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดการติดยาได้ง่ายกว่าหากใช้ต่อเนื่องเป็นเวลานาน จึงทำให้แพทย์เลือกที่จะเปลี่ยนไปใช้ยาตัวอื่นแทน

ผลการศึกษาจากการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม จากบุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 172 ราย ประกอบด้วย แพทย์ จำนวน 15 ราย (ร้อยละ 8.72) เภสัชกร จำนวน 126 ราย (ร้อยละ 73.26) และพยาบาล จำนวน 31 ราย (ร้อยละ 18.02) พบว่า ปัญหาและข้อจำกัดในการใช้ยาโอปิออยด์ที่พบในสถานพยาบาล ที่ผู้ตอบแบบสอบถามพบมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ

1. บุคลากรทางการแพทย์ในสถานพยาบาลขาดการฝึกอบรมเกี่ยวกับการใช้ยาโอปิออยด์
2. บุคลากรทางการแพทย์ในสถานพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาโอปิออยด์ไม่เพียงพอ
3. อย. ไม่มีระบบการรับยาคืน หรือแลกเปลี่ยนยา ทำให้สถานพยาบาลบริหารจัดการยากลำบาก
4. ขั้นตอนการสั่งจ่ายยาโอปิออยด์จาก อย. ยุ่งยาก หลายขั้นตอน ทำให้การสั่งจ่ายล่าช้า
5. สถานพยาบาลมีชนิด รูปแบบ ความแรง ปริมาณยาโอปิออยด์ไม่ครอบคลุมเพียงพอที่จะให้แพทย์เลือกจ่ายให้แก่ผู้ป่วย และบุคลากรทางการแพทย์ในสถานพยาบาลไม่ยอมจ่ายยาโอปิออยด์เนื่องจากกังวลเรื่องการนำยาไปใช้ในทางที่ผิดของผู้ป่วย

ผู้ตอบแบบสอบถามได้เสนอแนะแนวทางในการแก้ไขปัญหา สรุปได้ดังนี้

1. จัดทำระบบส่งต่อผู้ป่วยที่ชัดเจน
2. จัดทำหลักเกณฑ์มาตรฐานเกี่ยวกับการสั่งจ่ายยาโอปิออยด์ เพื่อให้แพทย์ที่สั่งจ่ายมีแนวทางชัดเจนในการสั่งจ่าย
3. การส่งรายงานการรับจ่ายยาโอปิออยด์ควรพัฒนาให้เป็นแบบออนไลน์
4. กำหนดเป็นนโยบายหรือข้อตกลงในภาพรวม รวมทั้งมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน และใช้เหมือนกันทั่วประเทศ นอกจากนี้ควรสร้างความรู้ความเข้าใจในการใช้ยาโอปิออยด์ ในทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งหน่วยงานรัฐ บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วย เพื่อให้มีการใช้และเข้าถึงยาโอปิออยด์อย่างครอบคลุมและสมเหตุสมผล
5. ส่งเสริมให้มีการจัดอบรมบุคลากรทางการแพทย์เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจ เป็นไปในแนวทางเดียวกัน
6. อย. ควรจัดให้มีระบบการรับแลกเปลี่ยนยาโอปิออยด์ที่ใกล้หมดอายุ
7. แต่ละวิชาชีพควรรหาแนวทางร่วมกันเพื่อส่งเสริมการสั่งจ่ายยาฉีด morphine injection ให้ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้ยาที่บ้านอย่างเหมาะสม
8. เสนอให้แต่ละโรงพยาบาลมีแพทย์ประจำ palliative care team
9. ปรับกฎระเบียบเกี่ยวกับการทำลายยาโอปิออยด์ให้สะดวกมากขึ้น

ผลการศึกษาจากการเก็บข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์บุคคลที่มีความรู้ ความเข้าใจ หรือมีประสบการณ์เกี่ยวกับยาโอปิออยด์เป็นอย่างดี จำนวน 6 ท่าน ซึ่งมีประสบการณ์ครอบคลุมทั้งในแง่ของการบริหารเชิงนโยบาย และการใช้ยาในสถานพยาบาล ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ข้อคิดเห็นในประเด็นเกี่ยวกับปัญหาและข้อจำกัดในการใช้ยาโอปิออยด์ รวมถึงข้อเสนอนแนะและแนวทางในการแก้ไขปัญหา สรุปได้ดังนี้

ปัญหาและข้อจำกัดในการใช้ยาโอปิออยด์

1. กรอบชนิดและจำนวนรายการยาโอปิออยด์ของโรงพยาบาลไม่ครบตามความเหมาะสม ถึงแม้ว่าในปัจจุบันจะมีการกำหนดชนิดและจำนวนรายการยาโอปิออยด์ แบ่งตามความเหมาะสมของโรงพยาบาลแต่ละระดับในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขแล้ว แต่พบว่าโรงพยาบาลหลายแห่งยังมีชนิดและจำนวนรายการยาไม่ครบตามที่กำหนดไว้

2. การจัดซื้อจัดหา การบริหารยาคลังที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดปัญหา เช่น การขาดยา ยาไม่เพียงพอจ่ายให้กับผู้ป่วย หรือบางกรณีพบว่ามียาค้างค้ำ ยาหมดอายุ เป็นต้น
3. บุคลากรทางการแพทย์ ยังขาดองค์ความรู้ ขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาโอปิออยด์ ผู้ป่วยไม่ได้รับการวินิจฉัย การส่งจ่ายยา หรือการดูแลการใช้ยาที่เหมาะสม
4. ผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วย มีทัศนคติด้านลบกับยาโอปิออยด์ ส่งผลให้ไม่ยอมใช้ หรือพยายามหลีกเลี่ยงการใช้
5. ข้อกฎหมายและกฎระเบียบที่เข้มงวด ทำให้เกิดปัญหาและอุปสรรคในการบริหารจัดการการใช้ยาโอปิออยด์
6. การขาดการสื่อสารระหว่างหน่วยงาน จนนำไปสู่การปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง ไม่ว่าจะเป็นที่ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับข้อกฎหมาย หรือการถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงาน
7. นโยบายการจ่ายเงินชดเชยของ สปสช. ซึ่งส่งผลกระทบต่อปริมาณการจ่ายยาโอปิออยด์ ในโรงพยาบาล
8. ข้อจำกัดในการจัดหายาโอปิออยด์ให้เพียงพอสำหรับใช้ในประเทศ พบว่า ในส่วนของผู้ผลิต ผู้นำเข้า รวมถึงกฎระเบียบในการจัดซื้อจัดจ้าง เป็นประเด็นที่ส่งผลต่อการดำเนินงาน
9. ความล่าช้าในการสั่งซื้อและการจัดส่งยา อันเป็นอุปสรรคต่อการบริหารจัดการยา ในโรงพยาบาล

#### ข้อเสนอแนะและแนวทางในการแก้ไขปัญหา

1. กำหนดให้มีระบบหมุนเวียนยาภายในจังหวัด เพื่อเป็นการลดปัญหาโรงพยาบาลขาดยา หรือปัญหาขาดยาค้างไม่มีการใช้จนหมดอายุ ต้องทำลายทิ้งอันเป็นการสิ้นเปลืองงบประมาณ
2. สร้างเครือข่ายการดูแลแบบประคับประคองให้เข้มแข็ง เน้นให้มีการสร้างทีมสหวิชาชีพ ที่จะร่วมมือกันพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองให้ครอบคลุมทั้งระบบ รวมถึงการพัฒนา ระบบเครือข่าย ที่จะช่วยดูแลผู้ป่วยในกรณีที่มีการส่งต่อผู้ป่วย
3. การกำหนดตัวชี้วัดให้ครอบคลุม เพื่อให้มีกระบวนการที่ส่งเสริมให้การใช้ยาเพิ่มมากขึ้น
4. เพิ่มหลักสูตรเรื่อง palliative care ในการเรียนการสอนของแพทย์ และส่งเสริมให้มีการจัดอบรมให้ความรู้กับบุคลากรทางการแพทย์
5. ส่งเสริมให้โรงพยาบาลมีกรอบรายการตามความเหมาะสม
6. แก้ไขระเบียบการจัดซื้อจัดจ้าง และส่งเสริมการผลิตยาในประเทศเพื่อลดปัญหาการขาดยา
7. การนำเทคโนโลยีมาช่วยลดขั้นตอนการดำเนินงาน
8. การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ที่ถูกต้องต่อประชาชนเกี่ยวกับยาโอปิออยด์

จากผลการศึกษาปัญหาและข้อจำกัดในการใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์ข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า ประเด็นสำคัญที่พบว่าเป็นปัญหาหลัก ซึ่งข้อมูลสอดคล้องกันทั้งจากการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม และ โดยการสัมภาษณ์ แบ่งได้เป็น ปัญหาจากตัวบุคลากรทางการแพทย์ กรอบชนิดและจำนวนรายการยา ในโรงพยาบาลไม่เหมาะสมเพียงพอ และระบบการสั่งจ่ายจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

## อภิปรายผล

จากผลการศึกษาในประเด็นเรื่องอัตราการใช้ยาโอปิออยด์ในประเทศไทย ในช่วง 9 ปี ย้อนหลัง (พ.ศ. 2553 – พ.ศ. 2561) พบว่าแนวโน้มการใช้ยาในกลุ่มนี้เพิ่มสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลของ องค์การอนามัยโลก ที่ทำการสำรวจอัตราการใช้มอร์ฟินต่อประชากรในประเทศไทย เพิ่มขึ้นจาก 3.96 มิลลิกรัมต่อประชากร ในปี ค.ศ. 2010 เป็น 5.85 มิลลิกรัมต่อประชากร ในปี ค.ศ. 2015<sup>(14)</sup> ถึงแม้ว่า ประเทศไทยจะมีอัตราการใช้ยาโอปิออยด์เพิ่มสูงขึ้น แต่ยังคงถือว่าเป็นอัตราการใช้ที่ต่ำ และยังคงจำเป็นต้องพัฒนาต่อไปเพื่อให้มีอัตราการใช้ในระดับที่เหมาะสมยิ่งขึ้น

ในขณะที่ Pethidine เป็นยาในกลุ่มโอปิออยด์เพียงตัวเดียวที่พบว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2553 – พ.ศ. 2561 มีอัตราการใช้ลดลง และมีแนวโน้มที่จะลดลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจเป็นผลจากการที่ตาม หลักการใช้ยาระงับปวดขององค์การอนามัยโลก ไม่แนะนำให้ใช้ Pethidine ในการบำบัดความปวดจาก โรคมะเร็ง เพราะความปวดจากโรคมะเร็งมีลักษณะอาการปวดตลอดเวลาและเรื้อรัง ซึ่งการใช้ Pethidine ติดต่อกันเป็นเวลานาน จะทำให้เกิดผลข้างเคียงที่เป็นอันตรายต่อระบบประสาท เนื่องจากการสะสม Norpethidine ซึ่งเป็น neurotoxic metabolite ของ Pethidine จนอาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการชักได้

คณะทำงานพัฒนาคู่มือระบบยาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง กระทรวงสาธารณสุข ได้ทบทวนรายการยาที่จำเป็นต้องใช้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยแบ่งตามขนาดของ โรงพยาบาล พบว่า รายการยากกลุ่มโอปิออยด์ ที่ควรมีใช้ในโรงพยาบาลขนาดเล็กอย่างน้อยที่สุดควร ประกอบด้วย ยามอร์ฟินในรูปแบบฉีด (Morphine injection) ยารับประทานชนิดออกฤทธิ์สั้น เช่น MST 10 mg tablet เพื่อควบคุมอาการปวดพื้นฐาน และยารับประทานชนิดออกฤทธิ์สั้น เช่น Morphine syrup หรือ Morphine IR 10 mg tablet เพื่อควบคุมอาการปวดพื้นฐาน หรืออาการปวดกำเริบเป็นครั้งคราว<sup>(24)</sup> แต่จากผลการศึกษาในรูปแบบและชนิดยาโอปิออยด์ที่มีใช้ในโรงพยาบาล พบว่า รายการยาที่มีใช้ใน โรงพยาบาลยังไม่ครอบคลุมตามรายการข้างต้นทั้ง 4 รายการ ยกเว้น Morphine injection ที่พบว่า โรงพยาบาลทุกแห่งมีการใช้ ในขณะที่ Morphine sustained release tablet มีการใช้ร้อยละ 68.02 Morphine syrup มีการใช้ร้อยละ 70.93 และ Morphine immediate release tablet มีการใช้ร้อยละ 59.30 ซึ่งผลการศึกษาเรื่องปัญหาและข้อจำกัดในการใช้ยาโอปิออยด์ในการศึกษานี้ พบว่าจากผลการตอบ แบบสอบถามและการสัมภาษณ์ ปัญหาสำคัญข้อหนึ่ง คือ การที่สถานพยาบาลมีชนิด รูปแบบ ความแรง ปริมาณยาไม่ครบตามความเหมาะสม

ในการศึกษาของนัยนา พัชรไพศาล<sup>(16)</sup> พบว่า เกสัชกรโรงพยาบาลยังมีความรู้เกี่ยวกับการ จัดการความปวดจากโรคมะเร็งด้วยยาไม่เพียงพอ และยังมีทัศนคติเชิงลบต่อการใช้ยากกลุ่มโอปิออยด์ ในเรื่องการติดยา และจากการศึกษาโดยกองบริการสาธารณสุข<sup>(24)</sup> ที่ทำการสำรวจระบบยาในการดูแล ผู้ป่วยแบบประคับประคอง ในปีงบประมาณ 2559 พบว่า เกสัชกรโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่เคยผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง มีเพียง 341 คน ถือว่ามีจำนวนน้อยมาก เมื่อเทียบกับจำนวนเกสัชกรในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุขทั้งหมด ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาเรื่องปัญหาและข้อจำกัดในการใช้ยาโอปิออยด์ ในการศึกษานี้ ที่พบว่า บุคลากรทางการแพทย์ในสถานพยาบาลขาดการฝึกอบรมเกี่ยวกับการใช้ยาโอปิออยด์ และบุคลากรทางการแพทย์ในสถานพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาโอปิออยด์ไม่เพียงพอ

ในการศึกษาของศศิกานต์ นิมมานรัชต์ และชัชชัย ปรีชาไว<sup>(25)</sup> เกี่ยวกับความรู้และเจตคติของ แพทย์เพิ่มพูนทักษะต่อความปวดจากมะเร็งและการระงับปวด พบว่า แพทย์เพิ่มพูนทักษะประมาณ ครึ่งหนึ่งมีเจตคติที่ถูกต้องต่อการใช้ยาระงับปวดเพื่อบรรเทาความปวดจากมะเร็ง แม้ส่วนใหญ่มีความรู้

ในการสั่งยาาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์อย่างถูกต้อง แต่ส่วนหนึ่งยังมีความรู้ที่ไม่ถูกต้อง โดยส่วนใหญ่คิดว่าอุปสรรคต่อการระงับปวดจากมะเร็งเกิดจาก ขาดความรู้ที่เพียงพอ (ร้อยละ 83.90) และขาดการประเมินความปวดอย่างครบถ้วน (ร้อยละ 77.40) ซึ่งสอดคล้องกับในการศึกษานี้ ที่พบว่าปัญหาสำคัญที่ทำให้การสั่งจ่ายยาโอปิออยด์ในประเทศไทย ยังอยู่ในระดับต่ำ ส่วนหนึ่งเกิดจากตัวของบุคลากรทางการแพทย์ ผู้สั่งจ่ายยา เช่น ยังขาดองค์ความรู้ ขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาโอปิออยด์ ผู้ป่วยไม่ได้รับการวินิจฉัยและการสั่งจ่ายยาที่เหมาะสม จึงควรส่งเสริมให้มีการเพิ่มหลักสูตรเรื่อง palliative care ในการเรียนการสอนของแพทย์ และส่งเสริมให้มีการจัดอบรมให้ความรู้กับบุคลากรทางการแพทย์ต่อไป

อย่างไรก็ตามจากข้อมูลของหน่วยคลังข้อมูลยา คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล<sup>(26)</sup> จะเห็นได้ว่าปัจจุบันบางประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกาและแคนาดา กำลังประสบปัญหา opioids crisis เนื่องจากการใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์กันมาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยไม่รู้ว่ายากลุ่มนี้อยู่ หรือรู้แต่ไม่ตระหนักถึงผลเสียของยา ที่ผ่านมามีรายงานในสหรัฐอเมริกาถึงการเสียชีวิตจากการได้รับยาโอปิออยด์เกินขนาด และขณะนี้บางรัฐในประเทศสหรัฐอเมริกากำลังศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการกระจายยาในกลุ่มโอปิออยด์ที่ใช้ทางการแพทย์ พร้อมทั้งมีนโยบายจำกัดปริมาณยาที่กระจายไปยังสถานพยาบาลเพื่อให้มีปริมาณยาที่เหมาะสมสำหรับการรักษาผู้ป่วยโดยไม่เหลือยาเกินความจำเป็น เช่นเดียวกับประเทศแคนาดาที่ได้มีการปรับปรุงแนวทางการสั่งใช้ยาโอปิออยด์ ซึ่งในเบื้องต้นมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่ม การสื่อสารระหว่างผู้ที่จ่ายยากับผู้ป่วยที่ใช้ยาโดยเฉพาะผู้ที่ต้องใช้โอปิออยด์ ในระยะยาวเพื่อรักษาอาการปวดเรื้อรังจากโรคมะเร็ง ทั้งนี้เพื่อเพิ่มประโยชน์ในการรักษาและลดความเสี่ยงจากการใช้ยาเกินขนาดและการใช้ในทางที่ผิด ซึ่งถึงแม้ว่าในประเทศไทยจะไม่ประสบปัญหาดังกล่าว เนื่องจากปริมาณการใช้ยาโอปิออยด์ไม่ได้สูงเหมือนอย่างในประเทศสหรัฐอเมริกาและแคนาดา แต่สิ่งสำคัญที่ควรตระหนักจากเหตุการณ์นี้ ก็คือ ในการจ่ายยาโอปิออยด์ให้กับผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการสื่อสารทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยที่ได้รับยา รวมทั้งการติดตามประเมินการใช้ยาของผู้ป่วยโดยบุคลากรทางการแพทย์อย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมดังกล่าว

อนึ่ง ข้อจำกัดของการศึกษานี้ คือ บุคลากรผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเภสัชกร และปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์บุคคลที่มีความรู้ความสามารถ และมีประสบการณ์เกี่ยวกับการใช้ยาโอปิออยด์ ไม่ว่าจะเป็นผู้ดูแลด้านนโยบายเชิงระบบ ผู้เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการหายาเพื่อให้มีใช้ในประเทศ และผู้ที่มีประสบการณ์อย่างดีในการใช้ยาโอปิออยด์เพื่อรักษาผู้ป่วย ทั้งในส่วนของแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

### ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาปัญหาและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์ โดยการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม และโดยการสัมภาษณ์ พบว่ามีประเด็นปัญหาและข้อเสนอแนะหลายประเด็น แต่ปัญหาหลักที่ทำให้อัตราการจ่ายยาโอปิออยด์ยังอยู่ในระดับต่ำ ที่สอดคล้องกันจากการเก็บข้อมูลทั้ง 2 ส่วน แบ่งได้เป็น

1. ปัญหาจากตัวบุคลากรทางการแพทย์
2. กรอบชนิดและจำนวนรายการยาในโรงพยาบาลมีไม่เหมาะสมเพียงพอ
3. ระบบการสั่งซื้อยาจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา



ดังนั้น ผู้วิจัยเห็นว่าข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหา จึงควรมุ่งเน้นไปที่ประเด็นปัญหาหลัก ดังกล่าวก่อน อันได้แก่

1. การเพิ่มหลักสูตรเรื่อง palliative care ในการเรียนการสอนของแพทย์ และส่งเสริมให้มีการอบรมให้ความรู้ในเรื่องดังกล่าวกับบุคลากรทางการแพทย์มากยิ่งขึ้น
2. ส่งเสริมให้โรงพยาบาลมีกรอบรายการยาตามที่กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเสนอไว้
3. พัฒนาระบบการสั่งซื้อยาจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาให้สะดวกรวดเร็วยิ่งขึ้น โดยการลดขั้นตอนและการนำเทคโนโลยีเข้ามาช่วย เป็นต้น

นอกจากนี้ จะเห็นได้ว่าปัจจุบันได้มีความพยายามที่จะส่งเสริมให้มีการใช้ยาโอปิออยด์ในผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยในกลุ่ม palliative care ทั้งในแง่ของนโยบายเชิงระบบที่มีการกำหนดตัวชี้วัดในเรื่องดังกล่าวให้กับโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และการกำหนดกรอบรายการยาโอปิออยด์ที่จำเป็นต้องมีไว้ในโรงพยาบาลแต่ละระดับ รวมถึงมีการจัดทำคู่มือ แนวทางต่างๆ เช่น แนวทางการบริหารจัดการระบบยาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (palliative care) ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และแนวทางการวินิจฉัย แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย โดยกรมการแพทย์ เป็นต้น แต่ในแง่ของการดำเนินการของโรงพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ต่างๆ ที่ให้ความร่วมมือในการนำไปปฏิบัติยังคงมีอยู่เพียงส่วนหนึ่งเท่านั้น ซึ่งอาจเกิดการข้อจำกัดบางประการของแต่ละโรงพยาบาล และถึงแม้ว่าขณะนี้การใช้ยาโอปิออยด์ในประเทศไทยจะมีอัตราเพิ่มสูงขึ้น แต่ก็ยังถือว่ายังคงอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าสิ่งที่ต้องพยายามมุ่งเน้นต่อไป คือ การสื่อสารทำความเข้าใจกับบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล และผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ เช่น ผู้บริหารของโรงพยาบาล ให้มีความตระหนักและเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องความจำเป็นในการใช้ยาโอปิออยด์ในผู้ป่วย palliative care เพิ่มมากขึ้น อันจะนำไปสู่การปฏิบัติต่อไป

สำหรับกรณีของข้อกฎหมายตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ซึ่งตามเจตนารมณ์ของกฎหมายดังกล่าว จะเห็นได้ว่า การให้ หรือการให้ยืมยาในกลุ่มโอปิออยด์ ซึ่งจัดเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ระหว่างโรงพยาบาลไม่สามารถกระทำได้ ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความไม่สะดวกในทางปฏิบัติของโรงพยาบาล หากโรงพยาบาลเกิดปัญหาการขาดยา ไม่มียาจ่ายให้ผู้ป่วย เนื่องจากไม่สามารถยืมยาโอปิออยด์จากโรงพยาบาลข้างเคียงได้นั้น แต่ตามกฎหมายกระทรวงฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2522) ออกตามความในพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ข้อ 5 (3) ได้กำหนดไว้ว่า “การจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ให้แก่บุคคลภายนอกที่ไม่ใช่คนไข้ที่ผู้รับอนุญาตเป็นผู้ให้การรักษา จะกระทำได้อีกต่อเมื่อมีใบสั่งจ่ายของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นหนึ่งในสาขาทันตกรรม หรือผู้ประกอบการบำบัดโรคสัตว์ ตามใบสั่งจ่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 (แบบ ย.ส. 5) ทำยกกฎกระทรวงนี้” ซึ่งหมายความว่าสถานพยาบาลสามารถสั่งจ่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ให้แก่ ผู้ที่มีใบสั่งจ่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 (แบบ ย.ส. 5) ได้ โดยอาศัยข้อกำหนดตามกฎหมายกระทรวงข้างต้น ฉะนั้นผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่า เพื่อเป็นการแก้ปัญหาการยืมยาระหว่างโรงพยาบาล กรณีที่โรงพยาบาลเกิดภาวะขาดยาสามารถให้แพทย์เขียนใบสั่งจ่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 (แบบ ย.ส. 5) เพื่อให้ผู้ป่วยนำไปรับยาจากสถานพยาบาลใกล้เคียงได้ ทั้งนี้ หากโรงพยาบาลไม่มั่นใจว่าเอกสารใบสั่งยาดังกล่าวที่ผู้ป่วยนำไปรับยาเป็นเอกสารจริงหรือไม่ ผู้วิจัยเห็นควรเสนอแนะเพิ่มเติมว่า โรงพยาบาลควรมีระบบตรวจสอบ โดยการ

ประสานกันในเครือข่ายระหว่างโรงพยาบาลด้วยกัน ก่อนที่จะมีการส่งผู้ป่วยไปรับยา เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยปฏิบัติงานต่อไป

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นเภสัชกร และปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ดังนั้น ในอนาคตหากจะมีการศึกษาวิจัยในเรื่องนี้เพิ่มเติม จึงควรมีการศึกษาเน้นไปที่บุคลากรด้านอื่น ๆ เช่น กลุ่มแพทย์ผู้ส่งจ่าย นอกจากนี้ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มของผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมในแง่มุมต่าง ๆ มากยิ่งขึ้น อันจะนำไปสู่การพัฒนากระบวนการใช้ยาโอปิออยด์เพื่อประโยชน์ต่อผู้ป่วยต่อไป

## บรรณานุกรม

1. แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย. การดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่ระยะท้าย. 2558: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
2. อนุสรรา ส่งทอง. การดูแลผู้ป่วยที่มีความปวดจากโรคมะเร็ง. [ออนไลน์] 2557. [อ้างเมื่อ 4 กันยายน 2562]; แหล่งที่มา: [http://www.chulacancer.net/uploads/articles\\_attc/1406703893.pdf](http://www.chulacancer.net/uploads/articles_attc/1406703893.pdf)
3. พะยอม ตันติวัฒน์. ยาแก้ปวดชนิดเสพติด (Narcotic analgesics). [ออนไลน์] 2554. [อ้างเมื่อ 4 กันยายน 2562]; แหล่งที่มา: <http://www.ddrc.ihr.chula.ac.th/Knowledge%20and%20Reviews/analgesics.pdf>
4. United Nations Office on Drugs and Crime, The International Drug Control Conventions. 2013, Vienna, Austria: United Nations publication.
5. กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข. (2547). รวบรวมกฎหมาย ยาเสพติดให้โทษ ออกตามความในพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
6. World Health Organization, Cancer pain relief with a guide to opioid availability. 1996, Geneva, Switzerland: World Health Organization.
7. ญัฐภูมิ สิบหมู่. (2552). เภสัชวิทยา: เนื้อหาสำคัญและแบบฝึกหัด. กรุงเทพมหานคร: โฮลิสติก พับลิชซิง.
8. กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. มอร์ฟีน (Morphine). [ออนไลน์] 2559. [อ้างเมื่อ 15 กันยายน 2562]; แหล่งที่มา: <http://www.fda.moph.go.th/sites/Narcotics/SitePages/ViewAcademic.aspx?IDitem=9>
9. โปยม วงศ์ภูวรักษ์, พยงค์ เทพอักษร. (2544). เภสัชวิทยาเล่ม 2. กรุงเทพมหานคร: ประชุมช่าง.
10. ญัฐ ตันศรีสวัสดิ์. Oxycodone. [ออนไลน์] 2552. [อ้างเมื่อ 15 กันยายน 2562]; แหล่งที่มา: <http://www.forensicchula.net/FMJ/journal/topic/0806.pdf>
11. สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. (2556). แนวทางเวชปฏิบัติความปวดจากมะเร็ง. กรุงเทพมหานคร: สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย.
12. International Narcotics Control Board. Availability of narcotic drugs for medical use. [Online] 2019. [Cited 2019, November 5]; Available from: <https://www.incb.org/incb/en/narcotic-drugs/Availability/availability.html>
13. International Narcotics Control Board. Narcotic Drugs - Technical Report. 2018, Vienna, Austria: United Nations publication.
14. Vallath, N., et al., Access to pain relief and essential opioids in the WHO South-East Asia Region: challenges in implementing drug reforms. WHO South East Asia J Public Health, 2018. 7(2): p.67-72.

15. Suecharoen P, Thienthong S, Srimajareuk S, A Retrospective Analysis of Morphine Consumption for Pain Management at Srinagarind Hospital, Thailand. *Srinagarind Med J*, 2016. 31(6): p.417-422.
16. นัยนา พ็ชรไพศาล. (2559). ความรู้และทัศนคติของเภสัชกรโรงพยาบาลในการใช้ยาโอปิออยด์สำหรับจัดการความปวดจากโรคมะเร็ง (รายงานการวิจัย). นนทบุรี: กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา.
17. International Narcotics Control Board. List of narcotic drugs under international control. 2018, Vienna, Austria: United Nations publication.
18. International Narcotics Control Board. Toolkit for Competent National Authorities. [Online] 2019. [Cited 2019, November 3]; Available from: <https://www.incb.org/incb/en/narcotic-drugs/toolkit.html>
19. กฎกระทรวง ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2522) ออกตามความในพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522. (14 ธันวาคม 2522). ราชกิจจานุเบกษา. 206 (พิเศษ 96). หน้า 8-12.
20. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการกำหนดปริมาณยาเสพติดให้โทษ ในประเภท 2 ที่ผู้อนุญาตจะอนุญาตให้จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครอง (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2555. (7 กุมภาพันธ์ 2555). ราชกิจจานุเบกษา. 129 (พิเศษ 31 ง). หน้า 38.
21. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดชนิดและจำนวนยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ที่จะต้องใช้ในทางการแพทย์ และทางวิทยาศาสตร์ที่ราชอาณาจักรประจำปี พ.ศ. 2562. (13 ธันวาคม 2561). ราชกิจจานุเบกษา. 135 (พิเศษ 319 ง). หน้า 8.
22. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการกำหนดปริมาณยาเสพติดให้โทษ ในประเภท 2 ที่ผู้อนุญาตจะอนุญาตให้จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครอง (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2558. (21 สิงหาคม 2558). ราชกิจจานุเบกษา. 132 (พิเศษ 193 ง). หน้า 6.
23. ระเบียบสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาว่าด้วยการขายวัตถุเสพติด พ.ศ. 2561. (8 ตุลาคม 2561). ราชกิจจานุเบกษา. 135 (พิเศษ 249 ง). หน้า 5-9.
24. กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2561). แนวทางการบริหารจัดการระบบยาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: กองบริหารการสาธารณสุข.
25. Nimmaanrat S and Prechawai C, Interns' knowledge and attitudes regarding cancer pain and cancer pain management, 2009. 27(6): p. 491-501.
26. คลังข้อมูลยา คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. Opioids มีการใช้มากขึ้นไป. [ออนไลน์] 2560. [อ้างเมื่อ 3 ธันวาคม 2562]; แหล่งที่มา: [https://www.pharmacy.mahidol.ac.th/dic/news\\_week\\_full.php?id=1406](https://www.pharmacy.mahidol.ac.th/dic/news_week_full.php?id=1406)

ภาคผนวก ก

แบบสอบถาม

## แบบสอบถาม

ยาโอปิออยด์ หมายถึง ยาระงับปวดที่จัดเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ได้แก่ Morphine, Fentanyl, Methadone, Pethidine, Codeine สูตรเดี่ยวที่ใช้ระงับปวด, Oxycodone

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในข้อที่ท่านเลือก หรือกรอกข้อมูลในช่องว่าง

1. เพศ  ชาย  หญิง
2. อายุ .....ปี
3. ตำแหน่ง..... ประสบการณ์การทำงานในสถานที่ปัจจุบัน.....ปี
4. ประเภทสถานพยาบาลที่ท่านสังกัด
 

<input type="checkbox"/> โรงพยาบาลชุมชน	<input type="checkbox"/> โรงพยาบาลทั่วไป
<input type="checkbox"/> โรงพยาบาลศูนย์	<input type="checkbox"/> โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์
<input type="checkbox"/> อื่นๆ เช่น โรงพยาบาลเอกชน สถาบันมะเร็ง โปรตระกูล.....	
5. รูปแบบและชนิดยาโอปิออยด์ที่มีในโรงพยาบาลของท่าน
 

<input type="checkbox"/> Morphine injection	<input type="checkbox"/> Morphine solution
<input type="checkbox"/> Morphine immediate release tablet	<input type="checkbox"/> Morphine sustained release tablet
<input type="checkbox"/> Fentanyl injection	<input type="checkbox"/> Fentanyl TTS
<input type="checkbox"/> Methadone tablet	<input type="checkbox"/> Methadone oral solution
<input type="checkbox"/> Pethidine injection	<input type="checkbox"/> Codeine สูตรเดี่ยวที่ใช้ระงับปวด
<input type="checkbox"/> Oxycodone controlled release tablet	
6. สถานพยาบาลของท่าน มีปัญหาการใช้ยาโอปิออยด์ในการรักษาผู้ป่วยหรือไม่
 

<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี
-----------------------------	--------------------------------

### ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับปัญหาและข้อจำกัดในการใช้ยาโอปิออยด์ที่ท่านพบในสถานพยาบาลของท่าน

2.1 กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในข้อที่ท่านคิดว่าเป็นปัญหาและข้อจำกัดในการใช้ยาโอปิออยด์ที่พบในสถานพยาบาลของท่าน ในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมา พร้อมระบุรายละเอียด

ปัญหาและข้อจำกัดในการใช้ยาโอปิออยด์	พบ	ไม่พบ	รายละเอียด
1.ปัญหาการขาดยาโอปิออยด์ เนื่องจากขาดการวางแผนการจัดซื้อที่ดีของสถานพยาบาล			
2.นโยบายของสถานพยาบาลไม่ให้อำนาจยาโอปิออยด์ในปริมาณมาก เช่น ไม่เกิน 2 เดือน			
3.สถานพยาบาลมีชนิด รูปแบบ ความแรง ปริมาณยาโอปิออยด์ไม่ครอบคลุมเพียงพอที่จะให้แพทย์เลือกจ่ายให้แก่ผู้ป่วย			

ปัญหาและข้อจำกัดในการใช้ยาโอปิออยด์	พบ	ไม่พบ	รายละเอียด
4.กฎระเบียบควบคุมการจ่ายยาโอปิออยด์ของสถานพยาบาลเข้มงวดเกินไป			
5.บุคลากรทางการแพทย์ในสถานพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาโอปิออยด์ไม่เพียงพอ			
6.บุคลากรทางการแพทย์ในสถานพยาบาลขาดการฝึกอบรมเกี่ยวกับการใช้ยาโอปิออยด์			
7.บุคลากรทางการแพทย์ในสถานพยาบาลไม่ยอมจ่ายยาโอปิออยด์ <u>เนื่องจากกังวลเรื่องการควบคุมทางกฎหมายที่เข้มงวด</u>			
8. บุคลากรทางการแพทย์ในสถานพยาบาลไม่ยอมจ่ายยาโอปิออยด์ <u>เนื่องจากกังวลเรื่องการนำไปใช้ในทางที่ผิดของผู้ป่วย</u>			
9.บุคลากรทางการแพทย์ในสถานพยาบาลไม่กล้าจ่ายยาโอปิออยด์ให้ผู้ป่วยนำกลับบ้าน <u>เพราะกลัวผิดกฎหมาย</u>			
10.โควตาประจำปียาโอปิออยด์ของสถานพยาบาลไม่เพียงพอกับความต้องการใช้ในแต่ละปี			
11.รายการยาโอปิออยด์ที่จัดหาโดย อย. มีชนิด รูปแบบ ความแรง ปริมาณไม่ครอบคลุมเพียงพอกับความต้องการของสถานพยาบาล			
12.ขั้นตอนการสั่งซื้อยาโอปิออยด์จาก อย. ยุ่งยาก หลายขั้นตอน ทำให้การสั่งซื้อล่าช้า			
13.ช่องทาง วิธีการในการติดต่อสั่งซื้อยาโอปิออยด์ กับ อย. ทำได้ยาก ไม่สะดวก			
14.อย. ไม่มีระบบการรับยาคืน หรือ แลกเปลี่ยนยา ทำให้สถานพยาบาลบริหารจัดการยาใกล้หมดอายุได้ยาก			
15.ระบบการจัดส่งยาของ อย.ล่าช้า			
16. ปัญหายาชำรุดเสียหาย เนื่องจากการจัดส่งของ อย.			
17.การขาดยาคลังของ อย. ทำให้ไม่มียาจำหน่ายให้สถานพยาบาลในบางช่วงเวลา			

2.2 ปัญหาและข้อจำกัดในการใช้ยาโอปิออยด์อื่นๆนอกเหนือจากข้างต้นที่พบในสถานพยาบาลของท่าน โปรดระบุ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะและแนวทางในการแก้ไขปัญหา**

จากปัญหาและข้อจำกัดในการใช้ยาโอปิออยด์ที่พบในสถานพยาบาลของท่าน ท่านมีข้อเสนอแนะและแนวทางในการแก้ไขปัญหายังไร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

\*\*\*ขอขอบพระคุณที่กรุณาตอบแบบสอบถาม\*\*\*



ภาคผนวก ข

แนวคำถามในการสัมภาษณ์

แนวคำถามในการสัมภาษณ์

เรื่อง การศึกษาสภาพปัญหาและแนวทางการบริหารจัดการการใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อให้ทราบถึงอัตราและแนวโน้มการใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์ในประเทศไทย
2. เพื่อให้ทราบถึงสภาพปัญหา ข้อจำกัดต่างๆ ในการเข้าถึงยาในกลุ่มโอปิออยด์ เพื่อบรรเทาอาการปวดของผู้ป่วยในประเทศไทย
3. เพื่อศึกษาแนวทางในการบริหารจัดการการใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์ในประเทศไทย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

รหัสผู้ให้สัมภาษณ์.....

ประวัติการทำงาน /ประสบการณ์เกี่ยวกับการบริหารจัดการยาในกลุ่ม opioids

.....

.....

.....

2. คำถามเกี่ยวกับปัญหาและข้อจำกัดในการใช้ยาโอปิออยด์

- (เช่น 1. ประเด็นเกี่ยวกับนโยบาย แผนจัดซื้อ สำรองยาของสถานพยาบาล
2. ประเด็นเกี่ยวกับกฎระเบียบ ข้อกฎหมาย
3. ความรู้ ความพร้อม ทักษะของบุคลากรทางการแพทย์
4. การบริหารเกี่ยวกับยาคงคลัง ขั้นตอนการสั่งซื้อ ระบบการรับคืนแลกเปลี่ยน ระบบการจัดส่งของ ออ.)

.....

.....

.....

.....

3. ข้อเสนอแนะและแนวทางในการแก้ไขปัญหา

.....

.....

.....

.....

วัน/เดือน/ปี ที่ให้สัมภาษณ์ \_\_\_\_\_ สถานที่สัมภาษณ์ \_\_\_\_\_

ภาคผนวก ค

บทสัมภาษณ์

## บทสัมภาษณ์บุคคลที่มีความรู้ความเข้าใจ หรือมีประสบการณ์เกี่ยวกับยากลุ่มโอปิออยด์ ท่านที่ 1

### ข้อมูลส่วนบุคคล

รหัสผู้ให้สัมภาษณ์ 01

### ประวัติการทำงาน / ประสบการณ์เกี่ยวกับการบริหารจัดการยาในกลุ่มโอปิออยด์

ปฏิบัติงานในตำแหน่งเภสัชกรชำนาญการพิเศษ กองบริหารการสาธารณสุข ซึ่งดูแลเกี่ยวกับงานด้านเภสัชกรและด้านยา รวมถึงสหวิชาชีพด้วย เป็นภาพรวมของภารกิจ สำหรับประสบการณ์ทำงานเกี่ยวกับเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระดับประคอง คือ เป็นคณะทำงานพัฒนาคู่มือระบบยาในการดูแลผู้ป่วยระดับประคองของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงเป็นคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ (service plan) สาขาผู้ป่วยระดับประคองของกระทรวงสาธารณสุข

### ปัญหาและข้อจำกัดในการใช้ยาโอปิออยด์

ถ้าในหลักการระบบการจัดการยา จะมีอยู่ 4 ขั้นตอน คือ

#### 1. การคัดเลือกยา (selection)

ประเด็นของยาโอปิออยด์ เนื่องจากโรงพยาบาลมีหลายระดับ การคัดเลือกรายการยาในแต่ละโรงพยาบาล กรณีโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ รายการยาก็ต่างกัน เพราะฉะนั้นการกำหนดชนิดและจำนวนรายการยา จึงได้มีการกำหนดไว้ในเล่มคู่มือระบบยาในการดูแลผู้ป่วยระดับประคองของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข แต่จากการสำรวจที่ผ่านมา ก็พบปัญหาว่า โรงพยาบาลหลายแห่งยังมีชนิดรายการยาโอปิออยด์ไม่ครบตามที่กำหนดไว้ตามที่แต่ละระดับโรงพยาบาลควรมี ดังนั้นการคัดเลือกยาเข้าโรงพยาบาลปัญหาน่าจะมีเรื่องชนิดและจำนวนรายการยาของโรงพยาบาลบางแห่งที่ไม่เพียงพอในการซัพพอร์ทผู้ป่วย

ซึ่งจริงๆก่อนมีอาจารย์จากกรมการแพทย์สอบถามประเด็นนี้ กับท่านปลัดกระทรวงสาธารณสุขเหมือนกัน ท่านปลัดฯก็บอกให้เสนอขึ้นมาเป็นนโยบาย แต่เราก็ไม่ยากไปกำหนดเป็นนโยบายไป โดยยังไม่มีการพูดคุยกับทางโรงพยาบาลก่อนว่ามีประเด็นอะไรที่ยังไม่จัดซื้อยาโอปิออยด์ตามรายการที่กำหนดไว้ เพราะบางโรงพยาบาลแพทย์อาจไม่มีการสั่งจ่ายยาตัวนี้ เภสัชกรก็ไม่สั่งยาเข้าโรงพยาบาล ตรงนี้คิดว่าปัญหา คือ การสื่อสาร เพราะเราทำคู่มือแนวทางส่งไปตามโรงพยาบาล แต่ยังไม่เคยมีการสื่อสารกับทางโรงพยาบาลเลย ขณะนี้ได้มีการทำสำรวจไปแล้วเกี่ยวกับรายการยาของโรงพยาบาล แต่ยังคงตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้มาก่อน แล้วค่อยสรุปผลแจ้งกับโรงพยาบาล ชี้แจงเหตุผลให้โรงพยาบาลทราบว่าควรมียาตามรายการเหล่านี้เพราะอะไร

อีกประเด็นที่จะเกี่ยวข้องและส่งผลกระทบต่อจากการที่มีการกำหนดรายการยาตรงนี้ขึ้นมา คือ ทาง อย. ก็อาจได้รับผลกระทบในการสต็อกยาคงคลัง ซึ่งก็เข้าใจ เพราะการสต็อกยากลุ่มนี้ในประเทศ อย. ต้องรายงานไปยังหน่วยงานระหว่างประเทศ การจะเพิ่มจำนวนสต็อกก็ต้องมีการรายงาน ฉะนั้นหากโรงพยาบาลทุกแห่งมีการสั่งซื้อยาตามรายการที่กำหนดนี้ อย. จะเตรียมการสำรองยาคงคลังไม่ทันได้

#### 2. การจัดซื้อจัดหา (procurement)

ขั้นตอนปกติในการจัดซื้อเท่าที่ทราบคือ บางครั้งพบปัญหาขาด เนื่องจากยาในกลุ่มนี้ อย. เป็นผู้จำหน่ายรายเดียว ดังนั้นเวลาเกิดภาวะขาด จะเกิดปัญหาได้ อีกอย่างโรงพยาบาลไม่สต็อกยากลุ่มนี้ไว้มาก เพราะหากไม่มีการใช้ ปัญหาที่ตามมาคือ ส่งคืน แลกเปลี่ยนไม่ได้ เมื่อยาหมดอายุก็ต้องตั้งคณะกรรมการเพื่อขออนุมัติทำลายยา มีปัญหาเรื่องระเบียบพัสดุว่าปล่อยให้ยาหมดอายุ หรือบางกรณีมีผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ยาเข้ามา ก็จัดซื้อจัดหาไม่ทัน ดังนั้นการจัดซื้อจัดหาถ้าสามารถสต็อกไว้แค่ปริมาณหนึ่ง แล้วหากมีผู้ป่วยที่ต้องใช้ยา

ต่อเนื่องเข้ามา ก็ค่อยสั่งซื้อเพิ่ม จึงอยากให้มียระบบในการจัดซื้อที่รวดเร็วขึ้น มีขั้นตอนวิธีการจัดซื้อจัดหาที่ทำให้ได้ง่ายขึ้น โดยจะเป็นระบบออนไลน์ หรือ fast track ก็แล้วแต่ เพื่อลดปัญหาการสูญเสียเนื่องจากยาหมดอายุ เพราะสต็อกแล้วไม่มีการใช้

### 3. การกระจายยา (distribution)

เรื่องการกระจายในส่วนของสถานพยาบาลคิดว่าเกี่ยวกับเรื่องการควบคุมและการหมุนเวียนการใช้ในโรงพยาบาล เพราะเวลาได้ยามา ยาก็สต็อกอยู่ในคลังซึ่งมีเภสัชกรควบคุมดูแล ฉะนั้นปัญหาการกระจายยาก็น่าจะเป็นเรื่องของการควบคุมกำกับที่เข้มงวด ซึ่งถามว่าเป็นปัญหาอุปสรรคหรือไม่ ตอนนี้เภสัชกรก็กำกับดูแลอยู่แล้ว เช่น มีการนำ amp ยาเปล่ามาแลกเวลาจะมีการเบิกจ่ายยา แม้ว่าจะไม่ได้มีข้อกำหนดมากำหนดบังคับตรงนี้ แต่ก็ยังเป็นแนวทางปฏิบัติที่ทำกันมานานเพื่อช่วยในการควบคุม มีการจัดทำรายงานคนไข้ที่ได้รับยา มีใบสั่งยา

### 4. การใช้ (use)

อัตราการใช้มันผันแปรไปตามแพทย์แต่ละท่านว่าจะจ่ายยาตัวไหน กรณีจ่ายยาไปแล้วคนไข้เสียชีวิต ยาที่เหลือไม่ได้รับการจัดการ ยาเอากลับมาใช้อีกไม่ได้ก็เป็นปัญหาเพราะยังไม่ได้มีระบบดูแลตรงนี้ชัดเจน ส่วนประเด็นที่ว่าแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลยังมีความรู้สึกลัวว่ายาในกลุ่มนี้เป็นยาควบคุม จนกังวลกับการสั่งจ่าย อันนี้เราพูดกันมานานว่าปัญหาเกิดจากการที่แพทย์ไม่กล้าสั่งใช้ แต่เพราะอะไร ทำไมไม่กล้า ตรงนี้เราไม่เคยมีการศึกษาจริงๆว่าแพทย์ไม่กล้าสั่งใช้ด้วยเหตุผลอะไร หรือกลุ่มที่กล้าสั่งใช้เพราะเหตุผลอะไร รวมถึงที่มีการสั่งใช้อยู่ในปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นแพทย์กลุ่มไหน เราไม่เคยมีสถิติข้อมูล คือมันต้องคิดเชิงระบบทั้งหมด เพราะปัญหาจากการใช้ยาไม่ได้ขึ้นกับเรื่องการสั่งใช้อย่างเดียว อย่างแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งมี 700 กว่าแห่งทั่วประเทศ เป็นแพทย์กลุ่มใหญ่ หรือแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ แพทย์เฉพาะทาง มีการใช้ยาในกลุ่มนี้หรือไม่อย่างไร ประเด็นนี้เป็นเรื่องที่น่าสนใจที่ควรศึกษาเพิ่มเติม เพราะหากเราไม่มีข้อมูล ทำให้การแก้ปัญหาทำได้ไม่ตรงจุด

สุดท้ายที่กล่าวมาทั้ง 4 ประเด็น สถานพยาบาลต้องทำตามกฎหมายที่ควบคุม ในขณะที่เดียวกันจะมีวิธีปรับยังไงให้ควบคุมได้ตามเส้นทางตั้งแต่กระบวนการจัดซื้อไปจนถึงการสั่งใช้ในโรงพยาบาล ซึ่งถามว่าปัจจุบันมีปัญหาหรือไม่ ก็มีเรื่องการเข้าถึงยากเนื่องจากการใช้มีการควบคุมกำกับเข้มงวด ที่แพทย์ไม่อยากจะจ่ายน่าจะกลัวเรื่องข้อกฎหมาย เพราะเวลาแพทย์จะสั่งจ่ายต้องเซ็นชื่อในใบสั่งจ่าย มันเป็นการผูกความรับผิดชอบของแพทย์ อีกอย่างคือแพทย์อาจไม่มั่นใจถ้าต้องจ่ายยาออกไปให้ผู้ป่วยนำไปใช้นอกสถานพยาบาล ใครจะเป็นคนติดตามดูแล แพทย์ก็ไม่อยากเสี่ยงจ่ายออกไป ซึ่งตรงนี้คิดว่าเภสัชกรต้องช่วยสร้างความมั่นใจให้กับแพทย์ด้วยการช่วยติดตามกำกับ บริหารยาให้คนไข้ที่นำยากลับไปใช้ที่บ้าน ไม่เช่นนั้น แพทย์สั่งจ่ายแล้ว เภสัชกรไม่ได้ติดตามต่อ จ่ายยาเสร็จในโรงพยาบาลก็จบ ดังนั้นกระบวนการที่จะต้องตามต่อจากโรงพยาบาลไปถึงบ้านหรือชุมชนเป็นเรื่องสำคัญ ต้องมีการสร้างผู้ดูแลต่อในชุมชน

### ข้อเสนอแนะและแนวทางในการแก้ไขปัญหา

สำหรับข้อเสนอเชิงนโยบาย คือ เรื่องของข้อกฎหมาย ในแง่ของการควบคุม กฎหมายมีไว้ควบคุมคนกลุ่มหนึ่งที่มีแนวโน้มว่า จะนำยากลับไปใช้ในทางที่ผิด แต่ในขณะเดียวกันก็มี กลุ่มคนที่ต้องการนำไปใช้เพื่อการรักษาจริงๆ ไม่ควรทำให้เขาเข้าไม่ถึงยาด้วยข้อกำหนดที่เข้มงวดเกินไป ต้องทำให้การควบคุมตามกฎหมายกับการเข้าถึงยาของผู้ป่วยไปด้วยกันได้ และต้องมีแนวทางที่จะให้คนเอายาไปใช้ในทางที่ถูก ให้ใช้ได้เหมาะสม แต่จริงๆ สิ่งที่สำคัญว่าเป็นปัญหาสำคัญ คือ เรื่องการสต็อกยาในโรงพยาบาล และการแลกเปลี่ยนคืนยา ถ้าเราสามารถให้โรงพยาบาลรัฐ หมุนเวียนสต็อกยาได้ในระดับเขตหรือระดับจังหวัด ให้ผู้ตรวจหรือนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเซ็นอนุมัติให้หมุนเวียนยาโอปิออยด์กันได้เลยเฉพาะในจังหวัด เช่น โรงพยาบาลขนาดเล็ก

สต็อกยามอร์ฟินไว้ 10 amp แต่ไม่มีการใช้เลย ก็ให้เขาสามารถหมุนเวียนยานี้ไปให้โรงพยาบาลศูนย์ใช้แทน แล้วทำบัญชีรายงานกัน ก็จะไม่มีปัญหาหายหมดอายุ โรงพยาบาลก็น่าจะยอมมีการจัดหายามาสต็อกไว้ตามรายการที่กำหนด ทำเป็นเหมือน node ยา เฉพาะในระดับจังหวัด โดยให้โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลจังหวัด ช่วยเป็น node ยา ให้มีการแลกเปลี่ยนกันได้ภายในจังหวัด แบบนี้โรงพยาบาลก็ไม่ขาดยา ไม่มีการสต็อกยาเกิน ต้องทำลายยาหมดอายุ การที่โรงพยาบาลชุมชน 700 กว่าแห่ง สต็อกยาแล้ว ต้องมาทำลายรวมๆกัน มันสูญเสียเยอะไม่ใช่หน่อย ไม่มีใครอยากทำลายยาทิ้ง และยากลุ่มนี้จะทำลายก็ต้องมีการตั้งคณะกรรมการอีก อันนี้ต้องเป็นเรื่องระดับนโยบายที่จะกำหนดให้มีระบบที่มี node ยากลุ่มนี้ขึ้นมา และจังหวัดต้องจัดทำระบบตรงนี้ขึ้นมารองรับ

ในส่วนของการจ่ายยาโอปิออยด์ให้ผู้ป่วยกลับไปใช้รักษาที่บ้าน เกสซ์กรต้องลงไปติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย ไม่ใช่ไม่ยอมจ่ายยาเพราะไม่อยากไปติดตามดูแลการใช้ยา ถ้าแพทย์สั่งจ่ายแล้ว เกสซ์กรต้องช่วยติดตามดูแลการบริหารยาให้ผู้ป่วย กรณีผู้ป่วยใช้ยาแล้วมีปัญหาต้องลงไปดู หรือปรับเปลี่ยนรูปแบบยาให้เหมาะสมกับสถานะของผู้ป่วย ดู compliance ของผู้ป่วยในชุมชน นี่เป็นบทบาทที่เกสซ์กรต้องช่วยกันทำ ต้องคอยเป็นตัวเชื่อมให้แพทย์กับผู้ป่วย โดยอยากให้เห็นไปที่เกสซ์กรปฐมภูมิในการสร้างบทบาทตรงนี้ขึ้นมา จะแค่จ่ายยาในโรงพยาบาลอย่างเดียวไม่พอ แพทย์เองก็จะมั่นใจว่ายาที่จ่ายไป มีเกสซ์กรดูแลการใช้ยาของผู้ป่วยต่อ ยาไม่ได้ถูกนำไปใช้ในทางที่ผิด หรือใช้อย่างไม่เหมาะสม ยิ่งในอนาคตมีนโยบายเกี่ยวกับการลดความแออัดในสถานพยาบาล เพราะฉะนั้นเกสซ์กรต้องปรับบทบาท เรื่องการติดตามดูแลการบริหารการใช้ยาของผู้ป่วยในชุมชน ตอนนี้หลายๆจังหวัดก็เริ่มมีการเปิดบทบาทตรงนี้ขึ้นมาแล้ว โดยการทำงานในปัจจุบันต้องช่วยกันทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ ช่วยกันดูแลผู้ป่วย ตรงนี้ก็จะลดความกังวลของแพทย์ในการสั่งจ่ายว่ายาจะไม่ถูกนำไปใช้ในทางที่ไม่เหมาะสมซึ่งการปลูกฝังเรื่องการทำงานเป็นทีมแบบสหวิชาชีพ อันนี้แต่ละหน่วยงานต้องช่วยกันสร้างระบบขึ้นมาให้มีการสร้างทีมที่จะมาทำงานร่วมกัน ถ้าให้ดีต้องมีการปลูกฝังกันตั้งแต่หลักสูตรการเรียนการสอนเลยว่าการดูแลผู้ป่วยต้องทำงานกันเป็นทีมสหวิชาชีพ

นอกจากนี้ควรมีการพัฒนาแนวทางหรือ Guideline ที่จะสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางหลักเหมือนกันทั้งประเทศ เพื่อให้การใช้ยาในกลุ่มนี้เป็นไปตามกฎหมาย แต่ง่ายแก่การเข้าถึง ไม่ให้คนที่ใช้ยาในระบบลำบากต่อการทำงาน

## บทสัมภาษณ์บุคคลที่มีความรู้ความเข้าใจ หรือมีประสบการณ์เกี่ยวกับยากกลุ่มโอปิออยด์ ท่านที่ 2

### ข้อมูลส่วนบุคคล

รหัสผู้ให้สัมภาษณ์ 02

### ประวัติการทำงาน / ประสบการณ์เกี่ยวกับการบริหารจัดการยาในกลุ่มโอปิออยด์

ประธานคณะกรรมการ service plan สาขาประคับประคอง และรองประธานคณะกรรมการ service plan สาขาการดูแลกึ่งเฉียบพลันและประคับประคอง ซึ่งที่ผ่านมาในปี 2560 ได้เริ่มปรับตัวชีวิตของการดูแลแบบ Palliative care ตามที่ WHO กำหนดให้มีการรายงานปริมาณการใช้ยากกลุ่ม morphine ซึ่งประกอบด้วย morphine, pethidine, fentanyl, oxycodone, hydromorphone ในการรักษาอาการปวดในคนไข้ระยะท้ายหรือระยะประคับประคอง ต่อมาคือทำความเข้าใจกับพื้นที่ในเรื่องเกี่ยวกับตัวชี้วัดหาสถานการณ์ในขณะนั้น แล้วปิด gap ตัวชี้วัดที่ยังบกพร่องอยู่ การที่ต้องใช้ตัวชี้วัดนี้เพราะว่ามันเป็นตัวชี้วัดสากลที่วัดทุกประเทศทั่วโลกถึงปริมาณ opioids consumption in morphine equivalence minus methadone เป็น mg/person ของประเทศไทยค่าตรงนี้ยังอยู่ต่ำกว่าเกณฑ์สากลที่เฉลี่ยไว้ เป็น global mean ค่าเฉลี่ยสากล อยู่ที่ 5.42 mg/person ของไทยอยู่ที่ 1.5 mg/person เป็นตัวเลขจากการสำรวจในปี 2013 ลงใน annual oncology ซึ่งในอาเซียน กลุ่มเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ประเทศไทยมีอัตราการใช้ที่ต่ำสุดแล้ว โดยประเทศในกลุ่มนี้ mean การใช้อยู่ที่ 0.195 mg/person

### ปัญหาและข้อจำกัดในการใช้ยาโอปิออยด์

ภาพรวมการใช้ morphine ของประเทศไทย ก็ต้องมาดูก่อนก่อนว่าจริงๆ แล้ว เราใช้น้อยเพราะอะไร ในประเทศไทย คนที่เป็น acute pain ที่ใช้ morphine พออาการ stable แล้ว เขาก็หยุดใช้ กลุ่มนี้มีการใช้เยอะหลังผ่าตัดอยู่แล้ว ไม่ค่อยมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงปริมาณการใช้ morphine ของประเทศเท่าไร จึงไม่ใช่ข้อที่ WHO เขาสนใจ แต่เขาให้ความสนใจกับ chronic pain ซึ่งมันเกี่ยวกับ palliative care อีกอันคือ การใช้ morphine เพื่อลดการหายใจ ตั้งใจให้ลดการหายใจ คือเอา side effect มาใช้ในการรักษาในคนไข้ที่มีอาการหอบเหนื่อยในระยะท้าย ถ้าไม่ลดการหายใจของเขา เขาก็จะ air hunger เยอะมาก และจะทุกข์ทรมาน คนเห็นก็ทรมาน การให้ morphine เพื่อลดการหายใจ ไม่ใช่ให้ลดจนหยุดหายใจ morphine ไม่ได้ทำให้คนไข้ตาย สิ่งที่ทำให้ morphine ในประเทศไทยยังไม่เยอะ คือ

หนึ่ง ความเข้าใจใน chronic pain น้อย โรงเรียนแพทย์เน้นการสอนการดูแล acute pain หลังผ่าตัด แต่ไม่ได้สอน palliative care ซึ่งเกี่ยวกับ chronic pain

สอง ความกลัว side effect เรื่องลดการหายใจ เราถูกสอนมาใน acute pain จนกลัวที่จะใช้ประโยชน์ของมัน เพื่อลดการหายใจในคนไข้ที่มี air hunger

สาม คนไทยเองที่ไม่ใช่หมอ บุคลากรทางการแพทย์ พอพูดถึง morphine แล้วกลัว บางที่ได้ยาไปก็ไม่กิน หรือขอไม่รับยานี้ เพราะรู้ว่ามันเป็นยาเสพติด ความกลัวของเขาคือเป็นยาเสพติดใช้แล้วจะติดหยุดไม่ได้ แต่เขาขาดการอธิบายว่า เมื่อเขาเป็น chronic pain อาการปวดนั้นจะไม่มีทางหาย คนไข้ป่วยระยะท้ายไม่ต้องกลัวติด ขอให้อยู่กับมันอย่างเหมาะสม ไม่ใช่ overuse คือไม่ใช่เกินความปวด แต่ก็ต้องไม่ใช่ underuse คือปวดๆหายๆ ต้อง pain free ตลอด 24 ชั่วโมง ไม่ว่าจะป็นตอนตื่นหรือหลับ

ปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องคือ เรามี spiritual support มีพุทธศาสนา มีการนั่งสมาธิ และอื่นๆ ที่บางครั้งทำให้การใช้ morphine ลดลง เรามีการแพทย์แผนจีนและแผนไทยที่อาจจะมียาสมุนไพรบางตัว ที่มีส่วนประกอบของ morphine อยู่แล้ว โดยที่เราไม่รู้ ทำให้การใช้ยา morphine ในแผนปัจจุบัน ซึ่ง WHO เขาวิต ค่ำมันเลยลดลงไป เพราะเวลา WHO วัดเขาวัดแต่การใช้ยาแผนปัจจุบัน โดยเอาข้อมูลจาก consumption ที่ อย. ส่งไป

ให้ International Narcotics Control Board เราสั่งซื้อเท่าไร ใช้ไปเท่าไร เขาจะรู้ แล้วเอาค่านี้ไปหารต่อหัวประชากร นอกจากนี้ยังมียาทางการแพทย์อื่นๆ ที่ออกฤทธิ์ลดปวดได้ เช่น กลุ่ม NSAIDs และอื่นๆ ที่อาจทำให้เราใช้ morphine ในช่วง mind pain น้อย คือไปใช้ยาในกลุ่มพวกนี้แทน หรือแม้แต่ใน moderate pain ก็ใช้ยาในกลุ่มนี้ร่วมกับ morphine รวมถึงเรายังมี non-pharmaco intervention เช่น นวดประคบ ultrasound shortwave ผิงเข็ม หรือกายภาพบำบัด ดังนั้นในคนไข้ระยะท้ายที่ยังสามารถขยับตัวได้ ไม่ใช่กลุ่มติดเตียง เขายังไปรับบริการตรงนี้ได้หมด หรือไม่ก็ไปเข้ากลุ่มศิลปะบำบัด ความปวดก็อาจบรรเทาได้ดีขึ้น

ปัญหาข้อจำกัดอีกอันที่ไม่ได้เกี่ยวกับหมอและคนไข้ คือ ยาที่มีอยู่ในระบบปัจจุบันยังไม่ทั่วถึงในโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กยังไม่มียา จะเห็นว่ากลุ่ม kpanol, fentanyl โรงพยาบาลขนาดเล็กจะไม่มี ถ้าคนไข้อยู่ในโรงพยาบาลชุมชน บ้านอยู่ไกลมาก เขาต้องเดินทางไกลเพื่อมารับยาในโรงพยาบาลจังหวัด เขาก็เลยไม่มา ถ้าเขาเดินทางมาแสดงว่าเขาต้องเสียค่ารถมา เราไม่ได้อนุญาตให้ญาติมารับยาแทน จะมีบางพื้นที่เท่านั้นที่บอกว่าไม่เป็นไร เขารู้ว่าคนไข้คนนี้เป็นใคร และยอมให้ญาติมารับยาแทนได้ แต่ส่วนใหญ่ต้องเป็นคนไข้ที่อยู่ในโครงการ คนไข้ที่ถูก record ว่าเป็นคนไข้ใน palliative care ถ้าเป็นหมอสาขาอื่นที่ไม่ได้ส่งคนไข้เข้ามาอยู่ใน palliative care เขาจะไม่ยอมจ่ายยาในกลุ่มนี้ให้ญาติกลับไปแน่นอน เพราะฉะนั้นกระบวนการ palliative care ในปัจจุบันมันยังอยู่ในวงจำกัด ไม่ใช่หมอทุกคนที่สนใจ เพราะโรงเรียนแพทย์ไม่ได้สอนมา residence ไม่ได้เรียนถ้าเคสที่ไม่สุดๆจริงๆ เขาจะไม่ส่งมา ทำให้ปริมาณการใช้ยา morphine มันต่ำ

นโยบายตอนนี้ก็สนับสนุนให้มี palliative care ในโรงพยาบาลทุกขนาด แต่โรงพยาบาลขนาดเล็ก ยาก็จะมีแต่พวก MST 10 mg คือ พวก long acting มีแค่นี้ 30 mg ก็ไม่มีแล้ว kpanol ไม่มีแน่นอน morphine syrup, morphine injection มีทุกโรงพยาบาลแน่นอน morphine 2 cc. มีบ้างไม่มีบ้าง เพราะอันนี้ยาหมดอายุเร็ว morphine IR ส่วนใหญ่มี เพราะฉะนั้นยาในกลุ่มนี้ที่มีในโรงพยาบาลชุมชนสามารถจ่ายได้ แต่หมอในโรงพยาบาลชุมชนจะจ่ายหรือเปล่า ข้อจำกัดอยู่ที่หมอผู้จ่าย เพราะรายการยาในโรงพยาบาล ถูกกำหนดโดย กบรส. อยู่แล้ว ทีนี้ในส่วนของวิธีการส่งจ่ายยา จากข้อมูลที่สำรวจลงใน annual oncology เขาสำรวจว่าในแต่ละประเทศต้องให้แพทย์เซ็นเอกสารก็ฉบับ ถึงจะจ่ายยาออกไปได้ ของประเทศไทยพบว่าเซ็นแค่ครั้งเดียว คือ เซ็นใบ ยส. หนึ่งครั้งจ่ายยาได้เลย ไม่ต้องเซ็น 2 ใบ 3 ใบ แล้วใครส่งจ่ายยาได้บ้าง ปรากฏว่าหมอประเทศไทยส่งจ่ายได้หมดทุกสาขา ยกเว้นพยาบาลกับเภสัชกรส่งจ่ายไม่ได้ และเขาดูอีกว่ามีกฎหมายอะไรบางอย่างที่ทำให้ไม่อยากจ่าย morphine หรือไม่ พบว่าเรามีกฎหมายยาเสพติดควบคุมอยู่ ก็เป็นข้อมูลที่เขาสำรวจมา เพราะฉะนั้นปัญหาตอนนี้ของเราอย่างหนึ่ง คือ กฎหมาย แต่มันก็เป็นแบบนี้หลายประเทศ ส่วนใหญ่เขาก็มีกฎหมายควบคุมกันทั้งนั้น ซึ่งกฎหมายข้อหนึ่งที่มีมองว่าเป็นอุปสรรคของเรา คือ ห้ามซื้อ ขาย แลกเปลี่ยน ยืม คิน ถ้าโรงพยาบาลที่หนึ่งมียาใกล้หมดอายุ โรงพยาบาลที่สองอยากได้ยานั้นด่วน แต่ไม่สามารถขอจากโรงพยาบาลที่หนึ่งได้ หรือถ้าโรงพยาบาลที่หนึ่งมียาใกล้หมดอายุจะขอคินยามาที่ อย. ก็ทำไม่ได้ ต้องทำลาย ซึ่งการทำลายก็คือการเอาเงินไปเผาทิ้ง แบบนี้โรงพยาบาลที่หนึ่งก็ไม่อยากจะทำเพราะว่ามันทำให้เขาต้องเสียเงินบำรุงไปกับการมีสต็อกยาในกลุ่มนี้ เพื่อให้คนไข้ซึ่งจะมีหรือไม่มีก็ไม่รู้ ฉะนั้นปัญหาอุปสรรคสำคัญ คือ เรื่อง กฎหมาย ที่นอกจากจะทำให้โรงพยาบาลแลกยากันไม่ได้ โรงพยาบาลต้องทำลายยาทิ้งสิ้นเปลือง การนำยาฉีดออกไปนอกโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่วนใหญ่เข้าใจว่าทำไม่ได้ เพราะกฎหมายห้าม ซึ่งหากทำได้ ตรงนี้ก็ต้องไปสื่อสารว่าสามารถทำได้ด้วยวิธีไหนบ้าง พยาบาลออกไปฉีดให้คนไข้ได้หรือไม่ ถ้ามีออเดอร์แพทย์ เพราะเอาจริงๆ แพทย์ก็ไม่มีเวลาออกชุมชน

ปัญหาถัดไป คือ ระบบการจ่ายเงินของ สปสช. เมื่อปี 2554 จะเห็นว่ามีการใช้ยาเยอะขึ้น เพราะเป็นปีที่ สปสช. จ่ายค่าชุดเข็มยาฉีดกลุ่มอนุพันธ์ฝิ่นสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง พอจ่ายเงินปั๊บ ก็มีการใช้ทันที อัตราการใช้พุ่งสูงขึ้น ต่อมาปี 2559 มีการปรับ คือ จ่ายชุดเข็มยาฉีดกลุ่มอนุพันธ์ฝิ่น จ่ายค่า oxygen คือ จ่ายค่ากิจกรรมของ palliative care ทั้งหมด ซึ่งมันมีปัญหาว่าการจ่ายแบบนี้ โรงพยาบาลต้องคิดรายละเอียดเยอะ คนก็เริ่ม



ไม่ยากคือข้อมูล สปสช. ก็เห็นใจ คือ ตั้งเงินไว้ให้จ่ายเหมือนเดิม แต่เปลี่ยนเป็นเหมาจ่ายผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ ระยะสุดท้ายตามเวลาเสียชีวิต การเหมาจ่ายรวมการเยี่ยมบ้าน ค่ายา ค่า oxygen ค่าดูแลแผล ผลคือ มีการเยี่ยมบ้านเพิ่มขึ้น แต่ไม่ได้ลดการมาโรงพยาบาลขนาดใหญ่ของผู้ป่วย เพราะโรงพยาบาลชุมชนถึงจะไม่จ่ายยา morphine เพิ่มจากเดิมที่เคยจ่าย ก็ยังคงได้รับเงินอยู่ดี เพราะฉะนั้นโรงพยาบาลไม่ต้องมียา ไม่ต้องสต็อก แต่ลงไปเยี่ยมบ้านก็ได้เงินในอัตราเดียวกัน เพราะมันคือการเหมาจ่ายรายเดือน

### ข้อเสนอแนะและแนวทางในการแก้ไขปัญหา

เรามีการกำหนดตัวชี้วัดที่วัดตามสากล คือ ผู้ป่วยที่ได้รับ morphine ทารด้วยผู้ป่วย palliative care ทั้งหมด โรคในกลุ่ม palliative care ที่ใช้เยอะ คือ cancer พวกที่มีปัญหาปวดเยอะ ติดบ้านติดเตียง stroke อาจมีไข้บ้าง โรคไตแทบไม่มีใช้นี้ COPD มีไข้บ้างเพื่อลดการหายใจ ในช่วงที่หอบเหนื่อยระยะท้าย วิธีการวัดตัวชี้วัดของเรา คือ เมื่อมีคนไข้เข้าสู่ palliative care มีชีวิตเหลือประมาณ 6 เดือน เขาได้ใช้ยากลับนี้ ครั้งหนึ่ง เราก็นับแล้ว แต่ถ้าเป็นคนไข้ cancer เราก็หวังว่า หมอจะจ่ายยาให้คนไข้ยาวๆ ไม่ใช่แค่ครั้งเดียว เพื่อให้ได้ตามตัวชี้วัด ตัวชี้วัดถึงได้ถูกกำหนดว่าต้องมี ระบบการวินิจฉัย ก่อนจะจ่ายยาต้องมี advanced care plan มีการพูดคุยกับคนไข้ก่อน มีบุคลากรที่สามารถจ่ายยาได้ ตัวชี้วัดกำหนดเป้าหมาย คือ การให้ morphine มากกว่าหรือเท่ากับ 40 เพอร์เซ็นต์เท่านั้น เพราะรู้ว่ามียาหลายโรคในกลุ่มคนไข้ palliative care ที่ไม่ได้ใช้ morphine เลยตั้งเป้าหมายไว้แค่นี้ ไม่ได้ตั้ง 60, 90 หรือ 100 เพอร์เซ็นต์ เพราะรู้ว่ามันเป็นไปได้ ถ้าจังหวัดไหนส่งมาว่าได้ 100 เพอร์เซ็นต์ แสดงว่าคนไข้เขามีแต่โรคมะเร็ง เขาไม่ได้ทำ palliative care ในโรคอื่นเลย แต่ถ้าจังหวัดไหนส่งมาว่าได้ 25 เพอร์เซ็นต์ แล้วจำนวนคนไข้ที่เป็นตัวเศษก็เยอะ แปลว่าตัวส่วนที่เอามาหารสูงมาก แสดงว่ามีการ diag คนไข้ palliative care สูง เพราะอยากได้เงินค่าเยี่ยมบ้าน การกำหนดตัวชี้วัดตรงนี้ ทำให้มองเห็นสถานการณ์ได้ทุกรูปแบบ จากข้อมูลปีที่แล้วทั้งปีมีคนไข้ palliative care 170,000 ราย ได้รับยา 36,757 ราย ก็เกือบ 40 เพอร์เซ็นต์ ใกล้เป้าหมายตัวชี้วัดที่วางไว้ ซึ่งตัวชี้วัดที่ถูกกำหนดขึ้นมานี้มันเป็นกระบวนการที่ทำให้การใช้ morphine ดีขึ้นอยู่แล้ว กำหนดให้บุคลากรต้องสามารถสั่งจ่ายยาได้ เริ่มตั้งแต่ต้องจัดให้มีบุคลากรก่อนในระดับต่างๆ มีแพทย์ เภสัชกร พยาบาล มีการกำหนดโครงสร้างบุคลากรให้สามารถทำงานได้ มีความก้าวหน้าและทำงานได้คล่องตัว โรงพยาบาลทุกระดับจัดให้มี Essential drug list ของกลุ่มโอปิออยด์ ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก ทั้งหมดมีกำหนดไว้ในตัวชี้วัดแล้ว แต่จะทำหรือไม่ ซึ่งจากปี 2560 ที่เริ่มกำหนดตัวชี้วัดนี้ ตัวเลขอยู่ที่ 25 เพอร์เซ็นต์ ปี 2561 เพิ่มขึ้น ประมาณ 30 เพอร์เซ็นต์ มาปีนี้ตัวเลขขยับขึ้นไปอีก แนวโน้มอัตราการให้ยาเพิ่มขึ้น ดีขึ้น แต่ตอนนี้มันกำลังจะนิ่ง จะขึ้นไปถึง 40 เพอร์เซ็นต์ได้หรือเปล่ายังไม่รู้

Essential medicine ตามคำแนะนำของ WHO และ กบรส. เมื่อกำหนดแล้วควรมีรายการยาใด ในโรงพยาบาลก็ควรจัดให้มีรายการตามนั้น ที่ผ่านมา ออย. ลดราคา ยา และพยายามส่งยาให้ได้ภายใน 14 วัน ใช้ระบบอิเล็กทรอนิกส์ ก็ช่วยได้มากแล้ว ถัดไปคือ เราอาจมีการใช้กัญชาเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจทำให้การใช้ morphine ลดลง อันนี้ต้องไปศึกษาว่าการ switch ไปใช้กัญชา จะทำให้ลดการใช้ morphine ไปมากเท่าไร ถ้าใช้ทั้งสองอย่างร่วมกัน มันจะ synergis กัน ทำให้ใช้ morphine ลดลงหรือเปล่า แต่กัญชาไม่ได้ถูกกว่า morphine ตอนนี้อาจมีราคาแพงมาก แพงกว่า morphine เยอะ morphine 1 cc. ถูกมาก กัญชาถ้าจะให้ dose เท่ากับ 10 mg ของ morphine ตอนนี้อาจแพงมาก และในแง่ของการลดปวดไม่ได้ดีเท่า แต่อาจจะช่วยลดในส่วนของ side effect อื่นๆ ของโรค เช่น เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน

ถัดไปที่จะทำให้มีการให้ยา คือ ต้องมีการวินิจฉัยให้มากขึ้น คนไข้ palliative care ไม่ใช่สู้อยู่แล้ว หมอไม่ยอมวินิจฉัย ไม่ยอมให้ยา คือ ต้องให้ความรู้ในการวินิจฉัย การให้ยา แนวทางการดูแล ซึ่งกรมการแพทย์

กำลังทำอยู่ ที่ผ่านมามีแนวทางอยู่แล้วออกมาได้ประมาณ 3 ปี มีทั้งแนวทางการวินิจฉัย แนวทางการดูแล และกำลังจะ revise เพิ่ม

แนะนำการทำกิจกรรม advanced care plan รวมถึงการดูแลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้าน คือ คนไข้กลับบ้านไปก็ต้องตามไปให้ยา morphine ที่บ้านต่อ มีเครือข่ายการดูแลแบบประคับประคอง ถ้าคนไข้ถูก refer จากโรงพยาบาลจังหวัดกลับไปอยู่ที่บ้าน แปลว่า โรงพยาบาลชุมชนต้องรับรู้เพราะเป็นเครือข่ายกัน โรงพยาบาลจังหวัดสั่งยาให้คนไข้เท่านี้ โรงพยาบาลชุมชนต้องเตรียมสั่งซื้อ เบิกยามาเตรียมให้คนไข้ ถ้าไม่มีรายการนี้ในโรงพยาบาล ก็ต้องประสานกับโรงพยาบาลจังหวัดว่าจะจ่ายยาส่งมาให้หรือไม่ หรือจะปรับยาเป็นตัวอื่นที่โรงพยาบาลชุมชนมีจ่าย สำหรับเครือข่ายในแต่ละจังหวัดจะมีอยู่แล้ว ปัจจุบันทุกจังหวัดมีเครือข่ายขนาดที่รวบรวมข้อมูลทำเป็นไฟล์ excel ตอนนี้นำกำลังขอพิกัดละติจูด ลองติจูด และจะส่งให้ MOPH connect เพื่อทำระบบให้สามารถดูได้เลยว่าเครือข่าย palliative care ใกล้เคียง อยู่ที่ไหน มีชื่อโรงพยาบาล ชื่อเจ้าหน้าที่ เบอร์โทรศัพท์ เว็บไซต์ที่ให้ติดต่อได้ รู้ว่าจะต้องติดต่อใคร เช่น ถ้าหากจะ refer คนไข้จากโรงพยาบาลเชียงรายไปโรงพยาบาลดอยหลวง เขาจะรู้ว่าติดต่อใคร นอกจากนี้เขายังมีไลน์กลุ่มกันระหว่างพยาบาล เพราะฉะนั้นเราดำเนินการตาม six building box ครบถ้วน แต่อยากที่บอกว่าปัญหาตอนนี้คือการสั่งจ่ายยา ซึ่งก็สอนไปเยอะแล้ว แต่สอนยังไงก็ยังไม่อยู่ในกลุ่ม palliative care หมอสาขาอื่นยังไม่อยากเรียน อันนี้คือปัญหาอุปสรรค ซึ่งสมัชชาสุขภาพพยายามจะปรับทัศนคติในเรื่องของการทำพินัยกรรมชีวิตว่าคนเรามีสิทธิ์ไม่ประสงค์จะยื้อชีวิต และจะเพิ่มเรื่อง morphine เข้าไปด้วย โดยสมัชชาสุขภาพจะจัดประชุมเกี่ยวกับ palliative care กรมการแพทย์ก็จะจัดอบรมและจะออกพื้นที่ 12 เขต และที่ อย.บอกว่าจะจัดอบรมเช่นกัน ก็อยากให้ลงไปอบรมที่หมอจริงๆ เลย เชิญหมอจากโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ที่ไม่ใช่เฉพาะสาขา palliative care มาเรียน ให้เขามาเรียนการใช้ morphine ในแง่ของการจ่าย เรามีหมอ palliative care อยู่ทุกจังหวัด สามารถให้ไปช่วยสอนได้ สอนแพทย์ใช้ทุนเรื่องการวินิจฉัย เรื่องการรักษาด้วย morphine ก็ต้องไปปรับกันตั้งแต่หลักสูตรการเรียนการสอน การอบรมเพิ่มเติม ตอนนี้อยู่เน้นเรื่องที่ว่าทำยังไงให้เรื่อง palliative care เข้าสู่ระบบการเรียนการสอน เกสซักรเรียนอยู่ในหลักสูตรแล้ว มีแน่นอนไปสอนมา 4-5 ปีแล้ว เพราะเป็นเรื่องการใช้ morphine หลักสูตรเกสซักรเรียนเรื่องการบริหารยา morphine มันก็เลยรวมทั้งเรื่อง acute pain และ chronic pain เข้าไปด้วย แต่ของแพทย์สอนแต่ acute pain ไม่ได้สอน chronic pain ก็พยายามใส่หลักสูตรนี้ไปในแพทยสภา ถ้าไม่เข้าไปในหลักสูตร โรงเรียนแพทย์ไหนที่อยากสอนก็สอน ที่ไหนไม่อยากก็ไม่สอน พอเวลาไปลงวรรตจริง อาจารย์แพทย์ที่ไม่เคยเรียน palliative care จะไม่พูดถึงเรื่องนี้ residence ที่ลงวรรตด้วยก็ไม่เคยได้เรียนรู้ เวลาปฏิบัติงานจริง แพทย์ใช้ทุนเขาก็จะงงๆ เพราะฉะนั้นควรมีการจัดอบรมให้กับแพทย์ใช้ทุนด้วย รวมถึง อย.ควรมีจัดการอบรมให้ สสจ. เกี่ยวกับเรื่องนี้ด้วย เพื่อให้ สสจ. ไปสอนต่อในจังหวัดคู่กับหมอที่ทำ palliative care ให้กับแพทย์ใช้ทุน ถ้าทำแบบนี้ก็จะช่วยแก้ปัญหาที่โรงเรียนแพทย์ไม่สอนได้ แพทย์ก็จะจ่ายยากลุ่มนี้เป็น เพราะทุกวันนี้โรงพยาบาลจังหวัดทำเรื่องนี้เยอะมากขึ้นแล้ว

โดยสรุปคือ แนวทางแก้ปัญหาต้องไปเน้นที่คนสั่งจ่ายให้มีความรู้ความมั่นใจที่จะใช้ยากลุ่มนี้ และก็ทำให้โรงพยาบาลมีรายการยาตามที่กำหนดไว้ ซึ่งตรงนี้ทาง กบรส. ต้องไปหาวิธีให้โรงพยาบาลมีกรอบยาตามที่กำหนดให้ใช้ ไม่งั้นปัญหานี้ก็จะวนเหมือนไก่กับไข่ คือ ถ้าไม่มียาจะสั่งจ่ายได้ยังไง ถ้าไม่มีคนสั่งจ่ายแล้วจะมียาทำไม่

## บทสัมภาษณ์บุคคลที่มีความรู้ความเข้าใจ หรือมีประสบการณ์เกี่ยวกับยาในกลุ่มโอปิออยด์ ท่านที่ 3

### ข้อมูลส่วนบุคคล

รหัสผู้ให้สัมภาษณ์ 03

### ประวัติการทำงาน / ประสบการณ์เกี่ยวกับการบริหารจัดการยาในกลุ่มโอปิออยด์

ปัจจุบันเป็นรักษาการผู้ทรงคุณวุฒิด้านความปลอดภัยและประสิทธิผลของผลิตภัณฑ์และการใช้ผลิตภัณฑ์ด้านสาธารณสุข และก็เป็นปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้อำนวยการกลุ่มเงินทุนหมุนเวียนยาเสพติด ซึ่งทำหน้าที่นี้มาตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2553 รวมก็ 9 ปีแล้ว บทบาทก็คือบริหารจัดการยาในกลุ่มโอปิออยด์ทั้งระบบ ตั้งแต่การ จัดหารวมทั้งนำเข้าผลิตภัณฑ์สำเร็จรูปและวัตถุดิบมาจัดจ้างการผลิตในประเทศ และกระจายผลิตภัณฑ์สำเร็จรูปให้กับสถานพยาบาลทั่วประเทศ และวัตถุดิบให้กับโรงงานอุตสาหกรรม และด้านวิทยาศาสตร์ พวกสถาบันหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับทางวิทยาศาสตร์ที่ต้องใช้ยา สารมาตรฐาน

### ปัญหาและข้อจำกัดในการใช้ยาโอปิออยด์

ตั้งแต่เรื่องของการจัดหายา เพราะว่ายาในกลุ่มนี้นับวันผู้ผลิตทั่วโลกก็ยิ่งน้อยลงเรื่อยๆ เดิมนั้นพวกบริษัทยา original ต่างๆ เขาก็พยายามเลิกผลิตยาในกลุ่มนี้แล้วหันไปทำผลิตภัณฑ์อื่นๆ ยาอื่นๆ ที่ไม่ใช่ยาเสพติด เพราะว่าผลกำไรได้เยอะกว่าและความเสี่ยงต่ำกว่า เนื่องจากยาในกลุ่มนี้นอกจากจะคุมเข้มแล้วยังมีการแข่งขันกันจนถึงจุดที่แทบจะไม่ได้กำไร กำไรน้อยเมื่อเทียบกับความเสี่ยงที่จะได้รับ ผู้ผลิตจึงน้อยลงเรื่อยๆ เวลาเราจะหา source ของยาโอปิออยด์แต่ละตัวที่เป็นยานำเข้า มันก็จะหายากขึ้น และแม้แต่ผู้นำเข้าเองที่จะตัดสินใจนำเข้า มาเพื่อมาแข่งขันเวลาเราประกวดราคาก็มีน้อย อันนี้ก็เป็นการอุปสรรคหนึ่งในการจัดหายาที่ใช้ในประเทศ

อันที่สอง คือ การใช้ของประเทศเราเมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆก็ไม่เยอะ เวลาไปต่อรองเขาในเรื่องของโควตาที่จะผลิตให้เรา ก็ต่อรองได้น้อยทั้งในเรื่องของราคาและปริมาณ ยาบางตัวปริมาณที่เราตั้งเรื่องซื้อ มันน้อยกว่าปริมาณที่เขาจะผลิตแล้วคุ้มทุน บางทีเราก็ต้องไปขอแบ่งสัดส่วน รอเวลาที่ผู้ผลิตเขาผลิตให้ลูกค้าประเทศอื่น แล้วมาซื้อมาให้เรา เพราะว่าอัตราการใช้ของเราถือว่าน้อยมากเมื่อเทียบกับประเทศใหญ่ๆ และเวลาเรานำเข้ายามา เหมือนชีวิตเราไปผูกกับบริษัทผู้ผลิต ผู้นำเข้า เพราะระเบียบจัดซื้อจัดจ้างกำหนดให้มีการแข่งขัน มีการประมูล bidding บริษัทไหนประมูลชนะ ชีวิตเราก็ขึ้นกับเขาแล้ว ว่าเขาจะส่งมอบยาให้เราตรงตามสัญญาหรือไม่ เพราะฉะนั้นมีหลายครั้งที่ยาขาดเพราะบริษัทผู้ผลิตมีปัญหาในเรื่องของการผลิตมีปัญหาเรื่องการนำเข้า ปัญหาเรื่องการวิเคราะห์คุณภาพก็เคยมี พอถึงงวดแล้วไม่สามารถส่งยาให้เราได้ บางทีพอจะส่งยาให้เราตามสัญญา ปรากฏว่าเจอปัญหา แจ้งมาว่า GMP ไม่ผ่าน แล้วไม่รู้ว่าจะใช้เวลาแก้ไขนานเท่าไร เราก็ต้องไปใช้วิธีซื้อคัดเลือกเพื่อให้ได้ยาเร่งด่วนเข้ามาเสริมจุดที่เขาส่งมอบยาให้เราไม่ได้ บางทีลือตยาที่ส่งให้เรา ทางกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ตรวจสอบคุณภาพแล้วไม่ผ่าน เราก็เอายาออกมาขายไม่ได้ต้องรอยาลือตใหม่ พอเกิดปัญหาพวกนี้มันก็จะส่งผลให้เกิดปัญหาขาดคราวได้บางช่วง

อันที่สาม คือ เรื่องการจัดซื้อจัดจ้าง เพราะว่าเราเป็นหน่วยงานเดียวในการนำเข้าและกระจายยา กลุ่มนี้ และก็เป็นหน่วยงานในกำกับของ อย. ซึ่งเป็นส่วนราชการ ทุกอย่างต้องดำเนินงานภายใต้กฎหมายและระเบียบ โดยเฉพาะระเบียบพัสดุเรื่องการจัดซื้อจัดจ้าง ซึ่งระเบียบตรงนี้มันไม่ได้ถูกออกแบบมาเพื่อการใช้สำหรับจัดซื้อยากกลุ่มพวกนี้ ระเบียบพวกนี้กำหนดให้ทุกหน่วยงานของรัฐต้องปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด เพราะฉะนั้นการจะจัดซื้อต้องระเบียบให้ดี เพราะเราเองก็เป็นกองทุน ที่ต้องโดนตรวจสอบโดย สตง. หรือตรวจสอบภายใน ตรงนี้ก็เป็นอุปสรรคเหมือนกัน เพราะระเบียบการจัดซื้อจัดจ้างก็ไม่ได้เอื้อให้กับการจำหน่ายยากกลุ่มนี้ จริงๆถ้ามีระเบียบเฉพาะสำหรับยากกลุ่มนี้เลยก็ดี การบริหารจัดการจะได้สะดวกขึ้น นอกจากนี้ยาที่ราคาสูงๆ เราซื้อมาสต็อกในคลังได้น้อยเพราะเกิวงเงิน ดังนั้นยาบางตัวสต็อกยากก็บออัตราการกระจายยา

มันจะพอดีๆกัน หากมีปัญหาชะลอการส่งมอบของผู้ผลิต ผู้นำเข้า ก็จะกระทบเป็นทอดๆ และเดิมเราเคยใช้นโยบายจัดซื้อยาสต็อก 2 ปี คือ จัดซื้อจัดจ้างครั้งหนึ่งในเรทการใช้ 2 ปี แต่ว่าทยอยส่งมอบเป็นงวดๆ เพื่อความมั่นคงไม่ต้องจัดซื้อบ่อยและมีเวลาในการตั้งเรื่องเวลาที่บริษัทส่งมอบไม่ได้ แต่ปรากฏว่ากรมบัญชีกลางไม่ยอมให้ทำเช่นนี้ แต่ให้เราจัดซื้อแค่ในอัตราการใช้ 1 ปี เพราะเขามองว่าหน่วยราชการในประเทศใช้วิธีงบประมาณรายปี การที่จะไปทำสัญญาซื้อผูกพันเกิน 1 ปี มันก็ไม่เป็นไปตามระเบียบของเขา คือ หน่วยงานของเราจะถูกคาดหวังเหมือนเราเป็นบริษัทฯ เอกชน แต่ในทางปฏิบัติเราติดเรื่องกฎระเบียบ

อันที่สี่ ก็เป็นเรื่องของข้อกฎหมาย เพราะว่าหลายๆโรงพยาบาลก็จะกลัวเรื่องข้อกฎหมายยาเสพติด เพราะโอปิออยด์จัดเป็นยาเสพติด ซึ่งโทษเกี่ยวกับยาเสพติดจะค่อนข้างแรง หลายโรงพยาบาลการจะเอายาโอปิออยด์เข้าบัญชียาของโรงพยาบาลก็ยาก บางครั้งก็ถูกจำกัดความแรงของยา เหมือนอย่างมอร์ฟีนมีความแรงหลายขนาด ส่วนใหญ่โรงพยาบาลบางทีเขาให้เลือกยาเข้าแค่ความแรงใดความแรงหนึ่ง ที่นี้ยากลุ่มพวกนี้ก็มีเรื่องของโควตา ถ้ามีการขาดยาขึ้นมา เขาจะเปลี่ยนไปซื้อยาความแรงอื่นก็ไม่ได้ เพราะในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาลไม่มี

ที่ผ่านมาเคยเจอปัญหาโอปิออยด์ขาดคราว เช่น fentanyl ล่าสุดก็ morphine SR 50 mg กับ 100 mg ปัญหา คือ ผลการตรวจวิเคราะห์มีปัญหา สุดท้ายบริษัทผู้ผลิตซึ่งเป็นผู้ผลิตรายเดียวต้องส่งคนมาตรวจสอบ แล้วพวกนี้เขาไม่สนใจ เพราะเขาเป็นผู้ผลิตรายเดียว จะขายหรือไม่ขายให้เราก็ได้ เพราะเราไม่ใช่ลูกค้ารายใหญ่ของเขา แต่ผู้ป่วยเราต้องใช้ยา นี่เป็นข้อจำกัด เพราะผู้ผลิตก็มีน้อยรายไม่ค่อยมีคนผลิต

ส่วนปัญหาเรื่องขั้นตอนกระบวนการสั่งซื้อยากลุ่มนี้ที่เป็นยาเสพติด จะให้ง่าย ลดเอกสารหลักฐานทุกอย่างให้เหมือนสั่งซื้อเรื่องอื่นๆ มันทำไม่ได้ ยังไงต้องมีเอกสารหลักฐาน ฉะนั้นการจะทำตามนโยบายลดเอกสารมันไม่สามารถลดได้หมด รวมทั้งระบบรายงานก็เป็นภาระที่ต้องทำอยู่ หากจะเสนอแก้กฎหมายให้ไม่ต้องทำอะไรเลย ไม่ต้องคุมไม่ต้องรายงาน ไม่ต้องส่งเอกสาร อันนี้คงจะไม่ผ่าน เพราะยังงั้นมันเป็นยาเสพติด อันนี้ต้องยอมรับ ซึ่งปัจจุบันระบบการสั่งซื้อของเรายังเป็นระบบเอกสาร ไม่ใช่ระบบอัตโนมัติ ยังต้องใช้เจ้าหน้าที่ในการตรวจสอบเอกสาร ลงข้อมูล การส่งเอกสารยังต้องเป็นเอกสารตัวจริง มีหนังสือของหน่วยงานที่สั่งซื้อส่งมาด้วย การสั่งซื้อก็ต้องมีขั้นตอนระยะเวลาในการส่งเอกสาร ต้องใช้เวลา ซึ่งถ้าเอกสารครบถ้วนระยะเวลาในการสั่งซื้อก็ประมาณไม่เกิน 1 เดือน แต่ปัญหาที่เข้าส่วนใหญ่ คือ ส่งเอกสารสั่งซื้อไม่ครบถ้วน รายงานไม่ครบไม่เป็นปัจจุบัน เราก็ต้องคอยตามเอกสาร ก็ยังทำให้ช้า แต่ตอนนี้ก็เริ่มมีการนำระบบอิเล็กทรอนิกส์มาช่วยมากขึ้น

อีกอย่างคือ ผู้สั่งใช้ยากลุ่มนี้ทำได้เฉพาะแพทย์ เพราะฉะนั้นตรงนี้ก็ตัวยอมรับว่าการใช้ยาของประเทศขึ้นกับแพทย์จริงๆ ขนาดเราซึ่งเป็นผู้ supply ยา บางครั้งยังประมาณการใช้ยากลุ่มนี้ของประเทศลำบาก เพราะบางทีแพทย์มี trend การใช้ยาตัวใดตัวหนึ่งพุ่งขึ้นมา หรืออยู่ๆใช้ยาตัวนี้ลดลงก็มี เพราะฉะนั้นส่วนใหญ่ขึ้นกับผู้สั่งใช้ยา ซึ่งส่งผลต่อการเข้าถึงยาของผู้ป่วยด้วย

สำหรับปัญหาเรื่องการขนส่งยาไปยังผู้ซื้อคือสถานพยาบาลล่าช้า นั้น ตอนนี้เรามี MOU กับไปรษณีย์ไทย ร่วมมือกันจัดส่ง ทำให้ปัญหาเรื่องล่าช้าลดลง แต่มีที่เจอปัญหาบ้างก็จะเป็นเรื่องยาน้ำที่แตกระหว่างการขนส่งบ้าง ซึ่งโรงพยาบาลก็สามารถแลกเปลี่ยนคืนยาที่ชำรุดเสียหายได้ แต่ปัญหาเรื่องการแลกเปลี่ยนคืนยาใกล้หมดอายุหรือหมดอายุแล้ว อันนี้ด้วยความที่เราเป็นหน่วยงานราชการ เราติดระเบียบว่าทำไม่ได้ ซึ่งที่ผ่านมาเคยเสนอเรื่องเข้า board คณะกรรมการเงินทุนแล้ว แต่ทาง สตง.แจ้งว่ารับคืนไม่ได้

### ข้อเสนอแนะและแนวทางในการแก้ไขปัญหา

1. ต้องแก้ไขระเบียบการจัดซื้อจัดจ้าง ให้มีระเบียบเฉพาะสำหรับยาในกลุ่มนี้ โดยจะออกเป็นระเบียบของหน่วยงานเฉพาะ ไม่ต้องอิงระเบียบกลางของหน่วยราชการอื่นๆก็จะได้ เพราะการจัดซื้อยากกลุ่มนี้มันมีลักษณะเฉพาะของตัวเอง
2. กระทรวงสาธารณสุขมี service plan อยู่แล้ว ก็ต้องเน้นนโยบายส่งเสริมการเข้าถึงยา กำหนดให้โรงพยาบาลเพิ่มหรือจัดให้มีกลุ่มยาพวกนี้ใช้ในโรงพยาบาลตามกรอบยาที่เหมาะสม
3. เราต้องพยายามยื่นด้วยขาตัวเอง อาศัยหน่วยงานผู้ผลิตในประเทศมาวิจัยพัฒนาการผลิตยากกลุ่มนี้เพื่อใช้ในประเทศเอง เหมือนที่ผ่านมามีองค์กรเภสัชกรรม และโรงงานเภสัชกรรมทหาร ผลิตยาบางตัวให้เรา ก็จะช่วยให้เราไม่ต้องไปขึ้นกับผู้ผลิตต่างประเทศหรือผู้นำเข้า ความมั่นคงก็จะมีมากขึ้น ปัญหาขาดตลาดซึ่งปัจจุบันเราเริ่มส่งเสริมให้มีการผลิตยาบางตัวในประเทศ แต่ยังไม่ครอบคลุมทุกตัวยา เพราะว่ามันเป็นยาเสพติดซึ่งถ้าไม่ใช่หน่วยงานรัฐ เป็นเอกชนเขาก็ไม่ค่อยอยากมาทำ เพราะเขาไปทำอย่างอื่นได้กำไรเยอะกว่า เสี่ยงน้อยกว่า
4. ขั้นตอนการกระจายยาให้สะดวกเร็วขึ้น เราเคยมีแนวคิดที่จะไปตั้งคลังฯ คลังสินค้าในภูมิภาคประจำตามภาคต่างๆ แต่การดำเนินการดังกล่าวค่อนข้างยาก เรามีกำลังคนไม่เพียงพอ มันก็เป็นแนวคิดที่ยากดำเนินการเพราะน่าจะช่วยให้การกระจายง่ายขึ้น ดีกว่าอยู่ที่ส่วนกลางอย่างเดียว
5. ต้องนำเทคโนโลยีมาช่วยในการขายและระบบการตรวจสอบ เพราะจะช่วยลดขั้นตอน ตอนนี้กำลังพัฒนาระบบเพื่อให้ในอนาคตการส่งเอกสารจะได้ไม่ต้องใช้เอกสารตัวจริง แต่สามารถยื่นผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์แทน และถ้าระบบตรงนี้พร้อมก็ต้องขอแก้ไขระเบียบอนุมัติให้มีการใช้เอกสารที่เป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์แทน
6. ส่วนเรื่องการสั่งใช้ยา ซึ่งขึ้นกับแพทย์ผู้สั่งจ่าย ก็ต้องให้โรงเรียนแพทย์หรือสถาบันด้านวิชาการที่สอนแพทย์ เป็นผู้ให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยากกลุ่มนี้ต่อแพทย์ เพื่อให้กล้าที่จะจ่ายยากกลุ่มนี้เพิ่มขึ้น

## บทสัมภาษณ์บุคคลที่มีความรู้ความเข้าใจ หรือมีประสบการณ์เกี่ยวกับยาในกลุ่มโอปิออยด์ ท่านที่ 4

### ข้อมูลส่วนบุคคล

รหัสผู้ให้สัมภาษณ์ 04

### ประวัติการทำงาน / ประสบการณ์เกี่ยวกับการบริหารจัดการยาในกลุ่มโอปิออยด์

เป็นแพทย์ซึ่งปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลศูนย์ โดยเดิมเป็นหมอที่เกี่ยวกับ hematology ก็จะมีคนไข้ที่เป็นมะเร็ง Leukemia ที่เคยดูแลอยู่ แต่ว่าประสบการณ์การใช้ยาให้คนไข้ในระยะสุดท้ายจะค่อนข้างน้อย และยังจัดการไม่ค่อยได้เท่าไร เพราะไม่มีการเรียนการสอนอะไรที่ชัดเจนเหมือนยาตัวอื่นๆ จนช่วงหลังมีไปเรียนทางด้าน Palliative เพิ่มเติม และไปอบรมคอร์ส 8 สัปดาห์ จากนั้นมาทำงานทางด้าน Palliative ให้กับโรงพยาบาล และมีการไปอบรมมากขึ้นเรื่อยๆ เกี่ยวกับการดูแลคนไข้ระยะท้าย ตอนนั้นก็ได้มีการดูแลคนไข้ระยะท้าย มาประมาณ 4 ปีแล้ว ต้องบอกว่ากลุ่มยาโอปิออยด์ คือ กลุ่มที่มีความสำคัญมาก เพราะเวลาที่ดูแลคนไข้ Palliative หากไม่สามารถที่จะจัดการอาการให้เขาหายปวด หายเหนื่อย หายหอบ การจะไปพูดคุยกับคนไข้ มันไม่สามารถที่จะเป็นไปได้เลย

### ปัญหาและข้อจำกัดในการใช้ยาโอปิออยด์

น่าจะแบ่งได้ออกเป็น 3 ส่วนด้วยกัน คือ

ส่วนที่ 1 ตัวผู้ให้ยา ซึ่งเป็นบุคลากรทางการแพทย์ อย่างเช่น หมอ คนที่มีประสบการณ์การใช้ ที่จะใช้ด้วยความมั่นใจและสามารถที่จะใช้ยาได้เหมาะสมจริงๆ ค่อนข้างที่จะมีน้อย กรณีแพทย์ที่จบใหม่ แพทย์สาขาอื่นๆ การใช้ยากลุ่มนี้ จะยังไม่ค่อยกล้าใช้ เพราะยังไม่มีประสบการณ์ และยังไม่มีความเข้าใจว่ายาโอปิออยด์ใช้ลดอาการปวดเพียงอย่างเดียว แต่บางทีคนไข้หอบเหนื่อยด้วยสาเหตุต่างๆ เขาก็ไม่ได้นำยากลุ่มนี้มาใช้ ทำให้การใช้น้อยลง ประกอบกับแพทย์บางคนก็จะมีประสบการณ์แล้วว่าใช้แล้วมันเกิดผลกระทบบ คนไข้จะมีความดันต่ำ และคนไข้จะเสียชีวิต

นอกจากนี้แพทย์ส่วนใหญ่อาจจะยังไม่เข้าใจว่ามันมีระบบในการติดตาม หรือเป็นไปได้อย่างไรระบบติดตามของโรงพยาบาล อาจจะยังไม่ได้อะไรชัด โรงพยาบาลในจังหวัดหลายโรงพยาบาลจึงไม่ได้จ่ายยาให้คนไข้กลับไป แต่ให้คนไข้มารับยาที่ผสมให้แล้วเป็นวันๆไป คือ ยายอยู่ที่โรงพยาบาลแล้วให้ญาติมารับ เพื่อเอากลับไปให้คนไข้ที่บ้าน เอาจริงๆกรณีของที่โรงพยาบาลที่มีการจ่ายออกไป จะเป็นหมอที่ดูแลเรื่อง palliative โดยเฉพาะอยู่แล้ว ซึ่งเขาจะเข้าใจว่าโรงพยาบาลมีกระบวนการจ่ายยาอย่างไร เช่น สั่งยาฉีดให้คนไข้กลับบ้านได้เต็มที่คือ 7 วัน แต่ว่า แพทย์กลุ่มอื่นๆ หรือที่โรงพยาบาลอื่น เขาอาจจะไม่ทราบขั้นตอนกระบวนการติดตามของโรงพยาบาล หรือโรงพยาบาลบางแห่งก็ยังไม่ได้มีระบบที่รัดกุม ทำให้แพทย์ไม่มั่นใจในการสั่งยานอกจากนี้ส่วนหนึ่งยังคิดว่ายากลุ่มนี้เป็นยาเสพติด ทศนคติมูมมมมมมมคือยาเสพติดและไม่กล้าใช้แต่จะหันไปเลือกใช้อย่างอื่นทดแทนซึ่งบางทีผลเสียมันมากกว่า

ส่วนที่ 2 จะเป็นตัวของคนไข้และญาติ อย่างญาติ ชาวบ้านบางคนเขาจะเข้าใจและคิดว่ายาโอปิออยด์เป็นยาเสพติด ใช้แล้วจะติดยาไหม หรือเห็นคนไข้ที่เป็นผู้ป่วยระยะท้ายฉีดมอร์ฟินแล้วจะเสียชีวิต ก็เข้าใจว่ามันเป็นเพราะยา จึงไม่อยากจะทำให้ใช้กับญาติตัวเอง และคนไข้ก็ยังไม่มีความเข้าใจที่ไม่ค่อยถูกต้องเกี่ยวกับยานี้เท่าไร

ส่วนที่ 3 เนื่องจากยังมีกฎระเบียบควบคุมการใช้ยา บางทีมีปัญหาการนำยาออกไปใช้ข้างนอกโรงพยาบาล อย่างคนไข้ระยะท้ายที่กลับไปอยู่บ้านไม่สามารถเข้ามาที่โรงพยาบาลได้ ต้องนำยาฉีดไปฉีดให้ที่บ้าน หรือกรณียาเกินที่ต้องเบิกจำนวนเยอะๆ ทำไม่ได้ คนไข้ที่บ้านอยู่ไกลจะมีปัญหาประมาณนี้ แต่จริงๆที่โรงพยาบาลนี้จะไม่ค่อยมีปัญหาดังกล่าว เนื่องจากเราจะวางระบบไว้และสามารถที่จะเบิกจ่ายยาออกไปให้คนไข้ โดยจะมีเครือข่ายของ รพ.สต. บางทีก็จะเป็นเจ้าหน้าที่พยาบาลของโรงพยาบาลเองที่ออกไปดูแลติดตาม

อาการและแนะนำการใช้ยา รวมถึงซากยาต่างๆที่ต้องเก็บกลับมาที่โรงพยาบาล นอกจากนี้ทราบว่าโรงพยาบาลในบางอำเภอของจังหวัดนั้นยังไม่มีมอร์ฟิน มีบางอำเภอที่ไม่มียาฉีด เวลาที่เราจะส่งคนไข้กลับไปรักษาในโรงพยาบาลใกล้บ้าน เราจะต้องเบิกยาให้ไป ซึ่งบางที่เราคาดว่าคนไข้อาจจะอยู่ได้เท่านี้ จ่ายยาให้ไปจำนวนหนึ่ง แต่คนไข้อาจจะอยู่ได้นานกว่าต้องใช้ยาเพิ่ม ญาติก็จะต้องเข้ามาเอาที่โรงพยาบาลศูนย์ เพราะที่โรงพยาบาลประจำอำเภอไม่มียาให้ ซึ่งเคยคุยกับรุ่นน้องหมอที่นั่นเรื่องการสั่งซื้อยา ปรากฏว่าทางผู้บริหารยังไม่อยากให้อายาเข้าโรงพยาบาลซึ่งก็เคยคุยกับทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดว่าเราสามารถที่จะสั่งหรือว่าเป็นนโยบายเลยได้ไหม ว่าให้โรงพยาบาลต้องมีรายการยาอะไรบ้าง โรงพยาบาลแต่ละขนาดต้องมียาเท่าไร ตัวไหนบ้าง ซึ่งทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดก็บอกว่า การจัดหาเข้าโรงพยาบาลเป็นเรื่องของทางภายในผู้บริหารของโรงพยาบาล ที่จะจัดทำขั้นตอนในการสั่งยาเข้ามาใช้ในโรงพยาบาลเอง

ส่วนเรื่องกฎระเบียบบางอย่างที่บางทีมันทำให้เกิดความยุ่งยากในการปฏิบัติงาน ก็เช่นการที่ตัว amp ยาจะต้องเก็บกลับมาคืน บางทีหลายครั้งที่คนไข้ ญาติหรือเจ้าหน้าที่ก็คือไม่รู้ว่าจะต้องเก็บ เขาจะใช้แล้วทิ้ง ทำให้ไม่มีมาคืน เราต้องเขียนบันทึกข้อความเพื่อจะอธิบายเหตุผลที่ไม่มี amp. มาแลกเปลี่ยนคืนเพราะยาฉีดค่อนข้างที่จะใช้ยาก คนไข้ไม่สามารถผสมได้เองจะต้องมีเจ้าหน้าที่จัดเตรียมให้ มีคนเซ็นรับยา มียาเท่าไร คนไข้จะอยู่ในสายตาของเราตลอด ฉะนั้นถ้าจะเอาไปใช้อย่างอื่นมันค่อนข้างที่จะยาก คือคนไข้จะเป็นคนเก็บยาเองก็จริง แต่ว่ายามันต้องผสมวันต่อวัน 24 ชั่วโมง จะมีเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ไปผสมยาให้ และทางเราจะประสานกับ รพ.สต. อีกทีว่ายามันใกล้จะหมดหรือยัง จะเข้ามารับยาเพิ่มเมื่อไหร่ จะมีการติดตามที่ดูแลรัดกุมอยู่แล้ว ส่วนเรื่องกฎระเบียบที่ต้องให้แพทย์เซ็นชื่อในใบสั่งยา จริง ๆ มันก็เซ็นแค้ใบยาเสพติด มันไม่ได้ส่งผลยุ่งยาก อย่างยาตัวอื่นที่แพงๆ เวลาจะสั่งจ่ายก็ต้องเขียนเหตุผลและมันก็ต้องเซ็นเหมือนกัน แต่อาจจะเป็นเพราะว่าทัศนคติมุมมองมันต่างกัน พอต้องมาเซ็นใบยาเสพติด แพทย์บางคนอาจจะรู้สึกเหมือนว่ามันคือยาเสพติด ไม่ค่อยอยากจะเซ็นสั่งจ่าย

### ข้อเสนอแนะและแนวทางในการแก้ไขปัญหา

เรื่องความเข้าใจของแพทย์ผู้ใช้ อาจจะต้องมีการเรียนการสอน เรื่องของ palliative คู่มือให้เขา ตั้งแต่ตอนเรียนอยู่ จะได้เข้าใจว่ามันคืออะไรและการใช้ยาโอปิออยด์จะช่วยคนไข้กลุ่มนี้ได้ยังไง สามารถควบคุมปริมาณยาได้อย่างไร เพราะในปัจจุบันยังมีหมอบางท่านที่ยังมีความเข้าใจว่า การใช้ยากลุ่มนี้มันเป็นการเร่งให้คนไข้เสียชีวิตและไม่อยากจะใช้ จริงๆ ถ้าเรื่องเหล่านี้อยู่ในหลักสูตรมีการเรียนการสอนให้แพทย์เข้าใจ การสั่งใช้ยาก็จะมากขึ้น อีกเรื่องหนึ่ง คือ การเรียนการสอน เรื่อง palliative ไม่ได้อยู่ในหลักสูตรแพทย์เลย การที่แพทย์ไม่เข้าใจตรงนี้ มันเลยเกี่ยวเนื่องกับการที่คนไข้กลุ่มนี้ก็จะไม่ได้ถูกจัดการอาการ ยาไม่ได้ถูกใช้สำหรับเรื่องการจัดการหลักสูตรอบรมคิดว่าควรจะมากกว่านี้ ควรจะมีหลักสูตรที่อบรมทฤษฎี เช่น 3-5 วัน แต่ตรงนี้ก็ช่วยให้แพทย์ได้โอเคทีเดียว ยังไม่ได้ชำนาญในการใช้ยา แต่ถ้าแพทย์เคยเห็นการรักษาเรื่องนี้ ตั้งแต่เรียนอยู่จะทำให้แพทย์ไม่กลัวและเข้าใจการจ่ายยากลุ่มนี้มากขึ้น คิดว่าการเรียนทฤษฎีหรือการอ่านหนังสือ จะช่วยให้มีความเข้าใจมากขึ้น แต่อาจจะยังไม่พอ เพราะทักษะในการสั่งใช้น่าจะต้องอาศัยภาคปฏิบัติ คือ ควรจะมีทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ให้ได้ดูคนไข้ ดูเคสจริง และได้มีการสั่งใช้ยาโอปิออยด์จะได้เข้าใจมากยิ่งขึ้น ปกติหมอสั่งใช้ยาตัวนี้จะเป็นหมอที่คุ้นเคยในการสั่งจ่ายยามาก่อนในคนไข้มะเร็ง สำหรับตัวเองแต่ก่อนที่ไปอบรมภาคทฤษฎีมา 3-5 วัน ก็ยังไม่มี ความมั่นใจในการสั่งจ่ายยากลุ่มนี้ให้คนไข้ ซึ่งจะต้องมีการปรับใช้ยาให้ดีขึ้น ไปทำจริงในภาคปฏิบัติได้ดูเคสและมีการปรับใช้ยา ก็ทำให้เข้าใจและมั่นใจในการจ่ายมากยิ่งขึ้น

ประเด็นที่สองคือ ประชาชนทั่วไป คนไข้ หรือญาติคนไข้ กรณีที่มีการสั่งจ่ายมอร์ฟิน บางทีเขาจะเข้าใจว่า ร่างกายของเขาแย่แล้วหมอลงจ่ายยากลุ่มนี้ให้ และมันเป็นยาเสพติด ใช้นี้แล้วจะติดไหม ตรงนี้คิดว่าเราควรจะให้ความรู้ในเรื่องนี้ให้ถูกต้องเพื่อให้เขาเปลี่ยนทัศนคติจริงๆ คนที่เขาไม่ประสบความสำเร็จใช้ยา เขาจะรู้สึกดี

ว่ามันช่วยลดอาการทำให้เขาสบายขึ้น ฉะนั้นถ้าเรามีการประชาสัมพันธ์และให้ความรู้กับคนไข้ ญาติคนไข้ให้มากขึ้น เขาก็น่าจะเข้าใจในเรื่องของการใช้ยาโอปิออยด์มากขึ้น ซึ่งโดยทั่วไปงาน palliative ก็จะทำให้ความรู้ตรงนี้กับคนไข้ หรือญาติคนไข้ควบคู่กันไปอยู่แล้ว จะแนะนำว่ายานี้คืออะไร การใช้ยา การใช้มอร์ฟินเป็นอย่างไร ให้ข้อมูลในภาพรวม อย่างในปัจจุบันที่พูดถึงกันมากๆ คือ เรื่องของกัญชา มีเอกสารหรือข้อมูลต่างๆ ที่ออกมาเผยแพร่เยอะมาก เพราะว่ามันเป็นเรื่องที่กำลังเป็นที่สนใจอยู่ในตอนนี้ ก็น่าจะทำเช่นเดียวกันกับยาในกลุ่มโอปิออยด์ในส่วนของมอร์ฟินก็ควรให้ข้อมูลเบื้องต้นว่าคืออะไร ทำให้คนเข้าใจว่ามันไม่ได้ติด หากดูแลใช้ภายใต้คำสั่งของแพทย์เฉพาะทางที่รักษา มีการเฝ้าระวังอย่างดี คนจะได้เข้าใจและจะได้ไม่กลัวการใช้

ประเด็นที่สาม คือ เรื่องกฎระเบียบ เช่น การนำยาออกไปใช้ข้างนอกจ่ายให้คนไข้ไปใช้ที่บ้าน บางที่มีกฎเคร่งครัดไม่ยอมให้ทำ เพราะกลัวยาจะถูกนำไปใช้ไม่ถูกต้อง ตรงนี้คิดว่ามันควรจะต้องพัฒนาไปคู่กันกับเรื่อง palliative คือถ้าโรงพยาบาลมีทีม palliative ที่เข้มแข็ง มีแพทย์ พยาบาล เภสัชกร ที่เข้าใจในระบบของยา เขาจะสามารถไปจัดเตรียมระบบ ซึ่งระบบของโรงพยาบาลแต่ละแห่งอาจจะต่างกัน แต่ต้องทำยังไงให้ระบบมันเสถียรและดูแลได้ว่าการใช้ยามันจะปลอดภัย และสามารถที่จะสร้างความเชื่อมั่น ไปต่อรองกับผู้บริหารของโรงพยาบาล ในการสนับสนุนให้มีการเอายากลุ่มนี้เข้าโรงพยาบาล และมีการใช้ยาในโรงพยาบาลที่สะดวกมากขึ้น

สำหรับประเด็นอื่นเพิ่มเติม ก็เป็นเรื่องที่เคยเจอว่า บางโรงพยาบาลไม่มีรายการยาบางตัว หรือบางที่โรงพยาบาลมีแต่ยากิน MST แต่ว่าคนไข้ต้องใช้ Kapanol ก็ต้องให้คนไข้มารับยาที่โรงพยาบาลแม่ข่าย ซึ่งทำให้การเดินทางของคนไข้ลำบากมากยิ่งขึ้น อันนี้ไม่ทราบเหมือนกันว่าโรงพยาบาลเล็กๆ หรือ โรงพยาบาลชุมชนทำไมเขาถึงไม่สต็อกยา เพราะฉะนั้นตรงนี้อาจจัดให้มีระบบที่ช่วยให้คนไข้หรือญาติไม่ต้องเดินทางไกลมารับยา แต่ให้มีระบบที่จะส่งต่อยาระหว่างโรงพยาบาล แล้วเอาไปให้คนไข้ที่หนึ่ง ถ้าทำแบบนี้ก็จะสะดวกไม่ต้องให้คนไข้เดินทางลำบากมารับยาที่โรงพยาบาลส่วนกลาง ซึ่งจริงๆ ปัญหาอันนี้ไม่ได้มีแค่มอร์ฟินอย่างเดียว แต่ยังมียาตัวอื่นที่ต้องมีการกระจายยา โดยที่คนไข้ก็อยู่ที่โรงพยาบาลชุมชน ไม่ต้องเดินทางเข้ามา แต่ทางโรงพยาบาลจะเป็นคนจัดการให้ ตัวโรงพยาบาลศูนย์เองก็จะลดความแออัด คนไข้และญาติก็จะสะดวกสบายขึ้น



## บทสัมภาษณ์บุคคลที่มีความรู้ความเข้าใจ หรือมีประสบการณ์เกี่ยวกับยากลุ่มโอปิออยด์ ท่านที่ 5

### ข้อมูลส่วนบุคคล

รหัสผู้ให้สัมภาษณ์ 05

### ประวัติการทำงาน / ประสบการณ์เกี่ยวกับการบริหารจัดการยาในกลุ่มโอปิออยด์

เป็นพยาบาลวิชาชีพซึ่งทำงานด้าน palliative care มาตั้งแต่ปี 2553 ตอนนั้นเราทำเฉพาะกลุ่มการพยาบาลซึ่งไม่เกี่ยวกับการใช้ยาเสพติด ทำในบทบาทของพยาบาล ขอโทษกรรม ฟังเทศน์ธรรมะ ไม่มีการจ่ายยา คือถ้าปวดก็ไม่มีการใช้ยาเรามาเริ่มใช้ยาเสพติดและจ่ายยาออกนอกโรงพยาบาล ในปี 2555 หลังจากตัวเองจบจากหลักสูตรของอาจารย์ศรีเวียง เรียน 6 สัปดาห์ ซึ่งเน้นการดูแลคนไข้ PC ทั้งการใช้เครื่องมือประเมิน เรื่องของการใช้ pharmaco การใช้ non-pharmaco ในบทบาททั้งที่เป็นของแพทย์และพยาบาล พอเรียนมาเราก็มีความคิดว่างาน palliative มันไม่ใช่แค่พยาบาลแล้วจบ แต่จะต้องมีแพทย์ที่สั่งยา จะต้องมีเภสัชกรที่จะต้องจ่ายเอายาออกนอกโรงพยาบาล คือ ถ้าแพทย์สั่งยา แต่เภสัชกรไม่ให้เอายาออกจากโรงพยาบาลมันก็ไม่ได้ หรือถ้าไม่มีแพทย์สั่งยา เภสัชกรก็อนุญาตให้เอายาออกก็ไม่ได้ และถ้าจ่ายยาออกแล้วไม่มีพยาบาลดูแลต่อก็ไม่ได้ ซึ่งนโยบายของโรงพยาบาลตอนนั้นก็คือ ห้ามนำยาเสพติดออกนอกโรงพยาบาลเด็ดขาด ก็เลยไปชวนเภสัชกร แล้วก็ไปคุยกะคุณหมอวิสัญญี เพราะว่าคุณหมออื่นไม่กล้าสั่งยากลุ่มนี้เลย ว่าอาจารย์สามารถสั่งยาให้คนไข้ palliative ได้ไหม อาจารย์ก็เลยไปอบรม 3 วัน แล้วอาจารย์ก็เลยรู้แนวทางการสั่งยา และเป็นคนเดียวที่กล้าสั่งยาในตอนนั้น ส่วนเภสัชกร เราก็คงไปคุยว่ามันมีกรณีที่คนไข้ระยะสุดท้ายที่ไม่สามารถกลืนยาได้ ต้องใช้ยาฉีด ถ้าหมอสั่งยามาให้ไปเอาที่ห้องยาก่อนได้ไหม ทางห้องยาก็โอเค ถ้ามีใบสั่งยามา แต่ไม่ให้มีการเอา amp ยาออกนอกโรงพยาบาลเลย ต้องดอร์ยาก่อนแล้วก็ไปให้คนไข้ อันนี้คือสิ่งที่เริ่มทำในช่วงแรก พอต่อมาทางเภสัชกรก็ไปจัดทำ flow ของการจ่ายยา อธิบายว่าถ้าหมอสั่งยาที่จะต้องไปยื่นที่ห้องยา มีใบ ยส.5 กำกับ แต่ถ้าจะสั่งจ่ายยาออกนอกโรงพยาบาล เราก็คงมีแบบฟอร์มสมุดประจำตัวคนไข้ ว่าจะต้องให้ยาอย่างไร ผสมยาอย่างไร ต้องให้เซ็นชื่อตรงไหน ถ้าคนไข้เสียชีวิตเราก็ต้องเอายา เอา amp ยามาคืนที่ห้องยาและเซ็นรับด้วย

จากประสบการณ์ตอนที่เริ่มทำ คำถามแรกที่ผู้บริหารถาม คือ คุณจะมั่นใจได้อย่างไรว่ายาตัวนี้ที่หมอสั่งจ่ายให้คนไข้กลับบ้านไป จะถูกใช้กับคนไข้จริง เราก็อธิบายแบบฟอร์มที่เป็นสมุดประจำตัวคนไข้ไปอธิบายระบบการดูแล พอผู้บริหารรับรู้ว่าจะระบบมันปลอดภัย เขาก็โอเค ยอมให้จ่ายยากลุ่มนี้ออกนอกโรงพยาบาลได้

นอกจากนี้ก็มีการพัฒนาเรื่องระบบการดูแลต่อเนื่องของจังหวัด โดยในปี 2554 ได้พัฒนาเรื่องของ COC (continuing of care) โดยเราจะรู้จักกันทุกโรงพยาบาลทุกศูนย์ในจังหวัด รู้ชื่อ รู้เบอร์โทรศัพท์ และพามา ปี 2555 มันมีงาน palliative เข้ามาก็เลยเรียกประชุมทั้งจังหวัด เพิ่มเรื่อง palliative เข้าไปมีการจัดอบรม 100 เปอร์เซ็นต์ ทำเป็นฐานให้เข้าไปเรียนการใช้ syringe driver การจ่ายยากลุ่มนี้ออกไปนอกโรงพยาบาลต้องทำอย่างไร การเก็บซากยาทำอย่างไร จะจัดอบรมทุกๆปี เพราะฉะนั้นเวลาจ่ายยาให้คนไข้กลับไปใช้ที่บ้าน ก็จะประสานเครือข่ายที่เรามี ให้รับช่วงต่อคนไข้ไปดูแลต่อ ถ้ามีปัญหาอะไรก็จะส่งเข้าไปไลน์กลุ่ม และจะมีอาจารย์แพทย์คอยตอบปัญหาตลอดเวลา ทั้งมียาไม่พอ ต้องปรับยังไง ควรใช้ยาแบบไหน ในเคสไหน เป็นรายๆไป เราจะมีรายชื่ออยู่ในมือว่าโรงพยาบาลไหนมียาอะไรบ้าง และจะติดต่อหากันว่ากำลังจะส่งเคสไปให้ ยาที่จ่ายให้ไป หากหมดก็ให้ญาติคนไข้มารับยา บางทีถ้าญาติมาไม่ได้ เราก็จะฝากรถ refer ไปให้ เพราะมีหลายเคสมากที่ไม่สามารถเดินทางมารับยาต่อได้ เพราะว่าเขาไม่มีเงิน รถ refer ก็จะไปให้ห้องที่อยู่ศูนย์ Palliative เวลาเขาออกไปเยี่ยมบ้าน เขาก็เอายาไปให้คนไข้

## ปัญหาและข้อจำกัดในการใช้ยาโอปิออยด์

ถ้าตามประสบการณ์ที่ทำงานด้านนี้มา ปัญหาคือ

หนึ่ง คือ หมอไม่กล้าสั่งจ่าย ปัจจัยที่หมอไม่กล้าสั่งคือ หมอบางคนเข้าใจผิดที่ว่ามอร์ฟินฉีดเข้าไปแล้ว คนไข้จะเสียชีวิตเร็วขึ้น เพราะเคยเจอประเด็นที่ว่า เวลาที่อาจารย์หมอสั่งยาโอปิออยด์ให้คนไข้ หมออินเทิร์น เขาจะไปบอกกับคนไข้ ว่าเข้าสู่ระยะท้ายแล้วต้องให้มอร์ฟินคนไข้จะหลับหรือคนไข้จะไปเร็ว อันนี้เจอบ่อย แล้วถ้าเป็นหมออื่นๆเช่น แผนกกระดูก หมอไม่รู้เลยว่าจะสั่ง dose มอร์ฟินเท่าไร เพื่อที่จะเอาไปให้คนไข้ palliative ทั้งหอบ ทั้งปวด แบบรุนแรง หมอไม่กล้าจ่าย ถ้าเป็น acute pain ธรรมดาหลังผ่าตัดมา จ่ายมอร์ฟิน 3 มิลลิกรัม อันนี้รู้ คือ ยังมีหลายโรงพยาบาลที่หมอยังไม่เข้าใจเรื่องงาน palliative แล้วไม่เคยผ่านการอบรม เขาจะไม่กล้าที่จะสั่งจ่ายยา โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชน ส่วนใหญ่เป็นหมออินเทิร์นที่เรียนจบมาไม่นาน เขาจะไม่มียอดความรู้เรื่องของการใช้โอปิออยด์เลยในกลุ่มคนไข้ palliative ดังนั้นระบบทั้งประเทศนี้จะทำยังไง ให้หมอเข้าใจการใช้มอร์ฟินว่ามันช่วยคนไข้ได้จริง แล้วไม่ใช่ไปเร่งการตาย ทำยังไงให้เปลี่ยนความคิดตรงนี้ได้ ถ้าหมอแผนกไหนก็สั่งได้ หมอกล้าจ่าย รับรองคนไข้เข้าถึงยาแน่นอน ไม่จำเป็นที่จะต้องประสานกับหมอที่ทำเรื่อง palliative อย่างเดียว เพราะในโรงพยาบาลใหญ่บางที่มีหมอกคนเดียวที่สั่งจ่ายยากลุ่มนี้ทั้งโรงพยาบาล อันนี้มันทำให้คนไข้เข้าไม่ถึงยา

ประเด็นที่สองคือ ตัวของเภสัชกร บางแห่งเภสัชกรไม่เคยผ่านการอบรม และไม่ให้นำยาออกนอกโรงพยาบาล ถ้าจะจ่ายยาออกต้องรอหมอเท่านั้น แล้วต้องจ่ายภายในเวลาราชการเท่านั้น ถ้าเลย 16.00 น.ไป แล้ว นอกเวลาห้ามเอายาออก เสาร์อาทิตย์ก็จ่ายไม่ได้ มันมีอีกหลายโรงพยาบาลที่ไม่ได้ให้ความสำคัญและความร่วมมือ อันนี้คือประเด็นและคนไข้เข้าไม่ถึง ต้องทนนอนปวดตอนเช้าค่อยว่ากันอีกที เพราะคนไข้มาหาเรา บอกไม่ได้ว่าจะปวดตอนไหน ดังนั้นคุณต้องเฝ้าอำนวยความสะดวกที่ เพราะคนไข้มาหาเรา บอกไม่ได้ว่าจะปวดตอนไหน ดังนั้นคุณต้องเฝ้าอำนวยความสะดวก 24 ชั่วโมง ห้องยาต้องเอื้อเรื่องยาด้วย อีกปัญหาที่เจอก็คือ ทีมของพยาบาลผู้ประสาน ต้องมีตัวหลักในการประสานงาน ถ้าคนไข้ไม่อยู่ จะต้องมีคนที่สามารถรองรับแทนได้ เพราะหากคนไข้ป่วยมา แล้วติดต่อไม่ได้ก็คือจบเลย คนไข้ก็เข้าไม่ถึงยา ในเครือข่ายต้องมีบุคลากรที่สำคัญที่สุด มีแพทย์ เภสัชกร พยาบาล สามกลุ่มนี้ต้องประสานงานกัน โดยเฉพาะพยาบาลต้องมีคนที่ประสานได้ตลอดแล้วแก้ปัญหาได้ มีช่องทางช่วยเหลือกัน

อีกปัญหาคือ กรอบรายการยาตามที่กระทรวงกำหนดออกมา พอมาถึงโรงพยาบาลขนาดเล็ก ไม่มียาตามกรอบรายการยา ผอ.บางท่านไม่สนใจ ไม่มียาจ่ายให้ คนไข้ก็ต้องวิ่งมาเอาที่โรงพยาบาลใหญ่ แล้วบางรายที่อยู่ไกล 60-70 กิโลเมตร คนไข้เขาจะมาได้ยังไง มันเสียเวลาและคนไข้บางคนเขาไม่มีเงินเดินทางมา สำหรับเรื่องกฎระเบียบควบคุมที่เข้มงวด มันมี 2 แง่นะ อันที่หนึ่ง ถามว่ามันยุ่งยากไหม บางครั้งมันยากมาก เช่น เมื่อวานตอน 18.00 น. มีคนไข้มาแต่หมอไม่อยู่ ก็ต้องไปรับคนไข้ คั้นบัตร และจะต้องมาหาหมอให้เซ็นจ่ายยาให้ เพื่อมาเบิกยา แต่ถ้าถามว่ามันเป็นกฎระเบียบที่ทำแล้วมันสบายใจกับทุกฝ่าย แล้วทำไปทำมาก็ไม่ได้รู้สึกว่ามันยุ่งยากถึงขนาดทำไม่ได้ แต่ว่าถ้าเราไม่มีกฎระเบียบนี้ เราก็จะตามตรวจสอบยาก เช่น จะเอายาไปที่ไหนก็ได้ คนไข้เอาไปใช้อย่างไร แล้วตอนอยู่ที่บ้านเขาใช้อย่างไรทางเราจะไม่รู้ การที่ทำกฎระเบียบมันเป็นการป้องกันทุกที่สามารถตรวจสอบได้ ป้องกันทั้งตัวพยาบาล ป้องกันทั้งตัวเภสัชกร ป้องกันทั้งหมอ มันสามารถทำได้ เพราะว่าทำมานานแล้ว

## ข้อเสนอแนะและแนวทางในการแก้ไขปัญหา

ในมุมมองคือ นโยบายต้องมา เหมือนกับเรื่องของกัญชาที่มีการจัดอบรม กรณีการใช้ยาเสพติดในกลุ่มของ palliative ถ้าเราจัดแบบนี้หมอมักมีความรู้ แล้วเขาจะกล้าจ่าย เพราะถ้าใครไม่ได้ไปอบรม palliative เขาจะไม่เข้าใจไม่เรียนรู้ แม้แต่พยาบาลก็ยังไม่สนใจ บางทีหมอ palliative สั่งยา แต่พยาบาลบอกว่าอย่าไปแตะเตี้ยวคนไข้ติดยา เตี้ยวคนไข้จะตายก่อน ไปบอกญาติคนไข้แบบนี้ ญาติก็ยิ่งกลัวไม่กล้าใช้ มันมีประเด็น คือ

องค์ความรู้ตอนนี้ที่พยายามทำคือ จัดเป็นหลักสูตรอบรมปีละ 2 รุ่น อยากรู้พยาบาลทุกคนเข้ามาสัมผัสงาน palliative เพื่อให้เขาเข้าใจเรื่องยา ซึ่งตอนนี้มันดีขึ้น จากแต่ก่อนน้องพยาบาลไม่กล้าจะฉีดยา ให้ยาในกลุ่มนี้ แต่เดี๋ยวนี้คนไข้ที่ได้รับยากลุ่มนี้ของโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นมาประมาณ 1,600 คน จาก 900 คน ได้รับยากลับบ้าน และได้รับการจัดการ แล้วหมอก็เริ่มเข้าใจ palliative ว่าทำให้คนไข้ดีขึ้น ไม่เจ็บ ไม่ปวด ไม่หอบ ก็พยายามจัดอบรมมาทุกปี ผู้บริหารก็เข้าใจอนุมัติให้จัดทุกปี การเข้ามาอบรมอย่างน้อยก็เปลี่ยนทัศนคติของคำว่าให้มากๆ เดี่ยวคนไข้ก็ตาย ไปจนถึงจะอย่างไรให้คนไข้ไม่เจ็บ ไม่ปวด มันจะมีหลายประเด็นที่ทีมต้องทำให้ผู้บริหารเห็น บางครั้งถ้ามันไม่เห็นผลออกมา ผู้บริหารก็ไม่ค่อยสนับสนุน แต่ถ้าเห็นผลออกมาดี ส่วนใหญ่เขาจะสนับสนุนอยู่แล้ว เราต้องฟอร์มทีมให้ได้เยอะมากที่สุด ให้เขาเห็นความสำคัญ ว่าต้องช่วยกัน ทำให้คนไข้เข้าถึงยา

ส่วนกรณีที่ว่าไม่อยากจะเพราะว่ากฎระเบียบบუნวาย ก็คือ มันเป็นระเบียบที่ทุกที่ที่ต้องทำเหมือนกัน ทั่วประเทศอยู่แล้ว มันไม่ใช่แค่ที่ตรงนี้ทำ ตรงนั้นไม่ทำ แต่ว่าถ้าทุกคนมีข้อติว่ามันเยอะเกินไป ก็ต้องลองถามย้อนกลับไปว่าคุณต้องการแบบไหน เช่น เอายาไปใช้เลยไม่ต้องมีเซ็นใบอะไรเลย แล้วคุณจะรู้ได้อย่างไรว่ายาถูกนำไปใช้ถูกต้อง ถ้าเกิดเรื่องขึ้นมาคือเขาก็ต้องรับเต็มๆ คิดว่ามันเป็นกฎระเบียบที่ต้องทำและมันไม่ได้ยุ่งยากถึงขนาดแบบทำไม่ได้ เพราะพอเราเซตระบบควบคุมขึ้นมาชัดเจนเราก็ทำแบบเดียวกันอย่างนี้ มันก็มีระบบที่เช็คได้ แต่ถ้าคุณไม่เช็คไม่สนใจเลยอย่างนี้มันเป็นไปได้เราก็รู้อยู่ว่ามันไม่ใช่ยาแก้ไอธรรมดา แล้วมันก็ได้เสียเวลาอะไรมาก ต่างคนต่างช่วยเหลือกัน ไม่ใช่แบบว่าหมอสั่งเขียน ต้องทำให้ครบหมดคนเดียว เกสซกรช่วยได้ตรงไหน พยาบาลช่วยได้ตรงไหน ต้องช่วยกัน เพราะหมองานยุ่ง หมอแค่เซ็น แล้วเราก็จ่ายยาตามนี้ เกสซกรก็เช็คยาตามที่หมอสั่งจ่าย ทำหน้าที่ในส่วนของตัวเอง แต่ละส่วนพอมันมาต่อกันแล้ว มันทำให้เป็นภาพรวมที่สามารถตรวจสอบกันได้ทั้งระบบ บางครั้งมันอาจจะมีปัญหาบ้าง เช่น หลอดยาหมดแตก ในเมื่อเขาชี้แจงว่ายาหมดแตก ก็คือแตก แต่ก็ไม่ใช่ว่าเกสซกรจะไม่ยอมจ่ายยาให้ใหม่ ก็ให้ทำบันทึกเขียนไปว่าคนไข้คนนี้ทำแตกจริง ญาติก็เซ็นรับทราบจบ ไม่ว่าจะกันเพราะว่ามันเป็นเรื่องจริง เวลาเกิดปัญหาเราก็มานั่งคุยกัน มันไม่ได้ยากมันง่ายนิดเดียว

แล้วบางอย่างการทำงานไม่ควร fix เกินไป ถ้าชุมชนคนไข้มีปัญหาเขาไม่มียาแล้ว เขาไม่สามารถมารับยาได้ ถ้าเกิดว่าเราไม่ฝากยาส่งไปให้เขา เขาจะเอาค่ารถที่ไหนมา อันนี้คือประเด็น เราก็ปรับระบบที่ว่าต้องมีคนมาเซ็น มารับยาแล้วใช้การฝากรถ refer ไปให้ เมื่อทีมเครือข่ายได้รับยาก็นำไปให้คนไข้ต่อ เขาก็ประสานกลับมาว่าได้รับยาแล้ว ในเมื่อเรามีวิธีที่ทำให้แน่ใจได้ว่าคนไข้ได้รับยาจริง แล้วก็รายงานหมอสั่งจ่ายทราบ เขาก็เชื่อใจเราว่าทุกเคสที่เขาสั่งจ่าย คนไข้ได้ยาจริง แต่ถ้าหมอสั่งยาไปแล้ว เราไม่สนใจติดตาม ไม่รายงานผลหมอก็จะกังวลว่าคนไข้จะได้ยาหรือเปล่า

อีกอย่างคือ กรณีคนไข้ไม่ได้เป็นคนไข้ที่มารักษาที่โรงพยาบาลเลย แต่อาจมีประวัติรักษาอยู่ที่อื่น แล้วกลับมาที่บ้าน ถ้าคนไข้เกิดปวด หรือป่วยขึ้นมา อสม.ในพื้นที่ ก็จะแจ้งทางเจ้าหน้าที่ที่อยู่ รพ.สต.ซึ่งเขาจะประเมินคนไข้และโทรรายงานทีมที่เป็นแม่ข่าย หมอสั่งยาแล้วก็เอาไปให้คนไข้ ประเด็น คือ ไม่จำเป็นต้องเป็นเคสที่เข้ารักษาอยู่ในโรงพยาบาล แต่คนไข้ที่อยู่ในชุมชนก็สามารถที่จะเข้าถึงยาได้ เพราะไม่ว่าจะในพื้นที่ไหนก็จะมี อสม.คอยรับผิดชอบ 1 คนต่อ 10 หลังคาเรือน คอยช่วยดูแลคนในพื้นที่ แล้ว อสม. แต่ละพื้นที่เขาจะอบรมเป็นอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งในหลักสูตรนั้นจะมีเรื่องของ palliative ด้วย มันจะมีหลักสูตรแบบระดับประคองสอนอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และ รพ.สต. โรงพยาบาลชุมชน เขาก็จะจัดหลักสูตรเหมือนกัน ซึ่งนี่คือการค้นพบคนไข้ในชุมชน เพราะถ้าเกิดว่าเราไม่ยื่นมือเข้าไป เขาจะไม่กล้ามารักษาที่โรงพยาบาล เพราะเขาไม่เคยมีประวัติมารักษา คนไข้กลุ่มนี้จะเข้าไม่สามารถถึงยากลุ่มโอปิออยด์ได้เลย

## บทสัมภาษณ์บุคคลที่มีความรู้ความเข้าใจ หรือมีประสบการณ์เกี่ยวกับยาโอปิออยด์ ท่านที่ 6

### ข้อมูลส่วนบุคคล

รหัสผู้ให้สัมภาษณ์ 06

### ประวัติการทำงาน / ประสบการณ์เกี่ยวกับการบริหารจัดการยาในกลุ่มโอปิออยด์

เริ่มงานเป็นเภสัชกรในโรงพยาบาลชุมชน จนปี 2554 ก็มารับงานที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ขึ้น เป็นโรงพยาบาลศูนย์ ช่วงแรกรงานที่ได้รับผิดชอบ คือ งานเกี่ยวกับระบบยาในหน่วยของเภสัชกรรมปฐมภูมิ ซึ่งจะมีทั้งหมด 32 แห่ง ที่อยู่ในตัวอำเภอเมืองรวมถึงศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ส่งต่อไปจากโรงพยาบาล กลับไปอยู่ที่บ้าน เราก็ไปเยี่ยมบ้าน แล้วก็ได้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย palliative care ด้วย เลยทำให้ไปเกี่ยวข้องกับการจัดการระบบยาที่ใช้ในคนไข้ palliative care เกี่ยวข้องกับยาโอปิออยด์ โดยเริ่มงานด้าน palliative care จริงๆ ที่ชัดเจน คือ ปี 2555 เป็นต้นมา

จากประสบการณ์ที่ทำงานด้าน palliative care มา คือ

ตอนแรกที่เราเริ่มทำจะมีคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของโรงพยาบาล ซึ่งจะมีแพทย์ มีเภสัชกร มีพยาบาล ตอนแรกก็จะมี 3 วิชาชีพ ทีนี้ก็มาคุยกันว่ารายการยาโอปิออยด์ที่ต้องใช้มีอะไรบ้าง แล้วโรงพยาบาลเรามีรายการยาอะไรบ้าง เข้าไปกำหนดเรื่องของกรอบโอเทียมยา ประสานกับคณะกรรมการ PTC ที่จะเอาโอเทียมยาเข้ามาในกรอบยา เช่น เฟนทานิล 50 ไมโครกรัม / 100 ไมโครกรัม ออกซิโคโดน ซึ่งบางทีแพทย์ต้องการใช้ เราก็จะมีหน้าที่เสนอเข้าไปในหัวหน้ากลุ่มงานและคณะกรรมการ PTC อันนี้ประเด็นแรก

อันที่สอง ที่เข้าไปจัดการก็คือ minimum stock / maximum stock ของยา เพราะพอเริ่มมีการทำเรื่อง palliative จริงจัง อัตราการใช้ยามันเยอะขึ้น บางทีมีเคสส่งต่อมาแล้วต้องใช้มอร์ฟินเยอะๆ ทำให้สต็อกลดลง หมุนยาไม่ทัน เราก็ต้องไปประสานคลังยาประสานงานกับฝ่ายจัดซื้อ ในเรื่องของการจัดหายามาเพิ่มให้เพียงพอ

หน้าที่ที่สาม คือ ถึงขั้นตอนที่แพทย์สั่งแล้ว เรามีหน้าที่ที่จะต้องไปประสานกับแพทย์เรื่องการใช้ อันนี้เน้นในเรื่องของการใช้ ความปลอดภัย เช่น แพทย์ที่ดูแล palliative care แพทย์วิสัญญี กลุ่มนี้เป็นผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการใช้ยาโอปิออยด์ แต่ว่าบางทีอาจจะไม่ใช่แพทย์กลุ่มนี้เท่านั้นที่เข้ามาดูแล ซึ่งก็อาจจะไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญ เรื่องของการจ่ายยาโอปิออยด์ เราก็ทำแนวทางเรื่องการใช้ กฎระเบียบ การเขียนใบ ยส. ปริมาณที่ให้ส่งจ่าย ต่อครั้ง พวกนี้ไปให้แพทย์ที่เป็นหัวหน้าทีม palliative care เข้าไปประสานงานชี้แจงต่อกับองค์กรแพทย์ของโรงพยาบาล

ข้อที่สี่ คือ การให้ยา คนที่ให้ยาส่วนใหญ่จะเป็นพยาบาล การให้ยาจะมีอยู่ 2 ช่องทาง ช่องทางที่ให้ยาในโรงพยาบาล ต้องมีการประสานกับทีมพยาบาล กับอีกช่องทางคือ การให้ยาคนไข้ที่บ้าน ซึ่งคนที่เราจะต้องประสานอาจจะพยาบาลชุมชนใน รพ.สต. ที่ต้องคอยดูแลคนไข้ต่อ ซึ่งเราจะต้องมีแนวทางหรือกำหนดสิ่งที่ต้องมอนิเตอร์คนไข้ที่ได้ยา กลุ่มนี้ ไปให้เขาว่าต้องดูอะไรบ้าง ต้องบริหารจัดการอย่างไร ต้องให้ยาเวลาไหน ต้องเตรียมยา ต้องเก็บซาก amp ยาเอาไว้ รวมถึงเวลาคนไข้จะต้องถูกส่งไปที่โรงพยาบาลชุมชน หรือส่งไปที่โรงพยาบาลจังหวัด เราก็จะประสานกับเภสัชกรที่อยู่โรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลจังหวัด ว่าเราจะส่งคนไข้ไป คนไข้ใช้ยาแบบนี้ โรงพยาบาลผู้ดูแลต่อ มียาตามรายการที่คนไข้ใช้อยู่หรือเปล่า ถ้าไม่มียา ยาหมดสต็อก เราก็จะมีการปรับยา แล้วให้คนไข้มารับยาที่เราแทน แต่ถ้าที่โรงพยาบาลชุมชนมียา ก็ส่งต่อไปเลยพร้อมประวัติ อันนี้คือเราจะเป็นคนคอยประสานให้

นอกจากนี้ก็เป็นหนึ่งในคณะกรรมการ service plan ผู้ป่วยแบบประคับประคองของกระทรวงของเขต แล้วก็ยังเป็นของจังหวัดด้วย ซึ่งการเป็นคณะกรรมการ service plan ของกระทรวงมันเป็นภาพใหญ่

เกี่ยวกับการขับเคลื่อนและนโยบายของกระทรวง แต่ถ้าเป็นของระดับเขตก็จะมาโฟกัสปัญหาของเขต และขับเคลื่อนภายในเขตสุขภาพ เช่น บางเขตสุขภาพ โรงพยาบาลยังมีรายการยาโอปิออยด์ไม่เป็นไปตามกรอบยาที่กำหนดไว้ของ กบรส. ก็มาคุยกันว่า จะขับเคลื่อนอย่างไร ส่วนในระดับจังหวัดก็จะโฟกัสที่จังหวัดตัวเองว่า จะต้องทำยังไง รวมถึงรับ KPI ร้อยละการเข้าถึงโอปิออยด์อย่างมีคุณภาพในผู้ป่วย palliative care ซึ่งมันเกี่ยวข้องกับเรื่องยาอยู่ บทบาทของเราก็ยังต้องคุยกัน ดึงเภสัชกรในจังหวัด เข้ามาเป็นทีมด้วยมันจะได้ทำงานร่วมกันประสานกันได้ ร่วมกับพยาบาล ร่วมกับแพทย์

บทบาทอื่นๆก็เช่น การให้บริการซึ่งมี 3 ส่วน คือ round ward คนใช้ palliative care ที่อยู่หอผู้ป่วย ร่วมกับแพทย์และพยาบาล โดยเราจะเน้นในเรื่องของความปลอดภัยด้านยา คนใช้ได้ยาเหมาะสมหรือไม่ คอนโทรลอาการต่างๆได้ไหม สอง คือ ออกคลินิก เป็นคลินิก OPD คลินิก palliative care ที่เรียกว่า คลินิกเมตตารักษ์ ออกให้คำปรึกษาเรื่องการใช้ยากับคนใช้ OPD ที่เข้ามารับยา ส่วนใหญ่จะเป็นพวทยาโอปิออยด์แล้วมีปัญหาเรื่องการใช้ยา เช่น กินยาไม่ถูก บางทีบอกห้ามเคี้ยว ห้ามบด แต่ก็ยังทำ ก็เจอปัญหาแบบนี้เยอะอยู่ สาม คือ เราออกไปเยี่ยมคนใช้ที่บ้าน ก็คือพยาบาลให้ยาอยู่แล้ว เราก็ต้องลงไปติดตามคนใช้ที่บ้านด้วย อาจจะเลือกเคสที่มีปัญหาค่อนข้างซับซ้อน แล้วก็ใช้ยา dose สูงๆ

### ปัญหาและข้อจำกัดในการใช้ยาโอปิออยด์

ปัญหาหนึ่งคือ คนใช้ palliative care อาจจะไม่ได้ถูก diagnose แต่กระจายไปอยู่ตามแผนกต่างๆ ซึ่งแพทย์เหล่านั้นอาจจะมึนงงเรื่องความรู้ในเรื่องของยาโอปิออยด์น้อยกว่าทีมที่ดูแล palliative โดยตรง เพราะฉะนั้นบางเคส คือ คนใช้จะไม่ได้รับยาโอปิออยด์ เข้าไม่ถึงยา ด้วยองค์ความรู้ของแพทย์ที่ยังไม่มีความเชี่ยวชาญ

ปัญหาที่สองที่เจอมาก คือ เรื่องของการส่งต่อคนใช้ เวลาที่เราส่งต่อคนใช้ไปที่โรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลที่อยู่ในเขต จริงๆเราอยากให้คนใช้ไปรับยาใกล้บ้านที่สุด เราไม่อยากให้คนใช้ต้องเดินทางมาที่โรงพยาบาลไกลๆ เพื่อมารับยาทุกครั้งๆรอบ แต่โรงพยาบาลขนาดเล็กบางที่ไม่มียา กรอบรายการยายังน้อยอยู่ ทำให้คนใช้ต้องลำบากในการเดินทางมารับยา ถึงแม้ว่าเราจะเริ่มมีคู่มือ มีแนวทาง แต่ว่าการขยายเพิ่มกรอบของเขาเป็นไปอย่างช้าๆ ซึ่งเขาก็ให้เหตุผลว่า โรงพยาบาลมีงบประมาณน้อยมาก ดังนั้นเขาจึงต้องบริหารจัดการอะไรที่มีนัยสำคัญกว่ามาก่อน ใช้เงินตรงนั้นก่อน อันนี้คือปัญหาที่เจอบ่อย

บุคลากรทางการแพทย์กลัว ไม่มั่นใจ ด้วยความที่มันขึ้นเป็นยาเสพติดให้โทษ เภสัชกรที่อยู่ในห้องยา ก็มีความเขมงวด ความรัดกุม จู้จู้จุกจิก มันจะเป็นเอกลักษณ์ของเภสัชกรอยู่แล้วในการที่จะจ่ายยานี้ออกไปตัวแพทย์เอง แพทย์ก็มีความกังวล ด้วยความที่มีประสบการณ์น้อยทั้งคู่ อาจจะยังไม่กล้า แพทย์จะกลัวว่า ถ้าจ่ายออกไปแล้วจะเกิดอะไรขึ้น จ่ายไปให้คนใช้แล้ว ถ้าเกิดเขาเอาไปใช้อย่างอื่นที่ไม่ใช่กับคนใช้ แล้วจะเป็นอย่างไร ไข้แล้วจะเกิด side effect ขึ้นใหม่ คือจะมีความกลัวและไม่มั่นใจในเรื่องของการสั่งใช้ คนจ่ายเอง เภสัชกรก็ไม่มั่นใจโดยเฉพาะบางเคสที่ dose ยาค่อนข้างสูง เขาก็จะไม่กล้าจ่าย มันเป็นเหตุผลที่ทำให้เขาไม่อยากใช้ เขาก็จะเลือกจ่ายยาที่ safe กับเขา เช่น อาจจะจ่าย tramadol เป็นทางออก จริง ๆ มันไม่ได้ช่วยแก้อาการปวดของคนใช้ อันนี้ที่เจอเยอะๆ เลย ก็คือมันจะมีความไม่มั่นใจของผู้สั่งใช้และความกลัวของเภสัชกรที่จะจ่ายยาออกไป ด้วยความที่มันเป็นยาที่เป็นกลุ่มพิเศษ ไม่เหมือนยาทั่วไป

อีกประเด็นหนึ่งก็เรื่องที่ว่าไม่มียาจ่าย อาจจะด้วย 1. ไม่มีกรอบยาในโรงพยาบาล ขอเพิ่มกรอบยาไม่ได้ 2. มีกรอบยาอยู่แต่ว่ามีปริมาณน้อย เช่น บางโรงพยาบาลสต็อกยาชนิดเดียว แต่ถ้าโรงพยาบาลทั่วไปเขาก็จะใช้ยากลุ่มนี้น้อยอยู่แล้ว เช่น โรงพยาบาลชุมชนบางแห่ง สต็อกยาชนิดแค่ 50 amp แต่ว่าเจอคนใช้ palliative care เคสที่ใช้ยาเยอะไปเคสหนึ่ง ปรากฏว่าคนใช้ต้องใช้มอร์ฟีนชนิดวันละ 10 amp เพราะฉะนั้น อยู่ได้แค่ 5 วัน ยาก็หมดโรงพยาบาลแล้ว มันก็เลยจะเกิดเป็นปัญหาวนขึ้นมา คือ มาขอยืมมาจากโรงพยาบาลใหญ่ แล้วก็เอาไปใช้

ซึ่งก็มีความยุ่งยากเกิดขึ้น สำหรับประเด็นที่ว่าทำไมไม่เพิ่มกรอบยา ประเด็นแรก อาจจะเป็นด้วยเรื่องของงบประมาณ ส่วนใหญ่ผู้บริหารเขาจะมองเรื่องงบประมาณเป็นหลัก เหมือนไม่ยากเพิ่มค่าใช้จ่ายมากไปกว่านี้แล้ว อันที่สอง คือ โรงพยาบาลชุมชนไม่ใช่สถานที่ที่จะ diag คนไข้ palliative care ส่วนใหญ่คนไข้เหล่านี้จะถูก diag ที่โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาชัย เพราะฉะนั้นเขาจะไม่รู้เลยว่าคนไข้จะถูก refer มาเมื่อไหร่ เขาก็เลยไม่อยากที่จะมียา standby รอ เพราะหากในช่วงนั้น ไม่มีคนไข้เลย ยาไม่ถูกใช้ ยามันก็จะหมดอายุ บางเคสส่งมาก็ใช้โอปิออยด์ขนาดต่างๆ บางเคสส่งมาก็ใช้โอปิออยด์ขนาดสูงๆ มันเดายาก เขาก็เลยไม่กล้าที่จะสต็อกยาเอาไว้เยอะ ๆ

สำหรับการจ่ายยาในกลุ่มนี้ ถ้ามายุ่งยากหรือเปล่านั้น ก็ค่อนข้างยุ่งยากถ้าเทียบกับการจ่ายยาทั่วไปหนึ่ง คือ แพทย์ต้องเขียนคำสั่ง แพทย์ต้องเขียนใบ ยส.5 ซึ่งยาทั่วไปไม่ต้องเขียน พอมาที่ห้องยา ห้องยากี้จะต้องมีการตัดสต็อก คือ ต้องตัดสต็อกการ์ด ถ้าเป็นยาทั่วไปหยิบในชั้นวางมาได้เลย แล้วก็พอดัดแล้วมันต้องนับยาด้วยให้ยอดตรง แล้วหลังจากนั้นก็ก็ต้องตรวจสอบใบ ยส.5 กับใบสั่งยาก่อน แล้วพอจะไปจ่ายยากี้จะต้องให้ญาติเซ็นชื่อรับยาด้วย มันก็จะมีขั้นตอนยุ่งยาก และตอนที่ให้เขาเอา amp ยามาแลกคืน สำหรับในเคสที่เราให้ยาฉีดเป็น amp กลับบ้านไป เราให้ 7 วัน แล้วเขาต้องเอา amp มาเปลี่ยน ถ้าเขายังมีชีวิตอยู่ส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีปัญหา แต่ถ้าเป็นคนไข้ที่ได้ไป แล้วคนไข้เสียชีวิต แล้วเราจะเก็บยาคืน อย่างนี้มันทำให้เรายุ่งยากในการต้องตามเคส ต้องตามญาติให้เอามาคืน ตรงนี้เป็นประเด็นที่ยุ่งยาก ตามซาก amp ยาเอามาคืน บางเคสปัญหาที่เราเจอคนไข้เอาซาก amp ยาไปเผาพร้อมกับ syringe driver หรือเอาไปฝัง เราจะเจอลักษณะแบบนี้ ขั้นตอนของเราก็คือ ให้ทำเป็นบันทึกข้อความว่าเกิดเหตุการณ์อะไรขึ้นกับเคสนี้ แล้วซาก amp ยาหายไปไหน ให้ญาติเขาเซ็นกำกับกลับมาให้เราด้วยมันก็จะเกิดแบบนี้ขึ้นมา ซึ่งมันทำให้กระบวนการมันเยอะขึ้นแล้วในเรื่องของขั้นตอนการรายงาน บางทีโรงพยาบาลชุมชนเขาก็บอกว่า ขั้นตอนมันมีเยอะ คือ ต้องทำรายงานส่ง ด้วยคนของเขาหน่อย ถ้าต้องมีคนเข้าไปทำตรงนี้ มันก็จะทำให้คนของเขาไม่พอ

เรื่องของการสั่งซื้อยา ที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่ไม่ค่อยเจอปัญหาเพราะว่าเราจะมี minimum stock เผื่อเอาไว้พอสมควร ซึ่งถ้าเกิดเหตุการณ์ได้ยาล่าช้า หรืออะไรขึ้นมามันก็จะมียาที่เราสต็อกไว้อยู่แล้ว ไม่ค่อยจะมีปัญหา แต่ที่เจอคือ โรงพยาบาลชุมชน จะเจอปัญหาเยอะมาก เขาก็จะบอกว่า ออ.ยังไม่ส่งยามาให้เลย จะ 2 เดือนแล้ว เราก็กลับมาคิดว่า มันเกิดอะไรขึ้น คนที่ทำหน้าที่จัดซื้อในโรงพยาบาลชุมชนไม่เข้าใจขั้นตอนหรือกระบวนการสั่งซื้อหรือเปล่านั้น เอกสารไม่ครบถ้วนหรือเปล่านั้น อันนี้เป็นข้อสังเกต ที่ผ่านมาก็มีโรงพยาบาลชุมชนหนึ่งในจังหวัดมาโวยวายต่อว่าให้ฟังว่า สั่งซื้อยาจาก ออ. ไปแล้ว ไม่ได้ของ แล้วก็โทรมายืมยากับเราหลายรอบมาก เราก็ถามไปว่า ได้จ่ายเงินค่ายาให้ ออ. หรือเปล่านั้น สรุปกลับไปเช็คปรากฏว่า เขาไม่ได้จ่ายเงิน ออ. อย่างนี้ เป็นต้น คือ จริงๆ มันมีสาเหตุของตัวเองมันเอง ที่ทำให้เขาได้ยาล่าช้า

ส่วนปัญหาเรื่องยาขาด เหมือนเคยมีครั้งหนึ่งที่เจอปัญหาว่า ออ.ขาดยา แต่ทาง ออ. เขาก็จะแจ้งเรามาว่าช่วงนี้ยาตัวนี้มันขาดมันยังไม่มา น่าจะต้องรอประมาณเดือนหนึ่ง คือ เขาก็จะกำหนดประมาณคร่าวๆ มาให้ พอเรารู้เราก็บอกกับหมอเลยว่า คุณหมอยาตัวนี้ขาดนะ ถ้าจะมีเคสให้ปรับใช้ยาตัวอื่นแทน เราสามารถวางแผนได้ถ้าเรารู้ล่วงหน้า เราก็บอกกันแบบนี้แล้วก็ไม่มีปัญหาอะไร และก็ปัญหาเรื่องการยืมยา ถ้ามองในแง่ของตัวกฎหมายมันอาจจะแย้งกับตัวกฎหมาย แต่ถ้าถามว่าในปัจจุบันนี้มีการยืมยากันหรือเปล่านั้น ก็ยังมีอยู่ ที่ผ่านมาก็ยืมยากันอื่นน้อยมาก แต่คนอื่นมายืมยาเราบ่อยมาก แต่จริงๆ แล้วถ้าระบบสต็อกมันดี เรื่องยืมยามันจะไม่มีปัญหา แต่พอระบบสต็อกไม่ดี ยามันขาด มันก็เลยย้อนมาที่การต้องยืมยา トラบดีที่บริหารสต็อกไม่ดี มันก็เลยยังเจอปัญหานี้อยู่

### ข้อเสนอแนะและแนวทางในการแก้ไขปัญหา

อันแรกที่สำคัญ คือ คนที่สั่งใช้ จะมองไปที่สองกลุ่ม กลุ่มแรก คือ กลุ่มที่ทำงานแล้ว ปัจจุบันเรื่องการอบรมเกี่ยวกับโอปิออยด์ ส่วนใหญ่โรงพยาบาลจะส่งแพทย์วิสัญญี หรือแพทย์ที่เก่งเชี่ยวชาญด้านนี้ไปอบรม

แต่คนที่ไม่เชี่ยวชาญ เขาก็จะไม่มีโอกาสไปอบรมเรื่องนี้ เพราะฉะนั้นจะต้องปูพื้นเกี่ยวกับเรื่องยาโอปิออยด์ ความรู้ในเรื่องของการสั่งใช้ให้กับแพทย์ กลุ่มสอง คือ นักเรียนแพทย์ มองว่ามันน่าจะมีหลักสูตรของ มหาวิทยาลัย หรือว่าหลักสูตรของแพทย์ intern ที่แพทย์จะต้องเรียน เขาจำเป็นต้องมีความรู้เรื่องของยากลุ่มนี้ แล้วมันจะดีขึ้น น่าจะพอแก้ไขปัญหาได้

ประเด็นถัดมา เรื่องกรอบรายการยาของโรงพยาบาล มองว่ามันต้องเป็นนโยบายที่จริงจัง ที่ผ่านมาระหว่างเราทำคู่มือออกมาก็จริง แต่มันอาจจะเป็นแบบแค่แจ้งให้ทราบว่า โรงพยาบาลควรจะมียาตามนี้ แต่มันไม่มีในรายการสั่งใช้ อย่างเช่น RDU คุณต้องทำให้ได้อย่างนี้ และเป็น KPI ของคุณเลยว่าคุณจะต้องมีรายการยาเหล่านี้ ขณะนี้ถามว่าโรงพยาบาลแต่ละแห่ง รู้ไหมว่าควรจะต้องมียาอะไรบ้าง คิดว่าน่าจะรู้ แต่แบบทำก็ได้ไม่ทำก็ได้ เพราะฉะนั้นต้องมีนโยบายที่ชัดเจนและสั่งการไปยังโรงพยาบาลทุกแห่ง มันก็จะทำให้กรอบยานี้มันเกิดขึ้นได้

นอกจากนี้ เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาเรื่องยาหมดอายุ ก็อยากเสนอให้ สามารถที่จะหมุนเวียนยากันระหว่างโรงพยาบาลในจังหวัดได้ เช่น โรงพยาบาลชุมชนบางแห่ง ที่มียาใกล้จะหมดอายุ สามารถส่งยามาเปลี่ยนกับโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีอัตราการใช้จ่ายสูง ให้เขาเอายาที่ใกล้หมดอายุไปใช้ก่อน เพราะเขามีเคสเยอะ แล้วเปลี่ยนเอายาล็อตที่เหลืออายุอีกนานไปให้โรงพยาบาลชุมชน แบบนี้ก็จะสามารถแก้ไขปัญหาให้โรงพยาบาลขนาดเล็กที่มีอัตราการใช้จ่ายได้ อีกส่วนหนึ่งคิดว่าหากมีการบริหารคลังเวชภัณฑ์ให้มีประสิทธิภาพ มันก็จะช่วยแก้ไขได้ และก็น่าจะต้องทบทวนในเรื่องของแนวทางตั้งแต่กระบวนการสั่งซื้อยา การรายงาน การขออนุญาตให้กับคนที่ทำหน้าที่สั่งซื้อยาจริงๆ เพราะว่าในปัจจุบันคนที่ผ่านการอบรมส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มผู้ปฏิบัติ คนที่ดูแลคนไข้ที่ทำงาน จริงๆ โรงพยาบาลจังหวัดไม่ค่อยห่วย เพราะระบบเขาจะแบ่งผู้รับผิดชอบแต่ละงานอยู่แล้ว แต่โรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่ หัวหน้างานจะเป็นคนสั่งซื้อยา ซึ่งหัวหน้างานเขาจะไม่ค่อยเข้ามาในทีม palliative care เพราะฉะนั้นควรให้ข้อมูลหรือแนวทางในเรื่องของกระบวนการดังกล่าวกับคนกลุ่มนี้ด้วย คือ อย. ควรจะมีการชี้แจงและให้ข้อมูลกับทางโรงพยาบาลหลายๆ ระดับ ให้เข้าใจและปฏิบัติให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันจะได้ลดปัญหา และตอนนี้มันมีหลายช่องทางจะให้เขาทราบและเข้าถึงได้ มีตัวอย่างให้ดูว่าขั้นตอนแบบนี้ต้องทำยังไง เขาจะมองออกได้มากขึ้น

สำหรับขั้นตอนการควบคุมที่ค่อนข้างยุ่งยาก ไม่แน่ใจว่าถ้าใช้ระบบไอทีเข้ามาช่วยแล้ว อาจจะสามารถลดขั้นตอนบางอย่างได้ เช่น ลดการเขียนใบ ยส.5 หรือเรื่องของระบบตัดสต็อก ให้ทางสารสนเทศเข้ามาช่วย คือ จ่ายยาไปแล้วมันตัดสต็อกของยาเสพติดให้เลย ก็จะช่วยลดขั้นตอนการทำงานได้ เพราะปัจจุบันโรงพยาบาลยังใช้ระบบ manual เป็นส่วนใหญ่ หากมีระบบไอทีมาช่วยน่าจะดีขึ้น กับเรื่องของการที่เราต้องคอยตามหาก amp ยา ถ้าไม่ต้องทำตรงนี้ก็ลดขั้นตอนไปเยอะ แต่พอเราคุยกันในที่นี้โรงพยาบาล การที่เรามีระบบควบคุมตรงนี้ก็ช่วยให้เรารู้สึกอุ่นใจเพราะว่าเราได้มีการเช็คกับตัวคนไข้ มันก็มีความย้อนแย้งกันอยู่ระหว่างการลดขั้นตอนกับความมั่นใจในการควบคุม เพราะบางอย่างมันก็มีเหตุผลในเรื่องของการควบคุม