

## บทคัดย่อ

ยากลุ่มโอปิออยด์เป็นยาที่มีประสิทธิภาพมากในการลดอาการปวดจากโรคมะเร็งตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก แต่การบำบัดอาการปวดจากโรคมะเร็งยังเป็นปัญหาสำคัญในปัจจุบัน การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความรู้ ทักษะ และอุปสรรคที่มีต่อการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ในการลดอาการปวดของพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 และหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้ไม่เพียงพอ (ค่าคะแนนความรู้รวมเฉลี่ย < ร้อยละ 70) และทักษะเชิงลบ (ค่าคะแนนทักษะรวมเฉลี่ย < ร้อยละ 70) เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง ระหว่างเดือนมกราคม-มีนาคม 2559 ด้วยแบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเองในพนักงานเจ้าหน้าที่ ประกอบด้วยกลุ่มที่รับผิดชอบพื้นที่ในส่วนกลาง ได้แก่ เกสเซอร์จากกองควบคุมวัตถุเสพติด ออย. และกลุ่มที่รับผิดชอบพื้นที่ในส่วนภูมิภาค ได้แก่ เกสเซอร์จากกองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น ออย. และจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด อัตราการตอบกลับคิดเป็นร้อยละ 78.7 ผลการศึกษา พบว่า คะแนนความรู้และคะแนนทักษะของพนักงานเจ้าหน้าที่ในการศึกษานี้ คิดเป็นร้อยละ 51.5 และ 46.7 ตามลำดับ อุปสรรคที่เป็นปัญหามากต่อการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ในการลดอาการปวดจากโรคมะเร็ง คือ การที่ ออย. ไม่มียาจำหน่ายให้กับสถานพยาบาลในบางช่วงเวลา และพบว่า การมีความรู้ไม่เพียงพอมีความสัมพันธ์กับการเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบพื้นที่ในส่วนภูมิภาค (พนักงานเจ้าหน้าที่ในส่วนภูมิภาคและในส่วนกลางมีความรู้ไม่เพียงพอร้อยละ 91.7 และ 53.7 ตามลำดับ) ด้วย  $OR = 9.6$ ,  $95\% CI = 4.0 - 22.9$  และทักษะเชิงลบมีความสัมพันธ์กับการเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบพื้นที่ในส่วนภูมิภาค (พนักงานเจ้าหน้าที่ในส่วนภูมิภาคและในส่วนกลางมีทักษะเชิงลบร้อยละ 88.0 และ 51.2 ตามลำดับ) ด้วย  $OR = 7.0$ ,  $95\% CI = 3.1-15.6$  และยังพบว่า การมีความรู้ไม่เพียงพอและทักษะเชิงลบมีความสัมพันธ์กับการที่ไม่ทราบว่ามีแนวทางการบำบัดความปวดขององค์การอนามัยโลก (The three-step analgesic ladder) ด้วย  $OR = 4.6$ ,  $95\% CI = 2.0-10.4$  และ  $OR = 3.5$ ,  $95\% CI = 1.6-7.4$  ตามลำดับ นอกจากนี้ พบว่า การมีความรู้มีความสัมพันธ์กับทักษะเชิงบวกด้วย  $OR = 5.9$ ,  $95\% CI = 2.5 -13.7$

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า พนักงานเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ และมีทัศนคติที่เป็นอุปสรรคต่อการให้ยาากลุ่มโอปิออยด์ในการลดอาการปวดจากโรคมะเร็ง อุปสรรคที่เป็นปัญหามากคือ การที่ ออย. ไม่มียาจำหน่ายให้กับสถานพยาบาลในบางช่วงเวลา บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลขาดการฝึกอบรมและมีความรู้ไม่เพียงพอเกี่ยวกับการให้ยาโอปิออยด์ในการลดอาการปวดจากโรคมะเร็ง ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงจำเป็นต้องจัดการอบรมให้ความรู้อย่างต่อเนื่องแก่พนักงานเจ้าหน้าที่และบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการให้ยาโอปิออยด์ในการลดอาการปวดจากโรคมะเร็ง และ ออย. ควรมีแผนการบริหารจัดการที่ดีเพื่อมิให้ยาากลุ่มนี้ขาดตลาด ทั้งนี้ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงยาโอปิออยด์สำหรับใช้ลดอาการปวดจากโรคมะเร็ง

**คำสำคัญ** พนักงานเจ้าหน้าที่ ยาระงับปวดโอปิออยด์ ความปวดจากโรคมะเร็ง ทัศนคติ อุปสรรค

## Abstract

The efficacy of opioids for cancer pain has been well recognized according to the World Health Organization (WHO) Guideline. At present, cancer pain relief (CPR) has still been an important problem. The objectives of this study were to assess the knowledge, attitudes, and obstacles concerning use of opioids for CPR of the competent officials according to the Narcotic drugs act B.E 2522. The association factors of inadequate knowledge (total mean score of knowledge < 70%) and negative attitude (total mean score of attitude < 70%) were also evaluated. A cross-sectional analytical study was conducted from January to March 2016. The self-administered questionnaires were distributed among pharmacists as competent officials. They were composed of the central part from the Narcotics Control Division, Thai FDA, and the rural part from the Division of Rural and Local Consumer Health Products Promotion, Thai FDA, and all of the Provincial Health Offices, The response rate was 78.7%. The result of the study was found that the total score of knowledge and attitude were 51.5% and 46.7% respectively. The most significant barrier on using opioid drugs for CPR was periodic shortage of opioid analgesics supplied to the hospitals by Thai FDA. It was also found that inadequate knowledge was associated with being the competent officials of the rural part with OR = 9.6, 95% CI = 4.0-22.9 (Inadequate knowledge of the competent officials from the rural part and the central part were 91.7% and 53.7% respectively). Negative attitude was associated being the competent officials of the rural part with OR = 7.0, 95% CI = 3.1-15.6 (Negative attitude of the competent officials from the rural part and the central part were 88.0% and 51.2% of respectively). The association factors of inadequate knowledge and negative attitude were those who did not know the World Health Organization (WHO) Guideline (the three-step analgesic ladder) of OR = 4.6, 95% CI = 2.0-10.4 and OR = 3.5, 95% CI = 1.6-7.4 respectively. Furthermore, knowledge was associated with positive attitude of OR = 5.9, 95% CI = 2.5-13.7.

The finding of the study revealed that most of the competent officials were lack of knowledge and also had negative attitude towards opioid drugs use in CPR. The significant barriers were periodic shortage of opioid analgesics supplied to the hospitals by Thai FDA, lack of training and inadequate knowledge concerning opioid drugs use for CPR in health care professionals. Therefore, the ongoing educational programs regarding opioid drugs use for CPR organized by relevant organizations for the competent officials and medical personnel, and good management by Thai FDA to prevent the shortage of opioid drugs are needed to increase the accessibility of the opioid drugs.

**Keywords:** competent officials, opioid analgesics, cancer pain, attitude, barrier

## กิตติกรรมประกาศ

รายงานการวิจัย เรื่อง ความคิดเห็นของพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ที่มีต่อการใช้ยาโอปิออยส์บำบัดอาการปวดจากโรคมะเร็งนี้ สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาจาก เกสัชกรวชิระ อัมพันธ์ ผู้อำนวยการกองควบคุมวัตถุเสพติด ที่ให้ความเห็นชอบให้ดำเนินการวิจัย และขอขอบพระคุณกองควบคุมวัตถุเสพติด ออย. ได้ให้ทุนสนับสนุนในการทำวิจัยนี้

ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญ ดร.นพ.ปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ รักษาการผู้ทรงคุณวุฒิด้านส่งเสริมสุขภาพ สำนักวิชาการสาธารณสุข ดร.ภก.วิโรจน์ สุ่มใหญ่ Second Vice President of INCB and Chairman of Standing Committee on Estimate Requirement of Narcotic Drugs and Psychotropic Substances. และเกสัชกรวชิระ อัมพันธ์ ผู้อำนวยการกองควบคุมวัตถุเสพติด ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและสนับสนุนจนงานวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่กองควบคุมวัตถุเสพติด กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น ออย. และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกท่านที่ให้ความร่วมมือให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่องานวิจัยนี้

คุณประโยชน์อันเกิดจากการศึกษานี้ ขอมอบให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน แต่หากมีข้อบกพร่องหรือข้อผิดพลาดประการใด คณะผู้วิจัยขอกราบอภัยเป็นอย่างสูง และหวังว่าการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้อ่านและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสำหรับการดำเนินการต่อไป

จิรวัดณ์ ศรีมงคลกุล

นัยนา พัทธไพศาล

พฤษภาคม 2559

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ .....	ก
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ .....	จ
สารบัญรูป .....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
2. วัตถุประสงค์ของการศึกษา .....	4
3. ขอบเขตของการศึกษา .....	4
4. ระยะเวลาการศึกษา .....	5
5. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ .....	5
6. นิยามศัพท์ของการศึกษา .....	5
7. กรอบแนวคิด.....	6
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม.....	7
2.1 สถานการณ์ของโรคมะเร็งในประเทศไทย.....	7
2.2 สาเหตุความปวดจากมะเร็ง.....	7
2.3 แนวทางการรักษาความปวดจากโรคมะเร็ง.....	9
2.4 ปัญหาการบำบัดความปวดจากโรคมะเร็ง .....	17
2.5 การศึกษาการบำบัดความปวดจากโรคมะเร็งที่ผ่านมาของประเทศไทย .....	20

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
2.6 การกำกับดูแลและการควบคุมยากลุ่มโอปิออยด์ ในประเทศไทย .....	21
2.7 การพัฒนาการเข้าถึงยากลุ่มโอปิออยด์ .....	27
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	29
3.1 รูปแบบการศึกษา.....	29
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	29
3.3 วิธีดำเนินการศึกษา .....	30
3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา.....	30
3.5 ตัวแปรที่ศึกษา .....	31
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูลและแปลผล .....	32
บทที่ 4 ผลการวิจัย .....	34
ส่วนที่ 1 ลักษณะของพนักงานเจ้าหน้าที่ (ผู้ตอบแบบสอบถาม) .....	35
ส่วนที่ 2 ระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ในการลดอาการปวดจากโรคมะเร็ง .....	37
ส่วนที่ 3 ระดับทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ในการลดอาการปวดจากโรคมะเร็ง .....	42
ส่วนที่ 4 การรับรู้อุปสรรคต่อการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ในการลดอาการปวดจากโรคมะเร็ง ของพนักงานเจ้าหน้าที่ .....	45
ส่วนที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ไม่เพียงพอ.....	49
ส่วนที่ 6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติเชิงลบ .....	51
ส่วนที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติและระดับความรู้.....	53
ส่วนที่ 8 ข้อเสนอแนะและอุปสรรคที่เป็นปัญหา .....	54

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 5 อภิปราย สรุปผล และข้อเสนอแนะ.....	55
5.1 สรุปผลการวิจัย.....	55
5.2 อภิปรายผล.....	55
5.3 ข้อเสนอแนะ.....	59
เอกสารอ้างอิง.....	60
ภาคผนวก.....	66
ภาคผนวก 1 แบบสอบถาม.....	67
ภาคผนวก 2 หนังสือถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด.....	72
ภาคผนวก 3 ใบรับรองการตรวจเครื่องมือวิจัยจากผู้เชี่ยวชาญ/ผู้ทรงคุณวุฒิ.....	73
ภาคผนวก 4 กฎกระทรวง ประกาศกระทรวง.....	74



## สารบัญรูป

	หน้า
รูปที่ 1 กรอบแนวคิดของการศึกษา .....	6
รูปที่ 2 WHO Analgesic Ladder สำหรับบำบัดความปวดจากโรคมะเร็ง .....	14

## สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 ขนาดยาโดยประมาณที่ให้ฤทธิ์ลดอาการเท่ากันและเภสัชจลนศาสตร์ที่สำคัญ .....	15
ตารางที่ 2 Equi-analgesic doses for converting Morphine to Transdermal Fentanyl.....	16
ตารางที่ 3 ยากลุ่มโอปิออยด์ที่มีจำหน่ายในประเทศไทย.....	22
ตารางที่ 4 ปริมาณยากลุ่มโอปิออยด์ ประจำปีที่ผู้รับอนุญาตจำหน่ายหรือครอบครองได้ตามประกาศ กระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2558 (เริ่ม 22 สิงหาคม 2558 ถึงปัจจุบัน) .....	27
ตารางที่ 5 ปริมาณยากลุ่มโอปิออยด์ ประจำปีที่ผู้รับอนุญาตจำหน่ายหรือครอบครองได้ตามประกาศ กระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 197) พ.ศ. 2549.....	28
ตารางที่ 6 ปริมาณยากลุ่มโอปิออยด์ ประจำปีที่ผู้รับอนุญาตจำหน่ายหรือครอบครองได้ตามประกาศ กระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 121) พ.ศ. 2536.....	28
ตารางที่ 7 การวิเคราะห์และแปลผลความรู้และทัศนคติ .....	32
ตารางที่ 8 ข้อมูลการส่งและตอบรับแบบสอบถาม .....	34
ตารางที่ 9 ลักษณะของพนักงานเจ้าหน้าที่ .....	35
ตารางที่ 10 ลักษณะของพนักงานเจ้าหน้าที่จำแนกตามกลุ่มพื้นที่ที่รับผิดชอบ.....	36
ตารางที่ 11 จำนวน (ร้อยละ) ของผู้ที่มีความรู้ (ตอบถูกต้อง) เกี่ยวกับการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ลดอาการ ปวดจากโรคมะเร็ง.....	38
ตารางที่ 12 ค่าคะแนนรวมจำแนกตามด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ลดอาการปวดจาก โรคมะเร็ง.....	39
ตารางที่ 13 จำนวน (ร้อยละ) ของผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ลดอาการปวดจาก โรคมะเร็งจำแนกตามกลุ่มพนักงานเจ้าหน้าที่.....	41
ตารางที่ 14 ทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ลดอาการปวดจากโรคมะเร็ง .....	42

## สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 15 ทศนคติเกี่ยวกับการใช้ยากกลุ่มโอปิออยส์ลดอาการปวดจากโรคมะเร็งจำแนกตาม กลุ่มพนักงานเจ้าหน้าที่.....	44
ตารางที่ 16 จำนวน (ร้อยละ) ของพนักงานเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับอุปสรรคที่เป็นปัญหามากต่อ การใช้ยากกลุ่มโอปิออยส์ในการลดอาการปวดจากโรคมะเร็ง.....	46
ตารางที่ 17 อุปสรรคที่เป็นปัญหามากต่อการใช้ยากกลุ่มโอปิออยส์ลดอาการปวดจากโรคมะเร็ง จำแนกตามกลุ่มพนักงานเจ้าหน้าที่.....	48
ตารางที่ 18 ความสัมพันธ์ระหว่างการมีความรู้ไม่เพียงพอเกี่ยวกับการใช้ยากกลุ่มโอปิออยส์ลดอาการปวด จากโรคมะเร็งและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง.....	50
ตารางที่ 19 ความสัมพันธ์ระหว่างทศนคติเชิงลบเกี่ยวกับการใช้ยากกลุ่มโอปิออยส์ลดอาการปวดจาก โรคมะเร็งและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง.....	52
ตารางที่ 20 ความสัมพันธ์ระหว่างทศนคติ และระดับความรู้.....	53

## บทที่ 1

### บทนำ

#### 1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของโลก ทำให้เกิดการสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควรและเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นจำนวนมาก โดยโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของโลก<sup>[1]</sup> จากสถิติการป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งของประชากรในประเทศต่างๆ ทั่วโลกได้สูงขึ้นเป็นลำดับ องค์การอนามัยโลกประมาณว่า มีผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ประมาณปีละ 9 ล้านคน โดยเป็นผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในประเทศพัฒนาแล้วประมาณ 4 ล้านคนและอีกประมาณ 5 ล้านคนอาศัยอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา และมีผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งมากกว่าปีละ 6 ล้านคน<sup>[2]</sup> องค์การอนามัยโลกคาดว่าอัตราป่วยและอัตราตายด้วยโรคมะเร็งจะเพิ่มเป็น 2 เท่าในอีก 20 ปีข้างหน้า<sup>[3]</sup> โดยยังคาดการณ์ว่า ภายในปี ค.ศ. 2030 จะมีผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่เพิ่มขึ้นเป็นปีละ 15 ล้านคน โดยจะเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในประเทศพัฒนาแล้ว 5 ล้านคน และอีก 10 ล้านคนอาศัยอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา<sup>[4]</sup> แสดงให้เห็นว่า อุบัติการณ์ของโรคมะเร็ง โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนาจะเพิ่มขึ้นอย่างมากถึงร้อยละ 100 ในขณะที่ในประเทศพัฒนาแล้วเพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ 25 สำหรับประเทศไทย แนวโน้มการป่วยและเสียชีวิตจากโรคมะเร็งก็ไม่แตกต่างจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก โรคมะเร็งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นอันดับหนึ่งของประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2554 ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งจำนวน 61,082 คน<sup>[5]</sup> จากสถิติสถาบันวิจัยโรคมะเร็งนานาชาติ (International Agency for Research on Cancer - IARC) ในปี 2551 ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่จำนวน 112,666 คน<sup>[5]</sup>

ความปวดเป็นอาการที่พบได้บ่อยที่สุดอาการหนึ่งในผู้ป่วยโรคมะเร็ง<sup>[6]</sup> ความปวดจากโรคมะเร็งมีได้หลายสาเหตุ จากการดำเนินของโรคมะเร็งโดยตรง เช่นจากการที่โรคมะเร็งแพร่กระจายไปที่กระดูกหรือไปกด แทรกเบียด ต้นโครงสร้างของระบบประสาทเป็นสาเหตุที่พบได้มากคือร้อยละ 70-78 ของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีความปวด หรือเป็นผลจากการตรวจรักษาโรคมะเร็ง เช่นการผ่าตัด เคมีบำบัด และรังสีรักษา พบได้ร้อยละ 15-19 ของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีความปวด<sup>[7, 8]</sup> หากผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลเพื่อลดอาการปวดที่เกิดขึ้นนี้ จะส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วย ทำให้สมรรถภาพการทำงานลดลงตั้งแต่กิจกรรม

เล็กน้อยจนถึงกิจกรรมที่จำเป็นในการดำรงชีวิต และยังส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ป่วยรวมทั้งคนใกล้ชิดอย่างมากอีกด้วย<sup>(9)</sup> ร้อยละ 30-40 ของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแรกมีอาการปวดระดับปานกลาง และร้อยละ 60-90 ของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามมีความปวดระดับรุนแรง<sup>(10, 11)</sup> ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกได้ให้แนวทางการลดอาการปวดด้วยยาระงับปวดเป็น 3 ขั้นบันได (The three-step analgesic ladder) โดยมียากลุ่มโอปิออยด์ (opioids) เป็นหลักในการระงับความปวดปานกลางถึงรุนแรง ผลการสำรวจผลการบำบัดความปวดตามแนวทางขององค์การอนามัยโลกดังกล่าว พบว่าประสบความสำเร็จในการจัดการความปวดร้อยละ 75-90<sup>(12-16)</sup> แต่จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามมากกว่าร้อยละ 70 ยังมีความปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้ร้อยละ 50-80 ได้รับการบำบัดความปวดไม่เพียงพอ<sup>(17)</sup> จากการประเมินด้วย Pain Management Index (PMI) ซึ่งเป็นดัชนีชี้วัดความเหมาะสมของการสั่งจ่ายยาระงับปวดให้เพียงพอกับระดับความรุนแรงของความปวดตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก พบว่าสัดส่วนของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาระงับปวดไม่เพียงพอกับระดับความรุนแรงของความปวดในหลายการศึกษา โดยมีตั้งแต่ร้อยละ 27 ถึงร้อยละ 79<sup>(18-32)</sup> แสดงให้เห็นได้ว่าคุณภาพของการบำบัดอาการปวดของสถานพยาบาลแต่ละแห่ง และในแต่ละประเทศมีความแตกต่างกันมาก ซึ่งมีสาเหตุจากหลายปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการใช้ยา กลุ่มโอปิออยด์ในการลดอาการปวดจากโรคมะเร็ง ทำให้มีการใช้ยาโอปิออยด์อย่างไม่เหมาะสม เช่น ความกังวลเรื่องการติดยาโอปิออยด์ของแพทย์หรือผู้ป่วย ซึ่งในความจริงแล้ว โอกาสติดยาในผู้ป่วยโรคมะเร็งต่ำมาก ความกังวลเรื่องผลข้างเคียงจากการใช้ยาโอปิออยด์ ซึ่งสามารถป้องกันหรือบรรเทาได้ไม่ยากในทางปฏิบัติ<sup>(3, 33)</sup>

นอกจากดัชนีชี้วัด PMI แล้ว ยังมีดัชนีชี้วัดตัวอื่นที่สามารถบ่งบอกคุณภาพการจัดการความปวดจากโรคมะเร็งด้วย เช่น ปริมาณการบริโภคนยาโอปิออยด์ เนื่องจาก Morphine เป็นยาหลักของการลดอาการปวดระดับรุนแรงตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก จากสถิติการบริโภคนยาโอปิออยด์ของประเทศต่างๆ ในโลก พบว่า ประมาณร้อยละ 92 ของ Morphine ที่ใช้อยู่ทั่วโลก บริโภคโดยประชากรโลกเพียง ร้อยละ 17 เท่านั้น ซึ่งส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในสหรัฐอเมริกา แคนาดา ยุโรปตะวันตก ออสเตรเลีย และนิวซีแลนด์ สำหรับประเทศไทย การบริโภคนยาโอปิออยด์ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาเพิ่มขึ้นอย่างมากถึงร้อยละ 46 คือ ในปี ค.ศ. 2001-2003 มีการบริโภคนยาโอปิออยด์เท่ากับ 887,148 DDD ต่อปี (39 S-DDD ต่อล้านประชากรต่อวัน) เพิ่มขึ้นเป็น 2,107,700 DDD ต่อปี (85 S-DDD ต่อล้านประชากรต่อวัน) ในปี ค.ศ. 2011-2013 แต่ก็ยังจัดอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีการบริโภคในระดับต่ำ (< 100S-DDD ต่อล้านประชากร

ต่อวัน) จึงยังมีผู้ป่วยโรคมะเร็งอีกเป็นจำนวนมากที่ยังเข้าไม่ถึงการบำบัดอาการปวดด้วยยาแก้ปวดที่เหมาะสมเพียงพอ ซึ่งการใช้ยาบรรเทาปวดกลุ่มโอปิออยด์ในระดับที่ต่ำนี้ ไม่ได้เป็นผลจากการขาดแคลนวัตถุดิบที่ผลิตขึ้นอย่างถูกกฎหมาย แต่เกิดจากปัจจัยต่างๆ เช่น ระบบการควบคุมบังคับไม่ดีพอ การขาดการฝึกอบรมและขาดความตระหนักในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานทางการแพทย์ หรือแม้แต่ทัศนคติทางวัฒนธรรมเกี่ยวกับการบรรเทาอาการปวด<sup>[34]</sup> ดังนั้นการให้ความรู้ การสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องและทัศนคติเชิงบวกต่อยาในกลุ่ม โอปิออยด์ให้ผู้เกี่ยวข้อง และผู้กำหนดนโยบายในระดับประเทศจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้การบำบัดความปวดได้ผลเต็มประสิทธิภาพ

ยาในกลุ่มโอปิออยด์ที่ใช้ลดอาการปวดมีหลายชนิด ในประเทศไทยปัจจุบันมี 6 ชนิด คือ Fentanyl, Morphine, Pethidine, Methadone, Codeine, Oxycodone จัดเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 จึงมีข้อบังคับและมีการควบคุมที่เข้มงวดสูงกว่ายาทั่วไป เช่น การจัดหาและการจำหน่ายยาให้กับสถานพยาบาลทั่วประเทศดำเนินการโดยกลุ่มเงินทุนหมุนเวียนยาเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาแต่เพียงผู้เดียวในประเทศ และสถานพยาบาลที่ต้องการใช้ยานี้ จะต้องมาขอรับ “ใบอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2” จากกองควบคุมวัตถุเสพติด ออย. หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (กรณีต่างจังหวัด) และผู้รับอนุญาตจะต้องส่งรายงานการรับ-จ่ายยาให้ออย. เป็นรายเดือนและรายปี อีกทั้งต้องให้ความร่วมมือต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ในการรับการตรวจสอบตามกฎหมายด้วย ทั้งนี้ หน่วยงานที่มีอำนาจหน้าที่ตรวจสอบ เพื่อให้มีการปฏิบัติที่ถูกต้องตามกฎหมายนั้น ได้แก่ กองควบคุมวัตถุเสพติด และกองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น ออย. และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

จากหลายการศึกษาในประเทศไทยที่ผ่านมา มีการประเมินความรู้ ความเข้าใจ ทัศนคติในการใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์ของผู้เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ส่วนใหญ่มีทัศนคติเชิงบวก แต่หลายรายยังมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องในการใช้ยาโอปิออยด์<sup>[35]</sup> ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับยาโอปิออยด์ระดับปานกลาง<sup>[36]</sup> แพทย์ผู้กำหนดนโยบายและพนักงานเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่มีความรู้ไม่เพียงพอและมีทัศนคติเชิงลบกับการใช้ยาโอปิออยด์<sup>[37]</sup> ซึ่งเป็นการศึกษาเฉพาะในกลุ่มพนักงานเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบพื้นที่ในส่วนกลางเท่านั้น ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีความประสงค์ที่จะศึกษาให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายที่เป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบพื้นที่ทั้งหมดของประเทศ เพื่อนำผลการศึกษามาใช้ประโยชน์ในการแก้ไขปัญหาคือเป็นอุปสรรคต่อการใช้ยา

กลุ่มโอปิออยส์ในภาพรวมทั้งประเทศและยังเป็นการส่งเสริมการเข้าถึงยาของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและถูกต้องตามกฎหมาย

## 2. วัตถุประสงค์ของการศึกษา

2.1 ศึกษาลักษณะของพนักงานเจ้าหน้าที่ ได้แก่ เพศ อายุ และข้อเท็จจริงเกี่ยวกับประสบการณ์การเข้าร่วมประชุมวิชาการเกี่ยวกับการลดอาการปวด การรับทราบเกี่ยวกับแนวทางการลดอาการปวดขององค์การอนามัยโลก ประสบการณ์การจ่ายยากลุ่มโอปิออยส์ และจำแนกตามกลุ่มพื้นที่ที่ได้รับผิดชอบของพนักงานเจ้าหน้าที่

2.2 ศึกษาระดับความรู้ เกี่ยวกับการใช้ยากลุ่มโอปิออยส์ในการลดอาการปวดจากโรคมะเร็งของพนักงานเจ้าหน้าที่และจำแนกตามกลุ่มพื้นที่ที่ได้รับผิดชอบของพนักงานเจ้าหน้าที่

2.3 ศึกษาทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยากลุ่มโอปิออยส์ในการลดอาการปวดจากโรคมะเร็งของพนักงานเจ้าหน้าที่และจำแนกตามกลุ่มพื้นที่ที่ได้รับผิดชอบของพนักงานเจ้าหน้าที่

2.4 ศึกษาการรับรู้อุปสรรคต่อการใช้ยากลุ่มโอปิออยส์ในการลดอาการปวดจากโรคมะเร็งของพนักงานเจ้าหน้าที่และจำแนกตามกลุ่มพื้นที่ที่ได้รับผิดชอบของพนักงานเจ้าหน้าที่

2.5 ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ไม่เพียงพอ

2.6 ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติเชิงลบ

2.7 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติและระดับความรู้

## 3. ขอบเขตของการศึกษา

เป็นการศึกษาในกลุ่มพนักงานเจ้าหน้าที่ที่เป็นเภสัชกรซึ่งปฏิบัติงานอยู่ในกองควบคุมวัตถุเสพติด กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และเภสัชกรของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ได้รับผิดชอบงานด้านยาเสพติด

#### 4. ระยะเวลาการศึกษา

เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม - มีนาคม 2559

#### 5. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

5.1 สามารถลดปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการใช้และการมียาในกลุ่มโอปิออยด์ของสถานพยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์

5.2 เป็นแนวทางในการพัฒนาเนื้อหา การให้ความรู้ และปรับทัศนคติ เพื่อส่งเสริมการมียาในกลุ่มโอปิออยด์ของสถานพยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์

5.3 ช่วยให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งสามารถเข้าถึงยาระงับอาการปวดได้อย่างทั่วถึง และเหมาะสม

5.4 การบริหารจัดการยาในกลุ่มโอปิออยด์ในหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องมีประสิทธิภาพ

5.5 เป็นข้อมูลเพื่อการวิจัยเชิงลึกสำหรับผู้เกี่ยวข้องและผู้สนใจต่อไป

#### 6. นิยามศัพท์ของการศึกษา

**พนักงานเจ้าหน้าที่** หมายถึง พนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มตามพื้นที่ความรับผิดชอบ คือ กลุ่มส่วนกลาง ได้แก่ ภาสัชกรกองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และกลุ่มส่วนภูมิภาค ได้แก่ ภาสัชกรกองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และภาสัชกรของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่รับผิดชอบงานด้านยาเสพติด

**ยาในกลุ่มโอปิออยด์** หมายถึง ยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ที่จัดเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ได้แก่ Codeine, Fentanyl, Methadone, Morphine, Pethidine, Oxycodone

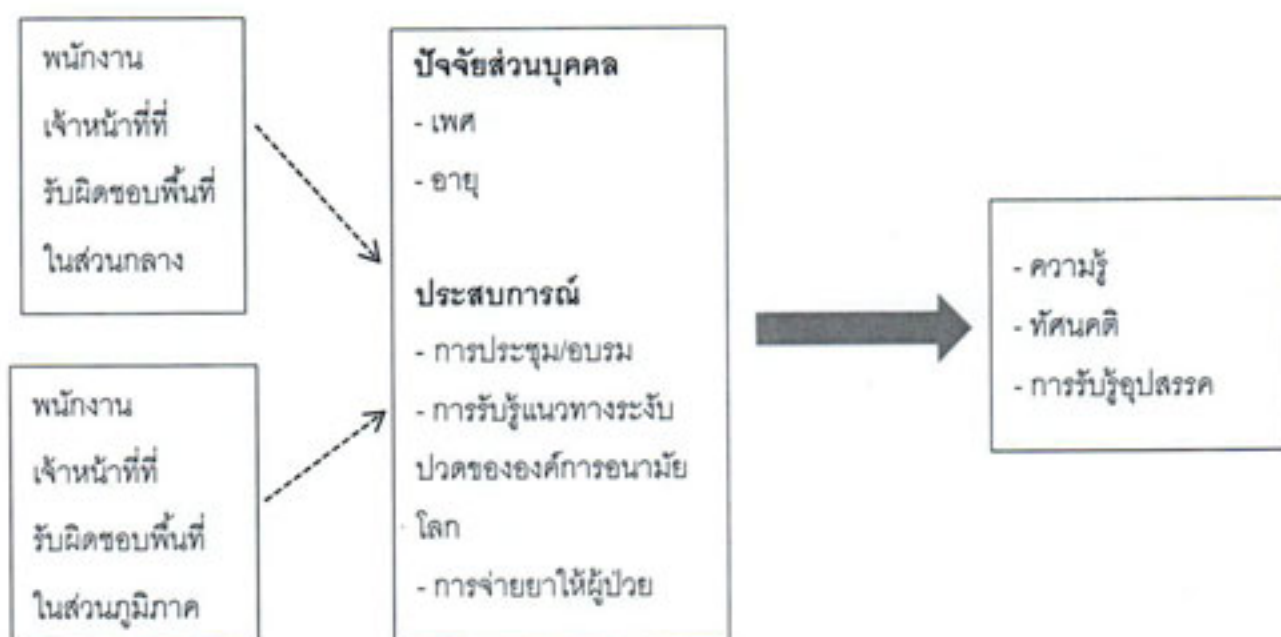


**ความรู้ไม่เพียงพอ** (Inadequate knowledge) หมายถึง การมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาโอปิออยด์ เพื่อระงับอาการปวดจากโรคมะเร็งไม่มากเพียงพอ ซึ่งอาจเกิดจากขาดความรู้ หรือมีความรู้ไม่ถูกต้อง ทำให้การใช้ยาเพื่อระงับอาการปวดได้ผลไม่ดีเท่าที่ควร โดยในการศึกษานี้ หมายถึง ค่าคะแนนความรู้รวมเฉลี่ยน้อยกว่าร้อยละ 70

**ทัศนคติเชิงลบ** (Negative attitude) หมายถึง ความคิด ความเชื่อและความรู้สึกที่ไม่ดีต่อการใช้อยากลุ่มโอปิออยด์ในการบำบัดอาการปวดจากโรคมะเร็ง ทำให้ผลการบำบัดไม่ดีเท่าที่ควร โดยในการศึกษานี้ หมายถึง ค่าคะแนนทัศนคติรวมเฉลี่ยน้อยกว่าร้อยละ 70

**อุปสรรค** หมายถึง ความคิด ความเชื่อ ความรู้สึก ทัศนคติ และสิ่งที่ขัดขวางทำให้หลีกเลี่ยงการใช้หรือการมีอยากลุ่มโอปิออยด์ ทำให้ขัดขวางการเข้าถึงยาของผู้ป่วย และทำให้ผลการบำบัดอาการปวดไม่บรรลุวัตถุประสงค์

## 7. กรอบแนวคิด



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดของการศึกษา

## บทที่ 2

### ทบทวนวรรณกรรม

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม ดังนี้ สถานการณ์ของโรคมะเร็งในประเทศไทย สาเหตุความปวดจากโรคมะเร็ง แนวทางการบำบัดความปวดจากโรคมะเร็ง ปัญหาการบำบัดความปวดจากโรคมะเร็ง การศึกษาการบำบัดความปวดจากโรคมะเร็งที่ผ่านมาของประเทศไทย การกำกับดูแลและการควบคุมยาโอปิออยด์ในประเทศไทย และการพัฒนาการเข้าถึงยากลุ่มโอปิออยด์

#### 2.1 สถานการณ์ของโรคมะเร็งในประเทศไทย

จากรายงานข้อมูลทะเบียนโรคมะเร็ง ระหว่างปี 2550-2552 มีผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ 102,786 ราย เป็นเพศชาย 50,961 ราย และเพศหญิง 51,825 ราย เมื่อคำนวณอัตราป่วยโดยใช้ age standardized rate พบว่า เพศชายมีอัตราป่วย 156.7 ต่อแสนประชากร ในขณะที่เพศหญิงมีอัตราป่วย 138.2 ต่อแสนประชากร และในปี 2553-2555 มีผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ 112,392 ราย เป็นเพศชาย 54,586 ราย และเพศหญิง 57,806 ราย เมื่อคำนวณอัตราป่วยโดยใช้ age standardized rate พบว่า เพศชายมีอัตราป่วย 143.3 ต่อแสนประชากร ในขณะที่เพศหญิงมีอัตราป่วย 131.9 ต่อแสนประชากร โดยโรคมะเร็งที่พบบ่อย 3 อันดับแรกในเพศชาย คือ มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่ ทวารหนัก และในเพศหญิง คือ มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งตับ<sup>[36]</sup>

#### 2.2 สาเหตุความปวดจากมะเร็ง

ความปวดที่พบในผู้ป่วยโรคมะเร็งมีได้หลายสาเหตุ<sup>[53]</sup> คือ

1. ความปวดจากพยาธิสภาพของโรคมะเร็งโดยตรง พบได้ร้อยละ 70-78 ของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ปวด<sup>[7, 8]</sup> เช่น มะเร็งกระจายหรือลามไปที่กระดูกหรือเนื้องอกของกระดูกเอง มะเร็งกดหรือแทรกเบียดเส้นประสาท มะเร็งแทรกเข้าสู่หลอดเลือดหรือหลอดน้ำเหลือง การอุดตันของหลอดเลือดจากมะเร็งกดเบียด การตายของเนื้อเยื่อมะเร็ง ความปวดจากก้อนเนื้องอกของปลายประสาท

2. ความปวดจากการตรวจ และรักษาโรคมะเร็ง พบได้ประมาณร้อยละ 15-19 ของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ปวด<sup>[7, 8]</sup>

3. ความปวดจากสาเหตุอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็ง พบได้ประมาณร้อยละ 3-15 ของผู้ป่วยที่ปวดจากโรคมะเร็ง<sup>[19, 20]</sup> เช่น arthritis, migraine, osteomyelitis และ osteoporosis

### ชนิดความปวดจากโรคมะเร็ง

การแบ่งชนิดความปวดตามกลไกทางระบบประสาท มีประโยชน์มากในการเลือกวิธีรักษาความปวด แบ่งได้เป็น 2 ชนิด คือ

1. Nociceptive pain พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง เป็นความปวดที่เกิดจากการบาดเจ็บ การอักเสบ หรือมีการทำลายเนื้อเยื่อ ความปวดที่มีแหล่งกำเนิดจากโครงสร้างของร่างกายที่ไม่ใช่อวัยวะภายใน เรียกว่า somatic pain เช่น ความปวดจากมะเร็งของกระดูก ความปวดที่อวัยวะภายในร่างกายเรียกว่า visceral pain เช่นปวดตับ และความปวดจาก muscle spasm เช่น ปวดเกร็ง nociceptive pain ตอบสนองต่อยาโอปิออยด์ได้ดี<sup>[3]</sup>

2. Neuropathic pain พบในผู้ป่วยโรคมะเร็งได้น้อยกว่า nociceptive pain เป็นความปวดที่เกิดเมื่อระบบประสาทมีพยาธิสภาพหรือทำหน้าที่ผิดปกติ พยาธิสภาพของระบบประสาทเป็นได้จากระบบประสาทส่วนกลางและส่วนปลาย<sup>[39]</sup> ความปวดชนิดนี้ตอบสนองต่อยา NSAIDs และ ยากลุ่มโอปิออยด์ได้ไม่ดี<sup>[40]</sup>

ดังนั้น การวินิจฉัยแยกชนิดความปวดจึงมีความสำคัญต่อแนวทางการรักษา ลักษณะสำคัญที่จะช่วยวินิจฉัยแยกความแตกต่างของความปวดทั้ง 2 ชนิดนี้ คือ neuropathic pain จะมีลักษณะดังนี้ คือ เกิดอาการปวดโดยไม่มีการทำลายของเนื้อเยื่อในขณะนั้น มีความปวดบริเวณที่มีการเสียวความรู้สึก มีอาการ allodynia, hyperalgesia หรือ dysesthesia หรือ ตรวจพบ Tinel's sign (การกระตุ้นกลายเป็นอาการปวด) และตอบสนองต่อยากลุ่มโอปิออยด์ได้ไม่ดี<sup>[39]</sup> ซึ่งเป็นลักษณะสำคัญของ neuropathic pain ที่แตกต่างจาก nociceptive pain

นอกจากนี้ ความปวดจากโรคมะเร็งมักพบได้หลายแห่งของร่างกาย จากการศึกษาของ Foley และคณะ<sup>[41]</sup> พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามร้อยละ 27 มีความปวดตั้งแต่ 2 แห่งขึ้นไป และร้อยละ 11 มีความปวดมากกว่า 4 แห่งขึ้นไป

สถาพร ลีลานันทกิจ<sup>[33]</sup> ได้ศึกษาความปวดของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่คลินิกมะเร็งปวดของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ระหว่างปี 2534 - 2538 ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องจนเสียชีวิตมีจำนวน 451 ราย ช่วงเวลาของการดูแลเพื่อบำบัดความปวดมีตั้งแต่ 1 - 1,518 วัน ร้อยละ 80 มีช่วงการดูแล 1 - 120 วัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีบริเวณของร่างกายที่เกิดความปวดมากกว่าหนึ่งแห่ง โดยผู้ป่วยร้อยละ 29.5, 35.5, 21.3 และ 13.7 มีความปวด 1, 2, 3 และมากกว่า 4 แห่งตามลำดับ สาเหตุของความปวดพบว่า ร้อยละ 73.2 เป็นความปวดที่เกิดจากโรคมะเร็งโดยตรง ร้อยละ 8.2 เป็นความปวดจากการรักษาโรคมะเร็ง ร้อยละ 1.1 เป็นความปวดที่ไม่เกี่ยวกับโรคมะเร็งหรือจากการรักษาโรค และที่เหลือร้อยละ 17.5 เป็นความปวดที่เกิดจากสาเหตุต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้นรวมกัน นอกจากนี้ เมื่อแบ่งความปวดตามพยาธิกำเนิด พบว่า เป็นความปวดชนิด visceral pain, bone pain, neuropathic pain, visceral และ somatic pain, visceral และ neuropathic pain, visceral และ somatic และ neuropathic pain, และ somatic และ neuropathic pain มีร้อยละ 12.5, 8.3, 4.7, 9.9, 46, 16.1 และ 2.5 ตามลำดับ

### 2.3 แนวทางการรักษาความปวดจากโรคมะเร็ง

ความปวดจากโรคมะเร็งมีลักษณะพิเศษต่างจากความปวดอื่นๆ เพราะนอกจากพยาธิมะเร็งที่เป็นปัจจัยสำคัญทำให้เกิดความปวดแล้ว ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อความปวดอีกด้วย ทั้งปัจจัยทางจิตวิทยา ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ดังนั้น การรักษาความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งจึงต้องคำนึงทุกมิติที่เกี่ยวข้อง ใช้วิธีการรักษาแบบองค์รวม มีการประเมินและบันทึกความปวด การรักษาความปวดและติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง<sup>[42]</sup>

#### 2.3.1 การประเมินและบันทึกความปวด

วัตถุประสงค์ของการประเมินเพื่อต้องการทราบสาเหตุ ลักษณะและระดับความรุนแรงของความปวด เพื่อให้ตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมรวมถึงการติดตามประเมินผลการรักษาอย่างต่อเนื่องด้วย<sup>[43]</sup> การประเมินความปวดจึงเป็นขั้นตอนแรกที่มีความสำคัญ ในการรักษาความปวดจากโรคมะเร็งโดยให้การประเมินและบันทึกความปวดเป็นสัญญาณชีพที่ห้าและถือเป็นมาตรฐานที่สำคัญในการรักษาอาการปวด การประเมินความปวดที่ไม่เหมาะสมเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การจัดการกับความปวดล้มเหลวได้<sup>[44]</sup>

องค์การอนามัยโลกได้ให้หลักและขั้นตอนในการประเมินความปวด<sup>[3]</sup> ดังนี้

1. ต้องเชื่อตามที่ผู้ป่วยบอก เพราะมีความถูกต้องน่าเชื่อถือมากที่สุด<sup>[45]</sup>
2. เริ่มสนทนาเกี่ยวกับอาการปวด แพทย์ควรสอบถามอาการปวดจากผู้ป่วยโดยตรง เพราะผู้ป่วยอาจกลัวขีดข่วนหรือต้องอยู่โรงพยาบาลจึงไม่แจ้งอาการปวด สำหรับเด็กเล็ก ผู้ป่วยที่มีโรคทางสมอง อาจต้องใช้วิธีอื่นช่วย เช่น สังเกตพฤติกรรม สังเกตการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ การสนองตอบต่อยาระงับปวด
3. ประเมินความรุนแรงของความปวดโดยผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินด้วยเครื่องมือวัดความปวดที่ได้มาตรฐานและเหมาะสมกับสภาพและความสามารถของผู้ป่วย เช่น numerical rating scale, visual analogue scale หรือ verbal descriptive scale
4. ชักถามอาการปวดอย่างละเอียด เพื่อให้ทราบสาเหตุของความปวด โดยซักประวัติเกี่ยวกับรายละเอียดของความปวด ตำแหน่งที่ปวดและปวดร้าว การกระจายของความปวด ความถี่และลักษณะของความปวด ปัจจัยที่มีผลต่อความปวดเพิ่มขึ้นหรือลดลง การอ่อนแรง การสูญเสียความรู้สึก ปัญหาการเคลื่อนไหว การนอนหลับและการดำเนินชีวิตประจำวัน ประวัติการใช้ยาและวิธีการรักษาทั้งอดีตและปัจจุบัน
5. ประเมินสภาพจิตใจผู้ป่วย ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยในอดีต ความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในปัจจุบัน ความคิดอยากฆ่าตัวตายและระดับสมรรถภาพของร่างกายที่สูญเสียไป จะช่วยแยกผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลทางด้านจิตใจเป็นพิเศษ ซึ่งภาวะซึมเศร้าพบในผู้ป่วยมะเร็งพบได้ถึงร้อยละ 25<sup>[46]</sup>
6. ตรวจร่างกายอย่างเอาใจใส่
7. การตรวจเพิ่มเติมเฉพาะในรายที่จำเป็นและอ่านผลด้วยตนเอง การส่งผู้ป่วยเข้ารับการตรวจทางห้องปฏิบัติการควรทำเฉพาะรายที่สงสัยหรือไม่พบสาเหตุของอาการปวดชัดเจน หรือการรักษาที่จำเป็นต้องทราบตำแหน่งของโรคที่แน่นอน เช่น การถ่ายภาพ x-ray, computer tomogram (CT) และ magnetic resonance imaging (MRI)
8. แม้ว่ายาจะเป็นวิธีหลักในการรักษาความปวดจากโรคมะเร็ง ให้เลือกวิธีอื่นในการควบคุมอาการปวดร่วมด้วย เช่น การใช้รังสีรักษาอาการปวดกระดูกจากโรคมะเร็งแพร่กระจาย การผ่าตัดใส่เหล็กรักษาความปวดจากกระดูกหัก

## 9. ติดตามผลการรักษา ประเมินผลและดูแลอย่างต่อเนื่อง

### 2.3.2 การรักษาความปวด แบ่งเป็น

1. การรักษาความปวดโดยใช้ยาระงับความปวด ประกอบด้วย ยาระงับปวดและยาเสริม

2. การรักษาความปวดโดยไม่ใช้ยาระงับความปวด<sup>[47]</sup> โดยนำมาใช้ร่วมบำบัดความปวดเมื่อมีข้อบ่งชี้ คือ

2.1 Invasive procedures โดยใช้ความรู้ด้านวิสัญญีวิทยา เช่น regional nerve block หรือใช้ความรู้ด้านศัลยกรรมประสาทวิทยา เช่น การทำ ablative neurosurgical

2.2 Non-invasive procedures เช่น relaxation, biofeedback, behavioral modification, hypnosis, cognitive-behavioral และกายภาพบำบัด

โดยทั่วไป การบำบัดความปวดจากโรคมะเร็งจะใช้หลายวิธีร่วมกัน โดยรักษาโรคมะเร็งด้วยการฉายรังสี ผ่าตัด หรือเคมีบำบัดพร้อมๆ กับการให้ยาระงับปวด และพบว่าการบำบัดด้วยยาระงับปวดถูกใช้เป็นวิธีหลักในการบำบัดความปวดร่วมกับวิธีอื่นๆ<sup>[42, 48-50]</sup> ซึ่งในช่วง 2 ทศวรรษที่ผ่านมาถึงปัจจุบัน ได้ใช้แนวทางขององค์การอนามัยโลกคือ "The three-step analgesic ladder" บำบัดความปวดอย่างแพร่หลาย

### 2.3.3 ยาระงับปวดที่ใช้ตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก

#### 2.3.3.1. กลุ่มยา non-opioids

เป็นยาที่ไม่มีฤทธิ์ของโอปิออยด์ ได้แก่ Paracetamol, Aspirin, NSAIDs, และ Coxibs เป็นยาที่ให้ผลในการบำบัดความปวดที่ไม่รุนแรงถึงปานกลาง ยากลุ่มนี้มีขีดจำกัดในการระงับปวด (ceiling effect) ข้อดีของยากลุ่มนี้คือไม่ก่อให้เกิดการติดยา และ physical dependence

#### 2.3.3.2. กลุ่มยาโอปิออยด์

ออกฤทธิ์โดยการกระตุ้นที่ opioids receptor<sup>[40]</sup> เป็นยาหลักที่ใช้ในการบำบัดความปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่ม weak opioids ได้แก่ Codeine, Tramadol สำหรับบรรเทาความปวดระดับปานกลาง
2. กลุ่ม strong opioids ได้แก่ Morphine, Fentanyl, Methadone ใช้บรรเทาความปวดรุนแรง

### 2.3.3.3. กลุ่มยา adjuvants

เป็นยาเสริมที่จำเป็นในการบำบัดความปวดจากโรคมะเร็งเมื่อมีข้อบ่งชี้ จากกรณีใดกรณีหนึ่ง ดังนี้

1. เพื่อรักษาอาการข้างเคียงจากยาระงับปวด เช่น ยาระบาย ยาแก้อาเจียน
2. เพื่อรักษาปัญหาด้านจิตใจที่เกิดร่วมด้วย เช่น อาการนอนไม่หลับ อาการกังวล อารมณ์ซึมเศร้า และความผิดปกติทางจิต<sup>[3, 51]</sup>
3. เพื่อเสริมฤทธิ์ระงับปวด เช่น Neuropathic pain ปวดศีรษะเนื่องจากโรคมะเร็งทำให้ความดันในกะโหลกสูง ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ได้แก่

Anti-depressant ได้แก่ ยากลุ่ม tricyclic antidepressants เช่น Amitriptyline, Ipramine, Desipramine และ Nortriptyline ยาแต่ละตัวมีประสิทธิภาพในการระงับปวดไม่ต่างกัน และใช้ขนาดยาน้อยกว่าที่ใช้รักษาอาการซึมเศร้า

Anti-convulsant ได้แก่ Carbamazepine, Oxcarbazepine, Phenytoin, Sodium valproate, Clonazepam, Gabapentin และ lamotrigine

Steroids ได้แก่ Dexamethasone และ Prednisolone ใช้ในภาวะที่ไซสัสนหลังถูกกดทับโดยโรคมะเร็ง ความดันในกะโหลกศีรษะสูง ปวดกระดูกอย่างรุนแรง เนื้อเยื่อวมหรืออักเสบจากการแทรกเบียดของมะเร็ง

### 2.3.4. หลักการใช้ยาระงับปวด

การใช้ยาระงับปวดที่ถูกต้องกับความรุนแรงของความปวดตาม The three-step analgesic ladder ด้วยขนาดยาที่พอเหมาะและตามช่วงเวลาของการออกฤทธิ์ตามเภสัชวิทยาของยาระงับปวดอย่างถูกต้อง จะสามารถควบคุมความปวดได้เพียงพอถึง 70-90%<sup>[16, 52-54]</sup> โดยองค์การอนามัยโลกให้หลักการใช้อยาระงับปวด 5 ประการ<sup>[3]</sup> คือ

1. กิน (by mouth) ควรเป็นยาาระงับปวดที่ใช้วิธีรับประทานเป็นอันดับแรก ทำให้ผู้ป่วยมีอิสระใช้ยาด้วยตนเองที่บ้านได้

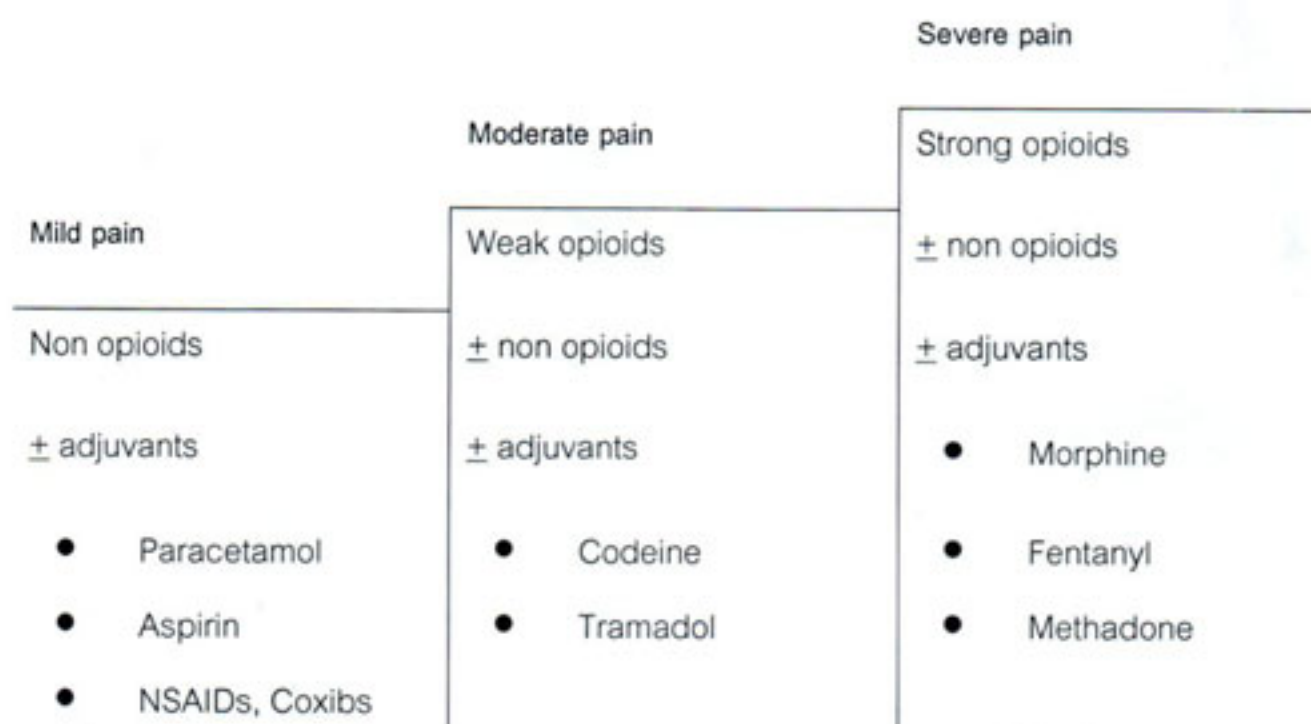
2. ตามเวลา (by around the clock) ควรใช้ยาาระงับปวดอย่างต่อเนื่องตามกำหนดเวลา เพราะความปวดจากโรคมะเร็งเป็นความปวดที่เกิดขึ้นตลอดเวลา การรับประทานยาก่อนที่ยามี้อแรกจะหมดฤทธิ์ จึงจะทำให้ได้ผลควบคุมที่ต่อเนื่อง ซึ่งอาจต้องเพิ่ม rescue dose สำหรับ breakthrough pain และ incident pain

3. ตามลำดับขั้น (by the ladder) เลือกใช้ยาาระงับปวดตามความรุนแรงของอาการปวด แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ขั้นตอนแรกสำหรับความปวดน้อย ให้ใช้ยากลุ่ม non-opioids ขั้นตอนที่ 2 สำหรับความปวดปานกลาง ให้ใช้ยา weak opioids และขั้นตอนที่ 3 สำหรับความปวดที่รุนแรง ให้ใช้ยา strong opioids โดยมียากลุ่ม adjuvants เข้ามาเสริมร่วมในการบำบัดทุกขั้นตอนเมื่อมีข้อบ่งชี้<sup>[3, 42]</sup> สำหรับยา non-opioids ให้ร่วมในขั้นตอนที่ 2 และ 3 เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการระงับปวดและลดภาวะแทรกซ้อนจากยาแต่ละกลุ่ม ดังรูปที่ 2

4. เหมาะสมสำหรับแต่ละคน (for the individual) ขนาดยาที่เหมาะสมของผู้ป่วย คือขนาดยาที่สามารถลดความปวดของผู้ป่วยรายนั้นได้ตลอดช่วงเวลาที่ยาออกฤทธิ์ โดยมีผลข้างเคียงน้อยที่สุดซึ่งผู้ป่วยยอมรับได้

5. ใส่ใจรายละเอียด (attention to detail) ให้สนใจในรายละเอียดของการรักษา เช่น ต้องเน้นว่าควรใช้ยาาระงับปวดอย่างสม่ำเสมอจึงจะได้ผล ต้องทาน morphine ทุก 4 ชั่วโมง ยามี้อแรกและมื่อสุดท้ายของวันควรสัมพันธ์กับการตื่นและการหลับของผู้ป่วย ช่วงเวลาที่ดีสำหรับการให้ยากกลางวันคือ 10.00, 14.00 และ 18.00 น. และเขียนชื่อยา สรรพคุณ วิธีใช้อย่างละเอียดที่ฉลากยา และเตือนให้ผู้ป่วยทราบถึงผลข้างเคียงจากยาด้วย





รูปที่ 2 WHO Analgesic Ladder สำหรับบำบัดความปวดจากโรคมะเร็ง<sup>[3, 5]</sup>

ในประเทศไทย สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ได้ออกแนวทางเวชปฏิบัติการดูแล บำบัดความปวดจากโรคมะเร็ง<sup>[5]</sup> เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขใช้เป็นแนวทางการบำบัดความปวด ดังนี้

1. ให้ขนาดยาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งแต่ละราย คือขนาดยาที่สามารถลดความปวดของผู้ป่วยได้ตลอดช่วงเวลาที่ยาออกฤทธิ์ โดยไม่ทำให้เกิดอาการข้างเคียงหรือหากมีผลข้างเคียงก็สามารถยอมรับได้

2. เลือกชนิดและขนาดยาเริ่มต้นขึ้นกับความรุนแรงของความปวดเป็นหลักร่วมกับสภาวะของผู้ป่วย เช่น การทำงานของตับและไต โรคประจำตัว เช่น โรคหืด

#### 2.1 กรณีผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับยากลับโอปิออยด์

- มีความปวดระดับปานกลาง (หรือใช้ยา NSAIDs ไม่ได้ผล) ให้เริ่มใช้ยา weak opioids
- มีความปวดระดับรุนแรง ให้เริ่มด้วย strong opioids โดยเริ่มด้วย Morphine ชนิดรับประทานแบบ immediate release ขนาด 5 - 10 มิลลิกรัมทุก 4 ชั่วโมง

2.2 กรณีผู้ป่วยที่เคยได้รับยาโอปิออยด์มาก่อน แต่ไม่สามารถควบคุมความปวดได้ ให้คำนวณขนาดยา weak opioids หรือ strong opioids เดิมที่ได้รับใน 1 วัน แล้วนำมาเทียบเป็น

equi-analgesic dose ของ Morphine หรือ Fentanyl โดยใช้ตารางที่ 1 และตารางที่ 2 แล้วปรับขนาดให้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 25

ตารางที่ 1 ขนาดยาโดยประมาณที่ให้ฤทธิ์ลดอาการเท่ากันและเภสัชจลนศาสตร์ที่สำคัญ

ชื่อยา	Equi-analgesic dose (mg)		Half-life (hr)	Analgesic onset (oral) (min)	Analgesic duration* (hr)
	Parenteral	Oral			
Morphine	10(IM, IV, SC)	30	2	10-20	3-5
Methadone	-	20	15-30	10-20	4-8
Codeine	-	240	2-3	10-20	4-6
Tramadol	100	100	6-7	<60	4-6

\* Analgesic duration ของ sustained release morphine ยาวกว่า immediate release ในตารางนี้

3. ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีความปวดเรื้อรัง เริ่มด้วยยาโอปิออยด์ชนิด immediate release และให้ยาตามระยะเวลาการออกฤทธิ์ต่อเนื่องทั้งวัน (around the clock) ถ้ามี breakthrough pain หรือ incident pain ให้ยาโอปิออยด์ชนิด immediate release ในขนาดร้อยละ 25 - 50 ของ regular dose (ที่ให้ทุก 4 - 6 ชั่วโมง) แบบ PRN ร่วมด้วย

4. เมื่อเริ่มให้ยาด้วยขนาดยาแรกเริ่ม (codeine 15 - 30 มิลลิกรัมทุก 4 ชั่วโมง, tramadol 50-100 มิลลิกรัม ทุก 6-8 ชั่วโมง หรือ morphine 5 - 10 มิลลิกรัมทุก 4 ชั่วโมง) แล้ว ถ้ายังไม่สามารถควบคุมความปวดได้ดีพอ สามารถปรับขนาดยาเพิ่มขึ้นได้ตามความรุนแรงของความปวดดังตัวอย่าง เช่น ปวดปานกลาง (pain score 4 - 6) ให้พิจารณาเพิ่มขนาดยาขึ้นร้อยละ 25-50 หรือปวดรุนแรง (pain score 7-10) ให้พิจารณาเพิ่มขนาดยาขึ้นร้อยละ 50-100

ตารางที่ 2 Equi-analgesic doses for converting Morphine to Transdermal Fentanyl

Oral 24 hour Morphine (mg/day)	IM 24 hour Morphine (mg/day)	Transdermal Fentanyl (mg/h)
45-134	8-22	25
135-224	23-37	50
225-314	38-52	75
315-404	53-67	100
405-494	68-82	125
495-584	83-97	150
585-674	98-112	175
675-764	113-127	200
765-854	128-142	225
855-944	143-157	250
945-1034	158-172	275
1035-1124	173-187	300

5. เมื่อสามารถควบคุมความปวดได้ดีโดยการให้ยาโอปิออยด์ชนิด immediate release แล้วให้คำนวณขนาดยาโอปิออยด์ (รวมขนาดยาที่ให้แบบ around the clock และขนาดยา PRN) ที่ใช้ใน 24 ชั่วโมง แล้วเปลี่ยนเป็นยาโอปิออยด์ ในรูปแบบ sustained release แทน เพื่อให้ความสะดวกแก่ผู้ป่วย และเพิ่มการยอมรับปฏิบัติตาม

6. ระหว่างที่ผู้ป่วยได้รับ sustained release morphine ถ้าผู้ป่วยมี breakthrough pain หรือ incident pain ต้องจัด rescue analgesic ที่ออกฤทธิ์เร็วขนาดประมาณ 1/6 ของขนาดยาที่ต้องการในแต่ละ

ละวัน<sup>[55]</sup> ซึ่งสามารถให้ได้ทุก 4 ชั่วโมง หรือตามที่ผู้ป่วยร้องขอ แต่ควรทิ้งช่วงห่างของยาแต่ละขนาน ประมาณ 1 ชั่วโมง แต่ถ้าผู้ป่วยต้องการยา rescue analgesic มากกว่า 3 ครั้งต่อวัน ควรพิจารณาปรับขนาด regular dose

7. ในกรณีที่ใช้ยาแบบผสมในเม็ดเดียวกัน ทำให้ปรับขนาดยาก เช่น Codeine หรือ Tramadol ร่วมกับ Paracetamol ต้องระวังความเป็นพิษต่อดับจาก Paracetamol ถ้าขนาดยา Paracetamol มากกว่า 4 กรัมต่อวันให้เปลี่ยนมาใช้ยาเดี่ยว

8. ถ้าผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงที่รุนแรงและระดับความปวดอยู่ในขั้นปานกลาง ให้ลดขนาดยาลงประมาณร้อยละ 25 และให้ประเมินความปวดอีกครั้ง

9. ยาโอปิออยด์ที่ไม่แนะนำให้ใช้บำบัดความปวดจากโรคมะเร็ง หรือ chronic non-cancer pain คือ

9.1 Pethidine (Meperidine) มีฤทธิ์คล้าย Morphine แต่ประสิทธิภาพการลดอาการปวดรุนแรงต่ำกว่า Morphine ออกฤทธิ์ได้นาน 2-3 ชั่วโมง มี metabolite ที่เป็นพิษต่อร่างกายคือ Normeperidine<sup>[56]</sup> ทำให้เกิดผลข้างเคียงทางระบบประสาทส่วนกลางเพิ่มขึ้น เช่น อาการสั่น กล้ามเนื้อกระตุก กระสับกระส่าย และชักโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ไตทำงานบกพร่อง<sup>[3]</sup>

9.2 ยาในกลุ่ม mixed agonist-antagonist ได้แก่ Nalbuphine, Pentazocine และยาในกลุ่ม partial agonist เช่น Buprenorphine ซึ่งเป็นยาที่มี ceiling effect

## 2.4 ปัญหาการบำบัดความปวดจากโรคมะเร็ง

การใช้ยาระงับปวดในการลดอาการปวดจากโรคมะเร็งตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบัน ยากลุ่มโอปิออยด์ โดยเฉพาะ Morphine ยังคงเป็นยาหลักในการระงับปวดปานกลางถึงรุนแรง ปัจจุบันยังไม่มียาอื่นใดที่สามารถใช้ทดแทนได้ ปัญหาการจัดการความปวดจากการศึกษาที่ผ่านมา มักเป็นปัญหาจากการเลือกชนิดของยาระงับปวดที่มีฤทธิ์แรงไม่เพียงพอกับระดับความรุนแรงของความปวด ทำให้ผลการจัดการความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งไม่ประสบความสำเร็จ มีผลการศึกษาการบำบัดความปวดของผู้ป่วยโรคมะเร็งในหลายประเทศ เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา ฝรั่งเศส จีน ญี่ปุ่น เกาหลี กรีซ และอินเดีย พบว่าสัดส่วนของผู้ป่วยได้รับยาระงับปวดที่มีฤทธิ์แรงไม่เพียงพอกับระดับความรุนแรงของความปวดมีร้อยละ 42, 51, 67,

70, 74, 76 และ 79 ตามลำดับ<sup>[19, 20, 23-25, 27, 32]</sup> สำหรับประเทศไทย ยังไม่พบการศึกษาที่ทำให้ได้ทราบสัดส่วนของผู้ป่วยที่ได้รับชนิดยาระงับปวดไม่เพียงพอกับระดับความรุนแรงของความปวด พบแต่ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีความปวดโดยไม่ได้รับยาระงับปวดเลยมีสัดส่วนร้อยละ 30 และผู้ที่ได้รับยาส่วนใหญ่ได้รับยาระงับปวดที่มีฤทธิ์แรงไม่เพียงพอกับระดับความรุนแรงของความปวด<sup>[57]</sup> ซึ่งคาดว่าอาจมีสาเหตุจากแพทย์มีความกังวล มีความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับยาโอปิออยด์ เช่น กลัวการติดยา การติดยา หรือภาวะกตการหายใจ เนื่องจากมีความสับสนและเข้าใจผิดของคำต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยากลุ่มนี้บำบัดความปวด คือ "tolerance", "physical dependence" และ "addiction" จึงทำให้แพทย์พยายามหลีกเลี่ยงการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ โดยแต่ละคำมีความหมาย ดังนี้

**Tolerance** เป็นภาวะติดยา หมายถึง ภาวะที่ประสิทธิภาพของยาลดลงเมื่อได้รับยามานาน ทำให้ต้องให้ยาเพิ่มขึ้นเพื่อคงผลการระงับปวดให้เท่าเดิม แต่หลายครั้งพบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ต้องการยาเพิ่มขึ้นเนื่องจากโรคลุกลามมากขึ้นทำให้ความปวดรุนแรงมากขึ้น<sup>[58]</sup>

**Physical dependence** เป็นภาวะการติดยาทางกาย หมายถึง การที่ร่างกายได้รับยาโอปิออยด์มาอย่างต่อเนื่องระยะหนึ่ง เมื่อหยุดยาทันที จะทำให้เกิดอาการถอนยา (abstinence or withdrawal syndrome)

**Addiction** เป็นภาวะการติดยาทางจิตใจ (psychological dependence) หมายถึง การแสดงความต้องการอย่างรุนแรงเพื่อลดภาวะทางจิตร่วมกับมีพฤติกรรมเสาะหายามาเสพโดยวิธีที่ผิดกฎหมาย

นอกจากนี้ ยังมีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับผลข้างเคียงเรื่องการติดยา และภาวะกตการหายใจ ดังนี้

### **ข้อเท็จจริงเรื่องการติดยา**

บุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่คุ้นเคยกับยาโอปิออยด์ ผู้ป่วยและบุคคลทั่วไปมักกลัวเรื่องการติดยาจากการติดตามผู้ป่วยที่ได้รับยา strong opioids จำนวน 12,000 ราย พบผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติเรื่องการติดยาเพียง 4 รายเท่านั้นที่พบว่ามีพฤติกรรมที่สื่อว่าอาจเกิดภาวะการติดยา<sup>[59]</sup> หลายรายงานแสดงปริมาณการใช้ยาโอปิออยด์ที่เพิ่มมากขึ้นซึ่งไม่สัมพันธ์กับการ abuse และ diversion จากยานี้ เช่น การศึกษาของประเทศสวีเดนในปี ค.ศ. 1982 มีการใช้ Morphine และ Methadone สำหรับการบำบัดความปวดจากโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นถึง 17 เท่า แต่ไม่พบมีการนำไปใช้ในด้านทำให้เกิดความเคลิบเคลิ้ม ฟุ้งพอใจ หรือทำให้

เกิดภาวะติดยาเพิ่มมากขึ้น<sup>[60]</sup> และการศึกษาในประเทศญี่ปุ่นระหว่างปี ค.ศ.1985<sup>[61]</sup> ถึงปี ค.ศ.1998<sup>[62]</sup> มีการใช้ morphine เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 1486 แต่รายงานการ abuse หรือ diversion ยังพบได้น้อยมาก<sup>[63]</sup> ผลการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาที่เช่นเดียวกัน ปริมาณการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ตั้งแต่ในปี ค.ศ. 1990 เป็นต้นมา แต่รายงานการ abuse ยังคงพบในระดับที่ต่ำเช่นเดิม<sup>[64]</sup>

### ข้อเท็จจริงเรื่องภาวะกตการหายใจ

ภาวะกตการหายใจที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาโอปิออยด์ พบได้ในอาสาสมัคร<sup>[65]</sup> ซึ่งสามารถแก้ไขภาวะกตการหายใจได้โดยกระตุ้นให้อาสาสมัครมีความปวดเกิดขึ้น<sup>[66]</sup> ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าความปวดเป็นสภาวะทางสรีรวิทยาที่ด้านฤทธิ์การกดประสาทส่วนกลางของยาโอปิออยด์ จากการสังเกตการทำเวชปฏิบัติในการใช้ยากลุ่มนี้ในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีอาการปวดเป็นเวลาหลายปี ยังไม่พบภาวะกตการหายใจในทางเวชปฏิบัติเลย<sup>[67]</sup> เนื่องจากวิธีการบำบัดความปวดจากโรคมะเร็งโดยทั่วไป ผู้ป่วยจะได้รับการปรับขนาดยา Morphine เพิ่มขึ้นตามระดับความรุนแรงของอาการปวดที่เกิดขึ้นอย่างเป็นขั้นตอน โอกาสที่จะเกิดอาการได้รับยาเกินขนาดจึงมีน้อยมาก หรือกรณีการบำบัดความปวดของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ขนาดยาของ Morphine ก่อนนอนมีขนาดเป็น 2 เท่าของขนาดยาที่ให้ผู้ป่วยรายนั้นทุก 4 ชั่วโมง แต่ก็ไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิตในเวลากลางคืนเพิ่มมากขึ้น<sup>[67]</sup>

ดังนั้น ปัญหาภาวะติดยาและภาวะติดยาท่างกายจากการใช้ยาโอปิออยด์ จึงเป็นความเข้าใจที่ผิด อย่างไรก็ตาม หากเกิดภาวะติดยาจริงก็สามารถแก้ไขได้โดยการเพิ่มขนาดยาเพื่อให้ได้ฤทธิ์บรรเทาปวดหรือกรณีภาวะติดยาท่างกาย ให้ลดขนาดยาลงอย่างช้าๆ เพื่อป้องกันอาการถอนยา อย่างไรก็ตาม แพทย์ทั่วไปยังมีความรู้ความเข้าใจในด้านการใช้ยาโอปิออยด์ไม่เพียงพอ ซึ่งอาจเกิดจากการขาดการเรียนการสอนและฝึกอบรมในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต ขาดการใช้ตารางมาตรฐานในการเปลี่ยนยาโอปิออยด์แต่ละชนิด (opioids conversion table)<sup>[68]</sup> การขาดการประเมินความปวดที่เหมาะสม และขาดทัศนคติที่ดีต่อยากลุ่มนี้ทำให้พยายามหลีกเลี่ยงการใช้ยาเสพติดเพราะกลัวผู้ป่วยจะติดยา ติดยาและเกิดผลข้างเคียงของยา<sup>[69]</sup> นอกจากนี้ ยังอาจเกิดจากทัศนคติที่ไม่ถูกต้องของตัวผู้ป่วยเองทำให้ไม่ต้องการบอกอาการปวดให้ผู้ให้การรักษาทราบ หรือทำให้ผู้ป่วยไม่ใช้ยาเสพติดตามคำสั่งแพทย์<sup>[70-72]</sup> ทำให้ผลการบำบัดความปวดไม่ประสบความสำเร็จ

## 2.5 การศึกษาการบำบัดความปวดจากโรคมะเร็งที่ผ่านมาของประเทศไทย

วันชัย วัฒนศัพท์และคณะ<sup>[67, 73]</sup> ได้สำรวจทะเบียนโรคมะเร็งในปี พ.ศ. 2533 ของหน่วยโรคมะเร็ง คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น คัดเลือกเฉพาะข้อมูลที่ถูกต้องรวม 238 ฉบับ พบว่ามีผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีความปวดร้อยละ 62 (148 ฉบับ) โดยเป็นความปวดจากมะเร็งสมอง มะเร็งตับ มะเร็งศีรษะและคอ มะเร็งปอด มะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมร้อยละ 100, 75, 73, 57, 52 และ 50 ตามลำดับ ซึ่งร้อยละ 30 ของผู้ป่วยที่ปวดไม่ได้รับยาระงับปวดเลย ยาระงับปวดพาราเซตามอลเป็นยาที่มีการใช้มากที่สุด รองลงมาคือ NSAIDs และส่วนใหญ่เป็นการบริหารยาเมื่อมีอาการปวด (PRN) ส่วนบริหารยาตามเวลา (by the clock) พบน้อยกว่าร้อยละ 20

สุธีรา จักรกุล เหลืองสุขเจริญ<sup>[49]</sup> ศึกษาวิจัยด้วยวิธี Cross-sectional study ในผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลรามาริบัติ แผนกอายุรศาสตร์ แผนกศัลยศาสตร์ แผนกหู คอ จมูก และแผนกนรีเวช ระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนพฤษภาคม 2540 จำนวน 60 ราย ผู้ป่วยประเมินความปวดด้วยตนเอง ชนิด NRS (0-10) พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 57 และร้อยละ 32 มีความปวดมากที่สุดในระดับรุนแรงและปานกลางตามลำดับ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่คือร้อยละ 88 ได้รับยาระงับปวดและมีการบริหารยาแบบ PRN และพบความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างความปวดมากที่สุดกับการรบกวนการปฏิบัติกิจกรรมทั่วไป การเดินหรือการเคลื่อนไหว การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น และการนอนหลับ ในการศึกษาไม่พบมีการบันทึกการประเมินความปวดในเวชระเบียนผู้ป่วย ส่วนสาเหตุของผู้ป่วยที่ไม่ต้องการยาระงับปวดฤทธิ์แรงขึ้นเนื่องจากกลัวติดยา กลัวดีดยา กลัวผลข้างเคียง กลัวปัญหาค่าใช้จ่ายและไม่อยากรบกวนผู้อื่น

ผ่องรัตน์ รัตนไทย<sup>[50]</sup> ศึกษาวิจัยด้วยวิธี Cross-sectional study ในผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลรามาริบัติ และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนมิถุนายน 2540 จำนวน 80 ราย ผู้ป่วยประเมินความปวดด้วยตนเองที่เป็น NRS (0-10) พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 75 มีความปวดมากที่สุดใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมาในระดับรุนแรง ผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 90 มีความปวดมากกว่า 1 แห่ง ส่วนใหญ่มีความปวดแบบต่อเนื่องและคงที่ พบว่าการเคลื่อนไหวทำให้มีความปวดมากขึ้น ส่วนการนอนพักผ่อนและการจำกัดการเคลื่อนไหวทำให้ความปวดบรรเทาลง การศึกษาพบผู้ป่วยร้อยละ 94 ได้รับยาระงับปวดในการบรรเทาอาการปวดซึ่งผู้ป่วยทุกรายได้รับยาชนิดรับประทาน โดยผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับปวดร้อยละ 72 บริหารยาแบบตามเวลา สำหรับความรุนแรงของความปวดที่มากที่สุดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลกระทบของความปวดต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย สำหรับทัศนคติเชิงลบของผู้ป่วยต่อการใช้ยาระงับ

ปวดกลุ่มโอปิออยด์ ได้แก่ กลัวติดยา กลัวภาวะตีอียา กลัวผลข้างเคียงและไม่อยากรบกวนผู้อื่นซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ<sup>[70, 71]</sup> นอกจากนี้ยังมีปัญหาจากค่าใช้จ่ายของยากลุ่มนี้อีกด้วย

## 2.6 การกำกับดูแลและการควบคุมยากลุ่มโอปิออยด์ ในประเทศไทย

### 2.6.1 ยากลุ่มโอปิออยด์ที่มีจำหน่ายในประเทศไทย

ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 แบ่งยาเสพติดให้โทษเป็น 5 ประเภทตามมาตรา 7 โดยยาเสพติดให้โทษที่มีการนำมาใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์ ถูกจัดเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 (ย.ส.2) ปัจจุบัน (ณ วันที่ 20 เมษายน 2559) ยาเสพติดที่มีการนำมาใช้ทางการแพทย์ในประเทศไทยมี 8 ตัว คือ Cocaine, Codeine, Fentanyl, Medicinal opium, Methadone, Morphine, Oxycodone และ Pethidine ซึ่งเป็นยากลุ่มโอปิออยด์ รวม 6 ตัว และที่ใช้มีจำหน่ายในประเทศไทย ดังตารางที่ 3



ตารางที่ 3 ยาในกลุ่มโอปิออยด์ที่มีจำหน่ายในประเทศไทย ( ข้อมูล ณ วันที่ 20 เมษายน 2559)

ชื่อยา	รูปแบบ	ขนาดความแรง
<b>ยาโอปิออยด์สำหรับลดอาการปวดน้อยถึงปานกลาง</b>		
Codeine phosphate	ยาเม็ด	15 และ 30 mg/tab
<b>ยาโอปิออยด์สำหรับลดอาการปวดปานกลางถึงรุนแรง</b>		
Fentanyl	ยาฉีด	0.1 mg/2 ml/amp และ 0.5 mg/10 ml/amp
	แผ่นปิดบนผิวหนัง (transdermal patch)	12, 25 และ 50 µg/hr
Methadone	ยาเม็ด	5 mg/tab
	ยาน้ำ	10 mg/ml
Morphine	ยาฉีด	10 mg/ml/amp
	ยาน้ำ	10 mg/5ml
	ยาเม็ด (immediate-release tablet)	10 mg/tab
	ยาเม็ด (sustained release tablet)	10, 30, 60 mg/tab (MST)*
	ยาเม็ด (sustained release capsule)	20, 50, 100 mg/cap (Kapanol)**
Pethidine	ยาฉีด	50 mg/ml/amp
Oxycodone	ยาเม็ด (controlled release tablet)	10, 40 mg/tab

\*ออกฤทธิ์นาน 12 ชั่วโมง \*\* ออกฤทธิ์นาน 24 ชั่วโมง

หมายเหตุ: แต่เดิม กำหนดให้ Methadone ชนิดเม็ด ใช้สำหรับระงับปวด และชนิดน้ำสำหรับการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดให้โทษ ต่อมา ในปี พ.ศ. 2555 อนุญาตให้ใช้ Methadone ชนิดน้ำสำหรับระงับความปวดได้ เพื่อเป็นการเพิ่มทางเลือกให้กับผู้ป่วย โดยการออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการกำหนดปริมาณยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ที่ผู้อนุญาตจะอนุญาตให้จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครอง (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2555

## 2.6.2 การกำกับดูแล และการควบคุมยากลุ่มโอปิออยด์

ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการกำกับดูแล และควบคุมยากลุ่มโอปิออยด์ ซึ่งมีผลกระทบต่อการใช้หรือการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ เพื่อบำบัดความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ได้แก่

1. คณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ ประกอบด้วย ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานกรรมการ อธิบดีกรมการแพทย์หรือผู้แทน อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือผู้แทน อธิบดีกรมอนามัยหรือผู้แทน อธิบดีกรมตำรวจหรือผู้แทน อธิบดีกรมอัยการหรือผู้แทน อธิบดีกรมศุลกากรหรือผู้แทน เลขาธิการคณะกรรมการกฤษฎีกาหรือผู้แทน เลขาธิการคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดหรือผู้แทน ผู้แทนกระทรวงกลาโหม และผู้ทรงคุณวุฒิอื่นอีกไม่เกินเจ็ดคนซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งเป็นกรรมการ และให้เลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเป็นกรรมการและเลขานุการ และหัวหน้ากองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เป็นกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ (มาตรา 9) โดยมีหน้าที่ให้ความเห็นต่อรัฐมนตรีในการกำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ตามมาตรา 8 เช่น กำหนดมาตรฐานของเภสัชภัณฑ์ยาเสพติดให้โทษ กำหนดจำนวนและจำนวนเพิ่มเติมของยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ที่จะต้องใช้ในทางการแพทย์และทางวิทยาศาสตร์ทั่วราชอาณาจักร ประจำปี กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการกำหนดปริมาณ ย.ส.2 ที่ให้ผลิต นำเข้า จำหน่าย หรือมีไว้ในครอบครองได้ รวมทั้งให้ความเห็นต่อผู้อนุญาตในการสั่งพักใช้ หรือเพิกถอนใบอนุญาต เป็นต้น

นอกจากนี้ คณะกรรมการฯ อาจแต่งตั้งคณะอนุกรรมการเพื่อให้ปฏิบัติการอย่างใดอย่างหนึ่งตามที่มอบหมาย (มาตรา 14)

2. พนักงานเจ้าหน้าที่ซึ่งมีหน้าที่ในการตรวจสอบ ควบคุมให้มีการปฏิบัติเป็นไปตามกฎหมาย เช่น เภสัชกรกองควบคุมวัตถุเสพติด เภสัชกรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด เภสัชกรกลุ่มงานส่งเสริมการคุ้มครองผู้บริโภคในสวนภูมิภาค (ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 117 (พ.ศ. 2535))

## 2.6.3 การควบคุมการจัดหา การผลิต การนำเข้า และการกระจายยากลุ่มโอปิออยด์

จากการที่มาตรา 16 แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ห้ามมิให้ผู้ใดผลิต นำเข้า หรือส่งออกซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 เว้นแต่ได้รับใบอนุญาตจากผู้อนุญาตเฉพาะในกรณีจำเป็นเพื่อประโยชน์ของทางราชการ ซึ่งได้แก่ เพื่อการบริหารยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ที่ใช้ในทาง

การแพทย์ เพื่อการวิเคราะห์หรืองานวิจัย เพื่อการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด และ เพื่อการปฏิบัติ ตามมติคณะกรรมการยาเสพติดซึ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยนำยาติดตัวเข้ามาในประเทศ และมาตรา 5 ที่ระบุว่า พระราชบัญญัตินี้ไม่ใช้บังคับแก่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข ดังนั้น การผลิต และการนำเข้ายากลุ่มโอปิออยส์ซึ่งเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 จึงเป็นหน้าที่ของสำนักงาน คณะกรรมการอาหารยา โดยกลุ่มเงินทุนหมุนเวียนยาเสพติดเป็นผู้ดำเนินการจัดหา การผลิต หรือการ นำเข้า รวมทั้งทำหน้าที่กระจายยา (จำหน่าย) ให้แก่สถานพยาบาลที่มีสิทธิจำหน่ายยาเสพติดให้โทษใน ประเภท 2 ทั่วประเทศแต่เพียงผู้เดียว

#### 2.6.4 การใช้ยากลุ่มโอปิออยส์เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์

มาตรา 17 แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ห้ามมิให้ผู้ใดจำหน่าย หรือมิไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 เว้นแต่ได้รับใบอนุญาต ดังนั้น สถานพยาบาลของรัฐและ สถานพยาบาลเอกชนที่ต้องการใช้ยากลุ่มโอปิออยส์ดังกล่าวข้างต้นเพื่อใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ จะต้องมายื่นขอรับ "ใบอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2" ที่กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงาน คณะกรรมการอาหารและยา เว้นแต่สถานพยาบาลของรัฐที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค ให้ยื่นคำขอที่สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดที่สถานพยาบาลแห่งนั้นตั้งอยู่ ผู้ที่มีสิทธิขอรับอนุญาต ต้องมีคุณสมบัติ (มาตรา 19) ดังนี้

1. กรณีโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวง ทบวง กรม องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น กรุงเทพมหานคร สภากาชาดไทย ต้องขอรับใบอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 หมวด ก.

2. กรณีผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม หรือผู้ประกอบการวิชาชีพเภสัชกรรม หรือผู้ประกอบการวิชาชีพ ทันตกรรม หรือ ผู้ประกอบการวิชาชีพการสัตวแพทย์ชั้นหนึ่ง ต้องขอรับใบอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษ ในประเภท 2 หมวด ค. และผู้ประกอบการวิชาชีพ ต้องเป็นผู้ที่

(ก) มีถิ่นที่อยู่ในประเทศไทย

(ข) ไม่เคยต้องคำพิพากษาถึงที่สุดว่ากระทำความผิดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท สารระเหย ยา และกฎหมายว่าด้วยมาตรการในการปราบปรามผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด

(ค) ไม่อยู่ระหว่างถูกสั่งพักใช้ หรือเพิกถอนใบอนุญาตการเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ หรือ ใบอนุญาตตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522

(ง) ไม่เป็นบุคคลวิกลจริตหรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ

(จ) ไม่เป็นคนไร้ความสามารถหรือคนเสมือนไร้ความสามารถ

โดยใบอนุญาตฯ นี้มีอายุใช้ได้ถึงวันที่ 31 ธันวาคม ของปีที่ยื่นใบอนุญาตฯ

### 2.6.5 การควบคุมการซื้อขายกลุ่มโอปิออยส์

สถานพยาบาลที่ได้รับใบอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 แล้ว ให้ยื่นคำขอซื้อ ยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ไปยังกลุ่มเงินทุนหมุนเวียนยาเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหาร และยา โดยยื่นพร้อมเอกสารหลักฐานทุกครั้ง ดังนี้

#### กรณีสถานพยาบาลของรัฐ

1. หนังสือแจ้งความประสงค์ที่จะขอซื้อจากหน่วยงาน
2. คำขอซื้อยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 (แบบ ย.ส.4)
3. สำเนาใบอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2
4. สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับใบอนุญาต
5. ไปรษณียบัตรระบุชื่อและที่อยู่ของสถานพยาบาล

#### กรณีสถานพยาบาลของเอกชน

1. คำขอซื้อยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 (แบบ ย.ส.4)
2. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ
3. สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล
4. สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล
5. สำเนาใบอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2
6. สำเนาบัตรประจำตัวผู้รับใบอนุญาต
7. ไปรษณียบัตรระบุชื่อและที่อยู่ของสถานพยาบาล

การอนุมัติคำขอซื้อขายดังกล่าว กลุ่มเงินทุนหมุนเวียนยาเสพติด อย. จะพิจารณาจากเพดานประจำปีของแต่ละสถานพยาบาลได้รับตามที่กำหนดในบัญชีท้ายประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการกำหนดปริมาณยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ที่ผู้อนุญาตจะอนุญาตให้จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครอง (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2558 เช่น เพดาน morphine ในรูปของเบสของโรงพยาบาลรัฐ และโรงพยาบาลเอกชน คือ 4,000 และ 1,000 กรัมต่อปี ตามลำดับ และพิจารณาตามอัตราการใช้ของสถานพยาบาลแต่ละแห่ง อย่างไรก็ตาม สถานพยาบาลใดที่ใช้ยาเต็มเพดานแล้ว สามารถยื่นคำขอรับใบอนุญาตเกินปริมาณที่กำหนดได้เป็นกรณีพิเศษตามมาตรา 60

## 2.6.6 หน้าที่ของสถานพยาบาลผู้รับอนุญาต

เพื่อควบคุมป้องกันการรั่วไหลยาโอปิออยด์ออกนอกระบบ การใช้ในทางที่ผิด หรือ การใช้อย่างไม่เหมาะสม มีข้อกำหนดที่สถานพยาบาลผู้รับอนุญาตจะต้องปฏิบัติ ดังนี้

1. สถานพยาบาลต้องจ่ายยาโอปิออยด์ให้ผู้ป่วย ณ สถานที่ที่ระบุไว้ในใบอนุญาตเท่านั้น (มาตรา 27) ทั้งนี้ การจ่ายยานี้ ถือเป็นกรจำหน่ายตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ซึ่งมาตรา 4 ได้นิยามคำว่า จำหน่าย คือ ขาย จ่าย แจก แลกเปลี่ยน
2. ผู้รับอนุญาตต้องเก็บรักษายาไว้เป็นสัดส่วน ในที่มั่นคง แข็งแรง และมีกุญแจใส่ หรือเครื่องป้องกันอย่างอื่นที่มีสภาพเท่าเทียมกัน (มาตรา 28 (1))
3. หากยาโอปิออยด์ถูกโจรกรรม สูญหายหรือถูกทำลาย ต้องแจ้งเป็นหนังสือให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ทราบโดยมิชักช้า (มาตรา 28 (2))
4. แพทย์ของสถานพยาบาลควรจ่ายยากลับโอปิออยด์ ให้ผู้ป่วยไม่เกินจำนวนที่จำเป็นสำหรับใช้รักษาโรคเฉพาะตัว (มาตรา 18 (1))
5. ผู้รับอนุญาตต้องจัดทำรายงานประจำเดือนตั้งแต่วันที่ 1 ถึงสิ้นเดือนของแต่ละเดือน ตามแบบ ย.ส.6 แสดง วันเดือนปีที่จ่ายยา ชื่อยา เลขที่หรืออักษรครั้งที่ผลิต ชื่อและที่อยู่ผู้รับยา ปริมาณที่รับ จ่าย และคงเหลือ และเสนอรายงานต่อเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยาภายใน 30 วันนับแต่วันสิ้นเดือน โดยจัดเก็บสำเนา 1 ชุด ไว้ที่สถานพยาบาลอย่างน้อย 5 ปี นับแต่วันที่ยกรายการครั้งสุดท้ายและพร้อมให้เจ้าหน้าที่ตรวจสอบ (มาตรา 62)
6. ผู้รับอนุญาตต้องจัดทำรายงานประจำปีตั้งแต่เดือนมกราคมถึงธันวาคม ของแต่ละปี ตามแบบ ย.ส.7 แสดง ชื่อยา ปริมาณที่รับ จ่ายและคงเหลือ และเสนอรายงานต่อเลขาธิการคณะกรรมการ

อาหารและยาภายในเดือนมกราคมของปีถัดไป โดยจัดเก็บสำเนา 1 ชุด ไว้ที่สถานพยาบาลอย่างน้อย 5 ปี นับแต่วันที่ลงรายการครั้งสุดท้ายพร้อมให้เจ้าหน้าที่ตรวจสอบ (มาตรา 62)

7. สถานพยาบาลสามารถจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ตามใบสั่งจ่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ตามแบบ ย.ส.5 ให้แก่บุคคลภายนอกที่ไม่ใช่ผู้ป่วยซึ่งได้รับอนุญาตเป็นผู้ให้การรักษา ตามกฎกระทรวงฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2522) ดังนั้น ในกรณีที่สถานพยาบาลเกิดภาวะขาดยาโอปิออยด์สามารถให้แพทย์เขียนใบสั่งจ่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ตามแบบ ย.ส.5 และให้ผู้ป่วยนำไปรับยาโอปิออยด์จากสถานพยาบาลอื่นได้

## 2.7 การพัฒนาการเข้าถึงยากลุ่มโอปิออยด์

ในฐานะที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่ในการจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 (ย.ส.2) แต่ผู้เดียว และเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบในการกำหนดหลักเกณฑ์ในการจำหน่าย ย.ส.2 ดังนั้น เพื่อให้มั่นใจได้ว่า โรงพยาบาลสามารถมียากลุ่มโอปิออยด์ซึ่งเป็น ย.ส.2 ให้เพียงพอตามความจำเป็นของผู้ป่วย และเพื่อเพิ่มคุณภาพการจัดการความปวด ออย. ได้มีการแก้ไขประกาศกระทรวงสาธารณสุขเพื่อเพิ่มปริมาณการจำหน่ายและครอบครอง ย.ส.2 ประจำปีของผู้รับอนุญาตเมื่อเปรียบเทียบกับปริมาณประจำปีที่สถานพยาบาลสามารถจำหน่ายหรือครอบครองได้ บางชนิดเพิ่มถึง 10-20 เท่า เช่น Morphine ดังแสดงในตารางที่ 4-6

ตารางที่ 4 ปริมาณยากลุ่มโอปิออยด์ ประจำปีที่ผู้รับอนุญาตจำหน่ายหรือครอบครองได้ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2558 (เริ่ม 22 สิงหาคม 2558 ถึงปัจจุบัน)

ผู้รับอนุญาตจำหน่าย หรือมีไว้ในครอบครอง ซึ่ง ย.ส.2	ปริมาณยาโอปิออยด์ ในรูปแบบ (กรัม)					
	Codeine	Fentanyl	Methadone	Morphine	Pethidine	Oxycodone
โรงพยาบาลรัฐบาล*	200	50	10	4000	2 กรัม/เตียง	600
โรงพยาบาลเอกชน*	60	25	5	1000	2 กรัม/เตียง	400
คลินิก*	-	0.1	2	10	10	-
ทันตแพทย์	-	0.1	-	10	10	-
สัตวแพทย์	-	0.1	-	10	10	-

\*โรงพยาบาล/คลินิกทั่วไป

ตารางที่ 5 ปริมาณยาในกลุ่มโอปิออยด์ ประจำปีที่ผู้รับอนุญาตจำหน่ายหรือครอบครองได้ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 197) พ.ศ. 2549

(เริ่ม 8 กรกฎาคม 2549 ถึง 21 สิงหาคม 2558)

ผู้รับอนุญาตจำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองซึ่ง ย.ส.2	ปริมาณยาโอปิออยด์ ในรูปเบส (กรัม)				
	Codeine	Fentanyl	Methadone	Morphine	Pethidine
โรงพยาบาลรัฐบาล*	200	50	10	4000	2 กรัม/เตียง
โรงพยาบาลเอกชน*	60	25	5	1000	2 กรัม/เตียง
คลินิก*	-	0.1	2	10	10
ทันตแพทย์	-	0.1	-	10	10
สัตวแพทย์	-	0.1	-	10	10

\*โรงพยาบาล/คลินิกทั่วไป

ตารางที่ 6 ปริมาณยาในกลุ่มโอปิออยด์ ประจำปีที่ผู้รับอนุญาตจำหน่ายหรือครอบครองได้ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 121) พ.ศ. 2536

(เริ่ม 20 กรกฎาคม 2536 ถึง 7 กรกฎาคม 2549)

ผู้รับอนุญาตจำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองซึ่ง ย.ส.2	ปริมาณยาโอปิออยด์ ในรูปเบส (กรัม)				
	Codeine	Fentanyl	Methadone	Morphine	Pethidine
โรงพยาบาลรัฐบาล*	200	0.5	5	400	2 กรัม/เตียง
โรงพยาบาลเอกชน*	60	0.5	5	50	2 กรัม/เตียง
คลินิก*	30	0.1	2	10	10
ทันตแพทย์	30	0.1	-	10	10
สัตวแพทย์	30	0.1	-	10	10

\*โรงพยาบาล/คลินิกทั่วไป

## วิธีดำเนินการวิจัย

### 3.1 รูปแบบการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study)

ช่วงเวลาเก็บข้อมูล เดือนมกราคม-มีนาคม พ.ศ. 2559

### 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย คือ พนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522

การเลือกประชากรตัวอย่าง

ผู้วิจัยเลือกพนักงานเจ้าหน้าที่จากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ได้แก่ กองควบคุมวัตถุเสพติด และกองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น และพนักงานเจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่

1. เป็นเภสัชกรที่อยู่ระหว่างการปฏิบัติราชการ

- จากกองควบคุมวัตถุเสพติดและกองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น อย. ทุกคน
- จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัดๆ ละ 2 คน

2. เป็นผู้มีหน้าที่หรือได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับยาเสพติดให้โทษที่ใช้ในทางการแพทย์

เกณฑ์คัดออก ได้แก่

1. ผู้ที่อยู่ระหว่างการลาปฏิบัติราชการระหว่างเดือนมกราคม - มีนาคม 2559 เช่น ลาศึกษาต่อ
2. ผู้ที่ไม่ยินดีเข้าร่วมโครงการตอบแบบสอบถาม



### 3.3 วิธีดำเนินการศึกษา

1. ขออนุมัติจัดทำโครงการวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
2. พัฒนาแบบสอบถามจากงานวิจัยในประเทศไทยที่ผ่านมา<sup>[35, 36, 74]</sup> นำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ในการควบคุม กำกับดูแลยาเสพติดที่ใช้ในทางการแพทย์จำนวน 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา จากนั้น ปรับแก้ไขและเพิ่มเติมบางส่วนตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ และนำไปทดสอบกับเภสัชกรที่ปฏิบัติงานใน ออย. แต่มีใช้จากกองควบคุมวัตถุเสพติด และกองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น ซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายประชากรกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ จำนวน 20 ราย ได้ค่า Cronbach alpha coefficient ด้านความรู้เท่ากับ 0.8038 ด้านทัศนคติเท่ากับ 0.7192 และด้านอุปสรรคเท่ากับ 0.9064
3. ส่งแบบสอบถามให้กับเภสัชกรทุกคนในกองควบคุมวัตถุเสพติดจำนวน 43 คน และเภสัชกรทุกคนในกองส่งเสริมด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น ออย. จำนวน 26 คน
4. ส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์พร้อมหนังสือขอความร่วมมือถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัดรวม 76 จังหวัด เพื่อมอบให้เภสัชกรที่รับผิดชอบงานด้านยาเสพติดเป็นผู้ตอบแบบสอบถามจังหวัดละ 2 คน
5. ติดตามแบบสอบถาม จำนวน 2 ครั้ง
6. รวบรวมแบบสอบถาม ลงรหัสข้อมูลในแบบสอบถาม บันทึกข้อมูลในคอมพิวเตอร์ วิเคราะห์ และจัดทำรายงาน

### 3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

แบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเอง (Self-administered questionnaire) ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ครั้งสุดท้ายที่เข้าร่วมประชุมวิชาการเกี่ยวกับการบำบัดความปวด การรับทราบแนวทางการบำบัดความปวดขององค์การอนามัยโลก (The three-step analgesic ladder) และประสบการณ์ในการสั่งจ่าย/จ่ายยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยส์ให้ผู้ป่วย โดยทุกคำถามให้เลือกตอบเป็นแบบ checklist ยกเว้นข้อมูลเรื่อง อายุ ให้ตอบเป็นตัวเลขจริง

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการการใช้ยากกลุ่มโอปิออยด์เพื่อบำบัดความปวดจากโรคมะเร็ง จำนวน 13 ข้อ โดยแต่ละข้อคำถาม ให้เลือกตอบเป็น ใช่/ไม่ใช่ แบ่งเป็นความรู้ด้านต่างๆ ดังนี้

- ด้านเภสัชวิทยา จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ การออกฤทธิ์ วิธีการใช้ยา ผลข้างเคียง การเสพติด เป็นคำถามเชิงลบจำนวน 8 ข้อ คำถามเชิงบวกจำนวน 3 ข้อ
- ด้านกฎหมายตาม พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 จำนวน 2 ข้อเป็นคำถามเชิงลบและเชิงบวกอย่างละ 1 ข้อ

ส่วนที่ 3 ทักษะการการใช้ยากกลุ่มโอปิออยด์เพื่อบำบัดความปวดจากโรคมะเร็ง จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเชิงลบ 8 ข้อ คำถามเชิงบวก 1 ข้อ แต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ เป็น likert scale คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่มีความเห็น ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 4 อุปสรรคที่เป็นปัญหาต่อการใช้ยากกลุ่มโอปิออยด์เพื่อลดอาการปวดจากโรคมะเร็ง จำนวน 19 ข้อ มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ เป็น likert scale คือ เป็นปัญหามาก เป็นปัญหาปานกลาง เป็นปัญหาน้อย ไม่เป็นปัญหา ไม่มีความเห็น และมีคำถามปลายเปิดสำหรับผู้ตอบแบบสอบถาม ข้อเสนอแนะและปัญหาที่เป็นอุปสรรคอื่นๆ

### 3.5 ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย

1. **ตัวแปรอิสระ** (Independent variables) ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล (เพศ อายุ) ประสบการณ์การเข้าร่วมประชุมวิชาการบำบัดความปวด การรับทราบเรื่องแนวทางบำบัดความปวดขององค์การอนามัยโลก ประสบการณ์การจ่ายยา และการรับรู้อุปสรรค

2. **ตัวแปรตาม** (Dependent variables) ได้แก่

ระดับความรู้ ในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ จะแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มมีความรู้ (คะแนนรวม > 70%) และกลุ่มมีความรู้ไม่เพียงพอ (คะแนนรวม < 70%)

ทัศนคติ ในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ จะแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทัศนคติเชิงบวก (คะแนนรวม > 70%) และกลุ่มทัศนคติเชิงลบ (คะแนนรวม < 70%)

### 3.6 การวิเคราะห์ข้อมูลและแปลผล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่ออธิบายลักษณะพนักงานเจ้าหน้าที่ และระดับความรู้ ทักษะ การรับรู้อุปสรรค โดยแสดง ความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ในการวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง จะแบ่งระดับความรู้และทักษะเป็น 2 ระดับ โดยใช้ค่าตัดสิน (cut-off point) ที่ร้อยละ 70 เป็นเกณฑ์เช่นเดียวกับงานวิจัยที่ผ่านมาในสาธารณรัฐฟิลิปปินส์และประเทศไทย<sup>(37, 76)</sup> ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 การวิเคราะห์และแปลผลความรู้และทักษะ

	ค่าคะแนนแต่ละข้อ		การแปลผล	
			คะแนนรวม	
	1	0	≥ 70%	< 70%
ความรู้	ตอบถูก	ตอบไม่ถูก	มีความรู้	มีความรู้ไม่เพียงพอ
ทักษะ			ทักษะเชิงบวก	ทักษะเชิงลบ
• คำถามเชิงลบ	ไม่เห็นด้วย/ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย/ เห็นด้วยอย่างยิ่ง/ ไม่มีความเห็น		
• คำถามเชิงบวก	เห็นด้วย/ เห็นด้วยอย่างยิ่ง/	ไม่เห็นด้วย/ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง/ ไม่มีความเห็น		

สำหรับการวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดสอบนั้น ใช้สถิติ Pearson's Chi-square กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (1 sided) และใช้สถิติ logistic regression ในการวิเคราะห์หาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้ไม่เพียงพอและทักษะเชิงลบ โดยแสดงค่าความสัมพันธ์เป็น odds ratio (OR) และช่วง 95% ของความเชื่อมั่น

ด้านการรับรู้อุปสรรค คำตอบ "เป็นปัญหามาก" จึงจะถูกนำมาวิเคราะห์ในการศึกษานี้

พนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 จำนวน 2 กลุ่มตามพื้นที่  
ความรับผิดชอบ คือ

1. ส่วนกลาง ได้แก่ เภสัชกรจากกองควบคุมวัตถุเสพติด อย.
2. ส่วนภูมิภาค ได้แก่ เภสัชกรจากกองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น อย. และจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การศึกษานี้ ได้รับแบบสอบถามกลับจากพนักงานเจ้าหน้าที่ของกองควบคุมวัตถุเสพติด กongsส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวนรวม 174 ฉบับ จาก 221 ฉบับ คิดเป็นอัตราการตอบกลับร้อยละ 78.7 ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ข้อมูลการส่งและตอบรับแบบสอบถาม

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวนส่ง	จำนวนตอบกลับ	อัตราการตอบกลับร้อยละ
• ภาสักรกองควบคุมวัตถุเสพติด	43	41	95.3
• ภาสักรกองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น	26	19	73.1
• ภาสักรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	152	114	75.0
รวม	221	174	78.7

ผลการศึกษานี้ จะแบ่งเป็น 7 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ลักษณะของพนักงานเจ้าหน้าที่

ส่วนที่ 2 ระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยากลุ่มโอปิออยส์ในการลดอาการปวดจากโรคมะเร็ง

ส่วนที่ 3 ทศนคติเกี่ยวกับการใช้ยากลุ่มโอปิออยส์ในการลดอาการปวดจากโรคมะเร็ง

ส่วนที่ 4 การรับรู้อุปสรรคต่อการใช้ยากลุ่มโอปิออยส์ในการลดอาการปวดจากโรคมะเร็งของพนักงานเจ้าหน้าที่

ส่วนที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ไม่เพียงพอ

ส่วนที่ 6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติเชิงลบ

ส่วนที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติและระดับความรู้

ส่วนที่ 8 ข้อเสนอแนะและอุปสรรคที่เป็นปัญหา

## ส่วนที่ 2 ลักษณะของพนักงานเจ้าหน้าที่ (ผู้ตอบแบบสอบถาม)

พนักงานเจ้าหน้าที่ในการศึกษานี้ มีจำนวน 174 ราย มีอายุระหว่าง 24-60 ปี อายุเฉลี่ย 37.2 ปี (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.0 ปี) ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 69) เป็นเพศหญิง พนักงานเจ้าหน้าที่ในการศึกษานี้ พบว่า มี 78 คน (ร้อยละ 44.8) ไม่เคยเข้าร่วมประชุมวิชาการเกี่ยวกับการลดอาการปวดเลย อย่างไรก็ตาม มี 15 คน (ร้อยละ 8.6) ที่ได้เข้ารับการประชุมวิชาการเกี่ยวกับการลดอาการปวดมาไม่เกิน 1 ปี นอกจากนี้ พบว่าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 71.8) ไม่ทราบว่า มีแนวทางการบำบัดความปวดขององค์การอนามัยโลกที่ใช้เป็นหลักในการระงับความปวดจากโรคมะเร็ง และมี 90 คน (ร้อยละ 51.7) ที่ไม่มีประสบการณ์จ่ายยากลุ่มโอปิออยส์ให้กับผู้ป่วยเลย ดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ลักษณะของพนักงานเจ้าหน้าที่

	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	54	31.0
หญิง	120	69.0
<b>อายุ (ปี)</b>		
mean $\pm$ SD (min-max)	37.2 + 8.0	(24 - 60)
<b>ครั้งสุดท้ายที่เข้าร่วมประชุมวิชาการเกี่ยวกับการบำบัดความปวด</b>		
<1 ปี	15	8.6
1-5 ปี	37	21.3
>5 ปี	44	25.3
ไม่เคย	78	44.8
<b>การทราบว่า มีแนวทางการบำบัดความปวดขององค์การอนามัยโลก</b>		
ไม่ทราบ	125	71.8
ทราบ	49	28.2
<b>ประสบการณ์จ่ายยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยส์ให้ผู้ป่วย</b>		
ไม่เคย	90	51.7
เคย	84	48.3

เมื่อจำแนกพนักงานเจ้าหน้าที่เป็น 2 กลุ่มตามพื้นที่ความรับผิดชอบ คือ กลุ่มส่วนกลาง และกลุ่มส่วนภูมิภาค ผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Pearson's Chi-square พบว่า ที่ค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ปัจจัยด้านเพศ และประสบการณ์ในการจ่ายยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ให้ผู้ป่วยระหว่างพนักงานเจ้าหน้าที่ทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน ( $p\text{-value} \geq 0.05$ ) แต่พบว่า พนักงานเจ้าหน้าที่ทั้ง 2 กลุ่มมีความแตกต่างกัน ( $p\text{-value} \leq 0.05$ ) ในส่วนของอายุเฉลี่ย การรับทราบว่ามีแนวทางการบำบัดความปวดขององค์การอนามัยโลก (The three-step analgesic ladder) ซึ่งใช้เป็นหลักในการลดอาการปวดจากโรคมะเร็ง และประสบการณ์ในการเข้าร่วมประชุมวิชาการเกี่ยวกับการบำบัดความปวด ดังแสดงในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ลักษณะของพนักงานเจ้าหน้าที่จำแนกตามกลุ่มพื้นที่ที่รับผิดชอบ

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ) ของพนักงานเจ้าหน้าที่		P value
	ส่วนกลาง (N=41)	ส่วนภูมิภาค (N=133)	
<b>เพศ</b>			0.506*
ชาย	11(26.8)	43(32.3)	
หญิง	30(73.2)	90(67.7)	
<b>อายุ (ปี)</b>			
mean $\pm$ SD	41.1 $\pm$ 9.5	36.0 $\pm$ 7.0	0.0002**
<b>ครั้งสุดท้ายที่เข้าร่วมประชุมวิชาการเกี่ยวกับการบำบัดความปวด</b>			<0.001*
<1 ปี	9(22.0)	6(4.5)	
1-5 ปี	17(41.5)	20(15.0)	
>5 ปี	8(19.5)	36(27.1)	
ไม่เคย	7(17.1)	71(53.4)	
<b>การรับทราบว่ามีแนวทางการบำบัดความปวดขององค์การอนามัยโลก</b>			<0.001*
ไม่ทราบ	20(48.8)	105(79.0)	
ทราบ	21(51.2)	28(21.0)	
<b>ประสบการณ์จ่ายยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ให้ผู้ป่วย</b>			0.666*
ไม่เคย	20(48.8)	70(52.6)	
เคย	21(51.2)	63(47.4)	

\*โดย Pearson's Chi-square

\*\*โดย Independent t test

## ส่วนที่ 2 ระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยากลุ่มโอปิออยส์ในการลดอาการปวดจากโรคมะเร็ง

ผลการประเมินความรู้ของพนักงานเจ้าหน้าที่ในการศึกษานี้เกี่ยวกับการใช้ยากลุ่มโอปิออยส์ในการลดอาการปวดจากโรคมะเร็งในแต่ละข้อคำถามดังแสดงในตารางที่ 11

- ความรู้ในข้อ 5 ที่ว่า “การใช้ยาโอปิออยส์เฉพาะเมื่อมีความปวด (PRN) จะสามารถลดอันตรายจากผลข้างเคียง การติดยา และการติดยาได้” เป็นข้อที่พนักงานเจ้าหน้าที่ตอบถูกน้อยที่สุด (ร้อยละ 27.6)
- ในขณะที่ความรู้ในข้อ 6 ที่ว่า “แม้ว่าผู้ป่วยจะทานยาได้ ก็ไม่ควรใช้มอร์ฟีนชนิดรับประทาน เพราะการดูดซึมในทางเดินอาหารช้าและไม่สมบูรณ์” เป็นข้อที่พนักงานเจ้าหน้าที่ตอบถูกมากที่สุด (ร้อยละ 75.3)



ตารางที่ 11 จำนวน (ร้อยละ) ของผู้ที่มีความรู้ (ตอบถูกต้อง) เกี่ยวกับการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ลดอาการปวดจากโรคมะเร็ง

ข้อคำถาม	จำนวน	ร้อยละ
<b>ความรู้ด้านเภสัชวิทยา</b>		
1. ควรใช้เพทิดีน (pethidine) มากกว่า มอร์ฟีน	98	56.3
2. การใช้ยาติดต่อกันนาน ยาเพทิดีนทำให้เกิดผลข้างเคียง การติดยาและการติดยา <u>น้อยกว่า</u> มอร์ฟีน	83	47.7
3. การลดอาการปวดจากมะเร็ง การบริหารยาจะต้องเป็นลักษณะต่อเนื่องตลอดเวลา (around the clock)	115	66.1
4. วิธีฉีดยาสามารถระงับความปวดได้ดีกว่ารับประทาน	49	28.2
5. การใช้ยาโอปิออยด์เฉพาะเมื่อมีความปวด (PRN) จะสามารถลดอันตรายจากผลข้างเคียง การติดยา และการติดยาได้	48	27.6
6. แม้ว่าผู้ป่วยจะทานยาได้ ก็ไม่ควรใช้มอร์ฟีนชนิดรับประทาน เพราะการดูดซึมในทางเดินอาหารช้าและไม่สมบูรณ์	131	75.3
7. ขนาดยามอร์ฟีนที่เหมาะสม คือ ขนาดยาที่สูงเท่าใดก็ได้ที่สามารถควบคุมความปวดได้ดี และผู้ป่วยทนผลข้างเคียงได้ เนื่องจาก เป็นยาไม่มี ceiling effect	77	44.3
8. ถ้าผู้ป่วยขอเพิ่มขนาดยา แสดงว่า ผู้ป่วยติดยาทางจิตใจ	120	69.0
9. การกดการหายใจจากยาโอปิออยด์เกิดขึ้นน้อยมากในผู้ป่วยที่ได้รับยาอย่างต่อเนื่องและเป็นเวลานาน	64	36.8
10. ผู้ป่วยควรได้รับยาโอปิออยด์ต่ำกว่าขนาดยาที่ต้องการ เพื่อป้องกันการติดยาและการติดยา	121	69.5
11. ควรให้ยามอร์ฟีนในขนาดยาสูงสุดเพื่อระงับความปวดรุนแรงก็ต่อเมื่อเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย	118	67.8
<b>ความรู้ด้านกฎหมาย</b>		
12. ตาม พรบ. ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 สถานพยาบาลอื่นสามารถจ่ายยาโอปิออยด์ตามใบสั่งจ่าย ย.ส.2 (แบบ ย.ส.5) ให้บุคคลภายนอกที่ไม่ใช่ผู้ป่วยของตนเองได้	38	21.8
13. ตาม พรบ. ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ห้ามแพทย์เขียนใบสั่งจ่ายยาเสพติดให้โทษประเภท 2 เพื่อให้ผู้ป่วยไปรับยาจากสถานพยาบาลอื่น	100	57.5

ข้อ 1, 2, 4-6, 8, 10, 11, 13 คำตอบที่ถูกต้องคือ "ไม่ใช่" ข้อ 3, 7, 9, 12 คำตอบที่ถูกต้องคือ "ใช่"

จากการประเมินความรู้เกี่ยวกับการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ในการลดอาการปวดจากโรคมะเร็งในแต่ละด้านความรู้ ได้แก่ ด้านเภสัชวิทยา และด้านกฎหมาย จากค่าคะแนนรวมในแต่ละด้าน พบว่า

- พนักงานเจ้าหน้าที่ในการศึกษานี้มีความรู้ในด้านเภสัชวิทยามากกว่าด้านกฎหมาย โดยด้านเภสัชวิทยามีคะแนนเฉลี่ย 5.9 จากคะแนนเต็ม 11 คะแนน (คิดเป็นร้อยละ 53.6) และ
- ด้านกฎหมาย โดยมีคะแนนเฉลี่ย 0.8 จากคะแนนเต็ม 2 คะแนน (คิดเป็นร้อยละ 40.0)
- ผลการประเมินระดับความรู้จากค่าคะแนนรวม พบว่า พนักงานเจ้าหน้าที่ในการศึกษานี้มีค่าคะแนนรวมเฉลี่ย 6.7 จากคะแนนเต็ม 13 คะแนน (คิดเป็นร้อยละ 51.5) ดังแสดงในตารางที่ 12

ตารางที่ 12 ค่าคะแนนรวมจำแนกตามด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ลดอาการปวดจากโรคมะเร็ง

ด้านความรู้	ค่าคะแนนต่ำสุด - สูงสุด	ค่าคะแนนเต็ม	ค่าคะแนนเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)
เภสัชวิทยา	0-11	11	5.9(2.5)
กฎหมาย	0-2	2	0.8(0.7)
รวม	0-13	13	6.7(2.8)

เมื่อจำแนกพนักงานเจ้าหน้าที่เป็น 2 กลุ่มตามพื้นที่ความรับผิดชอบ คือ กลุ่มส่วนกลาง และกลุ่มส่วนภูมิภาค ผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Pearson's Chi-square พบว่า

- ความรู้ในข้อ 1, 2, 6, 7, 8, 12, 13 ระหว่างพนักงานเจ้าหน้าที่ส่วนกลางและส่วนภูมิภาคมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} \leq 0.05$ )
- ความรู้ในข้อ 4 ที่ว่า "วิธีฉีดยาที่สามารถระงับความปวดได้ดีกว่าการรับประทาน" นั้น เป็นข้อที่พนักงานเจ้าหน้าที่ส่วนกลางมีความรู้น้อยที่สุด (ร้อยละ 34.2)
- ในขณะที่ ความรู้ในข้อ 12 ที่ว่า "ตาม พรบ. ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 สถานพยาบาลอื่นสามารถจ่ายยาโอปิออยด์ตามใบสั่งจ่าย ย.ส.2 (แบบ ย.ส.5) ให้บุคคลภายนอกที่ไม่ใช่ผู้ป่วยของตนเองได้" นั้น เป็นข้อที่กลุ่มส่วนภูมิภาคมีความรู้น้อยที่สุด (ร้อยละ 14.3)
- อย่างไรก็ตาม ความรู้ในข้อ 6 ที่ว่า "แม้ว่าผู้ป่วยจะทานยาได้ ก็ไม่ควรใช้มอร์ฟีนชนิดรับประทาน เพราะการดูดซึมในทางเดินอาหารช้าและไม่สมบูรณ์" นั้น เป็นข้อที่พนักงานเจ้าหน้าที่ทั้ง 2 กลุ่มมีความรู้ (ตอบถูก) มีจำนวนมากที่สุด (ส่วนกลางร้อยละ 90.3 ส่วนภูมิภาคร้อยละ 70.7) นอกจากนี้ ข้อ 6 แล้ว ยังพบว่า พนักงานเจ้าหน้าที่ในส่วนกลางร้อยละ 90.3 มีความรู้ (ตอบถูก) มากที่สุดในข้อ 8 ที่ว่า "ถ้าผู้ป่วยขอเพิ่มขนาดยา แสดงว่า ผู้ป่วยติดยาทางจิตใจ" อีกด้วย ดังแสดงในตารางที่ 13

ตารางที่ 13 จำนวน (ร้อยละ) ของผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ลดอาการปวดจากโรคมะเร็งจำแนกตามกลุ่มพนักงานเจ้าหน้าที่

ข้อคำถาม	จำนวน (ร้อยละ)		Chi square	P-Value
	ส่วนกลาง (n = 41)	ส่วนภูมิภาค (n = 133)		
<b>ความรู้ด้านเภสัชวิทยา</b>				
1. ควรใช้เพทิดีน (pethidine) มากกว่า มอร์ฟีน	33 (80.5)	65 (48.9)	12.7335	< 0.001
2. การใช้ยาติดต่อกันนาน ยาเพทิดีนทำให้เกิดผลข้างเคียง การติดยาและการติดยาน้อยกว่า มอร์ฟีน	30 (73.2)	53 (39.9)	13.9477	< 0.001
3. การรักษาความปวดจากมะเร็ง การบริหารยาจะต้องเป็นลักษณะต่อเนื่องตลอดเวลา (around the clock)	28 (68.3)	87 (65.4)	0.1159	0.778
4. วิธีชียาสามารถระงับความปวดได้ดีกว่ารับประทาน	14 (34.2)	35 (26.3)	0.9499	0.295
5. การใช้ยาโอปิออยด์เฉพาะเมื่อมีความปวด (PRN) จะสามารถลดอันตรายจากผลข้างเคียง การติดยา และการติดยาได้	15 (36.6)	33 (24.8)	2.1746	0.121
6. แม้ว่าผู้ป่วยจะทานยาได้ ก็ไม่ควรใช้มอร์ฟีนชนิดรับประทาน เพราะการดูดซึมในทางเดินอาหารช้าและไม่สมบูรณ์	37 (90.3)	94 (70.7)	6.4492	0.010
7. ขนาดยามอร์ฟีนที่เหมาะสม คือ ขนาดยาที่สูงเท่าใดก็ได้ที่สามารถควบคุมความปวดได้ดี และผู้ป่วยทนผลข้างเคียงได้ เนื่องจาก เป็นยาไม่มี ceiling effect	28 (68.3)	49 (36.9)	12.5655	< 0.001
8. ถ้าผู้ป่วยขอเพิ่มขนาดยา แสดงว่า ผู้ป่วยติดยาทางจิตใจ	37 (90.3)	83 (62.4)	11.3470	0.001
9. การกดการหายใจจากยาโอปิออยด์เกิดขึ้นน้อยมากในผู้ป่วยที่ได้รับยาอย่างต่อเนื่องและเป็นเวลานาน	18 (43.9)	46 (34.6)	1.1697	0.294
10. ผู้ป่วยควรได้รับยาโอปิออยด์ต่ำกว่าขนาดยาที่ต้องการ เพื่อป้องกันการติดยาและการติดยา	32 (78.1)	89 (66.9)	1.8333	0.167
11. ควรให้ยามอร์ฟีนในขนาดยาสูงสุดเพื่อระงับความปวดรุนแรงก็ต่อเมื่อเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย	29 (70.7)	89 (66.9)	0.2089	0.627
<b>ความรู้ด้านกฎหมาย</b>				
12. ตาม พรบ. ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 สถานพยาบาลอื่นสามารถจ่ายยาโอปิออยด์ตามใบสั่งจ่าย ย.ส.2 (แบบ ย.ส.5) ให้บุคคลภายนอกที่ไม่ใช่ผู้ป่วยของตนเองได้	19 (46.4)	19 (14.3)	18.8658	< 0.001
13. ตาม พรบ. ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ห้ามแพทย์เขียนใบสั่งจ่ายยาเสพติดให้โทษประเภท 2 เพื่อให้ผู้ป่วยไปรับยาจากสถานพยาบาลอื่น	35 (85.4)	65 (48.9)	17.0761	< 0.001

ข้อ 1, 2, 4-6, 8, 10, 11, 13 คำตอบที่ถูกต้องคือ "ไม่ใช่" ข้อ 3, 7, 9, 12 คำตอบที่ถูกต้องคือ "ใช่"

### ส่วนที่ 3 ระดับทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยากุ่มไอปออยส์ในการลดอาการปวดจากโรคมะเร็ง

ผลการประเมินค่าคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยากุ่มไอปออยส์ในการลดอาการปวดจากโรคมะเร็งในแต่ละข้อคำถาม ดังแสดงในตารางที่ 14 โดยพบว่า พนักงานเจ้าหน้าที่ในการศึกษานี้ มีค่าคะแนนทัศนคติอยู่ระหว่าง 0-9 คะแนน มีคะแนนรวมเฉลี่ย 4.2 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.5 คะแนน จากคะแนนเต็ม 9 คะแนน (คิดเป็นร้อยละ 46.7)

- ทัศนคติในข้อ 3 ที่ว่า "ควรจำกัดการใช้ยาไอปออยส์เฉพาะในผู้ป่วยที่ปวดรุนแรงและความปวดที่รักษายากเท่านั้น" เป็นข้อที่พนักงานเจ้าหน้าที่ในการศึกษานี้มีค่าคะแนนทัศนคติน้อยที่สุด (ร้อยละ 14.4)
- ในขณะที่ ทัศนคติในข้อ 5 ที่ว่า "ควรอดทนกับความปวด ดีกว่า อดทนกับผลข้างเคียงจากยาแก้ปวดไอปออยส์" เป็นข้อที่พนักงานเจ้าหน้าที่มีค่าคะแนนทัศนคติมากที่สุด (ร้อยละ 82.2)

ตารางที่ 14 ทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยากุ่มไอปออยส์ลดอาการปวดจากโรคมะเร็ง

ข้อคำถาม	จำนวน	ร้อยละ
1. ควรจำกัดให้แพทย์เฉพาะทางเท่านั้นที่มีสิทธิ์สั่งจ่ายยาแก้ปวดไอปออยส์	70	40.2
2. ไม่ควรจ่ายยาไอปออยส์ติดต่อกันเป็นเวลานานให้กับผู้ป่วย เพื่อป้องกันการรั่วไหลและการใช้ในทางที่ผิด	65	37.4
3. ควรจำกัดการใช้ยาไอปออยส์เฉพาะในผู้ป่วยที่ปวดรุนแรง และความปวดที่รักษายากเท่านั้น	25	14.4
4. ไม่ควรใช้ยาไอปออยส์ เนื่องจากผลข้างเคียงที่รุนแรงและเป็นยาเสพติด	127	73.0
5. ควรอดทนกับความปวด ดีกว่า อดทนกับผลข้างเคียงจากยาแก้ปวดไอปออยส์	143	82.2
6. ถ้าผู้ป่วยขอเพิ่มขนาดยา แสดงว่า ผู้ป่วยกำลังติดยาทางจิตใจ	92	53.2
7. การใช้มอร์ฟีนเป็นเวลานาน ทำให้เกิดผลเสียมากกว่าผลดี	60	34.5
8. ผู้ป่วยมะเร็งจำนวนมากติดยาแก้ปวดไอปออยส์	55	31.8
9. กรณีที่สถานพยาบาลหนึ่งขาดยาไอปออยส์ แพทย์อาจเขียนใบสั่งยาเพื่อให้ผู้ป่วยนำไปรับยาจากสถานพยาบาลใกล้เคียงได้	94	54.0

ข้อ 1-8 เป็นคำถามเชิงลบ ข้อ 9 เป็นคำถามเชิงบวก

เมื่อจำแนกพนักงานเจ้าหน้าที่เป็น 2 กลุ่มตามพื้นที่ความรับผิดชอบ คือ กลุ่มส่วนกลาง และกลุ่มส่วนภูมิภาค ผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Pearson's Chi-square พบว่า

- เจาะทัศนคติข้อ 1 ที่ว่า "ควรจำกัดให้แพทย์เฉพาะทางเท่านั้นที่มีสิทธิ์สั่งจ่ายยาแก้ปวดโอปิออยด์" เป็นข้อที่ไม่มีความแตกต่างระหว่างพนักงานเจ้าหน้าที่ส่วนกลางและส่วนภูมิภาคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} > 0.05$ )
- ส่วนทัศนคติในข้ออื่นๆ (ข้อ 2-9) เป็นข้อที่มีความแตกต่างระหว่างพนักงานเจ้าหน้าที่ส่วนกลางและส่วนภูมิภาคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ )
- ทัศนคติข้อ 3 ที่ว่า ควรจำกัดการใช้ยาโอปิออยด์เฉพาะในผู้ป่วยที่มีอาการปวดรุนแรงและความปวดที่รักษายากเท่านั้นที่เป็นข้อที่พนักงานเจ้าหน้าที่ส่วนกลางและส่วนภูมิภาคมีค่าคะแนนทัศนคติน้อยที่สุด (ร้อยละ 34.2 และ 8.3 ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 15

ตารางที่ 15 ทศนคติเกี่ยวกับการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ลดอาการปวดจากโรคมะเร็งจำแนกตาม  
กลุ่มพนักงานเจ้าหน้าที่

ข้อคำถาม	จำนวน (ร้อยละ)		Chi-square	p-value
	ส่วนกลาง ( n = 41 )	ส่วนภูมิภาค ( n = 133 )		
1. ควรจำกัดให้แพทย์เฉพาะทางเท่านั้นที่มีสิทธิ์สั่งจ่ายยา แก้ปวดโอปิออยด์	20 (48.8)	50 (37.6)	1.6310	0.202
2. ไม่ควรจ่ายยาโอปิออยด์ติดต่อกันเป็นเวลานานให้กับ ผู้ป่วย เพื่อป้องกันการรั่วไหลและการใช้ในทางที่ผิด	28 (68.3)	37 (27.8)	21.9371	<0.001
3. ควรจำกัดการใช้ยาโอปิออยด์เฉพาะในผู้ป่วยที่ ปวดรุนแรงและความปวดที่รักษายากเท่านั้น	14 (34.2)	11 (8.3)	17.0546	<0.001
4. ไม่ควรใช้ยาโอปิออยด์ เนื่องจากผลข้างเคียงที่รุนแรง และเป็นยาเสพติด	36 (87.8)	91 (68.4)	5.9726	0.015
5. ควรอดทนกับความปวด <u>ดีกว่า</u> อดทนกับผลข้างเคียง จากยาแก้ปวดโอปิออยด์	39 (95.1)	104 (78.2)	6.1322	0.013
6. ถ้าผู้ป่วยขอเพิ่มขนาดยา แสดงว่าผู้ป่วยกำลังติดยา ทางจิตใจ	33 (82.5)	59 (44.4)	17.9649	<0.001
7. การใช้มอร์ฟินเป็นเวลานาน ทำให้เกิดผลเสีย มากกว่า ผลดี	32 (78.1)	28 (21.1)	45.0630	<0.001
8. ผู้ป่วยมะเร็งจำนวนมากติดยาแก้ปวดโอปิออยด์	27 (65.9)	28 (21.2)	28.7500	<0.001
9. กรณีที่สถานพยาบาลหนึ่งขาดยาโอปิออยด์ แพทย์ อาจเขียนใบสั่งยาเพื่อให้ผู้ป่วยนำไปรับยาจาก สถานพยาบาลใกล้เคียงได้	31 (75.6)	63 (47.4)	10.0632	0.002

ข้อ 1-8 เป็นคำถามเชิงลบ ข้อ 9 เป็นคำถามเชิงบวก

#### ส่วนที่ 4 การรับรู้อุปสรรคต่อการใช้ยากกลุ่มโอปิออยด์ในการลดอาการปวดจากโรคมะเร็งของพนักงานเจ้าหน้าที่

ผลการศึกษาการรับรู้อุปสรรคที่มีต่อการใช้ยากกลุ่มโอปิออยด์ในการลดอาการปวดจากโรคมะเร็งของพนักงานเจ้าหน้าที่ เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลโดยเลือกเฉพาะข้อที่พนักงานเจ้าหน้าที่ในการศึกษานี้มีความเห็นว่า “เป็นปัญหามาก” ซึ่งจัดว่าเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการใช้ยากกลุ่มโอปิออยด์ในการลดอาการปวดจากโรคมะเร็ง โดยพบว่า

- อุปสรรคทุกข้อในการศึกษานี้ ได้รับการเลือกจากพนักงานเจ้าหน้าที่ว่าเป็นปัญหามากทุกข้อ

#### 5 อันดับแรกของอุปสรรคสำคัญที่พบในการศึกษานี้ คือ

อันดับที่ 1 (ร้อยละ 51.2) ข้อ 11. การขาดยาที่ อย. ทำให้ไม่มียาจำหน่ายให้กับสถานพยาบาล

อันดับที่ 2 (ร้อยละ 42.5) ข้อ 3. บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลขาดการฝึกอบรมเกี่ยวกับการใช้ยาโอปิออยด์

อันดับที่ 3 (ร้อยละ 40.2) ข้อ 1. การลดอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งถูกคิดว่าไม่มีความสำคัญ

อันดับที่ 4 (ร้อยละ 36.8) ข้อ 17. กรณีที่โรงพยาบาลที่ผู้ป่วยไปรักษาไม่มียาหรือขาดยาแก้ปวดโอปิออยด์ ผู้ป่วยไม่มีทางเลือก หรือวิธีอื่นที่สามารถไปรับจากที่อื่นได้

อันดับที่ 5 (ร้อยละ 34.5) ข้อ 2. บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับยาโอปิออยด์ไม่เพียงพอ

ดังแสดงในตารางที่ 16



ตารางที่ 16 จำนวน (ร้อยละ) ของพนักงานเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับอุปสรรคที่เป็นปัญหาต่อการใช้ยาแก้ไอปียออยส์ในการลดอาการปวดจากโรคมะเร็ง

อุปสรรค	จำนวน	ร้อยละ
1. การลดอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งถูกคิดว่าไม่มีความสำคัญ	70	40.2
2. บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับยาไอปียออยส์ไม่เพียงพอ	60	34.5
3. บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลขาดการฝึกอบรมเกี่ยวกับการใช้ยาไอปียออยส์	74	42.5
4. ผู้เกี่ยวข้องกับยาแก้ปวดไอปียออยส์ กสัวเรื่องยารั่วไหลมากเกินไป	52	29.9
5. ผู้เกี่ยวข้องกับยาแก้ปวดไอปียออยส์ กสัวเรื่องเสพยามากเกินไป	43	24.7
6. การตรวจสอบการใช้ยาไอปียออยส์ของพนักงานเจ้าหน้าที่ผู้ใช้กฎหมายเข้มงวดเกินไป	10	5.8
7. ไม่มีการสำรองยาแก้ปวดไอปียออยส์ในโรงพยาบาล	44	25.3
8. ชนิด รูปแบบ ความแรงและปริมาณยาแก้ปวดไอปียออยส์ที่มีในโรงพยาบาลไม่เพียงพอ	33	19.0
9. ยาแก้ปวดไอปียออยส์ที่ อย. จำหน่ายมีน้อยชนิด ไม่หลากหลาย	14	8.1
10. ยาแก้ปวดไอปียออยส์ที่ อย. จำหน่ายมีรูปแบบความแรง ไม่ตรงกับความต้องการ	19	10.9
11. การขาดยาที่ อย. ทำให้ไม่มียาจำหน่ายให้กับสถานพยาบาล	89	51.2
12. ขาดการประสานงานที่ดีระหว่างสถานพยาบาลผู้ขายยา และ อย. ซึ่งเป็นผู้จัดหาและจำหน่าย	49	28.3
13. แพทย์กลัวและไม่อยากสั่งจ่ายยาไอปียออยส์ เนื่องจากกังวลเรื่องการควบคุมของกฎหมาย	36	20.7
14. กฎ ระเบียบของโรงพยาบาลมีมากเกินไป	17	9.8
15. กฎ ระเบียบการขายยาของ อย. ให้สถานพยาบาลมีมากเกินไป	21	12.1
16. ข้อบังคับตาม พรบ. ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 กฎกระทรวงและประกาศกระทรวงเข้มงวดเกินไป	10	5.8
17. กรณีที่โรงพยาบาลที่ผู้ป่วยไปรักษาไม่มียาหรือขาดยาแก้ปวดไอปียออยส์ ผู้ป่วยไม่มีทางเลือก หรือวิธีอื่นที่สามารถไปรับจากที่อื่นได้	64	36.8
18. ราคา ยาแก้ปวดไอปียออยส์แพงเกินไป	13	7.5
19. กฎ ระเบียบ ของ อย. ทำให้โรงพยาบาลไม่สามารถบริหารจัดการยาแก้ปวดไอปียออยส์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ	24	13.8

เมื่อจำแนกพนักงานเจ้าหน้าที่เป็น 2 กลุ่มตามพื้นที่ความรับผิดชอบ คือ กลุ่มส่วนกลาง และกลุ่มส่วนภูมิภาค ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านอุปสรรคต่อการใช้อายกลุ่มโอปิโออยส์ในการลดอาการปวดจากโรคกระดูกเฉพาะที่เป็นปัญหามากโดยใช้ Pearson's Chi-square พบว่า

- พนักงานเจ้าหน้าที่ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคมีความเห็นไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} > 0.05$ ) รวมทั้งหมด 13 ข้อจาก 19 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 3, 6, 8 -12, 14-15, 17-19
- โดยอุปสรรคข้อ 11 ที่ว่า “การที่ อย. ไม่สามารถจัดหายาได้ในบางช่วงเวลา ทำให้ไม่มียาจำหน่ายให้กับสถานพยาบาล” โดยเป็นข้อที่พนักงานเจ้าหน้าที่ทั้ง 2 กลุ่มเลือกตอบมากที่สุด คือ ร้อยละ 61.0 ในส่วนกลางและร้อยละ 48.1 ในส่วนภูมิภาค ดังแสดงในตารางที่ 17

ตารางที่ 17 อุปสรรคที่เป็นปัญหามากต่อการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ลดอาการปวดจากโรคมะเร็ง  
จำแนกตามกลุ่มพนักงานเจ้าหน้าที่

รายการ	จำนวน (ร้อยละ)		Chi-square	p-value
	ส่วนกลาง ( n = 41 )	ส่วนภูมิภาค ( n = 133 )		
1. การลดอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งถูกคิดว่าไม่มีความสำคัญ	21 (51.2)	49 (36.8)	2.6941	0.101
2. บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับยาโอปิออยด์ไม่เพียงพอ	24 (58.5)	36 (27.1)	13.7370	< 0.001
3. บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลขาดการฝึกอบรมเกี่ยวกับการใช้ยาโอปิออยด์	20 (48.8)	54 (40.6)	0.8577	0.354
4. ผู้เกี่ยวข้องกับยาแก้ปวดโอปิออยด์ กลัวเรื่องยารั่วไหลมากเกินไป	18 (43.9)	34 (25.6)	5.0298	0.025
5. ผู้เกี่ยวข้องกับยาแก้ปวดโอปิออยด์ กลัวเรื่องเสพติดยามากเกินไป	17 (41.5)	26 (19.5)	8.0893	0.004
6. การตรวจสอบการใช้ยาโอปิออยด์ของพนักงานเจ้าหน้าที่ผู้ใช้กฎหมายเข้มงวดเกินไป	2 (4.9)	8 (6.1)	0.0748	0.784
7. ไม่มีการสำรองยาแก้ปวดโอปิออยด์ในโรงพยาบาล	17 (41.5)	27 (20.3)	7.4290	0.006
8. ชนิด รูปแบบ ความแรงและปริมาณยาแก้ปวดโอปิออยด์ที่มีในโรงพยาบาลไม่เพียงพอ	11 (26.8)	22 (16.5)	2.1583	0.142
9. ยาแก้ปวดโอปิออยด์ที่ อย. จำหน่ายมีน้อยชนิด ไม่หลากหลาย	3 (7.3)	11 (8.3)	0.0385	0.844
10. ยาแก้ปวดโอปิออยด์ที่ อย. จำหน่ายมีรูปแบบความแรง ไม่ตรงกับความต้องการ	6 (14.6)	13 (9.8)	0.7609	0.383
11. การขาดยาที่ อย. ทำให้ไม่มียาจำหน่ายให้กับสถานพยาบาล	25 (61.0)	64 (48.1)	2.0727	0.150
12. ขาดการประสานงานที่ดีระหว่างสถานพยาบาลผู้ใช้ยา และ อย. ซึ่งเป็นผู้จัดหาและจำหน่าย	12 (30.0)	37 (27.8)	0.0720	0.788
13. แพทย์กลัวและไม่อยากสั่งจ่ายยาโอปิออยด์ เนื่องจากกังวลเรื่องการควบคุมของกฎหมาย	23 (56.1)	13 (9.8)	40.9825	< 0.001
14. กฎ ระเบียบของโรงพยาบาลมีมากเกินไป	7 (17.5)	10 (7.5)	3.4574	0.063
15. กฎ ระเบียบการขายยาของ อย. ให้สถานพยาบาลมีมากเกินไป	6 (14.6)	15 (11.3)	0.3326	0.564
16. ข้อบังคับตาม พรบ. ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 กฎกระทรวงและประกาศกระทรวงเข้มงวดเกินไป	6 (14.6)	4 (3.0)	7.8208	0.005
17. กรณีที่โรงพยาบาลที่ผู้ป่วยไปรักษาไม่มียาหรือขาดยาแก้ปวดโอปิออยด์ ผู้ป่วยไม่มีทางเลือก หรือวิธีอื่นที่สามารถไปรับจากที่อื่นได้	19 (46.34)	45 (33.9)	2.1082	0.147
18. ราคา ยาแก้ปวดโอปิออยด์แพงเกินไป	4 (9.8)	9 (6.8)	0.4051	0.524
19. กฎ ระเบียบ ของ อย. ทำให้โรงพยาบาลไม่สามารถบริหารจัดการยาแก้ปวดโอปิออยด์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ	8 (19.5)	16 (12.0)	1.4755	0.224

## ส่วนที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ไม่เพียงพอ

ผลการประเมินระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ในการลดอาการปวดจากโรคมะเร็ง โดยแบ่งเป็น 2 ระดับ คือ มีความรู้ (ค่าคะแนนรวม  $\geq$  ร้อยละ 70) และมีความรู้ไม่เพียงพอ (ค่าคะแนนรวม  $<$  ร้อยละ 70) พบว่า พนักงานเจ้าหน้าที่ในการศึกษานี้มีความรู้ไม่เพียงพอ จำนวน 144 คน คิดเป็นร้อยละ 82.8

ผลการวิเคราะห์หาปัจจัยที่ต้องการศึกษาหาความสัมพันธ์กับความรู้ไม่เพียงพอ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value  $<$  0.05) โดยแสดงค่าความสัมพันธ์เป็น odds ratio และช่วง 95% ของความเชื่อมั่น พบว่า

- พนักงานเจ้าหน้าที่กลุ่มที่รับผิดชอบพื้นที่ในส่วนภูมิภาคมีโอกาสมีความรู้ไม่เพียงพอเป็น 9.6 เท่าของกลุ่มที่รับผิดชอบพื้นที่ในส่วนกลาง (OR = 9.6, 95% CI = 4.0-22.9)
- พนักงานเจ้าหน้าที่กลุ่มที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 35 ปีมีโอกาสมีความรู้ไม่เพียงพอเป็น 3.1 เท่าของกลุ่มที่อายุมากกว่า 35 ปี (OR = 3.1, 95% CI = 1.3-7.7)
- พนักงานเจ้าหน้าที่กลุ่มที่ไม่เคยเข้าร่วมประชุมวิชาการเกี่ยวกับการลดอาการปวดมีโอกาสมีความรู้ไม่เพียงพอเป็น 6.7 เท่าของกลุ่มที่เคยเข้าร่วมประชุมมาน้อยกว่า 1 ปี (OR = 6.7, 95% CI = 1.5-30.9) อย่างไรก็ตาม ความรู้ไม่เพียงพอระหว่างกลุ่มที่เคยเข้าร่วมประชุมดังกล่าวมากกว่า 1 ปีและกลุ่มที่เคยเข้าร่วมประชุมมาน้อยกว่า 1 ปี พบว่า ไม่แตกต่างกัน (OR = 1.0, 95% CI = 0.3-3.4)
- พนักงานเจ้าหน้าที่กลุ่มที่ไม่ทราบว่ามีแนวทางในการบำบัดอาการปวดขององค์การอนามัยโลกมีโอกาสมีความรู้ไม่เพียงพอเป็น 4.6 เท่าของกลุ่มที่รับทราบ (OR = 4.6, 95% CI = 2.0-10.4)
- ในขณะที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ไม่เพียงพอกับปัจจัยด้านเพศ ปัจจัยด้านประสบการณ์การจ่ายยากลุ่มโอปิออยด์ให้ผู้ป่วย ( $P$ -value  $>$  0.05)
- นอกจากนี้ ผลการประเมินระดับความรู้ในการศึกษานี้ พบว่า พนักงานเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบพื้นที่ในส่วนกลางและในส่วนภูมิภาคมีความรู้ไม่เพียงพอร้อยละ 53.7 และ 91.7 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 18

ตารางที่ 18 ความสัมพันธ์ระหว่างการมีความรู้ไม่เพียงพอเกี่ยวกับการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ลดอาการปวดจากโรคมะเร็งและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ปัจจัยที่ต้องการศึกษาหาความสัมพันธ์	จำนวน	ความรู้ไม่เพียงพอ (n=144)		
		จำนวน (ร้อยละ)	OR (95%CI)	P_ value
<b>พื้นที่รับผิดชอบ</b>				
ส่วนกลาง	41	22 (53.7)	1	
ส่วนภูมิภาค	133	122 (91.7)	9.6 (4.0-22.9)	< 0.001
<b>เพศ</b>				
หญิง	120	96 (80.0)	1	
ชาย	54	48 (8.9)	2.0 (0.8-5.2)	0.157
<b>อายุ</b>				
> 35 ปี	97	74 (76.3)	1	
≤ 35 ปี	77	70 (90.9)	3.1 (1.3-7.7)	0.014
<b>ครั้งสุดท้ายที่ท่านได้เข้าร่วมประชุมวิชาการเกี่ยวกับการบำบัดความปวด</b>				
<1 ปี	15	11 (73.3)	1	
≥ 1 ปี	81	59 (72.8)	1.0 (0.3-3.4)	0.968
ไม่เคย	78	74 (94.9)	6.7 (1.5-30.9)	0.014
<b>การทราบว่ามีแนวทางการบำบัดความปวดขององค์การอนามัยโลก</b>				
ทราบ	49	32 (65.3)	1	
ไม่ทราบ	125	112 (89.6)	4.6 (2.0-10.4)	< 0.001
<b>เคยมีประสบการณ์ในการจ่ายยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ให้ผู้ป่วย</b>				
เคย	84	66 (78.6)	1	
ไม่เคย	90	78 (86.7)	1.8 (0.8-3.9)	0.161

## ส่วนที่ 6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติเชิงลบ

ผลการประเมินทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ในการลดอาการปวดจากโรคมะเร็ง โดยแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ทัศนคติเชิงบวก (ค่าคะแนนรวม  $\geq$  ร้อยละ 70) และทัศนคติเชิงลบ (ค่าคะแนนรวม  $<$  ร้อยละ 70) พบว่า พนักงานเจ้าหน้าที่ในการศึกษานี้ มีทัศนคติเชิงลบ จำนวน 138 คน คิดเป็นร้อยละ 79.3

ผลการวิเคราะห์หาปัจจัยที่ต้องการศึกษาหาความสัมพันธ์กับทัศนคติเชิงลบ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} \leq 0.05$ ) โดยแสดงค่าความสัมพันธ์เป็น odds ratio และช่วง 95% ของความเชื่อมั่น พบว่า

- พนักงานเจ้าหน้าที่กลุ่มที่รับผิดชอบพื้นที่ในส่วนภูมิภาคมีโอกาสมีทัศนคติเชิงลบเป็น 7 เท่าของกลุ่มที่รับผิดชอบพื้นที่ในส่วนกลาง ( $OR = 7.0, 95\% CI = 3.1-15.6$ )
- พนักงานเจ้าหน้าที่กลุ่มที่ไม่ทราบว่ามีแนวทางในการบำบัดอาการปวดขององค์การอนามัยโลกมีโอกาสมีทัศนคติเชิงลบเป็น 3.5 เท่าของกลุ่มที่รับทราบ ( $OR = 3.5, 95\% CI = 1.6-7.4$ )
- ในขณะที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติเชิงลบกับปัจจัยด้านเพศ อายุ การรับทราบว่ามีแนวทางการระงับความปวดขององค์การอนามัยโลก ประสบการณ์การจ่ายยากลุ่มโอปิออยด์ให้ผู้ป่วย ( $P\text{-value} > 0.05$ )
- นอกจากนี้ ผลการประเมินทัศนคติเชิงลบในการศึกษานี้ พบว่า พนักงานเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบพื้นที่ในส่วนกลางและในส่วนภูมิภาคมีทัศนคติเชิงลบ ร้อยละ 51.2 และ 88.0 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 19

ตารางที่ 19 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติเชิงลบเกี่ยวกับการใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์ลดอาการปวดจากโรคมะเร็งและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ปัจจัยที่ต้องการศึกษาหา ความสัมพันธ์	จำนวน	ทัศนคติเชิงลบ (n=138)		
		จำนวน (ร้อยละ)	OR (95%CI)	P_value
<b>พื้นที่รับผิดชอบ</b>				
ส่วนกลาง	41	21 (51.2)	1	
ส่วนภูมิภาค	133	117 (88.0)	7.0 (3.1-15.6)	<0.001
<b>เพศ</b>				
หญิง	120	91 (75.8)	1	
ชาย	54	47 (87.0)	2.1 (0.9-5.2)	0.097
<b>อายุ</b>				
> 35 ปี	97	74 (79.3)	1	
≤ 35 ปี	77	64 (83.1)	1.5 (0.7-3.3)	0.271
<b>ครั้งสุดท้ายที่ท่านได้เข้าร่วมประชุมวิชาการเกี่ยวกับการบำบัดความปวด</b>				
< 1 ปี	15	13 (86.7)	1	
≥ 1 ปี	81	58 (71.6)	0.4 (0.1-1.9)	0.236
ไม่เคย	78	67 (85.9)	0.9 (0.2-4.7)	0.937
<b>การทราบว่ามีแนวทางการบำบัดความปวดขององค์การอนามัยโลก</b>				
ทราบ	49	31 (63.3)	1	
ไม่ทราบ	125	107 (85.6)	3.5 (1.6-7.4)	0.002
<b>ประสบการณ์ในการจ่ายยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ให้ผู้ป่วย</b>				
เคย	84	62 (73.8)	1	
ไม่เคย	90	76 (84.4)	1.9 (0.9-4.1)	0.086

## ส่วนที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติและระดับความรู้

ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติและระดับความรู้ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} \leq 0.05$ ) โดยแสดงค่าความสัมพันธ์เป็น odds ratio และช่วง 95% ของความเชื่อมั่น พบว่า

- พนักงานเจ้าหน้าที่กลุ่มที่มีความรู้มีโอกาสมีทัศนคติเชิงบวกเป็น 5.9 เท่าของกลุ่มที่มีความรู้ไม่เพียงพอ (OR = 5.9 , 95% CI = 2.5-13.7)

ดังแสดงในตารางที่ 20

ตารางที่ 20 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติ และระดับความรู้

ปัจจัย	จำนวน	ทัศนคติเชิงบวก (n=138)		
		จำนวน (ร้อยละ)	OR (95%CI)	P_value
ระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยากลุ่มโอปิออยส์ในการลดอาการปวดจากโรคมะเร็ง				
ความรู้ไม่เพียงพอ	144	21 (14.6)	1	
มีความรู้	30	15 (50.0)	5.9 (2.5-13.7)	<0.001



## ส่วนที่ 8 ข้อเสนอแนะและอุปสรรคที่เป็นปัญหา

ในการศึกษานี้ มีพนักงานเจ้าหน้าที่แสดงความคิดเห็น สรุปได้ ดังนี้

### ด้านอุปสรรคที่เป็นปัญหา

1. ประเทศไทยให้ความสำคัญกับการใช้ยาโอปิออยด์น้อย
2. การตรวจสอบผู้รับอนุญาตมีความเข้มงวด จึงทำให้แพทย์กลัวปัญหาทางกฎหมาย
3. ราคาขายบางรายการมีราคาแพง ทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีฐานะยากจนเข้าถึงยาก
4. การเฝ้าระวังการใช้ยาโอปิออยด์ไม่เหมาะสมในผู้ป่วย และการตัดสินใจผู้ป่วยติดยาหรือไม่ เป็นความไม่สมเหตุสมผลอย่างยิ่ง ถือว่าเป็นความกังวลมากเกินไป

### ข้อเสนอแนะ

1. เนื่องจากยาโอปิออยด์เป็นยาจำเป็น รัฐต้องกำหนดแนวทาง หลักเกณฑ์การจ่ายยาที่เหมาะสม ขอบเขตการเข้าถึงยาให้ชัดเจน โดยต้องปกป้องบุคลากรทางการแพทย์ผู้ที่ใช้ยาในทางแพทย์จริงๆ เมื่อปฏิบัติตามแนวทาง หลักเกณฑ์นั้นแล้ว จะไม่เป็นการฝ่าฝืนกฎหมาย
2. สถานพยาบาลต้องปรับปรุงระบบบริหารเวชภัณฑ์เพื่อให้มียาได้อย่างเพียงพอ
3. แนะนำให้ไปประเมินความรู้เรื่องการใช้ยาในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นผู้ให้ยาจริง
4. ควรปรับระบบรายงานการใช้ผ่านระบบ Electronic

## อภิปราย สรุปผล และข้อเสนอแนะ

### 5.1 สรุปผลการวิจัย

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า พนักงานเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ และมีทัศนคติที่เป็นลบต่อการใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์ในการลดอาการปวดจากโรคมะเร็ง ระบุว่ามียุทธศาสตร์ที่เป็นปัญหามากหลายประการต่อการใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์ในการลดอาการปวดจากโรคมะเร็ง เช่น การที่ อย. ไม่มีอำนาจนำให้กับสถานพยาบาลในบางช่วงเวลา บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลขาดการฝึกอบรม และมีความรู้ไม่เพียงพอเกี่ยวกับการใช้ยาโอปิออยด์ในการลดอาการปวดจากโรคมะเร็ง

### 5.2 อภิปรายผล

พนักงานเจ้าหน้าที่ในการศึกษานี้ มีคะแนนรวมด้านความรู้และคะแนนรวมด้านทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์ในการลดอาการปวดจากโรคมะเร็งคิดเป็นร้อยละ 51.5 และ ร้อยละ 46.7 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในประเทศไทยที่ผ่านมาพบว่า ในด้านความรู้ พนักงานเจ้าหน้าที่ในการศึกษานี้มีความรู้ต่ำกว่าแพทย์ซึ่งมีคะแนนรวมคิดเป็นร้อยละ 58.1<sup>[37]</sup> แต่ดีกว่าผู้กำหนดนโยบาย/ผู้ควบคุมกฎหมายซึ่งมีคะแนนรวมคิดเป็นร้อยละ 43.6<sup>[37]</sup> สำหรับด้านทัศนคติ พนักงานเจ้าหน้าที่ในการศึกษานี้ มีคะแนนทัศนคติน้อยกว่าแพทย์ และผู้กำหนดนโยบาย/ผู้ควบคุมกฎหมาย ซึ่งมีคะแนนรวมคิดเป็นร้อยละ 73.8 และร้อยละ 58.8 ตามลำดับ<sup>[37]</sup> ทั้งนี้ การที่แพทย์มีความรู้และทัศนคติดีกว่าพนักงานเจ้าหน้าที่ อธิบายได้ว่า เนื่องจากแพทย์ทำงานดูแลรักษาให้กับผู้ป่วยโดยตรงและอาจมีประสบการณ์ใช้ยาระงับปวดโอปิออยด์ให้ผู้ป่วย ในขณะที่พนักงานเจ้าหน้าที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการใช้กฎหมายเป็นหลักที่มุ่งเน้นเรื่องการตรวจสอบ ติดตาม ใฝ่ระวัง ควบคุมมิให้มียารั่วไหลออกนอกระบบ และนำไปใช้ในทางผิด (abuse) จึงทำให้พนักงานเจ้าหน้าที่ไม่มีความรู้ในการใช้ยา และมีทัศนคติที่เป็นด้านลบกับยาโอปิออยด์

เป็นที่น่าสังเกตว่า แม้ว่าพนักงานเจ้าหน้าที่จะทำงานเกี่ยวข้องกับกฎหมายเป็นหลัก จึงสมควรต้องมีความรู้ด้านกฎหมายโดยเฉพาะพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 แต่ปรากฏว่า ความรู้ด้านกฎหมายของพนักงานเจ้าหน้าที่ในการศึกษาค้นคว้า คະแนนเฉลี่ยยังไม่ถึงร้อยละ 50 โดยพบว่าพนักงานเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ (ส่วนกลางร้อยละ 53.6 และส่วนภูมิภาคร้อยละ 85.7) ไม่ทราบว่าสถานพยาบาลอื่นสามารถจ่ายยาโอปิออยด์ตามใบสั่งจ่าย ย.ส.2 (แบบ ย.ส.5) ให้บุคคลภายนอกที่ไม่ใช่ผู้ป่วยของตนเองได้ และส่วนภูมิภาค ร้อยละ 51.1 เข้าใจผิดคิดว่า ตาม พรบ.ยาเสพติดให้โทษ ห้ามแพทย์เขียนใบสั่งจ่าย ย.ส.2 เพื่อให้ผู้ป่วยไปรับยาจากสถานพยาบาลอื่นได้ ทั้งนี้ เนื่องจากตามกฎกระทรวงฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2522) ข้อ 4 (3) ให้สถานพยาบาลผู้รับใบอนุญาตจำหน่าย ย.ส.2 สามารถจำหน่าย ย.ส.2 ให้ผู้ป่วยอื่นตามใบสั่งจ่ายตามแบบ ย.ส.5 ได้<sup>[76]</sup> จึงควรจัดให้มีการอบรม ทบทวน กฎหมายให้พนักงานเจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่องและครอบคลุมเนื้อหาทุกประเด็น

เมื่อเปรียบเทียบความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ในการลดอาการปวดจากโรคมะเร็งระหว่างพนักงานเจ้าหน้าที่ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค พบว่า พนักงานเจ้าหน้าที่ส่วนกลางมีคะแนนความรู้และคะแนนทัศนคติมากกว่าพนักงานเจ้าหน้าที่ส่วนภูมิภาคทั้งในภาพรวมและในทุกข้อคำถาม และเมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้ไม่เพียงพอ (คะแนนรวมเฉลี่ย < ร้อยละ 70) และทัศนคติเชิงลบ (คะแนนรวมเฉลี่ย < ร้อยละ 70) พบว่า พนักงานเจ้าหน้าที่ส่วนภูมิภาคเสี่ยงต่อการมีความรู้ไม่เพียงพอมากเป็น 9.6 เท่าของส่วนกลาง (OR = 9.6, 95% CI = 4.0-22.9) และพนักงานเจ้าหน้าที่ส่วนภูมิภาคเสี่ยงต่อการมีทัศนคติเชิงลบมากเป็น 7 เท่าของส่วนกลาง (OR = 7.0, 95% CI = 3.1-15.6) ที่เป็นเช่นนี้ อาจอธิบายได้ว่า เนื่องจากพนักงานเจ้าหน้าที่ส่วนกลางมีประสบการณ์เข้าร่วมประชุมวิชาการเกี่ยวกับการบำบัดความปวดมากกว่าพนักงานเจ้าหน้าที่ส่วนภูมิภาค โดยพนักงานเจ้าหน้าที่ส่วนภูมิภาคมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 53.4) ไม่เคยเข้าร่วมประชุมวิชาการฯเลย ในขณะที่พนักงานเจ้าหน้าที่ส่วนกลางร้อยละ 82.9 มีประสบการณ์ในการเข้าร่วมประชุมฯ โดยเฉพาะพนักงานเจ้าหน้าที่ส่วนกลางเข้าร่วมประชุมฯครั้งสุดท้ายมาอย่างน้อย 1 ปี และระหว่าง 1-5 ปี มีจำนวนถึงร้อยละ 22 และ 41.5 ตามลำดับ นอกจากนี้ พนักงานเจ้าหน้าที่ส่วนกลางส่วนใหญ่ (ร้อยละ 51.2) มีประสบการณ์ทราบว่า มีแนวทางที่ใช้เป็นหลักในการบำบัดความปวดขององค์การอนามัยโลก ในขณะที่พนักงานเจ้าหน้าที่ส่วนภูมิภาคเกือบร้อยละ 80 ไม่ทราบเลย

พนักงานเจ้าหน้าที่ในการศึกษานี้ ส่วนใหญ่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้กลุ่มโอปิออยด์ในการบำบัดอาการปวดจากโรคมะเร็ง เช่น เกือบครึ่ง (ร้อยละ 43.7) ไม่ทราบว่า Pethidine เป็นยาที่ไม่ควรเลือกใช้ในการบำบัดอาการปวดจากโรคมะเร็ง และร้อยละ 52.3 ไม่ทราบว่า การใช้ยา Pethidine ติดต่อกันนาน จะทำให้เกิดผลข้างเคียง การติดยาและติดยามากกว่า Morphine ซึ่งแตกต่างจากแพทย์ไทยซึ่งส่วนใหญ่มีความรู้ในการใช้ยา โดยพบว่าแพทย์ร้อยละ 83.6<sup>[37]</sup> และนักศึกษาแพทย์ร้อยละ 80<sup>[77]</sup> ทราบว่า Pethidine เป็นยาที่ไม่ควรเลือกใช้ในการบำบัดอาการปวดจากโรคมะเร็ง และพบว่า นักศึกษาแพทย์ร้อยละ 77.4<sup>[77]</sup> ไม่เห็นด้วยที่ว่า Pethidine ทำให้เกิดการติดยา ติดยา และผลข้างเคียงน้อยกว่า Morphine ซึ่งตามแนวทางการบำบัดความปวดขององค์การอนามัยโลก<sup>[3]</sup> Morphine ถูกเลือกให้เป็นยาหลักในการบำบัด แต่ไม่แนะนำให้ใช้ Pethidine เนื่องจากความปวดจากโรคมะเร็งมีลักษณะพิเศษที่เป็นความปวดตลอดเวลาและเป็นแบบเรื้อรัง ดังนั้น หากใช้ยา Pethidine ติดต่อกันเป็นเวลานาน จะทำให้เกิดผลข้างเคียงที่เป็นอันตรายต่อระบบประสาทจากการสะสมสาร norpethidine ซึ่งเป็น neurotoxic metabolite ของ Pethidine ทำให้เกิดอาการชักได้<sup>[56]</sup> นอกจากนี้ พนักงานเจ้าหน้าที่ร้อยละ 72.4 และ 71.8 ไม่ทราบว่า ไม่ควรใช้ยาโอปิออยด์เฉพาะเมื่อมีความปวด (PRN) และวิธีฉีดยาไม่ได้ดีกว่าวิธีรับประทานยา ซึ่งแตกต่างจากนักศึกษาแพทย์เกือบร้อยละ 80<sup>[77]</sup> มีความรู้ดังกล่าวถูกต้องตามหลักการใช้ยาาระงับปวดขององค์การอนามัยโลก ที่ให้ใช้ยาาระงับปวดตามระยะเวลาการออกฤทธิ์ต่อเนื่องทั้งวัน (around the clock) เพราะความปวดจากโรคมะเร็งเป็นความปวดที่เกิดขึ้นตลอดเวลา และให้เลือกวิธีกินยาเป็นอันดับแรกก่อนวิธีอื่น เพื่อความสะดวกของผู้ป่วยและเป็นวิธีเจ็บตัวน้อยที่สุด<sup>[3]</sup>

พนักงานเจ้าหน้าที่ในการศึกษานี้ ส่วนใหญ่มีทัศนคติที่เป็นลบเกี่ยวกับการใช้กลุ่มโอปิออยด์ในการบำบัดอาการปวดจากโรคมะเร็ง เช่น มากกว่าร้อยละ 80 มีความเห็นว่า “ควรจำกัดการใช้ยาโอปิออยด์เฉพาะในผู้ป่วยที่ปวดรุนแรงและความปวดที่รักษายากเท่านั้น” เมื่อเปรียบเทียบทัศนคติข้อนี้ในการศึกษาอื่นในประเทศไทย พบว่า แพทย์ร้อยละ 68.5 และ ผู้กำหนดนโยบาย/ผู้ควบคุมกฎหมายร้อยละ 74.5 มีความเห็นดังกล่าวเช่นเดียวกัน<sup>[37]</sup> ซึ่งเป็นความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง เนื่องจากตามแนวทางการบำบัดความปวดขององค์การอนามัยโลก ให้ใช้ยาตามลำดับขั้น (by the ladder) โดยเลือกใช้ยาาระงับปวดตามความรุนแรงของอาการปวด Weak opioids เช่น Codeine สำหรับความปวดระดับน้อยถึงปานกลาง Strong opioids เช่น Fentanyl, Morphine, Oxycodone สำหรับความปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง<sup>[3]</sup> นอกจากนี้ ประมาณร้อยละ 60 มีความเห็นว่า “ควรจำกัดให้แพทย์เฉพาะทางเท่านั้นที่มีสิทธิ์สั่งจ่ายยาแก้ปวดโอปิออยด์” เมื่อเปรียบเทียบทัศนคติข้อนี้ในการศึกษาอื่นในประเทศไทย พบว่า มีแพทย์เพียงร้อยละ 7.8 ในขณะที่ ผู้กำหนดนโยบาย/ผู้ควบคุมกฎหมายร้อยละ 70.2 ที่มีความเห็นดังกล่าวเช่นเดียวกัน<sup>[37]</sup> ซึ่งเป็น

ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง เนื่องจากแพทย์เฉพาะทางด้านความปวดในประเทศไทยมีจำนวนน้อย การบำบัดความปวดในปัจจุบันส่วนใหญ่จะอาศัยแพทย์ทั่วไปที่เป็นผู้ดูแลรักษาโรคให้กับผู้ป่วยในขณะนั้น<sup>(35)</sup> ดังนั้นแพทย์จึงเข้าใจสถานการณ์นี้ได้ดีกว่ากำหนดนโยบาย/ผู้ควบคุมกฎหมายและพนักงานเจ้าหน้าที่

สำหรับอุปสรรคที่มีต่อการใช้ยากลุ่มโอปิออยส์ในการลดอาการปวดจากโรคมะเร็ง พบว่าร้อยละ 51.2 ของพนักงานเจ้าหน้าที่มีความเห็นว่า การที่ อย. ไม่สามารถจัดหาจ่ายจำหน่ายให้กับสถานพยาบาลในบางช่วงเวลานั้นเป็นปัญหาอันดับแรกของการศึกษานี้ เนื่องจาก อย. เป็นผู้จัดหาและจำหน่าย ย.ส.2 แต่ผู้เดียวในประเทศไทย สถานพยาบาลจึงไม่สามารถไปซื้อยาจากแหล่งอื่นมาทดแทนได้ นอกจากนี้ ร้อยละ 36.8 มีความเห็นว่า "กรณีที่โรงพยาบาลที่ผู้ป่วยไปรักษาไม่มียาหรือขาดยาแก้ปวดโอปิออยส์ ผู้ป่วยไม่มีทางเลือก หรือวิธีอื่นที่สามารถไปปรับจากที่อื่นได้" ทั้งๆ ที่ กฎกระทรวงฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2522) อนุญาตให้สถานพยาบาลสามารถจำหน่าย ย.ส.2 ตามใบสั่งจ่าย ย.ส.2 ตามแบบ ย.ส.5 ให้แก่บุคคลภายนอกที่ไม่ใช่ผู้ป่วยซึ่งได้รับอนุญาตเป็นผู้ให้การรักษา<sup>(76)</sup> ดังนั้น ในกรณีที่สถานพยาบาลเกิดภาวะขาดยาโอปิออยส์ สามารถให้แพทย์เขียนใบสั่งจ่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ตามแบบ ย.ส.5 และให้ผู้ป่วยนำไปรับยาโอปิออยส์จากสถานพยาบาลอื่นได้ อย่างไรก็ตาม พนักงานเจ้าหน้าที่ในการศึกษานี้ ประมาณร้อยละ 80 ไม่ทราบข้อกฎหมายดังกล่าว ดังนั้น จึงควรจัดให้มีการอบรม ทบทวน กฎหมายที่เกี่ยวข้องให้พนักงานเจ้าหน้าที่มีความรอบรู้อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้สามารถให้คำแนะนำและวิธีการให้ผู้รับอนุญาตนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้องกฎหมาย และเป็นการแก้ปัญหาเรื่องการเข้าถึงยาให้กับผู้ป่วย

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มที่มีความรู้มีโอกาสมีทัศนคติเชิงบวกเป็น 5.9 เท่าของกลุ่มที่ไม่มีความรู้ (OR = 5.9, 95% CI = 2.5-13.7) ดังนั้น การจัดให้มีการอบรม ให้ความรู้ เกี่ยวกับการใช้ยากลุ่มโอปิออยส์ ในการบำบัดอาการปวดจากโรคมะเร็งที่ถูกต้องตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก จะช่วยให้มีทัศนคติด้านบวกต่อการใช้ยาดังกล่าว

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยมอบให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดของแต่ละจังหวัดเป็นผู้เลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม ทำให้เกิด selection bias ซึ่งเป็นข้อจำกัดของการศึกษานี้

### 5.3 ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาครั้งนี้ จึงเป็นความจำเป็นอย่างยิ่งที่ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะ ออย. จะต้องเร่งดำเนินการต่างๆ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงยาโอปิออยด์สำหรับใช้ลดอาการปวดจากโรคมะเร็ง อันจะเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งรวมทั้งคนใกล้ชิดในการดำเนินชีวิตดีขึ้น ดังนี้

1. ควรจัดให้มีการอบรมบุคลากรทางการแพทย์เพื่อเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาโอปิออยด์สำหรับใช้ลดอาการปวดจากโรคมะเร็ง โดย

- ต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วนให้แก่พนักงานเจ้าหน้าที่ในส่วนภูมิภาค และระยะต่อไปให้ดำเนินการในกลุ่มพนักงานเจ้าหน้าที่ในส่วนกลาง

- ควรมีการดำเนินการให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ เภสัชกร พยาบาล เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขทุกกลุ่มอาชีพและทุกปี และให้มีการประสานกับสถาบันต่างๆ ในการดำเนินการ รวมทั้งสถาบันการศึกษาโดยให้เพิ่มในหลักสูตรการเรียนการสอนและการศึกษาต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มพูนความรู้และสร้างความตระหนักในกลุ่มคนที่เกี่ยวข้อง อันจะช่วยทำให้เกิดทัศนคติเชิงบวกต่อยากลุ่มนี้

2. ออย. โดยกลุ่มเงินทุนหมุนเวียนยาเสพติดซึ่งเป็นผู้จัดหาและจำหน่ายยาแต่ผู้เดียว จะต้องมีการบริหารจัดการที่ดีเพื่อให้มีการสำรองยากลุ่มโอปิออยด์อย่างเพียงพอตลอดเวลา นอกจากนี้ จะต้องพัฒนาระบบที่ดีในการประสานงานระหว่าง ออย. กับสถานพยาบาลผู้ใช้ยา รวมทั้งจะต้องมีการจัดหาชนิดรูปแบบ ความแรงและปริมาณยาแก้ปวดโอปิออยด์ที่มีในโรงพยาบาลให้เพียงพอกับความต้องการ

3. เนื่องการศึกษาเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ทำให้ได้ภาพกว้างที่เป็นข้อมูลเบื้องต้น ดังนั้น ควรมีการศึกษาต่อยอดในประเด็นสำคัญด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้รายละเอียดและวิธีการแก้ปัญหาต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

1. Ferlay, J., et al., *Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008*. Int J Cancer, 2010. 127(12): p. 2893-917.
2. Karol Sikora, *World Health Organization Programme on Cancer Control: developing a global strategy for Cancer* ed. Karol Silkora. 1998, Geneva WHO.
3. World Health Organization, *Cancer pain relief with a guide to opioid availability*. 1996, Geneva, Switzerland.
4. World Health Organization, *National Cancer Control Programmes: priorities and managerial guidelines*. 1995, Geneva: WHO.
5. การจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ, in วารสารโรคมะเร็ง. มกราคม-มีนาคม 2556, สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. p. 1-3.
6. Caraceni A, et al., *Breakthrough pain characteristics and syndromes in patients with cancer pain: an international survey*. Palliat Med, 2004. 18: p. 177-83.
7. Foley KM, *Clinical assessment of cancer pain*. Acta Anaesth Scand, 1982. 74: p. 91-96.
8. Twycross RG and Lack SA, *Symptom control in far advanced cancer: Pain relief*. 1983, London: Pitman Publishers Ltd.
9. Bruera, E. and H.N. Kim, *Cancer pain*. JAMA, 2003. 290(18): p. 2476-9.
10. Goudas LC, et al., *The epidemiology of cancer pain*. Cancer Invest, 2005. 23(2): p. 182-190.
11. Grond, S., et al., *Assessment of cancer pain: a prospective evaluation in 2266 cancer patients referred to a pain service*. Pain, 1996. 64: p. 107-114.
12. Schug SA, Zech D, and Don U, *Cancer pain management according to WHO analgesic guidelines*. J Pain Symptom Manage, 1990. 5: p. 27-32.
13. Grond S, et al., *Validation of World Health Organization guidelines for cancer pain relief during the last days and hours of life*. J Pain Symptom Manage, 1991. 6: p. 411-422.
14. Hanks GW and Justins DM, *Cancer pain: management*. Lancet, 1992. 339: p. 1031-1036.
15. Agency for Health Care Policy and Research, *Management of cancer pain. A Clinical Practice Guideline*. 1994: AHCPR.
16. Zech, D.F., et al., *Validation of World Health Organization Guidelines for cancer pain relief: a 10-year prospective study*. Pain, 1995. 63(1): p. 65-76.

17. Bonica JJ, *Treatment of cancer pain: current status and future needs*, in *Advances in pain research and therapy*, Vol 9, Field HL and et al, Editors. 1985, Raven Press: New York. p. 589-616.
18. Von Roenn, J.H., et al., *Physician attitudes and practice in cancer pain management. A survey from the Eastern Cooperative Oncology Group*. Ann Intern Med, 1993. 119(2): p. 121-6.
19. Cleeland CS, et al., *Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer*. N Engl Med, 1994. 330: p. 592-6.
20. Larue F, Colleau SM, and Brasseur and Cleeland CS, *Multicentre study of cancer pain and its treatment in France*. BMJ, 1995. 310: p. 1034-7.
21. Breitbart, W., et al., *The undertreatment of pain in ambulatory AIDS patients*. Pain, 1996. 65(2-3): p. 243-9.
22. Caraceni, A., et al., *A validation study of an Italian version of the Brief Pain Inventory (Breve Questionario per la Valutazione del Dolore)*. Pain, 1996. 65(1): p. 87-92.
23. Wang, X.S., et al., *The Chinese version of the Brief Pain Inventory (BPI-C): its development and use in a study of cancer pain*. Pain, 1996. 67(2-3): p. 407-16.
24. Uki, J., et al., *A brief cancer pain assessment tool in Japanese: the utility of the Japanese Brief Pain Inventory--BPI-J*. J Pain Symptom Manage, 1998. 16(6): p. 364-73.
25. Saxena, A., T. Mendoza, and C.S. Cleeland, *The assessment of cancer pain in north India: the validation of the Hindi Brief Pain Inventory--BPI-H*. J Pain Symptom Manage, 1999. 17(1): p. 27-41.
26. Caraceni, A., *Evaluation and assessment of cancer pain and cancer pain treatment*. Acta Anaesthesiol Scand, 2001. 45(9): p. 1067-75.
27. Mystakidou, K., et al., *Greek brief pain inventory: validation and utility in cancer pain*. Oncology, 2001. 60(1): p. 35-42.
28. Cascinu, S., et al., *Pain and its treatment in hospitalized patients with metastatic cancer*. Support Care Cancer, 2003. 11(9): p. 587-92.
29. Hyun, M.S., et al., *Pain and its treatment in patients with cancer in Korea*. Oncology, 2003. 64(3): p. 237-44.
30. Yun, Y.H., et al., *Multicenter study of pain and its management in patients with advanced cancer in Korea*. J Pain Symptom Manage, 2003. 25(5): p. 430-7.



31. Okuyama, T., et al., *Adequacy of cancer pain management in a Japanese Cancer Hospital*. *Jpn J Clin Oncol*, 2004. 34(1): p. 37-42.
32. Yun, Y.H., et al., *Development of a cancer pain assessment tool in Korea: a validation study of a Korean version of the brief pain inventory*. *Oncology*, 2004. 66(6): p. 439-44.
33. Leelanuntakit S, *Cancer pain and management*, in *Pain management*, Chaudakshetrin P and et al, Editors. 2004, TIMS(Thailand) Bangkok. p. 191-282.
34. Berterame, S., et al., *Use of and barriers to access to opioid analgesics: a worldwide, regional, and national study*. *Lancet*, 2016.
35. Nimmaanrat S, Prechawai C, and Phungrassam T, *Cancer Pain and its Management: A Survey on Interns' Knowledge, Attitudes and Barriers*. *Palliative Care: Research and treatment.*, 2010. 4: p. 11-17.
36. Kantabanlang Y, Petpichetchain W, and Nilmanat K, *Pain intensity as perceived by patients with cancer and their caregivers, and influencing factors*. *Songkla Med J* 2007. 25(6): p. 491-499.
37. Srisawang, P., et al., *Knowledge, attitudes and barriers of physicians, policy makers/regulators regarding use of opioids for cancer pain management in Thailand*. *Nagoya J Med Sci*, 2013. 75(3-4): p. 201-12.
38. Imsamran, W., et al., eds. *Cancer in Thailand Vol. VIII, 2010-2012*. 2015, Ministry of Public Health, National Cancer Institute: Bangkok.
39. Kulkantrakorn K, *Current management of neuropathic pain*, in *Internal Medicine in Practice*, Vilaichone R, Piyayotai P, and eds, Editors. 2006, Thammasat University Printing House: Bangkok. p. 206-212.
40. Hanks GW and Forbes K, *Opioid responsiveness*. *Acta Anaesthesiol Scand*, 1997. 41(1pt2): p. 154-8.
41. Twycross RG and Fairfield S, *Pain in far-advanced cancer*. *Pain*, 1982. 14: p. 303-10.
42. World Health Organization, *Cancer pain relief*. 1986, Geneva, Switzerland: World Health Organization.
43. Lubenow TR, Ivankovich AD, and Mccarthy RJ, *Management of acute postoperative pain*, in *Clinical Anesthesia*, Barash PG, Editor. 1996, Lippincott-Raven Publishers: Philadelphia. p. 1305-1337.

44. Cleeland, C.S. and K.M. Ryan, *Pain assessment: global use of the Brief Pain Inventory*. Ann Acad Med Singapore, 1994. 23(2): p. 129-38.
45. Jensen M P, *The validity and reliability of pain measures in adults with cancer*. Pain, 2003. 4(1(February)): p. 2-21.
46. Breitbart W, *Psychiatric management of cancer pain*. Cancer, 1989. 63: p. 2336-42.
47. Leelanuntakit S, *Pain management of advance stage cancer*. Srinagarind Med J, 1998. 13(Suppl): p. 93-97.
48. Foley KM, *The treatment of cancer pain*. N Engl J Med, 1985. 313: p. 84-95.
49. Chukkul Luengasukcharoen S, *Pain Experience and Pain Management Among Hospitalized Cancer Patients in Ramathibodi Hospital.*, in *Adult Nursing*. 1998, Mahidol University: Bangkok Thailand. p. 97.
50. Ratanathai P, *Pain experience and pain management in cancer patients*, in *Adult nursing* 1998, Mahidol University Bangkok Thailand. p. 125.
51. Fitzgibbon DR, *Cancer pain: Management*, in *Bonica's management of pain*, Loeser JD, et al., Editors. 2001, Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia. p. 659-703.
52. World Health Organization, *Cancer pain relief and palliative care: report of a WHO expert committee*. 1990, Geneva: WHO.
53. Chaudakshetrin P, *Thailand: status of cancer pain and palliative care* Journal of Pain and Symptom Management, 1993. 8(6): p. 434-436.
54. Gordon, D.B., et al., *American pain society recommendations for improving the quality of acute and cancer pain management: American Pain Society Quality of Care Task Force*. Arch Intern Med, 2005. 165(14): p. 1574-80.
55. Weber M and Jage J, *12 basic rules in drug therapy of tumor pain*. Med Klin (Munich), 1999. 94(1): p. 51-4.
56. Kaiko RF, et al., *Central nervous system excitatory effects of meperidine in cancer patients*. Ann Neurol, 1983. 13: p. 180-185.
57. Vatanasapt V, et al., *Incidence of cancer pain in Khon Kaen, Thailand*. Thai Cancer J, 1992. 2: p. 64-70.
58. Coyle N, Adelhart J, and Foley KM, *Disease progression and tolerance in the cancer pain patient*. 2nd International Congress on Cancer Pain. J Pain Symptom Manage, 1988. 3: p. S25.

59. Porter J and Hershel J, *Addiction rare in patients treated with narcotics [letter]*. N Engl J Med, 1980. 302: p. 123.
60. Agenas I, et al., *Analgetikaterapi for cancer patient*. Lakartidningen, 1982. 79: p. 287-9.
61. International Narcotics Control Board, *Narcotic drugs: estimated world requirements for 1990-statistics for 1988 1989*, New York: UN.
62. International Narcotics Control Board, *Narcotic drugs: estimated world requirements for 2000-statistics for 1998 2000*, New York: UN.
63. Japanese Ministry of Health and Welfare, *Report on administrative measures against narcotica and stimulants abuse*. 1999, Tokyo: Japanese Ministry of Health.
64. Joranson DE, et al., *Trends in medical use and abuse of opioid analgesics*. J Am Med Assoc, 2000. 283: p. 1710-14.
65. Rigg J, *Ventilatory effects and plasma concentration of morphine in man*. Br J Anaesth, 1978. 50: p. 759-60.
66. Borgbjerg FM, Nielsen K, and Franks J, *Experimental pain stimulates respiration and attenuates morphine-induced respiratory depression: a controlled study in human volunteer*. Pain, 1996. 64: p. 123-8.
67. Leelanuntakit S, *Opioids and pain and management*, in *Pain management*, Chaudakshetrin P and et al, Editors. 2004, TIMS(Thailand) Bangkok. p. 305.
68. ก้องเกียรติ ภูณชัฏกันทรารกร. การใช้ยาในกลุ่ม opioid ในการรักษาอาการปวดจากมะเร็ง: ปัจจุบันและอนาคต. วารสารสมาคมการศึกษาเรื่องความปวด. 2007;19(1):6.
69. Ger LP, Ho SP, and Wang JJ, *Physicians' knowledge and attitudes toward the use of analgesics for cancer pain management: a survey of two medical centers in Taiwan*. Journal of Pain and Symptom Control, 2000. 20(5): p. 335-344.
70. Lin, C.C. and S.E. Ward, *Patient-related barriers to cancer pain management in Taiwan*. Cancer Nurs, 1995. 18(1): p. 16-22.
71. Gunnarsdottir, S., et al., *Patient-related barriers to pain management: the Barriers Questionnaire II (BQ-II)*. Pain, 2002. 99(3): p. 385-96.
72. Gunnarsdottir, S., R.C. Serlin, and S. Ward, *Patient-related barriers to pain management: the Icelandic Barriers Questionnaire II*. J Pain Symptom Manage, 2005. 29(3): p. 273-85.

73. Vatanasapt V and Areemitra P, *Problems in analgesic usage in cancer pain*. IASP Pain News(Thai Chapter), 1992. 3: p. 6-7.
74. Ratanasuwan Yimyaem P, et al., *Internship Doctors' Knowledge and Attitudes Toward Pain Management in Cancer Patients at General Hospitals in Northeast Thailand*. Srinagarind Med J, 2012. 27(3).
75. Manalo MFC, *Knowledge toward cancer pain and the use of opioid analgesics among medical students in their integrated clinical clerkship*. Palliative Care: Research and treatment., 2008. 2: p. 9-17.
76. กฎกระทรวงฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2522) ออกตามความในพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษพ.ศ. 2522 ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 96 ตอนพิเศษ 206 ลงวันที่ 14 ธันวาคม 2522.
77. Nimmaanrat S, Phungrassami T, and Prechawai C, *Medical students' knowledge and attitudes toward cancer pain and its management*. Songkla Med J, 2008. 26(5): p. 423-429.

# ภาคผนวก

## แบบสอบถาม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยกรอกข้อมูลหรือทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ท่านเลือก

1. เพศ  ชาย  หญิง
2. อายุ (เต็มปี) .....ปี
3. สถานะปัจจุบันของท่าน
  - เป็นเภสัชกรสังกัดกองควบคุมวัตถุเสพติด
    - กลุ่มพัฒนาระบบ
    - กลุ่มกำกับดูแลก่อนออกสู่ตลาด
    - กลุ่มกำหนดมาตรฐาน
    - กลุ่มกำกับดูแลหลังออกสู่ตลาด
    - กลุ่มควบคุมของกลางวัตถุเสพติด
    - กลุ่มเงินทุนหมุนเวียนยาเสพติด
  - เป็นเภสัชกรสังกัดกอง คบ.
  - เป็นเภสัชกรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
4. ครั้งสุดท้ายที่ท่านได้เข้าร่วมประชุมวิชาการเกี่ยวกับการบำบัดความปวด
  - < 1 ปี
  - 1 - 5 ปี
  - > 5 ปี
  - ไม่เคย
5. ท่านทราบ แนวทางการบำบัดความปวดขององค์การอนามัยโลก (WHO 3 steps analgesic ladders) หรือไม่
  - ไม่ทราบ
  - ทราบ
6. ท่านเคยมีประสบการณ์ในการสั่งจ่าย/จ่ายยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ให้ผู้ป่วยหรือไม่
  - ไม่เคย
  - เคย

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์เพื่อระงับความปวดจากโรคมะเร็งโดยทำเครื่องหมาย ✓  
 ในช่องที่เลือก

ข้อ		ใช่	ไม่ใช่
1.	ควรใช้ เพทิดีน (pethidine) มากกว่า มอร์ฟีน		
2.	การใช้ยาติดต่อกันนาน ยาเพทิดีนทำให้เกิดผลข้างเคียง การติดยาและการติดยา น้อยกว่า มอร์ฟีน		
3.	การรักษาความปวดจากมะเร็ง การบริหารยาจะต้องเป็นลักษณะต่อเนื่องตลอดเวลา (around the clock)		
4.	วิธีฉีดยาสามารถระงับความปวดได้ดีกว่าวิธีรับประทาน		
5.	การใช้ยาโอปิออยด์เฉพาะเมื่อมีความปวด (PRN) จะสามารถลดอันตรายจากผลข้างเคียง การติดยา และการติดยาได้		
6.	แม้ว่าผู้ป่วยจะทานยาได้ ก็ไม่ควรใช้มอร์ฟีนชนิดรับประทาน เพราะการดูดซึมในทางเดินอาหารช้าและไม่สมบูรณ์		
7.	ขนาดยามอร์ฟีนที่เหมาะสม คือ ขนาดยาที่สูงเท่าใดก็ได้ที่สามารถควบคุมความปวดได้ดี และผู้ป่วยทนผลข้างเคียงได้ เนื่องจากไม่มีข้อจำกัดเรื่องขนาดยาสูงสุด (ceiling dose)		
8.	ถ้าผู้ป่วยขอเพิ่มขนาดยา แสดงว่า ผู้ป่วยติดยาทางจิตใจ		
9.	การกวดการหายใจจากยาโอปิออยด์เกิดขึ้นน้อยมากในผู้ป่วยที่ได้รับยาอย่างต่อเนื่องและเป็นเวลานาน		
10.	ผู้ป่วยควรได้รับยาโอปิออยด์ต่ำกว่าขนาดยาที่ต้องการ เพื่อป้องกันการติดยาและการติดยา		
11.	ควรให้ยามอร์ฟีนในขนาดยาสูงสุดเพื่อระงับความปวดรุนแรงก็ต่อเมื่อเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย		
12.	ตาม พรบ. ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 สถานพยาบาลอื่นสามารถจ่ายยาโอปิออยด์ตามใบสั่งจ่าย ยส.2 (แบบ ยส.5) ให้บุคคลภายนอกที่ไม่ใช่ผู้ป่วยของตนเองได้		
13.	ตาม พรบ. ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ห้ามแพทย์เขียนใบสั่งจ่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 เพื่อให้ผู้ป่วยไปรับยาจากสถานพยาบาลอื่น		

ส่วนที่ 3 ทศนคติการใช้ยากลุ่มโอปิออยส์เพื่อระงับความปวดจากมะเร็ง โดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่เลือก

ข้อ		ระดับความคิดเห็น				
		เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่มีความเห็น	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1.	ควรจำกัดให้แพทย์เฉพาะทางเท่านั้นที่มีสิทธิ์สั่งจ่ายยาแก้ปวดโอปิออยส์					
2.	ไม่ควรจ่ายยาโอปิออยส์ติดต่อกันเป็นเวลานานให้กับผู้ป่วยเพื่อป้องกันการรั่วไหลและการใช้ในทางที่ผิด					
3.	ควรจำกัดการใช้ยาโอปิออยส์เฉพาะในผู้ป่วยที่ปวดรุนแรงและความปวดที่รักษายากเท่านั้น					
4.	ไม่ควรใช้ยาโอปิออยส์เนื่องจากผลข้างเคียงที่รุนแรงและเป็นยาเสพติด					
5.	ควรอดทนกับความปวด ดีกว่า อดทนกับผลข้างเคียงจากยาแก้ปวดโอปิออยส์					
6.	ถ้าผู้ป่วยขอเพิ่มขนาดยา แสดงว่าผู้ป่วยกำลังติดยาทางจิตใจ					
7.	การใช้มอร์ฟินเป็นเวลานาน ทำให้เกิดผลเสียมากกว่าผลดี					
8.	ผู้ป่วยมะเร็งจำนวนมากติดยาแก้ปวดโอปิออยส์					
9.	กรณีที่สถานพยาบาลหนึ่งขาดยาโอปิออยส์ แพทย์อาจเขียนใบสั่งยาเพื่อให้ผู้ป่วยนำไปรับยาจากสถานพยาบาลใกล้เคียงได้					



**ส่วนที่ 4** คำถามเกี่ยวกับ **อุปสรรคการใช้ยาแก้ปวดโอปิออยด์เพื่อระงับความปวดจากมะเร็ง** ท่านคิดว่า **อุปสรรค**ในข้อต่อไปนี้เป็นปัญหามากน้อยเพียงใดในประเทศไทย โดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ท่านเลือก

ข้อ		ระดับความคิดเห็น				
		เป็น ปัญหา มาก	เป็น ปัญหา ปาน กลาง	เป็น ปัญหา น้อย	ไม่เป็น ปัญหา	ไม่มี ความ เห็น
1.	การรักษาความปวดในผู้ป่วยมะเร็งถูกคิดว่าไม่มีความสำคัญ					
2.	บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับยาโอปิออยด์ไม่เพียงพอ					
3.	บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลขาดการฝึกอบรมเกี่ยวกับการใช้ยาโอปิออยด์					
4.	ผู้เกี่ยวข้องกับยาแก้ปวดโอปิออยด์ กลัวเรื่องยารั่วไหลมากเกินไป					
5.	ผู้เกี่ยวข้องกับยาแก้ปวดโอปิออยด์ กลัวเรื่องเสพติดยามากเกินไป					
6.	การตรวจสอบการใช้ยาโอปิออยด์ของพนักงานเจ้าหน้าที่ผู้ใช้กฎหมายเข้มงวดเกินไป					
7.	ไม่มีการสำรองยาแก้ปวดโอปิออยด์ในโรงพยาบาล					
8.	ชนิด รูปแบบ ความแรงและปริมาณยาแก้ปวดโอปิออยด์ที่มีในโรงพยาบาลไม่เพียงพอ					
9.	ยาแก้ปวดโอปิออยด์ที่ อย. จำหน่ายมีน้อยชนิด ไม่หลากหลาย					
10.	ยาแก้ปวดโอปิออยด์ที่ อย. จำหน่ายมีรูปแบบ ความแรง ไม่ตรงกับความต้องการ					
11.	การขาดยาที่ อย. ทำให้ไม่มียาจำหน่ายให้กับสถานพยาบาล					
12.	ขาดการประสานงานที่ดีระหว่างสถานพยาบาลผู้ให้ยา และ อย. ซึ่งเป็นผู้จัดหาและจำหน่าย					
13.	แพทย์กลัวและไม่อยากสั่งจ่ายยาโอปิออยด์ เนื่องจากกังวลเรื่องการควบคุมของกฎหมาย					

ข้อ		ระดับความคิดเห็น				
		เป็น ปัญหา มาก	เป็น ปัญหา ปาน กลาง	เป็น ปัญหา น้อย	ไม่เป็น ปัญหา	ไม่มี ความ เห็น
14.	กฎ ระเบียบของโรงพยาบาลมีมากเกินไป					
15.	กฎ ระเบียบการขายยาของ อย. ให้สถานพยาบาลมีมากเกินไป					
16.	ข้อบังคับตาม พรบ. ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 กฎกระทรวง และประกาศกระทรวงเข้มงวดเกินไป					
17.	กรณีที่โรงพยาบาลที่ผู้ป่วยไปรักษาไม่มียาหรือขาดยาแก้ปวด ไอพ็อบยีส ผู้ป่วยไม่มีทางเลือกหรือวิธีอื่นที่สามารถไปรับจากที่อื่นได้					
18.	ราคายาแก้ปวดไอพ็อบยีสแพงเกินไป					
19.	กฎ ระเบียบ ของ อย. ทำให้โรงพยาบาลไม่สามารถบริหารจัดการยาแก้ปวดไอพ็อบยีสได้อย่างมีประสิทธิภาพ					

ข้อเสนอแนะปัญหาที่เป็นอุปสรรคอื่น ๆ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



ที่ สธ ๑๐๐๓.๗/ว. ๖ ๕ ๕๖

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา  
กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์  
จังหวัดนนทบุรี 11000

๒๐ มี.ค. ๒๕๕๙

เรื่อง ขอความร่วมมือตอบแบบสอบถาม

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย คำชี้แจงและแบบสอบถาม จำนวน ๒ ชุด

ด้วยกองควบคุมวัตถุเสพติดได้รับอนุมัติจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาในการจัดทำโครงการวิจัย เรื่อง “ความคิดเห็นของพนักงานเจ้าหน้าที่ ตาม พรบ. ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. ๒๕๒๒ ต่อยากลุ่ม opioids ในการรักษาความปวดจากมะเร็ง” ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาการบริหารจัดการยาแก้ปวดกลุ่ม opioids ให้มีประสิทธิภาพต่อไป นั้น

ในการนี้ เกสัชกรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดซึ่งเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. ๒๕๒๒ เป็นกลุ่มเป้าหมายกลุ่มหนึ่งของงานวิจัยนี้ จึงขอความร่วมมือโปรดมอบให้ เกสัชกรจำนวน ๒ ท่านในกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคตอบแบบสอบถามตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาขอให้เกสัชกรกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคตอบแบบสอบถามด้วย  
จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายวินิต อังศวกิจวีรี)

ผู้ทรงคุณวุฒิด้านความปลอดภัยและประสิทธิผล  
ของผลิตภัณฑ์และการใช้ผลิตภัณฑ์สำนักงานสาธารณสุข  
รักษาราชการแทนรองเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา  
ปฏิบัติราชการแทนเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา

## ใบรับรองการตรวจเครื่องมือวิจัยจากผู้เชี่ยวชาญ/ผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน นายจิรวัดน์ ศรีมงคล และ ดร.นัยนา พิศรไพศาล

ตามที่ท่านได้จัดทำโครงการวิจัย เรื่อง ความคิดเห็นของพนักงานเจ้าหน้าที่ ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ต่อยากลุ่ม Opioids ในการรักษาความปวดจากมะเร็ง เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาการบริหารจัดการยาแก้ปวดกลุ่ม Opioids ต่อไป โดยในการศึกษาวิจัยใช้การเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามจำนวน 2 ชุด คือ แบบสอบถามสำหรับเจ้าหน้าที่ เกสซ์กรกองควบคุมวัตถุเสพติด/เกสซ์กรกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคในส่วนภูมิภาค และแบบสอบถามสำหรับเกสซ์กรกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยมีการส่งเครื่องมือวิจัย คือ แบบสอบถาม 2 ชุด ดังกล่าว ให้ข้าพเจ้าในฐานะผู้เชี่ยวชาญ/ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบ นั้น

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ดำเนินการตรวจสอบแบบสอบถามดังกล่าวเรียบร้อยแล้ว ไม่มีข้อแก้ไขแต่อย่างใด โดยแนบบแบบสอบถามทั้ง 2 ชุดที่ผ่านการตรวจสอบรับรองมาพร้อมนี้



(นายปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ)

รักษาการผู้ทรงคุณวุฒิด้านส่งเสริมสุขภาพ

วันที่ 20 มกราคม 2559

18 มกราคม 2559

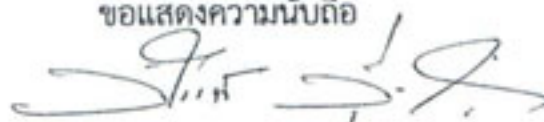
เรียน นายจิรวัดน์ ศรีมงคล และนางนัยนา พัชรไพศาล

ตามที่ท่านได้จัดทำโครงการวิจัย เรื่อง ความคิดเห็นของพนักงานเจ้าหน้าที่ ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ต่อยากลุ่ม Opioids ในการรักษาความปวดจากมะเร็ง เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาการบริหารจัดการยาแก้ปวดกลุ่ม Opioids ต่อไป โดยในการศึกษาวิจัยใช้การเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามจำนวน 2 ชุด คือ แบบสอบถามสำหรับเจ้าหน้าที่ เภสัชกรกองควบคุมวัตถุเสพติด/เภสัชกรกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคในส่วนภูมิภาค และแบบสอบถามสำหรับเภสัชกรกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และได้จัดส่งตัวอย่างแบบสอบถามเพื่อขอให้ข้าพเจ้าในฐานะผู้เชี่ยวชาญ/ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบและแสดงความเห็น นั้น

ในการนี้ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบแบบสอบถามทั้ง 2 ชุดดังกล่าวแล้ว มีความเห็น ดังนี้

1. แบบสอบถามดังกล่าวสามารถใช้ในการเก็บข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัยที่เป็นการศึกษาในหน่วยงานได้ และผลการวิจัยที่ได้สามารถทำการเผยแพร่ภายในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้
2. แบบสอบถามในงานวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามสำหรับเจ้าหน้าที่ เภสัชกรกองควบคุมวัตถุเสพติด/เภสัชกรกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคในส่วนภูมิภาค และสำหรับเภสัชกรกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ดังนั้นในอนาคตหากจะทำการวิจัยครั้งต่อไป เห็นควรเสนอให้มีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มของเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในส่วนของโรงพยาบาล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อไป

ขอแสดงความนับถือ



(ดร.วิโรจน์ สุ่มใหญ่)

Second Vice President of INCB

Chairman of Standing Committee on Estimate Requirement of  
Narcotic Drugs and Psychotropic Substances



กฎกระทรวง

ฉบับที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๒๒)

ออกตามความในพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. ๒๕๒๒

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๖ มาตรา ๑๗ มาตรา ๒๓ มาตรา ๓๕ มาตรา ๖๐ และ  
มาตรา ๖๒ แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. ๒๕๒๒ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขออก  
กฎกระทรวงไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ บุคคลซึ่งมีคุณสมบัติตามมาตรา ๑๔ ผู้ใดประสงค์จะขอรับใบอนุญาตจำหน่ายหรือมิไว้  
ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ให้ยื่นคำขอตามแบบ ย.ส. ๑ ท้ายกฎกระทรวงนี้ พร้อมด้วย  
หลักฐานตามที่ระบุไว้ในแบบ ย.ส. ๑

ข้อ ๒ ผู้อนุญาตจะพิจารณาอนุญาตให้มิไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒  
ได้ต่อเมื่อผู้ขอรับใบอนุญาตมีความมุ่งหมายที่จะมิไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ เพื่อนำไปใช้  
เพื่อวัตถุประสงค์อย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

- (๑) การผลิตยาเสพติดให้โทษในประเภท ๓
- (๒) เป็นตัวอย่างเพื่อการศึกษา
- (๓) เพื่อการวิจัยทางการแพทย์หรือวิทยาศาสตร์
- (๔) เพื่อประโยชน์ของทางราชการ

ในกรณีการขอรับใบอนุญาตมิไว้ในครอบครองเพื่อวัตถุประสงค์ตาม (๑) ผู้ขอรับใบอนุญาต  
จะต้องเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นหนึ่งในสาขาเภสัชกรรมซึ่งเป็นผู้ควบคุมกิจการของสถานที่ซึ่งได้รับ  
ใบอนุญาตให้ผลิตยาเสพติดให้โทษในประเภท ๓ ตามมาตรา ๒๐ ด้วย

ในกรณีการขอรับใบอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ สำหรับหมวด ค. ตาม  
ข้อ ๓ (๓) ของผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นหนึ่งในสาขาเภสัชกรรม ผู้ขอรับใบอนุญาตจะต้องเป็นผู้ควบคุม  
กิจการของสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยาด้วย

ข้อ ๓ ใบอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ให้ใช้แบบ ย.ส. ๒ ท้าย  
กฎกระทรวงนี้ และแบ่งหมวดดังต่อไปนี้

- (๑) หมวด ก. สำหรับกระทรวง ทบวง กรม องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น รวมทั้ง  
กรุงเทพมหานคร สภากาชาดไทย และองค์การเภสัชกรรม
- (๒) หมวด ข. สำหรับผู้ประกอบการขนส่งสาธารณะระหว่างประเทศ

(๓) หมวด ค. สำหรับผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง สาขาเภสัชกรรมหรือทันตกรรม หรือผู้ประกอบการบำบัดโรคสัตว์ชั้นหนึ่ง

ข้อ ๔ ใบอนุญาตมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ให้ใช้แบบ ย.ส. ๓ ท้ายกฎกระทรวงนี้ และให้แบ่งหมวดเช่นเดียวกับใบอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ตามข้อ ๓

ข้อ ๕ ให้ผู้รับใบอนุญาตจำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ปฏิบัติตามเงื่อนไขดังต่อไปนี้

(๑) เมื่อประสงค์จะซื้อยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ เพื่อจำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองตามวัตถุประสงค์ที่ได้รับอนุญาต ให้ยื่นคำขอตามแบบ ย.ส. ๔ ท้ายกฎกระทรวงนี้

(๒) การใช้ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ เพื่อการผลิตยาเสพติดให้โทษในประเภท ๓ ทุกครั้ง จะต้องได้รับอนุญาตเป็นหนังสือจากเลขาธิการก่อนจึงจะทำการผลิตได้ ทั้งนี้ โดยให้ยื่นหนังสือขออนุญาตต่อเลขาธิการตามแบบที่เลขาธิการกำหนด

(๓) การจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ให้แก่บุคคลภายนอกที่ไม่ใช่ผู้ใช้ซึ่งผู้รับอนุญาตเป็นผู้ให้การรักษา จะกระทำได้อต่อเมื่อมีใบสั่งจ่ายของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นหนึ่งในสาขาทันตกรรม หรือผู้ประกอบการบำบัดโรคสัตว์ ตามแบบ ย.ส. ๕ ท้ายกฎกระทรวงนี้

ข้อ ๖ ให้ผู้รับอนุญาตจำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ จัดทำบัญชีรับจ่ายยาเสพติดให้โทษเสนอต่อเลขาธิการเป็นรายเดือนและรายปีตามแบบ ย.ส. ๖ และแบบ ย.ส. ๗ ท้ายกฎกระทรวงนี้

บัญชีรับจ่ายยาเสพติดให้โทษตามวรรคหนึ่งให้จัดทำเป็นสองฉบับ ฉบับหนึ่งให้เสนอต่อเลขาธิการภายในสามสิบวันนับแต่วันสิ้นเดือนหรือสิ้นปี แล้วแต่กรณี อีกฉบับหนึ่งพร้อมด้วยเอกสารหลักฐานเกี่ยวกับการรับจ่ายยาเสพติดให้โทษที่ได้ลงรายการในบัญชีดังกล่าว ให้เก็บรักษาไว้ ณ สถานที่ที่กำหนดไว้ในใบอนุญาตมีกำหนดห้าปีนับแต่วันที่ลงรายการครั้งสุดท้ายในบัญชี

ข้อ ๗ ผู้รับอนุญาตจำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ผู้ใดประสงค์จะจำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ เกินปริมาณที่รัฐมนตรีกำหนดตามมาตรา ๖๐ ให้ยื่นคำขอตามแบบ ย.ส. ๘ ท้ายกฎกระทรวงนี้

ข้อ ๘ ใบอนุญาตจำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ เกินปริมาณที่รัฐมนตรีกำหนดตามมาตรา ๖๐ ให้ใช้แบบ ย.ส. ๙ ท้ายกฎกระทรวงนี้

ข้อ ๙ ผู้รับอนุญาตจำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ผู้ใดประสงค์จะขอต่ออายุใบอนุญาต ให้ยื่นคำขอตามแบบ ย.ส. ๑๐ ท้ายกฎกระทรวงนี้ พร้อมด้วยหลักฐานตามที่ระบุไว้ในแบบ ย.ส. ๑๐

การอนุญาตให้ต่ออายุใบอนุญาต ผู้อนุญาตจะแสดงไว้ในรายการต่ออายุในใบอนุญาตเดิม หรือจะออกใบอนุญาตตามแบบใบอนุญาตเดิมให้ใหม่ก็ได้

ข้อ ๑๐ ผู้รับอนุญาตจำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ผู้ใดประสงค์จะขอรับใบแทนใบอนุญาต ให้ยื่นคำขอตามแบบ ย.ส. ๑๑ ท้ายกฎกระทรวงนี้

ใบแทนใบอนุญาตให้ใช้ตามแบบใบอนุญาตเดิม แต่ให้กำกับคำว่า “ใบแทน” ไว้ที่ด้านหน้าด้วย

ข้อ ๑๑ การยื่นคำขอตามกฎกระทรวงนี้ ให้ยื่น ณ กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงาน  
คณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข

ให้ไว้ ณ วันที่ ๑๙ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๒๒  
บุญสม มาร์ติน  
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

(ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ฉบับพิเศษ เล่ม ๙๖ ตอนที่ ๒๐๖ ลงวันที่ ๑๔ ธันวาคม ๒๕๒๒)

---

**หมายเหตุ :-** เหตุผลในการประกาศใช้กฎกระทรวงฉบับนี้ คือ เนื่องจากมาตรา ๑๗ มาตรา ๒๓ มาตรา ๓๕ และ  
มาตรา ๖๐ แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. ๒๕๒๒ บัญญัติว่าการขอรับใบอนุญาตจำหน่ายหรือมีไว้ใน  
ครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ การออกใบอนุญาต การขอต่ออายุใบอนุญาตและการอนุญาตให้ต่ออายุ  
ใบอนุญาต การขอรับใบแทนใบอนุญาตและการออกใบแทนใบอนุญาตตลอดจนการขออนุญาตจำหน่ายหรือมีไว้ใน  
ครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ เกินปริมาณที่รัฐมนตรีกำหนด ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข  
ที่กำหนดในกฎกระทรวงและมาตรา ๖๒ แห่งพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าว บัญญัติให้ผูรับอนุญาตจัดทำบัญชีรับจ่ายยาเสพติด  
ให้โทษตามแบบที่กำหนดในกฎกระทรวง จึงจำเป็นต้องออกกฎกระทรวงนี้



ใบสั่งจ่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒

ข้าพเจ้า..... ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ/  
ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม/ใบอนุญาตประกอบเภสัชกรรม/ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสัตวแพทย์ เลขที่.....  
อยู่เลขที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....  
หมู่ที่..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....  
จังหวัด..... โทรศัพท์.....

รายการยาเสพติดให้โทษที่สั่งจ่ายและจำนวน

.....  
.....  
.....  
.....

ให้แก่ (ชื่อผู้รับการรักษาหรือชื่อเจ้าของสัตว์ซึ่งรับการบำบัด) .....  
อยู่เลขที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....  
หมู่ที่..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....  
จังหวัด..... โทรศัพท์.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....

(ลายมือชื่อ).....ผู้ออกใบสั่ง

หมายเหตุ ให้ชัดเจนข้อความที่ไม่ต้องการออก

## ประกาศกระทรวงสาธารณสุข

เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการกำหนดปริมาณยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒

ที่ผู้อนุญาตจะอนุญาตให้จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครอง

(ฉบับที่ ๓)

พ.ศ. ๒๕๕๘

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงรายการและปริมาณยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ที่ผู้อนุญาตจะอนุญาตให้จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครอง โดยเพิ่มรายการออกซิโคโดนเพื่อเป็นทางเลือกในการบำบัดรักษาอาการปวด และเพิ่มปริมาณเมทาโดนให้เพียงพอและเหมาะสมกับความจำเป็น ต้องใช้ในการบำบัดรักษาอาการปวดและการบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติดให้โทษ

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๖ วรรคหนึ่ง แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. ๒๕๒๒ และมาตรา ๘ (๕) แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. ๒๕๒๒ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ๕) พ.ศ. ๒๕๔๕ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้ยกเลิกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการกำหนดปริมาณยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ที่ผู้อนุญาตจะอนุญาตให้จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครอง (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๕ ลงวันที่ ๖ มกราคม พ.ศ. ๒๕๕๕

ข้อ ๒ ให้ยกเลิกบัญชีท้ายประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ ๑๙๗) พ.ศ. ๒๕๔๙ เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการกำหนดปริมาณยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ที่ผู้อนุญาตจะอนุญาตให้จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครอง ลงวันที่ ๓๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๔๙ และให้ใช้บัญชีท้ายประกาศนี้แทน

ข้อ ๓ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๑๙ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๘

ศาสตราจารย์รัชตะ รัชตะนาวิน

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการกำหนดปริมาณยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ที่ผู้อนุญาตจะอนุญาตให้จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครอง (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๕๘

ผู้รับอนุญาตจำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครอง ซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒	ชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ และปริมาณที่กำหนด (เป็นกรัมในรูปของเบส)										หมายเหตุ
	ฝิ่นยา	มอร์ฟีน	โคเคอีน	โคคาอีน	เพทิดีน	เมทาโดน	เพนทานิล	ออกซิโคโดน			
<b>หมวด ก</b>											
๑) กระทรวง ทบวง กรม องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น รวมทั้งกรุงเทพมหานคร สภากาชาดไทย หรือ องค์การภักซ์กรรม	๒,๐๐๐	๔,๐๐๐	๒๐๐	๓๐๐	๒ กรัม	๒๐	๕๐	๖๐๐			อนุญาตให้ผู้รับอนุญาต จำหน่ายยาเสพติดให้โทษ ในประเภท ๒ ทุกกรณี จำหน่ายเมทาโดนได้ ดังนี้ ๑. ชนิดเม็ด สำหรับบำบัดอาการปวด ๒. ชนิดน้ำ สำหรับบำบัดอาการปวด และบำบัดรักษาผู้เสพยา เสพติดให้โทษ
๑.๑ กรณีจำหน่ายในสถานพยาบาลที่บำบัดรักษา ทั่วไป					ต่อ ๑ เคียง						
๑.๒ กรณีจำหน่ายในสถานพยาบาลที่บำบัดรักษา ทั่วไปและเป็นสถานพยาบาลบำบัดรักษาผู้เสพยา เสพติดให้โทษ	๒,๐๐๐	๔,๐๐๐	๒๐๐	๓๐๐	๒ กรัม	๓,๐๐๐ *	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			* กรณีเป็นสถานพยาบาล ที่เข้าโครงการใช้เมทาโดน ระยะยาวเป็นกรณีพิเศษของ กรมการแพทย์ กำหนด ปริมาณ ๔,๕๐๐ กรัมในรูป ของเบส
<b>หมวด ข</b>											
ผู้ประกอบกรณขนส่งสารระหว่างประเทศ	-	๑	๓	๐.๕	๑	-	๐.๐๑	-			
<b>หมวด ค</b>											
๑) ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่เป็นผู้ดำเนินการ ของสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑	๒๐๐	๑,๐๐๐	๖๐	๓๐	๒ กรัม	๕	๒๕	๔๐๐			
๑.๑ กรณีจำหน่ายในสถานพยาบาลที่บำบัดรักษา ทั่วไป					ต่อ ๑ เคียง						

ผู้รับอนุญาตจำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครอง ซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒	ซื้อขายเสพติดให้โทษในประเภท ๒ และปริมาณที่กำหนด (เป็นกรัมในรูปแบบของเบส)										หมายเหตุ
	ผู้ขาย	มอร์ฟีน	โคเคอิน	โคคาอิน	เพทิดีน	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 กรัมในรูปแบบ ของเบส		
๒) ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่เป็นผู้ดำเนินการ ของสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑	๑๐๐	๑๐	-	๕	๑๐	๒	๐.๑	-			
๒.๑ กรณีจำหน่ายในสถานพยาบาลที่บำบัดรักษาทั่วไป	๑๐๐	๑๐	-	๕	๑๐	๔๐๐ ***	๐.๑	-	*** กรณีเป็นสถานพยาบาล ที่เข้าโครงการใช้เมทาโดน ระยะยาวเป็นกรณีพิเศษของ กรมการแพทย์ กำหนด ปริมาณ ๗๐๐ กรัมในรูปแบบ ของเบส		
๒.๒ กรณีจำหน่ายในสถานพยาบาลที่บำบัดรักษาทั่วไป และเป็นสถานพยาบาลบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติด ให้โทษ	๓๐,๐๐๐	-	๒,๐๐๐ กรัม ต่อ ๑ตัวรับ****	-	-	-	-	-			
๓) ผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม											
๓.๑ กรณีมีไว้ในครอบครองเพื่อใช้ในการผลิตยาเสพติด ให้โทษในประเภท ๓											
๓.๒ กรณีมีไว้ในครอบครองเพื่อใช้ในการวิเคราะห์	๐.๕	๐.๕	๐.๕	๐.๕	๐.๕	๐.๕	๐.๕	-	**** เฉพาะการผลิตเพื่อ ประกอบการพิจารณา ขึ้นทะเบียนตำรับ		
๔) ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม											
กรณีจำหน่ายเพื่อการรักษาทั่วไป	๑๐๐	๑๐	-	๕	๑๐	-	๐.๑	-			
๕) ผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ชั้นหนึ่ง											
กรณีจำหน่ายเพื่อการรักษาทั่วไป	๑๐๐	๑๐	-	๕	๑๐	-	๐.๑	-			